

# Aktualne problemy zabezpieczenia medycznego Sił Zbrojnych RP

Present-day problems of medical support in the Polish Armed Forces

**Krzysztof Korzeniewski**

Kierownik Zakładu Epidemiologii i Medycyny Tropikalnej Wojskowego Instytutu Medycznego z siedzibą w Gdyni

**Streszczenie.** W pracy przedstawiono wybrane problemy zabezpieczenia medycznego sił Zbrojnych RP, widziane oczami lekarza praktyka, który w latach 1994–2002 pełnił służbę w jednostkach liniowych w Polsce oraz łącznie przez cztery lata brał udział w operacjach wojskowych poza granicami państwa w Afganistanie, Iraku, Czadzie i Libanie. Szczególną uwagę poświęcono brakom kadrowym lekarzy, zaopatrzeniu medycznemu na teatrze działań oraz analizie i obiegowi informacji medycznych, dotyczących stanu zdrowia polskich żołnierzy. Autor starał się, w jak najwierniejszy sposób przedstawić aspekty funkcjonowania wojskowej służby zdrowia w kraju, chcąc przynajmniej w zarysie uzmysłowić czytelnikowi, jaki poziom prezentuje obecnie nasze środowisko medyczne w strukturach pozaszpitalnych.

**Słowa kluczowe:** Polskie Siły Zbrojne, zabezpieczenie medyczne

**Abstract.** The article presents selected problems of medical support in the Polish Armed Forces from the perspective of a practicing physician who served in military units in Poland from 1994 to 2002 and took part in overseas military operations in Afghanistan, Iraq, Chad and Lebanon for four years. The primary focus of the article is on a shortage of physicians, the issue of medical supplies inside a theater of operations and also the analysis and flow of medical information concerning health of Polish soldiers. The author has attempted to study the aspects of the military health care system in Poland as faithfully as possible in order to make the reader aware, at least in outline, of the current standards within the medical community in beyond-the-hospital structures.

**Key words:** medical support, Polish Armed Forces

Nadesłano: 18.02.2013. Przyjęto do druku: 13.05.2013

Nie zgłoszono sprzeczności interesów.

Lek. Wojsk., 2013; 91 (3): 258–261

Copyright by Wojskowy Instytut Medyczny

Adres do korespondencji:

plk dr hab. n. med. Krzysztof Korzeniewski, prof. nadzw. WIM  
Zakład Epidemiologii i Medycyny Tropikalnej WIM  
ul. Grudzińskiego 4, 81-103 Gdynia  
tel. +48 665 707 396, e-mail kktropmed@wp.pl

## Braki kadrowe lekarzy a zabezpieczenie medyczne Sił Zbrojnych RP

Kiedy w 2002 r. likwidowano Wojskową Akademię Medyczną, politycy i wojskowi byli pełni optymizmu, co do stopniowego zastępowania pełniących służbę lekarzy wojskowych, lekarzami pozyskiwanymi do wojska z cywilnej służby zdrowia (w 1993 r., kiedy autor kończył WAM, w Polsce było zarejestrowanych ponad 4 tys. lekarzy w mundurach). Jak fatalny w skutkach był to pomysł, pokazuje obecna rzeczywistość. Na początku 2013 r. pozostawało w służbie 815 lekarzy wojskowych, z czego ok. 550 osób pracowało w szpitalach wojskowych (gdzie w 90% leczą się pacjenci cywilni), co oznacza, że na potrzeby 100-tysięcznych Sił Zbrojnych RP pozostawało w służbie zaledwie dwustu kilkudziesięciu lekarzy w jednostkach wojskowych i instytucjach innych niż placówki medyczne (np. w Inspektoracie Wojskowej Służby Zdrowia zatrudniającym ponad 100 osób, lekarze medycyny

nie przekraczają 10% stanu osobowego). Katastrofalnej sytuacji kadrowej nie jest w stanie naprawić funkcjonujący w Łódzkim Uniwersytecie Medycznym Wydział Wojskowo-Lekarski, promujący 20–30 oficerów lekarzy rocznie. Liczba lekarzy wojskowych w Polsce systematycznie maleje, głównie z powodu odejścia ze służby osób z uprawnieniami emerytalnymi.

Dramatyczna sytuacja związana z niedoborem lekarzy jest szczególnie widoczna w Polskich Kontyngentach Wojskowych. Tak było w Iraku (2003–2008) [1], tak jest również obecnie w Afganistanie [2], gdzie braki kadrowe personelu lekarskiego skutecznie utrudniają realizację zadań mandatowych. Pozyskiwanie specjalistów, zwłaszcza anesteziologii i chirurgii staje się coraz trudniejszym wyzwaniem, a Dowództwo Operacyjne Sił Zbrojnych przyjmuje z otwartymi ramionami każdego lekarza ww. specjalności (bez znaczenia, wojskowego czy cywilnego), który zgłosi się do służby w operacji wojskowej. Problemy ze skompletowaniem zespołów lekarskich dotyczą również innych

specjalności. Sytuacja staje się coraz bardziej dramatyczna, ponieważ odchodzą ze służby lekarze dwóch wojskowych szpitali polowych w Polsce, którzy do tej pory regularnie zabezpieczali operacje wojskowe poza granicami państwa. Obecnie w 1. Wojskowym Szpitalu Polowym w Bydgoszczy pełni służbę tylko dwóch lekarzy medycyny.

Niepokojąca sytuacja dotyczy również zdobywania specjalności medycznych przez osoby bez dyplomu lekarskiego. Powszechnie taki stan rzeczy obserwujemy obecnie w przypadku epidemiologii, w której specjalizują się 33 osoby, w tym zaledwie 6 lekarzy medycyny (pozostali to farmaceuci, biolodzy, diagnosty laboratoryjni i weterynarze). Niepokoi niewielka liczba specjalistów epidemiologów w Wojskowych Ośrodkach Medycyny Prewencyjnej i w Centrum Reagowania Epidemiologicznego Sił Zbrojnych – CRESZ (w tej ostatniej jednostce nie ma ani jednego lekarza epidemiologa!!!). Liczba specjalistów epidemiologów w wojskowej służbie zdrowia jest wysoce niewystarczająca i nie pozwala na profesjonalne zabezpieczenie przeciwepidemiczne wojsk [3]. Pokazały to wyraźnie wydarzenia z grudnia 2011 r., kiedy w PKW Afganistan doszło do zgonu polskiego żołnierza z powodu choroby zakaźnej. Reagowanie epidemiologiczne CRESZ, pierwsze realne działanie w stanie faktycznego, a nie pozorowanego zagrożenia, zakończyło się kompromitacją (dotychczasowe rozwijanie namiotów, rozkładanie sprzętu i nakładanie kombinezonów odbywało się w warunkach ćwiczeń lub imprez masowych, podczas których nie było konieczności interwencji związanych ze stratami sanitarnymi). Okazało się, że CRESZ, ponad 100-osobowa jednostka wojskowa powołana do reagowania epidemiologicznego w Siłach Zbrojnych RP, nie jest przygotowana do tego typu interwencji na teatrze działań. Inne zadania, które ma realizować CRESZ, też pozostają bardziej w sferze fantazji niż realiów: prowadzenie dochodzenia epidemiologicznego (CRESZ nie funkcjonuje w systemie inspekcji sanitarnej, jednostka ta nie ma nie tylko lekarza epidemiologa, ale również specjalisty chorób zakaźnych, poza tym dysponuje zaledwie jednym lekarzem mającym jakąkolwiek specjalizację kliniczną), rozwinięcie szpitala zakaźnego na czas „W” (czyli rozwinięcie namiotów, i co dalej?), doradztwo w zakresie szczepień ochronnych (CRESZ nie jest zakładem opieki zdrowotnej tylko jednostką wojskową powstałą do przeciwdziałania i interwencji w przypadku użycia broni masowego rażenia). Kto miałby realizować ww. przedsięwzięcia, wiedzą chyba tylko decydenci w Inspektoracie Wojskowej Służby Zdrowia. Czy powyższe sytuacje byłyby możliwe, gdyby w dalszym ciągu funkcjonowała Wojskowa Akademia Medyczna, kształcąca lekarzy medycyny, a tym samym istniałyby większe możliwości obsadzania stanowisk w środowisku medycznym osobami kompetentnymi? Czy jesteśmy w pełni świadomi tego, w jakim kierunku zmierza wojskowa służba zdrowia i co się stanie, kiedy zabraknie lekarzy wojskowych? Zastąpią

nas farmaceuci, biolodzy, a może lekarze weterynarii? Niestety, liczba pozostałych w służbie lekarzy medycyny maleje z każdym miesiącem.

### Zaopatrzenie medyczne na teatrze działań

Zaopatrzenie w środki materiałowe służby zdrowia (leki, szczepionki, odczynniki, materiały opatrunkowe, sprzęt medyczny) Polskiego Kontyngentu Wojskowego w Afganistanie znajduje się w odpowiedzialności narodowej i jest realizowane przez ośrodki funkcjonujące w złożonym systemie zaopatrywania: Wojskowy Ośrodek Farmacji i Techniki Medycznej w Celestynowie (WOFiTM, organizator przetargów, dostawca) – 10 Brygada Logistyczna w Opolu (10 BLog, oddział gospodarczy) – PMC Bagram (baza przeładunkowa PKW w Afganistanie) – Narodowy Element Zaopatrywania w FOB Ghazni (NSE, pododdział zaopatrujący PKW na teatrze działań) – Grupa Zabezpieczenia Medycznego PKW Afganistan (GZM, pododdział medyczny zamawiający i zużywający środki materiałowe służby zdrowia) [4]. W tym miejscu należy postawić pytanie, czy system zaopatrzenia służby zdrowia na teatrze działań musi być aż tak skomplikowany? Czy rzeczywiście w przypadku służby, której obowiązkiem jest ochrona zdrowia i życia ludzkiego, należy stosować te same procedury, które dotyczą zaopatrzenia w części zamienne, żywność, środki działalności oświatowo-wychowawczej i duszpasterskiej? Czy czasochłonne prowadzenie ewidencji środków materiałowych w wersji papierowej i elektronicznej w 10 BLog w kraju i w NSE w teatrze działań, skutecznie wydłużające do wielu miesięcy możliwość użycia leków, odczynników i sprzętu do ratowania życia w GZM, nie może zostać zastąpione krótszą ścieżką, np. WOFiTM z sekcją logistyki medycznej zaopatrującą PKW (z pominięciem 10 BLog) – PMC Bagram (baza przeładunkowa w Afganistanie) – GZM z sekcją logistyki medycznej ściągniętą z NSE?

Kontyngent przemieszczony w rejon operacji wojskowej dysponować zapasami środków materiałowych służby zdrowia na okres 30 dni. Kolejne lata obecności PKW w teatrze działań wymagają ciągłości dostaw z kraju. Jak jednak zachować ciągłość dostaw, jeśli po pierwsze, jest aż trzech pośredników na drodze realizacji, po drugie, zakupy podlegają Ustawie o zamówieniach publicznych (procedura przetargowa do 3 miesięcy), i po trzecie, priorytetem, jeśli chodzi o kolejność dostaw na teatr działań, jest uzbrojenie i części zamienne, a dopiero następne w kolejce są leki i sprzęt medyczny. Prawdziwej ekwilibrystyki wymaga wówczas od personelu służby zdrowia zajmującego się logistyką medyczną zakup i transport między WOFiTM w Celestynowie a GZM w FOB Ghazni odczynników mających krótkie terminy ważności. Często sytuacja z zaopatrzeniem medycznym staje się naprawdę dramatyczna. Wystarczy przypomnieć, jak wyglądało

wyposażenie w odczynniki laboratorium GZM w PKW Afganistan w sierpniu 2010 r., kiedy w kontyngencie liczącym 2500 żołnierzy nie można było zrobić ani jednego oznaczenia kreatyniny, AST (GOT), czy CRP!!! Obecnie, w lutym 2013 r. sytuacja wygląda nieco korzystniej, ale w dalszym ciągu występują duże problemy z utrzymaniem ciągłości dostaw. Gdyby nie pomoc amerykańskiej służby zdrowia stacjonującej w FOB Ghazni, przekazującej odczynniki do badań, w laboratorium Grupy Zabezpieczenia Medycznego nie byłoby możliwe wykonanie gazometrii czy czasu krzepnięcia, jednych z podstawowych parametrów wykonywanych w stanach zagrożenia życia.

### Analiza i obieg informacji medycznych

Zagadnienie dotyczące zbierania, analizowania i obiegu informacji medycznych o stanie zdrowia żołnierzy Wojska Polskiego w kraju i zagranicą jest podejmowane przez różne ośrodki wojskowej służby zdrowia w Polsce od wielu lat. Z budżetu państwa wydano już na ten cel środki finansowe rzędu milionów złotych, które nie przyniosły wymiernych efektów. Przyczyn należy szukać w inspiracji twórców informatycznych pomysłów. Po pierwsze, analizowaniem i obiegiem informacji medycznych próbują zajmować się osoby niemające wykształcenia medycznego, a więc posługujące się intuicyjnym kopiowaniem rozwiązań wojskowej służby zdrowia państw wysoko rozwiniętych, bez znajomości realiów i możliwości wykonawczych służby zdrowia Sił Zbrojnych RP w tym zakresie. Po drugie, tworzenie baz danych o stanie zdrowia ludności, przez osoby niemające wiedzy medycznej ani doświadczenia w posługiwaniu się danymi do opracowywania analiz epidemiologicznych, powoduje, że kreatorzy nowych rozwiązań skupiają się na poruszaniu po skomplikowanych dla nich samych zdigitalizowanych zasobach informacji, na podstawie których nie sposób ustalić wskaźników struktury i natężenia zachorowalności, nie mówiąc już o szacowaniu kosztów profilaktyki i leczenia badanej populacji. Przykładem takiego projektu była elektroniczna karta zdrowia testowana w PKW Czad w 2009 r., która nie nawiązywała do prostych programów informatycznych, stosowanych w podstawowej opiece zdrowotnej w Polsce, zawierała natomiast wiele zbytecznych informacji, które w skuteczny sposób uniemożliwiały wprowadzenie kompletnych danych żołnierzy. Autor artykułu, pełniąc służbę w PKW Czad, próbował wprowadzać dane pacjentów do ww. bazy, z miernym skutkiem. Cała operacja archiwizacji danych w rejonie operacji wojskowej, a następnie monitoring stanu zdrowia żołnierzy powracających z misji do macierzystej jednostki wojskowej zakończyła się niepowodzeniem. Kolejnym pomysłem, często propagowanym przez osoby mające niewiele wspólnego z medycyną, jest wprowadzenie analizy

syndromalnej oraz systemu wczesnego powiadamiania epidemiologicznego. Jak zadziałała analiza syndromalna oraz wczesne powiadamianie, a następnie reagowanie epidemiologiczne, mogliśmy przekonać się pod koniec grudnia 2011 r., kiedy w PKW w Afganistanie zmarł żołnierz w przebiegu inwazyjnej choroby meningokokowej. Ponieważ Centrum Reagowania Epidemiologicznego SZ nie było w stanie wysłać nikogo na teatr działań, kto mógłby przeprowadzić nadzór czy dochodzenie epidemiologiczne (przypomnijmy CRESZ nie ma ani jednego lekarza epidemiologa ani specjalisty chorób zakaźnych), na wniosek Dowództwa Operacyjnego SZ do PKW Afganistan został skierowany autor niniejszego artykułu.

Poniżej przedstawiono przykład prostego monitoringu epidemiologicznego, realizowanego od kilkadziesiąt lat w Siłach Zbrojnych USA. Dane stanu zdrowia 1,5 miliona żołnierzy amerykańskich stacjonujących praktycznie we wszystkich regionach świata zapisywane są najpierw na odpowiednich formularzach w wersji papierowej, a następnie rejestrowane w systemie informatycznym, który pozwala ocenić liczbę, strukturę oraz natężenie chorób i obrażeń ciała. Umożliwia również dokonanie analizy zdolności bojowej wojsk oraz konieczności zabezpieczenia w odpowiednie siły i środki służby zdrowia [5]. Departament Obrony USA wprowadził do rutynowego wykorzystania ankiety oceny stanu zdrowia (DD Forms) każdego żołnierza wyjeżdżającego i powracającego z misji wojskowej poza granicami państwa. Ankiety są na bieżąco analizowane i aktualizowane [6]. Każdy żołnierz U.S. Forces jest monitorowany pod względem stanu zdrowia przed wyjazdem w rejon operacji, w trakcie pobytu oraz po powrocie do kraju. Nie chodzi tu tylko o badania lekarskie i laboratoryjne na wojskowej komisji lekarskiej przed powrotem i po powrocie z rejonu operacji, jak to ma miejsce w przypadku personelu Polskich Kontyngentów Wojskowych, ale również wypełnianie przez żołnierzy formularzy, w których informują (bądź je zatajają i się pod tym podpisują) o swoich problemach zdrowotnych. Przed wyjazdem na misję wojskową żołnierz amerykański wypełnia Pre-Deployment Health Assessment (DD Form 2795), w którym określa swój aktualny stan psychofizyczny. Informacje te mają służyć personelowi medycznemu misji do zabezpieczenia ewentualnych potrzeb każdego pacjenta (choroby przewlekłe, alergie). Podczas operacji wojskowej pracownicy służby zdrowia wypełniają Adult Preventive and Chronic Care Flowsheet (DD Form 2766), który zawiera informacje o przeprowadzonych szczepieniach ochronnych, stosowanym leczeniu, wszelkich problemach zdrowotnych występujących u żołnierza w rejonie misji. Po powrocie do kraju żołnierz amerykański wypełnia Post-Deployment Health Assessment (DD Form 2796), w którym ponownie informuje o stanie swojego zdrowia. Formularze przed misją i po misji żołnierze wypełniają w obecności lekarza, który na bieżąco weryfikuje zapisywane

dane. W ten sposób dochodzi do skompletowania informacji medycznych, które pozwalają monitorować stan zdrowia każdego żołnierza, zarówno pod względem medycznym, jak i prawno-orzecznym (choroba zawodowa, uszczerbek na zdrowiu, inwalidztwo) [7].

W Polskim Kontyngencie Wojskowym w Afganistanie ocenę stanu zdrowia żołnierzy opracowuje się jedynie na podstawie ogólnych, tygodniowych i miesięcznych meldunków, które mają znikomą wartość analityczną. W efekcie System Nadzoru Medycznego, m.in. monitorujący zachorowalność i urazowość polskich żołnierzy, który miał powstać w wojskowej służbie zdrowia, w dalszym ciągu pozostaje w bliżej nieokreślonej sferze planistycznej, a analiza problemów zdrowotnych żołnierzy opiera się głównie na indywidualnych opracowaniach [8]. Pierwszy krok ku scentralizowaniu danych medycznych żołnierzy wykonano z chwilą utworzenia Centralnego Rejestru Szczepień Żołnierzy Zawodowych [9]. Zdziwienie może budzić fakt lokalizacji ww. rejestru w jednostce wojskowej (CRESZ), a nie w zakładzie opieki zdrowotnej, np. w Centralnym Szpitalu Klinicznym MON (kto miałby konsultować, diagnozować i leczyć żołnierzy z odczynami poszczepiennymi, jednostka wojskowa?; jakim prawem CRESZ, nie będąc podmiotem leczniczym gromadzi i przetwarza informacje medyczne ludności, co jest niezgodne z zapisami Ustawy o prawach pacjenta?).

Obecnie Centralny Rejestr Szczepień jest na etapie wprowadzania danych. Mimo że Rozporządzenie Ministra Obrony Narodowej dotyczące programu i rejestracji szczepień ochronnych weszło w życie w drugim kwartale 2010 r. [9], w dalszym ciągu na polu immunizacji żołnierzy w Siłach Zbrojnych RP panuje bałagan. Świadczy o tym chociażby liczba szczepień żołnierzy PKW Afganistan, którzy zgłaszają się do Grupy Zabezpieczenia Medycznego w FOB Ghazni po dawki szczepionek przypominających, a nawet dawki szczepienia podstawowego, których nie otrzymali w kraju przed wyjazdem do PKW. U wielu żołnierzy, w ich Międzynarodowych Świadczeniach Szczepień (część żołnierzy zgubiła książeczki, więc w ogóle nie można ustalić ich kalendarza szczepień), panuje kompletny chaos: nie są przestrzegane terminy szczepień podstawowych i przypominających, cykle podstawowe są rozpoczynane, ale niedokończone, dawki przypominające podawane są albo w zbyt krótkich albo w za długich okresach itd. Obecnie należy jak najszybciej zweryfikować i uporządkować dokumentację dotyczącą kalendarza szczepień ochronnych żołnierzy u świadczeniodawców wykonujących ww. szczepienia. W przeciwnym razie, wprowadzanie danych do Centralnego Rejestru Szczepień będzie jedynie nic niewnoszącą, syzyfową pracą.

To, co budzi jednak największy niepokój, to brak scentralizowanej bazy danych medycznych, dotyczących kompleksowego stanu zdrowia żołnierzy Wojska Polskiego. Obecnie informacje o stanie zdrowia polskich żołnierzy

znajdują się w dokumentacji medycznej wojskowych komisji lekarskich orzekających o zdolności do zawodowej służby, w dokumentacji wojskowych i cywilnych ośrodków lecznictwa otwartego i zamkniętego w Polsce, w dokumentacji 1. i 2. poziomu zabezpieczenia medycznego w rejonach działania PKW. Czas najwyższy, aby reaktywować w Siłach Zbrojnych RP książeczki zdrowia dla żołnierzy zawodowych (wielu z nas pamięta jeszcze „zielone książeczki”, które były kompleksową wiedzą na temat naszego stanu zdrowia) i na ich podstawie stworzyć centralną bazę danych medycznych, której użytkownikiem będzie Centralna Wojskowa Komisja Lekarska (lekarze orzecznicy), Wojskowy Instytut Medyczny/ Centralny Szpital Kliniczny MON (lekarze epidemiolodzy i klinicyści) oraz Inspektorat Wojskowej Służby Zdrowia.

Dla polityki obronnej państwa ważne jest to, czy mamy wojsko zdrowe czy chore, ilu żołnierzy choruje na choroby przewlekłe (choroby układu krążenia, narządu ruchu, zaburzenia psychiczne) i przyjmuje z tego tytułu leki, ile osób ma orzeczone inwalidztwo i/lub trwałe uszczerbek na zdrowiu, ilu żołnierzy jest otyłych, ilu przebywa na długotrwałych zwolnieniach lekarskich, jakie są koszty leczenia i profilaktyki zdrowotnej 100-tysięcznej armii. Są to informacje, które musimy jak najszybciej poznać, aby zacząć kształtować politykę zdrowotną w Siłach Zbrojnych RP. Opracowywanie wiarygodnych analiz, pozwoli nam na generowanie oszczędności, z przeznaczeniem na modernizację infrastruktury wojskowej służby zdrowia w lecznictwie otwartym i zamkniętym, a jednocześnie na ograniczenie bezproduktywnego wydawania publicznych pieniędzy.

## Piśmiennictwo

1. Korzeniewski K.: Zadania i struktura organizacyjna służby zdrowia Wielonarodowej Dywizji Sił Stabilizacyjnych w Strefie Środkowo-Południowej w Iraku. *Lek. Wojsk.*, 2004; 80: 211–214
2. Korzeniewski K.: Zabezpieczenie medyczne operacji wojskowych w Iraku i Afganistanie. *Lek. Wojsk.*, 2008; 86: 46–50
3. Chomiczewski K.: Problemy współczesnej epidemiologii wojskowej. Konferencja „Epimilitaris”, Ryn, 18–21.2012 r.
4. Korzeniewski K., Pieniuta S., Nowak B., i wsp.: Zadania i struktura organizacyjna służby zdrowia Polskiego Kontyngentu Wojskowego w Afganistanie. *Lek. Wojsk.*, 2011; 89: 364–375
5. Blood C.G., Jolly R.: Comparisons of disease and nonbattle injury incidence across various military operations. *Mil. Med.*, 1995; 160: 258–263
6. Rubertone M.V., Brundage J.F.: The Defense Medical Surveillance System and the Department of Defense serum repository: glimpses of the future of public health surveillance. *Am. J. Public Health*, 2002; 92: 1900–1904
7. Petrucelli B.P. (ed.): Pre- and Post-deployment Health Assessments. U.S. Armed Forces, Medical Surveillance Monthly Report September 2002-June 2003. Army Medical Surveillance Activity, Washington DC, May/June 2003
8. Korzeniewski K.: Problemy zdrowotne uczestników operacji wojskowych oraz działania medycyny prewencyjnej na współczesnym teatrze działań. *Wojskowy Instytut Medyczny. Zakład Epidemiologii i Medycyny Tropikalnej*, Warszawa, 2011
9. Rozporządzenie Ministra Obrony Narodowej z dnia 30 kwietnia 2010 r. w sprawie programu szczepień ochronnych dla żołnierzy zawodowych oraz sposobu rejestracji przeprowadzanych szczepień ochronnych (Dz.U. Nr 87, poz. 564)