

KRZYSZTOF OPOLSKI
MAREK ZUBER

Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce

Całkowite wydatki publiczne na ochronę zdrowia w Polsce finansowane są ze źródeł publicznych oraz ze źródeł prywatnych. Źródła publiczne stanowią podstawę funkcjonowania systemu zabezpieczenia zdrowia w Polsce. Wynika to z przyjętego modelu zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych, głównie z zasady solidaryzmu, która zawarta jest w art. 68 konstytucji. Co do zasady płacimy za ochronę zdrowia według naszej zdolności do płacenia, korzystamy z niej według aktualnych potrzeb. Taki model charakterystyczny jest dla państw wysokorozwiniętych, do których zalicza się Polska.

Źródła publiczne to przede wszystkim Narodowy Fundusz Zdrowia, którego budżet stanowią składki zdrowotne. Ich wysokość wynosi 9 proc. podstawy wymiaru. Budżet NFZ uzależniony jest zatem wprost od wysokości podstawy wymiaru, czyli w uproszczeniu od wysokości wynagrodzeń oraz od ilości pracujących i otrzymujących wynagrodzenia w takiej formie, która stanowi podstawę wymiaru. Obok NFZ finansowanie ze źródeł publicznych wynika ze środków przekazywanych bezpośrednio przez budżet państwa, jednostki samorządu terytorialnego i inne podmioty wchodzące w skład sektora finansów publicznych. W sumie to źródło stanowiło w ostatnich latach mniej niż 15% wszystkich środków. Do źródeł prywatnych z kolei należy zaliczyć bezpośrednio gospodarstwa domowe, pracodawców, prywatne firmy ubezpieczeniowe oraz inne podmioty niewchodzące w skład sektora finansów publicznych.

W dyskusji publicznej na temat finansowania ochrony zdrowia szeroko podnoszony jest temat niewystarczającej ilości środków dla zapewnienia podstawowej opieki zdrowotnej w Polsce. Chodzi tu zarówno o dostępność procedur medycznych, jak i ich jakość. Generalnie panuje przekonanie, że wydatki na ochronę zdrowia powinny wyraźnie rosnąć. Biorąc pod uwagę konstrukcję polskiego systemu i ogólny sprzeciw wobec zmiany struktury źródła finansowania, utrzymuje się przekonanie, że podstawę, tak jak dotychczas, powinny stanowić źródła publiczne. To z kolei oznacza konieczność wzrostu wydatków publicznych. Podstawowym wskaźnikiem opisującym wielkość wydatków na ochronę zdrowia jest wielkość tych wydatków odniesiona do wielkości gospodarki, czyli do wartości PKB. W ostatnich latach, w przypadku wydatków publicznych, wskaźnik ten wyraźnie wzrósł w Polsce z 4,44% w 2014 r. do 4,86% w 2019 r. Rok 2020 jest trudny do jednoznacznej oceny z uwagi na pandemię i zmianę priorytetów z jednoczesnym ograniczeniem wykonywania części usług medycznych, bezpośrednio z nią niezwiązanych. W dyskusji publicznej od wielu lat podnosi się postulat

wzrostu wydatków do poziomu 6% PKB. Widać wyraźnie, że pomimo odczuwalnego wzrostu w ostatnich latach wydatki publiczne wciąż są wyraźnie niższe od tej wielkości. W 2018 r. rząd zdecydował o ustawowym zobowiązaniu do zwiększenia wydatków publicznych na ochronę zdrowia do poziomu 6% PKB do 2024 r. Jeśli chodzi o prywatne finansowanie ochrony zdrowia, to w tym przypadku po okresie wzrostu wydatków odnotowano ich spadek w 2018 r. Wiarygodne i pełne dane za 2019 r. w chwili pisania tych słów nie są jeszcze dostępne.

W 2014 r. prywatne wydatki na ochronę zdrowia sięgnęły kwoty 31,5 mld zł, co stanowiło około 1,83% PKB. W kolejnych latach obserwowaliśmy wzrost wydatków, do nieco ponad 40 mld zł w 2017 r., 2,02% PKB, jednak w 2018 r. nastąpił spadek do poziomu 38,3 mld zł, 1,8% PKB. Warto w tym miejscu nadmienić, że w przypadku leczenia szpitalnego udział środków prywatnych w wydatkach wynosi jedynie około 2%. Największy jest w kategorii „sprzedawcy detaliczni i inni dostawcy dóbr medycznych”, przy czym około 65% pochodzi bezpośrednio z gospodarstw domowych. Widać zatem wyraźnie, że środki prywatne są kierowane przede wszystkim na relatywnie tańsze procedury. Z kolei prywatne podmioty realizujące usługi medyczne działając, co oczywiste, w oparciu o rachunek ekonomiczny, koncentrują się przede wszystkim na osiągnięciu zysku, a zatem na procedurach wysokomarżowych. Dotyczy to nie tylko tych procedur, które kupowane są przez prywatnych konsumentów, ale także tych kupowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia lub przez inne podmioty wchodzące w skład sektora finansów publicznych.

Źródła wzrostu wydatków publicznych na ochronę zdrowia w latach 2014-2019

W przestrzeni medialnej w kontekście analizy sytuacji w ochronie zdrowia w Polsce często bierze się pod uwagę okres rządów Zjednoczonej Prawicy. Wynika to z tego, że dyskusja związana z funkcjonowaniem ochrony zdrowia stanowi ważny element życia społecznego, wpływa zatem na dyskusję polityczną. Wydaje się jednak celowe przeanalizowanie okresu o rok dłuższego, można bowiem przyjąć, że w 2014 r. zaczyna się cykl wzrostu w cyklu koniunkturalnym, który dotyczy nie tylko polskiej gospodarki, ale całej gospodarki europejskiej, w szczególności regionu Europy Środkowo-Wschodniej. Faza wzrostu gospodarki wiąże się z poprawą zdecydowanej większości wskaźników makroekonomicznych. Oznacza także, co do zasady, na przykład wzrost zatrudnienia, spadek bezrobocia, wzrost przeciętnego wynagrodzenia i poprawę dochodów budżetowych.

W okresie od 2014 do 2019 r. PKB w Polsce wzrosło w cenach bieżących z 1 711 244 mln zł do 2 323 850 mln zł, czyli o 34%. Przeciętne miesięczne wynagrodzenie nominalne brutto wzrosło w tym okresie z poziomu 3 805,28 zł do poziomu 5 604,25 zł, czyli o 47%. Jednocześnie obserwowaliśmy wzrost zatrudnienia. W pierwszym kwartale 2014 r. pracowało 15,573 mln osób. W czwartym kwartale 2019 r. było to już 16,953 mln osób. Wyraźnie wyższy wzrost przeciętnego wynagrodzenia w stosunku do wzrostu PKB musiał oznaczać wzrost zsumowanej wartości składek zdrowotnych w stosunku do PKB. Jeśli dodamy do tego wzrost zatrudnienia to proces ten

był jeszcze bardziej widoczny. To właśnie ten efekt, a nie reformatorskie działania państwa, doprowadził do wzrostu wydatków publicznych na ochronę zdrowia w stosunku do PKB, o którym wspomniano wcześniej. Jak wiemy, rząd zobowiązał się do zwiększenia wydatków na ochronę zdrowia do poziomu 6% PKB. Ostatnie lata rzeczywiście przynosiły wzrost tego wskaźnika. Rodzi się jednak pytanie, czy jest możliwe osiągnięcie takiego poziomu tylko w związku z poprawą relacji wielkości wpłat ze składki zdrowotnej do PKB, jak to miało miejsce w ostatnich latach? Czyli – czy wzrost wynagrodzeń i/lub wzrost ilości pracujących będzie szybszy niż wzrost PKB?

W pierwszej kolejności należy przeanalizować podstawowe czynniki, które doprowadziły do zwiększenia wpływów ze składki zdrowotnej. Wzrost wynagrodzeń oraz wzrost liczby pracujących wiązał się z ogólnie panującą koniunkturą. Jak już wspomniano, obserwowano ją nie tylko w Polsce. Pierwotną przyczyną poprawy sytuacji makroekonomicznej był eksport. Sprzedaż za granicę była i jest najważniejszym motorem polskiej gospodarki. Eksport wzrósł w okresie 2014-2019 ze 165 773,6 mld euro do 238 147,5 mld euro, czyli o ponad 43%. Głównym odbiorcą towarów i usług wytwarzanych w Polsce pozostają kraje strefy euro. Trafia do nich wartościowo ponad 80% polskiego eksportu. Wzrost sprzedaży za granicę oznacza wzrost przychodów po stronie eksporterów. To z kolei prowadzi do zwiększenia popytu na pracę. Powstają nowe miejsca pracy, rośnie zatem zatrudnienie. Eksporterzy zwiększają także zamówienia w firmach kooperujących, co prowadzi do wzrostu przychodów i w konsekwencji także popytu na pracę w firmach współpracujących z eksporterami. Wszystko to powoduje wzrost zatrudnienia i spadek bezrobocia. W styczniu 2014 r. stopa bezrobocia rejestrowanego wynosiła w Polsce 13,9%. W styczniu 2019 r. 5,5%. Warto odnotować, że w okresie letnio-jesiennym w 2019 r. odnotowano najniższy poziom bezrobocia od momentu rozpoczęcia zmian ustrojowych w Polsce. W październiku spadło ono bowiem do 5%. Piszący te słowa szacują, że poziom bezrobocia strukturalnego wynosi w Polsce około 4,0-4,5%. Bezrobocie rejestrowane było zatem tylko nieznacznie wyższe. To kolei oznacza silny nacisk na wzrost wynagrodzeń z uwagi na powszechny brak pracowników. A to powodowało silny wzrost zsumowanej wartości ściąganej składki zdrowotnej.

Wzrost wynagrodzeń wynikał także ze wzrostu minimalnego wynagrodzenia. Jego wielkość jest w Polsce ustalana ogólnie. Wzrost minimalnego wynagrodzenia wymusza wzrost istotnej części całej siatki płac. Warto odnotować, że w 2019 r. zdecydowano o wprowadzeniu planu większego wzrostu minimalnego wynagrodzenia, który miał doprowadzić do osiągnięcia poziomu 4000 zł w 2024 r. Program ten jest już nieaktualny, oficjalnie w związku z pandemią i załamaniem gospodarki z tym związanym. Głównym argumentem wprowadzenia tego programu było wymuszenie inwestycji prywatnych realizowanych przez firmy, zwłaszcza przez firmy małe i średnie. Jedynie w ten sposób, zdaniem pomysłodawców, mogłoby dojść do wzrostu wydajności pracy, który skutkowałby możliwością wyraźnego podniesienia minimalnego wynagrodzenia. Wzrost minimalnego wynagrodzenia wpływa także na wzrost innych wynagrodzeń, przede wszystkim oczywiście tych, które są tylko nieznacznie wyższe od minimalnego.

W tym miejscu warto zwrócić uwagę na duże zróżnicowanie polskiej gospodarki pod względem wydajności pracy. W przypadku znacznej części efektów inwestycji zagranicznych osiągnęte poziomy należą do najwyższych na świecie. Wystarczy wspomnieć o branży automotive, która stanowi istotną część, wyraźnie powyżej 10%, pol-

skiego eksportu. Można tu obserwować powstawanie supernowoczesnych fabryk o najwyższej osiąganą dzisiaj na świecie wydajności. Z drugiej strony znaczna część szczególnie małych i średnich firm wciąż bazuje na relatywnie niskich kosztach pracy i ma niski poziom zabezpieczenia technicznego pracy. Lub zabezpieczenie to wyraźnie odbiega od najwyższych osiągniętych w danej branży w krajach rozwiniętych standardów. Wyraźny wzrost jest możliwy tylko po dokonaniu często kosztownych inwestycji. Na tym polu jest jednak wiele problemów, szczególnie było to widoczne w 2016 r., kiedy doszło do załamania poziomu inwestycji prywatnych. Naszym zdaniem wymuszenie istotnego wzrostu inwestycji przez wzrost wynagrodzeń jest polityką ryzykowną, która może prowadzić do wzrostu szarej strefy lub ograniczenia tworzenia nowych miejsc pracy z redukcją już istniejących. Dla zintensyfikowania wzrostu inwestycji prywatnych należy podjąć działania mające na celu likwidację czynników, które je ograniczają.

6% wydatków na ochronę zdrowia w kontekście perspektyw makroekonomicznych

Naturalne osiągnięcie poziomu 6% wydatków na ochronę zdrowia do 2024 r. w naszej opinii jest niemożliwe. Naturalne, to znaczy wynikające ze wzrostu wynagrodzeń i/lub wzrostu liczby pracujących z uwzględnieniem proporcji dodatkowego finansowania ze źródeł publicznych poza NFZ, jakie obserwowaliśmy w latach 2014-2019. Nie ma zresztą żadnej gwarancji, że wspomniana wielkość w ogóle będzie większa. Załamanie gospodarcze 2020 r., szczególnie drugiego kwartału, nie wynika z cyklu koniunkturalnego. Jednak już wcześniej w 2019 r. można było zauważyć hamowanie polskiej gospodarki. Po raz pierwszy od 2014 r. gospodarka netto przestała tworzyć nowe miejsca pracy. Wyhamowała także dynamika wzrostu wynagrodzeń.

Obecnie obserwujemy działania niestandardowe, gdyż kryzys, który dotknął świat jest niestandardowy. Niespotykane w swoich rozmiarach i szybkości wejścia w życie programy wsparcia gospodarki zaburzają realny obraz procesów w niej zachodzących. Podobną sytuację mamy w Polsce. Relatywna stabilizacja stopy bezrobocia w okresie recesji wynika ze specyfiki programów „Tarczy finansowych”, wymuszających sztuczne utrzymanie zatrudnienia. Także w kwestii wysokości wynagrodzeń dane są zaburzone. Jednak, jeśli trend wzrostu wydatków na publiczną ochronę zdrowia obserwowany w latach 2014-2019 utrzymałby się do 2024 r., to i tak nie udało by się osiągnąć 6% PKB wydatków na ten cel. Tymczasem wątpliwe jest nawet to, czy ten trend uda się utrzymać.

Po zapaści gospodarczej drugiego kwartału 2020 r. odbudowa polskiej gospodarki nie zaczęła postępować w tempie zakładanym przez część ośrodków w połowie 2020 r. To przede wszystkim efekt drugiej i trzeciej fali pandemii COVID-19. W efekcie znowu zaczęło dochodzić do mrożenia polskiej gospodarki. Podobnie było w zdecydowanej większości innych krajów europejskich. Dynamika konsumpcji nie wróciła do poziomów sprzed pandemii. Widać to było wyraźnie choćby po danych o sprzedaży detalicznej. Dopiero pod koniec pierwszego kwartału 2021 r. sytuacja zaczęła się poprawiać. Prognozy na kolejne miesiące 2021 r. są lepsze, ale należy brać pod uwagę przynajmniej dwa ryzyka. Pierwsze to ewentualne uderzenie czwartej fali pandemii COVID-19.

Wydaje się, że nie powinno ono być aż tak dotkliwie, choćby ze względu na rosnącą liczbę zaszczepionych i tych, którzy uzyskali odporność po przebytej chorobie. Nie wiemy jednak, czy nie pojawi się np. mutacja odporna na obecnie stosowane szczepionki. Nie jest to bazowy wariant prognostyczny, jednak nie należy go lekceważyć.

Druga kwestia to ewentualne pogorszenie sytuacji na rynku pracy. Sukcesywne rozliczanie Tarczy Finansowej 1.0 może oznaczać zwiększone zwolnienia. Oczywiście ogólna sytuacja jest lepsza niż w apogeum załamania gospodarki, czyli w drugim kwartale 2020 r., ale wciąż daleka od stabilizacji. Rosnący poziom bezrobocia może hamować konsumpcję, także na poziomie psychologicznym, związanym z samym ryzykiem utraty pracy. Wyrażna realna, niewynikająca z efektu bazy, poprawa konsumpcji jest bardziej prawdopodobna dopiero w 2022 r.

Sukcesywna poprawa sytuacji gospodarczej, którą obserwujemy po drugim kwartale 2020 r., związana jest z eksportem. Wyraźny wzrost sprzedaży za granicę przekładała się przede wszystkim na dobre wyniki przemysłu. Dynamika produkcji przemysłowej wróciła do poziomu sprzed pandemii, na początku 2021 r. nawet ją przekroczyła. Spodziewamy się utrzymania dobrych wyników także w kolejnych kwartałach i latach. Eksport pozostanie głównym motorem polskiej gospodarki. W 2016 r. doszło w Polsce do załamania inwestycji. Ich udział w PKB spadł do poziomu 18%, a potem wzrósł tylko nieznacznie. W 2019 r. odnotowaliśmy 18,5%, następnie w 2020 r. doszło do kolejnego spadku, tym razem z powodu COVID-19. Udział inwestycji w PKB obniżył się do 17%, najniższego poziomu od połowy lat 90. XX w. Warto w tym miejscu nadmienić, że w ogłoszonej w 2016 r. Strategii Na Rzecz Stabilnego Rozwoju zakładano osiągnięcie poziomu 25% w 2020 r. Założenia te okazały się nierealne, przedpandemiczne prognozy na 2020 r. zakładały osiągnięcie poziomu co najwyżej 19%.

Inwestycje stanowią największe wyzwanie na najbliższe lata. Podstawowym czynnikiem oddziałującym negatywnie na przedsiębiorców w tym zakresie jest brak stabilności otoczenia gospodarczego. Wynika to z wszystkich badań przeprowadzonych na reprezentatywnych próbach przedsiębiorców. Drugim problemem jest brak ludzi do pracy. Biorąc pod uwagę te dwa elementy, trudno jest oczekiwać realnego wyraźnego wzrostu poziomu inwestycji w stosunku do PKB i to nawet uwzględniając realizację Krajowego Planu Odbudowy, choć z pewnością będzie on istotnym czynnikiem wsparcia. Trzeba jednak pamiętać o obserwowanych w ostatnich latach ograniczeniach. Co prawda rządzący zakładają poprawę w tym zakresie, jednak biorąc pod uwagę efektywność zapowiedzi z ostatnich lat, w tym zawartych w Strategii na Rzecz Stabilnego Rozwoju, trudno zakładać przełom w tym zakresie. Inwestycje rządowe będą z kolei ograniczone wzrostem zadłużenia, który nastąpił w związku z pandemią oraz wprowadzonymi w ostatnich latach programami socjalnymi, takimi jak program 500+, trzynasta emerytura czy obniżenie wieku emerytalnego. Oczywiście trzeba pamiętać o kolejnej perspektywie budżetowej UE na lata 2021-2027 i o wspomnianym Krajowym Planie Odbudowy. Wyraźny wzrost inwestycji publicznych nastąpi w 2021 r., pamiętać należy o efekcie bazy, ale boomu nie będzie. Naszym zdaniem w najbliższych latach polska gospodarka jest w stanie rozwijać w tempie od 3 do 4% średniorocznie. Lata 2021 i 2022 mogą być lepsze z uwagi na relatywnie niską bazę. Nie widzimy jednak możliwości utrzymania tak wyraźnego wzrostu wynagrodzeń i zatrudnienia, jak to obserwowano w latach 2014-2019. Jak już wspomnieliśmy, utrzymanie programu wy-

rażnego wzrostu minimalnego wynagrodzenia może ograniczyć zatrudnienie. Tego typu tezy stawiane są także między innymi przez organizacje przedsiębiorców. Dla części przedsiębiorców, choćby inwestorów zagranicznych działających w przemyśle, nie będzie to stanowiło przeszkody w dalszej działalności, przynajmniej do pewnego momentu wzrostu kosztów pracy. Dla małych i średnich polskich firm odwrotnie, a gwałtowny wzrost inwestycji przy zachowaniu czynników hamujących je w ostatnich latach jest naszym zdaniem mało prawdopodobny.

Wzrost ilości środków z budżetu centralnego na ochronę zdrowia

Wzrost sztywnych wydatków budżetu w latach 2016-2019 takich jak Program 500+ czy obniżenie wieku emerytalnego oraz załamanie gospodarki i konieczność jej wsparcia w związku z pandemią doprowadziły do wyraźnego wzrostu deficytu sektora finansów publicznych i w konsekwencji długu publicznego. W pesymistycznym scenariuszu może on w najbliższym czasie przekroczyć 1,5 biliona zł i 65% PKB. Najbliższy okres będzie oznaczał poszukiwanie dodatkowych źródeł finansowania w postaci podwyższenia podatków i paropodatków, nakładanie nowych czy poszerzenie bazy podatkowej. Rząd w 2018 r. zobowiązując się do osiągnięcia 6% wydatków publicznych na ochronę zdrowia w stosunku do PKB zakładał w razie potrzeby dodatkowe transfery z budżetu centralnego. Naszym zdaniem jednak będzie to wątpliwe przy braku zmian źródeł finansowania w budżecie centralnym.

Co przed nami?

Naszym zdaniem trwałe osiągnięcie 6% wydatków publicznych na ochronę zdrowia jest możliwe jedynie w sytuacji wskazania stabilnych dodatkowych źródeł finansowania. Jak już wspomniano, zmiany ustawowe z 2018 r. zapewniają dofinansowanie z budżetu centralnego do poziomu 6% PKB w sytuacji, w której nie uda się osiągnąć takiego poziomu uwzględniając inne źródła, czyli *de facto* Narodowy Fundusz Zdrowia. Widać wyraźnie, że rządzący próbują intensyfikować dochody budżetowe. Naszej oceny nie zmieniają decyzje dotyczące na przykład obniżenia stawki PIT do 17%, gdyż z drugiej strony wprowadza się wiele dodatkowych opłat lub podwyższa istniejące. Zwiększony fiskalizm będzie charakterystyczny dla polityki najbliższych kilku lat. W innej sytuacji trudno będzie realnie wyraźnie ograniczyć narastanie długu. Wydaje się zatem, że chcąc doprowadzić do trwałego wzrostu wydatków na ochronę zdrowia w stosunku do PKB, trzeba będzie zmienić zasady finansowania z już istniejących źródeł lub wskazać nowe. Może to być podwyższenie składki zdrowotnej, zwiększenie bazy jej pobierania lub nowy podatek/paropodatek. Przykładem tego ostatniego jest opłata cukrowa, która prawie w całości zasilać ma *de facto* budżet NFZ.

Odrębnym zagadnieniem jest poprawa efektywności organizacyjnej funkcjonowania placówek opieki zdrowotnej oparta na mądrze stosowanym rachunku ekonomicznym wykorzystującym w szerszym zakresie metodę ABC. Należy dążyć do systematycznego stosowania nowoczesnych technik zarządzania pozwalających na skuteczne

budowanie systemów logistycznych, tworzenia sprawnych połączeń poziomych, stosowania nowoczesnych metod zarządzania ryzykiem, konsekwentnego stosowania systemu zapewnienia jakości takich jak normy ISO czy systemy certyfikacji. W poprawie efektywności organizacyjnej tkwią niedoszacowane źródła kosztów, których ograniczenie może w pewnej mierze pomóc w funkcjonowaniu opieki zdrowotnej w ramach ograniczonych środków finansowych. Należy jednak to dobrze rozumieć. Zapowiedzi poprawy „efektywności” składane przez rządzących w ostatnich dwudziestu latach wiązały się w znacznej mierze z oszczędnościami narzucanymi na jednostki realizujące zadania w zakresie publicznej ochrony zdrowia. Piszącym te słowa nie chodzi o odgórną ograniczenie środków przekazywanych poszczególnym podmiotom ani o odgórną redukcję np. liczby łóżek szpitalnych. Chodzi o powszechne wykorzystanie dostępnych metod, także naukowych, służących poprawie szeroko rozumianej efektywności działania. Oczywiście z pełnym uwzględnieniem wielu specyfików wiążących się z funkcjonowaniem opieki zdrowotnej.

Warto jeszcze wspomnieć, że 6% wydatków publicznych na ochronę zdrowia nie wydaje się już założeniem ambitnym. Nie mamy tu na myśli tylko tego, że poziom 6% PKB to poziom wyraźnie poniżej średniej unijnej, która przekracza obecnie 7% PKB. Wzrost kosztów funkcjonowania ochrony zdrowia związany jest przede wszystkim ze wzrostem kosztów pracy, wzrostem kosztów energii i innych kosztów ogólnych, na które podmioty ochrony zdrowia mają ograniczony wpływ. A to oznacza, że osiągnięcie 6% PKB wydatków publicznych na ochronę zdrowia nie będzie prowadziło do wyraźnie odczuwalnej poprawy jakości i dostępności usług medycznych w Polsce. Dość powiedzieć, że w ciągu ostatnich lat wzrost kosztów usług medycznych należał do najwyższych.

Na koniec chcielibyśmy jeszcze raz podkreślić, że nie ma w tej chwili zgody społecznej na wyraźną zmianę struktury finansowania ochrony zdrowia. Chodzi nam o istotny wzrost wydatków prywatnych, także w kontekście dyskusji na temat systemu prywatnych ubezpieczeń medycznych. Obok kwestii społecznych ważna jest także interpretacja zapisów konstytucji, która gwarantuje równy dostęp do podstawowej opieki medycznej. Piszący te słowa zwracają uwagę na jeszcze jedno wyzwanie, które pojawiło się w związku z pandemią. Z jednej strony stanowiła ona bezpośredni koszt dla systemu, szacowany przez przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia na znacznie powyżej 10 mld zł w okresie marzec 2020 – marzec 2021. Z drugiej strony nie realizowano wielu procedur medycznych. Cześć z nich była zakazana decyzjami Ministerstwa. W najbliższym czasie będziemy zatem obserwowali nakładanie się dwóch procesów: realizowania zaległych procedur i realizowania na bieżąco nowych. Będzie to z jednej strony kosztowne, z drugiej trudne organizacyjnie.

Podstawowa antynomia, na którą chcielibyśmy zwrócić uwagę, wiąże się z brakiem zależności między oczekiwaniami społecznymi a gotowością do ponoszenia kosztów związanych z tymi oczekiwaniami w ramach zaspokajania potrzeb w zakresie usług medycznych, czy też szerzej – zdrowia. Społeczeństwo chce zwiększenia wydatków na ochronę zdrowia, nie godzi się jednak na dodatkowe obciążenie budżetów domowych kosztami związanymi ze wzrostem tych wydatków. Tymczasem innej opcji nie ma. Pytaniem otwartym pozostaje jedynie to, w jaki sposób technicznie uzyska się dodatkowe środki. Czyli w jaki sposób i czy każde gospodarstwo domowe będzie w tym procesie uczestniczyć.

Osobną kwestią jest sytuacja personelu medycznego. Z jednej strony jego zmęczenie, z drugiej rozbudzone wyższymi stawkami „covidowymi” oczekiwania płacowe. Może to prowadzić albo do pogłębienia się problemów kadrowych, albo to powstania znacznie wyższych kosztów osobowych w systemie. Musimy potencjalnie wskazać na ten problem, choć mamy nadzieję, że będzie on marginalny. Pamiętać bowiem należy, że zawody medyczne są zawodami dużej wrażliwości społecznej. Wykonujący te zawody muszą uwzględniać wyjątkowe wyzwania etyczne i nie mogą opierać się tylko na czystej motywacji materialnej i korzystać z nadarzających się okazji do intensyfikacji żądań płacowych. Tym bardziej, że koszty studiów medycznych są wyjątkowo wysokie i nie są one ponoszone przez studentów lub ich udział jest relatywnie niewielki, a ich efektem ma być zbudowanie potencjału do zaspokojenia wyjątkowych, co do swojej zasady, potrzeb społecznych. Tu rodzi się obszar antynomii, sprzeczności między powołaniem a realizacją osobistych aspiracji materialnych.