

Секция «Государственное и муниципальное управление»

Распределение услуг в сфере государственного здравоохранения

Тукаева Анор Рашитовна

Аспирант

Национальный исследовательский университет — Высшая школа экономики,

Государственное и муниципальное управление, Москва, Россия

E-mail: yoogi2@yandex.ru

Необходимость расширения границ описания системы здравоохранения обусловлены как спецификой текущей ситуации, так и полевыми исследованиями, проведенными в малых городах России в рамках изучения и описания сферы государственного здравоохранения (в Костромской, Новосибирской, Архангельской и др. областях и субъектах Российской Федерации) [Кордонский С.Г. и др., 3].

Наиболее распространенной формой описания и восприятия системы здравоохранения является *товар* «здоровье»: государственные институты производят и продают услуги здравоохранения, контролирует их оказание и распределяет в системах государственного медицинского страхования.

В то же время, здравоохранение – это еще и *ресурс* «здоровье»: государственные институты распределяют услуги здравоохранения в системе медучреждений и конвертируют его в трудовые и мобилизационные ресурсы.

В российской экономике здравоохранение в значительной степени остается ресурсом, монополизированным государством. Ограниченность ресурсов здравоохранения на уровне малых городских и сельских поселений формирует новые источники ресурса «здоровья», а также новые виды услуги «здоровья», к которым все чаще обращается местное население.

Определим основные характеристики, ограничивающие полноценный доступ к ресурсу «здоровье»:

- набор медицинских услуг в рамках обязательного, равно как и дополнительного медицинского страхования ограничен определенным перечнем;

- распределение ресурсов государственного здравоохранения происходит без учета особенностей и территориальных масштабов страны: удаленные поселения фактически лишены возможности получения квалифицированной специализированной медицинской помощи;

- система государственного здравоохранения применяет ограниченное количество инструментов обязательного (принудительного) здравоохранения (диспансеризация, требование предоставления справок о состоянии здоровья, проведение обязательных медицинских осмотров и т.д.), что не позволяет охватывать всех жителей определенной территории.

Факторы, ограничивающие доступ местных жителей к ресурсу государственного здравоохранения, формируют необходимость создания новых источников получения товаров-услуг «здоровья». На основании проведенных полевых исследований, следует выделить традиционные (муниципальные лечебно-профилактические учреждения) и альтернативные источники товара «здоровье».

Выбор того или иного источника «здоровья» обусловлен внутренними и внешними факторами, влияющими на поведение человека в сфере здравоохранения, вклю-

чая принадлежность к той или иной социальной, половой, возрастной, экономической, культурной общественной группе, уровень образования, семейный статус, религиозные воззрения, семейные традиции, ценностные установки и т.д.

В зависимости от характера заболевания, личных предпочтений и страхов, традиций и других субъективных факторов, житель некоего поселения может обращаться к различным источникам «здоровья». В рамках проведенных исследований можно выделить следующие источники:

Традиционные: муниципальные лечебно-профилактические учреждения (городская / участковая больница, поликлиника, врачебная амбулатория, фельдшерский акушерский пункт); коммерческие медицинские учреждения (медицинский центр, частные кабинеты врачей различных специальностей); аптеки (муниципальные и частные).

Альтернативные: народные целители и знахари (дипломированные, «наследственные»); аптекари, посещение которых стало заменять прием врача; рецепты народной медицины (публикации в местных и региональных СМИ, телепередачи о том, как быть здоровым, клубы по интересам и т.д.); сетевые «пирамиды» по продаже БАДов и других «оздоравливающих» препаратов; религиозный источник (вера в Бога, религиозные обряды и молитвы о здоровье, сектантские объединения); рекреационный источник (здоровый образ жизни, занятие спортом, отказ от вредных привычек, отдых на природе и т.д.).

Этот перечень источников ресурса «здоровье» может быть дополнен и другими элементами, наличие которых может быть обусловлено культурными, историческими, климатическими и географическими особенностями той или иной территории или поселения.

Проведенные полевые исследования показали, что наряду с традиционными институтами государственного здравоохранения, развиваются новые институализированные феномены: лекари и знахарки, аптекари и т.д. Причем лекари и знахари существовали всегда, но в какой-то момент их услуги были вытеснены услугами профессиональных врачей различных специальностей и лечебно-профилактических учреждений. В последние годы, в связи с сокращением распределяемых ресурсов в сфере государственного здравоохранения, оптимизацией сети медицинских учреждений, начался обратный процесс: новые участники рынка «здоровых» услуг начали формировать отдельный спрос и предложение. И, если консультации фармацевтов и аптекарей частично компенсируются за счет завышенных цен на лекарственные средства, то знахари и целители принимают либо натуральную оплату, либо формируют ценник на свои услуги.

Так или иначе, альтернативные источники получения медицинских услуг охватывают по экспертным оценкам от 15% до 25% населения малых городских и сельских поселений. Следовательно, при изучении сферы здравоохранения необходимо уделять «новым» участникам рынка медицинских услуг должное внимание, наряду с государственными (муниципальными) лечебно-профилактическими учреждениями.

Литература

1. Кордонский С.Г., Плюснин Ю.М. и др. "Российская провинция и ее обитатели (Опыт наблюдения и попытка описания)"// Мир России. М: Издательский дом ГУ-ВШЭ, №1, 2011. С. 3-33.