[redacted]

Kąty Wrocławskie, 15.08.2026 r.

[redacted]

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

oraz

Prezes Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
ul. Przeskok 2
00-032 Warszawa

PETYCJA W INTERESIE PUBLICZNYM

o przeprowadzenie pełnej rekalkulacji i weryfikacji adekwatności stawek kapitacyjnych podstawowej opieki zdrowotnej z uwzględnieniem wolumenu świadczeń, wymaganej zdolności świadczeniowej, kosztu gotowości oraz efektu skali świadczeniodawcy

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, zapewnienia trwałej dostępności do podstawowej opieki zdrowotnej oraz stabilnego i adekwatnego finansowania świadczeniodawców POZ niezależnie od skali prowadzonej działalności.**

Petycja dotyczy dwóch powiązanych kwestii: po pierwsze - czy obecne podstawowe stawki kapitacyjne lekarza POZ, pielęgniarki POZ i położnej POZ odpowiadają pełnemu, racjonalnemu kosztowi zapewnienia świadczeń i wymaganej gotowości; po drugie - czy jedna stawka bazowa jest uzasadniona dla świadczeniodawców o bardzo różnej liczbie deklaracji, jeżeli wraz ze skalą zmieniają się wolumen świadczeń i sposób wykorzystania zasobów.

Przedstawiony dalej model małego POZ nie jest propozycją jedynej prawidłowej taryfy krajowej, lecz jawnym testem adekwatności obecnego finansowania. Jeżeli NFZ lub AOTMiT przyjmują inne parametry, wnoszę o wskazanie ich wartości, źródeł i wyniku ponownego rachunku.

I. Żądania petycji

Wnoszę o podjęcie - w zakresie kompetencji Ministra Zdrowia, Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia oraz Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji - działań zmierzających zarówno do weryfikacji adekwatności obecnego poziomu stawek kapitacyjnych, jak i do zbadania wpływu skali świadczeniodawcy na koszt jednej deklaracji, w szczególności:

1. Przeprowadzenie pełnej rekalkulacji podstawowych stawek kapitacyjnych lekarza POZ, pielęgniarki POZ i położnej POZ na podstawie pełnego kosztu zasobów potrzebnych do wykonania typowego wolumenu świadczeń i zapewnienia wymaganej dostępności, a nie wyłącznie indeksacji dotychczasowych stawek.
2. Zweryfikowanie adekwatności obecnych stawek oraz przedstawienie rachunku kosztowego i założeń, z których wynika ich wysokość; jeżeli którykolwiek parametr modelu petycji zostanie uznany za niewłaściwy - wskazanie wartości alternatywnej, jej źródła i wyniku pełnego ponownego przeliczenia.
3. Przeprowadzenie analizy pełnego kosztu jednej deklaracji według skali świadczeniodawcy co najmniej dla grup: 1 000-2 500, 2 501-5 000, 5 001-10 000, 10 001-20 000 oraz powyżej 20 000 deklaracji lekarza POZ.
4. Dla każdej grupy ustalenie wolumenu i struktury świadczeń, liczby godzin pracy lekarzy i pozostałego personelu potrzebnych do ich wykonania oraz kosztu wymaganej gotowości, z uwzględnieniem niepodzielności i skokowego charakteru części zasobów.
5. Ustalenie, jak wraz ze skalą zmieniają się koszty rejestracji, personelu pielęgniarskiego, administracji, infrastruktury, IT, diagnostyki i pozostałych kosztów wspólnych oraz wskazanie, dla jakiej skali świadczeniodawcy skalkulowano obowiązujące stawki bazowe.
6. Po wykonaniu rekalkulacji - przedstawienie wniosków dla systemu finansowania POZ, obejmujących adekwatność wysokości stawek, zasadność stosowania jednej stawki niezależnie od skali oraz ocenę, czy obecny podział pomiędzy finansowanie kapitacyjne a finansowanie za wykonane świadczenia prawidłowo odzwierciedla koszty gotowości oraz rzeczywisty wolumen pracy i diagnostyki POZ; w razie stwierdzenia nieadekwatności - wskazanie sposobu i terminu korekty.

II. Uzasadnienie

Finansowanie kapitacyjne powinno odpowiadać zarówno kosztowi wykonania świadczeń i utrzymania wymaganej gotowości, jak i istotnym różnicom kosztowym wynikającym ze skali świadczeniodawcy. Dlatego petycja dotyczy jednocześnie wysokości obecnych stawek i efektu skali.

1. Istota problemu - adekwatność stawki i różna skala świadczeniodawcy

Publiczne dane NFZ pokazują systematyczny spadek liczby porad lekarza POZ na deklarację wraz ze wzrostem liczby deklaracji: w pięciu analizowanych grupach jest to około 5,15; 4,97; 4,82; 4,68 i 4,04 porady rocznie. Wzrost populacji nie przekłada się więc proporcjonalnie na wzrost liczby porad.

Nie oznacza to, że sama skala jest jedyną przyczyną różnic ani że spadek liczby porad można mechanicznie przełożyć na stawkę. Wpływ mogą mieć m.in. wiek, chorobowość, wielochorobowość i struktura terytorialna. Zależność jest jednak na tyle wyraźna, że wymaga pełnego rachunku kosztowego.

2. Co oznacza liczba godzin potrzebnych do zapewnienia świadczeń

Pojęcie „liczby godzin potrzebnych” nie oznacza odtwarzania historycznie przepracowanego czasu w konkretnych przychodniach. Chodzi o model potrzebnej zdolności świadczeniowej: dla określonej populacji i wolumenu świadczeń należy ustalić czas konieczny do ich prawidłowego wykonania oraz zapewnienia dostępności i gotowości organizacyjnej.

Logika rachunku jest następująca: deklaracje -> wolumen i struktura świadczeń -> potrzebny czas pracy -> wymagana obsada i gotowość -> pełny koszt zasobów -> koszt jednej deklaracji -> właściwy poziom finansowania.

3. Publiczne dane NFZ - efekt skali w pięciu grupach

Publiczny zbiór NFZ „Liczba pacjentów w deklaracjach do lekarza POZ - wg świadczeniodawców - czerwiec 2025” obejmuje 5 975 świadczeniodawców. Ponad 1 000 deklaracji posiada 5 760 podmiotów; dla 5 755 uzyskano dopasowanie publicznego wskaźnika Z.II.1 za 2025 r.

Przedział deklaracji	POZ w pliku	POZ z Z.II.1	Śr. deklaracji	Śr. porad/rok	Porady/ dekl.	Mediana porad/dekl.	Korzystający/dekl.	Porady/ korzystającego
1 000-2 500	1 296	1 293	1 846	9 506	5,15	5,10	87,7%	5,87

Przedział deklaracji	POZ w pliku	POZ z Z.II.1	Śr. deklaracji	Śr. porad/rok	Porady/ dekl.	Mediana porad/dekl.	Korzystający/dekl.	Porady/ korzystającego
2 501-5 000	2 140	2 138	3 646	18 105	4,97	4,94	85,7%	5,80
5 001-10 000	1 613	1 613	6 903	33 276	4,82	4,78	84,2%	5,73
10 001-20 000	568	568	13 166	61 618	4,68	4,70	83,1%	5,63
>20 000	143	143	38 480	155 391	4,04	4,35	77,4%	5,22

Trend jest systematyczny: wraz ze skalą spadają porady na deklarację, udział pacjentów korzystających z co najmniej jednej porady oraz liczba porad na pacjenta korzystającego. W grupie >20 000 deklaracji przeciętna liczba deklaracji jest ok. 20,9 raza większa niż w grupie 1 000-2 500, a liczba porad tylko ok. 16,4 raza większa; porady na deklarację są niższe o ok. 21,6%.

Grupa >20 000 deklaracji obejmuje także bardzo duże podmioty wieloplacówkowe, dlatego NFZ i AOTMiT powinny w analizie technicznej rozbić ją na mniejsze przedziały.

4. Zależności związane ze skalą nie ograniczają się do liczby porad lekarza

Spadek liczby porad na deklarację jest tylko jednym elementem efektu skali. Różnice mogą dotyczyć również wykorzystania pielęgniarek, rejestracji, administracji, infrastruktury, IT, diagnostyki i innych zasobów wspólnych.

Mały POZ musi utrzymywać minimalną gotowość nawet przy niepełnym wykorzystaniu jej przepustowości; w większym POZ te same zasoby mogą być wykorzystywane intensywniej przed koniecznością zwiększenia obsady. Kapitacja powinna więc pokrywać zarówno koszt świadczeń, jak i koszt wymaganej gotowości.

5. Szczegółowy benchmark małego POZ - około 2 000 deklaracji

Dla modelu kosztowego przyjęto 2 000 deklaracji. W publicznym zbiorze NFZ grupa 1 750-2 250 deklaracji obejmuje 461 świadczeniodawców (459 z kompletem wskaźników); średnia wynosi 2 015 deklaracji i 10 445 porad lekarza rocznie.

Po proporcjonalnym przeliczeniu do 2 000 deklaracji otrzymuje się około 10 366 porad lekarza POZ rocznie.

6. Od 10 366 porad ogółem do 9 300 kontaktów podstawowej kapitacji

Benchmark 10 366 porad obejmuje także świadczenia finansowane odrębnie. Pomocniczo wykorzystano zanonimizowaną strukturę jednego małego POZ wyłącznie do oszacowania udziału porad finansowanych odrębnie w programie „Moje Zdrowie” i opiece koordynowanej oraz kategorii nierozdzielonych w danych publicznych. Po wyłączeniu tych porad pozostawało 89,57% kontaktów; zastosowanie tego udziału do benchmarku daje około 9 285, dlatego do modelu przyjęto 9 300 kontaktów finansowanych z podstawowej kapitacji.

Koszt pracy lekarza obliczono wyłącznie dla tych 9 300 kontaktów. Nie pomniejszano natomiast podstawowej obsady rejestracji ani przyjętego minimalnego zasobu pielęgniarskiego, ponieważ w modelu są one przede wszystkim kosztem wymaganej gotowości POZ, a nie prostą funkcją liczby porad. Realizacja programu „Moje Zdrowie” i opieki koordynowanej może angażować część tego zasobu lub wymagać dodatkowej pracy, ale nie zmniejsza konieczności utrzymywania podstawowej dostępności rejestracji i pielęgniarek. Dla zachowania ostrożności z kosztów wspólnych pomocniczo wyłączono natomiast 10% przypisane do programu „Moje Zdrowie” i opieki koordynowanej, zbliżone do ich udziału w strukturze kontaktów (10,43%); NFZ/AOTMiT mogą zastosować własny klucz i ponownie przeliczyć model.

Dla 2 000 deklaracji wartości oszacowane na podstawie publicznych danych NFZ dla grupy 1 750-2 250 odpowiadają około 2 490 poradom receptowym, 540 teleporadom i 51 poradom domowym. Pozostałą pulę podzielono pomocniczo pomiędzy porady gabinetowe, bilanse dzieci i patronaże; niemal całość przypisano do czasowo najkrótszej z tych kategorii - porady gabinetowej, co działa konserwatywnie na wynik.

Rodzaj kontaktu	Liczba roczna	Podstawa wartości
Porada gabinetowa	6 141	podział pozostałej puli wg pomocniczej struktury
Porada związana z receptą	2 490	oszacowanie na podstawie danych NFZ dla grupy 1 750-2 250, przeliczona do 2 000 deklaracji
Teleporada	540	oszacowanie na podstawie danych NFZ dla grupy 1 750-2 250, przeliczona do 2 000 deklaracji
Bilans dziecka	65	podział pozostałej puli wg pomocniczej struktury
Wizyta domowa	51	oszacowanie na podstawie danych NFZ dla grupy 1 750-2 250, przeliczona do 2 000 deklaracji
Patronaż dziecka	13	podział pozostałej puli wg pomocniczej struktury
RAZEM	9 300	model podstawowej kapitacji

7. Czas potrzebny na wykonanie świadczeń - trzy warianty

W celu uniknięcia oparcia wniosku na jednym założeniu czasowym zastosowano trzy warianty: realistyczny, konserwatywny i skrajnie konserwatywny.

Rodzaj kontaktu	Realistyczny	Konserwatywny	Skrajnie konserwatywny
Porada gabinetowa	20 min	17 min	15 min
Porada związana z receptą	5 min	4 min	3 min
Teleporada	15 min	12 min	10 min
Bilans dziecka	30 min	25 min	20 min
Wizyta domowa	90 min	75 min	60 min
Patronaż dziecka	30 min	25 min	20 min

Czasy są założeniami analitycznymi, nie normami. Porada gabinetowa 20 / 17 / 15 min obejmuje wywiad, badanie, decyzję, zlecenia i dokumentację; porada receptowa 5 / 4 / 3 min - przegląd dokumentacji i bezpieczne wystawienie recepty; teleporada, bilans i patronaż wymagają odpowiedniego wywiadu i dokumentacji. Wizyta domowa 90 / 75 / 60 min obejmuje także dojazd i powrót.

Do czasu kontaktów doliczono 15% na pracę lekarza poza wizytą: analizę wyników i dokumentacji, dokumenty, komunikację i koordynację. Nie jest to rezerwa na urlopy ani absencje. Jeżeli NFZ/AOTMiT przyjmują inne czasy, wnoszę o wskazanie ich źródeł i ponowne przeliczenie modelu.

Wariant	Godziny pracy lekarza potrzebne miesięcznie	Modelowa stawka lekarza brutto/h	Pełny modelowy koszt 1 godziny
Realistyczny	240,1 h	230 zł	277,10 zł
Konserwatywny	202,2 h	210 zł	253,01 zł
Skrajnie konserwatywny	175,1 h	190 zł	228,91 zł

8. Pielęgniarki - koszt gotowości i minimalnej obsady

Dla małego POZ przyjęto łącznie 1,5 etatu pielęgniarskiego jako zasób potrzebny do zapewnienia obecności w placówce, świadczeń pielęgniarki POZ, pracy środowiskowej, szczepień, EKG, testów, gabinetu zabiegowego i wsparcia lekarzy.

Przy normie ok. 37 godz. 55 min tygodniowo 1,5 etatu daje ok. 56 godz. 53 min pracy; sama obecność jednej pielęgniarki przez 10 godzin dziennie wymaga 50 godzin tygodniowo. W rachunku 1,0 etatu przypisano do strumienia pielęgniarki POZ, a 0,5 etatu do wsparcia lekarza - wyłącznie jako klucz alokacji kosztu.

W większym POZ zasób pielęgniarski może być wykorzystywany intensywniej, dlatego zatrudnienie powinno rosnąć wraz z populacją, ale nie musi rosnąć idealnie proporcjonalnie. Dodatkowo niewielkie części etatu są organizacyjnie trudniejsze do obsadzenia niż pełne etaty.

9. Rejestracja - koszt 10-godzinnej gotowości

Mały POZ do ok. 2 500 deklaracji musi zapewnić dostępność rejestracji przez 10 godzin dziennie. Natężenie pracy nie jest równomierne w ciągu dnia, jednak koszt zatrudnienia wynika z konieczności zapewnienia obsady przez cały wymagany okres dostępności, a nie wyłącznie z czasu aktywnej obsługi pacjentów.

10. Dlaczego zasób rejestracji i pielęgniarek może rosnąć wolniej niż liczba deklaracji

W małym POZ część kosztu rejestracji i pielęgniarek wynika z minimalnej gotowości niezależnej od pełnego wykorzystania zasobu. Wraz ze wzrostem liczby deklaracji zwiększa się wolumen pracy, ale w pierwszej kolejności może następować pełniejsze wykorzystanie istniejącej przepustowości.

Dlatego podwojenie liczby deklaracji nie musi oznaczać podwojenia liczby godzin rejestracji ani personelu pielęgniarskiego. Wraz ze wzrostem liczby deklaracji rośnie zapotrzebowanie na pracę personelu, jednak skala tego wzrostu może być różna dla poszczególnych grup zawodowych. Powinna ona zostać ustalona przez NFZ i AOTMiT na podstawie rzeczywistych danych o wolumenie świadczeń, czasie pracy i organizacji POZ.

11. Jawne założenia kosztowe modelu małego POZ

Model jest benchmarkiem i analizą wrażliwości, nie twierdzeniem o identycznych kosztach wszystkich placówek. Każdy parametr może zostać zastąpiony wartością NFZ/AOTMiT i ponownie przeliczony.

Dla lekarza przyjęto 230 / 210 / 190 zł brutto/h i narzut kosztów pracodawcy 20,48%, co daje pełny koszt 277,10 / 253,01 / 228,91 zł/h. Nie doliczono rezerwy na urlopy, choroby, wakaty ani zastępstwa.

Publiczne ogłoszenia dla lekarzy POZ z sierpnia 2026 r. wskazywały stawki około 180-300 zł/h. Przyjęte 230 / 210 / 190 zł/h mieszczą się więc w obserwowanym zakresie, a 190 zł/h stanowi ostrożny wariant dolny. Szczegółowe źródła wskazano w załączniku.

Rejestracja 10 godzin dziennie odpowiada technicznie 1,25 etatu. Dla rejestratorki medycznej, jako pracownika działalności podstawowej innego niż pracownik wykonujący zawód medyczny, na stanowisku wymagającym wykształcenia średniego, przyjęto najniższe wynagrodzenie zasadnicze wynikające z grupy 9 załącznika do ustawy płacowej: 8 903,56 zł × 0,78 = 6 944,78 zł brutto od 1 lipca 2026 r. Analogicznie jak dla pielęgniarek warianty uwzględniają pomocniczy koszt doświadczenia 20% / 10% / 0%, co daje 8 333,74 / 7 639,26 / 6 944,78 zł brutto na 1 etat. Po narzucie 20,48% koszt 1,25 etatu wynosi 12 550,61 / 11 504,73 / 10 458,84 zł miesięcznie.

Dla pielęgniarek i położnej punktem odniesienia jest przeciętne wynagrodzenie w gospodarce narodowej za 2025 r. - 8 903,56 zł - oraz współczynnik pracy 1,02; warianty różnią się pomocniczym kosztem doświadczenia 20% / 10% / 0%. Dla położnej przyjęto ok. 40 godzin miesięcznie (0,264 etatu).

Diagnostykę finansowaną z podstawowej kapitacji przyjęto pomocniczo na 6 000 / 5 000 / 4 000 zł miesięcznie. Jest to jawny parametr testu wrażliwości, a nie deklaracja średniego kosztu krajowego; NFZ/AOTMiT mogą zastąpić go danymi reprezentatywnymi.

Składnik	Realistyczny	Konserwatywny	Skrajnie konserwatywny
Lekarz - koszt miesięczny	66 522 zł	51 165 zł	40 074 zł
1,5 etatu pielęgniarskiego	19 694,79 zł	18 053,55 zł	16 412,33 zł
Rejestracja - koszt zapewnienia dostępności	12 550,61 zł	11 504,73 zł	10 458,84 zł
Położna - ok. 0,264 etatu	3 462,83 zł	3 174,26 zł	2 885,69 zł
Diagnostyka	6 000 zł	5 000 zł	4 000 zł
Koszty wspólne przypisane do kapitacji (90%)	23 490 zł	20 790 zł	19 440 zł

12. Koszty wspólne - skład i charakter

Koszty wspólne obejmują zasoby o różnym charakterze: część stałą, skokową i rosnącą wraz ze skalą. Dlatego wnoszę o zbadanie ich zachowania w różnych wielkościach POZ. W tabeli pozycje szczegółowe zagregowano dla czytelności, zachowując niezmienione sumy modelu.

Koszt wspólny (zł/mies.)	**Realistyczny**	**Konserwatywny**	Skrajnie konserwatywny
System medyczny, IT i łączność	2 500	2 500	2 500
Lokal, media, sprzątanie i serwis	7 000	7 000	7 000
Księgowość, NFZ, RODO, BHP, obsługa prawna i bank	4 100	4 100	4 100
Odpady, dezynfekcja i materiały biurowe	800	800	800
Zarządzanie	8 000	6 000	5 000
Szkolenia, transport i ubezpieczenie	1 200	1 200	1 200
Odtworzenie sprzętu / IT / wyposażenia	2 500	1 500	1 000
RAZEM - pełny koszt wspólny	26 100	23 100	21 600
Do podstawowej kapitacji (90%)	23 490	20 790	19 440

Do podstawowej kapitacji przypisano 90% pełnych kosztów wspólnych, a 10% pomocniczo wyłączono jako część przypadającą na program „Moje Zdrowie” i opiekę koordynowaną. Tak skorygowaną pulę rozdzielono proporcjonalnie do kosztów bezpośrednich strumienia lekarza, pielęgniarki i położnej. Podział proporcjonalny jest pomocniczym kluczem alokacji kosztów wspólnych pomiędzy trzy strumienie i nie oznacza, że rzeczywiste wykorzystanie każdego składnika kosztowego odbywa się w identycznych proporcjach.

13. Jak z kosztów modelu wyprowadzono stawki kapitacyjne

Koszty podzielono na trzy strumienie. Do lekarza przypisano koszt pracy lekarza, 0,5 etatu pielęgniarskiego wsparcia, rejestrację i diagnostykę; do pielęgniarki - 1,0 etatu; do położnej - jej modelowy wymiar pracy. Pozostałe 90% kosztów wspólnych rozdzielono proporcjonalnie do kosztów bezpośrednich.

Model kosztu pracy lekarza obejmuje cały przyjęty wolumen podstawowych kontaktów, w tym pracę z pacjentami objętymi dodatkowym finansowaniem z tytułu wielochorobowości. Aby nie finansować tej części pracy ponownie poprzez stawkę bazową, przed jej wyprowadzeniem od kosztu strumienia lekarza odjęto około 11 000 zł miesięcznie odpowiadające przyjętemu w modelu odrębnemu finansowaniu wielochorobowości. Populację 2 000 deklaracji przeliczono pomocniczo według obowiązujących współczynników wieku, co daje około 3 077 jednostek ważonych.

Stawkę bazową lekarza wyprowadzono z kosztu strumienia lekarza pozostałego po odjęciu finansowania wielochorobowości, a następnie przeliczono go na około 3 077 jednostek ważonych. Dla pielęgniarki zastosowano analogicznie obowiązujące współczynniki wieku 2,0 / 1,0 / 2,0 dla grup 0–6 / 7–65 / >65 lat; ta sama pomocnicza struktura 2 000 deklaracji odpowiada około 2 355 jednostkom ważonym. Oznacza to, że 2 000 rzeczywistych deklaracji, po uwzględnieniu struktury wieku i obowiązujących współczynników, odpowiada w rachunku kapitacyjnym większej liczbie jednostek rozliczeniowych. Dla położnej, której populacja deklaracyjna jest odrębna od populacji lekarza i pielęgniarki, przyjęto pomocniczo 1 200 deklaracji.

Stawka bazowa i współczynniki wieku wymagają łącznej weryfikacji: część kosztów wynika z gotowości przypadającej na każdą deklarację, a część z różnej pracochłonności grup wieku. Analogicznie należy sprawdzić finansowanie wielochorobowości, aby ten sam wzrost pracochłonności nie był liczony podwójnie.

Obecne współczynniki wykorzystano w modelu technicznie - nie oznacza to uznania ich wartości za prawidłowe.

Rekalkulacja powinna również objąć ocenę, czy właściwe jest finansowanie w ramach jednej stawki kapitacyjnej zarówno kosztu gotowości POZ, jak i kosztu świadczeń, których rzeczywisty wolumen może istotnie różnić się pomiędzy świadczeniodawcami. Dotyczy to w szczególności zwykłych porad lekarza POZ oraz diagnostyki finansowanej w ramach kapitacji, w tym RTG i USG. Jeżeli dane NFZ potwierdzą istotne różnice w liczbie wykonywanych porad i badań na deklarację, zasadne jest rozważenie, czy część finansowania nie powinna być powiązana z wykonaniem świadczeń, przy pozostawieniu kapitacji jako mechanizmu finansującego gotowość i ciągłość opieki.

Stawka roczna	Obecna	Realistyczny	Konserwatywny	Skrajnie konserwatywny
Lekarz POZ	232,56 zł	392,02 zł	311,66 zł	252,71 zł
Pielęgniarka POZ	56,88 zł	81,41 zł	75,65 zł	70,42 zł
Położna POZ	37,80 zł	42,14 zł	39,17 zł	36,46 zł*

* Surowy wynik skrajnie konserwatywnego wariantu dla położnej wynosi 36,46 zł i nie jest postulatem obniżenia obowiązującej stawki; w porównaniu łącznym przyjęto co najmniej poziom obecny 37,80 zł.

Łączne finansowanie / koszt miesięczny	Wartość
Poziom obecny / kontrolny	83 895,22 zł
Model realistyczny	131 720,23 zł
Model konserwatywny	109 687,54 zł
Model skrajnie konserwatywny	ok. 93 405 zł*

Po wyłączeniu 10% kosztów wspólnych przypisanych pomocniczo do programu „Moje Zdrowie” i opieki koordynowanej modelowa stawka lekarza pozostaje wyższa od obecnych 232,56 zł o ok. 68,6%, 34,0% i 8,7%, a pielęgniarki od 56,88 zł o ok. 43,1%, 33,0% i 23,8%. Nawet wariant skrajnie konserwatywny daje łączny koszt małego POZ ok. 11,3% powyżej poziomu kontrolnego. Nie przesądza to taryfy krajowej, ale uzasadnia weryfikację obecnych stawek.

14. Dlaczego nie wyliczam własnych stawek dla większych POZ i czego oczekuję od rekalkulacji

Publiczne dane pozwalają pokazać różnice w wolumenie porad według skali, ale nie wystarczają do wiarygodnego wyliczenia dla każdej grupy zatrudnienia, infrastruktury, diagnostyki i kosztów wspólnych. Dlatego nie przedstawiam własnych stawek dla większych POZ.

Wnoszę o ich wyliczenie przez NFZ i AOTMiT: najpierw należy zweryfikować adekwatność obecnego poziomu stawek, a następnie ustalić, czy koszt jednej deklaracji zmienia się wraz ze skalą, w tym jak wraz ze wzrostem liczby deklaracji zmienia się zapotrzebowanie na zasób rejestracji i personelu pielęgniarskiego oraz w jakim stopniu większa skala pozwala na pełniejsze wykorzystanie gotowości.

III. Dwa kluczowe pytania systemowe

Pierwsze pytanie: czy obecne podstawowe stawki kapitacyjne są adekwatne do pełnego kosztu racjonalnego zapewnienia świadczeń i wymaganej gotowości POZ? Model małego POZ nadal daje dla lekarza i pielęgniarki stawki wyższe od obowiązujących we wszystkich trzech wariantach, dlatego poziom stawek wymaga weryfikacji na danych NFZ/AOTMiT.

Drugie pytanie: czy prawidłowo skalkulowana stawka powinna być jednakowa dla małego i bardzo dużego POZ, jeżeli liczba porad na deklarację maleje wraz ze skalą, a część zasobów może być w większym POZ wykorzystywana intensywniej?

Jeżeli organy uznają obecne stawki i jednolitą konstrukcję za prawidłowe, powinny przedstawić pełny rachunek kosztowy i wskazać, jakie różnice w kosztach lub strukturze populacji kompensują opisany efekt. Jeżeli rekalkulacja wykaże nieadekwatność - proszę o wskazanie wynikających z niej zmian systemowych.

IV. Zakres oczekiwanej odpowiedzi

Na podstawie art. 13 ust. 1 ustawy o petycjach proszę o zawiadomienie o sposobie załatwienia petycji wraz z uzasadnieniem. Proszę każdego z adresatów - w zakresie jego kompetencji - o odrębne odniesienie się do przedstawionych żądań oraz o wskazanie:

- czy obowiązujące stawki lekarza POZ 232,56 zł, pielęgniarki POZ 56,88 zł i położnej POZ 37,80 zł wynikają z pełnego rachunku obejmującego wolumen świadczeń, potrzebny czas pracy, diagnostykę i koszt gotowości; jeżeli tak - jakie przyjęto parametry i wyniki;
- jak skalkulowano stawkę bazową łącznie ze współczynnikami wieku i finansowaniem wielochorobowości oraz jak uniknięto podwójnego uwzględniania tej samej pracochłonności;
- czy przy kalkulacji przyjęto określoną referencyjną lub ekonomicznie efektywną skalę POZ oraz czy koszt jednej deklaracji analizowano odrębnie dla różnych wielkości świadczeniodawców;
- jak NFZ i AOTMiT wyjaśniają spadek porad na deklarację z ok. 5,15 do 4,04 i jaką część różnicy wyjaśniają wiek, chorobowość, wielochorobowość, terytorium i inne cechy populacji;
- ile godzin pracy lekarzy, pielęgniarek i rejestracji jest potrzebnych dla poszczególnych skal POZ, jak zasoby te rosną wraz z liczbą deklaracji oraz które koszty są stałe, skokowe lub proporcjonalne;
- jaki pełny koszt jednej deklaracji i jaka stawka wynikają z rachunku dla każdej analizowanej grupy oraz - jeżeli stawka ma pozostać jednakowa - jaki mechanizm kompensuje różnice jednostkowego kosztu gotowości; jeżeli potrzebna analiza nie została dotąd wykonana - kto i w jakim terminie ją przeprowadzi.

Odpowiedź ograniczona do opisania obowiązujących stawek lub ogólnych zasad organizacji POZ nie odpowiadałaby na istotę petycji: czy obecne stawki są adekwatne kosztowo oraz czy jedna stawka niezależna od skali ma oparcie w pełnym rachunku kosztu jednej deklaracji.

Jeżeli system publiczny kontraktuje małe praktyki POZ, finansowanie powinno umożliwiać ich trwałe funkcjonowanie przy racjonalnej organizacji. Jeżeli stawki skalkulowano dla innej, większej skali, założenie to powinno zostać ujawnione.

Przedstawiony model nie zastępuje taryfikacji. Pokazuje jednak, że przy jawnych założeniach obecne stawki lekarza i pielęgniarki mogą być niższe od kosztu racjonalnego zapewnienia świadczeń, a dane NFZ wskazują jednocześnie na wyraźną zależność wymagającą zbadania pod kątem efektu skali. Wnoszę więc o przedstawienie kompletnego i weryfikowalnego rachunku obejmującego oba zagadnienia.

Z poważaniem

[redacted]

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

ZAŁĄCZNIK NR 1 - Metoda, źródła i podstawowe wzory kontrolne

A. Źródła danych

- NFZ: „Liczba pacjentów w deklaracjach do lekarza POZ - wg świadczeniodawców - czerwiec 2025”.
- NFZ: „Wskaźniki jakości opieki zdrowotnej - 2025”, w szczególności wskaźnik Z.II.1 oraz wskaźniki dotyczące porad związanych z receptą, teleporad i porad domowych.

- Obowiązujące regulacje NFZ dotyczące podstawowych stawek POZ oraz współczynników korygujących wieku lekarza POZ i pielęgniarki POZ.
- Dane GUS dotyczące przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce narodowej za 2025 r. - 8 903,56 zł - oraz przepisy ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych.
- Publiczne ogłoszenia pracy dla lekarzy POZ, wykorzystane wyłącznie jako kontrola rynkowego przedziału wynagrodzeń.

B. Zakres analizy skali

Publiczna analiza obejmuje 5 975 świadczeniodawców POZ. Ponad 1 000 deklaracji posiada 5 760 podmiotów, a dla 5 755 uzyskano dopasowanie wskaźnika Z.II.1.

Świadczeniodawców podzielono według liczby deklaracji lekarza POZ na grupy: 1 000-2 500, 2 501-5 000, 5 001-10 000, 10 001-20 000 oraz powyżej 20 000 deklaracji.

Podstawową miarą porównania jest liczba porad lekarza POZ przypadająca na jedną deklarację. Dane pokazują systematyczny spadek tego wskaźnika wraz ze wzrostem liczby deklaracji świadczeniodawcy; szczegółowe wyniki przedstawiono w treści petycji.

C. Model małego POZ - 2 000 deklaracji

Dla szczegółowego modelu kosztowego przyjęto 2 000 deklaracji. Publiczny benchmark grupy 1 750-2 250 deklaracji wynosi średnio około 10 445 porad lekarza rocznie przy 2 015 deklaracjach. Po proporcjonalnym przeliczeniu do 2 000 deklaracji daje to około 10 366 porad rocznie.

Po pomocniczym wyłączeniu świadczeń finansowanych odrębnie w programie „Moje Zdrowie” i opiece koordynowanej do modelu podstawowej kapitacji przyjęto 9 300 kontaktów rocznie.

Czas pracy lekarza obliczono jako sumę liczby poszczególnych rodzajów kontaktów pomnożonej przez przyjęty czas jednostkowy. Do czasu bezpośrednich kontaktów doliczono 15% pracy poza wizytami, obejmującej m.in. analizę wyników i dokumentacji, wystawianie dokumentów, komunikację i koordynację.

D. Podział kosztów na strumienie

Koszty modelu podzielono na trzy podstawowe strumienie:

- Lekarz POZ - koszt pracy lekarza, 0,5 etatu pielęgniarskiego wsparcia, koszt zapewnienia rejestracji, diagnostyka oraz przypisana część kosztów wspólnych.
- Pielęgniarka POZ - koszt 1,0 etatu pielęgniarki POZ oraz przypisana część kosztów wspólnych.
- Położna POZ - koszt modelowego wymiaru pracy położnej oraz przypisana część kosztów wspólnych.

Łączny zasób pielęgniarski modelu wynosi 1,5 etatu. Podział 1,0 / 0,5 etatu jest wyłącznie kluczem kosztowym; operacyjnie zasób pielęgniarski służy zarówno świadczeniom pielęgniarki POZ, jak i bieżącemu wsparciu pracy lekarza.

Do podstawowej kapitacji przypisano 90% kosztów wspólnych, a 10% pomocniczo wyłączono jako część przypadającą na program „Moje Zdrowie” i opiekę koordynowaną.

E. Sposób wyprowadzenia stawek bazowych

Model kosztu pracy lekarza obejmuje również pracę z pacjentami objętymi dodatkowym finansowaniem z tytułu wielochorobowości. Aby nie finansować tej części pracy ponownie poprzez stawkę bazową, przed jej wyprowadzeniem od kosztu strumienia lekarza odjęto około 11 000 zł miesięcznie odpowiadające przyjętemu w modelu odrębnemu finansowaniu wielochorobowości.

Pomocnicza struktura wieku 2 000 deklaracji odpowiada:

- dla lekarza POZ - około 3 077 jednostkom ważonym po zastosowaniu obowiązujących współczynników wieku;
- dla pielęgniarki POZ - około 2 355 jednostkom ważonym po zastosowaniu współczynników 2,0 / 1,0 / 2,0 dla grup wieku 0-6 / 7-65 / >65 lat.

Stawkę bazową lekarza obliczono jako roczny koszt jego strumienia po odjęciu odrębnego finansowania wielochorobowości, podzielony przez około 3 077 jednostek ważonych.

Stawkę bazową pielęgniarki obliczono jako roczny koszt jej strumienia podzielony przez około 2 355 jednostek ważonych.

Dla położnej, której populacja deklaracyjna jest odrębna od populacji lekarza i pielęgniarki, przyjęto pomocniczo 1 200 deklaracji.

F. Ograniczenia i możliwość weryfikacji modelu

Przedstawiony model nie stanowi taryfikacji krajowej. Pokazuje, jaki wynik otrzymuje się przy jawnych założeniach dotyczących wolumenu świadczeń, czasu pracy, obsady i kosztów.

Analiza danych NFZ pokazuje związek pomiędzy skalą świadczeniodawcy a liczbą porad na deklarację, ale sama w sobie nie dowodzi, że skala jest jedyną przyczyną tej różnicy. NFZ i AOTMiT powinny zweryfikować wpływ m.in. wieku, chorobowości, wielochorobowości, struktury terytorialnej i innych cech populacji.

Każdy parametr pomocniczy modelu może zostać zastąpiony wartością uznaną przez NFZ lub AOTMiT za bardziej właściwą. W takim przypadku proszę o wskazanie źródła zastosowanej wartości oraz przedstawienie pełnego ponownego przeliczenia.