

Upaństwowiona służba zdrowia a prawa ekonomii

Autor: Thomas DiLorenzo

Źródło: mises.org

Tłumaczenie: Łukasz Buczek

Pierwszym krokiem rządu do stworzenia monopolu państwowej służby zdrowia jest ustanowienie prawa, które wyeliminuje z rynku prywatne firmy ubezpieczeniowe. W tym celu obciąża się ubezpieczycieli dodatkowymi kosztami i podatkami, tworząc jednocześnie system rządowych ubezpieczeń zdrowotnych, mający rzekomo konkurować z prywatnymi podmiotami. Oczekiwanym rezultatem tych działań jest wielki państwowy monopolista, który, tak jak wszystkie państwowe molochy, będzie funkcjonował z efektywnością urzędu pocztowego oraz z wdziękiem i wyrozumiałością urzędu podatkowego.



Oczywiście, trudno jest konkurować z rywalem, którego kapitał i koszty operacyjne pokrywają podatnicy. Kiedykolwiek rząd ma „konkurować” z prywatnym sektorem, upewnia się wpierw, że będzie to walka nieuczciwa. Narzuca nowe podatki i regulacje, które jego samego jednak nie dotyczą. Właśnie dlatego wspierane przez rząd instytucje Fannie Mae i Freddie Mac przez lata notowały tak wielkie zyski. Z tego samego powodu tak wiele fatalnie prosperujących szkół publicznych nie upadło pomimo ewidentnej porażki w edukacji dzieci.

Przyszłość amerykańskiej służby zdrowia?

Kilka lat temu Milton Friedman, laureat nagrody Nobla w dziedzinie ekonomii, zbadał historię podaży służby zdrowia w Ameryce. W badaniu z 1992 roku, opublikowanym przez Instytut Hoovera pod tytułem „Nakłady a wydajność w służbie zdrowia”, Friedman zauważa, że w 1910 roku 56 procent szpitali w

Ameryce było nastawionych na zysk i znajdowało się w prywatnych rękach. Po 60 latach subsydiowania państwowych szpitali, liczba ta spadła do 10 procent. Trwało to całe dziesięciolecie, ale już we wczesnych latach 90-tych rząd kontrolował prawie całą branżę szpitalną. Działalność niewielkiej liczby ocalałych prywatnych szpitali jest nadzwyczaj ściśle regulowana przez federalne, stanowe i lokalne rządy. Wiele (być może nawet większość) decyzji podejmowanych przez administratorów tych placówek musi być zgodna z wymogami legislatorów, a nie z wymaganiami płacących za usługi pacjentów. A przecież zysk jest konieczny prywatnym szpitalom, aby móc zapewniać środki na ochronę zdrowia.

Głównym wnioskiem Friedmana było stwierdzenie, że tak jak we wszystkich biurokratycznych systemach, rządowa kontrola służby zdrowia doprowadziła do sytuacji, w której wzrost „nakładów” na sprzęt, infrastrukturę i wynagrodzenia personelu prowadzi do *obniżenia* „wydajności”, czyli dostępności udzielanej opieki zdrowotnej. Na przykład, podczas gdy wydatki na medycynę w latach 1965—1989 wzrosły o 224 procent, liczba łóżek szpitalnych w przeliczeniu na 1000 osób *spadła* o 44 procent, zaś liczba zajętych łóżek zmniejszyła się o 15 procent. Co więcej, w czasach tej prawie całkowitej dominacji rządu w branży szpitalnej (1944—1989), koszty dziennego pobytu pacjenta w szpitalu wzrosły, uwzględniając inflację, 24 razy.

Im więcej pieniędzy wydawano na państwową służbę zdrowia, tym gorzej zapewniała opiekę zdrowotną. Tego typu rezultaty są cechą charakterystyczną *każdej* rządowej biurokracji, ze względu na brak jakiegokolwiek rynkowego mechanizmu zwrotnego. Ponieważ rząd z definicji nie generuje zysków, nie ma ani mechanizmów nagradzania za efektywność, ani karania za jej brak. W rzeczywistości we wszystkich państwowych przedsiębiorstwach jest dokładnie na odwrót: zła efektywność (niezdolność do osiągnięcia rzekomych celów lub zaspokojenia potrzeb „klientów”) zazwyczaj jest *nagradzana zwiększeniem budżetu*. Niepowodzenia w edukowaniu dzieci prowadzą do zwiększenia puli pieniędzy dla szkół publicznych. Porażka w redukcji ubóstwa prowadzi do jeszcze większych nakładów na systemy świadczeń socjalnych. To samo z całą pewnością stanie się w przypadku upaństwowionej służby zdrowia.

Kiedykolwiek rząd ingeruje w rynek, koszty rosną. Politycy jednak notorycznie na ten temat kłamią. W 1970 roku rząd przewidywał, że ubezpieczenie szpitalne (HI), jako część programu Medicare, będzie kosztowało

„zaledwie” 2.9 mld dolarów rocznie. W rzeczywistości pochłonęło 5.3 mld dolarów, co było niedoszacowaniem na poziomie 79 procent. W roku 1980 rząd prognozował koszty ubezpieczenia szpitalnego na 5.5 mld dolarów rocznie, a wyniosły one ponad cztery razy więcej — 25.6 mld dolarów. Eksplozja kosztów biurokracji spowodowała decyzje rządu o ustanowieniu dwudziestu trzech nowych podatków w przeciągu pierwszych 30 lat istnienia Medicare¹. Deklaracje administracji Obamy, że rządowe przejęcie całej służby zdrowia magicznie *obniży* koszty, nie mogą być traktowane poważnie. Rząd jeszcze nigdy nie zredukował kosztów czegokolwiek.

Wszelkiego rodzaju państwowe monopole w służbie zdrowia, niezależnie czy w Kanadzie, Wielkiej Brytanii czy na Kubie, doświadczają eksplozji zarówno kosztów, jak i popytu — ponieważ świadczą usługi „za darmo”. Oczywiście państwowa służba zdrowia nie jest darmowa. Jej prawdziwy koszt jest ukryty w podatkach.

Jeśli coś postrzegane jest jako darmowe, zapotrzebowanie na to rośnie. Służba zdrowia nie jest wyjątkiem od tej reguły. Jednocześnie partaczący robotę biurokraci gwarantują nieefektywność pogłębiającą się z roku na rok. Kiedy ceny wymkną się spod kontroli i zaczną zawstydzają tych, którzy obiecywali darmową służbę zdrowia, politycy zrobią to, co wszystkie rządy zawsze robiły, czyli narzucą kontrolę cen, najpewniej pod nośnym eufemizmem, takim jak „całościowa kontrola budżetu”.

Kontrolę cen, utrzymując je poniżej wysokości oczyszczającej rynek (gdzie popyt i podaż równoważą się), sztucznie stymulują zapotrzebowanie, a ponieważ jednocześnie dostarczanie usług i dóbr staje się mniej opłacalne, ich podaż spada. Rezultatem wzrostu popytu i spadku podaży są niedobory. Konieczne staje się nierynkowe racjonowanie. Nieuchronnie prowadzi to do sytuacji, w której rządowi biurokraci, a nie jednostki i ich lekarze, będą decydować kto otrzyma świadczenia medyczne, jaka technologia będzie stosowana, ilu będzie lekarzy, itd.

Wszystkie kraje, które upaństwowiły służbę zdrowia, doświadczają w wyniku kontroli cen niedostatku opieki medycznej. Na przykład, kiedy Kanadyjczyk w wypadku samochodowym dozna oparzeń trzeciego stopnia i konieczna jest rekonstrukcyjna chirurgia plastyczna, średnio będzie czekał na ten zabieg do 19 tygodni, czyli prawie pięć miesięcy. Czas oczekiwania na operację

ortopedyczną również wynosi prawie pięć miesięcy. Na zabieg neurochirurgiczny czeka się pełne trzy miesiące, a na operację serca ponad miesiąc². A teraz najlepsze: kiedy twój lekarz wykryje, że twoje arterie są zablokowane, musisz czekać w kolejce przez ponad miesiąc, mogąc w każdym momencie umrzeć na zawał serca. Dlatego tak wielu Kanadyjczyków leczy się w Stanach Zjednoczonych.

Główne wydawnictwa prasowe w Stanach stały się najwidoczniej klakierami administracji Obamy, gdyż trudno doszukać się w nich publikacji informujących o klęsce znacjonalizowanej służby zdrowia w Kanadzie. Ale jeszcze kilka lat temu informacji tych było pod dostatkiem. Artykuł Jamesa Brooke'a opublikowany 16 stycznia 2000 roku w „New York Times” i zatytułowany „Pełne szpitale zmuszają Kanadyjczyków do czekania i spoglądania na południe”, dostarczał kilka dobrych przykładów na to, jak kanadyjska kontrola cen spowodowała poważne problemy niedoboru.

Pięćdziesięcioośmioletnia kobieta oczekiwała na operację na otwartym sercu na korytarzu Montrealskiego szpitala wraz z sześćdziesięcioma sześcioma innymi pacjentami. Elektryczne drzwi otwierały się i zamykały całą noc, wpuszczając mroźne powietrze z zewnątrz. Kobieta ta była na pięcioletniej liście kolejkowej.

W Toronto, w ciągu jednego dnia, dwadzieścia trzy z dwudziestu pięciu szpitali w mieście nie przyjmowało karet z powodu braku lekarzy.

W Vancouver ambulanse godzinami czekały w kolejce pod szpitalami czekając na wolnego lekarza, który mógłby przyjąć wiezionych pacjentów.

Co najmniej tysiąc kanadyjskich lekarzy i wiele tysięcy pielęgniarek wyemigrowało do Stanów Zjednoczonych, by uniknąć ograniczeń nałożonych na ich pensje.

Jak napisał pan Brooke, „bardzo niewielu Kanadyjczyków poleciłoby swój system jako modelowy”.

Kanadyjskie niedobory wywołane kontrolą cen, objawiają się także w postaci niedostępności nowoczesnego sprzętu medycznego. *Per capita*, Stany Zjednoczone mają osiem razy więcej maszyn do rezonansu magnetycznego, siedem razy więcej zestawów do naświetlania komórek rakowych, sześć razy więcej urządzeń do litotrypsji oraz trzy razy więcej zestawów sprzętu do operacji na otwartym sercu. W pięciomilionowym stanie Waszyngton jest więcej maszyn do rezonansu magnetycznego niż w całej trzydziestomilionowej Kanadzie³.

Także w Wielkiej Brytanii — z powodu nacjonalizacji, kontroli cen i rządowego racjonowania opieki zdrowotnej — tysiące ludzi giną bezsensownie każdego roku z powodu braku maszyn do dializy, jednostek intensywnej opieki pediatrycznej, rozruszników, a nawet urządzeń do prześwietleń. Właśnie taka będzie przyszłość Ameryki, jeśli ustawa „ObamaCare” wejdzie w życie.

-
- 1 Ron Hamoway, *The Genesis and Development of Medicare*, [W:] *American Health Care*, red. Roger Feldman, Independent Institute, 2000, s. 15-86.
 - 2 [Publikacja Instytutu Frasera *Waiting Your Turn: Hospital Waiting Lists in Canada*.](#)
 - 3 John Goodman i Gerald Musgrave, *Patient Power*.