

Decyzja

Prezydium KK

Nr 117/15

ws. opinii do Strategicznego Raportu Społecznego 2015

Prezydium Komisji Krajowej NSZZ „Solidarność” wnosi następujące uwagi do Strategicznego Raportu Społecznego 2015 przedłożonego przez Ministerstwo Pracy i Spraw Społecznych.

Po raz kolejny NSZZ „Solidarność” zauważa, że prezentowane w Raporcie osiągnięcie celu krajowego *Strategii Europa 2020* tzn. zmniejszenie liczby osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, nie jest wynikiem ogólnego spadku skumulowanej od 2008 roku liczby osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym o 1,7 mln lecz wynikiem zamrożenia progów dochodowych uprawniających do wsparcia, a co za tym idzie obniżenia ustawowej linii ubóstwa do poziomu poniżej minimum egzystencji. Zaniżone kryteria w pomocy społecznej obowiązujące przez okres 6 lat (1.10.2006 – 30.09.2012) spowodowały, że poniżej tzw. ustawowej granicy ubóstwa żyło w Polsce w 2012 r. 7% obywateli.

Wartość wskaźnika zagrożenia ubóstwem została obliczona z uwzględnieniem dwóch obowiązujących w 2012 r. progów interwencji socjalnej przyjmowanych za granicę ubóstwa ustawowego – niższego progu (351/477 zł) obowiązującego w pierwszych trzech kwartałach 2012 r. oraz progu zwaloryzowanego po 6 latach (456/542 zł), który stanowi kryterium przyznania pomocy społecznej od 1.10.2012r. W przypadku, gdyby stopa ubóstwa ustawowego dla całego roku 2012 liczona była według progu wprowadzonego w IV kwartale, odsetek osób w gospodarstwach domowych o wydatkach poniżej ustawowej granicy ubóstwa wyniósłby nie 7%, a ok. 13%. (dane IPiSS).

Brak waloryzacji kryteriów dochodowych w pomocy społecznej ma nie tylko wpływ na ograniczenie dostępności do tych świadczeń, ale również wpływa na pomiar samego zjawiska. W roku 2013 już w 3 typach rodzin z dziećmi próg interwencji socjalnej był niższy niż minimum egzystencji, a w roku 2014 aż w 5 typach rodzin.

Zatem dostrzec można bardzo niepokojące zjawisko jakim jest pogłębianie i utrwalanie sfery ubóstwa zwłaszcza wśród dzieci.

Ponadto z raportu wynika, iż wzrost wskaźnika zatrudnienia jest konsekwencją wzrostu zatrudnienia pracowników najemnych, gdzie w Polsce w przeważającej mierze mamy do czynienia z pracą usługową (57,4% pracujących) - niewpływającą korzystnie na wzrost kapitału ludzkiego oraz poprawę sytuacji materialnej pracowników. Jak wynika z danych GUS w roku 2014, aż 12 334 tys. osób w Polsce utrzymywało się z pracy najemnej, co stanowi 78,5% ogółu pracujących. Dlatego w tym zakresie struktura zatrudnienia jest zachwiana.

Obszar integracji społecznej i inwestycji społecznych

Większe wsparcie dla osób niepełnosprawnych

Raport wskazuje na większe wsparcie dla osób niepełnosprawnych, poprzez zwiększenie dofinansowania ze środków *Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych*, przede wszystkim na uczestnictwo w turnusach rehabilitacyjnych, zwiększenie dofinansowania na sprzęt rehabilitacyjny i techniczny oraz likwidacji barier architektonicznych. NSZZ „Solidarność” pragnie jednak podkreślić, że obowiązujące w Polsce ustawodawstwo antidyskryminacyjne i praktyka jego stosowania, wciąż nie zapewniają osobom niepełnosprawnym pełnej ochrony przed dyskryminacją.

Poza sferą zatrudnienia, brakuje przepisów gwarantujących skuteczną ochronę osób z niepełnosprawnościami przed dyskryminacją. Istniejące przepisy nie zakazują nierównego traktowania ze względu na niepełnosprawność m.in. w dostępie do zabezpieczenia społecznego, opieki zdrowotnej, oświaty i szkolnictwa wyższego.

Wyższe świadczenia rodzinne z pomocy społecznej

Planowane w 2015 r. podniesienie kryteriów dochodowych uprawniających do pomocy społecznej oraz świadczeń społecznych zgodnie z *ustawą o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 roku* następuje w uzgodnieniu z partnerami społecznymi. W dniu 3 czerwca 2015 roku we wspólnym stanowisku trzy reprezentatywne centrale związkowe przedstawiły propozycje wysokości progów dochodowych oraz świadczeń z pomocy społecznej oraz rodzinnych. Zaproponowane przez stronę związkową kwoty uwzględniają poziom Progów Interwencji Socjalnej oszacowanej według cen z roku 2013 przez Instytut Pracy i Spraw Socjalnych oraz indeksację tych progów, tak aby w 2018 roku nie były one niższe od wartości minimum egzystencji we wszystkich typach rodzin.

Wspieranie osób wchodzących na rynek pracy

W odniesieniu do zmian w *ustawie o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy* powołanych w raporcie należy wskazać, iż pozytywna ocena wprowadzonych rozwiązań jest przedwczesna, gdyż ustawa obowiązuje zaledwie od roku i nie usunęła dysfunkcji związanych z zasadami przyznawania pomocy (*tzn. brak priorytetu przy przeciwdziałaniu bezrobociu długotrwałemu, udzielanie pomocy głównie tym osobom, które zapewnią pełne zabezpieczenie zwrotu udzielonej pomocy, nadzór MF nad FP*). Potwierdzeniem mogą być dane GUS oraz MPiPS, zgodnie z którymi w okresie pierwszych 9 miesięcy roku 2014 z aktywnych programów rynku pracy skorzystało 399,4 tys. osób, tj. o 0,9% mniej niż rok wcześniej.

Ochrona zdrowia

NSZZ „Solidarność” wskazuje, że 7 lipca 2015 r. rząd ma podjąć decyzję o przyjęciu projektu *ustawy o zdrowiu publicznym*, która w założeniu ma podnieść rangę profilaktyki, a co za tym idzie, zdrowia całego społeczeństwa. Prezydium KK NSZZ „Solidarność” przedstawiło na etapie konsultacji społecznych opinię do projektu ustawy (w załączeniu).

Wieliczka, 7 lipca 2015 r.

Prezydium KK

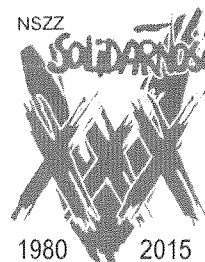
NSZZ „Solidarność”

Z-ca PRZEWODNICZĄCEGO
KK NSZZ „Solidarność”

Bogdan Biś



Komisja Krajowa
80-855 Gdańsk, ul. Wały Piastowskie 24
tel. 58/ 308-4480, fax /58 308-4219
sekprez@solidarnosc.org.pl



L.dz. **PBE/ 54209/761/2015**

Gdańsk, 2015-04-27

Pani Beata Małecka-Libera
Sekretarz Stanu
Ministerstwo Zdrowia
Pełnomocnik Rządu do spraw projektu
ustawy o zdrowiu publicznym

Działając z upoważnienia Prezydium Komisji Krajowej NSZZ „Solidarność” przedstawiam opinię *do projektu ustawy o zdrowiu publicznym*, zwanego dalej projektem.

Projekt jest długo oczekiwaną regulacją, ale w przedstawionym kształcie nie zasługuje na pozytywną ocenę z następujących powodów:

- Projekty rozporządzeń wykonawczych nie zostały poddane konsultacjom społecznym, a więc pełna ocena projektu jest utrudniona.
- Tytuł ustawy *o zdrowiu publicznym* nie jest zgodny z jej merytoryczną treścią. Bardziej uzasadnione byłoby użycie zwrotu: *ustawa o wykonywaniu zadań z zakresu zdrowia publicznego*. Projekt koncentruje się na wskazaniu oraz określeniu zadań podmiotów takich jak: Pełnomocnik Rządu do Spraw Zdrowia Publicznego, Rada do Spraw Zdrowia Publicznego, Komitet Sterujący Narodowego Programu Zdrowia oraz powoływane ad hoc zespoły problemowe.
- Analiza projektu prowadzi do wniosku, że podniesienie poziomu zdrowia publicznego obywateli wymaga stworzenia co najmniej kilku nowych podmiotów. Biorąc pod uwagę niedofinansowanie sektora ochrony zdrowia i istnienie ograniczeń w dostępie do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, sytuację demograficzną i starzenie się społeczeństwa, priorytetem Ministra Zdrowia powinno być przygotowanie w pierwszej kolejności, w ramach swoich kompetencji, projektu Narodowego Programu Zdrowia.

Poniżej przedstawiam uwagi szczegółowe:

Rozdział 1

Przepisy ogólne

Istotnym mankamentem jest brak tzw. słowniczka z definicjami pojęć używanymi w projekcie, a w szczególności przyjętego i ujednoliconego określenia pojęcia zdrowia publicznego.

Celem projektowanej ustawy jest określenie zadań z zakresu zdrowia publicznego, podmiotów uczestniczących w realizacji tych zadań oraz zasad ich finansowania. Jednak sama konstrukcja projektu nie pozwala oprzeć się wyartykułowanemu w uzasadnieniu wniosкови co do głównego celu ustawy, jakim jest: „utworzenie struktur odpowiedzialnych za koordynację i monitorowanie działalności władz publicznych wpływających na zmianę stanu zdrowia populacji, a także zapewnienie stabilnych mechanizmów finansowania”.

W projektowanym art. 2. wprowadzie wskazano na zadania z zakresu zdrowia publicznego, ale są one tak ogólne, a wręcz ogólnikowe (jak przykładowo w punkcie 6 - analiza adekwatności i efektywności udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej w odniesieniu do rozeznaczonych potrzeb zdrowotnych społeczeństwa), że istnieje poważna obawa rozmycia się celów.

Zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 282/2014 z dnia 11 marca 2014 r. w sprawie ustanowienia Trzeciego Programu działań Unii w dziedzinie zdrowia (2014- 2020) oraz uchylające decyzję nr 1350/2007/WE: „program ten, zwłaszcza w obliczu kryzysu gospodarczego, powinien przyczyniać się do podjęcia kwestii nierówności w zdrowiu oraz do promocji równości i solidarności poprzez działania w ramach poszczególnych celów...” Projektodawca nie odnosi się w żaden sposób do wyżej wskazanego rozporządzenia, a przecież Trzeci Program działań Unii w dziedzinie zdrowia (2014 - 2020) powinien być realizowany przez okres siedmiu lat, zgodnie z rozporządzeniem Rady (UE Euratom) 1311/2013. Jednym z głównych priorytetów, wskazanym w załączniku do rozporządzenia, jest promocja zdrowia, profilaktyka chorób i tworzenie środowisk sprzyjających prowadzeniu zdrowego stylu życia, z uwzględnieniem zasady „zdrowie we wszystkich politykach”, który jest zbieżny z zadaniami z zakresu zdrowia publicznego wskazanymi w projekcie (np. inicjowanie i prowadzenie badań naukowych oraz współpraca międzynarodowa w zakresie zdrowia publicznego, opracowanie, wdrażanie i ewaluację programów promocji zdrowia, aktywizujących obywateli i społeczeństwo do dbałości o zdrowie).

Poważne wątpliwości budzi charakter katalogu zadań z zakresu zdrowia publicznego. Powstaje wątpliwość czy jest to katalog otwarty czy zamknięty; zawarte w nim określenia są

bardzo ogólne i będą rodzić uzasadnione wątpliwości interpretacyjne, w pierwszej kolejności dla podmiotów realizujących zadania ustawowe, ale także dla potencjalnego odbiorcy ustawy.

W art. 3 ust. 1 projektodawca przypomina o istniejących kompetencjach organów władzy publicznej (zastosowano domniemanie znajomości kompetencji organów władzy publicznej w zakresie zdrowia publicznego) w obszarze zdrowia publicznego oraz wskazuje, że w realizacji zadań określonych w art. 2 z zakresu zdrowia publicznego będą mogły uczestniczyć podmioty statutowo uprawnione do takich zadań, w tym organizacje pozarządowe i niektóre podmioty wymienione w ustawie o działalności pożytku publicznego. Projektodawca nie stosuje tzw. przypisania zadań wynikającego z treści art. 2 podmiotom wymienionym w art. 3 (czyni tak jedynie w stosunku do Ministra Zdrowia w ust. 4 co do zadań niewymienionych w art. 2). Tego typu konstrukcja rodzi obawę powielania zadań oraz braku przejrzystości.

Projektodawca normuje możliwość prowadzenia i finansowania działań przez j.st. w obszarach wskazanych w ust 1 poprzez inne organy lub podmioty. Czy w takim razie realizacja zadań z zakresu Zdrowia publicznego przez inne podmioty będzie podlegać przepisom ustawy o zdrowiu publicznym czy przepisom obowiązującym.

W ust. 4 w zakresie zadań Ministra właściwego ds. zdrowia, koordynowanych przez Pełnomocnika, pominięto zadania z zakresu przeciwdziałania narkomanii. Minister Zdrowia zgodnie z ust. 4 i 5 poprzez Pełnomocnika Rządu do Spraw Zdrowia Publicznego koordynuje zadania związane z ograniczeniem następstw zdrowotnych palenia tytoniu i wyrobów powiązanych, zapobieganiem otyłości oraz profilaktyką zdrowotną i rozwiązywaniem problemów alkoholowych oraz współpracuje z ministrem właściwym do spraw sportu i kultury fizycznej w zadaniach na rzecz zwiększenia aktywności fizycznej społeczeństwa.

W art. 3. ust. 6 wydaje się zasadne określenie rozporządzeniem zasad współpracy samorządów terytorialnych.

Zupełnie niezrozumiałe jest w kontekście całościowej regulacji projektu wskazanie na zadania z zakresu zdrowia publicznego, które realizuje NFZ, biorąc pod uwagę zadania wymienione w przepisie art. 2 oraz sposób ich finansowania określony w Rozdziale 4.

Analizując przepisy projektu nie otrzymujemy odpowiedzi kto będzie ostatecznie realizował zadania z zakresu zdrowia publicznego, a przede wszystkim kto będzie odpowiadał za postęp działań w obszarze zdrowia publicznego: Minister Zdrowia, Pełnomocnik Rządu ds. Zdrowia Publicznego, Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia czy jednostki samorządu terytorialnego. Jeżeli przyjmujemy, że tym podmiotem jest Pełnomocnik Rządu ds. Zdrowia Publicznego, to należały dokonać odpowiednich zmian w przepisach dotyczących kompetencji Ministra Zdrowia oraz innych ministrów i podmiotów.

Ponadto w katalogu podmiotów, których zadaniem jest kreowanie zdrowia publicznego jest Państwowa Inspekcja Sanitarna. A więc po ust. 7 należy dodać ust.8 w brzmieniu: „8. Właściwe organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej uczestniczą w odpowiednim dla ich zadań zakresie w wykonywaniu zadań, o których mowa w art. 2 pkt 1- 5’’. Odpowiednio do zadań określonych w przepisach ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej jest ona powołana m.in. do realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego, w tym profilaktyki i promocji zdrowia. Doświadczone kadry tego podmiotu pozwalają na stworzenie możliwości koordynacji działań (np. promocyjnych i edukacyjnych) na poziomie powiatu czy województwa, w szczególności w odniesieniu do dzieci i młodzieży szkolnej.

Rozdział 2

Pełnomocnik Rządu do Spraw Zdrowia Publicznego zwany dalej Pełnomocnikiem.

Zadania wynikające z ustawy koordynuje przy pomocy wyodrębnionej komórki organizacyjnej Pełnomocnik, powoływany i odwoływany przez Prezesa Rady Ministrów. W projekcie nie znajdujemy atrybutów, jakimi powinien charakteryzować się Pełnomocnik, ani wskazania sytuacji, kiedy może zostać odwołany. Jego zadaniem jest przygotowanie projektu NPZ, monitorowanie realizacji zadań wynikających z ustawy oraz zapewnienie spójności zadań realizowanych przez organy i podmioty wskazane w art. 3.

Do jego zadań należą także: sygnalizowanie właściwym organom i podmiotom potrzeby podjęcia określonych zadań z zakresu zdrowia publicznego, gromadzenie informacji w tym obszarze, rozpowszechnianie czynników ryzyka i ich udostępnianie, analizowanie i sporządzanie informacji, a także współpraca z organami i podmiotami o których mowa w art. 5. Tego typu współpraca wydaje się oczywista, biorąc pod uwagę zadanie sygnalizowania im podjęcia określonych zadań. Sięgając do słownika synonimów słowo sygnalizowanie można zastąpić słowem informowanie, którego użycie wydaje się bardziej uzasadnione w wypadku aktu prawnego. Jednym z istotnych zadań jest gromadzenie tzw. informacji wrażliwych, dlatego sposób ich gromadzenia powinien być ściśle nadzorowany i zaopiniowany przez Głównego Inspektora Danych Osobowych, tym bardziej, że organy władzy publicznej na podstawie przepisów projektu są zobowiązane do bezpłatnego ich udostępniania w terminie określonym przez Pełnomocnika. Należy zwrócić uwagę, że termin oraz katalog udostępnianych danych powinien zostać uregulowany co najmniej w rozporządzeniu wykonawczym. Zważywszy na brak Narodowego Programu Zdrowia na tym etapie procedowania nie można szczegółowo określić zadań Pełnomocnika i uznać, że

katalog jego zadań nie ulegnie zmianie po jego uchwaleniu (patrz wyżej uwaga do stworzenia NPZ).

Rada do Spraw Zdrowia zwana dalej Radą.

Rada jest podmiotem opiniodawczo-doradczym Pełnomocnika.

Z treści pkt 3) ust 2 art. 6 należy wnioskować, że katalog zadań - o których mowa w art. 2 projektu - jest katalogiem otwartym, ponieważ Rada może przedstawiać Pełnomocnikowi propozycje zadań w zakresie zdrowia publicznego, co powinno zostać wyartykułowane w treści art. 2 projektu ustawy. Ponadto nie do zaakceptowana jest treść punktu 4) art. 6, zgodnie z którym zadaniem Rady jest wykonywanie innych zadań powierzonych przez Pełnomocnika. Tak ogólne stwierdzenie pozwala na dużą dowolność w kształtowaniu zadań Rady przez Pełnomocnika i przeczy funkcji, jaką nadaje jej projektodawca.

Zupełnie nieuzasadnionym jest powoływanie do składu tak licznej Rady – jednego przedstawiciela każdego z ministrów, kierujących działem administracji rządowej. Ponadto, mając na uwadze zadania z zakresu zdrowia publicznego, należałoby do Rady włączyć przedstawiciela Instytutu Żywienia oraz przedstawiciela Krajowej Rady Diagnostów. W składzie Rady nie uwzględniono również udziału przedstawicieli towarzystw naukowych oraz stowarzyszeń reprezentujących III sektor, np. prawa pacjentów.

Członkowie Rady powoływani i odwoływani są przez Pełnomocnika. Nie uregulowano natomiast, jakie okoliczności decydują o ich odwołaniu, szczególnie w sytuacji inicjatywy własnej Pełnomocnika. Uzasadnionym byłoby, oprócz powiadomienia o fakcie odwołania, poinformowanie o jego przyczynach, które powinny być wskazane w ustawie. Ponadto brak jest wskazania okresu na jaki Rada jest powoływana, a przecież jedną z jej istotnych funkcji jest opiniowanie planów finansowych Funduszu Zdrowia Publicznego oraz opiniowanie projektów Narodowego Programu Zdrowia, dlatego jej skład powinien ulegać zmianom w terminie ustalonym przepisami ustawy. Dobrym zwyczajem stosowanym w wielu instytucjach publicznych jest wybór (np. w radach NFZ) lub ewentualnie wskazanie Przewodniczącego Rady, ale na pewno nie jego „wyznaczenie”. Regulamin pracy Rady jest dokumentem organizującym pracę Rady, dlatego jego zatwierdzenie przez Pełnomocnika, zważywszy także na ustawowe regulacje dotyczące podejmowania uchwał, należy uznać za wadliwe.

Rozdział 3

Narodowy Program Zdrowia zwany dalej NPZ.

Przedstawiona w art. 9 projektu koncepcja stworzenia dokumentu strategicznego - Narodowego Programu Zdrowia w celu realizacji polityki zdrowia publicznego zaprzecza wszystkim dotychczasowym działaniom podmiotów zajmujących się realizacją polityki zdrowia publicznego.

Pozytywnie należy ocenić, że projektodawca dostrzega różnego typu zagrożenia zdrowotne (w tym, w miejscu pracy) i przewiduje zadania w celu ich rozpoznawania, eliminowania lub ograniczania, a za szczególne uznaje redukcję nierówności społecznych w zdrowiu. W planie NPZ mają zostać wskazane podmioty odpowiedzialne za realizację zadań, a przecież zadania wielu podmiotów z obszaru zdrowia publicznego zostały określone w ustawach obowiązujących. Ponownie pojawia się wątpliwość czy zadania tych podmiotów zostaną ukształtowane w sposób odmienny, co wiąże się z koniecznością zmian organizacyjnych i prawnych.

Komitet Sterujący Narodowego Programu Zdrowia zwany dalej Komitetem.

Zadaniem Komitetu nie jest stworzenie NPZ, ale określenie sposobów jego realizacji i ich bieżąca koordynacja. Z analizy przepisów projektu dotyczących składu Rady oraz Komitetu wynika, że w obu ciałach mogą zasiadać te same osoby, co należy ocenić negatywnie, mając na uwadze, że są to bardzo liczne podmioty, a więc ich zdolności decyzyjne mogą być mocno ograniczone, a zadania dublowane.

Projektodawca wskazuje na pokrywanie kosztów funkcjonowania Komitetu z budżetu państwa, natomiast nie precyzuje co jest kosztem funkcjonowania Komitetu.

W art.11 ust.1 należy dodać wyrazy: „- na zasadach określonych w statucie i regulaminie organizacyjnym Ministerstwa Zdrowia”;

W ust.3 art. 12 posłużono się terminem „weryfikacja”, który proponuję się zastąpić, zgodnie z intencją projektodawcy, jednym z synonimów, np. przegląda, bada, ocenia. .

Projektodawca dopuszcza uznaniowość żądania informacji przez dany organ, które ten uzna za istotne w zakresie zadań podjętych w ubiegłym roku, co zasługuje na krytykę.

Wydaje się zasadne określenie czasu maksymalnego na zatwierdzenie przez Radę Ministrów informacji z realizacji NPZ (art. 12 ust 8 projektu)

Rozdział 4

Zasady finansowania zadań z zakresu zdrowia publicznego.

Zadania z zakresu zdrowia mają być finansowane ze środków pozostających w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia, innych ministrów, organów i agencji i jednostek państwowych, realizujących zadania z zakresu zdrowia publicznego, jednostek samorządu terytorialnego i powołanego niniejszym projektem Funduszu Zdrowia Publicznego, zwanego dalej FZD. Ustawa nie reguluje zasad tworzenia, funkcjonowania oraz kontroli FZD. Na krytykę także zasługuje konstrukcja dysponowania środkami FZD. Minister Zdrowia jest dysponentem środków pozostających w jego dyspozycji, ale nie wynikających z przepisów projektu (art. 13 pkt. 1). Natomiast z przepisu art. 14 ust. 3 wynika, że jednak jest także dysponentem FZD. Poza tym minister właściwy do spraw zdrowia może upoważnić w jego imieniu Pełnomocnika lub kierownika jednostki podległej lub nadzorowanej do dysponowania środkami FZD. Zatem dysponentem środków pozostaje Minister Zdrowia, który może udzielić pełnomocnictwa, a więc nawet w sytuacji przekazywania środków podmiotom odpowiedzialnym za realizację zadań określonych w NPZ, dysponentem pozostaje Minister lub wskazany pełnomocnictwem podmiot. Przekazywanie upoważnień do dysponowania środkami kierownikowi jednostki podległej lub nadzorowanej jest nie do zaakceptowania, tym bardziej, że katalog tych jednostek jest bardzo szeroki i tego typu działanie uniemożliwi kontrolę nad środkami Funduszu.

Sposób powierzenia realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego przez dysponenta środków zasługuje na zdecydowaną negatywną opinię, ponieważ opiera się na treści dokumentu NPZ, która nie jest znana, więc nie można dzisiaj wskazać w ustawie komu zostaną powierzone zadania z zakresu zdrowia publicznego, tym bardziej, że na realizację zadań mają być przeznaczone dotacje. Ponadto projektodawca nawet nie próbuje określić komu powinny zostać powierzone środki FZD, jedynie zakłada, że mogą to być podmioty określone w NPZ, ale także inne w nim niewymienione.

Poza tym projektodawca wskazuje dość enigmatycznie, że środków nie przyznaje się w takim zakresie w jakim zostały one udzielone z innych źródeł, ale wśród dokumentów, które zobowiązany jest dostarczyć realizator zadania nie ma oświadczenia o przyznaniu środków z innych źródeł.

W art. 15 projektu, wśród źródeł przychodów Funduszu należy rozważyć włączenie opodatkowania produktów spożywczych zawierających substancje negatywnie wpływające na metabolizm organizmu (szczególnie dzieci i młodzieży) takich jak cukier rafinowany i syrop glukozowo-fruktozowy (w określonej ilości /określonym stężeniu) – w postaci odrębnego

przepisu, albo wydania aktu wykonawczego do pkt 7 ww.art. Opodatkowanie wydaje się najskuteczniejszym źródłem pozyskania wyodrębnionych środków na działania badawcze, edukacyjne, profilaktyczne i wpływu na popyt na produkt.

Projekt określa w art.23 pkt.6 minimalną wysokość kosztów Narodowego Funduszu Zdrowia na świadczenia z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki chorób. Z uwagi na wysokość ww. kwoty należy uzupełnić Uzasadnienie o dane NFZ co do aktualnego i ewentualnie planowego rozkładu nakładów w powiązaniu z zadaniami określonymi w art. 2 projektu.

Zmiany w przepisach obowiązujących, przepisy przejściowe i końcowe

Powstaje wątpliwość co do wielkości maksymalnych limitów wydatków, zarówno z budżetu państwa jak i NFD, w poszczególnych latach.

Wejście w życie ustawy ma nastąpić z dniem 1 stycznia 2016, natomiast rozporządzenia wykonawcze mają zostać wydane znacznie później: większość do dnia 1 sierpnia 2016 r., a także do dnia 31 grudnia 2017.

Uzasadnienie

Przedstawione uzasadnienie nie spełnia przyjętych standardów, ponieważ nie odnosi się szczegółowo do zaproponowanej treści przepisów.

Na stronie 2, wiersz 19 od góry nie znajduje uzasadnienia stwierdzenie o coraz mniejszym znaczeniu higieny komunalnej w zdrowiu publicznym. Użyte w uzasadnieniu na stronie 3 określenie „schorzenie” jest nieprofesjonalne.

Mając na uwadze zakres zadań polityki zdrowia publicznego, a w szczególności te służące ograniczeniu zagrożeń dla zdrowia fizycznego, psychicznego i społecznego w środowisku pracy, a także poprawę jakości życia związanej ze zdrowiem oraz wyrównywanie nierówności społecznych w zdrowiu, zwracam się o rozważenie możliwości włączenia przedstawicieli związków zawodowych w skład jednego z podmiotów powoływanych projektowaną ustawą.

Z poważaniem

Członek Prezydium Komisji Krajowej
NSZZ „Solidarność”



Henryk Nakonieczny