

ФУНДАМЕНТАЛНИ РАЗЛИКИ МЕЖДУ ЗДРАВНИЯ И КЛАСИЧЕСКИЯ МЕНИДЖМЪНТ

A. Жеков

FUNDAMENTAL DIFFERENCES BETWEEN HEALTHY AND CLASSIC MANAGEMENT

A. Zhekov

Резюме. Потребителите купуват здравни услуги, но всъщност опосредствано търсят здраве. Здравето е капитал и може да се акумулира. Познати понятия от класическия мениджмънт притежават друго значение в здравния. Коренно различна е връзката между предлагането и цените. Строго специфични са понятията опосредствано търсене, оценка на качеството, решение за купуване, асиметрична информираност, обем на покупката, трансфер на собствеността, както и феномена подменящ агент. Липсата на специфични професионални познания в областта на здравния мениджмънт не може да се компенсира.

Resume. Consumers buy health services, but are actually in demand for health. Health can be accumulated as capital. Familiar terms from classical management possess different meanings in health management. The connection between supply and prices is entirely dissimilar. Strictly specific are the definitions of mediated search, quality assessment, buying decision, asymmetrical information, purchase volume, ownership transfer as well as the substituting agent phenomenon. Lack of specific professional knowledge of health management cannot be compensated.

Key words: health, health management, health market, definitions, knowledge.

Управлението е целенасочена дейност за осигуряване на ефективното функциониране на система или организация с използване на наличните ресурси. То е изключително сложен процес, зависещ от характера и цената на ресурсите, очакванията или платежоспособността на съответните потребители, законодателството на конкретната страна или алианс като ЕС, стандартите в сектора и др.

Точно затова управлението в различни сектори, както и на различни нива (организация, индустрия, държава, международен съюз) може да бъде функция на съвсем различни фактори и предмет на различни дисциплини и цели науки – в зависимост от формата на собственост, формалната и неформална йерархия, политическите и културните нагласи, мащаба на организацията и броя на ръководените лица.

В не толкова далечно минало ни предложиха следната аргументация: младешките са се доказали като добри мениджъри на фирми – представете си, че страната ни е една голяма фирма – те ще я управляват добре. Оставяме на всеки сам да си припомни и оцени резултатите от гореспомнатия експеримент (както и да сравни логиката на собствеността, лоялността и управленските механизми на ниво фирма и ниво държава), а в настоящата статия искаме за пореден път да изтъкнем уникалността на здравния мениджмънт като дял от общественото здраве и да докажем, че специфичните познания в тази област не могат да бъдат компенсирани от обща икономическа квалификация, а камо ли от обща култура.

Не случайно според всички водещи световни медици, общественото здраве е не просто наука, а изкуство за предотвратяването на заболявания. Здравният мениджмънт пък е вземане на социално аргументирани решения в областта на здравната система, ефективно управление на ограничени здравни ресурси, и то в светлината на въздействието върху здравето, което оказват другите сектори: икономика, законодателство, селско стопанство, транспорт, социалната сфера и др. Здравният мениджмънт е гаранция за ефективното взаимодействие между гражданите, медицината и държавата.

Общозвестно е, че здравето е върховна ценност и най-голямото богатство, чието отсъствие може да обезсмисли всички други блага. Здравето е върховно фундаментално право на всеки гражданин. Здравната услуга обаче, като осъществявана от здравни специалисти дейност по профилактика, диагностика, лечение и рехабилитация е стока, притежаваша

себестойност, а като такава трябва да се заплаща.

От икономическа гледна точка пазарът е мястото (далеч не винаги териториално или физическо), където потребителите (купувачи) се срещат с производителите (продавачи) с цел обмен на стоки и услуги. Разменяните стоки и услуги имат своята полезност и се продават на определена цена.

Характеристиките, които правят дадена стока или услуга желана и пригодна за задоволяване на определени потребности, се изразяват в полезност, докато паричният еквивалент, по който реално се търгуват стоките и услугите, се явява цена. Тя най-често е пазарна оценка на стойността.

Здравната потребност е необходимост от помощ в подходящ обем (медицинска, финансова, социална, др.), която всеки индивид трябва да получи, за да бъде максимално здрав според съвременните медицински стандарти. Медицинската помощ е съвкупност от медицински мероприятия за запазването и укрепването на здравето на хората: профилактика, диагностика, лечение, рехабилитация.

Нуждата в здравеопазването е потребност, която е свързана с възможностите на пациента да я заплати (лично или чрез осигуряване на платеж – застраховател и др.). Безплатната медицинска помощ не изисква лични средства на граждани, а се заплаща бюджетно. На свой ред обращаемостта буквално е броят на случаите, в които гражданите са се обърнали за помощ в лечебните заведения.

Купувач на пазара е индивид или организация (икономически субект), който търси определени блага и е склонен да ги придобие срещу пари или чрез обмен. Респективно продавач е индивид или организация, разполагащ със съответните блага и склонен да ги продаде или размени.

Трябва да се има предвид обаче, че купувачът, продавачът, доставчикът на услугата и нейният потребител най-често не съвпадат в съвременното здравеопазване. Лекарят (реален доставчик на услугата) работи с пациента (потребител), докато купувачът (застраховател, работодател на пациента или друг платеж) се заплаща директно с лечебното заведение, което е работодател на лекаря. Лекарят играе ролята на агент на пациента, като от негово име взема решение, какво лечение му е необходимо, а паричният поток между тях (реалният създател и консуматор на услугата) се опосредства от външен платеж и работодател.

В най-широк смисъл пазарът на здравните услуги е

съвкупност от медицински технологии, здравни стандарти, медицинска техника, организационни и мениджърски дейности, фармацевтични продукти, профилактични мероприятия и лечение (в това число финансиране на лечението на база клинични пътеки, диагностично свързани групи или по друг начин).

До известна степен здравният пазар се формира и функционира като пазарите на стоки и услуги от останалите сектори. От друга страна, здравният пазар се различава коренно поради уникалността на здравната услуга. Тази различност се доказва от специфичното (а в някои случаи напълно противоположно) значение, което редица познати понятия от други области имат в сектора на здравеопазването:

- ▶ опосредствано търсене;
- ▶ степен на държавна намеса;
- ▶ праг за влизане;
- ▶ оценка на качеството;
- ▶ предлагане и цена;
- ▶ стандарти;
- ▶ себестойност;
- ▶ асиметрична информираност;
- ▶ решение за купуване;
- ▶ намеса на подмяната агент;
- ▶ степен на неопределеност;
- ▶ трансфер на собствеността;
- ▶ размер на услугата;
- ▶ външен ефект.

На практика в здравеопазването не се заплаща същинският субект на търсенето. Стара народна мъдрост гласи – здравето не се купува. Консуматорите (пациенти) реално търсят здраве, но го получават опосредствано като купуват медицинска помощ, която е реалният обект на търсенето.

Поради огромната си физиологична и емоционална стойност, здравеопазването е ключов елемент от легитимността на управлението на една страна. Здравните заведения буквално са лицето на държавата в очите на гражданите. Това прави държавната намеса неизбежна и много активна. Не случайно здравеопазването е сред малкото сфери, в които в редица страни се наблюдава монопол на търсенето – монополия (при изцяло държавно здравеопазване), сравним с този в сектора на отбраната. Като частен случай може да се посочи НЗОК – държавен монополист, чийто предмет на дейност е задължителното здравно осигуряване.

Прагът за влизане е познатият задължителен минимум от изисквания (уставен капитал, необходими по закон лицензи, патенти, образование и квалификация на заетите, чисто минало и др.), които една организация е длъжна да покрие, за да започне стопанската си дейност. Напълно обяснимо в здравеопазването (оказването на медицински услуги, здравното застраховане, производството и разпространението на лекарства и др.) този праг е много по-висок, особено с оглед формулировката на предмета на дейност, подготовката на кадрите, финансовите резерви на организацията и т.н.

В традиционната икономика в огромно болшинство от случаите качеството на стоката и услугата се оценява от купувача (клиента, който остава доволен или недоволен от автомобила, обувките, дори правната или счетоводната услуга). В здравеопазването напредъкът и резултатът от лечението се оценяват най-често от лекаря (доставчика на здравната услуга) според научните медицински фактори независимо от субективното самочувствие на пациента (купувача на здравната услуга), и вече по-рядко от колеги, ръководство или външни органи (агенции за медицински одит и др.).

Намаляването на цените при нараснало предлагане обичайно се приема за аксиома. В здравния сектор обаче се случва точно обратното: при увеличение на броя на лечебните заведения и съответно на заетите в тях медицински специа-

листи се получава нагнетяване на търсенето – повече прегледи, по-голям брой препратени пациенти при друг специалист, повече лабораторни изследвания. Практиката доказва, че тази индукция неизбежно води до повишаване на разходите и в крайна сметка – до увеличение на цените в здравеопазването.

Стандартът е образец, еталон или модел, приет за първоначален, необходим и уместен. Той се съпоставя с предмети и процеси, за да се установи тяхната адекватност и легитимност. Медицинските стандарти са набор от съвременни, последователни, необходими и минимално достатъчни диагностични и лечебни мероприятия, прилагани в една типична клинична ситуация. За съжаление те не винаги отразяват най-напредналите (и най-скъпи) медицински практики, а са реалността на онова здравеопазване, което страната може да си позволи за среднестатистическия пациент. Аналогично, по-амбициозните стандарти могат да бъдат инструмент за изграждане на едно по-съвършено здравеопазване.

Обичайно определянето на себестойността се свежда до аритметично сумиране на разходите за труд, материали, машини и сгради, мобилизирани за създаването на дадена стока или услуга. В здравната икономика нещата са по-сложни, например когато става дума за мащабни мероприятия, обхващащи значителен брой хора: към стойността на програмата се добавя стойността на негативните странични ефекти, но се приспада ползата от предотвратени неблагоприятни медицински последици.

В медицината дисбалансът в информираността между доставчика (лекаря) и потребителя на услугата (пациента) е особено голям. Няма как обикновеният гражданин да е запознат със същността на заболяването, въздействието на медикаментите и др. В подобна ситуация по-слабо информираната страна в транзакцията (пациентът) не само се доверява на по-информираната, но и обичайно не разполага с възможности за разтрогване, предоговаряне или наказване на доставчика.

Решението за купуване на една или друга здравна услуга (лечение, операция) не се взима от пациента, а от неговия лекар, който единствен има правото да реши, от какво се нуждае пациентът. Подписването на информираното съгласие е повече израз на доверие, а не на разбиране.

Заместващият агент изземва чужди пълномощия в ситуация на необосновано вземане на решения от името на друго лице: напр. когато болният гражданин вместо на лекар отива направо при аптекар, той подменя правилния агент с друг. Поради редица причини, които могат да станат тема на друго изследване, този негативен феномен е доста разпространен у нас и илюстрира съзнателен отказ от права – дори здравноосигурените граждани отиват направо в аптеката, изолирайки лекаря, който не само единствен има правото да избере лечение и предпише медикаменти, но и за чието образование и квалификация са платили от своите данъци.

Сложността на човешкия организъм, дължащите се на наследствени и поведенчески фактори субективни особености на всеки индивид правят всяка медицинска интервенция (операция, прием на лекарство и др.) непредсказуема както откъм непосредствения резултат, така и откъм възможните странични ефекти. Това превръща елиминирането на ентропията и управлението на риска в първостепенна задача на медицината и здравния мениджмънт.

Получаването на здравната услуга не е съпроводено от трансфер на осезаема дългосрочна собственост към потребителя, сравнима с купуването на недвижимо имущество, стоки за бита, а дори и финансови или правни услуги, когато знанията и усилията на банкера или адвоката се купуват за определен период от време (срок на влого, продължителност на съдебния процес и т.н.).

В допълнение към трансфера на собствеността, мекът често играе ролята на трета страна в икономическия смисъл на здравната услуга. В съвременния свят платещт (отделният пациент, негов работодател или осигурител) често се разплаща непосредствено с лечебното заведение. Тази транзакция подминава лекаря, който обаче препоръчва интервенция или изследване според медицинската им необходимост и без оглед на тяхната себестойност за платеща на лечението или цената за пациента.

Външен ефект – това са ползите или негативите, които не са предварително предвидени от страните в транзакцията и съответно не са отразени в цената. Изключително силен в здравеопазването, външният ефект носи последици както за получателя на здравната услуга (преминалия профилактика, лечение или рехабилитация), така и за други субекти: роднини, съседи, колеги, популация, социум.

Изброихме, и, надяваме се, обосновахме цели четиринайсет основополагащи фактори, доказващи сложността, спецификата и автономността на здравния мениджмънт. На практика те са още по-многобройни, и със сигурност ще бъдат обект на бъдещи изследвания в името на здравето на хората.

Доброто здраве не е само индивидуално, то е ключов компонент на brutния вътрешен продукт. То се отразява пряко върху доходите на гражданина, домакинството и страната. По-здравите деца получават добро образование, защото по-рядко пропускат занятия или отпадат от училище. Така по-доброто здраве в ранна възраст осигурява висока производителност в бъдеще.

Здравите хора в активна възраст разчитат на по-дълъг живот и имат стимул да инвестират средства в своята професионална подготовка, защото очакват да се възползват от нея дълги години. Здравословното състояние (на индивидите и обществото като цяло) не само влияе върху равнището на доходите, но и разпределението им във времето между потребление, натрупване и инвестиции.

Разчитащите на дълъг живот по-здрави хора са ориентирани към бъдещето и са по-склонни към бизнес инициативи от тези с влошено здраве, но поради високата цена на медицинското обслужване и лекарствата индивид или домакинство с влошено здраве често са обречени на бързо обедняване.

С оглед на горното можем да отбележим следното:

▶ здравето може да се разглежда като консумативно средство за потребление, защото позволява на индивида да се чувства добре;

▶ здравето е и инвестиционно средство: то определя разпределението на времето на индивида (заболяване, обучение, труд, отдих);

▶ с повишаването на доходите, търсенето на медицинска помощ нараства (както и с напредъка на възрастта);

▶ въпреки че медицинската помощ е обект на търсенето, консуматорът всъщност чрез нея реално търси здраве;

▶ здравето не се закупува от пазара в чист вид, то се продуцира и акумулира;

▶ здравето само по себе си е капитал;

▶ здравният мениджмънт притежава своя уникална специфика, която не се подчинява на традиционните икономически понятия;

▶ постигането на доброто здраве на населението и оптималното функциониране на медицинските заведения изисква дълбоки професионални познания по здравен мениджмънт.

Библиография

1. Чолакова, Т. Болест – видове интервенции, Здравна Икономика, 2001
2. Жеков А. Оценка на здрав. технологии: икономика и политика, 2013
3. Buckingham R. Primer of Internat Health. Allyn&Bacon Boston, MA, 2001
4. Ginter P. M. Strategic Management of health Care Organizations. Malloy Lithography, 2013
5. Gapsensky L. Health Care Finance. Health Administration Press, 2012
6. Feldstein, P. J. Health Care Economics. Delmar 2012
7. Jäckle R. Health and Wages: Panel Data Estimates Considering Selection and Endogeneity, University of Munich, 2007
8. Becker G. S., Philipson T. J., Soares R. R. The quantity and quality of life and the evolution of world inequality. American Economic Review, 2005
9. Healey B., Zimmerman R. Jr., The new world of health promotion, Jones and Bartlett Publishers, 2009
10. Costa-Font J., Courbage, C., McGuire, A., The economics of new health technologies: Incentives, organization and financing, Oxford University Press, 2009
11. Jones, A., O'Donnell, O., Econometric analysis of health data, John Wiley and Sons, Ltd., 2002
12. Mackenbach J., Jan Meerding W., Kunst A. E. Economic implications of socio-economic inequalities in health in the European Union. 2007, European Commission
13. Freudenberg N., Klitzman S., Säget S., Urban Health and society: Interdisciplinary approaches to research and practice (Public Health / Vulnerable populations), John Wiley and Sons, Ltd., 2009
14. Henderson J., Health economics and policy, South-Western CENGAGE Learning, 2008
15. Manton K. G. et al. Labor force participation and human capital increases in an aging population and implications for U.S. research investment. Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America, 2007
16. Tompa E. The impact of health on productivity: empirical evidence and policy implications. Ontario, Centre for the Study of Living Standards, 2002
17. Garcia Gomez P. Institutions, health shocks and labour outcomes across Europe. Madrid, Fundaciyn de Estudios de Economia Aplicada, 2008
18. Lindeboom M., Kerkhofs M. Subjective health measures, reporting errors and endogeneity in the relationship between health and work. Rome, University of Rome Tor Vergata, Centre for Economic and Int Studies, 2006
19. Macroeconomics and health: investing in health for economic development. Geneva, WHO Commission on Macroeconomics and Health, 2001
20. Suhrecke M. et al. The contribution of health to the economy in the European Union. Brussels, European Commission, 2005.
21. Viscusi W. K., Aldy J. E. The value of a statistical life: a critical review of market estimates throughout the world. Washington, DC, National Bureau of Economic Research, 2003
22. Nordhaus W. The health of nations: the contribution of improved health to living standards, University of Chicago Press, 2003



Когато сключвал договори с отделните селища за учител, едно от условията, които поставял Пенчо Славейков, е селяните да го хранят поред. В Бяла той преподавал на 15 деца, чиито родители са му носели храна или са го канили в домовете си, както това е ставало и в Трявна. Има особен смисъл даскалът да яде от хляба на миряните – така той се приобщава към тях и според стария обичай може да върши само добро. В договора, който Петко Славейков подписа с Тревненската община на 26 октомври 1856 г. изрично е записано, че „бащите, майките, роднините” не трябва да „озлобяват учителя” дори тогава, когато наказва децата им.

Доброто настроение на даскала минава през храната, и затова приемат за почит даскалът да е на трапезата им, мислейки по този начин и за децата си. Из ръкописите на Еня Хр. Кърпачов (Н. Начов, 1932) се споменава, че в старо време се е вярвало, че ако посетнеш на човек, на когото си бил на трапезата и си ял от хляба му, ще ослепееш. В този смисъл яденето с гост, с чужд човек има ритуалността и магическата сила на запазване от зло на рода и семейството.

Подбрал доц. Петър Цонов, Из „Трапезата в културата на българи и сърби”, Унив. изд. ”Св. св. Кирил и Методи”, В. Търново, 2004, 157 с.