



**KANCELARIA  
SENATU**

BIURO LEGISLACYJNE

Warszawa, dnia 7 czerwca 2021 r.

**Opinia do ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej  
finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (druk nr 398)**

**I. Cel i przedmiot ustawy**

1. Uchwalona przez Sejm w dniu 20 maja 2021 r. ustawa o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, określana dalej jako „opiniowana ustawa”, zmierza do:

- 1) ustanowienia – zgodnie z deklaracją projektodawcy wyrażoną w uzasadnieniu jej projektu (str. 2) – „systemu planowania strategicznego w ochronie zdrowia (...), w którym działania są planowane z należyтым wyprzedzeniem, a także jest przewidziany horyzont czasowy oraz środki finansowe na ich realizację”;
- 2) modyfikacji unormowań dotyczących kontroli przeprowadzanej przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

2. W zakresie problematyki „planowania strategicznego” opiniowana ustawa przewiduje:

- 1) rezygnację z obowiązku ustanawiania dla danego województwa regionalnej mapy potrzeb zdrowotnych (sporządzanej przez wojewodę w porozumieniu z właściwą wojewódzką radą do spraw potrzeb zdrowotnych na podstawie projektu opracowanego przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, a następnie zatwierdzanej przez ministra właściwego do spraw zdrowia);

- 2) rezygnację z obowiązku ustanawiania ogólnopolskiej mapy potrzeb zdrowotnych (sporządzanej przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, a następnie zatwierdzanej przez ministra właściwego do spraw zdrowia);
- 3) rezygnację z obowiązku ustanawiania dla danego województwa priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej (ustalanych przez wojewodę w porozumieniu z właściwą wojewódzką radą do spraw potrzeb zdrowotnych na podstawie regionalnej mapy potrzeb zdrowotnych);
- 4) zniesienie dotychczasowych wojewódzkich rad do spraw potrzeb zdrowotnych;
- 5) ustanowienie obowiązku ministra właściwego do spraw zdrowia w zakresie opracowywania, ustalania oraz aktualizowania mapy potrzeb zdrowotnych w celu identyfikacji priorytetowych potrzeb zdrowotnych i wyzwań organizacji systemu opieki zdrowotnej oraz zapewnienia zrównoważonego i skoordynowanego wydatkowania środków publicznych, która ma obejmować z jednej strony analizy demograficzne i epidemiologiczne, analizy stanu i wykorzystania zasobów systemu opieki zdrowotnej, w tym personelu medycznego, udostępniane na dedykowanej stronie internetowej w formie zaawansowanego narzędzia analitycznego, z drugiej zaś – wyzwania systemu opieki zdrowotnej, a także rekomendowane kierunki działań na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i na terenie województw;
- 6) ustanowienie obowiązku ministra właściwego do spraw zdrowia w zakresie opracowywania, ustalania, monitorowania oraz aktualizowania krajowego planu transformacji uwzględniającego rekomendowane kierunki działań wskazane w mapie potrzeb zdrowotnych oraz wynikające „z innych dokumentów strategicznych w ochronie zdrowia”, który ma obejmować: potrzeby zdrowotne i wyzwania organizacji systemu opieki zdrowotnej wymagające podjęcia działań koordynowanych na poziomie ponadregionalnym, działania wymagające koordynowania na poziomie ponadregionalnym, planowany rok lub lata, w których działania te będą realizowane, podmioty odpowiedzialne za ich realizację, szacunkowe koszty tych działań, oczekiwane rezultaty wynikające z ich realizacji oraz wskaźniki realizacji poszczególnych działań;
- 7) ustanowienie obowiązku wojewody w zakresie ustalania dla obszaru województwa wojewódzkiego planu transformacji uwzględniającego krajowy plan transformacji i rekomendowane kierunki działań wskazane w mapie potrzeb zdrowotnych oraz wynikające „z innych dokumentów strategicznych w ochronie zdrowia”, który ma obejmować: potrzeby zdrowotne i wyzwania organizacji systemu opieki zdrowotnej wymagające podjęcia działań koordynowanych na poziomie województwa, działania

wymagające koordynowania na poziomie województwa, planowany rok lub lata, w których działania te będą realizowane, podmioty odpowiedzialne za ich realizację, szacunkowe koszty tych działań, oczekiwane rezultaty wynikające z ich realizacji oraz wskaźniki realizacji poszczególnych działań;

- 8) utworzenie – w celu opracowania projektu wojewódzkiego planu transformacji oraz jego monitorowania i aktualizacji – wojewódzkich rad do spraw potrzeb zdrowotnych, w których skład mają wchodzić: wojewoda albo osoba przez niego wyznaczona (jako jej przewodniczący), dwóch przedstawicieli wojewody, trzech przedstawicieli Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, jeden przedstawiciel Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, jeden przedstawiciel marszałka województwa, jeden przedstawiciel konwentu powiatów danego województwa, jeden przedstawiciel państwowego wojewódzkiego inspektora sanitarnego, jeden przedstawiciel Rzecznika Praw Pacjenta, jeden przedstawiciel dyrektora Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny oraz jeden przedstawiciel ministra właściwego do spraw zdrowia.

### **3. Opiniowana ustawa przewiduje nowelizację:**

- 1) ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1398, z późn. zm.), określanej dalej jako „ustawa o świadczeniach”;
- 2) ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2021 r. poz. 666);
- 3) ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 523);
- 4) ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz. U. z 2021 r. poz. 183 i 694);
- 5) ustawy z dnia 21 lutego 2019 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 399, z późn. zm.).

## **II. Przebieg prac legislacyjnych**

Opiniowana ustawa została uchwalona w oparciu o projekt wniesiony do Sejmu przez Radę Ministrów w dniu 9 marca 2021 r. (druk sejmowy nr 1013).

W dniu 16 marca 2021 r. Marszałek Sejmu skierowała go do Komisji Zdrowia w celu odbycia pierwszego czytania i rozpatrzenia.

Komisja Zdrowia przedstawiła sprawozdanie o projekcie ustawy w dniu 13 kwietnia 2021 r. (druk sejmowy nr 1078), w którym rekomendowała Sejmowi jego odrzucenie.

W dniu 15 kwietnia 2021 r. Sejm odrzucił wniosek Komisji Zdrowia o odrzucenie projektu ustawy i skierował go ponownie do tej komisji w celu przedstawienia sprawozdania.

Komisja Zdrowia przedstawiła sprawozdanie o projekcie ustawy w dniu 22 kwietnia 2021 r. (druk sejmowy nr 1122).

Podczas drugiego czytania projektu ustawy w dniu 19 maja 2021 r. zgłoszono wniosek o jego odrzucenie oraz jedną poprawkę (druk sejmowy nr 1122–A), które zostały odrzucone przez Sejm podczas trzeciego czytania.

Podczas sejmowego postępowania legislacyjnego nie dokonano w projekcie ustawy zmian, które zmieniałyby jego meritum w sposób znaczący.

### **III. Uwagi szczegółowe dotyczące zgodności z Konstytucją Rzeczypospolitej Polskiej**

1. Przewidziany przez opiniowaną ustawę system dokonywania oceny potrzeb zdrowotnych budzi zasadnicze zastrzeżenia natury konstytucyjnej.

1.1. W obowiązującym stanie prawnym jednym z kryteriów zakwalifikowania danego świadczenia opieki zdrowotnej jako świadczenia gwarantowanego (tj. finansowanego w całości albo współfinansowanego ze środków publicznych) jest ocena wpływu tego świadczenia na poprawę zdrowia obywateli przy uwzględnieniu priorytetów zdrowotnych określanych, w drodze rozporządzenia, przez ministra właściwego do spraw zdrowia (art. 31a ust. 1 pkt 1 lit. a ustawy o świadczeniach). Art. 31a ust. 2 ustawy o świadczeniach statuuje obligatoryjne upoważnienie dla tego ministra do określenia priorytetów zdrowotnych, przy czym sformułowane w ust. 2 i 3 tego artykułu wytyczne dotyczące treści tego aktu wykonawczego nakazują uwzględnić stan zdrowia obywateli, uzyskanie efektów zdrowotnych o najwyższej wartości, a także dane zawarte w mapach potrzeb zdrowotnych oraz wyniki monitorowania ich aktualności. Tak ustalone priorytety zdrowotne są również jednym z kryteriów uwzględnianych przez:

1) Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji przy wydawaniu rekomendacji w sprawie zakwalifikowania danego świadczenia opieki zdrowotnej jako

świadczenia gwarantowanego wraz z określeniem poziomu lub sposobu jego finansowania albo niezasadności zakwalifikowania danego świadczenia opieki zdrowotnej jako świadczenia gwarantowanego (art. 31c ust. 7 ustawy o świadczeniach);

- 2) ministra właściwego do spraw zdrowia przy określaniu, w drodze rozporządzeń, poziomu lub sposobu finansowania danego świadczenia gwarantowanego, o którym mowa w art. 18, art. 33 i art. 41 ustawy o świadczeniach (art. 31d pkt 1 ustawy o świadczeniach);
- 3) ministra właściwego do spraw zdrowia przy usuwaniu danego świadczenia opieki zdrowotnej z wykazu świadczeń gwarantowanych albo dokonania zmiany poziomu lub sposobu finansowania lub warunków realizacji świadczenia gwarantowanego (art. 31e ust. 1 pkt 1 ustawy o świadczeniach);
- 4) ministra właściwego do spraw zdrowia przy dokonywaniu zmiany technologii medycznej (art. 31e ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach);
- 5) Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji przy przygotowywaniu raportu w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących danej choroby lub danego problemu zdrowotnego (art. 48aa ust. 2 ustawy o świadczeniach);
- 6) ministra właściwego do spraw zdrowia przy wydawaniu decyzji administracyjnej o objęciu refundacją i ustaleniu urzędowej ceny zbytu odpowiednio leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego albo wyrobu medycznego (art. 12 pkt 12 ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych).

**1.2.** Zgodnie z art. 95a ust. 1 ustawy o świadczeniach (w brzmieniu określonym w art. 1 pkt 11 opiniowanej ustawy) minister właściwy do spraw zdrowia opracowuje, ustala i aktualizuje mapę potrzeb zdrowotnych m.in. w celu „identyfikacji priorytetowych potrzeb zdrowotnych”. W konsekwencji przepis art. 1 pkt 4 lit. b opiniowanej ustawy zmierza do uchylenia delegacji do wydania przez ministra właściwego do spraw zdrowia rozporządzenia w sprawie priorytetów zdrowotnych. Skutkiem tego zabiegu legislacyjnego będzie utrata mocy obowiązującej aktu wykonawczego regulującego przedmiotową problematykę z dniem 1 stycznia 2022 r. Niezależnie od tego, w wyniku zmiany brzmienia art. 31a ust. 1 pkt 1 lit. a ustawy o świadczeniach (art. 1 pkt 4 lit. a opiniowanej ustawy) obowiązujący nakaz uwzględniania priorytetów zdrowotnych przy kwalifikowaniu danego

świadczenia opieki zdrowotnej jako świadczenia gwarantowanego zostanie zastąpiony nakazem uwzględniania ustalonej przez ministra właściwego do spraw zdrowia mapy potrzeb zdrowotnych. W konsekwencji to postanowienia dokumentu o charakterze analitycznym, niebędącego źródłem prawa powszechnie obowiązującego, nie zaś unormowania rozporządzenia, mają być uwzględniane przez:

- 1) Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji przy wydawaniu rekomendacji w sprawie zakwalifikowania danego świadczenia opieki zdrowotnej jako świadczenia gwarantowanego wraz z określeniem poziomu lub sposobu jego finansowania albo niezasadności zakwalifikowania danego świadczenia opieki zdrowotnej jako świadczenia gwarantowanego – art. 31c ust. 7 ustawy o świadczeniach odsyła bowiem w tym zakresie do „kryteriów określonych w art. 31a ust. 1” tej ustawy;
- 2) ministra właściwego do spraw zdrowia przy określaniu, w drodze rozporządzeń, poziomu lub sposobu finansowania danego świadczenia gwarantowanego, o którym mowa w art. 18, art. 33 i art. 41 ustawy o świadczeniach – art. 31d pkt 1 ustawy o świadczeniach nakazuje bowiem uwzględnić w tym zakresie „kryteria określone w art. 31a ust. 1” tej ustawy;
- 3) ministra właściwego do spraw zdrowia przy usuwaniu danego świadczenia opieki zdrowotnej z wykazu świadczeń gwarantowanych albo dokonania zmiany poziomu lub sposobu finansowania lub warunków realizacji świadczenia gwarantowanego – art. 31e ust. 1 pkt 1 ustawy o świadczeniach stanowi bowiem o konieczności respektowania „kryteriów określonych w art. 31a ust. 1” tej ustawy;
- 4) ministra właściwego do spraw zdrowia przy dokonywaniu zmiany technologii medycznej – art. 31e ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach stanowi bowiem o konieczności respektowania „kryteriów określonych w art. 31a ust. 1” tej ustawy;
- 5) Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji przy przygotowywaniu raportu w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących danej choroby lub danego problemu zdrowotnego – art. 48aa ust. 2 ustawy o świadczeniach stanowi bowiem, że raport ten „jest przygotowywany na podstawie kryteriów, o których mowa w art. 31a ust. 1” tej ustawy;
- 6) ministra właściwego do spraw zdrowia przy wydawaniu decyzji administracyjnej o objęciu refundacją i ustaleniu urzędowej ceny zbytu odpowiednio leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego albo wyrobu medycznego

– przewiduje to *expressis verbis* zmieniony przez art. 3 opinowanej ustawy art. 12 pkt 12 ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych.

**1.3.** Rezygnacja z określania „priorytetów zdrowotnych” w drodze rozporządzenia ministra właściwego do spraw zdrowia na rzecz „identyfikacji priorytetowych potrzeb zdrowotnych” w mapie potrzeb zdrowotnych ustalonej przez tego ministra (tj. poza systemem źródeł powszechnie obowiązującego prawa) budzi – z uwagi na powołane wyżej skutki normatywne – zasadnicze zastrzeżenia co do zgodności z art. 87 Konstytucji. Zastrzeżenie to dodatkowo „wzmacnia” okoliczność, że skutki te dotyczą materii bezpośrednio związanych z podmiotowym prawem jednostki do ochrony zdrowia wywodzonym z art. 68 ust. 1 Konstytucji<sup>1</sup>.

**1.4.** Należy również zauważyć, że w krajowym planie transformacji, o którym mowa w art. 95b ust. 1 ustawy o świadczeniach (w brzmieniu określonym w art. 1 pkt 11 opinowanej ustawy) – dokumencie planistycznym ustalonym przez ministra właściwego do spraw zdrowia, mają zostać określone postanowienia uwzględniające „rekomendowane kierunki działań wskazane w mapie oraz wynikające z innych dokumentów strategicznych w ochronie zdrowia”, w tym „potrzeby zdrowotne i wyzwania organizacji systemu opieki zdrowotnej wymagające podjęcia działań koordynowanych na poziomie ponadregionalnym” (art. 95b ust. 2 pkt 1 ustawy o świadczeniach), z możliwością ich aktualizacji, w tym w przypadku „identyfikacji nowych priorytetowych potrzeb zdrowotnych i wyzwań organizacji systemu opieki zdrowotnej wymagających podjęcia działań koordynowanych na poziomie ponadregionalnym” (art. 95b ust. 10 pkt 2 ustawy o świadczeniach). Z kolei w wojewódzkim planie transformacji, o którym mowa w art. 95c ust. 1 ustawy o świadczeniach (w brzmieniu określonym w art. 1 pkt 11 opinowanej ustawy) – dokumencie planistycznym ustalonym dla obszaru województwa przez właściwego wojewodę i zatwierdzanym przez ministra właściwego do spraw zdrowia, mają zostać określone postanowienia uwzględniające „krajowy plan i rekomendowane kierunki działań wskazane w mapie oraz wynikające z innych dokumentów strategicznych w ochronie zdrowia”, w tym „potrzeby zdrowotne i wyzwania organizacji systemu opieki zdrowotnej wymagające podjęcia działań koordynowanych na poziomie województwa” (art. 95c ust. 2 pkt 1 ustawy o świadczeniach), z możliwością ich aktualizacji, w tym w przypadku „identyfikacji nowych priorytetowych potrzeb zdrowotnych i wyzwań organizacji systemu opieki zdrowotnej

---

<sup>1</sup> Zob. wyroki Trybunału Konstytucyjnego: z dnia 23 marca 1999 r. (K 2/98) oraz z dnia 7 stycznia 2004 r. (K 14/03).

wymagających podjęcia działań koordynowanych na poziomie województwa” (art. 95c ust. 13 pkt 2 ustawy o świadczeniach). Blankietowość powołanych unormowań, w szczególności brak określenia zasad i trybu realizacji krajowego planu transformacji i wojewódzkich planów transformacji, nakazuje przypomnieć, że w świetle zasady równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, których warunki i zakres udzielania ma określać ustawa (art. 68 ust. 2 Konstytucji), „newralgicznego znaczenia nabiera (...) prawidłowe określenie przez ustawodawcę sfery organizacyjnej, związanej z precyzyjnym, jednoznacznym i funkcjonalnym skonstruowaniem systemu ochrony zdrowia. Wiąże się to ściśle z właściwym podziałem kompetencji przyznawanych instytucjom realizującym zadania publiczne w sferze ochrony zdrowia. W ślad za tym idzie prawidłowe określenie zasad ich funkcjonowania, gwarantujących niezbędną transparentność działań, skuteczne ich nadzorowanie, jak również jasne, czytelne i jednoznaczne zasady ponoszonej odpowiedzialności.”<sup>2</sup>.

**2. Zasadnicze zastrzeżenia natury konstytucyjnej budzą również przepisy opiniowanej ustawy dotyczące kontroli przeprowadzanej przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Zastrzeżenia te wymagają wyartykułowania w płaszczyźnie proceduralnej i materialnej.**

**2.1.** Zgodnie z art. 119 ust. 1 Konstytucji Sejm rozpatruje projekt ustawy w trzech czytaniach. Powołany przepis statuuje zatem nakaz, „by podstawowe treści, które znajdują się ostatecznie w ustawie przebyły pełną drogę procedury sejmowej, tak by nie zabrakło czasu i możliwości na przemyślenie przyjmowanych rozwiązań i zajęcie wobec nich stanowiska. Nakazowi temu sprzeciwia się takie stosowanie procedury poprawek, które pozwala na wprowadzenie do projektu nowych, istotnych treści na ostatnich etapach procedury sejmowej. Dotyczyć to może zwłaszcza poprawek zgłoszonych dopiero w drugim czytaniu i niebędących przedtem przedmiotem rozważań w komisjach”<sup>3</sup>. Niezależnie od tego, należy zauważyć, że „wykładnia przepisów regulujących poprawki „sejmowe” i „senackie” musi być dokonywana w taki sposób, aby nie prowadziło to do zatarcia odrębności między inicjatywą ustawodawczą i poprawkami, a w konsekwencji do obchodzenia wymagań, które Konstytucja przewiduje dla inicjatywy ustawodawczej”, przy czym „wyjście poza zakreślony przez samego projektodawcę zakres przedmiotowy projektu może mieć miejsce tylko wówczas, gdy treść poprawki pozostaje w ścisłym związku z przedmiotem projektowanej ustawy, a zwłaszcza wtedy, gdy jej wprowadzenie jest niezbędne do pełnego zrealizowania koncepcji

---

<sup>2</sup> Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 stycznia 2004 r. (K 14/03).

<sup>3</sup> Wyroki Trybunału Konstytucyjnego: z dnia 23 lutego 1999 r. (K 25/98) oraz z dnia 9 marca 2016 r. (K 47/15).



projektodawcy. Odmienne stanowisko oznaczałoby obejście konstytucyjnych wymagań dotyczących inicjatywy ustawodawczej i trzech czytań projektu”<sup>4</sup>.

W kontekście powyższych rozważań należy zauważyć, iż po odbyciu pierwszego czytania projektu opiniowanej ustawy, w wyniku przyjęcia przez Komisję Zdrowia niektórych poprawek zgłoszonych na jej posiedzeniu, tekst opiniowanej ustawy został uzupełniony o nowelizację:

- 1) przepisów art. 61s ust. 3 i art. 61y ust. 7 ustawy o świadczeniach (art. 1 pkt 9 i 10 opiniowanej ustawy) w zakresie dotyczącym odpowiednio podmiotów obowiązanych do podpisywania wystąpienia pokontrolnego oraz częstotliwości przystępowania do egzaminu kwalifikacyjnego na stanowisko kontrolera w roku kalendarzowym,
  - 2) przepisów art. 11 i art. 12 ustawy z dnia 21 lutego 2019 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (art. 5 opiniowanej ustawy) w zakresie dotyczącym wydłużenia odpowiednio okresu ważności legitymacji wydanych pracownikom Narodowego Funduszu Zdrowia przeprowadzającym kontrole przed dniem 1 czerwca 2019 r. oraz okresu uprawnień do wykonywania czynności kontrolnych określonych grup pracowników Narodowego Funduszu Zdrowia
- tj. sprawy nieobjęte zakresem projektu ustawy skierowanego do Sejmu przez Radę Ministrów.

Mając na uwadze, że poprawki zgłaszane na etapie sejmowego postępowania ustawodawczego powinny „pozostawać w związku z projektem złożonym w Sejmie przez wnioskodawcę, przy czym więź ta winna mieć wymiar nie tylko formalny, ale i merytoryczny, polegający na tym, że konkretne poprawki odnoszące się do projektu powinny pozostawać w odpowiedniej relacji z jego treścią, zmierzając do modyfikacji pierwotnej treści projektu”<sup>5</sup>, należy uznać, że wymienione wyżej przepisy są niezgodne z art. 118 ust. 1 oraz art. 119 ust. 1 i 2 Konstytucji przez to, że zostały uchwalone przez Sejm bez dochowania trybu wymaganego dla sejmowego postępowania ustawodawczego.

**2.2.** Zgodnie z art. 15 pkt 1 opiniowanej ustawy jej art. 5 (nowelizujący przepisy art. 11 i art. 12 ustawy z dnia 21 lutego 2019 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw) ma wejść w życie

---

<sup>4</sup> Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 16 kwietnia 2009 r. (P 11/08).

<sup>5</sup> *Ibidem*.

z dniem 30 maja 2021 r., a zatem z mocą wsteczną<sup>6</sup>. Należy zatem podkreślić, że odstępstwo od zakazu retroakcji wynikającego z zasady demokratycznego państwa prawnego (art. 2 Konstytucji) musi bezwzględnie wynikać z „istnienia, wymagających ochrony, konstytucyjnych wartości, które uzasadniają będą odstępstwo od zasady nieretroaktywnego działania prawa. Tego rodzaju odstępstwo musi być jednak wolne od arbitralności i podlegać ocenie z perspektywy celowości i proporcjonalności”<sup>7</sup>. Nie wydaje się, aby w przedmiotowym przypadku zachodziły przesłanki uzasadniające wejście w życie art. 5 opiniowanej ustawy z mocą wsteczną.

#### **IV. Konkluzja**

Podniesione w niniejszej opinii zastrzeżenia natury konstytucyjnej odnoszą się do istoty określonego w opiniowanej ustawie systemu oceny potrzeb zdrowotnych. Ich eliminacja w drodze poprawek Senatu wymagałaby zatem opracowania alternatywnej całościowej koncepcji merytorycznej w tym zakresie oraz jej należytego skonsultowania z zainteresowanymi podmiotami i środowiskami. Mając na uwadze zakreślony przez art. 121 ust. 2 Konstytucji 30-dniowy okres na podjęcie przez Senat uchwały w sprawie opiniowanej ustawy, przyjęcie poprawek czyniących zadość powyższym wymaganiom nie wydaje się realne.

*Piotr Magda*

*Główny legislator*

---

<sup>6</sup> Notabene ustawodawca sejmowy posłużył się w tym zakresie wadliwą techniką legislacyjną, gdyż w świetle § 51 ust. 1 „Zasad techniki prawodawczej” nadanie retroaktywnej mocy należało wyrazić poprzez użycie sformułowania: „art. 5, który wchodzi w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia, z mocą od dnia 30 maja 2021 r.”.

<sup>7</sup> Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 6 marca 2013 r. (Kp 1/12).