УДК 614.21:338.46

І.Ю. АНДРІЄВСЬКИЙ (Вінниця)

ЩО ТАКЕ ІНДУКОВАНИЙ ЛІКАРЕМ ПОПИТ І ЙОГО ВПЛИВ НА РИНОК МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

У статті наведено теоретичне підґрунтя основи розвитку теорії індукованого лікарем попиту, яка залежить від асиметричності інформації між медичним персоналом і пацієнтом та спроможності вибору програми дій. Описано вплив попиту на ринок медичних послуг на основі моделі, прийнятої Організацією економічної співпраці і розвитку. Показано взаємозв'язок між індукованим лікарем попитом та національними системами охорони здоров'я в окремих країнах (Австралія, США, Великобританія).

КЛЮЧОВІ СЛОВА: **індукований лікарем попит, ринок медичних послуг, система охорони здоров'я.**

Незважаючи на досягнення в організації надання медичної допомоги населенню України, впровадження стандартів медичних технологій, клінічних протоколів, реформування первинної та вторинної медичної допомоги, залишається низькою якість медичних послуг [1;2]. З огляду на це виникає питання про попит населення на медичні послуги. Як і багато інших теорій природничих наук, теорія індукованого лікарем попиту (ІЛП) з'явилася для пояснення реалій, які не вміщались у рамки класичних теорій ринкової поведінки.

Мета роботи: розглянути теоретичні основи розвитку теорії ІЛП та її вплив на сучасний стан медичної допомоги населенню.

Матеріали і методи. На основі системного аналізу літературних джерел проведено вивчення проблеми індукованого лікарем попиту.

Результати дослідження та їх обговорення. Створення теорії ІЛП пов'язують з Робертом Евансом [5], який виявив, що у Британській Колумбії спостерігалась мала варіація в прибутках лікарів, незважаючи на суттєві варіації забезпеченості ними різних місцевостей. Оскільки лікарі не могли встановлювати ціни на послуги, висновок очевидний – обсяг послуг на пацієнта був пропорційний рівню забезпеченості лікарями. Цей факт можна було пояснити і класичними теоріями ринку: чи пропозиція медичних послуг адаптувалась до нового попиту (зокрема зменшенням цін), чи попит закономірно зріс внаслідок покращання доступності і якості послуг. Саме у поясненні цього феномену, який підтвердився і наступними незалежними спостереженнями, виросли відмінності його інтерпретації. Опоненти теорії ІЛП доводили, що феномен пояснюється у рамках класичних теорій, і ІЛП недоказова. Проте прибічники ІЛП наполягали, що варіація у 200– 400 відсотків не «вміщується» у ці рамки і виходить далеко поза межі впливу віку, статі, прибутку, важкості стану.

Більш ґрунтовний статистичний аналіз феномену опублікований у 1972 р. американськими економістами Фачсом і Крамером [8]. У цій і наступних публікаціях інших спеціалістів забезпеченість лікарями характеризувалась ендогенністю і залежала від привабливості місця роботи. Як незалежна змінна рівняння попиту, ендогенна забезпеченість лікарями мала суттєвий детерміністичний вплив, що доводило існування ІЛП-ефекту [10;11].

Цей підхід пізніше підлягав методологічній критиці, і для підтримки теорії ІЛП були використані інші методологічні підходи. Наприклад, у багатьох дослідженнях виявлено вражаючий ріст обсягів медичних послуг внаслідок «замороження» прямої оплати пацієнтами, який не підлягав жодним поясненням, за винятком ІЛП. Напевно, найбільш гідне уваги рандомізоване контрольоване дослідження – відомий і поки що єдиний у світі експеримент Rand Health Insurance Experiment [19]. Рандомізовано лікарі університетської клініки були розміщені в дві групи. Лікарі однієї групи отримували зарплату, іншої – винагороди від пацієнтів (feeforservice). Пацієнти рандомізовано розподілялись між лікарями обох груп. У ході експерименту з'ясувалось, що лікарі, що отримували винагороди за послуги, призначали майже на 30% більше повторних візитів, більшість з яких, як показала наступна експертна оцінка, не були необхідними. Результати дослідження були настільки переконливими, що найбільш переконаний опонент теорії ІЛП Чарльз Фелпс став палким її прибічником [17].

Майже усі економісти, аналізуючи сектор охорони здоров'я, погоджуються з тим, що ринок медичних послуг має унікальні особливості. Як

© І.Ю. Андрієвський, 2013

мінімум, зрозуміло, що при соціальному захисті пацієнтів від оплати медичних послуг очікується збільшений попит – так званий «моральний ризик», а також певно те, що усунення стримуючих механізмів щодо споживання медичних послуг призводить до зміщення ринкового еквілібриуму. Актуальність цих зрозумілих постулатів не залежить від факту важливості медичної опіки і медичного страхування як інструменту соціальної справедливості. Одним з наслідків нерегульованого ринку медичних послуг є розвиток індивідуального страхування, за якого вищевказані ефекти іще виразніші. Проте і за індивідуального, і за громадського страхування простежується зв'язок зменшення ризику зі збільшенням попиту і, отже, витрат, тому більшість економістів підтримують контроль за виробником медичних послуг як ґрунтовний щодо стримування попиту [7].

Інші проблемні специфічності сектору охорони здоров'я є дискутабельними (екстерналії, адверсивна селекція, скіммінг тощо), проте опитування американських економістів охорони здоров'я [6] показало, що багато дивних для класичної економіки тверджень дістали підтримку більшості респондентів (табл. 1). Ці дані з неоднозначним трактуванням підтримані наступним [9] опитуванням 46 провідних американських економістів охорони здоров'я і 44 провідних спеціалістів економічної теорії. Уже більшість (80% проти 46%) економістів охорони здоров'я переконані, що саме технологічні інновації є основною причиною зростання частки сектору охорони здоров'я у ВНП. Обидві групи респондентів (84% і 93%) зійшлись на тому, що моральний ризик має суттєвий і несприятливий ефект на додаткові втрати суспільства, і що лікарі впливають на зміщення кривої попиту з досягненням нового еквілібриуму (68% і 77%). Ці два моменти свідчать про так званий ефект (і, відповідно, теорію) індукованого медичним персоналом (виробником) попиту (ІЛП). Теоретичним підґрунтям теорії ІЛП є незаперечний факт асиметричності інформації між медичним персоналом і пацієнтом, а також асиметрія в спроможності вибору програми дій [19].

Таблиця 1. **Розподіл думок провідних американських економістів щодо певних тверджень, %**

Твердження	R. Feldman and M. Morrisey		V.R. Fuchs	
	беззаперечно так	беззаперечно ні	економісти ОЗ	економісти
Лікарі генерують попит	81	17	68	77
Модель конкуренції не діє	46	16		
Госпіталі маніпулюють вартістю послуг	63	25		
Страхування збільшує втрати суспільства	63	32	84	93
Технології є основною причиною зростання витрат	46	50	80	37
	277		46	44

Теорія індукованого медичним персоналом (виробником) попиту привертає пильну увагу науковців, громадськості, політиків, економістів, клініцистів, страховиків тощо з досить неоднозначними висновками. Зрозуміло, однак, що ІЛП є наріжним каменем зв'язків між учасниками організації медичної допомоги та ефективності стратегій щодо витрат та клінічних наслідків [21;24].

За теорією канадського економіста Роберта Еванса [4], асиметрія є одним з двох елементів ринку медичних послуг, що домінантно моделює ринкову поведінку учасників і часом призводить до атипових поведінкових моделей. Другим елементом є структура відносин між учасниками, яка частково еволюціонує на основі асиметрії інформації між учасниками і частково внаслідок історичних місцевих обставин. Оскільки останні прив'язані до країни, їх ефект значною мірою специфікує особливості національних систем охорони здоров'я. Ця сучасна, побудована на асиметрії стосунків учасників, модель прийнята Організацією економічної співпраці і розвитку [22] і є найбільш радикальною альтернативою класичній теорії ринку. Модель передбачає, принаймні, чотири учасники (замість класичних двох). Крім пацієнта і лікаря, розглядаються третя сторона – платник і четверта – регулятор. Зв'язок між основними учасниками визначається асиметрією інформації, їх ринковою і політичною потужністю, специфічними інституційними факторами, які склалися історично. Ключовою гіпотезою моделі є те, що внаслідок вказаних асиметрій є можливість перетягування функцій інших учасників на себе більш потужними щодо вказаних вимірів. При цьому порушується вертикальна інтеграція, що призводить до специфічних компенсаторних поведінок учасників [3].

Так, зв'язок пацієнтів з лікарями характеризується виразною інформаційною асиметрією. Держава регулює медичний персонал і медичні заклади, як мінімум, через регуляцію їх чисельності. Різноманітні дії з боку держави відбиваються на розміщення і поведінку лікарів. Як

екстремальний варіант, лікарі можуть наматися державою (Україна, комунальні лікарні Великобританії, Австралії). Проте й лікарі мають важелі перебирання контролю. Лікарі, як правило, домінують в наглядових, регуляторних радах, і є безліч прикладів ініційованих ними «регуляторних пут», зокрема спрямованих на обмеження конкуренції у наданні медичних послуг.

Існує два можливі варіанти зв'язку між лікарями і лікарнями. Лікарі можуть працювати у лікарнях за трудовим договором, контрактом (Україна, Канада, Великобританія). Проте навіть у цьому разі лікарі мають атипові джерела контролю діяльності лікарні, керуючись переважно не інтересами закладу, а швидше окремих конкуруючих центрів влади в лікарні. Другий варіант найповніше реалізується у приватних клініках (США, Австралія), економічне виживання яких залежить від обсягу пацієнтів, які «постачаються» приватними лікарями. Клієнтами таких клінік, від яких залежить прибуток, є лікарі, а не пацієнти. Саме тому такі лікарні влучно називають майстернями лікарів – «doctors work shops».

Аналогічні варіанти зв'язку існують між лікарями і фармацевтичними компаніями. У принципі, лікарі виступають з позицій інтересів пацієнта і призначають медикаменти на основі їх ефективності та доступності для хворого. Проте знання лікарів про нові препарати та їх ефективність в основному поповнюються дистриб'юторами фармацевтичних компаній, мішенями активності яких є саме лікарі.

У фокусі зростаючої уваги останніми роками знаходяться багатогранні види зв'язків між третьою стороною – платником (страховиками/закупівельниками/агентами організації споживачів) і виробниками медичних послуг. По-перше, третя сторона може наймати лікарів (Україна, система HMO у США). По-друге, третя сторона може обмежити свою роль лише страхуванням (приватні страхові компанії України, донедавна досвід Австралії). По-третє, лікарі можуть переймати функцію контролю і нагляду за медичними і госпітальними страховими компаніями (Австралія, варіант фактичного уособлення страховика і виробника у США). Останній варіант забезпечує домінанту інтересів виробника медичних послуг. Зрештою страховик може виступати в інтересах пацієнта і використовувати свою монопсонічну потужність для контролю цін та ефективності медичних послуг, ефект протилежний до попередньої моделі (система managedcare у США, медичні страхові фонди ряду країн Європи) [13].

Різні комбінації асиметрій вказаних зв'язків визначають різні моделі охорони здоров'я (табл. 2).

Таблиця 2. **Класифікація моделей охорони здоров'я за впливом ціни і асиметрій зв'язків на еквілібриум попиту і пропозиції**

Модель	Ринкова		Професійна		Національна		МС	
Зв'язок (асиметрія)	ціна(1)	інші(2)	ціна(1)	інші(2)	ціна(1)	інші(2)	ціна(1)	інші(2)
Лікар>Пацієнт Лікар<Пацієнт	+	– –		+	?	+	+	–
Лікар>ПСС Лікар<ПСС(МС)		–		+		?		+
Лікар>Держава Лікар<Держава		– –*		+		+		? ?
Лікар<ФармКомпанія		–		?		–		–
Лікар>Лікарня Лікар<Лікарня	?	–		+		+		+
Пацієнт – Медикаменти	+		+		?		+	–
Пацієнт – Лікарня	+							–

Примітки: ? – несуттєво; *лише шляхом регуляцій > напрямок домінування (асиметрії).

1. Ціна допомагає встановленню еквілібриуму попиту і пропозиції.
2. Інші фактори впливають на еквілібриум

Якщо асиметрії зв'язків відсутні, виникає суто ринкова модель охорони здоров'я. Те, що така модель практично не зустрічається, є підтвердженням переконань економістів щодо важливості домінувань, які переслідують власні цілі учасників. У ситуації, коли ні приватний страховий сектор (ПСС), ні держава не використовують свою монопсонічну потужність, ми маємо «професійну» модель. Саме лікарі визначають політику в галузі охорони здоров'я і за можливості контролюють приватні страхові фонди у своїх інтересах. Пацієнти залишені без незалежної експертизи (й інформації) щодо ефективності дій медичного персоналу, а також можливих аль-

тернатив лікування. Діяльність лікарні підпорядкована інтересам медичного персоналу, ситуація «doctorsworkshops». За третьої, «національної», моделі держава перебирає на себе функції інших учасників, виступає працедавцем і фінансовим джерелом усіх учасників сектору охорони здоров'я. Саме ця модель домінує в країнах пострадянського простору, Великобританії, Скандинавських країнах. Популярною є модель «універсального медичного страхування», за якої держава забезпечує більшість страхових фондів і активно регулює поведінку інших учасників. За цієї моделі, проте, лікарі є самостійними агентами, які фінансуються як через громадські страхові фонди (Канада), так і частково через приватні (Австралія). Фактично присутні два центри потужності: держава і лікарі; поведінка учасників в основному визначається змаганням за фонди і професійну автономію. Насамкінець, існує модель керованої конкуренції Managed Competition і керованої допомоги Managed Care. Приватний і (менш поширено) громадський страховий сектор є активними агентами щодо визначення договірних цін і переліку послуг програм страхування. Модель керованої допомоги, поширена в США, відрізняється меншим регулюванням вказаних агентів з боку держави, з домінуванням ПСС в інтеграції третьої сторони і виробника медичних послуг з екстремальним варіантом повністю інтегрованих HMO (Health Maintenance Organisations), які замикають допомогу в чітко окресленій мережі виробників медичних послуг і наймають лікарів, домінуючи над ними [15;16].

Ринкова поведінка учасників залежить від моделі, яка найбільш притаманна країні. Звичайно, різні частини системи охорони здоров'я можуть описуватись різними моделями. В Україні модель стаціонарної допомоги є національною, подібною до такої у Великобританії, проте проект реорганізації ПМСД відкритий до моделі «універсального медичного страхування», яка популярна в ряді країн Східної Європи. Є й інші аспекти генералізації моделей. Наприклад, держава є домінуючою в національних системах охорони здоров'я і моделях з громадським страхуванням. Проте цей факт не окреслює межі використання потужності. Австралія завдяки використанню державою монопсонічної потужності знизила вартість ліків до, можливо, найменших світових значень. Аналогічні можливості, проте, не використані Канадою чи Великобританією. Є значний резерв і в Україні. У цілому ідентифікація моделі ще не означає реалізації потенційних можливостей моделі. Ще більше ускладнює ситуацію факт, що поведінка учасників у різних підсекторах охорони здоров'я може суттєво різнитись. Специфічно, межі ІЛП можуть значно варіювати залежно від складності медичної проблеми, виду послуг, інформаційної асиметрії. ІЛП, таким чином, менш притаманний ПМСД порівняно з послугами вузьких спеціалістів [18;19].

З вищенаведеного випливає два висновки. По-перше, не має універсальної моделі, яка змогла б описати існуючі системи охорони здоров'я. Інституційні та історичні фактори є основними детермінантами мотивації і поведінки учасників. По-друге, ефективність системи охорони здоров'я по досягненню соціальних завдань залежить від поведінки учасників, тобто меж домінування у їх зв'язках.

Критичним також є висновок, який випливає з даних таблиць 1, 2. Це ключовий характер зв'язку медичного персоналу і пацієнтів, з яким пов'язаний ефект ІЛП. Без ІЛП пацієнти обирали б обсяг і місце надання послуг відповідно до своїх потреб і уподобань з адекватною інформацією і потужністю для забезпечення максимальних потреб. Лікарі в умовах конкуренції за такої ситуації зацікавлені забезпечити такі зв'язки з іншими учасниками, які забезпечуватимуть максимальну реалізацію потреб пацієнтів. Це не «імунізує» повністю систему охорони здоров'я від вад, притаманних ринку медичних послуг, проте збільшує впевненість, що учасники сектору охорони здоров'я не стоять на заваді досягненню пацієнтами своїх цілей. Це одна із основних причин, яка обумовлює велику увагу до ІЛП-ефекту організаторів та економістів охорони здоров'я, громадськості та політиків.

Теорія ІЛП має дати відповіді на два запитання: 1) чому пацієнти дозволяють маніпулювати своїми інтересами; 2) чому лікарі вдаються до ІЛП. Більшість економістів вважають, що відсторонення пацієнта від рішення щодо вибору медичних послуг можна пояснити асиметрією інформації, яка має виключно професійну складову. Проте є й інші не менш важливі причини, наявність яких показано на рисунку [19].

«Бокс-плот» зображує співвідношення спостережених локальних в округах шт. Вікторія і очікуваних дворічних частот втручань стандартизованих до середніх для Австралії рівнів (прийнятими за 100). Локальні співвідношення, які лежать за межами 25 і 75 центилів, зображені точками. Дані свідчать про надмірну варіацію, яка часом сягає 1000% понад варіацію, пов'язану з ціною, прибутком та медичними потребами. Певною мірою надлишок варіації можна пояснити випадковою помилкою. Для більшої певності провели розрахунок очікуваної варіації на припущенні, що індивідуальний ризик медичних станів, які вимагають вказаних втручань, має розподіл Пуассона із середніми ризиками, властивими відповідним нозологічним когортам Австралії. Друга колонка рис. саме показує співвідношення спостережених варіацій

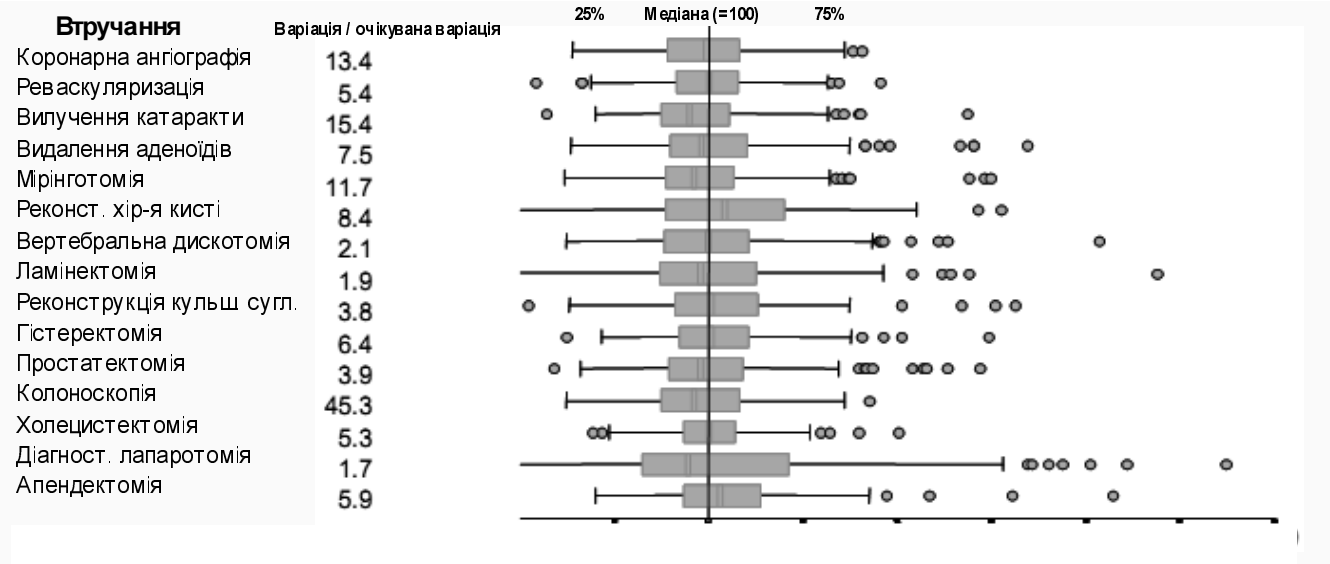

Рис. **Розподіл стандартизованих співвідношень частот втручань по шт. Вікторія, Австралія**

до модельних (очікуваних). Видно, що навіть за відсутності випадкової помилки співвідношення варіюють від 70% (діагностична лапаротомія) до вражаючих 30% (колоноскопія). Аналогічні варіації простежуються практично у всіх дослідженнях варіацій між місцевостями в межах країн, так і між країнами. До певної міри варіації можна пояснити ІЛП, проте навіть це не пояснює всю ситуацію. Більшість схиляється до того, що варіації є наслідком професійної непевності щодо найкращих опцій лікування і надзвичайно широкого спектру можливих «легітимних» варіантів. Свідчення досліджень місцевих варіацій вказують на неспроможність експертів досягти консенсусу щодо найкращої практики, що впевнено відхиляє гіпотезу раціонального агента і пов'язаних припущень про ринок медичних послуг. Саме професійна непевність, як основа неспроможності консенсусу щодо найкращої клінічної практики, завойовує позиції домінуючої реальності [23]. Це твердження підтримують оцінки OECD&US офісу оцінки технологій, згідно з якими лише 29-25% медичних процедур оцінено задовільно (звичайно, ще менше підлягали економічній оцінці). За такої професійної невизначеності пацієнту просто неможливо оцінити дії лікаря, і відсторонення суверенітету пацієнта є раціональною відповіддю. Як свідчення професійної непевності, дані рис. показують, що асиметрія інформації менш важлива, ніж асиметрія у здатності винести медичне рішення на основі недосконалих знань і унікальності пацієнта.

Ще більш контраверсійне питання мотивації лікарів до ІЛП. Концепція «неетичної поведінки» погоджується з конвенційними економічними теоріями, проте визнана неадекватною [19], оскільки виявилась неспроможною пояснити ряд тенденцій ринку медичних послуг, зокрема драматичні зміни в їх споживанні. Більш прийнятною, проте, є вищеназвана теорія професійної непевності, яка домінує у клінічній практиці і передбачає, що потреби лікаря складаються з прибутку та професійного звершення. Лікарі переконані, що інтенсивніше лікування пов'язане з його якістю. Збільшення кількості лікарів зменшує їх кількість на пацієнта і вивільняє лікаря для більш ретельного і якісного обслуговування. Тобто «перенасичення» лікарями призводить до зміни ставлення до пацієнта і стиля обслуговування, гарантує більше часу і уваги до хворого і професійно більше задовольняє лікаря. Така інтерпретація ІЛП пов'язана із кращим обслуговуванням професійно мотивованими та етичними лікарями [12;14].

Проте чому лікарі свідомо не максимізують ІЛП з тим, щоб потім контролювати штучно завищений попит підняттям цін на додаткові послуги, підвищуючи прибуток? Показано [19], що цього не виникає, якщо лікар не володіє необхідною інформацією про ринок, зокрема щодо еластичності попиту на відповідні медичні послуги за ціною, або ж не є інноватором. За таких умов, що відповідають практиці, можливий цілий спектр поведінок лікаря. Невиправдане підняття цін на послуги окремим лікарем або навіть групою лікарів без ринкової потужності веде до такого падіння попиту, за якого подальші експерименти унеможливлюються. Навпаки, коли кількість пацієнтів зменшується у зв'язку із збільшенням конкуренції, ІЛП поведінка може повернути втрачений обсяг послуг.

Висновки

1. Теоретичним підґрунтям теорії ІЛП є незаперечний факт асиметричності інформації між медичним персоналом і пацієнтом, а також асиметрія у спроможності вибору програми дій.

2. ІЛП є наріжним каменем зв'язків між учасниками організації медичної допомоги та ефективності стратегій щодо витрат та клінічних наслідків.

3. Ефективність системи охорони здоров'я по досягненню соціальних завдань залежить від поведінки учасників, тобто меж домінування у їхніх зв'язках.

Перспективи подальших досліджень полягають у вивченні ІЛП на території України в умовах запровадження загальнообов'язкового медичного страхування.

Список літератури

1. *Щорічна* доповідь про результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2009 рік / за ред. З. М. Митника. – К., 2010, – 602 с.
2. *Щорічна* доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідемічну ситуацію. 2009 рік / за ред. З.М. Митника. – К., 2010, – 447 с.
3. *Auster Richard D.* Identification of supplier induced demand in the health care sector / Richard D. Auster, L. Oaxaca Ronald // J. of human resources. – 1981.– Vol. 16. – P. 327–342.
4. *Evans R.* Incomplete vertical integration in the health care industry: Pseudos markets and pseudos policies / R. Evans // Annals, AAPSS. – 1983. – Vol. 468. – P. 60–87.
5. *Evans R.* Supplier induced demand: Some empirical evidence and implications, in Pearlman M. (ed) / R. Evans // The Economics of Health and Medical Care. – McMillan, London, 1974. – P. 162–173.
6. *Feldman R.* Health economics: a report on the field / R. Feldman, M. Morrisey // J. Health Politics, Policy and Law. – 1990. – Vol. 15, № 3. – P. 627–646.
7. *Follan Sh.* The economic of Health and health care". – 4th ed. / Sh. Follan, C. Allen, M. Stano // Pearson Prentice Hall. – 2004. – 569 p.
8. *Fuchs V. R.* Determinants of expenditures for physician services in the United States, 1948-1968 / V. R. Fuchs, M. Kramer // National Bureau of Economic Research, National Center for Health Services Research and Development, DHEW Publication (HSM). – 1972. – 13 December. – P. 17–30.
9. *Fuchs V. R.* Economics and health care reform / V. R. Fuchs // The American Economic Review. –1996. – Vol. 86, № 1. – P. 1–24.
10. *Fuchs V. R.* Physician-induced demand: a parable / V. R. Fuchs // J. of health economics. – 1986. – Vol. 5.– P. 367–382.
11. *Fuchs V. R.* The supp1y of surgeons and the demand for operations / V. R. Fuchs // J. of Human Resources – 1978. – Vol. 13. – P. 35–56.
12. *Green J. R.* Physician induced demand for medical care / J. R. Green // J. of Human Resources. – 1978. – Vol. 13. – P. 21–34.
13. *Grytten Jostein* Type of contract and supplier-induced demand for primary physicians in Norway / Jostein Grytten, Sorensen Rune // J. of health economics . – 2001. – Vol. 20. – P. 379–393.
14. *Guire Mc.* Physician Agency / Mc Guire, G. Thomas // Handbook of Health Economics / ed. by Anthony J. Culyer, Joseph P. Newhouse. – Elsevier Science B.V. – 2000. – Vol. 1A.
15. *Johnston Jack.* Econometric methods. – 4th ed. / Jack Johnston, John DiNardo McGraw-Hill, 2003. – 520 p.
16. *Lohr K.* Use of medical care in the Rand health insurance experiment: diagnosis and services specific analysis in a random control trial / K. Lohr // Medical Care. – 1986. – Suppl. 1-87. – P. 24.
17. *Phelps C.* Health Economics, Second Edition / C. Phelps // Addison-Wesley. – 1997.
18. *Rabe-Hesketh S.* Generalized Multilevel Structural Equation Modeling, / S. Rabe-Hesketh, A. Skrondal, Pickles // Psychometrika. – 2004. – Vol. 69, № 2. – P. 167–190.
19. *Richardson J.* Supplier induced demand reconsidered in Economics and Health: 1998 / J. Richardson // Proceedings of the Twentieth Australian Conference of Health Economists / (ed) J. Baldry; School of Health Services Management, University of New South Wales. – Sydney, 1999.
20. *Richardson J.* The health care financingdebate in Economics and Australian Health Policy / J. Richardson // G. Mooney, R. B. Scotton. – Sydney : Allen&Unwin, 1998.
21. *Sarma Sisira.* A microeconometric analysis of Canadian health care utilization. / Sisira Sarma, Wayne Simpson // Health economics. – 2006. – Vol. 15. – P. 219–239.
22. *The Reform* of Health Care: A Comparative Analysis of 7 OECD Countries. // Health Policy Studies. – 1992. – № 2. – OECD, Paris.
23. *Wennberg J.* SID/Medical evidence / J. Wennberg // Health Affairs – 1988. – P. 99–107.
24. *Wooldridge Jeffrey M.* Econometric analysis of cross section and panel data / Jeffrey M. Wooldridge. – MIT Press, Cambridge, Massachusetts, London, 2001. – 719 p.

ЧТО ТАКОЕ ИНДУЦИРОВАННЫЙ ВРАЧОМ СПРОС И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА РЫНОК МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

И.Ю. Андриевский (Винница)

В статье приведены теоретические основы теории индуцированного врачом спроса, которая зависит от асимметричности информации между медицинским персоналом и пациентом и способности выбора

программы действий. Описаны его влияние на рынок медицинских услуг на основе модели, принятой Организацией экономического сотрудничества и развития. Показана взаимосвязь между индуцированным врачом спросом и национальными системы здравоохранения в отдельных странах (Австралия, США, Великобритания).

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: **индуцированный врачом спрос, рынок медицинских услуг, система здравоохранения.**

WHAT IS A DEMAND INDUCED BY DOCTOR AND ITS IMPACT ON THE MARKET OF MEDICAL SERVICES

I.Yu. Andriyevskyi (Vinnytsia)

The theoretical background of the basis of the theory of demand induced by doctor, which depends from the asymmetry of information between medical staff and patients and abilities of choosing program of actions have been presented. The impact on market demand for medical services based on the model adopted by the Organization for Economic Cooperation and Development has been described. The interrelation between demand induced by doctor and national health systems in some countries (Australia, USA and Great Britain) has been presented.

KEY WORDS**: demand induced by doctor, health services market, health care system.**

Рукопис надійшов до редакції 05.11.2013
Рецензент: к.мед.н., доц. Н.О. Теренда