

14. Псориаз: школа для пациентов и их родственников / А.Н. Львов [и др.]. – М., 2009. – 48 с.
15. Пушкарёв А.Л. Методика оценки качества жизни больных и инвалидов : метод. рекомендации : утв. М-вом здравоохранения Респ. Беларусь 11.05.2000 г. / Белорус НИИ экспертизы трудоспособности и организации труда инвалидов А.Л. Пушкарёв, Н.Г. Аринчина. – Минск, 2000. – 25 с.
16. Рациональная фармакотерапия заболеваний кожи и инфекций, передаваемых половым путем : рук. для практикующих врачей / под общ. ред. А.А. Кубановой, В.И. Кисиной. - М.: Литтерра, 2005. – 822 с.
17. Реабилитация детей и подростков с заболеваниями органов дыхания, пищеварения, почек, сердечно-сосудистой системы и аллергическими болезнями в условиях поликлиники: учеб.-метод. пособие / В.Ф. Жерносек [и др.]; Белорус. мед. акад. последиплом. образования. – Минск: БелМАПО, 2007. – 198 с.
18. Сердечно-сосудистые заболевания у детей и подростков / Л.М. Беляева, Е.К. Хрусталева. – 2-е изд., перераб. и доп. – Минск: Выш. шк., 2003. – 365 с.
19. Basra M.K.A., Finlay A.Y.// Br. J. Dermatol. – 2007. – Vol. 156. – P. 929–937.
21. Lewis-Jones M.S., Finlay A.Y.// Br. J. Dermatol. – 1995. – Vol. 132. – P. 942–949.
22. Lewis-Jones M.S. , Finlay A.Y., Dykes P.J.// Br. J. Dermatol. – 2001. – Vol. 144. – P. 104–110.

QUALITY OF LIFE AND REHABILITATION OF CHILDREN WITH PSORIASIS

E.L.Evdokimov, L.G.Barabanov, E.V.Kovalenko, O.V.Zarodova

Causes, resulting in chronic skin pathology in children are still insufficiently known despite many studies in dermatology. The long exhausting course of chronic dermatoses with numerous relapses, as a rule, leads to excessive stress for the organism and results in physical and psychological disorders which are characteristic of chronic fatigue syndrome with asthenic symptomatology that is a background for life quality impairment. The stepwise rehabilitation with accentuated training programs will improve the quality of life for children with chronic dermatoses, particularly for those having psoriasis.

ОСОБЕННОСТИ РЫНКА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ И ОГРАНИЧЕНИЯ РЫНОЧНЫХ МЕХАНИЗМОВ

А.А.ЖАДАН

2-й военный госпиталь органов пограничной службы Республики Беларусь,
д. Снов, Несвижский р-н, Минская область

Понятие рынка в применении к здравоохранению является наиболее сложной и неоднозначной научной категорией современной экономической теории.

В современной экономической литературе имеется немало определений рынка. Наличие их большого числа связано со сложностью и многоаспектностью данного экономического явления. Наиболее обобщающими из них являются следующие: рынок – это обмен, организованный по законам товарно-денежного обращения; это институт (или механизм), сводящий вместе покупателей как представителей со стороны спроса и продавцов как представителей со стороны предложения; это многосложная сфера взаимодействия покупателей и продавцов, производителей и потребителей, осуществляемого через движение цен при регулирующем воздействии институциональных норм и правил.

Из экономической теории хорошо известно, что наиболее общими предпосылками возникновения рыночных отношений служат общественное разделе-

ние труда, экономическая самостоятельность хозяйствующих субъектов и свобода экономической деятельности. Общественное разделение труда означает специализацию (дифференциацию) производителей по различным видам производственной и непроизводственной общественно-полезной деятельности. Экономическая самостоятельность (обособленность) хозяйствующих субъектов предполагает независимое принятие экономических решений и тесно связана с понятием собственности. Содержание понятия “свобода экономической деятельности” включает свободу в использовании ресурсов, свободу выбора (что производить, что покупать, кому продавать), свободу в назначении цен и свободу использования прибыли после уплаты налогов. В современных системах здравоохранения эти классические предпосылки возникновения рынка либо полностью не выдерживаются, либо выдерживаются лишь частично.

Рынок, представляя собой сложную, динамичную саморазвивающуюся систему, выполняет очень важные экономические функции. Функции рынка определяются решаемыми им задачами. Классический рынок отвечает на вопросы: что, как и для кого производить? Он выполняет посредническую, ценообразующую, информационную, регулирующую и санирующую функции. Позитивные функции рынка делают его достаточно эффективной экономической системой. Однако это не означает, что рыночные отношения являются полностью совершенными и обеспечивают прогрессивное развитие экономики в целом и системы здравоохранения в частности. Отклонения от условий совершенной конкуренции свидетельствуют о несовершенстве рынка. Рынок не способен противостоять монополистическим тенденциям. Он не пригоден для устранения внешних эффектов (таких как ухудшение состояния окружающей среды). Рынок не заинтересован и не может производить общественные блага. Он не способен обеспечить социальные гарантии и противостоять социальному расслоению общества. Эти так называемые “провалы” рынка могут быть нейтрализованы только мерами государственной экономической и социальной политики. Несовершенство рынка служит теоретическим обоснованием вмешательства государства в рыночный механизм и институционального регулирования рыночных отношений, особенно в области охраны здоровья населения.

Трансформация основополагающих теоретических положений экономической теории и их приспособление к специфике функционирования лечебных учреждений позволила сформулировать обязательные условия становления и развития рыночных отношений в здравоохранении [1]:

многообразие форм собственности и видов хозяйственной деятельности;

равный и свободный доступ на рынок и выход из него;

наличие у каждого участника полного объема рыночной информации;

необходимость государственного регулирования рынка медицинских услуг.

Рынок как развитая система отношений товарного обмена представляет собой совокупность отдельных рынков и, прежде всего, рынков ресурсов и продукции (товаров и услуг). Экономические агенты возникают на “большом” рынке (рынке ресурсов) как собственники экономических ресурсов (труда, земли, капитала, предпринимательских способностей, знаний). Через соответствующие рынки они продают фирмам свои ресурсы, получая за это так называемые факторные доходы (заработную плату, ренту, прибыль, процент, предпринимательский доход, доход от

интеллектуальной собственности). Производители используют приобретенные ресурсы для организации производства продукции, которую затем продают на рынках продукции. Рынки классифицируются в зависимости от объектов обмена, характера обмениваемых товаров, условий функционирования и т.д. На основании выбранных классификационных критериев любой рынок можно подразделить на более мелкие рынки.

Рынок услуг здравоохранения может быть структурирован следующим образом [2]:

1) по объекту купли-продажи: рынок медицинских услуг, лекарственных средств, медицинского оборудования, научно-методических разработок, рынок труда медицинских работников;

2) по степени специализации медицинских услуг: рынок сестринских услуг, рынок общеврачебных, хирургических, стоматологических услуг и др.;

3) по территориальному признаку: международный, национальный, региональный, местный рынки;

4) по характеру конкуренции: рынок совершенной и несовершенной конкуренции: монополярный, олигополистический, монополистический, монополистический, олигополистический;

5) по отношению к закону: легальный и нелегальный.

Рынок имеет свой особый механизм регулирования. Основными компонентами рыночного механизма являются спрос, предложение и цена. Ценой называется количество денег, за которые покупается и продается экономическое благо. Цена определяется на рынке в результате взаимодействия покупателей и продавцов, в процессе которого они, сравнивая спрос и предложение на товар, устанавливают цену. Основу этого механизма описывает двухфакторная модель ценообразования, объясняющая величину цены как компромисс между издержками производства и полезностью товара. Разработанная неоклассической экономической теорией двухфакторная модель является синтезом классического и маржиналистского подхода к цене. Согласно этой модели, цена, которую покупатель готов заплатить за товар, определяется степенью полезности товара. Основой цены, которую назначает продавец, являются издержки производства.

Полезностью называется удовлетворение, которое приносит благо потребителю. Оценка полезности зависит от субъективных и объективных обстоятельств. На уровне индивидуума она часто субъективна. На уровне группы, общества субъективизм в оценке полезности блага значительно меньше, преобладает усредненная, поэтому более объективная оценка. Наличие данной закономерности позволило немецкому ученому Герману Госсену сформулировать законы, касающиеся оценки полезности благ. Закон убывающей предельной полезности (первый закон Госсена)

гласит, что каждая последующая (предельная порция блага) все менее полезна с точки зрения индивидуума, а в результате и совокупная полезность всего блага для него снижается. Суть второго закона заключается в том, что общее количество потребляемых благ устанавливается таким, при котором равны предельные полезности каждого блага. Экономическая категория “полезность” тесно связана с понятием ценности, представляющей собой денежную оценку потребителем полезности блага. Обычно она определяется на основе лучшего из доступных ему товаров (услуг) с корректировкой на свойства данного товара (услуги). Синонимом ценности блага является его стоимость.

В практике здравоохранения понятие полезности нашло широкое применение при проведении маркетинговых исследований потребительского поведения и разработке методов анализа эффективности медицинской деятельности, в частности при оценке социальной эффективности здравоохранения на индивидуальном уровне и проведении стоимостно-утилитарного анализа. При этом понятие “полезность”, или “утилитарность”, применяется в качестве меры результата взаимодействия пациента с системой здравоохранения. Она отражает ценность здоровья (людей или общества в целом) и при использовании метода экономического анализа “затраты-полезность” выражается в условных единицах QALY (Quality Adjusted Life Years) – показателе продолжительности жизни, соотношенной с ее качеством [3].

Понятие издержек производства, являющихся основой цены, назначаемой продавцом, означает совокупность затрат, необходимых для производства товаров и услуг. Это один из основных экономических показателей деятельности организации. Его величина позволяет судить:

- об обоснованности принимаемых управленческих решений;
- о характере использования имеющихся ресурсов;
- о степени гибкости организации в меняющихся условиях рыночной среды.

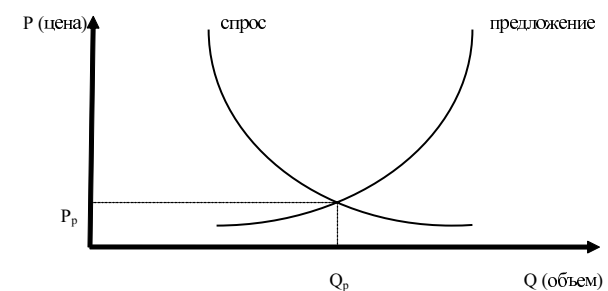
Спрос и предложение являются важнейшими категориями микроэкономического анализа и основными составляющими элементами рыночного механизма. Применительно к здравоохранению спрос как экономическая категория представляет собой количество медицинских услуг, которое желают и могут приобрести пациенты за некоторый период времени по определенной цене. Кратко спрос определяется как платежеспособная потребность. Предложение – это количество медицинских услуг, которые их производители могут представить пациентам за некоторый период времени по определенной цене. Спрос и предложение подчиняются действию определенных эконо-

номических законов. Согласно закону спроса потребители готовы приобрести по низкой цене большее количество товара, чем по высокой: между ценой и величиной спроса существует обратная зависимость. Основой закона спроса является закон убывающей предельной полезности. Закон предложения в условиях рынка отражает прямую зависимость между ценой и объемом предлагаемого к продаже товара: по более высокой цене производитель готов выпускать и продавать большее количество товара, чем по низкой. Основой закона предложения является закон возрастающих затрат или убывающей отдачи.

В условиях свободной конкуренции на рынке действует множество потребителей медицинских услуг. Их экономические интересы заключаются в максимизации полезности благ, приобретаемых на доходы. Для этого они ранжируют свои потребности и осуществляют расходы в пределах имеющихся бюджетов. Цена, по которой покупатель готов приобрести товар (услугу) или которую может запросить медицинское учреждение, называется ценой спроса. Цена спроса всегда максимальна, так как потребитель не может заплатить больше суммы имеющихся у него денежных средств.

Экономические интересы производителей в условиях классического рынка сосредоточены на максимизации прибыли. Цена, по которой продавец готов продать товар (услугу), называется ценой предложения. Это минимальная цена, так как производитель не может продать товар дешевле своих затрат или, другими словами, цена предложения должна возмещать затраты на оказание медицинских услуг и обеспечивать рентабельность медицинского учреждения. В результате взаимодействия цены спроса и цены предложения на рынке устанавливается рыночная цена (рисунок).

Согласно классической микроэкономической модели только такая цена устраивает всех участников рыночных отношений: и потребителей, и производителей. В условиях равновесия рынка обеспечивается наилучший объем производства товаров и услуг, так



Рис

Рис. Модель равновесного производства медицинских услуг в условиях рынка

как только в этом случае отмечается оптимальный объем их потребления с точки зрения эффективности вложения финансовых средств.

Таким образом, цена является основным (но не единственным) фактором, влияющим на изменение спроса и предложения товаров и услуг на любом рынке, в том числе и рынке медицинских услуг. Наряду с факторами, связанными с эгоизмом потребителей (закон спроса) и производителей (закон предложения), на величину спроса и предложения на медицинские услуги влияют и другие, неценовые факторы. К неценовым факторам спроса на медицинские услуги относятся изменение:

- доходов населения;
- численности и состава населения;
- цен на услуги - заменители;
- моды, вкусов, привычек и предпочтений потребителей.

На предложение медицинских услуг оказывают воздействие следующие неценовые факторы, связанные с изменением:

- издержек производства медицинских услуг;
- численности и состава медицинских работников;
- системы налогообложения.

В графической модели при изменении спроса и предложения в зависимости от цены движение происходит вдоль кривых спроса и предложения. При воздействии других неценовых факторов – кривые спроса и предложения сдвигаются вправо или влево. В каждом таком случае изменяется и рыночное равновесие. В условиях классической микроэкономической модели рынка цены и количество предлагаемых услуг колеблются вокруг точки равновесия. Такая модель отражает состояние идеального рынка и называется “золотым стандартом”. Обязательными условиями идеального рынка являются:

- определенность;
- полный объем рыночной информации у всех его участников;
- отсутствие внешних эффектов.

Рынок медицинских услуг не отвечает ни одному из обязательных критериев идеального рынка. В результате “золотой стандарт”, обеспечиваемый идеальным рынком, в здравоохранении недостижим по определению. Рынок медицинских услуг имеет свои отличительные особенности, они связаны со спецификой медицинской услуги.

Основными особенностями рынка услуг здравоохранения являются:

- риск и неопределенность, которые в нерегулируемом рынке приводят к развитию медицинского страхования и, как следствие, к необходимости отбора рисков, неэкономичности множества небольших частных страховых компаний, неравно-

му доступу к медицинской помощи, ее перепотреблению;

- асимметричное распределение информации между пациентом и врачом в условиях лицензирования и аккредитации профессиональной деятельности обуславливает избыточное предоставление медицинских услуг (в результате форсирования спроса), с одной стороны, а с другой, ведет к ограничению конкуренции между производителями медицинских услуг и монополизации медицины;

- наличие внешних эффектов, проявляющееся в том, что получение или неполучение медицинских услуг одними людьми влияет на здоровье и жизнь других, требует патерналистского вмешательства государства в деятельность системы здравоохранения.

Следствием вышеперечисленных особенностей рынка медицинских услуг является явление, известное как “ошибки рынка”.

Основные ошибки рынка для системы здравоохранения состоят в следующем:

1. Для существования свободного рынка, необходимо наличие покупателей, определяющих спрос, и продавцов, определяющих предложения. Однако в медицине покупатель не определяет спрос на конкретную услугу, а лишь отчасти на услуги системы здравоохранения в общем. Так, направляющегося к врачу в поисках лечения пациента иногда сравнивают с человеком, ощущающим голод и не знающим, как и чем его можно утолить, нужно ли его утолять, или он пройдет сам, плох ли сам факт ощущения голода. Врач, определяя одновременно и спрос, и предложение, оказывается в выгоднейшем положении, получая в условиях свободного рынка неограниченную власть продавать то, что выгодно в первую очередь ему. Достаточно представить себе человека продающего овощи, который сам решает сколько, какого сорта и по какой цене продать покупателю продуктов, чтобы понять всю нерациональность нерегулируемого рынка в здравоохранении. Причина так называемого “спроса, рожденного предложениями”, лежит в первоначальной асимметрии информации, так как лишь врач наделен знаниями, позволяющими принимать решение о лечении пациента....

2. Некоторые виды услуг здравоохранения приносят большую пользу обществу, чем индивидууму. Например, вакцинация приводит к тому, что шансы человека тяжело заболеть значительно снижаются, однако при вакцинации свыше определенного процента населения, потенциально подверженного заболеванию, можно предотвратить эпидемию или истребить заболевание вообще. Другим примером может служить вышеупомянутый случай введения национальной программы страхования рабочих (потенциальных военнослужащих) в Германии. В обоих слу-

чаях медицинские услуги оказываются слишком полезными для общества в целом, а последствия, которые они предотвращают (эпидемия и поражение в войне) слишком серьезными, чтобы оставлять их на усмотрение каждого гражданина.

3. Нарушение принципов равенства доступа к минимальному набору наиболее важных услуг системы здравоохранения, особенно в случае угрозы жизни, неприемлемо для большинства граждан развитых стран. Вероятно, если бы затраты на такое лечение шли непосредственно из кармана граждан, а не завуалировано через налоговую систему и общий бюджет, это привело бы к изменению этических норм, в сторону более эффективного и продуманного использования средств. Этические нормы часто конфликтуют с экономическими принципами.

4. Для существования свободного рынка необходимым условием является свободный вход продавца и покупателя. Неограниченный вход продавцов медицинских услуг привел бы к еще большему распространению ятрогений и не основанных на доказательствах медицинских методов лечения и диагностики.

Как показывает практика, избыточное потребление медицинских услуг является одной из универсальных проблем здравоохранения, свойственной как нерегулируемому рынку медицинского страхо-

вания, так и жестко централизованной государственной системе здравоохранения. Причины этого явления различны. В первом случае они связаны с эгоизмом производителей, а во втором – с эгоизмом потребителей.

Таким образом, свободный рынок непригоден для регуляции системы здравоохранения. Однако его непригодность не означает, что его отдельные элементы не могут использоваться в регулируемых государством системах здравоохранения для создания конкуренции между продавцами услуг, повышения эффективности использования ресурсов, мотивации врачей и стимуляции потребителей.

Литература

1. Кучеренко В.З., Алексеева В.М., Скоморохова Т.В. // Экономика здравоохранения. – 2003. – №10. – С.11–16.
2. Светличная Т.Г. // Главврач. –2009. –№1.–С.57–62.
3. Салтман Р.Б., Фигейрас Дж. Реформы систем здравоохранения в Европе: анализ современных стратегий. Пер. с англ. – М.: ГЭОТАР-Мед., 2004. – 432 с.
4. Голухов Г.Н., Шиленко Ю.В. // Информационный бюллетень. 2001. – №1. – С.34.
5. Мелянченко Н.Б. Общие методологические подходы к стратегии развития здравоохранения РФ (на период 2008–2017 гг.). – М., 2007. – 238 с.
6. Пиддэ А.Л. // Главврач. – 2009. – №2.– С.34–46.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ЛЕТАЛЬНОЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

А.А.КАСЮК, А.А.МАШЕВСКИЙ, А.Ч.ДУБРОВСКИЙ

Республиканский научно-практический центр онкологии и медицинской радиологии
им. Н.Н.Александрова, п. Лесной, Минский р-н, Минская область

Изучена динамика послеоперационной летальной тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) у онкологических пациентов. Сделан вывод: применение антикоагулянтной профилактики у данной категории пациентов снижает послеоперационную летальность от ТЭЛА.

Введение

Считается, что ТЭЛА уносит жизни 10% госпитализированных пациентов [1, 2]. Ряд исследователей полагают, что рак является важнейшим приобретенным фактором риска венозного тромбоза (ВТЭ) [3, 4]. Другие считают таковой операцией [5, 6]. Сочетание этих двух ключевых триггеров тромбоза у онкологических пациентов приводит к значительному повышению риска развития летальной послеоперационной ТЭЛА.

Социальная значимость проблемы ТЭЛА у контингента онкологических пациентов обусловлена сохраняющимися высокими показателями летальности, ассоциированной с этим грозным осложнением послеоперационного периода.

Цель исследования: изучить динамику летальной послеоперационной ТЭЛА у пациентов злокачественными новообразованиями, которые находились на лечении в Республиканском научно-практическом центре