

ПРИЧИНИ ЗА НАРАСТВАНЕТО НА РАЗХОДИТЕ ЗА МЕДИКАМЕНТИ, ПОКРИВАНИ ОТ ОБЩЕСТВЕНИТЕ ФОНДОВЕ: МЕТОДИ И МОДЕЛИ ЗА ОГРАНИЧАВАНЕТО ИМ

Веселин Цветков*

ВЪВЕДЕНИЕ

В края на XX и началото на XXI век страните с развита пазарна икономика се сблъскват с феномена на непрекъснато нарастване на нивото на разходите за медикаменти в икономиката. Причините за това са разнородни – измененията в структурата и динамиката на демографската система; развитието на научните изследвания в областта на медицината, биотехнологиите и фармацията; развитието на фармацевтичната промишленост; повишаването на жизненото равнище на потребителите; развитието на здравното осигуряване и други. Тези причини имат екзогенен характер по отношение на здравеопазването и, поне за определен времеви лаг, могат единствено да бъдат прогнозирани. Съществуват обаче и причини за нарастването на тези разходи от ендогенен характер. Неравенството в разпределението на доходите и пазарните провали дават основание на държавите да се намесват, ограничавайки действието на пазарния механизъм в името на общественият интерес.

Един от инструментите на тази политика е въвеждането на задължително и/или доброволно здравно осигуряване, основано на принципа на солидарността на участието. С него се цели ограничаване на големите диспропорции в разпределението на доходите и осигуряване на базисно здравеопазване за всички. Тази намеса на държавата по принцип не удовлетворява правилото на Парето за ефективност на икономиката, тъй като в процеса на преразпределението на благата се губи част от стойността, именно за осигуряване на самото преразпределение. От друга страна, осигуряването оказва влияние върху кривата на търсенето на медикаменти, тъй като увеличава степента на „моралният риск”. Потребителите стават безразлични към цената и количествата потребявани от тях продукти, тъй като не заплащат директно разходите за това. Така кривата на търсене се измества нагоре и надясно, като също така променя и наклона си. Еластичността на търсенето се понижава и колкото по-големи мащаби придобива общественото здравно осигуряване, в такава степен се увеличават разходите и за медицински стоки и услуги – в това число и лекарства. В резултат на това, а и на свързаните с тези процеси пазарни провали, правителствата прибегват до използването на различни методи и модели за ограничаване на разходите за медикаменти.

Обикновено се използват мерки, които да повлияят на предлагането, но в последно време значение придобиват и методите и моделите, влияещи върху субектите на търсенето на лекарствени продукти. Едни от най-разпространените са: директ-

* Веселин Цветков е докторант в УНСС, катедра „Маркетинг и стратегическо планиране”; тел: 0888 777 918, e-mail: vcvetkov@unwe.acad.bg.

ният ценови контрол, методът на референтната цена, моделите на паралелна търговия, търгове за доставка, използване на негативни и позитивни лекарствени списъци, ограничителни бюджети за лекарства, оказване на влияние върху предписването, метод на международните сравнения на цените и други. Тези мерки за ограничаване на разходите оказват влияние върху стимулите за развитие на фармацията и биотехнологиите, тъй като държавите все пак провеждат и успоредна политика по насърчаване на научно-техническият прогрес в тази област. Разработването на технологично нов продукт отнема значителен финансов и времеви ресурс и затова за такива продукти, за които се счита че са от особен обществен интерес, е предвидена 10-15 годишна патентна защита. Това, от своя страна, им гарантира високи печалби над нормалната за този период и възвръщане на направените фиксирани разходи за развойна дейност. Действието на регулативните мерки често подрива тази функция на патентите и ограничава стимулите за развойна дейност в отрасъла. Нещо повече, фармацевтичната промишленост е един от авангардните отрасли на всяка развита пазарна икономическа система и поради това заема значителен дял в произвеждания БВП. Така, от една страна, властите са заинтересовани да ограничават и задържат разходите за лекарства, тъй като те натоварват бюджетите на обществените осигурителни фондове, особено в условията на намаляване на населението в трудоспособна възраст, а, от друга, да насърчават производството, тъй като това означава повече добавена стойност в икономиката, а от там и повече постъпления в бюджета. С други думи казано, правителствата трябва да вземат балансирані решения, които са съобразени както с икономическата ефективност на националната фармацевтична промишленост, така и със стремежа към провеждане на справедлива социална политика по отношение на гражданите си.

РАЗШИРЯВАНЕ НА ИНДИРЕКТНОТО ФИНАНСИРАНЕ

Неравенството в разпределението на доходите

Основната причина за нарасналата роля на държавата при финансирането на здравеопазването се дължи именно на последиците, до които води неравномерното разпределение на доходите сред различните социални групи. Сред икономистите съществуват противоречия относно това дали държавата – чрез намесата си, трябва да преразпределя доходите или не. Защитниците на свободният пазар твърдят, че при преразпределението се губи ефективност и че ресурсите, които се преразпределят, не носят икономически потенциал за развитие, а напротив – изливат се напразно. Други обаче гравитират около тезата, че всеки индивид, независимо от неговото благосъстояние, има право на достъп до един базисен пакет от здравни стоки и услуги, които не могат да му бъдат отказани. Това разбиране е залегнало в основата на така нареченото „пазарно социално стопанство”, възприето от страните от Западна Европа, в последно време и от страните от Централна и Източна Европа, а частично дори и в САЩ. Неравенството обикновено се изразява в това, че една социална група присвоява значителна част от националния доход, създаван в дадена страна. По този начин едни слоеве се облагодетелстват от ресурсите на страна-

та, а останалите групи имат ограничен достъп до тези блага. При ясно изразено такова неравенство обикновено се говори за т. нар. "рискови социални групи" – възрастните (пенсионери), хората в неравностойно положение (инвалидите), индивидите с тежки заболявания, безработните и социално слабите, нискообразованите и членовете на малцинствените групи. Така при ненамеса на държавата членовете им не могат или трудно успяват сами да си позволят минимално медицинско обслужване и медикаментозно лечение поради ниските си доходи, от една страна, и високите разходи, с които се характеризира опазването на човешкото здраве, от друга. Така те са обречени, нямайки достъп до базисно медицинско обслужване и медикаментозна терапия, да се простят с правото си на живот при първото по-сериозно заболяване. Именно в това се корени необходимостта от намеса на държавата, чрез която единствено е възможно да се осигури достъп на всички до медицинско обслужване, независимо от социалният им статус. Този възглед, че достъпът до определени икономически блага с хуманитарно значение не бива да зависи от дохода на индивидите, се нарича специфичен егалитаризъм¹. Но, според принципите за ефективност на икономиката на Парето, при това разпределение се губи определен ресурс от гледна точка на цялото стопанство².

Въвеждане на всеобщо здравно осигуряване

Неравенството в разпределението на доходите дава основание на правителствата на развитите страни за изграждане на всеобщи здравноосигурителни системи, при които доминира общественият интерес, независимо дали са частни или държавно финансирани. Така например дори в страни с относително свободни пазарни икономики, каквито са САЩ и Великобритания, през последните 25 години все повече се увеличава делът на общественото финансиране на здравеопазването, което включва и средства за заплащане на медикаменти. За САЩ това е илюстрирано на таблица 1 по-долу.

¹ Джоузеф Стиглиц. Икономика на държавния сектор. Университетско издателство „Стопанство“, София 1996 г.

² Пак там.

Таблица 1

Източници на финансиране на разходите за здравеопазване в САЩ

	1960	1970	1980	1990	2000	2006
Общо индиректно финансиране (1.2+1.3+2.1+2.2)	53,5	66,7	77,1	81	85,8	87,9
1. Частни източници	75,3	62,5	58	59,8	55,9	53,9
1.1. Директни плащания на домакинствата	46,9	33,2	22,9	19,1	14,3	12,2
1.2. Частно здравно застраховане	21,5	20,7	27,2	32,7	33,6	34,4
1.3. Други	7,3	8,5	7,9	8,1	8,1	7,4
2. Публични източници	24,7	37,5	41,9	40,2	44,1	46,1
2.1. Федерални средства	10,5	23,6	28,3	27,2	30,9	33,5
Medicare	0	10,3	14,7	15,3	16,6	19,1
Medicaid	0	3,7	5,7	6	8,7	8,3
Други	10,5	9,6	7,9	5,9	5,6	6,1
2.2. Щатски и регионални	14,2	13,9	13,7	13	13,2	12,6
Medicaid	0	3,2	4,5	4,4	6,2	6,4
Други	14,2	10,5	9,2	8,6	7,1	6,2

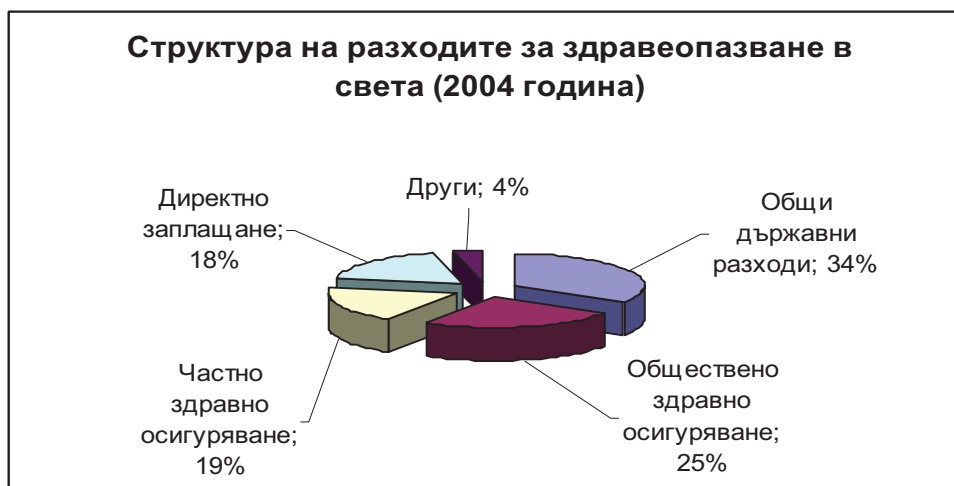
Източник: *Health Care Financing Review*, National Health Expenditures 1960 – 2006,

В началото на XXI век, заедно с развитието на смесения тип икономика, който съчетава пазарните механизми с определена степен на намеса на държавата (т. нар. социално пазарно стопанство), все повече се преминава към индиректно финансиране на здравеопазването. Не само лекарствените средства, но и медицинските услуги, които получават потребителите, се финансират от страна на обществените фондове, независимо от тяхната собственост. Използвайки принципа на солидарността на участието, държавата (обществото) контролира и регулира разходите, като, от една страна, се явява гарант за събираемостта на приходите на тези фондове, а, от друга – защитник на интересите на потребителите. Този процес се оценява положително от гледна точка на социалната си значимост, тъй като дава възможност държавата да преразпределя средства от богати към бедни, от здрави към болни и от млади към възрастни. Но,... от гледна точка на икономическата целесъобразност, често води до загуба на ефективност. Например, когато пациентът следи лично разходите си, той обикновено се води от своя рационален избор и избягва решения, които ще му струват ненужен разход. В този случай той се стреми да постигне състояние на равновесие, при което пределната полезност от потреблението на даден продукт да се изравни с пределната пазарна цена, която е установена на стандартните пазари³. При индиректното финансиране, независимо дали е обществен или частен здравноосигурителен фонд, този директен механизъм за регулиране

³ Доц. д-р Трайчо Спасов. Микроикономикс. Университетско издателство „Стопанство“, София 2004 г.

на разходите не действа, а потребителите са лишени от възможността да вземат решение за потреблението на един или друг лекарствен продукт. Това е така, защото повечето от тях са предплатени (от общественото здравно осигуряване и предплатените здравни застраховки) и в момента на потреблението пациентът получава със закъснение това, което вече е предплатил. От диаграмата по-долу се вижда, че едва при около 22% от световните разходи за здравеопазване, пациентът решава сам дали да закупи стоката или услугата в момента на потреблението. В останалите случаи решението за закупуване и съответно заплащането се осъществяват от трето лице, което не е пряк получател на полезният ефект от потреблението. Обикновено това биват правителството чрез неговите ведомства, обществените и частните здравноосигурителни фондове. По данни на СЗО в България общественото финансиране за 2005 година възлиза на около 57.5%, при показател за развити страни като Германия и Франция от порядъка 80 на сто, но в същото време в развиващите се страни относителният дял на финансирането директно от джоба на потребителя възлиза на около 70%. Що се отнася до лекарствата, относителният дял на тези, при които пациентът не заплаща или заплаща частично, възлиза на около 1/3 от общите разходи за медикаменти в България (в стойностно изражение)⁴. Това отклонение от стандартните пазарни правила дава основание на държавата в значителна степен да осъществява регулативна намеса с цел оптимизиране на обществените разходи. И така, тъй като потребителят не заплаща директно от джоба си в момента на потреблението на медикамента, той не бди за оптимизирането на разходите и по този начин е твърде възможно да не може да бъде постигнато равновесие или пределните разходи да се изравнят с пазарната цена.

Фигура 1



Източник: База данни на Световната здравна организация

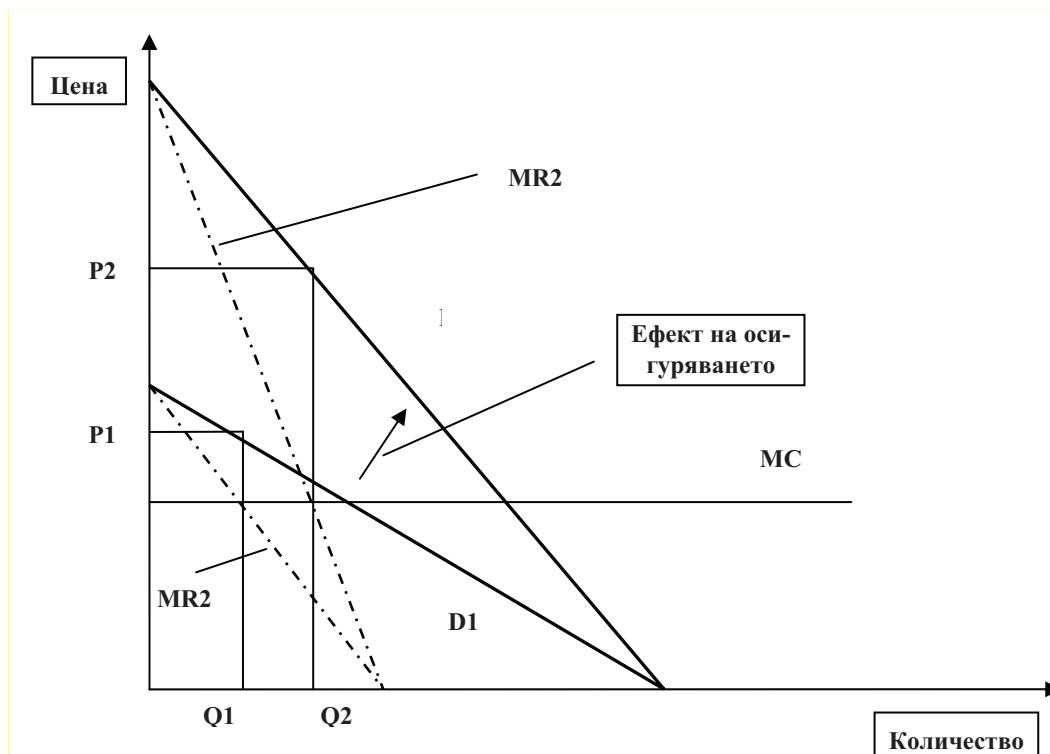
⁴ По последни данни от IMS Health Bulgaria

Ефект на осигуряването върху кривата на търсенето

Какво се случва на практика? При въвеждането на всеобщо здравно осигуряване, при което заплащането на медикаментите става индиректно, потребителят не бди за разходите, които се правят, защото или не заплаща, или плаща една малка част (co-payment) от разходите директно. Така се ограничава стремежът на потребителя да максимизира ефекта от потреблението си при конкурентните пазари и това води до нарастване на общите разходи за лекарства. Това явление се нарича нарастване на степента на морален риск (moral hazard) и е свързано с понижаване на чувствителността на потребителя към изменението на цените. Определянето на частично или цялостно заплащане на медикаментозната терапия променя наклона на кривата на търсенето, като го прави по-ниско еластично, или кривата става с по-стръмен наклон⁵. Всеобхватното застрахователно покритие повишава нивото на моралният риск (moral hazard)⁶ и така се наблюдава свръхизползване на лекарства вследствие на променената чувствителност на субектите на търсенето спрямо цената. Следващата графика дава представа за това твърдение.

⁵ Danzon Patricia "Price discrimination for pharmaceuticals: Welfare effects in the US and the EU" International Journal of the Economics of Business, Vol. 4 No. 3, 1997 В монографията си авторката доказва, че високият относителен дял на осигурителното покритие в САЩ е причина за изместване на кривата на търсенето и от там на понижаване на еластичността на търсенето.

⁶ Понятието moral hazard (морален риск) в сферата на застрахователните пазари се отнася до случая, при който съществуването на застрахователно покритие на риска променя поведението на застрахованата група, тъй като тя вече не носи отговорност в размер на пълните разходи за това поведение. Например при закупуването на автомобилна застраховка част от застрахованите не са толкова внимателни колкото биха били в отсъствието на застраховка и може да не заключат автомобила си или да не предотвратят ПТП, което е възможно да бъде избегнато.



Фигура 2. Ефект на осигуряването и изместване на кривата на търсене

Нека с $D1$ означим кривата на търсенето на фармацевтични продукти при отсъствие на здравно осигуряване за даден национален пазар. От наклона ѝ личи, че последната се отличава с висока ценова еластичност на търсенето – при малки промени в цената чувствителността на потребителите променя значително потребяваните количества продукция. Това се дължи на ниската степен на морален риск, при която потребителите следят стриктно за всяка единица изхарчени пари. Нека приемем, че както е в действителност, пазарът не е конкурентен. Фирмите, предлагащи лекарствени продукти, които се стремят към максимизиране на печалбата си, биха поддържали ниво на предлаганото количество $Q1$ при цена $P1$, тъй като пределните приходи $MR1$ се изравняват с пределните разходи MC точно при това количество. Ако за целта на теоретичния анализ въведем здравно осигуряване (независимо дали е обществено или частно), при което значителен дял от цената се заплаща от осигурителен фонд, пациентите и лекарите стават по-малко чувствителни към цената (ако медикаментът се заплаща изцяло от фонда, ценовата еластичност на търсенето клони към нула) и по този начин кривата на търсенето се измества в горният си край, така че наклонът ѝ става по-стръмен. Промяната на ценовата еластичност на търсенето води до покачване на общите разходи за лекарства, без това да води до пропорционално разширяване на достъпа на пациентите до медикаментозно лечение (изразява се в относително по-голямото покачване на цената в сравнение с нарастването на потребяваното количество). Производителите на лекарства повиша-

ват цените и предлаганото количество до момента, до който кривата на пределните приходи MR2 се изравни с кривата на пределните разходи MC. „Основните различия на монополистичната конкуренция в сравнение с чистата са две: (1) наличие на свръхкапацитет за производство – състояние, при което произвежданото количество е по-малко в сравнение с количеството, необходимо, за да се минимизират средните сумарни (постоянни и променливи) разходи; (2) въвеждане на надценка в цената – налице е превишение на цената над пределните (маргинални) разходи – промяната в сумарните разходи, която настъпва, когато произвежданото или закупуваното количество се променя с единица”⁷. Проявява се ефектът на осигуряването, който при условията на покачване на нивото на моралният риск, изкривява реалната ценова еластичност на търсенето. С това се покачват както цените, така и годишните разходи за медикаменти. Отчитайки тази тенденция на покачване на разходите, държавните или квазидържавните осигурителни компании предприемат действия, целящи връщане на кривата в първоначалното ѝ състояние чрез редица регулативни мерки. Така, наред с демографските, икономическите, технологичните и чисто пазарните екзогенни и ендогенни фактори за нарастването на разходите за медикаменти, се прибавя и повишаването на моралният риск като последица от въвеждането на всеобщо здравно осигуряване в развитите страни.

ДРУГИ ОСНОВАНИЯ ЗА НАМЕСА НА ДЪРЖАВАТА

Освен неравенството в разпределението на доходите и свързаното с това въвеждане на всеобщо здравно осигуряване, в развитите страни съществуват и други ендогенни основания за намеса на държавата на пазара на лекарства. Това са пазарните дефекти, с които се характеризират пазарите на медицински стоки и услуги. Те са резултат от спецификата на лекарствата като икономически и заедно с това обществени блага. Ето защо, преди да преминем тяхното изследване, ще се спрем на изясняването на лекарствата като специфични пазарни блага.

Лекарствата – специфични пазарни блага

Лекарствата са специфични икономически блага (стоки), тъй като имат материално-веществен характер. Те се произвеждат за задоволяване потребностите на индивидите от лечение чрез химическа интервенция в тялото. Тяхното потребление влияе позитивно или негативно на здравословното състояние на потребителите, които в този случай можем да наричаме и пациенти. Именно поради това използването им по предназначение е свързано с придобиване на значителни познания в областта на медицината и фармацията. Така потребителите/пациентите не могат самостоятелно да вземат решение за закупуването на всеки лекарствен продукт и са принудени да се опрат на познанията на лекарите и до определена степен – на фармацевтите. Тази асиметрия на информацията е един от пазарните провали, наблюдавани при пазара на фармацевтични продукти. По своята същност лекарствата са най-близо до хра-

⁷ Авторски колектив. Въведение в Маркетинга., Университетско издателство „Стопанство”, 2006 г.

ните и напитките, тъй като последните също влизат в пряко съприкосновение с организма на човека, но между тях съществуват и значителни различия. Неправилната им употреба може да доведе до негативни странични ефекти, тежки състояния на организма и смърт. Могат да бъдат употребявани като опиати, успокоителни и други направления, забранени от закона. Тези особености налагат регулативната намеса на държавата по установяване на строги правила на производство, дистрибуция, предписване, отпускане и потребление.

От друга страна, лекарствата се доближават до медицинските услуги по това, че са обект на търсене от страна на потребителите с цел да бъдат използвани за задоволяване на потребностите на потребителите да са в добро физическо и психично здраве. За разлика от тези услуги, при които пациентът трябва да осъществи пряко съприкосновение с лекаря, стоматолога, терапевта и т. н., лекарствата той може да консумира без присъствието на тези специалисти (по презумция). Потреблението на лекарства обаче не се осъществява като самостоятелен процес, тъй като здравните услуги и лекарствените продукти са взаимосвързани. В процеса на потреблението те са взаимно обвързани, предполагат се и поради това са допълващи се едни други (съпътстващи).⁸ Потреблението на лекарства е невъзможно без преглед или консултация с медицински специалист и обратно, в повечето случаи не може да се осъществи ефективно лечение на пациента от лекаря без наличието на медикаментозна терапия. Нещо повече, при реимбурсираните лекарства разходите за получените от пациентите лекарства се заплащат от трета страна – обществените или частни осигурителни компании. Така за по-голямата част от медикаментите функциите на търсенето на лекарства се съвместяват от множество икономически субекти – лекари, които предписват (вземат решение за потребление); фармацевти, които отпускат (консултират пациентите за терапията); пациенти, които консумират и върху които пада полезният ефект от потреблението; и осигурителни компании, които заплащат разходите за придобиването на продукта.

Патентната защита за продукти, които представляват технологично нови по-ефективни, с по-малко странични ефекти и по-безопасни лекарства, разделя фармацевтичния пазар на две – пазар на оригинални продукти и пазар на генерични продукти. Генерични са продуктите с еднакъв химичен състав на активното лекарствено вещество. Ограничаването на производството на заместители за определен период поставя производителите на оригинални продукти в ролята на монополисти и така поставя временни бариери пред навлизането на останалите компании в дадената пазарна ниша. По този начин се гарантират високи печалби на производителите, а потребителите нямат възможност да изберат алтернатива. Този факт поражда и едно от основанията за намеса на държавата – високи бариери на входа.

Ограничаването на конкуренцията при лекарствата се допълва от това, че те често представляват сложни химични съединения, които трудно могат да бъдат сравнявани от пациентите, а дори и от лекарите. В зависимост от начина на интервенцията в човешкото тяло те приемат различна форма (т. нар. лекарствена форма): орални форми (oral forms) – таблетки и капсули и др., инжекционни форми (parenteral forms), форми за вдишване (inhaled forms), форми за локално действие

⁸ Доц. д-р Трайчо Спасов. Микроикономикс. Университетско издателство „Стопанство“, София 2004 г.

(topical forms), капкови форми (nasal forms) и други. Нещо повече, една лекарствена форма може да съдържа различна концентрация на активно лекарствено вещество. Всяка една от тези форми съдържа активно лекарствено вещество и помощни средства. Така например, оралните форми съдържат: около 5-10% активно вещество; 80% пълнители, разграждащи вещества, смазочни вещества, спояващи вещества; и около 10% от вещества, които спомагат за лесното разпадане в стомаха и червата. Нещо повече, една лекарствена форма може да съдържа различна концентрация на активно лекарствено вещество. Невъзможността за сравнение между две алтернативи води до нисък интензитет на конкуренцията при лекарствените пазари. В международната практика е прието като критерии за сравнение да се използва количеството активно лекарствено вещество. Лекарствените продукти с еднакъв състав на активното вещество са взаимозаменяеми и по презумпция би трябвало да са обект на силна ценова конкуренция. Но производителите на лекарства, чрез агресивните маркетингови кампании, които провеждат, се стремят да изградят лоялност на потребителите към търговската марка. Съществуването на търговските марки, които определено оказват влияние върху предпочитанията на потребителите, макар често химичният състав да е един и същ, допълнително усложняват дефинирането на правила, които да важат за лекарствените пазари. В практиката се случва така, че понякога пациента предпочита една търговска марка пред друга, независимо от цената, макар химичният им състав да е еквивалентен. Това се дължи на факта, че по принцип медикаментите имат характеристиките на така наречените “experience goods”⁹ – и затова пациентите, привикнали към даден медикамент, не са склонни да го сменят с друг.

Колкото повече са потребявали даден медикамент потребителите, толкова по-малко атрактивна за тях е възможността да го заменят за по-евтин вариант. За тях пренасочването към друг продукт е свързано с поемане на определен риск, поради несигурността която може да им донесе употребата му. Следователно потребителите може би трябва да бъдат компенсирани, за да са склонни да поемат този риск. На фармацевтичните пазари потребителите се държат все едно понасят загуби от пренасочването към друг еднороден продукт, равни на максималната премия, която те са склонни да платят, за да им е гарантиран продукт със същото качество като този, който са потребявали доскоро. Така наличието на тези разходи за пренасочване означава, че на пръв поглед еднородни продукти могат да се окажат ex-post хетерогенни. Това, както и асиметрията на информацията, се използва от фармацевтичните компании за изграждане на лоялност към търговската марка. По този начин те могат да искат по-високи цени и да генерират по-високи печалби, трансферирайки полезен ефект от потребителите към себе си. Значителен брой от познатите лекарства имат заместители, които могат да бъдат генерични (с еднакъв химичен състав на активно-

⁹ Стоки или услуги при които характеристики като качество и цена не могат да бъдат оценени от потребителите предварително, но могат да бъдат констатирани след потреблението. Тези стоки поставят трудности пред потребителите при правенето на рационален избор. Потребителите привикват към тях, тъй като те се характеризират с ниска ценова еластичност на търсенето. Характерни са за сферата на здравеопазването, тъй като потребителите смятат, че ниската цена се дължи на лошо качество или странични ефекти.

то вещество) и терапевтични (с еднакво или сходно терапевтично действие). Генеричните са перфектни заместители и при тях е възможна висока степен на ценова конкуренция, която се предполага, че във времето би понижила цената до направените средни разходи. В различните страни тази ефективност на разпределение на ресурсите е постигната в различна степен. Например генеричните продукти в САЩ не се продават под търговско наименование и по този начин нивото на конкуренция е относително по-високо в сравнение с Европа, където генеричните лекарствени продукти се продават под търговските си имена. Така при лекарствата с един и същ химичен състав може да се открият две форми на пазарна конкуренция – конкуренция в условията на еднороден продукт и конкуренция от монополистичен характер. При първия тип конкурентната борба се води единствено спрямо цената и факторите, които носят успеха са: постигане на максимален ефективен обем на производството и минимизиране на производствените разходи. При монополистичния тип конкурентната борба се води не само спрямо цената, а и като се харчат значителни средства за насърчаване на продажбите посредством маркетингови инструменти.

Асиметрия на информацията

Макар да съществува една част медикаменти, които не изискват лекарско предписание и могат да се закупуват свободно от потребителите (много често в специализираната литература се използва съкращението ОТС, което се получава от английския термин „over the counter”, и в текста по-нататък в съкращението се влага разкритият тук смисъл), друга значителна част от медикаментите изисква лекарско предписание и поради това потребителите не са информирани за характеристиките на повечето лекарствени продукти. Липсата на информация ги кара да се обърнат към съответните медицински специалисти с цел да използват техните познания, за да направят своя избор. Нещо повече, не съществуват алтернативни източници на информация и, ако съществуват, те са ограничени, труднодостъпни и често неразбираеми за потребителя. Да не говорим за високата степен на обществено разделение на труда, при която всеки индивид се специализира в дадена област и при закупуването на каквато и да е стока, различна от областта на неговата компетенция, се обръща за съвет и помощ към съответния специалист. Това важи в още по-голяма степен за лекарствата, тъй като понякога от правилната им употреба зависи животът на пациента. Липсата на информация кара пациентите да се доверят на избора на съответния медицински специалист – лекар, фармацевт, стоматолог, и да приемат неговият избор. Но никой от тях не е застрахован за риска този специалист, към който са се обърнали, да им предложи лекарство, което струва по-скъпо спрямо друго такова или не притежава необходимата ефективност, каквато носи медикамент със същото терапевтично действие, или няма да ги осведоми за наличието на същият продукт, но по-евтин в друг търговски обект или под друго търговско наименование. Така асиметрията в информираността на потребителя допринася за загуба на ефективност за потребителя и съответно за този, който заплаща, а в крайна сметка и за обществото като цяло.

Ограниченост на конкуренцията

Твърди се, че асиметрията на информацията намалява ефективността на действие на конкуренцията¹⁰. Например, ако дадена фирма продава стандартна стока – хляб, тя може да привлече потребители, като намали цената или увеличи грамажа му, тъй като потребителят лесно може да определи дали това е в негова полза и дали води до повишаване на полезността, която извлича от потреблението. Но обикновеният потребител едва ли може да прецени кое лекарство да закупи или кой лекар да предпочете. Понякога лекарите, чиито услуги са с по-висока цена, привличат потребителите, тъй като те смятат, че по-високата цена е белег, по който тези лекари са оценени от обществото, което е обратно на законите за търсенето и предлагането на така наречените нормални (хомогенни) стоки. Медикаментите също могат да имат сходни качества и потребителят да бъде изправен пред възможни алтернативни решения. Например може да има избор: да закупи оригинален продукт или да прибегне до множеството генерични алтернативи, или да прибегне до други продукти, различаващи се по състав, но с подобно терапевтично действие. Тъй като потребителят не е запознат с тези условия, се налага да бъде съветван от своя лекуващ лекар, а и самият характер на медикаментите като съпътстващи стоки (допълващи медицинските услуги) прави много трудна възможността за сравнение на цени и така ограничава ефективното ниво на конкуренцията в този сектор. Ако моят приятел, с който често се виждаме, страда от повишено кръвно налягане вследствие хронична хипертония и взема Enalapril, за да се лекува, аз мога да имам същите оплаквания, но високото ми кръвно налягане да е причинено от психични проблеми. Ако този продукт беше универсален, то би помогнал и на мен, но на практика това се установява с преглед при лекаря.

Друг фактор, който съществено ограничава интензивността на конкурентната борба на пазара на лекарства, е това, че съществуват професионални организации на лекарите и фармацевтите, чрез които те повишават пазарната си сила и могат да влияят негативно на променливите фактори като цена, качество на обслужването и т. н. Така например една професионална организация на фармацевтите може да съчетава функциите по обмяна на опит и защита на правата на гилдията със съглашения за определяне на цените на дребно и търговските надценки на аптеките, и най-вероятно го прави. Това води до повишаване на печалбите от търговия на дребно с медикаменти, но води и до загуба на ресурси за потребителя.

Доброволно упълномощаване, от страна на потребителя (пациента), на трето лице (лекаря, фармацевта) да взема решения относно вида, количеството, стойността и продължителността на потреблението на медикаменти

При стандартните конкурентни пазари човекът който взема решение за покупка на стоката или услугата, едновременно с това е и потребителят, и този, върху който пада полезният ѝ ефект. При стоките и услугите, свързани с опазването на здравето на индивидите, обикновено решението за осъществяване на потреблението не се

¹⁰ The American economic review, "Information, competition and markets", Barry J. Nalebuff and Joseph E. Stiglitz.

взема пряко от самия потребител, а от (упълномощено от него) медицинско лице, което притежава съответните познания. Разбира се, не само при лекарствата и медицинските услуги съществува подобна практика – така например, обикновено родителите решават какво ще потребява малолетното им дете, независимо от това какви са неговите предпочитания. Има се предвид фактът, че детето не е способно да преценява относно това какво е полезно и какво не е за него. По същия начин пациентите, които не притежават медицинско образование, не знаят какво ще бъде полезно за лечение на дадено тяхно заболяване и затова прибягват до професионалните съвети на лекарите. Вероятно някои биха предпочели сами да закупуват лекарствата си и да осъществяват т. нар. „самолечение”, но това може силно да им навреди, а не да помогне. Посоченото разминаване става основание за намеса на държавата в качеството и на „родител на нацията” и чрез регулативни мерки да налага определени изисквания при потреблението на лекарствени продукти. Основното от тях е, че голяма част от медикаментите е задължително да се отпускат от аптеките по лекарско предписание. Това прави лекарите участници в пазара на лекарства от страна на търсенето и обект на стремежите на лекарствени компании да продават. Например целевият пазар на фирмите за производство на детски дрешки не са децата, а по скоро техните майки, които вземат решението за покупката им. По подобен начин и лекарите и фармацевтите се считат за целеви пазар на фирмите производители и дистрибутори на медикаменти. Понякога се случва последните да станат инструмент за насърчаване на продажбите на икономически мощните фармацевтични компании. Това рефлектира както върху интензитета на конкуренцията, така и върху удовлетвореността на потребителите и рационалността, с която те извличат полза от действието на пазарния механизъм.

Бариири на входа и интеграция

Фармацевтичните компании днес са крупни транснационални предприятия с огромни по мащаб приходи и разходи. Съществуват няколко държави, специализирани в производството на висококачествени продукти – САЩ, Великобритания, Германия, Франция, Швейцария, Белгия, Япония и Италия. Използвайки за основа химическата промишленост и биотехнологиите, тези страни вплитат в държавната си стратегия развитието на тези високотехнологични отрасли, за развитието на които са нужни огромни по мащаб инвестиции, особено по отношение на разработването на нови продукти – по-ефективни и по-безопасни. Това е свързано с огромни както първични, така и вторични ресурси, от които съществено значение имат технологиите, висококвалифицираните специалисти и значителните финансови ресурси. От първостепенно значение за съществуването им на този пазар е постигането на значителни икономии от мащаба. Така, ограничен брой компании могат да постигнат ефективен производствен обем, който им гарантира жизнеспособност в бъдеще. Това е сериозна бариера за навлизане на други компании и стимулира процеса на окрупняване на предлагането, като това съответно гарантира на фирмите, съумели да оцелеят, значителна пазарна сила и реализиране на съществени икономически печалби. Допълнително този факт се усилва от формирането на съглашения между

компаниите производители на оригинални продукти. Под формата на организации, обединявайки се, те могат да действат на даден пазар или на глобалния пазар като картел и да реализират монополни икономически печалби. Такива организации са например European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations (EFPIA), членове на която са едни от най-крупните компании за производство на лекарства, и Pharmaceutical Research and Manufacturers of America (PhRMA). Единствените им конкуренти са генеричните компании, които произвеждат лекарства, след като патентната защита (институционално определен срок, в който дадената молекула не може да бъде произвеждана от друг производител) е изтекла, но обикновено този период надхвърля 10 години. Тези компании също координират дейността си, като създават, също както производителите на оригинални продукти, асоциации и друг тип съвместни организации – например European Generic medicines Association (EGA). Може да се твърди, че основната конкурентна борба се води между производителите на патентно защитени продукти и производителите на генерични продукти, които минимум 10 години са присъствали на пазара. При генеричните лекарства нивото на конкуренция е относително високо и в резултат печелят потребителите и здравните фондове, които спестяват средства, за да ги насочат към увеличаване на достъпа до медикаменти. При медикаментите с експлоатационен срок под 10 години нивото на конкурентна борба е ниско или почти отсъства и единственият ограничител на цената остава наклона на кривата на търсене, който се определя от ценовата еластичност на търсенето. Но, тъй като тези продукти обикновено са животоспасяващи или животоподържащи, то търсеното количество слабо зависи от цената и поради това е нееластично. Така производителите на оригинални продукти могат да поискат по-висока цена, без това да повлияе съществено върху обема на продажбите им.

Допълнителни бариери на входа се поставят от патентоването на новооткритите лекарствени продукти. Патентната защита осигурява не само съществена икономическа печалба за фирмата, но дори монополна, защото в повечето случаи новооткритият продукт е за лечение на т. нар. нелечими заболявания и няма подобен аналог. От една страна, реализирането на монополна печалба осигурява на тези компании значителни ресурси за научноизследователска дейност, но, от друга, понижавайки нивото на конкуренция, пречи за намаление на цените на лекарствените продукти след стадия на въвеждането. Както казахме по-горе, разработването на нов продукт изисква значителни първични и вторични ресурси, което не е постижимо за другите участници на пазара, макар стимулите от високата норма на печалбата да са големи. Така навлизането в отрасъла на нова фирма става почти невъзможно, което поставя допълнителни бариери на входа. Интензитетът на конкуренцията остава относително нисък, макар фармацевтичните производители да не са малко, тъй като предлагането за дадена терапия в повечето случаи се извършва от 2-3 до 5 производители. Така пазарната структура при фармацевтичния пазар може да се определи някъде в границите от олигополистична до монополистична конкуренция. Определено преобладава първата, но при въвеждането от страна на държавата на регулативни методи и модели на управление може да се моделира до монополистична конкурентна среда, която като пазарна структура най-силно се доближава до

съвършената пазарна конюнктура. По този начин, с помощта на различните методи и модели на регулиране, държавата се стреми да ограничи и/или елиминира отрицателните ефекти от възприетата политика по насърчаване на иновационната дейност във фармацевтичните компании и разширяването на достъпа на населението до здравни стоки и услуги.

МЕТОДИ И МОДЕЛИ ЗА ОГРАНИЧАВАНЕ НА ОБЩЕСТВЕНИТЕ РАЗХОДИ ЗА МЕДИКАМЕНТИ

В практиката са познати два основни типа методи и модели за управление на обществените разходи за медикаменти – методи и модели, влияещи върху предлагането на лекарствени продукти, и методи и модели за влияние върху търсенето на медикаменти.

Методи и модели, влияещи върху предлагането

Директен ценови контрол

Ограничаването на свободното ценообразуване обикновено се възприема като пряка намеса на държавата на даден пазар, защото се елиминира действието на пазарния механизъм като регулатор на равновесна цена между търсенето и предлагането. В този случай основание за изместването му и за преминаване към регулиране от страна на държавата са пазарните провали. По принцип регулирането на цената за кратък период от време води до поява на пазарен излишък или пазарен недостиг, тъй като цените са динамични и бързо променящи се, в резултат на промените в предпочитанията, научно-техническия прогрес, промяната в нивото на разходите за производството и разпределението на продуктите на пазара – динамиката на регулираната цена се определя от сложен и дълготраен политически процес на вземане на решения. Така, когато цените са по-високи от естествената равновесна цена, се получава излишък на произвежданите продукти, тъй като количеството на произведените продукти превишава количеството, което потребителите са склонни да закупят при тази регулирана цена.

В практиката такива примери не липсват и един от тях са европейските програми за насърчаване на селскостопанското производство в ЕС, където се отпускат субсидии на земеделските производители или правителствата на отделните държави участват на пазара, като изкупуват излишното количество произведена продукция. Различните икономически школи възприемат по-различен начин намесата на държавата на пазара. Класическата и неокласическата школа пледират за ненамеса на държавата, като се осланят на автономното действие на пазарния механизъм и пазарните сили. Кейнсианската школа допуска определена намеса на държавата, като за регулатор се използва свиването или разширяването на правителствените покупки, с което да се коригират пазарните провали. При наличие на множество производители и отсъствие на бариери пред входа на даден отрасъл или производство и на висока информираност както на субектите на търсенето, така и на субекти-

те на предлагането, а така също и на еднороден продукт, пазарният механизъм регулира отношенията между тях, така че общият ефект е максимален. Но когато съществуват пазарните провали, например потребителите не са информирани, както е в случая с лекарствените продукти, държавата или държавните институции считат, че чрез намесата си на пазара могат да защитят своите граждани от загуба на полезност и трансферирането ѝ към другите участници на пазара. Въпросът е: дали това е от полза за обществото като цяло и дали се постига максимален полезен ефект?

Наличието на излишък и определянето на цена, по-висока от равновесната, се характеризира с пропусната възможност и за потребителите, и за производителите да реализират допълнителна печалба от участието си на пазара. Тази пропусната възможност се нарича „чиста загуба за обществото“, защото този доход е загубен завинаги¹¹. В допълнение на тази загуба за обществото високата цена прехвърля полезност от потребителите към производителите, но тя не се запазва, а често под формата на лобиране и корупционни практики се пренасочва към държавните чиновници, които вземат политическите решения за установяването и поддържането на подобна цена. Когато цената е по-ниска от равновесната, се прехвърля печалба от производителите към потребителите, но тя се изразходва, например в загуба на време, тъй като разликата в търсенето и предлагането води до дълги опашки и неефективно изразходване на значителен ресурс от време за набавянето на необходимия продукт.

Важно значение има изводът, направен от известни икономисти, че ако правителството на една страна чрез налагането на чист ценови контрол пречи на ценовата конкуренция, фирмите започват да се конкурират спрямо всички останали управляващи променливи. Обикновено продуктът се диверсифицира, като се набляга на определени качества, допълнителни предимства и удобства за потребителя и други. В друг случай качеството на стоките и услугите намалява до едно базисно ниво, като не се създават стимули за подобряването му. Възможно е ниските цени на даден продукт да доведат също до плащания под масата или корупционни практики.

Въпреки всичко казано дотук, регулирането на цените, особено когато се касае за продукти от жизнено значение за потребителите, каквито са лекарствата, има определени преимущества. Чрез него могат да се ограничат негативните ефекти от пазарните провали не само върху потребителите, а и върху производителите. Определени форми на директен ценови контрол се прилагат в множество от страните с развита икономика, но Франция и Италия са водещи в тази област. Цените в тези страни са сравнително ниски, но приложението на контрола върху цените забавя пускането на пазара на технологично новите медикаменти¹². В България също се използват определени форми на директен ценови контрол що се отнася до разходите за медикаменти, финансирани от публичните фондове в България. Така например, според „Наредбата за условията, правилата и реда за регулиране и регистрира-

¹¹ M. Scott Morton, Fiona, Yale University, “The Problems of Price Controls”.

¹² По данни от изследването на Danzon, Patricia M., “Prices and availability of pharmaceuticals: Evidence from nine countries”

не на цените на лекарствените продукти”, за да бъде продаван на територията на страната, всеки продукт трябва да има регистрирана пределна цена. Това е най-високата цена, която може да бъде поискана за получаването на дадения продукт. Нещо повече, императивните клаузи на наредбата установяват и таван на надценките за търговия на дребно и едро, като те са класирани в три групи, в зависимост от цената на производител. Тези групи са представени в следващата таблица:

Таблица 2

Ценови групи при определянето на надценките за търговия на едро и дребно

Ценова група	Цена на производител	Надценка за търговия на едро	Надценка за търговия на дребно
Група А	0,01 – 10,00 лева	9%	22%
Група Б	10,00 – 30,00 лева	8%	20%
Група В	Над 30,00 лева	6% но не повече от 15,00 лева	18% но не повече от 30,00 лева

Източник: Министерство на здравеопазването на РБ.

Метод на референтното ценообразуване(МРЦ)

Нивото на конкуренция между отделните лекарства е ниско поради ниската информираност на пациентите относно химичният им състав и терапевтичното им действие. Нещо повече, те не са чувствителни към понижаване на разходите поради факта, че медикаментът се заплаща от трето лице (здравноосигурителния фонд). Методът на референтната цена – чрез определянето на единна референтна цена, прави пациентите чувствителни спрямо цената, тъй като, ако те изберат по-скъп продукт, трябва да заплатят разликата между цената му и референтното ниво. Лекарите обаче нямат стимул да предписват лекарства – близки заместители, за които пациентът не дължи доплащане. За да го правят, се прилагат други методи на регулиране на разходите за медикаменти, влияещи върху свободното предписване. На теория производителят, чийто продукт е най-добър, може да иска цена по-висока от референтната, ако пациентите имат желание да платят за по-високото качество. Така, макар и с твърде ограничен размах, се дава възможност на производителите да провеждат ценова конкуренция над референтното ниво. Референтна цена, която е базирана на най-ниската (или средната, или медианата) предложена цена на производител, се разглежда като такава, която покрива разходите на един ефективно работещ доставчик.

Нивото на конкуренцията обаче зависи от патентната защита. Целта на патента по отношение на разработваните нови продукти е да не допусне конкуренция от страна на генеричните еквивалентни продукти за продължителността на действие на патента. Това ограничение на конкуренцията, при идентични продукти е направено с цел да позволи на иноваторите да определят цени по-високи от пределните разходи и така потенциално да компенсират направените разходи за развойна дейност, зависейки единствено от близките, но не свършени терапевтични заместители. Оптималният размах на конкуренцията, когато продуктът е под действието на

патента, оптималната продължителност на живота на патента и оптималното ниво на развойна дейност са взаимозависими сложни обекти на лекарствената политика, но не са обект на това изследване. Ето защо настоящата патентна защита и характеристиките ѝ в случая се приемат за даденост. Допускането е, че патентите са създадени, за да защитават рационализираните продукти за продължителността на патента от конкуренцията, която би понижала цените до нивото на пределните разходи¹³. Обаче след изтичането на срока на патента, няма ограничения за навлизане на нови производители (генерични) на този пазар и на теория конкуренцията би станала неограничена, ако потребителите бяха напълно информирани.

Различаваме два основни вида референтно ценообразуване, в зависимост от критериите за определяне на референтните групи:

Генерично съпоставяне – ограничаването на референтното ценообразуване само до субстанции с изтекъл патент поддържа патентната защита и оттук стимулите за иновация, а така също създава потенциални икономии за обществото от действието на конкуренцията, след като веднъж срокът на патента изтече. Нещо повече, тъй като се изисква генеричните продукти по регистрация да бъдат (на практика) био-еквивалентни на оригиналните, реимбурсното правило, което се отнася към генеричните еквивалентни продукти като към оригинални с изтекъл патент, тоест като към свършени заместители, позволява бюджетни икономии без значима заплаха за здравето на по голямата част от пациентите.

Терапевтичното съпоставяне на различни лекарствени субстанции е потенциално неефективно, дори когато разнородността на пациентите съответства повече на субективните предпочитания, отколкото на обективните клинични различия. Терапевтичното съпоставяне де факто не създава конкурентен пазар, където пациентите да са напълно информирани относно предимствата и недостатъците на различните лекарства, имайки предвид тяхното състояние. Ако например пациентът е напълно информиран, би плащал по-висока цена за продукт с по-малко риск от странични ефекти. Но обучението на пациентите отнема време, за което на лекарите обикновено не се заплаща. Ако на лекарите не отнемаше време, за да разяснят предимствата и недостатъците на определен медикамент, то те биха информирали пълно и подробно пациента. Тогава осведоменият пациент би могъл да изрази желание да заплати по-висока стойност за по-висококачествен продукт. На практика лекарите не разполагат с неограничено време, за да се реализира тази възможност. Нещо повече, ако неблагоприятните ефекти се откриват само след изпробване или при допускането на грешки при смяната на лекарствата, това може да се отрази на запасите от лекарства и на здравето на пациента. Ако е така, системата на референтно ценообразуване изкривява ролята на цените като измерител на стойността за потребителите и стимул за производителите.

В отговор съвременните фармацевтични компании, отчитайки референтното ценообразуване като заплаха за бъдещия си бизнес, често фокусират дейността си към диференциране на продуктите, така че да не могат да бъдат поставяни в една група.

¹³ Нормативното ограничаване на конкуренцията чрез налагането на патент прави фирмите производители на технологично нови лекарства монополисти за определен срок. По-специално този тип монопол съгласно икономическата теория се нарича закрит монопол.

Става въпрос за така наречените “me-too drugs”¹⁴, които не се различават съществено от продукт, чиято патентна защита изтича, но целенасочено са модифицирани от оригиналния производител, за да се различават по своята ефикасност и странични ефекти, така че да не попаднат в референтната група. По този начин компанията удължава реализирането на високи приходи, заобикаляйки както референтната система, установена в някои от страните, така и смисъла на патентната защита. Възможно е и друга компания конкурент да прибегне до производството на такива продукти преди да е изтекъл срокът на патентната защита. Тогава първата компания би понесла загуби от действието на референтната система, а така също и обществото като цяло, тъй като това би оказало негативно влияние върху стимулите за постигане на технологични пробиви в сферата на фармацевтиката и биотехнологиите.

Макар да се характеризира с определени недостатъци, методът на референтното ценообразуване успява да определена степен да изпълнява функцията си – да насърчава ефективното ниво на ценова конкуренция между фирмите производители на медикаменти и така, посредством приложението си, да спомага за съкращаване на разходите и повишаване на достъпа на пациентите до медикаментозно лечение. Методът на референтната цена превъзхожда директния ценови контрол, тъй като оставя възможност за доплащане от страна на пациенти, предпочитащи по-висококачествени продукти. Самостоятелното приложение на референтното ценообразуване обаче не е в състояние да доведе до ефективни резултати и поради това е необходимо да се прилага заедно с други регулативни мерки. В комбинация с използването на лекарствени бюджети или директен ценови контрол МРЦ изпълнява успешно ролята си на регулатор на цените и спомага за съкращаването на разходите. Можем да обобщим: генеричното референтно ценообразуване е по-ефективно по отношение на ефикасността на замяната между биоеквивалентните генерични заместители и липсата на различия в страничните ефекти. Този подметод се доближава до пазарна структура, близка до свършената конкуренция, тъй като продуктите са еднородни и перфектни заместители. Така референтната цена повишава нивото на конкуренция и цените на продуктите от една група се доближават до нивото на пределните разходи, от което печели обществото като цяло. Когато към тези групи не са включени продукти под патент, стимулите за развойна дейност се съхраняват и бъдещите потребители не са ошетени.

Терапевтичното заместване, от своя страна, изисква повече ресурси за осъществяването си и крие повече рискове за днешните и утрешните пациенти. Докато генеричното съпоставяне има за ориентир концентрацията на активно вещество, то при терапевтичното съпоставяне се изискват допълнителни измерители като единицата на СЗО: Дефинирана дневна доза (ДДД). Трудно могат да се съпоставят и страничните ефекти за различните пациенти и заболявания. Този подметод се доближава най-вече до монополистична конкуренция, тъй като има много на брой фирми, предлагащи продукти близки, но не перфектни заместители. В определени случаи е възможно типът на пазарната структура да наподобява олигопол.

¹⁴ “Me-too drugs” – лекарства, които имат почти сходна химична структура на активното вещество и са произведени на базата на по-стари варианти. Обикновено се създават, когато срокът на патентната защита изтича. Компанията производител се стреми да запази пазарния си дял и относително висока цена на по-стария вариант медикамент, заплашена от навлизането на генеричните компании.

Включването на оригинални продукти в референтната система е противоречив въпрос и зависи от някои фактори. За страни, които имат силно развито производство на оригинални продукти, подобна практика би спънала развитието на тази промишленост, тъй като така няма да се предостави възможност на фирмите да ценообразуват, така че да възвърнат направените фиксирани разходи за развойна дейност. Но страните с по-ниска степен на развитие биха могли в умерени граници да се възползват от тази възможност дотолкова, доколкото не отблъскват новите продукти от пазарите си¹⁵. Така важно значение придобиват критериите за определяне на референтните групи, било то в зависимост от терапевтичното действие или генеричната биоеквивалентност. Прилагането на референтно ценообразуване в България е разгледано в края на третата част от настоящия труд.

Модел на паралелен внос/износ

Паралелната търговия е модел за ограничаване на разходите за оригинални медикаменти, произвеждани от научноизследователските фармацевтични компании. Възможността за осъществяване на подобен тип реекспорт от страни с установени ниски цени на производител към страни с високи такива, се корени в противоречието между основни принципи, залегнали в законодателството на Обединена Европа, а именно в противоречието на принципа на свободното движение на стоки, услуги, хора и капитали, и принципа на гарантиране на собствеността (включително частната собственост). Възможност за това предоставя и прилагането на дискриминационно ценообразуване от страна на фармацевтичните компании производители на оригинални продукти. От подобни възможности могат да се възползват, според сведенията, единствено по-високо развитите страни членки на ЕС: Скандинавските страни, Дания, Холандия, Великобритания, Германия и други. Останалите страни с по-ниска степен на икономическо развитие нито печелят, нито губят в краткосрочен период, но в дългосрочен това не е така, защото паралелната търговия ограничава възвръщаемостта на инвестициите в развойна дейност на компаниите и така бъдещите поколения от всички страни губят от подобни практики. Разрешаването, а още повече насърчаването на подобен модел на квазисъкращение на обществените разходи за медикаментозно лечение в страните с висок жизнен стандарт не носи като цяло общ полезен ефект. В условията на закрит монопол оптималната стратегия за постигане на максимален полезен ефект за обществото е дискриминиращо ценообразуване според принципите на Ramsey¹⁶, при което се създават условия за по-висока възвръщаемост на

¹⁵ В изследването си "Reference pricing of pharmaceuticals for Medicare: Evidence from Germany, The Netherlands and New Zealand" Patricia Danzan and Jonathan Ketchman защитават тезата, че страните с по-малко пазарен потенциал и голям обхват на референтното ценообразуване получават много по-малък достъп до технологично нови лекарствени продукти.

¹⁶ Тази версия на ценовата дискриминация понякога се нарича „второ най-добро ценообразуване“ тъй като се отклонява от „първото“ оптимално ценообразуване (ефективно разпределение), където цената е равна на пределните разходи $P=MC$. Основава се на възможността да бъдат отделени групите купувачи с различна еластичност на търсенето, така че да е невъзможно препродаването помежду им и тогава се определят различни цени за тях. Въпреки че по-ниските цени се определят така, че да покриват нормалната печалба, и са по-ниски от тези при нерегулирания ценово дискриминиращ монопол, при това ценообразуване загубата на ефективност се минимизира, но не се елиминира. Едни потребители с по-ниска еластичност на търсенето плащат по висока цена от други, което нарушава принципа на справедливост.

инвестициите в развойна дейност, а оттам и съхранение на стимулите за такава. Не-що повече, ценовата дискриминация позволява разширяване на достъпа до съвремен-но, модерно медикаментозно лечение на пациенти от страни с висока ценова еластичност на търсенето и съответно по-ниска степен на икономическо развитие. Макар да приемем, че в краткосрочен план се генерират определени икономии за посочените страни, вероятно е да се предположи, че значителен процент от тях се преразпределят под формата на отстъпки в ръцете на паралелните търговци на едро и аптеките. Една малка част се разпределя под формата на икономии за обществените осигурителни компании и пациентите. Когато говорим за ефективност, трябва да се отбележи, че разходите по обратното транспортиране на медикаментите към страни-те, в които, да речем, са били произведени, допълнително се заплащат от потребите-лите в тези страни или техните представители. Ефектът от действието на паралелната търговия в ЕС се изразява в дифузия на ниските цени, установени в някои страни от производителите на територията на целия съюз, подронвайки сравнително оптимал-ното ценообразуване по Ramsey. Така производителите са принудени да преминават към определяне на единна цена, която естествено се намира някъде между установе-ните различни дискриминиращи цени.

В България предлаганите оригинални продукти се отличават със сравнително ниски цени поради високата еластичност на търсенето, ниските доходи на населе-нието и ограничените обществени средства, предназначени за заплащане на меди-каменти. Поради това страната може да участва паралелната търговия преди всичко като нетен износител на патентно защитени лекарствени продукти, внасяни от го-лемите транснационални фармацевтични компании. Обикновено износът е насочен към страни като Великобритания, Германия, Норвегия, Швейцария, САЩ и други. Примерен модел на паралелна търговия е представен на следващата Фигура 3.



Фигура 3. Модел на паралелна търговия между България и Германия

Съществуват редица схеми на паралелна търговия, но в практиката ясно изразени са три от тях:

- Български търговец на едро извършва реекспорт на продукт, внесен в България от оторизиран вносител или самия производител, към търговец на едро, базиран в Германия. Последният използва своята дистрибуторска мрежа за разпространение на лекарството в аптеките от цялата страна.
- Български търговец на едро директно доставя продукта до аптекната мрежа в Германия.
- Германски търговец на едро внася чрез аптеки (вериги аптеки) лекарства, вече внесени и разпространени в България. След това, по същия начин, с помощта на дистрибуторската си мрежа разпространява лекарството на аптекния пазар.

В практиката най-често се прилага първата схема, но когато производителите следят динамиката на продаваните от тях продукти в страни като България, те забраняват на дистрибуторите да организират подобни практики. През 2006 година относителният дял на паралелно внесените в Германия медикаменти е възлязъл на около 8%.

Метод на международните сравнения

Методът на международните сравнения е частен случай на метода на референтната цена или директния ценови контрол, в зависимост от това дали на базата на изчислените минимална, средноаритметична цена, мода или медиана, се определят цените на дребно, цените на производител или реимбурсното ниво. Методът е ефективен при чистия ценови контрол, когато цените на дребно се сравняват между продукти с еднакъв химичен състав (генерики), еднаква концентрация и лекарствена форма. Макар че и в този случай оценяването може да се изкриви поради разликите в надценките за търговия на дребно и едро, и в данъчната ставка между различните страни. Когато се сравнява обаче реимбурсното ниво на даден продукт в две държави, е твърде вероятно това сравнение да се изкриви поради редица други значително по-важни причини. Първо, всяка държава е възможно да има приоритетни терапевтични области, за които лекарствата да се заплащат напълно, а в друга същите да се заплащат частично и разликата до крайната цена да се поема от пациента. Второ, за различните държави са възприети различни пропорции, когато се касае за частично заплащане на медикаментите, съответно за осигурителния фонд и пациента. Например във Франция има три нива на заплащане 35%, 65% и пълно заплащане 100%¹⁷. В България тези пропорции са 25%, 50%, 75% и, разбира се, 100%. Ето защо, методът на международните сравнения, приложен към реимбурсното ниво на медикаментите, не е надежден инструмент за дифузия на цените на медикаментите от едни страни в други. В зависимост от целите, които се поставят пред управлението на разходите за медикаменти, най-точен измерител на равнището на цените се явява цената на дребно при отчитане на надценките за търговия на едро и дребно, както и различията в данъчните ставки. Методът на международните сравнения трябва да се прилага стъпаловидно, за да има нужния ефект по отношение на разходите за медикаменти, покривани от обществените фондове. В началото трябва да се реши въпросът дали като основа за сравнение ще се вземат регистрираните цени на дребно или цените на производител на лекарствените продукти. Ако допуснем, че се фиксират цените на производител, т. е. цените от една страна се пренесат на територията на друга, те ще станат отправна точка за определяне цените на дребно и реимбурсните нива. Веднъж ограничени, цените на производител стават основа и за определяне на надценките за търговия на едро и дребно на местно ниво, както и за ставката на ДДС. Определянето на цената на дребно ще стане по калкулативен принцип и тя става основа за всички останали цени в зависимост от възприетото реимбурсно ниво, в зависимост от бюджета за медикаменти и други. Едва тогава, след като цените на дребно са определени, се преминава към метода на референтно ценообразуване, при който най-ниската цена (средноаритметичната, средно претеглената и т. н.) в група става референтна цена и съответно, ако се заплаща 100%, реимбурсно ниво. Ако продуктът се заплаща частично, това ниво се намалява допълнително с процента на доплащане, определен за пациента.

¹⁷ Източник "France Pharmaceutical Pricing and Reimbursement" Corinne Blachier, Panos Kanavos

Методи и модели, влияещи върху търсенето

Позитивни и негативни лекарствени списъци

По дефиниция всички медикаменти изискват предварително одобрена регистрация, за да бъдат предлагани на пазара. Въпреки това, регистрацията на пазара не поражда автоматично задължения за обществената здравноосигурителна система да покрива тези разходи за медикаменти. Във всички европейски страни се оперира с ограничителни списъци. Във всяка страна регулативните мерки по отношение на реимбурсирането са изработени по два начина – инклузивни и ексклузивни. В страните, в които действа инклузивната форма, лекарствата, които получават регистрация на пазара, служебно се реимбурсират; а тези, които са извън реимбурсната система, се казва, че попадат в негативният лекарствен списък. В страните, където се използва ексклузивната система, фармацевтичните компании трябва да кандидатстват за добиване на реимбурсен статус за своите лекарства. С придобиването на този статус медикаментите попадат в позитивния лекарствен списък. Някои от страните съчетават и двете системи.

Критериите, по които лекарствата биват изключени от реимбурсната система (поставяни в негативни списъци), и механизмът, чрез който се оценяват за получаване на реимбурсен статус (поставяни в позитивни списъци), се различават в отделните страни. Обикновено терапевтичното действие се отчита като най-важно, въпреки че икономическата ефективност на вече реимбурсираните продукти набира популярност напоследък. В позитивните лекарствени списъци не се включват ОТС продукти, а само такива по лекарско предписание. Смята се, че повечето страни с позитивни лекарствени листи забавят процеса на одобрение на едно лекарство като средство за задържане на годишните разходи за лекарства.

Когато едно лекарство загуби реимбурсния си статус, неговите продажби по предписание падат и често фармацевтичната компания го квалифицира отново като ОТС продукт. Лекарите често пренасочват изписването към алтернативно и обикновено по-ефективно и скъпо лечение, което се реимбурсира, особено за пациенти, които са освободени от доплащане („co-payment”).

Използване на бюджети за лекарства

Необвързаността на лекарите с финансовите последствия за обществените фондове и пациентите, както и това, че те не понасят полезността и страничните ефекти от приложението на продукта, не създава стимули за предписване, основано на чувствителност към основните управляващи променливи, характеризиращи всеки един пазар – цена и качество. Нещо повече, доста често, според сведенията, лекарите са безразлични и към изписваните количества, а оттам и към свързаните с цена и количество общи разходи, които струват на платците. Така, макар да бъдат налагани строги ограничения върху предлагането, чрез различни методи и модели, проблемът с нарастващите разходи остава без намесата на властите по отношение на търсенето и най-вече към лекарите като субекти на търсенето, които са в състояние да насърчават или ограничават неговата интензивност. За да е възможно да се направи

това, поне на теория лекарите трябва да се включат във финансовите последиствия при преразход на средства, предназначени за медикаментозно лечение.

Нека първо разгледаме един прост пример от практиката. Съществуват и други сфери на дейност на човека, при които потребителят не е осведомен за предимствата и недостатъците на различните стоки, от които той се нуждае, или те му носят някакъв полезен ефект. Така например, в сферата на услугите по ремонта на автомобилна, домашна и промишлена техника, освен предоставянето на самата услуга по ремонта, отношенията са опосредствани и от продажбата на стоки във вид на резервни части, консумативи и други. Крайният потребител, който се нуждае от услугата, не е достатъчно информиран и затова няма способност да сравнява две алтернативни стоки (резервни части) необходими за осъществяване на услугата и се осланя на избора на специалист. Специалистът тогава се налага да вземе решение, т. е. да предпочете продукт А пред продукт Б. От какво е воден той, когато дейността се осъществява на свободния конкурентен пазар? Разбира се, от стимулите и финансовите си интереси, но също така и от отговорността, която поема, и от конкурентната крайна цена.

Да речем, че производителят на продукт А е определил цена от 100 лева, а производителят на продукт Б – 160 лева, и, както е прието в практиката, двамата дават на съответния специалист една и съща отстъпка (20%), която остава като печалба за него, затова че е предпочел А пред Б. Тогава ремонтният специалист ще бъде стимулиран да предпочете по-скъпия продукт (предполага се и по-качествен), тъй като ще реализира печалба от 16 лева повече в сравнение с продукт А. Конкурентните фирми обаче могат да предпочетат по-евтиният продукт и така общият размер на услугата плюс резервните части ще бъде по-нисък и съответно по-конкурентен спрямо цената. Изборът на по-евтин продукт предполага избор на стратегия, при която конкурентната борба се пренася на полето на цената на услугата. Ако цените са измерител на качеството, тогава последният ще рискува да се нагърби с висока отговорност поради несигурният полезен ефект, носен от по-некачествената стока. Всичко това обаче се регулира от пазара, чрез системата от стимули и отговорности. Ако потребителят не е доволен (независимо дали от цената или качеството) от специалиста, ще пренасочи избора си към конкурентен специалист. Така свободният пазарен механизъм създава предпоставки за автономно регулиране на процесите, постигане на оптимум и за потребителите, и за информираните специалисти, чрез системата от стимули и отговорности.

При системата, при която лекарят не търпи финансови последиствия (загуба на пазарен дял, отговорност пред клиентите), или нейното ниво е ниско, тъй като един потребител – друг плаща, се стига до преразход на средства, чийто източник са отново доходите на пациентите, но индиректно. Обвързването на лекарите с финансовите резултати от дейността им по предписване на медикаменти в този случай става необходимо, като ограничава свободното предписване и им налага да са чувствителни спрямо цената и броя на издадените рецепти. Подобна практика възприема Германия малко след въвеждането на системата на референтно ценообразуване през 1993 година. В началото се използват централизирани бюджети за лекарства, а на един по-късен етап, за да се вмени лична финансова отговорност на лекарите, се

преминава към индивидуални бюджети на лекарите, които се изчисляват в зависимост от променливи като: брой пациенти, специалност на лекаря, географски район и други. След въвеждането на референтното ценообразуване в комбинация с индивидуалните бюджети на лекарите за лекарства в Германия се отчита спад в нарастването на разходите.

Изисквания при предписване

Осигурителните компании – с цел ограничаване на свободното предписване, установяват практически указания или протоколи. Те препоръчват как определено заболяване да бъде лекувано и лекарствата, които трябва да бъдат предписани за лечението, въпреки че във Франция указанията действат чрез определянето на негативни препоръки. В няколко страни съществуват правила за предписване за широк кръг заболявания. За социално значимите заболявания основното препоръчително лечение е еднакво за различните страни. В няколко страни в медицинската практика се използват компютърни системи. Те използват протоколите от терапевтичното действие, които насочват лекарите да изберат между едно от препоръчителните лечения на основата на въведената диагноза.

Наблюдението на практиката по предписване се увеличава, за да оцени начина по който докторите прилагат указанията за предписване на медикаменти, а също и колко струва осъществяването от тях лечение, сравнено със средната величина. Очевидно резултатите са от по-голямо значение при системи, при които пациентите са регистрирани при самостоятелен лекар, който играе ролята на „настойник”. Информацията относно това, какво да харчат лекарите по терапевтични групи, може да бъде получена от системите, чрез които преди са реимбурсирани фармацевтите. Също така могат да бъдат направени сравнения, за да се подчертаят всякакви значителни вариации при разходите за лечение между даден лекар и средната величина за даден регион. Тъй като в повечето рецепти не са записани диагнозите, не е възможно да се определи дали даден пациент е лекуван икономически ефективно.

Изследването по социални групи е основен метод за определяне на това дали докторите спазват правилата при предписване на медикаменти и дали лекуват пациентите си икономически ефективно¹⁸. Това също осигурява на лекарите възможност за оправдаване на всяко изразходване над средното. Лекарските практики, които трябва да бъдат проверени, като цяло се избират на случаен принцип или на принципа на ротацията, с изключение на такива, при които съществува прекалено изразходване. Въвеждането на smart карти за пациентите и всеобщо използване на компютърни системи ще доведе до по-лесно определяне на ефективното използване на указанията и създаване на по-надеждни анализи за работата на лекарите. В някои страни подобни системи представляват нарушение на техните строги закони за личната неприкосновеност.

Лекарите са чувствителни когато става дума за свободата им на предписване. Те са подтиквани да избягват морално остарелите и да предпочитат решения, основани

¹⁸ Kanavos Panos, “Pharmaceutical regulation in Europe” Harvard Medical School and London School of Economics, 2003.

на последните научни достижения и най-добрите практики. Указанията преди всичко имат за цел да информират и подпомагат лекарите за вземане на по-добри решения. Оттук и голямото значение на изследването по социални групи.

Методи, използвани при частните осигурителни планове

Отстъпки за количество – най-често срещаната практика на свободния пазар е големите частни купувачи, опирайки се на пазарният си дял, да договорят с производителя/дистрибутора по-ниска цена от тази за индивидуалните потребители. Такава практика е позната в САЩ, където производителите са склонни да договарят по-ниска цена с Medicaid и Medicare, които, от своя страна, им осигуряват стабилен пазарен дял за определен период от време и по този начин понижават разходите си на единица. Трудността идва от факта, че държавните или държавно доминираните осигурителни компании и самите служители в тях нямат стимул да реализират тази практика, защото не получават финансови ползи от тази си дейност. При частните компании това веднага се отразява на приходите, а оттам и на конкурентоспособността и ефективността на организацията. Производителите са склонни дори на по-ниски цени, ако крупният купувач им осигури нарастване на пазарния дял.

Насърчаване на конкуренцията – възможно е потребители с големи възможности да насърчат конкуренцията, като предпочетат продуктите, осигурявани от по-малки местни производители, и така да принудят крупните производители да намалят цените с цел да останат на пазара или да запазят пазарния си дял. В България реално не съществува крупен производител на инвитро-диагностични апарати¹⁹ за измерване на кръвната захар при диабетно болните. Предлаганите продукти на пазара са вносни и сравнително скъпи, но без алтернатива, и НЗОК е принудена да заплаща предложената от тях цена. Съществува обаче научноизследователски институт към Бургаския свободен университет, който разработва подобни диагностични изделия. Има подготвени и подготвящи се специалисти в тази област. Ако НЗОК гарантира определен пазарен дял за определен период, е възможно да се създаде производство, което да повиши нивото на конкуренцията и така да съдейства за намаляване на цените в следствие на конкуренцията на локалния производител.

Обезпечаване на потребителите с информация – друг начин за повишаване на конкуренцията спрямо цената е да се създаде независима организация, която да предлага информация на участниците на пазара и особено на потребителите, относно цени, качество, странични ефекти, ефикасност, междупродуктови сравнения и други, така че да е възможно потребителят да избира най-благоприятната за него алтернатива.

Договори за доставка между осигурителните компании и доставчиците – частните осигурителни компании прилагат практикуването на договаряне с доставчиците на по-добри условия на покупко-продажбата чрез сключване на договори за доставка на определен медикамент. Те се споразумяват за по-ниски цени на предлаганите лекарствени продукти, при наличие на конкуренция, в замяна на осигуряване на определен

¹⁹ Познати още под популярното си название „глюкомери“.

пазарен дял за определен срок. Така, опирайки се на своята пазарна сила, чрез чисто пазарен механизъм, те постигат ограничаване на разходите за медикаменти, което може да бъде разпределено между тях и потребителите.

Приложение на методите и моделите в България

В България от март 2004 година е въведена сложна система от мерки за задържане на разходите за медикаменти за извънболнично лечение, финансирани от НЗОК. Основата на тази система е изградена от прилагането на метода на референтното ценообразуване и използването на лекарствени списъци. В допълнение, с цел разширяване на контрола на публичните разходи, се прилагат редица от споменатите по горе методи и модели – директен ценови контрол, метод на международните сравнения, подписване на договори за доставка за определен период, правила при предписване и др. Тази система от методи, модели и мероприятия има следния вид:

1. Критерии за достъп на определено лекарство до реимбурсиране от НЗОК:
 - включено е в Позитивният лекарствен списък;
 - предназначено е за осъществяване на лечение в извънболнични условия;
 - покрива се от публичните осигурителни фондове на поне три от следните държави: Чехия, Словакия, Гърция, Словения, Румъния, Полша Унгария и Литва;
 - компанията производител или упълномощеният вносител трябва да подпишат договор за доставка в рамките на минимум 1 година без промяна на условията (цени, количества и т. н);
 - предназначено е за лечение на болести, включени в списъка на НЗОК;
 - има регистрирана пределна цена.
2. Система за определяне на таван (максималното ниво) на заплащане в зависимост от категорията на кандидатстващите за реимбурсиране лекарствени продукти:
Категории:
 - До 100% – категория I, лекарства за лечение на заболявания с ниска болестност и заболяемост, но водещи до тежки нарушения на здравословния статус и инвалидизация на лицата.
 - До 100% – категория II, лекарства за лечение на заболявания с висока степен на разпространение, изискващи продължително непрекъснато лечение (сърдечно-съдови, психиатрични, неврологични, бронхо-обструктивни и обменни заболявания).
 - До 75% – Категория III, лекарства за лечение на всички останали заболявания.Изчисление на тавана (максималното ниво) на заплащане – сравняват се стойността за единица лекарствено вещество за лекарства с еднакъв химичен състав на активното лекарствено вещество, заплащана до момента, и средноаритметичната стойност, покривана от здравноосигурителните фондове на страните, посочени по-горе, и се взема по-ниската от тях. Получената стойност се умножава по процент не по-малък от 25% и не по-голям от максималното ниво на заплащане в зависимост от категорията на лекарствения продукт.
3. Процес на оценка на предложенията и определяне на реимбурсно ниво за даден продукт по Международно непатентно наименование:

- групиране на продуктите според INN и лекарствена форма в референтни групи,
 - изчисление на стойностите за единица лекарствено вещество за всяка референтна група,
 - сравняване на стойностите с определения таван за тази група,
 - определяне на референтна стойност за дадената група - най-ниската предложена стойност за единица лекарствено вещество,
 - определяне на производителите, чиито лекарствени продукти се допускат до реимбурсиране – тези, стойността на които не е по-висока с повече от 35% от референтната за групата стойност.
4. Определяне на нивото на заплащане от НЗОК:
- референтното ниво се умножава по единиците лекарствено вещество и се получава референтна цена на производител,
 - към референтната цена на производител се прибавят надценките за търговия на едро, търговия на дребно и ДДС – получената стойност.
5. Особености при оценяване на ценовите предложения на производителите или техни представители за лекарството, кандидатстващо за реимбурсиране:
- прилагане на метод на международните сравнения – при лекарства, които са под патентна защита и нямат аналог сред другите кандидатстващи лекарствени продукти – нивото на заплащане не може да бъде по високо от най-ниското, покривано от осигурителните фондове в референтните страни;
 - за лекарствата от категория I НЗОК заплаща само най-ниската предложена цена в рамките на съответната група;
 - за всички инсулинови продукти цената не може да превишава цената от последното договаряне и не трябва да е по-висока от най-ниската покривана от здравноосигурителните фондове на референтните държави;
 - за лекарствата, които съдържат комбинация от две или повече активни лекарствени вещества, се изчислява най-ниската предложена стойност на единица лекарствено вещество за всяко от тях.

Предимства: В опит за контролиране на разходите за медикаменти, финансирани от НЗОК, се използват редица от прилаганите в останалите страни методи за задържане нарастването им. Системата на регулиране и контрол се основава на използване на метода на референтно ценообразуване и позитивен лекарствен списък. В допълнение се използва директен ценови контрол, метод на международните сравнения, таван на цените и т.н. При лекарствата, имащи множество генерични аналози, се постига определено повишаване на конкуренцията в групата и така цените им е възможно да се понижат. Към инсулиновите продукти се прилага дори директен ценови контрол и цените и разходите не се увеличават.

Недостатъци: Въпреки положителните страни, политиката по задържане на разходите за медикаменти, финансирани от НЗОК, има своите недостатъци. Така например определянето на максималното ниво, заплащано от НЗОК за единица лекарствено вещество, не включва частта, която пациентът заплаща директно (в случаите, когато медикаментът е частично платен). По този начин се предоставя възможност цените на лекарствените продукти да нарастват в частта, заплащана от

потребителя (co-payment). Това противоречи на тезата, че директното доплащане за финансирани индиректно медикаменти е управлявано финансиране. Нещо повече, НЗОК договаря цената, която пациентът е длъжен да заплаща, без да се стреми да защитава неговите интереси. Референтното ценообразуване е ефективно само тогава, когато се сравняват сравними цени на продуктите обект на подобно ценообразуване. При използваната система за определяне на цените на лекарствата, заплащани от НЗОК, не е ясно дали се сравняват сравними цени. Така например цената за даден медикамент, финансиран от здравноосигурителен фонд на някоя от референтните страни, може да бъде цена на производител, цена на дребно, частта, заплащана от фонда (при частично платените), или комбинация помежду им. В същото време ценовите предложения на кандидатстващите за достъп до реимбурсиране лекарства се подават като цени на дребно или цени на едро²⁰. Преодоляването на тези проблеми се постига чрез използването на цената на дребно при сравняването на ценовите предложения веднъж в референтната група, втори път с цените в референтните страни и трети път с цените, установени на предходния етап на договаряне. Така, ако целта е договаряне на цени на дребно, ориентирът за контрол на тези цени също трябва да бъде цена на дребно.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Причините за нарастването на обществените разходи за медикаменти в световен мащаб могат да се търсят извън здравноосигурителната система и вътре в нея. Екзогенните фактори – като динамика на демографските процеси, развитие на научно-техническия прогрес и други, не могат да бъдат управлявани директно от държавата и изобщо трудно се подават на управление. Те са резултат от развитието на обществото и обществено-икономическите отношения. Освен тези екзогенни причини за нарастването на разходите за медикаменти, съществуват и ендогенни фактори, които обуславят негативната динамика на тези разходи в последните 20 години. С цел намаляване на неравенството в разпределението на доходите между отделните социални групи и самите индивиди в развитите страни е въведено всеобщо здравно осигуряване, което гарантира на всеки индивид един базисен пакет от здравни стоки и услуги, които не могат да му бъдат отказани. Така обаче се повишава степента на моралният риск, а потребителите стават по-безразлични към правените разходи за медикаменти, тъй като те не заплащат или заплащат една незначителна част директно от джоба си. Ефектът на всеобщото здравно осигуряване измества кривата на търсене, като я прави по-стръмна, а ценовата еластичност на търсенето става пониска. Това води до покачване на обществените разходи за медикаменти и загуба на ефективност за обществото. Поради това всеобщото здравно осигуряване, което е малко или много резултат от намесата на държавата на пазара, става причина за последваща намеса с цел оптимизиране на нарастващите разходи за медикаменти.

²⁰ Наредба за условията и реда за договаряне на лекарствата, медицинските изделия и диетичните храни за специализирани медицински цели, стойността на които се заплаща напълно или частично от НЗОК. (ДВ, бр. 61 от 2005 г.)

Други преки основания за възприемане на политика по регулиране на фармацевтичния пазар са пазарните дефекти. Асиметрията на информацията, ограничеността на конкуренцията, заплащането от страна на трето лице, бариерите на входа и интеграцията на отрасъла, при липса на държавна намеса, способстват за трансфериране на полезност от потребителите към производителите и каналите за разпределение. В резултат държавните и квазидържавните осигурителни компании, представяйки интересите на потребителите и бидейки информирани относно свойствата и качествата на медикаментите, чрез различни методи и модели, осъществяват регулиране на този пазар.

Известни са методи и модели за управление на обществените разходи, влияещи върху предлагането, и такива, влияещи върху търсенето. От тези, влияещи върху предлагането, най-известен е методът на референтната цена, който за разлика от директния ценови контрол установява едно определящо реимбурсно ниво на заплащане на медикаменти от определена генерична или терапевтична група. Въпреки своите успехи в борбата с нарастването на разходите, референтното ценообразуване по терапевтичен признак е трудно приложимо, с противоречива ефективност, а включването на технологично нови лекарствени средства ограничава стимулите за развойна дейност на фармацевтичните производители. Съвместното приложение на методите и моделите, влияещи върху предлагането, и на тези, влияещи върху търсенето (лекарствени бюджети, използване на позитивни и негативни лекарствени списъци, изисквания при предписване), може да доведе до значително понижение на обществените разходи за медикаменти, но крие и негативи. Един от тях е забавянето на пускането на пазара на нови, по-ефективни лекарствени продукти. На следващо място, достъпът до медикаментозна терапия на населението може съществено да бъде ограничен, а така също може да се понижи и самата ефективност на лечение на болните.

Освен посочените методи и модели за регулиране на разходите за лекарства, съществуват и чисто пазарни инструменти за ограничаване на нарастването им. Отстъпките за обем, насърчаването на конкуренцията с пазарни стимули, информирането на потребителите, могат да се превърнат в далеч по ефективни инструменти за ограничаване на изразходването на средства за лекарствени продукти. Така могат да бъдат избегнати тромавите процедури по налагането на рестриктивни мерки от страна на държавата или държавните институции. Нещо повече, динамиката, с която пазарните методи за ограничаване на разходите реагират на промяната на конюнктурата на пазара, не могат да се сравняват с тромавите държавни механизми по промяна на едни мерки с други. Целта на намесата на държавата е именно в това да може да внедри и гарантира жизнеността на такива мерки, които ще способстват за автономното регулиране на пазарните процеси, така че всички участници да получават максимален полезен ефект от дейността си.

В България също се прилага система от методи и модели за контролиране нарастването на публичните разходи за медикаменти. Прилагат се метод на референтната цена, лекарствени списъци, директен ценови контрол, метод на международните сравнения и др. Въпреки че прилагането им носи определени предимства като насърчаване на конкуренцията между лекарства с еднакъв химичен състав, съществу-

ват и недостатъци. Така например методът на международните сравнения и директният ценови контрол са неефективни поради използването на различни цени при сравненията. Нещо повече, НЗОК не успява да защити адекватно интересите на здравноосигурените лица и по-точно частта, която те заплащат директно за предписаните им медикаменти.

ЛИТЕРАТУРА:

1. 2007 година, една добра година за фармацевтичния пазар – кратък обзор от IMS Health Bulgaria.
2. Котлър, Ф., Управление на маркетинга, Издателство „Класика и стил“, София 2002 г.
3. Маджарова, М., „Влияние на системата на референтни цени върху лекарствения пазар“, сп. Икономически алтернативи, бр. 3, 2007 г.
4. Наредба за критериите, условията и правилата за включване на лекарствени продукти в позитивния лекарствен списък в Република България – сборник нормативни актове, Апис.
5. Наредба за условията и реда за договаряне на лекарствата, медицинските изделия и диетичните храни за специализирани медицински цели, стойността на които се заплаща напълно или частично от НЗОК – Държавен вестник, бр. 61 от 2005 г.
6. Спасов, Т., Микроикономика, Университетско издателство „Стопанство“, София, 2004 г.
7. Стилглиц, Дж., Икономика на държавния сектор, Университетско издателство „Стопанство“, София, 1997 г.
8. Corinne B. and Kanavos P., “France Pharmaceutical Pricing and Reimbursement” London School of Economics, 2001.
9. Danzon, P., “Reference Pricing: Theory and Evidence”, The Wharton School – University of Pennsylvania, May, 2001.
10. Danzon, P., “The Pharmaceutical Industry”, The Wharton School – University of Pennsylvania, 1999.
11. Danzon, P., “Price Discrimination for Pharmaceuticals: Welfare Effects in the US and EU”, The Wharton School – International Journal of the Economics of Business, Vol. 4, No. 3, 1997.
12. Danzon, P. and Kim, J., “The Life Cycle of Pharmaceuticals: A Cross-National Perspective”, Office of Health Economics, April, 2002.

13. Danzon, P. and Pauly, M., "Health Insurance and the Growth in Pharmaceutical Expenditures", University of Pennsylvania, 2000
14. Dormont, Brigitte and company, University of Paris Dauphine, "Health expenditures, longevity and growth" OECD revised edition, May 2007
15. Kanavos, P., "Pharmaceutical regulation in Europe" Harvard Medical School and London School of Economics, 2003.
16. Health Care Financing Review, National Health Expenditures 1970–2005.
17. Nalebuff, Barry J. and Stiglitz Joseph E. "Information, competition and markets", The American economic review.
18. Scott Morton, F., "The Problems of Price controls", Health and Medicine Journal, Yale University, 2004.
19. The Encyclopedia of Population, Macmillan Reference USA, 2003

ПРИЧИНИ ЗА НАРАСТВАНЕТО НА РАЗХОДИТЕ ЗА МЕДИКАМЕНТИ, ПОКРИВАНИ ОТ ОБЩЕСТВЕНИТЕ ФОНДОВЕ: МЕТОДИ И МОДЕЛИ ЗА ОГРАНИЧАВАНЕТО ИМ

Резюме

В статията са разгледани някои от причините за наблюдаваното повишение на разходите за медикаменти в края на миналия и началото на XXI век. Обърнато е особено внимание на неравенството в разпределението на доходите като причина за въвеждането на всеобщо здравно осигуряване. Доказано е, че този процес води както до повишаване на степента на моралния риск на потребителите, така и до нарастването на обществените разходи. Анализирани са пазарните дефекти, с които се характеризира фармацевтичният пазар, като допълнителни основания за намеса на държавата. Разгледани са последователно методите и моделите, използвани в развитите страни за ограничаване на обществените разходи. Отделено е специално внимание на мерките, влияещи върху предлагането, търсенето и чисто пазарните инструменти за ограничаване на разходите за лекарствени продукти. Като източници са използвани българска и чуждестранна литература, периодични издания, монографии и изследвания, както и интернет източници.

FACTORS FOR THE GROWTH OF PHARMACEUTICAL EXPENDITURES REIMBURSED BY PUBLIC FUNDS: METHODS AND MODELS FOR REDUCING THEM

Resume

This paper discusses some of the economic factors for the growth of pharmaceutical expenditures in the end of the last and the beginning of the 21 century. It gives special attention to inequality of income allocation as a factor for implementing comprehensive health insurance coverage. It is demonstrated that this process lead to increasing of the rate of moral hazard of costumers and thus to the growth of pharmaceutical expenditures. The market failures typical for pharmaceutical market have been analyzed as additional causes for government influence. Methods and models for restricting the pharmaceutical expenditures in public sector, available in developed countries, are discussed. The measures influencing supply, demand and pure market tools are subject of special attention. As sources are used Bulgarian and International literature, periodicals, monographic issues, scientific researches and Internet stores.