

ЭКОНОМИКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

*под редакцией
М.Г.Колосницыной, И.М.Шеймана,
С.В.Шишкина*

Авторский коллектив:

Научная редакция	М.Г.Колосницына, И.М.Шейман, С.В.Шишкин
Введение	С.В.Шишкин
Глава 1	Н.В.Ракута
Глава 2	Л.С.Засимова Н.А.Хоркина
Глава 3	Н.А.Капицына
Глава 4	М.Г.Колосницына
Глава 5	М.Г.Колосницына
Глава 6	Л.С.Засимова Н.А.Хоркина
Глава 7	И.М.Шейман
Глава 8	С.В.Шишкин
Глава 9	И.М.Шейман
Глава 10	И.М.Шейман
Глава 11	С.В.Шишкин

АННОТАЦИЯ

Экономика здравоохранения – одна из относительно новых, но бурно развивающихся в последние десятилетия областей экономической науки. Эта дисциплина преподается сегодня во многих западных университетах, издаются и переиздаются многочисленные учебники, охватывающие как теоретические проблемы экономики здравоохранения, так и разнообразный практический опыт систем здравоохранения в отдельных странах мира. В России пока не издано ни одного учебника по этой дисциплине, который бы отражал подходы современной экономической теории и использовал ее инструментарий в анализе проблем здравоохранения. В отечественной литературе представлена в основном проблематика институциональных реформ и доминирует организационно-отраслевой подход.

В данном учебном пособии нашли отражение такие важные разделы экономики здравоохранения, как: формирование спроса и предложения на рынке медицинских услуг, особенности изъятий этого рынка; проблемы построения систем обязательного и добровольного медицинского страхования; институциональные формы учреждений здравоохранения; занятость и оплата труда медицинского персонала; развитие фармацевтического рынка и его регулирование; методы оценки эффективности программ здравоохранения; мировые тенденции в развитии здравоохранения и др. Теоретическое изложение иллюстрировано как зарубежными примерами, так и данными по российской экономике, результатами собственных исследований авторов. Цель учебного пособия - представить наиболее полно современную теорию экономики здравоохранения, тенденции развития этой области экономики, основные проблемы и практические подходы к их решению.

Учебное пособие может использоваться в преподавании студентам экономических вузов и факультетов таких дисциплин как «Экономика здравоохранения», «Экономика и управление в отраслях социальной сферы», «Экономика социально-культурной сферы и науки», «Экономика общественного сектора» (направление «Экономика» и «Менеджмент» подготовки бакалавра, специальность «Мировая экономика», направление «Экономика» и «Менеджмент» подготовки магистра). Книга также может быть полезна преподавателям и студентам медицинских вузов, специализирующимся в области экономики, организации и управления здравоохранением.

Список аббревиатур

- ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения
- ВОП – врач общей практики
- ДМС – добровольное медицинское страхование
- КСГ – клинически-связанная группа
- ЛПУ – лечебно-профилактическое учреждение
- ЛС – лекарственные средства
- МОТ – Международная организация труда
- НИОКР – научно-исследовательские и опытно-конструкторские работы
- НСЗ – Национальная служба здравоохранения
- ОМС – обязательное медицинское страхование
- ОПЗ – организация по поддержанию здоровья
- ОЭСР – Организация экономического сотрудничества и развития
- ПМП – первичная медицинская помощь
- ПНП – предельная норма прибыли
- ПСК – предельная стоимость капитала
- СМО – страховая медицинская организация
- ССП – спрос, спровоцированный предложением
- УМП – управляемая медицинская помощь

СОДЕРЖАНИЕ

Введение		1
Глава 1.	<i>Основы экономического анализа здравоохранения</i>	14
1.1.	Рыночный механизм	14
1.2.	Эластичность	20
1.3.	Поведение потребителя	23
1.4.	Издержки производства	29
1.5.	Конкурентная среда и типы рыночных структур	37
1.6.	Максимизация прибыли фирмой	44
1.7.	Межвременной выбор	48
1.8.	Провалы рынка	52
1.9.	Роль государства	59
	Ключевые термины	59
	Вопросы и задания	66
	Список литературы к главе 1	70
	Рисунки к главе 1	71
Глава 2.	<i>Потребители на рынке медицинских услуг</i>	84
2.1.	Потребность в медицинской помощи и спрос на медицинские услуги	84
2.2.	Спрос на медицинские услуги как производная спроса на здоровье	88
2.3.	Неденежные факторы спроса на медицинские услуги	92
2.4.	Роль врачей при формировании спроса на медицинские услуги	101
	Ключевые понятия	107
	Вопросы и проблемы для обсуждения	107
	Список литературы к главе 2	109
	Рисунки к главе 2	111
Глава 3.	<i>Поставщики медицинских услуг</i>	114
3.1.	Больница как экономический субъект здравоохранения	114
3.2.	Классификация больниц по статусу и организационно-правовым формам.	121
3.3.	Формирование предложения на рынке медицинских услуг	127
3.4.	Поведение больниц с разным статусом на рынке медицинских услуг	131
3.5.	Взаимодействие больниц на рынке медицинских услуг	137
3.6.	Эмпирические оценки эффективности функционирования больниц	143
	Выводы	150
	Приложение 3.1.	152
	Приложение 3.2	154
	Ключевые термины	161
	Вопросы и проблемы для обсуждения	161
	Список литературы к главе 3	163
	Рисунки к главе 3	166
Глава 4.	<i>Страховые посредники в здравоохранении</i>	172
4.1.	Системы ДМС в современной экономике	174
4.2.	Формирование рынка услуг в добровольном страховании: спрос и предложение	181
4.3.	Провалы рынка в медицинском страховании, поведение страховщика и страхователей	188
4.4.	Влияние ДМС на экономику: теоретические модели	195
4.5.	Развитие ДМС в российской экономике: тенденции и особенности	201

	Основные понятия главы	207
	Вопросы и проблемы для обсуждения	207
	Список литературы к главе 4	211
	Рисунки к главе 4	215
Глава 5.	<i>Рынок труда в здравоохранении</i>	230
5.1.	Труд врачей в современной экономике: динамика занятости	230
5.2.	Теория рынка труда: формирование спроса на труд и его цены	237
5.3.	Предложение труда: инвестиции в человеческий капитал	242
5.4.	Предложение труда: лицензирование	246
5.5.	Предложение труда: модели поведения врача	248
5.6.	Оплата труда врачей	257
5.7.	Врачебные ошибки и «оборонительная» медицина	260
5.8.	Рынок труда медицинских сестер	261
	Основные понятия главы	265
	Вопросы и проблемы для обсуждения	265
	Список литературы к главе 5	267
	Рисунки к главе 5	271
Глава 6.	<i>Фармацевтический рынок</i>	282
6.1.	Почему обществу выгодно инвестировать в разработку новых лекарств?	284
6.2.	Спрос и предложение на фармацевтическом рынке	287
6.3.	Государственное регулирование фармацевтического рынка	292
	Приложение к главе 6.1	313
	Ключевые понятия	322
	Вопросы и проблемы для обсуждения	322
	Список литературы к главе 6	325
	Рисунки к главе 6	327
Глава 7.	<i>Экономические оценки в здравоохранении</i>	345
7.1.	Метод минимизации затрат (Cost analysis)	345
7.2.	Метод затраты-результативность (Cost-effectiveness analysis)	352
7.3.	Метод затраты-полезность (Cost-utility analysis)	355
7.4.	Метод затраты-выгоды (Cost-benefit analysis)	358
7.5.	Экономические оценки крупных проектов, направленных на достижение нескольких результатов	369
7.6.	Выводы	374
	Ключевые понятия	377
	Вопросы и проблемы для обсуждения	377
	Список литературы к главе 7	379
	Рисунки к главе 7	380
Глава 8.	<i>Системы здравоохранения и их финансирование</i>	383
8.1.	Системы здравоохранения	383
8.2.	Механизмы формирования средств в системах финансирования здравоохранения	393
8.3.	Механизмы объединения средств в системах финансирования здравоохранения	404
8.4.	Покупка медицинской помощи	409
	Основные понятия главы	417
	Вопросы и проблемы для обсуждения	417
	Список литературы к главе	420
	Рисунки к главе 8	422

Глава 9.	<i>Квазирыночные отношения в системе общественного здравоохранения</i>	428
9.1.	Главные характеристики квазирыночных отношений в здравоохранении	429
9.2.	Модель регулируемой конкуренции	433
9.3.	Модель внутреннего рынка	437
9.4.	Условия реализации моделей квазирыночных отношений	440
9.5.	Рынок или сетевая модель?	441
	Выводы	450
	Ключевые термины	451
	Вопросы для проверки	451
	Список литературы к главе 9	452
	Рисунки к главе 9	454
Глава 10.	<i>Новые процессы в европейском здравоохранении</i>	456
10.1.	Тенденции финансирования здравоохранения	456
10.2.	Концепция стратегической покупки медицинской помощи	460
10.3.	Роль планирования системы оказания медицинской помощи	462
10.4.	Новая роль договорных отношений	467
10.5.	Новые методы оплаты медицинской помощи	471
10.6.	Рыночные реформы в западноевропейских странах	478
	Ключевые термины	494
	Вопросы для проверки	494
	Список литературы к главе 10	496
	Рисунки к главе 10	498
Глава 11.	<i>Экономические реформы в российском здравоохранении</i>	502
11.1.	Принципы организации российской системы здравоохранения	502
11.2.	Финансирование здравоохранения	506
11.3.	Введение системы обязательного медицинского страхования	513
11.4.	Продолжение реформ в 2000-е годы	517
11.5.	Новые цели и средства государственной политики	526
11.6.	Структурные преобразования в системе здравоохранения	539
11.7.	Препятствия и перспективы продолжения реформ	544
	Основные понятия главы	561
	Вопросы и проблемы для обсуждения	561
	Список литературы к главе 11	563
	Рисунки к главе 11	565

Введение

Экономика здравоохранения. Смысл каждого из этих двух слов по отдельности интуитивно понятен любому человеку. Экономика – наука о правилах распределения ограниченных ресурсов и обмена благами при посредстве денег, об оптимизации соотношения выгод и издержек. Здравоохранение – отрасль, которая включает людей и организации, оказывающие населению медицинскую помощь: частнопрактикующих врачей и групповые врачебные практики, поликлиники, амбулатории, диагностические центры, больницы и т.п.

Объектом рассмотрения с экономической точки зрения могут выступать очень многие сферы человеческой деятельности. Содержание экономической точки зрения на здравоохранение, как и на другие отрасли социальной сферы, - это рассмотрение осуществляемой здесь деятельности как использования ограниченных ресурсов для получения результатов, которые соизмеряются с затратами (*Шшикин, 2003*).

Для оказания медицинской помощи нужны подготовленные специалисты, оборудование для диагностики и оперативных вмешательств, помещения, транспортные средства, лекарственные препараты, деньги, на которые все это можно приобрести. Результатами использования этих ресурсов выступают оказанные медицинские услуги, пациенты, получившие медицинскую помощь, и состояние здоровья потребителей этих услуг (конечные результаты). Ресурсы ограничены и могут использоваться для оказания разных видов медицинских услуг в разных объемах разным их потребителям.

Медицинские организации распределяют имеющиеся у них финансовые, материальные, трудовые ресурсы между видами услуг, оказываемых пациентам. При этом они соизмеряют затраты ресурсов с величиной доходов, которые могут получить от реализации своих услуг.

Страховщики, заключающие контракты с медицинскими организациями на оказание медицинской помощи своим застрахованным, выбирают поставщиков,

договариваются о видах и объемах оплачиваемой ими медицинской помощи и, тем самым, распределяют собранные ими финансовые средства между поставщиками и видами услуг. При этом они соизмеряют объемы и качество услуг, предоставляемых разными поставщиками, с ценами, которые придется за них заплатить.

Государство, выделяя деньги на оказание медицинской помощи населению, распределяет их между территориями, медицинскими организациями, видами медицинской помощи. Можно больше средств 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, позволяющего результативнее лечить тяжелые заболевания. Рациональный выбор лучшего варианта распределения ограниченных ресурсов предусматривает соизмерение производимых затрат и получаемых результатов.

Домохозяйства принимают решение о том, покупать ли медицинскую страховку, или платить за лечение уже в случае заболеваний, либо заниматься самолечением. Решив платить непосредственно за лечение, они могут столкнуться с необходимостью выбора между поставщиками медицинских услуг, между дорогими и дешевыми препаратами и т.п. Здесь также будет иметь место соизмерение затрат и результатов.

Оказывая медицинскую помощь, врач, 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 для получения 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 рассмотрения в здравоохранении выступают два типа действий:

1. Распределение ограниченных финансовых, материальных, трудовых и других ресурсов между альтернативными способами их применения для получения результатов, соизмеряемых с затратами этих ресурсов.
2. Обмен одних благ на другие, в процессе которого стороны производят соизмерение своих затрат и результатов.

Но точно так же это будет предметом экономического рассмотрения и в другой сфере деятельности. Что же нового или специфичного возникает при объединении двух понятий - «экономика» и «здравоохранение» - в содержании понятия «экономика здравоохранения»? Не достаточно ли знания общеэкономических дисциплин и знакомства с курсом организации здравоохранения для того, чтобы иметь правильное представление о том, по каким правилам распределяются в здравоохранении ограниченные ресурсы и обмениваются блага? Что оправдывает существование экономики здравоохранения как самостоятельной научной дисциплины и как предмета данного учебного пособия?

Все дело в том, что процессы, отношения, правила (институты), в которых воплощены действия, интересующие экономистов (распределение ограниченных ресурсов, обмен одних благ на другие, соизмерение затрат и результатов), обладают применительно к сфере здравоохранения особенностями, которые требуют самостоятельного анализа. Укажем на главные из них.

Прежде всего, нужно отметить, что основная часть благ, которые создаются в здравоохранении, являются, с экономической точки зрения, *доверительными благами*.

Данным понятием обозначают такие блага, оценка качества которых связана с большими издержками для потребителей даже после начала их потребления. Это обусловлено сильной информационной асимметрией между поставщиками и потребителями медицинских услуг. Она проявляется в следующем.

Во-первых, потребитель, как правило, не обладает такими знаниями о характере своего заболевания и возможных способах его лечения, которые достаточны для рационального потребительского выбора требуемых ему медицинских услуг по приемлемым ценам. Информация относительно медицинской помощи очень специализирована, сложна, требует затрат (времени, денег) для ее получения. Причем благодаря прогрессу медицинской науки и фармацевтики появляются все новые лекарственные препараты, диагностические процедуры, технологии оперативного вмешательства, достоверными знаниями о результативности и побочных действиях которых обладают лишь специалисты.

Во-вторых, у потребителя существуют ограниченные возможности использования прежнего опыта потребления таких благ, потому что немногие заболевания являются повторяющимися и имеют каждый раз одинаковые проявления.

В-третьих, даже приобретя и потребляя такие блага, человек не в состоянии оценить, какую пользу он от них получает. Заплатив за лечение и начав принимать выписанные ему врачом лекарства, пациент очень часто может оценить результативность лечения лишь по прошествии времени.

В итоге потребитель вынужден полагаться на знания и опыт врача, к которому он обратился, в определении необходимого ему лечения. Другими словами, потребитель должен доверять поставщику в выборе услуг и в оценке соответствия их качества своим нуждам. При этом во взаимодействии с потребителем медицинских услуг врач играет двойственную роль: с одной стороны, - посредника или агента потребителя, призванного выражать его интересы, формулировать его спрос на конкретные виды медицинских

услуг, с другой стороны, - поставщика этих услуг. В такой ситуации сам поставщик определяет параметры спроса на доверительные блага, спрос потребителя оказывается производным от предложения поставщика. Эта ситуация содержит потенциальный конфликт интересов, который влияет на экономические отношения между поставщиком и потребителем. Если врач заинтересован в росте объема услуг, то есть если размер его дохода прямо зависит от стоимости оказанных услуг, или от их количества, то он может преувеличивать объем необходимых диагностических процедур, осмотров, лекарственных препаратов, выбирать те способы лечения, которые обеспечивают наибольшую загрузку поликлиник и больниц и т.п.

Подобного рода особенности отношений обмена между поставщиками и потребителями, следствием которых является производство благ в объемах, не обеспечивающих наиболее эффективное использование ресурсов (максимизацию отношения результатов к затратам), обозначаются в экономической теории понятием *«изъяны рынка»*. Экономическим отношениям в здравоохранении присущ специфический «букет» таких изъянов. Помимо информационной асимметрии к ним относятся: неопределенность возникновения спроса, локальный монополизм производителей, ограничения в доступе на рынок медицинских услуг новых поставщиков, наличие внешних эффектов от оказания медицинской помощи. Эти факторы влияют на характер распределения ресурсов и обмена благами в здравоохранении.

Другой ключевой экономической особенностью здравоохранения является то, что предметом значительной части экономических отношений здесь выступают риски. В здравоохранении возникли и развиваются институты медицинского страхования. Его суть состоит в том, что люди вносят некоторые средства в общий страховой фонд (страховой пул), из которого в случае их заболевания производится оплата лечения. Поскольку в течение определенного промежутка времени лишь часть людей заболевает и нуждается в медицинской помощи, то размер требуемых индивидуальных взносов может быть

установлен на уровне существенно меньшем, чем уровень затрат, которые могут потребоваться в случае серьезного заболевания. Страховой пул дает возможность распределить риски больших расходов среди большего числа людей, в результате чего затраты на приобретение страхового полиса для заболевших будут относительно ниже, чем прямая оплата необходимых им медицинских услуг. Это делает страхование экономически привлекательным для каждого, кто принимает во внимание риск оказаться больным и вынужденным тратить много средств на медицинскую помощь и приобретение лекарств. Главный принцип медицинского страхования выражается формулой «здоровый платит за больного». Особенность здравоохранения состоит в том, что ни в одной другой отрасли институты страхования не играют такой большой роли: медицинское страхование опосредует в отдельных странах до 80% финансовых потоков в здравоохранении.

Развитие институтов медицинского страхования частично ослабляет влияние факторов неопределенности спроса, информационной асимметрии, локального монополизма поставщиков на эффективность использования ресурсов в этой сфере. Но рынку любых страховых услуг, как известно, присущи свои изъяны: моральный риск (изменение поведения застрахованного лица, повышающее вероятность наступления страхового случая) и ухудшающий отбор (повышение доли лиц с высоким уровнем риска среди застрахованных при установлении цены страховки в расчете на средний уровень риска). Для медицинского страхования характерны специфические формы проявления этих изъянов и особые механизмы противодействия их влиянию.

Особенностью экономических институтов в здравоохранении выступает сильное влияние требований справедливости на их формирование. В современном мире широко распространены представления о том, что любой человек не должен оказываться в ситуации, когда он не может получить нужную медицинскую помощь лишь потому, что у него нет денег, чтобы за нее заплатить. В первую очередь это относится к тем случаям, когда оказание экстренной медицинской помощи необходимо для сохранения жизни. Если

объемы потребления медицинских услуг определяются только уровнем платежеспособности человека, то лица с низкими доходами оказываются лишенными возможности получения необходимой медицинской помощи. Между тем именно эти лица имеют наибольшую потребность в медицинской помощи. У них худшие условия жизни и труда, и соответственно показатели их здоровья хуже, чем у обеспеченных слоев населения. Поэтому система финансирования здравоохранения, в которой медицинские услуги или услуги медицинского страхования должны полностью оплачиваться самими потребителями, как обычные товары и услуги, оценивается как неприемлемая с позиций социальной справедливости.

Представления о том, какое именно здравоохранение является социально справедливым, разумеется, не универсальны и различны в разных странах и у разных социальных групп. Полное согласие существует, по-видимому, лишь в том, что современное общество должно обеспечить каждому своему члену возможность получения некоторого минимума медицинских услуг вне зависимости от его социального положения и индивидуального дохода. Каков этот минимум, каким способом общество должно обеспечить такие возможности – эти вопросы в разных странах решаются по-разному. Принципиальное значение имеет то, что такие ценностные представления существуют, через их призму рассматриваются и оцениваются экономические отношения в здравоохранении, делаются выводы о приемлемости или неприемлемости сложившихся здесь экономических институтов, и это оказывает реальное воздействие на сохранение или изменение таких институтов. Представления о социальной справедливости в отношении доступности медицинской помощи порождают требования к ограничению сферы действия рыночных отношений в здравоохранении, к участию государства в организации и финансировании предоставления медицинской помощи населению и воплощаются в экономических институтах здравоохранения.

Важное отличие здравоохранения от других отраслей заключается в множественности источников формирования денежных ресурсов для покупки медицинской помощи и большом разнообразии систем и моделей финансирования. Помимо системы частного финансирования, где источником средств служат прямые платежи пациентов за оказываемую им помощь и взносы граждан и работодателей (в пользу своих работников) на добровольное медицинское страхование, осуществляемое частными страховщиками, здесь существуют системы государственного финансирования здравоохранения. К ним относят систему обязательного (социального) медицинского страхования и систему бюджетного финансирования. В первой основным источником средств служат обязательные взносы работников и/или работодателей, а страховщиками чаще всего выступают государственные учреждения или негосударственные некоммерческие организации. Во вторую средства поступают из бюджетов за счет общего налогообложения. Эти системы в разных странах воплощены в самых разных моделях, и могут сочетаться друг с другом в рамках одной страны. Большим разнообразием отличаются и конкретные механизмы распределения ресурсов в системе здравоохранения, покупки медицинской помощи у ее поставщиков, осуществляемой страховщиками и органами государства.

Сфера здравоохранения обладает еще одной особенностью. Во многих странах, и в частности в нашей стране, легальные экономические отношения между поставщиками и потребителями в значительных масштабах дополняются отношениями неформальной (теневой) оплаты оказываемых услуг «в руки» медицинским работникам. Разумеется, практики неформальной оплаты услуг есть и в других отраслях, но уникальной особенностью здравоохранения является то, что эти практики и формы оплаты не являются тождественными коррупции и взяткам. В здравоохранении неформальная оплата частично играет роль индивидуальной доплаты за качество оказываемых услуг, индивидуального медицинского страхования, и может выступать для врачей действенным

стимулом повышения своей квалификации и качества оказываемой ими медицинской помощи.

И, наконец, последнее в логическом ряду приводимых аргументов в пользу выделения экономики здравоохранения как самостоятельной дисциплины, но не последнее по значимости обстоятельство. В здравоохранении уже используется весомая часть ресурсов общества, и она увеличивается по мере роста общественного благосостояния. В среднем в мире на здравоохранение в 1960 году тратилось 2,6% ВВП, а в 2000 г. – уже более 6% ВВП, причем страны с высоким уровнем доходов (страны ОЭСР) расходовали более 11% ВВП¹. Оказанием медицинской помощи в мире заняты десятки миллионов человек. То, как используются такие ресурсы, заслуживает отдельного внимания экономистов.

Подведем итог. *Предметом экономики здравоохранения*, как научной дисциплины, является изучение особенностей присущих данной сфере человеческой деятельности процессов, отношений, институтов, связанных с распределением ограниченных ресурсов и обменом одних благ на другие для получения результатов, которые соизмеряются с затратами.

Экономика здравоохранения интенсивно развивается, и в ее багаже большой объем накопленных теоретических и прикладных знаний. За рубежом издано уже немало число учебников, в которых описываются теоретические модели экономических действий в здравоохранении и конкретные экономические механизмы. Среди наиболее фундаментальных работ можно выделить монографии *Feldstein, 2004; Klarman, 1965; Phelps, 2002; Zweifel, Breyer, 1997*. Удачными являются книги *Eastaugh, 2004; Getzen, 2004; Henderson, 2005; McPake et al, 2003; Santerre, Neun, 2000; Witter, Ensor, 1997*. Ряд очень интересных учебных пособий написан российскими авторами: *Вялков и др., 2002; Кучеренко, Гришин и др., 1996; Московский, Рожков, 1995; Скляр, 2004; Шейман, 2001*.

¹ Источник: OECD health database.

Но в отечественных работах приоритет отдается обсуждению прикладных вопросов организации финансирования здравоохранения и особенностей экономического устройства этой отрасли в России.

Целью настоящего учебного пособия является представление в систематизированном виде наиболее важных результатов, полученных в экономике здравоохранения, включая теоретические принципы и модели и конкретные экономические механизмы. Учебное пособие ориентировано, в первую очередь, на студентов экономических вузов, специализирующихся в области государственных финансов, государственного и муниципального управления. Вместе с тем, данное пособие может быть использовано студентами других высших учебных заведений, изучающих организацию и экономику здравоохранения. Оно может быть также полезным практическим работникам отрасли здравоохранения: руководителям органов управления и медицинских учреждений, страховщикам, экономистам.

При выборе структуры изложения авторский коллектив руководствовался следующей логикой. Первая глава содержит описание ключевых понятий и положений микроэкономики и экономики общественного сектора, которые используются при описании теоретических моделей экономики здравоохранения в последующих главах. Материал данной главы предназначен для читателей, не знакомых с основами экономической теории. Студенты экономических вузов могут безболезненно пропустить эту главу и начинать изучение материала со второй главы.

Следующие три главы посвящены анализу особенностей экономических действий трех ключевых субъектов в системе здравоохранения: потребителя медицинских услуг, поставщика медицинских услуг и страхового посредника между ними.

Во второй главе обсуждается, как формируется платежеспособный спрос на медицинские услуги, какие факторы оказывают на него наибольшее влияние, каким образом потребители делают свой выбор на рынке медицинских услуг.

В третьей главе рассматриваются основные организационно-экономические формы поставщиков медицинских услуг, формирование предложения на рынке услуг стационарной помощи, особенности принятия экономических решений поставщиками, имеющими форму коммерческих и некоммерческих организаций, модели конкуренции между поставщиками.

Четвертая глава посвящена деятельности страховщиков на рынке медицинского страхования, формированию предложения и спроса на этом рынке, его изъянам и способам их преодоления.

За рассмотрением особенностей функционирования рынка медицинских услуг и рынка услуг медицинского страхования следует анализ специфики рынка труда в здравоохранении, проводимый в пятой главе. В шестой главе обсуждаются особенности еще одной важной части сферы здравоохранения – рынка лекарственных средств.

В главах со второй по шестую делается акцент на описании теоретических моделей функционирования соответствующих видов рынков и экономических действий их основных субъектов. Но наряду с этим показываются и реальные особенности этих рынков в России.

Седьмая глава посвящена инструментарию экономического анализа в здравоохранении – методам сопоставления затрат и результатов, которые могут использоваться при распределении финансовых ресурсов между альтернативными вариантами организации предоставления медицинской помощи.

Начиная с восьмой главы, анализ экономического устройства здравоохранения переходит на макроуровень. Предметом этой главы выступает организация финансирования здравоохранения в целом, на страновом уровне. Рассматриваются системы бюджетного финансирования и обязательного медицинского страхования и различные типы механизмов, которые используются в них для формирования финансовых средств, их объединения, покупки медицинской помощи.

В следующей, девятой главе подробно обсуждаются модели квазирыночных отношений между покупателями и поставщиками медицинской помощи в системах бюджетного финансирования здравоохранения и обязательного медицинского страхования. Попытки внедрения таких моделей были предприняты в последние два десятилетия в отдельных странах, включая Россию, и их результаты неоднозначны. В данной главе обсуждаются условия позитивного влияния таких моделей на эффективность использования ресурсов в здравоохранении.

В двух последних главах книги представлен анализ основных экономических процессов и направлений институциональных преобразований, которые происходят в странах Европы (десятая глава) и в нашей стране (одиннадцатая глава). Европейский регион выбран для анализа потому, что принципы организации здравоохранения в его странах в наибольшей мере по сравнению с другими частями мира близки принципам российского здравоохранения, и происходящие там изменения представляют для нас наибольший интерес. Завершает книгу характеристика ключевых современных проблем и вызовов российскому здравоохранению и направлений проведения экономических реформ, которые необходимы для ответа на эти вызовы.

Список литературы

- Вялков А.И., Райзберг Б.А., Шиленко Ю.В. (2002).** Управление и экономика здравоохранения. Учебное пособие для вузов. М.: Гэотар-Мед.
- Кучеренко В.З., Гришин В.В. и др. (1996).** Экономика здравоохранения. М.
- Московский А.Ю., Рожков А.Г. (1995)** Экономика здравоохранения. М.: ИПК “Омич”.
- Скляр Т.М. (2004).** Экономика и управление здравоохранением: Учеб. Пособие. – СПб.: Издательский дом С.-Пб.ГУ.
- Шейман И.М. (Ред.) (2001).** Экономика здравоохранения. М.: Теис.
- Шишкин С.В. (2003).** Экономика социальной сферы: Учебное пособие. М.: ГУ-ВШЭ.
- Eastaugh S. R. (2004).** Health Care Finance and Economics. Boston: Jones and Barlett Publishers, Inc.
- Feldstein P. (2004).** Health Care Economics. 6th edition. Thomson Delmar Learning.
- Getzen T.E. (2004).** Health Economics: Fundamentals and Flow of Funds. 2nd edn. John Wiley & Sons.
- Henderson J. (2005).** Health Economics and Policy. 3rd edn. Thomson – South Western.
- Klarman H.E. (1965).** The Economics of Health. Columbia University Press, New York – London.
- McPake B., Kummaranayake L., Normand Ch. (2003).** Health Economics. An international Perspective. London and New York: Routledge.
- Phelps C. (2002).** Health economics. 3rd ed. Boston: Addison Wesley.
- Santerre R.E., Neun S.P. (2000).** Health Economics: Theories, Insights and Industry Studies. Harcourt Brace and Company.
- Witter S., Ensor T. (Ed.) (1997).** An introduction to health economics for Eastern Europe and the Former Soviet Union. Clichester, New York, etc.: John Wiley&Sons.
- Zweifel P., Breyer F. (1997).** Health Economics. New York: Oxford University Press.