

Ochrona zdrowia w Polsce

Health System in Poland

Daniel Ślęzak¹, Przemysław Żuratyński¹, Klaudiusz Nadolny²,
Marlena Robakowska³, Alicja Kalis⁴

¹Katedra i Klinika Medycyny Ratunkowej, Pracownia Ratownictwa Medycznego,
Wydział Nauk o Zdrowiu z Oddziałem Pielęgniarstwa i Instytutem Medycyny Morskiej i Tropikalnej, Gdański Uniwersytet Medyczny

²Zakład Medycyny Ratunkowej i Katastrof, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

³Zakład Zdrowia Publicznego i Medycyny Społecznej, Wydział Nauk o Zdrowiu z Oddziałem Pielęgniarstwa
i Instytutem Medycyny Morskiej i Tropikalnej, Gdański Uniwersytet Medyczny

⁴Wydział Ekonomiczny, Uniwersytet Opolski

Streszczenie

Systemy ochrony zdrowia stoją wobec wyzwań powiązanych z postępem technologicznym w medycynie, zmianami demograficznymi oraz ograniczeniem możliwości wzrostu nakładów finansowych na zdrowie, co zmusza do większego zaangażowania w poszukiwanie efektywniejszych systemów. Autorzy prezentują funkcjonowanie Polskiego systemu ochrony zdrowia na podstawie polityki społecznej, zarysu historycznego systemu ochrony zdrowia w Polsce oraz funkcjonowania Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ). Polska przeszła wiele reform systemu ochrony zdrowia, od modelu Bismarcka, po model Siemaszki, aż w końcu do modelu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Dzięki czemu każdy ma takie samo prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej przez NFZ czy też bezpośrednio z budżetu państwa (np. system państwowego ratownictwa medycznego). Narodowy Fundusz Zdrowia pozwala każdemu ubezpieczonemu na bezpłatną opiekę zdrowotną oraz na refundację leków. Wprowadzone zmiany dotyczące programów informatycznych powinny ułatwić współpracę pacjentów ze służbą zdrowia.

Summary

Health care systems face challenges related to the technological advances in medicine, demographic changes and limited opportunities for growth funding for health, necessitating greater involvement in the search for more efficient systems. The authors present the functioning of the Polish health care system based on social, historical outline of the healthcare system in Poland and the functioning of the National Health Fund (NFZ). Poland has undergone many reforms of the health care system, the Bismarck model, the model Siemaszko, and finally to a model of universal health insurance. So everyone has the same right to health care services financed by the NFZ or directly from the state budget (eg. The system of state emergency medical services). The National Health Fund allows anyone insured to free healthcare and reimbursement of medicines. Introduced information about information programs.

Słowa kluczowe: system ochrony zdrowia, Polska, NFZ

Keywords: Health System, Poland, NFZ

Wstęp

Systemy ochrony zdrowia stoją wobec wyzwań powiązanych z postępem technologicznym w medycynie, zmianami demograficznymi oraz ograniczeniem możliwości wzrostu nakładów finansowych na zdrowie, co zmusza do większego zaangażowania w poszukiwanie efektywniejszych systemów. Polski system ochrony zdrowia również charakteryzuje się mało skutecznym wykorzystaniem środków i długimi kolejkami do usług w zakresie ochrony zdrowia [5].

Historia systemu ochrony zdrowia

Polska jako największy kraj Europy środkowo-wschodniej przechodziła wiele przemian w zakresie systemu ochrony zdrowia. Początki polskiego systemu zdrowia powstały w okresie międzywojennym [2]. Ustawa z dnia 19 maja 1920 r. o obowiązkowym ubezpieczeniu zdrowotnym na wypadek choroby weszła w życie z dniem 9 czerwca 1920 r. Jej celem było wprowadzenie obowiązkowego ubezpieczenia na wypadek choroby, przez co utworzono Kasy Chorych w każdym powiecie [7]. Wzorowane były na

niemieckim systemie kas chorych, czyli tzw. modelu Bismarka, który opierał się na terytorialności oraz samorządności. Całością zarządzało Ministerstwo Zdrowia Publicznego, Polityki Społecznej i Ochrony Pracy.

Lata 50. XX w. przyniosły zmianę w systemie ochrony zdrowia. Wprowadzono model centralnego planowania, przyjęty dla całej gospodarki na wzór modelu Siemaszki. Zakłady opieki zdrowotnej były finansowane ze środków publicznych za pośrednictwem budżetu państwa. Model ten zakładał pełen dostęp do bezpłatnych świadczeń medycznych dla pacjentów, jednak przez wiele lat obejmował tylko grupy pracowników [2].

Od 1972 r. dostęp do nieodpłatnych usług zdrowotnych również już mieli rolnicy i ich rodziny. Początkowo w czasie zwiększonego zapotrzebowania na usługi zdrowotne spowodowane skutkami II wojny światowej, zagrożeniami chorób zakaźnych, trudnymi warunkami życia, czy też niskim poziomem świadczeń zdrowotnych system ten spełniał swoje zadania, jednak z czasem stał się bardzo kosztowny oraz niewydolny. Pomimo szerokiego dostępu do bezpłatnej opieki zdrowotnej, skutkiem działania systemu była niska jakość opieki, niedobór leków, niskie płace pracowników ochrony zdrowia oraz przestarzały sprzęt medyczny. W konsekwencji społeczeństwo miało negatywny stosunek do projektów wprowadzenia współudziału w finansowaniu świadczeń zdrowotnych [1].

W 1972 r. pojawiła się integracja pozioma placówek lecznictwa powiatowego. Powstały Zespoły Opieki Zdrowotnej, które obejmowały leczenie szpitalne oraz ambulatoria. Przetrwowało to do 1989 r. Demokratyczne wybory przyniosły nowy trend w gospodarce, z centralnie planowanej na rynkową. W latach 1991 – 1998 wprowadzono zmiany w sektorze ochrony zdrowia, które nie były radykalne [2].

Ustawa z 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej przyniosła znaczącą zmianę powodującą przyznanie państwowym szpitalom znacznej samodzielności, autonomii oraz odpowiedzialności finansowej [8]. W 1997 r. została uchwalona nowa konstytucja, która zwiększyła szanse funkcjonowania publicznej służby zdrowia na nieco innych zasadach [5]. Według konstytucji art. 68 każdy obywatel ma równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych [4].

Duże znaczenie miał dzień 1 stycznia 1999 r., kiedy zaczęła obowiązywać ustawa z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym [9]. Nastąpiła decentralizacja systemu ubezpieczeń zdrowotnych czyli wprowadzono nowe jednostki – powołano do życia Kasy Chorych jako publiczne instytucje ubezpieczeniowe. Utworzono 16 kas wojewódzkich i jedną kasę „branżową” dla służb mundurowych, które podpisały umowy o finansowaniu z zakładami opieki zdrowotnej. Reforma ta została wprowadzona wraz z trzema innymi społecznymi reformami bardzo kosztownymi. Wskutek niedostosowania reform do jednolitej strategii i mechanizmów finansowych, wystąpiły dość duże różnice w jakości jak i dostępności świadczeń zdrowotnych, pomiędzy poszczególnymi wojewódzkimi kasami. Stąd też wynikało naruszenie art. 68 konstytucji o równym dostępie do świadczeń zdrowotnych i spowodowały niezadowolenie społeczeństwa z systemu opieki zdrowotnej. Zaledwie po trzech latach funkcjonowania, kasy chorych zostały zastąpione przez finansowanie i zarządzanie centralne, czyli Naro-

dowy Fundusz Zdrowia [2]. Zgodnie z ustawą z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia powstała centrala NFZ oraz 16 oddziałów wojewódzkich [9]. Ustawa określiła obowiązki organów władzy publicznej w zakresie zapewnienia opieki zdrowotnej. Postanowienia były następstwem przepisu art. 68 Konstytucji. Określiła również zasady, na jakich miał być zagwarantowany ubezpieczonym dostęp do świadczeń zdrowotnych, przy czym najistotniejsze w tym zakresie było to, że każdy ubezpieczony będzie miał mieć zagwarantowany dostęp do tych świadczeń na zasadach równości oraz ciągłości, a także wolnego wyboru świadczeniodawców. Przewidywała również nową jakość w planowaniu zakupów świadczeń zdrowotnych, które miały być dostosowane do ustalonych wcześniej potrzeb zdrowotnych osób ubezpieczonych. Ustawa wprowadziła jednolite procedury kontraktowania świadczeń, aby wyeliminować regionalne różnice w dostępie do świadczeń. Jednak dotychczasową ustawę szybko zastąpiono ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [11]. Ustawa ta określiła:

1. warunki udzielania i zakres świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
2. zasady i tryb finansowania świadczeń, o których mowa w pkt 1;
3. zadania władz publicznych w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń, o których mowa w pkt 1;
4. zasady powszechnego – obowiązkowego i dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego;
5. podstawy instytucjonalno-proceduralne do stosowania rozporządzenia Rady (EWG) nr 1408/71 z dnia 14 czerwca 1971 r. w sprawie stosowania systemów zabezpieczenia społecznego do pracowników najemnych, osób prowadzących działalność na własny rachunek i do członków ich rodzin przemieszczających się we Wspólnocie (Dz. Urz. WE L 149 z 5.07.1971, str. 2 i n., z późn. zm.) i rozporządzenia Rady (EWG) nr 574/72 z dnia 21 marca 1972 r. w sprawie wykonywania rozporządzenia (EWG) nr 1408/71 w sprawie stosowania systemów zabezpieczenia społecznego do pracowników najemnych, osób prowadzących działalność na własny rachunek i do członków ich rodzin przemieszczających się we Wspólnocie (Dz. Urz. WE L 74 z 27.03.1972, str. 1 i n., z późn. zm.) oraz rozporządzenia Rady (WE) nr 859/2003 z dnia 14 maja 2003 r. rozszerzającego przepisy rozporządzenia (EWG) nr 1408/71 i rozporządzenia (EWG) nr 574/72 na obywateli państw trzecich, którzy nie są jeszcze objęci tymi przepisami wyłącznie ze względu na ich obywatelstwo (Dz. Urz. WE L 124 z 20.05.2003, str. 1 i n., z późn. zm.);
6. zasady funkcjonowania, organizację i zadania Narodowego Funduszu Zdrowia, zwanego dalej „Funduszem”;
7. zasady sprawowania nadzoru i kontroli nad finansowaniem i realizacją świadczeń, o których mowa w pkt 1.

Celem kolejnej ustawy o działalności leczniczej, która weszła w życie z dniem 1 lipca 2011 r., było przekształcenie szpitali publicznych w spółki prawa handlowego [12]. Ustawa określa:

1. zasady wykonywania działalności leczniczej;
2. zasady funkcjonowania podmiotów wykonujących działalność leczniczą niebędących przedsiębiorcami;
3. zasady prowadzenia rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą;

4. normy czasu pracy pracowników podmiotów leczniczych;
5. zasady sprawowania nadzoru nad wykonywaniem działalności leczniczej oraz podmiotami wykonującymi działalność leczniczą [2].

Polska przeszła wiele reform systemu ochrony zdrowia, od modelu Bismarka po model Siemaszki, aż w końcu do modelu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Dzięki czemu każdy ma takie samo prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej przez NFZ czy też bezpośrednio z budżetu państwa (np. system państwowego ratownictwa medycznego).

Narodowy Fundusz Zdrowia

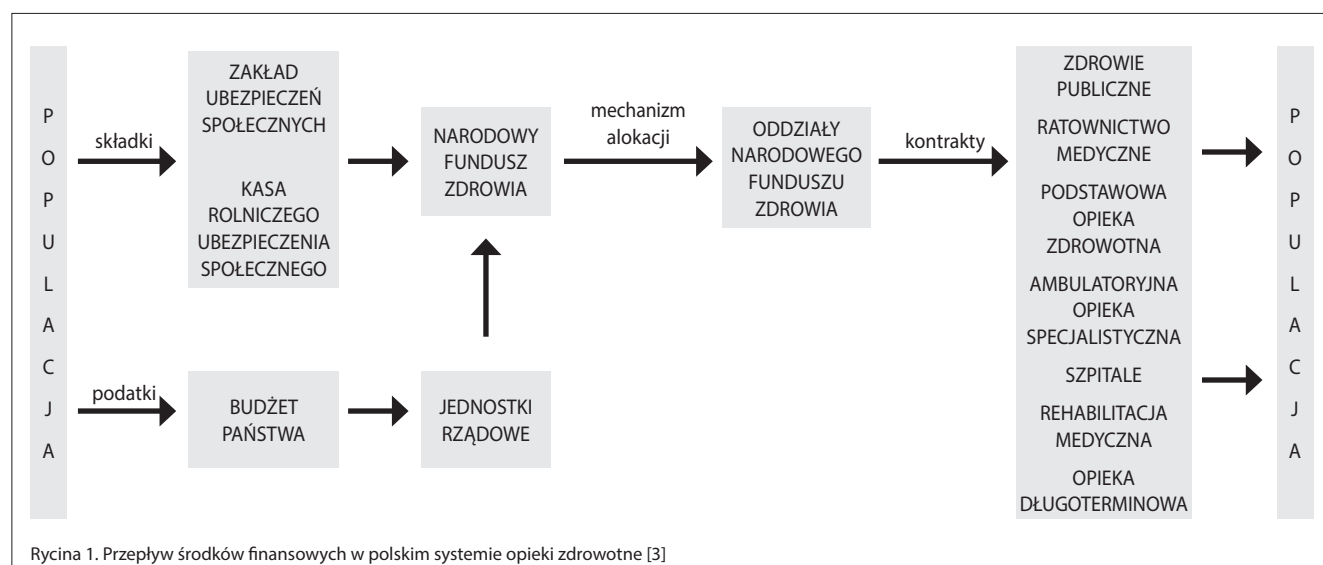
Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) jest państwową jednostką organizacyjną działającą na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [10]. NFZ jest centralnym funduszem ubezpieczeń zdrowotnych, zawierającym umowy z publicznymi i niepublicznymi świadczeniodawcami na wykonywanie świadczeń zdrowotnych. Ministerstwo Zdrowia sprawuje nadzór nad działalnością NFZ, natomiast nad jego finansami nadzór sprawuje Ministerstwo Finansów [2].

Głównym zadaniem NFZ jest finansowanie świadczeń zdrowotnych udzielanych ubezpieczonym, a także refundowanie im leków. NFZ negocjuje ze świadczeniodawcami wartość, ilość i strukturę świadczeń, a następnie zawiera umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Dostępność i jakość świadczeń jest uzależniona od warunków wynegocjowanych przez NFZ, płatnik ma także za zadanie pokryć koszty opieki zdrowotnej polskim obywatelom we wszystkich państwach UE. Narodowy Fundusz Zdrowia prowadzi zaplanowane i przygotowane na dużą skalę działania prozdrowotne i profilaktyczne. Opracowuje również, wdraża i finansuje programy zdrowotne a także promuje zdrowie, poprzez wydawniczą działalność promocyjną i informacyjną w zakresie ochrony zdrowia oraz prowadzi Centralny Wykaz Ubezpieczonych i monitoruje ordynację lekarską [2].

Narodowy Fundusz Zdrowia składa się z Centrali NFZ oraz 16 oddziałów wojewódzkich. W skład struktury Narodowego Funduszu Zdrowia wchodzi następujące organy:

- Prezes NFZ – powoływany przez Prezesa Rady Ministrów na wnioski Ministra Zdrowia oraz opiniowanie Rady Funduszu. Wybór kandydata odbywa się na drodze otwartego i konkurencyjnego naboru. Prezes NFZ kieruje jego działalnością oraz reprezentuje go na zewnątrz. Corocznie sporządza plan finansowy z działalności Funduszu, który musi zostać zatwierdzony przez Radę Funduszu oraz dwie komisje sejmowe (komisja właściwa do spraw finansów publicznych oraz komisja właściwa do spraw zdrowia) i zatwierdzony przez Ministra Zdrowia i Ministra Finansów;
- Zastępcy Prezesa ds. służb mundurowych, ds. medycznych oraz ds. finansów;
- Rada Funduszu składająca się z członków powołanych przez Prezesa Rady Ministrów na 5-letnią kadencję, której kompetencje sprowadzają się do nadzoru działalności NFZ;
- Dyrektorzy oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia [2].

Obowiązkowy system ubezpieczeń zdrowotnych obejmuje 98% społeczeństwa. System ten gwarantuje dostęp do szerokiej gamy świadczeń opieki zdrowotnej. NFZ jest jedynym ubezpieczycielem, a obowiązkiem polskich obywateli jest ubezpieczenie się w nim. Pacjent ma ograniczony współudział w ponoszeniu kosztów świadczeń zdrowotnych. Głównie dotyczących produktów leczniczych, leków, środków pomocniczych, wybranych zabiegów i materiałów dentystycznych oraz leczenia uzdrowiskowego. Zdecydowaną większą częścią publicznych środków na ochronę zdrowia stanowią składki na ubezpieczenia zdrowotne, natomiast źródłem pozostałych środków jest budżet państwa oraz budżety samorządów terytorialnych. Składki mają postać podatku: część odejmowana jest od podatku dochodowego, a część jest podatkiem dodatkowym, który w całości ponosi pracownik. Budżet państwa zaś opłaca składki takich grup ubezpieczonych jak, na przykład osób bezrobotnych, które nie pobierają zasiłku czy podopiecznych pomocy społecznej. Zakład Ubezpieczeń Społecznych oraz Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego zbierają składki i gromadzą je w centrali NFZ, które następnie rozdzielane są pomiędzy oddziały wojewódzkie zgodnie z tym, że środki finansowe przeznaczone na sfinansowanie świadczeń opieki zdrowotnej dla



Rycina 1. Przepływ środków finansowych w polskim systemie opieki zdrowotnej [3]

osób uprawnionych do tych świadczeń dzielone są pomiędzy oddziały wojewódzkie zgodnie z algorytmem podziału środków.

Algorytm podziału środków uwzględnia:

- liczbę ubezpieczonych zarejestrowanych w danym oddziale wojewódzkim NFZ,
- wartości świadczeń udzielonych w roku poprzednim na jednego ubezpieczonego,
- wydzielonych według wieku i płci, grupach ubezpieczonych,
- wydzielonych grupach świadczeń opieki zdrowotnej oraz ryzyko zdrowotne odpowiadające wydzielonej grupie ubezpieczonych, definiowanymi corocznie przez rząd. Przepływ tych środków finansowych przedstawia rycina 1.

Pomimo, że algorytmy te były w ostatnich latach często modyfikowane, to takie determinanty jak liczba, struktura płci oraz wiek osób ubezpieczonych, a także wartość uprzednio przyznanych środków pozostały niezmienione. Wojewódzkie oddziały NFZ zawierają umowy ze świadczeniodawcami na wykonywanie różnego typu świadczeń zdrowotnych dla ubezpieczonego społeczeństwa w swoim regionie. Odchylenia w strukturze wydatków pomiędzy województwami są odzwierciedlane m.in. poprzez, różnice w rozmieszczeniu infrastruktury opieki zdrowotnej czy zróżnicowanie w zaopatrzeniu na opiekę zdrowotną. Średnie wydatki na ubezpieczonego wahają się także w zależności od zróżnicowania czynników społecznych, demograficznych i ekonomicznych [2]. System informatyczny głównie wykorzystywany jest przez NFZ do rozliczania kontraktów. Dane o wykonaniu świadczeń opieki zdrowotnej przekazywane są elektronicznie płatnikowi, na ich podstawie przygotowuje on raporty o świadczeniu usług finansowanych ze środków publicznych dla Ministerstwa Zdrowia [2]. Refundacja leków regulowana jest ustawą z 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych [13]. Na podstawie Planu Zakupu Świadczeń przyznawane są kontrakty na świadczenie usług opieki zdrowotnej między świadczeniodawcami, a NFZ. Ministerstwo Zdrowia oraz Ministerstwo Finansów musi zatwierdzić jego roczny plan finansowania. NFZ musi zadbać o przejrzystość finansów publicznych, za pośrednictwem przyznania powszechnego bezpłatnego dostępu do niektórych danych o swoim rocznym planie finansowym, a także jego wykonania, jak również o umowach zwartych ze świadczeniodawcami usług opieki zdrowotnej [2]. Zgodnie z ustawą z dnia 27 lipca 2012 r. o zmianie ustawy świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wprowadzono możliwość elektronicznego potwierdzania prawa do świadczeń opieki zdrowotnej [14]. Należy zauważyć, że ustawa o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych miała na celu:

1. uproszczenie sposobu potwierdzania prawa do świadczeń opieki zdrowotnej przez świadczeniobiorcę,
2. zdjęcie ze świadczeniodawców odpowiedzialności za potwierdzenie prawa do świadczeń opieki zdrowotnej,
3. poprawę jakości i wiarygodności danych gromadzonych i przetwarzanych w Centralnym Wykazie Ubezpieczonych prowadzonym przez Narodowy Fundusz Zdrowia, m.in. poprzez poprawę w zakresie dokonywania zgłoszeń do ubezpieczenia zdrowotnego oraz wyrejestrowywania z tego ubezpieczenia.

eWUŚ (Elektroniczna Weryfikacja Upoważnień Świadczeniobiorców) to system umożliwiający natychmiastowe potwierdzenie prawa pacjenta do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Został on wdrożony od 1 stycznia 2013 r. w szpitalach, poradniach, gabinetach stomatologicznych, które podpisały umowę z NFZ na udzielanie świadczeń zdrowotnych. Pacjenci za pomocą numeru PESEL i dowodu tożsamości mogą potwierdzić swoje prawo do świadczeń [15]. Natomiast od 1 lipca 2013 r. pacjent ma prawo do pozyskania informacji dzięki Zintegrowanemu Informatorowi Pacjenta. Ogólnopolski serwis, dzięki któremu użytkownik może się dowiedzieć na temat danych o swoim leczeniu i finansowaniu świadczeń gromadzonych przez NFZ od 2008 r. [16].

Narodowy Fundusz Zdrowia pozwala każdemu ubezpieczonemu na bezpłatną opiekę zdrowotną oraz na refundację leków.

Podsumowanie

Polski system ochrony zdrowia podlegał wielu zmianom. Wynikało to z ogólnych zmian ustrojowych i wprowadzanego systemu rynkowego. W 1999 r. dokonano się zasadnicza reforma sektora zdrowotnego. Wprowadzenie ubezpieczeniowego systemu finansowania oraz zdecentralizowanie instytucji opieki zdrowotnej, podporządkowało różnym szczeblom samorządu terytorialnego tzw. kasy chorych. W 2003 r. wycofano się z formuły terytorialnych kas chorych, centralizując je w NFZ, ale zasady ubezpieczeniowe oraz kontraktowanie świadczeń nie zmieniły się.

Pismienictwo

1. Firlit-Fesnak G, Szyłko-Skoczny M. Polityka społeczna. PWN, Warszawa 2007.
2. Golinowska S. Zarys systemu ochrony zdrowia, Polska 2012, Warszawa, 2012.
3. Golinowska S, Sowada Ch, Tambor M. Równowaga finansowa oraz efektywność w polskim systemie ochrony zdrowia, problemy i wyzwania, Vesalius, Kraków 2012.
4. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. z 1997 r. Nr 78, poz. 483, ze zm.) [<http://www.sejm.gov.pl/prawo/konst/polski/1.htm>, dostęp online 04.2016]
5. Magda I, Szczygielski K. Ocena możliwości poprawy działania polskiego systemu ochrony zdrowia, Sprawne Państwo, Warszawa 2011.
6. Orczyk J. Polityka społeczna uwarunkowania i cele, Akademia Ekonomiczna w Poznaniu, Poznań 2008.
7. Ustawa z dnia 19 maja 1920 r. o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby (Dz. U. Nr 44 poz. 272, ze zm., uchylony z dniem 1 stycznia 1934 r.)
8. Ustawa z 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91 poz. 408, ze zm., uchylony z dniem 1 lipca 2011 r.)
9. Ustawa z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz. U. Nr 28 poz. 153, ze zm., uchylony z dniem 1 kwietnia 2003 r.)
10. Ustawa z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz. U. Nr 45 poz. 391, ze zm., uchylony z dniem 1 października 2004)
11. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, ze zm.). Ustawa weszła w życie z dniem 1 października 2004 r., z wyjątkiem: art. 201, który wszedł w życie z dniem 1 stycznia 2005 r., a art. 239 ust. 1 i 2 weszły w życie z dniem ogłoszenia ustawy.
12. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1638, ze zm.)
13. Ustawa z 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1536, ze zm.)
14. Ustawa z dnia 27 lipca 2012 r. o zmianie ustawy świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. poz. 1016).

15. <http://www.nfz-lodz.pl/index.php/dlapacjentow/ewus>, 12.2014 r. dostęp online 04.2017.
16. http://www.nfz-opole.pl/swiadczeniobiorcy/ZIP/Ulotka_ZIP.pdf, 12.2014 r. dostęp online 04.2017.

Autor do korespondencji:

Daniel Ślęzak
Katedra i Klinika Medycyny Ratunkowej
Pracownia Ratownictwa Medycznego
Wydział Nauk o Zdrowiu z Oddziałem Pielęgniarstwa
i Instytutem Medycyny Morskiej i Tropikalnej
Gdański Uniwersytet Medyczny
80-214 Gdańsk, ul. M. Smoluchowskiego 17
tel. +48 58 3493738
e-mail: slezakdaniel@gumed.edu.pl

Otrzymano: 17.05.2017

Akceptacja do druku: 28.06.2017

Konflikt interesów: nie zgłoszono

