

Warszawa, 17 maja 2016 r.

dr Maciej Dercz
Uczelnia Łazarskiego w Warszawie
Wydział Prawa i Administracji
Instytut Prawa Ochrony Zdrowia

Autoreferat informujący o zainteresowaniach i osiągnięciach w działalności naukowo- badawczej w rozumieniu art. 18a ust. 1 ustawy o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki (Dz.U. z 2014 r., poz. 1852 ze zm.)

1. Imię i nazwisko: Maciej Dercz

2. Posiadane dyplomy, stopnie naukowe/artystyczne - z podaniem nazwy, miejsca i rodzaju ich uzyskania oraz tytuł rozprawy doktorskiej

Pracę magisterską na Wydziale Prawa i Administracji Uniwersytetu Łódzkiego na temat *Uchylania się od kary ograniczenia wolności* napisałem w ramach seminarium prowadzonego przez prof. dr hab. S. Lelentala. Dyplom magisterski uzyskałem w październiku 1987 roku.

W latach 1993/94 uzupełniłem swoje wykształcenie poprzez studia podyplomowe odbyte na Uniwersytecie Warszawskim na podyplomowym studium z zakresu *Samorządu Terytorialnego i Rozwoju Lokalnego*.

W latach 1988/90 odbyłem aplikację sędziowską zakończoną w 1992 r. zdaniem egzaminem sędziowskim.

Następnie, kontynuując uzupełnianie swoich kwalifikacji zawodowych w latach 1992/93 odbyłem uzupełniającą aplikację radcowską, zakończoną w 1992 r. zdaniem egzaminem radcowskim.

Przewód doktorski na Wydziale Prawa i Administracji Uniwersytetu Warszawskiego został rozpoczęty w listopadzie 2003 roku z ustalonym tematem pracy: *Rola jednostek samorządu terytorialnego w Polskim systemie ochrony zdrowia*. Rada Wydziału Prawa i



Administracji powierzyła opiekę nad pracą prof. dr hab. H. Izdebskiemu. Recenzentami rozprawy doktorskiej byli prof.: Z. Niewiadomski, C. Włodarczyk i P. Winczorek. Obrona doktoratu miała miejsce w październiku 2004 r.

3. Informacje o dotychczasowym zatrudnieniu w jednostkach naukowych/artystycznych

Od 2003 r. współpracuję z Instytutem Spraw Publicznych w Warszawie w zakresie prawnych aspektów funkcjonowania systemu ochrony zdrowia.

Od 2010 r. jestem koordynatorem merytorycznym (i jednocześnie podstawowym prowadzącym) modułu *Organizacyjno-prawne aspekty zarządzania w ochronie zdrowia* odbywającego się w ramach Pakietu Szkoleń Menedżerskich oraz w ramach MBA w ochronie zdrowia - prowadzonych przez Uczelnię Łazarskiego w Warszawie.

W 2011 r. zostałem dyrektorem Instytutu Organizacji Ochrony Zdrowia Uczelni Łazarskiego a po dokonanych przez władze Uczelni przekształceniach organizacyjnych od 2013 r. jestem p.o. dyrektorem Instytutu Prawa Ochrony Zdrowia Uczelni Łazarskiego.

4. Wskazanie osiągnięcia wynikającego z art. 16 ust. 2 ustawy z dnia 14 marca 2003 r. o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki (Dz. U z 2014 r., poz. 1852 ze zm.)

a) autor/autorzy, tytuł/tytuły publikacji, rok wydania, nazwa wydawnictwa

Osiągnięciem, które w mojej ocenie spełnia kryteria określone w art. 16 ust. 1 ustawy z 14 marca 2003 roku o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki (Dz.U. z 2014 r., poz. 1852 ze zm.), tj. zostało uzyskane po otrzymaniu stopnia doktora i stanowi znaczny wkład w rozwój określonej dziedziny naukowej, jest monografia mojego autorstwa pt. *Konstytucyjne prawo dziecka do szczególnej opieki zdrowotnej*, Wolters Kluwer, Warszawa 2016, ss. 380, poświęcona ustaleniu charakteru prawnego przepisu art.68 ust. 3 Konstytucji RP w odniesieniu do dzieci.

b) omówienie celu naukowego/artystycznego ww. pracy/prac i osiągniętych wyników

Książka *Konstytucyjne Prawo Dzieci do szczególnej opieki zdrowotnej* Wydawnictwa Wolters Kluwer ss.380, Warszawa 2016 r., jest pierwszym monograficznym opracowaniem problematyki dotyczącej oceny zawartości normatywnej art. 68 ust. 3 Konstytucji RP w odniesieniu do dzieci. Stanowi ona kontynuację moich zainteresowań dotyczących zadań i obowiązków władz publicznych w ochronie zdrowia, praw odnoszących się do dziecka jako pacjenta i świadczeniobiorcy, a także do możliwości finansowania ze środków publicznych świadczeń opieki zdrowotnej. Ocena zawartości merytorycznej art.68 ust. 3 Konstytucji została dokonana m.in. w formie analizy systemowej wraz z ukazaniem kontekstu tego przepisu w zestawieniu z innymi przepisami prawa dotyczącymi pozycji prawnej (a także potrzeb wsparcia prawnego tej pozycji) dziecka – zawartymi zarówno w Konstytucji, jak i w aktach prawa międzynarodowego oraz w ustawodawstwie zwykłym. Uwagę poświęcono przede wszystkim zagadnieniom prawnym odnoszącym się do prawa konstytucyjnego, administracyjnego, a po części także prawa cywilnego i rodzinnego.

Podstawowym celem pracy jest dokonanie analizy obowiązujących rozwiązań prawnych w materii opieki zdrowotnej nad dziećmi, a na tej podstawie weryfikacja hipotezy, że nie spełniają one wystarczających warunków, aby uznać, że opieka ta wypełnia znamiona przymiotu szczególności.

Ustosunkowanie się do tak przedstawionych zagadnień wymagało odpowiedzi m.in. na następujące pytania badawcze:

Jakie są konstytucyjne i ustawowe podstawy rozwiązań prawnych systemu ochrony zdrowia w Polsce?

Jakie miejsce zajmować powinien a jakie rzeczywiście zajmuje w systemie ochrony zdrowia system opieki zdrowotnej i wchodzący w jego skład system opieki zdrowotne nad dziećmi?

Jaki jest obecnie stan prawny w odniesieniu do kwestii ustawowej regulacji opieki zdrowotnej nad dziećmi i czy jest to stan zadawalający?

Jaki charakter prawny ma zawartość normatywna przepisu art.68 ust.3 Konstytucji w odniesieniu do dzieci?

Jakie należy podjąć działania legislacyjne, aby wzmocnić intensywność podejmowanych wobec dzieci przez władze publiczne działań opiekuńczych jeżeli chodzi o ich stan zdrowia?

Konstytucja nakłada na władze publiczne obowiązek zabezpieczenia w sposób szczególny podstawowych praw najsłabszej grupy społecznej, jaką są dzieci - i dała im więcej praw podmiotowych niż ogółowi populacji. Przepisy powinny określać precyzyjnie zasady pozytywnego postępowania wobec dziecka w sytuacji zagrożenia jego życia lub zdrowia, a także zasady postępowania korygującego lub zapobiegawczego, gdy realizacja tych praw wobec dzieci jest zagrożona.

Na potrzeby niniejszej publikacji pojęcie „dziecko” rozumiane będzie zgodnie z legalną definicją, zawartą jednak nie w Konstytucji, ale w art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 6 stycznia 2000 r. o Rzeczniku Praw Dziecka.

Podstawowym problemem interpretacyjnym wynikającym z publikacji jest próba udzielenia odpowiedzi na pytanie, do czego mają prawo dzieci w ramach szczególnej opieki zdrowotnej i jaki charakter prawny ma sam przepis art. 68 ust. 3 Konstytucji.

Nie zajmuję się w pracy analizą powodów, dla jakich w ust. 3 art. 68 Konstytucji nadano szczególne prawa innym grupom społecznym niż dzieci. Warto jednak odnotować, że ustrojodawca dokonał wyboru tych grup ze względu na występującą u nich naturalną potrzebę wsparcia ze strony społeczeństwa z powodu obiektywnego braku możliwości samodzielnego należytego dbania w każdych warunkach o swój stan zdrowia.

Prawem dzieci do szczególnej opieki zdrowotnej, obok innych materii przedstawionych w dalszej części autoreferatu, zajmuję się od kilkunastu lat, tworząc/współtworząc w tym temacie pozycje książkowe i artykuły publicystyczne. Spore doświadczenie w zakresie badania stanu przestrzegania praw dzieci zdobyłem także pracując przez szereg lat jako radca prawny Rzecznika Praw Dziecka.

Głównym powodem podjęcia tego tematu jest obecnie za słaba, moim zdaniem nieadekwatna do potrzeb zdrowotnych dzieci, aktywność władz publicznych w podejmowaniu działań na rzecz zapewnienia dzieciom szczególnej opieki zdrowotnej. Uważam, że zakresu opieki zdrowotnej, jaki został w ramach prawnych regulacji dotyczących całego systemu ochrony zdrowia przewidziany dla dzieci, w żaden sposób nie można uznać za szczególny systemem opieki zdrowotnej (w rozumieniu art.68 ust.3

Konstytucji). Oficjalne dane statystyki publicznej potwierdzają nieprawidłowości w stanie opieki zdrowotnej nad dziećmi.

W ramach wykładni przepisów konstytucyjnych odnoszących się do dzieci powinno się, moim zdaniem, spojrzeć na zawartość normatywną Konstytucji nie tylko od strony formalistycznej, lecz także od strony jej kreatywnych, wychowawczych, systemowych i programowych funkcji - i tak interpretować jej poszczególne przepisy, aby mogły całemu społeczeństwu, a zwłaszcza dzieciom, służyć, a nie tylko stwarzać bariery rozwojowe. Nie powinniśmy trzymać się w interpretacji jej normatywnej zawartości przepisów samej ich litery, ale wręcz szukać prorozwojowego ich ducha.

Pierwszeństwo Konstytucji wśród źródeł prawa powszechnie obowiązujących w Naszym kraju stanowi dla organów władzy publicznej obowiązkowe wytyczne do konkretyzowania konstytucyjnych wartości w toku stanowienia prawa, jak i jego stosowania. Tym bardziej zatem konieczne jest podejmowanie przez władze takich aktywności, które w odniesieniu do tak istotnej dla jakości egzystencji ludzkiej sfery zdrowotnej będą zgodne nie tylko z konstytucyjnymi wytycznymi ale także z oczekiwaniami społecznymi.

Prawo dzieci do szczególnej opieki zdrowotnej jest przedmiotem unormowania prawnego nie tylko w ustawodawstwie krajowym, ale także w prawie międzynarodowym i w prawie Unii Europejskiej. Najistotniejszymi przepisami prawa międzynarodowego regulującymi prawo dzieci do opieki zdrowotnej jest Konwencję o prawach dziecka z dnia 20 listopada 1989 r. Kontekst prawa międzynarodowego jest także brany przeze mnie pod uwagę przy dokonywaniu wykładni art.68 ust.3 Konstytucji.

W celu szczegółowego przeanalizowania ww. zagadnień praca została podzielona na osiem części.

We wstępie i uwagach ogólnych zostały ukazane główne powody dla których uznałem, że należy dokonać prawnej analizy zawartości normatywnej art.68 ust. 3 Konstytucji i dlatego zrobiłem to tylko w odniesieniu do dzieci.

Aby dokonać pogłębionej analizy normatywnej zawartości art. 68 ust. 3 Konstytucji, należy rozpocząć od opisanie w rozdziale 1 *Podstawowe pojęcia użyte w art. 68 ust. 3 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej w kontekście prawa dzieci do szczególnej opieki zdrowotnej* znaczenia prawnego niemal wszystkich sformułowań użytych w tym przepisie – poczynając od pojęć „zdrowie”, „ochrony zdrowia”, „dzieci”, „opieka”,

„opieka zdrowotna” na „władzy publicznej” kończąc. Wzajemne powiązanie ze sobą tych pojęć jest konieczne w celu wykazania, że dopiero z ich połączenia w całość pojęciową wyłania się walor prawa podmiotowego dzieci do szczególnej opieki zdrowotnej. Do pełnego obrazu zawartości merytorycznej części z tych pojęć pokazany będzie także pewien kontekst prawno-międzynarodowy.

W rozdziale 2 *Prawo dziecka do szczególnej opieki zdrowotnej w kontekście art. 68 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej* mowa jest o wpływie, jaki ma na prawo dzieci do szczególnej opieki zdrowotnej regulacja prawna zawarta w ust. 1 art. 68 Konstytucji. Z tego względu opisuje się szczegółowo, co rozumiemy przez pojęcia „ochrona zdrowia” oraz „każdy”. W tym rozdziale uwagę poświęciłem wykazaniu immanentnego związku między podmiotowym prawem do ochrony zdrowia przysługującym „każdemu” a prawem do szczególnej opieki zdrowotnej przysługującym dzieciom. Dokonuję też szerokiej wykładni zawartości normatywnej tego przepisu. Pokazane w tym rozdziale będzie także powiązanie merytoryczne występujące pomiędzy regulacjami zawartymi w ust. 1 i 3 art. 68.

W rozdziale 3 *Prawo dziecka do szczególnej opieki zdrowotnej w kontekście art. 68 ust. 2 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej* omówione są, wynikające z ust. 2 art. 68 Konstytucji, prawo do równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej i znaczenie samego terminu „świadczenie opieki zdrowotnej”. Pokazana w tym miejscu została także relacja zachodząca między prawem obywateli do finansowanych ze środków publicznych i realizowanych na zasadzie równości świadczeń opieki zdrowotnej a prawem dzieci do szczególnej opieki zdrowotnej.

W rozdziale 4 *Prawo dziecka do szczególnej opieki zdrowotnej w kontekście art. 68 ust. 4 i 5 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej* dokonana została analiza przepisów ust. 4 i 5 art. 68 Konstytucji w kontekście wpływu na prawo dzieci do szczególnej opieki zdrowotnej.

Rozdział 5 *Prawo dziecka do szczególnej opieki zdrowotnej w kontekście ogólnych wartości i wybranych zasad konstytucyjnych* stanowić będzie podstawową część merytoryczną niniejszej publikacji. Omówiona w nim jest zawartość normatywna art. 68 ust. 3 Konstytucji w odniesieniu do wynikającego z niego prawa dzieci do szczególnej opieki zdrowotnej. Prawo to jest opisane w kontekście: uwarunkowań instytucjonalnych, praw człowieka i obywatela, praw socjalnych, norm programowych, innych przepisów

konstytucyjnych dotyczących dzieci. Ukazana jest także argumentacja co do kwestii zaliczenia prawa do szczególnej opieki zdrowotnej dla dzieci do kategorii publicznych praw podmiotowych.

W rozdziale 6 *Aktualny stan prawny w zakresie opieki zdrowotnej nad dziećmi z oceną krytyczną*

ukazany został rzeczywisty stan realizacji dyspozycji zawartej w art. 68 ust. 3 Konstytucji, w głównych regulacjach ustawowych. Przedstawiam także te przepisy prawa międzynarodowego, które mają związek z opieką zdrowotną nad dziećmi. Po analizie stanu obecnych regulacji prawnych dokonuje się krytycznej oceny stanu faktycznego realizacji zarówno dyspozycji wynikającej bezpośrednio z art.68 ust.3 Konstytucji jak i mających być rozwinięciem tego przepisu regulacji ustawowych.

W rozdziale 7 *Podsumowanie wraz z elementami postulatów de lege ferenda* przedstawiam najistotniejsze ustalenia na temat charakteru prawnego przepisu art.68 ust.3 Konstytucji w odniesieniu do dzieci, a także uwagi na temat obecnego stanu realizacji dyspozycji w art.68 ust.3 Konstytucji w odniesieniu do dzieci - jako stanu, który jest przez mnie postulowany. Przedstawiam wreszcie istotne, moim zdaniem, elementy propozycji *de lege ferenda* dotyczące szczególnej opieki zdrowotnej nad dziećmi. Po ogólnym omówieniu niezbędnych zmian w prawie, przedstawiłem praktyczne wskazania co do stworzenia organizacji szczególnej opieki zdrowotnej dla dzieci.

W pracy został uwzględniony fakt, że ochrona zdrowia dziecka i wynikająca z niej powinność szczególnej opieki zdrowotnej jest integralną częścią ogólnej organizacji systemu ochrony zdrowia działającego w naszym kraju. Zamieszczone w książce informacje o zasadach, na podstawie których zbudowana jest obecna organizacja opieki zdrowotnej dedykowanej dzieciom, są wynikiem analizy przepisów adresowanych także do dzieci (będących także określanymi jako „uczniowie”, „małoletni” „nieletni”) - a zawartych w regulacjach ogólnych odnoszących się do „każdego”, „obywateli” ale i do „pacjentów” oraz „świadczeniobiorców”.

Bardzo istotne dla zrozumienia istoty regulacji zawartych w art. 68 Konstytucji jest przeanalizowanie relacji zachodzących między prawem do ochrony zdrowia (wynikającym z art. 68 ust. 1 Konstytucji) a prawem do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (art.68 ust.2) i prawem do szczególnej opieki

zdrowotnej (ust.3 art.68) – co dopiero pozwala na prawidłowe dekodowanie zawartych w tych przepisach elementów podmiotowych adresowanych do dzieci.

Nie można było także pominąć kontekstu przepisów zawartych w art.68 ust.1-3 Konstytucji w relacji z zasadami „przyrodzonej i niezbywalnej godności” (art.30 Konstytucji) oraz zasadą prawnej ochrony życia (art.38 Konstytucji).

W pracy pokazany został także aspekt kontekstu konstytucyjnego prawa dziecka do ochrony zdrowia i szczególnej opieki zdrowotnej w odniesieniu do kategorii praw określanych jako socjalne i do tzw. norm programowych.

Poczynione w monografii wielowątkowe rozważania upoważniają do przyjęcia m.in. przedstawionych poniżej wniosków.

Z ugruntowanego orzecznictwa Trybunału Konstytucyjnego i sądów administracyjnych wywieść można zawarte w ust. 1 art. 68 Konstytucji podmiotowe prawo jednostki do ochrony zdrowia, którego treścią jest możliwość korzystania z systemu ochrony zdrowia. Należy podkreślić, że wskazane prawo podmiotowe przysługuje także dzieciom, bez żadnych ograniczeń i dodatkowych warunków.

Art. 68 Konstytucji wyznacza podstawowe – kierunkowe – zasady polityki państwa w zakresie ochrony zdrowia. Określa je w szczególności jako obowiązek władz publicznych zapewnienia świadczeń opieki zdrowotnej, zapewnienia wskazanym grupom szczególnej opieki zdrowotnej, promocji zdrowego trybu życia oraz działań w kierunku eliminowania zagrożeń dla zdrowia. Kolejną konsekwencją roli adresata obowiązku i jego zadań wynikających z art. 68 ust. 1 Konstytucji jest zatem tworzenie odpowiedniej polityki zdrowotnej – realizowanej w szczególności poprzez odpowiednie rozwiązania prawne na szczeblu ustawowym. Bez wątpliwości należy podkreślić, że w sposób szczególny przedmiotem (a w zasadzie podmiotem) zainteresowania polityki zdrowotnej powinny być dzieci. Zatem rolą państwa, jak i władz publicznych, jest tworzenie szerokiego – pełnego spektrum polityki ochrony zdrowia dzieci, a w tym jako priorytet winno być potraktowane stworzenie dedykowanego dla dzieci systemu szczególnej opieki zdrowotnej.

Na gruncie całego art. 68 Konstytucji można przyjąć, że w ramy systemu ochrony zdrowia powinny wchodzić następujące elementy konstrukcyjne:

1. Podsystem opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych.

W jego ramach można wymienić:

- 1) podsystem zapewniający szczególną opiekę zdrowotną dzieciom,
 - 2) podsystem zapewniający szczególną opiekę zdrowotną kobietom ciężarnym,
 - 3) podsystem zapewniający szczególną opiekę zdrowotną osobom niepełnosprawnym,
 - 4) podsystem zapewniający szczególną opiekę zdrowotną osobom w podeszłym wieku.
2. Podsystem opieki zdrowotnej finansowanej ze środków prywatnych (niepublicznych).

W jego ramach ewentualnie znajdują się:

- 1) podsystem zapewniający szczególną opiekę zdrowotną dzieciom,
 - 2) podsystem zapewniający szczególną opiekę zdrowotną kobietom ciężarnym,
 - 3) podsystem zapewniający szczególną opiekę zdrowotną osobom niepełnosprawnym,
 - 4) podsystem zapewniający szczególną opiekę zdrowotną osobom w podeszłym wieku.
3. Podsystem zwalczania chorób epidemicznych i zapobiegania negatywnym dla zdrowia skutkom degradacji środowiska.
4. Podsystem zapewniający rozwój kultury fizycznej, zwłaszcza wśród dzieci i młodzieży.

Między powyższymi podsystemami nie ma pełnego rozdziału. Przeciwnie, ich zakresy w pewnych obszarach będą ze sobą korespondować, np. podsystem dotyczący zwalczania chorób epidemicznych będzie odnosił się także do dzieci. Nie będzie to jednak wewnętrzną (w ramach systemu ochrony zdrowia) dysharmonią, ale uzupełnianiem się – oczywiście przy założeniu, że ustawodawca zadba o prawidłowość sfery normatywnej. Każdy z tych elementów powinien zatem zawierać odpowiednie rozwiązania organizacyjne.

Uważam za zasadną tezę, że od ustawodawcy zwykłego należałoby oczekiwać przy realizacji obowiązków wynikających z art. 68 ust. 2 Konstytucji, aby stworzył w związku z art. 68 ust. 3 normatywne i organizacyjne podstawy funkcjonowania szczególnego podsystemu opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych kierowanego do dzieci.

Dla prawidłowego zrozumienia zawartości normatywnej ust. 3 art.68 Konstytucji pokazany został związek zachodzący między tym przepisem a przepisami zawartymi w ust.4 i 5 art.68 Konstytucji.

Zwróciłem uwagę na to, że - nakładając na władze publiczne w art. 68 ust. 4 Konstytucji obowiązek zwalczania chorób epidemicznych i zapobiegania negatywnym dla zdrowia skutkom degradacji środowiska - nie dokonano precyzyjnego ustalenia zarówno formy,

jak i zakresu tych obowiązków. Wynikający zaś z dyspozycji zawartych w art. 68 ust. 4 Konstytucji obowiązek zapobiegania negatywnym dla zdrowia skutkom degradacji środowiska ma immanentny wpływ na jakość warunków życia i zdrowia dzieci, ponieważ może spowodować powstanie u nich tych jednostek chorobowych, które w sposób oczywisty nie są neutralne dla stanu zdrowia każdego człowieka.

Z regulacji zawartej w art. 68 ust. 5 Konstytucji wynika, że adresat normy w nim zawartej, tj. władza publiczna, ma podejmować aktywne działania wspomagające rozwój kultury fizycznej. W tym przepisie użyto wobec dzieci kolejny raz sformułowania „szczególny”, co świadczy, że ustrojodawca rozumiał pozytywną korelację aktywności fizycznej u dzieci z ich prawidłowym rozwojem fizycznym, a przez to – z prawidłowym rozwojem zdrowotnym.

Dziecko w ramach stworzonego dla niego, a wynikającego wprost z treści normatywnej art.68 ust.3 Konstytucji - systemu szczególnej opieki zdrowotnej powinno stać się przedmiotem prawa dostępu dla niego zinstytucjonalizowanego systemu opiekuńczego, a zarazem być podmiotem, który na swoją korzyść, ale pod nadzorem rodziców lub innych opiekunów prawnych, odbiera różnego rodzaju socjalne usługi publiczne, do których moim zdaniem także sfera opieki zdrowotnej powinna zostać zaliczona.

Przy analizie samej zawartości normatywnej przepisu art.68 ust.3 Konstytucji winniśmy pamiętać, że do dziecka adresowane są w ustawie zasadniczej także liczne inne przepisy, których kontekst działania zawsze w interesie dziecka zawsze winien być brany pod uwagę. Do tych przepisów zaliczyć należy: art. 72 ust. 1, art. 70 ust. 1, art. 18, art. 48 ust. 2, art. 71, art. 53 ust. 2, art. 70 ust. 3, art. 48 ust. 1, art. 53 ust. 3, art. 72 ust. 2 i 4. Te przepisy tworzą w podanej kolejności pewien logiczny ciąg ochrony prawnej dziecka.

Dokonując wykładni art.68 ust.3 Konstytucji, należy zawsze brać pod uwagę cel ustawy zasadniczej, czyli to, że ma ona ludziom służyć i godzić różne indywidualne interesy w imię interesu narodowego. Obiektywnym interesem narodowym jest rozwój i przetrwanie w jak najlepszym stanie zdrowia jego obywateli. Pozytywny wpływ na spełnienie powyższego postulatu ma odpowiednie, tj. w rozumieniu ustawy zasadniczej szczególne, zadbanie o zdrowie dzieci.

Zamieszczenie w art. 68 ust. 3 Konstytucji, takiego a nie innego, katalogu grup

społecznych, wśród których dzieci wymienione zostały na pierwszym miejscu, dokonane zostało po to, aby pokazać starania ustrojodawcy w odniesieniu do dbania o stan zdrowia człowieka i obywatela i po to, żeby wskazać, że troszczy się on także o te najsłabsze grupy społeczne – co stanowi przejaw chęci realizacji w tej materii założeń państwa opiekuńczego.

Dokonując w pracy krótkiej charakterystyki prawnej norm programowych doszedłem do wniosku, że zawartość normatywna przepisu art. 68 ust. 3 Konstytucji ma walor wyższej rangi od tej kategorii przepisów. W tym przepisie jest bowiem mowa zarówno o władzy publicznej jako jednym z adresatów postulatycznych, jak też o grupach społecznych wymienionych w nim jako uprawnieni adresaci. Został także zawarty w nim pewien minimalny aspekt dookreślający na czym powinna być władza publiczna w odniesieniu do uprawnionych ma polegać.

Do przeprowadzenia zabiegu dekodowania z treści art.68 ust.3 Konstytucji prawa podmiotowego uznałem za niezbędne wykazanie, że w tym przepisie, przy użyciu odnoszących się do niego merytorycznych wytycznych zawartych w innych przepisach konstytucyjnych, zawarte są wszystkie elementy składowe prawa podmiotowego. Z istoty tego przepisu wynika bowiem, moim zdaniem, minimum treści w oparciu, o które można określić podmiot tego prawa, podmiot zobowiązany do określonego zachowania, prawnego obowiązku określonego zachowania ze strony podmiotu zobowiązanego oraz zespołu przesłanek, od których zależy aktualizacja tego obowiązku. Przyjąłem, że wystarczające jest, że Konstytucja określa powyższe elementy w sposób ogólny, a nawet dorozumiany oraz daje podstawy do regulacji tych kwestii w drodze przepisu ustawowego.

Nadanie art. 68 ust. 3 Konstytucji charakteru normatywnego związane jest z nałożeniem w tym przepisie na władze publiczne - konkretnego i ciągle niezrealizowanego - obowiązku aktywnego działania i w związku z tym wytyczenia realnego kierunku działalności prawodawczej ustawodawcy zwykłego. Jego stanowczy ton spotęgowany jest dodatkowo przez uznanie dzieci przez ustrojodawcę za podmioty szczególnej troski (np. w art.72 Konstytucji).

Ponieważ nasza Konstytucja stanowi pewną świadomie skonstruowaną całość, każdy jej przepis powinien uwzględniać treści normatywne wpływające w odniesieniu do danej, konkretnej sytuacji z innych przepisów bądź norm konstytucyjnych. Nie ma,

moim zdaniem, w żadnym jej przepisie sprzeczności, jeżeli tylko zachowamy pewną, umownie nazwaną, konstytucyjną mapę drogową i uszanujemy znaki nakazu prorozwojowego działania na rzecz dobra wspólnego jakim są dzieci.

Szczegółowość w dostępie dzieci do opieki zdrowotnej oznacza, moim zdaniem, że chore dzieci powinny otrzymywać terapie zdrowotne na podstawie ich obiektywnych, związanych z rozwojem psychofizycznym, potrzeb zdrowotnych, a nie na podstawie czynników pozazdrowotnych, do których należy zaliczyć m.in. wyznaczone administracyjnie limity czy uzależnienie uzyskania opieki od możliwości dokonania zapłaty za udzielone świadczenia.

Pojęcie „szczególnej” opieki na poziomie konstytucyjnym oznacza konieczność skoncentrowania wysiłków władz publicznych na wskazanych w ust.3 art.68 Konstytucji grupach społecznych i zapewnienie im opieki adekwatnej do ich specyficznych potrzeb.

Mimo, że cała zawartość normatywna art. 68 powinna być tłumaczona przez pryzmat wzajemnych powiązań występujących w każdym z jego ustępów, a całość jest głównym przesłaniem ustrojodawcy określającym jego wizję funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w naszym kraju, to każdy ustęp tego przepisu ma także swoją własną wartość i znaczenie normatywne. Nie uważam za słuszne dzielenia struktury merytorycznej przepisu w ten sposób, że z jego treści jest wysnuwana inna zawartość normatywna niż ta, która jest wysnuwana z treści nałożonego obowiązku. W odniesieniu do ust. 3 treść przepisu jest zwarta i jednolita, zatem należy go interpretować jednoznacznie i precyzyjnie.

Także literalna analiza przepisu art.68 ust.3 Konstytucji wskazuje, że opieka zdrowotna nad grupami społecznymi w tym przepisie określonymi winna spełniać wymóg odrębności, wyjątkowości, obligatoryjności i pewności w uzyskaniu takiej opieki od władz publicznych.

Taka, a nie inna redakcja prawna i gramatyczna ust. 3 art. 68 daje uprawnionym argument merytoryczny w postaci wskazania, że ustrojodawcy chodzi o lepszy, bardziej dostępny i opiekuńczo-zaopatrzeniowy sposób organizacji opieki zdrowotnej nad grupami uprzywilejowanymi w tym przepisie, niż to jest przewidziane dla pozostałej części naszego społeczeństwa. Od strony zobowiązanego, czyli władz publicznych, widoczne jest ewidentne przesłanie o konieczności zaplanowania odpowiednich środków finansowych w budżecie państwa na stworzenie ram organizacyjnych takiego

podsystemu opieki zdrowotnej adresowanego w pierwszej kolejności do dzieci.

Brak lub zbyt mały stopień realizacji prawa podmiotowego dzieci do szczególnej opieki zdrowotnej, zobowiązującego do stworzenia instytucjonalnych gwarancji tej opieki, powinny być potraktowane jako naruszenie Konstytucji na równi z naruszeniem innych praw i wolności człowieka i obywatela.

Uważam także, że prawo wymienione w art. 68 ust. 3 Konstytucji jest możliwe do dochodzenia zarówno przed Trybunałem Konstytucyjnym przez każdego uprawnionego lub jego przedstawiciela ustawowego (oczywiście w razie doprowadzenia do końca odpowiedniego postępowania, którego przedmiotem była próba uzyskania szczególnej opieki zdrowotnej), jak i poprzez sformułowane w art.80 Konstytucji prawo do złożenia wniosku do Rzecznika Praw Obywatelskich.

W rozdziale 6 zostały pokazane krytyczne stanowiska w ocenie stanu realizacji prawa dzieci do szczególnej opieki zdrowotnej - uwzględniające dane zagregowane m.in. przez Helsińską Fundację Praw Człowieka i UNICEF, GUS, OECD, Ministerstwo Zdrowia, Komitet Rozwoju Człowieka Polskiej Akademii Nauk, Polskie Towarzystwo Pediatryczne, Światową Organizację Zdrowia w Polsce oraz rządową Radę Ludnościową – z których wynika niewywiązanie się władz publicznych z obowiązku zapewnienia dzieciom szczególnej opieki zdrowotnej.

Tezę powyższą wywieść można z następujących przesłanek:

- 1) niezastosowanie odpowiednich środków organizacyjnych poprzez stworzenie podsystemu opieki zdrowotnej ukierunkowanego bezpośrednio do dzieci;
- 2) zbytnie ograniczanie możliwości korzystania z prawa do opieki zdrowotnej przez dzieci poprzez przeznaczanie na świadczenia opieki zdrowotnej proporcjonalnie mniej środków, niż wynika to z liczby uprawnionych dzieci w stosunku do reszty uprawnionych;
- 3) niestworzenie czytelnego i opartego na obiektywnych potrzebach zdrowotnych dzieci katalogu tzw. świadczeń gwarantowanych, który obejmowałby same dzieci;
- 4) brak rozwiązań kompleksowych i zintegrowanych w pełnej opiece zdrowotnej nad dzieckiem w środowisku nauczania, zwłaszcza w okresie przedszkolnym.

W posumowaniu analizy prawnej w rozdziale 7 stwierdziłem, że w przepisie art.68 ust.3 Konstytucji zostało sformułowane pewne minimum publicznego prawa podmiotowego, w ramach którego dzieci mają wystarczające podstawy domagać się od

podmiotu zobowiązanego czyli władz publicznych stworzenia dedykowanej wprost do nich i spełniającej kryterium szczególności organizacji opieki zdrowotnej. Ta organizacja ma mieć walor podsystemu szczególnej opieki zdrowotnej dedykowanego dzieciom a będącego jednocześnie elementem składowym ogólnego systemu ochrony zdrowia (wypełniającego dyspozycje zawarte w art.68 ust.1 Konstytucji) oraz także częścią podsystemu świadczeń opieki zdrowotnej(wypełniającego wymogi wytycznych zawartych w art.68 ust.2 Konstytucji).

Przyjęcie tezy o podmiotowym charakterze normy prawnej zawartej w art.68 ust.3 Konstytucji związane jest z faktem użycia w tym przepisie terminu „szczególny”. Taki zabieg w pełni racjonalnego i świadomego ustrojodawcy świadczy o tym, że wyraził on w sposób wystarczająco precyzyjny wolę odrębnego potraktowania prawa grup społecznych w tym przepisie wskazanych do uzyskania uprzywilejowania w dostępie do opieki zdrowotnej. Znaczenie terminu „szczególnej” odczytywać należy jako skierowany w stosunku do władzy publicznej nakaz bardziej wyjątkowego i intensywniejszego wspomagania pewnej grupy podmiotów – w tym przypadku dzieci – z uwagi na sytuację faktyczną, w jakiej się znajdują. Chodzi tu zatem o traktowanie wykraczające poza zakres „zwykłego” uwzględniania potrzeb tych podmiotów – o działania przewyższające ów zwykły poziom ochrony gwarantowanej konstytucyjnie, czy to ogólnie „każdemu”, czy to generalnie „obywatelowi”.

Jako postulat *de lege ferenda* wysunąłem m.in. niezwłoczne stworzenie takiego podziału świadczeń opieki zdrowotnej, który wyraźnie definiowałby katalog zdrowotnych świadczeń gwarantowanych przeznaczonych wprost dla dzieci. W ustawie o działalności leczniczej winna znaleźć się odpowiednia dyspozycja o obligatoryjnym wydawaniu przez Ministra Zdrowia rozporządzenia dotyczącego standardu wszystkich rodzajów świadczeń pediatrycznych. Także w pełni uzasadnione, moim zdaniem, jest przywrócenie opieki zdrowotnej nad dziećmi pediatrom jako lekarzom, którzy są w sposób profesjonalny przygotowani do tego podczas odbywanych staży specjalizacyjnych.

W pierwszej kolejności - jako że w odniesieniu do dzieci może to przynieść największe efekty prozdrowotne w nieodległej przyszłości - winien zostać przygotowany przez Radę Ministrów Narodowy Program Badań Profilaktycznych dla Dzieci. Jego zakres i metody badań winny uwzględniać aktualne zdobycze wiedzy medycznej i zdrowia publicznego.

Docelowo, jako osobny podsystem w ramach ogólnego systemu ochrony zdrowia winien być opracowany przez Radę Ministrów i zaproponowany jako osobna regulacja prawna do akceptacji parlamentowi Zintegrowany System Opieki Zdrowotnej dla Dzieci. Obejmować on winien promocję zdrowia, edukację zdrowotną, odżywianie, profilaktykę zagrożeń i chorób, badania przesiewowe i zapobieganie przemocy oraz dostosowaną do potrzeb uczniów kompleksową opiekę diagnostyczno-leczniczą i rehabilitacyjną z korektywą i orzecznictwem dla potrzeb ucznia i szkoły, w tym całkowicie obecnie zaniedbaną sferę orzekania w sprawie wychowania fizycznego i sportu.

5. Omówienie pozostałych osiągnięć naukowo-badawczych:

Pozostałe osiągnięcia naukowo-badawcze są przedstawione poniżej zgodnie z wymogami zawartymi w rozporządzeniu Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z 1 września 2011 roku w sprawie kryteriów oceny osiągnięć osoby ubiegającej się o nadanie stopnia doktora habilitowanego (Dz.U. Nr 196, poz. 1165)

Moje zainteresowania i osiągnięcia w działalności naukowo-badawczej związane są z następującymi obszarami wiedzy: prawem administracyjnym, prawem ochrony zdrowia, a także zagadnieniami z zakresu prawa konstytucyjnego. Oprócz prezentowanej powyżej monografii monografia pt. *Konstytucyjne prawo dziecka do szczególnej opieki zdrowotnej*, Wolters Kluwer, Warszawa 2016, do opracowań naukowych po uzyskaniu stopnia doktora nauk prawnych przedstawiam 20 opublikowanych opracowań. Wyniki badań z każdego w/w obszaru wiedzy udokumentowałem zróżnicowanymi wypowiedziami naukowymi: książkami, rozdziałami w pracach zbiorowych oraz artykułami i ekspertyzą.

Jako główne tematy moich badań i będących wyrazem ich wyników publikacji uznałem zagadnienia odnoszące się do szeroko rozumianego konstytucyjnego prawa ochrony zdrowia oraz wynikającego z niego obowiązku stworzenia publicznego systemu ochrony zdrowia i związanego z nim immanentnie systemu opieki zdrowotnej. W większości publikacji poddawałem prawnej analizie zadania i obowiązki władz publicznych w sferze zapewnienie osobom uprawnionym różnego rodzaju świadczeń opieki zdrowotnej. Moje zainteresowania dotyczyły także praw pacjenta i świadczeniobiorcy

do należytej im ochrony i opieki w stanie zagrożenia życia i zdrowia. W ramach badań nad zagadnieniami prawa administracyjnego materialnego analizowałem role jakie poszczególne organy władzy odgrywają a jaką moim zdaniem winny odgrywać w ramach publicznego systemu ochrony zdrowia w Polsce. W części publikacji analizowałem także zagadnienia dotyczące konstytucyjnych regulacji prawa do ochrony zdrowia. W swoich opracowaniach zawsze wskazuję na szczególną pozycję prawa do ochrony zdrowia wśród przepisów ustawy zasadniczej. W wyniku badań dochodzę do konstatacji, że w praktyce realizacja równego dostępu do świadczeń doznaje jednak pewnych ograniczeń związanych z niedoskonałością regulacji prawnych w sektorze ochrony zdrowia, spowodowanych przede wszystkim brakiem docelowej wizji ustrojowej w odniesieniu do całej konstrukcji systemu ochrony zdrowia a także niewystarczającymi środkami finansowymi przeznaczanymi na opiekę zdrowotną.

Książki, rozdziały i artykuły w książkach (w ujęciu chronologicznym):

W artykule: M.Dercz, H. Izdebski, *Zmiany w ochronie zdrowia : permanentna reforma systemu(s.114-153)* w książce M. Rymsza (red.) *Reformy społeczne. Bilans dekady* wyd. Instytutu Spraw Publicznych 2004 zostały zanalizowane pod względem ich prawnych podstaw, podejmowane przez władze publiczne działania reformatorskie w odniesieniu do systemu ochrony zdrowia w okresie między 1990 a 2004 r. We wnioskach zamieszczonych w tej publikacji wskazane zostały problemy związane z nie zawsze czytelnym i precyzyjnym określeniem zadań z zakresu ochrony zdrowia, przypisanych poszczególnym władzom publicznym. W ramach tego opracowania zostały także skomentowane niektóre przepisy konstytucyjne związane ze sferą ochrony zdrowia. Pokazane zostały także relacje zachodzące między głównymi uczestnikami systemu ochrony zdrowia. Jako najważniejszy element mojego wkładu w tym artykule uważam postawienie tezy niedookreśleniu zadań władz publicznych w systemie ochrony zdrowia oraz brak rozwiązań dających podstawę do praktycznego wdrożenia szczególnej organizacji opieki zdrowotnej dla grup uprzywilejowanych w art.68 ust. 3 Konstytucji RP.

Zagadnienia dotyczące roli jaką przypisano jednostkom samorządu terytorialnego wraz z

oceną krytyczną błędów legislacyjnych popełnionych w ustawach regulujących funkcjonowanie samorządu terytorialnego oraz wskazaniem elementów postulatów de lege ferenda zostały przeze mnie opisane szczegółowo w książce M. Dercz, *Samorząd Terytorialny w systemie ochrony zdrowia* wyd. Municipium Warszawa 2005 r. ss. 250 dla której podstawę stanowiła moja praca doktorska (poszerzona o elementy praktyczne, uaktualniony stan prawny i orzecznictwo sądowe oraz wzory pism i dokumentów).

W książce M. Dercz, *T. Rek Ustawa zakładach opieki zdrowotnej – Komentarz* wydawnictwa Wolters Kluwer wyd. I 2007 i wyd. II 2010 r. ss.415 mojego samodzielnego autorstwa są komentarze do art. 1-5, 8-11, 35, 35a, 35 b, 35 c, 35 d, 36-38, 42-43, 44, 44 b, 44 c, 45-48 a, 53-55, 55 a, 60-62, 65, 66, 67 oraz napisane wspólnie z mgr T.Rekiem komentarze do art. 12-18, 44a i 59 a (co łącznie stanowiło 168 stron komentarza). W tej publikacji zostały uwzględnione wiodące stanowiska doktryny oraz orzecznictwo sądowe i trybunalskie odnoszące się do pozycji prawnej i roli w systemie ochrony zdrowia zakładów opieki zdrowotnej.

Kolejną publikację stanowi broszura pod moją redakcją *Zakłady opieki zdrowotnej. Stan obecny i proponowane kierunki zmian*, wyd. Wolters Kluwer 2008 ss.88. W ramach tego opracowania napisane zostały przeze mnie trzy artykuły: *Główne problemy prawne związane z funkcjonowaniem zakładów opieki zdrowotnej* (s.9-37); *Prawne możliwości dokonywania przekształceń organizacyjnych zakładów opieki zdrowotnej*(s.63-69); *Harmonogram niezbędnych do podjęcia działań w zakresie przekształceń organizacyjno-własnościowych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej*(s.69-75). Artykuły w tej publikacji zawarte zostały opracowane na bazie wystąpień zaprezentowanych podczas konferencji poświęconej prawnym i organizacyjnym podstawom działania zakładów opieki zdrowotnej. Przedmiotem pierwszego z nich było omówienie, wraz z próbą pozytywnych propozycji interpretacyjnych – problemów prawnych związanych z funkcjonowaniem w obrocie prawnym zakładów opieki zdrowotnej. Zaprezentowane zostały przeze mnie propozycje koniecznych według mnie zmian legislacyjnych mających na celu stworzenie z publicznych zakładów opieki zdrowotnej doskonalszej i bardziej spójnej od strony formalno-prawnej konstrukcji

pojęciowej – po żeby mogły w bezpieczny dla pacjentów sposób funkcjonować w obrocie prawnym. W drugim opisałem prawne możliwości dotyczące zakresu, form i procedur przekształceń organizacyjno-prawnych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej a następnie został wskazany opisowy harmonogram działań podejmowanych wobec zakładów opieki zdrowotnej przez podmioty prawne do przekształceń uprawnione. W artykule trzecim zostały opisane niezbędne do podejmowania czynności prawne wraz z kolejnością ich podejmowania i omówieniem najważniejszych niezbędnych do przyjęcia dokumentów.

W książce E. Nojszewska (red.naukowa) *Racjonalizacja kosztów w ochronie zdrowia*, wydawnictwo Wolters Kluwer, Warszawa 2012, zamieszczony został mój rozdział 17 *Wpływ ustawy o działalności leczniczej na funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia* s.199-205. Przedmiotem analizy prawnej dokonanej w tej publikacji było określenie znaczenia regulacji zawartych w ustawie o działalności leczniczej na organizację i zasady działania systemu ochrony zdrowia. Podałem krytycznej analizie przede wszystkim te przepisy, które w sposób mało precyzyjny i niekiedy wręcz niespójny określają obowiązki nałożone na podmioty lecznicze o publicznym formalnym charakterze. Pokazane zostały najważniejsze relacje zachodzące między przedmiotową ustawą a innymi aktami prawnymi określającymi podstawy działalności innych wykonawców świadczeń opieki zdrowotnej oraz poddane zostały analizie zadania jakie w tej ustawie zostały nałożone na władze publiczne. Materiał zamieszczony w tej publikacji oparty był na wystąpieniu wygłoszonym na konferencji naukowej zorganizowanej przez Szkołę Główną Handlową w Warszawie, Uniwersytet Medyczny w Warszawie, Uczelnię Łazarskiego w Warszawie i wydawnictwo Wolters Kluwer 15-16 listopada 2011 r.

W książce I. Kowalska, A. Mokrzycka (red.), *Namysły nad problemami polityki zdrowotnej – globalnej – europejskiej – krajowej. Księga jubileuszowa Prof. dra hab. Cezarego W. Włodarczyka*, Warszawa 2013, zamieściłem artykuł *Wzajemne relacje zachodzące między ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej a dyrektywą Parlamentu Europejskiego i Rady Unii Europejskiej z dnia 9 marca 2011 r. w*

sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej (s.259-282). W tym materiale zostały poddane krytycznej analizie relacje prawne zachodzące między prawem Unii Europejskiej a ustawodawstwem krajowym. Wykazane zostało, że władze publiczne zobowiązane do implementacji w/w dyrektywy unijnej nie uwzględniły w ustawie stanowiącej o sposobie funkcjonowania w Polsce sfery wykonywania świadczeń zdrowotnych znacznej ilości koniecznych dla prawidłowej realizacji przedmiotowej dyrektywy rozwiązań prawno-organizacyjnych. Ze względu na zaistniałą sytuację nie uwzględnienia na czas sporządzenia tego opracowania w polskim ustawodawstwie postulatów zawartych w dyrektywie – zachodziła także obawa o możliwość możliwości skorzystania z zawartych w jej treści praw adresowanych do pacjentów z krajów unijnych chcących skorzystać ze świadczeń zdrowotnych w Polsce jak i polskich pacjentów chcących uzyskać takie świadczenia w krajach unijnych.

Kolejną publikację stanowi broszura M. Dercz, M. Gałązka-Sobotka, M. Ignatowicz, M.Kulesza, P. Kaoka, M. Matczak, E. Nojszewska, P. Pawłowski, B. Waśko, A. Wójcik *Ustawa o działalności leczniczej - podsumowanie dwóch lat regulacji. Próba oceny skutków regulacji*, czerwiec 2013, ss.58 wyd. przez PricewaterhouseCoopers sp.z.o.o. wspólnie z Uczelnią Łazarskiego w Warszawie i Kancelarią Prawną Domański Zakrzewski Palinka. W tym opracowaniu zostały przygotowane przeze mnie kwestie dotyczące prawnych aspektów związanych z pozycją w obrocie prawnym podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Przedstawione zostały w tym raporcie oceny spełniania funkcji systemowych przez podmioty lecznicze w ramach systemu ochrony zdrowia a także elementy postulatów de lege ferenda odnoszących się do ustalenia zrównania zasad na jakich podmioty lecznicze o publicznym i niepublicznym charakterze winny funkcjonować.

W książce M.Dercz, T. Rek, *Ustawa o działalności leczniczej – komentarz*, wydawnictwa Wolters Kluwer wyd.I Warszawa 2012 r. i wyd. II Warszawa 2014 ss.561 mojego autorstwa są *Zagadnienia wstępne oraz komentarz do art.* 1-4, 6-13, 16-17, 21-24, 26, 27, 33, 36-37, 40-43, 46-49, 51-55, 59-61, 83-87, 100-113, 117-122, 202-205, 211, 213, 216-218,220-221, a także omówienie art. 123-189 (co stanowiło łącznie 210

stron komentarza). W Zagadnieniach wstępnych zostały przeze mnie opisane kwestie pozycji prawnej podmiotów wykonujących działalność leczniczą w systemie ochrony zdrowia. Pokazane zostały także elementy prawno-porównawcze w odniesieniu do treści komentowanej ustawy w porównaniu do ustawy, która została w wyniku jej wejścia uchylona tj. ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. W komentarzach do poszczególnych przepisów Ustawy o działalności leczniczej omawiałem zagadnienia związane z używanymi w tej ustawie oraz innych aktach prawnych związanych z funkcjonowaniem sfery wykonawczej ochrony zdrowia pojęciami. Została scharakteryzowana rola jaką ogrywają w ramach podmiotów leczniczych zarówno ich organy wewnętrzne jak i konieczne do przyjęcia dokumenty wewnętrzne. Omówiłem zagadnienia związane z rejestrem podmiotów leczniczych oraz nadzorem i kontrolą nad ich funkcjonowaniem.

Kolejną publikacją książkową jest M. Urbaniak (red.) *Praktyczne aspekty prawa medycznego* wyd. Nauka i Innowacje, Poznań 2015 r. W tym wydawnictwie mojego autorstwa jest artykuł *Czy szpital może pobierać opłaty od pacjentów? Rozważania wokół leczenia odpłatnego przez publiczne podmioty lecznicze*, s.153-167. W tym opracowaniu, będącym pisemnym odzwierciedleniem wystąpienia zaprezentowanego na konferencji naukowej w Poznaniu – poświęciłem uwagę wykazaniu prawnych podstaw do przyjęcia tezy o możliwości udzielania przez publiczne podmioty lecznicze świadczeń opieki zdrowotnej za uzyskaną przez te podmioty odpłatność od innych niż Narodowy Fundusz Zdrowia lub Ministerstwo Zdrowia podmiotów fizycznych lub prawnych. Przedstawione zostały warunki niezbędne do spełnienia, żeby dane świadczenie nie zostało potraktowane jako świadczenie przez publicznego płatnika objęte umową opartą o odpowiednie przepisy ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

W książce M.Dercz, H. Izdebski, T. Rek, *Dziecko – pacjent i świadczeniobiorca. Poradnik prawny*, wyd. Wolters Kluwer 2015, ss.471 mojego samodzielnego autorstwa jest Przedmowa (s.13-17) i rozdział 2 *Konstytucyjne podstawy praw dziecka do ochrony zdrowia i zadania władz publicznych w zakresie zapewnienia ich dostępności*(s.25-53) oraz wspólnie z prof. H.Izdebskim i mgr. T.Rekiem rozdziały: 4 *Prawa dziecka – pacjenta* (s.101-261), rozdział 5 *Prawa dziecka – świadczeniobiorcy* (s.261-335) oraz

rozdział 6 *Ochrona praw dziecka – pacjenta i świadczeniobiorcy* (s.335-469). Ta publikacja jako główny cel jakiemu przyświecało jej wydanie ma za zadanie pokazanie podstawowych regulacji prawnych odnoszących się do szeroko rozumianego zapewnienia dzieciom prawa do ochrony zdrowia oraz prawa do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. W rozdziale 2 poświęciłem uwagę ogólnej analizie wszystkich przepisów Konstytucji RP związanych ze sferą zdrowotną dzieci oraz ze sferą ich prawa do szczególnego traktowania przez władze publiczne. Poczynione przez mnie w tej części książki spostrzeżenia odnoszące się do treści normatywnej dyspozycji zawartej w art.68 Konstytucji w odniesieniu do dzieci stały się podstawą do podjęcia decyzji o konieczności rozwinięcia tego zagadnienia w osobnej publikacji. W kolejnych rozdziałach zostały zanalizowane najważniejsze regulacje prawne odnoszące się w ustawodawstwie zwykłym do kwestii ochrony zdrowia i związanej z nim immanentnie opieki zdrowotnej związane z dziećmi występującymi w obrocie prawnym w odniesieniu do ich kwestii zdrowotnych jako pacjenci i świadczeniobiorcy. W rozdziałach napisanych wspólnie starałem się wykazać ogólną podstawę konstytucyjną stanowiącą wytyczne dla ustawodawcy zwykłego aby każde regulacje praw dzieci odnoszących się do sfery ochrony ich zdrowia były oceniane poprzez kontekst prawa podmiotowego wywodzącego się z art. 68 ust. 3 Konstytucji RP.

Artykuły w czasopismach naukowych, naukowych wydawnictwach periodycznych i innych czasopismach:

W artykule *Podstawy prawne finansowania świadczeń zdrowotnych przez podmioty publiczne* (napisanym wspólnie z T.Rek) wyd. Zeszyty Naukowe Instytutu Zdrowia Publicznego Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego 2005 r., tom III nr 1/2005 r., s.50-65 zostały omówione przez mnie zagadnienia prawnych podstaw do ponoszenia przez organy władz publicznych i innych podmiotów prawnych o publicznym charakterze do finansowania opieki zdrowotnej realizowanej na potrzeby naszych obywateli oraz każdego kto znajduje się pod jurysdykcją państwa polskiego. Wskazane zostały konstytucyjne uwarunkowania odnoszące się do sposobu finansowania w Polsce ochrony zdrowia wraz z wykazaniem podstaw prawnych związanych z nałożeniem obowiązku finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych przez poszczególne organy władzy publicznej.

W kolejnej publikacji *Wymogi prawne do wprowadzenia niepublicznego dodatkowego*

ubezpieczenia zdrowotnego w Polsce, wyd. Problemy Zarządzania Wydział Zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego, 4/2004 (6) s.135-146, zostały przeze mnie poddane analizie prawnej możliwości wprowadzenia w naszym kraju innego niż to, które jest zagwarantowane przez władze publiczne w oparciu o ustawę o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – dodatkowego uzupełniającego ubezpieczenia zdrowotnego. W tym opracowaniu pokusiłem się o sformułowanie elementów postulatów *de lege ferenda* idących w kierunku umożliwienia naszym obywatelom dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych. Podstawową tezę tej publikacji było wykazanie konieczności uregulowania ustawowego relacji prawnej zachodzącej między zakresem świadczeń opieki zdrowotnej należnych ubezpieczonemu w systemie powszechnie obowiązującym a tymi, które będą oni mogli wykupywać indywidualnie.

Kolejna publikacja to *Samorządowy model systemu ochrony zdrowia* Analizy i Opinie Nr 43 Instytut Spraw Publicznych, Warszawa, sierpień 2005, ss.11. Przedmiotowa ekspertyza miała na celu pokazanie jakie są w momencie jej przygotowania podstawy prawne działalności jednostek samorządu terytorialnego w sferze ochrony zdrowia oraz przedstawienie ogólnych postulatów *de lege ferenda* w odniesieniu do potencjalnych możliwości wprowadzenia w Polsce zdecentralizowanego systemu ochrony zdrowia. opartego na wzorach skandynawskich, w ramach którego większość zadań publicznych ze sfery zapewnienia obywatelom dostępu do świadczeń ochrony zdrowia miałyby stanowić zadanie (własne lub zlecone) jednostek samorządu terytorialnego.

W opracowaniu *Samorządowy model systemu ochrony zdrowia. Kompromis polityczny i alternatywa dla centralizacji. Materiał do dyskusji*, Instytut Spraw Publicznych, Warszawa 2005 r. ss.27 - przedstawiłem konkretne postulaty *de lege ferenda* odnoszące się do potencjalnych możliwości wprowadzenia w Polsce samorządowego systemu ochrony zdrowia - opartego na wzorach skandynawskich, w ramach którego większość zadań publicznych ze sfery zapewnienia obywatelom dostępu do szeroko rozumianych świadczeń ochrony zdrowia miałyby stanowić zadanie (własne lub zlecone) jednostek samorządu terytorialnego. Pokazane zostały także kwestie prawno-porównawcze odnoszące się do organizacji ochrony zdrowia w Szwecji, kraju który w tym zakresie traktowany jest w Europie jako wzór do naśladowania jeżeli chodzi o zapewnienie dostępności i jakości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej.

W artykule *Podstawy prawne wykonywania przez samodzielne publiczne zakłady opieki*

zdrowotnej świadczeń zdrowotnych na rzecz osób posiadających dodatkowe dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne wyd. Zeszyty Naukowe Instytutu Zdrowia Publicznego Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego tom VII nr 1/2009 r., s.42-53 zostały poddane analizie prawnej zasady na jakich publiczni wykonawcy świadczeń opieki zdrowotnej je realizują na rzecz osób uprawnionych. Pokazana została podstawa prawna w oparciu o którą, moim zdaniem byłoby możliwe wykonywanie przez publiczne podmioty lecznicze (mające zawarte umowy na realizację świadczeń opieki zdrowotnej z Narodowym Funduszem Zdrowia) odpłatnych świadczeń opieki zdrowotnej na rzecz krajowych i zagranicznych Towarzystw Ubezpieczeniowych.

W artykule *Pozory decentralizacji. Najpierw reforma ochrony zdrowia a potem dopiero decentralizacja NFZ*, Menadżer Zdrowia 2-3/2013, s. 14-20 zostały omówione zagadnienia dotyczące planowanych przez Ministerstwo Zdrowia zmian w organizacji funkcjonowania Narodowego Funduszu Zdrowia. Tezę główną jaką postawiłem w tym materiale, było uznanie postulowanych wówczas przez MZ zmian za jedynie pozorną decentralizację sfery finansowania opieki zdrowotnej. Wykazałem jakie działania, moim zdaniem winny zostać podjęte, aby zmiany prawa odnoszącego się do organizacji procesu kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych można było uznać za spełniające konstytucyjny przymiot decentralizacji zarządzania administracją publiczną.

Warto także w tym miejscu wspomnieć o publikacji M. Dercz, H. Izdebski, T. Rek, *Prawo Publiczne Ochrony Zdrowia*, wyd. Wolters Kluwer 2014, ss.375, w której oprócz redakcji naukowej, napisałem: rozdział 1 pkt 3 *Prawo do ochrony zdrowia w świetle przepisów Konstytucji RP (s.41-47)*, rozdział 2 *Podstawowe zagadnienia dotyczące podziału zadań w sferze ochrony zdrowia (s.47-76)*, rozdział 4 *Administracja rządowa w sferze ochrony zdrowia (s.82-134)*, rozdział 5 *Jednostki samorządu terytorialnego w ochronie zdrowia – zadania wynikające z przepisów ustrojowych i wybranych przepisów materialnego prawa administracyjnego (s.134-163)*, rozdział 6 *Zadania władz publicznych dotyczące realizacji zasady równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (s.164-186)*, rozdział 8 *Podmioty lecznicze (s.192-224)* oraz *Podsumowanie (s.363-369 wspólnie z H. Izdebskim)*. Książka ta jest wynikiem grantu naukowego uzyskanego w 2013 r. od Uczelni Łazarskiego w Warszawie – poświęconego wykazaniu potrzeby uwzględnienia w programie studiów

dziennych i zaocznych na prawie i administracji nowego przedmiotu nauczania jakim jest zdaniem współautorów Prawo publiczne ochrony zdrowia. Oprócz elementów związanych z zagadnieniami wsparcia dydaktycznego dla chcących prowadzić zajęcia ze studentami prawa, administracji lub zdrowia publicznego – zawarta została w tej publikacji pewna synteza prawna odnosząca się do funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce. Po raz pierwszy w tak szczegółowy sposób zostały od strony pranej zanalizowane działania władz publicznych w odniesieniu do ich obowiązków konstytucyjnych związanych z zapewnieniem realizacji zarówno do szeroko rozumianego prawa do ochrony zdrowia, jak i do dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej oraz zagadnień zdrowia publicznego. Zająłem się w Przedmowie wskazaniem zagadnień tematycznych wchodzących w skład głównego obszaru zainteresowania autorów publikacji. W rozdziale 1 dokonałem ogólnej analizy przepisów Konstytucji RP odnoszących się wprost do ochrony zdrowia i moim zdaniem z tym zagadnieniem związanych pośrednio. W niniejszej publikacji napisałem także rozdziały poświęcone omówieniu struktury organizacyjnej, konstytucyjnych podstaw działania i zadań organów władzy publicznej odpowiedzialnych za funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia w Polsce. W innym rozdziale poddałem analizie prawnej przepisy Konstytucji RP nawiązujące w swojej treści normatywnej do zapewnienia prawa do życia i zdrowia. Przedstawiona przeze mnie synteza zagadnień prawnych odnoszących się do sfery ochrony zdrowia ludzkiego poparta została szerokim orzecznictwem sądowym i trybunalskim oraz stanowiskiem doktryny.

W tym miejscu należy także zamieścić wykonaną na zlecenie Ministerstwa Zdrowia ekspertyzę prawną (*wspólnie wykonaną z H. Izdebskim*) *Prawne aspekty organizacji i funkcjonowania systemu zdrowia publicznego w Polsce (Analiza prawa ustrojowego, materialnego i formalnego)*. Poddziałanie 1.2: *Diagnoza obecnej organizacji i funkcjonowania systemu zdrowia publicznego w Polsce*, zrealizowaną w ramach Programu PL 13: Ograniczenie społecznych nierówności w zdrowiu, współfinansowanego ze środków Norweskiego Mechanizmu Finansowego 2009-2014, Warszawa 2015, ss.187. W tym opracowaniu zostały omówione przeze mnie najistotniejsze regulacje ustawowe związane z funkcjonowaniem w Polsce organizacji zdrowia publicznego wraz z pokazaniem ich niespójności systemowych oraz braku jednoznacznie i szczegółowo przyporządkowania zadań z tej sfery do poszczególnych

organów administracji publicznej.

Warto w tym miejscu także wskazać najistotniejsze publikacje przed uzyskaniem stopnia doktora:

M. Dercz *Relacje między jednostką samorządu terytorialnego a samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej*, (w:) H. Izdebski (red.), M.Dercz (red.) *Zbiór praw tom V część II Nowe Prawo Samorządu Terytorialnego. Komentarze, wyjaśnienia, przepisy*, wyd. ABC 2000 r., ss.8,

M. Dercz *Możliwości podjęcia przez jednostki samorządu terytorialnego decyzji w sprawie likwidacji samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej* (w:) H. Izdebski (red.), M.Dercz (red.) *Zbiór praw tom V część II Nowe Prawo Samorządu Terytorialnego. Komentarze, wyjaśnienia, przepisy*, wyd. ABC 2002., ss.10,

M. Dercz, H. Izdebski, *Prywatyzacja w opiece zdrowotnej. Jak prywatyzować samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej w świetle obowiązujących przepisów*, wyd. Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2001, ss.105,

M. Dercz, H. Izdebski, *Organizacja ochrony zdrowia w Rzeczypospolitej Polskiej w świetle obowiązującego ustawodawstwa*, wyd. Iuris Warszawa 2001, ss.278,

M.Dercz, T.Rek, *Prawa dziecka jako pacjenta*, wyd. Biuro Rzecznika Praw Dziecka 2003, ss.167,

M. Dercz *Pozycja prawna Rzecznika Praw Dziecka (s.61-65); Prawne podstawy ochrony zdrowia dzieci (s.165-183)* (w:) M. Kaczmarek (red.), P. Kierenko (red.) *Polska dla Dzieci – Ogólnopolski Szczyt w Sprawach Dzieci –Materiały i dokumenty*, wyd. Biuro Rzecznika Praw Dziecka, Warszawa 2003,

M. Dercz *Publiczni świadczeniodawcy w ochronie zdrowia, prawno-organizacyjne formy działalności - stan obecny i projektowany*, wyd. Antidotum 2004 r., s.26-38,

M. Dercz *Miejsce samorządu terytorialnego w polskim systemie ochrony zdrowia* (w:) Specjalny dodatek do kwartalnika *Ekonomia i Rynek*, Kraków 2004, ss.23.

Jeśli chodzi o dalsze plany badawcze, to są one związane z analizą naukową prawnych aspektów funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce. W toku przygotowania jest publikacja, której jestem redaktorem naukowym i współautorem (wspólnie z H. Izdebskim i T. Rekiem) *Ustawa o zdrowiu publicznym – komentarz*, przygotowywana dla wydawnictwa Wolters Kluwer. Po jej ukończeniu chciałbym się także zająć prawnymi regulacjami zagadnień związanych ze sferą zdrowia publicznego.



6. Udział w krajowych i międzynarodowych programach badawczych:

Udział w projekcie badawczym: *Prawne aspekty organizacji i funkcjonowania systemu zdrowia publicznego w Polsce (Analiza prawa ustrojowego, materialnego i formalnego)*.

Poddziałanie 1.2: *Diagnoza obecnej organizacji i funkcjonowania systemu zdrowia publicznego w Polsce*, realizowanego w ramach Programu PL 13: Ograniczenie społecznych nierówności w zdrowiu, współfinansowanego ze środków Norweskiego Mechanizmu Finansowego 2009-2014, Warszawa 2015.

7. Udział w krajowych konferencjach naukowych:

Byłem członkiem komitetu naukowego konferencji naukowych i miałem na nich swoje wystąpienia: zorganizowanej przez Instytut Medycyny Pracy w Łodzi w 2008 r. pn. *Ochrona Zdrowia i Promocja Zdrowia jako zadanie własne jednostek samorządu terytorialnego* oraz zorganizowanej przez Instytut Zdrowia Publicznego Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie i Uczelnię Łazarskiego w Warszawie w 2012 r. *Organizacje pożytku publicznego i inne organizacje pozarządowe w ochronie zdrowia- stan obecny i perspektywy zmian*.

Przewodniczyłem sesji plenarnej i miałem wystąpienie podczas konferencji naukowej zorganizowanej przez Uniwersytet Medyczny w Poznaniu i Okręgową Izbę Radców Prawnych w Poznaniu : Forum prawa medycznego: Praktyczne aspekty prawa medycznego 19.12.2014 r. Poznań

Miałem wystąpienia na konferencjach naukowych:

Zakłady opieki zdrowotnej. Stan obecny i proponowane kierunki zmian – konferencja zorganizowana przez wydawnictwo Wolters Kluwer w Warszawie 2008 r.

Wpływ ustawy o działalności leczniczej na funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia – konferencja zorganizowana przez Szkołę Główną Handlową, Uniwersytet Medyczny w Warszawie, Uczelnię Łazarskiego w Warszawie oraz wydawnictwo Wolters Kluwer w Warszawie w 2011 r.

Optymalny Model Systemu Ochrony Zdrowia – konferencja zorganizowana przez Uczelnię Łazarskiego w Warszawa w 2013 r.

Uczestniczyłem w panelu dyskusyjnym podczas konferencji zorganizowanej w 2011 r. przez Uczelnię Łazarskiego w Warszawie pn. *Nie tylko leki. Kompleksowa opieka w chorobach rzadkich jako wyzwanie systemowe*.

8. Działalność organizatorska, redakcyjna i recenzyjna:

Jestem stałym recenzentem w periodyku naukowym *Zdrowie i zarządzanie* Uniwersytetu Jagiellońskiego oraz byłem kilkakrotnie recenzentem w czasopiśmie naukowym *Samorząd Terytorialny*.

Współorganizowałem konferencję pn. Jakość w ochronie zdrowia – aspekty prawne dotyczące działalności publicznych zakładów opieki zdrowotnej zorganizowanej przez Biuro Polityki Zdrowotnej m.st. Warszawy w październiku 2010 r. na której miałem także wystąpienie na temat Prawnych możliwości uzyskania przez publiczne zakłady opieki zdrowotnej środków finansowych na realizację świadczeń zdrowotnych (przygotowane wspólnie z T.Rek).

9. Działalność dydaktyczna i szkoleniowa w zakresie popularyzacji nauki lub sztuki

Od 1999 r. do dziś prowadzę cykliczne szkolenia w ramach zajęć z doskonalenia zawodowego w temacie prawa ochrony zdrowia organizowanych przez Krajową i Okręgowe Izby Radców Prawnych.

Współpracowałem w latach 2006-2008 w zakresie realizacji zajęć ze studentami prawa zakresu prawa medycznego i prawa ochrony zdrowia z Wydziałem Prawa i Administracji Uniwersytetu Łódzkiego i z Instytutem Medycyny Pracy w Łodzi.

W 2012 r. prowadziłem zajęcia ze studentami zaocznymi III i V roku Prawa Uczelni Łazarskiego z fakultatywnego przedmiotu Prawo Ochrony Zdrowia.

W latach 2012-2014 r. prowadziłem kilkanaście szkoleń z zakresu ustawy o działalności leczniczej na zlecenie m.in. Narodowego Funduszu Zdrowia, samorządów województw oraz samorządów zawodów medycznych.

10. Wykonywanie ekspertyz i innych opracowań na zamówienie organów władzy publicznej, samorządu terytorialnego, podmiotów realizujących zadania publiczne lub przedsiębiorców:

Wykonywałem na w latach 2012-14 na rzecz samorządu województwa pomorskiego i zachodnio-pomorskiego oraz Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego ekspertyzy dotyczące prowadzenia przez ich jednostki organizacyjne działalności leczniczej.

11. Działalność publicystyczna z zakresu popularyzacji nauki:

Od momentu uzyskania stopnia naukowego doktora podejmowałem także liczne działania mające na celu propagowanie elementów *de lege ferenda* w odniesieniu do kwestii organizacji systemu ochrony zdrowia w Polsce. Uczestniczyłem w ramach tej

aktywności w debatach na temat funkcjonowania ochrony zdrowia, a także napisałem kilkanaście artykułów popularyzujących podejście naukowe do reformowania systemu ochrony zdrowia w takich dziennikach jak Rzeczpospolita i Dziennik – Gazeta Prawna.

I tak np. w artykule *Zdroworozsądkowe zmiany czas zastąpić solidną reformą*, Rzeczpospolita 22 lutego 2013 r. zostały zanalizowane kwestie przygotowania merytorycznego i podbudowy naukowej proponowanych w ostatnich latach przez władze publiczne działań reorganizacyjnych w sferze publicznej ochrony zdrowia. Starłem się wykazać jaki jest zakres odpowiedzialności konstytucyjnej poszczególnych władz publicznych, którym w ramach ustawodawstwa zwykłego zostały przekazane zadania z ochrony zdrowia a jaki są w tej materii wytyczne konstytucyjne.

Z kolei w artykule *Dziecko – petent służby zdrowia*, Rzeczpospolita 12 lipca 2013 r. zamieszczonym w dziale prawnym tego dziennika została przeze mnie poddana krytycznej ocenie pozycja prawna dziecka i działających w jego imieniu rodziców lub innych opiekunów prawnych w procesie uzyskania przez nie dostępu do opieki zdrowotnej. Pokazana została bierna postawa Rzecznika Praw Dziecka w wypełnianiu obowiązku stania na straży prawa dzieci do ochrony zdrowia. Oprócz analizy krytycznej obecnego stanu realizacji wytycznych zawartych w art.68 ust.3 Konstytucji – wskazałem także pewne ogólne uwagi w jakim kierunku winno pójść ustawodawstwo, aby prawa dzieci w odniesieniu do należytej im opieki zdrowotnej spełniły konstytucyjny przymiot szczególności.

12. Działalność zawodowa:

W latach 2001-2007 byłem radcą prawnym Rzecznika Praw Dziecka i zajmowałem się m.in. badaniem realizacji konstytucyjnego prawa dzieci do ochrony zdrowia, sprawami dostępności dzieci do świadczeń zdrowotnych i ich prawem do ochrony zdrowia występując w jego imieniu m.in. przed komisjami sejmowymi i senackimi oraz przed organami administracji publicznej.

Jestem radcą prawnym w Biurze Polityki Zdrowotnej m.st. Warszawy oraz prowadzę Kancelarię Radcy Prawnego w Kutnie.

Warszawa.....

dr Maciej Dercz