

System ochrony zdrowia bez udziału państwa

10 czerwca 2017

Chociaż, współcześnie, istnienie publicznych systemów ochrony zdrowia wydaje się czymś oczywistym i nie podlegającym dyskusji, to bieżące i przyszłe problemy, przed jakimi te systemy stoją, należy uznać za główny powód toczącej się dyskusji co do możliwości poprawy ich funkcjonowania. Wśród wielu modeli publicznych systemów ochrony zdrowia w krajach Unii Europejskiej upowszechniły się głównie dwa: Bismarckowski oraz Beveridge'a[1]. Podział ten jest jednak umowny i sprowadza się do różnic w sposobie finansowania opieki medycznej. W pierwszym modelu głównym źródłem finansowania są składki ubezpieczeniowe, natomiast w drugim podatki. Dekady funkcjonowania publicznych systemów ochrony zdrowia w krajach europejskich spowodowały, że w ich społeczeństwach upowszechniło się myślenie o systemie ochrony zdrowia w kategoriach ubezpieczenia. Podobnie jest w Polsce, gdzie przeciętnemu Polakowi trudno sobie wyobrazić, że dostęp do usług medycznych może być trwale finansowany ze źródeł prywatnych i niekoniecznie w formie ubezpieczenia.

Utożsamianie dostępu do usług medycznych z posiadaniem ubezpieczenia jest jednym z powodów pojawiania się propozycji zmian kształtu systemu ochrony zdrowia w Polsce. Takie rozwiązania wdrożono na większą skalę między innymi w Holandii i Szwajcarii. Jednak implementacja prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w ramy publicznego systemu spowodowała szereg zmian w ich funkcjonowaniu i w efekcie upodobniła je do ubezpieczeń społecznych. Widać to chociażby po klasyfikacji źródeł wydatków na opiekę zdrowotną. OECD interpretuje finansowanie dostępu do usług medycznych w Holandii przez prywatnych ubezpieczycieli jako wydatki na opiekę społeczną (social security), które stanowią 80% wszystkich wydatków. Z kolei prywatne ubezpieczenia zdrowotne (private insurance)

odpowiadają za jedynie 6% takich wydatków. Podobnie jest w Szwajcarii, gdzie prywatne ubezpieczenia funkcjonujące w systemie bazowym również traktowane są jako forma opieki społecznej mająca 47% udziału w finansowaniu dostępu do usług medycznych (19% stanowią wydatki rządowe – general government). Natomiast prywatne ubezpieczenia zdrowotne podlegające mniejszym regulacjom mają jedynie 7% udziału[2]. Z tego powodu można mieć wątpliwości co do długoterminowej skuteczności stosowania takich rozwiązań. Prywatne ubezpieczenia zdrowotne funkcjonujące na zasadach i w ramach publicznych systemów jedynie powielają ich nieefektywność. Nie ma także podstaw do traktowania ich jako rozwiązania rynkowe jak to się czasami przedstawia.

Celem niniejszego opracowania jest zaprezentowanie możliwych rynkowych rozwiązań organizacji i finansowania systemu ochrony zdrowia bez udziału państwa. Za punkt wyjścia należy przyjąć instytucję ubezpieczenia, która przez wielu jest traktowana jako forma dostępu do usług medycznych. Już na początku należy zatem wskazać, że ubezpieczenie jest (a w zasadzie może być) nie tyle formą dostępu, co formą finansowania dostępu do takich usług. Jest to dosyć istotna różnica, a świadomość tego faktu pozwoli na lepsze zrozumienie i zaakceptowanie innych, alternatywnych rozwiązań. Dlatego największa uwaga zostanie poświęcona instytucji ubezpieczenia w celu zrozumienia zasad jej funkcjonowania oraz poznania ograniczeń w zaspokajaniu potrzeb zdrowotnych społeczeństwa.

UBEZPIECZENIE JAKO INSTYTUCJA RYNKOWA

Pomimo funkcjonowania publicznych systemów zdrowotnych czy szerzej systemu ubezpieczeń społecznych w Europie i na świecie należy podkreślić, że instytucja ubezpieczenia powstała i rozwinęła się w warunkach rynkowych. Chociaż często w literaturze przedmiotu podaje się jako przykłady pierwszych ubezpieczeń umowy pomiędzy kupcami, którzy umawiali się na wspólne pokrywanie szkód wynikłych na skutek rozbicia się lub rabunku statków[3], to działania takie miały bardziej formę

zakładu niż prawdziwego ubezpieczenia. Rozwój rynku ubezpieczeń, jaki znamy dzisiaj, jest nieodłącznie związany z rozwojem matematyki, który umożliwił przedstawienie prawdopodobieństwa za pomocą symboli matematycznych, czyli rachunku prawdopodobieństwa. Ułatwia to ubezpieczycielom dokonanie kalkulacji ekonomicznej i prowadzenie działalności ubezpieczeniowej. Należy zaznaczyć, że kalkulacja ekonomiczna jest głównym narzędziem planowania i działania w warunkach społeczeństwa wolnej przedsiębiorczości kierowanej oraz kontrolowanej przez rynek i jego ceny. Pojawiła się w tym systemie i była stopniowo ulepszana wraz z udoskonalaniem mechanizmu rynkowego oraz powiększaniem ilości rzeczy, które obejmuje sprzedaż za pieniądze. To właśnie kalkulacja ekonomiczna zdecydowała o tym, że mierzenie i obliczanie decydują i odgrywają taką rolę w naszej cywilizacji opartej na ilości i liczeniu[4].

Drugim istotnym warunkiem niezbędnym dla powstania instytucji ubezpieczenia jest jego grupowy charakter. Ubezpieczenie, zarówno w formie komercyjnej, jak i oparte na zasadzie wzajemności, wymaga, żeby obejmowało całą klasę lub grupę osób, którą można za taką klasę uznać[5]. Przykładowo, nawet jeśli ubezpieczyciel dysponuje dokładnymi danymi na temat umieralności danej populacji (np. liczącej milion osób), ale chętna do ubezpieczenia będzie tylko jedna osoba, wówczas umowa taka będzie miała bardziej formę hazardu niż ubezpieczenia. Można także zauważyć, że dla pozostałych osób brak ubezpieczenia wcale nie musi stanowić problemu. Mogą one podjąć inne kroki w celu zabezpieczenia finansowego swojej rodziny na skutek ich śmierci np. zwiększając oszczędności. Ubezpieczenia nie należy zatem traktować jako jedynej formy zabezpieczenia finansowego na wypadek wystąpienia określonych zdarzeń. Trzeba także zwrócić uwagę na fakt, że chociaż nie można wprowadzić przewidzieć daty śmierci konkretnej osoby, to aktuariusze potrafią obliczyć ze zdumiewającą precyzją (...) prawdopodobną średnią życia dużych grup jednostek[6].

Pomimo że możliwe jest oszacowanie średniej długości życia danej populacji, nie oznacza to, że każda jednostka, o której można powiedzieć, że należy do grupy, dla której średnia przewidywana długość życia wynosi przykładowo 70 lat, będzie żyła dokładnie 70 lat. Oznacza to, że ubezpieczyciel, ustalając wysokość składki ubezpieczeniowej dla potencjalnego ubezpieczonego, musi przeanalizować więcej danych (np. wagę, wykonywany zawód, występowanie chorób przewlekłych), aby móc ustalić składkę na odpowiednim poziomie lub w ogóle objąć taką osobę ochroną ubezpieczeniową. Warto nadmienić, że w ubezpieczeniach komercyjnych obowiązuje tak zwana zasada sprawiedliwości – składka należna jest opłacana proporcjonalnie do własnego ryzyka[7]. Jednak stwierdzenie „własne ryzyko” nie oznacza, że ubezpieczyciel jest w stanie oszacować dokładną liczbę lat, jaką przeżyje dana jednostka, i na tej podstawie ustalić wysokość składki, tylko zakwalifikowanie jej do określonej grupy ryzyka. Możemy wyróżnić dwie kategorie ryzyk ubezpieczeniowych: ryzyka standardowe, które w ocenie ubezpieczyciela nie powodują wyższej składki, oraz ryzyka substandardowe oznaczające podwyższoną składkę[8]. Należy zaznaczyć, że to, jakie czynniki będą powodowały wyższą składkę bądź nie, zależy od konkretnego ubezpieczyciela i nie występuje tutaj jeden ogólny wzorzec interpretacji i klasyfikacji danych ryzyk jako standardowych lub substandardowych. Przykładowo, jeden ubezpieczyciel może uznać, że palenie ponad trzech papierosów dziennie powoduje wyższą składkę o 20%, natomiast inny ubezpieczyciel może stosować wyższą składkę dopiero od piątego papierosa.

Warto pamiętać, że takie działania towarzystw ubezpieczeniowych wynikają z stosowania zasady sprawiedliwości oraz chęci ograniczenia tak zwanej pokusy nadużycia (moral hazard) oznaczającej sytuację, w której osoby ubezpieczone są skłonne do zachowań bardziej ryzykownych niż osoby nieubezpieczone, wiedząc, że to ubezpieczyciel poniesie koszty ich ryzykownych zachowań[9]. Co więcej, wskazuje się, że

problem pokusy nadużycia występuje we wszystkich rodzajach ubezpieczenia i stanowi coraz większe zagrożenie dla całego obrotu ubezpieczeniowego. Na przykład szacuje się, że w Stanach Zjednoczonych aż 20% pożarów ubezpieczonych budynków, to wynik podpaień w celu wyłudzenia odszkodowania ubezpieczeniowego[10]. W sensie ekonomicznym zjawisko pokusy nadużycia powoduje nie tylko straty u ubezpieczycieli, ale także wśród uczciwych klientów. Dzieje się tak z powodu podwyższania składek przez ubezpieczycieli, co jest reakcją na większą liczbę wypłacanych odszkodowań. Ograniczenia i wyłączenia przez nich stosowane są więc pewną formą ochrony interesu pozostałych ubezpieczonych i tym samym ich własnej działalności.

UBEZPIECZENIE A KONSUMPCJA

W przypadku ubezpieczeń zdrowotnych można wyróżnić jeszcze jedno niepożądane zjawisko zwane spiralą śmierci. Aby je wyjaśnić, należy w pierwszej kolejności zrozumieć proces kształtowania się cen rynkowych, w tym cen produktów ubezpieczeniowych. Cenę rynkową można definiować jako relację dobrowolnej wymiany dwóch dóbr, z których jedno jest pieniądzem. Sam akt wymiany między dwiema stronami jest dokonywany ze względu na fakt, że każda ze stron dobrowolnej transakcji odwrotnie wartościuje dobra lub usługi będące jej przedmiotem[11]. Wartość jest nadawana konkretnym dobrom przez uczestników wymiany i ma charakter subiektywny oraz niemierzalny. Można założyć, że im bardziej dane dobro jest pożądane przez daną osobę, tym wyższą cenę może ona za nie zapłacić. Ceny nie należy jednak traktować jako miernika wartości, stanowi ona bowiem jedynie informację na temat dokonanej transakcji w przeszłości. Co warte podkreślenia, o cenie nie decydują koszty wytworzenia danego dobra. Koszty nie wpływają na ceny. To cena wpływa na koszty. Dobra produkcyjne uzyskują wartość (i cenę) tylko dlatego, że służą do produkcji dóbr finalnych (konsumpcyjnych), które są pożądane przez konsumentów. Przedsiębiorcy starają się zatrudniać

poszczególne czynniki produkcji i tym samym ponosić koszty tylko dlatego, że konsument kupi ich produkty po odpowiedniej cenie, to znaczy po cenie umożliwiającej przedsiębiorcom pokrycie kosztów oraz osiągnięcie zakładanego zysku – ostatecznego celu ich działalności. Można zatem stwierdzić, że ceny dóbr konsumpcyjnych są pochodną preferencji konsumentów, którzy gotowi są je zakupić[12].

Proces ten ma swój szczególny wymiar w przypadku ubezpieczeń zdrowotnych. Jak już wspomniano wcześniej, jednym z warunków powstania ubezpieczenia jest jego grupowy charakter. Im większa jest grupa ubezpieczonych, tym łatwiej przewidzieć potencjalną liczbę zdarzeń ubezpieczeniowych (chorób i wypadków). Jednak składki, jakie opłacają poszczególni ubezpieczeni, nie muszą i zazwyczaj nie są sobie równe, jak ma to miejsce w przypadku publicznego systemu ochrony zdrowia. Nie należy zatem oczekiwać, że wysokość składki dla osoby młodej i zdrowej będzie taka sama jak w przypadku kogoś starszego i chorego. Wynika to w głównej mierze z faktu, że osoby młode statystycznie nie chorują tak często jak starsi ubezpieczeni. Zatem skoro prawdopodobieństwo ich zachorowania, a więc konsumpcji ubezpieczenia i usług medycznych, jest relatywnie niskie, to nie ma powodu, aby płacili oni więcej niż są w stanie skonsumentować. Ponadto, gdyby ubezpieczyciel postąpił inaczej i podwyższył składki, musiałby się liczyć z odejściem części klientów. Sytuacja taka sprawiłaby, że w portfelu ubezpieczyciela zostałoby więcej ryzyk substandardowych, a więc o wyższym prawdopodobieństwie wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego. Pojawienie się dysproporcji pomiędzy ryzykami standardowymi a substandardowymi (co jest skutkiem wcześniejszej decyzji ubezpieczyciela o podwyższeniu składek części ubezpieczonych) powoduje, że rośnie udział kosztów, ponieważ brakuje części wpływów ze składek ubezpieczonych, którzy odeszli. Taka sytuacja zmusza ubezpieczyciela do ponownego podwyższenia składek w celu pokrycia części kosztów. Jednak ponowna podwyżka składek powoduje odejście kolejnych ubezpieczonych i

sytuacja się powtarza. Ta prawidłowość określana jest właśnie mianem spirali śmierci. Zazwyczaj ubezpieczyciel szybko orientuje się, że popełnił błąd i przywraca poprzednie wysokości składek.

Sytuacja wygląda jednak inaczej, gdy państwowe regulacje nakazują ubezpieczycielom na podejmowanie działań, których w warunkach rynkowych nawet by nie rozważali. Do takich regulacji możemy zaliczyć np. obowiązek przyjmowania do ubezpieczenia osób z wcześniej występującymi chorobami lub zakaz różnicowania składek w oparciu o płeć. Sytuacja taka miała miejsce wraz z wejściem w życie w 2014 r. Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA) w Stanach Zjednoczonych znanego powszechnie również jako Obamacare[13]. Założeniem reformy miało być umożliwienie dostępu do usług medycznych osobom ubogim, jednak skutki wprowadzonych zmian są całkowicie odwrotne od założeń. Obowiązek przyjmowania wszystkich do ubezpieczenia spowodował wzrost kosztów, co przełożyło się na wyższą składkę nawet o ponad 50%[14] i nie jest to koniec planowanych podwyżek. Część Amerykanów uznała, że płacone składki są dla nich zbyt wysokie[15] i zrezygnowała z ubezpieczenia pomimo wzrostu wysokości kar pieniężnych za jego nie posiadanie[16]. Sytuacja taka nie powinna dziwić, zwłaszcza, że zanim pojawiła się reforma PPACA, w Stanach Zjednoczonych zaledwie 10% ludności konsumowało prawie 75% wydatków zdrowotnych. Z kolei osoby najbardziej tego potrzebujące, stanowiące 2% ludności, ogółem wykorzystują aż 41% wydatków zdrowotnych[17]. Podobnie jest w Polsce, gdzie dane Narodowego Funduszu Zdrowia dotyczące rozkładu wydawania środków pokazują, że 5 proc. ubezpieczonych konsumuje prawie 60 proc. dostępnych środków, a tylko 75 proc. ubezpieczonych w ogóle korzysta realnie ze świadczeń[18].

Innym niekorzystnym skutkiem wprowadzenia PPACA jest wzrost zadłużenia Stanów Zjednoczonych. Szacuje się, że przez najbliższe dziesięć lat z samego tytułu PPACA dług publiczny powiększy się o około 1,4 biliona dolarów[19], a jego poziom z

2015 r. to ponad 18 bilionów dolarów co odpowiada 102,6% PKB[20].

Na tej podstawie należy stwierdzić, że ubezpieczenie zdrowotne jest specyficzną formą konsumpcji usług medycznych, a w zasadzie pewną (ale nie jedyną) formą jej finansowania. Przykładowo, jeśli grupa tysięcy osób posiada ubezpieczenie na wypadek pewnej choroby, której prawdopodobieństwo wystąpienia wynosi 0,1%, a więc jedna osoba na tysiąc (ale nie wiadomo która konkretnie) może na nią zachorować, można wówczas założyć, że składka ustalona byłaby na relatywnie niskim poziomie. Chociaż technicznie ubezpieczonych jest tysiąc osób to jednak z ekonomicznego punktu widzenia jest to już tylko jedna osoba. Gdyby chorować zaczęło kilka lub kilkanaście osób, ubezpieczyciel przykładowo mógłby podnieść składki lub ograniczyć zakres ubezpieczenia. Podobna sytuacja miałaby miejsce, jeśli do takiego ubezpieczenia przystąpiłaby osoba już chora. Powyższe dane wskazują, że nawet niewielka grupa ubezpieczonych jest w stanie wygenerować większość kosztów, których pozostała część wcale nie musi zaakceptować. W skrajnych przypadkach może się to skończyć wystąpieniem spirali śmierci.

Zamiast więc tworzyć nieskuteczne programy ubezpieczeniowe obiecujące społeczeństwu uwolnienie go od widma wielkich wydatków zdrowotnych, należy zrozumieć, że kiedy ludzie zaczynają konsumować usługi medyczne, to mimo iż zgromadzonych środków wystarcza dla relatywnie niewielkiej (choć bardzo potrzebującej) grupy osób, odbywa się to kosztem pozostałej części społeczeństwa (także potrzebującego dostępu do usług medycznych) i w dłuższym terminie ma niekorzystne społeczno-ekonomiczne konsekwencje. Trudno w takim wypadku mówić o zachowaniu optimum pareto. System ochrony zdrowia może zostać zorganizowany inaczej.

RYNEK JAKO ORGANIZATOR SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA

Państwowy interwencjonizm w systemie ochrony zdrowia należy

uznać za główną barierę dla rozwoju alternatywnych form finansowania dostępu do usług medycznych. Rynek w przeciwieństwie do publicznego systemu nie wykreowałby tylko jednej instytucji zaspokajającej potrzeby zdrowotne społeczeństwa, lecz doprowadziłby do rozwoju wielu rozwiązań w tym zakresie np. ubezpieczeń zdrowotnych (indywidualnych i grupowych), abonamentów medycznych, płatności bezpośrednich, towarzystw ubezpieczeń wzajemnych czy działalności charytatywnej, rozwiązania być może najbardziej niedocenianego i mającego ogromny potencjał rozwoju.

Rynek charakteryzuje się rozwojem przedsiębiorczości, która odpowiada za odkrywanie możliwości nowych i lepszych metod zaspokajania potrzeb społeczeństwa. Nawet częściowe zniesienie ograniczeń fiskalnych i prawnych dla przedsiębiorczości spowodowałoby jej dynamiczny rozwój. Z drugiej strony, jak wskazuje J. Huerta De Soto: „jeśli z jakiegokolwiek powodu ogranicza się lub zamyka możliwości podejmowania przedsiębiorczych działań w jakimś obszarze życia społecznego (stosując prawne albo instytucjonalne restrykcje), to ludzie nie będą nawet wyobrażać sobie możliwości osiągnięcia jakichkolwiek celów w tym obszarze. Nieosiągalny cel nie będzie działał jako bodziec i w związku z tym działający podmiot nie będzie odbierał ani szukał żadnych praktycznych informacji związanych z osiągnięciem celu. Co więcej, ludzie działający w tych warunkach nie będą świadomi ogromnej wartości i wielkiej liczby celów, które nie zostaną osiągnięte wskutek zastosowania instytucjonalnych restrykcji”[21].

Ponadto to konkretna jednostka jest podmiotem posiadającym największą wiedzę o swoich potrzebach i dlatego należy jej umożliwić ich zaspokajanie według jego własnego uznania. Prawa do opieki zdrowotnej nie należy także interpretować jako obowiązku zaspokajania każdej potrzeby jednostki przez innych, ale jako prawo danej osoby do podjęcia działań niezbędnych do zaspokojenia jego potrzeb zdrowotnych, co na rynku sprowadza się do zakupu odpowiednich usług od chętnych dostawców[22].

Sytuacja taka oznacza zatem, że każda osoba powinna na własny rachunek wybrać i opłacać najbardziej dla niej odpowiedni system obsługi medycznej, porównując ekonomiczne koszty każdej możliwości i podejmując decyzję zgodnie z jej osobistymi okolicznościami i szacunkami[23].

Należy zaznaczyć raz jeszcze, że ubezpieczenie jest specyficzną formą (finansowania) konsumpcji usług medycznych, ale ubezpieczenia społeczne funkcjonują na innych zasadach niż ubezpieczenia komercyjne. W przypadku rynkowego systemu ochrony zdrowia środków na opiekę medyczną nie będzie brakować, można założyć, że będzie ich w zasadzie tyle samo ile jest teraz, zmieni się jednak sposób ich wydatkowania. Nie jest także prawdziwe stwierdzenie, że najbiedniejszych nie będzie stać na podstawową opiekę medyczną. Wręcz przeciwnie, z jednej strony będą oni dysponowali większą ilością środków, ze względu na niższe podatki, a konkurencja pomiędzy przedsiębiorcami o klienta spowoduje spadek cen[24]. Z drugiej strony pozostała część społeczeństwa będzie dysponowała jeszcze większymi środkami niż obecnie, co pozytywnie wpłynie na rozwój między innymi działalności charytatywnej, która cieszy się stale rosnącą popularnością, a zwłaszcza internetowe serwisy organizujące zbiórki na kosztowne leczenie za granicą. Powołując się na M. N. Rothbarda można zatem stwierdzić, że „istnieje już dobrze znana instytucja, która w każdym wolnym społeczeństwie jest dostarczycielką powszechnego dostępu do wszelkich możliwych dóbr i usług – i to nie tylko edukacji, odżywiania czy ochrony zdrowia. Tą instytucją nie jest bon edukacyjny czy Clintonowski dowód osobisty, lecz coś co nazywamy dolarem. Nie dość, że dolary zapewniają uniwersalny dostęp do wszystkich dóbr i usług, to jeszcze czynią to ograniczając się wyłącznie do wypełniania woli swoich dysponentów. Każdy inny środek – bon, karta zdrowotna czy kartki żywnościowe – jest przymusem, despotycznie pozbawiającym podatników pieniędzy w nieskuteczny, egalitarystyczny sposób”[25].

Na zakończenie należy wskazać, że rynek nie jest instytucją, która wyzyskuje niewinnych ludzi w celu osiągnięcia zysku, a rolą państwa jest ograniczanie jego zapędów. Rynek to codzienne akty dobrowolnej wymiany pomiędzy ludźmi dokonywane w celu zaspokajania ich potrzeb. Rynek to ludzie, którzy go tworzą. Ograniczanie rynku to nic innego jak ograniczanie dążeń ludzi do poprawy swojego bytu. Co więcej warto zaznaczyć, że rynku nie należy utożsamiać z instytucją, która jest w stanie w idealny sposób zaspokajać potrzeby człowieka. Jak twierdzi S. Ikeda „idealny system gospodarczy to nie ten, w którym nikt nigdy nie popełnia błędów, ale ten, w którym popełniane przez ludzi pomyłki są naprawiane najefektywniej, jak to tylko możliwe. Konkurencja na wolnym rynku pozwala ocenić, czy koszty są zbyt duże, czy zbyt małe, wypatrywać okazji do obniżenia cen lub zwiększenia zysków, a także zrezygnować z nowej metody konsumpcji lub produkcji. Wolny rynek nie jest idealny, dlatego że zawsze działa perfekcyjnie, ale dlatego, że lepiej niż jakikolwiek znany system koryguje popełniane błędy”[26].

WNIOSKI

Rynkowy system ochrony zdrowia nie tworzy nadrzędnych instytucji zapewniających dostęp do usług medycznych, do których swoje działania muszą dostosować jednostki. To kształt i funkcjonowanie rozwiązań rynkowych jest determinowane przez decyzje pojedynczych członków społeczeństwa w zakresie ich zdrowia. Cechą charakterystyczną dla rozwiązań rynkowych jest to, że nawet najbardziej egoistyczne jednostki mogą zrealizować swoje cele jedynie poprzez współpracę społeczną. Dostarczanie dóbr i usług najbardziej pożądanых przez konsumentów jest głównym warunkiem osiągnięcia zysku. Nie ma innej możliwości. Z kolei ograniczone możliwości rozwiązań ubezpieczeniowych skłaniają do bardziej racjonalnych zachowań, np. do prowadzenia zdrowego trybu życia itp.

Co więcej taki system wymaga ograniczenia działalności państwa nie tylko w sferze ochrony zdrowia, ale także w pozostałych

obszarach. Trudno bowiem zakładać rozwój prywatnego systemu ochrony zdrowia, jeśli państwo planuje zwiększyć podatki, np. w celu realizacji ambitnego programu „inwestycyjnego” budowy dróg. Nie można mówić o rynkowym systemie ochrony zdrowia bez gospodarki rynkowej wolnej od państwowych interwencji. Prywatne oszczędności i akumulacja kapitału są podstawowym warunkiem rozwoju gospodarczego i dobrobytu przyszłych pokoleń. Rosnąca wydajność pracy i nowe rozwiązania technologiczne przyczyniają się także do rozwoju medycyny. Poprawia się także sytuacja najbardziej potrzebujących. Rynkowe rozwiązania poprawiają ich sytuację poprzez dostarczanie większej ilości tańszych i jakościowych dóbr. Ponadto jak wskazuje L. von Mises: „możemy całkowicie zgodzić się z zasadami etycznymi, które głoszą, że obowiązkiem człowieka jest niesienie pomocy potrzebującym bliźnim, których natura skazała na cierpienie. Jednak uznając ten obowiązek, nie odpowiadamy na pytanie o to, w jaki sposób powinniśmy go wypełniać. Obowiązek ten nie jest równoznaczny z koniecznością zastosowania metod, które zagrażałyby społeczeństwu i osłabiały produktywność ludzkiego wysiłku. Zmniejszenie ilości odstępnych dóbr nie przyniosłoby korzyści ani sprawnym fizycznie, ani niezdolnym do pracy”[27].

Autorstwo: Łukasz Jasiński

Źródła: „Eryda” nr 1 (3) 2016, Mises.pl

PRZYPISY

[1] L. von Mises, „Ludzkie działanie...”, dz. cyt., s. 708.

[1] J. Monkiewicz, „Prywatne ubezpieczenia zdrowotne w Unii Europejskiej”, [w:] „Ubezpieczenia w Unii Europejskiej”, red. J. Monkiewicz, Poltext, Warszawa 2002, s. 388.

[2] „Health at a Glance 2015: OECD indicators”, OECD Publishing, Paris 2015, s. 171.

[3] R. Gwiazdowski, „Emerytalna katastrofa. I jak się chronić przed jej skutkami”, Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań 2012, s.

28.

[4] L. von Mises, „Ludzkie Działanie. Traktat o ekonomii”, przeł. W. Falkowski, Instytut Ludwiga von Misesa, Warszawa 2011, s. 199.

[5] Tamże, s. 93.

[6] N. Ferguson, „Potęga pieniądza”, przeł. T. Kunz, Wydawnictwo Literackie, Kraków 2010, s. 199.

[7] Z. Guzeł, „Organizacja i uczestnicy procesu oceny ryzyka”, [w:] „Medycyna ubezpieczeniowa. Underwriting. Orzecznictwo. Ubezpieczenia zdrowotne”, red. Z. Guzeł, D. M. Fał, A. Lipki, Poltext, Warszawa 2013, s. 99.

[8] A. Lipka, „Zasady oceny ryzyka w ubezpieczeniach na życie”, [w:] „Medycyna ubezpieczeniowa. Underwriting. Orzecznictwo. Ubezpieczenia zdrowotne”, red. Z. Guzeł, D. M. Fał, A. Lipka, Poltext, Warszawa 2013, s. 117.

[9] P. Jaworski, J. Micał, „Pojęcie ubezpieczenia i podstawowa terminologia”, [w:] „Ubezpieczenia”, red. M. Iwanicz-Drozdowska, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2013, s. 24.

[10] E. Kowalewski, „Ryzyko w działalności człowieka i możliwości jego ograniczenia”, [w:] „Ubezpieczenia gospodarcze”, red. T. Sangowski, Poltext, Warszawa 1998, s. 24.

[11] R. Wojtyszyn, „Interwencja binarna jako przykład państwowego etatyzmu w gospodarce”, „Wrocław Economic Review” nr 2(20) 2014, s. 26.

[12] M. Machaj, „Kapitalizm, socjalizm i prawa własności”, Instytut Ludwiga von Misesa, Warszawa 2013, s. 109.

[13] Zob. R. P. Murphy, „The economics of Obamacare”, www.mises.org/library/economics-obamacare, (dostęp 26.04.2016)

r.).

[14] R. Laszewski, „Why are the 2016 Obamacare rate increases so large?”, www.forbes.com/sites/realspin/2015/06/10/why-are-the-2016-obamacare-rate-increases-so-large/#28682a67194b, (dostęp 26.04.2016 r.).

[15] Można zatem stwierdzić, że dla ryzyk standardowych (osoby młode) składki zostały zawyżone, a dla ryzyk substandardowych, wysokość składek została zaniżona poniżej ich rynkowego poziomu. Sytuacja taka doprowadziła naturalnie do zwiększonego popytu na takie ubezpieczenia ze strony osób starszych i vice versa, popyt wśród osób młodszych zmalał.

[16] Kara za nieposiadanie ubezpieczenia wynosiła w 2014 r. 95 USD, natomiast w 2016 r. jej wysokość wzrosła już do 695 USD co można interpretować jako pewną formę paniki władz federalnych chcących za wszelką cenę nie dopuścić do rezygnacji z ubezpieczenia kolejnych osób. Sytuacja taka ma miejsce ponieważ przed wejściem Obamacare w Stanach Zjednoczonych nie istniał obowiązek posiadania ubezpieczenia i trudno jest to przyzwyczajanie milionów Amerykanów znieść za pomocą aktu prawnego.

[17] J. C. Goodman, G. L. Musgrave, D. M. Herrick, „Jak uzdrowić służbę zdrowia? Raport o światowych systemach opieki zdrowotnej”, przeł. K. Węgrzecki, Fijorr Publishing Company, Warszawa 2008, s. 276.

[18] D. M. Fał, „Korzyści z rozwoju rynku dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce”, „Wiadomości Ubezpieczeniowe. Dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne – efektywny system na tle doświadczeń europejskich” nr 4/2013, s. 48.

[19] D. J. Mitchell, „How Obamacare is Destroying Healthcare Access”, www.fee.org/articles/obamacare-strikes-out-on-affordability-savings-coverage/, (dostęp 26.04.2016 r.).

[20] M. Patton, „National debt tops \$18 trillion: guess how much you owe?”, www.forbes.com/sites/mikepatton/2015/04/24/national-debt-tops-18-trillion-guess-how-much-you-owe/#1cced1ae5ebd, (dostęp 26.04.2016 r.).

[21] J. Huerta De Soto, „Socjalizm, rachunek ekonomiczny i funkcja przedsiębiorcza”, przeł. W. Rybicki, Instytut Ludwiga von Misesa, Warszawa 2011, s. 44.

[22] G. Reisman, „The real right to medical care versus socialized medicine”, www.mises.org/library/real-right-medical-care-versus-socialized-medicine, (dostęp 27.04.2016 r.).

[23] J. Huerta De Soto, „Sprawiedliwość a efektywność”, przeł. K. Śledziński, Fijorr Publishing Company, Warszawa 2010, s. 265.

[24] Zadziwiające są twierdzenia o wysokich cenach jakie należy płacić na rynku skoro sam system ubezpieczeń społecznych generuje dla ubezpieczonych duże obciążenia fiskalne. Przykładowo osoba pracująca na podstawie umowy o pracę i zarabiająca miesięcznie 2000 zł. netto łącznie co miesiąc odprowadza 1336 zł (rocznie 16 031 zł.) w postaci podatku dochodowego od osób fizycznych, składki na ubezpieczenie zdrowotne oraz składek na ubezpieczenia społeczne. Na rynku każda osoba mogłaby swobodnie decydować ile środków przeznaczyć na konsumpcję, oszczędzanie i opiekę medyczną. Zob. www.sprawdzpodatki.pl/ (dostęp 27.04.2016 r.).

[25] M. N. Rothbard, „Ekonomiczny punkt widzenia”, przeł. J. Lewiński, M. Zieliński, Instytut Ludwiga von Misesa, Wrocław 2015, s. 115.

[26] S. Ikeda, „Siedem kłamstw o wolnym rynku”, www.mises.pl/blog/2013/12/17/ikeda-siedem-klamstw-o-wolnym-ryнку/ (dostęp 27.04.2016 r.).

[27] L. von Mises, „Ludzkie działanie...”, dz. cyt., s. 708.