



RAPORT REGULACYJNY

w sprawie oceny konstytucyjności ustawy z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (wprowadzającej tzw. pakiet onkologiczny i kolejkowy)

Autorzy Raportu:

dr hab. Marcin Matczak
dr Tomasz Zalasinski
Michał Czarnuch

Warszawa, marzec 2015 r.



SPIS TREŚCI

I.	KONKLUZJE RAPORTU	4
II.	UWAGI WPROWADZAJĄCE.....	7
1.	ZAKRES PRZEDMIOTOWY RAPORTU	7
2.	AUTORZY	7
3.	ŹRÓDŁA.....	7
III.	GENEZA I CEL ZMIAN WPROWADZANYCH NOWELIZACJĄ.....	10
IV.	PRZEBIEG I OCENA PRAC LEGISLACYJNYCH NAD PROJEKTEM USTAWY	13
1.	RADA MINISTRÓW	13
2.	SEJM RP I SENAT RP	26
3.	OCENA PRZEBIEGU PRAC NAD PROJEKTEM USTAWY.....	26
V.	OCENA SKUTKÓW REGULACJI	30
1.	UWAGI WSTĘPNE	30
2.	UWAGI DO OSR DOŁĄCZONE DO UZASADNIENIA PROJEKTU USTAWY	30
3.	OCENA DOTYCHCZASOWEGO FUNKCJONOWANIA PAKIETU ONKOLOGICZNEGO I KOLEJKOWEGO	35
4.	PRZEWIDYWANY SKUTEK OBOWIĄZYWANIA PAKIETU ONKOLOGICZNEGO I KOLEJKOWEGO	45
VI.	ANALIZA ZGODNOŚCI Z KONSTYTUCJĄ RP	49
1.	OCENA NOWELIZACJI USTAWY O ŚWIADCZENIACH Z PUNKTU WIDZENIA ZASAD PRAWIDŁOWEJ LEGISLACJI	49
2.	UPRAWNIENIE LEKARZA DO WYDAWANIA KARTY DIAGNOSTYKI I LECZENIA ONKOLOGICZNEGO (art. 32a Ustawy)	52
3.	ODRĘBNA LISTA OCZEKUJĄCYCH NA UDZIELENIE ŚWIADCZENIA Z ZAKRESU DIAGNOSTYKI I LECZENIA ONKOLOGICZNEGO (tzw. szybka ścieżka, art. 20 ust. 12-14 Ustawy)	63



4. ZAKRES DANYCH OSOBOWYCH ŚWIADCZENIOBIORCÓW
PRZEKAZYWANYCH AGENCJI (art. 31lc ust. 2 Ustawy).....67
5. TRYB USTALANIA OGÓLNYCH WARUNKÓW UMÓW O
UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ (art. 137 ust. 2
Ustawy).....68
6. WYŁĄCZENIE STOSOWANIA PRZEPISÓW USDG (art. 5 Nowelizacji) 69



I. KONKLUZJE RAPORTU

Analiza przepisów ustawy z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (dalej: **Nowelizacja ustawy o świadczeniach lub Nowelizacja**)¹ pod względem ich zgodności z Konstytucją RP, prowadzi do następujących wniosków:

- 1) Prace legislacyjne dotyczące Nowelizacji ustawy o świadczeniach były prowadzone w trudnym do uzasadnienia pośpiechu, co pociągnęło za sobą niekorzystne skutki dla jakości i przejrzystości tej regulacji, a także trafności podejmowanych rozstrzygnięć legislacyjnych oraz – co ważne – możliwości ich realizacji w praktyce.
- 2) **Przepis art. 26 pkt 1 Nowelizacji**, w zakresie w jakim przewiduje wejście w życie art. 1 pkt 8 lit. c oraz pkt 10, a także art. 15 i art. 23 Nowelizacji z dniem ogłoszenia Nowelizacji w Dzienniku Ustaw – **uznać należy za sprzeczny z wywodzonym z art. 2 Konstytucji RP** standardem prawidłowej legislacji, nakazującym dochowanie odpowiedniej *vacatio legis* między ogłoszeniem a wejściem w życie ustawy.
- 3) **Przepisy art. 32a ust. 1 i 2 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (dalej: Ustawa o świadczeniach lub Ustawa)**² w zakresie w jakim różnicują uprawnienia lekarzy udzielających świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (dalej: **lekarz POZ**) i lekarzy udzielających świadczeń z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (dalej: **lekarze AOS**), w tym także z uwagi na wpływ jaki zróżnicowanie to ma na sytuację pacjentów, **uznać należy za niezgodne z art. 32 i art. 68 ust. 2 Konstytucji RP**. Ponadto, ze względu na dysfunkcjonalność wyrażonych w tych przepisach norm prawnych w stosunku do celu regulacji, jakim jest skrócenie czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej, **przepisy te należy uznać także za niezgodne z art. 68 ust. 1 w zw. z art. 2 Konstytucji RP**.
- 4) **Przepisy art. 32a ust. 9 – 11 Ustawy o świadczeniach** w zakresie, w jakim różnicują sytuację prawną lekarzy, zobowiązując lekarzy POZ do osiągnięcia minimalnego wskaźnika rozpoznawania nowotworów, **należy uznać za niezgodne z art. 32 w zw. art. 2, z art. 17 ust. 1 Konstytucji RP, a także** w zakresie, w jakim wpływa to na sytuację pacjentów, **z art. 68 ust. 1 i 2 Konstytucji RP**.
- 5) **Przepisy art. 32a ust. 12-14 Ustawy o świadczeniach** w zakresie, w jakim różnicują sytuację prawną lekarzy POZ i lekarzy AOS, zakazując lekarzom POZ wydawania kart diagnostyki i leczenia onkologicznego

¹ Dz. U.2014.1138.

² Dz. U. tj. 2008.164.1027 ze zm.



(dalej także: **karta DiLO**) w sytuacji nieosiągnięcia przez nich ustalonego przez oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia (dalej: **NFZ**) minimalnego wskaźnika rozpoznawania nowotworów, a także nakładają na lekarza POZ będącego podmiotem leczniczym sankcje finansowe za wydanie karty DiLO pomimo nieosiągnięcia wymaganego wskaźnika rozpoznawania nowotworów, **należy uznać za niezgodne z art. 2 i art. 32 Konstytucji RP**. Przepisy te pozostają również w sprzeczności z **art. 68 ust. 1 i 2 Konstytucji RP** ze względu na ograniczenia w równym dostępie pacjentów do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w przypadku leczenia u lekarza POZ, który nie osiągnął minimalnego wskaźnika rozpoznawania nowotworów. Ponadto, ze względu na dysfunkcjonalność wyrażonych w tych przepisach norm prawnych w stosunku do celu regulacji, jakim jest skrócenie czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej, **przepisy te należy uznać za niezgodne z art. 68 ust. 1 w zw. z art. 2 Konstytucji RP**.

- 6) **Przepis art. 32a ust. 18 Ustawy o świadczeniach**, w związku z nieokreślonością wytycznych co do treści rozporządzenia, **należy uznać za niezgodny z art. 92 ust. 1 Konstytucji**. Ponadto przepis ten rodzi wątpliwości z punktu widzenia **art. 17 ust. 1 w zw. z art. 2 Konstytucji RP**, gdyż nie przewiduje on udziału samorządu lekarskiego w procedurze określania zasad ustalania indywidualnego i minimalnego wskaźnika rozpoznawania nowotworów, co dla miarodajnego i obiektywnego określenia ich wartości byłoby uzasadnione. Wątpliwości te wzmacnia dodatkowo fakt, że wprowadzenie minimalnego i indywidualnego wskaźnika rozpoznawania nowotworów ogranicza swobodę wykonywania zawodu, w szczególności nieosiągnięcie pierwszego z tych wskaźników pozbawia lekarza POZ uprawnienia do wydawania kart DiLO.
- 7) **Przepisy art. 20 ust. 12-14 Ustawy o świadczeniach**, w zakresie w jakim tworzą odrębną listę oczekujących na świadczenia z zakresu diagnostyki i leczenia onkologicznego w ramach tzw. „szybkiej ścieżki”, a także tworzą grupy pacjentów, z których jedna ma dostęp do nielimitowanych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, a świadczenia należne drugiej grupie pacjentów są objęte limitami, tym samym przewidując brak równego dostępu do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, **należy uznać za niezgodne z art. 32 i art. 68 ust. 2 Konstytucji RP**.
- 8) Przepisy **art. 31lc ust. 1, 2 i 4 Ustawy o świadczeniach**, z uwagi na brak określoności w zakresie danych świadczeniobiorców, których przetwarzanie jest niezbędne dla określenia przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (dalej: **Agencja**) taryfy świadczeń, a także podmiotów przekazujących te dane, **należy uznać za niezgodny z art. 2 oraz art. 51 ust. 2 Konstytucji RP**.



- 9) Przepis **art. 137 ust. 2 Ustawy o świadczeniach**, w zakresie, w jakim pozbawia Naczelną Radę Lekarską (dalej: **NRL**) i Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych (dalej: **NRPP**) wpływu na kształt ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (dalej: **OWU**) w ramach ich konstytucyjnej funkcji reprezentowania osób wykonujących zawody zaufania publicznego oraz sprawowania pieczy nad należyтым wykonywaniem tych zawodów w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony, **narusza art. 17 ust. 1 w zw. art. 2 Konstytucji RP oraz art. 92 ust. 1 Konstytucji RP.**



II. UWAGI WPROWADZAJĄCE

1. ZAKRES PRZEDMIOTOWY RAPORTU

Niniejszy Raport regulacyjny został przygotowany na zamówienie **Naczelnej Rady Lekarskiej** (dalej: „**Zamawiający**” lub „**NRL**”). Przedmiotem Raportu jest analiza rozwiązań prawnych wprowadzanych Ustawą z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, wprowadzającą tzw. pakiet onkologiczny i kolejkowy, pod kątem ich zgodności z zasadami i normami wynikającymi z Konstytucji RP.

Raport zawiera także analizę przebiegu prac nad Projektem przywołanej wyżej Ustawy, a także jego ocenę z punktu widzenia standardów prawidłowej legislacji. W ramach niniejszego Raportu analizie poddano również prawidłowość Oceny Skutków Regulacji zawartej w uzasadnieniu Projektu Ustawy, dokonując jej zestawienia z przewidywanymi faktycznymi skutkami obowiązywania wprowadzonej regulacji.

2. AUTORZY

Raport został opracowany przez Zespół Doradztwa Regulacyjnego Kancelarii Domański Zakrzewski Palinka Sp. k. w składzie:

- dr hab. Marcin Matczak, radca prawny, Partner DZP;
- dr Tomasz Zalański, radca prawny, Counsel DZP;
- Michał Czarnuch, adwokat, Senior Associate DZP;
- Piotr Najbuk, Associate DZP;
- Jan Pachocki, Associate DZP;
- Anna Hlebicka-Józefowicz, Associate DZP.

3. ŹRÓDŁA

Niniejszy Raport regulacyjny opracowano na podstawie analizy następujących źródeł prawa:

- 1) Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (dalej: „**Konstytucja RP**”)³;

³ Dz.U.1997.78.483 ze zm.



- 2) Ustawa z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (dalej: „**Nowelizacja ustawy o świadczeniach**”)⁴;
- 3) Ustawa z dnia 11 września 2014 r. o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz niektórych innych ustaw (dalej: „**Nowelizacja ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej**”)⁵;
- 4) Ustawa z dnia 11 września 2014 r. o zmianie ustawy o konsultantach w ochronie zdrowia (dalej: „**Nowelizacja ustawy o konsultantach**”)⁶;
- 5) Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (dalej: „**Ustawa o świadczeniach**” lub „**Ustawa**”)⁷;
- 6) Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (dalej: „**Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej**”)⁸;
- 7) Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia (dalej: „**Ustawa o konsultantach**”)⁹;
- 8) Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (dalej: „**Ustawa o zawodzie lekarza**”)¹⁰;
- 9) Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (dalej: „**Ustawa o działalności leczniczej**”)¹¹;
- 10) Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (dalej: „**Ustawa o systemie informacji w ochronie zdrowia**”)¹²;
- 11) Ustawa z dnia 20 lipca 2000 r. o ogłaszaniu aktów normatywnych i niektórych innych aktów prawnych (dalej: „**Ustawa o ogłaszaniu aktów normatywnych**”)¹³;
- 12) Ustawa z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (dalej: „**Ustawa o swobodzie działalności gospodarczej**” lub „**USDG**”)¹⁴;
- 13) Ustawa z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (dalej: „**KPA**”)¹⁵;
- 14) Rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 20 czerwca 2002 r. w sprawie „Zasad techniki prawodawczej” (dalej: „**ZTP**”)¹⁶;

⁴ Dz.U.2014.1138.

⁵ Dz.U.2014.1136.

⁶ Dz.U.2014.1135.

⁷ t.j. Dz.U.2008.164.1027.

⁸ t.j. Dz.U.2014.1435.

⁹ t.j. Dz.U.2015.126.

¹⁰ t.j. Dz.U.2011.277.1634.

¹¹ t.j. Dz.U.2013.217.

¹² Dz.U.2011.113.657.

¹³ Dz.U.2011.197.1172.

¹⁴ t.j. Dz.U.2013.672.

¹⁵ t.j. Dz.U.2013.267.



- 15) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 grudnia 2014 r. w sprawie wskaźników rozpoznawania nowotworów (dalej: „**Rozporządzenie MZ w sprawie wskaźnika**”) ¹⁷.

Do opracowania Raportu wykorzystano również następujące dokumenty:

- 16) Rządowy projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (druk nr 2505; dalej: „**Projekt ustawy**”) ¹⁸;
- 17) Rządowy projekt ustawy o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarstwa i położnej oraz niektórych innych ustaw (druk nr 2504);
- 18) Rządowy projekt ustawy o zmianie ustawy o konsultantach w ochronie zdrowia (druk nr 2503);
- 19) Opinia Biura Analiz Sejmowych na temat projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw – T. Sroka;
- 20) Opinia merytoryczna Biura Analiz Sejmowych do rządowego projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw z dnia 7 lipca 2014 r. – G. Ciura;
- 21) Opinia prawno-merytoryczna Biura Analiz Sejmowych do poprawek zgłoszonych w czasie drugiego czytania rządowego projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw z dnia 21 lipca 2014 r. – G. Ciura;
- 22) Opinia Generalnego Inspektora Danych Osobowych z dnia 1 lipca 2014 r. do druku nr 2505;
- 23) Uchwała Nadzwyczajnego II Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 14 grudnia 1991 r. w sprawie Kodeksu Etyki Lekarskiej (dalej: „**Kodeks etyki lekarskiej**”) ¹⁹.

¹⁶ Dz.U.2002.100.908.

¹⁷ Dz.U.2014.1810.

¹⁸ Dokumenty przywołane w pkt 16 – 20 dostępne poprzez stronę podmiotową Biuletynu Informacji Publicznej Sejmu RP (www.sejm.gov.pl).

¹⁹ Kodeks etyki Lekarskiej dostępny poprzez stronę podmiotową Biuletynu Informacji Publicznej Naczelnej Izby Lekarskiej (www.nil.org.pl).



III. GENEZA I CEL ZMIAN WPROWADZANYCH NOWELIZACJĄ

Od wielu lat w debacie publicznej obecna jest teza, że system opieki zdrowotnej w Polsce jest nieskuteczny i nie zaspokaja potrzeb pacjentów, w szczególności tych wymagającej pilnej opieki lekarskiej. Na tej podstawie rodzą się wątpliwości czy system opieki zdrowotnej w Polsce w sposób wystarczający gwarantuje realizację konstytucyjnego prawa do ochrony zdrowia (art. 68 ust. 1 Konstytucji RP), a także równy dostęp obywateli do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (art. 68 ust. 2 Konstytucji RP).

Nowelizacja ustawy o świadczeniach, wprowadzająca pakiet onkologiczny i kolejkowy, miała w zamierzeniu ustawodawcy uzdrowić polską służbę zdrowia. Minister Zdrowia, jako wnioskodawca Projektu ustawy, wskazywał na dwie zasadnicze ułomności obecnego systemu:

- Brak odpowiedniego dostępu pacjentów do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Niewydolność systemu zarządzania listami oczekujących na udzielenie świadczenia często utrudnia skuteczną diagnozę oraz terapię.
- Ograniczona ilość środków publicznych przeznaczonych na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Główne założenia pakietu onkologicznego i kolejkowego zostały ogłoszone 21 marca 2014 roku na konferencji prasowej zorganizowanej przez Kancelarię Prezesa Rady Ministrów. Zdaniem Prezesa RM *„najbardziej dotkliwym ograniczeniem dla pacjentów onkologicznych są limity, bowiem pacjenci słyszeli, że terapia nie jest możliwa natychmiast ze względu na ograniczenia finansowe. Taka sytuacja była dłużej nie do zaakceptowania”*.

W związku z tym ogłoszono, że pakiet onkologiczny wprowadzi rozwiązania zmierzające do:

- zniesienia limitów na diagnostykę i leczenie onkologiczne;
- utworzenia szybkiej ścieżki diagnostyki oraz leczenia onkologicznego (od wstępnej diagnozy do rozpoczęcia leczenia ma minąć maksymalnie 9 tygodni);
- przyznania szerszych uprawnień lekarzom pierwszego kontaktu w zakresie wykonywania badań diagnostycznych.

Zapowiedziano również wiele innych zmian składających się na tzw. pakiet kolejkowy. Miały one poprawić efektywność finansową systemu opieki zdrowotnej i dostęp pacjentów do świadczeń poprzez:



- przyznanie uprawnień do wystawiania recept pielęgniarkom i położnym;
- przeniesienie procesu wyceny świadczeń z NFZ do Agencji Oceny Technologii Medycznych;
- zawieranie przez NFZ bezterminowych umów ze świadczeniodawcami POZ i AOS do 5 lat, a ze szpitalami do 10 lat, aby przychodnie i szpitale mogły zaplanować swoją politykę inwestycyjną i kadrową;
- utworzenie map potrzeb zdrowotnych;
- centralizację list oczekujących i informatyzację systemu zarządzania nimi – w celu ułatwienia pacjentowi znalezienia miejsca, gdzie dane świadczenie otrzyma najszybciej i eliminacji praktyki zapisywania się na kilka list jednocześnie.

Wiele z wymienionych planów zasługuje na aprobatę, a oceny w zakresie stanu faktycznego dokonane przez Ministra Zdrowia są zasadniczo prawidłowe. Pozytywnie należy ocenić w szczególności koncepcję utworzenia systemu map potrzeb zdrowotnych, które stanowią wyraz zwiększania odpowiedzialności państwa za organizację opieki zdrowotnej oraz strategicznego podejścia do zarządzania środkami przeznaczanymi na ochronę zdrowia. Również wyprowadzenie wyceny świadczeń z Narodowego Funduszu Zdrowia eliminuje poważną wadę systemową, która polega na tym, że płatnik publiczny, będący stroną umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a także egzekutorem jej postanowień, jednocześnie wycenia świadczenia. Także sama idea zniesienia limitów na onkologię oraz przyspieszenie diagnostyki i leczenia pacjentów dotkniętych chorobami nowotworowymi bezsprzecznie są celami, do realizacji których należy dążyć w ramach poprawy systemu opieki zdrowotnej.

Trudno jednak wprowadzić zmiany, poprawiające w sposób znaczący funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej w Polsce, bez rozwiązania najistotniejszych systemowych problemów służby zdrowia. Kompleksowa reforma systemu opieki zdrowotnej wymagałaby bowiem dokonania zmian, które swoim zakresem objęłyby m.in.:

- dostosowanie nakładów publicznych do zakładanego przez państwo koszyka świadczeń gwarantowanych, który wymaga odpowiedniego dookreślenia, zwłaszcza w odniesieniu do standardu udzielanych świadczeń;
- organizację instytucji płatnika publicznego;
- dopuszczalność współpłacenia za świadczenia gwarantowane;
- instytucję dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych;
- współpracę pomiędzy podmiotami wykonującymi działalność leczniczą w ramach opieki nad pacjentami;
- problem starzejącego się społeczeństwa.



Przygotowując reformę systemu ochrony zdrowia powinno się również uwzględnić najistotniejszy z punktu widzenia wydajności systemu fakt, iż Polska przeznaczająca na ochronę zdrowia ze środków publicznych jedynie 4,8 proc. PKB. Jest to jeden z najniższych poziomów nakładów na ochronę zdrowia w Europie. W Czechach na ten cel przeznaczają się 6,3 proc., w Wielkiej Brytanii 7,8 proc., w Niemczech 8,7 proc., a w Holandii aż 10,2 proc. PKB²⁰.

Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że zmiany przewidziane Nowelizacją ustawy o świadczeniach zostały przygotowane w celu poprawy sytuacji osób dotkniętych chorobą onkologiczną i w tym zakresie zasługują na pełną aprobatę. Choroby onkologiczne są bowiem – jak słusznie zauważa Minister Zdrowia – jednym z najistotniejszych aktualnych problemów społecznych²¹. Sposób przygotowania zmian normatywnych wprowadzonych Nowelizacją ustawy o świadczeniach, ich forma prawna oraz sposób wdrażania, w wielu miejscach istotnie komplikują jednak realizację tego szczytnego celu. Z tej perspektywy Nowelizacja jawi się jako ustawa wprowadzająca zmiany powierzchowne, przygotowane w trudnym do uzasadnienia pośpiechu, w wielu miejscach wewnętrznie niespójne i trudne do realizacji w praktyce.

Szerzej będzie o tym mowa w rozdziale poświęconym Ocenie Skutków Regulacji oraz analizie konstytucyjnej.

²⁰ Na podstawie danych OECD z 2011 roku (procent PKB przeznaczany na służbę zdrowia) oraz danych Międzynarodowego Funduszu Walutowego z 2011 roku (nominalna wysokość PKB).

²¹ Wedle dostępnych danych (za: U. Wojciechowska, J. Didkowska, W. Zatoński, *Nowotwory złośliwe w Polsce w 2012 r.*, Warszawa 2014r., s. 3) w 2012 r. ujawniono 152, 9 tys. nowotworów złośliwych, stwierdzono także 94,7 tys. zgonów z tego powodu.



IV. PRZEBIEG I OCENA PRAC LEGISLACYJNYCH NAD PROJEKTEM USTAWY

1. RADA MINISTRÓW

1.1 Tok prac legislacyjnych

Prace nad Projektem ustawy o świadczeniach rozpoczęto bez uprzedniego opracowania i przyjęcia projektu założeń ustawy przez Radę Ministrów.

Projekt ustawy o świadczeniach, po opracowaniu przez Ministra Zdrowia, został w dniu 7.04.2014 r. ujawniony do wiadomości publicznej w bazie Rządowego Centrum Legislacji i skierowany do uzgodnień międzyresortowych oraz konsultacji publicznych. Uzgodnienia i konsultacje Projektu trwały odpowiednio do 23.04. i do 8.05.2014 r.

W dniu 10.06.2014 r. Rada Ministrów przyjęła Projekt wraz z dwiema autopoprawkami, a 18.06.2014 r. pismem Prezesa Rady Ministrów Projekt ustawy o świadczeniach został skierowany do Sejmu RP.

1.2 Uwagi zgłoszone w toku konsultacji publicznych i uzgodnień międzyresortowych

Podczas konsultacji publicznych i uzgodnień międzyresortowych zgłoszono do Projektu 965 uwag, z których 145 zostało uwzględnionych. Wiele z przedstawionych uwag zawierało krytyczną ocenę jakości Projektu. Podnoszono także wątpliwości co do jego zgodności z Konstytucją RP. Warto w tym miejscu zwrócić szczególną uwagę na – kluczowe dla oceny konstytucyjności Projektu w rządowej fazie prac ustawodawczych – stanowisko Rządowego Centrum Legislacji.

RCL zgłosiło szereg wątpliwości dotyczących zgodności z Konstytucją RP Projektu ustawy. W trakcie prac nad Projektem ustawy wiele z nich uwzględniono. W ostatecznej wersji Projektu przyjętym przez Radę Ministrów i skierowanym do Sejmu, nie uwzględniono jednak dwóch uwag dotyczących konstytucyjności projektu, w tym zgłoszonych przez RCL.

W niniejszej części Raportu regulacyjnego prezentujemy wybór najistotniejszych nieuwzględnionych uwag zgłoszonych przez uczestników konsultacji i uzgodnień, które mają wpływ na ocenę konstytucyjności Projektu ustawy.

Uwagi te przedstawia poniższa tabela:

Przepis ustawy	Treść uwagi	Podmiot zgłaszający uwagę	Stanowisko Ministra Zdrowia
ZASADY PROWADZENIA LIST OCZEKUJĄCYCH			
art. 20	<p>Zapis ten zmniejszy rzeczywiście ilość pacjentów oczekujących na świadczenie, lecz świadczeniodawcy, dla zapewnienia realizacji świadczeń na rzecz „własnych” pacjentów będą musieli rezerwować część „swojego potencjału” do zapewnienia kontynuacji leczenia, co nie wpłynie na skrócenie czasu oczekiwania.</p> <p>Reportowanie 1x w tygodniu takich terminów – to znaczne utrudnienie biurokratyczne. Poza tym „wolny termin” – to pojęcie bardzo nieprecyzyjne, które będzie źródłem wielu konfliktów na linii NFZ – świadczeniodawcy-pacjenci.</p>	Marszałek Województwa Opolskiego	<p>Uwaga nieuwzględniona. Celem nowelizacji jest uporządkowanie systemu organizacji kolejek. MZ zdaje sobie sprawę, że raportowanie raz w tygodniu może stanowić pewną uciążliwość dla świadczeniodawców, jednakże czynność ta została wprowadzona w celu zapewnienia pacjentowi dostępu do aktualnych danych.</p>
art. 20	<p>Ustęp ten wymaga dookreślenia w zakresie definicji kontynuacji leczenia:</p> <ul style="list-style-type: none"> - czy jest to kontynuacja leczenia szpitalnego w trakcie kolejnego pobytu w szpitalu, czy jest to kontynuacja leczenia szpitalnego w poradni specjalistycznej (poradni przyszpitalnej) - czy jest to kontynuacja specjalistycznego leczenia ambulatoryjnego w poradni specjalistycznej (wielomiesięczne czy wieloletnie leczenie w poradni specjalistycznej) - czy jest to kontynuacja leczenia w szpitalu po uprzednim leczeniu ambulatoryjnym w poradni specjalistycznej tego samego świadczeniodawcy. 	NIPiP	<p>Zasada nie umieszczania na liście oczekujących osób kontynuujących leczenie obowiązuje od dawna. Terminy wizyt wyznaczonych osobom już objętym opieką poradni powinny być ustalane zgodnie z indywidualnym planem leczenia pacjenta, a nie terminem wynikającym z listy oczekujących. Od 14 grudnia 2005 roku obowiązuje Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2005 r. w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej. Zgodnie z §4 tego Rozporządzenia Świadczeniobiorców, którzy wymagają okresowego, w ściśle ustalonych terminach, wykonywania kolejnych etapów świadczenia, przyjmuje się w celu udzielenia tego świadczenia zgodnie z planem leczenia.</p>
art. 20	<p>Niejasne jest również, co projektodawca rozumie pod pojęciem kontynuacji leczenia - czy chodzi o proces ciągły? A co gdy ktoś był raz a potem pojawi się (z tym samym schorzeniem) np. za 2 lata - to kontynuuje czy jest nowym pacjentem?</p>	Konfederacja Lewiatan	<p>jw.</p>
art. 20	<p>Argumentem przemawiającym za koniecznością doprecyzowania treści art. 20 ust. 1 zd. 1 ustawy, w zakresie o którym mowa powyżej jest</p>	NFZ	<p>Uwzględniono w części.</p>

wprowadzenie przez ustawodawcę do projektu ustawy obowiązku informowania przez danego świadczeniodawcę, wykonującego działalność leczniczą w zakresach wymienionych w art. 20 ust. 1 zd. 1 w proponowanym brzmieniu, o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia. Modyfikacja brzmienia tego przepisu w tym względzie powinna nastąpić w taki sposób, aby świadczeniodawcy nie mieli wątpliwości, którzy z nich i w jakim zakresie świadczeń mają realizować obowiązek informacyjny o pierwszym wolnym terminie udzielania świadczeń

art. 20	Brak oznaczenia zakresu świadczeń skutkować może sytuacją, w której świadczeniobiorca, kontynuując leczenie u danego świadczeniodawcy na określony typ schorzenia (np. endokrynologicznego), a jednocześnie oczekujący na inne świadczenie (np. alergologiczne), nie będzie umieszczany na liście oczekujących, co skutkować będzie pozornym (sztucznym) skróceniem kolejek.	Marszałek Województwa Dolnośląskiego	Uwaga nieuwzględniona.
art. 20	Brak doprecyzowania w tej kwestii wprowadza problemy związane z zapisem pacjentów na kolejki oczekujących na świadczenia tj. czy kontynuacja dotyczy leczenia w ramach tylko jednego skierowania na daną jednostkę chorobową, czy kontynuacja dotyczy ogólnego rozpoczęcia leczenia u danego świadczeniodawcy w ramach już kolejnych skierowań na te same czy inne jednostki chorobowe? Określić należy też czy dostarczenie nowego skierowania, po roku kalendarzowym (dotyczy rodzaju rehabilitacja lecznicza) nie skutkuje ponownym umieszczeniem na liście w momencie gdy dotyczy to zupełnie innej jednostki chorobowej. Czas oczekiwania i miejsce w kolejce nie będą precyzyjnie określone bez ustalenia pełnej listy osób, którym należy udzielić świadczeń.	Marszałek Województwa Podlaskiego	Uwaga nieuwzględniona.
art. 20	Dodatkowych wyjaśnień wymaga procedura postępowania z pacjentami kontynuującymi leczenie u danego świadczeniodawcy, w kontekście propozycji nieumieszczenia ich na liście.	Prezes Rady Ministrów	-

WYODRĘBNIENIE LISTY OCZEKUJĄCYCH NA DIAGNOSTYKĘ I LECZENIE ONKOLOGICZNE

art. 20 ust. 12	Wydaje się, że ustawodawca powinien dokonać szczegółowego oszacowania potrzeb finansowych wynikających ze zmian tak, aby zagwarantować przynajmniej nie pogorszenie sytuacji pozostałych	INFARMA	Uwaga nieuwzględniona. Poprawienie efektywności leczenia onkologicznego nie będzie odbywało się kosztem innych świadczeń.
------------------------	--	----------------	---

świadczeniobiorców.

<p>art. 20 ust. 12</p>	<p>Jak w praktyce wygląda prowadzenie dwóch równoległych kolejek – onkologicznej i nieonkologicznej? Jaki wpływ na czas oczekiwania na leczenie będzie miało spriorytetyzowanie onkologii - w kolejkach do centrów onkologicznych stoją już dziś niemal wyłącznie pacjenci onkologiczni. Zakładamy więc, że zgodnie z art. 20 ust 13 priorytetyzacja w ośrodkach onkologicznych będzie zależała od rokowania pacjenta. Projekt ustawy nie daje jednak informacji, jak będzie ustalany priorytet – czy na podstawie złego rokowania czy dobrego rokowania oraz kto będzie miał pierwszeństwo. Z kolei, w ośrodkach wieloprofilowych, w których pacjenci onkologiczni stanowią jedynie jedną z grup hospitalizowanych - jak zabezpieczyć interesy pacjentów nieonkologicznych, zagrożonych co do zdrowia/życia, oczekujących na to samo łóżko, na które czeka pacjent onkologiczny?</p>	<p>Pracodawcy RP</p>	<p>Uwaga nieuwzględniona.</p> <p>Kolejność udzielania świadczeń na obu listach jest wg tych samych kryteriów, tyle że dla onkologii kryteria są przeniesione do ustawy a nie są określane w rozporządzeniu. Świadczeniodawca ma tak zorganizować udzielanie świadczeń, aby móc obsłużyć pacjentów z obu kolejek.</p>
<p>art. 20 ust. 12</p>	<p>Zaproponowane rozwiązanie nie wskazuje, w jakiej relacji względem siebie będą pozostawać oba rodzaje kolejek oczekujących, ani też z jakich źródeł mają być finansowane diagnostyka i leczenie onkologiczne. Ponieważ w dalszej części projektu ustawy zakłada się, że diagnostyka onkologiczna ma zakończyć się przed upływem 7 tygodni od dnia zgłoszenia się pacjenta, to wobec braku zagwarantowania odrębnego finansowania diagnostyki i leczenia onkologicznego zachodzi ryzyko, że w sytuacji związania świadczeniodawcy maksymalną kwotą zobowiązania Funduszu określoną w umowie, świadczeniobiorcy legitymujący się kartą leczenia onkologicznego zaczną „wypierać” pozostałych świadczeniobiorców z kolejek oczekujących. Jeżeli proponowanym rozwiązaniem przyznającym prymat świadczeniobiorcom z podejrzeniem lub chorobą nowotworową nie będą towarzyszyć rozwiązania gwarantujące właściwy sposób finansowania świadczeń na ich rzecz, to należy spodziewać się, że znacznemu wydłużeniu ulegnie czas oczekiwania na leczenie pozostałych świadczeniobiorców.</p>	<p>BCC</p>	<p>Uwaga nieuwzględniona.</p> <p>Kolejność na liście onkologicznej wg tych samych kryteriów co na nieonkologicznej, tyle że kryteria są przeniesione do ustawy a nie są określane w rozporządzeniu.</p>
<p>art. 20 ust. 12</p>	<p>Sytuacją częstą w przypadku pacjentów onkologicznych jest to, że celem przygotowania całościowego planu leczenia potrzebne są także dodatkowe konsultacje ginekologiczne, kardiologiczne, urologiczne, chirurgiczne itp. Czy w takim wypadku – celem potwierdzenia diagnozy i rozpoczęcia leczenia, pacjenci będą kierowani do tychże przykładowych specjalistów, a jeśli tak, to czy wizyta ta będzie musiała odbyć się w ciągu 7 tygodni (merytorycznie rzecz ujmując tak powinno być, a praktycznie</p>	<p>Unia szpitali specjalistycznych</p>	<p>Uwaga nieuwzględniona.</p> <p>jw.</p>

	będzie to niewykonalne). Dodatkowe pytanie, czy takie wizyty będą wchodziły w limitowy kontrakt, np. na kardiologię czy ginekologię, czy też będą również pozalimitowe.			
art. 20 ust. 13	Przed udzieleniem świadczenia nie jest możliwe określenie kryteriów zawartych w podpunktach 1-4.	Marszałek Pomorskiego	Województwa Kujawsko-	Uwaga nieuwzględniona. Kolejność udzielania świadczeń na obu listach jest wg tych samych kryteriów, które funkcjonują obecnie.
art. 20 ust. 13	Przepis art. 20 ust. 13 jest praktycznie niewykonalny z poziomu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Aby określić stan zdrowia świadczeniobiorcy w warunkach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (m.in. rokowania, choroby współistniejące i problem niepełnosprawności) koniecznym jest zdiagnozowanie pacjenta przez lekarza w trakcie wizyty, podczas gdy intencją ustawodawcy jest rozwiązanie problemu kolejek oczekujących.	Marszałek Województwa Dolnośląskiego		jw.
art. 20 ust. 13	Bez przeprowadzenia badania - wykonania diagnostyki nie jest możliwa ocena stanu zdrowia pacjenta.	Marszałek Województwa Lubelskiego		jw.
KARTA DIAGNOSTYKI I LECZENIA ONKOLOGICZNEGO				
art. 32a	Wprowadzenie karty leczenia onkologicznego budzi zastrzeżenia w zakresie, w jakim pomija prawo pacjenta do tajemnicy informacji o stanie zdrowia. Naczelna Rada Lekarska nie widzi konieczności wprowadzania nowego dokumentu w postaci karty leczenia onkologicznego. Dokument ten, który będzie miał wyróżniający go kształt i kolor nie gwarantuje ochrony tajemnicy informacji o stanie zdrowia.	NRL		Uwaga nieuwzględniona. Karta została wprowadzona w odpowiedzi na postulaty pacjentów.
art. 32a	Mimo słuszności etycznej zagrożenia chorobą nowotworową jest to wnoszenie jednych chorych ponad drugich, co może być przyczyną skarg na nierówności społeczne w Polsce zarówno na wokandy krajowej jak i międzynarodowej	BCC		Uwaga nieuwzględniona. Choroby nowotworowe są drugą największą przyczyną zgonów w Polsce.
art. 32a	Nie można dzielić lekarzy POZ na tych, którzy mogą brać udział w diagnostyce onkologicznej i tych, którzy nie mogą. Pacjent tego nie będzie wiedział, więc jego szanse „nowotworowe” będą zależały od tego na jakiego lekarza POZ trafi.	prof. dr hab. Jacek Jassem	Konsultant Wojewódzki w dziedzinie radioterapii	Uwaga nieuwzględniona. Postulat niezasadny.

art. 32a	Największą jednak wątpliwość pacjentów budzi fakt, że nie zaproponowano żadnych rozwiązań o charakterze finansowym, które miałyby pokryć zwiększone wydatki związane z szybką diagnostyką onkologiczną czy skróceniem kolejek do specjalistów.	Fundacja My Pacjenci	Uwaga nieuwzględniona. Postulat niezasadny. Współczynnik wykrywalności nowotworów będzie wystarczający do kontrolowania nadrozpoznawalności.
art. 32a	Przepis dotyczy wyłącznie lekarza posiadającego swoją listę zadeklarowanych pacjentów. Uprawnienie powinno dotyczyć również innych lekarzy zatrudnionych w POZ np. w niepełnym wymiarze czasu pracy (bez listy deklaracyjnej).	Federacja Związków Pracodawców Zakładów Opieki Zdrowotnej	Uwaga nieuwzględniona. Postulat niezasadny.
art. 32a	Zastrzeżenia budzi przyznanie uprawnienia do szybkiej diagnostyki wyłącznie w przypadku podejrzenia nowotworu złośliwego. Tymczasem zasadne jest przeprowadzenie szybkiej diagnostyki w przypadku podejrzenia każdego rodzaju nowotworu, właśnie po to aby potwierdzić lub wykluczyć nowotwór złośliwy.	Szpital Uniwersytecki UJ	jw.
art. 32a ust. 1	Lekarz udzielający ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych często podejrzewa nowotwór, ale nie może postawić jednoznacznego rozpoznania bez pogłębionej diagnostyki obrazowej (TK, NMR, PET) i/lub badań histopatologicznych (np. wycinek płuca w przypadku pulmonologa). Jeśli specjalista mający podejrzenie nowotworu nie będzie mógł wystawić karty leczenia onkologicznego wówczas będzie musiał odesłać pacjenta do lekarza POZ lub zlecić diagnostykę poza szybką ścieżką onkologiczną.	Marszałek Województwa Dolnośląskiego	jw.
art. 32a ust. 1	<p>Podejrzenie nowotworu złośliwego może stwierdzić nie tylko lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, ale także każdy inny lekarz, zwłaszcza specjalista onkolog.</p> <p>Pacjent będzie mógł ewentualnie udać się do lekarza POZ po wydanie takiej karty, niemniej jednak takie rozwiązanie jedynie wydłuży proces diagnostyki i leczenia. Nie każdy bowiem lekarz podstawowej opieki zdrowotnej będzie uprawniony do wydawania takich kart, a nawet jeśli będzie, to nie oznacza jeszcze, że podzielił podejrzenie zakomunikowane mu przez świadczeniobiorcę i wyda na jego wniosek kartę leczenia onkologicznego.</p>	BCC	jw.
art. 32a ust. 4	Pacjenci różnych lekarzy POZ będą mieli różne uprawnienia, co jest nie do zaakceptowania.	NRL	jw.

art. 32a ust. 4	Nieosiągnięcie przez lekarza POZ minimalnego wskaźnika skuteczności rozpoznania nowotworu będzie skutkować ograniczeniem dla niektórych pacjentów faktycznego dostępu do szybkiej ścieżki onkologicznej, z przyczyn od nich niezależnych.	Związek Powiatów Polskich	jw.
art. 32a ust. 4	Ustalanie współczynnika trafności diagnozy winno odnosić się do lekarzy wszystkich specjalności. Nadto przepis nakłada możliwość nakazania szkolenia (brak jest szczegółów, kiedy będą organizowane i za czyje pieniądze) oraz tworzy możliwość nakładania kary w sytuacji arbitralnego ograniczenia uprawnień zawodowych. Narusza to konstytucyjne prawo do równego traktowania (art. 32 Konstytucji). Stosowanie wskaźnika trafności będzie mogło działać zniechęcająco na lekarza o dużej czujności onkologicznej.	Porozumienie Zielonogórskie	jw.
art. 32a ust. 4-9, ust. 13	Uzależnienie wydawania karty leczenia onkologicznego przez lekarza POZ w przypadku podejrzenia nowotworu od wielkości wskaźnika skuteczności rozpoznawania nowotworu hamuje i dodatkowo komplikuje rozpoczęcie dalszej diagnostyki onkologicznej na podstawie karty w ramach szybkiej terapii onkologicznej i odbiera pacjentowi prawo do szybkiego dostępu do właściwego specjalisty, a tym samym uniemożliwia wczesne wykrycie nowotworu złośliwego i dalsze leczenie.	Centrum Medyczne Siedlce	jw.
art. 32a ust. 4	<p>Paradoksalnie, lekarz, który będzie wykazywał się tzw. wysoką czujnością onkologiczną (system powinien ją wspierać), będzie miał niski odsetek trafnych diagnoz. Groźba odebrania prawa do wystawiania kart będzie zniechęcać do zlecania badań.</p> <p>Ponadto różnice w demografii pacjentów poszczególnych lekarzy mogą determinować mniejsze lub większe prawdopodobieństwo wykrycia raka. Nie powinno się też narażać pacjenta na sytuację, w której z powodu „kary” dla lekarza (jeśli czasowo nie będzie miał on prawa wydawać karty), zmuszony będzie szukać innego lekarza i oddalać termin rozpoczęcia diagnostyki i leczenia.</p>	Fundacja Onkologia 2025	jw.
art. 32a ust. 4	Trzeba przy tym zauważyć, że w przypadku niewłaściwego wykorzystania prawa do wydawania KLO, NFZ ma możliwość nakładania kar na podstawie bardzo pojemnej przesłanki nienależytego wykonania umowy, obecnej w aktualnie obowiązujących umowach.	Fundacja Onkologia 2025	

art. 32a ust. 4	<p>Zdecydowanie lepszym rozwiązaniem byłoby motywowanie finansowe lekarzy POZ za każdego właściwie i szybko skierowanego pacjenta z później potwierdzoną chorobą nowotworową przez onkologa, tzw. referral fee.</p>	Fundacja My Pacjenci
art. 32a ust. 4-13	<p>Nie do przyjęcia jest postępowanie się arbitralnie wprowadzonym przez Ministra Zdrowia „indywidualnym wskaźnikiem skuteczności” oraz „minimalnym wskaźnikiem skuteczności”. Zastrzeżenia budzi zarówno sposób ustalania tych miar, jak i zasadność ich wykorzystywania w celu organizacji, a jak się można domyślać także i finansowania opieki. Niezrozumiałe jest także, dlaczego restrykcje i ewentualne konsekwencje (łącznie z karami finansowymi) miałyby dotyczyć wyłącznie lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, skoro uprawnionymi do wystawiania kart leczenia onkologicznego byłiby także lekarze specjaliści wąskich dziedzin.</p>	dr hab. n. med. Adam Windak Konsultant Krajowy w dziedzinie medycyny rodzinnej jw.
art. 32a ust. 5-8	<p>Zasadnicze wątpliwości w tak istotnej kwestii, jak leczenie onkologiczne musi budzić uzależnienie postępowania lekarza od systemu wskaźników ustalanego administracyjnie. 2. Obowiązkowe szkolenia powinny być przeprowadzane dla wszystkich lekarzy i powinny być cykliczne a nie uzależnione od poziomu indywidualnego wskaźnika.</p>	Szpital Uniwersytecki UJ jw.
art. 32a ust. 6-8	<p>Zaproponowane rozwiązania w niedopuszczalny sposób upoważniają NFZ do decydowania o kompetencjach lekarzy i ich uprawnieniach. Kierowanie lekarzy na przeszkolenie i zawieszanie części ich uprawnień zawodowych do czasu odbycia przeszkolenia nie jest zadaniem Funduszu i nie może zmieniać uprawnień lekarzy w zakresie rozpoznawania nowotworów.</p>	NRL jw.
art. 32a ust. 7	<p>Nie wskazano, czy karta leczenia onkologicznego wydana w sytuacji określonej w tym przepisie jest ważna. Projektodawca nie wskazał, czy karta wydana przez lekarza, który nie może wydać karty jest ważna. Uważam, że świadczeniobiorca nie może ponosić skutków za bezprawne czynności lekarza.</p>	Marszałek Województwa Śląskiego jw.
art. 32a ust. 5,6,10	<p>Projektowane przepisy nakładają dodatkowe obowiązki na oddział wojewódzki Funduszu, które mogą generować dodatkowe koszty po stronie NFZ. W OSR projektu nie odniesiono się do tej kwestii, co wymaga uzupełnienia.</p>	Minister Finansów -

art. 32a ust. 6-8	<p>W związku z tym, że w projekcie proponuje się utratę uprawnień do wydawania kart leczenia onkologicznego w przypadku, gdy lekarz POZ nie osiągnie minimalnego wskaźnika skuteczności rozpoznawania nowotworów, istotne byłoby określenie sposobu informowania pacjentów, którzy lekarze POZ spełniają wymogi do wydawania kart i nałożenie obowiązku aktualizowania takich list na świadczeniodawców oraz oddziały wojewódzkie NFZ. Ponadto wyjaśnienia wymagają następujące kwestie. Gdzie ma się udać pacjent z podejrzeniem choroby nowotworowej, zwłaszcza z terenu słabo zurbanizowanego, jeśli jego lekarzowi POZ odebrano możliwość wydawania kart leczenia onkologicznego? Jaka będzie procedura postępowania wobec lekarza, który utracił prawo wystawiania karty, a zdiagnozował pacjenta, który powinien zostać objęty opieką onkologiczną?</p>	Prezes Rady Ministrów	-
--------------------------	---	------------------------------	---

OPINIA WOJEWODY O CELOWOŚCI INWESTYCJI

art. 95d	<p>Oplata za wydanie opinii jest bardzo wysoka. Termin wydawania opinii przez wojewodę jest zbyt długi.</p>	Marszałek Zachodniopomorskiego	Województwa	Uwaga nieuwzględniona.
art. 95d	<p>Wątpliwości budzi wprowadzenie powyższej regulacji z uwagi na możliwość uznania ograniczenia swobody działalności gospodarczej podmiotów.</p>	Marszałek Województwa Lubelskiego		jw.
art. 95d	<p>Ingerowanie w plany inwestycyjne podmiotów leczniczych stanowi nieuprawnione ograniczenie swobody działalności gospodarczej. Zapisy ustawy dot. planowania, szczególnie progów kwotowych inwestycji nie są dostatecznie precyzyjne. Konieczne jest zastosowanie jaśniejszych kryteriów.</p> <p>Zapis ten ogranicza zasadę swobody gospodarczej i daje wojewodom podstawę do swobodnego regulowania rynku usług medycznych finansowanych ze środków publicznych.</p> <p>Zaproponowane rozwiązanie nie wskazuje, jakimi kryteriami powinien kierować się wojewoda wydając opinię o celowości utworzenia jednostek lub komórek organizacyjnych albo realizacji określonych inwestycji zdrowotnych. Powyższe może skutkować tym, że pozytywne opinie uzyskają świadczeniodawcy, którzy zgłosili wniosek w odpowiednim czasie, kiedy zachodziła jeszcze celowość zabezpieczenia na danym obszarze określonych świadczeń, ale niekoniecznie zapewniający najwyższą jakość świadczonych usług. Rozwiązanie to stanowi zatem</p>	BCC		Uwaga nieuwzględniona. Regulacja wyjaśniona w uzasadnieniu.

	dodatkową, niepotrzebną barierę w kontraktowaniu świadczeń		
art. 95d	Zgodnie z projektem ustawy zmiana lub uchylenie opinii wydawanej przez wojewodę może nastąpić w każdym czasie w przypadku zaistnienia zmiany okoliczności mających wpływ na jej wydanie. Wykaz okoliczności, w których wojewoda może zmienić lub uchylić opinię powinien stanowić katalog zamknięty, tzn. powinien określać konkretnie powody formalne, z tytułu których można ją zmienić lub uchylić	Wojewoda Zachodniopomorski	Uwaga nieuwzględniona. Mając na uwadze treść przepisu, w tym zakresie stosuje się przepisy KPA.
art. 95d	60-dniowy termin na wydanie przez wojewodę w formie decyzji administracyjnej opinii o celowości utworzenia na obszarze nowych jednostek lub komórek organizacyjnych przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego w zakresie leczenia szpitalnego jest nadmiernie wydłużony. Wobec konkursowego trybu zawierania umów na udzielanie świadczeń zdrowotnych, trudnych do przewidzenia decyzji NFZ co do zakresu kontraktowania w danym roku termin ten jest zbyt długi i może przyczynić się do niemożności przystąpienia świadczeniodawcy do konkursu z powodu oczekiwania na opinię wojewody, stanowiącą podstawę do dokonania zmian w księdze rejestrowej szpitala, niezbędnych do złożenia oferty w danym konkursie NFZ.	Śląski Uniwersytet Medyczny	Uwaga nieuwzględniona. Przepisy wprowadzają termin maksymalny.
art. 95d	W przypadku procesów inwestycyjnych związanych z koniecznością zaprojektowania, uzyskania zgód budowlanych, zrealizowania inwestycji stwarza niebezpieczeństwo zmiany decyzji w trakcie jej realizacji.	BCC	jw.
art. 95d	Możliwość relatywnie łatwego uchylenia decyzji powoduje, że ryzyko inwestycyjne wcale nie maleje, a jej znaczenie jest de facto żadne. Wystarczy, że zmiana okoliczności zostanie uzasadniona brakiem wiedzy o rozbudowanie szpitala przez podmiot publiczny.	Pracodawcy RP	jw.
art. 95d	Zmiana i uchylenie opinii o inwestycji będzie mogła być dokonana z dowolnego powodu, co stanowi naruszenia zasady ochrony praw nabytych. Możliwość uchylenia lub zmiany decyzji (opinii) z powodu zmiany dowolnych okoliczności mających wpływ na jej wydanie budzi wątpliwości. Może być ona także na niekorzyść podmiotu leczniczego, dlatego też konieczne jest zapewnienie większej stabilności i pewności prawa, szczególnie, gdy dana inwestycja została już rozpoczęta.	BCC	jw.
art. 95d	Mając na uwadze projektowany art. 149 ust. 1 pkt 9 wyjaśnienia wymaga czy w przyszłości wszyscy oferenci, nawet ci nieprzewidujący zmian w	Minister Finansów	-

swojej strukturze, będą musieli mieć ww. opinię wojewody

Przyjęta konstrukcja wskazuje, iż opinia wojewody dotyczyć będzie jedynie nowych jednostek/komórek organizacyjnych podmiotów wykonujących działalność leczniczą, a więc podmiotów, które już udzielają świadczeń. Stoi to w sprzeczności z art. 95e ust. 5, gdzie mowa jest o „podmiocie tworzącym albo o podmiocie zamierzającym wykonywać działalność leczniczą (podmiocie wnioskującym). Wobec powyższego brzmienie ust. 1 i 2 należy odpowiednio przeredagować w celu uwzględnienia inwestorów, którzy rozważają dopiero rozpoczęcie działalności w formie podmiotu leczniczego.

Przyjęcie projektowanych rozwiązań odnosi się jedynie do planowania podaży w odniesieniu do nowych przedsięwzięć. Nie uregulowano natomiast kwestii oceny zasadności funkcjonowania podmiotów leczniczych, których oferta nie spełnia potrzeb ujawnionych w toku tworzenia map regionalnych potrzeb zdrowotnych i dla których konieczne jest podjęcie decyzji o celowości ich dalszego funkcjonowania w niezmienionej formie i zakresie.

art. 95d

Nie kwestionując możliwości wprowadzenia rozwiązań prawnych służących poprawie zabezpieczenia i dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, [RCL] podkreśla, że z uwagi na ich oddziaływanie na podlegającą konstytucyjnej ochronie sferę wolności gospodarczej, mogą one budzić wątpliwości w zakresie spełnienia przesłanek dopuszczalności takich ograniczeń.

Regulacje zawarte w proponowanych przepisach art. 95[d] [...] mogą budzić wątpliwości co do spełnienia wymogów w zakresie konieczności i adekwatności wprowadzanego ograniczenia wolności gospodarczej. [...] W ocenie RCL konieczna jest zatem ponowna analiza adekwatności proponowanych rozwiązań oraz dokonanie uzupełnienia uzasadnienia projektu ustawy w celu wykazania proporcjonalności proponowanych środków do zakładanych celów regulacji.

Rządowe Centrum Legislacji

-

TRYB OKREŚLANIA OGÓLNYCH WARUNKÓW UMÓW O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ

art. 137

Nowela skreśla wszystkie przepisy regulujące konsultacje tych ogólnych warunków z interesariuszami, w tym przede wszystkim ze świadczeniodawcami. Zmiana na gorsze w stosunku do obecnego stanu rzeczy.

**prof. dr hab. Jacek Jassem Konsultant
Wojewódzki w dziedzinie radioterapii**

Uwaga wyjaśniona w uzasadnieniu.

art. 137	Nowe brzmienie artykułu pozbawia samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych możliwości opiniowania ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.	NIPiP	jw.
art. 137	Nowelizacja likwiduje konsensualną metodę przygotowania projektu ogólnych warunków, przewidującą udział w jego przygotowaniu Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych i reprezentatywnych organizacji świadczeniodawców. Po zmianie, rozporządzenie – bez formalnej konsultacji z innymi podmiotami – wydawać ma Minister Zdrowia. Mając na uwadze, że dość często uwagi zgłaszane przez partnerów społecznych na etapie konsultacji społecznych projektów rozporządzeń nie są uwzględniane.	NRL	jw.
art. 137	Zmiana treści art. 137 daje ministrowi zdrowia pełną swobodę ustalania ogólnych warunków umów. Została odrzucona cała procedura konsultacyjna.	Porozumienie Zielonogórskie	jw.
art. 137	Wyłączenie trybu konsultacyjnego przy ustalaniu Ogólnych Warunków Umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Proponowane rozwiązanie należy uznać za niewłaściwe. Powoduje ono pozostawienie w wyłącznej gestii Ministra Zdrowia określenie warunków realizacji świadczeń zdrowotnych. Przepis powinien uwzględniać konieczność negocjacji projektu OWU z Naczelną Radą Lekarską, Naczelną Radą Pielęgniarek i Położnych oraz reprezentatywnych organizacji świadczeniodawców.	Szpital Uniwersytecki UJ	jw.
PRZEDŁUŻENIE OBOWIĄZYWANIA UMÓW O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ			
art. 156	<p>W przypadku hospitalizacji istnieje zagrożenie, iż NFZ utrzyma finansowanie na jednym poziomie przez cały okres trwania umowy, gdyż przedłużanie umowy odbywa się na zasadzie aneksowania, co skutkuje podpisaniem planu rzeczowo-finansowego na kolejny rok w wysokości proponowanej przez NFZ jak w latach poprzednich.</p> <p>W przypadku umów wieloletnich istnieje również niebezpieczeństwo, iż NFZ nie ogłosi postępowań konkursowych w ciągu lat, na które zawarte zostały umowy, co uniemożliwi kontraktowanie nowych świadczeń zdrowotnych.</p>	Marszałek Województwa Śląskiego	<p>Uwaga nieuwzględniona. Nie ma takiego zagrożenia</p> <p>Uwaga nieuwzględniona ponieważ cyklicznie zmienia się okres otwarcia rynku, który dostosowuje się do okresu zwrotu inwestycji.</p>

art. 156

Ponownej analizie w świetle konstytucyjnych zasad równości, proporcjonalności i wolności gospodarczej powinny zostać ponadto poddane proponowane zmiany treści przepisu art. 156 ust. 1 wydłużające maksymalny okres, na jaki może być zawarta umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – z 3 lat do 10 lat (świadczenia stacjonarne i całodobowe) lub 5 lat (pozostałe świadczenia).

Przepisem art. 134 ust. 1 Ustawy ustawodawca wprowadził zasadę równego traktowania wszystkich świadczeniobiorców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych. Jest to realizacja postulatów wynikających z postanowień art. 32 ust. 1 Konstytucji nakazujących jednakowe traktowanie podmiotów przez władze publiczne.

Regulacje art. 156 ust. 1 różnicują sytuację podmiotów leczniczych wykonujących działalność leczniczą w tym samym zakresie świadczeń i spełniających wszystkie warunki niezbędne do zawarcia umowy z NFZ w taki sposób, że podmiot leczniczy posiadający 10-letni kontrakt z NFZ przez okres nawet 9 lat będzie uprzywilejowany w stosunku do utworzonego bezpośrednio po dniu przeprowadzenia postępowania przez NFZ innego podobnego podmiotu leczniczego.

Wydłużenie 3-letniego okresu obowiązywania umów do proponowanych 10 lat może budzić wątpliwości w zakresie wymogu zachowania proporcjonalności przedmiotowej regulacji.

Rządowe Centrum Legislacji

-



2. SEJM RP I SENAT RP

2.1 Przebieg prac w Sejmie RP (I, II, III czytanie)

Projekt ustawy skierowano do Sejmu RP w dniu 18.06.2014 r. Pierwsze czytanie, łącznie z dwoma innymi projektami składającymi się na tzw. pakiet onkologiczny i kolejkowy, odbyło się na posiedzeniu Sejmu w dniu 24.06.2014 r. Po zasięgnięciu opinii Prezydium Sejmu Marszałek Sejmu RP skierował następnie wszystkie trzy projekty ustaw do rozpatrzenia przez Komisję Zdrowia.

Podczas pierwszego posiedzenia Komisji Zdrowia, które odbyło się 8.07.2014 r. odrzucono wnioski o powołanie podkomisji i zdecydowano, że projekty będą procedowane łącznie „całą Komisją”²². Projekty zostały w całości rozpatrzone przez Komisję Zdrowia w dniu 9.07.2014 r., po przeprowadzeniu 7 godzinnej dyskusji, podczas której zgłoszono 15 poprawek (przyjęto 2). W dniu 11.07.2014 r. na posiedzeniu plenarnym Sejmu RP odbyło się drugie czytanie, podczas którego do Projektu zgłoszono 12 poprawek. W celu ich rozpatrzenia Projekt ponownie skierowano do Komisji Zdrowia celem przygotowania dodatkowego sprawozdania.

Posiedzenie Komisji Zdrowia, którego przedmiotem było rozpatrzenie poprawek zgłoszonych w trakcie drugiego czytania, odbyło się 21.07.2014 r. Spośród zaproponowanych poprawek postanowiono o zarekomendowaniu do przyjęcia 4 z nich i odrzuceniu pozostałych (druk nr 2589-A). W dniu 22.07.2014 r. na posiedzeniu Sejmu RP odbyło się trzecie czytanie Projektu ustawy. Zgodnie z wnioskiem Komisji przyjęto 4 poprawki. W głosowaniu nad całością Projektu spośród 427 posłów głos „za” oddało 227, „przeciw” 34, a 166 wstrzymało się od głosu. Tego samego dnia Ustawa uchwalona w trzecim czytaniu została przekazana Marszałkowi Senatu RP.

2.2 Przebieg prac w Senacie RP

W dniu przyjęcia Ustawy przez Sejm RP (22.07.2014 r.) jej tekst trafił do senackiej Komisji Zdrowia, gdzie – po czterech godzinach – zdecydowano o rekomendowaniu Senatowi RP przyjęcia Ustawy bez poprawek (druk nr 688A).

W dniu 24.07.2014 r. Senat podjął uchwałę o przyjęciu Nowelizacji ustawy o świadczeniach w brzmieniu przedstawionym przez Sejm bez poprawek.

3. OCENA PRZEBIEGU PRAC NAD PROJEKTEM USTAWY

Analiza przebiegu prac nad Projektem ustawy już na etapie ich planowania budzi wątpliwości w świetle standardów prawidłowej legislacji. Zrezygnowano bowiem z opracowania założeń projektu ustawy, tym samym odstępując od zwykłego trybu prac nad rządowym projektem ustawy, w którym zasadą jest opracowywanie jej projektu na podstawie przyjętych wcześniej przez Radę Ministrów założeń. Jak wynika z „Opisu procedur przyjmowania dokumentów rządowych”

²² Stenogram z posiedzenia Komisji Zdrowia z dnia 8 lipca 2014 r.



przygotowanego przez Rządowe Centrum Legislacji w związku z wejściem w życie nowego Regulaminu pracy Rady Ministrów (dalej: „**Regulamin pracy RM**”), „konieczność opracowania projektu ustawy każdorazowo determinuje obowiązek uprzedniego opracowania projektu założeń tej ustawy”. Opracowanie projektu założeń ustawy jest w tym przypadku tym bardziej zasadne, gdyż Projekt ustawy dotyczy spraw o istotnym znaczeniu społecznych i znacznym obciążeniu dla finansów publicznych. Celem instytucji założeń projektu ustawy jest bowiem zapewnienie instytucjonalnych warunków dla merytorycznej dyskusji nad najlepszymi w danej dziedzinie rozwiązaniami regulacyjnymi.

Z uwagi na znaczenie społeczne problemów, jakimi niska dostępność świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i niewystarczająca skuteczność zwalczania chorób nowotworowych, odstępianie od opracowania założeń stanowi krok trudny do uzasadnienia z punktu widzenia standardów prawidłowej legislacji. Zwiększa się w ten sposób ryzyko stworzenia wadliwej, niedopracowanej regulacji, która nie przyniesie korzystnych rezultatów w praktyce jej stosowania, a wręcz przeciwnie, może wywołać efekty odwrotne od zamierzonych. Pierwszym etapem prac legislacyjnych nad Projektem ustawy powinno być opracowanie i przyjęcie przez Radę Ministrów założeń projektu ustawy. Jedynie w ten sposób możliwe jest bowiem przeprowadzenie rzetelnej analizy i pełnego rozpoznania problemów regulacyjnych oraz dobranie instrumentów mających na celu rozwiązanie tych problemów. Należy także zauważyć, że – szczególnie w przypadku prac nad tak ważnym i skomplikowanym legislacyjnie projektem ustawy – stopień pośpiechu prac legislacyjnych bywa odwrotnie proporcjonalny do jakości efektów tych prac.

Na krytykę zasługuje również sposób procedowania projektu ustawy, w ramach prac nad rządowym projektem ustawy, po jego wstępnym opracowaniu przez Ministra Zdrowia. W toku prac legislacyjnych wyznaczono bowiem stanowczo zbyt krótki termin do zajęcia stanowiska przez podmioty biorące w udział w konsultacjach publicznych i uzgodnieniach międzyresortowych.

Ponadto, jak wynika z §37 ust.1 Regulaminu pracy RM, projekt aktu normatywnego o szczególnie istotnych skutkach prawnych, społecznych lub gospodarczych kieruje się do zaopiniowania przez Radę Legislacyjną przy Prezesie Rady Ministrów.

Wymogom stawianym przez Regulamin pracy RM nie odpowiada także termin do zajęcia stanowiska w toku konsultacji publicznych i uzgodnień międzyresortowych. Zgodnie z §40 ust. 2 Regulaminu, wyznaczając termin do zajęcia stanowiska organ wnioskujący ma obowiązek uwzględnienia przedmiotu, zakresu i objętości projektu dokumentu rządowego, zakresu podmiotów, na które projekt oddziałuje oraz pilności sprawy. Biorąc pod uwagę zakres i głębokość projektowanych zmian, ich oddziaływanie na wszystkie podmioty objęte regulacją Ustawy o świadczeniach oraz fakt, że Projekt był procedowany równolegle wraz z dwoma innymi projektami ustaw składających się na tzw. pakiet onkologiczny i kolejkowy²³, nie ulega wątpliwości, że 16-dniowy termin na zgłaszanie uwag w

²³ Rządowy projekt ustawy o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz niektórych innych ustaw (druk nr 2504); Rządowy projekt ustawy o zmianie ustawy o konsultantach w ochronie zdrowia (druk nr 2503).



toku uzgodnień międzyresortowych i 30-dniowy termin wyznaczony partnerom społecznym w toku konsultacji publicznych jest nieproporcjonalnie krótki w stosunku do wagi i skutków projektowanych zmian. Tym bardziej, że terminy konsultacji i uzgodnień odnoszą się do sytuacji, w której projekt ustawy został poprzedzony projektem założeń, który również objęty był procesem konsultacji i uzgodnień. Wyznaczony przez prawodawcę termin na odniesienie się do Projektu ustawy nie w dawał możliwości na jej dogłębne przeanalizowanie i sformułowanie uwag.

Nieuzasadniony pośpiech prac legislacyjnych był także widoczny w parlamentarnym etapie prac legislacyjnych. Pierwsze czytanie Projektu ustawy w Sejmie RP odbyło się na posiedzeniu w dniu 23.06.2014 r., a po miesiącu Senat przyjął ustawę bez poprawek i w dniu 25.07.2014 r. przekazano ją do podpisania Prezydentowi RP. Warto zwrócić uwagę na zdanie, które podczas posiedzenia Komisji Zdrowia w dniu 21.07.2014 r. wypowiedział poseł Tomasz Latos: *„trzeba powiedzieć [...] o pośpiechu, [...] do trzech dużych ustaw nie powołuje się podkomisji, dopycha się je kolanem w ciągu kilku godzin, nie słucha się opinii zewnętrznych, nie słucha się Biura Analiz Sejmowych, w którego opinii, w przypadku ustawy o konsultantach, jest mowa wręcz o niekonstytucyjności. Nie przyjmuje się poprawek, przegłosowuje się i idzie się z tym dalej”*.

Istotnie – w dniach 8, 9 i 21 lipca 2014 r. odbyły się trzy posiedzenia Komisji Zdrowia rozpatrującej łącznie wszystkie trzy projekty składające się na tzw. pakiet onkologiczny i kolejkowy. Podczas pierwszego z nich odrzucono wniosek o powołanie podkomisji, a łączny czas trwania prac Komisji Zdrowia wyniósł kilka godzin.

Ustawa w dniu jej uchwalenia przez Sejm RP w III czytaniu trafiła na posiedzenie senackiej Komisji Zdrowia, podczas której – po kilku godzinach – przyjęto sprawozdanie rekomendujące przyjęcie Ustawy przez Senat bez poprawek. Do fatalnego dla jakości legislacji sposobu prowadzenia prac legislacyjnych w Senacie odniosło się w toku posiedzeń kilku senatorów²⁴.

Biorąc pod uwagę znaczenie społeczne Nowelizacji, stopień skomplikowania regulowanej materii, objętość normatywną projektów, a także liczbę negatywnych uwag zgłaszanych w procesie legislacyjnym, na których rozważenie nie było czasu, częściowo negatywną opinię Biura Analiz Sejmowych i Rządowego Centrum Legislacji, sygnalizujących wątpliwości konstytucyjne wynikające z niektórych projektowanych

²⁴ Ze Stenogramu z obrad senackiej Komisji Zdrowia z dnia 22 lipca 2014 r., wypowiedzi Senatora Stanisława Karczewskiego: „Pytam więc jaka to jest wyjątkowa sytuacja? Co nas skłania do tego, żebyśmy procedowali w takim trybie? W trybie łamiącym wszelkie reguły porządek, solidnej, uczciwej legislacji.”, „My w ogóle nie mieliśmy czasu na to, żeby zapoznać się z ustawą”; ze Stenogramu z posiedzenia Senatu z dnia 23 lipca 2014 r., wypowiedź Senator Doroty Czudowskiej: „Kazano nam obradować w trybie nagłym, bez przygotowania. [...] Nie możemy się zgodzić na to, abyśmy z ustawą, która prawie w połowie jest przereklamowana, do której wnoszone są poprawki, mogli się zapoznać w ciągu ledwie kilku godzin – a przecież nawet tego nie było. Ja tylko może uzmysłowię, że poprawiana ustawa ma sto sześć stron, a nam na posiedzeniu komisji przedstawiono poprawki na czterdziestu siedmiu stronach. Fizycznie niemożliwe jest zapoznanie się z tekstem ustawy i obradowanie nad nim.”



regulacji, sposób prowadzenie prac nad Projektem ustawy należy uznać za daleki od standardów prawidłowej legislacji.



V. OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. UWAGI WSTĘPNE

Ocena Skutków Regulacji (dalej: „OSR”) stanowi wynik przeprowadzonej przez projektodawcę analizy przewidywanych skutków społeczno-gospodarczych aktu normatywnego²⁵. Zasadą jest, iż przyjmowany akt normatywny powinien charakteryzować się możliwe największym stosunkiem korzyści do kosztów jego funkcjonowania – ma ono być optymalnym, w danych warunkach społeczno – gospodarczych rozwiązaniem zidentyfikowanego problemu regulacyjnego. Rzetelnie przeprowadzona analiza wpływu regulacji ma bowiem kluczowe znaczenie dla poprawy jakości stanowionego prawa.

W dalszej części niniejszego rozdziału dokonano prawnej, metodologicznej i merytorycznej oceny przygotowanej przez projektodawcę OSR do Nowelizacji ustawy o świadczeniach. Podjęto także próbę określenia skutków pierwszych 2 miesięcy obowiązywania tej Ustawy, a także przedstawienia prognozy co do długoterminowych skutków obowiązywania analizowanej regulacji.

Celem przeprowadzanych analiz jest ustalenie:

- czy ocena przewidywanych skutków społeczno – gospodarczych przedstawiona w OSR została dokonana w sposób rzetelny;
- jakie są rzeczywiste skutki funkcjonowania Nowelizacji ustawy o świadczeniach po 2 miesiącach jej funkcjonowania;
- jakie mogą być długoterminowe skutki jej obowiązywania;
- czy ustalenia dokonane w ramach OSR uzasadniają wprowadzenie zmian w przyjętym przez prawodawcę kształcie.

2. UWAGI DO OSR DOŁĄCZONE DO UZASADNIENIA PROJEKTU USTAWY

2.1 Zakres regulacji, opis rozwiązania, podmioty na które oddziałuje regulacja

Formularz Oceny Skutków Regulacji dołączony do Projektu nowelizacji – choć jest obszernym, szesnastostronicowym dokumentem – w wielu miejscach jest zbyt ogólny. Mankament ten uwidoczni się np. przy opisie rekomendowanych

²⁵ Zob. § 28.ust. 1 Uchwały Nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. Regulamin pracy Rady Ministrów.



rozwiązań i ich oczekiwanych efektów²⁶. Zasadą jest, że zakładane efekty określa w możliwie konkretny, mierzalny i określony w czasie sposób, tam gdzie to jest możliwe, zgodne z zasadą SMART (prosty, mierzalny, osiągalny, istotny, określony w czasie). Zasada SMART nie została wykorzystana przy określaniu zakładanych celów (efektów) Projektu nowelizacji²⁷. Zarówno analizowany problem regulacyjny, jak i proponowane rozwiązania umożliwiają, a wręcz wymagają sformułowania konkretnych celów i przewidywanych efektów, zwłaszcza w odniesieniu do epidemiologii nowotworów. Zamiast wskazania konkretnych wartości referencyjnych (np. średni czas oczekiwania na diagnostykę, stadium zaawansowania nowotworu w chwili wykrycia, wskaźnik 5-cio letniej przeżywalności pacjentów)²⁸, projektodawca wskazał jedynie, iż w następstwie przyjęcia pakietu onkologicznego „*nastąpi przesunięcie ciężaru opieki z lekarzy specjalistów i hospitalizacji na rzecz lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej*”. Brak sformułowania konkretnych celów zakładanych w zakresie epidemiologii nowotworów spowodował, że w kolejnych punktach OSR efekty regulacji nie zostały w sposób należyty sprecyzowane w odniesieniu do wpływu na poszczególnych interesariuszy, a także na sektor finansów publicznych oraz na inne obszary.

Obligatoryjnym elementem formularza OSR jest identyfikacja kategorii podmiotów, na które oddziałuje projektowana regulacja oraz określenie charakteru tego wpływu²⁹. Pakiet kolejkowy i onkologiczny wprowadza zmiany o charakterze systemowym, które wpływają lub będą wpływać na większość podmiotów związanych z sektorem ochrony zdrowia. Projektodawca nie ustrzegł się niestety pewnych nieścisłości i błędów przy identyfikowaniu głównych adresatów regulacji, tj.:

- nie uwzględnił wszystkich podmiotów, na które w istotnym stopniu może oddziaływać regulacja³⁰. Pakiet onkologiczny i kolejkowy ma niewątpliwie wpływ na następujące podmioty, które jednak nie zostały wyodrębnione w ramach punktu 4 OSR:
 - a) świadczeniodawców realizujących umowy w rodzaju POZ – w związku z wprowadzeniem istotnych zmian w funkcjonowaniu POZ na poziomie ustawy, rozporządzenia i zarządzenia Prezesa NFZ. Brak tej kategorii świadczeniodawców może dziwić, zwłaszcza że projektodawca odrębnie przedstawił wpływ na świadczeniodawców realizujących świadczenia szpitalne i w ramach AOS;
 - b) inwestorów na rynku ochrony zdrowia – wprowadzenie map potrzeb zdrowotnych i opinii, o której mowa w dodanym przez nowelizację art. 95d ustawy o świadczeniach, a także wydłużenie

²⁶ Punkt 2 formularza OSR.

²⁷ Punkt 2.1. OSR.

²⁸ Oczekiwane efekty regulacji zostały częściowo sformułowane dopiero w punkcie 12 OSR dotyczącym mierników służących ewaluacji efektów projektu.

²⁹ Punkt 4 formularza OSR.

³⁰ Na konieczność uzupełnienia katalogu podmiotów uwagę zwracał również Sekretarz Stanu, zastępca Szefa Kancelarii Prezesa Rady Ministrów Michał Deskur w piśmie z dnia 7 maja 2014 roku (DKRM-10-76(2)14).



czasu trwania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, może stanowić istotną przeszkodę dla powstawania nowych pomiotów leczniczych;

- c) AOTMiT – w związku z reorganizacją Agencji, zmianą jej nazwy i przypisaniem jej nowych, istotnych zadań w systemie ochrony zdrowia;
- d) NFZ – w następstwie daleko idących zmian funkcjonowania NFZ, wzmocnienia roli Ministra Zdrowia w prowadzeniu polityki zdrowotnej państwa;
- e) jednostki samorządu terytorialnego, co wynika z wprowadzenia programów polityki zdrowotnej;
- f) inne podmioty np. podmioty świadczące usługi hotelarskie w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o usługach turystycznych – wprowadzenie świadczeń towarzyszących, w tym zakwaterowania pacjenta poza placówką podmiotu leczniczego.

Przewidywany wpływ regulacji na poszczególne grupy podmiotów będzie przedmiotem analizy w kolejnych punktach niniejszego rozdziału.

2.2 Wpływ na sektor finansów publicznych

Kluczowe informacje i analizy dotyczące przewidywanych skutków regulacji zawarte zostały w pkt. 6 i 7 OSR, które opisują odpowiednio wpływ na sektor finansów publicznych oraz na inne obszary.

Podstawowym założeniem poczynionym przez projektodawcę było wskazanie, że oddziaływanie ustawy na sektor finansów publicznych jest neutralne. Założenie to powoduje, że liczbowe szacunki w zakresie dochodów i wydatków są stosunkowo ubogie i obejmują jedynie dodatkowe przychody Agencji zaplanowane w wysokości odpisu na taryfikację oraz marginalny przychód NFZ z opłat za udzielenie informacji i danych komornikom sądowym.

Projektodawca wskazywał, iż wydatki na ochronę zdrowia zamkną się w środkach pochodzących z wpływów ze składki na ubezpieczenie zdrowotne. Zatem pakiet onkologiczny i kolejkowy z założenia miał być finansowany z przesunięć środków, którymi dysponuje NFZ. Co istotne, wydatki na diagnostykę i leczenie onkologiczne miały kształtować się na podobnym poziomie, czyli wynosić 6,3 mld zł, co przy założeniu że *„czas oczekiwania pozostałych pacjentów na świadczenia specjalistyczne nie ulegnie zmianie (nie pogorszy się) ponieważ projektowane zmiany odbywać się będą tylko w grupie pacjentów”³¹* oznacza, że przesunięcia i oszczędności miały dokonywać się przede wszystkim w ramach puli przeznaczonej dotychczas na onkologię. **Projektodawca zakładał więc, że skutkiem wprowadzenia ustawy będzie sfinansowanie diagnostyki i leczenia onkologicznego na podstawie karty DiLO bez limitu, bez**

³¹ Pkt 2.1. OSR.



konieczności zwiększenia finansowania świadczeń onkologicznych przy jednoczesnym nie pogorszeniu sytuacji innych świadczeniobiorców. Założenie to budzi następujące wątpliwości co do jego słuszności.

Projektodawca przyznawał, że na etapie tworzenia ustawy nie było możliwe precyzyjne oszacowanie przesunięć środków pomiędzy poszczególnymi rodzajami świadczeń (POZ, AOS, leczenie szpitalne), korzyści ze zwiększenia efektywności, oszczędności itp. – nie przeszkodziło mu to jednak w oszacowaniu całkowitego skutku regulacji na finanse NFZ. **Postępowanie takie nie jest właściwe z metodologicznego punktu widzenia – projektodawca de facto nie ocenił skutku projektowanych rozwiązań prawnych, lecz przyjął założenie, które nie ma pokrycia w treści projektowanych przepisów, zgodnie z którym koszty płatnika publicznego nie wzrosną.**

Rozdźwięk między treścią projektowanych przepisów, a powyższym założeniem uwidoczni się szczególnie w odniesieniu do przepisu art. 136 ust. 2 Ustawy o świadczeniach, w brzmieniu nadanym Nowelizacją, znoszącego limit na finansowania świadczeń onkologicznych. Ustawa wprowadza więc zobowiązanie do pokrycia kosztów leczenia pacjentów onkologicznych zgodnie z ich realnymi, obiektywnymi potrzebami, niezależnie od posiadanych przez NFZ zasobów i niezależnie od rzeczywistej możliwości poczynienia oszczędności oraz przesunięć pomiędzy różnymi zakresami świadczeń bez szkody dla innych pacjentów (brak szacunku kosztów w tym zakresie).

Niektóre oszczędności, które miałyby służyć finansowaniu pakietu onkologicznego, w szczególności wynikające z rozpoczęcia leczenia pacjentów z nowotworem we wcześniejszym stadium ujawnią się w sposób znaczący dopiero po kilku latach, podczas gdy zwiększona czujność onkologiczna lekarzy i świadomość pacjentów co do choroby nowotworowej³², a także wydawanie kart DiLO osobom oczekującym na diagnostykę i leczenie z dniem wejścia w życie Nowelizacji ustawy o świadczeniach spowoduje wzrost kosztów świadczeń onkologicznych w pierwszym roku obowiązywania Nowelizacji.

Na podstawie analizy OSR można zatem postawić tezę, że środki na diagnostykę i leczenie onkologiczne bez limitu będą niewystarczające, co zmusi NFZ do podjęcia takich działań, jak: faktyczne „limitowanie świadczeń Nielimitowanych” (np. poprzez niską wycenę produktów finansowych służących do rozliczania świadczeń w ramach pakietu onkologicznego) lub/i obniżanie wyceny, ograniczanie wysokości kontraktu dotyczącego innych zakresów świadczeń.

³² W punkcie 7 OSR projektodawca założył zwiększenie wykrywalności nowotworów złośliwych w związku z wejściem w życie pakietu onkologicznego ze 133 tys. rocznie do około 160 tys. rocznie, co oznacza wzrost aż o 20,3%.



2.3 Wpływ na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorców oraz rodzinę, obywateli oraz gospodarstwa domowe³³

Projektodawca w odniesieniu do wpływu projektowanej regulacji na konkurencyjność ograniczył się jedynie do wskazania, iż „(...) projektowane zmiany powinny pozytywnie wpłynąć na zaistnienie konkurencyjności na rynku świadczeń leczniczych, ze względu na możliwość tworzenia sieci świadczeniodawców i udostępnienia im możliwości świadczenia wszystkich usług z zakresu onkologii”. Stwierdzenie to nie jest wystarczająco precyzyjne, projektodawca nie wskazuje bowiem, co ma być bodźcem do tworzenia sieci świadczeniodawców. Odnosił się – prawdopodobnie – do możliwości tworzenia konsorcjów przez podmioty lecznicze udzielające kompleksowych świadczeń onkologicznych lub też sugerował, że likwidacja limitów w przypadku pacjentów z kartą DiLO spowoduje zwiększenie liczby świadczeniodawców chętnych do udzielania świadczeń nielimitowanych. Projektodawca zwracał więc w OSR uwagę na pozytywny wpływ regulacji na konkurencyjność i funkcjonowanie przedsiębiorstw, nie dostrzegając potencjalnie znacznie groźniejszych dla przedsiębiorstw następstw w tym obszarze, związanych z wprowadzeniem decyzji wojewody o celowości utworzenia lub rozbudowy podmiotu leczniczego. Brak pozytywnej opinii skutkował będzie w skrajnym przypadku zamknięciem świadczeniodawcom dostępu do finansowania ze środków NFZ (por. art. 148 ust. 2 w brzmieniu nadanym przez Nowelizację) i tym samym wpływać negatywnie na konkurencję. Pominięty został również wpływ na konkurencję na rynku usług medycznych zmian dotyczących terminów obowiązywania umów na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Analiza aktów wykonawczych do Ustawy o świadczeniach w kształcie ustanowionym przez Nowelizację wskazuje, że świadczeniodawcy, chcący uczestniczyć w szybkiej ścieżce onkologicznej, muszą zabezpieczyć odpowiednie zasoby oraz spełnić dodatkowe wymogi. W związku jednak z ograniczonymi zasobami (np. brakiem dostatecznej liczby lekarzy specjalistów w Polsce zasiadających w konsyliach), rodzą się wątpliwości co do możliwości realizacji celów Nowelizacji.

W OSR przedstawiono w sposób wybiórczy wpływ regulacji na konkurencję, pomijając oczywiste ryzyka związane z regulowaniem rynku po stronie podaży usług zdrowotnych.

Zaskakuje również brak wystarczającej analizy w OSR zagadnienia wyceny świadczeń. Rozdzielenie podmiotowe zadań płatnika i podmiotu wyceniającego świadczenie i zapowiadane „urealnienie cen świadczeń” może w efekcie doprowadzić do istotnych trudności finansowych podmiotów leczniczych, zwłaszcza w sytuacji, gdy owo „urealnienie” rozpocznie się od świadczeń dobrze wycenianych, które służą finansowaniu deficytowych świadczeń udzielanych w ramach kontraktu.

³³ Punkt 7 formularza OSR.



Analiza wpływu regulacji na świadczeniodawców udzielających świadczeń w ramach POZ, AOS, czy leczenia szpitalnego również rodzi wątpliwości.

W ocenie projektodawcy wprowadzenie kart DiLO miało nie zwiększyć kosztów funkcjonowania świadczeniodawców, bowiem „mają już oni stworzone i wyposażone stanowiska pracy w sprzęt umożliwiający wydawanie kart diagnostyki i leczenia onkologicznego (karty będą w formie papierowej)”. Projektodawca nie zwrócił natomiast uwagi na inne kwestie wpływające na koszt wystawiania kart DiLO (np. czas potrzebny do wypełnienia tego dokumentu). Przepis art. 32a ust. 4 ustawy o świadczeniach zawiera szeroki katalog danych, które mają być zawarte na karcie DiLO. Wzór karty DiLO, który stanowi załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 grudnia 2014 r. w sprawie wzoru karty diagnostyki i leczenia onkologicznego³⁴, jest obszernym, ośmiostronicowym dokumentem. Ustawodawca wprowadził ponadto obowiązek nieodpłatnego udostępniania kopii dokumentacji medycznej pacjentowi z kartą DiLO, co również generuje koszty po stronie świadczeniodawców.

Projektodawca pomimo zgłaszanych w toku prac legislacyjnych uwag nie przedstawił danych potwierdzających dostępność personelu i sprzętu medycznego gotowego do obsługi nowych pacjentów poddawanych diagnostyce i leczeniu onkologicznemu ograniczając się jedynie do ogólnych stwierdzeń o niewykorzystywaniu w pełni posiadanych zasobów. Pogłębiona analiza posiadanych zasobów powinna stanowić punkt wyjścia do wprowadzenia zmian systemu opieki nad pacjentami z chorobą nowotworową³⁵.

Projektodawca nie opisał również w pełni skutków wdrożenia Nowelizacji ustawy o świadczeniach dla poszczególnych kategorii świadczeniodawców. Opis ten został częściowo i w sposób nazbyt ogólny zarysowany w pkt. 6 OSR.

2.4 Pozostałe uwagi

Nowelizacja ustawy o świadczeniach przewiduje wiele obciążeń regulacyjnych, których nie uwzględniono w OSR, w szczególności dodatkowe obciążenia regulacyjne przewidziane zostały na poziomie rozporządzeń wykonawczych stanowiących część pakietu onkologicznego i kolejkowego, m.in. obowiązek organizowania konsylium (w przypadku podmiotów udzielających świadczeń szpitalnych w ramach szybkiej ścieżki onkologicznej).

3. OCENA DOTYCHCZASOWEGO FUNKCJONOWANIA PAKIETU ONKOLOGICZNEGO I KOLEJKOWEGO

3.1 Uwagi świadczeniodawców i personelu medycznego

³⁴ Dz.U.2014.1751.

³⁵ Por. „Strategia walki z rakiem w Polsce 2015 – 2024”, czerwiec 2014, s. 17.



Zasadnicza część przepisów Nowelizacji ustawy o świadczeniach weszła w życie z dniem 1.01.2015 r. Od tego dnia pacjenci mogli otrzymywać karty DiLO i uzyskiwać świadczenia w ramach szybkiej ścieżki onkologicznej.

Pierwsze miesiące obowiązywania ustawy – mając świadomość, że pakiet onkologiczny i kolejkowy jest nadal w okresie wdrażania – pozwoliły jednak na poczynienie wielu istotnych obserwacji, a także na wyciągnięcie pierwszych wniosków co do praktyki funkcjonowania przyjętych rozwiązań prawnych.

W celu dokonania wstępnej oceny skutków wprowadzenia pakietu onkologicznego i kolejkowego Naczelna Rada Lekarska w lutym 2015 roku zwróciła się do Okręgowych Izb Lekarskich, świadczeniodawców i lekarzy zaangażowanych bezpośrednio w udzielanie świadczeń w ramach szybkiej ścieżki onkologicznej o zgłaszanie uwag dotyczących funkcjonowania przepisów Nowelizacji ustawy o świadczeniach. W odpowiedzi na otwarte pytanie ankietowe, Okręgowe Izby Lekarskie przesłały własne uwagi do funkcjonowania Nowelizacji, jak również indywidualne uwagi zgłoszone przez świadczeniodawców i lekarzy. W tabeli poniżej przedstawiono najczęściej zgłaszane nieprawidłowości stwierdzone po 2 miesiącach obowiązywania analizowanej regulacji:

Tabela 1: Najczęściej zgłaszane nieprawidłowości dotyczące pakietu onkologicznego i kolejkowego

Okręgowa Izba Lekarska, która nadesłała uwagi	Najczęściej zgłaszane nieprawidłowości				
	długi czas potrzebny na wypełnienie karty DiLO	błędne zasady wystawiania kart DiLO przez specjalistów w AOS i szpitalu	szybka ścieżka onkologiczna może wydłużyć proces diagnostyczno - terapeutyczny pacjentów	wprowadzone zmiany powodują zwiększenie czasu oczekiwania innych pacjentów na udzielenie świadczenia	niedostosowanie zapisów szybkiej ścieżki do specyfiki diagnostyki i leczenia nowotworów
Wielkopolska Izba Lekarska	X	X	X	X	X
Dolnośląska Izba Lekarska	X		X	X	X
Okręgowa Izba Lekarska w Koszalinie	X	X	X		X
Okręgowa Izba Lekarska w Zielonej Górze	X		X	X	X
Warmińsko-Mazurska Izba Lekarska w Olsztynie	X	X	X	X	X
Okręgowa Izba Lekarska w Tarnowie	X	X		X	X
Okręgowa Izba Lekarska w Szczecinie	X	X	X	X	X
Śląska Izba Lekarska w Katowicach	X	X	X		X
Okręgowa Izba Lekarska w Gdańsku	X	X	X	X	X

Legenda: X – zgłoszono uwagę.

Źródło: opracowanie własne na podstawie nadesłanych informacji ankietowych udostępnionych przez NRL.

Poniżej w sposób szczegółowy zaprezentowano wyniki przeprowadzonego badania ankietowego (nadesłane uwagi).

1) Karta DiLO

Świadczeniodawcy i personel medyczny wskazują, iż wypełnienie kart DiLO jest bardzo czasochłonne – zajmuje od 0,5 godziny do nawet 2 godzin – co wynika z



konieczności odręcznego wypełnienia karty, dużej ilości wymaganych informacji oraz trudności z systemem informatycznym umożliwiającym wystawienie karty. W konsekwencji wypełnianie karty odbywa się kosztem czasu na przyjęcie pacjentów.

W związku z brakiem możliwości wystawienia karty DiLO przez lekarza w szpitalu czy AOS podejrzewającego nowotwór złośliwy, pacjenci są odsyłani do lekarza POZ w celu wystawienia karty, co zajmuje dużo czasu i opóźnia podjęcie leczenia.

Świadczeniodawcy i lekarze wskazują na chaos informacyjny i niejasność przepisów określających zasady wystawiania karty DiLO dla pacjentów, którzy w dniu wejścia w życie przepisów Nowelizacji byli już w trakcie leczenia onkologicznego. Nie jest także jasne, w jakiej sytuacji karta DiLO powinna być zamknięta.

Podmioty udzielające świadczeń w ramach AOS oraz świadczeń szpitalnych zmuszone są do wykonywania, nieuzasadnionych z medycznego punktu widzenia, badań histopatologicznych w celu wystawienia karty DiLO, co generuje niepotrzebne koszty i wydłuża czas leczenia. Istnieją bowiem nowotwory, które operuje się bez badania histopatologicznego, takie jak rak nerki, jajnika czy jądra.

Nie ma możliwości poprawiania karty DiLO w przypadku popełnienia oczywistej omyłki np. w adresie pacjenta, co powoduje konieczność wydania nowej karty (co zasadniczo nie jest możliwe), zwiększa nakłady pracy lekarzy i ogranicza czas przeznaczony na leczenie pacjentów.

System nie przewiduje także możliwości wydania drugiej karty DiLO w przypadku pacjenta, u którego podejrzewa się lub wykryto drugi nowotwór.

2) Konsylium

W praktyce zorganizowanie konsylium w składzie wymaganym przepisami pakietu powoduje często istotne trudności (mała liczba specjalistów na rynku), a sam etap konsylium zbędny w przypadku wielu nowotworów ze standardowym postępowaniem opóźnia leczenie.

Przepisy ustanawiające konsylium są mało elastyczne, w praktyce nie zawsze bowiem zasadne jest uczestnictwo wszystkich specjalistów. Nie jest także możliwe codzienne organizowanie konsylium. Część przyjmowanych pacjentów nie może jednak czekać na ustalenie przez konsylium planu leczenia bowiem muszą być leczeni natychmiast (np. w wielu nowotworach krwi, chłoniaku Burkitta, w większości wypadków nowotworów u dzieci), co powoduje wypadnięcie takich pacjentów z finansowania w ramach szybkiej ścieżki onkologicznej

Środki NFZ przeznaczone na usługę konsylium są zbyt niskie, NFZ nie finansuje również dodatkowych prac konsylium w przypadku konieczności modyfikacji planu leczenia.



Wskazane wyżej problemy prowadzą do sytuacji, w której konsylium w wielu placówkach traktowane jest jako uciążliwa formalność, a rola koordynatora sprowadza się do koordynowania zbierania podpisów specjalistów należących do konsylium.

3) Wycena świadczeń, skutki finansowe

Świadczeniodawcy wskazują, że liczba punktów przeznaczonych na diagnostykę wstępną i rozszerzoną dla pacjentów z kartą DiLO w niektórych rozpoznaniach jest niższa, niż realna wartość badań.

NFZ obniżył bowiem wycenę punktową dotychczasowych świadczeń np. wycenę osobodnia za hospitalizację oraz wycenę niektórych świadczeń onkologicznych poza pakietem onkologicznym. Fundusz dokonał ponadto wydzielenia z istniejących kontraktów części dotyczącej świadczeń onkologicznych w ramach szybkiej ścieżki onkologicznej – bywa ona na tyle duża (przeszacowana), że podmiot leczniczy nie jest w stanie udzielić takiej liczby świadczeń, aby wykorzystać kontrakt w wydzielonym zakresie. Okoliczność ta powoduje dodatkowe ograniczenie środków na leczenie pacjentów poza pakietem onkologicznym. W przypadku jednego z oddziałów chirurgii onkologicznej stosunek przyznanych w ramach kontraktu punktów za świadczenia poza pakietem onkologicznym do punktów za świadczenia w ramach pakietu onkologicznego wynosi 1:9. W związku z czym po pierwszych 6 tygodniach obowiązywania Nowelizacji praktycznie wyczerpany został kontrakt na świadczenia poza pakietem onkologicznym na cały rok, natomiast w ramach pakietu onkologicznego wykonanych było mniej niż 50% zakontraktowanych w tym okresie świadczeń.

Zasady przekazywania przez NFZ środków na Nielimitowaną diagnostykę i leczenie onkologiczne zostały skonstruowane w taki sposób, że świadczeniodawca w praktyce kredytuje te świadczenia, rozliczenie dokonywane jest bowiem po upływie kwartału, w którym nastąpiło przekroczenie kwoty kontraktu w części dotyczącej świadczeń w ramach pakietu onkologicznego.

Świadczeniodawcy w analizowanym okresie zgłaszali również problem odmowy finansowania przez NFZ świadczeń udzielanych na podstawie karty DiLO, wskazując jako przyczynę odmowy finansowania usterki formalne, o które nietrudno w związku z pojawiającymi się w ramach pakietu wieloma niejasnościami.

Z uzyskanych od świadczeniodawców informacji wynika również, że NFZ w niektórych przypadkach także dość znacząco obniżył kwoty kontraktów na świadczenia udzielane pacjentom nieonkologicznym. Przykładem takiego działania jest obniżenie kontraktów na leczenie szpitalne w trybie planowym na obszarze województwa mazowieckiego.

Świadczeniodawcy zwracali również uwagę, że uzależnienie poziomu finansowania od terminów realizacji świadczeń może stwarzać problemy, bowiem



terminy są zbyt krótkie, a ponadto ich dotrzymanie często nie zależy od świadczeniodawcy, lecz także np. od samodyscypliny pacjenta.

Brak elastyczności przyjętych regulacji dotyczących szybkiej ścieżki onkologicznej oraz przyjęta przez NFZ praktyka finansowania i rozliczania świadczeń udzielanych w ramach tej ścieżki powoduje, że wiele świadczeń udzielanych pacjentom z kartą DiLO jest rozliczanych poza pakietem onkologicznym, a część z tych świadczeń wcale nie jest rozliczana. Świadczeniodawcy zgłaszali w tym zakresie m.in. następujące problemy:

- a) problem z rozliczaniem świadczeń, które ze wskazań medycznych musiały być wykonane przed ustaleniem przez konsylium planu leczenia;
- b) problem z rozliczaniem dotychczasowej diagnostyki, w przypadku gdy u pacjenta z kartą DiLO zdiagnozowany zostanie nowotwór leczony w ramach programu lekowego (pacjent przechodzi do programu lekowego i wypada z leczenia i finansowania w ramach szybkiej ścieżki onkologicznej);
- c) brak możliwości rozliczenia w ramach pakietu onkologicznego żywienia dojelitowego, pozajelitowego po zabiegach onkologicznych w ramach kontraktu nieonkologicznego;
- d) brak możliwości rozliczenia w ramach pakietu onkologicznego leczenia preparatami krwi – konieczność rozliczenia w ramach kontraktu nieonkologicznego;
- e) nieadekwatny dobór procedur finansowanych w ramach pakietu onkologicznego, brak finansowania w ramach procedur niezbędnych w danym wskazaniu;
- f) problem z finansowaniem procedur diagnostycznych w szpitalu i AOS przed postawieniem diagnozy i założeniem karty DiLO;
- g) problem z finansowaniem świadczeń w przypadku konieczności „skrócenia” szybkiej ścieżki onkologicznej i odesłania pacjenta przez lekarza POZ bezpośrednio do szpitala lub przez lekarza specjalistę w ramach AOS bezpośrednio do szpitala bez wykonania diagnostyki. Z informacji od świadczeniodawców wynika, że system informatyczny NFZ w ramach szybkiej ścieżki uniemożliwia rozpoczęcie etapu leczenia szpitalnego bezpośrednio po etapie POZ.



4) Dostępność do świadczeń, problem kolejek

W ocenie części świadczeniodawców po wejściu w życie Nowelizacji skróceniu uległ czas oczekiwania pacjentów z kartą DiLO na badania diagnostyczne, w szczególności na badania diagnostyki obrazowej.

Świadczeniodawcy wskazują, iż po 1.01.2015 r. znacząco wydłużyły się natomiast kolejki pacjentów oczekujących na przyjęcie przez lekarza POZ. W konsekwencji osoba wymagająca ze względu na stan zdrowia szybkiej konsultacji lekarskiej, do lekarza pierwszego kontaktu trafia nawet po około 2 tygodniach oczekiwania. Wydłużenie kolejek do lekarza POZ może wynikać z następujących przyczyn: wprowadzenia skierowań do lekarza dermatologa i okulisty, wprowadzenia kart DiLO i czasochłonności wypełniania tych kart, dodatkowych wizyt pacjentów oczekujących na diagnostykę mającą na celu rozpoznanie nowotworu złośliwego lub będących w trakcie tej diagnostyki.

Dłuższe oczekiwanie na świadczenia, zwłaszcza diagnostyczne, po wejściu w życie Nowelizacji wynika nie tylko z ograniczonych zasobów po stronie świadczeniodawców, lecz także z opisywanego już ograniczenia wysokości kontraktów na leczenie onkologiczne poza pakietem oraz na inne świadczenia opieki zdrowotnej (np. hospitalizacja w trybie planowym).

Wymagany pakietem onkologicznym terminarz czasowy opieki nad pacjentem onkologicznym nie bierze pod uwagę konieczności diagnozowania i leczenia niektórych nowotworów w tempie większym niż przewidziane w pakiecie (np. hematologia, nowotwory u dzieci), z drugiej zaś strony bywa za krótki w wielu stanach wymagających szczególnego trybu diagnozowania i leczenia (np. oczekiwanie na niektóre wyniki badań histopatologicznych, leczenie teleradioterapią celowaną raka gruczołu krokowego).

W odczuciu wielu lekarzy i świadczeniodawców szczególnie trudne do uzasadnienia z medycznego punktu widzenia, a także wątpliwe z punktu widzenia zasad wykonywania zawodu lekarza, są przypadki, w których pacjent z kartą DiLO, w stosunku do którego istnieje jedynie mniej lub bardziej uzasadnione podejrzenie choroby nowotworowej, ma priorytet w dostępie do świadczeń przed pacjentami:

- a) w stanie stabilnym cierpiących na poważne, zagrażające życiu schorzenie nieonkologiczne,
- b) cierpiącymi na nowotwór złośliwy rozpoznany przed wejściem w życie pakietu onkologicznego (pacjenci ci często są leczeni na dotychczasowych zasadach);
- c) cierpiącymi na nowotwory niezłośliwe, a więc niekwalifikującymi się do diagnostyki i leczenia w ramach pakietu, które jednak bez odpowiedniej diagnostyki i leczenia mogą zagrażać zdrowiu i życiu (w związku z ryzykiem zezłośliwienia, także złośliwością miejscową);



- d) cierpiących na nowotwory złośliwe skóry, inne niż czerniak, które zostały w arbitralny, nieuzasadniony z medycznego punktu widzenia, sposób wyłączone z zakresu obowiązywania pakietu onkologicznego. Przykładem choroby wyłączonej z pakietu onkologicznego jest rak z komórek Merkla (guz neuroendokryny skóry), który jest pierwotnym rakiem skóry o dużej złośliwości dającym przerzuty odległe przede wszystkim do płuc, mózgu, wątroby i kości. Wdrożenie szybkiej diagnostyki i leczenia jest kluczowe dla wyleczenia tego nowotworu.

W przedstawianych opiniach lekarzy i świadczeniodawców pojawia się także pogląd, że lekarz POZ został zobowiązany przez przepisy Nowelizacji do pełnienia roli „strażnika systemu”, w takim sensie, że to od niego w większości przypadków rozpoczyna się szybka ścieżka onkologiczna (to przede wszystkim lekarz POZ wydaje kartę DiLO) i to on ponosi odpowiedzialność w przypadku nieosiągnięcia minimalnego wskaźnika rozpoznawania nowotworów. Lekarze POZ znajdują się więc w trudnej sytuacji – zobowiązani swoją wiedzą do czujności onkologicznej – z jednej strony są pod presją pacjentów chcących uzyskać dostęp do szybkiej diagnostyki i leczenia, a także pod presją ewentualnej odpowiedzialności etycznej i prawnej w przypadku niewydania karty pacjentowi, u którego stwierdzono z opóźnieniem nowotwór złośliwy, a z drugiej strony obawiają się kary finansowej (art. 32a ust. 14 Ustawy o świadczeniach).

3.2 Wybrane dane liczbowe

W tabeli poniżej przedstawione zostały wstępne, wybrane dane dotyczące funkcjonowania pakietu onkologicznego w pierwszych miesiącach obowiązywania Nowelizacji.

Dane	Źródła danych	Komentarz
Po wejściu w życie pakietu onkologicznego wystawiono 63 tys. kart DiLO, odbyło się 9 tys. konsyliów i ponad 5 tys. pacjentów z postawioną diagnozą (po pełnej diagnostyce)	Informacja Ministra Zdrowia, przedstawiona w programie „Debata Faktów”, TVN w dniu 27.02.2015 roku	Przedstawione dane statystyczne świadczą o stosunkowo sprawnym wdrażaniu szybkiej ścieżki onkologicznej, pomimo problemów zgłaszanych przez lekarzy i świadczeniodawców. Należy jednak podkreślić, iż przedstawione dane są dość ogólne – w szczególności brak jest informacji czy liczba wystawionych kart DiLO uwzględnia zarówno karty błędnie wystawione, jak również karty wystawione ponownie w celu korekty błędu.



<p>Liczba wydanych kart DiLO istotnie różni się w zależności od województwa: od 493 w województwie opolskim do 8397 w województwie mazowieckim.</p>	<p>Money.pl na podstawie danych z wojewódzkich oddziałów NFZ na dzień 13.02.2015 roku.</p>	<p>Dane z poszczególnych województw wg stanu na dzień 13.02.2015 r. pokazują ogromne rozbieżności w zakresie wystawiania kart DiLO (w województwie opolskim wystawiono 3,2 razy mniej kart w przeliczeniu na 100 000 mieszkańców, niż w województwie mazowieckim) – oznacza to że dostęp do szybkiej ścieżki onkologicznej może istotnie różnić się w zależności od regionu kraju.</p>
<p>Średni czas oczekiwania na pojedyncze gwarantowane świadczenie zdrowotne z zakresu onkologii w Polsce (niezależnie od ich charakteru: diagnostyczne i lecznicze bez uwzględnienia w tej ocenie kompleksowości i niezbędnej etapowości leczenia) wyniósł w styczniu 2015 roku 1,0 mies. W porównaniu z wrześniem 2014 nastąpił spadek średniego czasu oczekiwania na świadczenia o 0,3 miesiąca. Bazując na zebranych danych, średni czas oczekiwania na świadczenia onkologiczne w lutym 2014 wyniósł 1,1 mies., co stanowi praktycznie identyczny wynik otrzymany w OnkoBarometrze nr 3/1/2015</p>	<p>Przedstawione dane pochodzą z badania „OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care nr 3/1/2015”, www.korektorzdrowia.pl.</p>	<p>Przedstawione dane wskazują na skrócenie czasu oczekiwania na świadczenia onkologiczne w porównaniu z wrześniem 2014 roku. Jest to oczywiście dobra informacja dla pacjentów. Spadek czasu oczekiwania może wynikać z wprowadzenia pakietu onkologicznego, natomiast w ocenie twórców raportu bardziej prawdopodobną przyczyną poprawienia statystyk w tym zakresie jest uruchomienie środków NFZ na nowy 2015 rok – poprawa lub pogorszenie dostępności do świadczeń ma raczej charakter cykliczny. Taką interpretację potwierdza zestawienie średnich czasów oczekiwania na świadczenia onkologiczne na początku 2014 i 2015 roku – są one praktycznie jednakowe.</p>
<p>Stan kolejek do lekarzy POZ za okres 23-25 luty, przedstawia się w sposób następujący:</p>	<p>Dane zgromadzone przez fundację Watch Health Care, www.korektorzdrowia.pl.</p>	<p>Zaprezentowane dane potwierdzają przytaczane wcześniej opinie wyrażone przez świadczeniodawców i lekarzy wskazujących na pogorszenie dostępu do świadczeń w rodzaju POZ. Wiceprezes</p>



<ul style="list-style-type: none"> ▪ Miasta wojewódzkie 0,12 mies. (3-4 dni) ▪ Średnia dla polski 0,07 mies. (2 dni) ▪ Średnia dla miast nie wojewódzkich 0,06 mies. (ok. 2 dni) <p>Zdarzały się jednak placówki, zwłaszcza w miastach wojewódzkich, w których czas oczekiwania wynosił prawie tydzień, w jednej z placówek POZ w Zielonej Górze czas oczekiwania wynosił aż 10 dni.</p>	<p>pl³⁶.</p>	<p>Watch Health Care Jacek Siwiec wiąże wydłużenie się kolejek do lekarza POZ z wejściem w życie pakietów onkologicznego i kolejkowego. Kolejki w POZ przed wejściem w życie pakietu onkologicznego nie stanowiły zasadzie problemu.</p>
<p>Umowy na realizację pakietu onkologicznego z NFZ podpisało 2420 placówek AOS oraz 496 szpitali. Umowy na realizację pakietu wypowiedziały nieliczne placówki AOS i szpitale. W skali kraju jest to w przypadku szpitali zaledwie 1,78 proc. (9 placówek), a w przypadku AOS - 2,77 proc. (69 placówek).</p>	<p>Dane NFZ za PAP na dzień 2015.02.06³⁷.</p>	<p>Wskazane informacje pokazują, że znaczna część świadczeniodawców zdecydowała się na udzielanie świadczeń w ramach szybkiej ścieżki onkologicznej.</p>

3.3 Ocena dotychczasowego funkcjonowania pakietu onkologicznego – podsumowanie

W chwili obecnej trudno jest jednoznacznie stwierdzić, czy pakiet onkologiczny stanowi skuteczne narzędzie poprawy sytuacji osób z podejrzeniem choroby nowotworowej lub z chorobą nowotworową. Pierwsze dane statystyczne przedstawione przez Ministra Zdrowia i NFZ, dotyczące liczby wydanych kart, odbytych konsyliów oraz postawionych diagnoz, wskazują, że pakiet onkologiczny funkcjonuje w systemie ochrony zdrowia w Polsce, a średni czas oczekiwania na świadczenia onkologiczne spada.

³⁶ <http://www.korektorzdrowia.pl/aktualnosci/kolejki-do-lekarzy-rodzinnych/>

³⁷ <http://wiadomosci.wp.pl/kat,8311,title,78-placowek-wypowiedzialo-umowy-na-realizacje-pakietu-onkologicznego,wid,17240959,wiadomosc.html>



Za wcześnie natomiast na wymierną ocenę wpływu wejścia w życie Nowelizacji na zdrowie pacjentów zarówno onkologicznych, jak i nieonkologicznych. Wprawdzie dostępne dane wskazują na skrócenie czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia onkologicznego, jednak te dane nie muszą stanowić skutku wejścia w życie pakietu, lecz etapów cyklu kontraktowania i rozliczania świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych.

Pierwsze miesiące funkcjonowania pakietu onkologicznego i kolejkowego zwróciły jednak uwagę na liczne problemy. Niektóre z nich mogą zostać stosunkowo szybko rozwiązane (np. problemy z systemem informatycznym służącym do wystawiania kart DiLO, brak dostatecznej wiedzy świadczeniodawców, personelu medycznego i pracowników NFZ o zasadach funkcjonowania pakietu, w tym również zasadach finansowania świadczeń). Nie są to niestety jedyne mankamenty pakietu onkologicznego. Znacznie większym problemem jest brak adekwatnego finansowania świadczeń w ramach szybkiej ścieżki onkologicznej i pozostałych świadczeń opieki zdrowotnej. Pakiet onkologiczny jeszcze bardziej skomplikował zasady udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, nie zapewniając wydajnego źródła środków, a jego przepisy często narzucają postępowanie niezgodne z wiedzą medyczną dotyczącą postępowania diagnostycznego i leczniczego w chorobach nowotworowych.

Jednocześnie łączy się to z obniżeniem przez NFZ wysokości niektórych kontraktów na inne świadczenia zdrowotne (np. na hospitalizację planową), co zostało podnoszone przez świadczeniodawców w przywołanej wyżej ankiecie. Ponadto w ocenie ekspertów i świadczeniodawców, obserwowana od początku 2015 r. praktyka NFZ polegająca na odmowie przekazania świadczeniodawcom POZ stawki kapitałowej za świadczeniobiorców negatywnie zweryfikowanych przez system e-WUŚ, jest również próbą znalezienia środków na diagnostykę i leczenie w ramach pakietu onkologicznego³⁸. Brak dostatecznego finansowania świadczeń w ramach pakietu onkologicznego prawdopodobnie wymusił również ustanowienie stosunkowo niskiej wyceny świadczeń w ramach pakietu oraz ustanowienie zbyt wąskiego katalogu świadczeń oraz wypchniecie poza pakiet programów lekowych. Działania te stawiają pod znakiem zapytania wypełnianie przez NFZ zakładanego obowiązku zapewnienia leczenia pacjentów leczonych z powodów chorób nowotworowych bez limitów.

Kolejną barierę w dostępie do świadczeń pacjentów leczonych poza pakietem onkologicznym stanowi ograniczenie zasobów w postaci sprzętu i odpowiednich specjalistów. Już z treści uzasadnienia i OSR do Projektu ustawy o świadczeniach wynikało, że projektodawca w sposób bardzo pobieżny przeanalizował dostępne w systemie ochrony zdrowia zasoby i stwierdził, że nie są one wykorzystywane w pełni. Wniosek ten może dziwić zważywszy na niewielką liczbę np. patomorfologów – ok. 350 aktywnych zawodowo w skali

³⁸ Por. <http://www.rynekzdrowia.pl/Finanse-i-zarzadzanie/e-WUS-przesadza-prawie-3-mln-osob-nie-ma-prawa-do-bezplatnej-opieki-zdrowotnej,148859,1.html>



kraju³⁹, czy radioterapeutów onkologicznych – 164 aktywnych zawodowo w skali kraju⁴⁰. W świetle przedstawionych danych regulacja określająca obligatoryjny skład konsylium, prowadząca do sytuacji, w której odbycie konsylium sprowadza się w wielu przypadkach do formalności polegającej na obiegowym zebraniu podpisów wymaganych specjalistów, wydaje się stanowić wręcz barierę w toku diagnostyki i leczenia onkologicznego.

W praktyce funkcjonowania pakietu onkologicznego okazało się również, że jest on zbyt mało elastycznym, sformalizowanym rozwiązaniem, które nie uwzględnia specyfiki różnych nowotworów, co powoduje, że wiele świadczeń onkologicznych nie jest rozliczanych w ramach pakietu. Ponadto świadczeniodawcy, nie chcąc „wypaść” z finansowania w ramach szybkiej ścieżki onkologicznej podejmują działania, które mają na celu spełnienie wymogów finansowania, mogą natomiast spowodować wykonywanie zbędnych z punktu widzenia wiedzy medycznej czynności, nieuzasadnione medycznie modyfikacje postępowania, co w efekcie doprowadzi do opóźnienia leczenia pacjentów. W przeprowadzonym badaniu ankietowym lekarze i świadczeniodawcy wskazywali, że pakiet onkologiczny przynosi korzyść pacjentom z podejrzeniem lub rozpoznaniem pewnych grup nowotworów, u których przebieg diagnostyki i leczenia jest standardowy, w pozostałych przypadkach może natomiast opóźnić diagnostykę i leczenie pacjentów.

4. PRZEWIDYWANY SKUTEK OBOWIĄZYWANIA PAKIETU ONKOLOGICZNEGO I KOLEJKOWEGO

4.1 Uwagi wstępne

Pakiet onkologiczny i kolejkowy są regulacjami o dużym stopniu złożoności. Bardzo duży wpływ na funkcjonowanie pakietu onkologicznego ma treść zarządzeń Prezesa NFZ, w szczególności wycena poszczególnych świadczeń, a także praktyka stosowania przepisów przez NFZ oraz efektywność organizacyjna Funduszu w zakresie wdrażania pakietu. Działania na poziomie NFZ w tym ewentualne zmiany zarządzeń Prezesa NFZ stanowią elastyczne i szybkie narzędzie korygowania niektórych niedoskonałości pakietu onkologicznego i mogą istotnie zmienić sytuację świadczeniobiorców i świadczeniodawców. Do chwili obecnej nie zostały jeszcze przyjęte wszystkie rozporządzenia wykonawcze dla przepisów pakietu. Okoliczności te niewątpliwie utrudniają szczegółową ocenę skutków regulacji. Istotną barierę stanowi również brak pełnych danych o dotychczasowym funkcjonowaniu pakietu onkologicznego i kolejkowego.

Mając świadomość powyższych okoliczności stanu faktycznego i prawnego, w dalszej części niniejszego rozdziału podjęto próbę wskazanie

³⁹ <http://www.rynekzdrowia.pl/Uslugi-medyczne/Patomorfolog-Dawno-wyszedl-z-prosektorium,135391,8.html>, dane za 2013 rok.

⁴⁰ Dane NIL za 2013 rok.



prawdopodobnych następstw obowiązywania Ustawy o świadczeniach, w brzmieniu nadanym Nowelizacją, w dłuższej perspektywie czasowej.

4.2 Zmiany maksymalnego okresu, na jaki mogą być zawierane umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Jedną z istotnych zmian wprowadzonych Nowelizacją jest możliwość zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na okres do 5 lat (poprzednio do 3 lat), a umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej na okres do 10 lat (uprzednio do 3 lat) bez uprzedniej zgody Prezesa NFZ. Zgodnie z treścią uzasadnienia zmiana ta ma na celu zwiększenie stabilności finansowej podmiotu leczniczego. Umowy długookresowe są dostosowane do czasu amortyzacji inwestycji podjętych celem realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, pozwalają na planowanie długookresowe oraz na zwiększają dostęp do finansowania w tym również w ramach partnerstwa publiczno – prywatnego. Przyczyniają się również do zwiększenia poczucia bezpieczeństwa utrzymania miejsc pracy pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych. Jednocześnie projektodawca przyznał, że wydłużenie okresów obowiązywania umów stanowić będzie barierę ograniczającą możliwość skutecznego wejścia na rynek nowych podmiotów, które chciałyby realizować świadczenia będące przedmiotem długookresowej umowy z NFZ – rynek usług zdrowotnych będzie dla tych podmiotów otwierał się cyklicznie z chwilą zakończenia obowiązywania umów na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, co może rodzić problemy w zakresie konkurencji na rynku świadczeń opieki zdrowotnej. Ponadto w ocenie ustawodawcy wieloletnie umowy powinny obniżyć koszty administracyjne NFZ wynikające z częstej procedury zawierania umów.

Zapewnienie stabilnego wieloletniego źródła przychodów jest korzystne dla świadczeniodawców, których ryzyko prowadzonej działalności maleje. Ponadto, co szczególnie ważne, w przypadku podmiotów niepublicznych, ich realna wartość wzrasta (wysokość posiadanego kontraktu i czas, na jaki kontrakt jest zawarty stanowią w przypadku wielu świadczeniodawców czynnik wpływający na wycenę przedsiębiorstwa). Należy jednak pamiętać, iż samo wydłużenie czasu trwania umowy nie musi być równoznaczne z zapewnieniem odpowiedniego długoterminowego źródła przychodów. Dotychczasowe doświadczenia niektórych świadczeniodawców, którzy zawarli umowy na okres powyżej jednego roku, wskazują, że umowy te nie gwarantują stabilności finansowej umożliwiającej choćby dokonywanie i amortyzację niezbędnych inwestycji. Narodowy Fundusz Zdrowia powołując się na zapisy OWU w praktyce często w sposób arbitralny dokonuje obniżenia kwot przewidzianych w umowach długoterminowych – problem ten uwidocznił się na przełomie 2014 i 2015 r. kiedy to Fundusz dokonał obniżenia kwot umów wieloletnich z wieloma



świadczeniodawcami. Zgodnie z § 32 ust. 3 OWU w przypadku nieustalenia kwoty zobowiązania albo warunków finansowania na kolejny rok umowy wieloletniej umowa ulega rozwiązaniu z ostatnim dniem lutego następnego roku. Przepis ten powoduje, że świadczeniodawcy zmuszani są do akceptacji obniżonych kwot umów z obawy przed całkowitą utratą kontraktu.

Wydłużenie czasu obowiązywania umów nie zabezpiecza świadczeniodawców przed arbitralnymi działaniami NFZ, które mogą skutkować zmniejszeniem środków w ramach kontraktów bądź rozwiązaniem kontraktu. Sytuacja świadczeniodawców w tym zakresie uzależniona będzie od postanowień nowych OWU, które mają być przyjęte przez Ministra Zdrowia w terminie 12 miesięcy od dnia wejścia w życie Nowelizacji oraz od praktyki oddziałów wojewódzkich NFZ.

4.3 Wycena świadczeń

Nowelizacja wprowadziła istotne zmiany w zakresie wyceny świadczeń, wyłączając płatnika z procesu wyceny świadczeń opieki zdrowotnej. Taryfa świadczeń, czyli zestawienie świadczeń gwarantowanych wraz z przypisanymi im wartościami względnym, na przykład wartościami punktowymi, ma być określana przez Agencję. Prawodawca w uzasadnieniu Projektu nowelizacji podkreśla korzyści z powierzenia wyceny *„samodzielnej, umocowanej bezpośrednio w ustawie jednostce, która przeprowadziłaby ją w sposób niezależny”*. Poniżej przedstawiono wybrane ryzyka, korzyści oraz możliwe skutki związane z przyjętym modelem taryfikacji.

Agencja nie jest do końca – jak wątpliwie sugeruje prawodawca – podmiotem samodzielnym i niezależnym. Podlega bowiem Ministrowi Zdrowia, który ma bezpośredni wpływ na treść planu taryfikacji. Ponadto sposób powoływania członków działającej przy Prezesie Agencji Rady ds. Taryfikacji, opiniującej plan taryfikacji, metodologię taryfikacji oraz przygotowaną taryfę świadczeń, nie pozostawia wątpliwości co do roli Ministra Zdrowia w tym procesie.

Brak stabilności w zakresie ustalania taryfy i jej wysokości będzie stanowił dodatkowe ryzyko prowadzenia działalności leczniczej, a także ryzyko inwestowania w branży medycznej, co może prowadzić do wycofywania się z inwestycji części obecnych na rynku inwestorów.

Ustawa przewiduje zawieranie umów ze świadczeniodawcami przez Agencję w celu zyskania danych do taryfikacji. Dane mają być przekazywane odpłatnie, a fakt zawarcia umowy ma być uwzględniany w kontraktacji świadczeń przez NFZ. Od 1.01.2020 r. warunkiem zawarcia wskazanej umowy z Agencją będzie wdrożenie przez świadczeniodawcę rachunku kosztów opracowanego na podstawie zaleceń, które mają się znaleźć w rozporządzeniu Ministra Zdrowia wydanym na podstawie art. 31a ust. 7 Ustawy o świadczeniach, w brzmieniu ustalonym Nowelizacją.



4.4 Regulacje dotyczące kolejek

Obowiązywanie pakietu onkologicznego i kolejkowego, w zakresie dotyczącym czasu oczekiwania na świadczenie, może doprowadzić do:

- ograniczenia dostępu świadczeniobiorców do lekarzy POZ (wydłużenie czasu oczekiwania do kilku dni);
- przyspieszenie dostępu do diagnostyki i leczenia pacjentów z kartą DiLO, co może w średnim i długim okresie przyczynić się do poprawy wskaźników epidemiologicznych, takich jako 5-letnie przeżycia pacjentów z wykrytym nowotworem złośliwym. Jednocześnie w przypadku pewnej grupy pacjentów z nowotworem złośliwym objęcie ich leczeniem w ramach szybkiej ścieżki onkologicznej, ze względu na istniejące błędy, niejasności i niedostosowanie regulacji do konkretnych rodzajów nowotworów, może skutkować wydłużeniem czasu oczekiwania na świadczenie (na co wskazywali świadczeniodawcy i lekarze w przeprowadzonej przez NRL ankiecie).

W następstwie niezapewnienia realnego źródła finansowania świadczeń udzielanych w ramach szybkiej ścieżki onkologicznej, przewiduje się następujące skutki w zakresie gospodarowania środkami ze składki na powszechne ubezpieczenie zdrowotne: zmniejszenie wysokości kontraktów na świadczenia onkologiczne spoza pakietu onkologicznego; zmniejszenie wysokości kontraktów na świadczenia opieki zdrowotnej w pozostałym zakresie (np. hospitalizacja planowa); mniejsze prawdopodobieństwo objęcia refundacją, także w ramach programów lekowych nowych produktów leczniczych. Podjęcie działań zmierzających do maksymalnego ograniczenia wydatków na diagnostykę i leczenie onkologiczne w ramach szybkiej ścieżki onkologicznej, co może w efekcie doprowadzić do tego, że brak limitów w onkologii wprowadzony przepisem art. 136 ust. 2 Ustawy o świadczeniach, w brzmieniu nadanym Nowelizacją, może okazać się iluzoryczny. NFZ może bowiem zostać zmuszony ze względów finansowych do podjęcia takich działań, jak zawężenie katalogu świadczeń, które mogą być rozliczane w analizowanym trybie, obniżenie wycen świadczeń udzielanych na podstawie karty DiLO, wydłużenie okresu rozliczenia świadczeń udzielanych na podstawie karty DiLO (zjawiska te mają miejsce również w chwili obecnej).



VI. ANALIZA ZGODNOŚCI Z KONSTYTUCJĄ RP

1. OCENA NOWELIZACJI USTAWY O ŚWIADCZENIACH Z PUNKTU WIDZENIA ZASAD PRAWIDŁOWEJ LEGISLACJI

1.1 Nakaz zachowania odpowiedniego okresu dostosowawczego (art. 2 Konstytucji RP)

Termin wejścia w życie wprowadzanych zmian określa art. 26 Nowelizacji ustawy o świadczeniach, zgodnie z którym ustawa ta wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2015 r., z wyjątkiem:

- 1) art. 1 pkt 8 lit. c i pkt 10, art. 12 ust. 4, art. 15 i art. 23, które wchodzi w życie z dniem ogłoszenia;
- 2) art. 1 pkt 52–54 i pkt 55 w zakresie art. 149 ust. 1 pkt 7, oraz art. 8 pkt 1, które wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2016 r.;
- 3) art. 1 pkt 35 w zakresie art. 95d i art. 95e, który wchodzi w życie z dniem 30 czerwca 2016 r.;
- 4) art. 1 pkt 15, który wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2018 r.;
- 5) art. 1 pkt 16 w zakresie art. 31lc ust. 6, który wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2020 r.

Wątpliwości z punktu widzenia konstytucyjnego nakazu zachowania odpowiedniego okresu dostosowawczego (*vacatio legis*) budzi art. 26 pkt 1 Nowelizacji, w myśl którego wskazane w nim przepisy wchodzi w życie z dniem ogłoszenia. Określenie dnia wejścia w życie ustawy na dzień jej ogłoszenia w Dzienniku Ustaw stanowi istotne odstępstwo od wywodzonej z art. 2 Konstytucji RP zasady odpowiedniej *vacatio legis* i wymaga szczegółowego uzasadnienia. Zgodnie z art. 4 ust. 2 Ustawy o ogłaszaniu aktów normatywnych ustalenie dnia wejścia w życie aktu normatywnego na dzień ogłoszenia tego aktu w dzienniku urzędowym jest możliwe wyłącznie wówczas, gdy ważny interes państwa wymaga jego natychmiastowego wejścia w życie i zasady demokratycznego państwa prawnego nie stoją temu na przeszkodzie.

Wymienione w art. 26 pkt 1 Nowelizacji przepisy dotyczą:

- zadań ministra właściwego do spraw zdrowia w zakresie:
 - finansowania z części budżetu pozostającej w jego dyspozycji świadczeń gwarantowanych w zakresie określonym w ustawie, w tym w stosunku do osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji (art. 11 ust. 1 pkt 4 Ustawy o świadczeniach);



- planowania, przekazywania i rozliczania dotacji otrzymywanej przez NFZ z budżetu państwa na sfinansowanie kosztów realizacji zadań wymienionych w art. 97 ust. 3 pkt 2a-3, 3b (art. 11 ust. 1 pkt 4a Ustawy o świadczeniach);
- uchylenia art. 15a Ustawy o świadczeniach, ustalającego zasady kontraktowania świadczeń wysokospecjalistycznych przez ministra właściwego do spraw zdrowia (art. 1 pkt 10 Nowelizacji);
- sporządzenia przez Prezesa Agencji planu finansowego na 2015 r. z uwzględnieniem zmienionego Nowelizacją brzmienia Ustawy o świadczeniach oraz jego przekazania do dnia 7 grudnia 2014 r. ministrowi właściwemu do spraw zdrowia w celu zatwierdzenia (art. 12 ust. 4 Nowelizacji);
- zasad wykonywania i rozliczania umów na świadczenia wysokospecjalistyczne zawartych przed 1 stycznia 2015 r. oraz zobowiązania NFZ do podejmowania czynności zmierzających do zawarcia nowych umów w tym zakresie, tj. umów obowiązujących od dnia 1 stycznia 2015 r. (art. 15 Nowelizacji);
- przedłużenia, na wniosek dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego NFZ i za zgodą świadczeniodawcy, czasu obowiązywania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w dniu wejścia w życie Ustawy (art. 23 Nowelizacji).

Jak wynika z uzasadnienia Projektu ustawy, „*wejście w życie części przepisów projektowanej ustawy z dniem ogłoszenia [...] nie sprzeciwia się zasadom demokratycznego państwa prawnego, gdyż jest to uzasadnione koniecznością zabezpieczenia dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej z dniem 1 stycznia 2015 r. oraz potrzebą zapewnienia funkcjonowania Agencji w sposób nieprzerwany*”.

Powoływany przez projektodawcę ważny interes publiczny wymagający natychmiastowego wejścia w życie analizowanych przepisów nie uzasadnia wprowadzenia ww. zmian w takim tempie. Dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej z dniem 1 stycznia 2015 r. dostatecznie zabezpieczają bowiem inne przepisy Ustawy o świadczeniach. Możliwość przedłużenia okresu obowiązywania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej o maksymalnie 6 miesięcy, jeśli zachodzi ryzyko braku zabezpieczenia ich udzielania, stwarzał już obowiązujący przed Nowelizacją przepis art. 156 ust. 1a Ustawy. Ponieważ prace nad Nowelizacją finalizowano w drugiej połowie 2014 r., możliwość przedłużenia umów, o której mowa w art. 156 ust. 1a Ustawy należy uznać za wystarczającą z punktu widzenia powoływanej w uzasadnieniu konieczności zabezpieczenia dostępu do świadczeń z dniem 1 stycznia 2015 r.

W uzasadnieniu łączy się ponadto dwie samodzielne przesłanki dopuszczalności natychmiastowego wejścia w życie przepisu. Analiza przytoczonego fragmentu prowadzi do wniosku, że projektodawca zakłada, iż sam fakt istnienia ważnego interesu państwa powoduje automatyczne spełnienie przesłanki niesprzeczności



takiego trybu z zasadami demokratycznego państwa prawnego. Wskutek tego błędnego założenia nie tylko nie wykazano, że zasady demokratycznego państwa prawnego nie stoją na przeszkodzie ustaleniu dnia wejścia w życie niektórych przepisów Nowelizacji z dniem jej ogłoszenia – również uzasadnienie odnoszące się do „*ważnego interesu państwa wymagającego natychmiastowego wejścia w życie*” uznać należy za zbyt lakoniczne i nieprzekonujące.

Ustalenie przynajmniej 14-dniowego okresu *vacatio legis* było nie tylko możliwe z punktu widzenia materii regulowanej przez analizowane przepisy, ale również wskazane z uwagi na wynikającą z art. 2 Konstytucji RP konieczność stworzenia zainteresowanym podmiotom (tu: świadczeniodawcom) możliwości przystosowania się do nowej sytuacji prawnej. Jak wynika z orzecznictwa Trybunału Konstytucyjnego, „odpowiedniość” okresu dostosowawczego należy rozpatrywać „*w związku z możliwością pokierowania przez adresatów norm prawnych – po ogłoszeniu nowych przepisów – swoimi sprawami w sposób uwzględniający treść nowej regulacji. Wymóg zachowania vacatio legis należy bowiem odnosić nie tylko do ochrony adresata normy prawnej przed pogorszeniem jego sytuacji, lecz także do możliwości zapoznania się z nowym prawem i możliwości adaptacyjnych*”⁴¹. Ową „odpowiedniość” kształtuje szereg okoliczności, spośród których najważniejszymi są przedmiot i treść unormowań przewidzianych w nowych przepisach oraz to, jak dalece różnią się one od unormowań dotychczasowych⁴².

O ile więc przepisy dotyczące trybu przygotowania planu finansowego Agencji związane z przeniesieniem wyceny procedur medycznych z NFZ do Agencji (art. 12 ust. 4 Nowelizacji) nie wpływają bezpośrednio na sytuację prawną świadczeniodawców, o tyle zmiany w zasadach kontraktowania świadczeń wysokospecjalistycznych (art. 1 pkt 10, art. 15) i wprowadzenie możliwości przedłużania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (art. 23) – owszem. Zgodnie z wyrokiem Trybunału Konstytucyjnego o sygn. K 32/08 „*konkretne wymagania czasowe w odniesieniu do okresu spoczywania prawa należy ustalać, łącząc je z funkcją danej ustawy w systemie prawa, a także z jej charakterem oraz rodzajem relacji społecznych, które reguluje*”⁴³. **Ze względu na doniosłość i newralgiczny charakter stosunków społecznych będących przedmiotem regulacji Ustawy o świadczeniach, natychmiastowe wejście w życie wskazanych przepisów uznać należy za sprzeczne z wywodzonym z art. 2 Konstytucji RP nakazem dochowania odpowiedniej *vacatio legis*.**

1.2 Zasada określoności prawa (art. 2 Konstytucji RP)

W trakcie uzgodnień międzyresortowych zwracano uwagę, że niektóre przepisy Nowelizacji rodzą istotne wątpliwości co do ich zgodności z zasadą określoności przepisów prawa. Ustawodawca nie wykazuje się bowiem wystarczającą precyzją i konsekwencją terminologiczną. Jako przykład można podać zamienne stosowanie następujących terminów:

⁴¹ Kp 6/09.

⁴² K 27/02.

⁴³ K 32/08.



- nowotwory złośliwe i nowotwory generalnie (zob. uwagi RCL, s. 8-9)†
- 31lc ust. 1 i 3 – dane niezbędne i dane konieczne (zob. uwagi RCL, s. 9)†
- 131a ust. 2 pkt 2 i art. 139 ust. 3 pkt 5 (maksymalna liczba umów/świadczeniodawców – z jednym świadczeniodawcą można zawrzeć kilka umów, zob. uwagi RCL, s. 10).

Ponadto art. 23 Nowelizacji przewiduje przedłużenie obowiązywania dotychczasowych umów, poza AOS i leczeniem szpitalnym z zakresu onkologii, na niejasnych zasadach. Jak bowiem stwierdza NFZ w swych uwagach do Nowelizacji: *„Odnosząc się do wskazanego wyłączenia należy podkreślić, że przedmiot umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartych w rodzajach leczenie szpitalne i ambulatoryjna opieka specjalistyczna stanowią poszczególne zakresy świadczeń odpowiadające określonym dziedzinom medycznym. Do zakresów świadczeń należą zarówno zakresy, które zgodnie z definicją, dedykowane są realizacji świadczeń onkologicznych np. chirurgia onkologiczna, ginekologia onkologiczna, onkologia kliniczna, jak i zakresy, w ramach których udzielane są świadczenia związane z leczeniem onkologicznym oraz inne świadczenia odpowiadające danej dziedzinie medycznej. Wobec powyższego, przy tak skonstruowanym przepisie, tj. posłużeniem się ogólnym pojęciem niemającym odzwierciedlenia w treści zawartych umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej niemożliwym jest ustalenie, które z zawartych, a wygasających umów będą mogły zostać przedłużone.”* (zob. uwagi NFZ).

Niewystarczająco precyzyjna jest także relacja pomiędzy art. 32a ust. 2 in fine z art. 57 ust. 2 pkt 5 (brak skierowania do onkologa), na co zwraca się także uwagę w stanowisku KPRM (s. 2).

W toku konsultacji zwracano także uwagę na niejasność i nieprecyzyjność pojęcia „kontynuowania leczenia” (art. 20 ust. 1a)

Autorzy Raportu regulacyjnego podzielają te wątpliwości, podkreślając, że ich konsekwencją są istotne wątpliwości co do zgodności powyższych rozwiązań normatywnych z art. 2 Konstytucji RP i wynikającą z niego zasadą określoności przepisów prawa.

2. UPRAWNIENIE LEKARZA DO WYDAWANIA KARTY DIAGNOSTYKI I LECZENIA ONKOLOGICZNEGO (art. 32a Ustawy)

Zgodnie z art. 32a Ustawy o świadczeniach prawo świadczeniobiorcy do diagnostyki onkologicznej na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego (dalej: „**karty DiLO**”), bez skierowania, powstaje w razie:

- stwierdzenia podejrzenia nowotworu złośliwego przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (dalej: „**lekarz POZ**”),



- stwierdzenia nowotworu złośliwego przez lekarza udzielającego ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych (dalej: „lekarz AOS”) lub świadczeń szpitalnych,
- stwierdzenia nowotworu złośliwego w wyniku diagnostyki onkologicznej.

Kartę DiLO wydaje świadczeniobiorcy odpowiednio lekarz POZ, lekarz AOS lub lekarz udzielający świadczeń szpitalnych (art. 32a ust. 4 Ustawy o świadczeniach). Uprawnienie do wydawania kart DiLO przez lekarza POZ doznaje ograniczeń wynikających z ustalenia indywidualnego wskaźnika rozpoznawania nowotworów – lekarz POZ może wydać kartę pod warunkiem, że ustalony dla niego wskaźnik nie jest niższy niż minimalny wskaźnik rozpoznawania nowotworów (art. 32a ust. 9). Ustalenie indywidualnego wskaźnika dla danego lekarza POZ należy do oddziału wojewódzkiego NFZ i następuje po tym, jak liczba świadczeniobiorców, którym lekarz ten wydał karty oraz którym wykonano diagnostykę onkologiczną i postawiono rozpoznanie przekroczyła 30 (art. 32a ust. 10). Zarówno sposób ustalania indywidualnego wskaźnika, jak i wartość wskaźnika minimalnego określa, w drodze rozporządzenia, minister właściwy do spraw zdrowia (art. 32a ust. 18). Obecnie kwestię tę reguluje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 grudnia 2014 r. w sprawie wskaźników rozpoznawania nowotworów.

Nieosiągnięcie minimalnego wskaźnika rozpoznawania nowotworów przez lekarza POZ skutkuje – po pierwsze – obowiązkiem odbycia szkolenia w zakresie wczesnego rozpoznawania nowotworów, prowadzonego przez podmiot uprawniony do prowadzenia kształcenia podyplomowego lekarzy i lekarzy dentyistów (art. 32a ust. 12) oraz – po drugie – czasowym wyłączeniem uprawnienia lekarza do wydawania kart DiLO, trwającym do dnia przedstawienia oddziałowi wojewódzkiemu NFZ dokumentu potwierdzającego ukończenie szkolenia (art. 32a ust. 13). W razie dalszego wydawania kart DiLO przez lekarza POZ wbrew ww. przepisom, oddział wojewódzki NFZ jest uprawniony do nałożenia kary umownej w wysokości określonej w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej z lekarzem POZ lub świadczeniodawcą POZ, u którego lekarz ten udziela świadczeń (art. 32a ust. 14).

W wyniku stosowania tego przepisu pacjenci z tym samym schorzeniem będą traktowani odmiennie, w zależności od tego czy ich lekarz POZ ma prawo wystawić kartę DiLO, czy też prawo to utracił. Pacjenci są zobowiązani do zgłoszenia się od wybranego lekarza POZ, którego mogą zmienić tylko składając deklarację u innego lekarza. Dokonywanie takiej zmiany tylko w celu uzyskania karty DiLO jest niecelowe, a w wielu miejscowościach także bardzo trudne. Niepożądanym skutkiem wprowadzenia przedmiotowego wskaźnika oraz sankcji związanych z jego nieosiągnięciem, będzie pogorszenie sytuacji niektórych pacjentów i ich nierówne traktowanie wywołane statusem lekarza POZ.

Powyższe rozwiązania budzą istotne wątpliwości z punktu widzenia zgodności z art. 2 Konstytucji RP, a także z konstytucyjną zasadą



proporcjonalności, równości oraz prawem do ochrony zdrowia oraz zasadą równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej.

2.2 Różnicowanie przesłanek wydania karty DiLO przez lekarza POZ i AOS (art. 32a ust. 1-2 Ustawy)

Dokonane w Ustawie różnicowanie przesłanek wydania karty DiLO przez lekarza POZ i lekarza AOS stwarza ryzyko naruszenia art. 32 Konstytucji RP – ze względu na nieuzasadnione pozbawienie lekarzy AOS możliwości wydania karty DiLO na podstawie podejrzenia nowotworu złośliwego, a także art. 68 Konstytucji RP w zakresie, w jakim różnicuje sytuację prawną pacjentów pobierających świadczenia u poszczególnych z nich.

Jak wynika z art. 32a ust. 4 w zw. z ust. 1 i 2 Ustawy o świadczeniach, uprawnienie lekarza POZ i lekarza AOS do wydania karty DiLO (a pacjenta tych lekarzy – do jej otrzymania) powstaje na podstawie różnych przesłanek. W przypadku lekarza POZ wystarczy jedynie podejrzenie nowotworu złośliwego, podczas gdy lekarz AOS musi stwierdzić jego istnienie, na podstawie badania histopatologicznego. Lekarz AOS nie może zatem wydać karty DiLO uprawniającej do udziału w tzw. szybkiej ścieżce onkologicznej na podstawie samego podejrzenia nowotworu. Z punktu widzenia konstytucyjnej zasady równości oraz równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej wątpliwa jest sytuacja, w której pacjent lekarza AOS z podejrzeniem nowotworu złośliwego musi być diagnozowany poza tzw. szybką ścieżką onkologiczną lub odesłany do lekarza POZ uprawnionego do wydania na tej podstawie karty DiLO, co skutkuje nieuzasadnionym opóźnieniem diagnostyki i leczenia.

Ze specyfiki złośliwych chorób nowotworowych wynika, że w ich diagnostyce i leczeniu czas jest wartością kluczową. Dlatego – zgodnie z uzasadnieniem Nowelizacji – celem wprowadzanych zmian było stworzenie „*ukierunkowanej ścieżki pacjenta, [która] nie tylko doprowadzi do przyspieszenia postawienia rozpoznania, lecz również do ograniczenia powtórnych badań oraz liczby wizyt*”. Skutki analizowanej regulacji są zgoła przeciwne. Niejednokrotnie bowiem zdarza się, że lekarz AOS podejrzewa nowotwór, który do jednoznacznego rozpoznania wymaga pogłębionej diagnostyki obrazowej (TK, NMR, PET) lub badań histopatologicznych (np. wycinek płuca w przypadku pulmonologa). Może on wówczas skierować pacjenta do lekarza POZ celem wystawienia karty DiLO umożliwiającej przystąpienie do tzw. szybkiej ścieżki onkologicznej albo – co wynika z niemożności wystawienia karty DiLO przez lekarza AOS na podstawie samego tylko podejrzenia nowotworu złośliwego – zlecić stosowne badania diagnostyczne w zwykłym trybie, gdzie czas oczekiwania nierzadko liczy się w miesiącach⁴⁴. W obu przypadkach wydłuża się proces diagnostyki i leczenia – albo ze względu na konieczność udania się przez pacjenta do lekarza POZ po wydanie karty DiLO, albo z uwagi na prowadzenie diagnostyki poza tzw. szybką ścieżką. Ponadto, co stwarza ryzyko dodatkowego odsunięcia leczenia w czasie, lekarz POZ nie musi podzielić zakomunikowanego mu przez świadczeniobiorcę

⁴⁴ Por. Uwagi Lubelskiego Uniwersytetu Medycznego do Projektu ustawy: „Dotrzymanie wymaganego terminu na badania diagnostyczne MR, CT uzależnione jest od poziomu finansowania tych świadczeń przez NFZ. Dotychczas kolejka oczekujących na powyższe świadczenia wynosi powyżej 4 miesięcy”.



podejrzenia postawionego przez lekarza AOS. Nie każdy też lekarz POZ będzie miał prawo do wystawiania kart DiLO, np. wskutek nieosiągnięcia minimalnego wskaźnika wykrywania nowotworów. Problem ten może się uwidocznić zwłaszcza na tych obszarach, gdzie świadczeniodawców POZ jest niewielu, a ich siedziby znajdują się w znacznym wzajemnym oddaleniu.

Z tej przyczyny w zakresie, w jakim art. 32a ust. 1-2 Ustawy różnicuje uprawnienia lekarzy POZ i lekarzy AOS, a w konsekwencji również sytuację prawną pacjentów leczących się u każdego z nich, przepis ten należy uznać za niezgodny z art. 32 i art. 68 ust. 2 Konstytucji RP. Ponadto, ze względu na nieprzydatność wysłowionych w nim norm do realizacji założonego przez ustawodawcę celu regulacji, powstają wątpliwości co do jego zgodności z art. 2 Konstytucji RP.

Konstytucyjna zasada równości wymaga, by wszystkie podmioty charakteryzujące się daną cechą istotną (relewantną) w równym stopniu były traktowane równo, tj. według równej miary, bez różnicowań dyskryminujących ani faworyzujących⁴⁵. Zgodnie ze stanowiskiem Trybunału Konstytucyjnego „ustalenie czy zasada równości wobec prawa została w konkretnym przypadku naruszona, wymaga określenia kręgu adresatów, do których odnosi się dana norma prawna oraz wskazania elementów określających ich sytuację prawną, które są prawnie istotne”. Konieczne jest również zbadanie „zasadności kryterium, na podstawie którego dokonano zróżnicowania sytuacji określonych podmiotów”⁴⁶. Adresatami art. 32a ust. 1-2 Ustawy są trzy grupy świadczeniobiorców:

- świadczeniobiorcy, u których lekarz POZ stwierdził podejrzenie nowotworu złośliwego,
- świadczeniobiorcy, u których lekarz AOS lub lekarz udzielający świadczeń szpitalnych stwierdził nowotwór złośliwy,
- świadczeniobiorcy, u których w wyniku diagnostyki onkologicznej stwierdzono nowotwór złośliwy.

Cechą istotną łączącą wszystkie trzy wymienione grupy, jest ryzyko występowania nowotworu złośliwego. Przepis zrównuje sytuację prawną pacjentów o różnym stopniu identyfikacji tego ryzyka, tj. pacjentów z podejrzeniem choroby nowotworowej i pacjentów, u których nowotwór stwierdzono. Jednocześnie, pomimo że obie grupy są uprawnione do skorzystania z tzw. szybkiej ścieżki leczenia onkologicznego na podstawie karty DiLO, możliwość uzyskania karty jest uzależniona od tego, czy świadczeń udziela lekarz POZ, czy lekarz AOS. Jak wielokrotnie zwracano uwagę na etapie rządowych prac nad Projektem ustawy, rozwiązanie to nie znajduje merytorycznego uzasadnienia – „podejrzenie nowotworu złośliwego może stwierdzić nie tylko lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, ale także każdy inny lekarz, zwłaszcza specjalista onkolog. W świetle zaproponowanego rozwiązania świadczeniobiorca, u którego podejrzenie nowotworu złośliwego stwierdził lekarz

⁴⁵ Orzeczenie TK z dnia 9 marca 1988 r., sygn. akt U 7/87 (OTK 1988, nr 1, poz. 1).

⁴⁶ Ts 24/10



*specjalista nie będzie mógł skorzystać z przywilejów posiadania karty [DiLO]. Ewentualnie będzie on mógł udać się do lekarza POZ po wydanie takiej karty, niemniej jednak takie rozwiązanie jedynie wydłuży proces diagnostyki i leczenia*⁴⁷.

Z uwagi na wspomnianą specyfikę nowotworów złośliwych skutki dokonanego zróżnicowania są bardzo poważne. Życie i zdrowie pacjentów, u których lekarz AOS podejrzewa nowotwór, nie mogąc go stwierdzić bez uprzedniego przeprowadzenia odpowiednich badań diagnostycznych, jest zagrożone wskutek dyskryminacji tej grupy świadczeniobiorców. Konieczność wpisania się na listę oczekujących do lekarza POZ (uzyskanie przez pacjenta porady w dniu zgłoszenia nie zawsze jest możliwe – w 17% w placówkach publicznych⁴⁸) lub poddania diagnostyce poza tzw. szybką ścieżką istotnie zmniejsza szanse na skuteczną i szybką terapię onkologiczną, w której czas bywa często czynnikiem decydującym o przeżyciu pacjenta. **Z tego względu art. 32a ust. 1-2 Ustawy o świadczeniach uznać należy za niezgodny z art. 32 Konstytucji RP.**

Przepis ten godzi również w wyrażone w art. 68 Konstytucji RP prawo do ochrony zdrowia i zasadę równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej. Zgodnie ze stanowiskiem Trybunału Konstytucyjnego, w kwestii dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej „*nie chodzi o dostępność jedynie formalną, [...] ale o dostępność rzeczywistą, stanowiącą realizację określonego w ust. 1 art. 68 Konstytucji prawa do ochrony zdrowia*”⁴⁹. Analizowany przepis generuje istotną nierówność w dostępie do świadczeń zdrowotnych (nierówne traktowanie odbiorców świadczeń będących w takiej samej sytuacji zdrowotnej), bowiem ustawodawca w sposób arbitralny zdecydował, że podejrzenie nowotworu złośliwego postawione przez lekarza AOS, w tym lekarza onkologa, nie jest wystarczającą przesłanką do skierowania pacjenta na ścieżkę szybkiej diagnostyki i leczenia onkologicznego (bez uprzedniego potwierdzenia jego istnienia w zwykłym trybie). Sytuacja pacjentów, u których lekarz AOS jedynie podejrzewa nowotwór złośliwy, nie mając możliwości niezwłocznego potwierdzenia tej diagnozy, jest znacząco gorsza niż sytuacja pacjentów, u których podejrzenie nowotworu stwierdził lekarz POZ. Jest to tym bardziej istotne w świetle wynikającego z art. 38 Konstytucji RP obowiązku Rzeczypospolitej Polskiej zapewnienia każdemu człowiekowi prawnej ochrony życia. Na organach państwa spoczywa bowiem „*obowiązek stanowienia takiego prawa, by chroniło ono życie, i to życie każdego człowieka niezależnie od tego, w jakiej sytuacji znajduje się*”⁵⁰. Jak podkreśla Trybunał Konstytucyjny w wyroku z dnia 7 stycznia 2004 r.⁵¹, „*art. 30 i 38 Konstytucji wyjątkowo mocno, wręcz nierozzerwalnie związany jest art. 68 Konstytucji. Ochrona zdrowia jest ściśle związana z ochroną życia, a prawo do życia z godnością człowieka*”, zaś „*ustawodawca dokonując wyboru określonego modelu normatywnego bierze na siebie związaną z tym odpowiedzialność za spójność, jasność i zupełność instrumentów, które go*

⁴⁷ Uwagi BCC.

⁴⁸ M. Nowicka, Prawo do ochrony zdrowia. Raport z monitoringu, Warszawa 2002.

⁴⁹ Orzeczenie TK K 14/03.

⁵⁰ Konstytucja Rzeczypospolitej oraz komentarz do Konstytucji RP z 1997 roku, pod red. J. Bocia, Wrocław 1998, str. 78.

⁵¹ Orzeczenie TK K 14/03.



wyrażają. Konstytucja nie określa np. zakresu świadczeń opieki zdrowotnej dostępnych dla wszystkich obywateli na równych prawach, odsyłając to zagadnienie do uregulowania w ustawie (art. 68 ust. 2 zd. drugie). Norma zawarta w art. 68 ust. 2 zdanie drugie nie jest jedynie upoważnieniem ustawodawcy zwykłego do określenia warunków i zakresu świadczeń, lecz nakłada na ustawodawcę taki obowiązek⁵².

W świetle powyższego – uznając, co do zasady, słuszność założeń towarzyszących wprowadzeniu analizowanych przepisów – mechanizm różnicujący przebieg procedury diagnostyki i leczenia onkologicznego świadczeniobiorców w zależności od tego, jaki lekarz wystawia kartę DiLO uznać trzeba za niezupełny, a i w dużej mierze nieprzydatny z punktu widzenia zakładanego celu Nowelizacji.

2.3 Ustalenie indywidualnego i minimalnego wskaźnika rozpoznawania nowotworów (art. 32a ust. 9-11 Ustawy)

Zgodnie z art. 32a ust. 9 Ustawy lekarz POZ może wydawać karty DiLO, jeżeli ustalony dla niego indywidualny wskaźnik rozpoznawania nowotworów nie jest niższy niż minimalny wskaźnik rozpoznawania nowotworów. Właściwym do ustalenia wskaźnika i poinformowania o nim lekarza POZ jest wojewódzki oddział NFZ, z którym lekarz POZ lub świadczeniodawca POZ, u którego lekarz ten udziela świadczeń zawarł umowę. Jednocześnie wskaźnika nie ustala się, jeśli od rozpoczęcia wydawania przez lekarza POZ kart DiLO liczba świadczeniobiorców, którym ten lekarz wydał karty oraz którym wykonano diagnostykę onkologiczną i postawiono rozpoznanie, nie przekroczyła 30.

Sposób ustalania indywidualnego wskaźnika rozpoznawania nowotworów określa § 2 Rozporządzenia MZ w sprawie wskaźnika, zgodnie z którym jest on ustalany raz w miesiącu jako iloraz:

- 1) liczby świadczeniobiorców, którym lekarz POZ wydał kartę DiLO, którym w okresie 12 miesięcy poprzedzających o dwa miesiące miesiąc, dla którego wskaźnik jest ustalany, w wyniku diagnostyki onkologicznej rozpoznano nowotwór złośliwy, z wyjątkiem nowotworów skóry z wyjątkiem czerniaka skóry, oraz
- 2) liczby świadczeniobiorców, którym lekarz POZ wydał kartę DiLO, którym w okresie 12 miesięcy poprzedzających o dwa miesiące miesiąc, dla którego wskaźnik jest ustalany, wykonano diagnostykę onkologiczną i postawiono rozpoznanie.

Z kolei minimalny wskaźnik rozpoznawania nowotworów, zgodnie z §3 Rozporządzenia MZ, wynosi 1/15. Oznacza to, że wskaźnik jest osiągnięty, gdy co najmniej u jednego na piętnastu pacjentów, którym lekarz POZ wydał kartę DiLO rozpoznano nowotwór złośliwy (z wyjątkiem nowotworów skóry, z wyjątkiem czerniaka skóry).

⁵² Tamże.



Indywidualny i minimalny wskaźnik rozpoznawania nowotworów odnosi się wyłącznie do lekarzy POZ. W zamyśle ustawodawcy instytucja wskaźnika miała być zapewne instrumentem zabezpieczającym przed nadmiernym i nieuzasadnionym sięganiem po nielimitowane świadczenia z zakresu diagnostyki i leczenia onkologicznego. Cel ten nie uzasadnia jednak dokonanego zróżnicowania sytuacji prawnej lekarzy POZ i AOS, którego skutkiem jest niedopuszczalna w świetle konstytucyjnej zasady równości dyskryminacja tych pierwszych, a także – poprzez samo wprowadzenie wskaźnika – podporządkowanie ocen lekarskich prawom statystyki. Mechanizm ten pośrednio godzi bowiem w prawo świadczeniobiorców do ochrony zdrowia i zasadę równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej wyrażone w art. 68 Konstytucji RP.

Ograniczenie to skutkuje także dyskryminacją tej grupy, która dotknięta jest – ze względu na konsekwencje funkcjonowania wskaźnika – sankcjami za nieosiągnięcie jego minimalnego poziomu. Jak wynika z orzecznictwa Trybunału Konstytucyjnego, *„zróżnicowanie sytuacji prawnej obywateli jest wtedy sprzeczne z konstytucją, jeżeli traktuje się w sposób różny podmioty lub sytuacje podobne, a takie różnice traktowania nie znajdują należytego uzasadnienia konstytucyjnego. [...] Wszelkie odstępstwa od nakazu równego traktowania podmiotów podobnych muszą zawsze znajdować podstawę w odpowiednio przekonujących kryteriach”*⁵³. Zdaniem Trybunału kryteria te muszą:

- być relewantne, czyli pozostawać w bezpośrednim związku z celem i zasadniczą treścią przepisów, w których zawarta jest dana norma oraz służyć realizacji tego celu i treści (wprowadzane zróżnicowania muszą mieć charakter racjonalnie uzasadniony);
- być proporcjonalne, a więc waga interesu, któremu ma służyć różnicowanie sytuacji adresatów normy, musi pozostawać w odpowiedniej proporcji do wagi interesów, które zostaną naruszone w wyniku nierównego potraktowania podmiotów podobnych;
- pozostawać w związku z innymi wartościami, zasadami czy normami konstytucyjnymi uzasadniającymi odmienne traktowanie podmiotów podobnych.

Analizowane przepisy art. 32a ust. 9-11 Ustawy o świadczeniach nie odpowiadają wymienionym wymogom. Zróżnicowanie przebiega w oparciu o kryterium rodzaju świadczeń udzielanych przez daną grupę lekarzy (świadczenia z zakresu POZ, AOS i świadczenia szpitalne). Nie jest ono – po pierwsze – relewantne, nie służy bowiem realizacji zasadniczego celu wprowadzonych Nowelizacją przepisów. Z uzasadnienia Projektu wynika, że ustawa *„ma na celu poprawę dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej dla pacjentów”*, w tym *„poprawę standardu opieki nad pacjentem onkologicznym”*, a *„projektowane rozwiązania mają na celu zapewnienie kompleksowej opieki na każdym etapie choroby nowotworowej”*, gdyż *„przeżywalność pacjentów onkologicznych jest*

⁵³ Zob. orzeczenie TK: K 8/97.



uzależniona przede wszystkim od wczesnego wykrycia nowotworu złośliwego w możliwie jak najwcześniejszym jego stadium”.

Zobowiązanie lekarzy POZ do osiągnięcia minimalnego wskaźnika rozpoznawania nowotworów nie pozostaje bez wpływu na decyzje podejmowane przez nich w związku z podejrzeniem występowania nowotworu. Nietrudno wszak wyobrazić sobie sytuację, w której lekarz nie wyda pacjentowi karty DiLO w obawie przed skutkami przekroczenia minimalnego wskaźnika w razie niepotwierdzenia postawionego przez niego podejrzenia. Jest to tym bardziej istotne z punktu widzenia nieuniknionej praktyki „odsyłania” pacjentów z podejrzeniem nowotworu przez lekarzy AOS do lekarzy POZ w nadziei, że świadczeniobiorca zostanie skierowany na tzw. szybką ścieżkę onkologiczną celem ewentualnego jak najwcześniejszego rozpoznania choroby. Konsekwencje funkcjonowania analizowanego mechanizmu stoją więc w sprzeczności z zakładanym celem ich wprowadzenia i zasadniczą treścią Nowelizacji. Wymuszona przez mechanizm „wskaźnikowy” powściągliwość lekarzy POZ w wydawaniu kart DiLO może skutkować zmniejszeniem liczby pacjentów zasadnie kierowanych na szybką ścieżkę diagnostyki onkologicznej, godząc w konstytucyjne prawo do ochrony zdrowia i zasadę równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej.

Przyjęte kryterium zróżnicowania nie jest poza tym proporcjonalne, gdyż waga interesu chronionego przez wprowadzoną nierówność nie odpowiada wadze interesu naruszanego w wyniku jej wprowadzenia. Pierwszym z nich jest zabezpieczenie przed nadmiernym wydatkowaniem nielimitowanych środków finansowych zgromadzonych w NFZ z przeznaczeniem na diagnostykę i leczenie onkologiczne. Drugim – zdrowie i życie pacjentów, u których lekarz POZ może podejrzewać chorobę nowotworową, a którym nie wyda karty DiLO umożliwiającej szybką diagnostykę i leczenie onkologiczne w obawie przed skutkami nieosiągnięcia minimalnego wskaźnika rozpoznawania nowotworów. Za odmiennym potraktowaniem podmiotów podobnych (tutaj: lekarzy POZ, lekarzy AOS i lekarzy udzielających świadczeń szpitalnych) nie przemawiają poza tym żadne inne wartości i normy konstytucyjne, które w analizowanym przypadku można by zasadnie przeciwstawić wynikającej z art. 32 Konstytucji RP zasadzie równości. Efekty wprowadzenia tego zróżnicowania stoją w sprzeczności z zasadniczym celem Nowelizacji, którym jest ułatwienie dostępu do diagnostyki i leczenia chorym z podejrzeniem nowotworu, mające doprowadzić do wcześniejszego rozpoznania i leczenia tej choroby.

W świetle powyższych ustaleń art. 32a ust. 9-11 Ustawy o świadczeniach w zakresie, w jakim różnicują sytuację prawną lekarzy POZ, lekarzy AOS i lekarzy udzielających świadczeń szpitalnych przez zobowiązanie jedynie pierwszych z nich do osiągnięcia minimalnego wskaźnika rozpoznawania nowotworów są niezgodne z art. 32 w zw. z art. 68 ust. 1 i 2 Konstytucji RP.

2.4 Skutki nieosiągnięcia minimalnego wskaźnika rozpoznawania nowotworów (art. 32a ust. 12-14 Ustawy)



Na zarzut naruszenia konstytucyjnej zasady równości narażają się również art. 32a ust. 12-14 Ustawy o świadczeniach. Przepisy te określają skutki nieosiągnięcia przez lekarza POZ minimalnego wskaźnika rozpoznawania nowotworów: obowiązek udziału w szkoleniu, wyłączenie uprawnienia do wydawania kart DiLO do czasu jego ukończenia oraz karę umowną, jaką może nałożyć NFZ za wydawanie przez lekarza POZ kart w okresie pomiędzy przekroczeniem minimalnego wskaźnika a udokumentowaniem zakończenia szkolenia.

Z punktu widzenia konstytucyjnego prawa do ochrony zdrowia oraz zasady równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej wyrażonych w art. 68 ust. 1 i 2 Konstytucji RP szczególne znaczenie ma przewidziany w art. 32a ust. 13 Ustawy zakaz wydawania przez lekarza POZ kart DiLO od dnia otrzymania od oddziału wojewódzkiego NFZ informacji o nieosiągnięciu minimalnego wskaźnika rozpoznawania nowotworów i obowiązku odbycia szkolenia w zakresie wczesnego rozpoznawania nowotworów do dnia przedstawienia dokumentu potwierdzającego ukończenie tego szkolenia.

Po pierwsze – przepis ten nie rozstrzyga, czy karty DiLO wystawione świadczeniobiorcom przez lekarza objętego zakazem ich wydawania pozostają ważne i uprawniają do skorzystania z szybkiej ścieżki diagnostyki i leczenia onkologicznego. Lukę tę można kwalifikować jako pominięcie legislacyjne, godzące w wyrażone w art. 2 Konstytucji RP zasady pewności prawa i zaufania obywatela do państwa. Świadczeniobiorcy nie mają bowiem pewności, czy karty otrzymane od lekarza POZ objętego zakazem ich wydawania inkorporują uprawnienia, o których mowa w art. 20 ust. 12-14 Ustawy o świadczeniach. Kwestię tę wielokrotnie podnoszono w toku konsultacji publicznych Projektu.

Po drugie – zakaz wydawania kart DiLO wynikający z nieosiągnięcia minimalnego wskaźnika rozpoznawania nowotworów skutkuje ograniczeniem faktycznego dostępu niektórych pacjentów do szybkiej ścieżki onkologicznej z przyczyn całkowicie od nich niezależnych. Stwarza konieczność udania się do innego lekarza POZ, co wymaga uprzedniego zapisania się na odpowiednią listę oczekujących i odsuwa w czasie rozpoczęcie ewentualnego leczenia. Taki stan rzeczy godzi w prawo do ochrony zdrowia i zasadę równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej. Pacjenci, których lekarz POZ nie osiągnął minimalnego wskaźnika rozpoznawania nowotworów są dyskryminowani w stosunku do pacjentów innych lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, ponieważ dostęp do tzw. szybkiej ścieżki onkologicznej zostaje im utrudniony i wymaga dodatkowych nakładów finansowych i czasowych związanych ze zorganizowaniem wizyty u innego lekarza POZ, niż to wynika np. ze złożonej deklaracji wyboru. Ma to szczególne znaczenie w przypadku pacjentów o ograniczonej mobilności oraz tych, którzy zamieszkują tereny o najslabiej rozwiniętej infrastrukturze zdrowotnej.

Po trzecie – zakaz ten stanowi arbitralne ograniczenie uprawnień zawodowych lekarza POZ. Lekarze o wysokiej czujności onkologicznej będą mieli, siłą rzeczy, stosunkowo niski odsetek trafnych diagnoz. Ryzyko pozbawienia ich prawa do wystawiania kart DiLO, a tym samym kierowania pacjentów z podejrzeniem



nowotworu złośliwego na szybką ścieżkę diagnostyki i leczenia onkologicznego może zniechęcać lekarzy do stawiania tego rodzaju podejrzania. Mechanizm ten wymusza na lekarzach strategię szacowania, na ile prawdopodobne jest, że u danego pacjenta rozpoznanie nowotworu zostanie potwierdzone, a także stałego baczenia na aktualny poziom indywidualnego wskaźnika i wskutek tego daleko idącą powściągliwość w wystawianiu kart. W tym sensie zagrożona jest swoboda decyzji lekarza co do podjęcia i kierunku terapii, a trzeba pamiętać, że zarówno Ustawa o zawodzie lekarza, jak i Kodeks etyki lekarskiej wymagają od niego wykonywania zawodu *zgodnie ze wskazaniem wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób* (art. 4 Ustawy o zawodzie lekarza) oraz wypełniania swoich zadań przy zachowaniu swobody działań zawodowych, zgodnie ze swoim sumieniem i współczesną wiedzą medyczną (art. 4 Kodeksu etyki lekarskiej).

Wątpliwości konstytucyjne budzi również proporcjonalność sankcji przewidzianych za nieosiągnięcie przez lekarza POZ minimalnego wskaźnika rozpoznawania nowotworów. W ocenie Trybunału Konstytucyjnego przyczyną braku proporcjonalności godzącego w art. 2 i art. 31 ust. 3 Konstytucji może być zarówno surowość sankcji w zestawieniu z wagą uchybienia przy braku uszczerbku dla założonego celu regulacji, jak i niekonieczność sankcji w zestawieniu z celem jej ustanowienia⁵⁴. Zdaniem TK z konstytucyjnego nakazu zachowania proporcjonalności wynika zasada „*przyjmowania danej regulacji tylko wówczas, gdy jest niezbędna dla ochrony interesu publicznego, z którym jest powiązana, oraz nakaz kształtowania danej regulacji w sposób zapewniający osiągnięcie zamierzonych skutków, a także wymóg zachowania proporcji między efektami wprowadzonej regulacji a ciężarami względnie niedogodnościami wynikającymi z niej dla obywateli*”⁵⁵. W analizowanym przypadku mamy do czynienia z normą, która – po pierwsze – jest nieprzydatna dla osiągnięcia zamierzonych przez ustawodawcę skutków, nie sprzyja bowiem zwiększeniu dostępu pacjentów do leczenia onkologicznego, a wręcz przeciwnie: istotnie go ogranicza. Po drugie – nie jest ona niezbędna do osiągnięcia tego celu, w toku konsultacji publicznych wielokrotnie podnoszono bowiem, że istnieją inne, mniej inwazyjne metody zapewnienia, że prawo do wydawania kart DiLO nie będzie nadużywane. Mogłyby one polegać na wprowadzeniu zachęt finansowych polegających na premiowaniu lekarzy POZ za każdego właściwie i szybko skierowanego pacjenta z potwierdzoną później chorobą nowotworową (tzw. *referral fee*). Po trzecie – efekty analizowanej regulacji nie odpowiadają wymogom proporcjonalności *sensu stricto*, nie pozostają bowiem w odpowiedniej proporcji do nałożonych na obywateli ograniczeń polegających, z jednej strony, na ograniczeniu swobody wykonywania zawodu lekarza, z drugiej - na ograniczeniu prawa do ochrony zdrowia oraz równości świadczeniobiorców w dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej.

Powyższe ustalenia prowadzą do wniosku, że art. 32a ust. 12-14 Ustawy o świadczeniach w zakresie, w jakim różnicuje sytuację prawną lekarzy POZ, lekarzy AOS i lekarzy udzielających świadczeń szpitalnych jest

⁵⁴ Orzeczenie TK K 8/07.

⁵⁵ Orzeczenie TK K 11/94.



niezgodny z art. 32 Konstytucji RP. Przepisy te pozostają również w sprzeczności z art. 68 ust. 1 i 2 Konstytucji RP ze względu na ograniczenia w równym dostępie pacjentów do świadczeń opieki zdrowotnej w przypadku nieosiągnięcia minimalnego wskaźnika rozpoznawania nowotworów przez lekarza POZ. Przez nadmierną surowość przewidzianych sankcji i ich nieprzydatność do osiągnięcia celu regulacji godzą także w wynikającą z art. 31 ust. 3 w zw. z art. 2 Konstytucji RP zasadę proporcjonalności.

2.5 Sposób ustalania minimalnego wskaźnika rozpoznawania nowotworów (art. 32a ust. 18 Ustawy)

Przepis art. 32a ust. 18 Ustawy o świadczeniach zawiera upoważnienie dla ministra zdrowia do określenia, w drodze rozporządzenia sposobu ustalania indywidualnego wskaźnika rozpoznawania nowotworów oraz wartości minimalnego wskaźnika rozpoznawania nowotworów, przy uwzględnieniu konieczności zapewnienia miarodajnego i obiektywnego charakteru tego wskaźnika. Ze względu na omówioną wyżej wagę wskaźnika i wpływ, jaki ma nieosiągnięcie jego minimalnego poziomu na realizację konstytucyjnego prawa świadczeniobiorców do ochrony zdrowia i zasady równości w dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej, regulacja powyższa budzi wątpliwości dwojakiego rodzaju.

Po pierwsze – **wytyczne co do treści rozporządzenia należy uznać za niewystarczająco szczegółowe w perspektywie rodzaju spraw przekazywanych do uregulowania, a zatem nieodpowiadające wymogom stawianym przez art. 92 ust. 1 Konstytucji i § 66 ust. 2 ZTP.** W myśl art. 92 ust. 1 Konstytucji RP, rozporządzenia są wydawane przez organy wskazane w Konstytucji, na podstawie szczegółowego upoważnienia zawartego w ustawie i w celu jej wykonania, a upoważnienie powinno określać organ właściwy do wydania rozporządzenia i zakres spraw przekazanych do uregulowania oraz wytyczne dotyczące treści aktu. Natomiast zgodnie z §66 ust. 2 ZTP stopień szczegółowości wytycznych powinien być dostosowany do rodzaju spraw przekazywanych do uregulowania w rozporządzeniu; wytyczne powinny być bardziej szczegółowe, gdy przekazywane sprawy dotyczą sytuacji prawnej obywateli. Zgodnie ze stanowiskiem Trybunału „*ZTP stanowią prakseologiczny kanon, który powinien być respektowany przez ustawodawcę demokratycznego państwa prawnego*”⁵⁶. W ocenie Trybunału przy ustalaniu właściwego stopnia szczegółowości wytycznych konieczne jest uwzględnienie rodzaju regulowanej materii, a „*decydujące znaczenie ma w tym zakresie związek regulacji ze sferą praw i wolności jednostki: minimum treściowe wytycznych nie ma charakteru stałego, a wyznaczane być musi a casu ad casum*”⁵⁷. Biorąc pod uwagę, że – jak wykazano wyżej – nieosiągnięcie minimalnego wskaźnika rozpoznawania nowotworów skutkuje ograniczeniem w równym dostępie pacjentów do świadczeń opieki zdrowotnej, wytyczne zawarte w art. 32a ust. 18 Ustawy w

⁵⁶ Orzeczenie TK K 24/00.

⁵⁷ Orzeczenie TK K 12/99.



zakresie, w jakim posługują się zwrotami nieostrymi i odsyłają do kryteriów „miarodajności” oraz „obiektywnego charakteru” uznać należy za niedostatecznie szczegółowe, zwłaszcza w perspektywie specyfiki regulowanej dziedziny stosunków społecznych.

Po drugie – **wątpliwości z punktu widzenia art. 17 ust. 1 Konstytucji RP budzi brak udziału samorządu lekarskiego w procedurze określania zasad ustalania indywidualnego i wartości minimalnego wskaźnika rozpoznawania nowotworów. Wątpliwości te wzmacnia dodatkowo fakt, że nieosiągnięcie drugiego z nich stanowi podstawę quasi-odpowiedzialności zawodowej lekarzy polegającej na okresowym pozbawieniu lekarza POZ uprawnienia do wydawania kart DiLO, zaś samo funkcjonowanie mechanizmu „wskaźnikowego” istotnie ogranicza swobodę wykonywania zawodu przez tę grupę lekarzy.** Zgodnie z art. 17 ust. 1 Konstytucji RP zadaniem samorządów zawodowych jest reprezentowanie osób wykonujących zawody zaufania publicznego i sprawowanie pieczy nad należyтым wykonywaniem tych zawodów w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony. Nie ulega wątpliwości, że sposób ustalania indywidualnego i wysokość minimalnego wskaźnika rozpoznawania nowotworów, ze względu na ich wpływ na realizację prawa do ochrony zdrowia oraz równość w dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej, mieści się w granicach tego interesu. Z tego względu ustawodawca powinien był zapewnić samorządowi lekarskiemu możliwość udziału w procedurze ustalania ww. wskaźników, jako ściśle związanych z wykonywaniem zawodu lekarza.

3. ODRĘBNA LISTA OCZEKUJĄCYCH NA UDZIELENIE ŚWIADCZENIA Z ZAKRESU DIAGNOSTYKI I LECZENIA ONKOLOGICZNEGO (tzw. szybka ścieżka, art. 20 ust. 12-14 Ustawy)

Zgodnie z art. 20 ust. 12 Ustawy o świadczeniach dla świadczeniobiorców objętych diagnostyką mającą na celu rozpoznanie nowotworu złośliwego (diagnostyką onkologiczną) lub leczeniem mającym na celu wyleczenie tego nowotworu (leczeniem onkologicznym) świadczeniodawca prowadzi odrębną listę oczekujących na udzielenie świadczenia. Do zasad tworzenia tej listy nie mają zastosowania kryteria medyczne określone przez Ministra Zdrowia w rozporządzeniu z dnia 26 września 2005 r. w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej. Zostały one sprecyzowane na poziomie ustawowym w art. 20 ust. 13 Ustawy, zgodnie z którym świadczeniodawca umieszcza świadczeniobiorcę, z wyjątkiem świadczeniobiorcy znajdującego się w stanie nagłym, na liście oczekujących w tzw. ścieżce onkologicznej na podstawie karty DiLO oraz następujących kryteriów medycznych opartych na aktualnej wiedzy medycznej:

- 1) stanu zdrowia świadczeniobiorcy;
- 2) rokowania co do dalszego przebiegu nowotworu;



- 3) chorób współistniejących mających wpływ na nowotwór, z powodu którego ma być udzielone świadczenie;
- 4) zagrożenia wystąpienia, utrwalenia lub pogłębienia niepełnosprawności.

3.1 Zróżnicowanie sytuacji prawnej pacjentów onkologicznych i „nieonkologicznych”

Listy oczekujących są typowym dla polskiego systemu ochrony zdrowia instrumentem zarządzania dostępem do limitowanych świadczeń. Zgodnie ze stanowiskiem Sądu Najwyższego „*przy niedoborze środków finansowych na zapewnienie wszelkich niezbędnych świadczeń medycznych, wprowadzono także w naszym systemie ubezpieczeń zdrowotnych limitowanie świadczeń, określający ustawowo zakres i warunki limitowania*”⁵⁸. Zgodnie z art. 132 ust. 5 Ustawy o świadczeniach, wysokość łącznych zobowiązań NFZ wynikających z zawartych ze świadczeniodawcami umów nie może przekroczyć wysokości wydatków przewidzianych na ten cel w planie finansowym Funduszu. Ponieważ środki pozostające w dyspozycji organizatora systemu są ograniczone, ustawodawca zobowiązał Fundusz do bilansowania jego dochodów i kosztów. Przepis art. 20 ust. 5 Ustawy o świadczeniach wymaga, by lista oczekujących prowadzona była w sposób zapewniający poszanowanie zasady sprawiedliwego, równego, niedyskryminującego i przejrzystego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej. Obowiązek ten ma charakter ogólny i dotyczy wszystkich list oczekujących, a zatem zarówno listy pacjentów „nieonkologicznych”, jak i nowo utworzonej listy „onkologicznej”. O ile jednak zróżnicowanie dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej wynikające z funkcjonowania list oczekujących „*nie prowadzi do uprzywilejowania lub dyskryminacji jakichś określonych grup podmiotów rozumianych jako, odpowiednio, przyznanie dodatkowych świadczeń lub ograniczenie gwarancji ustawowej*”⁵⁹, o tyle utworzenie odrębnej listy oczekujących na Nielimitowane świadczenia z zakresu diagnostyki i leczenia onkologicznego, bez zapewnienia dopływu dodatkowych środków na ich sfinansowanie musi odbywać się kosztem pozostałych świadczeniobiorców. Zwłaszcza, że zgodnie z przeprowadzoną przez projektodawców Oceną Skutków Regulacji „*projektowane rozwiązania nie spowodują zwiększenia wydatków na ochronę zdrowia, które muszą zamknąć się w środkach pochodzących z wpływów ze składki na ubezpieczenie zdrowotne pozostających w dyspozycji Narodowego Funduszu Zdrowia*”.

Stan powyższy jest źródłem rodzącego wątpliwości konstytucyjnego zróżnicowania sytuacji prawnej pacjentów onkologicznych i pozostałych grup świadczeniobiorców. Jak wynika z uzasadnienia Projektu ustawy, „*pacjenci onkologiczni są grupą, która ze względu na rodzaj schorzenia powinna być otoczona szczególną troską. Liczba zgonów z powodu nowotworów złośliwych kształtuje się na poziomie 92 700 rocznie (dane za lata 2009-2011) i stanowi drugą największą przyczynę zgonów w Rzeczypospolitej Polskiej*”. Dlatego,

⁵⁸ III CSK 53/05.

⁵⁹ D. E. Lach, Zasada równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, Warszawa 2011.



czytamy dalej, „projektowana zmiana art. 20 Ustawy wprowadza odrębną kategorię pacjentów oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu onkologii przez wyodrębnienie listy oczekujących na te świadczenia z obecnej listy określonej w art. 20 i następujących”. Niezależnie od zasługującego na pozytywną ocenę kierunku zmian, zmierzających do objęcia pacjentów onkologicznych szczególną opieką, należy zwrócić uwagę na wątpliwości konstytucyjne, jakie rodzi sposób realizacji tego – słusznego – celu oraz treść przyjętych rozwiązań. **W zakresie utworzenia odrębnej listy oczekujących na świadczenia z zakresu diagnostyki i leczenia onkologicznego w ramach tzw. szybkiej ścieżki wątpliwości te dotyczą zgodności art. 20 ust. 12-14 Ustawy o świadczeniach z art. 32 i art. 68 ust. 2 Konstytucji RP.**

Jak wielokrotnie podnoszono w toku konsultacji publicznych Projektu, wyodrębnienie kolejki „onkologicznej” rodzi po stronie świadczeniodawców istotne skutki organizacyjne i finansowe. Uwagi w tym zakresie spotykały się jednak stale z jedną odpowiedzią projektodawców: „świadczeniodawca ma tak zorganizować udzielanie świadczeń, aby móc obsłużyć pacjentów z obu kolejek”. Wątpliwości na tle art. 20 ust. 12-14 jest kilka. Po pierwsze – równoległe prowadzenie dwóch kolejek wymaga wzmocnienia potencjału kadrowego, technicznego i organizacyjnego świadczeniodawców, co generuje dodatkowe koszty nieznajdujące pokrycia w środkach przekazywanych im przez Fundusz. Po drugie – w ośrodkach wieloprofilowych, w których pacjenci onkologiczni stanowią tylko jedną z grup hospitalizowanych powstaje problem zabezpieczenia świadczeniobiorców nieonkologicznych „zagrożonych co do zdrowia lub życia, oczekujących na to samo łóżko, na które czeka pacjent onkologiczny”⁶⁰. Przy założeniu odrębności kolejek w ośrodkach takich konieczne będzie „blokowanie” miejsc w ramach puli przeznaczonej do obsługi pacjentów onkologicznych, co negatywnie wpłynie na dostęp do świadczeń pozostałych pacjentów. Po trzecie – nawet jeśli kwota zobowiązania Funduszu w zakresie świadczeń diagnostyki i leczenia onkologicznego nie wlicza się do limitu określonego w umowie z danym świadczeniodawcą, a więc *prima facie* szczególna pozycja pacjentów onkologicznych nie powoduje, że finansowanie tych świadczeń odbywa się kosztem pozostałych świadczeniobiorców, to globalnie są one finansowane z niepowiększonej puli środków zgromadzonych w NFZ. Wobec braku dodatkowych środków, finansowanie świadczeń z zakresu diagnostyki i leczenia onkologicznego bazować będzie na przesunięciach dokonywanych ze środków przeznaczonych na finansowanie innych świadczeń zdrowotnych. Spowoduje to obniżenie limitów przewidzianych w umowach zawieranych ze świadczeniodawcami, skutkując pogorszeniem sytuacji świadczeniobiorców oczekujących na udzielenie świadczeń nieonkologicznych.

Wobec powyższego art. 20 ust. 12-14 Ustawy budzi wątpliwości z punktu widzenia konstytucyjnych zasad równości i równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej. Zgodnie z przytaczanym już fragmentem uzasadnienia Projektu za kryterium wyodrębnienia pacjentów onkologicznych z grupy pozostałych świadczeniobiorców przyjęto rodzaj schorzenia. Jak wynika z uzasadnienia, choroby nowotworowe wyróżnia fakt, że stanowią drugą

⁶⁰ Uwagi Pracodawców RP.



najczęstszą przyczynę zgonów w Polsce oraz ich dynamiczny przebieg wymagający szybkiej diagnostyki i terapii. Tymczasem ustanowiona w art. 32 Konstytucji RP zasada równości wymaga, by wybór cechy relewantnej – mający charakter aksjologiczny – dokonywany był na podstawie zobiektywizowanych i racjonalnych kryteriów⁶¹. Ustawodawca może więc różnicować określone grupy podmiotów podobnych, o ile kryterium zróżnicowania pozostaje w racjonalnym związku z celem oraz treścią danej regulacji. Waga interesów, którym zróżnicowanie ma służyć musi przy tym pozostawać w proporcji do wagi interesów naruszonych przez jego wprowadzenie, zaś kryterium zróżnicowania musi pozostawać w związku z innymi wartościami konstytucyjnymi uzasadniającymi odmienne traktowanie wyodrębnionej w ten sposób grupy podmiotów.

W obliczu powyższego objęcie szczególną regulacją pacjentów onkologicznych (w praktyce tylko tych, którym wystawiono kartę DiLO) uznać można za arbitralne. Z uzasadnienia Projektu nie wynika, jakie kryteria decydują o wyodrębnieniu listy świadczeniobiorców dotkniętych chorobą nowotworową (tj. wybranymi przez prawodawcę rodzajami chorób nowotworowych), nie uzasadniając jednocześnie podobnego traktowania np. osób cierpiących na choroby układu krążenia (np. niektóre kardiomiopatie wymagające równie szybkiej terapii, co nowotwory złośliwe), stanowiące zresztą pierwszą najczęstszą przyczynę zgonów w Polsce. Również w opinii BAS autorstwa T. Sroki. zwraca się uwagę, że „zawarte w uzasadnieniu projektu ustawy zdanie „Pacjenci onkologiczni są grupą, która ze względu na rodzaj schorzenia powinna być otoczona szczególną troską”, jest „niewystarczającym uzasadnieniem” oraz że „konieczne mimo wszystko byłoby dokładne wskazanie, jakie uzasadnione konstytucyjnie racje przemawiają za szczególnymi uprawnieniami w dostępie do diagnostyki i leczenia osób cierpiących na nowotwór złośliwy (lub u których się taki nowotwór podejrzewa), wykraczającymi poza obecne regulacje prawne”⁶². Podobne wątpliwości podnosił w opinii BAS G. Ciura, którego zdaniem „nie wydaje się uzasadnione odrębne regulowanie w ustawie zasad udzielania świadczeń dotyczących jednego schorzenia (w tym przypadku chorób nowotworowych). W uzasadnieniu projektu ustawy brak jest argumentów wskazujących, że właśnie postępowanie w diagnostyce i leczeniu chorób nowotworowych ma tak odrębną specyfikę, że musi być traktowane wyjątkowo”⁶³.

3.2 Kryteria ustalania kolejności na liście oczekujących na udzielenie świadczenia w tzw. szybkiej ścieżce onkologicznej

Przepis art. 20 ust. 13 Ustawy wskazuje na dwa zasadnicze kryteria, które świadczeniodawcy mają obowiązek uwzględniać, umieszczając świadczeniobiorcę na liście oczekujących na diagnostykę lub leczenie

⁶¹ K 27/11.

⁶² Opinia BAS z 7 lipca 2014 r. na temat projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (druk nr 2505) – T. Sroka

⁶³ Opinia merytoryczna BAS z 7 lipca 2014 r. do rządowego projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (druk sejmowy nr 2505) – G. Ciura.



onkologiczne. Są nimi karta DiLO oraz wymienione w pkt 1-4 kryteria medyczne oparte na aktualnej wiedzy medycznej: stan zdrowia świadczeniobiorcy, rokowania co do dalszego przebiegu nowotworu, choroby współistniejące mające wpływ na nowotwór, z powodu którego ma być udzielone świadczenie oraz zagrożenie wystąpienia, utrwalenia lub pogłębienia niepełnosprawności.

Regulacja ta budzi wątpliwości dwojakiego rodzaju. Po pierwsze – brak w niej kryterium kolejności zgłoszenia. Po drugie – bez przeprowadzenia odpowiedniej diagnostyki nie jest możliwe określenie stanu zdrowia świadczeniobiorcy. Diagnostyka taka wymaga uprzedniego przeprowadzenia badania – dopiero wówczas możliwa jest ocena stanu zdrowia pacjenta przy zastosowaniu kryteriów medycznych wymienionych w art. 20 ust. 13 pkt 1-4 Ustawy, a decydujących o umieszczeniu na liście oczekujących w tzw. szybkiej ścieżce. Również wzór karty diagnostyki i leczenia onkologicznego stanowiący załącznik do Rozporządzenia MZ w sprawie wzoru karty DiLO w sekcji „BB. Diagnostyka podstawowa” wypełnianej przez lekarza POZ wystawiającego kartę, zawiera rubryki obejmujące wyłącznie wykonane badania i choroby współistniejące. Karta DiLO nie jest zatem źródłem danych wystarczających do ustalenia pozycji pacjenta w ramach listy oczekujących. W toku konsultacji publicznych Projektu ustawy wielokrotnie podnoszono też problem braku możliwości odpowiedniego zdiagnozowania pacjenta w warunkach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Przepis art. 20 ust. 13 Ustawy należy więc uznać za nieprzydatny z punktu widzenia celu wprowadzonej regulacji, tj. skrócenia kolejek pacjentów oczekujących na świadczenia opieki zdrowotnej z zakresu diagnostyki i leczenia onkologicznego oraz ich zorganizowania w sposób zapewniający sprawną i szybką obsługę świadczeniobiorców. Dokonany przez ustawodawcę wybór kryteriów umieszczania pacjentów na listach oczekujących jest dalece nieracjonalny, skoro generuje potrzebę uprzedniego zbadania pacjenta w celu ich określenia, nie rozstrzygając przy tym w jakiej kolejności badanie to będzie się odbywać.

4. ZAKRES DANYCH OSOBOWYCH ŚWIADCZENIOBIORCÓW PRZEKAZYWANYCH AGENCJI (art. 31lc ust. 2 Ustawy)

Zgodnie z art. 31lc ust. 1 Ustawy o świadczeniach Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji jest uprawniona do gromadzenia i przetwarzania danych niezbędnych do określenia taryfy świadczeń. Przepis art. 31lc ust. 2 Ustawy wymienia dane świadczeniobiorców, jakie Agencja ma prawo przetwarzać w celu określenia taryfy świadczeń, zaliczając do nich:

- numer PESEL, a w przypadku jego braku – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość;
- adres miejsca zamieszkania;
- dane dotyczące udzielania oraz finansowania świadczeń opieki zdrowotnej.



Dane te są, zgodnie z art. 31lc ust. 3 Ustawy, nieodpłatnie udostępniane Agencji przez podmioty zobowiązane do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych.

Ze względu na brak precyzji w określeniu zakresu danych świadczeniobiorców, do których przetwarzania uprawniona jest Agencja, a także brak konieczności gromadzenia i przetwarzania niektórych z nich w demokratycznym państwie prawa przepis art. 31lc ust. 2 Ustawy rodzi wątpliwości z punktu widzenia standardów określonych w art. 2 i art. 51 ust. 2 Konstytucji RP.

Po pierwsze – niejasny i trudny do ustalenia jest zakres „danych dotyczących udzielania oraz finansowania świadczeń opieki zdrowotnej”. Precyzyjne i wyczerpujące określenie zakresu tych informacji byłoby wskazane ze względu na obecność danych wrażliwych dotyczących stanu zdrowia świadczeniobiorcy, wymagających przez to szczególnej ochrony. Po drugie – zgodnie z art. 51 ust. 2 Konstytucji RP władze publiczne nie mogą pozyskiwać, gromadzić i udostępniać innych informacji o obywatelach niż niezbędne w demokratycznym państwie prawnym. Za informacje „niezbędne” z punktu widzenia władz publicznych należy uznać takie dane, bez których posiadania nie będą one zdolne do podjęcia (lub zakończenia) działań w ramach przyznanych im kompetencji. Taryfikacja prowadzona przez Agencję ma polegać na punktowym określeniu wartości świadczeń na podstawie danych kosztowych przekazywanych jej przez świadczeniodawców. Z punktu widzenia prawidłowego przebiegu tej procedury przetwarzanie przez Agencję danych identyfikujących świadczeniobiorców takich jak PESEL, czy adres zamieszkania nie wydaje się konieczny.

5. TRYB USTALANIA OGÓLNYCH WARUNKÓW UMÓW O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ (art. 137 ust. 2 Ustawy)

Zgodnie z art. 137 ust. 2 Ustawy ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej określa w drodze rozporządzenia minister właściwy do spraw zdrowia, kierując się interesem świadczeniobiorców oraz koniecznością zapewnienia właściwego wykonania umów. Przepis ten w brzmieniu sprzed Nowelizacji przewidywał poddawanie projektu ogólnych warunków umów (dalej: „OWU”) przygotowywanego przez Prezesa NFZ uzgodnieniom z Naczelną Radą Lekarską, Naczelną Radą Pielęgniarek i Położnych oraz reprezentatywnymi organizacjami świadczeniodawców. Znowelizowany art. 137 Ustawy eliminuje procedurę uzgodnień ze środowiskiem lekarzy, pielęgniarek, położnych i świadczeniodawców, pozbawiając te podmioty wpływu na ostateczny kształt OWU. Jak zwraca się uwagę w opinii BAS, „ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej nie są typowym wzorcem umownym z art. 384 i n. k.c., którego postanowienia mogłyby być następnie oceniane przez pryzmat niedozwolonych klauzul umownych, albowiem mają one postać aktu normatywnego (określane są w drodze rozporządzenia). W związku z tym wydaje



się, że przed ustaleniem lub zmianą treści ww. ogólnych warunków umów winny nastąpić stosowne konsultacje z osobami lub podmiotami, które będą następnie stroną umów, w których ogólne warunki umów będą stosowane”.

Z uzasadnienia Projektu ustawy wynika, „*że upoważnienie ustawowe do wydania wskazanego rozporządzenia dla Ministra Zdrowia, bez konieczności zasięgnięcia odrębnej opinii ww. podmiotów, [wprowadzono] z uwagi na to, że każdy projekt rozporządzenia podlega uzgodnieniom i konsultacjom publicznym*”. Należy zauważyć, że tryb procedowania z projektem rozporządzenia ministra określony w Regulaminie pracy RM stwarza mniejsze gwarancje należytego uzgodnienia materii będącej jego przedmiotem, niż dotychczasowa regulacja ustawowa. Nie tylko ze względu na rangę aktu regulującego przebieg uzgodnień, ale też termin przedstawienia projektu, czas trwania samego procesu i jego tryb. Zgodnie z §142 ust. 1 Regulaminu pracy RM zasadą jest, że termin na zajęcie stanowiska w toku konsultacji publicznych projektu rozporządzenia ministra wynosi co najmniej 10 dni od dnia jego udostępnienia. Natomiast zgodnie z art. 137 ust. 2 Ustawy sprzed nowelizacji projekt OWU przesyłano do uzgodnień NRL, NRPP i reprezentatywnym organizacjom świadczeniodawców najpóźniej 15 kwietnia, a jego uzgodnienie miało nastąpić do 31 maja. Różnił się również tryb uzgodnień. W poprzednim stanie prawnym polegały one na prowadzeniu negocjacji z udziałem ww. podmiotów, a projekt uznawano za uzgodniony, jeśli przedstawiciele wszystkich stron biorących udział w negocjacjach złożyli pod nim własnoręczne podpisy. W przypadku konsultacji publicznych projektu dokumentu rządowego organ wnioskujący nie ma obowiązku uwzględniania zgłoszonych uwag, a odniesienie się do nich – jak dowodzi praktyka, w tym także praktyka procedowania z Projektem ustawy – niejednokrotnie sprowadza się do stwierdzenia w ich zbiorczym zestawieniu, że uwagi nie uwzględniono, bo jest niezasadna.

Powyższe zmiany wskazują na niezgodność art. 137 ust. 2 Ustawy z art. 17 Konstytucji RP w zakresie, w jakim pozbawiają NRL i NRPP wpływu na kształt OWU w ramach ich konstytucyjnej funkcji reprezentowania osób wykonujących zawody zaufania publicznego oraz sprawowania pieczy nad należyтым wykonywaniem tych zawodów w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony.

6. WYŁĄCZENIE STOSOWANIA PRZEPISÓW USDG (art. 5 Nowelizacji)

Zgodnie z art. 5 Nowelizacji ustawy o świadczeniach w Ustawie o swobodzie działalności gospodarczej po art. 84aa dodaje się art. 84ab, zgodnie z którym w odniesieniu do kontroli świadczeniodawców dokonywanej przez podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych na podstawie Ustawy o świadczeniach nie stosuje się przepisów dotyczących równoczesnego podejmowania i prowadzenia więcej niż jednej kontroli działalności przedsiębiorcy (art. 82 USDG) oraz przepisów dotyczących



łącznego czasu trwania wszystkich kontroli organu kontroli u przedsiębiorcy w danym roku kalendarzowym (art. 83 USDG). Wyłączenie to oznacza, że kontrole przeprowadzane przez Fundusz u świadczeniodawców nie doznają ograniczeń ani w zakresie liczby równoległe prowadzonych kontroli, ani ich czasu i częstotliwości. W uzasadnieniu Projektu stwierdzono, że wyłączenie stosowania ww. przepisów „wynika ze specyfiki kontroli wykonania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej”. Ze względu na ograniczenie swobody działalności gospodarczej świadczeniodawców, jakim skutkuje wyłączenie stosowania art. 82 i art. 83 USDG, których *ratio* stanowi zabezpieczenie tej swobody przed nadmierną ingerencją ze strony władz publicznych, uzasadnienie to uznać trzeba za niewystarczające. Uprawnienie do kontroli świadczeniodawców ma podstawę ustawową i jest niezależne od woli stron umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Podczas kontroli sposobu realizacji umów przez świadczeniodawców Fundusz realizuje zatem zadania władzy publicznej w zakresie zapewniania dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej (art. 14 Ustawy), jako taki powinien więc być związany ograniczeniami wynikającymi w tym zakresie z USDG.

Nieznajdujące uzasadnienia w ważnym interesie publicznym odstępstwo od stosowania przepisów stanowiących gwarancję swobody działalności gospodarczej prowadzonej przez podmioty lecznicze, naraża się więc na zarzut niezgodności z art. 22 w zw. z art. 20 Konstytucji RP. Usankcjonowane przez art. 5 Nowelizacji ograniczenia konstytucyjnej wolności działalności gospodarczej uznać należy za nieproporcjonalne i nieprzydatne w stosunku do założonego celu regulacji i wagi interesu, który mają chronić. Nieograniczone w czasie i liczbie kontrole świadczeniodawców prowadzone przez NFZ stwarzają bowiem ryzyko paraliżowania działalności wykonywanej przez te podmioty, nie gwarantując przy tym wzrostu jakości udzielanych świadczeń.



Domański Zakrzewski Palinka sp. k.

Rondo ONZ 1, 00-124 Warszawa

T: +48 22 557 76 00

F: +48 22 557 76 01

ul. Paderewskiego 8, 61-770 Poznań

T: +48 61 642 49 00

F: +48 61 642 49 50

ul. Powstańców Śląskich 2-4, 53-333 Wrocław

T: +48 71 712 47 00

F: +48 71 712 47 50

www.dzp.pl