

©Borgis

*Justyna GrudziąŜ-Sękowska¹, Kuba Sękowski², Dorota Cianciara¹

Ustawa o zdrowiu publicznym – nowa jakość?

Public Health Act – new standards?

¹Zakład Epidemiologii i Promocji Zdrowia, Szkoła Zdrowia Publicznego, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Warszawa
Kierownik Zakładu: dr hab. med. Dorota Cianciara

²Kolegium Prawa Akademii Leona Koźmińskiego

Słowa kluczowe

zdrowie publiczne, prawo, polityka zdrowotna, EPHOs

Keywords

public health, legislation, health policy, EPHOs

Konflikt interesów Conflict of interest

Brak konfliktu interesów
None

Adres/address:

*Justyna GrudziąŜ-Sękowska
Zakład Epidemiologii i Promocji Zdrowia
Szkoła Zdrowia Publicznego CMKP
ul. Kleczewska 61/63, 01-826 Warszawa
tel. +48 (22) 560-11-50
jgrudziacz@cmkp.edu.pl

Streszczenie

Określenie obowiązków władz publicznych oraz innych podmiotów w zakresie zdrowia publicznego było stale i od wielu lat postulowane w piśmiennictwie naukowym i dyskursie politycznym. W dniu 11 września 2015 roku została przyjęta, a 3 grudnia 2015 roku weszła w życie ustawa o zdrowiu publicznym. Uchwalona ustawa nadaje zdrowiu publicznemu ramy prawne oraz częściowo spaja obszar do tej pory regulowany w polskim prawodawstwie w sposób wyrywkowy. Zgodnie z założeniami projektodawców ustawa ta ma podnieść rangę problematyki zdrowia społeczeństwa oraz stanowić krok naprzód w kierunku systemowego i multidyscyplinarnego podejścia do kształtowania polityki publicznej w tym obszarze.

Przyjęte w ustawie rozwiązania nie mogą jednak zostać uznane za wystarczające. Poza obszarem sprawozdawczości nie nakłada na organy władzy publicznej żadnych nowych obowiązków. Nie daje im też nowych uprawnień w dziedzinie zdrowia publicznego. Zaproponowane narzędzia tworzenia, realizacji i oceny polityki publicznej w zakresie zdrowia publicznego wymagają uzupełnienia i dopracowania. Problemem pozostają niedostateczna wysokość i rozbieżność dostępnych zasobów finansowych. Przyjęta ustawa powinna stanowić punkt wyjścia do dalszej dyskusji na temat sposobu organizacji działań zdrowia publicznego w Polsce.

Celem artykułu jest zaprezentowanie podstawowych rozwiązań zawartych w ustawie o zdrowiu publicznym oraz ich analiza z punktu widzenia dotychczas istniejących regulacji prawnych oraz standardów międzynarodowych.

Summary

Defining of obligations of public authorities and other bodies in the field of public health has been constantly brought up since many years in scientific publications and in political discussions. On 11 September 2015 the Act on Public health was adopted and it entered into force on 3 December 2015. This Act sets up a legal framework for public health and introduces partial cohesiveness to a previously fragmented area in the Polish legislation. In accordance with the intentions of the legislators, this Act aims to increase the importance of the health of society issue and be a step toward a systematic and multi-disciplinary approach to the shaping of public policy in this field.

The provisions of this Act cannot however be deemed sufficient. Apart from reporting, it does not impose any new obligations on public authorities. Neither does it grant them any new power in the field of public health. The proposed mechanisms of development, implementation and evaluation of public policy in the field of public health must be supplemented and refined. Insufficient funds and their partition remain a problem. The adopted Act should be a starting point for further discussion on the mode of organisation of public health activities in Poland.

The article aims to present the essential mechanisms adopted in the Act on public health and their analysis from the point of view of previously applicable legal provisions, as well as international standards.

WYKAZ SKRÓTÓW

AOTMiT – Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
EPHOs – Essential Public Health Operations
GIS – Główny Inspektorat Sanitarny

JST – jednostki samorządu terytorialnego
KBPN – Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii
KCAIDS – Krajowe Centrum ds. AIDS
MZ – minister właściwy do spraw zdrowia

NFZ –	Narodowy Fundusz Zdrowia
NPOZP –	Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego
NPZ –	Narodowy Program Zdrowia
PARPA –	Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych
PKB –	produkt krajowy brutto
POZNPT –	Program Ograniczania Zdrowotnych Następstw Palenia Tytoniu
PPiRPA –	Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych
RCL –	Rządowe Centrum Legislacji
RM –	Rada Ministrów
ŚOZ –	Światowa Organizacja Zdrowia
UE –	Unia Europejska
UoZP –	Ustawa o zdrowiu publicznym
ZP –	zdrowie publiczne

WPROWADZENIE

W ostatnich latach podjęto w Polsce kilka prób uporządkowania działań ZP poprzez proponowanie odrębnej UoZP (1-4).

Analiza dotychczasowych uregulowań prawnych dotyczących organizacji i funkcjonowania ZP wskazywała bowiem na liczne obszary wymagające unormowania. Dercz i Izdebski (5, 6) wykazali, że w sferze tej występuje wiele deficytów, jak np. brak: (a) spójności rozproszonych aktów, (b) instrumentów kształtowania, wdrażania, monitorowania i korygowania polityk publicznych, (c) czytelnego podziału zadań i odpowiedzialności podmiotów publicznych oraz (d) nieuwzględnianie promocji zdrowia i traktowanie jej hasłowo. Wyniki tych analiz są zgodne z poglądami prezentowanymi w piśmiennictwie naukowym (7, 8).

Zapewnienie obywatelom równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej tzw. medycyny naprawczej jest ważne, niemniej nie jest wystarczające do utrzymania i poprawy zdrowia populacji. Niezbędne są działania polegające na zapobieganiu chorobom i promocji zdrowia, a więc działania ZP. Od UoZP oczekiwano zatem stworzenia efektywnych narzędzi polityki publicznej w zakresie zdrowia (9) i podkreślenia roli prewencji oraz promocji zdrowia (6). Oczekiwano określenia działań, zasad i trybu ich realizowania, wykonawców oraz zakresów odpowiedzialności poszczególnych podmiotów. Ustawa miała odpowiadać zestawowi podstawowych funkcji ZP (ang. EPHOs) (10), który został jednogłośnie zaakceptowany w regionie europejskim ŚOZ – także przez Polskę (11). Realizacja tych funkcji stanowi ważny element europejskiej polityki pn. „Zdrowie 2020” (ang. „Health 2020”) (12, 13).

Dążeniem i ambicją rządu było stworzenie „ustawy zasadniczej dla zdrowia” (14), a więc aktu rangi konstytucyjnej. Ostateczny rządowy projekt UoZP powstał w wąskim gronie, bez szerszych konsultacji społecznych i eksperckich, a w Sejmie został poddany poprawkom. Ustawę podpisał Prezydent RP w dniu 27 października 2015 roku i większość jej postanowień weszła w życie 14 dni od jej ogłoszenia.

Co zatem udało się zawrzeć w UoZP? Celem artykułu jest omówienie jej najważniejszych postanowień.

CELE USTAWY O ZDROWIU PUBLICZNYM

UoZP nie zawiera preambuły wyjaśniającej cele tego aktu. Artykuł 1 ustawy wskazuje jedynie zakres ustawy, tj.: określa zadania z zakresu ZP, wskazuje podmioty realizujące te zadania oraz zasady finansowania realizacji owych zadań. Z tego względu rekonstrukcja celu ustawy wymaga sięgnięcia do jej uzasadnienia.

Podstawowym powodem opracowania UoZP była konieczność stworzenia mechanizmów pozwalających na osiągnięcie poprawy sytuacji zdrowotnej społeczeństwa (15). Dobry stan zdrowia obywateli uznano za warunek niezbędny dla rozwoju kraju i wzrostu gospodarczego. Stwierdzono, iż obecny poziom zdrowotności społeczeństwa oraz spodziewany wzrost popytu na świadczenia medycyny naprawczej stanowi poważne zagrożenie dla stabilności finansowej systemu zdrowotnego. W dalszej kolejności powołano się na potrzeby systemowe dotyczące: utworzenia struktur odpowiedzialnych za koordynację i monitorowanie działalności władz publicznych na rzecz zdrowia populacji, zapewnienia stabilnych mechanizmów finansowania, usystematyzowania zadań z zakresu ZP, w tym zapewnienia ich ciągłości, adekwatności i kompleksowości.

PRZEDMIOT USTAWY O ZDROWIU PUBLICZNYM

W ustawie dokonano prawnego zdefiniowania pojęcia ZP przez wyliczenie zadań stanowiących jego elementy składowe. Zgodnie z art. 2 UoZP do zadań tych należą:

- monitorowanie i ocena stanu zdrowia społeczeństwa, zagrożeń zdrowia oraz jakości życia związanej ze zdrowiem społeczeństwa,
- edukacja zdrowotna dostosowana do potrzeb różnych grup społeczeństwa, w szczególności dzieci, młodzieży i osób starszych,
- promocja zdrowia,
- profilaktyka chorób,
- działania w celu rozpoznawania, eliminowania lub ograniczania zagrożeń i szkód dla zdrowia fizycznego i psychicznego w środowisku zamieszkania, nauki, pracy i rekreacji,
- analiza adekwatności i efektywności udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej w odniesieniu do rozpoznanych potrzeb zdrowotnych społeczeństwa,
- inicjowanie i prowadzenie badań naukowych oraz współpracy międzynarodowej w zakresie zdrowia publicznego,
- rozwój kadr uczestniczących w realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego,
- ograniczanie nierówności w zdrowiu wynikających z uwarunkowań społeczno-ekonomicznych,
- działania w obszarze aktywności fizycznej.

Siedem spośród dziesięciu wymienionych zadań jest zgodnych ze stanowiskiem ŚOZ odnośnie

funkcji EPHOs (10). Jedno z pozostałych (tj. edukacja zdrowotna) odwzorowuje podejście amerykańskie (ang. *10 Essential Public Health Services*) (16). W tamtym kontekście edukacja zdrowotna ma bardzo silną pozycję, a nierzadko jest utożsamiana z promocją zdrowia, co tłumaczy wyodrębnienie edukacji jako osobnego świadczenia ZP. Natomiast „ograniczanie nierówności w zdrowiu” jest powszechnie uznawane za cel ZP (lub polityki zdrowotnej), podczas gdy „działania w obszarze aktywności fizycznej” są metodą działania. Uznanie celu oraz metody za zadanie narusza porządek planowania strategicznego (poziom polityki, strategii, operacyjny, taktyczny) (17).

Chociaż ŚÓZ pozostawia krajom członkowskim znaczną swobodę w kształtowaniu własnego systemu ZP, to jednak zobowiązuje te kraje do składania sprawozdań z realizacji polityki „Zdrowie 2020”, w tym działań ZP. Odmienność krajowego zakresu zadań ZP od stanowiska ŚÓZ będzie powodować dwutorowość w sprawozdawczości i może stwarzać kłopoty przy porównaniach międzynarodowych.

UoZP nie wprowadza słowniczka używanych pojęć, ale można założyć, że ZP jest rozumiane zgodnie z wykładnią ŚÓZ, czyli jako nauka i sztuka zapobiegania chorobom, wydłużania życia oraz promowania zdrowia poprzez zorganizowane działania społeczeństwa. Równolegle istnieje inna wykładnia prawna. W ustawie o zapobieganiu i zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (18) w art. 2 pkt. 35 stwierdzono, że ZP to „stan zdrowotny całego społeczeństwa lub jego części, określany na podstawie wskaźników epidemiologicznych i demograficznych”. Szkoda zatem, że ustawodawca nie skorzystał z przykładu norweskiej ustawy nt. zdrowia publicznego, w której dokonano rozróżnienia tych pojęć (19).

WYKONAWCY ZADAŃ I WSPÓŁPRACA

Do podmiotów realizujących zadania z zakresu ZP zaliczono: organy administracji rządowej, państwowe jednostki organizacyjne, w tym agencje wykonawcze, a także JST. Samorządy mają realizować te zadania w ramach kompetencji określonych w ustawach regulujących funkcjonowanie poszczególnych szczebli samorządu (tzw. zadania własne polegające na promocji lub ochronie zdrowia) (20-22) oraz w ustawie o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (23). UoZP nie przewiduje zatem nadania JST nowych uprawnień lub zadań w zakresie ZP. JST zostały natomiast zobowiązane do współpracy z wojewodami, którzy mają oceniać politykę realizowaną przez samorządy pod kątem zgodności z NPZ oraz czuwać nad sprawozdawczością. UoZP zakłada możliwość włączenia w realizację zadań ZP podmiotów spoza sektora publicznego – organizacji pozarządowych.

Należy podkreślić, że UoZP nie nakłada nowych obowiązków (poza kwestią sprawozdawczości) na żaden podmiot należący do administracji rządowej. Podmioty te były już wcześniej zobowiązane do prowadzenia działań ZP i mogły współpracować ze sobą

oraz z podmiotami pozarządowymi. Nowe zadania, polegające na koordynacji zadań z zakresu ZP, nałożono natomiast na MZ.

ZDROWIE WE WSZYSTKICH POLITYKACH

Zgodnie z uzasadnieniem projektu UoZP, jej podstawowym założeniem miała być praktyczna implementacja generalnej zasady polityki UE i ŚÓZ stanowiącej, że zdrowie powinno być obecne we wszystkich politykach, a nie stanowić wyłącznie wyodrębniony element polityki zdrowotnej MZ (24, 25).

Prawidłowa realizacja zasady „zdrowie we wszystkich politykach” (ang. *Health in All Policies* – HiAP) wymaga uwzględnienia problematyki zdrowia w trakcie tworzenia wszelkich polityk publicznych, w szczególności w sektorach formalnie niezwiązanych z ochroną zdrowia. Niestety, ustawodawca nie przewidział obowiązku dokonywania oceny wpływu na zdrowie (ang. *Health Impact Assessment* – HIA), czyli prognozowania skutków zdrowotnych wywołanych tzw. politykami sektorowymi. Nie przewidział nawet oceny ich zgodności z NPZ. Warto zauważyć, iż podobne rozwiązanie z powodzeniem wprowadziła ustawa o zasadach prowadzenia polityki rozwoju (26). Zgodnie z art. 14 ust. 2 tej ustawy minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego opiniuje wszystkie programy pod kątem ich zgodności ze Średniookresową Strategią Rozwoju Kraju. Brak analogicznego uprawnienia MZ należy uznać za duże uchybienie, zwłaszcza że tzw. Ocena Skutków Regulacji, czyli dokument towarzyszący projektowi aktu prawnego (obowiązek jej sporządzania dotyczy jedynie projektów aktów normatywnych), bardzo rzadko obejmuje kwestię wpływu na zdrowie (27). Jeśli w ogóle jest sporządzany. Innym przykładem obligatoryjnego prognozowania skutków polityk i działań (w obszarze ochrony środowiska) są postanowienia ustawy o udostępnianiu informacji o środowisku i jego ochronie (28).

PLANOWANIE ZADAŃ I KONSOLIDACJA

Wielość i różnorodność podmiotów wykonujących zadania ZP, a także różnorodność działań jednoznacznie wskazują na potrzebę uporządkowania sceny. Zadanie to ma spełniać NPZ. Zgodnie z UoZP będzie on przyjmowany przez RM w drodze rozporządzenia. Oznacza to, że NPZ stanie się, stosownie do postanowień art. 87 ust. 1 Konstytucji RP, źródłem prawa powszechnie obowiązującego. Rozwiązanie to jest bardzo istotne, gdyż podnosi rangę NPZ. Dotychczas był on przyjmowany w drodze uchwały RM, a więc obowiązywał tylko jednostki podległe organowi wydającemu taki akt.

W nowym NPZ mają zostać określone: cel strategiczny, cele operacyjne służące realizacji celu strategicznego, zadania służące realizacji celów operacyjnych, podmioty odpowiedzialne za realizację zadań, realizatorzy zadań, tryb i wysokość finansowania zadań, wskaźniki i sposób monitorowania oraz ewaluacji. NPZ będzie miał charakter strategii o co najmniej średnim horyzoncie czasowym, gdyż będzie ustanawiany na czas nie krótszy niż pięć lat.

Zasadnicze wymagania co do zakresu i konstrukcji NPZ naleŹy ocenić pozytywnie, jako odpowiadające współczesnym definicjom polityki zdrowotnej (29). RM będzie zobowiązana uwzględnić stan zdrowia społeczeństwa, skalę występowania czynników ryzyka zdrowotnego i czynników o działaniu ochronnym oraz skuteczność i efektywność działań podejmowanych na rzecz zdrowia i jakości życia.

Jedną z istotnych konsekwencji uznania NPZ za naczelną strategię działań publicznych w obszarze ZP będzie rezygnacja z dalszego ustanawiania dotychczasowych, odrębnych programów dotyczących wybranych problemów zdrowotnych. Związana z tym była nowelizacja ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (30) oraz ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii (31). Działania podejmowane w obszarach wskazanych w tych ustawach będą określone w NPZ. Jednak zmiana ta będzie miała skutek jedynie na poziomie centralnym, gdyż UoZP nie przewiduje obowiązku przyjmowania przez JST ogólnych strategii (planów) zdrowotnych. Jak dotychczas powstawać będą plany dotyczące problematyki alkoholowej i narkotykowej, stanowiące część wojewódzkich strategii w zakresie polityki społecznej i gminnych strategii rozwiązywania problemów społecznych.

Wśród zagadnień włączonych do zakresu przyszłego NPZ, a uprzednio regulowanych odrębnie, znalazła się również część zadań określonych w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego (32), czyli promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym. Pozostałe dwa obszary wskazane w tej ustawie (budowa środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej i działania antidyskryminacyjne) mają być realizowane na dotychczasowych zasadach. Oznacza to utrzymanie istnienia NPOZP, jednakże w ograniczonym zakresie.

Konsekwencją przyjęcia UoZP będzie również rezygnacja z POZNPT przyjmowanego przez RM (33). Z uwagi na skalę problemu używania wyrobów tytoniowych w Polsce można oczekiwać, że zagadnienie to znajdzie odzwierciedlenie wśród celów operacyjnych oraz zadań NPZ. Należy jednak podkreślić, iż obecnie brak jest wyrażonego wprost obowiązku przyjmowania jakiegokolwiek strategii lub programu w tym zakresie.

Pomysł scalenia różnych działań z zakresu ZP – dotychczas rozrzuconych w osobnych programach – należy ocenić pozytywnie co do zasady. Wątpliwości budzi jednak niejednoznaczność kryteriów, jakimi kierowano się przy wyborze zagadnień przewidzianych do scalenia. Poza zakresem NPZ (34) pozostaną działania prewencyjne określone np. w Narodowym programie zwalczania chorób nowotworowych (35), Programie zapobiegania zakażeniom HIV i zwalczania AIDS (36) czy Programie szczepień ochronnych (37). Przykład zmian wprowadzonych w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego wskazuje, iż nawet w przypadku złożonych programów możliwe było wydzielenie z nich i włączenie do NPZ działań o charakterze promocyjnym i profilaktycznym. Brak konsekwencji w tym zakre-

sie, pozostawienie wielu działań prewencyjnych w starych schematach, zakłóca realizację jednego z deklarowanych celów UoZP, tj. skoordynowania działań różnych podmiotów. Zarazem nie jest to zgodne ze stanowiskiem ŚOZ odnośnie zarządzania (ang. *governance*) systemem ZP i całym systemem zdrowia (EPHO nr 6).

W dniu 16 listopada 2015 roku na stronie RCL opublikowany został projekt rozporządzenia RM w sprawie NPZ na lata 2016-2020 (34). Przyszły NPZ miałby zawierać pięć celów operacyjnych, dotyczących: (a) poprawy żywienia i aktywności fizycznej, (b) ograniczenia uzależnień, (c) poprawy zdrowia psychicznego, (d) ograniczenia środowiskowej i zawodowej ekspozycji na czynniki ryzyka oraz (e) utrzymania i poprawy zdrowia osób starszych. Rozważane jest stworzenie i włączenie do NPZ narodowego programu prokreacji. W projekcie wskazano 186 wskaźników, za pomocą których ma być monitorowany przebieg NPZ. Liczba tych wskaźników, ich sformułowanie, zgodność z tzw. logiką programów oraz zasadami sprawozdawczości do ŚOZ pozostawiają wiele do życzenia.

KOORDYNACJA ZADAŃ

UoZP stanowi, że zadania ZP będą koordynowane przez MZ. W tym celu ustawa nałożyła na niego szereg obowiązków. Zapowiedziano również utworzenie dwóch ciał kolegialnych: Rady do spraw Zdrowia Publicznego i Komitetu Sterującego NPZ.

Zadania MZ obejmują m.in.: przygotowywanie projektu NPZ, zapewnienie spójności zadań podejmowanych przez różnych realizatorów oraz sporządzanie okresowych informacji o zadaniach z zakresu ZP wraz z ich ewaluacją. W tym celu MZ powinien: gromadzić i analizować informacje dotyczące sytuacji zdrowotnej społeczeństwa, monitorować realizację zadań z zakresu ZP oraz analizować okresowe sprawozdania z realizacji zadań przez podmioty publiczne. Minister będzie też „sygnalizował (...) potrzebę podjęcia określonych zadań”. Działania MZ pokrywają się z zakresem spraw przypisanych do działu zdrowie w ustawie o działach administracji rządowej (38). Na realizację dodatkowych zadań przez MZ przewidziano pewne zasoby kadrowe (10 etatów) i finansowe. Warto zauważyć, że krajowa koordynacja działań o znacznie węższym zakresie (polityka alkoholowa, narkotykowa, problematyka HIV/AIDS) spoczywała dotąd na agendach, które zatrudniały kilkadziesiąt osób (PARPA, KBPN, KCAIDS). Uzasadnione są zatem obawy co do możliwości pełnienia przez MZ aktywnej roli w inicjowaniu, wdrażaniu i monitorowaniu działań przewidzianych UoZP.

UoZP przewiduje utworzenie Rady ds. ZP. W jej skład będą wchodzić przedstawiciele administracji publicznej, a także głównych podmiotów związanych z działaniami na rzecz ZP. Rada zastąpi dotychczasowy Międzyresortowy Zespół Koordynacyjny NPZ i będzie pełniła funkcję opiniodawczo-doradczą dla MZ. Rada nie posiada kompetencji decyzyjnych i stanowi forum dyskusji oraz współpracy podmiotów zaangażowanych w realizację zadań ZP.

UoZP przewiduje powołanie Komitetu Sterującego NPZ. W skład Komitetu będą wchodzić sekretarze lub podsekretarze stanu z ministerstw odpowiedzialnych za wdrażanie zadań określonych w NPZ, a jego przewodniczącym będzie MZ. Zadania Komitetu zostały określone bardzo ogólnie i obejmują bieżącą koordynację działań i rozwiązywanie problemów związanych z realizacją NPZ. Komitet może stanowić płaszczyznę do codziennej współpracy międzysektorowej i wypracowania wiążących rozstrzygnięć kwestii spornych. Praktyka funkcjonowania podobnych gremiów wskazuje jednak, że z powodu swojego składu (członkowie ścisłego politycznego kierownictwa ministerstw) ciała te nie mogą spotykać się wystarczająco często.

W UoZP założono możliwość ustanowienia przez RM Pełnomocnika Rządu ds. ZP, który ma realizować zadania MZ z zakresu ZP. Rozwiązanie to nie ma charakteru nowatorskiego, gdyż możliwość powoływania pełnomocników wynika z ustawy o Radzie Ministrów (39).

SPRAWOZDAWCZOŚĆ

Ustawa nakłada obowiązek przedstawiania przez organy administracji rządowej, agencje wykonawcze i inne państwowe jednostki organizacyjne rocznych informacji o działaniach zrealizowanych lub podjętych w danym roku. JST zostały zobowiązane do przedstawiania takich informacji wojewodzie, który tworzy informację zbiorczą i przekazuje ją do MZ. UoZP wprowadza obowiązek weryfikacji zgodności tych informacji z celami operacyjnymi i zadaniami NPZ oraz z regionalnymi priorytetami polityki zdrowotnej (tzw. mapami regionalnymi), określonymi w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (40). Ocena ta będzie dokonywana dwuetapowo. W pierwszej kolejności przez wojewodę, na podstawie informacji przekazanych przez JST, a następnie przez MZ. Sposób przekazywania tych informacji i wzór dokumentu będzie określony w rozporządzeniu MZ. Na podstawie już istniejących druków sprawozdawczych można założyć, że zbierane dane będą dotyczyć wyłącznie liczby i rodzaju działań, a nie ich jakości czy skuteczności (41).

Przyjęte w UoZP rozwiązania, wbrew tezę z uzasadnienia projektu ustawy, nie zapewnią ujednoczenia sprawozdawczości. W dalszym ciągu obowiązują przepisy ustawy o ochronie zdrowia psychicznego oraz rozporządzenie RM w sprawie NPOZP, które zobowiązują realizatorów NPOZP do przedkładania MZ rocznych sprawozdań ze zrealizowanych działań. Również postanowienia ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii nakładają na organy wykonawcze samorządów województw i gmin obowiązek sporządzania informacji z realizacji działań wynikających z wojewódzkich i gminnych programów przeciwdziałania narkomanii, i przesyłania tych informacji do KBPN. Jednocześnie, w wyniku uchylecia przez UoZP części przepisów ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, Biuro pozbawiono uprawnienia do monitorowania realizacji programu przeciwdziałania narkomanii.

Ponadto UoZP stanowi, że ogólnokrajowe sprawozdania z realizacji zadań ZP będą przedstawiane RM, a następnie Sejmowi co dwa lata. Różni się to od dotychczasowej praktyki corocznego przedstawiania informacji o stanie realizacji np. polityki alkoholowej czy narkotykowej. Oznacza też osłabienie bieżącego nadzoru nad realizacją działań ZP i kontrolnej roli parlamentu.

FINANSOWANIE ZADAŃ

Całkowite wydatki na zdrowie w Polsce wynoszą 7% PKB przy średniej dla krajów UE wynoszącej 9% (w granicach 5-13%). Z tej kwoty zaledwie 2% przeznaczona jest na profilaktykę i ZP (w krajach UE średnio 2,69%, w granicach 1-6%). W Finlandii proporcje te wynoszą odpowiednio 9% PKB oraz 6% nakładów całkowitych (42).

Bardzo skromne są wydatki na działania ZP na poziomie centralnym. POZNPT jest finansowany na poziomie zaledwie 400 tys. zł rocznie w ramach budżetu GIS. Tymczasem w ustawie stanowiącej podstawę tego programu przewidziano, iż na jego realizację przeznaczony jest 0,5% wpływów do budżetu państwa z podatku akcyzowego z tytułu sprzedaży wyrobów tytoniowych. Obecnie wpływy te wynoszą 22 mld zł, co powinno skutkować przeznaczeniem na ten program ok. 110 mln zł. Niewystarczające jest też finansowanie programów dotyczących problemów alkoholowych i zdrowia psychicznego (PPiRPA, NPOZP). Brak środków finansowych spowodował praktycznie całkowite zaniechanie realizacji NPOZP. Ministerstwo Zdrowia wraz z jednostkami podległymi (PARPA, KBPN, GIS) wydaje łącznie około 23 mln zł rocznie na zapobieganie czynnikom ryzyka. Większa część tej kwoty (13 mln) pochodzi z Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych.

Wskazuje to na potrzebę zwiększenia udziału wydatków na prewencję i promocję zdrowia w całkowitych wydatkach na zdrowie, ale przede wszystkim na potrzebę zapewnienia efektywności wykorzystania posiadanych środków.

ŹRÓDŁA FINANSOWANIA

Na finansowanie zadań ZP przeznaczono środki pozostające w dyspozycji NFZ, MZ (Fundusz Rozwiązywania Problemów Hazardowych), ministra właściwego do spraw kultury fizycznej (Fundusz Rozwoju Kultury Fizycznej, Fundusz Zajęć Sportowych dla Uczniów) oraz JST.

Jedną z najistotniejszych zmian wprowadzonych UoZP jest nałożenie na NFZ obowiązku przeznaczania kwoty równej 1,5% kosztów świadczeń opieki zdrowotnej na zadania związane z promocją zdrowia oraz profilaktyką chorób (odnosząc to do planu finansowego NFZ na 2015 rok byłaby to kwota w wysokości ok. 976 mln zł). Środki te będą wydatkowane zgodnie z przepisami ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, tj. poprzez udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez

podmioty, które zawarły umowę z NFZ. UoZP wprowadza możliwość współuczestniczenia NFZ w programach polityki zdrowotnej prowadzonych przez JST, zgodnych z regionalnymi priorytetami polityki zdrowotnej oraz celami NPZ. Programy te muszą być pozytywnie zaopiniowane przez Prezesa AOTMiT. Poziom dofinansowania przez NFZ zależy od wielkości populacji JST. W planie finansowym NFZ zostanie utworzona rezerwa celowa w wysokości 0,5% kosztów świadczeń opieki zdrowotnej (odnosząc to do planu finansowego NFZ na 2015 rok byłaby to kwota w wysokości ok. 325 mln zł). Kwota tej rezerwy będzie wliczana do puli środków, jakie NFZ ma przeznaczać na zadania związane z promocją zdrowia oraz profilaktyką chorób. Utworzenie tej rezerwy nie będzie mogło prowadzić do pomniejszenia środków na sfinansowanie świadczeń zdrowotnych. Oznacza to, że wielkość środków na wspieranie programów polityki zdrowotnej JST będzie zależęć od całkowitej kwoty w dyspozycji NFZ. W okresie mniejszych wpływów do NFZ nastąpi ograniczanie wydatków na profilaktykę. Zaproponowany mechanizm – z uwagi na automatyzm – nie będzie sprzyjał prowadzeniu aktywnej i wyprzedzającej polityki zapobiegania chorobom. Być może nie ma to już znaczenia w świetle planów likwidacji NFZ.

W odniesieniu do finansowania działań podejmowanych przez podmioty centralne ustawa przewiduje wydatki na poziomie ok. 140 mln zł rocznie, z czego około połowę będą stanowić środki pochodzące z wymienionych państwowych funduszy celowych, a drugą środki budżetowe. W 2016 roku wydatki budżetu państwa wyniosą 70,7 mln zł, a w następnych latach 80,7 mln zł. Zgodnie z uzasadnieniem UoZP, większość środków budżetowych (ok. 60 mln zł) ma być przeznaczona na wdrożenie i realizację zadań związanych z profilaktyką nadwagi i otyłości. Pozostała kwota (ok. 10 mln zł) odzwierciedla dotychczasowy łączny poziom nakładów budżetowych na programy z zakresu przeciwdziałania alkoholizmowi, narkomanii i zwalczania skutków używania wyrobów tytoniowych (obecnie włączonych do NPZ).

Środki przeznaczone na profilaktykę nadwagi i otyłości (ok. 60 mln zł), razem z kwotą 0,7 mln zł przeznaczoną na wzrost wydatków na wynagrodzenia w urzędach wojewódzkich (wynikających z nowych zadań wojewodów, takich jak zbieranie i ocena informacji o działaniach JST), stanowią jedyne faktycznie nowe środki przeznaczone na realizację ustawy. Środki funduszy celowych (ok. 70-80 mln zł) już dotychczas przeznaczane były na cele mieszczące się w zakresie działań ZP. Tym samym nie można ich uznać za nowe środki, zwiększające zaangażowanie państwa w sektorze ZP.

Ustawa określiła również zasady i sposób finansowania zadań z zakresu ZP. Środki finansowe będą mogły być przyznawane realizatorom działań w wyniku przeprowadzenia konkursu ofert albo na wniosek podmiotów wskazanych bezpośrednio w NPZ. Do powierzenia realizacji tych zadań nie będą miały zastosowania przepisy o zamówieniach publicznych oraz przepisy ustawy o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (23). Tryb wnioskowy (bez konkursu ofert) będzie dopuszczalny jedynie w sytuacji, w której zadanie będzie realizowane przez podmiot wskazany w NPZ.

PODSUMOWANIE

Uchwalona UoZP bez wątplenia podnosi rangę problematyki zdrowia społeczeństwa oraz stanowi krok naprzód w kierunku systemowego i multidyscyplinarnego podejścia do kształtowania polityki publicznej w tym obszarze. Nadaje ona ZP ramy prawne i przynajmniej częściowo spaja obszar do tej pory regulowany w polskim prawodawstwie przez wiele różnych aktów prawnych. Jednocześnie trudno jednak uznać przyjęte w niej rozwiązania za zapewniające spójność, kompleksowość i efektywność podejmowanych działań. Poza zakresem ustawy pozostaje bowiem szereg działań o kluczowym dla ZP charakterze. Nie nakłada ona na organy władzy publicznej nowych obowiązków – poza tymi, które związane są ze sprawozdawczością z podejmowanych działań, a co istotniejsze nie daje im też nowych uprawnień w dziedzinie ZP. Determinuje to zakres wyznaczonych ustawą celów zdrowotnych, a przede wszystkim ogranicza katalog narzędzi służących ich osiągnięciu.

W zakresie rozwiązań horyzontalnych brak jest w ustawie postanowień odnoszących się do tak istotnych kwestii jak dokonywanie oceny wpływu na zdrowie (HIA) polityk sektorowych, zapewnienie odpowiednich środków na działania z zakresu ZP, kształcenie kadr ZP czy też określenia zasad ewaluacji podejmowanych działań.

Za korzystne należy uznać wskazanie w ustawie nowych mechanizmów finansowania działań z zakresu zdrowia publicznego podejmowanych przez JST oraz możliwości ich współfinansowania przez NFZ. Problemem pozostaje jednak niedostateczna wysokość dostępnych zasobów finansowych.

Z powyższych względów ustawa powinna stanowić punkt wyjścia do dalszej dyskusji o miejscu i roli ZP w działaniach władz publicznych.

PIŚMIENNICTWO

1. Projekt ustawy o zdrowiu publicznym z dnia 24 maja 2011 r.; <http://www.gis.gov.pl/ckfinder/userfiles/files/PR/Projekt%20ustawy%20o%20o%20zdrowiu%20publicznym.pdf> (dostęp z dnia: 22.12.2015 r.).
2. Projekt ustawy o zdrowiu publicznym z dnia 20 lipca 2011 r.; <http://www.google.pl/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&ved=0CCgQFjAAahUKEwilgKS9peDIAhVDEiwKHBgBj>

- Q&url=<http%3A%2F%2Fwww.rynekzdrowia.pl%2Fplik%2F113513.html&usg=AFQjCNFoBuinBiTPBTAvf18Bt63BjXv6w> (dostęp z dnia: 22.12.2015 r.).
3. Decyzja Zespołu ds. Programowania Prac Rządu z 11.03.2015 r.; <http://bip.kprm.gov.pl/kpr/wykaz/r346.Zalozenia-do-projektu-ustawy-o-zdrowiu-publicznym.html> (dostęp z dnia: 22.12.2015 r.).

4. Konsultacje publiczne do projektu ustawy o zdrowiu publicznym; <https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12270850/katalog/12281758#12281758> (dostęp z dnia: 22.12.2015 r.).
5. Dercz M, Izdebski H: Organizacja ochrony zdrowia w Rzeczypospolitej Polskiej w świetle obowiązującego ustawodawstwa. Raport. Warszawa-Poznań 2001.
6. Dercz M, Izdebski H: Prawne aspekty organizacji i funkcjonowania systemu zdrowia publicznego w Polsce (Analiza prawa ustrojowego, materialnego i formalnego). Raport. Warszawa 2015.
7. Izdebski H: Podstawy prawne ustroju zdrowia publicznego w Polsce. *Zdrowie Publ* 2001; 111(5-6): 367-379.
8. Nosko J: O potrzebie ustawy o zdrowiu publicznym. *Zdrowie Publ* 2001; 111(2): 75-80.
9. Protokół ze spotkania dotyczącego przyszłości zdrowia publicznego w Polsce; <http://www.prezydent.pl/archiwum-lecha-kaczynskiego/aktualnosci/rok-2008/art.148.5.spotkanie-w-palacu-prezydenckim-dotycz-zacze-przyszlosci-zdrowia-publicznego-w-polsce.html> (dostęp z dnia: 22.12.2015 r.).
10. Public Health Policy and Legislation Instruments and Tools: An Updated Review and Proposal for Further Research, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe 2012.
11. European Action Plan for Strengthening Public Health Capacities and Services. Resolution EUR/RC62/R5. WHO, Regional Office for Europe, Malta, 10-13 September 2012; http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/173616/RC62rs05-EAP-ENG.pdf?ua=1 (dostęp z dnia: 22.12.2015 r.).
12. Health 2020: A European policy framework and strategy for the 21st century. WHO Regional Office for Europe 2013, Copenhagen; http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf?ua=1 (dostęp z dnia: 22.12.2015 r.).
13. Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/publications/2013/health-2020-a-european-policy-framework-supporting-action-across-government-and-society-for-health-and-well-being> (dostęp z dnia: 22.12.2015 r.).
14. Sprawozdanie stenograficzne z 97. posiedzenia Sejmu RP w dniu 21 lipca 2015 r. s. 59; http://orka2.sejm.gov.pl/StenoInter7.nsf/0/920F63D-85BABA14CC1257E8A00076FF9/%24File/97_a_ksiadzka.pdf (dostęp z dnia: 22.12.2015 r.).
15. Druk sejmowy Sejmu VII kadencji nr 3675; <http://www.sejm.gov.pl/Sejm7.nsf/druk.xsp?nr=3675> (dostęp z dnia: 22.12.2015 r.).
16. The Public Health System and the 10 Essential Public Health Services. Atlanta: CDC, 1994; <http://www.cdc.gov/nphsp/essentialservices.html> (dostęp z dnia: 22.12.2015 r.).
17. Federal Emergency Management Agency. Comprehensive Preparedness Guide 101: Developing and Maintaining Emergency Operations Plans. Version 2.0. November 2010; https://www.fema.gov/media-library-data/20130726-1828-25045_0014/cpg_101_comprehensive_preparedness_guide_developing_and_maintaining_emergency_operations_plans_2010.pdf (dostęp z dnia: 22.12.2015 r.).
18. Ustawa z 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu i zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. Dz. U. z 2013 r. poz. 947, z późn. zm.
19. Norweska ustawa nr 29 z dnia 24 czerwca 2011 r. o zdrowiu publicznym; <http://app.uio.no/ub/ujur/oversatte-lover/data/lov-20110624-029-eng.pdf> (dostęp z dnia: 22.12.2015 r.).
20. Ustawa z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym. Dz. U. z 2013 r. poz. 594, z późn. zm.
21. Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym. Dz. U. z 2013 r. poz. 595, z późn. zm.
22. Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa. Dz. U. z 2013 r. poz. 596, z późn. zm.
23. Ustawa z dnia 23 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie. Dz. U. z 2014 r. poz. 1118, z późn. zm.
24. Stahl T, Wismar M, Ollila E et al.: Health in All Policies – Prospects and potentials, European Observatory on Health Systems and Policies, Finland 2006: 18; http://ec.europa.eu/health/archive/ph_information/documents/health_in_all_policies.pdf (dostęp z dnia: 22.12.2015 r.).
25. Leppo K, Ollila E, Peña S et al.: Health in All Policies – Seizing opportunities, implementing policies. European Observatory on Health Systems and Policies, Finland 2013: 20; http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/188809/Health-in-All-Policies-final.pdf (dostęp z dnia: 22.12.2015 r.).
26. Ustawa z dnia 6 grudnia 2006 r. o zasadach prowadzenia polityki rozwoju. Dz. U. z 2014 r. poz. 1649, z późn. zm.
27. System stanowienia prawa w Polsce. Zielona księga. Warszawa 2013; http://www.prezydent.pl/download/gfx/prezydent/pl/defaultaktualnosci/2487739/1/system_stanowienia_prawa_zielonaksiega.pdf (dostęp z dnia: 22.12.2015 r.).
28. Ustawa z dnia 3 października 2008 r. o udostępnianiu informacji o środowisku i jego ochronie, udziale społeczeństwa w ochronie środowiska oraz o ocenach oddziaływania na środowisko. Dz. U. z 2013 r. poz. 1235, z późn. zm.
29. World Health Organization. Health Topics. Health Policy; http://www.who.int/topics/health_policy/en/ (dostęp z dnia: 22.12.2015 r.).
30. Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi. Dz. U. z 2012 r. poz. 1356, z późn. zm.
31. Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii. Dz. U. z 2012 r. poz. 124, z późn. zm.
32. Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego. Dz. U. z 2011 r. Nr 231, z późn. zm.
33. Ustawa 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.
34. Projekt rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020; <http://legislacja.gov.pl/projekt/12279052> (dostęp z dnia: 22.12.2015 r.).
35. Uchwała nr 208 Rady Ministrów z dnia 3 listopada 2015 r. w sprawie ustanowienia programu wieloletniego na lata 2016-2024 pod nazwą „Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych”. M. P. z 2015 r. poz. 1165.
36. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 15 lutego 2011 r. w sprawie Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS. Dz. U. Nr 44, poz. 227.
37. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 sierpnia 2011 r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych. Dz. U. Nr 182, poz. 1086 z późn. zm.
38. Ustawa z dnia 4 września 1997 r. o działach administracji rządowej. Dz. U. z 2015 r. poz. 812, z późn. zm.
39. Ustawa z dnia 8 sierpnia 1996 r. o Radzie Ministrów. Dz. U. z 2012 r. poz. 392, z późn. zm.
40. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Dz. U. z 2015 r. poz. 581, z późn. zm.
41. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 października 2015 r. w sprawie przekazywania informacji o programach polityki zdrowotnej oraz wzoru dokumentu zawierającego te informacje. Dz. U. poz. 1867.
42. World Health Organization. Global Health Expenditure Database; <http://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en> (dostęp z dnia: 22.12.2015 r.).

otrzymano/received: 04.04.2016
zaakceptowano/accepted: 25.04.2016