

Zamiast zlikwidować kolejki do AOS postanowiono zlikwidować... AOS



## SPECJALIŚCI Z PISTOLETEM

### PRZY SKRONI

W zgiełku wielkich zapowiedzi gruntownej reformy i szczątkowych rozwiązań legislacyjnych podmioty udzielające świadczeń ambulatoryjnych nie przestają się zastanawiać nad swoją przyszłością. O ile ustawa o sieci szpitali zdefiniowała porady poszpitalne, o tyle losy poradni specjalistycznych nadal nie są do końca znane. A to musi budzić niepokój i w dużej mierze uzasadnione pytanie o powód tego milczenia. Czy nie chodzi o skrywany (dość nieudolnie) plan likwidacji AOS? Czy to plan naprawczy, czy przeciwnie: plan destrukcji? Prezentujemy analizę Rafała Janiszewskiego.

## POWIĘDZMY WPROST: PRZYCZYNA KRYZYSU AOS

### TKWI W NIEWŁAŚCIWYM I ZBYT NISKIM

### FINANSOWANIU PORAD SPECJALISTYCZNYCH

Choć w licznych przekazach i projekcie ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej mówi się o rychłej, wielkiej zmianie polegającej na „oddaniu” zadań z zakresu AOS lekarzom POZ, to na razie mamy sporo kurzu i nawet jednego promyka światła. Nie przekonuje mnie argument, że minister zdrowia nie zrobi niczego, czego nie zaakceptuje środowisko lekarzy rodzinnych. Nie mam też pewności, że przygotowany pomysł na organizację opieki ambulatoryjnej rozwiąże najważniejsze problemy. No właśnie, jakie to problemy?

#### Kolejki

W zasadzie na pierwszym miejscu można wymienić kolejki. Do specjalisty nadal czeka się zbyt długo, szczególnie na pierwszą wizytę. Bynajmniej nie jest to problem niemożności zorganizowania dostępu do zasobów świadczeniodawców. Powiedzmy wprost: przyczyna tkwi w niewłaściwym i zbyt niskim finansowaniu porad specjalistycznych. Trzeba również uczciwie przyznać, że spora część pacjentów będących pod opieką lekarzy specjalistów wcale tego nie wymaga. Co zatem nie zadziało? Konsekwencja w egzekwowaniu reguł

systemu. Wszak obecna regulacja jasno opisuje ścieżkę pacjenta i zasady korzystania z porad specjalistycznych.

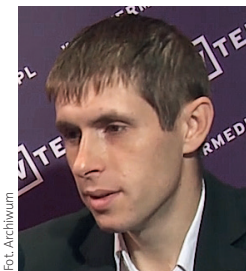
W pierwszej kolejności pacjent kierowany jest przez lekarza POZ do specjalisty w celu ustalenia diagnozy. Lekarz w poradni, udzielając czasem kilku porad, realizuje świadczenie, na którego koszt składają się niezbędne badania diagnostyczne oraz ustalenie rozpoznania. Wynikiem takiej kompleksowej porady jest wydanie informacji dla lekarza POZ, dzięki której ten będzie mógł kontynuować leczenie lub podjąć wskazane przez specjalistę inne działania.

Wystawienie takiego dokumentu wiąże się jednocześnie z rozliczeniem z płatnikiem stosownego, wyżej wycenionego świadczenia w AOS. Pacjent wraca zatem do lekarza rodzinnego, a ten – w zależności od zaleceń specjalisty – albo kieruje go pod stałą opiekę poradni, albo podejmuje się prowadzić leczenie z uwzględnieniem otrzymanej konsultacji. Taka ścieżka, zapisana w zarządzeniach prezesa NFZ, zapewnia pacjentowi możliwość ewentualnego wyboru lekarza specjalisty. Jednak najczęściej tak się nie dzieje. Chorzy skierowani przez lekarza rodzinnego pozostają na lata w poradni, a opatrnie rozumiana definicja pacjenta pierwszorazowego i kontynuacji leczenia pozwala poradniom na udzielanie kolejnych porad bez kolejki.

#### Zamiana ról

W efekcie pacjenci kontynuujący leczenie u tego samego specjalisty mają ustalone ściśle określone terminy udzielania kolejnych porad, a między tymi wizytami zgłaszają się po „przedłużenie recepty”. Nie ma zatem zbyt wiele miejsca dla pacjentów pierwszorazowych i spora ich część wraca do lekarza rodzinnego, który stara się prowadzić leczenie. W to wszystko należy jeszcze włączyć problem dostępności diagnostyki, która dzielona jest między lekarza POZ a specjalistykę. W jednym i drugim przypadku poziom finansowania niejednokrotnie jest zbyt niski. Specjalista, aby sfinansować niezbędne badania, sprawozdaje, a czasem też realizuje kolejne porady, zaś lekarz POZ posiłkuje się skierowaniem pacjenta do szpitala w nadziei, że tam zostaną wykonane badania.

Wygląda na to, że doszło do zamiany grup pacjentów i ci, którzy powinni korzystać z porad specjalistycznych, obciążają POZ, a chorzy mogący kontynuować leczenie u lekarza rodzinnego tkwią w AOS. Rośnie grupa korzystających z leczenia poza systemem, bo prywatnie dostępność diagnostyki i lekarzy jest wystarczająca. Z takiego stanu rzeczy nikt nie jest zadowolony, a jako główną przyczynę wskazuje się zbyt mało pieniędzy przeznaczanych przez NFZ na finansowanie świadczeń. Fakt – najprościej niedomogi w zarządzaniu przykryć odpowiednio grubą kołderką pieniędzy, jednak tych w zasadzie nie mamy. Płatnik coraz częściej zajmuje się kreowaniem polityki zdrowotnej, a coraz rzadziej sprawuje nadzór nad jakością i prawidłowością realizacji świadczeń.



**Grzegorz Byszewski**  
zastępca dyrektora Centrum  
Monitoringu Legislacji  
przy Pracodawcach RP

Na początek zmieni się niewiele. W gestię szpitali przejdą wizyty przedoperacyjne i pooperacyjne.

Tylko i aż tyle, bo szpitale są po prostu nieprzygotowane do przejęcia wszystkich pacjentów dzisiejszego AOS w krótkim terminie. Nie mają pomieszczeń, kadry, są niedobory sprzętowe. Nie będzie można tak po prostu, z dnia na dzień przenieść milionów pacjentów z obecnych przychodni do przyszpitalnych.

Wielką niewiadomą pozostaje, ile pieniędzy zostanie przeznaczonych na obecnie prowadzone przychodnie specjalistyczne. Możemy mówić o wariantach optymistycznym i pesymistycznym. W tym pierwszym może się okazać, że resort połapie się, że nie można ot tak obciążyć finansowania i pozostawić pacjentów na lodzie. W tym drugim – będą cięcia i to drastyczne. To byłaby bardzo zła wiadomość dla pacjentów, bo zostaliby zmuszeni do opłacania wizyt i kosztów leczenia z własnej kieszeni.



**WYGLĄDA NA TO, ŻE DOSZŁO DO ZMIANY  
GRUP PACJENTÓW I CI, KTÓRZY POWINNI  
KORZYSTAĆ Z PORAD SPECJALISTYCZNYCH,  
OBCIĄŻAJĄ POZ, A CHOROZY MOGĄCY KONTYNUOWAĆ  
LECZENIE U LEKARZA RODZINNEGO TKWIĄ W AOS**

## Plany

W tej trudnej sytuacji, gdy tak naprawdę drepczemy w miejscu, pojawia się koncepcja gruntownej przebudowy systemu finansowania świadczeń na system narodowy, socjalny, społeczny i powszechny. System oparty na budżetach przydzielanych na realizację zadania publicznego, jakim jest ochrona zdrowia. Funkcjonujące w rynkowych warunkach poradnie specjalistyczne nie pasują do modelu narodowej służby zdrowia, zatem założenia reformy wskazują na przekazanie budżetu przeznaczanego na specjalistykę lekarzom rodzinnym. Koncepcja ta, choć tylko zasygnalizowana, nieokreślona w szczegółach, może być zrealizowana w różny sposób. Każdy z nich będzie miał nadrzędny cel – racjonalizację wydatków na AOS.

Nie będzie jednak można tego dokonać tak prostym ruchem jak zlikwidowanie poradni specjalistycznych, bowiem ogromna masa pacjentów będących (słusznie czy nie) pod ich opieką nie znajdzie swojego miejsca w POZ, a ta nie podoła ogromnej pracy polegającej na ponownej ocenie zasadności opieki specjalistycznej. Możliwości finansowania świadczeń prywatnie również są zbyt małe, aby liczyć na to, że likwidacja AOS spowoduje, że spora część pacjentów zdecyduje się pozostać pod opieką dotychczasowego specjalisty, ale w jego gabinecie prywatnym.

## Dariusz Puławski

właściciel Centrum Medycznego Alcor

Spójrzmy na sprawę oczyma pacjenta i rozważmy warianty optymistyczny i pesymistyczny. W tym pierwszym szpitale zostaną dofinansowane i dodatkowe pieniądze przeznaczą na rozbudowę zależnych od siebie poradni z zakresu AOS. Te staną się dzięki temu konkurencyjne wobec dzisiejszych – prywatnych w dużej mierze – przychodni specjalistycznych. I to będzie problem właścicieli prywatnych przychodni – zamykać czy nie zamykać – a nie pacjentów.

Jest i wariant pesymistyczny. Poradnie prywatne będą miały coraz większy problem z zakontraktowaniem świadczeń z publicznym płatnikiem, a szpitale nie dostaną dodatkowych pieniędzy i nie będą zainteresowane rozwojem AOS. Wtedy po prostu spadnie dostępność bezpłatnych świadczeń z zakresu AOS, wzrośnie więc automatycznie zainteresowanie wizytami prywatnymi i płatnymi.

W tej chwili mamy za mało danych, za mało konkretów, by przewidzieć, którą z dwóch zarysowanych powyżej dróg wybierze resort. Ale na wybór którejś z nich będzie się musiał zdecydować. Prawda, że może jeszcze trochę grać na zwłokę i przedłużać stan niepewności. Ale to też żadne rozwiązanie, bo spotęguje chaos, który w konsekwencji obróci się przeciw wszystkim uczestnikom systemu.

MOŻE DOJŚĆ DO SYTUACJI, ŻE „NA NFZ”

LEKARZ NAS PRZYWITA I WYSŁUCHA,

A W DRUGIEJ CZĘŚCI PORADNI ZA PIENIĄDZE

WYKONAMY NIEZBĘDNE BADANIA

Fot. gettyimages.com/Boris Lyubner

### Co z tego wyjdzie?

Nie pozostaje zatem nic innego, jak szukać metody na udzielenie lekarzowi POZ specjalnych uprawnień (ważniejszych niż samo skierowanie) do otwierania drzwi poradni. Najlepiej, jeśli kluczem będą pieniądze uruchamiane przez lekarza rodzinnego. Nieważne, czy pieniądze te lekarz POZ będzie miał u siebie czy będą one na koncie NFZ – ważne, aby jasno powiedzieć, że są one w dyspozycji lekarza POZ. Pozostaje jeszcze tylko element odpowiedniego motywowania lekarzy rodzinnych do racjonalnego dysponowania tym budżetem oraz zwolnienia ich z konieczności zawierania

umów z poradniami. Akurat w tym ostatnim NFZ ma spore doświadczenie i jest w stanie przeprowadzić procedurę konkursową szybko i sprawnie. Rodzi się tylko pytanie, czy po ujawnieniu szczegółowych warunków realizacji tych umów i wdrożeniu korelacji finansowania porad specjalistycznych z decyzją lekarza POZ lecznice będą chciały takie umowy zawierać.

Może się bowiem okazać, że racjonalna ocena sytuacji skłoni podmioty (zwłaszcza te będące przedsiębiorcami) do zmierzenia się z wyzwaniem budowania rynku świadczeń komercyjnych. Choć jest on trudniejszy niż publiczny, a przy tym często mniejszy, to zawsze rentowny, zaś w dobie niedomogów i ograniczeń (w tym wynikających z racjonalizujących działań POZ) może być znacznie atrakcyjniejszy niż dotychczas. To brutalne i okrutne, ale brak odpowiedniej dostępności leczenia specjalistycznego finansowanego z NFZ zmusi pacjentów do korzystania z usług odpłatnych. Kiedy obecni świadczeniodawcy dostaną kolejne ograniczenia działalności w ramach umów, nie podolają finansowo. Szczególnie ci publiczni, którzy mają coraz mniej do zaoferowania lekarzom i pielęgniarkom.

### Lidia Gądek

wiceminister zdrowia  
w gabinecie cieni PO

Co do AOS – czekają nas naprawdę krytyczne miesiące. Niepełny, ale fragmentarycznie zarysowany program dla AOS opierał

się na tym, że część jego dzisiejszych funkcji przejmą szpitale, te z sieci, a część POZ. I o ile ta część dotychczas szpitali już się w miarę konkretyzuje, to reforma POZ została odłożona, będzie pilotaż. Czekają nas zatem przynajmniej rok, a najprawdopodobniej znacznie dłuższy czas improwizacji i idącego za nią chaosu. Zwracam uwagę, że szpitale zostały tak naprawdę (w ramach KOZ) bezpośrednio zainteresowane AOS w zakresie wizyt i opieki pooperacyjnej, które są związane ze świadczeniami szpitalnymi. Co z pozostałymi? Obawiam się, że na to pytanie odpowiedzi nie znajdują nawet autorzy reform. A to oznacza, że czeka nas czas eksperymentów, bieżącego reagowania na wybuchające to tu, to tam pożary. To jest szkodliwe dla pacjentów.

### Doświadczenia z onkologii

Zmiana sposobu finansowania AOS to bardzo delikatna materia, o tyle delikatna, że tak naprawdę nie wiemy do końca, co dzieje się w tych poradniach. Nie wiemy, jak poważne problemy zdrowotne populacji trafią do nowego modelu finansowania. Nie jest bowiem prawdą, że NFZ ma wiedzę na temat udzielanych świadczeń. Wszak od lat już sprawozdaje się do płatnika to, co „wchodzi do komputera”, co jest korzystne, a nie to, co faktycznie wykonano pacjentowi. Informacja przecieka przez palce, świadczenia AOS i szpitale zająbiają się ze sobą, a proces diagnostyczno-terapeutyczny u każdego pacjenta organizowany jest tak, jak pozwala na to system finansowania, a nie tak,

Fot. PAP/Adam Warżawa

jak będzie to dla niego optymalne z punktu widzenia uzyskania efektu terapeutycznego. Świadczeniodawcy są silniejsi od płatnika, choć nazywają go monopolistą.

Najlepszym przykładem jest pakiet onkologiczny – karta DILO, która miała być zbawieniem dla pacjentów onkologicznych. Miała zlikwidować kolejki i przyspieszyć czas od diagnozy do leczenia. Zamiast tego wydłużyła kolejki tak, że podjęto decyzję o zaniechaniu jej sprawozdawania, a kartę DILO upraszcza się, umniejszając jej znaczenie systemowe.

Zresztą od początku świadczeniodawcy wynajdowali metody na to, aby omijać regulacje pakietu i szybko okazało się, że szczęście ma ten, kto nie ma DILO. Podobnie może się stać w przypadku próby zmiany sposobu finansowania AOS. Nie ten bowiem ma władzę nad zakresem, kto ma pieniądze i zarządzenia, ale ten, kto ma pacjenta. Każda regulacja, każda umowa o udzielanie świadczeń będzie skazana na fiasko z punktu widzenia realizacji nadrzędnego celu, jakim jest poprawa zdrowotności pacjentów, jeśli będzie skonstruowana wbrew logice danej dziedziny. Biedny system finansowania nieustannie próbuje walczyć ze standardami, nowymi technologiami oraz nowoczesnym, kompleksowym podejściem do pacjenta. Wszystko to bowiem generuje kolejne koszty. Można je ograniczać do pewnego momentu – gdy pacjent uświadomi sobie, że to nie lekarza zubożono, a jego samego. Wówczas chory wybiera to, co dla niego konieczne, lepsze i – w przypadku zdrowia – często również droższe.

### Nici z obniżki kosztów

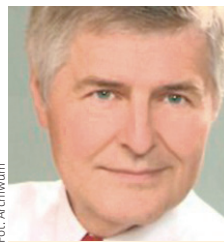
Nie uważam jednak, że pacjenci poradni specjalistycznych, biorąc sprawy w swoje ręce, odciążą system z kosztów swojego leczenia. Trzeba sobie uczciwie powiedzieć, że leczenie jest drogie, zbyt drogie, aby znaczącą część obywateli było stać na usługi na najwyższym poziomie, jakiego oczekują od systemu publicznego. Kupią zatem prywatnie doraźne porady, wyrwykowaną diagnostykę. Niektórzy może zmierzają się z kosztami hospitalizacji, choć niejednokrotnie wspierając się kredytami czy związując się obowiązkiem abonamentu.

Jednak nieusystematyzowana opieka zdrowotna będzie prowadzić do pogorszenia ogólnej zdrowotności, bowiem świadczeniodawcy niepubliczni nie są dzisiaj gotowi organizacyjnie do zapewnienia koordynacji, profilaktyki, kompleksowości i wzajemnej współpracy. Utworzyli swoje podmioty, opierając się na wymogach publicznego płatnika, dostosowali systemy zarządzania i organizacji do warunków NFZ. Choć spora część poradni jedną nogą już stoi za progiem świata usług komercyjnych, to nadal bezpiecznie czuje się, mając drugą nogę na stabilnej, choć niekomfortowej podstawie publicznego płatnika. Stać okrakiem tak długo się nie da, bo przeciąg reformy co chwilę próbuje zamknąć drzwi i oddzielić prywatne od publicznego. Oddzielić po to, by pieniądze publiczne skierować wyłącznie do

narodowej, socjalnej służby zdrowia, rządzącej się zasadami służby, a nie działalności gospodarczej w zakresie udzielania usług leczniczych.

### Dyscyplina

Po co zatem ten cały projekt POZ, koordynacja leczenia specjalistycznego przez lekarzy rodzinnych? To jasna wskazówka dążenia w kierunku upaństwowienia pieniędzy, a nie zasobów systemu. Jeśli bowiem prywatna lecznica zdecyduje się na realizację zadania publicznego, a środki z NFZ zostaną przeniesione do funduszu celowego budżetu państwa, to podlegać będą one ścisłej dyscyplinie. Prywatny przedsiębiorca będzie musiał liczyć się z tym, że jego swoboda działalności praktycznie nie będzie istniała, a możliwości zarabiania na realizacji tego zadania będą żadne lub bardzo ograniczone.



Fot. Archiwum

### Krzysztof Czerkas

członek Rady Naczelnej Polskiej Federacji Szpitali, ekspert Formedis Medical Management & Consulting, ekspert Wyższej Szkoły Bankowej

Niepokój pacjentów i świadczeniodawców może budzić przedłużone tylko do końca września br. kontraktowanie świadczeń w zakresie AOS w odniesieniu do świadczeń, które będą realizowane od października w ramach sieci szpitali. A co z tymi wszystkimi przychodniami AOS, które dzisiaj funkcjonują poza szpitalami? Im umowy zostaną przedłużone tylko do czerwca 2018 r. Takie terminy aneksowania dotychczasowych umów z NFZ zostały zapisane w ustawie o systemie podstawowego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej. A co potem? Nie wiadomo.

Ze wzoru służącego do obliczania wartości ryczałtu systemu zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej na pierwszy okres rozliczeniowy wynika, że sumowane mają być wartości obliczone dla świadczeń w zakresie leczenia szpitalnego oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Dlatego też każdy rodzaj porad specjalistycznych udzielanych w przychodniach przyszpitalnych powiększy wartość ryczałtu. I to jest dobra wiadomość dla dyrektorów szpitali. Natomiast poradnie specjalistyczne z różnych powodów niezakwalifikowane do sieci szpitali zostaną praktycznie pozbawione środków na funkcjonowanie i pozostanie im albo zamkną swoje podwoje, albo działać nadal wyłączenie na zasadach komercyjnych. I to jest bardzo zła wiadomość dla pacjentów. Może się bowiem okazać, że w wielu przypadkach lekarzom bardziej się będzie opłacało prowadzenie praktyki prywatnej niż realizowanie świadczenia nazywanego ambulatoryjną opieką specjalistyczną w strukturach szpitalnych.

**Małgorzata Zaława-Dąbrowska**  
 dyrektor Samodzielnego Publicznego  
 Zespołu Zakładów Lecznictwa Otwartego  
 Warszawa-Żoliborz



Fot. Archiwum

Zastanawiam się nad celowością zmian zapowiadanych na razie w sposób nieoficjalny, często w formie doniesień prasowych. Mój Zespół Zakładów obejmuje opieką 115 tys. pacjentów POZ, od lat realizuje pełen zakres świadczeń w ramach AOS, stomatologii, leczenia psychiatrycznego, leczenia uzależnień, rehabilitacji i oddziałów dziennych włącznie z oddziałem psychogeriatrycznym. Wprowadziliśmy szereg zasad dotyczących koordynowanej opieki zdrowotnej na długo przed tym, zanim stały się one oficjalnym programem ministerialnym. Dbamy o kadry, z powodzeniem staramy się o najlepszych. Sprzęt mamy lepszy od niejednego szpitala oraz dobre warunki lokalowe. W naszych zasobach jest POZ i AOS, dzięki czemu mamy ogromną możliwość koordynowania, właściwego organizowania i kontrolowania wykorzystania środków na realizację umów oraz zaspokojenia potrzeb pacjentów.

Co ma się teraz stać? No cóż, analizując projekt zarządzenia prezesa NFZ z 14 kwietnia 2017 r., obawiam się, że faworyzowane mają być specjalistyczne poradnie przyszpitalne. Duża część szpitali nie ma poradni specjalistycznych, nie rozwijała ich, bo nie było takiej potrzeby i nie było to korzystne finansowo. W wielu wypadkach okaże się, że szpitale, wchodząc do sieci, będą musiały je otworzyć. W pośpiechu będą szukały powierzchni lokalowych, sprzętu i lekarzy specjalistów. Dostaną na to pieniądze w ramach ryczałtu. A przecież być może kilka ulic dalej, w dobrze zorganizowanych ZOZ-ach (myślę o Warszawie) to wszystko od dawna świetnie funkcjonuje.

Od lat mówi się o zwiększeniu kompetencji lekarzy POZ i AOS. Dzięki postępowi technologicznemu i farmakologicznemu mamy bardzo duże możliwości diagnozowania i leczenia pacjentów w systemie pozaszpitalnym. Można zmniejszyć globalne koszty (choćby hotelowe) ochrony zdrowia. Więc zróbmy to. Zostawmy szpitalom ich właściwe zadania: diagnozowanie i leczenie najtrudniejszych przypadków – to, czego nie można zrealizować ambulatoryjnie.

Trzeba mieć również na względzie, że w zasadzie owym przedsiębiorcą jest lekarz specjalista lub grupa lekarzy. Lekarzy nauczonych przez lata systemu pseudobezpieczeniowego, ale komercyjnego, a także rynkowych zasad funkcjonowania. Zasad opartych na biznesowych uwarunkowaniach, rentowności, efektywności i dbałości o klienta – pacjenta. Czy zatem znajdzie się mechanizm, który zmusi ich do odwrotu i dekomercjalizacji? Oczywiście inny mechanizm niż finansowy, bo na ten nas nie stać. Można szukać różnych narzędzi uzależniających od systemu publicznego: dostępu do uprawnień refundacji leków czy samego dostępu do pacjentów, których ogromną potrzebą jest często hospitalizacja. Mówiąc wprost: jeśli specjalista pracuje w szpitalu, to ma dostęp do pacjentów, których później prowadzi w praktyce ambulatoryjnej. Jednak czy to wystarczy?

### Czy adekwatnie do potrzeb?

Wszystkie rozważania na temat losów ambulatoryjnej opieki specjalistycznej nieustannie zmiernają w kierunku poszukiwania pieniędzy pozwalających na sfinansowanie pracy poradni w takim wymiarze, jakie są potrzeby zdrowotne obywateli. W zasadzie chodzi nawet nie tyle o poszukiwanie pieniędzy, ile o poszukiwanie tych, którym pieniądze można zabrać, by dać innym. Przeciąganie krótkiej kołderki trwa już wiele lat, a koszyk świadczeń uznawanych za gwarantowane rośnie. Wydaje się, że w całości reformy budżetującej świadczeniodawców chodzi właśnie o to, aby cudzymi rękami ten koszyk ograniczać. Może się bowiem okazać, że liczba świadczeniodawców realizujących świadczenia finansowane w ramach systemu będzie malała.

Wiele niepublicznych podmiotów zaczyna dzielić swoje zasoby na te służące realizacji umowy z NFZ i te wykorzystywane do świadczenia usług komercyjnych. Budują nowy rynek, edukując tym samym pacjentów, że oto nadeszły czasy, że do zdrowia trzeba dopłacić, bo na NFZ albo się nie doczekają, albo nie dostaną tego, co jest za pieniądze. Podobnie dzieje się już w placówkach publicznych. Niejeden szpital ma wydzielone odrębne zasoby, na których można uzyskać świadczenie bez kolejki, tyle że za odpłatnością. Nie dziwi zatem również dyskusja podjęta przez Ministerstwo Zdrowia w sprawie regulacji pozwalającej na realizowanie przez szpitale usług komercyjnych. W efekcie możemy dojść do sytuacji, w której „na NFZ” lekarz nas przywita i wysłucha, a w drugiej części poradni za pieniądze wykonamy niezbędne badania.

Uzyskamy system powszechny, równy i socjalny, w którym jak za dawnych czasów sklepy komercyjne, tak teraz poradnie komercyjne będą udzielać świadczeń nieosiągalnych w systemie socjalnym. Pozostaje tylko pytanie, jak szybko poradnie specjalistyczne przestroją swoją organizację, by zapewnić swobodny i bezkonfliktowy z systemem przepływ pacjentów pomiędzy sferą publiczną i prywatną. Nie sądzę, aby system specjalnie stawał temu na przeszkodzie, jednak wydaje się, że jednoznaczne oddzielenie tych obszarów niebawem nastąpi. Drzwi się zamkną i część lekarzy będzie musiała zdecydować, którą nogą na którą stronę przejdzie.

Rafał Janiszewski  
 Autor jest właścicielem Kancelarii Doradczej  
 Rafał Piotr Janiszewski.