



Minister Zdrowia

Warszawa, 2015-02-12

PR-WL.024.8.2015/KBO,KB (2)

TRYBUNAŁ KONSTYTUCYJNY KANCLARIA	
wpl. dnia	13. 02. 2015
L.dz. ....	L. zał. ....

Pan  
Andrzej Rzepliński  
Prezes  
Trybunału Konstytucyjnego

W związku z pismem z dnia 15 grudnia 2014 r., doręczonym w dniu 15 grudnia 2014 r., przekazującym wniosek grupy senatorów z dnia 8 grudnia 2014 r., sygn. Akt K 48/14, o stwierdzenie niezgodności z Konstytucją RP art. 48 ust. 1 w związku z art. 5 pkt 30 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.) oraz „Programu leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego na lata 2013-2016 - in vitro”, uprzejmie przedstawiam następujące wyjaśnienia.

## I. Uwagi wstępne

### 1. Kwestie formalne

W pierwszej kolejności należy zwrócić uwagę na kwestie formalne. Wymogi wniosku jako pisma procesowego zostały określone w art. 32 ust. 1 w zw. z art. 30 ust. 1, art. 20 ustawy z dnia 1 sierpnia 1997 r. o Trybunale Konstytucyjnym (dalej: u.t.k.) w związku z art. 126 § 1 i 2 k.p.c. Zgodnie z wymienionymi przepisami, wniosek powinien zawierać w szczególności wskazanie organu, który wydał kwestionowany akt



normatywny, a także podpis strony albo jej przedstawiciela ustawowego lub pełnomocnika. Elementów tych nie uwzględniono we wniosku. Ponadto nie jest jasno sformułowany zakres przedmiotowy (granice) wniosku w związku ze zmianami wprowadzonymi z dniem 1 stycznia 2015 r. ustawą 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 i 1491). Zgodnie z art. 32 ust. 1 pkt 1 u.t.k. wniosek powinien zawierać wskazanie organu, który wydał kwestionowany akt normatywny. Uczestnikiem postępowania przed Trybunałem Konstytucyjnym jest bowiem organ, który wydał kwestionowany akt normatywny (art. 27 ust. 2 u.t.k.). Wnioskodawca wskazał wprawdzie jako uczestnika postępowania Sejm RP, który uchwalił zaskarżoną ustawę. Natomiast nie wskazał jako uczestnika organu, który wydał zaskarżony program zdrowotny, tj. Ministra Zdrowia. Wniosek bowiem obejmuje zarzut niezgodności z ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz Konstytucją RP „Programu leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego na lata 2013-2016 - in vitro”. Brak ten stanowi brak formalny pisma procesowego. Ponadto program o nazwie określonej we wniosku nie został opracowany przez Ministra Zdrowia. Zapewne wnioskodawcom chodzi o **„Program - Leczenie Niepłodności Metodą Zapłodnienia Pozaustrojowego na lata 2013-2016”**.

Wniosek budzi również zastrzeżenia odnośnie do podmiotu składającego wniosek. Zgodnie z art. 32 ust. 1 w związku z art. 30 ust. 1, art. 20 u.t.k. i w związku z art. 126 § 1 pkt 4 k.p.c. pismo procesowe zawiera podpis strony albo jej przedstawiciela ustawowego lub pełnomocnika. Ponadto, zgodnie art. 126 § 1 pkt 1 k.p.c. pismo procesowe zawiera także oznaczenie stron, ich przedstawicieli ustawowych i pełnomocników. Na mocy art. 29 ust. 1 u.t.k. uczestnik postępowania (czyli także wnioskodawca) działa przed Trybunałem Konstytucyjnym osobiście lub przez umocowanego przedstawiciela, przy czym zgodnie z art. 29 ust. 2 i 3 u.t.k. grupa senatorów, będąca wnioskodawcą, działa przez wyznaczonego przez siebie senatora jako przedstawiciela.

We wniosku jako stronę wskazano grupę senatorów reprezentowaną przez Senatora Jana Marię Jackowskiego, natomiast jako pełnomocnika wnioskodawców — adwokata Jerzego Kwaśniewskiego. Pismo nie zostało podpisane ani przez senatora, ani przez profesjonalnego pełnomocnika. Wprawdzie do wniosku załączono listę senatorów popierających wniosek, gdzie złożyli oni podpisy, jednak lista ta stanowi jedynie

załącznik do pisma, a nie jego integralną część. Ponadto zgodnie z tytułem załącznika, nie precyzuje on jakiego dokładnie wniosku dotyczy, bowiem odnosi się do „wniosku o stwierdzenie niezgodności z Konstytucją RP - poszczególnych przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r., Nr 64, poz. 1027)” oraz „Programu - Leczenia Niepłodności Metodą Zapłodnienia Pozaustrojowego na lata 2013-2016 in vitro” a także stwierdzenia niezgodności „Programu Leczenia Niepłodności Metodą Zapłodnienia Pozaustrojowego na lata 2013-2014 in vitro” z poszczególnymi przepisami ww. ustawy. Nie do końca jest zatem jasne i precyzyjne czy załączona lista odnosi się do zarzutów postawionych w osnowie wniosku. Ponadto „poparcie” wniosku nie jest tożsame ze złożeniem podpisu pod wnioskiem. Do wniosku nie dołączono również pełnomocnictwa, zgodnie z wymogiem art. 126 § 3 k.p.c., skoro we wniosku został oznaczony jako pełnomocnik wnioskodawców adwokat Jerzy Kwaśniewski.

## **2. Przesłanka umorzenia postępowania**

Przedmiotem wniosku jest art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w brzmieniu obowiązującym do dnia 1 stycznia 2015 r. Począwszy od tej daty obowiązuje art. 48 ust. 1 ustawy w brzmieniu nadanym ustawą z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw. Zgodnie z nowym brzmieniem tego przepisu, programy zdrowotne może opracowywać, wdrażać, realizować i finansować Narodowy Fundusz Zdrowia, a programy polityki zdrowotnej mogą opracowywać, wdrażać, realizować i finansować ministrowie oraz jednostki samorządu terytorialnego. Narodowy Fundusz Zdrowia realizuje programy polityki zdrowotnej zlecone przez ministra właściwego do spraw zdrowia. Rozgraniczenie na programy zdrowotne i programy polityki zdrowotnej wprowadzono w związku z wnioskami pokontrolnymi zawartymi w wystąpieniu pokontrolnym Najwyższej Izby Kontroli sformułowanym po kontroli wykonania w 2012 r. budżetu państwa w części 46 - Zdrowie oraz wykonania planu finansowego Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych. Wskazaną powyżej ustawą z dnia 22 lipca 2014 r. nastąpiło uporządkowanie terminologii używanej w dotychczas obowiązujących przepisach. Z uwagi na zmianę brzmienia zakwestionowanych przepisów w znacznej mierze zarzuty i argumenty sformułowane w przesłanym wniosku do

Trybunału Konstytucyjnego utraciły swoją aktualność i znaczenie.

Mając na względzie treść wniosku, który *expressis verbis* odnosi się do programów zdrowotnych oraz treść art. 66 u.t.k., należy stwierdzić, że w świetle obowiązywania nowego brzmienia art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych poczynając od dnia 1 stycznia 2015 r. bezprzedmiotowe jest badanie wniosku w tym zakresie. Zachodzi zatem przesłanka umorzenia postępowania, zgodnie z art. 39 ust. 1 pkt 3 u.t.k., stanowiącym, Trybunał Konstytucyjny umarza na posiedzeniu niejawnym postępowanie, jeżeli akt normatywny w zakwestionowanym zakresie utracił moc obowiązującą przed wydaniem orzeczenia przez Trybunał. Należy zauważyć, że przepis art. 48 w brzmieniu zakwestionowanym we wniosku utracił moc obowiązującą z dniem wejścia w życie ustawy z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, tj. z dniem 1 stycznia 2015 r.

### **3. Możliwość poddania kontroli konstytucyjności i zgodności z ustawą programu zdrowotnego (obecnie programu polityki zdrowotnej)**

Na wstępie należy zauważyć, że wniosek został złożony na podstawie art. 188 pkt 1 w związku z art. 191 ust. 1 pkt 1 Konstytucji RP. Podstawa ta odnosi się do stwierdzenia zgodności ustaw z Konstytucją. Natomiast żądanie wniosku dotyczy także zgodności „Programu leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego na lata 2013-2016 - in vitro” (zwanego dalej także „Programem”) z ustawą i z Konstytucją RP. Tymczasem podstawa prawna z art. 188 pkt 3 w związku z art. 191 ust. 1 pkt 1 Konstytucji RP, odnosząca się do przepisów prawa wydanych przez organ centralny (za które wnioskodawca uznaje treść programu zdrowotnego) nie została wskazana w osnowie wniosku. Należy przy tym zauważyć, że zgodnie z art. 66 u.t.k. Trybunał Konstytucyjny orzekając jest związany granicami wniosku. Zatem wydaje się, że granice te powinny zostać określone w sposób precyzyjny.

Zgodnie z art. 188 pkt 3 Konstytucji RP Trybunał Konstytucyjny bada zgodność przepisów prawa, wydawanych przez centralne organy państwowe, z Konstytucją i ustawami. Przedmiotem badania są przepisy prawa. Za przepisy prawa należałoby uznać przede wszystkim przepisy znajdujące się w aktach prawnych określonych w zamkniętym katalogu źródeł powszechnie obowiązującego prawa. Zgodnie z art. 87 ust. 1 Konstytucji, źródłami powszechnie obowiązującego prawa Rzeczypospolitej

Polskiej są: Konstytucja, ustawy, ratyfikowane umowy międzynarodowe oraz rozporządzenia. Tymczasem wniosek dotyczy dokumentu opracowanego przez Ministra Zdrowia – programu zdrowotnego. Zgodnie z definicją programu zdrowotnego zawartą w art. 5 pkt 30 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w brzmieniu obowiązującym w dniu przyjęcia Programu program zdrowotny stanowi zespół zaplanowanych i zamierzonych działań z zakresu opieki zdrowotnej ocenianych jako skuteczne, bezpieczne i uzasadnione, umożliwiających w określonym terminie osiągnięcie założonych celów, polegających na wykrywaniu i zrealizowaniu określonych potrzeb zdrowotnych oraz poprawy stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców, finansowany ze środków publicznych. W świetle tej definicji trudno uznać, że „zespół działań” stanowi przepisy prawa, o których mowa w art. 188 pkt 3 Konstytucji RP.

Niemniej jednak z ostrożności procesowej należy podnieść, że jak wskazał wnioskodawca, akt ten (Program) nie należy do konstytucyjnego systemu źródeł prawa. Jednak, w ocenie wnioskodawcy, akt ten podlega ocenie przez Trybunał Konstytucyjny, bowiem ustanawia normy abstrakcyjne i generalne. Na potwierdzenie tego stanowiska, wnioskodawca powołał orzeczenia Trybunału Konstytucyjnego, z których w ocenie autora wniosku wynika, że wniosek może obejmować także akty prawne niewymienione w zamkniętym katalogu źródeł prawa. Należy wyjaśnić, że powołane orzeczenie z dnia 12 lipca 2001 r., sygn. akt SK 1/01, nie odnosi się do wniosku o zbadanie konstytucyjności i zgodności z ustawą (art. 188 Konstytucji), a do skargi konstytucyjnej (art. 79 Konstytucji). Przedmiotem orzeczenia odnośnie skargi konstytucyjnej jest zgodność z Konstytucją ustawy lub innego aktu normatywnego, na podstawie którego sąd lub organ administracji publicznej orzekł ostatecznie o jego wolnościach lub prawach albo o jego obowiązkach określonych w Konstytucji. Natomiast przedmiotem orzeczenia odnośnie wniosku jest zgodność przepisów prawa, wydawanych przez centralne organy państwowe z Konstytucją i ustawami. Zakres badania aktów prawnych w ww. trybach wydaje się odmienny. Ponadto, wymogiem skargi konstytucyjnej jest wydanie orzeczenia na podstawie zaskarżonego aktu. Rozstrzygnięcie musi dotyczyć praw i wolności. W przypadku natomiast wniosku, ma on charakter abstrakcyjny, nie wymaga wykazania naruszonych praw i wolności, dlatego *a contrario* konieczne wydaje się powołanie przepisu, który formułuje konkretną normę prawną, a nie taką, która musi zostać skonkretyzowana w faktycznym władczym działaniu sądu lub organu. Kolejne powołane orzeczenie

Trybunału Konstytucyjnego z dnia 22 września 2006 r., sygn. akt U 4/06, dotyczy uchwał organów centralnych w kontekście badania uchwały Sejmu. Należy jednak stwierdzić, że Trybunał nie wypowiedział się generalnie na temat zasady kwalifikowania aktów prawnych podlegających kontroli w trybie art. 188 pkt 3 Konstytucji, lecz omówił pojęcie normatywności aktów prawnych w odniesieniu do charakteru prawnego zakwestionowanej uchwały Sejmu. Orzeczenie to nie wydaje się być miarodajne dla oceny charakteru postanowień zaskarżonego programu zdrowotnego, będącego zupełnie innym rodzajem aktu. Należy jednak zaznaczyć, że w wyroku tym stwierdzono, iż normatywność uchwał centralnych organów państwowych zaskarżonych do Trybunału Konstytucyjnego powinna być zatem każdorazowo stwierdzona (kwestia wstępna) przed wydaniem orzeczenia co do meritum. W powołanym wyroku Trybunału Konstytucyjnego z dnia 27 października 2010 r., sygn. akt K 10/08, oceniono konstytucyjność przepisów ustawy, wskazując jednocześnie, że nie podlega badaniu przez Trybunał uchwała Sądu Najwyższego. Konkludując, analiza ww. orzeczeń nie prowadzi, w ocenie Ministra Zdrowia, do wniosku wprost przeciwnego do stanowiska wnioskodawców. Mianowicie wnioskodawcy przyjmują istnienie domniemania normatywności aktów prawnych, tymczasem z orzecznictwa wypływa wniosek, że normatywność aktów prawnych innych niż te określone w art. 87 Konstytucji każdorazowo podlega badaniu. Ponadto niewystarczające jest, jak ma to miejsce w przedmiotowym wniosku, ogólne wskazanie, że akt prawny reguluje określony obszar w sposób generalny i abstrakcyjny lub też, że zawiera regulacje pozostawiające „wiele do życzenia”. Konieczne jest natomiast zrekonstruowanie normy statuowanej w ramach kwestionowanego aktu (wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 22 września 2006 r., sygn. akt U 4/06), aby następnie móc wykazać w jaki sposób normy te naruszają Konstytucję lub ustawę. Z orzecznictwa Trybunału Konstytucyjnego wynika także, że ocena odwołuje się do konkretnych jednostek redakcyjnych kwestionowanych aktów normatywnych (przepisów prawa) - wskazany artykuł, paragraf, punkt. Taki zabieg nie został poczyniony w odniesieniu do kwestionowanego programu zdrowotnego. Należy zatem wyrazić wątpliwość co do treści i zakresu norm kwestionowanych we wniosku. Zgodnie z powołanym wyrokiem, odtworzenie normy prawnej na podstawie zaskarżonego aktu jest niezbędne do jego oceny. Dopiero odtworzenie tej normy powinno prowadzić do oceny czy jest generalna i abstrakcyjna. Wnioskodawca natomiast nie odtworzył i tym samym nie określił norm wpływających z programu zdrowotnego, które mogłyby podlegać ocenie przez Trybunał Konstytucyjny. Należy

zaznaczyć, że zgodnie z orzecznictwem zaskarżeniu podlegać może również cały akt, jednak orzeczenia w tym zakresie odnoszą się przede wszystkim do ustaw, co do których nie zachodzą wątpliwości odnośnie ich charakteru normatywnego (wyroki Trybunału Konstytucyjnego: z 11 lipca 2012 r., sygn. akt K 8/10 oraz z dnia 12 kwietnia 2000 r., sygn. akt K 8/98).

## **II. Ocena zarzutów przedstawionych we wniosku**

### **1. Ocena konstytucyjności przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.**

Wniosek dotyczy stwierdzenia niezgodności z Konstytucją art. 48 ust. 1 w związku z art. 5 pkt 30 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych jako niezgodnych z art. 2, art. 68 ust. 2 zdanie 2, art. 87, art. 92 ust. 1 i art. 94 Konstytucji RP.

W odniesieniu do zakwestionowanych przepisów warto podkreślić, że są to przepisy kompetencyjne, które nie przesądzają o prawach i wolnościach jednostki. Przepis art. 48 ust. 1 (w brzmieniu obowiązującym do dnia 1 stycznia 2015 r.) upoważniał do opracowywania, wdrażania, realizowania i finansowania programów zdrowotnych w szczególności ministrów, obecnie kompetencję tę posiada tylko Narodowy Fundusz Zdrowia. Natomiast ministrowie i jednostki samorządu terytorialnego mogą opracowywać, wdrażać, realizować i finansować programy polityki zdrowotnej.

Odnosząc się do naruszenia wzorca konstytucyjnego zawartego w art. 68 ust. 2 zdanie 2 Konstytucji RP, należy wskazać, że przepis ten stanowi, że obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Ponadto nakazuje warunki i zakres udzielania świadczeń określić w ustawie. Ustawa reguluje te zagadnienia w sposób abstrakcyjny - nie jest możliwe na poziomie ustawowym określenie wszystkich świadczeń, które są realizowane na zasadzie powszechnego dostępu do systemu opieki zdrowotnej ze względu na dynamikę zmian zachodzących w medycynie, technologiach oraz kosztach realizowania świadczeń oraz uwarunkowania konstytucyjne wynikające z poniżej omówionego wyroku Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 stycznia 2004 r., sygn. akt K 14/03. Aby odpowiedzieć na tę dynamikę i uwarunkowania, określono na poziomie ustawy szczegółową procedurę, która pozwala określić zakres świadczeń w aktach podustawowych, które enumeratywnie wymieniają świadczenia gwarantowane. Upoważnienie do wydania rozporządzeń w tym zakresie

zawiera art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Przepis ten odwołuje się do ustawowo określonego zakresu świadczeń w art. 15 ust. 2 pkt 1-8 i 10-13 ww. ustawy. Przepis art. 15 ust. 1 ustawy przewiduje, że świadczeniobiorcy mają, na zasadach określonych w ustawie, prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, których celem jest zachowanie zdrowia, zapobieganie chorobom i urazom, wczesne wykrywanie chorób, leczenie, pielęgnacja oraz zapobieganie niepełnosprawności i jej ograniczanie. Zgodnie natomiast z art. 15 ust. 2 świadczeniobiorcy przysługują świadczenia gwarantowane z zakresu:

- 1) podstawowej opieki zdrowotnej;
- 2) ambulatoryjnej opieki specjalistycznej;
- 3) leczenia szpitalnego;
- 4) opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień;
- 5) rehabilitacji leczniczej;
- 6) świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej;
- 7) leczenia stomatologicznego;
- 8) lecznictwa uzdrowiskowego;
- 9) zaopatrzenia w wyroby medyczne, na zlecenie osoby uprawnionej, oraz ich naprawy, o których mowa w ustawie o refundacji;
- 10) ratownictwa medycznego;
- 11) opieki paliatywnej i hospicyjnej;
- 12) świadczeń wysokospecjalistycznych;
- 13) programów zdrowotnych;
- 14) leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych dostępnych w aptece na receptę;
- 15) programów lekowych określonych w przepisach ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. Nr 122, poz. 696, z późn. zm.);
- 16) leków stosowanych w chemioterapii określonych w przepisach ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych;
- 17) leków nieposiadających pozwolenia na dopuszczenie do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, sprowadzanych z zagranicy na warunkach i w trybie określonym w art. 4 ustawy z dnia 6 września 2001 r. - Prawo



farmaceutyczne (Dz. U. z 2008 r. Nr 45, poz. 271, z późn. zm.), pod warunkiem że w stosunku do tych leków wydano decyzję o objęciu refundacją na podstawie ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych;

18) środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, sprowadzonych z zagranicy na warunkach i w trybie określonym w art. 29a ustawy z dnia 25 sierpnia 2006 r. o bezpieczeństwie żywności i żywienia, pod warunkiem, że w stosunku do tych środków wydano decyzję o objęciu refundacją na podstawie ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych.

Enumeratywny wykaz świadczeń gwarantowanych w poszczególnych określonych w ustawie zakresach świadczeń został zatem uregulowany w drodze aktów wykonawczych do ustawy. Należy zatem stwierdzić, że przepisy ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wraz z wydanymi na jej podstawie aktami wykonawczymi stanowią łącznie realizację normy określonej w art. 68 ust. 2 Konstytucji RP. Przedmiotowe akty prawne stanowią wspólnie element systemu opieki zdrowotnej realizującego konstytucyjną zasadę równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, których warunki i zakres udzielania został określony ustawą.

Wprowadzenie jednoznacznego katalogu gwarantowanych świadczeń zdrowotnych w art. 15 ust. 2 ww. ustawy, jak również w tzw. koszykach świadczeń gwarantowanych, wydawanych w oparciu o art. 31d ww. ustawy, stanowiło wypełnienie zaleceń, sformułowanych przez Trybunał Konstytucyjny w wyroku z dnia 7 stycznia 2004 r., sygn. akt K 14/03. Trybunał Konstytucyjny w ww. wyroku stwierdził, iż „(...) zgodnie z wymaganiami konstytucyjnymi ustawa powinna określać bądź koszyk świadczeń gwarantowanych, bądź od strony negatywnej, świadczenia ponadstandardowe, które są finansowane ze środków własnych pacjenta. Jeżeli założyć, że jest to niemożliwe (ani od strony pozytywnej, ani od strony negatywnej), ustawa powinna wprowadzać co najmniej dostatecznie jasne i jednoznaczne kryteria formalne, według których następować będzie in casu ustalenie zakresu należnych pacjentowi świadczeń w ramach odpowiedniej, ustalonej w ustawie procedury”.

Dodatkowym, niejako uzupełniającym elementem przedmiotowego systemu jest przewidziana w art. 48 ust. 1 możliwość opracowywania, wdrażania, realizacji

i finansowania przez wskazane w nim podmioty, programów zdrowotnych oraz programów polityki zdrowotnej. W przywołanym przepisie w sposób jednoznaczny rozgraniczono, że programy zdrowotne może opracowywać, wdrażać, realizować i finansować Narodowy Fundusz Zdrowia, natomiast programy polityki zdrowotnej mogą opracowywać, wdrażać, realizować i finansować ministrowie oraz jednostki samorządu terytorialnego. Narodowy Fundusz Zdrowia został uprawniony do realizacji jedynie tych programów polityki zdrowotnej, które zostały mu zlecone przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

Należy zwrócić uwagę, iż potrzeby zdrowotne cechuje dynamizm, zmieniają się one wraz z rozwojem technologii i procedur medycznych oraz stanem aktualnej wiedzy medycznej. Konstytucyjnie odpowiedzialny za dział zdrowie minister powinien mieć na gruncie przepisu ustawowego stworzony przejrzysty mechanizm tworzenia programu, który stanowi odpowiedź na bieżące problemy zdrowotne społeczeństwa. Analogiczny wniosek wywiódł we wskazanym powyżej wyroku Trybunał Konstytucyjny, wskazując na potrzebę istnienia na gruncie przepisów ustawowych mechanizmu ustalania zakresu należnych pacjentowi świadczeń w ramach odpowiedniej, ustalonej w ustawie procedury. Taki mechanizm wynika z art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, który pozwala ministrowi właściwemu do spraw zdrowia realizować w ramach programu określoną politykę zdrowotną. Powyższy pogląd znajduje również potwierdzenie w piśmiennictwie, zgodnie z którym *„Postanowienia art. 48 wiążą się z problematyką zdrowia publicznego, zdefiniowaną jako zorganizowany wysiłek społeczeństwa na rzecz ochrony, promowania i przywracania ludziom zdrowia, a wszelkie programy, świadczenia i instytucje zajmujące się tą problematyką są ukierunkowane na zapobieganie chorobom i potrzeby zdrowotne populacji jako całości. Działania takie to działania zorganizowane według określonego planu, określające priorytety działalności zarówno państwa, jak i innych współuczestników systemu w kształtowaniu jednolitych i skutecznych rozwiązań w ochronie zdrowia.”* (por. Agnieszka Pietraszewska-Macheta, komentarz do art.48 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Komentarz, ABC 2010).

Autorka przytoczonego cytatu trafnie upatruje genezy programów w Narodowym Programie Zdrowia na lata 2007-2015 (dokumencie programowym przyjmowanym w drodze uchwały Rady Ministrów) oraz koncepcji promocji zdrowia wynikającej z Karty Ottawskiej Promocji Zdrowia (1986).

Rozróżnienie na programy zdrowotne i programy polityki zdrowotnej zostało uznane za konieczne, gdyż programy zdrowotne opracowywane, wdrażane realizowane i finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia są już w obecnym stanie prawnym ujęte w rozporządzeniu Ministra Zdrowia wydanym na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i podlegają ocenie Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji na podstawie przepisów rozdziału 1a działu II tej ustawy (wymagają rekomendacji), a programy opracowywane, wdrażane realizowane i finansowane przez ministrów oraz jednostki samorządu terytorialnego podlegają ocenie tej Agencji na podstawie art. 48 ww. ustawy (podlegają zaopiniowaniu).

Programy zdrowotne oraz programy polityki zdrowotnej, zgodnie z przewidzianymi w ustawie regulacjami, dotyczą w szczególności:

- 1) ważnych zjawisk epidemiologicznych;
- 2) innych niż określone w pkt 1 istotnych problemów zdrowotnych dotyczących całej lub określonej grupy świadczeniobiorców przy istniejących możliwościach eliminowania bądź ograniczania tych problemów;
- 3) wdrożenia nowych procedur medycznych i przedsięwzięć profilaktycznych.

Zgodnie z przyjętymi w ustawie z dnia 227 sierpnia 2004 r. przepisami projekt programu polityki zdrowotnej jest przekazywany do Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w celu jego zaopiniowania, chyba że program polityki zdrowotnej stanowi kontynuację programu realizowanego w poprzednim okresie. Agencja sporządza opinię w sprawie projektu programu polityki zdrowotnej na podstawie kryteriów, o których mowa w:

- 1) art. 31a ust. 1 - w przypadku programów polityki zdrowotnej opracowanych przez ministra;
- 2) art. 31a ust. 1 i art. 48 ust. 4 - w przypadku programów polityki zdrowotnej opracowanych przez jednostkę samorządu terytorialnego.

Należy przy tym wyjaśnić, że kryteria, o których mowa w art. 31a ust. 1, są kryteriami, w oparciu o które dokonywana jest ocena świadczenia opieki zdrowotnej stanowiąca podstawę do zakwalifikowania tego świadczenia, jako świadczenia gwarantowanego w zakresie, o którym mowa w art. 15 ust. 2 pkt 1-8 i 10-13 ustawy. Przedmiotowe kryteria zostały określone w sposób następujący:

- 1) wpływ na poprawę zdrowia obywateli przy uwzględnieniu:
  - a) priorytetów zdrowotnych określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 31a ust. 2,

- b) wskaźników zapadalności, chorobowości lub śmiertelności określonych na podstawie aktualnej wiedzy medycznej;
- 2) skutki następstw choroby lub stanu zdrowia, w szczególności prowadzących do:
- a) przedwczesnego zgonu,
  - b) niezdolności do samodzielnej egzystencji w rozumieniu przepisów o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych,
  - c) niezdolności do pracy w rozumieniu przepisów o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych,
  - d) przewlekłego cierpienia lub przewlekłej choroby,
  - e) obniżenia jakości życia;
- 3) znaczenie dla zdrowia obywateli, przy uwzględnieniu konieczności:
- a) ratowania życia i uzyskania pełnego wyzdrowienia,
  - b) ratowania życia i uzyskania poprawy stanu zdrowia,
  - c) zapobiegania przedwczesnemu zgonowi,
  - d) poprawiania jakości życia bez istotnego wpływu na jego długość;
- 4) skuteczność kliniczną i bezpieczeństwo;
- 5) stosunek uzyskiwanych korzyści zdrowotnych do ryzyka zdrowotnego;
- 6) stosunek kosztów do uzyskiwanych efektów zdrowotnych;
- 7) skutki finansowe dla systemu ochrony zdrowia, w tym dla podmiotów zobowiązanych do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych.

Należy zaznaczyć, że sposób, w jaki Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji opiniuje projekt programu, tj. przede wszystkim kryteria, jakie tej ocenie służą, determinuje jednocześnie sposób opracowywania przedmiotowego projektu. Istotnym w tym zakresie jest również fakt, że minister oraz jednostka samorządu terytorialnego zostali obowiązani do sporządzenia projektu programu polityki zdrowotnej na podstawie map potrzeb zdrowotnych, o których mowa w art. 95a ust. 1 i 6 ustawy.

Nie jest zatem zgodne z prawdą twierdzenie wnioskodawców, jakoby „swoboda organów przygotowujących i wdrażających programy nie była w żaden sposób ograniczona (...), nie wprowadzono również jakichkolwiek kryteriów, mających rozstrzygać o podejmowaniu in casu skutecznych, bezpiecznych i uzasadnionych działań w stosunku do konkretnych jednostek.

W świetle powyższego, trudno zgodzić się również z tezą, zgodnie z którą wyposażenie określonych podmiotów w możliwość realizacji programów zdrowotnych stanowiła jakiegokolwiek naruszenie art. 68 ust. 2 zdanie 2 Konstytucji, tym bardziej, że w drodze aktów wykonawczych do ustawy zostały określone również wykazy świadczeń gwarantowanych finansowanych ze środków publicznych. Ustawa w obydwu przypadkach definiuje jednak w sposób jednoznaczny kryteria, z uwzględnieniem których zarówno stosowne akty wykonawcze, jak i programy są opracowywane i oceniane.

Trudno również zgodzić się z opinią wyrażoną przez wnioskodawców, jakoby art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych powodował, że warunki i zakres świadczeń zdrowotnych były unormowane w sposób nieprecyzyjny i niejednoznaczny, a tenże brak klarowności mógł być uznany za samodzielne naruszenie art. 68 ust. 2 Konstytucji. Zasady i tryb kwalifikowania świadczeń opieki zdrowotnej jako świadczeń gwarantowanych, a także zasady opracowywania programów zdrowotnych oraz programów polityki zdrowotnej zostały scharakteryzowane powyżej. Należy podkreślić, że w obydwu przypadkach zasady te są w sposób jasny określone w ustawie, a następnie odzwierciedlone w stosownym akcie wykonawczym bądź też programie.

Wnioskodawcy podnoszą, że w odróżnieniu od typowych aktów normatywnych programy zdrowotne nie muszą podlegać publikacji, a zakres i warunki udzielania świadczeń zdrowotnych na ich podstawie mogą być dowolnie określane przez podmioty przygotowujące i wdrażające programy zdrowotne, niezależnie od ukształtowania ustawowego systemu tych świadczeń. Podniesiono również, że w związku z powyższym programy mogą opierać się na najbardziej nieracjonalnych różnicowaniach w dostępie do świadczeń medycznych. Raz jeszcze należy zaznaczyć, że programy polityki zdrowotnej – z wyjątkiem sytuacji, w których stanowią kontynuację programów realizowanych w poprzednim okresie – są poddawane opinii Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, która to opinia jest sporządzana w oparciu o kryteria tożsame z kryteriami, uwzględnianymi przy ocenie będącej podstawą do zakwalifikowania świadczenia opieki zdrowotnej jako świadczenia gwarantowanego.

Z ogólnikowości określonej w art. 48 ust. 1 ustawy podstawy prawnej dla opracowywania programów zdrowotnych wynika również – zdaniem wnioskodawców – brak zapewnienia poszanowania dla ochrony podstawowych wartości konstytucyjnych, takich jak godność człowieka. Teza ta nie znalazła jednak w złożonym wniosku

szerszego uzasadnienia, zatem trudno znaleźć argumenty, które miałyby za nią przemawiać.

Konkludując należy stwierdzić, że przepis art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych powinien być interpretowany w związku z ww. art. 15 ust. 2, art. 31a oraz art. 31d tej ustawy. Dopiero norma odtworzona na podstawie ww. przepisów pokazuje, że zakres programów zdrowotnych (programów polityki zdrowotnej) i warunki ich realizacji nie są ustalane wyłącznie w programie, ale wynikają z ww. przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. W odniesieniu do powoływanego we wniosku wyroku Trybunału Konstytucyjnego z dnia 28 lutego 2005 r., sygn. akt P 7/03, w którym stwierdzono niezgodność art. 53 ust. 2 oraz ust. 4 pkt 1 i 2. ustawy z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz. U. Nr 28, poz. 153, z późn. zm.), uchylonej ustawą z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz. U. Nr 45, poz. 391, z późn. zm.) z art. 68 ust. 2 Konstytucji, należy podnieść, że niekonstytucyjne przepisy upoważniały kasę chorych do określania zasad dostępności i sposobów rozliczania kosztów świadczeń zdrowotnych w umowach między kasą chorych a świadczeniodawcami, które regulowały w szczególności rodzaj i zakres udzielanych świadczeń oraz warunki i zasady udzielania świadczeń. Z przepisów tych wynikała zupełnie inna norma, niż ta, którą można wyinterpretować z art. 48 ust. 1 w związku z art. 5 pkt 30, art. 15 ust. 3 pkt 13 i art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w obecnym brzmieniu. Przepisy, uznane ówczesnie za niekonstytucyjne umożliwiały regulację zakresu i warunków świadczeń przez kasę chorych w umowach ze świadczeniodawcami. Natomiast obecnie obowiązujące przepisy określają zakres i warunki świadczeń w ustawie i w rozporządzeniach.

W opinii wnioskodawców zaskarżone przepisy naruszają zasadę wyłączności ustawowej, poprzez wprowadzenie swoistego „upoważnienia” dla określonych podmiotów do wydawania aktów pozaustawowych, nienależących do konstytucyjnych źródeł prawa, a przez to naruszają art. 87, art. 92 ust. 1 oraz art. 94 Konstytucji RP. Należy przy tym wyraźnie podkreślić, że program zdrowotny ani program polityki zdrowotnej nie są aktami prawnymi. Zgodnie z przyjętymi w ustawie definicjami, **programem polityki zdrowotnej jest zespół zaplanowanych i zamierzonych**

**działań z zakresu opieki zdrowotnej** ocenianych jako skuteczne, bezpieczne i uzasadnione, umożliwiających osiągnięcie w określonym terminie założonych celów, polegających na wykrywaniu i zrealizowaniu określonych potrzeb zdrowotnych oraz poprawy stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców, **opracowany, wdrażany, realizowany i finansowany przez ministra albo jednostkę samorządu terytorialnego**. Natomiast **program zdrowotny to zespół zaplanowanych i zamierzonych działań z zakresu opieki zdrowotnej** ocenianych jako skuteczne, bezpieczne i uzasadnione, umożliwiających osiągnięcie w określonym terminie założonych celów, polegających na wykrywaniu i zrealizowaniu określonych potrzeb zdrowotnych oraz poprawy stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców, **opracowany, wdrażany, realizowany i finansowany przez Fundusz**.

Prowadzenie działań w rozważanym zakresie, tj. opracowywanie i realizacja oraz ocena efektów programów polityki zdrowotnej wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców danej jednostki samorządu terytorialnego, należy do zadań własnych gminy, powiatu oraz samorządu województwa. Zgodnie z przepisami ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych opracowywanie, finansowanie i ocena efektów programów polityki zdrowotnej, a także nadzór nad ich realizacją należy również do zadań ministra właściwego do spraw zdrowia.

Podjęcie i realizacja przedmiotowych zadań stanowi rodzaj pozalegisłacyjnych działań władz publicznych w obszarze ochrony zdrowia, u podstaw których leży zapewnienie efektywnego wdrożenia wynikającej z art. 68 ust. 2 Konstytucji RP zasady równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Należy przy tym dodatkowo zaznaczyć, że – w świetle zmian wprowadzonych ustawą z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw – podstawą do podjęcia przez ministra oraz jednostkę samorządu terytorialnego tego typu działań pozalegisłacyjnych, będą mapy potrzeb zdrowotnych. Przedmiotowe mapy będą dokumentami o charakterze analitycznym i jako takie również nie będą miały charakteru legislacyjnego. Dla obszaru województwa sporządzać się będzie regionalną mapę potrzeb zdrowotnych, uwzględniającą specyfikę potrzeb zdrowotnych społeczności lokalnych, a na podstawie wszystkich map regionalnych – Ogólnopolską Mapę Potrzeb Zdrowotnych. Celem ich opracowania jest konieczność podjęcia działań zmniejszających nierówności w opiece zdrowotnej, poprzez wypracowanie narzędzi lepszego identyfikowania potrzeb zdrowotnych, jak również prowadzenia okresowych

ocen skuteczności podejmowanych działań na rzecz poprawy stanu zdrowia ludności. Celem analizy na poziomie regionalnej mapy potrzeb zdrowotnych jest określenie obecnej i prognozowanej sytuacji demograficznej i zdrowotnej społeczności w odniesieniu do dostępnych zasobów i infrastruktury ochrony zdrowia oraz wskazanie obszarów wymagających podjęcia odpowiednich działań ze strony państwa. Wartości wskaźników obliczonych dla jednostek na najniższym poziomie analizy powinny być odnoszone do wartości wskaźników dla poziomów wyższych lub do wartości pożądanych ustalonych przez organizacje krajowe, międzynarodowe lub zdefiniowanych na podstawie literatury. Pozwoli to na zidentyfikowanie obszarów wymagających interwencji ze strony organów państwa lub jednostek samorządu terytorialnego.

Opracowanie Ogólnopolskiej Mapy Potrzeb Zdrowotnych ma na celu dostarczenie analogicznych informacji co w przypadku poziomu regionalnego, z tym że w innym zakresie, tj. w dziedzinach specjalistycznych (np. transplantologii) zabezpieczanych na poziomie całego kraju. Ponadto jej zadaniem jest zapewnienie całościowego zobrazowania analizowanych aspektów na poziomie krajowym przez integrację informacji płynących z analiz regionalnych, co umożliwi identyfikację potencjalnych obszarów, w których wskazane jest podjęcie skoordynowanego działania kilku wojewodów lub właściwych organów państwa.

Mając za podstawę mapy potrzeb zdrowotnych, odpowiednio regionalną albo ogólnopolską, programy polityki zdrowotnej będą stanowiły jeszcze bardziej istotny niż obecnie element działań władz publicznych zmierzających do zapewnienia wynikającej z art. 68 ust. 2 Konstytucji RP zasady równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych.

## **2. Ocena zgodności „Programu leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego na lata 2013-2016 - in vitro” z dnia 23 marca 2013 r. z przepisami ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz Konstytucją RP.**

Na wstępie należy zaznaczyć, że podstawą prawną dla opracowania, wdrożenia, realizacji i finansowania programu zdrowotnego pn.: „Program – Leczenie Niepłodności Metodą Zapłodnienia Pozaustrojowego na lata 2013-2016” był art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Program został zaopiniowany przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, a następnie został



zaakceptowany przez ministra właściwego do spraw zdrowia i przyjęty do realizacji. Program zaczął być realizowany przez podmioty wyłonione w drodze otwartego konkursu ofert z dniem 1 lipca 2013 r., a ostatnim dniem jego realizacji będzie 30 czerwca 2016 r.

Cel Programu został w nim w sposób jasny zdefiniowany, jest nim mianowicie zapewnienie równego dostępu i możliwości korzystania z procedury zapłodnienia pozaustrojowego parom, u których stwierdzono niepłodność kobiety lub mężczyzny, a wyczerpały się inne możliwości jej leczenia albo nie istnieją inne metody jej leczenia, i gdzie kobieta nie ukończyła 40-tego roku życia. Odbiega on w sposób znaczący od przytaczanych przez wnioskodawców wypowiedzi medialnych wyrażających opinie co do intencji wprowadzenia przedmiotowego Programu, które jak się wydaje nie powinny być brane pod uwagę przy rozważaniach w zakresie jego konstytucyjności.

W ramach Programu para ma prawo skorzystać trzykrotnie ze zindywidualizowanej procedury wspomaganego rozrodu. Kolejny cykl pobrania i zapłodnienia komórki jajowej nie może być wykonany bez wykorzystania wcześniej uzyskanych i przechowywanych zarodków. Kwalifikacja do Programu jest dokonywana przez jego realizatorów, tj. podmioty lecznicze, które zostały wyłonione w drodze konkursu ofert.

W Programie przewidziane zostały szczegółowe kryteria kwalifikacji do zapłodnienia pozaustrojowego. Zgodnie z przyjętymi założeniami z Programu mogą skorzystać:

- 1) pary, u których stwierdzono i potwierdzono dokumentacją medyczną, bezwzględną przyczynę niepłodności lub nieskuteczne zgodne z rekomendacjami i standardami praktyki lekarskiej leczenie niepłodności w okresie 12 miesięcy poprzedzających zgłoszenie do Programu, a kobieta w dniu zgłoszenia (pierwszej wizyty u realizatora) do Programu nie ukończyła 40. roku życia. Wskazania do zapłodnienia pozaustrojowego obejmują:

- a. czynnik jajowodowy:

- u pacjentek z trwałym uszkodzeniem jajowodów,
- u pacjentek zdyskwalifikowanych z powodu braku szansy na powodzenie leczenia operacyjnego niepłodności,
- u pacjentek z upośledzoną funkcją jajowodów przy zachowanej drożności lub po nieskutecznej operacji mikrochirurgicznej;

- b. czynnik jajnikowy niepłodności: brak ciąży po co najmniej sześciu cyklach farmakologicznej indukcji jajczkowania,
  - c. endometrioza:
    - I, II stopień, tak jak w lit. d,
    - III, IV stopień, tak jak w lit. a,
  - d. niepłodność niewyjaśnionego pochodzenia (idiopatyczna):
    - u kobiet do ukończenia 35. roku życia, jeżeli trwa dłużej niż 24 miesiące,
    - u kobiet powyżej 35. roku życia, jeżeli trwa dłużej niż 12 miesięcy,
  - e. czynnik męski:
    - w przypadku stwierdzenia gęstości plemników poniżej 3 mln/ml nasienia, w przypadku niepłodności trwającej dłużej niż 12 miesięcy,
    - w przypadku stwierdzenia gęstości plemników 3-15 mln/ml nasienia, w przypadku niepłodności trwającej dłużej niż 24 miesiące;
- 2) pacjenci z odroczonej płodnością z powodów oknologicznych oraz zakaźnych (osoby, u których w wyniku leczenia lub z innych powodów może dojść do utraty płodności w przyszłości).

W Programie przewidziane zostały również kryteria wykluczenia, które stanowią:

- 1) brak możliwości wystymulowania lub pobrania komórek rozrodczych od jednego z partnerów;
- 2) potencjalne ryzyko braku prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajczkowania (hormon folikulotropowy – FSH powyżej 15 mU/mL w 2-3 dniu cyklu lub hormonu antymullerowski AMH poniżej 0,5 ng/mL);
- 3) nieodpowiednia odpowiedź na prawidłowo przeprowadzoną stymulację jajczkowania, czego wyrazem był brak pozyskania komórek jajowych w 2 cyklach stymulacji;
- 4) nawracające utraty ciąży w tym samym związku;
- 5) wady macicy bezwzględnie uniemożliwiające donoszenie ciąży;
- 6) brak macicy.

Po zakwalifikowaniu się do Programu para nie ponosi żadnych kosztów związanych z procedurą medycznie wspomaganą prokreacji, oprócz kosztów produktów leczniczych stosowanych w celu stymulacji jajczkowania. Program obejmuje wszystkie związane z realizacją procedury zapłodnienia pozaustrojowego świadczenia, które są niezbędne dla danej pary i wynikają z jej indywidualnych potrzeb medycznych

w tym zakresie. Program zapewnia możliwość skorzystania z procedury zapłodnienia pozaustrojowego parom, u których stwierdzono niepłodność, a inne możliwości terapeutyczne nie istnieją lub się wyczerpały (i które spełniają ww. kryteria przystąpienia do Programu). W Programie nie został zdefiniowany stan cywilny pary do niego przystępującej, co oznacza, że jest on skierowany zarówno do par będących w związku małżeńskim, jak i par, które takiego związku nie zawarły.

Zgodnie z treścią Programu w jednym cyklu stymulowanego jajczkowania można zapłodnić do sześciu komórek jajowych u pacjentek do ukończenia 35. roku życia. Natomiast po dwóch nieudanych próbach związanych z zapłodnieniem 6 komórek jajowych dopuszcza się możliwość zapłodnienia wszystkich uzyskanych komórek.

Zgodnie z założeniami Programu dopuszczalny jest transfer maksymalnie dwóch zarodków w jednej procedurze przeniesienia zarodków do macicy, przy czym:

- 1) zaleca się transferowanie jednego zarodka, a jedynie w uzasadnionych klinicznie przypadkach dopuszcza się transfer dwóch zarodków;
- 2) u pacjentek powyżej 35. roku życia liczba transferowanych zarodków może ulec zwiększeniu do dwóch;
- 3) w przypadku zaistnienia przyczyn wykluczających wykonanie transferu w cyklu stymulowanym wszystkie zarodki są przechowywane.

Program przewiduje ponadto, że zastosowana metoda zapłodnienia, liczba zapładnianych komórek jajowych, liczba transferowanych zarodków oraz czas transferu zarodków do macicy powinny być uzależnione od wskazań do procedury, potencjału rozrodczego i wieku kobiety oraz wyników embriologicznych.

Ponadto należy zaznaczyć, że Program nie przewiduje dawstwa komórek rozrodczych i zarodków.

Metoda leczenia niepłodności w drodze zapłodnienia pozaustrojowego stosowana jest w Rzeczypospolitej Polskiej od 25 lat, mimo to dostęp do niej głównie z powodów finansowych był ograniczony. Na podstawie rozważanego Programu procedura ta została po raz pierwszy objęta finansowaniem ze środków publicznych. Należy przy tym odnotować, że zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. poz. 1520, z późn. zm.) leczenie niepłodności innymi metodami jest finansowane ze środków publicznych. Zastrzeżenia wymaga jednak fakt, że wskazanie rozpoznań identyfikujących świadczenia gwarantowane nie oznacza, że wszystkie metody leczenia są finansowane ze środków publicznych w taki sam sposób. Ze środków publicznych jest finansowany dostęp do poradnictwa położniczego i

ginekologicznego, w tym do badań laboratoryjnych i procedur diagnostycznych w ramach świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej – zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. poz. 1413, z późn. zm.).

W świetle wymienionych powyżej przepisów, w ramach świadczeń gwarantowanych, poza wspomnianym poradnictwem i diagnostyką, finansowane jest również zachowawcze leczenie farmakologiczne, leczenie chirurgiczne oraz proste techniki rozrodu wspomaganego medycznie. Zaawansowane techniki rozrodu wspomaganego medycznie, w tym procedura zapłodnienia pozaustrojowego, nie są finansowane w tym trybie. Koszty tych świadczeń są pokrywane jedynie w ramach przyjętego i realizowanego przez Ministra Zdrowia programu zdrowotnego pn.: „Program – Leczenie Niepłodności Metodą Zapłodnienia Pozaustrojowego na lata 2013-2016”.

Przedstawiając powyższe należy w sposób jednoznaczny podkreślić, że ww. Program nie jest aktem prawnym, nie konstytuuje zatem norm prawa powszechnie obowiązującego, tym bardziej nie reguluje w sposób generalny i abstrakcyjny – wbrew opinii przedstawionej przez wnioskodawców – kwestii zakresu i warunków leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego, zapewnia jedynie dostęp do przedmiotowej procedury. Pewne wymagania i standardy są oczywiście stawiane podmiotom będącym realizatorami Programu, aczkolwiek wynikają one jedynie z zawartych z Ministrem Zdrowia umów. Tym samym postanowienia przedmiotowych umów wiążą wyłącznie podmioty biorące udział w Programie i tylko w zakresie, w jakim realizują one Program (nie dotyczą działalności komercyjnej prowadzonej przez te podmioty). Program nie reguluje zatem w sposób generalny postępowania z komórkami rozrodczymi i zarodkami. W Programie określone zostały kryteria i warunki w nim uczestnictwa – mają one jednak zastosowanie wyłącznie do osób, które decydują się na skorzystanie z Programu i które, po dokonaniu zakwalifikowania tych osób do Programu (kwalifikacja ma charakter wyłączenie medyczny) będą uczestnikami Programu.

Wnioskodawcy stwierdzają, że *„przyjęcie programu było od samego początku traktowane jako wątpliwe konstytucyjnie”*, przytaczając na poparcie tej tezy wypowiedzi przedstawicieli ugrupowań parlamentarnych. Z przedstawionymi w ten sposób argumentami trudno jednak polemizować, nie sposób bowiem odnosić się do

cytowanych w sposób luźny zrębów wypowiedzi prasowych poszczególnych parlamentarzystów, jako że ich walor z punktu widzenia oceny konstytucyjności Programu jest wątpliwy.

Wnioskodawcy przytaczają również treść odpowiedzi udzielonych przez Ministra Zdrowia na interpelacje poselskie dotyczące Programu wskazując, że obrazują one rzeczywiste przyczyny jego wdrożenia. Z przytoczonych fragmentów wynika jednak wyłącznie, że:

- Program nie jest dokumentem rządowym, a programem zdrowotnym ministra właściwego do spraw zdrowia (wydanym podobnie jak wszystkie inne programy zdrowotne w oparciu o przepis art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych), należy przy tym zaznaczyć, że przywołany art. 48 ustawy nie przewiduje możliwości opracowania i realizacji programu polityki zdrowotnej przez Radę Ministrów,
- Program nie jest aktem prawnym – jest programem zdrowotnym, nie podlega zatem zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie regulacjami procedurze legislacyjnej właściwej dla aktów prawnych,
- w Programie przyjęto pewne zasady i warunki uczestnictwa w nim i jego realizacji, w tym dotyczące tworzonych w drodze procedury zapłodnienia pozaustrojowego zarodków (z zastrzeżeniem, że obowiązują one wyłącznie uczestników Programu oraz podmioty będące realizatorami Programu, co więcej wyłącznie w zakresie, w jakim go realizują).

Przedmiotowe informacje są zgodne ze stanem faktycznym, co więcej są one właściwe dla wszystkich programów zdrowotnych (obecnie programów polityki zdrowotnej) przyjętych i realizowanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

Wśród zastrzeżeń o charakterze ogólnym w odniesieniu do Programu wnioskodawcy stwierdzają, że z założenia miał on zastępować materię ustawową. Raz jeszcze należy w tym miejscu podkreślić, że Program nie będąc aktem prawnym nie może konstytuować norm prawa powszechnie obowiązującego, zatem nie może zastępować i tym samym nie zastępuje regulacji ustawowej. Funkcjonują bowiem równolegle podmioty, które nie są realizatorami Programu i prowadzą działalność polegającą na leczeniu niepłodności także metodami medycznie wspomaganą prokreacji, w tym zapłodnienia pozaustrojowego bez ograniczeń określonych w Programie. Nie można zatem przypisać Programowi charakteru normatywnego, zawierającego normy generalne i abstrakcyjne.

Ponadto, wbrew opinii wnioskodawców, nie ma możliwości przedłużenia obowiązywania Programu. Po zakończeniu jego realizacji będzie natomiast możliwe ewentualne kontynuowanie realizacji procedury zapłodnienia pozaustrojowego w ramach nowego programu polityki zdrowotnej ustanowionego na podstawie art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, co wynika nie tylko z przepisów ustawy, ale również wprost z treści Programu.

Wnioskodawcy wskazują, że Program ingerując w materię praw konstytucyjnych, nie stanowi aktu prawnego, naruszając tym samym art. 87 Konstytucji RP, i jednocześnie art. 68 ust. 2 zdanie 2 ustanawiającym zasadę wyłączności ustawowej w odniesieniu do warunków i zakresu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej. Odniesienie do zarzutu dotyczącego niezgodności z art. 68 ust. 2 zdanie 2 Konstytucji RP jest analogiczne jak odniesienie do zarzutu niezgodności z tym przepisem art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Oдноśnie niezgodności z art. 2 Konstytucji RP należy stwierdzić, że obecnie kwestia postępowania z komórkami rozrodczymi i zarodkami pozostaje prawnie nieuregulowana. Program, nie będąc aktem prawa powszechnie obowiązującego, nie konstytuuje w tym zakresie żadnych norm. Trudno zatem wymagać, aby spełniał wymogi przewidziane dla aktów normatywnych, wynikające z reguł przyzwoitej legislacji. Założenia przyjęte w Programie mocą zawartych umów wiążą jedynie podmioty ten Program realizujące, co więcej wyłącznie w zakresie, w jakim wykonują one czynności w ramach Programu. Niemniej jednak, odnosząc się do przytoczonego przez wnioskodawców zakazu niszczenia zarodków należy wskazać, że Program przewiduje wprost, że „zarodki o prawidłowym rozwoju, które nie zostały przeniesione do macicy, przechowuje się do czasu ich wykorzystania”. Przedmiotowy zapis znalazł również odzwierciedlenie w treści umowy zawartej pomiędzy Ministrem Zdrowia a każdym z realizatorów Programu, zgodnie z którą podmioty te zostały zobowiązane do zapewniającego zachowanie potencjału rozwojowego przechowywania zarodków powstałych w ramach Programu do czasu ich przeniesienia do macicy kobiety, w tym również po wygaśnięciu albo rozwiązaniu umowy, a w przypadku przekształcenia (z wyjątkiem przekształcenia dokonanego w trybie przewidzianym w Kodeksie spółek handlowych) lub likwidacji tego podmiotu leczniczego do zapewnienia przeniesienia

niniejszego zobowiązania na inny podmiot leczniczy udzielający świadczeń zdrowotnych z zakresu medycznie wspomaganej prokreacji. Postępowanie z zarodkami w sposób niezgodny z ww. zapisem będzie skutkowało stosowną karą umowną. Jednocześnie, Minister Zdrowia został – w drodze przedmiotowej umowy – uprawniony do kontrolowania jej wykonywania (zarówno w okresie trwania umowy, jak i po jej wygaśnięciu albo rozwiązaniu), w tym m.in. w zakresie podstępowania z zarodkami.

Trudno zatem zgodzić się z opinią wnioskodawców, aby scharakteryzowany powyżej zakaz niszczenia zarodków miał charakter pozorny bądź niemożliwy do realizacji. Analogiczny brak pozorności dotyczy również pozostałych postanowień Programu – właściwe wykonywanie przewidzianych w nim zadań jest przedmiotem scharakteryzowanej powyżej umowy, podlega stałemu monitorowaniu i kontroli i jest zagwarantowane odpowiednimi karami umownymi.

**Reasumując należy stwierdzić, że Program, o którym mowa we wniosku stanowi odpowiedź na zidentyfikowane problemy zdrowotne, ma swe oparcie w przepisie ustawowym, nie ogranicza w żaden sposób prawa świadczeniobiorców do gwarantowanych ustawą świadczeń opieki zdrowotnej, lecz wyłącznie ustala sposób korzystania, po względem medycznym, z odpowiednich procedur. Kryteria objęcia Programem, nie są ogólne, a jednoznaczne i poparte uwarunkowaniami medycznymi.**

### **3. Uzasadnienie wniosku o pilne rozpoznanie sprawy**

Wnioskodawcy wskazują, że pilna potrzeba rozpoznania sprawy wynika z toczącego się przed Europejskim Trybunałem Sprawiedliwości postępowania ze skargi Komisji Europejskiej złożonej przeciwko Polsce w związku z brakiem transpozycji:

- dyrektywy 2004/23/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 31 marca 2004 r. w sprawie ustalenia norm jakości i bezpiecznego oddawania, pobierania, testowania, przetwarzania, konserwowania, przechowywania i dystrybucji tkanek i komórek ludzkich,
- dyrektywy Komisji 2006/17/WE z dnia 8 lutego 2006 r. wprowadzająca w życie dyrektywę 2004/23/WE Parlamentu Europejskiego i Rady w odniesieniu do niektórych wymagań technicznych dotyczących dawstwa, pobierania i badania tkanek i komórek ludzkich,
- dyrektywy Komisji 2006/86/WE z dnia 24 października 2006 r. wykonująca dyrektywę 2004/23/WE Parlamentu Europejskiego i Rady w zakresie wymagań

dotyczących możliwości śledzenia, powiadamiania o poważnych i niepożądanych reakcjach i zdarzeniach oraz niektórych wymagań technicznych dotyczących kodowania, przetwarzania, konserwowania, przechowywania i dystrybucji tkanek i komórek ludzkich

- w zakresie komórek rozrodczych, tkanek płodowych i tkanek zarodkowych.

Należy w tym miejscu zaznaczyć, że przedmiotowe postępowanie nie ma związku z realizacją Programu, jako że nie stanowi on transpozycji ww. dyrektyw unijnych. Zostaną one wdrożone do polskiego porządku prawnego w drodze procedowanego obecnie projektu ustawy o leczeniu niepłodności (projekt ustawy znajduje się na etapie Stałego Komitetu Rady Ministrów).

Ponadto, wnioskodawcy argumentują, że wszczęcie powyższego postępowania przez Europejski Trybunał Sprawiedliwości potwierdza, że wdrożenie zaskarżonego Programu nie spełnia, w ocenie Komisji Europejskiej, koniecznych standardów ochrony komórek rozrodczych, tkanek zarodkowych oraz tkanek płodu. Należy w tym miejscu wyraźnie podkreślić, że skarga Komisji Europejskiej nie stanowi oceny Programu i przyjętych w nim standardów i założeń, jako że nie będąc aktem prawnym konstytuującym normy powszechnie obowiązujące nie stanowi on wdrożenia przepisów unijnych. Komisja Europejska w złożonej przed Europejskim Trybunałem Sprawiedliwości skardze wskazuje, że polskim prawem brak jest aktów prawnych regulujących określone dyrektywami kwestie postępowania z komórkami rozrodczymi i zarodkami. Nie ocenia tym samym Programu jako takiego.

### **III. Potencjalne skutki stwierdzenia niezgodności z Konstytucją RP art. 48 ust. 1 w związku z art. 5 pkt 30 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych**

Podkreślić należy, iż stwierdzenie niezgodności z Konstytucją RP art. 48 ust. 1 w związku z art. 5 pkt 30 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych będzie miało swoje konsekwencje nie tylko w odniesieniu do zakwestionowanego Programu, ale także do innych obecnie realizowanych programów zdrowotnych (obecnie programów polityki zdrowotnej). Należy mieć na uwadze, iż możliwość realizacji programów polityki zdrowotnej poza ministrami, posiadają również jednostki samorządu terytorialnego. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych nakłada określone obowiązki na gminy, powiaty i samorząd województwa w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej. W ramach



tych działań jednostki samorządu terytorialnego mogą opracowywać i realizować programy polityki zdrowotnej. Programy te dotyczą głównie zdiagnozowanych lokalnie problemów zdrowotnych i są jednocześnie narzędziem realizacji lokalnej polityki zdrowotnej. W przypadku uchylecia podstawy prawnej do tworzenia programów polityki zdrowotnej, jednostki samorządu terytorialnego utracą możliwość wpływania na polepszenie sytuacji zdrowotnej na swoim terenie. Jednocześnie zabraknie realnego narzędzia wypełniania zdań własnych wynikających z ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (art. 7 ust. 1, art. 8 i 9 ww. ustawy).

Według informacji przekazanych przez wojewodów tylko w samym 2012 r. jednostki samorządu terytorialnego realizowały 4.058 programów zdrowotnych. W 2013 r. liczba ta wyniosła 4.235. Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (do 1 stycznia 2015 r. – Agencja Oceny Technologii Medycznych) od początku wprowadzenia wymogu opiniowania projektów programów zdrowotnych tj. od dnia 31 sierpnia 2009 r., wydała 1 094 (dane bez części 2014 r.). Już sama liczba programów zdrowotnych opracowywanych i realizowanych przez jednostki samorządu terytorialnego najlepiej pokazuje, iż jest to ważny instrument realizacji zadań własnych w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej.

Należy ponadto wskazać, iż plan wydatków budżetowych w części 46 - Zdrowie na 2015 r. w ustawie budżetowej na 2015 r. wynosi 4 082 269 tys. zł z czego, zgodnie z działowym planem wydatków, 2 362 415 tys. zł przewidziano w dziale 851 - Ochrona zdrowia, co stanowi ok. 57, 8% całego budżetu. Dodać należy, iż w ramach działu 851 - Ochrona zdrowia, na realizację programów polityki zdrowotnej przewidziano środki w wysokości 796 772 tys. zł, co z kolei stanowi ok. 20 % całego budżetu w części 46 - Zdrowie na 2015 r.

Mając na względzie powyższe dane, ewentualne stwierdzenie niezgodności z Konstytucją RP art. 48 ust. 1 w związku z art. 5 pkt 30 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, niewątpliwie przyczyniłoby się do załamania systemu ochrony zdrowia. .

Ponadto wskazać należy, iż ewentualne orzeczenie przez Trybunał Konstytucyjny niezgodności przepisu, na podstawie którego ww. programy są realizowane przyczyni się do ograniczenia, a w niektórych przypadkach pozbawienia pacjentów dostępu do nowoczesnych metod leczenia, częstokroć ratujących życie, a tym samym może się przyczynić do ograniczenia jednego z chronionych konstytucyjnie praw, tj. prawa do ochrony zdrowia.

**W chwili obecnej realizowane są m.in. następujące programy polityki zdrowotnej (do 1 stycznia 2015 r. – programy zdrowotne), finansowane z części budżetu będącej w dyspozycji Ministra Zdrowia:**

**1. Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce na lata 2012 – 2016.**

Celem programu zdrowotnego pn.: *Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce na lata 2012-2016* jest ograniczenie skutków epidemii HIV/AIDS, poprzez zapewnienie leczenia antyretrowirusowego (ARV), wraz z monitorowaniem jego skuteczności, u pacjentów zakażonych HIV i chorych na AIDS, powodujące zmniejszenie zapadalności i śmiertelności z powodu AIDS w populacji osób żyjących z HIV oraz zmniejszenie ich zakaźności dla populacji osób zdrowych w Polsce.

Specyfika leczenia ARV, a także wszystkie aktualnie zarejestrowane leki antyretrowirusowe dają możliwości leczenia ARV zarówno w warunkach szpitalnych, jak i ambulatoryjnych. Zgodnie z aktualnym stanem zdrowia pacjenci są leczeni ambulatoryjnie i w razie potrzeby - okresowo szpitalnie. Pacjenci mają prawo wyboru ośrodka leczącego i mogą go w ciągu roku zmienić. Generalnie program leczenia ARV jest programem terapii ambulatoryjnej, o ile nie zaistnieją inne wskazania medyczne do hospitalizacji – nie zawsze związane bezpośrednio z zakażeniami HIV. Obecnie leczeniem szpitalnym objętych jest okresowo ok. 1 % pacjentów, a leczeniem ambulatoryjnym około 99%.

Programem leczenia ARV objęte są wszystkie osoby zakażone HIV i chore na AIDS spełniające kryteria medyczne, których możliwość objęcia programem nie pozostaje w sprzeczności z aktualnie obowiązującymi przepisami prawa, w tym również kobiety ciężarne zakażone HIV oraz noworodki urodzone z matek zakażonych HIV, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie standardami. Poza leczeniem ARV osób zakażonych HIV i chorych na AIDS, program obejmuje postępowanie poekspozycyjne po narażeniu na zakażenie HIV po ekspozycjach pozazawodowych wypadkowych.

Dzięki stosowaniu profilaktyki antyretrowirusowej, w grupie noworodków urodzonych przez matki zakażone HIV, zmniejszył się odsetek zakażeń (z 23 % przed rokiem 1989 do poniżej 1% zakażonych HIV noworodków, od momentu wprowadzenia profilaktyki ARV zakażeń wertykalnych).

Obecnie, leczeniem antyretrowirusowym w ramach ww. programu, objętych jest 7931 osób, w tym 112 dzieci. Najważniejsze korzyści płynące z zapewnienia dostępu do leczenia ARV to: stabilizacja liczby zachorowań na AIDS i zauważalny spadek

śmiertelności z powodu AIDS, wydłużenie się okresu przeżycia pacjentów zakażonych HIV i chorych na AIDS, pozwalające na powrót do funkcji społecznych i rodzinnych, zmniejszenie zakaźności tych osób dla populacji osób zdrowych, a także zmniejszenie zapadalności na gruźlicę, która u osób zakażonych HIV i chorych na AIDS występuje jako zakażenie oportunistyczne.

Nadmienić należy, iż plan wydatków na realizację przedmiotowego programu w roku 2015 wynosi 232 787 tys. zł a średni miesięczny koszt leczenia pacjentów w ramach programu ARV wynosi ok. 3500 zł. Kwota przeznaczona na realizację programu stanowi ok. 6 % całego budżetu przewidzianego w planie wydatków budżetowych w części 46- Zdrowie na 2015 r., oraz ok. 29% planu wydatków<sup>1</sup> w dziale 851 – ochrona zdrowia w rozdziale 85149 – Programy Polityki Zdrowotnej<sup>2</sup>. Bezspornym wydaje się zatem fakt, że pozbawienie pacjentów możliwości leczenia ARV, a taki skutek może przynieść uznanie niekonstytucyjności zaskarżonego przez senatorów artykułu, spowoduje pogorszenie stanu zdrowia tej grupy pacjentów, gdyż program **jest jedynym źródłem środków finansowych** z przeznaczeniem na zakup niezbędnych leków umożliwiających walkę z HIV i AIDS w Polsce.

## ***2. Narodowy Program Leczenia Chorych na Hemofilię i Pokrewne Skazy Krwotoczne na lata 2012-2018.***

Chorzy na hemofilię i pokrewne skazy krwotoczne stanowią małą liczbowo grupę (ok. 5000 osób – dorosłych i dzieci, oprócz tego znaczny odsetek osób ze skazami krwotocznymi dotąd niezdiagnozowanymi), co nie znaczy, że ich problemy zdrowotne mogą zostać zmarginalizowane. Ze względu na dużą częstość krwawień ta grupa chorych cechuje się koniecznością częstych porad lekarskich i hospitalizacji, a także wysokimi kosztami leczenia i rehabilitacji.

Na przestrzeni lat 2005-2012 wydatki związane z leczeniem osób chorych na hemofilię wzrosły około czterokrotnie – z kwoty 84 000 000 zł do ponad 334 950 000 zł (wliczając w to środki przeznaczone na program lekowy z NFZ). Zgodnie z zaleceniami Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), minimalny poziom wskaźnika zużycia koncentratu czynnika VIII w przeliczeniu na jednego mieszkańca, pozwalający pacjentom na przeżycie, wynosi 2 j.m. (jednostki międzynarodowe). W Polsce ww. wskaźnik wzrastał sukcesywnie, z 2,1 w 2008 r. do 5 w 2013 r. W krajach rozwiniętych wskaźnik ten jest

---

<sup>1</sup> W planie wydatków uwzględniono także programy wieloletnie.

<sup>2</sup> Obliczenia dokonane w oparciu o „Informację o projekcie ustawy budżetowej na rok 2015 r. w zakresie ochrony zdrowia” Warszawa, październik 2014 r.

znacznie wyższy i wynosi on: we Francji – 7,06; w Finlandii – 10,24; w Wielkiej Brytanii – 7,58; w Irlandii – 7,79 (dane z 2012 r.).

Program jest kontynuacją *Narodowego Programu Leczenia Hemofilii na lata 2005-2011*. Celem Programu jest podniesienie standardów leczenia tej grupy chorych poprzez usprawnienie kompleksowej, wielospecjalistycznej opieki nad nimi oraz optymalizację ich leczenia.

Realizacja Programu przyczynia się do:

- zmniejszenia liczby pacjentów, którzy z powodu wylewów krwotocznych nie mogą się uczyć lub pracować i wcześniej przechodzą na rentę,
- zmniejszenia liczby zgonów,
- zapobiegania artropatii hemofilowej (zapobieganie i właściwe leczenie wylewów dostawowych oraz należyta rehabilitacja), co zmniejsza zapotrzebowanie na bardzo kosztowne u chorych na hemofilię zabiegi ortopedyczne,
- przeprowadzenia koniecznych planowych zabiegów ortopedycznych co poprawi sprawność pacjentów z hemofilią,
- bardziej racjonalnej gospodarki koncentratami czynników krzepnięcia, a tym samym do racjonalizacji wydatków budżetu państwa.

Liczba pacjentów, którzy korzystali z Programu (dorośli i dzieci): 2012 r. – 2.125; 2013 r. – 2.245. Na chwilę obecną nie jest możliwe podanie ilości osób korzystających z programu w roku 2014 z uwagi na trwające rozliczenia.

Aktualnie, realizacja Programu jest **jedynym źródłem finansowania powszechnego dostępu do koncentratów czynników krzepnięcia** dla osób chorych na hemofilię i pokrewne skazy krwotoczne, zarówno w zakresie tzw. leczenia domowego, jak również do zabezpieczenia m.in. zabiegów chirurgicznych. Program lekowy NFZ przeznaczony jest jedynie dla dzieci i tylko w zakresie profilaktyki krwawień. W przypadku braku podstawy prawnej do realizacji programów zdrowotnych (programów polityki zdrowotnej), w przypadku omawianego programu powstanie problem z zaopatrzeniem w koncentraty czynników krzepnięcia co bez wątpienia wpłynie na zagrożenie zdrowia i życia pacjentów. Na realizację przedmiotowego programu zaplanowano kwotę 126 389 tys. zł. co stanowi ok. 3 % całego budżetu przewidzianego w planie wydatków budżetowych w części 46 - Zdrowie na 2015 r., oraz ok. 16 % planu wydatków w dziale 851 – ochrona zdrowia w rozdziale 85149 – Programy Polityki Zdrowotnej.<sup>3</sup>

### **3. Program badań przesiewowych noworodków w Polsce na lata 2015-2018.**

---

<sup>3</sup> Jw.

Celem Programu jest prowadzenie badań przesiewowych noworodków w kierunku wykrycia: hipotyreozy, fenyloketonurii, mukowiscydozy oraz rzadkich wad metabolizmu. Ponadto w kolejnych latach planowane jest zwiększenie liczby badań, m.in. w kierunku wrodzonego przerostu nadnerczy. Działania podejmowane w ramach Programu przyczyniają się do obniżenia umieralności noworodków, niemowląt i dzieci oraz do zapobiegania ciężkiemu i trwałemu kalectwu, wynikającemu z tych wad. Wczesne rozpoznanie i wdrożenie leczenia chorób wrodzonych objętych badaniem przesiewowym, a również obniżenie kosztów leczenia i opieki nad dziećmi z chorobami wrodzonymi.

Główne działania programu to m.in.:

- badania przesiewowe w kierunku hipotyreozy,
- badania przesiewowe w kierunku fenyloketonurii,
- badania przesiewowe w kierunku mukowiscydozy,
- badania przesiewowe w kierunku rzadkich wad metabolicznych,
- wdrożenie nowych badań, w tym w kierunku wrodzonego przerostu nadnerczy,
- zakup materiałów diagnostycznych (testów i odczynników).

Brak realizacji Programu – i przez to nie prowadzenie ww. badań noworodków – może spowodować zaniechanie rozpoczęcia odpowiednio wczesnego leczenia w chorobach, które są wykrywane za pomocą ww. badań przesiewowych. To z kolei rodzi określone skutki dla sytuacji zdrowotnej pacjentów i ich rodzin. W przypadku chociażby fenyloketonurii, brak wczesnego leczenia może doprowadzić nawet do znacznego stopnia upośledzenia rozwoju umysłowego dziecka.

W trakcie realizacji poprzedniej edycji Programu, w latach 2009-2013 wykryto 1394 chorych noworodków. Dzięki temu, możliwe było wczesne rozpoczęcie leczenia i duże ograniczenie potencjalnych kosztów społecznych i kosztów dla systemu ochrony zdrowia w Polsce, wynikających z potrzeby zapewnienia opieki w przypadku niepełnosprawności dziecka w późniejszym okresie życia, wywołanego przez wykrywane przesiewowo choroby. Przykładowo, w ciągu roku, podczas badań przesiewowych, wykrywa się średnio 177 chorych na fenyloketonurię lub hipotyreozę. Jeżeli choroby te nie zostaną wykryte w pierwszym miesiącu życia poprzez badania przesiewowe prowadzą do upośledzenia umysłowego w stopniu ciężkim, które uniemożliwia samodzielne funkcjonowanie i konieczność opieki pielęgnacyjnej oraz utrzymania przez całe życie, a przeżywalność tych chorych jest taka sama jak zdrowych osób. Zakładając, iż średni wiek umieszczenia osoby chorej w specjalnym ośrodku to ok. 5 lat (do tego czasu koszt opieki z reguły ponoszą rodzice), a średni

wiek przeżycia osoby chorej to 65 lat oraz przyjmując iż średni miesięczny koszt utrzymania 1 chorego na poziomie minimum 2.500 zł, otrzymamy kalkulację obrazującą, iż koszt utrzymania 1 chorego przez całe życie wyniesie przy tych założeniach 60 lat x 30.000 zł/rok = 1.800.000 zł, zaś całej populacji wykrytej tylko w ciągu tylko jednego roku (tj. średnio 177 chorych) – 318.600.000 zł (!).

W 2015 r. na realizację Programu przeznaczono kwotę w wysokości 22.772 tys. zł. Kwota przeznaczona na realizację programu stanowi ok. 0,6 % całego budżetu przewidzianego w planie wydatków budżetowych w części 46- Zdrowie na 2015 r., oraz ok. 3 % planu wydatków w dziale 851 – ochrona zdrowia w rozdziale 85149 – Programy Polityki Zdrowotnej.<sup>4</sup>

#### **4. Narodowy Program Wyrównywania Dostępności do Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD na lata 2013 – 2016.**

Realizacja Narodowego Programu Wyrównywania Dostępności do Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD na lata 2013 – 2016 ma na celu przyczynienie się do zmniejszenia występujących różnic w dostępie pacjentów do świadczeń opieki zdrowotnej spowodowanych uwarunkowaniami sprzętowymi, co w dłuższej perspektywie czasowej może przyczynić się również do zmniejszenia zachorowalności i umieralności na choroby układu krążenia, a także ograniczenia skutków ekonomicznych niepełnosprawności i przedwczesnej umieralności.

Głównym celem programu polityki zdrowotnej pn.: Narodowy Program Wyrównywania Dostępności do Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD na lata 2013 – 2016 jest wsparcie podmiotów wykonujących działalność leczniczą poprzez działania na rzecz wyrównywania dysproporcji – uwarunkowanych bazą sprzętową – w dostępie pacjentów do wysokospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych m.in. w dziedzinie kardiologii, kardiochirurgii, neurologii, rehabilitacji neurologicznej, chirurgii naczyniowej. Cel programu realizowany jest poprzez doposażanie i wymianę wyeksploatowanego sprzętu medycznego znajdującego się w jednostkach zajmujących się diagnostyką i leczeniem chorób układu sercowo-naczyniowego, a także poprzez podejmowanie działań ukierunkowanych na zwiększenie świadomości i wiedzy na temat czynników ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego, zwłaszcza tych czynników, którym można skutecznie przeciwdziałać, a więc czynników zależnych od prowadzonego stylu życia.

W ramach realizacji ww. programu, w latach 2013 – 2014, współfinansowano doposażenie dla 4 sal hybrydowych w Polsce (Wrocław, Zamość, Poznań i Gdańsk) na

---

<sup>4</sup> J.w.

łączną kwotę około 6 mln zł, doposażono w sprzęt kardiologiczny ponad 130 podmiotów leczniczych. Dofinansowano zakup m.in. zestawów sprzętu do diagnostyki kardiologicznej dla oddziałów wewnętrznych, USG Doppler oraz dwóch zestawów elektroanatomicznych, a dla oddziałów kardiologii dziecięcej - systemów do prób wysiłkowych z bieżnią, systemów do 24 godzinnego monitorowania zapisu EKG (Holter) oraz echokardiografów. Ponadto, wsparciem objęto oddziały udarowe oraz prowadzące rehabilitację pacjentów po udarze mózgu – dofinansowano zakup respiratorów stacjonarnych, USG z funkcją Duplex, kardiografów impedancyjnych oraz interaktywnych urządzeń wspomagających mechaniczne odtwarzanie funkcji ruchowych kończyny górnej w warunkach rzeczywistości wirtualnej i sprzężenia zwrotnego, a także oprogramowania komputerowego oraz urządzeń wspomagających naukę chodzenia z możliwością odciążenia masy ciała.

Nie bez znaczenia pozostaje okoliczność, iż jedynie dzięki realizacji jednego z zadań tego programu, tj. zadania pn.: Nieoperacyjna naprawa zastawki mitralnej przy użyciu systemu MitraClip u chorych wysokiego ryzyka, zdyskwalifikowanych z leczenia kardiologicznego, możliwe jest realizowanie tego świadczenia u chorych, ponieważ jest ono obecnie finansowane tylko ze środków finansowych ww. programu. Dzięki jego realizacji w latach 2013-2014, możliwe było wykonanie nieoperacyjnej naprawy zastawki mitralnej u 57 pacjentów co wymiarze ekonomicznym przekłada się na koszt 5 089 536 zł (średnia cena zakupu jednego urządzenia MitraClip wynosi ok. 90 tys. zł). Ponadto, warto zaznaczyć, iż na realizację ww. programu dotyczącego chorób układu sercowo-naczyniowego w roku 2015 potrzebne jest 15 929 tys. zł, co stanowi ok. 0,4 % całego budżetu przewidzianego w planie wydatków budżetowych w części 46- Zdrowie na 2015 r., oraz ok. 2% planu wydatków w dziale 851 – ochrona zdrowia w rozdziale 85149 – Programy Polityki Zdrowotnej.<sup>5</sup>

Brak realizacji ww. programu doprowadziłby do pogorszenia stanu opieki kardiologicznej w Polsce oraz całkowicie uniemożliwiłby leczenie pacjentów za pomocą systemu MitraClip.

##### ***5. Zapewnienie samowystarczalności Rzeczypospolitej Polskiej w krew i jej składniki na lata 2015-2020.***

Program definiuje zadania, które w bezpośredni sposób powinny mieć wpływ na pozyskanie nowych dawców krwi, a także na utrzymanie grupy stałych, regularnych dawców. Możliwe będzie zwiększenie bezpieczeństwa systemu ochrony zdrowia, poprzez zminimalizowanie ryzyka przeniesienia chorobotwórczych czynników

---

<sup>5</sup> Jw.

zakaźnych, a także poprawę jakości stosowanej w lecznictwie krwi i jej składników. Realizacja zadań zdefiniowanych w programie będzie miała wpływ na poprawę nadzoru nad gospodarką krwią i jej składnikami w podmiotach leczniczych.

Ponadto, cele programu są zbieżne z regulacjami prawnymi zawartymi w obowiązujących dyrektywach UE i zaleceniach Rady Europy. Zalecają one krajom członkowskim honorowe i nieodpłatne oddawanie krwi oraz konieczność zapewnienia samowystarczalności w zakresie zaopatrzenia w krew i jej składniki oraz preparaty krwiopochodne. Państwa członkowskie Unii Europejskiej powinny podejmować działania wspomagające samowystarczalność Wspólnoty pod względem zaopatrzenia w ludzką krew lub składniki krwi i propagujące dobrowolne nieodpłatne oddawanie krwi i jej składników.

Głównym celem Programu jest zapewnienie samowystarczalności oraz poprawa bezpieczeństwa w zakresie krwi i jej składników.

Cele szczegółowe Programu to:

- promocja i edukacja w zakresie honorowego krwiodawstwa;
- zwiększenie bezpieczeństwa pobieranej krwi poprzez wprowadzenie procedury „Kandydata na dawcę krwi”;
- optymalizacja stosowania składników krwi i produktów krwiopochodnych;
- zapewnienie odpowiednich warunków transportu, gwarantujących uzyskiwanie składników krwi najwyższej jakości.

Na realizację Programu w 2015 r. przeznaczona została kwota w wysokości 9.000 tys. zł, co stanowi ok. 0,22 % całego budżetu przewidzianego w planie wydatków budżetowych w części 46 - Zdrowie na 2015 r., oraz ok. 1,1 % planu wydatków w dziale 851 – ochrona zdrowia w rozdziale 85149 – Programy Polityki Zdrowotnej<sup>6</sup>.

**6. Narodowy Program Ochrony Antybiotyków, w tym Moduł I „Monitorowanie zakażeń szpitalnych oraz inwazyjnych zakażeń bakteryjnych dla celów epidemiologicznych, terapeutycznych i profilaktycznych na lata 2014-2015”.**

Głównym celem *Narodowego Program Ochrony Antybiotyków na lata 2011-2015* jest utworzenie szerokiej koalicji na rzecz realizacji wielosektorowego programu racjonalnej polityki antybiotykowej, koordynacja regionalnych i ogólnopolskich programów na temat monitorowania lekooporności i zużycia leków przeciwbakteryjnych oraz analiza zużycia leków przeciwbakteryjnych w powiązaniu z lekoopornością w różnych środowiskach, a także edukacja i promocja. Poprzednia edycja Programu obejmowała lata 2006-2010.

---

<sup>6</sup> Jw.



Równoległe z obecną edycją *Narodowego Programu Ochrony Antybiotyków* realizowany ma być *Moduł I – Monitorowanie zakażeń szpitalnych oraz inwazyjnych zakażeń bakteryjnych dla celów epidemiologicznych, terapeutycznych i profilaktycznych*, który stanowi uzupełnienie działań prowadzonych w dziedzinie leczenia antybiotykowego.

Cele szczegółowe Programu to:

- zapobieganie lekooporności drobnoustrojów i racjonalizacja stosowania antybiotyków,
- edukacja personelu medycznego obejmująca tematykę zakażeń związanych z opieką zdrowotną, inwazyjnych zakażeń bakteryjnych i terapii antybiotykowej,
- wdrażanie szpitalnej polityki antybiotykowej w polskich szpitalach,
- monitorowanie drobnoustrojów alarmowych,
- monitorowanie bakteryjnych zakażeń inwazyjnych (głównie zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych i sepsy),
- pozyskiwanie wiarygodnych polskich danych epidemiologicznych w zakresie zakażeń szpitalnych i inwazyjnych zakażeń bakteryjnych, które są następnie przekazywane do ECDC (kraje członkowskie UE są zobowiązane do przestrzegania wymagań Wspólnoty w tym zakresie),
- pozyskiwanie wiarygodnych polskich danych epidemiologicznych w zakresie zakażeń związanych z opieką zdrowotną, inwazyjnych zakażeń bakteryjnych i lekooporności, będących bazą do tworzenia krajowych rekomendacji terapeutycznych i profilaktycznych,
- kontynuowanie i rozwijanie współpracy międzynarodowej w zakresie zakażeń związanych z opieką zdrowotną, inwazyjnych zakażeń bakteryjnych, lekooporności i terapii zakażeń.

Jednocześnie, *Moduł I Narodowego Programu Ochrony Antybiotyków* jest odpowiedzią na liczne rekomendacje, decyzje oraz zalecenia wydawane na poziomie Unii Europejskiej i wytyczne Światowej Organizacji Zdrowia, a także regulacje ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2013 r., poz. 947, z późn. zm.). Problem zakażeń związanych z opieką zdrowotną, lekoopornością, rozpoznawaniem i kontrolą bakteryjnych zakażeń inwazyjnych stanowi jeden z priorytetów w obszarze zdrowia publicznego.

Zakażenia związane z opieką zdrowotną stanowią jeden z największych problemów współczesnej medycyny, mogący zaprzepaścić największe sukcesy medycyny np. zabiegowej, neonatologii, hematologii. Prowadzą one do zwiększenia chorobowości, śmiertelności, cierpienia i powodują znaczne zwiększenie kosztów

opieki zdrowotnej i kosztów niemedycznych, a także wzrastającą liczbę roszczeń o charakterze cywilno-prawnym ze strony pacjentów. Najpoważniejsza sytuacja w tym zakresie dotyczy Oddziałów Intensywnej Opieki Medycznej .

Brak realizacji NPOA jak również Modułu I, może spowodować osłabienie całości działań w systemie ochrony zdrowia w Polsce w zakresie głównie antybiotykooporności oraz zakażeń bakteryjnych szpitalnych i pozaszpitalnych jak również konieczność pokrycia kosztów społecznych w tym zakresie.

W 2015 r. na realizację ww. Programu przeznaczona została kwota w wysokości 1.500 tys. zł.

***7. Program Kompleksowej Diagnostyki i Terapii Wewnątrzmacicznej w Profilaktyce Następstw i Powikłań Wad Rozwojowych i Chorób Płodu - jako element poprawy stanu zdrowia płodów i noworodków na lata 2014-2017***

Zgodnie z założeniami Programu, jego głównymi celami jest zastosowanie diagnostyki i wewnątrzmacicznej terapii płodu, która stwarza nowy system opieki nad ciężarną i płodem oraz poprawa stanu zdrowia noworodków poprzez zlikwidowanie powikłań okresu noworodkowego.

Zaprzestanie realizacji omawianego Programu negatywnie wpłynęłoby na ilość przeprowadzanych zabiegów na płodach w Polsce. Rocznie przeprowadzanych było w ramach programu ok. 250 zabiegów, w tym te najbardziej skomplikowane – valwuloplastyka zastawki aortalnej, valwuloplastyka zastawki mitralnej, atrioseptomia balonowa. Należy mieć na uwadze, iż wczesne wykrycie wad i powikłań płodu oraz odpowiednie ich leczenie – w tym zabiegowe – pozwala ograniczyć liczbę powikłań i następstw wad rozwojowych, wpływa na poprawę wewnątrzmacicznego stanu płodu, wydłużenie czasu trwania ciąży oraz na rodzenie się noworodków w lepszym stanie ogólnym. Zapewnienie finansowania tego typu zabiegów w ramach niniejszego programu jest jedynym sposobem dla uratowania życia dziecka.

Poza programami polityki zdrowotnej opisanymi powyżej we właściwości Ministra Zdrowia znajdują się również: „**Narodowy Program Zwalczenia Chorób Nowotworowych**” oraz **program wieloletni na lata 2011 -2020 pn. „Narodowy Program Rozwoju Medycyny Transplantacyjnej”**.

**W odniesieniu do pierwszego z nich stwierdzić należy, iż wskazanie nań we wniosku o stwierdzenie niezgodności aktów normatywnych z Konstytucją RP i ustawą z dnia 27 sierpnia 2014 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej**

**finansowanych ze środków publicznych ma tę zasadniczą wadę, iż wnioskujący powołują się na program, który nie jest realizowany w oparciu o ww. ustawę z dnia 27 sierpnia 2014 r.**

„Narodowy Program Zwalczenia Chorób Nowotworowych” został ustanowiony ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o ustanowieniu programu wieloletniego „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych” (Dz. U. z 2005 r., Nr 143, poz. 1200, z późn. zm.), z uwagi na ówczasnie obowiązujące przepisy o finansach publicznych, które nakazywały przyjmowanie programów wieloletnich w drodze ustaw. Kwota środków zaplanowana na realizację ww. programu w 2015 r. wynosi 250 000 tys. zł, co stanowi ok. 6 % całego budżetu przewidzianego w planie wydatków budżetowych w części 46 - Zdrowie na 2015 r., oraz ok. 31 % planu wydatków w dziale 851 - Ochrona zdrowia w rozdziale 85149 - Programy Polityki Zdrowotnej<sup>7</sup>.

**Również odniesienie się we wniosku do programu wieloletniego na lata 2011-2020 pn. „Narodowy Program Rozwoju Medycyny Transplantacyjnej”, jest chybione, gdyż program ten został przyjęty uchwałą Nr 164/2010 Rady Ministrów z dnia 12 października 2010 r. w sprawie ustanowienia programu wieloletniego na lata 2011 – 2020 pod nazwą „Narodowy Program Rozwoju Medycyny Transplantacyjnej” na podstawie art. 136 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych.**

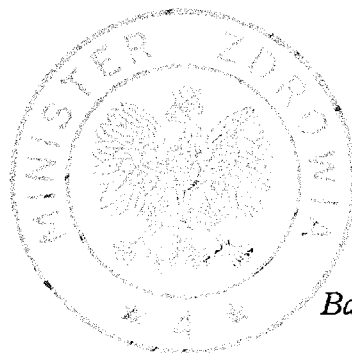
Należy podkreślić, iż w ramach ww. Programu są realizowane m.in. zadania zmierzające do poszerzenia wiedzy społeczeństwa nt. transplantologii oraz zadania zmierzające do zwiększenia dostępności do leczenia przeszczepieniem narządu przez wzrost liczby przeszczepień od dawców żywych i zmarłych (np. przeszczep twarzy). Niewątpliwie Program przyczynił się w pomocy ofiarom w kopalni KW Mysłowice-Wesoła, dla których w ramach budżetu wyasygnowano środki finansowe na procedury przygotowania naskórka do przeszczepienia (hodowlę naskórka). Co więcej, w ramach programu realizowane jest zadanie dotyczące prac remontowo-budowlanych dla ośrodków transplantacyjnych, banków tkanek i komórek oraz medycznych laboratoriów diagnostycznych, co przełoży się na dostępność do leczenia przeszczepieniem oraz niewątpliwie poprawi jakość świadczonych usług medycznych. W 2015 r. na realizację programu zaplanowano kwotę 45 000 tys. zł, co stanowi ok. 1 % całego budżetu przewidzianego w planie wydatków budżetowych w części 46- Zdrowie na 2015 r., oraz

---

<sup>7</sup> Jw.

ok. 6 % planu wydatków w dziale 851 - Ochrona zdrowia w rozdziale 85149 - Programy Polityki Zdrowotnej<sup>8</sup>

Wartym zaznaczenia jest fakt, iż poza programami przedstawionymi powyżej w opiniowaniu Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji znajdują się także inne programy polityki zdrowotnej, które po ich zaopiniowaniu przez Agencję i przyjęciu przez Ministra Zdrowia będą realizowane i finansowane ze środków budżetu państwa. W załączonej tabeli przedstawione zostały programy polityki zdrowotnej, w tym te nad którymi trwają prace i programy wieloletnie planowane do realizacji w 2015 r.



*Bartosz Arłukowicz*

Zał.: 5 egz. pisma.

---

<sup>8</sup> Jw.