



Minister Zdrowia

GABINET MARSZAŁKA SENATU

wpłynęło dn. 12.06.15.
nr 2386 podpis. Borusewicz

Warszawa, 29.05.2015

ZP-Z.070.40.2015

SEKRETARIAT
Biura Prac Senackich
Wpłynęło dn. 12.06.15
nr 3728 podpis. U

Pan
Bogdan Borusewicz
Marszałek Senatu RP

Nowy Panie Marszałku

W związku z oświadczeniem złożonym przez Pana Jarosława Obremkiego, Senatora RP, na 73. posiedzeniu Senatu RP w dniu 16 kwietnia 2015 r., przesyłanym przy piśmie Pani Marii Pańczyk-Pozdziej, Wicemarszałka Senatu RP, z dnia 23 kwietnia 2015 r., znak: BPS/043-~~66~~⁷³-3163/14, w sprawie opieki geriatrycznej w Polsce, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższych informacji.

Obszar dotyczący ochrony zdrowia osób starszych jest identyfikowany jako jeden z najważniejszych w polityce zdrowotnej w Polsce, a postępujący proces starzenia się populacji wymaga wdrożenia działań opierających się na zasadzie synergii w różnych obszarach polityki publicznej, które będą stanowić efektywną odpowiedź na to wyzwanie demograficzne. Podstawowym celem działań podejmowanych w zakresie zdrowia i samodzielności osób starszych będzie tworzenie odpowiednich warunków do jak najdłuższego utrzymania dobrego stanu zdrowia.

Minister Zdrowia dostrzegając problemy związane ze starzeniem się polskiego społeczeństwa, w ramach swoich kompetencji stale podejmuje działania mające na celu poprawę dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz podnoszenia jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych. Są to przede wszystkim sprawowanie nadzoru nad działalnością Narodowego Funduszu Zdrowia oraz zatwierdzanie planu finansowego Funduszu. Podstawę działań stanowią przepisy ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027,



z późn. zm.). Świadczenia opieki zdrowotnej zakwalifikowane jako świadczenia gwarantowane, finansowane są ze środków publicznych, w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Przysługują zatem wszystkim świadczeniobiorcom, w tym osobom starszym, kwalifikującym się do danego typu leczenia.

Elementem, który będzie uzupełniał system świadczeń opieki zdrowotnej gwarantowanych ze środków publicznych jest tworzony właśnie system zdrowia publicznego w Polsce. Dzięki przyjęciu projektowanej ustawy o zdrowiu publicznym i Narodowego Programu Zdrowia będzie możliwe wzmocnienie działań polegających na zapobieganiu chorob i problemów zdrowotnych w różnych grupach wiekowych, a także umożliwienie jak najdłuższego pozostawania w zdrowiu, które jest warunkiem pełnego uczestnictwa w pracy, życiu społecznym i rodzinnym.

Ponadto, z dniem 1 stycznia 2015 r. zgodnie z § 6a rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. poz. 1520, z późn. zm.) zobowiązano świadczeniodawców udzielających świadczeń w trybie hospitalizacji i hospitalizacji planowej do opracowania i wdrożenia procedury oceny geriatrycznej pacjenta, z wyjątkiem oddziałów szpitalnych o profilu pediatrycznym, neonatologicznym oraz położniczo-ginekologicznym.

Intencją wprowadzonych przepisów było prawidłowe zapewnienie opieki pacjentowi geriatrycznemu. Założono, iż przedmiotowa procedura będzie przeprowadzona w szpitalu niezależnie od faktu posiadania w ramach struktury organizacyjnej podmiotu leczniczego oddziału szpitalnego o profilu geriatrycznym. Przy czym procedura oceny geriatrycznej w danym podmiocie leczniczym powinna uwzględniać specyfikę udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej. Podkreślić należy, iż wprowadzono okres dostosowawczy do opracowania i wdrożenia procedury oceny geriatrycznej pacjenta, do dnia 30 czerwca 2016 r.

W związku z rosnącymi potrzebami i wyzwaniem związanymi z opieką nad osobami starszymi oraz brakiem instytutu badawczego działającego w systemie ochrony zdrowia prowadzącego kompleksowe badania i terapię w dziedzinie geriatry, uprzejmie informuję, iż planowane jest utworzenie Narodowego Instytutu Geriatrii, poprzez reorganizację Instytutu Reumatologii im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher w Warszawie. Stworzenie ww. jednostki naukowej pozwoli na opracowanie lub dostosowanie do warunków krajowych kompleksowych procedur, wytycznych i standardów związanych z opieką medyczną nad osobami starszymi. Do podstawowej działalności Instytutu należeć będzie prowadzenie badań naukowych i prac

rozwojowych w dziedzinie reumatologii, rehabilitacji medycznej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu oraz geriatry, gerontologii i dyscyplin pokrewnych, przystosowywanie wyników badań naukowych i prac rozwojowych do potrzeb praktyki, a także ich upowszechnianie. Ponadto do podstawowego zakresu działalności Instytutu należeć będzie także prowadzenie studiów podyplomowych i doktoranckich, kształcenie kadry medycznej oraz nadawanie stopni i tytułów naukowych.

Odnosząc się do kwestii związanej z zapewnieniem właściwych warunków do kształcenia kadry medycznej na potrzeby opieki geriatrycznej, uprzejmie wyjaśniam, że przepisami ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. Nr 113, poz. 658) oraz wydanego na jej podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 stycznia 2013 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów (Dz. U. z 2013 r., poz. 26) został wprowadzony nowy, modułowy system specjalizacji lekarskich.

Wprowadzenie ww. modułowego systemu wiązało się z jednoczesnym zniesieniem dotychczas obowiązującego podziału specjalizacji na specjalizacje w podstawowych oraz szczegółowych dziedzinach medycyny. Umożliwia to lekarzom uzyskanie tytułu specjalisty w krótszym niż dotychczas czasie, szczególnie w dziedzinach uznawanych dotychczas za tzw. szczegółowe dziedziny medycyny. W systemie modułowym do szkolenia specjalizacyjnego w dotychczas szczegółowych dziedzinach medycyny (do których zaliczała się m.in. również geriatria), mogą przystępować lekarze bez specjalizacji, będący bezpośrednio po stażu podyplomowym. W związku z powyższym, droga do uzyskania tytułu specjalisty w dziedzinie geriatry uległa skróceniu o ok. 2 lata.

Nowy system umożliwia ponadto przyznawanie rezydentur w dziedzinach, które dotychczas były dziedzinami szczegółowymi, do których, jak wyżej wskazano, należała również specjalizacja w dziedzinie geriatry.

Warto zaznaczyć, że mając na celu uatrakcyjnienie dla lekarzy podejmowania szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinach deficytowych, Minister Zdrowia począwszy od 2003 r. określa wykaz specjalizacji priorytetowych. Specjalizację w dziedzinie geriatry zaliczono do dziedzin priorytetowych zarówno na podstawie uprzednio obowiązujących przedmiotowych rozporządzeń, tj. rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2003 r. w sprawie uznania dziedzin medycyny za priorytetowe (Dz. U. z 2004 r. Nr 1, poz. 7) oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 maja 2009 r. w sprawie uznania dziedzin medycyny za priorytetowe (Dz. U. Nr 84, poz. 709), jak również na mocy obecnie obowiązującego rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia

20 grudnia 2012 r. w sprawie określenia priorytetowych dziedzin medycyny (Dz. U. z 2012 r., poz. 1489).

Umieszczenie danej dziedziny w wykazie dziedzin priorytetowych powinno przyczyniać się do wzrostu zainteresowania lekarzy podejmowaniem szkolenia specjalizacyjnego w tej dziedzinie ze względu na możliwość ustalenia wyższego zasadniczego wynagrodzenia miesięcznego lekarza rezydenta odbywającego szkolenie specjalizacyjne w ww. dziedzinie w porównaniu z innymi dziedzinami, niefigurującymi w wykazie specjalizacji priorytetowych. Wynagrodzenie lekarzy rezydentów określają przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie wysokości zasadniczego wynagrodzenia miesięcznego lekarzy i lekarzy dentyków odbywających specjalizację w ramach rezydentury (Dz. U. z 2012 r. poz. 1498).

Zgodnie z tym rozporządzeniem lekarz rozpoczynający szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie medycyny uznanej za priorytetową otrzymuje wynagrodzenie zasadnicze w wysokości 3 602 zł, które po dwóch latach trwania rezydentury wzrasta do poziomu 3 890 zł, natomiast lekarz odbywający szkolenie w jednej z pozostałych, niepriorytetowych dziedzin medycyny, rozpoczynając rezydenturę otrzymuje wynagrodzenie zasadnicze wynoszące 3 170 zł, a po drugim roku odbywania specjalizacji – w wysokości 3 458 zł.

Ponadto należy wskazać, że dotychczas szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie geriatry mogli realizować wyłącznie lekarze posiadający specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych, medycyny ogólnej, medycyny rodzinnej lub neurologii, w związku z czym czas szkolenia niezbędny do uzyskania tytułu specjalisty w dziedzinie geriatry wynosił 6-7 lat (4-5 lat szkolenie specjalizacyjne w podstawowej dziedzinie medycyny oraz 2 lata szkolenie w dziedzinie geriatry).

Program specjalizacji w dziedzinie geriatry odbywanej w systemie modułowym przewiduje, że specjalizacja ta dla lekarzy bez specjalizacji trwa 5 lat i składa się z 3-letniego modułu podstawowego w dziedzinie chorób wewnętrznych oraz 2-letniego modułu specjalistycznego w dziedzinie geriatry.

Specjalizację w dziedzinie geriatry w systemie modułowym mogą również odbywać, tak jak dotychczas, lekarze posiadający specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych, medycyny ogólnej, medycyny rodzinnej lub neurologii. Ponadto dodatkowo wprowadzono możliwość realizowania specjalizacji w dziedzinie geriatry przez lekarzy posiadających jedynie specjalizację I stopnia

w dziedzinie chorób wewnętrznych. Dla lekarzy posiadających ww. specjalizacje zostały opracowane odpowiednie wersje programów specjalizacji, których czas trwania wynosi 2 lata. Szkolenie w systemie modułowym po raz pierwszy rozpoczęli lekarze zakwalifikowani do ww. szkolenia specjalizacyjnego w postępowaniu kwalifikacyjnym przeprowadzanym w terminie 1-31 października 2014 r.

Do szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie geriatry obecnie są uprawnione 34 jednostki, dysponujące łącznie 226 miejscami szkoleniowymi w ww. dziedzinie (stan na dzień 29.04.2015 r.). Liczba lekarzy posiadających tytuł specjalisty w dziedzinie geriatry wynosi 343, w tym 332 wykonujących zawód (wg danych Centralnego Rejestru Lekarzy i Lekarzy Dentystów RP, prowadzonego przez Naczelną Radę Lekarską – stan na dzień 30.04.2015 r.). Ponadto w trakcie szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie geriatry jest 169 lekarzy (wg danych Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego – stan na dzień 31.03.2015 r.).

Należy również podkreślić, że Ministerstwo Zdrowia, mimo trudnej sytuacji finansowej, corocznie stara się zapewnić na przyznawanie etatów rezydenckich znaczne środki, uznając rezydenturę za optymalną formę intensywnego i efektywnego szkolenia specjalizacyjnego, zachęcającą lekarza do podejmowania szkolenia w określonej dziedzinie. W postępowaniu kwalifikacyjnym przeprowadzonym w terminie 1-31 marca 2015 r. Minister Zdrowia przyznał 22 rezydentury w dziedzinie geriatry, na łączną liczbę 1612 rezydentur przyznanych we wszystkich dziedzinach, co pokryło w 100% zapotrzebowanie na rezydentury w tej dziedzinie zgłoszone przez wojewodów. Planuje się, że w kolejnym postępowaniu kwalifikacyjnym przeprowadzanym w terminie 1-31 października 2015 r., zostanie przyznanych łącznie 4915 rezydentur, zatem można się spodziewać, że rezydentury w dziedzinach priorytetowych będą również przyznawane zgodnie z zapotrzebowaniem zgłaszanym przez wojewodów.

W odniesieniu do zasygnalizowanego przez Pana Senatora problemu dotyczącego wadliwego sposobu rozliczania świadczeń zdrowotnych dla osób starszych stosowanego przez Narodowy Fundusz Zdrowia, pragnę poinformować, że obecny system rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej w ramach jednorodnych grup pacjentów (JGP) nie przewiduje specjalnie wyodrębnionych grup dedykowanych w leczeniu osób starszych, które w sposób szczególny będą określały specyfikę często występującej u tej grupy świadczeniobiorców wielochorobowości. System JGP zakłada finansowanie jednej z kilku wykonanych procedur medycznych na rzecz pacjenta w trakcie leczenia szpitalnego. Wobec powyższego uprzejmie informuję, iż podczas

rozliczania kilku świadczeń opieki zdrowotnej wykonanych na rzecz pacjenta podczas leczenia szpitalnego świadczeniodawca powinien przedstawić do rozliczenia tę grupę w systemie JGP, która odpowiada jednemu z wykonanych świadczeń opieki zdrowotnej i jest najwyżej wyceniona.

Zauważenia wymaga, iż w Narodowym Funduszu Zdrowia trwają prace analityczne dotyczące kosztów świadczeń, czasu hospitalizacji, wieku pacjenta, chorób współistniejących, powikłań, które w przyszłości mogą określić, w ramach systemu JGP, grupy dedykowane dla geriatry. Prowadzone są między innymi prace w zakresie badania zależności pomiędzy wiekiem pacjenta a długością trwania hospitalizacji rozliczanych według JGP. Jak wynika z analiz przygotowanych przez Wydział Strategii, Analiz i Rozwoju Systemu JGP Centrali NFZ, w wielu systemach typu DRG (Diagnosis Related Groups) stosuje się wyodrębnienia w ramach tej samej grupy schorzeń, grup z różną wyceną ze względu na przedział wiekowy, czy też choroby współistniejące, z uwagi na większe zasoby ponoszone przez szpitale w związku z leczeniem takich przypadków. Mając na uwadze fakt, iż w obecnej chwili płatnik nie posiada obiektywnych danych kosztowych dla każdej jednorodnej grupy pacjentów (JGP), można przyjąć, że czas trwania hospitalizacji jest czynnikiem, który w znaczny sposób może wpływać na wysokość kosztów ponoszonych przez świadczeniodawców w przypadku leczenia pacjentów z daną jednostką chorobową.

Jednocześnie uprzejmie informuję, iż z dniem 1 stycznia 2015 r. weszła w życie ustawa z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2014 r., poz. 1138), powołująca Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, do zadań której należy oprócz dokonywania oceny świadczeń opieki zdrowotnej, również ustalanie taryf tych świadczeń. Przeprowadzana będzie, zgodnie z planem taryfikacji, sukcesywna ocena wyceny poszczególnych zakresów świadczeń gwarantowanych, w tym geriatry i wprowadzane będą rekomendowane przez Agencję zmiany.

Dokument pn. „Standardy postępowania w opiece geriatrycznej”, opracowany przez Zespół do spraw gerontologii, został zamieszczony w 2013 r. na łamach kwartalnika pt. „Gerontologia Polska” (tom 21, nr 2, 33–47). Wymieniony dokument stanowi fakultatywne źródło wiedzy dla środowiska medycznego uczestniczącego w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych osobom starszym.

Tym samym pragnę wyjaśnić, iż ww. dokument został opublikowany w piśmie specjalistycznym, z uwagi na fakt, iż standardy medyczne, jako zbiory rekomendacji

(zaleceń), odnoszących się do określonych działań w obszarze medycyny, co do zasady nie mają charakteru prawnego, a co za tym idzie – nie są bezwzględnie obowiązujące. Natomiast jako schematy postępowania, oparte na aktualnej wiedzy medycznej, tworzone zgodnie z zasadami Evidence Based Medicine (EBM), stanowią ważne wskazówki w codziennej praktyce medycznej. Należy w tym miejscu zauważyć, iż standardy nie powinny stanowić obligatoryjnego wymogu ich stosowania, poprzez publikowanie w formie aktów prawnych, ponieważ odnoszą się do sytuacji przeciętnych, najczęściej występujących w medycynie. W przeciwnym wypadku, wszelkie odstępstwa od nich w praktyce medycznej mogłyby skutkować np. odpowiedzialnością kierownika podmiotu leczniczego lub personelu udzielającego świadczeń.

Wyjaśnienia wymaga fakt, że wprowadzanie wytycznych postępowania medycznego i standardów klinicznych może być narzędziem, które z jednej strony może przyczynić się do podniesienia poziomu opieki, a z drugiej strony zmniejsza ryzyko wystąpienia zdarzeń niepożądanych. Dzięki zdefiniowaniu zalecanego sposobu postępowania terapeutycznego pacjenci uzyskują informację o przysługujących im elementach świadczenia opieki zdrowotnej. Z kolei dla profesjonalistów medycznych standardy i wytyczne mogą stanowić wsparcie przy ewentualnych roszczeniach.

Jednym z praw pacjenta jest prawo do uzyskiwania świadczeń zdrowotnych odpowiadających aktualnej wiedzy medycznej. Konieczność udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie z tymi wskazaniami (przy użyciu dostępnych metod i środków) wynika z art. 4 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty. Z tego wymogu wynika bezpośrednio obowiązek doskonalenia zawodowego i stałego podnoszenia swoich kwalifikacji osób udzielających świadczeń zdrowotnych. Wzrost kompetencji profesjonalistów medycznych może wiązać się z wdrażaniem nowych sposobów postępowania opracowanych przez uznane autorytety. Towarzystwa naukowe przyjmują obecnie wiele standardów, wytycznych i zaleceń. Standardy w sposób najbardziej kompleksowy opisują procesy diagnostyczne i terapeutyczne, które co do zasady powinny składać się na procesy leczenia pacjentów z określonym rozpoznaniem. Odstępstwa od reguł określonych w standardzie powinny mieć miejsce tylko i wyłącznie w uzasadnionym przypadku niemożności ich zastosowania z uwagi na przeciwwskazania (np. brak możliwości zastosowania znieczulenia u pacjenta, uczulenie na substancje, ciąża). Tworzenie standardów jest możliwe i celowe dla świadczeń zdrowotnych lub schorzeń charakteryzujących się określoną epidemiologią

(częstość występowania), ciężkością schorzenia lub wysoką śmiertelnością, a ich opracowanie i wdrożenie może przyczynić się do poprawy wskaźników. Natomiast wytyczne, zalecenia czy rekomendacje postępowania medycznego mają charakter znacznie mniej wiążący osobę wykonującą zawód medyczny i mają pełnić rolę pomocniczą przy podejmowaniu decyzji o sposobie diagnostyki i leczenia.

Mając na uwadze opisany charakter standardów i wytycznych można stwierdzić, że jedynie standardy mogą potencjalnie stanowić materię aktów normatywnych; w przypadku wytycznych i zaleceń liczba odstępstw od zalecanego prawem sposobu postępowania mogłaby być zbyt duża. Przyjmowanie standardów w postaci aktów normatywnych, czyli przepisów prawa powszechnie obowiązującego (np. w drodze rozporządzenia Ministra Zdrowia) wiąże się z daleko idącymi konsekwencjami. Standardy wydane w takiej formie stają się bezwzględnie wiążące dla lekarzy oraz dla kierowników podmiotów wykonujących działalność leczniczą (których zadaniem jest zapewnienie przestrzegania przepisów prawa). Jedną z najważniejszych cech zawodu lekarza jest jego autonomia w podejmowaniu decyzji o sposobie postępowania z pacjentem. Autonomia ta wynika między innymi z faktu, że lekarz wykonuje tzw. wolny zawód. Do cech wolnego zawodu zalicza się: wysokie kwalifikacje i kompetencje zawodowe poparte przygotowaniem praktycznym, osobiste wykonywanie czynności zawodowych, samodzielność i niezależność w podejmowaniu decyzji, obowiązek zachowania tajemnicy zawodowej oraz odpowiedzialność cywilną za szkody powstałe w związku z czynnościami podejmowanymi w ramach wykonywanego zawodu. Do kwestii niezależności w podejmowaniu decyzji odnosi się również art. 6 Kodeksu Etyki Lekarskiej, zgodnie z którym "lekarz ma swobodę wyboru w zakresie metod postępowania, które uzna za najskuteczniejsze"¹.

Standardy medyczne opracowywane są zwykle przez towarzystwa naukowe, zespoły ekspertów lub instytucje rządowe – najczęściej w formie zbioru zaleceń, nie mających charakteru prawnego, a co za tym idzie nie są bezwzględnie obowiązujące (z drugiej zaś strony ścisłe stosowanie się do nich nie oznacza w sposób automatyczny, że lekarz jest w pełni chroniony, np. przed ewentualnymi roszczeniami ze strony pacjentów). Natomiast jako schematy postępowania oparte na aktualnej wiedzy medycznej i tworzone zgodnie z zasadami *Evidence-Based Medicine* (EBM) stanowią niezwykle ważne wskazówki merytoryczne w codziennej praktyce medycznej. Należy

¹ Moc prawna standardów medycznych i wytycznych praktyki klinicznej, dr n. med. Justyna Zajdel, *Medycyna Praktyczna* 2010/05

pamiętać, że standardy medyczne ułatwiają pracę lekarzowi, ale nie mogą stanowić bezwzględnego wymogu ich stosowania, gdyż odnoszą się zwykle do sytuacji przeciętnej, najczęściej występującej. Z tego punktu widzenia, można stwierdzić, że nawet ściśle stosowanie się przez lekarza do standardów określonych w aktach prawnych nie oznacza w sposób automatyczny, że lekarz jest w pełni chroniony, np. przed ewentualnymi roszczeniami ze strony pacjentów. W praktyce lekarskiej bardzo często występują bowiem sytuacje odbiegające od przeciętnej i wtedy postępowanie może, a nawet powinno, odbiegać od zalecanego. Ogólną wytyczną postępowania lekarskiego jest zaś art. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2011 r. Nr 277, poz. 1634, z późn. zm.), zgodnie z którym lekarz ma obowiązek wykonywać zawód zgodnie ze wskazaniem aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należyłą starannością.

Przekazując powyższe, wyrażam nadzieję i przekonanie, że wymienione działania przyczynią się w znaczący sposób do wypracowania efektywnych rozwiązań w zakresie poprawy dostępności i jakości świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych osobom starszym w Polsce.

Z upoważnienia

Z upoważnienia MINISTRA ZDROWIA
SEKRETARZ STANU
w Ministerstwie Zdrowia
Pełnomocnik Rządu do spraw projektu
ustawy o zdrowiu publicznym

Beata Małeczka-Libera