

Czy rozwój technologii prowadzi do wzrostu kosztów w opiece zdrowotnej?

Autor: **Łukasz Jasiński**

Esej wchodzi w skład serii: W drodze do rynkowego systemu ochrony zdrowia

1. Wstęp

W obszernej literaturze poświęconej zagadnieniom opieki zdrowotnej zwraca się uwagę na kilka głównych przyczyn wzrostu kosztów. Zaliczyć do nich można między innymi: wydłużającą się średnią długość życia, choroby przewlekłe oraz technologię. W tym eseju uwaga zostanie skierowana na tę ostatnią przyczynę. Technologia ma tutaj stanowić bowiem istotny wyjątek w porównaniu do innych części gospodarki. Zazwyczaj, rozwój technologii jest przecież pozytywnie kojarzony z postępem i poprawą warunków życia. Dlaczego w obszarze opieki zdrowotnej ma być inaczej?

2. Co z tą technologią?

Ekonomiści od dawna wskazują na pozytywny wpływ oszczędności, akumulacji kapitału i inwestycji na rozwój gospodarczy. Dzięki temu możliwe jest masowe wytwarzanie dóbr i usług po niższych kosztach. Co więcej, dzięki zastosowaniu nowych metod produkcji powstają także coraz bardziej innowacyjne dobra i usługi lepszej jakości, o których nasi przodkowie mogli jedynie pomarzyć lub których nawet nie potrafili sobie wyobrazić.

Te pozytywne efekty występują w zasadzie w każdej części gospodarki rynkowej. Rosnący udział, najpierw przemysłu, a teraz usług w PKP wielu krajów jest tego wyraźnym dowodem. Dzięki temu możliwe było również skrócenie czasu pracy. Obecnie tygodniowy czas pracy wynosi około 30-40 godzin podczas gdy kilka pokoleń temu wynosił on 60 godzin. Mimo że czas pracy znacznie się skrócił, to współcześnie możemy nabyć o wiele więcej dóbr niż kilka pokoleń/dekad temu. Można więc stwierdzić, że siła nabywcza jednej godziny (jednostki) czasu pracy znacznie wzrosła¹.

¹ G. Reisman, *The Real Right to Medical Care versus Socialized Medicine*, 06.08.2009, <https://mises.org/library/real-right-medical-care-versus-socialized-medicine> (dostęp: 06.09.2020).

W krajach, gdzie gospodarka rynkowa funkcjonowała bez znacznych rządowych ingerencji, zjawisko to było najbardziej widoczne. Jako dobry przykład mogą tutaj posłużyć Stany Zjednoczone Ameryki. Jak wskazuje T. DiLorenzo:

W 1908 roku typowy amerykański pracownik musiał pracować dwa lata, by zarobić na przeciętny samochód. Dzisiaj Ford Taurus kosztuje amerykańskiego pracownika osiem miesięcy pracy, lecz samochód ten jest technologicznym cudem w porównaniu z samochodami z dawnych lat, mając na wyposażeniu klimatyzację, elektrycznie dopasowywane siedzenia, różne urządzenia służące bezpieczeństwu, kontrolę trakcji, szyberdach, przyciemniane szyby, odtwarzacz CD, itd. W 1970 roku komputer IBM kosztował około 4,7 miliona dolarów; dzisiaj komputer osobisty, który działa trzynastokrotnie szybciej można nabyć za mniej niż 1000 dolarów.

Kapitalizm pozwolił także przeciętnemu pracownikowi na cieszenie się coraz większą ilością czasu wolnego. Przeciętny tydzień pracy skrócił się z sześćdziesięciu jeden godzin w 1870 roku do czterdziestu ośmiu godzin w 1929 roku i około trzydziestu czterech godzin obecnie. [...] Amerykańscy pracownicy stawali się coraz wydajniejsi dzięki nowym technologiom, lepszym narzędziom i wyższym umiejętnościom.²

Wszystkie te pozytywne efekty nie mają miejsca, jeśli chodzi o opiekę zdrowotną. Powodem tego nie jest jednak zawodność rynku w tej części gospodarki, ale... jego brak.

3. Technologia w opiece zdrowotnej

Nie od dzisiaj wiadomo, że opieka zdrowotna zdominowana jest przez publiczne systemy, w których rolę jedyne płatnika pełni państwo. W takich systemach dominującą formą płatności jest ubezpieczenie, które nie ma jednak nic wspólnego z ubezpieczeniami zdrowotnymi dostępnymi na nieskrępowanym rynku. Takie ubezpieczenie ma zapewnić wszystkim równy dostęp do świadczeń medycznych w przystępnej cenie (składce), która nie jest uzależniona od reprezentowanego (przez ubezpieczonego) poziomu ryzyka itd. Jest to więc zwyczajna atrapa a nie ubezpieczenie z prawdziwego zdarzenia.

² T. DiLorenzo, *Jak kapitalizm zbudował Amerykę*, Wydawnictwo PROHIBITA, Warszawa 2010, s. 44-45.

Ponadto takie rozwiązanie rodzi dodatkowe problemy, gdyż osoby chcące skorzystać z przysługujących im świadczeń medycznych ponoszą jedynie ułamek ich prawdziwych kosztów. Prowadzi to do większej, ale niekoniecznie uzasadnionej konsumpcji. Dlatego też problemy, jakich doświadczają publiczne systemy opieki zdrowotnej, są nierozzerwalnie związane z marginalizacją udziału płatności bezpośrednich ich beneficjentów. Ubezpieczeni nie mogą ocenić prawdziwego kosztu danej usługi — wydaje się im, że po opłaceniu składki mają zagwarantowany dostęp (prawo) do określonych świadczeń itd. W sytuacji znacznie rosnącego popytu rząd może przeznaczać coraz więcej funduszy na opiekę zdrowotną lub zwyczajnie zacząć ją racjonować.

Takie uwarunkowania powodują także, że dostawcy (np. szpitale) zakupują coraz bardziej kosztowny i nowoczesny sprzęt — skoro pacjenci ponoszą jedynie ułamek kosztów a reszta z nich pokrywana jest przez państwo to zakup nowoczesnej technologii jest korzystny. Dostawca może wówczas świadczyć lepszej jakości usługi, zyskać rozgłos i przyciągnąć więcej klientów. Dlatego też pozostali dostawcy zaczynają postępować podobnie, co prowadzi do swego rodzaju *technologicznego wyścigu zbrojeń*. Rosnący popyt ze strony pacjentów stymuluje więc popyt dostawców na nowe technologie, którzy oferują im tak naprawdę coraz droższe leczenie. Takie działania na rynkach, gdzie dominują płatności bezpośrednie nie miałyby szans powodzenia. Tymczasem w opiece zdrowotnej prowadzą one do wzrostu kosztów na czym cierpią przede wszystkim osoby nieposiadające ubezpieczenia zdrowotnego co jeszcze zwiększa popyt na tego typu usługę i (błędne) koło się zamyka. Do części społeczeństwa zaczyna docierać, że z kosztami usług medycznych dzieje się coś niedobrego — nie potrafią oni jednak powiązać tych zdarzeń z marginalizacją ich wydatków bezpośrednich. Taki scenariusz nie trwa jednak wiecznie i prędzej czy później kończy się racjonowaniem ze strony państwa — miało to miejsce np. w USA w latach 80. XX w. po dwóch dekadach hojnego finansowania świadczeń zdrowotnych osobom starszym w ramach rządowego ubezpieczenia Medicare.

Szukając przyczyn tego typu problemów, osoby odpowiedzialne za politykę zdrowotną dochodzą do wniosku, że to między innymi zakupy nowoczesnej technologii prowadzą do wyższych kosztów i należy temu przeciwdziałać np. poprzez ograniczanie płatności dostawcom. Jednak prawdziwa przyczyna tego stanu rzeczy to wypaczony system finansowania dostępu do tego typu świadczeń z dominującą rolą *płatnika trzeciej strony (third-party payer)* w postaci przymusowego powszechnego ubezpieczenia.

Nawet jeśli nowa technologia obniża koszty, to te instytucjonalne uwarunkowania skutecznie ograniczają ten pozytywny efekt. Należy tutaj bowiem odróżnić koszt danej usługi od wydatków. Koszt dotyczy jednostki danego dobra lub usługi, a wydatki to suma tych kosztów. Powyższe uwarunkowania sprawiają, że rosnący popyt znacznie przewyższa podaż. Ubezpieczeni chcą konsumować coraz więcej świadczeń medycznych — jest to zrozumiałe, gdyż przeznaczają na nie jedynie ułamek całkowitych wydatków. Rosnący popyt powoduje, że koszty te zaczynają coraz bardziej rosnać, jednocześnie sprawiając, że stają się one coraz mniej przystępne cenowo dla osób bez ubezpieczeń, które wcześniej zachowywały większy umiar w ich konsumpcji. Wywołuje to także coraz większe przekonanie o zasadności posiadania ubezpieczenia czy zwiększania publicznych funduszy.

Warto też zwrócić uwagę na fakt, że do wzrostu kosztów prowadzą także państwowe regulacje obejmujące producentów leków czy sprzętu medycznego. Prowadzą one do coraz wyższych wydatków na badania w celu spełnienia restrykcyjnych wymagań regulatora. Producenci po dłuższym niż oczekiwano okresie wprowadzania danego produktu na rynek ustalają więc wyższe ceny, aby pokryć wyższe wydatki na badania itp.

4. A może technologia w tym przypadku stanowi pewien wyjątek?

Taki pogląd zdawał się wyznawać W. J. Baumoll, który rosnące koszty w opiece zdrowotnej czy edukacji przypisywał ograniczonym możliwościom zastąpienia pracy ludzkiej (np. lekarza) przez bardziej wydajne urządzenia itd.³ Z tym poglądem można się częściowo zgodzić. Sektory gospodarki o najbardziej rozwiniętej automatyzacji procesów produkcyjnych nie doświadczają takiego wzrostu kosztów. Jednak medycyna także korzysta z rozwoju technologii, nawet jeśli na końcu tego procesu wciąż znajduje się człowiek.

Jeśli procesy rynkowe nie są znacząco ograniczane przez państwowe interwencje, ich pozytywny efekt może obejmować także usługi medyczne. Jako dobry przykład może tutaj posłużyć rynek chirurgii kosmetycznej w USA. Jest to jeden z wyjątków, gdzie usługi tego typu nie są finansowane przez ubezpieczenie, ale w formie płatności bezpośrednich. Amerykańscy ekonomiści — J. C. Goodman, G. L. Musgrave oraz D. M. Herrick — wskazują na pozytywne skutki tego stanu rzeczy:

³ Więcej na ten temat zob.: W. J. Baumoll, *The Cost Disease: Why Computers Get Cheaper and Health Care Doesn't*, Yale University Press, New Haven, Londyn 2012.

Pomimo czterokrotnego zwiększenia liczby operacji, opłaty pobierane przez chirurgów plastycznych pozostały stosunkowo stabilne. Co tłumaczy stabilność cen? Jedną z przyczyn jest zachowanie się klientów. Kiedy płacą oni swymi własnymi pieniędzmi, mają motywację, aby zachowywać się jak oszczędni konsumenci. Drugim powodem jest podaż. W miarę jak wzrastała liczba osób zgłaszających zapotrzebowanie na zabiegi, coraz więcej chirurgów je przeprowadzało. Ponieważ prawie każdy lekarz medycyny posiadający uprawnienia do wykonywania zawodu może przejść przeszkolenie i wykonywać zabiegi plastyczne, włączenie się do tej dziedziny jest stosunkowo łatwe. Trzecim zaś powodem jest efektywność. Wielu świadczących tego rodzaju usługi ma gabinety wyposażone w sprzęt służący wykonywaniu operacji, co stanowi tańszą alternatywę wobec wykonywania zabiegów pacjentom ambulatoryjnym, w szpitalu. [...] Czwarty wreszcie powód stanowi pojawienie się zabiegów o charakterze substytucyjnym.⁴

Znajduje to potwierdzenie w danych statystycznych. M. J. Perry z American Enterprise Institute przytoczył kilka ciekawych statystyk z raportu opublikowanego w 2016 r. przez Amerykańskie Towarzystwo Chirurgii Estetycznej i Plastycznej:

W latach 1998-2016, średni wzrost cen 20 najpopularniejszych zabiegów chirurgii kosmetycznej wyniósł 32%, podczas gdy ceny usług opieki medycznej wzrosły w tym okresie o 100,5%, ceny usług szpitalnych aż o 176,6%, a wskaźnik cen towarów i usług konsumpcyjnych (CPI) o 47,2%. [...]

W przypadku dziesięciu najpopularniejszych zabiegów w 2016 r., żaden z nich nie zwiększył swojej ceny od 1998 r. o więcej niż 47,2%, czyli tyle ile wynosi podstawowy wskaźnik inflacji, co oznacza, że prawdziwa, skorygowana o inflację cena wszystkich dziesięciu zabiegów spadła w ciągu ostatnich 18 lat. [...]

⁴ J. C. Goodman, G. L. Musgrave, D. M. Herrick, *Jak uzdrowić służbę zdrowia? Raport o światowych systemach opieki zdrowotnej*, Fijorr Publishing Company, Warszawa 2008, s. 205-206.

Dla trzech najbardziej popularnych zabiegów (iniekcja botoksu, laserowe usuwanie włosów oraz peeling chemiczny) ceny spadły odpowiednio o 11,3%, 21,7% oraz 34,8%.⁵

5. Podsumowanie

Przykład ten dobrze pokazuje, że rynek może dostarczać społeczeństwu przystępne cenowo dobra i usługi także w obszarze świadczeń medycznych. Technologia nie stanowi tutaj żadnego wyjątku. Zastanawiający jest raczej brak powiązania rosnących kosztów czy wydatków z ekspansją państwowego interwencjonizmu w tym obszarze. Wnioski, jakie należy stąd wyciągnąć, są takie, że sama technologia to nie wszystko — musi być ona elementem nieskrępowanych procesów rynkowych zorientowanych na zaspokajanie potrzeb konsumentów. Tylko wtedy będzie się można cieszyć lepszą jakością i dostępnością świadczeń medycznych.

⁵ Więcej na ten temat zob.: M. J. Perry, *If cosmetic surgery has a working market, why can't medical care?*, 22.03.2017, <https://fee.org/articles/if-cosmetic-surgery-has-a-working-market-why-can-t-medical-care/> (dostęp: 06.09.2020).