

Библиография

1. Бекярова К.Р., Б.А. Велев и И.А. Пипев, Икономически теории: Икономическата мисъл от древността до наши дни. 2002: Хермес.
2. Брусарски Р., Теория на публичните финанси. 2007, София: УНСС.
3. Ерхард Л., Благодарение за всички. 1993, София: Стопанство.
4. Йотова Л. и Е. Пенкова, Икономика на благосъстоянието. 2008, София: Стопанство.
5. Манолов Д., Х. Лебанова и И. Гетов, Пряко индивидуално телефонно проучване за значението на цената и източниците на информация за фармацевтите, Здравна икономика и мениджмънт, 2009. 9(4): 25-30.
6. Рангелова В.И. и Н.Г. Алтънков, Икономика на благосъстоянието (Нова икономическа политика). 2002: Паралакс.
7. Сотирова Е. и Л. Йотова, Принципи на микроикономиката. 2008: Нов Български Университет.
8. Стоянов В., Теория на финансите: Публични финанси. 1996: Галик.
9. Тошкова С.Б., Икономически теории. 2003: НБУ.
10. Търоу Л. и М. Лилова, Изграждане на благосъстояние: Новите правила за хората, компаниите и нациите в икономиката, основаваща се на познанието. 2000: Весела Люцканова.
11. Фишър С., Р. Дорнбуш, и Р. Шмалензи, Икономика: Основи на микро- и макроикономиката. 1997, София: Отворено общество.
12. Arrow K., An Extension of the Basic Theorems of Classical Welfare Economics. Proceedings of the Second Berkeley Symposium on Mathematical Statistics and Probability, 1951: 507-532.
13. Arrow K.J., Amartya K. Sen's Contributions to the Study of Social Welfare. Scandinavian Journal of Economics, 1999. 101(2): 163-172.
14. Arrow K.J., A.K. Sen, and K. Suzumura, Handbook of Social Choice and Welfare. 2002: Elsevier.
15. Bergson A., On the Concept of Social Welfare. Quarterly Journal of Economics, 1954. 68(2): 233-252.
16. Boadway R. and N. Bruce, Welfare Economics. 1983, Oxford: Blackwell.
17. Chinchuluun A., P.M. Pardalos, and A. Migdalas, Pareto Optimality, Game Theory And Equilibria. 2008: Springer.
18. Ganchev G., Equilibrium Model in a Monetary Economy. Economic Thought journal, 2010(5): 24-45.
19. Grigorov E. and I. Getov, The social choice theory and its application in healthcare for measuring the social welfare. Asklepios, 2011. 5(1): 24-26.
20. Harper D. Online Etymology Dictionary – Economy. 2010.
21. Johansson P.O., An Introduction to Modern Welfare Economic. 1995: Cambridge University Press.
22. Jolink A., The Evolutionist Economics of Léon Walras. 1996: Routledge.
23. Mukherjee S., Modern Economic Theory. 2007: New Age International (P) Ltd.
24. Pigou A., The Economics of Welfare. 2006: Cosimo.
25. Puttaswamaiah K. and P.A. Samuelson, John Hicks: His Contributions to Economic Theory & Application. 2001: Transaction Publishers.
26. Rowley C.K., F.G. Schneider, and D.C. Mueller, Public Choice: An Introduction Readings in Public Choice and Constitutional Political Economy. 2008, Springer US. p. 31-46.
27. Samuelson P.A., Economics. 1980: Tata McGraw-Hill.
28. Sen A., Utilitarianism and Welfarism. The Journal of Philosophy, 1979. 76(9): 463-489.
29. Sidgwick H., The Methods Of Ethics. 1907: Hackett Publish Company.
30. Sidgwick H., The Elements of Politics. 2012: Cambridge University Press.
31. Sowell T., On Classical Economics. 2007: Yale University Press.
32. Walras L., Elements of Pure Economics: Or the Theory of Social Wealth. 2003: Routledge.
33. Weizsäcker C., Kenneth Arrow's Contribution to Economics. The Swedish Journal of Economics, 1972. 74(4): 488-502.

Автори

Магистър-фармацевт Евгени Григоров, НЗОК, тел. +358 888 753383, e-mail: evgeni.grigorov@gmail.com;
проф. П. Салчев, НЗОК; Валентина Белчева, ФОЗ, МУ-София

АНАЛИЗ НА ТЪРСЕНЕТО И ПРЕДЛАГАНЕТО НА МЕДИЦИНСКИ УСЛУГИ НА ВЪТРЕШНИЯ И ВЪНШЕН ПАЗАР

Е. Касова, Й. Йорданов

Пазарът на медицинските услуги, в контекста не само на вътрешните, но все повече и на международните търговски отношения между доставчици, посредници и крайни потребители при своето функциониране проявява някои специфични дефекти. Най-важните от тях, на които си струва да се спрем в нашия теоретико-приложен анализ са наблюдаваните екстернални ефекти и информационните асиметрии.

Екстернални ефекти при медицинските услуги

Медицинските услуги се характеризират с екстернални ефекти, чието наличие усложнява анализирането на ползите, които индивидите очакват да получат при потреблението на медицинската услуга.

Много типичен пример за екстернален ефект е ваксинирането против различни заразни болести. Очевиден е прекият ефект от ваксината за индивида и неговото семейство – реализират се разходи, които могат да бъдат измерени чрез стойността на направената ваксина, необходимото за това време, болката и възможните странични реакции. В същото време ваксинирането срещу болестта спестява очакваните далеч по-големи разходи за лечение на евентуално заболяване, предпазва от загуба на доходи вследствие на престой поради болест и най-важното – предпазва индивида от цялостно влошаване на неговото здраве вследствие на заболяването (ако се обърнем към модела Гросман – предотвратява „амортизацията“ на капитала „здраве“). В същото време този ек-

тернален ефект се пренася до известна степен и върху част от обществото – тази, с която индивидът, предприел действия в интерес на собственото си здраве, контактува непосредствено.

Както е характерно за екстерналните ефекти, ползите от тях се реализират без онези, които се възползват от тях да правят каквито и да е разходи. Естествено, екстерналните ефекти е трудно да бъдат оценени, тъй като те потенциално имат твърде широко поле на въздействие.

Ако продължим разсъжденията чрез примера с ваксинирането против заразна болест, то екстерналните ефекти биха могли да имат отражение върху множество групи:

► На първо място това са отделните индивиди, които няма да се разболеят и като следствие няма да реализират загуби под формата на пропуснати работни дни, намалени доходи и направени за лечението разходи.

► Втора група са работодателите, които ще запазят производителността на ръководените от тях предприятия и няма да имат допълнителни разходи по лечението на своите подчинени (в случай, че работодателите осигуряват по някакъв начин здравното им обслужване).

► На последно място полза би имало и обществото като цяло – липсва загуба за икономиката вследствие на престой по болест; липсва загуба за службите по социално осигуряване вследствие на изплатени обезщетения по болест; липсва загуба на обществен ресурс за лечение на заболяването, ако въпросното лечение се финансира от обществен фонд.

Разбира се, не бива да се пренебрегват и възможните отрицателни екстернални ефекти от ползването на медицински услуги – най-вече последствия от лекарски грешки и неправилно проведено лечение.

Информационна асиметрия на пазара на медицински услуги

Друга особено важна характеристика на медицински услуги е средата на огромната информационна асиметрия между лекар (предлагача страна) и пациент (търсеща страна), в която се осъществява „размяната“. Информационната асиметрия съществува, когато една страна разполага със значително повече информация по отношение на предмета на транзакцията, като е възможно това му знание да повлияе съществено на поведението на другата страна. Информационната асиметрия не е уникална само за медицинските услуги. Тя може да се наблюдава при всеки род специализирани услуги, например при ремонт на битова техника или услугите, които системните администратори предоставят на потребителите на дадена мрежа. В повечето случаи обаче, когато става въпрос за „ежедневни“ услуги, индивидите могат да разчитат на подкрепа от страна на познат, който има нужните умения или да потърсят начин да се самообразоват посредством различни инструкции, ръководства или самоучители.

При медицинските услуги, особено в контекста на предлагането им както на вътрешния пазар в България, така и на чуждестранни потребители като представители на външния пазарен сегмент, ситуацията е малко по-различна. Една от причините се дължи на факта, че медицинската услуга е много сложна и трудна за овладяване, за да може някой сериозно да разчита, че за кратко време би могъл да се самообучи и да се самолекува (освен в случаите на съвсем елементарни манипулации, но дори тогава съществува определен риск). За да бъде избегнат рискът от подобни самоинициативи (и особено по отношение на други лица), медицинската професия е поставена под разрешителен режим със съответните изградени компетентни и контролиращи органи, а нарушаването на този режим би следвало да се инкриминира, дори без да са настъпили увреждания на „лекуваното“ лице.

Друга причина за трайно присъствие на информационна асиметрия е, че докато при осъществяването на услуги извън социално-културната сфера обект на въздействие най-често са предмети, то при услугите от социално-културната сфера (и в конкретния случай – в медицината), обект на оказването на услугите е човекът и по-специално – неговото здраве. Именно по тази причина е недопустимо да се извършат каквито и да е „импровизирани“ опити за лечение на лица без необходимата квалификация.

Наличието на толкова голяма информационна пропаст между знанията относно диагнозата и лечението при участниците на пазара, както и трудността тази пропаст да бъде преодоляна от страна на пациентите, би могло да повлияе значително върху поведението на лекарите при осъществяването на медицински услуги. Лекарите са тези, които могат пряко да влияят върху стойността на цялостното лечение на дадения пациент. В тази насока могат да се предположат негативните резултати особено в обмена на медицински данни и диагностична информация между лекари и медици от различни страни в рамките на туристическия обмен на пациенти.

Като доверено лице на пациента (на информационната асиметрия), лекарят може да избере различен метод на диагностициране, да избере подхода за лечението, да назначи процедури, да предписва лекарства, да назначава болнично лечение, да определя начина на възстановяване от заболяването и режима на пациента след приключване на лечението. Лекарят също така определя необходимостта от контролни прегледи и изследвания, както и консултациите с други

лекари от неговата или други специалности на медицината. Пациентите обикновено не са в състояние да оценят дали извършеното по време на лечението им е било правилно, необходимо и до каква степен. Ако това поведение на лекаря е продиктувано от професионална преценка, отговорност и етика, то никой не би намерил нищо осъдително в него. Кенет Ероу твърди, че „... лечението е продиктувано от обективната необходимост на случая, като не се взимат предвид финансовите ограничения“ [1]. Очевидно авторът е имал предвид оптималното поведение на лекарите в интерес на пациентите, а не обективната действителност, в която финансовите ограничения съществуват.

Ефектите и дефектите, които произтичат от информационната асиметрия, са една от причините в лекарското съсловие да се създават етични норми и правила за добра медицинска практика. Тяхното съблюдуване се налага чрез различни институционални форми от нестопанския сектор – лекарски съюзи, научни дружества, сдружения за защита правата на пациентите, а от страна на държавата – от различни организации, издаващи разрешителни за практикуване на медицинската професия, от контролиращи органи и от финансиращи институции. Тази тема има своите много сериозни не изяснени аспекти в отношенията на партниращи си организации в здравния туризъм не само на Балканите, но и в Европа и по света.

Финансов риск при заплащане на медицинските услуги

При срещата на пациента (търсенето) и медицинския изпълнител (предлагането) на пазара на медицински услуги, успоредно с горепосочените дефекти и вследствие главно на несигурността и информационната асиметрия, възниква значителен финансов риск, свързан със заплащането на медицинските услуги. Това с оглед на новите пазарни условия след 2014 г., на свободен пазар на здравните грижи за гражданите в България и Европейския съюз през следващите години следва да бъде разгледано като проблемен въпрос в отношенията на потребители от държави в т.ч. от страните от ЕС и извън общността. На този фон е препоръчително на ниво компетентни институции в България да се проведе много по-задълбочен анализ на законодателството и медицинските стандарти за качество на медицинските услуги и политиките по заплащане на различни групи от тях от партниращи структури, съсловни и браншови организации или обслужващи здравни каси и фондове в страните от общността.

Начините на заплащане на медицинските услуги се разделят най-общо на пряко заплащане от потребяващия съответните услуги и опосредствено заплащане – чрез трета страна. Прякото заплащане на медицинските услуги би могло да се осъществи по няколко начина [2], всеки от които е съпроводен с висок финансов риск едновременно за търсещата страна (поради невъзможност да заплатят за получените услуги) и за предлагачата страна (поради риск да не получат заплащане за оказаните от тях услуги).

Прякото заплащане от текущите доходи на индивида или неговото семейство е исторически най-старата форма на заплащане на медицински услуги. Освен това медицинските услуги биха се „конкурирали“ с останалите разходи на индивида – например за храна, за жилище, за покритването на различни сметки, които за разлика от медицинските услуги са регулярни и до голяма степен – предвидими. От друга страна състоянието на болест води до нарушаване на трудоспособността, респективно до редуциране на доходите за времето на заболяването. Това прави доходът на индивида много несигурен и съответно – рисков източник за заплащане на медицински услуги.

Прякото заплащане от спестяванията на индивида

или неговото семейство би могло да се разглежда като отложено във времето потребление. Характерна особеност на спестяванията е, че те рядко се правят с цел покриване на разходи в случай на ползване на медицинска помощ. Ако не се правят с конкретна цел (покупка на жилище, получаване на по-висока образователна степен, пътуване), спестяванията биха могли да послужат като буфер между времето, през което индивидът полага труд, получава възнаграждение и може да спестява и времето, през което (независимо от причините) индивидът не би имал възможност да осъществява горните дейности. Очевидно спестяванията биха могли да играят ролята на инструмент за намаляване на риска от неочаквани разходи в следствие на настъпило заболяване, но само до техния размер. Ако се налага продължително лечение, лечение с хирургическа намеса, със скъпи лекарства и дълъг период на възстановяване (при това – с несигурност относно крайния резултат), то спестяванията също биха имали ограничено действие като средство за покриване на разходите за медицински услуги.

Прякото заплащане чрез заеми от роднините и приятелите не се различава съществено от спестяванията по степен на надеждност като инструмент за справяне с разходите за медицински услуги. Обикновено към заеми прибавят индивиди, които не получават достатъчно доходи или не са били в състояние да акумулират спестявания. Но по същество „вашите текущи разходи са нечий текущи спестявания“ [3]. Въпреки това предоставянето на заем за посрещане на разходите за медицински услуги помага на индивида да преодолее значителни загуби (в момента на заболяването) и го предпазва от загуба на обичайния му стандарт на живот. По този начин, макар и само в ограничен приятелски кръг, се *заражда социална гледна точка* по отношение на болестта като източник на несигурност и носител на социални проблеми, наред с проблемите от здравно естество.

Благотворителността е особена форма на решаване на проблема със заплащането на медицинските услуги. В дълъг период от време благотворителността е бил основен метод за осигуряване на лечението на хора, които по ико-

номически причини не биха имали достъп до такова. Първите болници, различните видове домове за хора, чиито доходи или доходите на техните семейства не позволяват лечение чрез заплащане, а в съвременността – хосписите, са разчитали и разчитат до голяма степен на благотворителност. В съвременните здравни системи се разчита и на благотворителност от страна на лекарите, които полагат труд като доброволци и *pro bono*. Обикновено чрез благотворителността дарителите не очакват „дивиденди“ от страна на възползвалите се от тяхната щедрост (освен евентуално положителна репутация). Такава промяна на загриженост за непознати е според Т. Гетцен „... нещото, което превръща хората в обществото, а не в случаен сбор от индивиди“ [3]. Промяната от индивидуално към обществено отношение към проблемите, породени от заболяването и последствията (икономически и главно социални) от неговото лечение е повратна точка за по-нататъшно развитие на здравните системи.

Справянето с индивидуалните социални и здравни проблеми отдавна не е проблем на отделния потребител, независимо дали живее в България или в друга страна. Потребността от механизъм за компенсирание на дефектите от информационната асиметрия, нееластичността от търсенето и високия финансов риск за индивидуалния потребител налага необходимост от прилагане на финансово-стопански анализ за цялостната дейност, който да доведе до вземане на правилни управленски решения за предотвратяване или минимизиране на тези рискове. Този анализ за целите на успешното развитие на участниците в новите търговски и социални отношения в България като член на ЕС, следва да включва приоритетно пазарните показатели и тенденции като основни ориентири на развитието на системата като цяло и отделните ѝ компоненти в частност.

Библиография

1. Anell, A., M. Willis, International comparison of health care systems using resource profiles, in: "Bulletin of the WHO", 78(6), 2000.
2. Гетцен, Т., Работа за класификация на видовете заплащания, 1998.
3. Fuchs, V., Who shall live? Health, economics, and social choices, New York, „Basic Books“, 1974.



Криза на здравеопазването

... Навсякъде увеличаването на продължителността на живота води до масирано нарастване на разходите за здравеопазване и техния дял в БВП. Навсякъде се прилагат все по-скъпи технологии за диагностика и медицински грижи на нарастващ брой хора. Макар световната здравна система да става все по-ефикасна (продължителността на живота се увеличава почти навсякъде, а в някои страни като Франция има все по-голяма надежда човек да живее дълго в добро здраве), икономическата производителност не нараства толкова бързо, колкото производителността на индустрията, защото тя представлява преди всичко съвкупност от услуги, предоставяни от хора на други хора. Ето защо разходите за здравеопазване ще се увеличават както в абсолютна, така и в относителна стойност.

В Съединените щати, които са в екстремна ситуация и имат нерентабилна болнична система, дялът на разходите за здравеопазване в БВП нарасна от 12% през 1990 г. на 18% през 2009 г. (във Франция той все още е едва 11%). Федералното правителство покрива три пети от тях, а частните застрахователи си осигуряват най-рентабилната част. Но въпреки тези разходи, 40 милиона души под 65-годишна възраст не са осигурени и повече от 40%

от трудещите се нямат застраховка в своето предприятие. Управлението на американската система за здравеопазване е толкова сложно, че поне 25% от разходите отиват за административното ѝ функциониране и за акционерите на застрахователните компании.

Ако сегашната тенденция продължи, световните разходи за здравеопазване ще се увеличават поне с 5% годишно, без значение какво е нарастването на БВП на всяка страна, без значение на въведените механизми за контрол и дори ако ударението е в по-голяма степен поставено върху превенцията, върху генеричните лекарства и контролните прегледи, и върху болниците и клиниките с нестопанска цел. През 2030 г. американците ще харчат за здравето си най-малко 25% от БВП; този дял ще е 30% през 2040 г. и 50% през 2080 г. Същата ще е тенденцията и в другите страни. Това ще е добра новина, докато е съчетана с увеличаване на продължителността на живота, но тя ще изисква много по-добро управление на системата на здравеопазване и на приходите (публични, застрахователни или частни) за финансиране на тези услуги. В противен случай те ще се – и вече се – ограничават във вреда на най-бедните. И тук оцеляването в букавален смисъл ще стане извънредно трудно.

Жак Атали, „Да оцелеем в кризите“, изд. Рива, 2011