

Kontraktowanie świadczeń zdrowotnych w zakresie intensywnej terapii w Polsce, czyli świadczenia ratujące życie, ale tylko w połowie?

Contracting medical services of intensive therapy by NFZ in Poland, i.e. life-saving services but only partially?

Krzysztof Kusza

*Katedra Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Collegium Medicum w Bydgoszczy
Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu
Katedra Anestezjologii i Intensywnej Terapii Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu*

*„Uczenie się bez myślenia jest bezużyteczne, myślenie bez
uczenia się jest niebezpieczne”*

Konfucjusz

Przesłanie ustawy zasadniczej mówi wprost, że rolą państwa jest jak najlepsze wydatkowanie zasobów finansowych pochodzących ze środków publicznych poprzez taką organizację ochrony zdrowia oraz zachowanie jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych na podstawie dowodów i rozwijających się technologii medycznych, które korzystnie wpłyną na zdrowotność społeczeństwa, a jednocześnie będą efektywne ekonomicznie i dzięki temu akceptowane społecznie.

Najistotniejsze zmiany w wymiarze organizacyjno-prawnym systemu opieki zdrowotnej w Polsce w ciągu ostatnich kilkudziesięciu lat zostały zapoczątkowane w treści ustawy z 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej [1]. Zakończyła ona epokę monopolu państwa w zakresie zarządzania oraz tworzenia zakładów opieki zdrowotnej. Następny akt prawny o kluczowym znaczeniu to ustawa z dnia 1 stycznia 1999 roku o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, którą Sejm Rzeczypospolitej Polskiej uchwalił w roku 1997 [2]. Ustawa ta stanowi, że ubezpieczenie zdrowotne jest oparte na następujących nierozdzielnych składowych:

- solidarności społecznej,
- samorządności,
- samofinansowaniu,
- prawie wolnego wyboru lekarza i kasy chorych,
- zapewnieniu równego dostępu do świadczeń,

- wprowadzeniu kas chorych jako przedstawicieli ubezpieczonych,
- gospodarności i celowości działania kas chorych.

W dniu 1 kwietnia 2003 roku weszła w życie ustawa z dnia 23 stycznia 2003 roku o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (NFZ) [3], zastępując ustawę o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym. Wprowadziła ona zasadnicze zmiany w instytucji płatnika w ochronie zdrowia i powołała jedną instytucję odpowiedzialną za ubezpieczonych jako NFZ. Ustawa o ubezpieczeniu zdrowotnym w NFZ straciła moc z dniem 1 października 2004 roku na podstawie art. 251 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w odpowiedzi na wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 stycznia 2004 roku [4]. Trybunał Konstytucyjny orzekł bowiem, że art. 36 ust. 1 ustawy dotyczący organizacji i zasad działania NFZ, zasad zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych i udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, gospodarki finansowej, zasad nadzoru i kontroli jest niezgodny z art. 68 i z art. 2 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z tego powodu, że tworząc instytucję publiczną w kształcie uniemożliwiającej jej rzetelne i sprawne działanie, narusza zasady państwa prawnego w zakresie konstytucyjnego prawa obywateli do równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [4, 5].

Orzeczenie Trybunału Konstytucyjnego stało się zatem fundamentem do opracowania koszyka świadczeń gwarantowanych, ponieważ Konstytucja Rzeczypospolitej jest pod-

stawowym aktem prawnym, na podstawie którego można zgodnie z jej treścią i duchem powoływać pozostałe akty prawne w taki sposób, aby były one właściwe dla naszego państwa i zgodne z jego kulturą prawną. Jest tak dlatego, że jednym z fundamentalnych zapisów konstytucji jest prawo do ochrony zdrowia, jak z resztą słusznie zauważył Trybunał Konstytucyjny w wyroku z dnia 7 stycznia 2004 roku (sygn. akt: K 14/0.3) [5].

Mam świadomość, że powyższe wprowadzenie może czytającym nie wydawać się istotne z punktu widzenia organizacji i płatności udzielania świadczeń zdrowotnych w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, gdyż jest odległe od codziennych zmagania z płatnikiem związanych z przedstawieniem świadczenia do zapłaty, jak również wytłumaczeniem płatnikowi, że świadczenia ratujące życie nie są świadczeniami realizowanymi ponad limit. Wspominam o tym zagadnieniu, gdyż w świetle wyroku Trybunału Konstytucyjnego problem ten nie powinien być dyskutowany już od co najmniej 8 lat, a jednak, co nadal zdumiewa, przyjął tendencję prorozwojową.

Mimo że czasopismo naukowe, jakim jest „Anestezjologia Intensywna Terapija”, powinno prezentować wybrane przez Radę Programową i redakcję najbardziej wartościowe prace naukowe, dzięki którym organ założycielski tej gazety (PTAiIT) realizuje swoje cele, niestety jest tak, że aby móc te cele realizować, należałoby poddać się refleksji o charakterze ogólnym.

Konstytucja Rzeczypospolitej w art. 30 stanowi o przyrodzonej i niezbywalnej godności człowieka stanowiącej źródło jego wolności i praw [5]. Oznacza to, że nikt — nawet ustawodawca, którego legitymacja do władzy pochodzi od społeczeństwa, nie może w żaden sposób ograniczać jego godności. Następnie w treści art. 38 konstytucji zawarte jest postanowienie, że Rzeczpospolita Polska zapewnia każdemu człowiekowi prawną ochronę życia. Przepis ten obliuguje organy państwa do ustanowienia takich rozwiązań prawnych, które zagwarantują realizację tego postanowienia [5]. Brzmienie art. 68 w ust. 1 określa wprost, że każdy ma prawo do ochrony zdrowia [5]. Wynika z tego, że na ustawodawcy spoczywa obowiązek takiego określenia norm prawnych, aby obywatel niezależnie od jego sytuacji materialnej posiadał równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Zapis ten nakłada także na ustawodawcę i władzę publiczną określenie zasad realizacji prawa do ochrony zdrowia poprzez stworzenie systemu prawnego określającego warunki i zakres udzielania świadczeń zdrowotnych. Trybunał Konstytucyjny w swoim orzeczeniu wskazał także, że dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej musi być rzeczywisty, a nie deklaracyjny i tylko programowy. Powyższe rozważania wynikające z uzasadnienia orzeczenia Trybunału Konstytucyjnego zainspirowały rządzących do przygotowania rozwiązania prawnego na

poziomie ustawy regulującego omawiane prawa człowieka do opieki zdrowotnej pod postacią koszyka gwarantowanych świadczeń zdrowotnych.

Nie ulega wątpliwości, że świadczenia ratujące życie powinny się w tym koszyku znaleźć, a środki na ich świadczenie nie mogą być wirtualne, lecz jednoznacznie rzeczywiste.

Aktualnie niedoszacowanie świadczeń zdrowotnych udzielanych na oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii (OAIIT) wynosi ponad 250 mln PLN, co w świetle przytoczonego na wstępie orzeczenia Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 stycznia 2004 roku jednoznacznie potwierdza zasadność tego orzeczenia, mimo że od roku 2004 powstało wiele aktów prawnych w formie ustaw oraz rozporządzeń jasno regulujących obowiązki świadczeniodawcy wobec płatnika, a płatnika wobec świadczeniodawców. Przypominam, że obowiązek ten wobec obywatela w zgodzie z Konstytucją Rzeczypospolitej Polskiej ma być rzeczywisty, a nie deklaracyjny [5], i że owa rzeczywistość ma dotyczyć nie tylko podmiotu udzielającego świadczenia, lecz również podmiotu za te świadczenia płacącego placówkom ochrony zdrowia. Żaden przepis prawa nie zwolni świadczeniodawcy, a przede wszystkim lekarza, z obowiązku leczenia chorego znajdującego się w stanie zagrożenia życia, gdyż jasno reguluje to ustawa o zawodzie lekarza. Ten akt prawny stoi w całkowitej rozbieżności z treścią ustawy o finansach publicznych, w obliczu której stają zarządzający placówkami ochrony zdrowia [6, 7].

Zarządzanie na poziomie udzielania świadczeń zdrowotnych to implementowanie protokołów postępowania medycznego w wybranych dyscyplinach medycyny na podstawie międzynarodowych lub krajowych standardów w celu uzyskania powtarzalności i skuteczności w prowadzeniu procesu leczniczego, których punktem końcowym powinny być zmniejszona chorobowość i śmiertelność.

Adaptowanie systemów zarządzania jakością, chociażby takich, które wykorzystują filozofię zarządzania jakością opartą na metodologii Six-Sigma, nakazuje każdorazowo określić podmiot (wg *six-sigma-klient*), dla którego wybrany świadczeniodawca udziela świadczeń i dla którego stara się najlepiej, jak potrafi, zorganizować ich udzielanie [8]. W przypadku ochrony zdrowia naszym klientem bezdyskusyjnie jest chory. W rzeczywistości jednak system, który kwestionował Trybunał Konstytucyjny w swoim orzeczeniu, jak widać zasadnie, spowodował, że głównym klientem placówek ochrony zdrowia stał się płatnik.

Brak środków na finansowanie świadczeń udzielanych na OAIIT oddala wizję możliwości przedstawienia do zapłaty procedury związanej ze znieczuleniem. W świetle powyższego aktywność Ministerstwa Zdrowia z 2006 roku polegająca na wydaniu 4 września zarządzenia w „sprawie powołania Zespołu Ekspertów do prac nad Centralną Bazą Świadczeń

Opieki Zdrowotnej” (Dz. Urz. MZ. Nr 14, poz. 67) sprowadziła się do tego, że jest to nadal niewykorzystany zbiór wiedzy dotyczącej informacji o strukturze świadczeń zdrowotnych oraz kosztów związanych z ich udzielaniem. W utworzeniu katalogu struktury świadczenia medycznego wykorzystano wówczas Terminologię Procedur Medycznych (CPT-PL), Międzynarodową Klasyfikację Procedur Medycznych (ICD-9), Katalog świadczeń opieki zdrowotnej NFZ, Międzynarodową Klasyfikację Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10), Klasyfikację wyrobów medycznych do różnego przeznaczenia, Klasyfikację leków, Klasyfikację zawodów medycznych i specjalności [9].

W dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii Zespół Ekspertów podzielił świadczenia w tej dziedzinie na 3 zasadnicze grupy:

1. procedury intensywnej terapii w liczbie 435 (w zakresie 23 obszarów terapii prowadzonej na OAiIT),
2. procedury znieczulenia (znieczulenie regionalne — 80 procedur, znieczulenie ogólne i analgosedacja — 80 procedur),
3. procedury leczenia bólu (39 procedur).

Procedury te powinny być przygotowane w zgodzie z wytycznymi ministra zdrowia, który określił, że na opis świadczenia składają się następujące elementy [9]:

1. nazwa świadczenia;
2. przyporządkowanie świadczenia do istniejących katalogów procedur medycznych, w szczególności CPT-PL;
3. przyporządkowanie świadczenia do katalogu NFZ;
4. opis istotnych z punktu widzenia identyfikacji lub efektywności świadczenia:
 - środków farmaceutycznych,
 - sprzętu medycznego,
 - sprzętu pomocniczego;
5. opis wskazań do realizacji świadczenia;
6. opis warunków w jakich świadczenie powinno być realizowane;
7. opis osób uprawnionych do realizacji świadczeń (kluczowe);
8. kategoryzacja świadczeń z punktu widzenia istotności medycznej i istotności dla zdrowia społeczeństwa.

Opis świadczeń w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii w katalogu CPT praktycznie nie istnieje, zatem Zespół Ekspertów zmuszony był zbudować strukturę świadczeń w tej dziedzinie *de novo* z założeniem, że mają one pozytywny charakter i w związku z tym wszystkie powinny być uwzględnione w koszyku świadczeń gwarantowanych.

Ostatnim etapem wdrożenia koszyka świadczeń miała być jego taryfikacja, której powinien dokonać niezależny Zespół Ekspertów z Agencji Oceny Technologii Medycznych tak, aby płatnik mógł skonfrontować wartość taryf dla danych świadczeń z budżetem, jaki na ich realizację posiada. Ostatni etap budowania tej rozsądnej struktury

kategoryzacji świadczeń zdrowotnych niestety nigdy nie został zrealizowany.

Biorąc pod uwagę sygnały pochodzące od Prezesa NFZ o konieczności powołania instytucji zajmującej się opisaniem świadczeń zdrowotnych oraz ich taryfikacji, warto poinformować, że świadczenia zostały już opisane w 2007 roku zgodnie z zasadami obowiązującymi na świecie i wystarczy je tylko wycenić zgodnie z ich faktyczną wartością, tym bardziej, że zgodnie z filozofią tego katalogu od samego początku stanowił on zbiór otwarty i można do niego włączać nowe świadczenia, jeśli eksperci uznają, że spełniają one kryteria zawarte w metodyce jego opisu, czyli, że „świadczenie = procedura + wskazania” [9].

Wobec powyższego sytuacja związana z wydatkowaniem środków publicznych na procedury lecznicze, których udziela się na OAiIT na podstawie kwerendy, jakiej dokonali Piechota i wsp., co także w sposób pośredni potwierdza płatnik, przedstawia się w opisany niżej sposób [10].

Oddziały Wojewódzkie NFZ, zawierając kontrakty ze świadczeniodawcami w zakresie intensywnej terapii, corocznie nie doszacowują kwoty, jaką powinny przeznaczyć na sfinansowanie świadczeń udzielanych na OAiIT (w 2009 r. na poziomie co najmniej 26%, w 2010 r. na poziomie co najmniej 16%, a w 2011 r. na poziomie co najmniej 15%) [10]. Należy dodać, że wartości te dotyczą tylko wysokości pozyskanego na leczenie na OAiIT kontraktu i nie określają wartości świadczeń udzielonych powyżej jego wartości, które są zgrabnie nazywane przez płatnika świadczeniami wykonanymi na OAiIT ponad limit. Reasumując, płatnik podzielił świadczenia zdrowotne udzielane na OAiIT na nielimitowane, które są limitowane wartością rocznego kontraktu, co w świetle wcześniej przytoczonych zapisów Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej jest raczej zabiegiem karkołomnym. Ostatnio na rynku zdrowia pojawił się także nowy produkt leczniczy, który według płatnika generują polskie OAiIT. Jest to podział na świadczenia ratujące życie udzielane na OAiIT oraz „pozostałe świadczenia udzielane na OAiIT”, zatem te, które nie są świadczeniami ratującymi życie. Świadczenia „pozostałe” podlegają według płatnika zapłacie lecz nie w pierwszej kolejności. Zabieg ten pozwala Wojewódzkim Oddziałom NFZ na odracanie płatności w czasie za świadczenia realizowane na OAiIT do tak zwanego limitu, pomijając zakres, który limit ten przekracza.

Pozostając zatem w zgodzie z interpretacją omawianych kategorii leczenia przez NFZ, należałoby natychmiast zgodnie z treścią zapisów ustawy z dnia 27.08.2004 roku o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych art. nr 20 ust. 4, 5, 6, z którego wynika konieczność stworzenia listy oczekujących na leczenie, w tym wypadku mam na myśli oczekujących na leczenie na OAiIT [11].

W OAiIT nie udziela się jednak innych świadczeń jak tylko ratujące życie, a podział stworzony przez centralę NFZ wynika z wadliwie skonstruowanego systemu kodowania świadczeń. W istocie, gdyby było tak, jak przedstawia to zagadnienie płatnik, nie mielibyśmy do czynienia z mnogością pozytywnych dla świadczeniodawców orzeczeń Sądów Rzeczypospolitej, które zasądzą zapłatę przez NFZ świadczeniodawcom udzielającym świadczenia ratujące życie, które nie zostały opłacone. Ten socjotechniczny manewr pozwala oddziałom wojewódzkim NFZ na nieopłacenie świadczeń udzielanych na OAiIT w pierwszej kolejności (płatnik uznaje, że nie spełniały one kryteriów właściwych dla świadczeń ratujących życie). Co zatem oznacza prawie 50% pozostałych świadczeń udzielanych w OAiIT, potrafi zapewne wyjaśnić tylko płatnik, tym bardziej, że w omawianym wypadku także poczuwa się do uregulowania zaległości w zakresie kategorii „świadczenia pozostałe”.

W tym miejscu warto przypomnieć, że już w 2007 roku przedstawiono ministrowi zdrowia oraz prezesowi NFZ obowiązujące w Polsce warunki „Kwalifikacji i kryteriów przyjęcia chorych do Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii” oparte na kryteriach międzynarodowych i przedstawionych przez Paula Marika w *Handbook of evidence-based critical care* po raz pierwszy w 2001 roku [12].

Struktura polskich OAiIT jest wadliwa. Prawie połowa z nich posiada nie więcej niż 4 stanowiska intensywnej terapii. Z punktu widzenia medycznego, taka organizacja świadczenia na tych oddziałach jest niewłaściwa. Cóż zrobić, skoro dodatkowo niemałą liczbę w tej wadliwej strukturze stanowi udział oddziałów z dwoma lub trzema stanowiskami intensywnej terapii, co w nieskomplikowany sposób ujawnia Piechota i wsp. [10]. Niepokojące jest również to, że OAiIT posiadające na przykład tylko 3 stanowiska przedstawiają się do zapłaty na II poziomie referencyjności. Ten aspekt zagadnienia powinien podlegać skrupulatnej analizie konsultantów wojewódzkich wraz z wyciągnięciem wniosków, których odbiorcą powinien być wojewódzki oddział NFZ.

Przed anestezjologią i intensywną terapią stoi poważne zadanie związane z bezpiecznym udzielaniem świadczeń zdrowotnych w zakresie intensywnej terapii i na stanowiskach znieczulenia w świetle ustawy o działalności leczniczej, której zapisy weszły w życie z dniem 1 lipca 2011 roku [13]. Zapisy tej ustawy pozwalają ministrowi zdrowia na określenie standardów postępowania w wybranych dziedzinach specjalności medycznych, jednak nie obligują go jednoznacznie do ich wprowadzenia w formie aktu prawnego. Zachodzi zatem możliwość, że z dniem 1 stycznia 2013 roku nie będzie żadnych wiążących przepisów prawa, które w swojej treści byłyby zbliżone do rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 27 lutego 1998 roku w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezjologii

i intensywnej terapii w zakładach opieki zdrowotnej [13]. Właściwa organizacja ochrony zdrowia w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii jest niewątpliwie kluczem do zmniejszenia chorobowości i śmiertelności w leczonej przez naszą specjalność grupie chorych. Wpisuje się jednoznacznie w treść Deklaracji Helsińskiej z dnia 13 czerwca 2010 roku, której Polskie Towarzystwo Anestezjologii i Intensywnej Terapii jest sygnatariuszem [14]. Wymienione akty prawne nie posiadają znamion dokumentów chroniących interesy zawodowe grupy lekarzy, lecz jednoznacznie służą bezpieczeństwu chorego w szpitalu i z tego tytułu zostały podpisane przez reprezentantów Międzynarodowego Stowarzyszenia Pacjentów.

Na zakończenie chciałbym zwrócić Państwa uwagę, że w dniu 26 czerwca 2012 roku minister zdrowia podpisał rozporządzenie w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą [15]. W tym akcie prawnym nie pojawiają się wymagania w wymienionym zakresie, dotyczące OAiIT w Polsce, gdyż zostały one opisane w projekcie rozporządzenia ministra zdrowia z dnia 11.07.2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii w podmiotach wykonujących działalność leczniczą i przedstawionego do konsultacji społecznych w dniu 11 lipca 2012 roku [16]. Brak zapisów określających wymagania przestrzenne w stosunku do OAiIT w Polsce może mieć poważne konsekwencje dla bezpieczeństwa chorych w tych podmiotach leczniczych, które właśnie organizują stanowiska intensywnej terapii na OAiIT. Brakuje bowiem aktu prawnego, który reguluje warunki przestrzenne w tej wyjątkowo wrażliwej strukturze szpitala jako podmiotu działalności leczniczej. Jestem głęboko przekonany, że dzieląc się z Państwem uwagami dotyczącymi struktury udzielanych na OAiIT świadczeń zdrowotnych, odwołując się do sposobu procedowania nad nimi w przeszłości, jak również treści ustawy zasadniczej w stosunku do jej beneficjenta, jakim powinien być obywatel Rzeczypospolitej Polskiej, uczulę środowisko polskich anestezjologów na ten obszar zagadnień, który może w przyszłości stać się poważnym przyczynkiem do wykonywania zawodu lekarza w zgodzie z treścią ustawy o zawodzie lekarza oraz w zgodzie z treścią Kodeksu Etyki Lekarskiej. Mam nadzieję, że aforyzmy Konfucjusza, zarówno ten, którym rozpocząłem artykuł, jak i ten, którym go kończę, pozwolą na chwilę przystanąć i poddać się koniecznej w obecnej sytuacji refleksji.

„Trzy są sposoby zdobywania mądrości. Pierwszy to refleksja — to najbardziej szlachetny, następnie naśladowanie — jest on najłatwiejszy, a trzeci to doświadczenie — najbardziej gorzki ze wszystkich.”

Konfucjusz

Piśmiennictwo:

1. Dz.U. 1991 nr 91 poz. 408. Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej.
2. Dz.U. 1998 nr 117 poz. 756. Ustawa z dnia 18 lipca 1998 r. o zmianie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym oraz o zmianie niektórych ustaw.
3. Dz.U. 2003 nr 45 poz. 391. Ustawa z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia.
4. Dz.U. 210.2135. Ustawy z dnia 27 sierpnia. 2004 r., o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
5. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Księgarnia Wydawnictwo Skrzat Stanisław Porębski 2006.
6. Dz.U. 2008 nr 136 poz. 857. Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej z dnia 21 lipca 2008 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty.
7. Dz.U. 2005 nr 249 poz. 2104. Ustawa z dnia 30 czerwca 2005 r. o finansach publicznych.
8. <http://www.sixsigmaonline.org/index.html>
9. Religa Z.: „Koszyk” świadczeń gwarantowanych. Część I. Dokumentacja wdrożenia trzeciego punktu programu Ministra Zdrowia. Druk z materiałów gotowych, Drukarnia Technet, Kraków 2007.
10. *Piechota A, Piechota M: Adult intensive therapy services contracted by the National Health Fund in 2012. Anaesthesiol Intensive Ther* 2012; tom 44, nr 3: 123–129.
11. Dz.U. 2004 nr 210 poz. 2135. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
12. *Marik PE: Intensive care unit admission and discharge criteria. In: Marik PE (ed.): Handbook of evidence-based critical care. Springer-Verlag New York Berlin Heidelberg, 2001: 385–391.*
13. *Piechota M: Anestezjologia i Intensywna Terapia w świetle ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Anestezjologia i Ratownictwo* 2011; 5: 490–495.
14. *Mellin-Olsen J, Staender S, Whitaker DK, Smith AF: The Helsinki Declaration on Patient Safety in Anaesthesiology. EJA* 2010; 27: 592–597
15. Dz.U. 12.739 z dnia 29 czerwca 2012 r. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą.
16. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia w sprawie standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą. http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/projekt2511_anestezjolog_20120718.pdf

Adres do korespondencji:

dr hab. n. med. Krzysztof Kusza
Katedra Anestezjologii i Intensywnej Terapii,
Collegium Medicum w Bydgoszczy,
Katedra Anestezjologii i Intensywnej Terapii
Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu
ul. Skłodowskiej-Curie 9, 85–094 Bydgoszcz
tel.: (52) 585 47 50, faks: (52) 585 40 22