

Ст. н. с. II ст. г-р Димитър Шишков специално за в. „Застраховател прес“

ВЯРНАТА ПОСОКА НА ЗДРАВНАТА РЕФОРМА Е ПУБЛИЧНО-ЧАСТНОТО ЗДРАВНО ОСИГУРЯВАНЕ

Илюзорно е създаването на идеална здравна система. Възприетите като сполучливи решения в различните страни се отличават по-малко или повече, но всички имат обща черта - остро са критикувани от техните граждани.

ВИТОЛД ГАДОМСКИ (Варшава)

Най-доволни от медицинската си помощ са австрийците. 32 % от тях не виждат необходимост от никакви изменения, а 35 % предлагат само дребни корекции. Не се оплакват и финландците - 25 % смятат, че системата им работи успешно, а 50 % биха направили отделни промени. И при най-доволните обаче всеки трети пациент смята, че системата за медицинска помощ се нуждае от сериозни реформи или цялостно преустройство. Във Великобритания и Италия такова е мнението на две трети от анкетираните, а в Канада и САЩ - три четвърти. Фрустрацията им непрекъснато расте - през 90-те години например едва 5 % от канадците са искали цялостно реформиране, а днес те са четири пъти повече (20 %).

Недоволни са както тези, на които държавата осигурява безплатна медицинска помощ, така и тези, които я заплащат от собствения си джоб. В САЩ нарастват очакванията за въвеждане на всеобщо здравно осигуряване и обществена здравна система. В Европа, където последната е утвърден стандарт, все по-голяма част от здравните услуги вече се финансира от частни средства.

ПАРАДОКСИТЕ НА ЗДРАВНИЯ ПАЗАР

За икономистите медицинските услуги са едно от благата, които стопанската дейност осигурява. В отличие от обикновения, здравният пазар обаче има няколко съществени особености.

Първата. Неокласическата икономическа теория твърди, че всяко поредно благо, получавано от потребителя, има за него все по-малка ценност и затова при ръст на цените търсенето му спада и се установява равновесие. На пазара на медицински услуги не става така. Не сме много сигурни, че нещо не ни е наред, но искаме от лекаря да ни изпрати на рентген. Снимката не показва нищо, настояваме да ни бъде направено и USG, след което знаем, че има още компютърен томограф, очаквали и PET. Очевидно всяко поредно изследване е многократно по-скъпо, но пациентът получава (или си въобразява, че получава) допълнително благо. Така търсенето на медицински услуги става неограничено. Ако не му се постави таван, обществото ще отдели все по-голяма част от продукта си за медицински услуги.

Втората. Заедно с научно-техническия прогрес стойността (а и потенциалната цена) на медицинските услуги не намалява, както най-често се случва в промишле-

ността, а само расте. Благодарение на него болниците предлагат все по-съвременни и скъпи услуги, подхранващи надежди за излекуване дори на най-смъртоносни заболявания.

Третата. На другите пазари съществува ясна връзка между качеството на услугата и нейната цена. На здравния тази връзка не е очевидна. Joseph Stiglitz определя това явление като *информационна асиметрия на пазара* и за изследването си (не само на здравния пазар) през 2001 г. получи Нобелова награда. Болният човек е готов да заплати всякаква цена за самата надежда на излекуване. Заради това търсенето на все по-скъпи процедури се увеличава главоломно, паралелно растат и разходите за медицински услуги.

Четвъртата. Трудно е дори да бъде дефинирано понятието *ефективност на здравеопазването*. Дали то е ефективното в страните, където болниците имат високи печалби, а лекарите правят най-голям брой интервенции дневно, или там където при пониски такива показатели продължителността на живота е по-голяма? 65-годишният мексиканец има шанс да живее по-дълго отколкото неговия връстник холандец, въпреки че парите за здраве в Холандия са 4,5 пъти повече отколкото в Мексико. Гърците живеят по-дълго от американците, а за здраве харчат несравнимо по-малко. Ако бихме могли да осъществим ефикасна превенция за цялото общество - да склоним хората към по-активен живот, по-голяма хигиена, рационалност на храненето, ограничаване на излишествата - при неголеми разходи може да се продължи продължителността на живота му с няколко години. Но пациентът освен всичко друго е и избирател, който изисква от политиките да се заемат с неговото здраве, а не със стила му на живот. В резултат разходите растат, не допринасяйки ефект.

Петата. Пациентът, особено възрастният или страдащият от хронична болест, не може да понесе разходите за лечението си. Всеизпитан е прост способ да се справи с тази невъзможност - може да се застрахова от риск за заболяване. И наистина в повечето страни функционира публични и частни осигурителни здравни фондове. Но навсякъде имат сериозни проблеми.

Joseph Stiglitz и икономистите, които заедно с него са

получили Нобелова награда (George Akerlof и Michael Spence), са въвели и две други понятия, които се използват в дискусиата за здравето: *негативна селекция и изкушение за свръхконсумация.*

НЕГАТИВНА СЕЛЕКЦИЯ

Негативната селекция съпровожда осигуряването. Здравите хора търсят застрахователни фирми, предлагащи евтини и прости услуги (например само обикновена диагностика). А болните пък искат осигуряването да покрива и по-комплицираните, скъпи процедури. Но това означава по-високи застрахователни вноски.

Всяка осигурителна система стои пред този проблем. Може да бъде решаван или чрез различни вноски, или осигурителните фирми да бъдат принуждавани да приемат "на тъмно" всички желаещи. Такава система функционира в Холандия. Грижата за хронично болните е финансирана непосредствено от държавата. Всичко останало - първичната здравна помощ, злополуките, краткотрайното лечение и тем подобните - чрез комерсиални осигурители. Те трябва да предлагат универсален пакет услуги срещу еднаква за всички клиенти вноска. Една и съща цена плащат млади и стари, здрави и болни, а фирмите нямат право да откажат никому услугите си, след като държавата им възстановява разходите за пациенти с висока заболяемост.

Системата им функционира. Изследвания от 2002 г. обаче показват, че само 6,5 %



от холандците са напълно задоволени от нея, а толкова са смятали, че трябва да се промени коренно. Нейният основен дефект са нарастващите разходи. Сключвайки договори с болниците (по-голямата част частни), осигурителите се интересуват главно от качеството на услугите. И тъй като държавата им връща разходите за пациенти с голям риск, те договарят високи разходи, а не изискват тяхното ограничаване.

Следващ недостатък на системата е административното определяне на обхвата на достъпната медицинска помощ. Холандия наистина е богата страна, но не може да си позволи финансиране на всичките медицински проце-

дури. Във връзка с това част от холандците, имащи по-добри доходи, се осигурява допълнително, но този път според чисто пазарни критерии.

Частните осигуровки са популярни в много европейски страни. Оферират се както типови, така и продукти "по мярка" за различни възрастови и здравни групи - естествено, срещу различно заплащане. Административните разходи на частните осигурители са обаче по-високи от тези на публичните. Това е следствие от по-малкия брой клиенти, по-големите разходи за маркетинг и по-комплицираните продукти. През 2003 г. частните осигурители са покривали 2,4% от здравните разходи във Финландия, 7,6% - в Австрия, 8,8% - в Германия, 9% - в Швейцария, 13% - във Франция, 17% - в Холандия. Още по-големи са сумите, плащани от пациентите без посредничество на осигурителни фирми (от 8% в Холандия до 47% в Гърция).

ИЗКУШЕНИЕТО ЗА СВРЪХКОНСУМАЦИЯ

Изкушението за свръхконсумация е присъщо на всички здравноосигурителни системи. След като вноската, която плаща осигуреният, позволява да се покриват разходи, които са по-високи от нея, той се старее да се възползва от това. Картината е позната на фирмите, които правят автомобилни застраховки. Заради това им се налага да наемат множество експерти за оценка на колизиите и да използват разнообразни техники за контрол на разходите. Когато здравните осигуровки са публични и дотираны от държавата, опитът на застрахователите обаче не им върши работа, а изкушението за свръхконсумация води до неефективен разход на предназначения за здраве средства.

Има два начина за противодействие на изкушението. Или пациентите да поемат част от разходите, или да бъдат въвеждани административни прегради за достъп до определени процедури. Повечето страни използват и двата начина и навсякъде, без изключения, те будят противоречиви чувства, непрестанни недоволства и остри критики.

При лимит на достъпните медицински услуги неизменно следствие са опашките. В 60-милионната Великобритания всеки момент броят на качащите за прием в болница съставлява един милион. А в 31-милионната Канада пък в опашка стоят 900 000 канадци. През 2003 г. те са чакали средно по 8,3 седмици за визита при специалист и по 9,5 седмици за операция.

През 2005 г. в Канада е произнесена безпрецедентна присъда, известна като „Chaoulli против Квебек“. Намиращият се в лошо здравословно състояние 73-годишен. George Zeliotis, комуто чакането било дошло до гуша, и семейният лекар Jacques



Chaoulli поискали съдът да отмени забраната за откриване на частни лечебници. Върховният съд потвърдил, че забраната на частни медицински практики, финансирани извън публичната система, нарушава Хартата на основните права и свободи на Квебек.

Административното противодействие на изкушението за свръхконсумация е познато и от собствената, и от близката до нас практика. В много европейски страни е въведена предварителна селекция на пациентите - решение за насочване към специалист взема лекарят за първи контакт. Болниците и поликлиниките пък имат определен брой договорени услуги. Когато болницата изчерпи лимита, престава да лекува, защото няма да получи пари. Пациентите страдат, а цената на услугите се повишава допълнително, на лекарите трябва да се плаща и когато не лекуват.

От всякаква гледна точка такова решение е глупаво. Но е логично за цялата система за здравна помощ. Защото става дума за поддръжане в допустими граници на разходите за лечение.

НЕКА ПЛАЩА ПАЦИЕНТЪТ

В Калифорния някаква пациентка направила скандал на лекаря си, защото ѝ отказал USG, като разбрал, че не се налага. Ако обаче е трябвало да заплати 50 долара за USG, отбелязва проф. Alain Enthoven, тя би благодарила на лекаря, че ѝ спестил разхода. Този и подобни инциденти накарали професора, който преди това бил ревностен привърженик на възстановяването на пациента от публичното осигуряване на всички разходи, да признае, че е необходимо неговото включване в плащането.

Участието на пациента в плащането на всички медицински услуги и лекарства очевидно е универсално средство за противоборство на изкушението, за което стана дума. Няколко страни от Централна и Източна Европа, като Унгария, България, Хърватска и Чехия (от началото на 2008 г.) - са решили да въведат плащане за достъп до публичните услуги. Таксите са символични - в България за визита при лекар се плаща 1% от най-ниската заплата, а за пребиваване в болница - 2%. В Словакия, която въведе таксите през 2003 г., а след две години ги премахна, възлизаха на около 1 лв. От същия поряък бяха и таксите в Унгария, отменени след всенароден референдум. Сондажът на известната агенция Focus показа, че въвеждането им е намалило потенциалните пациенти едва с 2%.

(Продължава на стр. 21)