

ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia *16. grudnia* 2016.

**w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii
i intensywnej terapii**

Na podstawie art. 22 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1638 i 1948) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa standard organizacyjny opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą udzielających świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezji, intensywnej terapii, resuscytacji, leczenia bólu niezależnie od jego przyczyny, a także sedacji.

§ 2. Użyte w rozporządzeniu określenia oznaczają:

- 1) anestezja – wykonywanie znieczulenia ogólnego lub regionalnego do zabiegów operacyjnych oraz do celów diagnostycznych lub leczniczych;
- 2) intensywna terapia – postępowanie mające na celu podtrzymywanie funkcji życiowych oraz leczenie chorych w stanach zagrożenia życia, spowodowanych potencjalnie odwracalną niewydolnością jednego lub kilku podstawowych układów organizmu, w szczególności oddychania, krążenia, ośrodkowego układu nerwowego;
- 3) lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii – lekarza, który:
 - a) posiada specjalizację II stopnia w dziedzinie:
 - anestezjologii,
 - anestezjologii i reanimacji lub
 - anestezjologii i intensywnej terapii, lub
 - b) uzyskał tytuł specjalisty w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii;

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej - zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 17 listopada 2015 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 1908).

- 4) lekarz anestezjolog – lekarza, który posiada specjalizację I stopnia w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii;
- 5) lekarz w trakcie specjalizacji – lekarza w trakcie specjalizacji w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii;
- 6) pielęgniarka anestezjologiczna – pielęgniarkę, która ukończyła specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki lub pielęgniarkę, która ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, lub pielęgniarkę w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki;
- 7) resuscytacja – działanie mające na celu przerwanie potencjalnie odwracalnego procesu umierania;
- 8) sedacja – działanie mające na celu zniesienie niepokoju, strachu oraz wywołanie uspokojenia pacjenta;
- 9) zabieg w trybie natychmiastowym – zabieg wykonywany natychmiast od podjęcia przez operatora decyzji o interwencji, u pacjenta w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, groźby utraty kończyny czy narządu lub ich funkcji; stabilizacja stanu pacjenta prowadzona jest równocześnie z zabiegiem;
- 10) zabieg w trybie pilnym – zabieg wykonywany w ciągu 6 godzin od podjęcia decyzji przez operatora, u pacjenta z ostrymi objawami choroby lub pogorszeniem stanu klinicznego, które potencjalnie zagrażają jego życiu albo mogą stanowić zagrożenie dla utrzymania kończyny czy organu, lub z innymi problemami zdrowotnymi niedającymi się opanować leczeniem zachowawczym;
- 11) zabieg w trybie przyspieszonym – zabieg wykonywany w ciągu kilku dni od podjęcia decyzji przez operatora, u pacjenta, który wymaga wczesnego leczenia zabiegowego, lecz wpływ schorzenia na stan kliniczny pacjenta nie ma cech opisanych dla zabiegu w trybie natychmiastowym i pilnym;
- 12) zabieg w trybie planowym – zabieg wykonywany według harmonogramu zabiegów planowych, u pacjenta w optymalnym stanie ogólnym, w czasie dogodnym dla pacjenta i operatora.

§ 3. Kwalifikacja pacjentów do oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii w szpitalach odbywa się zgodnie z aktualnymi Wytycznymi Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii określającymi sposób kwalifikacji oraz kryteria przyjęcia pacjentów do oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii.

§ 4. 1. W szpitalach, w których są udzielane świadczenia zdrowotne z zakresu anestezji i intensywnej terapii na rzecz pacjentów dorosłych, tworzy się oddziały anestezjologii i intensywnej terapii, a w przypadkach gdy udziela się na rzecz tych pacjentów świadczeń zdrowotnych wyłącznie z zakresu anestezji, tworzy się oddziały anestezjologii.

2. W szpitalach, w których są udzielane świadczenia zdrowotne z zakresu anestezji i intensywnej terapii na rzecz dzieci, tworzy się oddziały anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci, a w przypadkach gdy udziela się na rzecz tych pacjentów świadczeń zdrowotnych wyłącznie z zakresu anestezji, tworzy się oddziały anestezjologii dla dzieci.

3. Liczba łóżek na oddziale anestezjologii i intensywnej terapii stanowi co najmniej 2 % ogólnej liczby łóżek w szpitalu.

4. Usytuowanie oddziału anestezjologii i intensywnej terapii lub oddziału anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci zapewnia komunikację z blokiem operacyjnym, szpitalnym oddziałem ratunkowym lub oddziałem przyjęć i pomocy doraźnej oraz ze wszystkimi oddziałami łóżkowymi.

5. W oddziale anestezjologii i intensywnej terapii lub oddziale anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci zapewnia się izolatkę dostępną z traktów komunikacji oddziału, która posiada służbę umożliwiającą umycie rąk, przebieranie się i składowanie materiałów izolacyjnych.

6. Ustala się następujące poziomy referencyjne oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii lub oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci w szpitalach, w celu zapewnienia odpowiedniej jakości oraz zakresu świadczeń zdrowotnych udzielanych na rzecz pacjentów dorosłych oraz dzieci:

- 1) pierwszy poziom referencyjny;
- 2) drugi poziom referencyjny;
- 3) trzeci poziom referencyjny.

7. Warunki ogólne wymagane dla oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii lub oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci oraz oddziałów anestezjologii lub oddziałów anestezjologii dla dzieci w szpitalach są określone w części I załącznika nr 1 do rozporządzenia.

8. Warunki szczegółowe dla poziomów referencyjnych oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii oraz oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci w szpitalach są określone w częściach II i III załącznika nr 1 do rozporządzenia.

9. W szpitalach, w których są udzielane świadczenia zdrowotne z zakresu anestezji, w obrębie bloku operacyjnego lub w bliskim sąsiedztwie bloku operacyjnego znajdują się sale nadzoru poznieczuleniowego.

10. Kierującym oddziałem szpitala wymienionym w ust. 1 lub 2 powinien być lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii.

11. Pielęgniarką oddziałową oddziału szpitala wymienionego w ust. 1 lub 2 powinna być pielęgniarka, która ukończyła specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki.

§ 5. Standardy określone w § 9 pkt 5 i 7–15 oraz wymagania dotyczące wyposażenia stanowiska znieczulenia określone w części I załącznika nr 1 do rozporządzenia stosuje się w:

- 1) ambulatorium lub zakładzie leczniczym, w którym są udzielane stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż świadczenia szpitalne,
- 2) pomieszczeniach, w których jest wykonywana praktyka zawodowa – w których są udzielane świadczenia zdrowotne z zakresu anestezji.

§ 6. 1. Świadczenia zdrowotne z zakresu leczenia bólu mogą być udzielane w szpitalu w ramach oddziału wymienionego w § 4 ust. 1 lub 2.

2. W oddziale anestezjologii i intensywnej terapii lub oddziale anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci albo oddziale anestezjologii lub oddziale anestezjologii dla dzieci w szpitalu może zostać utworzony zespół zajmujący się leczeniem bólu ostrego, głównie pooperacyjnego.

3. W oddziale anestezjologii i intensywnej terapii lub oddziale anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci w szpitalu mogą być również hospitalizowani pacjenci wymagający, w celu leczenia bólu, wykonania inwazyjnych zabiegów diagnostycznych lub terapeutycznych albo odpowiedniego monitorowania lub leczenia.

§ 7. Lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii przejmuje na wezwanie prowadzenie resuscytacji i podejmuje decyzję o jej zakończeniu.

§ 8. 1. W podmiocie leczniczym świadczenia zdrowotne z zakresu anestezji, polegające na wykonywaniu znieczulenia ogólnego oraz znieczulenia regionalnego: zewnątrzoponowego i podpajęczynówkowego, mogą być udzielane wyłącznie przez lekarza specjalistę anestezjologii i intensywnej terapii.

2. Lekarz anestezyjolog może samodzielnie udzielać świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezji, o których mowa w ust. 1, w przypadku wykonywania znieczulenia pacjentów powyżej 3 roku życia, których stan ogólny według skali ASA (American Society of Anesthesiologists Physical Status Classification System) odpowiada stopniowi I, II lub III, a w pozostałych przypadkach - za pisemną zgodą lekarza kierującego oddziałem wymienionym w § 4 ust. 1 lub 2.

3. Lekarz w trakcie specjalizacji może wykonywać znieczulenie, jeżeli wykonanie tego znieczulenia jest bezpośrednio nadzorowane przez lekarza specjalistę anestezjologii i intensywnej terapii.

4. Za zgodą lekarza kierującego oddziałem anestezjologii i intensywnej terapii lub oddziałem anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci, lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii może równocześnie nadzorować pracę nie więcej niż trzech lekarzy w trakcie specjalizacji, wykonujących znieczulenia pacjentów, których stan ogólny według skali ASA odpowiada stopniowi I, II lub III, w przypadku: odbycia przez tych lekarzy co najmniej 2-letniego szkolenia w ramach specjalizacji w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii oraz wykazania się odpowiednią wiedzą i umiejętnościami wykonywania znieczulenia. Lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii nadzorujący pracę lekarzy w trakcie specjalizacji znajduje się w bezpośredniej bliskości znieczulanych pacjentów przez cały czas trwania znieczulenia.

5. Odbycie przez lekarza w trakcie specjalizacji co najmniej 2-letniego przeszkolenia specjalistycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii oraz wykazanie się odpowiednią wiedzą i umiejętnościami wykonywania znieczulenia, o których mowa w ust. 4, potwierdza pisemnie kierownik specjalizacji. Potwierdzenie jest przechowywane w aktach osobowych lekarza w trakcie specjalizacji.

§ 9. Ustala się standard organizacyjny postępowania przy udzielaniu w szpitalu świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezji, zgodnie z którym:

- 1) kierownik podmiotu leczniczego prowadzącego szpital, w porozumieniu z lekarzem kierującym oddziałem wymienionym w § 4 ust. 1 lub 2, określa procedury przygotowania pacjenta do znieczulenia, w tym wykaz badań diagnostycznych, laboratoryjnych, w celu bezpiecznego przeprowadzenia zabiegu w trybie natychmiastowym, pilnym, przyspieszonym i planowym;

- 2) kierownik podmiotu leczniczego prowadzącego szpital, w porozumieniu z lekarzem kierującym oddziałem wymienionym w § 4 ust. 1 lub 2, ustala sposób komunikacji alarmowej;
- 3) plan zabiegów wykonywanych w szpitalu ustala się w porozumieniu z lekarzem kierującym oddziałem wymienionym w § 4 ust. 1 lub 2; plan ten powinien uwzględniać zasadę nadrzędności mniejszego ryzyka zagrożenia dla zdrowia i życia pacjenta, w szczególności powinien być dostosowany do liczby lekarzy udzielających świadczeń z zakresu anestezji oraz wyposażenia podmiotu leczniczego w wyroby medyczne niezbędne do udzielania tych świadczeń;
- 4) w przypadku gdy w szpitalu są wykonywane zabiegi na rzecz pacjentów dorosłych oraz na rzecz dzieci, plan zabiegów powinien dodatkowo uwzględniać zasadę rozdziału czasowego lub przestrzennego wykonywania zabiegów dla tych grup pacjentów;
- 5) lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii, lekarz anestezjolog lub lekarz w trakcie specjalizacji pod nadzorem lekarza specjalisty anestezjologii i intensywnej terapii zapoznaje się z dokumentacją medyczną pacjenta, skompletowaną wraz z niezbędnymi wynikami badań laboratoryjnych przez lekarza prowadzącego, oraz przeprowadza, nie później niż 24 godziny przed zabiegiem w trybie planowym, badanie w celu zakwalifikowania pacjenta do znieczulenia, zgodnie ze stanem zdrowia pacjenta i wskazaniami medycznymi; lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii, lekarz anestezjolog lub lekarz w trakcie specjalizacji pod nadzorem lekarza specjalisty anestezjologii i intensywnej terapii może zlecić dodatkowe badania i konsultacje niezbędne do zakwalifikowania pacjenta do znieczulenia;
- 6) jeżeli pacjent jest małoletni, badanie w celu zakwalifikowania pacjenta do znieczulenia, o którym mowa w pkt 5, nie może odbywać się w pomieszczeniach przeznaczonych dla pacjentów dorosłych;
- 7) lekarz kwalifikujący pacjenta do znieczulenia wypełnia podczas kwalifikacji kartę konsultacji anestezjologicznej;
- 8) dokument zawierający zgodę pacjenta na znieczulenie dołącza się do historii choroby;
- 9) lekarz wykonujący znieczulenie może w tym samym czasie znieczulać tylko jednego pacjenta; podczas znieczulenia z lekarzem współpracuje pielęgniarka anestezjologiczna; dotyczy to również znieczuleń wykonywanych poza salą operacyjną;

- 10) przed przystąpieniem do znieczulenia lekarz wykonujący znieczulenie, a w przypadku lekarza w trakcie specjalizacji również lekarz nadzorujący wykonywanie znieczulenia, jest obowiązany:
 - a) sprawdzić wyposażenie stanowiska znieczulenia,
 - b) skontrolować sprawność działania wyrobów medycznych niezbędnych do znieczulenia i monitorowania,
 - c) skontrolować właściwe oznakowanie płynów infuzyjnych, strzykawkę ze środkami anestetycznymi, strzykawkę z lekami stosowanymi podczas znieczulenia,
 - d) przeprowadzić kontrolę zgodności krwi biorcy z każdą jednostką krwi lub jej składnika przeznaczoną do przetoczenia w przypadku konieczności jej toczenia,
 - e) dokonać identyfikacji pacjenta poddawanego znieczuleniu;
- 11) lekarz wykonujący znieczulenie znajduje się w bezpośredniej bliskości pacjenta przez cały czas trwania znieczulenia;
- 12) lekarz wykonujący znieczulenie wypełnia kartę przebiegu znieczulenia, uwzględniającą w szczególności jego przebieg, dawkowanie anestetyków i innych leków, aktualne wartości parametrów podstawowych funkcji życiowych oraz ewentualne powikłania;
- 13) jeżeli inny lekarz kontynuuje znieczulenie pacjenta, lekarz ten ponosi odpowiedzialność za to znieczulenie od chwili rozpoczęcia kontynuacji znieczulenia; lekarz kontynuujący znieczulenie jest obowiązany zapoznać się ze wszystkimi informacjami dotyczącymi znieczulanego pacjenta, przebiegu znieczulenia oraz wyrobów medycznych; przejęcie odpowiedzialności za znieczulenie lekarz kontynuujący znieczulenie potwierdza pisemnie w karcie przebiegu znieczulenia;
- 14) lekarz wykonujący znieczulenie może opuścić znieczulanego pacjenta w celu przeprowadzenia resuscytacji innego pacjenta, jeżeli uzna, że opuszczenie znieczulanego pacjenta nie stanowi bezpośredniego zagrożenia dla jego życia; w takim przypadku przy pacjencie do czasu przybycia lekarza wykonującego znieczulenie pozostaje pielęgniarka anestezjologiczna;
- 15) transport pacjenta bezpośrednio po zakończonym znieczuleniu odbywa się pod nadzorem lekarza specjalisty anestezjologii i intensywnej terapii, lekarza anestezjologa lub lekarza w trakcie specjalizacji pod nadzorem lekarza specjalisty anestezjologii i intensywnej terapii, w razie potrzeby z użyciem przenośnego źródła tlenu, respiratora, urządzeń monitorujących podstawowe funkcje życiowe i innego niezbędnego sprzętu;

16) w bezpośrednim okresie pooperacyjnym pacjenta umieszcza się w sali nadzoru poznieczuleniowego.

§ 10. Świadczenia z zakresu intensywnej terapii są udzielane w szpitalu na stanowiskach intensywnej terapii.

§ 11. Ustala się standard organizacyjny postępowania przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu intensywnej terapii w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii lub oddziale anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci w szpitalu, zgodnie z którym:

- 1) prowadzi się ciągłe monitorowanie podstawowych funkcji życiowych i stosuje się dostępne metody i techniki terapeutyczne, ze szczególnym uwzględnieniem inwazyjnych i wspomagających czynności podstawowych układów organizmu;
- 2) udzielanie świadczeń zdrowotnych wymaga stałej obecności lekarza specjalisty anestezjologii i intensywnej terapii oraz pielęgniarki anestezjologicznej w oddziale;
- 3) intensywną terapię prowadzi lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii;
- 4) świadczeń zdrowotnych z zakresu intensywnej terapii może udzielać lekarz anestezjolog lub lekarz w trakcie specjalizacji, jeżeli jego praca jest bezpośrednio nadzorowana przez lekarza specjalistę anestezjologii i intensywnej terapii;
- 5) świadczeń zdrowotnych z zakresu intensywnej terapii może udzielać lekarz odbywający w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii staż specjalizacyjny w ramach innych dziedzin medycyny lub staż podyplomowy, jeżeli jego praca jest bezpośrednio nadzorowana przez lekarza specjalistę anestezjologii i intensywnej terapii;
- 6) na stanowisku nadzoru pielęgniarskiego zapewnia się możliwość obserwacji bezpośredniej;
- 7) należy zapewnić możliwość izolacji pacjentów oraz dostępność wyrobów medycznych monitorujących i terapeutycznych, niezbędnych do wykonywania specjalistycznych interwencji w stanach zagrożenia życia.

§ 12. 1. Leczenie chorych w ramach intensywnej terapii w szpitalu ma charakter interdyscyplinarny.

2. W razie gdy stan pacjenta nie wymaga dalszego postępowania z zakresu intensywnej terapii, leczenie przejmują inne oddziały szpitala.

§ 13. W celu prawidłowego udzielania świadczenia z zakresu intensywnej terapii podmiot leczniczy prowadzący szpital zapewnia możliwość przeprowadzania w lokalizacji rozumianej jako budynek lub zespół budynków oznaczonych tym samym adresem albo

oznaczonych innymi adresami, ale położonych obok siebie i tworzących funkcjonalną całość, w których jest zlokalizowane miejsce udzielania świadczeń, całodobowych niezbędnych badań radiologicznych i laboratoryjnych.

§ 14. Lekarz kierujący oddziałem anestezjologii i intensywnej terapii lub oddziałem anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci w szpitalu przeprowadza raz w roku ocenę jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych w oddziale, w szczególności zgodności postępowania z procedurami określonymi w § 9 pkt 1, aktualnymi zaleceniami odpowiednich towarzystw naukowych, kompletności dokumentacji i występowania zdarzeń medycznych, o których mowa w art. 67a ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2016 r. poz. 186, 823, 960 i 1070).

§ 15. Ustala się rodzaje czynności medycznych wykonywanych w oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii lub oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci w szpitalu przez lekarzy, o których mowa w § 11 pkt 3–5:

- 1) podstawowe - wymienione w części A załącznika nr 2 do rozporządzenia;
- 2) inne, których wykonywanie jest uwarunkowane wyposażeniem oddziału w odpowiednie wyroby medyczne - wymienione w części B załącznika nr 2 do rozporządzenia.

§ 16. 1. Pielęgniarki wykonujące przed dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia czynności przewidziane w rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 27 lutego 1998 r. w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii w zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 215 oraz z 2007 r. poz. 1133) dla przeszkolonych pielęgniarek, niespełniające wymagań określonych w § 2 pkt 6, mogą wykonywać czynności przewidziane dla pielęgniarki anestezjologicznej nie dłużej niż do dnia 31 grudnia 2018 r.

2. Podmioty lecznicze niespełniające w dniu wejścia w życie niniejszego rozporządzenia wymagań dotyczących odrębności oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci i oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii lub, w przypadku udzielania świadczeń zdrowotnych wyłącznie z zakresu anestezji, odrębności oddziałów anestezjologii dla dzieci i oddziałów anestezjologii dostosują się do wymagań określonych w § 4 ust. 1 i 2 w terminie nie dłuższym niż do dnia 31 grudnia 2018 r.

3. Lekarz będący przed dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia kierującym oddziałem anestezjologii i intensywnej terapii lub oddziałem anestezjologii i intensywnej

terapii dla dzieci albo oddziałem anestezjologii lub oddziałem anestezjologii dla dzieci w szpitalu, niespełniający wymagań określonych w § 4 ust. 10 może pełnić tę funkcję nie dłużej niż do dnia 31 grudnia 2018 r.

4. Pielęgniarka będąca przed dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia pielęgniarką oddziałową oddziału anestezjologii i intensywnej terapii lub oddziału anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci albo oddziału anestezjologii lub oddziału anestezjologii dla dzieci w szpitalu, niespełniająca wymagań określonych w § 4 ust. 11 może pełnić tę funkcję nie dłużej niż do dnia 31 grudnia 2018 r.

§ 17. 1. Podmioty lecznicze prowadzące szpitale, które w dniu wejścia w życie niniejszego rozporządzenia nie spełniają wymagań określonych w załączniku nr 1 do rozporządzenia, dostosują się do tych wymagań do dnia 31 grudnia 2018 r.

2. Podmioty wykonujące działalność leczniczą w rodzaju ambulatoryjne świadczenia zdrowotne lub stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne, które w dniu wejścia w życie niniejszego rozporządzenia nie spełniają wymagań określonych w części I załącznika nr 1 do rozporządzenia, dotyczących „Wyposażenia stanowiska znieczulenia”, dostosują się do tych wymagań do dnia 31 grudnia 2018 r.

§ 18. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2017 r.²⁾



MINISTER ZDROWIA

Konstanty Radziwiłł

²⁾ Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą (Dz. U. z 2013 r. poz. 15), które traci moc z dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia, zgodnie z art. 41 ustawy z dnia 10 czerwca 2016 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 960).

2016-12-16

Departament Organizacji Ochrony Zdrowia
NACZELNIK WYDZIAŁU
Systemu Ochrony Zdrowia

Anna Widarska

Złobko

2016-12-13

DYREKTOR

Departamentu Organizacji Ochrony Zdrowia

Beata Rorant

PODSEKRETARZ STANU
w Ministerstwie Zdrowia

DYREKTOR

Departamentu Prawnego

Michał Miszczyński
radca prawny

Piotr Warczyński

K. Borowski
e-mail 16 XII 2016

Uzasadnienie

Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 22 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1638 i 1948).

Projektowane rozporządzenie zastępuje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą (Dz. U. z 2013 r. poz. 15).

Celem niniejszego rozporządzenia jest przede wszystkim pilna potrzeba wydłużenia okresu dostosowania podmiotów wykonujących działalność leczniczą do wymagań wynikających z dotychczasowych przepisów, który upływa w dniu 31 grudnia 2016 r. Jednakże z uwagi na zmianę treści upoważnienia ustawowego do wydania rozporządzenia, zawartego w art. 22 ust. 5 ustawy o działalności leczniczej (art. 1 pkt 11 ustawy z dnia 10 czerwca 2016 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw - Dz. U. poz. 960), konieczne jest wydanie nowego aktu prawnego, pomimo że dotychczasowe rozporządzenie zostało utrzymane w mocy do czasu wejścia w życie nowego aktu wykonawczego, nie dłużej jednak niż do dnia 31 grudnia 2018 r.

W stosunku do obecnie obowiązującego rozporządzenia w projekcie proponuje się zrównanie i wydłużenie terminu dostosowania do wymagań określonych w załączniku nr 1 do rozporządzenia do dnia 31 grudnia 2018 r. W obowiązującym rozporządzeniu termin ten jest zróżnicowany i został określony:

- 1) dla wymagań określonych w części I „Organizacja udzielania świadczeń”, „Wyposażenie w aparaturę i sprzęt medyczny” oraz „Pozostałe wymagania” załącznika nr 1 - do dnia 31 grudnia 2016 r. (szpitale);
- 2) dla wymagań określonych w części I „Personel” oraz w części II „Warunki szczegółowe dla poziomów referencyjnych oddziału anestezjologii i intensywnej terapii”, oraz w części III „Warunki szczegółowe dla poziomów referencyjnych oddziału anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci” załącznika nr 1 – do dnia 1 lipca 2017 r. (szpitale);

- 3) dla wymagań określonych w części I „Wymagania przestrzenne” załącznika nr 1 - do dnia 31 grudnia 2018 r. (szpitale);
- 4) dla wymagań określonych w części I załącznika nr 1 do rozporządzenia dotyczących „Wyposażenia stanowiska znieczulenia” - do dnia 31 grudnia 2016 r. (ambulatoria lub zakłady lecznicze, w którym udzielane są stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne, oraz praktyki zawodowe).

Konieczność ujednolicenia i wydłużenia terminu dostosowania wynika ze zróżnicowanego poziomu standardu wyposażenia bazy oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii, jak również zabezpieczenia personelu medycznego, co powoduje zagrożenie braku spełnienia przez podmioty lecznicze określonych w rozporządzeniu wymagań. Przyjęcie zaproponowanego rozwiązania pozwoli na kontynuację działań dostosowawczych w tym zakresie.

Ponadto projekt wprowadza zmiany w terminologii w związku z wejściem w życie ustawy z dnia 10 czerwca 2016 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw, w której pojęcie „przedsiębiorstwo” zostało zastąpione pojęciem „zakład leczniczy”.

W pozostałym zakresie projekt rozporządzenia powiela aktualnie obowiązujące rozwiązania, które mają charakter standardów organizacyjnych opieki zdrowotnej, tzn. dotyczą sposobu sprawowania opieki nad pacjentem lub wykonywania czynności związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii.

Jednocześnie Minister Zdrowia powołał Radę ds. Anestezjologii, której zadaniem będzie między innymi przedstawienie propozycji ewentualnych zmian merytorycznych w zakresie standardu w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, które będą przedmiotem prac legislacyjnych nad zmianą rozporządzenia.

Projektowane rozporządzenie nie jest objęte zakresem prawa Unii Europejskiej.

Projekt rozporządzenia nie wymaga notyfikacji w rozumieniu przepisów rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. poz. 2039, z późn. zm.).

WARUNKI DLA ODDZIAŁÓW ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII ORAZ ODDZIAŁÓW ANESTEZJOLOGII W SZPITALACH

Część I. Warunki ogólne dla oddziału anestezjologii i intensywnej terapii lub oddziału anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci oraz oddziału anestezjologii lub oddziału anestezjologii dla dzieci w szpitalu

Lp.	Oddział	3	4	Warunki wymagane
1	Oddział anestezjologii i intensywnej terapii/ oddział anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci albo oddział anestezjologii/oddział anestezjologii dla dzieci, w skład którego wchodzi w szczególności: a) stanowiska intensywnej terapii (dotyczy oddziału anestezjologii i intensywnej terapii/oddziału anestezjologii i intensywnej terapii)	Lekarze	1) na pierwszym poziomie referencyjnym - równoważnik co najmniej 4 etatów - lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii (nie dotyczy dyżuru medycznego); 2) na drugim poziomie referencyjnym - równoważnik co najmniej 5 etatów - lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii (nie dotyczy dyżuru medycznego); 3) na trzecim poziomie referencyjnym - równoważnik co najmniej 6 etatów - lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii (nie dotyczy dyżuru medycznego); 4) w przypadku udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezji dodatkowo: równoważnik co najmniej 1 etatu - lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii (nie dotyczy dyżuru medycznego) - odpowiednio do potrzeb. 1) równoważnik co najmniej 2,2 etatu na jedno stanowisko intensywnej terapii - pielęgniarka anestezjologiczna; 2) w przypadku udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezji dodatkowo: równoważnik co najmniej 1 etatu - pielęgniarka, która ukończyła specjalizację w dziedzinie anestezjologii i intensywnej opieki lub pielęgniarka, która ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie anestezjologii i intensywnej opieki, lub pielęgniarka - odpowiednio do zakresu wykonywanych świadczeń.	1) na pierwszym poziomie referencyjnym - równoważnik co najmniej 4 etatów - lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii (nie dotyczy dyżuru medycznego); 2) na drugim poziomie referencyjnym - równoważnik co najmniej 5 etatów - lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii (nie dotyczy dyżuru medycznego); 3) na trzecim poziomie referencyjnym - równoważnik co najmniej 6 etatów - lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii (nie dotyczy dyżuru medycznego); 4) w przypadku udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezji dodatkowo: równoważnik co najmniej 1 etatu - lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii (nie dotyczy dyżuru medycznego) - odpowiednio do potrzeb. 1) równoważnik co najmniej 2,2 etatu na jedno stanowisko intensywnej terapii - pielęgniarka anestezjologiczna; 2) w przypadku udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezji dodatkowo: równoważnik co najmniej 1 etatu - pielęgniarka, która ukończyła specjalizację w dziedzinie anestezjologii i intensywnej opieki lub pielęgniarka, która ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie anestezjologii i intensywnej opieki, lub pielęgniarka - odpowiednio do zakresu wykonywanych świadczeń.
	anestezjologii i intensywnej terapii	Pozostały personel		Równoważnik co najmniej 0,5 etatu - fizjoterapeuta - odpowiednio do zakresu wykonywanych świadczeń (dotyczy trzeciego poziomu referencyjnego).

<p>dla dzieci), b) stanowiska znieczulenia, c) stanowiska nadzoru poznieczuleniowego</p>	<p>Organizacja udzielania świadczeń</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) sala nadzoru poznieczuleniowego odrębna dla pacjentów dorosłych oraz dzieci, która znajduje się w obrębie bloku operacyjnego lub bliskim sąsiedztwie bloku operacyjnego; 2) udzielanie świadczeń zdrowotnych w sali nadzoru poznieczuleniowego wymaga stałej obecności lekarza specjalisty anestezjologii i intensywnej terapii lub lekarza anestezjologa w oddziale (nie może być łączona ze stałą obecnością lekarza specjalisty anestezjologii i intensywnej terapii w oddziale przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych na stanowisku intensywnej terapii); 3) bezpośredni nadzór nad pacjentem w sali nadzoru poznieczuleniowego prowadzi pielęgniarka anestezjologiczna, którym należy zapewnić środki techniczne umożliwiające stały kontakt z lekarzem specjalistą anestezjologii i intensywnej terapii; 4) stosunek liczby pielęgniarek anestezjologicznych w sali nadzoru poznieczuleniowego na każdej zmianie do liczby faktycznie obłożonych stanowisk nadzoru poznieczuleniowego nie powinien być niższy niż 1:4; 5) ustala się trzy poziomy intensywności opieki pielęgniarskiej na stanowiskach intensywnej terapii w oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii: <ol style="list-style-type: none"> a) najniższy poziom opieki - potrzeba ciągłego monitorowania z powodu zagrożenia niewydolnością narządową – co najmniej 1 pielęgniarka na 3 stanowiska intensywnej terapii na zmianę, b) pośredni poziom opieki - pacjent z 1 niewydolnością narządową, która bezpośrednio zagraża życiu i wymaga mechanicznego lub farmakologicznego wspomaganie czynności narządów – co najmniej 1 pielęgniarka na 2 stanowiska intensywnej terapii na zmianę, c) najwyższy poziom opieki - pacjent z co najmniej 2 niewydolnościami narządowymi, które bezpośrednio zagrażają życiu i wymagają mechanicznego lub farmakologicznego wspomaganie czynności narządów – co najmniej 1 pielęgniarka na 1 stanowisko intensywnej terapii na zmianę.
<p>Wyposażenie w wyroby</p>		<p>A. Wyposażenie oddziału anestezjologii i intensywnej terapii</p>

	medyczne	<p>1) elektryczne urządzenie do ssania – co najmniej 1 na 3 stanowiska intensywnej terapii, ale nie mniej niż 2 w oddziale;</p> <p>2) sprzęt do pomiaru rzutu serca – co najmniej 1 na 4 stanowiska intensywnej terapii;</p> <p>3) aparat do ciągłego leczenia nerkozastępczego – co najmniej 1 na 8 stanowisk intensywnej terapii, jeżeli w szpitalu nie ma odcinka (stacji) dializ;</p> <p>4) bronchofiberoskop – co najmniej 1 na oddział;</p> <p>5) sprzęt do bezpośredniego monitorowania ciśnienia wewnątrzczaszkowego – co najmniej 1 na oddział;</p> <p>6) przyłóżkowy aparat rentgenowski – co najmniej 1 na oddział;</p> <p>7) defibrylator z możliwością wykonania kardiowersji i zewnętrznej stymulacji serca - co najmniej 1 na oddział;</p> <p>8) respirator transportowy – co najmniej 1 na 5 stanowisk intensywnej terapii.</p> <p>B. Wyposażenie stanowiska intensywnej terapii</p> <p>1) łóżko do intensywnej terapii z materacem przeciwodleżynowym;</p> <p>2) respirator z możliwością regulacji stężenia tlenu w zakresie 21–100 %;</p> <p>3) źródła elektryczności, tlenu, powietrza i próżni;</p> <p>4) zestaw do intubacji i wentylacji z workiem samorozprężalnym;</p> <p>5) sprzęt do szybkich oraz regulowanych przetoczeń płynów, w tym co najmniej 6 pomp infuzyjnych;</p> <p>6) kardiomonitor;</p> <p>7) pulsoksymetr;</p> <p>8) kapnograf;</p> <p>9) aparat do automatycznego pomiaru ciśnienia krwi metodą nieinwazyjną;</p> <p>10) sprzęt do inwazyjnego pomiaru ciśnienia krwi;</p> <p>11) materac lub inne urządzenie do aktywnej regulacji temperatury pacjenta;</p> <p>12) fonendoskop.</p> <p>C. Wyposażenie stanowiska znieczulenia</p>
--	----------	--

- 1) aparat do znieczulenia ogólnego z respiratorem anestetycznym; aparaturę anesteziologiczną stanowiska znieczulenia ogólnego z zastosowaniem sztucznej wentylacji płuc wyposaża się także w:
- a) alarm nadmiernego ciśnienia w układzie oddechowym,
 - b) alarm rozłączenia w układzie oddechowym,
 - c) urządzenie ciągłego pomiaru częstości oddychania,
 - d) urządzenie ciągłego pomiaru objętości oddechowych;
- 2) worek samorozprężalny i rurki ustno-gardłowe;
 - 3) źródło tlenu, powietrza i próżni;
 - 4) urządzenie do ssania;
 - 5) zestaw do intubacji dotchawicznej z rurkami intubacyjnymi i dwoma laryngoskopami;
 - 6) defibrylator z możliwością wykonania kardiowersji i elektrostymulacji – co najmniej 1 na zespół połączonych ze sobą stanowisk znieczulenia lub wyodrębnioną salę operacyjną;
 - 7) wyciąg gazów anestetycznych;
 - 8) zasilanie elektryczne z systemem awaryjnym;
 - 9) znormalizowany stolik (wózek) anesteziologiczny;
 - 10) źródło światła;
 - 11) sprzęt do dożylnego podawania leków;
 - 12) fonendoskop lub dla dzieci stetoskop przedsercowy;
 - 13) aparat do pomiaru ciśnienia krwi;
 - 14) termometr;
 - 15) pulsoksymetr;
 - 16) monitor stężenia tlenu w układzie anestetycznym z alarmem wartości granicznych;
 - 17) kardiomonitor;
 - 18) kapnometr;
 - 19) monitor zwiótczenia mięśniowego – 1 na stanowisko znieczulenia;
 - 20) monitor gazów anestetycznych – 1 na stanowisko znieczulenia;
 - 21) sprzęt do inwazyjnego pomiaru ciśnienia krwi;
 - 22) urządzenie do ogrzewania płynów infuzyjnych;
 - 23) urządzenie do ogrzewania pacjenta – co najmniej 1 na 3 stanowiska znieczulenia;
 - 24) sprzęt do szybkich przetoczeń płynów;
 - 25) sprzęt do regulowanych przetoczeń płynów;
 - 26) co najmniej 3 pompy infuzyjne.

			<p>D. Wyposażenie sali nadzoru poznieczuleniowego lub stanowiska nadzoru poznieczuleniowego</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) wózek reanimacyjny i zestaw do konikotomii; 2) defibrylator z możliwością wykonania kardiowersji; 3) respirator z możliwością regulacji stężenia tlenu w zakresie 21-100 % – co najmniej 1 na salę nadzoru poznieczuleniowego; 4) stanowiska nadzoru poznieczuleniowego: <ol style="list-style-type: none"> a) źródło tlenu, powietrza i próżni, b) aparat do pomiaru ciśnienia krwi, c) monitor EKG, d) pulsoksymetr, e) termometr; 5) elektryczne urządzenia do ssania – co najmniej 1 na 3 stanowiska nadzoru poznieczuleniowego; 6) zapewnienie możliwości obserwacji bezpośredniej lub przy użyciu kamer wyposażonych w funkcje autostartu, w szczególności możliwości obserwacji twarzy.
		<p>Pozostałe wymagania</p>	<p>W oddziale anestezjologii i intensywnej terapii zapewnia się dodatkowo przyłóżkowy aparat usg, aparat do pomiaru laboratoryjnych parametrów krytycznych oraz zestaw do zabezpieczenia drożności dróg oddechowych w przypadku wystąpienia zdarzenia, jakim są „trudne drogi oddechowe”; w skład zestawu wchodzi co najmniej:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) laryngoskop z łopatką z łamanym zakończeniem; 2) rękojeść krótka; 3) maski krtaniowe w różnych rozmiarach; 4) prowadnica długa i sprężysta (typ bougie); 5) prowadnica światłowodowa lub video laryngoskop; 6) rurki ustno-gardłowe; 7) rurka krtaniowa; 8) zestaw do konikopunkcji; 9) zestaw do tracheotomii.
	<p>Wymagania przestrzenne</p>	<p>Powierzchnia pokoi łóżkowych w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii oraz sali nadzoru poznieczuleniowego wynosi odpowiednio:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) pokój 1-stanowiskowy – co najmniej 18,0 m²; 2) pokój wielostanowiskowy – co najmniej 16,0 m² na 1 stanowisko. 	

Część II. Warunki szczegółowe dla poziomów referencyjnych oddziału anestezjologii i intensywnej terapii w szpitalu

Lp.	Poziom referencyjny	Warunki wymagane
1	Pierwszy poziom referencyjny	<p style="text-align: center;">4</p> <p>Organizacja udzielania świadczeń</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) co najmniej 4 stanowiska intensywnej terapii; 2) wyodrębniona całodobowa opieka lekarska – jednocześnie przez co najmniej 1 lekarza specjalistę anestezjologii i intensywnej terapii we wszystkie dni tygodnia (nie może być łączona z innymi oddziałami lub wykonywaniem świadczeń z zakresu anestezji); 3) wyodrębniona całodobowa opieka pielęgniarska – na każdej zmianie co najmniej 1 pielęgniarka anestezjologiczna, z uwzględnieniem szczegółowych poziomów intensywności opieki określonych w pkt 5 Organizacja udzielania świadczeń, w części I. <p>Pozostałe wymagania</p> <p>Zapewnienie działania w strukturze podmiotu leczniczego prowadzącego szpital:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) bloku operacyjnego zapewniającego stałą gotowość co najmniej jednej sali operacyjnej do udzielania świadczeń zdrowotnych; 2) co najmniej jednego oddziału zabiegowego.
2	Drugi poziom referencyjny	<p>Organizacja udzielania świadczeń</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) co najmniej 6 stanowisk intensywnej terapii; 2) wyodrębniona całodobowa opieka lekarska – jednocześnie przez co najmniej 1 lekarza specjalistę anestezjologii i intensywnej terapii we wszystkie dni tygodnia (nie może być łączona z innymi oddziałami lub wykonywaniem świadczeń z zakresu anestezji); 3) wyodrębniona całodobowa opieka pielęgniarska – na każdej zmianie co najmniej 1 pielęgniarka anestezjologiczna, z uwzględnieniem szczegółowych poziomów intensywności opieki określonych w pkt 5 Organizacja udzielania świadczeń, w części I. <p>Pozostałe wymagania</p> <p>Zapewnienie działania w strukturze podmiotu leczniczego prowadzącego szpital:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) bloku operacyjnego zapewniającego stałą gotowość co najmniej jednej sali operacyjnej do udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentowi urazowemu; 2) pracowni endoskopii diagnostycznej i zabiegowej, czynnej całą dobę; 3) oddziału chirurgii ogólnej lub oddziału ortopedii i traumatologii narządu ruchu; 4) oddziału neurochirurgii lub chirurgii ogólnej realizujących świadczenia w obrębie czaszki, mózgowia i rdzenia kręgowego.

3	Trzeci poziom referencyjny	Organizacja udzielania świadczeń	<p>1) co najmniej 8 stanowisk intensywnej terapii;</p> <p>2) wyodrębniona całodobowa opieka lekarska – jednocześnie przez co najmniej 2 lekarzy (lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii lub lekarz anestezjolog lub lekarz w trakcie specjalizacji), w tym co najmniej 1 lekarza specjalistę anestezjologii i intensywnej terapii, we wszystkie dni tygodnia (nie może być łączona z innymi oddziałami lub wykonywaniem świadczeń z zakresu anestezji);</p> <p>3) wyodrębniona całodobowa opieka pielęgniarska – na każdej zmianie co najmniej 1 pielęgniarka anestezjologiczna, z uwzględnieniem szczegółowych poziomów intensywności opieki określonych w pkt 5 Organizacja udzielania świadczeń, w części I.</p>
		Pozostałe wymagania	<p>Zapewnienie działania w strukturze podmiotu leczniczego prowadzącego szpital:</p> <p>1) bloku operacyjnego zapewniającego stałą gotowość co najmniej jednej sali operacyjnej do udzielenia świadczeń zdrowotnych pacjentowi urazowemu;</p> <p>2) pracowni endoskopii diagnostycznej i zabiegowej, czynnej całą dobę;</p> <p>3) oddziału chirurgii ogólnej lub oddziału ortopedii i traumatologii narządu ruchu;</p> <p>4) oddziału neurochirurgii lub chirurgii ogólnej realizujących świadczenia w obrębie czaszki, mózgowia i rdzenia kręgowego;</p> <p>5) oddziału chirurgii naczyń lub chirurgii ogólnej z profilem chirurgii naczyń.</p> <p>Do podmiotów leczniczych realizujących świadczenia wysokospecjalistyczne określone w przepisach w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń wysokospecjalistycznych oraz warunków ich realizacji nie stosuje się wymogów określonych w pkt 3-5.</p>

Część III. Warunki szczegółowe dla poziomów referencyjnych oddziału anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci w szpitalu

		Warunki wymagane	
Lp.	Poziom referencyjny		
		3	4
1	Pierwszy poziom referencyjny	Organizacja udzielania świadczeń	<ol style="list-style-type: none"> 1) co najmniej 4 stanowiska intensywnej terapii, w tym co najmniej 1 dla noworodków; 2) co najmniej 2 inkubatory otwarte z możliwością fototerapii oraz ważenia dzieci oraz co najmniej 1 inkubator zamknięty z możliwością fototerapii oraz ważenia dzieci, w przypadku udzielania świadczeń dla noworodków; 3) wyodrębniona całodobowa opieka lekarska – jednocześnie przez co najmniej 1 lekarza specjalistę anestezjologii i intensywnej terapii, we wszystkie dni tygodnia (nie może być łączona z innymi oddziałami lub wykonywaniem świadczeń z zakresu anestezji); 4) wyodrębniona całodobowa opieka pielęgniarska – na każdej zmianie co najmniej 1 pielęgniarka anestezjologiczna, z uwzględnieniem szczególnych poziomów intensywności opieki określonych w pkt 5 Organizacja udzielania świadczeń, w części I.
		Pozostałe wymagania	<p>Zapewnienie działania w strukturze podmiotu leczniczego prowadzącego szpital:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) bloku operacyjnego zapewniającego stałą gotowość co najmniej jednej sali operacyjnej do udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentowi małoletniemu, w szczególności noworodkowi; 2) co najmniej jednego dziecięcego oddziału zabiegowego.
2	Drugi poziom referencyjny	Organizacja udzielania świadczeń	<ol style="list-style-type: none"> 1) co najmniej 6 stanowisk intensywnej terapii, w tym co najmniej 3 dla noworodków; 2) co najmniej 2 inkubatory otwarte z możliwością fototerapii oraz ważenia dzieci oraz co najmniej 1 inkubator zamknięty z możliwością fototerapii oraz ważenia dzieci, w przypadku udzielania świadczeń dla noworodków; 3) wyodrębniona całodobowa opieka lekarska – jednocześnie przez co najmniej 1 lekarza specjalistę anestezjologii i intensywnej terapii, we wszystkie dni tygodnia (nie może być łączona z innymi oddziałami lub wykonywaniem świadczeń z zakresu anestezji); 4) wyodrębniona całodobowa opieka pielęgniarska – na każdej zmianie co najmniej 1 pielęgniarka anestezjologiczna, z uwzględnieniem szczególnych poziomów intensywności opieki określonych w pkt 5 Organizacja udzielania świadczeń, w części I.

		Pozostałe wymagania	<p>Zapewnienie działania w strukturze podmiotu leczniczego prowadzącego szpital:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) bloku operacyjnego zapewniającego stałą gotowość co najmniej jednej sali operacyjnej do udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentowi małoletniemu, w szczególności noworodkowi; 2) pracowni endoskopii diagnostycznej i zabiegowej, czynnej całą dobę; 3) oddziału chirurgii dziecięcej z możliwością udzielania świadczeń z zakresu traumatologii narządu ruchu oraz nagłych przypadków z zakresu neurochirurgii.
3	Trzeci poziom referencyjny	Organizacja udzielania świadczeń	<ol style="list-style-type: none"> 1) co najmniej 8 stanowisk intensywnej terapii, w tym co najmniej 4 dla noworodków; 2) co najmniej 2 inkubatory otwarte z możliwością fototerapii oraz ważenia dzieci oraz co najmniej 1 inkubator zamknięty z możliwością fototerapii oraz ważenia dzieci, w przypadku udzielania świadczeń dla noworodków; 3) wyodrębniona całodobowa opieka lekarska – jednocześnie przez co najmniej 2 lekarzy (lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii lub lekarz anestezjolog, lub lekarz w trakcie specjalizacji), w tym co najmniej 1 lekarza specjalistę anestezjologii i intensywnej terapii, we wszystkie dni tygodnia (nie może być łączona z innymi oddziałami lub wykonywaniem świadczeń z zakresu anestezji); 4) wyodrębniona całodobowa opieka pielęgniarska – na każdej zmianie co najmniej 1 pielęgniarka anestezjologiczna, z uwzględnieniem szczegółowych poziomów intensywności opieki określonych w pkt 5 Organizacja udzielania świadczeń, w części I.
		Pozostałe wymagania	<p>Zapewnienie działania w strukturze podmiotu leczniczego prowadzącego szpital:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) bloku operacyjnego zapewniającego stałą gotowość co najmniej jednej sali operacyjnej do udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentowi małoletniemu, w szczególności noworodkowi; 2) pracowni endoskopii diagnostycznej i zabiegowej, czynnej całą dobę; 3) oddziału chirurgii dziecięcej lub oddziału ortopedii i traumatologii narządu ruchu; 4) oddziału neurochirurgii lub chirurgii ogólnej realizujących świadczenia w obrębie czaszki, mózgowia i rdzenia kręgowego.

RODZAJE CZYNNOŚCI MEDYCZNYCH WYKONYWANYCH W ODDZIAŁACH
ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII LUB W ODDZIAŁACH ANESTEZJOLOGII
I INTENSYWNEJ TERAPII DLA DZIECI

Część A. Czynności podstawowe:

- 1) ciągle przyłóżkowe monitorowanie EKG;
- 2) pomiar ciśnienia tętniczego krwi metodą nieinwazyjną;
- 3) ciągły pomiar ciśnienia tętniczego krwi metodą inwazyjną;
- 4) pomiar ośrodkowego ciśnienia żylnego;
- 5) pomiar ciśnienia wewnątrzczaszkowego;
- 6) ciągły pomiar ciśnienia w tętnicy płucnej metodą inwazyjną;
- 7) pomiar rzutu serca;
- 8) zabezpieczenie drożności dróg oddechowych;
- 9) przedłużona wentylacja płuc z użyciem respiratora z regulacją stężenia tlenu w respiratorze w zakresie 21-100%;
- 10) wziernikowanie dróg oddechowych za pomocą bronchofiberoskopu;
- 11) terapia płynami infuzyjnymi za pomocą pomp infuzyjnych, strzykawk automatycznych;
- 12) toaleta dróg oddechowych za pomocą urządzeń ssących;
- 13) ciągle leczenie nerkozastępcze;
- 14) przyłóżkowa diagnostyka rtg i usg;
- 15) monitorowanie temperatury ciała;
- 16) defibrylacja, kardiowersja, stymulacja zewnętrzna serca;
- 17) pulsoksymetria;
- 18) kapnometria.

Część B. Czynności inne, których wykonywanie jest uwarunkowane wyposażeniem oddziału w odpowiednie wyroby medyczne:

- 1) przyłóżkowa diagnostyka rtg z torem wizyjnym;
- 2) kontrapulsacja wewnątrzaoortalna lub inna metoda mechanicznego wspomagania czynności serca, odpowiednia do wieku pacjenta;
- 3) pozaustrojowe wspomaganie czynności wątroby;
- 4) pozaustrojowa wymiana gazów;
- 5) leczenie wziewne tlenkiem azotu;
- 6) diagnostyka procesu hemostazy z zastosowaniem tromboelastometrii;
- 7) hipotermia terapeutyczna.

<p>Nazwa projektu Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii</p> <p>Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące Ministerstwo Zdrowia</p> <p>Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu Pan Piotr Warczyński – Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia</p> <p>Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu Pani Beata Rorant – Dyrektor Departamentu Organizacji Ochrony Zdrowia w Ministerstwie Zdrowia, tel. 22 6349277, b.rorant@mz.gov.pl</p>	<p>Data sporządzenia 07.12.2016 r.</p> <p>Źródło: Art. 22 ust.5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1638 i 1948)</p> <p>Nr w wykazie prac Ministra Zdrowia: MZ 498</p>
---	--

1. Jaki problem jest rozwiązywany?

1. Projektowane rozporządzenie zastąpi rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą (Dz. U. z 2013 r. poz. 15). Konieczność wydania nowego rozporządzenia wynika z art. 1 pkt 11 ustawy z dnia 10 czerwca 2016 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 960), który dokonał zmiany treści art. 22 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, jednocześnie zachowując w mocy rozporządzenia wydane na podstawie upoważnienia zawartego w art. 22 ust. 5 ustawy do czasu wejścia w życie aktów wykonawczych, wydanych na podstawie tego przepisu w nowym brzmieniu, nie dłużej jednak niż do dnia 31 grudnia 2018 r.
2. Zrównanie i wydłużenie terminu na dostosowanie do standardów określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą do dnia 31 grudnia 2018 r. (obecnie terminy są zróżnicowane w odniesieniu do poszczególnych wymagań).
3. Dostosowanie terminologii rozporządzenia do terminologii wprowadzonej ustawą z dnia 10 czerwca 2016 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 960), która zastąpiła pojęcie przedsiębiorstwa pojęciem zakład leczniczy.

2. Rekomendowane rozwiązanie, w tym planowane narzędzia interwencji, i oczekiwany efekt

Projekt powiela rozwiązania obowiązującego rozporządzenia. Jednocześnie obecnie istniejące podmioty wykonujące działalność leczniczą dysponują pomieszczeniami i urządzeniami o różnym standardzie wyposażenia bazy oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii, jak również zabezpieczenia personelu medycznego. Jednocześnie obowiązujące rozporządzenie określa terminy dostosowania w zależności od obszaru odpowiednio: na dzień 31 grudnia 2016 r. lub 1 lipca 2017 r. lub 31 grudnia 2018 r. W związku ze wspomnianym zróżnicowaniem standardów i koniecznością wprowadzenia czasochłonnych i kosztochłonnych zmian zasadne jest wydłużenie tego terminu do 31 grudnia 2018 r. Pozwoli to na uniknięcie zagrożenia, iż podmioty wykonujące działalność leczniczą nie będą spełniały wymagań określonych w załączniku nr 1 do rozporządzenia. Przyjęcie zaproponowanego rozwiązania, tj. wydłużenie terminu na spełnienie wymogów określonych w rozporządzeniu, pozwoli na kontynuację podjętych działań w tym zakresie.

3. Jak problem został rozwiązany w innych krajach, w szczególności krajach członkowskich OECD/UE?

Brak informacji

4. Podmioty, na które oddziałuje projekt

Grupa	Wielkość	Źródło danych	Oddziaływanie
Podmioty lecznicze, które mają w strukturze co najmniej 1 oddział anestezjologii i intensywnej terapii	483 podmioty lecznicze; łącznie funkcjonuje 581 oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii (528 dla dorosłych i 53 dla dzieci)	Rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą	Wydłużenie okresu na dostosowanie do wymagań do 31 grudnia 2018 r.
Podmioty wykonujące działalność leczniczą posiadające stanowiska znieczulenia	brak danych, stanowisko znieczulenia nie wymaga stworzenia odrębnej komórki		Wydłużenie okresu na dostosowanie do wymagań do 31 grudnia 2018 r.

	organizacyjnej, która znajdowałaby swoje odzwierciedlenie w rejestrze		
--	---	--	--

5. Informacje na temat zakresu, czasu trwania i podsumowanie wyników konsultacji

Projekt nie był przedmiotem tzw. pre-konsultacji.

W ramach konsultacji publicznych i opiniowania projekt z terminem 7-dniowym został przesłany do zaopiniowania przez następujące podmioty:

- 1) Naczelną Radę Lekarską;
- 2) Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych;
- 3) Naczelną Radę Aptekarską;
- 4) Krajową Radę Diagnostów Laboratoryjnych;
- 5) Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce;
- 6) Kolegium Pielęgniarek i Położnych w Polsce;
- 7) Business Centre Club;
- 8) Związek Rzemiosła Polskiego;
- 9) Unię Metropolii Polskich;
- 10) Unię Miasteczek Polskich;
- 11) Związek Gmin Wiejskich RP;
- 12) Związek Miast Polskich;
- 13) Związek Powiatów Polskich;
- 14) Federację Regionalnych Związków Gmin i Powiatów RP;
- 15) Konwent Marszałków Województw;
- 16) Pracodawców Rzeczypospolitej Polskiej;
- 17) Gdański Związek Pracodawców;
- 18) Federację Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”;
- 19) Konfederację Lewiatan;
- 20) Porozumienie Pracodawców Ochrony Zdrowia;
- 21) Federację Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia i Pomocy Społecznej;
- 22) Ogólnopolską Konfederację Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia;
- 23) Ogólnopolski Związek Pracodawców Samodzielnych Publicznych Szpitali Klinicznych;
- 24) Ogólnopolski Związek Pracodawców Prywatnej Służby Zdrowia – Medycyna Prywatna;
- 25) Ogólnopolski Związek Pracodawców Zakładów Opieki Zdrowotnej;
- 26) Wielkopolski Związek Zakładów Opieki Zdrowotnej – Organizację Pracodawców;
- 27) Związek Pracodawców Samodzielnych Publicznych ZOZ Warmii i Mazur;
- 28) Związek Pracodawców Służby Zdrowia w Łodzi;
- 29) Stowarzyszenie Menedżerów Ochrony Zdrowia;
- 30) Stowarzyszenie Szpitali Powiatowych Województwa Małopolskiego;
- 31) Polską Unię Szpitali Klinicznych;
- 32) Konsorcjum Szpitali Wrocławskich;
- 33) Związek Powiatowych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej Województwa Podkarpackiego;
- 34) Związek Powiatowych Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej Województwa Wielkopolskiego Organizację Pracodawców w Gnieźnie;
- 35) Biuro Komisji Krajowej NSZZ „Solidarność”;
- 36) Krajowy Sekretariat Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność 80”;
- 37) Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych;
- 38) Forum Związków Zawodowych;
- 39) Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy;
- 40) Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych;
- 41) Ogólnopolski Związek Zawodowy Położnych;
- 42) Związek Zawodowy Anestezjologów;
- 43) Związek Zawodowy Pracowników Bloku Operacyjnego, Anestezjologii i Intensywnej Terapii;
- 44) Forum Rozwoju Ratownictwa Medycznego;
- 45) Polską Radę Ratowników Medycznych;
- 46) Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy – Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu;
- 47) Collegium Medicum, Uniwersytet Jagielloński w Krakowie;
- 48) Gdański Uniwersytet Medyczny;
- 49) Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie;
- 50) Śląski Uniwersytet Medyczny;
- 51) Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu;
- 52) Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu;

Źródła finansowania	Projektowana regulacja nie będzie miała wpływu na sektor finansów publicznych, w tym budżet państwa oraz budżety jednostek samorządu terytorialnego. Ponadto projektowana regulacja nie będzie wywoływać skutków finansowych dla podmiotów leczniczych funkcjonujących w formie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej.
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	

7. Wpływ na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym funkcjonowanie przedsiębiorców oraz na rodzinę, obywateli i gospodarstwa domowe

		Skutki						
Czas w latach od wejścia w życie zmian		0	1	2	3	5	10	Łącznie (0-10)
W ujęciu pieniężnym (w mln zł, ceny stałe z r.)	duże przedsiębiorstwa							
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw							
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe (dodaj/usuń)							
W ujęciu niepieniężnym	duże przedsiębiorstwa							
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw							
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe (dodaj/usuń)							
Niemierzalne								

Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	Projektowana regulacja z uwagi na wydłużenie okresów dostosowawczych będzie miała nieznaczny wpływ na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorstw.
--	--

8. Zmiana obciążeń regulacyjnych (w tym obowiązków informacyjnych) wynikających z projektu

X nie dotyczy	
Wprowadzane są obciążenia poza bezwzględnie wymaganymi przez UE (szczegóły w odwróconej tabeli zgodności).	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie dotyczy
<input type="checkbox"/> zmniejszenie liczby dokumentów <input type="checkbox"/> zmniejszenie liczby procedur <input type="checkbox"/> skrócenie czasu na załatwienie sprawy <input type="checkbox"/> inne:	<input type="checkbox"/> zwiększenie liczby dokumentów <input type="checkbox"/> zwiększenie liczby procedur <input type="checkbox"/> wydłużenie czasu na załatwienie sprawy <input type="checkbox"/> inne:
Wprowadzane obciążenia są przystosowane do ich elektronizacji.	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie dotyczy

Komentarz:

9. Wpływ na rynek pracy

Projektowana regulacja nie będzie miała wpływu na rynek pracy.

10. Wpływ na pozostałe obszary

<input type="checkbox"/> środowisko naturalne <input type="checkbox"/> sytuacja i rozwój regionalny <input type="checkbox"/> inne:	<input type="checkbox"/> demografia <input type="checkbox"/> mienie państwowe	<input type="checkbox"/> informatyzacja <input type="checkbox"/> zdrowie
--	--	---

Omówienie wpływu	Projektowana regulacja nie będzie miała wpływu na pozostałe obszary.
11. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego	
Planowane jest wejście w życie rozporządzenia z dniem 1 stycznia 2017 r.	
12. W jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja efektów projektu oraz jakie mierniki zostaną zastosowane?	
Ewaluacja efektów projektowanych rozwiązań zostanie przeprowadzona nie wcześniej niż po dniu 31 grudnia 2018 r.	
13. Załączniki (istotne dokumenty źródłowe, badania, analizy itp.)	
Raport z konsultacji publicznych i opiniowania.	