



# Minister Zdrowia

PLPR.050.30.2026.MI  
Warszawa, 19 czerwca 2026

Pan  
Włodzimierz Czarzasty  
Marszałek Sejmu RP

Szanowny Panie Marszałku,

w odpowiedzi na interpelację nr 17473 Posłów Dariusza Mateckiego i Zbigniewa Ziobro w sprawie projektowanych zmian dotyczących recept rocznych, zasad refundacji leków oraz odbioru leków z programów lekowych w aptekach przedstawiam poniższe informacje.

## Ad 1.

Przekazany do prekonsultacji projekt wprowadza mechanizm dotyczący sposobu realizacji recept refundowanych, którego celem jest przede wszystkim zwiększenie bezpieczeństwa farmakoterapii pacjentów oraz zapewnienie bardziej efektywnego wykorzystania leków finansowanych ze środków publicznych.

Projektowane przepisy nie ograniczają możliwości wystawiania i realizacji tzw. recept rocznych. Recepta w postaci elektronicznej będzie nadal ważna przez 360 dni, co oznacza, że pacjent zachowa możliwość realizacji recepty zarówno jednorazowo, jak i w częściach, zgodnie ze swoimi potrzebami oraz zaleceniami lekarza. Rozwiązanie to nie oznacza więc skrócenia ważności e-recepty ani pozbawienia pacjenta możliwości nabycia większej ilości leku.

Proponowane zmiany odnoszą się do zasad finansowania ze środków publicznych kolejnych części realizowanej recepty. Ich intencją jest stworzenie mechanizmów sprzyjających regularnej weryfikacji prowadzonej terapii i jej dostosowaniu do aktualnego stanu zdrowia pacjenta. W przypadku leczenia prowadzonego przez dłuższy czas szczególne znaczenie ma zapewnienie odpowiedniego nadzoru nad przebiegiem terapii, ograniczanie ryzyka gromadzenia niewykorzystanych leków, wzmocnienie bezpieczeństwa pacjentów oraz wspieranie racjonalnego wykorzystania środków publicznych.

Projektowane rozwiązania należy postrzegać przede wszystkim przez pryzmat korzyści dla pacjenta, w szczególności zwiększenia bezpieczeństwa leczenia, poprawy jakości opieki farmakoterapeutycznej oraz zapewnienia, że refundacja leków pozostaje dostosowana do aktualnych potrzeb zdrowotnych pacjentów.

W przypadku recept wystawianych na dłuższy okres szczególne znaczenie ma zachowanie odpowiedniej kontroli nad przebiegiem leczenia, tak aby ograniczać ryzyko gromadzenia niewykorzystanych produktów leczniczych oraz zapewnić pacjentom stały kontakt z personelem medycznym w zakresie oceny skuteczności i bezpieczeństwa terapii.

Szczegółowe rozwiązania przewidziane w projekcie należy postrzegać w kontekście realizacji tych celów, których nadrzędnym założeniem jest dobro i bezpieczeństwo pacjenta.

## **Ad. 2**

Przekazany do prekonsultacji projekt znajduje się na wczesnym etapie prac legislacyjnych, którego celem jest zebranie opinii i doświadczeń wszystkich uczestników systemu ochrony zdrowia, w tym pacjentów, przedstawicieli zawodów medycznych oraz innych interesariuszy. Z tego względu rozwiązania przedstawione w projekcie mają charakter wstępny i stanowią punkt wyjścia do dalszej dyskusji.

Propozycja mechanizmu wynika z danych dotyczących realizacji recept refundowanych wskazujących m.in. na zjawisko realizacji ilości przekraczających standardowe roczne zapotrzebowanie. Dane te pokazują, że istnieje uzasadniona potrzeba wypracowania mechanizmu, który ograniczy nadmierne jednorazowe finansowanie zapasów leków refundowanych, a zarazem nie pogorszy dostępności terapii dla pacjentów przewlekle chorych.

Przyjęty w projekcie mechanizm został zaproponowany jako jedno z możliwych rozwiązań służących pogodzeniu kilku istotnych celów: zapewnienia pacjentom ciągłości terapii, zwiększenia bezpieczeństwa farmakoterapii oraz racjonalnego wykorzystania leków finansowanych ze środków publicznych. Jego założeniem jest wspieranie takiego modelu realizacji recept, który odpowiada rzeczywistym potrzebom zdrowotnym pacjentów i jednocześnie ogranicza ryzyko gromadzenia niewykorzystanych leków.

Należy podkreślić, że przedstawione w projekcie parametry nie przesądzą o ostatecznym kształcie regulacji. W toku dalszych prac analizowane będą zgłoszone uwagi, doświadczenia praktyczne oraz dostępne dane, tak aby wypracowane rozwiązanie w jak największym stopniu odpowiadało potrzebom pacjentów, w szczególności osób przewlekle chorych, przy jednoczesnym zachowaniu wysokiego poziomu bezpieczeństwa i efektywności systemu.

## **Ad. 3**

Projektowane rozwiązania były analizowane z perspektywy bezpieczeństwa pacjentów, ciągłości terapii oraz racjonalnego gospodarowania środkami publicznymi, nie odbierając przy tym pacjentom przewlekle chorym, seniorom, osobom z niepełnosprawnościami ani mieszkańcom mniejszych miejscowości możliwości korzystania z recept rocznych. Zachowana zostaje możliwość wystawienia e-recepty na okres do 360 dni stosowania leku oraz możliwość realizacji recepty w częściach. Jednocześnie rozwiązania dotyczące realizacji recept mają przeciwdziałać nadmiernemu gromadzeniu leków, które w praktyce może prowadzić do ich niewykorzystania, zwłaszcza w razie zmiany terapii, wystąpienia działań niepożądanych, progresji choroby albo zgonu pacjenta.

Nadrzędnym celem projektowanych rozwiązań jest poprawa bezpieczeństwa farmakoterapii oraz zapewnienie pacjentom ciągłości leczenia. Ministerstwo Zdrowia przywiązuje szczególną wagę do tego, aby ewentualne zmiany nie prowadziły do pogorszenia dostępności terapii dla grup wymagających szczególnego wsparcia i uwzględniały zróżnicowane potrzeby pacjentów. Intencją Ministerstwa jest wypracowanie takich regulacji, które będą łączyły bezpieczeństwo i efektywność systemu z możliwie największą wygodą oraz dostępnością leczenia dla pacjentów.

#### Ad. 4

W przypadku realizacji leku odpowiadającego 60 dniom terapii mechanizm przewidujący możliwość realizacji kolejnej części recepty po upływie 3/4 okresu stosowania oznacza, że kolejna refundowana realizacja może nastąpić po około 45 dniach, a więc przy pozostającym zapasie leku odpowiadającym średnio około 15 dniom terapii.

Należy jednocześnie podkreślić, że nie oznacza to w praktyce, iż pacjent dysponuje wyłącznie 15-dniowym „oknem” na realizację kolejnej części recepty. Recepta elektroniczna zachowuje ważność przez 360 dni, a wskazany moment stanowi jedynie punkt, od którego możliwa jest realizacja kolejnej części z refundacją. Celem tego mechanizmu jest zapewnienie racjonalnej i bezpiecznej ciągłości realizacji terapii refundowanej, a nie wprowadzenie krótkich terminów ograniczających dostęp pacjenta do leczenia. Przyjęto, że wskazany bufor czasowy jest wystarczający do zapewnienia płynności terapii.

Jednocześnie warto zaznaczyć, że sam mechanizm ograniczający moment realizacji kolejnej części recepty nie jest rozwiązaniem nowym w systemie. Funkcjonuje on już obecnie w obowiązujących przepisach, po zmianach wprowadzonych w 2023 r. Różnica w projektowanym podejściu polega przede wszystkim na sposobie jego realizacji – obecnie część obliczeń wykonywana jest w aptekach przez farmaceutów, co może wiązać się z dodatkowymi czynnościami interpretacyjnymi i ryzykiem rozbieżności w praktyce. Projektowane rozwiązania zmierzają do przeniesienia tych obliczeń do systemu teleinformatycznego, co ma na celu zwiększenie jednolitości stosowania przepisów, uproszczenie procesu realizacji recept oraz ograniczenie ryzyka niejednoznaczności.

#### Ad. 5

Projektowane rozwiązania należy oceniać nie tylko z perspektywy indywidualnego pacjenta realizującego receptę, lecz także z perspektywy płynności zaopatrzenia aptek i racjonalnego obrotu lekami refundowanymi. Jednym z celów regulacji jest ograniczenie sytuacji, w których pacjenci wykupują znaczne ilości leków refundowanych na zapas, mimo że realne zapotrzebowanie terapeutyczne rozkłada się w czasie. Takie zachowania mogą prowadzić do czasowego uszczuplenia dostępności leków w aptekach dla innych pacjentów, zwłaszcza w przypadku produktów stosowanych przewlekłe, produktów o ograniczonej podaży albo produktów okresowo trudniej dostępnych. Spodziewanym efektem ograniczenia jednorazowego wykupywania dużych ilości leków refundowanych jest zwiększenie płynności dostępności leków w aptekach. Jeżeli pacjenci będą realizować recepty w częściach odpowiadających rzeczywistości, bieżącemu zapotrzebowaniu, zapasy pozostające w dystrybucji aptecznej będą rozkładały się bardziej równomiernie. Mechanizm służyć ma więc nie tylko ograniczeniu marnotrawienia leków, ale również sprawiedliwemu i stabilnemu dostępowi pacjentów do terapii finansowanych ze środków publicznych.

Jednocześnie projektowane przepisy nie zamykają pacjentowi drogi do kontynuowania realizacji recepty w sytuacji, gdy dany lek nie jest dostępny w aptece, w której rozpoczęto realizację. Kierunek ten jest komplementarny z mechanizmem umożliwiającym realizację rozpoczętej recepty w różnych aptekach. Rozwiązanie to ma szczególne znaczenie właśnie w przypadku okresowych braków produktów leczniczych, gdzie pacjent nie powinien być związany wyłącznie z jedną apteką, jeżeli rozpoczął w niej realizację recepty, a następnie napotkał brak leku albo trudności w dalszej realizacji. Możliwość kontynuowania realizacji recepty w innej aptece zwiększa elastyczność pacjenta i ogranicza ryzyko przerwania terapii. Celem projektowanych przepisów nie jest ograniczenie dostępu pacjenta do leczenia, lecz bardziej racjonalne, równomierne i bezpieczne zarządzanie realizacją recept refundowanych.

#### **Ad 6 i 7**

Projekt zawiera przepis odnoszący się do problemu wielkości opakowań przewidujący, że dopuszcza się wydanie leku objętego refundacją w ilości większej niż odpowiadająca 60 dniom stosowania, jeżeli jest to niezbędne do wydania całego opakowania leku wybranego przez pacjenta. Celem tej regulacji jest uniknięcie sytuacji, w której farmaceuta byłby zobowiązany do sztucznego dzielenia terapii w sposób niedostosowany do rzeczywistych wielkości i opłacalności opakowań dostępnych w obrocie.

#### **Ad 8**

Przed rozpoczęciem formalnego procesu legislacyjnego, którego celem będzie ostateczne ukształtowanie projektowanych rozwiązań, projekt został skierowany na etap prekonsultacji. W jego ramach przekazano go również do organizacji zrzeszających podmioty funkcjonujące na rynku farmaceutycznym, w tym podmioty odpowiedzialne oraz producentów leków. Dzięki temu już na wczesnym etapie prac umożliwiono przedstawienie stanowisk i uwag również w odniesieniu do potencjalnego wpływu projektowanych regulacji na kwestie związane z opakowaniami wielodawkowymi oraz praktyką obrotu produktami leczniczymi, co pozwala na uwzględnienie szerokiej perspektywy interesariuszy w dalszych pracach nad projektem.

#### **Ad 9**

Projekt nie odchodzi od wykorzystania systemu e-zdrowia, a przeciwnie, zakłada istotne oparcie mechanizmu realizacji recept refundowanych na rozwiązaniach teleinformatycznych. Oznacza to, że projektowane rozwiązanie nie opiera się wyłącznie na manualnej ocenie farmaceuty, lecz zakłada systemowe wsparcie procesu realizacji recepty.

#### **Ad 10**

Projekt przewiduje dalsze uporządkowanie zasad wystawiania i realizacji recept oraz ich osadzenie w jednym akcie prawnym. W zakresie odpłatności projekt przewiduje możliwość korzystania z narzędzia informatycznego przeznaczonego do określania odpłatności na recepcie elektronicznej. Należy jednak odróżnić automatyczną walidację techniczną recepty od pełnej oceny jej prawidłowości w każdym możliwym aspekcie klinicznym i prawnym. Przyjęcie recepty przez system nie może automatycznie eliminować wszystkich obowiązków weryfikacyjnych po stronie osoby wystawiającej oraz osoby realizującej receptę, zwłaszcza w przypadkach podejrzenia nadużycia, zastosowania leku w celu pozamedycznym albo wątpliwości co do autentyczności dokumentu.

#### **Ad 11**

Projekt zakłada, że obliczenia ilości leku przeznaczonego do wydania pacjentowi, realizacji kolejnej części recepty oraz uwzględniania wcześniejszych realizacji będą dokonywane przez system teleinformatyczny. Ma to szczególne znaczenie właśnie w przypadkach, w których lek występuje w kilku wielkościach opakowań. Systemowe obliczenie ilości leku pomoże ograniczyć ryzyko rozbieżności interpretacyjnych oraz zmniejszyć obciążenie farmaceutów manualnym ustalaniem ilości podlegającej wydaniu.

#### **Ad 12**

Projekt przewiduje instytucję recepty kontynuowanej, która będzie wystawiana m.in. przez farmaceutę w celu kontynuacji terapii lekiem, środkiem spożywczym specjalnego przeznaczenia żywieniowego albo wyrobem medycznym przepisany uprzednio przez lekarza. Recepta kontynuowana ma być wystawiana na podstawie danych zawartych w Internetowym Koncie Pacjenta dotyczących dotychczasowej terapii. Nie będzie mogła zostać wystawiona, jeżeli lekarz zamieści w IKP albo na recepcie adnotację o braku możliwości kontynuacji. Projekt przewiduje również limit ilościowy - recepta kontynuowana nie może obejmować ilości przekraczającej 120 dni stosowania. Rozwiązanie to ma ułatwić pacjentom przewlekłe choroby kontynuację leczenia, przy zachowaniu nadrzędnej roli lekarza w decyzji terapeutycznej.

### **Ad 13**

Projekt tworzy podstawy do szerszego udziału aptek w udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w tym w zakresie opieki farmaceutycznej, szczepień, programów zdrowotnych, programów polityki zdrowotnej i programów pilotażowych. Kwestie finansowania poszczególnych świadczeń będą zależeć od rodzaju świadczenia i podstawy jego realizacji, w szczególności od umów, programów albo szczegółowych przepisów wykonawczych. W odniesieniu do produktów stosowanych w programach lekowych projekt zakładał odrębny model umów między apteką a świadczeniodawcą realizującym program lekowy, a szczegółowe warunki tych umów mają zostać określone w rozporządzeniu, przy czym propozycja w tym zakresie może ulec zmianom.

### **Ad 14**

Projekt przewiduje przyznanie farmaceucie udzielającemu świadczeń zdrowotnych w aptece prawa dostępu do dokumentacji medycznej pacjenta oraz prawa uzyskania od podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych informacji o stanie zdrowia pacjenta w zakresie niezbędnym do udzielania świadczeń zdrowotnych przez farmaceutę jak i dostęp farmaceuty do danych dotyczących pacjenta przetwarzanych w Internetowym Koncie Pacjenta również w zakresie niezbędnym do udzielania świadczeń zdrowotnych. Rozwiązanie to ma umożliwić bezpieczne wykonywanie świadczeń farmaceutycznych i ograniczyć ryzyko błędów wynikających z braku dostępu do informacji o terapii pacjenta.

### **Ad 15**

Przekazany do prekonsultacji model nie zakładał dowolnego ani arbitralnego wyznaczania aptek, lecz przewidywał stworzenie kontrolowanego wykazu aptek uprawnionych do realizacji recept „Rp PL”. Rozwiązanie to wynika bezpośrednio ze specyfiki programów lekowych, które obejmują terapie wysokospecjalistyczne, wysokokosztowe oraz wymagające szczególnej kontroli klinicznej i organizacyjnej. Należy podkreślić, że leki stosowane w programach lekowych stanowią integralny element świadczenia realizowanego przez świadczeniodawcę, a recepta „Rp PL” nie jest samodzielną podstawą terapii, lecz częścią ściśle określonego procesu leczenia prowadzonego w ramach programu. W związku z tym kluczowe znaczenie ma zapewnienie spójności pomiędzy etapem ordynacji, finansowania oraz wydania produktu leczniczego.

Proponowane rozwiązanie, polegające na ograniczeniu realizacji tych recept do aptek spełniających określone wymogi i współpracujących ze świadczeniodawcą na podstawie umowy, ma na celu przede wszystkim zapewnienie bezpieczeństwa pacjentów oraz ciągłości i jakości terapii. Takie podejście pozwala utrzymać odpowiedni poziom nadzoru nad procesem leczenia oraz minimalizuje ryzyka organizacyjne i kliniczne. Z perspektywy systemowej jest to rozwiązanie ukierunkowane na ochronę pacjenta i zapewnienie właściwego standardu realizacji świadczeń, dlatego nie powinno budzić wątpliwości u osób posiadających wiedzę o funkcjonowaniu programów lekowych oraz ich specyficznych wymaganiach, w szczególności w zakresie bezpieczeństwa i kontroli terapii.

### **Ad 16**

Ryzyko nierównomiernego rozmieszczenia aptek uczestniczących w modelu będzie odpowiednio uwzględnione na etapie finalnego wdrażania i projektowania szczegółowych rozwiązań wykonawczych. Intencją proponowanego rozwiązania jest przede wszystkim poprawa dostępności terapii, w szczególności dla pacjentów stabilnych klinicznie, którzy obecnie są zobowiązani do odbioru leków bezpośrednio w ośrodku prowadzącym program lekowy. Z tego względu przewiduje się stopniowe i kontrolowane wdrażanie rozwiązania, a także określenie w akcie wykonawczym wykazu programów lekowych oraz produktów, które mogą zostać objęte tym mechanizmem. Takie podejście pozwoli na bieżącą ocenę funkcjonowania systemu w praktyce oraz jego elastyczne dostosowywanie do rzeczywistych potrzeb pacjentów, z nadrzędnym celem jakim jest poprawa dostępności i bezpieczeństwa terapii.

## **Ad 17**

W przekazanym do prekonsultacji projekcie rozdzielono odpowiedzialność poszczególnych uczestników procesu. Za kwalifikację pacjenta do programu lekowego, prowadzenie terapii oraz decyzje kliniczne odpowiada świadczeniodawca realizujący program lekowy. Produkt leczniczy nabywany przez świadczeniodawcę mógłby być dostarczony przez hurtownię farmaceutyczną bezpośrednio do apteki wyłącznie w celu wydania pacjentowi na podstawie recepty „Rp PL”. Dostarczenie produktu do apteki nie stanowiłoby zbycia produktu na rzecz apteki, a podmiotem odpowiedzialnym za finansowanie produktu pozostawałby świadczeniodawca realizujący program lekowy. Apteka odpowiadałaby natomiast za czynności związane z prawidłowym wydaniem produktu, prowadzeniem wymaganej ewidencji oraz wykonywaniem obowiązków wynikających z umowy i przepisów prawa.

## **Ad 18**

Apteki uczestniczące w wydawaniu leków z programów lekowych miałyby działać na podstawie umowy zawieranej ze świadczeniodawcą realizującym umowę w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programów lekowych. Umowa zawierana byłaby odrębnie dla każdej apteki. Projekt przewiduje, że minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, ogólne warunki takich umów oraz ramowy wzór umowy. Apteka będzie zobowiązana m.in. do przekazywania Funduszowi rzetelnych informacji dotyczących zrealizowanych recept „Rp PL”, prowadzenia osobnej ewidencji produktów wydawanych w ramach programów lekowych oraz udostępniania dokumentacji do kontroli. Szczegółowy model rozliczeń miałby wynikać z umowy oraz przepisów wykonawczych.

## **Ad 19**

Projekt przewiduje szczególny model wydawania produktów leczniczych stosowanych w programach lekowych na podstawie recepty z oznaczeniem „Rp PL”. Jest to rozwiązanie zbliżone funkcjonalnie do postulowanego szczególnego trybu dostępności leków specjalistycznych w aptekach, ale osadzone w strukturze programów lekowych i powiązane z odpowiedzialnością świadczeniodawcy prowadzącego terapię. Projekt nie zakładał stworzenia całkowicie odrębnej, szerokiej kategorii „leków specjalistycznych” dostępnych w aptekach poza reżimem programów lekowych. Taki model wymagałby odrębnej analizy systemowej, finansowej i organizacyjnej, w tym oceny wpływu na refundację, bezpieczeństwo terapii i odpowiedzialność uczestników procesu leczenia.

## **Ad 20**

Na etapie prekonsultacji nie planuje się publikacji pełnego zestawienia zgłoszonych uwag ani szczegółowego stanowiska Ministerstwa Zdrowia wobec poszczególnych propozycji przedstawionych przez samorząd aptekarski, producentów leków, organizacje pacjentów oraz inne zainteresowane podmioty. Prekonsultacje mają charakter roboczy i służą przede wszystkim zebraniu informacji zwrotnej, identyfikacji potencjalnych problemów praktycznych oraz wstępnej weryfikacji kierunków projektowanych rozwiązań przed rozpoczęciem formalnego etapu prac legislacyjnych. Jest to etap dialogu, którego celem jest wypracowanie możliwie najlepiej dopracowanych założeń regulacyjnych, a nie prezentacja ostatecznych rozstrzygnięć czy szczegółowych stanowisk wobec każdej z uwag.

Należy zaznaczyć, że proces prekonsultacji, stanowi element przywracania dobrej praktyki szerokich i realnych konsultacji publicznych, polegających na włączaniu interesariuszy już na wczesnym etapie prac nad projektowanymi rozwiązaniami. Podejście to zakłada odejście od modelu, w którym propozycje legislacyjne są formułowane w sposób finalny bez uprzedniego dialogu z podmiotami funkcjonującymi w systemie ochrony zdrowia, a następnie podlegają ograniczonym możliwościom korekt. Prekonsultacje mają na celu umożliwienie rzeczywistego współtworzenia rozwiązań poprzez uwzględnienie doświadczeń i perspektywy wszystkich uczestników systemu, w tym samorządów zawodowych, świadczeniodawców, producentów leków oraz organizacji pacjenckich.

Jest to praktyka szeroko oczekiwana i bardzo dobrze przyjmowana przez interesariuszy, szczególnie po okresie, w którym istotne zmiany legislacyjne bywały procedowane w trybie ograniczonych konsultacji, w formie projektów poselskich, bez konsultacji publicznych i pełnego uwzględnienia ich skutków systemowych i organizacyjnych. W wielu przypadkach prowadziło to do rozwiązań, które wymagały późniejszych korekt lub nie w pełni odpowiadały realiom funkcjonowania systemu ochrony zdrowia.

Obecny model prekonsultacji ma na celu przeciwdziałanie takim sytuacjom poprzez zapewnienie wcześniejszego dialogu i lepszego dopasowania projektowanych regulacji do potrzeb systemu oraz pacjentów. Ministerstwo traktuje ten etap jako istotny element poprawy jakości procesu legislacyjnego i zwiększenia stabilności oraz przewidywalności stanowionego prawa.

Podsumowując, należy jeszcze raz podkreślić, że projektowane rozwiązania stanowią próbę uporządkowania i uspołnienia obszaru, który przez lata był przedmiotem licznych, często niespójnych zmian i interpretacji. Celem jest wzmocnienie bezpieczeństwa pacjentów, poprawa przejrzystości zasad realizacji recept oraz ograniczenie zjawisk prowadzących do nierównego dostępu do leków. Reforma w tym obszarze dotyczy bezpośrednio ciągłości leczenia, bezpieczeństwa farmakoterapii oraz stabilności systemu refundacyjnego. Z tego względu Ministerstwo Zdrowia konsekwentnie zaprasza wszystkich interesariuszy do merytorycznej, opartej na faktach dyskusji, której celem jest wypracowanie rozwiązań rzeczywiście służących pacjentom.

Jednocześnie resort podkreśla, że właśnie uporządkowanie dotychczasowych, wieloletnich niejednoznaczności i rozwiązań cząstkowych jest warunkiem poprawy funkcjonowania systemu, a nie jego komplikowania. Wspólnym celem powinno być zapewnienie pacjentom stabilnego i bezpiecznego dostępu do terapii.

Z wyrazami szacunku  
z upoważnienia Ministra Zdrowia  
Katarzyna Kacperczyk  
Podsekretarz Stanu  
/dokument podpisany elektronicznie/