

The logo for NIL (Naczelna Izba Lekarska) consists of the letters 'NIL' in a bold, blue, sans-serif font, enclosed within a blue rectangular border.

Naczelna  
Izba Lekarska



Ośrodek Badań  
i Analiz

COBIK NIL

---

# Raport z badania „PERSPEKTYWA 27”

Opinie lekarzy i lekarzy dentyków o rozdzieleniu aktywności zawodowej  
między świadczenia finansowane publicznie i prywatne

Naczelna Izba Lekarska  
Ośrodek Badań i Analiz

Artur Białoszewski  
Ekspert NRL ds. badań i analiz

Warszawa, 2026

**Spis treści**

1. Streszczenie / Executive summary .....	3
2. Wprowadzenie .....	5
3. O badaniu i metodologia .....	6
4. Charakterystyka respondentów .....	7
5. Wyniki .....	8
5.1. Czynniki wyboru miejsca i modelu pracy .....	8
5.2. Reakcja na zasadę rozdzielania w tym samym zakresie świadczeń .....	8
5.3. Poparcie dla zakazu, ograniczeń i mechanizmów miękkich .....	9
5.4. Postrzegane problemy łączenia sektorów .....	10
5.5. Ryzyka zbyt ostrego rozdzielania .....	11
5.6. Ocena wpływu rozdzielania na system .....	11
5.7. Warunki atrakcyjności pracy wyłącznie publicznej .....	12
5.8. Zabezpieczenia i model dla podmiotów łączących NFZ i świadczenia prywatne .....	13
6. Analiza komentarzy otwartych .....	15
7. Dyskusja i synteza w kontekście debaty publiczno-systemowej .....	18
8. Wnioski .....	19

## 1. Streszczenie

Wyniki badania PERSPEKTYWA 27 ukazują, że respondenci nie popierają prostego modelu pełnego zakazu łączenia pracy publicznej i prywatnej przez lekarza. Znacznie większą akceptację uzyskały rozwiązania porządkujące i transparentnościowe: rozdzielanie kolejek, harmonogramów i rozliczeń, ograniczenia stosowane przy realnym konflikcie interesów oraz mechanizmy monitorowania skutków ewentualnych zmian. W badaniu wzięło udział 2 243 lekarzy i lekarzy dentyków, co jest jednym z największych badań w kraju zrealizowanej na tej grupie zawodowej.

### Najważniejsze wyniki:

- **Brak szerokiego poparcia dla pełnego zakazu.** Pełny zakaz łączenia pracy publicznej i prywatnej przez lekarza poparło tylko 15,1% respondentów wśród odpowiedzi innych niż „trudno powiedzieć”.
- **Ograniczone poparcie dla zakazu w tym samym zakresie świadczeń.** Zasadę, zgodnie z którą lekarz wykonujący dany zakres świadczeń w ramach NFZ nie powinien jednocześnie udzielać odpłatnych świadczeń prywatnych w tym samym zakresie, poparło 22,9% wszystkich respondentów, natomiast 67,7% jej nie popierało.
- **Dominacja odpowiedzi warunkowej.** W scenariuszu rozdzielania pracy publicznej i prywatnej w tym samym zakresie świadczeń najczęściej wskazywano, że decyzja zależałaby od warunków finansowych, organizacyjnych i prawnych (34,3%). Możliwość łączenia obu sektorów chciałoby zachować 30,5% respondentów.
- **Wysoka akceptacja mechanizmów transparentnościowych.** Pełne rozdzielanie kolejek, harmonogramów i rozliczeń publicznych oraz prywatnych poparło 71,9% respondentów wśród odpowiedzi innych niż „trudno powiedzieć”. Ograniczenia stosowane tylko przy realnym konflikcie interesów poparło 69,9%, a obowiązek jawnego zgłaszania miejsc pracy publicznej i prywatnej 51,9%.
- **Brak prostego sprzeciwu wobec porządkowania systemu.** Wyniki wskazują, że respondenci odróżniają mechanizmy zwiększające przejrzystość od restrykcji dotyczących samego prawa do pracy w różnych modelach finansowania świadczeń. Wysokie poparcie dla rozdzielania kolejek i rozliczeń współistnieje z wysokim poparciem dla pozostawienia obecnej swobody bez nowych ograniczeń (68,9% wśród odpowiedzi innych niż „trudno powiedzieć”).
- **Najważniejsze ryzyka dotyczą dostępności świadczeń.** Najczęściej wskazywanymi ryzykami zbyt ostrego rozdzielania były: odpływ części lekarzy z systemu publicznego do pracy prywatnej (74,8%), wydłużenie kolejek w systemie publicznym (58,9%) oraz trudniejsza obsada dyżurów, poradni i oddziałów (53,9%).
- **Praca wyłącznie publiczna jest możliwa tylko warunkowo.** Przy przewidywalnych i atrakcyjnych warunkach 56,8% respondentów uznało wybór pracy wyłącznie przy świadczeniach finansowanych publicznie za raczej lub zdecydowanie prawdopodobny. Najczęściej wskazywane warunki to:

gwarantowane wysokie wynagrodzenie (67,1%), mniej biurokracji i prostsza dokumentacja (49,2%) oraz minimalne normy obsady i rozsądna liczba pacjentów (48,8%).

- **Komentarze otwarte wzmocniają kontekst warunków pracy.** W analizie 689 komentarzy dominowały wątki transparentności kolejek i rozliczeń (36,7% komentarzy), wynagrodzeń i finansowania (34,0%), dostępności świadczeń i kolejek (32,1%), dyżurów i obsady (31,8%) oraz organizacji pracy (31,1%). Komentarze pokazują zarówno sprzeciw wobec prostego zakazu, jak i obecność postulatów porządkujących.

**Wniosek z badania:** Dane nie dają prostego mandatu dla modelu „albo publicznie, albo prywatnie”. Pokazują natomiast znaczące pole poparcia dla rozwiązań porządkujących, transparentnościowych i warunkowych, pod warunkiem równoległego uwzględnienia wynagrodzeń, organizacji pracy, ochrony prawnej, obsady dyżurów, dostępności świadczeń oraz mechanizmów monitorowania i korekty.

Należy konsekwentnie rozdzielać trzy porządki: zakaz sankcyjny, mechanizmy transparentnościowe oraz zachęty do stabilnej pracy publicznej. Ryzykiem nie jest sama dyskusja o uporządkowaniu relacji publiczno-prywatnych, lecz wdrożenie prostego zakazu bez zabezpieczeń kadrowych, finansowych i organizacyjnych.

## 2. Wprowadzenie

Debata o rozdzieleniu aktywności lekarzy między sektor finansowany publicznie i sektor prywatny/komercyjny powraca cyklicznie i rzadko dotyczy jednego, precyzyjnie opisanego projektu regulacyjnego. W obiegu publicznym mieszają się różne warianty: pełny zakaz łączenia sektorów tzw. *dual practice*, zakaz sektorowy w obrębie NFZ, premiowanie wyłączności publicznej, model „jeden etat / jeden pracodawca za godziwe pieniądze”, mechanizmy jawności oraz rozwiązania kryzysowe lub przejściowe.

W raporcie przyjęto założenie, że przedmiotem analizy nie jest hasło „publiczne albo prywatne”, lecz architektura możliwych instrumentów regulacyjnych: od rozwiązań represyjnych, przez mechanizmy transparentnościowe, po dobrowolne zachęty do pracy w systemie publicznym. Takie rozróżnienie jest konieczne, ponieważ odmienne instrumenty mogą mieć różne skutki dla kolejek, dyżurów, dostępności świadczeń, ciągłości leczenia i warunków pracy lekarzy.

Kontekst międzynarodowy również nie uzasadnia prostego przeniesienia jednego modelu. WHO opisuje *dual practice* jako zjawisko powszechne w systemach ochrony zdrowia, którego skutki i sposoby regulacji są silnie zależne od kontekstu, a baza dowodowa jest w dużej mierze opisowa. Raport OECD o politykach kadrowych w ochronie zdrowia wskazuje z kolei, że skuteczna polityka wymaga łączenia planowania kadr, wynagrodzeń, warunków pracy i dostępności świadczeń.

Raport ma charakter diagnostyczny i strategiczny. Przedstawia rozkłady odpowiedzi oraz analizę komentarzy otwartych. Nie przesądza o optymalnym kształcie legislacji, lecz wskazuje, które rozwiązania mają większą lub mniejszą akceptację wśród respondentów oraz gdzie ujawniają się najważniejsze ryzyka systemowe.

### 3. O badaniu i metodologia

**Nazwa badania:** PERSPEKTYWA 27.

**Cel badania:** rozpoznanie opinii lekarzy i lekarzy dentyistów na temat rozdzielenia aktywności zawodowej między świadczenia finansowane publicznie - w szczególności przez NFZ - i świadczenia prywatne/komercyjne, a także warunków akceptowalności zmian, postrzeganych ryzyk oraz zabezpieczeń potrzebnych przy ewentualnym wdrożeniu regulacji.

**Narzędzie badawcze:** kwestionariusz ankiety przygotowany w LimeSurvey. Kwestionariusz obejmował pytania jednokrotnego wyboru, pytania wielokrotnego wyboru, pytania macierzowe, pytania metryczkowe oraz pytania otwarte.

**Populacja docelowa:** lekarze i lekarze dentyści - członkowie samorządu lekarskiego. Ankieta została skierowana do całej bazy CRL NIL.

**Tryb badania:** CAWI.

**Czas realizacji:** od 2026-04-29 15:01 do 2026-05-04 08:14.

**Liczba ankiet pełnych:** 2 243.

**Ograniczenie metodologiczne:** Wyniki należy interpretować jako opinie respondentów badania (samoselekcja), a nie jako automatyczną estymację całej populacji lekarzy i lekarzy dentyistów.

## 4. Charakterystyka respondentów

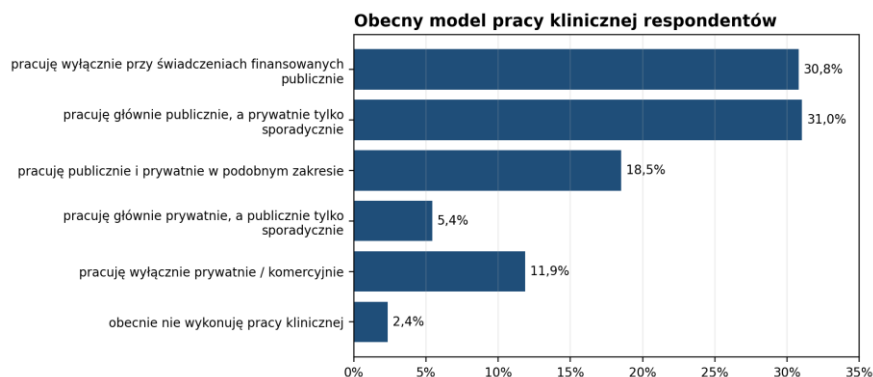
Analizowana próba obejmowała 2 243 respondentów. Wśród nich kobiety stanowiły 55,4%, mężczyźni 43,3%, a 1,3% wskazało odpowiedź „inna / nie chcę podawać”. Największą grupą wiekową byli respondenci w wieku 30-39 lat (34,9%), a następnie 40-49 lat (20,1%) i 50-59 lat (17,8%).

Pod względem etapu zawodowego najliczniejszą kategorią byli lekarze specjaliści (64,6%). Osoby w trakcie specjalizacji lub rezydentury stanowiły 18,2%, lekarze dentyści bez specjalizacji 5,0%, stażyści 4,6%, lekarze dentyści ze specjalizacją 3,3%, a lekarze bez specjalizacji 3,3%.

obszar	kategoria	n	% respondentów
Płeć	kobieta	1242	55,4%
Płeć	mężczyzna	971	43,3%
Wiek	poniżej 40 lat	1040	46,4%
Wiek	40-59 lat	849	37,9%
Etap zawodowy	lekarz specjalista	1450	64,6%
Etap zawodowy	w trakcie specjalizacji / rezydentury	409	18,2%
Model pracy klinicznej	wyłącznie publicznie	691	30,8%
Model pracy klinicznej	głównie publicznie + sporadycznie prywatnie	696	31,0%
Model pracy klinicznej	publicznie i prywatnie w podobnym zakresie	415	18,5%
Forma współpracy	kontrakt / działalność / umowa cywilnoprawna	1145	51,0%
Forma współpracy	umowa o pracę	854	38,1%
Główne miejsce pracy	szpital publiczny	1051	46,9%

W modelu pracy klinicznej 30,8% respondentów pracowało wyłącznie przy świadczeniach finansowanych publicznie, 31,0% głównie publicznie i sporadycznie prywatnie, 18,5% publicznie i prywatnie w podobnym zakresie, 5,4% głównie prywatnie i sporadycznie publicznie, 11,9% wyłącznie prywatnie/komercyjnie, a 2,4% nie wykonywało obecnie pracy klinicznej. Głównym miejscem pracy klinicznej był najczęściej szpital publiczny (46,9%).

**Tabela 1. Wybrane cechy respondentów.**

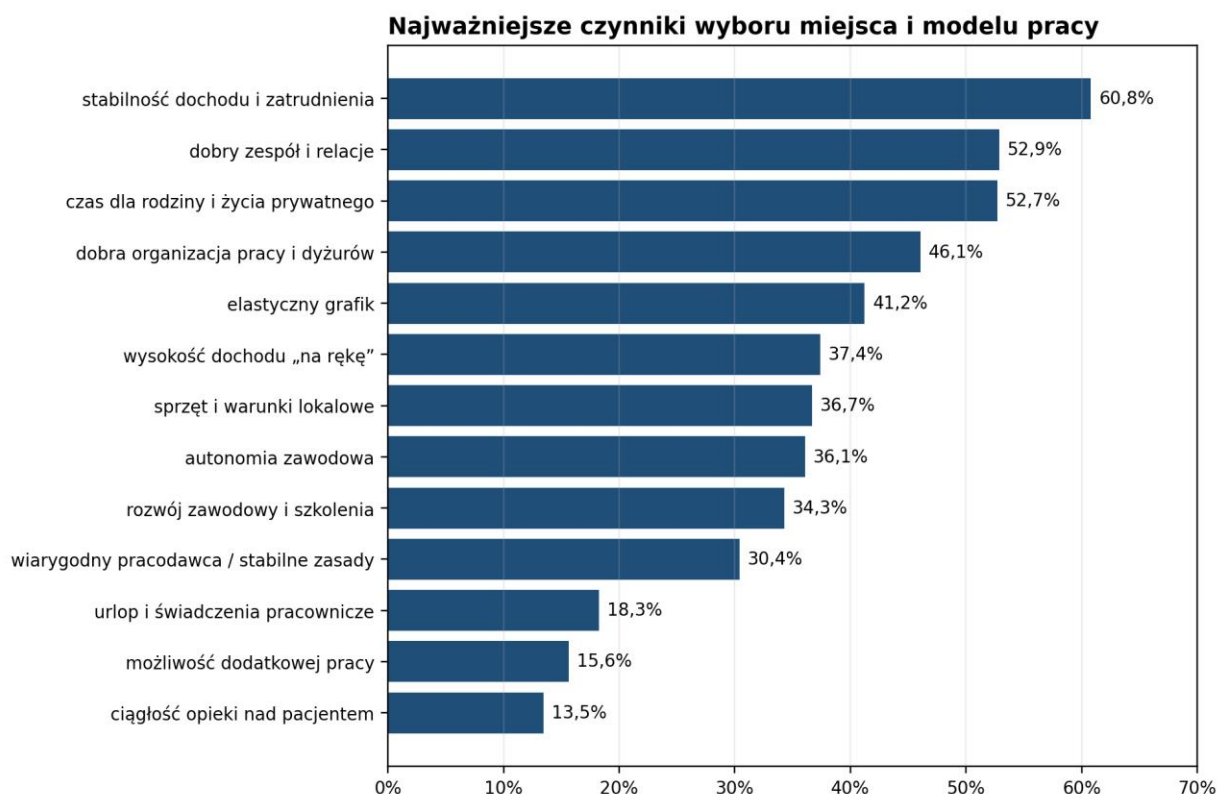


**Wykres 1. Rozkład odpowiedzi na pytanie o pracę publiczną, prywatną i mieszaną. n=2243**

## 5. Wyniki

### 5.1. Czynniki wyboru miejsca i modelu pracy

W pytaniu wielokrotnego wyboru o najważniejsze czynniki wyboru miejsca i modelu pracy dominowały odpowiedzi odnoszące się do stabilności, relacji i organizacji. Stabilność dochodu i zatrudnienia wskazało 60,8% respondentów, dobry zespół i relacje 52,9%, czas dla rodziny i życia prywatnego 52,7%, dobrą organizację pracy i dyżurów 46,1%, a elastyczny grafik 41,2%.



Wykres 2. Odsetek respondentów wskazujących daną odpowiedź. n=2243.

Wyniki pokazują, że wysokość dochodu jest istotna, lecz nie funkcjonuje samodzielnie: występuje obok stabilności zatrudnienia, jakości organizacji pracy, grafiku, dyżurów, zespołu i czasu prywatnego. Ma to znaczenie dla interpretacji potencjalnych zachęt do pracy wyłącznie publicznej.

### 5.2. Reakcja na zasadę rozdzielenia w tym samym zakresie świadczeń

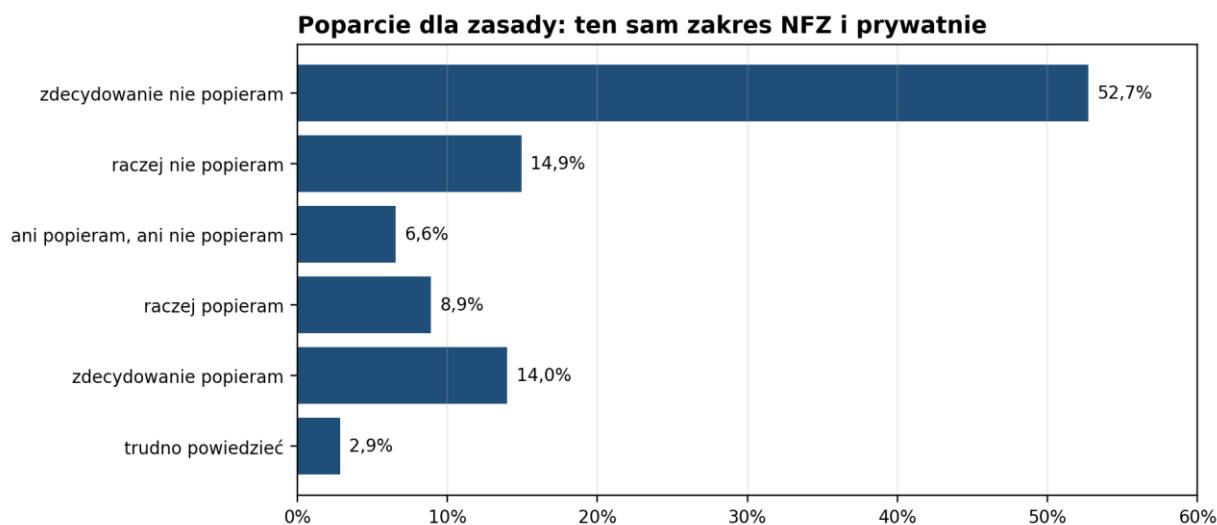
W scenariuszu, w którym lekarz nie mógłby równocześnie pracować publicznie i prywatnie w tym samym zakresie świadczeń, najczęściej wybierano odpowiedź warunkową: 34,3% respondentów wskazało, że decyzja zależałaby od warunków finansowych, organizacyjnych i prawnych. Możliwość łączenia sektorów chciałoby zachować 30,5%, pracę prywatną/komercyjną wybrałoby 18,5%, a pracę przy świadczeniach finansowanych publicznie - 14,7%.



Wykres 3. Reakcja na zasadę rozdzielania w tym samym zakresie świadczeń. n=2243.

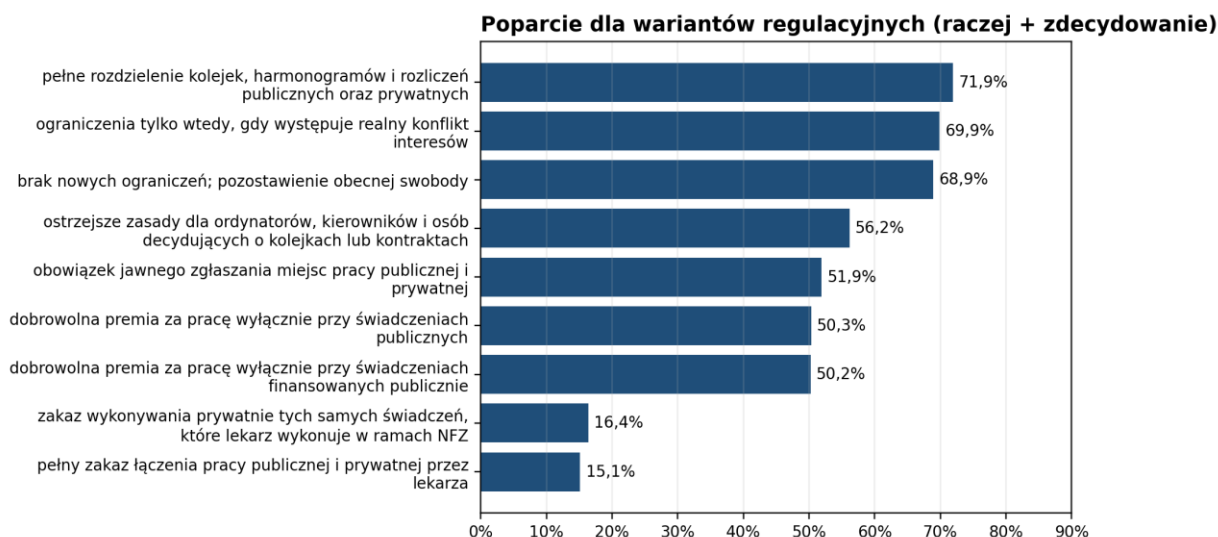
### 5.3. Poparcie dla zakazu, ograniczeń i mechanizmów miękkich

Pytanie P3 dotyczyło zasady, zgodnie z którą lekarz przyjmujący pacjentów w danym zakresie w ramach NFZ nie powinien jednocześnie przyjmować odpłatnie prywatnie pacjentów w tym samym zakresie. Łącznie 22,9% wszystkich respondentów popierało tę zasadę, a 67,7% jej nie popierało; 6,6% wybrało odpowiedź neutralną, a 2,9% „trudno powiedzieć”.



Wykres 4. Poparcie dla zasady: ten sam zakres NFZ i prywatnie. n=2243.

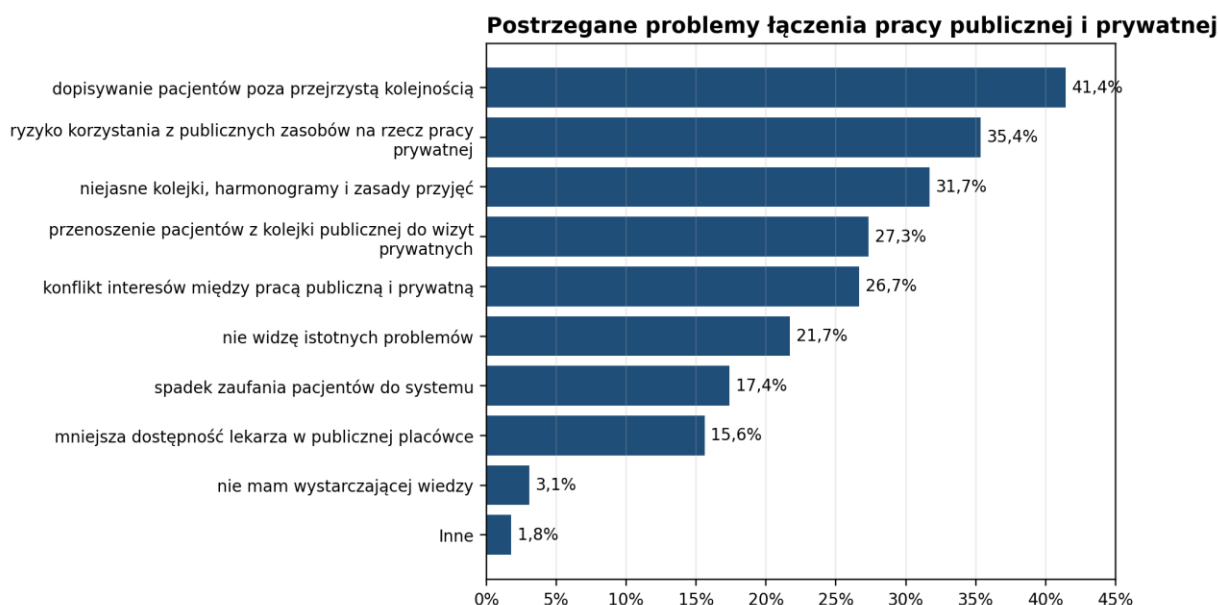
W pytaniu P4 obraz był bardziej zróżnicowany. Najwyższe poparcie uzyskały: pełne rozdzielanie kolejek, harmonogramów i rozliczeń publicznych oraz prywatnych (71,9% wśród odpowiedzi innych niż „trudno powiedzieć”), ograniczenia tylko przy realnym konflikcie interesów (69,9%) oraz brak nowych ograniczeń i pozostawienie obecnej swobody (68,9%). Pełny zakaz łączenia pracy publicznej i prywatnej przez lekarza popierało 15,1% w tym samym mianowniku.



**Wykres 5. Poparcie dla wariantów regulacyjnych.** Wskaźnik „popiera” = raczej popieram + zdecydowanie popieram; bez odpowiedzi „trudno powiedzieć”. N=zależne od pozycji: 1997-2205.

#### 5.4. Postrzegane problemy łączenia sektorów

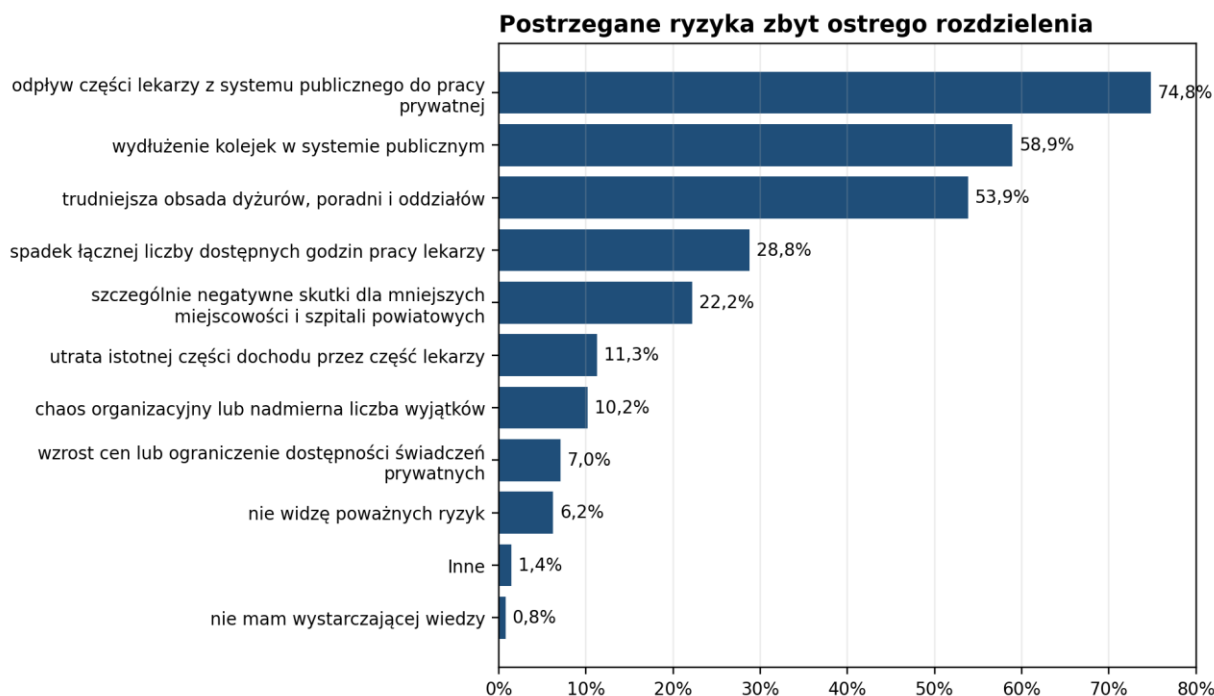
W pytaniu wielokrotnego wyboru o problemy związane z łączeniem pracy publicznej i prywatnej najczęściej wskazywano dopisywanie pacjentów poza przejrzystą kolejnością (41,4%), ryzyko korzystania z publicznych zasobów na rzecz pracy prywatnej (35,4%), niejasne kolejki, harmonogramy i zasady przyjęć (31,7%), przenoszenie pacjentów z kolejki publicznej do wizyt prywatnych (27,3%) oraz konflikt interesów między pracą publiczną i prywatną (26,7%).



**Wykres 6. Problemy łączenia pracy publicznej i prywatnej.** Odsetek respondentów wskazujących dany problem. n=2243. Odpowiedź „nie widzę istotnych problemów” wskazało 21,7% respondentów. Ten wynik pokazuje, że część respondentów nie identyfikuje istotnych patologii samego łączenia sektorów, ale większość wskazała przynajmniej jeden problem organizacyjny, transparentnościowy lub etyczny.

## 5.5. Ryzyka zbyt ostrego rozdzielenia

Ryzyka zbyt ostrego rozdzielenia zostały ocenione wyraźnie silniej niż problemy obecnego modelu. Odplyw części lekarzy z systemu publicznego do pracy prywatnej wskazało 74,8% respondentów, wydłużenie kolejek w systemie publicznym 58,9%, trudniejszą obsadę dyżurów, poradni i oddziałów 53,9%, a spadek łącznej liczby dostępnych godzin pracy lekarzy 28,8%.

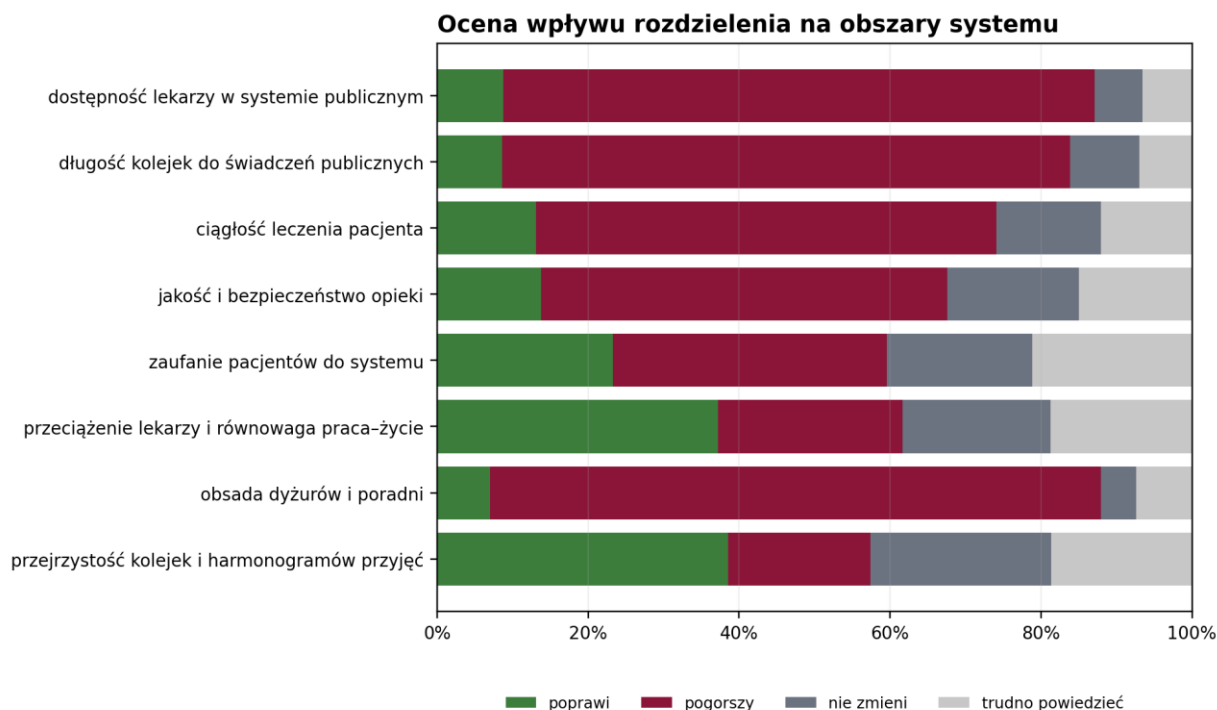


**Wykres 7. Postrzegane ryzyka zbyt ostrego rozdzielenia. Odsetek respondentów wskazujących dane ryzyko. n=2243.**

Warto odnotować, że 22,2% respondentów wskazało szczególnie negatywne skutki dla mniejszych miejscowości i szpitali powiatowych. W kontekście polityki publicznej oznacza to konieczność oceny skutków regionalnych i kadrowych, a nie tylko oceny abstrakcyjnego modelu regulacji.

## 5.6. Ocena wpływu rozdzielenia na system

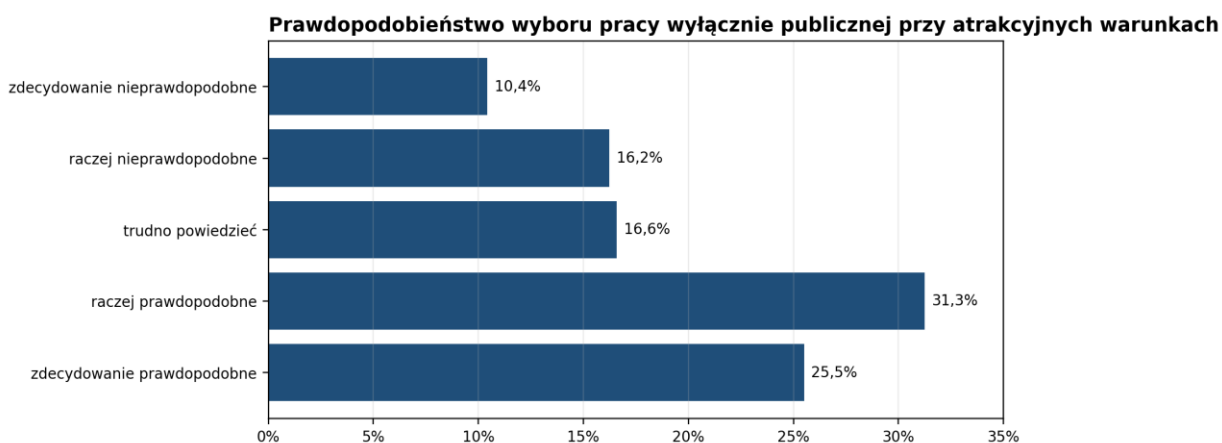
Respondenci najczęściej przewidywali pogorszenie dostępności lekarzy w systemie publicznym (78,3%), długości kolejek do świadczeń publicznych (75,3%), ciągłości leczenia pacjenta (61,0%), jakości i bezpieczeństwa opieki (53,8%) oraz obsady dyżurów i poradni (81,0%). Jednocześnie część respondentów przewidywała poprawę przejrzystości kolejek i harmonogramów przyjęć (38,5%) oraz przeciążenia lekarzy i równowagi praca-życie (37,2%).



Wykres 8. Ocena wpływu rozdzielenia na obszary systemu. n=2243.

### 5.7. Warunki atrakcyjności pracy wyłącznie publicznej

W odpowiedzi na pytanie o prawdopodobieństwo wyboru pracy wyłącznie przy świadczeniach finansowanych publicznie, gdyby warunki były przewidywalne i atrakcyjne, 56,8% respondentów wskazało odpowiedzi „raczej prawdopodobne” lub „zdecydowanie prawdopodobne”. Odpowiedzi nieprawdopodobne łącznie stanowiły 26,7%, a „trudno powiedzieć” 16,6%.



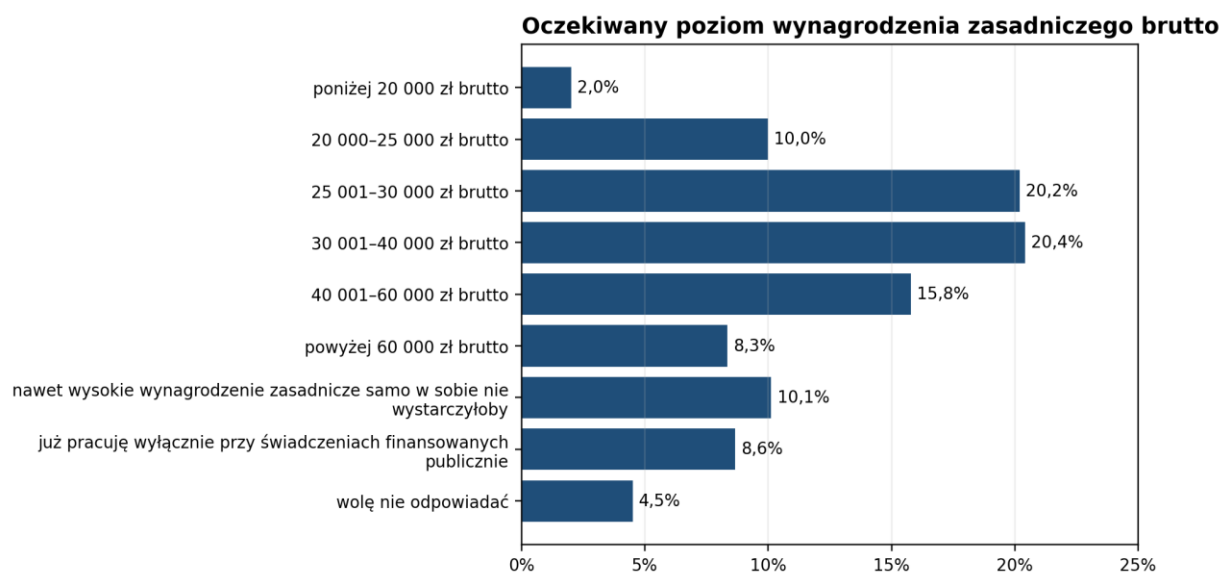
Wykres 9. Prawdopodobieństwo wyboru pracy wyłącznie publicznej przy atrakcyjnych warunkach. n=2243.

Najczęściej wskazywanymi warunkami atrakcyjności pracy wyłącznie publicznej były: gwarantowane wysokie wynagrodzenie (67,1%), mniej biurokracji i prostsza dokumentacja (49,2%), minimalne normy obsady oraz rozsądna liczba pacjentów (48,8%), jasne i dobrze płatne zasady dyżurów oraz nadgodzin (40,4%) oraz lepsza ochrona prawna i organizacyjna (38,7%).



**Wykres 10. Warunki atrakcyjności pracy wyłącznie przy świadczeniach publicznych. n=2243**

W pytaniu o poziom miesięcznego wynagrodzenia zasadniczego brutto za pełny etat w systemie publicznym najczęściej wskazywano przedziały 30 001-40 000 zł (20,4%) i 25 001-30 000 zł (20,2%). Odpowiedź „nawet wysokie wynagrodzenie zasadnicze samo w sobie nie wystarczyłoby” wskazało 10,1%.

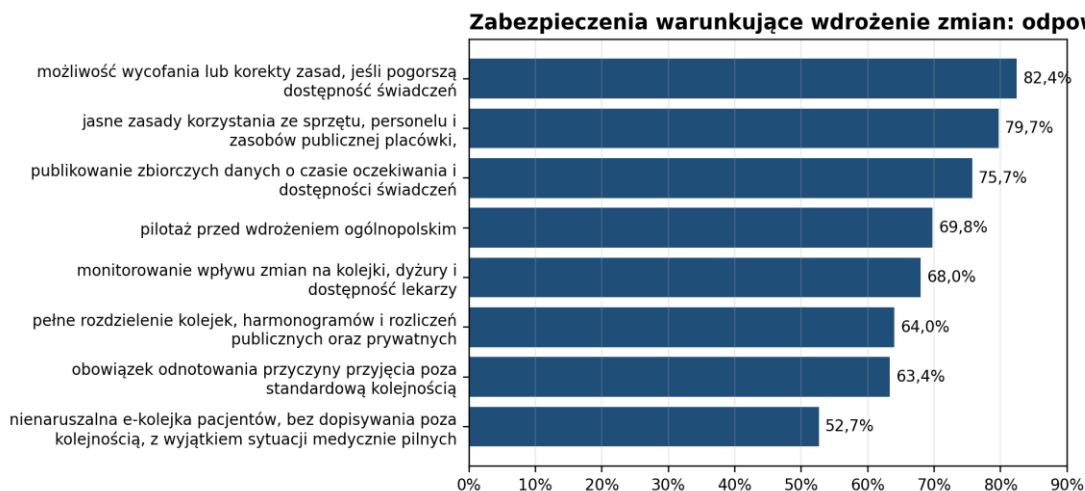


**Wykres 11. Oczekiwany poziom wynagrodzenia zasadniczego brutto. n=2243.**

## 5.8. Zabezpieczenia i model dla podmiotów łączących NFZ i świadczenia prywatne

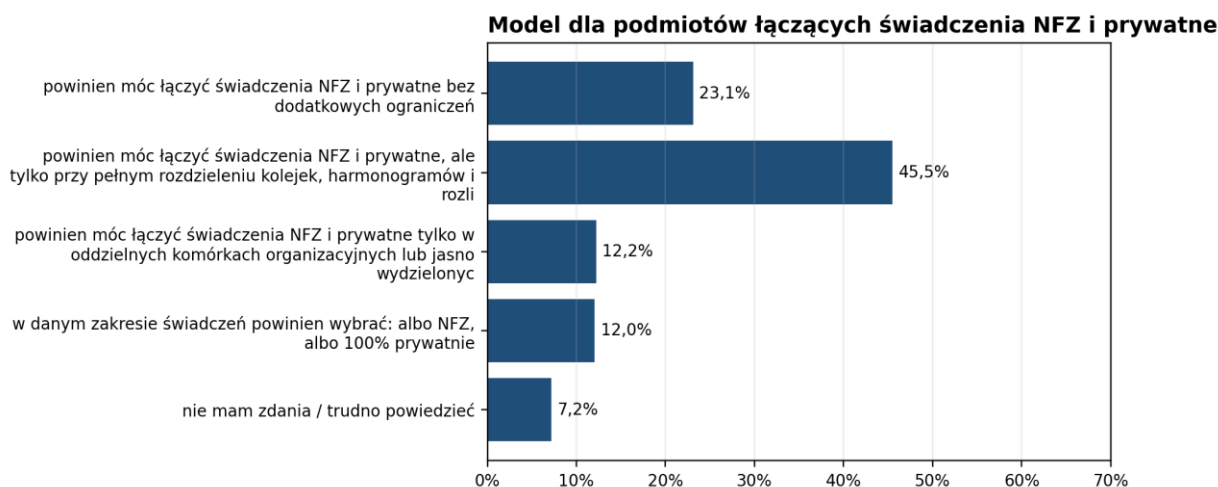
Najwyższe poparcie jako warunki wdrożenia zasad rozdzielania uzyskały: możliwość wycofania lub korekty zasad, jeśli pogorszą dostępność świadczeń (82,4% odpowiedzi „tak”), jasne zasady korzystania ze sprzętu, personelu i zasobów publicznej placówki (79,7%), publikowanie zbiorczych danych o czasie

oczekiwania i dostępności świadczeń (75,7%), pilotaż przed wdrożeniem ogólnopolskim (69,8%) oraz monitorowanie wpływu zmian na kolejki, dyżury i dostępność lekarzy (68,0%).



**Wykres 12. Zabezpieczenia warunkujące wdrożenie zmian: odpowiedź „tak”. Odsetek respondentów wskazujących „tak” dla danej pozycji. n=2243.**

W pytaniu o model dla podmiotu leczniczego łączącego w tym samym zakresie świadczenia finansowane przez NFZ i prywatne, 45,5% respondentów wskazało możliwość łączenia przy pełnym rozdzieleniu kolejek, harmonogramów i rozliczeń. Kolejne 12,2% wskazało wydzielenie komórek organizacyjnych lub jasno wydzielonych zasobów, a 12,0% - wybór „albo NFZ, albo 100% prywatnie” w danym zakresie świadczeń.



**Wykres 13. Model dla podmiotów łączących świadczenia NFZ i prywatne. n=2243.**

W pytaniu o warunki wdrożeniowe najczęściej wskazywano potrzebę prostych definicji tego, co jest świadczeniem publicznym, prywatnym i tym samym zakresem świadczeń (37,3%), pilotaż w wybranych placówkach lub regionach (33,4%), odpowiedź „nie należy wdrażać takiego rozwiązania” (32,1%), konsultacje z lekarzami i samorządem zawodowym (28,1%) oraz okres przejściowy 2-3 lata (28,0%).



Wykres 14. Warunki przejściowe i wdrożeniowe. n=2243

## 6. Analiza komentarzy otwartych

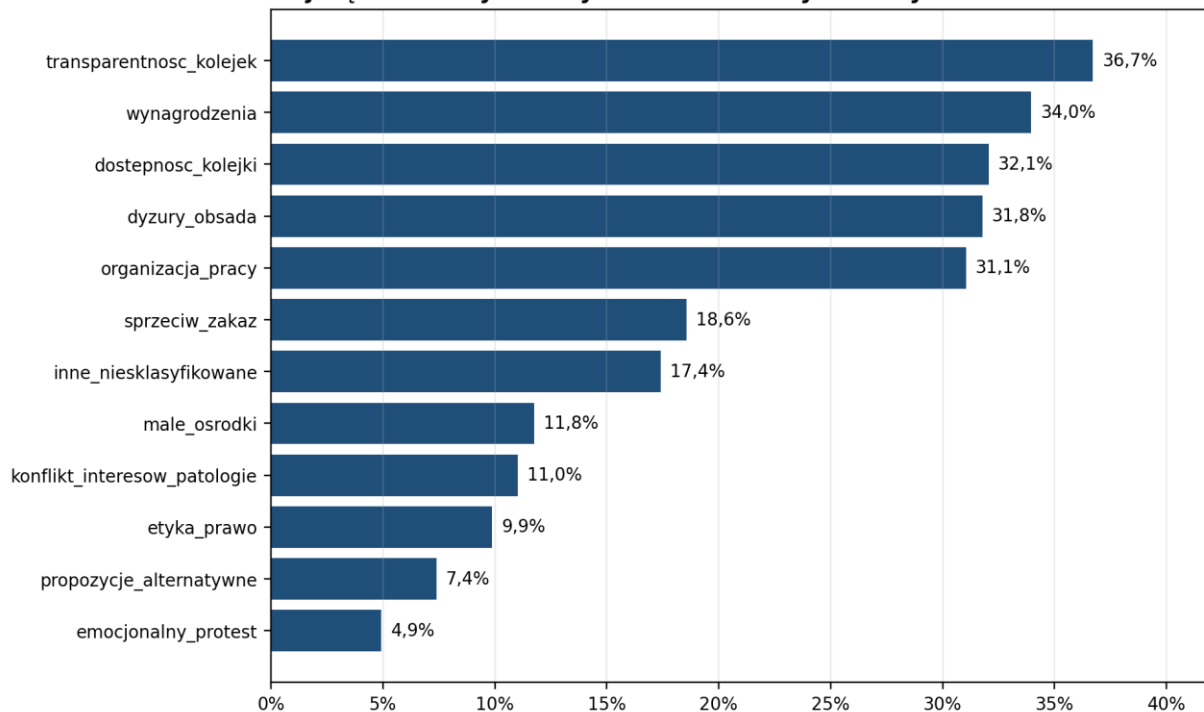
Ostatnim pytaniem otwartym było P26: „Co chciał(a)by Pan/Pani przekazać Naczelnej Izbie Lekarskiej w sprawie ewentualnego rozdzielenia świadczeń publicznych i prywatnych? Prosimy o komentarz, doświadczenie lub propozycję rozwiązania, które mogą pomóc w przygotowaniu stanowisk i rekomendacji.”. W danych odnotowano 703 wpisy, z których po wyłączeniu wpisów technicznych i symbolicznych do analizy jakościowej włączono 689 komentarzy. Mianownikiem dla częstości w tym rozdziale jest liczba komentarzy analizowanych, nie cała próba.

**Tabela 5. Kodbook komentarzy otwartych - kody główne i częstości.**

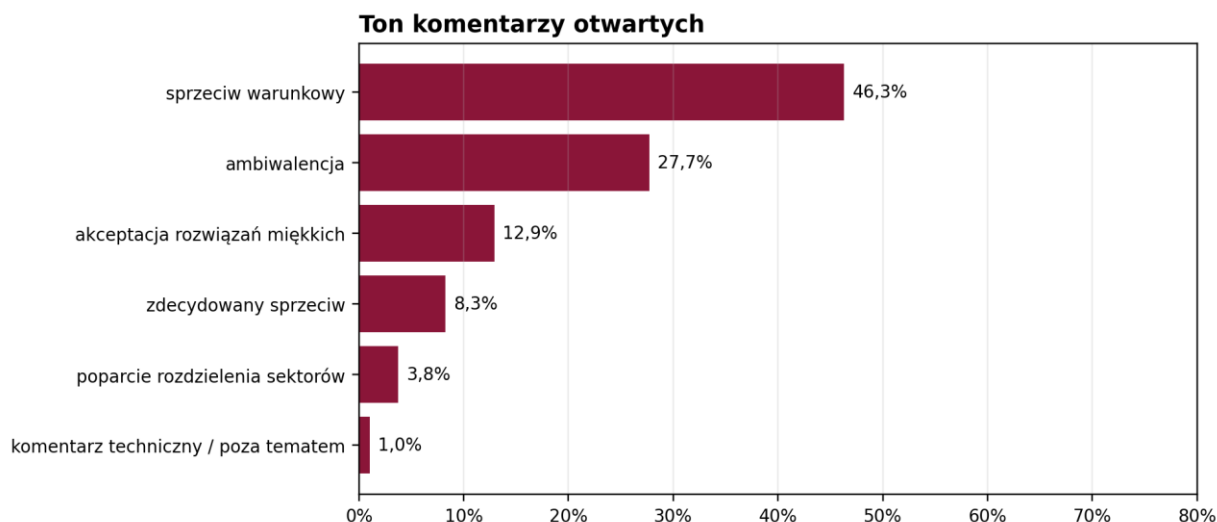
kod	definicja	n_wypowiedzi	%_komentarzy	cytat_reprezentatywny
transparentnosc_kolejek	Argumenty za transparentnością kolejek, harmonogramów i rozliczeń	253	36,7	Pełne rozdzielenie pracy prywatnej od państwowej (albo jedna, albo druga) jest warunkiem likwidacji...
wynagrodzenia	Warunki wynagrodzeń, dochodów i finansowania pracy publicznej	234	34,0	Przy realizacji świadczeń publicznych cały personel powinien być zatrudniony na umowę o pracę a nie...
dostepnosc_kolejki	Dostępność świadczeń, wydłużenie kolejek, spadek podaży pracy	221	32,1	jedynie problemem są wąskie specjalizacje gdzie lekarz pracuje prywatnie i w publicznym szpitalu i ...
dyzury_obsada	Dyżury, obsada oddziałów, poradni i ciągłość leczenia	219	31,8	jedynie problemem są wąskie specjalizacje gdzie lekarz pracuje prywatnie i w publicznym szpitalu i ...
organizacja_pracy	Organizacja pracy, biurokracja, normy obsady, dokumentacja	214	31,1	Ściągnięcie z lekarza obowiązku kodowania świadczeń w systemie NFZ.M czyli określania rodzaju wizyt...
sprzeciw_zakaz	Argumenty przeciw pełnemu zakazowi lub przymusowemu rozdzieleniu	128	18,6	Ktokolwiek będzie naciskał na wprowadzenie takich zasad poniesie tego konsekwencje - nie tędy droga.
inne_niesklasyfikowane	Nieprzypisane do	120	17,4	Rozdział zdecydowanie

	zdefiniowanych kodów			doprowadzi do utraty doświadczonych lekarzy, będących także kierownikami spec...
male_osrodki	Małe miejscowości, szpitale powiatowe i peryferyjność	81	11,8	Dziękuję Izbie za podkreślenie roli NFZ w ograniczaniu limitów. W mediach ciągle trwa nagonka na le...
konflikt_interesow_patologie	Konflikt interesów, przenoszenie pacjentów, korupcjogenność	76	11,0	jedynie problemem są wąskie specjalizacje gdzie lekarz pracuje prywatnie i w publicznym szpitalu i ...
etyka_prawo	Argumenty etyczne i prawne	68	9,9	W trakcie pracy w szpitalu klinicznym muszę konsultować pacjentów przysyłanych przez lekarzy pracuj...
propozycje_alternatywne	Propozycje alternatywnych rozwiązań, pilotażu, wyjątków lub premii	51	7,4	Monitoring i zakaz wprowadzania pacjentów z sektora prywatnego poza kolejką do świadczeń publicznych...
emocjonalny_protest	Wypowiedź emocjonalna lub protestacyjna	34	4,9	Przeście się zachowywać jak archaiczna korporacja która dba tylko o kasę i własne interesy.

### Najczęstsze kody tematyczne komentarzy otwartych



Wykres 15. Najczęstsze kody tematyczne komentarzy otwartych. n=689.



**Wykres 16. Klasyfikacja syntetyczna tonu wypowiedzi. N=689.**

Reprezentatywne cytaty po anonimizacji:

- „Na pewno rozwiązaniem nie jest sam zakaz.”
- „Praca w sektorze prywatnym wynika tylko i wyłącznie z trudności moich pacjentów do świadczeń finansowanych przez NFZ.”
- „Pomysł raczej z zamiarem szcucia na lekarzy, a nie wdrożenia rzeczywistych zmian. Przy wdrożeniu widzę duże ryzyko nieobsadzenia dyżurów.”
- „Monitoring i zakaz wprowadzania pacjentów z sektora prywatnego poza kolejką do świadczeń publicznych.”
- „Przejrzysta lista kolejkowa, jasna informacja dla pacjenta co jest w ramach NFZ, szczegółowy cennik usług dla pacjenta prywatnego.”
- „Uważam, że obecny system jest korupcjogenny i zachęca do prywatyzowania zysku i uwspólniania kosztów.”
- „Po prostu rozdzielić !!!!”
- „Nie rozumiem dlaczego lekarze są traktowani gorzej niż inne zawody.”
- „Trudne będzie rozdzielenie świadczeń finansowanych prywatnie i publicznie - np. w radiologii wykonanie badania TK/MR przez lekarza niczym się nie różni.”
- „Konieczne jest przeprowadzenie konsultacji z całym środowiskiem medycznym.”

Komentarze jakościowo wzmacniają interpretację wyników ilościowych w dwóch punktach. Po pierwsze, potwierdzają silną obawę przed prostym zakazem, szczególnie w kontekście dostępności świadczeń, dyżurów i odpływu lekarzy. Po drugie, pokazują, że część respondentów nie broni bezwarunkowo obecnego stanu: wiele wypowiedzi popiera przejrzystość kolejek, rozdzielenie zasobów, kontrolę konfliktu interesów oraz ostrzejsze reguły wobec osób zarządzających kolejkami, oddziałami lub kontraktami.

## 7. Dyskusja i synteza w kontekście debaty publiczno-systemowej

Najważniejszą oś interpretacyjną stanowi różnica między zakazem a uporządkowaniem. Dane pokazują, że respondenci w większości nie popierają pełnego zakazu ani zakazu wykonywania prywatnie tych samych świadczeń co w NFZ. Jednocześnie znaczna część akceptuje mechanizmy, które zwiększają przejrzystość: pełne rozdzielenie kolejek, harmonogramów i rozliczeń, monitorowanie skutków, jawność przyjęć poza kolejnością i jasne zasady korzystania z zasobów publicznych.

Wyniki należy czytać w kontekście ram debaty „albo publicznie, albo prywatnie” ale to określenie pełni w dyskusji publicznej funkcję skrótu. Badanie PERSPEKTYWA 27 pozwala rozdzielić reakcję na pełny zakaz od reakcji na rozwiązania transparentnościowe i bodźcowe.

Dane sugerują, że ewentualny projekt regulacyjny bez komponentu wynagrodzeniowego i organizacyjnego byłby dla respondentów mało wiarygodny. Oczekiwanie wysokiego wynagrodzenia pojawia się równolegle z oczekiwaniem mniej biurokratycznej dokumentacji, norm obsady, przewidywalnego grafiku, zasad dyżurowych i ochrony prawnej. W tym sensie model „jeden etat / jedno miejsce / jeden pracodawca za godzinowe wynagrodzenie” może mieć większą akceptowalność niż model sankcyjnego zakazu, ale tylko jako część szerszej poprawy warunków pracy.

Największe ryzyka systemowe dotyczą nie samej prywatnej aktywności lekarzy, lecz skutków gwałtownego ograniczenia podaży pracy w sektorze publicznym. Szczególnie istotne są dyżury, kolejki, małe miejscowości i szpitale powiatowe. W tych obszarach potencjalna utrata elastyczności kadrowej może być odczuwalna szybciej niż potencjalne korzyści z większej przejrzystości.

Jednocześnie wyniki nie pozwalają bagatelizować problemów obecnego modelu. Wysokie wskazania dopisywania poza kolejnością, ryzyka korzystania z publicznych zasobów na rzecz pracy prywatnej i niejasnych kolejek pokazują, że część respondentów widzi realne problemy etyczno-organizacyjne. Najbardziej obiecującym kierunkiem wydaje się więc projektowanie rozwiązań proporcjonalnych do konfliktu interesów, a nie zakazów obejmujących wszystkie sytuacje niezależnie od ryzyka.

## 8. Wnioski

1. Brak szerokiego poparcia dla pełnego zakazu. Pełny zakaz łączenia pracy publicznej i prywatnej przez lekarza poparło tylko 15,1% respondentów wśród odpowiedzi innych niż „trudno powiedzieć”. Jest to najniżej oceniony wariant regulacyjny spośród analizowanych rozwiązań.
2. Badanie wykazało wyraźny brak poparcia dla zasady, zgodnie z którą lekarz wykonujący dany zakres świadczeń w ramach NFZ nie powinien jednocześnie udzielać odpłatnych świadczeń prywatnych w tym samym zakresie. Sprzeciw wobec wprowadzenia takiego rozwiązania zadeklarowało 67,7% respondentów, natomiast poparcie — odpowiedzi „raczej popieram” lub „zdecydowanie popieram” — wyraziło 22,9% badanych.
3. Największą akceptację uzyskują rozwiązania porządkujące: rozdzielanie kolejek, harmonogramów i rozliczeń oraz ograniczenia przy realnym konflikcie interesów.
4. Respondenci rozróżniają problem patologii kolejkowych od samego faktu pracy w dwóch sektorach. Sprzeciw wobec pełnego zakazu nie musi oznaczać akceptacji nieprzejrzystych kolejek.
5. Najczęściej identyfikowane ryzyka zbyt ostrego rozdzielania dotyczą podaży pracy w systemie publicznym: odpływ lekarzy, zwiększenie kolejek i problem z obsadą dyżurów.
6. Praca wyłącznie publiczna jest dla części respondentów potencjalnie możliwa, ale zależy od warunków finansowych, organizacyjnych i prawnych. Sama regulacja zakazowa nie tworzy tych warunków.
7. Wyniki wskazują na potrzebę osobnych zasad dla osób decydujących o kolejkach, kontraktach i zasobach, ponieważ właśnie tam konflikt interesów może mieć największą wagę systemową.
8. Komentarze otwarte pokazują duże napięcie emocjonalne, ale również znaczną liczbę propozycji konstruktywnych: e-kolejki, monitorowanie skutków, jasne definicje, pilotaż i korekty.
9. Z powodu samoselekcyjnego charakteru badania wnioski powinny być używane jako diagnoza opinii respondentów i mapa ryzyk, a nie jako reprezentatywny mandat całej populacji zawodowej.