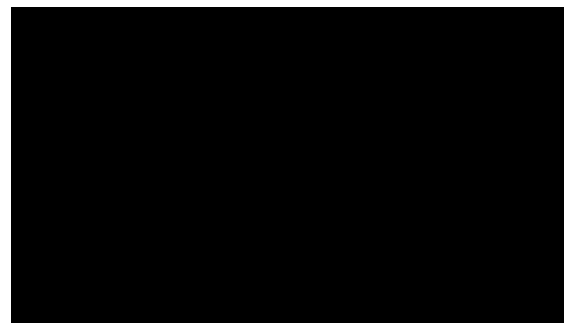
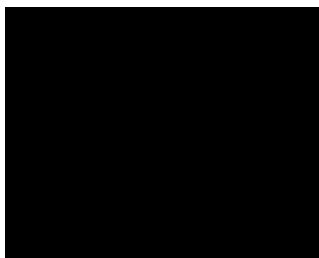


**Minister Zdrowia**

Ministerstwo Zdrowia
ul. Miodowa 15
00-952 Warszawa

PETYCJA W INTERESIE PUBLICZNYM

o zmianę projektu UD439 w zakresie regulacji dotyczących zatrudnienia, wynagradzania i podwykonawstwa, które mogą wpływać na funkcjonowanie podstawowej opieki zdrowotnej

Na podstawie art. 2 ust. 1, ust. 2 pkt 1 i ust. 3 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o petycjach wnoszę petycję w interesie publicznym dotyczącą projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, oznaczonego numerem UD439, ujętego w Wykazie prac legislacyjnych i programowych Rady Ministrów. Petycja uwzględnia rozwiązania przedstawione w wersji projektu po konsultacjach z 20 sierpnia 2026 r., udostępnionej w toku dalszych prac legislacyjnych. Według informacji opublikowanej przez Kancelarię Prezesa Rady Ministrów projekt ma m.in. uporządkować zasady zatrudniania personelu medycznego, ograniczyć presję płacową, uregulować podwykonawstwo oraz wzmocnić kontrolę prawidłowości wydatkowania środków publicznych.

Nie kwestionuję potrzeby uporządkowania zasad zatrudniania personelu medycznego ani wszystkich rozwiązań projektu. Część z nich może być racjonalna, zwłaszcza w leczeniu szpitalnym. Problem polega na tym, że niektóre mechanizmy zostały opisane w sposób bardzo szeroki i mogą objąć również małe POZ, których model organizacyjny i ekonomiczny jest zasadniczo inny niż model dużego szpitala.

W warunkach niedoboru lekarzy w części małych POZ funkcjonowanie placówki opiera się na jednym lub niewielkiej liczbie stabilnych lekarzy stanowiących jej medyczny i organizacyjny rdzeń oraz na dodatkowych lekarzach uzupełniających obsadę w niewielkim i zmiennym wymiarze czasu.

Zatrudnianie lekarzy POZ w częściowych wymiarach czasu nie jest zjawiskiem jednostkowym – było ono stwierdzane również w kontrolach NIK, a dane NFZ potwierdzają udział w realizacji umów POZ lekarzy nieprzyjmujących deklaracji wyboru. Elastyczność takiego zatrudnienia nie jest patologią rynku pracy, lecz sposobem zapewnienia pacjentom dostępności świadczeń.

I. Żądania petycji

1. dopuszczenie w POZ umów ramowych, w których rodzaj powierzanych zadań jest określony w umowie, natomiast rzeczywista liczba zadań, liczba godzin i szczegółowy harmonogram pracy osób zatrudnionych na podstawie umów cywilnoprawnych mogą być ustalane lub wykazywane okresowo, w szczególności na kolejny miesiąc, bez konieczności każdorazowego aneksowania umowy; w przypadku gdy projekt wymaga wskazania maksymalnej liczby godzin, wartość ta powinna mieć charakter ramowy, a miesięczny grafik powinien odzwierciedlać rzeczywistą dostępność; należy również wyraźnie dopuścić miesiące, w których dana osoba nie udziela świadczeń;
2. zapewnienie analogicznej elastyczności w projektowanej umowie o podwykonawstwo oraz wyłączenie małych kontraktów POZ spod obowiązkowego konkursu ofert albo wprowadzenie jasnego wyjątku pozwalającego na bezpośrednie zawarcie umowy w przypadku braku realnej konkurencji na lokalnym rynku pracy, niewielkiego wymiaru świadczeń lub konieczności szybkiego zabezpieczenia dostępności;

3. jednoznaczne dopuszczenie elastycznych modeli wynagradzania, obejmujących obok podstawowej stawki godzinowej także dodatkowe wynagrodzenie zadaniowe oraz wynagrodzenie zależne od liczby lub wartości świadczeń rzeczywiście wykonanych przez daną osobę, w tym ustalane jako określony udział w wartości tych świadczeń, pod warunkiem że łączne wynagrodzenie z tytułu udzielania świadczeń finansowanych przez NFZ, przeliczone na rzeczywistą liczbę godzin ich udzielania w miesięcznym okresie rozliczeniowym, nie przekracza ustawowego limitu;
4. uwzględnienie zasady proporcjonalności przy stosowaniu maksymalnej stawki godzinowej, w szczególności poprzez wyłączenie albo możliwość odstępstwa dla niewielkich kontraktów w POZ i przypadków, w których przy stawce mieszczącej się w ustawowym limicie nie można pozyskać lekarza, a zagrożona jest dostępność świadczeń; w przypadku POZ położonych poza dużymi ośrodkami miejskimi należy dodatkowo dopuścić odrębny, ustawowo określony i limitowany ryczałt dojazdowy uwzględniający odległość lub czas dojazdu albo zwrot udokumentowanych kosztów przejazdu, niewliczane do maksymalnej stawki godzinowej;
5. monitorowanie wpływu obowiązku minimalnego wymiaru zatrudnienia w leczeniu szpitalnym i przyszpitalnej AOS - z uwzględnieniem wyjątków wprowadzonych w wersji projektu po konsultacjach - na liczbę lekarzogodzin dostępnych dla POZ oraz przewidzenie mechanizmu korekcyjnego, jeżeli regulacja pogorszy dostępność podstawowej opieki zdrowotnej, zwłaszcza w małych miejscowościach i na terenach wiejskich;
6. zapewnienie proporcjonalności odpowiedzialności kierownika małego podmiotu POZ, w szczególności przez pierwszeństwo wezwania do usunięcia nieumyślnych lub formalnych nieprawidłowości przed zastosowaniem grzywny, niewymaganie od kierownika odpowiedzialności za dane, których nie ma realnej możliwości samodzielnie zweryfikować, oraz zapewnienie narzędzia NFZ pozwalającego sprawdzić, czy łączny wymiar pracy danej osoby pozostaje w ustawowym limicie, bez ujawniania danych o jej umowach z innymi świadczeniodawcami;
7. wydłużenie przewidzianego w wersji projektu po konsultacjach sześciomiesięcznego okresu dostosowawczego do co najmniej 12 miesięcy w przypadku małych podmiotów POZ albo wprowadzenie mechanizmu umożliwiającego dalsze wykonywanie istniejących umów do czasu ich rzeczywistego dostosowania, jeżeli personel nadal chce wykonywać świadczenia, a rozwiązanie umowy mogłoby zagrozić dostępności;
8. dokonanie odrębnej oceny skutków regulacji dla POZ, z uwzględnieniem wielkości populacji objętej opieką, lokalizacji miejskiej lub wiejskiej, odległości od dużych ośrodków, lokalnej dostępności kadr oraz funkcjonowania świadczeniodawcy w więcej niż jednym miejscu udzielania świadczeń.

II. Rozwiązania UD439, których petycja co do zasady nie kwestionuje

Petycja nie jest sprzeciwem wobec całego projektu. W szczególności co do zasady nie kwestionuję:

- ograniczenia łącznego wymiaru pracy osoby wykonującej zawód medyczny do równowartości dwóch pełnych etatów;
- wymogu bezpośredniego związania osoby udzielającej świadczeń finansowanych przez NFZ umową ze świadczeniodawcą, u którego faktycznie wykonuje te świadczenia;
- zasady minimalnego wymiaru zatrudnienia w leczeniu szpitalnym i przyszpitalnej AOS, jeżeli rzeczywiście poprawi ona ciągłość opieki i bezpieczeństwo pacjentów;
- możliwości czasowego odstępowania przez NFZ od części ograniczeń w sytuacjach niedoboru personelu i zagrożenia ciągłości świadczeń.

W odniesieniu do minimalnego wymiaru zatrudnienia w szpitalach i przyszpitalnej AOS pozytywnie oceniam wprowadzenie w wersji projektu po konsultacjach wyjątków uwzględniających m.in. rzeczywisty harmonogram świadczeń AOS. Nadal jednak nie przesądzam, że efekt regulacji dla POZ będzie wyłącznie pozytywny lub wyłącznie negatywny. Część lekarzy może przeznaczyć pozostały czas na dodatkową pracę w POZ, ale możliwy jest również skutek odwrotny. Dlatego właściwym rozwiązaniem jest monitoring i gotowość do korekty.

III. Rzeczywisty model kadrowy małego POZ

Jednym z założeń UD439 jest przeciwdziałanie zatrudnianiu personelu medycznego w wielu podmiotach jednocześnie w niewielkich wymiarach czasu. W części systemu takie rozdrobnienie może być zjawiskiem niepożądanym. W części małych POZ jest ono jednak nie przyczyną problemu kadrowego, lecz sposobem jego rozwiązania.

Przykładowy mały POZ może potrzebować dodatkowego lekarza na około 70-100 godzin miesięcznie. Gdyby udało się znaleźć jednego lekarza gotowego pracować w takim wymiarze, byłoby to rozwiązanie najprostsze. Problem polega na tym, że mimo wielomiesięcznych poszukiwań i oferowania stawek rynkowych taki lekarz może się nie znaleźć.

W takim modelu świadczeniodawca pozyskuje więc czterech lub pięciu młodszych lekarzy, którzy mogą udzielić świadczeń po kilka, kilkanaście lub kilkadziesiąt godzin miesięcznie. Często są to lekarze po stażu, lekarze rozpoczynający lub odbywający szkolenie specjalizacyjne albo lekarze pracujący równolegle w szpitalu. Ich dostępność zależy od harmonogramu szkolenia, zmian w miejscu specjalizacji, dyżurów i innych obowiązków zawodowych.

Lekarz specjalizujący się w medycynie rodzinnej może w jednym miesiącu mieć w miejscu szkolenia więcej zmian popołudniowych i być dostępny w POZ rano, a w kolejnym miesiącu odwrotnie. Lekarz odbywający specjalizację szpitalną, np. z neurologii, ma dyżury przypadające w różnych dniach. Nie można racjonalnie założyć, że przez cały rok będzie w dodatkowym POZ zawsze w poniedziałki i środy w godzinach 16.00–18.00.

Przykład rzeczywistej zmienności:

Miesiąc	Liczba godzin lekarza
wrzesień	32 h
październik	18 h
listopad	45 h
grudzień	0 h
styczeń	25 h

Taki rozkład nie oznacza dezorganizacji. Oznacza, że POZ wykorzystuje te lekarzogodziny, które są realnie dostępne na rynku. Alternatywą dla lekarza pracującego 30 godzin w jednym miesiącu, 15 w kolejnym i 0 w następnym nie jest zwykle inny lekarz ze stałym grafikiem. Alternatywą może być brak lekarza w tych godzinach.

Rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu POZ wprost przewiduje kategorię „lekarza pracującego pod nadzorem”, tj. lekarza po stażu podyplomowym niespełniającego wymagań określonych dla lekarzy przyjmujących deklaracje wyboru. System prawny sam zatem przewiduje model, w którym część świadczeń POZ może być wykonywana przez młodszych lekarzy funkcjonujących w takim układzie organizacyjnym.

W takim modelu organizacyjnym obok tych lekarzy funkcjonuje jeden stabilny lekarz rodzinny stanowiący rdzeń placówki. Przyjmuje własnych pacjentów, ale równocześnie jest kierownikiem, organizuje pracę, zabezpiecza ciągłość świadczeń, rozwiązuje problemy medyczne i organizacyjne oraz - gdy jest to wymagane - zapewnia właściwy nadzór nad pracą innych lekarzy. Liczba godzin widoczna w jego grafiku przyjęć nie odzwierciedla więc całego rzeczywistego obciążenia zawodowego.

IV. Sztywna liczba godzin i harmonogram w umowie są niedostosowane do tego modelu

W wersji projektu po konsultacjach z 20 sierpnia 2026 r. złagodzano część pierwotnych wymagań dotyczących treści umów. Liczba wykonywanych zadań ma być wskazywana wtedy, gdy jest to uzasadnione rodzajem pracy, natomiast w przypadku umów cywilnoprawnych nadal przewidziano obowiązek określenia maksymalnej liczby i harmonogramu godzin udzielania świadczeń. W projektowanej umowie o podwykonawstwo nadal mają być wskazywane m.in. zakres i liczba świadczeń oraz łączna liczba godzin ich udzielania.

Zmiana polegająca na odejściu od bezwzględnego obowiązku wskazywania liczby zadań w każdej umowie jest krokiem w dobrym kierunku. Nadal jednak pozostaje problem praktyczny: w opisanym wyżej modelu świadczeniodawca w chwili zawierania umowy obiektywnie nie zna rzeczywistej liczby świadczeń, liczby godzin ani szczegółowego harmonogramu lekarza w kolejnych miesiącach. Są one ustalane okresowo na podstawie aktualnej dostępności lekarza, potrzeb placówki i rzeczywistego zapotrzebowania pacjentów.

W POZ nie jest możliwe wiarygodne przewidzenie z góry, ile zwykłych porad, porad profilaktycznych, porad kompleksowych czy innych świadczeń wykona konkretny lekarz w danym miesiącu. Jeżeli wskazanie liczby zadań albo świadczeń jest wymagane, powinno mieć charakter maksymalny, orientacyjny albo podlegać okresowemu wykazaniu na podstawie rzeczywiście wykonanej pracy. To samo dotyczy harmonogramu: wskazanie w umowie maksymalnej liczby godzin nie powinno oznaczać konieczności wpisywania na stałe niezmiennych dni i godzin pracy. W przeciwnym razie konieczne byłoby częste aneksowanie umów, które nie poprawia dostępności ani bezpieczeństwa pacjentów.

Problem ma również wymiar techniczny. W systemach NFZ rzeczywiście ustalony harmonogram lekarza może nie dać się zgłosić, jeżeli w tym samym czasie inny świadczeniodawca ma już wykazany harmonogram tej osoby. Powstaje wówczas konflikt harmonogramu, mimo że faktycznie lekarz może w danym czasie pracować właśnie w POZ, a wcześniejszy wpis innego podmiotu jest nieaktualny albo nie został jeszcze skorygowany.

Mały POZ nie ma możliwości samodzielnego zmienienia danych zgłoszonych przez innego świadczeniodawcę. W praktyce rozwiązanie takiej kolizji wymaga kontaktu z NFZ, składania wyjaśnień lub wniosków i oczekiwania na korektę danych. Zwiększanie znaczenia harmonogramów oraz odpowiedzialności kierownika powinno więc zostać poprzedzone zapewnieniem sprawnego mechanizmu technicznego pozwalającego zgłosić i potwierdzić rzeczywisty grafik.

Postulat uzupełniający: obowiązek wykazywania rzeczywistego harmonogramu nie jest kwestionowany. Należy jednak zagwarantować, że miesięczne lub inne okresowe zmiany grafiku nie wymagają aneksowania umowy oraz że świadczeniodawca nie ponosi odpowiedzialności za brak możliwości wprowadzenia prawidłowego harmonogramu wynikający z danych zgłoszonych przez inny podmiot, których sam nie może zmienić.

Postulat: umowa powinna móc mieć charakter ramowy. Rodzaj zadań i maksymalny zakres współpracy mogą być określone w umowie, natomiast rzeczywista liczba zadań, liczba godzin i rozkład czasu pracy powinny móc być ustalane lub wykazywane w odrębnym harmonogramie miesięcznym, zestawieniu wykonanych świadczeń lub innym okresowym uzgodnieniu w formie dokumentowej, bez konieczności zmiany samej umowy. Musi być również dopuszczalny miesiąc z zerową liczbą godzin i zerową liczbą wykonanych zadań.

Warto podkreślić, że zmienność dostępności lekarzy uzupełniających obsadę wpływa również na harmonogram lekarza stanowiącego podstawę zabezpieczenia placówki. Jeżeli dodatkowi lekarze w każdym miesiącu mogą pracować w innych dniach i godzinach, główny lekarz POZ musi odpowiednio dostosowywać własny grafik tak, aby łącznie zapewnić wymaganą dostępność świadczeń. W konsekwencji także jego rozkład godzin pracy może zmieniać się z miesiąca na miesiąc.

Oznacza to, że w takim modelu organizacyjnym nie tylko lekarze pracujący w niewielkim wymiarze, ale w praktyce cały zespół lekarski POZ może funkcjonować według harmonogramów ustalanych na nowo na każdy kolejny miesiąc. Stałość dotyczy przede wszystkim obowiązku zapewnienia dostępności placówki, a nie niezmienności godzin pracy poszczególnych lekarzy.

V. Podwykonawstwo B2B i konkurs ofert - brak konkurencji nie może być zastępowany procedurą

Samo ustawowe nazwanie kontraktu B2B „umową o podwykonawstwo” nie musi być problemem. Problem pojawia się wtedy, gdy wraz z nazwą ustawodawca narzuca rozwiązania niedostosowane do realiów małego POZ: obowiązek wskazywania stałych dni i godzin oraz konkurs ofert jako zasadę wyboru podwykonawcy.

W małym POZ poza dużym miastem rekrutacja często nie wygląda tak, że zgłasza się kilku lekarzy, a świadczeniodawca wybiera najkorzystniejszą ofertę. Problemem jest znalezienie choć jednej osoby gotowej przyjechać na kilka lub kilkanaście godzin miesięcznie.

Rzeczywisty przykład z rynku POZ: świadczeniodawca działający w miejscowości liczącej około 7 tys. mieszkańców, położonej około 25 km od dużego ośrodka miejskiego, prowadził przez około trzy miesiące otwartą rekrutację lekarza POZ, oferując 230–260 zł za godzinę. Nie zgłosił się żaden kandydat. W takiej sytuacji formalny konkurs ofert nie zwiększa konkurencyjności. Nie tworzy lekarza, którego nie ma na rynku.

Przykład ten nie służy do przesądzenia skali zjawiska w całym kraju, lecz pokazuje mechanizm ryzyka, który powinien zostać zweryfikowany przez projektodawcę na danych dotyczących lokalnych niedoborów kadrowych, liczby kandydatów do pracy i stawek rynkowych poza dużymi ośrodkami miejskimi.

Jeżeli po długim okresie poszukiwań zgłosi się jeden lekarz mogący pracować np. dwa popołudnia lub kilkanaście godzin w miesiącu, racjonalnym działaniem powinno być szybkie zawarcie umowy. Dodatkowa procedura konkursowa może jedynie opóźnić zabezpieczenie świadczeń albo zniechęcić jedynego kandydata.

Postulat: w POZ powinno pozostać możliwe bezpośrednie zawarcie umowy z indywidualną praktyką co najmniej przy niewielkiej wartości lub liczbie godzin, braku więcej niż jednego kandydata, udokumentowanym niedoborze kadr albo konieczności szybkiego zabezpieczenia ciągłości świadczeń.

VI. Ograniczenie powinno dotyczyć faktycznej wysokości wynagrodzenia, a nie samej metody jego obliczania

Projekt zakłada zarówno maksymalną stawkę godzinową i miesięczną, jak i zakaz ustalania wynagrodzenia jako określonego udziału procentowego w kwocie kontraktu świadczeniodawcy z NFZ na dany zakres świadczeń. Rozumiem cel przeciwdziałania modelom, w których wzrost wyceny świadczenia automatycznie prowadzi do bardzo wysokiego wynagrodzenia, nieproporcjonalnego do czasu i zakresu rzeczywiście wykonanej pracy.

Przykładowo, jeżeli procedura finansowana przez NFZ ma wartość 10 000 zł, a wynagrodzenie lekarza wynosi 40% wartości wykonanej przez niego procedury, lekarz otrzyma 4 000 zł. Jeżeli jej wykonanie wymaga 2 godzin pracy, efektywne wynagrodzenie wynosi 2 000 zł za godzinę. Taki poziom wynagrodzenia uzasadnia zastosowanie mechanizmu ograniczającego jego wysokość.

Nie wynika z tego jednak konieczność zakazania samej procentowej lub zadaniowej metody kalkulacji wynagrodzenia. Jeżeli ustawodawca wprowadza limit faktycznego wynagrodzenia za pracę finansowaną ze środków NFZ, ten sam cel można osiągnąć przez kontrolę łącznej kwoty wypłaconej w miesięcznym okresie rozliczeniowym w odniesieniu do rzeczywistego czasu udzielania świadczeń.

W POZ ma to znaczenie praktyczne. NFZ odrębnie finansuje część świadczeń, m.in. określone porady w programach profilaktycznych i opiece koordynowanej. Świadczeniodawca może stosować model mieszany: niższą podstawową stawkę godzinową oraz dodatkowe wynagrodzenie za rzeczywiste wykonanie świadczenia, określone kwotowo albo jako udział w wartości świadczeń faktycznie wykonanych przez daną osobę.

Przykładowy model wynagradzania może przewidywać np. 180 zł za godzinę podstawowej pracy i dodatkowo np. 100 zł za wykonaną poradę podsumowującą w programie profilaktycznym albo poradę kompleksową w opiece koordynowanej. W pojedynczej godzinie suma wynagrodzeń może przekroczyć projektowany limit, jeżeli w tym czasie wykonano świadczenie dodatkowo finansowane. W skali całego miesiąca łączne wynagrodzenie może jednak odpowiadać średnio np. około 210-230 zł za rzeczywistą godzinę pracy.

Taki model nie służy obchodzeniu limitu. Przeciwnie - podstawowa stawka jest niższa, a wynagrodzenie zadaniowe tworzy bodziec do wykonywania świadczeń wymagających dodatkowej pracy, dokumentacji i odpowiedzialności. Zakazanie określonej formuły kalkulacji wynagrodzenia może usunąć ten bodziec, mimo że faktyczny poziom miesięcznego wynagrodzenia pozostaje poniżej ustawowego maksimum.

Z punktu widzenia celu regulacji istotny powinien być więc rezultat finansowy. Niezależnie od tego, czy wynagrodzenie składa się ze stawki godzinowej, kwoty za wykonane świadczenie czy elementu zależnego od wartości świadczeń faktycznie wykonanych przez daną osobę, łączne wynagrodzenie z tytułu świadczeń finansowanych przez NFZ, podzielone przez rzeczywistą liczbę godzin ich udzielania w danym miesiącu, nie powinno przekraczać ustawowego limitu.

Postulat: przepisy powinny jednoznacznie dopuścić mieszane, zadaniowe i procentowe modele wynagradzania powiązane z rzeczywiście wykonaną przez daną osobę pracą, pod warunkiem zachowania miesięcznego limitu efektywnego wynagrodzenia za godzinę udzielania świadczeń. Ograniczenie powinno dotyczyć faktycznej wysokości wynagrodzenia, a nie samej matematycznej metody jego obliczania. Nie chodzi przy tym o udział w całej wartości kontraktu placówki niezależny od pracy danej osoby, lecz o możliwość powiązania części wynagrodzenia z liczbą lub wartością świadczeń rzeczywiście przez nią wykonanych.

VII. Maksymalna stawka godzinowa - problem proporcjonalności i różnic terytorialnych

UD439 przewiduje maksymalną stawkę godzinową na umowach cywilnoprawnych w wysokości 1/20 minimalnego wynagrodzenia. Przy minimalnym wynagrodzeniu 4 806 zł w 2026 r. odpowiada to 240,30 zł za godzinę.

Rozumiem cel ograniczenia skrajnie wysokich wynagrodzeń i presji płacowej w części publicznego systemu. Jednak ryzyko powstawania wynagrodzeń destabilizujących finanse podmiotu nie występuje w małych POZ w takiej samej skali i przez te same mechanizmy co w dużych podmiotach szpitalnych.

Mały POZ z populacją np. około 1 500–2 000 pacjentów ma ograniczony strumień przychodów, z którego musi utrzymać nie jednego lekarza, lecz cały zespół i infrastrukturę: lekarzy, pielęgniarki, położną, rejestrację, lokal, system informatyczny, diagnostykę, wyposażenie, księgowość i pozostałe koszty działalności. W placówce działającej w więcej niż jednym miejscu część kosztów jest dodatkowo zwielokrotniona. Sam model finansowania ogranicza więc możliwość tworzenia skrajnych „kominów płacowych”.

Regulacja projektowana jako odpowiedź na skrajnie wysokie wynagrodzenia w części leczenia szpitalnego nie powinna w identyczny sposób obejmować lekarza, który przyjeżdża kilka razy w miesiącu do małego POZ i uzyskuje z tego tytułu kilka tysięcy złotych miesięcznie.

Jednolity limit nie uwzględnia również różnic terytorialnych rynku pracy. Leczenie szpitalne jest skoncentrowane przede wszystkim w większych ośrodkach miejskich i powiatowych, natomiast podstawowa opieka zdrowotna musi zapewniać dostępność także w małych miejscowościach i na terenach wiejskich. W takich lokalizacjach pozyskanie lekarza często wymaga jego dojazdu z innej miejscowości, niekiedy na zaledwie kilka godzin pracy. Koszt i czas dojazdu obniżają realną atrakcyjność oferty, dlatego stawka wystarczająca do pozyskania lekarza w dużym ośrodku może okazać się niewystarczająca w małym POZ poza dużym miastem.

W praktyce problem ten jest szczególnie widoczny przy krótkich blokach pracy. Lekarz podejmujący kilka godzin pracy w małej miejscowości lub na terenie wiejskim może mieć do pokonania kilkanaście albo kilkadziesiąt kilometrów. Ta sama nominalna stawka godzinowa ma zatem dla niego inną realną wartość niż w przypadku pracy blisko miejsca zamieszkania lub w dużym mieście.

Sama refundacja kosztów przejazdu według stawki kilometrowej może nie być wystarczającą zachętą, ponieważ nie rekompensuje czasu poświęconego na dojazd. Przy krótkim, np. trzy- lub czterogodzinnym bloku pracy dodatkowa godzina lub dwie przeznaczone na przejazd istotnie obniżają realną opłacalność takiej pracy. W praktyce świadczeniodawca może być zmuszony konkurować nie tylko stawką za godzinę świadczeń, lecz także rekompensować niedogodność lokalizacyjną, aby lekarz w ogóle zdecydował się przyjechać.

Przykład proporcjonalności:

Wariant	Stawka	15 h/mies.	Skutek
stawka potrzebna do pozyskania lekarza	260,00 zł/h	3 900,00 zł	15 h dostępności
projektowany limit	240,30 zł/h	3 604,50 zł	jeśli lekarz odmówi - 0 h
różnica	19,70 zł/h	295,50 zł	ryzyko utraty 15 h świadczeń

W tym przykładzie potencjalna oszczędność wynosi 295,50 zł miesięcznie. Jeżeli jednak lekarz nie podejmie pracy przy niższej stawce, rezultatem regulacji nie będzie oszczędność, lecz utrata 15 godzin dostępności lekarza dla pacjentów.

Przykład ten pokazuje, że zastosowanie jednego sztywnego limitu niezależnie od skali kontraktu może prowadzić do skutków nieproporcjonalnych do celu regulacji. Ograniczenie wynagrodzeń powinno uwzględniać rzeczywiste ryzyko finansowe i nie powinno odbywać się kosztem dostępności świadczeń.

Postulat: należy zastosować rozwiązanie proporcjonalne do skali kontraktu i lokalnego niedoboru kadr. Możliwe są co najmniej dwa mechanizmy: wyłączenie niewielkich kontraktów POZ spod sztywnego limitu lub zgoda na wyższą stawkę w razie udokumentowanego braku możliwości pozyskania lekarza; alternatywnie - utrzymanie limitu

wynagrodzenia za godzinę udzielania świadczeń przy jednoczesnym dopuszczeniu odrębnego, ustawowo określonego i limitowanego ryczałtu dojazdowego, zależnego od odległości lub czasu dojazdu, albo zwrotu udokumentowanych kosztów przejazdu. Mechanizm taki powinien być skonstruowany w sposób uniemożliwiający obchodzenie limitu wynagrodzeń, a jednocześnie uwzględniający realny koszt pozyskania personelu do pracy poza dużymi ośrodkami miejskimi.

VIII. Kierownik małego POZ - odpowiedzialność bez zaplecza dużego podmiotu

UD439 przewiduje grzywnę nakładaną na kierownika podmiotu leczniczego za naruszenie projektowanych ograniczeń dotyczących zatrudnienia oraz wynagrodzeń. W dużym szpitalu kierownik korzysta z pracy działów kadr, płac, prawnego, finansowego i administracyjnego. W małym POZ te funkcje w dużej części skupiają się wokół jednej lub kilku osób.

Kierownikiem małego POZ jest często lekarz, który tego samego dnia przyjmuje pacjentów, zapewnia ciągłość kliniczną, organizuje zastępstwa i dostępność 8.00–18.00, nadzoruje dokumentację i rozliczenia z NFZ, zajmuje się personelem, umowami, wymaganiami lokalowymi, ochroną danych, bezpieczeństwem systemów informatycznych, kontrolami oraz bieżącymi problemami placówki.

Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty wprost uznaje kierowanie podmiotem leczniczym za wykonywanie zawodu lekarza. Dobrze pokazuje to, że prowadzenie podmiotu medycznego nie jest oderwaną od leczenia działalnością administracyjną, lecz częścią zawodowej odpowiedzialności lekarza.

Jeżeli do tego samego lekarza dołożone zostaną kolejne obowiązki: kontrolowanie liczby godzin każdego współpracownika, harmonogramów, limitów wynagrodzeń, zasad podwykonawstwa, konkursów ofert oraz dodatkowe ryzyko grzywny, rośnie nie tylko koszt administracyjny, lecz również osobiste obciążenie osoby, która ma zapewniać opiekę pacjentom.

Szczególnego znaczenia nabiera to w sytuacji, gdy prawidłowe wykonanie obowiązku zależy od danych wprowadzonych do systemu przez innego świadczeniodawcę. Kierownik POZ może znać rzeczywisty grafik lekarza, a mimo to nie mieć możliwości jego zgłoszenia z powodu kolizji z harmonogramem widniejącym już w systemie. Nie powinien ponosić odpowiedzialności sankcyjnej za okoliczność, której nie może samodzielnie usunąć.

Kierownik nie ma również dostępu do treści umów lekarza zawartych z innymi świadczeniodawcami i nie powinien być zobowiązany do ich pozyskiwania. Rozwiązaniem mogłoby być centralne narzędzie NFZ, które po wskazaniu osoby zwracałoby wyłącznie informację, czy łączny wymiar jej pracy pozostaje zgodny z ustawowym limitem, bez ujawniania danych dotyczących innych umów. Jeżeli kierownik uzyskał potwierdzenie zgodności w takim systemie i prawidłowo zgłosił własny harmonogram, nie powinien ponosić odpowiedzialności za później ujawnione rozbieżności wynikające z danych pozostających poza jego kontrolą.

Ma to również znaczenie dla przyszłości małych POZ. Problem sukcesji nie jest wyłącznie hipotetyczny: w debacie eksperckiej dotyczącej medycyny rodzinnej wskazuje się na znikome zainteresowanie młodych lekarzy rodzinnych prowadzeniem własnych praktyk. Młodszy lekarz może chcieć pracować w podstawowej opiece zdrowotnej, a jednocześnie nie chcieć przejmować całego ciężaru prowadzenia własnej placówki. Im więcej odpowiedzialności administracyjnej i sankcyjnej zostanie nałożone na kierownika małego podmiotu, tym mniejsza może być gotowość kolejnego pokolenia lekarzy do tworzenia lub przejmowania takich POZ.

Nadmierne zwiększanie tych obciążeń może również przyspieszać rezygnację osób, które od wielu lat prowadzą małe placówki. W konsekwencji może powstać niezamierzony efekt konsolidacyjny: zamykanie części małych POZ albo przejmowanie ich pacjentów przez większych świadczeniodawców. Jeżeli nie jest to zamierzony kierunek polityki państwa wobec POZ, ryzyko to powinno zostać ocenione i ograniczone na etapie prac legislacyjnych.

Postulat: przy nieumyślnych naruszeniach o charakterze formalnym pierwszym instrumentem powinno być wezwanie do usunięcia nieprawidłowości. Grzywna powinna być zastrzeżona przede wszystkim dla naruszeń świadomych, rażących lub powtarzających się. Kierownik nie powinien odpowiadać za dane ani kolizje systemowe wynikające z informacji zgłoszonych przez innego świadczeniodawcę, których nie ma realnej możliwości samodzielnie zweryfikować lub skorygować. Weryfikacja łącznego wymiaru pracy powinna następować za pomocą narzędzia NFZ zwracającego informację o zgodności z limitem, bez konieczności dostępu do cudzych umów.

IX. Sześciomiesięczny okres dostosowawczy może być zbyt krótki dla małych POZ

Wersja projektu po konsultacjach z 20 sierpnia 2026 r. odstępuje od wcześniejszego rozwiązania polegającego na automatycznym wygaśnięciu niedostosowanych umów z dniem 31 grudnia 2026 r. i przewiduje sześciomiesięczny okres na dostosowanie istniejących umów do nowych wymagań. Jest to zmiana w dobrym kierunku.

W przypadku małych POZ sześć miesięcy może jednak nadal okazać się okresem zbyt krótkim. Zmiana nie polega wyłącznie na technicznym podpisaniu aneksów: może wymagać uzgodnienia nowych zasad wynagradzania, harmonogramowania, podwykonawstwa i sposobu weryfikacji limitów z wieloma osobami współpracującymi w niewielkich i zmiennych wymiarach. Jeżeli którykolwiek z lekarzy nie zaakceptuje nowych warunków, pozyskanie zastępstwa może trwać wiele miesięcy. Dlatego dla małych POZ zasadne byłoby wydłużenie okresu dostosowawczego do co najmniej 12 miesięcy albo zastosowanie rozwiązania chroniącego ciągłość świadczeń do czasu rzeczywistego dostosowania umowy.

X. Dlaczego potrzebne jest odrębne spojrzenie na POZ

Projekt UD439 został uzasadniony ograniczonymi zasobami kadrowymi, pracą medyków w wielu podmiotach, wzrostem stawek i potrzebą poprawy ciągłości opieki. Te same fakty w POZ mogą jednak prowadzić do innych wniosków niż w szpitalnictwie.

W szpitalu zatrudnienie lekarza w niewielkim wymiarze w wielu podmiotach może utrudniać stabilność zespołu. Szpitale są przy tym skoncentrowane głównie w większych ośrodkach miejskich i powiatowych, podczas gdy mały POZ musi działać także w miejscowościach, do których personel dojeżdża z większych miast. W małym POZ kilku lekarzy pracujących po 10-30 godzin miesięcznie może być jedynym sposobem zapewnienia pełnej obsady. W dużym podmiocie konkurs ofert może służyć wyborowi spośród wielu ofert. W małym, oddalonym od większego miasta POZ czasem nie ma ani jednej. W szpitalu skrajnie wysoki kontrakt jednego lekarza może destabilizować finanse. W małym POZ kilkanaście godzin pracy lekarza za stawkę nieznacznie powyżej limitu może kosztować kilka tysięcy złotych miesięcznie, ale decydować o dostępności pacjentów do świadczeń. Poza dużymi miastami dochodzi do tego czas i koszt dojazdu personelu, który dodatkowo zmniejsza atrakcyjność krótkich bloków pracy.

Zmiany wprowadzone do projektu po konsultacjach pokazują, że część pierwotnych rozwiązań można było złagodzić bez rezygnacji z celów regulacji. Dlatego właściwym kierunkiem nie jest wyłączenie POZ ze wszystkich zasad projektu, lecz dalsze zastosowanie zasady proporcjonalności i pozostawienie elastyczności tam, gdzie nie służy ona obchodzeniu prawa, lecz odpowiada realnym warunkom kadrowym.

XI. Podsumowanie

Cele UD439 związane z bezpieczeństwem pacjentów, uporządkowaniem zatrudnienia, ograniczeniem nadmiernego obciążenia personelu i racjonalnym wydatkowaniem środków publicznych mogą zasługiwać na poparcie. Nie powinny jednak prowadzić do stosowania identycznych mechanizmów wobec dużego szpitala i małego POZ.

Regulacje powinny eliminować nadużycia, ale nie powinny eliminować elastyczności, która w małych POZ pozwala zapewnić pacjentom dostęp do lekarza mimo niedoboru kadr.

Wnoszę zatem o uwzględnienie przedstawionych postulatów w dalszych pracach nad projektem UD439 oraz o dokonanie odrębnej oceny skutków regulacji dla małych świadczeniodawców podstawowej opieki zdrowotnej, z uwzględnieniem wielkości populacji objętej opieką, lokalizacji, odległości od dużych ośrodków, lokalnej dostępności lekarzy i funkcjonowania w więcej niż jednym miejscu udzielania świadczeń. Taka ocena powinna pozwolić odróżnić sytuacje, w których ograniczenia rzeczywiście przeciwdziałają nadużyciom, od tych, w których mogą niezamierzenie pogorszyć dostępność podstawowej opieki zdrowotnej.

Z poważaniem



Nie wyrażam zgody na ujawnienie moich danych osobowych na stronach internetowych ani w Biuletynach Informacji Publicznej adresata petycji.