

## **Uzasadnienie**

### **1. Uzasadnienie podjęcia prac nad projektem**

Projekt rozporządzenia Rady Ministrów zmieniającego rozporządzenie w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025<sup>1</sup> stanowi realizację upoważnienia ustawowego zawartego w art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz. U. z 2024 r. poz. 1670, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą”. Przepis art. 9 ust. 1 ustawy stanowi, że Narodowy Program Zdrowia (NPZ), 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 ustawy. NPZ na lata 2016–2020 został wprowadzony rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020 (Dz. U. poz. 1492), z kolei NPZ na lata 2021–2025 został wprowadzony rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 31 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025 (Dz. U. poz. 642). Biorąc pod uwagę długofalową specyfikę zdrowia publicznego oraz konieczność konsekwentnych i niezakłóconych działań oraz art. 9 ust. 3 ustawy, który stanowi, że NPZ sporządza się na okres nie krótszy niż 5 lat, proponuje się przedłużenie okresu obowiązującego NPZ do 2026 r. Przy założeniu, iż większość zadań pozostaje bez zmian za wystarczającą należy uznać nowelizację istniejącego NPZ, bez potrzeby wprowadzania nowego.

Sytuacja zdrowotna w Rzeczypospolitej Polskiej i jej uwarunkowania w okresie realizacji NPZ ulegały systematycznej poprawie. Wśród najistotniejszych czynników wskazać należy poprawiające się warunki życia, wzrastającą wiedzę i świadomość w wymiarze dbania o własne zdrowie, a także reformy systemu opieki zdrowotnej. Niestety epidemia COVID-19 przyczyniła się do odwrócenia niektórych jej trendów oraz wpłynęła negatywnie na realizację bieżących działań z zakresu zdrowia publicznego. Podnoszenie świadomości na temat czynników determinujących zdrowie, kształtowanie środowisk (pracy, zamieszkania, wypoczynku) sprzyjających zdrowiu, jak i dostarczanie narzędzi pozwalających dokonywać wyborów prozdrowotnych wydają się być konieczne, by minimalizować negatywne trendy odbijające się w przeciążeniu systemu ochrony zdrowia. Nieustającym wyzwaniem pozostaje dalsze usprawnianie i koordynacja licznych działań instytucji publicznych, organizacji pozarządowych oraz sektora prywatnego podejmowanych na rzecz zdrowia oraz kształtowania środowisk sprzyjających zdrowiu.

Biorąc pod uwagę dane wieloletnie, umieralność i przeciętna długość życia w naszym kraju w dalszym ciągu odbiegają od średnich wskaźników dla państw członkowskich Unii Europejskiej (UE), a poprawa tych wskaźników nie następuje w wystarczająco szybkim tempie. Społeczeństwo jest w istotnym stopniu obciążone chorobami cywilizacyjnymi, wynikającymi przede wszystkim z niewłaściwego stylu życia, a także zagrożone ich dalszym rozprzestrzenianiem się.

Styl życia, obejmujący nawyki żywieniowe, aktywność fizyczną, palenie tytoniu i spożycie alkoholu, odgrywa kluczową rolę w kształtowaniu zdrowia człowieka, stanowiąc aż 53 % determinantów zdrowia. Zrozumienie i poprawa tych czynników jest niezbędne dla skutecznej promocji zdrowia i redukcji nierówności zdrowotnych w społeczeństwie.

Jak pokazują zagraniczne badania naukowe, znacznej części przewlekłych chorób cywilizacyjnych można skutecznie zapobiegać, co jest możliwe dzięki odpowiednio zaplanowanej i wdrożonej promocji zdrowia oraz profilaktyce zdrowotnej. Koszty leczenia następstw chorób cywilizacyjnych kilkudziesięciokrotnie przekraczają wydatki przeznaczane na profilaktykę tych chorób. Istotą interwencji w obszarze zdrowia publicznego jest ich systematyczność, stałość i powtarzalność.

## **2. Zmiany we wskaźnikach**

Porównanie wartości wskaźników populacyjnych z roku przyjęcia ustawy z ostatnim rokiem objętym informacją wskazuje, iż pomiędzy 2015 r. a 2023 r. oczekiwana długość życia wzrosła dla kobiet z 81,6 do 82,0 lat, dla mężczyzn z 73,6 do 74,7 lat. Warto zaznaczyć, że wzrost ten nie następował liniowo – lata pandemii COVID-19 (2020–2021) przyniosły pogorszenie wyników<sup>1</sup>.

Od 2022 r. jest obserwowany jednak stopniowy wzrost przeciętnego trwania życia. Według najnowszych danych Głównego Urzędu Statystycznego, w 2023 r. oczekiwana długość życia wyniosła 82,0 lata dla kobiet i 74,7 roku dla mężczyzn, co oznacza wzrost odpowiednio o 0,9 i 1,3 roku w porównaniu z 2022 r.

W 2024 r. liczba zgonów w wyniku samobójstw (4845) zmniejszyła się o około 15 % w porównaniu z 2015 r. (5688)<sup>2</sup>. Do czynników, które przyczyniły się do zaobserwowanych pozytywnych trendów należy z pewnością poprawa sytuacji materialnej (do 2022 r. obserwowano m.in. duży spadek liczby osób poniżej granicy ubóstwa), poziomu wiedzy o

---

<sup>1</sup> Źródło: Główny Urząd Statystyczny.

<sup>2</sup> Źródło: Statystyka Komendy Głównej Policji.

zdrowiu, zmiana struktury niektórych zachowań zdrowotnych (np. wzrost spożycia owoców), wspierana przez bardzo liczne działania i programy realizowane przez administrację rządową, samorządową oraz współpracujące z nimi organizacje społeczeństwa obywatelskiego.

Dane Eurostatu wskazują również na polepszający się standard życia w Rzeczypospolitej Polskiej. Odsetek osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym maleje, w 2015 r. wynosił on 23,4 %, a w 2024 r. – 16,0 %<sup>3</sup>. W porównaniu z państwami członkowskimi UE Rzeczypospolita Polska znajduje się poniżej średniej i jest w czołówce państw członkowskich UE z występowaniem najmniejszej liczby ludności żyjącej na granicy ubóstwa i nierówności dochodów.

W 2024 r. liczba ludności kraju wynosiła nieco poniżej 38 mln, w tym 7,7 mln (czyli ponad 20 %) stanowiły osoby w wieku 65+. Prognoza demograficzna Głównego Urzędu Statystycznego wskazuje, że do 2050 r. nastąpi znaczne zmniejszenie liczby dzieci (w wieku 0–14 lat) oraz młodzieży i osób dorosłych (w wieku 15–64 lat), natomiast zwiększy się liczba osób w wieku 65+. W rezultacie udział osób 65+ w populacji mieszkańców kraju zwiększy się ze wspomnianych 20% zanotowanych w 2024 r. do ponad 28 % (czyli do 9,6 mln osób) w 2050 r. Na tle państw członkowskich UE sytuacja demograficzna kraju zmienia się bardzo dynamicznie, gdyż z kraju o stosunkowo młodej populacji w 2050 r. będziemy siódmym najstarszym krajem w UE pod względem odsetka osób w wieku co najmniej 65 lat.

Nadwaga i otyłość jest jednym z najbardziej rozpowszechnionych problemów zdrowotnych związanych ze stylem życia. W naszym kraju odpowiada ona za utratę 11,3 % lat przeżytych w zdrowiu (DALY). Zgodnie z raportem „Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania”<sup>4</sup> z 2025 r. rozpowszechnienie zbyt wysokiej masy ciała ( $BMI \geq 25$ ) wynosiło 62% mężczyzn i 43 % kobiet w Polsce, a otyłość odpowiednio 16 % i 12 %. Największym zagrożeniem życia naszego społeczeństwa są od wielu lat choroby układu krążenia (ChUK), które w 2021 r. odpowiadały za 34,8 % ogółu zgonów. Nowotwory złośliwe są drugą co do częstości przyczyną zgonów w Rzeczypospolitej Polskiej, w ostatnich latach standaryzowane względem wieku współczynniki umieralności z ich powodu nie wykazują trendu spadkowego, a ich udział wśród ogółu przyczyn zgonów nieznacznie wzrasta. Nowotwory złośliwe w 2023 r. były odpowiedzialne za 24,4 % zgonów ogółu ludności kraju. Cukrzyca jest jedną z najczęściej występujących chorób przewlekłych, stanowi ogromny problem zdrowotny i ekonomiczny wielu krajów. Nazywana jest pierwszą niezakaźną epidemią na świecie. Według

---

<sup>3</sup> Źródło: Eurostat.

<sup>4</sup> <https://www.pzh.gov.pl/raport-sytuacja-zdrowotna-ludnosci-polski-i-jej-uwarunkowania-2025/>

danych Międzynarodowej Federacji Diabetologicznej<sup>5</sup> (IDF) w 2024 r. na świecie było około 589 mln chorych na cukrzycę (osób dorosłych w wieku 20–79 lat), a w Europie ponad 65 mln. Szacunki Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego wskazują, że na cukrzycę choruje ponad 3 mln Polaków, a około 5 mln ma tzw. stan przedcukrzycowy<sup>6</sup>.

Światowa Organizacja Zdrowia (World Health Organization – WHO) przewiduje, że w ciągu najbliższych 20 lat depresja stanie się najczęstszym problemem zdrowotnym. Wyzwaniem dla zdrowia publicznego jest również konsumpcja alkoholu (9,7 litra czystego alkoholu w przeliczeniu na osobę rocznie) i niekorzystne trendy w tym zakresie (wzrost udziału alkoholi mocnych z 34,6 % do 39,2 % między 2018 a 2021 r.)<sup>7</sup> oraz zatrzymanie trendu spadkowego liczby osób regularnie palących wyroby tytoniowe lub papierosy elektroniczne (w 2022 r. odsetek ten wynosił 29,8 % dla mężczyzn i 17,6 % dla kobiet)<sup>8</sup>.

### **3. Realizacja NPZ w latach 2021–2025**

Zauważyć należy, że w okresie od 2021 r. (wejście w życie) do grudnia 2023 r. obowiązywania NPZ, podmioty wskazane jako Realizatorzy zadań sprawozdały ponad 81 tysięcy inicjatyw na rzecz poprawy zdrowia populacji. Realizowane było każde z 10 zadań określonych w art. 2 ustawy, tj.:

- 1) monitorowanie i ocena stanu zdrowia społeczeństwa, zagrożeń zdrowia oraz jakości życia związanej ze zdrowiem społeczeństwa;
- 2) edukacja zdrowotna dostosowana do potrzeb różnych grup społeczeństwa, w szczególności dzieci, młodzieży i osób starszych;
- 3) promocja zdrowia;
  - a) kreowanie postaw zdrowotnych i społecznych sprzyjających profilaktyce zachowań ryzykownych,
  - b) zapobieganie uzależnieniom oraz skutkom zdrowotnym i społecznym wynikającym z uzależnień;
- 4) profilaktyka chorób;
- 5) działania w celu rozpoznawania, eliminowania lub ograniczania zagrożeń i szkód dla zdrowia fizycznego i psychicznego w środowisku zamieszkania, nauki, pracy i rekreacji;

---

<sup>5</sup> IDF, Diabetes Atlas 2025, <https://diabetesatlas.org/resources/idf-diabetes-atlas-2025/>

<sup>6</sup> <https://www.termedia.pl/diabetologia/Prawie-8-mln-Polakow-ma-cukrzyce-lub-stanprzedcukrzycowy,58914.html>

<sup>7</sup> Źródło: Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom

<sup>8</sup> Źródło: <https://www.pzh.gov.pl/raport-sytuacja-zdrowotna-ludnosci-polski-i-jej-uwarunkowania/>

- 6) analiza adekwatności i efektywności udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej w odniesieniu do rozpoznanych potrzeb zdrowotnych społeczeństwa;
- 7) inicjowanie i prowadzenie:
  - a) działalności naukowej w zakresie zdrowia publicznego,
  - b) współpracy międzynarodowej dotyczącej działalności naukowej 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) działania w obszarze aktywności fizycznej.

Należy przy tym zauważyć, że wiele interwencji z zakresu zdrowia publicznego wpisywało się w więcej niż jedną z powyższych kategorii zadań. W ramach NPZ 2021–2025, w latach 2021–2023 zrealizowano 88 % (nie zrealizowano 10 zadań) z 83 zadań określonych w tym programie. Działania jednostek samorządu terytorialnego stanowiły 48,3 % wszystkich sprawozdanych interwencji – zostały one ocenione przez wojewodów jako zgodne z wojewódzkimi planami transformacji, o których mowa w art. 95c ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461). Pozostała część zadań była realizowana przez administrację rządową. W latach 2021–2023 na realizację działań w ramach ustawy przeznaczono około 16,2 mld zł (z czego 5,4 mld w 2021 r., 5,1 mld w 2022 r. i 5,7 mld w 2023 r.). Świadczy to o olbrzymim i stale rosnącym zainteresowaniu i zaangażowaniu podmiotów administracji centralnej i jednostek samorządu terytorialnego we wdrażaniu i rozwijaniu działań służących poprawie zdrowia ludności Rzeczypospolitej Polskiej.

Analiza informacji o zrealizowanych w latach 2021–2023 zadaniach z zakresu zdrowia publicznego pozwala na sporządzenie szeregu wniosków.

1. Sytuacja zdrowotna ludności Rzeczypospolitej Polskiej poprawia się systematycznie – zarówno w odniesieniu do obiektywnych, jak i subiektywnych miar zdrowia. Pomimo obserwowanego wzrostu liczby urodzeń prognozy demograficzne nie są optymistyczne. Starzenie się polskiego społeczeństwa będzie w przyszłości istotnie wpływać na zwiększenie zapotrzebowania na opiekę zdrowotną. Podnoszenie świadomości na temat czynników determinujących zdrowie, kształtowanie środowisk (pracy, zamieszkania, wypoczynku) sprzyjających zdrowiu, jak i dostarczanie narzędzi pozwalających

dokonywać wyborów prozdrowotnych wydają się być konieczne by minimalizować negatywne trendy odbijające się w przeciążeniu systemu ochrony zdrowia.

2. Zmiany postaw i zachowań oraz ich konsekwencje dla zdrowia w wymiarze tak jednostki, jak i populacji – co jest w obszarze zainteresowania zdrowia publicznego – nie są możliwe do zaobserwowania w perspektywie kilku czy kilkudziesięciu miesięcy. Obserwacja trendów w odniesieniu do zjawisk epidemiologicznych wymaga wieloletnich obserwacji i zmian, co nie zwalnia jednocześnie z czynienia wysiłków na rzecz zmian prozdrowotnych.
3. Działania profilaktyczne i edukacyjne muszą być wspierane działaniami regulacyjnymi, których kierunek został określony w NPZ – czego dobrym przykładem jest polityka antytytoniowa.
4. Realizowane są wszystkie zadania określone w ustawie i niemal wszystkie zadania określone w NPZ, co wskazuje na adekwatność opisanego w tych aktach prawnych katalogu interwencji z zakresu zdrowia publicznego.
5. W aspekcie skali realizowanych działań należy zauważyć, że z pewnością silną stroną zdrowia publicznego w Rzeczypospolitej Polskiej jest duża liczba podmiotów zaangażowanych w realizację zadań z zakresu zdrowia publicznego – wg danych zbieranych od 2016 r. bardzo duża liczba podmiotów realizowała zadania określone w ustawie i NPZ (ponad 3300 podmiotów sprawozdaje co roku ponad 25 000 realizowanych lub podjętych interwencji z zakresu zdrowia publicznego). Większość jednostek samorządu terytorialnego sprawozdało realizację co najmniej jednej interwencji. Ponadto aktywność wykazują stacje sanitarno-epidemiologiczne.
6. Realizacja NPZ w kolejnych latach będzie wymagała co najmniej porównywalnego poziomu aktywności w tym zakresie, co przemawia za kontynuacją i dalszym rozwijaniem działań wskazanych w NPZ.

Należy zauważyć, że komplementarne z NPZ pozostają:

- 1) Narodowa Strategia Onkologiczna na lata 2020–2030 (przyjęta w drodze uchwały nr 10 Rady Ministrów z dnia 4 lutego 2020 r. w sprawie przyjęcia programu wieloletniego pn. Narodowa Strategia Onkologiczna na lata 2020–2030 (M.P. z 2022 r. poz. 814, z późn. zm.));
- 2) Narodowy Program Chorób Układu Krążenia na lata 2022–2032 (przyjęty w drodze uchwały nr 247 Rady Ministrów z dnia 6 grudnia 2022 r. w sprawie ustanowienia

programu wieloletniego pn. Narodowy Program Chorób Układu Krążenia na lata 2022–2032 (M.P. poz. 1265, z późn. zm.);

- 3) zadania realizowane w ramach Funduszu Medycznego w tym Subfunduszu Rozwoju Profilaktyki, który został powołany na podstawie ustawy z dnia 7 października 2020 r. o Funduszu Medycznym (Dz. U. z 2024 r. poz. 889);
- 4) zadania realizowane w ramach Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych, który został powołany na podstawie ustawy z dnia 19 listopada 2009 r. o grach hazardowych (Dz. U. z 2025 r. poz. 595).

#### **4. Zakres zmian w projektowanym NPZ**

1. Wydłużony został czas obowiązywania NPZ z okresu 5-letniego: 2021–2025 na okres 6 – letni: 2021–2026.
2. Przeprowadzono rewizję zadań w celu uzyskania większej przejrzystości, w katalogu zadań uwzględniono zmiany instytucjonalne oraz bazując na doświadczeniach w realizacji NPZ w poprzednich latach, uzupełniono albo zmieniono wskazanych w zadaniach realizatorów.
3. Bazując na doświadczeniach w realizacji NPZ zostały zaproponowane nowe zadania odpowiadające zdiagnozowanym potrzebom i rosnącym wyzwaniom dla zdrowia publicznego takim jak m.in. konieczność podjęcia działań w związku ze zmianami klimatycznymi.
4. Zadania, które były realizowane w latach 2021–2025, a zachowanie ich ciągłości jest kluczowe dla systemu zdrowia publicznego, będą kontynuowane w 2026 r.
5. Uwzględniając powyższe uwarunkowania wprowadzono niezbędne zmiany porządkowe i redakcyjne.

#### **5. Porównanie międzynarodowe**

Wiele krajów rozwiniętych prowadzi skoordynowane działania na rzecz zdrowia publicznego. Rozwiązania stosowane w państwach członkowskich UE są bardzo zróżnicowane pod względem organizacji i finansowania. Ponadto zakres przedmiotowy w sposób istotny różni się pomiędzy krajami. Z uwagi na heterogeniczny kontekst organizacyjny, prawny i kulturowy obszaru zdrowia publicznego przejęcie wprost w Rzeczypospolitej Polskiej rozwiązań funkcjonujących w innych krajach nie jest zasadne i realne, ale może służyć jako wytyczna do projektowania i przyjmowania krajowych rozwiązań. Niemniej jednak wszystkie państwa członkowskie UE należą do WHO.

Kraje rozwinięte, prowadząc działania na rzecz zdrowia publicznego, realizują opracowywane przez specjalistów zalecenia instytucji międzynarodowych, przyjmowane przez ich państwa członkowskie. NPZ uwzględnia analizy dostępnych publikacji i rekomendacji dotyczących walki z przewlekłymi chorobami niezakaźnymi, substancjami psychoaktywnymi, działań na rzecz ochrony zdrowia psychicznego, poprawy zdrowia środowiskowego oraz zdrowotnej polityki senioralnej. Zaproponowane w programie interwencje są zgodne z działaniami prowadzonymi w państwach członkowskich UE/OECD.

Wśród strategicznych dokumentów europejskich, z którymi opracowany w 2021 r. NPZ pozostaje zgodny, należy wskazać przede wszystkim dokumenty WHO pt. „Zdrowie 2020: Europejskie ramy polityczne i strategia na XXI wiek”<sup>9</sup> i „Zdrowie 2020: Europejska polityka wspierająca działania rządów i społeczeństw na rzecz zdrowia i dobrostanu człowieka”<sup>10</sup> oraz strategię UE pt. „Europa 2020, strategia na rzecz inteligentnego i zrównoważonego rozwoju sprzyjającego włączeniu społecznemu”<sup>11</sup>. Należy jednak podkreślić, że dokumenty te i wskazane w nich priorytety pozostają aktualne.

Ponadto, we wrześniu 2015 r. została przyjęta Agenda na rzecz Zrównoważonego Rozwoju 2030<sup>12</sup>, która jest ustalonym przez Organizację Narodów Zjednoczonych (ONZ), w drodze negocjacji pomiędzy krajami członkowskimi, kompleksowym planem rozwoju dla świata z perspektywą do 2030 r. (Sustainable Development Goals – SDGs<sup>13</sup>). Cele te skupiają się na zapewnieniu godnego życia dla wszystkich mieszkańców świata, pokoju i postępu gospodarczego, przy równoczesnej ochronie środowiska naturalnego i przeciwdziałaniu zmianom klimatu. Agenda 2030 koncentruje się na pięciu aspektach o kluczowym znaczeniu dla ludzkości i naszej planety (Ludzie (People), Planeta (Planet), Dobrobyt (Prosperity), Pokój (Peace), Partnerstwo (Partnership)). Problematyka zdrowia publicznego jest związana z kilkoma celami tej agendy.

## **6. Finanse**

Zadania określone w ramach celów operacyjnych NPZ albo zadania wspierające – jeżeli w NPZ nie wskazano, że będą to zadania powierzane przez odpowiedniego ministra będącego

---

<sup>9</sup> <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/health-2020.-a-european-policy-framework-and-strategy-for-the-21st-century-2013>.

<sup>10</sup> <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/health-2020-a-european-policy-framework-supporting-action-across-government-and-society-for-health-and-well-being>.

<sup>11</sup> <https://ec.europa.eu/eu2020/pdf/COMPLET%20EN%20BARROSO%20%20%20007%20-%20Europe%202020%20-%20EN%20version.pdf>.

<sup>12</sup> [https://www.gov.pl/documents/910151/911704/Agenda\\_2030\\_na\\_rzecz\\_zrownowazonego\\_rozwoju.pdf/d56cd332-4ba5-2035-9439-5a8a5212cbcd](https://www.gov.pl/documents/910151/911704/Agenda_2030_na_rzecz_zrownowazonego_rozwoju.pdf/d56cd332-4ba5-2035-9439-5a8a5212cbcd).

<sup>13</sup> <https://www.un.org/sustainabledevelopment/sustainable-development-goals/>.



dysponentem środków – są zadaniami, które uznaje się za zadania własne podmiotów uczestniczących w realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego, finansowane ze środków pozostających w ich dyspozycji. Przy powierzaniu innych zadań z zakresu zdrowia publicznego stosuje się tryb konkursowy zawierania umowy na ich realizację lub tryb wnioskowy, o których mowa w art. 14 ust. 1 i 2 ustawy.

Zadania powierzane do realizacji w trybie konkursowym lub wnioskowym, o których mowa w art. 14 ust. 1 i 2 ustawy, są finansowane ze środków planowanych przez odpowiednich dysponentów części budżetowych lub w ramach rocznych planów finansowych państwowych funduszy celowych, o których mowa w art. 29 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1483), zgodnie z limitami określonymi przez ministra właściwego do spraw zdrowia, jako koordynującego realizację zadań z zakresu zdrowia publicznego. Zadania powierzane do realizacji w trybie konkursowym lub wnioskowym, o których mowa w art. 14 ust. 1 i 2 ustawy, mogą być też finansowane ze środków, o których mowa w art. 13 ustawy.

W przypadku zadań realizowanych przez jednostki podległe lub nadzorowane przez ministra właściwego do spraw zdrowia w ramach celu operacyjnego 2, finansowanie odbywa się przez zwiększenie środków pozostających w dyspozycji tych podmiotów lub upoważnienie do dysponowania środkami Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych (dofinansowanie w trybie naboru wniosków (FRPH), chyba że wskazano inaczej).

W przypadku zadań realizowanych przez koordynatora w ramach celu operacyjnego 3 – w części Zapobieganie samobójstwom, finansowanie odbywa się przez powierzenie realizacji zadań Instytutowi Psychiatrii i Neurologii (IPiN) w trybie, o którym mowa w art. 14 ust. 2 ustawy. IPiN powierza się koordynację realizacji wszystkich zadań określonych w tej części NPZ.

Podział środków pomiędzy poszczególne cele operacyjne i zadania wspierające ustala się w harmonogramach. Na zadania wspierające przeznacza się nie mniej niż 3 % środków przeznaczanych na realizację celów operacyjnych NPZ.

## **7. Pozostałe elementy uzasadnienia**

Zakłada się, że rozporządzenie wejdzie w życie z dniem 31 grudnia 2025 r.

Projekt rozporządzenia nie jest sprzeczny z prawem Unii Europejskiej.

Projekt nie ma wpływu na działalność mikro-, małych i średnich przedsiębiorców, ponieważ proponowane zmiany nie określają, ani nie modyfikują warunków wykonywania działalności gospodarczej.

Projekt rozporządzenia nie wymaga przedstawienia organom i instytucjom Unii Europejskiej, w tym Europejskiemu Bankowi Centralnemu, w celu uzyskania opinii, dokonania powiadomienia, konsultacji albo uzgodnienia.

Projektowane rozporządzenie nie zawiera przepisów technicznych w rozumieniu przepisów rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. poz. 2039 oraz z 2004 r. poz. 597) i w związku z tym nie podlega notyfikacji.

Projekt rozporządzenia nie zawiera wymogów nakładanych na usługodawców podlegających notyfikacji, o której mowa w art. 15 ust. 7 i art. 39 ust. 5 dyrektywy 2006/123/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 12 grudnia 2006 r. dotyczącej usług na rynku wewnętrznym (Dz. Urz. UE L 376 z 27.12.2006, str. 36).

Projekt rozporządzenia nie wywiera wpływu na obszar danych osobowych. W związku z tym, nie przeprowadzono oceny skutków dla ochrony danych osobowych, o której mowa w art. 35 ust. 1 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1, z późn. zm.).

Nie ma możliwości podjęcia alternatywnych w stosunku do projektowanego rozporządzenia środków umożliwiających osiągnięcie zamierzonego celu.