



# Polskie Towarzystwo Anestezjologii i Intensywnej Terapii

[www.anestezjologia.org.pl](http://www.anestezjologia.org.pl)

NIP: 527-20-97-275, REGON: 001085458,  
KONTO BANKOWE: 47 1240 6218 1111 0000 4614 8793,  
ul. Bytnara 13a m. 65, 02-645 Warszawa,

Adres do korespondencji: Katedra Anestezjologii i Intensywnej Terapii GUMed,  
ul. Smoluchowskiego 17, 80-214 Gdańsk  
tel. (58) 349 32 70, faks (58) 346 32 90, e-mail: r.owczuk@gumed.edu.pl

## ZARZĄD GŁÓWNY

Prezes

prof. dr hab. med. Maria Wujtewicz

Prezes poprzedniej kadencji

prof. dr hab. med. Janusz Andres

Prezes elekt

prof. dr hab. med. Piotr Knapik

Sekretarz

dr hab. med. Radosław Owczuk

Skarbnik

dr Ewa Jasek

Członkowie:

dr med. Józef Bojko

dr hab. med. Krzysztof Kusza, prof. nadzw.

dr hab. med. Lidia Łysenko

dr hab. med. Mariusz Piechota

Gdańsk, 15 czerwca 2012 r

Pan Dr Krzysztof Bukiel

Przewodniczący

Zarząd Krajowy OZZL

Szanowny Panie Przewodniczący,

W dniu 12 czerwca 2012 roku, drogą mail'ową, otrzymaliśmy od Pana pismo dotyczące projektu *rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia ..... 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej i intensywnej terapii dla podmiotów leczniczych* (projekt z dnia 30 maja 2012 roku). Zwrócił się Pan do Nas z prośbą o poparcie wniosku Ogólnokrajowego Związku Zawodowego Lekarzy o „wstrzymanie podpisania przez Ministra Zdrowia projektowanego rozporządzenia w proponowanym kształcie”. Jednocześnie w tym samym dniu na stronie internetowej OZZL ukazało się „Oświadczenie ZK OZZL dotyczące projektu nowego rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie standardów anestezjologicznych” w którym zawarto stwierdzenie, iż „nowe standardy anestezjologiczne grożą negatywnymi konsekwencjami”.

Z przykrością musimy stwierdzić, iż Pańska prośba jest z naszego punktu widzenia nie do przyjęcia. Obecnie obowiązujące *rozporządzenie 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* zachowuje moc do dnia wejścia w życie odpowiedniego aktu wykonawczego wydanego na podstawie art. 22 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, jednak nie dłużej niż przez 12

miesiący od dnia wejścia w życie ww. ustawy (tj. do dnia 30 czerwca 2012 r.). Spełnienie Pana prośby skutkowałoby pozbawieniem polskiego społeczeństwa ustawowego zapewnienia przez wszystkie szpitale w Polsce odpowiedniej jakości świadczeń zdrowotnych z dziedziny anestezjologii i intensywnej terapii. Do takiego stanu rzeczy nie można w żaden sposób dopuścić i nadal będziemy jednoznacznie występować o zapewnienie chorym poprzez treść projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej i intensywnej terapii dla podmiotów leczniczych konstytucyjnego prawa do poczucia bezpieczeństwa w obrębie struktur medycznych prowadzących działalność leczniczą. Tworzone przepisy prawa mają bowiem służyć suwerenowi jakim jest obywatel, a nie instytucjom państwa czy korporacjom zawodowym, których rola wobec obywateli zawsze Panie Przewodniczący w demokracji ma charakter służebny.

Przedstawiony do konsultacji społecznych projekt *rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia ..... 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej i intensywnej terapii dla podmiotów leczniczych prowadzących szpitale* został opublikowany na stronie ministerstwa zdrowia w dniu 30 maja 2012 roku. Do ponad 250 podmiotów wysłano prośbę o zgłoszenie uwag, w tym również do OZZL, który jest podmiotem uprawnionym do przedstawienia swoich uwag. Konsultant Krajowy w dziedzinie Anestezjologii i Intensywnej Terapii oraz Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii skorzystali ze swojego prawa i takie uwagi zgłosili. Oczywiście każdy podmiot społeczny ma prawo alarmować o istniejących niebezpieczeństwach czy zagrożeniach związanych z opiniowanym projektem, ale powinno się odbywać w sposób, który nie narusza praw innych suwerennych podmiotów. Wywieranie dodatkowej, co więcej nie merytorycznej presji poprzez publikację „Oświadczenia ZK OZZL dotyczącego projektu nowego rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie standardów anestezjologicznych”, w okresie konsultacji społecznych jest - Naszym zdaniem - nadużyciem przysługującego OZZL prawa.

Z przykrością musimy również stwierdzić, iż uwagi zgłoszone przez OZZL, w przesłanym do Nas piśmie oraz Oświadczeniu ZK OZZL, są nie do zaakceptowania z tytułu nie zrozumienia przez czytających treści projektu i w związku z tym nie mogą być one uznane przez nas za merytoryczne, chociaż w piśmie nadano im znamiona przedmiotowych. Jak bowiem już stwierdziliśmy wynika to przede wszystkim z niezrozumienia przepisów projektu *rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia ..... 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej i intensywnej terapii dla podmiotów leczniczych*.

Zdaniem ZK OZZL „wprowadzenie nowych standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii dla podmiotów leczniczych – zgodnie z projektowanym rozporządzeniem ministra zdrowia w tej sprawie, spowoduje negatywne

*konsekwencje dla funkcjonowania szpitali i opieki anestezjologicznej w Polsce. Przyczynią się do tego zwłaszcza następujące rozwiązania, proponowane w rozporządzeniu:*

- 1. Ograniczenie możliwości wykonywania zawodu w dotychczasowym zakresie przez lekarzy anestezjologów z pierwszym stopniem specjalizacji.*
- 2. Ograniczenie możliwości wykonywania niektórych czynności z zakresu intensywnej terapii przez lekarzy, którzy dotychczas je wykonywali np. neonatologów w odniesieniu do noworodków.*
- 3. Nowe normy zatrudnienia, które powinny skutkować znacznym zwiększeniem ilości lekarzy i pielęgniarek w oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii.*
- 4. Niespójność norm zatrudnienia z przepisami o czasie pracy pracowników.*
- 5. Nowe standardy dotyczące sprzętu i pomieszczeń wymagające znacznych nakładów finansowych.”*

Również w powyżej wymienionych zagadnieniach Nasze stanowisko jest odmienne od stanowiska ZK OZZL i brzmi następująco:

Nie uważamy, aby ograniczenie możliwości wykonywania zawodu w dotychczasowym zakresie przez lekarzy anestezjologów z pierwszym stopniem specjalizacji skutkowało „negatywnymi konsekwencjami dla funkcjonowania szpitali i opieki anestezjologicznej w Polsce”. Wprost przeciwnie. Naszym zdaniem rozwiązanie zaproponowane w projekcie poprawi jakość opieki anestezjologicznej w Polsce, co jednoznacznie oznacza zwiększenie bezpieczeństwa chorego w dwóch najbardziej niebezpiecznych ekosystemach szpitala jakimi są sala operacyjna i oddział intensywnej terapii. Dowody medyczne jednoznacznie wskazują, że udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza, który przeszedł pełen proces szkolenia zniży chorobowość oraz śmiertelność okołoperacyjną, co w naszej opinii jest celem zasadniczym przedstawianego projektu i dlatego różnimy się zasadniczo od OZZL, który określa inne cele, często surogatowe, dla zwiększenia jakości udzielania świadczeń zdrowotnych w anestezjologii i intensywnej terapii. Lekarze z pierwszym stopniem specjalizacji nadal mogą samodzielnie znieczulać większość chorych operowanych w polskich szpitalach. Wymagają nadzoru przez lekarza specjalistę jedynie w dwóch przypadkach: pacjentów z ciężkimi chorobami układowymi, które stanowią stałe zagrożenie dla życia chorego oraz wobec pacjentów umierających, którzy bez operacji przeżyć nie mogą. Są to chorzy o podwyższonym ryzyku wystąpienia zgonu lub ciężkich powikłań skutkujących nieodwracalnym uszczerbkiem na zdrowiu. Znieczulać takich chorych powinni lekarze specjaliści zgodnie z zakresem ich kompetencji. Lekarz z pierwszym stopniem specjalizacji nie przeszedł odpowiedniego szkolenia w celu udzielania świadczeń zdrowotnych wobec chorych znajdujących się w stanie krytycznym i w tych wybranych sytuacjach nie powinien podejmować decyzji terapeutycznych mających bezpośredni wpływ na przeżycie lub zgon chorego. Skutkiem niepełnego wykształcenia wymienionego lekarza w takiej sytuacji może dojść i niestety dochodzi do tragedii dotyczącej

pacjenta i jego bliskich. Naszym zdaniem, liczba specjalistów anestezjologii i intensywnej terapii jest już na tyle wysoka (dokładnie 3658 osób), iż należy zmienić dotychczasowy stan rzeczy, tym bardziej, że w procesie szkolenia znajduje się kolejne 981 osób, co skutkuje dostarczaniem do systemu ochrony zdrowia w przeciągu jednego roku około 180 nowych specjalistów. Aktualnie emigracji pośród tej grupy specjalistów jest zbliżona do 10%.

Nie zgadzamy się ze stwierdzeniem, iż dojdzie do ograniczenia możliwości wykonywania niektórych czynności z zakresu intensywnej terapii przez lekarzy, którzy dotychczas je wykonywali np. neonatologów w odniesieniu do noworodków. Projekt rozporządzenia dotyczy oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii, oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci (kod 4260 oraz 4261). Nie dotyczy oddziałów intensywnej opieki neonatologicznej! Nie posiadamy jako anestezjologów kompetencji aby określać standardy i warunki projektu dla dziedziny jaką jest neonatologia. Ponadto w obecnie obowiązującym rozporządzeniu i w projekcie rozporządzenia są tożsame zapisy, kto prowadzi intensywną terapię w oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii. Obecnie obowiązujący jeszcze przepis brzmi: *„intensywną terapię prowadzi lekarz posiadający specjalizację II stopnia w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, a świadczeń zdrowotnych z zakresu intensywnej terapii może udzielać lekarz posiadający specjalizację I stopnia w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii lub lekarz będący w trakcie specjalizacji, jeżeli jego praca jest nadzorowana przez lekarza posiadającego specjalizację II stopnia”*. Przepisy zatem nie wspominają o żadnych innych specjalnościach, w szczególności o naszych kolegach neonatologach. Nie ulega wątpliwości, że od 27 lutego 1998 roku upłynęło wystarczająco dużo czasu, aby z treścią tego dokumentu zapoznać się i odpowiednio w prowadzić go w życie. W związku powyższym nie może być mowy o jakimkolwiek „ograniczeniu możliwości wykonywania niektórych czynności z zakresu intensywnej terapii przez lekarzy, którzy dotychczas je wykonywali, gdyż po pierwsze przepisy prawa to uniemożliwiają, chyba że dany specjalista pracuje pod bezpośrednim nadzorem specjalisty w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, a wówczas udziela on świadczeń właściwych dla anestezjologii i intensywnej terapii, a jego specjalizacja jeśli jest inna od właściwej dla opisywanego standardu w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii staje się bezprzedmiotowa w świetle aktualnie obowiązujących przepisów prawa oraz w świetle treści przepisów zawartych w projekcie rozporządzenia”.

Nie zgadzamy się ze stwierdzeniem, iż „nowe normy zatrudnienia powinny skutkować znacznym zwiększeniem liczby lekarzy i pielęgniarek w oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii”. Zawarte w projekcie normy zatrudnienia, są niższe niż istniejące w rzeczywistości w oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii. Stanowisko ZK OZZL jest dla Nas dużym zaskoczeniem. Zgodnie z projektem rozporządzenia najmniejszy oddział anestezjologii i intensywnej terapii będzie z dniem 1 stycznia 2015 roku posiadał 4 łóżka intensywnej terapii. Minimalne zatrudnienie zgodnie z projektem to 4 lekarzy specjalistów i 11,2 pielęgniarki (łącznie

z oddziałową). Czy to są przesadne wymagania? Jesteśmy ciekawi stanowiska ZK OZZL jakie minimalne normy powinny być na innych oddziałach szpitala, które nie są obwarowane dodatkowymi obowiązkami (np. stałej obecności lekarza w oddziale)? Czy w tym przypadku ZK OZZL nie prezentuje bardziej stanowiska pracodawców niż pracowników? Podobny sposób myślenia o organizacji ochrony zdrowia bardzo szybko obrócić przeciwko wszystkim lekarzom! Bowiem przyjmując argumentację OZZL zakładamy, że w OAiIT personel medyczny pracuje do 15 jak w poradni rejonowej, a 24 godzinne zapewnienie obecności specjalisty w oddziale ma mieć charakter wirtualny. Panie Przewodniczący już w dniu dzisiejszym w każdym OAiIT, który podpisał kontrakt z NFZ na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez okres 24 godziny we wszystkie dni roku przebywa lekarz specjalista w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii.

Nie zgadzamy się ze stwierdzeniem, iż występuje „niespójność norm zatrudnienia z przepisami o czasie pracy pracowników”. Zarzut jest absurdalny.

Nie zgadzamy się ze stwierdzeniem, iż „nowe standardy dotyczące sprzętu i pomieszczeń wymagające znacznych nakładów finansowych.” Obecny projekt z dniem 1 lipca 2012 roku nie wprowadza żadnych zmian w stosunku do obecnie obowiązujących przepisów lub niedawno obowiązujących. Nieliczne nowe standardy dotyczące sprzętu (przyłóżkowy aparat usg oraz aparat do pomiaru laboratoryjnych parametrów krytycznych), które mają być według projektu rozporządzenia obowiązujące od 1 stycznia 2015 roku są niezbędne na oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii, a naszym zdaniem nie wymagają „znacznych nakładów finansowych”. Warto również wiedzieć, że już aktualnie przyłóżkowy aparat USG jest wymagany na I i II poziomie referencyjnym OAiIT w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (w lokalizacji), z którego treścią proponuje się zapoznać.

W przesłanym do Nas piśmie zawierającym „uwagi Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy na temat treści projektu rozporządzenia ministra zdrowia z dnia 30 maja 2012 w sprawie standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii dla podmiotów leczniczych” znalazło się wiele nieprawdziwych, wzajemnie sprzecznych, nielogicznych rozwiązań merytorycznych, a właściwie niemerytorycznych. Pozwoli Pan Przewodniczący, że ustosunkujemy się tylko do niektórych z nich.

Pan Przewodniczący uprzejmy jest pisać: *„Nawet w trakcie znieczulenia pacjenta z I<sup>o</sup> ASA, w wyniku powikłań śródoperacyjnych stan pacjenta może pogorszyć się do IV<sup>o</sup> lub V<sup>o</sup> ASA.”*

Komentarz: Stan chorego według ASA ocenia się przed zabiegiem. Pogorszenie stanu chorego podczas zabiegu nie zmienia pierwotnej kwalifikacji chorego. Zupełna nieznajomość skali ASA przez piszącego.

Pan Przewodniczący pisze: *„Aktualnie w Polsce liczba stanowisk intensywnej terapii wynosi ok. 2-5% łóżek szpitalnych. Liczba łóżek szpitalnych w roku 2012 powinna wynosić 160410*

*(obliczono na podstawie Projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie optymalnej liczby łóżek szpitalnych z roku 2007), czyli liczba stanowisk intensywnej terapii powinna wynosić 3208-8020. Przyjmując przeciętny wskaźnik zatrudnienia na 0,9 etatu na stanowisko potrzeba 2887-7218 lekarzy tylko na potrzeby oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii, a pamiętać należy jeszcze o konieczności zapewnienia specjalistów na blokach operacyjnych również w szpitalach nieprowadzących oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii.”*

Komentarz: Przedstawione dane są nieprawdziwe. Liczba łóżek w intensywnej terapii nie przekracza 2%. I z przykrością muszę stwierdzić, gdyż jest to mało chlubna statystyka, że liczba tych stanowisk wynosi dokładnie 1,6% wszystkich ostrych łóżek szpitali w Polsce. Liczba łóżek dla dorosłych w oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii zakontraktowanych w 2012 roku przez NFZ wynosi 2 799.

Pan Przewodniczący pisze: *„Zamiana „sedacji” na „analgo-sedację”, ponieważ sedację stosuje się w wielu innych specjalnościach, a jest ona niewystarczająca do przeprowadzania zabiegów, w przeciwieństwie do analgo-sedacji, czyli znieczulenia całkowitego dożylnego (§ 1.1. i inne). Proponowany zapis jest zupełnie nieprzemyślny, bo uniemożliwiałby stosowanie leków uspokajających (sedacyjnych) przez innych lekarzy niż anestezjologów.”*

Komentarz: Analgo-sedacja i znieczulenie całkowite dożylnie to dwie kompletnie różne procedury medyczne. Piszący nie zna definicji analgo-sedacji. Zapisy zawarte w piśmie Pana Przewodniczącego, osobę, która przygotowywała dla Pana Przewodniczącego ten tekst, jeśli jest anestezjologiem całkowicie dyskredytują (przynajmniej w zakresie wiedzy dotyczącej znieczulenia i sedacji). W związku z powyższym ustępy tekstu przedstawionego przez Pana Przewodniczącego świadczą o całkowitej nieznajomości (niezrozumieniu) projektu rozporządzenia w zakresie możliwości stosowania sedacji przez innych lekarzy niż anestezjologów (rozporządzenie w żaden sposób nie ogranicza sedacji przez lekarzy innych specjalności, podobnie jak i analgo-sedacji).

Pan Przewodniczący pisze: *„Uzupełnienie spektrum świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezji, polegających na wykonywaniu znieczulenia ogólnego oraz znieczulenia regionalnego: zewnątrzoponowego i podpajęczkowego, o znieczulenie splotów i nerwów obwodowych, skoro rodzaje znieczulenia wymieniane są enumeratywnie (§ 6.1.).”*

Komentarz: Uwzględnienie tej uwagi pozbawi lekarzy wielu specjalności możliwości wykonywania znieczuleń nerwów obwodowych np.: chirurgów, ortopedów, okulistów, neurochirurgów, neurologów itd. I równocześnie doprowadzą do zamknięcia 70% poradni Leczenia Bólu, w których nie wymienione w projekcie procedury znieczuleń regionalnych są realizowane przez lekarzy innych specjalności

Podsumowując chcielibyśmy zwrócić uwagę Pana Przewodniczącego na kilka kwestii natury ogólnej. Celem, który zamierzano zrealizować poprzez omawiany w piśmie projekt

Ministra Zdrowia było zapewnienie choremu odpowiedniego poziomu jakości świadczonych usług medycznych w naszej dyscyplinie medycyny, gdyż to chory jest dla Nas anestezjologów podmiotem. Punktem wyjścia dla nowelizacji przepisów zawartych w doniosłym dla naszego środowiska akcie prawnym z 1998 roku nie był tylko wymóg wynikający z wejścia w życie ustawy o działalności leczniczej. Postanowiliśmy sprostać zadaniom, które postawiła przed wszystkimi anestezjologami w Europie treść dokumentu zatytułowanego Deklaracja Helsińska o Bezpieczeństwie Chorego w Anestezjologii, którego Polska jest sygnatariuszem, a podpisanego w dniu 12 czerwca 2010 roku w Helsinkach. Dokument załączamy dla Pana Przewodniczącego w całości, jednakże teraz pozwolimy sobie przedstawić kluczowe dla tego dokumentu przesłanie:

*„Anestezjologia odpowiada za jakość i bezpieczeństwo znieczulenia, intensywnej terapii, medycyny ratunkowej i medycyny bólu, włączając okres okołoperacyjny oraz wiele innych sytuacji w szpitalu i poza szpitalem, w których występuje największe zagrożenie dla pacjenta.*

- Każdego roku około 230 milionów pacjentów na świecie poddawanych jest znieczuleniu do dużych operacji. U 7 milionów rozwijają się ciężkie powikłania związane z operacją, powodujące zgon miliona z nich (około 200 000 w Europie). Wszyscy powinni dążyć do istotnego zmniejszenia tego wskaźnika powikłań pooperacyjnych.*

- Anestezjologia jest kluczową specjalnością lekarską, która powinna przyjąć odpowiedzialność za realizację wymienionych niżej celów, co pozwoli w sposób istotny zwiększyć bezpieczeństwo pacjenta w Europie”.*

Cytujemy dalej...

*„My, liderzy Towarzystw zajmujących się anestezjologią, zebrani na spotkaniu w Helsinkach dnia 13 czerwca 2010 uzgadniamy, co następuje:*

- Pacjenci mają prawo oczekiwać bezpieczeństwa i ochrony podczas udzielania świadczeń zdrowotnych, a anestezjologia odgrywa kluczową rolę w poprawie bezpieczeństwa pacjenta w okresie okołoperacyjnym. W związku z tym w pełni zatwierdzamy Międzynarodowe Standardy Bezpiecznego Znieczulenia Światowej Federacji Towarzystw Anestezjologicznych.*

- Ważną rolę w bezpiecznej opiece zdrowotnej pełnią pacjenci, których należy edukować i którym należy stwarzać możliwość przekazywania informacji zwrotnej umożliwiającej dalszą poprawę procesu znieczulenia.*

- Podmioty odpowiedzialne za finansowanie systemu ochrony zdrowia mają prawo oczekiwać bezpiecznych świadczeń z zakresu okołoperacyjnej opieki anestezjologicznej i dlatego ich obowiązkiem jest zapewnienie odpowiednich środków finansowych.*

- Edukacja odgrywa istotną rolę w poprawie bezpieczeństwa pacjenta, w związku z czym udzielamy pełnego poparcia dla rozwoju, upowszechnienia i przeprowadzania szkoleń z zakresu bezpieczeństwa pacjenta.*

- *Czynniki ludzkie są istotnym elementem w procesie sprawowania opieki nad pacjentem, dlatego dla podniesienia bezpieczeństwa będziemy odpowiedzialnie współpracować z naszymi partnerami w chirurgii, pielęgniarstwie i innych dyscyplinach klinicznych.*
- *Nasi partnerzy w przemyśle mają ważną rolę do odegrania w rozwoju, produkcji i dystrybucji bezpiecznych leków i sprzętu do opieki nad pacjentem.*
- *Anestezjologia jest główną specjalnością lekarską, która przyczyniła się do rozwoju bezpieczeństwa pacjenta. Nie oznacza to jednak, że wyczerpano już wszystkie możliwości dalszego rozwoju. Wiemy, że istnieją jeszcze obszary wymagające poprawy poprzez badania naukowe i innowacje.*
- *Żadne względy etyczne, prawne lub regulaminowe nie powinny ograniczać lub eliminować jakiegokolwiek możliwości ochrony pacjenta przedstawionej w niniejszej Deklaracji w celu zapewnienia bezpieczeństwa opieki zdrowotnej.*

Mamy nadzieję, że przedstawione przez Nas stanowisko przyczyni się do lepszego zrozumienia problemów środowiska anestezjologicznego i znajdzie zrozumienie u Pana Przewodniczącego.

Uprzejmie prosimy także Pana Przewodniczącego, aby w przypadku chęci posłużenia się danymi epidemiologicznymi, danymi liczbowymi oraz innymi definicjami medycznymi, jeśli dotyczą one anestezjologii i intensywnej terapii, Pan Przewodniczący w nieskrepowany sposób komunikował się z Konsultantem Krajowym w dziedzinie Anestezjologii i Intensywnej Terapii. Konsultant Krajowy w dziedzinie Anestezjologii i Intensywnej Terapii zawsze jest gotowy służyć odpowiednią wiedzą, nie tylko z tytułu obowiązków jakie nakłada na niego ustawa.

Zachęcamy równocześnie do bardziej ścisłej współpracy z Nami, gdyż jesteśmy zawsze otwarci na wszelką dyskusję celem, której ma być polepszenie jakości ochrony zdrowia w Polsce pomimo, co naturalne, niekiedy odmiennych poglądów.

Z poważaniem

Prof. dr hab. Maria Wujtewicz

Prezes Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii

Dr hab. Krzysztof Kusza prof. nadzw. UMK

Członek Zarządu Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii

Konsultant krajowy w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii

Dr hab. Radosław Owczuk

Sekretarz Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii