

## ПАЗАРЪТ И НЕГОВИТЕ АЛТЕРНАТИВИ В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

След усвояване на материала в тази глава Вие ще можете:

- Да дефинирате пазарите на здравни услуги, здравни осигуровки и фактори пазари;
- Да разкриете особеностите на пазара на здравни услуги;
- Да разграничавате директни от индиректни пазари;
- Да разберете концепцията за провала на пазара в здравеопазването;
- Да се запознаете с потенциалните дефекти на неговото функциониране и с алтернативите на свободния пазар;
- Да осмислите същността на регулирането на пазарните отношения в здравния сектор;
- Да се запознаете с пазарните отношения в здравеопазването на България и начините за тяхното регулиране

### 1. Дефиниране на пазарите в здравеопазването

Разменните отношения са вътрешно присъщи на модерната икономика, включително и на здравеопазването. Пациентите и здравните заведения купуват лекарства и консумативи, клиентите плащат за здравни услуги, работодателите изплащат парична компенсация за вложения труд на наетите от тях медицински специалисти и т.н. Не винаги разменните отношения представляват свободен пазар на ресурсите и произведените блага. Ето защо се налага да поясним смисъла на понятието „пазар в здравеопазването“,



т.е. ще търсим зависимостта му от общите закони на пазара, след което ще акцентираме върху особеностите, породени от природата на произвежданите блага.

**Пазарът в здравеопазването** е част от икономическата система на националното стопанство, в която се възпроизвеждат отношенията по повод на покупко-продажбата на здравни услуги и здравни стоки.

За да използваме понятието „пазар в здравеопазването“ (това важи и за който и да е друг пазар) е необходимо да присъстват следните елементи:

- **Да се извършва стоково-парична или бартерна размяна** между извършителя на здравни услуги или производителя (дистрибутора) на здравни стоки и клиента – индивидуален (пациент, клиент) или институционален (фирми, организации).
- **Цените да са икономически обосновани** и съобразени с пазарните сили.

Като се изхожда от тези елементи, които са залегнали в критериите на Системата за националните сметки, ще преценим като правилна употребата на термина „пазар“ за: фармацевтичната индустрия, частната медицина, козметичните медицински услуги, платените услуги в общественото лечебно заведение, черния пазар на медицински услуги, пазар на труд и т.н. Същевременно, неточно е да се наричат „пазар“ разменните отношения в следните случаи: заплащане на такси за медицински услуги; доплащане за услуги, материали и консумативи; заплащането на труда в обществения сектор; разпределяне на хуманитарна помощ от медикаменти, дарения; здравно-социални дейности оказвани от фондации и други нетърговски организации; получаване на безплатни и частично платими от пациента медикаменти и др.

В горните примери обаче се срещаме с **различни видове пазари**.



Например доставката на медикаменти за болницата се отнася към **факторните пазари** в здравеопазването; търсенето и предлагането на частни медицински услуги е **пазар на здравни услуги**, а **пазарът на частни здравни осигуровки / застраховки** е третият вид пазар в здравния сектор **според вида на продуктите**.

**Според вида на крайния консуматор**, пазарът на частни или платени обществени здравни услуги е **пазар на потребителски блага**, а здравните услуги на трудовата медицина или пазарът на медицинска техника са **пазари на блага с производствено предназначение или инвестиционни пазари**.

**Степента на съвършенство на конкуренцията** в здравеопазването е доста дискутиран критерий за характеристика на пазара в този сектор. Повечето автори считат, че в пазара на здравни услуги е **невъзможна съвършената конкуренция** (аргументите за това са изложени в следващия параграф) и най-често се формират **олигополни или монополни структури**. Някои проучвания върху пазарната дифузия в частния здравен сектор на България след 1991г. (напр. Делчева – 1996, Делчева и кол. – 2000, Делчева, Атанасов – 2007) показват, че местните пазари на здравни услуги се характеризират с висока степен на несъвършенство на пазарните структури не само поради недоразвитост, но и поради присъщата на този вид услуги – монополна сила на медицинското съсловие. Пазарните участници прилагат и различни стратегии за диверсификация (предлагане на вертикално свързани или близки дейности) и насочване, които в условията на смесен пазар водят до формирането на несъвършени пазарни структури в отделни профили на здравната помощ.

**Степента на намеса на държавата** в пазарите на здравеопазването обикновено се приема като критерий за разграничаването на **свободен и регулиран пазар**. На практика, така както и в по-голямата част от социално-културната сфера, не може да се види съвсем свободен пазар на лекарства, на здравни услуги и здравно осигуряване. Например пазарите (доколкото ги има) в здравеопазването на развитите страни обикновено са държавно и съсловно регулирани.



Пазарът на лекарствени продукти у нас също е регулиран пазар, съгласно Закона за лекарствените продукти в хуманната медицина.

**Преобладаващата форма на собственост** е критерий за разграничаването на **частен, обществен** (вътрешен, квазипазар) и **смесен** пазар, в който се конкурират както частни, така и обществени икономически субекти – практики, лечебни заведения, медицински специалисти. Например в Националната здравна служба във Великобритания от 1990г се въведе обществен пазар, наречен още „квазипазар“, в който регионалните здравни администрации купуват (договарят) услуги от публичните здравни институции, които се конкурират включително и по цени (Кулиър, Познет -1990). В България се прилага подобна форма на квазипазар чрез договаряне на медицинската дейност с финансиращия ги орган (напр. МЗ). Пазарът на медицински и дентални услуги в България е смесен, тъй като в него участват обществени и частни клиники и структури.

**Според източника на финансиране** – директно плащане от потребителя или „трета страна“ пазарите на здравна помощ се подразделят на два вида, отличаващи се с различията във финансовите отношения – **индиректни пазари** опосредствани от здравноосигурителен фонд или обществен бюджет заплащащи за услугите и **директни пазари** – лица заплащащи пряко за медицинска помощ.

**Пазарът е приложим в здравеопазването** в смисъла на стокowo-парични отношения, но с много особености и ограничения. Случаите на държавно регулиране (например с намеса на държавата при определяне на пределни търговски надценки или на съсловните организации при определянето на методика за цените на здравните услуги, поставяне на бариери за свободно навлизане в пазара на нови участници, на изисквания за насочване на пациентите към по-високо ниво и т.н) и на квазипазарно ценообразуване (определяне на цени имитиращи пазарни, но непокриващи всички разходи или на фиксирани цени) ще приемем като едни от тези особености и отклонения от свободния пазар. **Съществуват и много случаи на неприложимост на пазара в здравеопазването**, но те ще бъдат специално разгледани в следващи параграфи.



Когато функционира ефективно, пазарът в здравеопазването може да изпълнява **позитивна роля за общественото благополучие** в следните насоки:

- задоволява пазарни потребности на суверенните граждани – например свободен избор на определени медикаменти, на общопрактикуващ лекар, специалист и дентален лекар, на лечебно заведение;
- стимулира дисциплинираност, внимание към пациента и по-висока производителност на труда на медицинските специалисти;
- представлява по-добрата за обществото алтернатива на черния пазар;
- спомага за изграждане на критерии за качество на медицинското обслужване у пациентите и обществото;
- генерира иновации, технологично усъвършенстване и създава по-добър комфорт за пациента ;
- индикатор на слабите места в общественото непазарно здравеопазване и т.н.

**Същевременно пазарът не е панацея или пък водеща конструкция в организирането на здравния сектор.** Причините за това са изложени в следващия параграф.

## **2. Провал на свободния пазар в здравеопазването**

Най-важната характеристика на пазара в разбиранията на икономическата теория е, че той се явява специфичен начин на разпределение на ограничените ресурси (блага) в едно общество въз основа на разпределението на богатството, т.е. на способността на клиента да плати. Това разпределение се осъществява по следния начин. Предлагането се ръководи от ценовия сигнал (указващ равнището на цените), който пък отразява търсенето на консуматори-

те. В крайна сметка ресурсите ще се насочат към производството на търсените от обществото блага.

В икономиката обикновено се изхожда от **идеалната форма** на пазарна структура – **съвършената конкуренция**, при която са спазени следните изисквания на **свободния пазар**: много на брой независими производители и потребители; наличие на прозрачност и информираност за състоянието на пазара; еднородност на предлагания продукт; свободен достъп за нови участници; свободно ценообразуване и др. На таблица 4 са представени изискванията на свободния пазар и проблемите за тяхното спазване в здравеопазването.

**Таблица 4. Изисквания на свободния пазар и проблеми за тяхното прилагане в здравеопазването**

Изисквания на свободния пазар при съвършена конкуренция	Проблеми за тяхното прилагане в здравеопазването
1. Добре информиран, рационален и независим купувач.	1. Слабо информиран, нерационален и зависим пациент
2. Много независими и конкуриращи се продавачи, от които никой не влияе силно върху цените.	2. Някои видове здравна помощ се оказват от монополни и олигополни структури. Финансовите органи ограничават икономическата свобода.
3. Предлага се хомогенен продукт.	3. Здравните услуги са разнообразни, трудно се дефинират и лесно се диверсифицират.
4. Цената се заплаща от потребителя	4. Цената се заплаща от трета страна в повечето случаи.
5. Цената се определя свободно от пазарните сили.	5. Цените обикновено са фиксирани или силно регулирани. Наличие на непазарни (публични) услуги.
6. Свободен достъп до пазара за нови участници; свободно преливане на ресурси.	6. Разрешение за практикуване в рамките на съсловието; ресурсите са специализирани.



Свободният пазар на здравни услуги не може да функционира така, че да се спазват всички основни изисквания за успех. Ето защо в икономиката на здравеопазването е доказана **„концепцията за провала на пазара в здравния сектор“** (провал на свободния пазар). Проявите на този провал се дефинират и като **„пазарни дефекти“**.

Според Ч.Улф-младши (един от най-новите теоретици на пазарните и непазарните дефекти) **пазарните дефекти** представляват причини за отклонения на функционирането на свободния пазар от критериите за **ефективност** (способността на пазара да осигурява не само количествено развитие, но и качествено обновяване на продукцията, технологично развитие и усъвършенстване на организациите при най-малкото възможно равнище на разходи) и **справедливост** (способността на пазара да осигурява равномерно разпределение на богатата в обществото).

Могат да се изтъкнат следните **пазарни дефекти** в здравеопазването:

- **Информационна асиметрия**

Най-същественото отклонение от ефективното функциониране на свободния пазар в здравеопазването е наличието на информационна асиметрия между продавач и купувач, което води до зависимост от предлагащата страна. Това отклонение се дължи на самата **природа на здравната помощ като икономическо благо**.

Здравната помощ е източник на информация за пациента, който не е добре информиран за своето състояние и не знае точно какви здравни услуги са му необходими. Пациентът действа в състояние на несигурност за времето, в което може да възникне здравен проблем, начините на неговото третиране, прогнозите и шансовете му за оздравяване. Рационалният избор на пациента (което изискване е основно в пазарната теория) често пъти е невъзможен поради наличие на болка, стрес, загуба на съзнание и т.н.

Тези особености на икономическото благо „здравна помощ“ **предопределят доминантата на предлагането**. Пациентът добро-



волно се обляга на мнението на лекаря, който действа като негово **доверено лице** и в негова полза. Следователно тук се нарушава най-важното изискване на свободния пазар за неговото ефективно функциониране – независимост между търсене и предлагане. Много научни публикации и контролирани експерименти доказват, че когато лекарят получава доход, детерминиран от пазара, той умишлено **„индуцира търсене“**. Това от своя страна води до инфлация на здравните разходи, която е сериозен макропроблем за много икономики. Ето защо в **почти всички развити страни здравеопазването е един силно регулиран отрасъл с доста ограничителни и регулатори на пазара.**

● **Публични блага и блага с външни ефекти**

Някои видове здравни дейности се отнасят към категорията **публични блага** (с неделим ефект за отделните потребители) като например обществената профилактика, или към категорията блага, които оказват значими **външни ефекти** (ефекти върху други лица, които не участват пряко в консумацията) като например лечението и профилактиката на инфекциозните заболявания. В тези случаи пазарът няма стимули за производството на достатъчно такива блага, защото потребителите не могат да разберат и оценят всички ползи и необходимостта да ги купуват.

Наличието на значими външни ефекти при производството на здравни услуги означава, че държавата трябва да подкрепя и контролира дейностите с цел да се генерира по-високо обществено благополучие. **Следователно самата природа на здравните услуги обуславя държавна намеса и ограничава пазарното функциониране.**

● **Вертикална интеграция**

Друга причина за отклоненията от представата за свободния пазар в здравеопазването е наличието на **технологичните връзки на вертикална интеграция в отрасъла.**

Например общопрактикуващият лекар изпраща пациента за консултация до по-високо ниво – специалист в даден профил. Или





пък го насочва за хоспитализация в зависимост от естеството и сложността на случая. Връзките на вертикална интеграция (по йерархия на системата за оказване на медицинска помощ) са отклонение от свободния пазар, в който индивидът сам трябва да избере къде да отиде.

### ● Несъвършена конкуренция

Конкуренцията е ограничена не само от наличието на **малко на брой извършители на даден вид услуги** (например сърдечна хирургия, ангиографски методи, компютърна томография и др.), но и от високата степен на **индивидуализация на медицинския труд**. Например медицинският специалист може лесно да внуши, че е незаменим в определена област.

### ● Здравно осигуряване

Друга причина за невъзможността от свободно функциониране на пазара е намесата в много страни на **здравното осигуряване** като начин за ограничаване на финансовия риск за пациентите в условията на платени здравни услуги.

Включването на частно или обществено здравно осигуряване означава, че се засилва контрола върху обема, качеството и цените на здравните услуги. С неговото участие се променят параметрите на стоково-паричната размяна. В нея вече не действат само типичните две страни – купувач и продавач. Тук се намесва и **трета страна**, която плаща на извършителите на здравни услуги или възстановява направени разходи на осигурените лица. Това означава, че цената престава да бъде бариера за пациента и търсенето може да реагира с ненужни обръщения към здравни заведения.

### ● Фундаментално гражданско право

Причина за ограничаване ролята на свободния пазар в здравеопазването е възприемането на здравната помощ в някои страни като фундаментално **гражданско право на всеки индивид**. В този случай здравната помощ се предоставя предимно безплатно на населението.



Например водещ принцип в Стратегията на СЗО „Здраве за всички“ е този за равенството (равни възможности за достъп до здравна помощ). В Конституцията на България (чл. 52, ал.1) също е декларирано безплатно ползване на медицинско обслужване при условия и по ред, определен със закон. Законът за здравното осигуряване въвежда обхват на достъпната медицинска помощ и гарантиран пакет от здравни услуги по задължителното здравно осигуряване.

**Напълно свободният и конкурентен пазар е неприложим като единствена форма на икономическа организация за здравеопазването, тъй като не може да произвежда всички необходими видове здравни услуги и продукти и да повишава общественото благосъстояние. И най-свободният пазар на здравни услуги е смес от пазарни и непазарни отношения, които са вътрешно присъщи на този сектор. Под пазар в здравеопазването се разбира предимно регулиран пазар.**

### 3. Последици и алтернативи на свободния пазар

Теоретичният анализ на функционирането на свободния пазар в здравеопазването, както и практиката на редица страни доказват възникването на потенциални и реални пазарни дефекти, които влошават общественото благополучие. По-съществените **последци** от пазарните дефекти в здравеопазването са:

- инфлация на здравни разходи за сметка на други обществени дейности,
- непълно покриване на здравните потребности (предлагат се предимно печеливши и по-лесни за изпълнение услуги),
- превес на лечебните над профилактичните и здравно-укрепващите дейности,
- увеличаване на неравенството и трудности в достъпността до здравна помощ в зависимост от доходите,
- загуба на човешки капитал и обществен потенциал.



При наличието на емпирични и теоретични доказателства за неблагоприятни последици от свободната пазарна форма на организация в здравеопазването се стига до извода, че трябва да се търсят алтернативни решения за гарантиране на общественото благополучие. Те се различават по формата на държавна намеса и съотношението между пазара и държавата.

**Алтернативите на свободния пазар** на здравни услуги са:

- Непазарно обществено производство
- Квазипазар в обществения сектор на здравна помощ
- Обществени покупки на частни здравни услуги и стоки
- Трансфер на доходи
- Регулиран смесен пазар с частни и обществени пазарни субекти

В някои страни се развива като основна алтернатива на свободния пазар – **непазарното обществено производство** на здравни услуги. В него държавата (респ. и общините) е собственик, а обществените бюджети са основен финансов източник. Произведените блага придобиват публичен характер и се разпределят главно по критерия за справедливост и равни възможности.

Според някои възгледи за доминирането на принципа за социалната справедливост (в аспекта на равенството) всички здравни услуги или поне най-фундаменталните и важните за нацията трябва да са обект на обществено и непазарно производство. Този възглед е рядко срещан в съвременната здравна политика в развитите страни, в които се прилагат по-нови и по-удачни алтернативи. Всички страни със здравни системи тип Семашко, както и българската здравна система бяха изградени въз основата на този възглед, но в условията на продължителна рецесия стана невъзможно да се поддържат от обществените финанси. Очевидно е, че са необходими алтернативни пътища за финансиране на здравеопазването, като единствено изграждането на система на задъл-



жително здравно осигуряване запазва действието на принципа за равенство, като позволява и прилагането на редица пазарни отношения – конкуренция между лекари, лечебни заведения, въвеждане на цени на здравните услуги, повишаване на индивидуалната отговорност към здравето и т.н.

Според други съвременни представители на икономическата теория общественото непазарно производство е адекватно само в случаите на производство на чисти публични блага (които имат неделим ефект за обществото), блага с големи външни ефекти, блага с високи производствени разходи, достойни блага (с по-висока стойност за цялото общество, отколкото за индивида), неотложни блага. В този смисъл обществената профилактика, спешната помощ, профилактиката и лечението на инфекциозни заболявания, скъпо струващи активи и дейности, лекарства за хронични и тежки заболявания могат да се предоставят непазарно и осигуряват от държавата.

Във всички останали случаи общественото непазарно производство не е необходимото условие за гарантиране на общественото благосъстояние. Още повече, че при него също се отчитат голям брой **непазарни дефекти** и **неблагоприятни последици** за обществото като например:

- бюрокрация
- корупция и черен пазар
- незадоволени потребности
- недоволство у населението
- неспособност за ефикасно мотивиране на здравния персонал и т.н.

В съвременната икономическа практика и теория на публичния сектор навлизат все повече междинни форми на косвена държавна намеса и алтернативи на свободния пазар и на общественото производство. Именно тези нови алтернативи се разглеждат в теорията като **нов мениджмънт на публичната сфера**.



**Новият мениджмънт в обществения сектор на здравеопазването** представлява система от пазарно ориентирани подходи за управление на ресурсите и институциите.

В последните десетилетия при реформирането на обществените здравни системи на някои страни (Великобритания, Швеция, Испания и др.) се приложи нова форма на икономическа организация и отношения в обществения сектор на здравеопазването – квазипазар (вътрешен пазар или обществена конкуренция). Тя е израз на новия мениджмънт в обществената сфера на здравеопазването

**Квазипазарът** или вътрешният пазар е имитация на пазарен механизъм в обществения сектор.

Той се основава на договорна система между държавния или общинския орган като възложител и финансов източник и общественото здравно заведение като изпълнител и контрактор. Задължително условие е наличието на конкуренция на оферти или между възможни изпълнители. При договорната система се разпределя риска между възложител и изпълнител (докато при класическото обществено производство рискът е изцяло на държавата или общината). Изпълнителят поема риска от допълнителни разходи в резултат на неспазване на контракта или слабости в процеса на изпълнението му. В договора се предвиждат показатели за обем извършена дейност, качество, време, място и други. Повечето изследвания показват, че квазипазарите редуцират обществените разходи с 20–30% (Браун и Джаксън – 1998).

**Механизмът на действието на квазипазарите в здравеопазването** включва следните елементи :

- Разбиване на монопола на медицинското съсловие чрез формиране на две страни – продавач–лекарят и купувач–държавата, общината или здравноосигурителна институция. Купувачът купува услуги вместо обслужваното население.

- Конкуренция между кандидатите за договор.
- Сключване на договор.
- Поетапно отчитане на разходите по оказваните услуги, разбирани като „цена“ на услугите. Така се определят субсидиите и плащанията за покриване на част от разходите.
- Одит на здравната организация (наричан още „стойност за пари“ или value for money), който показва пред обществото, че парите на данъкоплатците са ефективно и целесъобразно изразходени.

В много случаи квазипазарите прерастват в други форми, които стоят по-близо до класическия пазар, но също функционират при обществено финансиране. За разлика от типичния квазипазар в публичната сфера при тях се сключват договори с частни производители на здравни услуги. Към тези алтернативи отнасяме **обществени покупки на частни стоки и услуги** (например обществени търгове за доставка на медикаменти или държавни/общински поръчки на частни здравни услуги) и **трансфер на доходи** чрез социални и здравни програми и фондове (например финансиране на здравната помощ на неосигурени лица в неравностойно положение или на осигурени лица чрез преразпределение на средства от данъци или осигурителни вноски към изпълнители оказали услугите). Тези две алтернативи на свободния пазар и на общественото производство имат това предимство, че обединяват общественото финансиране (което е необходимо за увеличаване на позитивните външни ефекти от здравните услуги) с потенциала на частното производство, което според икономическата теория е по-ефективно. Освен това те се прилагат при конкурентни отношения между участниците в търг, конкурс или потребителите на трансферни доходи.

Друга алтернатива на свободния пазар в здравеопазването е **регулаторният смесен пазар**, в който се конкурират обществени и частни изпълнители на здравни услуги. Този вид пазар може да се приложи в комбинация с обществените покупки и трансфера на доходи, които форми осигуряват общественото финансиране



на здравната помощ от даден вид. Среща се и регулиран частно-обществен пазар на здравни услуги и здравни стоки, заплащани директно от пациентите и други клиенти. Например тази икономическа форма се прилага в България в търговията с лекарствени продукти. В условията на здравно осигуряване тя се въвежда и при предлагането на здравни услуги, предмет на доброволно здравно осигуряване или извън пакета от дейности по задължителното здравно осигуряване.

При решаване на сложната дилема кои форми да се предпочетат за производството на здравни услуги надделява мнението, че е по-удачно да се прилагат съчетания от квазипазари, регулирани пазари, обществени покупки на частни здравни услуги и стоки или трансферни програми и фондове за защита на нуждаещи се лица в здравния сектор.

Но както посочва Ч.Улф–младши „Изборът между пазар и държавна намеса е избор между две несъвършени алтернативи“. Намесата на държавата чрез различни форми на регулиране и прераспределение или чрез производство на здравни услуги може да бъде също така несъвършена и да предизвиква т.н. непазарни дефекти. **Следователно всяка неправилна форма на регулиране или държавна намеса също може да предизвика дефект и да влоши общественото благополучие.** Добрата система трябва да съдържа гаранции за системен и независим от държавата и съсловието контрол и оценка на икономическите решения в здравеопазването от гледна точка на последиците им върху засегнатите страни.

#### 4. Регулиране на пазарните отношения в здравеопазването

Под **регулиране** се разбира въздействие на държавата или делегиран от нея орган върху предлагането, търсенето и цените на здравните услуги и стоки чрез определени изисквания, норми, критерии, ограничители и други.



Регулирането може да бъде **икономическо** (когато се осъществява чрез икономически регулатори като цени, данъци, такси и др.) и **административно** (например забрани, разрешителен режим и т.н.) според средствата, с които си служи. По признака „обект и начин на регулиране“ се разграничават **косвено регулиране**, което е съзвучно с пазара (осъществява се чрез създаване на икономически условия и без директна намеса в ценовия механизъм и върху пазарните сили) и **пряко регулиране**, което е несъзвучно с пазара.

Според признака „субект на регулиране“ в здравеопазването се прилагат най-често следните видове регулиране:

- **Държавно (общинско) регулиране** – осъществявано от държавата и нейните централни и териториални органи, или от общините. В прехода към смесена икономика и по-пазарно ориентирана социално-културна сфера е необходимо да се **ограничават административното и прякото регулиране**, за сметка на **разширеното присъствие на косвеното икономическо регулиране**, което е по-ефикасно и съзвучно с пазарната организация.

В здравеопазването се срещат както косвеното, така и прякото държавно и общинско регулиране. Това важи също и за икономическото и административното регулиране. Например данъчни преференции и нисколихвени кредити за лечебни заведения се отнасят към косвеното икономическо регулиране. Освобождаването от мита на вносни лекарствени продукти и консумативи е също проява на косвеното икономическо регулиране, което създава подобри условия за здравеопазването. Въвеждането на разрешителен режим за разкриване на болнични заведения обаче е вид пряко административно регулиране от държавата с цел да се защитят потенциалните пациенти от случайни и некоректни участници на пазара. Изискването за пределни търговски надценки на търговците на едро и дребно на лекарствени продукти е също пряка форма, но на икономическо държавно регулиране. Този вид регулиране е несъзвучно с пазара, тъй като отменя свободното пазарно ценооб-





разуване, но може да се приеме като израз на държавната защита на потребителите (индивидуални и институционални) при нееластично търсене от цената.

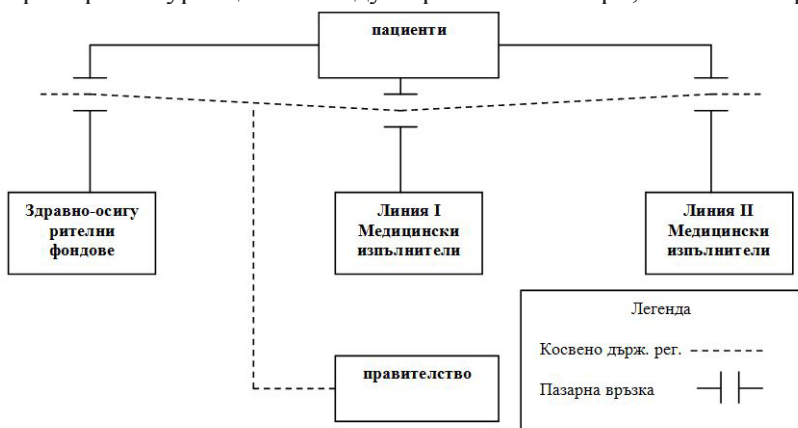
- **Регулиране от здравното осигуряване** – осъществява се от обществени и частни осигурителни организации. Обикновено се изразява в контрол над цените, количеството и качеството на здравното обслужване. Страната на търсенето – осигурените лица също е подложена на регулиране от гл. т. на ограничения за осигурително покритие, цени и такси, избор на лечебно заведение и т.н. Националният рамков договор е израз на осигурителното и съсловното регулиране.
- **Съсловно регулиране** – реализира се от съсловните организации на медицинските специалисти. Произтича от делегирането на права за самоуправление от правителството на медицинските професии, което е честа практика в демократичните държави. Например форми на съсловно регулиране са разрешаване и контрол над медицинското практикуване, приемане и контрол на изпълнението на нормите на медицинската етика. Много често се практикува и делегирането на права по ценообразуване на здравните услуги на съсловните организации, но тези цени се приемат в резултат на договаряне с финансовите органи и представители на правителството или здравноосигурителните фондове.
- **Регулиране от организации на пациентите** – това е нова тенденция, характерна за развитото гражданско общество на индустриалните страни. Този вид регулиране се изразява в поставяне на изисквания за по-добра социална и здравна защита и разширяване на осигурителното покритие на различните групи пациенти. В много страни действат разнообразни неправителствени и нетърговски организации като например на болните на хемодиализа,



на трансплантираните, на инвалидизирани лица, на диабетно болните, на раково болните и т.н.

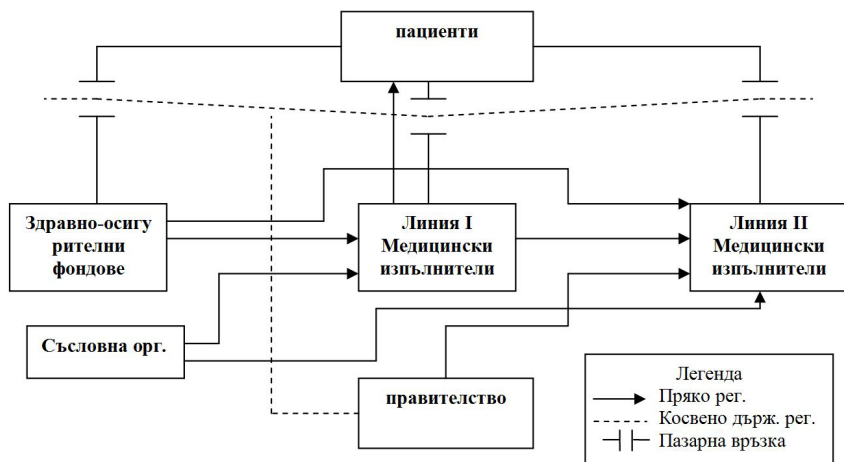
- **Саморегулиране** – от самите медицински специалисти, чиито етични норми служат като морален ограничител на техните действия. От друга страна по силата на вертикалната интеграция медицинските специалисти извършват контрол върху действията на предното звено в технологичния процес и могат да изправят редица дефекти.

На фиг. 13 и 14 са представени видовете пазарни и непазарни отношения (регулиране) в свободен хипотетичен пазар и в реален пазар на частни медицински услуги по Р. Еванс -1981. Пролічвава, че и в максимално свободния, но реален пазар на частни медицински услуги се вместиат множество непазарни връзки като: държавно субсидиране (инвестиции) и регулиране на болниците и други структури от втора линия.; индуциране на по-голямо търсене от първичните лекари; съсловно саморегулиране; влияние на първичните лекари върху звената от втора линия и регулиране от здравно осигурителните фондове. В повечето страни с национално здравно осигуряване, но с използване на отделни пазарни елементи (като например конкуренцията между първичните лекари, смесен пазар)



фиг. 13 Свободен хипотетичен пазар на частни медицински услуги (косвено регулиране чрез общите данъчни условия)

се включват и много други видове регулативни непазарни връзки предимно от осигурителната система, държавата и общините.



фиг. 14. Реален пазар на частни медицински услуги (косвено и пряко регулиране)

## 5. Пазарна трансформация в здравеопазването – емпирични данни и тенденции

### 5.1. Тотална пазарна ориентация в лечебната помощ

Новото законодателство (Закона за здравното осигуряване, Закона за съсловните организации и Закона за лечебните заведения), прието през 1998 и 1999г. трасира пътя на една радикална и необходима реформа в здравеопазването на България. Трансформацията в собствеността върху лечебните заведения и включването на здравноосигурително заплащане по договор на извършените разходи разкриват възможността за изграждане на широк регулиран пазар между обществени и частни пазарни субекти. В държавните и общинските заведения и бюджетните организации се въвеждат квазипазарни отношения по пътя на договарянето с финансовия източник за извършена обем дейност и качество на услугите.



В асортимента на видове пазарни отношения запазва своето място и директният пазар на частни медицински услуги и здравни стоки без възстановяване на разходи.

Съществуват **няколко съществени разлики** между търговските и пазарни субекти по Закона за лечебните заведения и всички останали пазарни субекти по Търговския закон. **Първо**, лечебните заведения нямат право да извършват друга стопанска дейност освен пряко свързаната с предмета на тяхната дейност. **Второ**, конкуренцията се води не по пазарен дял и оборот, а по брой привлечени пациенти. **Трето**, цените по които се заплащат извършените здравни услуги се договарят между съсловни организации като представляващи страната на предлагането и НЗОК, представляваща страната на търсенето поради което те не съдържат печалба. **Четвърто**, финансирането обикновено е от „трето звено“ – НЗОК, МЗ, община, което разширява пазара.

В периода на здравна реформа в България се разграничиха ясно директни и индиректни пазари на здравни услуги. Директните пазари включват регламентирани и неформални пазарни отношения. Индиректните пазари се диференцират от своя страна на три отделни субпазара – на задължително осигурени лица, на доброволно осигурени лица и пазара на неосигурени лица с право на бюджетно субсидиране и социално подпомагане (фиг. 15).

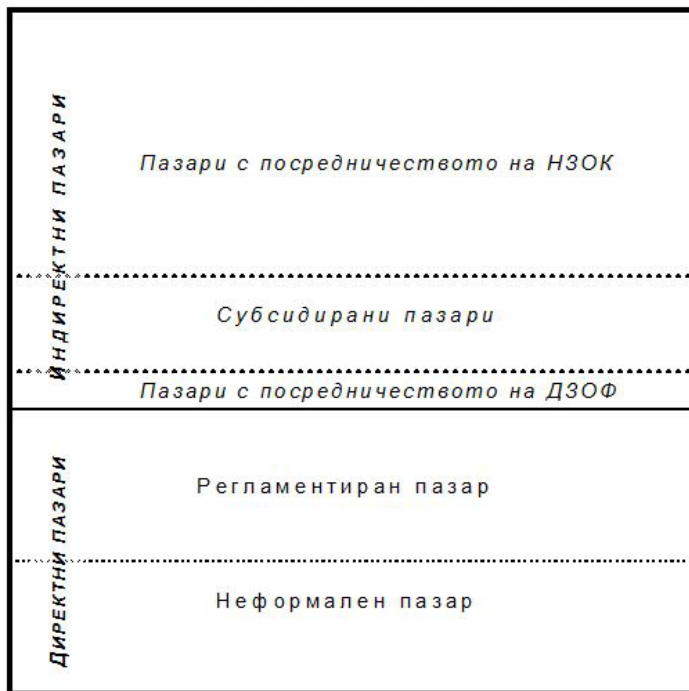
Индиректният пазар на лица с право на бюджетно субсидиране и подпомагане е формиран в резултат на прилагане на нов мениджмънт в държавното регулиране през последните години. Той от своя страна също е нехомогенен и се подразделя в зависимост от финансовия източник на : пазар финансиран от МЗ, от общините и от МТСП от което се заплаща за здравни услуги по цени на НЗОК за неосигурени лица отговарящи на определени социални критерии и за неосигурени родилки.

Общото във всички видове пазарни отношения е наличието на размяна здравна услуга / медицински продукт – парична цена,



независимо от това кой заплаща цялата цена или част от нея. Все повече се прилагат квазипазарни форми и в субсидираните от държавата и общините дейности. Поради това може да се използва термина „субсидирани пазари“ за тези дейности, при които се прилага нов публичен мениджмънт – договаряне на бюджети или финансиране на база дейност.

#### ВИДОВЕ ПАЗАРИ НА ЗДРАВНА ПОМОЩ



Фиг. 15. Видове пазари в здравния сектор

### 5.2. Пазарни несъвършенства

Проучване на Катедра „Управление на социално-културните дейности“ в УНСС потвърди хипотезата за пазарни несъвършенства във всички видове пазари в България в периода 1999–2006 г.



От страната на предлагането на здравна помощ финансирана от НЗОК или други финансови органи доминират структури на **монополистична конкуренция** в доболничната помощ и **олигополни структури** в болничната помощ. В „квазипазара“ на НЗОК и съсловните организации е изграден аналог на **билатерален монопол**, уравнивяващ двете икономически сили. В обществено финансираните пазари се прилагат икономически незначими цени, които водят до дългове и дисфункции.

### 5.3. Дисбаланс между търсене и предлагане

Предлагането на медицинска помощ се развива екстензивно (свръхосигуреност с лечебни заведения) с много високи темпове през последните 5-6 години, но търсенето (възможността да се плати за здравните услуги) е твърде ограничено от макроикономическите рамки и споразуменията с МВФ, както и от ниските доходи на домакинствата. Достъпът на много хора е затруднен поради ценови и неценови бариери, здравните потребности нарастват, но не намират достатъчно покритие от осигурената здравна помощ.

### 5.4. Доминират обществено финансираните пазари

Доминиращият пазар в здравеопазването (по брой участници) е **индиректния пазар с финансовото посредничество на НЗОК**. Разпокъсаната конкурентна сила на милионите осигурени лица, слабата им информираност и нерационалността на болния човек се нуждаят от защитник и обединител – НЗОК, която е предназначена да отстоява техните интереси и да дава отпор на присъщия монополизъм и несъвършените пазарни структури от страната на предлагането. Законодателят обаче подпомага картелизирането на изпълнителите на медицинска помощ в две съсловни организации със задължително участие, с което се намаляват обществените предимства на моносонното образование в задължителното осигуряване и често пъти пазарът се диктува от интересите на лекарите.



Вторият по брой участници (около 58% от населението) пазар е на **директните плащания от потребителите**. Една значителна част от директния пазар са нерегламентираните плащания от пациентите, които присъстват както в обществения, така и в частния сектор.

На трето място по разпространение са **индиректните субсидирани пазари** с финансовото посредничество на МЗ, МТСП и общините. Те са продукт на новия публичен мениджмънт при държавната регулация на блага с големи външни позитивни ефекти (психиатрична помощ, диспансерно наблюдение на социално значими заболявания), както и за социална здравна защита на неосигурени лица.

На последно място (с около 1% от населението) в настоящата структура на пазарната организация в здравеопазването се намира **най-младия индиректен пазар – с посредничеството на дружествата за доброволно здравно осигуряване**. Неговият обем е незначителен (под 1% от общите здравни разходи), което го прави допълнителен източник на финансиране. Нарастващите директни плащания от пациентите и неудовлетвореността от обществено заплатените здравни услуги фокусират вниманието към този пазар с оглед на по-масово бъдещо развитие. При него се наблюдават нарастващи темпове на търсене и предлагане, както и на конкуренция между дружествата.

## 5.5. Приоритет на косвеното регулиране

Субектите за регулиране на възможните пазарни алтернативи са всички известни и описани вече източници на регулативни дейности. Основните **средства за регулиране** съгласно Закона за лечебните заведения са косвени – стандарти, които служат за гарантиране на минимално необходимата мрежа за задоволяване на здравните потребности и приоритети и за осигуряване на качеството на медицинската помощ. Сред тях по-важни са следните:

- **Национална и регионални здравни карти** – разкриват потребностите от здравна помощ от различен вид, нацио-



налните или регионални приоритети и възможностите за оказване на здравна помощ от частни и обществени заведения. Националната здравна карта съдържа минимално и максимално необходимия брой здравни заведения и техния капацитет, с които НЗОК ежегодно сключва договори по Закона за здравното осигуряване.

- **Дефиниране от държавата** на основен пакет здравна помощ гарантиран от бюджета на НЗОК, списък от заболявания за които НЗОК и МЗ заплащат изцяло или частично лекарства и други продукти, позитивен лекарствен списък и т.н.
- **Акредитация** – процес на оценка на възможностите за осигуряване на качество на извършваните услуги и обучение на студенти и специализанти в лечебните заведения. В критериите и показателите по акредитацията се включват структурата и организацията на дейността на лечебното заведение; необходимото оборудване; квалификация на персонала; както и стандартите за качество на медицинските услуги.
- **Правила за добра медицинска практика** – приемат се от съсловните организации и служат като морално-етично мерило на здравната дейност.

### Въпроси за самоподготовка:

1. Как ще коментирате причините за по-доброто пазарно присъствие на частните стоматолози в България съгласно цитирания текст? Има ли регулиране на този пазар и ако не – кои форми и видове трябва да се развият?

*Частният сектор в здравеопазването се развива неравномерно по отношение на дейностите и услугите, които се предлагат и търсят при еднаквост на общите макроусловия. Напри-*





мер най-интензивно се развиха стоматологичните услуги. Отговор на въпроса ЗАЩО може да ни подсказже икономическата теория. Причините могат да се подразделят на: обективни (неуправляеми от самите извършители) и субективни (целенасочено създадени).

Обективните причини в случая превалят в общата съвкупност от детерминиращи явления. Сред тях най-важните са:

- Наличието на по-малко заместители (алтернативни продукти и услуги за задоволяване на потребности от стоматологична помощ);
- По-слаба зависимост на стоматологичните услуги от допълващи продукти (напр. лекарстволечение);
- По-голяма адекватност на стоматологичната услуга за пазарно предлагане (например по-малко външни ефекти върху други хора и организации, по-ясна осезаемост и оценка на ползата от стоматологичната интервенция върху индивида, по-слаба интегрираност на отделния стоматолог с други специалисти и т.н.);
- Значително недофинансиране на обществената стоматологична помощ, което намалява конкурентната сила на обществения сектор.

Освен обективните причини за по-доброто развитие на частните стоматологични услуги действа много активно и една субективна причина, инспирирана от самите стоматолози (повечето от които работят в двата режима – безплатен и платен) – целенасочено ограничаване на капацитета на безплатния режим, несвоевременност, непълнота на обществената здравна помощ.

Някои от посочените причини обуславят по-добрите пазарни позиции на редица медицински услуги (висококвалифицирани консултации, диагностика). В много случаи обаче се наблюдават предимно неетичните въздействия от страна на медицин-

ските специалисти и принуждаване на болния човек да ползва „предимствата на частния сектор“. Все пак това явление според анкетни проучвания и лични наблюдения не е така разпространено и така негативно както паралелните (неформални, черни) пазарни отношения в общественения сектор.

**Делчева Е., Пазар на частни здравни услуги в България: социално-икономически аспекти, нац. семинар Частната медицинска практика в България, януари 1996 г.**

2. Характеризирайте пазара на дребно на лекарствени средства в България в периода 1991-1994г по данни от следния откъс:

Чрез изчерпателно проучване, обхванало всички столични аптеки през годините 1991-1994 в условията на новия преход към пазарна икономика се установява динамика на тяхното развитие. Близо три пъти нараства броят на действащите аптечни заведения в столицата, което се дължи на бързоразвиващия се частен сектор. Процентът на държавните аптеки спада от 88,0 до 15,8 през 1994 г. като останалите 84,2% от аптеките са частно притежание.

Независимо от големия брой на действащите аптеки в София в момента се установяват значителни диспропорции в плътността на аптечната мрежа в отделните столични общини при среден показател за София – 4,94 аптеки на 10 000 души население. Плътността варира от 651 души на аптека в община Възраждане до 4350 души в община Студентска.

Интересна е установената промяна в съотношението между столичните аптеки за готови лекарствени форми и за екстемпорални лекарствени форми. За разлика от предишния период значително преобладаващ е вече броят на аптеките за готови лекарствени форми – от 27% през 1990г те достигат до 65% в момента.

Установено е, че 46% от действащите аптеки в София са собственост на фармацевти и 54% – на непрофесионалисти,



което затруднява осъществяването на ефективен контрол върху дейността на аптечните заведения и снижава качеството на извършваните от тях дейности.

**Бонева Цв., Някои пазарни характеристики на фармацевтичното обслужване в столицата (1878-1994), в Социално-културният пазар: предизвикателствата на прехода, Унив. изд. Стопанство, 1997**

3. Как ще коментирате долуизложените идеи на Ч.Улф-младши за несъвършенствата на пазара на медицински услуги в САЩ? Как трябва да се предпази пазара от такива дефекти? Считате ли, че и българският пазар на медицински услуги страда от подобни несъвършенства?

*Пазарът на здравни услуги е особено богат на несъвършенства, които налагат високи разходи и неефективност в икономиката. Парадоксът е в това, че някои от тези несъвършенства са на практика резултат от засилените се опити предоставянето на здравни услуги да се превърне в обект на действието на характерните за един конкурентен пазар сили. Например увеличаването на източниците на конкуренция при лабораторните и други допълнителни услуги доведе до нарастването на броя на практикуващите лекари, придобили дялово участие във фирми, предоставящи такива медицински услуги. От своя страна самите лекари препоръчват на клиентите си именно тези фирми. Става въпрос за диагностични лаборатории, рентгенологични центрове, амбулаторни клиники и хирургически центрове, терапевтични центрове, отделения за диализа и други подобни. Ясно и съществено е, че в тези случаи – когато лекарите действат едновременно като търсещи и предлагащи услугите – ще се породят конфликти на интереси. При това положение се насърчават по-високите разходи за здравеопазване и прекомерната*

употреба на тези помощни услуги, тъй като самите лекари извличат, макар и косвено финансова изгода от този процес.

Един от подходите за преодоляване на този тип пазарен дефект, наречен от критиците му „опасност от предприемчивост“ в сферата на медицината е да се призват самите лекари да се придържат към професионалната етика като средство за ограничение на тази практика. За скептично настроените към този подход държавната намеса също може да изиграе важна роля. Например калифорнийските закони изискват от лекарите да декларират всичките си финансови участия във фирмите на диагностични услуги на свободен достъп, в които те изпращат клиентите си. В местния законодателен орган бяха обсъдени и мерки за забрана на насочването на клиентите към такива фирми независимо от декларирането, но не бяха приети.

Разбира се, в стремежа да се избегне съществуващият пазарен дефект от несъвършенства и негативни външни ефекти на пазара на медицинско обслужване може да възникне риск от появата на непазарен дефект – например да се стимулира изграждането на бюрократична империя чрез вътрешни норми и раздути разходи.

**Ч. Улф-младши, Пазар или държавна намеса, Институт по пазарна икономика, С., 1995, с.156-157**



## КЛЮЧОВИ ПОНЯТИЯ:

**Пазар на здравни услуги (health care market)** – част от икономическата система на националното стопанство, в която се възпроизвеждат отношенията по повод на покупко-продажбата на здравни услуги и здравни стоки.

**Провал на пазара (market failure)** – отклонения на функционирането на свободния пазар от критериите за **ефективност** и **справедливост**.

**Пазарни дефекти в здравеопазването (market failure in health care)** – информационна асиметрия, публични блага и блага със значими външни ефекти, вертикална интеграция, пазарни несъвършенства, здравно осигуряване, разбиране за здравната помощ като фундаментално гражданско право.

**Нов мениджмънт в общественния сектор на здравеопазването (new public management in the health care)** – представлява система от пазарно ориентирани подходи за управление на ресурсите и институциите.

**Квазипазар (qwazi market)** – имитация на пазарен механизъм в общественния сектор.

**Регулиране (regulation)**– въздействие на държавата или делегиран от нея орган върху предлагането, търсенето и цените на здравните услуги и стоки чрез определени изисквания, норми, критерии, ограничители и други.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Браун К., П.Джаксън, Икономика на публичния сектор, адаптиран вариант под общата ред. на Г.Манлиев, С., Пъбликсайсет -Агри ООД, 1998
2. Гладилев Ст., Евг. Делчева, Икономика на здравеопазването, Принцепс, 2009
3. Делчева Евг., Здравният икономикс, изд. „Стопанство“,1994



4. Делчева Е. и кол., Пазарни и непазарни дефекти в социално-културната сфера, Стопанство, 2000, 196с.
5. Делчева Евг., П.Атанасов, Пазарна трансформация в здравеопазването, в: в : Пазарна трансформация в социално-културната сфера, изд. Стопанство, 2007, 9-62 с.
6. Улф-младши Ч., Пазар или държавна намеса, Институт по пазарна икономика, С., 1995
7. Arrow, K., Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care; American Economic Review, 1963, 53, 5, pp.941-973.
8. McGuire Al., J.Henderson, G.Mooney, The Economics of Health Care, Int. Library of Economics, London, Routledge & Kegan Paul, 1988
9. Culyer A., A.Posnett, Hospital behaviour and Competition, in Competition in Health Care: Reforming the NHS, Macmillan Press, 1990
10. Evans R., Incomplete vertical integration: the distinctive structure of the health care industry, in Health, Economics and Health Economics, Amsterdam, 1981