

Інформація про пропозиції/зауваження, що надійшли до Міністерства охорони здоров'я України за результатами публічного громадського обговорення та про рішення, прийняті за результатами обговорення

Зміст питання проекту акта	Зміст пропозицій/зауважень	Результати розгляду пропозицій/зауважень
Ємяшев Олег Вікторович, завідувач відділенням анестезіології та інтенсивної терапії №1 КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» Тернопільської обласної ради		
До проекту типового положення про відділення анестезіології та інтенсивної терапії та проекту Типове положення про відділення інтенсивної терапії	1. У обох типових положеннях Розділ 1, пункт 2 викласти у вигляді: "ВАІТ (або ВІТ) є структурним підрозділом закладу охорони здоров'я (далі – ЗОЗ) за ПРОФІЛЕМ "анестезіологія та інтенсивна терапія".....". Це дасть можливість згідно №117 вимагати призначення завідувачим відділення виключно лікаря-анестезіолога. До того ж спеціальності "інтенсивна терапія" у нас немає	Враховано. Пункт 2 розділу I проекту типового положення про відділення анестезіології та інтенсивної терапії викладено в такій редакції: «2. ВАІТ є структурним підрозділом закладу охорони здоров'я (далі – ЗОЗ) за напрямом анестезіології та інтенсивної терапії та забезпечує надання медичної допомоги пацієнтам із важкими захворюваннями, що призводять до порушень вітальних функцій організму, та покращення рівня периопераційної анестезіологічної допомоги.»; Пункт 1 розділу III проекту Типове положення про відділення інтенсивної терапії викладено в такій редакції: «1. ВІТ очолює завідувач (начальник, керівник) ВІТ (далі –

		завідувач ВІТ), лікар зі спеціалізацією «Анестезіологія та інтенсивна терапія» та/або «Анестезіологія» та/або «Анестезіологія дитяча», кваліфікація якого відповідає вимогам визначеним професійним стандартом, за відсутності професійного стандарту – пунктом 13 розділу «Керівники» Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78 «Охорона здоров'я», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 29 березня 2002 року № 117.»
Анатолій Рудницький, rudnrudn@gmail.com		
До проєкт наказу та додатків до нього	1. Закріплення тезису про обов'язковість призначення лікуючого лікаря з моменту надходження пацієнта згідно первинного огляду у приймальному відділенні. Закріплення тезису про неможливість та недопустимість призначення лікуючим лікарем лікаря-анестезіолога! Акцентування уваги на тому що функція лікаря-анестезіолога є консультативно-допоміжною згідно його професійних вмінь, знань та обов'язків. Аргументація: згідно змін до посадової інструкції - лікар-анестезіолог може тимчасово	Не враховано. Згідно з пунктом 6 розділу «ПРОФЕСІОНАЛИ» Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78 «Охорона здоров'я», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 29 березня 2002 року № 117 «ЛІКАР-АНЕСТЕЗІОЛОГ - Виконує функції лікуючого лікаря пацієнтів відділень анестезіології та інтенсивної терапії.

	виконувати функції лікуючого лікаря (що цікаво - лише дорослий, дитячі лікарі-анестезіологи навіть не мають права виконувати обов'язки лікуючого лікаря). Тим часом поняття “тимчасово може виконувати роль” на практиці знімає обов'язок з лікарів спеціалістів щодо надання допомоги, а пацієнт переводиться до ВАІТ з синдромальними діагнозами не конкретизуючими саму нозологію та втрачає можливість отримати спеціалізовану профільну допомогу через те, що інші лікарі автоматично вважають пацієнта не своїм. У той же час спеціалізація анестезіологів з протезування вітальних функцій та забезпечення адекватного знеболення та анестезії (по своїй суті – корекція ускладнень та наслідків хвороб та втручань)не дозволяє їм самостійно та адекватно приймати рішення про лікування основної причини проблеми (аналогічно як з лікарями-лаборантами, лікарями-функціоналістами та лікарями-радіологами) – хвороби. А без лікування основної патології будь яка інтенсивна терапія не має жодного сенсу, адже стан хворого та можливості компенсації як організму, так і апаратних можливостей лікаря-анестезіолога та його обладнання буде вичерпна та завершиться смертю пацієнта.	
	2. Формування стандарту організації ліжка інтенсивної терапії з урахуванням площі, столів,	Не враховано. Зазначаємо, що питання Формування стандарту організації ліжка

	ліжка, апаратури. Формування ілюстрації цієї організації робочого простору. Аргументація : на теперішній час жага до грошей та економного розподілу ресурсів , неузгодженість експертних команд (КРУ, НСЗУ, МОЗ, Департаменти ОЗ) призводить до вибіркового виконання стандартів та забуття старих стандартів по обладнанню території, де надається медична допомога. Згідно з стандартів “ДЕРЖАВНІ БУДІВЕЛЬНІ НОРМИ УКРАЇНИ”. Наприклад згідно з стандартом площа палати на 1 ліжка інтенсивної терапії становить 11 м² , крім того додатково є окрема кімната для обладнання в 1,8-2,5м² на кожне ліжка. Тим часом за цей стандарт береться все відділення (на місці в 66 м² міститься не тільки 6 ліжок, а й апаратура , коридори, вбиральні, миєчні, кімнати відпочинку, ординаторські та інше ... а самі хворі лежать майже 1 до одного , й апаратуру нікуди влаштувати для допомоги пацієнтам). Тим самим буде забезпечений багатосторонній контроль над виконанням стандарту з боку МОЗ, НСЗУ, Департаментів ОЗ, а не лише тою єдиною особою яка за хабар допустила формування такого відділення.	інтенсивної терапії з урахуванням площі виходить за межі предмета цього проєкту наказу, який регламентує організаційні засади функціонування системи анестезіологічної та інтенсивної допомоги. Перелік матеріально-технічного оснащення відділень анестезіології та інтенсивної терапії і відділень інтенсивної терапії загального профілю закладів охорони здоров'я для дорослих, затверджений наказом Міністерства охорони здоров'я України від 09 листопада 2020 року № 2559, зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 25 травня 2022 року за № 561/37897.
	3. Формування стандартів та ілюстрації стандартних залів інтенсивної терапії. Аргументація: аналогічно підміняючи поняття та вводячи в оману різні перевіряючі органи зали інтенсивної терапії не оснащенні адекватною	Не враховано. Зазначаємо, що питання формування стандартів та ілюстрації стандартних залів виходить за межі предмета цього проєкту наказу, який регламентує

	кількістю апаратури та меблів (1 пост на зал, 1 столик пацієнта та щонайменше 1 столик маніпуляційний на ліжку, 1 апарат ШВЛ на ліжку, 1 відсмоктувач на 1-2 ліжка).	організаційні засади функціонування системи анестезіологічної та інтенсивної допомоги.
	4. Формування невичерпного запасу залу/палати інтенсивної терапії. Аргументація (дуже часта картина): при приїзді КРУ поліці у відділенні вільні від ліків адже вони не сходяться з журналами та КРУ не задається питанням “Як рятувати життя без ліків та розхідних матеріалів та як було проліковано 1000чі осіб за рік використавши 400мл розчину NaCl 0.9%”. Приїздить перевірка НСЗУ та поліці завалені позиченими з аптеки ліками та дивиться на наявність пилу на ліках (чи використовуються вони ?), але вони відсутні у журналах. Звіряє кількість обладнання та не знаючи про якість. Звіряє наявність назв ліків та не задається питанням про кількість (1фл. в 500мл на відділення влаштовує адміністрацію, що не втратила гроші та перевіряючого, при потребі в декілька літрів на добу лише на одного пацієнта). Перевірки МОЗ які перевіряють та нічого можуть вчинити через те, що адміністрація підпорядкована місцевій владі. Старша медична сестра та головна медична сестра мають проблеми із списанням ліків на ургентний випадок без наявності окремого документу про формування такого	Не враховано. Зазначаємо, що питання формування невичерпного запасу залу/палати інтенсивної терапії виходить за межі предмета цього проєкту наказу, який регламентує організаційні засади функціонування системи анестезіологічної та інтенсивної допомоги.

	5. Введення стандарту безпеки пацієнта в операційній. Аргументація : наявність обладнання за стандартом не призводить до наявності розхідних матеріалів та їх використання.	Не враховано. Зазначаємо, що питання стандарту безпеки пацієнта в операційній виходить за межі предмета цього проєкту наказу, який регламентує організаційні засади функціонування системи анестезіологічної та інтенсивної допомоги.
	6. Введення стандартів надання анестезіологічного супроводу. Аргументація: 6 годин наркозу можливо провести на 20 мг морфію (60грн) та скополаміну (20грн), та людина нічого не згадає якщо не помре (скоріш за все не помре), а можна забезпечити реальний комфорт та кращий післяопераційний період для пацієнта, але кошторис дійде до 1 500 – 2 500 гривень без урахування апаратури.	Не враховано. Зазначаємо, що дане питання виходить за межі предмета цього проєкту наказу, який регламентує організаційні засади функціонування системи анестезіологічної та інтенсивної допомоги.
	7. Зміна оплати послуг (це для НСЗУ, але хоч десь акцентую увагу) в анестезіології та інтенсивній терапії, адже економічно доцільними є лише ШВЛ 14 діб та ЕКМО. Аргументація : лікарні не вигідно надавати допомогу пацієнтам у ВАІТ, їй вигідна смерть людини яка не потребує ШВЛ більше 14 діб та ЕКМО яке буде потрібно лише 25 годин. Саме мета визначає засоби досягнення цієї мети. Коли мета – допомога пацієнтам, то пацієнти отримують допомогу. Коли мета- економічна доцільність, то ВАІТ та завідувачий цим	Не враховано. Зазначаємо, що дане питання виходить за межі предмета цього проєкту наказу, який регламентує організаційні засади функціонування системи анестезіологічної та інтенсивної допомоги.

	підрозділом є ворогом для адміністрації який потребує величезних ресурсів які він та його підлеглі не приносять лікарні. З цього є й інші проблеми про які далі.	
	8. Впровадження системи безпеки пацієнтів по відділеннях не інтенсивної терапії (наприклад Візки невідкладної допомоги) та можливості списання ліків “на візок”. Аргументація: час який втрачає лікар-анестезіолог на збір необхідного обладнання та біг до місця трагедії дуже часто є вирішальним у житті людини та якості цього життя, якщо воно врятоване. А можливість списання “на візок” допоможе.	Не враховано. Зазначасмо, що дане питання виходить за межі предмета цього проєкту наказу, який регламентує організаційні засади функціонування системи анестезіологічної та інтенсивної допомоги.
	9. Збільшення доступності УЗД апаратів для ВАІТ у стандарті та конкретизація їх функціоналу, комплектації. Аргументація: стандартні дослідження окрім FAST-протоколу є недоцільними в критичній ситуації та на теперішній момент саме лікарі-анестезіологи опановують цей метод для отримання потрібної їм динамічної інформації замість статичних показників стандартних протоколів УЗД. Окремою темою є лікування хронічного болю та регіонарна анестезія для якої потрібна візуалізація експертного класу задля проведення УЗД-досліджень малих нервів.	Враховано. Апарат УЗД цифровий з можливістю проведення кольорової доплерографії і набором датчиків, у тому числі для транскраніальної доплерографії наявний в Переліку матеріально-технічного оснащення відділень анестезіології та інтенсивної терапії і відділень інтенсивної терапії загального профілю закладів охорони здоров’я для дорослих, затверджений наказом Міністерства охорони здоров’я України від 09 листопада 2020 року № 2559, зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 25 травня 2022 року за № 561/37897.

	10. Конкретизація специфікацій апаратів “штучна нирка” та “Штучна печінка”. Аргументація: стандартні апарати для гемодіалізу не повинні використовуватись у ВАІТ через їх швидкість роботи та агресивність процедури. Спеціалізованими апарати для цього є саме апарати мультифільтрації якими доволі важко вбити людину.	Не враховано. Зазначаємо, що дане питання виходить за межі предмета цього проєкту наказу, який регламентує організаційні засади функціонування системи анестезіологічної та інтенсивної допомоги.
--	---	--