

## Anestezjologia i intensywne terapie - Perspektywy 2007/2008



**Jarosław Pinkas, Wiceminister Zdrowia**

Zdrowia, Naszego Dziennika). Oznacza to, że problemy poruszane na konferencji były interesujące nie tylko dla środowiska anestezjologicznego.

Wiceminister Zdrowia Jarosław Pinkas, otwierając konferencję podkreślił, że anestezjolodzy są szczególną specjalnością medyczną bardzo skonsolidowaną, pracującą często w ekstremalnych warunkach, wywierającą skuteczny wpływ na procesy i decyzje w ochronie zdrowia. Minister powiedział, że to anestezjolodzy jako pierwsi zaczęli wyjeżdżać za granicę, by pokazać, że polscy lekarze są profesjonalistami i tym samym przetarli ścieżki innym specjalistom. Wyraził jednak nadzieję, że teraz zaczną wracać i zdobyte tam doświadczenie wykorzystają w Polsce.

Profesor Leon Drobnik, podczas wystąpienia zatytułowanego „Czy anestezjolodzy mają powody do frustracji”, przedstawił trzy warunki, które koniecznie muszą zostać spełnione, by powstrzymać emigrację lekarską. Po pierwsze, muszą istnieć zachęty ekonomiczne (nie tylko wyższe płace, ale np. możliwość wzięcia preferencyjnego kredytu). Po drugie, muszą być bezwzględnie przestrzegane bezpieczne standardy znieczulania przy użyciu nowoczesnego sprzętu. Po trzecie, należy stworzyć warunki do możliwości rozwoju zawodowego i integracji z innymi dyscyplinami.

Obszerna część konferencji poświęcona była „koszykowi” gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej.

Waldemar Wierzba, Dyrektor Agencji Oceny Technologii Medycznych przekonywał o kluczowym znaczeniu wprowadzenia koszyka dla funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej w Polsce. Agencja przy opracowaniu koszyka przyjęła zasadę: „Leczymy wszystkie schorzenia u wszystkich pacjentów, ale nie wszystkimi metodami”.

Zarząd Główny Związku Zawodowego Anestezjologów zorganizował pod patronatem Prezesa Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii prof. dr. hab. n. med. Leona Drobnika konferencję dotyczącą problemów ochrony zdrowia widzianych z anestezjologicznej perspektywy.

Konferencja, w której uczestniczyli zarówno anestezjolodzy, jak i decydenci w ochronie zdrowia (przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia, Agencji Oceny Technologii Medycznych, Narodowego Funduszu Zdrowia) odbyła się w dniu 05.06.2007 r. w Centrum Multimedialnym Foksal w Warszawie.

Zaskoczeniem organizatorów było duże zainteresowanie mediów (obecność między innymi TVN 24, dziennikarzy Rynku Zdrowia, Gazety Lekarskiej, Menedżera Zdrowia, Gazety Prawnej, Pulsu, Służby



**Profesor Leon Drobnik, Prezes PTaiIT**



**Profesor Krzysztof Kusza, Konsultant Krajowy w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii**

Prof. dr hab. n. med. Krzysztof Kusza - Konsultant Krajowy w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, prezentując zasady tworzenia procedur z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii w „koszyku” gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej, określił, że podstawą do budowania świadczeń w przypadku różnych rodzajów znieczuleń będą: czynnik czasu, zakres monitorowania oraz rodzaj operacji i modyfikatory towarzyszące kwalifikacji pacjenta. Koszyk negatywny w anestezjologii natomiast zależeć będzie od negatywnego „koszyka” innych dyscyplin medycznych.

Dr n. med. Maciej Murkowski – Dziekan Wydziału Nauk Medycznych w Wyższej Szkole Mazowieckiej w Warszawie krytycznie ocenił projekt ustawy o sieci szpitali. Brak w pierwotnym projekcie uwzględnienia Oddziałów Intensywnej Terapii wzbudził negatywny odbiór środowiska anestezjologicznego.

Ogólnoświatowe tendencje wskazują, że odsetek łóżek w oddziałach intensywnej terapii ulega zwiększeniu i powinien stanowić 12-14% ogólnej liczby łóżek w szpitalu.

Aktualna sytuacja w zakresie hospitalizacji nie jest w żadnym razie odbiciem rzeczywistych jej potrzeb.

Dr Czesław Miś wyjaśnił, na przykładzie własnych doświadczeń, konsekwencje prawne związane z koniecznością przestrzegania dotyczącej czasu pracy lekarza Dyrektywy 2003/88/WE.

Pani Joanna Leśniowska, doktorantka Szkoły Głównej Handlowej prowadząca badania dotyczące emigracji lekarzy polskich do państw Unii Europejskiej po 1 maja 2004 roku, przedstawiła swoje wstępne wyniki badań.

Na podstawie uzyskanych informacji przedstawiła dane świadczące o tym, że najwięcej lekarzy-anestezjologów wyjechało do Wielkiej Brytanii, Holandii, Hiszpanii oraz Irlandii. Warto też zauważyć, że ostatnio Niemcy coraz bardziej aktywnie poszukują w Polsce lekarzy. A takie kraje, jak Hiszpania, Dania czy Szwecja nie wymagają nawet znajomości języka, bo same finansują kursy językowe. Wśród emigrujących polskich specjalistów anestezjologów stanowią największy odsetek.

Dr n. med. Teresa Korta przypomniała 10-letnią historię standardów anestezjologicznych (Rozporządzenia MZiOS z dnia 28 lutego 1998 roku). Znieczulanie jednocześnie na dwóch salach operacyjnych, znieczulanie samodzielne (tzn. bez pielęgniarki anestezjologicznej), ograniczenie monitorowania i używanie sprzętu niezapewniającego bezpieczeństwa, opuszczanie sali operacyjnej lub OIT to najczęstsze przypadki nieprzestrzegania standardów anestezjologicznych.

Lekarz, który nie postępuje zgodnie ze standardami, może ponieść konsekwencje służbowe, korporacyjne, a także odpowiadać przed sądem cywilnym i karnym, zwłaszcza, jeżeli pacjent poniesie szkodę.

Wiceprzewodniczący ZG ZZA Jerzy Gryglewicz scharakteryzował obecnie funkcjonujące formy zatrudnienia lekarzy oraz przedstawił tendencje dotyczące umów cywilno-prawnych zawieranych przez anestezjologów z dyrektorami szpitali.

Dr n. med. Adam Pytliński przedstawił wyniki swoich badań dotyczących wizerunku lekarza anestezjologa w oczach pacjenta. Podkreślił, że świadomość społeczeństwa dotycząca anestezjologów i ich specjalności wzrasta, pomimo że ich praca jest często anonimowa, niedoceniana zarówno przez środowisko medyczne, jak i społeczeństwo, co potwierdziło 57% ankietowanych.

Szczególnie musi smuć fakt, że zarówno znaczenie, jak i pozycja tej specjalności w środowisku medycznym nie są wysokie.

Dr n. med. Lidia Łysenko zaprezentowała wpływ zmęczenia anestezjologa na błędy lekarskie. Zmęczenie wywołują czynniki fizjologiczne. Ani duma, ani zawodowstwo nie mogą pokonać zmęczenia. Największe ryzyko błędów występuje wówczas, kiedy istotnemu niedoborowi snu towarzyszy zaburzenie rytmu dobowego. Regulacje

prawne w Polsce nie chronią lekarza przed popełnieniem błędów wywołanych zmęczeniem w związku z wykonywaną pracą.

W trakcie konferencji Zarząd Główny Związku Zawodowego Anestezjologów zwrócił się do Janusza Kochanowskiego, Rzecznika Praw Obywatelskich, z prośbą o zorganizowanie poważnej publicznej debaty na temat opieki zdrowotnej w Polsce. „Wszyscy: partie polityczne, organizacje związkowe i korporacyjne zrzeszające pracowników sektora ochrony zdrowia, przedstawiciele władz samorządowych, eksperci z zakresu opieki zdrowotnej oraz obywatele – wyrażają niezadowolenie z obecnego systemu opieki zdrowotnej. Brak jest jednak woli i determinacji do przeprowadzenia koniecznych zmian. Frustracja i brak wiary w naprawę systemu opieki zdrowotnej dotknęły w sposób szczególny nasze środowisko. W ciągu ostatnich kilku lat co czwarty polski anestezjolog podjął decyzję o wyjeździe poza granice naszego kraju” - napisano w liście otwartym do Janusza Kochanowskiego. ZZA wyraził nadzieję, że taka debata, zorganizowana przez RPO, zaowocuje wypracowaniem wspólnego stanowiska, które „ułatwi podjęcie działań na rzecz efektywnych zmian w systemie opieki zdrowotnej w Polsce”.

Dariusz Puławski  
Health Project Management,  
współorganizator konferencji

#### **Tezy Rzecznika Praw Obywatelskich dotyczące zmian systemowych w organizacji i finansowaniu ochrony zdrowia.**

1. Wprowadzenie konkurencji pomiędzy płatnikami w obszarze usług medycznych dostępnych w ramach koszyka świadczeń gwarantowanych i dodatkowych.
2. Wprowadzenie ubezpieczeń dodatkowych, które powinny gwarantować dostęp do szerszego zakresu świadczeń, a nie omijania kolejki, wyższego standardu pobytowego, wyboru lekarza itp.
3. W stosunku do ściśle określonej grupy osób, takich jak chorzy psychicznie, dzieci i młodzież do 18. roku życia oraz osoby niedołążne, o ile nie podlegają ubezpieczeniu z innych tytułów, obowiązek objęcia ubezpieczeniem i odprowadzenia składki musi obciążać z urzędu gminę.
4. Wprowadzenie częściowej odpłatności za wyżywienie i zakwaterowanie w szpitalach, wg zasad stosowanych w zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych, w celu zapewnienia pacjentom należitych standardów utrzymania.
5. Wprowadzenie zasady pełnego refundowania jedynie procedur skutecznych klinicznie i efektywnych kosztowo, zawartych w koszyku świadczeń gwarantowanych. Pozostałe procedury powinny być refundowane do poziomu kosztu procedury najbardziej skutecznej klinicznie i efektywnej kosztowo.
6. Wprowadzenie standardów wykonywania procedur medycznych i ustalenie poziomu referencyjnego szpitali w zależności od ich spełnienia. Sieć szpitali powinna być wyznaczona odpowiednio do jakości wykonywanych usług, a nie wg klucza akademickiego. Podniesieniu jakości świadczonych usług służyć będzie m.in. wprowadzenie obowiązku powtarzania co 5 lat egzaminu specjalizacyjnego przez lekarzy wykonujących zawód.
7. Wprowadzenie zasady współodpowiedzialności pacjenta za swoje zdrowie i ograniczenie w ten sposób roszczeniowej postawy niektórych pacjentów w zamian za realny dostęp do świadczeń medycznych.
8. Partycypacja obywateli w systemie ochrony zdrowia winna być obowiązkowa i zgodna z zasadą każdy stosownie do możliwości bez względu na zakres potrzeb zdrowotnych.
9. Każdy obywatel winien ponosić ryzyko związane z ewentualnym nieprzystąpieniem do systemu, przez co podkreśla się suwerenność podejmowanych decyzji i konieczność ponoszenia ich konsekwencji.
10. Wprowadzanie nowych zasad w systemie ubezpieczeniowym powinno nastąpić etapowo. Nowy system powinien być zaproponowany obywatelom, którzy jeszcze są na tyle młodzi, że rzadko korzystają z usług medycznych, np. do 45. roku życia. Pozostali pacjenci winni mieć gwarancje finansowania świadczeń medycznych na dotychczasowych zasadach.