

Warszawa, dnia 13 kwietnia 2026 r.

Viatrix Healthcare Sp. z o.o.

ul. Postępu 21b,
02-676 Warszawa

**Szanowny Pan
Daniel Rutkowski
Prezes Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji**

ul. Przeskok 2
00-032 Warszawa

Dotyczy pisma: OTOW.4130.5.2025.3.TG

W odpowiedzi na pismo nr OTOW.4130.5.2025.3.TG dotyczące minimalnych wymagań, jakie muszą spełniać analizy dołączone do wniosku refundacyjnego dotyczącego produktu leczniczego **Influvac, szczepionka przeciw grypie:**

- Influvac, Szczepionka przeciw grypie (antygen powierzchniowy), inaktywowana, Zawiesina do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 1 dawka (0,5 ml), 1 amp.-strzyk., GTIN: 05901797711283

w ramach refundacji aptecznej na receptę, we wskazaniu wynikającym ze złożonego wniosku refundacyjnego: w populacji osób dorosłych, młodzieży i dzieci w wieku od szóstego miesiąca.

I. Uwagi do całości analiz:

1. Dla prawidłowości przeprowadzanego procesu HTA kluczowe jest uwzględnienie możliwie najszerszego spektrum technologii opcjonalnych, możliwych do zastosowania w danym stanie klinicznym. Ustawa refundacyjna wskazuje, że ocenianą technologię należy porównać z innymi możliwymi do zastosowania w danym stanie klinicznym procedurami medycznymi we wnioskowanym wskazaniu, w tym, o ile występują, finansowanymi ze środków publicznych. Wytoczne oceny technologii medycznych AOTMiT z 2016 r. precyzują, że komparatorem dla ocenianej interwencji w pierwszej kolejności musi być istniejąca (aktualna) praktyka medyczna, czyli sposób postępowania, który w praktyce prawdopodobnie zostanie zastąpiony przez ocenianą technologię. Wobec powyższego we wszystkich analizach jako komparatory należy także uwzględnić wszystkie szczepionki na grypę aktualnie objęte refundacją tj. Vaxigrip Tetra oraz Efluelda Tetra. Ponadto biorąc również pod uwagę fakt, iż inne trójwalentne szczepionki na grypę podlegają obecnie ocenie w Agencji tj. Efluelda oraz Vaxigrip, należy również uwzględnić je jako potencjalne komparatory i rozważyć zasadność ich uwzględnienia w scenariuszach analizy BIA.

Biorąc pod uwagę powyższe, analizy nie spełniają następujących wymagań:

- § 4 ust. 3 pkt 2 Rozporządzenia,
- § 5 ust. 2 pkt 1–6 Rozporządzenia,
- § 6 ust. 1 pkt 3–6 Rozporządzenia.

Proszę o dostosowanie wszystkich analiz tak, aby odpowiadały aktualnej praktyce medycznej, a także zachowywały spójność w zakresie uwzględnionych dowodów skuteczności oraz bezpieczeństwa, w zakresie komparatorów i kosztów.

Odp.:

Zmiana polegająca na przejściu ze szczepionek czterowalentnych (QIV) na trójwalentne (TIV) wynika bezpośrednio z aktualnych zaleceń WHO oraz EMA i ma charakter techniczny, związany z optymalizacją składu szczepionek w odpowiedzi na brak wykrywalnej transmisji jednego ze szczepów wirusa grypy typu B.

Opracowując analizy przyjęto założenie, że każda nowa szczepionka trójwalentna wprowadzana do refundacji będzie zastępować swój czterowalentny odpowiednik (np. w przypadku preparatu Influvac – szczepionkę Influvac Tetra), bez istotnego wpływu na rozpowszechnienie szczepionek innych producentów. Jednocześnie, na moment składania wniosku żadna z TIV nie była dostępna na rynku polskim, a informacje dotyczące ewentualnych procesów refundacyjnych dla preparatów innych producentów nie były publicznie dostępne, w związku z czym porównanie z tymi szczepionkami nie było zasadne.

Niemniej jednak, wychodząc naprzeciw oczekiwaniom Agencji, uzupełniono analizy o dodatkowe komparatory, tj. Vaxigrip Tetra oraz Vaxigrip. W związku z tym zmodyfikowano pierwotny protokół przeglądu systematycznego prowadzonego w ramach analizy klinicznej i przedstawiono dostępne dane, pozwalające na porównanie ocenianej interwencji z komparatorami. Należy jednak zaznaczyć, że szczepionka Vaxigrip nie jest obecnie refundowana ani szeroko dostępna, co ograniczało możliwość przeprowadzenia pełnej analizy ekonomicznej.

Nie przeprowadzono natomiast porównania ze szczepionkami Efluelda oraz Efluelda Tetra, które nie zostały uznane za właściwe komparatory dla ocenianej interwencji. Preparaty te należą do szczepionek wysokodawkowych i są przeznaczone wyłącznie dla osób w wieku ≥ 60 lat. Ponadto są one finansowane w ramach odrębnych grup limitowych (odpowiednio: szczepionki standardowej dawki – grupa 247.0, oraz szczepionki wysokodawkowe – grupa 247.2), co wskazuje na ich odrębne miejsce w systemie refundacyjnym oraz brak bezpośredniej zamienności terapeutycznej.

II. Uwagi do analizy klinicznej

2.1 Przegląd systematyczny badań pierwotnych nie zawiera zestawienia wyników uzyskanych w każdym z badań, w zakresie zgodnym z kryteriami włączenia do przeglądu dla punktów końcowych, w postaci tabelarycznej. (§ 4 ust. 3 pkt 6 Rozporządzenia).

2.1.a. Proszę o przedstawienie wyników dot. oceny skuteczności ocenianej szczepionki. Brak tych danych uniemożliwia rzetelną ocenę wartości klinicznej wnioskowanej technologii wobec obowiązujących w Polsce standardów i ogranicza wiarygodność wniosków analizy.

Odp.:

W przedłożonej analizie klinicznej zaprezentowano wyniki porównania ocenianej interwencji z komparatorem (Influvac Tetra) w zakresie, w jakim dostępne były dane. W odpowiedzi na pismo Agencji analizę uzupełniono o wyniki porównań z dodatkowymi komparatorami (Vaxigrip oraz Vaxigrip Tetra), a także o dane dotyczące skuteczności rzeczywistej względem braku szczepienia, wykorzystując wyniki dla Influvac Tetra jako czterowalentnego odpowiednika ocenianej interwencji.

Takie podejście znajduje uzasadnienie w wynikach przedstawionych w analizie klinicznej, wskazujących na porównywalność odpowiedzi immunologicznej względem wspólnych szczepów wirusa grypy, a także w wynikach metaanaliz potwierdzających porównywalność TIV i QIV jako klas preparatów. Dodatkowo jest ono spójne z zapisami Charakterystyk Produktów Leczniczych, w których dane dla szczepionek TIV i QIV są prezentowane i wykorzystywane zamiennie.

W szczególności, w Charakterystyce Produktu Leczniczego dla Influvac wskazano, że dane dotyczące szczepionki czterowalentnej Influvac Tetra odpowiadają danym dla szczepionki trójwalentnej, ze względu na zastosowanie tego samego procesu wytwarzania oraz częściowo wspólny skład (rozdz. 4.8, 5.1). Analogicznie, w Charakterystyce Produktu Leczniczego dla Vaxigrip wskazano, że skuteczność tej szczepionki w wybranych populacjach została ustalona na podstawie ekstrapolacji danych dla szczepionki Vaxigrip Tetra (rozdz. 5.1), a także dopuszczono ekstrapolację danych nieklinicznych pomiędzy tymi preparatami (rozdz. 4.6).

2.1.b. Proszę również o doprecyzowanie, czy szczepionki stosowane w ramach badań uwzględnionych w AKL zawierają dokładnie te same szczepy wirusa grypy, które są wymienione w ChPL Influvac, t.j.:

A/Victoria/4897/2022 (H1N1)pdm09–podobny szczep (A/Victoria/4897/2022, IVR-238);

A/Croatia/10136RV/2023 (H3N2)–podobny szczep (A/Croatia/10136RV/2023, X-425A);

B/Austria/1359417/2021–podobny szczep (B/Austria/1359417/2021, BVR- 26)

Jeśli nie, proszę o dyskusję, jakie ograniczenia są z tym związane.

Odp.:

Skład antygenowy szczepionek przeciwko grypie jest corocznie aktualizowany zgodnie z rekomendacjami WHO, w związku z czym może różnić się pomiędzy poszczególnymi sezonami epidemicznymi. W niniejszej analizie uwzględniono badania dotyczące szczepionek trój- i czterowalentnych niezależnie od ich szczegółowego składu antygenowego, przyjmując, że odpowiadał on rekomendacjom obowiązującym w danym sezonie. Oznacza to, że skład analizowanych szczepionek mógł różnić się od składu rekomendowanego w aktualnym lub przyszłych sezonach. Ograniczenie to ma jednak charakter techniczny i nie wpływa istotnie na wnioskowanie dotyczące skuteczności i bezpieczeństwa, co znajduje odzwierciedlenie w praktyce regulacyjnej – zarówno EMA, jak i krajowe organy rejestracyjne nie wymagają corocznej ponownej oceny skuteczności i bezpieczeństwa szczepionek, a jedynie aktualizacji dokumentacji rejestracyjnej w zakresie składu antygenowego. Należy jednocześnie zaznaczyć, że rekomendacje WHO dotyczące składu szczepionek na kolejny sezon publikowane są z ograniczonym wyprzedzeniem czasowym (w marcu poprzedzającym sezon epidemiczny), co w praktyce ogranicza możliwość prowadzenia nowych badań klinicznych dla każdego sezonu.

Odnosząc się do uwagi Agencji, niezgodność szczegółowego składu antygenowego szczepionek została uwzględniona jako jedno z ograniczeń analizy klinicznej.

2.2. Analiza kliniczna, o której mowa w art. 25 pkt 14 lit. c tiret pierwsze, art. 25a pkt 14 lit. a i art. 26 pkt 2 lit. h ustawy o refundacji, nie zawiera wskazania opublikowanych przeglądów systematycznych spełniających kryteria, o których mowa w pkt 4 lit. a i b. (§ 4 ust. 1 pkt 5 Rozporządzenia).

Przegląd Veroniki 2024 został uwzględniony w AKL, a jednocześnie został wpisany na listę wykluczonych opracowań w tab. 32. Proszę o odniesienie się do niniejszej uwagi.

Odp.:

Zgodnie z protokołem opisanym szczegółowo w analizie klinicznej, etap identyfikacji i selekcji badań prowadzono dwuetapowo, przy zastosowaniu odrębnych kryteriów włączenia i wykluczenia dla każdego z etapów. W pierwszym etapie uwzględniano wyłącznie badania randomizowane bezpośrednio porównujące ocenianą interwencję z komparatorem, natomiast w etapie drugim poszukiwano przeglądów systematycznych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo szczepionek TIV względem QIV jako klas preparatów.

Uwzględnienie w tabeli badań wykluczonych dla etapu I przeglądu systematycznego Veronika 2024 – włączonego w ramach etapu II – wynikało z odmiennych kryteriów kwalifikacji przyjętych dla poszczególnych etapów.

2.3. Przegląd, o którym mowa w ust. 1 pkt 3, nie zawiera opisu procesu selekcji badań, w szczególności i liczby doniesień naukowych wykluczonych w poszczególnych etapach selekcji oraz przyczyn wykluczenia na etapie selekcji pełnych tekstów – w postaci diagramu (§ 4 ust. 3 pkt 4 Rozporządzenia).

Schemat PRISMA zamieszczony na rys. 11 nie zawiera wskazania badań wymienionych w tab. 35 jako wykluczone

Odp.:

Schemat PRISMA został opracowany zgodnie z aktualnymi wytycznymi PRISMA 2020, w oparciu o wzór diagramu zaproponowany przez autorów wytycznych (<https://www.prisma-statement.org/prisma-2020-flow-diagram>). Zastosowany schemat nie przewiduje odrębnego pola do wskazania przyczyn wykluczenia publikacji na etapie przeszukania aktualizacyjnego, do których odnosi się tabela 35 analizy klinicznej (v.1.0).

Wychodząc naprzeciw oczekiwaniom Agencji, uzupełniono schemat PRISMA o informacje dotyczące przyczyn wykluczenia publikacji na etapie przeszukania aktualizacyjnego.

III. Uwagi do analizy ekonomicznej i analizy wpływu na budżet

3.1. Analiza podstawowa AE nie zawiera wyszczególnienia założeń, na podstawie których dokonano oszacowań, o których mowa w pkt 1–4 i ust. 6 pkt 1 i 2 oraz kalkulacji, o której mowa w ust. 6 pkt 3 (§ 5 ust. 2 pkt 6 Rozporządzenia). AWB nie zawiera wyszczególnienia założeń, na podstawie których dokonano oszacowań, o których mowa w pkt 1–3, 6 i 7 oraz prognoz, o których mowa w pkt 4 i 5 (§ 6 ust. 1 pkt 9 Rozporządzenia).

3.1.a. W ramach analizy podstawowej założono, że szczepionka Influvac jednocześnie z objęciem refundacją apteczną zostanie umieszczona w wykazach leków przysługujących bezpłatnie świadczeniobiorcom w wieku poniżej 18 lat (wykaz D1), powyżej 65 roku życia (wykaz D2) i kobietom w ciąży (wykaz E).

Należy zaznaczyć, iż zgodnie z wnioskiem refundacyjnym wnioskowany poziom odpłatności dla technologii wnioskowanej to 50%. Proszę o zmianę analiz podstawowych AE i AWB w taki sposób, aby odpowiadały poziomowi odpłatności uwzględnionemu we wniosku refundacyjnym. Wariant uwzględniający jednocześnie bezpłatny dostęp poszczególnych grup pacjentów do szczepionki Influvac powinien stanowić wariant analizy wrażliwości.

Odp.: Analizy uzupełniono o wariant obliczeniowy uwzględniający poziom odpłatności 50% w całej populacji docelowej analizy. Wyniki takiego wariantu przedstawiono równoległe do wariantu podstawowego uwzględniające bezpłatne wydawanie produktu Influvac dla świadczeniobiorców poniżej 18. roku życia, powyżej 65. roku życia i kobietom w ciąży. Wyniki dodanego wariantu obliczeniowego przedstawiono w aneksach odpowiednich dokumentów.

3.1.b. Ponadto w AWB przyjęto podział rynku szczepionek trójwalentnych w scenariuszu nowym na równi z aktualną strukturą rynku szczepionek czterowalentnych. Założenie to uzasadniono spodziewanym jednoczesnym wprowadzeniem oraz utrzymaniem aktualnych warunków cenowych szczepionek trójwalentnych. Należy zauważyć, że nie są znane warunki i ceny ewentualnych szczepionek, które będą dostępne w kolejnym sezonie szczepień, w związku z powyższym proszę o przetestowanie w analizie wrażliwości alternatywnych udziałów dla szczepionki Influvac.

Odp.: Analizy przeprowadzono przy założeniu, że każda nowa szczepionka trójwalentna wprowadzana do refundacji będzie zastępować swój czterowalentny odpowiednik (np. w przypadku preparatu Inluvac – szczepionkę Inluvac Tetra), bez istotnego wpływu na rozpowszechnienie szczepionek innych producentów. W konsekwencji ewentualne zmiany rozpowszechnienia preparatu Inluvac (i jednocześnie zmiany rozpowszechnienia preparatu Inluvac Tetra) prowadziłyby do proporcjonalnej zmiany wyników przedstawionych w analizie. Biorąc pod uwagę trwające procesy refundacyjne dla pozostałych preparatów trójwalentnych, których odpowiednie formy czterowalentne są refundowane ze środków publicznych, przyjęcie odmiennego założenia dotyczącego zastępowania dostępnych preparatów jest niezasadne. Co więcej, w świetle braku danych dotyczących cen preparatów trójwalentnych innych niż Inluvac, wprowadzenie dodatkowego zastępowania preparatów konkurencyjnych zwiększy niepewność uzyskiwanych wyników analizy.

IV. Uwagi do analizy ekonomicznej

4.1. Analiza ekonomiczna, o której mowa w art. 25 pkt 14 lit. c tiret drugie, art. 25a pkt 14 lit. b i art. 26 pkt 2 lit. h ustawy o refundacji, nie zawiera przeglądu systematycznego opublikowanych analiz ekonomicznych, w których porównano koszty i efekty zdrowotne stosowania wnioskowanej technologii z kosztami i efektami technologii opcjonalnych w populacji wskazanej we wniosku, a jeżeli analizy dla populacji wskazanej we wniosku nie zostały opublikowane – w populacji szerszej niż wskazana we wniosku (§ 5 ust. 1 pkt 3 Rozporządzenia).

Przegląd nie jest aktualny na dzień złożenia wniosku; data wyszukiwania w AE: 30.05.2025 r.

Odp.: Przeprowadzony przegląd zaktualizowano w dniu 17.03.2026.

4.2. Analiza podstawowa AE nie zawiera oszacowania kosztów stosowania każdej z technologii (§ 5 ust. 2 pkt 1 lit. a Rozporządzenia).

W zdaniu „W perspektywie NFZ przy odpłatności 100% koszt jednej szczepionki to YYZ zł w przypadku szczepionki Inluvac i 52,81 zł w przypadku szczepionki Inluvac Tetra” (str. 19 AE) brakuje informacji odnośnie do kosztu technologii wnioskowanej.

Ponadto w treści analizy terminy „refundacja 100%” i „odpłatność 100%” używane są wymiennie, co także wymaga skorygowania.

Odp.: Analizę uzupełniono oraz poddano weryfikacji we wskazanym zakresie. Wszelkie błędy edytorskie zostały poprawione.

4.3. AE nie zawiera oszacowania współczynnika efektów zdrowotnych uzyskiwanych u pacjentów stosujących technologię opcjonalną do kosztów ich uzyskania, dla każdej z refundowanych technologii opcjonalnych (§ 5 ust. 6 pkt 2 Rozporządzenia).

W analizie nie przedstawiono oszacowania współczynnika efektów zdrowotnych do kosztów ich uzyskania dla wszystkich technologii opcjonalnych obecnie refundowanych we wskazaniu wnioskowanym

Odp.: Analizę uzupełniono w omawianym zakresie, z wyjątkiem danych dla preparatu Vaxigrip, którego cena na dzień zakończenia analizy nie jest znana.

4.4. Do przeglądów, o których mowa w ust. 1 pkt 3 i ust. 8, stosuje się przepisy § 4 ust. 3 pkt 3 i 4 (§ 5 ust. 12 Rozporządzenia).

Diagramy opisujące proces selekcji badań w ramach przeglądu systematycznego analiz ekonomicznych (str. 37 AE) i użyteczności (str. 44 AE) zawierają niespójne informacje w zakresie liczby doniesień

naukowych wykluczonych w poszczególnych etapach selekcji.

Odp.: Diagramy przedstawione w analizie uzupełniono.

V. Uwagi do analizy wpływu na budżet

5.1. Analiza nie zawiera ilościowej prognozy rocznych wydatków podmiotu zobowiązanego dofinansowania świadczeń ze środków publicznych, z wyszczególnieniem składowej wydatków stanowiącej refundację ceny wnioskowanej technologii (§ 6 ust. 1 pkt 4 i 5 Rozporządzenia).

W analizie nie uwzględniono podania dwóch dawek szczepionki u nieszczepionych wcześniej dzieci poniżej 9 r.ż., co z uwagi na różnicę w cenie analizowanych interwencji potencjalnie może mieć wpływ na wyniki analizy.

Odp.: Upraszczające założenie 1 dawka = 1 osoba zaszczepiona jest przyjmowane we wszystkich opublikowanych dotąd Konsensusach w sprawie liczby szczepień. Ponieważ użyta w obliczeniach prognoza opiera się na takim właśnie Konsensusie, to przyjęcie tego uproszczenia implikuje zachowanie zgodności uzyskanych wyników z oceną ekspertów i przeprowadzoną przez nich prognozą liczby dawek szczepionek. Należy przy tym zaznaczyć, że ewentualne zwiększenie prognoz wynikające z doliczenia dodatkowych dawek szczepionek przeciwko grypie miałyby znikomy wpływ na wyniki analizy

5.2. Analiza nie zawiera minimalnego i maksymalnego wariantu oszacowania, o którym mowa w pkt 6 (§ 6 ust. Odp.:1 pkt 7 Rozporządzenia).

W analizie nie przedstawiono wyników dla wariantu minimalnego i maksymalnego.

Odp.: W rozdziałach dotyczących analiz wrażliwości wskazano explicite warianty minimalne i maksymalne dla poszczególnych analiz.

5.3. Analiza nie zawiera zestawienia tabelarycznego wartości, na podstawie których dokonano oszacowań, o których mowa w pkt 1–3, 6 i 7 oraz prognoz, o których mowa w pkt 4 i 5 (§ 6 ust. 1 pkt 8 Rozporządzenia).

Tytuły tabel 15-17 (str. 31-32 AWB) nie odpowiadają danym w nich przedstawionym.

Odp.: Skorygowano błędy edytorskie w tytułach tabel.

VI. Uwagi dot. źródeł informacji

6.1. AWB nie zawiera danych bibliograficznych wszystkich wykorzystanych publikacji, z zachowaniem stopnia szczegółowości umożliwiającego jednoznaczną identyfikację każdej z wykorzystanych publikacji (§ 8 pkt 1 Rozporządzenia).

Odp.: Zweryfikowano dane bibliograficzne w analizie i skorygowano nieaktualne odwołania.

VII. Uwagi dodatkowe:

Dodatkowo proszę o:

7.a Uwzględnienie w APD przeglądu rekomendacji refundacyjnych dla preparatu Inluvac;

Odp.: Uzupełniono analizę, zgodnie z sugestią.

7.b. Udostępnienie danych źródłowych pozyskanych z portalu IkarPro przedstawionych w analizie wpływu na budżet.

Odp.: Dane źródłowe dołączono do dokumentacji (pliki sprzedaż_wartosci_kwota_refundacji.csv i sprzedaż_wartosci_liczba_opakowan.csv)

7.c Aktualizację wyszukiwania przeprowadzonego w ramach przeglądu systematycznego opublikowanych analiz ekonomicznych (data przeszukania: 30.05.2025 r.).

Odp.: Przeprowadzony przegląd zaktualizowano w dniu 17.03.2026.

7.d. Proszę również o aktualizację analiz względem aktualnego Obwieszczenia MZ w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (w przedłożonych analizach powołano się na różne Obwieszczenia, tj. z Obwieszczenie z dnia 17 czerwca 2025 r. oraz z dnia 18 grudnia 2025 r.), a także aktualnych cen przyjętych w analizach komparatorów.

Odp.: Zaktualizowano analizy względem aktualnego Obwieszczenia MZ w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, zgodnie z sugestią.

7.e. Jednocześnie zwracam się z prośbą o przekazanie uzupełnionych dokumentów z analizami (w formacie .docx) w wersji zawierających wskazanie informacji objętych tajemnicą przedsiębiorcy, wraz z wersją czarną właściwą do publikacji w biuletynie AOTMiT.

Odp.:

Analizy we wskazanym formacie w wersjach zawierających wskazanie informacji objętych tajemnicą przedsiębiorcy (wersja „żółta”) oraz wersjach czarnych właściwych do publikacji w biuletynie AOTMiT stanowią załącznik do niniejszej odpowiedzi.

7. f. Proszę również o aktualizację analiz względem aktualnego na dzień uzupełnienia wymagań minimalnych Obwieszczenia MZ w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, aktualnych cen przyjętych w analizach komparatorów, a także aktualizację analiz w oparciu najnowsze sprawozdania NFZ.

Odp.: Zaktualizowano analizy względem aktualnego Obwieszczenia MZ w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, zgodnie z sugestią. Przekazane pierwotnie analizy oparte zostały o dane aktualne w połowie stycznia 2026 roku, dlatego ewentualne aktualizacje innych elementów nie miałyby wpływu na wyniki i wnioski.

Otrzymują:

- 1) Ministerstwo Zdrowia, Departament Polityki Lekowej i Farmacji,
- 2) a/a.

Załączniki:

- Uzupełnione wersje analiz HTA (wersja 2.0).

Dokument został podpisany Podpisem Kwalifikowanym 2026-04-15 17:48:03 przez Neumann Krzysztof.