

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ УСЛУГ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ БЕДНЫМ СЛОЯМ НАСЕЛЕНИЯ *Колумбия*

2007 год

Проведение косвенной оценки доходов населения в целях расширения охвата малоимущих медицинским страхованием

Малоимущим жителям Колумбии уже не грозит финансовая катастрофа в случае серьезного заболевания. В 1993 году была проведена радикальная реформа системы здравоохранения, в результате которой медицинское страхование стало доступным для граждан, которые никогда раньше его не имели. В ходе реформы использовалась система косвенной оценки уровня доходов населения (система отбора граждан, имеющих право на получение социальной помощи (система SISBEN – сокращенное наименование на испанском языке)) в целях оценки условий жизни отдельных семей и предоставления адресной помощи малоимущим.

До 1993 года: система здравоохранения на основе ложных представлений

До реформы 1993 года такие проблемы, как неэффективность, нерациональное использование целевых государственных субсидий и раздробленность рынков медицинских услуг были широко распространены, хотя по конституции обеспечение всех жителей Колумбии услугами здравоохранения и тогда входило в обязанности министерства здравоохранения (МЗ). На практике лишь каждый пятый житель Колумбии был хоть как-то защищен от финансового риска вследствие существенного ухудшения состояния здоровья из-за серьезных заболеваний, и только относительно обеспеченные граждане могли себе позволить пользоваться схемами социального страхования или просто платить за медицинскую помощь.

Система здравоохранения Колумбии строилась на шатком фундаменте ложных представлений. Разработчики политики считали, что национальная система здравоохранения страны обеспечивает достаточный охват малоимущего населения, что услуги государственного здравоохранения бесплатно предоставляются всем нуждающимся, особенно ма-

лоимущим, что беднякам не приходится обращаться за медицинской помощью в частные учреждения. Средства госбюджета, формировавшиеся за счет налоговых поступлений, расходовались на финансирование широкой сети государственных больниц и поликлиник. На самом же деле немалую часть финансирования системы здравоохранения составляли прямые платежи граждан, а остальное поступало от неадекватных по охвату и нерациональных схем социального обеспечения. В случае болезни малоимущие граждане могли выбирать любой из трех вариантов: i) попытаться получить медицинскую помощь в государственном медицинском учреждении; ii) обратиться в частную клинику за плату; iii) обойтись без медицинской помощи. Когда ничего другого не оставалось, людям приходилось заниматься самолечением. В результате малоимущие и малообразованные граждане подвергались большей опасности, чем более благополучные граждане, так как контроль за качеством лекарственных препаратов в стране налажен плохо, лекарства продаются без рецептов.

Различия между бедными и богатыми

До реформы 1993 года самым серьезным препятствием в получении медицинской помощи была стоимость медицинских услуг (рис. 1). Среди представителей наиболее бедной категории населения (1-й квинтиль) в 1992 году лишь каждый шестой из заболевших обращался за медицинской помощью. Малоимущие имели меньше возможностей в плане пользования медицинским обслуживанием, чем богатые; они платили как в государственных, так и в частных клиниках, и тратили на медицинское обслуживание гораздо большую долю своих доходов.

Государственная система здравоохранения плохо служила малоимущим; доведенные до крайней бедности больные



ВСЕМИРНЫЙ БАНК

www.worldbank.org/wbi/healthandaids

Рисунок 1. Число граждан, обращавшихся к врачу в течение месяца перед собеседованием

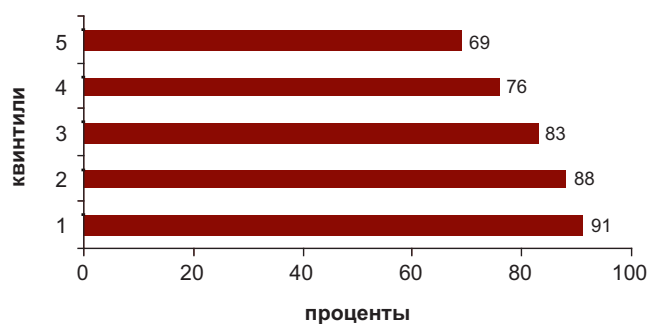


Источник: Escobar 2005

люди были вынуждены тратить огромные средства на медицинское обслуживание, многим грозила беспросветная нищета.

До реформы 1993 года система здравоохранения Колумбии предусматривала выделение государственных субсидий непосредственно больницам, а не пациентам. Лишь 20% пациентов государственных больниц составляли представители категории населения с наиболее низкими доходами, а почти 60% составляли граждане с высоким и средним уровнями доходов (рис. 2). В 1992 году 12% всех госпитализированных больных и 20% больных, прооперированных в государственных больницах, составляли представители 20% населения с наиболее высоким уровнем доходов. Таким образом, граждане со средним и высоким уровнем доходов, которые могли пользоваться частными клиниками и медицинскими услугами, занимали места малоимущих граждан в государственных клиниках. Более того, малоимущие, которым удавалось

Рисунок 2. Доли различных категорий населения (по уровню доходов), плативших за лечение в государственных больницах. Данные за период до принятия Закона № 100 1993 года (CASEN 1993)



попасть в государственные клиники, чаще платили за лечение, чем более обеспеченные граждане, многие из которых имели частное страхование. Лишь немногие из малоимущих лечились в государственных клиниках бесплатно. По имеющимся данным, доля малоимущих пациентов, которым приходилось платить непосредственно больницам, составляла 91%, тогда как среди представителей квинтиля населения с наиболее высокими доходами эта доля составляла лишь 69%.

До проведения реформы важную роль в финансировании здравоохранения и оказании медицинских услуг играл частный сектор. По данным государственного национального обследования домохозяйств, проведенного в 1992 году, 40% всех медицинских мероприятий и 45% всех случаев госпитализации обеспечивал частный сектор. В тот период лишь 20% граждан Колумбии имели медицинское страхование.

Реформа здравоохранения 1993 года

В 1993 году был принят Закон № 100, предусматривавший создание новой общенациональной системы здравоохранения, всеобщее медицинское страхование населения и реорганизацию системы финансирования и оказания медицинских услуг. Государственные субсидии предполагалось предоставлять непосредственно гражданам, а не медицинским учреждениям.

Реформа предусматривала четыре основных элемента, призванных обеспечить доступность здравоохранения для бедных:

- был введен показатель косвенной оценки уровня доходов населения в целях предоставления адресных субсидий на оплату услуг здравоохранения наиболее нуждающимся (система SISBEN, Nunez 2004);
- вместо традиционной системы субсидирования предложения, предусматривавшей финансирование государственной системы учреждений здравоохранения, была введена система субсидирования спроса, то есть субсидирования страховых платежей малоимущих;
- был создан инвестиционный фонд, обеспечивавший перекрестное субсидирование страховых взносов малоимущих граждан за счет отчислений из фондов оплаты труда и средств госбюджета;
- появилась возможность заключения договоров на медицинское обслуживание и с государственными медицинскими учреждениями, и с частными клиниками.

Новая система представляет собой схему всеобщего медицинского страхования населения, которая предусматривает два режима финансирования:

- за счет взносов застрахованных лиц – для работающих лиц и индивидуальных предпринимателей, которые сами уплачивают страховые взносы страховой компании по своему выбору;
- за счет дотирувания – для малоимущих и неимущих граждан, не имеющих средств на уплату страховых взносов.

Система SISBEN представляет собой методику широкого назначения для определения круга лиц, имеющих право на получение помощи в рамках социальных программ Колумбии. Эта методика позволяет вычислить статистический индекс косвенной оценки уровня доходов, являющийся показателем благосостояния домохозяйств. Переменные, определяющие уровень благосостояния включают: наличие и качество жилья и доступность элементарных общественных услуг, владение товарами длительного пользования, потенциал человеческого капитала, уровень доходов на данный момент (последняя переменная исключена из новой формулы расчета индекса SISBEN из-за ненадежности и непредсказуемости – см. раздел 7). Данная методика предусматривает ряд правил и процедур, которые устанавливаются центральными органами власти и применяются муниципальными органами при сборе информации для расчета индекса благосостояния и определения круга лиц, имеющих право на получение помощи в рамках различных социальных программ. Дотируемый режим медицинского страхования является одной из таких программ с наиболее широким охватом малоимущего населения, отнесенного к этой категории по методике SISBEN. К концу 2002 года этой программой было охвачено более 11,4 млн. представителей малоимущих и социально уязвимых категорий населения.

Отчисления из фонда оплаты труда направляются в Национальный фонд здравоохранения (Fondo de Solidaridad y Garantía, FOSYGA), средства которого делятся на 4 различных счета. За счет средств фонда осуществляется финансирование страховых взносов всех граждан, включенных в систему дотируемого страхования. В рамках процесса перекрестного субсидирования страхования за счет взносов застрахованных лиц и дотируемого страхования одна доля взносов используется для финансирования дотируемого страхования, наряду с перечислением бюджетных средств в регионы. Граждане, которые имеют право на дотируемое страхование, но еще не застрахованы (их называют *vinculados* – “времен-

но незастрахованные лица”), должны обращаться в государственные клиники.

Каждое застрахованное лицо вправе выбрать страховую компанию и обращаться в любое из медицинских учреждений, с которым работает данная страховая компания. Оба режима предусматривают базовый набор услуг, но обязательная схема медицинского обслуживания для лиц, пользующихся системой страхования за счет собственных взносов, предусматривает все виды медицинского обслуживания, а обязательная схема медицинского обслуживания в рамках системы дотируемого медицинского страхования действует в сочетании с некоторыми видами обслуживания, предоставляемыми государственными клиниками, которым предоставляется финансирование в рамках традиционного субсидирования. Законом № 100 вместо субсидирования больниц введено субсидирование граждан, в целях обеспечения всеобщего медицинского страхования населения и единого набора видов медицинского обслуживания в рамках обоих видов медицинского страхования.

В Колумбии еще немало трудностей и проблем в деле расширения охвата беднейшего населения системой медицинского страхования, улучшения качества медицинского обслуживания, обеспечения более полной схемы льгот для неимущих, но уже есть ряд существенных достижений, которые заслуживают внимания.

Результаты

Методика SISBEN представляет собой объективный, справедливый и единообразный механизм для определения круга лиц, имеющих право на государственную социальную поддержку; этот механизм используется органами власти всех уровней. Он обеспечил возможность оперативно распределять заявителей по различным социальным программам на основе единых и справедливых критериев. Он позволил укрепить институциональный потенциал муниципальных образований путем создания современной системы социальной информации и способствовал улучшению межведомственной координации в рамках муниципальных образований в целях повышения результативности социальных расходов. Этот механизм позволил избежать дублирования в работе и сосредоточить ее на помощи малоимущим, разработать систему диагностики социально-экономического положения малоимущих граждан в целях более эффективной подготовки программ социального страхования для беднейшего населения, способствовал достижению плановых показателей органов власти различных уровней в части оказания адресной помощи.

Реформа обеспечила более широкие возможности для малоимущего населения в плане получения медицинского обслуживания. Но все же сохранялись различия в положении застрахованных и незастрахованных граждан. И в городах, и в сельской местности застрахованным гражданам чаще оказывалась медицинская помощь, чем незастрахованным, да и профилактическим обслуживанием они пользовались более широко.

Реформа 1993 года повысила уровень финансовой защищенности всех граждан, особенно малоимущих и сельских жителей. До 1993 года финансовую защиту от шоковых последствий в связи с ухудшением здоровья имели 23% граждан Колумбии. Десять лет спустя 62% населения имели медицинское страхование. Это существенное достижение, особенно в сравнении со всеми странами Латинской Америки, чьи системы здравоохранения аналогичны той, что существовала в Колумбии до 1993 года.

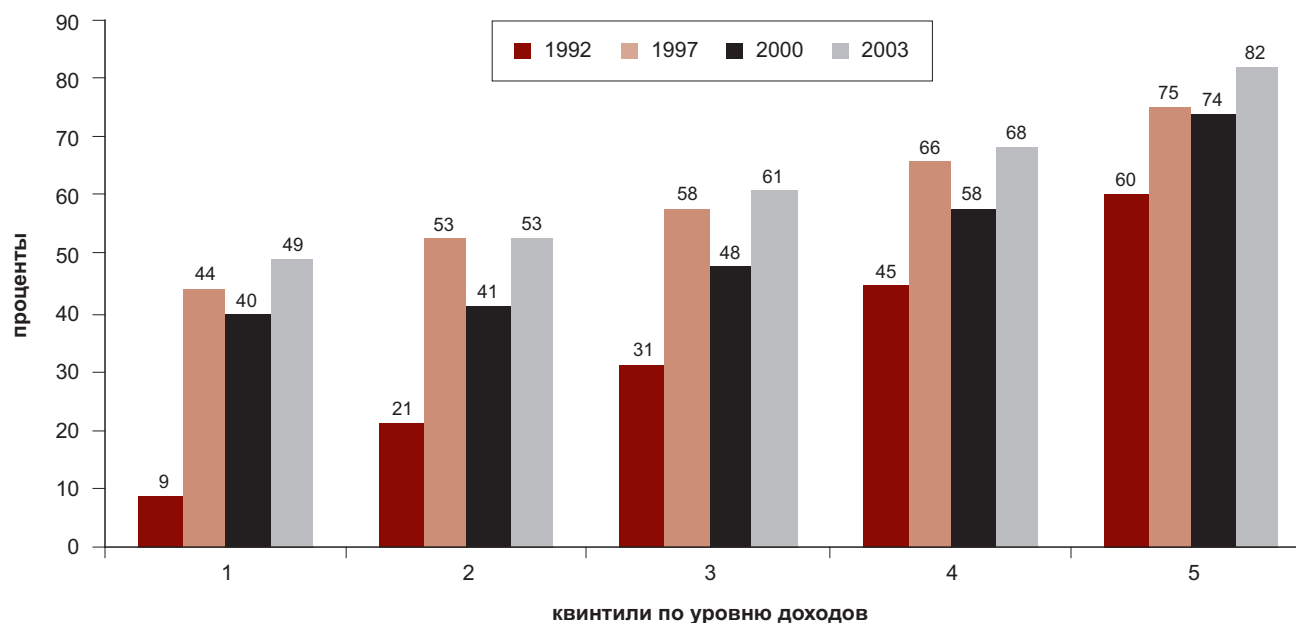
Реформа сделала систему здравоохранения более справедливой, предоставив малоимущим механизмы финансовой защиты, которые ранее имели только работающие граждане и лица с более высоким уровнем жизни (см. рис. 3). Охват системой страхования населения с наиболее высоким уровнем доходов увеличился не столь значительно в результате проведения реформы – в 1992 году этот показатель составлял 60%, а к 2003 году увеличился до 82%. Зато среди беднейшего на-

селения этот показатель вырос за тот же период с 9% до 49%. С введением системы дотируемого страхования появилась возможность оформлять медицинское страхование независимо от наличия работы и уровня доходов страхуемых лиц.

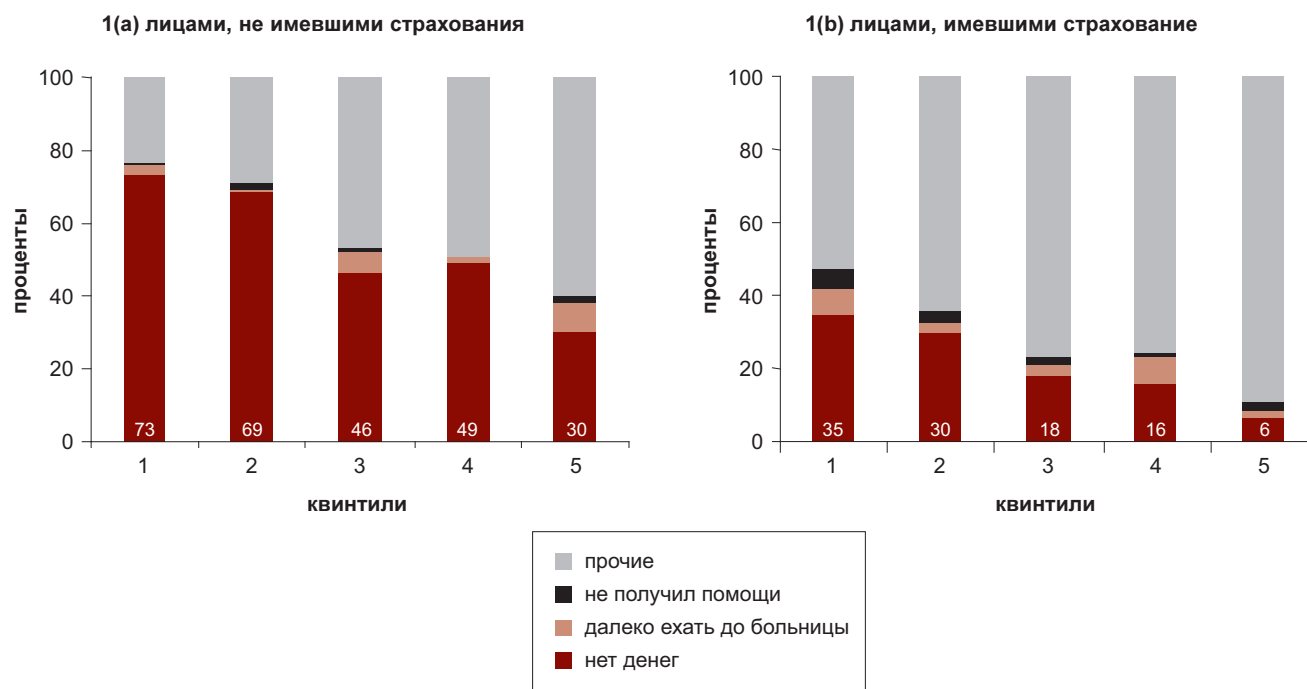
Реформа способствовала сокращению экономических препятствий, затруднявших получение медицинской помощи, для всех категорий населения, но особенно для малоимущих. Ведь в числе причин отказа от обращения к врачу многие малоимущие граждане – как застрахованные, так и незастрахованные – по-прежнему называли отсутствие денежных средств (см. рис. 4а и 4б). Причем экономический барьер, препятствовавший получению медицинской помощи, был вдвое выше для беднейших граждан, не имевших медицинского страхования, чем для бедняков, получивших медицинское страхование.

Показатели расходов на медицинское обслуживание относительно доходов у незастрахованных граждан гораздо выше, чем у лиц, имеющих медицинское страхование, оформленное как по дотируемой схеме, так и за счет личных взносов. Благодаря оформлению страхования прямые денежные расходы населения на амбулаторное лечение сократились на 50–60%. Малоимущие граждане, имеющие медицинское страхование по дотируемой схеме, расходуют на амбулаторное лечение около 4% своих доходов, тогда как малоимущие граждане, не имеющие страхования, платят более 8%. Прямые расходы на

Рисунок 3. Доля застрахованных лиц среди различных категорий населения по уровню доходов



Источник: Escobar 2005

Рисунок 4. Причины отказа от обращения к врачу (по данным за 2003 год)

Источник: Escobar 2005

лечение в стационаре составляли в 2003 году более 35% доходов малоимущих граждан, не имевших медицинского страхования. Малоимущие, оформившие медицинское страхование за счет собственных взносов, тратили на лечение в стационаре меньшую долю своих доходов, чем малоимущие, застрахованные по дотируемой схеме. Однако доля незастрахованных малоимущих граждан, оказавшихся в результате шокового воздействия, связанного с госпитализацией, за чертой бедности, составила 14%; среди граждан, застрахованных по дотируемой схеме, этот показатель составил всего лишь 4% (табл. 1).

Введение системы медицинского страхования способствовало расширению возможностей получения профилактической медицинской помощи. В 2003 году 65% застрахованных

граждан хотя бы раз обращались к врачу или к зубному врачу в профилактических целях, не будучи больными; среди незастрахованных эта доля составила 35%.

Действующие нормы предусматривали преимущественное оформление медицинского страхования по дотируемой схеме для детей, матерей-одиночек, престарелых, инвалидов, людей с хроническими заболеваниями. Практика показала, что представители указанных категорий малоимущих застрахованных граждан обладали более слабым здоровьем, чем незастрахованные; могло показаться, что для страхования выбирали самых больных. На самом деле сами граждане не имели возможности принимать решения об оформлении страхования по дотируемой схеме; масштабы ежегодного

Таблица 1. Процентные доли граждан, оказавшиеся в результате болезней и лечения за чертой бедности и нищеты

Вид лечения	Незастрахованные		Застрахованные	
	За чертой бедности	Ниже прожиточного минимума	За чертой бедности	Ниже прожиточного минимума
Амбулаторное	5	6	4,1	3
В стационаре	14	18	4,2	11

Источник: Escobar 2005

расширения охвата населения указанной системой определялись наличием финансовых ресурсов.

Не существовало данных продольного анализа, которые позволяли бы делать выводы о том, влияет ли наличие медицинского страхования у малоимущих на состояние их здоровья. Однако можно сформулировать некоторые косвенные заключения на основе данных о младенческой смертности, о процентной доле родов, принятых в медицинских учреждениях, о медицинском уходе в период беременности.

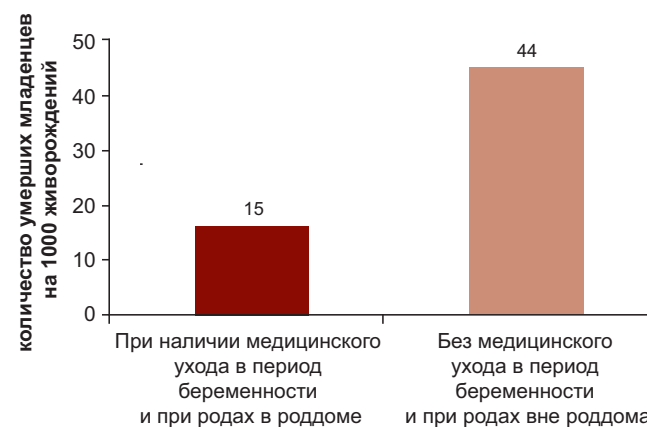
Как и жители других стран, граждане Колумбии, имевшие медицинское страхование, обращались к врачу чаще и более активно, чем незастрахованные граждане. Эта активность была особенно высокой в связи с беременностью и родами, когда дело касалось здоровья матери и ребенка. Снижению младенческой смертности способствовали такие факторы, как возможность получения медицинской помощи в период беременности, наблюдение в женской консультации, использование медицинских методов родовспоможения. Согласно проводимым в Колумбии опросам населения по вопросам демографии и здравоохранения, возможности получения этих видов услуг существенно расширились, особенно в сельской местности. По данным опросов 1986, 1990, 1995 и 2000 годов, отмечено улучшение следующих показателей: количество родов при помощи врача увеличилось на 66%, количество родов в родильных домах – на 18%, использование медицинского ухода в период беременности в сельской местности – на 49%. Перемены, произошедшие после 1993 года, связаны с расширением возможностей застрахованных лиц в плане пользования услугами здравоохранения.

Опрос 2000 года показал, что расширение возможностей получения медицинской помощи в период беременности и проведения родов в медицинских учреждениях обеспечило сокращение младенческой смертности. Данные, представленные на рис. 5, отражают поистине поразительные различия между показателями младенческой смертности у матерей, которые пользовались медицинским уходом в период беременности и рожали в родильном доме, и у женщин, не имевших возможности пользоваться этими услугами.

Вперед – непростые задачи

Несмотря на достигнутые позитивные результаты, систему социального страхования Колумбии критикуют за то, что она не обеспечила всеобщий охват населения и предусматривает финансирование льгот для малоимущих (в рамках схемы дотируемого медицинского страхования) в меньших объемах, чем для более благополучных граждан (в рамках страхования

Рисунок 5. Влияние медицинского ухода в период беременности и проведения родов в медицинском учреждении на показатели младенческой смертности



Источник: Escobar 2005

за счет взносов страхуемых лиц). Переход от дотирования государственных клиник к дотированию медицинского страхования малоимущего населения идет более медленными темпами, чем планировалось, и за это тоже критикуют действующую систему, так как подобное положение дел приводит к замедлению расширения комплекса льгот и услуг в рамках системы дотируемого страхования.

Несколько раз предпринимались неудачные попытки принять законы об отмене действующей системы и о возврате к государственной системе здравоохранения наподобие той, что существовала до 1992 года. Колумбии еще предстоит решить немало сложных задач по завершению консолидации системы социального страхования, не только в плане обеспечения охвата всего населения, но и в плане повышения эффективности и улучшения качества медицинского обслуживания. Переход к новой системе на основе страхования проходит в условиях политических, административных и технических трудностей. Процесс децентрализации, начавшийся в начале 1990-х годов, принес не только преимущества, но и сложности в осуществлении реформы здравоохранения 1993 года.

Настоящий очерк призван обобщить передовой опыт работы по реализации стратегии в области здравоохранения, питания и народонаселения. Материал подготовлен на основе статьи Марии-Луизы Эскобар “Реформа здравоохранения в Колумбии”, опубликованной в бюллетене “Инициативные меры в целях развития”, № 7 (2 мая 2005 г.), с. 6–9, 22. [Maria-Luisa Escobar, “Health Sector Reform in Colombia,” *Development Outreach* 7 (2 May 2005): 6-9, 22]. Выраженные в данном очерке мнения не обязательно отражают официальную позицию Всемирного банка.

