

Łukasz Jasiński

AGONIA

CO PAŃSTWO ZROBIŁO
Z AMERYKAŃSKĄ OPIEKĄ
ZDROWOTNĄ?

Institut Ludwiga von Misesa

Wrocław 2024

Redakcja: Anna Gruhn

Korekta: Elżbieta Michalak, Mateusz Benedyk

Projekt okładki: Dawid Żabiński

Copyright © 2024 Instytut Misesa

Copyright © 2024 Łukasz Jasiński

ISBN 978-83-65086-53-2

Fundacja Instytut Edukacji Ekonomicznej

im. Ludwiga von Misesa

pl. Strzelecki 20

50-224 Wrocław

mises.pl

mises@mises.pl

SPIS TREŚCI

WSTĘP	IX
ROZDZIAŁ 1. SYSTEM OCHRONY ZDROWIA STANÓW ZJEDNOCZONYCH AMERYKI DO 2013 R. – OGÓLNY KSZTAŁT ORAZ ZARYS FUNKCJONOWANIA	1
ROZDZIAŁ 2. AMERYKAŃSKIE TOWARZYSTWO MEDYCZNE (AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION – AMA)	26
Powstanie Amerykańskiego Towarzystwa Medycznego	26
Raport Flexnera	30
Regulacje jako narzędzie do ograniczania krajowej i zagranicznej konkurencji	34
Niedobór lekarzy i personelu medycznego	37
Pozostałe skutki raportu Flexnera	39
ROZDZIAŁ 3. AGENCJA DO SPRAW ŻYWNOŚCI I LEKÓW (FOOD AND DRUG ADMINISTRATION – FDA)	45
Początki FDA	45
Poprawki Kefauvera-Harrisa z 1962 r. (Kefauver-Harris Amendments of 1962) i skutki ich wprowadzenia	49
Procedury zatwierdzania leków	55
Free To Choose Medicine (FTCM) jako alternatywa dla procedur FDA	60
Prawa patentowe	62
Wpływ regulacji FDA na koszty, ceny oraz dostępność leków	69
Problemy z bezpieczeństwem leków zatwierdzanych przez FDA	73
Regulacje reklam leków	77
Działania FDA w kwestii przekazywania informacji mediom	79
Regulacje obejmujące urządzenia medyczne	80
Podsumowanie	81
ROZDZIAŁ 4. UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE	85
Rozwój instytucji rynkowych przed wprowadzeniem programów rządowych	85

Okoliczności powstania Medicare i Medicaid	88
Charakterystyka Medicare	92
Ewolucja finansowania usług medycznych przez program Medicare	94
Koszty administracyjne Medicare	99
Błędne wskazanie technologii jako czynnika generującego wzrost kosztów i wydatków na opiekę zdrowotną	101
Medicare w XXI w.	104
Charakterystyka oraz koszty Medicaid	109
Medicaid a kwestia walki z ubóstwem	111
Podsumowanie	116
ROZDZIAŁ 5. PRYWATNE UBEZPIECZENIA ZDROWOTNE	118
Początki prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych oraz konkurencja Blue Cross/Blue Shield	118
Pracownicze ubezpieczenie zdrowotne jako alternatywa dla wyższego wynagrodzenia	126
Dalsze regulacje ubezpieczycieli zdrowotnych	128
Rynek prywatnych pracowniczych ubezpieczeń zdrowotnych w XXI w.	133
Plany z wyższym udziałem własnym i opcją oszczędzania	142
Przywileje podatkowe jako jedna z przyczyn wzrostu kosztów ubezpieczeń zdrowotnych	144
Stopniowe odchodzenie od oferty towarzystw ubezpieczeniowych	148
Pozostałe sposoby ograniczania kosztów opieki zdrowotnej	151
Turystyka medyczna jako realna alternatywa dla kosztownego leczenia w USA	155
Relacje między towarzystwami ubezpieczeniowymi a szpitalami	161
Kryzys tożsamości towarzystw ubezpieczeniowych	164
Zyski towarzystw ubezpieczeniowych	168
Erozja prywatnych ubezpieczeń a przyszłość systemu ochrony zdrowia USA	173
ROZDZIAŁ 6. SZPITALNICTWO	177
Konkurencja pomiędzy szpitalami nastawionymi na zysk a szpitalami non-profit	177
Ograniczanie podaży nowych szpitali	182
Kryzys zaniedbań w latach 70. XX w.	188
Zgony z powodu błędów medycznych w amerykańskich szpitalach	191
Alternatywa w postaci bezpośredniej opieki podstawowej	194

PODSUMOWANIE	198
Czy system ochrony zdrowia Stanów Zjednoczonych Ameryki jest rynkowy?	198
Propozycje zmian prorynkowych	200
Rynkowa alternatywa	201
BIBLIOGRAFIA	205

WSTĘP

Rzetelna wiedza ekonomiczna jest nieodzowna w badaniach nad historią gospodarczą. Bez tej wiedzy interpretacja procesów społeczno-gospodarczych z przeszłości oraz wnioski, jakie na jej podstawie wyciągniemy, mogą się okazać niekompletne lub nawet błędne. Prowadzić to może np. do przyjęcia nieodpowiedniej polityki gospodarczej.

Kwestia ta dotyczy również systemu ochrony zdrowia¹ Stanów Zjednoczonych Ameryki. System ten od początków swojego istnienia podlegał niustannym, mniej lub bardziej intensywnym, przeobrażeniom. Zmiany te były (i dalej są) determinowane przez dwa główne czynniki: procesy rynkowe oraz interwencjonizm. Ustalenie istoty relacji pomiędzy nimi oraz skutków, jakie przyniosły (i nadal przynoszą), jest jednym z głównych zadań tej książki.

Pokażę, że w systemie ochrony zdrowia Stanów Zjednoczonych Ameryki nie ma *czystych* instytucji rynkowych, a wpływ państwa niustannie rośnie. System ten stanowi część tzw. *skrzepowanej gospodarki rynkowej* (*hampered economy*), gdzie bardzo wiele interwencji wpływa na procesy rynkowe. Istnieje wiele mylnych wyobrażeń na temat systemu amerykańskiego, a zwłaszcza co do jego rynkowego charakteru. Po części wynika to z braku przymusu ubezpieczenia zdrowotnego czy znacznej popularności ubezpieczeń prywatnych. Permanentne problemy, z jakimi zmagają się ten system, m.in. w postaci znacznego wzrostu kosztów i wydatków na świadczenia medyczne czy relatywnie wysokiego odsetka osób nieubezpieczonych, powodują, że co pewien czas powracają pomysły utworzenia systemu jednego płatnika, czyli objęcia rządowym ubezpieczeniem zdrowotnym wszystkich Amerykanów. Ma to być odpowiedź na rzekome zawodności rynku w tym obszarze.

¹ W kontekście omawianej problematyki często stosowanym określeniem będzie: „system ochrony zdrowia”. Oprócz tego wykorzystywane będą pojęcia: „opieka zdrowotna” i „opieka medyczna”. Pojęcia te dotyczą tych samych zjawisk, a ich stosowanie wynika bardziej z kontekstu niż z różnic w definicjach.

Opracowanie to, bazujące głównie na dorobku szkoły austriackiej, stoi w intelektualnym sprzeciwie wobec tych propozycji i wskazuje, że prawdziwą przyczyną wspomnianych wyżej problemów są rządowe interwencje ograniczające swobodne procesy rynkowe. Mają one długą historię i obejmują wiele obszarów amerykańskiego systemu: rynek ubezpieczeń zdrowotnych, proces kształcenia lekarzy, szpitalnictwo, ubezpieczenia rządowe przeznaczone dla osób starszych oraz biednych czy regulacje obejmujące wprowadzanie leków na rynek. Ich ostateczną konsekwencją jest nierynkowe pobudzenie popytu na świadczenia medyczne przy jednoczesnym ograniczaniu ich podaży (i konkurencji).

Ważne z ekonomicznego punktu widzenia jest to, jak funkcjonuje system interwencjonizmu we wskazanym obszarze i czy pozwala on na osiągnięcie celów, jakie założyli sobie jego propagatorzy, zwłaszcza jeśli chodzi o dostępność do dóbr i usług medycznych.

Przyczyn obecnych problemów amerykańskiego systemu ochrony zdrowia trzeba szukać w przeszłości: jakie były kluczowe dla niego interwencje i jak wpłynęły one na obecną sytuację. W tym celu przeanalizowałem dane z okresu od przełomu XIX i XX w.² do 2013 r., czyli do ostatniego roku przed wprowadzeniem Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA, znanego szerzej jako „Obamacare”).

W tej książce zawarto historię poszczególnych interwencji we wskazanych obszarach – zarówno po stronie popytowej (ubezpieczenia prywatne i publiczne), jak i podażowej (lekarze, szpitale, leki). Dokładnej analizie poddano zasadność ich wprowadzenia, a także skutki, jakie przyniosły. Uwzględniono też liczne odniesienia do rynkowych rozwiązań, jakie w ograniczonym zakresie funkcjonowały na tle tych interwencji. W wielu fragmentach zwrócono także uwagę na dynamiczny charakter interwencjonizmu.

Szczególnie istotne jest przeanalizowanie rynku prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych oraz szpitalnictwa (rozdziały 5 i 6). Prywatne ubezpieczenie zdrowotne posiada co drugi Amerykanin, jednak dekady rządowych regulacji tego rynku, zarówno z poziomu federalnego, jak i stanowego, znacznie go wypaczyły, co przyczyniło się do znaczącego wzrostu wydatków ubezpieczycieli, wysokości składek ubezpieczeniowych oraz problemów pracodawców i ubezpieczonych. Współcześnie oferowanie ubezpieczeń zdrowotnych z prawdziwego zdarzenia jest w USA

² Odwołam się również do wcześniejszych okresów, ale najwięcej uwagi poświęcę wydarzeniom z XX w. i początku XXI w.

niemożliwe. Same prywatne ubezpieczenia zdrowotne przypominają zaś coraz bardziej ubezpieczenia społeczne. Z kolei amerykańskie szpitalnictwo negatywnie wyróżnia się najwyższą dynamiką wzrostu kosztów, co wynika z licznych przywilejów monopolowych ograniczających konkurencję. W większości stanów wciąż funkcjonują przepisy znacznie ograniczające budowę nowych (konkurencyjnych) placówek. Z tego powodu wiele szpitali może sztucznie zawyżać ceny swoich usług, gdyż nie musi obawiać się konkurencji.

Nie są to jedyne problemy amerykańskiego systemu ochrony zdrowia. W istocie jest on bardzo złożony i składa się z wielu instytucji odpowiadających za organizację i finansowanie dostępu do usług medycznych. Dlatego w tej książce zostały skrupulatnie opisane jego kluczowe elementy oraz ewolucja, co ma pozwolić czytelnikowi na lepsze zrozumienie specyfiki omawianych zagadnień.

ROZDZIAŁ I.
SYSTEM OCHRONY ZDROWIA STANÓW
ZJEDNOCZONYCH AMERYKI DO 2013 R. –
OGÓLNY KSZTAŁT I ZARYS FUNKCJONOWANIA

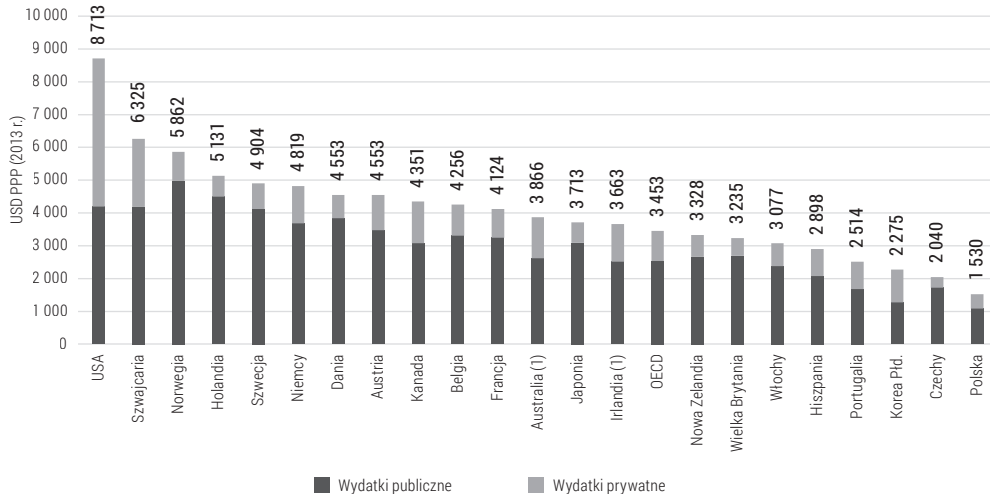
System ochrony zdrowia Stanów Zjednoczonych bardzo często jest określany mianem rynkowego. Warto sprawdzić, czy tak jest w rzeczywistości i jak wyglądają wskaźniki zaangażowania państwa w ten system, np. wysokość nakładów publicznych na niego. Jeśli system taki faktycznie miałby być mocno urynkowiony, to i nakłady publiczne powinny być niższe od tych w europejskich systemach publicznych czy w Kanadzie¹.

Tymczasem system amerykański wyróżnia na tle systemów europejskich relatywnie wysoki poziom całkowitych wydatków per capita na opiekę zdrowotną (rysunek 1). Według danych OECD w 2013 r. USA wydawały na osobę 8713 USD. Dla porównania druga w kolejności Szwajcaria przeznaczyła na opiekę zdrowotną *jedynie* 6325 USD, czyli o około 27% mniej niż USA. Z kolei średnia wysokość tych nakładów dla krajów OECD wyniosła 3453 USD (ok. 60% mniej niż w USA). Sytuacja podobnie przedstawia się w przypadku wielkości tych wydatków jako procent PKB (rysunek 2). W USA nakłady na opiekę zdrowotną w 2013 r. stanowiły 16,4% PKB, co znacząco przewyższało nakłady kolejnych krajów: Holandii i Szwajcarii (po 11,1% PKB). Średnia wartość dla krajów OECD wyniosła 8,9% PKB. Dane te szczegółowo przedstawiono na rysunkach 1 i 2.

Jednak relatywnie wysoki udział nakładów ponoszonych na opiekę zdrowotną nie musi być traktowany jednoznacznie jako zjawisko negatywne. Wielkość nakładów (prywatnych i publicznych) przeznaczanych na opiekę zdrowotną per capita lub jako procentowy udział w PKB można wytłumaczyć takimi czynnikami, jak rosnąca oczekiwana długość życia z chorobami przewlekłymi, wielkość dochodów, rozwój medycyny i technologii czy instytucjonalna struktura finansowania dostępu do usług

¹ Dodatkowym warunkiem funkcjonowania systemu rynkowego jest brak lub istnienie relatywnie niskiego zaangażowania regulacyjnego państwa, o czym więcej piszę w dalszej części książki.

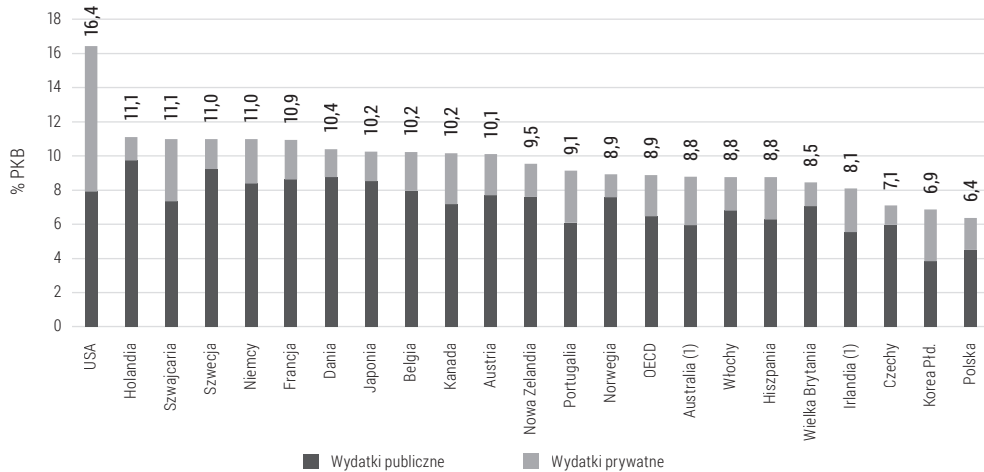
Rysunek 1. Wydatki całkowite na opiekę zdrowotną per capita wybranych krajów w 2013 r.



Źródło: opracowanie własne na podstawie: OECD, *Health at a Glance 2015: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paryż, s. 165.

Uwagi: Podane wielkości nie uwzględniają inwestycji; (1) dane za 2012 r.

Rysunek 2. Wydatki całkowite na opiekę zdrowotną wybranych krajów jako % PKB w 2013 r.



Źródło: opracowanie własne na podstawie: OECD, *Health at a Glance 2015: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paryż, s. 167.

Uwagi: Podane wielkości nie uwzględniają inwestycji; (1) Dane za 2012 r.

medycznych². Nie istnieje także jakikolwiek *optymalny* poziom takich wydatków. Jeśli rozwój medycyny i nowych technologii pozwalają na poprawę bytu ludności, to należy z tego w racjonalny sposób skorzystać. Niewątpliwie wzrost udziału wydatków gospodarstw domowych (oraz w PKB państwa) przeznaczanych na samochody, komputery, telefony komórkowe czy usługi internetowe przyczynił się do lepszej jakości życia ludzi na całym świecie. Analogicznie, jeśli dzięki nowej aparaturze medycznej zdrowie Kowalskiego może ulec znacznej poprawie, to nikt nie powinien dziwić się wzrostowi wydatków na leczenie w jego osobistym budżecie.

Aby dokładniej przeanalizować zaangażowanie państwa w opiekę zdrowotną, należy wziąć pod uwagę dodatkowe wskaźniki. Jednym z nich jest wskaźnik rządowych wydatków na opiekę zdrowotną per capita. Dane przedstawione na rysunku 3 pokazują, że w 2013 r. USA odnotowały trzeci najwyższy wskaźnik pod tym względem (4197 USD). Więcej wydały tylko Norwegia (4981 USD) oraz Holandia (4495 USD). Zatem wydatki rządowe USA były wówczas znacznie wyższe od wydatków krajów o zdecydowanie bardziej *uspołecznionych* systemach opieki zdrowotnej, jak np. Niemcy (3677 USD), Szwecja (4126 USD), Wielka Brytania (2695 USD) czy Kanada (3074 USD). Przy czym USA osiągnęły relatywnie wysoki poziom wydatków przy stosunkowo *niewielkim* (48%) udziale wydatków rządowych w całkowitych wydatkach na opiekę zdrowotną³.

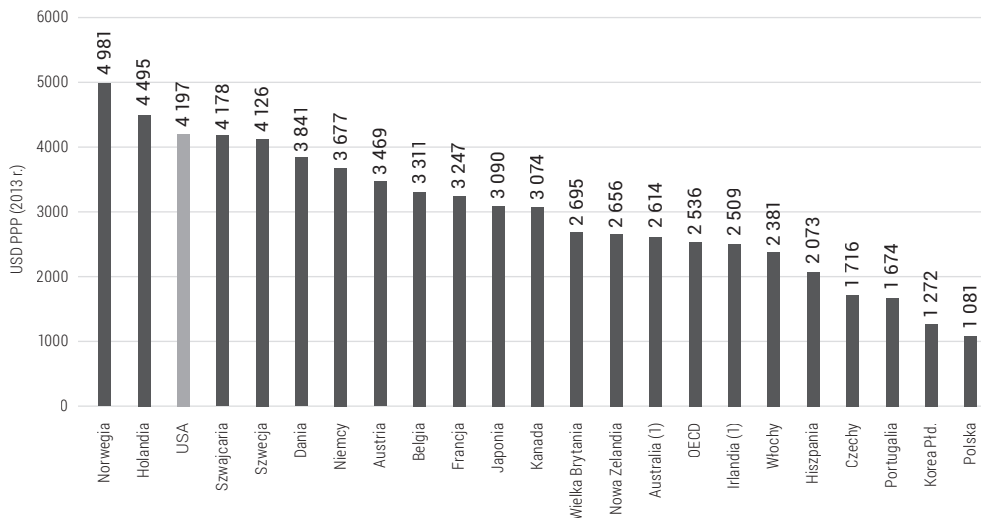
W 2013 r. USA miały najwyższy poziom wydatków rządowych na opiekę zdrowotną na świecie – wydatki te stanowiły 22,3% całkowitych wydatków rządowych USA (rysunek 4). Dla następnej w kolejności Australii wskaźnik ten wyniósł 18,8%. Co ciekawe, USA przeznaczają więcej publicznych środków na opiekę zdrowotną niż na opiekę społeczną (20,7%).

Co więcej, rządowe nakłady na opiekę zdrowotną systematycznie rosną, zwłaszcza za sprawą programów Medicare i Medicaid, zainicjowanych w połowie lat 60. XX w. Przykładowo tylko w latach 2000–2013 całkowite

² W każdym systemie opieki zdrowotnej część wydatków pokrywana jest zazwyczaj przez kilka różnych form finansowania dostępu do świadczeń medycznych, takich jak: ubezpieczenia publiczne i prywatne, abonamenty medyczne, płatności bezpośrednie czy płatności charytatywne. Wszystkie one tworzą ową instytucjonalną strukturę. Warto zaznaczyć, że sztuczne rozszerzenie roli i udziału ubezpieczeń zdrowotnych przy jednoczesnym marginalizowaniu wydatków bezpośrednich wpływa na wzrost wydatków oraz kosztów opieki medycznej, co zostanie opisane w kolejnych rozdziałach tej książki.

³ Średni udział wydatków rządowych w wydatkach całkowitych w krajach OECD wyniósł około 73%.

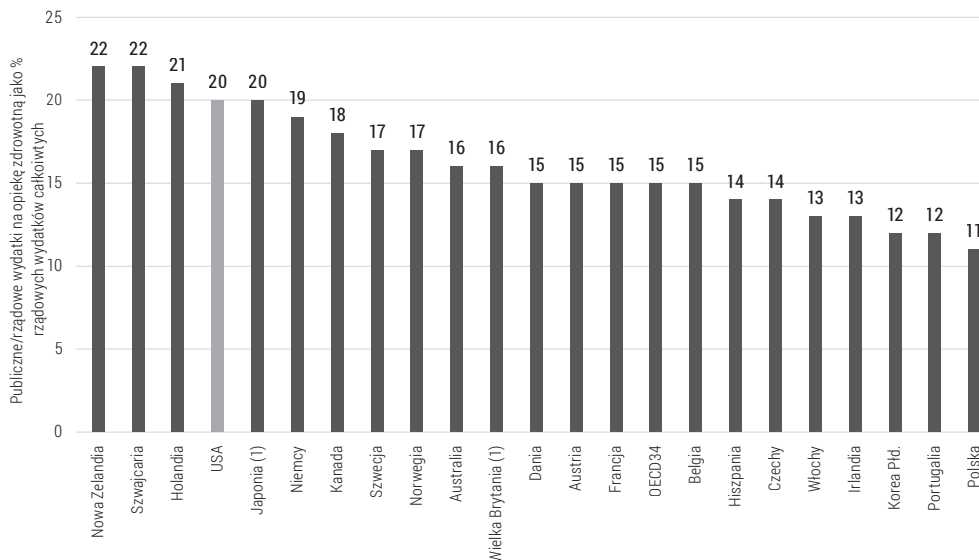
Rysunek 3. Publiczne/rządowe wydatki na opiekę zdrowotną per capita wybranych krajów w 2013 r.



Źródło: opracowanie własne na podstawie: OECD, *Health at a Glance 2015: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paryż, s. 165.

Uwagi: Podane wielkości nie uwzględniają inwestycji; (1) dane za 2012 r.

Rysunek 4. Procentowy udział publicznych/rządowych wydatków na opiekę zdrowotną w całkowitych rządowych wydatkach wybranych krajów w 2013 r.

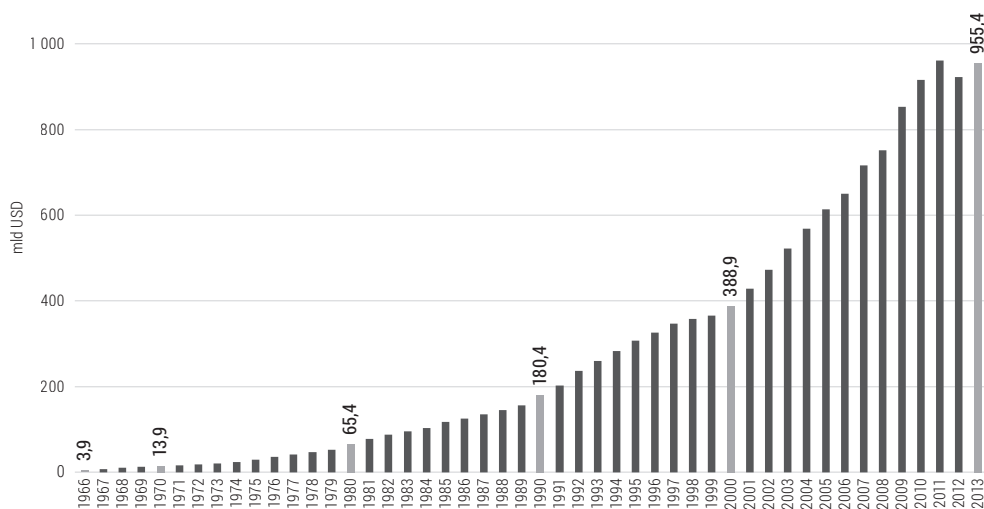


Źródło: opracowanie własne na podstawie: OECD, *Health at a Glance 2015: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paryż, s. 171.

Uwagi: (1) Dane odnoszą się do całkowitych wydatków na opiekę zdrowotną – wydatków bieżących oraz wydatków inwestycyjnych/kapitałowych.

(federalne) rządowe wydatki na programy zdrowotne (głównie na Medicare i Medicaid – w 2013 r. stanowiące około 88% wszystkich wydatków) wzrosły z 389 mld USD do ponad 955 mld USD, co stanowiło wzrost o około 145%⁴. Szczegółowe dane na ten temat ukazuje rysunek 5.

Rysunek 5. Wzrost całkowitych rządowych (federalnych) wydatków na opiekę zdrowotną w USA w latach 1966–2013



Źródło: opracowanie własne na podstawie: Whitehouse.gov, *Total Outlays for Health Programs: 1962–2021*, brak daty, <https://obamawhitehouse.archives.gov/omb/budget/Historicals> (dostęp: 5.07.2019).

Uwagi: Do 1980 r. w wydatkach całkowitych nie były uwzględniane wydatki na ochronę zdrowia w wojsku (Defense Health Program).

Powyższe dane pokazują, że zaangażowanie USA w system ochrony zdrowia nieustannie rośnie oraz, co istotniejsze, że do osiągnięcia poziomu wydatków krajów Europy Zachodniej nie jest niezbędny system jednego płatnika (single-payer system)⁵. Przykład USA dobrze świadczy o tym, że relatywnie wysoki poziom wydatków rządowych jest możliwy w bardziej zdecentralizowanej, ale także silnie interwencyjnej strukturze instytucjonalnej.

⁴ Whitehouse.gov, *Total Outlays for Health Programs: 1962–2021*, brak daty, <https://obamawhitehouse.archives.gov/omb/budget/Historicals> (dostęp: 5.07.2019).

⁵ System jednego płatnika to powszechne oraz obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne stworzone i finansowane (za pomocą składek ubezpieczeniowych lub podatków) przez państwo, którym objęta jest znaczna większość populacji danego kraju.

Ekspansja rządowych programów zdrowotnych wraz z interwencjami na rynku prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych znacząco przyczyniła się do zmiany struktury finansowania dostępu do usług medycznych w USA. Na przestrzeni lat udział tzw. trzeciej strony (third-party payer)⁶ wzrósł kosztem płatności bezpośrednich. W 2013 r. prawie co drugi dolar (48%) wydawany na opiekę zdrowotną był już wydatkiem rządowym. Resztę stanowiły wydatki bezpośrednie (12%), prywatne ubezpieczenia zdrowotne (35%) oraz pozostałe źródła (5%), co obrazuje rysunek 6⁷.

Ma to także swoje odzwierciedlenie w stale rosnącej liczbie Amerykanów objętych rządowymi programami zdrowotnymi. Według danych Kaiser Family Foundation (KFF) w 2013 r. prawie 1/3 (32%) Amerykanów była objęta takimi programami, z czego 18% było beneficjentami Medicaid, 12% – Medicare, a 2% stanowiły osoby objęte programem ochrony zdrowia dla obecnych i byłych wojskowych (kombatantów)⁸. Stale rosnąca liczba beneficjentów jest jednym z powodów wzrostu rządowych nakładów. Inny problem to starzejące się społeczeństwo. Tylko w programie Medicare, przeznaczonym dla osób starszych, liczba beneficjentów wzrosła z 19 mln w 1966 r. do ponad 52 mln w 2013 r.⁹ Szczegółowe informacje na temat udziału ludności USA w poszczególnych programach finansujących dostęp do usług medycznych przedstawiono w tabeli 1.

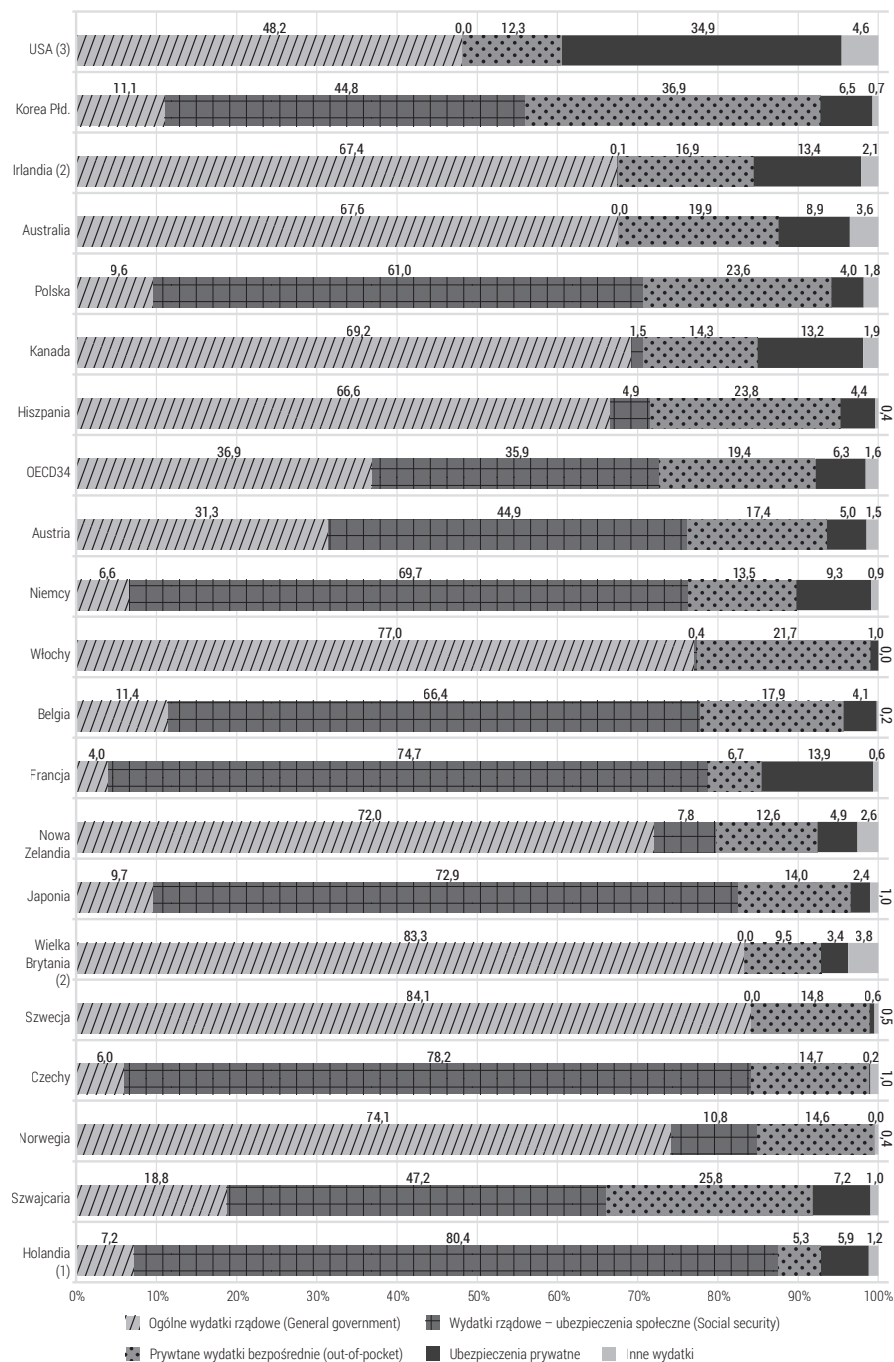
⁶ Trzecia strona to instytucja pokrywająca większość wydatków na opiekę zdrowotną za beneficjenta. Do takich instytucji zaliczają się: rządowe ubezpieczenia, prywatne towarzystwa ubezpieczeniowe, sieci medyczne, a także instytucje charytatywne. Regulacje sprzyjające sztucznej ekspansji płatników trzeciej strony są problematyczne, dlatego że sztucznie pobudzają popyt i wydatki przy jednoczesnym ograniczaniu wydatków ubezpieczonych. Wpływ ubezpieczeń społecznych na amerykańską opiekę zdrowotną zostanie szczegółowo opisany w rozdziale 4.

⁷ OECD, *Health at a Glance 2015: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paryż, s. 171.

⁸ Kaiser Family Foundation, *Health Insurance Coverage of the Total Population*, brak daty, <https://www.kff.org/other/state-indicator/total-population/?currentTimeframe=4&sortModel=%7B%22colId%22:%22Location%22,%22sort%22:%22asc%22%7D> (dostęp: 5.07.2019). Kiedyś ochroną zdrowia wojskowych i kombatantów zajmowała się tzw. Veterans Administration – obecnie jest to Veterans Affairs (VA), a program nosi nazwę VA health benefits.

⁹ CMS, *Medicare Enrollment – National Trends 1966–2013*, brak daty, <https://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Statistics-Trends-and-Reports/MedicareEnrpts/Downloads/SMI2013.pdf> (dostęp: 5.07.2019).

Rysunek 6. Procentowy udział wydatków na opiekę zdrowotną wybranych krajów wg poszczególnych źródeł finansowania w 2013 r.



Źródło: opracowanie własne na podstawie: OECD, *Health at a Glance 2015: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paryż, s. 171.

Uwagi: (1) W Holandii obowiązkowe wydatki bezpośrednie (w ramach systemu publicznego) zaliczane są do rządowych wydatków na ubezpieczenia społeczne (social security), co prowadzi do zaniżonego udziału prywatnych wydatków bezpośrednich (out-of-pocket); (2) Dane odnoszą się do całkowitych wydatków na opiekę zdrowotną – wydatków bieżących oraz wydatków inwestycyjnych/kapitałowych; (3) W ogólnych wydatkach rządowych uwzględniono także rządowe wydatki na ubezpieczenia społeczne.

Tabela 1. Udział ludności USA w poszczególnych programach/ubezpieczeniach finansujących dostęp do usług medycznych w 2013 r.

<i>Rodzaj programu</i>	<i>Udział (%)</i>	<i>L. ubezpieczonych (mln)</i>
Prywatne ubezpieczenie zawierane przez pracodawcę	48,4	148,8
Prywatne ubezpieczenie zawierane indywidualnie	5,3	16,3
Medicaid	17,8	54,7
Medicare	12,3	37,9
Program ochrony zdrowia dla wojskowych i kombatantów	1,6	4,8
Nieubezpieczeni	14,6	44,8

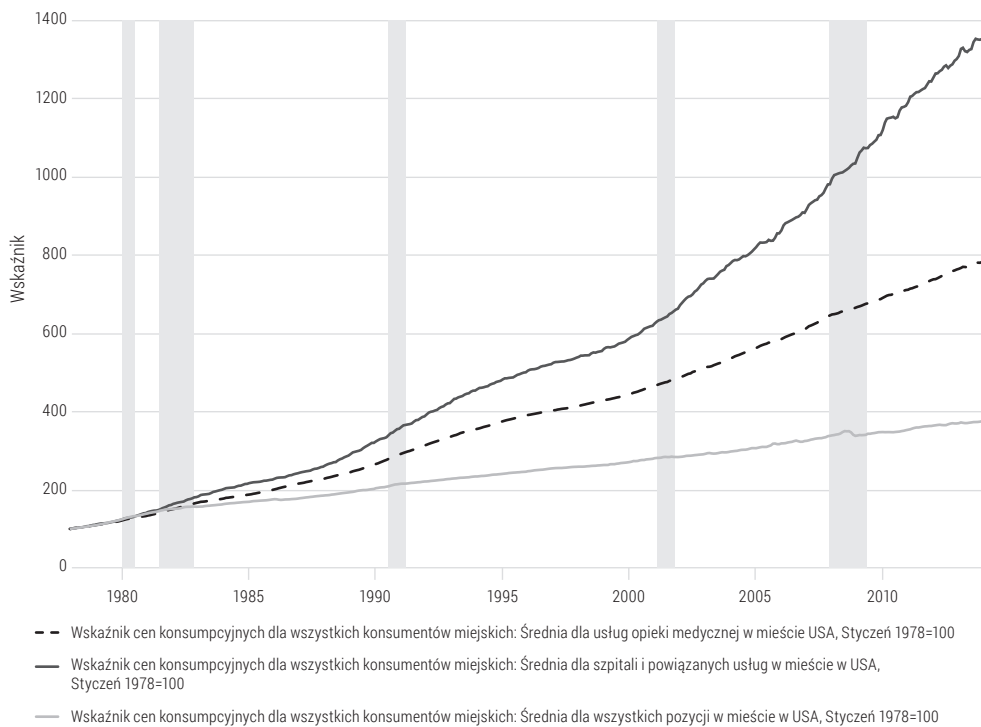
Źródło: opracowanie własne na podstawie: Kaiser Family Foundation, *Health Insurance Coverage of the Total Population*, brak daty, <https://www.kff.org/other/state-indicator/total-population/?currentTimeframe=6&sortModel=%7B%22colId%22:%22Location%22,%22sort%22:%22asc%22%7D> (dostęp: 5.07.2019).

Uwagi: Szacunki dla Medicare nie obejmują seniorów posiadających prywatne ubezpieczenie zawarte przez pracodawcę i pracujących na pełny etat czy jednocześnie ubezpieczonych w ramach Medicaid (tzw. *podwójna kwalifikacja – dual eligibles*).

Sztuczna ekspansja trzeciej strony jest jedną z przyczyn stale rosnących kosztów opieki medycznej w USA. Głównym problemem, z jakim zmagają się USA, jest zatem nie tyle, ile ogólny poziom wydatków jako procent PKB, ile dynamika wzrostu cen w opiece zdrowotnej – z reguły zawsze przekraczająca wskaźnik cen i towarów konsumpcyjnych (CPI). Tylko od początku 2000 r. do końca 2013 r. – ostatniego roku przed wejściem w życie ObamaCare – ceny usług opieki medycznej w USA wzrosły o 76%, a ceny usług szpitalnych wzrosły jeszcze bardziej, bo o około 130%, podczas gdy wskaźnik CPI wzrósł o 38%. Szerszy przedział czasowy przedstawia rysunek 7.

Część obserwatorów przyczyn tego stanu rzeczy doszukuje się w chciwości towarzystw ubezpieczeniowych, przedsiębiorstw farmaceutycznych, szpitali oraz lekarzy – dopóki ich zapędy nie zostaną poddane kontroli państwa, dopóty w USA będą stale rosły ceny opieki zdrowotnej i wydatki na nią. Amerykański ekonomista Charles van Eaton

Rysunek 7. Porównanie wskaźników cen usług opieki medycznej (CPI – medical care services) oraz cen usług szpitalnych (CPI – hospital and related services) z ogólnym poziomem cen towarów i usług konsumpcyjnych (CPI) w latach 1978–2013



Źródło: Amerykańskie Biuro Statystyki Pracy, fred.stlouisfed.org

Źródło: opracowanie własne na podstawie: FRED, Economic Data (Federal Reserve Bank of St. Louis), *FRED Graph/ Consumer Price Index for All Urban Consumers: Medical Care Services in U.S. City Average*, brak daty, <https://fred.stlouisfed.org/series/CUSR0000SAM2#0> (dostęp: 5.07.2019).

Uwagi: Dokładny przedział czasowy przedstawiony na rysunku to 01.01.1978–01.12.2013. Szare pola oznaczają okresy recesji. Wartości wszystkich indeksów dla 01.01.1978 r.=100.

określa takie poglądy jako tzw. teorie złoczyńcy (villain theories)¹⁰. Pomimo że jest w nich zawarte ziarno prawdy, to jednak ich autorzy zdają się ignorować fakt, że chociaż udział wydatków publicznych na ochronę zdrowia w całości wydatków w Stanach Zjednoczonych jest nieco niższy i w 2013 r. wyniósł niecałe 50% całościowych wydatków, nie oznacza to, że pozostała (prywatna) część wydatkowana jest bez żadnego wpływu

¹⁰ Ch. van Eaton, *Rising Health-Care Costs: Who's the Villain?*, 01.04.1995, <https://fee.org/articles/rising-health-care-costs-whos-the-villain/> (dostęp: 5.07.2019).

państwa. Prawdą jest, że USA mają najwyższy na świecie wskaźnik prywatnych wydatków na opiekę zdrowotną per capita (4515 USD w 2013 r.), znacznie przewyższając pod tym względem drugą w kolejności Szwajcarię – 2084 USD (rysunek 8). Nie oznacza to jednak, że amerykański system ochrony zdrowia jest rynkowy – przede wszystkim z uwagi na liczne interwencje w wielu jego obszarach¹¹, co miało miejsce na długo przed reformą PPACA. System ochrony zdrowia USA należy określić bardziej jako system mieszany, podlegający bardzo wielu regulacjom, które zaczęły zaburzać wcześniejsze, rynkowe relacje popytowo-podażowe. Jak wskazuje John C. Goodman:

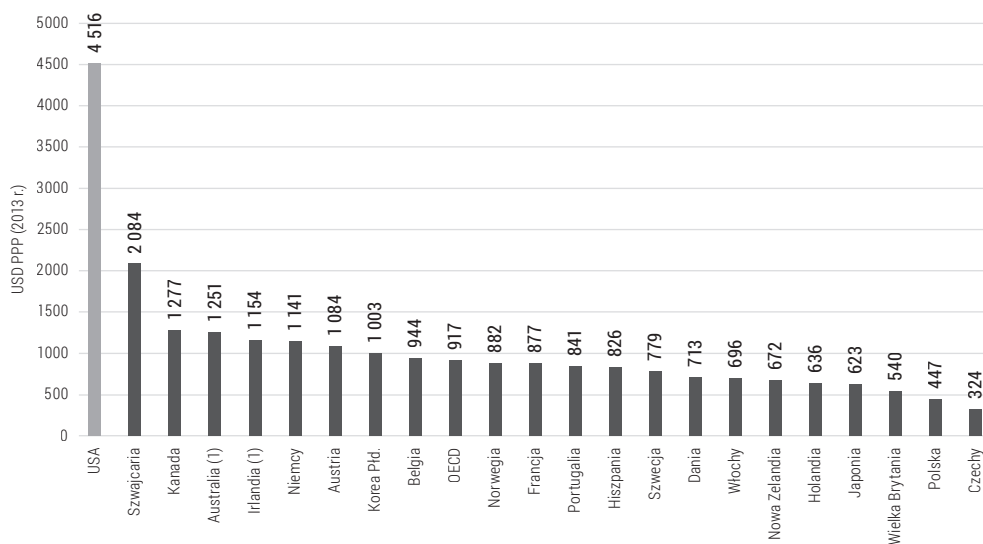
(...) w sektorze opieki zdrowotnej (...) normalne procesy rynkowe zostały zastąpione przez biurokratyczne instytucje, a typowe dla rynku zachęty ekonomiczne przez biurokratyczny sposób tworzenia reguł. W rezultacie zakres indywidualnej inicjatywy jest silnie ograniczony i ludzie często mogą realizować swoje własne interesy tylko poprzez nałożenie kosztów na innych. Na przykład:

- *Podczas gdy na zwykłym rynku konsumenci wydają własne pieniądze, na rynku usług medycznych zazwyczaj wydają oni cudze pieniądze. Na jednego dolara przychodu szpitala tylko 5 centów pochodzi bezpośrednio od pacjentów, w przypadku honorariów lekarzy jest to 19 centów.*
- *Podczas gdy na zwykłym rynku producenci stale poszukują sposobów na obniżenie kosztów, lekarze i szpitale często mogą zwiększyć swe dochody poprzez zwiększenie kosztów. Ich sukces bardziej zależy od spełnienia wymogów koniecznych do uzyskania refundacji od płatników zewnętrznych (rządowych i prywatnych) niż od tego, jak dobre usługi świadczą pacjentom. (...)*
- *Chociaż na zwykłym rynku innowacje i zmiany technologiczne są postrzegane jako korzystne dla konsumentów, płatnicy zewnętrzni na rynku medycznym są coraz bardziej wrogo nastawieni do nowych technologii i zniechęcają do ich rozwijania i wdrażania.*
- *Podczas gdy na normalnym rynku producenci reklamują oferowane przez siebie rabaty cenowe i podkreślają różnice w jakości świadczonych usług, większość pacjentów na rynku usług szpitalnych nie może się dowiedzieć przed przyjęciem do szpitala, jaki będzie*

¹¹ Najważniejsze z nich oraz ich skutki zostaną opisane w następnych rozdziałach.

koszt usługi, i przeanalizować szpitalnego rachunku po zakończeniu pobytu w placówce. Rzadko kiedy pacjenci mogą uzyskać informacje na temat jakości usług świadczonych przez lekarzy lub szpitale, nawet gdy problemy z jakością tego typu usług są dobrze znane w środowisku medycznym¹².

Rysunek 8. Prywatne wydatki na opiekę zdrowotną per capita wybranych krajów w 2013 r. (USD PPP)



Źródło: opracowanie własne na podstawie: OECD, *Health at a Glance 2015: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paryż, s. 165.

Uwagi: Podane wielkości nie uwzględniają inwestycji; (1) dane za 2012 r.

Współcześnie ubezpieczenia zdrowotne (prywatne i publiczne) finansują w zasadzie każde świadczenia medyczne, co powoduje, że konsument nie wie, jaki jest realny koszt danych świadczeń, a jego tzw. wrażliwość cenowa została znacznie osłabiona. Ubezpieczeni są więc skłonni do zwiększania popytu na takie usługi. Problem rosnących kosztów, wydatków oraz cen dotyka ich dopiero w dalszej kolejności. Większość tych wydatków pokrywają ubezpieczyciele czy podatnicy, co utrudnia

¹² J.C. Goodman, G.L. Musgrave, *Patient power. Solving America's health care crisis*, Cato Institute, Washington 1992, s. 20–21, tłum. S. Wójtowicz.

wprowadzenie niezbędnych zmian w amerykańskim systemie¹³. Z kolei bezpośrednie płacenie za usługi medyczne ma wiele zalet, np. zaoszczędzenie pieniędzy. Dostawcy dążą do obniżania kosztów z uwagi na płatności dokonywane bezpośrednio przez konsumentów. Brak ubezpieczenia nie musi stanowić problemu. Tymczasem we współczesnym świecie utożsamia się brak ubezpieczenia zdrowotnego z działaniem skrajnie nieracjonalnym i nieodpowiedzialnym. W nieskrępowanych warunkach rynkowych konsument może wybierać zarówno pomiędzy ubezpieczeniem jako płatnością typu pre-paid a wydatkami bezpośrednimi, ale także pomiędzy ubezpieczeniem a inną formą płatności pre-paid jak np. abonament medyczny.

Inną istotną kwestią jest to, że niektóre interwencje, początkowo nieistotne, z czasem lub na skutek kolejnych interwencji zaczęły uwidaczniać wcześniejsze błędne założenia i ostatecznie doprowadziły do obecnych problemów w systemie ochrony zdrowia w USA. Być może relatywnie wysoki udział wydatków prywatnych czy postrzeganie USA jako kraju sprzyjającego wolności i przedsiębiorczości utrwaliły w wielu Amerykanach przekonanie o wciąż silnym rynkowym fundamencie, na którym opierał się kiedyś amerykański system ochrony zdrowia. To przekonanie jest jednym z powodów, dla których wielu Amerykanom bardzo trudno jest zaakceptować to, że ich obecny system jest bardzo interwencyjny. Kiedy komentatorzy w mediach narzekają np. na rosnące ceny usług medycznych, wielu Amerykanów jest skłonnych interpretować to zjawisko jako efekt procesów rynkowych, a nie nasilającego się interwencjonizmu. W przeciwnym razie musieliby odrzucić wszystko to, czego o wolnej Ameryce uczono ich w szkołach, a to mogłoby się okazać dla nich zbyt dużym wysiłkiem (kosztem)¹⁴. Wielu Amerykanom bardzo trudno jest zaakceptować fakt, że obecny kształt oraz sposób funkcjonowania systemu ochrony zdrowia USA, oparty na tzw. *prawie do opieki zdrowotnej*, nie ma nic wspólnego z wolnościowymi założeniami zawartymi w Deklaracji Niepodległości. Jak wskazuje William Dale:

Właściwie rozumiane prawa nie obejmują bycia uprawnionym do usług świadczonych przez inne osoby. Przypomnijmy choćby

¹³ Zagadnienia te zostaną szerzej omówione w rozdziale 5.

¹⁴ J.G. Hornberger, *The Real Free-Market Approach to Health Care*, w: J.G. Hornberger, R.M. Ebeling (red.), *The Dangers of Socialized Medicine*, The Future of Freedom Foundation, USA 1994, s. 18–19.