
Zdravotnictví trochu jinak

D. Šťastný, R. Šťastná, I. Kokešová

„Existuje-li nějaká obecně uznávaná pravda v politické ekonomii, pak je jí ta skutečnost, že v případě každého zboží, které slouží k uspokojování hmotných a nehmotných potřeb spotřebitele, je vždy v jeho nejlepším zájmu, aby práce a obchod zůstávaly svobodné, neboť nezbytným a trvalým důsledkem svobody práce a obchodu je maximální snížení ceny [toho kterého statku].“

Gustave de Molinari¹

„Já tvrdím, že mé tělo je mé vlastní, alespoň jsem je za své vždy považoval. Ublíží-li mu tím, že s ním experimentuji, jsem to já, kdo trpí, a ne stát.“

Mark Twain

Naším cílem je doplnit pestrou paletu prací zabývajících se čistě empirickými otázkami fungování jednotlivých systémů zdravotní péče trochu teoretičtějším pohledem, jehož ohniskem zájmu jsou mimo jiné samotné základy státem řízeného zdravotnictví. Po vymezení skutečností, jež způsobují, že takové systémy zdravotnictví nikde na světě nefungují tak, jak by si jejich tvůrci přáli, bude nastíněna podoba zdravotnictví při absenci státního intervencionismu. Poslední část bude věnována vztahu mezi ekonomikou a politikou vlády v této oblasti.

Východiska současného systému a jeho problémy

Současné pojetí zdravotnictví

Na konci 20. století je zdraví člověka považováno za něco, na co má každý člověk právo, resp. nárok. Sama Listina základních práv a svobod zaručuje ve své části Sociální práva občanů ČR, že „každý má právo na ochranu zdraví“ a že „občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na

¹ Gustave de Molinari byl (ač narozen v Belgii) součástí francouzské *laissez-faire* tradice.

Tento citát pochází z jeho práce „De la production de la securité“ v *Journal des Économistes*, XXV (již z roku 1849!; v českém jazyce bylo publikováno jako Gustave de Molinari: „Trh a poskytování bezpečnosti“ v Josef Šíma (ed.): *Právo a obrana jako zboží na trhu*, Liberální institut, Praha, 1999, str. 48-68), věnované zajištění bezpečnosti a obrany prostřednictvím dobrovolné směny na trhu, která vzbudila bouřlivou debatu v tehdejších ekonomických kruzích. Ačkoliv zůstal v této otázce nepodpořen svými kolegy (Bastiatem, Coquelinem či Dunoyerem), bylo jeho celoživotní dílo inspirací a vzorem mnoha dalším ekonomům. Jeho pokračovatelem a velkým obdivovatelem tak byl například Vilfredo Pareto.

Paradoxní na tom je, že v té době by se myšlenkou státem řízeného zdravotnictví nejenže velmi pravděpodobně nezabýval ani Molinari, ani Bastiat, ale nezabývala by se jí ani naprostá většina veřejnosti. Na rozdíl od soukromého poskytování obrany nespatoval nikdo ve zdravotnictví znaky něčeho, co bylo později označeno za tzv. veřejný statek, a tak na soukromém zdravotnictví viděl jen málokdo něco zvláštního.

zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon".² Zdraví (a péče o něj) tedy často není považováno za „pouhý“ statek (*good*) a neuvažuje se o něm jako o předmětu spotřebitelského chování.

Na straně nabídky služeb spojených s péčí o zdraví je situace obdobná. Obzvláště lékaři již nejsou považováni za pouhé odborníky, kteří mohou formou dobrovolné spolupráce poskytovat příslušné služby těm, kteří o to projeví zájem. Do jisté míry pro ně dnes existuje naopak povinnost určité služby poskytovat.³ Na tuto profesi tak není nahlíženo jen jako na jednu z řady jiných, ale spíše jako na jisté poslání.

Vezmeme-li v úvahu tyto skutečnosti, není divu, proč je dnes zdravotnictví odvětvím pod téměř dokonalou taktovkou státní byrokracie. Převažuje přesvědčení, že bez zásahů státu by se zdraví stalo výsadou jen těch nejbohatších, kvalita zdravotní péče by se zhoršila, nebo že by se lidé o své zdraví neuměli (nechtěli) sami postarat. Většina takových argumentů vychází z paternalismu, z představy, že lidé obecně nevědí, co je pro ně dobré, a dokonce i kdyby to věděli, tak by se dle toho nechovali. Z toho vyplývá „morální“ povinnost pro ty moudré (politiky, byrokracii) lidem pro jejich dobro určité chování (jako třeba starat se o zdraví) i proti jejich vůli vnutit.

Zdraví bylo dokonce označeno za veřejný statek a zdravotnictví za odvětví, které ho má všem poskytovat. I když pomineme arbitrárnost *teorie veřejných statků*,⁴ představuje zařazení zdraví mezi veřejné statky i z pohledu standardní ekonomie značně nejasný a pochybný krok. Absurdita myšlenky, že spotřeba zdravotní péče je *nerivalitní*,⁵ může zůstat skryta snad jen do chvíle, kdy ji spotřebitelé začnou

² Veškerá tzv. sociální práva (tedy včetně „práva na zdraví“) jsou pojímána jako nároky: člověk má *právo* na to, aby se mu společnost (tedy všichni ostatní!) postarala o zdraví, vzdělání, bydlení, potravu, kulturu, zaměstnání, důchod atd. Takto *pozitivně* definovaná práva však z filozofického hlediska žádnými právy ani nejsou, neboť jejich naplnění je nutně podmíněno povinností ostatních něco podniknout, tedy porušením některých jejich jiných práv.

³ Lékaři se tak např. vystavují postihu, vybírají-li od pacientů zvláštní platby nad rámec plateb zákonem povolených. Dokonce i v civilním životě mohou být trestáni za neposkytnutí pomoci či péče. K tomu jsou lékaři zavázáni lékařským slibem (podle kterého musí každý lékař v případě potřeby poskytnout nezbytnou lékařskou pomoc), jehož složení je podmínkou ukončení studia, které je zase nutnou podmínkou vstupu do odvětví (viz pasáž o regulaci strany nabídky níže).

⁴ Obecně, přijmeme-li subjektivní pojetí užítka, potom pomocí kritérií „veřejnosti“ statků (nevyločitelnost, nerivalitní spotřeba) můžeme označit naprosto cokoliv za statek veřejný. Užitek z jakéhokoliv myslitelného statku mohou mít a často také mají subjekty, které majiteli statku za tuto skutečnost nijak neplatí. Nový sousedův automobil před domem či pohledný spolužák ve škole mohou zvyšovat užitek nejen sousedovi či spolužákovým rodičům. Všichni ostatní jsou dle teorie veřejných statků „černí pasažéři.“ Vzhledem k neidentifikovatelnosti (očekávaných) užitek jednotlivce třetími osobami je nemožné objektivně rozdělit statky na soukromé a veřejné. Vyloučitelnost a rivalita je u určitého statku pro různé jednotlivce různá. Navíc, jak je možné vědět, že je daný statek, označený teoretiky za statek veřejný (veřejné osvětlení, majáky apod.), je pro všechny *good* (pozitivní mezní užitek) a ne *bad* (negativní mezní užitek)? Jakékoliv takovéto rozlišení statků je tedy naprosto arbitrární a nutně staví teorii veřejných statků (ač si to její příznivci jen zřídka uvědomují) mimo oblast pozitivní, tj. hodnotově neutrální ekonomie.

⁵ Nerivalitní ve standardním pojetí, tj. že náklady poskytnutí statku dodatečnému spotřebiteli jsou nulové.

potřebovat.⁶ Navíc, i kdybychom zdraví za veřejný statek přijali, stále není jasné, proč by ho musel poskytovat stát prostřednictvím zdanění.⁷

Následkem všech zmíněných skutečností se potom zdravotnictví jeví jako zvláštní odvětví, které nelze ponechat „na pospas trhu“. Populárním postojem je tak například názor, že „se zdravím se neobchoduje“, či že „trh do zdravotnictví nepatří“. Předmětem následující úvahy jsou důsledky, ke kterým toto populární pojetí zdravotnictví vede. Ty jsou všude ve světě předmětem neustálé debaty nad tím, proč systémy zdravotnictví nepracují tak, jak by si jejich *tvůrci* představovali, a jsou tak zároveň příčinou nikdy neustávajícího volání po reformě těchto systémů.

Stav a problémy současných systémů

Společným znakem mnoha současných systémů zdravotní péče, které jsou řízeny státem, je skutečnost, že jsou víceméně průběžně financovány z daní.⁸ Tato skutečnost bývá ospravedlněna, jak bylo uvedeno v předchozí části, buď na základě paternalismu (pro tento termín bývá většinou nalezen nějaký eufemismus) či na základě pojetí zdraví jako veřejného statku. Ten, kdo stojí o zdravotní péči, nebo se domnívá, že o ni může někdy stát, se tak o rozsahu a kvalitě péče o své zdraví nerozhoduje a ani rozhodovat nemůže: musí si pod hrozbou sankcí za paušální cenu zdravotní péči (resp. její možnost) zakoupit. Od chvíle, kdy tak učiní, se jeho mezní (explicitní) náklady na zdravotní péči tedy zpravidla blíží nule.

Skutečnost, že je zdravotnictví kolektivně financováno, vede k tomu, že se zdraví jednotlivce v jistém smyslu skutečně stává i věcí ostatních: Čím zdravější můj soused bude, tím méně *nás* to *oba* bude stát. Ve světle tohoto faktu je potom pochopitelná snaha státu zakázat lidem některé aktivity, o kterých se domnívá, že mohou zvyšovat potenciální náklady na zdravotnický systém. Již dnes lze tuto snahu

⁶ O to více to platí o kritériu nevyklučitelnosti ze spotřeby.

⁷ To, co učebnice hlásají jako tzv. veřejné statky, bylo často dříve v té či jiné formě poskytováno soukromými subjekty na trhu. Tvrdit, že samotný trh by tyto statky neposkytoval, tak představuje zjevnou lež (viz například Ronald Coase: „Lighthouse in Economics“ v *Journal of Law and Economics*, 17:2, 1974).

Častou námitkou též je, že trh by sice tyto statky poskytoval, avšak pouze v „nedostatečném“ množství. Tato logika však předpokládá objektivní znalost toho, co je *dostatečné* množství, což je problém řešitelný pouze ve světě, ve kterém jsou tomu, kdo výroky o „dostatečnosti“ daného množství statku vynáší, dopředu známy preference všech spotřebitelů!

⁸ Tyto daně se nazývají „zdravotní pojištění“ a jejich název je půvabným příkladem orwellovsky kreativní sémantiky státní byrokracie. Pojištění představuje obecně nástroj k eliminaci rizika a nejistoty a jako takové je soukromými subjekty na trhu poptávaným a nabízeným statkem. Žádná normální pojišťovna nemá právo své klienty nutit si pojistné smlouvy uzavírat. V opačném případě se nejedná o pojišťovnu, ale o stát, který je jako jediný považován za instituci nadanou „právem“ k legitimní iniciaci násilí. Stejně jako stát vybírá daně a tvrdí, že bude pečovat o bezpečí obyvatelstva, tak vybírá i „zdravotní pojištění“ a tvrdí, že bude pečovat o zdraví obyvatelstva.

Další skutečností, která názor, že zdravotní pojištění má s pojištěním jen velmi málo společného, je postup stanovení jeho výše. Na rozdíl od cen normálního pojištění, odvozených od odhadovaného rizika, je zdravotní pojištění, stejně jako některé daně, odvozeno od příjmu!

Skutečnost, že tyto daně neputují do státního rozpočtu, ale do institucí označených jako zdravotní pojišťovny, nemění nic ani na tom, že se nejedná o pojištění, ani na důsledcích, které na zdravotnictví toto vynucené „pojištění“ má.

identifikovat ve velké části zjevně paternalistických regulací (hygienické normy, bezpečnostní pásy v automobilech, kouření, drogy...). Aplikací stejné logiky by však úsilí státu mohlo dojít do takových krajností, že by bylo zákonem zakázáno lyžovat, jíst tlusté maso, vyplňovat daňová přiznání či provádět jiné činnosti, při nichž je zvýšené riziko poškození zdraví!

Tato skutečnost má za následek významné změny motivací jak na straně poptávky, tak na straně nabídky. Jednak je zřejmé, že je-li něco poskytováno zadarmo, bude poptávané množství tohoto statku větší, než v situaci, kdy je cena blíže mezním nákladům. To, co ekonomie nazývá *morálním hazardem*, se zde projevuje naprosto zřejmě: nulová cena zdravotní péče snižuje snahu poptávajících zdravotním problémům předcházet.⁹ Za druhé, poskytovatelé zdravotní péče (lékaři) jsou vzhledem k mechanismu svého odměňování, který je ve větší či menší míře odvislý od (i když arbitrárně stanoveného) výkonu, přirozeně motivováni vykázat co největší aktivitu. V důsledku existence jen velmi omezeného zájmu spotřebitelů zdravotní péče o její „spotřebované“ množství¹⁰ neexistuje nic, co by tvořilo protiváhu zmíněným snahám lékařů. Celý systém tak dohromady motivuje obě strany trhu k co nejvyšší (vykazované) produkci a spotřebě. Je potom zcela logické, že náklady na zdravotnictví stoupají tak závratným tempem.

Další skutečností, která činí zdravotnictví velmi specifickým odvětvím, je úroveň státní regulace na obou stranách trhu. Standardní myšlení hlásá, že *vzhledem k důležitosti zdraví nejen že není možné ponechat na trhu kvalitu poskytovaných služeb (což vyústí v opatření na straně nabídky), ale z důvodu velkých nároků na odbornost není možné nechat velký prostor pro rozhodování ani poptávajícím.*

Na straně nabídky se tak mohou vyskytovat pouze osoby s přesně definovanou kvalifikací, kterou lze získat výhradně ve státních, nebo alespoň státem certifikovaných,¹¹ institucích. Stávající lékaři tvoří velmi silnou zájmovou skupinu, jejímž zcela smysluplným cílem je snažit se pustit do svého odvětví co nejméně lékařů nových (jiných). Ve Spojených státech je například tato lobby institucionalizována jako *American Medical Association (AMA)*.

⁹ Skutečně pojišťovny, existující díky dobrovolné směně a ne díky zákonu o povinném pojištění, si jsou této skutečnosti vědomi a snaží se jí bránit prostřednictvím institutu spoluúčasti (franšízy).

¹⁰ Spotřebitelům je v podstatě jedno kolik úkonů a zákroků lékař v souvislosti s jejich léčbou provede. Neexistence rozpočtového omezení k množství poptávané zdravotní péče tak způsobuje, že jedině, co toto množství v praxi limituje, je nedostatek času a jistá nepohodlnost některých lékařských aktivit prováděných na pacientovi.

¹¹ V praxi o tom mohou rozhodovat, jak bude ilustrováno níže na příkladu USA, různé organizace, které jsou formálně na státu nezávislé. Jako povrchní a směšná se však tato „nezávislost“ ukáže tehdy, uvědomíme-li si, že tyto organizace jsou k tomu zákonem nadány, aby byly jedinými, které o tom mohou rozhodovat. Jsou to tak nutně jen jakési „prodloužené ruce“ státu.

Obecně je tato absurdita nazývána *samoregulace*, a bývá mnohdy prezentována jako ideální forma kontroly určitých odvětví. Daňové poradenství tak není dle takové rétoriky regulovaným odvětvím, neb se reguluje samo! Kdokoliv má zájem vykonávat toto „svobodné“ zaměstnání, „postačí“, aby se stal členem KDP (v opačném případě bude však jeho činnost ilegální...!).

Plejáda státních zásahů do tohoto odvětví se samozřejmě nezastavuje u lékařů. Rozlévá se dále nejen na velkou část zdravotnického personálu, ale i na producenty zdravotnického zařízení a zboží, obzvláště léčiv. Státní úřady tak rozhodují nejen o jejich ceně, ale dokonce o samotné možnosti jejich použití! Například americká *Food and Drug Administration* (FDA)¹² schvaluje veškerá léčiva, která mohou Američané legálně užívat. Jedním z důsledků monopolního postavení a tzv. „neziskovosti“ takové instituce je, že je výrazně snižována její motivace dělat to, co si její zastánci představují. Schválení jednoho léku tak zabere FDA často i více než 10 let, během nichž tento lék nemůže sloužit nikomu, ani lidem tak vážně nemocným, že pro ně ani zcela neznámý lék nepředstavuje ve srovnání s alternativami větší riziko.¹³ Pacienti si tak často pořizují léky buď na černém trhu za cenu zvýšenou ještě o rizikovou prémii za ilegalitu, nebo se pokoušejí pašovat potřebné léky ze zemí, kde jsou již legální (příčemž se zrovna tak vystavují trestnímu postihu). Farmaceutické firmy navíc stojí tento schvalovací proces (dle *Pharmaceutical Manufacturers' Association*) běžně více než 300 milionů dolarů, které se nakonec musí přirozeně promítnout do cen jejich produktů.

V rozporu s primitivním modelem FDA jako „státní záruky za bezpečí a kvalitu“ připustila i sama FDA skutečnost, že již v mnoha případech nechala uvést na trh nebezpečný lék, který způsobil vážné zdravotní potíže nebo i smrt velkého počtu pacientů. I když bychom tedy pominuli zmíněné důsledky *neschválení* léku, které nejsou většinou součástí bilance úspěšnosti FDA, není ani tak její působení jasným přínosem.

Ani schválení léků však není posledním problémem na jejich cestě k nemocnému. Velká část léků totiž nesmí být prodávána bez předpisu od státem schválené osoby, tj. lékaře, a v podstatě žádné se nesmí prodávat mimo státem schválené prodejny, tj. lékárny, jiným než státem schváleným personálem, tj. lékárníky.

Ze všeho, co bylo doposud na adresu současných systémů péče o zdraví řečeno, je zřejmé, že v nich naprosto chybí zásadní součást koordinačního mechanismu, díky kterému fungují jiná odvětví bez jakýchkoliv problémů: **ceny**. Neznáme-li relativní ceny běžné prohlídky, výroby určitého léku, amputace končetiny či transplantace srdce, je nutné je nahradit bodováním úkonů či jiným arbitrárním způsobem. Žádný takový systém však nemůže v plné míře systém cenové koordinace nahradit, a tak není divu, že je ve zdravotnictví tak často něčeho moc a jiného málo.

¹² FDA je americkou obdobou našeho Státního úřadu pro kontrolu léčiv (SÚKL). To, co bude řečeno o pravomocích a způsobu práce FDA, lze do jisté míry zobecnit na jakoukoliv instituci tohoto, tedy i na český SÚKL.

¹³ Jedním ze známých afér ve Spojených státech byl třeba *Propranolol*, jehož schválení bylo neustále oddalováno. Tento lék mohl dle odborných odhadů údajně zachránit tisíce životů ročně v případě, že by nebylo

Kvalita téměř unifikovaného produktu je tak obětována ve jménu vzletných myšlenek o solidaritě a spravedlnosti.¹⁴

Zdravotnictví bez účasti státu¹⁵

Zdraví je z ekonomického hlediska stav individua, který je zpravidla preferován před stavem „horšího“ zdraví, např. nemoci. Produkce veškerých statků, tedy zboží (celaskon) i služeb (prohlídka krku), které tito jednotlivci v rámci péče o své zdraví spotřebovávají (tedy poptávají), je potom záležitostí odvětví, které je možno označit jako zdravotnictví.

Jako všude jinde dochází i v tomto odvětví k pracovní specializaci, jejíž míra je často vzhledem ke znalostně a technicky náročným úkonům dokonce vyšší než v jiných oblastech. Na straně nabídky tedy existují různě specializované subjekty, jejichž existence je dána skutečností, že o jimi produkované statky je na straně spotřebitelů zájem.¹⁶ Konkrétní struktura zdravotnictví i každé jeho součásti (v místě a čase) je tak dána v konečné instanci poptávkou po statcích tohoto druhu, kterou se subjekty na nabídkové straně snaží s co nejnižšími náklady co nejvíce uspokojit. Jako všude jinde dochází tudíž i k dobrovolné směně, která vždy a všude zvyšuje očekávaný blahobyt všech zúčastněných subjektů.¹⁷

Poskytování služeb ve zdravotnictví je tak zcela volnou živností. Lidé (spotřebitelé) se mohou se svými požadavky obrátit na kohokoliv a stejně tak kdokoli je oprávněn, ale nikoliv povinen¹⁸ takové požadavky uspokojovat. Spotřebitelé se při svém rozhodování chovají stejně jako na jakémkoliv jiném trhu: čerpají ze zkušeností vlastních i jiných (doporučení přátel), ohlížejí se na odbornou způsobilost a jako všude jinde volí mezi kvalitou (popř. kvantitou) a cenou a svými rozhodnutími tak v konečném důsledku rozhodují i o struktuře celého odvětví.

pacientům zákonem zakázáno ho užívat (viz Dr. Mary Ruwart: *Death by Regulation - The Price We Pay for the FDA*, ISIL Educational Pamphlet Series).

¹⁴ Stejně jako „zdravotní pojištění“ jsou i „solidarita“ a „spravedlnost“ eufemismy stojícími za státním donucením. Nazývat zdravé lidi solidárními s lidmi nemocnými, neboť jim platí lékařskou péči, ale přitom by byli trestně stíháni v případě, že by tak činit odmítli, je stejně směšné, jako říci, že oběť přepadení je „solidární“ se zločincem, neboť mu vydala obsah svých kapes...

¹⁵ Syntaxe použitá v této kapitole trochu nezvykle, ale záměrně, nepoužívá podmiňovacího způsobu a navozuje tak dojem, že popisuje reálný stav fungování sektoru zdravotnictví. Vzhledem k faktické neexistenci takového stavu je však třeba brát tento popis jako pouze jeden z možných. Nejsme *sociální inženýři*, abychom byli schopni vymyslet (popsat) systém, který by byl vytvořen rozhodnutími miliónů účastníků a milionu různých situací. Stejně jako by nikdo nemohl bez existence trhu v oblasti pekárství předpovědět, jak by fungování tohoto odvětví vypadalo (sortiment, cena, množství, kvalita apod.), nemůžeme ani my dopředu vědět, jaká by byla situace ve zdravotnictví. To ovšem nic nemění na základních principech takového uspořádání!

¹⁶ Praktický lékař (jako spíše „poradní“ subjekt, který se vlastním „lěčením“ zabývá jen ve víceméně drobných případech) tak existuje z toho důvodu, že spotřebitelé shledali jeho služby při péči o jejich zdraví potřebnými. V případě, že by všichni spotřebitelé disponovali potřebnými znalostmi, mohli by se potom obracet přímo na úzce specializovaná pracoviště a institut praktického lékaře by tak pozbyl smyslu.

¹⁷ Přistoupí-li subjekty k určité směně, demonstrují tím skutečnost, že očekávají, že jejich blahobyt bude vyšší ve srovnání s alternativou, že by ke směně nepřistoupili.


Vzhledem k možným vážným následkům špatné volby se spotřebitelé na poli zdravotnictví chovají daleko obezřetněji, méně riskují a vytváří tak velký prostor pro existenci systému certifikátů a potvrzení o odborné úrovni poskytovatelů takových služeb.¹⁹ Tyto certifikáty se vztahují jednak na konkrétní osoby (např. diplom z konkrétní university je zárukou určité úrovně), tak i na celé instituce (ordinace, nemocnice apod.) Podobný systém pracuje i ve farmakologickém průmyslu. I léky tedy může vyrábět a prodávat kdokoliv a spotřebitelé je mohou od kohokoliv dobrovolnou směnou získávat a i zde dělají kompromis mezi kvalitou (resp. kvantitou) a cenou.

Stejně jako všude jinde jsou i ve zdravotnictví smluvní strany vázány kontraktem, z jehož porušení vyplývají nároky poškozených stran na odškodnění. Takový poskytovatel zdravotní péče, který neplní své závazky z kontraktu tak nejen získává negativní reputaci,²⁰ ale vznikají mu i další závazky z titulu porušení kontraktu. A tak stejně tak jako na trhu přežívají jen lepší²¹ pekaři, výrobci aut, či prodejci obuvi, mají i ve zdravotnictví tendenci zůstat ti lepší, zatímco ti ostatní jsou z trhu vytlačeni.

V takovém světě přirozeně neexistuje ani žádné „právo na zdraví“. Každý si je tak vědom, že je to on, kdo nakonec ponese důsledky svého chování, které může nějakým způsobem ovlivňovat jeho zdravotní stav (tedy téměř všechno: od životosprávy, přes chození na červenou až po provozování sportu...). Skáče-li někdo na gumě z mostu, užívá-li někdo drogy, či jezdí-li na motorce bez přilby, činí tak vždy na „svůj účet“. ²² V případě úrazu mu nejsou již jeho léčení (záchranu!) zákonem povinni hradit ostatní, ale musí se o něj postarat sám, popř. za asistence subjektů, které jsou mu pomoci ochotny (rodina, přátelé, charitativní organizace) či smluvně zavázány (pojišťovny). Je vhodné si uvědomit, že ochota těchto subjektů pomoci bude tím menší, čím větší bylo zavinění poškozeného. Lidé budou mít zpravidla větší soucit s těmi, kteří se s určitým zdravotním problémem narodili, než s uživateli drog. Podobně se budou chovat i pojišťovny, které nebudou hradit léčení těm, kteří si

¹⁸ Nikdo není trestně odpovědný za neposkytnutí pomoci, tedy ani lékaři za neposkytnutí zdravotní péče, jakkoliv takové chování může být (a v mnohých případech jistě je) předmětem morálního odsouzení.

¹⁹ Podobně jako ve Spojených státech již desítky let působí soukromá agentura Underwriters Laboratories

), u níž si většina výrobců elektrotechniky a elektroniky nechává z vlastních prostředků své výrobky certifikovat z důvodu jejich následně lepší prodejnosti. Aby zájem výrobců o certifikát trval, je UL nucena pečovat o svoji pověst tím, že testy nezkrusuje. Mezi výrobce elektrických spotřebičů a laické spotřebitele tak vstupuje subjekt, jehož přítomnost vítají obě strany a který řeší problém, které standardní ekonomie nazývá *asymetrie informací*.

²⁰ Jak již bylo naznačeno, reputace hraje v tomto odvětví významnou roli. Takový subjekt velmi pravděpodobně brzy ztratí o certifikáty monitorujících agentur, což významným způsobem zužuje poptávku po jeho službách.

²¹ „Lepší“ se samozřejmě vztahuje k názoru spotřebitele a označuje takové subjekty, které lépe uspokojí preference spotřebitelů. Vyrábí-li někdo z technického hlediska nejlepší (dá-li se to vůbec objektivně určit!) automobily, neznamená to ještě, že na trhu přežije!

²² Tím mizí jediný smysluplný důvod, proč jsou v dnešním systému tyto aktivity mnohdy předmětem pronásledování.

zdraví poškodili úmyslně, nebo třeba v důsledku činností považovaných za amorální či nelegitimní (postřelený zloděj apod.)...

Zdraví je tedy předmětem běžného spotřebitelského chování a uspokojení této potřeby je vystaveno (jako všude jinde) rozpočtovému omezení. Výdaje na péči o zdraví jsou alokovány stejným způsobem jako na oblečení, kulturu, či nábytek. Vzhledem k soukromé povaze zdraví není nikdo zákonem nucen si péči o něj kupovat, a tak její rozsah záleží čistě na rozhodnutí konkrétních jedinců.

Ti si mohou vybrat nejen co do rozsahu zdravotní péče, ale i co do formy jejího financování. Převažující formou je pojištění, využívané (jak už to tak u pojištění bývá...) zvláště na financování *nákladných* léčení *náhodných* poruch zdraví. Takové pojišťovny samozřejmě nepodléhají v porovnání s ostatními odvětvími vyšší míře regulace. Při výběru svých smluvních partnerů na straně nabídky úzce spolupracují (popř. splývají) se zmíněnými certifikačními agenturami. Stejně jako existují specializované pojišťovny, existují i specializované charitativní organizace, které usilují o finanční pomoc v konkrétních případech (chudí, léčení následků nepojistitelné události apod.). I to ovšem probíhá na zcela dobrovolném (smluvním) základě.

O ekonomii a hospodářsko-politických (zdravotně-systémových) doporučeních

Ekonomie bývá i dnes často správně považována za pozitivní (tedy hodnotově neutrální) vědu. Proto nemůže sama o sobě sloužit jako zdroj doporučení hospodářsko-politických opatření. Může sloužit pouze jako technika k dosažení určitých cílů, stanovených mimo ekonomii (pomocí normativní vědy, např. etiky). Platí-li toto o hospodářské politice obecně, musí to platit i o státem spravovaném zdravotním systému.

Normou je zde *dostupná* zdravotní péče pro *všechny*. Hodnotově neutrální ekonomie může potom usilovat o nalezení způsobu, jak jenom tohoto neřešitelného cíle dosáhnout. Musí totiž vyřešit problém jak pomocí vzácných (omezených) zdrojů uspokojit neomezené potřeby. Stát je v takové situaci nucen stanovit úroveň zdravotní péče, kterou chce každému zaručit, a toho lze dosáhnout pouze prostřednictvím státní redistribuce (tj. pomoci jedněm na úkor druhých). I když bude tato redistribuce úplná, nikdy nemůže být dosaženo té nejlepší technicky možné úrovně zdravotní péče pro všechny.²³ Těm, kteří disponují nadprůměrnými prostředky, bude muset vysvětlit, proč si již nemohou dovolit zdravotní péči, kterou požadují. Přes veškerou snahu o nivelizaci zdravotní péče existují i dnes zákroky,

²³ Vždy se bude jednat pouze o jakousi průměrnou péči. Zvyšující se míra redistribuce by navíc ve společnosti jistě vyvolala menší zájem vzácné zdroje vytvářet. Absolutní úroveň takové průměrné (unifikované) zdravotní péče by se tak velmi pravděpodobně se zvyšující se mírou redistribuce snižovala!

kteří si nemohou dovolit všichni. S pokrokem v tomto odvětví se navíc mohou rozdíly mezi zaručenou a technicky možnou péčí ještě zvětšovat. Ekonomové se musí dále při udílení svých „hodnotově-neutrálních“ doporučení vypořádat s nekonečným množstvím problémů, které státem plánované zdravotnictví vyvolává,²⁴ kdy jedno regulační opatření často vyvolává nutnost zavedení řady dalších. S tím vším mají úředníci (i s podporou ekonomů - specialistů) všude na světě značné problémy.

Závěrem

Z toho, co bylo dosud řečeno, vyplývá, že zdravotnictví jako naprosto svobodné, soukromé odvětví by bylo schopno uspokojovat poptávku po zdravotní péči způsobem, který by nejen zcela jistě lépe odrážel preference jednotlivců, ale pravděpodobně by též lépe naplňoval deklarované cíle dnešního systému - široce dostupnou zdravotní péči.²⁵ I kdyby tomu tak nebylo, tak ale stále není zdaleka jasné (jak bylo naznačeno v poslední části), kde se bere etická nadřazenost systému přerozdělování a široce dostupné péče nad vlastnickými právy a osobní odpovědností.

Zásadní odstátnění zdravotní péče je s ohledem na převládající kolektivistickou filozofii a provázanost s ostatními státem řízenými odvětvími (důchodové zabezpečení, nemocenské pojištění) značně komplikovaný proces, který by patrně nezískal u voličů příliš mnoho hlasů. Jakékoliv reformy státního zdravotnictví však musí vždy zákonitě ztroskotat na faktu, že k tomu potřebné hodnoty zkrátka nelze vytvořit pouhým uzákoněním „práva na zdraví“.

²⁴ Je zajímavé, že již jen velmi málo ekonomů dnes pochybuje o nemožnosti plánování ekonomiky a přitom na poli zdravotnictví se o to mnozí z nich stále snaží...

²⁵ Představme si svět, ve kterém jsou potraviny (stejně jako zdravotnictví jsou potraviny životně důležitou komoditou) administrativně přidělovány spotřebitelům zdarma na základě „potravinového pojištění“ a i jejich produkce je vystavena silným intervencím ze strany státu (což až tak nepředstavitelné, vzhledem k dnešní situaci, není...). Kdyby zde přišel někdo s návrhem deregulace výroby potravin a obchodu s nimi, byl by (stejně jako dnes v případě zdravotnictví) obviněn ze snahy o „kupčení“ s potravinami a označen za bezcitného nepřítele chudých apod.

Přesto, jak dnes vidíme, nikdo v systému tržní distribuce potravin hladem netrpí!

Literatura:

- Browne, H.: *Why Government Doesn't Work*, St. Martin's Press, New York, 1995
- Friedman, M.: *Capitalism and Freedom*, The University of Chicago Press, Chicago, 1982
- Green, D. G., Logan, J., Woodfield, A.: *Healthy Competition*, The Centre for Independent Studies Limited, 1989
- Green, D. G.: *From Welfare State to Civil Society*, New Zealand Business Roundtable, Wellington, 1996
- Green, D. G.: *Reinventing Civil Society*, IEA Health and Welfare Unit, London, 1993
- Green, D. G.: *Which Doctor?*, The Institute of Economic Affairs, London, 1985
- Hoppe, H. H.: *The Economics and Ethics of Private Property*, Kluwer Academic Publishers, Norwell, 1993
- Reekie, W. D., Ötzebrugger, H. G.: *Competition and Home Medicines*, The Institute of Economic Affairs, London, 1985
- Rothbard, M. N.: *For a New Liberty*, Fox & Wilkes, San Francisco, 1996