

## Jak państwo rozwiązało kryzys służby zdrowia

**Autor:** Roderick T. Long

**Źródło:** [libertariannation.org](http://libertariannation.org)

**Tłumaczenie:** Jędrzej Kuskowski

*Poniższe tłumaczenie opublikowano pierwotnie na [liberalis.pl](http://liberalis.pl)*

Ciągle mówi się, że Stany Zjednoczone stoją w obliczu kryzysu służby zdrowia. Koszty opieki medycznej są za wysokie i ubezpieczenie zdrowotne jest poza zasięgiem biednych. Nigdy nie identyfikuje się jasno przyczyny kryzysu, ale rozwiązanie jest oczywiste: rząd musi się zająć problemem.



Osiemdziesiąt lat temu także wmawiano Amerykanom, że kraj stał w obliczu kryzysu służby zdrowia. Wtedy jednak problem polegał na tym, że koszty opieki medycznej były zbyt niskie i że ubezpieczenie zdrowotne było zbyt szeroko dostępne. Ale także i w tamtych czasach rząd zajął się problemem. I to jak się nim zajął!

Pod koniec dziewiętnastego i na początku dwudziestego wieku jednym z podstawowych źródeł opieki zdrowotnej i ubezpieczeń zdrowotnych dla biedoty robotniczej w Wielkiej Brytanii, Australii i Stanach Zjednoczonych było stowarzyszenie braterskie. Stowarzyszenia braterskie („stowarzyszenia przyjaciół” w Wielkiej Brytanii i Australii) były dobrowolnymi organizacjami pomocy wzajemnej. Ich potomkowie przetrwali do dziś w formie shrinerów, elków, masonów i podobnych organizacji, ale nie grają one centralnej roli w życiu Amerykanów, tak jak kiedyś. Relatywnie niedawno, bo jeszcze w 1920, ponad jedna czwarta wszystkich dorosłych Amerykan była członkami stowarzyszeń braterskich. (W Wielkiej Brytanii i Australii ta liczba była jeszcze wyższa.) Stowarzyszenia były szczególnie popularne wśród czarnych i imigrantów. (W gruncie rzeczy słynny atak Teddy’ego Roosevelta na „Amerykanów z myślnikiem”

był po części motywowany wrogością względem stowarzyszeń braterskich imigrantów — wraz z innymi progresistami chciał on „zamerykanizować” imigrantów, czyniąc ich zależnymi od państwa, zamiast od ich własnych, niezależnych społeczności etnicznych.)

Zasady kierujące stowarzyszeniami były proste. Grupa ludzi z klasy robotniczej formowała zrzeszenie (albo dołączała do lokalnej gałęzi, „łóży” lub istniejącego zrzeszenia) i wpłacała comiesięczne opłaty do kasy — w zamian poszczególni członkowie mogli później czerpać z zebranych środków w razie potrzeby. Stowarzyszenia służyły więc jako rodzaj samopomocowej firmy ubezpieczeniowej.

Stany Zjednoczone przełomu wieków oferowały niesłychaną ilość stowarzyszeń do wyboru. Niektóre powiązane były z konkretnymi grupami etnicznymi lub religijnymi, niektóre nie. Wiele oferowało też członkom rozrywkę i kontakty towarzyskie albo angażowało się w służbę społeczności. Niektóre „braterskie” stowarzyszenia były zakładane tylko przez i dla kobiet. Rodzaje usług, spośród których członkowie mogli wybierać, również często się różniły, ale najczęściej oferowanymi były ubezpieczenie na życie, ubezpieczenie od niepełnosprawności i „praktyka łożowa”.

„Praktyka łożowa” odnosi się do układu podobnego do dzisiejszych Organizacji Ochrony Zdrowia (HMO), gdzie poszczególne stowarzyszenia lub łoże zawierały umowę z lekarzem o zapewnianiu ich członkom opieki zdrowotnej. Lekarz otrzymywał z góry regularną pensję, zamiast pobierania opłat za wizytę; członkowie płacili coroczną opłatę i korzystali z usług lekarza, gdy zachodziła taka potrzeba. Jeśli usługi medyczne nie spełniały wymagań, potrącano karę z pensji lekarza, a kontrakt mógł nie zostać odnowiony. Członkowie łoż podobno zasmakowali w stopniu kontroli, jaki ten system dawał klientom. Tendencja, by zbyt często korzystać z usług lekarza, była utrzymywana w ryzach przez „samokontrolę” stowarzyszeń: członkowie łoży, którzy chcieli uniknąć przyszłych wzrostów składek, byli zmotywowani, by pilnować, czy inni członkowie nie naginają systemu.

Szczególnie imponujący był niski koszt tych usług. Na przełomie wieków, średni koszt „praktyki łożowej” dla pojedynczego członka mieścił się między jednym a dwoma dolarami rocznie. Dzienna płaca mogła opłacić opiekę zdrowotną na rok. Dla porównania: średni koszt usług lekarskich na regularnym

rynku wynosił od jednego do dwóch dolarów za wizytę. Mimo to, licencjonowani lekarze, szczególnie ci niekształceni w „renomowanych” szkołach medycznych, zacięcie walczyli o kontrakty z lożami — być może ze względu na bezpieczeństwo, jakie oferowały. Ta konkurencja skutecznie zaś utrzymywała koszty na niskim poziomie.

Lekarski establishment — zarówno w Ameryce, jak i w Wielkiej Brytanii — odpowiedział oburzeniem; instytucja praktyk lożowych była ostro krytykowana i opisywana w apokaliptycznych barwach. Takie niskie opłaty — krzyczało wielu lekarzy — prowadziły do bankructwa profesji. Ponadto wielu uważało to za cios dla godności profesji, by wykształceni lekarze mieli się z zapalem wystawiać na aukcje i służyć jako pucybuty kramarzom z niższych klas. Ale największą zniewagą było to, że tacy niewykształceni i społecznie podrzędni ludzie mogli ustalać ceny usług lekarskich albo wydawać wyroki na ekspertów i oceniać, czy ich usługi były satysfakcjonujące. Rząd — domagali się — musi coś z tym zrobić.

I zrobił. W Wielkiej Brytanii rząd położył kres „niegodziwości” praktyk lożowych, poddając opiekę zdrowotną kontroli politycznej. Opłaty usług lekarskich były teraz determinowane przez komitety doświadczonych ekspertów (tzn. samych lekarzy) zamiast nieobeznanych pacjentów. Budżetowa opieka zdrowotna wypchnęła z rynku praktyki lożowe: ludzie zmuszeni do płacenia podatków za „darmową” opiekę zdrowotną, czy jej chcieli czy nie, mieli niewiele motywacji, by płacić dodatkowo za opiekę stowarzyszeń braterskich, zamiast korzystać z rządowej opieki, za którą już zapłacili.

W Stanach Zjednoczonych nacjonalizacja systemu zdrowotnego trwała dłużej, a establishment medyczny musiał korzystać z mniej bezpośrednich środków — końcowy rezultat był jednak praktycznie taki sam. Stowarzyszenia medyczne, takie jak American Medical Association, nakładały sankcje na lekarzy, którzy ośmielali się wchodzić w umowy lożowe. To byłoby mniej efektywne, gdyby te stowarzyszenia nie miały kontroli nad zbrojnym ramieniem państwa, ale w rzeczywistości, dzięki rządowym przywilejom, kontrolowały one licencjonowanie lekarzy, w ten sposób upewniając się, że tym, którzy wypadli z łask, prawo uprawiania zawodu zostanie odmówione.

Tego typu prawa rejestracyjne dawały establishmentowi medycznemu także inny, mniej oczywisty sposób walki z praktykami lożowymi. Właśnie w tym okresie AMA podniosło wymagania otrzymania licencji. Celem, wyjaśniali, miało

być podniesienie poziomu opieki zdrowotnej. Ale w rezultacie liczba lekarzy spadła, konkurencja osłabła, a opłaty rosły. Tak jak to jest z każdym dobrem na rynku, sztuczne ograniczenie podaży podniosło ceny — co szczególnie uderzyło w członków społeczności braterskich z klasy robotniczej.

Ostateczny cios praktyce lożowej zadały same stowarzyszenia braterskie. National Fraternal Congress — próbując, jak AMA, zbić kokosy na kartelizacji — lobbował za prawem ustalającym minimalny poziom składek na stowarzyszenia braterskie. Co gorsza dla samych lobbujących, udało się: nieoczekiwanym skutkiem było to, że minimalne składki uczyniły stowarzyszenia niekonkurencyjnymi. Tak więc wysiłki NFC, zamiast stworzyć potężny kartel wzajemnej pomocy, doprowadziły do zniszczenia niszy rynkowej — stowarzyszeń braterskich — a wraz z nią, taniej opieki zdrowotnej dla biednych.

Dlaczego więc mamy dziś kryzys służby zdrowia? Bo państwo „rozwiązało” poprzedni!