KOMISJA LEGISLACYJNA
OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE

AP-24

Warszawa, 22 kwietnia 2015 r.

Dotyczy - uwagi odnośnie do:

Projekt ustawy o zdrowiu publicznym

Komisja Legislacyjna Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie po przeprowadzeniu dyskusji nad projektem ustawy o zdrowiu publicznym, nadesłanym do Naczelnej Rady Lekarskiej w ramach konsultacji społecznych przez Panią Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Pełnomocnika Rządu do spraw projektu ustawy o zdrowiu publicznym przy piśmie z dnia 24 marca 2015 r. sygn. SP-P.073.21.2015, wyraża następującą opinię:

I
Uwagi ogólne

1. Konieczność uchwalenia ustawy o zdrowiu publicznym była wielokrotnie poruszana w oświadczeniach naczelnych organów administracyjnych naszego państwa. Brak tej ustawy stanowi rażącą lukę w obowiązującym porządku prawnym zważywszy, że jej zakres powinien stanowić istotną podstawę prawną systemu ochrony zdrowia w naszym państwie. Ponieważ prace nad uregulowaniem tej problematyki trwały, z przerwami, od wielu lat, uzasadniało to oczekiwania, że będzie to akt prawny starannie przemyślany, na wysokim poziomie merytorycznym i legislacyjnym.

W tym miejscu należy zwrócić uwagę na bezprecedensowy w dziejach polskiej legislacji, szczególny tryb opracowania projektu tej ustawy. Otóż na podstawie rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2014 r. (Dz. U. poz. 1887) ustanowiony został Pełnomocnik Rządu do spraw projektu ustawy o zdrowiu publicznym. W myśl § 2 tegoż rozporządzenia do zadań Pełnomocnika należy opracowanie, uzgodnienie i wniesienie pod obrady Rady Ministrów projektu ustawy o zdrowiu publicznym. Pomimo, ze Pełnomocnik jest równocześnie sekretarzem stanu w Ministerstwie Zdrowia to nie sposób nie zauważyć, że o ile dotychczas opracowywanie, uzgadnianie i wnoszenie pod obrady Rady Ministrów aktów normatywnych z dziedziny zdrowia należało przede wszystkim do Ministra Zdrowia, a w niektórych przypadkach do innych ministrów, to w tym przypadku Minister Zdrowia został wyłączony z wykonywania swoich ustawowych obowiązków, wynikających z art. 38 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 4 września 1997 r. o działach administracji rządowej (Dz. U z 2013 r., poz. 743) i rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 22 września 2014 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 1268).

Pomimo przyjęcia tego nadzwyczajnego trybu opracowania omawianego projektu ustawy, ostatecznie skromnego objętościowo, jego analiza prowadzi do wniosku, że nie spełnia on oczekiwań wysokiego poziomu merytorycznego i legislacyjnego z przyczyn przedstawionych szczegółowo poniżej.

2. Podstawowym błędem projektu, rzutującym na zawarte w nim uregulowania, jest brak legalnej definicji zdrowia publicznego.

W opracowywaniu prawnej definicji zdrowia publicznego należało uwzględnić:

- art. 68 ust. 4 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z 1997 r. *„4. Władze publiczne są obowiązane do zwalczania chorób epidemicznych i zapobiegania negatywnym dla zdrowia skutkom degradacji środowiska"*,

- art. 2 pkt 35 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi *„35) zdrowie publiczne – stan zdrowotny całego społeczeństwa lub jego części określany na podstawie wskaźników epidemiologicznych i demograficznych"*,

- definicję zdrowia publicznego Światowej Organizacji Zdrowia *„Zdrowie publiczne jest to zorganizowany wysiłek społeczny, realizowany głównie przez wspólne działania instytucji publicznych, mający na celu polepszenie, promocję, ochronę i przywracanie zdrowia ludności. Obejmuje, między innymi, takie rodzaje działalności jak analizę sytuacji zdrowotnej, nadzór zdrowotny, promocję zdrowia, zapobieganie, zwalczanie chorób zakaźnych, ochronę środowiska i sanitację, działania przygotowawcze na wypadek katastrof i nagłych sytuacji zdrowotnych i medycynę pracy."*.

Z powyższego wynika, że Światowa Organizacja Zdrowia definiuje podstawowe funkcje zdrowia publicznego jako funkcje władz zdrowia w zakresie 1) monitoringu, ewaluacji i analizy stanu zdrowia, 2) nadzoru epidemiologicznego, badania i zwalczania zagrożeń dla zdrowia publicznego, 3) promocji zdrowia, 4) udziału społeczeństwa w rozwiązywaniu zagadnień zdrowia, 5) rozwoju polityki zdrowotnej i bazy instytucjonalnej dla planowania i zarządzania zdrowiem publicznym, 6) umacniania prawodawstwa zdrowotnego i możliwości jego wdrażania, 7) ewaluacji i promocji równego dostępu do świadczeń zdrowotnych, 8) rozwoju kadr i szkolenia w dziedzinie zdrowia publicznego, 9) zapewnienia jakości świadczeń zdrowotnych, 10) badań naukowych w zakresie zdrowia publicznego, 11) zmniejszenia niekorzystnego wpływu na zdrowie sytuacji nagłych i katastrof.

Definicja Międzynarodowego Stowarzyszenia Epidemiologów *„Zdrowie publiczne jest to* zorganizowany *wysiłek społeczeństwa na rzecz ochrony, promowania i przywracania ludziom zdrowia, a wszelkie programy, świadczenia i instytucje zajmujące się tą problematyką są ukierunkowane na zapobieganie chorobom i potrzeby zdrowotne populacji jako całości"*.

We francuskim piśmiennictwie dziedzina zdrowia publicznego jest definiowana następująco *„Zdrowie publiczne jest dziedziną obejmującą wszystkie aspekty zdrowia - administracyjne, społeczne, polityczne i ekonomiczne. Zajmuje się zachowaniem zdrowia i jego ochroną na poziomie grupy pojedynczych osób, kraju lub świata. Uwzględnia wszystkie problemy zdrowotne w zakresie zapobiegania jak i leczenia, obejmując także systemy działań doraźnych, zagrożenia sanitarne, prace badawcze i edukację. Dysponuje zestawem środków niezbędnych dla ochrony i promocji zdrowia."*

Brak w projekcie ustawy definicji zdrowia publicznego rzutuje w szczególności na treść art. 2 projektu ustawy, który pomija szereg zadań z zakresu zdrowia publicznego, wynikających m. in. z przytoczonej powyżej definicji Światowej Organizacji Zdrowia.

W naszej ocenie sformułowanie definicji jest niezbędne dla określenia zakresu przedmiotowego ustawy.

3. Projekt ustawy w art. 4 przewiduje powołanie Pełnomocnika Rządu do spraw Zdrowia Publicznego. Pełnomocnik ma być równocześnie sekretarzem stanu w Ministerstwie Zdrowia. Z takiego usytuowania Pełnomocnika wynika, że będzie on miał dwóch przełożonych: Radę Ministrów, w imieniu której działać będzie Prezes Rady Ministrów i Ministra Zdrowia. Dotychczasowe doświadczenia wskazują na nieracjonalność takich rozwiązań. Z przepisu tego wynika także, że Pełnomocnik ma otrzymać szerokie uprawnienia w zakresie przygotowania projektu Narodowego Programu Zdrowia i monitorowanie jego realizacji, co dotychczas było obowiązkiem Ministra Zdrowia. Nie można oprzeć się przypuszczeniu, że projekt zmierza do prawnego i faktycznego ograniczenia kompetencji Ministra Zdrowia w zakresie dotyczącym Narodowego Programu Zdrowia na rzecz Pełnomocnika Rady Ministrów. Nie jest także jasne, dlaczego tylko problematyka zdrowia publicznego wymaga powołania pełnomocnika Rady Ministrów, a inne dziedziny problematyki zdrowia takich pełnomocników nie wymagają.

W tym miejscu stwierdzić należy, że problematyka zdrowia publicznego nie jest obca Ministerstwu Zdrowia, w którym od kilkudziesięciu lat działa Departament Zdrowia Publicznego.

4. Projekt ustawy w art. 9 przewiduje opracowywanie Narodowego Programu Zdrowia. Ponieważ takie programy są uchwalane od wielu lat, należałoby w uzasadnieniu projektu przedstawić analizę ich realizacji. Analizy takie pozwoliłyby ocenić celowość i skuteczność podejmowanych wcześniej działań oraz ujawnić błędy, których można by uniknąć w opracowywaniu następnych programów.

5. Projekt ustawy przewiduje w art. 10 powołanie Komitetu Sterującego Narodowego Programu Zdrowia. Skład Komitet Sterującego, do którego mają wejść przedstawiciele wszystkich resortów w randze sekretarza lub podsekretarza stanu, wydaje się nadmiernie liczny, gdyż trudno znaleźć wspólną problematykę zdrowia publicznego i np. resortu kultury i dziedzictwa narodowego czy skarbu państwa.

6. Różnice w określeniu zadań z zakresu zdrowia publicznego (ad 2 projektu ustawy) i w określeniu zadań z zakresu zdrowia publicznego zawartych w przepisie o Narodowym Programie Zdrowia (art. 9 ust. 3 projektu ustawy) powodują niespójność tych przepisów.

II
Uwagi szczegółowe

Oprócz powyżej przedstawionych uwag, dotyczących przede wszystkim koncepcji projektu ustawy, nasuwają się także uwagi bardziej szczegółowe:

1. Proponuje się, aby nagłówek art. 2 otrzymał brzmienie: „Zadania z zakresu zdrowia publicznego dotyczą głównie zbiorowych potrzeb zdrowotnych i obejmują ...".

2. W art. 2 pkt 4 proponuje się skreślić słowa „indywidualne i zbiorowe".

3. W art. 2 pkt 6 - proponuje się zastąpić słowo „rozeznanych" słowem „rozpoznanych".

4. W art. 3 ust. 3 i 4 - nie jest zrozumiałe, dlaczego spośród bardzo wielu problemów z zakresu zdrowia publicznego, wymagających współdziałania Ministra Zdrowia z innymi ministrami wyróżniono tylko problemy dotyczące nikotynizmu, otyłości i alkoholizmu oraz aktywności fizycznej, pomijając narkomanię, zagrożenia zdrowotne w pracy, wypadki drogowe.

5. Ad art. 4 ust. 3 pkt 3 - przepis ten daje Pełnomocnikowi uprawnienia nadzorcze w stosunku do konstytucyjnych ministrów.

6. Ad art. 4 ust. 3 pkt 5 - ze sformułowania zawartego w projektowanym przepisie wynika, że do zadań Pełnomocnika należy gromadzenie informacji dotyczących sytuacji zdrowotnej społeczeństwa oraz ich udostępnianie, w sposób uniemożliwiający identyfikację osób, których dotyczą. Analiza tego tekstu prowadzi do wniosku, że Pełnomocnik będzie dysponował informacjami o stanie zdrowia poszczególnych osób a udostępniając te dane, będzie dokonywać ich anonimzacji. Przyjęcie odmiennej wykładni tego przepisu jest niemożliwe, gdyż gdyby Pełnomocnik otrzymywał anonimowe dane o stanie zdrowia poszczególnych osób, to wówczas zbędne byłoby zobowiązanie go do anonimizacji tych danych. W konkluzji należy uznać, że udostępnianie Pełnomocnikowi danych zdrowotnych dotyczących określonych osób jest niedopuszczalne.

7. Ad art. 6 ust. 2 - do zadań Rady do Spraw Zdrowia Publicznego powinno należeć nie opiniowanie rocznego planu finansowego Funduszu Zdrowia Publicznego, lecz jego projektu.

8. Ad art. 6 ust. 2 - projekt tego przepisu przewiduje, że Pełnomocnik będzie mógł wydawać członkom Rady do Spraw Zdrowia Publicznego polecenia wykonywania zadań innych, niż przewidziane w ustawie. Zważywszy, że w skład tej Rady mają wejść przedstawiciele Prezydenta RP i samorządów lekarzy oraz pielęgniarek i położnych tego rodzaju norma prawna jest niedopuszczalna, a zatem przepis ten należy usunąć.

9. Ad art. 7 ust. 5 - projekt przepisu przewiduje, że w posiedzeniach Rady do Spraw Zdrowia Publicznego mogą brać udział osoby zaproszone przez przewodniczącego Rady. Osoby te nie mają prawa głosu. To oczywisty błąd legislacyjny, ponieważ osoby te nie powinny być pozbawione prawa do udziału w dyskusji, gdyż w takim przypadku ich udział w posiedzeniu Rady byłby zbędny, lecz prawa do udziału w głosowaniu.

10. Ad art. 8 ust. 1 - niezrozumiałym jest, dlaczego członkom Rady do Spraw Zdrowia Publicznego za udział w posiedzeniach Rady mają nie przysługiwać diety i koszty noclegów, na zasadach określonych w przepisach wykonawczych do Kodeksu pracy.

Niezrozumiałym jest również brak przepisu, że koszty działalności Rady są pokrywane ze środków budżetu państwa z części pozostającej do dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia.

11. Ad art. 9 ust. 5 - projekt przepisu przewiduje, że Pełnomocnik może powoływać zespoły opiniodawczo-doradcze, w skład których wchodzą m.in. przedstawiciele jednostek naukowych. W obowiązującym porządku prawnym brak jest pojęcia „jednostka naukowa".

12. Z przepisów projektu wynika, że w celu realizacji ustawy na władze administracyjne i samorządowe wszystkich szczebli (do gmin włącznie) nałożone zostaną różne obowiązki, w tym gromadzenie i przekazywanie wielu danych. Wypełnienie tych obowiązków wymagać będzie zatrudnienia kompetentnych osób. Oznaczać to zaś będzie koszta ich uposażeń i finansowanie ich działalności. Brak jednak w przepisach źródła i sposobu finansowania tych kosztów.

Po przeprowadzeniu analizy projektu ustawy o zdrowiu publicznym Komisja Legislacyjna Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie wyraża opinię o konieczności kontynuowania prac nad tym projektem w celu przyjęcia w nim prawidłowych rozwiązań merytorycznych i usunięcia oczywistych błędów legislacyjnych.

PRZEWODNICZĄCY
Komisji Legislacyjnej
Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie

dr n. med. Aleksander Kotucki