



## **Стратегия в отношении рисков для здоровья и социальной защиты**

Риски для здоровья представляют собой серьёзную угрозу для жизни и средств к существованию; особенно это верно в отношении бедного населения. Проблемы со здоровьем приводят к дополнительным расходам, которые ложатся бременем на бедных именно тогда, когда они в наименьшей степени готовы нести его. Даже незначительные шоки, связанные с состоянием здоровья, могут оказать существенное влияние на способность бедных к работе, и, соответственно, на возможности получения заработка. В ряде стран государственные системы медицинского обеспечения предоставляют некоторый минимальный набор услуг; некоторым государствам удаётся удовлетворять потребности в здравоохранении в полном объёме. Нередко «бесплатные» системы здравоохранения не работают, и на деле никогда не бывают действительно бесплатными, так как обращение к ним связано с транзакционными издержками (напр., стоимость проезда от дома пациента к месту оказания услуги), они предусматривают неофициальные платежи и длительное ожидание необходимой услуги.

В последнее время в качестве элемента процесса реформирования систем финансирования здравоохранения, который осуществляется во многих странах, стало рассматриваться медицинское страхование. Медицинское страхование способно улучшить финансирование здравоохранения, привлекая в отрасль более существенные денежные средства и обеспечивая большую эффективность расходов на здравоохранение. Кроме того, данный инструмент снижает необходимость в «превентивных сбережениях» или в механизмах смягчения неблагоприятных последствий, которые в

конечном итоге лишь усугубляют бедность. Одним из вариантов медицинского страхования являются программы, управление и реализацию которых осуществляет общественная организация, - медицинское страхование силами местных сообществ (МСМС).

МСМС отвечает интересам бедных, так как оно стимулирует спрос на здравоохранение в бедных сельских районах, и позволяет малоимущим группам выразить собственные потребности в медицинских услугах. Предоплата и совместное участие в риске посредством привлечения к финансированию медицинских услуг общественности (независимо от доли её участия) способствует расширению доступа для малоимущего населения к базовым медицинским услугам и обеспечивает некоторую защиту от возможной нищеты в случае болезни. Там, где были успешно реализованы программы МСМС, удалось существенно сократить размеры оплаты, взимавшейся непосредственно с малоимущих пациентов, когда они обращались за медицинской помощью, а также стимулировалось более частое обращение за такой помощью. Членам программ МСМС с меньшей вероятностью потребуется обращаться за заёмными средствами или распродавать своё имущество, чтобы оплатить лечение; они менее уязвимы перед общественным давлением, которое требует участвовать в финансировании потребностей других в медицинских услугах.

Программы МСМС широко распространены в странах Центральной и Западной Африки, Бангладеш, Китае и Аргентине; в то же время большинство таких программ в развивающихся странах имеют небольшие

масштабы, а участвуют в них главным образом более состоятельные сельские жители.

## Характеристики программ МСМС

Программы МСМС помогают покрывать стоимость медицинских услуг благодаря объединению рисков; в управлении программами участвуют сами бенефициары, - по крайней мере, они выбирают те медицинские услуги, которые покрываются такими схемами. Участие в программах добровольно; в их основе – этические нормы взаимопомощи. Программы могут быть организованы по географическому принципу, на базе профессиональных объединений или лечебных учреждений.

Программы МСМС просты (единая ставка страхового взноса, единый пакет услуг) и удобны в пользовании. Письменные договоры (там, где они применяются) лаконичны, формы не перегружены, учёт, как правило, ведётся вручную. Набор услуг в рамках МСМС зависит от пожеланий самих застрахованных, и размер такого пакета ограничивается суммой вносимых ими средств. Поскольку нет необходимости получать согласования и разрешения от внешних регулирующих или надзорных органов, набор услуг можно быстро пересмотреть. В случаях, когда управление программой осуществляется на добровольных началах, административные расходы составляют небольшую долю в сумме страхового взноса.

Несмотря на многочисленные достоинства, программы МСМС подвержены проблемам морального риска (будучи застрахованными, люди могут изменить своё поведение), отрицательного отбора (в программы приходят те, кто с большей вероятностью обратится за услугами, из-за чего растёт размер страхового взноса и в итоге отсеиваются лица с низким риском), мошенничества и роста стоимости. В Таблице 1 представлены варианты действий, с помощью которых можно решать такие проблемы.

## Сложности при построении действенных программ МСМС

Программы МСМС сопряжены с некоторыми сложностями. Ежегодная сумма взносов участников МСМС обычно не превышает 1000 долл. США, что ограничивает возможности по покрытию крупных рисков для здоровья. Средняя доля покрытия расходов на лечение из средств МСМС составляет 25%; в небольшом числе программ покрывается 50%. Существование многих программ МСМС зависит от наличия той или иной формы внешнего субсидирования, и практически все такие программы используют государственные источники финансирования медицинской помощи. Для многих программ характерно неудовлетворительное качество управления, что может приводить к неспособности должным образом управлять страховыми рисками, установлению нереалистичных уровней страховых взносов, обуславливать отсутствие деловой культуры на местном уровне, слабые меры борьбы с мошенничеством и ограниченный охват (а потому – более высокий риск отрицательного отбора). Поскольку схемы МСМС финансируются из средств участников, из членства исключаются крайне бедные. Из-за того, что эти программы реализуются силами местных сообществ, они не в состоянии воспользоваться экономией от масштабов, их рискованные пулы незначительны, и они не в состоянии предлагать более полные пакеты услуг в отличие от медицинского страхования в формальном секторе. Кроме того, опыт показывает, что очень непросто повторить успешные результаты, полученные в рамках одной программы МСМС, в другой, более масштабной программе. Весьма специфичные, присущие конкретным условиям факторы, которые обеспечивают успех МСМС (социальный капитал, местное руководство и принцип добровольности), довольно сложно поддаются тиражированию.

**Таблица 1. Подход к управлению рисками, присущими страховым схемам, в рамках программ МСМС**

<b>Страховой риск</b>	<b>Стратегия управления в рамках МСМС</b>
<i>Моральный риск</i>	Коллегиальный контроль, использование отобранных поставщиков услуг, ограничения на размер оплаты, соплатежи, исключения, подушные платежи, платежи за оказанную услугу или пролеченный случай, требование подтверждения оказания медицинской услуги.
<i>Отрицательный отбор</i>	Потребовать некоего минимального размера страхового пула, членства всей семьи, использовать устоявшиеся, сформировавшиеся ранее группы, ввести период ожидания перед тем, как можно будет воспользоваться выплатами в программе, прибегнуть к применению общественного убеждения для поощрения солидарности разных категорий рисков (высокого и низкого) при вступлении в программу.
<i>Мошенничество</i>	Стимулирование более активного участия общественности и общественного контроля, установление допустимых управленческих положений и процедур, должный учёт и ведение отчётности, регулярные проверки счетов программы МСМС её членами, требование идентификации членов программы для получения медицинской услуги, проверка всех расходов, установление ограничений на охват программой, аннулирование услуг в случае выявления мошенничества.
<i>Рост стоимости</i>	Использование соплатежей, вычетов и максимальных значений выплат во избежание необоснованных обращений. Использование подушных платежей при расчётах с поставщиками услуг, согласованных перечней лекарственных препаратов и графиков согласованных лечебных процедур, договорных скидок; использование собственных лечебных учреждений, направление сотрудников МСМС в больницы для проверки и утверждения лечения на месте.

### **Каким образом государство и организации развития могут содействовать росту МСМС?**

МСМС следует рассматривать в качестве дополнения, а не замены значительному присутствию государства в области финансирования здравоохранения и управления риском, связанным со стоимостью лечения. Поддержка МСМС со стороны государства и организаций развития может принимать следующие формы:

- Обеспечение удовлетворительного предложения соответствующих медицинских услуг;

- Субсидирование расходов, связанных с началом реализации программы МСМС, и страховых взносов, выплачиваемых бедными;
- Содействие в формировании технических навыков и управленческой компетенции;
- Поощрение развития сетей МСМС;
- Помощь в установлении связей с формальными финансовыми организациями и поставщиками медицинских услуг.

Сборник материалов Всемирного банка в сфере социального обеспечения населения служит источником практической информации для специалистов, занимающихся разработкой и внедрением программ социального обеспечения в разных странах мира. Читателям предлагается информация о передовой практике применительно к различным типам инструментов, обстановке в странах, темах и целевых группах, а также о современном представлении специалистов и практических работников относительно роли систем социального обеспечения в более широком контексте экономического развития.



Всемирный банк, Группа развития человеческих ресурсов  
Отдел социальных программ, подразделение социальной защиты  
<http://www.worldbank.org/safetynets>

**Институт Всемирного Банка**

Повышение знания и обучение для более лучшего мира