

ZDRAVSTVENE STORITVE KOT EKONOMSKA DOBRINA HEALTH SERVICES AS AN ECONOMIC GOOD

Bernard Brščič¹, Maks Tajnikar¹

Prispelo: 4. 12. 2006 - Sprejeto: 23. 4. 2007

Pregledni znanstveni članek
UDK 614:330.13

Izvleček

Prispevek obravnava problematiko opredelitve narave zdravja in z njim povezanih zdravstvenih storitev. Opredelitev narave zdravstvenih storitev ima pomembne ekonomske, politične in etične posledice, ki zaznamujejo oblikovanje zdravstvene politike. Posledično določa, v kakšni meri je zagotavljanje zdravstvenih storitev moč prepustiti tržnemu mehanizmu, po drugi strani pa iz narave opredelitve zdravstvenih storitev izhaja obseg državnega poseganja v zdravstvo. Če je moč zdravstvenim storitvam zaradi njihove instrumentalnosti pri zagotavljanju zdravja pripisati poseben pomen, to odpira pomembno etično razsežnost glede socialne pravičnosti, ki presega meje vrednotno nevtralnega ekonomskega diskurza. Sodobna moralna filozofija ponuja več teorij pravičnosti (npr. utilitaristične, egalitarne, deontološke in libertarno-upravičenjske), ki omogočajo oblikovanje različnih zasnov zdravstvenih sistemov. Žal zaradi različnih etičnih izhodišč in pojmovanja pravičnosti dajejo teorije nasprotujoče si rezultate, kar razpravo o optimalni zasnovi zdravstvenega sistema zoži na etično raven, na razpravo o pomenu temeljnih vrednot, kot so svoboda, osebna avtonomija, enakost in pravičnost.

Ključne besede: zdravje, zasebna dobrina, javna dobrina, klubska dobrina, meritorna dobrina, horizontalna enakost, vertikalna enakost, distributivna pravičnost

Review article
UDC 614:330.13

Abstract

The authors discuss the nature and significance of health and health services. The definition of health services has an important economic, political and ethical impact on health policy-making and, consequently plays an important role both in determining the extent of services to be left to market mechanisms, and the extent of government involvement in their delivery. If health services are to be awarded a special status and role in health provision, this opens an important ethical dimension of social justice, which transcends the neutrality of economic discourse. Modern moral philosophy offers multiple theories of justice (i.e. utilitarian, egalitarian, deontological and libertarian-entitlement), and therefore allows for the adoption of different models of health care systems. Because of different ethical foundations and conceptions of justice, these theories provide divergent results reducing the discussion on optimal health care system to a debate about the true significance of fundamental values of liberty, individual autonomy, equality and justice.

Key words: health, private goods, public goods, club goods, merit goods, horizontal equity, vertical equity, distributive justice

¹Univerza v Ljubljani, Ekonomska fakulteta, Kardeljeva ploščad 17, 1000 Ljubljana
Kontaktni naslov: e-pošta: bernard.brscic@ef.uni-lj.si

1 Uvod

Čeprav so teoretične razprave o ontološki naravi zdravja, zdravstvenih storitev, pravičnosti in enakosti pogosto oddaljene od polja oblikovanja zdravstvene politike, pa je ravno razumevanje teh konceptov pogoj za oblikovanje ustreznih politik in je prvi korak k zasnovi optimalnega zdravstvenega sistema. Pri tem je smiselno poudariti, da je že analiza osnovnih konceptov in z njo povezano taksonomsko razvrščanje multidisciplinarna, vrednotno nenevtralna in se giblje v presečnem polju med ekonomsko, politično in moralno filozofijo. Članek tako najprej odpira vprašanje ekonomske narave zdravstvenih storitev, problematizira splošno uveljavljeno opredelitev zdravstvenih storitev kot javnih dobrin in v ekonomskem smislu pristane na opredelitvi zdravstvenih storitev kot zasebnih dobrin, ki ustvarjajo pozitivne zunanje učinke. V nadaljevanju zapusti polje ekonomske taksonomije in analizira etične argumente, ki govorijo v prid zdravstvenim storitvam kot dobrinam s posebnim statusom, t. i. meritornim dobrinam. Vprašanje, ali so zdravstvene storitve navadna zasebna dobrina ali meritorna dobrina, ima pomembne politično-ekonomske posledice. Če jim prisodimo poseben pomen, pomen, ki presega ekonomsko sfero, se zastavi vprašanje, ali jih je ustrezno zagotavljati s pomočjo tržnega mehanizma. Čeprav je tržni mehanizem alokacijsko učinkovit¹, pa tržna alokacija ni nujno sprejemljiva z moralnega in političnega stališča. Morebitni meritorni značaj zdravstvenih storitev odpira vprašanje distributivne pravičnosti. V nadaljevanju sledi predstavitev štirih najbolj uveljavljenih teorij pravičnosti, utilitaristične, egalitarne, deontološke in libertarno-upravičenjske. Navedene teorije pravičnosti se zelo razlikujejo tako po uporabljenih predpostavkah kot konceptualizaciji dobrega življenja, zaradi česar so tudi sklepi o naravi pravične razdelitve zdravstvenih storitev različni. Razmislek o distributivni pravičnosti žal zahteva opustitev vrednotno nevtralne ekonomske razprave in njeno umestitev v polje moralne in politične filozofije, s tem pa presojo o temeljnih vrednotah, na katerih naj bo utemeljena sodobna zdravstvena politika.

2 Zdravstvene storitve med zasebno in javno dobrino

Ekonomska teorija ločuje dobrine na zasebne in javne, pri čemer ostaja vrednotno nevtralna, tj. giblje se onstran določenega etičnega okvira, ki bi dobrine razvrščal po njihovi moralni zaželenosti. Kot javne dobrine so pojmovane tiste vrste blaga in storitev, za katere je značilno, da poraba posameznika ne zmanjšuje možnosti drugih porabnikov, da porabljajo to blago. To pomeni, da lahko to dobrino rabijo tudi drugi, ne da bi nastali dodatni stroški. Z drugimi besedami povedano, mejni stroški zagotavljanja te dobrine s povečevanjem števila uporabnikov ne naraščajo. Za razmejitev zasebnih in javnih dobrin sta ključna dva pogoja, tj. netekmovalnost in neizključljivost (Perloff, 1999, str. 682). Načelo netekmovalnosti predpostavlja, da posameznik, če dobrino uporablja, ne ovira drugih v porabi iste dobrine. Načelo neizključljivosti pa pravi, da uporabe dobrine ni mogoče prepovedati oziroma omejiti na natančno določenega posameznika oziroma skupino posameznikov.

Značilnost t. i. čistih zasebnih dobrin je, da so tako izključljive kot tekmovalne. Drugo skrajnost predstavljajo čiste javne dobrine, ki jih označujeta neizključljivost in netekmovalnost. Čiste javne dobrine so v praksi izjemno redke. Tipična primera, ki jih navajajo v literaturi, sta obramba države in čisti zrak. Za večino javnih dobrin pa je značilno, da so sicer netekmovalne, a je z omejitvijo dostopa mogoče zagotoviti izključljivost. Zanje se je v literaturi uveljavil izraz klubska dobrina (angl. club good).

Glede na povedano se zastavlja vprašanje, kam v predstavljeni razvrstitvi uvrstiti zdravstvene storitve. Če za razločitvena merila izberemo neizključljivost in netekmovalnost, ugotovimo, da je velika večina zdravstvenih storitev čistih zasebnih dobrin², tj. dobrin, ki so hkrati izključljive in tekmovalne. Za ilustracijo navedimo primer vstavitve umetnega kolka, pri operaciji je zagotovljena izključljivost, po njej pa umetni kolk lahko uporablja samo operirani bolnik in nihče drug, torej je dobrina tekmovalna.

Pogosto se v političnem, včasih pa celo v strokovni razpravi o problematiki zdravstvene politike zdravstvene

¹ Formalni dokaz o alokacijski učinkovitosti tržnega mehanizma podaja t. i. prvi osnovni teorem ekonomike blaginje, ki pravi, da tržni mehanizem ob določenih predpostavkah (popolna konkurenca, odsotnost eksternalij, odsotnost naraščajočih donosov obsega) vodi do optimalnega Pareto ravnotežja (Acocella, 1998, str. 72).

² Med zdravstvenimi storitvami obstaja nekaj izjem, ki imajo naravo javne dobrine. Te so npr. storitve karantene in izolacije, cepljenj, deratizacije, dezinfekcije, patoanatomske storitve, storitve sanitarne kemije.

storitve opredeljuje kot javne dobrine, kar je napačno. Verjetno je v ozadju želja po argumentiranju državnega poseganja v zdravstvo. Obstoj javnih dobrin ekonomisti uvrščajo med t. i. tržne nepopolnosti. Če zagotavljanje javnih dobrin prepustimo trgu, bo ta zagotovil družbeno podoptimalni obseg javnih dobrin oziroma ne bo zagotovljena Pareto³ optimalnost.

Če zdravstvene storitve nimajo značilnosti javnih dobrin, je za upravičenje vloge države v njihovem zagotavljanju potrebno poiskati druge razloge. Eden od možnih razlogov je morebitni obstoj pozitivnih zunanjih učinkov, ki jih ustvarja potrošnja zdravstvenih storitev. Pozitivnih zunanjih učinkov namreč ne ustvarjajo zgolj javne dobrine, ampak lahko tudi zasebne. V tem primeru lahko govorimo o t. i. meritornih dobrinah (angl. merit goods). Pri teh se pojavlja podoben problem kot pri javnih dobrinah. Potrošniki jih vrednotijo z osebnega vidika in ne z vidika dobrobiti, ki jih potrošnja prinaša družbi. V primeru meritornih dobrin njihovi izključljivosti in tekmovalnosti navkljub potrošniki ne ponotranjijo pozitivnih zunanjih učinkov, ki jih povzroča potrošnja le-teh. Posledično tržni mehanizem, podobno kot v primeru javnih dobrin, ne zagotovi dovolj velikega obsega ponudbe, zato naj bi bil upravičen državni poseg. Čeprav so meritorne dobrine uveljavljen koncept v ekonomskih razpravah, pa njihova opredelitev sega v polje etike, ker vključuje vrednostne sodbe o posebnem statusu, ki naj bi jih imele.

Eden najpogostejše navajanih razlogov o posebnosti zdravstvenih storitev je, da zagotavljajo eno od instrumentalnih vrednot v vsaki konceptualizaciji dobrega življenja, tj. zdravje (Epstein, 1999, str. 30). Na zdravje je v takšni zastavitvi mogoče gledati kot na potrebo, ta pa je inherentno instrumentalni koncept. Določena entiteta je potrebna samo, če jo lahko opredelimo kot potrebni pogoj, da dosežemo drug cilj. V tem smislu normativna potreba izvira iz moralnega značaja ciljev, ki osmišljujejo potrebo. Zdravstvene storitve so potrebne, ker izboljšujejo zdravje,

preprečujejo njegovo poslabšanje in odlašajo smrt⁴. Če zdravje služi ohranjanju najvišje človekove vrednote, tj. življenja, ta njegova instrumentalna funkcija poseben status podeljuje tudi zdravstvenim storitvam⁵.

Če pristanemo na posebni opredelitvi statusa zdravstvenih storitev, se zastavlja vprašanje ustreznosti njihove razdelitve. Ta potem ni več povezana samo z učinkovitostjo, ampak tudi s pravičnostjo. Paretova načela učinkovitosti, ki tvorijo temelj ekonomske blaginje, je potrebno dopolniti z ustrežno teorijo distributivne pravičnosti.

3 Pravičnost, zdravje in zdravstvene storitve

Osrednje vprašanje vsake teorije pravičnosti v kontekstu razprave o zdravju in zdravstvenih storitvah je določitev načel, na podlagi katerih je mogoče presojati zaželenost alternativnih načinov razdelitve zdravstvenih storitev in ustreznost razdelitve s tem povezanih stroškov. Ta načela očitno ne morejo biti vrednotno nevtralna in presegajo meje ekonomije, umeščajo se v presek sodobne ekonomske blaginje, moralne in politične filozofije.

3.1 Utilitarizem

Ena najstarejših in z ekonomijo najtesneje povezanih teorij pravičnosti je utilitarizem. Predstavlja osnovno miselno podstat glavnega toka ekonomske misli, tj. neoklasične teorije. Bistvo utilitarizma, je, da pojem dobrega opredeljuje s prijetnim oziroma koristnim. Na ravni družbe je tako naloga nosilcev ekonomske politike maksimirati družbeno blaginjo, pri čemer je ta v svoji najpreprostejši, benthamovski obliki opredeljena kot

$$W = \sum_{i=1}^n U_i$$

³ Z družbenega vidika je optimalni obseg proizvodnje javne dobrine tisti, kjer se mejne koristi vseh potrošnikov javne dobrine izenačijo z mejnimi stroški zagotavljanja te javne dobrine. Pri javni dobrini namreč ne smemo upoštevati mejne koristnosti z vidika posameznika, ampak z vidika družbe kot celote. Govorimo o t. i. družbeni mejni koristnosti javne dobrine (DMU_j), ki je enaka vsoti mejnih koristnosti javnih dobrin (MU_j^i) za vse porabnike ($i=1, \dots, n$), ki imajo dostop do teh javnih dobrin: $DMU_j = MU_j^1 + MU_j^2 + \dots + MU_j^n$ (Tajnikar, 2001, str. 392).

⁴ Potreba po zdravstvenih storitvah pa ni neomejena. Obstaja tako dolgo, dokler je mejni produkt zdravstvene nege pozitiven, tj. dokler je individualna zmožnost koriščenja zdravstvenih storitev pozitivna. Individualna raven potrebe je obseg zdravstvenih storitev, potreben za zmanjšanje mejnega produkta na 0 (Culyer, Wagstaff, 1992, str. 4-5),

⁵ Poudariti je potrebno, da poseben status zdravstvenih storitev ne izhaja iz njihove specifičnosti v ekonomskem smislu.

kjer je W družbena blaginja, U_i individualna funkcija koristnosti i -tega posameznika, n pa je število posameznikov v družbi⁶.

V skladu z utilitaristično filozofijo bi moral biti cilj socialne politike maksimizacija vsote individualnih koristnosti vseh posameznikov v družbi. Pri tem pa ne izhaja, da bi morali maksimirati zdravje oziroma dostopnost do zdravstvenih storitev, saj je zdravje zgolj ena od sestavin blaginje. V skladu z utilitaristično filozofijo je potrebno posameznikom prepustiti odločanje o izbiri med zdravstvenimi storitvami in ostalimi dobrinami v skladu z njihovimi preferencami. Osnovna moralna predpostavka v ozadju načela maksimizacije je, da enako obravnavamo vse posameznike, saj vsakemu pripišemo enako težo. Izboljšanje zdravstvenega položaja najbogatejšega posameznika v družbi ima enak vpliv na družbeno blaginjo kot izboljšanje zdravstvenega položaja najbolj prikrajšanega. Čeprav utilitarizem ponuja teorijo distributivne pravičnosti (tj.: pravična je tista razdelitev zdravstvenih storitev, ki maksimira skupno blaginjo v družbi), mu je moč očitati distributivno nevtralnost, saj je osrediščen na maksimizacijo družbene blaginje, ne oziraje se na način razdelitve. Maksimizacija družbene blaginje pa ne vodi nujno do odprave neenakosti v dostopu do zdravstvenih storitev. Utilitarizem sam po sebi ne pojmuje neenakosti kot nekaj slabega, kot udejanjanje nepravičnosti, zlasti če le-te služijo cilju doseganja največje skupne družbene blaginje. Vprašanje je, ali maksimizacija družbene koristnosti hkrati zagotavlja zmanjševanje neenakosti v dostopnosti zdravstvenih storitev.

3.2 Egalitarne teorije pravičnosti

Egalitarne teorije pravičnosti kot osnovno determinanto pravičnosti zahtevajo enakost. V skladu z načelom egalitarnosti bo pravičnost v družbi dosežena takrat, ko bodo imeli posamezniki vsaj približno enake možnosti udejanjanja dobrega življenja. Pri tem je smiselno razlikovati med horizontalno in vertikalno enakostjo. Horizontalna enakost pomeni enak dostop do zdravstvenih storitev vsem posameznikom ne glede na socialnoekonomske dejavnike, z drugimi besedami pa horizontalna enakost zagotavlja enako obravnavo enakih potreb (Rice, 2001, str. 243). Tako na primer horizontalna enakost zahteva, da sta bolnika, ki čakata na vsaditev umetnega kolka, deležna enake obravnave,

ne glede na spol, starost, versko ali nacionalno pripadnost. Vertikalna enakost pa pomeni neenako obravnavo posameznikov z različnimi zdravstvenimi stanji. Tako si v skladu z vertikalno enakostjo posamezniki z akutnimi zdravstvenimi stanji zaslužijo večjo pozornost kot tisti z neznatnimi zdravstvenimi težavami.

Se pa egalitarne teorije pravičnosti razlikujejo po umevanju pojma enakosti. Enakost je mogoče razumeti v smislu enakosti dostopa do zdravstvenih storitev. Načelo enakega dostopa zahteva, da je vsakemu posamezniku zagotovljena enaka raven zdravstvene oskrbe. To načelo ne zahteva, da družba zagotovi natančno določeno zdravstveno storitev in ne zagotavlja enakosti rezultatov. Zahteva zgolj, da jo mora zagotavljati vsem nediskriminatorno, v kolikor jo zagotavlja nekemu (Gutman, 1981, str. 543). Argument v prid enakosti dostopa vsem državljanom je moralne narave. Vsi državljanji naj bi imeli moralno dolžnost pomagati vsem tistim posameznikom, ki jih je sreča in/ali narava prikrajšala za zdravje. Pravica do zdravstvenih storitev je potemtakem udejanjanje pravice enakih možnosti (Daniels, 1985, str. 27-28).

Egalitarne teorije pravičnosti pa lahko temeljijo na pojmovanju enakosti v smislu enakosti resursov. Za najvidnejšega predstavnika te egalitarne struje Ronalda Dworkina je distributivna pravičnost v družbi uresničena takrat, ko je zagotovljena enakost resursov. Naloga države naj bi bila, da vsem državljanom zagotovi enako količino resursov, potem pa svobodni volji posameznikov prepusti, da se sami glede na svoje preference odločajo o uresničevanju svojih življenjskih ciljev (Dworkin, 2000, str. 66-71). Za Dworkina je ključno vprašanje izenačevanje dohodka in bogastva ne glede na to, kakšne so posledice za zdravje posameznika. Tretja podzvrst egalitarnih teorij pravičnosti pa pravičnost razume kot izenačevanje zmožnosti (angl. capability approach). V ozadju pristopa zmožnosti je teza, da ključni dejavnik za oceno zdravstvene politike ni individualna koristnost niti resursi, do katerih imajo posamezniki dostop, ampak nekaj vmes. Pomembno je, kaj lahko posamezniki z razpoložljivimi sredstvi storijo. Zmožnosti so množica aktivnosti, ki jih posameznik lahko doseže, npr. pismenost, ustreznost preskrbljenost z materialnimi dobrinami, doseganje samospoštovanja, zdravje pa eden izmed temeljnih pogojev za zmožnost delovanja (Sen, 1993, str. 31).

⁶ Takšna zastavitev funkcije družbene blaginje, ki slednjo pojmuje kot preprosto vsoto individualnih funkcij koristnosti, je zaznamovana z vrsto epistemoloških in metodoloških problemov (npr. problem kardinalnega merjenja koristnosti, dopustnost medsebojne primerjave individualnih funkcij koristnosti itd.)

3.3 Deontološke teorije - Rawlsova teorija pravičnosti "maximin"

Rawlsova teorija pravičnosti je najvplivnejša teorija distributivne pravičnosti v 20. stoletju. Po Rawlsu naj bi teorija pravičnosti zagotovila načela uravnavanja "neenakosti možnosti, ki izhajajo iz različnih izhodišč, naravnih prednosti in naključij" (Rawls, 1993, str. 271). Osnovna podmena Rawlsove teorije pravičnosti je, da družba tvori pravičen sistem sodelovanja, kar je v nasprotju s klasično liberalnim pojmovanjem družbe kot ohlapne asociacije posameznikov (Rawls, 1993, str. 15). Ideja sodelovanja poudarja funkcijsko povezanost med družbeno delitvijo dela, proizvodnjo in porazdelitvijo dobrin ter družbenih vlog, ki so dodeljene posameznikom. V skladu s tem pogledom so začetni pogoji ob rojstvu ključni za oblikovanje pričakovanj. Rawlsova teorija pravičnosti odreja uspešnim posameznikom individualne zasluge in jih pripisuje družbeni skupnosti. Neuspešni, prikrajšani posamezniki imajo po analogiji pravico zahtevati svoj delež dobrin, čeprav zanje niso ničesar prispevali. Rawlsova načela pravičnosti pa so omejena zgolj na osnovno strukturo družbe, na osnovne politične, socialne in ekonomske institucije. Osnovna struktura družbe ne vpliva samo na razdelitev materialnih resursov, ampak tudi na nagnjenja in sposobnosti, ki jih posamezniki posedujejo⁷.

Rawls si pri opredelitvi pravičnosti pomaga z miselnim eksperimentom. Zamisli si ti. izhodiščno stanje družbe (angl. original position), ko nihče izmed članov družbe ne pozna svojega položaja v družbi, svoje moči, talentov, sposobnosti ipd. To informacijsko prikrajšano poimenuje tančica nevednosti (angl. veil of ignorance). V takšnih razmerah skuša ugotoviti, za kakšna načela pravičnosti bi se odločili racionalni in egoistični posamezniki. Prepričan je, da bi se v izhodiščnem položaju odločili za takšno razdelitev primarnih dobrin (definira jih kot pravice,

svoboščine, priložnosti, dohodek in bogastvo)⁸, ki bi v največji meri koristila najbolj prikrajšanim v družbi⁹. Natančneje, po Rawlsu se pravičnost v družbi krši, če politične in ekonomske institucije v družbi žrtvujejo prikrajšani sloj v družbi zato, da bi izboljšali položaj najuspešnejšim družbenim skupinam. V kontekstu zdravstvene politike to pomeni, da bo pravična tista zdravstvena politika, ki bo najnižjemu sloju v družbi zagotavljala najboljše možno zdravstveno stanje.

Za Rawlsa pojmovanje zdravja kot objektivnega in vrednotno nevtralnega koncepta ni sprejemljivo. Njegova teorija se tako ne ukvarja z doseganjem določenega zaželenega vzorca porazdelitve določenih dobrin, npr. zdravstvenih storitev, ampak ga zanima doseganje t. i. proceduralne pravičnosti¹⁰. Za Rawlsovo teorijo pravičnosti je v kontekstu zdravstva ključno, kako delujejo osnovne družbene institucije, ki povzročajo socialno neenakost. Nepravične so tiste razredne, nacionalne, rasne, spolne neenakosti v zdravju, ki imajo svoj izvor v osnovni družbeni strukturi in so posledice družbene delitve dela, ki daje prednost privilegiranim skupinam. Cilj ni doseganje specifičnega vzorca, ampak zagotoviti pravično osnovno strukturo družbe. Če je ta pravična, tudi posledice teh institucij lahko štejejo za pravične.

3.4 Libertarno-upravičenjska teorija pravičnosti

Libertarno-upravičenjska teorija pravičnosti Roberta Nozicka je nastala kot odgovor na teorijo pravičnosti Johna Rawlsa. Osnovno Nozickovo izhodišče je, da imamo ljudje pravice in da jih nihče, tudi država zaradi zagotavljanja "socialne pravičnosti" ne sme kršiti. Za Nozicka je ključno vprašanje pravičnosti, ali resursi oziroma lastnina posameznika izpolnjuje dve načeli, načelo pravičnosti pridobitve in načelo pravičnosti prenosa. Če je posameznik v izhodišču pridobil lastnino na pravičen način, kasneje pa s prostovoljno menjavo, je do te lastnine upravičen¹¹.

⁷ O sposobnostih posameznikov Rawls pravi: "Na sposobnosti posameznikov ne moremo gledati kot na darove narave. Sicer res vsebujejo pomembno genetsko komponento. Kljub temu pa se sposobnosti in nagnjenja posameznikov ne morejo v polnosti razviti, če jim niso naklonjene družbene okoliščine. V tem smislu naše uresničene sposobnosti in nagnjenja v veliki meri zrcalijo naše možnosti in družbeni položaj." (Rawls, 1993, str. 270)

⁸ Čeprav spisek primarnih dobrin eksplicitno ne vključuje zdravja, lahko zdravje štejejo za primarno dobro, instrumentalno za udejanjanje subjektivne zastavitve dobrega življenja vsakega posameznika.

⁹ Razlog, zakaj naj bi se v izhodiščnem položaju opredelili za t. i. maksimalno merilo pravičnosti, je v informacijski prikrajšanosti in možnosti, da se posameznik znajde v koži posameznika, ki mu gre najslabše (Rawls, 1971, str. 150).

¹⁰ Rawlsova teorija pravičnosti sodi v skupino proceduralnih teorij pravičnosti, ki so nasprotne konsekvenčnim teorijam. Konsekvenzializem izhaja iz podmene, da je različne družbene ureditve potrebno ocenjevati glede na rezultate.

¹¹ Nozickova teorija je po svoji naravi proceduralna. Udejanjanje pravičnosti je odvisno od spoštovanja procesnih pravil in ne od končnega rezultata.

V nasprotju z Rawlsom je Nozick prepričan, da so posamezniki v polnosti upravičeni do dobrot, ki izvirajo iz njihovih talentov tako dolgo, dokler ne kršijo pravic drugih. Naravne sposobnosti (npr. inteligenca) niso obravnavane kot skupna lastnina (Nozick, 1974, str. 228). Ostro nasprotuje kakršni koli redistribuciji sredstev k tistim, ki si ne morejo privoščiti ustreznih zdravstvenih storitev (Nozick, 1974, str. 235). Nesprejemljivo je, da država zlorabi monopol nad uporabo sile in posameznike prisili k sočutnosti z njihovim lastnim denarjem. Gre za nedopusten poseg v lastninske pravice posameznika, ki je onstran domene t. i. minimalne države, ki naj bi poskrbela za varnost, svobodo sklepanja pogodb in osnovni pravni okvir.

Libertarno-upravičenjska teorija pravičnosti namesto enakosti kot glavno vrednoto pojmuje svobodo, medtem ko enakost razume samo v smislu enakosti pred zakonom in ne enakosti možnosti ali resursov, kot to pojmujejo egalitarne teorije. Pri tem pa se svoboda pojmuje v njeni negativni konotaciji, ki pomeni svobodo pred vmešavanjem drugih posameznikov in države (Bellamy, 2000, str. 23). Tako opredeljena svoboda lahko pomeni tudi svobodo v pomanjkanju, delanju napak ali izpostavljenosti tveganjem. Po drugi strani pozitivno razumevanje svobode, značilno za ostale teorije pravičnosti, pomeni moč, efektivno moč narediti določene stvari, zahteva po pozitivni svobodi pa predstavlja zahtevo po moči. Pozitivna svoboda zahteva, da posamezniku zagotovimo določene pozitivne pravice, npr. zdravstvene storitve, ki mu omogočajo samouresničitev.

Obstoj pozitivnih pravic, kamor sodi tudi pravica do zdravstvenih storitev, je v nasprotju z Nozickovim pojmovanjem pravičnosti. Uresničevanje pozitivnih pravic je namreč povezano s stroški, ki jih morajo za tiste, ki tega sami ne zmorejo, z mehanizmom prerazdeljevanja poravnati drugi člani družbe. Pozitivna svoboda posameznika se tako udejanja s posegom v negativno svobodo tistih, ki morajo takšne pozitivne pravice financirati. V svetu pozitivnih pravic gre za nietzschejanski obrat, kjer je moč svoj jaz uresničevati samo na račun drugega jaza.

4 Vloga države - Med etičnim imperativom in učinkovitostjo

Čprav se predstavljene teorije pravičnosti med seboj razlikujejo, pa utilitaristična, egalitarna in Rawlsova t. i. maximin teorija pravičnosti dajejo podobne implikacije za vodenje zdravstvene politike, saj državi nalagajo

pomembno nalogo prerazdelitve zdravstvenih resursov k prikrajšanim posameznikom. Omenjene tri teorije se po obsegu prerazdeljevanja razlikujejo, skupen pa je v etiki utemeljen argument glede državnega ukrepanja na trgu zdravstvenih storitev. Libertarno upravičenjska teorija, nasprotno, navaja etične argumente proti državnemu poseganju tako v alokativno kot distributivno funkcijo trga zdravstvenih storitev.

Poleg etične argumentacije za državno poseganje na trg zdravstvenih storitev je mogoča tudi argumentacija, utemeljena na razlogih povečevanja ekonomske učinkovitosti. Tako so klasični ekonomski argumenti v prid državnemu poseganju v alokativno funkcijo trga: obstoj javnih dobrin, pojav eksternalij in naraščajočih donosov obsega. Za večino zdravstvenih storitev je mogoče trditi, da so zasebne dobrine. Čeprav je moč najti primere pozitivnih eksternalij, ki jih ustvarjajo zdravstvene storitve, kot so npr. pozitivni učinki cepljenja na incidenco nalezljivih bolezni, je težko trditi, da bistveno zmanjšujejo alokativno učinkovitost trga. Pojav naraščajočih donosov obsega povzroča ob naraščanju proizvodnje padajoče povprečne stroške. To je običajno posledica velike kapitalne intenzivnosti in s tem povezanih investicij. Takšen primer so na primer univerzitetni klinični centri, ki bi si brez državnih subvencij na trgu zdravstvenih storitev težko zagotovili preživetje.

Specifičnost zdravstvenih storitev pa navedenim argumentom v prid državnega poseganja na trg dodaja še dodatne. Pri zdravstvenih storitvah je namreč izrazito prisoten problem asimetrije informacij. Ta je prisotna tako na relaciji med bolnikom in zdravnikom, bolnikom in zavarovalnico ter med zavarovalnico in zdravnikom. Posledično je smiselno uravnavanje trga zdravstvenih storitev, ki bi morala zavarovalnicam preprečiti negativno selekcijo zavarovancev, tj. izbor tistih zavarovancev z manjšo verjetnostjo obolevnosti.

Vsem tržnim nepopolnostim navkljub, ki jih izkazuje trg zdravstvenih storitev, pa je potrebno biti izjemno previden pri zagovarjanju države kot rešiteljice tržnih nepopolnosti. Prepogosto so neučinkovitosti, povzročene s poseganjem države v sicer nepopolni tržni mehanizem večje kot pri laissez-faire politiki.

5 Sklep

Osnovni namen članka je iz različnih gledišč predstaviti naravo zdravstvenih storitev. Malo je prepričljivih razlogov, ki bi zdravstvene storitve uvrščali med javne dobrine in podalo vrednotno nevtrarno ekonomsko argumentacijo za državno poseganje v alokativno in

distributivno funkcijo trga zdravstvenih storitev. Z ekonomskega vidika so zdravstvene storitve zasebne dobrine, ki bi jih lahko alocirali s cenovnim mehanizmom v skladu z načelom zmožnosti plačila. Argumenti, ki uvrščajo zdravstvene storitve med meritorne ali primarne dobrine, ki so instrumentalne za osmišlitev dobrega življenja, so tako lahko zgolj etične narave in povezani s specifičnimi teorijami pravičnosti. Upošteva pluralistično pojmovanje dobrega življenja, ki zaznamuje sodobne demokratične družbe, pa je domala nemogoče opredeliti univerzalno teorijo pravičnosti in posledično pristati na univerzalno pojmovanje primarnih dobrin. Še več, sodobni moralni relativizem zanika obstoj temeljnih družbenih vrednot. Vrednotna promiskuiteta, spogledovanje z različnimi opredelitvami svobode, enakosti in osebne avtonomije povzroča velike težave pri oblikovanju premočrtne zdravstvene politike. V razmerah pluralizma vrednot pa je problematično vzpostavljanje univerzalnih pozitivnih pravic, kot je na primer enakost dostopa do zdravstvenih storitev, saj pomeni redistribucija, potrebna za njihovo zagotovitev, poseganje v svobodo in negativne pravice plačnikov.

Literatura

1. Acocella N. The foundations of economic policy - Values and techniques. Cambridge: Cambridge University Press, 1998.
2. Bellamy R. Rethinking Liberalism. London: Pinter, 2000.
3. Culyer AJ, Wagstaff A. Need, equity and equality in health and health care. Working paper 095. York: University of York - Centre for Health Economics, 1992.
4. Daniels N. Just health care. Cambridge: Cambridge University Press, 1985.
5. Dworkin R. Sovereign virtue. The theory and practice of equality. Cambridge: Harvard University Press, 2000.
6. Epstein RA. Mortal peril. Our inalienable right to help care?. Cambridge: Harvard University Press, 1999.
7. Gutman A. For and against equal access to health care. Milbank Mem Fund Q Health Soc 1981; 59(4): 542-560.
8. Nozick R. Anarchy, state and utopia. New York: Basic Books, 1974.
9. Perloff JM. Microeconomics. Reading: Addison-Wesley, 1999.
10. Rawls J. A theory of justice, Cambridge: Harvard University Press, 1971.
11. Rawls J. Political liberalism. New York: Columbia University Press, 1993.
12. Rice T. Individual autonomy and state involvement in health care. Journal of Medical Ethics 2001; 27: 240-244.
13. Sen A. Capability and well-being. In: Nussbaum M, Sen A, editors. The quality of life. Oxford: Oxford University Press, 1993: 31-53.
14. Tajnikar M. Mikroekonomija. Ljubljana: Ekonomska fakulteta, 2001.