Nazwa projektu Projekt rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2027–2036 **Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące** Ministerstwo Zdrowia **Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu** Pani Katarzyna Kęcka, Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia **Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu** Pan Kuba Sękowski, Zastępca Dyrektora Departamentu Zdrowia Publicznego w Ministerstwie Zdrowia dep-zp@mz.gov.pl tel: +48 22 530 03 18	**Data sporządzenia** 23.10.2026 r. **Źródło:** Upoważnienie ustawowe art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz. U. z 2026 r. poz. 149, z późn. zm.) **Numer w Wykazie prac legislacyjnych i programowych Rady Ministrów:** RD 339

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Jaki problem jest rozwiązywany?

Projekt rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2027–2036 stanowi realizację upoważnienia ustawowego zawartego w art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym, zwanej dalej „ustawą". Narodowy Program Zdrowia, zwany dalej „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. Zgodnie z art. 9 ust. 3 ustawy sporządza się go na okres nie krótszy niż 5 lat. Pierwsza edycja NPZ realizowana była w latach 2016-2020. Biorąc pod uwagę, że aktualnie obowiązujący NPZ obowiązuje do końca 2026 r., niezbędne jest ustanowienie nowego NPZ. Z uwagi na długofalową specyfikę zdrowia publicznego oraz konieczność konsekwentnych i niezakłócanych działań, proponuje się wprowadzenie NPZ na okres 10 lat, od 2027 r. do 2036 r.

Sytuacja zdrowotna w Rzeczypospolitej Polskiej i jej uwarunkowania w okresie realizacji NPZ ulegały systematycznej poprawie. Wśród najistotniejszych czynników wskazać należy poprawiające się warunki życia, wzrastające kompetencje zdrowotne w społeczeństwie, a także reformy systemu opieki zdrowotnej. Mimo tego, w Rzeczypospolitej Polskiej utrzymuje się istotnie niższa oczekiwana długość życia w porównaniu do średniej unijnej. 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.

Należy zauważyć, że skutki pandemii COVID-19 są długofalowe, zarówno w obszarze gospodarki, jak i w obszarze zdrowia publicznego. Oprócz sytuacji po pandemii dochodzą problemy demograficzne Rzeczypospolitej Polskiej. Zwiększająca się liczba osób w wieku poprodukcyjnym, stale malejąca liczba urodzeń oraz związane z tym procesem wielochorobowość, niepełnosprawność czy nierówności zdrowotne, a także zachorowalność i umieralność z powodu chorób cywilizacyjnych, którym można skutecznie zapobiegać - to bieżące wyzwania polskiego systemu ochrony zdrowia, a szczególnie dla działań podejmowanych w obszarze zdrowia publicznego.

Przedwczesna umieralność oraz zgony możliwe do uniknięcia stanowią jeden z najważniejszych problemów zdrowia publicznego w Rzeczypospolitej Polskiej. Z danych OECD opublikowanych w raporcie Health at a Glance 2025 (dane za 2023 r.)[1] wynika, że wskaźnik zgonów możliwych do uniknięcia (avoidable mortality) dla populacji poniżej 75. roku życia w Rzeczypospolitej Polskiej wynosił około 316 zgonów na 100 000 mieszkańców. Stanowi to wzrost zarówno do roku 2020 jak i 2021 (odpowiednio 310 oraz 290/100 000) i nadal znacznie przewyższa średnią unijną (szacowaną na ~238/100 000).

Rozwój chorób niezakaźnych, w tym chorób układu sercowo-naczyniowego, nowotworów, cukrzycy czy przewlekłych chorób układu oddechowego w dużej mierze warunkowany jest przez behawioralne czynniki ryzyka, takie jak: palenie tytoniu, nadmierne spożycie alkoholu, niewłaściwy sposób odżywiania oraz niewystarczająca ilość aktywności fizycznej.

Zgodnie z wynikami badania szacującego globalne obciążenie chorobowe, znanego pod nazwą Global Burden of Disease Study (GBD 2022), opublikowanymi w 2023 r., behawioralne czynniki ryzyka były odpowiedzialne w Rzeczypospolitej Polskiej za około 28–29 % wszystkich zgonów. Analizując dane według płci, udział zgonów przypisanych tym czynnikom wynosił: ~33–34 % dla mężczyzn oraz ~23–24 % dla kobiet. W odniesieniu do wskaźnika lat życia skorygowanego niesprawnością (Disability-Adjusted Life Years –DALY), który określa, ile lat zdrowego życia straciło dane społeczeństwo, behawioralne czynniki ryzyka odpowiadały w Rzeczypospolitej Polskiej w 2022 r. za około 26,5 % całkowitego obciążenia

[1] https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-2025_8f9e3f98-en.html

DALY. Zachorowalność na przewlekłe choroby niezakaźne jest jedną z głównych przyczyn dezaktywacji zawodowej osób w wieku produkcyjnym, a także przyczynia się do niższej produktywności osób zatrudnionych.

Utrzymujący się wysoki poziom powyższych wskaźników potwierdza konieczność budowania skutecznej polityki zdrowia publicznego koncentrującej się na realizacji długofalowych i opartych na dowodach naukowych działań profilaktycznych.

Należy zauważyć, że koszty leczenia następstw chorób cywilizacyjnych kilkudziesięciokrotnie przekraczają wydatki przeznaczane na profilaktykę tych chorób. Literatura w zakresie profilaktyki pierwotnej (I fazy) wskazuje, że działania profilaktyczne przynoszą znaczne korzyści finansowe przez ograniczenie przyszłych kosztów leczenia (medycyny naprawczej) i kosztów pozamedycznych (np. opieka społeczna, zasiłki, utracona produktywność, wydatki prywatne). Chociaż wysokość i czas zwrotu z inwestycji jest różny dla poszczególnych interwencji, przegląd systematyczny[2] wskazuje, że mediana zwrotu z inwestycji (ang. *return on investment,* ROI) dla interwencji zdrowia publicznego wynosiła aż 14,3[3], a w przypadku programów ogólnokrajowych mediana ROI wyniosła 27,2. Inna, podobna analiza[4] wskazała korzyści społeczne powyżej £9 za każdy zainwestowany £1, na co składały się głównie zyskane QALY[5] i produktywność jednostki. Przykładowo, badania oceniające wpływ profilaktyki pierwotnej i wczesnych interwencji w zdrowiu psychicznym oszacowują średni zwrot rzędu $4-18 na każdego zainwestowanego $1[6][7].

Powyższe wskazuje, że profilaktyka pierwotna stanowi jeden z najlepszych sposobów na ograniczenie w przyszłości koniecznych do poniesienia nakładów na medycynę naprawczą i znaczące odciążenie systemu opieki zdrowotnej. Jest to również skuteczny i wymierny sposób na ograniczenie obciążeń rynku pracy, przez redukcję absencji chorobowych, dłuższe pozostawanie w zdrowiu umożliwiającym świadczenie pracy, a zatem sposób na ograniczenie obciążeń dla gospodarki, którą ze względu m.in. na postępujące zmiany demograficzne czekają liczne wyzwania.

2. Rekomendowane rozwiązanie, w tym planowane narzędzia interwencji, i oczekiwany efekt

Biorąc pod uwagę długofalową specyfikę zdrowia publicznego oraz konieczność konsekwentnych i niezakłócanych działań, proponuje się wprowadzenie NPZ na okres 10 lat, od 2027 r. do 2036 r. 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.

W celu monitorowania efektów realizacji Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2026, minister właściwy do spraw zdrowia zlecił przygotowanie „Raportu z monitoringu zadań z zakresu zdrowia publicznego" wraz z załącznikiem „Analiza możliwości osiągnięcia wskaźników NPZ". Najnowszy raport przedstawia porównanie danych za lata 2021-2024 (Załączniki 3 oraz 4 do OSR). W latach 2021-2024 Narodowy Program Zdrowia stanowił podstawowy instrument koordynacji działań z zakresu zdrowia publicznego realizowanych przez administrację rządową, państwowe jednostki organizacyjne oraz jednostki samorządu terytorialnego. Realizacja programu umożliwiła prowadzenie szeroko zakrojonych działań profilaktycznych, edukacyjnych, promujących zdrowy styl życia oraz ograniczających występowanie najważniejszych czynników ryzyka zdrowotnego.

Analiza wskaźników monitorujących cel strategiczny NPZ wskazuje na utrzymywanie się korzystnych trendów zdrowotnych w populacji. W szczególności obserwowano wzrost oczekiwanej długości życia w zdrowiu zarówno w momencie urodzenia, jak i w starszych grupach wieku. Prognozowana wartość wskaźnika oczekiwanej długości życia w zdrowiu w momencie urodzenia wyniosła w 2024 r. 63,1 roku ogółem, wobec 62,6 roku w 2021 r. Jednocześnie obserwowano poprawę wartości wskaźników dla osób w wieku 50 i 65 lat. Dane te wskazują na stopniowe przybliżanie się do realizacji celu strategicznego NPZ, jakim jest zwiększenie liczby lat przeżytych w zdrowiu oraz ograniczanie nierówności zdrowotnych. Należy jednak podkreślić, że zmiany tych wskaźników są rezultatem oddziaływania wielu czynników społecznych, ekonomicznych i zdrowotnych, wykraczających poza zakres samego programu.

---

[2] Masters, R., Anwar, E., Collins, B., Cookson, R., & Capewell, S. (2017). Return on investment of public health interventions: a systematic review. *Journal of Epidemiology & Community Health, 71(8),* 827834.

[3] oznacza to, że za każda złotówka zainwestowana w profilaktykę przynosi korzyści/oszczędności rzędu 14,30 zł.

[4] Hampson E., Maberly O. (2025). The Shift to Prevention: Realising the Socio-Economic Potential. Deloitte.

[5] QALY (ang. *quality-adjusted life year* - wskaźnik stanu zdrowia, wyrażający długość życia skorygowaną o jego jakość. Wylicza się go jako iloczyn uzyskanych w wyniku interwencji lat życia oraz subiektywnej satysfakcji z jego jakości (w zakresie od 0-śmierć do 1-pełne zdrowie).

[6] Halstead, S., Cao, C., Mohr, G. H., Ebdrup, B. H., Pillinger, T., McCutcheon, R. A & Warren, N.
(2024). Prevalence of multimorbidity in people with and without severe mental illness: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry,* 11(6), 431-442.

[7] Scott, K. M., Lim, C., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Bruffaerts, R., Caldas-de-Almeida, J. M & Kessler, R. C. (2016). Association of mental disorders with subsequent chronic physical conditions: world mental health surveys from 17 countries. JAMA psychiatry, 73(2), 150-158.

Porównanie danych z lat 2021-2024 wskazuje na utrzymującą się wysoką skalę realizacji zadań zdrowia publicznego oraz stabilność głównych kierunków interwencji. W całym analizowanym okresie największa liczba działań realizowanych przez podmioty centralne była związana z celem operacyjnym 4 „Zdrowie środowiskowe i choroby zakaźne", natomiast jednostki samorządu terytorialnego koncentrowały się przede wszystkim na działaniach w ramach celu operacyjnego 2 „Profilaktyka uzależnień". Dominowały działania edukacyjne, informacyjne i profilaktyczne realizowane w środowiskach lokalnych, placówkach oświatowych, społecznościach lokalnych oraz za pośrednictwem mediów tradycyjnych i cyfrowych. Analizy porównawcze wykazały również stopniową poprawę jakości sprawozdawczości oraz większą zgodność raportowanych działań z celami operacyjnymi NPZ.

Skala realizacji zadań zdrowia publicznego w 2024 r. potwierdza powszechność wdrażania założeń NPZ. Podmioty centralne zrealizowały 15 214 interwencji obejmujących 40 732 działania, natomiast jednostki samorządu terytorialnego 13 943 interwencje obejmujące 20 850 działań. Działania te realizowane były na terenie całego kraju, przede wszystkim na poziomie lokalnym i ponadlokalnym, co świadczy o szerokim zakorzenieniu działań zdrowia publicznego w społecznościach lokalnych. Łączne koszty realizacji działań przekroczyły 5,6 mld zł, z czego ok. 2,4 mld zł dotyczyło podmiotów centralnych, a ponad 3,2 mld zł jednostek samorządu terytorialnego.

Zgromadzone dane potwierdzają, że w latach 2021-2024 cele operacyjne NPZ były realizowane na szeroką skalę zarówno na poziomie centralnym, jak i lokalnym. Jednocześnie doświadczenia z wdrażania programu wskazują na potrzebę dalszego doskonalenia systemu monitorowania i oceny efektów zdrowotnych, standaryzacji sprawozdawczości oraz wzmacniania kompetencji podmiotów realizujących zadania zdrowia publicznego. Pozwoli to na jeszcze skuteczniejsze monitorowanie wpływu interwencji na stan zdrowia populacji w kolejnych latach.

Zaplanowanie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2027-2036 jest zasadne ze względu na długofalowy charakter efektów większości interwencji z zakresu zdrowia publicznego, w szczególności działań edukacyjnych oraz ukierunkowanych na zmianę postaw i zachowań zdrowotnych. Dziesięcioletnia perspektywa pozwoli na rzetelną ocenę skuteczności podejmowanych działań, ponieważ ich rezultaty ujawniają się zazwyczaj w dłuższym okresie. Ponadto umożliwi wykorzystanie danych gromadzonych już w trakcie realizacji programu, co zapewni bardziej wiarygodną ocenę osiągniętych efektów i lepsze planowanie kolejnych interwencji.

Celem strategicznym Narodowego Programu Zdrowia na lata 2027–2036, jest zwiększenie liczby lat przeżytych w zdrowiu oraz zmniejszenie społecznych nierówności w zdrowiu. Realizacji celu strategicznego służą cele operacyjne. W każdym celu operacyjnym wyszczególniono cele szczegółowe, które będą realizowane przez działania regulacyjne, interwencje zdrowia publicznego oraz działania wspierające.

Cele operacyjne i szczegółowe obejmują:

1. **Zdrowe wybory –** wzmacnianie i tworzenie warunków sprzyjających podejmowaniu prozdrowotnych wyborów przez jednostki i społeczności
   - 1.1. Zmniejszenie obciążeń zdrowotnych wynikających z używania tytoniu i wyrobów nikotynowych
   - 1.2. Zmniejszenie obciążeń zdrowotnych wynikających z konsumpcji alkoholu
   - 1.3. Zmniejszenie obciążeń zdrowotnych wynikających ze stosowania środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych i nowych substancji psychoaktywnych (NSP)
   - 1.4. Zmniejszenie obciążeń zdrowotnych wynikających z zachowań uzależniających (hazard, uzależnienie od nowych technologii i inne)
   - 1.5. Zmniejszenie rozpowszechnienia zjawiska uzależnień przez działania uniwersalne, selektywne i wskazujące,
   - 1.6. Zmniejszenie obciążeń zdrowotnych wynikających z nieprawidłowego stanu odżywienia i sposobu żywienia
   - 1.7. Zwiększenie poziomu aktywności fizycznej społeczeństwa oraz zmniejszenie obciążeń zdrowotnych wynikających z niedostatecznego poziomu aktywności ruchowej
   - 1.8. Przeciwdziałanie zakażeniom przenoszonym drogą płciową (STIs)
2. **Zdrowe środowiska –** kształtowanie warunków zamieszkania, nauki i pracy sprzyjających zdrowiu jednostek i społeczności
   - 2.1. Zmniejszenie wpływu czynników środowiskowych na zdrowie
   - 2.2. Zapobieganie wzrostowi obciążeń zdrowotnych wynikających z ekspozycji na ekstremalne temperatury i skutki zmiany klimatu

2.3. Zmniejszenie rozpowszechnienia chorób zawodowych i związanych z pracą

2.4. Przeciwdziałanie lekooporności drobnoustrojów w środowisku, podmiotach leczniczych lub podmiotach wykonujących działalność leczniczą oraz sektorze rolno-spożywczym

3. **Zdrowie psychiczne –** tworzenie warunków sprzyjających utrzymaniu i poprawie zdrowia psychicznego na każdym etapie życia

3.1. Poprawa stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa przez działania promocyjne i profilaktyczne

3.2. Zmniejszenie liczby samobójstw i prób samobójczych

3.3. Ograniczenie zjawiska nadmiernego lub nieprawidłowe korzystania z technologii cyfrowych

3.4. Poprawa stanu zdrowia psychicznego seniorów oraz wsparcie dla ich opiekunów

4. **Zadania wspierające –** wzmocnienie systemowych podstaw realizacji polityki zdrowia publicznego

4.1. Podniesienie poziomu świadomości i kompetencji zdrowotnych społeczeństwa

4.2. Wzmocnienie systemowych podstaw zapobiegania i zwalczania chorób zakaźnych

4.3. Dostosowanie działań zdrowia publicznego do zmian demograficznych

4.4. Zapewnienie podstaw naukowych dla działań zdrowia publicznego

Bazując na doświadczeniach w realizacji NPZ w poprzednich latach wprowadzono niezbędne zmiany redakcyjne, w katalogu zadań uwzględniono zmiany instytucjonalne oraz uzupełniono bądź zmieniono wskazanych w zadaniach realizatorów. Tam, gdzie było to niezbędne, uproszczona i usystematyzowana została treść niektórych zadań, tak by zmniejszyć ryzyko wystąpienia problemów interpretacyjnych. Zaproponowane zostały nowe zadania odpowiadające zdiagnozowanym potrzebom i rosnącym wyzwaniom dla zdrowia publicznego takim jak m.in. konieczność podjęcia działań w związku ze zmianami klimatycznymi, czy wyzwaniami związanymi z rozprzestrzenianiem się chorób zakaźnych. Treść zadań została dostosowana do celu planowanego do osiągnięcia w wyniku jego realizacji. Nowy, szerszy katalog zaprojektowany został w celu dalszego wzmocnienia polityki zdrowia publicznego. Wyszczególnienie obszarów służy precyzyjniejszemu ukierunkowaniu działań.

We wszystkich planowanych działaniach, podobnie jak w poprzednich edycjach NPZ, istotną rolę odgrywa integracja celów zdrowotnych z politykami innych resortów i wzmacnianie współodpowiedzialności całej administracji publicznej za zdrowie społeczeństwa. Jest to spójne z koncepcją **„Zdrowie we wszystkich politykach”** (Health in All Policies), która opiera się na założeniu, że za stan zdrowia społeczeństwa odpowiadają nie tylko placówki medyczne, ale przede wszystkim tzw. społeczne uwarunkowania zdrowia (między innymi środowisko, edukacja, transport czy warunki pracy). Doświadczenia międzynarodowe jednoznacznie pokazują, że skuteczna polityka zdrowia publicznego wymaga instytucjonalnego wyjścia poza wąsko rozumiany resort zdrowia.

Istotne jest zaangażowanie Rady do spraw Zdrowia Publicznego, do której zgodnie z art. 6 ust. 2 pkt 1 ustawy należy opiniowanie projektu NPZ i ewaluacja wdrażania tego programu. Jest to ważnym elementem monitoringu przy realizacji interwencji.

W toku prac nad projektem przeprowadzono analizy symulacyjne, szacujące wpływ potencjalnych działań prewencyjnych na koszty, które ponosi na leczenie Narodowy Fundusz Zdrowia, na liczbę absencji chorobowych oraz na liczbę przedwczesnych zgonów. Analizowano choroby, których można byłoby uniknąć dzięki profilaktyce[8]. Przyjęto, że wprowadzenie działań z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki pierwotnej może doprowadzić do nierozwinięcia się tego rodzaju chorób u od 5% do 20% pacjentów, w zależności od intensywności prowadzonych działań. Symulacja zakłada systematyczne, stopniowe ograniczanie liczby pacjentów z problemami zdrowotnymi, których można uniknąć, przy docelowym poziomie skuteczności interwencji (5%-20%) osiąganym po 10 latach[9]. Oszacowano, że leczenie analizowanych pacjentów kosztowałoby, tylko w leczeniu szpitalnym, mniej o od 1,84 do 7,37 mld złotych. Faktyczny pozytywny efekt finansowy byłby znacząco większy, ponieważ leczenie tych pacjentów odbywa się również na innych zakresach świadczeń oraz generuje konieczność refundacji leków. Dodatkowo, wprowadzenie interwencji profilaktyki pierwotnej może mieć pozytywny wpływ na rynek pracy przez zmniejszenie liczby absencji chorobowych – ograniczenie ich o łącznie od 4,6 mln do 18,6 mln dni absencji rocznie począwszy od 10. roku po wejściu w życie projektowanego rozporządzenia. Inwestycja w profilaktykę to także dłuższe życie Polaków w zdrowiu i mniejsza liczba przedwczesnych zgonów w perspektywie

[8] Avoidable mortality: OECD/Eurostat lists of preventable and treatable causes of death (January 2022 version)

[9] Jako bazowy rok dla symulacji przyjęto rok 2024.

długoterminowej. Profilaktyka mogłaby przyczynić się do uniknięcia w okresie 10-letnim od 22 tys. do nawet 80 tys. przedwczesnych zgonów.

Ponadto wyniki przeprowadzonej w resorcie zdrowia rozbudowanej analizy potencjalnego wpływu redukcji powszechności wybranych czynników ryzyka chorób niezakaźnych wskazały, że 10% redukcja występowania nawet jednego czynnika ryzyka mogłaby się przełożyć na znaczące i mierzalne oszczędności dla Narodowego Funduszu Zdrowia, ograniczenie absencji chorobowych oraz zgonów możliwych do uniknięcia. Przykładowo, wyniki analizy wskazały, że redukcja nadwagi i otyłości o 10% przyniosłaby rocznie 429,4 mln zł oszczędności, 662 tys. mniej dni absencji oraz 3 773 mniej przedwczesnych zgonów, a ograniczenie palenia o 10% mogłoby skutkować 211,3 mln zł oszczędności, 177 tys. uniknięty osobodni absencji i 11 283 mniej zgonów. Analiza opierała się na metodzie Potential Impact Fraction (PIF - Ułamek Potencjalnego Wpływu) – narzędziu, które pozwala wyliczyć, ile przypadków choroby można uniknąć, gdy zmniejszy się ekspozycję na dany czynnik.

3. Jak problem został rozwiązany w innych krajach, w szczególności krajach członkowskich OECD/UE?

Wiele krajów rozwiniętych prowadzi skoordynowane działania na rzecz zdrowia publicznego. Rozwiązania stosowane w krajach Unii Europejskiej 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 Unii Europejskiej należą do Światowej Organizacji Zdrowia (World Health Organization – WHO), której dokumenty strategiczne są przyjmowane na posiedzeniach Komitetu Regionalnego WHO oraz Światowego Zgromadzenia Zdrowia (World Health Assembly – WHA). W tych dokumentach określa się katalog zadań niezbędnych do osiągnięcia poprawy zdrowia, przede wszystkim przez walkę z przewlekłymi chorobami niezakaźnymi.

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 NPZ pozostaje zgodny, należy wskazać przede wszystkim dokumenty WHO pt. „Zdrowie 2020: Europejskie ramy polityczne i strategia na XXI wiek" i „Zdrowie 2020: Europejska polityka wspierająca działania rządów i społeczeństw na rzecz zdrowia i dobrostanu człowieka" oraz strategię Unii Europejskiej pt. „Europa 2020, strategia na rzecz inteligentnego i zrównoważonego rozwoju sprzyjającego włączeniu społecznemu". Należy jednak podkreślić, że dokumenty te i wskazane w nich priorytety pozostają aktualne po 2020 r. i tworzone są plany i strategie obejmujące planowany okres obowiązywania NPZ na lata 2026–2030, przykładem jest dokument WHO dotyczący globalnej strategii wobec zasobów ludzkich w ochronie zdrowia pt. „Global strategy on human resources for health: WorkForce 2030"[10], a także raport ESPAS pt. „Światowe tendencje do 2030"[11].

Ponadto, we wrześniu 2015 r. przyjęta została Agenda na rzecz Zrównoważonego Rozwoju 2030, 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). Cele te skupiają się na zapewnieniu godnego życia dla wszystkich mieszkańców świata, pokoju i postępu gospodarczego, przy równoczesnej ochronie środowiska naturalnego i przeciwdziałaniu zmianie klimatu. Agenda 2030 koncentruje się na pięciu aspektach o kluczowym znaczeniu dla ludzkości i naszej planety (tzw. 5xP):

1) Ludzie (People) – eliminacja ubóstwa i głodu, pełne wykorzystanie indywidualnego potencjału w poczuciu godności i równości szans oraz życie w zdrowym środowisku, to główne wyzwania i warunki zrównoważonego rozwoju;
2) Planeta (Planet) – racjonalne wykorzystanie zasobów naturalnych, zrównoważona konsumpcja i produkcja, wzrost gospodarczy sprzyjający włączeniu społecznemu oraz działania w dziedzinie klimatu pozwolą uchronić planetę przed degradacją oraz zapewnią sprawiedliwość wewnątrz- i międzypokoleniową;
3) Dobrobyt (Prosperity) – uniwersalny dostęp do dobrej edukacji, opieki zdrowotnej oraz infrastruktury w powiązaniu z przyjaznym środowisku postępem gospodarczym i technologicznym pozwoli na korzystanie z dobrodziejstw dostatniego i satysfakcjonującego życia;
4) Pokój (Peace) – Osiągnięcie jej celów możliwe jest jedynie w społeczeństwach wolnych od przemocy i lęku, opartych na tolerancji i włączeniu;

[10] https://www.who.int/publications/i/item/9789241511131

[11] https://espas.eu/files/generated/document/en/espas-report-2015pl.pdf

5) Partnerstwo (Partnership) – globalna współpraca wszystkich krajów, współdziałanie rządu, przedsiębiorców oraz społeczeństwa obywatelskiego, w duchu solidarności z najsłabszymi.

Problematyka zdrowia publicznego jest związana z kilkoma celami tej agendy.

4. Podmioty, na które oddziałuje projekt

Grupa	Wielkość	Źródło danych	Oddziaływanie
Ludność Rzeczypospolitej Polskiej	37 281 000	Sytuacja społeczno-gospodarcza kraju - Sytuacja demograficzna Polski 24.04.2026 r.	Poprawa stanu zdrowia, jakości życia związanej ze zdrowiem oraz wydłużenie przeciętnego trwania życia, obniżenie przedwczesnej umieralności, zwiększenie produktywności, obniżenie absencji chorobowej.
Wojewodowie i jednostki samorządu terytorialnego oraz pozostałe podmioty wskazane w NPZ (jak organizacje pozarządowe, pracodawcy, uczelnie medyczne, instytuty badawcze)	16 wojewodów, 16 województw, 380 powiatów i 2 479 gmin oraz pozostałe podmioty określone w NPZ	https://stat.gov.pl/statystyka-regionalna/jednostki-terytorialne/podzial-administracyjny-polski/	Zadania określone w NPZ w mieszczą się w zakresie zadań obecnie realizowanych przez te jednostki, których sposób wykonania ulegnie modyfikacji związanej z większym niż dotychczas zwracaniem uwagi na zdrowotne konsekwencje interwencji i regulacji. Finansowanie tych zadań pozostaje zgodne z art. 13 ustawy, który mówi o tym, że zadania te mogą być finansowane ze środków pozostających w dyspozycji realizatorów, tj. ze środków własnych podmiotów odpowiedzialnych za realizację zadań oraz realizatorów zadań.
Fundusz Rozwiązywania Problemów Hazardowych, Fundusz Rozwoju Kultury Fizycznej i Fundusz Zajęć Sportowych dla Uczniów	3 państwowe fundusze celowe będące w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia oraz ministra właściwego do spraw kultury fizycznej	art. 13 ustawy	Zadania z zakresu zdrowia publicznego finansowane są m.in. ze środków pozostających w dyspozycji wskazanych państwowych funduszy celowych.

5. Informacje na temat zakresu, czasu trwania i podsumowanie wyników konsultacji

Projekt nie był przedmiotem pre-konsultacji.

Projekt rozporządzenia w ramach opiniowania i konsultacji publicznych zostanie przesłany do zaopiniowania ze skróconym 14-dniowym terminem na zgłaszanie uwag. Projekt zostanie przesłany do następujących podmiotów:

1. Agencja Badań Medycznych
2. Business Centre Club
3. Centralny Instytut Ochrony Pracy – Państwowy Instytut Badawczy
4. Centralny Zarząd Służby Więziennej
5. Centrum e-Zdrowia
6. Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego
7. Federacja Konsumentów
8. Federacja Pacjentów Polskich
9. Federacja Przedsiębiorców Polskich
10. Federacja Związków Gmin i Powiatów RP
11. Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”
12. Federacja Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia i Pomocy Społecznej
13. Forum Związków Zawodowych
14. Fundacja Instytut Rozwoju Spraw Społecznych

15. Fundacja One Health Scientific Action
16. Fundacja Polska Liga Walki z Rakiem
17. Fundacja Zdrowie i Edukacja AD MERITUM
18. Główny Inspektorat Farmaceutyczny
19. Główny Inspektorat Sanitarny
20. Główny Urząd Statystyczny
21. Instytut Badań Edukacyjnych
22. Instytut Matki i Dziecka
23. Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera w Łodzi
24. Instytut Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki w Lublinie
25. Instytut „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”
26. Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej
27. Instytut Psychiatrii i Neurologii
28. Izba Gospodarcza „Farmacja Polska”
29. Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce
30. Komenda Główna Państwowej Straży Pożarnej
31. Komenda Główna Policji
32. Komenda Główna Straży Granicznej
33. Komisja Wspólna Rządu i Samorządu Terytorialnego
34. Konfederacja Lewiatan
35. Konsultant Krajowy w dziedzinie chorób płuc
36. Konsultant Krajowy w dziedzinie chorób wewnętrznych
37. Konsultant Krajowy w dziedzinie chorób zakaźnych
38. Konsultant Krajowy w dziedzinie diabetologii
39. Konsultant Krajowy w dziedzinie endokrynologii i diabetologii dziecięcej
40. Konsultant Krajowy w dziedzinie epidemiologii
41. Konsultant Krajowy w dziedzinie farmakologii klinicznej
42. Konsultant Krajowy w dziedzinie fizjoterapii
43. Konsultant Krajowy w dziedzinie geriatrii
44. Konsultant Krajowy w dziedzinie hipertensjologii
45. Konsultant Krajowy w dziedzinie kardiologii
46. Konsultant Krajowy w dziedzinie medycyny pracy
47. Konsultant Krajowy w dziedzinie medycyny rodzinnej
48. Konsultant Krajowy w dziedzinie medycyny sportowej
49. Konsultant Krajowy w dziedzinie neurologii
50. Konsultant Krajowy w dziedzinie onkologii klinicznej
51. Konsultant Krajowy w dziedzinie pediatrii
52. Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego
53. Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa opieki długoterminowej
54. Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego
55. Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego
56. Konsultant Krajowy w dziedzinie psychiatrii
57. Konsultant Krajowy w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży
58. Konsultant Krajowy w dziedzinie psychologii klinicznej
59. Konsultant Krajowy w dziedzinie psychoterapii uzależnień
60. Konsultant Krajowy w dziedzinie zdrowia publicznego
61. Krajowa Izba Gospodarcza
62. Krajowa Izba Gospodarcza Przemysłu Spożywczego i Opakowań

63. Krajowa Rada Diagnostów Laboratoryjnych
64. Krajowa Rada Fizjoterapeutów
65. Krajowa Rada Radiofonii i Telewizji
66. Krajowa Rada Ratowników Medycznych
67. Krajowe Centrum do spraw AIDS
68. Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom
69. Krajowy Sekretariat Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność-80”
70. Lotnicze Pogotowie Ratunkowe
71. Naczelna Rada Aptekarska
72. Naczelna Rada Lekarska
73. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych
74. Narodowe Centrum Nauki
75. Narodowy Fundusz Zdrowia
76. Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher
77. Narodowy Instytut Kardiologii Stefana kardynała Wyszyńskiego – Państwowy Instytut Badawczy
78. Narodowy Instytut Leków
79. Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy
80. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy
81. Niezależny Samorządny Związek Zawodowy „Solidarność”
82. Niezależny Samorządny Związek Zawodowy „Solidarność-80”
83. Ogólnopolska Konfederacja Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia
84. Ogólnopolski Związek Pracodawców Szpitali Powiatowych
85. Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy
86. Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych
87. Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych
88. Ośrodek Rozwoju Edukacji
89. Polska Akademia Nauk
90. Polska Federacja Producentów Żywności Związek Pracodawców
91. Polska Organizacja Handlu i Dystrybucji
92. Polskie Stowarzyszenie Dietetyków
93. Polskie Towarzystwo Badań nad Otyłością
94. Polskie Towarzystwo Chorób Płuc
95. Polskie Towarzystwo Diabetologiczne
96. Polskie Towarzystwo Dietetyki
97. Polskie Towarzystwo Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych
98. Polskie Towarzystwo Ginekologów i Położników
99. Polskie Towarzystwo Gospodarcze
100. Polskie Towarzystwo Kardiologiczne
101. Polskie Towarzystwo Leczenia Otyłości
102. Polskie Towarzystwo Medycyny Pracy
103. Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego
104. Polskie Towarzystwo Medycyny Sportowej
105. Polskie Towarzystwo Medycyny Stylu Życia
106. Polskie Towarzystwo Medycyny Środowiskowej
107. Polskie Towarzystwo Nauk Żywieniowych
108. Polskie Towarzystwo Naukowe AIDS
109. Polskie Towarzystwo Onkologiczne
110. Polskie Towarzystwo Pediatryczne

111. Polskie Towarzystwo Prawa Medycznego
112. Polskie Towarzystwo Programów Zdrowotnych
113. Polskie Towarzystwo Suicydologiczne
114. Polskie Towarzystwo Zakażeń Szpitalnych
115. Polskie Towarzystwo Zdrowia Publicznego
116. Polski Związek Zawodowy Dietetyków
117. Porozumienie Pracodawców Ochrony Zdrowia
118. Pracodawcy Medycyny Prywatnej
119. Pracodawcy Rzeczypospolitej Polskiej
120. Rada Dialogu Społecznego
121. Rada Działalności Pożytku Publicznego
122. Rada Ochrony Pracy
123. Rada Organizacji Pacjentów przy ministrze właściwym do spraw zdrowia
124. Rządowa Rada Ludnościowa
125. Rządowe Centrum Bezpieczeństwa
126. Rzecznik Praw Obywatelskich
127. Rzecznik Praw Pacjenta
128. Sekretariat Ochrony Zdrowia Komisji Krajowej NSZZ „Solidarność”
129. Stowarzyszenie Krajowa Unia Producentów Soków
130. Stowarzyszenie Menedżerów Opieki Zdrowotnej
131. Stowarzyszenie Zdrowych Miast Polskich
132. Unia Metropolii Polskich im. Pawła Adamowicza
133. Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumentów
134. Wojewoda dolnośląski
135. Wojewoda świętokrzyski
136. Wojewoda podlaski
137. Wojewoda lubuski
138. Wojewoda mazowiecki
139. Wojewoda opolski
140. Wojewoda małopolski
141. Wojewoda lubelski
142. Wojewoda warmińsko-mazurski
143. Wojewoda podkarpacki
144. Wojewoda zachodniopomorski
145. Wojewoda łódzki
146. Wojewoda wielkopolski
147. Wojewoda kujawsko-pomorski
148. Wojewoda śląski
149. Wojewoda pomorski
150. Marszałek województwa dolnośląskiego
151. Marszałek województwa świętokrzyskiego
152. Marszałek województwa podlaskiego
153. Marszałek województwa lubuskiego
154. Marszałek województwa mazowieckiego
155. Marszałek województwa opolskiego
156. Marszałek województwa małopolskiego
157. Marszałek województwa lubelskiego
158. Marszałek województwa warmińsko-mazurskiego

159. Marszałek województwa podkarpackiego
160. Marszałek województwa zachodniopomorskiego
161. Marszałek województwa łódzkiego
162. Marszałek województwa wielkopolskiego
163. Marszałek województwa kujawsko-pomorskiego
164. Marszałek województwa śląskiego
165. Marszałek województwa pomorskiego
166. Wojskowy Instytut Higieny i Epidemiologii
167. Wojskowy Instytut Medycyny Lotniczej
168. Związek Gmin Wiejskich RP
169. Związek Miast Polskich
170. Związek Powiatów Polskich
171. Związek Pracodawców Innowacyjnych Firm Farmaceutycznych „INFARMA"
172. Związek Pracodawców Ratownictwa Medycznego Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej
173. Związek Przedsiębiorców i Pracodawców
174. Związek Rzemiosła Polskiego
175. Związek Województw RP
176. Żandarmeria Wojskowa

Projekt rozporządzenia zostanie udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej Ministerstwa Zdrowia zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. z 2026 r. poz. 936) oraz w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej Rządowego Centrum Legislacji, w serwisie Rządowy Proces Legislacyjny, zgodnie z § 52 uchwały Nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. – Regulamin pracy Rady Ministrów (M. P. z 2026 r. poz. 404).

Wyniki konsultacji publicznych oraz opiniowania zostaną, po ich zakończeniu, przedstawione w raporcie z konsultacji i opiniowania, stanowiącym załącznik do OSR.

6. Wpływ na sektor finansów publicznych

(ceny stałe z 2025 r.)	Skutki w okresie 10 lat od wejścia w życie zmian [mln zł]											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	*Łącznie (0-10)*
Dochody ogółem												
budżet państwa												
JST												
Wydatki ogółem	153	180	183,0	185,9	189,2	192,5	196,0	199,6	203,2	206,9	-	**1 889,3**
budżet państwa	99	126	129,0	131,9	135,2	138,5	142,0	145,6	149,2	152,9	-	**1 349,3**
JST												
pozostałe jednostki (fundusze celowe)	54	54	54	54	54	54	54	54	54	54	-	**540,00**
Saldo ogółem	-153	-180	-183,0	-185,9	-189,2	-192,5	-196,0	-199,6	-203,2	-206,9	-	**-1 889,3**
budżet państwa	-99	-126	-129,0	-131,9	-135,2	-138,5	-142,0	-145,6	-149,2	-152,9	-	**-1 349,3**
JST												
pozostałe jednostki (fundusze celowe)	-54	-54	-54	-54	-54	-54	-54	-54	-54	-54	-	**-540,00**

Źródła finansowania	Projekt zakłada realizację NPZ w latach 2027–2036 oraz rozszerzenie zakresu działań ukierunkowanych na kluczowe wyzwania zdrowia publicznego. Środki na realizację zadań określonych w programie w 2027 r. zostaną zabezpieczone w wysokości 99,0 mln zł w rezerwie celowej w części 83, w części dotyczącej realizacji zadań z zakresu Ochrona zdrowia, poz. 67 - Środki na zadania w obszarze zdrowia. Środki te będą wydatkowane przez ministra właściwego do spraw zdrowia, ministra właściwego do spraw wewnętrznych, ministra właściwego do spraw oświaty i wychowania, ministra do spraw sprawiedliwości, ministra właściwego do spraw zabezpieczenia społecznego, z zastrzeżeniem możliwości przesunięcia środków na inne zadania określone w NPZ. Na realizację zadań w 2027 r. zostaną również zabezpieczone środki w planach budżetowych państwowych funduszy celowych pozostających w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia (Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych – 29 mln zł) oraz ministra właściwego do spraw kultury fizycznej (Fundusz Rozwoju Kultury Fizycznej oraz Fundusz Zajęć Sportowych dla Uczniów – 25 mln zł). Pozostałe resorty będą finansowały realizację zadań ze środków własnych bez możliwości ubiegania się o dodatkowe środki z budżetu państwa. W zakresie Ministra Obrony Narodowej skutki finansowe wynikające z wejścia w życie projektowanych regulacji zostaną sfinansowane w ramach limitów dla środków ustalonych dla części 29 – Obrona narodowa w ustawie budżetowej na rok 2027 i nie będą stanowiły podstawy do ubiegania się o zwiększenie tego limitu. Wysokość środków na realizację zadań NPZ w części dotyczącej Ministra Obrony Narodowej w poszczególnych latach będzie uzależniona od możliwości finansowych części 29 – Obrona narodowa w kontekście realizowanych priorytetowych zadań MON, w kwocie nieprzekraczającej 8,8 mln zł rocznie. W kolejnych latach zadania przewidziane projektowanym rozporządzeniem będą finansowane ze środków budżetu państwa oraz ze środków państwowych funduszy celowych pozostających w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia (Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych – 29 mln zł) oraz ministra właściwego do spraw kultury fizycznej (Fundusz Rozwoju Kultury Fizycznej oraz Fundusz Zajęć Sportowych dla Uczniów – 25 mln zł), a także innych środków pozostających w dyspozycji realizatorów, tj. ze środków własnych podmiotów odpowiedzialnych za realizację zadań oraz realizatorów zadań (zgodnie z art. 13 ustawy). Realizacja NPZ nie będzie stanowiła podstawy do ubiegania się o zwiększenie limitu wydatków budżetu państwa przez poszczególnych dysponentów środków budżetowych właściwych funduszy celowych. Zakłada się, że w latach 2027–2036 z budżetu państwa na realizację Narodowego Programu Zdrowia przeznaczane będzie od 99 mln zł w 2027 r. do 158,4 mln zł w 2036 r. Zwiększenie o 27 mln w 2028 r. kwoty przeznaczonej na realizację zadań wynika z rozpoczęcia realizacji zadań polegających na prowadzeniu centrów wsparcia dla osób w kryzysie psychicznym od roku 2028. Dodatkowo przewiduje się rosnące wydatki w miarę upływu czasu, polegających na stopniowym wzmacnianiu zaangażowania realizatorów i zwiększaniu zasięgu prowadzonych działań. Dodatkowo, w perspektywie 10-letniej, należy wziąć pod uwagę wzrost kosztów wynikających z rosnących cen. Zadania określone w ramach celów operacyjnych NPZ albo zadania wspierające – jeżeli w NPZ nie wskazano, że będą to zadania powierzane przez odpowiedniego ministra będącego dysponentem środków – są zadaniami, które uznaje się za zadania własne podmiotów uczestniczących w realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego (wymienionych w załączniku do rozporządzenia), finansowane ze środków pozostających w ich dyspozycji. Zadania własne nie wymagają pozyskiwania dodatkowych środków finansowych z budżetu państwa. Realizacja tych zadań sprawozdawana jest w zgodnie z art. 12 ustawy. W sprawozdaniu zawarte są m.in. informacje o całkowitym koszcie zadań. 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, 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, z późn. zm.), wymienionych w załączniku do rozporządzenia. Zadania powierzane do realizacji w trybie konkursowym lub wnioskowym, mogą być też finansowane ze środków, o których mowa w art. 13 ustawy. Minister właściwy do spraw zdrowia jako koordynujący realizację zadań z zakresu zdrowia publicznego określa w harmonogramie limity środków, które mogą być przeznaczone na realizację zadań powierzanych w trybie konkursowym lub wnioskowym. Narzędziem służącym planowaniu podziału środków na realizację powyższych zadań, w tym określeniu powyższych limitów, jest harmonogram realizacji NPZ w poszczególnych latach. Wzór harmonogramu załączony jest do OSR i zostanie na 2027 r. przygotowany w trakcie uzgodnień międzyresortowych. Harmonogram ten przygotowywany jest corocznie przez Ministra Zdrowia na podstawie ustaleń z realizatorami dotyczących zadań planowanych do powierzenia w trybie konkursowym lub wnioskowym. Projekt harmonogramu jest następnie konsultowany i omawiany przez Komitet Sterujący Narodowego Programu Zdrowia, o którym mowa w art. 10 ustawy, następnie przyjmowany jako podstawa do planowania finansowania poszczególnych zadań powierzanych w trybie konkursowym lub wnioskowym przez odpowiednich dysponentów. W związku ze znacznym zwiększeniem ilości zadań wymienionych w załączniku do Rozporządzenia, nie jest możliwe zaplanowanie alokacji poszczególnych kwot przed wydaniem Rozporządzenia. Skutki finansowe wynikające z proponowanych rozwiązań zostaną sfinansowane w ramach wysokości środków określonych zgodnie z art. 131c ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, bez podstawy do ubiegania się o dodatkowe środki z budżetu państwa.
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	W procesie projektowania nowego NPZ dokonano szacunku, jakie środki mogą być konieczne do realizacji zadań w proponowanym zakresie. Środki planowane do realizacji programu wyliczone zostały na podstawie: 1) dotychczasowego zaangażowania środków na realizację NPZ, 2) intensyfikację i podniesienie efektywności dotychczas realizowanych zadań w kolejnych latach, a także nowych, zaproponowanych, w związku ze zdiagnozowaniem nowych potrzeb zdrowotnych mieszkańców Polski, 3) w roku 2028 wzrost o 27 mln zł w związku z rozpoczęciem realizacji kolejnych zadań, 4) w roku 2029 oraz 2030 przyjęto zwiększenie skutków finansowych na podstawie prognozowanego deflatora PKB odpowiednio o 2,4% oraz 2,2% (zgodnie ze

zaktualizowanymi w maju 2026 r. Wytycznymi dotyczącymi stosowania jednolitych wskaźników makroekonomicznych),

5) w latach 2031-2036 przyjęto zwiększenie skutków finansowych na podstawie wskaźnika CPI (zgodnie ze zaktualizowanymi w maju 2026 r. Wytycznymi dotyczącymi stosowania jednolitych wskaźników makroekonomicznych, tj. na poziomie 102,5%).

W 2027 r. przewiduje się środki w wysokości:

- w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia – 60,625 mln zł, z tego planowane są transfery majątkowe w wysokości 250 tys. Zł,

- w dyspozycji ministra właściwego do spraw wewnętrznych – 11,8 mln zł,

- w dyspozycji ministra właściwego do spraw oświaty i wychowania – 7,125 mln zł,

- w dyspozycji ministra do spraw obrony narodowej – 8,8 mln zł,

- w dyspozycji ministra do spraw sprawiedliwości – 2,9 mln zł,

- w dyspozycji ministra właściwego do spraw zabezpieczenia społecznego – 7,75 mln zł.

W toku prac nad projektem przeprowadzono analizy symulacyjne szacujące wpływ planowanych działań prewencyjnych na koszty, które ponosi na leczenie Narodowy Fundusz Zdrowia, na liczbę absencji chorobowych oraz na liczbę przedwczesnych zgonów. Analizowano choroby, których można byłoby uniknąć dzięki profilaktyce[12]. Przyjęto, że wprowadzenie działań z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki pierwotnej może doprowadzić do nierozwinięcia się tego rodzaju chorób u od 5% do 20% pacjentów, w zależności od intensywności prowadzonych działań. Symulacja zakłada systematyczne, stopniowe ograniczanie liczby pacjentów z problemami zdrowotnymi, których można uniknąć, przy docelowym poziomie skuteczności interwencji (5%-20%) osiąganym po 10 latach[13]. Oszacowano, że leczenie analizowanych pacjentów kosztowałoby, tylko w leczeniu szpitalnym, mniej o od 1,84 do 7,37 mld złotych. Faktyczny pozytywny efekt finansowy byłby znacząco większy, ponieważ leczenie tych pacjentów odbywa się również na innych zakresach świadczeń oraz generuje konieczność refundacji leków. Dodatkowo, wprowadzenie interwencji profilaktyki pierwotnej może mieć pozytywny wpływ na rynek pracy przez zmniejszenie liczby absencji chorobowych – ograniczenie ich o łącznie od 4,6 mln do 18,6 mln dni absencji rocznie począwszy od 10. roku po wejściu w życie projektowanego rozporządzenia. Inwestycja w profilaktykę to także dłuższe życie Polaków w zdrowiu i mniejsza liczba przedwczesnych zgonów w perspektywie długoterminowej. Profilaktyka mogłaby przyczynić się do uniknięcia w okresie 10-letnim od 22 tys. do nawet 80 tys. przedwczesnych zgonów. Zmniejszona absencja chorobowa oraz dłuższe życie (aktywność zawodowa) będą skutkowały zwiększonym przypisem składek na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne. W ocenie skutków finansowych uwzględniono jednak jedynie minimalny poziom oczekiwanych oszczędności z tytułu leczenia.

7. Wpływ na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym funkcjonowanie przedsiębiorców oraz na rodzinę, obywateli i gospodarstwa domowe

	Skutki						
Czas w latach od wejścia w życie zmian	0	1	2	3	5	10	*Łącznie (0-10)*
duże przedsiębiorstwa							

[12] Avoidable mortality: OECD/Eurostat lists of preventable and treatable causes of death (January 2022 version)

[13] Jako bazowy rok dla symulacji przyjęto rok 2024.

W ujęciu pieniężnym (w mln zł, ceny stałe z …… r.)	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw							
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe							
	(dodaj/usuń)							

W ujęciu niepieniężnym	duże przedsiębiorstwa	Brak bezpośredniego wpływu na obowiązki pracodawców, ponieważ rozporządzenie nie dotyczy zasad prowadzenia działalności gospodarczej. Poprawa stanu zdrowia pracowników, zmniejszenie chorobowości oraz zwiększeniu produktywności osób aktywnych zawodowo. Oszacowano, że wprowadzone zmiany mogą spowodować zmniejszenie liczby absencji chorobowych o łącznie od 4,6 mln do 18,6 mln dni absencji rocznie począwszy od 10. roku po wejściu w życie projektowanego rozporządzenia.
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw	Brak bezpośredniego wpływu na obowiązki pracodawców, ponieważ rozporządzenie nie dotyczy zasad prowadzenia działalności gospodarcze. Poprawa stanu zdrowia pracowników, zmniejszenie chorobowości oraz zwiększeniu produktywności osób aktywnych zawodowo. Oszacowano, że wprowadzone zmiany mogą spowodować zmniejszenie liczby absencji chorobowych o łącznie od 4,6 mln do 18,6 mln dni absencji rocznie począwszy od 10. roku po wejściu w życie projektowanego rozporządzenia.
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe	Poprawa stanu zdrowia, zmiany zachowań zdrowotnych w kierunku bardziej prozdrowotnych. Wydłużenie przeciętnego trwania życia.
	Osoby niepełnosprawne, osoby starsze	Poprawa stanu zdrowia, zmiany zachowań zdrowotnych w kierunku bardziej prozdrowotnych. Wydłużenie przeciętnego trwania życia, zapobieganie wykluczeniu społecznemu i marginalizacji.
Niemierzalne	(dodaj/usuń)	Efektywna realizacja działań z zakresu zdrowia publicznego przyczynia się do poprawy dobrostanu społeczeństwa poprzez ograniczanie występowania chorób i czynników ryzyka zdrowotnego, promowanie zdrowego stylu życia oraz wzmacnianie postaw prozdrowotnych. Wpływa to pozytywnie na funkcjonowanie obywateli i gospodarstw domowych poprzez poprawę jakości życia, zwiększenie możliwości aktywności społecznej i zawodowej oraz dłuższe utrzymanie sprawności i samodzielności. Jednocześnie działania te sprzyjają rozwojowi przedsiębiorczości i konkurencyjności gospodarki dzięki wzmacnianiu kapitału zdrowotnego społeczeństwa, ograniczaniu skutków absencji chorobowych oraz wspieraniu aktywności zawodowej osób w wieku produkcyjnym. W dłuższej perspektywie przyczyniają się również do budowania bardziej odpornego społecznie i gospodarczo środowiska funkcjonowania przedsiębiorców oraz ich pracowników.
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	Nie dotyczy	

8. Zmiana obciążeń regulacyjnych (w tym obowiązków informacyjnych) wynikających z projektu

☒ nie dotyczy

Wprowadzane są obciążenia poza bezwzględnie wymaganymi przez UE (szczegóły w odwróconej tabeli zgodności).	☐ tak ☐ nie ☒ nie dotyczy

☐ zmniejszenie liczby dokumentów ☐ zmniejszenie liczby procedur ☐ skrócenie czasu na załatwienie sprawy ☒ inne: nie dotyczy	☐ zwiększenie liczby dokumentów ☐ zwiększenie liczby procedur ☐ wydłużenie czasu na załatwienie sprawy ☒ inne: nie dotyczy
Wprowadzane obciążenia są przystosowane do ich elektronizacji.	☐ tak ☐ nie ☒ nie dotyczy
Komentarz: Nie dotyczy	

9. Wpływ na rynek pracy

Przewiduje się, że projektowane rozporządzenie będzie wywierać pozytywny wpływ na rynek pracy dzięki działaniom wpływającym na poprawę stanu zdrowia, zachowaniom zdrowotnym osób zatrudnionych, zmniejszeniu chorobowości oraz zwiększeniu produktywności osób aktywnych zawodowo. Oszacowano, że wprowadzone zmiany mogą spowodować zmniejszenie liczby absencji chorobowych o łącznie od 4,6 mln do 18,6 mln dni absencji rocznie począwszy od 10. roku po wejściu w życie projektowanego rozporządzenia.
Zmniejszenie obciążeń zdrowotnych wpłynie również na wzrost produktywności (obniżenie skutków zjawiska prezenteizmu).

10. Wpływ na pozostałe obszary

☐ środowisko naturalne ☐ sytuacja i rozwój regionalny ☐ sądy powszechne, administracyjne lub wojskowe	☐ demografia ☐ mienie państwowe ☐ inne:	☐ informatyzacja ☒ zdrowie
Omówienie wpływu	Poprawa stanu zdrowia, jakości życia oraz wydłużenie trwania życia, obniżenie przedwczesnej umieralności spowodowanej behawioralnymi i środowiskowymi czynnikami ryzyka oraz poprawa stanu zdrowia psychicznego. Ograniczenie obciążeń dla gospodarki przez redukcję absencji chorobowych w pracy. Ograniczenie koniecznych do poniesienia nakładów na medycynę naprawczą i znaczące odciążenie systemu opieki zdrowotnej.	

11. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego

Planuje się, że projektowane rozporządzenie wejdzie w życie z dniem 1 stycznia 2027 r.

12. W jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja efektów projektu oraz jakie mierniki zostaną zastosowane?

Monitorowanie i ewaluacja realizacji NPZ będzie realizowana w ramach sprawozdawczości z zakresu zdrowia publicznego realizowanej zgodnie z art. 12 ustawy. Wskaźniki efektów realizacji NPZ (wskaźniki procesu i efektu) zostały ujęte w części XI projektowanego rozporządzenia. W trakcie całego czasu realizacji NPZ będzie prowadzony monitoring działań (realizacja wskaźników procesu), a okresowo przeprowadzana ewaluacja (osiągniecie wskaźników efektu).

13. Załączniki (istotne dokumenty źródłowe, badania, analizy itp.)

1. Raport specjalny: Potencjał poprawy stanu zdrowia ludności Polski przez wielosektorowe oddziaływanie na determinanty zdrowia, NIZP-PZH-PIB, Warszawa 2025,
2. Raport: Korzyści z wdrażania profilaktyki pierwotnej, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2026,
3. Raport z monitoringu zadań z zakresu zdrowia publicznego za 2024 rok,
4. Załącznik pn. „Analiza możliwości osiągnięcia wskaźników NPZ za 2024 rok” do raportu pt.: „Monitoring zadań z zakresu zdrowia publicznego za 2024 rok”,
5. Wzór harmonogramu realizacji zadań Narodowego Programu Zdrowia na lata 2027-2036