

<https://fee.org/resources/fee-s-essential-guide-to-health-care/>

Tłumaczenie: Dawid Świonder

## **Podstawowe zasady reformy systemu opieki zdrowotnej**

Opracowanie: **Foundation for Economic Education**

### **Spis treści**

<b>Wstęp.....</b>	<b>2</b>
<b>Czy opieka zdrowotna jest prawem człowieka?.....</b>	<b>3</b>
<b>Dlaczego luksusowe telewizory są tańsze od podstawowej opieki zdrowotnej.....</b>	<b>10</b>
<b>Czy model biznesowy Ubera sprawdziłby się w branży usług medycznych?.....</b>	<b>12</b>
<b>Prawdziwe ubezpieczenie zdrowotne jest przestępstwem.....</b>	<b>14</b>

## Wstęp

Powód, dla którego temat służby zdrowia stanowi przedmiot ognistych debat przedwyborczych i rzadko kiedy schodzi z pierwszych stron gazet, jest prosty: system opieki zdrowotnej w dużym stopniu określa, na jakim poziomie – oraz czy w ogóle – będziemy żyć. Cały problem sprowadza się jednak do kwestii następującej: czy nasze potrzeby w zakresie ochrony zdrowia powinno zaspokajać państwo, czy może wolny rynek oparty na konkurencji?

Częściową odpowiedź na to pytanie może podsunąć nam spojrzenie na inne sfery naszego życia. Zastanówmy się, gdzie kupujemy żywność, odzież, komputery, czy przybory do makijażu? Czy ich produkcja i dystrybucja odbywa się w ramach programów socjalnych zarządzanych przez administrację państwową? Oczywiście nie. Wszak wiemy z doświadczenia, że pozostawienie owych branż działaniu sił rynkowych sprawia, że oferowane przez nie produkty stają się coraz tańsze i bardziej innowacyjne, co umożliwia ich masową konsumpcję.

Właśnie to było również przyczyną niezwyklego rozwoju branży usług medycznych w epoce nowożytnej. Największy wzrost poziomu zdrowia, jaki odnotowano w dziejach ludzkości, nastąpił bowiem w drugiej połowie XIX w., kiedy państwo nie zajmowało się jeszcze opieką zdrowotną. Państwowe systemy opieki zdrowotnej zaczęły powstawać dopiero od pierwszej dekady XX w. i jeszcze do końca II wojny światowej funkcjonowały w dość ograniczonej formie.

Wydaje się zatem jasne, jakiego rodzaju reformy potrzebujemy. Problem polega jednak na tym, że obecny stan rzeczy sprzyja przecież różnym grupom interesu, korupcji, żyjącej z niego biurokracji oraz politykom wykorzystującym go w swej demagogii do zdobywania głosów. Uprzątnięcie tego bałaganu to poważne zadanie, a największym wyzwaniem w jego realizacji będzie dogłębne zrozumienie jego istoty i edukacja innych. To nasz pierwszy krok ku zmianie na lepsze.

Pomóc w tym ma niniejsza publikacja.

## Czy opieka zdrowotna jest prawem człowieka?

Trevor Burrus

Czy istnieje coś takiego jak prawo do opieki zdrowotnej? Większość libertarian i klasycznych liberałów odpowie: „nie”, na co lwią część postępowców zareaguje szokiem. Nic nie jest bardziej oczywiste dla progresywiści niż to, że każdy zasługuje na dostęp do opieki zdrowotnej bez względu na swoje możliwości finansowe. Uważają oni, iż dystrybucja usług medycznych w oparciu o zamożność odbiorców to rzecz właściwa raczej dystopijnym powieściom *science-fiction*, gdzie klasa rządzących leczy się w eleganckich, nowoczesnych szpitalach, a pozostali mogą liczyć co najwyżej na konowałów z ciemnych alejek. Słowem, jest to rzecz niemająca racji bytu w cywilizowanym społeczeństwie.

Stąd też bierze się pytanie kierowane przez postępowców do libertarian: jak możecie być aż tak pozbawieni współczucia, że odrzucacie ideę prawa do opieki zdrowotnej?

Niniejszy esej jest próbą odpowiedzi na nie. Być może nie zdołam przekonać Czytelników, że nie istnieje coś takiego jak prawo do opieki zdrowotnej. Mam jednak nadzieję uświadomić ich przynajmniej, iż czymkolwiek owo „prawo” miałoby być, jest ono czymś fundamentalnie innym od tego, co zwykle określamy mianem „praw” – tak odmiennym, że prawdopodobnie słowo to jest tu nie na miejscu.

To właśnie jest moim tematem przewodnim. Poniższa praca nie ma na celu wykazać, w jaki sposób funkcjonowałyby wolnorynkowy system opieki zdrowotnej; nie stwierdza też, że służba zdrowia nie jest istotnym elementem dobrego życia ani że amerykańska służba zdrowia jest lepsza niż ta w krajach, gdzie „prawo” to funkcjonuje. Skupia się ona wyłącznie na tym, czy twierdzenie, iż opieka zdrowotna jest „prawem”, ma w ogóle sens.

### Co rozumiemy pod pojęciem „praw”

W październiku 2017 roku National Health Service, brytyjski państwowy system opieki zdrowotnej oparty na modelu jednego płatnika, ogłosiło, że palacze i otyli zostaną na czas nieokreślony wykluczeni z listy oczekujących na wszelkie nienaglące zabiegi chirurgiczne. Jak podaje [The Telegraph](#),

Według nowych zasad, opracowanych przez zespoły ds. kontraktacji świadczeń medycznych (CCG) w Hertfordshire, pacjenci z otyłością „nie zostaną dopuszczeni do nienaglących zabiegów chirurgicznych dopóki, dopóty nie zrzucą wagi” (...) o ile ich sytuacja nie jest wyjątkowa.

Zgodnie z nowymi kryteriami również palacze zostaną dopuszczeni do operacji tylko, jeśli zaprzestaną palenia na co najmniej osiem tygodni i potwierdzą ten fakt odpowiednim badaniem przed otrzymaniem skierowania.

Nie trudno domyślić się, że zmiana ta spotkała się ze znaczną krytyką i wysunęła na pierwszy plan kwestię rzeczywistego znaczenia „prawa” do opieki zdrowotnej.

Czym bowiem jest prawo? Mimo iż wielokrotnie w naszych rozmowach o polityce poruszamy temat „praw”, większość ludzi nigdy nie zadaje sobie trudu zdefiniowania tego pojęcia. Niekiedy używane jest ono jako synonim „czegoś ważnego”, w związku z czym niejednokrotnie możemy zetknąć się ze stwierdzeniami o prawie do czystej wody, schronienia, edukacji czy opieki zdrowotnej – które to rzeczy są niewątpliwie ważne.

Jednakże „mieć prawo do czegoś” oznacza coś więcej. Stwierdzenie, iż coś jest „prawem” oznacza pewną relację między jednostkami. Nasuwa nam na myśl nasze powinności wobec siebie nawzajem oraz powinności rządu względem swoich obywateli. Zamiast skupiać się na *tym, do czego* mamy prawo, pragnę skoncentrować się na *relacjach*, jakie dane „prawo” stwarza oraz na rozróżnieniu między prawami pozytywnymi i negatywnymi.

Prawa opisują relację między co najmniej dwiema osobami: podmiotem uprawnionym i podmiotem zobowiązanym do czegoś. Jeżeli ktoś ma jakieś prawo, oznacza to, że inni mają odpowiadający mu obowiązek. Są to dwa nierozzerwalnie połączone ze sobą czynniki, dwie strony jednego medalu.

Wyobraźmy sobie bezludną wyspę, na której znajduje się tylko Robinson Crusoe, a Piętaszek jeszcze na nią nie dotarł. Crusoe mógłby oznajmić otaczającym go drzewom i zwierzętom, że ma „prawo” do życia – jednakże czy miałyby to jakiegokolwiek znaczenie? Wszak goniący go na polanie tygrys pozostałby niewzruszony na wszelkie twierdzenia Crusoe o swoich prawach. Tygrysy nie mogą być podmiotami objętymi jakimkolwiek obowiązkiem, więc pojęcie „prawa” nie może odnosić się do relacji między Crusoe a tygrysem. Sytuacja wygląda jednak inaczej w przypadku, gdy na wyspę przybywa Piętaszek. Wtedy stwierdzenie Crusoe o swoim prawie do życia pociąga za sobą pewne następstwa co do natury ich wzajemnej relacji: jeżeli Crusoe ma prawo do życia, to Piętaszek ma obowiązek go nie mordować – i *vice versa*.

Jeśli chodzi o różnicę między prawami negatywnymi i pozytywnymi, to opiera się ona na charakterze wynikającego z danego prawa obowiązku. W przypadku tych pierwszych ów obowiązek pochodny polega na zaniechaniu, co oznacza, że od objętych nim podmiotów wymaga się, by powstrzymywały się od określonego zachowania – np. by nie kradły, nie atakowały ani nie zabijały innych. W przypadku praw pozytywnych obowiązek ten sprowadza się natomiast do podjęcia działania ukierunkowanego na wykonanie jakiejś czynności: dostarczeniu żywności, opieki medycznej czy zasobów potrzebnych do realizacji tych usług. Zrozumienie tej technicznej, aczkolwiek kluczowej, różnicy między prawami negatywnymi i pozytywnymi pomoże nam zidentyfikować cztery kategorycznie dzielące je cechy.

### **Prawa negatywne mają charakter absolutny, prawa pozytywne – nie**

Korzystanie z praw negatywnych odbywa się na zupełnie innej zasadzie niż korzystanie z praw pozytywnych. Otóż, drogi Czytelniku, o ile (mam nadzieję) nikt cię w tej chwili nie zabija, korzystasz właśnie całkowicie ze swojego negatywnego prawa do życia. Jeśli zaś nikt cię nie okrada, nie napada i nie narusza twojego ciała lub własności w jakikolwiek inny sposób, to korzystasz w pełni ze swoich negatywnych praw dotyczących niebycia okradzionym, napadniętym itd. – inni natomiast całkowicie wywiązują się ze swoich negatywnych obowiązków.

Czy z praw pozytywnych można korzystać w sposób absolutny? Trudno to sobie wyobrazić. Jeżeli bowiem istnieje pozytywne prawo do opieki zdrowotnej, to ile tej opieki należy zapewnić? W jakim momencie wynikający zeń obowiązek pozytywny zostanie spełniony? Jeśli choćby jednej osobie przysługuje absolutne, pozytywne prawo do opieki zdrowotnej, oznacza to, że, przynajmniej teoretycznie, każdy objęty odpowiednim

obowiązkiem musiałby poświęcić cały swój czas i zasoby na utrzymanie uprawnionego przy życiu o nawet jeden dodatkowy dzień. Byłoby to jednak niedorzecznością i nikt też się tego nie domaga. W takim razie – czego domagają się zwolennicy prawa do opieki zdrowotnej?

Dla większości ludzi „prawo” do opieki zdrowotnej oznacza zagwarantowanie pewnego podstawowego poziomu opieki. Uznają oni fakt, że w związku z ograniczonością zasobów, konieczne jest podejmowanie ważkich decyzji co do ich wykorzystania. Przykładowo, brytyjski NHS uznał niedawno, że sześć leków na raka piersi „zapewnia nieadekwatnie niską korzyść względem ich ceny”, mimo iż niektóre z nich w sposób potwierdzony przedłużają życie o miesiące, a nawet lata. Kiedy NHS [niedawno odmówił](#) otyłym i palącym dostępu do niektórych nienaglących zabiegów chirurgicznych, owi nieszczęśnicy pomyśleli sobie zapewne: „wydawało mi się, że mam prawo do opieki zdrowotnej”. Tymczasem, [według danych ankiety przeprowadzonej w roku 2015](#), 75 proc. brytyjskich lekarzy bezpośrednio zetknęło się z racjonowaniem usług medycznych, również w odniesieniu do opieki psychiatrycznej czy wymiany stawów kolanowych i biodrowych. Nawet jeśli ktoś już otrzyma skierowanie na taki zabieg, to w Wielkiej Brytanii będzie musiał czekać na jego wykonanie średnio [niemal rok](#), podczas gdy w USA byłyby to trzy lub cztery tygodnie.

Niektórzy przekonują, że „zakres opieki zdrowotnej przysługujący nam z racji naszego prawa do niej” mogą i powinni określać naukowcy, lekarze i eksperci w dziedzinie administracji – i tak właśnie wygląda problem racjonowania w systemach opartych na modelu jednego płatnika, jakim jest np. NHS. To jednak prowadzi do kolejnej trudności: *jeżeli to „eksperti” decydują, jaki zakres opieki zdrowotnej przysługuje poszczególnym osobom, oznacza to, że problem ten rozwiązywany jest na gruncie innym niż prawo do opieki zdrowotnej.* Mówiąc inaczej, prawa pozytywne *nie prowadzą do rozwiązania problemu* i nie dają odpowiedzi na nasze dylematy moralne, a w dodatku często je pogłębiają i czynią niemożliwymi do rozstrzygnięcia.

Ten bezproduktywny charakter praw pozytywnych całkowicie odróżnia je od praw negatywnych. Kiedy bowiem ktoś rości sobie negatywne prawo do życia, to wynikające stąd obowiązki – tzn. kogo dotyczą i co należy uczynić, aby je spełnić – *są już w pełni określone przez samo to roszczenie.* Podczas gdy uznanie prawa negatywnego jest wystarczające do rozwiązania problemu, powołanie się na prawo pozytywne prowadzi jedynie do dyskusji na temat dalszych dylematów moralnych. Czy młodym powinno przysługiwać więcej niż starym? Szczupłym więcej niż otyłym? Czy operacja kręgosłupa gwarantująca pacjentowi trwałą ulgę stanowi lepsze wykorzystanie zasobów niż przedłużenie życia 95-letniego staruszka o kilka tygodni?

Z racji ograniczoności naszych zasobów podejmowanie takich decyzji byłoby oczywistą koniecznością. I to właśnie kategorycznie odróżnia prawa pozytywne od negatywnych. Nie istnieje bowiem żaden wiarygodny powód, dla którego politycy mieliby odebrać prawa negatywne określonym grupom ludzi – na przykład kompletnym nonsensem byłoby oznajmienie, że od teraz okradanie otyłych lub palaczy jest legalne.

### **Prawa negatywne są skalowalne, prawa pozytywne – nie**

Pełna realizacja negatywnego prawa do życia oznacza, że nikt na świecie nie inicjuje przeciwko tobie agresji. Nawet gdyby liczba mieszkańców Ziemi się podwoiła, nie

zmieniłoby to łatwości, z jaką nowi ludzie mieliby powstrzymać się od zabicia cię. Nic nie stoi na przeszkodzie, by nieskończona liczba osób przyjęła na siebie nieskończoną ilość obowiązków zaniechania w odniesieniu do nieskończonej liczby osób posiadających określone prawa negatywne. Podwojenie populacji niczego tu nie zmieni, ponieważ nie zmieni się fundamentalna relacja między posiadającymi prawa negatywne a osobami zobowiązanymi do ich respektowania. Kwestia ta jest bardzo prosta: zarówno jedni, jak i drudzy mają nieustannie respektować wzajemnie swoje prawa.

Dzięki tej skalowalności prawa negatywne mają prawdziwie powszechny charakter. Czynniki takie jak obywatelstwo, kraj zamieszkania lub jakkolwiek inny status prawny danej osoby nie mają znaczenia w odniesieniu do praw negatywnych. W rzeczywistości poprawnie rozumiane prawa negatywne przysługują ludziom bez konieczności istnienia obywatelstwa, statusu prawnego czy nawet państwa. Oczywiście w warunkach braku państwa dochodzenie swoich praw negatywnych byłoby znacznie utrudnione, jednakże w żaden sposób nie zmienia to ich statusu etycznego. Krytycy podziału na prawa negatywne i pozytywne niekiedy błędnie uznają koszty utrzymania policji, sądów i więzień służących karaniu osób łamiących prawa negatywne za odpowiednik kosztów produkcji dóbr i usług przeznaczonych na realizację praw pozytywnych. Jest to jednak błąd kategoriyczny: stwierdzenie „mam prawo nie być ugodzony nożem” dotyczy zupełnie innej kwestii niż stwierdzenie „mam prawo do tego, aby mój oprawca został osądzony i uwięziony”.

Zupełnie inaczej jest w przypadku praw pozytywnych. Nie są bowiem powszechne, a nadaje się je na bazie statusu prawnego danej jednostki, np. obywatelstwa. Oznacza to, że rząd może je odebrać lub zmienić wedle własnego widzimisię. Przykładem tego jest chociażby wspomniany wyżej przypadek otyłych i palaczy w Wielkiej Brytanii. W roku 2009, w ramach „powszechnego” systemu opieki zdrowotnej stanu Massachusetts oraz w związku z potrzebą łatania deficytu budżetowego, [ograniczo](#) państwowe ubezpieczenie zdrowotne 31 tysiącom legalnych imigrantów. Chociaż działanie takie może być konieczne, gdy brakuje zasobów, niemniej tylko uwydatnia ono ową fundamentalną różnicę między prawami negatywnymi i pozytywnymi.

### **Prawa negatywne mogą bez problemu współistnieć ze sobą, prawa pozytywne – nie**

Podczas gdy możemy przyjąć nieskończenie wiele obowiązków polegających na powstrzymaniu się od działania, jest to niemożliwe w odniesieniu do obowiązków podjęcia działania. Oznacza to, że relacja między współistniejącymi prawami pozytywnymi jest fundamentalnie problematyczna. Jeśli bowiem istnieje coś takiego, jak „prawo” do opieki zdrowotnej, edukacji, czystej wody, czy nawet turystyki, to co należałoby zrobić, gdy zaistnieje konflikt między dwoma obowiązkami podjęcia działania? Jakiś czas temu Unia Europejska [oznajmiła](#), że podróże turystyczne są prawem człowieka, i ogłosiła plany subsydiowania podróży osobom niepełnosprawnym. Jednakże Unia Europejska uznaje też prawo do opieki zdrowotnej – co zatem stanie się, gdy prawo do podróżowania lekarza będzie kolidować z prawem pacjenta do opieki? Oczywiście konflikty te nigdy nie są aż tak bezpośrednie, niemniej prawa pozytywne z konieczności nieustannie do nich prowadzą.

Podobnie jak to jest w przypadku kwestii zakresu opieki medycznej, jaka przysługiwać powinna obywatelom, „rozwiązywaniem” wszelkich innych konfliktów również

zajmują się eksperci w dziedzinie administracji i politycy. Widzimy zatem po raz kolejny, że powoływanie się na prawa pozytywne nie rozwiązuje żadnych dylematów moralnych i przetrzuca problem na kogoś innego. Podczas gdy prawa negatywne mogą współistnieć bezproblemowo, relacja między prawami pozytywnymi ma charakter skomplikowanej i niespójnej sieci kłócących się ze sobą uprawnień. Filozofowie tacy jak [Hillel Steiner](#) określili tę cechę mianem *komposybilności* bądź zdolnością do współistnienia. Tak też wszystkie prawa negatywne są wzajemnie *współmożliwe*, prawa pozytywne – nie.

### **Obowiązki negatywne mają charakter powszechny, obowiązki pozytywne – nie**

W przypadku praw negatywnych wiążące się z nimi obowiązki spoczywają na wszystkich podmiotach w równym stopniu. Nikt nie jest bowiem wyłączony z obowiązku nieinicjowania agresji przeciwko osobom i mieniu. Jeśli chodzi o prawa pozytywne, związane z nimi obowiązki nie dotyczą wszystkich podmiotów w równym stopniu. Oprócz kwestii tego, kto ma prawo do opieki zdrowotnej i w jakim zakresie, nieunikniony jest dalszy problem w postaci pytania: kto jest zobowiązany do zapewnienia (lub sfinansowania) opieki zdrowotnej i w jakim stopniu?

Ponownie zauważamy tu, że roszczenia dotyczące praw negatywnych nie wymagają rozwiązania jakichkolwiek dodatkowych dylematów moralnych co do tego, kto ma dane prawo, kto obowiązek i na czym ma polegać relacja między prawem i obowiązkiem. Inaczej jest z prawami pozytywnymi, które wymagają zajęcia się dodatkowymi i nieuniknionymi dylematami moralnymi. W praktyce rozwiązuje się je poprzez politykę, w związku z czym proces ten uzależniony jest od panujących w danym okresie trendów politycznych.

### **„Prawa” pozytywne to tylko politycznie uwarunkowane roszczenia do czegoś**

Prawa negatywne są absolutne, skalowalne, komposybilne, ostateczne i powszechne; natomiast prawa pozytywne – nie; są czymś zupełnie innym. Trudno jest znaleźć precyzyjny termin, za pomocą którego można by je zdefiniować. Jako przykład weźmy pozytywne prawo do opieki zdrowotnej: otóż jest ono niczym więcej jak zależnym od uwarunkowań politycznych roszczeniem wobec jakiejś formy opieki zdrowotnej, które można odebrać bądź zmodyfikować na podstawie czynników pozaetycznych.

Odmawianie ludziom opieki zdrowotnej ze względu na czynniki zewnętrzne, przypadkowe i pozaetyczne jest głęboko problematyczne. W czasach, kiedy palacze stanowili większy odsetek brytyjskiego elektoratu, NHS nigdy nie ośmieliłby się pozbawić ich dostępu do zabiegów chirurgicznych, ponieważ wywołałoby to polityczny sprzeciw ze strony obywateli. Obecnie jednak, z racji tego, że palenie staje się coraz bardziej niepopularne oraz źle widziane przez klasę rządzącą, ograniczenie palaczom dostępu do opieki zdrowotnej jest znacznie łatwiejsze.

Niektórzy stoją na stanowisku, że taka reglamentacja opieki zdrowotnej względem osób palących jest w pełni uzasadniona, ponieważ świadomie podjęły one niemądrą decyzję, by sobie szkodzić, a w dodatku oczekują, że zapłacą za to inni obywatele. Zgodnie z tą argumentacją prawo do opieki zdrowotnej nie jest jednocześnie prawem do podejmowania złych decyzji na cudzy koszt.

Powyższy pogląd jest doskonałą ilustracją nieostatecznego charakteru praw pozytywnych. Zauważmy, że prawo do opieki zdrowotnej jako takie jest po prostu punktem

wyjścia całego procesu decyzyjnego określającego, kto, kiedy i w jakim stopniu będzie mógł z niego skorzystać. Przykładem tego jest odmawianie go palaczom i osobom otyłym ze względu na drugorzędne czynniki etyczne, uwarunkowane kalkulacją polityczną. To pokazuje, że prawa pozytywne nie należą do kategorii praw *człowieka*, lecz praw czysto *politycznych*.

Co więcej, w państwach o podobnym do brytyjskiego systemie opieki zdrowotnej jego utrzymaniem obarczeni są w mniejszym bądź większym stopniu wszyscy obywatele. Prywatny sektor medyczny stanowi w nich [niewielki i niszowy rynek](#), ponieważ wszelkie alternatywy wypychane są przez państwowego monopolistę. Nawet jeśli palacze i osoby otyłe wyrażają chęć pokrycia kosztów swoich decyzji samodzielnie, nie mają jak tego zrobić. Z kolei ci, którzy chcieliby całkowicie formalnie opuścić NHS – tak aby ich możliwości korzystania z opieki medycznej nie zależały od decyzji jakiegoś ciała politycznego – mają ograniczone pole manewru (tym bardziej, im mniejszym dysponują dochodem).

Najważniejsza jednak w tym wszystkim jest kwestia tego, czy można uznać za moralne odmawianie ludziom dostępu do opieki zdrowotnej z racji ich przynależności do niepopularnych grup politycznych. Jeśli tak, to czy możemy w ogóle nazwać to „prawem”? Pytanie takie wydaje się raczej łatwe w odniesieniu do powszechnie potępianych nawyków, jak palenie czy niezdrowa dieta. Problem komplikuje się jednak, gdy pomyślimy np. o homoseksualistach. W latach 80. XX w., kiedy społeczność homoseksualną dotknęła epidemia AIDS, często pojawiały się stwierdzenia, że osoby te zasłużyły na swój los, ponieważ podejmowały ryzykowane zachowania w przekonaniu, że zapłacą za to inni. W tamtych czasach zebranie odpowiedniego poparcia politycznego w celu obrony swego „prawa” do opieki było dla społeczności homoseksualnej ogromnym wyzwaniem. To pokazuje, że poleganie na państwie wydaje się korzystne tylko do momentu, gdy sami znajdziemy się po „niewłaściwej” stronie sceny politycznej.

### **Wniosek**

Wnikliwi czytelnicy stwierdzą być może, że „dystrybucja” opieki zdrowotnej w ramach wolnego rynku opierałaby się na równie etycznie nieistotnych czynnikach, jak chociażby dochód danej osoby. Rzeczywiście, w pewnym stopniu zgadzam się z tym stwierdzeniem. Jednakże celem niniejszego eseju nie jest określenie, czy rynek dystrybuje opiekę zdrowotną w sposób etyczny, lecz czy w ogóle istnieje coś takiego jak pozytywne prawo do tejże opieki.

Kiedy stwierdzamy, że takie prawo nie istnieje, nie oznacza to, że uważamy opiekę zdrowotną za rzecz nieważną lub że nie mamy żadnych moralnych powinności względem zdrowia i dobrostanu naszych współobywateli. Moim zdaniem nasz obowiązek pomagania potrzebującym ma jednak charakter względny – zależny od tego, czy w pierwszej kolejności jesteśmy w stanie wypełnić nasze zobowiązania wobec nas samych i naszych bliskich. Najpierw bowiem musimy zapewnić schronienie i opiekę naszej rodzinie oraz wypracować sobie pewien poziom zabezpieczenia życiowego, dopiero wtedy możemy udzielić pomocy tym, którym powiodło się gorzej. Nie ma tu mowy o jakimkolwiek „prawie” do opieki zdrowotnej.

Stwierdzenie „opieka zdrowotna nie jest prawem” nie jest nacechowane negatywnie, ponieważ nie równa się ono stwierdzeniu „opieka zdrowotna jest nieważna”. Poprawnie

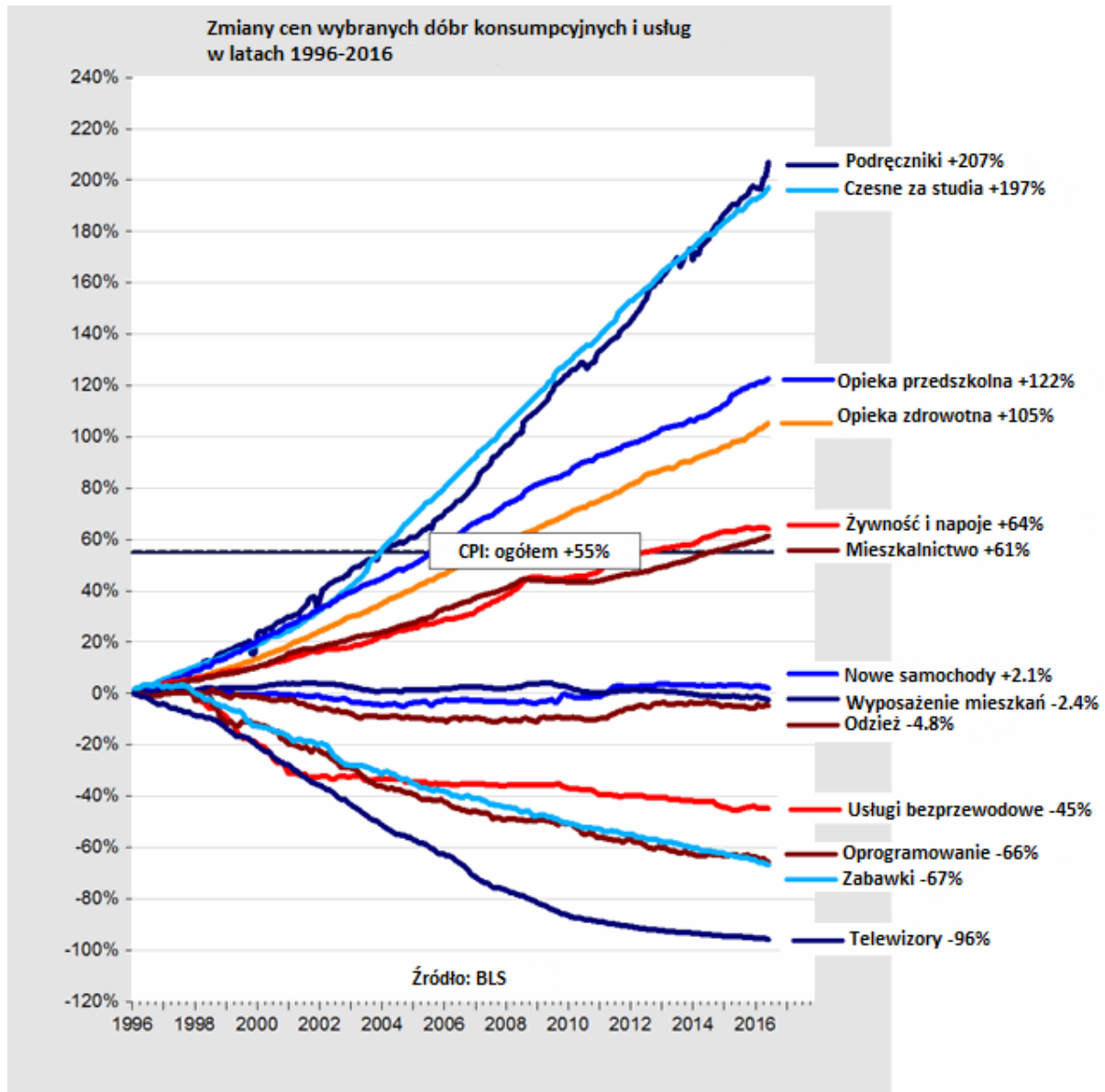


rozumiane prawa stanowią określenie minimalnego zakresu powszechnie obowiązujących powinności koniecznych do tego, by ludzie żyli ze sobą zgodnie z zasadą współpracy, a nie konfliktu. Jeśli nie będziesz inicjować wobec mnie agresji (bić, zabijać, kraść itp.), ja również nie będę jej inicjować wobec ciebie. W ten sposób możemy być członkami jednej społeczności opartej na systemie wzajemnego zaufania i szacunku. Mimo iż treść praw nie wymienia wszystkich powinności, jakie mogą na nas ciążyć, nie powinniśmy się tym martwić – prawa bowiem opisują jedynie w sposób negatywny granice naszego działania. Powoływanie się na jakiegokolwiek „prawo do ważnych rzeczy” (jak czysta woda, opieka zdrowotna, edukacja czy schronienie) stanowi wypaczenie tego pojęcia oraz nieuzasadnione roszczenie do czegoś, co się nam nie należy.

## Dlaczego luksusowe telewizory są tańsze od podstawowej opieki zdrowotnej

Richard N. Lorenc

Wyobraźmy sobie następujący scenariusz. Doskwiera nam złe samopoczucie. Wyciągamy nasz smartfon i uruchamiamy aplikację medyczną. Po 20 minutach w naszym domu zjawia się pielęgniarka. Wykonuje badanie krwi i poleca lekarza, który wystawi nam odpowiednią receptę. Ta z kolei przekazywana jest do najbliższej apteki, która dostarcza nam zamówienie do drzwi. Cała procedura kosztuje nas 20 dolarów.



Brzmi szalenie? Bynajmniej – nie byłoby w tym nic szalonego, gdyby opieka zdrowotna stanowiła branżę funkcjonującą na zasadach wolnej konkurencji. Tymczasem, z racji jej obecnego charakteru, ceny opieki zdrowotnej wzrosły o 105 proc. w ciągu ostatnich 20 lat. Fakt ten kontrastuje bardzo wyraźnie z sytuacją w branży zajmującej się chociażby produkcją telewizorów – ich ceny spadły w tym samym czasie o 96 proc.

Przyjrzyjmy się powyższemu wykresowi opracowanemu przez [American Enterprise Institute](#). Pokazuje on dwie istotne rzeczy. Po pierwsze, nie istnieje coś takiego jak zagregowany poziom cen. To, co określamy mianem ogólnego poziomu cen, jest statystyczną fikcją. Po drugie, ceny dóbr i usług oferowanych przez producentów działających na zasadzie wolnej konkurencji spadają w wyniku presji rynkowej. Z drugiej strony natomiast branże cieszące się przywilejem monopolistycznym mogą żądać od konsumentów większych cen wskutek ograniczenia podaży.

Zastanówmy się nad poszczególnymi produktami wymienionymi na wykresie. Edukacja wyższego szczebla jest szeroko dotowana, regulowana i licencjonowana, w związku z czym staje się coraz droższa. Wydawnictwa zajmujące się podręcznikami działają na podstawie rozległych regulacji dotyczących praw autorskich i korzystają z faktu, że konsumenci mają niewielki wybór konkurencyjnych produktów. Idźmy dalej, opieka przedszkolna to jedna z najbardziej uregulowanych branż w kraju. Państwo kontroluje nie tylko to, kto może podjąć działalność w tym zakresie, ale wręcz każdy jej aspekt.

Z drugiej strony mamy natomiast producentów oprogramowania, zabawek, telewizorów oraz dostawców usług bezprzewodowych, którzy funkcjonują w warunkach względnie wolnego rynku i handlu. Presja ze strony konkurencji i konsumentów sprawia, że ceny ich produktów z czasem spadają.

Zrozumienie tego naprawdę nie jest trudne. Jeśli chcemy wysokiej jakości dóbr i usług, innowacyjnych pomysłów i niskich cen, potrzebujemy rynku opartego na zasadzie wolnej konkurencji. Im więcej branży znajduje się pod kontrolą państwa, tym wyższe będą ceny i niższa jakość oferowanych przez nie produktów.

## Czy model biznesowy Ubera sprawdziłby się w branży usług medycznych?

Charles Hughes

Pacjenci tracą na tym, że nie mają odpowiedniego dostępu do informacji dotyczących usług medycznych (np. kosztów). Trudno jest im oszacować ich jakość, a w dodatku pozbawieni są bodźców pozwalających zrobić to rzetelnie. W ten sposób tworzy się sytuacja, w której pacjenci płacą za usługi medyczne więcej, niż z nich korzystają. Wynika to z problemu nazywanego pokusą nadużycia.

### **Pokusa nadużycia**

Problem ten z perspektywy konsumenta zbadano już dość dogłębnie. To, w jaki sposób w sytuacjach tego typu postępują usługodawcy, również jest ważne, jednak procesy te rozumiemy obecnie w mniejszym stopniu. Głębsze zbadanie tego zagadnienia pomogłoby nam w wyjaśnieniu dynamicznego wzrostu cen w tak różnych sferach jak opieka zdrowotna, usługi finansowe czy przewozy taksówkowe.

Otóż kiedy taksówkarze wiedzą, że ich pasażerowie nie mają możliwości sprawdzenia cen ich usług, mogą w związku z tym naliczać więcej za kurs lub wybierać dłuższą niż powinni trasę. Może tak być na przykład w przypadku osób w delegacjach, które w mniejszym stopniu przejmują się kosztami podróży, ponieważ pokrywają je pracodawcy – taka sytuacja stwarza taksówkarzom okazję do zawyżania cen.

[Artykuł](#) z lutowego wydania *The Economic Journal* opisuje szczegółowo częstotliwość, z jaką taksówkarze funkcjonujący w ramach tradycyjnego modelu biznesowego pobierali od pasażerów wyższe opłaty, gdy tylko nadarzyła się ku temu sposobność. Kierowcom owym powiedziano, że ich pasażerowie nie znają miasta, a za przejazdy płacą pracodawcy. W związku z tym osoby korzystające z usług owych przewoźników nie były w stanie odpowiednio zweryfikować pokonanej trasy lub naliczonej ceny. W przypadku tych pasażerów taksówkarze regularnie pobierali zawyżone opłaty.

Autorzy przeprowadzili to kontrolowane badanie terenowe, aby sprawdzić dokładnie, jak to się dzieje, że kierowcy taksówek pobierają wyższe opłaty od pasażerów otwarcie komunikujących im, że za kurs płaci pracodawca. Jak stwierdzono, informacja ta skłania taksówkarzy do wniosku, iż takiemu pasażerowi nie zależy tak bardzo na cenie, ponieważ nie płaci jej bezpośrednio.

W ramach badania asystenci autorów przejechali taksówkami 400 kursów w Atenach. Za każdym razem pasażer informował kierowcę, że nie zna miasta. Niektórzy prosili również o paragon, aby rozliczyć koszt przejazdu z pracodawcą. Autorzy określili to działanie mianem „wprowadzenia pokusy nadużycia”, ponieważ pozwalało ono kierowcy natychmiast wywnioskować, że pasażer raczej nie zauważy lub nie zgłosi nieuczciwego zachowania z jego strony.

Na tej podstawie zaobserwowano dwa główne sposoby wykorzystywania przez kierowców pasażerów, którym częściowo lub całkowicie brakuje odpowiedniej w danej sytuacji informacji. Z jednej strony było to wykonanie usługi powyżej koniecznego zakresu, np. wybór dłuższej lub okrężnej trasy, z drugiej natomiast naliczenie wyższej ceny.

Trzecim sposobem byłoby wykonanie usługi poniżej koniecznego zakresu. W tym wypadku było to jednak niemożliwe, ponieważ nawet najbardziej niedoinformowani

pasażerowie zorientowaliby się, że nie dowieziono ich do miejsca docelowego. Działanie takie jest jednak możliwe, i to w dość znacznym stopniu, w innych dziedzinach – jak np. opieka zdrowotna.

### **Zawyżanie cen**

Badanie to pokazało, że w przypadku pasażerów, którzy poinformowali taksówkarzy o pokryciu kosztów przejazdu przez pracodawcę, prawdopodobieństwo, iż zapłacą za kurs więcej wyniosło 17 proc. (opłata taka była natomiast wyższa od standardowej średnio o 7 proc.). Podczas gdy zawyżane ceny cechowała znaczna różnorodność, wykonywanie usługi powyżej koniecznego zakresu odbywało się bez większych urozmaiceń.

Najprawdopodobniej wynikało to stąd, że kierowcy postrzegali takie działanie jako trudniejsze do zatajenia. Łatwiej bowiem stwierdzić, czy jest się wożonym w kółko lub obrzeżami miasta, niż określić, czy dana cena jest naliczona właściwie. Skala, z jaką zawyżano ceny, wskazuje, że sytuacje pokusy nadużycia stwarzają silny bodziec skłaniający usługodawców do określonego postępowania.

W innych branżach, gdzie konsumentowi jeszcze trudniej jest zweryfikować jakość usług, np. w finansach, wykonywanie ich powyżej lub poniżej właściwego zakresu może być znacznie częstszym zjawiskiem.

### **Od taksówek do opieki zdrowotnej**

Podobnie jak to było w przypadku taksówkarzy w Grecji dostawcy usług medycznych również reagują na sytuacje pokusy nadużycia zawyżaniem cen. Autorzy artykułu przywołują przykład niemieckich lekarzy wystawiających pacjentom rachunki za usługi, których nigdy nie wykonano.

Jak wynika z przeprowadzonej przez sieć [Walmart](#) analizy doświadczeń osób w niej zatrudnionych, około 30 proc. zabiegów kręgosłupa, na które jej pracownicy otrzymali skierowania, okazało się zbędnych. Takie działanie ze strony usługodawców nie tylko przyczynia się do wzrostu kosztów, ale sprawia też, że wykonuje się usługi, których konsumenci nie potrzebują lub nie chcą.

Jako przykład nowej technologii chroniącej konsumenta przed zawyżaniem cen przez usługodawcę można podać system stosowany przez platformę Uber, w którym pasażer otrzymuje rachunek z nazwiskiem kierowcy, a także ma do dyspozycji mapę przejazdu. Gdyby podobny zakres przejrzystości udało się wprowadzić również w innych dziedzinach, jak np. opieka zdrowotna, przyniosłoby to znaczące korzyści konsumentom i zahamowało wzrost kosztów.

## **Prawdziwe ubezpieczenie zdrowotne jest przestępstwem**

Warren Gibson

Ubezpieczenie zdrowotne jest przestępstwem. Słowa te nie są metaforą. Nie chodzi mi też o to, że nasz system ubezpieczeń zdrowotnych jest zepsuty (choć faktycznie taki jest). Bynajmniej – pisząc to, stwierdzam po prostu, że w Stanach Zjednoczonych oferowanie prawdziwego ubezpieczenia zdrowotnego jest nielegalne. Aby przekonać się dlaczego, musimy wpiery zrozumieć, na czym polega prawdziwe ubezpieczenie i czym różni się ono od obecnego systemu.

### **Prawdziwe ubezpieczenie**

Życie cechuje ryzyko. Kiedy poprzez dobrowolne wykupienie polis ubezpieczeniowych i opłacanie składek dzielimy z innymi ryzyko wystąpienia różnych zdarzeń, zmniejszamy w ten sposób finansowy ciężar nieprzewidzianych wypadków, chorób lub przedwczesnej śmierci. Jako kierowca z 55-letnim stażem ani trochę nie żałuję pieniędzy wydawanych na ubezpieczenie samochodowe, mimo że jeszcze nigdy z niego nie skorzystałem.

Sama idea ubezpieczenia zrodziła się wśród grup połączonych wspólną interesów, jak kościoły czy związki zawodowe. Obecnie jednak usługami ubezpieczeniowymi zajmują się głównie duże firmy wykorzystujące ekonomię skali oraz organizacje non-profit. Droga prób i błędów podmioty te nauczyły się redukować problemy związane z negatywną selekcją i pokusą nadużycia tak, aby ich działalność była korzystna zarówno dla nich jak i konsumentów.

Kluczowe w powyższym wyjaśnieniu jest słowo „nieprzewidziane”.

Jeśli bowiem jakaś okoliczność jest znana, to nie jest ryzykiem, przez co nie może być przedmiotem prawdziwego ubezpieczenia polegającego na rozłożeniu ryzyka na określoną liczbę ubezpieczających się. Dlatego też zanim wprowadzono Obamacare, niektóre ubezpieczalnie wymagały od swoich potencjalnych klientów informacji o stanie zdrowia. Osoby cierpiące już na jakieś schorzenia odrzucano lub oferowano im polisy podwyższonego ryzyka bądź takie z wyższymi składkami i wyższym udziałem własnym.

Obecnie natomiast prawo zabrania firmom ubezpieczeniowym odrzucać potencjalnych klientów ze względu na ich stan zdrowia lub pobierać od nich wyższe składki. Ponadto nie mogą też naliczać różnych składek w zależności od konkretnych schorzeń, a także oferować planów ubezpieczeniowych nieuwzględniających pewnych rodzajów ryzyka, spośród których wielu tak naprawdę nie da się nawet skategoryzować jako „nieprzewidziane”.

Innymi słowy – prawdziwe ubezpieczenie zdrowotne jest nielegalne.

### **Gry słowne**

Czy problem ten nie jest przypadkiem jedynie kwestią semantyki? Bynajmniej. To, co obecnie uchodzi za ubezpieczenie zdrowotne w Stanach Zjednoczonych, przypomina raczej system karty przedpłaconej obejmującej usługi zdrowotne – działającej na podobnej zasadzie jak szwedzki stół w restauracji hotelowej. Jego funkcjonowanie opiera się bowiem na ciągłym przeliczaniu kosztów w ramach planów tworzonych przez różne grupy interesu. Nie ma mowy o jakiegokolwiek przejrzystości cen. Rezultatem tego jest z jednej strony

nadkonsumpcja, powodująca niebotyczny wzrost składek, a z drugiej błędna alokacja zasobów, niepokrywająca się z autentycznymi potrzebami konsumentów.

### **Wnioski**

Główny wniosek, jaki nasuwa się na myśl w tym momencie, jest taki, że prawdziwe ubezpieczenie zdrowotne przyczyniłoby się nie tylko do ogromnego zmniejszenia kosztów, jakie ponoszą przeciętni obywatele, lecz także przyniosłoby wiele korzyści posiadaczom polis. Plany ubezpieczeniowe oparte na normalnych zasadach skłaniałyby konsumentów do oszczędności i rozsądnego wyboru zakresu opieki zdrowotnej. Ponadto zniechęcałyby do nadmiernej konsumpcji, która sprawia, że w obecnym systemie przedpłaconym wielu osób po prostu nie stać na opiekę zdrowotną.

Krytycy prezentowanego tu poglądu zaoponują zapewne i stwierdzą, że to prywatne ubezpieczenie zdrowotne jest przykładem porażki rynku. Chodzi im bowiem o sytuację, kiedy to niepodlegające regulacjom firmy ubezpieczeniowe odmawiają sprzedania polisy osobom cierpiącym już na jakieś schorzenia. Ich zdaniem problemowi temu może zaradzić jedynie państwowy przymus. Stwierdzenia takie nie uwzględniają jednak tego, że tak naprawdę nikt nie jest w stanie przewidzieć dokładnie konkretnych rozwiązań, które powstałyby w ramach prawdziwego, rynkowego systemu ubezpieczeń zdrowotnych – szczególnie, że system funkcjonujący przed uchwaleniem Obamacare również był daleki od zasad wolnej konkurencji.

Jakie zatem cechy mógłby mieć taki wolnościowy system?

- Konsumentom miałaby możliwość wykupienia tańszych polis niezależnie od położenia geograficznego podmiotów oferujących je (chodzi tu przede wszystkim o możliwość wykupienia polisy od ubezpieczyciela działającego na terenie innego stanu).
- Konsumentom mogłoby wykupywać polisy katastroficzne (oparte na zasadach prawdziwego ubezpieczenia) i odkładać dzięki temu więcej na medycznych kontach oszczędnościowych o odroczonym opodatkowaniu, tak aby dysponować większą sumą na bieżącą opiekę.
- Konsumentom najprawdopodobniej mogłoby wykupić nieodwołalną, możliwą do przeniesienia na inną osobę polisę obejmującą wszystkie nieprzewidziane choroby przez całe życie ubezpieczonego.
- Konsumentom miałaby możliwość usunięcia z polisy pewnych kosztownych elementów, jak chiropraktyka czy opieka psychiatryczna, co pozwoliłoby im cieszyć się niższymi składkami.
- Prawo podatkowe nie skłaniałoby konsumentów, by ubezpieczali się pośrednio przez swojego pracodawcę.

A co z dziećmi, które rodzą się już z poważnymi chorobami? Otóż przyszli rodzice mogłoby wybrać odpowiedni rodzaj polisy obejmującej tego typu problemy jeszcze przed poczęciem. W przypadku rodziców, których geny predysponują potomstwo do takiej czy innej niepełnosprawności, rozwiązaniem byłoby zapewne ubezpieczeni z wyższej półki cenowej.

Oczywiście zawsze znajdą się osoby, które z różnych powodów nie mogą lub nie chcą się ubezpieczyć. Na szczęście nasze społeczeństwo nadal cechuje się ogromną chęcią niesienia pomocy innym, o czym świadczą tworzone w tym celu i rozwijane liczne instytucje.

Ponadto możemy być pewni, że w warunkach rynkowego systemu opieki zdrowotnej takie oddolne organizacje miałyby o wiele większe możliwości działania.

### **Lepsze wrogiem dobrego**

Czy proponowane tu rozwiązania są doskonałe? Bynajmniej. Doskonałość to nieosiągalny ideał. Jednak rozwiązania rynkowe zawsze pokazują jakościową wyższość nad rozwiązaniami państwowymi – zwłaszcza w perspektywie długookresowej. Obecnie możemy stwierdzić z całą pewnością, że jedyne, co przyniesie nam Obamacare to więcej bezkarnej biurokracji, niedoborów, racjonowania, zniechęconych lekarzy itp.

Niektórzy utrzymują, że przed Obamacare mieliśmy w pełni wolnorynkowy system ubezpieczeń zdrowotnych. Jest to jednak dalekie od prawdy – już od dekad był on dogłębnie przesiąknięty rządowymi restrykcjami. Oto kilka przykładów:

- Prawo zabraniało ubezpieczycielom sprzedaży polis klientom z innych stanów. W ten sposób państwo ograniczyło wybór, sztucznie zawyżyło ceny i zasadniczo doprowadziło do skartelizowania branży ubezpieczeń w poszczególnych stanach.
- Pracodawcom oferującym swoim pracownikom ubezpieczenie zdrowotne (ale już nie samochodowe) przysługiwało (i nadal przysługuje) czasowe zwolnienie z podatków. W ten sposób zniesiono bodziec ekonomiczny skłaniający tak ubezpieczonych do rozsądniejszego korzystania z opieki zdrowotnej, co przyczyniło się do wzrostu cen dla klientów indywidualnych. W dodatku ludzie nabrali obawy przed odejściem z konkretnej firmy, ponieważ wiązałoby się to z utratą ubezpieczenia.
- Regulacje stanowe uniemożliwiły ubezpieczycielom wyłączenie z polis określonych rodzajów ryzyka nawet w sytuacjach, w których byli ku temu skłonni.
- Wiele stanów zdelegalizowało dyskryminację cenową ze względu na stan zdrowia potencjalnego klienta.
- Prawo zabraniało pewnych form ubezpieczenia grupowego, które umożliwiłyby organizacjom takim jak kościoły czy stowarzyszenia obywatelskie podjęcie alternatywnej działalności ubezpieczeniowej.
- Systemy Medicaid i Medicare stanowiły połowę systemu opieki zdrowotnej.

To, że reforma Obamacare nie rozwiązała żadnego z tych problemów, jest oczywiste samo przez się.

Mimo iż wiele osób wzywa do wycofania Obamacare, mało kto domaga się wprowadzenia rozwiązania, które sprawdziłoby się na dłuższą metę, tj. całkowitego rozdziału państwa i opieki zdrowotnej. Konkretnie oznaczałoby to uchylenie wszelkich regulacji dotyczących ubezpieczeń, licencji medycznych, a ostatecznie zniesienie Medicare i Medicaid, które poważnie przyczyniają się do wciąż powiększającego się deficytu budżetowego państwa.

Niestety, wszelkie alternatywy, które mogłyby funkcjonować zgodnie z prawdziwymi zasadami ubezpieczenia zdrowotnego, są niezgodne z prawem. Tym samym każdy, kto zdecydowałby się podjąć taką działalność, ryzykowałby odsiadką.

### **Dziesięć zasad reformy systemu opieki zdrowotnej**



- Tylko konsumenci powinni decydować o tym, od czego się ubezpieczą. Rząd nie powinien im w tej kwestii niczego narzucać.
- Rząd nie powinien ingerować w umowy zawierane między ubezpieczycielami a ubezpieczającymi się (niezależnie od tego, czy są to osoby fizyczne czy prawne).
- Należy całkowicie znieść jakiegokolwiek regulacje dotyczące cen usług medycznych, a także uniemożliwić psucie rynku przez dostawców owych usług i ubezpieczycieli działających w porozumieniu z rządową biurokracją.
- Rząd nie powinien narzucać pracodawcom wymogu ubezpieczania swoich pracowników, ani nie traktować w sposób uprzywilejowany tej formy ubezpieczenia względem ubezpieczenia wykupionego przez klientów indywidualnych. Rozwiązania oferowane przez strony trzecie powinny być dobrowolne.
- Rząd nie powinien zmuszać ubezpieczycieli do sprzedaży polis wszystkim klientom po jednakowej cenie; takie działanie wypacza ideę ubezpieczenia.
- Dyskryminacja potencjalnych klientów ze względu na ich stan zdrowia nie powinna być uznawana za przestępstwo, lecz racjonalny element naliczania składek.
- Rząd nie powinien reglamentować dostępu do branży ubezpieczeniowej; podjęcie lub zakończenie takiej działalności powinno zależeć od stopnia konkurencyjności danego podmiotu.
- Rząd nie powinien zmuszać nikogo do płacenia za usługę, której dana osoba nie chce. A jeżeli ktoś twierdzi, że ubezpieczenie jest prawem człowieka – to za takie samo prawo należy uznać rezygnację z ubezpieczenia.
- Jeśli chcemy poważnie myśleć o naprawie systemu, nie możemy zapomnieć o bizantyjskim wręcz poziomie regulacji obciążających branżę farmaceutyczną. To konsumenci powinni decydować o funkcjonowaniu rynku. A skoro już o tym wspominamy – tak naprawdę cała branża medyczna powinna funkcjonować na zasadach wolnorynkowych.
- Należy znieść stuletni już system zdobywania kwalifikacji lekarskich, który tak bardzo ogranicza możliwość podjęcia tego zawodu. Rynek jest w stanie całkowicie zapewnić mechanizmy weryfikacji kwalifikacji i jakości (i nie zapominajmy przy tym, że jakość można definiować na różne sposoby).

Misją Foundation for Economic Education jest inspirowanie, edukowanie i tworzenie sieci przyszłych liderów w oparciu o ekonomiczne, etyczne i prawne zasady wolnego społeczeństwa.

Odwiedź nas w Internecie:

[FEE.org](http://FEE.org)

[Facebook.com/FEEonline](https://Facebook.com/FEEonline)

[@feonline](https://Twitter.com/FEEonline)

The Foundation for Economic Education

1819 Peachtree Road NE, Suite 300

Atlanta, GA 30309

Telefon: (404) 554-9980

Opublikowano na licencji Creative Commons Attribution 4.0 International License