

05.08.2026 r.

Minister Zdrowia
Ministerstwo Zdrowia
ul. Miodowa 15
00-952 Warszawa

oraz

Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia
Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia
ul. Rakowiecka 26/30
02-528 Warszawa

PETYCJA W INTERESIE PUBLICZNYM

o podjęcie działań legislacyjnych i systemowych w celu racjonalizacji zasad sprawozdawania, rozliczania i organizacji świadczeń w podstawowej opiece zdrowotnej oraz poprawy warunków funkcjonowania małych POZ

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 - w interesie pacjentów, racjonalnego wykorzystania środków publicznych oraz zapewnienia rzeczywistej dostępności podstawowej opieki zdrowotnej.

Petycja nie dotyczy wyjaśnienia treści obecnie obowiązujących zasad, które są znane świadczeniodawcom. Dotyczy oceny ich racjonalności i skutków oraz podjęcia działań legislacyjnych, regulacyjnych, organizacyjnych i nadzorczych niezbędnych do usunięcia rozwiązań generujących zbędne wizyty, koszty i ograniczenia dostępności POZ.

I. Żądania petycji

Wnoszę o podjęcie - w zakresie kompetencji Ministra Zdrowia i Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia oraz we współpracy z podmiotami odpowiedzialnymi za systemy sprawozdawcze - następujących działań:

1. Podjęcie działań legislacyjnych, regulacyjnych, organizacyjnych i nadzorczych prowadzących do zmiany modelu rozliczeń POZ, w tym odpowiednich zmian w przepisach, zarządzeniach Prezesa NFZ, katalogach produktów, regułach walidacji i systemach informatycznych.
2. Zniesienie warunku uzależniającego rozliczenie istniejących produktów badań diagnostycznych oraz konsultacji specjalistycznych od jednoczesnego rozliczenia produktu kolejnej porady oraz umożliwienie samodzielnego rozliczenia każdego takiego badania lub konsultacji, które zostały faktycznie wykonane i udokumentowane, a których koszt poniósł świadczeniodawca. Zmiana powinna obejmować wszystkie badania programu „Moje Zdrowie”, badania finansowane z budżetu powierzonego diagnostycznego oraz badania i konsultacje finansowane z budżetu powierzonego opieki koordynowanej i realizowane w ramach opieki koordynowanej.

3. Oddzielenie rozliczenia wszystkich wykonanych badań programu „Moje Zdrowie” od produktu wizyty podsumowującej bilans, w tym umożliwienie rozliczenia produktów badań podstawowych po ich wykonaniu oraz produktu FIT-OC po wykonaniu testu, bez konieczności odbycia kolejnej porady służącej wyłącznie spełnieniu warunku rozliczeniowego.
4. Wprowadzenie zasady rozliczania odrębnych produktów odpowiadających świadczeniom faktycznie wykonanym, gdy dalszy etap procesu nie został zrealizowany z powodu niestawienia się pacjenta, odmowy kolejnej porady albo braku możliwości nawiązania z nim kontaktu mimo podjętych prób. Decyzja lub zachowanie pacjenta pozostające poza kontrolą świadczeniodawcy nie powinny pozbawiać POZ możliwości rozliczenia badań i konsultacji, które zostały prawidłowo zlecone, faktycznie wykonane i udokumentowane, a których koszt poniósł świadczeniodawca.
5. Zastąpienie bezwzględnych ograniczeń w łączeniu świadczeń produktami łączonymi, pomniejszoną wyceną drugiego świadczenia albo rozliczeniem wyłącznie elementów niepokrywających się, tak aby świadczenia faktycznie wykonane podczas jednego kontaktu nie musiały być sztucznie rozdzielane na odrębne wizyty lub dni.
6. Przeprowadzenie i opublikowanie analizy medycznych, organizacyjnych i ekonomicznych skutków obecnego modelu, obejmującej w szczególności liczbę dodatkowych wizyt, koszt pracy personelu i obsługi rozliczeń, wielokrotne próby kontaktu z pacjentami, absencję zawodową pacjentów oraz wpływ na dostępność terminów.
7. Uwzględnienie w finansowaniu POZ szczególnej sytuacji małych przychodni działających poza dużymi miastami, w tym ograniczonej dostępności personelu lekarskiego i pielęgniarskiego, kosztów zapewnienia wymaganej gotowości zespołu oraz niewystarczającej możliwości konkurowania o kadry wyłącznie wysokością wynagrodzenia.
8. Przeanalizowanie wprowadzenia ryczałtu za gotowość, współczynnika lokalizacyjnego lub innego mechanizmu wspierającego małe POZ na obszarach o ograniczonej dostępności personelu medycznego.

II. Uzasadnienie

Rozszerzanie diagnostyki, profilaktyki i opieki koordynowanej w POZ jest kierunkiem potrzebnym i korzystnym dla pacjentów. Obecny sposób konstruowania części produktów rozliczeniowych powoduje jednak, że organizacja opieki podporządkowywana jest technicznym warunkom sprawozdawczości, a nie zawsze rzeczywistemu przebiegowi procesu medycznego.

1. Rozliczenie wykonanego badania lub konsultacji jest uzależnione od kolejnej porady

Problem dotyczy wszystkich badań wykonywanych w programie „Moje Zdrowie”, w tym badań podstawowych i FIT-OC, badań finansowanych z budżetu powierzonego diagnostycznego oraz badań i konsultacji specjalistycznych finansowanych z budżetu powierzonego opieki koordynowanej i realizowanych w opiece koordynowanej.

Przychodnia może prawidłowo zlecić i zapewnić wykonanie badania albo konsultacji, ponieść ich koszt oraz otrzymać wynik lub opinię specjalisty, a mimo to nie mieć możliwości rozliczenia świadczenia bez kolejnej porady pacjenta. Gdy pacjent nie zgłosi się na ten kontakt, nie istnieje rzeczywista wizyta, do której można przypisać wykonane świadczenie.

Teleporada nie stanowi rozwiązania technicznego. Jest pełnoprawnym świadczeniem wymagającym udziału pacjenta, rejestracji, przeprowadzenia i udokumentowania. Jeżeli pacjent odmawia kolejnego kontaktu, nie odbiera telefonu albo nie może skorzystać z porady w godzinach pracy POZ, ryzyko finansowe pozostaje po stronie świadczeniodawcy.

W praktyce dotyczy to m.in. pacjenta, który:

- wykonał badania podstawowe w programie „Moje Zdrowie”, ale nie zgłasza się na wizytę podsumowującą;
- po wizycie podsumowującej wykonał FIT-OC, odebrał wynik ujemny i nie widzi potrzeby następnej porady;
- wykonał badanie lub odbył konsultację specjalistyczną w opiece koordynowanej, lecz nie zgłasza się następnie do lekarza POZ;
- odebrał prawidłowy wynik i nie chce ponownie zwalniać się z pracy tylko po to, aby odbyć kontakt potrzebny do rozliczenia.

2. Brak udziału pacjenta w kolejnym etapie nie może pozbawiać POZ możliwości rozliczenia świadczeń już wykonanych

Możliwa ocena, że bez kolejnej porady nie została zakończona cała zaplanowana procedura albo pełny proces diagnostyczno-leczniczy, nie rozwiązuje przedstawionego problemu. Należy odróżnić zakończenie całego pakietu lub ścieżki od rzeczywistego wykonania poszczególnych elementów, za które świadczeniodawca poniósł koszt.

Problem nie wynika z braku produktów rozliczeniowych dla poszczególnych badań. Produkty te już istnieją, lecz możliwość ich rozliczenia jest technicznie uzależniona od jednoczesnego wykazania produktu wizyty podsumowującej bilans, porady kompleksowej, porady wstępnej lub innej porady lekarza POZ. Celem petycji jest zniesienie warunku łącznego rozliczenia w odniesieniu do wszystkich faktycznie wykonanych badań programu „Moje Zdrowie”, badań finansowanych z budżetu powierzonego diagnostycznego oraz badań i konsultacji w opiece koordynowanej, gdy dalszy etap nie został zrealizowany z przyczyn niezależnych od świadczeniodawcy, w szczególności z powodu niestawienia się pacjenta, odmowy dalszej porady albo braku możliwości nawiązania kontaktu.

Brak kolejnej wizyty może uzasadniać nierozliczenie samej porady albo części produktu odpowiadającej etapowi, który nie został wykonany. Nie powinien jednak powodować uznania, że wcześniej wykonane badanie diagnostyczne lub konsultacja specjalistyczna przestają być świadczeniami faktycznie zrealizowanymi.

Pacjent może nie wyrazić zgody na dalszą poradę, nie zgłosić się mimo zaproszenia albo nie podjąć kontaktu. Przychodnia nie może go do wizyty przymusić ani utworzyć i sprawozdać świadczenia, które faktycznie się nie odbyło. Nie jest zatem racjonalne przenoszenie na POZ finansowych skutków decyzji pacjenta, na którą świadczeniodawca nie ma wpływu, jeżeli wykonał wszystkie czynności pozostające w jego zakresie.

System powinien umożliwiać zakończenie procesu ze wskazaniem, że dalszy etap nie został zrealizowany z powodu braku udziału pacjenta, oraz samodzielne rozliczenie odrębnych produktów odpowiadających elementom już wykonanym. Nie można utożsamiać niewykonania całej procedury z niewykonaniem jej rzeczywiście zrealizowanych elementów.

3. Świadczenia możliwe do wykonania podczas jednego kontaktu są rozdzielane na osobne wizyty

Obecne reguły zawierają ograniczenia dotyczące łączenia produktów z różnych zakresów finansowania. W praktyce występują m.in. sytuacje, w których:

- nie można rozliczyć tego samego dnia bilansu zdrowia osoby dorosłej w programie „Moje Zdrowie” i porady kompleksowej w opiece koordynowanej;
- badania lub konsultacje z opieki koordynowanej nie mogą zostać rozliczone przy wizycie podsumowującej programu „Moje Zdrowie”, mimo że podczas tej wizyty lekarz analizuje stan zdrowia i wyniki pacjenta;
- FIT-OC z programu „Moje Zdrowie” nie może zostać rozliczony przy poradzie kompleksowej w opiece koordynowanej;
- test antygenowy SARS-CoV-2/grypa A+B/RSV nie może zostać rozliczony przy poradzie kompleksowej, mimo że potrzeba jego wykonania może powstać podczas tej wizyty;
- pacjent kwalifikujący się jednocześnie do bilansu profilaktycznego i kompleksowej opieki nad chorobą przewlekłą musi odbyć odrębne wizyty, choć część czynności może zostać racjonalnie wykonana podczas jednego odpowiednio długiego kontaktu.

Dostrzegam potrzebę przeciwdziałania podwójnemu finansowaniu tych samych czynności, zapewnienia kompletności poszczególnych programów oraz możliwości automatycznej kontroli rozliczeń. Cele te można jednak osiągnąć bez obowiązkowego mnożenia kontaktów - przez produkty łączone, pomniejszenie wyceny części wspólnej lub rozliczanie wyłącznie dodatkowych elementów drugiego świadczenia.

Nie jest jasne, czy przed wprowadzeniem obecnych ograniczeń porównano oszczędności wynikające z prostszej walidacji z kosztami dodatkowych wizyt, pracy personelu, absencji pacjentów i zmniejszenia liczby dostępnych terminów.

4. Skutki dla pacjentów

Pacjent może być zmuszony do wielu kontaktów z POZ: w celu otrzymania zlecenia, wykonania badania, rozliczenia jego wyniku oraz odbycia osobnych świadczeń profilaktycznych i kompleksowych, których nie wolno połączyć.

Dla osób aktywnych zawodowo, szczególnie dojeżdżających z małych miejscowości do pracy w większych miastach, każdy dodatkowy termin może oznaczać wykorzystanie urlopu lub zwolnienie się z pracy. Pacjent, który otrzymał prawidłowy wynik i nie wymaga zmiany postępowania, często nie chce odbywać kolejnej wizyty wyłącznie dlatego, że wymaga jej system rozliczeniowy.

Rozdzielanie świadczeń pozostaje także w sprzeczności z ideą opieki koordynowanej i opieki skoncentrowanej na pacjencie, które powinny integrować proces, a nie zwiększać liczbę odrębnych terminów.

5. Koszty ukryte i nieefektywne wykorzystanie zasobów

Organizacja dodatkowej porady wymaga pracy lekarza, rejestracji i innych osób. Jeżeli pacjent nie chce przyjść, podejmowane są kolejne próby kontaktu, wyjaśnianie zasad, proponowanie terminów i ponawianie zaproszeń.

Koszt zorganizowania porady dla pacjenta z prawidłowym wynikiem albo koszt wielokrotnych prób kontaktu może być niewspółmierny do wartości samego badania, a przy prostych świadczeniach nawet ją przewyższać. Ograniczony czas personelu jest wówczas wykorzystywany do obsługi warunku rozliczeniowego zamiast do opieki nad pacjentami rzeczywiście wymagającymi konsultacji.

Obecny model może zatem generować koszty, które nie są widoczne w wycenie produktu: dodatkowe terminy, czas personelu, absencję zawodową pacjentów, obsługę dokumentacji oraz ryzyko nierozliczenia już opłaconych badań i konsultacji.

6. Szczególna sytuacja małych POZ

Opisane rozwiązania są szczególnie dotkliwe dla małych przychodni działających poza dużymi miastami. Placówki te mają ograniczone możliwości pozyskania personelu lekarskiego i pielęgniarskiego. Personel lekarski i pielęgniarski podejmujący pracę w małej miejscowości często poświęca dodatkowy czas na dojazd, chociaż może uzyskać porównywalne wynagrodzenie bliżej miejsca zamieszkania.

Jednocześnie mały POZ musi zapewniać wymaganą dostępność lekarza, pielęgniarki i rejestracji oraz ponosić pełne koszty stałe. Przy niewielkiej populacji pacjentów finansowanie wynikające głównie z liczby deklaracji może nie pokrywać kosztów codziennej gotowości całego zespołu.

W takich warunkach każda porada organizowana głównie z przyczyn rozliczeniowych bezpośrednio zmniejsza liczbę terminów dla pacjentów rzeczywiście wymagających pomocy. Problem produktów rozliczeniowych łączy się więc z szerszym problemem dostępności kadr i finansowania gotowości małych POZ.

7. Oficjalne stanowisko Ministerstwa Zdrowia potwierdza potrzebę stabilnych i adekwatnych mechanizmów finansowania POZ

W odpowiedzi z dnia 13 lipca 2026 r., znak DLG.055.9.2026.WSK, na inną petycję dotyczącą organizacji POZ Ministerstwo Zdrowia wskazało, że wyzwaniem pozostaje zapewnienie stabilnych i adekwatnych mechanizmów finansowania POZ, umożliwiających realizację dotychczasowych zadań oraz nowych funkcji związanych z koordynacją opieki, profilaktyką, opieką nad pacjentami przewlekle chorymi i rozwojem narzędzi organizacyjnych i cyfrowych. Ministerstwo podkreśliło również potrzebę zachowania równowagi pomiędzy oczekiwaniami pacjentów i świadczeniodawców a możliwościami organizacyjnymi i finansowymi systemu.

Niniejsza petycja wskazuje konkretne obszary, w których tę równowagę można poprawić: ograniczenie porad wymuszanych wyłącznie przez technikę rozliczeń, umożliwienie łączenia świadczeń rzeczywiście wykonanych podczas jednego kontaktu oraz ochrona ograniczonych zasobów kadrowych małych POZ działających poza dużymi miastami. Deklarowany cel kompleksowej i integralnej opieki trudno pogodzić z regułami, które dzielą jeden proces medyczny na kilka odrębnych terminów bez wyraźnej korzyści dla pacjenta.

Przywołana odpowiedź pokazuje także potrzebę precyzyjnego odniesienia się do skutków i alternatyw proponowanych rozwiązań. Dlatego w niniejszej petycji proszę nie tylko o informację, czy zmiany są planowane, lecz również o wskazanie analiz, danych oraz medycznych, organizacyjnych i ekonomicznych powodów ewentualnego odrzucenia każdego postulatu.

III. Proponowane rozwiązania systemowe

A. Samodzielne rozliczanie istniejących produktów badań i konsultacji

Poszczególne badania diagnostyczne oraz konsultacje specjalistyczne są już wykazywane jako odrębne produkty rozliczeniowe. Konieczna jest zatem nie budowa nowych produktów, lecz zmiana reguł walidacji i rozliczeń tak, aby istniejący produkt badania lub konsultacji mógł zostać rozliczony po faktycznym wykonaniu świadczenia, niezależnie od jednoczesnego rozliczenia produktu wizyty podsumowującej bilans, porady kompleksowej, porady wstępnej lub innej porady lekarza POZ. Zmiana powinna obejmować wszystkie badania programu „Moje Zdrowie”, badania finansowane z budżetu powierzonego diagnostycznego oraz badania i konsultacje finansowane z budżetu powierzonego opieki koordynowanej i realizowane w ramach opieki koordynowanej.

Podstawą rozliczenia mogłyby być:

- prawidłowe zlecenie przez osobę uprawnioną;
- potwierdzenie rzeczywistego wykonania badania albo konsultacji;
- uzyskanie wyniku badania lub opisu konsultacji;
- identyfikacja pacjenta, świadczenia i wykonawcy;
- brak wcześniejszego rozliczenia tego samego świadczenia.

Zmiana nie oznaczałaby uznania całej ścieżki za zakończoną ani zapłaty za niewykonaną poradę. Porada powinna być rozliczana wyłącznie wtedy, gdy rzeczywiście się odbyła, natomiast jej brak z przyczyn niezależnych od świadczeniodawcy nie powinien blokować rozliczenia produktów odpowiadających wcześniej wykonanym badaniom lub konsultacjom.

B. Rozliczenie wykonanych produktów i zakończenie procesu z powodu braku udziału pacjenta

System powinien przewidywać możliwość oznaczenia, że proces nie został zakończony z powodu niestawienia się pacjenta, odmowy dalszej porady albo braku kontaktu mimo podjętych prób. Takie zakończenie nie powinno wymagać tworzenia fikcyjnej wizyty ani teleporady.

W takiej sytuacji świadczeniodawca powinien móc rozliczyć odrębne produkty odpowiadające elementom faktycznie wykonanym, w szczególności badaniu diagnostycznemu lub konsultacji specjalistycznej, natomiast nie rozliczać porady albo części procesu, która rzeczywiście nie została zrealizowana.

Warunkiem takiego rozliczenia mogłyby być:

- potwierdzenie prawidłowego zlecenia i wykonania badania albo konsultacji;
- dostępność wyniku lub opisu konsultacji;
- odnotowanie przyczyny niezakończenia procesu;
- brak wcześniejszego rozliczenia tego samego świadczenia.

C. Produkty łączone i rozliczanie części niepokrywających się

Należy dopuścić realizację świadczeń należących do różnych programów podczas jednego odpowiednio długiego kontaktu, jeżeli ich wymagany zakres został faktycznie wykonany. Ochronę przed podwójnym finansowaniem można zapewnić przez:

- utworzenie produktów łączonych, np. bilansu zdrowia osoby dorosłej wraz z poradą kompleksową;
- pomniejszenie wyceny drugiego świadczenia o wartość czynności wspólnych;
- rozliczenie pełnej ceny jednego produktu i wyłączenie dodatkowych elementów drugiego;
- jednoznaczne warunki dokumentowania faktycznego wykonania obu zakresów.

Badanie lub konsultacja wykonane w ramach właściwego budżetu powinny móc zostać wykazane przy rzeczywistej wizycie, podczas której lekarz analizuje wynik lub zalecenia, bez konieczności tworzenia odrębnego terminu wyłącznie z powodu nazwy produktu.

D. Finansowanie gotowości małych POZ

Należy przeanalizować mechanizm finansowania gotowości, współczynnik lokalizacyjny albo inne rozwiązanie uwzględniające obowiązek zapewnienia pełnej dostępności oraz trudności kadrowe małych POZ działających poza dużymi miastami.

IV. Zakres oczekiwanej odpowiedzi

Na podstawie art. 13 ust. 1 ustawy o petycjach proszę o zawiadomienie o sposobie załatwienia petycji wraz z uzasadnieniem. Proszę o odrębne odniesienie się do każdego z ośmiu żądań oraz wskazanie:

- czy postulat zostaje przyjęty, odrzucony czy skierowany do dalszej analizy;
- w przypadku odmowy realizacji danego postulatu – jakie konkretne przesłanki medyczne, organizacyjne, ekonomiczne i prawne stanowią podstawę tej decyzji oraz jakie dane lub analizy ją uzasadniają;
- czy przed wprowadzeniem opisanych ograniczeń przeprowadzono analizę ich skutków i kosztów; jeżeli tak - proszę o wskazanie dokumentu i najważniejszych wniosków;
- czy Ministerstwo Zdrowia i Narodowy Fundusz Zdrowia potwierdzają - odpowiednio w zakresie swoich kompetencji - że poszczególne badania i konsultacje są już odrębnymi produktami rozliczeniowymi, a przeszkodą w ich samodzielnym rozliczeniu jest warunek jednoczesnego wykazania produktu wizyty podsumowującej bilans, porady kompleksowej, porady wstępnej lub innej porady lekarza POZ; jeżeli tak - czy i w jakim terminie warunek ten zostanie zniesiony w odniesieniu do programu „Moje Zdrowie”, budżetu powierzonego diagnostycznego oraz budżetu powierzonego opieki koordynowanej;
- czy adresaci petycji uznają, że niestawienie się pacjenta na dalszy etap może uzasadniać odmowę finansowania badania lub konsultacji już faktycznie wykonanych; jeżeli tak - proszę o wskazanie podstaw prawnych, ekonomicznych i organizacyjnych takiego przeniesienia ryzyka na świadczeniodawcę;
- czy zostanie wprowadzony mechanizm samodzielnego rozliczenia odrębnych produktów odpowiadających wykonanym badaniom i konsultacjom oraz formalnego zakończenia procesu z powodu braku udziału pacjenta, bez tworzenia wizyty lub teleporady, która się nie odbyła;
- jakie działania legislacyjne, regulacyjne, organizacyjne lub techniczne są możliwe oraz który organ jest właściwy do ich podjęcia;
- czy planowane są prace nad zmianą modelu, a jeżeli tak - jaki jest ich przewidywany zakres i harmonogram;
- jeżeli wskazane analizy nie zostały przeprowadzone - czy Ministerstwo lub NFZ zamierzają je wykonać, w jakim zakresie i terminie;
- w przypadku odrzucenia postulatu - jakie konkretne przesłanki przemawiają za utrzymaniem obecnego rozwiązania zamiast zaproponowanej alternatywy.

Odpowiedź ograniczona do przedstawienia roli POZ, opisu obowiązujących programów lub przytoczenia aktualnych zasad rozliczeń nie pozwoliłaby odnieść się do przedmiotu petycji, którym jest ocena skutków tych zasad oraz podjęcie działań zmierzających do ich zmiany.

Potrzeba kolejnej porady powinna wynikać ze stanu zdrowia pacjenta i rzeczywistej potrzeby klinicznej, a nie wyłącznie z konstrukcji systemu sprawozdawczego. Produkty poszczególnych badań i konsultacji już istnieją, dlatego rzeczywiście wykonane świadczenia powinny być możliwe do samodzielnego rozliczenia również wtedy, gdy pacjent nie uczestniczy w kolejnym etapie mimo zaproszenia lub odmawia dalszego kontaktu. Nie oznacza to rozliczenia niewykonanej porady ani uznania całej procedury za zakończoną. Świadczeniodawca nie może przymusić pacjenta do porady ani sprawozdać świadczenia, które się nie odbyło; nie powinien więc ponosić kosztu decyzji pacjenta. Zakresy możliwe do prawidłowej realizacji podczas jednego kontaktu nie powinny być automatycznie rozdzielane na osobne dni.

Z poważaniem

[Redacted Signature]

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