



KONWENT PRZEWODNICZĄCYCH SEJMIKÓW WOJEWÓDZTW RZECZPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Barbara Daniel

Dyrektor

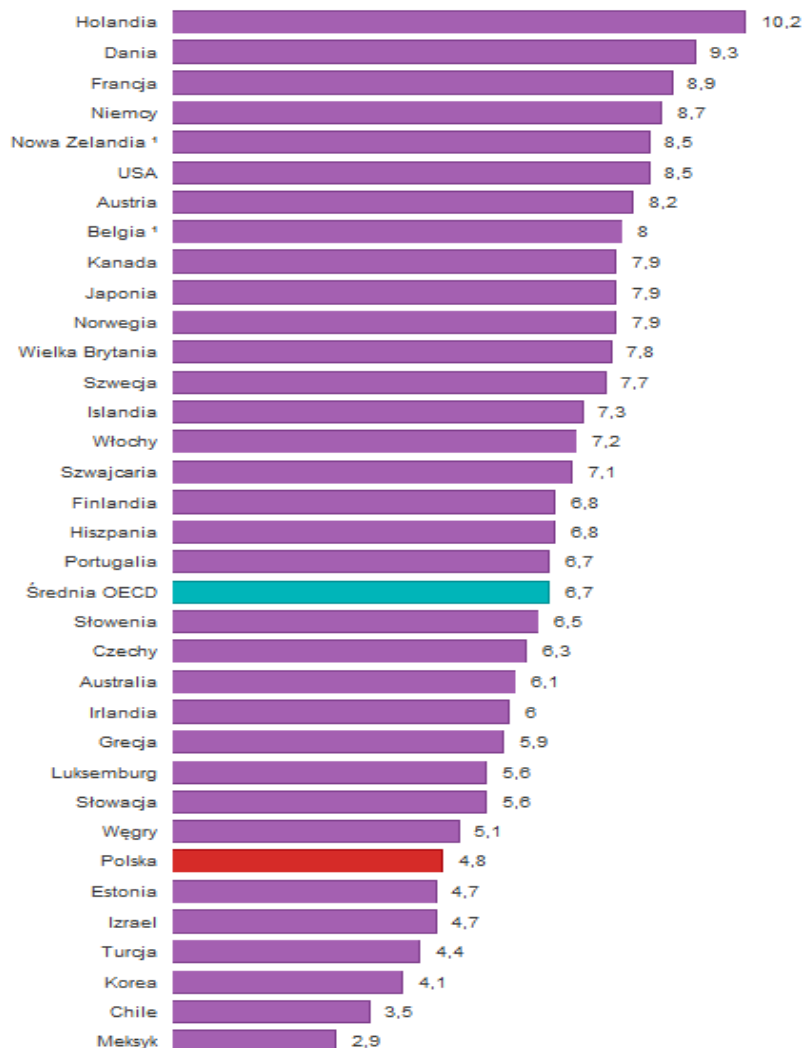
Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej

Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego

Katowice, 5-7 października 2016 roku

Wydatki państw na ochronę zdrowia w relacji do PKB

Wydatki publiczne na zdrowie jako proc. PKB



Spośród **35** krajów analizowanych przez Organizację Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD), do których Polska przystąpiła w roku 1996, najwięcej pieniędzy publicznych na zdrowie przeznaczają Holandia – **10,2** proc. PKB. Na podium znalazła się też Dania **9,3** proc. i Francja **8,9** proc.

Polska znalazła się w ogonie OECD z wynikiem **4,8** proc. PKB, zajmując **28** miejsce.

Dane opublikowano w maju 2014r.

Konkurencja na rynku ochrony zdrowia

Wyszczególnienie	Szpitala	W tym niepubliczne
Śląskie 2001	114	4
2002	113	4
2003	109	4
2004	109	10
2005	113	16
2006	115	21
2007	115	25
2008	112	24
2009	113	30
2010	117	43
2011	121	47
2012	159	89
2013	168	103
2014	186	121

- **Ogromny rozwój sektora niepublicznych podmiotów ochrony zdrowia** – na przykładzie wzrostu liczby niepublicznych szpitali ogólnych w województwie śląskim w latach 2001-2014
- Konieczność uregulowania **warunków prowadzenia działalności komercyjnej** poza kontraktem z NFZ, przy zagwarantowaniu udzielania świadczeń pacjentom korzystającym ze świadczeń finansowanych ze środków publicznych.
Publiczne podmioty lecznicze dysponują ogromnym potencjałem, wykwalifikowaną kadrą medyczną oraz nowoczesnym sprzętem i aparaturą medyczną, które z uwagi na ograniczenia wynikające z wysokości kontraktów pozostają niewykorzystane w pełnym zakresie.

Publiczna misja czy rynek usług?

W opinii społeczeństwa misja publicznych placówek medycznych, rozumiana jest jako obowiązek udzielania szerokiego wachlarza świadczeń, także tych nisko opłacanych przez NFZ. Nie może być ona jednak skutecznie realizowana przez jednostki działające w realiach rynkowych i narażać je na straty finansowe. Nie da się pogodzić działania wedle rachunku ekonomicznego z publiczną misją szpitali, które nie mają możliwości realizowania odpłatnych świadczeń.

Każda jednostka staje przed decyzjami, czy ważniejsze jest wypełnianie owej szczególnej roli na rzecz społeczeństwa, czy też racjonalność ekonomiczna osiągnięta przez selekcję świadczonych usług medycznych.



Przy wyborze tym nie zawsze można kierować się dobrem pacjenta. Ostateczne decyzje o likwidacji nierentownych jednostek szpitalnych zwykle poprzedzane są decyzją o cięciu wydatków m.in. poprzez restrukturyzację zatrudnienia, co bez wątpienia odbija się na standardzie usług oraz komforcie pacjentów. Nie wykorzystuje się również w pełni zaplecza lokalowego i sprzętowego, jakimi szpitale dysponują.

Aneksy zamiast nowych umów z NFZ oraz zbyt niska wycena świadczeń zdrowotnych

Praktyką stosowaną w ostatnich latach przez NFZ stało się aneksowanie umów na wykonywanie świadczeń zdrowotnych przy czym **wartość umowy na kolejny rok pozostawała na tym samym poziomie co w roku poprzednim**, bez uwzględnienia stopnia inflacji.

Aneksowanie umów **pozbawiło na kilka lat podmioty lecznicze możliwości finansowania nowych zakresów świadczeń medycznych** pomimo poniesionych już nakładów np. na zakup nowego sprzętu i aparatury medycznej czy modernizację bazy lokalowej.

Zawieranie umów na krótkie okresy (roczne, półroczne) powoduje brak możliwości planowania w dłuższym okresie czasu.



Poważnym problemem jest niedoszacowanie niektórych świadczeń zdrowotnych. **Brak realnej wyceny świadczeń opieki zdrowotnej powoduje, że występują działalności medyczne rentowne i nierentowne, co m.in. stanowi przyczynę zadłużania się podmiotów leczniczych.**

Ceny proponowane przez NFZ często nie odpowiadają rzeczywistym kosztom ponoszonym przez świadczeniodawców. NFZ nie monitoruje rynku usług medycznych i nie dysponuje realnymi wycenami procedur medycznych w poszczególnych regionach kraju.

Cena za punkt rozliczeniowy od 2012 wynosi niezmiennie 52 zł.

Rozliczanie tzw. nadwykonań przez NFZ

Art. 15 ustawy o działalności leczniczej: Podmiot leczniczy **nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego** osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia.

Obowiązujący system refundowania świadczeń medycznych powoduje wzrost nadwykonań, które rozliczane są dopiero po zakończeniu kwartału lub roku i nie gwarantuje uzyskania zwrotu poniesionych nakładów w pełnej wysokości, co często prowadzi do dużych strat finansowych podmiotów leczniczych.



Także tzw. Pakiet onkologiczny i sposób jego rozliczania przez NFZ stanowi poważny problem dla szpitali. Najważniejszy mankament to nierównomierny podział środków pomiędzy zakresem podstawowym umowy a zakresem skojarzonym – nielimitowanym w Pakiecie onkologicznym.

Zbyt wysoki limit punktów w Pakiecie powoduje wysokie niedow wykonanie ilości punktów onkologicznych, a w zakresie podstawowym umowy znaczne nadwykonania. Ich rozliczenie wymaga akceptacji NFZ, a zapłata za wykonane świadczenia jest opóźniona.

Przeciążenie i niedoszacowanie procedur Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych

Już w 2012 roku Najwyższa Izba Kontroli w swoim Raporcie "Funkcjonowanie Systemu Ratownictwa Medycznego", potwierdziła, że SOR-y są zbyt obciążone, a kolejki generują pacjenci, którzy tak naprawdę nie powinni tam trafić, bo nie znajdują się w stanie zagrożenia życia, a ich stan zdrowia kwalifikuje się do korzystania z podstawowej opieki zdrowotnej, poradni specjalistycznej lub nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej.



Takich pacjentów jest średnio około 30-40%. Alarmujące jest to, że wśród tzw. niebieskich pacjentów spory odsetek stanowią także ci dowożeni przez karetki (wg danych NIK nawet 30 proc. chorych przywożonych przez karetki nie powinno się znaleźć w SOR-ze). SOR-y mają przez to problemy finansowe, a lekarzy coraz mniej interesuje praca na pierwszej linii frontu. Nie da się poprawić sytuacji SOR-ów bez zmian systemowych w AOS i POZ.

Niedobór kadry lekarskiej

W Polsce widoczny jest brak lekarzy specjalistów oraz podwyższenie średniej wieku osób wykonujących ten zawód:

- średni wiek lekarza wykonującego zawód w Polsce wynosi **49,5 lat.**
- średni wiek lekarza posiadającego specjalizację i wykonującego zawód to **54,5 lat.**

Wśród lekarzy **dentystów** średnia wieku wynosi **47,1 lat.**

Średnia wieku lekarza dentysty posiadającego specjalizację, tak samo jak wśród lekarzy, wynosi **54,5 lat.**

Spadek liczby lekarzy powoduje poważne komplikacje w prawidłowym zabezpieczeniu potrzeb zdrowotnych oraz wzmacnia presję na wzrost płac w tej grupie zawodowej.



Ustalanie nowych taryf świadczeń opieki zdrowotnej

Próbą zaradzenia problemowi nieadekwatnych do rzeczywistych cen za świadczenia medyczne oraz zerwania z praktyką ich ustalania przez ten sam podmiot, który w oparciu o ich wysokość zawiera umowy na ich wykonanie, było powierzenie opracowania nowych taryf podmiotowi zewnętrznemu.

Zgodnie z ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz. U. 2015 poz. 581 z późn.zm.) - zwaną dalej ustawą o świadczeniach - **Prezes Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji** (zwanej dalej Agencją) **określa** poprzez ogłoszenie w Biuletynie Informacji Publicznej Agencji **nową taryfę świadczeń opieki zdrowotnej w danym zakresie lub rodzaju**.

Projektowana **nowelizacja ustawy o świadczeniach z marca 2016 r.** zakłada zmianę tego stanu rzeczy i odpowiedzialnym za ogłoszenie nowej taryfy ma być minister właściwy ds. zdrowia.



PREZES

**Rada do spraw
Taryfikacji**

**MINISTERSTWO
ZDROWIA**

Prezes Agencji przedstawi **raport** w sprawie ustalenia taryfy świadczeń i zwraca się do Rady ds. Taryfikacji o wydanie stanowiska w tej sprawie

Rada ds. Taryfikacji w terminie 30 dni od otrzymania raportu w sprawie ustalenia taryfy świadczeń oraz po konsultacjach wyda **stanowisko** w sprawie taryfy świadczeń

Minister właściwy ds. zdrowia określi taryfę świadczeń w drodze obwieszczenia publikowanego w dzienniku urzędowym ministra właściwego ds. zdrowia w terminie 30 dni od otrzymania rekomendacji

Prezes Agencji biorąc pod uwagę stanowisko Rady ds. Taryfikacji wyda **rekomendację** w sprawie ustalenia taryfy świadczeń i niezwłocznie przedstawi ją ministrowi właściwemu ds. zdrowia.

Ustalanie nowych taryf świadczeń opieki zdrowotnej



Aktualnie NFZ ma obowiązek uwzględnić w planie finansowym danego roku kalendarzowego wszystkie taryfy opublikowane w Biuletynie Informacji Publicznej Agencji **do 30 czerwca roku poprzedniego**. Te, które zostały opublikowane po tej dacie – **w roku następnym**.

W związku z powyższym opublikowane i ogłoszone w Biuletynie Informacji Publicznej Agencji **nowe taryfy w roku 2015 r.** począwszy od pierwszej z dnia 27 sierpnia i następne - w zakresie świadczeń gwarantowanych ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej – zostaną zmienione w przedmiotowym zakresie **najwcześniej w styczniu roku 2017.**

Proponowane zmiany w nowelizacji ustawy o świadczeniach mają w założeniu doprowadzić do szybszej implementacji nowych stawek taryf ustalonych przez Agencję.

Zakładają bowiem, że nowe taryfy świadczeń będą uwzględniane przez NFZ w postępowaniach konkursowych, gdy obwieszczenie ministra właściwego ds. zdrowia zostanie opublikowane w dzienniku urzędowym ministra co najmniej **na 6 miesięcy przed ogłoszeniem postępowania**.

Nowelizacja ustawy o działalności leczniczej

W dniu **15 lipca 2016 r.** weszła w życie ustawa z dnia 10 czerwca 2016r. **o zmianie ustawy o działalności leczniczej** (Dz. U. z 2016, poz. 960). Przedmiotowa ustawa wprowadza szereg zmian w regulacjach dotyczących działalności podmiotów leczniczych i nakłada nowe obowiązki na placówki medyczne. Wejście w życie poszczególnych regulacji i nowych zadań rozłożone zostało w czasie. Najważniejsze zmiany dotyczą:



Z dniem wejścia w życie przedmiotowej ustawy, przedsiębiorstwa podmiotów leczniczych stały się zakładami leczniczymi podmiotów leczniczych.

W terminie **do dnia 31 grudnia 2017r.** kierownicy podmiotów wykonujących działalność leczniczą **dostosują ich działalność oraz regulaminy organizacyjne do przepisów wprowadzonych ustawą nowelizującą.** W tym samym terminie podmioty tworzące dostosują statuty podległych jednostek do nowych przepisów

PRZEDSIĘBIORSTWA
Podmiotu leczniczego



ZAKŁADY LECZNICZE
Podmiotu leczniczego

Nowelizacja ustawy o działalności leczniczej

Strata = Program Naprawczy

W przypadku **wystąpienia straty netto** w sprawozdaniu finansowym SPZOZ, kierownik jednostki będzie zobligowany, **w terminie 3 miesięcy** od upływu terminu do zatwierdzenia sprawozdania finansowego, do **sporządzenia programu naprawczego**, na okres nie dłuższy niż 3 lata i przedstawienia go podmiotowi tworzącemu do zatwierdzenia.



Obowiązek ten powstanie **po raz pierwszy w związku ze stratą netto wynikającą ze sprawozdania finansowego za rok 2016** (ewentualnie ze sprawozdania finansowego za pierwszy rok obrotowy rozpoczęty po dniu wejścia w życie ustawy nowelizującej – dla jednostek, dla których rok obrotowy nie jest rokiem kalendarzowym).

Nowelizacja ustawy o działalności leczniczej

Raport o sytuacji ekonomiczno-finansowej

W terminie **do dnia 31 maja każdego roku** kierownik samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej będzie sporządzał i przekazywał podmiotowi tworzącemu **Raport o sytuacji ekonomiczno – finansowej SPZOZ**, na podstawie sprawozdania finansowego za poprzedni rok obrotowy.



Raport zawierał będzie w szczególności **analizę sytuacji ekonomiczno-finansowej jednostki na kolejne 3 lata obrotowe** wraz z opisem przyjętych założeń oraz informację o istotnych zdarzeniach mających wpływ na sytuację ekonomiczno-finansową placówki. Wskaźniki, na podstawie których dokonywana będzie analiza oraz prognoza sytuacji ekonomiczno – finansowej SPZOZ zostaną określone rozporządzeniem Ministra Zdrowia.

Nowelizacja ustawy o działalności leczniczej

Pokrywanie straty w SPZOZ

SPZOZ pokrywa we własnym zakresie stratę netto

Gdy jednak sytuacja taka nie jest możliwa – a dzieje się tak w zdecydowanej większości przypadków – to **podmiot tworzący jest obowiązany w terminie:**

☐ **9 miesięcy** od upływu terminu do zatwierdzenia sprawozdania finansowego SPZOZ **pokryć stratę netto za rok obrotowy tego zakładu w kwocie nie wyższej niż suma straty netto i kosztów amortyzacji**

albo

☐ **12 miesięcy** od upływu terminu określonego powyżej (łącznie daje to okres 21 miesięcy) **wydać rozporządzenie, zarządzenie albo podjąć uchwałę o likwidacji SPZOZ**

- jeżeli strata netto za rok obrotowy po dodaniu kosztów amortyzacji ma wartość ujemną.



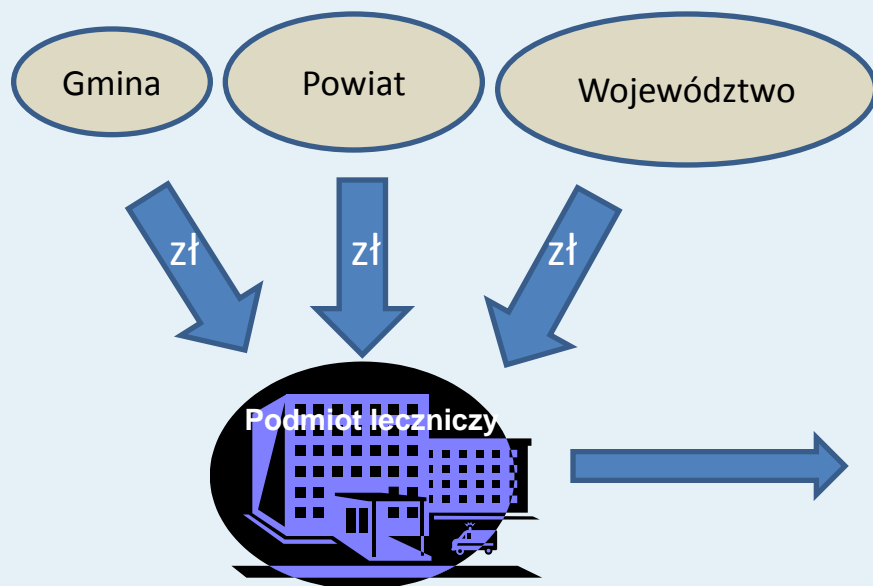
Po nowelizacji ustawodawca **wyłączył możliwość podjęcia przez podmiot tworzący**
- w przypadku wystąpienia straty netto w SPZOZ – **decyzji o zmianie jego formy organizacyjno - prawnej** (przekształcenie w spółkę kapitałową) zamiast pokrycia ujemnego wyniku finansowego.

Nowelizacja ustawy o działalności leczniczej

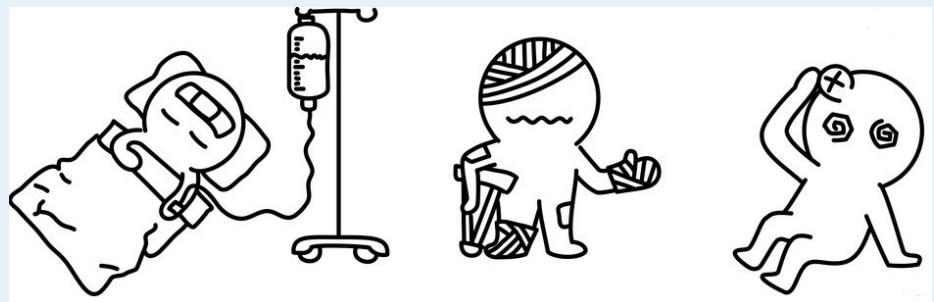
Zakup świadczeń medycznych przez jednostkę samorządu terytorialnego

W nowelizacji przedmiotowej ustawy znalazł się także bardzo kontrowersyjny zapis zmieniający ustawę z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Według wprowadzonych zmian:

„W celu zaspokajania potrzeb wspólnoty samorządowej w zakresie ochrony zdrowia, **jednostka samorządu terytorialnego**, uwzględniając w szczególności regionalną mapę potrzeb zdrowotnych, priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej oraz stan dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej na obszarze województwa, **może finansować dla mieszkańców tej wspólnoty świadczenia gwarantowane.**”



Świadczenia gwarantowane, o których mowa **mają być finansowane na podstawie umowy zawartej pomiędzy jednostką samorządu terytorialnego a świadczeniodawcą** wyłonionym w drodze konkursu ofert.



Nowelizacja ustawy o działalności leczniczej

Ograniczenia w zbywaniu udziałów w spółkach kapitałowych

Po przekształceniu SPZOZ w spółkę kapitałową **wartość nominalna udziałów albo akcji należących do Skarbu Państwa, uczelni medycznej lub jednostki samorządu terytorialnego nie może stanowić mniej niż 51% kapitału zakładowego spółki**. Skarb Państwa, uczelnia medyczna lub jednostka samorządu terytorialnego ma także dysponować bezpośrednio większością głosów na zgromadzeniu wspólników albo na walnym zgromadzeniu.

≤ 51 %

Ponadto w spółce kapitałowej, w której Skarb Państwa, jednostka samorządu terytorialnego lub uczelnia medyczna posiada udziały albo akcje o wartości nominalnej nie mniejszej niż 51% kapitału zakładowego spółki, **nie wypłaca się dywidendy**.



Województwo
Śląskie

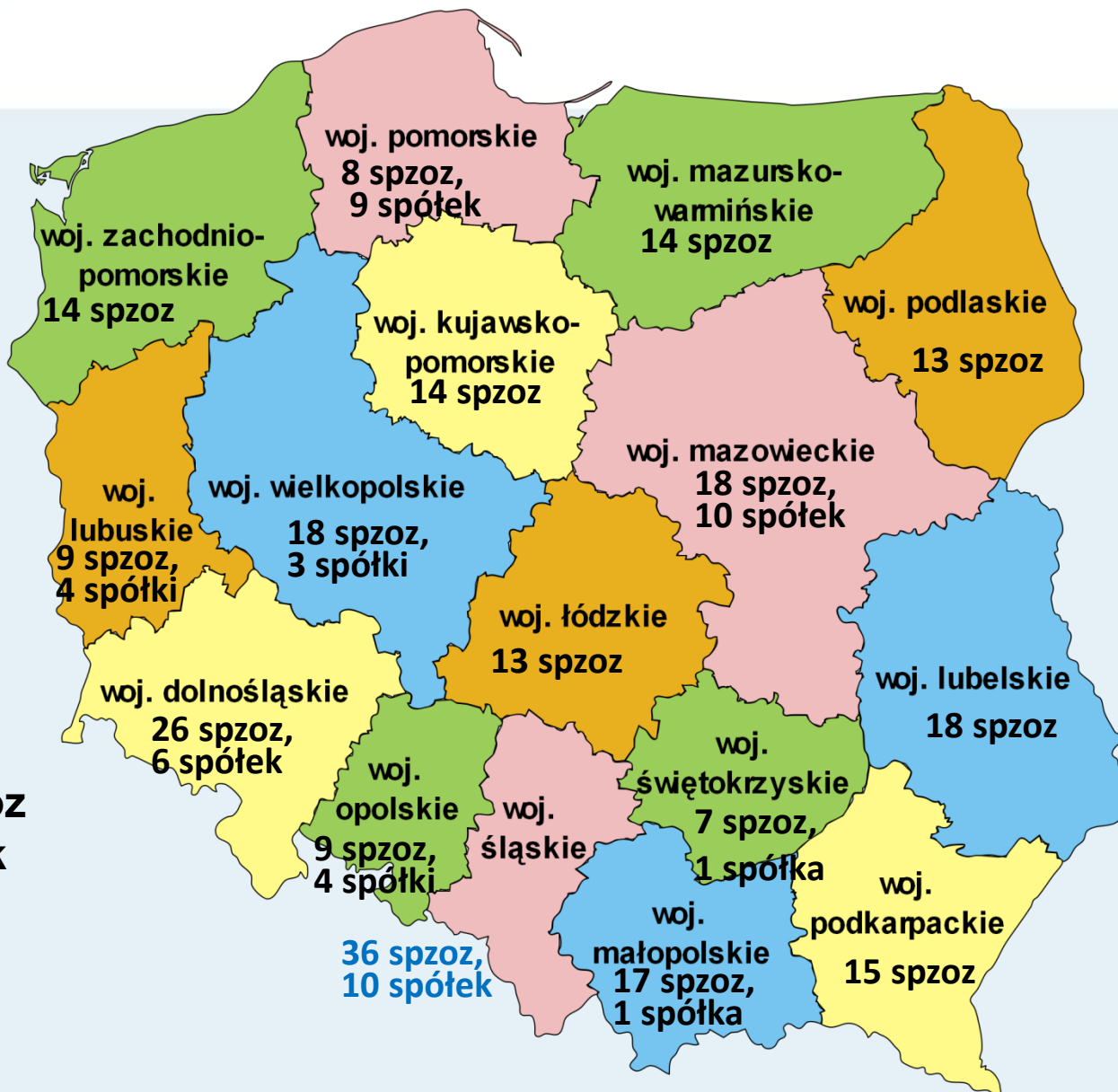


Sytuacja finansowa samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w Polsce – wybrane zagadnienia



Województwo
Śląskie

2016 rok – liczba marszałkowskich sp zoz i wojewódzkich spółek medycznych



Łącznie:
- 249 sp zoz
- 48 spółek

Dynamika zobowiązań ogółem, w tym zobowiązań wymagalnych, sp zoz w Polsce w latach 2012-2015 oraz II kw. 2016

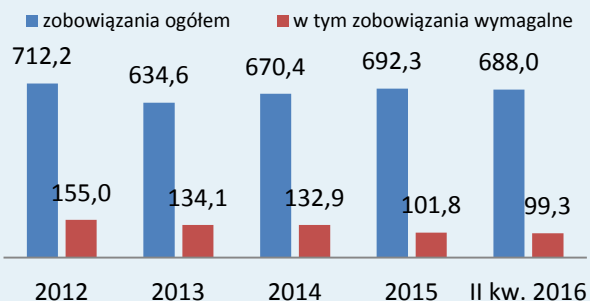
(w mln zł)

Wyszczególnienie	Wartość zobowiązań ogółem, w tym:	wartość zobowiązań wymagalnych	Dynamika zobowiązań wymagalnych w % (rok poprzedni = 100)	Udział zobowiązań wymagalnych w zobowiązaniach ogółem w %
2012	10 661,4	2 474,0	-	23,21
2013	9 922,1	2 015,5	81,47	20,31
2014	10 345,8	1 890,7	93,81	18,28
2015	10 805,6	1 754,3	92,79	16,24
II kwartał 2016	10 974,1	1 939,4	110,55	17,67

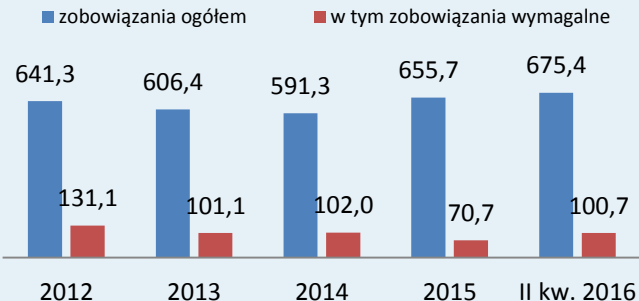
Dynamika zobowiązań ogółem, w tym zobowiązań wymagalnych, sp zoz w podziale na województwa, w latach 2012-2015 oraz II kw. 2016

(w mln zł)

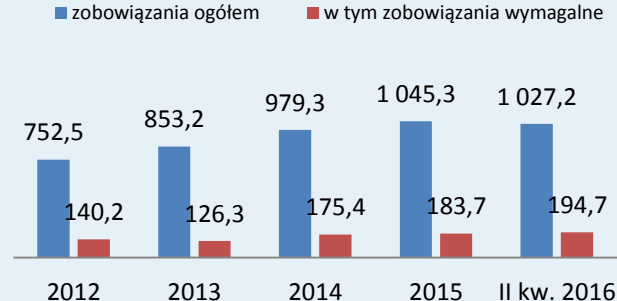
dolnośląskie



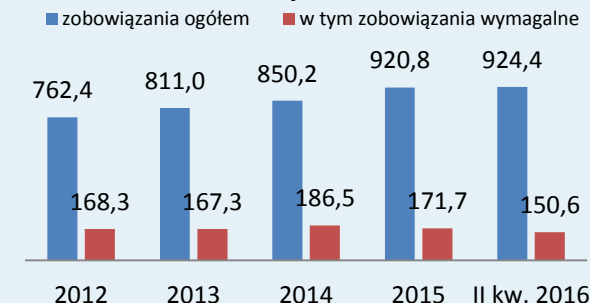
łódzkie



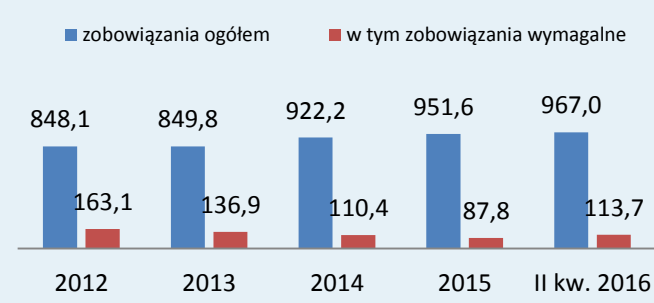
kujawsko-pomorskie



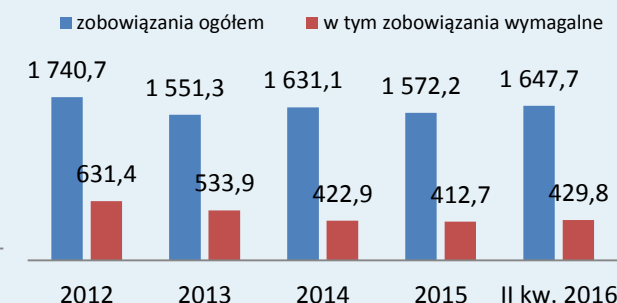
małopolskie



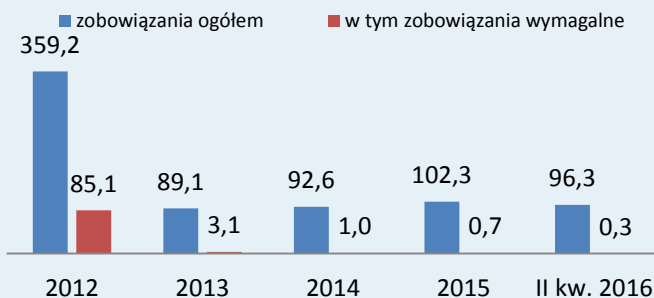
lubelskie



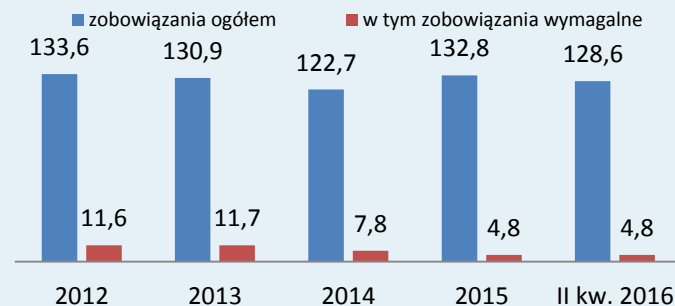
mazowieckie



lubuskie



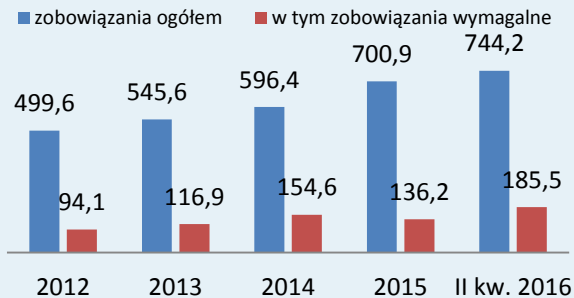
opolskie



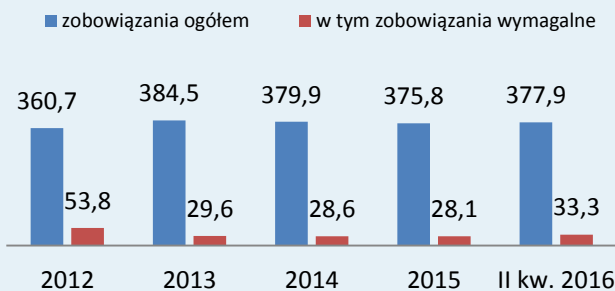
Dynamika zobowiązań ogółem, w tym zobowiązań wymagalnych, sp zoz w podziale na województwa, w latach 2012-2015 oraz II kw. 2016 – c.d.

(w mln zł)

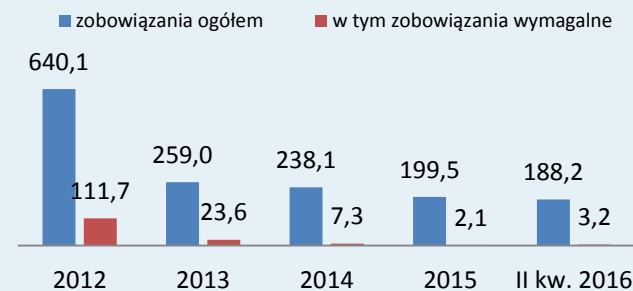
podkarpackie



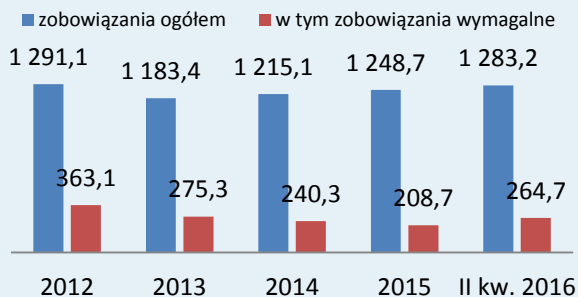
podlaskie



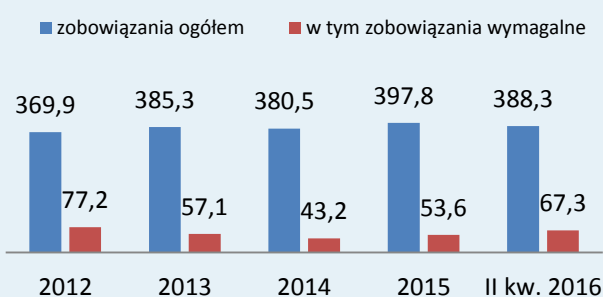
pomorskie



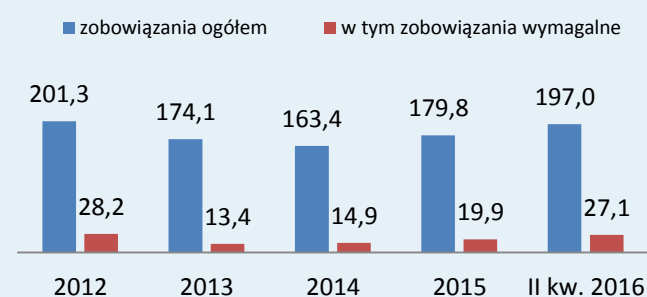
śląskie



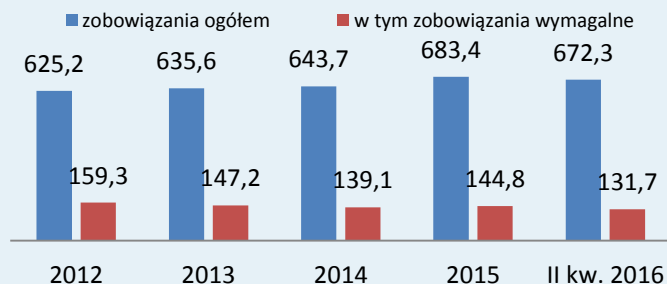
świętokrzyskie



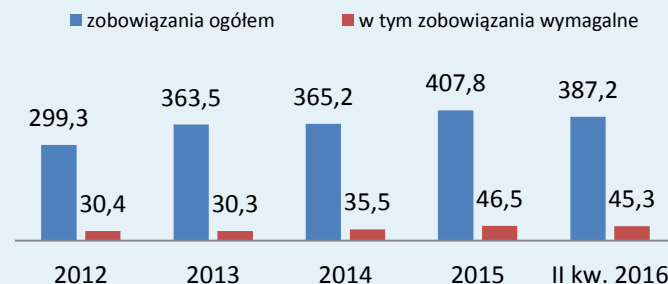
warmińsko-mazurskie



wielkopolskie



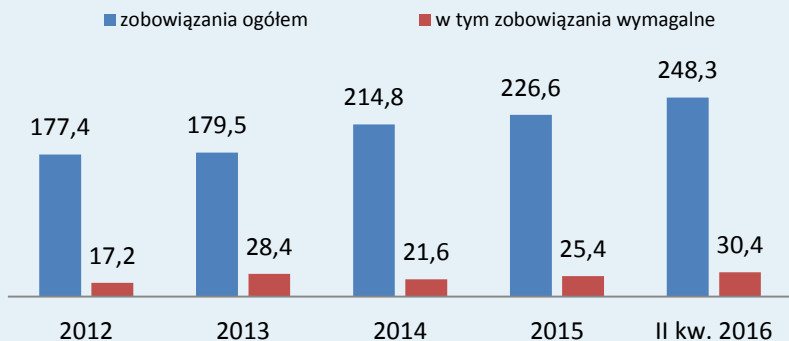
zachodniopomorskie



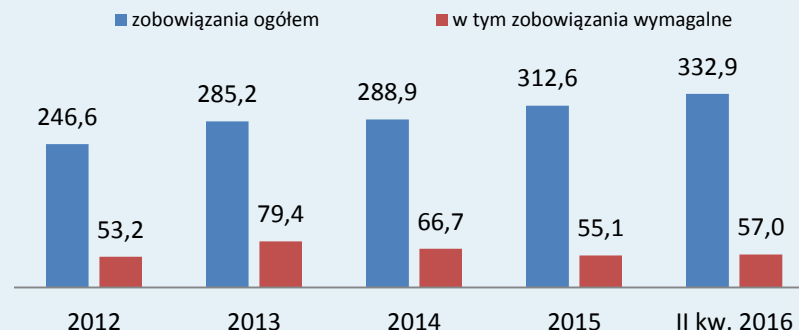
Dynamika zobowiązań ogółem, w tym zobowiązań wymagalnych, sp zoz w podziale na województwa, w latach 2012-2015 oraz II kw. 2016 – c.d.

(w mln zł)

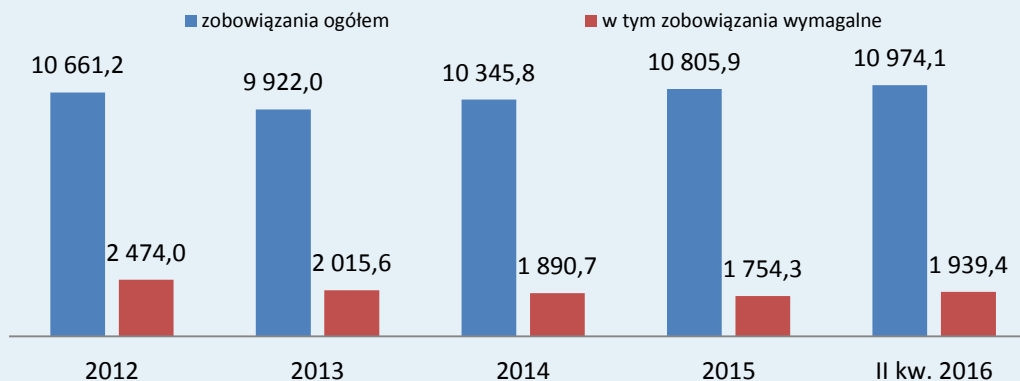
MON



MSWiA



RAZEM



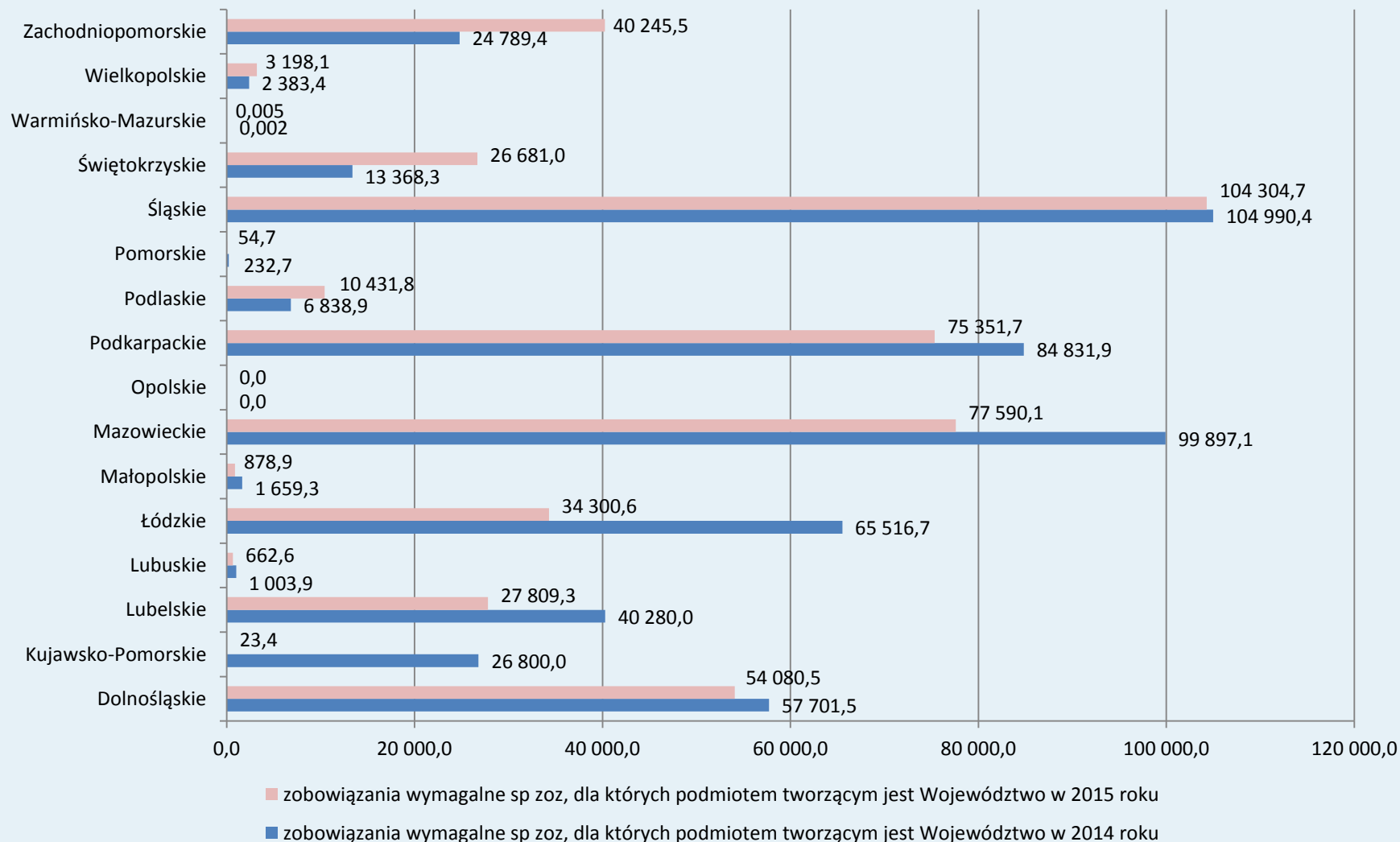
Zobowiązania wymagalne samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w latach 2012-2015 oraz II kw. 2016

(w mln zł)

Województwa	2012	2013	2014	2015	II kw. 2016
Sp zoz z terenu województw + MON + MSWIA, w tym:	2 474,0	2 015,5	1 890,7	1 754,3	1 939,4
sp zoz z terenu województw, w tym:	2 403,6	1 907,8	1 802,4	1 673,8	1 852,0
sp zoz z terenu województwa śląskiego, w tym:	363,1	275,3	240,3	208,7	264,7
podmioty lecznicze utworzone przez Województwo Śląskie	206,9	150,2	105,0	104,3	106,8

Zobowiązania wymagalne sp zoz, dla których Województwa są podmiotem tworzącym, w 2015 roku, w porównaniu do 2014 roku, z podziałem na Województwa

(w tys. zł)



Wyniki finansowe netto sp zoz, dla których Województwa są podmiotem tworzącym, w latach 2010-2015,

z podziałem na poszczególne Województwa

(w zł)

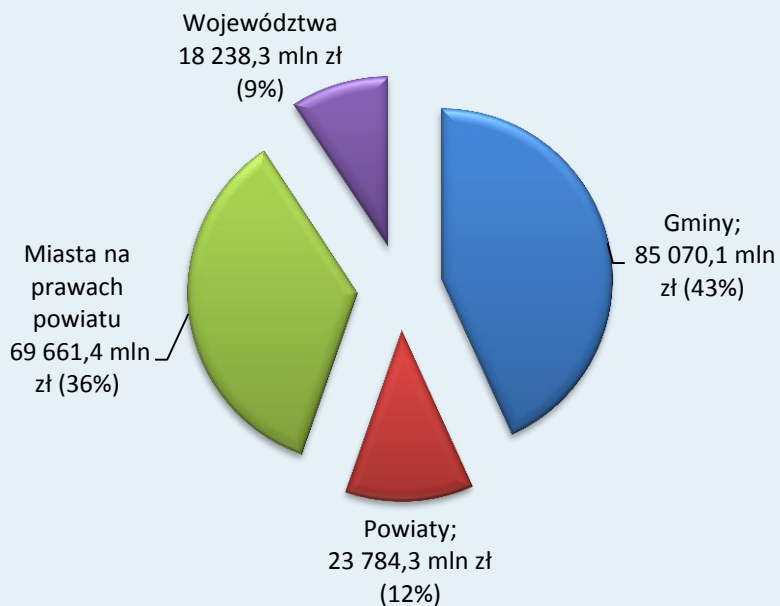
Rok	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2015 rok do 2014
							roku różnica
Dolnośląskie	26 727 503	-4 063 315	16 072 926	4 281 828	-17 025 508	-35 169 932	-18 144 424
Kujawsko-pomorskie	-5 584 704	-18 013 692	-2 755 187	7 008 611	7 317 550	23 462 499	16 144 949
Lubelskie	-28 923 694	-52 807 048	-14 870 130	-463 374	-14 238 741	-15 663 796	-1 425 056
Lubuskie	716 462	-4 500 222	5 019 200	13 326 175	12 455 540	14 870 764	2 415 224
Łódzkie	-13 973 476	-56 331 541	-4 244 005	-1 488 994	-2 890 926	-2 407 998	482 928
Małopolskie	1 740 270	-6 695 158	10 528 909	14 170 912	4 535 892	3 717 980	-817 912
Mazowieckie	-143 433 485	-106 624 049	-79 051 450	-74 923 178	-39 434 332	-23 784 702	15 649 630
Opolskie	-6 808 173	-10 331 000	14 149 000	4 684 000	2 368 654	4 557 329	2 188 674
Podkarpackie	-51 914 039	-41 055 321	-36 305 581	-36 309 217	-57 088 163	-73 936 322	-16 848 159
Podlaskie	-25 175 711	-16 222 663	11 624 241	9 927 171	13 617 584	7 746 465	-5 871 119
Pomorskie	-23 927 486	-51 459 347	-33 269 490	-16 558 345	-29 413 008	3 228 341	32 641 348
Śląskie	-80 528 944	-109 916 980	-52 228 474	14 257 785	-2 087 696	-6 335 996	-4 248 301
Świętokrzyskie	-42 621 595	-27 155 749	-5 997 588	-11 980 503	3 020 484	-16 513 396	-19 533 880
Warmińsko-mazurskie	7 495 500	-1 481 300	9 091 200	11 358 013	2 913	-1 287	-4 199
Wielkopolskie	-22 918 399	-35 174 576	5 766 776	12 308 893	-14 701 028	-360 563	14 340 465
Zachodniopomorskie	28 195 386	11 233 065	17 638 483	7 926 746	7 835 934	-8 426 154	-16 262 087
Razem	-380 934 583	-530 598 896	-138 831 171	-42 473 477	-125 724 850	-125 016 769	708 081

Wydatki na ochronę zdrowia z budżetów samorządów terytorialnych w latach 2013-2014

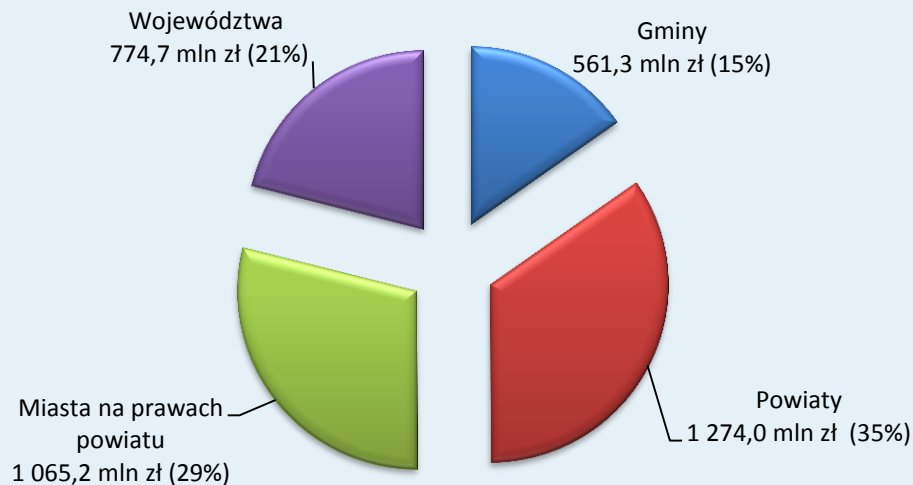
(w mln zł)

Wyszczególnienie	Gminy		Powiaty		Miasta na prawach powiatu		Województwa		Razem	
	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014
Budżety samorządów terytorialnych	79 442,5	85 070,1	22 916,5	23 784,3	64 952,6	69 661,4	16 527,0	18 238,3	183 838,6	196 754,2
Wydatki na ochronę zdrowia	541,6	561,3	1 327,3	1 274,0	1 058,2	1 065,2	927,3	774,7	3 854,4	3 675,2
Udział wydatków na ochronę zdrowia w budżetach	0,68%	0,66%	5,79%	5,36%	1,63%	1,53%	5,61%	4,25%	2,10%	1,87%

Budżety samorządów terytorialnych w 2014 roku

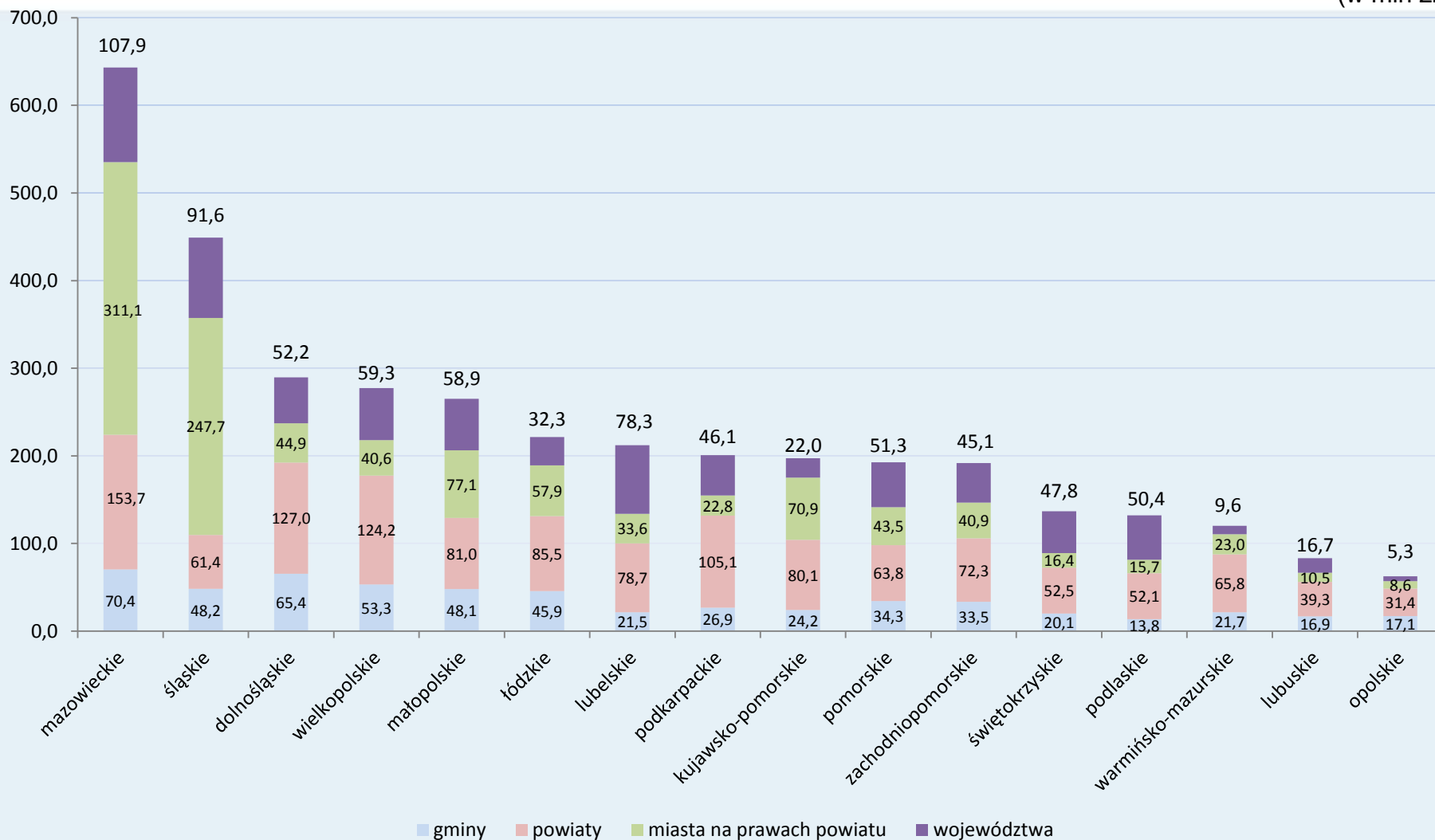


Udział wydatków na ochronę zdrowia w sumie budżetów w 2014 roku



Wydatki na ochronę zdrowia z budżetów samorządów terytorialnych w 2014 roku, z podziałem na poszczególne województwa

(w mln zł)



561,3 mln zł 1 274 mln zł 1 065,2 mln zł 774,7 mln zł

Dziękuję za uwagę

b.daniel@slaskie.pl



Śląskie. Pozytywna energia