

---

**NIL**

---

---

**Naczelna  
Izba Lekarska**

---

---

**NIL**

---

---

**Ośrodek Badań  
i Analiz**

---

## Raport z badania

„Limity płac lekarzy – decyzja systemu czy decyzja  
każdego z nas? - Co sądzisz o propozycjach?”

Artur Białoszewski

ekspert NRL ds. badań i analiz

listopad 2025 r.

## EXECUTIVE SUMMARY

Badanie przeprowadzone w listopadzie 2025 r. przez Ośrodek Badań i Analiz NIL dostarcza danych na temat postaw i opinii lekarzy wobec proponowanych limitów CAP oraz ich możliwych skutków dla funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Analiza odpowiedzi 631 lekarzy i lekarzy dentystów ukazuje wysoką spójność ocen środowiska oraz wyraźnie negatywny odbiór mechanizmów ograniczających przychody uzyskiwane w ramach kontraktów cywilnoprawnych. Regulacje te postrzegane są nie jako techniczne narzędzie porządkowania rynku, lecz jako rozwiązanie o potencjalnie znaczącym i destabilizującym wpływie na dostępność świadczeń oraz stabilność kadrową publicznej ochrony zdrowia.

W części ilościowej ponad 80% respondentów oceniło negatywnie zarówno propozycję górnego limitu miesięcznego wynagrodzenia, jak i maksymalnej stawki godzinowej. Równie krytycznie oceniany jest zakaz rozliczeń procentowych od procedur NFZ oraz wprowadzenie minimalnego wymiaru kontraktu. Dane te potwierdzają, że środowisko lekarskie widzi w proponowanych zmianach ingerencję w podstawowe mechanizmy organizacji pracy, szczególnie w specjalizacjach zabiegowych, anestezjologii oraz diagnostyce obrazowej, gdzie efektywność świadczeń jest bezpośrednio związana z charakterem rozliczenia.

Deklarowane przez respondentów zachowania wskazują, że wprowadzenie CAP doprowadziłoby do ograniczenia podaży pracy w sektorze publicznym. Aż 45% lekarzy zapowiada redukcję liczby godzin pracy, 38% – przeniesienie aktywności do sektora prywatnego, a 22% – odejście z publicznego systemu. Tylko 23% deklaruje brak zmian. Preferowaną formą pracy w horyzoncie 12 miesięcy pozostaje kontrakt (38%), a model mieszany wybiera 22% respondentów. Tylko 16% lekarzy widzi swoją przyszłość na etacie, co świadczy o istotnej roli elastyczności organizacyjnej w modelach pracy lekarzy.

Jednocześnie wyniki dotyczące czynników pozafinansowych pokazują, że decyzje zawodowe w ochronie zdrowia są determinowane też przez elementy niematerialne. Na pierwszych miejscach znalazły się: możliwość zachowania równowagi praca–życie (85%), relacje i kultura pracy (81%), elastyczność czasu pracy (80%), stabilność dochodu (79%) i bezpieczeństwo prawne (76%). Dane te wskazują, że projektowane regulacje mogą pogłębić już istniejące problemy systemu, jeśli nie będą towarzyszyć im działania wzmacniające te kluczowe obszary.

Warstwa jakościowa – obejmująca kilkaset obszernych komentarzy – wyraźnie potwierdza te tendencje. Dominują obawy przed drastycznym wydłużeniem kolejek, zmniejszeniem liczby procedur wysokospecjalistycznych, odejściem lekarzy z dyżurów, destabilizacją pracy szpitali powiatowych i przyspieszeniem migracji pacjentów oraz lekarzy do sektora prywatnego. Szczególnie silnie akcentowane są ryzyka w radiologii, anestezjologii, kardiologii interwencyjnej, chirurgii i onkologii. Jedynie marginalna część wypowiedzi wskazuje na potencjalne uporządkowanie patologicznych elementów systemu, podkreślając jednak, że aktualny projekt nie odpowiada na realne potrzeby systemu i nie uwzględnia specyfiki poszczególnych procedur.

Struktura próby odzwierciedla szeroki przekrój aktywnych zawodowo lekarzy: 75,6% stanowią specjaliści, 64,5% pracuje na kontrakcie, 66,1% wykonuje świadczenia w szpitalach, a ponad połowa łączy zatrudnienie w dwóch lub większej liczbie miejsc. Układ tych proporcji pokazuje, że w badaniu uczestniczyła grupa realnie reprezentująca dominujące modele pracy w praktyce klinicznej, choć nie stanowi to podstawy do wnioskowania populacyjnego.

Dane te podkreślają skalę mobilności zawodowej i znaczenie elastycznych form pracy dla utrzymania ciągłości świadczeń w publicznym systemie ochrony zdrowia.

Wyniki badania prowadzą do jasnej konkluzji: proponowane limity CAP, w obecnej konstrukcji, są postrzegane jako regulacja obciążona wysokim ryzykiem systemowym, mogąca ograniczyć dostępność świadczeń, pogłębić deficyty kadrowe, zmniejszyć liczbę procedur i zdestabilizować funkcjonowanie wielu jednostek, zwłaszcza w mniejszych miejscowościach. Z perspektywy badanych lekarzy ewentualne zmiany wymagają znacząco szerszego namysłu, analizy skutków oraz wypracowania mechanizmów osłonowych, które pozwolą chronić zarówno interes pacjentów, jak i bezpieczeństwo funkcjonowania systemu zdrowia.

## Wprowadzenie

Dyskusja o planowanym wprowadzeniu przez Ministerstwo Zdrowia górnych limitów przychodów z kontraktów lekarskich budzi uzasadnione emocje w środowisku medycznym.

W przestrzeni publicznej temat ten bywa upraszczany i sprowadzany do kwestii „wynagrodzeń lekarzy”. W rzeczywistości proponowane ograniczenia nie dotyczą pensji etatowych, lecz przychodów lekarzy prowadzących działalność gospodarczą — a więc osób, które funkcjonują w systemie kontraktowym B2B i ponoszą pełne koszty swojej pracy.

Dla wielu specjalistów kontrakt nie jest formą „dodatkowego zarobku”, lecz podstawową strukturą wykonywania zawodu, obejmującą nie tylko honorarium za świadczenia, ale także wydatki na sprzęt, personel pomocniczy, podatki, ubezpieczenia i inne koszty operacyjne. Ograniczenie przychodów w tym segmencie może więc oznaczać realny spadek rentowności działalności, a w konsekwencji — ograniczenie liczby dyżurów, zmniejszenie dostępności świadczeń i odpływ lekarzy z sektora publicznego.

Z myślą o rzetelnym przedstawieniu stanowiska środowiska Naczelna Izba Lekarska, za pośrednictwem Ośrodka Badań i Analiz (COBIK NIL), przeprowadziła ogólnopolskie badanie opinii lekarzy i lekarzy dentystów. Celem projektu było rozpoznanie, jak lekarze postrzegają zapowiadane limity przychodów, jakie decyzje zawodowe mogą w związku z nimi podejmować oraz jakie znaczenie mają czynniki pozafinansowe — takie jak autonomia, bezpieczeństwo pracy i organizacja systemu.

Uzyskane wyniki stanowią aktualny obraz nastrojów środowiska lekarskiego wobec planowanych zmian. Pokazują one, że debata o kształcie systemu wynagradzania w ochronie zdrowia nie może być redukowana do prostych porównań stawek, lecz powinna uwzględniać ekonomiczne i społeczne skutki dla funkcjonowania publicznego systemu opieki zdrowotnej. W tym sensie raport ma charakter nie tylko diagnostyczny, ale i strategiczny — służy obronie równowagi między bezpieczeństwem pacjenta, warunkami pracy lekarzy i stabilnością całego systemu.

## O badaniu i metodologia

W odpowiedzi na ogłoszone przez Ministerstwo Zdrowia propozycje wprowadzenia górnych limitów przychodów dla lekarzy pracujących na kontraktach finansowanych ze środków publicznych, Ośrodek Badań i Analiz Naczelnej Izby Lekarskiej (COBIK NIL) przeprowadził ogólnopolskie badanie opinii środowiska lekarskiego. Celem projektu było rozpoznanie nastrojów, postaw i przewidywanych decyzji zawodowych lekarzy wobec planowanych zmian, a także określenie potencjalnych skutków tych regulacji dla stabilności kadr oraz dostępności świadczeń zdrowotnych w sektorze publicznym.

## Cel badania

Badanie miało na celu:

- ocenę opinii lekarzy na temat czterech kluczowych elementów propozycji tzw. limitów przychodów (CAP): górnego limitu miesięcznego, maksymalnej stawki godzinowej, zakazu wynagradzania procentowego oraz wymogu minimalnego wymiaru kontraktu;
- identyfikację potencjalnych decyzji zawodowych, jakie lekarze mogą podjąć w przypadku wprowadzenia regulacji;
- analizę roli czynników pozafinansowych (elastyczność, bezpieczeństwo prawne, organizacja pracy, równowaga praca–życie) w kształtowaniu decyzji dotyczących form zatrudnienia.

## Narzędzie badawcze

Kwestionariusz ankiety został opracowany przez zespół Ośrodka Badań i Analiz NIL. Składał się z siedmiu pytań merytorycznych i metryczki, obejmującej zmienne demograficzne i zawodowe. W ankiecie znalazły się zarówno pytania zamknięte w skali pięciostopniowej (oceny postaw i znaczenia czynników), jak i jedno pytanie otwarte, pozwalające respondentom na swobodną wypowiedź. Dla osób wskazujących „kontrakt” jako formę zatrudnienia dodano pytanie filtrowe o sposób rozliczania wynagrodzenia (na podstawie procedur, pacjentów, godzin lub dni pracy).

## Próba badawcza

Ankieta została rozesłana drogą elektroniczną do lekarzy i lekarzy dentystów z bazy Centralnego Rejestru Lekarzy RP (CRL). W badaniu, do 11 listopada 2025 roku do godz. 20:00, wzięło udział łącznie 1405 osób, z czego 631 respondentów wypełniło ankietę w całości, a 774 przerwało jej wypełnianie – ich częściowe odpowiedzi nie zostały uwzględnione w analizach. Respondenci reprezentowali wszystkie okręgowe izby lekarskie w Polsce. Zdecydowana większość respondentów pracowała na kontrakcie (64,5%), podczas gdy 29,0% było zatrudnionych na etacie, a 6,5% wykonywało pracę w innej formie; próba była zdominowana przez lekarzy specjalistów (75,6%), przy niemal równym udziale kobiet (42,2%) i mężczyzn (57,2%). Dokładne informacje dotyczące struktury próby zostały przedstawione w aneksie na końcu dokumentu.

## Realizacja i dystrybucja

Badanie zostało zrealizowane w formule CAWI (Computer-Assisted Web Interviewing) z wykorzystaniem platformy LimeSurvey. Zaproszenia rozesłano mailowo oraz poprzez kanały komunikacji samorządu lekarskiego zarezerwowane tylko dla członków samorządu zawodowego. Ankieta była anonimowa, a jej wypełnienie zajmowało średnio 3–4 minuty.

## Analiza danych

Zebrane dane zostały poddane analizie ilościowej i jakościowej. W analizie ilościowej opracowano rozkłady odpowiedzi oraz zestawienia opisowe, pozwalające uchwycić główne tendencje i strukturę udzielanych odpowiedzi. Odpowiedzi otwarte przeanalizowano metodą analizy treści, identyfikując najczęściej pojawiające się wątki, motywy i kategorie tematyczne.

## Reprezentatywność

Ze względu na szeroki udział lekarzy z różnych regionów, specjalizacji i form zatrudnienia, badanie dostarcza przekrojowego i aktualnego obrazu opinii respondentów. Ze względu na charakter doboru próby (CAWI, udział ochotniczy, brak wazenia) wyniki należy traktować jako obraz nastrojów badanej grupy, a nie estymację populacyjną całego środowiska lekarskiego. Uzyskane dane pozwalają jednak jednoznacznie wskazać kluczowe obszary ryzyka dla funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w kontekście planowanych regulacji finansowych.

## Wyniki ilościowe

Wyniki ilościowe prezentowane w tym rozdziale odzwierciedlają odpowiedzi lekarzy i lekarzy dentystów, którzy wypełnili ankietę w całości, pozwalając na przeprowadzenie pełnej analizy statystycznej. Dane zostały opracowane w sposób umożliwiający zarówno odczyt rozkładów odpowiedzi w poszczególnych pytaniach, jak i identyfikację wyraźnych tendencji oraz obszarów szczególnie istotnych dla środowiska. W przedstawieniu wyników zachowano jednolitą strukturę: każdy blok pytań prezentowany jest z uwzględnieniem udziału procentowego odpowiedzi oraz kluczowych zależności widocznych w rozkładach.

### Oceny poszczególnych propozycji ograniczenia wynagrodzeń

W odpowiedziach dotyczących ocen czterech elementów proponowanych ograniczeń widoczny jest wyraźnie dominujący udział ocen negatywnych. Najwyższe natężenie odpowiedzi „bardzo negatywnie” odnotowano w przypadku wprowadzenia górnego limitu miesięcznego wynagrodzenia oraz ustalenia maksymalnej stawki godzinowej. W obu pytaniach wskazanie to osiągnęło poziom 64%, przy czym odpowiedzi „raczej negatywnie” stanowiły odpowiednio 19% i 17%. Oznacza to, że dla tych dwóch propozycji łączny udział ocen negatywnych przekracza 80% wszystkich odpowiedzi, a odsetek ocen pozytywnych („raczej pozytywnie” + „bardzo pozytywnie”) pozostaje niewielki i wynosi 13% w pięciostopniowej skali. W przypadku wymogu minimalnego wymiaru kontraktu (np. 0,5 etatu) zakres odpowiedzi był bardziej zróżnicowany, choć nadal dominujący udział stanowiły oceny negatywne. Odpowiedzi „bardzo negatywnie” udzieliło 52% badanych, a „raczej negatywnie” 19%. Jednocześnie w tej kategorii nieco wyższy niż w dwóch pierwszych pytaniach okazał się udział ocen neutralnych 11% oraz umiarkowanie pozytywnych (11% raczej pozytywnie, 7% bardzo pozytywnie).

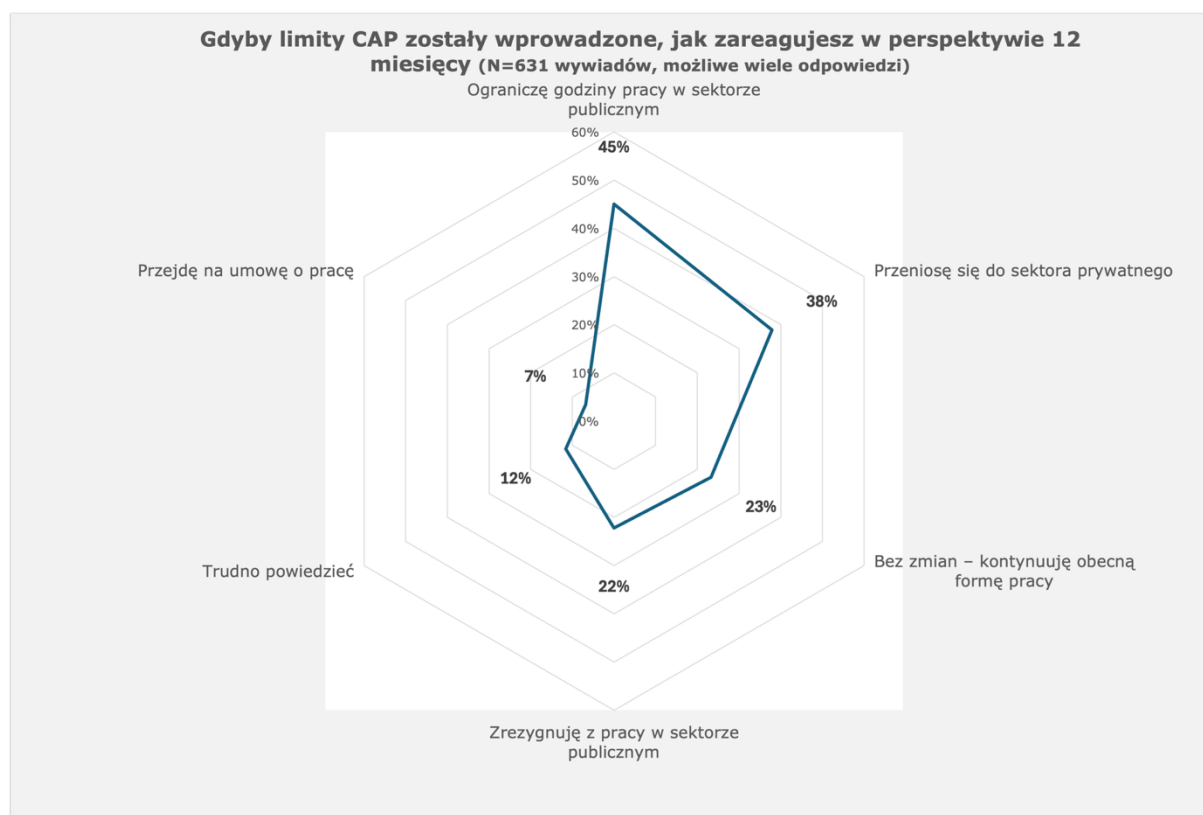


Najbardziej równomierny rozkład ocen pojawił się w odniesieniu do propozycji zakazu wypłacania wynagrodzenia w formie procentu od wyceny procedury NFZ. Choć odpowiedzi negatywne nadal dominują (łącznie 65%, w tym 50% bardzo negatywnie), to odsetek ocen neutralnych (14%) i pozytywnych (20% w sumie dla opcji raczej oraz bardzo pozytywnie) jest najwyższy spośród wszystkich czterech analizowanych propozycji. Świadczy to o większym zróżnicowaniu stanowisk respondentów wobec tej formy ograniczenia.

| Oceny poszczególnych propozycji ograniczenia wynagrodzeń                                               | Bardzo negatywnie | Raczej negatywnie | Neutralnie | Raczej pozytywnie | Bardzo pozytywnie |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-------------------|------------|-------------------|-------------------|
| Wprowadzenie górnego limitu miesięcznego wynagrodzenia na kontrakcie (ok. 36–48 tys. zł za pełen etat) | 64%               | 19%               | 6%         | 8%                | 4%                |
| Ustalenie maksymalnej stawki godzinowej (ok. 240 zł/h, czyli 1/20 płacy minimalnej)                    | 64%               | 17%               | 6%         | 8%                | 5%                |
| Wymóg minimalnego wymiaru kontraktu (np. 0,5 etatu)                                                    | 52%               | 19%               | 11%        | 11%               | 7%                |
| Zakaz wypłacania wynagrodzenia w formie procentu od wyceny procedury NFZ                               | 50%               | 15%               | 14%        | 9%                | 11%               |

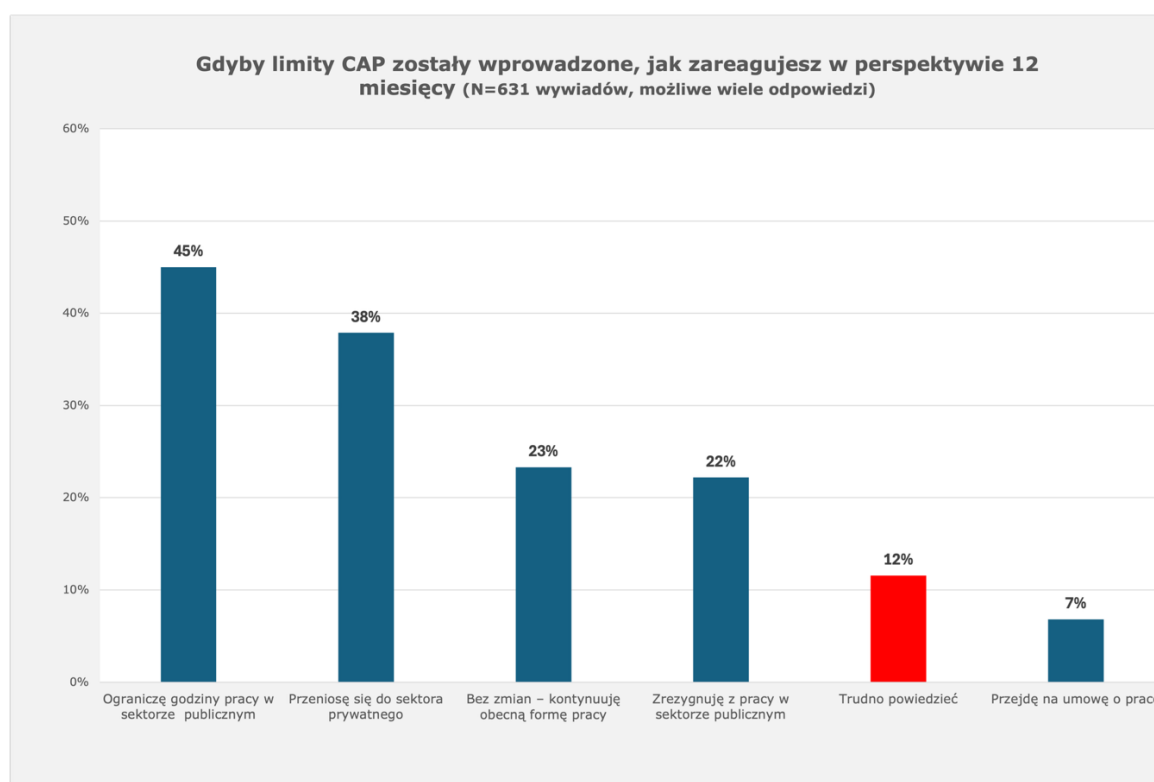
## Deklarowane reakcje na limity CAP w perspektywie 12 miesięcy

W pytaniu dotyczącym możliwych działań w sytuacji wprowadzenia limitów CAP respondenci mogli udzielić więcej niż jednej odpowiedzi, co umożliwia uchwycenie złożoności i wielowymiarowości ich potencjalnych decyzji zawodowych. Analiza rozkładu wskazań pokazuje, że odpowiedzi rozkładają się nierównomiernie, a część z nich zyskuje zdecydowanie większą popularność, wskazując na wyraźne tendencje. Najczęściej wybieraną odpowiedzią była deklaracja ograniczenia liczby godzin pracy w sektorze publicznym, którą zaznaczyło 45% respondentów. Jest to odpowiedź dominująca i jednocześnie jedyna przekraczająca poziom 40%, co wskazuje, że dla znacznej części respondentów pierwszym odruchem na nowe regulacje byłoby zmniejszenie obecnej aktywności w ramach publicznych podmiotów leczniczych. Warto też zauważyć, że ograniczenie godzin pracy jest odpowiedzią, która nie oznacza ani pełnego odejścia z sektora publicznego, ani zmiany formy zatrudnienia, lecz redukcję zaangażowania — stanowiąc pośrednią, częściową formę dostosowania.



Drugą najczęściej wskazywaną reakcją jest przeniesienie się do sektora prywatnego, zaznaczone przez 38% badanych. Wynik ten pozostaje wyraźnie niższy niż odsetek deklarujących redukcję czasu pracy, jednak nadal jest to odpowiedź udzielona przez ponad jedną trzecią uczestników — potwierdzając, że dla istotnej grupy respondentów sektor prywatny jawi się jako bardziej stabilna czy przewidywalna alternatywa w przypadku zmian regulacyjnych dotyczących kontraktów.

Odpowiedź „bez zmian – kontynuuję obecną formę pracy” zaznaczyło 23% respondentów. Oznacza to, że niemal co szósty badany deklaruje brak planów modyfikacji dotychczasowej aktywności zawodowej, nawet jeśli limity zostałyby wdrożone. Co istotne, odpowiedź ta znajduje się na bardzo zbliżonym poziomie do wskazania „zrezygnuję z pracy w sektorze publicznym”, które wybrało 22% lekarzy. Warto zwrócić uwagę na ten równoważny rozkład: proporcja respondentów skłonnych do całkowitego opuszczenia sektora publicznego jest niemal taka sama jak proporcja tych, którzy deklarują pełne utrzymanie obecnej sytuacji.



Relatywnie nieliczna grupa lekarzy, bo jedynie 7%, deklaruje, że w przypadku wprowadzenia limitów przesłaby na umowę o pracę. Jest to odpowiedź zdecydowanie najrzadsza spośród wskazań związanych z aktywną zmianą formy wykonywania

zawodu. Wartość ta pozostaje wyraźnie niższa zarówno od odsetka osób planujących przejście do sektora prywatnego, jak i odsetka osób deklarujących rezygnację z pracy w sektorze publicznym.

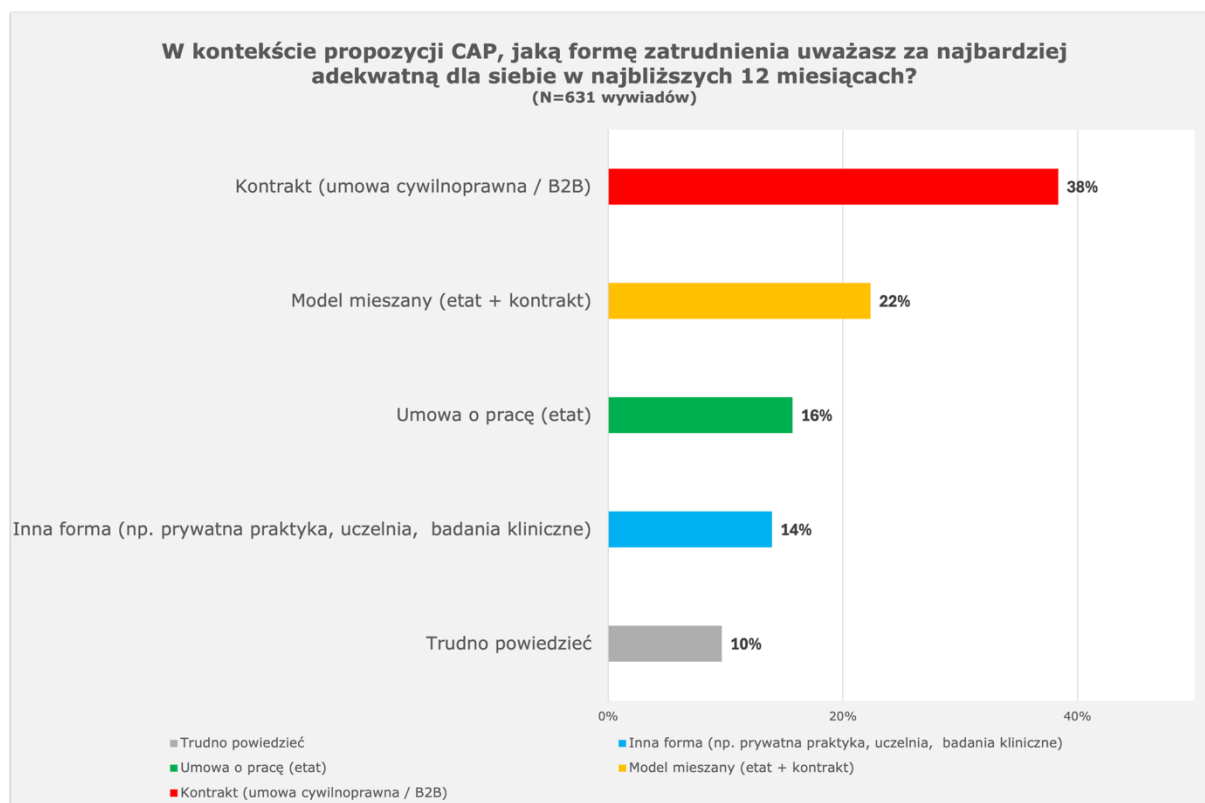
Odpowiedź „trudno powiedzieć” wybrało 12% respondentów, co wskazuje na umiarkowany poziom niepewności. Jest to odpowiedź wciąż relatywnie nieliczna — zdecydowana większość ankietowanych była w stanie udzielić konkretnej deklaracji dotyczącej swojej przyszłej aktywności zawodowej w scenariuszu wprowadzenia limitów CAP.

| <b>Gdyby limity CAP zostały wprowadzone, jak zareagujesz w perspektywie 12 miesięcy?<br/>(możliwe wiele odpowiedzi)</b> |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Ograniczę godziny pracy w sektorze publicznym                                                                           | 45% |
| Przeniosę się do sektora prywatnego                                                                                     | 38% |
| Bez zmian – kontynuuję obecną formę pracy                                                                               | 23% |
| Zrezygnuję z pracy w sektorze publicznym                                                                                | 22% |
| Trudno powiedzieć                                                                                                       | 12% |
| Przejdę na umowę o pracę                                                                                                | 7%  |

## Preferowana forma zatrudnienia w kontekście CAP

W odpowiedzi na pytanie o najbardziej adekwatną formę zatrudnienia w najbliższych 12 miesiącach — rozpatrywaną w kontekście ewentualnego wprowadzenia limitów CAP — rozkład wskazań respondentów okazał się wyraźnie zróżnicowany, lecz z czytelnym liderem. Najczęściej wskazywaną opcją był kontrakt cywilnoprawny / B2B, wybierany przez 38% ankietowanych. Jest to najwyższa wartość spośród wszystkich odpowiedzi, przewyższająca wybór kolejnej w kolejności opcji o 16 punktów procentowych. Pokazuje to, że w grupie badanych kontrakt pozostaje formą, którą największa część respondentów uznaje za najbardziej adekwatną wobec obecnych uwarunkowań.

Drugą najczęściej wskazywaną odpowiedzią był model mieszany (etat + kontrakt), wybierany przez 22% uczestników badania. Wartość ta plasuje tę opcję wyraźnie za kontraktem, ale jednocześnie znacząco powyżej poziomu deklaracji wskazujących wyłącznie na etat. Model mieszany wydaje się więc preferowany przez istotną część lekarzy, którzy wskazują na potrzebę łączenia dwóch różnych form regulacyjno-organizacyjnych.



Odpowiedź „umowa o pracę (etat)” została wskazana przez 16% respondentów. Jest to wynik umiarkowany, sytuujący etat na trzecim miejscu w hierarchii wyborów, za formami elastycznymi (kontrakt i model mieszany). Dane te pokazują, że etat stanowi preferowaną opcję dla części badanych, choć zdecydowanie nie jest wyborem dominującym — zarówno wobec kontraktu, jak i wobec modelu mieszanego. Opcja „inna forma”, obejmująca m.in. prywatną praktykę, działalność akademicką czy udział w badaniach klinicznych, została wybrana przez 14% ankietowanych. Jest to wynik nieco niższy niż wskazania na etat, ale dość zbliżony, co potwierdza, że w pewnym zakresie lekarze dostrzegają możliwość funkcjonowania także poza klasycznym podziałem etat–kontrakt.

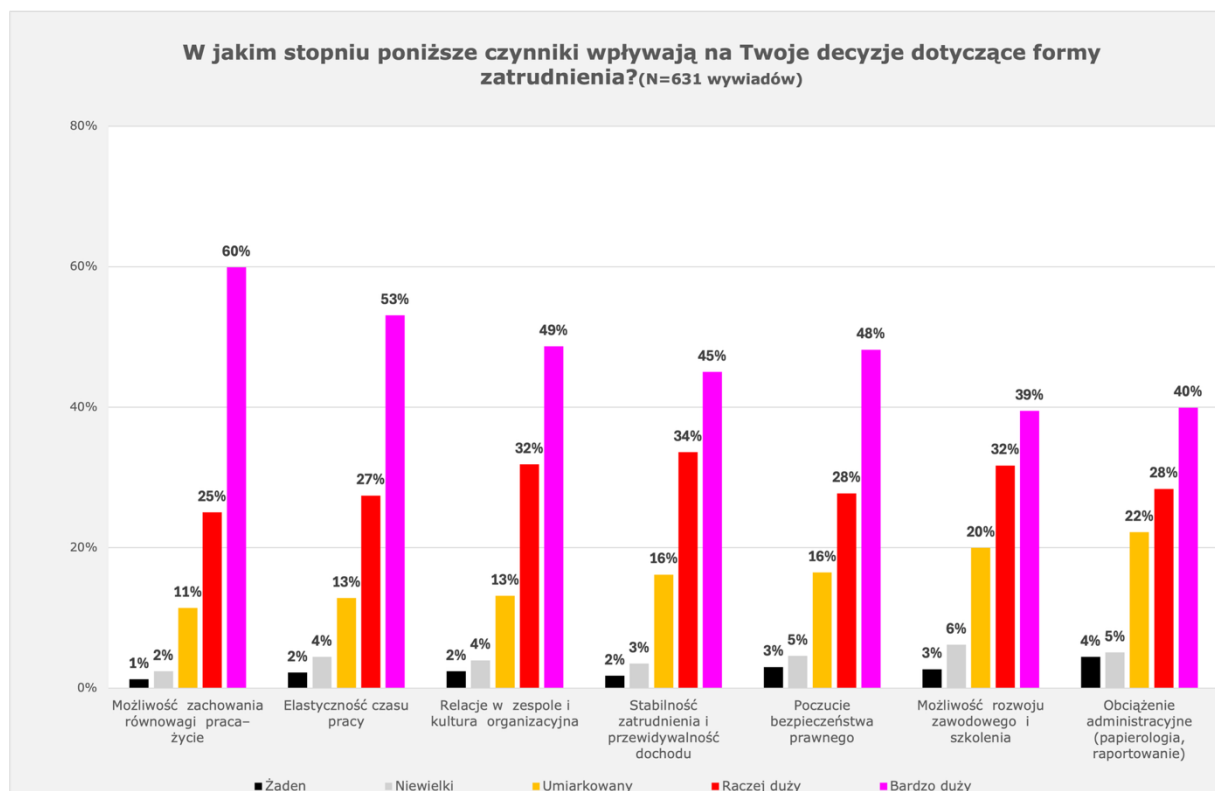
Najniższy odsetek wskazań uzyskała odpowiedź „trudno powiedzieć”, którą zaznaczyło 10% uczestników. Jest to relatywnie niewielka grupa, co oznacza, że większość respondentów potrafiła jednoznacznie określić preferowaną formę zatrudnienia w perspektywie najbliższych 12 miesięcy.

| W kontekście propozycji CAP, jaką formę zatrudnienia uważasz za najbardziej adekwatną dla siebie w najbliższych 12 miesiącach? |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Trudno powiedzieć                                                                                                              | 10% |
| Inna forma (np. prywatna praktyka, uczelnia, badania kliniczne)                                                                | 14% |
| Umowa o pracę (etat)                                                                                                           | 16% |
| Model mieszany (etat + kontrakt)                                                                                               | 22% |
| Kontrakt (umowa cywilnoprawna / B2B)                                                                                           | 38% |

## Czynniki wpływające na decyzje dotyczące formy zatrudnienia

W pytaniu dotyczącym czynników wpływających na wybór formy zatrudnienia respondenci oceniali siedem obszarów w pięciostopniowej skali — od „żaden wpływ” do „bardzo duży wpływ”. We wszystkich analizowanych kategoriach widoczna jest wyraźnie przesunięta struktura odpowiedzi, w której dwie najwyższe kategorie („raczej duży” i „bardzo duży”) stanowią zdecydowanie największy odsetek wskazań.

Najwyższe wartości w kategorii „bardzo duży wpływ” odnotowano w odniesieniu do możliwości zachowania równowagi praca–życie. Odpowiedź tę wybrało 60% badanych, co stanowi najwyższy maksymalny wynik wśród wszystkich czynników; kolejne 25% wskazało „raczej duży wpływ”. Łącznie oznacza to, że czynniki równowagi zawodowo–prywatnej znajdują się w obszarze bardzo wysokich deklarowanych oczekiwań. Jednocześnie tylko 1% wskazało, że aspekt ten nie ma dla nich żadnego znaczenia.



Podobnie wysoki poziom ocen najwyższych uzyskała elastyczność czasu pracy, dla której „bardzo duży wpływ” wskazało 53% respondentów, a „raczej duży wpływ” kolejne 27%. Odsetek wskazań neutralnych lub niższych („umiarkowany” – 13%, „niewielki” – 4%, „żaden” – 2%) jest w tej kategorii relatywnie niski, co potwierdza wysoką koncentrację odpowiedzi w górnej części skali.

W przypadku relacji w zespole i kultury organizacyjnej dominują wskazania z dwóch najwyższych kategorii: „bardzo duży wpływ” – 49% oraz „raczej duży wpływ” – 32%. Jest to jedna z najmocniej ocenianych kategorii w całym zestawieniu. Warto zwrócić uwagę, że odpowiedzi o niskim wpływie („żaden” – 2%, „niewielki” – 4%) pozostają na minimalnym poziomie.

Przewidywalność i stabilność dochodu uzyskały rozkład również przesunięty ku wysokim poziomom wpływu: „bardzo duży” – 45%, „raczej duży” – 34%. Odpowiedzi umiarkowane (16%) oraz niskie (3% „niewielki”, 2% „żaden”) pojawiają się w mniejszym zakresie, co odzwierciedla wyraźną koncentrację wskazań na znaczeniu stabilności finansowej.

Poczucie bezpieczeństwa prawnego zostało ocenione podobnie: „bardzo duży wpływ” – 48%, „raczej duży” – 28%, „umiarkowany” – 16%, natomiast wskazania niskie („niewielki” – 5%, „żaden” – 3%) są marginalne. Rozkład ten potwierdza, że aspekt bezpieczeństwa prawnego należy do grupy czynników istotnych w procesie decyzyjnym respondentów.

W przypadku możliwości rozwoju zawodowego i szkoleń dominują odpowiedzi z wyższej części skali: „bardzo duży” – 39%, „raczej duży” – 32%, „umiarkowany” – 20%. Odpowiedzi o niskim wpływie pojawiają się rzadziej (6% „niewielki”, 3% „żaden”), co oznacza spójną koncentrację deklaracji w kierunku dużego znaczenia.

Ostatni analizowany czynnik — obciążenie administracyjne (papierologia, raportowanie) — cechuje się najbardziej równomiernym, choć nadal przesuniętym ku wyższym kategoriom rozkładem odpowiedzi. „Bardzo duży wpływ” wskazało 40% badanych, „raczej duży wpływ” – 28%, „umiarkowany” – 22%. Z kolei wyraźnie niższe znaczenie wskazało 5% („niewielki”) oraz 4% („żaden”). Choć wartości najwyższe pozostają tu nadal dominujące, są nieco niższe niż w przypadku czynników takich jak równowaga praca–życie czy elastyczność.

W ujęciu ogólnym wszystkie siedem czynników wykazuje tę samą charakterystyczną cechę: zdecydowana większość respondentów lokuje je w górnej części skali wpływu, a udział wskazań o niskim znaczeniu jest w każdej kategorii minimalny. Jednocześnie poszczególne czynniki różnią się poziomem intensywności tego wpływu — od bardzo wysokich (60% dla równowagi praca–życie) do umiarkowanie wysokich (40% dla obciążeń administracyjnych).

| W jakim stopniu poniższe czynniki wpływają na Twoje decyzje dotyczące formy zatrudnienia? | Żaden | Niewielki | Umiarkowany | Raczej duży | Bardzo duży |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-----------|-------------|-------------|-------------|
| Możliwość zachowania równowagi praca–życie                                                | 1%    | 2%        | 11%         | 25%         | 60%         |
| Elastyczność czasu pracy                                                                  | 2%    | 4%        | 13%         | 27%         | 53%         |
| Relacje w zespole i kultura organizacyjna                                                 | 2%    | 4%        | 13%         | 32%         | 49%         |
| Stabilność zatrudnienia i przewidywalność dochodu                                         | 2%    | 3%        | 16%         | 34%         | 45%         |
| Poczucie bezpieczeństwa prawnego                                                          | 3%    | 5%        | 16%         | 28%         | 48%         |
| Możliwość rozwoju zawodowego i szkolenia                                                  | 3%    | 6%        | 20%         | 32%         | 39%         |
| Obciążenie administracyjne (papierologia, raportowanie)                                   | 4%    | 5%        | 22%         | 28%         | 40%         |

## Wyniki jakościowe

W analizie odpowiedzi otwartych wzięto pod uwagę 264 komentarze pozostawione przez respondentów. Zdecydowana większość wypowiedzi ma charakter negatywny i wskazuje na przewidywane pogorszenie funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w przypadku wprowadzenia limitów CAP. Ogólny rozkład tematyczny odpowiedzi układa się w kilka dominujących kategorii. Najczęściej pojawiają się prognozy dotyczące ograniczenia dostępności świadczeń i wydłużenia kolejek – ten wątek powraca w ponad połowie komentarzy. Kolejna duża grupa, obejmująca liczne specjalizacje zabiegowe, radiologię, anestezjologię i medycynę ratunkową, podkreśla ryzyko zmniejszenia liczby procedur, spadku wydajności pracy oraz odejścia części kadry do sektora prywatnego, co w konsekwencji miałyby prowadzić do zamykania oddziałów, destabilizacji dyżurów i upadku mniejszych szpitali. W wielu komentarzach pojawia się podkreślanie, że obecna struktura systemu jest już silnie obciążona niedoborem lekarzy i CAP miałyby ten niedobór uwypuklić i przyspieszyć. Jedynie niewielki odsetek odpowiedzi zauważa potencjalne korzyści, głównie w wąskim zakresie uporządkowania skrajnych stawek procentowych w niektórych procedurach, ale także te głosy podkreślają, że CAP w zapowiadanej formie nie rozwiąże kluczowych problemów systemu.

Najczęściej powtarzającym się motywem, widocznym w bardzo wielu odpowiedziach, jest przewidywane wydłużenie kolejek do lekarzy specjalistów, badań diagnostycznych i zabiegów operacyjnych. Lekarze zwracają uwagę, że przejście z modelu wynagradzania opartego na procedurze w kierunku wynagrodzenia godzinowego doprowadzi do zmniejszenia liczby wykonywanych świadczeń w jednostce czasu. Wśród radiologów, kardiologów interwencyjnych, chirurgów oraz endoskopistów pojawiają się opisy, że obecna wydajność ich pracy w dużej mierze wynika z motywacji finansowej związanej z liczbą wykonanych badań lub procedur. W nowym modelu, w którym wynagrodzenie jest stałe i niezależne od liczby wykonanych świadczeń, wielu lekarzy przewiduje, że tempo pracy naturalnie spadnie. W niektórych wypowiedziach padają konkretne liczby – zamiast pięciu badań obrazowych na godzinę lekarz wykonywałby jedno lub dwa, a specjalista zabiegowy ograniczyłby liczbę operacji do minimum, bo „nie ma powodu wykonywać sześciu zabiegów, skoro wynagrodzenie za godzinę będzie takie same jak za jeden”.

[illegible]

18

W odpowiedziach bardzo często pojawia się temat zamykania oddziałów i problemów z obsadą dyżurów, zwłaszcza w szpitalach powiatowych, gdzie większość lekarzy pracuje na kontraktach i dojeżdża z innych miejscowości. Limity wynagrodzeń są tu postrzegane jako bariera, która uczyni te dyżury – już dziś niechętnie podejmowane – jeszcze mniej atrakcyjnymi. Lekarze anestezjolodzy, interniści, specjaliści medycyny ratunkowej i pediatrzy opisują, że CAP doprowadziłby do braku lekarzy w SOR, NPL oraz w oddziałach wymagających 24-godzinnej obsady. W wielu wypowiedziach przewija się ostrzeżenie, że system dyżurowy „nie utrzyma się” przy nowych limitach, co doprowadzi do zamykania oddziałów i konieczności transportowania pacjentów do odległych większych ośrodków.

Drugim dużym zbiorem wypowiedzi są komentarze specjalistów zabiegowych, radiologów i onkologów, wskazujących na przewidywane ograniczenie liczby wykonywanych procedur wysokospecjalistycznych. Wielu lekarzy wskazuje, że skomplikowane zabiegi są dziś realizowane także dzięki temu, że są odpowiednio wynagradzane w modelu procentowym. Wprowadzenie stawek godzinowych, w połączeniu z limitem miesięcznym, doprowadziłoby – w ocenie tych respondentów – do zmniejszenia liczby zabiegów ratujących życie, mniejszej liczby biopsji onkologicznych, mniejszej liczby koronarografii, ablacji czy procedur z zakresu chirurgii rekonstrukcyjnej. Część specjalistów wąskich dziedzin deklaruje, że przestałaby wykonywać zaawansowane procedury w mniejszych ośrodkach i skupiła się na pracy w dużych klinikach lub w sektorze prywatnym.

W wypowiedziach radiologów i diagnostów obrazowych widoczny jest dodatkowy motyw. Wielu z nich przewiduje, że stawki godzinowe ograniczą liczbę opisywanych badań, co doprowadzi do paraliżu pracowni w mniejszych szpitalach i przyspieszy rozwój teleradiologii jako jedynej opłacalnej formy pracy. Niektórzy wskazują, że opisy będą wykonywane znacznie wolniej, co spowoduje dalsze wydłużenie czasu oczekiwania na MRI lub TK, już obecnie wynoszącego w niektórych regionach kilka miesięcy.

Kolejną grupą komentarzy są odpowiedzi lekarzy pracujących w AOS i poradniach specjalistycznych. Wielu z nich deklaruje, że w razie CAP zmniejszą liczbę przyjmowanych pacjentów w ramach NFZ, ograniczą liczbę wizyt w poradniach

w mniejszych miejscowościach lub zrezygnują z pracy w tych ośrodkach na rzecz bardziej opłacalnej działalności prywatnej. Wskazują, że stawki godzinowe nie będą motywować ich do przyjmowania większej liczby pacjentów, co znacząco wydłuży kolejki do kardiologów, endokrynologów, alergologów, neurologów czy psychiatrów.

W części wypowiedzi pojawiają się także bardziej osobiste refleksje dotyczące warunków pracy, poczucia wypalenia, niepewności związanej z nagłą zmianą zasad oraz narracji społecznej o wynagrodzeniach lekarzy. Kilku respondentów wskazuje, że CAP może pogłębić poczucie niesprawiedliwości zawodowej i wywołać dalszy spadek motywacji do pracy w publicznym systemie. Część osób deklaruje, że CAP „utwierdzi ich” w decyzji o całkowitym przejściu do prywatnych centrów medycznych lub podjęciu pracy za granicą.

Na tle dominujących głosów negatywnych pojawiają się również nieliczne komentarze, które wskazują na potencjalne uporządkowanie rynku i ograniczenie niektórych patologicznych zjawisk związanych z systemem procentowym. Te wypowiedzi mają charakter pojedynczych opinii i wskazują, że w pewnych obszarach (np. przy nadużywaniu procedur dobrze wycenionych) CAP mógłby ograniczyć nieprawidłowości. Jednocześnie także te osoby podkreślają, że obecna forma regulacji jest zbyt ogólna i nie różnicuje specyfiki procedur, a jedynie wprowadza twardy limit, który może w innych miejscach systemu przynieść więcej szkód niż korzyści.

Ogólny obraz wynikający z analizy jakościowej jest spójny. Lekarze w przeważającej większości przewidują, że limitowanie przychodów kontraktowych doprowadzi do ograniczenia dostępności usług zdrowotnych, pogłębienia deficytu kadrowego w sektorze publicznym, destabilizacji pracy oddziałów szpitalnych i poradni, a w konsekwencji do zwiększenia ruchu pacjentów do sektora prywatnego. Respondenci, niezależnie od specjalizacji, wskazują na ryzyko zmniejszenia liczby wykonywanych świadczeń, rezygnacji z dodatkowych miejsc pracy oraz ograniczenia liczby przepracowanych godzin w systemie publicznym. Chociaż część wypowiedzi dostrzega potrzebę uporządkowania niektórych elementów rynku usług medycznych, większość respondentów wyraża przekonanie, że wprowadzenie limitów w obecnej formie pogorszy funkcjonowanie systemu i odbije się przede wszystkim na pacjentach.

| KATEGORIA WIODĄCA                                                       | OPIS DOMINUJĄCEGO PRZEKAZU W ODPOWIEDZIACH                                                                                                                                               | REPREZENTATYWNE CYTATY RESPONDENTÓW                                                                                                                |
|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| WYDŁUŻENIE KOLEJEK I SPADEK DOSTĘPNOŚCI ŚWIADCZEŃ                       | Najczęściej wskazywana konsekwencja. Respondenci przewidują znaczące wydłużenie terminów do specjalistów, badań i zabiegów, zwłaszcza w procedurach zabiegowych i diagnostyce obrazowej. | „Wydłużą się kolejki.” • „Zrobię mniej badań, bo nie ma powodu robić 5–6 na godzinę.” • „Kolejki do zabiegów onkologicznych wzrosną kilkukrotnie.” |
| MIGRACJA DO SEKTORA PRYWATNEGO                                          | Duża część lekarzy deklaruje rezygnację z pracy na NFZ lub ograniczenie godzin i przejście do prywatnych gabinetów, sieci medycznych lub teleradiologii.                                 | „Przeniosę się do sektora prywatnego.” • „Zrezygnuję z poradni na NFZ.” • „Nie będę już operował w powiecie.”                                      |
| ZAMYKANIE ODDZIAŁÓW I SZPITALI POWIATOWYCH                              | Powszechne obawy o brak obsady dyżurowej, zamykanie oddziałów interny, pediatrii, SOR, ginekologii, chirurgii, pracowni RTG i endoskopii.                                                | „Oddział się zamknie.” • „Powiat nie utrzyma dyżurów.” • „Nie będzie komu pracować.”                                                               |
| PROBLEMY Z DYŻURAMI I OBSADĄ 24/7                                       | Szczególnie mocno podkreślają anestezjologdy, radiologdy, medycyna ratunkowa. CAP ma spowodować masową rezygnację z dodatkowych dyżurów.                                                 | „SOR zostanie bez lekarzy.” • „Dyżury padną, nikt nie weźmie dodatkowych godzin.” • „Nie ułożymy grafiku.”                                         |
| SPADEK WYDAJNOŚCI PRACY W MODELU GODZINOWYM                             | Lekarze zabiegowi i radiologdy przewidują kilkudziesięcioprocentowe obniżenie liczby wykonywanych procedur, gdy wynagrodzenie nie zależy od ilości pracy.                                | „Będę robił 2 zabiegi zamiast 6.” • „Po co opisywać 6 badań, skoro płacą za godzinę?”                                                              |
| UDERZENIE W SPECJALIZACJE WYSOKIEGO RYZYKA I WYSOKIEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI | Radiologia interwencyjna, anestezjologia, kardiologia interwencyjna, endoscopia, chirurgia onkologiczna – wszędzie pojawiają się obawy o drastyczne ograniczenia procedur.               | „W radiologii interwencyjnej to będzie koniec.” • „Zabiegi wysokiego ryzyka staną się deficytowe.”                                                 |
| ZMNIEJSZENIE MOTYWACJI DO WYKONYWANIA TRUDNYCH PROCEDUR                 | Model godzinowy nie premiuje złożoności procedur. Lekarze wskazują, że cięższe przypadki przestaną być wykonywane w takim zakresie jak dotychczas.                                       | „Nie będę robił ablacji ani koronarografii za tę samą godzinówkę.” • „Zabiegi rekonstrukcyjne przestaną być opłacalne.”                            |
| ODPŁYW LEKARZY Z MNIEJSZYCH OŚRODKÓW                                    | Zmiany mają szczególnie uderzyć w peryferyjne jednostki, które dziś funkcjonują dzięki lekarzom dojeżdżającym.                                                                           | „Zrezygnuję z powiatu, zostanę w Warszawie.” • „Mali stracą wszystkich specjalistów.”                                                              |

|                                                               |                                                                                                                                                             |                                                                                                      |
|---------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| OSŁABIEŃ AOS I<br>PORADNI<br>SPECJALISTYCZNYCH                | Wiele osób deklaruje ograniczenie pracy w poradniach NFZ, przyjmowanie mniejszej liczby pacjentów lub rezygnację z AOS.                                     | „W poradni będę przyjmował 2 osoby zamiast 6.” • „Poradnia w małej miejscowości przestanie istnieć.” |
| PRYWATYZACJA „W<br>BIAŁYCH<br>RĘKAWICZKACH”                   | Wielu respondentów uważa, że CAP będzie mechanizmem przyspieszającym rozwój sektora prywatnego kosztem publicznego.                                         | „To jest prywatyzacja systemu.” • „Luxmed na tym tylko zyska.”                                       |
| EFEKT DOMINA W<br>DIAGNOSTYCE                                 | Radiolodzy przewidują spadek opisywalności badań i zamykanie pracowni obrazowych.                                                                           | „Opis MR będzie trwał 10–12 tygodni.” • „Teleradiologia wygra, pracownice szpitalne padną.”          |
| WYPALENIE,<br>FRUSTRACJA I SPADEK<br>SATYSFAKCJI<br>ZAWODOWEJ | Pojawiają się głosy o narastającym zmęczeniu, braku stabilności zawodowej i poczuciu niesprawiedliwości.                                                    | „Jestem wypalony.” • „To odbieram jako nagonkę na lekarzy.”                                          |
| NIELICZNE GŁOSY<br>POZYTYWNE LUB<br>UMIARKOWANE               | Mała grupa respondentów widzi w CAP szansę na uporządkowanie patologii stawek procentowych, choć także te osoby wskazują na konieczność reformy systemowej. | „Może to zatrzyma skrajne stawki.” • „Trzeba uporządkować procenty, ale nie tak.”                    |

## Podsumowanie

Przeprowadzone badanie pozwala sformułować obraz potencjalnych skutków proponowanego wprowadzenia limitów CAP w ochronie zdrowia. Zarówno dane ilościowe, jak i bardzo obszerna warstwa jakościowa wskazują, że regulacje te postrzegane są przez lekarzy jako rozwiązanie o wysokim ryzyku systemowym. W opiniach respondentów konsekwentnie pojawiają się przewidywania dotyczące ograniczenia dostępności świadczeń, spadku wydajności pracy, odpływu specjalistów z sektora publicznego i narastania trudności w utrzymaniu ciągłości opieki w wielu dziedzinach medycyny.

Deklarowane w badaniu gotowości do redukcji liczby godzin pracy, zmiany miejsca zatrudnienia, rezygnacji z dyżurów lub przeniesienia aktywności zawodowej do sektora prywatnego wskazują na istotny poziom wrażliwości obecnego modelu organizacji pracy w podmiotach leczniczych. Szczególnie wyraźnie sygnalizowane ryzyka dotyczą obszarów już dziś obciążonych niedoborem kadr – radiologii, anestezjologii, specjalności zabiegowych, medycyny ratunkowej i opieki całodobowej. Odpowiedzi jakościowe ukazują, że jakiegokolwiek ograniczenia elastyczności pracy kontraktowej mogą doprowadzić do destabilizacji tych segmentów systemu, które funkcjonują dzięki nadwyżkowej pracy lekarzy oraz ich mobilności pomiędzy placówkami.

Analiza wypowiedzi otwartych wskazuje również na istotny wpływ proponowanych zmian na funkcjonowanie szpitali powiatowych i placówek peryferyjnych. To właśnie w tych jednostkach dominuje zatrudnienie kontraktowe, będące podstawowym narzędziem umożliwiającym zapewnienie obsady dyżurowej i dostępności specjalistów. Wprowadzenie limitów CAP jest w ocenach respondentów równoznaczne z ryzykiem zamykania oddziałów, redukcji działalności zabiegowej, a nawet wycofywania całych zespołów specjalistycznych z regionów o trudniejszych warunkach pracy.

W wypowiedziach pojawia się również przewidywany efekt wtórny – przyspieszenie migracji świadczeń do sektora prywatnego i dalsze osłabienie roli publicznego płatnika. Respondenci wskazują, że limity nie poprawią sytuacji pacjentów, lecz spowodują przesunięcie kosztów na odbiorców usług zdrowotnych, a jednocześnie zmniejszą skalę świadczeń wykonywanych w ramach NFZ. Z perspektywy lekarzy CAP nie

rozwiązuje istniejących problemów organizacyjnych, ale może pogłębić ich skutki: brak wystarczającej liczby specjalistów, przeciążenie pracą, niedoszacowanie procedur i chroniczne trudności w obsadzie dyżurów.

Podsumowując, wyniki badania wskazują, że wprowadzenie limitów CAP w obecnie proponowanej formie jest postrzegane jako rozwiązanie obarczone znaczącym ryzykiem dla stabilności systemu. Zgromadzony materiał ukazuje konsekwentny i spójny przekaz: zmiany mogą ograniczyć podaż świadczeń, zwiększyć obciążenie systemu prywatnego i pogłębić problemy kadrowe. W ocenie środowiska lekarskiego ewentualna regulacja wymaga szerokiego namysłu, pogłębionej analizy skutków oraz rozważenia alternatywnych modeli wynagradzania, które nie osłabiałyby fundamentów funkcjonowania publicznej ochrony zdrowia.

## Aneks 1. Profil respondentów

W badaniu wzięło udział 631 lekarzy i lekarzy dentystów, którzy wypełnili ankietę w całości. Struktura próby względnie odzwierciedla przekrój demograficzny i zawodowy środowiska lekarskiego w Polsce, obejmując różne etapy kariery, model pracy oraz miejsca wykonywania zawodu. Poniżej przedstawiono szczegółowy opis charakterystyki respondentów na podstawie metryczki badania.

### **Płeć**

Wśród uczestników dominowali mężczyźni 57,2%. Kobiety stanowiły 42,2% próby, a 0,6% osób zdecydowało nie podawać swojej płci.

### **Wiek**

Najlichnieszą grupę stanowili lekarze w wieku 30–39 lat (30,3%) oraz 40–49 lat (24,2%). Kolejne grupy obejmowały osoby w wieku 50–59 lat (21,4%) i 60–69 lat (12,4%), a najmniej liczną kategorię stanowiły osoby poniżej 30. roku życia (11,6%) i powyżej 70. roku życia (0,2%). Rozkład ten pokazuje przewagę grup zawodowo najbardziej aktywnych.

### **Status specjalizacji**

Zdecydowana większość respondentów to lekarze po uzyskaniu specjalizacji (75,6%). Kolejne grupy to osoby w trakcie specjalizacji (14,1%) oraz lekarze bez specjalizacji (10,3%). Oznacza to, że trzy czwarte uczestników to specjaliści pełnoprawnie wykonujący zawód.

### **Zawód**

Wśród respondentów 94,9% stanowią lekarze, natomiast lekarze dentyści – 5,1%.

### **Główna forma zatrudnienia**

Najczęściej wskazywaną formą zatrudnienia był kontrakt (64,5%). Na etatach pracuje 29,0% uczestników badania, natomiast 6,5% wskazało inną formę zatrudnienia (m.in. działalność prywatną lub naukową).

## **Podstawa rozliczania wynagrodzenia na kontrakcie**

Spośród 570 osób pracujących na kontrakcie (pytanie filtrujące) najczęściej wskazywaną podstawą rozliczeń była liczba godzin pracy (43,9%). Kolejne wskazania to: liczba wyrobionych punktów w ramach procedur (24,6%), wykonane zadania (16,7%) oraz liczba przyjętych pacjentów (10,9%). Najrzadziej stosowaną metodą było rozliczenie według liczby dni pracy (4,0%). Zróżnicowanie form rozliczeniowych odzwierciedla realne różnice pomiędzy typami świadczeń i rodzajami podmiotów.

## **Miejsce pracy**

Respondenci pracują głównie w szpitalach (66,1%), co jest charakterystyczne dla specjalizacji zabiegowych i wysokospecjalistycznych. Poradnie AOS/POZ reprezentowane były przez 18,9% badanych, gabinety prywatne przez 4,8%, gabinety stomatologiczne przez 3,3%, a uczelnie i instytuty przez 2,5%. Nieliczni wskazali kategorię „Inne” (4,3%) lub „Poza zawodem” (0,2%).

## **Liczba równoległych kontraktów**

Struktura wskazań pokazuje wysoką mobilność zawodową lekarzy. Pojedyncze miejsce pracy wskazało 25,0% respondentów, 25,7% pracuje równolegle na jednym dodatkowym kontrakcie, 26,6% na dwóch, a 22,7% na trzech lub większej liczbie kontraktów. Dane te potwierdzają, że znaczna część lekarzy łączy pracę w wielu placówkach, zapewniając pokrycie braków kadrowych w różnych regionach.

**Tabela zbiorcza**

| KATEGORIA                                  | WARIANT                           | CZĘSTOŚĆ   | PROCENT       |
|--------------------------------------------|-----------------------------------|------------|---------------|
| PŁEĆ                                       | Kobieta                           | 266        | 42,2%         |
|                                            | Mężczyzna                         | 361        | 57,2%         |
|                                            | Wolę nie podawać                  | 4          | 0,6%          |
|                                            | <b>Ogółem</b>                     | <b>631</b> | <b>100,0%</b> |
| WIEK                                       | <30                               | 73         | 11,6%         |
|                                            | 30–39                             | 191        | 30,3%         |
|                                            | 40–49                             | 153        | 24,2%         |
|                                            | 50–59                             | 135        | 21,4%         |
|                                            | 60–69                             | 78         | 12,4%         |
|                                            | ≥70                               | 1          | 0,2%          |
|                                            | <b>Ogółem</b>                     | <b>631</b> | <b>100,0%</b> |
| STATUS SPECJALIZACJI                       | Bez specjalizacji                 | 65         | 10,3%         |
|                                            | W trakcie                         | 89         | 14,1%         |
|                                            | Po uzyskaniu                      | 477        | 75,6%         |
|                                            | <b>Ogółem</b>                     | <b>631</b> | <b>100,0%</b> |
| ZAWÓD                                      | Lekarz                            | 599        | 94,9%         |
|                                            | Lekarz dentysta                   | 32         | 5,1%          |
|                                            | <b>Ogółem</b>                     | <b>631</b> | <b>100,0%</b> |
| GŁÓWNA FORMA ZATRUDNIENIA                  | Etat                              | 183        | 29,0%         |
|                                            | Kontrakt                          | 407        | 64,5%         |
|                                            | Inna                              | 41         | 6,5%          |
|                                            | <b>Ogółem</b>                     | <b>631</b> | <b>100,0%</b> |
| PODSTAWA ROZLICZENIA NA KONTRAKCIE (N=570) | Wyrobite punkty w ramach procedur | 140        | 24,6%         |
|                                            | Wykonane zadania                  | 95         | 16,7%         |
|                                            | Liczba przyjętych pacjentów       | 62         | 10,9%         |
|                                            | Liczba godzin pracy               | 250        | 43,9%         |
|                                            | Liczba dni pracy                  | 23         | 4,0%          |
|                                            | <b>Ogółem</b>                     | <b>570</b> | <b>100,0%</b> |
| MIEJSCE PRACY                              | Szpital                           | 417        | 66,1%         |
|                                            | Poradnia AOS / POZ                | 119        | 18,9%         |
|                                            | Gabinet prywatny                  | 30         | 4,8%          |
|                                            | Gabinet stomatologiczny           | 21         | 3,3%          |
|                                            | Uczelnia lub instytut             | 16         | 2,5%          |
|                                            | Poza zawodem                      | 1          | 0,2%          |
|                                            | Inne                              | 27         | 4,3%          |
|                                            | <b>Ogółem</b>                     | <b>631</b> | <b>100,0%</b> |
| LICZBA RÓWNOLEGLYCH KONTRAKTÓW             | 0                                 | 158        | 25,0%         |
|                                            | 1                                 | 162        | 25,7%         |
|                                            | 2                                 | 168        | 26,6%         |
|                                            | ≥3                                | 143        | 22,7%         |
|                                            | <b>Ogółem</b>                     | <b>631</b> | <b>100,0%</b> |

Respondenci reprezentowali wszystkie główne okręgowe izby lekarskie w Polsce. Największy udział miała Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie (17,3%) oraz Śląska Izba Lekarska w Katowicach (11,1%). Kolejne pod względem liczebności były izby we Wrocławiu (8,4%), Krakowie (7,8%), Poznaniu (7,3%) i Gdańsku (6,5%). Mniejsze ośrodki reprezentowane były w niższych, lecz stabilnych odsetkach, co odzwierciedla geograficzne zróżnicowanie uczestników badania.

| IZBA LEKARSKA                      | CZĘSTOŚĆ   | PROCENT       |
|------------------------------------|------------|---------------|
| BESKIDZKA OIL W BIELSKU-BIAŁEJ     | 15         | 2,4%          |
| BYDGOSKA OIL W BYDGOSZCZY          | 13         | 2,1%          |
| DOLNOŚLĄSKA OIL WE WROCŁAWIU       | 53         | 8,4%          |
| KUJAWSKO-POMORSKA OIL W TORUNIU    | 6          | 1,0%          |
| LUBELSKA OIL W LUBLINIE            | 27         | 4,3%          |
| OIL W BIAŁYMSTOKU                  | 28         | 4,4%          |
| OIL W CZĘSTOCHOWIE                 | 7          | 1,1%          |
| OIL W GDAŃSKU                      | 41         | 6,5%          |
| OIL W GORZOWIE WLKP                | 5          | 0,8%          |
| OIL W KOSZALINIE                   | 6          | 1,0%          |
| OIL W KRAKOWIE                     | 49         | 7,8%          |
| OIL W ŁODZI                        | 39         | 6,2%          |
| OIL W PŁOCKU                       | 5          | 0,8%          |
| OIL W RZESZOWIE                    | 14         | 2,2%          |
| OIL W SZCZECINIE                   | 31         | 4,9%          |
| OIL W TARNOWIE                     | 8          | 1,3%          |
| OIL W WARSZAWIE                    | 109        | 17,3%         |
| OIL W ZIELONEJ GÓRZE               | 2          | 0,3%          |
| WARMIŃSKO-MAZURSKA OIL W OLSZTYNIE | 10         | 1,6%          |
| OPOLSKA OIL W OPOLU                | 10         | 1,6%          |
| ŚLĄSKA OIL W KATOWICACH            | 70         | 11,1%         |
| ŚWIĘTOKRZYSKA OIL W KIELCACH       | 8          | 1,3%          |
| WIELKOPOLSKA OIL W POZNANIU        | 46         | 7,3%          |
| WOJSKOWA OIL W WARSZAWIE           | 29         | 4,6%          |
| OGÓŁEM                             | <b>631</b> | <b>100,0%</b> |