

Sykuna – Barczewski – Partnerzy Kancelaria Adwokacka

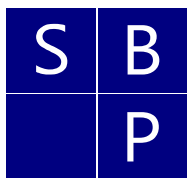
kontakt: kancelaria@kancelariasbp.pl

stan prawny: 29 kwietnia 2015 roku

Alert Prawny

nowa substancja psychoaktywna - definicja

Dnia 24 kwietnia 2015 roku Sejm uchwalił nowelizację ustawy z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu narkomanii, wprowadzając definicję *nowej substancji psychoaktywnej* jako środka odurzającego lub leku psychotropowego, który nie został zamieszczony w wykazach załączonych do dwóch konwencji ONZ z 1961 i 1971 r., lecz może stanowić porównywalne zagrożenie dla zdrowia publicznego, jak substancje znajdujące się w tych wykazach. *Nowe substancje psychoaktywne* objęte są podobnym zakazem produkcji i sprzedaży jak tzw. dopalacze.



Sykuna – Barczewski – Partnerzy Kancelaria Adwokacka

kontakt: kancelaria@kancelariasbp.pl

Newsletter

prawo medyczne

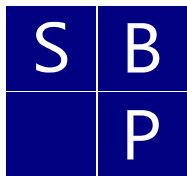
1. Najważniejsze zmiany

Wojskowe szpitale polowe podmiotami leczniczymi

Dnia 24 kwietnia 2015 roku Sejm przyjął nowelizację ustawy z dnia 15 kwietnia 2015 roku o działalności leczniczej, zgodnie z którą jednostki wojskowe bez statusu jednostek budżetowych, realizujące zadania bez angażowania Narodowego Funduszu Zdrowia, włączone zostały w poczet podmiotów leczniczych.

Stanowisko Nr 21/15/P-VII Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej dnia 24 kwietnia 2015 r. w sprawie projektu ustawy o zdrowiu publicznym

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej, po zapoznaniu się z projektem ustawy o zdrowiu publicznym, przesłanym przy piśmie Ministra Zdrowia z dnia 24 marca 2015 r., znak: ZP-P.073.21.2015, wyraża zadowolenie, że w końcu powstał projekt ustawy o zdrowiu publicznym. Fakt ten należy uznać za pozytywny i niezwykle istotnym z punktu widzenia ochrony zdrowia. Brak takiej ustawy stanowi rażącą lukę w obowiązującym porządku prawnym, zważywszy, że jej zakres powinien stanowić istotną podstawę prawną systemu ochrony zdrowia w naszym państwie. Za niezwykle ważne należy uznać regulacje zakładające koordynację współpracy wielu resortów w zakresie zdrowia publicznego, tj. np. w zakresie szczepień, uzależnień, promocji zdrowego trybu życia, diety, poprawy bezpieczeństwa ruchu drogowego, o których nie sposób rozstrzygać z pominięciem innych dziedzin życia. Pozytywnie ocenić należy założenie utworzenia Funduszu Zdrowia Publicznego, a w szczególności przeznaczenie na przychody wpływów z tytułu akcyzy od napojów alkoholowych, wyrobów tytoniowych i suszu tytoniowego, a także wpływów z dopłat w grach hazardowych. Na aprobatę zasługują również regulacje tworzące system przekazywania informacji o zdrowiu publicznym przez wszystkie podmioty wykonujące zadania w tym przedmiocie. Jednakże pomimo pozytywnej oceny samej idei projektu ustawy, jak i wielu jej przepisów, jego analiza prowadzi do wniosku, że nie spełnia on oczekiwań środowiska lekarskiego oraz ekspertów w zakresie zdrowia publicznego. Regulacje zostały zaprojektowane na dużym poziomie ogólności, pomijając przy tym wiele istotnych kwestii. W ocenie Prezydium NRL ustawa o zdrowiu publicznym powinna kompleksowo regulować tematykę zdrowia publicznego



Sykuna – Barczewski – Partnerzy Kancelaria Adwokacka

kontakt: kancelaria@kancelariasbp.pl

w kontekście całego systemu zdrowia. Projekt wymaga więc gruntowej zmiany. W tym celu, uwzględniając liczne uwagi do projektu ustawy, które napłynęły do Naczelnej Izby Lekarskiej, Prezydium NRL przedstawia poniżej uwagi do przedmiotowego projektu.

I. Uwagi ogólne

1. Podstawowym błędem projektu, rzutującym na zawarte w nim uregulowania, jest brak legalnej definicji zdrowia publicznego. Brak w projekcie ustawy takiej definicji rzutuje w szczególności na treść art. 2 projektu ustawy, który pomija szereg zadań z zakresu zdrowia publicznego.

2. Ustawa powinna zgodnie z definicją zdrowia publicznego obejmować kompleksowo cały system zdrowia, a więc działania z zakresu promocji zdrowia, profilaktyki, medycyny naprawczej i opieki zdrowotnej. Brakuje w projekcie przepisów nakładających na Rząd i wojewodów obowiązki w zakresie zorganizowania zabezpieczenia opieki zdrowotnej w różnych sytuacjach: czas zwykły, kataklizmy, wojna.

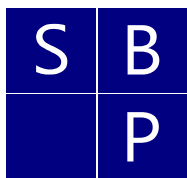
3. Ustawa projektuje tylko pewne ramy organizacyjne systemu na poziomie Rządu. Jednak, również na tym poziomie, pełnomocnik powinien samodzielnie, jako członek Rządu, być odpowiedzialny za zdrowie publiczne. Ustanowienie go w Ministerstwa Zdrowia w randze wiceministra (art. 3 ust. 4 i 5 oraz art. 4 i 5 projektu ustawy) praktycznie uniemożliwia mu pełnienie funkcji koordynatora działań administracji rządowej w tym zakresie.

4. Jednocześnie nie została wskazana jedna, na poziomie regionu, instytucja odpowiedzialna za regionalny system zdrowia, chociaż takie są oczywiste potrzeby w tym zakresie. Patrząc na rolę, jaką przypisano wojewodzie w projekcie ustawy (kompletującą, weryfikującą i opiniującą realizację programów i celów NPZ oraz współpracy i koordynacji dla jednostek samorządu terytorialnego), należałoby rozważyć wskazanie wojewody jako instytucji odpowiedzialnej za zdrowie publiczne na szczeblu regionalnym.

5. Nadal samorządy terytorialne nie zostały zobowiązane do realizacji zadań z zakresu profilaktyki i promocji zdrowia (ustawowo są to zadania własne, ale fakultatywne dla jednostek samorządu terytorialnego).

6. Nie opisano sposobu określania przez jednostki samorządu terytorialnego środków finansowych na profilaktykę i promocję zdrowia oraz nie jest w pełni czytelne czy mają one być donatorem Funduszu Zdrowia Publicznego czy jego beneficjentem.

7. Nie jest jasne, jaka jest relacja zadań określonych w art. 2 projektu ustawy do o wiele bardziej szczegółowych zadań wymienianych w uzasadnieniu. Przy niektórych wskazano nawet potrzebne nakłady. Uzasadnienie mówi na przykład o umieszczeniu w ustawie o zdrowiu publicznym programu zwalczania otyłości, ale w projekcie ustawy tylko w art. 3 ust. 4 jest mowa o tym, że zapobieganie otyłości jest zadaniem Ministra Zdrowia, działającego poprzez Pełnomocnika. Przy ogólnie sformułowanych celach ustawy, cele szczegółowe powinny być wskazane w Narodowym Programie Zdrowia (NPZ).



Sykuna – Barczewski – Partnerzy Kancelaria Adwokacka

kontakt: kancelaria@kancelariasbp.pl

8. Projekt ustawy przewiduje opracowywanie NPZ, a ponieważ takie programy są uchwalane od wielu lat, należałoby w uzasadnieniu projektu przedstawić analizę ich realizacji. Analizy takie pozwoliłyby ocenić celowość i skuteczność podejmowanych wcześniej działań oraz ujawnić błędy, których można by uniknąć w opracowywaniu następnych programów.

9. Zasadnym wydaje się uwzględnienie udziału uczelni medycznych w dokonywaniu badań i analiz na potrzeby realizacji ustawy.

10. Ze względu na wagę współpracy międzysektorowej w realizacji przepisów ustawy opis zasad tej współpracy, zawarty w uzasadnieniu projektu ustawy, należy przenieść do części normatywnej ustawy.

11. Projekt nie zawiera przepisów odnoszących się do kadr zdrowia publicznego, zaś ustawa o zawodach medycznych pozostaje nadal wyłącznie w fazie niezaawansowanej dyskusji. Jeżeli ustawodawca zarzucił zamiar wprowadzenia do polskiego systemu prawa aktu prawnego o tym przedmiocie, należy rozważyć rozszerzenie ustawy o zdrowiu publicznym o kwestie kadr medycznych.

12. Brak odniesienia się w treści projektu ustawy do map potrzeb zdrowotnych, o których mowa w dziale IVa ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, wprowadzonym art. 1 pkt 35 ustawy z dnia 22 lipca 2014 r. z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1138), który wejdzie w życie z dniem 30 czerwca 2016 r.

13. Nie rozszerzono kompetencji służby medycyny pracy w zakresie profilaktyki zdrowotnej i promocji zdrowia, co wymagałoby zmiany w ustawie z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy (Dz. U. z 2014 r. poz. 1184). Tymczasem służba medycyny pracy jest elementem składowym systemu zdrowia, który obligatoryjnie dopuszcza do pracy i monitoruje stan zdrowia osób pracujących. Poprzez koordynację działań z innymi elementami składowymi systemu zdrowia, istnieje możliwość zwiększenia efektywności działań tej instytucji na inne, nie realizowane dotychczas, obszary np. skriningi onkologiczne czy prewencję chorób serca i naczyń.

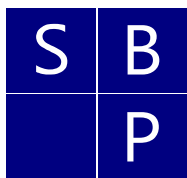
14. Do projektu ustawy nie załączono projektów aktów wykonawczych, zgodnie zaś z § 13 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 20 czerwca 2002 r. w sprawie „Zasad techniki prawodawczej” (Dz. U. Nr 100, poz. 908) jednocześnie z projektem ustawy przygotowuje się projekty rozporządzeń o znaczeniu podstawowym dla jej funkcjonowania.

II. Uwagi szczegółowe:

1) ad art. 2:

a) zdaniu wprowadzającemu do wyliczenia proponuje się nadać brzmienie:
„Art. 2. Zadania z zakresu zdrowia publicznego dotyczą głównie zbiorowych potrzeb zdrowotnych i obejmują:”

b) w pkt 4:



Sykuna – Barczewski – Partnerzy Kancelaria Adwokacka

kontakt: kancelaria@kancelariasbp.pl

- proponuje się skreślić wyrazy „indywidualne i zbiorowe,

- pojęcie „programy profilaktyki chorób” nie zostało zdefiniowane w projekcie ustawy, nie jest zaś ono tożsame z pojęciami którymi posługuje się ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.). Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w art. 5 pkt 29a i 30 definiuje odpowiednio pojęcia „program polityki zdrowotnej” oraz „program zdrowotny”, zasadne wydaje się, aby w projektowanej ustawie posłużyć się tymi dwoma pojęciami w miejsce pojęcia „programów profilaktyki chorób”,

c) w pkt 5 - proponuje się doprecyzować wrażenie „nierówności w zdrowiu”. Przy takim sformułowaniu nie wiadomo o jakie nierówności chodzi, zasadnym byłoby więc wyraźne zaznaczenie, iż chodzi o nierówności w dostępie do profilaktyki i ochrony zdrowia. Ta sama uwaga odnosi się do projektowanego art. 14 ust. 6 pkt 3,

d) w pkt 6 wyraz „rozeznanych” proponuje się zastąpić wyrazem „rozpoznanych”,

e) pkt 8 – nie jest jasne o jakich kadrach tu mowa. Kadry zdrowia publicznego to szerokie pojęcie, zwłaszcza że dziedzina ta jest z założenia interdyscyplinarna (np. socjologia medycyny to też kadra zdrowia publicznego), proponuje się więc zdefiniować o jakie kadry chodzi, czy tylko medyczne i z zakresu nauk o zdrowiu, czy również pozostała kadra (jak prawnicy, ekonomiści, socjologowie itd.),

f) do zadań z zakresu zdrowia publicznego proponuje się dodać nowy punkt w brzmieniu „opracowywanie i wdrażanie algorytmów postępowania w sytuacjach masowych zagrożeń zdrowotnych takich jak epidemie, masowe zatrucia, katastrofy, wojna”;

2) ad art. 3:

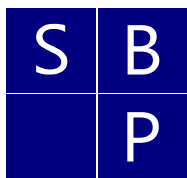
a) ust. 3 – jednostki samorządu terytorialnego nadal nie są zobligowane do przeznaczania środków z budżetu na działania profilaktyczne - sformułowanie „mogą” zostawia dowolność, w której profilaktyka ginie wśród innych priorytetów w regionach, powiatach i gminach. Ponadto nie jest jasne wyrażenie „działania promujące zadania”,

b) ust. 4 – nie jest jasne, dlaczego spośród bardzo wielu problemów z zakresu zdrowia publicznego, wymagających współdziałania Ministra Zdrowia z innymi ministrami wyróżniono tylko problemy dotyczące nikotynizmu, otyłości i alkoholizmu oraz aktywności fizycznej, pomijając np. narkomanię, czy zagrożenia zdrowotne w pracy,

c) pkt 6:

- nie wiadomo, czy jest to mowa o współpracy samorządów terytorialnych w zakresie zadań, o których mowa w art. 2 pkt 1, 4 i 6, czy o których mowa w art. 2 pkt 1 - 4 i 6,

- ustawa powinna ustalać zasady współpracy pomiędzy jednostkami samorządu terytorialnego, ponieważ nie ma zależności organizacyjno-prawnej między poszczególnymi samorządami i w praktyce nie zawsze udaje się osiągnąć



Sykuna – Barczewski – Partnerzy Kancelaria Adwokacka

kontakt: kancelaria@kancelariasbp.pl

zakładany cel. W uzasadnieniu (na końcu ust. 1) jest mowa o tym, że ustawa umożliwi wspieranie jednostek samorządu terytorialnego, w szczególności małych gmin, nie wiadomo jednak na czym będzie polegało to wsparcie;

a) ad art. 4 ust. 3:

- wyliczenie zadań Pełnomocnika nie powinno mieć charakteru zamkniętego, stąd w zdaniu wprowadzającym do wyliczenia proponuje się dodać wyrazy „w szczególności”,

- pkt 5 – ze sformułowania zawartego w tym punkcie wynika, że do zadań Pełnomocnika należy gromadzenie informacji dotyczących sytuacji zdrowotnej społeczeństwa oraz ich udostępnianie, w sposób uniemożliwiający identyfikację osób, których dotyczą. Analiza tego tekstu prowadzi do wniosku, że Pełnomocnik będzie dysponował informacjami o stanie zdrowia poszczególnych osób, a udostępniając te dane będzie dokonywać ich anonimizacji. W ocenie Prezydium NRL udostępnianie Pełnomocnikowi danych zdrowotnych określonych osób (danych niezanonimizowanych) jest nieuzasadnione, a co za tym idzie niedopuszczalne,

- do zadań Pełnomocnika proponuje się dodać nowy punkt w brzmieniu „gromadzenie danych o ewentualnych masowych zagrożeniach zdrowotnych”;

3) ad art. 5 ust. 2 – zasadnym byłoby przewidzenie w ustawie obowiązku współpracy i udzielania pomocy Pełnomocnikowi nie tylko przez organy państwowe, ale także jednostki samorządu terytorialnego;

4) ad art. 6 ust. 2:

a) ograniczenie roli Rady do Spraw Zdrowia Publicznego do opiniowania pomysłów Pełnomocnika jest szkodliwe; Rada powinna uczestniczyć w przygotowaniu Narodowego Programu Zdrowia od samego początku,

b) pkt 4 – proponuje się skreślić. Zadaniem Rady nie powinno być służenie Pełnomocnikowi, a Pełnomocnik nie powinien być komisarzem ds. zdrowia publicznego;

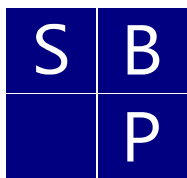
5) ad art. 7:

a) ust. 1 – proponuje się dodać do składu Rady także przedstawicieli uniwersytetów medycznych, wydelegowanych przez Krajową Radę Akredytacyjną Szkolnictwa Wyższego lub podobny organ,

b) ust. 3 - przewodniczącego Rady powinna wybierać Rada, a nie wyznaczać go Pełnomocnik,

c) ust. 5 zdanie drugie – osoby zaproszone do udziału w posiedzeniach Rady powinny nie mieć praw udziału w głosowaniu, natomiast z obecnego brzmienia projektowanego przepisu wynika, że nie mają one nawet prawa udziału w dyskusji,

d) ust. 6 – proponuje się zapisać, że w skład zespołów roboczych powoływanych przez Radę będą mogły wchodzić także osoby spoza członków Rady. To rozwiązanie wydaje się uzasadnione, gdyż w wielu przypadkach przy pracach nad danym problemem konieczny może okazać się udział specjalistów z różnych dziedzin,



Sykuna – Barczewski – Partnerzy Kancelaria Adwokacka

kontakt: kancelaria@kancelariasbp.pl

e) proponuje się wskazać, z jakiej części budżetu państwa finansowane są koszty działalności Rady (jak się wydaje powinno być to z części pozostającej w dyspozycji Ministra Zdrowia);

6) ad art. 9:

a) ust. 1 – medyczne samorządy zawodowe, zwłaszcza samorząd lekarski, powinny być ustawowo wpisane jako podmioty opiniujące projekt NPZ (projekt rozporządzenia) przed jego przyjęciem przez Radę Ministrów,

b) ust. 2 – proponuje się przeredagować, bowiem dokument NPZ nie jest „oparty na współdziałaniu”, tylko np. zakłada współdziałanie albo jest opracowywany przez współdziałające podmioty,

c) ust. 3:

- w zdaniu wprowadzającym do wyliczenia proponuje się dodać wyrazy „w szczególności”,
- pkt 2 proponuje się nadać brzmienie „cel strategiczny NPZ, ukierunkowany na wydłużenie życia w zdrowiu ludności Rzeczypospolitej Polskiej, poprawa jakości życia związanej ze zdrowiem oraz wyrównywanie nierówności społecznych w zdrowiu;”,

- pkt 3 – na końcu punktu proponuje się skreślić wyrazy „publicznego”; zdrowie publiczne jest dziedziną wiedzy i kompetencji, nie wskaźnikiem zdrowotnym;

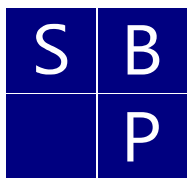
- pkt 5 i 6 - nie jest jasne, jaka jest różnica między podmiotem odpowiedzialnym za realizację zadań a „realizatorem” zadań. Trudno sobie wyobrazić, aby poza sytuacją, o której mowa w art. 16 ust. 2 projektu ustawy, w NPZ wskazywano wykonawców (realizatorów). W NPZ można tylko określać, jakie warunki muszą spełniać „realizatorzy” poszczególnych zadań. Jeżeli „podmiotem odpowiedzialnym” ma być „odpowiedni dysponent środków” (tak sugeruje konstrukcja art. 16 projektu), to tak należy napisać w zasadach tworzenia NPZ (np. w art. 9 ust. 3 pkt 5 – „podmioty odpowiedzialne za realizację zadań, którymi mogą być odpowiedni dysponenti środków, o których mowa w art. 16 ust. 1”). Realizatorów powinien wyłaniać podmiot odpowiedzialny w ogólnie przyjętym trybie konkurencyjnym, co opisano w art. 16, 17 i 18 projektu ustawy,

d) ust. 4 – proponuje się rozważyć przyjmowanie NPZ na okres dłuższy niż 5 lat; okres ten wydaje się zbyt krótki, biorąc pod uwagę, że zgodnie z art. 9 ust. 3 pkt 3 projektu NPZ ma realizować cele strategiczne, ukierunkowane na zmniejszenie obciążenia społeczeństwa problemami zdrowotnymi stanowiącymi największe zagrożenie dla zdrowia publicznego,

e) ust. 5 - przedstawiciele samorządu lekarskiego, w szczególności Naczelnej Rady Lekarskiej, powinni wchodzić w skład zespołów opiniodawczo-doradczych powoływanych do przygotowania NPZ;

7) ad art. 10:

a) wątpliwości budzi powołanie Komitetu Sterującego NPZ w kontekście projektowanych zadań Pełnomocnika i Rady;



Sykuna – Barczewski – Partnerzy Kancelaria Adwokacka

kontakt: kancelaria@kancelariasbp.pl

b) jeżeli Komitet taki ma jednak zostać powołany, to należy zwrócić uwagę, że podobną nazwę nosi już Komitet Sterujący Projektu Zapobieganie Zakażeniom HCV, komitet sterujący Programu Informatyzacji Ochrony Zdrowia i inne ciała funkcjonujące w strukturach Ministerstwa Zdrowia,

c) ust. 3 - Komitet Sterujący NPZ nie powinien być zbyt liczny, aby móc skutecznie realizować swoje zadania;

8) ad art. 15 pkt 2 – zgodnie z ustawą z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (Dz. U. z 1996 r. Nr 10, poz. 55, z późn. zm.), środki te powinny być przeznaczone wyłącznie na zwalczanie nałogu palenia; przy projektowanym przepisie zginą one w innych celach;

9) ad art. 17:

a) ust. 1 pkt 10 – powinno być odesłanie do pkt 9, a nie pkt 8;

b) ust. 2 pkt 1 – w celu zapewnienia przejrzystości postępowania konkursowego ogłoszenie o konkursie ofert, o którym mowa w art. 17 ust. 1 projektu, powinno każdorazowo, obligatoryjnie, zawierać opis sposobu oceny ofert;

10) ad art. 19 ust. 3 – wyraz „środków” proponuje się zastąpić wyrazem „dotacji”;

11) ad art. 20 pkt 1 lit. b – sformułowanie „ministrowie odpowiedzialni za realizację określonych zadań” użyte w projektowanym ust. 4 w art. 2 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. z 2012 r. poz. 1356, z późn. zm.) jest niejasne. Jeżeli zamiarem projektodawców jest wskazanie, z jakich środków można finansować Krajowy Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, to należy wskazać, jakie są to zadania. Ta sama uwaga dotyczy zmian projektowanych w art. 22, 24 i 25;

12) ad art. 21 – w projektowanej zmianie art. 16 b ust. 3a i 3b ustawy z dnia 29 grudnia 1992 r. o radiofonii i telewizji (Dz. U. z 2011 r. Nr 43, poz. 226, z późn. zm.) po wyrazach „środków spożywczych” proponuje się dodać wyrazy „i suplementów diety”;

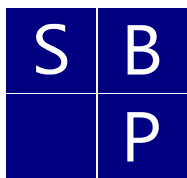
13) ad art. 29 – projektowany termin przyjęcia NPZ (do dnia 1 sierpnia 2016 r.) nie wydaje się realne, biorąc od uwagę charakter i kompleksowość spraw jakie ma określać NPZ oraz uwzględniając fakt, że ustawa nie została jeszcze uchwalona;

14) ad art. 31:

a) limity wydatków wskazane w projektowanym przepisie nie pokrywają się z przychodami wskazanymi w art. 15 projektu; z samego 0,5% akcyzy na wyroby tytoniowe powinno być rocznie prawie 100 mln zł,

b) biorąc pod uwagę planowanie wydatków na tak długi okres, proponuje się rozważyć, czy nie powinny być one określone procentowo;

15) ad „Ocena skutków regulacji” – wskazano tu, że w Ministerstwie Zdrowia nastąpi wzrost zatrudnienia o 10 osób,



Sykuna – Barczewski – Partnerzy Kancelaria Adwokacka

kontakt: kancelaria@kancelariasbp.pl

brak jest jednak podobnej kalkulacji w odniesieniu do wojewodów i samorządów terytorialnych.

Jeżeli administracja wojewódzka oraz samorząd terytorialny wszystkich szczebli nie będą realizowały zadań w zakresie zdrowia publicznego, to realizacja zadań na poziomie centralnym mało wniesie do poprawy zdrowia publicznego.

2. Najważniejsze zmiany

- Stanowisko Ministra Zdrowia w sprawie stosowania leków biopodobnych;
- Uchwała Nr 1/2015/III Rady Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 28 kwietnia 2015 r. w sprawie wyboru Przewodniczącego Rady Narodowego Funduszu Zdrowia;
- Uchwała Nr 2/2015/III Rady Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 28 kwietnia 2015 r. w sprawie wyboru Zastępcy Przewodniczącego Rady Narodowego Funduszu Zdrowia