

Christoph Sowada

Alokacyjne konsekwencje wprowadzenia prywatnych dodatkových

Diametros nr 51, 90-112

2017

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

ALOKACYJNE KONSEKWENCJE WPROWADZENIA PRYWATNYCH DODATKOWYCH/RÓWNOLEGLYCH UBEZPIECZEŃ ZDROWOTNYCH W SPOŁECZEŃSTWACH KIERUJĄCYCH SIĘ EGOIZMEM, ALTRUIZMEM LUB ZAWIŚCIĄ – PERSPEKTYWA EKONOMICZNA

- Christoph Sowada -

Abstrakt. Oceniając zastosowanie w systemie ochrony zdrowia różnych instrumentów i rozwiązań nie możemy ograniczyć się wyłącznie do sprawdzenia ich wpływu na wypełnienie kryteriów sprawiedliwości i równości. Ważnym celem społecznym jest bowiem również maksymalizacja dobrobytu w warunkach ograniczoności zasobów. Celem artykułu jest dokonanie (przy pomocy ekonomicznego modelu optimum społecznego) analizy wpływu na dobrobyt społeczny wprowadzenia do systemu ochrony opartego wyłącznie na finansowanym ze środków publicznych koszyka gwarantowanego dodatkowych lub równoległych prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w zależności od: przyczyn ograniczeń w systemie publicznym (ograniczenia w realnych zasobach versus ograniczenia w zasobach finansowych), założonej formy agregacji indywidualnych użyteczności w funkcję dobrobytu społecznego (dodawanie, mnożenie, funkcja Rawlsa, podział równy) oraz przyjętego obrazu społeczeństwa (społeczeństwo składające się z egoistów, lub altruistów lub osób zawistnych).

Słowa kluczowe: dobrobyt społeczny, użyteczność, model optimum społecznego, prywatne dodatkowe ubezpieczenie zdrowotne, prywatne równoległe ubezpieczenie zdrowotne, społeczeństwo egoistyczne, społeczeństwo altruistyczne, społeczeństwo zawistne, John Rawls, Adam Smith, Vilfredo Pareto, Jeremy Bentham.

Wprowadzenie

Niemalże każde opracowanie niemedyczne dotyczące zdrowia człowieka rozpoczyna się od stwierdzenia, że zdrowie jest dobrem wyjątkowym, szczególnym. Rzeczywiście dla pojedynczego człowieka zdrowie jest wartością bezcenną: warunkuje wszak zdolność do podejmowania wszelkich innych aktywności, w zasadzie warunkuje istnienie. Wyjątkowość zdrowia nie oznacza jednak, że człowiek gotów jest w każdych okolicznościach przedkładać swoje zdrowie nad inne wartości, np. przyjemności czerpanych z konsumpcji dóbr i usług, także tych jego zdrowiu szkodzącym, nawet jeśli wie, jak bardzo stan jego zdrowia zależy od

stylu życia. Dbanie o własne zdrowie nasila się natomiast wyraźnie wraz z jego pogarszaniem się. Najwidoczniej także do zdrowia odnosi się fundamentalne prawo ekonomii – prawo malejącej użyteczności krańcowej, które mówi, że użyteczność krańcowa (marginalna), tzn. zadowolenie z konkretnej (konsumowanej/posiadanej) jednostki jakiegoś dobra, maleje wraz ze wzrostem poziomu konsumpcji/posiadania tego dobra. Gdy mamy mało zdrowia (jesteśmy chorzy), cenimy je znacznie bardziej, niż gdy jesteśmy zdrowi. Zdrowie nie jest jednak wyłącznie „szczególnym dobrem konsumpcyjnym”, którego posiadanie generuje użyteczność. Jest także, na co wskazuje już M. Grossmann¹, dobrem kapitałowym: zużywającym się w długim okresie czynnikiem produkcji. Zdrowie umożliwia podejmowanie pracy zarobkowej. Jest zatem (przynajmniej dla większości ludzi) warunkiem pozyskiwania dochodów, z których człowiek zakupuje potrzebne mu dobra i usługi, w tym także świadczenia zdrowotne.

Konsumpcyjny i kapitałowy charakter zdrowia odnosi się zawsze do konkretnej jednostki, do konkretnego człowieka. Zdrowie jest również, jak zauważa D. Callahan², wartością publiczną, przez to również wartością polityczną. K. Oettle stwierdza np. „zaspokojenie egzystencjalnych potrzeb zdrowotnych człowieka tworzy minimalny wymóg humanitarnego państwa”³. Społeczny wymiar zdrowia konstytuowany jest również przez przypisane ludziom naturalne „pragnienie uczestnictwa w społeczeństwie sprawiedliwym”⁴. Za niesprawiedliwe uznaje się ograniczenia chorym dostępu do niezbędnych świadczeń zdrowotnych ze względu na brak możliwości ich sfinansowania, w szczególności jeśli zarówno sama choroba, jak również brak środków finansowych nie został zawiniony przez chorego. Nawet jeśli mówimy tu o dostępie do świadczeń, w rzeczywistości chodzi o zdrowie, możliwość jego poprawy lub podtrzymania. Określenie «sprawiedliwość» jest, jak pisze H. Brighouse: „naznaczone nieusuwalną niejednoznacznością i jedynie z kontekstu można wnioskować, czy w danym przypadku wykorzystywane jest ono w odniesieniu do kwestii dystrybucji (rozdziału) czy retribucji (odpłaty)”⁵. Niejednoznaczność kategorii sprawiedliwości zasadniczo utrudnia jej operacjonalizację. Nie może jednak stanowić usprawiedliwienia dla ignorowania tej zasadniczej kategorii, szczególnie w kontekście ekonomicznej oceny funkcjonalności systemu ochrony zdrowia. Sprawiedliwości nie wolno lekceważyć cho-

¹ Grossman [1972].

² Callahan [1990].

³ Oettle [2006] s. 24.

⁴ Sowada [2013] s. 49.

⁵ Brighouse [2007] s. 12.

ciażby dlatego, że stanowi ona jeden z czterech - obok wolności, pokoju i dobrobytu - głównych celów społeczeństwa otwartego⁶. Operacjonalizując sprawiedliwość, musimy natomiast uwzględnić jej kontekstowy charakter (arystotelowskie *aequitas* - konteksty sytuacji), który warunkuje ocenę praktycznych rozwiązań w odniesieniu do realizacji kryteriów konstytuujących uprawnienia do ochrony zdrowia (potrzeby lub zasługi), a także ich uporządkowanie w sensie równego traktowania równych (sprawiedliwość horyzontalna) i nierównego traktowania nierównych (sprawiedliwość wertykalna).

Poza wymienionymi zdrowie wykazuje jeszcze jedną cechę szczególną. Podlega ono przypadkowemu wpływowi różnych zdarzeń losowych nazywanych chorobami. Mimo iż ryzyko choroby nie w każdej sytuacji spełnia warunki zdarzenia losowego (w szczególności nie zawsze spełnia warunek niezależności od zachowań podmiotu mu podlegającego), uznawane jest ono powszechnie za ryzyko ubezpieczalne. Różne instytucje ubezpieczeniowe, zarówno publiczne jak i prywatne, w zamian za płaconą składkę przejmują na siebie finansowane ryzyko związane z występowaniem chorób w określonym w umowie ubezpieczeniowej zakresie. Głównie przejmują koszty świadczeń medycznych udzielanych ubezpieczonemu w czasie jego choroby. W większości krajów ubezpieczenia prywatne uzupełniają/dopełniają jedynie zabezpieczenie oferowane przez systemy publiczne - finansowaną z środków podatkowych Narodową Służbę Zdrowia lub oparte na zasadzie solidaryzmu bismarckowskie ubezpieczenie społeczne. Czasami jednak oferują przynajmniej dla części populacji jedyne kolektywne zabezpieczenie na wypadek choroby.⁷ Chociaż ubezpieczenia prywatne stanowią obecnie stały, jak się wydaje, element systemów zabezpieczenia na wypadek choroby, debata na temat roli, jaką mają odgrywać w systemie, a także relacji, w jakiej powinny stać w stosunku do podstawowego systemu zabezpieczenia organizowanego przez państwo, ciągle trwa. Niestety nierzadko debata ta sprowadza się do ideologicznej dysputy na temat równości w ochronie zdrowia. Dopuszczeniu ubezpieczeń uzupełniających, dodatkowych lub równoległych towarzyszy bowiem zawsze pytanie, co uzyskają posiadacze prywatnych polis ubezpieczeniowych, a czego nie pozyskają osoby pozostające wyłącznie w systemie publicznym? Czy jesteśmy skłoni

⁶ Szczegółowo Popper [1945/2003]; Petersen [1993]; Sowada [2013].

⁷ W najprostszym podziale wyróżnia się trzy typy prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych: ubezpieczenia zastępcze dla osób nieobjętych publicznym systemem zabezpieczenia (np. 10% populacji Niemiec), ubezpieczenia uzupełniające finansujące dostęp do świadczeń wyłączonych z koszyka gwarantowanego przez bazowy system publiczny lub też pokrywające udział własny pacjenta w cenie świadczeń gwarantowanych oraz ubezpieczenia dodatkowe zapewniające dostęp do świadczeń gwarantowanych co do rodzaju, ale cechujących się wyższą jakością, większym komfortem pozamedycznym lub też organizujące dostęp bez kolejki; szczegółowo Sowada [2014].

w ogóle zaakceptować, a jeśli tak, to w jakim stopniu, aby posiadacze prywatnych polis (lub ogólniej osoby dysponujące wyższymi dochodami) mogli uzyskać więcej świadczeń zdrowotnych, być może o wyższej jakości, niż obywatele skazani wyłącznie na bazowy system finansowany ze środków publicznych? Niewątpliwie nie można udzielić uniwersalnej odpowiedzi na tak zadane pytania. Jednym z jej wyznaczników jest przyjęty obraz społeczeństwa, w którym pytania tego typu są stawiane. Inaczej wypadną one bowiem w społeczeństwie składającym się z egoistów, inaczej jeśli założymy, że ludzie są altruistami, a jeszcze inaczej w odniesieniu do społeczeństwa składającego się z zawistników.

Utożsamiana ze sprawiedliwością równość, nie może jednak stanowić wyłączone kryterium oceny praktycznych rozwiązań. Jak już powiedziano, wśród celów społeczeństwa otwartego znajduje się przecież również materialny dobrobyt. Jego maksymalizacja w warunkach ograniczoności zasobów leży w samym centrum zainteresowania nauk ekonomicznych. Prywatne ubezpieczenia zdrowotne mogą pozytywnie wpłynąć na poziom dobrobytu, podobnie zresztą jak implementacja opartego na przymusowej redystrybucji systemu zabezpieczenia organizowanego przez państwo. Nawet najbardziej zagorzali obrońcy wolności jednostki i czołowi przedstawiciele wiodącego w ostatnich dekadach nurtu ekonomii liberalnej (szkoły neoklasycznej) wskazują na nieodzowność redystrybucji dochodów/wyników gwarantującej każdemu mieszkańcowi kraju osiągnięcie przynajmniej minimum egzystencji. Nie czynią tego bynajmniej z pobudek altruistycznych. Gwarancja minimum egzystencji stanowi dla nich rękojmię zachowania pokoju publicznego, bez którego uznawany za optymalny z punktu widzenia realizacji celu maksymalizacji dobrobytu system gospodarki rynkowej byłby zagrożony⁸. Jeszcze donośniej brzmi głos przedstawicieli niemieckiego ordoliberalizmu⁹, twórców koncepcji społecznej gospodarki rynkowej, dla których z jednej strony rynek (niezmiennie stanowiący, mimo rozpoznanych zawodności, najefektywniejsze narzędzie alokacji ograniczonych zasobów) i sprawiedliwy podział wyników z drugiej (na który składa się także dostęp do świadczeń zdrowotnych) stanowią dwie strony tego samego medalu.

W formie analitycznej alokacyjny cel maksymalizacji dobrobytu ze sprawiedliwym podziałem obrazuje wywodzący się z tzw. „nowej ekonomii dobrobytu” model optimum społecznego, nazywanego także modelem optimum optimum. Model ten wykorzystany zostanie w dalszej części artykułu do opisanie implikacji wprowadzenia do systemu zabezpieczenia na wypadek choroby pry-

⁸ Np. Hayek von [1960].

⁹ Np. Eucken [1952/2004]; Müller-Armack [1981]; Röpke [1948].

watnych dodatkowych (lub równoległych) ubezpieczeń zdrowotnych w trzech wspomnianych wyżej typach społeczeństw: społeczeństwie egoistów, altruistów i ludzi kierujących się zawiścią (punkt 5). Zanim to jednak nastąpi przedstawione zostaną podstawowe założenia normatywne tego modelu (punkt 1) oraz podstawowe narzędzia w nim wykorzystywane: społeczne funkcje dobrobytu i ich graficzny odpowiednik, społeczne krzywe obojętności (punkt 2), oraz krzywe możliwych użyteczności (punkt 3 i 4). Dokładne wyjaśnienie tychże narzędzi jest niezwykle istotne dla zrozumienia całego modelu. Optimum społeczne definiowane jest bowiem jako maksymalizujący społeczny dobrobyt podział użyteczności możliwych do osiągnięcia przy optymalnym wykorzystaniu posiadanych zasobów. Artykuł kończy się krótką dyskusją i konkluzjami.

1. Podstawowe założenia normatywne modelu optimum społecznego

Chociaż model optimum społecznego uwzględnia *explicite* kwestie sprawiedliwości (dopuszczając różne sposoby agregacji indywidualnych użyteczności w funkcję dobrobytu społecznego), pozostaje jednak modelem usytuowanym w klasycznym nurcie ekonomii liberalnej i utylitarnej bazującej na fundamencie metodologicznego indywidualizmu. Społeczeństwo nie jest traktowane jako jakiś odrębny, samodzielny byt, lecz stanowi wyłącznie zbiór wolnych z natury, suwerennych, ale także rozumnych i racjonalnych jednostek. Tym samym cele społeczne mogą być wyłącznie wyprowadzone z celów jednostek tworzących społeczeństwo. Od czasów Oświecenia wolnym jednostkom przypisuje się prawo do podejmowania suwerennych decyzji w zgodzie z subiektywną percepcją rzeczywistości i indywidualnymi preferencjami. Każdej istocie obdarzonej rozsądkiem i rozumem przysługuje godność, na której opiera się imperatyw kategoryczny Kanta [1793/1983] nakazujący w każdym działaniu i zachowaniu dostrzegać człowieczeństwo własnej osoby i każdego innego człowieka¹⁰.

Istotą rozumną i rozsądną jest także opisany przez Adama Smitha *homo oeconomicus* – człowiek ekonomiczny¹¹. Racjonalność *homo oeconomicus* wyraża się w jego dążeniu do maksymalizacji korzyści (użyteczności bądź zysku) przy wykorzystaniu dostępnych, ograniczonych zasobów produkcyjnych i konsumpcyjnych. W teorii Adama Smitha *homo oeconomicus* funkcjonuje w idealnych warunkach doskonałej konkurencji, prywatnej własności, pełnej swobody zawierania umów i doskonałej znajomości wszystkich rynków, na których zawiera transakcje kupna-sprzedaży tego, co jest mu potrzebne do życia i produkcji. W realnym

¹⁰ Kant [1793/1983].

¹¹ Smith [1776/1954].

świecie warunki te nie są spełnione; więcej – część z nich nie jest w ogóle spełnialna. W szczególności warunek pełnej informacji uznać należy za utopijny, nawet jeśli ukonstytuowanie się norm społecznych drastycznie zmniejszyło liczbę potencjalnie dostępnych alternatyw działania. I to właśnie do niespełnialności warunku pełnej informacji odnosi się jeden z głównych nurtów krytyki koncepcji ekonomicznych wychodzących z założenia, że człowiek jest w stanie podejmować racjonalne decyzje. Skoro jednostka nie jest w posiadaniu wszystkich informacji, jak może wybrać najlepszą dla siebie opcję? – pytają m.in. G. Rist¹² i A. Aldridge¹³. Krytykę tę uznać można w tej samej mierze za słuszną co fundamentalistyczno-ideologiczną. Z empirycznego faktu braku pełnej informacji nie da się bowiem w społeczeństwie wolnym wywnioskować o istnieniu braku zdolności do podejmowania racjonalnych decyzji. Jeśli bowiem znajomość wszystkich alternatyw działania miałaby stanowić warunek konieczny do podejmowania przez człowieka racjonalnych decyzji, któż może się podjąć oceny racjonalności lub jej braku w działaniach innych ludzi? Wszak wiedza każdego człowieka jest ograniczona. Z tego też powodu nie można utożsamiać racjonalności z wyborem w każdym wypadku obiektywnie najlepszej opcji. Racjonalne zachowanie oznacza natomiast zawsze wybór opcji najlepszej w oczach decydującego, tj. opcji, która w warunkach niepewności prowadzi do maksymalizacji oczekiwanych korzyści¹⁴. Racjonalność wyboru nie gwarantuje osiągnięcia za każdym razem sukcesu, zakłada jednak zdolność do uczenia się na własnych i cudzych błędach. Gdybyśmy natomiast uznali człowieka za istotę zasadniczo irracjonalną, „nie istniałoby nic takiego jak świadectwo, wnioskowanie czy dowód. Nie istniałoby nawet samo pojęcie »irracjonalności«. [...] Nie moglibyśmy stosować pojęcia irracjonalności, gdybyśmy już wcześniej nie rozumieli racjonalności”, stwierdza J. Hallowell¹⁵.

Oczywiście cele jednostek tworzących społeczeństwo mogą być bardzo różne. Również homo oeconomicus nie musi się ograniczać do maksymalizacji korzyści z własnej konsumpcji, co mu się czasami zarzuca¹⁶ lub wręcz może zachowywać się jak homo consumens, w którym konkurencja wyzwala najgorsze cechy chciwości, skąpstwa i egocentryczności¹⁷. Z ideą człowieka ekonomicznego zgodny jest jednak w zasadzie także obraz człowieka zawistnego, ale również ob-

¹² Rist [2015].

¹³ Aldridge [2006b].

¹⁴ Np. Freytag [2005].

¹⁵ Hallowell [1993] s. 30.

¹⁶ Np. Aldridge [2006a].

¹⁷ Np. Young, Willmott [1957/1992]; Platt [1971].

raz altruisty.¹⁸ A. Smith w swojej koncepcji w każdym razie nigdzie nie zakłada, że człowiek ekonomiczny dąży wyłącznie do maksymalizacji własnych materialnych korzyści na koszt innych ludzi. Wręcz przeciwnie, w swoim słynnym przykładzie o piekarzu pokazuje, że dążąc do własnych celów człowiek racjonalny przyczynia się do powstawania dobra ogółu. Drugi człowiek nie tylko nie stanowi z definicji przeszkody na drodze do realizacji osobistych celów, lecz wręcz przeciwnie, dopiero umożliwia ich realizację, na co wskazują także badacze zajmujący się kategorią szczęścia¹⁹. Racjonalny człowiek kieruje się bowiem racjonalnością koherencyjną (a nie tylko racjonalnością instrumentalną), tzn. uzgadnia swoje działania z istniejącymi regułami i respektuje społecznie akceptowane wzory myślenia, zdając sobie sprawę z tego, że zachowania ewidentnie sprzeczne z interesami innych jednostek, łamiące normy społeczne, na dłuższą metę nie spełniają kryterium zachowań racjonalnych²⁰.

Model optimum społecznego przyjmuje również, że możliwe jest porównywanie użyteczności osiągniętych przez różnych ludzi. Model optimum społecznego przewiduje bowiem dokonanie agregacji indywidualnych użyteczności w społeczny dobrobyt za pośrednictwem matematycznych funkcji. Tym samym uznaje użyteczność za wartość mierzalną. Założenie międzyosobowej porównywalności użyteczności jest dyskusyjne. Zważywszy na skrajnie subiektywistyczny charakter użyteczności jako miary indywidualnego zadowolenia, odrzucenie jej pomiaru w liczbach, a tym samym odrzucenie jej międzyosobowej porównywalności wydaje się jak najbardziej uzasadnione. Także K. Arrow w swoim „twierdzeniu o niemożliwości” wątpi, czy wychodząc od indywidualnych preferencji, można w ogóle dojść do określenia spójnego i kompletnego uporządkowania preferencji społecznych, i stwierdza, że jeśli wykluczymy możliwość interpersonalnego porównania użyteczności, jedyną metodą przejścia od indywidualnych upodobań do preferencji społecznych, która byłaby satysfakcjonująca oraz zdefiniowana w ramach szerokiego zakresu indywidualnych uporządkowań jest albo narzucona, albo dyktatorska²¹. Z drugiej jednak strony, jeśli za H.-G. Petersenem założymy pragmatycznie, że istnieją proste psychologiczne wzorce reakcji ludzi na nie-szczęścia dotyczące innych ludzi, interpersonalne porównanie korzyści może

¹⁸ Choć uznanie zachowań altruistycznych za zgodne z ideą egoizmu wywołuje sprzeciw. A. Aldridge stwierdza np., że przez zabieg pogodzenia altruizmu z egoizmem „egoistyczny charakter działania ludzkiego przestaje być zdaniem empirycznym, a staje się prawdziwy jedynie z definicji”; Aldridge [2006b] s. 82.

¹⁹ Np. Tkach, Lyubomirsky [2006]; DiTommaso, Spiner [1993].

²⁰ Falkinger [1990].

²¹ Arrow [1963].

zostać sprowadzone do oceny odczuć odnoszących się do zaspokojenia podstawowych ludzkich potrzeb, bez konieczności kardynalnego pomiaru poziomu zadowolenia²².

2. Funkcje dobrobytu społecznego

W rozwiązaniu graficznym optimum społeczne wyznaczone jest przez punkt styczności społecznych krzywych obojętności z krzywą możliwych użyteczności. Społeczne krzywe obojętności stanowią graficzny obraz funkcji dobrobytu społecznego i wyznaczają poziom dobrobytu, jaki społeczeństwo może osiągnąć przy różnych podziałach użyteczności na swoich członków. Konstrukcja funkcji dobrobytu społecznego opiera się na agregacji indywidualnych użyteczności osiągniętych przez jego członków. Wybór matematycznego operatora agregacji (np. dodawania, mnożenia), przetwarzającego indywidualne użyteczności w społeczny dobrobyt, odzwierciedla sądy wartościujące na temat „sprawiedliwego” podziału użyteczności/dobrobytu na poszczególnych członków społeczeństwa. Innymi słowy, wybór sposobu agregacji indywidualnych użyteczności odzwierciedla kryteria sprawiedliwości dystrybutywnej. Funkcje dobrobytu społecznego stanowiące agregację indywidualnych użyteczności, w tym przedstawione niżej funkcje Benthamowska, Bernoulliego-Nasha i Rawlsa nazywane są także funkcjami indywidualistycznymi²³. Nieomawiane w tym artykule funkcje kolektywistyczne odzwierciedlają wyłącznie preferencje tzw. „doskonałego dyktatora” lub grupy sprawującej władzę. W dalszej części analizy zastosowanie znajdzie natomiast inna nieindywidualistyczna funkcja dobrobytu, tzw. funkcja leksykalnego egalitaryzmu, która za sprawiedliwe uznaje wyłącznie podziały równe.

Funkcje dobrobytu społecznego opisywane są za pomocą matematycznych wzorów. Zakładając, że społeczeństwo składa się jedynie z dwóch reprezentatywnych dla społeczeństwa jednostek (lub dwóch grup ludzi), funkcję dobrobytu społecznego możemy przedstawić graficznie w postaci wspomnianych wyżej społecznych krzywych obojętności (nazywanych również „krzywymi jednakowego dobrobytu”²⁴). Społeczna krzywa obojętności łączy na wykresie wszystkie podziały użyteczności na członków społeczeństwa, dla których funkcja dobrobytu społecznego przyjmuje tę samą wartość.²⁵ Wszystkie punkty leżące na tej samej krzy-

²² Petersen [1993].

²³ Np. Petersen [1993].

²⁴ Np. Acocella [2002].

²⁵ Ograniczenie do dwóch reprezentatywnych jednostek lub dwóch grup społecznych następuje wyłącznie ze względów pragmatycznych związanych z zamiarem graficznego wyprowadzenia

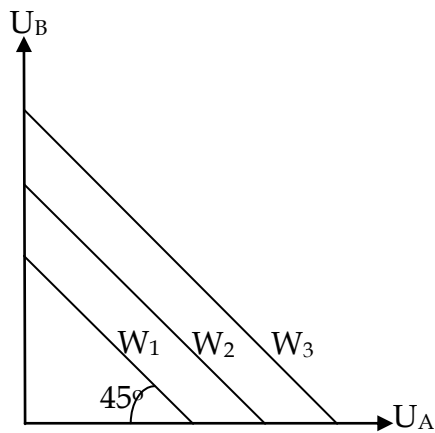
wej są, z punktu widzenia społeczeństwa jako całości, równoważne. Społeczeństwo maksymalizujące dobrobyt wybierze ten podział użyteczności na swoich członków, który leży na najwyższej z możliwych do osiągnięcia krzywej.

Kształt społecznych krzywych obojętności zależy od przyjętego sposobu agregacji indywidualnych korzyści. Najprostszą formę agregacji przewiduje utylitarystyczna funkcja dobrobytu społecznego (zwana też Benthamowską). Za Benthamem utylitarysty za sprawiedliwy podział uznają podział maksymalizujący sumę użyteczności, tj. podział tworzący największą korzyść dla największej liczby ludzi²⁶. W wersji utylitarystycznej dobrobyt społeczny W równy jest zatem sumie indywidualnych użyteczności u_i czerpanych z konsumpcji różnych dóbr i usług opisanych jako x .²⁷

$$W = \sum_{i=1}^H u_i(x)$$

Społeczne krzywe obojętności odpowiadające tej funkcji przyjmują postać linii prostych o negatywnym nachyleniu (rysunek 1). U_A oraz U_B opisują odpowiednio użyteczność realizowaną przez jednostkę/grupę A oraz użyteczność osiąganą przez jednostkę/grupę B.

Rysunek 1



Utylitarystyczną funkcję dobrobytu można uznać za egalitarną jednak jedynie w tym sensie, iż nakazuje ona w jednakowy sposób traktować użyteczność każdego członka społeczeństwa. Utylitarysty nie żądają natomiast równego po-

wyników. Korzystając ze wzorów matematycznych, możemy przedstawić wyniki dla dowolnej liczby jednostek/grup.

²⁶ Young [2003]; Kostka [2002].

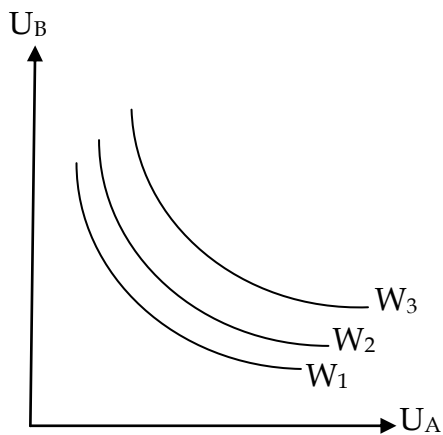
²⁷ W przypadku tzw. uogólnionej utylitarystycznej funkcji dobrobytu społecznego użyteczności indywidualne otrzymują dodatkowo nieujemne wagi a_i . $W = \sum_{i=1}^H a_i u_i(x)$; Harsanyi [1976].

działu użyteczności. Wręcz przeciwnie, maksymalizacja dobrobytu społecznego może nastąpić także przy podziale ekstremalnie nierównym, tj. przy przekazaniu całej użyteczności jednemu członkowi społeczeństwa. Nie jest to możliwe, jeśli w miejsce operatora dodawania indywidualnych użyteczności przyjmie się ich wymnożenie, jak przewiduje funkcja dobrobytu społecznego Bernoulliego-Nasha:²⁸

$$W = \prod_{i=1}^H u_i(x)$$

Zmiana operatora powoduje, że dobrobyt społeczny nie może osiągnąć pozytywnej wartości, jeśli użyteczność choć jednej jednostki równa jest zero. Natomiast przy danej sumie użyteczności wszystkich członków społeczeństwa dobrobyt społeczny osiąga wartość maksymalną przy podziale równym. Społeczne krzywe obojętności odpowiadającej funkcji Bernoulliego-Nasha przyjmują postać krzywych hiperbolicznych o negatywnym nachyleniu (rysunek 2).

Rysunek 2



Zupełnie inne stanowisko w sprawie konstrukcji funkcji dobrobytu społecznego zajmuje harwardzki filozof John Rawls. Formułując swoje zasady sprawiedliwości (stanowiące jednocześnie reguły priorytetu), Rawls dopuszcza występowanie nierówności społecznych i ekonomicznych (wynikających głównie z podziału dóbr materialnych) pod warunkiem, że te wiążą się z autentyczną równością szans dostępności do urzędów i stanowisk, a także są ułożone z najwyższą korzyścią dla najbardziej upośledzonych.²⁹ Rawlowska funkcja dobrobytu społecznego przyjmuje zatem postać:

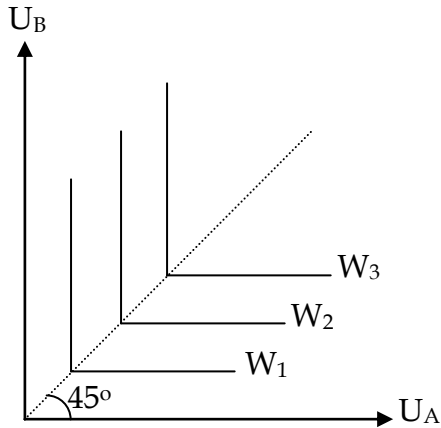
²⁸ W uogólnionej formie również wprowadza się wagi, tym razem jako wykładniki funkcji użyteczności dla jednostek.

²⁹ Rawls [1975]. W późniejszym okresie Rawls [2001] zastrzega jednak, że osoby przedkładające czas wolny nad pracę nie mają prawa do udziału w minimalnym dochodzie gwarantowanym przez zasadę dyferencji.

$$W = \min(u_i), i = 1, 2, 3, \dots, H,$$

zaś odpowiadające jej społeczne krzywe obojętności - postać linii w kształcie litery L z wierzchołkami leżącymi na dwusiecznej układu współrzędnych (linia 45°, rysunek 3).

Rysunek 3



Jeszcze inną postać przyjmuje tzw. „elitarna funkcja społecznego dobrobytu (funkcja Nitzschego), przy której maksymalizacja dobrobytu społecznego następuje wraz z maksymalizacją użyteczności jednostki najlepiej uposażonej:

$$W = \max(u_i), i = 1, 2, 3, \dots, H$$

Funkcja ta jednak ze względu na ewidentną sprzeczność z dominującymi w społeczeństwach zachodnich wyobrażeniami o „sprawiedliwym podziale” nie będzie dalej brana pod uwagę. Uwzględniona zostanie natomiast nieindywidualistyczna funkcja egalitarna. W jej przypadku społeczne krzywe obojętności redukują się do pojedynczych punktów leżących na dwusiecznej układu współrzędnych. Oczywiście im dalej od początku układu współrzędnych punkt taki leży, tym wyższy poziom dobrobytu społecznego sobą reprezentuje.

3. Krzywa możliwych użyteczności

Opierając się na założeniach modelu gospodarki doskonale konkurencyjnej, ekonomika dobrobytu formułuje dwa twierdzenia:

- „w systemie ekonomicznym z doskonałą konkurencją i kompletnością rynków stan równowagi, jeśli istnieje, jest optymalny w rozumieniu Pareta,
- jeżeli rynki są kompletne i spełnione są pewne warunki dotyczące funkcji użyteczności (wypukłość) i funkcji produkcji, to przy właściwej redystrybucji między

jednostkami każdy stan optymalny w sensie Pareta jest stanem równowagi w warunkach konkurencji³⁰.

Rezygnując w tym miejscu z dokładnego omówienia tychże twierdzeń i sposobu ich dowiedzenia, podkreślić należy, iż w warunkach doskonałej konkurencji racjonalni konsumenci i producenci maksymalizując własne korzyści (użyteczność lub zysk) poprzez dokonywanie transakcji wymiany, doprowadzają automatycznie do optymalnej alokacji ograniczonych zasobów. Równowaga wytwarzana przez rynki konkurencyjne wyczerpuje bowiem wszelkie możliwe korzyści z wymiany. Optymalną lub efektywną nazywamy alokację, której przy danej ilości dóbr/zasobów nie da się zmienić w sposób zwiększający korzyści choć jednego uczestnika rynku bez jednoczesnego zmniejszenia korzyści chociaż jednego innego uczestnika rynku (tzw. optimum Pareta). Efektywnych w sensie Pareta podziałów użyteczności na uczestników rynku jest nieskończenie wiele. Przyjmując ponownie założenie, że całe społeczeństwo składa się jedynie z dwóch jednostek (lub dwóch grup), możemy je przedstawić rysując tzw. krzywe możliwych użyteczności.³¹

Kształt krzywych możliwych użyteczności różni się w zależności od wzoru zachowań uznanych w społeczeństwie za dominujące. Model gospodarki rynkowej opiera się, jak już powiedziano, na założeniu racjonalności egoistycznych jednostek maksymalizujących własne korzyści. Osiągana przez egoistycznych konsumentów (*A* i *B*) użyteczność zależy wyłącznie od ilości konsumowanych przez nich dóbr i usług (*x*, *y*, ... *z*):

$$U_A = U(x_A, y_A, \dots, z_A),$$

$$U_B = U(x_B, y_B, \dots, z_B).$$

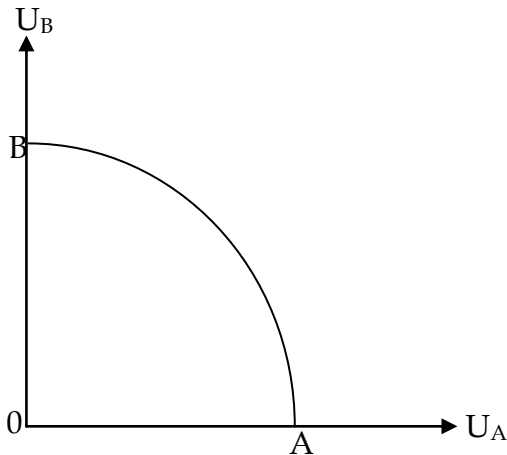
Przy założeniu opisanego już wyżej prawa malejącej użyteczności krańcowej krzywa możliwych użyteczności dla społeczeństwa egoistów przyjmuje postać paraboli. Jeśli założymy dodatkowo, że konsumenci w sytuacji wyjściowej dysponują identycznymi zasobami oraz wykazują identyczne preferencje w stosunku do konsumowanych dóbr (identyczne funkcje użyteczności), maksymalna użyteczność możliwa do zrealizowania przez każdą grupę jest taka sama (odcinek

³⁰ Acocella [2002] s. 91–92.

³¹ Do zilustrowania dalszych rozważań można by również wykorzystać tzw. granicę możliwych użyteczności wyznaczającą maksymalnie możliwe do osiągnięcia użyteczności przy wszystkich alternatywnych sposobach wykorzystania przez producentów dostępnych w gospodarce zasobów czynników produkcji. Ze względu na ograniczenia redakcyjne wyniki z zastosowaniem granicy możliwych użyteczności nie będą jednak omawiane.

0A równy jest odcinkowi 0B, rysunek 4). Krzywa możliwych użyteczności w społeczeństwie składającym się z egoistów wykazuje konsekwentnie negatywne nachylenie. Zwiększenie użyteczności jednej grupy możliwe jest wyłącznie poprzez ograniczenie użyteczności realizowanej przez grupę drugą. Każdy punkt krzywej możliwych użyteczności odzwierciedla zatem efektywną w sensie Pareta alokację dóbr i usług generujących użyteczności.

Rysunek 4



Także w przypadku społeczeństwa składającego się z osób zawistnych krzywa możliwych użyteczności wykazuje nachylenie negatywne. Wzrost użyteczności jednej grupy (jednego konsumenta) możliwy jest wyłącznie poprzez ograniczenie użyteczności drugiej grupy. Użyteczność osoby zawistnej zależy jednak nie tylko od wielkości jej własnej konsumpcji, ale także od użyteczności realizowanej przez inne osoby, przy czym ta ostatnia negatywnie wpływa na poziom zadowolenia zawistnika:

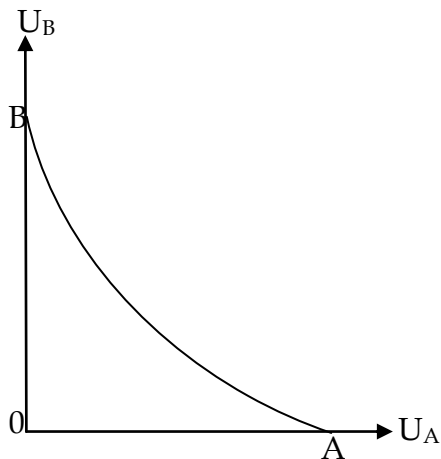
$$U_A = U(x_A, y_A, \dots, z_A) - a(U_B),$$

$$U_B = U(x_B, y_B, \dots, z_B) - b(U_A).$$

Współczynniki a i b w funkcji użyteczności wskazują, w jakim stopniu korzyści innych osób zmniejszają użyteczność zawistnika. Jeśli obie grupy wykazują cechy zawistników H.-G. Petersen proponuje przyjęcie hiperbolicznego przebiegu krzywej możliwych użyteczności (rysunek 5)³².

³² Petersen [1993]. Krzywa możliwych użyteczności w społeczeństwie zawistników może też przyjąć kształt paraboli (lub linii prostej). W każdym jednak wypadku przebiega poniżej krzywej wprowadzonej dla społeczeństwa kierującego się egoizmem.

Rysunek 5



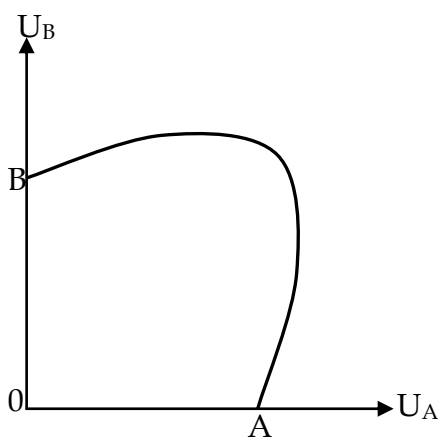
Przy obustronnym altruizmie funkcje użyteczności możemy zapisać wzorami:

$$U_A = U(x_A, y_A, \dots, z_A) + a(U_B),$$

$$U_B = U(x_B, y_B, \dots, z_B) + b(U_A).$$

Użyteczność altruisty rośnie wraz z jego własną konsumpcją, ale także wraz ze wzrostem użyteczności realizowanej przez pozostałych członków społeczeństwa. Podobnie jak w przypadku funkcji zawistników współczynniki a i b pokazują, w jakim stopniu korzyści jednej grupy wpływają na korzyści drugiej. Realistycznie należy przyjąć, że współczynniki te maleją wraz ze wzrostem użyteczności, do których się odnoszą. Altruizm nie jest bowiem czymś bezgranicznym. Z pewnością przy niskiej konsumpcji własnej dalszy spadek użyteczności spowodowany jej ograniczeniem nie zostanie skompensowany przez wzrost zadowolenia drugiej grupy. Krzywa możliwych użyteczności w przypadku obustronnego altruizmu zawiera zarówno odcinki o pozytywnym, jak i odcinki o negatywnym nachyleniu (rysunek 6). Efektywne podziały użyteczności w sensie Pareto leżą wyłącznie w jej części wykazującej nachylenie negatywne.

Rysunek 6



4. Wpływ wprowadzenia ubezpieczeń dodatkowych lub równoległych na położenie krzywych możliwych użyteczności

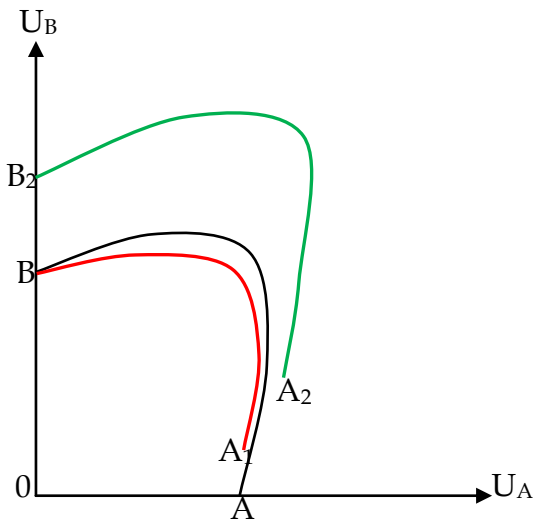
W realnych warunkach żaden publiczny płatnik nie jest w stanie zagwarantować wszystkim mieszkańcom wszystkich świadczeń oferowanych przez nowoczesną medycynę. Koszyki świadczeń gwarantowanych zawsze są koszykami ograniczonymi, przy czym ich wielkość zależy z reguły od poziomu zamożności kraju. Często publiczny płatnik nie jest nawet w stanie wywiązać się z obowiązku zabezpieczenia szybkiego dostępu do świadczeń formalnie gwarantowanych. Obywatele dysponujący wyższymi dochodami próbują omijać pojawiające się ograniczenia, finansując z własnej kieszeni zakup potrzebnych im świadczeń: wykraczających poza koszyk gwarantowany, gwarantujących lepszą jakość niż koszykowa lub też z pominięciem kolejki oczekujących. Sfinansowanie tego typu popytu oferują również prywatne ubezpieczenia zdrowotne: uzupełniające (na świadczenia pozakoszykowe), dodatkowe (na świadczenia lepszej jakości i dostarczane z pominięciem kolejki) oraz równoległe (z reguły na świadczenia koszykowe z pominięciem kolejki).

Wprowadzenie ubezpieczeń prywatnych do systemu opieki zdrowotnej znacząco zmienia przebiegi krzywych możliwych użyteczności. Istotnym czynnikiem determinującym położenie nowych krzywych okazuje się przy tym charakter przyczyn pojawienia się niewydolności systemu publicznego. Jeśli część finansowana ze środków publicznych absorbuje wszystkie dostępne w danym czasie zasoby – wszyscy dostępni lekarze i inni profesjonaliści medyczni pracują w maksymalnym wymiarze czasu, system nie dysponuje wolnymi łózkami czy niewykorzystanym dotychczas sprzętem diagnostycznym – zatem kolejki stanowią skutek brakujących zasobów realnych, świadczenia finansowane ze środków ubezpieczeń prywatnych realizowane mogą być wyłącznie kosztem ograniczenia dostępu do świadczeń dla osób nie będących w posiadaniu prywatnych polis. Jeśli publicznie finansowana część systemu nie absorbuje wszystkich dostępnych zasobów, tzn. ograniczenia dostępności świadczeń gwarantowanych wynikają wyłącznie z ograniczonej zdolności finansowej publicznego płatnika, środki prywatnego ubezpieczenia uruchamiają dodatkową produkcję świadczeń, z których posiadacze prywatnych polis mogą korzystać bez ograniczenia dostępu dla osób nieposiadających ubezpieczenia prywatnego.

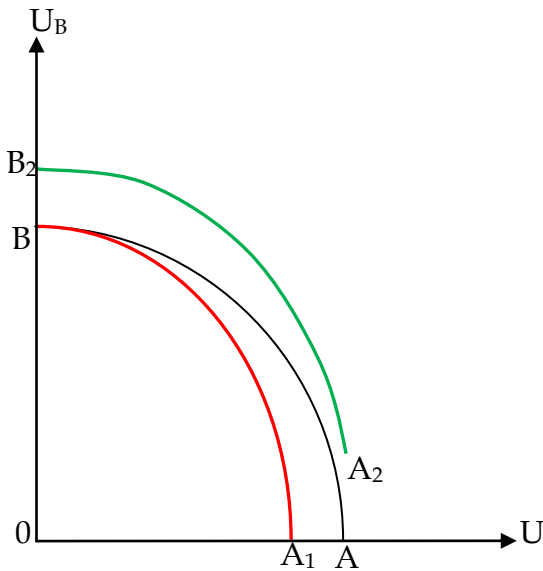
Załóżmy, że finansowana ze środków publicznych część opieki zdrowotnej dostępna jest wszystkim członkom społeczeństwa na niedyskryminujących warunkach. Krzywe możliwych użyteczności dla poszczególnych typów społeczeństwa (egoistyczne, altruistyczne, zawistne) przebiegają wtedy jak przedstawiono na rysunkach 4–6. Na kolejnych rysunkach zaprezentowano przebiegi zmodyfi-

kowanych krzywych możliwych użyteczności po wprowadzeniu ubezpieczeń prywatnych: linie czerwone, gdy publiczny system wykorzystuje wszystkie zasoby i zielone, jeśli system publiczny do tej pory nie wykorzystywał wszystkich zasobów, odpowiednio w społeczeństwach kierujących się egoizmem (rysunek 7), altruizmem (rysunek 8) i zawiścią (rysunek 9). W każdym wypadku prywatne ubezpieczenie zakupuje grupa B, grupa A pozostaje wyłącznie w systemie publicznym.³³

Rysunek 7

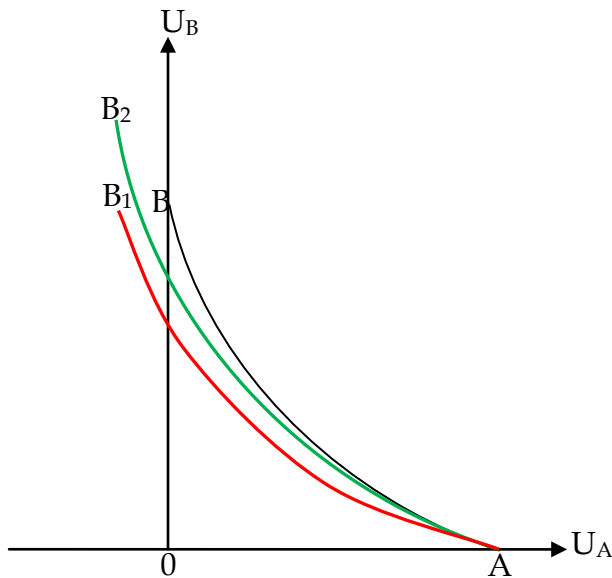


Rysunek 8



³³ Analizę przeprowadzono przy założeniu homogeniczności świadczeń, tzn. świadczenia uzyskiwane w ramach gwarantowanego systemu publicznego nie różnią się jakością od dostarczanych w ramach ubezpieczenia prywatnego. Tym samym przesunięcie zasobów z publicznie finansowanej części do części finansowanej prywatnie nie zwiększa sumy użyteczności całkowitych obu grup, zmienia tylko jej podział na obie grupy.

Rysunek 9

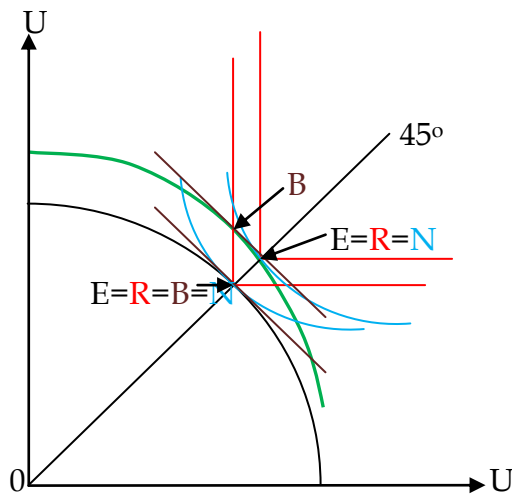


Pojawienie się dodatkowego płatnika finansującego świadczenia realizowane przez zasoby dotychczas w pełni wykorzystywane w publicznej części systemu prowadzi do przesunięcia się krzywych możliwych użyteczności w lewo (w kierunku początku układu współrzędnych), niezależnie od przyjętego obrazu społeczeństwa. Przy każdym poziomie użyteczności grupy B grupa A znajdzie się teraz w gorszej sytuacji (niższa użyteczność) w porównaniu do sytuacji wyjściowej, w której obie korzystały wyłącznie ze świadczeń finansowanych przez płatnika publicznego. Jeśli prywatne ubezpieczenie uruchamia niewykorzystane dotychczas przez świadczeniodawców zasoby ludzkie i realne, to w społeczeństwie egoistycznym i altruistycznym krzywe możliwych użyteczności przesuwają się na prawo (oddalają od początku układu współrzędnych). Ponieważ grupa B nie pozyskując teoretycznie żadnych świadczeń z systemu publicznego i tak ma dostęp do świadczeń finansowanych przez prywatne ubezpieczenie, krzywe możliwych użyteczności zaczynają się teraz w punktach A_2 leżących powyżej osi U_A . Grupa B może również w obu przypadkach osiągnąć maksymalną użyteczność B_2 , wyższą niż było to możliwe przy istnieniu wyłącznie płatnika publicznego. Natomiast w przypadku społeczeństwa składającego się z zawistników krzywa możliwych użyteczności przesuwana się w lewo. Wprawdzie także w tym przypadku grupa A może uzyskać więcej świadczeń (zwolnionych przez grupę B), jednak wzrost korzyści realizowanych przez właścicieli prywatnych polis powoduje, że w sumie użyteczność kierującej się zawiścią grupy A maleje.

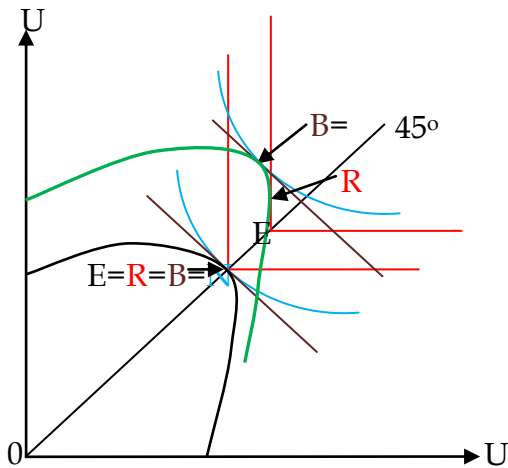
5. Implementacja prywatnych dodatkowych lub równoległych ubezpieczeń a poziom dobrobytu społecznego

Łącząc społeczne krzywe obojętności z krzywymi możliwych użyteczności uzyskujemy graficzne narzędzie umożliwiające dokonanie oceny wpływu wprowadzenia do systemu dodatkowych (także równoległych) prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych na dobrobyt społeczny. Maksymalizacja dobrobytu społecznego dochodzi do skutku przy podziale użyteczności wyznaczonym przez punkty styczności krzywych możliwych użyteczności z najwyższą położoną społeczną krzywą obojętności. Kolejne rysunki przedstawiają tę zależność kolejno dla społeczeństw kierujących się egoizmem (rysunek 10), altruizmem (rysunek 11) oraz zawiścią (rysunek 12), w sytuacji, gdy prywatne ubezpieczenie uruchamia dotychczas niewykorzystywane zasoby świadczeniodawców. Społeczne krzywe obojętności dla funkcji Rawlsa zaznaczono kolorem czerwonym, a optimum społeczne przy przyjęciu tej funkcji literą R. Do przedstawienia społecznych krzywych obojętności dla Benthamowskiej funkcji dobrobytu społecznego użyto koloru brązowego, a optimum społeczne opisano odpowiednio literą B. Społeczne krzywe obojętności dla funkcji Bernoulliego-Nasha zaznaczono kolorem niebieskim, zaś optimum społeczne opisano literą N. Równe podziały użyteczności odpowiadające egalitarystycznej wizji sprawiedliwego podziału oznaczono literą E.

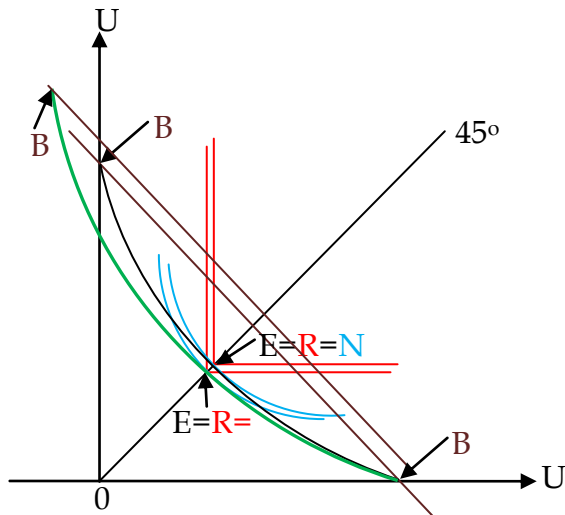
Rysunek 10



Rysunek 11



Rysunek 12



Wyniki nie są szczególnie zaskakujące. Zarówno w społeczeństwach kierujących się egoizmem, jak i altruizmem pojawienie się nowego płatnika finansującego dodatkowe świadczenia dla właścicieli prywatnych polis bez uszczuplenia ilości dostępnych świadczeń dla grupy nieposiadającej prywatnego ubezpieczenia prowadzi do wzrostu dobrobytu społecznego. O ile jednak w sytuacji wyjściowej, w której każda grupa korzystała wyłącznie z świadczeń finansowanych ze środków publicznych i w której wszystkie optima społeczne leżały na linii 45° wyznaczającej równy podział użyteczności, po wprowadzeniu dodatkowego ubezpieczenia w społeczeństwach kierujących się altruizmem optima wyznaczone przez społeczne krzywe obojętności wyprowadzone ze społecznych funkcji dobrobytu Rawlsa, Benthama i Bernoulliego-Nasha leżą powyżej linii 45°.

W społeczeństwie zdominowanym przez zawistników pojawienie się nowego płatnika finansującego dodatkowe świadczenia wyłącznie dla grupy B pro-

wadzi zaś, z wyjątkiem Benthamowskiej funkcji dobrobytu, do obniżenia się dobrobytu społecznego. W przypadku funkcji Bernoulliego-Nasha i funkcji Rawlsa optymalne podziały nadal leżą na linii 45°. Natomiast w przypadku funkcji utilitarystycznej maksymalizacja dobrobytu społecznego następuje przy przesunięciu całej użyteczności do grupy B.

6. Dyskusja i konkluzje

Przeprowadzona z wykorzystaniem modelu optimum społecznego analiza wpływu wprowadzenia do systemu dodatkowych/równoległych ubezpieczeń zdrowotnych finansujących dodatkowe świadczenia wyłącznie dla posiadaczy prywatnych polis wskazuje na fundamentalne znaczenie przyjętego obrazu społeczeństwa. O ile w społeczeństwach składających się z egoistów lub altruistów zgłoszenie i zaspokojenie dodatkowego popytu na świadczenia z prywatnego ubezpieczenia prowadzi do wzrostu dobrobytu całego społeczeństwa, jeśli świadczenia te produkowane są przez dotychczas niewykorzystane w systemie opieki zdrowotnej zasoby ludzkie i kapitałowe, to w społeczeństwie kierującym się zawiścią jednostronne uprzywilejowanie jednej grupy prowadzi do obniżenia się poziomu dobrobytu społecznego (z wyjątkiem funkcji Benthamowskiej), nawet jeśli dostęp grupy pozostającej wyłącznie w systemie publicznym nie ulega ograniczeniu, a nawet może się poprawić.

Drugim decydującym o wynikach czynnikiem jest charakter przyczyny ograniczeń koszyka świadczeń gwarantowanych. Jeśli ograniczenia te wynikają wyłącznie z niewystarczających środków w posiadaniu publicznego płatnika, a nie braku lekarzy i sprzętu potrzebnego do wykonywania świadczeń, nowe środki dostarczane przez prywatne ubezpieczenia umożliwiają wzrost dobrobytu społecznego, z wyjątkiem społeczeństwa zawistnego. Jeśli jednak ograniczenia te wynikają z braku zasobów potrzebnych do produkcji świadczeń zdrowotnych, prywatne ubezpieczenie doprowadzi jedynie do redystrybucji dostępu do świadczeń w kierunku posiadaczy prywatnych polis, a w konsekwencji w każdym wypadku do obniżenia się wyznaczonego przez optimum społeczne poziomu dobrobytu społecznego (z wyjątkiem funkcji utilitarystycznej, przy której dobrobyt społeczny równy będzie obecnie dobrobytowi grupy B przechwytyjącej wszystkie świadczenia dostępne w całym systemie). Ze względu na ograniczenia redakcyjne przypadek ten nie został dokładnie omówiony i przedstawiony graficznie.

Trzecim czynnikiem determinującym końcowe wyniki jest wybór formy agregacji indywidualnych użyteczności w społeczne funkcje dobrobytu. Egalitarne podziały użyteczności po wprowadzeniu prywatnego ubezpieczenia przestają być podziałami maksymalizującymi dobrobyt społeczny w społeczeństwie altru-

istycznym, ale również w społeczeństwie egoistycznym przy wyborze Benthamowskiej funkcji dobrobytu społecznego. Maksymalizującym dobrobyt społeczny podziałem staje się natomiast podział gwarantujący wyższe użyteczności grupie, która wykupiła dodatkowe ubezpieczenie zdrowotne.

Chcąc zatem realnie ocenić wpływ wprowadzenia dodatkowych/równoległych ubezpieczeń zdrowotnych na poziom dobrobytu społecznego, musimy wpierw odpowiedzieć sobie na pytanie: w jakim społeczeństwie żyjemy? Czy jesteśmy egoistami, jak twierdzą ekonomiści, a może altruistami, jak chcieliby etycy, czy też ludźmi zawistnymi? Wiele wypowiedzi padających w toku toczonych od lat debaty na temat tzw. „medycyny dwóch klas” wskazywać może, że w odniesieniu do zabezpieczenia społeczeństwa na wypadek choroby dominuje postawa zawiści. Jak inaczej bowiem można interpretować postulat wprowadzenia tzw. twardego racjonowania, tzn. wprowadzenia całkowitego zakazu udzielania świadczeń powszechnie niegwarantowanych. Jednak w społeczeństwie otwartym i respektującym prawo każdego człowieka do samostanowienia, a zatem także decydowania o własnym zdrowiu i rozdysponowaniu własnych dochodów, nie ma miejsca na twarde racjonowanie. Żaden argument, także argument naturalnej równości każdego człowieka wobec śmierci podnoszony np. przez J. Tobina³⁴ i W. Krämera³⁵, nie jest w stanie racjonalnie uzasadnić wprowadzenie zakazu konsumpcji dodatkowych świadczeń zdrowotnych przez osoby, które odczuwają potrzebę uczynienia czegoś więcej dla swojego zdrowia i w tym celu rezygnują z alternatywnej konsumpcji³⁶. Jedynym efektem ideologicznej i odwołującej się do najbardziej prymitywnych uczuć zawiści ludzkiej dyskusji o niebezpieczeństwach tzw. medycyny dwóch klas jest natomiast odwrócenie uwagi od konieczności podjęcia niewygodnych politycznie decyzji precyzujących zakres dopuszczalnego społecznie zróżnicowania w zdrowiu i zaopatrzeniu w świadczenia. Być może jest to wynik atrakcyjny z punktu widzenia polityków prowadzących grę o uzyskanie jak największej liczby głosów wyborców. Przemilczanie i tabuizacja realnych problemów oddalają jednak każde społeczeństwo od wypracowania skutecznych i efektywnych rozwiązań realnych problemów. Natomiast niewątpliwie moralne żądania, które nie respektują społecznych realiów, a tym samym nie uwzględniają warunków swojego spełnienia, uznać trzeba za w takim samym stopniu słuszne co śmieszne³⁷.

³⁴ Tobin [1970].

³⁵ Krämer [1989].

³⁶ Schmidt [2000].

³⁷ Kersting [2002].

Bibliografia

- Acocella [2002] – N. Acocella, *Zasady polityki gospodarczej*, tłum. A. Wojtyna et al., Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2002.
- Aldridge [2006a] – A. Aldridge, *Konsumpcja*, tłum. M. Żakowski, Wydawnictwo Sic!, Warszawa 2006.
- Aldridge [2006b] – A. Aldridge, *Rynek*, tłum. M. Żakowski, Wydawnictwo Sic!, Warszawa 2006.
- Arrow [1963] – K.J. Arrow, *Social Choice and Individual Values* (wyd. 2 zmienione), Wiley and Sons, New York 1963.
- Brighouse [2007] – H. Brighouse, *Sprawiedliwość*, tłum. S. Królak, Wydawnictwo Sic!, Warszawa 2007.
- Callahan [1990] – D. Callahan, *What Kind of Life: The Limits of Medical Progress*, Simon and Schuster, New York i in. 1990.
- DiTommaso, Spinner [1993] – E. DiTommaso, B. Spinner, *The development and initial validation of the social and emotional loneliness scale for adults*, „Personality and Individual Differences” (14) 1993, s. 127–134.
- Eucken [1952/2004] – W. Eucken, *Grundsätze der Wirtschaftspolitik* (wyd. 7), Mohr Siebeck Verlag, Tübingen 2004.
- Falkinger [1990] – J. Falkinger, *Homo oeconomicus sapiens. Versuche zu einer modernen Volkswirtschaftslehre*, „Homo Oeconomicus” (9) 1990, s. 7–32.
- Freytag [2005] – A. Freytag, *Risikodifferenzierung in der Krankenversicherung*, Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden 2005.
- Grossman [1972] – M. Grossman, *On the concept of health capital and the demand for health*, „Journal of Political Economy” (80) 1972, s. 223–225.
- Hallowell [1993] – J.H. Hallowell, *Moralne podstawy demokracji*, tłum. J. Marcinkowski, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1993.
- Harsanyi [1976] – J. Harsanyi, *Essays on Ethics, Social behavior and Scientific Explanations*, Reidel, Dordrecht 1976.
- Hayek von [1960] – F.A. von Hayek, *The Constitution of Liberty*, University of Chicago Press, Chicago 1960.
- Kant [1793/1983] – I. Kant, *Über den Gemeinspruch. Das mag in der Theorie richtig sein, taugt aber nicht für die Praxis*, [w:] *Immanuel Kant – Werke in zehn Bänden*, t. 9, W. Weischedel (red.), Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt 1983, s. 125–172.
- Kersting [2002] – W. Kersting, *Gerechtigkeitsethische Überlegungen zur Gesundheitsversorgung*, [w:] *Gesundheitsökonomische Evaluationen*, O. Schöffski, J.-M. von der Schulenburg (red.), Springer Verlag, Berlin i in. 2002, s. 25–49.
- Kostka [2002] – U. Kostka, *Verteilungsgerechtigkeit im Gesundheitswesen – eine sozialetische Analyse*, [w:] *Gesundheit – Ethik – Ökonomik*, D. Aufderheide, M. Dabrowski (red.), Duncker & Humblot, Berlin 2002, s. 145–168.
- Krämer [1989] – W. Krämer, *Die Krankheit des Gesundheitswesens, Die Fortschrittsfalle der modernen Medizin*, S. Fischer Verlag GmbH, Frankfurt am Main 1989.

- Müller-Armack [1981] – A. Müller-Armack, *Genealogie der Sozialen Marktwirtschaft* (wyd. 2), Verlag Paul Haupt, Bern und Stuttgart 1981.
- Oettle [2006] – K. Oettle, *Zusammenhänge zwischen Marktöffnungen und Regulierungen im Gesundheitswesen im Hinblick auf den Bürger (Thesen)*, [w:] *Liberalisierung im Gesundheitswesen*, G.E. Braun, F. Schulz-Nieswandt (red.), Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden 2006 s. 19–25.
- Petersen [1993] – H.-G. Petersen, *Ökonomik, Ethik und Demokratie*, Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden 1993.
- Platt [1971] – J. Platt, *Social Research in Bethnal Green: An Evaluation of the Work of the Institute of Community Studies*, Macmillan, London 1971.
- Popper [1945/2003] – K. Popper, *Die offene Gesellschaft und ihre Feinde*, t. 1 i 2, Mohr Siebeck Verlag, Tübingen 2003.
- Rawls [1975] – J. Rawls, *Eine Theorie der Gerechtigkeit*, Suhrkamp, Frankfurt 1975.
- Rawls [2001] – J. Rawls, *Justice as Fairness, A Restatement*, Harvard University Press, Cambridge, MA – London 2001.
- Rist [2015] – G. Rist, *Urojenia ekonomii*, Instytut Wydawniczy Książka i Prasa, Warszawa 2015.
- Röpke [1942] – W. Röpke, *Die Gesellschaftskrisis der Gegenwart*, Rentsch Verlag, Erlenbach-Zürich
- Schmidt [2002] – V.H. Schmidt, *Verteilungsgerechtigkeit in der Medizin: Anmerkungen zum sozialetischen Ansatz*, [w:] *Gesundheit – Ethik – Ökonomik*, D. Aufderheide, M. Dabrowski (red.), Duncker & Humblot, Berlin 2002, s. 181–188.
- Smith [1776/1954] – A. Smith, *Badania nad naturą i przyczynami bogactwa narodów*, tłum. G. Wolff, O. Einfeld, Z. Sadowski, PWN, Warszawa 1954.
- Sowada [2013] – C. Sowada, *Łączenie solidaryzmu z wolnością w ubezpieczeniach zdrowotnych*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2013.
- Sowada [2014] – C. Sowada, *Dodatkowe, prywatne ubezpieczenia zdrowotne. Rozwiązania w krajach Unii Europejskiej. Wnioski dla Polski*, eBOOK, Kamssoft S.A., Katowice 2014.
- Tkach, Lyubomirsky [2006] – C. Tkach, S. Lyubomirsky, *How do people pursue happiness?: Relating personality, happiness-increasing strategies, and well-being*, „Journal of Happiness Studies” (70) 2006, s. 183–225.
- Tobin [1970] – J. Tobin, *On limiting the domain of inequality*, „Journal of Law and Economic” (13) 1970, s. 263–277.
- Young [2003] – H.P. Young, *Sprawiedliwy podział*, tłum. J. Haman, M. Jasiński, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2003.
- Young, Willmott [1957/1992] – M. Young, P. Willmott, *Family and Kinship in East London*, University of California Press, Berkeley – Los Angeles 1992.