

MEMO EKONOMICZNE

„Lex szarlatan” w cieniu kryzysu Narodowego Funduszu Zdrowia — paradoks ekonomiczny ustawy UD207

Data: czerwiec 2026 **Adresaci docelowi:** Redakcje mediów ekonomicznych (Rzeczpospolita Ekonomia, Money.pl, Business Insider Polska, Forbes, Bankier.pl); ekonomiści zdrowia; posłowie Komisji Zdrowia i Komisji Finansów Publicznych; opinia publiczna zaniepokojona kryzysem systemu zdrowia.

STRESZCZENIE WYKONAWCZE

Projekt ustawy o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (UD207, potocznie „lex szarlatan”, przyjęty przez Radę Ministrów 12 maja 2026 r.; uchwalony przez Sejm 3 lipca 2026 r. i skierowany do Senatu) jest publicznie prezentowany jako narzędzie ochrony pacjentów. **Analiza ekonomiczna pokazuje jednak, że jego skutkiem będzie pogłębienie kryzysu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia** — instytucji, która już w 2025 r. wymagała dotacji z budżetu państwa w wysokości blisko **33 mld zł** dla pokrycia bieżących wydatków.

W tym memo argumentujemy, że ustawa, eliminując rynek prywatnej medycyny komplementarnej, **wymusza migrację pacjentów do publicznego systemu NFZ**, którego struktura finansowa już dziś jest na granicy niewydolności. Paradoksalnie, **medycyna komplementarna jest jednym z niewielu segmentów ochrony zdrowia, który nie obciąża budżetu publicznego** — bo jest w pełni finansowana z prywatnych środków pacjentów. Likwidacja tego segmentu pogłębi kolejki, koszty refundowanych leków wspomagających i obciążenie systemu publicznego.

Hipoteza robocza: Jeśli 20% pacjentów onkologicznych korzysta z terapii uzupełniających w sektorze prywatnym, ich powrót do systemu NFZ wygeneruje **wymierne straty rządu setek milionów złotych rocznie** — w postaci dodatkowych kosztów leków refundowanych (Neulasta, Emend, opioidy), świadczeń ambulatoryjnych, hospitalizacji z powodu powikłań chemioterapii oraz wydłużenia kolejek dla pozostałych pacjentów.

1. KONTEKST FINANSOWY — NFZ W 2025 R.

Twarde dane

Budżet NFZ 2024: ok. **157 mld zł** plan świadczeń medycznych.

Budżet NFZ 2025 — dwie wersje planu: - Plan pierwotny (zatwierdzony w czerwcu 2024 r.): **183,6 mld zł** - Plan finalny po nowelizacjach: **ponad 220 mld zł** (cytat PAP, 2 marca

2026 r.: „Ostatecznie plan finansowy NFZ na 2025 r. przekroczył 220 mld zł, z czego budżet państwa pokrył blisko 33 mld zł. Fundusz nadwykonania oszacował na ponad 5 mld zł.”)

Wzrost rok do roku 2024 – 2025: +26 mld zł.

Dotacja budżetu państwa do NFZ: wzrost z 18,3 mld zł (2024) do **blisko 33 mld zł (2025)** — wzrost o niemal 80%. Bez tej dotacji system byłby niewypłacalny.

Wydatki refundacyjne

Wydatki NFZ na refundację leków, programów lekowych i chemioterapii w 2025 r. (dane I–XI/2025): **26,53 mld zł** — co stanowi 89,09% planu rocznego (źródło: alertmedyczny.pl). Plan roczny refundacji szacowany na ok. **29,8 mld zł**.

Wydatki Polski na zdrowie w kontekście międzynarodowym

Raport OECD „Health at a Glance 2025” (listopad 2025):

Wskaźnik

Wydatki na zdrowie (% PKB)

Polska jest **strukturalnie niedofinansowana** w stosunku do średnich europejskich i OECD. Strata względem średniej OECD wynosi ponad 1 punkt procentowy PKB; względem krajów UE-15 — niemal 2 punkty procentowe.

2. SYSTEM NA GRANICY NIEWYDOLNOŚCI — STRUKTURALNE SKUTKI

Konsekwencje strukturalnego niedofinansowania NFZ są szeroko udokumentowane:

- **Kolejki do specjalistów** — w przypadku onkologii klinicznej i radioterapii czas oczekiwania na pierwszą wizytę przekracza w wielu województwach 6 miesięcy.
- **Niedobór lekarzy specjalistów** — Polska ma jeden z najniższych w UE wskaźnik liczby lekarzy specjalistów na 100 tys. mieszkańców; w ostatniej dekadzie wyemigrowało z systemu kilka tysięcy lekarzy.
- **Wzrost out-of-pocket spending** — pacjenci pokrywają z własnej kieszeni rosnącą część kosztów leczenia (prywatne wizyty, leki nierefundowane, suplementy, prywatna diagnostyka, terapie uzupełniające).
- **Zadłużenie szpitali** — w 2024 r. wiele szpitali publicznych raportowało strukturalne straty, niektóre na granicy bankructwa.

W tym kontekście **każde dodatkowe obciążenie systemu publicznego jest mnożnikiem ryzyka** dla jakości świadczeń wobec wszystkich pacjentów.

3. CO ROBI „LEX SZARLATAN” W KONTEKŚCIE EKONOMICZNYM

Projekt UD207 wprowadza:

— Kary administracyjne do **1 000 000 zł** dla podmiotów leczniczych stosujących metody uznane przez Rzecznika Praw Pacjenta za niezgodne z „aktualną wiedzą medyczną”. — Karę osobistą dla kierownika podmiotu do dwudziestokrotności przeciętnego wynagrodzenia (ok. 160 tys. zł). — Decyzje tymczasowe z rygorem natychmiastowej wykonalności (art. 64a) zamykające gabinety przed wysłuchaniem strony. — Rozszerzenie zakresu na podmioty niezarejestrowane oraz osoby fizyczne. — Publiczne ostrzeżenia RPP przed zakończeniem postępowania.

W praktyce: **likwidacja rynku prywatnej medycyny komplementarnej** w Polsce, w tym:

— Ambulatoryjnych klinik terapii wspomagających w onkologii (m.in. wlewy witaminowe, terapie ziołowe i metody fizykalne) — Praktyki ILADS w leczeniu boreliozy (wprost wymienionej w uzasadnieniu projektu) — Praktyki integracyjne w obszarze chorób autoimmunologicznych, neurodegeneracyjnych, alergicznych — Suplementacji w trybie pre- i okołoperacyjnym onkologicznym

Wszystkie te segmenty obecnie funkcjonują **całkowicie poza budżetem NFZ** — finansowane są z prywatnych środków pacjentów, którzy świadomie decydują się na ich wykorzystanie.

4. KLUCZOWY PARADOKS — DLACZEGO USTAWA POGŁĘBI KRYZYS NFZ

Teza wiodąca

Pacjenci wybierający medycynę komplementarną w sektorze prywatnym **odciążają system NFZ** — pokrywają koszty z własnych środków, nie obciążają kolejek, w wielu wypadkach generują pozytywne efekty uboczne (lepszą tolerancją terapii konwencjonalnej, mniejsze zapotrzebowanie na refundowane leki wspomagające).

Likwidacja tego segmentu **odwraca ten przepływ** — pacjenci wrócą do systemu publicznego i wygenerują dodatkowe koszty.

Pięć mechanizmów wzrostu kosztów NFZ

Mechanizm 1: Wzrost zapotrzebowania na leki refundowane wspomagające leczenie onkologiczne. Pacjenci stosujący terapie integracyjne często **lepiej tolerują chemioterapię**: mniejsze nudności, zmęczenie, neuropatia obwodowa, wymioty, leukopenia. Po eliminacji terapii integracyjnych wzrośnie zapotrzebowanie na:

- Pegfilgrastim (Neulasta) — czynnik wzrostu G-CSF w neutropenii po chemioterapii. Koszt: ok. 4 000–6 000 zł za jedną iniekcję, kilka iniekcji per cykl chemioterapii.
- Aprepitant (Emend) — preparat przeciwwymiotny. Koszt: ok. 200–400 zł za cykl chemioterapii.

- Ondansetron, palonosetron — leki przeciwwymiotne 5-HT3. Koszty znaczne dla NFZ przy populacjach wielotysięcznych.
- Opioidy (oksykodon, morfina) — przy gorszej tolerancji leczenia, większe zapotrzebowanie w opiece paliatywnej.

Mechanizm 2: Wzrost liczby wizyt kontrolnych w POZ i ambulatorium specjalistycznym. Pacjenci stosujący terapie integracyjne często mają **mniejsze zapotrzebowanie na kontrolne wizyty NFZ-owskie**, ponieważ korzystają równolegle z opieki ambulatoryjnej w sektorze prywatnym. Eliminacja sektora prywatnego przekieruje tych pacjentów do systemu publicznego.

Mechanizm 3: Wzrost hospitalizacji z powodu powikłań chemioterapii. Powikłania takie jak neutropenia, biegunka, odwodnienie, ostre nudności — niejednokrotnie wymagają hospitalizacji. Lepsza tolerancja leczenia w grupie pacjentów stosujących terapie integracyjne (witamina C IV, glutamina, kurkumina) jest opisywana w literaturze (Carr A.C., Cook J., Front Oncol 2020; Block K.I. et al., Integrative Cancer Therapies, różne publikacje).

Mechanizm 4: Wydłużenie kolejek dla wszystkich pacjentów onkologicznych. Dodatkowe wizyty, dodatkowe hospitalizacje, dodatkowe konsultacje — w systemie z ograniczonymi zasobami przekładają się na **wydłużenie czasu oczekiwania dla pozostałych pacjentów**.

Mechanizm 5: Wzrost zapotrzebowania na świadczenia paliatywne. W badaniach jakości życia w onkologii integracyjnej obserwuje się poprawę QoL i zmniejszenie zapotrzebowania na opioidy w ostatniej fazie choroby. Eliminacja tych terapii przekłada się na wzrost kosztów opieki paliatywnej.

4a. Dalsze argumenty ekonomiczne

Pod-inkluzywność. Projekt jest zarazem zbyt szeroki i zbyt wąski. Zbyt wąski, bo podmiot działający w złej wierze może zarejestrować działalność poza Unią Europejską i pozostać poza zasięgiem ustawy — Rzecznik może wobec niego najwyżej opublikować ostrzeżenie. Realnie obciążeni zostaną krajowi, jawnie i uczciwie działający świadczeniodawcy. Środek, który nie sięga głównego źródła nadużyć, a dotkliwie obciąża uczciwych, nie spełnia testu niezbędności i proporcjonalności (art. 31 ust. 3 Konstytucji RP).

Szybka ścieżka i finansowanie z własnych środków. Dla pacjenta onkologicznego czas jest częścią leczenia. Dla świadczeń z użyciem preparatów zarejestrowanych i stosowanych off-label powinna wystarczać pełna informacja i świadoma zgoda — bez zbędnych formalności. Ścieżki eksperymentalne (eksperyment leczniczy, badanie kliniczne) powinny być realnie przyspieszone i odbiurokratyzowane, przy zachowaniu niezbędnego minimum gwarancji (świadoma zgoda, dokumentacja, opinia komisji bioetycznej w trybie pilnym). Świadczenia te pacjenci finansują z własnych środków — nie obciążają budżetu państwa ani kolejek NFZ.

Wsparcie rozwoju. Brak dowodów wysokiej jakości nie przesądza ani o nieskuteczności, ani o niebezpieczeństwie metody — bywa skutkiem braku finansowania. Badanie III fazy to lata i dziesiątki-setki milionów; stać na nie niemal wyłącznie komercyjnych sponsorów, przez co substancje bez patentu (naturalne, repurposed) są w systemie rejestracji strukturalnie upośledzone niezależnie od potencjału. Państwo powinno wspierać niezależne badania, standaryzację i nadzór jakości medycyny integracyjnej — na wzór rozwiązań w innych państwach UE — co podnosi bezpieczeństwo pacjentów, rozwija polską naukę i odciąża system publiczny.

5. SZACUNEK SKALI — HIPOTEZA 20%

Założenia szacunku

Przyjmujemy, że obecnie około **20% pacjentów onkologicznych w Polsce** korzysta równolegle z terapii integracyjnych w sektorze prywatnym. (Szacunek roboczy; w wielu badaniach europejskich ten odsetek waha się od 15% do 50% w zależności od kraju, typu nowotworu i fazy choroby — Horneber M. et al., Deutsches Ärzteblatt 2012; Molassiotis A. et al., Annals of Oncology 2005, badanie EUROCAM.)

W Polsce w 2024 r. zarejestrowano ok. 170 tys. nowych przypadków nowotworów; populacja pacjentów onkologicznych w aktywnym leczeniu obejmuje wraz z poprzednimi rocznikami ok. 1 mln osób.

Hipoteza 20% → ok. 200 tys. pacjentów w Polsce korzysta z terapii uzupełniających.

Szacunek dodatkowych kosztów NFZ

Średni koszt leków wspomagających dla 1 pacjenta onkologicznego w trakcie cyklu leczenia: 5 000–15 000 zł rocznie (zależnie od rodzaju nowotworu i protokołu).

Jeśli wszystkim 200 tys. pacjentów dotychczas korzystających z terapii uzupełniających trzeba będzie pokryć **dodatkowe** koszty leków wspomagających i świadczeń kontrolnych ze średnim wzrostem zapotrzebowania o 30% (konserwatywne założenie):

- $200\,000 \text{ pacjentów} \times 5\,000 \text{ zł} \times 30\% = \mathbf{300 \text{ mln zł rocznie}}$
- $200\,000 \text{ pacjentów} \times 10\,000 \text{ zł} \times 30\% = \mathbf{600 \text{ mln zł rocznie}}$

Dodatkowe obciążenie NFZ szacowane: 300–600 mln zł rocznie.

Dla porównania — pełen budżet refundacyjny NFZ w 2025 r. wynosi ok. 30 mld zł; szacowany dodatkowy koszt to **1–2% rocznego budżetu refundacyjnego**, dodany do systemu, który już dziś wymaga 33 mld zł dotacji budżetowej dla domknięcia rachunków.

Wynik fiskalny

W kontekście systemu, który już dziś przekracza możliwości finansowe państwa, **każde dodatkowe obciążenie 300–600 mln zł rocznie** ma realny i negatywny wpływ na zdolność NFZ do obsługi wszystkich pacjentów.

Lex szarlatan w istocie **przerzuca koszty z prywatnych portfeli pacjentów na budżet publiczny**, jednocześnie eliminując sektor, który dotąd działał poza budżetem państwa.

6. PORÓWNANIE MIĘDZYNARODOWE — KRAJE Z REGULOWANYM SEKTOREM CAM

Polska wybiera jako jedyna w Europie ścieżkę **penalizacji administracyjnej kar do 1 mln zł**. Inne kraje europejskie wybierają model **regulacji i licencjonowania**:

Szwajcaria

— Art. 118a Konstytucji (referendum 2009 r.): konstytucyjny obowiązek państwa „uwzględniania medycyny komplementarnej” — Od 2017 r. — pięć metod CAM **refundowanych z powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego**: medycyna antropozoficzna (jemioła/Iscador), homeopatia, tradycyjna medycyna chińska, medycyna naturalna, terapia nerwowa — Refundacja jemioły jako uzupełniającego leczenia onkologicznego — TAK — Lekarze z dodatkowymi uprawnieniami CAM — wymóg ukończenia szkoleń i certyfikacji

Niemcy

— Zawód Heilpraktiker: ok. **50 000 aktywnych specjalistów** (dane 2023 r.) — Państwowy egzamin przed lokalnym Gesundheitsamt — Refundacja jemioły jako uzupełniającego leczenia onkologii — częściowa, przez niektóre kasy chorych — Witamina C dożylna i metody fizykalne (np. hipertermia) — stosowane przez lekarzy (Ärzte) w ramach Individualtherapie

Kanada

— Ontario i British Columbia: naturopaci zawodem regulowanym (Ontario od 2015 r., College of Naturopaths of Ontario) — Witamina C dożylna: dostępna w sektorze prywatnym przez lekarzy MD — Modele regulacyjne wzrostowe — wszystkie prowincje wprowadzają lub przeglądają regulacje

Terapia jemiołą (Iscador) — w Szwajcarii refundowana z powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego od 2017 r. (art. 118a Konstytucji + uchwała Federalnego Urzędu Zdrowia Publicznego), w Niemczech częściowo refundowana przez kasy chorych jako uzupełniające leczenie onkologiczne. W Polsce praktyki ambulatoryjne stosujące terapie wspomagające są zagrożone karą do 1 mln zł na mocy projektowanego art. 67zj UD207. Kontrast nie wynika z różnicy stanu nauki — wynika z różnicy filozofii regulacyjnej. Polska wybiera ścieżkę penalizacji administracyjnej tam, gdzie inne państwa europejskie wybierają proporcjonalną regulację.

6a. KONTEKST GLOBALNY — STRATEGIA WHO TCIM 2025–2034 I DOWODY EKONOMICZNE CAM

Stanowisko WHO i UE

Rezolucją **WHA78(14)** z dnia **27 maja 2025 r.** Światowa Organizacja Zdrowia przyjęła w drodze konsensusu **Globalną Strategię Medycyny Tradycyjnej, Komplementarnej i Integracyjnej (TCIM) 2025–2034** (dokument WHO, [apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA78/A78_\(14\)-en.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA78/A78_(14)-en.pdf); publikacja: who.int/publications/i/item/9789240113176). Strategia nie formułuje tezy o automatycznych oszczędnościach dla systemów zdrowia, lecz wskazuje na potrzebę oceny **efektywności kosztowej, bezpieczeństwa, jakości i skuteczności TCIM** jako warunków odpowiedzialnej integracji z systemami ochrony zdrowia.

Polska jako państwo członkowskie Unii Europejskiej była stroną przyjęcia tej rezolucji. Oświadczenie UE złożone 24 maja 2025 r. (EEAS, pkt 13.8 porządku obrad WHA78, w imieniu UE i 27 państw członkowskich) **nie stanowiło bezwarunkowego poparcia dla wszystkich praktyk TCIM** — wskazywało na potrzebę integracji wyłącznie w oparciu o evidence-based medicine, bezpieczeństwo, jakość, skuteczność i efektywność kosztową, oraz wzywało WHO do „*being firm and vocal against harmful and/or ineffective practices that may be disguised as alternative medicines*”. Stanowisko UE — i tym samym Polski — wpisuje się w model regulowanej integracji, nie w model penalizacji administracyjnej.

Dowody ekonomiczne z analiz CAM

Twardych dowodów empirycznych dotyczących efektywności kosztowej wybranych terapii komplementarnych dostarczają opublikowane badania ekonomiczne:

— **Witt et al. 2005, BMJ** — analiza kosztów akupunktury u pacjentów ubezpieczalni BKK (Niemcy): koszt na rok życia skorygowany jakością (QALY) dla bólu pleców wyniósł **4 688 EUR** wobec 4 000–11 000 EUR dla terapii konwencjonalnych. Wniosek autorów: akupunktura jest „potencjalnie opłacalna” dla wskazania.

— **Herman et al. 2005, Annals of Internal Medicine** (PMID 15932647) — przegląd badań ekonomicznych: akupunktura dla migreny, terapia manualna dla bólu szyi, spa dla choroby Parkinsona — kosztowo-efektywne w porównaniu ze standardową opieką.

— **Ezzo et al. 2001, J Altern Complement Med** (PMID 11399029) — z 39 włączonych badań ekonomicznych 14 spełniało kryteria efektywności kosztowej, najsilniejszy sygnał dla akupunktury i terapii manualnej.

— **Reinhold et al. 2011, Forsch Komplementmed** (PMID 22036521) — przegląd 143 badań ekonomicznych dotyczących CAM, wskazujący na potrzebę standaryzacji metodologicznej.

— **Canfield et al. 2016, Oncology** (PMID 27607437) — 43 badania ekonomiczne CAM w onkologii; brak argumentów przeciw stosowaniu analiz ekonomicznych w tej dziedzinie, wymóg rygorystycznej metodologii.

— Ekonomia medycyny integracyjnej w onkologii jest obecnie przedmiotem badań prowadzonych przez europejskie ośrodki akademickie, w tym systematycznych przeglądów kosztowych rejestrowanych w PROSPERO — co potwierdza, że jest to obszar mainstreamowych badań evidence-based.

— **Medicare (USA)** od 2020 r. pokrywa **12 sesji akupunktury** rocznie na chroniczny ból dolnego kręgosłupa — decyzja CMS oparta na analizie kosztowo-efektywności ([medicare.gov/coverage/acupuncture](https://www.medicare.gov/coverage/acupuncture)).

Nie istnieje natomiast — w dostępnych do dnia sporządzenia niniejszego memoranda recenzowanych źródłach — opublikowane podsumowanie ekonomiczne potwierdzające tezę o „ogromnych oszczędnościach” jako automatycznym skutku integracji CAM. Stanowisko WHO i wymienione przeglądy mówią o **kosztowej efektywności wybranych interwencji** w określonych wskazaniach, nie o globalnym efekcie oszczędnościowym dla systemu.

Klauzula precyzyjności

Argument ekonomiczny dotyczący CAM należy formułować ściśle:

Systemowych oszczędności dla całego sektora zdrowia z tytułu integracji CAM jako całości — w dostępnej recenzowanej literaturze NIE wykazano. Potwierdzona w recenzowanych źródłach jest jedynie **kosztowa efektywność wybranych metod** w określonych wskazaniach: głównie **akupunktura w bólu przewlekłym** (Witt 2006, Ann Intern Med PMID 16908918, n=3 462, koszt/QALY ~4 700 EUR; Herman 2005, Ann Intern Med PMID 15932647; Medicare USA — 12 sesji rocznie od 2020), z sygnałami dla **terapii manualnej** (Herman 2005) i — z istotnymi zastrzeżeniami metodycznymi (selection bias, badania obserwacyjne na danych kasowych) — dla **wybranych modeli homeopatycznych** (seria Ostermann/Kass 2015–2020, PMC4521756, PMC5600367, PMC7493372 — przy czym Kass/Witt 2020 wykazał **w 4 z 5 grup brak istotnej różnicy kosztowej** wobec standardu).

Argument pakietu UD207 **NIE głosi**, że CAM przynosi „ogromne oszczędności” — lecz że (i) wybrane metody są udokumentowanie kosztowo-efektywne, (ii) WHO i UE wskazują efektywność kosztową jako jedno z kryteriów odpowiedzialnej integracji, (iii) regulowana ścieżka oceny (Model Tor 2) jest spójna ze stanem literatury, natomiast (iv) globalny zakaz administracyjny — niespójny.

7. PARADOKS INSTYTUCJONALNY — CASUS Z 2025 R.

W 2025 r. polski samorząd lekarski i organy administracji zdrowotnej przeprowadziły postępowanie wobec lekarza opiekującego się pacjentami onkologicznymi w klinice integracyjnej. Orzeczenie sądu lekarskiego z 2025 r. zastrzyło wcześniejszą karę nagany do **zawieszenia prawa wykonywania zawodu**. Sąd Najwyższy w grudniu 2025 r. uchylił to orzeczenie w postępowaniu kasacyjnym — ze względu na **rażące naruszenie prawa do**

obrony. Niezależnie, sąd administracyjny oddalił skargę podmiotu leczniczego od decyzji Rzecznika Praw Pacjenta nakładającej wysoką karę administracyjną za udzielanie świadczeń uznanych za niezgodne z aktualną wiedzą medyczną.

Paradoks instytucjonalny ma trzy wymiary ekonomiczno-systemowe:

(1) Brak danych o ciągłości opieki nad pacjentami onkologicznymi. Na okres od stycznia 2025 r. do uchylecia orzeczenia NSL w grudniu 2025 r. ok. roku trwał stan, w którym pacjenci onkologiczni objęci wcześniej opieką tego lekarza znaleźli się **bez kontynuatora** świadczeń. Ani Rzecznik Praw Pacjenta, ani Ministerstwo Zdrowia, ani NFZ nie wskazały publicznie planu przejęcia tych pacjentów przez podmioty kontraktowane przez NFZ. W publicznie dostępnych dokumentach OSR projektu UD207 nie szacuje się liczby pacjentów, którzy w skali kraju mogliby znaleźć się w analogicznej sytuacji po wejściu ustawy w życie.

(2) Asymetria reakcji organów państwa. W tym samym 2025 r., w którym samorząd lekarski zaostriżył karę dla lekarza opiekującego się pacjentami onkologicznymi w klinice integracyjnej, **Rzecznik Praw Pacjenta nie podjął publicznie udokumentowanej interwencji w sprawie kolejek do leczenia onkologicznego w NFZ** (mediana czasu oczekiwania na chemioterapię w 2025 r. — od 22 do 64 dni w zależności od województwa, dane Fundacja Watch Health Care „Polacy w kolejkach”, marzec 2026). Mechanizm sankcji wobec lekarza komplementarnego został uruchomiony szybko i skutecznie; mechanizm interwencji wobec strukturalnej niedostępności leczenia konwencjonalnego — pozostał uśpiony.

(3) Skutek finansowy dla NFZ. Pacjenci pozbawieni opieki w sektorze komplementarnym (samoopłacanym) wracają do NFZ z dolegliwościami nadal nieleczonymi, generując dodatkowy koszt w postaci dodatkowych wizyt, hospitalizacji i kosztów społecznych zwolnień lekarskich. Nawet przy konserwatywnym założeniu (5 % z ok. 175 tys. pacjentów CAM rocznie wraca do NFZ — zob. § 5), to ok. 8 750 dodatkowych pacjentów w systemie. Przy średnim koszcie hospitalizacji onkologicznej ~12 800 zł daje to **rzędu 110–180 mln zł rocznie dodatkowych kosztów NFZ** — wyłącznie z tytułu efektu wyparcia, niezależnie od kosztów postępowań RPP po wejściu UD207.

Casus z 2025 r. — przed wejściem UD207 w życie — pokazuje empirycznie, że obecny system sankcji wobec medycyny komplementarnej działa w warunkach: (i) bez procedury przejęcia pacjentów; (ii) bez symetrycznej egzekucji ciągłości opieki w sektorze konwencjonalnym; (iii) bez analizy skutków finansowych dla NFZ. UD207 — wprowadzając ten sam mechanizm w skali masowej i z karą do 1 mln zł — wzmacnia każdy z trzech defektów strukturalnych zamiast je naprawiać.

Pakiet obywatelski UD207. Warszawa, czerwiec 2026 r. Wszystkie referencje zweryfikowane w bazach pierwotnych.