

## U S T A W A

z dnia 2015 r.

### o zdrowiu publicznym<sup>1)</sup>

#### Rozdział 1

#### Przepisy ogólne

**Art. 1.** Ustawa określa zadania z zakresu zdrowia publicznego, podmioty uczestniczące w realizacji tych zadań oraz zasady finansowania zadań z zakresu zdrowia publicznego.

**Art. 2.** Zadania z zakresu zdrowia publicznego obejmują:

- 1) monitorowanie i ocenę stanu zdrowia, jego zagrożeń oraz jakości życia związanej ze zdrowiem społeczeństwa;
- 2) edukację zdrowotną dostosowaną do potrzeb różnych grup społeczeństwa, w tym zwłaszcza dzieci i młodzieży;
- 3) opracowywanie, wdrażanie i ewaluację programów promocji zdrowia, aktywizujących obywateli i społeczności do dbałości o zdrowie;
- 4) opracowywanie, wdrażanie i ewaluację programów profilaktyki chorób, uwzględniających rozpoznane indywidualne i zbiorowe potrzeby zdrowotne w tym zakresie;
- 5) działania w celu rozpoznawania, eliminowania lub ograniczenia nierówności w zdrowiu wynikających z uwarunkowań społeczno-ekonomicznych oraz zagrożeń dla zdrowia fizycznego i psychicznego w środowisku zamieszkania, nauki, pracy i rekreacji;
- 6) analizę adekwatności i efektywności udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej w odniesieniu do rozeznaczonych potrzeb zdrowotnych społeczeństwa;
- 7) inicjowanie i prowadzenie badań naukowych oraz współpracy międzynarodowej w zakresie zdrowia publicznego;
- 8) rozwój kadr uczestniczących w realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego.

---

<sup>1)</sup> Niniejszą ustawą zmienia się ustawy: ustawę z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, ustawę z dnia 29 grudnia 1992 r. o radiofonii i telewizji, ustawę z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych, ustawę z dnia 24 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, ustawę z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, ustawę z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, ustawę z dnia 6 grudnia 2008 r. o podatku akcyzowym oraz ustawę z dnia 19 listopada 2009 r. o grach hazardowych.

**Art. 3. 1.** Zadania z zakresu zdrowia publicznego realizują organy władzy publicznej w ramach swoich kompetencji.

2. W realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego mogą uczestniczyć podmioty, których cele statutowe lub przedmiot działalności dotyczy spraw objętych zadaniami określonymi w art. 2, w tym organizacje pozarządowe i podmioty, o których mowa w art. 3 ust. 2 i 3 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz. U. z 2014 r. poz. 1118).

3. Jednostki samorządu terytorialnego, w ramach realizacji zadań, o których mowa w ust. 1, mogą podejmować i finansować działania promujące zadania realizowane przez inne organy lub podmioty, w tym przede wszystkim zadania prowadzone w celu wczesnego wykrywania chorób.

4. Minister właściwy do spraw zdrowia, poprzez Pełnomocnika Rządu do Spraw Zdrowia Publicznego, koordynuje działania związane z ograniczaniem następstw zdrowotnych palenia tytoniu i wyrobów powiązanych, zapobieganiem otyłości oraz profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych.

5. Minister właściwy do spraw zdrowia, poprzez Pełnomocnika Rządu do Spraw Zdrowia Publicznego, współpracuje z ministrem właściwym do spraw sportu i kultury fizycznej w zadaniach na rzecz zwiększenia aktywności fizycznej społeczeństwa.

6. W realizacji zadań o których mowa w art. 2 pkt 1 4 i 6, samorząd gminy oraz samorząd powiatu współpracuje z samorządem województwa.

7. Narodowy Fundusz Zdrowia realizuje zadania z zakresu zdrowia publicznego obejmujące udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na zasadach określonych w ustawie 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.<sup>2)</sup>).

---

<sup>2)</sup> Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2008 r. Nr 216, poz. 1367, Nr 225, poz. 1486, Nr 227, poz. 1505, Nr 234, poz. 1570 i Nr 237, poz. 1654, z 2009 r. Nr 6, poz. 33, Nr 22, poz. 120, Nr 26, poz. 157, Nr 38, poz. 299, Nr 92, poz. 753, Nr 97, poz. 800, Nr 98, poz. 817, Nr 111, poz. 918, Nr 118, poz. 989, Nr 157, poz. 1241, Nr 161, poz. 1278 i Nr 178, poz. 1374, z 2010 r. Nr 50, poz. 301, Nr 107, poz. 679, Nr 125, poz. 842, Nr 127, poz. 857, Nr 165, poz. 1116, Nr 182, poz. 1228, Nr 205, poz. 1363, Nr 225, poz. 1465, Nr 238, poz. 1578 i Nr 257, poz. 1723 i 1725, z 2011 r. Nr 45, poz. 235, Nr 73, poz. 390, Nr 81, poz. 440, Nr 106, poz. 622, Nr 112, poz. 654, Nr 113, poz. 657, Nr 122, poz. 696, Nr 138, poz. 808, Nr 149, poz. 887, Nr 171, poz. 1016, Nr 205, poz. 1203 i Nr 232, poz. 1378, z 2012 r. poz. 123, 1016, 1342 i 1548, z 2013 r. poz. 154, 879, 983, 1290, 1623, 1646 i 1650, z 2014 r. poz. 24, 295, 496, 567, 619, 773, 1004, 1136, 1138, 1146, 1175, 1188, 1491 i 1831 oraz z 2015 r. poz. 396.

## Rozdział 2

### **Pełnomocnik Rządu do Spraw Zdrowia Publicznego i Rada do Spraw Zdrowia Publicznego**

**Art. 4.** 1. Zadania wynikające z ustawy koordynuje Pełnomocnik Rządu do Spraw Zdrowia Publicznego, będący Sekretarzem Stanu w urzędzie obsługującym ministra właściwego do spraw zdrowia, zwany dalej „Pełnomocnikiem”.

2. Pełnomocnika powołuje i odwołuje Prezes Rady Ministrów.

3. Do zadań Pełnomocnika należy:

- 1) przygotowanie projektu Narodowego Programu Zdrowia, o którym mowa w art. 9 ust. 1;
- 2) monitorowanie realizacji zadań, o których mowa w art. 2;
- 3) zapewnianie spójności zadań realizowanych przez organy i podmioty, o których mowa w art. 3;
- 4) sygnalizowanie właściwym organom i podmiotom, o których mowa w art. 3, potrzeby podjęcia określonych zadań z zakresu zdrowia publicznego;
- 5) gromadzenie informacji dotyczących sytuacji zdrowotnej społeczeństwa i rozpowszechnienia czynników ryzyka oraz ich udostępnianie, w sposób uniemożliwiający identyfikację osób, których dotyczą;
- 6) analizowanie informacji, o których mowa w art. 12;
- 7) sporządzanie informacji o zadaniach z zakresu zdrowia publicznego zrealizowanych w danym roku na podstawie Narodowego Programu Zdrowia, o którym mowa w art. 9 ust. 1.

4. Pełnomocnik wykonuje swoje zadania przy pomocy wyodrębnionej komórki organizacyjnej w urzędzie obsługującym ministra właściwego do spraw zdrowia.

**Art. 5.** 1. Pełnomocnik współpracuje z organami władzy publicznej, jednostkami podległymi lub nadzorowanymi przez ministra właściwego do spraw zdrowia, w tym z Narodowym Funduszem Zdrowia, Narodowym Instytutem Zdrowia Publicznego – Państwowym Zakładem Higieny, Głównym Inspektorem Sanitarnym i podmiotami, o których mowa w art. 3 ust. 2.

2. Organy władzy publicznej oraz państwowe jednostki organizacyjne są obowiązane do współpracy i udzielania pomocy Pełnomocnikowi, w szczególności przez bezpłatne udostępnianie mu informacji, dokumentów i danych niezbędnych do realizacji jego zadań w

terminie określonym przez Pełnomocnika. Dane są udostępniane w postaci zbiorów danych jednostkowych, uniemożliwiających identyfikację osób, których dotyczą.

**Art. 6. 1.** Tworzy się Radę do Spraw Zdrowia Publicznego, zwaną dalej „Radą”, pełniącą funkcję opiniodawczo-doradczą Pełnomocnika.

2. Do zadań Rady należy:

- 1) opiniowanie rocznego planu finansowego Funduszu Zdrowia Publicznego, o którym mowa w art. 14 ust. 1;
- 2) opiniowanie projektów i ewaluacja Narodowego Programu Zdrowia, o którym mowa w art. 9 ust. 1;
- 3) przedstawianie Pełnomocnikowi propozycji zadań w zakresie zdrowia publicznego;
- 4) wykonywanie innych zadań powierzonych przez Pełnomocnika.

3. Obsługę Rady zapewnia komórka organizacyjna, o której mowa w art. 4 ust. 4.

**Art. 7. 1.** Rada składa się z:

- 1) przedstawiciela Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej;
- 2) jednego przedstawiciela każdego z ministrów kierujących działem administracji rządowej;
- 3) konsultanta krajowego w dziedzinie zdrowia publicznego;
- 4) nie więcej niż sześciu przedstawicieli ogólnopolskich organizacji jednostek samorządu terytorialnego;
- 5) przedstawiciela Polskiej Akademii Nauk;
- 6) przedstawiciela Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 7) przedstawiciela Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji;
- 8) przedstawiciela Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny;
- 9) przedstawiciela Głównego Inspektora Sanitarnego,
- 10) przedstawiciela Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych;
- 11) przedstawiciela Naczelnej Rady Lekarskiej.

2. Członków Rady powołuje Pełnomocnik na wniosek właściwego organu lub podmiotu. Pełnomocnik odwołuje członka Rady z własnej inicjatywy albo na wniosek właściwego organu lub podmiotu. W przypadku odwołania członka Rady z własnej inicjatywy Pełnomocnik niezwłocznie powiadamia o tym właściwy organ lub podmiot.

3. Przewodniczącą Rady wyznacza Pełnomocnik.

4. Rada podejmuje uchwały zwykłą większością głosów w obecności co najmniej połowy jej członków. W przypadku równej liczby głosów decyduje głos przewodniczącego Rady.

5. W posiedzeniach Rady mogą brać udział osoby zaproszone przez przewodniczącego Rady. Osoby te nie mają prawa głosu.

6. W celu realizacji zadań określonych w art. 6 ust. 2 Rada może tworzyć zespoły robocze.

7. Szczegółowy tryb pracy Rady określa regulamin pracy Rady uchwalony przez Radę i zatwierdzony przez Pełnomocnika.

**Art. 8.** 1. Członkom Rady, w związku z wykonywanymi czynnościami, przysługuje zwrot kosztów przejazdu w wysokości i na warunkach określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 77<sup>5</sup> § 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (Dz. U. z 2014 r. poz. 1502 i 1662). Zwrot kosztów przejazdu jest finansowany z budżetu państwa z części pozostającej w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia.

2. Pracodawca jest obowiązany zwolnić pracownika od pracy w celu wzięcia udziału w posiedzeniach Rady. Za czas zwolnienia pracownik zachowuje prawo do wynagrodzenia wypłacanego przez podmiot, o którym mowa w art. 7 ust. 1, ustalonego według zasad obowiązujących przy obliczaniu ekwiwalentu pieniężnego za urlop wypoczynkowy.

### Rozdział 3

#### **Narodowy Program Zdrowia i Komitet Sterujący Narodowego Programu Zdrowia**

**Art. 9.** 1. W celu realizacji polityki zdrowia publicznego i mając na uwadze stan zdrowia społeczeństwa, skalę występowania czynników ryzyka zdrowotnego i czynników o działaniu ochronnym dla zdrowia oraz efektywność i skuteczność zadań podejmowanych na rzecz poprawy stanu zdrowia i jakości życia Rada Ministrów określa, w drodze rozporządzenia, Narodowy Program Zdrowia, zwany dalej „NPZ”.

2. NPZ jest dokumentem strategicznym, opartym na współdziałaniu organów administracji rządowej, jednostek samorządu terytorialnego oraz organizacji pozarządowych i podmiotów, o których mowa w art. 3 ust. 3 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie, a także społeczności lokalnych.

3. W NPZ określa się:

- 1) charakterystykę głównych zagrożeń zdrowia, ze wskazaniem obszarów priorytetowych dla zdrowia publicznego, uwzględniających determinanty zdrowia, w tym czynniki środowiskowe, biologiczne, społeczne i ekonomiczne;
- 2) cel strategiczny NPZ, ukierunkowany na wydłużenie życia ludności Rzeczypospolitej Polskiej i poprawę jakości życia związanej ze zdrowiem oraz wyrównywanie nierówności społecznych w zdrowiu;
- 3) cele operacyjne służące realizacji celu strategicznego, ukierunkowane na zmniejszenie obciążenia społeczeństwa problemami zdrowotnymi stanowiącymi największe zagrożenie dla zdrowia publicznego;
- 4) zadania służące realizacji celów operacyjnych, dotyczące rozpoznawania, eliminowania lub ograniczenia zagrożeń dla zdrowia fizycznego, psychicznego i społecznego w środowisku zamieszkania, nauki, pracy i rekreacji, poprawy bezpieczeństwa ruchu drogowego, tworzenia warunków ułatwiających prowadzenie prozdrowotnego stylu życia, w tym racjonalnego żywienia i regularnej aktywności fizycznej, ze szczególnym uwzględnieniem redukcji nierówności społecznych w zdrowiu;
- 5) podmioty odpowiedzialne za realizację zadań;
- 6) realizatorów zadań;
- 7) sposób i tryb finansowania zadań;
- 8) wskaźniki i sposób monitorowania i ewaluacji NPZ.

4. NPZ przyjmuje się na okres nie krótszy niż 5 lat.

5. Do przygotowania NPZ, a także do monitorowania i ewaluacji jego wdrażania Pełnomocnik może powoływać zespoły opiniodawczo-doradcze, w skład których wchodzi przedstawiciele organów władzy publicznej oraz przedstawiciele jednostek i towarzystw naukowych.

**Art. 10. 1.** Tworzy się Komitet Sterujący Narodowego Programu Zdrowia, zwany dalej „Komitetem”.

2. Do zadań Komitetu należy:

- 1) określanie sposobów realizacji celów operacyjnych NPZ;
- 2) bieżąca koordynacja działań i rozwiązywanie problemów związanych z realizacją NPZ.

3. Komitet składa się z przedstawicieli ministrów wskazanych w NPZ, jako podmioty odpowiedzialne za realizację zadań w nim określonych, w randze sekretarza lub podsekretarza stanu oraz z Pełnomocnika.

4. Członków Komitetu powołuje i odwołuje Pełnomocnik, na wniosek właściwych ministrów.

5. Przewodniczącym Komitetu jest Pełnomocnik.

6. Komitet podejmuje rozstrzygnięcia zwykłą większością głosów w obecności co najmniej połowy jej członków. W przypadku równej liczby głosów decyduje głos przewodniczącego Komitetu.

7. Członkowie Komitetu odpowiadają za wdrażanie zadań NPZ w zakresie właściwym dla reprezentowanego ministra.

8. Obsługę Komitetu zapewnia komórka organizacyjna, o której mowa w art. 4 ust. 4.

9. Koszt funkcjonowania Komitetu jest pokrywany z budżetu państwa z części pozostającej w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia.

10. Szczegółowy tryb pracy Komitetu określa regulamin pracy Komitetu uchwalony przez Komitet.

**Art. 11.** 1. Pełnomocnik może zgłaszać do Prezesa Rady Ministrów wnioski dotyczące realizacji zadań z zakresu spraw wskazanych w NPZ.

2. Podmiot wskazany jako odpowiedzialny za realizację zadań z zakresu spraw wskazanych w NPZ, dla osiągnięcia celów określonych w tym programie, jest obowiązany współpracować z Pełnomocnikiem.

**Art. 12.** 1. Organy administracji rządowej i państwowe jednostki organizacyjne uczestniczące w realizacji NPZ, przekazują Pełnomocnikowi, do dnia 30 kwietnia każdego roku, roczną informację o zrealizowanych lub podjętych w ubiegłym roku zadaniach z zakresu zdrowia publicznego.

2. Jednostki samorządu terytorialnego przekazują właściwemu wojewodzie, do dnia 31 marca każdego roku, roczną informację o zrealizowanych lub podjętych w ubiegłym roku zadaniach z zakresu zdrowia publicznego.

3. Wojewoda weryfikuje informację, o której mowa w ust. 2, pod względem:

- 1) spełniania wymagań, o których mowa w ust. 7;
- 2) zgodności realizowanych przez jednostkę samorządu terytorialnego celów i podjętych lub zrealizowanych zadań z celami operacyjnymi i zadaniami służącymi do ich realizacji, określonymi w NPZ.

4. W przypadku braku możliwości zweryfikowania informacji w zakresie, o którym mowa w ust. 3, wojewoda występuje do jednostki samorządu terytorialnego o jej uzupełnienie lub dostosowanie do wymagań, o których mowa w ust. 7.

5. Wojewoda na podstawie informacji, o których mowa w ust. 2, przygotowuje informację zbiorczą wraz z opinią dotyczącą zgodności zrealizowanych lub podjętych zadań z priorytetami dla regionalnej polityki zdrowotnej, o których mowa w art. 95c ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

6. Informację zbiorczą oraz opinię, o których mowa w ust. 5, wojewoda przekazuje Pełnomocnikowi do dnia 30 września każdego roku.

7. Informacje, o których mowa w ust. 1, 2 i 5, zawierają:

- 1) określenie odpowiednio organu sporządzającego informację lub ją przekazującego;
- 2) wskazanie realizowanego celu NPZ;
- 3) opis zadań podjętych w ubiegłym roku;
- 4) wskazanie źródeł finansowania zadań podjętych w ubiegłym roku;
- 5) inne informacje uznane przez dany organ za istotne w zakresie zadań podjętych w ubiegłym roku.

8. Na podstawie informacji oraz opinii, o których mowa w ust. 1, 2 i 5, Pełnomocnik sporządza, co dwa lata informację o zadaniach z zakresu zdrowia publicznego, o której mowa w art. 4 ust. 3 pkt 7, zawierającą ocenę zgodności zrealizowanych lub podjętych przez jednostki samorządu terytorialnego zadań z priorytetami dla regionalnej polityki zdrowotnej, o których mowa w art. 95c ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Pełnomocnik przekazuje informację Radzie Ministrów do dnia 30 listopada roku następującego po ostatnim roku objętym informacją.

9. Rada Ministrów przekazuje Sejmowi Rzeczypospolitej Polskiej informację, o której mowa w ust. 8, nie później niż w terminie trzech miesięcy od dnia przyjęcia jej przez Radę Ministrów.

10. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, sposób przekazywania informacji, o której mowa w ust. 1 i 2, oraz wzór dokumentu zawierającego taką informację, uwzględniając zakres spraw, o których mowa w ust. 7, możliwość sprawnego przeprowadzenia analizy uzyskanych informacji i ich przetworzenia w celu sporządzenia informacji, o której mowa w ust. 5.



## Rozdział 4

### Zasady finansowania zadań z zakresu zdrowia publicznego

**Art. 13.** Zadania z zakresu zdrowia publicznego są finansowane ze środków:

1) pozostających w dyspozycji:

a) ministra właściwego do spraw zdrowia,

b) innych ministrów, organów, agencji i jednostek państwowych realizujących zadania z zakresu zdrowia publicznego,

c) jednostek samorządu terytorialnego;

2) Funduszu Zdrowia Publicznego, o którym mowa w art. 14 ust. 1.

**Art. 14.** 1. W celu finansowania lub dofinansowania zadań przewidzianych ustawą tworzy się Fundusz Zdrowia Publicznego, zwany dalej „Funduszem”.

2. Fundusz jest państwowym funduszem celowym w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2013 r. poz. 885, z późn. zm.<sup>3)</sup>).

3. Dysponentem Funduszu jest minister właściwy do spraw zdrowia.

4. Minister właściwy do spraw zdrowia może upoważnić do dysponowania środkami Funduszu w jego imieniu Pełnomocnika lub kierownika jednostki podległej lub nadzorowanej.

5. Środki z Funduszu są przekazywane podmiotom odpowiedzialnym za realizację zadań określonych w NPZ przez ministra właściwego do spraw zdrowia albo Pełnomocnika na podstawie porozumienia.

6. Nie mniej niż 10% środków Funduszu rocznie przeznaczają się na realizację zadań polegających na:

1) monitorowaniu i ocenie stanu zdrowia i związanej z nim jakości życia społeczeństwa;

2) identyfikacji i analizie rozpowszechnienia czynników stanowiących zagrożenie dla stanu zdrowia społeczeństwa;

3) identyfikacji przyczyn nierówności w zdrowiu wynikających z uwarunkowań społeczno-ekonomicznych;

4) inicjowaniu i prowadzeniu badań naukowych, w tym badań zmierzających do oceny związku pomiędzy potencjalnymi czynnikami szkodliwymi dla zdrowia lub innymi

---

<sup>3)</sup> Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2013 r. poz. 938 i 1646, z 2014 r. poz. 379, 911, 1146, 1626 i 1877 oraz z 2015 r. poz. 211 i 238.

czynnikami ryzyka a stanem zdrowia ludności, oraz badań dotyczących oceny skuteczności i efektywności działań z zakresu zdrowia publicznego.

**Art. 15.** Przychodami Funduszu są:

- 1) 1% wpływów z tytułu akcyzy od napojów alkoholowych;
- 2) 0,5% wpływów z tytułu akcyzy od wyrobów tytoniowych i suszu tytoniowego;
- 3) 3% wpływów z dopłat w grach objętych monopolem państwa, o których mowa w art. 80 ust. 1 ustawy z dnia 19 listopada 2009 r. o grach hazardowych (Dz. U. Nr 201, poz. 1540, z późn. zm.<sup>4)</sup>);
- 4) odsetki od kwot zgromadzonych na rachunku bankowym Funduszu;
- 5) dotacje z budżetu państwa;
- 6) darowizny i zapisy;
- 7) wpływy z innych tytułów.

**Art. 16. 1.** Powierzenie realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego przez odpowiedniego dysponenta środków, o których mowa w art. 13, odbywa się w trybie konkursu ofert ogłaszanego przez tego dysponenta.

2. Konkursu ofert na powierzenie realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego nie przeprowadza się w przypadku, jeżeli w NPZ realizatorami tych zadań określone zostały wszystkie podmioty właściwe do ich realizacji. Powierzenie tych zadań następuje na wniosek realizatorów wskazanych w NPZ, składany do odpowiedniego dysponenta środków, o których mowa w art. 13.

3. Na realizację powierzonego zadania odpowiedni dysponent środków, o których mowa w art. 13, udziela dotacji celowej, zwanej dalej „dotacją”, na podstawie umowy zawartej z realizatorem zadania.

4. Do wyboru realizatorów zadań nie stosuje się przepisów o zamówieniach publicznych oraz przepisów o prowadzeniu działalności pożytku publicznego na podstawie zlecenia realizacji zadań publicznych, o których mowa w rozdziale 2 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i wolontariacie.

**Art. 17. 1.** W ogłoszeniu o konkursie ofert określa się:

- 1) zadanie będące przedmiotem konkursu ofert;

---

<sup>4)</sup> Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2010 r. Nr 127, poz. 857, z 2011 r. Nr 106, poz. 622, Nr 134, poz. 779, z 2013 r. poz. 1036, z 2014 r. poz. 768 i 1717 oraz z 2015 r. 211.

- 2) wysokość dotacji celowej przeznaczonej na realizację zadania;
- 3) terminy i warunki realizacji zadania;
- 4) kryteria oceny ofert;
- 5) miejsce i termin składania ofert;
- 6) termin ogłoszenia wyników konkursu ofert;
- 7) sposób odwołania się od rozstrzygnięcia konkursu ofert;
- 8) poziom i sposób obliczania minimalnego współfinansowania zadania przez podmiot ogłaszający konkurs, jeżeli współfinansowanie zadania jest warunkiem otrzymania dotacji;
- 9) wykaz dokumentów, które należy dołączyć do oferty;
- 10) sposób złożenia oferty i dokumentów, o których mowa w pkt 8.

2. Ogłoszenie o konkursie ofert może zawierać dodatkowo:

- 1) opis sposobu oceny ofert w zakresie każdego z kryteriów oceny ofert;
- 2) termin dokonania wyboru ofert;
- 3) informację o możliwości odwołania konkursu ofert przed upływem terminu na złożenie ofert;
- 4) sposób i terminy przekazania dotacji na rzecz wybranych realizatorów zadań.

3. Wraz z ogłoszeniem o konkursie ofert zamieszcza się wzór formularza oferty.

4. Ogłoszenie o konkursie ofert umieszcza się w Biuletynie Informacji Publicznej podmiotu ogłaszającego konkurs.

5. Oferta złożona w konkursie ofert zawiera:

- 1) szczegółowy sposób realizacji zadania;
- 2) termin i miejsce realizacji zadania;
- 3) harmonogram działań w zakresie realizacji zadania;
- 4) informację o wysokości wnioskowanej kwoty dotacji;
- 5) informację o wysokości współfinansowania realizacji zadania, jeżeli dotyczy;
- 6) informację o wcześniejszej działalności podmiotu składającego ofertę, jeżeli działalność ta dotyczy zadania określonego w ogłoszeniu o konkursie ofert;
- 7) informację o posiadanych zasobach rzeczowych oraz zasobie kadrowym i kompetencjach osób, zapewniających wykonanie zadania, a także o zakresie obowiązków tych osób;
- 8) informację o wysokości środków przeznaczonych na realizację zadania oraz kosztorys wykonania zadania, w szczególności uwzględniający koszty administracyjne.

6. Do oferty dołącza się:

- 1) aktualny odpis z odpowiedniego rejestru lub odpowiedni wyciąg z ewidencji, lub inne dokumenty potwierdzające status prawny podmiotu składającego ofertę i umocowanie osób go reprezentujących;
- 2) oświadczenie potwierdzające, że w stosunku do podmiotu składającego ofertę nie stwierdzono niezgodnego z przeznaczeniem wykorzystania środków dotacji;
- 3) oświadczenie osoby uprawnionej do reprezentowania podmiotu składającego ofertę o niekaralności zakazem pełnienia funkcji związanych z dysponowaniem środkami publicznymi;
- 4) oświadczenie, że podmiot składający ofertę jest jedynym posiadaczem rachunku, na który zostanie przekazana dotacja, i zobowiązuje się go utrzymywać do chwili zaakceptowania rozliczenia tej dotacji pod względem finansowym i rzeczowym;
- 5) oświadczenie osoby upoważnionej do reprezentacji podmiotu składającego ofertę wskazujące, że kwota dotacji przeznaczona zostanie na realizację zadania zgodnie z ofertą.

**Art. 18.** Do wniosku, o którym mowa w art. 16 ust. 2, wnioskodawca jest obowiązany dołączyć dokumenty określone w art. 17 ust. 5 pkt 1–5 i 8, oraz ust. 6.

**Art. 19. 1.** Realizatorzy zadań, z którymi została zawarta umowa, o której mowa w art. 16 ust. 3, są obowiązani do prowadzenia wyodrębnionej ewidencji księgowej otrzymanych środków oraz dokonywanych z tych środków wydatków.

2. Realizatorzy zadań, którzy otrzymali dotację są obowiązani do sporządzania i przekazywania odpowiedniemu dysponentowi środków rocznych informacji dotyczących wykorzystania tych środków oraz do sporządzenia i przekazania rozliczenia dotacji po względem rzeczowym i finansowym, w terminie 15 dni od dnia zakończenia realizacji zadania finansowanego z dotacji.

3. Środków nie przyznaje się w takim zakresie, w jakim zostały one udzielone z innych źródeł.

4. Odpowiedni dysponent środków nadzoruje prawidłowość wydatkowania udzielonych dotacji pod względem racjonalności, celowości, gospodarności i legalności ich wydatkowania, w tym zgodność danych zawartych w informacjach, o których mowa w ust. 2, ze stanem faktycznym.

5. W zakresie nieuregulowanym w ustawie do dotacji stosuje się przepisy ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych.

## Rozdział 5

### Zmiany w przepisach obowiązujących, przepisy przejściowe i końcowe

**Art. 20.** W ustawie z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. z 2012 r. poz. 1356, z późn. zm.<sup>5)</sup>) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 2:

a) ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Podstawę do działań w zakresie przeciwdziałania alkoholizmowi stanowi Krajowy Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.”,

b) dodaje się ust. 3–5 w brzmieniu:

„3. W Krajowym Programie Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych określa się: cele i sposoby jego wdrażania, rodzaje działań, zadania i ich harmonogram, organy odpowiedzialne za realizację określonych działań oraz podmioty właściwe do ich podejmowania, w tym kierunki działań przewidzianych do realizacji przez jednostki samorządu terytorialnego.

4. Koszty wdrażania Krajowego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych są finansowane ze środków Funduszu Zdrowia Publicznego, o którym mowa w art. 14 ustawy z dnia .... o zdrowiu publicznym (Dz. U. ....), oraz mogą być dofinansowywane z budżetu państwa z części, których dysponentami są właściwi ministrowie odpowiedzialni za realizację określonych zadań.

5. Rada Ministrów określi, w drodze rozporządzenia, Krajowy Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, uwzględniając cele określone w Narodowym Programie Zdrowia, o którym mowa w art. .... ustawy z dnia .... o zdrowiu publicznym, oraz odpowiednie kształtowanie polityki społecznej w zakresie, o którym mowa w ust. 1, mając na względzie adekwatność podejmowanych działań do bieżących potrzeb w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych.”;

2) w art. 3 w ust. 3 pkt 1 otrzymuje brzmienie:

„1) przygotowanie projektu Krajowego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz projektu podziału środków na jego realizację;”;

3) uchyla się art. 11.

**Art. 21.** W ustawie z dnia 29 grudnia 1992 r. o radiofonii i telewizji (Dz. U. z 2011 r. Nr 43, poz. 226, z późn. zm.<sup>6)</sup>) w art. 16b ust. 3a i 3b otrzymują brzmienie:

„3a. Przekazy handlowe dotyczące środków spożywczych, w tym napojów zawierających składniki, których spożycie w nadmiernych ilościach w codziennej diecie jest niewskazane, nie mogą być umieszczane w audycji dla dzieci, przed audycją dla dzieci oraz po jej zakończeniu.

3b. Minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z Krajową Radą, określi, w drodze rozporządzenia, wykaz grup środków spożywczych, w tym napojów zawierających składniki, których spożycie w nadmiernych ilościach w codziennej diecie jest niewskazane, mając na względzie aktualny stan wiedzy z zakresu prawidłowego żywienia.”.

**Art. 22.** W ustawie 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.<sup>7)</sup>) art. 4 otrzymuje brzmienie:

„Art. 4. 1. Podstawę do działań w zakresie ochrony zdrowia przed następstwami używania tytoniu stanowi Krajowy Program Ograniczania Następstw Zdrowotnych Palenia Tytoniu i Wyrobów Powiązanych.

2. W Krajowym Programie Ograniczania Następstw Zdrowotnych Palenia Tytoniu i Wyrobów Powiązanych określa się: cele i sposoby jego wdrażania, rodzaje działań, zadania i ich harmonogram, organy odpowiedzialne za realizację określonych działań oraz podmioty właściwe do ich podejmowania, w tym kierunki działań przewidzianych do realizacji przez jednostki samorządu terytorialnego.

3. Koszty wdrażania Krajowego Programu Ograniczania Następstw Zdrowotnych Palenia Tytoniu i Wyrobów Powiązanych są finansowane ze środków Funduszu Zdrowia Publicznego, o którym mowa w art. 14 ustawy z dnia .... o zdrowiu

---

<sup>6)</sup> Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2011 r. Nr 43, poz. 226, Nr 85, poz. 459, Nr 112, poz. 654, Nr 153, poz. 903 oraz z 2012 r. poz. 1209 i 1315.

<sup>7)</sup> Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 1997 r. Nr 88, poz. 554 i Nr 121, poz. 770, z 1999 r. Nr 96, poz. 1107, z 2003 r. Nr 229, poz. 2274, z 2010 r. Nr 81, poz. 529 oraz z 2011 r. Nr 112, poz. 654.

publicznym (Dz. U. ....), oraz mogą być dofinansowywane z budżetu państwa z części, których dysponentami są właściwi ministrowie odpowiedzialni za realizację określonych zadań.

4. Rada Ministrów określa, w drodze rozporządzenia, Krajowy Program Ograniczania Następstw Zdrowotnych Palenia Tytoniu i Wyrobów Powiązanych, uwzględniając cele określone w Narodowym Programie Zdrowia oraz odpowiednie kształtowanie polityki społecznej w zakresie, o którym mowa w ust. 1, mając na względzie adekwatność podejmowanych działań do bieżących potrzeb w zakresie zmniejszenia używania wyrobów tytoniowych i wyrobów powiązanych.”.

**Art. 23.** W ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 7 w ust. 1 uchyla się pkt 2;

2) w art. 8 uchyla się pkt 2;

3) w art. 9 uchyla się pkt 2;

4) w art. 10:

a) w ust. 1 uchyla się pkt 2,

b) uchyla się ust 2 i 3;

5) w art. 97 w ust. 3 pkt 7 otrzymuje brzmienie:

„7) promocja zdrowia i profilaktyka chorób, w tym współfinansowanie zadań z zakresu zdrowia publicznego podejmowanych przez jednostki samorządu terytorialnego na podstawie ustawy z dnia ..... o zdrowiu publicznym (Dz. U. ...poz. ...)”;

6) w art. 117 w ust. 1 pkt 1 otrzymuje brzmienie:

„1) koszty świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych, uwzględniające koszty promocji zdrowia i profilaktyki chorób w wysokości nie mniejszej niż 1,5% kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, w tym współfinansowania zadań z zakresu zdrowia publicznego podejmowanych przez jednostki samorządu terytorialnego na podstawie ustawy z dnia ..... o zdrowiu publicznym (Dz. U. ...poz. ...)”.

**Art. 24.** W ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2012 r. poz. 124 oraz z 2015 r. poz. 28) w art. 7 ust. 3 otrzymuje brzmienie:

„3. Koszty wdrażania Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii są finansowane ze środków Funduszu Zdrowia Publicznego, o którym mowa w art. 14 ustawy z dnia .... o zdrowiu publicznym (Dz. U. ....), oraz mogą być dofinansowywane

z budżetu państwa z części, których dysponentami są właściwi ministrowie odpowiedzialni za realizację określonych zadań.”.

**Art. 25.** W ustawie z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2013 r. poz. 947, oraz z 2014 r. poz. 619 i 1138) w art. 4 ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Koszty realizacji programów, o których mowa w ust. 1, są finansowane ze środków Funduszu Zdrowia Publicznego, o którym mowa w art. 14 ustawy z dnia .... o zdrowiu publicznym (Dz. U. ....), oraz mogą być dofinansowywane z budżetu państwa z części, których dysponentami są właściwi ministrowie odpowiedzialni za realizację określonych zadań.”.

**Art. 26.** W ustawie z dnia 6 grudnia 2008 r. o podatku akcyzowym (Dz. U. z 2014 r. poz. 752, z późn. zm.<sup>8)</sup>) w art. 1 dodaje się ust. 3 w brzmieniu:

„3. Wpływy z akcyzy:

1) od napojów alkoholowych – w wysokości 1%,

2) od wyrobów tytoniowych i suszu tytoniowego – w wysokości 0,5%

– organy podatkowe właściwe w zakresie akcyzy przekazują w terminie 14 dni od dnia jej wpływu na rachunek Funduszu Zdrowia Publicznego, o którym mowa w art. 14 ustawy z dnia ... o zdrowiu publicznym (Dz. U. poz. ....).”.

**Art. 27.** W ustawie z dnia 19 listopada 2009 r. o grach hazardowych wprowadza się następujące zmiany:

1) art. 83 otrzymuje brzmienie:

„Art. 83. Dyrektor izby celnej, o której mowa w art. 82 pkt 2, przekazuje kwoty wpłaconych dopłat, w terminie 14 dni od dnia ich wpłaty, na rachunek Funduszu Rozwoju Kultury Fizycznej i Funduszu Promocji Kultury w wysokości określonej w art. 86 ust. 3 i art. 87, oraz na rachunek Funduszu Zdrowia Publicznego, w wysokości określonej w art. 15 pkt 3 ustawy z dnia ... o zdrowiu publicznym (Dz. U. poz. ....).”;

2) uchyla się art. 88.

**Art. 28.** 1. Środki zgromadzone na rachunku Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych z dniem 1 stycznia 2016 r. stają się środkami Funduszu Zdrowia Publicznego.

---

<sup>8)</sup> Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2014 r. poz. 1559, 1662 i 1877 oraz z 2015 r. poz. 18 i 211.



2. Postępowania w sprawach dotyczących dofinansowania ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych, wszczęte i niezakończone przed dniem wejścia w życie ustawy, oraz dofinansowanie realizacji zadań rozpoczętych przed dniem wejścia w życie ustawy, są prowadzone na zasadach i w trybie określonych w przepisach dotychczasowych, z tym że finansowanie realizacji rozpoczętych zadań następuje ze środków Funduszu Zdrowia Publicznego.

**Art. 29. 1.** Rada Ministrów wyda po raz pierwszy rozporządzenie, o którym mowa w:

- 1) art. 9 ust. 1,
- 2) art. 2 ust. 5 ustawy, o której mowa w art. 20, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą – nie później niż do dnia 1 sierpnia 2016 r.

2. Rada Ministrów wyda po raz pierwszy rozporządzenie, o którym mowa w art. 4 ust. 4 ustawy, o której mowa w art. 22, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, nie później niż do dnia 31 grudnia 2017 r. Do tego czasu zachowuje moc program wydany na podstawie dotychczasowych przepisów.

**Art. 30.** Wojewoda po raz pierwszy dołącza opinię dotyczącą zgodności zrealizowanych lub podjętych zadań z priorytetami dla regionalnej polityki zdrowotnej do informacji zbiorczej za rok 2017 r.

**Art. 31. 1.** W latach 2016–2025 maksymalny limit wydatków będących skutkiem finansowym ustawy wynosi dla budżetu państwa w roku:

- 1) 2016 – 61 mln zł;
- 2) 2017 – 62 mln zł;
- 3) 2018 – 64 mln zł;
- 4) 2019 – 65 mln zł;
- 5) 2020 – 67 mln zł;
- 6) 2021 – 68 mln zł;
- 7) 2022 – 70 mln zł;
- 8) 2023 – 72 mln zł;
- 9) 2024 – 74 mln zł;
- 10) 2025 – 75 mln zł.

2. W latach 2016–2025 maksymalny limit wydatków będących skutkiem finansowym ustawy wynosi dla Funduszu w roku:

- 1) 2016 – 214 mln zł;

- 2) 2017 – 227 mln zł;
- 3) 2018 – 240 mln zł;
- 4) 2019 – 255 mln zł;
- 5) 2020 – 271 mln zł;
- 6) 2021 – 288 mln zł;
- 7) 2022 – 305 mln zł;
- 8) 2023 – 325 mln zł;
- 9) 2024 – 345 mln zł;
- 10) 2025 – 367 mln zł.

3. W przypadku gdy wielkość wydatków, o których mowa w ust. 1 i 2, po pierwszym półroczu danego roku budżetowego wyniesie więcej niż 65% limitu wydatków przewidzianych na dany rok, wielkość przyznanych środków przeznaczonych na wydatki obniża się w drugim półroczu o kwotę stanowiącą różnicę pomiędzy wielkością tego limitu a kwotą przekroczenia wydatków.

4. Organem właściwym do monitorowania wykorzystania limitów wydatków, o których mowa w ust. 1 i 2, oraz wdrożenia mechanizmu korygującego, o którym mowa w ust. 3, jest minister właściwy do spraw zdrowia, a w przypadku o którym mowa w art. 14 ust 4, odpowiedni dysponent środków Funduszu.

**Art. 32.** Ustawa wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2016 r.

Za zgodność pod względem  
prawnym i redakcyjnym

DYREKTOR  
Departamentu Prawnego

Władysław Puzoń  
radca prawny

ZASTĘPCA DYREKTORA  
Departamentu i Zdrowia Publicznego

Justyna Mieszulko

SEKRETARZ STANU  
w Ministerstwie Zdrowia  
Pełnomocnik Rządu do spraw projektu  
ustawy o zdrowiu publicznym

Beata Małecka-Libera

ZASTĘPCA DYREKTORA  
Departamentu Prawnego

Alona Budzikowska-Makulska

## Uzasadnienie

### 1. Uzasadnienie podjęcia prac

Rozwój gospodarczy i społeczny Rzeczypospolitej Polskiej w ostatnich trzech dekadach przyniósł wiele korzystnych zmian dla sytuacji zdrowotnej w naszym kraju. Wśród najistotniejszych czynników można wymienić poprawiające się warunki życia, wzrastającą wiedzę i dbałość o własne zdrowie, a także reformy systemu opieki zdrowotnej. Ich efektem jest nieustająca poprawa stanu zdrowia Polaków. Jednak umieralność i przeciętna długość życia w naszym kraju są wciąż na poziomie gorszym niż wynoszą średnie wskaźniki dla krajów Unii Europejskiej, a ich poprawa nie następuje w wystarczająco szybki sposób<sup>1</sup>.

Potrzeba przygotowania projektowanej ustawy wynika przede wszystkim z konieczności utworzenia mechanizmów pozwalających na osiągnięcie poprawy sytuacji zdrowotnej społeczeństwa. Zadaniem władz jest prowadzenie działań przyczyniających się do ochrony i poprawy zdrowia. Nie ulega wątpliwości, że zdrowie populacji stanowi wartość samą w sobie, a spójna i efektywna polityka państwa w zakresie zdrowia publicznego w sposób zasadniczy wpływa na funkcjonowanie społeczeństwa. Dobry stan zdrowia obywateli jest niezbędnym warunkiem rozwoju kraju, z jednej strony stymulując wzrost gospodarczy, z drugiej natomiast nie obciążając systemu ubezpieczeń społecznych i zdrowotnych.

Wśród największych problemów zdrowia publicznego wymienia się choroby układu krążenia, nowotwory, choroby układu oddechowego oraz cukrzycę, które to schorzenia powodowane są przez palenie wyrobów tytoniowych, nadmierne spożycie alkoholu, nieprawidłową dietę oraz niewystarczającą aktywność fizyczną<sup>2</sup>. Bardzo istotną kwestią są również tzw. przyczyny zewnętrzne, przede wszystkim wypadki drogowe, powodujące wiele zgonów i przyczyniające się do powstawania niepełnosprawności<sup>3</sup>.

Zapewnienie obywatelom dostępu do ochrony zdrowia polegające przede wszystkim na udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej (tzw. medycyny naprawczej) może przyczynić się jedynie w niewielkim stopniu do poprawy ogólnego stanu zdrowia populacji. Niezbędne jest wdrożenie systematycznych oddziaływań mających na celu zmniejszenie skali występowania głównych czynników ryzyka powstawania wspomnianych chorób niezakaźnych i urazów, wczesne wykrywanie chorób, a także kształtowanie właściwych zachowań prozdrowotnych,

---

1 „Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania”, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, red. B. Wojtyński, P. Goryński, B. Moskaiewicz, Warszawa 2012 r., str. 11-12.

2 „Global status report on noncommunicable diseases 2014”, Światowa Organizacja Zdrowia, 2014 r. str. 9.

3 „Sytuacja Zdrowotna ludności”..., str. 224.

ułatwianie dokonywania właściwych wyborów i kreowanie warunków środowiska (w tym społeczno-ekonomicznego) umożliwiających zachowanie i poprawę zdrowia.

Zdrowie publiczne definiuje się jako naukę i sztukę zapobiegania chorobom, wydłużania życia oraz promowania zdrowia fizycznego i sprawności poprzez zorganizowane wysiłki społeczeństwa mające na celu higienizację środowiska, zwalczanie zakażeń występujących w społecznościach, edukację jednostek odnośnie zasad higieny osobistej, organizację świadczeń lekarskich i pielęgniarskich mających na celu wczesną diagnozę oraz profilaktycznie ukierunkowane leczenie oraz rozwój mechanizmów społecznych, które zapewnią każdej jednostce w społeczeństwie standard życia właściwy dla utrzymania zdrowia<sup>4</sup>.

W chwili obecnej można wskazać na bardzo wiele działań wpisujących się w mniejszym lub większym stopniu w obszar zdrowia publicznego.

Niektóre z obowiązujących regulacji, w szczególności ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu i zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2013 r. poz. 947, z późn. zm.), czy też ustawa z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2011 r. Nr 212, poz. 1263, z późn. zm.) posługują się terminem zdrowie publiczne, bądź też regulują wybrane kwestie z tego zakresu (przykładowo przeciwdziałanie uzależnieniom), niemniej jednak nie tworzą spójnego systemu i ograniczają się w dużym stopniu do problemów zdrowotnych mających coraz mniejsze znaczenie dla zdrowia publicznego (np. higiena komunalna). Nie odpowiadają zatem wyzwaniom, jakim kraj rozwinięty musi sprostać w XXI wieku.

Sektorowa polityka zdrowotna jest realizowana przez szereg programów polityki zdrowotnej prowadzonych przez Ministra Zdrowia i Narodowy Fundusz Zdrowia, jak również inne działania, jak np. Program szczepień ochronnych. Wśród programów polityki zdrowotnej na pewno trzeba wymienić Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych na lata 2006-2015, Narodowy program wyrównywania dostępności do profilaktyki i leczenia chorób układu sercowo-naczyniowego POLKARD na lata 2013–2016, Program badań przesiewowych noworodków w Polsce na lata 2015–2018, Program profilaktyki raka piersi, czy Program profilaktyki raka szyjki macicy. Wspomniane programy łączą elementy promocji zdrowia z działaniami profilaktycznymi różnej fazy.

Oczywistym jest fakt, że do zmian zdrowia populacji przyczynia się wiele czynników nieobjętych zakresem działania Ministra Zdrowia. Czynniki środowiskowe – zarówno społeczno-ekonomiczne, jak i te w miejscu pracy, nauki, zamieszkania i rekreacji determinują

---

4 „Zdrowie publiczne, wybrane zagadnienia”, J. Opolski (red.), Szkoła Zdrowia Publicznego Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, Warszawa 2011 r., str. 18.

bardzo istotnie poziom ryzyka zachorowania na szereg schorzeń. Dużą zasługą innych ministrów jest inicjowanie i podejmowanie programów rządowych przyczyniających się do kreowania środowisk prozdrowotnych, w różnych wymiarach istotnych dla ich funkcjonowania. Poziom zaangażowania i wpływu Ministra Zdrowia na kształt, zakres i sposób realizacji tych programów nie jest jednolity – przedstawiciele Ministra Zdrowia uczestniczyli lub uczestniczą w procesie ich tworzenia, biorą udział w komitetach sterujących, zespołach roboczych, lub wyłącznie konsultują je w ramach codziennej współpracy ministerstw. Programy realizowane przez innych ministrów niż Minister Zdrowia, a przyczyniające się do poprawy zdrowia publicznego to m.in Krajowy Program Przeciwdziałania Ubóstwu i Wykluczeniu Społecznemu 2020, Program promocji zdrowia i profilaktyki problemów dzieci i młodzieży 2013–2016, Program "Bezpieczna i Przyjazna Szkoła", Pomoc Państwa w zakresie dożywiania na lata 2014–2020, Krajowy Program Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie na lata 2014–2020, Poprawa bezpieczeństwa i warunków pracy – III etap na lata 2014–2016, Założenia długofalowej polityki senioralnej na lata 2014–2020, Solidarność pokoleń – działania dla zwiększenia aktywności zawodowej osób w wieku 50+, Perspektywa uczenia się przez całe życie, czy Program ratownictwa i ochrony ludności na lata 2014–2020.

Ważnym elementem wpisującym się w obszar zdrowia publicznego jest realizacja zadań własnych jednostek samorządu terytorialnego, polegająca na opracowywaniu i wdrażaniu programów zdrowotnych. Jednostki samorządu terytorialnego sprawozdały w 2014 r. realizację niemal trzech tysięcy programów zdrowotnych, ukierunkowanych przede wszystkim na zapobieganie chorobom przewlekłym, poprawę stanu zdrowia dzieci i młodzieży oraz profilaktykę alkoholizmu<sup>5</sup>.

Wiele działań ukierunkowanych na poprawę sytuacji zdrowia publicznego realizowanych jest w ramach zadań ustawowych przez organy centralne, jednostki samorządu terytorialnego oraz współpracujące z nimi organizacje pozarządowe. Wymagają one jednak koordynacji i wsparcia.

Wszelkie działania podejmowane przez instytucje i podmioty zajmujące się tą problematyką powinny być ukierunkowane na promowanie zdrowia, zapobieganie chorobom i wyrównywanie nierówności zdrowotnych (obserwowanych przykładowo w dużym zróżnicowaniu oczekiwanej długości życia pomiędzy regionami i grupami społecznymi). Dla zdrowia publicznego kluczowa jest również trwała współpraca międzysektorowa na wszystkich

---

<sup>5</sup> Dane Ministerstwa Zdrowia zgromadzone na podstawie art. 10 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. nr 210, poz. 2135).

szczeblach administracji rządowej i samorządowej, na każdym etapie organizowania działań z zakresu zdrowia publicznego.

Zmiany dla zdrowia publicznego są możliwe nie tylko poprzez programy polityki zdrowotnej i programy zdrowotne oraz kampanie społeczne. Konieczne jest także kształtowanie środowiska pracy, nauki i odpoczynku, aby możliwe było prowadzenie prozdrowotnego stylu życia. Ponadto istotne jest zachęcanie do zachowań poprawiających stan zdrowia i zmniejszanie narażenia na szkodliwe czynniki. Oprócz prowadzonych działań polegających na edukacji i promocji zdrowia istnieją znacznie większe możliwości oddziaływania na czynniki warunkujące zdrowie. Przede wszystkim są to działania o charakterze regulacyjnym – wprowadzające zakazy (np. palenia), nakazy (np. obowiązek zapinania pasów bezpieczeństwa w samochodzie), a także cała gama rozwiązań o charakterze fiskalnym (zmiana struktury opodatkowania żywności zalecanej do spożycia lub używek). Narzędziem służącym do realizacji tych celów jest też dokonywanie stosownych zmian legislacyjnych przez ministrów innych niż Minister Zdrowia, a także działania podejmowane przez władze lokalne. Koszt finansowy związany z ich wprowadzeniem jest niewielki, a relacja do efektów znacznie bardziej korzystna w porównaniu do programów interwencyjnych. Jednakże uzyskanie konsensusu różnych środowisk i interesariuszy w procesie uzgadniania realizowanej polityki wymaga najczęściej prowadzenia intensywnego dialogu i szukania trudnych kompromisów. Aby zapewnić bliską współpracę resortów i budować koalicję na rzecz zdrowia niezbędne jest utworzenie forum współdziałania w zakresie zdrowia publicznego, w skład którego będą wchodzić przedstawiciele administracji rządowej, samorządowej, organizacji pozarządowych i jednostek naukowych. Instytucjonalizacja funkcjonalna i operacyjna zdrowia publicznego umożliwi współpracę międzysektorową na rzecz zdrowia publicznego na szczeblu strategicznym oraz wykonawczym. Podstawowym założeniem projektowanej ustawy jest praktyczna implementacja generalnej zasady polityki Unii Europejskiej i Światowej Organizacji Zdrowia stanowiącej, że zdrowie powinno być obecne we wszystkich politykach, a nie stanowić wyłącznie wyodrębniony element polityki zdrowotnej Ministra Zdrowia<sup>6</sup>.

Projektowana ustawa wzmocni mechanizmy diagnozowania problemów zdrowia publicznego i racjonalnego planowania interwencji, które będą wytyczną do działań podmiotów odpowiedzialnych za prowadzenie polityki zdrowotnej: jednostek samorządu terytorialnego,

---

6 "Health in All Policies - Prospects and potentials", T. Stahl et al. (red.), Ministerstwo Zdrowia i Polityki Społecznej Finlandii, Finlandia 2006 r. str. 18

[http://ec.europa.eu/health/archive/ph\\_information/documents/health\\_in\\_all\\_policies.pdf](http://ec.europa.eu/health/archive/ph_information/documents/health_in_all_policies.pdf)

oraz "Health in All Policies - Seizing opportunities, implementing policies", K. Leppo et al. (red.), Ministerstwo Zdrowia i Polityki Społecznej Finlandii, Finlandia 2013 r. str. 20

[http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0007/188809/Health-in-All-Policies-final.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/188809/Health-in-All-Policies-final.pdf)

Narodowego Funduszu Zdrowia, służby medycyny pracy, Państwowej Inspekcji Sanitarnej, kuratoriów oświaty, szkół czy uczelni wyższych. Projektowana ustawa umożliwi wspieranie jednostek samorządu terytorialnego, w szczególności małych gmin, w realizowaniu ustawowych obowiązków związanych z promowaniem i ochroną zdrowia. Wsparcie to będzie polegało przede wszystkim na dostarczaniu wiedzy o wpływie czynników determinujących zdrowie oraz umiejętności skutecznego tworzenia warunków lokalnych sprzyjających utrzymaniu i pomnażaniu zdrowia – polegających na realizacji programów polityki zdrowotnej i koordynowaniu działań jednostek organizacyjnych działających w ramach sektora zdrowotnego, edukacji czy pomocy społecznej z organizacjami pozarządowymi, kościołami i związkami wyznaniowymi oraz wszelkimi podmiotami przyczyniającymi się do zmian w stanie zdrowia społeczeństwa.

## **2. Podstawowe cele regulacji**

Celem projektowanej ustawy jest utworzenie struktur odpowiedzialnych za koordynację i monitorowanie działalności władz publicznych wpływających na zmianę stanu zdrowia populacji, a także zapewnienie stabilnych mechanizmów finansowania. Ten cel można osiągnąć poprzez usystematyzowanie działań w obszarze zdrowia publicznego, zapewnienie ich ciągłości, adekwatności i kompleksowości. Miernikami wykorzystywanymi do monitorowania efektów projektowanej regulacji będą: powołanie Pełnomocnika Rządu do Spraw Zdrowia Publicznego, utworzenie Rady do Spraw Zdrowia Publicznego, Komitetu Sterującego i Funduszu Zdrowia Publicznego oraz przyjęcie Narodowego Programu Zdrowia.

Funkcje zdrowia publicznego realizowane dzięki przyjęciu ustawy będą odpowiadały celom z zakresu zdrowia publicznego wynikającym z dokumentów regionu europejskiego WHO - „Zdrowie 2020: Europejskie ramy polityczne i strategia na XXI wiek” i „Zdrowie 2020: Europejska polityka wspierająca działania rządów i społeczeństw na rzecz zdrowia i dobrostanu człowieka” oraz w „Wieloletnim programie działań w dziedzinie zdrowia Unii Europejskiej na lata 2014–2020” tj. przede wszystkim takim celom jak:

- 1) promocja zdrowia i zapobieganie chorobom;
- 2) poprawa zdrowia całego społeczeństwa i niwelowanie nierówności zdrowotnych;
- 3) wspieranie innowacyjności i stabilności systemu opieki zdrowotnej;
- 4) wspieranie przywództwa w aktywnym współuczestnictwie instytucji i społeczności lokalnych w dążeniu do umacniania zdrowia.

Dzięki realizacji zadań przewidzianych projektowaną ustawą możliwa będzie znacząca poprawa sytuacji zdrowotnej i zbliżenie się przynajmniej do poziomu średniej wartości analizowanych wskaźników dla państw członkowskich Unii Europejskiej. Długość życia mieszkańców Rzeczypospolitej Polskiej była w 2012 r. krótsza niż przeciętna w krajach Unii Europejskiej – kobiet o 2,1 lat, a mężczyzn o 4,8 lat. O ile nie zostaną podjęte bardziej intensywne działania na rzecz poprawy zdrowia naszego społeczeństwa i tempo wzrostu długości trwania życia ludności kraju będzie nadal takie jak w ostatnich latach, to obecną średnią długość życia dla krajów Unii Europejskiej osiągniemy w przypadku kobiet w latach 2021–2022, a w przypadku mężczyzn dopiero 10 lat później – tj. w latach 2031–2032<sup>7</sup>.

### **3. Operacjonalizacja zadań przewidzianych ustawą**

Wykonanie projektowanej ustawy będzie możliwe poprzez:

- powołanie Pełnomocnika Rządu do Spraw Zdrowia Publicznego oraz Komitetu Sterującego Narodowego Programu Zdrowia,
- utworzenie Rady do Spraw Zdrowia Publicznego, w ramach której będzie prowadzone planowanie, monitorowanie i ewaluacja zadań prowadzonych w zdrowiu publicznym,
- przyjęcie Narodowego Programu Zdrowia – rozporządzenia Rady Ministrów, będącego dokumentem strategiczno-wykonawczym. Do zadań z zakresu zdrowia publicznego, które będą realizowane na podstawie projektowanej ustawy należą w szczególności:

- 1) systematyczne monitorowanie stanu zdrowia i jego zagrożeń oraz jakości życia związanej ze zdrowiem ludności w celu identyfikacji priorytetów dla polityki zdrowotnej państwa oraz wskazywanie skutecznych programów prewencji i promocji zdrowia;
- 2) prowadzenie edukacji zdrowotnej dostosowanej do potrzeb różnych grup społeczeństwa, a zwłaszcza dzieci i młodzieży, z wykorzystaniem programów o dobrej jakości i sprawdzonej skuteczności;
- 3) wdrażanie w różnych środowiskach programów promocji zdrowia, aktywizujących obywateli i społeczności do dbałości o zdrowie oraz tworzenie warunków ułatwiających prowadzenie prozdrowotnego stylu życia, w tym szczególnie racjonalne żywienie i regularną aktywność fizyczną;
- 4) prowadzenie działań w celu redukcji nierówności w zdrowiu;

---

<sup>7</sup> Sytuacja zdrowotna ludności Polski... str. 12



- 5) podejmowanie działań w celu rozpoznawania, eliminowania lub ograniczenia zagrożeń dla zdrowia fizycznego, psychicznego i społecznego w środowisku zamieszkania, nauki, pracy i rekreacji;
- 6) kształcenie i racjonalne wykorzystanie kadr w zakresie zdrowia publicznego oraz włączenie zagadnień dotyczących profilaktyki chorób i promocji zdrowia do programów edukacyjnych różnych grup zawodowych, zwłaszcza lekarzy, pielęgniarek i nauczycieli oraz administracji publicznej;
- 7) stwarzanie warunków do prowadzenia badań naukowych i współpracy międzynarodowej w zakresie zdrowia publicznego.

Zadania te w dużym stopniu są zgodne z priorytetami zdrowotnymi określonymi przez Ministra Zdrowia w rozporządzeniu w sprawie priorytetów zdrowotnych<sup>8</sup> wydanym na podstawie ustawy 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.).

W Narodowym Programie Zdrowia określi się:

- 1) charakterystykę głównych zagrożeń zdrowia, ze wskazaniem obszarów priorytetowych dla zdrowia publicznego, uwzględniających determinanty zdrowia, w tym czynniki biologiczne, społeczne i ekonomiczne;
- 2) cel strategiczny NPZ, ukierunkowany na wydłużenie życia ludności Rzeczypospolitej Polskiej i poprawę jakości życia związanej ze zdrowiem oraz wyrównywanie nierówności społecznych w zdrowiu;
- 3) cele operacyjne służące realizacji celu strategicznego, ukierunkowane na zmniejszenie obciążenia społeczeństwa problemami zdrowotnymi stanowiącymi największe zagrożenie dla zdrowia publicznego;
- 4) zadania służące realizacji celów operacyjnych, dotyczące rozpoznawania, eliminowania lub ograniczenia zagrożeń dla zdrowia fizycznego, psychicznego i społecznego w środowisku zamieszkania, nauki, pracy i rekreacji, poprawy bezpieczeństwa ruchu drogowego, tworzenia warunków ułatwiających prowadzenie prozdrowotnego stylu życia, w tym racjonalnego żywienia i regularnej aktywności fizycznej, ze szczególnym uwzględnieniem redukcji nierówności społecznych w zdrowiu;
- 5) podmioty odpowiedzialne za realizację zadań;

---

<sup>8</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz.U. Nr 137, poz. 1126).

- 6) realizatorów zadań;
- 7) sposób finansowania zadań;
- 8) wskaźniki służące monitorowaniu i ewaluacji NPZ.

Narodowy Program Zdrowia będzie ustanawiany na czas nie krótszy niż okresy pięcioletnie i będzie wpisywał się w Strategię Rozwoju Kraju 2020 oraz Strategię Rozwoju Kapitału Ludzkiego, oraz pozostanie komplementarny z przyjętym w 2014 r. przez Ministra Zdrowia dokumentem „Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020 ” i wspomnianym rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie priorytetów zdrowotnych.

Dzięki zmianom będącym efektem ustawy, a także przyjęciu Narodowego Programu Zdrowia, będzie możliwe wzmocnienie działań na rzecz zapobiegania chorobom i podnoszenia potencjału zdrowia, poprzez inicjatywy takie jak:

- 1) kampanie edukacyjne mające na celu kształtowanie nawyków oraz postaw prozdrowotnych;
- 2) promowanie spożycia zdrowych produktów, ograniczenie spożycia soli i tłuszczów nasyconych oraz trans, a także powszechne poradnictwo dietetyczne dostosowane do indywidualnych potrzeb;
- 3) oferowanie pomocy w leczeniu z uzależnienia od tytoniu, informowanie i ostrzeżenie o ryzyku zdrowotnym związanym z używaniem tytoniu;
- 4) pomoc w ograniczaniu spożycia alkoholu oraz innych substancji psychoaktywnych oraz prowadzenie skutecznych działań z zakresu leczenia uzależnień, w tym uzależnień behawioralnych;
- 5) wspieranie osób z problemami zdrowia psychicznego, takimi jak depresja, zaburzenia nerwicowe czy lękowe;
- 6) poprawa warunków panujących w szkołach i miejscu pracy;
- 7) wczesna diagnostyka chorób, a przez to ich skuteczniejsze i szybsze leczenie;
- 8) rozwój badań naukowych;
- 9) stałe monitorowanie stanu zdrowia, rozpowszechnienia chorób i czynników ryzyka;
- 10) stałe monitorowanie mających wpływ na zdrowie postaw i zachowań różnych populacji;
- 11) monitorowanie skuteczności i efektywności podejmowanych interwencji.

#### **4. Koordynacja realizacji NPZ**

Do koordynacji, inicjowania i monitorowania realizacji przepisów przewidzianych projektowaną ustawą zostanie powołany Pełnomocnik Rządu do Spraw Zdrowia Publicznego

w randzie sekretarza stanu, którego obsługę zapewnić będzie urząd obsługujący ministra właściwego do spraw zdrowia. Planuje się również utworzenie Komitetu Sterującego Narodowego Programu Zdrowia, w którego skład będą wchodzić oprócz Pełnomocnika Rządu do Spraw Zdrowia Publicznego - podsekretarze lub sekretarze stanu z ministerstw wyznaczonych do realizacji NPZ. Istnieje wiele obszarów pozostających w kompetencjach tych ministrów przyczyniających się do poprawy zdrowia populacji. Przykładowo można wymienić poniższe:

- 1) minister właściwy do spraw finansów publicznych – prowadzenie elementów prozdrowotnej polityki fiskalnej ukierunkowanej na zwiększanie dostępności do żywności i innych produktów zalecanych do spożycia oraz redukcję konsumpcji produktów negatywnie wpływających na zdrowie populacji (w tym używki);
- 2) minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego – prowadzenie prozdrowotnej polityki społecznej, ze szczególnym uwzględnieniem społecznych uwarunkowań nierówności zdrowotnych, dbałość o prozdrowotne warunki w miejscu pracy;
- 3) minister właściwy do spraw oświaty i wychowania – wzmacnianie roli edukacji zdrowotnej mającej na celu podnoszenie świadomości zdrowotnej i umiejętności dokonywania wyborów prozdrowotnych, zapewnianie warunków prozdrowotnych w szkole;
- 4) minister właściwy do spraw środowiska – ograniczanie narażenia na czynniki ryzyka wynikające z zanieczyszczenia gleby, powietrza, wody, promieniowania czy hałasu,
- 5) minister właściwy do spraw transportu – poprawa bezpieczeństwa w ruchu drogowym,
- 6) minister właściwy do spraw nauki oraz do spraw szkolnictwa wyższego – prowadzenie polityki w zakresie badań naukowych i prac rozwojowych w obszarze zdrowia publicznego, w tym zapewnienie w programach naukowych środków finansowych na badania i rozwój w zakresie zapobiegania chorobom przewlekłym będącym głównymi czynnikami przedwczesnej umieralności, chorobowości i niepełnosprawności;
- 7) minister właściwy do spraw kultury fizycznej oraz do spraw turystyki – prowadzenie działań mających na celu popularyzację aktywności fizycznej, sportu masowego, rekreacji i zdrowego stylu życia;
- 8) minister właściwy do spraw rolnictwa – prowadzenie polityki prozdrowotnej w odniesieniu do produkcji żywności.

Dla prowadzenia międzysektorowej polityki zdrowia publicznego się utworzona zostanie Rada do Spraw Zdrowia Publicznego, pełniąca funkcję opiniodawczo-doradczą Pełnomocnika i stanowiącą forum współdziałania w zakresie zdrowia publicznego. W jej skład będą wchodzić przedstawiciele administracji publicznej, a także najważniejszych podmiotów biorących udział w działaniach na rzecz zdrowia publicznego, w tym jednostki naukowe, przedstawiciele pracodawców, organizacje pozarządowe.

Planowanie prac Rady, a także wytyczanie sposobów realizacji celów NPZ i wdrażanie zadań, będzie zadaniem przewodniczącego Rady, wyznaczanego przez Pełnomocnika. Rada zastąpi funkcjonujący obecnie Międzyresortowy Zespół Koordynacyjny Narodowego Programu Zdrowia. Działania z zakresu zdrowia publicznego będą wdrażane zgodnie z aktualnym stanem wiedzy naukowej, dzięki zaangażowaniu przedstawicieli jednostek i towarzystw naukowych.

Zmiany w przepisach obowiązujących obejmują ujednoczenie formy prawnej programów profilaktyki uzależnień, poprzez nadanie rangi rozporządzenia Rady Ministrów Programowi Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. Zmiany umożliwią również dofinansowanie już obowiązujących programów ze środków Funduszu Zdrowia Publicznego.

Wspieranie oddolnych inicjatyw społeczeństwa obywatelskiego stanowi niezbędny element przekazywania kompetencji w zakresie kreowania i pomnażania zdrowia obywateli z systemu medycyny naprawczej w kierunku świadomie podejmowanych wysiłków dla budowania kapitału zdrowotnego ludzi. Ustawa wprowadzi również możliwość współuczestniczenia jednostek samorządu terytorialnego w programach finansowanych np. przez Narodowy Fundusz Zdrowia, poprzez promowanie korzystania ze świadczeń gwarantowanych w postaci badań przesiewowych lub zwiększanie ich dostępności.

Z uwagi na problemy związane ze sprawozdawaniem działań na rzecz zdrowia publicznego planuje się ujednoczenie sprawozdawczości obejmującej zadania związane z profilaktyką uzależnień (od alkoholu, narkotyków, tytoniu), realizację Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczenia AIDS, Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego oraz Narodowego Programu Zdrowia. Z uwagi na fakt, że realizatorami większości programów są te same podmioty, ujednoczenie kanału informacyjnego będzie stanowić odciążenie dla jednostek samorządu terytorialnego i ministerstw i przyczyni się do zwiększenia poprawności gromadzonych danych, które w chwili obecnej są wykazywane w kilku sprawozdaniach.

Ustawa wprowadzi obowiązek weryfikacji przez wojewodów sprawozdań przesyłanych przez jednostki samorządu terytorialnego. Będą oni również oceniać zgodność działań podejmowanych przez samorządy z regionalnymi priorytetami polityki zdrowotnej,

określonymi w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Zgodne z celem projektu ustawy zmiany wprowadzane w ustawie o radiofonii i telewizji wynikają z konieczności zapewnienia pełnej ochrony dzieci przed wpływem działań marketingowych dotyczących środków spożywczych, których spożycie w nadmiernych ilościach w codziennej diecie jest niewskazane, oraz mają na celu dostosowanie słownictwa stosowanego w krajowych i wspólnotowych przepisach z zakresu bezpieczeństwa żywności i żywienia.

### **5. Finansowanie zadań z zakresu zdrowia publicznego**

Projekt ustawy zakłada utworzenie Funduszu Zdrowia Publicznego, którego dysponentem będzie minister właściwy do spraw zdrowia. Minister Zdrowia będzie mógł upoważnić do dysponowania środkami tego Funduszu w jego imieniu Pełnomocnika lub kierownika jednostki podległej lub nadzorowanej.

Przychodami Funduszu będą:

- 1) 1% wpływów z tytułu akcyzy od napojów alkoholowych;
- 2) 0,5% wpływów z tytułu akcyzy od wyrobów tytoniowych i suszu tytoniowego;
- 3) 3% wpływów z dopłat w grach objętych monopolem państwa, o których mowa w art. 80 ust. 1 ustawy z dnia 19 listopada 2009 r. o grach hazardowych (Dz. U. Nr 201, poz. 1540, z późn. zm.);
- 4) odsetki od kwot zgromadzonych na rachunku bankowym Funduszu;
- 5) dotacje z budżetu państwa;
- 6) darowizny i zapisy;
- 7) wpływy z innych tytułów.

Planuje się połączenie zadań związanych z profilaktyką uzależnień behawioralnych z działaniami objętymi ustawami związanymi z profilaktyką uzależnień od substancji psychoaktywnych, a także przekazanie środków finansowych z Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych do tworzonego Funduszu Zdrowia Publicznego.

Finansowanie zadań przewidzianych ustawą będzie pochodzić:

- 1) ze środków pozostających w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia oraz innych ministrów realizujących zadania z zakresu zdrowia publicznego;
- 2) ze środków pozostających w dyspozycji jednostek samorządu terytorialnego;
- 3) ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 4) ze środków Funduszu Zdrowia Publicznego.

Dzięki projektowanej ustawie możliwe będzie precyzyjne określenie i zwiększenie wydatków na ten cel. Projekt ustawy zakłada wskazanie w strukturze wydatków Narodowego Funduszu Zdrowia środków przeznaczanych na zadania z zakresu zdrowia publicznego. Planuje się przeznaczanie kwoty 1,5% kosztów świadczeń opieki zdrowotnej Narodowego Funduszu Zdrowia na zadania związane z promocją zdrowia oraz profilaktyką chorób. Środki te pozostają w dyspozycji Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, ich wydatkowanie będzie się odbywać zgodnie z przepisami ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej gwarantowanych ze środków publicznych, tj. poprzez udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez podmioty, które zawarły z Narodowym Funduszem Zdrowia umowę. Zadania z zakresu zdrowia publicznego realizowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia będą polegać na prowadzeniu programów wczesnego wykrywania nowotworów i profilaktyki chorób odytoniowych. Będą obejmować również:

- 1) propagowanie zachowań prozdrowotnych, w szczególności poprzez zachęcanie do indywidualnej odpowiedzialności za własne zdrowie;
- 2) wczesną, wielospecjalistyczną i kompleksową opiekę nad dzieckiem zagrożonym niepełnosprawnością lub niepełnosprawnym;
- 3) profilaktyczne badania lekarskie w celu wczesnego rozpoznania chorób, ze szczególnym uwzględnieniem chorób układu krążenia oraz chorób nowotworowych;
- 4) promocję zdrowia i profilaktykę, w tym profilaktykę stomatologiczną obejmującą dzieci i młodzież do ukończenia 19. roku życia;
- 5) prowadzenie badań profilaktycznych obejmujących kobiety w ciąży, w tym badań prenatalnych zalecanych w grupach ryzyka i u kobiet powyżej 40. roku życia oraz profilaktyki stomatologicznej;
- 6) profilaktyczną opiekę zdrowotną nad dziećmi i młodzieżą w środowisku nauczania i wychowania;
- 7) wykonywanie szczepień ochronnych;

8) wykonywanie badań z zakresu medycyny sportowej, obejmujących dzieci i młodzież do ukończenia 21. roku życia oraz zawodników pomiędzy 21. a 23. rokiem życia, którzy nie otrzymują wynagrodzenia w związku z uprawianiem sportu.

W chwili obecnej istnieje duży potencjał do zwiększenia zaangażowania świadczeniodawców w zadania dotyczące zapobiegania chorobom (w tym wczesne wykrywanie), edukacji zdrowotnej oraz promowania zachowań prozdrowotnych.

Minister Zdrowia finansuje w chwili obecnej wiele wspomnianych wcześniej programów ukierunkowanych na promocję zdrowia, wczesne wykrywanie chorób i zapobieganie konsekwencjom i powikłaniom wybranych schorzeń. Programy te są ukierunkowane na rozwiązywanie problemów związanych z ograniczaniem konsekwencji chorób cywilizacyjnych i powinny być kontynuowane w najbliższych latach, wpisując się w Narodowy Program Zdrowia.

Projektowana ustawa umożliwi realizację zadań związanych z profilaktyką nadwagi i otyłości. Ich celem będzie poprawa stanu zdrowia publicznego poprzez zahamowanie wzrostu odsetka osób z nadwagą i otyłością oraz przewlekłymi chorobami niezakaźnymi poprzez kształtowanie prozdrowotnych zachowań w zakresie diety i aktywności fizycznej oraz tworzenie warunków ułatwiających dokonywanie właściwych wyborów żywieniowych. Na realizację programu konieczne będzie zapewnienie dodatkowych środków w budżecie ministra właściwego do spraw zdrowia w wysokości 60 mln zł rocznie (przy uwzględnieniu wskaźnika wzrostu cen).

Kwota niezbędna na realizację programu profilaktyki otyłości została oszacowana we współpracy z Instytutem Żywności i Żywienia w oparciu o rekomendacje Światowej Organizacji Zdrowia i Komisji Europejskiej, zalecenia jednostek naukowych zajmujących się żywieniem, propozycje działań przedstawianych na forum Parlamentarnego Zespołu ds. Przeciwdziałania i Rozwiązywania Problemów Otyłości, Rady ds. Diety, Aktywności Fizycznej i Zdrowia oraz Międzyresortowego Zespołu Koordynacyjnego Narodowego Programu Zdrowia, a także o doświadczenia Ministerstwa Zdrowia związane z realizacją Narodowego Programu Zapobiegania Nadwadze i Otyłości oraz Przewlekłym Chorobom Niezakaźnym poprzez Poprawę Żywienia i Aktywności Fizycznej na lata 2007-2011 POL-HEALTH. W programie przewiduje się następujące grupy działań:

- 1) planowanie i dobór efektywnych i sprawdzonych działań w oparciu o dane dotyczące rozpowszechnienia problemów zdrowotnych związanych z żywieniem oraz ich skutków zdrowotnych i ekonomicznych;
- 2) regularny monitoring sposobu żywienia, stanu odżywienia;

- 3) promocję zdrowia i edukację przy zastosowaniu nowoczesnych systemów interaktywnych i technologii informacyjno-komunikacyjnych, w tym prowadzenie powszechnej edukacji zdrowotnej skierowanej do kobiet w ciąży i karmiących (w tym promocja karmienia piersią z uwzględnieniem problemów z laktacją), dzieci, młodzieży, osób dorosłych, osób starszych;
- 4) zapobieganie nadwadze i otyłości, w tym poprzez wspieranie poprawy żywienia zbiorowego w szkołach;
- 5) ułatwienie dostępu do wysokiej jakości usług profilaktycznych i leczniczych, w tym zachęcanie do tworzenia i prowadzenia grup wsparcia dla osób z otyłością, jako skutecznego modelu leczenia otyłości.

Umocowanie programu profilaktyki otyłości w projektowanej ustawie pozwoli na ujednoczenie formy prawnej tego programu z innymi programami profilaktycznymi (zapobieganie alkoholizmowi, narkomanii i paleniu tytoniu) utworzonymi na mocy innych ustaw. Finansowanie zadań będzie odbywać się w trybie konkursu ofert ogłaszanego na podstawie NPZ, lub na wniosek podmiotów wskazanych w NPZ, spełniających kryteria formalne. Tryb wnioskowy będzie dopuszczalny jedynie w sytuacji, w której zadanie powinno być realizowane przez wszystkie podmioty wskazane jako realizatorzy/beneficjenci (np. wszystkie szkoły).

Interwencje z zakresu zdrowia publicznego muszą być wdrażane w oparciu o aktualny stan wiedzy naukowej. W chwili obecnej istotnym problemem jest źródło finansowania regularnych badań epidemiologicznych dotyczących skali występowania chorób i czynników ryzyka. Z uwagi na konieczność prowadzenia prozdrowotnej polityki publicznej w oparciu o obiektywne, rzetelne i wiarygodne dane nie mniej niż 10% środków Funduszu rocznie będzie przeznaczane na realizację zadań polegających na:

- 1) monitorowaniu i ocenie stanu zdrowia i jakości życia społeczeństwa;
- 2) identyfikacji i analizie rozpowszechnienia czynników ryzyka przyczyniających się do pogorszenia się stanu zdrowia społeczeństwa;
- 3) identyfikacji przyczyn nierówności w zdrowiu;
- 4) inicjowaniu i prowadzeniu badań naukowych, w tym badań zmierzających do oceny zależności pomiędzy czynnikami szkodliwymi dla zdrowia lub innymi czynnikami ryzyka a zdrowiem, oraz badań dotyczących oceny skuteczności i efektywności działań z zakresu zdrowia publicznego.



## 6. Rozwiązania międzynarodowe

Wiele krajów rozwiniętych prowadzi skoordynowane działania na rzecz zdrowia publicznego. Rozwiązania stosowane w krajach Unii Europejskiej są bardzo zróżnicowane pod względem organizacji i finansowania. Ponadto zakres przedmiotowy w sposób istotny różni się pomiędzy krajami.

Państwa członkowskie Unii Europejskiej regulują zdrowie publiczne ustawowo już od wielu lat. Przykładowo Wielka Brytania przyjęła pierwszą ustawę o zdrowiu publicznym już w 1848 r. Jej celem była przede wszystkim walka z epidemią cholery, ale również poprawa warunków sanitarnych w miastach<sup>9</sup>. W chwili obecnej odpowiedzialność za regulacje i wykonywanie zadań z zakresu zdrowia publicznego (w tym sprawy dotyczące bezpieczeństwa żywności oraz środowiska) w Anglii ponosi Departament Zdrowia (utworzony w 1988 r.<sup>10</sup>), współpracujący z Agencją Ochrony Zdrowia, Narodowym Instytutem Doskonałości Klinicznej oraz innymi agencjami rządowymi<sup>11</sup>. Rozwiązania angielskie nie przewidują przyjmowania narodowej strategii zdrowotnej, jednakże z uwagi na uwarunkowania systemu zdrowotnego opartego o przynależność świadczeniodawców do Systemu Narodowej Służby Zdrowia Ministerstwo Zdrowia ma kompetencje do ustalania ramowego działania uczestników systemu zdrowotnego i kluczowych zadań dla poszczególnych podmiotów. Każdy ze świadczeniodawców i płatników jest zobowiązany do tworzenia własnych planów, które podobnie jak plany strategiczne agencji rządowych uczestniczących w systemie zdrowia publicznego są zatwierdzane przez Ministerstwo Zdrowia<sup>12</sup>.

W Niemczech kompetencje zdrowia publicznego są przypisane władzom poszczególnych landów i obejmują monitorowanie chorób zakaźnych (w tym w szpitalach), promocję i edukację zdrowotną, badania przesiewowe u dzieci i innych szczególnych grup czy działania w obszarze prewencji chorób przenoszonych drogą płciową. Pomimo próby władz federalnych podjętej w 2005 r. nie udało się przyjąć kompleksowej regulacji dotyczącej zdrowia publicznego<sup>13</sup>, która konstytuowałaby struktury na szczeblu centralnym i ustanawiała narodową strategię zdrowotną. We Francji celem uporządkowania bardzo licznych i rozproszonych działań w obszarze zdrowia publicznego w 2004 r. uchwalono ustawę o zdrowiu publicznym. W tym akcie określono podział odpowiedzialności władz publicznych za określone zadania z zakresu zdrowia publicznego a

---

9 Zdrowie publiczne, wybrane zagadnienia... str. 13.

10 Transfer of Functions (Health and Social Security) Order 1988, <http://www.legislation.gov.uk/ukxi/1988/1843/article/1/made>, data akcesji 14.03.2015 r.

11 "United Kingdom (England): Health system review". S. Boyle, Health Systems in Transition, 2011, str. 22, 26 oraz 209.

12 Ibidem, str. 148.

13 "Germany: health system review", Busse R, Blümel M. Health Systems in Transition, 2014, str. 27.

także dokonano instytucjonalizacji odpowiednich struktur. Ustawa nałożyła również obowiązek przygotowywania planów pięcioletnich dotyczących profilaktyki onkologicznej, zapobiegania przemocy i uzależnieniom, poprawy warunków środowiskowych, jakości życia związanej ze zdrowiem oraz dostarczanie opieki pacjentom z chorobami rzadkimi<sup>14</sup>. Rozwiązania francuskie obejmują również Narodowy Program Zdrowego Żywienia<sup>15</sup>, opierają się również na Regionalnych Agencjach Zdrowia, które są odpowiedzialne za opracowywanie i wdrażanie regionalnych strategii zdrowotnych<sup>16</sup>

Z uwagi na heterogeniczny kontekst organizacyjny, prawny i kulturowy, obszaru zdrowia publicznego przejęcie wprost rozwiązań funkcjonujących w innych krajach nie jest możliwe. Rozproszenie funkcji zdrowia publicznego, sposób przypisania ich poszczególnym podmiotom publicznym, a także różnorodność definiowania zakresu zdrowia publicznego pomiędzy poszczególnymi państwami nie pozwala na wyciągnięcie jednoznacznych wniosków dotyczących europejskiego modelu zdrowia publicznego i jest podstawą do przyjęcia w projektowanych przepisach rozwiązań dostosowanych do istniejących realiów organizacyjnych, finansowych oraz kompetencji instytucji publicznych.

Projekt ustawy nie zawiera przepisów technicznych i nie podlega notyfikacji na podstawie rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. Nr 239, poz. 2039, z późn. zm.).

Projekt ustawy nie jest objęty prawem Unii Europejskiej i nie wymaga przedstawienia właściwym instytucjom i organom Unii Europejskiej, w tym Europejskiemu Bankowi Centralnemu celem uzyskania opinii, dokonania powiadomienia, konsultacji albo uzgodnienia projektu.

---

14 "France: Health system review", Chevreul K et al., Health Systems in Transition, 2010, Str. 165

15 Ibidem, str. 266

16 Ibidem, str. XXVIII.

<p><b>Nazwa projektu</b> Ustawa o zdrowiu publicznym <b>Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące</b> Ministerstwo Zdrowia <b>Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu</b> Beata Małecka-Libera, Pełnomocnik Rządu do spraw projektu ustawy o zdrowiu publicznym, Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia, <b>Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu</b> Dariusz Poznański, zastępca dyrektora Departamentu Zdrowia Publicznego, tel. (22) 53 00 318, e-mail: d.poznanski@mz.gov.pl</p>	<p><b>Data sporządzenia</b> 24.03.2015 r.</p> <p><b>Źródło:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Strategia „Europa 2020, strategia na rzecz inteligentnego i zrównoważonego rozwoju sprzyjającego włączeniu społecznemu”,</li> <li>2. Strategia Światowej Organizacji Zdrowia pod nazwą „Zdrowie 2020: Europejska polityka wspierająca działania rządów i społeczeństw na rzecz zdrowia i dobrostanu człowieka”,</li> <li>3. Strategia Rozwoju Kraju 2020,</li> <li>4. Strategia Rozwoju Kapitału Ludzkiego.</li> </ol> <p><b>Nr w Wykazie Rady Ministrów:</b> Założenia do projektu ustawy o zdrowiu publicznym były dotychczas ujęte w Wykazie Rady Ministrów w pozycji o znakach ZD11.</p>
--	--

## OCENA SKUTKÓW REGULACJI

### 1. Jaki problem jest rozwiązywany?

W chwili obecnej można wskazać na bardzo wiele działań wpisujących się w mniejszym lub większym stopniu w obszar zdrowia publicznego. Niektóre z obowiązujących regulacji, w szczególności ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu i zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2013 r. poz. 947), czy też ustawa z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2011 r. Nr 212, poz. 1263, z późn. zm.) posługują się terminem zdrowie publiczne, bądź też regulują wybrane kwestie z tego zakresu (przykładowo przeciwdziałanie uzależnieniom), niemniej jednak nie tworzą spójnego systemu i ograniczają się w dużym stopniu do problemów zdrowotnych mających coraz mniejsze znaczenie dla zdrowia publicznego (np. higiena komunalna). Nie odpowiadają zatem wyzwaniom, jakim kraj rozwinięty musi sprostać w XXI wieku.

Polityka zdrowotna jest realizowana przez szereg programów polityki zdrowotnej prowadzonych przez Ministerstwo Zdrowia i NFZ. Wiele innych ministerstw inicjuje i podejmuje programy przyczyniające się do kreowania środowisk prozdrowotnych, w różnych wymiarach istotnych dla ich funkcjonowania.

Kolejnym ważnym elementem wpisującym się w obszar zdrowia publicznego jest realizacja zadań własnych jednostek samorządu terytorialnego, polegająca na opracowywaniu i wdrażaniu programów zdrowotnych. Jednostki samorządu terytorialnego sprawozdały w 2014 r. realizację niemal trzech tysięcy programów zdrowotnych, ukierunkowanych przede wszystkim na zapobieganie chorobom przewlekłym, poprawę stanu zdrowia dzieci i młodzieży oraz profilaktykę alkoholizmu.

Duża liczba i zakres działalności publicznej dotyczącej poprawy zdrowia populacji wymaga koordynacji i wsparcia, aby możliwe było osiągnięcie stanu zdrowia społeczeństwa zbliżonego do przeciętnego w Unii Europejskiej.

### 2. Rekomendowane rozwiązanie, w tym planowane narzędzia interwencji, i oczekiwany efekt

Projektowana ustawa:

- określi katalog działań podejmowanych przez administrację publiczną mającą na celu poprawę stanu zdrowia populacji,
- ureguluje zasady koordynacji, wspierania i finansowania działań administracji publicznej i współpracy innych podmiotów w tym zakresie,
- utworzy Narodowy Program Zdrowia,
- utworzy Komitet Sterujący Narodowego Programu Zdrowia,
- utworzy się Radę do Spraw Zdrowia Publicznego,
- ustanowi Pełnomocnika Rządu do spraw zdrowia publicznego,
- utworzy Fundusz Zdrowia Publicznego jako państwowy fundusz celowy,
- usprawni zasady sprawozdawania działań administracji publicznej dotyczących zdrowia publicznego,
- dostosowuje obecnie obowiązujące przepisy do proponowanej regulacji.

Efektom będzie usystematyzowanie działań w obszarze zdrowia publicznego, co przyczyni się

do zmniejszenia nierówności pomiędzy wskaźnikami zdrowotnymi w poszczególnych regionach kraju i w różnych grupach społecznych. Realizacja zadań z zakresu zdrowia publicznego przyczyni się do zwiększenia liczby lat przeżywanych w zdrowiu, poprawy jego jakości związanej ze zdrowiem i zmniejszenia liczby chorób, urazów i wypadków, możliwych do uniknięcia.

Projektowana ustawa przyczyni się do poprawy efektywności (w tym alokacyjnej) programów polityki zdrowotnej i programów zdrowotnych poprzez ich lepszą koordynację i możliwość wsparcia finansowego ze strony Funduszu Zdrowia Publicznego. W momencie wejścia w życie ustawy istniejące programy nie ulegną modyfikacji.

Najważniejsze z istniejących programów objętą nową regulacją, a które będą kontynuowane w przyszłości to:

- programy skutkujące wzrostem dostępu do świadczeń zdrowotnych, w tym w zakresie onkologii, kardiologii i transplantologii (m.in. zadania umożliwiające rozwój infrastruktury niezbędnej w leczeniu nowotworów, patologii układu krążenia oraz przeszczepianiu komórek tkanek i narządów,

- programy, które koncentrują się na zakupie leków, tj. Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce, Narodowy program leczenia chorych na hemofilię i pokrewne skazy krwotoczne,

- programy obejmujące świadczenia wysokospecjalistyczne oraz programy o charakterze edukacyjnym mające na celu upowszechnianie wśród społeczeństwa zdrowego trybu życia,

- programy profilaktyki uzależnień, w tym od substancji psychoaktywnych,

- programy polegające na prowadzeniu badań przesiewowych mające na celu ograniczenie umieralności noworodków, niemowląt i dzieci, spowodowanej wadami metabolizmu.

Zakłada się, że wszystkie wskazane powyżej programy wymagają kontynuacji – nie ma uzasadnienia dla ich ograniczenia lub zaprzestania realizacji. Zakłada się, że w dłuższej perspektywie – podczas opracowywania i realizacji Narodowego Programu Zdrowia - będzie istniała możliwość ich łącznej ewaluacji i rozważenia ich połączenia lub modyfikacji dotychczasowego sposobu realizacji.

Zmiany w tych programach będą obejmować zwiększenie efektywności środków wydawanych na te programy, z uwagi na możliwość uzupełnienia ich o komponenty związane z edukacją zdrowotną i promocją zdrowia a także dzięki możliwości analizy skuteczności tych interwencji, ich lepszą, systematyczną ewaluację a także wsparcie finansowe istniejących programów profilaktyki uzależnień - konieczne jest wzmocnienie realizowanego programu zapobiegania następstw zdrowotnych palenia wyrobów tytoniowych, finansowanego w niewystarczający sposób (około 1 mln zł rocznie) z uwagi na fakt, iż palenie jest przyczyną największej liczby zgonów w Polsce<sup>1</sup>.

Regulacja korzystnie wpłynie również na programy zdrowotne opracowywane i realizowane przez jednostki samorządu terytorialnego – dzięki działaniom na rzecz zwiększenia dostępności danych dotyczących skuteczności i efektywności interwencji w zdrowiu publicznym i danych o chorobowości i umieralności jednostki będą mogły w lepszy sposób dostosować programy do lokalnych potrzeb i opierać je o aktualny stan wiedzy naukowej.

Nowy program objęty regulacją to przede wszystkim program profilaktyki otyłości, nieobjęty finansowaniem w chwili obecnej. Otyłość stanowi w chwili obecnej jeden z największych problemów zdrowia publicznego.

Dzięki przyjęciu Narodowego Programu Zdrowia będzie możliwe zapewnienie spójności zadań z

<sup>1</sup> Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania, B. Wojtyniak, P. Goryński, B. Moskałewicz, NIZP-PZH, Warszawa 2012 r., str. 287.

zakresu zdrowia publicznego i uniknięcie dublowania lub pominięcia poszczególnych obszarów. NPZ będzie dokumentem kompleksowo opisującym rozwiązania przyjmowane na rzecz ograniczenia występowania poszczególnych problemów zdrowotnych, skali występowania czynników ryzyka zdrowotnego. Program ustali zakres odpowiedzialności poszczególnych ministrów, zgodnie z przypisanymi kompetencjami, wskaże rolę Narodowego Funduszu Zdrowia jako instytucji uczestniczącej już obecnie w rozwiązywaniu niektórych problemów zdrowia publicznego. Wskaże również rekomendowane zadania wspierające realizację Narodowego Programu Zdrowia jednostkom samorządu terytorialnego, pozostawiając jednak (z uwagi na ich samorządność) do ich autonomicznej decyzji zakres i formę zadań związanych z ochroną lub promocją zdrowia. Na podstawie zadań przewidzianych do realizacji w ramach Narodowego Programu Zdrowia będzie możliwe odpowiednie ukierunkowanie finansowania ze środków Funduszu Zdrowia Publicznego, co również będzie istotnym narzędziem ułatwiającym koordynację działań – np. poprzez wspólne realizowanie programów przez dwóch lub więcej ministrów.

Ze środków Funduszu Zdrowia Publicznego będą finansowane w pierwszej kolejności zadania związane z profilaktyką uzależnień – w tym uzależnień od substancji psychoaktywnych (nikotyna, alkohol, narkotyki, środki zastępcze „tzw. dopalacze”) a także uzależnień behawioralnych – uzależnienia od zakupów, pracy, internetu czy gier losowych. Planuje się, że znacząca większość środków Funduszu będzie przeznaczona na tego rodzaju działania.

W projektowanej ustawie przyjęto rezygnację przy stosowaniu wspomnianej powyżej procedury konkursowej z przepisów dotyczących zamówień publicznych, w celu zachowania spójności z innymi przepisami dotyczącymi zlecania zadań dotyczących świadczeń opieki zdrowotnej i programów polityki zdrowotnej – określonych w dwóch podstawowych aktach prawnych z tego obszaru – w ustawie z dnia 27 sierpnia o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. Ust. nr 210 poz. 2135) oraz w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. nr 112, poz. 654). Ustawy te przewidują odrębny tryb wyłaniania realizatorów, w oparciu o przepisy materialne w nich ujęte.

Projektowana ustawa zmodyfikuje funkcjonujący od lat sposób gromadzenia informacji o zadaniach związanych ze zdrowiem publicznym – tj. ochroną i promocją zdrowia (czyli zadań własnych jednostek samorządu terytorialnego). W chwili obecnej ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych określa sposób uzyskiwania tych informacji, natomiast uzasadnione jest przyznanie kompetencji wojewodzie do wystąpienia do jednostki samorządu terytorialnego w przypadku wątpliwości dotyczących przekazanych informacji – np. braku wskazania liczby osób objętych daną interwencją lub określenia celu działania lub wysokości wydatkowanych środków. Uzasadnione jest również dokonanie przez wojewodę oceny, czy jednostki samorządu terytorialnego swoimi działaniami wpisują się w obszary określone w Narodowym Programie Zdrowia i czy są zgodne z priorytetami dla regionalnej polityki zdrowotnej (o których mowa w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych).

### **3. Jak problem został rozwiązany w innych krajach, w szczególności krajach członkowskich OECD/UE?**

Wiele krajów rozwiniętych prowadzi skoordynowane działania na rzecz zdrowia publicznego. Rozwiązania stosowane w krajach Unii Europejskiej są bardzo zróżnicowane pod względem organizacji i finansowania. Ponadto zakres przedmiotowy w sposób istotny różni się pomiędzy krajami. Państwa członkowskie UE regulują zdrowie publiczne ustawowo już od wielu lat. Przykładowo Wielka Brytania przyjęła pierwszą ustawę o zdrowiu publicznym już w 1848 r. Jej celem była przede wszystkim walka z epidemią cholery, ale również poprawa warunków sanitarnych w miastach. W chwili obecnej odpowiedzialność za regulacje i wykonywanie zadań z zakresu zdrowia publicznego (w tym sprawy dotyczące bezpieczeństwa żywności oraz środowiska) w Anglii ponosi Departament Zdrowia (utworzony w 1988 r.), współpracujący z Agencją Ochrony Zdrowia, Narodowym Instytutem Doskonałości Klinicznej oraz innymi agencjami rządowymi. Rozwiązania angielskie nie przewidują przyjmowania

narodowej strategii zdrowotnej, jednakże z uwagi na uwarunkowania systemu zdrowotnego opartego o przynależność świadczeniodawców do Systemu Narodowej Służby Zdrowia Ministerstwo Zdrowia ma kompetencje do ustalania ramowego działania uczestników systemu zdrowotnego i kluczowych zadań dla poszczególnych podmiotów. Każdy ze świadczeniodawców i płatników jest zobowiązany do tworzenia własnych planów, które podobnie jak plany strategiczne agencji rządowych uczestniczących w systemie zdrowia publicznego są zatwierdzane przez Ministerstwo Zdrowia.

W Niemczech kompetencje zdrowia publicznego są przypisane władzom poszczególnych landów i obejmują monitorowanie chorób zakaźnych (w tym w szpitalach), promocję i edukację zdrowotną, badania przesiewowe u dzieci i innych szczególnych grup czy działania w obszarze prewencji chorób przenoszonych drogą płciową. Pomimo próby władz federalnych podjętej w 2005 r. nie udało się przyjąć kompleksowej regulacji dotyczącej zdrowia publicznego, która konstytuowałaby struktury na szczeblu centralnym i ustanawiała narodową strategię zdrowotną. We Francji celem uporządkowania bardzo licznych i rozproszonych działań w obszarze zdrowia publicznego w 2004 r. uchwalono ustawę o zdrowiu publicznym. W tym akcie określono podział odpowiedzialności władz publicznych za określone zadania z zakresu zdrowia publicznego a także dokonano instytucjonalizacji odpowiednich struktur. Ustawa nałożyła również obowiązek przygotowywania planów pięcioletnich dotyczących profilaktyki onkologicznej, zapobiegania przemocy i uzależnieniom, poprawy warunków środowiskowych, jakości życia związanej ze zdrowiem oraz dostarczanie opieki pacjentom z chorobami rzadkimi. Rozwiązania francuskie obejmują również Narodowy Program Zdrowego Żywienia, opierają się również na Regionalnych Agencjach Zdrowia, które są odpowiedzialne za opracowywanie i wdrażanie regionalnych strategii zdrowotnych.

Z uwagi na heterogeniczny kontekst organizacyjny, prawny i kulturowy, obszaru zdrowia publicznego przejęcie wprost rozwiązań funkcjonujących w innych krajach nie jest możliwe. Rozproszenie funkcji zdrowia publicznego, sposób przypisania ich poszczególnym podmiotom publicznym a także różnorodność definiowania zakresu zdrowia publicznego pomiędzy poszczególnymi państwami nie pozwala na wyciągnięcie jednoznacznych wniosków dotyczących europejskiego modelu zdrowia publicznego i jest podstawą do przyjęcia w projektowanych przepisach rozwiązań dostosowanych do istniejących realiów organizacyjnych, finansowych oraz kompetencji instytucji publicznych.

#### 4. Podmioty, na które oddziałuje projekt

Grupa	Wielkość	Źródło danych	Oddziaływanie
Populacja polska	38 461 750	„Prognoza ludności na lata 2014-2050”, Główny Urząd Statystyczny, <a href="http://stat.gov.pl/download/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5469/1/5/1/prognoza_ludnosci_na_lata_2014_-_2050.pdf">http://stat.gov.pl/download/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5469/1/5/1/prognoza_ludnosci_na_lata_2014_-_2050.pdf</a> , data akcesji 18.02.2015 r. str. 111.	Poprawa stanu zdrowia, jakości życia związanej ze zdrowiem oraz wydłużenie przeciętnego trwania życia, obniżenie przedwczesnej umieralności, zwiększenie produktywności, obniżenie absencji chorobowej, odsetka osób niepełnosprawnych.
Ministerstwo Zdrowia	10 osób dodatkowo zatrudnionych w Ministerstwie Zdrowia.		Realizacja zadań przewidzianych ustawą.
Wojewodowie oraz jednostki samorządu terytorialnego	16 wojewodów, 16 województw, 314 powiatów oraz 2.478 gmin	Ministerstwo Administracji i Cyfryzacji: <a href="https://administracja.mac.gov.pl/adm/baza-jst/843,Samorzad-terytorialny-w-Polsce.html">https://administracja.mac.gov.pl/adm/baza-jst/843,Samorzad-terytorialny-w-Polsce.html</a> , data akcesji 15.03.2015 r.	Modyfikacja sposobu sprawozdawania informacji o zadaniach z zakresu zdrowia publicznego poprzez ujednoczenie formularza sprawozdawczego.

#### 5. Informacje na temat zakresu, czasu trwania i podsumowanie wyników konsultacji

Projekt był przedmiotem pre-konsultacji ze środowiskiem ekspertów z Polskiej Akademii Nauk, uniwersytetów medycznych, jednostkami podległymi i nadzorowanymi przez Ministra Zdrowia

Projekt ustawy otrzymają do konsultacji publicznych następujące podmioty: Komisja Wspólna Rządu i Samorządu Terytorialnego, Krajowy Konsultant w dziedzinie zdrowia publicznego, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Instytut Kardiologii, Centrum Onkologii - Instytut, Polskie Towarzystwo Onkologiczne, Polskie Towarzystwo Kardiologiczne, Polskie Towarzystwo Diabetologiczne, Polskie Towarzystwo Chorób Płuc, Polskie Towarzystwo Zdrowia Publicznego, Marszałkowie Województw, wojewodowie, Naczelna Rada Lekarska, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, Krajowa Rada Diagnostów Laboratoryjnych, Krajowa Rada Bezpieczeństwa Ruchu Drogowego, Rządowa Rada Ludnościowa, Związek Województw RP, Związek Powiatów Polskich, Federacja Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia i Pomocy Społecznej, Sekretariat Ochrony Zdrowia KK NSZZ „Solidarność”, Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych, Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy, Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych, Forum Związków Zawodowych, Porozumienie Pracodawców Ochrony Zdrowia, Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, Pracodawcy Rzeczypospolitej Polskiej, Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”, Business Centre Club, Konfederacja Lewiatan, Federacja Pacjentów Polskich, z terminem zgłaszania uwag w ciągu 30 dni.

Wyniki konsultacji zostaną omówione w niniejszej ocenie po ich zakończeniu.

Projekt ustawy z chwilą jego przekazania do uzgodnień, zostanie zamieszczony w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej Ministerstwa Zdrowia, zgodnie z ustawą z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingsowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414, z późn. zm.) oraz na stronie Rządowego Centrum Legislacji, zgodnie uchwałą Nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. – Regulamin pracy Rady Ministrów (M. P. z 2013 r. poz. 979).

#### 6. Wpływ na sektor finansów publicznych

(ceny stałe z 2015 r.)	Skutki w okresie 10 lat od wejścia w życie zmian [mln zł]											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Łącznie (0-10)
<b>Dochody ogółem</b>	-214	-227	-240	-255	-271	-288	-305	-325	-345	-367	-390	-3,227
budżet państwa	-214	-227	-240	-255	-271	-288	-305	-325	-345	-367	-390	-3,227
JST												
pozostałe jednostki (oddzielnie)												
<b>Wydatki ogółem</b>	275	289,3	303,8	320,4	337,9	356,5	375,2	369,9	418,6	442,4	467,2	3.906
budżet państwa	61,0	62,3	63,8	65,4	66,9	68,5	70,2	71,9	73,6	75,4	77,2	679
JST												
pozostałe jednostki (oddzielnie)	214	227	240	255	271	288	305	325	345	367	390	3.227
<b>Saldo ogółem</b>												
budżet państwa												
JST												
pozostałe jednostki (oddzielnie)												
<b>Źródła finansowania</b>												
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	<p>Utworzenie Funduszu Zdrowia Publicznego spowoduje skutki finansowe wynikające z proponowanego mechanizmu finansowania zadań z zakresu zdrowia publicznego, w tym:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- wynikające z zmiany sposobu przekazywania środków w wysokości 1% dochodów z podatku akcyzowego od napojów alkoholowych oraz 0,5% dochodów z podatku akcyzowego od wyrobów tytoniowych i suszu tytoniowego – o szacunkowej wysokości 214 mln zł w pierwszym roku obowiązywania ustawy.</li> </ul>											

Ustawa przewiduje konieczność znaczącego zwiększenia aktywności Ministerstwa Zdrowia w obszarze profilaktyki chorób i promocji zdrowia. Wprowadzenie nowego mechanizmu wspierania tego rodzaju zadań poprzez utworzenie Funduszu Zdrowia Publicznego będzie wiązało się z koniecznością prowadzenia procedury konkursowej dla realizatorów zadań określonych w Narodowym Programie Zdrowia, zespołów roboczych powołanych przez te podmioty, prowadzenia procedury konkursowej i zawieranie umów i porozumień na podstawie których przekazywane będą środki dla realizatorów zadań z zakresu zdrowia publicznego, nadzorowania sposobu realizacji zawartych umów, przygotowywania informacji dla Rady Ministrów i Sejmu RP. Mając na uwadze doświadczenia wynikające z obsługi państwowego funduszu celowego (Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych) a także doświadczenia z prowadzenia procedury konkursowej przez departamenty Ministerstwa Zdrowia i obsługi administracyjnej rad, zespołów i komitetów przez Ministerstwo Zdrowia przyjmuje się, że na realizację tak szerokiego katalogu nowych zadań niezbędne jest zatrudnienie minimum dziesięciu nowych pracowników, posiadających wiedzę i umiejętności dotyczące rozwiązywania problemów zdrowia publicznego oraz osób z kwalifikacjami dotyczącymi kontraktowania i rozliczania programów zdrowotnych. Przyjmując aktualną wartość przeciętnego wynagrodzenia w Ministerstwie Zdrowia, wraz z pochodnymi, roczny koszt zatrudnienia tych osób wyniesie w pierwszym roku obowiązywania ustawy około 872 tys. zł rocznie na wydatki płacowe. Niezbędne będzie również przeznaczenie kwoty dodatkowych środków na przygotowanie i wyposażenie stanowisk pracy. Zatem w pierwszym roku niezbędne będzie przeznaczenie kwoty 972 tys. zł.

Nie przewiduje się w chwili obecnej przychodów Funduszu Zdrowia Publicznego w postaci dotacji, niemniej jednak uzasadnione wydaje się pozostawienie takiej możliwości.

Przyjęcie Narodowego Programu Zdrowia, obowiązującego od 2016 r., nie spowoduje zmian w poziomie wydatków przeznaczanych obecnie ze własnych środków na realizację innych programów zdrowotnych i programów polityki zdrowotnej i działań o charakterze profilaktyki problemów zdrowotnych i promocji zdrowia przez Ministra Zdrowia, jednostki podległe lub nadzorowane oraz jednostki samorządu terytorialnego.

Likwidacja Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych (FRPH) z tworzonym Funduszem Zdrowia Publicznego (FZP) będzie się wiązało z koniecznością przekazania środków pozostających na koncie FRPH na konto FZP. Dotychczasowe wpływy do FRPH będą nadal przeznaczane na profilaktykę uzależnień, w tym behawioralnych.

Dzięki ustawie umożliwiona zostanie realizacja ogólnopolskiego programu profilaktyki nadwagi i otyłości poprzez zapewnienie finansowania na poziomie 60 mln zł w pierwszym roku obowiązywania ustawy, co będzie wiązało się z koniecznością zwiększenia wydatków w ramach części budżetowej 46 - zdrowie.

Rada do Spraw Zdrowia Publicznego zastąpi funkcjonujący obecnie Międzyresortowy Zespół Koordynacyjny Narodowego Programu Zdrowia, zatem jej funkcjonowanie nie zwiększy kosztów po stronie urzędu



	<p>obsługującego ministra właściwego do spraw zdrowia. Utworzenie Komitetu Sterującego Narodowego Programu Zdrowia nie spowoduje zwiększenia wydatków po stronie urzędu obsługującego ministra właściwego do spraw zdrowia.</p> <p>Projektowana regulacja nie zwiększy wydatków po stronie Narodowego Funduszu Zdrowia, jednakże spowoduje zmianę ich struktury - udział świadczeń ukierunkowanych na zapobieganie chorobom i promocję zdrowia zostanie określony na poziomie 1,5%. Narodowy Fundusz Zdrowia, jako istotny uczestnik systemu zdrowia publicznego, będzie zobowiązany do określenia w strukturze udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej zadań z zakresu zdrowia publicznego będących w całości lub w części działaniem o charakterze profilaktyki chorób, edukacji zdrowotnej lub promocji zdrowia. Projektowana ustawa nie wpłynie na zwiększenie wysokości środków przeznaczanych przez NFZ na świadczenia opieki zdrowotnej. Z analiz danych dotyczących wydatkowania tych środków przez Narodowy Fundusz Zdrowia wynika, że NFZ w chwili obecnej przeznacza kwotę zbliżoną do tej wartości, niemniej jednak w pierwszym roku funkcjonowania ustawy będzie on zobowiązany do przeprowadzenia szczegółowej analizy w perspektywie zdrowia publicznego. Wyraźne wskazanie obszarów opieki, w których występują działania profilaktyczne pozwoli na wyciągnięcie wniosków dotyczących ewentualnych potrzeb wzmocnienia ich w poszczególnych formach opieki lub lepsze zaadresowanie ich zgodnie z potrzebami zdrowotnymi – a zatem na bardziej racjonalne planowanie i realizację działań profilaktycznych.</p>
--	---

**7. Wpływ na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym funkcjonowanie przedsiębiorców oraz na rodzinę, obywateli i gospodarstwa domowe**

		Skutki						
Czas w latach od wejścia w życie zmian		0	1	2	3	5	10	Łącznie (0-10)
W ujęciu pieniężnym (w mln zł, ceny stałe z 2015 r.)	duże przedsiębiorstwa							
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw							
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe							
W ujęciu niepieniężnym	duże przedsiębiorstwa							
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw	Obniżenie skali występowania absencji chorobowej, zwiększenie produktywności pracowników z uwagi na poprawę stanu zdrowia.						
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa	Poprawa stanu zdrowia, jakości życia oraz wydłużenie przeciętnego trwania życia, obniżenie przedwczesnej umieralności.						

	domowe	
Niemierzalne		
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	<p>Finansowanie Narodowego Programu Zdrowia (NPZ), przyjętego na mocy projektowanej ustawy i zadań z zakresu zdrowia publicznego będzie zdywersyfikowane. Na NPZ będą składać się programy polityki zdrowotnej realizowane obecnie przez Ministra Zdrowia, programy i świadczenia profilaktyczne finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Nowe zadanie, istotne dla zdrowia publicznego a nierealizowane dotychczas - program profilaktyki otyłości - będzie finansowane z budżetu Ministra Zdrowia. W NPZ określi się również inne zadania uzupełniające dotychczasową działalność; będą one finansowane ze środków Funduszu Zdrowia Publicznego lub ze środków pozostających w dyspozycji poszczególnych organów wskazanych w NPZ. Ustawa nie będzie naruszać możliwości opracowywania programów zdrowotnych przez jednostki samorządu terytorialnego. Projekt ustawy zakłada zmianę wskazanie w strukturze wydatków Narodowego Funduszu Zdrowia środków przeznaczanych na zadania z zakresu zdrowia publicznego. Planuje się przeznaczanie kwoty 1,5% przychodów NFZ na zadania związane z promocją zdrowia oraz profilaktyką chorób. Środki te pozostają w dyspozycji Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, ich wydatkowanie będzie się odbywać zgodnie z przepisami ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej gwarantowanych ze środków publicznych, tj. poprzez udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez podmioty, które zawarły z NFZ umowę. Ze środków Funduszu Zdrowia Publicznego będzie możliwe wsparcie działań resortów innych niż Ministerstwo Zdrowia, jeśli zostaną ujęte w NPZ. Środki na tego rodzaju działania będą przekazywane w drodze porozumienia.</p>	
<b>8. Zmiana obciążeń regulacyjnych (w tym obowiązków informacyjnych) wynikających z projektu</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> Projektowane zmiany przyczynią się do zmniejszenia obowiązków informacyjnych wszystkich jednostek samorządu terytorialnego, wojewodów i centralnych urzędów, wynikających w chwili obecnej z realizacji zadań związanych z profilaktyką uzależnień (od alkoholu, narkotyków, tytoniu), realizacji programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczenia AIDS, Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego oraz Narodowego Programu Zdrowia.		
Wprowadzane są obciążenia poza bezwzględnie wymaganymi przez UE (szczegóły w odwróconej tabeli zgodności).		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input checked="" type="checkbox"/> nie dotyczy
<input checked="" type="checkbox"/> zmniejszenie liczby dokumentów <input type="checkbox"/> zmniejszenie liczby procedur <input type="checkbox"/> skrócenie czasu na załatwienie sprawy <input type="checkbox"/> inne:		<input type="checkbox"/> zwiększenie liczby dokumentów <input type="checkbox"/> zwiększenie liczby procedur <input type="checkbox"/> wydłużenie czasu na załatwienie sprawy <input type="checkbox"/> inne:
Wprowadzane obciążenia są przystosowane do ich elektronicznej.		<input checked="" type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie dotyczy
<b>9. Wpływ na rynek pracy</b>		
Przedmiotowy projekt ustawy będzie miał pozytywny wpływ na rynek pracy, przyczyniając się do zmniejszenia absencji chorobowej i zwiększenia produktywności pracowników.		
<b>10. Wpływ na pozostałe obszary</b>		

<input type="checkbox"/> środowisko naturalne <input type="checkbox"/> sytuacja i rozwój regionalny <input type="checkbox"/> inne:	<input type="checkbox"/> demografia <input type="checkbox"/> mienie państwowe	<input type="checkbox"/> informatyzacja <input checked="" type="checkbox"/> zdrowie
Omówienie wpływu	Poprawa stanu zdrowia, jakości życia oraz wydłużenie przeciętnego trwania życia, obniżenie przedwczesnej umieralności.	
<b>11. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego</b>		
W celu realizacji działań przewidzianych projektowaną ustawą zostanie powołany Pełnomocnik Rządu do Spraw Zdrowia Publicznego, którego zadaniem będzie koordynacja działań administracji publicznej w ramach Narodowego Programu Zdrowia finansowanego ze środków Funduszu Zdrowia Publicznego i środków pozostających w dyspozycji organów administracji publicznej. Realizacja zadań będzie koordynowana przez Komitet Sterujący Narodowego Programu Zdrowia przy wsparciu opiniodawczo-doradczym udzielanym przez Radę ds. Zdrowia Publicznego.		
<b>12. W jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja efektów projektu oraz jakie mierniki zostaną zastosowane?</b>		
Miernikami wykorzystywanymi do monitorowania efektów projektowanej regulacji będą: powołanie Pełnomocnika, utworzenie Rady do Spraw Zdrowia Publicznego, Komitetu Sterującego i Funduszu Zdrowia Publicznego oraz przyjęcie Narodowego Programu Zdrowia.		
<b>13. Załączniki (istotne dokumenty źródłowe, badania, analizy itp.)</b>		
Nie dołączono dodatkowych dokumentów.		