

Czy Polaków stać na rynkową służbę zdrowia?

Autor: **Bartosz Dziewa**

Praca nagrodzona III miejscem w IV edycji konkursu na esej Instytutu Misesa (w kategorii esej publicystyczny)

Spodziewam się, że większość zainteresowanych odruchowo odpowiedziałaby przecząco na postawione w tytule pytanie. Jest to odpowiedź poprawna jedynie częściowo – i to z innych powodów, niż można by podejrzewać.

Jeśli przez rynkową służbę zdrowia rozumieć szczerkowo prywatne alternatywy wobec placówek publicznych (lub nominalnie prywatnych, ale w przeważającym stopniu opartych o współpracę z państwowym ubezpieczycielem), rzeczywiście można powiedzieć, że dla większości Polaków jest to luksus, na który mogą sobie pozwolić co najwyżej w wyjątkowych sytuacjach.

Kłania się tu Bastiatowskie „co widać i czego nie widać”. Widzimy, że po sfinansowaniu z naszych podatków publicznej opieki zdrowotnej (według przygotowanej przez Fundację Republikańską [Mapy Wydatków Państwa](#) w 2016 r. na ten cel przeznaczone zostały 83 367 mln złotych, co daje ok. 2170 zł na mieszkańca Polski) w portfelach zostaje nam niewiele pieniędzy, które możemy przeznaczyć na prywatne alternatywy. To hamuje ich rozwój i jest powodem relatywnie niskiej podaży takich usług. W tej sytuacji ich dostawcy nastawiają się na bogatszych klientów.

Nie widzimy natomiast, co mogłoby być osiągnięte, gdyby te pieniądze nie zostały pod przymusem zabrane przez państwowych monopolistów, tylko konkurowaliby o nie prywatni przedsiębiorcy, którzy przy braku zagwarantowanej prawnie klienteli musieliby utrzymywać stałą motywację do efektywności i innowacyjności.

Możemy zatem doprecyzować nasze pytanie: czy Polaków stać na całkowicie rynkową służbę zdrowia? Odpowiedź wciąż nie jest taka prosta. Pod jednym istotnym względem nas na nią stać, pod drugim raczej nie –

przynajmniej na razie. Aby rozjaśnić nieco sprawę, zastanówmy się najpierw, czy Polaków stać na publiczną służbę zdrowia. Tu bowiem rzecz ma się dokładnie odwrotnie.

Głębsza refleksja nad jakością i dostępnością świadczonej przez państwo opieki zdrowotnej prowadzi do wniosku, że nie stać nas na nią pod względem finansowym. Oderwanie opieki zdrowotnej od kalkulacji ekonomicznej powoduje jej chroniczną niewydolność. Państwowe ubezpieczenie nie ma odpowiednio zróżnicowanych składek. Formalne wymogi wobec lekarzy, biurokracja i ogólnie mała elastyczność systemu ograniczają podaż. Środki rozdzielane są przy pomocy centralnego planowania, które powoduje w tym sektorze te same problemy, które jak na dłoni widać, gdy patrzymy na ogólną kondycję gospodarczą państw socjalistycznych, mając wystarczająco wyrazisty kontrast z krajami, w których udział sektora prywatnego i rynku jest o wiele większy. Nie powinny nas dziwić ciągle niedobory objawiające się np. długimi kolejkami do lekarzy specjalistów. W PRL-u przerabialiśmy to na o wiele większą skalę również w innych dziedzinach życia, a teraz pozostawiliśmy w pigułce w tych sektorach, które nie zostały urynkowane.

Nie wystarczają nawet strumienie pieniędzy płynące od organizacji charytatywnych. Jeśli pozostawimy państwowy monopol w służbie zdrowia, Wielka Orkiestra Świątecznej Pomocy rzeczywiście będzie musiała grać do końca świata i jeden dzień dłużej, tyle że to nie wystarczy. To łatanie jednej dziury sita z nadzieją, że otrzymamy w ten sposób dzbanek. Raczej nie. Przestańmy się łudzić — pod względem finansowym nie stać nas na niewydolność publicznej służby zdrowia.

Ten model jest jednak niestety tym, na co nas aktualnie stać — ale chodzi tym razem o dużo ważniejszy aspekt, czyli wyznawane przez społeczeństwo idee, przekładające się w dalszej kolejności na wolę polityczną.

Stwierdzenie, że pod względem finansowym stać nas na rynkową służbę zdrowia, nie jest wbrew pozorom żadnym odkryciem. Wszak niezaburzony państwowymi regulacjami rynek jest najlepszym narzędziem służącym efektywnej alokacji zasobów. Tak więc każde społeczeństwo, które posiada jakąkolwiek służbę zdrowia, tym bardziej mogłoby sobie pozwolić na rynkową służbę zdrowia. Jeśli mamy środki, które państwo może wrzucać do nieefektywnej, zmonopolizowanej maszyny, to o te same środki mogliby

konkurować prywatni przedsiębiorcy. Niekoniecznie byłoby nas stać na ten sam zakres usług, co bogatsze i lepiej rozwinięte społeczeństwa, ale jeśli nie byłibyśmy w stanie tego osiągnąć w ramach sprawnej, rynkowej struktury, to marnotrawstwo tym bardziej by temu nie pomogło.

Politycy mogą oczywiście mydlić oczy obietnicami, ale samo stwierdzenie, że każdy obywatel Polski ma prawo do takiego samego zakresu świadczeń, co mieszkańcy bogatszych krajów, magicznie nie pomnoży naszych zasobów. W praktyce każdy będzie miał prawo czekać w kolejce i mieć nadzieję, że to właśnie on dołączy do szczęśliwców, którzy załapali się na to, co udało się wycisnąć ze skolektywizowanego systemu.

Dopóki tego nie zrozumiemy, pod względem ideowym nie będzie nas stać na tańszą, rynkową służbę zdrowia. Dopóki nie rozpowszechni się świadomość ekonomiczna, politycy nie poczują twardego oporu wobec rozwiązań, które zwiększają ich kontrolę kosztem naszej decyzyjności i dobrobytu. Nie otrzymają od społeczeństwa sygnału, że zmiana jest nieunikniona.

Abraham Maslow w swojej hierarchii potrzeb jedzenie uznał za bardziej podstawową potrzebę niż zdrowie. Porównując dzisiejszą względną obfitość z niedoborami i kolejkami z czasów PRL-u, widzimy, że rynek może z powodzeniem zaspokoić potrzeby żywieniowe. Jeśli jednak, mimo tego doświadczenia, znaczna część Polaków uważa, że istotność opieki zdrowotnej wymaga, by istniało prawo oraz państwowe podmioty gwarantujące jej dostarczanie, pod względem ideowym stać nas jedynie na model gwarantujący niedobory.

Jeśli nie uwierzymy w prywatną dobroczynność i pozostaniemy przy poglądzie, że biedni ludzie po pozbawieniu ich publicznej opieki zdrowotnej nie będą mogli liczyć na dobrowolną pomoc rodziny, sąsiadów lub organizacji charytatywnych, będziemy co roku desperacko łątać sito obecnego systemu dziesiątkami milionów złotych w jakiś sposób jednak zebranych przez Wielką Orkiestrę Świątecznej Pomocy.

Dopóki tyle osób będzie powtarzać, że na wolnym rynku nie opłaca się leczyć rzadkich chorób, będziemy wspierać oderwany od kalkulacji ekonomicznej i również nie radzący sobie ze wszystkimi (zarówno hipotetycznymi, jak i realnie występującymi) problemami Narodowy Fundusz Zdrowia, zamiast rozwijać rynkowe ubezpieczenia oferujące zróżnicowane pakiety w cenach dostosowanych

do ryzyka. Pozostaniemy przy sztywnym modelu, który nie motywuje ubezpieczonych do zdrowego trybu życia niższymi składkami. Wręcz przeciwnie, jednolita składka obniża jednostce koszty angażowania się w ryzykowne zachowania, ponieważ odpowiedzialność rozmywa się wśród wszystkich uczestników systemu. Prowadzi to do wzrostu liczby takich zachowań, zwiększając łączną pulę problemów. Między innymi dlatego publiczna służba zdrowia nie jest w stanie pomóc wszystkim pacjentom dotkniętym relatywnie częstymi chorobami. Jak oderwani od racjonalnego systemu cen planiści mają w takim razie zdecydować, ile środków poświęcić na leczenie rzadszych chorób, a ile przeznaczyć na te powszechniejsze? Która decyzja jest właściwa? Nie istnieją żadne obiektywne kryteria, a gdziekolwiek pokieruje nas arbitralność planistów, część pacjentów nie otrzyma potrzebnej im opieki.

Aby stwierdzić, że Polaków stać pod względem finansowym na rynkową służbę zdrowia, nie trzeba zaglądać im do portfeli. Wystarczy przyjrzeć się temu, jak zorganizowany jest obecny system. Wystarczy porównać generowaną przez niego strukturę motywacji — zarówno dla dostawców, jak i odbiorców usług — z tym, jakie bodźce otrzymują uczestnicy nieskrępowanego rynku. Jednak zanim te wnioski potwierdzą się w praktyce, Polacy będą musieli udowodnić, że stać ich na dokonanie tak gruntownej zmiany, pracując nad swoją świadomością ekonomiczną oraz filozofią i kulturą polityczną. Uzdrowienie naszej sytuacji musi rozpocząć się w sferze idei.