

Warszawa, 7 stycznia 2013 r.

Bartosz Arłukowicz

Minister Zdrowia

Szanowny Panie Ministrze,

Z głębokim zdziwieniem Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii przyjął informację o podpisaniu przez Pana Ministra *Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 stycznia 2013 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów*, w którym to: w wykazie specjalizacji lekarskich i lekarsko-dentystycznych, stanowiącym załącznik nr 1 do rozporządzenia, umieszczono nazwę nowej specjalizacji: intensywna terapia (0801) – odrębną od nazwy specjalności anestezjologia i intensywna terapia (0701). W uzasadnieniu rozporządzenia stwierdzono, iż „wprowadzono specjalizację w dziedzinie intensywnej terapii, niezależnie od dotychczas funkcjonującej specjalizacji w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii. Z wnioskiem o ustanowienie tej specjalizacji wystąpiło Towarzystwo Internistów Polskich, przedstawiając jednocześnie katalog specjalizacji, których posiadanie będzie uprawniało do przystąpienia do specjalizacji w dziedzinie intensywnej terapii. Postulat utworzenia ww. specjalizacji został uzasadniony potrzebą integracji intensywnej terapii z innymi dziedzinami medycyny, w celu poprawienia jakości leczenia najcięższych pacjentów.”

Zdziwienie Nasze jest tym większe, iż w projekcie rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów (wersja przekazana do uzgodnień zewnętrznych w dniu 13 grudnia 2011 roku) nie było zawartych żadnych przepisów dotyczących „powstania” nowej odrębnej specjalizacji: intensywnej terapii. Co więcej, do dnia opublikowania na stronie ministerstwa zdrowia *Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 stycznia 2013 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów* Polskie Towarzystwo Anestezjologii i Intensywnej Terapii nie miało żadnej wiedzy o zamiarach powołania nowej odrębnej specjalizacji: intensywnej terapii, w zakresie, której to dziedziny medycyny jest jedynym w Polsce podmiotem, który posiada merytoryczne kompetencje do określenia

warunków, zasad i potrzeby powołania nowej specjalizacji wywodzącej się ze specjalizacji jaką jest anestezjologia i intensywna terapia. Jedyną wiedzę jaką posiadało Polskie Towarzystwo Anestezjologii i Intensywnej Terapii – w powyższym temacie - to wiedza o wystąpieniu – przed ponad rokiem - Prezesa Towarzystwa Internistów Polskich Pana Profesora Jacka Musiała do Pana Ministra Adama Fronczaka, w sprawie powołania w Polsce trzyletniej specjalizacji szczegółowej w zakresie „intensywnej terapii” dostępnej dla specjalistów z innych dziedzin medycyny niż anestezjologia i intensywna terapia. Jednakże po spotkaniu w Ministerstwie Zdrowia, z udziałem Pana Ministra Andrzeja Włodarczyka, pomysł powołania w Polsce trzyletniej specjalizacji szczegółowej w zakresie „intensywnej terapii” został odrzucony na skutek braku zainteresowania taką formą specjalizacji przez inne podstawowe dyscypliny medycyny, których przedstawiciele w osobach konsultantów krajowych oraz prezesów towarzystw naukowych brali w nim udział. Odrębne stanowisko zajęło tylko Towarzystwo Internistów Polskich w związku z powyższym Minister Andrzej Włodarczyk postanowił, że przedstawiciele zainteresowanych dyscyplin medycyny w związku z chęcią aplikowania do wprowadzenia specjalizacji szczegółowej, a właściwie szczególnej umiejętności w zakresie intensywnej terapii mają obowiązek przedstawić swój punkt widzenia oraz szczególne kompetencje dotyczące świadczeń w zakresie intensywnej terapii, które mogliby osiągnąć specjaliści w dziedzinie neurologii, chirurgii, chorób wewnętrznych, pulmonologii, pediatrii, kardiologii, neonatologii, konsultantowi właściwemu dla intensywnej terapii, którym w opinii Ministra Zdrowia był wówczas konsultant krajowy w dziedzinie Anestezjologii i Intensywnej Terapii. Zdziwienie zatem budzi fakt, że Nadzór Krajowy w dziedzinie Anestezjologii i Intensywnej Terapii nie został przez Ministra Zdrowia poinformowany o przekazaniu kompetencji w zakresie intensywnej terapii kilkunastu dyscyplinom medycyny, co należy przyjąć po zapoznaniu się z treścią *rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 02. 01 2013 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów*. Informujemy jednocześnie, że żadna z wymienionych dyscyplin medycyny oczekiwanego przez Ministra Zdrowia projektu dotyczącego zakresu umiejętności w dziedzinie intensywnej terapii, który miał powstać na skutek powziętej na zebraniu decyzji przez zebranie to prowadzącego w imieniu Ministra Zdrowia Podsekretarza Stanu Andrzeja Włodarczyka nigdy konsultantowi krajowemu w dziedzinie Anestezjologii i Intensywnej Terapii nie przedstawiła. W związku z tym inicjatywa przejawiona przez Towarzystwo Internistów Polskich nie podlegała dalszemu oficjalnemu procedowaniu przez Urząd Ministra prawdopodobnie w oczekiwaniu na racjonalne zachowanie się członków zebrania i poważne potraktowanie polecenia jakie wydał w imieniu Ministra Zdrowia Podsekretarz Stanu Andrzej Włodarczyk.

Ponieważ spotkanie było protokołowane nie ma przeszkód, z powodu których Pan Minister nie mógłby zapoznać się z treścią zachowanych dokumentów w omawianym przedmiocie, które w kierowanym przez Pana Urzędzie zapewne się zachowały.

Wielce Szanowny Panie Ministrze,

Wystąpienie Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii nie służy w istocie prowadzeniu polemiki z autorami pisma skierowanego do Ministerstwa Zdrowia w ramach konsultacji społecznych w dniu 3 stycznia 2012 roku (stanowiska w sprawie projektu rozporządzenia w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów), gdyby nie fakt, że specjaliści z całkowicie odrębnych dziedzin medycyny zajęli się bez posiadania odpowiednich w tym obszarze kompetencji recenzowaniem kwalifikacji lekarzy specjalistów w dziedzinie Anestezjologii i Intensywnej Terapii w oficjalnej korespondencji z Ministrem Zdrowia. To bez precedensu zdarzenie w świetle niezbędnego dla właściwego funkcjonowania ochrony zdrowia w każdym kraju, wzajemnego poszanowania godności zawodu lekarza bez względu na to jakiego rodzaju specjalność on uprawia. Troska o dobro chorego, na którą powołują się sygnatariusze pisma jak rozumiemy jest właściwa tylko ich wrażliwości zawodowej i tylko oni potrafią leczyć chorych z poczucia bezinteresownego powołania. Podobne do zawartych w oficjalnym liście oskarżeń pod adresem lekarzy naszej specjalności nie padają nawet podczas nierzadko podwyższonych poziomów emocji pomiędzy naszymi partnerami reprezentującymi dyscypliny zabiegowe i darzymy się, pomimo częstych różnic zdań, wzajemnym szacunkiem, gdyż w istocie łączy nas a nie dzieli dobro chorego. Z treści pisma można zatem wysnuć wniosek, że jedyna merytoryczną przesłanką do powołania nowej specjalizacji: intensywnej terapii na terenie Rzeczypospolitej, jest obecność na obszarze naszego kraju grupy lekarzy specjalistów reprezentujących specjalizację jaką jest Anestezjologia i Intensywna Terapia i gdyby nie obecność tej grupy ludzi jakoś świadczonych usług wobec chorych znajdujących się w stanie zagrożenia życia uległaby dramatycznej poprawie. Rozumiemy, że Pan Minister zechciał zgodzić się z tą przesłanką. Uznał Pan także, iż nie należy podzielić się treścią tego pisma z jedynymi posiadającymi kompetencje w intensywnej terapii na terenie Polski specjalistami i złożył Pan Minister podpis pod treścią rozporządzenia, którego skutki będą miały poważny w swoim wymiarze negatywny wpływ na organizację ochrony zdrowia w ogóle, jak również poważny skutek prawny w zakresie regulacji dotyczących Państw członkowskich UE. W przypadku organizacji ochrony zdrowia należy spodziewać się zatem rozproszenia świadczeń zdrowotnych ratujących życie do bliżej nie określonych struktur organizacyjnych szpitala, w

których nie obowiązują właściwe dla intensywnej terapii przepisy, nie działają one w oparciu o wypracowane doktryny i standardy oraz nie rozumieją, że intensywna terapia to nie nazwa lecz przede wszystkim potencjał intelektualny, dorobek naukowy polskich uniwersytetów medycznych, który zdobywa się przez dekady, a nie przez akty prawne. Autorzy stanowiska przesłanego do Pana Ministra są jak widać głęboko przekonani o tym, że intensywną terapię można po prostu rozporządzić. Skutki takiego rozporządzenia będą miały charakter wymierny. Przypisanie do uprawiania do udzielania świadczeń zdrowotnych o charakterze intensywnej terapii kilkunastu specjalnościom medycznym musi zmienić strukturę ochrony zdrowia w Polsce. Wpłynie bowiem, w związku z brakiem wypracowanych przez doświadczenie medyczne zachowań, na spadek orzeczeń dotyczących śmierci mózgu, zmniejszy i tak mizerny potencjał donacyjny w polskich szpitalach, trwale uszczuplając szanse biorców na otrzymanie ratującego życie narządu. Wpłynie na stagnację w obszarze przygotowywanych dla Pana Ministra przepisów dotyczących obwieszczeń, w tym o trwałym i nieodwracalnym ustaniu czynności mózgu, gdyż aby dokumenty takie móc tworzyć niezbędna jest oprócz wiedzy i doświadczenia klinicznego, determinacja w celu ich nowelizowania w zgodzie z obowiązującą na świecie wiedzą, którą trzeba rozumieć i potrafić zaadoptować dzięki autorytetom intelektualnym na omawianym forum, a wywodzącym się z anestezjologii i intensywnej terapii. Od 1984 roku wszystkie akty prawne w tym przedmiocie przygotowywali specjaliści w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, naturalnie we współpracy z właściwymi specjalnościami medycyny, jednak nie postrzegaliśmy w tym zakresie nigdy aktywności Towarzystwa Internistów Polskich.

Autorzy dokumentu, w którym powołują się na publikację zawartą w *Intensive Care Medicine* (2009);35:1575-1583 pt” *The educational environment for training in intensive care medicine: structures, processes, outcomes and challenges in the European region*” (CoBaTrICE) i przedstawiają w nim przetłumaczone na język polski zestawienie dotyczące obszaru edukacji w intensywnej terapii, jednocześnie zapominając o poinformowaniu Pana Ministra, że jest ono niepełne i że aż w 17 krajach UE szkolenie to odbywa się w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii. Nie poinformowano także Pana Ministra, a ma to kluczowe znaczenie dla treści podpisanego przez pana aktu prawnego, że trudności związane z implementacją treningu w dziedzinie intensywnej terapii jako samodzielnej specjalizacji wynikają z niezgodności pomiędzy możliwością powołania takiej specjalizacji a treścią Dyrektywy Unijnej 2005/36/EC, z której jasno wynika, że UE nie rozpoznaje specjalizacji medycznej, która trwa krócej niż 3 lata. Osoby, które zatem chciałyby się zdecydować na

odbycie szkolenia w nowo powołanej przez Pana Ministra specjalizacji nie mogą liczyć na jej uznanie przez kraje stowarzyszone, gdyż taka w nich nie występuje. Stan taki zatem jest niezgodny z art. 5 Dyrektywy mówiącym o swobodzie świadczenia usług i zasadach swobodnego świadczenia usług oraz z treścią art. 26 wspomnianej Dyrektywy przedstawiającym zasady i rodzaje szkolenia specjalistycznego. W związku z tym autorytety medyczne zajmujące się intensywną terapią na terenie UE dążą do utworzenia w tej dziedzinie medycyny opartej o jednakowy program szkolenia „szczególnej kompetencji” (particular qualification), a więc odpowiednika w języku polskim umiejętności w określonej dziedzinie medycyny. Do dnia dzisiejszego stanowiska takiego jednak nie zdołano uzgodnić na forum UE, jak również jej agendy medycznej jaką jest Europejska Unia Specjalistów Medycznych (UEMS), która także nie rozpoznaje odrębnej specjalizacji w dziedzinie intensywnej terapii. Dalej piszący (TIP), pełni troski o jakość edukacji w polskiej medycynie informują Pana Ministra niestety fałszywie przedstawiając przetłumaczoną z piśmiennictwa tabelę dotyczącą specjalizacji, nadspecializacji i podspecializacji, że Polska jest jednym z niewielu krajów w UE, w którym intensywna terapia jest połączona z anestezjologią bez rozwiązań alternatywnych. W istocie Panie Ministrze Polska jest pewnym wzorcem w zakresie szkolenia o którym dyskutujemy, gdyż należy do 17 krajów UE w których przyjęto właśnie takie rozwiązanie (A multidisciplinary approach to intensive care medicine. Ramon Peyro, Pablo Monedero, the Executive committee of the Intensive Care Section of the Spanish Society of Anaesthesiology. DOI:10.1097/EJA.0b013e3283499e27) (Van Aken H, Mellin-Olsen J, Pelosi P. Intensive care medicine: a multidisciplinary approach!. Eur J Anaesthesiol 2011; 28:313–315).

In summary, the proposal to expand a primary speciality in Europe will not improve ICM and, instead, will create a barrier to the multidisciplinary approach to ICM. In that case, it would be preferable to expand anaesthesia sub-specialisation in ICM, as it already is in 17 European countries (European Journal of Anaesthesiology 2012, Vol 29 No 2.) - cytowane powyżej zdanie ekspertów w dziedzinie intensywnej terapii jest zgodne z poprzednimi wypowiedzianymi na łamach następujących czasopism i powinno być fundamentem do tworzenia racjonalnych i nie zagrażających chorym rozwiązań w zakresie organizacji ochrony zdrowia.

Być może w świetle przedstawionych powyżej publikacji dla Panów Profesorów Jacka Musiała i Rafała Nizankowskiego 17 krajów członkowskich z 27 krajów członkowskich UE to niewiele, jak byli uprzejmi napisać w liście do Pana Ministra, gdyż przecież to tylko 67%

wszystkich krajów członkowskich właśnie realizuje taki model edukacyjny, który dotychczas obowiązywał w Polsce.

Po podpisaniu przez Pana Ministra *rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 stycznia 2013 r. o specjalizacji lekarzy i lekarzy dentyistów*, Polska stała się w dziedzinie transformacji zagadnień dotyczących edukacji w zakresie specjalizacji medycznych „liderem” wśród krajów UE. Podczas gdy inne autorytety „dobijają” się od co najmniej 10 lat do Parlamentu Europejskiego i UEMS, aby zechciano uznać obecność „szczególnej kompetencji” w zakresie intensywnej terapii, czyli innymi słowy umiejętności, oto Polska utworzyła samodzielną wymagającą tylko 2 lat szkolenia specjalizację w tej dziedzinie, nie informując jednocześnie potencjalnie odbywających szkolenie i uzyskujących dyplom ukończenia dwuletniej specjalizacji, że nie jest i nie będzie ona rozpoznawana w takiej formie przez UE oraz UEMS.

Konsultant Wojewódzki w dziedzinie Chorób Wewnętrznych Prof. Jacek Musiał oraz Konsultant Wojewódzki w dziedzinie Angiologii oraz jednocześnie Dyrektor Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Krakowie dr hab. Rafał Niżankowski zajęli stanowisko eksperckie w zakresie programu szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie Anestezjologii i Intensywnej Terapii określając warunki dla powołania odrębnej specjalizacji w dziedzinie Intensywnej Terapii, w której czas szkolenia wynosi 2 lata. Jak rozumiemy Pan Minister uznał, że nie zachodzi potrzeba skonfrontowania tego eksperckiego stanowiska ze środowiskiem lekarskim reprezentującym faktycznie intensywną terapię w Polsce, a więc ze specjalistami w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, których reprezentuje podmiot jakim jest Polskie Towarzystwo Anestezjologii i Intensywnej Terapii oraz Nadzór Krajowy w tej dziedzinie wraz z konsultantem krajowym w wymienionej dziedzinie, który jest podległym w stosunku do Pana Ministra urzędnikiem państwowym. Uznał Pan Minister zatem, że z kilku tysięcy specjalistów w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, żaden nie zasługuje na wzięcie udziału w kluczowej dla dalszego rozwoju polskiego systemu ochrony zdrowia merytorycznej dyskusji, do czego Pan Minister oczywiście ma prawo, jednocześnie jednak w takiej sytuacji cała odpowiedzialność za skutki podjętych decyzji w świetle wprowadzenia Pana w błąd przez wybranych ekspertów spadnie na Ministra Zdrowia.

Zwracamy także uwagę, że eksperci których nazwiska wymieniliśmy w naszym wystąpieniu powyżej powołują się na istnienie w Polsce – cytujemy „wielu cennych oddziałów intensywnej terapii opartych o inne specjalizacje” koniec cytatu. Panie Ministrze jak to możliwe w świetle obowiązujących w Polsce przepisów prawa, że powołano oddziały intensywnej terapii w obszarze innych dyscyplin medycyny. Przypominamy, że od 1998 roku zgodnie z *rozporządzeniem 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. Nr 37, poz. 215 oraz z 2007 r. Nr 160, poz. 1133) w szpitalach, w których znajdują się stanowiska intensywnej terapii powołuje się Oddziały Anestezjologii i Intensywnej Terapii. W związku z tym warto zapytać się, kto pełni nadzór merytoryczny i administracyjny nad tymi nieprawnie powołanymi jednostkami organizacyjnymi. Kto odpowiada za utworzony w ten sposób chaos organizacyjny i kto i jakimi narzędziami ocenia jakość udzielanych w tych oddziałach świadczeń zdrowotnych. Stoimy na stanowisku aby niezwłocznie przywrócić w Polsce w omawianym zakresie porządek prawny, gdyż jego przestrzeganie jest kluczem do osiągnięcia odpowiedniego poziomu udzielania świadczeń zdrowotnych. Mamy nadzieję, że Pan Minister zajmie w tej sprawie jasne i jedyne możliwe – wobec zaprezentowanych powyżej faktów - stanowisko.

Twórcy „stanowiska w sprawie specjalizacji lekarskich” (TIP) zwracają także uwagę, że na stanowiskach znieczulenia nie są potrzebne kompetencje w zakresie intensywnej terapii. Najlepszy to dowód na całkowity brak kompetencji tych, którzy wysnuwają podobne wnioski. Nie wiedzą oni zatem, że techniki postępowania medycznego podczas znieczulenia chorych znajdujących się w stanie krytycznym pozwoliły wyłonić na świecie i w Polsce subspecjalizacje w obszarze kompetencji właściwych dla intensywnej terapii w zakresie specjalizacji podstawowej jaką jest anestezjologia. Nie wiedzą więc również o tym, że już w 1998 roku Minister Zdrowia określił precyzyjnie warunki jakie musi spełniać stanowisko znieczulenia i że są one zbliżone do tych, które określają wymagania dla stanowiska intensywnej terapii.

Zdaniem Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii wprowadzenie nowej odrębnej specjalizacji: intensywnej terapii do treści *Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 stycznia 2013 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów* odbyło się bez odpowiedniej konsultacji społecznej i poszanowania jednego z podmiotów społecznych jakim jest Polskie Towarzystwo Anestezjologii i Intensywnej Terapii. Jest oczywistym, iż Minister Zdrowia ma prawo decydować o treści podpisywanych przez siebie rozporządzeń, jednakże sposób procedowania budzi stanowczy sprzeciw.

Odnosząc się do przesłanek przedstawionych przez Profesora Jacka Musiała w liście do Pana Ministra, które stoją u podstaw powołania do życia specjalizacji w zakresie intensywnej terapii w Polsce, należy stwierdzić jednoznacznie, że są one bez związku

merytorycznego z funkcjonowaniem takiej specjalizacji w innych krajach, w tym także w Unii Europejskiej. Jedną z przyczyn inspirujących TIP do wystąpienia z propozycją powołania specjalizacji pod postacią intensywnej terapii jest bowiem jak rozumiemy niedobór lekarzy anestezjologów, który według niego stał się powodem wyjątkowo niskiego odsetka stanowisk intensywnej terapii w Polsce w stosunku do wszystkich ostrych łóżek szpitalnych.

Brak stanowisk intensywnej terapii nie wynika, wbrew sugestiom występującego, z niedoborów kadrowych, lecz z przyczyn systemowych (wieloletnie zaniechania związane z nierozbudowywaniem istniejących oraz niewielką liczbą nowopowstałych oddziałów intensywnej terapii; niewłaściwa organizacja ochrony zdrowia w obszarze dotyczącym leczenia chorych znajdujących się w stanie bezpośredniego zagrożenia życia w Polsce - o czym nadzór krajowy w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii informuje Ministra Zdrowia od wielu lat). Niedobór stanowisk intensywnej terapii wynika zatem z nieprzestrzegania przepisów prawa przez organy założycielskie szpitali, gdyż obecnie obowiązujące przepisy w tym zakresie jasno stanowią, że minimalna liczba stanowisk intensywnej terapii znajdujących się w oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii stanowi nie mniej niż 2% łóżek szpitalnych. Głęboki niedobór tych stanowisk wynika z niewłaściwego finansowania przez NFZ procedur intensywnej terapii, skutkiem czego jest unikanie przez zarządzających szpitalami tych procedur leczniczych, które powodują permanentne ich zadłużanie. Świadczenia udzielane w OIT na świecie, jak również i w OAiIT w Polsce należą do najdroższych z pośród wszystkich innych procedur medycznych. W związku z tym finansowanie ich przez NFZ = w naszej ocenie - w zakresie 50% faktycznej ich wartości, powoduje utrzymywanie w szpitalu minimalnej liczby tego typu stanowisk, które tylko doraźnie zabezpieczają jego funkcjonowanie w zakresie innych dyscyplin medycznych, w tym również chorób wewnętrznych, które to dyscypliny nie są przygotowane merytorycznie, organizacyjnie oraz technologicznie do leczenia chorych w stanie zagrożenia życia.

Wskazane nam anestezjologom przez Pana Profesora Jacka Musiała miejsce pracy tylko na stanowiskach znieczulenia, a co za tym idzie opuszczenie chorych znajdujących się w stanie zagrożenia życia i leczonych w prowadzonych przez nas oddziałach, jest rozwiązaniem ze wszech miar niekonwencjonalnym, szczególnie w obliczu istnienia w Polsce 468 oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii, w których znajduje się 2635 stanowisk terapeutycznych. Pozwolimy sobie zatem jako reprezentujący podstawową dyscyplinę medycyny, autonomicznie określić priorytety dla leczonych przez nas chorych, gdyż również

jak ma to miejsce w przypadku Kolegów Internistów, jesteśmy powodowani troską o ich zdrowie i życie.

Odnosząc z się do pozostałych treści listu, w którym jego autorzy nawiązują do zmonopolizowania przez dyscyplinę medyczną jaką jest anestezjologia i intensywna terapia, „anestezjologii i intensywnej terapii”, stosując dalej ten rodzaj retoryki, rozumiem w związku z tym, że inne dyscypliny medyczne realizując proces leczniczy w wybranych jednostkach i zespołach chorobowych także go monopolizują, a więc chirurdzy monopolizują chirurgię, ginekolodzy i położnicy, ginekologię i położnictwo a lekarze interniści zmonopolizowali choroby wewnętrzne.

Ustosunkowując się do poruszonego wątku emigracji zawodowej, zauważamy ją i wiemy, że dotyczy wszystkich lekarzy, w tym także anestezjologów. Postrzegamy również w tym zjawisku zagrożenia, które mogą destabilizować system ochrony zdrowia. Ma ono jednak wymiar powszechny i zachodzi we wszystkich krajach Unii Europejskiej, gdyż zwykle polscy lekarze specjaliści emigrują do miejsc, które zostały zwolnione przez lekarzy, którzy opuścili swoją ojczyznę emigrując do innej części Unii Europejskiej lub Stanów Zjednoczonych i Kanady. Emigracja lekarzy anestezjologów jest ułatwiona nie dlatego, że mają oni taką skłonność, jak to zauważa TIP, lecz z powodu postrzegania ich wiedzy i umiejętności medycznych na bardzo wysokim poziomie, co obiektywnie potwierdzili już dwukrotnie zdając najlepiej ze wszystkich krajów unijnych europejski egzamin specjalizacyjny EDA I, a Polska może być dumna z realizowanego na poziomie światowym szkolenia specjalizacyjnego.

Biorąc pod uwagę, że:

1. Intensywna terapia jest specjalnością medyczną, która posiada charakter interdyscyplinarny. Szkolenie specjalistyczne w tej dziedzinie może mieć charakter specjalizacji szczegółowej z dostępem wielodyscyplinarnym lub monodyscyplinarnym;
2. Dla stworzenia nowego, interdyscyplinarnego systemu intensywnej terapii, obejmującego wiele podstawowych dyscyplin medycznych, konieczny jest odpowiedni system kształcenia, odpowiednio wyszkolony personel, baza szpitalna, należne wyposażenie aparaturowe i sprzętowe. Wymagania w tej dziedzinie określone zostały przez stanowiska profesjonalnych organizacji i towarzystw naukowych oraz uzgodnienia międzynarodowe i europejskie;

3. W Polsce jedynie anestezjologia i intensywna terapia posiada system kształcenia z dziedziny intensywnej terapii odpowiadający obecnym wymaganiom europejskim. Obejmuje on 2 lata kształcenia z intensywnej terapii włączone w program specjalizacyjny z dyscypliny: anestezjologia i intensywna terapia;
4. Ponadto anestezjologia posiada w Polsce bazę szpitalną w postaci Oddziałów Anestezjologii i Intensywnej Terapii. W obrębie tych Oddziałów funkcjonują stanowiska intensywnej terapii. Zasady organizacji tych oddziałów, ich obsada personalna i wyposażenie ujęte zostały w wytycznych i regulacjach określonych rozporządzeniami administracyjnymi, stanowiskami towarzystwa naukowego lub nadzoru specjalistycznego. Funkcjonowanie Oddziałów podlega nadzorowi specjalistycznemu z dziedziny anestezjologii i intensywnej terapii i są one akredytowane zarówno przez nadzór specjalistyczny jak i Narodowy Fundusz Zdrowia. Zapewnia to standardową jakość usług odpowiadającą wymaganiom europejskim z zakresu intensywnej terapii;
5. Polska anestezjologia i intensywna terapia utrzymuje od lat ścisły kontakt z międzynarodowymi i europejskimi organizacjami reprezentującymi intensywną terapię. W maju 2010 r. organizowany jest pod egidą Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii „Środkowoeuropejski Kongres Intensywnej Terapii”;
6. Przy postulowanym 2-3 krotnym wzroście liczby stanowisk intensywnej terapii w szpitalu, przy wielodyscyplinarnych Oddziałach Intensywnej Terapii, konieczne jest zapewnienie odpowiedniej rezerwy finansowej dla stworzenia i utrzymania tych stanowisk;
7. Całkowitym nieporozumieniem jest postulat poszerzenia bazy intensywnej terapii przez zmianę treści rozporządzenia Ministra Zdrowia, bez zapewnienia systemu kształcenia i nadzoru, personelu, organizacji i wyposażenia. Tego typu działania mogłyby przynieść jedynie gwałtowny spadek jakości usług i przyczynić się do degradacji intensywnej terapii jako specjalności medycznej posiadającej przyjęte, międzynarodowe standardy organizacji i funkcjonowania;
8. Jak uczą doświadczenia innych krajów, największym zagrożeniem dla intensywnej terapii jest akceptacja obniżonej jakości usług i tworzenie „pseudoodziałów” świadczących „pseudousługi” z zakresu intensywnej terapii. Stanowi to bezpośrednie zagrożenie zdrowia i życia pacjentów. Wieloletni dorobek polskiej intensywnej terapii nie może zostać zmarnowany w taki sposób. Dlatego starania organizatorów systemu opieki zdrowotnej w Polsce powinny zmierzać do zapewnienia w szpitalach stanowisk

intensywnej terapii odpowiadających standardom europejskim, w liczbie zależnej od dostępnych środków finansowych;

9. W Europie Zachodniej przyjęty jest od lat trójpoziomowy system opieki szpitalnej: podstawowy, pośredni i intensywny. W Polsce struktury pośredniego poziomu usług czyli oddziały wzmożonego nadzoru i wzmożonej opieki (step-down, intermediate, high dependency units) nie mają określonej struktury i wyposażenia. Działania zmierzające do poprawy organizacji i funkcjonowania takich oddziałów powinny spełnić oczekiwania klinicystów odczuwających potrzebę większej intensywności usług medycznych w oddziałach, na których pracują;

Polskie Towarzystwo Anestezjologii i Intensywnej Terapii wnioskuję do Pana Ministra o zmianę treści *Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 stycznia 2013 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów*, w części dotyczącej powołania nowej odrębnej specjalizacji z intensywnej terapii.

Niżej podpisani członkowie Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii deklarują iż, gotowi są w każdym zaproponowanym przez Pana Ministra terminie spotkać się z Panem Ministrem w celu wyjaśnienia istniejących niedomówień, wątpliwości i szczegółowego przedstawienia stanowiska Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii. W oczekiwaniu na zaproszenie prosimy o „wstrzymanie” ogłoszenia *Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 stycznia 2013 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów* w Dzienniku Ustaw Rzeczypospolitej.

z poważaniem

M. Hunter

Piotr Kuropka M. Giechocki
Krzysztof Owczak Jacek Bojko

W załączeniu:

ANAESTHESIOLOGY, PAIN AND INTENSIVE CARE MEDICINE, UEMS/EBA
GUIDELINES, POSTGRADUATE TRAINING PROGRAM FROM THE STANDING
COMMITTEE ON EDUCATION AND TRAINING OF THE SECTION AND BOARD OF
ANAESTHESIOLOGY

Do wiadomości:

1. Naczelna Rada Lekarska
2. Rada Naukowa przy Ministrze Zdrowia
3. Krajowa Rada Transplantacyjna