



menedżer zdrowia

nr 1 / 2026

marzec-kwiecień

issn 1730-2935

www.menedzertzdrowia.pl

60 zł (w tym VAT 8%)

LEKARZU, WYBIERAJ!



Jeden lekarz, jeden etat – Grzegorz Gielerak
analizuje uwarunkowania zakazu łączenia zatrudnienia

s. 14

Postulat „jeden lekarz – jeden etat” jest racjonalny
– komentarz Krzysztofa Bukiela

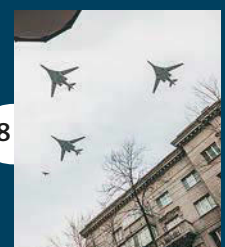
s. 26

Jak ustalić wysokość wypłat lekarzy
– zastanawia się Adam Kozierek

s. 30

Co, gdy zaatakują z powietrza?
Podpowiadają Oleksandr Kulyk,
Tomasz Szelągowski i Yuriy Lykhovskiy

s. 38





**ANALIZA PRZESŁANEK I UWARUNKOWAŃ ZAKAZU ŁĄCZENIA
ZATRUDNIENIA W SYSTEMIE OCHRONY ZDROWIA**

JEDEN LEKARZ, JEDEN ETAT

GRZEGORZ GIELERAK



Fot. iStockphoto.com

Propozycja zakazu jednoczesnego zatrudnienia lekarzy w publicznym i prywatnym sektorze ochrony zdrowia – w odniesieniu do placówek posiadających kontrakty z Narodowym Funduszem Zdrowia – to przedmiot refleksji zarówno w środowisku medycznym, jak i wśród ekspertów zajmujących się polityką zdrowotną. Zwolennicy takiego rozwiązania podnoszą argument o konieczności wyeliminowania konfliktu interesów oraz zjawisk dysfunkcyjnych wynikających z łączenia pracy w obu sektorach, podczas gdy krytycy artykułują obawy dotyczące ryzyka pogłębienia deficytów kadrowych oraz dalszego ograniczenia dostępności świadczeń.

Celem niniejszego opracowania jest analiza zasadności wprowadzenia proponowanego zakazu, oparta na dostępnych danych empirycznych, źródłach branżowych oraz literaturze przedmiotu. Uwzględniono w nim

ujęcie systemowe, organizacyjno-zarządcze, etyczne, porównawcze – odnoszące się do najlepszych praktyk międzynarodowych – oraz pragmatyczne, z intencją dostarczenia czytelnikom zrównoważonej argumentacji obejmującej zarówno przesłanki przemawiające za rozdzieleniem aktywności zawodowej lekarzy, jak i racje uzasadniające ostrożność wobec takiego rozwiązania.

Wymiar systemowy nieuregulowanej dwoistości zatrudnienia

Systemowe skutki łączenia praktyki publicznej i prywatnej przez lekarzy są od lat kontrowersyjnym tematem zarówno w środowisku medycznym, jak i wśród decydentów odpowiedzialnych za kształtowanie polityki zdrowotnej. Formułowana jest w związku z tym uzasadniona obawa, że lekarze prowadzący równoległą działalność w obu sektorach mogą – niekoniecznie intencjonalnie – przyczynić się do wydłużania kolejek w publicznej ochronie zdrowia poprzez ograniczanie liczby przyjmowanych pacjentów lub ich przekierowywanie do praktyki niepublicznej. Należy przy tym zaznaczyć, że w polskich realiach praktyka ta realizowana jest w większości przypadków w podmiotach leczniczych o prywatnej strukturze własnościowej funkcjonujących w systemie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego na podstawie kontraktu z NFZ.

Pełne zrozumienie tych mechanizmów wymaga osadzenia ich w szerszym kontekście sytuacji kadrowej ochrony zdrowia, która od wielu lat zmagą się z chronicznym niedoborem lekarzy, plasując się w dolnej części rankingu państw Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju pod względem liczby lekarzy na tysiąc mieszkańców. Ten strukturalny deficyt sprawia, że znaczna część medyków pracuje na więcej niż jednym etacie, łącząc zatrudnienie w sektorze publicznym z praktyką komercyjną – nie tyle z wyboru, ile z konieczności zapewnienia funkcjonowania systemu. Zjawisko to wykazuje dwoistą naturę: z jednej strony prowadzi do zwiększenia łącznej liczby godzin pracy lekarzy w systemie, z drugiej jednak istotnie komplikuje zarządzanie zasobami kadrowymi w podmiotach publicznych, co od lat sygnalizują ich dyrektorzy, wskazując na trudności w obsadzaniu dyżurów oraz zapewnianiu ciągłości i dostępności świadczeń. Sytuację dodatkowo pogarsza nasilona konkurencja o kadry pomiędzy sektorami, która sytuując lekarzy w komfortowej, centralnej pozycji negocjacyjnej – pomiędzy pracodawcami publicznymi i prywatnymi – umożliwia im uzyskiwanie coraz wyższych stawek i korzystniejszych warunków zatrudnienia.

Strukturalne słabości takiego modelu ujawniły się ze szczególną ostrością podczas pandemii COVID-19, będącej swoistym niezamierzonym eksperymentem naturalnym, obnażającym konsekwencje dualizmu publiczno-prywatnego pozostającego poza regulacją systemową. Odpowiedzialność za opiekę nad pacjentami zakażonymi spoczęła głównie na szpitalach publicznych, podczas

gdy znaczna część placówek niepublicznych ograniczyła działalność lub wycofała się z leczenia tych chorych, co istotnie zmniejszyło elastyczność systemu w reagowaniu na nagły wzrost zapotrzebowania na świadczenia opieki zdrowotnej. Doświadczenia te dostarczają empirycznego wsparcia tezy o systemowym ryzyku generowanym przez nieuregulowaną dwoistość zatrudnienia, przejawiającym się utratą przez państwo zdolności do mobilizacji zasobów kadrowych w momentach największego zapotrzebowania, co w sposób bezpośredni i mierzalny przekłada się na jakość opieki medycznej i wskaźniki zdrowotne populacji.

Konflikt interesów i asymetria bodźców – aspekty organizacyjno-zarządcze podwójnego zatrudnienia lekarzy

W literaturze z zakresu etyki medycznej wskazuje się, że równoległe zatrudnienie publiczno-prywatne może zagrażać zasadzie równości traktowania pacjentów – istnieje uzasadnione ryzyko selekcji polegające na tym, że bardziej dochodowe przypadki kierowane są do praktyki prywatnej, natomiast trudniejsze i mniej rentowne pozostawiane sektorowi publicznemu. Zjawisko to – w literaturze anglosaskiej określane terminem *cream skimming*, oznaczającym selektywne przejmowanie świadczeń o najwyższej rentowności, w których refundacja istotnie przewyższa rzeczywiste koszty realizacji – zostało udokumentowane również w analizach polskiego systemu ochrony zdrowia.

Reprezentanci niepublicznych świadczeniodawców odpierają powyższe zarzuty, wskazując, że zasadniczym problemem pozostaje nieadekwatna wycena procedur medycznych przez płatnika publicznego – gdyby odzwierciedlała ona rzeczywiste koszty udzielania świadczeń, podmioty prywatne nie koncentrowałyby działalności na najbardziej rentownych segmentach rynku. Niezależnie od merytorycznej zasadności tej argumentacji konflikt interesów strukturalnie wpisany w model podwójnego zatrudnienia pozostaje istotnym argumentem przemawiającym za rozdzieleniem aktywności zawodowej lekarzy. Dlatego docelowe rozwiązanie powinno być ukierunkowane na eliminację bodźców skłaniających do przekierowywania pacjentów do praktyki prywatnej oferującej wyższą gratyfikację finansową, a także na zapewnienie pełnej lojalności instytucjonalnej wobec pracodawcy publicznego.

Odrębnym zagadnieniem pozostaje asymetria bodźców ekonomicznych kształtująca zachowania na rynku usług medycznych. Wynagrodzenia w sektorze publicznym przez dekady były nieproporcjonalnie niskie w porównaniu z dochodami w sektorze prywatnym. W debacie publicznej niejednokrotnie przywoływano przykłady dokumentujące skalę tej dysproporcji – m.in. sytuację profesora chirurgii pełniącego funkcję kierownika kliniki, którego wynagrodzenie w podmiocie publicznym wynosiło około 7500 zł miesięcznie, natomiast równole-

gle prowadzona praktyka niepubliczna generowała przychody sięgające 70 000 zł.

Przypadek ten, jakkolwiek skrajny, eksponuje strukturalną wadę systemu wynagradzania w publicznej ochronie zdrowia, choć należy odnotować, że przeprowadzona w ostatnich latach reforma istotnie zniwelowała dysproporcje płacowe między sektorami. Niezależnie jednak od skali dzisiejszych różnic zachowania rynkowe personelu medycznego wskazują, że są one nadal postrzegane jako znaczące. Przy tak odczuwanej dysproporcji gratyfikacji za porównywalną pracę lekarz będzie nieuchronnie kierował aktywność w stronę sektora oferującego korzystniejsze warunki – i to nie tyle z powodu deficytu etycznego, ile w drodze naturalnej odpowiedzi na realia ekonomiczne, w jakich funkcjonuje system ochrony zdrowia.

Mechanizm ten znajduje empiryczną manifestację w zróżnicowaniu dostępności świadczeń planowych: czas oczekiwania na zabieg w podmiocie niepublicznym jest często istotnie krótszy niż na takie samo świadczenie w placówce publicznej – mimo identycznego źródła finansowania. Konsekwencją jest realokacja potencjału klinicznego do sektora prywatnego, pogłębiająca deficyt świadczeń w podmiotach publicznych z potencjalnie nieodwracalnymi skutkami dla funkcjonowania systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.

Asymetria bodźców rynkowych oddziałuje również na strategię zarządcze podmiotów publicznych, które zmuszone są konkurować o personel poprzez systematyczne podnoszenie wynagrodzeń, co nieuchronnie przekłada się na wzrost ich kosztów operacyjnych. Konsekwencją tej dynamiki jest erozja zdolności rynku usług medycznych do samoregulacji – szpitale publiczne oferują coraz wyższe wynagrodzenia w celu utrzymania kadry, jednakże bez proporcjonalnego wzrostu efektywności udzielanych świadczeń. W istocie praktyki te należy kwalifikować wyłącznie jako doraźną reakcję adaptacyjną na presję otoczenia konkurencyjnego, nie zaś jako element spójnej, długofalowej strategii zarządzania kapitałem ludzkim.

W kontekście tak zdiagnozowanych dysfunkcji zakaz łączenia zatrudnienia stanowiłby potencjalny instrument porządkujący, oddziałujący na kilku płaszczyznach: eliminowałby konflikt interesów, usprawniłby organizację ciągłości opieki medycznej dzięki pełnej dyspozycyjności personelu oraz wyrównałby warunki konkurencji między sektorami, obligując lekarzy do opowiedzenia się za wyłącznym miejscem aktywności zawodowej na wcześniejszym etapie kariery.

Jakkolwiek atrakcyjnie prezentują się powyższe założenia w warstwie koncepcyjnej, potencjalne korzyści nie mogą jednak przesłaniać istotnych ryzyk towarzyszących proponowanemu rozwiązaniu, zważywszy, że samo wprowadzenie zakazu łączenia zatrudnienia w sektorze publicznym i niepublicznym nie zniweluje różnic płacowych ani nie rozwiąże problemu strukturalnego niedoboru lekarzy. Istnieje bowiem realne ryzyko, że przy



Fot. Adobe Stock

**LEKARZE PROWADZĄCY RÓWNOLEGLĄ
DZIAŁALNOŚĆ W OBU SEKTORACH MOGĄ
– NIEKONIECZNIE INTENCJONALNIE –
PRZYCZYNIĆ SIĘ DO WYDŁUŻANIA KOLEJEK
W PUBLICZNEJ OCHRONIE ZDROWIA POPRZECZ
OGNIECZANIE LICZBY PRZYJMOWANYCH
PACJENTÓW LUB ICH PRZEKIEROWYWANIE
DO PRAKTYKI NIEPUBLICZNEJ**

niezmienionych warunkach systemowych znacząca część lekarzy dokona wyboru na rzecz sektora prywatnego, pogłębiając tym samym deficyt kadrowy w podmiotach publicznych.

Czy można chronić, służyć i sprzedawać jednocześnie?

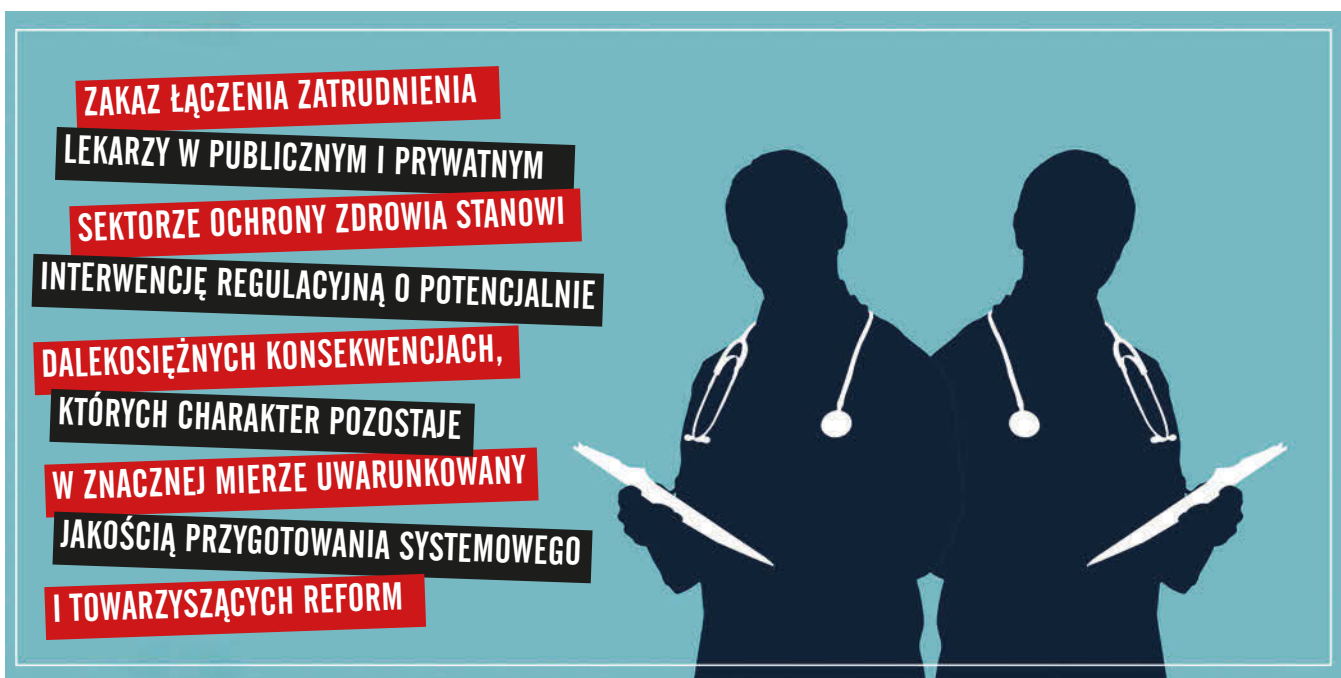
Medycyna publiczna kieruje się zasadą równości dostępu do świadczeń, solidarności społecznej oraz misją niesienia pomocy chorym stosownie do ich stanu zdrowia, nie zaś do możliwości finansowych. Praktyka prywatna opiera się natomiast na odmiennych przesłankach aksjologicznych – pacjent występuje w roli klienta nabywającego usługę, co może generować tendencję do komercjalizacji relacji terapeutycznej. Jednoczesne funkcjonowanie w obu tych przestrzeniach sprawia, że lekarz staje przed istotnym wyzwaniem natury etycznej: czy możliwe jest równoległe realizowanie ideałów służby publicznej i dążenia do maksymalizacji dochodu bez popadania w konflikt między tymi wartościami.

Rzeczywistość zawodowa nie oferuje jednoznacznej odpowiedzi na tak postawione pytanie. Wielu lekarzy z powodzeniem godzi oba światy, kierując się etosem zawodowym niezależnie od miejsca praktyki, niemniej równoległe zatrudnienie w sektorze publicznym i niepublicznym bywa wskazywane jako czynnik przekonujący pacjentów, że w placówkach prywatnych dostęp do świadczeń jest łatwiejszy. Chorzy zauważają wyraźną dysproporcję – ten sam lekarz oferuje znacząco krótszy termin wizyty w placówce prywatnej, podczas gdy w podmiocie publicznym na takie samo świadczenie, finansowane z tych samych funduszy NFZ, czeka się niejednokrotnie wiele miesięcy. Jakkolwiek sytuacje te wynikają w znacznej mierze z niedofinansowania sektora publicznego, nie zaś z intencjonalnych działań lekarzy, ich wydzźwięk pozostaje niekorzystny dla systemu – uszczerbku doznaje zarówno prestiż misji publicznej

ochrony zdrowia, jak i zaufanie społeczne do decydentów odpowiedzialnych za kształtowanie polityki zdrowotnej oraz wizerunek środowiska lekarskiego.

Z perspektywy etyki zasadne jest więc stwierdzenie, że dualizm zatrudnienia generuje dualizm lojalności. Lekarz prowadzący równocześnie praktykę w obu sektorach staje przed fundamentalnym pytaniem o własną tożsamość zawodową: czy jest przede wszystkim funkcjonariuszem publicznej ochrony zdrowia, powołanym do wypełniania misji o charakterze społecznym, czy niezależnym podmiotem świadczącym usługi medyczne zgodnie z logiką wolnorynkową. Wprowadzenie zakazu łączenia zatrudnienia obligowałoby do jednoznacznego samookreślenia, co z punktu widzenia etyki zawodu mogłoby pełnić funkcję integrującą i porządkującą. Lekarz decydujący się na pracę w sektorze publicznym deklarowałby w ten sposób pełną identyfikację z jego misją i etyką solidarności społecznej, natomiast wybierający sektor prywatny przyjmowałby odpowiedzialność za prowadzenie działalności o charakterze rynkowym wraz z towarzyszącymi temu implikacjami etycznymi.

Niezależnie jednak od potencjalnych korzyści etycznych takiego rozwiązania należy rozważyć także jego szersze konsekwencje społeczne. Jeżeli w świadomości obywateli utrwali się przekonanie, że publiczna ochrona zdrowia oferuje opiekę trudniej dostępną i do tego niższej jakości, a najwyższej wykwalifikowani specjaliści pracują w podmiotach prywatnych, nieuchronnie osłabi się mandat społeczny pozwalający na finansowanie systemu z danin powszechnych. Mechanizm ten może uruchomić cykl pogłębiającej się delegitymizacji publicznego systemu ochrony zdrowia: malejące poparcie przekłada się na ograniczenie nakładów, te z kolei pogłębiają dysproporcje jakościowe między sektorami, co wzmacnia negatywną percepcję systemu publicznego, zamykając pętlę sprzężenia zwrotnego. W ujęciu długoterminowym proces ten może prowadzić do faktycznej marginalizacji publicznej



Fot. Adobe Stock

ochrony zdrowia i utrwalenia dwuklasowego modelu medycyny, w którym jakość opieki zdrowotnej staje się pochodną statusu materialnego pacjenta.

Rozpatrując zagadnienie szerzej, aksjologiczny wymiar analizowanej problematyki sprowadza się do fundamentalnego pytania o docelowy model zawodu lekarza w Polsce: czy ma on zachować charakter w istotnej mierze publiczny, z silnym etosem służby społecznej, czy też jako społeczeństwo akceptujemy postępującą komercjalizację usług medycznych, w której system publiczny pełniłby jedynie funkcję zabezpieczenia podstawowego – ograniczonego do niezbędnego minimum gwarantującego ochronę zdrowia i życia.

Między zakazem a motywującym bodźcem – europejskie modele regulowania podwójnej praktyki lekarskiej

Analizując proponowany zakaz w kontekście realiów systemowych, zasadne jest odniesienie się do doświadczeń innych krajów w regulowaniu tej problematyki. Na wstępie warto zauważyć, że pełny, kategoryczny zakaz łączenia pracy w sektorze publicznym i prywatnym stanowi rzadkość. Większość państw stosuje rozwiązania pośrednie, polegające na regulowaniu zasad podejmowania dodatkowej praktyki lub wprowadzaniu bodźców finansowych i organizacyjnych minimalizujących konflikt interesów.

W Wielkiej Brytanii lekarze zatrudnieni jako konsultanci w publicznym systemie NHS mogą prowadzić praktykę niepubliczną wyłącznie poza godzinami pracy i przy zachowaniu rygorystycznych warunków kontraktowych, gwarantujących absolutny priorytet zobowiązań wobec szpitala publicznego, co oznacza, że żadna operacja czy wizyta w sektorze prywatnym nie może kolidować z dyżurem lub wymaganą dostępnością lekarza dla NHS.

Ponadto obowiązuje zasada zakazu podwójnej zapłaty za tę samą pracę – lekarz nie może pobierać wynagrodzenia od pacjenta prywatnego za świadczenie, które zostało już sfinansowane przez NHS – oraz wymóg pełnej transparentności, obligujący każdego lekarza do zgłaszania pracodawcy publicznemu zakresu prowadzonej działalności poza systemem publicznym.

System brytyjski kładzie również nacisk na kontrolę sprawowaną przez pracodawcę – jeżeli praktyka prywatna lekarza wpływa negatywnie na jakość lub dostępność jego pracy w szpitalu publicznym, może to być podstawą do wszczęcia postępowania dyscyplinarnego. Podejście polegające na regulowaniu konfliktu interesów poprzez kodeks dobrych praktyk i mechanizmy nadzorcze – zamiast wprowadzania całkowitego zakazu – w ocenie brytyjskich ekspertów okazuje się skuteczniejsze i obciążone mniejszym ryzykiem zakłóceń w funkcjonowaniu systemu. Z perspektywy politycznej nie jest to rozwiązanie tak medialne jak postulat całkowitego zakazu łączenia pracy, jednakże w praktyce pozwala uniknąć migracji kadry medycznej z sektora publicznego, jednocześnie skutecznie ograniczając nadużycia.

Odmienne podejście regulacyjne charakteryzuje kraje skandynawskie oraz Holandię, gdzie systemy ochrony zdrowia opierają się na czytelnym podziale ról między sektorami oraz mechanizmach mieszanego finansowania. Na przykład Dania wprowadziła zasadę gwarancji czasowej, zgodnie z którą pacjent oczekujący na planowy zabieg ponad dwa miesiące uzyskuje prawo do skorzystania z leczenia w sektorze prywatnym, przy czym koszty pokrywa publiczny ubezpieczyciel. Dzięki takiemu mechanizmowi systemowego rozładowania kolejek presja konfliktu interesów na lekarza ulega zmniejszeniu – pa-

cient nie musi samodzielnie zabiegać o przyspieszenie terminu, ponieważ system oferuje mu alternatywną ścieżkę formalną.

Holandia z kolei wdrożyła model budowania struktury wynagrodzeń od najniższych szczebli hierarchii zawodowej, gwarantując m.in. konkurencyjne rynkowo płace personelowi początkującemu – w tym lekarzom rezydentom – co tworzy zrównoważoną i transparentną piramidę płacową. Wysokie wynagrodzenia specjalistów są przy tym skorelowane z jednoznacznymi oczekiwaniami dotyczącymi jakości i dostępności świadczeń. W takich warunkach problem podejmowania dodatkowej pracy w sektorze niepublicznym traci na znaczeniu, ponieważ lekarze nie odczuwają ekonomicznej presji poszukiwania dodatkowych źródeł dochodu.

We Francji lekarze publicznej służby zdrowia mogą wybierać między dwoma statusami zatrudnienia: pełnoetatowym – z ograniczeniami dotyczącymi praktyki prywatnej, gdy dopuszczalna jest jedynie marginalna działalność konsultacyjna – oraz częściowym, który pozwala na większą aktywność poza sektorem publicznym kosztem niższego wynagrodzenia w tym sektorze. Rozwiązanie to tworzy finansową zachętę do pełnego zaangażowania zawodowego wyłącznie w szpitalu publicznym poprzez system dodatków za wyłączność – lekarze rezygnujący z praktyki poza macierzystą placówką otrzymują znaczący dodatek do wynagrodzenia zasadniczego. W efekcie nie funkcjonuje formalny zakaz, lecz istnieje silny bodziec ekonomiczny skłaniający do wyboru jednej, spójnej ścieżki zawodowej.

Hiszpania w części regionów autonomicznych wdrożyła system zróżnicowanych przywilejów zawodowych. Lekarz decydujący się na pełnoetatową pracę w sektorze publicznym korzysta z preferencyjnych warunków rozwoju kariery – przyspieszonych awansów czy uprzywilejowanego dostępu do grantów badawczych. Medycy podejmujący dodatkowe zatrudnienie w sektorze niepublicznym traktowani są natomiast jako konsultanci zewnątrzni, bez pełnego dostępu do ścieżki rozwoju zawodowego w macierzystej instytucji publicznej.

Formułując wnioski z przeprowadzonej analizy porównawczej, należy zastrzec, że każde państwo funkcjonuje w odmiennych uwarunkowaniach systemowych, co ogranicza możliwość prostego, bezpośredniego transferu rozwiązań regulacyjnych. Pewne elementy strukturalne pozostają jednak wspólne dla większości państw Unii Europejskiej – szpitale w przewadze pozostają publiczne, natomiast opieka ambulatoryjna, choć często świadczona przez podmioty niepubliczne – prywatne – jest kontraktowana przez publicznego płatnika.

Polska struktura własnościowa wpisuje się w opisany model: szpitale mniej więcej w 93 proc. pozostają publiczne, natomiast ambulatoryjna opieka specjalistyczna jest niemal w 78 proc. świadczona przez podmioty niepubliczne finansowane przez NFZ. Opisany układ sprawia, że granica między sektorem publicznym a prywatnym

jest trudna do jednoznacznego wytyczenia – placówki niepubliczne realizują znaczącą część publicznie finansowanych świadczeń, a niemal cały sektor podstawowej opieki zdrowotnej funkcjonuje na podstawie prywatnej struktury własnościowej, choć jest finansowany z pieniędzy publicznych. W konsekwencji lekarze funkcjonują na styku obu sektorów, co czyni ewentualne rozdzielanie ich aktywności zawodowej zadaniem szczególnie trudnym.

Wprowadzając zakaz podwójnego zatrudnienia, ustawodawca stanąłby przed koniecznością precyzyjnego zdefiniowania, co stanowi pracę w sektorze niepublicznym. Czy prowadzenie praktyki czysto komercyjnej – poza systemem NFZ – przez lekarza zatrudnionego w szpitalu publicznym podlegałoby zakazowi? Jak kwalifikować konsultacje telemedyczne udzielane odpłatnie po godzinach pracy? Jaki status przypisać udziałowi w badaniach klinicznych sponsorowanych przez podmioty komercyjne? Przywołane przykłady ilustrują skalę wyzwań definicyjnych, z jakimi musiałby zmierzyć się ustawodawca, zważywszy, że bez precyzyjnych rozstrzygnięć legislacyjnych w tym zakresie operacyjna wykonalność regulacji pozostanie iluzoryczna.

Pozornie prosty zakaz może brzmieć przekonująco w przekazie politycznym, jednakże zarówno jego zdolność do wdrożenia w porządku prawnym, jak i zgodność z konstytucyjnymi gwarancjami wolności pracy budzą już istotne wątpliwości – im szerzej sformułowany zakaz, tym większe ryzyko zakwestionowania go przez sąd jako nieproporcjonalnego ograniczenia praw obywatelskich. Z kolei zakaz wąsko zdefiniowany – dotyczący wyłącznie równoległego zatrudnienia w placówkach posiadających kontrakt z NFZ – może okazać się łatwy do obejścia np. poprzez świadczenie usług we własnej działalności gospodarczej. Doświadczenia międzynarodowe potwierdzają świadomość tych pułapek regulacyjnych, stąd dominująca tendencja do stosowania mechanizmów bodźcowych zamiast rozwiązań prohibicyjnych.

Co istotne, w żadnym z analizowanych krajów Unii Europejskiej nie zidentyfikowano całkowitego, ustawowego zakazu podwójnego zatrudnienia lekarzy w sektorze publicznym i prywatnym. Co najwyżej określone grupy zawodowe – ordynatorzy, kadra kierownicza klinik uniwersyteckich – bywają objęte wymogiem pracy wyłącznie w sektorze publicznym, co uzasadnia się szczególnym charakterem ich funkcji i odpowiedzialności instytucjonalnej. Polska propozycja całkowitego zakazu sytuuje się zatem na radykalnym krańcu spektrum rozwiązań przyjętych w państwach członkowskich Unii Europejskiej, stanowiąc odstępstwo od dominującego w Europie paradygmatu regulacyjnego opartego na mechanizmach bodźcowych.

Niezależnie od powyższej oceny propozycja wprowadzenia całkowitego zakazu łączenia zatrudnienia w obu sektorach rynku zdrowia może być postrzegana jako radykalna, acz racjonalna odpowiedź na specyficzne uwarunkowania polskiego systemu opieki zdrowotnej.

W obecnej konfiguracji pacjent zmuszony jest do nawigowania między systemem prywatnym a publicznym, co generuje niepewność i nierówności w dostępie do świadczeń. Zwolennicy pełnego rozdzielania argumentują więc, że rozwiązanie takie wymusiłoby na obu sektorach transparentną konkurencję o lekarzy i pacjentów w jasno zdefiniowanych ramach instytucjonalnych, co w perspektywie długofalowej mogłoby przynieść wymierne korzyści systemowe.

Zakaz jako instrument warunkowy – przesłanki skuteczności interwencji regulacyjnej

Zarówno analizy eksperckie, jak i badania ankietowe prowadzą do zbieżnej konkluzji – ryzyko negatywnych skutków zakazu łączenia zatrudnienia w sektorze publicznym i prywatnym pozostaje wysokie bez powiązania regulacji z poprawą warunków pracy i wynagradzania w publicznej ochronie zdrowia. Warunkiem sine qua non pozostania lekarzy w sektorze publicznym na zasadzie wyłączności jest zapewnienie adekwatnych bodźców finansowych i organizacyjnych. Kluczową determinantą pozostaje poziom wynagrodzeń, tj. zapewnienie w placówkach publicznych warunków konkurencyjnych wobec sektora prywatnego stanowiłoby przesłankę akceptacji zakazu przez środowisko lekarskie i warunek osiągnięcia zamierzonych rezultatów. Potwierdzają to dane sondażowe – znacząca większość respondentów deklaruje gotowość do pracy wyłącznie w jednym podmiocie pod warunkiem zagwarantowania adekwatnego wynagrodzenia. Powyższe ustalenia implikują więc konieczność precyzyjnego określenia warunków brzegowych rozstrzygających o powodzeniu projektowanej interwencji regulacyjnej.

Pierwszym warunkiem skuteczności zakazu jest podwyżka wynagrodzeń w sektorze publicznym, pozwalająca zrekompensować lekarzom utracone dochody z praktyki niepublicznej. W modelu optymalnym wynagrodzenia specjalistów musiałyby osiągnąć poziom konkurencyjny wobec dochodów uzyskiwanych obecnie z wieloletowego zatrudnienia. Analizując proporcje płacowe w krajach anglosaskich – gdzie wynagrodzenie rezydenta stanowi około 25 proc. pensji specjalisty – można oszacować, że polski specjalista powinien zarabiać około 30 000 zł miesięcznie. Obecnie tylko nieliczne grupy zawodowe osiągają zbliżone dochody w systemie publicznym, i to głównie dzięki łączeniu kilku etatów. Państwo musiałoby zatem wygospodarować znaczące dodatkowe fundusze na wynagrodzenia, ponieważ bez zapewnienia konkurencyjnych płac rozważany zakaz mógłby paradoksalnie pogłębić istniejący kryzys kadrowy, zamiast go rozwiązać.

Drugim warunkiem jest poprawa organizacji pracy i warunków zatrudnienia w podmiotach publicznych. Zagadnienie to wykracza poza aspekt finansowy, obejmując obciążenie biurokracją, dostępność nowoczesnego sprzętu, wsparcie administracyjne oraz możliwości roz-

woju zawodowego. Wielu lekarzy wybiera sektor prywatny nie tylko ze względu na wyższe wynagrodzenie, ale również z powodu lepszej organizacji środowiska pracy – mniejszego obciążenia dokumentacją, większej autonomii decyzyjnej i wyższego standardu wyposażenia. Stąd jeśli reforma miałaby skutecznie skłonić lekarzy do pozostania w systemie publicznym, musi on stać się środowiskiem bardziej przyjaznym dla profesjonalistów. W wymiarze praktycznym oznacza to inwestycje w infrastrukturę, informatyzację procesów oraz systematyczne odciążanie lekarzy od zadań pozamedycznych.

Trzecim warunkiem jest precyzyjne zdefiniowanie ról obu sektorów w okresie przejściowym między ogłoszeniem regulacji a pełnym wejściem w życie zakazu. Zważywszy, że podmioty niepubliczne odgrywają istotną rolę w zapewnianiu dostępu do świadczeń – większość poradni specjalistycznych funkcjonuje właśnie w tym modelu – planując rozdzielanie zatrudnienia lekarzy, należy równocześnie zadbać o ciągłość opieki. Możliwe scenariusze przejściowe obejmują tymczasowe dodatkowe kontrakty oddziałów wojewódzkich NFZ na świadczenia deficytowe dla podmiotów publicznych zwiększających swój udział w rynku usług medycznych, rozwój sieci poradni przyszpitalnych przejmujących pacjentów z podmiotów prywatnych oraz systemy zachęt dla lekarzy dotychczas pracujących w sektorze komercyjnym – w postaci uproszczonych procedur zatrudnienia lub uznawania stażu do celów awansowych.

Odrębnym zagadnieniem jest zakres podmiotowy zakazu – czy obejmie rezydentów podejmujących dodatkową pracę w sektorze niepublicznym, czy wyłącznie lekarzy posiadających tytuł specjalisty. Rozwiązaniem pragmatycznym byłoby wprowadzenie zakazu etapami: najpierw wobec lekarzy wchodzących do systemu, z okresem przejściowym dla już praktykujących. W debacie środowiskowej formułowane są także propozycje przetestowania reformy w trybie pilotażu, przy czym podkreśla się, że nagły zakaz mógłby okazać się szczególnie problematyczny dla specjalności o wysokim obciążeniu dyżurowym – takich jak chirurgia czy anestezjologia.

Czwartym warunkiem są mechanizmy kompensacyjne uwzględniające skutki regulacji dla sektora prywatnego. Choć priorytetem pozostaje funkcjonowanie systemu publicznego, nie można pomijać konsekwencji projektowanych regulacji dla podmiotów niepublicznych uczestniczących w realizacji świadczeń finansowanych ze środków NFZ. W Polsce sektor ten wypełnia istotne luki w dostępie do świadczeń, oferując m.in. krótszy czas oczekiwania, nowoczesne usługi oraz dostęp do specjalistów – co sprawia, że radykalne ograniczenie współpracy lekarzy z podmiotami niepublicznymi może zachwiać jego stabilnością. Jeśli najlepsi specjaliści wybiorą zgodnie z oczekiwaniem zatrudnienie w placówkach publicznych, podmioty niepubliczne utracą część kadry, co niektórym z nich może zagrozić upadłością lub istotnym ograniczeniem działalności – ze szczególnie dotkliwymi



Fot. Adobe Stock

**JAKIEJ MEDYCZYNY JAKO SPOŁECZEŃSTWO
POTRZEBUJEMY I JAKĄ JESTEŚMY GOTOWI
WSPÓŁTWORZYĆ? ODPOWIEDŹ NA TE PYTANIA
NIE MOŻE WYNIKAĆ JEDYNI
Z REGULACJI PRAWNYCH – MUSI POCHODZIĆ
ZE WSPÓLNEJ WIZJI, W KTÓREJ GODNOŚĆ
ZAWODU LEKARZA I BEZPIECZENSTWO
PACJENTÓW STANOWIĄ WARTOŚCI
NIEPODLEGAJĄCE NEGOCJACJOM**

konsekwencjami dla gmin i mniejszych miejscowości, w których są niejednokrotnie jedyną dostępną placówką leczniczą. W wymiarze systemowym oznaczałoby to zmniejszenie całkowitej podaży usług medycznych i paradoksalne pogorszenie dostępności świadczeń dla pacjentów, a zatem skutek odwrotny do deklarowanych celów regulacji.

Potrzebne byłyby zatem mechanizmy kompensujące pacjentom utrudniony dostęp do usług w sektorze niepublicznym. Proponowanym rozwiązaniem jest wprowadzenie dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych lub częściowe subsydiowanie świadczeń realizowanych przez podmioty niepubliczne, zważywszy na ich istotną rolę w poprawie dostępności do opieki medycznej w zakresach, w których możliwości sektora publicznego są strukturalnie ograniczone. Rozwiązanie to pozwoliłoby pacjentom korzystać z usług tych podmiotów na warunkach finansowych korzystniejszych niż czysto komercyjne, dzięki czemu mogłyby funkcjonować jako element komplementarny, a nie – jak obecnie – konkurencyjny wobec publicznego, wypełniając luki w dostępie do świadczeń medycznych tam, gdzie podmioty publiczne nie są w stanie zaspokoić lokalnych potrzeb zdrowotnych.

Na tym tle w debacie eksperckiej formułowane są opinie, że rozwój dodatkowych ubezpieczeń mógłby stanowić mechanizm zapewniający powodzenie reformy – kapitał niepubliczny stałby się częścią systemu w sposób sformalizowany i transparentny, przyczyniając się do zwiększenia podaży świadczeń w dziedzinach chronicznego ich deficytu. Umiejętne włączenie ubezpieczeń dodatkowych – zarówno subsydiarnych, jak i komplementarnych – w architekturę systemu ochrony zdrowia mogłoby nie tylko złagodzić napięcia towarzyszące ewentualnemu wprowadzeniu zakazu łączenia zatrudnienia, ale również w perspektywie długofalowej przyczynić się

do trwałego zwiększenia dostępności świadczeń, zwłaszcza jeśli chodzi o terapie przełomowe, innowacyjne metody diagnostyczne oraz nowoczesne leki, których wysokie koszty stanowią barierę uniemożliwiającą ich powszechne finansowanie z pieniędzy publicznych, ograniczając zarówno dostępność tych świadczeń, jak i perspektywę szybkiego upowszechnienia ich na polskim rynku.

Niezależnie jednak od potencjału wskazanych mechanizmów kompensacyjnych wdrożenie zakazu podwójnego zatrudnienia niesie ryzyko pogłębienia kryzysu kadrowego w publicznej ochronie zdrowia, o ile nie zostanie poprzedzone starannym przygotowaniem, wsparte towarzyszącymi reformami systemowymi oraz zabezpieczone inwestycjami w publiczną ochronę zdrowia i przemyślanymi rozwiązaniami okresu przejściowego. Nie można przy tym abstrahować od faktu, że pełny zakaz to swoisty instrument ultima ratio – regulacyjny odpowiednik opcji atomowej – o znacznej sile oddziaływania, który może ograniczyć zidentyfikowane dysfunkcje, ale równie łatwo – przy nieodpowiednim wdrożeniu – znacząco pogorszyć dostępność kadr w sektorze publicznym.

Diagnozę tę potwierdzają także zwolennicy całkowitego zakazu podwójnego zatrudnienia lekarzy, przyznając, że powodzenie reformy jest uwarunkowane wprowadzeniem kompleksowego pakietu działań, nie zaś zakazem jako izolowanym instrumentem regulacyjnym. Jeśli celem reformy jest rzeczywista poprawa dostępności i jakości publicznej opieki zdrowotnej, zakaz może stanowić jedno z narzędzi – musi mu jednak towarzyszyć gruntowna reforma warunków pracy i finansowania sektora publicznego. Zaniechanie działań wspierających doprowadzi jedynie do przesunięcia problemów – w miejsce konfliktu interesów pojawi się pogłębiony niedobór kadr lekarskich, a przedmiotem uzasadnionej frustracji pacjentów stanie się brak dostępu do specjalistów, nie zaś – jak dotychczas – ich podwójna rola zawodowa.

Obszar reformy	Mechanizm, narzędzie	Cel systemowy	
Wynagrodzenia i wyłączność	System dodatków za wyłączność zróżnicowany według kryteriów stażowych, specjalizacyjnych, funkcyjnych i kompetencyjnych	Retencja kluczowych specjalistów w publicznym sektorze ochrony zdrowia	
HR i lojalność	Umowy lojalnościowe dla lekarzy o priorytetowym znaczeniu dla funkcjonowania systemu	Stabilność zespołów i przewidywalność obsady	
Czas pracy	Rejestracja i rozliczanie czasu pracy obejmujące całość aktywności zawodowej, niezależnie od formy zatrudnienia	Bezpieczeństwo pacjentów, kontrola przeciążenia pracą i rzetelna ewidencja obciążeń zawodowych	
Konflikt interesów	Obowiązkowe deklaracje dochodów, rejestr powiązań	Transparentność, redukcja ryzyka nadużyć	
Okres przejściowy	Etapowa implementacja, instrumenty ochronne i klauzule przejściowe	Ochrona dostępności i ciągłości opieki	
Alternatywy dla pełnego zakazu	Rejestr aktywności zawodowej, gwarancja czasowa dla pacjentów, zachęty finansowe za wyłączność, zróżnicowanie ścieżek kariery, selektywny zakaz dla kadry kierowniczej, penalizacja nadużyć	Proporcjonalność regulacji i precyzyjne adresowanie dysfunkcji	

Rycina 1. Macierz reformy zatrudnienia lekarzy – mechanizmy, cele, warunki wdrożenia, ryzyka oraz monitoring i ewaluacja kluczowych wskaźników efektywności (KPI).

Od diagnozy do decyzji – rekomendacje dla odpowiedzialnej zmiany systemowej

Przeprowadzona analiza prowadzi do konkluzji, że zakaz łączenia zatrudnienia lekarzy w publicznym i prywatnym sektorze ochrony zdrowia to interwencja regulacyjna o potencjalnie dalekosiężnych konsekwencjach, których charakter pozostaje w znacznej mierze uwarunkowany jakością przygotowania systemowego i towarzyszących reform.

Argumentacja za wprowadzeniem zakazu koncentruje się wokół postulatów zwiększenia przejrzystości i integralności systemu, tj. eliminacji strukturalnych konfliktów interesów, wzmocnienia lojalności instytucjonalnej lekarzy wobec pracodawcy publicznego, uporządkowania rynku pracy i przywrócenia etosu publicznej służby zdrowia. Argumentacja przeciwna akcentuje natomiast ryzyko pogłębienia dysfunkcji i tak już niewydolnego systemu publicznego – poprzez przyspieszenie odpływu kadry oraz dalsze ograniczenie dostępności świadczeń, a także wątpliwości natury konstytucyjnej związane z proporcjonalnością tak daleko idącej ingerencji regulacyjnej w konstytucyjnie chronioną wolność wyboru miejsca pracy i swobodę działalności gospodarczej.

Z perspektywy systemowej idea rozdziału sektorów wydaje się koncepcyjnie uzasadniona – przypomina o odpowiedzialności państwa za zapewnienie równego dostępu do opieki zdrowotnej oraz o konieczności prze-

ciwdziałania ukrytej prywatyzacji zasobów publicznych. Polski system ochrony zdrowia doświadcza bowiem dysfunkcji, które proponowana regulacja mogłaby wydatnie ograniczyć: wykorzystywania pozycji publicznej do celów prywatnych, realokacji aktywności lekarzy ku lepiej gratyfikowanej pracy w sektorze niepublicznym oraz – szczególnie niebezpiecznej w perspektywie długofalowej – erozji zaufania społecznego do systemu.

Doświadczenia międzynarodowe jednoznacznie wskazują, że interwencje o charakterze radykalnym wymagają gruntownego przygotowania systemowego i finansowego. Sam zakaz konkurencji, bez dofinansowania sektora publicznego i poprawy warunków pracy, nie spełni przypisywanych mu zadań naprawczych. Polska służba zdrowia od lat funkcjonuje w warunkach permanentnego kryzysu kadrowo-finansowego, zatem potrzeba zmiany jest bezsporna – musi ona jednak mieć charakter kompleksowy, obejmujący równoległe sferę regulacyjną, finansową i organizacyjną.

Jeśli zatem dojdzie do wdrożenia projektowanej regulacji, konieczne będzie uwzględnienie następujących warunków brzegowych determinujących jej skuteczność.

Po pierwsze, konieczne jest zagwarantowanie środków na podniesienie wynagrodzeń w sektorze publicznym, przy czym ich alokacja winna być proporcjonalna do kwalifikacji i doświadczenia zawodowego. Priorytet interwencji powinni stanowić specjaliści o najwyższych

	Warunki skuteczności	Ryzyka związane z nieprawidłowym wdrożeniem	Wskaźniki KPI – monitoring i ewaluacja
	Precyzyjna segmentacja grup beneficjentów, transparentne zasady kwalifikacji i przeznaczone środki budżetowe	Niska efektywność kosztowa, ryzyko konfliktów wewnętrznych, spadek motywacji grup wykluczonych z systemu benefitów	Retencja specjalistów, stabilność grafików dyżurowych, braki kadrowe w kluczowych obszarach świadczeń
	Identyfikacja ról o znaczeniu krytycznym oraz adekwatna gratyfikacja po stronie lekarza	Iluzoryczność regulacji i jej obchodzenie poprzez alternatywne modele współpracy	Odsetek podpisanych i utrzymanych kontraktów, wskaźnik odejść w grupie krytycznej
	Zintegrowany, interoperacyjny system ewidencji obejmujący wszystkie formy aktywności zawodowej	Niekompletność ewidencji, fasadowość sprawozdawczości, brak mechanizmów egzekucyjnych	Tygodniowy wymiar czasu pracy, wskaźnik przekroczeń norm czasowych, zdarzenia niepożądane związane z nadmiernym obciążeniem czasowym
	Jasna definicja konfliktu, obowiązek aktualizacji, procedury reagowania w przypadkach nadużyć	Procedury bez realnego oddziaływania, selektywne egzekwowanie	Odsetek złożonych i aktualnych deklaracji, liczba interwencji korygujących
	Harmonogram wdrożenia, kryteria przyznawania wyłączeń, strategie zabezpieczenia kadrowego podmiotów deficytowych	Lokalna zapaść podaży usług medycznych	Wskaźnik czasu oczekiwania, częstość odwoływania zabiegów, kompletność obsady dyżurowej, poziom satysfakcji pacjentów i personelu
	Spójny pakiet, jasne reguły, realna egzekucja zakazów zachowań	Fragmentacja działań i migracja problemów w obrębie systemu	Częstość skarg dotyczących przekierowania pacjentów, wykorzystanie mechanizmu gwarancji czasowej, rejestrowane naruszenia i zastosowane sankcje

kompetencjach, których utrata przez sektor publiczny generowałaby nieproporcjonalnie wysokie koszty systemowe – zarówno w wymiarze jakości świadczeń, jak i wieloletniego procesu kształcenia następców. Zasadne jest zatem wprowadzenie zróżnicowanych stawek dodatków za wyłączność – uwzględniających staż pracy, specjalizację, funkcje oraz kompetencje deficytowe – jako instrumentu umożliwiającego osiągnięcie optymalnego efektu retencyjnego przy racjonalnym wykorzystaniu ograniczonych zasobów finansowych.

Po drugie, niezbędne jest wzmocnienie systemowego zarządzania zasobami ludzkimi poprzez wprowadzenie kontraktów lojalnościowych dla kluczowych specjalistów oraz wdrożenie kompleksowych mechanizmów planowania, rejestrowania i rozliczania czasu pracy lekarzy. Należy przy tym podkreślić, że rejestrowanie czasu pracy, jeśli ma skutecznie realizować przypisywane mu cele – w szczególności zapobieganie nadmiernemu obciążeniu pracowników oraz zapewnienie bezpieczeństwa pacjentów – powinno obejmować całą aktywność zawodową personelu medycznego niezależnie od formy prawnej zatrudnienia. Ograniczanie go do stosunku pracy w rozumieniu Kodeksu pracy pomija znaczącą część aktywności świadczonej na podstawie umów cywilnoprawnych, kontraktów czy indywidualnej praktyki lekarskiej. W efekcie tak zaprojektowany system nie pozwala na rzetelną ocenę rzeczywistego obciążenia pracą ani na

identyfikację zagrożeń wynikających z kumulacji godzin przepracowanych w różnych podmiotach, u różnych pracodawców.

Po trzecie, niezależnie od decyzji w sprawie zakazu, zasadne jest uszczelnienie systemu pod kątem konfliktu interesów poprzez wprowadzenie obowiązku deklarowania przez lekarzy wszelkich dodatkowych źródeł dochodu oraz powiązań mogących je generować. W wymiarze praktycznym oznacza to konieczność zgłaszania zatrudnienia lub współpracy z podmiotami niepublicznymi – niezależnie od ich formy prawnej, udziałów własnościowych w placówkach medycznych, umów konsultacyjnych z firmami farmaceutycznymi lub producentami wyrobów medycznych, a także uczestnictwa w badaniach klinicznych sponsorowanych przez podmioty komercyjne. Deklaracje takie winny być składane pracodawcy publicznemu oraz aktualizowane przy każdej zmianie stanu faktycznego. Wprowadzenie obligatoryjnego rejestru powiązań zawodowych i finansowych zwiększyłoby transparentność systemu, umożliwiając pracodawcom publicznym identyfikację sytuacji, w których aktywność lekarza może kolidować z jego obowiązkami wobec macierzystej instytucji. Proponowany mechanizm stanowiłby również podstawę do podejmowania działań korygujących w przypadku zidentyfikowania potencjalnych nieprawidłowości – umożliwiając pracodawcy publicznemu przeprowadzenie rozmowy wyjaśniającej, wspólnie

wpracowanie rozwiązań organizacyjnych minimalizujących ryzyko konfliktu interesów, a w uzasadnionych przypadkach – zastosowanie procedur przewidzianych regulaminem pracy.

Po czwarte, wymaga się starannego przygotowania etapu przejściowego, aby żadna grupa pacjentów nie została nagle pozbawiona dostępu do opieki wskutek zmian regulacyjnych. W wymiarze praktycznym oznacza to konieczność określenia harmonogramu wprowadzania zakazu – potencjalnie z rozłożeniem na etapy obejmujące kolejne grupy specjalności lub regiony kraju – oraz zastosowania mechanizmów osłonowych gwarantujących ciągłość udzielania świadczeń w podmiotach szczególnie narażonych na odpływ kadry. Niezbędne jest również ustanowienie procedur umożliwiających czasowe odstępstwa od zakazu w sytuacjach, gdy jego natychmiastowe wprowadzenie zagrażałoby bezpieczeństwu zdrowotnemu chorych, a także określenie jasnych kryteriów monitorowania skutków regulacji – przede wszystkim wskaźników kadrowych, parametrów dostępności świadczeń oraz mierników satysfakcji pacjentów i personelu medycznego – umożliwiających ewentualną korektę przyjętych rozwiązań.

Po piąte, warto rozważyć rozwiązania alternatywne wobec całkowitego zakazu. Zasadne wydaje się więc pytanie, czy bardziej elastyczne mechanizmy regulacyjne, wzorowane na funkcjonujących w innych krajach europejskich, nie stanowiłyby proporcjonalniejszej odpowiedzi na zidentyfikowane dysfunkcje. Uwzględniając specyfikę polskiego systemu ochrony zdrowia, optymalnym rozwiązaniem mogłaby okazać się kombinacja poniższych działań:

- Wprowadzenie obowiązkowego rejestru aktywności zawodowej lekarzy – obejmującego wszystkie formy zatrudnienia – zapewniłoby transparentność wzorowaną na modelu brytyjskim. Pracodawca publiczny zyskałby prawo do weryfikacji, czy aktywność niepubliczna nie koliduje z zobowiązaniami wobec macierzystej instytucji. Rozwiązanie takie nie wymaga zakazu, ale umożliwia skuteczną kontrolę i reagowanie na ewentualne nadużycia.
- Mechanizm gwarancji czasowej dla pacjentów wzorowany na modelu duńskim – polegający na wprowadzeniu ustawowego prawa pacjenta do świadczenia w podmiocie prywatnym na koszt NFZ w przypadku przekroczenia określonego czasu oczekiwania, najczęściej dwóch miesięcy, w systemie publicznym – zmniejszałby presję na lekarzy pracujących w obu sektorach. Pacjent uzyskiwałby legalną ścieżkę dostępu do szybszej opieki bez konieczności nieformalnego „przechodzenia” za lekarzem do jego praktyki prywatnej.
- System dodatków za wyłączność zatrudnienia w sektorze publicznym, analogiczny do rozwiązań francuskich, stałby się zachętą ekonomiczną czyniącą ten sektor konkurencyjnym bez konieczności stosowania formalnego zakazu.

- Zróżnicowanie przywilejów zawodowych w zależności od statusu zatrudnienia, wzorowane na doświadczeniach hiszpańskich – lekarze decydujący się na wyłączną pracę w sektorze publicznym korzystaliby z preferencyjnych warunków rozwoju kariery, obejmujących przyspieszone ścieżki awansu oraz uprzywilejowany dostęp do grantów badawczych i programów szkoleniowych. Medycy łączący zatrudnienie publiczne z praktyką prywatną byłiby natomiast traktowani jako konsultanci zewnątrzni, bez pełnego dostępu do instytucjonalnych mechanizmów awansu i rozwoju zawodowego.
- Selektywne wprowadzenie zakazu podwójnego zatrudnienia wyłącznie dla kierowników klinik, ordynatorów i osób zajmujących kluczowe stanowiska wymagające pełnej dyspozycyjności, dzięki czemu uniknięto by konfliktu interesów w najbardziej wrażliwych obszarach bez obejmowania wszystkich lekarzy jednolitą regulacją.
- Penalizacja ściśle określonych praktyk dysfunkcyjnych – ustawowy zakaz określonych zachowań – w szczególności kierowania pacjentów z publicznej placówki do własnej praktyki oraz wykorzystywania sprzętu i infrastruktury publicznej do celów komercyjnych.

Proponowane podejście zachowywałoby elastyczność systemu, minimalizowało ryzyko odpływu kadr i kwalifikowało dysfunkcje proporcjonalnie do skali problemu (ryc. 1).

Bez względu na ostateczny kształt przyjętych rozwiązań regulacyjnych – pełnego zakazu, rozwiązań selektywnych czy kombinacji tzw. mechanizmów bodźcowych – decyzja o wprowadzeniu zmian systemowych powinna zostać poprzedzona rzetelnymi symulacjami scenariuszowymi, obejmującymi modelowanie skutków kadrowych, projekcje finansowe oraz analizę wpływu na dostępność świadczeń. Równie istotne są kompleksowe przygotowania systemowe – zapewnienie finansowania podwyżek wynagrodzeń, wdrożenie rejestru aktywności zawodowej oraz określenie mechanizmów okresu przejściowego. Jedynie przy spełnieniu tych warunków regulacja może okazać się impulsem do rzeczywistej naprawy systemu, nie zaś kolejnym wstrząsem destabilizującym funkcjonowanie rynku ochrony zdrowia.

Na koniec rzecz najważniejsza. U źródeł analizowanego dylematu leży fundamentalne pytanie, jakiej medycyny jako społeczeństwo potrzebujemy i jaką jesteśmy gotowi współtworzyć. Odpowiedź na nie nie może wynikać jedynie z regulacji prawnych – musi pochodzić ze wspólnej wizji, w której godność zawodu lekarza i bezpieczeństwo pacjentów stanowią wartości niepodlegające negocjacji. Reforma, która zjednoczy środowisko medyczne wokół tak rozumianej misji, ma szansę stać się punktem zwrotnym. Reforma narzucona odgórnie – jedynie kolejnym rozdziałem w kronice systemowych rozczarowań.

Gen. broni prof. dr hab. n. med. Grzegorz Gielera, dyrektor Wojskowego Instytutu Medycznego – Państwowego Instytutu Badawczego w Warszawie