

RAPORT

podsumowujący realizację projektu
pn. „*Monitoring prac legislacyjnych
i konsultacji społecznych w ochronie zdrowia*”
wraz z rekomendacjami
dla uczestników procesu legislacyjnego

Raport został przygotowany pod redakcją:

dr hab. n. prawn. Doroty Karkowskiej, prof. nadzw. Uniwersytetu Łódzkiego

przy współpracy członków Grupy Monitorującej:

Tymoteusza Barańskiego, adwokata

oraz **dr n. chem. Rafała Świerzewskiego**

Warszawa, grudzień 2015 r.



Polska Koalicja
Pacjentów Onkologicznych

Projekt realizowany w ramach programu Obywatele dla Demokracji, finansowanego z Funduszy EOG

Spis treści

1. Wprowadzenie
2. Partycypacja organizacji pozarządowych w procesie stanowienia prawa
3. Spostrzeżenia poczynione w trakcie obserwacji procesu legislacyjnego pod adresem Ministerstwa Zdrowia
 - 3.1. Błędy gramatyczne, składniowe, stylistyczne i interpunkcyjne
 - 3.2. Wadliwe posługiwanie się pojęciami języka prawnego i potocznego
 - 3.3. Nieuzasadnione skracanie *vacatio legis*
 - 3.4. Brak lub wadliwe sformułowanie przepisów przejściowych
 - 3.5. Wyjście poza granice upoważnienia ustawowego
 - 3.6. Nieprawidłowa implementacja norm prawa Unii Europejskiej
 - 3.7. Redagowanie przepisów w sposób nieodnoszący się do typowych sytuacji występujących w dziedzinie regulowanych spraw
 - 3.8. Prowadzenie konsultacji społecznych
4. Spostrzeżenia poczynione w trakcie obserwacji procesu legislacyjnego pod adresem własnym, czyli organizacji pozarządowych
5. Wnioski
6. Rekomendacje dla władzy publicznej
 - 6.1. Rekomendacje szczegółowe
 - 6.2. Rekomendacje ogólne
7. Rekomendacje dla organizacji pozarządowych

1. Wprowadzenie

Rola każdego systemu opieki zdrowotnej jest dwojaka ze względu na beneficjentów systemu – obywateli danego kraju; obejmuje zarówno zabezpieczenie potrzeb pacjentów, przede wszystkim tych związanych z leczeniem, jak i zabezpieczenie potrzeb osób zdrowych poprzez działania ukierunkowane na profilaktykę chorób. We współczesnym państwie demokratycznym tak szeroki aspekt działań wymaga spójnych uregulowań prawnych, które powinny mieć na celu przede wszystkim ochronę życia i zdrowia obywateli oraz gwarantować im dostęp do niezbędnej, zgodnej z najnowszą wiedzą opieki zdrowotnej. Jednocześnie tworzone prawo powinno być na tyle elastyczne, aby możliwe było wprowadzanie szybkich zmian w systemie ochrony zdrowia, gdyż za sprawą postępu technologicznego rozwijają się medycyna i nauki pokrewne, a co za tym idzie powstają coraz nowsze i skuteczniejsze metody i technologie leczenia chorób, które jeszcze kilka lat wcześniej uważane były za nieuleczalne. Ponadto, rozwój technologii i metod komunikacji sprawia, iż zwiększa się także świadomość i wiedza samych pacjentów. Z biernych, często ignorowanych, ale też ignorujących użytkowników systemu, stają się aktywnymi, dokonującymi świadomych wyborów i dochodzącymi swoich praw osobami. Niestety, nie zawsze jest to związane z naturalnym zainteresowaniem stanem własnego zdrowia i zdrowia osób najbliższych; o wiele częściej, jest to działanie wymuszone niewłaściwą, tworzącą nierówności i nie uznającą kompromisów legislacją.

Projekt był prowadzony w okresie od dnia 1 września 2014 r. do dnia 31 grudnia 2015 r. i skupiał się z jednej strony na praktycznym sprawdzaniu możliwości i efektywności partycypacji organizacji pozarządowych, działających w sektorze ochrony zdrowia, w procesie stanowienia prawa, a z drugiej strony na ocenie jakości i przejrzystości procesu tworzenia prawa na poziomie rządowym, tj. Ministra Zdrowia.

Projekt obejmował następujące działania:

1. Szkolenie liderów organizacji pozarządowych działających w obszarze ochrony zdrowia

W październiku 2014 r. w Warszawie odbyły się dwa dwudniowe szkolenia pt. „Rola i miejsce organizacji pozarządowych w procesie tworzenia prawa w Polsce”, w których udział

wzięło 48 uczestników – przedstawiciele organizacji pacjentów. Szkolenia prowadził Pan Marek Woch – prawnik specjalizujący się w prawie konstytucyjnym, prawie z zakresu ochrony zdrowia oraz filozofii prawa, mający doświadczenie w kwestiach dotyczących stanowienia prawa i konsultacji społecznych w ochronie zdrowia. Szkolenia miały pomóc uczestnikom przygotować się do wzięcia udziału w procesie konsultacji społecznych w ochronie zdrowia, dostarczyć wiedzy na temat prawidłowego formułowania uwag, pokazać jakie prawa ma NGO w kwestii konsultacji społecznych. W trakcie szkolenia uczestnicy dowiedzieli się jakie są podstawowe regulacje prawne dotyczące roli i miejsca organizacji pozarządowych w procesie tworzenia prawa w Polsce oraz jak wygląda ścieżka legislacyjna projektów rządowych. Dzięki szkoleniu nieprzygotowane do tej pory organizacje pacjenckie miały mieć szansę i możliwość zabrania w przyszłości głosu w konsultacjach społecznych.

2. Powołanie Grupy Monitorującej (GM)

W październiku 2014 r. powołana została Grupa Monitorująca, której zadaniem było konsultowanie projektów aktów prawnych przekazywanych przez Ministerstwo Zdrowia do konsultacji społecznych. W skład GM weszły następujące osoby:

1. dr hab. n. praw. Dorota Karkowska, prof. nadzw. w Katedrze Prawa Ubezpieczeń Społecznych i Polityki Społecznej Uniwersytetu Łódzkiego, ekspert w zakresie prawa medycznego; członek rady Instytutu Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej (IPPiEZ);
2. Tymoteusz Barański, adwokat,
3. Jerzy Gryglewicz, lekarz, Wykładowca Programu MBA w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego,
4. Krystyna Wechmann, Wiceprezes Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych,
5. dr n. chem. Rafał Świerzewski, ekspert European Medicines Agency – EMA

3. Monitorowanie aktów prawnych

Grupa Monitorująca konsultowała projekty wybranych aktów prawnych (ważnych z punktu widzenia pacjenta) w okresie od dnia 1 listopada 2014 r. do dnia 31 października 2015 r. Koordynator Grupy Monitorującej, Pani Marta Kulpa, śledziła stronę internetową www.legislacja.rcl.gov.pl i na bieżąco informowała o pojawieniu się aktów prawnych przesłanych do społecznych konsultacji, a mających istotne znaczenie z punktu widzenia celu realizowanego projektu. Monitorowanie projektów aktów prawnych przebiegało

dwupłaszczyznowo. Koordynator informowała o projekcie aktu prawnego oraz o terminie zgłaszania uwag zarówno Grupę Monitorującą, jak i organizacje pacjenckie, które zadeklarowały przystąpienie do projektu (ok. 150 organizacji pozarządowych).

Wykaz projektów aktów prawnych, które były konsultowane w ramach projektu przez Grupę Monitorującą:

Rozporządzenia

- 1) Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniający rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego;
- 2) Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniający rozporządzenie w sprawie standardów jakości dla medycznych laboratoriów diagnostycznych i mikrobiologicznych;
- 3) Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wzorów oświadczeń o przysługującym świadczeniobiorcy prawie do świadczeń opieki zdrowotnej;
- 4) Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie zakresu map potrzeb zdrowotnych;
- 5) Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień;
- 6) Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wysyłkowej sprzedaży produktów leczniczych;
- 7) Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych;
- 8) Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie warunków pobierania krwi od kandydatów na dawców krwi i dawców krwi;
- 9) Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wzoru karty diagnostyki i leczenia onkologicznego;
- 10) Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych;
- 11) Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego;

12) Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego;

13) Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania;

14) Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie recept wystawianych przez pielęgniarki i położne;

15) Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych;

16) Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;

17) Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie sposobu i kryteriów ustalania dopuszczalnego czasu oczekiwania na wybrane świadczenia opieki zdrowotnej;

18) Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych;

19) Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardu postępowania medycznego w łagodzeniu bólu porodowego;

20) Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania;

21) Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki profilaktycznej nad dziećmi i młodzieżą;

22) Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardów postępowania medycznego w dziedzinie patomorfologii;

Ustawy

1) Projekt ustawy o zdrowiu publicznym;

2) Projekt ustawy o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz niektórych innych ustaw;

3) Projekt ustawy o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw;

W sytuacjach, w których dla przedstawicieli organizacji pozarządowych proponowane w projektach aktów prawnych zapisy nie były zrozumiałe lub nie byli oni w stanie samodzielnie zredagować zapisów proponowanych zmian, projekt przewidywał możliwość zwrócenia się o pomoc ekspercką do członków Grupy Monitorującej. Każda organizacja pozarządowa mogła przesłać do IPPiEZ swoje pytanie/wątpliwość. W zależności od tego, czego dotyczyła sprawa, była ona przesyłana przez Koordynatora Grupy Monitorującej do odpowiedniego eksperta. Na bieżąco były ustalane dyżury ekspertów (rotacyjnie), podczas których przedstawiciele organizacji pacjenckich mogli telefonicznie zadać swoje pytanie. Przez okres dwunastu miesięcy eksperci Grupy Monitorującej pełnili w sumie 55 godzin dyżurów telefonicznych w trakcie których odebrali tylko 4 telefony od przedstawicieli organizacji pacjenckich. Zapytań kierowanych drogą mailową także było niewiele.

Ponadto Koordynator Grupy Monitorującej wystosowała prośbę do przedstawicieli organizacji pozarządowych o przesyłanie do wiadomości IPPiEZ swoich uwag do konsultowanych projektów aktów prawnych. Prośba ta nie spotkała się z żadnym odzewem. Odnotowano natomiast zainteresowanie przedstawicieli organizacji pozarządowych założeniami do ustawy o zdrowiu publicznym.

4. Raport i spotkanie z przedstawicielami Ministerstwa Zdrowia oraz rzecznictwo

Prowadzona przez GM wielomiesięczna praca monitorująca pozwoliła na opracowanie niniejszego raportu oceniającego pracę legislatorów Ministerstwa Zdrowia oraz zaprezentowanie rekomendacji Ministrowi Zdrowia.

2. Partycypacja organizacji pozarządowych w procesie stanowienia prawa

Partycypacja organizacji pozarządowych w procesie stanowienia prawa jest częścią szeroko rozumianej partycypacji obywateli w rządzeniu. Konsultacje społeczne to procedura wymiany opinii między decydentami a interesariuszami, mająca na celu pomoc w wyborze racjonalnego, najlepszego rozstrzygnięcia. Jest skoordynowana i opiera się na ustalonych regułach¹.

Mechanizmy partycypacji społecznej mają swoje konstytucyjne umocowanie. Artykuł 4. Konstytucji RP stanowi, że naród (obywatele) sprawuje władzę przez swoich reprezentantów (zasada demokracji przedstawicielskiej) lub bezpośrednio (zasada demokracji bezpośredniej). Warto również wskazać na konstytucyjne zasady: demokratycznego państwa prawnego, zaufania obywateli do państwa (art. 2.), społeczeństwa obywatelskiego (art. 12.), dialogu społecznego (preambuła i art. 20.) oraz subsydiarności (preambuła).

Państwo demokratyczne to takie państwo, które dopuszcza funkcjonowanie wszelkich form kontroli obywatelskiej nad działalnością czynników sprawujących władzę w imieniu Narodu, do których należą przed wszystkim organy państwowe. Państwo demokratyczne powinno uznawać i sankcjonować prawnie (przyzwalać na działanie) bardzo wielu form, przez które zamieszkujący go obywatele mogą artykułować swoje postulaty, wyrażać swe interesy, manifestować swe potrzeby i formułować wolę co do kierunku ich rozwiązywania². Poza uregulowaniami konstytucyjnymi, wśród najistotniejszych podstaw prawnych dotyczących konsultacji są te, które wiążą się z decyzjami rządowymi (w szczególności z rządowym procesem legislacyjnym). To właśnie na szczeblu rządowym zapada gros najważniejszych rozstrzygnięć politycznych. Wśród podstaw prawnych konsultacji publicznych na tym etapie prac prawodawczych należy wskazać przede wszystkim art.7. ust. 4. ustawy z 8 sierpnia 1996 r. o Radzie Ministrów (Dz.U. z 2012 r. poz. 392, ze zm.) oraz art. 38. ustawy z 4 września 1997 r. o działach administracji rządowej (tekst jedn. Dz.U. 2015 r. poz. 812, ze zm.), które zobowiązują rząd i poszczególnych ministrów do współdziałania przy realizacji polityki państwa m.in. z organizacjami społecznymi. Warto tu wskazać na rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 17 listopada 2015 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia, Dz.U.2015.1908, które

¹ D. Długosz, J. Wygnański, *Obywatele współdecydują. Przewodnik po partycypacji społecznej*. Warszawa 2005 r.

² *Prawo konstytucyjne*, (red) Paweł Sarnecki, 6. wydanie, s.107

uszczegóławia fakt, iż Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, a obsługę ministra zapewnia Ministerstwo Zdrowia.

Tryb przeprowadzania konsultacji dotyczących projektów rządowych został określony przepisami regulaminu pracy Rady Ministrów (Uchwała Nr 190 z dnia 29 października 2013 r., poz.979 ze zm.). Zgodnie z § 26 regulaminu pracy Rady Ministrów, projekt dokumentu rządowego oraz jego uzasadnienie, jeżeli jest sporządzane, opracowuje się z uwzględnieniem wymagań określonych w przepisach odrębnych. Projekt aktu normatywnego opracowuje się zgodnie z zasadami techniki prawodawczej, ustalonymi w odrębnym trybie. Opracowanie projektu aktu normatywnego pod względem prawnym, legislacyjnym i redakcyjnym stwierdza swoim podpisem kierownik właściwej w sprawach legislacji komórki organizacyjnej, sprawującej obsługę organu wnioskującego.

Natomiast w świetle § 27 regulaminu pracy Rady Ministrów uzasadnienie projektu aktu normatywnego opracowuje organ wnioskujący i powinno ono:

1. wyjaśniać potrzebę i cel wydania aktu;
2. przedstawiać rzeczywisty stan w dziedzinie, która ma być unormowana;
3. wykazywać różnicę między dotychczasowym a projektowanym stanem prawnym (przewidywane skutki prawne wejścia aktu w życie);
4. zawierać:
 - a) oświadczenie organu wnioskującego co do zgodności projektu z prawem Unii Europejskiej,
 - b) ocenę organu wnioskującego, czy projekt aktu podlega notyfikacji zgodnie z przepisami dotyczącymi funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych.

Regulamin pracy Rady Ministrów standaryzuje tryb postępowania Ministra Zdrowia jako organu wnioskującego, w szczególności:

1. biorąc pod uwagę treść projektu rozporządzenia, a także uwzględniając inne okoliczności, w tym znaczenie projektu oraz przewidywane skutki społeczno-gospodarcze, stopień jego złożoności oraz jego pilność, przedstawia projekt do konsultacji publicznych, w tym może skierować projekt do organizacji społecznych, uwzględniając wytyczne w zakresie prowadzenia konsultacji publicznych, jeżeli zostały ustalone przez Radę Ministrów lub jej organ pomocniczy (§ 36 ust. 1. regulaminu pracy Rady Ministrów);
2. wskazuje termin do zajęcia stanowiska, jeżeli termin do zajęcia stanowiska nie wynika z przepisów odrębnych, organ wnioskujący wyznacza go, biorąc pod

uwagę przedmiot, zakres i objętość projektu dokumentu rządowego, zakres podmiotów, na które projekt oddziałuje, oraz pilność sprawy.

3. wyznaczenie terminu do zajęcia stanowiska krótszego niż 7 dni, a w przypadku projektu aktu normatywnego krótszego niż 14 dni od udostępnienia projektu, wymaga szczegółowego uzasadnienia (§ 40 regulaminu pracy Rady Ministrów);
4. może uznać brak przedstawienia stanowiska w przypadku konsultacji publicznych za rezygnację z przedstawienia tego stanowiska, jeżeli skutki nieprzedstawienia stanowiska nie wynikają z przepisów odrębnych;
5. zajmuje stanowisko wobec uwag zgłoszonych w ramach uzgodnień projektu dokumentu rządowego (§ 43 regulaminu pracy Rady Ministrów);
6. może zorganizować konferencję uzgodnieniową, jeżeli uzna, że jej przeprowadzenie przyczyni się do właściwego prowadzenia uzgodnień lub opiniowania projektu dokumentu rządowego, w szczególności w przypadku zgłoszenia do projektu licznych uwag; do udziału w konferencji uzgodnieniowej organ wnioskujący jest obowiązany zaprosić przedstawicieli podmiotów, które zgłosiły uwagi do projektu dokumentu rządowego w ramach uzgodnień. (§ 44 regulaminu pracy Rady Ministrów);
7. rozstrzyga w sprawie uwag zgłoszonych w ramach procesu konsultacji publicznych lub opiniowania projektu dokumentu rządowego; uwagi o charakterze legislacyjnym lub redakcyjnym nie są traktowane jako rozbieżności, rozstrzyga je organ wnioskujący, z tym że uwagi o charakterze legislacyjnym rozstrzyga w uzgodnieniu z Rządowym Centrum Legislacji albo pozostawia do rozpatrzenia przez komisję prawniczą (§ 49 regulaminu pracy Rady Ministrów);
8. sporządza raport z konsultacji obejmujący omówienie m.in. wyników przeprowadzonych konsultacji publicznych; w którym wskazuje podmioty, które przedstawiły stanowisko lub opinię, oraz zawiera omówienie tych stanowisk lub opinii i odniesienie się do nich przez organ wnioskujący (§ 51 regulaminu pracy Rady Ministrów);
9. z chwilą skierowania do uzgodnień, konsultacji publicznych lub opiniowania projektu założeń projektu ustawy, projektu ustawy lub projektu rozporządzenia, udostępnia projekt w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej Rządowego Centrum Legislacji, w serwisie Rządowy Proces Legislacyjny, zwanym dalej „RPL”, a jeżeli projekt został skierowany do uzgodnień, konsultacji publicznych lub opiniowania w różnych terminach, udostępnienie w RPL

następuje z chwilą wykonania pierwszej z tych czynności (§ 52 regulaminu pracy Rady Ministrów).

Warto tu przywołać także rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 20 czerwca 2002 r. w sprawie "Zasad techniki prawodawczej". (Dz. U. Nr 100, poz. 908, dalej: *Zasady techniki prawodawczej*), wydane na podstawie art.14. ust. 4. pkt 1. ustawy z dnia 8 sierpnia 1996 r. o Radzie Ministrów (Dz. U. z 1999 r. Nr 82, poz. 929 ze zm.). Powołane przepisy dotyczą techniki prawodawczej, która podlega zastosowaniu przy projektowaniu ustawy i stąd nie wiążą one wprost w odniesieniu do projektu rozporządzenia, ale odpowiednio - co wynika z treści odesłania zawartego w § 132 *Zasad techniki prawodawczej*³. Jednak cyt. przepisy wyrażają bez wątpienia ogólne reguły prawidłowej legislacji, które to reguły powinny być stosowane do wszelkich projektowanych powszechnie obowiązujących przepisów, a więc także tych, które zawarte być mają w aktach rangi wykonawczej do ustaw.

Tryb udostępniania informacji o obowiązującym prawie został uregulowany w ustawie z dnia 20 lipca 2000 r. o ogłaszaniu aktów normatywnych i niektórych innych aktów prawnych (Dz.U. 2015.1484 j.t.). Zgodnie ze stanowiskiem judykatury: „Informacje o obowiązującym prawie są również informacjami publicznymi, gdyż stanowią informację o działalności organów władzy publicznej. Odpowiadają więc zakresowi przedmiotowemu tych informacji, wskazanemu w art. 61. Konstytucji, czy też, używając terminologii z art. 1. ust. 1. ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz. U. Nr 112, poz. 1198 ze zm.), są informacjami o sprawach publicznych. (...) Informację udzieloną w trybie ustawy o dostępie stanowić mogą również wiadomości o projektowanych aktach prawnych czy aktach nieogłoszonych.”⁴.

³ Dosłowne brzmienie § 132. Do projektu rozporządzenia stosuje się odpowiednio zasady wyrażone w dziale I rozdziały 2-7 i w dziale II, o ile zasady zawarte w niniejszym dziale nie stanowią inaczej.

⁴ Postanowienie Naczelnego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 24 stycznia 2006 r. I OSK 928/05, *LEX nr 167166*

3. Spostrzeżenia poczynione w trakcie obserwacji procesu legislacyjnego pod adresem Ministerstwa Zdrowia

3.1. Błędy gramatyczne, składniowe, stylistyczne i interpunkcyjne

Większość będących przedmiotem konsultacji projektów aktów normatywnych, głównie o charakterze wykonawczym, dotknięta była różnego rodzaju usterkami językowymi. Przeważały tutaj błędy o charakterze gramatycznym, składniowym, stylistycznym, czy nawet interpunkcyjne. Część z tych błędów miała niewątpliwie charakter tzw. oczywistych omyłek pisarskich, jednak nie sposób nie dostrzec, że nagminny charakter tego rodzaju usterek, które w ogóle nie powinny się pojawiać w urzędowych projektach aktów normatywnych, wskazuje na istnienie w tym zakresie problemu systemowego lub organizacyjnego w obrębie Ministerstwa Zdrowia, który powinien zostać rozwiązany. Ryzyko, jakie wiąże się z generowaniem projektów dotkniętych tego rodzaju usterkami, wyraża się w możliwości ich przeoczenia na dalszym etapie procesu legislacyjnego, i w rezultacie wejścia w życie dotkniętych błędami przepisów w ramach aktów prawa powszechnie obowiązującego, co może skutkować istotnymi trudnościami w procesie ich wykładni i prawidłowego stosowania.

3.2. Wadliwe posługiwanie się pojęciami języka prawnego i potocznego

Zgodnie z *Zasadami techniki prawodawczej*, przepisy redaguje się zwięźle i syntetycznie, unikając nadmiernej szczegółowości, a zarazem w sposób, w jaki opisuje się typowe sytuacje występujące w dziedzinie spraw regulowanych. Ponadto, przepisy redaguje się tak, aby dokładnie i w sposób zrozumiały dla adresatów zawartych w nich norm wyrażały intencje prawodawcy. Zdania redaguje się zgodnie z powszechnie przyjętymi regułami składni języka polskiego, unikając zdań wielokrotnie złożonych. Należy posługiwać się poprawnymi wyrażeniami językowymi (określeniami) w ich podstawowym i powszechnie przyjętym znaczeniu. Należy unikać posługiwania się: określeniami specjalistycznymi (profesjonalizmami), jeżeli mają odpowiedniki w języku powszechnym, określeniami lub zapożyczeniami obcojęzycznymi, chyba że nie mają dokładnego odpowiednika w języku polskim, oraz nowo tworzonymi pojęciami lub strukturami językowymi (neologizmami), chyba że w dotychczasowym słownictwie polskim brak jest odpowiedniego określenia.

Należy także posługiwać się określeniami, które zostały użyte w ustawie podstawowej dla danej dziedziny spraw, w szczególności w ustawie określonej jako "kodeks" lub "prawo". Do oznaczenia jednakowych pojęć używa się jednakowych określeń, a różnych pojęć nie oznacza się tymi samymi określeniami.

W tym kontekście trzeba zauważyć, że większość konsultowanych projektów aktów normatywnych nie spełniała – w różnym stopniu – przywołanych wyżej wymogów prawidłowej techniki legislacyjnej.

Szereg przepisów w konsultowanych aktach była projektowana w sposób nadmiernie szczegółowy, rozwlekły, często uniemożliwiający ustalenie ich sensu gramatycznego przy pierwszej lekturze, co utrudniało ich zrozumienie, tym bardziej przez osobę nie mającą na co dzień do czynienia z przepisami prawnymi. Charakterystycznym zjawiskiem były piętrowe odesłania, tj. odsyłanie w przepisie projektu do innego przepisu, nierzadko zlokalizowanego w innym akcie, który sam w sobie zawierał odesłanie, co powodowało, że zdekodowanie normy wysłowionej w projektowanym przepisie wymagało zestawienia go z kilkoma innymi przepisami rozszanymi po różnych aktach normatywnych.

Nagminne było na gruncie konsultowanych projektów naruszanie reguł składni języka polskiego. Występowały przepisy stanowiące zdania nie zawierające koniecznych elementów składni, np. dopełnienia. Zdarzały się też przepisy zawierające sformułowania całkowicie niezrozumiałe od strony językowej, jak np. „w ramach realizacji zadań mogą podejmować i finansować działania promujące zadania”. Występowały też błędy o charakterze *idem per idem*, np. posłużenie się pojęciem „procedura postępowania”.

Projektodawca często sięgał do profesjonalizmów, które rzecz jasna są nie do uniknięcia na gruncie specjalistycznej dziedziny legislacji, jaką jest obszar zdrowia publicznego, jednak ich nagromadzenie powodowało, że redagowane w ten sposób przepisy były niekiedy całkowicie nieczytelne dla osoby niedysponującej wiedzą specjalistyczną. Zjawisko to jest groźne zwłaszcza w odniesieniu do przepisów statuujących normy adresowane nie do podmiotów leczniczych, lecz do samych pacjentów, którzy nie będą w stanie zdekodować na podstawie takich przepisów wynikających z nich norm, nierzadko nakładających właśnie na pacjentów określone prawa i obowiązki. Dotyczy to przede wszystkim standardów postępowania medycznego, wprowadzanych rozporządzeniami wydawanymi w oparciu o upoważnienie ustawowe statuowane w art. 22. ust. 5. ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jedn. Dz.U. z 2015 r. poz. 618 z późn. zm.), które powinny być formułowane w sposób całkowicie zrozumiały dla pacjentów, bowiem to w ich interesie standardy te są wprowadzane. Powyższe może powodować,

że domniemanie powszechnej znajomości prawa będzie miało w przedmiotowym obszarze charakter fikcyjny, bowiem wymaga ono nie tylko formalnej możliwości zaznajomienia się z brzmieniem obowiązujących przepisów prawa, lecz także ich zrozumiałości na poziomie przeciętnego odbiorcy.

W projektowanych aktach normatywnych zdarzały się także zbędne neologizmy (np. „cyberprzemoc”, „realizator zadania”), zapożyczenia obcojęzyczne, a także pojęcia stanowiące dosłowne tłumaczenia zwrotów pochodzących z języka obcego, które na gruncie języka polskiego nie miały analogicznego znaczenia (np. „nierówności w zdrowiu”).

Częstym problemem legislacyjnym, występującym na gruncie konsultowanych projektów, było ignorowanie utrwalonych znaczeń określonych pojęć na gruncie języka prawnego, lub posługiwanie się nimi w znaczeniach oderwanych od przyjętych w ustawie podstawowej dla danej dziedziny spraw. Tytułem przykładu wskazać można na sposób posługiwania się w projektach pojęciem posiadania, które jako określony sposób władania nad rzeczą występuje na gruncie Kodeksu cywilnego (art. 336 i n.). Tymczasem w przepisach konsultowanych projektów występowały takie sformułowania jak „posiadanie zakładu”, czy też „posiadanie umowy”, względnie „posiadanie praktyki”. Podobnie w jednym z projektów występował przepis, stanowiący o „przerwaniu biegu terminu przedawnienia” roszczenia, choć w świetle art. 123 § 1 k.c., przerwaniu ulega bieg przedawnienia. W innym z projektów przepis przewidywał nakładanie kar umownych na niemający zdolności prawnej organ jednostki organizacyjnej, co pozostawało w sprzeczności z normatywnym znaczeniem pojęcia kary umownej, wynikającym z art. 483. § 1 k.c.

Na gruncie projektowanych przepisów można było również zaobserwować zarówno niespójności wewnętrzne, wyrażające się w posługiwaniu się różnymi sformułowaniami na określenie tego samego pojęcia w obrębie tego samego aktu normatywnego, np. „odesłanie” i „hiperłącze”, czy też „spotkanie” i „posiedzenie”, jak i zewnętrzne, tzn. wyrażające się w ignorowaniu norm wynikających z przepisów innych aktów prawa powszechnie obowiązującego. Tytułem przykładu można wskazać, że w jednym z projektowanych aktów zaprojektowano przepis, który nakładał obowiązek złożenia przez określony podmiot odpisu z właściwego rejestru KRS, podczas gdy obowiązujący art. 4. ust. 4aa ustawy o KRS wyraźnie zrównuje samodzielnie pobrane wydruki informacji z systemu informatycznego rejestru z odpisami wydawanymi przez Centralną Informację. O obowiązywaniu tego przepisu projektodawca, jak się wydaje, po prostu zapomniał, nakładając na podmioty występujące w obrocie prawnym całkowicie zbędny obowiązek.

3.3. Nieuzasadnione skracanie vacatio legis

W myśl art. 4. ust. 2. ustawy o ogłaszaniu aktów normatywnych i innych aktów prawnych, w uzasadnionych przypadkach akty normatywne, z zastrzeżeniem ust. 3. tego przepisu, mogą wchodzić w życie w terminie krótszym niż czternaście dni, a jeżeli ważny interes państwa wymaga natychmiastowego wejścia w życie aktu normatywnego i zasady demokratycznego państwa prawnego nie stoją temu na przeszkodzie, dniem wejścia w życie może być dzień ogłoszenia tego aktu w dzienniku urzędowym.

Kilka z konsultowanych projektów rozporządzeń przewidywało ich wejście w życie w terminie krótszym niż czternaście dni, w szczególności zaś w dniu następującym po ogłoszeniu. Przyczyny wskazywane w uzasadnieniach projektów, jako leżące u podstaw odstępiania od wymogu minimalnego czternastodniowego vacatio legis, nie wydają się dostatecznie doniosłe, aby uzasadniały taki zabieg legislacyjny. W jednym przypadku wskazywano na proces aneksowania umów zawartych przez NFZ ze świadczeniodawcami, zaś w kolejnym implementację przepisów prawa unijnego, której termin przypadał dopiero za kilka miesięcy. Obie ze wskazanych przyczyn były jednocześnie tymi, które powoływano jako uzasadniające samą decyzję o interwencji legislacyjnej. Należy zatem wskazać, że instytucja vacatio legis ma istotne znaczenie, jako jedna z emanacji zasady demokratycznego państwa prawnego (art. 2. Konstytucji RP), w którym to państwie obywatele nie powinni być zaskakiwani zmianami otoczenia prawnego. Dotyczy to zwłaszcza obowiązków, co miało miejsce w odniesieniu do jednego z konsultowanych projektów rozporządzeń, którego przepisy nakładały szereg nowych obowiązków na podmioty oferujące produkty lecznicze.

3.4. Brak lub wadliwe sformułowanie przepisów przejściowych

Istotnym problemem legislacyjnym, który występował na tle konsultowanych projektów, był **nieodpowiedni standard, względnie całkowity brak przepisów przejściowych**. Większość projektowanych rozporządzeń normowała stosunki w toku, które regulowały dotychczas obowiązujące przepisy, tak prawa materialnego, jak i procesowego. W tej sytuacji konieczne było wprowadzenie w projektowanych aktach przepisów przejściowych, które rozstrzygałyby kwestie intertemporalne. Odnosi się to zwłaszcza do projektów rozporządzeń nowelizujących. Tymczasem zdarzały się projekty, w których przepisów przejściowych w ogóle nie przewidziano, chociaż nie ma wątpliwości, że nowe przepisy ingerowały

w stosunki w toku, a jednocześnie brak było możliwości jednoznacznego zastosowania intertemporalnych reguł wykładni, w szczególności zasady bezpośredniego działania przepisu nowego. Występowały też przepisy przejściowe zredagowane w sposób nieprawidłowy, zwłaszcza w aspekcie sposobu zakończenia postępowań będących w toku, tj. wszczętych w czasie obowiązywania dotychczasowych przepisów i niezakończonych ostatecznie do dnia ich uchylecia. Niekiedy przepisy przejściowe były redagowane w sposób niejednoznaczny np. poprzez zastrzeżenie, że do określonych świadczeń medycznych udzielanych przed konkretną datą, stosuje się przepisy dotychczasowe, choć świadczenia te nierzadko miały przewidziany wielodniowy okres trwania. Sprawiało to, że nie było jasne, czy chodzi o świadczenia, których udzielanie zostało wszczęte przed powyższą datą, czy o te, których udzielanie zostało w takim terminie zakończone.

3.5. Wyjście poza granice upoważnienia ustawowego

W jednym z projektów dostrzec można było ewidentne wyjście poza granice upoważnienia ustawowego. Chodzi o projekt rozporządzenia wydany na podstawie art. 22. ust. 5. ustawy o działalności leczniczej, który to przepis umożliwia ministrowi właściwemu do spraw zdrowia określanie w drodze rozporządzenia standardów postępowania medycznego w wybranych dziedzinach medycyny lub w określonych podmiotach wykonujących działalność leczniczą, w oparciu o potrzebę zapewnienia odpowiedniej jakości świadczeń zdrowotnych. Tymczasem w załączniku do projektowanego rozporządzenia wprowadzono przepisy, które nakładały na szereg podmiotów (m.in. lekarza, położną, pielęgniarkę środowiskową) obowiązki podejmowania działań nie stanowiących świadczeń medycznych, co sprawiało, że projektowane standardy nie dotyczyły już tylko postępowania medycznego, lecz także innych usług publicznych nieprzewidzianych w ogóle w przepisie ustawowym, stanowiącym podstawę wydania tego rozporządzenia. Powyższe pozostawało w sprzeczności z § 115 *Zasad techniki prawodawczej*.

3.6. Nieprawidłowa implementacja norm prawa Unii Europejskiej

W odniesieniu do niektórych projektów można było zaobserwować zjawisko niewłaściwej implementacji dyrektyw Unii Europejskiej. Wyrażało się to w zwiększaniu zakresu obowiązków nakładanych na obywateli w stosunku do minimum wynikającego

z dyrektywy, oraz w wadliwym odczytaniu przepisu dyrektywy, który zamierzano wprost transponować do krajowego rozporządzenia.

3.7. Redagowanie przepisów w sposób nieodnoszący się do typowych sytuacji występujących w dziedzinie regulowanych spraw

W niektórych z projektowanych aktów normatywnych przepisy były formułowane w taki sposób, że rozważenie praktycznych skutków ich stosowania prowadziło do wniosku, że wykonanie norm zawartych w tych przepisach przez ich adresatów będzie niemożliwe albo znacznie utrudnione, co pozostaje w sprzeczności z postulatem redagowania przepisów w sposób odnoszący się do typowych sytuacji występujących w dziedzinie regulowanych spraw, co wynika z § 5 *Zasad techniki prawodawczej*. Tytułem przykładu można wskazać na przepis projektu rozporządzenia w sprawie wysyłkowej sprzedaży produktów leczniczych, który nakładał na placówkę prowadzącą taką sprzedaż obowiązek zapewnienia możliwości kontaktu telefonicznego przez dwie godziny po ustalonych godzinach dostawy. Biorąc pod uwagę typowy sposób prowadzenia sprzedaży wysyłkowej, tj. za pośrednictwem poczty lub podmiotów świadczących usługi kurierskie, jest niemożliwym, aby placówka prowadząca sprzedaż wiedziała o jakiej godzinie listonosz lub kurier dokona dostawy, albo też nabywca odbierze awizowaną przesyłkę z urzędu pocztowego. W konsekwencji nie może być mowy o ustalonych godzinach dostawy. Powyższe stanowi przykład nierozważania przez autorów przepisów w jaki sposób ich stosowanie będzie realizowane w praktyce, a w konsekwencji brak dostosowania norm, które mają być w tych przepisach sformułowane do rzeczywistości technologicznej, gospodarczej, czy też społecznej. Przepis będący przedmiotem powołanego przykładu na poziomie teoretycznym jawi się jako prawidłowy i pozostający w interesie nabywców produktów leczniczych, jednak dobra legislacja to taka, gdzie redakcję przepisu poprzedza refleksja w przedmiocie zarówno otoczenia prawnego, w które przepis ten zaingeruje, jak i otoczenia faktycznego, w którym funkcjonują adresaci projektowanych norm prawnych.

3.8. Prowadzenie konsultacji społecznych

Stwierdzono, że Ministerstwo Zdrowia często pozoruje prowadzenie konsultacji społecznych – głównie ze względu na krótki czas tych konsultacji. Nawet jeśli konsultacje są przeprowadzane, często mają charakter rytualny – uczestnicy nie otrzymują informacji

zwrotnych, ich wyniki nie są opracowywane i w zasadzie trudno stwierdzić, jaki jest ich faktyczny wpływ na ostateczny kształt decyzji.

Pomimo elektronicznych form prowadzenia konsultacji, Ministerstwo Zdrowia nie wykorzystuje wystarczająco tego narzędzia, nie promuje go ani nie informuje szerzej o możliwości włączania się w proces podejmowania decyzji tą drogą.

4. Spostrzeżenia poczynione w trakcie obserwacji procesu legislacyjnego pod adresem własnym, czyli organizacji pozarządowych

Po stronie organizacji pozarządowych stwierdzono częsty brak przygotowania merytorycznego, pomimo poinformowania ich w pierwszym etapie Projektu o ich prawach w procesie legislacji, nadal czują się niepewnie i uważają, iż brak w nim jasnych zasad. W większości nie czują się pełnowartościowymi partnerami Ministra Zdrowia.

Przedstawiciele organizacji pacjenckich w kontaktach z Ministrem Zdrowia często działają intuicyjnie, w dobrej wierze, koncentrują się wyłącznie na wąskim interesie swojej grupy i są przekonani, że konsultacje stanowią formę wymuszania konkretnego stanowiska. Jeśli nie udaje się go uzyskać, pojawia się przekonanie, że konsultacje zawiodły.

Ministerstwo Zdrowia w toku prowadzonych konsultacji zachowuje się pasywnie i oczekuje, że zainteresowani sami zgłoszą uwagi, a także co do zasady nie wychodzi poza swoje ustalone listy partnerów.

Częścią konsultacji społecznych jest przedstawienie wyników konsultacji przeprowadzanych ze wszystkimi kluczowymi interesariuszami. Z obserwacji Grupy Monitorującej wynika, że pojawiają się problemy z praktycznym stosowaniem tej procedury. Główny problem stanowi nieumiejętne wykorzystanie przekazywanych opinii lub nieskorzystanie z nich w ogóle, wręcz pomijanie nadsyłanych opinii, bez żadnej informacji o przyczynie takiego stanu rzeczy. Opiniowanie projektów rozporządzeń jest więc dla organizacji pozarządowych raczej działaniem mającym na celu zaznaczenie swojego stanowiska – z poczuciem, że nie ma się żadnej innej możliwości wpływu na kształt projektu i ewentualnym zwróceniem uwagi na niekorzystne skutki dla systemu opieki zdrowia. Tym samym powoduje to praktykę, iż niektórzy przedstawiciele organizacji pozarządowych, nie mogąc uzyskać informacji w sposób prosty, szukają nieformalnych „dojść” do pracowników ministerstwa, odpowiedzialnych za pisanie projektów. Wskutek braku przejrzystych zasad konsultacji społecznych na tym etapie prac, dochodzi do silnych napięć, niezadowolenia i niebezpieczeństwa nieformalnego wpływania na proces legislacji, a także manipulacji ze strony Ministerstwa Zdrowia.

5. Wnioski

Nasuują się dwie grupy wniosków. Pierwsza dotyczy jakości przedkładanych projektów aktów wykonawczych przez legislatorów Ministerstwa Zdrowia. Druga odnosi się do prowadzenia konsultacji społecznych pomiędzy Ministerstwem Zdrowia a organizacjami pozarządowym.

1. Na pierwszy plan w działalności legislacyjnej Ministerstwa Zdrowia wysuwa się wniosek o zjawisku „nadprodukcji” aktów prawnych, nadmiernej złożoności, nieprzejrzystości oraz niespójności i niestabilności systemu prawa ochrony zdrowia jako całości.

Na podstawie przeanalizowanych aktów prawnych w ciągu ostatniego roku można stwierdzić, iż działalność legislacyjna głównego polskiego regulatora systemu opieki zdrowotnej jest niespójna, chaotyczna, czasami niechlujna a co więcej - jest niekonsekwentna. Charakterystyczną cechą większości aktów prawnych jest nadregulacja i ich nadmierna komplikacja. Zmiana w istniejących lub wprowadzenie nowych ustaw lub rozporządzeń, pociągają za sobą konieczność zmian w powiązanych aktach prawnych. Bez wątplenia jest to prawny obowiązek legislatora. Jednak warto zauważyć, iż problemem aktualnej legislacji jest ilość koniecznych, dodatkowych zmian lub/i uregulowań. Na jeden zmieniany lub wprowadzany akt prawny, przypada średnio od kilku do kilkudziesięciu nowych rozwiązań prawnych, które muszą zostać wprowadzone, aby akt zmieniany aktualnie mógł w rzeczywistości mieć efekt sprawczy. Przeregulowany system nie jest przyjazny beneficjentowi – obywatelowi, który troszcząc się o zdrowie swoje lub najbliższych osób, grzęźnie w gąszczu niejasnych i trudnych przepisów, i bez pomocy profesjonalisty znającego prawo ochrony zdrowia nie jest w stanie sam poradzić sobie z „odczytaniem” własnych praw lub obowiązków.

System prawny regulujący polską opiekę zdrowotną jest chaotyczny. Niestety, jego funkcjonowanie zależy przede wszystkim od panujących warunków politycznych. Bezprecedensowe zmiany stanowisk w poszczególnych jednostkach organizacyjnych powodują zamęt, czego konsekwencją jest brak możliwości kontynuowania procesów już rozpoczętych lub ich zaniechanie.

Wprowadzane są także zmiany legislacyjne, które wcale nie służą dobru pacjentów, a stanowią jedynie zabezpieczenie dla pozostałych interesariuszy systemu opieki zdrowotnej – w szczególności przed odpowiedzialnością prawną.

Uregulowania prawne w dziedzinie ochrony zdrowia nie powinny tworzyć paradoksów. Tymczasem, mimo pozornego ułatwienia, którego zamierzeniem jest pokazanie dbałości o pacjentów – system coraz bardziej komplikuje zarówno dostępność do leczenia, jak i samo leczenie. Ma to szczególne konsekwencje dla pacjentów przewlekle chorych oraz dla jednej z najbardziej zaniedbanych grup - pacjentów z chorobami rzadkimi. Przedłożone do konsultacji projekty rozporządzeń często zawierały „skrajne” modele sposobu zapisów regulowanej materii: od nadmiernie generalizujących do nadmiernie uszczegóławiających regulowaną materię, co zawsze wiązało się z brakiem przejrzystości projektowanych uregulowań prawnych.

Projektując powyższe akty prawne Ministerstwo Zdrowia korzysta często z opinii specjalistów: prawników i ekonomistów, ale w niewielkiej mierze korzysta z zasobów największego zespołu ekspertów – pacjentów. Dla naszego systemu opieki zdrowotnej to rozwiązanie jest nowatorskie. Nie ma tradycji szerokich konsultacji społecznych, a sam system opieki zdrowia przesiąknięty jest paternalistycznym schematem, traktującym pacjenta jako bezwolnego (i często bezbronnego) podopiecznego, który powinien otrzymywać tylko niezbędne informacje, bez ich opiniowania i/lub wyrażania własnej woli. Tymczasem, to właśnie pacjenci stanowią wyjątkowych ekspertów systemu, których doświadczenie i wiedza na temat funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce w praktyce jest nie do przecenienia.

Cechą procesu legislacji jest brak stałej, zrównoważonej współpracy pomiędzy obywatelami, bezpośrednimi beneficjentami systemu, a podmiotami regulującymi ten system. Brakuje przede wszystkim zdrowego rozsądku oraz woli i wiary ze strony regulatora w to, że lekarze i pacjenci mogą ze sobą rozmawiać, a warunkiem funkcjonowania całości systemu jest przede wszystkim komunikacja. Przerost biurokracji oraz traktowanie przez Ministerstwo Zdrowia całokształtu systemu ochrony zdrowia jako pola do eksperymentów i nierozważnych, niepopartych żadnymi konkretnymi decyzjami, został w sposób szczególny uwidoczniiony w projekcie Ustawy o Zdrowiu Publicznym. Był to przykład aktu prawnego przygotowanego bez znajomości potrzeb społecznych obywateli w dziedzinie profilaktyki i ochrony zdrowia.

Doświadczenie pokazuje jednak, iż system jest w stanie przyjąć wyjątki od tej niechlubnej reguły. Sztandarowym przykładem współdziałania głównych grup interesariuszy systemu ochrony zdrowia jest wprowadzony z początkiem bieżącego roku zbiór aktów

prawnych, znany jako „pakiet onkologiczny”. Bez wątplenia wdrożone zmiany, będące wynikiem wspólnych działań środowiska pacjentów, lekarzy i regulatora stanowią o możliwościach takiej współpracy i działaniach, które przy obopólnej woli zmian wszystkich stron zainteresowanych rozwiązaniem danego problemu, mogą się przyczynić nie tylko do poprawy funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej, ale także, a nawet przede wszystkim, służyć dobru beneficjentów systemu.

2. Wyraźnie widać, iż zarówno Ministerstwu Zdrowia, jak i przedstawicielom organizacji pozarządowych brakuje „treningu” i podstawowej wiedzy o tym, jak organizować konsultacje i jak efektywnie wymieniać się poglądami, a nawet zasadniczej wiedzy o tym, czemu właściwie one służą.

Dysponujemy w Polsce wieloma instytucjonalno-prawnymi rozwiązaniami pozwalającymi na inicjowanie konsultacji publicznych. Duża liczba rozwiązań prawnych i brak synergii między nimi powodują jednak chaos i trudności w dostępie do procesu decyzyjnego.

Organizacje społeczne zainteresowane konsultacjami w określonej sprawie zwykle nie wiedzą, jak korzystać z istniejących uprawnień. Odnalezieniu się w gąszczu przepisów i instytucji nie ułatwia polityka informacyjna Ministerstwa Zdrowia.

Organizacje mają również kłopoty z uzyskaniem informacji, na jakim etapie prac znajduje się projekt, a także o postępie procesu konsultacji. Organizacjom nie jest znany harmonogram prac nad projektami.

Zarówno po stronie rządowej, jak i po stronie organizacji pozarządowych brakuje wiedzy i umiejętności, jak organizować i prowadzić konsultacje społeczne, oraz jak w nich efektywnie uczestniczyć. Powoduje to niechęć do uruchamiania tej procedury, lub stosowanie wyłącznie pasywnych technik komunikacji z sektorem organizacji pozarządowych.

Brak wiedzy o konsultacjach społecznych, ich funkcjach i korzyściach, skutkuje brakiem motywacji do ich inicjowania, a po stronie organizacji pozarządowych – frustracją i niezrozumieniem. Warto też zauważyć, że podstawy prawne i instytucjonalne konsultacji publicznych, zwłaszcza na najistotniejszym etapie rządowych prac legislacyjnych, są słabe. O tym, jak prowadzić konsultacje, decyduje w największej mierze regulamin pracy Rady Ministrów, który może być dowolnie zmieniany przez kolejne rządy.

Zgodnie z przytaczanymi w Raporcie zasadami regulaminu pracy Rady Ministrów, każda organizacja pozarządowa może być zaproszona do udziału w konsultacjach społecznych. Nie jest to jednak procedura obligatoryjna dla instytucji przygotowującej projekt

aktu prawnego, a w naszym przypadku Ministra Zdrowia. Ponadto każda organizacja pozarządowa może uczestniczyć w konferencji uzgodnieniowej, jeśli jest ona organizowana. Jednak nie ma jasnych reguł korzystania z opinii organizacji pozarządowych, a praktyka, jak pokazują doświadczenia Grupy Monitorującej, jest jeszcze mniej przejrzysta.

Niejednokrotnie można odnieść wrażenie, iż praca legislacyjna w Ministerstwie Zdrowia nie podlega zasadom racjonalnej i rzetelnej administracji. W ciągu roku objętego monitoringiem można było zaobserwować dwie skrajności w stylu pracy legislatorów. Z jednej strony - pośpiech i wyznaczanie bardzo krótkich terminów do społecznych konsultacji, które obejmowały również dni wolne od pracy czy dni świąteczne. W ten sposób eliminuje się organizacje pozarządowe niedysponujące pomocą ze strony prawnika. Z drugiej strony - okresy całkowitej „posuchy legislacyjnej” pomimo, iż wielu beneficjentów systemu opieki zdrowia oczekiwało na wydanie konkretnych aktów wykonawczych, co często było nawet sprawą bardzo pilną. Możliwymi powodami takiego stanu rzeczy mogą być zarówno względy polityczne, czyli np. celowe wstrzymywanie wydawania aktów prawnych, jak i względy kadrowe.

Organizacje pozarządowe mają poczucie, że ich opinie i oni sami traktowani są instrumentalnie. Ministerstwo Zdrowia często informuje, iż projekt był konsultowany z konkretnymi organizacjami, jednak nie dodaje się, że ich stanowisko było negatywne. Stwarza to wrażenie, że NGO-sy popierają projekty Ministerstwa Zdrowia. Kiedy indziej opinie NGO-sów są całkowicie pomijane.

6. Rekomendacje dla władzy publicznej

Konsultacje społeczne powinny być standardowym narzędziem wspierającym procesy decyzyjne i przyczyniającym się do tego, że rozstrzygnięcia legislacyjne oraz polityka publiczna są bardziej akceptowalne, bardziej zrozumiałe i efektywne.

Konsultacje powinny zawsze mieć charakter obowiązkowy i powinny być traktowane przez pracowników Ministerstwa Zdrowia jako źródło informacji, a nie jedynie jako dodatkowa „uciążliwość”.

6.1.Rekomendacje szczegółowe

- Organizacje pozarządowe ze strony rządu powinny uzyskać rzetelną, napisaną jasnym językiem informację o możliwości udziału w procesie konsultacji rządowych aktów prawnych.
- Potrzeba wydłużenia czasu przeznaczonego na analizę i zgłaszanie uwag z czternastu dni do minimum trzydziestu dni.
- Strona rządowa powinna odpowiadać na nadsyłane opinie. Postulujemy, aby legislatorzy mieli obowiązek ustosunkowywania się do zgłaszanych uwag na piśmie, przynajmniej tych, które są przez nich odrzucane. Powinno to następować w wyrażnie określonym terminie.
- Nadzwyczajny, przyspieszony tryb stanowienia prawa powinien być stosowany absolutnie wyjątkowo i wyrażnie uzasadniony.
- Zachowywanie spójności z nomenklaturą pojęciową obowiązujących aktów normatywnych wyższej rangi, zwłaszcza podstawowych dla różnych dziedzin prawa (kodeksy).
- Zwiększenie wymagań w stosunku do merytorycznej realizacji obowiązków wynikających z przeprowadzenia oceny skutków regulacji.
- Przestrzeganie granic upoważnień ustawowych, stanowiących podstawę projektowanych aktów wykonawczych.
- Wywiązywanie się przez Ministra Zdrowia na czas ze swoich ustawowych obowiązków w zakresie stanowienia aktów wykonawczych.
- Podjęcie działań edukacyjnych skierowanych zwłaszcza do urzędników Ministerstwa Zdrowia koordynujących prace nad projektami aktów prawnych

podnoszących ich wiedzę i kompetencje w zakresie organizowania konsultacji, a także motywację do ich inicjowania.

- Edukowanie legislatorów w kwestii tego, czym jest, czemu służą konsultacje społeczne i jak można z nich efektywnie korzystać.

6.2. Rekomendacje ogólne

- Konieczne jest wypracowanie i wdrożenie transparentności procedur decyzyjnych, co jest warunkiem sine qua non udziału partnerów społecznych w różnego rodzaju procedurach konsultacyjnych
- Ponawiamy postulat uregulowania zagadnień związanych z konsultacjami publicznymi w jednej ustawie. Uregulowanie ustawowe konsultacji dotyczących procesu decyzyjnego powinno mieć systemowy charakter i dotyczyć również wszystkich szczebli i form udziału obywateli w podejmowaniu decyzji. Pomogłoby też ustanowić spójne standardy udziału w konsultacjach.
- Do czasu wydania w/w ustawy, legislatorzy Ministerstwa Zdrowia powinni stosować w pracach nad projektami *Zasady techniki prawodawczej*.

7. Rekomendacje dla organizacji pozarządowych

- Podjęcie działań edukacyjnych i informacyjnych o tym, jak uczestniczyć w konsultacjach społecznych.
- Podniesienie wiedzy o procesach legislacyjnych, co umożliwi organizacjom pozarządowym czynny i partnerski udział w tych procesach.
- Zawiązywanie tam gdzie to możliwe koalicji i występowanie ze wspólnie wypracowanym stanowiskiem.