

P5. Nabídka zdravotní péče. Faktory ovlivňující úroveň nabídky. Formy konkurence. Metody regulace nabídky. Etické problémy spojené s nabídkou medicínských služeb

Osnova

1. Zvláštnosti nabídky, faktory
2. Kvantifikace
3. Nástroje omezování nabídky
4. Etické problémy

ad 1) zvláštnosti, faktory

Pro **nabídku** určitého druhu zboží na dokonale konkurenčním trhu platí, že je určována čistým příjmem získaným z nabízené produkce ve srovnání s příjmem, kterého by se dalo dosáhnout použitím stejného množství zdrojů někde jinde. To předpokládá bezproblémový vstup nových producentů na trh.

Pro zdravotnictví je naopak typické, že:

1. vykonávání praxe je vázáno a regulováno udělováním licencí, závislých na přísných kvalifikačních předpokladech a
2. medicínské vzdělání je velmi náročné a drahé. Tím je pružnost nabídky významně limitována.

nadto:

3. omezená substituovatelnost produkčních faktorů (není lékař jako lékař, není sestra jako sestra a není koneckonců činnost jako činnost - některé věci *nemůže* dělat někdo jiný, některé věci *nesmí* dělat někdo jiný. Silná reglementace v zájmu zachování a garantování kvality služeb. Ovlivňování nejlevnější kombinace vstupů je obtížnější.

4. zajímavý aspekt poskytovatelem (nabídkou) indukované poptávky:

Pokud existuje - zde stále spory - viz. Phelps str.210-214 - způsobuje, že s rostoucím počtem poskytovatelů nevzrůstá konkurenční tlak na mezní náklady. Viktor Fuchs 1978 - odhadoval poptávku po chirurgických zákrocích v mnoha městech, přičemž použil stejných cen, důchodu a ostatních relevantních proměnných a také předpokládanou nabídku lékařských služeb, jak ji bylo možno odhadnout za použití měřitelných ekonomických faktorů. Zjistil, že tam, kde byla predikovaná nabídka vyšší o 10 procent, počet zákroků vzrostl o 3-4 procenta. (+vtip o Francouzi)

5. konkurence kvalitou - analogie situace v regulované letecké dopravě
6. role lékaře značně heterogenní - při zkoumání jeho chování nutno myslet alespoň na základní rozdíly mezi jeho funkcí „agenta“, „podnikatele (stanovování ceny, ovlivňování nákladů, množství služeb, jejich struktura)“ a „pracovní síly“ (specializace, dislokace) resp. jednoho z INPUTŮ.

Některé otázky

- 1. Minimalizuje každá „firma“ (nemocnice, lékařská praxe, medicínská fakulta) náklady na svoji produkci?** (každá firma musí být efektivní, jinak nepřežije)
- 2. Je počet firem na trhu tím „správným“ - využívají firmy úspory z rozsahu** (ať už jsou jakékoli)? (počet firem je podmíněn dvěma faktory - rozsahem úspor z rozsahu při produkci - tzn. v dlouhodobém horizontu každá firma operuje v rozsahu, který je nejefektivnější, konkrétně v bodě minima dlouhodobé křivky průměrných nákladů; - důležitostí pacientových cestovních nákladů)
- 3. Produkuje tyto firmy produkt, který je co do druhu a množství poptávaný spotřebiteli?** (V krátkodobém horizontu každý poskytovatel reaguje na změny v poptávce (v dlouhodobé podobě prostřednictvím vstupu nových firem do odvětví) V jakém rozsahu se to projevuje na zdravot. trzích? - Je potřeba analýzy prostředí a chování firem na každém segmentu trhu. (Jak je na tom vstup do odvětví; jaké jsou systém plateb (financování) a jaké pohnutky vytváří pro odvětví; Jaké jsou cíle a záměry poskytovatelů?
Hlavní trhy: lékaři - ambulantní služby, nemocnice - lůžková péče, trh se vzděláním, trh s pracovní silou

ad 2) srovnání, čísla apod.

Nemocnice státní	1990	1992	1993	1994	1995	
počet	161	180	157	143	125	+ 82 nestátních
lůžek (tisíc)	84,1	85,1	75,4	70,9	60,2	+ 14 482
					průměr 481,6 lůžka/hosp	
lékaři	8103	8524	13506	12806	11813	+ 2501,2
ošetřovací dny (mil.)	22,3	22,1	19,9	18,9	18,6	4035
počet hospitalizovaných (tis.)	1859	1905	1773	1757	1621	407
průměrná doba hospitalizace	12	11,6	11,2	10,75	11,47	10
celkem lůžka					91921	+ 38 328 nestátních zařiz.
celkem lékařů					15517,2	
nestátní lékaři					20831,1	

počet lůžek - srovnání s vybranými zeměmi OECD - tabulka
 lůžka v nemocnicích na 1000 obyv.

	1960	1970	1980	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Austria	10,8	10,8	11,2	10,2	9,9	9,7	9,5	9,4	9,3
Belgium		8,3	9,4	8,1	7,9	7,8	7,7	7,6	
Czech Republic			11,3	11,3	11,1	10,7	10,4	10,2	9,6
France			11,1	9,7	9,6	9,4	9,3	9,0	8,9
Germany	10,5	11,3	11,5	10,4	10,2	9,9	9,7	9,7	9,7
Netherlands	11,0	11,4	12,3	11,5	11,4	11,4	11,3	11,3	11,3
Switzerland					20,8				
United Kingdom		9,4	8,1	5,9	5,6	5,4	5,1	4,9	4,7
United States	8,7	7,5	5,8	4,7	4,6	4,4	4,3	4,2	4,1

lékaři

Austria	Belgium	Czech Republic	France	Germany	Netherlands	Switzerland	United Kingdom	United States
14,0	12,9		9,6	14,3	11,2	13,6		13,7
13,6			12,6	16,4	12,5	14,4		15,5
16,4	23,1	23,1	19,7	22,6	19,1	23,6	12,8	19,9
22,2	34,4	27,7	26,5	30,9	25,1	29,8	14,8	23,7
22,9	35,2	27,4	27,0	30,6		30,3	15,0	
23,7	36,0	27,4	27,4	31,4		30,1	15,1	24,6
24,4	36,5	27,6	27,7	32,1		30,6	15,4	25,0
25,6	37,4	28,5	28,5	32,8		31,0	15,6	25,3
26,6		29,4	29,4	33,6				

sestry

Srovnání počtu kvalifikovaných sester ve vybraných zemích počet sester na 10 000 obyv.						
	Austria	Czech Republic	France	Germany	Switzerland	United States
1960	25,2			16,8		27,7
1970	33,6			23,7	51,3	34,9
1980	53,6	66,6	45,9	40,4	99,4	54,1
1990	72,2	81,2	54,0		139,7	66,1
1991	75,6	81,4	54,5	46,1		67,1
1992	78,3	81,2	55,3	47,2		69,9
1993	80,0	80,9	56,7	47,9		
1994	84,0	80,6	58,1	49,3		
1995	85,6	82,1		50,8		

dále např. vybavení (CT, MRI...)

(viz databáze OECD, viz tabulky apod..-)

Nástroje omezování nabídky

(viz Nemeč 4.2 Racionalizácia nákladov... str 75 an.

A. Zařízení:

Administrativní nástroje racion. nabídky síť zařízení akreditace, licence, certifikace, schvalování investic, stanovení horní hranice příjmů, resp. horní hranice vykázaných výkonů. u nás v r. 1996 akce Frekvence... řízení počtu posluchačů lékařských fakult, limitace počtu lékařů - rozdílná role subjektů (stát, smlouvy s pojišťovnami, komory)

Nástroje finanční, perspektivní financování („platby předem“) - podrobněji v **souvislosti s financováním** programy snižování počtu akutních lůžek, *fundholding*, HMO, kapitace

Vytváření konkurenčního prostředí a interního trhu ZS

propojení produkce a financování na soukromé bázi: HMO

interní trh zdrav. služeb v podmínkách veřejného sektoru: Velká Británie, trusty, *fundholding*...

částečné změny simulace běžných manažerských praktik - povinné tržní testování pomocných provozů - u nás ekvivalent zákon o zadávání veřejných zakázek.

vnitřní zúčtování - systém nákladových středisek

Etická stránka ponuky zdravotníckej starostlivosti

Etické problémy pri poskytovaní zdravotníckej starostlivosti sú známe už dávnejšie, nie je však jednotný názor na to, ako ich riešiť.

Argumenty dožadujúce sa prehodnotenia hodnôt existujúcich v zdravotníctve vyplývajú z veľkých zmien v prostriedkoch, akými sa poskytuje zdravotnícka starostlivosť, i keď sa usilujú dosiahnuť ten istý výsledok. Tým, že sa začalo i v zdravotníctve "obchodovať", rozhodovanie sa stáva explicitnejším, Zdravotnícke organizácie a ich manažment pracujú akoby pod nejakým mikroskopom verejnosti. Nemôžu sa však pred ňou utajiť, lebo jednoznačné určenie základných hodnôt a etiky je zásadný predpoklad správneho rozhodovania. Od zdravotníckych pracovníkov sa napr. žiada, aby zverejňovali svoje rozhodnutia a aby boli schopní obrániť svoje rozhodnutia i procesy rozhodovania. Verejnosť má právo na jasnosť a explicitnosť pri rozhodovaní. Môžeme konštatovať, že pri poskytovaní zdravotníckej starostlivosti existujú dva druhy zásadného etického napätia v zodpovednosti lekárov. Prvým je napätie medzi altruizmom a vlastnými záujmami, sú to dve základné zásady morálky, ktoré etik A. Jonsen vidí v "ustavičnom konflikte" v medicíne. Medicínu pokladajú lekári i spoločnosť jednak za spôsob živobytia, jednak za spôsob, ktorým sa prináša úžitok iným. Podľa Jonsena väčšina lekárov "sa usiluje udržať neistú, riskantnú rovnováhu" medzi **vlastnými záujmami a altruizmom**. Druhý druh napätia je ten, ktorý nazývajú modelom dobročinnosti a modelom autonómie /samostatnosti/.

Model dobročinnosti definuje povinnosti lekára tak, že musí rozhodnúť a konať tak, aby to bolo pre pacienta čo najlepšie. Tento model má v lekárskej povolani hlboké historické korene. Model samostatnosti je novší, vo veľkej miere vznikol ako nátlak zvonka na povolanie lekára zákonmi a za povinnosť lekára pokladá podporovanie a rešpektovanie práva pacienta na sebaurčenie. Mnohé etické problémy v medicíne sa vyskytujú v situáciách, keď činnosti, ktoré sa posudzujú ako najlepšie v záujme pacienta, nie sú totožné s činnosťami, ktoré by si pacient zvolil.

Efektívnemu rozhodovaniu v zdravotníckej starostlivosti napomáhajú štyri základné hodnoty:

- zachovanie života,
- úcta k samostatnosti pacienta,
- zlepšovania zdravia jednotlivca a
- rovnaký prístup /dostupnosť/ zdravotníckej starostlivosti pre všetkých ľudí.

Etické dilemy vznikajú vtedy, keď sú tieto hodnoty v konflikte. Morálne princípy, ľudské hodnoty v medicíne bezprostredne vstupujú do psychoterapeutických prostriedkov a metód, ktoré daná veda využíva k liečbe a predchádzaniu chorobám. Profesionálna špecifickosť morálky je určovaná objektom práce, zvláštnosťami sociálnych väzieb medzi ľuďmi danej profesie, charakterom ich spôsobu života. Z tohto hľadiska je potrebné lekársku etiku, ale aj etiku manažérov posudzovať ako špecifický prejav všeobecnej etiky vo zvláštnych podmienkach zdravotníckej činnosti.

Lekárska etika to je časť aplikovanej vedy o úlohe mravných princípov v činnosti lekára, o jeho vysoko humánnom vzťahu k pacientovi ako podmienky úspešného liečenia a upevňovania zdravia človeka. Lekárska etika študuje také psycho-emocionálne črty lekára, ktoré sa prejavujú v jeho vzťahoch k pacientom a k ostatným lekárom v určitých sociálnych podmienkach. Tieto požiadavky vychádzajú zo sociálnych noriem inštitucionalizovaných v priebehu celých dejín medicíny, a pokiaľ by si ich lekár neosvojil, nemôže sa stať plnohodnotným lekárom v morálnom zmysle.

Rozličné formy platieb od tretej strany vedú inštitúcie a lekárov k tomu, že očakávajú platby za služby, ktoré poskytujú. Tieto zmeny vedú k takému správaniu mnohých neziskových organizácií, ktoré je charakteristické pre ziskové organizácie - agresívny marketing a nábor lekárov, "de-marketing" a "dumping" ekonomicky príťažlivých pacientov, vytváranie mnoho inštitucionálnych systémov, získavanie a podržanie si zisku pre budúci rozvoja pod. Hoci otázky nákladov, kvality a dostupnosti /najmä pre menej solventných/ sú veľmi dôležité, iba dostupnosť sa definuje ako etický problém. Faktom je, že sa tu vyskytujú závažné etické problémy, ktoré treba identifikovať a objasniť. Hoci sa často tvrdí, že rozličné korporatívne trendy spôsobujú etické problémy v zdravotníctve, málokedy sa dozvieme, ktoré sú to problémy. Je neetické zarábať starostlivosťou o pacienta? Lekári sú v niektorých prípadoch aj liečiteľia a zároveň aj obchodníci. Je neetické, aby privátni lekári mali zisk z poskytovania zdravotníckych služieb? Je to preto, že lekári nie sú dostatočne kontrolovaní? Tieto a podobné otázky je možné si položiť pri uvažovaní o etike pri poskytovaní zdravotníckej starostlivosti. Čoraz väčší význam ziskových organizácií v

zdravotníctve ozrejmjuje konfliktné zásady záujmu o seba a altruizmu v zdravotníctve. Keďže dôvera sa pokladala veľmi dlho za zásadnú súčasť vzťahu lekár - pacient, lekári aj inštitúcie sa vždy museli usilovať nájsť rovnováhu, pri ktorej sa očakávalo, že v popredí budú záujmy pacienta - klienta. T. Parsons napr. identifikoval "kolektívnu", nie "sebeckú" orientáciu ako základnú charakteristiku zdravotníckych povolání a Združenie amerických nemocníc napr. identifikovalo službu "verejnosti" ako etickú povinnosť nemocníc, hoci zároveň priznáva aj "obmedzenosť disponibilných zdrojov". V súvislosti s explicitne ziskovými inštitúciami vznikajú obavy, že sa zmení rovnováha medzi záujmom o seba a altruizmom, lebo keďže tieto inštitúcie majú záväzky voči vlastníkom, budú možno pociťovať menej záväzkov voči ľuďom, ktorí nemôžu platiť alebo ponúknuť služby, ktoré sú "potrebné" v danej lokalite a že orientácia na služby v lekárskej profesii sa zoslabí alebo preto, lebo lekári budú robiť ústupky alebo sa zapletú do konfliktných záujmov tým, že budú investovať do organizácií, ktorých ziskovosť je ovplyvnená rozhodnutiami lekára ohľadne starostlivosti o pacienta, alebo že sa budú zúčastňovať na činnosti achs podielom zisku.

Ďalším etickým problémom je, aký vplyv budú mať ziskové zdravotnícke inštitúcie na úlohu pacienta a v akej miere si bude musieť pacient dávať pozor na vlastné záujmy. Teoretici tvrdia, že uprednostňovanie neziskových organizácií v oblastiach, v ktorých zákazník len ťažko meria výkon, sa dá vysvetliť tým, že neziskovosť sama osebe u zákazníka vyvoláva pocit ochrany. Pritom však nesmieme zabúdať, že úspech mnohých zdravotníckych organizácií orientovaných na zisk je v tom, že dbajú na preferencie a požiadavky pacientov - pohodlnosť, zdvorilosť, dobrá nemocničná strava atď. Bude väčšia pozornosť venovaná želaniam pacientov znamenať, že etika trhu sa stane etikou zdravotníctva? Hoci samostatnosť pacienta má vysoké postavenie v rebríčku hodnôt lekárskej etiky, existuje veľa vážnych dôvodov pochybovať o tom, či priemerný pacient, najmä keď sa zle cíti je veľmi stresovaný, môže vhodne chrániť svoje záujmy. Sú preto odôvodnené starosti v súvislosti so zmenami, ktoré môžu oslabiť u lekárov pocit ich prvoradej zodpovednosti, ktorou je myslieť na záujmy pacientov. Prax potvrdí alebo vyvráti, či ziskové organizácie v zdravotníctve posilnia alebo zoslabia tento aspekt odbornosti, hoci je zjavné, že tradičná lekárska starostlivosť za poplatok je pod týmito istými tlakmi.

Záverom skúmania etických problémov pri poskytovaní zdravotníckej starostlivosti je možné konštatovať, že existuje veľa problémov v tejto oblasti. Všetky súvisia s etikou lekárov, resp. zdravotníckych pracovníkov a zdravotníckych inštitúcií za okolností, kde sa môžu vyskytnúť konfliktné záujmy alebo konfliktné hodnoty - úsilie o pokrok vo vede pri poskytovaní zdravotníckej starostlivosti, zvažovanie kvality života v porovnaní s dôrazným príkazom chrániť život, poskytovať starostlivosť, keď cieľom organizácie je zisk. Vo všetkých prípadoch závažnú časť problému tvorí právo pacienta na voľbu.