

Leszek Bosek

## Opinia prawna na temat rządowego projektu ustawy o zdrowiu publicznym<sup>1</sup>

Legal opinion on the government bill on public health (Sejm Paper No 3675): The initiative to draw up a Public Health Act deserves support. This draft rightly aims to complement the normative basis of disease treatment with normative basis of preventive medicine. The bill, however, requires further work on: clarifying the title of the Act and its scope and extent, the competence of the minister responsible for health, determine the statutory framework for a National Health Program, public health policy on the international and EU level.

**Keywords:** Poland's Constitution | health | public health

**Słowa kluczowe:** Konstytucja RP | zdrowie | zdrowie publiczne

Doktor hab. nauk prawnych, profesor Uniwersytetu Warszawskiego, naczelnik Wydziału Analiz Legislacyjnych BAS; bosek@wpia.uw.edu.pl.

### Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt ustawy o zdrowiu publicznym (druk sejmowy nr 3675/VII kad.; dalej: projekt ustawy, projekt).

### Przedmiot projektu

Celem ustawy jest: *utworzenie mechanizmów pozwalających na osiągnięcie poprawy sytuacji zdrowotnej społeczeństwa*. Jak wynika z jej uzasadnienia, obiektywną miarą sytuacji zdrowotnej w kraju jest umieralność i przeciętna długość życia. Stosownie do tego określono przedmiot ustawy. W art. 1 projektu przyjęto, że ustawa określa zadania z zakresu zdrowia publicznego, podmioty uczestniczące w realizacji tych zadań oraz zasady finansowania zadań

<sup>1</sup> Opinia sporządzona 31 lipca 2015 r. na zlecenie przewodniczącego Komisji Zdrowia; BAS-WAL-1621/15.

z zakresu zdrowia publicznego. W art. 2 wyliczono zadania z zakresu zdrowia publicznego. Zgodnie z tym przepisem: *Zadania z zakresu zdrowia publicznego obejmują: 1) monitorowanie i ocenę stanu zdrowia społeczeństwa, zagrożeń zdrowia oraz jakości życia związanej ze zdrowiem społeczeństwa; 2) edukację zdrowotną dostosowaną do potrzeb różnych grup społeczeństwa, w szczególności: dzieci, młodzieży i osób starszych; 3) promocję zdrowia; 4) profilaktykę chorób; 5) działania w celu rozpoznawania, eliminowania lub ograniczania zagrożeń i szkód dla zdrowia fizycznego i psychicznego w środowisku zamieszkania, nauki, pracy i rekreacji; 6) analizę adekwatności i efektywności udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej w odniesieniu do rozpoznanych 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; 9) ograniczanie nierówności w zdrowiu wynikających z uwarunkowań społeczno-ekonomicznych; 10) obszar aktywności fizycznej.* Wyliczenie to zdaje się mieć charakter zamknięty.

Zadania te mają być realizowane tylko przez niektóre publiczne jednostki organizacyjne. Zgodnie z art. 3 ust. 1 projektu ustawy: *Zadania z zakresu zdrowia publicznego realizują, współdziałając ze sobą, organy administracji rządowej, zgodnie z kompetencjami określonymi w ustawie z dnia 4 września 1997 r. o działach administracji rządowej (Dz. U. z 2015 r. poz. 812), agencje wykonawcze i państwowe jednostki organizacyjne, a także jednostki samorządu terytorialnego, realizujące zadania własne polegające na promocji lub ochronie zdrowia.*

Z art. 3 ust. 3–4 wynika, że niektóre z wymienionych w art. 3 ust. 1 współdziałających ze sobą jednostek mają obowiązek współdziałać w niektórych sprawach i tylko z niektórymi jednostkami. I tak, art. 3 ust. 3 wskazuje, że w realizacji zadania monitorowania i oceny stanu zdrowia społeczeństwa, zagrożeń zdrowia oraz jakości życia związanej ze zdrowiem społeczeństwa, o których mowa w art. 2 pkt 1, samorząd gminy oraz samorząd powiatu mogą współpracować z samorządem województwa. Artykuł 3 ust. 4 wskazuje, że w realizacji zadań polegających na analizowaniu adekwatności i efektywności udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej w odniesieniu do rozpoznanych potrzeb zdrowotnych społeczeństwa, o których mowa w art. 2 pkt 6, samorząd województwa współpracuje z wojewodą.

Artykuł 3 ust. 5 wyjaśnia ponadto, że Narodowy Fundusz Zdrowia, jako państwowa jednostka organizacyjna, realizuje zadania z zakresu zdrowia publicznego obejmujące finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej na zasadach określonych w ustawie z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2015 r., poz. 581) oraz dofinansowanie programów polityki zdrowotnej na zasadach określonych w art. 48d tej ustawy.

Odrębnie należy wskazać na art. 3 ust. 2 projektu. Dopuszcza on do realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego inne niewymienione wyżej podmioty

niepubliczne i publiczne. Zgodnie z tym przepisem: *W realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego mogą uczestniczyć podmioty, których cele statutowe lub przedmiot działalności dotyczą 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, 1138 i 1146).* Chodzi tu np. o osoby prawne i ułomne osoby prawne niedziałające w celu osiągnięcia zysku, w tym osoby prawne i jednostki organizacyjne działające na podstawie przepisów o stosunku państwa do Kościoła katolickiego w Rzeczypospolitej Polskiej, o stosunku państwa do innych kościołów i związków wyznaniowych oraz o gwarancjach wolności sumienia i wyznania, jeżeli ich cele statutowe obejmują prowadzenie działalności pożytku publicznego; stowarzyszenia jednostek samorządu terytorialnego; spółdzielnie socjalne; spółki akcyjne i spółki z ograniczoną odpowiedzialnością oraz kluby sportowe będące spółkami działającymi na podstawie przepisów ustawy z 25 czerwca 2010 r. o sporcie (Dz.U. z 2014 r., poz. 715), które nie działają w celu osiągnięcia zysku oraz przeznaczają całość dochodu na realizację celów statutowych oraz nie przeznaczają zysku do podziału między swoich udziałowców, akcjonariuszy i pracowników, a także partii politycznych; związków zawodowych i organizacji pracodawców; samorządów zawodowych; fundacji utworzonych przez partie polityczne.

Artykuł 4 ust. 1 projektu ustawy powieli rozwiązanie przyjęte w ustawie z 4 września 1997 r. o działach administracji rządowej, potwierdzając odpowiedzialność ministra właściwego do spraw zdrowia za zdrowie publiczne. Zgodnie z art. 4 ust. 2 projektu ustawy odpowiedzialność ta wyraża się w *koordynacji zadań z zakresu zdrowia publicznego*, w tym: 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 i analizowanie informacji dotyczących sytuacji zdrowotnej społeczeństwa i rozpowszechnienia czynników ryzyka oraz udostępnianie tych informacji 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 lub podjętych w danym roku, wraz z ich ewaluacją.*

Artykuł 4 ust. 3 projektu ustawy upoważnia ministra właściwego do spraw zdrowia do powoływania zespołów roboczych w niektórych sprawach, *składających się z osób posiadających wiedzę i doświadczenie związane z realizacją zadań z zakresu zdrowia publicznego*, a także umożliwia ich finansowanie z budżetu państwa z części pozostającej w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia.

Artykuł 5 ust. 2 projektu ustawy zobowiązuje państwowe jednostki organizacyjne i organy władzy publicznej nie tylko do ogólnej współpracy z ministrem właściwym do spraw zdrowia, lecz do: *bezpłatnego udostępniania mu informacji, dokumentów i danych, którymi dysponują, niezbędnych do realizacji jego zadań, w terminie określonym przez ministra właściwego do spraw zdrowia.*

Artykuły 6–8 projektu poświęcono Radzie do spraw Zdrowia Publicznego, która ma – podobnie jak wyżej wymienione zespoły opiniodawczo-doradcze – pełnić funkcję opiniodawczo-doradczą.

Kluczowym elementem ustawy jest art. 9 projektu. Tworzy on normatywną podstawę do tworzenia Narodowego Programu Zdrowia, który w myśl art. 9 ust. 1 jest: *dokumentem ustanawianym w celu realizacji polityki zdrowia publicznego i opiera się na współdziałaniu organów administracji rządowej, jednostek samorządu terytorialnego oraz podmiotów, o których mowa w art. 3 ust. 2.* Odpowiedzialność i kompetencję do ustalenia w formie rozporządzenia Narodowego Programu Zdrowia (NPZ) ma Rada Ministrów. Narodowy Program Zdrowia musi określać cel strategiczny NPZ, ukierunkowany na wydłużenie życia w zdrowiu ludności Rzeczypospolitej Polskiej i poprawę jakości życia związanej ze zdrowiem oraz ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu, a także cele operacyjne służące realizacji celu strategicznego, ukierunkowane na zmniejszenie narażenia społeczeństwa na największe zagrożenia zdrowia społeczeństwa, oraz zadania służące realizacji celów operacyjnych, podmioty odpowiedzialne za realizację zadań, realizatorów zadań, tryb i wysokość finansowania zadań, wskaźniki i sposób monitorowania i ewaluacji NPZ, biorąc pod uwagę 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. Istotne znaczenie ma fakt, że program jest przygotowywany na okres nie krótszy niż 5 lat (art. 9 ust. 3). Artykuł 9 ust. 4 precyzuje także, że na realizację zadań określonych w Narodowym Programie Zdrowia jednostki samorządu terytorialnego oraz podmioty, o których mowa w art. 3 ust. 2, mogą otrzymywać dotacje celowe z budżetu państwa.

Odnotować także należy utworzenie (art. 10 projektu ustawy), Komitetu Sterującego Narodowym Programem Zdrowia, do którego zadań należy bieżąca koordynacja działań i rozwiązywanie problemów związanych z realizacją NPZ. W skład Komitetu wchodzi przedstawiciele ministrów wskazanych w NPZ, jako podmioty odpowiedzialne za realizację zadań w nim określonych, w randze sekretarza lub podsekretarza stanu, oraz zawsze ministra właściwego do spraw zdrowia

W projekcie ustawy zaproponowano zmiany w ustawach szczegółowych, tj. ustawie z 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz.U. z 2012 r., poz. 1356, ze zm.), ustawie z 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. z 2011 r., nr 231, poz. 1375),

ustawie z 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (Dz.U. z 2015 r., poz. 298), ustawie z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2015 r., poz. 581), ustawie z 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz.U. z 2012 r., poz. 124, ze zm.), ustawie z 19 listopada 2009 r. o grach hazardowych (Dz.U. nr 201, poz. 1540), ustawie z 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz.U. z 2011 r., nr 212, poz. 1263, ze zm.) czy ustawie z 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U. z 2013 r., poz. 947, ze zm.).

Ustawa ma wejść w życie w terminie 14 dni.

## Uwagi ogólne

Punktem wyjścia może być stwierdzenie, że inicjatywa opracowania ustawy o zdrowiu publicznym zasługuje na pełne poparcie. Celowość konkretyzacji normatywnych podstaw systemu ochrony zdrowia w zakresie zdrowia publicznego, określonych ogólnie w art. 68 Konstytucji RP, zgodnie z którym ochrona zdrowia (będąca przedmiotem swoistego konstytucyjnego prawa podmiotowego do ochrony zdrowia) nie wyczerpuje się w zapewnieniu każdemu obywatelowi równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (ust. 2), w tym szczególnych uprawnień dla dzieci, kobiet ciężarnych, osób niepełnosprawnych i osób w podeszłym wieku (ust. 3), lecz obejmuje także zwalczanie chorób epidemicznych i zapobieganie negatywnym dla zdrowia skutkom degradacji środowiska (ust. 4) oraz rozwój kultury fizycznej (ust. 5), nie budzi najmniejszych wątpliwości. Jak wynika z samego brzmienia Konstytucji, ochrona zdrowia polegająca przede wszystkim na organizowaniu i udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej, to tylko wycinek całego systemu ochrony zdrowia w Polsce<sup>2</sup>. Projektowana ustawa o zdrowiu publicznym słusznie więc stawia sobie za cel uzupełnienie normatywnych podstaw medycyny naprawczej o normatywne podstawy medycyny zapobiegawczej – systemu umożliwiającego prowadzenie spójnej polityki zdrowia publicznego, pojmowanej jako zespół działań przede wszystkim o charakterze profilaktycznym i prewencyjnym, służących poprawie zdrowia ogółu społeczeństwa. Prowadzenie skoordynowanej polityki prewencji zdrowotnej przez władze pub-

<sup>2</sup> Podobnie, choć bardziej syntetycznie, ujęty jest art. 35 Karty Praw Podstawowych UE, który obejmuje zarówno środki medycyny naprawczej, jak i zapobiegawczej. Zgodnie z tym przepisem: *Każdy ma prawo dostępu do profilaktycznej opieki zdrowotnej i prawo do korzystania z leczenia na warunkach ustanowionych w ustawodawstwach i praktykach krajowych. Przy określaniu i urzeczywistnianiu wszystkich polityk i działań Unii zapewnia się wysoki poziom ochrony zdrowia ludzkiego.*

liczne, redukującej czynniki ryzyka powstawania chorób i urazów, ułatwiającej wczesne wykrywanie chorób, poprawianie czynników środowiskowych, a także kształtowanie właściwych zachowań prozdrowotnych (np. rozwój kultury fizycznej), wreszcie ułatwiającej ludności dokonywanie wyborów zdrowotnych umożliwiających zachowanie i poprawę zdrowia, wymaga kompleksowej regulacji, w tym stworzenia instytucji i narzędzi prawnych oraz kanałów dialogu ze społeczeństwem i jego instytucjami. Jak wynika bowiem z większości definicji zdrowia publicznego, zdrowie publiczne to sztuka zapobiegania chorobom, przedłużania życia i promocji zdrowia przez zorganizowany wysiłek społeczeństwa, a nie tylko władzy publicznej.

Podzielić trzeba krytyczną ocenę projektodawcy, że obowiązujące przepisy, jak w szczególności ustawa z 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz.U. z 2012 r., poz. 1356, ze zm.), ustawa z 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. z 2011 r., nr 231, poz. 1375), ustawa z 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (Dz.U. z 2015 r., poz. 298), ustawa z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2015 r., poz. 581), ustawa z 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz.U. z 2012 r., poz. 124, ze zm.), ustawa z 19 listopada 2009 r. o grach hazardowych (Dz.U. nr 201, poz. 1540), ustawa z 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz.U. z 2011 r., nr 212, poz. 1263, ze zm.) czy ustawa z 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U. z 2013 r., poz. 947, ze zm.), to tylko część regulacji z zakresu zdrowia publicznego, jakkolwiek trzeba odnotować, że inne niewymienione w projekcie ustawy zadania i kompetencje (np. krwiodawstwo) pozostają poza jej zakresem. Może to wynikać częściowo z przyjętego w ustawie o działach wyłączenia z działu zdrowie istotnych spraw z zakresu zdrowia publicznego, a przekazanych do domeny ministra właściwego do spraw rolnictwa i rozwoju wsi. Podobnie realizowane programy zdrowotne czy działające instytucje, na czele z Narodowym Funduszem Zdrowia, Narodowym Instytutem Zdrowia Publicznego – Państwowym Zakładem Higieny, jednostkami właściwymi w sprawach przeciwdziałania uzależnieniom, Instytutem Medycyny Wsi, Głównym Inspektorem Sanitarnym, a także Centralnym Instytutem Ochrony Pracy – Państwowym Instytutem Badawczym, Głównym Inspektorem Sanitarnym Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, Głównym Inspektorem Sanitarnym Wojska Polskiego, nie tworzą spójnego systemu organizacyjnego ochrony zdrowia. Kompetencje i zadania władzy publicznej służące realizacji polityki zdrowotnej państwa, zwłaszcza w obszarze prewencji, zapobiegania chorobom czy ogólnie poprawie poziomu zdrowia populacji, nie układają się w spójną całość, nie są także w wystarczającym stopniu w praktyce koordynowane. Dlatego podjęcie wysiłku opracowania aktu normatywnego będącego swoistym kodeksem zdrowia publicznego, zasługuje na uznanie i poparcie.



W projekcie nie zintegrowano jednak wszystkich zadań ani kompetencji z zakresu zdrowia publicznego. Utrzymano zwłaszcza w mocy wyżej wymienione ustawy regulujące niektóre zagadnienia zdrowia publicznego, ograniczając się do punktowych zmian powyższych ustaw. W projekcie zabrakło dostatecznie skonkretyzowanych podstaw normatywnych kształtowania długofalowej polityki zdrowotnej. Zaproponowana koncepcja Narodowego Programu Zdrowia jest krokiem w dobrym kierunku, ale w ustawie brakuje dostatecznie skonkretyzowanych zasad jego tworzenia i hierarchizacji celów, czyli normatywnych ram i wytycznych do tworzenia tego Programu. Można utrzymywać, że poważna niedookreśloność i ogólny charakter tworzonej ustawy jest konieczny, a nawet że jest jej zaletą, ale to w istocie oznacza, iż demokratycznie legitymowany ustawodawca rezygnuje z obowiązku określenia istotnych dla populacji celów z zakresu zdrowia. Zakres przedmiotowy ustawy, a także minimalna treść Narodowego Programu Zdrowia powinna być więc bardziej skonkretyzowana i co najmniej wyraźnie odnosić się do zagadnień zdrowia publicznego, o których mowa w art. 168 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej (TFUE). Chodzi zwłaszcza o tak istotne dla całej populacji zagadnienia, jak te związane z określaniem długofalowych preferencji w strumieniach finansowania oraz form finansowania systemu, form udzielania świadczeń zdrowotnych, zapewniające równe traktowanie obywateli i bezpieczeństwo zdrowotne, struktura własnościowa podmiotów leczniczych oraz terytorialna lokalizacja tych podmiotów, a także planowania i organizowania wyspecjalizowanych służb z zakresu zdrowia publicznego, działających w interesie niepartykularnym. Zagadnienia te art. 168 TFUE wprost zalicza do obszaru „zdrowie publiczne”, za które odpowiedzialność ponoszą w zasadniczym zakresie państwa członkowskie. Analiza brzmienia projektu ustawy nie wyklucza uwzględniania tych celów i zadań w praktyce albo na podstawie odrębnych ustaw, ale wydaje się, że ustawa o zdrowiu publicznym powinna je przynajmniej samodzielnie wskazywać.

## Uwagi szczegółowe

### Tytuł ustawy – pojęcie zdrowia publicznego

Tytuł ustawy wskazuje, że reguluje ona problematykę zdrowia publicznego. Jednocześnie w projekcie ustawy nie zawarto definicji zdrowia publicznego, choćby w preambule (jak czyni się to przykładowo w ustawie z 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, definiując zdrowie psychiczne jako dobro osobiste człowieka). W art. 1 natomiast wskazuje się, że jej przedmiotem są zadania z zakresu zdrowia publicznego. Biorąc pod uwagę treść § 18 ust. 1 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z 20 czerwca 2002 r. w sprawie „Zasad techniki prawodawczej” (Dz.U. z 2002 r., nr 100, poz. 908), zgodnie

z którym przedmiot ustawy określa się możliwie najzwięźle, jednakże w sposób adekwatnie informujący o jej treści, rozważyć trzeba, czy tytuł ustawy oraz jej art. 1 jest formułowany adekwatnie do jej treści.

W literaturze wskazuje się, że istnieje wiele definicji zdrowia publicznego, które podkreślają konieczność wspólnego działania całego społeczeństwa i władz publicznych na rzecz wysokiej jakości zdrowia ludności. Do najczęściej występujących wspólnych elementów różnych definicji należą dbałość o higienę, zapobieganie chorobom przez wczesną diagnozę i profilaktykę, kontrolę zakażeń, zwalczanie chorób przez opiekę medyczną, promocję zdrowia fizycznego i psychicznego<sup>3</sup>. Zdrowie publiczne pozostaje w bezpośrednim i oczywistym związku z ochroną jednostki, choć skoro mowa o zdrowiu publicznym należy je postrzegać w szerszym kontekście, m.in. jako obowiązek zapewnienia takiego kontekstu prawnego i społecznego, by zarówno usuwać zewnętrzne zagrożenia zdrowia jednostki (tu zwłaszcza chodzi o zwalczanie chorób zakaźnych, pomoc w sytuacjach nadzwyczajnych, opiekę medyczną), jak i eliminować pokusy skłaniające jednostkę do dobrowolnego niszczenia swojego zdrowia (tu zwłaszcza chodzi o przeciwdziałanie narkomanii i innym nałogom); w tym drugim aspekcie pojawiają się bardziej skomplikowane problemy, związane z ograniczeniami swobody działalności gospodarczej, a nawet wolności słowa (np. przez ustanawianie zakazów reklamy określonych produktów)<sup>4</sup>.

Podkreśla się zarazem, że zdefiniowanie zdrowia publicznego jest właściwe, a nawet konieczne. *W praktyce może mieć wpływ na strukturę systemu zdrowia i podział kompetencji decyzyjnych. Tym samym zaakceptowanie takiej lub innej definicji ma wymiar polityczny w praktyce działań na rzecz zdrowia*<sup>5</sup>.

Zdrowie publiczne jest współcześnie definiowane szeroko jako system działań stosujących wiedzę biomedyczną dla dobra ogółu, uwzględniając kryterium rozwoju i charakter kadr niezbędnych do skutecznego stosowania tej wiedzy<sup>6</sup>. Chodzi zarówno o tę część wiedzy biomedycznej, która może być stosowana, i w coraz większym stopniu jest stosowana, przez indywidualnych lekarzy w identyfikacji czynników ryzyka utraty zdrowia i w rozwiązywaniu potrzeb

<sup>3</sup> B. Banaszak, *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, Warszawa 2012, s. 221.

<sup>4</sup> L. Garlicki, Komentarz do art. 31 [w:] *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, Warszawa 2002, s. 26; *idem*, *Przesłanki ograniczania konstytucyjnych praw i wolności (na tle orzecznictwa Trybunału Konstytucyjnego)*, „Państwo i Prawo” 2001, nr 10, s. 16; M. Wyrzykowski, *Granice praw i wolności – granice władzy* [w:] *Obywatel – jego wolności i prawa. Zbiór studiów przygotowanych z okazji 10-lecia urzędu Rzecznika Praw Obywatelskich*, B. Oliwa-Radzikowska (red.), Warszawa 1998, s. 50–51.

<sup>5</sup> J. Opolski, *Zdrowie publiczne – geneza, przedmiot i zakres. Wprowadzenie do zagadnienia* [w:] *Zdrowie publiczne, wybrane zagadnienia*, J. Opolski (red.), Warszawa 2011, s. 17.

<sup>6</sup> J. Leowski, *Polityka zdrowotna a zdrowie publiczne*, Warszawa 2009, s. 17.



zdrowotnych indywidualnych pacjentów, jak i o tę część wiedzy biomedycznej, która może być stosowana i w coraz większym stopniu jest stosowana do zaspokajania zbiorowych potrzeb zdrowotnych społeczeństwa przez lekarzy zdrowia publicznego (tzw. niekliniczne działania służby zdrowia), wreszcie o zastosowanie tej części wiedzy biomedycznej, która rozwinęła się w ramach innych dyscyplin naukowych, od nauk biologicznych, technicznych po nauki społeczne, i która może być i jest stosowana na rzecz poprawy „warunków zdrowotnych” ogółu ludności, tj. wykształcenia, zatrudnienia, warunków pracy, nauczania, mieszkania, zbiorowego spożycia, transportu i komunikacji, wypoczynku i rozrywki, odzieży, bezpieczeństwa socjalnego, a nawet swobód obywatelskich (tzw. pozalekarski system działań na rzecz ogółu)<sup>7</sup>.

W myśl innej definicji, zdrowie publiczne to zdrowie człowieka; słowo „publiczne” podkreśla, że działania mające zapewnić i umocnić zdrowie ludzi opierają się na zorganizowanym wysiłku społeczności, a nie na indywidualnych staraniach i zabiegach<sup>8</sup>. Słabość tej definicji wynika z jej niedookreśloności. W szczególności autor podaje trzy definicje zdrowia człowieka: Zdrowie to stan idealnej harmonii i równowagi organizmu, a wszystko, co od tego odbiega nazywa chorobą (definicja według Galena); zdrowie to całkowity dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny, a nie wyłącznie brak choroby czy niedomagań (według WHO); zdrowie to nie tylko brak choroby czy niedomagań, ale i dobre samopoczucie oraz taki stopień przystosowania biologicznego, psychicznego i społecznego, jaki jest osiągalny dla danej jednostki w najkorzystniejszych warunkach (według M. Kacprzaka)<sup>9</sup>.

W uzasadnieniu projektu przytacza się inną definicję, zgodnie z którą: *Zdrowie publiczne definiuje się jako naukę i sztukę zapobiegania chorobom, wydłużania życia oraz promowania zdrowia fizycznego i sprawności przez zorganizowane wysiłki społeczeństwa mające na celu higienizację środowiska, zwalczanie zakażeń występujących w społecznościach, edukację jednostek odnośnie do 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.*

W literaturze wskazuje się także inne definicje: *Zdrowie publiczne jest to troska o zachowanie i umacnianie zdrowia w wymiarze makrospołecznym, lokalnym i środowiskowym, polegająca na naukowym rozpoznawaniu stanu zdrowia i potrzeb zdrowotnych zbiorowości oraz inicjowaniu skoordynowanych wysiłków instytucji rządowych, samorządowych i pozarządowych w celu osiągnięcia pożądanego standardu zdrowia. Cel ten uzyskuje się przez kontrolę czynników*

<sup>7</sup> *Ibidem.*

<sup>8</sup> M. Sygit, *Zdrowie publiczne*, Warszawa 2010, s. 27.

<sup>9</sup> *Ibidem.*

ekologicznych, tworzenie sprzyjających zdrowiu warunków społeczno-ekonomicznych, zapobieganie zakaźnym i niezakaźnym chorobom społecznym, powszechny i równy dostęp do opieki medycznej, a przede wszystkim w wyniku kształtowania nawyków zdrowego stylu życia w ramach edukacji przedszkolnej i szkolnej oraz realizacji programów promocji zdrowia w środowisku ludzi dorosłych. W takim ujęciu zdrowie publiczne oznacza: 1) stan zdrowia zbiorowości (populacji) społeczeństwa, narodu (wymiar makrospołeczny), mieszkańców miast, gmin, powiatów i województw (wymiar lokalny), dzieci, młodzieży, kobiet, mężczyzn, populacji pracujących, osób niepełnosprawnych itp. (wymiar środowiskowy), 2) rolę czynników wpływających na stan zdrowia danej zbiorowości (populacji), między innymi czynniki genetyczne, społeczno-ekonomiczne, kulturowe, fizyczne, chemiczne, biologiczne oraz klimatyczne, 3) aktywną rolę (troskę) różnych podmiotów – w tym przede wszystkim państwa – zobowiązanych do inicjowania (na przykład odpowiedniego ustawodawstwa), organizowania, a ściślej pozyskiwania i zachęcania do udziału we wspólnych przedsięwzięciach jednostek i grup społecznych, koordynowania i oceniania zbiorowych wysiłków na rzecz osiągnięcia celów zdrowotnych i pożądaných standardów zdrowia<sup>10</sup>.

Pojęcie zdrowia publicznego koresponduje z przyjętymi metodami badań poziomu tego zdrowia. W literaturze akcentuje się obiektywne kryteria i wskaźniki populacyjne, jak w szczególności poziom umieralności według wieku i podstawowych zgonów, długości życia, oczekiwane trwanie życia, niepełnosprawność, samoocenę stanu zdrowia, występowanie chorób przewlekłych<sup>11</sup>.

Problem pojęcia zdrowia publicznego podejmowany jest także w orzecznictwie konstytucyjnym. W wyroku z 9 lipca 2009 r.<sup>12</sup> Trybunał Konstytucyjny wyjaśnił, że: *przewidziana w art. 31 ust. 3 Konstytucji możliwość ograniczenia przez ustawodawcę zakresu korzystania z wolności ze względu na ochronę zdrowia może się odnosić zarówno do ochrony zdrowia całego społeczeństwa czy poszczególnych grup, jak i zdrowia poszczególnych osób. Zaskarżony w skardze konstytucyjnej przepis ustawy nakłada obowiązek stosowania pasów bezpieczeństwa w interesie użytkowników pojazdów, mając na względzie tak cenne dobra, jakimi są jego życie i zdrowie. Cel nakazu sformułowanego w art. 39 ust. 1 prawa o ruchu drogowym należy uznać zatem za usprawiedliwiony przesłanką ochrony zdrowia [publicznego].*

Pod pojęciem ochrony „zdrowia publicznego” należy rozumieć obowiązek usuwania przez władze publiczne zarówno zewnętrznych zagrożeń zdrowia

<sup>10</sup> J. Nosko, *Zachowania zdrowotne i zdrowie publiczne. Aspekty historyczno-kulturowe*, Łódź 2005, s. 137, 283–284.

<sup>11</sup> W. Wróblewska, *Demograficzne i zdrowotne aspekty ochrony zdrowia w Polsce* [w:] *System ochrony zdrowia. Problemy i możliwości ich rozwiązań*, E. Nojszewska (red.), Warszawa 2011, s. 389 i n.

<sup>12</sup> Wyrok TK z 9 lipca 2009 r., sygn. akt SK 48/05, OTK-A ZU 2009, nr 7, poz. 108.

jednostek, jak i eliminację pokus skłaniających do dobrowolnego (świadomego lub nie) niszczenia swojego zdrowia<sup>13</sup>.

W wyroku z 4 listopada 2014 r.<sup>14</sup> Trybunał Konstytucyjny uwzględnił przytoczone definicje i uznał, że zdrowie publiczne, a więc zdrowie – dobro wielu ludzi (społeczeństwa, narodu, ludzkości), jest zasadniczą wartością uzasadniającą ograniczenia i sankcje wprowadzone przez ustawę z 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz.U. nr 179, poz. 1485, ze zm.). Zdaniem Trybunału o publicznym aspekcie zdrowia świadczą w tym przypadku społeczne konsekwencje, gdyż z reguły konsekwencje zażywania narkotyków przez daną osobę ponosi najbliższe otoczenie i zostaje zakłócone prawidłowe funkcjonowanie całego społeczeństwa: pojawia się w związku z tym wiele negatywnych skutków i kosztów<sup>15</sup>.

Trybunał Konstytucyjny w cytowanym wyroku rozwinął również dotychczasowe ustalenia na temat zdrowia publicznego, wskazał, że: *Po pierwsze, potrzeba ochrony zdrowia publicznego może uzasadniać bardzo szeroką kryminalizację. Po drugie, zdrowie publiczne jest pojęciem o charakterze abstrakcyjnym, niemającym konkretnych odniesień i przez to trudnym do zmierzenia. Trudność w wyznaczeniu granic pojęcia zdrowia publicznego i szerokość zakresu tego pojęcia wydają się zdecydowanie stanowić ułatwienie dla ustawodawcy w uzasadnieniu kryminalizacji czynów mających za przedmiot środki odurzające lub substancje psychotropowe. Kryminalizacja tych czynów ułatwiona jest m.in. dlatego, że wszystkie czyny zabronione zawarte w roz. 7 upn niezależnie, czy służą zaopatrywaniu czarnego rynku, czy mają na celu zaspokojenie potrzeb w zakresie własnej konsumpcji, stwarzają abstrakcyjne niebezpieczeństwo dla zdrowia publicznego*<sup>16</sup>. Dostępne badania potwierdzają jednak, że używanie marihuany niesie za sobą określone, konkretne, a nie jedynie abstrakcyjne, ryzyko dla zdrowia psychicznego i fizycznego użytkowników.<sup>17</sup>

W wyroku z 12 marca 2014 r.<sup>18</sup> Trybunał Konstytucyjny stwierdził, że naczelną zasadą konstytucyjną jest kształtowanie porządku prawnego, który będzie sprzyjał ochronie życia i zdrowia obywateli (art. 38 i art. 68 ust. 1 Konstytucji).

<sup>13</sup> Wyrok TK z 5 kwietnia 2011 r., sygn. akt P 26/09, OTK-A ZU 2011, nr 3, poz. 18.

<sup>14</sup> Wyrok TK z 4 listopada 2014 r., sygn. akt SK 55/13, OTK-A ZU 2014, nr 111, poz. 10.

<sup>15</sup> Wyrok TK z 4 listopada 2014 r., sygn. akt SK 55/13, OTK-A ZU 2014, nr 111, poz. 10 i cytowany w nim K. Krajewski, *Sens i bezsens prohibicji. Prawo karne wobec narkotyków i narkomanii*, Kraków 2001, s. 58, podobnie SN w postanowieniu z 28 września 2006 r., sygn. akt I KZP 19/06, OSNKW 2006, nr 11, poz. 99.

<sup>16</sup> Tu cytowany przez TK K. Grabowski, *O pewnych cechach szczególnych przestępstw narkotykowych*, „Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych” 2014, s. 109.

<sup>17</sup> Wyrok TK z 4 listopada 2014 r., sygn. akt SK 55/13, OTK-A ZU 2014, nr 111, poz. 10.

<sup>18</sup> Wyrok TK z 12 marca 2014 r., sygn. akt P 27/13, OTK-A ZU 2014, nr 3, poz. 30.

Celem opinii nie jest wyliczanie wszystkich prezentowanych definicji zdrowia publicznego, ale ukazanie elementu, którego ustawa nie akcentuje, mianowicie zaangażowania (wysiłku) całej społeczności jako istotnego, jeśli nie kluczowego elementu definicji zdrowia publicznego.

Ponadto analiza projektu ustawy prowadzi do wniosku, że ochrona zdrowia publicznego jest utożsamiana z kilkoma wyliczonymi w art. 2 projektu zadaniami władzy publicznej, które – jak już zaznaczono w uwagach ogólnych – nie korespondują nawet z zadaniami określonymi w art. 168 TFUE. Jednocześnie redakcja art. 2 projektu sugeruje, że chodzi o katalog zamknięty zadań z zakresu zdrowia publicznego. Wydaje się, że w świetle przytoczonych definicji można stwierdzić, że art. 2 wylicza tylko niektóre zadania z zakresu zdrowia publicznego (nie odpowiada choćby na pytanie, czy krwiodawstwo jest zadaniem z zakresu zdrowia publicznego?). W ustawie nie opisano także w szczególności sposób ról ani obowiązków osób prywatnych, ani nawet podmiotów leczniczych, działających na podstawie ustrojowej dla ochrony zdrowia ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o podmiotach leczniczych. Określenie tych ról i obowiązków wpisywałoby się w pełni w konstytucyjne znaczenie i funkcję zdrowia publicznego. Zdrowie publiczne jest wszak dobrem prawnym, które rzutuje bezpośrednio nie tylko na obowiązki podmiotów publicznych, lecz także wytacza sposób korzystania z wolności i praw konstytucyjnych samych uprawnionych.

Wydaje się, że należałoby rozważyć, czy tytuł ustawy w istocie koresponduje z jej treścią, skoro ustawa nie ma kompleksowego charakteru, nie podejmuje wyczerpująco zagadnień objętych pojęciem zdrowia publicznego, a w istocie dotyczy Narodowego Programu Zdrowia i zmiany niektórych ustaw. Można rozważyć, czy także art. 1 nie powinien zostać skorygowany przez transparentne zastrzeżenie, zgodnie z którym ustawa reguluje wybrane zadania z zakresu zdrowia publicznego.

### **Zakres podmiotowy ustawy**

Niezdefiniowanie w ustawie pojęcia zdrowie publiczne skutkuje m.in. wątpliwościami co do prawidłowości określenia podmiotowego zakresu ustawy.

Artykuł 3 ust. 1 budzi wiele wątpliwości. Przede wszystkim przepis ten nie wyjaśnia powodów wyłączenia z kręgu podmiotów obligatoryjnie wykonujących ustawę medycznych samorządów zawodowych, skoro z mocy prawa realizują zadania z zakresu zdrowia publicznego, nie można ich z pewnością utożsamiać z organami administracji rządowej ani jednostkami samorządu terytorialnego, a projekt przewiduje obligatoryjny udział przedstawicieli tych samorządów w składzie tworzonej Rady do spraw Zdrowia Publicznego. Obecna redakcja art. 3 ust. 1 prowadzi także do wniosku, że ustawa o zdrowiu publicznym w zasadzie nie jest adresowana do znakomitej większości „podmiotów leczniczych”, ponieważ tylko znikoma ich liczba działa w formie państwowych

jednostek organizacyjnych. Przepis nie obejmuje ani podmiotów leczniczych działających w formie samorządowych osób prawnych, ani prywatnych, ani tych o kapitale mieszanym, bo jest wątpliwe, czy można takie osoby zaliczyć do kategorii państwowych jednostek organizacyjnych albo do kategorii jednostek samorządu terytorialnego (przepis posługuje się wąskim pojęciem jednostki samorządu terytorialnego, a nie samorządowej jednostki organizacyjnej). Ustawa z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. nr 112, poz. 654) ma charakter ustrojowy i jak się wydaje podmioty lecznicze powinny być ważnym filarem planowanego systemu ochrony zdrowia publicznego, zwłaszcza że pojęcie świadczenia zdrowotnego obejmuje profilaktykę, a podmioty lecznicze mają liczne obowiązki raportowania zdarzeń niepożądanych.

Zwrócić również trzeba uwagę, że art. 3 ust. 1 posługuje się wąskim pojęciem organów administracji rządowej, a kolejne przepisy projektu ustawy nie respektują tej kategorii pojęciowej, posługują się szerszym pojęciem „organy władzy publicznej” (np. art. 5 ust. 1 oraz art. 5 ust. 2). Zaproponować więc należy usunięcie tej niezgodności.

Przepis art. 3 ust. 1 jest zredagowany błędnie także dlatego, że użyte w nim pojęcie „państwowych jednostek organizacyjnych” w całości pochłania nie tylko pojęcie „agencji wykonawczych”, które zgodnie z art. 18 ustawy o finansach publicznych są definiowane jako państwowe osoby prawne tworzone na podstawie odrębnych ustaw w celu realizacji zadań państwa<sup>19</sup>, ale wszystkie państwowe osoby prawne oraz inne państwowe jednostki organizacyjne niemające osobowości prawnej. Logiczna nadrzędność pojęcia państwowe jednostki organizacyjne wobec innych wymienionych pojęć wynika choćby z art. 33, 34, 40 i 44<sup>1</sup> Kodeksu cywilnego czy art. 64–67 Kodeksu postępowania cywilnego. Kwestia nie budzi także wątpliwości w orzecznictwie – państwowe osoby prawne są odpowiednikiem jednostek organizacyjnych mających osobowość prawną<sup>20</sup>.

Istotna wadliwość dotycząca art. 3 ust. 1 projekt przejawia się wreszcie w tym, że przepis ten poza określeniem kręgu podmiotowego ustawy podejmuje materię będącą zasadniczym przedmiotem regulacji innych jednostek redakcyjnych tej ustawy. Ustanowiono w nim bowiem obowiązek współdziałania wymienionych jednostek organizacyjnych, pomijając to, że już w art. 3 ust. 3 oraz art. 3 ust. 4 obowiązek współdziałania dotyczy tylko niektórych jednostek organizacyjnych i tylko w niektórych sprawach. Pojawia się więc wątpliwość, czy przepisy art. 3 ust. 3 oraz art. 3 ust. 4 są przepisami szczególnymi, czy są

<sup>19</sup> Zgodnie z art. 18 ustawy z 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz.U. nr 157, poz. 1240, ze zm.) agencja wykonawcza jest państwową osobą prawną tworzoną na podstawie odrębnej ustawy w celu realizacji zadań państwa.

<sup>20</sup> Na ten temat zob. np. uchwałę składu siedmiu sędziów SN z 18 czerwca 1991 r., sygn. akt III CZP 38/91, OSNCP 1991, nr 10–12, poz. 118.

zbędne, bo są prostym *superfluum* ustawowym, a przepis art. 3 ust. 1 jest zredagowany wadliwie.

Podobne wątpliwości budzi zestawienie obowiązku współpracy z art. 3 ust. 1 z art. 5 ust. 1 i 5 ust. 2, w których również ustanawia się obowiązek współpracy. Pojawia się także w tym przypadku pytanie o sens tego zabiegu legislacyjnego.

Zauważyć trzeba, że do motywu współpracy projektodawca wraca po raz kolejny w art. 9 ust. 1. Definiując Narodowy Program Zdrowia, przyjęto, że chodzi o dokument, który: *opiera się na współdziałaniu organów administracji rządowej, jednostek samorządu terytorialnego oraz podmiotów, o których mowa w art. 3 ust. 2*. Łatwo zauważyć, że katalogi podmiotów z art. 9 ust. 1 i art. 3 ust. 1 są różne, bo pominięto choćby państwowe jednostki organizacyjne.

### **Kompetencje ministra właściwego do spraw zdrowia**

Artykuł 4 projektu ustawy budzi wątpliwości. Z jednej strony wprowadza on przepisy pozbawione samodzielnej treści normatywnej. Pozbawiony znaczenia normatywnego jest zwłaszcza art. 5 ust. 1 projektu ustawy, z którego wynika, że minister właściwy do spraw zdrowia „współdziała” z „jednostkami podległymi lub nadzorowanymi przez ministra właściwego do spraw zdrowia”. Sens tak skonstruowanego przepisu nie rysuje się wyraźnie. Do podobnych wniosków prowadzi analiza art. 4 ust. 4 projektu, wtórnie upoważniającego Radę Ministrów do powołania na podstawie art. 10 ust. 1 i 4 ustawy z 8 sierpnia 1996 r. o Radzie Ministrów (Dz.U. z 2012 r., poz. 392) pełnomocnika rządu do spraw zdrowia publicznego. Wydaje się również, że art. 4 ust. 1 powierzający ministrowi właściwemu do spraw zdrowia odpowiedzialność za zdrowie publiczne w gruncie rzeczy powieliła treści ustawy z 4 września 1997 r. o działach administracji rządowej (Dz.U. z 1997 r., nr 141, poz. 943), w szczególności art. 33 tej ustawy.

Znaczenie normatywne i praktyczne ma natomiast art. 4 ust. 3 projektu ustawy, który nie tylko upoważnia ministra właściwego do spraw zdrowia do powoływania zespołów roboczych w niektórych sprawach, *składających się z osób posiadających wiedzę i doświadczenie związane z realizacją zadań z zakresu zdrowia publicznego*, ale umożliwia ich finansowanie z budżetu państwa z części pozostającej w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia (art. 4 ust. 3).

Pewne znaczenie praktyczne może mieć również art. 5 ust. 2 projektu ustawy zobowiązujący państwowe jednostki organizacyjne i organy władzy publicznej nie tylko do ogólnej współpracy z ministrem właściwym do spraw zdrowia, lecz do: *bezpłatnego udostępniania mu informacji, dokumentów i danych, którymi dysponują, niezbędnych do realizacji jego zadań, w terminie określonym przez ministra właściwego do spraw zdrowia*.

Odnotować jednak należy niezrozumiałość zawężenia przedmiotowego i podmiotowego tego przepisu. Nie obejmuje on podmiotów innych niż orga-



ny władzy publicznej i państwowe jednostki organizacyjne, choćby realizowały one zadania z zakresu zdrowia publicznego. Wątpliwości budzi także przedmiotowe ograniczenie tej kompetencji ministra przez zastrzeżenie w art. 5 ust. 2 zdanie drugie projektu, że: *Dane są udostępniane w postaci zbiorów danych jednostkowych uniemożliwiających identyfikację osób, których dotyczą.* Z dotychczasowej praktyki wynika, że nawet w szczególnie istotnych sprawach z zakresu zdrowia publicznego, związanych z zagrożeniem życia pacjentów, minister nie dysponuje danymi do realizowania jego zadań, powołując się właśnie na brak przepisu ustawy zwykłej<sup>21</sup>. Jeśli nawet dostęp do niektórych danych mogą uzyskiwać wyspecjalizowane jednostki – np. prokuratura czy służby podlegające ministrowi właściwemu do spraw zdrowia albo Prezesowi Rady Ministrów, nie oznacza to jeszcze, że nie ma dostatecznego powodu, aby minister właściwy do spraw zdrowia, pod pewnymi warunkami, w ramach odpowiedzialności za zdrowie publiczne, nie miał uzyskać dostępu do danych i dokumentów, choćby po to, aby sprawować prawidłowy nadzór nad podległymi mu jednostkami. Artykuł 27 ust. 2 pkt 2 ustawy z 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 1997 r., nr 133, poz. 883, ze zm.) wyraźnie stwierdza, że dopuszczalne jest gromadzenie i przetwarzanie danych wrażliwych, jeżeli wynika to ze szczególnego przepisu ustawy zwykłej<sup>22</sup>. Artykuł 27 ust. 2 pkt 7 już obecnie upoważnia do przetwarzania danych wrażliwych: *w celu ochrony stanu zdrowia, świadczenia usług medycznych lub leczenia pacjentów przez osoby trudniące się zawodowo leczeniem lub świadczeniem innych usług medycznych, zarządzania udzielaniem usług medycznych i są stworzone pełne gwarancje ochrony danych osobowych.* Kwestia mieści się w zakresie swobody legislacyjnej parlamentu, choć, projektując zmianę omawianego przepisu, należałoby uwzględnić odpowiednią do okoliczności, w których minister właściwy do spraw zdrowia uzyskuje dostęp do danych i dokumentów, ochronę prywatności.

### **Zagadnienie Narodowego Programu Zdrowia**

Z art. 9 projektu wynika, że Narodowy Program Zdrowia powinien przede wszystkim formułować: *cel strategiczny NPZ, ukierunkowany na wydłużenie życia w zdrowiu ludności Rzeczypospolitej Polskiej i poprawę jakości życia związanej ze zdrowiem oraz ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu oraz cele operacyjne służące realizacji celu strategicznego, ukierunkowane na zmniejsz-*

<sup>21</sup> Zob. np. Odpowiedź podsekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia Igora Radziewicza-Winnickiego – z upoważnienia ministra – na interpelację nr 20320 posła na Sejm RP pana Damiana Raczkowskiego w sprawie badań klinicznych szczepionek i leków przeprowadzanych na obywatelach Polski, <http://www.sejm.gov.pl/Sejm7.nsf/InterpelacjaTresc.xsp?key=5397E115> [dostęp 27 lipca 2015 r.).

<sup>22</sup> *Przetwarzanie danych, o których mowa w ust. 1, jest jednak dopuszczalne, jeżeli (...) przepis szczególny innej ustawy zezwala na przetwarzanie takich danych bez zgody osoby, której dane dotyczą, i stwarza pełne gwarancje ich ochrony.*

szenie narażenia społeczeństwa na największe zagrożenia zdrowia społeczeństwa (...) 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. Wydaje się, że sens i cel ustawy o zdrowiu publicznym powinien wyrażać się w określeniu ustawowych ram – o samodzielnej normatywnej wartości – dla polityki zdrowia publicznego, wypełnianych odpowiednimi do zmieniających się okoliczności szczegółowymi normami i celami przez Narodowy Program Zdrowia. Artykuł 9 projektu ustawy jest jednak niezwykle ogólnikowy. Przepis ten jest bardziej ogólnikowy niż norma wyższego rzędu – art. 68 Konstytucji, z której przynajmniej wynika wprost, że obywatelom, w szczególności dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zobowiązane są zagwarantować ustawowo – art. 68 ust. 2 zdanie drugie – (a nie tylko w rozporządzeniu czy programie zdrowotnym) równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Pojawia się tu zasadnicze pytanie nie tylko o prawidłowość redakcyjną sformułowania art. 9 – nie chodzi wszak tylko o techniczną stronę redakcji przepisu, ale o to, czy w demokratycznym państwie prawnym dopuszczalne jest pozostawienie władzy wykonawczej w praktyce nieograniczonej swobody kreowania systemu ochrony zdrowia wskutek ogólnikowości regulacji ustawowych<sup>23</sup>. Jeśli przepisy projektu, a w szczególności art. 9, nie określają wystarczająco samodzielnie materialnych wytycznych do wydania tego rozporządzenia – podstawowych parametrów Narodowego Programu Zdrowia, to trzeba będzie postawić pytanie formalne: czy przepis ten jest zgodny z art. 2, 31 ust. 3, 68 oraz 92 Konstytucji. Pojawia się wszak zasadnicza wątpliwość, czy wytyczne dla prawodawcy delegowanego do wydania Narodowego Programu Zdrowia spełniają warunki treściowe dla wytycznych, o których mowa w art. 92 ust. 1 Konstytucji, oraz czy materia regulowana przez Narodowy Program Zdrowia jest materią ustawową<sup>24</sup>. Powstają co do tego zasadnicze wątpliwości, gdyż z brzmienia art. 9 projektu ustawy wprost wynika, że nie tylko szczegółowe zagadnienia zostaną przekazane do uregulowania w rozporządzeniu, ale także cele strategiczne. Ponadto, według art. 9 ust. 2 pkt 4 NPZ ma wskazywać podmioty odpowiedzialne za jego realizację. Delegacja uprawnień do określenia zakresu podmiotowego rozporządzenia

<sup>23</sup> Wykluczył to wyraźnie TK w wyroku pełnego składu z 7 stycznia 2004 r., sygn. akt K 14/03, OTK-A ZU 2004, nr 1, poz. 1; podobnie wyroki TK z: 18 grudnia 2002 r., sygn. akt K 43/01, OTK-A ZU 2002, nr 7, poz. 96; 28 lutego 2005 r., sygn. akt P 7/03, OTK-A ZU 2005, nr 2, poz. 18; wyrok pełnego składu TK z 2 lipca 2002 r., sygn. akt U 7/01 OTK-A ZU 2002, nr 4, poz. 48.

<sup>24</sup> L. Bosek, M. Wild, *Kontrola konstytucyjności prawa*, Warszawa 2014, s. 273.

budzi wątpliwości. Nawet, gdyby twierdzić, że zakres podmiotowy ustawy określony ogólnie w art. 3 (pomijając w tym miejscu, że wadliwie) ogranicza *implicite* swobodę prawodawcy delegowanego, nie usuwa to problemu blankietowości upoważnienia, które *verba legis* upoważnia do wyboru podmiotów i obciążenia ich obowiązkami realizacji programu, bez zapewnienia środków na realizację tego celu. To, że ustawa nie wyklucza finansowania zadań określonych w NPZ, to jednak również nie zapewnia, że środki na ich realizację zostaną w rzeczywistości przekazane.

Wydaje się, że warto byłoby rozważyć, czy ustawa nie powinna determinować koniecznych elementów Narodowego Programu Zdrowia, czy nie powinien on obligatoryjnie uwzględniać tak newralgicznych dla całej populacji zagadnień, jak choćby te związane z określaniem długofalowych preferencji w strumieniach finansowania oraz form finansowania systemu ochrony zdrowia, form udzielania świadczeń zdrowotnych, zapewniającej równe traktowanie pacjentów i bezpieczeństwo zdrowotne struktury własnościowej podmiotów leczniczych oraz terytorialnej lokalizacji tych podmiotów (czy ogólnie alokacji środków w systemie), a także planowania i organizowania wyspecjalizowanych służb z zakresu zdrowia publicznego, działających w interesie całego społeczeństwa.

Rozważyć natomiast można pewne uelastyczenie art. 10 ust. 2 projektu ustawy. Określa on skład Komitetu Sterującego Narodowym Programem Zdrowia. Przyjęte rozwiązanie wykazuje istotne zalety, ale można rozważyć, czy należy z góry ograniczać członków Rady Ministrów do wskazywania swoich przedstawicieli w Komitecie Sterującym. Może się bowiem okazać, że w określonych okolicznościach właściwsze byłoby np. upoważnienie przez ministra właściwego do spraw zdrowia konsultanta krajowego do reprezentowania go w Komitecie.

### **Zagadnienie zdrowia publicznego na forum międzynarodowym i unijnym**

Wydaje się, że konsekwencją blankietowego charakteru ustawy jest brak sprecyzowanych podstaw do realizacji i koordynacji polityki Rzeczypospolitej Polskiej w zakresie zdrowia publicznego na forum międzynarodowym, w szczególności Unii Europejskiej. Projekt jedynie w art. 2 pkt 7 wymienia: *inicjowanie i prowadzenie badań naukowych oraz współpracy międzynarodowej w zakresie zdrowia publicznego*. Przyjęta redakcja przepisu nie jest właściwa, gdyż sugeruje, że współpraca międzynarodowa wiąże się tylko z badaniami naukowymi. Zadanie realizacji polityki z zakresu zdrowia publicznego na forum międzynarodowym należałoby wyraźnie wyodrębnić oraz uzupełnić o normy merytoryczne ustawy, określające konkretne kompetencje i obowiązki, precyzujące, na czym aktywność na forum międzynarodowym miałaby polegać i w jakich formach miałaby być realizowana.

Nie ulega wszak wątpliwości, że zadania z zakresu zdrowia publicznego powinny być realizowane na forum międzynarodowym. Tytułu XIV Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej – Zdrowie publiczne – oraz zawarty w tym tytule przepis – art. 168 TFUE – wskazuje, że współpraca międzynarodowa w zakresie zdrowia publicznego ma bardzo istotne znaczenie i różne formy<sup>25</sup>. Przykładowo intensywnie dyskutowany w Polsce problem admini-

<sup>25</sup> Artykuł 168 TFUE: 1. Przy określaniu i urzeczywistnianiu wszystkich polityk i działań Unii zapewnia się wysoki poziom ochrony zdrowia ludzkiego. Działanie Unii, które uzupełnia polityki krajowe, nakierowane jest na poprawę zdrowia publicznego, zapobieganie chorobom i dolegliwościom ludzkim oraz usuwanie źródeł zagrożeń dla zdrowia fizycznego i psychicznego. Działanie to obejmuje zwalczanie epidemii, poprzez wspieranie badań nad ich przyczynami, sposobami ich rozprzestrzeniania się oraz zapobiegania im, jak również informacji i edukacji zdrowotnej, a także monitorowanie poważnych transgranicznych zagrożeń dla zdrowia, wczesne ostrzeżenie w przypadku takich zagrożeń oraz ich zwalczanie. Unia uzupełnia działanie Państw Członkowskich w celu zmniejszenia szkodliwych dla zdrowia skutków narkomanii, włącznie z informacją i profilaktyką. 2. Unia zachęca do współpracy między Państwami Członkowskimi w dziedzinach określonych w niniejszym artykule oraz, jeśli to konieczne, wspiera ich działania. Unia zachęca w szczególności do współpracy między Państwami Członkowskimi w celu zwiększenia komplementarności ich usług zdrowotnych w regionach przygranicznych. Państwa Członkowskie, w powiązaniu z Komisją, koordynują między sobą własne polityki i programy w dziedzinach określonych w ustępie 1. Komisja może podjąć, w ścisłym kontakcie z Państwami Członkowskimi, każdą użyteczną inicjatywę w celu wsparcia tej koordynacji, w szczególności inicjatywy mające na celu określenie wytycznych i wskaźników, organizowanie wymiany najlepszych praktyk i przygotowanie elementów niezbędnych dla prowadzenia okresowego nadzoru i oceny. Parlament Europejski jest w pełni informowany. 3. Unia i Państwa Członkowskie sprzyjają współpracy z państwami trzecimi i organizacjami międzynarodowymi właściwymi w dziedzinie zdrowia publicznego. 4. Na zasadzie odstępstwa od artykułu 2 ustęp 5 i artykułu 6 litera a) oraz zgodnie z artykułem 4 ustęp 2 litera k), Parlament Europejski i Rada, stanowiąc zgodnie ze zwykłą procedurą ustawodawczą i po konsultacji z Komitetem Ekonomiczno-Społecznym oraz Komitetem Regionów, przyczyniają się do osiągnięcia celów określonych w niniejszym artykule, przyjmując, w celu stawienia czoła wspólnym zagadnieniom związanym z bezpieczeństwem: a) środki ustanawiające wysokie standardy jakości i bezpieczeństwa organów i substancji pochodzenia ludzkiego, krwi i pochodnych krwi; środki te nie stanowią przeszkody dla Państwa Członkowskiego w utrzymaniu lub ustanawianiu bardziej rygorystycznych środków ochronnych; b) środki w dziedzinach weterynaryjnej i fitosanitarnej, mające bezpośrednio na celu ochronę zdrowia publicznego; c) środki ustanawiające wysokie standardy jakości i bezpieczeństwa produktów leczniczych i wyrobów medycznych. 5. Parlament Europejski i Rada, stanowiąc zgodnie ze zwykłą procedurą ustawodawczą i po konsultacji z Komitetem Ekonomiczno-Społecznym i Komitetem Regionów, mogą również ustanowić środki zachęcające, zmierzające do ochrony i poprawy zdrowia ludzkiego, w szczególności

stracyjnej eliminacji z rynku papierosów mentolowych pokazuje konieczność koordynowania polityk sektorowych Rzeczypospolitej Polskiej. Elementy ochrony zdrowia publicznego widoczne są w licznych regulacjach zapewniających bezpieczeństwo żywności czy reglamentujących obrót substancjami. Nie sposób wszystkich tych unijnych regulacji omawiać w opinii, ale przykładowo zwrócić można uwagę, że problem ochrony zdrowia ludzkiego jest akcentowany w motywach i przepisach rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 528/2012 z 22 maja 2012 r. w sprawie udostępniania na rynku i stosowania produktów biobójczych (Dz.Urz. UE L 167 z 27 czerwca 2012 r., s. 2). Pojawia się pytanie, czy tworzona ustawa o zdrowiu publicznym powinna pomijać kwestię, jakie stanowisko przedstawiciele Rzeczypospolitej Polskiej zajmują wobec projektu aktu prawa unijnego, oraz czy i jak tworzona ustawa powinna rzutować na implementujące to rozporządzenie do polskiego prawa przepisy? Jeśli bowiem zagadnienia zdrowia publicznego regulują coraz liczniejsze przepisy prawa Unii Europejskiej, a przedstawiciele Rzeczypospolitej Polskiej uczestniczą w tworzeniu tych przepisów, to należałoby rozważyć, czy proces kształtowania stanowiska Rzeczypospolitej Polskiej nie powinien zostać powiązany z treścią Narodowego Programu Zdrowia oraz działaniem tworzonego Komitetu Sterującego, na tej samej zasadzie, na której przepisy szczególne (w zmienianych ustawach – art. 19–24) zobowiązują inne organy i podmioty do przestrzegania zasad określonych w NPZ. Dotyczyć to powinno nie tylko spraw wymagających jednomyślności w Radzie UE, lecz także innych spraw. Ponieważ Narodowy Program Zdrowia jest określany i przyjmowany przez Radę Ministrów jasne jest, że Rada Ministrów może dookreślać sposób wykonywania swoich kompetencji przez samozobowiązanie do respektowania Narodowego Programu Zdrowia.

---

*zwalczania epidemii transgranicznych, środki dotyczące monitorowania poważnych transgranicznych zagrożeń dla zdrowia, wczesnego ostrzegania w przypadku takich zagrożeń oraz ich zwalczania, jak również środki, których bezpośrednim celem jest ochrona zdrowia publicznego w związku z tytoniem i nadużywaniem alkoholu, z wyłączeniem jakiegokolwiek harmonizacji przepisów ustawowych i wykonawczych Państw Członkowskich. 6. Rada, na wniosek Komisji, może również przyjąć zalecenia służące osiągnięciu celów określonych w tym artykule. 7. Działania Unii są prowadzone w poszanowaniu obowiązków Państw Członkowskich w zakresie określania ich polityki dotyczącej zdrowia, jak również organizacji i świadczenia usług zdrowotnych i opieki medycznej. Obowiązki Państw Członkowskich obejmują zarządzanie usługami zdrowotnymi i opieką medyczną, jak również podział przeznaczonych na nie zasobów. Środki, o których mowa w ustępie 4 litera a), nie naruszają przepisów krajowych dotyczących oddawania organów i krwi lub ich wykorzystywania do celów medycznych.*

## Podsumowanie

Podsumowując najważniejsze ustalenia, należy stwierdzić, że projekt wymaga dalszych prac legislacyjnych. W szczególności można rozważyć sprecyzowanie tytułu ustawy przez zaznaczenie, że dotyczy ona w istocie Narodowego Programu Zdrowia i koordynacji niektórych zadań z zakresu zdrowia publicznego, oraz że zmienia inne ustawy. Postulować należy także odpowiednie sprecyzowanie art. 1 ustawy, w szczególności przez dodanie słowa „niektóre” („niektóre zadania z zakresu”). Przepisy projektu nie określają wystarczająco samodzielnie podstawowych parametrów prowadzenia polityki z zakresu zdrowia publicznego, pozostawiają bardzo szeroką swobodę władzy wykonawczej przy kształtowaniu Narodowego Programu Zdrowia. Wydaje się, że ustawa powinna uwzględniać co najmniej te elementy treściowe składające się na pojęcie zdrowia publicznego, które zostały wskazane w art. 168 TFUE. Wytyczne do wydania rozporządzenia Narodowy Program Zdrowia powinny odpowiadać założeniom określonym w Konstytucji RP. Istotne wątpliwości budzi też pominięcie w kręgu podmiotów realizujących zadania z zakresu zdrowia publicznego (art. 3 ust. 1 projektu ustawy) „podmiotów leczniczych”, o których mowa w art. 4 ustawy z 15 kwietnia 2011 o działalności leczniczej, zarówno samorządowych, jak i prywatnych, oraz tych o kapitale mieszanym, których nie można zaliczyć do państwowych jednostek organizacyjnych. Z tych samych powodów wątpliwości budzi pominięcie w art. 3 ust. 1 medycznych samorządów zawodowych, skoro z mocy prawa realizują zadania z zakresu zdrowia publicznego, a projekt przewiduje obligatoryjny udział przedstawicieli tych samorządów w składzie tworzonej Rady do spraw Zdrowia Publicznego. Wątpliwości budzi wyróżnienie w katalogu jednostek zobowiązanych do realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego, o którym mowa w art. 3 ust. 1, jednocześnie „agencji wykonawczych i państwowych jednostek organizacyjnych”, skoro agencje wykonawcze są państwowymi jednostkami organizacyjnymi.