

## ОБЩЕСТВЕНО-ЧАСТЕН ПАЗАР НА ЗДРАВНИ УСЛУГИ

Е. Делчева

## PUBLIC-PRIVATE HEALTH CARE MARKET

E. Delcheva

**Резюме.** Цел на настоящата статия е да представи развитието на обществено-частния пазар на здравни услуги в България в периода 2005-2014 или 2015 година на фона на реформаторските процеси в други страни и в България. Прилагат се два изследователски подхода: документален – изследващ по-ярките промени и явления в здравните пазари в страната и други държави по библиографски източници и статистически – анализ на динамиката, обхвата и основни структури на пазара в България с използване на статистически данни (натурални и стойностни показатели) на НСИ от Национални здравни сметки и социална статистика. Резултатите показват, че частният сектор (според собствеността) доминира в извънболничната помощ и аптечния сектор, докато според финансирането има най-висок дял в аптечния сектор, следван от извънболничната помощ и най-малък – в болниците. В периода от 15 години се наблюдават най-високи ръстове на частните разходи за аптечни и оптически стоки, следвани от извънболничните и болничните разходи.

**Summary.** The aim of the paper is to present the development of the public-private health care market in Bulgaria for the period 2005 -2014/2015 in the context of reforming conditions in other countries and in Bulgaria. Two scientific approaches are applied: analysis of documents – on reforms in other countries and in Bulgaria and statistical analysis of data on the dynamics and structures of the market. The main data sources are information from National health accounts and other social statistical data. The results show, that private sector (according type of ownership) dominates in out-patient care and pharmaceutical sector. According to the type of funding, the private sector is strongest in the pharmaceutical sector, followed by out-patient care and least represented in the hospital sector. For the 15 year period, the private financing has increased mostly for pharmaceutical goods, followed by out-patient and hospital care.

**Key words:** public-private market, health care, market failure, Bulgaria

Въпросът за пазара в здравеопазването е развиван от редица български и чужди автори. В много страни през периода на прехода към пазарна икономика, както и в България, се провежда пазарни реформи в здравеопазването. При извършената пропазарна реформа в здравния сектор на България през 2000 г. се приватизира почти изцяло амбулаторната здравна помощ и се въведе смесен обществено-частен пазар на медицински услуги при задължително здравно осигуряване. Пазарната трансформация на здравните системи започна да доминира над непазарните институции [6, 7]. Това от своя страна постави въпросите за ефективността на пазарните системи и процеси, за влиянието им върху достъпа до здравна помощ, въздействието им върху качеството и резултатите на здравните процеси.

Цел на настоящата статия е да представи развитието на обществено-частния пазар на здравни услуги в България в периода 2005-2014 или 2015 година на фона на реформаторските процеси в други страни и в България. Прилагат се два изследователски подхода: документален – изследващ по-ярките промени и явления в здравните пазари в страната и други държави по библиографски източници и статистически – анализ на динамиката, обхвата и основните структури на пазара в България с използване на статистически данни (натурални и стойностни показатели) на НСИ от национални здравни сметки и социална статистика. Критериите за пропорцията обществен/частен пазар в здравеопазването биват два вида – според собствеността и според типа на финансов източник (публичен или частен).

### Особености на конкуренцията в здравеопазването

В здравеопазването има много особености (проблеми) на конкуренцията и пазарните отношения, като те са силно изразени и присъстват комплексно. Например недостатъчна информираност, рационалност и суверенност на потребителя; наличие на несъвършени структури на предлагането; хетерогенност и индивидуалност на продукта и др. [4, 6, 7, 37]. Всички особености обуславят монополната сила на лекарската позиция даже, когато има повече участници на пазара [4, 6,

7, 12, 28, 29].

Може да се обобщи, че липсата на повечето условия за нормално ефективно функциониране на конкурентния пазар в публичната сфера е характерна и за здравеопазването. И все пак конкуренцията е нужна като акцелератор на технологичния и квалификационен прогрес, като дисциплиниращ епистемологичен механизъм, който разпространява повече информация и знание, сравнителни данни, осигурява внимание и грижи към пациента [4, 12, 15, 16, 20, 28, 38].

Много реформи в здравните системи се инициират с цел въвеждане на конкуренция като средство за постигане на по-висока ефективност и качество в здравеопазването [1, 6, 9, 16, 10, 21 и др.]. Но какви са резултатите от тези реформи?

Томпсън изследва ефектите от конкуренцията върху качеството на здравната помощ. Изтъква, че конкуренцията се въвежда главно с цел контрол над разходите и няма пряко влияние върху качеството, но, подобрявайки финансовата среда, се отразява и върху качеството [36]. В заключение подчертава, че конкуренцията не е панацея за проблемите във финансирането и лошото качество, но все още е рано, за да се обобща, че конкуренцията се проваля на практика. В Холандия се наблюдават необедителни резултати в качеството на здравните услуги от пазарната конкуренция [20]. Интересът на здравните експерти към качеството и управлението му след реформата в българската здравна система се потвърждава от редица български и чужди автори [3, 7, 17, 24, 30], но реалните резултати в повечето здравни показатели не са позитивни [7, 8, 9, 10, 11, 33].

Много по-крайна и осъдителна оценка за влиянието на конкуренцията (погрешния вид на конкуренцията) върху разходите и качеството в здравеопазването на САЩ се дава от Ел. Тайсберг, М. Портър и Г. Браун в тяхната емблематична статия [29, с.131-135] и по-късно от М. Портър и Ел. Тайсберг в най-нашумялата книга в икономиката на здравеопазването през последните години „Редифиниране на здравеопазването” [30, с.3-90]. В нея са изложени безуспешните опити да се повиши ефективността и особено качеството на здравната помощ при прилаганата конкуренция в САЩ чрез групови здравни осигуровки, управлявани грижи, лимити на плаща-

нията на болниците и изпълнителите, концепцията за здравеопазване, водено от потребителя, планът на Клинтън, концепцията „медицина, основана на доказателства“ и др. Причината е, че здравеопазването остава все така фрагментирано при всички опити да бъде подобро, конкуренцията се води по отделна процедура или по други фактори, а не по цялостния цикъл от грижи, необходими за решаване на даден здравен проблем. Освен това конкуренцията не подобрява качеството и не повишава стойността за пациента.

Тук ще бъдат разгледани няколко *модела на конкуренция* в здравеопазването, които биха имали съответно въздействие и върху ефективността и резултатите. Те не са еднородни или алтернативни, нито са резултат от класификационен подход, а отразяват научно знание, реформаторски и емпиричен опит. Тяхното прилагане в комбинация е напълно възможно.

### Управлявана конкуренция

Концепцията за управляваната конкуренция се основава на модела на организациите за поддържане на здравето (Health Maintenance Organisations – HMO's) в САЩ. При него се развива ценова конкуренция между частни организации от този вид, интегриращи функциите на здравно обслужване и здравно осигуряване, при направляване на потребителя от семейния лекар към лекари и лечебни заведения, включени в здравната мрежа на организацията. При този тип конкуренция се ограничават свободата на избор от страна на пациента в дадена рамка от лекари и лечебни заведения. При това насочването към по-високо ниво се извършва от общопрактикуващия лекар, който играе ролята на „пазач на входа“ (gate keeper). Този модел, в който общопрактикуващият лекар е мениджър на потока от пациенти е наречен от Робърт Еванс, един от най-известните здравни икономисти на Канада, „напълно професионален модел“ [23, с. 339].

В теоретичен план концепцията за управлявана конкуренция се излага в най-разгънат вид от Алън Ентхофен (1998), който обяснява, че управляваната конкуренция цели по-ефективно използване на ресурсите, ограничаване на разходите и подобряване на качеството на здравната помощ. Тези идеи се анонсират, когато в много страни държавата се опитва да укроти здравните разходи и да ограничи бюрокрацията. Някои от тези ефекти се постигат в САЩ в модела на здравно-поддържащите организации, емпирично доказано с научни изследвания [27, с. 267-268].

Високата ефективност, т.е. снижаването на здравните разходи до 40%, при този модел за САЩ се дължи на три съществени факта [4, с. 132]:

1. интеграция между здравно осигуряване и предоставяне на здравна помощ (интегриран модел, при който здравноосигурителният фонд притежава собствени здравни заведения или сключва договори с определен брой лекари и структури), при което се спестяват разходи и се засилват стимулите към по-икономични форми на здравно обслужване;

2. предлагане на здравни планове с комплексно здравно обслужване, включващо първична и специализирана извънболнична помощ, лекарства и медицински изделия, болнична помощ и рехабилитация, т.е. до излекуване или възстановяване на пациента;

3. предварително заплащане за здравната помощ под формата на осигурителна вноска, определена на глава от броя на записаните при много ниско съучастие на пациента в стойността на консумацията.

Въпреки някои предимства (икономичност, универсалност на помощта, ниска административна издръжка) управляваната конкуренция ограничават избора на потребителите до разнообразни и особено скъпоструващи здравни грижи, като не винаги гарантира качество на помощта. Може би тези

резултати принуждават все повече потребители да напускат организациите за поддържане на здравето през последното десетилетие и да предпочитат други форми на здравно осигуряване. В Западна Европа управляваната конкуренция преобладава в модела на обществената конкуренция.

Освен в системата на здравната помощ, управляваната конкуренция намира по-ново приложение в социалното здравно осигуряване при същата логика за повече ефективност, качество и контрол над разходите. Например в 4 западноевропейски страни (Германия, Белгия, Холандия и Швейцария) е въведен свободен избор на здравноосигурителен фонд (каса) от потребителите, както и конкуренция между фондовете. В Белгия това е практика от 1945 г. като всеки избира взаимноосигурително дружество (мучуалите) и може да го сменя на 3 месеца. От 1995 г. се въвежда итеративна система за регулация на риска, базирана на броя на осигурените лица. В Германия едва през 1996 г. се разрешава свободен избор на каса, като конкуренцията е ценова и неценова. Рисковоизравнителният механизъм е по-сложен и отчита отклоненията от средните доходи и разходи на едно лице в касите. В Холандия се въвежда регулирана конкуренция между фондовете през 1995 г. като се заплащат два вида вноски – първата е еднаква за всички по процент от дохода, а втората е плоска и е фактор в конкурентната борба между фондовете. В Швейцария с въвеждането на социалното здравно осигуряване през 1996 г. се разрешава и свободен избор на фонд. Ефектите от управляваната конкуренция в здравното осигуряване са позитивни – постига се известно намаляване на вноската в Германия, елиминира се рисковата селекция, подобрява се качеството на медицинските услуги. Въпреки това не се наблюдава осезаем ефект върху съдържането на здравните разходи, които продължават да нарастват [32, 33, 35].

### Обществена конкуренция

В средата на 80-те години на миналия век в Европа и по-специално в Англия се лансира моделът на А. Ентхофен (1985), който препоръчва на английската национална здравна служба изграждане на мрежа от организации (подобни на американските HMO's) в общественния сектор, които да се конкурират освен по качество и други параметри, но и по цена на здравните си планове. По същото време известният здравен икономист Алан Мейнард сочи потенциалните неуспехи на пазарната парадигма в здравния сектор, но препоръчва да се въведе конкуренция в националната здравна служба на Англия. Съществена роля се отрежда на здравните икономисти, които трябва да предлагат на мениджърите приоритетите за инвестиции в такива здравни направления, които се отличават с по-добра резултативност на единица разход [21]. В началото на 90-те години на XX век, известният учен и експерт на СЗО Р. Солтман [34] пише, че конкуренцията и пазара не бива да се обвързват само с частна форма на собственост и приватизация. При частните здравни заведения, работещи за печалба, се максимизира печалбата, което може да доведе до изкривени резултати от дейността им – оскъпено лечение, по-ранно изписване на недоизлекувани болни, прехвърляне на разходите на други звена и т.н. В здравеопазването, което е обществена политика, има място за създаване на широка гама от възможни форми на пазар и конкурентни механизми с цел подобряване на разпределението на ресурсите, неизискващи никакъв или малко частен капитал.

Концепцията за обществената конкуренция е основата на проведената в Англия радикална здравна реформа през 1989 г., която англичаните дефинират като изграждане на „вътрешен“ пазар в общественния сектор на здравеопазването. Здравната реформа обхваща три пакета от промени – за болничната помощ, за общопрактикуващите лекари и за общинските грижи. Базисен принцип е разделянето на фун-

кциите на купувача от тези на продавача, натоварване на общопрактикуващите лекари като разпоредители с бюджет (по-голям от собствената им издръжка) и създаване на по-голяма прозрачност в покупката, така че цените, обемите и качеството на услугите са експлицитни и продавачите (лекари и лечебни заведения) могат да спестяват разходи. На второ място се създава ситуация, при която става по-изгодно определени видове помощ да се осигуряват на общинско ниво по-ефективно.

Основните стъпки в тази реформа са към пренасочване на икономическата мощ (напр. ресурси за покупка на специализирана извънболнична и болнична помощ) в ръцете на групови практики от общопрактикуващи лекари и общинските здравни власти. Първите купуват основно диагностични процедури и консултации от специалисти, както и амбулаторни хирургични и избираеми процедури, а вторите – основно болнични услуги. Или, както се изразява един автор, след този акт на промяна, специалистите пращат новогодишни картички на общопрактикуващите лекари, докато преди това е било обратно.

Като обосновават необходимостта от изграждане на вътрешен пазар в болничната помощ на Англия, известните здравни икономисти А. Калър и Джон Познет подчертават, че нито обществената конкуренция, нито държавната намеса са идеални решения. Вътрешният пазар е по-перфектен най-малко поради това, че никакво регулаторно тяло не може да оцени необходимите единични разходи, които да служат за определяне на обем и качество на продукта в договора с болниците [21, с.44]. Осигуряването на повече информация за контрактите се препоръчва като желателно за успеха на вътрешния пазар.

Този вид вътрешен пазар продуцира свръхбюрокрация и увеличава транзакционните разходи. Поради редица неуспехи се трансформира по време на лейбъристкия мандат от 1997 г. при въвеждане на принципите на сътрудничеството и партньорството в областта на здравните услуги. Групите за първична помощ поемат все по-голяма отговорност за предоставяне на услуги чрез дългосрочни договори. Дава се възможност за тръстова организация на първичната помощ – независими тръстове, които управляват здравната помощ в определен район. Фокусът се премества към постигане на отлично качество за всеки пациент. Повишава се ефективността чрез редуциране на бюрокрацията и адекватен подход към дейностите. Политиците търсят постигане на баланс между клиничните и мениджърските отговорности. Многобройните реформи в английската здравна служба учат, че повечето форми и икономически средства, характерни за пазарното стопанство, работят и при обществена собственост на ресурсите.

### Конкуренция, основана на стойност

В последните години Институтът за стратегия и конкурентоспособност към Харвардското бизнес училище въведе нов термин „конкуренция, основана на стойност“ (value-based competition – VBC) в здравния сектор. Това е позитивна концепция и модел, насочен към по-висока здравна резултативност за потребителя (пациента), от която всички печелят – пациентът, семейството му, работодателят, лечебното заведение, предоставило помощта, осигурителният фонд [39]. В него се прилагат следните *принципи*:

- ▶ фокус върху стойността (ценността) за пациента, а не толкова върху разходите;
- ▶ конкуренцията се основава на здравни резултати;
- ▶ конкуренцията се насочва към медицинските условия на целия цикъл от медицинска помощ;
- ▶ достъпност до висококачествената помощ;
- ▶ стойността да се създава от опита на лечебните за-

ведения, мащабите на дейността им и изучаването на нивото на медицинските условия;

- ▶ конкуренцията трябва да е регионална и национална, а не само локална;

- ▶ информацията за резултатите от подкрепата на VBC да бъде широко разпространявана;

- ▶ иновациите, които увеличават стойността да бъдат добре възнаграждавани.

В широко рекламираната книга на М. Портър и Ел. Тайсберг „Рedefиниране на здравеопазването“ [30] се засъгледва именно тази концепция, която се разглежда като средство за преосмисляне на здравната помощ, която да бъде насочена към резултатите. М. Портър дава ниска оценка на конкуренцията в САЩ (в която доминират разнообразни пазарни форми и отношения), като я нарича „нулева“ (zero-sum – поради това че някои печелят, а други губят, социалната полза е нулева) и „погрешна“. Той защитава тезата за необходимостта от въвеждане на задължително и универсално здравно осигуряване, но при конкуренция между фондовете. В друга статия на същите автори [29] те подчертават, че VBC върху резултатите осигурява пътя на реформиране на здравната система в САЩ, в който процес лекарите трябва да вземат активно участие. В още по-нова статия Портър и Тайсберг предлагат „Позитивна конкуренция“ (Positive – Sum Competition) на ниво лечение или болест, характеризираща се с: разделителни стратегии за лечебните заведения, да няма ограничения за избора, достъпна информация, прозрачни цени, ясни сметки, недискриминиращо осигуряване, национална листа за минимум на леченията, да няма излишни манипулации. В най-новата статия на Портър и Каплан [31] се обсъждат методите на заплащане на лекарите в САЩ като се предлага методът „заплащане за услуга“ да се замени със „заплащане за пакет услуги“, който се прилага и в България за заплащане на специалистите от извънболничната помощ от НЗОК. Новите възгледи за здравословната конкуренция в здравния сектор навлизат все по-широко в американската и европейската практика и биха допринесли за *хуманизиране на отношенията* и в здравеопазването на България.

От сравнителния анализ проличава, че *последният модел* е най-мащабен и ефикасен в полза на всички участници, което го прави и *най-подходяща основа за изграждане на пазарни отношения в здравния сектор, които ще допринесат за конкурентоспособността* му пред други страни.

### Дефекти (провали) на пазара в здравеопазването

Издръжана класификация и обосновка на дефектите е представена в колективната монография „Пазарни и непазарни дефекти в социално-културната сфера“ [5, с.20-25]. Например групата на пазарните дефекти се декомпозира на естествени, генерирани от природата на благата и отстраними, произтичащи от начина на реализация на пазарната система [5 с.20]. Наличие на пазарни дефекти в здравния отрасъл се потвърждава от редица автори [2, 8, 13, 19, 22, 25, 28]. Например Ганджър [25] посочва информационната асиметрия и негативните външни ефекти като дефекти на пазара в здравеопазването и препоръчва приоритизиране на публичното финансиране. Блум и колектив [19] се фокусират над информационната асиметрия в здравеопазването като предлагат нови социални контракти за повишаване на доверието между участниците. Касова и Йорданов [13] изтъкват също информационната асиметрия, екстерналните ефекти и финансов риск при заплащане на медицинските услуги. Герчева [2] доказва емпирично чрез статистически методи наличието на пазарни дефекти в българското здравеопазване в началния период на функциониране на здравноосигурителната ни система. Зафирова и колектив изтъкват също пазарни дефекти

в развитието на лечебните заведения в община Варна [12]. Някои автори препоръчват да се усъвършенства стратегическото управление на лечебните заведения чрез процесно управление, по-дългосрочни анализи, клиентски ориентирано управление и по-успешен маркетинг.

Един от ефектите на провалите на пазара в здравния сектор е влошения достъп до здравеопазване. Например Антон [18] изтъква големи различия в достъпа до здравни услуги между градски и селски райони в Румъния. В изследване на достъпа до здравеопазване в 29 европейски страни се сочи, че в България, Хърватия, Латвия, Полша и Румъния над 10% от населението не е покрито от здравно осигуряване [22]. Горанитис и колектив изтъкват, че в Гърция достъпът до здравна помощ все повече зависи от способността да се плати за нея [26]. Темата с високите директни плащания от пациентите е един от големите неуспехи на здравната реформа и в България [9, 10]. Върху неравенствата според дохода при ползване на здравни услуги се фокусират и други автори [22 и др.].

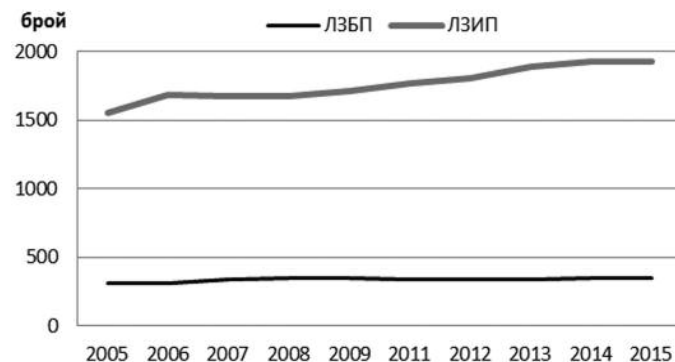
Много критични анализи върху българската здравна реформа и обобщаване на грешките в нея се дава от Л. Иванов, който разделя грешките на методологични, системни и внедрителски [11]. Като използва термините на Портьър и кол., той определя конкуренцията в българския смесен пазар на здравни услуги като „нулева сума“, т.е. неподобрваща качеството и ефективността и прехвърляща разходи върху други страни. Като негативни ефекти на пазара и конкуренцията в България се посочват небалансираната структура на здравните разходи (най-голям дял заема най-скъпоструващата помощ – болничната, а първичната здравна помощ и профилактиката се свиват [4, 7].

Друг негативен ефект на провалите в пазара са не-регламентираните плащания в здравния сектор, които заемат немалка част от общите здравни разходи [14].

### Развитие на общественно-частния пазар на здравни услуги в България

В периода 2005-2014 или 2015 година здравната мрежа се разширява с нови лечебни заведения и се фрагментира още повече, независимо от намаляване на броя на населението. Така напр. броят на болничните заведения нараства до 2009 г. от 308 на 352 (14% ръст), а до 2015 г. намалява с няколко, достигайки 348 (12.9% ръст спрямо 2005 г.). Динамиката е по-силно изразена при извънболничните заведения, които нарастват с 24.3% – от 1554 на 1931 през 2015 г. (Фигура 1).

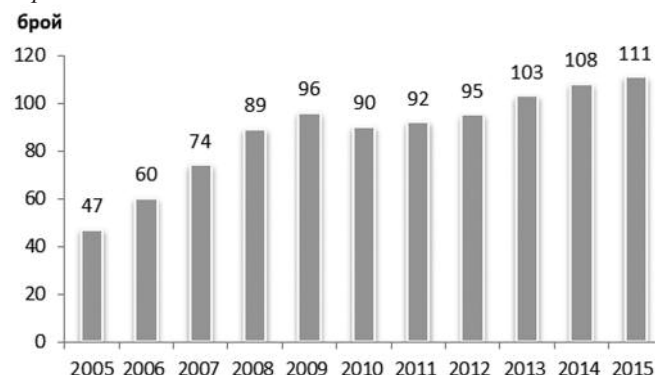
**Фигура 1.** Динамика на броя на болничните (ЛЗБП) и извънболничните заведения (ЛЗИП) в България



В същото време броят на частните болници се удвоява – от 47 през 2005 г. на 111 през 2015 г. (236% увеличение) – Фигура 2. Делът на частните болници от общия брой болнични заведения също се удвоява – от 15% на 32% за периода.

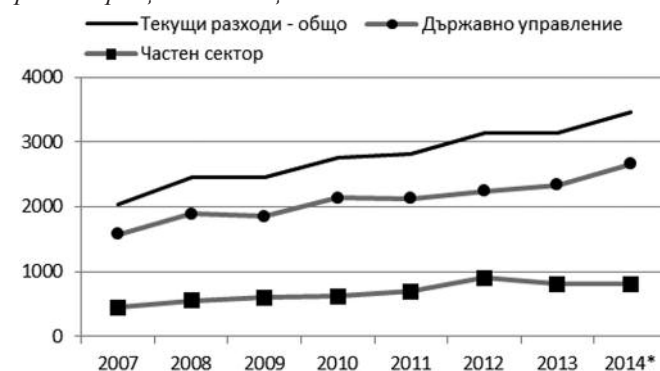
В годините на финансовата криза се забелязва спад на инвестициите, след което продължават отново да нарастват.

**Фигура 2.** Динамика на броя на частните болници в България



Вторият измерител на публичния и частния сектор в пазара в здравеопазването е стойностният – по финансиращи източници. Отчитаме, че публичният сектор се финансира от НЗОК и други обществени източници, а частният – от домакинските бюджети и доброволно здравно осигуряване, което само по себе си е незначително. На Фигура 3 се показва динамиката на публичното и частното финансиране на медицинската помощ (без лекарства и др.) в страната. Публичното финансиране нараства от 1144,99 млн. лв. на 2158,13 млн. лв. (т.е. с 188%). С по-висок ръст е частното финансиране – от 349,90 млн. лв. на 813,56 млн. лв. – с 233% ръст.

**Фигура 3.** Текущи разходи за медицинска помощ по основни финансиращи източници

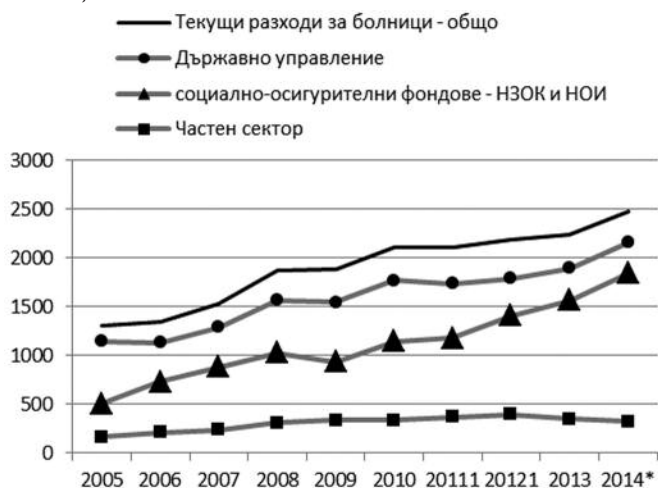


На Фигура 4 ясно се вижда, че нарастването на финансирането от НЗОК и НОИ лидира общата динамика на болничните разходи. Общественото финансиране нараства от 1144,99 млн. лв. на 2158,13 млн. лв. (188% ръст), а частното финансиране – от 162,50 млн. лв. на 323,51 млн. лв. (199% ръст). Делът на частния сектор при болниците е най-малък в сравнение с извънболнични (35-48%) и лекарствени, и оптични заведения (78%) – 12-13%.

С много по-високи ръстове нарастват финансовите фондове за извънболнична помощ – публичните с 40% – от 376,96 млн. лв. на 529,77 млн. лв., а частните – с 244% – от 199,52 млн. лв. на 486,98 млн. лв. – Фигура 5. Делът на частното финансиране за извънболнична помощ от общото финансиране на извънболнична помощ варира от 35% до 48% за периода.

На Фигура 6 се илюстрира динамиката на текущите разходи за аптеки, санитарии и оптики като и държавното и частното финансиране нарастват с еднакъв процент – 263%. Публичното финансиране се променя от 244,94 млн. лв. на 644,77 млн. лв., а частното – от 902,84 млн. лв. на 2371,03

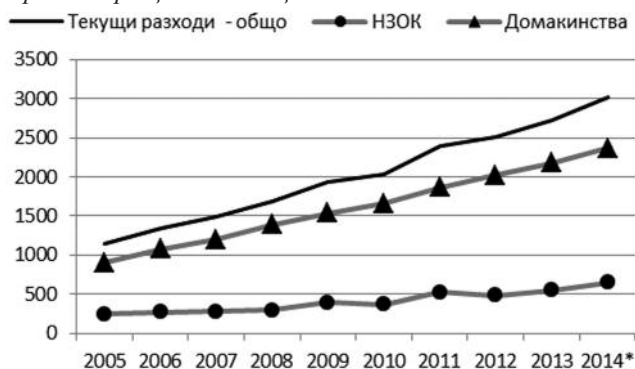
**Фигура 4.** Текущи разходи на болници по финансиращи източници



**Фигура 5.** Текущи разходи за извънболнична помощ по финансиращи източници



**Фигура 6.** Текущи разходи за аптеки, санитарии и оптики по финансиращи източници

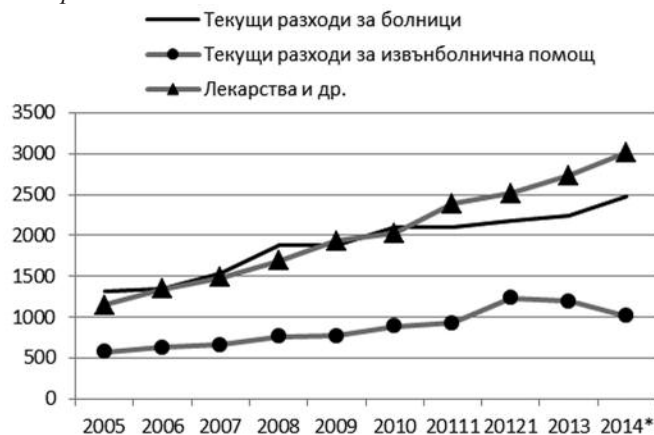


млн лв. През 2012-2013 г. се забелязва пик на финансирането и от двата източника, след което има редукция в резултат на държавното регулиране.

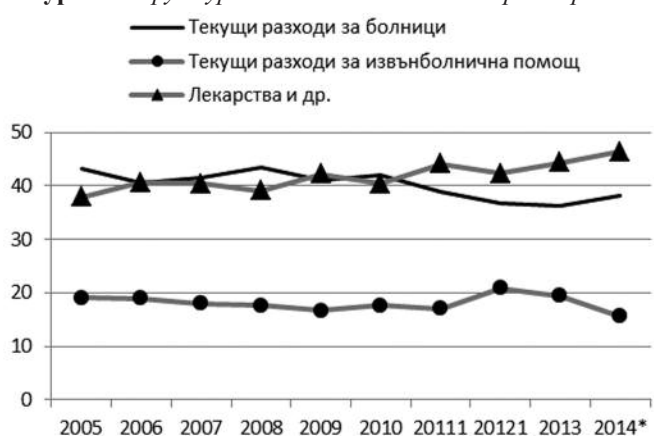
Общата вариация на текущите разходи за болнична, извънболнична помощ, аптеки и оптики се наблюдава на **Фигура 7**. Прочичава, че финансирането на лекарствения пазар (плюс оптика и др. санитарни материали) е най-стръмно нагоре и изпреварва даже болничните разходи – с 263% ръст при ръст за болничните разходи – 190%. Финансирането на извънболничните разходи нараства със 176% за периода като има спад след 2011 г.

На **Фигура 8** са представени относителните дялове в проценти на трите вида разходи – лекарственият дял нараства от 36% на 46%, разходите за болници относително намаляват до 38%, а разходите за извънболнична помощ също намаляват от 19 на 15% за периода.

**Фигура 7.** Текущи разходи за болнична, извънболнична помощ и лекарства



**Фигура 8.** Структура на основните видове здравни разходи



**В заключение,** ще обобщим:

► Пазарни реформи в здравеопазването се въвеждат в много страни като проява на новия мениджмънт в публичния сектор. В България след 2000 г. се проведе пропазарна реформа с обществено-частен пазар на здравните услуги при задължително здравно осигуряване.

► В здравеопазването има много особености на конкуренцията и пазара, които присъстват комплексно и обуславят монополистичната сила на лекарското съсловие даже, когато има повече участници. Това обяснява необходимостта от адекватно регулиране с обществена полза.

► Резултатите от пазарните реформи в качеството и здравните показатели не са достатъчно убедителни. В България има интерес към качеството в лечебните заведения, но без реални ефекти, а част от здравните показатели се влошават.

► Най-успешният модел на конкуренция в здравеопазването е „конкуренция, основана на стойност”, в който се фокусира вниманието към пациента, здравните резултати, комплексното лечение и висококачествената здравна помощ.

► В много публикации се доказва наличието на пазарни дефекти (провали) в здравеопазването като информационна асиметрия, негативни външни ефекти, дисба-

ланси във финансирането, несвършени пазарни структури и др.

► Според критерия „собственост на заведенията“ частният сектор обхваща над 95% от извънболничната помощ, почти 100% от аптеки, санитарии и оптики и около 30% от болничните заведения.

► Според критерия „финансов източник“ частният сектор на пазара доминира при аптеки, оптики, санитарии (78%), почти наполовина е при извънболнични лечебни заведения и все още е ограничен – до 12-13% при болниците. Общо делът на частното финансиране е много висок – между 40 и 50%, което ни нарежда на незавидно място в ЕС и поставя проблеми с достъпа до здравна помощ.

► В периода след 2005 г. смесеният пазар на здравни услуги и продукти се разширява от гл. т. на инвестиции и предлагане при намаляващ брой на населението. В резултат на това нарастват фрагментацията на пазара и транзакционните разходи. В същото време се подобрява изборът на пациента и се засилва конкуренцията. Най-високи ръстове в броя на лечебните заведения има при частните болници – 236%. По-слабо нараства броят на заведенията в извънболничната помощ – с 24% и на болнични заведения – с 13%.

► Изразено в стойностни измерители пазарът на здравна помощ, лекарства и др. здравни стоки разчита на ръстове както при публичното, така и при частното финансиране. Най-високи ръстове заема публичното финансиране на лекарства и други здравни стоки – 263%, следвано от финансирането на болничната помощ – 188% и извънболничната помощ – с 40%. Частният сектор във финансирането следва същите приоритети – най-висок е ръстът при лекарствата, след което следват болниците и накрая – извънболничната помощ.

► Финансовата криза от 2008 г. повлиява слабо публичните и частните разходи, но по-силно влиянието за редукация и съдържане на разходите имат регулациите от НЗОК и МЗ, които се предприемат от 2011-2012 г.

## Библиография

1. Вълков А., Управление на качеството на здравните услуги: интегриране на производствената и потребителската ориентация, Инструменти за повишаване на качеството на публичните услуги. – София: Издателски комплекс – УНСС, 2014, 149-191.
2. Герчева С., Публичните разходи и пазарните дефекти в здравеопазването: Дис. за прис. на образов. и науч. степ. "доктор", Варна, Икономически университет – Варна, 2004, 198 с.
3. Горчилова Д., Резултати от анкетно проучване „Инструменти за повишаване на качеството на публичните услуги“, в: Инструменти за повишаване на качеството на публичните услуги, София, Издателски комплекс-УНСС, 2014, 198-220.
4. Гладилков Ст., Евг. Делчева, Икономика на здравеопазването, Принцепс, 2009, 398 с.
5. Делчева Е. и кол., Пазарни и непазарни дефекти в социално-културната сфера, Стопанство, 2000, 196 с.
6. Делчева Евг., П. Атанасов, Пазарна трансформация в здравеопазването, в: Пазарна трансформация в социално-културната сфера, изд. Стопанство, 2007, 9-62 с.
7. Делчева Е., Повишаване на конкурентоспособността на здравеопазването в България, София, Авангард Прима, 2009, 192 с.
8. Делчева Е., Неравенства в осигуреността на здравеопазването с ресурси, Социална медицина, 2015, N 4, 4-7.
9. Димова Ан., М. Попов, М. Рохова, Здравната реформа в България, Отворено общество, 2007, 343 с.
10. Димова А., и др., Здравни системи в преход. България: анализ на здравната система, 2012, Варна, Медицински университет "Проф. д-р П. Стоянов" – Варна, 2013, 202 с.
11. Иванов, Л. Грешки в здравните реформи, Социална медицина, XXI, 2013, N 2, 4-10.
12. Зафорова, Ц., Д. Серафимова, Б. Митев, Стратегически аспекти на развитието на лечебните заведения в община Варна в конкурентна среда, Варна: Наука и икономика, 2010 – 256 с.
13. Касова Е., Й. Йорданов, Анализ на търсенето и предлагането на медицински услуги на вътрешния и външен пазар, Социална медицина, 2014, 37-39.
14. Неформални плащания в системата на здравеопазването – доклад от проучване, Институт "Отворено общество", София, 2008
15. Русева, К. Нова предприемаческа култура и управление в специализираните болници за рехабилитация, Здравна политика и мениджмънт, 2009, N 4, 49-53.
16. Спиридонов С., М. Дякова, Ролята на пазара в здравеопазването в рамките на здравна реформа в България, Обща медицина, 2009, 11, 4
17. Чобанянева Ив., А. Димова, Управление на качеството в здравеопазването, ИК Стено, Варна, 2004
18. Anton S., Financing health care in Romania and access to health services, The USV annals of economic and public administration, vol.12, is. 1, 2012
19. Bloom G.,H. Standing, R. Lloyd, Market information asymmetry and health care: Towards new social contracts, in: Social Science & Medicine, vol. 66, is.10, May 2008, p. 2076-2087
20. Botje D., N.Klazinga, C.Wagner, To what degree is the governance of Dutch hospitals oriented towards quality in care? Does this really affect performance? Health policy, 113, 2013, 134-141
21. Competition in Health Care: Reforming the NHS (edited by An. Culyer, Al. Maynard, J. Posnett, Macmillan Press, 1990, 254 p.
22. Cylus J., I.Papanikolas, An analysis of perceived access to health care in Europe: how universal in universal coverage? Health policy 119, 2015, 1133-1144
23. Evans R., Incomplete vertical integration: the distinctive structure of the health care industry, In Health, Economics and Health Economics (J.van der Gaag, M. Perlman – eds.), North Holland, Amsterdam, 1981, 329-353
24. Exter A.P., M.J.Guy, Market competition in health care market in the Netherlands: some lessons for England, Media Low Rev., 2014 spring, 22(2), 255-73
25. Gandjour A., Prioritizing health services research: an economic perspective, Eur. J. Health economics, 2016, 17:375-377
26. Goranitis I., O. Siskov, L.Liaropoulos, Health policy making under information constraints: an evaluation of the policy responses to the economic crisis in Greece, health policy, 117, 2014,279-284
27. Manning W. et al., Health Insurance and the Demand for Medical Care: Evidence from a Randomized Experiment, in: The American Econ. Review, Yune, 1987, 251-277
28. Mokrzycka A., et al, The 2014 primary health care reform in Poland: short term fixes instead of a long term strategy, Health policy, 2016, in press
29. Porter M., E. Tiesberg, Redefining competition in health care, Harvard business review, June 2004
30. Porter M., El.Teisberg, Redefining Health Care (Creating Value-Based Competition on Results), Harvard Business School Press, Boston, 507 p.
31. Porter M.,R.Kaplan, How to pay for health care, Harvard Bus. Rev., July-August, 2016
32. Reeves A., et al, The political economy of austerity and health care: Cross national analysis of expenditure changes in 27 European nations 1995-2011, Health policy, 115, 2014, 1-8
33. Romaniuk P., A.Stromek, The evolution of the health system outcomes in Central and Eastern Europe, and their association with social, economic and political factors: an analysis of 25 years of transition, BMC health services research, 2016, 16:95
34. Saltman R., Managing the public/private mix. Lessons from Northern European Experience with Planned Markets, Health Care Financing and Organization in Countries of Central and Eastern Europe, WHO, Geneva, 22-26 April, 1991
35. Suhrcke M. et al, The Contribution of health to the economy in the European Union, EC, 2005
36. Thompson An., Competition and quality: looking for evidence for health care reforms, Int.J.for Quality in Health Care, 1998, Vol.10, N5, 371-373
37. Uwachofi A., A. Al-Assaf, Health care market deviations from the ideal market, Sulten Qaboos Univ. Med. J., 2011 August, 11(3): 328-337
38. Конкурентният пазар в здравеопазването – следващата революция, И.П.И., 29.08.2013
39. Value – based competition, Institute for Strategy and Competitiveness at Harvard Business School, <http://www.hbs.edu/rhc/value.html>

Автор

Проф. Евгения Иванова Делчева, д-р по икономика