

Uzasadnienie

1. Uzasadnienie podjęcia prac nad projektem

Projekt rozporządzenia Rady Ministrów zmieniającego rozporządzenie w sprawie Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczenia AIDS stanowi realizację upoważnienia ustawowego zawartego w art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2025 r. poz. 1675 z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą”.

Projektowane rozporządzenie dostosowuje rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 15 lutego 2011 r. w sprawie Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczenia AIDS, zwanym dalej „Programem”, do aktualnego systemu planowania strategicznego oraz do obowiązujących rozwiązań prawnych wynikających m.in. z ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz. U. z 2026 r. poz. 149). Działaniem docelowym jest wprowadzenie na poziomie ustawy przepisów dotyczących przeciwdziałania zakażeniom przenoszonym drogą płciową przez aktualnie procedowany w Ministerstwie Zdrowia projekt ustawy zmieniającej ustawę o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi oraz niektórych innych ustaw. Do tego czasu proponowana regulacja będzie miała charakter przejściowy.

Dotychczasowe regulacje, obowiązujące od 2011 r., przewidywały centralny model opracowywania harmonogramu realizacji Programu przez Koordynatora – Krajowe Centrum ds. AIDS – oraz jego zatwierdzanie przez Radę Ministrów. Model ten był adekwatny do ówczesnego systemu zarządzania polityką zdrowotną, jednak nie odpowiada obecnym rozwiązaniom, w których podstawowym instrumentem planowania działań w zdrowiu publicznym jest Narodowy Program Zdrowia, zwany dalej „NPZ”. W związku z tym konieczne stało się powiązanie realizacji Programu z NPZ oraz wzmocnienie roli samorządu województwa jako podmiotu odpowiedzialnego za koordynację działań na poziomie regionalnym.

Obecnie realizacja Programu odbywa się na podstawie szczegółowych harmonogramów rocznych realizacji zadań Programu, opracowywanych, na podstawie Harmonogramu zatwierdzonego przez Radę Ministrów, przez podmioty obowiązane do realizacji Programu i indywidualnie przekazywane do Koordynatora Programu. Koordynator zbiorczo przekazuje je do ministra właściwego do spraw zdrowia w celu zatwierdzenia. Podmioty obowiązane do realizacji Programu powołują, na czas obowiązywania Harmonogramu, Zespoły do spraw realizacji Programu, które koordynują na terenie województwa, działania wynikające z

harmonogramów rocznych oraz współpracują w tym zakresie z Koordynatorem. Zespoły są powoływane przy urzędach marszałkowskich albo urzędach wojewódzkich.

Roczne sprawozdania z wykonania zadań objętych harmonogramami rocznymi przygotowują indywidualnie podmioty obowiązane do realizacji Programu. Koordynator sporządza w formie zbiorczej roczne sprawozdanie z realizacji zadań objętych harmonogramami rocznymi i przedkłada je ministrowi właściwemu do spraw zdrowia do zatwierdzenia.

Projektowane rozporządzenie ma na celu zastąpienie Harmonogramu NPZ oraz uproszczenie, ujednoczenie i zwiększenie efektywności systemu planowania oraz sprawozdawczości zadań Programu. Zastąpienie dotychczasowych, indywidualnych harmonogramów rocznych przygotowywanych przez poszczególne podmioty obowiązane do realizacji Programu jednym wojewódzkim harmonogramem realizacji zadań na cały okres obowiązywania NPZ ma na celu:

- zapewnienie spójności planowania działań na poziomie województwa, przez odejście od rozproszonego systemu wielu odrębnych harmonogramów rocznych,
- zwiększenie przewidywalności i stabilności realizacji Programu, dzięki planowaniu obejmującemu cały okres obowiązywania NPZ, a nie jedynie perspektywę roczną,
- zmniejszenie obciążeń administracyjnych po stronie podmiotów realizujących Program, przez ograniczenie liczby dokumentów planistycznych wymagających corocznego przygotowania.

Analogicznie, zastąpienie indywidualnych rocznych sprawozdań z wykonania zadań jednym zbiorczym sprawozdaniem rocznym, obejmującym wszystkie podmioty obowiązane do realizacji Programu, służy:

- ujednoczeniu i podniesieniu jakości sprawozdawczości, przez stosowanie jednolitych kryteriów oceny realizacji zadań,
- zwiększeniu przejrzystości i porównywalności danych, co umożliwi bardziej rzetelną ocenę skuteczności działań podejmowanych na terenie województwa,
- usprawnieniu procesu raportowania, przez zmniejszenie liczby dokumentów przekazywanych do Koordynatora;
- wzmocnieniu nadzoru i monitorowania realizacji Programu, dzięki skonsolidowanemu obrazowi działań w skali kraju.

Celem zmian jest również wzmocnienie roli samorządu województwa przez wskazanie sejmiku województwa jako organu zatwierdzającego zarówno wojewódzki harmonogram realizacji zadań Programu, jak i coroczne sprawozdania z ich wykonania. Rozwiązanie to wzmocnia odpowiedzialność organów samorządu terytorialnego za politykę zdrowotną na poziomie regionalnym oraz zapewnia większą przejrzystość procesu decyzyjnego.

Jednocześnie proponowane zmiany prowadzą do wzmocnienia roli koordynatora działań na terenie województwa, przez jednoznaczne wskazanie zarządu województwa jako podmiotu odpowiedzialnego za koordynację realizacji Programu. Funkcja ta była dotychczas wykonywana przez zespoły powoływane przy urzędach marszałkowskich albo urzędach wojewódzkich, co prowadziło do różnicowania praktyk i rozproszenia odpowiedzialności. Jednoznaczne wskazanie kompetencji koordynacyjnych na zarząd województwa zapewnia większą stabilność organizacyjną, klarowność odpowiedzialności, zwiększenie efektywności działań profilaktycznych i opiekuńczych w obszarze HIV i innych zakażeń przenoszonych drogą płciową oraz lepsze powiązanie działań Programu z innymi zadaniami samorządu województwa w obszarze zdrowia publicznego.

Wprowadzenie powyższych rozwiązań przyczynia się do racjonalizacji procesu zarządzania Programem, zwiększa jego efektywność oraz umożliwia lepsze wykorzystanie zasobów administracyjnych i finansowych.

Podstawy prawne kompetencji zarządu województwa w zakresie koordynacji zadań zdrowia publicznego wynikają z obowiązujących ustaw systemowych regulujących funkcjonowanie samorządu województwa oraz realizację zadań zdrowotnych:

1. Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa (Dz. U. z 2026 r. poz. 720)

Zgodnie z art. 2 ust. 2 oraz art. 14 ust. 1 pkt 1 i 8, samorząd województwa wykonuje zadania o charakterze regionalnym, w tym w obszarze ochrony zdrowia, polityki społecznej oraz przeciwdziałania patologiom społecznym. Na podstawie art. 41 ust. 1 i 2 zarząd województwa realizuje zadania województwa oraz przygotowuje projekty strategii, programów i dokumentów wykonawczych. Przepisy te stanowią ogólną podstawę do prowadzenia działań planistycznych, koordynacyjnych i analitycznych w obszarze zdrowia publicznego.

2. Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz. U. z 2026 r. poz. 149)

Art. 2 określa katalog zadań zdrowia publicznego realizowanych przez jednostki samorządu terytorialnego, natomiast art. 3 ust. 1 wskazuje je jako podmioty wykonujące zadania zdrowia

publicznego. Art. 3 ust. 3 przyznaje województwu rolę koordynacyjną w zakresie współpracy z gminami i powiatami w monitorowaniu i ocenie stanu zdrowia populacji, zaś art. 3 ust. 4 przewiduje współpracę województwa z wojewodą w analizie adekwatności i efektywności świadczeń zdrowotnych. Ustawa ta stanowi bezpośrednią podstawę do przypisania zarządowi województwa zadań koordynacyjnych w obszarze zdrowia publicznego.

3. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461, z późn. zm.)

Art. 48 i art. 48a określają kompetencje jednostek samorządu terytorialnego w zakresie przygotowywania, realizacji i oceny programów polityki zdrowotnej. Przepisy te stanowią podstawę do powierzania zarządowi województwa zadań związanych z opracowywaniem dokumentów programowych, monitorowaniem ich realizacji oraz sporządzaniem sprawozdań.

W świetle powyższych regulacji zarząd województwa posiada ustawowe kompetencje do wykonywania zadań obejmujących:

- planowanie i koordynację działań w obszarze zdrowia publicznego na poziomie regionalnym;
- współpracę z jednostkami samorządu terytorialnego, wojewodą, organami Państwowej Inspekcji Sanitarnej, Narodowym Funduszem Zdrowia oraz innymi podmiotami realizującymi zadania zdrowotne;
- przygotowywanie i realizację regionalnych dokumentów programowych oraz sprawozdań;
- prowadzenie analiz i monitoringu stanu zdrowia populacji oraz efektów działań zdrowotnych.

Przepisy te stanowią wystarczającą podstawę prawną do doprecyzowania w rozporządzeniu zadań zarządu województwa w zakresie koordynacji realizacji Programu na poziomie regionalnym.

2. Powiązanie Programu z NPZ

Projekt wprowadza nowy § 3a i uchyla § 4, zgodnie z którym podstawę realizacji Programu stanowi NPZ. Zmiana ta eliminuje nieaktualny mechanizm opracowywania harmonogramu przez Koordynatora i jego zatwierdzania przez Radę Ministrów, zastępując go zadaniami w NPZ, co zapewnia spójność Programu z innymi działaniami zdrowia publicznego realizowanymi w ramach NPZ. NPZ określany jest w drodze rozporządzenia Rady Ministrów, zgodnie z art. 9 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym. W § 5 ust. 4 projekt zamienia odwołanie z harmonogramu na NPZ. W aktualnie procedowanym w Ministerstwie Zdrowia projekcie rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie Narodowego Programu Zdrowia

na lata 2027-2036 przewidziany jest cel szczegółowy 1.8 Przeciwdziałanie zakażeniom przenoszonym drogą płciową (STI), który stanowi kontynuację dotychczas opracowywanego harmonogramu przez Koordynatora i będzie podstawą dla wojewódzkich harmonogramów realizacji zadań. Uchylany jest również § 10 regulujący kwestię systemu monitorowania realizacji Programu. Informacje o realizacji zadań NPZ sporządzane będą zgodnie z art. 12 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym.

3. Wzmocnienie roli samorządu województwa

Projekt wprowadza § 5a–§ 5c i uchyla § 6–§ 9.

Zgodnie z § 5a zarząd województwa jest odpowiedzialny za koordynację opracowania wojewódzkiego harmonogramu realizacji zadań Programu na podstawie i okres obowiązywania NPZ, przyjmowanego przez sejmik województwa i przekazywanego do Koordynatora. Obecnie każdy z podmiotów obowiązanych do realizacji Programu przygotowuje własny harmonogram roczny, przekazywany do Koordynatora i zatwierdzany zbiorczo przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

W § 5b zarząd województwa wskazany jest jako podmiot koordynujący coroczne sprawozdanie z wykonania w danym roku zadań i efektów ich realizacji, określonych w wojewódzkim harmonogramie realizacji zadań, który musi zostać przedłożony sejmikowi województwa i przekazany do Koordynatora. Obecnie każdy z podmiotów obowiązanych do realizacji Programu przedstawia ministrowi właściwemu do spraw zdrowia roczne sprawozdanie z wykonania zadań objętych harmonogramami rocznymi, z których Koordynator sporządza w formie zbiorczej roczne sprawozdanie roczne i przedstawia do zatwierdzenia ministrowi właściwemu do spraw zdrowia.

Wprowadzany § 5c zastępuje obowiązek powoływania zespołów do spraw realizacji Programu, określony w uchylanym § 9 i wskazuje podmioty zobowiązane do współpracy z zarządem województwa przy opracowywaniu wojewódzkich harmonogramów realizacji zadań oraz sprawozdawczości z wykonania zadań, określonych w tych harmonogramach, w tym:

- wojewodę,
- jednostki samorządu terytorialnego,
- organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej,
- oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia,
- podmioty lecznicze, konsultantów wojewódzkich, samorządy zawodów medycznych,

– organizacje pozarządowe oraz inne podmioty realizujące zadania z zakresu przeciwdziałania zakażeniom przenoszonym drogą płciową.

Wskazanie katalogu podmiotów wynika z dotychczasowej praktyki realizacji Programu w ramach powoływanych zespołów do spraw realizacji Programu oraz z potrzeby zapewnienia szerokiej współpracy międzyinstytucjonalnej, co jest kluczowe dla przeciwdziałania zakażeniom przenoszonym drogą płciową na poziomie regionalnym. Wskazuje również obowiązek udzielania pomocy merytorycznej przez Koordynatora, podmiotom realizującym zadania Programu.

Zmiana ta odpowiada strukturze zarządzania zdrowiem publicznym i współpracy między podmiotami, o której mowa w art. 3 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym oraz art. 2, art. 14 i art. 41 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa, w której samorząd województwa pełni kluczową rolę w koordynacji działań profilaktycznych i edukacyjnych.

4. Przepisy przejściowe (§ 2)

Przepis zapewnia ciągłość realizacji zadań wynikających z obowiązującego Harmonogramu realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczenia AIDS na lata 2022–2026 oraz sprawozdawczości na jego podstawie w systemie monitorowania realizacji Programu, o którym mowa w uchylanym § 10. System zachowuje swoją funkcjonalność do czasu zatwierdzenia sprawozdania z realizacji harmonogramu w 2026 r. Jest to konieczne, ponieważ harmonogram został opracowany zgodnie z dotychczasowymi przepisami i obowiązuje do końca 2026 r.

5. Pozostałe elementy uzasadnienia

Zakłada się, że rozporządzenie wejdzie w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia. Wskazany termin wejścia w życie projektowanego rozporządzenia został skrócony, w celu wydłużenia okresu na opracowanie wojewódzkich harmonogramów realizacji zadań Programu po 2026 r. wg nowych regulacji. Zgodnie z art. 4 ust. 2 ustawy z dnia 20 lipca 2000 r. o ogłaszaniu aktów normatywnych i niektórych innych aktów prawnych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1461) zasady demokratycznego państwa prawnego nie stoją na przeszkodzie.

Projekt rozporządzenia nie jest objęty 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.