

Oba konkurencyjne względem siebie szczytów zdrowotne pokazały dobitnie, że politycy nie chcą podjąć się próby uporządkowania sytuacji w systemie ochrony zdrowia. Jak można przypuszczać głównie dlatego, że w ramach doraźnej kalkulacji politycznej bardziej opłaca się popierać żądania poszczególnych grup zawodowych, obiecywać łagodzenie danin publicznych i dawać uspokajające komunikaty. Nawet jeśli system tonie.

Bo tonie. Z przyczyn, które bez większych problemów można zrozumieć w oparciu o bardzo prosty model. W największym uproszczeniu system ochrony zdrowia polega bowiem na tym, że podmioty lecznicze – w oparciu o pracowników i zasoby sprzętowe – realizują świadczenia zdrowotne w zamian za uzyskiwane wynagrodzenie. W ramach systemu publicznego wynagrodzenie to pochodzi od publicznego płatnika, który zbiera od poszczególnych osób składki na ubezpieczenie zdrowotne. Aby taki system był trwale zrównoważony muszą być spełnione dwa warunki – jeden o charakterze mikro, drugi zaś o charakterze makro.

Po pierwsze – wypłacane podmiotom leczniczym wynagrodzenie co najmniej pokrywa rzeczywiste koszty świadczenia usług. W przeciwnym wypadku co prawda płatnik publiczny wykazuje się zbilansowaniem swojego planu finansowego, ale jest to jedynie kreatywna księgowość. Ekonomii nie da się oszukać, więc realizowanie świadczeń ze stratą prowadzi jedynie do narastającego zadłużenia poszczególnych podmiotów i to narastającego lawinowo, bo pojawiają się koszty obsługi długu, co jeszcze bardziej pogarsza wynik. W zakresie części świadczeń Narodowy Fundusz Zdrowia od dawna podąża tą ścieżką – co widać chociażby po sytuacji finansowej szpitali powiatowych. Owszem, ze względu na błędy zarządcze kilka szpitali zawsze może być pod kreską, ale jeśli dotyczy to ich większości to mamy do czynienia z problemem systemowym wynikającym właśnie ze złamania warunki makro.

Po drugie – środki ze składek pokrywają całość kosztów świadczonych usług. Innymi słowy – ubezpieczeni jako ogół pokrywają koszty tego, czego się domagają od systemu, w którym uczestniczą. Oczywiście ten warunek został poważnie podkopany w ramach reform Polskiego Ładu, kiedy to budżet państwa przerzucił na ubezpieczonych koszty świadczenia usług na rzecz tych, którzy nie są ubezpieczeni. Nie mogło to oczywiście doprowadzić do niczego dobrego, bo niejako programowo zapewniło niedobór środków względem zapotrzebowania – i to jest już widoczne. Natomiast system przestał już nawet zamykać się w zakresie środków na leczenie ubezpieczonych. I nie mogło być inaczej przy stosowanej od lat polityce.

Trzy elementy: koszty świadczenia usług medycznych, ich liczba i wysokość składki (bo to ona determinuje ogólną pulę dostępnych środków) są ze sobą bowiem nierozzerwalnie połączone, jeśli chcemy zachować równowagę systemu. Wynikają stąd oczywiste wnioski.

Jeśli podnosimy koszty świadczenia usług – przykładowo poprzez zapewnianie jeszcze godniejszych wynagrodzeń personelowi medycznemu – to albo musimy podnieść wysokość składki, albo ograniczyć dostępność świadczeń.

Jeśli chcemy skrócić kolejki do lekarzy to albo podniesiemy wysokość składki przy stałych kosztach świadczenia usług, albo obniżamy koszty świadczenia usług. Chodzi tu o rzeczywiste koszty, a nie to co płatnik jest gotowy zapłacić. W praktyce sprowadza się to do wpływu na wysokość wynagrodzenia personelu medycznego, bo inne elementy składowe kosztów świadczeń medycznych znacznie trudniej podlegają regulacji.

Orkiestra z Titanica

Kategoria: Polityka Zdrowotna

Opublikowano: poniedziałek, 15, grudzień 2025 10:33

Grzegorz P. Kubalski

Odsłony: 624

Jeśli chcemy obniżyć wysokość składki zdrowotnej to albo ograniczymy dostęp do świadczeń, albo też obniżymy rzeczywiste koszty świadczenia usług.

Proste. Co jednak mówią politycy? Jak ognia wystrzegają się ograniczenia koszyka gwarantowanych świadczeń (co doprowadziłoby do zmniejszenia ilości świadczeń w ramach systemu ubezpieczeniowego) i opowiadają o skracaniu kolejek do lekarzy (co z kolei wymagałoby zwiększenia ilości świadczeń). Jednocześnie deklarują, że składka na ubezpieczenie zdrowotne nie może wzrosnąć, a wręcz – w ramach tworzenia preferencji dla przedsiębiorców – powinna ulec jeszcze dalszemu obniżeniu dla tej grupy. Środków w systemie będzie więc w najlepszym razie tyle samo. Nie przeszkadza to im jednocześnie sprzeciwiać się zarówno ograniczaniu odgórnemu wysokości zarobków lekarzy, jak i ograniczeniu tempa wzrostu minimalnego wynagrodzenia dla poszczególnych kategorii pracowników medycznych – w imię hasła o „godnym wynagrodzeniu”. Innymi słowy – nie tylko sprzeciwiają się ograniczeniu obecnych kosztów świadczenia usług medycznych, ale wręcz opowiadają się za ich podniesieniem. To wszystko finansowo spiąć się nie może.

Doraźną pomoc można byłoby uzyskać poprzez sięgnięcie do miejsc, gdzie środki są wydawane nieefektywnie. W ramach systemu podstawowej opieki zdrowotnej, który w coraz mniejszym stopniu przypomina pierwotne założenia jego utworzenia, w ramach zawyżonych wycen niektórych świadczeń medycznych – powodujących wypływ środków do wąskiej grupy wyspecjalizowanych szpitali prywatnych. Wszystko to jednak wymaga wejścia w konflikt z silnymi grupami interesu, a na to też nikt ochoty nie ma.

W efekcie wszyscy udają, że nic się nie dzieje. Porównanie z tytułową orkiestrą z Titanica nie jest tu jednak trafne. Muzycy z orkiestry faktycznie grali do ostatnich chwil statku poproszeni o to, aby w beznadziejnej sytuacji i przy braku dostatecznej ilości środków ratunkowych wpłynąć na ograniczenie chaosu i paniki. Nie mieli jednak żadnego wpływu na los statku. Politycy wpływ na funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia mają i to, że zamiast szukać ratunku ograniczają się do uspokajających i miłych dla ucha haseł obciąża ich bardzo mocno.