

Глава 8

ТЪРСЕНЕ И ПРЕДЛАГАНЕ В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО ОСОБЕНОСТИ НА ПАЗАРА НА ЗДРАВНИ УСЛУГИ

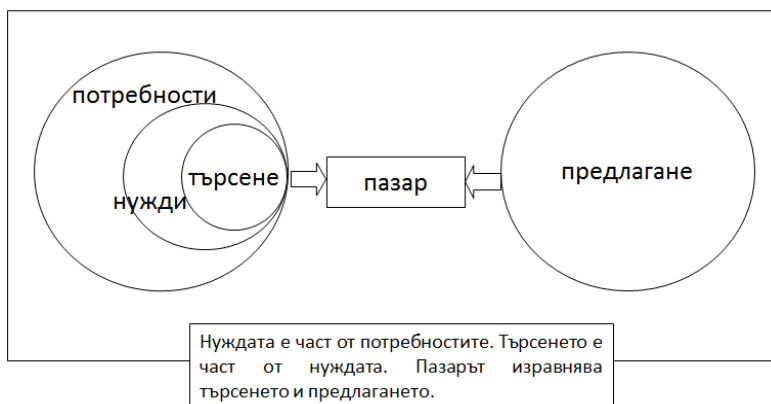
Пазарните отношения са приложими в здравеопазването, но с много особености и ограничения. Последните произтичат от специфичните характеристики на здравето като икономическо благо и се изразяват в изменение на моделите на търсенето и предлагането.

1. Търсене на здравни услуги

1.1. Общи дефиниции

Пазарните сили търсене и предлагане са двете неразривни и независими страни на стоковата размяна – продавач и купувач, разгледани в сумарен вид по отношение на даден продукт или услуга.

Тясно свързани с търсенето са понятията потребности и нужди (Фигура 8.1).



Фиг.8.1. Връзка между потребности, нужди и търсене

Потребността е най-широкото понятие. В икономиката под **потребност** се разбира усещането за недостиг у хората, което те се стремят да премахнат. Ако потребностите са свързани с блага в недостатъчно количество, те се определят като *стопански потребности* и могат да бъдат задоволени само, ако човек притежа-

ва необходимите финансови средства, т.е., ако притежава съответната покупателна способност. Потребностите, свързани с *покупателната способност*, се наричат **нужди**. Най-тясното понятие е **търсенето**, което представлява нужда, която се е проявила на пазара.

Пазарното търсене изразява съотношението между алтернативните цени и количествата от даден продукт (стока или услуга), които потребителите желаят и могат да закупят в определен период от време, при равни други условия.

При наличие на конкурентен пазар се наблюдава увеличаване на търсеното количество при намаляване на цените.

1.2. Дефиниции за целите на здравеопазването

Тълкуването на понятията потребности, нужди и търсене има своя специфика в здравеопазването.

От гледна точка на социалната медицина здравните проблеми на личността са свързани със смъртността като процес на умиране; загубата на здраве и трудоспособност (болест, временна и трайна нетрудоспособност) и ограничаването на свободата на жизнената дейност на индивида (загуба на качество на живот).

В съответствие с тези условни равнища на социалномедицинските проблеми на индивида се определят три групи от основни потребности, свързани с необходимостта от получаване на здравни услуги: 1) нуждата да се живее; 2) потребността човек да е здрав и със запазена трудоспособност и 3) потребността от най-висша степен на свобода за реализиране на жизнена дейност (физиологична, психосоматична, социална), т.е. желанието за достигане до възможно най-високо качество на живот.

Според някои автори **потребността** в здравеопазването се дефинира като **осъзната необходимост или обем на медицинската помощ, която медицинските експерти смятат, че всеки човек трябва да получи, за да бъде или да остане възможно най-здрав според съвременната медицинска наука**.

Прави впечатление, че потребността тук се определя не от самия индивид, а от друг субект - медицинския специалист, който има водеща роля при търсенето на медицински услуги.

Според друго определение **здравната потребност** включва потребността от определена степен на здраве и потребността от определена дейност за неговото осигуряване. Разглеждат се два вида здравни потребности - **осъзнати** и **неосъзнати**.

Осъзнатите потребности принуждават индивида да се обръща за медицинска помощ към здравните заведения, поради което тези потребности са известни на здравните заведения и се имат предвид в организацията на тяхната дейност.

Неосъзнатите потребности са обективно съществуваща липса на нещо, което е потребно на индивида от гледна точка на определени нормативни системи и изисквания, което се установява от други лица (експерти).

Следователно осъзнатите здравни потребности би трябвало да се разглеждат като търсене на здравни услуги, а неосъзнатите – като здравни нужди/потребности.

Сложността на проблема за определяне на здравните потребности произлиза не само от трудностите в намирането на точни, стандартни и обективни критерии, които лекарят да използва за оценка на здравето на индивида, но и от *критериите, по които самият индивид оценява своето собствено здраве*. Субективната оценка е резултат от сложно взаимодействие между индивидуалните характеристики на личността, които в крайна сметка формират съответно поведение. С това до голяма степен може да се обясни и значителният “клиничен айсберг” (скритата заболяемост).

Независимо как са определени те, в крайна сметка специфичните медицински потребности формират нужди от медицинска помощ. Част от тези нужди, *които се превръщат в реално търсене*, поражда пазар на здравните услуги с неговите целеви функции и съответно предлагане на медицински дейности. Следователно търсенето на здравни услуги може да бъде дефинирано така:

Търсенето на здравни услуги е количеството здравни услуги от даден вид, с качество регламентирано от медицинските стандарти, които потребителите желаят и са в състояние да закупят за определен период от време.

Характерно за търсенето в здравеопазването обаче е, че в повечето случаи то *не е свързано с покупателната способност*. Има консенсус, че някои видове здравни услуги (животоспасяващи и с големи външни ефекти) трябва да бъдат предоставяни и на хора, които не могат да си позволят да платят за тях. Това представлява справедливо преразпределение на ресурсите, основано на моралната преценка на обществото.

Освен това в повечето случаи заплащането на медицинските услуги не става директно от потребителя в момента на потребяването им, а от трета страна – държавата или здравноосигурителен фонд. Това е причина за един от най-често срещаните дефекти на пазара на здравни услуги т. нар. *морален риск*.

Моралният риск се изразява в по-рисково поведение на потребителите и по-голяма използваемост на медицинска помощ, поради факта че те не заплащат директно цената на медицинската услуга.

Например: нездравословният начин на живот на човек може да увеличи вероятността от настъпване на заболяване. При положение обаче, че този човек е осигурен и разходите за лечението му ще бъдат покрити от друг, той е по-малко склонен да промени поведението си към избягване на здравни рискове. Друг пример е тенденцията за увеличаване на необоснованите посещения за медицинска помощ (прегледи, изследвания и т.н.), която не е необходима, но за която пациентът не плаща.

1.3. Методи за измерване на търсенето на здравни услуги

Най-широко използваните методи за измерване на търсенето на здравни услуги са три – анализ на здравните потребности, ефективно търсене или на обращаемост и желание за плащане.

- **Метод анализ на здравните потребности**

Този метод може да предложи само ориентировъчна информация за здравните политики и мениджъри, тъй като при него потребностите се оценяват на базата на анализ на здравно-демографските показатели, които се изчисляват само въз основа на данни от отчетите и регистрите на здравните и лечебните за-

ведения (само регистрираната болестност, но не и скритата заболяемост). Освен това методът възприема гледната точка на страната на предлагането и не се отчита оценката на потребностите от страна на потребителя (пациента) и обществото.

- **Метод на ефективното търсене или на обръщаемостта.** При него се отчитат регистрираните обръщания на потребителите към здравен специалист и здравно заведение. Коректното измерване изисква да се отчитат не само посещенията, при които са получени здравни услуги, но и обръналите се, но не получили помощ веднага (напр. включени в листи на чакащите). В повечето случаи обаче, особено в извънболничната помощ, такава информация не е налична.

- **Метод „желание/готовност за плащане“.** При този метод се отчита готовността на потребителите да потърсят определено количество здравни услуги при определена цена при допускането, че тези здравни услуги са платени (приложим при частни блага). При него се измерват намеренията, а не изявените предпочитания на потребителите. По принцип икономистите подкрепят последните, защото те вярват повече на *действителното поведение* на хората, отколкото на това, което те заявяват, че биха направили.

1.4. Модел на Майкъл Гросман за търсенето на здраве

Моделът на Гросман (1972) е един от най-популярните модели в икономиката на здравеопазването за обясняване на търсенето на здраве и медицинска помощ. Гросман доразвива теорията за човешкия капитал, като я прилага към здравето.

Първоначалната теория за човешкия капитал принадлежи на Гари Бекер (1962 г.) Според него хората инвестират в себе си чрез: обучение, трениране и акумулиране на здраве. По този начин те увеличават своя капацитет, а оттам и своите доходи. Бекер извежда образованието като фактор с особено значение за икономическото развитие. Той привежда като доказателство степента на финансова възвръщаемост на образованието. Според него инвестициите в образование повишават производителността, което мотивира индивидите да се образуват, за да увеличат бъдещите си доходи.

При прилагане на този подход към здравето Гросман разглежда всеки индивид едновременно като производител и потребител на здраве. Всеки човек разполага с определено количество (запас) здраве, което намалява с времето, ако липсват „инвестиции“ в него, т.е. здравето се разглежда като капитал. Инвестициите в здравето са скъпи, тъй като потребителите трябва да пожертват време и ресурси, които биха могли да използват за други дейности или блага (например трябва да тренират във фитнеса вместо да си почиват).

Исходните концепции, заложи в модела на Майкъл Гросман са следните:

- Медицинската помощ не е това, което консуматорът всъщност търси, а здравето. Хората искат здраве и търсят начини да го акумулират. Следователно търсенето на здравни услуги е *производно* на търсенето на здраве.
- Консуматорът не купува здраве пасивно от пазара, а го продуцира, като отделя време и усилия за неговото подобряване. Гросман разглежда здравето като фундаментално благо, което може да се произвежда със закупени здравни услуги и свободно време.
- Потребителите на медицинска помощ търсят здраве по две причини: като **потребителско/консумативно благо**, което доставя директно удовлетворение и полезност и като **инвестиционно благо**, което доставя индиректно удовлетворение чрез увеличена работоспособност, по-малко болнични дни и по-високи доходи.

Това може да бъде представено чрез следната формула:

$$T = T_H + T_B + T_L + T_W, \text{ където:}$$

T – общото време годишно = 365 дни

T_H – времето, изразходвано за подобряване на здравето

T_B – времето, изразходвано за дома и семейството

T_L – времето, загубено поради заболяване

T_W – времето, посветено на работа

Увеличението на всяка от тези величини автоматично води до намаляване на останалите. Това, което може да бъде икономисано е времето, загубено поради заболяване (T_L). Намаля-

ването на дните, изгубени поради заболяване води до увеличаване на времето за работа и почивка. Изплащането на инвестираните средства се възвръща чрез паричната стойност на спечелените допълнителни дни без заболяване. Ето защо търсенето на здраве е силно мотивиращ фактор за всеки човек. Това е особено силно изразено в пазарното общество, в което времето се измерва в пари.

Основните **фактори**, които оказват влияние върху търсенето на медицинска помощ според Майкъл Гросман са: **възрастта, доходите и образованието**. Той доказва правопрпорционалната зависимост между възрастта и доходите от една страна, и търсенето на медицинска помощ от друга, както и обратната му връзка с образованието. Обяснението за последната е фактът, че по-образованите хора ценят по-високо здравето и полагат повече време и усилия за запазването му - водят здравословен начин на живот (рационално хранене, активно спортуване, явяване на профилактични прегледи), поради което са по-здрави и търсят и по-малко медицинска помощ.

1.4. Особености на търсенето в здравеопазването

Специфична за здравеопазването е деформацията в търсенето, породена от **дефицит и асиметрия на информацията**. В малко други сфери потребителят е толкова зависим от насрещната страна. Пациентът не е добре информиран за своето състояние и не знае точно какви здравни услуги са му необходими, т.е. за него здравната помощ е източник на информация. Медицинските лица генерират нови потребности на лицето - предписват лекарства, назначават изследвания, болнично лечение и т.н.

Именно поради този дефицит на информация, пациентът не е напълно свободен да избира и трябва да разчита на **лекаря**, който се явява в ролята на негов **агент**. Като такъв лекарят трябва да **защитава интересите на пациента**, да взема решения и да действа така, както би действал самия пациент, ако има необходимите знания и права да взема такива решения.

От друга страна обаче, **лекарят е изпълнител на медицинската помощ и в тази си роля той действа от свой личен интерес**. Като производител на медицинска помощ, лекарят има

дъл във финансовите резултати от лечебния процес и индуцира (създава) търсене. Следователно, в здравеопазването е налице известно **сливане между търсенето и предлагането**, което е съществена причина за отклонение от ефективното функциониране на пазара. Този дефект на пазара е заложен в самата природа на здравната помощ като икономическо благо, което предопределя и доминиращата роля на предлагането.

2. Предлагане на здравни услуги

Пазарното предлагане изразява съотношението между различните цени и количества от даден продукт, който производителите са склонни да произвеждат и да предложат с цел продажба за определен период от време, при равни други условия.

Предлагането на здравни услуги е съотношението между цените на определена здравна услуга при качество, регламентирано от медицинските стандарти и количеството от нея, което медицинските кадри и здравните заведения могат да реализират в рамките на максималния си капацитет.

В даденото по-горе определение на предлагането се приема, че върху количеството, което производителят ще иска да произведе и съответно да продаде, цената е най-важния фактор. Моделът на предлагането показва множество от намерения на производителя, съдържащи цените и свързаните с тях количества, които той би могъл да произведе и продаде на пазара. При наличие на конкурентен пазар се наблюдава увеличаване на предлаганото количество успоредно с нарастване на цените.

Предлагането също може да се променя и при промяна в някои от неценовите детерминанти и тогава се използва терминът **“изменение в предлагането”**.

Неценови детерминанти на предлагането на здравни услуги са:

- броя на медицинските кадри и степента на тяхната квалификация;
- броя, вида, мощността на здравните заведения и тяхното разпределение;

- цените на ресурсите (съществува пряка зависимост между цените на ресурсите и производствените разходи);
- обема на финансовите средства, заделяни за здравеопазване;
- техническото ниво на медицинската помощ.

Като особеност на предлагането в здравеопазването може да се посочи наличието на относително малко на брой изпълнители на някои високоспециализирани услуги (например сърдечна хирургия, ангиографски методи, компютърна томография и др.), както и високата степен на индивидуализация на медицинския труд.

Друга характеристика на предлагането в здравеопазването, е наличието на технологични връзки на **вертикална интеграция в отрасъла**. Здравните услуги обикновено се организират на три нива, като всяко ниво се подкрепя от определено по-високо ниво, към което пациентът може да бъде препратен. Това съответства на пирамидалния строеж, който е основен принцип за изграждане на здравната служба във всяка страна.

Като специфика трябва да се посочи и целенасоченото създаване на търсене от страна на медицинските специалисти.

***Индуцираното търсене** е ефектът, при който лекарите като изпълнители на здравни услуги могат да създадат по-голямо потребителско търсене (да назначават допълнителни изследвания, прегледи, хоспитализации, лекарства и т.н.), отколкото ако действат като идеални посредници на своите пациенти.*

Индуцираното от лекарите търсене е различно от **хиперлечението**, което разкрива разликата между нужното лечение и действително проведеното. Може да има хиперлечение без данни за индуцирано търсене (например по желание на пациента). Също така може да съществува индуцирано търсене, без да има хиперлечение (когато пациентът предпочита да консумира по-малко услуги, но е принуден от лекаря да ползва повече).

Наличието на индуцирано търсене е израз на монополната сила на медицинската професия. Тази концепция се основава на хипотезата, че отделният лекар цели максимизиране на своя

доход. На базата на емпирични наблюдения е доказано, че с увеличаване на броя на лекарите, се увеличава осигуряването с медицинска помощ и като количество, и като финансови средства. Показатели за индуцирано търсене са: нарастване на броя на вторичните прегледи, нарастване на потреблението на по-скъпи здравни услуги.

Концепцията за индуцираното търсене е тясно свързана с методите на заплащане на изпълнителите на медицински услуги. Когато се заплаща за извършена дейност, лекарите имат интерес от повече пациенти, т.е. от увеличаване на обема на дейността и са мотивирани да създават допълнително търсене. Като илюстрация на индуцираното търсене се приема тезата на Рьомер, че „създаденото болнично легло е заето легло“, която е известна като **Закон на Рьомер**.

Не винаги причината за индуцираното търсене е финансова. Тя може да бъде и чисто професионална, т.е. всеки следващ пациент увеличава опита на лекаря и разширява неговата професионална експертиза. Понякога индуцираното търсене може да има образователна или експериментална цел.

3. Особенности на пазара на здравни услуги.

Причините за отклоненията на пазара на здравни услуги от критериите за ефективност и справедливост на свободния пазар се коренят в самата природа на здравните услуги като икономическо благо. В икономиката на здравеопазването е доказана **„концепцията за провала на свободния пазар в здравния сектор“**. Проявите на този провал се определят като **„пазарни дефекти“**.

Всички услуги притежават четири характеристики, които ги отличават от стоките - *неосезаемост, несъхраняемост, непостоянство на качеството и неделимост от източника*.

Тези характеристики са типични икономически особености и на здравните услуги. *Първо*, поради нематериалния си характер здравните услуги не могат да се демонстрират, видят, чуят, изпробват, транспортират, изучават до момента на тяхното потребление. *Второ*, невъзможно е здравните услуги да бъдат съхранени и складирани, производството и потреблението им съвпадат във

времето и пространството. *Трето*, качеството на здравните услуги се колебае в широки граници в зависимост от извършителя, времето и мястото на оказване на услугата. Четвърто, здравните услуги не могат да бъдат отделени от техния източник, от този който ги предоставя - медицинския специалист.

Освен тези общи особености за всички услуги, здравните услуги имат и **специфични характеристики**. Те са описани първоначално от *Arrow* и *Klarman* (1963) и са систематизирани изчерпателно от *Делчева* (2013).

1. Разнородност (хетерогенност) – съществува огромен брой различни здравни, медицински и спомагателни услуги, при повечето от които икономическите закони са трудно приложими или неприложими.

2. Междинни блага – здравните услуги не се консумират заради самите тях, а заради здравето, което потребителят всъщност търси. Следователно повечето здравни услуги се отнасят към междинните или производни блага и тяхното търсене зависи от търсенето на здраве и неговото място в ценностната система на индивида.

3. Несигурност – потреблението на здравни услуги е свързано с висока степен на несигурност по отношение на възникването на здравната потребност и нейния вид, за позитивността на здравните резултати, за времето, през което могат да бъдат получени. *Наличието на несигурност е най-отличителната черта на здравните услуги.*

4. Дефицит на информация – пациентът не разполага с достатъчно информация за вида, количеството и качеството на необходимите му здравни услуги, както и за тяхната стойност. С тази информация разполага медицинският специалист, което го поставя в доминираща позиция и му дава власт за вземане на решения вместо пациента. Поради тази информационна асиметрия между страните на търсенето и предлагането в здравеопазването се проявяват редица пазарни дефекти.

5. Наличие на малко или никакви заместители - повечето здравни услуги имат малко заместители извън здравната помощ, а някои като спешната медицинска помощ – нямат алтернатива.

Това прави икономическият избор на индивида силно ограничен или невъзможен.

6. Потребителски и инвестиционни блага – повечето здравни услуги носят едновременно и потребителска и инвестиционна ползност. Например поставянето на точна диагноза и адекватното лечение предизвикват подобряване на самочувствието и физиологичното функциониране на организма, което представлява потребителска ползност за индивида. Възстановеното здраве от друга страна позволява да се извлече бъдеща, инвестиционна ползност от трудова дейност.

7. Външни ефекти – здравните услуги могат да имат значителни позитивни и негативни ефекти върху други лица (различни от тези, които ги потребяват) и върху цялото общество. Например големи позитивни външни ефекти имат профилактиката и лечението на заразните заболявания, санитарния контрол, медицинската наука и образование. Те са пример за здравни услуги с неделим ефект, които се консумират от всички хора на дадена територия, т.е. **„чисти публични блага“**. Големите външни ефекти са основание обществото да счита, че тези блага трябва да бъдат достъпни за всички хора, при еднакво качество, независимо от способността на индивида да плати за тях. Повечето здравни услуги могат да се отнесат към категорията на **„смесените публични блага“**, тъй като имат и публично и частно присвоявани ползи (загуби). При тях държавата решава как да бъдат произвеждани и предоставяни на хората (по обществен или по частен път). Някои здравни услуги са **„частни блага“** – с ползи, усвоявани само или предимно от индивида-консуматор (напр. медицински козметични услуги, масаж и др.). Частните блага са напълно адекватни на теорията за очакваната ползност и тяхното производство и разпределение се предоставя свободно или с малки ограничения на пазарните сили.

8. Достойни (ценни) блага – при тях ползата за обществото е по-голяма от индивидуално оценената полза за отделния консуматор. Някои здравни услуги са особено ценни за развитието на обществото и прогреса. Например лечението на социалнозначими заболявания като сърдечно-съдовите заболявания, диабета,

рака и други, има огромно въздействие върху производителността на нацията, върху жизнеността и преживяемостта. Лечението на стерилитета, грижите за бременните и децата са от съществено значение за здравно-демографското развитие на нацията. Медицинската наука и медицинското образование също могат да се отнесат към достойните блага. Тъй като социалните ползи се подценяват при обичайното пазарно разпределение, при ценните блага е необходимо обществено финансиране и субсидиране за разширяване на достъпността и социалните ползи за обществото.

Таблица 8.1. 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.

Източник: Делчева, Е. Икономика на здравеопазването. Издателски център на МУ-Плевен, 2013

9. Задоволяват основни потребности – повечето здравни потребности се отнасят към *фундаменталните (базисните) потребности*, свързани с физическото оцеляване и възпроизводството на човека. Те заемат първо ниво в пирамидата на Маслоу, поради което дават основание държавата да се намеси (с обществено финансиране и други регулации) с цел осигуряване на равен достъп до здравна помощ.

10. Комплексност и интегрираност – Много рядко се използва само една-единствена здравна услуга. Типично е комплексното и интегрирано използване на различни видове здравни услуги, което затруднява предварителната оценка и избора на пациента.

Всички специфични характеристики, разгледани по-горе затрудняват приложението на свободния пазар в здравеопазването. В таблица 8.1. са представени в сравнителен план изискванията на свободния пазар и проблемите за тяхното прилагане в здравеопазването.

Някои от тези проблеми се срещат и в други сфери на икономиката, но само в здравеопазването се наблюдават всички едновременно.

В заключение може да се обобщи, че пазарните отношения са приложими в здравеопазването, но с много особености и ограничения. Това е заложено в самата природа на здравната помощ като икономическо благо.

Най-съществената особеност на пазара в здравеопазването е сливането на двете “независими” страни на пазара – търсенето и предлагането и доминиращата роля на предлагането.

Ключови понятия: потребност, нужда, търсене, морален риск, модел на Майкъл Гросман за търсенето на здраве, предлагане, роля на лекаря, индуциране на търсене, закон на Рьомер, пазарни дефекти