



**Л. Н. ГУМИЛЕВ АТЫНДАҒЫ ЕУАЗИЯ ҰЛТТЫҚ УНИВЕРСИТЕТІ  
ЕВРАЗИЙСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМ. Л. Н.  
ГУМИЛЕВА  
L.N. GUMILYOV EURASIAN NATIONAL UNIVERSITY**

**«ЖҮЙЕЛІК КӘСПКЕРЛІК: УНИВЕРСИТЕТТЕРДІҢ, БИЗНЕС  
ПЕН МЕМЛЕКЕТТІҢ КООПЕРАЦИЯСЫНЫҢ АҒЫМДАҒЫ  
ЖАҒДАЙЫ МЕН ПЕРСПЕКТИВАЛАРЫ»**

*Халықаралық ғылыми-тәжірибелік конференциясының  
ЕҢБЕКТЕР ЖИНАҒЫ*

**СБОРНИК ТРУДОВ**

*Международной научно-практической конференции*

**«СИСТЕМНОЕ ПРЕДПРИНИМАТЕЛЬСТВО: ТЕКУЩЕЕ  
СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ КООПЕРАЦИИ  
УНИВЕРСИТЕТОВ, БИЗНЕСА И ГОСУДАРСТВА»**

**WORKS**

*of the International scientific and practical conference*

**«SYSTEMIC ENTREPRENEURSHIP: THE CURRENT STATE  
AND PROSPECTS OF COOPERATION BETWEEN  
UNIVERSITIES, BUSINESS AND THE STATE»**

**Нұр – Сұлтан, 2022**

**УДК 330**  
**ББК 65**  
**Ж 85**

**Рецензенты:** вице-президент университета «Туран», д.э.н., профессор Алиев О.Ж.

профессор Евразийского национального университета им.Л.Н.Гумилева, к.э.н. Мажитов Д.М.

**Редакционная коллегия**

Майдырова А.Б. – д.э.н., профессор, заведующий кафедрой, Евразийский национальный университет им.Л.Н.Гумилева, г.Нур-Султан

Мырзахмет Ж.К. – PhD, доцент, Евразийский национальный университет им.Л.Н.Гумилева, г.Нур-Султан

Мырзахмет М.К. – к.ф/м.н., доцент Евразийский национальный университет им.Л.Н.Гумилева, г.Нур-Султан

Ауелбекова А.К. – к.э.н., доцент, Евразийский национальный университет им.Л.Н.Гумилева, г.Нур-Султан

**ISBN 978-601-337-675-2**

«Жүйелік кәсіпкерлік: университеттердің, бизнес пен мемлекеттің кооперациясының ағымдағы жағдайы мен перспективалары» халықаралық ғылыми-тәжірибелік конференциясының еңбектер жинағы. –Нұр-Сұлтан: Л.Н.Гумилев атындағы Еуразия ұлттық университеті, 2022. -224б.

Сборник трудов международной научно-практической конференции «Системное предпринимательство: текущее состояние и перспективы кооперации университетов, бизнеса и государства». –Нур-Султан: Евразийский национальный университет им.Л.Н.Гумилева, 2022. -224с.

Works of the International scientific and practical conference «Systemic entrepreneurship: the current state and prospects of cooperation between universities, business and the state». - Nur-Sultan: L.N. Gumilyov Eurasian National University, 2022. -224p.

**УДК 330**  
**ББК 65**

**ISBN 978-601-337-675-2**

- © Л.Н. Гумилев атындағы Еуразия ұлттық университеті, 2022
- © Евразийский национальный университет им. Л.Н. Гумилева, 2022
- © L.N. Gumilyov Eurasian National University, 2022

17 000 ш. Постоянные затраты высоки по сравнению с переменной прибылью и, следовательно, являются важным фактором при анализе благосостояния.

Политики уже давно предполагают, что торговцы сельскохозяйственной продукцией в Африке обладают рыночной властью, выплачивая фермерам цены ниже конкурентных и взимая с потребителей цены выше конкурентных. Таким образом, широкая политика поощрения входа может оказаться сложной задачей для создания такого типа входа, который усиливает конкуренцию. Новые технологии, такие как мобильные рынки, имеют здесь некоторые перспективы. На этих платформах большой пул продавцов взаимодействует более анонимно, что затрудняет координацию по цене. Кроме того, покупатели могут получить доступ к различным продавцам, а не только к тем, кто находится рядом с домом. Однако технологические решения по-прежнему должны учитывать реальные ограничения, связанные с высокими транспортными расходами, ограниченным доверием и другими барьерами, которые препятствуют обмену между новыми сторонами.

#### **Список использованных источников**

1 Moser, Christine, Christopher Barrett, and Bart Minten. 2009. "Spatial Integration at Multiple Scales: Rice Markets in Madagascar." *Agricultural Economics* 40 3 : 281–94

2 Teravaninthorn, Supee, and Gael Raballand. 2009. *Transport Prices and Costs in Africa: A Review of the Main International Corridors*. Washington, DC: World Bank.

3 Aker, Jenny C. 2010. "Information from Markets Near and Far: Mobile Phones and Agricultural Markets in Niger." *American Economic Journal: Applied Economics* 2 3 : 46–59

4 Startz, Meredith. 2017. "The Value of Face-to-Face: Search and Contracting Problems in Nigerian Trade." Unpublished.

5 Dillon, Brian, and Chelsey Dambro. 2016. "How Competitive Are Food Crop Markets in Sub-Saharan Africa? A Review of the Evidence." Unpublished.

6 Rashid, Shahidur, and Nicholas Minot. 2010. "Are Staple Food Markets in Africa Efficient? Spatial Price Analysis and Beyond." Paper presented at the COMESA Policy Seminar "Food Price Variability: Causes, Consequences, and Policy Options," Maputo, Mozambique.

### **ИДЕНТИФИЦИРУЮЩИЙ ИСТОЧНИКИ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ**

(Амитабх Чандра и Дуглас О. Стейгер. *Quarterly Journal of Economics* 2020, 135 (2): 785–843)

**Ахтаева Сауле Мульткаевна**

*sauleahtaeva@mail.ru*

докторант ЕНУ им. Л.Н. Гумилева, Нур-Султан, Казахстан

Научный руководитель – Э.Б. Глесова

В медицине причины различий в частоте лечения в больницах, обслуживающих схожих пациентов, не совсем понятны. Некоторые интерпретируют это изменение как необоснованное и продвигают стандартизацию помощи как способ снижения неэффективности распределения.

Альтернативная интерпретация состоит в том, что больницы с большим опытом в лечении используют его больше из-за своих сравнительных преимуществ, что позволяет предположить, что стандартизация ошибочна.

Авторы проводили оценку модели на основе данных пациентов с сердечным приступом, нашли доказательства существенных различий между больницами в распределительной неэффективности и сравнительных преимуществах, при этом большинство больниц чрезмерно используют лечение, отчасти из-за неправильного представления об их сравнительных преимуществах.

Общепринятое толкование в медицинской литературе показывает, что существует правильное количество использования, так что различия между поставщиками в риск-скорректированных тарифах лечения свидетельствуют о неэффективности распределения: некоторые поставщики услуг используют слишком много на (общий) уход и другие используют слишком мало.

Возникает вопрос: разработка и распространение информации о затратоэффективности медицинской помощи. Пациент, как считает К. Рой, - это индивид, имеющий набор взаимосвязанных и влияющих на поведение систем: биологической (анатомической и физиологической), психологической и социальной.

Автор полагает, что как для физиологических, так и для психологических систем существует состояние относительного равновесия, к которому стремится человек, т.е. это какой-то диапазон состояний, в котором люди могут адекватно справляться со своими переживаниями. Для каждого человека этот диапазон уникален.

Согласно этой модели, есть определённый уровень адаптации и все раздражители (стрессоры), попадающие в этот диапазон, встречают более благоприятную реакцию, чем те, которые окажутся за его пределом.

В этой модели различия между больницами в скорректированных на риск ставках лечения отдельно не выявляется неэффективность распределения, поскольку они также фиксируются различия в сравнительных преимуществах различных больниц в предоставлении лечения.

Однако, если лечение распределяется эффективно для пациентов, то любая разница в склонности к тому, чтобы было лечение, будь то у разных пациентов или в разных больницах, должно отражать исключительно различия в ожидаемых результатах, извлечения пользы из лечения. Таким образом, неэффективность распределения может быть выявлена, когда выгода от лечения в разных больницах отличается для пациентов с одинаковой склонностью к лечению.

Из-за богатства клинических переменных в данных, достоверно представлена оценка эффекта лечения, тиражирование оценок из рандомизированных контролируемых исследований и демонстрация устойчивости оценок к контролю для все более детализированных ковариат (переменная, которая, возможно, предсказывает изучаемый исход. Ковариата может быть изучаемой, вмешивающейся переменной или модификатором эффекта).

Агрессивные больницы (с высокими показателями лечения с поправкой на риск) гораздо чаще лечат пациентов с негативными лечебными эффектами, предполагающими чрезмерное использование лечения в этих больницах.

Модель, может быть использована для отдельного выявления различий между больницами в распределении неэффективности и сравнительной эффективности преимущества. Данная модель может быть применена к любому медицинскому учреждению, т.е. лечение сердечного приступа имеет несколько особенностей, которые делают их особенно подходящими для анализа: результаты легко измеряются и согласованы, и вопросы о чрезмерном использовании, недостаточном использовании и сравнительном преимуществе являются центральными для решения о лечении.

Оценивая свою модель, авторы нашли убедительные доказательства распределительной неэффективности, причем большинство больниц злоупотребляют реперфузионной терапией до такой степени, что пациенты с низкой склонностью получают вред от лечения. Таким образом, что как неэффективность распределения, так и сравнительное преимущество вносят свой вклад в вариации тарифы лечения.

В этом механизме модели неэффективность распределения возникает из-за того, что больницы базируют свои решения о лечении по поводу их неправильного восприятия преимуществ лечения у своих пациентов, а не об истинных преимуществах лечения.

Учитывая общее отсутствие систематической работы и обратной связи, для отслеживания имея небольшие образцы собственных пролеченных пациентов, больницы и врачи будут иметь неверные представления о своей собственной эффективности лечения.

Другое объяснение заключается в том, что больницы для своей оптимизации, кроме выживания данного пациента, например, применяют чрезмерное лечение для получения финансовой выгоды (особенно в коммерческих больницах) или из-за преимуществ для будущих пациентов через обучение (особенно в учебных больницах). Этот механизм предполагает выделять неэффективность через определенные характеристики больницы, такие как: собственность, преподавательский статус, статус больницы для получения прибыли.

Основой своей работы авторы связывают с обширной эмпирической литературой о вариациях в медицинском обслуживании, с широкой экономической литературой по производительности труда и внедрению технологий. По мнению авторов большей части литературы по исследуемому

вопросу вариации в медицинском обслуживании игнорировалась роль производительности труда в стимулировании вариаций в лечении, и вместо этого обсуждался вопрос о том, можно ли найти вариацию в скорректированных на риск показателях лечения, которая не связана с результатами лечения пациентов указывают на неэффективность распределения или просто обусловлены неадекватной коррекцией риска [Fisher et al (2003a, 2003b), Yasaitis (2009), Skinner (2011), Doyle (2011), Doyle, Graves, Gruber и др. Kleiner (2015), Финкельштейн, Генцков и Уильямс (2016)].

Напротив, исследования, проведенные под влиянием в литературе по производительности труда (Syverson, 2011) подчеркиваются различия в производительности труда в здравоохранении [Chandra and Staiger (2007), Chandra et al. (2016), Skinner and Staiger (2015), Карри и Маклауд (2017)], но игнорировал возможность неэффективности распределения средств между больницами.

Еще конкретно, были получены доказательства того, что сравнительные преимущества обуславливают различия между фирмами в области внедрения технологий. Встречается в сельском хозяйстве (Suri, 2011) и в здравоохранении (Chandra and Staiger, 2007), но эти работы действительно не учитывают неэффективность распределения ресурсов.

Данная статья является первой, которая отдельно идентифицирует вариации, вызванные сравнительное преимущество из-за распределительной неэффективности. Данная статья сосредоточена на различиях в показателях лечения по всей стране и демографических групп, основное внимание уделяется различиям между больницами.

Вклад авторов статьи наиболее близок к тому же Abaluck et al. (2016), которые опираются на более раннюю рабочую версию этой статьи. Они учитывают распределительную неэффективность и компетентность врача при отборе пациентов для тестирования, они отличаются тем, что учитывают сравнительные преимущества и различия в производительности труда между больницами к различиям в эффективности распределения.

Авторы дают свое заключение, что выполнив некоторые стилизованные вычисления, есть некоторые потери благосостояния из-за различий в показателях лечения. Ройская модель выбора лечения пациента является ориентиром эмпирической работы.

Авторы предполагают, что больница должна выбрать один из двух вариантов лечения для каждого пациента: стоит ли предлагать реперфузия (лечение) или нет (обычный уход). В структуре есть два способа: что больница пациента может повлиять на лечение. Во-первых, из-за сравнительных преимуществ польза лечения для данного пациента может варьироваться в разных больницах, отражая опыт каждой больницы в обеспечении лечения. Во-вторых, из-за эффективности распределения минимальный порог для получение медицинской помощи может варьироваться в разных больницах. С точки зрения пациента, лечение должно предоставлено всякий раз, когда ожидаемая польза от лечения превышает ноль.

Таким образом, существует недостаточное использование лечения в больницах, которые устанавливают минимальный порог пользы выше нуля, и чрезмерное использование в больницах, которые устанавливают минимальный порог ниже нуля.

Работа авторов предлагает направления исследований производительности труда в здравоохранении. Путем объединения литературы по экономике и медицине о вариациях в медицинском обслуживании с прозрениями из литературы по производительности труда, авторы обнаружили, что вариация сравнительного преимущества (продуктивная эффективность) играет важную роль в создании вариаций лечения.

Отдельно выявив неэффективность распределения, авторы также обнаружили, что отсутствие информации о различиях между больницами в сравнительных преимуществах генерирует существенные потери благосостояния. Следовательно, также необходимо изучить, как пациенты и поставщики услуг узнают о вариациях продуктивности и реагируют на них (эффективность).

Это будет включать в себя принятие для понимания того, как больницы отличаются друг от друга по эффективности.

Авторы в своей работе также делают акцент на таких факторах как: наличие расовой принадлежности, гендерные различия в лечении и медленное распространение новых методов лечения, которые были доказаны эффективными в рандомизированных исследованиях (Chandra and Staiger, 2010). А также уделено внимание вопросу о сокращении веса при рождении. (Набор веса взрослых пациентов).

Авторская модель предсказывает, что если больницы отреагируют на их информацию, то (1) некоторые менее подходящие пациенты больше не будут лечиться (2) общие результаты улучшатся, и это будет обусловлено отсутствием чрезмерного использования у менее подходящих пациентов, и (3) эти эффекты будут сосредоточены в меньших больницах. Эти идеи вытекают из модели распределения лечения Roy, но не из теоретически независимых подходов, которые измеряют средние эффекты лечения для всех пациентов и больниц.

Онлайн-приложение к этой статье можно найти в Quarterly Journal of Economics online. Таблицы и рисунки, воспроизводящие данные и код в этой статье, можно найти в Chandra и Staiger (2019), в Harvard Dataverse, doi: 10.7910/DVN/VNJRAX. Загружено с <https://academic.oup.com/qje/advance-article-abstract/doi/10.1093/qje/qjz0>

### **Список использованных источников**

1. Abaluck, Jason, Leila Agha, Chris Kabrhel, Ali Raja, and Arjun Venkatesh. "The Determinants of Productivity in Medical Testing: Intensity and Allocation of Care." *American Economic Review* 106, no. 12 (2016): 3730-64.
2. Baicker, Katherine, Amitabh Chandra, and Jonathan S. Skinner. "Saving Money or Just Saving Lives? Improving the Productivity of US Health Care Spending." *Annual Review of Economics* 4, no. 1 (2012): 33-56.

3. Barnato, Amber E., F. Lee Lucas, Douglas Staiger, David E. Wennberg, and Amitabh Chandra. "Hospital-Level Racial Disparities in Acute Myocardial Infarction Treatment and Outcomes." *Medical Care* 43, no. 4 (2005): 308.
4. Burstein, Harold J., Christina Lacchetti, Holly Anderson, Thomas A. Buchholz, Nancy E. Davidson, Karen A. Gelmon, Sharon H. Giordano et al. "Adjuvant Endocrine Therapy for Women With Hormone Receptor-Positive Breast Cancer: ASCO Clinical Practice Guideline Focused Update." *J Clin Oncol* 37, no. 5 (2018): 423-438.
5. Chandra, Amitabh, Amy Finkelstein, Adam Sacarny, and Chad Syverson. "Productivity Dispersion in Medicine and Manufacturing." *American Economic Review* 106, no. 5 (2016): 99-103.
6. "Health Care exceptionalism? Performance and Allocation in the US Health Care Sector." *American Economic Review* 106, no. 8 (2016): 2110-44.
7. Chandra, Amitabh, and Douglas O. Staiger. "Productivity Spillovers in Health Care: Evidence from the Treatment of Heart Attacks." *Journal of Political Economy* 115, no. 1 (2007): 103-140.
8. *Identifying Provider Prejudice in Healthcare*. No. w16382. National Bureau of Economic Research, 2010.
9. Chandra, Amitabh, and Jonathan Skinner. "Technology Growth and Expenditure Growth in Health Care." *Journal of Economic Literature* 50, no. 3 (2012): 645-80.
10. Chandra, Amitabh, and Douglas O. Staiger. "Replication Data for: 'Identifying Sources of Inefficiency in Healthcare'," Harvard Dataverse, (2019), doi: 10.7910/DVN/VNJRAX.
11. Currie, Janet, and W. Bentley MacLeod. "Diagnosing Expertise: Human Capital, Decision Making, and Performance Among Physicians." *Journal of Labor Economics* 35, no. 1 (2017): 1-43.
12. Doyle, Joseph J. "Returns to Local-Area Health Care Spending: Evidence from Health Shocks to Patients Far from Home." *American Economic Journal: Applied Economics* 3, no. 3 (2011): 221-43.
13. Doyle Jr, Joseph J., John A. Graves, Jonathan Gruber, and Samuel A. Kleiner. "Measuring Returns to Hospital Care: Evidence from Ambulance Referral Patterns." *Journal of Political Economy* 123, no. 1 (2015): 170-214.
14. Finkelstein, Amy, Matthew Gentzkow, and Heidi Williams. "Sources of Geographic Variation in Health Care: Evidence from Patient Migration." *Quarterly Journal of Economics* 131, no. 4 (2016): 1681-1726.
15. Fibrinolytic Therapy Trialists' Collaborative Group. "Indications for Fibrinolytic Therapy in Suspected Acute Myocardial Infarction: Collaborative Overview of Early Mortality and Major Morbidity Results from All Randomised Trials of More Than 1000 Patients." *The Lancet* 343, no. 8893 (1994): 311-322.