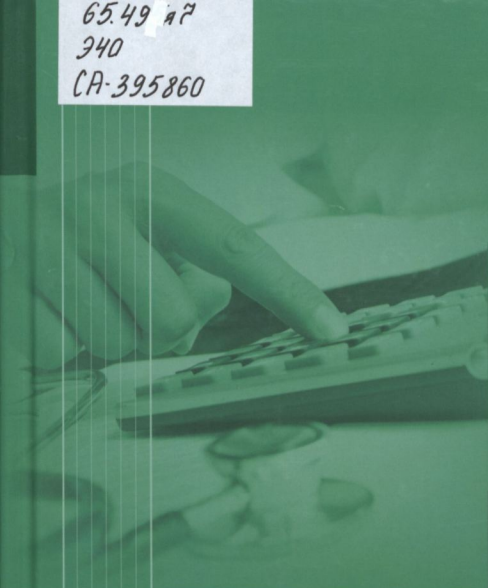


65.49 я7

340

СА-395860



Экономика здравоохранения

Под редакцией

М.Г. Колосницыной, И.М. Шеймана, С.В. Шишкина

2-е издание,

переработанное и дополненное



ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»

Экономика здравоохранения

Под редакцией

М.Г. Колосницыной, И.М. Шеймана, С.В. Шишкина

2-е издание, переработанное и дополненное

Министерство науки и высшего образования РФ

Рекомендовано ФГАУ «Федеральный институт развития образования»

в качестве **учебника** для использования в учебном процессе

образовательных организаций, реализующих программы высшего

образования по направлению подготовки 38.04.01 «Экономика»

(уровень магистратуры);

учебного пособия для использования в учебном процессе

образовательных организаций, реализующих программы высшего

образования по направлению подготовки 31.05.01 «Лечебное дело»,

31.05.02 «Педиатрия», 31.05.03 «Стоматология»

Государственное бюджетное
учреждение культуры

«Оренбургская областная универсальная
научная библиотека им. Н.К. Крупской»

Москва



ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА

«ГЭОТАР-Медиа»

2022

ca-395860

ОГЛАВЛЕНИЕ

Участники издания	8
Список сокращений	9
Введение (С.В. Шишкин).....	10
Глава 1. Основы экономического анализа здравоохранения (Н.В. Ракута) ...	19
1.1. Рыночный механизм	19
Спрос на товар	20
Предложение товара	22
Рыночное равновесие	24
Излишки покупателя и продавца	26
1.2. Эластичность	27
1.3. Поведение потребителя	30
Полезность	30
Инструментарий анализа: кривые безразличия	31
Свойства кривых безразличия благ	32
Инструментарий анализа: бюджетное ограничение	33
Оптимум потребителя	35
1.4. Издержки производства	36
Издержки и прибыль	36
Производственная функция	38
Классификация издержек	43
1.5. Конкурентная среда и типы рыночных структур	45
1.6. Максимизация прибыли фирмой	50
Правило максимизации прибыли	52
1.7. Межвременной выбор	56
1.8. Провалы рынка	59
1.9. Роль государства	66
Ключевые понятия	71
Вопросы и задания	72
Литература	74
Глава 2. Потребители на рынке медицинских услуг (Л.С. Засимова, Н.А. Хоркина)	75
2.1. Потребность в медицинской помощи и спрос на медицинские услуги	75
2.2. Спрос на медицинские услуги как производная спроса на здоровье	80
2.3. Неденежные факторы спроса на медицинские услуги	83
Физическая доступность	83
Качество медицинских услуг	86
Социально-демографические характеристики	88
2.4. Роль врачей в формировании спроса на медицинские услуги	91

Ключевые понятия	96
Вопросы и задания	96
Глава 3. Поставщики медицинских услуг (Н.А. Пишуркова)	98
3.1. Больница как экономический субъект здравоохранения	98
3.2. Экономический статус больницы	103
3.3. Издержки больницы	106
3.4. Поведение коммерческих и некоммерческих больниц	
на рынке медицинских услуг	109
Некоммерческая больница	110
Коммерческая больница, действующая в условиях	
монополистической конкуренции	111
Коммерческая больница — монополист	111
Выводы	112
Выпуск и качество лечения	113
3.5. Теоретические модели конкуренции больниц	116
Факторы эффективности конкуренции на рынке	
медицинских услуг	121
3.6. Эмпирические оценки эффективности функционирования больниц ..	124
Объем медицинских услуг и качество лечения	124
Конкуренция больниц и издержки производства	125
Конкуренция больниц, издержки и качество лечения	126
3.7. Выводы	129
Приложение 3.1. Модель олигополии на рынке медицинских услуг	130
Приложение 3.2. Модель монополистической конкуренции	
на рынке медицинских услуг	132
Спрос на услуги больницы	134
Равновесие на рынке медицинских услуг	135
Максимизация общественного благосостояния	137
Ключевые понятия	139
Вопросы и задания	139
Глава 4. Страховые посредники в здравоохранении (М.Г. Колосницына)	140
4.1. Системы добровольного медицинского страхования	
в современной экономике	142
4.2. Формирование рынка услуг в добровольном страховании:	
спрос и предложение	147
Спрос	147
Предложение	152
4.3. Провалы рынка в медицинском страховании, поведение	
страховщика и страхователей	154
4.4. Влияние добровольного медицинского страхования	
на экономику: теоретические модели	162
4.5. Развитие добровольного медицинского страхования	
в российской экономике: тенденции и особенности	173

4.6. Выводы	178
Ключевые понятия	179
Вопросы и задания	180
Глава 5. Рынок труда в здравоохранении (М.Г. Колосницкая)	183
5.1. Труд врачей в современной экономике: динамика занятости	183
5.2. Теория рынка труда: формирование спроса на труд и его цены	192
5.3. Предложение труда: инвестиции в человеческий капитал	197
5.4. Предложение труда: лицензирование	203
5.5. Предложение труда: модели поведения врача	207
Модель индивидуального предложения труда врача	207
Модель монополистической конкуренции	209
Модель ценовой дискриминации на основе монопольной власти	212
Модель поведения врача как агента в отношениях с пациентом	213
5.6. Оплата труда врачей	216
5.7. Врачебные ошибки и «оборонительная» медицина	219
5.8. Рынок труда медицинских сестер	220
Ключевые понятия	224
Вопросы и задания	224
Глава 6. Фармацевтический рынок (Л.С. Засимова, Н.А. Хоркина)	225
6.1. Почему обществу выгодно производить инвестиции в разработку новых лекарств	227
6.2. Спрос и предложение на фармацевтическом рынке	231
Формирование спроса на лекарства	232
Формирование предложения лекарств	233
6.3. Государственное регулирование фармацевтического рынка	237
Ценовое регулирование	238
Патентное регулирование	246
Выбор срока действия патента с точки зрения регулирующей стороны	251
Компенсационные схемы	255
Приложение 6.1. Возможные способы регулирования цен на лекарства ..	261
Регулирование цен на лекарства категории 1	262
Регулирование цен на лекарства категории 2	266
Регулирование цен на лекарства категории 3	270
Ключевые понятия	271
Вопросы и задания	271
Глава 7. Экономические оценки в здравоохранении (Н.Б. Окушко)	273
7.1. Метод минимизации затрат (<i>cost-minimization analysis</i>)	273
Распределение затрат между различными процедурами и услугами ..	274
Постоянные и переменные, средние и предельные затраты	275
Различие распределения затрат во времени. Аннуитизация и дисконтирование	277

7.2. Метод «затраты—результативность» (<i>cost-effectiveness analysis</i>)	279
Приростные (инкрементные) затраты и результаты	281
7.3. Метод «затраты—полезность» (<i>cost-utility analysis</i>)	283
7.4. Метод «затраты—выгоды» (<i>cost-benefit analysis</i>)	286
Область применения метода	286
Точка безубыточности	287
Расчет полных затрат на лечение заболевания	289
Метод «директ-костинг»	292
Анализ чувствительности	295
7.5. Экономические оценки крупных проектов, направленных на достижение нескольких результатов	295
7.6. Выводы	299
Ключевые понятия	300
Вопросы и задания	301
Глава 8. Системы здравоохранения и их финансирование (С.В. Шишкин)	303
8.1. Системы здравоохранения	303
Понятие систем здравоохранения	303
Система частного финансирования здравоохранения	304
Система обязательного медицинского страхования	306
Система бюджетного финансирования здравоохранения	308
Сравнительные преимущества и недостатки разных систем финансирования	309
Функции систем финансирования здравоохранения	312
8.2. Механизмы формирования средств в системах финансирования здравоохранения	313
Механизмы формирования средств из государственных источников	313
Механизмы формирования средств из частных источников	320
Медицинские накопительные счета	324
8.3. Механизмы объединения средств в системах финансирования здравоохранения	325
8.4. Покупка медицинской помощи	329
Ключевые понятия	335
Вопросы и задания	336
Глава 9. Квазирыночные отношения в системе общественного здравоохранения (И.М. Шейман)	337
9.1. Главные характеристики квазирыночных отношений в здравоохранении	338
9.2. Модель регулируемой конкуренции	341
9.3. Модель внутреннего рынка	345
9.4. Условия реализации моделей квазирыночных отношений	347
9.5. Рынок или сетевая модель?	349
9.6. Выводы	355

Ключевые понятия	356
Вопросы и задания	356
Глава 10. Новые процессы в европейском здравоохранении (И.М. Шейман)	358
10.1. Тенденции финансирования здравоохранения	358
10.2. Концепция стратегической закупки медицинской помощи	362
10.3. Роль планирования системы оказания медицинской помощи	364
10.4. Новая роль договорных отношений	368
10.5. Новые методы оплаты медицинской помощи	372
Методы оплаты амбулаторной помощи	373
Методы оплаты стационарной помощи	376
10.6. Рыночные реформы в западноевропейских странах	379
Регулируемая конкуренция в Нидерландах	379
Внутренний рынок в Великобритании	386
Соблюдены ли условия рыночных реформ?	391
Ключевые понятия	392
Вопросы и задания	392
Глава 11. Экономические реформы в российском здравоохранении (С.В. Шишкин)	393
11.1. Принципы организации российской системы здравоохранения	393
11.2. Финансирование здравоохранения	397
Источники финансирования здравоохранения в России	397
Финансовое обеспечение государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи	400
Расходы населения на здравоохранение	403
11.3. Введение системы обязательного медицинского страхования	409
11.4. Изменения в российской системе здравоохранения в 2000-е годы	414
Реформирование системы лекарственного обеспечения льготных категорий населения	414
Приоритетный национальный проект «Здоровье»	415
Модернизация системы обязательного медицинского страхования	417
11.5. Новые вызовы и новые задачи государственной политики в сфере здравоохранения	423
11.6. Перспективы развития системы здравоохранения	427
Ключевые понятия	432
Вопросы и задания	433
Литература	434
Предметный указатель	455

направить на расширение профилактических мероприятий и лучшее материальное оснащение терапевтов, педиатров, врачей общей практики, оказывающих первичную медико-санитарную помощь. Это позволит снизить заболеваемость, выявлять болезни на ранних стадиях, когда вылечить их будет проще и дешевле. А можно отдать приоритет покупке новых диагностических аппаратов, позволяющих ставить более точные диагнозы, и приобретению нового оборудования, способствующего результативности лечения тяжелых заболеваний. Рациональный выбор лучшего варианта распределения ограниченных ресурсов предусматривает соизмерение производимых затрат и получаемых результатов.

Домохозяйства принимают решение о том, покупать медицинскую страховку, или платить за лечение только в случае заболеваний, или заниматься самолечением. Решив оплачивать непосредственно лечение, они могут столкнуться с необходимостью выбора между поставщиками медицинских услуг, дорогими и дешевыми препаратами и т.п. Здесь также будут соизмеряться затраты и результаты.

Оказывая медицинскую помощь, врач либо медицинская организация получают материальное возмещение своих затрат от пациента или его родственников либо от страховщика или государства, оплачивающих его лечение. Другими словами, медицинские услуги покупаются у их поставщиков самими потребителями либо лицами, выступающими в их интересах. В этом обмене одних благ на другие каждая из сторон использует имеющиеся у нее ограниченные ресурсы для получения определенных результатов. Пациенты (страховщики, государство) расходуют деньги на получение необходимого лечения. Поставщики медицинских услуг оказывают медицинскую помощь, чтобы получить взамен деньги. При этом и те и другие сопоставляют свои затраты с ожидаемыми результатами.

Итак, предметом экономического анализа в здравоохранении выступают два типа действий:

- распределение ограниченных финансовых, материальных, трудовых и других ресурсов между альтернативными способами их использования для получения результатов, соизмеряемых с затратами этих ресурсов;
- обмен одних благ на другие, в процессе которого стороны производят соизмерение своих затрат и результатов.

Однако точно так же это будет предметом экономического анализа и в любой другой сфере деятельности. Что же новое или специфичное возникает в содержании двух объединенных понятий — «экономика»

ОСНОВЫ ЭКОНОМИЧЕСКОГО АНАЛИЗА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Материал данной главы предназначен читателям, не знакомым с основами экономической теории. В ней в краткой форме представлены основные концепции и инструменты экономического анализа, которые используются в курсе экономики здравоохранения. Для лучшего овладения инструментарием экономической теории мы рекомендуем ознакомиться с некоторыми работами, приведенными в списке литературы в конце главы.

1.1. РЫНОЧНЫЙ МЕХАНИЗМ

Современная экономическая система представляет собой соединение рыночного механизма и государства как его регулятора. Большинство товаров и услуг производится частными производителями и предлагается покупателям, которые предъявляют на них спрос. Действие рыночного механизма позволяет достигать наилучшего использования ограниченных ресурсов, т.е. эффективного функционирования экономики.

Понятие **эффективности** — центральное в экономическом анализе. Для коммерческих предприятий критерий эффективности — получение наивысшей прибыли. Для некоммерческих организаций критерии несколько иные, но идея соотнесения результата и затрат, тем не менее, присутствует. Для формального описания эффективности экономисты используют **критерий Парето**. Ситуация признается **эффективной**, если **невозможно улучшить положение кого-либо, не ухудшая положения других**. С понятием эффективности связаны все вопросы оптимизации поведения индивидов и фирм, поскольку и те, и другие стремятся достичь наилучшего результата, исходя из своих ограниченных возможностей.

К вопросам эффективности мы будем постоянно обращаться в ходе изложения материала, а сейчас рассмотрим более подробно основные элементы и принцип действия рыночного механизма.

Глава 2

ПОТРЕБИТЕЛИ НА РЫНКЕ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Потребность в медицинской помощи рано или поздно возникает у всех. Ключевой вопрос, который волнует экономистов здравоохранения, — как у индивидов формируется спрос на медицинские услуги, какие факторы оказывают на него наибольшее влияние, каким образом потребители делают свой выбор относительно объема медицинских услуг. Это важно понять для того, чтобы прогнозировать спрос на те или иные виды медицинской помощи и подстраивать инструменты государственного регулирования под нужды населения. Очевидно, что все потребители имеют разное состояние здоровья, разное отношение к профилактике и лечению заболеваний, неодинаковые возможности платить за медицинскую помощь. В то же время существуют общие закономерности поведения потребителей на рынке медицинских услуг, они рассматриваются в данной главе.

2.1. ПОТРЕБНОСТЬ В МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И СПРОС НА МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ

Во всех странах государство планирует ресурсы здравоохранения. Традиционная точка зрения — планировать их исключительно на основе потребности в медицинской помощи. Эта потребность обычно определяется медиками и эпидемиологами как объем медицинской помощи, необходимой для улучшения здоровья. Главный индикатор потребности — сложившиеся показатели здоровья населения, прежде всего заболеваемость и смертность. На этой основе определяется требуемое число врачей, больничных коек и других ресурсов. Именно так обычно строится планирование в большинстве развитых стран.

Однако точка зрения экономиста на этот процесс заметно отличается от позиции медика. Конечно, показатели потребности населения — главные в определении необходимых ресурсов здравоохранения.

ПОСТАВЩИКИ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Медицинские организации (поликлиники, больницы, независимые врачи и пр.) выступают поставщиками медицинских услуг. Клиническая сторона деятельности этих организаций тесно связана с экономической, что делает их самостоятельными экономическими субъектами. Изучение мотивации и рыночного поведения поставщиков услуг представляет собой особую область экономики здравоохранения. В предыдущей главе рассматривались некоторые аспекты поведения экономически мотивированных врачей (в связи с проблемой формирования спроса на медицинские услуги). В данной главе мы рассмотрим вопросы рыночного поведения больниц как достаточно крупных хозяйственных комплексов со своей системой экономических интересов. В первой части главы отражены последние тенденции развития больничного сектора в западных странах. Далее приведена классификация больниц по их экономическому статусу, а также рассмотрены факторы, влияющие на параметры издержек больницы и на выбор оптимального размера выпуска и качества услуг больниц с разным статусом. Анализируются теоретические аспекты конкуренции больниц, прежде всего вопросы влияния рыночной среды на издержки и качество больничных услуг. Приводятся результаты эмпирических оценок на основе материалов по США и некоторым западноевропейским странам.

**3.1. БОЛЬНИЦА КАК ЭКОНОМИЧЕСКИЙ СУБЪЕКТ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

В настоящее время больницы во всех странах независимо от уровня их экономического развития функционируют под сильным влиянием множества новых факторов, таких как демографические сдвиги, усложнение структуры заболеваний, развитие новых медицинских технологий, растущие общественные ожидания в отношении их способности бороться с ранее неизлечимыми заболеваниями. Внешнее и внутреннее давление на поведение больницы влияет в конечном счете на структуру

оказания медицинской помощи и на результат. Такой подход позволяет рассматривать больницу как открытую систему, которая существует в рамках своего окружения и активно взаимодействует с ним, это окружение также становится фокусом для изучения в рамках экономики здравоохранения [159].

На рис. 3.1 представлена схема функционирования больницы, на деятельность которой оказывают давление многие звенья системы здравоохранения: потребители медицинских услуг, покупатели, конкуренты, другие субъекты системы оказания медицинской помощи, медицинские технологии, государство. Прочие факторы влияния находятся за рамками системы здравоохранения — демографические процессы, политическое давление, институциональная эффективность.



Рис. 3.1. Влияние различных звеньев системы здравоохранения на результаты функционирования больницы

Глава 5

РЫНОК ТРУДА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

В любой отрасли современной экономики в последние десятилетия все большую роль играет такой важнейший фактор производства, как труд. В первую очередь это относится к сфере услуг, где человек в принципе незаменим, какие бы технологические новшества ни внедрялись. И здравоохранение не составляет исключения — значение «человеческого фактора» в этой области переоценить поистине трудно. От знаний, умений, опыта врача зависит здоровье, а часто и жизнь людей.

В последние десятилетия труд в сфере здравоохранения все более специализируется, и хотя основной фигурой всегда остаются врач и его помощник — медицинская сестра, постепенно возрастает роль работников других категорий. Это лаборанты, техники, технологи, инженеры, чья работа связана со сложными диагностическими приборами, оборудованием, без которых сегодня немыслима современная медицинская помощь. В здравоохранении, как и в любой другой отрасли экономики, нужны профессиональные экономисты, финансисты и менеджеры.

Труд в здравоохранении имеет свои отличительные особенности, связанные прежде всего со спецификой производимого «продукта», изъятиями рынка медицинских услуг, общественным характером здравоохранения в большинстве стран мира, где государство выступает главным работодателем для медицинских работников. Вместе с тем многие известные из экономической теории законы рынка действуют и здесь. Мы рассмотрим в этой главе современные тенденции занятости в здравоохранении, характер труда врачей и основные факторы, определяющие спрос и предложение, а также особенности работы медицинских сестер.

5.1. ТРУД ВРАЧЕЙ В СОВРЕМЕННОЙ ЭКОНОМИКЕ: ДИНАМИКА ЗАНЯТОСТИ

Медицинские профессии все более популярны во всех развитых странах мира, абсолютная и относительная численность занятых в них повсеместно растет (рис. 5.1).

на лекарственные средства на потребительский излишек [236]. При этом предполагалось, что темп роста цен на лекарства законодательно ограничивается темпом роста общего уровня цен. В результате было показано, что вследствие данной меры государственной политики в краткосрочный период возникает прирост потребительского излишка за счет снижения цен на лекарственные препараты (врезка 6.4).

Врезка 6.4. Влияние ценового регулирования на появление новых лекарств

Проведенные Сантерром и Верноном в 2005 г. эмпирические оценки последствий регулирования цен на лекарства для фармпроизводителей показывают, что существует опасность снижения инвестиций в разработку новых препаратов по причине заниженных ожиданий прибыли и, возможно, сокращения внутренних фондов. По их оценкам, это может привести к снижению количества новых лекарств, поставляемых на мировой рынок, приблизительно на 38% [236].

Кайл проанализировал рынки 21 страны группы ОЭСР и использовал для анализа 1577 новых химических веществ, разработанных в период 1980–2002 гг. Дамми-переменная — «наличие ценового регулирования» — имела негативный эффект на желание производителей выводить на рынок новые продукты, т.е. вероятность вывода новых лекарств на рынки стран с низкими ценами меньше по сравнению с вероятностью вывода на рынки стран с высокими ценами на лекарственные препараты [178].

Проведенный в 2003 г. Данзоном и Вангом анализ данных по 25 основным рынкам лекарственных средств и 85 новым химическим формулам за период 1994–1998 гг. позволил сделать аналогичные выводы об эффектах ценового регулирования. В ходе исследования было проведено сравнение по ценам на лекарственные средства на рынках различных стран мира. Был также введен критерий ожидаемого размера рынка как фактора, определяющего желание производителей выводить новый продукт. В итоге исследователи пришли к выводу, что более высокий средний уровень цен на лекарства на рынке и более высокий ожидаемый размер рынка положительно влияют на скорость вывода на рынок нового продукта, а также на вероятность данного события [89].

Таким образом, более жесткие меры ценового регулирования позволяют сдерживать рост цен на лекарственные средства, но при этом отрицательно влияют на стимулы фармпроизводителей инвестировать

Глава 7

ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ОЦЕНКИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Ресурсы здравоохранения всегда ограничены. В связи с этим стоит задача максимально эффективного их использования.

Обеспечить больных бронхиальной астмой средствами для лечения на дому или расширять мощность пульмонологического отделения больницы? Организовывать школу будущих матерей или увеличить число гинекологических приемов? Строить новый стационар или вложить средства в реконструкцию действующей больницы? Эти и многие другие подобные вопросы предполагают сравнение вариантов с разным клинико-экономическим эффектом. Такое сравнение осуществляется на основе методов экономических оценок, которые включают определение, измерение и сопоставление затрат и результатов альтернативных программ¹. В этой главе последовательно представлены четыре главных метода — минимизации затрат, «затраты—результативность», «затраты—полезность», «затраты—выгоды». Рассматривается использование этих методов для оценки крупных инвестиционных проектов, ставящих несколько разнородных целей.

7.1. МЕТОД МИНИМИЗАЦИИ ЗАТРАТ (COST-MINIMIZATION ANALYSIS)

Этот метод применяют в тех случаях, когда результаты исследуемых альтернатив идентичны, а различаются только затраты. Примером могут служить диагностические процедуры или несложные операции, выполняемые амбулаторно и в стационарных условиях, — их результаты обычно различаются незначительно. Если идентичность результатов обоснована, то оценка сводится к сопоставлению затрат, связанных с реализацией альтернативных вариантов.

¹ Под медицинской программой в контексте экономических оценок понимают разнообразные действия, направленные на достижение конкретной цели, — от метода лечения конкретного заболевания до профилактических программ и инвестиционных проектов.

Конец ознакомительного фрагмента

Уважаемый читатель!

**Размещение полного текста данного
произведения невозможно в связи с ограничениями
по IV части ГР РФ.**

**Эту книгу вы можете почитать в Оренбургской
областной универсальной научной библиотеке
им. Н. К. Крупской по адресу: г. Оренбург,
ул. Советская, 20; тел. для справок: (3532) 60-61-28**