

Komentarz prawny do stanowiska Ministra Zdrowia w sprawie łagodzenia bólu porodowego

Legal comments on the ministerial statement concerning anesthesia
during labor and delivery

Uwagi wstępne

Polskie Towarzystwo Ginekologiczne (dalej także: „PTG” lub „Towarzystwo”) w październiku 2016 r. wystąpiło do Ministra Zdrowia (dalej także: „MZ” lub „Ministerstwo”) z wnioskiem o zajęcie stanowiska w sprawie przepisów dotyczących łagodzenia bólu porodowego. Wątpliwości lekarzy budził przede wszystkim punkt VII.11 Standardów postępowania medycznego w łagodzeniu bólu porodowego (załącznika do Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardów postępowania medycznego w łagodzeniu bólu porodowego z dnia 9 listopada 2015 r., Dz. U. z 2015 r. poz. 1997, zwanego dalej „Standardami”):

„Lekarz prowadzący analgezję regionalną porodu może prowadzić więcej niż jedną analgezję porodu jednocześnie, pod warunkiem że uzna takie postępowanie za bezpieczne dla nadzorowanych przez niego rodzących. Lekarz prowadzący analgezję regionalną porodu nie może w tym samym czasie udzielać innego rodzaju świadczeń zdrowotnych”.

Na gruncie cytowanego przepisu pojawiły się wątpliwości, co rozumieć przez „innego rodzaju świadczenie zdrowotne”. Właściwe zinterpretowanie tego sformułowania było kluczowe, by odpowiedzieć chociażby na następujące pytania praktyczne:

- czy anestezjolog nadzorujący pacjentkę po znieczuleniu do porodu siłami natury może podjąć się wykonania analgezji regionalnej w związku z ciążą ektopową lub poronieniem u drugiej pacjentki;
- czy przez słowo „poród” należy rozumieć zarówno poród samoistny, jak i poród poprzez cesarskie cięcie.

PTG w piśmie do Ministerstwa zaproponowało, żeby Standardy interpretować „szeroko” – w sposób, który umożliwi jednoczesne prowadzenie analgezji porodu samoistnego i znieczulenia w każdej innej sytuacji związanej z ciążą, porodem i położeniem (np. przy wyłęczkowaniu jamy macicy po poronieniu czy przy cesarskim cięciu).

Odmienna (zawężająca) interpretacja oznaczałaby konieczność dublowania obecności anestezjologów na oddziale ginekologiczno-położniczym (co często jest fizycznie niemożliwe ze względu na braki kadrowe). Efektem byłyby istotne komplikacje organizacyjne w szpitalu oraz faktyczne zmniejszenie dostępu do metod łagodzenia bólu wśród pacjentek ginekologiczno-położniczych.

MZ przychyliło się do podejścia Towarzystwa. Ministerstwo wyraźnie podkreśliło, że zamierzonym celem Standardów jest zobowiązanie anestezjologa do pozostania na oddziale ginekologiczno-położniczym do czasu ustąpienia ryzyka wystąpienia niebezpiecznych powikłań u rodzącej i noworodka, a nie wprowadzenie ograniczeń w zakresie liczby znieczulanych pacjentek. MZ wskazało także, że Standardy pozwalają na wykonywanie analgezji regionalnej podczas czynności związanych przykładowo z poronieniem czy cesarskim cięciem.

Wskazówki praktyczne dla lekarza – w razie wątpliwości na korzyść chorego (pacjenta)

Z perspektywy prawnej stanowisku MZ można zarzucić brak precyzyjności. Jednak dla celów praktycznych najważniejszy jest fakt, że Ministerstwo przyjęło podejście przychylne pacjentowi. W odpowiedzi MZ kilkakrotnie powtórzono, że celem Standardów jest zwiększenie dostępności farmakologicznych metod łagodzenia bólu porodowego. Dla praktyki powinna być to istotna wskazówka interpretacyjna. Przykładowo – jeśli anestezjolog ma wątpliwość, czy znieczulenie konieczne do ręcznego wydobycia łożyska po porodzie może być wykonywane jednocześnie z prowadzeniem analgezji porodu samoistnego, to powinien przyjąć podejście korzystniejsze dla pacjentek. Mówiąc prościej – anestezjolog powinien uznać, że może prowadzić te dwie czynności równocześnie, bo celem przepisów jest zwiększenie dostępności metod łagodzenia bólu porodowego.

Nie można jednak zapominać, że pierwszą i nadrzędną przesłanką do prowadzenia kilku znieczuleń jednocześnie jest bezpieczeństwo wszystkich podopiecznych. Stanowisko MZ nie daje żadnych wskazówek odnośnie do mierników oceny standardu bezpieczeństwa – i zresztą słusznie, bo to zagadnienie z obszaru aktualnej wiedzy medycznej. Ponadto w świetle brzmienia Standardów jedynym podmiotem kompetentnym do oceny, jakie postępowanie należy uznać za bezpieczne, jest lekarz.

W praktyce klinicznej trudno byłoby wymagać, by zwrot „postępowanie bezpieczne dla nadzorowanych rodzących” rozumieć jako nałożenie na anestezjologa obowiązku zajmowania się wyłącznie jedną pacjentką do czasu, aż minie wszelkie ryzyko (tzn. sięgnie 0%). Do wyznaczenia odpowiedniego standardu bezpieczeństwa powinny służyć wytyczne aktualnej wiedzy medycznej (w tym m.in. rekomendacje Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii) oraz standardy zawarte w aktach normatywnych (np. w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą).

Czy Standardy przyniosą rewolucję?

Ministerstwo w swoim stanowisku podkreśliło, że niewątpliwie znaczenie dla pełnej realizacji celu Standardów (zwiększania dostępności metod łagodzenia bólu porodowego) „*będą miały (...) efektywne wydatkowanie środków i realna możliwość pozyskania lekarzy oraz położnych lub pielęgniarek niezbędnych do realizacji tego typu świadczeń (...)*”.

Między innymi dlatego wątpimy, czy Standardy przyniosą prawdziwą rewolucję w udzielaniu znieczuleń na

oddziałach ginekologiczno-położniczych. Warto w tym miejscu przytoczyć wnioski Najwyższej Izby Kontroli zawarte w raporcie omawianym przez nas w ostatnim wydaniu „Ginekologii i Perinatologii Praktycznej”: „*Z powodu braku odpowiedniej liczby anestezjologów świadczących usługi na potrzeby oddziałów położniczych, wynikającego głównie z małej liczby porodów, zwłaszcza w szpitalach powiatowych, niepokrywającej – przy stawce refundacji otrzymywanej z NFZ – kosztów zatrudnienia dodatkowych lekarzy tej specjalności, w 20 skontrolowanych oddziałach położniczych nie stosowano znieczuleń zewnątrzoponowych przy porodach drogami natury, mimo że od 1 lipca 2015 r. NFZ płaci świadczeniodawcom dodatkowo po 416 zł (8 punktów po 52 zł) za każdy poród, w trakcie którego zastosowano takie znieczulenie. W konsekwencji nie osiągnięto zamierzonego efektu, w postaci poprawy bezpieczeństwa i komfortu pacjentek*”.

W naszej ocenie problem braku dostępności znieczuleń w pierwszej kolejności powinien zostać rozwiązany na płaszczyźnie organizacyjno-ekonomicznej, tj. m.in. poprzez istotne zwiększenie refundacji wszystkich (a nie tylko wybranych) świadczeń związanych z opieką anestezjologiczną nad kobietą w okresie ciąży, porodu i położu. Ogłaszanie prawnych wytycznych mogłoby być co najwyżej następnym krokiem, podejmowanym wyłącznie w celu umocnienia fundamentalnych zmian organizacyjno-ekonomicznych.

Serdecznie zachęcamy do przesyłania Redakcji wszelkich nurtujących Państwa pytań w opisywanym zakresie.

adv. Oskar Luty, apl. radc. Magdalena Kołodziej

Specjalistyczna kancelaria prawnicza DFL LEGAL
prowadząca obsługę prawną Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego