

BEOS-2528/24

Warszawa, 14 marca 2025 r.

Pan
Szymon Hołownia
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

**Opinia w sprawie oceny skutków regulacji poselskiego projektu ustawy
o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej
finansowanych ze środków publicznych
(druk sejmowy nr 1080)**

Na podstawie art. 34 ust. 9a uchwały Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 30 lipca 1992 r.
– Regulamin Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej (Monitor Polski z 2022 r. poz. 990, ze zm.)
sporządza się następującą opinię:

I. Problem, który zamierzają rozwiązać Wnioskodawcy

Zgodnie z uzasadnieniem projektu i deklarowanymi skutkami regulacji (DSR) proponowana regulacja służy rozwiązaniu następujących problemów:

1. zbyt długi czas oczekiwania na wizytę u lekarza specjalisty w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej;
2. brak zapewnienia terminowej dostępności świadczeń specjalistycznej opieki medycznej;
3. nierówności społeczne w dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej;
4. nieefektywne zarządzanie środkami przez Narodowy Fundusz Zdrowia;
5. nieefektywność systemu ochrony zdrowia.

II. Rozwiązanie rekomendowane przez Wnioskodawców

Projekt przewiduje zmianę ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹ (dalej: u.ś.z). Zmiana zakłada dodanie art. 20a oraz art. 139 ust. 11 w tej ustawie. Zgodnie z proponowaną regulacją świadczeniobiorca będzie miał prawo do uzyskania świadczenia w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w terminie nie dłuższym niż 60 dni

¹ Dz. U. z 2024 r. poz. 146, ze zm.

od dnia zgłoszenia się do świadczeniodawcy (art. 1 pkt 1 projektu). NFZ będzie zobowiązany do takiego rozdziału środków finansowych pomiędzy świadczeniodawców, aby zapewnić dostępność świadczeń w tym terminie dla świadczeniobiorców danego oddziału wojewódzkiego NFZ (art. 1 pkt 2 projektu).

Jeśli nie będzie możliwości udzielenia świadczenia w tym terminie u żadnego ze świadczeniodawców, świadczeniobiorca będzie miał prawo skorzystania ze świadczenia u innego podmiotu leczniczego na zasadach odpłatnych, a NFZ będzie zobowiązany do zwrotu całości poniesionych przez świadczeniobiorcę kosztów tego świadczenia. Zwrot kosztów będzie następował na wniosek świadczeniobiorcy złożony do właściwego ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy oddziału wojewódzkiego NFZ. Wszystkie koszty związane ze zwrotem mają być pokrywane ze środków własnych tego oddziału. Projekt określa termin złożenia wniosku, elementy wniosku oraz termin zwrotu kosztów.

Ustawa ma wejść w życie po upływie 90 dni od dnia ogłoszenia (art. 2 projektu).

III. Inne rozwiązania rozważane przez Wnioskodawców

Zdaniem Wnioskodawców alternatywnym rozwiązaniem byłaby głęboka, systemowa reforma ochrony zdrowia polegająca na likwidacji monopolu NFZ i wprowadzeniu systemu konkurencji wielu ubezpieczycieli (publicznych i prywatnych). Według Wnioskodawców nie jest to jednak możliwe w drodze jednej ustawy. Aby zrealizować taką reformę, konieczne byłoby podjęcie wielu działań na poziomie rządowym, które prowadziłyby do opracowania złożonego pakietu legislacyjnego. Wnioskodawcy, stwierdzając brak woli politycznej przeprowadzenia takiej reformy, uznają, że przedłożony projekt jest obecnie jedynym możliwym rozwiązaniem zidentyfikowanych przez nich problemów.

IV. Rozwiązania przyjmowane w innych państwach, w szczególności państwach członkowskich OECD/UE

Według raportu OECD na temat czasu oczekiwania na usługi medyczne² (dalej: raport OECD) czas oczekiwania na świadczenia zdrowotne w ramach publicznej służby zdrowia jest w większości państw OECD uważany za kwestię o wysokim lub co najmniej średnio wysokim priorytecie. W większości państw głównym problemem jest długi czas oczekiwania na zabiegi planowe, a także na konsultacje i opiekę specjalistyczną. Rozwiązania przyjęte w celu ograniczenia czasu oczekiwania na opiekę specjalistyczną i zabiegi planowe OECD dzieli na 5 kategorii: (1) określenie docelowych maksymalnych czasów oczekiwania wyznaczonych dla płatników; (2) określenie docelowych maksymalnych czasów oczekiwania w połączeniu z umożliwieniem pacjentowi większego wyboru świadczeniodawcy (w tym prywatnego); (3) zwiększenie podaży świadczeń;

² *Waiting Times for Health Services*, https://www.oecd.org/en/publications/waiting-times-for-health-services_242e3c8c-en.html [wszystkie źródła internetowe cytowane w niniejszej opinii zostały sprawdzone 13.03.2025].

- (4) poprawa zarządzania popytem, w tym poprzez priorytetyzację pacjentów;
- (5) poprawa koordynacji między opieką podstawową i specjalistyczną.

Ad (1): Docelowe maksymalne czasy oczekiwania wyznaczone dla płatników, ze ścisłym nadzorem i możliwością nakładania na nich sankcji, wprowadzono w 2005 r. m.in. w Finlandii. Obowiązują tam maksymalne czasy wyznaczone dla płatników – od 2023 r. są nimi okręgi świadczące usługi w zakresie dobrostanu (*hyvinvointialue*)³. Zgodnie z ustawą o opiece zdrowotnej⁴ w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej ocena potrzeby leczenia specjalistycznego musi rozpocząć się w ciągu trzech tygodni od otrzymania skierowania. Jeśli leczenie zostanie uznane za konieczne, musi być zapewnione w rozsądnym czasie, biorąc pod uwagę stan zdrowia pacjenta i przewidywalny rozwój choroby, nie później jednak niż w ciągu trzech miesięcy od oceny potrzeby leczenia. W uzasadnionych przypadkach czas oczekiwania może zostać przedłużony maksymalnie o trzy miesiące, jeśli leczenie może być opóźnione bez ryzyka dla stanu zdrowia pacjenta. Nad przestrzeganiem maksymalnych czasów oczekiwania sprawują nadzór regionalne państwowe agencje administracyjne i Krajowy Organ Nadzoru Opieki Społecznej i Zdrowia (Valvira)⁵. OECD nie przytacza danych na temat skuteczności wprowadzenia maksymalnych czasów realizacji świadczeń zdrowotnych dla ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, a jedynie dla planowych operacji. W przypadku planowych operacji czas oczekiwania na świadczenia obniżył się w latach 2005-2018⁶.

Ad (2): Maksymalny czas oczekiwania w połączeniu z umożliwieniem pacjentowi szerszego wyboru świadczeniodawcy, w tym prywatnego, w przypadku przekroczenia maksymalnego czasu oczekiwania wprowadzono m.in. w Danii, na gruncie ustawy o zdrowiu⁷, jednak nie w odniesieniu do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, a do leczenia szpitalnego, w tym leczenia specjalistycznego w przypadku chorób zagrażających życiu (nowotwory, choroby układu krążenia). Przyjęte rozwiązania doprowadziły do skrócenia czasu oczekiwania na wybrane zabiegi chirurgiczne w latach 2005-2018, przy czym czas oczekiwania na leczenie szpitalne w Danii jest ogólnie krótki w porównaniu z sytuacją w innych państwach. Podobnie w Portugalii w 2004 r. wprowadzono możliwość wyboru przez pacjenta świadczeniodawcy prywatnego w przypadku przekroczenia maksymalnego czasu oczekiwania na leczenie operacyjne. W portugalskim systemie pacjent, który osiągnął 75% maksymalnego czasu oczekiwania, otrzymuje voucher, który pozwala mu ubiegać się o leczenie u prywatnego świadczeniodawcy, posiadającego umowę w ramach Krajowej Służby Zdrowia (*Serviço Nacional de Saúde*, SNS). W latach

³ W dniu 1 I 2023 r. odpowiedzialność za organizację opieki zdrowotnej, opieki społecznej i ratownictwa została przeniesiona z gmin i władz miejskich na okręgi świadczące usługi w zakresie dobrostanu (*wellbeing services counties*). Istnieje 21 takich okręgów, a podział opiera się głównie na podziale na regiony. Informacje ze strony fińskiego Ministerstwa Spraw Socjalnych i Zdrowia, <https://stm.fi/en/wellbeing-services-counties>.

⁴ *Terveydenhuoltolaki*, <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>.

⁵ Informacje ze strony internetowej Krajowego Organu Nadzoru Opieki Społecznej i Zdrowia (Valvira), <https://valvira.fi/sosiaali-ja-terveydenhuolto/hoitoon-paasy>.

⁶ *Waiting Times for Health Services*, op. cit., s. 27.

⁷ *Bekendtgørelse af sundhedsloven*, LBK nr 1015 af 05/09/2024, <https://www.retsinformation.dk/eli/ta/2024/1015>.

2005-2010 mediana czasu oczekiwania na wybrane operacje planowe spadła, jednakże ponownie wzrosła w latach 2011-2018⁸.

Ad (3): Polityki mające na celu zwiększenie podaży usług medycznych wprowadzono m.in. w Australii, Estonii, Holandii, Kanadzie i na Węgrzech, jednak wg raportu OECD dotyczyły one głównie zabiegów planowych. Środki po stronie podaży w odniesieniu do usług zdrowotnych, w tym opieki specjalistycznej, wprowadzono w Irlandii⁹. National Service Plan zwiększył finansowanie dostępne dla Health Service Executive średnio o 5% rocznie w latach 2018 i 2019, aby odpowiedzieć na rosnące zapotrzebowanie na opiekę zdrowotną, w tym opiekę specjalistyczną i planową. Działania te przyczyniły się do skrócenia czasu oczekiwania w 2018 r. W raporcie OECD zwrócono uwagę, że dotychczasowe polityki po stronie podaży stosowane przez niektóre państwa OECD, polegające na okresowym zwiększeniu dedykowanego finansowania, przyniosły jedynie tymczasowe skutki i jest mało prawdopodobne, aby tego typu podejście przełożyło się na uzyskanie trwałego skrócenia czasu oczekiwania.

Ad (4): Niektóre państwa w celu poprawy zarządzania popytem wdrożyły politykę priorytetyzacji pacjentów czekających na świadczenia zdrowotne. Od 2002 r. w Norwegii¹⁰ funkcjonuje rozwiązanie polegające na określaniu indywidualnej (specyficznej dla pacjenta) gwarancji maksymalnego czasu oczekiwania – wszystkim pacjentom, którym przyznano prawo do podstawowej opieki zdrowotnej, przypisuje się indywidualny, oceniany klinicznie maksymalny czas oczekiwania na otrzymanie świadczenia. Jeśli świadczeniodawca nie może zapewnić oferty opieki zdrowotnej w określonym maksymalnym czasie oczekiwania, informuje o tym Helfo (zewnętrzną agencję norweskiej Dyrekcji Zdrowia) oraz świadczeniobiorcę. Jeśli ten ostatni zechce uzyskać ofertę od innego świadczeniodawcy, zawiadamia o tym Helfo, która wyznacza nowego świadczeniodawcę, z którym ma podpisaną umowę. Jeżeli Helfo nie jest w stanie znaleźć opcji leczenia, pacjent zachowuje miejsce na liście oczekujących w pierwotnej placówce, do której został skierowany (dzieje się tak również wtedy, kiedy nie zechce skorzystać z oferty innego świadczeniodawcy). W 2018 r. 98% wszystkich pacjentów otrzymało opiekę zdrowotną w ramach indywidualnego maksymalnego czasu oczekiwania.

W zakresie zarządzania popytem na publiczne usługi medyczne, choć nie są to narzędzia uwzględnione w raporcie OECD, należy również wskazać wprowadzenie partycypacji pacjentów w kosztach świadczeń zdrowotnych, mające na celu m.in. zwiększenie świadomości pacjentów na temat kosztów opieki zdrowotnej i w rezultacie zmniejszenie liczby wizyt. System partycypacji w kosztach niektórych świadczeń zdrowotnych obowiązuje między innymi w Holandii, gdzie osoby w wieku 18 lat i starsze płacą tzw. *eigen risico*, czyli rodzaj udziału własnego,

⁸ *Waiting Times for Health Services*, op. cit., s. 31.

⁹ *Waiting Times for Health Services*, op. cit., s. 34.

¹⁰ Informacje na podstawie: 1) *Your rights in case of exceeded waiting time*, <https://www.helsenorge.no/en/health-rights-in-norway/Your-rights-in-case-of-exceeded-waiting-time/> 2) *Waiting Times for Health Services*, op. cit., s. 42.

którego wysokość ustalana jest co roku (w 2025 r. jest to 385 euro)¹¹, i po przekroczeniu której świadczenia zdrowotne pokrywane są przez ubezpieczyciela. Spod *eigen risico* wyłączone są niektóre świadczenia, jak np. opieka lekarza rodzinnego i położnicza. Osoby ubezpieczone mogą również dobrowolnie zwiększyć swój udział własny o 500 euro, co powoduje obniżenie nominalnej części składki na ubezpieczenie zdrowotne, przekazywanej ubezpieczycielowi. Ponadto w przypadku niektórych rodzajów świadczeń osoby ubezpieczone są zobowiązane do współpłacenia. Dotyczy to takich świadczeń jak transport chorych, aparaty słuchowe, określone leki i obuwie ortopedyczne¹². System partycypacji w kosztach niektórych świadczeń zdrowotnych obowiązuje również między innymi w Szwecji, gdzie pacjenci pokrywają koszty wizyt lekarskich, w tym ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Koszty te są różne w poszczególnych regionach, ponieważ system opieki zdrowotnej w Szwecji jest zdecentralizowany¹³, jednak nie mogą one przekroczyć rocznie 1 400 koron szwedzkich (122 euro¹⁴) (tzw. ochrona przed wysokimi kosztami, *högkostnadsskydd*)¹⁵. W Szwecji w poszczególnych regionach obowiązują także opłaty za brak wcześniejszego odwołania wizyty lekarskiej¹⁶. Kary takie wprowadzono również m.in. w Finlandii, gdzie okręgi świadczące usługi w zakresie dobrostanu mogą ustalać opłaty za brak odwołania wizyty. Wysokość opłat musi uwzględniać limity określone na poziomie krajowym¹⁷.

Ad (5): Na poprawę koordynacji opieki podstawowej i specjalistycznej w celu skrócenia czasu oczekiwania na konsultacje specjalistyczne zdecydowały się m.in. Włochy¹⁸. Kryteria „jednorodnej grupy oczekujących” (*Raggruppamenti di Attesa Omogenei*, RAO), opracowane przez włoskie Ministerstwo Zdrowia, klasyfikują przypadki pacjentów według pilności i złożoności. Lekarze rodzinni oceniają stan pacjentów, korzystając z kryteriów RAO, aby określić odpowiedni poziom pilności skierowania do specjalisty. Zapewnia to priorytetowe traktowanie pacjentów o pilniejszych potrzebach, optymalizując wykorzystanie zasobów specjalistycznych i skracając niepotrzebny czas oczekiwania. Z kolei w Kanadzie¹⁹ zespoły

¹¹ Informacje ze strony internetowej Narodowego Instytutu Ochrony Zdrowia (*Zorginstituut Nederland*), <https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/eigen-risico-zvw>.

¹² *Healthcare in the Netherlands*, 2016, <https://english.zorginstituutnederland.nl/about-us/publications/publications/2016/01/31/healthcare-in-the-netherlands>.

¹³ Informacje ze strony internetowej szwedzkiej Krajowej Rady ds. Zdrowia i Opieki Społecznej, <https://www.socialstyrelsen.se/en/about-us/healthcare-for-visitors-to-sweden/about-the-swedish-healthcare-system/>.

¹⁴ Według kursu referencyjnego Europejskiego Banku Centralnego z 27 XII 2024.

¹⁵ Informacje z publicznego portalu 1177.se, <https://www.1177.se/Skane/sa-fungerar-varden/kostnader-och-ersattningar/hogkostnadsskydd-for-oppenvard/>.

¹⁶ Informacje z publicznego portalu 1177.se, <https://www.1177.se/Skane/sa-fungerar-varden/kostnader-och-ersattningar/patientavgifter-i-skane/>.

¹⁷ Informacje ze strony internetowej okręgu świadczącego usługi w zakresie dobrostanu Western Uusimaa, <https://www.luvn.fi/en/about-us/organization/executive-group-western-uusimaa-wellbeing-services-county>.

¹⁸ Informacje na podstawie: 1) *The Role of Homogeneous Waiting Group Criteria in Patient Referrals: Views of General Practitioners and Specialists in South Tyrol, Italy*, <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11120922/>; 2) *Waiting Times for Health Services*, op. cit., s. 42.

¹⁹ Informacje na podstawie: 1) *About Champlain eConsult BASE™*, <https://www.champlainbaseconsult.com/about>; 2) *Connected Medicine Collaboration Results*, <https://www.healthcareexcellence.ca/en/what-we-do/all-programs/connected-medicine/connected-medicine-collaboration-results/>; 3) *RACE™ (Rapid Access to Consultative Expertise)*,

świadczeniodawców opieki zdrowotnej z różnych prowincji nawiązały współpracę z Canadian Foundation for Healthcare Improvement²⁰ w celu rozpowszechnienia dwóch innowacji, mających na celu poprawę koordynacji między świadczeniodawcami podstawowej opieki zdrowotnej a specjalistami. Pierwsza z nich to Champlain BASE™ eConsult Service, bezpieczna internetowa usługa e-konsultacji, w ramach której lekarz podstawowej opieki zdrowotnej przesyła zapytanie dotyczące konkretnego przypadku za pośrednictwem portalu internetowego. Następnie przypadek jest przypisywany przez regionalnego specjalistę ds. e-konsultacji do lekarza specjalisty w zależności od dostępności. Specjalista otrzymuje powiadomienie e-mail z dostępem do sprawy za pośrednictwem bezpiecznej witryny. Oczekuje się, że udzieli odpowiedzi w ciągu tygodnia, choć średni czas odpowiedzi wynosi dwa dni. Może odpowiedzieć na pytanie lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, poprosić o dodatkowe informacje lub zalecić skierowanie, a także doradzić lekarzowi pierwszego kontaktu w innych kwestiach, takich jak zmiany leków czy dodatkowe badania. Druga innowacja to wdrożenie Rapid Access to Consultative Expertise (RACE™), telefonicznej linii doradczej dla lekarzy rodzinnych i pielęgniarek, którzy mogą wybierać spośród usług specjalistycznych w celu uzyskania porady w czasie rzeczywistym (połączenie jest kierowane bezpośrednio na telefon komórkowy lub pager specjalisty w celu uzyskania porady). W przypadku większości pacjentów decyzje dotyczące planowania opieki mogą być podejmowane podczas wizyty u lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, bez konieczności czekania na wizytę u specjalisty.

W ankietach przesłanych w ramach konsultacji społecznych dotyczących analizowanego projektu nie odniesiono się do konkretnych rozwiązań przyjmowanych w innych państwach, w szczególności państwach członkowskich OECD/UE.

V. Skutki prawne projektowanej ustawy

W zakresie dotyczącym świadczeniobiorców (pacjentów) można wyróżnić następujące skutki prawne:

- a) uprawnienie do uzyskania świadczenia w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej na zasadach określonych w art. 20 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w terminie nie dłuższym niż 60 dni od dnia zgłoszenia się do świadczeniodawcy (projektowany art. 20a ust. 1 u.ś.z.);
- b) uprawnienie do skorzystania ze świadczenia u innego podmiotu leczniczego na zasadach odpłatnych w przypadku braku możliwości uzyskania świadczenia w wymaganym terminie u żadnego ze

<https://www.healthcareexcellence.ca/en/what-we-do/all-programs/connected-medicine/race-rapid-access-to-consultative-expertise/>; 4) *Waiting Times for Health Services*, op. cit., s. 42-43.

²⁰ Kanadyjska Fundacja na rzecz Poprawy Opieki Zdrowotnej jest organizacją non-profit z siedzibą w Ottawie. Współpracuje z wieloma podmiotami, instytucjami i organizacjami rządowymi, społecznymi, zawodowymi w celu poprawy kanadyjskich systemów opieki zdrowotnej; <https://ceppp.ca/en/about-us/>.

świadczeniodawców, z którymi NFZ zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (projektowany art. 20a ust. 2 u.ś.z.);

- c) prawo do żądania zwrotu kosztów świadczenia uzyskanego u innego podmiotu leczniczego (projektowany art. 20a ust. 3 u.ś.z.) – przy czym prawo to warunkowane jest potwierdzeniem braku możliwości uzyskania świadczenia w wymaganym terminie u żadnego ze świadczeniodawców, z którymi NFZ zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

W odniesieniu do pkt. b) doprecyzowania wymaga, że przez wymieniony w nim „podmiot leczniczy” należy rozumieć podmioty wymienione w art. 4 ust. 1 pkt 1-7 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej²¹, do których należą przedsiębiorcy w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców²² we wszelkich formach przewidzianych dla wykonywania działalności gospodarczej, jeżeli ustawa nie stanowi inaczej; samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej; jednostki budżetowe, w tym państwowe jednostki budżetowe tworzone i nadzorowane przez Ministra Obrony Narodowej, ministra właściwego do spraw wewnętrznych, Ministra Sprawiedliwości lub Szefa Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, posiadające w strukturze organizacyjnej ambulatorium, ambulatorium z izbą chorych lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej lub położną podstawowej opieki zdrowotnej w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej²³; instytuty badawcze, o których mowa w art. 3 ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych²⁴; fundacje i stowarzyszenia, których celem statutowym jest wykonywanie zadań w zakresie ochrony zdrowia i których statut dopuszcza prowadzenie działalności leczniczej; posiadające osobowość prawną jednostki organizacyjne wymienionych stowarzyszeń; osoby prawne i jednostki organizacyjne działające na podstawie przepisów o stosunku Państwa do Kościoła Katolickiego w Rzeczypospolitej Polskiej, o stosunku Państwa do innych kościołów i związków wyznaniowych oraz o gwarancjach wolności sumienia i wyznania, a także jednostki wojskowe – w zakresie, w jakim podmioty te wykonują działalność leczniczą.

Zauważenia wymaga, że z przewidzianym w projekcie uprawnieniem świadczeniobiorcy do skorzystania ze świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (dalej: AOS) u innego podmiotu leczniczego nie został skorelowany obowiązek po stronie wspomnianego podmiotu leczniczego. Konsekwentnie, nie sposób ustalić, w jakim zakresie i na jakich zasadach inny podmiot leczniczy, o którym mowa w projektowanym art. 20a ust. 2 u.ś.z., będzie zobowiązany do udzielenia świadczenia AOS.

Należy w tym kontekście wyjaśnić, że zgodnie z art. 15 ust. 2 pkt 2 u.ś.z. „Świadczeniobiorcy przysługują świadczenia gwarantowane z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej”. Stosownie do art. 31d pkt 2 u.ś.z. „Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzeń, w poszczególnych

²¹ Dz. U. z 2024 r. poz. 799.

²² Dz. U. z 2024 r. poz. 236.

²³ Dz. U. z 2022 r. poz. 2527.

²⁴ Dz. U. z 2022 r. poz. 498 oraz z 2023 r. poz. 1672.

zakresach, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 1-8 i 10-13, wykazy świadczeń gwarantowanych wraz z określeniem warunków realizacji danego świadczenia gwarantowanego, w tym dotyczących personelu medycznego i wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną, mając na uwadze konieczność zapewnienia wysokiej jakości świadczeń opieki zdrowotnej oraz właściwego zabezpieczenia tych świadczeń”. Z kolei na mocy art. 31e ust. 1 pkt 1 u.ś.z. „Minister właściwy do spraw zdrowia może usunąć dane świadczenie opieki zdrowotnej z wykazu świadczeń gwarantowanych albo dokonać zmiany poziomu lub sposobu finansowania lub warunków realizacji świadczenia gwarantowanego, działając z urzędu lub na wniosek – uwzględniając kryteria określone w art. 31a ust. 1”. Oznacza to, że w publicznym systemie opieki zdrowotnej warunki realizacji świadczeń gwarantowanych (w tym świadczeń AOS) są określone wiążąco przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

Zgodnie z art. 132 ust. 1 u.ś.z. „[p]odstawą udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez Fundusz jest umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawarta pomiędzy świadczeniodawcą a Funduszem, z zastrzeżeniem art. 19 ust. 4 i art. 132c”. Natomiast na mocy ust. 2 powyższego artykułu „[u]mowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej może być zawarta wyłącznie ze świadczeniodawcą, który został wybrany do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej na zasadach określonych w niniejszym dziale, z wyjątkiem umowy, o której mowa w art. 15 ust. 2a”. Co więcej, stosownie do art. 139 ust. 3 pkt 3 u.ś.z. „[o]głoszenie o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawiera w szczególności wymagane kwalifikacje zawodowe i techniczne świadczeniodawców, z uwzględnieniem Polskich Norm wprowadzających normy europejskie, europejskich aprobat technicznych lub norm państw członkowskich Unii Europejskiej wprowadzających europejskie normy zharmonizowane oraz klasyfikacji statystycznych wydanych na podstawie przepisów o statystyce publicznej”.

Na mocy art. 148 ust. 1 u.ś.z. „[p]orównanie ofert w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dokonuje się według kryteriów wyboru ofert: 1) jakości, 2) kompleksowości, 3) dostępności, 4) ciągłości, 5) ceny – udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej”. Z kolei w ust. 3 powyższego artykułu zawarto upoważnienie, na mocy którego wydane zostało rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej²⁵ – przy czym załącznik nr 2 zawiera „Wykaz szczegółowych kryteriów wyboru ofert wraz z wyznaczającymi je warunkami oraz przypisaną im wartością w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna”. Natomiast stosownie do art. 146 ust. 1 pkt 2 u.ś.z. „Prezes Funduszu określa szczegółowe warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, obejmujące w szczególności obszar terytorialny, dla którego jest przeprowadzane postępowanie w sprawie zawarcia umów ze świadczeniodawcami, z uwzględnieniem taryfy świadczeń w przypadku jej ustalenia w danym zakresie oraz mając na uwadze

²⁵ Dz. U. poz. 1372, ze zm.

konieczność stosowania ułatwień w obiegu dokumentacji, w tym ich elektroniczacji”. Następnie, zgodnie z art. 149 ust. 1 pkt 7 u.ś.z. „[o]drzuca się ofertę jeżeli oferent lub oferta nie spełniają wymaganych warunków określonych w przepisach prawa oraz w szczegółowych warunkach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 146 ust. 1 pkt 2”. Jak wskazuje się w literaturze, „[ś]wiadczeniodawca związany umową podlega wszystkim rygorom ustawowym i umownym, Fundusz ma pełny wgląd w jego sytuację prawno-ekonomiczną, sprawuje pełny nadzór nad jego działalnością leczniczą, co oczywiście nie dotyczy podmiotu taką umową niezwiązanego”²⁶.

Zaproponowane w projekcie rozwiązanie stanowiłoby zatem wyjątek od powyższej zasady, zgodnie z którą świadczeniodawca zostaje wybrany w trybie konkursu ofert lub rokowań (art. 139 ust. 1 u.ś.z.), a następnie zostaje z nim zawarta umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zawierająca m.in. warunki udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, kwotę zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy oraz zasady rozpatrywania kwestii spornych (art. 136 ust. 1 pkt 2, 5 i 6 u.ś.z.). Wejście w życie projektowanego rozwiązania będzie oznaczało uwolnienie świadczeniodawców będących „innym podmiotem leczniczym” od wymogów przewidzianych w u.ś.z. dla świadczeniodawców – stron zawieranej z NFZ umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Z kolei w zakresie skutków prawnych wymienionych w pkt c), w trakcie konsultacji społecznych zwrócono uwagę na niemożność zweryfikowania „wszystkich świadczeniodawców, z którymi oddział Funduszu zawarł umowę”²⁷.

W zakresie dotyczącym oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia można wyróżnić następujące skutki prawne:

- a) obowiązek realizacji zwrotu kosztów świadczenia uzyskanego w podmiocie leczniczym na zasadach odpłatnych – warunkowany wnioskiem świadczeniobiorcy (projektowany art. 20a ust. 8 u.ś.z.);
- b) obowiązek poniesienia kosztów związanych ze zwrotem kosztów świadczenia uzyskanego w podmiocie leczniczym na zasadach odpłatnych (projektowany art. 20a ust. 10 u.ś.z.).

W zakresie dotyczącym Narodowego Funduszu Zdrowia można wyróżnić następujące skutki prawne:

- a) obowiązek zwrotu kosztów świadczenia uzyskanego w podmiocie leczniczym na zasadach odpłatnych – warunkowany wnioskiem świadczeniobiorcy (projektowany art. 20a ust. 2 u.ś.z.);
- b) obowiązek rozdziału środków pomiędzy świadczeniodawców w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w taki sposób, aby zapewnić dostępność świadczeń w terminie określonym w art. 20a ust. 1 dla

²⁶ K. Lewecki, *Jednostki lecznicze, które mają z NFZ umowy o udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej, za świadczenie ponadlimitowe wykonane w stanie nagłym otrzymają wynagrodzenie ustalone na podstawie zawartej umowy*, „Biuletyn Instytutu Studiów Podatkowych” 2019, Nr 3.

²⁷ ID ankiety: 6330.

świadczeniobiorców danego oddziału wojewódzkiego NFZ (projektowany art. 139 ust. 11 u.ś.z.);

- c) obowiązek przestrzegania, aby zwrot kosztów świadczenia uzyskanego w podmiocie leczniczym na zasadach odpłatnych odbył się „w terminie nie dłuższym niż 30 dni od daty wydania decyzji” w związku z wnioskiem świadczeniobiorcy o zwrot (projektowany art. 20a ust. 5 u.ś.z.).

W odniesieniu do pkt. b) dostrzeżenia wymaga, że zgodnie z art. 119 u.ś.z. „Minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw finansów publicznych, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu, określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowy tryb i kryteria podziału środków pomiędzy centralę i oddziały wojewódzkie Funduszu z przeznaczeniem na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych, uwzględniając przepisy art. 118”. Z kolei w art. 118 u.ś.z. przewidziano treść planu finansowego NFZ, sporządzanego corocznie przez Prezesa NFZ. W projektowanym art. 139 ust. 11 u.ś.z., w zakresie dotyczącym rozdziału środków pomiędzy świadczeniodawców, nowelizacja jest zatem niespójna z obecnymi zasadami finansowania świadczeń opieki zdrowotnej. Wnioskodawcy zakładają bowiem finansowanie świadczeń AOS niezależnie od podziału dokonanego w rozporządzeniu wydanym na powołanej powyżej podstawie oraz arbitralną dystrybucję środków przez NFZ.

Odnosnie do pkt. c) należy zwrócić uwagę na wyrażenie „wydania decyzji” w projektowanym art. 20a ust. 5 u.ś.z. Przyjmując założenie racjonalnego prawodawcy, należy uznać, że przepis nakazuje liczenie biegu terminu na zwrot kosztów od dnia wydania decyzji administracyjnej, objętej kontrolą sądu administracyjnego na podstawie art. 3 § 2 pkt 1 ustawy z dnia 30 sierpnia 2002 r. Prawo o postępowaniu przed sądami administracyjnymi²⁸. W tym miejscu dostrzeżenia wymagają dwie kwestie. Pierwszą stanowi skutek prawny, jaki wystąpi po stronie sądów administracyjnych w postaci obowiązku rozpoznania spraw ze skarg na powyższe decyzje. Druga kwestia dotyczy organu wydającego odnośną decyzję. Projektodawca nie wskazał bowiem *expressis verbis* organu administracji publicznej właściwego do rozstrzygnięcia w formie decyzji sprawy z wniosku o zwrot kosztów świadczenia uzyskanego w podmiocie leczniczym na zasadach odpłatnych, w związku z czym nie jest jasne, czy decyzję miałby wydawać Prezes NFZ, czy też dyrektor oddziału wojewódzkiego, do którego został złożony wniosek o zwrot kosztów. Na marginesie zauważenia wymaga, że obecnie do kompetencji dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ nie należy wydawanie decyzji administracyjnych. Przepisy kompetencyjne obowiązujące w tym zakresie (np. art. 107 ust. 5 pkt 23 u.ś.z., który w zw. z art. 50 ust. 18 u.ś.z. stanowił podstawę prawną do wydawania indywidualnych decyzji w sprawie ustalenia obowiązku poniesienia kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych w przypadkach braku prawa do świadczeń opieki zdrowotnej) zostały uchylone na mocy ustawy z dnia 14 sierpnia 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia funkcjonowania ochrony zdrowia w związku z epidemią COVID-19 oraz po jej ustaniu²⁹.

²⁸ Dz. U. z 2024 r. poz. 935.

²⁹ Dz. U. z 2020 r. poz. 1493, ze zm. Ustawa weszła w życie 1 IX 2020 r.

Należy także stwierdzić, że kompetencji – zarówno po stronie Prezesa NFZ, jak i dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ – w zakresie orzekania o zwrocie kosztów nie będzie można domniemywać z uwagi na inkorporowaną w art. 7 Konstytucji zasadę legalizmu. W orzecznictwie sądowoadministracyjnym wskazuje się, że „wszelkie organy (...), nie mogą domniemywać swych kompetencji, ani też podejmować działań, opierając się na wykładni rozszerzającej przepisów (...)”³⁰. Również Trybunał Konstytucyjny w uchwale z 10 maja 1994 r., sygn. W 7/94, zaznaczył, że „z konstytucyjnej zasady legalności jak również z zasady demokratycznego państwa prawa wynika jednoznaczny wniosek, że w przypadku, gdy normy prawne nie przewidują wyraźnie kompetencji organu państwowego, kompetencji tej nie wolno domniemywać i w oparciu o inną rodzajowo kompetencję przypisywać ustawodawcy zamiaru, którego nie wyraził”³¹. Zgodnie z art. 68 ust. 2 Konstytucji „[o]bywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa”. W kontekście powyższej regulacji TK wyjaśnił, że „(...) dostęp do świadczeń finansowanych ze środków publicznych musi być równy dla wszystkich obywateli, niezależnie od ich sytuacji materialnej. Proklamowana w analizowanym przepisie równość w dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej stanowi rozwinięcie wyrażonej w art. 32 Konstytucji zasady równości oraz koncepcji solidaryzmu społecznego. Zasady korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej w tym zakresie są bowiem niezależne od zakresu partycypacji poszczególnych członków wspólnoty obywatelskiej w tworzeniu zasobu środków publicznych stanowiących źródło ich finansowania. Podobnie też jak sam dostęp do świadczeń, musi to być równość w ujęciu rzeczywistym, a nie tylko formalnym”³².

Również w literaturze przedmiotu zauważono, że „[o]bowiązek nałożony na władze publiczne nie może być wykładany w kierunku publicznego prawa podmiotowego, które przysługuje obywatelom. Niemniej trzeba uznać, że z obowiązku tego wynika refleks prawa przedmiotowego odnoszący się do istoty (ang. *core*) nałożonego na władze publiczne obowiązku. Ową istotą (minimum) jest nakaz stworzenia przez władze publiczne systemu opieki zdrowotnej, który jest finansowany ze środków publicznych i zapewnia równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej, to znaczy, że ilość i jakość (standard) świadczeń oraz zasady ich udzielania (problem współfinansowania świadczeń gwarantowanych) nie są zależne od sytuacji materialnej ani stopnia finansowej partycypacji (przede wszystkim składkowej, ale także udziału własnego) danego uprawnionego”³³.

Z uwagi na powyższe mogą zatem pojawić się wątpliwości co do zgodności z art. 68 ust. 2 ustawy zasadniczej takiego rozwiązania, w którym pacjent w przypadku niemożności uzyskania świadczenia AOS w terminie 60 dni w systemie bezpłatnej, publicznej opieki zdrowotnej, ma zagwarantowany dostęp do takiego

³⁰ Wyrok NSA z 28 V 2002 r., sygn. akt IV SA 1776/00.

³¹ Uchwała ta utraciła wprawdzie moc powszechnie obowiązującą na podstawie art. 239 ust. 3 Konstytucji, lecz w powołanym zakresie treść jej pozostaje aktualna.

³² Wyrok TK z 7 I 2004 r., sygn. akt K 14/03, OTK Seria A 2004, nr 1, poz. 1.

³³ D. E. Lach, *Kryteria „kosztowe” kwalifikowania świadczeń opieki zdrowotnej jako gwarantowanych a prawo do ochrony zdrowia*, „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny” 2017, nr 2.

świadczenia jedynie na zasadzie uprzedniego poniesienia kosztów świadczenia. Rozwiązanie to stwarza bowiem korzystniejszą sytuację prawną (polegającą na dostępie do świadczenia AOS, należącego do świadczeń gwarantowanych) dla świadczeniobiorcy dysponującego środkami na pokrycie kosztów świadczenia AOS.

W odniesieniu do tego problemu w trakcie konsultacji społecznych zaproponowano alternatywną metodę finansowania usług poprzez wystawianie przez podmiot leczniczy faktury na konto NFZ, tak aby pacjent mógł skorzystać ze świadczenia bez konieczności zadłużania się³⁴.

Zgodnie z projektowanym art. 20a ust. 6 u.ś.z. „[k]oszty poniesione przez świadczeniobiorcę, które nie zostaną zwrócone przez Fundusz w terminie określonym w ust. 5, stają się wierzytelnością świadczeniobiorcy wobec Funduszu. Na mocy ust. 7 projektowanego artykułu, Wierzytelności, o których mowa w ust. 6, mają charakter należny i wymagalny”. Oznacza to, że dochodzenie roszczenia pieniężnego w postaci niezwróconych kosztów świadczenia AOS będzie odbywało się na uproszczonych zasadach, a wierzyciel (świadczeniobiorca, który poniósł koszty) uzyskuje możliwość przymusowej realizacji zwrotu kosztów, w tym na drodze sądowej ochrony prawnej.

Zgodnie z projektowanym art. 20a ust. 9 „Narodowy Fundusz Zdrowia nie może przenosić ciężaru finansowego związanego ze zwrotem kosztów, o których mowa w ust. 1-5, na świadczeniodawców, którzy nie udzielili świadczenia w terminie określonym w ust. 1”. Odnosząc się do cytowanego przepisu, należy przypomnieć, że na mocy § 11 załącznika do rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 20 czerwca 2002 r. w sprawie „Zasad techniki prawodawczej”³⁵ „[w] ustawie nie zamieszcza się wypowiedzi, które nie służą wyrażaniu norm prawnych, a w szczególności apeli, postulatów, zaleceń, upomnień oraz uzasadnień formułowanych norm”. Zawarte w projektowanym przepisie wyrażenie „nie może przenosić ciężaru finansowego” należy postrzegać w kategorii postulatu, o którym mowa w cytowanym paragrafie.

Przepisy projektu wchodzą w życie po upływie 90 dni od dnia ogłoszenia ustawy (art. 2 projektu). Wydłużenie *vacatio legis* nie budzi wątpliwości prawnych. Jednakże, w toku konsultacji społecznych z jednej strony zgłaszano uwagi, iż należy skrócić *vacatio legis* do 10 dni³⁶ czy do 30 dni³⁷, natomiast w innej ankiecie wskazano, że 90 dni może być zbyt krótkim terminem na wprowadzenie zmian³⁸.

W ramach konsultacji społecznych zgłoszono także m.in. postulat wprowadzenia krótszego terminu uzyskania świadczenia dla osób ze skierowaniem w trybie pilnym³⁹, a także propozycję załączania do wniosku o zwrot kosztów nagrań

³⁴ ID ankiety: 8101.

³⁵ Dz. U. z 2016 r. poz. 283.

³⁶ ID ankiety: 9401.

³⁷ ID ankiety: 9664.

³⁸ ID ankiety: 9471.

³⁹ ID ankiety: 6379.

dźwiękowych oraz obrazu zawartości internetowego systemu rezerwacji wizyt wraz z informacją o dacie i czasie dostępu⁴⁰. Zwrócono również uwagę na pole do nadużyć „w celu dorobienia się na fikcyjnym generowaniu kolejek⁴¹ oraz na to, iż ta ustawa będzie odpowiednikiem kredytu 2%, tylko że w służbie zdrowia. Będzie bezpośrednim transferem publicznych pieniędzy do kieszeni prywatnych placówek”⁴².

Projekt był także przedmiotem analiz Biura Ekspertyz i Oceny Skutków Regulacji Kancelarii Sejmu dotyczących zgodności z prawem Unii Europejskiej. W opinii⁴³ wyrażono następującą uwagę: „[c]o do wymogu podania numeru PESEL w przypadku składania wniosku o zwrot kosztów świadczenia odpłatnego uzyskanego przez świadczeniobiorcę – w związku z brakiem możliwości uzyskania w określonym terminie świadczenia w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (art. 1 pkt 1 projektu ustawy w zakresie art. 20a ust. 4 pkt 3 ustawy) – należy zwrócić uwagę, że proponowany przepis nie przewiduje sytuacji, w której świadczeniobiorca nie będzie posiadał numeru PESEL. Dla osób nieposiadających numeru PESEL, w tym obywateli innych niż Polska państw członkowskich UE, wymóg podania numeru PESEL stanowiłby barierę administracyjną w uzyskaniu zwrotu kosztów świadczenia. Należy jednocześnie zwrócić uwagę, że zmieniana ustawa w wielu jednostkach redakcyjnych odnoszących się do realizacji uprawnień do świadczeń medycznych i zawierających wymóg podania numeru PESEL zawiera dodatkowo sformułowanie: „a w przypadku nieposiadania numeru PESEL – numer paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość” (zob. np. art. 20 ust. 2 pkt 3 lit. a, art. 20 ust. 2a pkt 2 lit. a, art. 42d ust. 4 ustawy). Takie sformułowanie zapewnia niedyskryminacyjne traktowanie osób nieposiadających numeru PESEL, w tym obywateli innych niż Polska państw członkowskich UE. Brak analogicznego sformułowania w proponowanym przepisie może budzić wątpliwości, co do zgodności z zasadą niedyskryminacji ze względu na przynależność państwową, o której mowa w art. 18 TfUE”.

Omawiany projekt był również przedmiotem analizy BEOS w trybie art. 95a ust. 3 regulaminu Sejmu. W opinii⁴⁴ stwierdzono, że nie jest on projektem ustawy wykonującej prawo Unii Europejskiej.

⁴⁰ ID ankiety: 9401.

⁴¹ ID ankiety: 9502.

⁴² ID ankiety: 10020.

⁴³ *Opinia w sprawie zgodności z prawem Unii Europejskiej poselskiego projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (przedstawiciel wnioskodawców: poseł Przemysław Wipler)*, opinia BEOS z 10 XII 2024 r., BEOS-WPEiM-2522/24.

⁴⁴ *Opinia w sprawie stwierdzenia, czy poselski projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (przedstawiciel wnioskodawców: poseł Przemysław Wipler) jest projektem ustawy wykonującej prawo Unii Europejskiej w rozumieniu art. 95a regulaminu Sejmu*, opinia BEOS z 10 XII 2024 r., BEOS-WPEiM-2523/24.

VI. Skutki społeczne projektowanej ustawy

A) Podmioty na które wpływa projekt

Proponowana regulacja będzie miała wpływ na całą zbiorowość osób uprawnionych do opieki zdrowotnej finansowanej ze środków NFZ, podmioty lecznicze, osoby wykonujące zawód lekarza, Narodowy Fundusz Zdrowia oraz wymiar sprawiedliwości.

Osoby ubezpieczone w ramach NFZ, w tym w szczególności osoby korzystające ze świadczeń w trybie ambulatoryjnym⁴⁵ – ok. 34,2 mln osób ubezpieczonych⁴⁶, w tym 13,4 mln osób, które korzystały ze świadczeń w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej finansowanej przez NFZ w II kwartale 2024 r.⁴⁷ (zarazem badania wskazują, że 38,6% osób korzystających z ambulatoryjnej specjalistycznej opieki zdrowotnej w 2023 r. korzystała z niej w oparciu o inne niż NFZ źródła finansowania⁴⁸).

W odniesieniu do osób ubezpieczonych, w tym w szczególności osób korzystających ze specjalistycznych świadczeń w trybie ambulatoryjnym, w sytuacji, kiedy czas oczekiwania na świadczenie przekracza 60 dni, należy się spodziewać zwiększonego zainteresowania uzyskaniem porad prywatnych. Z uwagi na dużą niejednorodność grupy osób ubezpieczonych i pacjentów oraz w oparciu o wiedzę w zakresie dotychczasowych praktyk korzystania z AOS pochodzącą z badań Głównego Urzędu Statystycznego⁴⁹, można się spodziewać, że przy przyjętych założeniach refundacyjnych (m.in. konieczność przygotowania przez pacjenta wniosku refundacyjnego i samodzielnego opłacenia świadczenia) z tego rozwiązania korzystać będą częściej osoby młodsze, zamieszkujące tereny o wyższym poziomie urbanizacji, lepiej wykształcone i w lepszej sytuacji materialnej. W efekcie ograniczenia czasu oczekiwania na świadczenia stan zdrowia tych osób może ulec poprawie. Z drugiej strony dostęp do świadczeń i w efekcie stan zdrowia osób

⁴⁵ Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. z 2023 r. poz. 1413) świadczenia te obejmują: 1) porady specjalistyczne; 2) badania diagnostyczne; 3) procedury zabiegowe ambulatoryjne; 4) świadczenia w chemioterapii; 5) inne świadczenia ambulatoryjne; 6) świadczenia wykonywane w celu realizacji programów lekowych.

⁴⁶ *Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za II kwartał 2024 roku*, s. 6, <https://www.nfz.gov.pl/zarzadzania-prezesa/uchwaly-rady-nfz/uchwala-nr-292024iv.6679.html>.

⁴⁷ Ibidem, s. 11.

⁴⁸ *Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2023 r.*, GUS, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/ochrona-zdrowia-w-gospodarstwach-domowych-w-2023-r-2.8.html>.

⁴⁹ Zgodnie z danymi opublikowanymi w raporcie GUS *Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2023 r.*, w IV kwartale 2023 r. z porady lekarza specjalisty skorzystało 16,7% badanych osób, w tym 19,7% kobiet i 13,4% mężczyzn. Ponad połowa z tych osób skorzystała z jednej porady specjalistycznej (54,1%), co piąta osoba z dwóch (21,0%), a co czwarta – z trzech lub więcej (24,9%). Odsetek osób korzystających z porady lekarskiej specjalistycznej był warunkowany nie tylko stanem zdrowia, ale również cechami społeczno-demograficzno-społecznymi. W 2023 r. udział korzystających z porad lekarzy specjalistów wynosił od 9,8% wśród osób w wieku do 24 lat, do 28,6% wśród osób w wieku 80 lub więcej lat. Zwracały uwagę różnice w udziale korzystających ze specjalistycznych porad lekarskich ze względu na miejsce zamieszkania. Z porad skorzystało 18,1% mieszkańców miast i 14,4% mieszkańców wsi. Częściej z takich świadczeń korzystali mieszkańcy miast o liczbie mieszkańców od 200 do 499 tys. (21,3%). Im wyższy dochód na 1 osobę tym częściej deklarowano korzystanie z takich porad – z wyjątkiem osób najbardziej zamożnych.

starszych, zamieszkujących tereny o niższym poziomie urbanizacji, gorzej wykształconych i w gorszej sytuacji materialnej, może ulec pogorszeniu.

Należy też podkreślić, że ze względu na typowe dla systemu ochrony zdrowia zjawisko asymetrii informacji, może dojść do obiektywnie nieuzasadnionego wzrostu liczby udzielanych świadczeń, co może mieć negatywne skutki dla pacjentów, takie jak zwiększenie ryzyka chorób jatrogennych⁵⁰, dodatkowy stres i utracony czas, a także wydłużenie czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia.

Podmioty lecznicze udzielające świadczeń zdrowotnych w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (w ramach NFZ oraz innych środków) – w 2024 r. liczba zarejestrowanych podmiotów prowadzących ambulatoryjne leczenie specjalistyczne wynosiła 13 726⁵¹. Z kolei liczba podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej finansowanej przez NFZ w 2023 r. wynosiła 5 313⁵². Warto podkreślić, że w tej drugiej grupie ponad 80% stanowią podmioty prywatne, które mając podpisane umowy z NFZ, funkcjonują w systemie ochrony zdrowia według takich samych zasad, co podmioty publiczne⁵³. Zasady te dotyczą m.in. akredytacji, wyceny i jakości świadczeń.

W odniesieniu do podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (w ramach NFZ oraz innych środków) w efekcie przyjęcia proponowanych rozwiązań można się spodziewać zmian ilościowych, strukturalnych i organizacyjnych.

Z perspektywy podmiotów leczniczych, które obecnie udzielają świadczeń w ramach kontraktu z NFZ, proponowana regulacja w krótszej perspektywie może sprzyjać chęci rezygnacji z pracy lekarzy i innych zatrudnionych osób w celu podjęcia potencjalnie lepiej wynagradzanej pracy w podmiotach realizujących świadczenia w pełni komercyjnie. Może to w efekcie doprowadzić do wydłużenia okresu oczekiwania na świadczenie w podmiotach leczniczych z tej pierwszej grupy. Problem ten będzie dotyczył w głównej mierze tych grup świadczeń, które są najbardziej dochodowe i na które już obecnie czas oczekiwania jest najdłuższy.

W dalszej perspektywie proponowana regulacja może sprawić, że podmioty lecznicze realizujące świadczenia w ramach AOS będą wypowiadały kontrakty i nie będą miały interesu ekonomicznego w podpisywaniu nowych kontraktów z NFZ. W skrajnym scenariuszu zachęta finansowa do udzielenia świadczeń zdrowotnych na zasadach komercyjnych, a nie w oparciu o kontrakty z NFZ, może doprowadzić do prywatyzacji AOS. W efekcie pogorszeniu może ulec dostęp obywateli – szczególnie tych w najtrudniejszej sytuacji finansowej – do opieki zdrowotnej.

W przypadku prywatnych podmiotów leczniczych realizujących świadczenia w ramach AOS pojawia się ryzyko nadużyć – podmioty te będą miały realną możliwość wpływania na czas oczekiwania na świadczenia, w taki sposób, żeby

⁵⁰ Schorzenia lub powikłania wywołane przez działania medyczne.

⁵¹ Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą, <https://rpwdl.ezdrowie.gov.pl>.

⁵² Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2023 rok, s. 70, <https://orka.sejm.gov.pl/Druki10ka.nsf/0/305E46D2663E4FB4C1258B86003E8A4C/%24File/618.pdf>.

⁵³ Świadczeniodawcy z umowami z NFZ. Ile z nich to podmioty prywatne? <https://www.rynekzdrowia.pl/Finanse-i-zarzadzanie/Swiadczeniodawcy-z-umowami-z-NFZ-Ile-z-nich-to-podmioty-prywatne.242567.1.html>.

realizować je nie w ramach kontraktu z NFZ, a w ramach potencjalnie znacznie bardziej korzystnej finansowo refundacji porady przez NFZ. Co więcej, zaproponowany w projekcie mechanizm finansowania AOS ze względu na specyfikę sektora ochrony zdrowia, w tym w szczególności asymetrię informacji pomiędzy pacjentami a świadczeniodawcami, która zaburza alokację rynkową, może prowadzić do takich negatywnych z perspektywy pacjentów i społeczeństwa zjawisk, jak indukowanie popytu przez podaż (udzielanie nadmiarowych i nieuzasadnionych świadczeń w celu uzyskania wyższych dochodów⁵⁴) czy tzw. „spijanie śmietanki”, polegające na udzielaniu głównie tych świadczeń, które przynoszą najwyższy zysk i ograniczaniu pozostałych⁵⁵.

Z perspektywy podmiotów leczniczych udzielających świadczeń wyłącznie komercyjnie, bez kontraktu z NFZ, przyjęcie proponowanej regulacji – nieprzewidującej stosowania żadnych mechanizmów kontroli w zakresie wyceny porad lekarskich i badań diagnostycznych czy standardów akredytacyjnych i mechanizmów oceny jakości świadczeń udzielanych w ramach zaproponowanego systemu – będzie niezwykle korzystne, zarazem będzie niosło istotne ryzyko dla zdrowia pacjentów i zaufania społeczeństwa do opieki zdrowotnej. W szczególności można się spodziewać wzrostu cen świadczeń i tym samym wzrostu potencjalnych zysków prywatnych podmiotów leczniczych. Może to stanowić impuls do rozwoju już istniejących podmiotów leczniczych i tworzenia kolejnych, w szczególności w tych dziedzinach, w których udzielanie świadczeń jest najbardziej dochodowe. Wyzwaniem może być jednak pozyskanie personelu, co wynika z ogólnych ograniczeń kadrowych.

Osoby posiadające prawo wykonywania zawodu lekarza, w tym w szczególności osoby wykonujące zawód lekarza i posiadające tytuł specjalisty, a także inne osoby pracujące w podmiotach leczniczych – liczba osób posiadających prawo wykonywania zawodu lekarza według stanu na III kwartał 2024 r. wynosiła 170 993, w tym 160 807 osób wykonujących zawód⁵⁶. W tej grupie 134 254 osób posiadało tytuł lekarza specjalisty (spośród nich 128 109 wykonywała zawód), a 33 034 osób posiadało tytuł lekarza specjalisty I stopnia (spośród nich 28 565 wykonywała zawód)⁵⁷.

W odniesieniu do osób wykonujących zawód lekarza i posiadających tytuł specjalisty, które udzielają świadczeń zdrowotnych w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, a także innych osób pracujących w podmiotach leczniczych można się spodziewać wzrostu oczekiwań płacowych oraz zainteresowania zmianą miejsca pracy w celu poprawy sytuacji materialnej.

⁵⁴ Warunki sprzyjające powstaniu popytu indukowanego to m.in. opłacanie lekarzy za usługę, które zachęca do zwiększania liczby udzielanych świadczeń, autonomia w wyborze terapii przez lekarza, brak standardów leczenia i postępowania z pacjentem, monopol lekarzy w realizacji świadczeń.

⁵⁵ K. Iłowiecka, *Analiza i ocena narzędzi regulacji podaży świadczeń opieki zdrowotnej określonych w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*, „Ubezpieczenia Społeczne. Teoria i praktyka” 2017, 130.3, s. 67-85.

⁵⁶ Zestawienie liczbowe lekarzy i lekarzy dentystów wg przynależności do okręgowej izby lekarskiej i tytułu zawodowego, https://nil.org.pl/uploaded_files/1728370560_01-popr.pdf.

⁵⁷ Zestawienie liczbowe lekarzy i lekarzy dentystów wg dziedziny i stopnia specjalizacji, https://nil.org.pl/uploaded_files/1728370560_04-popr.pdf.

W przypadku osób pracujących w podmiotach udzielających świadczeń w ramach kontraktu z NFZ można się spodziewać, że w obliczu rosnących możliwości pracy w podmiotach komercyjnych osoby te będą dążyć do negocjowania podwyżek wynagrodzeń z dotychczasowym pracodawcą, a w przypadku nieuzyskania satysfakcjonującego wzrostu wynagrodzenia, będą się skłaniać do poszukiwania pracy poza kontraktem z NFZ w podmiotach komercyjnych.

W przypadku osób pracujących w podmiotach komercyjnych, w szczególności w ramach indywidualnych lub grupowych praktyk lekarskich, wprowadzenie proponowanych rozwiązań może zachęcać do zmiany wyceny świadczeń, w taki sposób, żeby maksymalizować uzyskiwane dochody.

Narodowy Fundusz Zdrowia

W odniesieniu do NFZ w efekcie przyjęcia proponowanych rozwiązań można się spodziewać negatywnych skutków w postaci wzrostu kosztów funkcjonowania w efekcie istotnego i niekontrolowanego wzrostu wydatków na ambulatoryjne porady specjalistyczne realizowane przez podmioty bez kontraktu z NFZ i dodatkowych obciążeń związanych z koniecznością obsługi potencjalnie dużej ilości wniosków świadczeniobiorców o refundację poniesionych kosztów.

Przyjmując, że choć część osób, która do tej pory korzystała z AOS w ramach wydatków prywatnych, będzie miała prawo skorzystać z przedstawionego w omawianym projekcie prawa do refundacji, to wzrost kosztów NFZ będzie istotny. Warto podkreślić, że wydatki NFZ z tytułu AOS wyniosły w 2023 r. 8,8 mld zł. W efekcie można się spodziewać pogłębienia deficytu NFZ⁵⁸. Może to mieć negatywne skutki dla pacjentów i ogólnie całego systemu ochrony zdrowia, poprzez m.in. opóźnienia płatności dla podmiotów leczniczych, czy też ograniczenia naborów pacjentów do programów lekowych. W konsekwencji może mieć to negatywne konsekwencje dla bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli.

Warto podkreślić, że NFZ jest zobowiązany do zarządzania systemem zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych w sposób zapewniający systematyczną poprawę efektywności wydatkowanych środków. Jednak proponowane rozwiązanie, poprzez wyłączenie taryfikacji i oceny jakości, będzie miało negatywny wpływ na możliwość prawidłowej realizacji przez NFZ powierzonych mu zadań.

Wymiar sprawiedliwości

Przyjęcie proponowanej regulacji może powodować trudne do określenia skutki dla wymiaru sprawiedliwości związane z prowadzeniem spraw dotyczących potencjalnych nadużyć podmiotów leczniczych i osób wykonujących zawód lekarza, a także spraw związanych z wnioskami refundacyjnymi (w projekcie nie przewidziano trybu postępowania administracyjnego w sytuacji odrzucenia wniosku o refundację). W efekcie może dojść do wydłużenia średniego czasu postępowań sądowych, co ma istotne negatywne skutki dla obywateli, a także może osłabić zaufanie społeczne do władzy sądowniczej i poczucie sprawiedliwości.

⁵⁸ S. Dudek, Ł. Kozłowski, B. Waśko, W. Wiśniewski, *Luka finansowa systemu ochrony zdrowia w Polsce*, Warszawa 2024, <https://www.pzh.gov.pl/download/37756/?tmstv=1719308014>.

B) Wpływ na społeczeństwo w ujęciu pieniężnym i niepieniężnym

W opinii Wnioskodawców przyjęcie proponowanego rozwiązania polegającego na wprowadzeniu limitu 60 dni oczekiwania na wizytę u lekarza specjalisty w ramach AOS i możliwość zwrotu kosztów prywatnych wizyt przez NFZ może znacząco poprawić dostęp do specjalistycznej opieki medycznej (co ma się przełożyć na poprawę stanu zdrowia społeczeństwa), zmniejszyć nierówności społeczne w dostępie do opieki zdrowotnej oraz przyczynić się do ogólnej poprawy efektywności i jakości usług medycznych w kraju.

Długi czas oczekiwania na świadczenia (konsultacje lekarzy specjalistów) jest w Polsce realnym problemem. Dla przykładu według analiz prowadzonych przez Watch Health Care, obejmujących 20 dziedzin medycyny, średni czas oczekiwania na wizytę we wrześniu 2023 r. wynosił 3,7 miesiąca. W porównaniu do listopada 2022 r. odnotowano spadek czasu oczekiwania o 0,4 miesiąca⁵⁹.

Jak wskazują wyniki analiz z 2023 r. prowadzonych przez Centrum Badania Opinii Społecznej w największym stopniu na zadowolenie z opieki zdrowotnej przekładała się dobra ocena dostępności lekarzy specjalistów⁶⁰. Inne badania CBOS wskazują, że głównym powodem korzystania ze świadczeń zdrowotnych poza systemem powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego był krótszy czas oczekiwania na wizytę, na który wskazywało blisko 4/5 respondentów⁶¹. W związku z tym przedstawiony projekt wydaje się wychodzić naprzeciw społecznym oczekiwaniom.

Dostęp do specjalistycznej opieki medycznej

Większość przyczyn ograniczonej dostępności do świadczeń ma charakter ogólnokrajowy i wiąże się m.in. z niewystarczającą liczbą lekarzy określonej specjalności udzielających porad specjalistycznych w oparciu o kontrakt z NFZ. Występują również przyczyny regionalne związane głównie z niewystarczającą liczbą miejsc udzielania danego rodzaju świadczeń – w szczególności chodzi o tereny o niskim poziomie urbanizacji.

Jednak, jak wskazują dane NFZ, dostęp do świadczeń w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej w ramach NFZ w ostatnich latach ulega poprawie. Wartość umów podpisanych przez NFZ na 2023 r. z 5 313 świadczeniodawcami (o 0,5% mniej niż w 2022 r.) w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej wyniosła 8,8 mld zł (28,7% więcej niż w 2022 r.). Ze świadczeń AOS skorzystało ponad 17,5 mln pacjentów (o 4,8% więcej niż w 2022 r.), przy czym łączna liczba wszystkich porad wyniosła ok. 89,9 mln (7,7% więcej niż w 2022 r.)⁶² (zob. Tabela 1.). Co więcej, zgodnie z danymi NFZ, w I półroczu 2024 r. w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej łączna liczba pacjentów, którym udzielono świadczenia, wyniosła blisko 29,5 mln (o 13,9% więcej niż analogicznym okresie 2023 r.), natomiast liczba wykonanych świadczeń wyniosła

⁵⁹ Raport dotyczący zmian w dostępie do gwarantowanych świadczeń zdrowotnych w Polsce nr 01/09/2023, Watch Health Care, https://drive.google.com/file/d/1-XlhZ66eiNnyRUY5vP_Z3Vt3wrssUeL/view?usp=sharing.

⁶⁰ Opinie na temat funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej, Komunikat z badań nr 124/2023, CBOS, https://www.cbos.pl/PL/publikacje/raporty/open_file.php?id=6678.

⁶¹ Korzystanie ze świadczeń i ubezpieczeń zdrowotnych, Komunikat z badań nr 101/2023, CBOS, https://www.cbos.pl/PL/publikacje/raporty/open_file.php?id=6648.

⁶² Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2023 rok, op. cit.

blisko 44 mln (o 9,3% więcej niż w analogicznym okresie 2023 r.)⁶³. Przy tym liczba osób ubezpieczonych utrzymywała się na stabilnym poziomie.

Tabela 1. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna w ramach NFZ w latach 2021-2023

	2021	2022	2023	2022/ 2021	2023/ 2022
	1	2	3	4	5
Liczba ubezpieczonych	34 202 895	34 128 951	34 172 864	99,8%	100,1%
Liczba pacjentów AOS	15 998 236	16 757 984	17 554 469	104,7%	104,8%
Liczba świadczeń AOS	79 209 420	83 402 081	89 861 581	105,3%	107,7%
Koszty realizacji świadczeń AOS (w tys. zł)	4 929 395	6 823 377	8 781 291	138,4%	128,7%
Liczba świadczeniodawców w AOS	5 487	5 338	5 313	97,3%	99,5%

Źródło: Opracowanie na podstawie Sprawozdania z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2023 rok

Wątpliwy wydaje się zakładany przez Wnioskodawców wpływ proponowanej regulacji na poprawę stanu zdrowia całego społeczeństwa. Wskazuje się, że ogólnie stan zdrowia polskiego społeczeństwa będzie się pogarszał, a tym samym będzie rosło zapotrzebowanie na świadczenia opieki zdrowotnej (co wynika z rosnącego udziału osób w starszych grupach wiekowych, częściej doświadczających problemów zdrowotnych). W tym kontekście wskazuje się na istotny i w dalszym ciągu niewykorzystywany w Polsce potencjał działań w zakresie promocji zdrowia i profilaktyki chorób szczególnie w zakresie modyfikacji stylu życia⁶⁴.

Nierówności społeczne w dostępie do opieki zdrowotnej

Wpływ na sytuację pacjentów, w szczególności tych o niższych dochodach, jest jednym z kluczowych aspektów oceny proponowanych regulacji. Refundacja prywatnych wizyt przez NFZ, choć z pozoru zwiększa dostępność usług, wiąże się z koniecznością poniesienia przez pacjenta kosztów z góry, co może stanowić barierę finansową dla wielu osób, zwłaszcza w sytuacji przewidywanego wzrostu cen usług w ramach prywatnej ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Osoby o ograniczonych zasobach ekonomicznych, zwłaszcza w gospodarstwach domowych o niskich dochodach, mogą być zmuszone zrezygnować z prywatnych wizyt, nawet jeśli teoretycznie byłyby one refundowane, ze względu na brak możliwości chwilowego pokrycia kosztów.

Warto zaznaczyć, że w polskich gospodarstwach domowych występuje wysokie zróżnicowanie udziału wydatków w dochodzie rozporządzalnym, który warunkuje możliwość finansowania podwyższonych kosztów wizyt lekarskich. Dla przykładu, najwyższy udział wydatków w dochodach (74,8%) i najniższą kwotę nadwyżki przeciętnych miesięcznych dochodów rozporządzalnych na osobę nad średnimi wydatkami na osobę (545 zł) dysponują gospodarstwa domowe rencistów.

⁶³ Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za II kwartał 2024 roku, op. cit., s. 13.

⁶⁴ W. S. Zgliczyński, Medycyna stylu życia, „Infos”, nr 6(319), <https://orka.sejm.gov.pl/WydBAS.nsf/0/A02FD9C8F5C1BEBAC1258B86003385BE?OpenDocument>.

Z kolei najwyższą średnią kwotę nadwyżki dochodu nad wydatkami (1 451 zł) zanotowano w gospodarstwach domowych pracujących na własny rachunek⁶⁵.

Proponowany mechanizm refundacji może więc prowadzić do pogłębienia istniejących nierówności w dostępie do opieki zdrowotnej. Podczas gdy osoby z wyższymi dochodami będą mogły korzystać z prywatnych świadczeń i uzyskiwać późniejszy zwrot kosztów, osoby znajdujące się w trudniejszej sytuacji ekonomicznej mogą być zmuszone do czekania na dostęp do usług w sektorze publicznym, który może być przeciążony, a w razie braku dodatkowego finansowania NFZ kolejki mogą się jeszcze wydłużyć.

Przyjęcie proponowanych regulacji przyczyni się do poprawy dostępu do świadczeń zdrowotnych dla osób, które mieszkają w ośrodkach, w których zlokalizowane są podmioty ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, czyli w większości dużych miast. Tym samym wzrosną już teraz występujące nierówności w dostępie do opieki zdrowotnej między mieszkańcami obszarów o wysokim stopniu urbanizacji i obszarów peryferyjnych.

W rezultacie proponowany mechanizm refundacji zamiast niwelować nierówności, może je pogłębiać, tworząc system, w którym korzyści z regulacji czerpią przede wszystkim osoby lepiej sytuowane.

Efektywność i jakość usług medycznych

Nie jest jasne, co Projektodawca rozumie pod pojęciem efektywności usług medycznych. Przyjmując, że miarą efektywności systemów zdrowia są m.in. poprawa stanu zdrowia, niwelowanie różnic w stanie zdrowia, zabezpieczenie materialne w sytuacji braku dochodów związanego z chorobą, a także odpowiadanie na oczekiwania pacjentów, to poprawa efektywności nie jest funkcją zmiany pojedynczego aspektu jednego z elementów opieki zdrowotnej, którym jest ambulatoryjna opieka specjalistyczna.

W zakresie efektywności wydatkowania środków publicznych niepomijalną kwestią jest kwestia taryfikacji świadczeń. Świadczenia zdrowotne finansowane ze środków publicznych podlegają taryfikacji prowadzonej przez niezależny podmiot, tj. Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Podstawowym celem procesu taryfikacji jest dokonanie wyceny świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, adekwatnej do rzeczywistych kosztów leczenia ponoszonych przez podmioty lecznicze. Służyć to ma zapewnieniu gospodarnego wydatkowania środków publicznych. Co do zasady NFZ płaci za wykonane świadczenie zdrowotne, którego wartość zależy od liczby jednostek rozliczeniowych przypisanych danemu świadczeniu oraz ich ceny, która podlega negocjacji z podmiotem leczniczym. W ambulatoryjnej opiece specjalistycznej stosowana jest głównie opłata za poradę lekarza specjalisty i wykonane badania diagnostyczne. W przedstawionym projekcie ustawy nie przewiduje się stosowania żadnych mechanizmów kontroli w zakresie wyceny porad lekarskich i badań

⁶⁵ Budżety gospodarstw domowych w 2023 roku, GUS, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/warunki-zycia/dochody-wydatki-i-warunki-zycia-ludnosci/budzety-gospodarstw-domowych-w-2023-roku,9,22.html>.

diagnostycznych, które miałyby być udzielane w ramach zaproponowanego systemu refundacji.

W zakresie jakości świadczeń istotną kwestią jest ocena jakości świadczeń i standardów akredytacyjnych podmiotów leczniczych, za którą w polskim systemie co do zasady odpowiada Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia. W przedstawionym projekcie nie przewiduje się stosowania żadnych mechanizmów oceny jakości świadczeń udzielanych przez podmioty lecznicze i oceny samych podmiotów, które mają realizować świadczenia w mechanizmie zaproponowanym przez projektodawcę. Oprócz wątpliwości w zakresie kwestii prawnych rodzi to wątpliwości w zakresie skutków społecznych polegających na wydatkowaniu środków publicznych bez kontroli, czy środki te przeznaczone są na świadczenia odpowiedniej jakości.

Jednym z zasadniczych celów NFZ jest optymalizacja wydatkowania środków publicznych poprzez maksymalizowanie efektów terapeutycznych i profilaktycznych w warunkach ograniczonego i ściśle określonego poziomu finansowania. Działania w zakresie taryfikacji i oceny jakości świadczeń w zamierzeniu mają służyć ograniczeniu wydatkowania środków publicznych, tj. składek osób ubezpieczonych na nieefektywne, czyli w praktyce nieskuteczne metody diagnostyczne i lecznicze.

Przyjmując, że przynajmniej część podmiotów leczniczych działających poza systemem publicznym, kierując się rachunkiem ekonomicznym, może koncentrować się na udzielaniu świadczeń najbardziej rentownych, a nie na zaspokojeniu potrzeb zdrowotnych swoich pacjentów i zapewnieniu im wszystkich niezbędnych usług medycznych na każdym etapie procesu leczenia, a także prowadzić działania indukujące popyt na świadczenia zdrowotne, które nie mają uzasadnienia, można mieć wątpliwości czy przy wyłączeniu mechanizmów taryfikacji i oceny jakości świadczeń zaproponowana regulacja rzeczywiście przyczyni się do poprawy efektywności i jakości leczenia.

Działania instytucji publicznych

Należy podkreślić, że Ministerstwo Zdrowia i NFZ są świadome wyzwań związanych z dostępem do świadczeń specjalistycznych w trybie ambulatoryjnym i podejmują działania, które mają poprawić sytuację. Na szczególną uwagę w tym kontekście zasługuje projekt centralnej e-rejestracji oraz SMS-y z przypomnieniem o wizycie. Pierwsze z tych rozwiązań ma w założeniu „pozwolić łatwo i szybko umówić się do lekarza przez Internetowe Konto Pacjenta (IKP) lub aplikację mobilną mojejKP. Celami projektu są samodzielne zarządzanie wizytami, mniej nieodwołanych terminów, informacje o dostępności świadczeń w czasie rzeczywistym i (w dłuższej perspektywie) skrócenie czasu oczekiwania. Pilotaż centralnej e-rejestracji jest realizowany na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie programu pilotażowego dotyczącego centralnej elektronicznej rejestracji”⁶⁶. Drugie rozwiązanie, tj. SMS-y z informacją o wizycie, polega na wysyłaniu do pacjentów na cztery dni przed umówioną wizytą czy badaniem SMS, który zawiera „informacje o świadczeniu, terminie wizyty, i co istotne, również numer

⁶⁶ Centralna e-rejestracja, <https://www.gov.pl/web/zdrowie/centralna-e-rejestracja-cer>.

telefonu, pod który pacjent może zadzwonić, aby odwołać wizytę”⁶⁷. Oba rozwiązania mają docelowo obejmować większość świadczeń.

W ramach prowadzonych przez Kancelarię Sejmu konsultacji społecznych w zakresie oceny skutków społecznych wszystkie sześć zgłoszonych na dzień 31 grudnia 2024 r. uwag było krytyczne. Podkreślano, że przyjęcie projektowanej regulacji będzie sprzyjać nadużyciom⁶⁸, demoralizacji⁶⁹ i chaosowi⁷⁰. Przyczyni się do pogorszenia sytuacji publicznego systemu ochrony zdrowia⁷¹ i nie przyniesie poprawy dostępu do świadczeń⁷².

VII. Skutki gospodarcze projektowanej ustawy

A) Podmioty, na które wpływa projekt z określeniem ich liczebności

Pacjenci

Pacjenci będą jedną z głównych grup dotkniętych projektowaną regulacją. W latach 2021-2023 ogólna liczba pacjentów korzystających z ambulatoryjnej opieki specjalistycznej systematycznie wzrastała. Łącznie, w okresie 2021-2023 liczba pacjentów zwiększyła się o 1 556 233 osób, co wskazuje na rosnące zapotrzebowanie na świadczenia AOS⁷³. Z kolei na koniec II kwartału 2024 r. liczba osób ubezpieczonych w Polsce wynosiła 34 231 547⁷⁴, co stanowi bazę potencjalnych pacjentów ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Finansowanie przez NFZ prywatnych świadczeń w ramach AOS ze środków publicznych może wpłynąć na zachowania i decyzje pacjentów na rynku usług medycznych. Po pierwsze, część z ww. liczby pacjentów wybierze możliwość finansowania wizyty prywatnej środkami publicznymi będącymi w dyspozycji NFZ, co jednocześnie może również prowadzić do dłuższych kolejek w sektorze prywatnym, w miarę rosnącej liczby pacjentów korzystających z tej formy opieki. Po drugie, część pacjentów będących klientami firm ubezpieczeniowych może nie odczuwać potrzeby korzystania z prywatnych abonamentów medycznych lub ubezpieczeń zdrowotnych i zrezygnuje z ich usług. Możliwość refundacji prywatnych wizyt ze środków publicznych zmniejszy atrakcyjność abonamentów medycznych, które dotąd oferowały szybszy dostęp do specjalistów. Na tym etapie trudno oszacować skalę wpływu projektowanej regulacji na zachowania pacjentów w skali całego kraju ze względu na różnorodność czynników, takich jak dostępność placówek prywatnych w różnych regionach oraz reakcje pacjentów na nowe możliwości refundacyjne oraz zachowania adaptacyjne świadczeniodawców.

⁶⁷ Strona internetowa NFZ, <https://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-centrali/miliony-sms-ow-z-przypomnieniem-o-wizycie,8551.html>.

⁶⁸ ID ankiety: 7210.

⁶⁹ ID ankiety: 9502.

⁷⁰ ID ankiety: 6245.

⁷¹ ID ankiety: 10020.

⁷² ID ankiety: 9342.

⁷³ Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2023 rok, op. cit., s. 72.

⁷⁴ Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za II kwartał 2024 roku, op. cit., s. 6.

Lekarze pracujący bezpośrednio z pacjentem (141 452 osoby w 2023 r., wobec 131 426 osób w 2022 r.)⁷⁵

Lekarze pracujący bezpośrednio z pacjentami mogą reagować na projektowaną regulację w różnorodny sposób, w zależności od warunków pracy, oczekiwań finansowych oraz dostępnych zasobów czasowych.

Po pierwsze, zwiększenie liczby pacjentów korzystających z prywatnych usług refundowanych w ramach AOS przez NFZ może skłonić lekarzy do ograniczenia czasu pracy w sektorze publicznym na rzecz bardziej opłacalnej działalności w sektorze prywatnym. Po drugie, wzrost obciążenia pracą może prowadzić do selekcji pacjentów – lekarze mogą preferować przypadki mniej czasochłonne lub bardziej dochodowe, co wpłynie na strukturę realizowanych świadczeń. Po trzecie, aby dostosować się do nowych wymagań, lekarze mogą mieć większą skłonność by zwiększać swoje kompetencje w ramach najbardziej pożądanym specjalizacji, co pozwoli im lepiej konkurować na rynku prywatnym.

Pielęgniarki pracujące bezpośrednio z pacjentem (216 086 osób w 2023 r., wobec 214 352 osób w 2022 r.)⁷⁶

Pielęgniarki pracujące bezpośrednio z pacjentami mogą w różnorodny sposób reagować na projektowaną regulację, dostosowując swoje zachowania zawodowe do nowych warunków pracy i zwiększonego popytu na ich usługi. Przewidywany wzrost popytu na opiekę medyczną w sektorze prywatnym może prowadzić do zwiększenia obciążenia pracą pielęgniarek, wymagając zaangażowania dodatkowego czasu i zasobów kadrowych. Istnieje więc realne ryzyko przemieszczenia części pielęgniarek z sektora publicznego do podmiotów prywatnych, co może skutkować pogorszeniem dostępności opieki pielęgniarskiej w publicznym systemie ochrony zdrowia. Warto również zauważyć, że pielęgniarki mogą różnie reagować w zależności od regionu. W miejscach o wysokim zapotrzebowaniu na personel pielęgniarki mogą być motywowane do podejmowania pracy w sektorze, który oferuje wyższe wynagrodzenie i lepsze warunki zatrudnienia, co może dodatkowo nasilić koncentrację kadr w większych ośrodkach miejskich.

Świadczeniodawcy ambulatoryjnej opieki specjalistycznej

Projektowana regulacja może również wpłynąć na liczbę świadczeniodawców oferujących usługi AOS w sektorze publicznym. Z roku na rok obserwuje się systematyczny spadek liczby poradni specjalistycznych, co jest zjawiskiem wieloletnim i wynika przede wszystkim z niedofinansowania placówek publicznych oraz odpływu lekarzy specjalistów. W ciągu ostatnich sześciu lat liczba poradni zmniejszyła się o ok. 12%, z 6 054 w 2017 r. do 5 313 w 2023 r. W 2018 r. liczba poradni wynosiła 5 955, w 2019 r. spadła do 5 815, a w 2020 r. do 5 607. W 2021 r.

⁷⁵ Zasoby kadrowe w wybranych zawodach medycznych na podstawie źródeł administracyjnych w 2023 roku, s. 2,

https://stat.gov.pl/download/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5513/28/3/1/zasoby_kadrowe_w_wybranych_zawodach_medycznych_2023_roku.pdf.

⁷⁶ Ibidem.

odnotowano kolejne zmniejszenie do 5 487, w 2022 r. liczba ta wyniosła 5 338, a w 2023 r. było ich już tylko 5 313⁷⁷.

Zamykanie poradni to efekt trudności w utrzymaniu personelu medycznego, który często przechodzi do sektora prywatnego, oferującego wyższe wynagrodzenia i lepsze warunki pracy. Refundacja kosztów prywatnych wizyt może uczynić sektor prywatny jeszcze bardziej atrakcyjnym dla specjalistów, co zwiększy odpływ kadry medycznej z systemu publicznego. W efekcie dostępność usług w publicznych placówkach może się dodatkowo zmniejszyć, a tendencja zamykania poradni specjalistycznych może się nasilić. Na tym etapie trudno precyzyjnie ocenić skalę tego zjawiska, jednak należy się liczyć z ryzykiem dalszego osłabienia publicznej sieci świadczeniodawców AOS.

Podmioty oferujące prywatne ubezpieczenia zdrowotne i abonamenty

Projektowana regulacja może istotnie wpłynąć na podmioty oferujące prywatne ubezpieczenia zdrowotne i abonamenty medyczne, zmniejszając zainteresowanie tego rodzaju usługami. W 2023 r. z prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce skorzystało 4,8 miliona osób, co stanowi wzrost o 14% w porównaniu do roku poprzedniego. Wydatki na prywatne ubezpieczenia zdrowotne wyniosły 1,7 mld zł, co oznacza wzrost o 33,1% względem 2022 r.⁷⁸ Dane te wskazują na rosnącą popularność polis zdrowotnych, które zapewniają m.in. szeroką opiekę ambulatoryjną, diagnostykę, profilaktykę oraz w ograniczonym zakresie leczenie szpitalne. Wprowadzenie gwarancji dostępu do świadczeń w terminie nie dłuższym niż 60 dni sprawi, że prywatne ubezpieczenia i abonamenty medyczne mogą stracić swoją przewagę konkurencyjną w zakresie skróconego czasu oczekiwania na wizyty. W efekcie popyt na tego rodzaju usługi może ulec zmniejszeniu, co wpłynie na obniżenie przychodów podmiotów komercyjnych oferujących prywatne usługi w zakresie ochrony zdrowia. W dłuższej perspektywie podmioty te mogą być zmuszone do dostosowania swojej oferty, np. poprzez wprowadzenie konkurencyjnych cen lub dodatkowych usług, aby utrzymać klientów.

Podmioty świadczące usługi diagnostyczne

Wzrost liczby pacjentów korzystających z ambulatoryjnej opieki specjalistycznej może przełożyć się na znaczący wzrost popytu na badania diagnostyczne, takie jak badania laboratoryjne, obrazowe czy bardziej zaawansowane procedury diagnostyczne. Zarówno sektor publiczny, jak i prywatny staną przed koniecznością dostosowania swoich zdolności operacyjnych do nowej skali zapotrzebowania. Podmioty diagnostyczne mogą reagować na to wyzwanie na różne sposoby. W sektorze prywatnym można spodziewać się zwiększenia inwestycji w nowoczesny sprzęt oraz zatrudnienia dodatkowej kadry, aby sprostać rosnącej liczbie zleceń. Wprowadzenie elastyczniejszych godzin pracy czy większej automatyzacji procesów diagnostycznych może stać się kluczowym elementem strategii adaptacyjnej.

⁷⁷ Roczne sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2023, op. cit., s. 71.

⁷⁸ Prywatne ubezpieczenie zdrowotne ma już niemal 5 mln Polaków, PIU, <https://piu.org.pl/prywatne-ubezpieczenie-zdrowotne-ma-juz-niemal-5-mln-polakow/>.

B) Wpływ na gospodarkę w ujęciu pieniężnym i niepieniężnym

Zdaniem Wnioskodawców, projekt zakłada szereg pozytywnych skutków gospodarczych. Przede wszystkim ma poprawić efektywność alokacji środków publicznych przez NFZ, co pozwoli na lepsze zarządzanie finansami systemu ochrony zdrowia. Presja na placówki medyczne, aby zapewnić terminową opiekę, powinna również zwiększyć efektywność systemu ochrony zdrowia poprzez optymalizację zasobów i procesów. Dodatkowo, refundacja kosztów prywatnych wizyt ma, zdaniem autorów projektu, stymulować rozwój sektora prywatnych usług medycznych, prowadząc do wzrostu popytu, tworzenia nowych miejsc pracy i większej konkurencyjności na rynku usług zdrowotnych. Zdaniem Wnioskodawców, ustawa ma także pozytywnie wpłynąć na rynek pracy poprzez zmniejszenie absencji chorobowej wynikającej z szybszej dostępności leczenia.

Odnosząc się do powyższych deklarowanych skutków gospodarczych regulacji opiniowanego projektu, należy jednak zauważyć, że dostępne dane ilustrują, że Narodowy Fundusz Zdrowia relatywnie efektywnie wykorzystuje posiadane środki finansowe.

Tabela 2. Wartość i wykonanie umów w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w latach 2021-2023 (w tys. zł)

Rok	2021	2022	2023
Wartość zakontraktowanych świadczeń	4 986 392	7 004 033	8 781 291
Koszty realizacji świadczeń	4 929 395	6 823 377	8 578 201
Skuteczność	98,9%	97,4%	97,7%

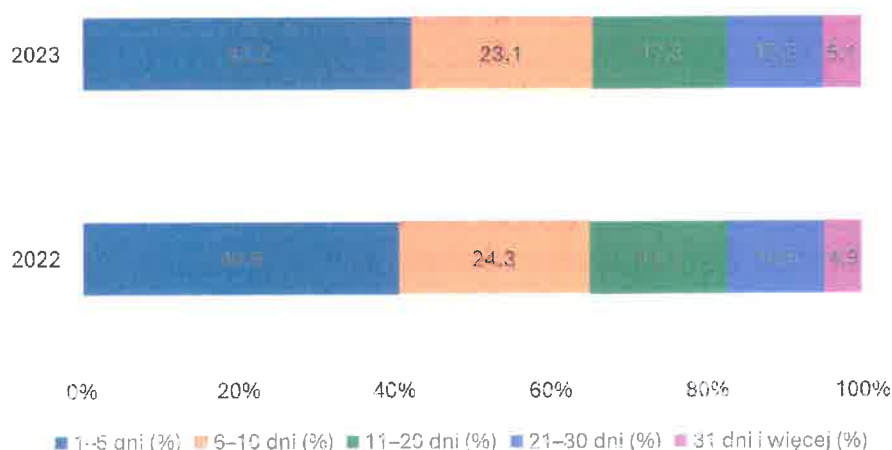
Źródło: Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2023 rok, op. cit., s. 72

Tabela 2. ilustruje efektywność wydatkowania środków finansowych przez NFZ w latach 2021-2023 na podstawie wartości zakontraktowanych świadczeń, kosztów ich realizacji oraz obliczonej skuteczności. W 2021 r. wartość zakontraktowanych świadczeń wyniosła 4 986 392, podczas gdy koszty ich realizacji osiągnęły poziom 4 929 395, co przełożyło się na skuteczność na poziomie 98,9%. W 2022 r. skuteczność nieznacznie spadła do 97,4%. Natomiast w 2023 r. skuteczność wzrosła do 97,7%, przy zakontraktowanej wartości świadczeń wynoszącej 8 781 291 oraz kosztach realizacji sięgających 8 578 201.

Podsumowując, fundamentalnym problemem systemu ochrony zdrowia nie jest nieefektywność w alokacji środków, ale brak kadry i niewystarczający poziom finansowania, który ogranicza możliwość zapewnienia szerszego dostępu do świadczeń medycznych. W kontekście proponowanych regulacji dotyczących refundacji prywatnych wizyt specjalistycznych warto zauważyć, że przerzucanie dodatkowych kosztów na NFZ bez zwiększenia finansowania może zaburzyć tę relatywnie wysoką efektywność, zamiast rozwiązać problem dostępności usług zdrowotnych.

Kolejnym deklarowanym skutkiem regulacji jest pozytywny wpływ na produktywność pracowników i na cały rynek pracy w związku ze zmniejszeniem liczby absencji chorobowych pracowników.

Wykres 1. Struktura liczby zaświadczeń lekarskich według orzeczonej długości absencji chorobowej w latach 2022-2023



Źródło: Raport. Absencja chorobowa w 2023 r. Departament Statystyki i Prognoz Aktuariatnych, ZUS, Warszawa 2024, s. 6.

Przedstawione dane sugerują jednak, że projektowana regulacja dotycząca refundacji prywatnych wizyt specjalistycznych nie wpłynie w istotny sposób na liczbę absencji chorobowych. Analiza struktury zwolnień lekarskich w latach 2022-2023 pokazuje, że dominującą część wszystkich zaświadczeń stanowią krótkoterminowe zwolnienia trwające od 1 do 5 dni. W 2022 r. zwolnienia te stanowiły 40,6%, a w 2023 r. ich udział wzrósł do 42,2%. To właśnie ta kategoria odpowiada za największy odsetek absencji chorobowych i jest bezpośrednio związana z drobnymi, bieżącymi problemami zdrowotnymi, takimi jak infekcje wirusowe czy przeziębienia, które nie wymagają dostępu do specjalistycznej opieki medycznej.

Z kolei długoterminowe zwolnienia lekarskie, które trwają 31 dni lub więcej, stanowią niewielki odsetek wszystkich absencji. W 2022 r. zwolnienia te odpowiadały za 4,9% zaświadczeń, a w 2023 r. odsetek ten wyniósł 5,1%. Dominacja krótkoterminowych zwolnień lekarskich wskazuje, że proponowane zmiany w dostępie do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej nie wpłyną znacząco na liczbę dni absencji. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna jest istotna w identyfikacji i leczeniu poważniejszych schorzeń, które mogą prowadzić do długotrwałej niezdolności do pracy. Jednak to nie te przypadki dominują w statystykach zwolnień lekarskich, a absencje krótkotrwałe wynikające z mniej poważnych dolegliwości. W efekcie projektowana regulacja nie zmieni istotnie struktury absencji chorobowych ani nie przyniesie zauważalnych korzyści w zakresie redukcji absencji w gospodarce.

W ramach DSR Wnioskodawcy zakładają, że presja na placówki medyczne przyczyni się do zapewnienia terminowej opieki oraz zwiększenia efektywności systemu ochrony zdrowia poprzez optymalizację zasobów i procesów. Jednakże sama zmiana źródeł finansowania świadczeń w ramach AOS nie spowoduje automatycznego podniesienia jakości ani efektywności systemu ochrony zdrowia, jak również optymalizacji zasobów czy procesów⁷⁹. W szczególności warto zauważyć, że Autorzy projektu nie przedstawili żadnych kryteriów oceny ani wskaźników, które umożliwiłyby dokonanie takich predykcji. Brak tych elementów uniemożliwia również ocenę potencjalnych skutków w kontekście realnej poprawy funkcjonowania systemu ochrony zdrowia.

Wprowadzenie proponowanej regulacji dotyczącej refundacji prywatnych wizyt lekarskich może generować różnorodne skutki gospodarcze, które zasługują na szczegółową analizę. Chociaż precyzyjne oszacowanie skali i konkretnych efektów jest trudne z uwagi na złożoność systemu oraz brak dostatecznych danych, możliwe jest identyfikowanie potencjalnych trendów oraz kierunków zmian. Poniższa analiza obejmuje konsekwencje dla przedsiębiorców, rozumianych tutaj jako świadczeniodawcy w ramach systemu AOS, lekarze, właściciele placówek medycznych oraz prywatni ubezpieczyciele, a także dla konsumentów, rozumianych tutaj jako pacjenci korzystający z usług prywatnego sektora ochrony zdrowia. Równie istotne jest uwzględnienie wpływu regulacji na rynek pracy oraz na szersze procesy ekonomiczne. Dyskusja o tych trendach pozwala wskazać kluczowe obszary, które mogą wymagać dodatkowych działań monitorujących i dostosowawczych, minimalizując ryzyko negatywnych efektów i wzmacniając potencjalne korzyści dla całej gospodarki.

Wpływ na ceny świadczeń w ramach AOS

Projektowane zmiany regulacyjne doprowadzą do zwiększenia popytu na usługi prywatnych placówek medycznych. Część pacjentów będzie mogła skorzystać z refundacji, co obniży dla nich bariery finansowe i skłoni do wyboru sektora prywatnego. Jednocześnie liczba dostępnych lekarzy i pielęgniarek, jak i infrastruktura medyczna, pozostają ograniczone⁸⁰, co powoduje, że podaż usług w sektorze prywatnym nie będzie w stanie w krótkim terminie dostosować się do zwiększonego zapotrzebowania.

Wzrost popytu przy ograniczonej podaży uruchamia mechanizm rynkowy prowadzący do wzrostu cen. Placówki prywatne, stając w obliczu wyższych kosztów operacyjnych związanych z koniecznością pozyskania personelu⁸¹ i sprzętu

⁷⁹ E. Wagenschieber, D. Blunck, *Impact of Reimbursement Systems on Patient Care – a Systematic Review of Systematic Reviews*, "Health Economics Review" 2024, 4; A. K. Heider, H. Mang, *Effects of Monetary Incentives in Physician Groups: A Systematic Review of Reviews*, "Applied Health Economics Health Policy" 2020, nr 18(5); A. Scott, P. Sivey, D. Ait Ouakrim, L. Willenberg, L. Naccarella, J. Furler, D. Young, *The Effect of Financial Incentives on the Quality of Health Care Provided by Primary Care Physician*, "Cochrane Database Systematic Reviews" 2011, 7(9).

⁸⁰ Zasoby kadrowe w wybranych zawodach medycznych na podstawie źródeł administracyjnych w 2023 roku, GUS, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zasoby-kadrowe-w-wybranych-zawodach-medycznych-na-podstawie-zrodel-administracyjnych-w-2023-roku.28.3.html>.

⁸¹ O. Yang, J. Yong, Y. Zhang, *Working Paper Series Effects of Private Health Insurance on Waiting Time in Public Hospitals*, "Melbourne Institute Applied Economic & Social Research" 2023; M. Smart,

medycznego, mogą przenieść te koszty na pacjentów, zarówno w zakresie usług refundowanych, jak i nierefundowanych. Wpływ regulacji na ceny usług medycznych będzie również zależny od lokalnych uwarunkowań rynkowych. W regionach z dużą liczbą prywatnych placówek konkurencja może ograniczyć wzrost cen, ale w miejscach o ograniczonej dostępności usług medycznych ceny mogą znacząco wzrosnąć.

Ponadto, jednym z możliwych efektów projektowanej regulacji jest sytuacja, w której placówki prywatne będą równoważyć dotychczasowe marże na usługach nierefundowanych poprzez podnoszenie cen usług refundowanych. Wyjątkiem mogą być sytuacje, gdy państwo wprowadzi limity cenowe na usługi refundowane, co jednak może zmniejszyć zainteresowanie placówek udziałem w systemie refundacyjnym⁸². W rezultacie regulacje, choć korzystne dla pacjentów w zakresie dostępności, mogą w krótkim okresie zwiększyć koszty usług medycznych w sektorze prywatnym, a ich długofalowy wpływ będzie zależny od efektywności mechanizmów kontrolnych i alokacji zasobów w systemie ochrony zdrowia.

System Fee-for-Service (FFS), czyli wynagrodzenie za usługę, to model finansowania, w którym świadczeniodawcy otrzymują wynagrodzenie za każdą wykonaną procedurę, niezależnie od jej zasadności czy efektu. Model ten sprzyja popytowi indukowanemu, ponieważ lekarze mogą być motywowani do zwiększania liczby świadczeń, co niekoniecznie wynika z potrzeb pacjentów, ale z bodźców finansowych. Badania empiryczne wskazują, że w takich systemach świadczeniodawcy zwiększają liczbę procedur, co prowadzi do wzrostu kosztów opieki zdrowotnej. Przykłady z Belgii, Szwajcarii czy Ghany pokazują, że ten mechanizm może szczególnie intensywnie działać w sektorze prywatnym, gdzie rywalizacja o pacjenta i możliwość uzyskiwania dodatkowych dochodów motywują do generowania nieuzasadnionych procedur medycznych⁸³.

Omawiana propozycja regulacyjna, zakładająca refundację prywatnych usług medycznych przez NFZ w przypadku braku dostępności w systemie publicznym, nie jest wprost tożsama z klasycznym modelem FFS, ale wprowadza elementy, które mogą prowadzić do podobnych efektów. Refundacja może stymulować zwiększenie liczby świadczeń przez prywatne placówki, zwłaszcza w sytuacjach, gdzie asymetria informacji między pacjentami a lekarzami pozwala na rekomendowanie dodatkowych procedur. Doświadczenia z systemów FFS wskazują, że mechanizmy kontrolne oraz transparentność są kluczowe, aby zapobiec nadmiernemu wzrostowi kosztów i nieuzasadnionemu zwiększeniu liczby świadczeń. W kontekście proponowanych regulacji istotne jest przewidzenie podobnych ryzyk i wdrożenie narzędzi, które zminimalizują potencjalne negatywne efekty.

M. Stabile, *Tax Credits, Insurance, and the Use of Medical Care*, "Wiley-Blackwell: Canadian Journal of Economics" 2005.

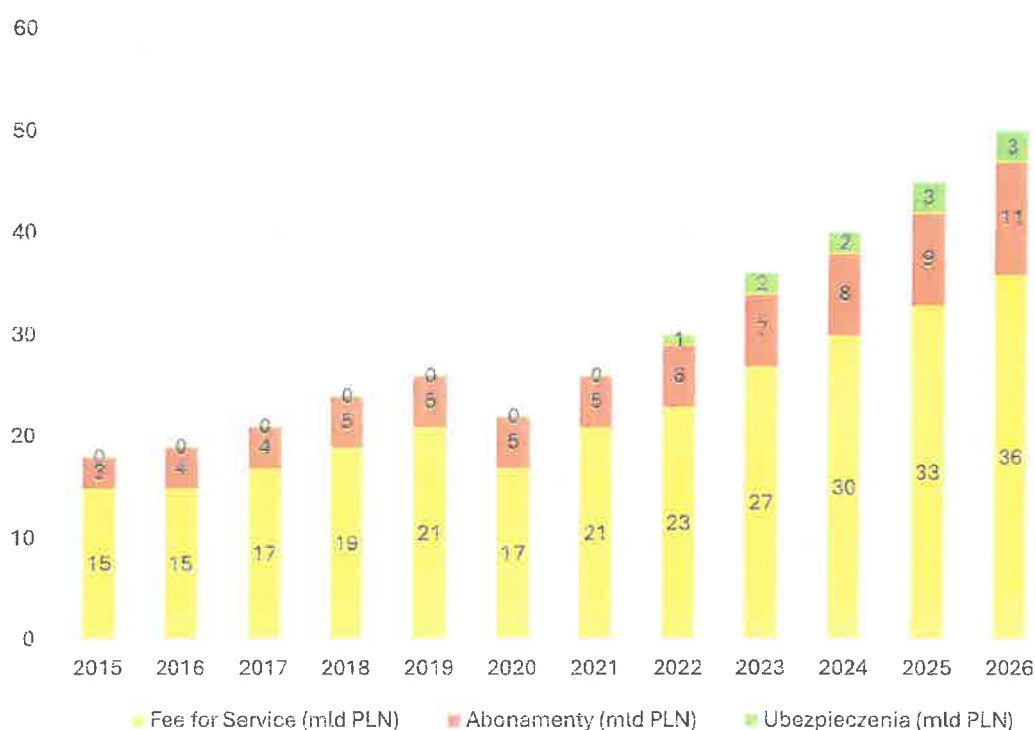
⁸² D. M. Cutler, *Health Care and the Public Sector*, "NBER Working paper series" 2002.

⁸³ C. Schaumans, *Supplier Inducement in the Belgian Primary Care Market*, "European Economics: Microeconomics & Industrial Organization eJournal" 2007; V. Zabrodina, M. Dusheiko, K. Moschetti, A. Moneymaking Scan: *Dual Reimbursement Systems and Supplier-induced Demand for Diagnostic Imaging*, "Health Economics" 2020; E. Amporfu, *Private Hospital Accreditation and Inducement of Care under the Ghanaian National Insurance Scheme*, "Health Economics Review" 2011, Vol. 1.

Wpływ na rynek ubezpieczeń prywatnych i abonamentów medycznych

Finansowanie prywatnych wizyt w ramach AOS przez NFZ znacząco obniża koszty alternatywne związane z korzystaniem z prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych i abonamentów medycznych, szczególnie dla pacjentów poszukujących szybkiego dostępu do świadczeń. W efekcie, atrakcyjność takich form ochrony zdrowia może spaść, szczególnie w grupach o niższych i średnich dochodach, zwłaszcza że ceny abonamentów medycznych w ostatnich latach znacząco wzrosły, a prognozowany średnioroczny wzrost cen usług w latach 2021-2026 szacowany jest na 12%. Podkreśla się, że ze względu na wysoki popyt i ograniczoną podaż specjalistów inflacja w zakresie usług medycznych będzie o 5% powyżej ogólnego wskaźnika cen towarów i usług konsumpcyjnych⁸⁴.

Wykres 2. Wydatki na prywatną opiekę medyczną w Polsce w mld PLN (od roku 2022 wartości prognozowane)



Źródło: PWC, Rynek ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce: szansa na dwucyfrowy wzrost, czerwiec 2023, op. cit.

Skala zmian w popycie na prywatne ubezpieczenia i abonamenty będzie jednak różnić się regionalnie, w zależności od dostępności refundowanych usług i strategii adaptacyjnych prywatnych ubezpieczycieli. Możliwe są takie reakcje jak rozszerzenie oferty o świadczenia specjalistyczne lub dodatkowe usługi niemedyczne. Niemniej spadek atrakcyjności tych form ochrony zdrowia jest potencjalnym skutkiem analizowanej regulacji i należy uwzględnić go w analizach.

⁸⁴ Rynek ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce: szansa na dwucyfrowy wzrost, PWC, <https://www.pwc.pl/pl/pdf-nf/2023/rynek-ubezpieczen-zdrowotnych-w-polsce.pdf>

Wnioski z konsultacji społecznych w odniesieniu do aspektów gospodarczych wskazują na istotne obawy dotyczące wzrostu kosztów funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Uczestnicy podkreślali, że refundacja prywatnych wizyt z publicznych środków może prowadzić do znaczącego obciążenia budżetu NFZ, co wymagałoby ograniczenia innych publicznych wydatków⁸⁵. Zwracano również uwagę, że regulacja może sprzyjać odpływowi środków finansowych do sektora prywatnego, kosztem niedofinansowanego sektora publicznego, co w dłuższej perspektywie może pogłębić nierówności w dostępie do opieki zdrowotnej oraz wpłynąć negatywnie na efektywność ekonomiczną systemu ochrony zdrowia⁸⁶.

VIII. Skutki projektowanej ustawy dla sektora finansów publicznych

Wnioskodawcy wskazują, że projekt może mieć pozytywny wpływ na sektor finansów publicznych, gdyż projektowane rozwiązania mają potencjał przyczynić się do efektywniejszego wykorzystania środków publicznych, poprawy stanu zdrowia społeczeństwa oraz pozytywnie wpłynąć na budżet państwa i budżety jednostek samorządu terytorialnego poprzez zwiększenie efektywności systemu opieki zdrowotnej i stymulację rozwoju gospodarczego. Ponadto, w opinii Wnioskodawców można założyć, że część wydatków dotychczas pokrywana przez pacjentów z ich środków prywatnych będzie finansowana ze środków publicznych, ale niemożliwe jest wskazanie, jaka część. Realizacja ustawy przeniesie część prywatnych wydatków zdrowotnych do sektora publicznego, co na poziomie budżetowym może być odczuwalne, jednak w kontekście długofalowym projektowane regulacje mogą prowadzić do oszczędności dzięki wcześniejszemu wykrywaniu chorób i zapobieganiu ich pogorszeniu, co ograniczy koszty leczenia powikłań. Wnioskodawcy wskazują, że koszty wynikające z realizacji ustawy zostaną pokryte ze środków NFZ, który może dokonać realokacji środków w ramach własnego budżetu oraz skorzystać z rezerw finansowych przeznaczonych na nieprzewidziane wydatki. W razie potrzeby możliwe jest również wsparcie ze środków budżetu państwa, przewidzianych w ramach planowanych wydatków na ochronę zdrowia. Wnioskodawcy nie przewidują obciążenia budżetów jednostek samorządu terytorialnego, gdyż finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach ustawy jest zadaniem NFZ i budżetu państwa. W uzupełnieniu do uzasadnienia projektu Wnioskodawcy podają, że w ich ocenie koszt wprowadzenia ustawy wyniesie 533 904 901 zł przy liczbie wszystkich oczekujących (zarówno zaklasyfikowanych jako przypadki pilne, jak i jako przypadki stabilne) w kategoriach, w których mediana średniego czasu oczekiwania wyniosła powyżej 60 dni – 2 454 171 osoby oraz średniej cenie wizyty u lekarza specjalisty – 217,55 zł (dane GUS za grudzień 2024 r.). Jednocześnie Wnioskodawcy zauważają, że tak duża liczba oczekujących na świadczenia z AOS powyżej 60 dni obejmuje dotychczasowy stan rzeczy. Wprowadzenie motywacji dla NFZ do stworzenia i wdrożenia mechanizmów egzekwujących od świadczeniodawców skrócenie kolejek, w kolejnych latach

⁸⁵ ID ankiety: 34713, 37795, 42470.

⁸⁶ ID ankiety: 32179, 32951, 36595.

powinno spowodować sukcesywne zmniejszanie kosztów wprowadzenia ustawy, które w chwili obecnej obejmować będą zarówno stałe koszty skracania kolejek, jak i pokrycie dotychczasowych zaniedbań.

Spośród podmiotów sektora finansów publicznych projekt w pierwszej kolejności będzie oddziaływać na NFZ (centrala i 16 oddziałów wojewódzkich), który jest podmiotem odpowiedzialnym za organizację i finansowanie ochrony zdrowia. Wpływ ten związany będzie z proponowanym nałożeniem:

- obowiązku zwrotu kosztów świadczenia uzyskanego w podmiocie leczniczym na zasadach odpłatnych na podstawie wniosku świadczeniobiorcy, przy tym odpowiedzialność za realizację tego zwrotu zostaje nałożona na oddziały wojewódzkie NFZ właściwe ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy;
- obowiązku rozdziału środków pomiędzy świadczeniodawców w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w taki sposób, aby zapewnić dostępność świadczeń w terminie nie dłuższym niż 60 dni od dnia zgłoszenia się do świadczeniodawcy dla świadczeniobiorców danego oddziału wojewódzkiego NFZ;
- obowiązku przestrzegania, aby zwrot kosztów świadczenia uzyskanego w podmiocie leczniczym na zasadach odpłatnych odbył się w terminie nie dłuższym niż 30 dni od daty wydania decyzji w związku z wnioskiem świadczeniobiorcy o zwrot, wraz z nakazem pokrycia wszelkich kosztów związanych ze zwrotem ze środków własnych danego oddziału NFZ.

W rezultacie proponowanych rozwiązań należy oczekiwać wzrostu kosztów funkcjonowania NFZ w pierwszej kolejności z tytułu zwiększenia wydatków na ambulatoryjne porady specjalistyczne. Skala wzrostu wydatków z tego tytułu będzie uzależniona od dwóch czynników:

1. liczby osób, która będzie korzystać z prawa do zwrotu kosztów świadczenia uzyskanego w podmiocie leczniczym na zasadach odpłatnych, co jest pochodną liczby oczekujących na udzielenie specjalistycznych świadczeń w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej powyżej 60 dni,
2. wysokości świadczeń uzyskiwanych przez świadczeniobiorcę w podmiocie leczniczym na zasadach odpłatnych, do których zwrotu zobowiązany będzie oddział wojewódzki NFZ.

W przypadku obu tych czynników nie są dostępne dane, które pozwoliłyby na precyzyjne ustalenie zwiększenia wydatków NFZ z tytułu zwrotu kosztów świadczenia uzyskanego w podmiocie leczniczym na zasadach odpłatnych na podstawie wniosku świadczeniobiorcy. Można natomiast dokonać pewnej estymacji tego zwiększenia poprzez odwołanie się do danych, które w ograniczonym zakresie charakteryzują oba czynniki. I tak liczbę osób, która miałaby korzystać ze zwrotu kosztów świadczenia uzyskanego w podmiocie leczniczym na zasadach odpłatnych można oszacować w oparciu o dane sprawozdawcze NFZ dotyczące czasu oczekiwania i liczby osób oczekujących na udzielenie specjalistycznych świadczeń w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej. Dane te prezentują średni rzeczywisty

czas oczekiwania w przypadkach pilnych i stabilnych na podstawie danych o średnich czasach oczekiwania przekazywanych przez świadczeniodawców. Estymacji można dokonać na podstawie mediany czasu oczekiwania, przy założeniu rozkładu jednostajnego⁸⁷. Z kolei wysokość świadczeń uzyskiwanych przez świadczeniobiorcę w podmiocie leczniczym na zasadach odpłatnych, do których zwrotu zobowiązany będzie oddział wojewódzki NFZ można oszacować z wykorzystaniem informacji o cenie za wizytę u lekarza specjalisty podawaną przez GUS. Wydaje się, że jest to najbardziej adekwatna usługa, której cena jest obserwowana w ramach badań statystycznych dla określenia szacowanego skutku projektu na koszty NFZ z tytułu finansowania świadczeń zdrowotnych w ramach AOS. Cena za wizytę u lekarza specjalisty obejmuje bowiem wizytę u lekarzy różnych specjalności (z wyłączeniem wizyty u okulisty i psychiatry, których ceny są odrębnie obserwowane) i w różnego rodzaju placówkach świadczenia usług. Jakkolwiek należy zastrzec, że w opinii GUS celem badania statystycznego cen towarów i usług konsumpcyjnych jest analiza zmian cen w gospodarce, a nie pomiar poziomów cen poszczególnych towarów i usług. Ma to związek m.in. z okresową koniecznością dokonywania zmian punktów notowania (na przykład w wyniku ich zamykania) lub zastępowania poszczególnych towarów innymi (w razie niemożliwości kontynuacji prowadzenia comiesięcznych notowań). Powyższe zmiany mogą wpływać na nieporównywalność poziomów cen w skali miesięcznej czy kilkuletniej.

Dane w zakresie szacowanej liczby osób oczekujących na udzielenie specjalistycznych świadczeń w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej powyżej 60 dni wskazują, że w okresie od I kwartału 2022 r. do III kwartału 2024 r. (zob. Tabela 3.) liczba tych osób, poza I kwartałem 2024 r., z kwartału na kwartał sukcesywnie rosła. Trudno jest jednak wskazać prawidłowości leżące u podstaw obserwowanego wzrostu. W rezultacie nie ma możliwości precyzyjnego określenia zmiany wielkości szacowanej liczby osób oczekujących na udzielenie specjalistycznych świadczeń w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej powyżej 60 dni w przyszłości. Stąd dla estymacji wzrostu kosztów NFZ w 2025 r. z tytułu proponowanej regulacji proponuje się uwzględnić szacowaną liczbę osób oczekujących na udzielenie specjalistycznych świadczeń w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej powyżej 60 dni na III kwartał 2024 r. – 2 636 615 osób. W związku z takim podejściem estymacja kosztów NFZ z tytułu proponowanej zmiany nie będzie jednak uwzględniać wzrostu liczby pacjentów oczekujących na udzielenie specjalistycznych świadczeń w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej w następstwie konieczności zapewnienia pacjentom terminów na kolejne wizyty i kontynuację leczenia oraz wzrostu liczby pacjentów zmagających się z chorobami onkologicznymi oraz innymi chorobami przewlekłymi, które będą wymagać ciągłości w leczeniu zgodnie z planem leczenia. Ponieważ proponowana regulacja sama w sobie może przyczyniać się do zmian w liczbie osób, która będzie korzystać z prawa do zwrotu kosztów świadczenia uzyskanego w podmiocie leczniczym na zasadach odpłatnych, nie zostanie

⁸⁷ Metoda przyjęta w trakcie warsztatu pt. „Kwantyfikacja oceny skutków wybranych aspektów reformy rozliczania ambulatoryjnej opieki specjalistycznej” prowadzonego na rzecz Biura Ekspertyz i Oceny Skutków Regulacji Kancelarii Sejm w dniu 10 grudnia 2024 r.

przeprowadzona analiza wpływu projektu na koszty NFZ w kolejnych latach. Nie można przy tym wykluczyć, że przedłożony projekt przyczyni się do wzrostu liczby osób oczekujących na udzielenie specjalistycznych świadczeń w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej powyżej 60 dni w związku z ryzykiem:

- sztucznego wydłużenia czasu oczekiwania na świadczenie opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych przez świadczeniodawców, którzy udzielają świadczeń opieki zdrowotnej, zarówno jako podmioty posiadające umowę z NFZ, jak i na zasadach komercyjnych, w celu zwiększenia popytu na świadczenia udzielane komercyjnie,
- zgłaszania przez pacjentów większego zapotrzebowania na świadczenia opieki zdrowotnej (nawet w przypadkach nieuzasadnionych) ze względu na możliwość uzyskania finansowania ze środków publicznych porad w sektorze prywatnym⁸⁸.

Tabela 3. Szacowana liczba osób oczekujących na udzielenie specjalistycznych świadczeń w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej powyżej 60 dni wg danych zbiorczych

	I 2022	II 2022	III 2022	IV 2022	I 2023	II 2023	III 2023	IV 2023	I 2024	II 2024	III 2024
Liczba osób oczekujących na udzielenie specjalistycznych świadczeń w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej powyżej 60 dni (na podstawie mediany, przy założeniu rozkładu jednostajnego)	1 481 350	1 546 404	1 700 670	1 780 092	1 787 344	2 071 925	2 225 345	2 325 040	2 316 905	2 549 141	2 636 615

Źródło: Tabele IV.22.1.1 Czas oczekiwania i liczba osób oczekujących – średni rzeczywisty czas oczekiwania – na podstawie danych o średnich czasach oczekiwania przekazywanych przez świadczeniodawców – na udzielenie specjalistycznych świadczeń w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej stanowiąca załącznik do uchwał Rady Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie przyjęcia okresowego sprawozdania z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za I kwartał 2022 r., II kwartał 2022 r., III kwartał 2022 r., IV kwartał 2022 r., I kwartał 2023 r., II kwartał 2023 r., III kwartał 2023 r., IV kwartał 2023 r., I kwartał 2024 r., II kwartał 2024 r. i III kwartał 2024 r. (dane zbiorcze). Zob. Uchwała Nr 1/2025/IV Rady Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 7 stycznia 2025 r. w sprawie przyjęcia okresowego sprawozdania z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za III kwartał 2024 r., Uchwała Nr 29/2024/IV Rady Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 9 października 2024 r. w sprawie przyjęcia okresowego sprawozdania z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za II kwartał 2024 r., Uchwała Nr 18/2024/IV Rady Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 27 czerwca 2024 r. w sprawie przyjęcia okresowego sprawozdania z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za I kwartał 2024 r., Uchwała Nr 5/2024/IV Rady Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 26 marca 2024 r. w sprawie przyjęcia okresowego Sprawozdania z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za IV kwartał 2023 r., Uchwała Nr 30/2023/IV Rady Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 grudnia 2023 r. w sprawie przyjęcia okresowego Sprawozdania z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za III kwartał 2023 r., Uchwała Nr

⁸⁸ Zob. odpowiedź na zapytanie nr 680 w sprawie niedotrzymania obietnicy wyborczej Trzeciej Drogi, zgodnie z którą NFZ zwróci pieniądze za wizytę prywatną, jeżeli wizyta u lekarza specjalisty nie odbędzie się w ciągu 60 dni, oraz postulatu KO z programu „100 konkretnych na 100 dni” dotyczącego zniesienia limitów NFZ w leczeniu szpitalnym w celu skrócenia czasu oczekiwania na konsultacje i zabiegi,

<https://www.sejm.gov.pl/Sejm10.nsf/interpelacja.xsp?documentId=5AE6A1F2F381F36EC1258B55004967CC&view=S->

24/2023/IV Rady Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 4 października 2023 r. w sprawie przyjęcia okresowego sprawozdania z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za II kwartał 2023 r., Uchwała Nr 17/2023/IV Rady Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 26 czerwca 2023 r. w sprawie przyjęcia okresowego sprawozdania z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za I kwartał 2023 r., Uchwała Nr 8/2023/IV Rady Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 15 marca 2023 r. w sprawie przyjęcia okresowego sprawozdania z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za IV kwartał 2022 r., Uchwała Nr 25/2022/IV Rady Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 grudnia 2022 r. w sprawie przyjęcia okresowego sprawozdania z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za III kwartał 2022 r., Uchwała Nr 19/2022/IV Rady Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 15 września 2022 r. w sprawie przyjęcia okresowego sprawozdania z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za II kwartał 2022 r., Uchwała Nr 12/2022/IV Rady Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 czerwca 2022 r. w sprawie przyjęcia okresowego sprawozdania z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za I kwartał 2022 r.

Tabela 4. Szacowana liczba osób oczekujących na udzielenie specjalistycznych świadczeń w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej powyżej 60 dni wg oddziałów wojewódzkich Funduszu

Oddział wojewódzki Funduszu	Liczba osób oczekujących na udzielenie specjalistycznych świadczeń w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej powyżej 60 dni w III kwartale 2024 r.* (na podstawie mediany, przy założeniu rozkładu jednostajnego)
DOLNOŚLĄSKI	205 116
KUJAWSKO-POMORSKI	174 068
LUBELSKI	69 701
LUBUSKI	79 331
ŁÓDZKI	132 756
MAŁOPOLSKI	381 040
MAZOWIECKI	471 445
OPOLSKI	87 940
PODKARPACKI	127 126
PODLASKI	124 877
POMORSKI	279 985
ŚLĄSKI	457 162
ŚWIĘTOKRZYSKI	60 198
WARMIŃSKO-MAZURSKI	117 342
WIELKOPOLSKI	217 742
ZACHODNIOPOMORSKI	148 104

* Ogólna liczba oczekujących na udzielenie specjalistycznych świadczeń w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej powyżej 60 dni w III kwartale 2024 r. wg oddziałów wojewódzkich NFZ jest wyższa niż ogólna liczba oczekujących na udzielenie specjalistycznych świadczeń w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej powyżej 60 dni w III kwartale 2024 r. wg danych zbiorczych, co wynika z faktu, że wartość mediany średniego rzeczywistego czasu oczekiwania dla przypadków pilnych i stabilnych w odniesieniu do danych zbiorczych i danych z poszczególnych oddziałów wojewódzkich NFZ jest zróżnicowana dla poszczególnych komórek organizacyjnych.

Źródło: Tabele IV.22.1.1 Czas oczekiwania i liczba osób oczekujących – średni rzeczywisty czas oczekiwania – na podstawie danych o średnich czasach oczekiwania przekazywanych przez świadczeniodawców – na udzielenie specjalistycznych świadczeń w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej stanowiąca załącznik do uchwał Rady Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie przyjęcia okresowego sprawozdania z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za III kwartał 2024 r. dla poszczególnych oddziałów wojewódzkich Funduszu (Zob. Uchwała Nr 1/2025/IV Rady Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 7 stycznia 2025 r. w sprawie przyjęcia okresowego sprawozdania z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za III kwartał 2024 r.).

Estymacja liczby osób oczekujących na udzielenie specjalistycznych świadczeń w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej powyżej 60 dni w III kwartale 2024 r. wg oddziałów wojewódzkich NFZ wskazuje, że istnieje duże zróżnicowanie pomiędzy poszczególnymi województwami pod względem liczby takich osób (zob. Tabela 4.). Oznacza to, że projektowane zmiany wpłyną w różnym stopniu na koszty poszczególnych oddziałów wojewódzkich Funduszu.

Analiza zmiany ceny wizyty u lekarza specjalisty wskazuje, że w badanym okresie wysokość tej ceny rosła rok do roku i w 2024 r. wyniosła 209,40 zł (zob. tabela 5.). Jest to wartość średnia dla całego kraju. W praktyce jednak można zaobserwować duże zróżnicowanie cen między poszczególnymi województwami: od 180,69 zł w województwie podkarpackim do 240,73 zł w województwie lubuskim, tj. o 1/3 wyżej.

Tabela 5. Cena wizyty u lekarza specjalisty w Polsce w latach 2019-2024

	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Średnia cena wizyty u lekarza specjalisty w Polsce	112,45	126,37	138,02	163,96	188,81	209,40
DOLNOŚLĄSKIE	116,38	136,95	152,38	175,99	195,93	216,62
KUJAWSKO-POMORSKIE	119,17	133,35	145,90	171,41	195,32	223,19
LUBELSKIE	96,11	106,59	116,03	136,81	164,24	182,15
LUBUSKIE	123,13	137,60	155,52	192,14	212,82	240,73
ŁÓDZKIE	113,51	121,20	131,79	153,27	173,59	190,38
MAŁOPOLSKIE	118,73	140,45	151,83	175,92	193,30	221,54
MAZOWIECKIE	115,21	129,04	139,57	163,21	186,04	199,90
OPOLSKIE	113,33	131,97	145,22	175,36	197,62	229,17
PODKARPACKIE	99,38	103,57	105,40	128,17	156,43	180,69
PODLASKIE	92,50	103,94	114,83	139,67	171,00	193,17
POMORSKIE	110,67	123,41	135,08	156,09	182,50	195,90
ŚLĄSKIE	109,90	126,89	136,88	166,15	195,35	216,25
ŚWIĘTOKRZYSKIE	92,36	112,81	123,47	149,33	175,83	198,00
WARMIŃSKO-MAZURSKIE	116,83	130,75	137,42	167,33	196,83	210,58
WIELKOPOLSKIE	126,71	136,43	145,88	178,99	202,32	224,52
ZACHODNIOPOMORSKIE	113,55	129,63	155,11	181,16	214,42	234,55

Źródło: Dane dla lat 2019-2023 (wg stanu na 2025.02.27) - GUS, Bank Danych Lokalnych oraz dane dla 2024 r. – informacja przekazana przez Departament Handlu i Usług Głównego Urzędu Statystycznego.

Dla oszacowania wysokości średniej ceny wizyty u lekarza specjalisty w 2025 r. cena z roku poprzedniego zostanie zwaloryzowana planowanym wskaźnikiem wzrostu cen i usług konsumpcyjnych (105,0%⁸⁹). Na podstawie takiego rachunku szacuje się, że średnia cena wizyty u lekarza specjalisty w Polsce w 2025 r. może wynieść 219,87 zł. Jakkolwiek należy podkreślić, że w badanym okresie tempo wzrostu średniej ceny wizyty u lekarza specjalisty w Polsce było wyższe niż tempo wzrostu inflacji, co oznacza że w praktyce wzrost kosztów NFZ w związku z projektem z samego tylko tytułu wysokości świadczeń uzyskiwanych przez świadczeniobiorcę w podmiocie leczniczym na zasadach odpłatnych, do których zwrotu NFZ będzie zobowiązany może być jeszcze wyższy.

Podsumowując, w oparciu o dokonane estymacje dla ustalenia wzrostu kosztów NFZ z tytułu finansowania świadczeń zdrowotnych w związku ze zwrotem kosztów świadczenia uzyskanego w podmiocie leczniczym na zasadach odpłatnych na wniosek świadczeniobiorcy przyjmuje się, że:

- liczba osób, która będzie korzystać z prawa do zwrotu kosztów świadczenia uzyskanego w podmiocie leczniczym na zasadach odpłatnych może wynieść 2 636 615,
- wysokość zwrotu kosztów świadczenia uzyskanego w podmiocie leczniczym na zasadach odpłatnych może wynieść 219,87 zł.

Na podstawie powyższych danych roczny koszt wynikający z finansowania zwrotu kosztów świadczenia uzyskanego w podmiocie leczniczym na zasadach odpłatnych na podstawie wniosku świadczeniobiorcy w 2025 r. może wynieść 579 712 540 zł. Kwota ta stanowi 3,5% nakładów na świadczenia opieki zdrowotnej w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej ujętych w planie finansowym NFZ na 2025 r.⁹⁰ oraz 0,32% ogólnej kwoty na koszty świadczeń opieki zdrowotnej⁹¹ ujętej w tym planie. Jednocześnie wskazany koszt projektu stanowiłby 33,5% obowiązkowego odpisu na rezerwę ogólną wynikającego z uregulowań ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁹², który w planie finansowym NFZ na 2025 r. został ustalony w wysokości 1 731 747 tys. zł.

Finansowanie zwrotu kosztów świadczenia uzyskanego w podmiocie leczniczym na zasadach odpłatnych na podstawie wniosku świadczeniobiorcy można by zaliczyć do kosztów Funduszu, gdyż w świetle art. 117 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych kosztami NFZ są także inne koszty wynikające z odrębnych przepisów. Ponieważ projektowany zwrot kosztów nie miał dotychczas swojego umocowania w odpowiednim przepisie, to koszty wynikające z tego tytułu nie zostały zaplanowane w planie finansowym NFZ na 2025 r.

⁸⁹ Zob. art. 17 ustawy budżetowej na rok 2025 z dnia 9 stycznia 2025 r. (Dz. U. z 2025 r. poz. 65).

⁹⁰ Jest to kwota 16 574 085 tys. zł (zob. Zarządzenie nr 16/2025/DEF Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 4 marca 2025 r. w sprawie uruchomienia rezerwy ogólnej uwzględnionej w planie finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia na 2025 rok).

⁹¹ Jest to kwota 183 743 790 tys. zł (zob. Zarządzenie nr 16/2025/DEF Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 4 marca 2025 r. w sprawie uruchomienia rezerwy ogólnej uwzględnionej w planie finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia na 2025 rok).

⁹² Art. 118 ust. 5 u.ś.z. stanowi, iż na rezerwę ogólną przeznacza się 1% planowanych należnych przychodów z tytułu składek na ubezpieczenie zdrowotne.

W tym kontekście należy zauważyć, że roczny plan finansowy stanowi podstawę działalności NFZ. Do jego sporządzenia, z uwzględnieniem zasady zrównoważenia w zakresie przychodów i kosztów, zobowiązany jest Prezes NFZ. Wystąpienie nierównowagi pomiędzy tymi kategoriami może stanowić przesłankę odmowy zatwierdzenia planu finansowego NFZ przez ministra właściwego do spraw zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw finansów publicznych. Zatwierdzenie planu odbywa się w następującym trybie: projekt planu przygotowuje Prezes NFZ – do 1 lipca roku poprzedzającego; projekt planu jest opiniowany przez Radę Funduszu, komisję ds. zdrowia i finansów publicznych Sejmu RP – 14 dni od dnia otrzymania projektu planu; plan sporządza Prezes NFZ – do 15 lipca przekazuje go ministrowi do spraw zdrowia; plan jest zatwierdzany przez ministra właściwego do spraw zdrowia, w porozumieniu z ministrem do spraw finansów. W przypadku niezatwierdzenia planu finansowego NFZ we wskazanym terminie NFZ działa na podstawie planu finansowego. Po uchwaleniu plan finansowy NFZ może zostać zmieniony wyłącznie we wskazanych ustawowo przypadkach. Jedną z przesłanek zmiany planu finansowego NFZ stanowi zaistnienie sytuacji, której nie można było przewidzieć w chwili zatwierdzenia albo ustalenia planu. Organem kompetentnym do dokonania zmian jest Prezes NFZ, chyba że plan został ustalony przez właściwego ministra, wówczas zmiany może dokonać tylko ten organ. Bez zachowania wskazanych procedur Prezes NFZ może dokonać przesunięć kosztów w planie finansowym centrali NFZ oraz w planie finansowym NFZ w zakresie kosztów administracyjnych oraz środków przekazanych na realizację zadań z zakresu ratownictwa medycznego. Ponadto Prezes decyduje o uruchomieniu rezerw, w tym rezerwy ogólnej.

Na tle powyższych uwag należy zauważyć, że wejście w życie przepisów odnośnie do zwrotu kosztów świadczenia uzyskanego w podmiocie leczniczym na zasadach odpłatnych na podstawie wniosku świadczeniobiorcy mogłoby stanowić podstawę do zmiany planu finansowego NFZ na 2025 r. Do chwili obecnej jednak plan ten nie został podpisany.

Odnosząc się do kwestii źródła finansowania dodatkowych kosztów NFZ wynikających z finansowania zwrotu kosztów świadczenia uzyskanego w podmiocie leczniczym na zasadach odpłatnych należy zwrócić uwagę, że w planie finansowym NFZ na 2025 r. została już ujęta dotacja podmiotowa z budżetu państwa w wysokości 18,3 mld zł. Jeśli jednak nastąpi konieczność zwiększenia nakładów finansowych na świadczenia opieki zdrowotnej, to Minister Zdrowia może skorzystać z instrumentu już istniejącego, jakim jest wsparcie z budżetu państwa dla NFZ na finansowanie świadczeń gwarantowanych, o którym mowa w art. 131d u.ś.z., na podstawie którego minister właściwy do spraw zdrowia jest uprawniony do przekazania NFZ dotacji podmiotowej lub wpłaty na zasilenie funduszu zapasowego NFZ⁹³. W kontekście źródła finansowania zwiększonych kosztów NFZ z tytułu projektu należy także nadmienić, że decyzją Prezesa NFZ rezerwa ogólna

⁹³ Zob. odpowiedź na interpelację nr 6739 w sprawie zatwierdzenia planu finansowego NFZ na rok 2025,

<https://www.sejm.gov.pl/Sejm10.nsf/interpelacja.xsp?documentId=D0DD73F3CD4C7DE1C1258BE7005093FB>.

uwzględniona w planie finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia na 2025 r. została już uruchomiona⁹⁴. W efekcie tego obecnie obowiązkowy odpis na rezerwę ogólną w tym planie wynosi 0 zł.

Należy ponadto oczekiwać, że obciążenie NFZ nowym zadaniem związanym ze zwrotem kosztów świadczenia uzyskanego w podmiocie leczniczym na zasadach odpłatnych na podstawie wniosku świadczeniobiorcy będzie wymagało także korekty kosztów działalności Funduszu w zakresie kosztów administracyjnych w związku z obowiązkiem obsłużenia potencjalnie dużej ilości wniosków o refundację.

W kontekście proponowanej zmiany należy ponadto zauważyć, że powszechną formę wykonywania przez władze publiczne zadań z zakresu ochrony zdrowia w postaci ambulatoryjnej opieki specjalistycznej stanowią samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, które są zaliczane do sektora finansów publicznych. Oznacza to, że w takim zakresie w jakim projekt będzie miał wpływ na świadczeniodawców ambulatoryjnej opieki specjalistycznej zmianami tymi objęte mogą być także jednostki sektora finansów publicznych wykonujące zadania z zakresu ochrony zdrowia. Szczególnie niepokojące może być ryzyko ograniczania możliwości realizacji zawartych umów z NFZ przez te jednostki w konsekwencji wypowiedzenia umowy przez jedyne go lekarza. Warto w tym miejscu zauważyć, że jeden z największych problemów w dostępie do świadczeń w poradniach specjalistycznych stanowi niewystarczająca liczba specjalistów albo ich brak w przypadku specjalizacji rzadkich.

W konsultacjach społecznych odnośnie do skutków finansowych projektu ich uczestnicy zwracali uwagę zwłaszcza na brak przedstawienia przez wnioskodawców kosztów jakie mógłby ponieść NFZ w związku z proponowaną zmianą⁹⁵. Uwagi te były jeszcze kierowane przed przekazaniem przez wnioskodawców uzupełnienia do uzasadnienia. Wydaje się natomiast, że uzupełnienie nie ma wpływu na aktualność opinii uczestników konsultacji zwracających uwagę na nałożenie w związku z projektem dużych obciążeń na NFZ⁹⁶, które negatywnie mogą oddziaływać na finanse publiczne⁹⁷.

⁹⁴ W związku z przepisem art. 124 ust. 6 u.s.z., zgodnie z którym Prezes NFZ może uruchomić rezerwę ogólną po uzyskaniu pozytywnych opinii ministra właściwego do spraw finansów publicznych oraz ministra właściwego do spraw zdrowia, Prezes NFZ pismem z 27 lutego 2025 r., znak: NFZ-DEF-WPiAE.311.10.2025.2025.91797.MMA, wystąpił do Ministra Finansów oraz Ministra Zdrowia, z prośbą o wydanie opinii odnośnie uruchomienia rezerwy ogólnej w kwocie 1 731 747 tys. zł w planie finansowym NFZ na 2025 r., z przeznaczeniem na uzupełnienie środków zabezpieczonych w pozycji B2.18 – koszty świadczeń opieki zdrowotnej z lat ubiegłych w celu sfinansowania świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych w 2024 r. ponad limit umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które nie zostały rozliczone w ramach środków ujętych w planie finansowym NFZ na 2024 r., w nielimitowanych zakresach świadczeń opieki zdrowotnej w kwocie 1 614 254 tys. zł oraz leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego objętych programami lekowymi i leków stosowanych w chemioterapii w kwocie 760 924 tys. zł (zob. Zarządzenie nr 16/2025/DEF Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 4 marca 2025 r. w sprawie uruchomienia rezerwy ogólnej uwzględnionej w planie finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia na 2025 rok).

⁹⁵ Zob. ID ankiety: 8345, 9253, 9601.

⁹⁶ Zob. ID ankiety: 7210, 9342, 9601.

⁹⁷ Zob. ID ankiety: 6862, 9601, 8345.

IX. Inne skutki projektowanej ustawy

Nie zidentyfikowano innych skutków wejścia w życie projektowanej ustawy.

X. Zmiana obciążeń administracyjnych

Wprowadzenie mechanizmu refundacji prywatnych wizyt przez NFZ generuje istotne obciążenia administracyjne dla wszystkich zainteresowanych stron. NFZ musi przygotować odpowiednią infrastrukturę organizacyjną i proceduralną, aby sprawnie obsługiwać wnioski refundacyjne, co wymaga dodatkowych zasobów kadrowych i technologicznych.

Dla sektora prywatnego włączenie do systemu refundacji oznacza konieczność spełnienia szeregu wymogów formalnych, takich jak prowadzenie dokumentacji zgodnej z wytycznymi NFZ czy ewentualne raportowanie przeprowadzonych wizyt, co zwiększa koszty operacyjne. Jednocześnie procedury refundacyjne nakładają na pacjentów obowiązek zebrania i dostarczenia szczegółowej dokumentacji (m.in. faktur, paragonów czy zaświadczeń), co szczególnie dla osób starszych, mniej zamożnych lub mieszkających w regionach o słabej infrastrukturze transportowej może być znacznym utrudnieniem. Można się również spodziewać dodatkowych obciążeń dla podmiotów leczniczych udzielających świadczeń w ramach kontraktu z NFZ związanych z koniecznością obsługi procesu udzielania informacji o braku możliwości udzielenia świadczenia w wymaganym terminie. Samo potwierdzenie przez świadczeniodawcę braku możliwości udzielenia świadczenia w wymaganym terminie może stanowić wyzwanie.

Oczekiwanie na zwrot kosztów przez NFZ, które może trwać nawet 30 dni, dodatkowo obciąża budżety domowe pacjentów o niższych dochodach. W efekcie, obciążenia administracyjne związane z procesem refundacji mogą ograniczyć skuteczność regulacji i wpłynąć na zróżnicowany poziom korzystania z usług przez różne grupy społeczne i w efekcie prowadzić do pogłębienia istniejących różnic w dostępie do opieki zdrowotnej, co nie pozostanie bez wpływu na poziom obecnych nierówności w zdrowiu. Nie jest również jasne, czy w przypadku odrzucenia wniosku przez NFZ, wnioskodawcy będzie przysługiwało odwołanie.

XI. Konkluzje

1. Skutki prawne: W projekcie proponuje się, aby w sytuacji niemożności uzyskania w terminie 60 dni świadczenia AOS w systemie bezpłatnej, publicznej opieki zdrowotnej pacjent mógł skorzystać odpłatnie z tego świadczenia w innym podmiocie leczniczym, a następnie na wniosek pacjenta NFZ dokona zwrotu poniesionych kosztów. Wątpliwości prawne budzi: zwolnienie świadczeniodawców będących „innym podmiotem leczniczym” z wymogów przewidzianych w u.ś.z. dla podmiotów leczniczych będących stronami umów z NFZ; uzależnienie skorzystania z gwarantowanego świadczenia AOS od poniesienia kosztów tego świadczenia; brak określenia *expressis verbis* organu wydającego decyzję o zwrocie kosztów;

brak podstawy prawnej do określenia obowiązków świadczeniodawcy będącego innym podmiotem leczniczym.

2. Skutki społeczne: Czas oczekiwania na świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w ramach NFZ w Polsce jest jednym z istotnych elementów oceny funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej. Proponowany mechanizm refundacji prywatnych wizyt paradoksalnie może przyczynić się do pogłębienia istniejących problemów w dostępie do świadczeń – może doprowadzić do wzrostu cen prywatnych świadczeń zdrowotnych, zmniejszenia podaży świadczeń zdrowotnych realizowanych w ramach kontraktu z NFZ, przestawienia podmiotów leczniczych na udzielanie najbardziej opłacalnych, a nie obiektywnie potrzebnych świadczeń zdrowotnych i tym samym doprowadzić do ogólnego zmniejszenia dostępu do świadczeń zdrowotnych dla osób w gorszej sytuacji materialnej i nie mogących sobie pozwolić na wydatki, nawet jeśli mogą się spodziewać ich późniejszej refundacji. Proponowany mechanizm refundacji prywatnych wizyt bez kontroli kosztów (wyłączenie taryfikacji) i jakości świadczeń może doprowadzić do wzrostu kosztów i obniżenia jakości świadczeń. Mechanizm ten może również sprzyjać nadużyciom polegającym na sztucznym generowaniu popytu na świadczenia, w szczególności te z których można uzyskać największe korzyści finansowe.

3. Skutki gospodarcze: Systematyczny wzrost liczby pacjentów korzystających z ambulatoryjnej opieki specjalistycznej wskazuje na rosnące zapotrzebowanie na tego rodzaju świadczenia. Regulacje dotyczące refundacji prywatnych wizyt przez NFZ mogą wpłynąć na dalsze obciążenie sektora prywatnego, co może uruchomić mechanizmy rynkowe prowadzące do wzrostu cen usług medycznych. Przy ograniczonej podaży i wzrastającym popycie placówki prywatne mogą nie być w stanie szybko dostosować swojej infrastruktury, co prawdopodobnie spowoduje podniesienie kosztów zarówno usług refundowanych, jak i nier refundowanych. Prognozowane zmiany mogą prowadzić do odpływu lekarzy i pielęgniarek z sektora publicznego do sektora prywatnego, co może wpłynąć na ograniczenie dostępności i jakości świadczeń w placówkach publicznych. Długoterminowo, brak dostatecznych działań kompensacyjnych może pogłębić problem deficytu kadrowego w mniej atrakcyjnych regionach lub specjalizacjach.

4. Skutki finansowe: Średni rzeczywisty czas oczekiwania na świadczenia z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej powyżej 60 dni może dotyczyć licznej grupy świadczeniobiorców. Stąd zwrot kosztów za udzielenie tych wszystkich świadczeń w sektorze prywatnym może wpływać na wzrost wydatków NFZ i zagrażać jego równowadze finansowej. Konsekwencją może być potrzeba zwiększenia dofinansowania NFZ z budżetu państwa. W innym przypadku bowiem konieczne byłyby ograniczenia środków finansowych na inne zakresy ochrony zdrowia. Bez względu na źródło sfinansowania zwiększonych kosztów NFZ, zabezpieczenie środków na zwrot całości kosztów poniesionych w związku z koniecznością skorzystania z prywatnej opieki zdrowotnej będzie wymagało aktualizacji planu finansowego NFZ na 2025 r.

5. Rozwiązania zagraniczne: W większości państw OECD czas oczekiwania na świadczenia zdrowotne w ramach publicznej służby zdrowia jest uważany za kwestię o wysokim lub co najmniej średnio wysokim priorytecie, a głównym problemem jest długi czas oczekiwania na zabiegi planowe oraz konsultacje i opiekę specjalistyczną. Rozwiązania przyjęte w celu rozwiązania tego problemu obejmują: określenie maksymalnych czasów oczekiwania wyznaczonych dla płatników (np. Finlandia); określenie docelowych maksymalnych czasów oczekiwania w połączeniu z umożliwieniem pacjentowi większego wyboru świadczeniodawcy (np. Dania, Portugalia); zwiększenie podaży świadczeń (np. Irlandia); poprawę zarządzania popytem, w tym poprzez priorytetyzację pacjentów (np. Norwegia) i partycypację pacjentów w kosztach świadczeń zdrowotnych (np. Holandia, Szwecja); poprawę koordynacji między opieką podstawową i specjalistyczną (np. Kanada, Włochy).

Autorzy:

Dorota Olejniczak, ekspert ds. legislacji (pkt I-III)

dr Danuta Adamiec, Angelina Tazuszel

specjalistki w Wydziale Oceny Skutków Regulacji (pkt IV, XI.5)

dr Beata Bińkowska, ekspert ds. legislacji (pkt V, X, X.1)

dr hab. Wojciech Zgliczyński, specjalista ds. społecznych (pkt. VI, X, XI.2)

dr Radosław Zyzik, specjalista ds. systemu gospodarczego (pkt. VII, X, XI.3)

Monika Korolewska, specjalista ds. finansów publicznych (pkt. VIII, XI.4)

Akceptował:

Wicedyrektor Biura Ekspertyz
i Oceny Skutków Regulacji

Ziemowit Cieślik

/podpisano elektronicznie/