Т.В. Чубарова
д.э.н., главный научный сотрудник.
ФГБУН Институт экономики РАН (Москва)

ЭКОНОМИКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: МЕЖДУ ОБЩЕСТВЕННЫМ И ИНДИВИДУАЛЬНЫМ

Аннотация. Разворачивающийся ныне многоаспектный кризис крайне обострил проблему обеспечения ресурсов, необходимых для удовлетворения потребностей населения в охране здоровья. На этой основе происходит повышение интереса к экономическим методам и подходам в финансировании и организации системы здравоохранения. Это тем более важно в условиях снижения темпов экономического роста, когда возрастает конкуренция между различными сферами жизнедеятельности за общественные ресурсы. В новой ситуации экономика здравоохранения призвана найти пути эффективного и справедливого распределения ограниченных ресурсов, обеспечивая научную обоснованность политических и управленческих решений. В статье рассмотрены вопросы экономической теории применительно к системе здравоохранения. Выделены три основных направления исследований — понимание особенностей медицинской услуги; расширение сферы применения инвестиционного подхода; использование результатов поведенческой экономики в интересах обеспечения здоровья населения. Показаны их эволюция и современное состояние. Отмечается, что экономическая теория даже в рамках классической парадигмы предлагает различное понимание сущности экономических процессов в здравоохранении, и, соответственно, рассматриваются различные механизмы управления. Отмечены методологические проблемы, возникающие в процессе эмпирических исследований, прежде всего связанные с выбором измерителя результата функционирования системы здравоохранения. При этом важно определение сбалансированного соотношения роли индивида и общества в удовлетворении потребности в охране здоровья, патернализма и свободы выбора, взаимодействия государственного и других секторов экономики. Вместе с тем критический анализ представленных подходов показал необходимость при решении отраслевых проблем здравоохранения включения в исследования достижений других направлений экономической мысли.

Ключевые слова: *экономика здравоохранения, медицинская услуга, опекаемые блага, человеческий капитал, инвестиционный подход, поведенческая экономика.*
JEL: I10
УДК: 338.2
DOI: 10.52342/2587-7666VTE_2026_4_52_66
© Т.В. Чубарова, 2026
© ФГБУН Институт экономики РАН «Вопросы теоретической экономики», 2026
ДЛЯ ЦИТИРОВАНИЯ: *Чубарова Т.В.* Экономика здравоохранения: между общественным и индивидуальным // Вопросы теоретической экономики. 2026. №4. С. 52–66. DOI: 10.52342/2587-7666VTE_2026_4_52_66.
FOR CITATION: *Chubarova T.* Health Economics: between Public and Individual // Voprosy teoreticheskoy ekonomiki. 2026. No. 4. Pp. 52–66. DOI: 10.52342/2587-7666VTE_2026_4_52_66.

Введение

На всех уровнях политики и управления применительно к здравоохранению всё чаще ставится проблема эффективности функционирования этой отрасли, создания условий для роста производительности труда, оптимизации управленческих решений, качественного повышения уровня обслуживания пациентов и т.д. Всё больше мы видим, что в отраслевом анализе используются термины, заимствованные из теоретического лексикона экономической науки. В этой связи повышается интерес к экономической теории для организации системы здравоохранения, её роли в понимании тех процессов, которые происходят в сфере охраны здоровья населения, обеспечении его потребностей в медицинском обслуживании. Особенно эта проблема обострилась в условиях современного многомерного кризиса, требующего новых подходов к финансированию и организации системы здравоохранения.

Следует отметить два события, которые повлияли на взаимосвязи здравоохранения и экономической теории. Финансовый кризис 2008 г., на первый взгляд, не имел прямого отношения к здравоохранению, но он обозначил общую проблему предела роста расходов общества на социальные нужды. По-новому в этой связи надо было взглянуть и на сферу охраны здоровья, необходимости оценки расходов для её поддержания, изыскания не только новых источников, но и мер по более экономному расходованию средств, причём желательно без ущерба для реализации таких задач, как обеспечение доступности и качества медицинской помощи. Напомню, что расходы на здравоохранение в развитых странах до 2008 г. опережали темпы экономического роста, что привело к росту их доли в ВВП. Уже сам этот факт привлёк внимание исследователей. Однако решающее влияние оказала пандемия коронавируса 2020 г., которая продемонстрировала очень тесную связь между здравоохранением и экономикой.

В работе будут рассмотрены вопросы экономической теории применительно к охране здоровья населения. Выделены три основных направления, а именно: понимание особенностей медицинской услуги, расширение сферы применения инвестиционного подхода и использование результатов поведенческой экономики в интересах обеспечения здоровья населения. Задача состоит не в том, чтобы дать развёрнутую характеристику указанных экономических подходов — они достаточно хорошо представлены в литературе, — а показать их релевантность для анализа экономических аспектов системы здравоохранения.

Экономика здравоохранения: проблемное поле

Под экономикой здравоохранения обычно понимают применение методов экономики к анализу системы здравоохранения. Наверное, самой распространённой точкой зрения является классическое определение, данное ещё С. Мушкин, которая отмечала, что «экономика здравоохранения — это область исследований, предметом которой является оптимальное использование ресурсов для заботы о больных и укрепления здоровья. Её задача — оценить эффективность организации медицинских услуг и предложить способы улучшения этой организации» [*Mushkin,* 1958. P. 790].

С того времени, как было дано это определение, экономика здравоохранения прошла определённый путь развития, и в проблематике, и методологии [*Rebelo,* 2007*; Jakovljevic, Ogura,* 2016]. Однако оно остаётся актуальным в кризисных, переломных моментах развития систем здравоохранения, когда нужно сделать лучший выбор для использования ограниченных ресурсов. Но всё же представляется необходимым сделать несколько уточняющих комментариев.

Сразу возникает вопрос: какие экономические подходы используются при анализе здравоохранения. Безусловно, в основном эксперты ориентируются на мейнстрим,

основанный на рыночной парадигме. При этом, как известно, в её рамках существуют различные течения, не говоря уже об альтернативах, предоставляемых институциональной и эволюционной экономикой. Из всего этого разнообразия в данной статье выделены теории, которые наиболее релевантны для объяснения экономических процессов, происходящих в здравоохранении.

Другая проблема касается оценки здравоохранения как особой отрасли народного хозяйства, где обращаются значительные средства, сформирована развитая инфраструктура, занято значительное число людей, а в качестве её «продукта» общество должно получить человеческий капитал, соответствующий его потребностям. Всё это повышает интерес к изучению этой сферы экономистами. Ряд авторов причисляет здравоохранение к гуманитарному сектору, доказывая его особенный характер по сравнению с другими отраслями [*Гуманитарный сектор*.., 2023]. Но остаётся вопрос о том, какова специфика здравоохранения по сравнению с другими секторами, например промышленностью и сельским хозяйством, равно как и с другими сферами гуманитарного сектора. Насколько к нему применимы типичные для мейнстрима экономические подходы или же требуется их модификация. Важно отметить сложности, которые необходимо учитывать, отвечая на эти вопросы:

- следует различать собственно состояние здоровья человека и здравоохранение, т. е. общественную систему по его поддержанию;
- система здравоохранения представляет собой сложное понятие. Если здравоохранение в широком смысле охватывает комплекс мер и вмешательств, часто на уровне всей популяции (общества), то медицинские услуги носят индивидуальный характер;
- в здравоохранении сильны и неэкономические, прежде всего этические и политические, мотивы. Здесь можно выделить следующие аспекты: 1) благополучие граждан и их право на охрану здоровья, признание его ценности и важности для полноценного функционирования каждого человека в социуме; 2) ограниченные ресурсы неизбежно ставят вопрос о приоритетах, группах интересов, далеко не всегда совпадающих; 3) врачи как профессионалы занимают особое положение в системе и имеют значительное влияние на её развитие; 4) почти все российские управленцы в сфере здравоохранения имеют медицинское образование, и диссертации по экономике здравоохранения в основном защищаются с присвоением степени по медицинским наукам;
- хотя в здравоохранении признаётся лидирующая, если не напрямую хозяйственная, то регулирующая, роль государства, свою роль играют и частный, и некоммерческий секторы. В результате формируется смешанная экономика благосостояния (*mixed economy of welfare*). Поэтому экономика здравоохранения имеет дело с различными формами организации экономики.

Если же рассуждать об экономике здравоохранения в прикладном плане, можно выделить два взаимосвязанных направления:

- финансирование — анализ источников финансовых потоков и направлений их использования, в том числе методы оплаты работы различных медицинских организаций и медицинского персонала. Решается задача обеспечения устойчивого финансирования здравоохранения на фоне роста спроса на медицинские услуги и их стоимости при ограниченности тех ресурсов, которые общество может выделить на эти цели;
- экономическая оценка предпринимаемых мер, в частности, оценка влияния величины расходов на здравоохранение на различные параметры экономики (например, определение экономических потерь от болезней разной степени тяжести или эффект затрат на профилактические меры). Для этого экономисты используют

широкий набор методов, таких как затраты-эффективность, затраты–полезность, затраты–выгоды, и т.д. Основная проблема состоит в том, чтобы распределить имеющиеся ресурсы так, чтобы получить наилучший результат.

Но как определить результат работы органов здравоохранения? На первый взгляд всё очевидно — это здоровье населения. Однако серьёзной методологической проблемой здесь является отсутствие объективного измерителя. Как сравнить результат лечения или профилактических мероприятий? Применить критерий затрат на это в деньгах? Да и как можно измерить состояние здоровья в денежных единицах? Здоровье часто измеряется через продолжительность жизни, годы жизни с поправкой на качество или годы здоровой жизни QALY (Quality-Adjusted Life Year), уровень заболеваемости и смертности. Но эти показатели работают, скорее, на уровне популяции, а не отдельного человека.

В настоящее время общепринято измерение состояния здоровья через его самооценку, выявляемую методом социологических опросов. Однако столь субъективный показатель традиционно вызывает сомнения у экономистов, привыкших оперировать «реальными» данными. Ситуация в этом плане усложняется принятием в мире социальной модели здоровья, закреплённой в документах ВОЗ. Она определяет состояние здоровья не просто как отсутствие болезней, а как состояние физического, социального и ментального благополучия. Но и здесь мы сталкиваемся с субъективной оценкой «благополучия». Ведь какое-то время болезнь может протекать в скрытой форме…

Поэтому методологически вопрос о том, как измерить здоровье остаётся открытым. Это, на наш взгляд, определяется тем, что здоровье — качественная характеристика состояния человека, его неотъемлемый атрибут, неотделимый от него. Поэтому всегда в оценках будет присутствовать субъективность. Это ставит здравоохранение как отрасль экономики в особое положение, сравнительно с другими отраслями.

В то же время, роль человека, человеческого капитала во всех сферах социально-экономической деятельности в настоящее время усиливается. Поэтому, на наш взгляд, и значение здравоохранения в экономической повестке повышается. Это связано с ростом объёма оказываемых медицинских услуг, сохранением высокого спроса на них и с увеличением их стоимости, а также с быстрым развитием инноваций в медицинской сфере, открывающей возможности победы над ранее неизлечимыми болезнями. В такой ситуации целесообразно рассмотреть проблемы здравоохранения сквозь призму определения экономической сущности медицинской услуги, инвестиционного подхода к потребностям отрасли, а также запросов потребителей её услуг с позиций поведенческой экономики.

Сущность медицинской услуги с экономической точки зрения: от фиксации особенностей к опекаемым благам

Одним из наиболее популярных в рамках мейнстрима подходов является фиксация особенностей экономической сущности медицинской услуги. Его начало было заложено в работе К. Эрроу, опубликованной ещё в 60-х гг. прошлого века, которая до сих пор рассматривается как важнейший вклад в экономику здравоохранения. Эрроу сформулировал важный методологический посыл, предположив, что медицинская услуга отличается от обычной услуги и отношение к ней в экономике должно быть особенным [*Arrow*, 1963].

С учётом такого предположения в современной экономической науке сложились два принципиальных подхода к пониманию медицинской услуги. Прежде всего она может рассматриваться как обычный товар, приобретаемый на рынке, где работают законы спроса и предложения. Действует рациональный выбор, соблюдается суверенитет потребителя, и это всё вполне применимо к анализу здравоохранения. В таком случае пациенты ничем не отличаются от обычных покупателей, они могут сами определять, какие услуги

покупать, в каком объёме и по какой цене. Поэтому общие расходы на здравоохранение определяются склонностью пациентов платить за медицинские услуги и готовностью поставщиков их оказывать. Государственное вмешательство эта традиция трактует как искажение рыночного механизма, а стремление к прибыли — как естественный мотив и движущую силу развития.

Но если следовать методологии К. Эрроу, то нужно признать, что медицинская услуга обладает рядом свойств, делающих её особым товаром, не совсем вписывающимся в рамки традиционной рыночной теории. Одно из таких свойств связано с асимметрией информации: врач знает больше пациента, определяет его потребности и сам их удовлетворяет. Отсюда возникает объективная возможность манипулирования пациентом и необходимость кодекса этики медиков, концентрированное выражение которой — клятва Гиппократа. Здесь можно также упомянуть внешние эффекты, неопределённость при диагностике и необходимости в получении услуги, сложность оценки эффективности [*Чубарова*, 2008].

Различия в знаниях между пациентом и теми, кто её оказывает, делают рыночную услугу здравоохранения особенной, предопределяя неравенство в переговорной силе между ними, наблюдается неравномерная концентрация расходов между людьми; различны масштабы затрат и последствий; ограничено предложение медиков; наличествует моральный риск [*Quinn*, 2025]. В качестве последствий можно упомянуть и возможности для врача извлечь финансовую выгоду из пациента или отказать в предоставлении помощи тем, кто не может платить.

Особенности в отношениях человека с системой здравоохранения вытекают из самого подхода к охране здоровья в современном обществе. Охрана здоровья — не просто жизненная необходимость, а право. Она должна быть доступна для всех граждан, а общество призвано контролировать ресурсы, выделяемые на здравоохранение. При таком подходе государство должно играть важную роль в финансировании и организации здравоохранения. Поэтому медицинские услуги часто рассматриваются как общественные блага, в логике «провалов рынка». Как определял П. Самуэльсон, чистые общественные товары отвечают двум основным характеристикам, а именно — несоперничеством и неисключаемостью в потреблении [*Samuelson*, 1954]. В силу таких свойств производство общественных товаров рынку невыгодно, что ведёт к провалам рынка — оптимальный результат для экономики не достигается. Отчасти это связано и с проблемой безбилетника, когда люди имеют возможность получать выгоду от общественного блага, непосредственно не внося вклад в расходы на его производство. Оно часто регулируется государством и оплачивается через различные механизмы коллективного финансирования.

Тем не менее предложенные П. Самуэльсоном методологические критерии выделения общественных благ представляются слишком жёсткими при соотнесении с практикой. Поэтому Р. Масгрейв предложил более гибкий подход, предположив, что есть блага, которые сочетают свойства и частных, и общественных благ, или квазиобщественные товары [*Musgrave*, 1959]

Здесь возникает интересная коллизия. Предлагается разделять медицину и здравоохранение, систему охраны здоровья в целом и систему оказания медицинской помощи как её составную часть, которая всё же имеет свои особенности. Поэтому услуги здравоохранения могут быть и общественными, и частными. Например, вакцинация традиционно рассматривается как общественное благо, а вот медицинские услуги оказываются индивидуально, и вполне могут быть частным благом. Медицинские услуги предлагается рассматривать как квазиобщественные, потому что их общественный характер определяется положительными внешними эффектами и важностью для общества.

В здравоохранении общественный характер услуг может быть связан с тем, что страны стремятся к всеобщему охвату его услугами населения, что приближает

медицинскую услугу к общественному благу. Так, введение систем социального страхования, финансируемых коллективно, в рамках которых застрахованные граждане получают медицинские услуги независимо от того, могут они заплатить за них или нет. Это приводит к тому, что медицинские услуги становятся неисключаемыми, т. е. общественными товарами. Они приобретают особенные черты и потому, что общество признаёт их положительные экстерналии, включая необходимость обеспечения доступа к медицинской помощи на основе потребности, а не спроса.

Как представляется, для преодоления жёсткости идеи общественных благ и расширения спектра обоснований государственного участия в экономике возникла идея мериторных благ, которую можно рассматривать как продолжение логики квазиобщественных товаров. Мериторными считаются блага, спрос населения на которые отстаёт от уровня, предпочитаемого обществом. Другими словами, государство признаёт, что люди должны потреблять эти товары в большем объёме, независимо от их возможности или желания платить, ибо их потребление оказывает большое положительное влияние не только на непосредственного потребителя, но и на всё общество.

Идея мериторных благ привлекает внимание к нерациональности в поведении граждан — казалось бы важность здоровья очевидна, но они не уделяют ему должного внимания. С этим же связано и главное направление её критики. Если общественные блага имеют чёткие признаки, то мериторность благ зависит от позиции государства, она в итоге субъективна и исторически обусловлена.

Дальнейшее развитие эти подходы получили в идее опекаемых благ, которая тоже подразумевает необходимость государственного участия [*Гуманитарный сектор*…, 2023]. Эти блага ближе к мериторным, однако следует отметить и некоторые отличия. Так, опекаемые блага рассматриваются как результат согласования интересов индивида и общества через демократические механизмы, а не одностороннее решение государства.

Поскольку медицинские услуги — квазиобщественный «товар», то возможно, что применение для их анализа концепции мериторных и опекаемых благ более приемлемо. Эти аргументы, наряду с сильными этическими соображениями, стали основными в пользу государственного участия в оказании медицинских услуг и высокого уровня социальной солидарности.

Неизбежно возникают и провалы государства — они проявляются и в здравоохранении [*Рубинштейн,* 2023]. Предполагается, что патерналистское государство исходит из благих намерений. Однако многие экономисты считают, что именно вмешательство государства создаёт проблемы для эффективного функционирования экономики [*Cannon*, 2022]. Для здравоохранения эта проблема усугубляется его политизированностью: далеко не всегда приоритет отдаётся чисто экономическим или собственно медицинским соображениям. В частности, во многих странах проблемы реформ здравоохранения обсуждаются именно в политическом контексте.

Как представляется, ответом на этот вопрос стала идея смешанной экономики благосостояния, которая подразумевает необходимость достижения баланса между государством, рынком и НКО [*Кислицына, Чубарова,* 2018]. Причём очевидно, что сочетание этих секторов на практике может меняться в зависимости от ряда условий.

Инвестиционный подход в здравоохранении: от человеческого капитала к импакт-инвестированию[1]

Важный импульс развитию экономической теории здравоохранения придал инвестиционный подход, который вполне укладывается в мейнстрим, но заслуживает отдельного обсуждения. Под инвестиционным подходом в данной статье предлагается понимать использование в экономике здравоохранения идеи, согласно которой вложенные в сохранение здоровья средства могут быть возвращены, само улучшение состояния здоровья населения означает приращение человеческого капитала, а значит, отдачу от средств, вложенных в охрану здоровья как конкретного человека, так и всего общества. Такой подход создаёт основу для широкого использования математического аппарата в экономике здравоохранения.

В экономической теории, да и на практике, расходы на охрану здоровья долгое время рассматривались как затраты, и даже «хуже» — как отвлечение средств от развития экономики, препятствие для экономического роста. Положения инвестиционного подхода опровергают такую точку зрения: утверждается, что расходы на охрану здоровья являются не затратами, а инвестициями, т. е. предполагают возврат, а затем и обеспечивают прибыль.

Одним из родоначальников такого подхода стала С. Мушкин, которая в своей знаменитой статье ещё в 1962 г. отмечала, что расходы на здоровье являются инвестициями, а не затратами, которые повышают индивидуальную производительность и способствуют экономическому росту, т. е. имеют долгосрочные положительные последствия для общества [*Mushkin,* 1962]. Эти аргументы получили дальнейшее развитие в теории человеческого капитала, хотя первоначально акцент её авторами был сделан на образовании. Наиболее важный вклад с точки зрения важности здоровья внёс М. Гроссман, модель которого показала, что запас здоровья как часть человеческого капитала определяет время, которое работник отдаёт производству и, соответственно, его доход. Она до сих пор широко используется экономистами при анализе здравоохранения с точки зрения инвестиционного подхода [*Grossman*, 1972; *Grossman*, 2004; *Grossman*, 2016].

Теория человеческого капитала достаточно подробно представлена в экономической литературе, она даёт простор для применения эконометрических методов анализа, поэтому можно найти много эмпирических исследований влияния здоровья на доходы, и наоборот. Она позволяет оценить влияние социальных факторов на экономические параметры, хотя вопрос о причинно-следственных связях остаётся открытым.

Однако, представляется важным понять, кто является основным бенефициаром вложений в здоровье и, соответственно, кто должен в него инвестировать. Основных акторов этого процесса отметил еще Т. Шульц, который под человеческим капталом понимал набор знаний способностей и квалификаций, которые поддерживают основную производственную функцию, и результаты приносят пользу индивиду, организации и обществу в целом [*Schultz*, 1960; *Schultz*, 1961].

Теория человеческого капитала рассматривает здоровье как источник благополучия человека. Вместе с тем она признаёт, что укрепление или, говоря инвестиционным языком, приращение здоровья, приносит существенную и долгосрочную отдачу от затрат в плане здоровья населения в целом и общей социальной производительности. Поскольку отдачу получает человек в виде повышения своего благосостояния, логично предположить, что он должен сам вкладывать и средства, и усилия в сохранение своего здоровья, заботиться

[1] Под импакт-инвестированием (от англ. *impact investing* — инвестиции влияния) понимаются инвестиции «двойного назначения»: от них предполагается получить не только финансовую выгоду, но и измеримый социальный эффект. Осуществляются преимущественно в здравоохранении, экологии, образовании, проектах с участием людей с ограниченными возможностями. В отличие от благотворительности предполагают возврат средств и доходность.

о нём, в том числе из чисто экономических соображений, таких как сохранение дохода, сокращение времени нетрудоспособности или трат на медицинские услуги. Другие кандидаты на роль инвесторов — это государство и работодатели. Теоретически, согласно экономической логике, отдача для общества (работодателя) должна быть выше, чем для отдельного человека, тогда им имеет смысл вкладываться в охрану здоровья населения (работников).

Связь между доходом и состоянием здоровья двусторонняя, так как, с одной стороны, плохое здоровье ведёт к сокращению дохода, но с другой — отсутствие средств затрудняет доступ к необходимым медицинским услугам, формируя своего рода замкнутый круг. Исследователи также выявляют довольно тесную связь между образованием и состоянием здоровья. Следует отметить, что «в теории человеческого капитала образование и здоровье оказываются в двойной связке — они являются важнейшими источниками человеческого капитала и определяют доход человека и опосредованно — его образ жизни. Однако они находятся в определённом единстве, дополняют и обогащают друг друга, оказывая влияние на производство и полезность каждого» [*Чубарова*, 2025а. С. 323].

С точки зрения инвестиционного подхода важно, каким образом расходы на здравоохранение — как индивидуальные, так и коллективные — транслируются в результат для здоровья человека. Средства, потраченные на услуги сферы здравоохранения, должны обеспечивать реальную возможность для человека поправить, сохранить или улучшить состояние своего здоровья. Поэтому необходим выбор механизмов, использование которых позволит получить большую отдачу для населения в целом. Именно в этом контексте в настоящее время в здравоохранительной политике обсуждаются вопросы профилактики и первичной медицинской помощи.

Исследователи отмечают, что в развитых странах рост вложений в здравоохранение обеспечивает меньшую отдачу в плане роста продолжительности жизни, чем в развивающихся. То есть можно предположить, что достижение благосостояния выше определённого уровня, ведёт к снижению отдачи от затрат на здоровье на макроуровне [*Becker, Philipson, Soares,* 2005; *Bloom, Canning, Fink*, 2014].

Следует также помнить, что в рамках теории человеческого капитала остаётся проблема его измерения, особенно на уровне общества. Довольно часто в такого рода экономических исследованиях речь идёт об экономическом росте, который определяется через ВВП. На стороне фактора, именуемого «здоровье», используются либо показатели состояния здоровья населения, либо приращение производительности или дохода при снижении заболеваемости или смертности, либо расходы на здравоохранение.

Влиянию здоровья на экономический рост посвящено достаточно много и теоретических, и эмпирических исследований. В основном в литературе отмечается позитивная связь при измерении и через здоровье, например продолжительность жизни [*Bloom, Canning, Fink*, 2014; *Канева, Унтура,* 2021; *Ridhwan et al.*, 2022; *Avci, Çalışkan,* 2024], и через расходы на здоровье [*Bedir,* 2016; *Ginn*, 2025]. Хотя есть исследователи, которые подвергают сомнению позитивную и монотонную связь между здоровьем и экономическим ростом, что даёт основания предполагать здесь наличие более сложной и нелинейной связи [*Acemoglu, Johnson*, 2007]. В дальнейшем исследование 136 стран за период 1965–2015 гг. с использованием динамической модели с пороговым эффектом и эндогенностью показало нелинейную зависимость между здоровьем и экономическим ростом. Было доказано, что здоровье оказывает положительное влияние на экономический рост только в тех странах, которые уже достигли определённого уровня в улучшении здоровья населения [*Chakroun*, 2024].

Однако в настоящее время применение инвестиционного подхода в здравоохранении, на наш взгляд, расширилось. Установлено, что в современной экономике отдачу получает не только сам человек в виде улучшения своего здоровья и повышения дохода, но и «профессиональные» инвесторы, которые готовы вкладываться в инфраструктуру

здравоохранения. Хотелось бы отметить два современных процесса в данной области, а именно *финансиализацию* и *импакт-инвестирование*.

На фоне не просто роста финансового сектора, а усиления его влияния на развитие реального сектора экономики, экономисты проявляют интерес к проблеме его *финансиализации*. В сфере здравоохранения, где всё шире применяются достаточно дорогие методы и диагностики, и лечения это вылилось в повышение важности финансовых мотивов в функционировании медицинских организаций. Поэтому в современных условиях «финансиализация подразумевает рассмотрение финансирования и оказания медицинских услуг прежде всего как финансовых инвестиций и соответствующее участие в этом финансовых субъектов. Происходит расширение финансовых инструментов и мотивов в деятельности, связанной с охраной здоровья» [*Чубарова*, 2025b. С. 288].

Среди факторов привлекательности здравоохранения для инвесторов необходимо отметить устойчивый спрос на медицинские услуги, связанный в том числе с неэластичностью спроса и старением населения, а также высокую скорость внедрения технических инноваций, которые создают новые дорогие продукты и ниши на рынке медицинских услуг. В результате финансовые структуры проявляют всё больше интереса к приобретению медицинских организаций и вложению средств в медицинские стартапы. Для этих целей создаются новые финансовые инструменты. Вместе с тем происходит рост частного (личного) финансирования медицинских услуг — как в абсолютном, так и в относительном выражении, что сопровождается расширением частного сектора в этой сфере.

Поскольку понятие «финансовый капитал» со времён Р. Гильфердинга в общественном сознании нередко рассматривается негативно, сам указанный процесс в здравоохранении чаще оценивается критически, ибо его включение неизбежно вызывает усиление мотива прибыли в деятельности медицинских организаций. Однако в настоящее время эмпирическая база ещё недостаточно репрезентативна для того, чтобы однозначно утверждать, как усиление роли финансовых механизмов влияет на результат, а именно — на доступность и качество медицинской помощи.

Другое проявление инвестиционного подхода в здравоохранении — *импакт-инвестирование*. Оно подразумевает, что инвестор, вкладывая деньги, получает не просто выгоду, но и вносит вклад в решение той или иной важной общественной задачи. Причём по крайней мере на уровне риторики, приоритет отдаётся последнему. Поэтому инвестиции в медицину, особенно высокотехнологичную, позиционируются прежде всего как приносящие пользу для здоровья людей, а не просто как исключительно стремление к прибыли. Импакт-инвестиции связаны с желанием участвовать в решении глобальных проблем человечества (например, борьбой с онкологией), с достижением существенного социального эффекта. Как представляется, само использование этого термина призвано подчеркнуть, что инвестирование ради получения прибыли и для решения социальных задач не обязательно взаимоисключающи. Сосредоточив внимание на импакт-инвестировании, компании внедряют устойчивые модели, настраиваются на долгосрочную прибыльность. Здравоохранение в этом плане становится очень выгодным объектом вложения финансовых средств. Медицинские стратапы в области поиска новых лекарственных препаратов и ИИ-разработок способны решить важную социальную задачу и принести существенную финансовую отдачу.

На наш взгляд, значительный вклад в эти процессы внесла цифровизация, и прежде всего активное внедрение ИИ в сферу охраны здоровья. Хотя по-прежнему с точки зрения инвестиционного подхода остаётся открытым вопрос о реальном экономическом эффекте, который должен быть получен, так как цифровизация требует очень крупных первоначальных финансовых вложений, причём имеется в виду не просто финансовая отдача, но и максимизация пользы для здоровья на вложенные средства [*Формирование цифровой экономики…*, 2020. С. 218–268].

Поведенческая экономика: от когнитивных искажений к финансовым стимулам

Поведенческая экономика как теоретическое направление возникла из стремления понять наблюдающиеся на практике процессы и механизмы, определяющие поведение людей и принятие ими решений, которые не укладываются в рамки традиционной экономической теории, рассматривающей человека как рационального агента, действующего в своих лучших интересах. Эти вопросы имеют прямое отношение к здравоохранению или, точнее, к принятию людьми решений по поводу своего здоровья [*Григорьева, Чубарова*, 2020].

Эта сфера экономической теории предлагает новое понимание того, как граждане делают выбор в реальной жизни, интегрируя экономические и психологические мотивы, т. е. может рассматриваться как междисциплинарное направление. Она исходит из того, что люди часто испытывают трудности с принятием рациональных решений, особенно в условиях высокой неопределённости и сложности. Именно в такой ситуации часто оказывается человек, который нуждается в медицинской помощи. Поэтому люди могут принимать решения в области охраны здоровья, как будто противореча своим интересам, а многие примеры создания архитектуры выбора, предлагаемые поведенческой экономикой, относятся к сфере здравоохранения в широком смысле.

Традиционная экономическая теория практически не предлагает инструментов для влияния на поведение человека, а скорее наоборот, она исходит из идеи суверенитета потребителя, полагая, что человек самостоятельно принимает рациональные решения, практически исключая из рассмотрения такие вопросы, как возможность постороннего влияния на выбор, психологическую неспособность воспринимать и анализировать большой объём информации и т.д. В свою очередь, сочетая экономику и психологию, поведенческая экономика признаёт возможность людей действовать «неправильно» с точки зрения понимания рационального выбора традиционной экономикой и предлагает потенциально больший набор вариантов и механизмов не только для анализа, но и для влияния на поведение [*Carminati*, 2020].

Можно выделить несколько так называемых когнитивных сдвигов, которые рассматривает поведенческая экономика, а именно:

- выбор сегодняшнего дня, т. е. люди ценят имеющийся комфорт выше, чем потенциальную пользу для здоровья, не могут правильно соотнести сегодняшние затраты и будущие выгоды;
- склонность избегать потерь, связанная с тем, что люди больше бояться потерять деньги или время здесь и сейчас, чем появления какого-либо риска в будущем;
- приверженность привычному потреблению, когда люди стараются придерживаться текущих привычек, поведения и рекомендаций;
- восприятие информации, которое зависит от способа её подачи, например акцента на положительные или отрицательные моменты;
- слишком большой выбор вариантов решения и, соответственно, усталость от принятия решений [*Wheatley*, 2024].

Как когнитивный сдвиг можно рассматривать поведение и пациента, и врача в системе финансирования, которая основана на оплате третьей стороной. Это означает, что пациент непосредственно не платит за оказание медицинских услуг в момент их получения, за него это делает третья сторона, чаще всего страховая компания. В такой ситуации может возникать избыточное потребление, так как и врач, и пациент не чувствуют реальную стоимость услуги, теряют понимание реальных затрат.

Другая ситуация, которая часто приводится в исследованиях, — человек не вступает в программы медицинского страхования даже тогда, когда имеет для этого и возможность, и право. Однако один из наиболее ярких примеров применения методов поведенческой

экономики связан со здоровым образом жизни. Люди знают о вреде ряда привычек, но по-прежнему им следуют, игнорируя, что это может плохо отразится на их здоровье в будущем, и рассматривая такую угрозу как неопределённую и вероятностную. Именно в этой области поведенческая экономика предлагает меры по воздействию и корректировке поведения человека. Хотя следует сразу отметить, что такие меры действуют скорее на индивидуальном уровне, не затрагивая более глубинных социально-экономических причин подобного поведения, возлагая ответственность за него исключительно на человека.

Меры влияния на поведение объединяются в поведенческой экономике в так называемую архитектуру выбора, т. е. создание условий в среде обитания человека, которые подталкивают его к правильным решениям. Можно выделить, например, автоматическое включение в те или иные программы вакцинации или профилактики, обращение к позитивному опыту других людей, подчёркивание положительных моментов, выгод, а не рисков, размещение полезных товаров на видных местах, удобный график работы и организация пространства в медицинских учреждениях [*Мельникова, Мельников,* 2021].

Среди методов, которые могут подтолкнуть человека к рациональному решению, следует выделить финансовые стимулы. Они повышают ценность здорового поведения по сравнению с затратами на нездоровые привычки. Материальные выгоды/затраты могут побудить человека вести себя правильно, т.е. не в ущерб здоровью, и снизить финансовые издержки, связанные с «нездоровыми привычками», особенно в условиях низкой внутренней мотивации к изменению своего поведения [*Человеческие качества…*, 2020].

Рассмотрение финансовых стимулов сразу ставит вопрос о роли общества, или государства, которое заинтересовано в том числе в профилактических мерах, которые наиболее сложно воспринимаются гражданами. И здесь уже могут быть задействованы механизмы на уровне не только организации, но и государства. Например, возможность использовать налоговую систему, а именно — акцизы на табак и алкоголь, налоги на вредное потребление, налоговые вычеты по подоходному налогу, обусловленные расходами на поддержание здоровья, а также прямые выплаты, поощряющие определённое здоровьесберегающее поведение.

Таким образом, поведенческая экономика обосновывает необходимость создания условий для того, чтобы люди делали выбор, отвечающий его собственным интересам по сбережению своего здоровья. Критики поведенческой экономики упрекают её в патернализме, ибо распространено мнение, что подталкивание к каким-либо действиям, сколь мягким бы оно ни было, всё же следует рассматривать как вмешательство в суверенный выбор человека. Этим поведенческая экономика напоминает о мериторных благах, критика которых по существу основана на тех же аргументах. Хотя в случае мериторных благ позиция с точки зрения общественной пользы более жёсткая и определённая, в то время как поведенческая экономика предлагает более мягкие решения в интересах прежде всего человека.

Заключение

Система здравоохранения в настоящее время переживает период оживления интереса к ней со стороны экономистов, в том числе теоретиков. Практическим основанием для этого стало не просто сохранение (а возможно даже и повышение важности) охраны здоровья населения, но и необходимость в качественно новых решениях, в том числе экономических. С одной стороны, ресурсы выделяемые на здравоохранение ограничены, а с другой — потребности в его услугах возрастают. Предложенная в статье инвентаризация вклада экономической теории в понимание системы здравоохранения даёт повод для дальнейших размышлений.

Прежде всего рассмотренные теории имеют важные последствия для организации и финансирования системы здравоохранения. Если принять, с одной стороны, особенности медицинской услуги с точки зрения рыночной экономики, а с другой — важность для общества внешних эффектов от улучшения состояния здоровья, то возникает вопрос о том, как обеспечить доступ населения к системе здравоохранения, найти оптимальные экономические решения, не жертвуя при этом её основными целями, в том числе необходимостью обеспечить финансовую защиту граждан.

В этой связи проблема роли государства в современном здравоохранении, особенно на фоне роста частных расходов на медицинские услуги, остаётся актуальной. Соотношение государственного и других секторов (частного и некоммерческого) проходит красной нитью во всех рассмотренных подходах. В настоящее время всё же речь идёт о смешанной экономике как способе достижения баланса между различными экономическими интересами, однако необходимо определить границы взаимодействия различных секторов.

Общий вывод, который следует из всего вышеизложенного, состоит в том, что отрасли, прежде всего здравоохранение, непосредственно связанные с поддержкой тех свойств человека, которые не могут быть от него отчуждены, не совсем укладываются в логику классического рынка. Мейнстрим предлагает свои коррективы, но интересно посмотреть и на то, как другие направления экономической мысли концептуализируют рассматриваемые в статье вопросы. Тем более, что проблема участия различных секторов в смешанной экономике здравоохранения не уходит из исследовательской повестки дня.

ЛИТЕРАТУРА

Гуманитарный сектор патерналистского государства (2023) / Ред. А.Я. Рубинштейн. — СПб.: Алетейя.

Григорьева Н.С., Чубарова Т.В. (2020). Продвижение здоровья в контексте поведенческой экономики: гендерный аспект // *Народонаселение.* Т. 23. № 2. С. 112–124. DOI: 10.19181/population.2020.23.2.10.

Канева М.А., Унтура Г.А. (2021). О взаимосвязи между капиталом здоровья и экономическим ростом в регионах РФ (2013–2018 годы) // *Мир экономики и управления*. Т. 21. № 2. С. 30–48. DOI: 10.25205/2542-0429-2021-21-2-30-48.

Кислицына О.А., *Чубарова Т.В.* (2018). *Современное государство в смешанной экономике благосостояния (на примере здравоохранения).* — М.: Институт экономики РАН.

Мельникова О.А., Мельников М.Ю. (2021). Вакцинация от COVID-19: модели поведенческой экономики// *Экономика. Информатика*. Т. 48. №3. С. 487–494. DOI: 10.52575/2687-0932-2021-48-3-487-494.

Рубинштейн А.Я. (2023). Эволюция государства и провал общества: теоретические заметки // *Экономическая наука современной России.* № 1. С. 33–47. DOI: 10.33293/1609-1442-2023-1(100)-33-47.

Формирование цифровой экономики в России: вызовы, перспективы, риски (2020) / Под ред. Е.Б. Ленчук. — СПб.: Алетейя.

Человеческие качества и человеческое поведение в экономической теории: Сборник материалов II Октябрьской международной научной конференции по проблемам теоретической экономики (2020) / Ред. В.С. Автономов и А.Я. Рубинштейн. — М.: ИЭ РАН.

Чубарова Т.В. (2008). *Экономика здравоохранения. Теоретические аспекты.* — М.: Институт экономики РАН. (Препринт).

Чубарова Т.В. (2025a). Образование и здоровье в контексте взаимовлияния: современные подходы и проблемы // *Журнал Новой экономической ассоциации*. Т. 68. №3. С. 320–327. DOI: 10.31737/22212264_2025_3_320-327 EDN: XDWCKB.

Чубарова Т.В. (2025b). Финансиализация здравоохранения: перспективное решение или новая проблема? // *Журнал Новой экономической ассоциации.* Т. 69. №4. С. 286–293. DOI: 10.31737/22212264_2025_4_286-293. EDN: QHAIAE.

Acemoglu D., Johnson S. (2007). Disease and development: The effect of life expectancy on economic growth // *Journal of Political Economy*. Vol. 115. No. 6. Pp. 925–985. DOI: 10.1086/529000.

Arrow K.J. (1963). Uncertainty and the welfare economics of medical care // *American Economic Review.* Vol. 53. No. 5. Pp. 941–73.

Avci H.C., Çalişkan Z. (2024). The effect of health on economic growth: A production function approach for Turkey // *Panoeconomicus*. Vol. 71. No. 3. Pp. 373–93.

Becker G. S., Philipson T. J., Soares R. R. (2005). The quantity and quality of life and the evolution of world inequality // *American Economic Review*. Vol. 95. No.1. Pp. 277–291. DOI:10.1257/0002828053828563.

Bedir S. (2016). Healthcare expenditure and economic growth in developing countries // *Advances in Economics and Business.*Vol. 4. No. 2. Pp. 76–86. DOI: 10.13189/aeb.

Bloom D.E., Canning D., Fink G. (2014). Disease and development revisited // *Journal of Political Economy*. Vol. 122. No. 6. Pp. 1355–1366. DOI: 10.1086/677189.

Cannon M.F. (2022). Market Concentration in Health Care Government Is the Problem, Not the Solution // *CATO Briefing paper*. No. 139.

Carminati L. (2020). Behavioral Economics and Human Decision Making: Instances from the Health Care System // *Health Policy*. Vol. 124. Is. 6. Pp. 659–664.

Chakroun M. (2024). Health and economic growth: new evidence from a panel threshold model // *Cogent Economics & Finance*. Vol. 12. Is. 1. DOI: 10.1080/23322039.2024.2331010.

Ginn W. (2025). Healthcare expenditures and economic growth: evidence via panel local projections // *European Journal of Health Economics.* Vol. 26. Pp. 877–892. DOI: 10.1007/s10198-024-01750-7.

Grossman M. (1972). On the concept of health capital and the demand for health // *Journal of Political Economy*. Vol. 80. No. 2. Pp. 223–55. DOI:10.1086/259880.

Grossman M. (2004). The demand for health, 30 years later: a very personal retrospective and prospective reflection// *Journal of Health Economics*. Vol. 23. No. 4. Pp. 629–36. DOI: 10.1016/j.jhealeco.2004.04.001.

Grossman M. (2016). A theory of the allocation of time' turns fifty: its impact on the field of health economics// *Health Economics.* Vol. 25. Is. 1. Pp. 3–7. DOI: 10.1002/hec.3265.

Jakovljevic M.M, Ogura S. (2016). Health Economics at the Crossroads of Centuries - From the Past to the Future // *Frontiers in Public Health.* Jun 9. Vol. 115. No. 4. DOI: 10.3389/fpubh.2016.00115.

Musgrave R.A. (1959). *The Theory of Public Finance: A Study in Public Economy.* — N.-Y.: L.: McGraw-Hill.

Mushkin S.J. (1958). Toward a definition of health economics // *Public Health Reports*. Vol. 73. Is. 9. Pp. 785–793. DOI: 10.2307/4590242.

Mushkin S.J. (1962). Health as an investment // *Journal of Political Economy.* Vol. 70. Is. 5. Pp. 129–157. DOI: 10.1086/258730.

Quinn K. (2026). The Exceptional Nature of Health Care as an Economic Good // *Journal of General Internal Medicine.* Vol. 40. Pp. 3621–3626. DOI: 10.1007/s11606-025-09736-8.

Rebelo L.P. (2007). The Origins and the Evolution of Health Economics: a discipline by itself? Led by economists, practitioners or politics? // *Working Papers de Economia (Economics Working Papers) 16, Católica Porto Business School* / Universidade Católica Portuguesa.

Rice T. (2013). The behavioral economics of health and health care // *Annual Review of Public Health.* Vol. 34. Pp. 431–447. DOI: 10.1146/annurev-publhealth-031912-114353.

Ridhwan M.M., Nijkamp P., Ismail A., Irsyad L. (2022). The effect of health on economic growth: A meta-regression analysis // *Empirical Economics*. Vol. 63. Is. 6. Pp. 3211–3251. DOI:10.1007/s00181-022-02226-4.

Samuelson P. A. (1954). The Pure Theory of Public Expenditure // *The Review of Economics and Statistics*. Vol. 36. No. 4. Pp. 387–389.

Schultz T.W. (1960). Capital formation by education // *Journal of Political Economy*. Vol. 68. No. 6. Pp. 571–583. DOI: 10.1086/258393

Schultz T.W. (1961). Investment in human capital // *The American Economic Review.* Vol. 51. No. 1. Pp. 1–17.

Wheatley M.C. (2024). Enhancing Public Health Strategies: The Role of Behavioral Economics in Health Interventions and Policy // *Premier Journal of Public Health*: 1. 100009. DOI: 10.70389/PJPH.100009.

REFERENCES

Acemoglu D., Johnson S. (2007). Disease and development: The effect of life expectancy on economic growth // *Journal of Political Economy*. Vol. 115. No. 6. Pp. 925–985. DOI: 10.1086/529000.

Arrow K.J. (1963). Uncertainty and the welfare economics of medical care // *American Economic Review.* Vol. 53. No. 5. Pp. 941–73.

Avci H.C., Çalişkan Z. (2024). The effect of health on economic growth: A production function approach for Turkey // *Panoeconomicus*. Vol. 71. No.3. Pp. 373–93.

Becker G.S., Philipson T.J., Soares R.R. (2005). The quantity and quality of life and the evolution of world inequality // *American Economic Review*. Vol. 95. No. 1. Pp. 277–291. DOI: 10.1257/0002828053828563.

Bedir S. (2016). Healthcare expenditure and economic growth in developing countries // *Advances in Economics and Business.* Vol. 4. No. 2. Pp. 76–86. DOI: 10.13189/aeb.

Bloom D.E., Canning D., Fink G. (2014). Disease and development revisited // *Journal of Political Economy*. Vol. 122. No. 6. Pp. 1355–1366. DOI: 10.1086/677189.

Cannon M.F. (2022). Market Concentration in Health Care Government Is the Problem, Not the Solution // *CATO Briefing paper*. No. 139.

Carminati L. (2020). Behavioral Economics and Human Decision Making: Instances from the Health Care System // *Health Policy*. Vol. 124. Is. 6. Pp. 659–664.

Chakroun M. (2024). Health and economic growth: new evidence from a panel threshold model // *Cogent Economics & Finance*. Vol. 12. Is. 1. DOI: 10.1080/23322039.2024.2331010.

Chubarova T.V. (2008). *Heath Economics. Theoretical Aspects*. — M.: Institute of Economics, Russian Academy of Sciences. (In Russ.).

Chubarova T.V. (2025a). Education and health in the context of mutual influence: Modern approaches and problems // *Journal of the New Economic Association*. Vol. 68. No. 3. Pp. 320–327. DOI: 10.31737/22212264_2025_3_320-327. EDN: XDWCKB. (In Russ.).

Chubarova T.V. (2025b). Financialization of healthcare: A promising solution or a new problem? // *Journal of the New Economic Association*. Vol. 69. No. 4. Pp. 286–293. DOI: 10.31737/22212264_2025_4_286-293 EDN: QHAIA. (In Russ.).

Formation of the digital economy in Russia: challenges, prospects, risks (2020*)* / E. Lenchuk (ed.). — SPb.: Aleteya. (In Russ.).

Ginn W. (2025). Healthcare expenditures and economic growth: evidence via panel local projections // *European Journal of Health Economics.* Vol. 26. Pp. 877–892. DOI: 10.1007/s10198-024-01750-7.

Grigorieva N.S., Chubarova T.V. (2020). Health promotion in the context of behavioral economics: gender aspects // *Narodonaselenie* [Population]. Vol. 23. No. 2. Pp. 112–124. DOI: 10.19181/population.2020.23.2.10. (In Russ.).

Grossman M. (1972). On the concept of health capital and the demand for health // *Journal of Political Economy*. Vol. 80. No. 2. Pp. 223–55. DOI:10.1086/259880.

Grossman M. (2004). The demand for health, 30 years later: a very personal retrospective and prospective reflection // *Journal of Health Economics*. Vol. 23. No. 4. Pp. 629–36. DOI: 10.1016/j.jhealeco.2004.04.001.

Grossman M. (2016). A theory of the allocation of time' turns fifty: its impact on the field of health economics // *Health Economics.* Vol. 25. Is. 1. Pp. 3–7. DOI: 10.1002/hec.3265.

Human qualities and human behavior in economic theory: Collect. of materials from the II October intern. sci. conf. on problems of theoretical economics (2020) / V.S. Avtonomov, A.Ya. Rubinstein (eds.). — M.: Institute of Economics RAS. (Preprint). (In Russ.).

Humanitarian Sector of the Paternalistic State (2023) / A.Ya. Rubinstein (ed.). — SPb.: Aletheia (In Russ.).

Jakovljevic M.M., Ogura S. (2016). Health Economics at the Crossroads of Centuries — From the Past to the Future // *Frontiers in Public Health.* Jun 9. Vol. 115. No. 4. DOI: 10.3389/fpubh.2016.00115.

Kaneva M.A., Untura G.A. (2021). On the Relationship between Health Capital and Economic Growth in Russian Regions (2013–2018) // *World of Economics and Management.* Vol. 21. No. 2. Pp. 30–48. DOI: 10.25205/2542-0429-2021-21-2-30-48. (In Russ.).

Kislitsyna O.A., Chubarova T.V. (2018). *The modern state in a mixed welfare economy (using healthcare as an example).* — M.: Institute of Economics, Russian Academy of Sciences. (In Russ.).

Melnikova O.A., Melnikov M.Yu. (2021). Vaccination against COVID-19: behavioral economics models. Economics // *Information technologies*. Vol. 48. No. 3. Pp. 487–494. DOI: 10.52575/2687-0932-2021-48-3-487-494. (In Russ.).

Musgrave R.A. (1959). *The Theory of Public Finance: A Study in Public Economy.* — N.-Y.: L.: McGraw-Hill.

Mushkin S.J. (1958). Toward a definition of health economics // *Public Health Reports*. Vol. 73. Is. 9. Pp. 785–793. DOI: 10.2307/4590242.

Mushkin S.J. (1962). Health as an investment // *Journal of Political Economy.* Vol. 70. Is. 5. Pp. 129–157. DOI: 10.1086/258730.

Quinn K. (2026). The Exceptional Nature of Health Care as an Economic Good// *Journal of General Internal Medicine.* Vol. 40. Pp. 3621–3626. DOI: 10.1007/s11606-025-09736-8.0.

Rebelo L.P. (2007). The Origins and the Evolution of Health Economics: a discipline by itself? Led by economists, practitioners or politics? // *Working Papers de Economia (Economics Working Papers) 16, Católica Porto Business School* / Universidade Católica Portuguesa.

Rice T. (2013). The behavioral economics of health and health care // *Annual Review of Public Health.* Vol. 34. Pp. 431–4 47. DOI: 10.1146/annurev-publhealth-031912-114353.

Ridhwan M.M., Nijkamp P., Ismail A., Irsyad L. (2022). The effect of health on economic growth: A meta-regression analysis // *Empirical Economics*. Vol. 63. Is. 6. Pp. 3211–3251. DOI: 10.1007/s00181-022-02226-4.

Rubinstein A.Ya. (2023). The Evolution of the State and the Failure of Society: Theoretical Notes // *Economics of Contemporary Russia*. No.1. Pp. 33–47. DOI: 10.33293/1609-1442-2023-1(100)-33-47. (In Russ.).

Samuelson P.A. (1954). The Pure Theory of Public Expenditure // *The Review of Economics and Statistics*. Vol. 36. No. 4. Pp. 387–389.

Schultz T.W. (1960). Capital formation by education // *Journal of Political Economy*. Vol. 68. No. 6. Pp. 571–583. DOI: 10.1086/258393.

Schultz T.W. (1961). Investment in human capital // *The American Economic Review.* Vol. 51. No. 1. Pp. 1–17.

Wheatley M.C. (2024). Enhancing Public Health Strategies: The Role of Behavioral Economics in Health Interventions and Policy // *Premier Journal of Public Health*: 1. 100009. DOI: 10.70389/PJPH.100009.

Чубарова Татьяна Владимировна
ORCID: 0000-0002-3985-0198
t_chubarova@mail.ru

Tatiana Chubarova
Doctor of Sciences (Econ.), Leading Research Fellow, Institute of Economics Russian Academy of Sciences (Moscow)
ORCID: 0000-0002-3985-0198
t_chubarova@mail.ru

HEALTH ECONOMICS: BETWEEN PUBLIC AND INDIVIDUAL

Abstract. Currently, amidst a polycrisis, the challenge of ensuring resources to meet the population's healthcare needs is acute. This has led to increased interest in economic methods and approaches to financing and organizing the healthcare system. This is especially important in the context of declining economic growth, when competition between various sectors for public resources is intensifying. Healthcare economics aims to find ways to effectively and fairly distribute limited resources, providing scientifically sound economic foundations for political and managerial decisions.

This article examines issues of economic theory as they apply to healthcare system. Three main areas are identified: understanding the specifics of medical services, expanding the scope of application of the investment approach, and using the results of behavioral economics to protect population health. Their evolution and current status are discussed. It is noted that even within the classical paradigm, economic theory offers varying understandings of the essence of economic processes in healthcare, and, based on this, various management mechanisms are proposed. Methodological problems arising in empirical research are highlighted, primarily related to the choice of metrics for measuring the performance of the healthcare system. The main premise is to determine the relationship between the role of the individual and society in satisfying health needs, paternalism and freedom of choice, and the interaction between the state and other economic sectors. At the same time, a critical analysis of the presented approaches, which are widely used in health economics, revealed the need to incorporate the work of other schools of economic thought.

Keywords: *health economics, medical service, protected goods, human capital, investment approach, behavioral economics.*
JEL: I10.