

## ТЪРСЕНЕ НА ЗДРАВЕ И ЗДРАВНА ПОМОЩ

След усвояване на материала в тази глава Вие ще можете:

- Да дефинирате понятията „търсене на здравна помощ“ и „търсене на здраве“;
- Да се запознаете с приносите и критичните бележки на модела на Гросман;
- Да определите ключовите характеристики на търсенето на здраве и здравна помощ;
- Да се запознаете с методите за измерване на търсенето на здравна помощ;
- Да дефинирате функцията на лекаря като доверено лице на пациента и индуцирано от лекарите търсене на здравна помощ.

### 1. Търсене на здраве

В неокласическия конвенционален анализ функцията на търсенето, т.е. броят на купените и потърсени блага от даден вид се намира в обратнопропорционална зависимост от цената им. Други детерминанти на търсенето са: доходите на потребителите, цените на богатата-заместители и допълващите благопотребителския вкус, броят на потребителите в пазара, потребителски очаквания за бъдещи периоди и др. Отнесени спрямо здравето и здравната помощ, основните тези на неокласическия анализ са подложени на доста трудности. Причините за това са редица особености на икономическата природа на тези блага, които влияят и за особеностите на тяхното търсене.

**Търсенето на здраве** е избраното количество здравни подобрения като функция на различни независими променливи като ниво на възвръщаемост на здравето, очакван доход от труд и цените на здравните услуги. Търсенето на здравна помощ зависи в голямата си част от търсенето на здраве.

**Ключови характеристики** на търсенето на здраве са:

- То се явява основна цел при търсенето на здравни услуги
- Индивидът е свободен да реши дали да си подобрява здравето или да потребява други блага
- Търсенето на здраве от своя страна също може да има различни цели – спортна кариера, здраво потомство, подобрена работоспособност и получаване на доход от труд, подобро качество на живота, развлечения и т.н.

Еванс и Уолсон предлагат следния алгебричен вид на функцията на полезността на даден индивид, съобразена с основното търсене на здраве:

$$U = f[x_1, x_2, \dots, x_n, HS(h_1, h_2, \dots, h_m, x, E)]$$

където:

$U$  – индивидуалната полезност като сума от полезностите на всички посочени блага;

$x_1, x_2, \dots, x_n$  – потребителски блага, носещи полезност за индивида;

$HS$  – здравето, което от своя страна също е функция от ползвани здравни услуги, потребителски блага и фактори от външната среда;

$h_1, h_2, \dots, h_m$  – различни видове здравни услуги;

$E$  – фактори от външната среда влияещи върху здравето;

$x$  – обобщен израз на потребителските блага като храна, отопление, дом, дрехи и др., влияещи върху здравето.

Вече знаем от глава втора, че здравето е не само потребителско, но и инвестиционно благо, т.е. то влияе върху бъдещия живот



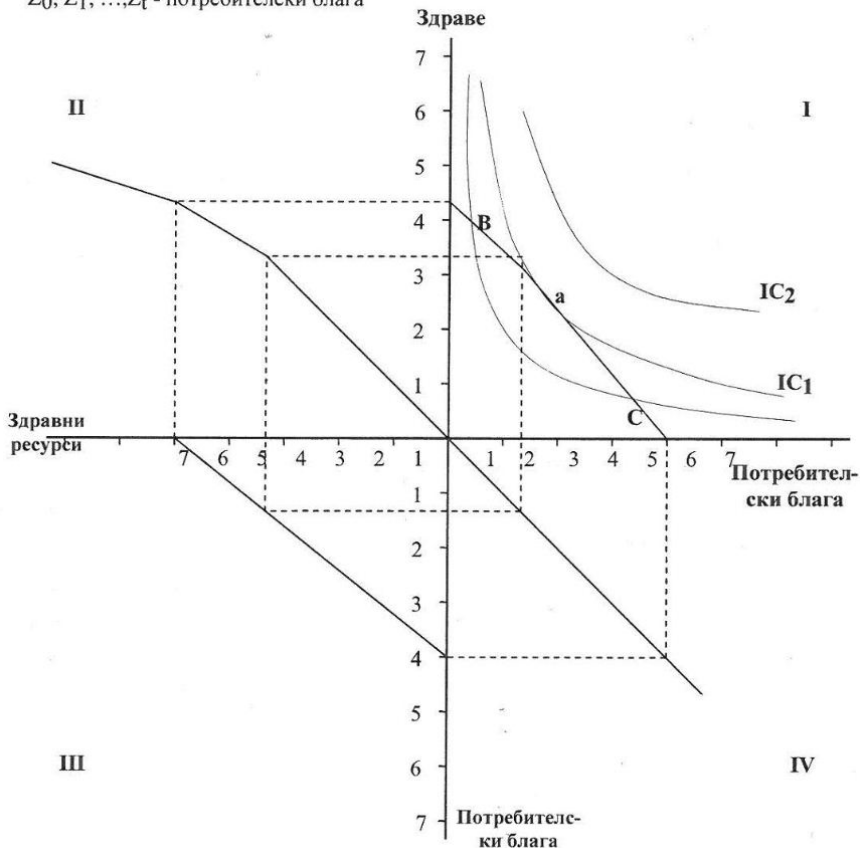
на човека и възможните дейности, които той осъществява. Поради значението на здравето за бъдещите количествени и качествени аспекти на живота, то вече бе дефинирано и като *инвестиционно благо*. Един от най-интересните и широко изучавани модели в здравната икономика е *моделът на търсенето на здраве* развит от М. Гросман. Авторът се концентрира върху здравето като инвестиция, тъй като анализът на здравето само като потребителско благо води до неубедителни изводи.

През 1972-1973 г. М.Гросман доразвива производствената теория на домакинството, създадена от Г.Бекер през 1965 г. като я прилага към здравето. Според Бекер потребителят участва едновременно в процесите на потребление, както и в производствени дейности. Домакинството става производствена единица на фундаментални блага, които се произвеждат с ресурсите от пазарни стоки и свободното (неработно) време. Например домакинството използва спортни стоки и свободно време, за да произвежда възстановяване на здравето; транспортни разходи и време произвеждат пътуване и посещения; църковни услуги и част от неделното свободно време служат за производство на „мир на душата“ и т.н. При прилагане на този подход към здравето, Гросман разглежда здравето като фундаментално благо, което може да се произвежда със закупени здравни услуги и свободно време. Следователно търсенето на здравни услуги е производно на основното търсене на здраве. Гросман приема, че потребителите търсят здраве по две причини – с потребителска и инвестиционна цел. Като потребителско благо здравето се включва пряко в индивидуалната функция на полезността. Като инвестиционно благо то определя количеството време за работа, която осигурява прехрана, както и свободното време, което се комбинира с други стоки и услуги за производството на фундаментални блага.

Графичният вид на модела на Гросман се представя най-добре от А. Вагстаф с помощта на диаграма от четири квадранта – фиг. 8.



$Z_0, Z_1, \dots, Z_t$  - потребителски блага



Фиг. 8. Производство на здраве в домакинството

Източник: Wagstaff, 1986

Квадрант II описва производствената функция на здравето, която се подчинява на закона за намаляващата пределна полезност. Функцията показва колко здраве (измерено в здрави дни) може да се получи при дадено количество здравни ресурси и технологии. Квадрант III представя бюджетните ограничения върху поведението на потребителя.



Включването на бюджетните ограничения и производството на здраве в една графика позволява да се определят различни комбинации на потребление на други блага и на здравни услуги, които потребителят ще избере. Това е показано на I-ви квадрант, който трансформира информацията от квадрант III чрез линията на  $45^\circ$  в квадрант IV. Кривите IC1 и IC2 описват част от картата на безразличието на потребителя. Издадената крива е бюджетната граница, а в точка „а“ е дадено равновесието. Ако доходът на индивида спадне, може да се види влиянието върху производството на здраве – то намалява, а също се редуцира броят на възможните комбинации от здравни услуги и други блага, съставляващи обема на потреблението.

В модела си Гросман дава акцент на инвестиционния мотив при търсенето на здраве, тъй като чрез увеличаване на запасите от здраве, индивидът намалява разхода на загубеното време за здравни проблеми, като съответно го заделя за производството на други блага. Здравето се разглежда като капиталов запас, произвеждащ продукт от време в добро здраве (“зdravi дни в годината”). Гросман посочва различието между капитала от добро здраве и други форми на човешкия капитал. Например, докато знанията на индивида само влияят върху неговата пазарна (продукти произвеждани за пазара) и непазарна (продукти за домакинството) производителност, капиталът от здраве детерминира общата сума от време, в което може да се произвежда.

Накратко приносът на Гросман може да се обобщи в следните точки:

- Прилага за първи път новата теория за производствената функция на домакинството към здравето и здравната мощ;
- Развива тезата за инвестиционния характер на здравния капитал, като допуска, че амортизацията на човека нараства с времето и пределната стойност на производството на здрави дни също се увеличава;

- Доказва, че хората, които са по-болни, консумират повече здравни услуги и следователно между здравето и здравната помощ има отрицателна зависимост.
- Намира, че еластичността на здравето от здравната помощ се движи между  $I 0,1 - 0,3 I$ , т.е. има нееластичност на здравето от здравните услуги;
- Търси връзката с дохода на индивида – когато доходът нараства, се увеличава паричният еквивалент на пределния продукт на здравния капитал. С други думи, колкото по-висок е доходът на индивида, толкова по-висока е и стойността на получаване на здравите дни;
- Получава данни за негативна нееластичност на търсенето на здравето от дохода на индивида и позитивна еластичност на търсенето на здравна помощ също от дохода;
- Свързва инвестиционния модел с ролята на образованието като форма на човешки капитал. Образованието изменя пределната производителност на човешкия капитал към по-висока. Кривата на търсенето на здраве се измества надясно предимно, защото производството на здрави дни става по-ефективно – с по-ниски разходи;
- Доказва връзката, че по-образованите ще търсят повече здраве, но по-малко здравна помощ. Това е така, тъй като тяхното образование прави по-ефективно производството на здрави дни и намалява разходите за здраве. Това увеличение на здравето, спечелено от по-ефективното му производство, дава стимул на индивида да намали покупките на здравна помощ;
- Оказва силно въздействие върху повечето здравно-икономически изследвания.

Въпреки големия принос на М.Гросман към развитието на здравната икономика, не може да се пренебрегнат и негови грешки и непълноти. Една от най-критикуваните негови тези е допуска-



нето на сигурност за определяне на потребителската стойност на здравето и равнището на амортизация на човека. Също така той опростява връзката между здраве и здравни услуги като не предвижда, че влошеното здраве може да се подобрява и чрез други дейности извън системата на здравна помощ. Не включва и други продукти на здравната помощ освен здравните подобрения, като информираност, усложнения, смърт, медицински документи и др. Моделът носи много от критиките на неокласическата теория за рационалния и добре информиран потребител. Основан е на абстрактното разделяне на ползите от здравето като потребителско и инвестиционно благо, което на практика не винаги е възможно.

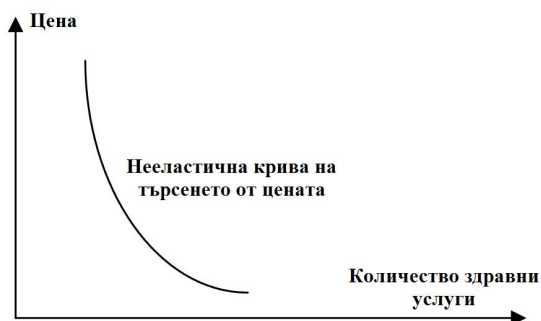
## 2. Търсене на здравна помощ

Сред здравните икономисти все повече се налага убеждението, че прилагането на конвенционалната неокласическа теория за търсенето към здравните услуги води до погрешни изводи. Специфичните характеристики на здравната услуга като наличие на несигурност и информационна асиметрия, имат силно влияние върху анализа на търсенето в здравния сектор.

**Търсенето на здравна помощ** е количеството здравни услуги, което потребителят желае да получи при обръщането му към здравни и лечебни заведения в зависимост от няколко групи независими променливи фактори: *здравни* – състояние на здравето на индивида; *културно-демографски* – пол, възраст, семейно положение, образование, здравна култура ; *икономически* – доход, цени на здравните услуги, цени на техните заместители, цени на допълващи блага, здравно осигуряване, цена на времето на пациента; *вкус и предпочитания* към лекар или здравно заведение; *свързани с предлагането на здравна помощ* – наличие на лекари и здравни заведения, популярност и квалификация, равнище на медицинските технологии и т.н.

**Ключови характеристики** на търсенето на здравна помощ са:

- То представлява междинно търсене, а основното търсене е на здраве;
- Индивидът не е достатъчно информиран за видовете здравни услуги, невинаги е рационален и обикновено зависи от решението и информацията която му предоставя лекарят;
- Целите на търсене на здравни услуги също могат да бъдат различни – освен търсене на здраве, получаване на медицински документ, здравни грижи, разкрсяване, здравни услуги – потребителски блага и др.
- Търсенето на повечето здравни услуги е нееластично от цената и дохода, т.е. коефициентът на еластичност е под 1.



**фиг. 9. Нееластична крива на търсенето от цената**

Нееластичността на търсенето на здравни услуги от цената е доказана от множество емпирични проучвания – посочват се данни за коефициент на негативна еластичност между 0,1 и 0,5 при различни услуги. Две български проучвания в последните години също потвърдиха нееластичността както на търсенето на здравни услуги от цената, така и на търсенето на здравни услуги от доходите.

Възможно е да няма никаква връзка между търсенето на здраве и на здравна помощ. Съществуват редица случаи на търсене на здравна помощ, чиято цел не е здраве. Един от тези случаи е





търсене на здравни услуги заради самите тях като потребителски блага, носещи пряка ползност на индивида. Например търсенето на сестрински грижи от близките на терминално болен, предпочитанието към медицински масаж, тангентор или други приятни процедури. В други случаи здравните услуги се търсят за получаване на медицински документ, за разкрасяване, съдебни цели и т.н.

По-общият вид на индивидуалната функция на ползността при търсенето на здравна помощ ще бъде следният :

$$U = f(X, H, HS, D),$$

където

$U$  – индивидуалната потребителска ползност;

$X$  – множеството от потребителски блага, консумирани от индивида;

$H$  – здравни услуги търсени заради самите тях като потребителски блага;

$HS$  – основното търсене на здравни услуги с цел постигане на здравни подобрения;

$D$  – търсенето на здравни услуги с други цели.

Смисълът в разграничението между различните цели на търсенето на здравна помощ е в специфичния подход към икономическия анализ и разпределението на ресурсите. Например здравните услуги, които се оказват по медицински показания, би трябвало да се третират като по-особен вид икономически блага, отличаващи се с ценност за индивида и обществото и които могат да се предоставят по право. Съответно те би трябвало да се ползват с по-изразена подкрепа на обществото и контрол върху качеството им. Останалите здравни услуги, които се ползват по немедицински индикации не се отличават съществено от частните блага и могат да се разпределят по пазарни принципи.

### **3. Методи за измерване на търсенето на здравни услуги**

За измерване на търсенето на здравни услуги се прилагат различни методи. Основните от тях са три: анализ на здравните по-

□ \_\_\_\_\_  
требности; метод на ефективното търсене или обръщаемостта към здравна помощ; метод „желание да се плати“ за здравни услуги.

**Анализът на здравните потребности** може да предложи само ориентировъчна информация и често може да подведе потребителите на метода. **Първо**, измерването на потребностите, което се извършва чрез анализ на здравно-демографски показатели в статика и динамика, също не е нееднозначно. Например, според социал-медиците потребностите включват както регистрираната болестност, така и нерегистрираната. В здравната статистика обаче се използват само показатели, които се базират на отчети и регистри на здравните и лечебните заведения. **Второ**, има различни източници на оценки за потребностите – на индивида (пациента), експерта (медицински специалист) и обществото. Поради монополната роля на медиците, тяхната роля при определяне на потребностите може да бъде спомагателна. Според добрите практики индивидът с помощта на експерти и обществото чрез своите институции имат еднакво важни роли при определяне на равнището на потребностите и приоритетите.

**Методът на ефективното търсене или на обръщаемостта** отразява регистрираните обръщания на гражданите към лекар и здравно заведение. Методът би трябвало да отчита не само посещенията при които се получават здравни услуги, но и обърналите се, но не получили помощ веднага – например включени в листи на чакащи. За съжаление информация за листи на чакащи невинаги се намира особено в доболничната помощ.

Третият **метод „желание да се плати“** отчита готовността на индивидите да потърсят дадено количество здравни услуги при определена цена при допускането, че помощта е платена. Този метод се прилага чрез анкета на потребители и резултатите от него могат да разкрият формата на кривата на търсенето на здравни услуги при платена помощ. Методът е бил прилаган и в България в рамките на две проучвания на УНСС и илюстрира нееластичността на търсенето на здравни услуги, както и средната готовност за обръщаемост годишно при дадена цена.



#### 4. Лекарят – доверено лице на пациента

Предлагането и търсенето не си взаимодействат в здравния сектор по традиционния за пазара начин. По-точно, обичайните ограничения, които би трябвало да оказва търсенето върху предлагането тук не действат тъй като търсенето на здравна помощ не е автономно. Единствено полезността от подобряване на здравния статус се придобива индивидуално, но във всички други етапи на процеса на вземане на решение за потребление – при оценката на ползата, при оценката на разходите и стойността на необходимите здравни услуги и при вземането на решения *потребителят не действа самостоятелно*.

Всичко това води до анализа на ролята на лекаря като доверено лице, представител на пациента.

Под **функция на лекаря като доверено лице** се разбира ролята му при определяне здравния интерес на пациента и действията, свързани с това.

При характеристиката на здравната помощ като икономическо благо се изтъкна информационната асиметрия между търсене и предлагане – т.е. неинформираността на пациента и информативното въздействие на самата здравна услуга. Потребителят и предлагащата страна стават инициатори на представителната роля на медицинския професионалист, в която лекарят дава специализирана информация за технологичната връзка между здравните услуги и здравето, с което оказва помощ на потребителя да максимизира полезността в своето поведение. Тук трябва да се добави и наличието на несигурност в проявата на някои от ефектите от здравните услуги, включително и възможността за усложнения или даже фатален изход. Тъй като медицината не е точна наука, лекарят доверено лице невинаги е в състояние да предвиди всички възможни ефекти от здравната помощ.



Потребителят (пациентът) не е в състояние да даде оценка на полезността от здравните услуги по много причини. **Първо**, това не може да стане преди консумацията поради липса на предварителна информация или липса на доверие към други съвети. **Второ**, той не може да е сигурен в своята оценка и след потреблението (въпреки възможността за такива случаи) поради факта, че човешкият организъм притежава и потенциал за саморегулация и възстановяване независимо от медицинските средства и методи. **Трето**, някои ефекти от здравната помощ се проявяват след известно време, което също трудно се прогнозира. Следователно потребителят не може да оцени качеството на здравната помощ, т.е. полезността от нея преди и след акта на потреблението.

Ролята на лекаря като доверено лице не може да се отъждестви с нормалните икономически връзки между потребител и посредник. В обичайния случай функциите на полезността на тези две страни са отделни, т.е. потребителят наема посредника да извършва дейности увеличаващи неговата полезност, а полезността на посредника се води от икономическия интерес, т.е. получаване на комисиона. В здравния сектор целите и функциите на полезността на двете страни не могат да се разграничат и отделят. „Посредникът“ действа за пациента в името на общата цел.

За проявата на идеалната функция на лекаря – доверено лице, за да максимизира полезността за пациента е необходимо лекарят да разполага с пълна информация за неговите вкусове и предпочитания, доход, потребителски възможности, професия, други фактори влияещи върху здравето и т.н. И след като синтезира цялата тази информация – да направи най-верният избор от името на пациента.

Основната трудност в анализа на ролята на лекаря като доверено лице на пациента е *високата индивидуалност* на връзката между лекар и пациент. При това тази индивидуалност е двустранна – и по отношение на лекаря и по отношение на пациента. Ето защо е почти невероятно наличието на идеални взаимоотношения между лекар и пациент.



По-често е възможна грубата експлоатация на функцията на лекаря като доверено лице – т.е. лекарите могат да предложат модел на потребление който е изгоден за тях или за здравното заведение, т.е. носи повече приходи.

Това придава допълнителна важност на *етичните норми* на поведение в здравния сектор. Медицинската етика е стандарт за такова поведение на лекаря, който трябва да прави най-доброто за пациента.

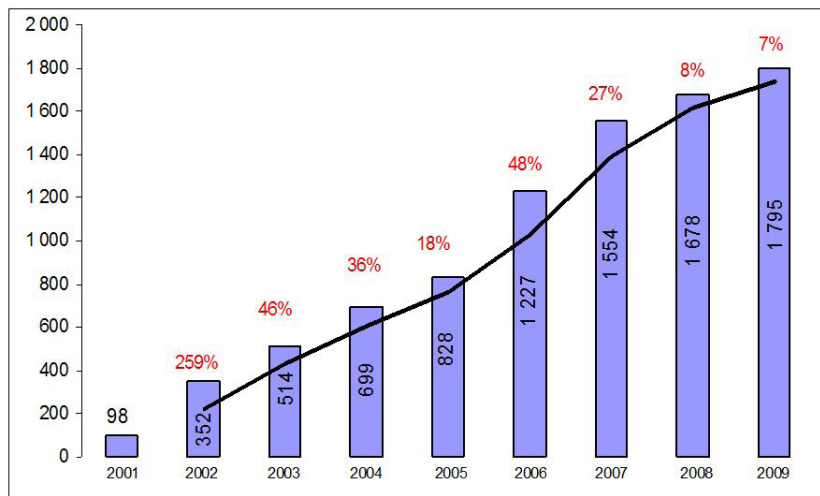
## 5. Търсене, индуцирано от предлагането

Един от начините за анализиране на потенциала за неправилна експлоатация на функцията на лекаря като доверено лице на пациента е изучаването на концепцията за търсенето, индуцирано от предлагането (т.е. лекарите).

Под **търсене, индуцирано от предлагането** се разбира ефектът, при който лекарите като изпълнители на здравни услуги могат да създадат по-голямо потребителско търсене, отколкото ако действат като идеални посредници на своите пациенти. Търсенето индуцирано от лекарите е различно от хиперлечението, което разкрива различието между нужното лечение и действително проведеното. Може да се прояви хиперлечение без данни за индуцирано търсене (например по желание на пациента). Обратно, може да съществува търсене, индуцирано от предлагането, без да има хиперлечение (когато пациентът предпочита да консумира по-малко услуги, а е принуден от лекаря да ползва повече).

Наличието на търсене, предизвикано от лекарите е израз на монополната сила на медицинската професия. В основата на тази концепция стои хипотезата, че отделният лекар цели максимизирането на своя доход. Наблюдава се, когато при увеличение на съотношението брой лекари към население, се увеличава и потреблението на здравни услуги. Друг белег е нарастване на броя на

вторичните посещения (които се правят по искане на лекаря за контрол над заболяването и възстановяването) при лекар. Трети белег е нарастване на потреблението на по-скъпи здравни услуги, което се наблюдава и в условията на българската здравно-осигурителна система. Потреблението на скъпите клинични пътеки нарасна между 15 и 40% в последните години (преди въвеждане на делегирани бюджети на болниците). Може да се твърди, че тенденцията към свръххоспитализъм в българските лечебни заведения посочвана във всички доклади и анализи от въвеждането на НЗОК до 2008-2009 година също е илюстрация отчасти на индуцирано от предлагането търсене на болнична медицинска помощ, както и на неефективността на доболничната помощ (фиг. 10).



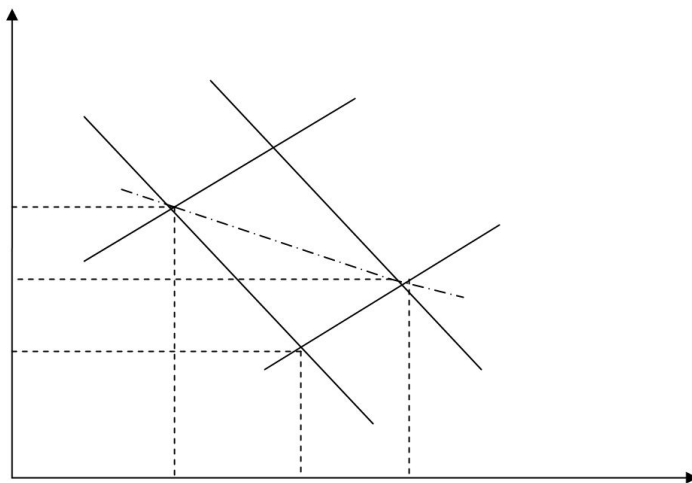
**Фиг. 10. Заплатени средства за болнична помощ**

*Източник: Алманах на НЗОК*

Концепцията за терсенето, индуцирано от предлагането е тясно свързана с методите (системите) на заплащане на здравната помощ. Когато лечебното заведение или лекарите имат изгода от повече пациенти, те са мотивирани да индуцират допълнително търсене и потребление на здравни услуги. Като илюстрация на ин-

дуцираното търсене се приема тезата на Рьомер, че „построеното легло е пълно легло“, която се нарича Закон на Рьомер. Същността на това явление е, че когато има изместване на кривата на предлагането надясно, се наблюдава успоредно изместване на кривата на търсенето също надясно.

Този феномен (индуцираното търсене) е добре известен, но трудно се доказва емпирично. Например Райнхард посочва ситуацията, когато предлагането на лекарите се увеличава при нарастване на техния брой (вж. фиг. 9). Първоначалните криви на търсенето и предлагането са  $D$  и  $S$ . Ако предлагането на медицински услуги се увеличи от  $S$  на  $S'$ , то точката на равновесието ще се измени от  $A$  на  $B$ , допускайки че има конкуренция и не се наблюдава индуцирано търсене. Цената обаче ще спадне до  $P_0$  при увеличено количество на услугите. Ако има индуцирано търсене, тогава кривата на търсенето  $D$  също ще се измести до  $D'$ . Цената се повишава и става по-благоприятна за лекарите (фиг. 11).



**Фиг. 11. Индуцирано от предлагането търсене или ефект на конкуренцията**

Проблемът е, че двата ефекта – изместване на кривата на търсенето вследствие на индукция от предлагащата страна или по-



еластичният характер на кривата на търсенето вследствие на увеличената конкуренция, се разграничават много трудно.

Не винаги причината за индуцирано от предлагането търсене е икономическият интерес. Причината може да бъде чисто професионална – всеки следващ пациент увеличава опита на лекаря и разширява неговата професионална практика. В някои случаи може да има и образователна или експериментална цел.

### **Въпроси за самоподготовка:**

1. Как се дефинира търсенето на здраве и здравна помощ?
2. Кои са основните приноси и критики към модела на Гросман ?
3. Кои са ключовите характеристики на търсенето на здраве и на здравна помощ?
4. Как се обяснява функцията на лекаря като доверено лице на пациента? Приведете примери за етично реализиране на функцията и за неетична практика.
5. Кои са белезите за индуцирано от лекарите търсене на здравна помощ? Коментирайте примери от България.

### **КЛЮЧОВИ ПОНЯТИЯ:**

**Търсенето на здраве (demand for health)** е избраното количество здравни подобрения като функция на различни независими променливи като ниво на възвръщаемост на здравето, очакван доход от труд и цените на здравните услуги.

**Модел на Гросман (Grossman model)** – алгебричен модел характеризиращ търсенето на здраве като инвестиционно благо в рамките на производствената функция на домакинството в зависимост от здравните ресурси, дохода и предпочитанията към потребителски блага.





**Търсенето на здравна помощ (demand for health care)** е количеството здравни услуги, което потребителят желае да получи при обръщането му към здравни и лечебни заведения в зависимост от няколко групи независими променливи фактори: *здравни; културно-демографски; икономически; вкус и предпочитания; свързани с предлагането на здравна помощ.*

**Функция на лекаря като доверено лице (agency relationship)** е ролята му при определяне здравния интерес на пациента и действията, свързани с това.

**Търсене, индуцирано от предлагането (supplier – induced demand)** – ефектът, при който лекарите като изпълнители на здравни услуги могат да създадат по-голямо потребителско търсене, отколкото ако действат като идеални посредници на своите пациенти.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Гладилев Ст., Евг. Делчева, Икономика на здравеопазването, Принцепс, 2009
2. Делчева Евг., Здравният икономикс, изд. „Стопанство“, 1994
3. Делчева Е. и кол., Пазарни и непазарни дефекти в социално-културната сфера, Стопанство, 2000, 196с.
4. Grossman, M., The Demand for Health. National Bureau of Economic Research, Occasional Paper No. 119. New York: Columbia University Press, 1972.
5. Grossman, M, On the Concept of Health Capital and the Demand for Health; Journal of Political Economy, 1972, 80, 2, pp. 223-255.
6. McGuire Al., J.Henderson, G.Mooney, The Economics of Health Care, Int. Library of Economics, London, Routledge & Kegan Paul, 1988
7. Wagstaff A., The demand for health: a simplified Grossman model, J. of Epidemiology and Community Health, 1986, vol. 40, pp. 1-11