

Научная статья

УДК 332.14; 338.001.36; 338.012

DOI: 10.36871/ek.up.p.r.2023.02.01.008

АНАЛИЗ СИСТЕМЫ ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КИТАЯ

Евгений Васильевич Соколов¹, Евгений Вячеславович Костырин², Хэ Пинпин³
^{1, 2, 3} *Московский государственный технический университет*
им. Н. Э. Баумана, Москва, Россия

Аннотация. В статье анализируется развитие системы медицинского страхования населения Китая с 1950 г. В работе показано, что Китай использует медицинские накопительные счета (МНС) в качестве ключевого элемента системы финансирования городского здравоохранения с 1994 г. Помимо специфики внедрения МНС в Китае, авторы настоящей статьи раскрывают преимущества МНС для работающих граждан, бизнеса и здоровья китайских граждан.

Ключевые слова: медицинские накопительные счета, система финансирования, Китай, здравоохранение, финансы

Для цитирования: Соколов Е. В., Костырин Е. В., Хэ Пинпин. Анализ системы финансирования здравоохранения Китая // Экономика и управление: проблемы, решения. 2023. № 2. Т. 1. С. 93–103; <https://doi.org/10.36871/ek.up.p.r.2023.02.01.008>

Original article

ANALYSIS OF CHINA'S HEALTHCARE FINANCING SYSTEM

Evgeny V. Sokolov¹, Evgeny V. Kostyrin², Pingping He³
^{1, 2, 3} *Bauman Moscow State Technical University,*
Moscow, Russia

Abstract. The article analyzes the development of the health insurance system of the Chinese population since 1950. The paper shows that China has been using medical savings accounts (MSA) as a key element of the urban healthcare financing system since 1994. In addition to the specifics of the introduction of MSA in China, it reveals the benefits of MSA for working citizens, business and the health of Chinese citizens.

Keywords: medical savings accounts, financing system, China, healthcare, finance

For citation: Sokolov E. V., Kostyrin E. V., He P. (2023) Analysis of China's healthcare financing system. *Ekonomika i upravlenie: problemy, resheniya*. Vol. 1. No. 2. Pp. 93–103 (In Russ.); <https://doi.org/10.36871/ek.up.p.r.2023.02.01.008>

Введение. Современная китайская система финансирования здравоохранения состоит из трех важных частей:

1. Система страхования городского работающего населения (англ. *UE BMI – Urban Employee Basic Medical Insurance*).

2. Система страхования городского неработающего населения, в том числе медицинское страхование детей и пенсионеров, проживающих в городах Китая (англ. *UR BMI – Urban Residents Basic Medical Insurance*).

© Соколов Е. В., Костырин Е. В., Хэ Пинпин, 2023

3. Обновленная система кооперативного медицинского страхования для сельской местности, в частности медицинское страхование детей и пенсионеров, проживающих в сельской местности Китая (англ. *NRCMS – New Rural Cooperative Medical Scheme*).

УЕ ВМІ характеризуется большим совокупным объемом фонда, большим количеством участников и длительным периодом развития. Эта система сыграла важную роль в обеспечении здоровья и безопасности работников в городах Китая. В процессе создания системы медицинского страхования работников, соответствующей национальным условиям Китая, УЕ ВМІ прошла через различные этапы, среди которых укрупненно можно выделить следующие: 1) период плановой экономики, 2) период создания современной системы медицинского страхования, 3) период стабильного развития и 4) период будущего развития.

Этап I. Система медицинского страхования в период плановой экономики (1951–1993 гг.) была разделена на простые категории, базирующиеся в основном на статусе застрахованного: медицинское обслуживание, финансируемое государством, для тех, кто находится в государственных учреждениях (англ. *Government Insurance System – GIS*), и медицинское страхование труда для тех, кто находится в статусе рабочего (англ. *Labour Insurance System – LIS*). В феврале 1951 г. Государственный совет ввел в действие на экспериментальной основе Положение Китайской Народной Республики (КНР) о страховании труда, которое было пересмотрено и введено в действие в 1953 г. Положение предусматривает, что штатные работники предприятий и ближайшие члены их семей имеют право на медицинское обслуживание по страхованию труда. Помимо стоимости дорогих лекарств и транспортных расходов, большую часть медицинских расходов покрывает компания. LIS – это вид медицинского страхования с высокими выплатами. В 1952 г. Государственный совет издал «Инструкцию о внедрении финансируемого государством медицинского обслуживания государственных служащих народных правительств, партий, групп и связанных с ними учреждений на всех уровнях по всей стране», тем самым установив GIS. GIS распространяется на сотрудников учреждений партийного, культурного, образовательного, медицинского и хозяйственного строительства и

военнослужащих всех уровней власти. Медицинские расходы оплачиваются государством на всех уровнях и почти полностью бесплатны для получателей медицинских услуг, что характерно для государственного медицинского страхования.

LIS и GIS относились к раннему периоду медицинского страхования работников в Китае. Однако с переходом Китая на рыночную экономику, в особенности в послереформенный период, постепенно проявились недостатки трудового страхования и медицинского обслуживания, финансируемого государством, с серьезным ростом медицинских расходов и отсутствием контроля и управления расходов. Таким образом, в системе финансирования здравоохранения Китая назрели реформы.

Этап II. В период создания современной системы медицинского страхования (1994–2009 гг.) Китай также значительно продвинулся в исследованиях существующих систем финансирования здравоохранения. **Был заимствован успешный опыт сингапурской системы медицинских накопительных счетов (МНС).** В 1994 г. Государственный совет выбрал два средних города – Чжэньцзян и Цзянси – для проведения пилотных реформ и изучения возможности создания системы медицинского страхования, сочетающей социальные интегрированные счета и индивидуальные счета [3], как показано на рисунке 1. В 1996 г. схема была распространена на 40 городов, что послужило хорошей основой для продвижения системы базового медицинского страхования по всей стране. **В 1998 г. на основе опыта объединения фондов базового медицинского страхования и МНС Государственный совет обнародовал «Постановление о создании системы базового медицинского страхования для городских работников»** [8]. Это решение ознаменовало создание системы страхования городского работающего населения УЕ ВМІ.

Этап III. Период стабильного развития (2009–2023 гг.) проходит на фоне международного экономического кризиса, вызванного кризисом субстандартной ипотеки в США в 2008 г., и его влияния на экономическое развитие Китая. Чтобы улучшить условия жизни людей и отреагировать на кризис, Китай поставил цель создать в 2009 г. всеобщую систему здравоохранения. «Закон о социальном страховании» был принят Постоянным комитетом Всекитайского собра-

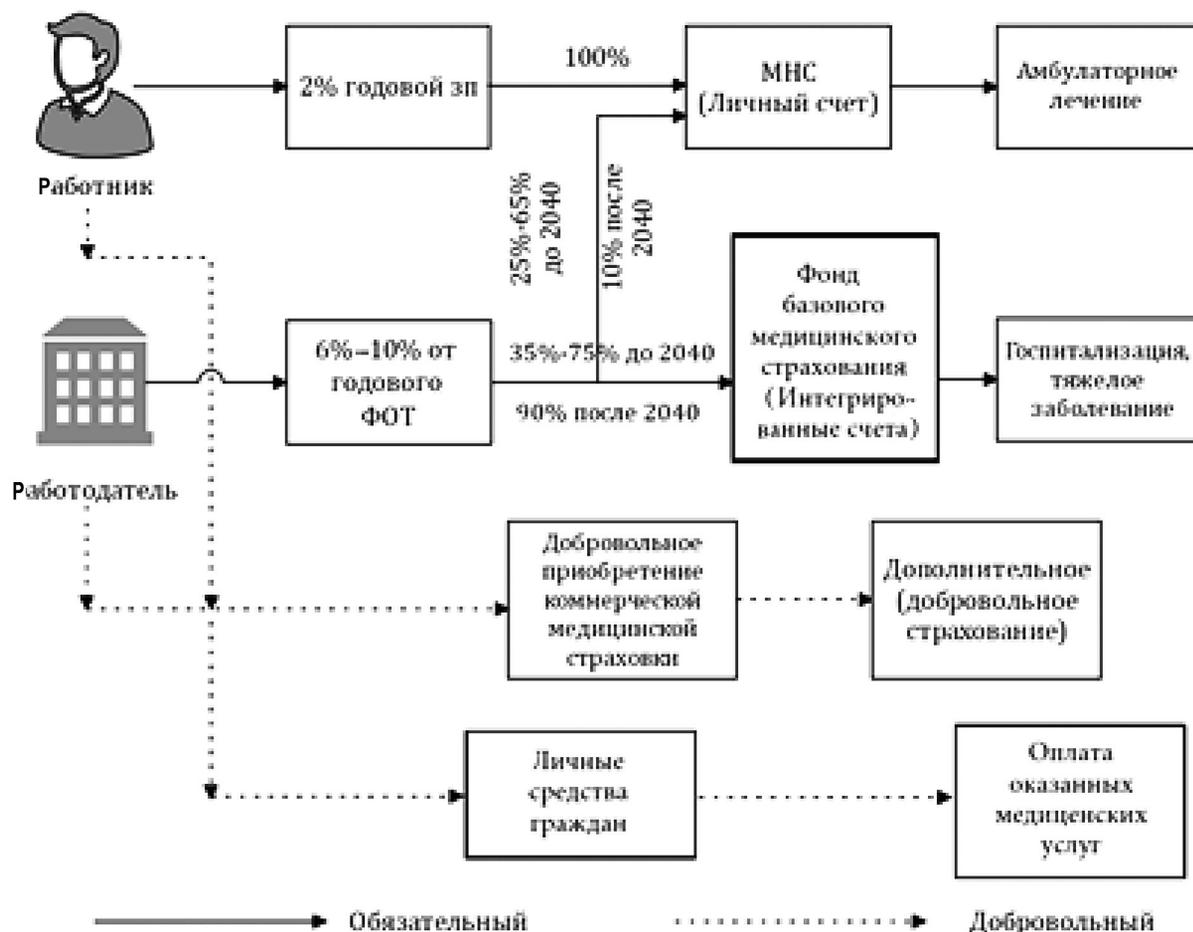


Рис. 1. Схема финансирования здравоохранения городского работающего населения Китая

ния народных представителей в октябре 2010 г. и введен в действие в 2011 г., стал регулировать новую систему социального обеспечения, создаваемую в Китае, которая основана на сочетании прав и обязанностей государства и граждан Китая, а в марте 2018 г. институциональная реформа Госсовета привела к созданию Национального управления безопасности здравоохранения (NHSA), что улучшило общую систему управления медицинским обеспечением граждан Китая [4; 16]. NHSA – правительственное учреждение уровня субминистра, непосредственно подчиняющееся Государственному Совету Китайской Народной Республики. NHSA в первую очередь контролирует государственную безопасность здравоохранения Китая, включая общий план медицинского страхования, страхование материнства и программы медицинской помощи [4; 16].

Этап IV. Период будущего развития (с 2023 г.). В 2021 г. Государственный совет опубликовал

14-й пятилетний план всеобщего медицинского обслуживания, в котором выделены следующие цели развития на период 2020–2025 гг.:

- 1) расширение сферы возмещения расходов на лекарства и расходные материалы;
- 2) реформирование цен на медицинские услуги;
- 3) внедрение многогранной и сложной системы оплаты медицинского страхования;
- 4) содействие развитию многоуровневой системы здравоохранения.

Система страхования городского работающего населения (UE ВМІ). Процесс развития UE ВМІ в Китае шел в ногу со временем и экономикой. Продолжительность жизни китайских граждан увеличилась с 70 лет в 1996 г. до 77,9 лет в 2022 г., то есть каждые три года продолжительность жизни в среднем увеличивалась на один год. К концу 2021 г. (последние официальные статистические данные) общий объем нацио-

нальных расходов на здравоохранение составил 7559,3 млрд юаней, из которых: государственные расходы на здравоохранение равны 2078,5 млрд юаней, что составляет 27,4%; социальные расходы (МНС, добровольное медицинское страхование, средства фонда базового медицинского страхования) на здравоохранение равны 3392,3 млрд юаней, что составляет 44,9%; личные расходы на здравоохранение – 2095,48 млрд юаней (27,7%). Общие расходы на здравоохранение на душу населения равны 5348,1 юаней, а отношение общих расходов на здравоохранение к валовому внутреннему продукту (ВВП) – 6,5%. Для сравнения: по данным Федеральной службы государственной статистики России по состоянию на 2020 г. доля государственных расходов на здравоохранение в ВВП России составляет 4,6% [7].

Число граждан Китая, участвующих в базовом медицинском страховании, включая UE BMI, UR BMI и NRCMS, по всей стране равно 1362,97 млн человек, при этом коэффициент участия остается стабильным на уровне более 95%. В 2021 г. общий доход национального фонда базового медицинского страхования составил 2872,7 млрд юаней, из которых 1900,3 млрд юаней пришлось на UE BMI – 66,1% от общего дохода. Общие расходы национального фонда базового медицинского страхования составили 2404,3 млрд юаней, а расходы на UE BMI равны 1474,6 млрд юаней – 61% от общих расходов. Таким образом, накопленный остаток на индивидуальных счетах UE BMI: $1900,3 - 1474,6 = 425,7$ млрд юаней. Структура доходов и расходов национального фонда базового медицинского страхования представлена в таблице 1 [6].

Таблица 1

Структура доходов и расходов национального фонда базового медицинского страхования в 2021 г.

Система финансирования здравоохранения	Доходы		Расходы		Остаток	
	млрд юаней	%	млрд юаней	%	млрд юаней	%
UE BMI (работающие граждане)	1900,3	66,1	1474,6	61	2943,8	81,4
UR BMI и NRCMS (неработающие граждане: дети и пенсионеры)	972,4	33,9	929,6	39	671,6	19,6
Итого	2872,7	100	2404,3	100	3615,6	100

Текущее развитие системы базового медицинского страхования работников в Китае является стабильным, а конкретный процесс финансирования и использования описан в следующих семи пунктах.

1. **Охват.** Все работодатели в городских районах, включая предприятия, учреждения, государственные учреждения, социальные группы, частные некоммерческие организации и их сотрудников, должны участвовать в базовом медицинском страховании.

2. **Ставки оплаты.** Страховые взносы по базовому медицинскому страхованию уплачиваются совместно работодателем и работником. Ставка взноса работодателя должна быть ограничена примерно 8% от фонда оплаты труда (ФОТ), в то время как ставка взноса работника обычно составляет 2% от ФОТ [11]. Однако в Китае ставки финансирования значительно различаются в зависимости от провинции. Это делается с учетом справедливости финансирования. Участники системы базового медицинского страхования

должны платить взносы в соответствии со своими возможностями и пользоваться льготами согласно своим реальным потребностям, а финансовое положение не должно влиять на получение необходимых медицинских услуг. Принцип **справедливого финансирования** воплощен в системе базового медицинского страхования в том смысле, что обязанность участников платить взносы должна быть связана с их доходом, что является общепринятым правилом финансирования базового медицинского страхования. На рис. 2 представлены ставки взносов работодателей в фонд базового медицинского страхования и размеры валового регионального продукта на душу населения в юанях по провинциям КНР. Из рисунка 2 видно, что коэффициенты дифференцированных взносов в Китае связаны с размером валового регионального продукта (ВРП), приходящегося на душу населения. Основное правило заключается в том, что провинции или города с более высоким ВРП на душу населения, например Пекин и Шанхай, платят и более высокий процент. Ко-

нечно, есть и исключения, такие как провинции Гуандун, Тибет и Ганьсу. Это связано с тем, что в провинции Гуандун отношение остатка средств

на финансирование здравоохранения к годовым поступлениям превышает 20%, а в провинциях Тибет и Ганьсу остаток отрицательный.

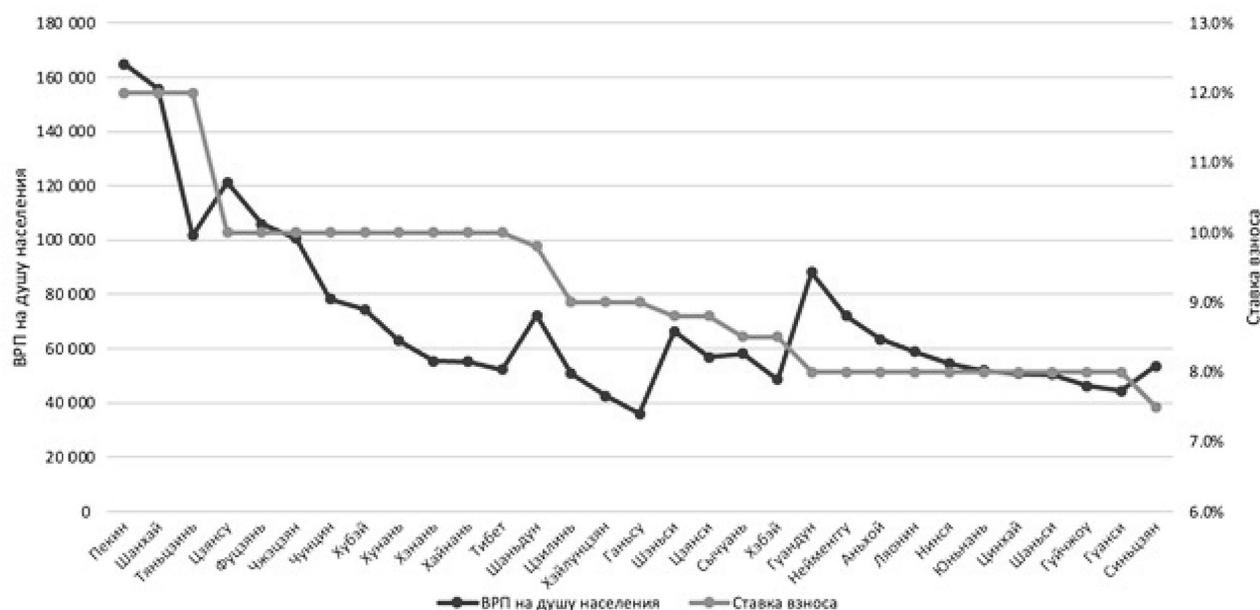


Рис. 2. Ставки взносов работодателей в фонд базового медицинского страхования и размеры валового регионального продукта на душу населения в юнях по провинциям КНР

3. **Дифференциация счетов.** Базовое медицинское страхование представляет собой сочетание обязательного фонда базового медицинского страхования и МНС. Страховые взносы на базовое медицинское страхование, уплачиваемые работодателем, делятся на две части, одна из которых направляется в обязательный фонд базового медицинского страхования, а другая поступает на МНС (см. рис. 1). Доля взноса на МНС обычно составляет около 30% от взноса работодателя [2].

4. **Фондовые платежи.** Остаток на МНС указывается на карте медицинского страхования и может быть использован для приобретения лекарств в определенных аптеках, оплаты амбулаторных расходов и личной части расходов на стационарное лечение. Средства фонда базового медицинского страхования используются для оплаты случаев госпитализации. При этом, как показано в табл. 2, возмещение расходов граждан Китая в системе UE VMI на стационарное обслуживание из средств фонда базового медицинского страхования ограничено минимальным и максимальным размерами в зависимости от типа пациента и категории стационара. Минимальное значение

составляет около 10% среднегодовой зарплаты работников провинции, а максимальный предел выплат эквивалентен примерно четырехкратному превышению среднегодовой зарплаты работников провинции. Это означает, что пациент, расходы которого за один случай госпитализации не превысили 10% среднегодовой зарплаты работников провинции (для Пекина эта величина составляет 1300 юаней, или примерно 13 000 руб., см. табл. 2), должен оплатить лечение из средств МНС. В случае если средств на индивидуальном счете МНС недостаточно, такие стационарные медицинские услуги должны быть покрыты из средств добровольного медицинского страхования (ДМС) или из личных средств граждан, как показано на рис. 1. То же самое относится и к расходам гражданина, которые превышают более чем в четыре раза среднегодовую зарплату работников провинции. В этом случае размер превышения покрывается за счет средств МНС, ДМС или личных средств граждан. Стоит также обратить внимание на то, что и в пределах указанного диапазона расходов, от 10% среднегодовой заработной платы до ее четырехкратного превышения, из фонда базового

медицинского страхования покрываются не все расходы, а только часть. Процент возмещения расходов в разных провинциях и для разных категорий больниц варьируется на уровне примерно 80%

[15]. Для Пекина ставки возмещения представлены в таблице 2. Невозмещаемые расходы застрахованный оплачивает из средств МНС, ДМС или своих личных средств.

Таблица 2

Возмещение расходов в иерархической системе лечения UE ВМІ (стандарты Пекина)

Категория амбулаторных пациентов	Тип участника		Максимальная сумма возмещения за год, юань	Ставки возмещения		
	Работающий гражданин	Пенсионер		Общественные больницы, %	Комплексные больницы, %	
	Работающий гражданин		20 000	90	70	
	Пенсионер	До 70 лет			85	
		Старше 70 лет			90	
Категория стационара	Тип участника	Минимальная сумма за один случай госпитализации, юань	Максимальная сумма за один случай госпитализации	Ставки возмещения		
				Больница 1-го уровня (маленькая), %	Больница 2-го уровня (средняя), %	Больница 3-го уровня (большая), %
	Работающий	1300	4 x (среднегодовой ФОТ в провинции)	95	92	90
	Пенсионер	1300	4 x (среднегодовой ФОТ в провинции)	98	97,6	97

5. Процесс оплаты. Если участник базового медицинского страхования заболел, то он (она) может обратиться непосредственно в местное медицинское учреждение со своей медицинской страховкой и картой безналичной оплаты оказанных медицинских услуг. На рисунке 3 показана блок-схема использования пациентами своей медицинской страховки. Застрахованные пациенты выбирают различные виды лечения в зависимости от степени заболевания. Различные варианты лечения также имеют соответствующие ставки

возмещения, конкретные значения которых для Пекина приведены в таблице 2.

Этот процесс отражает иерархическую систему лечения в Китае, которая направлена на рациональное распределение медицинских ресурсов. Каждому рекомендуется следовать своим потребностям в лечении.

Если вы переезжаете в другой город или потеряли карточку медицинского страхования, сначала медицинские расходы покрываете вы сами, а затем возмещаете их через муниципальную

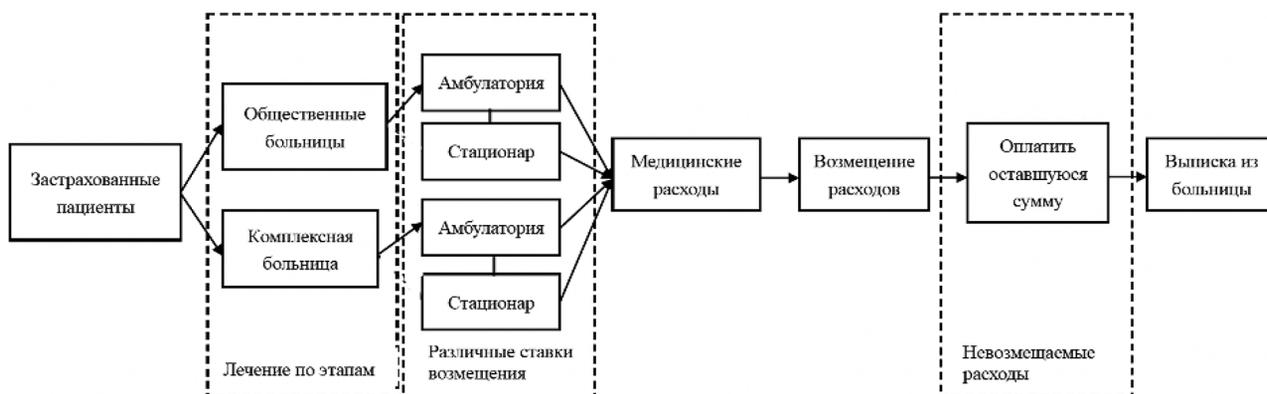


Рис. 3. Блок-схема использования пациентами своей медицинской страховки

службу здравоохранения, имея при себе все необходимые документы после лечения.

Как следует из данных, представленных на рисунке 3 и в таблице 2, застрахованный пациент в случае возникновения потребности в медицинской помощи может обратиться либо в общественную больницу, более доступную для граждан с невысокими доходами, либо в комплексную больницу, более комфортную, но с более высокими ценами на медицинские услуги. Следует отметить, что ставки возмещения за оказанные медицинские услуги в общественных и комплексных больницах существенно отличаются. Так, ставка возмещения для амбулаторной медицинской помощи, оказанной в общественной больнице, равна 90%, то есть пациенту на его медицинский счет возвращается 90% оплаченной им авансом со своего медицинского счета стоимости оказанных услуг, а 10% оплачивается им из своих личных средств, что вместе с максимальной суммой возмещения за год, равной 20 000 юаней (см. табл. 2) выступает *фактором сдерживания избыточного потребления медицинских услуг и стимулом к ведению здорового образа жизни*.

Для комплексных больниц при оказании амбулаторных медицинских услуг ставки возмещения ниже и составляют (табл. 2): для работающих граждан – 70%, для пенсионеров до 70 лет – 85% и для пенсионеров старше 70 лет – 90%. Таким образом, ставка возмещения для пенсионеров старше 70 лет в общественных и комплексных больницах одинаковая, но в комплексных больницах выше цены на медицинские услуги.

Граждане Китая, подпадающие под базовое медицинское страхование (UE BMI, UR BMI, NRCMS), имеют право на государственные медицинские субсидии, а те, *кто не участвует или прекращает платить, несут ответственность за свои медицинские расходы самостоятельно* [9].

Если пациент *пользуется медицинской страховкой работника (UE BMI)* и у него нет средств, накопленных на индивидуальном счете, то пациент должен будет *оплачивать амбулаторные расходы из собственных средств, но на часть возмещения расходов в стационарных условиях это не повлияет*. Если пациент пользуется медицинским страхованием для *неработающих (UR BMI, NRCMS)*, то у него *отменен индивидуальный счет* и он имеет только интегрированный счет [9]. В каждом регионе

Китая действуют разные ставки возмещения расходов (как амбулаторных, так и стационарных).

В Китае амбулатории и стационары представляют собой единый комплекс. Как правило, амбулатории находятся при больницах и связаны с ними структурно и функционально. Поэтому врач направляет пациента в стационар только в случае экстренной госпитализации, во всех остальных ситуациях пациент сначала попадает в амбулаторию и лишь затем при необходимости по направлению врача поступает в стационар. Естественно, не все случаи требуют госпитализации, поэтому лечение пациента может ограничиваться только амбулаторными медицинскими услугами, что и показано на рисунке 3.

При необходимости стационарного лечения ставки возмещения, как и при амбулаторном лечении, зависят от типа пациента и категории стационара (см. табл. 3). При этом существуют нижняя и верхняя границы возмещения. Минимальная сумма за один случай госпитализации должна составлять не менее 1300 юаней (примерно 13 000 руб.) и не должна превышать четырех среднегодовых ФОТ для соответствующей провинции. *Это стимулирует врачей к снижению уровня необоснованных госпитализаций и более широкому использованию менее затратной по сравнению со стационарами амбулаторной помощи*.

В системе здравоохранения Китая классификация больниц представляет собой 3-уровневую систему в соответствии с указаниями Министерством здравоохранения КНР [14]. Больницы в Китае классифицируются с 2008 г. в системе, которая признает способность больницы оказывать медицинскую помощь, обеспечивать непрерывное медицинское образование и проводить медицинские исследования. Больницы делятся на первичные, вторичные и третичные (первого, второго и третьего уровня) [1].

Больница первого уровня – это, как правило, городская больница, имеющая менее 100 коек. В ее задачи входит оказание профилактической помощи, минимального медицинского обслуживания и реабилитационных услуг. Больница первого уровня – общественная больница, которая имеет самые низкие цены.

Больница второго уровня – это больница, которая, как правило, связана с городом, округом или районом среднего размера и содержит более 100 коек, но менее 500. Она отвечает за предо-

ставление комплексных медицинских услуг, а также за медицинское образование и проведение исследований на региональной основе. Больница второго уровня похожа на региональную больницу или районную больницу, если проводить аналогию с больницами России.

Больницы третьего уровня – это многопрофильные специализированные больницы общего профиля городского, провинциального или национального уровня с числом койко-мест, превышающим 500. Они отвечают за предоставление специализированных медицинских услуг, играют большую роль в медицинском образовании и научных исследованиях и служат медицинскими центрами, оказывающими помощь во многих регионах. Больница третьего уровня подобна краевой, областной или республиканской больнице в России.

Далее, исходя из уровня обслуживания, размера, уровня медицинского оборудования, управления и качества медицинской помощи, названные три уровня больниц подразделяются на следующие три вспомогательных уровня: А, В и С. В результате получается в общей сложности 9 уровней. Кроме того, один специальный уровень (ЗААА) зарезервирован для наиболее специализированных больниц, хотя ни одна больница еще не была переведена на этот уровень [14]. Следовательно, описанная система классификации больниц имеет 3 класса и 10 уровней.

С 2015 г. Национальная комиссия по здравоохранению и планированию семьи Министерства здравоохранения КНР использует термины «общественная больница» и «комплексная больница» (больница высшего уровня) при описании больничного планирования (см. табл. 2) [14].

Из таблицы 2 видно, что в зависимости от уровня больницы и категории пациента (работающий или пенсионер) используются различные ставки возмещения. Самая низкая ставка возмещения (90%) применяется для работающих граждан Китая, стационарная помощь которым оказана в больнице третьего уровня, а самая высокая ставка возмещения (98%) предусмотрена для пенсионеров, которым оказана стационарная помощь в больнице первого уровня.

6. Управление фондом. Фонд базового медицинского страхования должен быть включен в управление специальным финансовым счетом, интегрированным счетом, как показано на рисунке 1, и специальные средства должны быть

выделены на него и не должны быть уменьшены и незаконно присвоены. Национальное управление безопасностью здравоохранения отвечает за сбор, управление и выплату средств фонда базового медицинского страхования, создает и совершенствует систему бюджета и итоговой отчетности, систему финансового учета и систему внутреннего аудита.

7. Скорая медицинская помощь. Вызов скорой медицинской помощи в Китае осуществляется только на платной основе. Согласно закону цена на данную услугу составляет во всем Китае 150 юаней – за первую доврачебную помощь (минимальный размер платы за услуги скорой медицинской помощи); 10 юаней (в пределах 3 км), далее 2 юаня за каждый километр расстояния до больницы; 100 юаней за человека – за спасение при сердечно-легочной реанимации; 50 юаней за человека – за спасение после кровотечения (в том числе материалы и оборудование, за исключением специальных гемостатических материалов). Стоимость использованного лекарства рассчитывается отдельно в соответствии с его ценой. Цена может варьироваться в зависимости от машины скорой медицинской помощи. В случае отказа перевозки по собственным причинам на машине скорой медицинской помощи, которая уже прибыла на место происшествия, взимается плата в размере 50 юаней за использование машины.

Заключение. Из вышеизложенного следует, что медицинское страхование городских работников в Китае как важная часть национальной системы базового медицинского страхования использует МНС в системе индивидуальных счетов медицинского страхования городских работников Китая. Накопленный остаток на индивидуальных счетах медицинского страхования работников за период с 1998 по 2021 г. равен 1175,3 млрд юаней; накопленный остаток на интегрированном счете составляет 1768,5 млрд юаней. В сумме получается 2943,8 млрд юаней, или 81,4% накопленных средств национального фонда базового медицинского страхования по состоянию на 2021 г., что указано в таблице 1. **Такой огромный профицит средств на индивидуальных счетах медицинского страхования работников и на интегрированном счете привел к тому, что на Четвертой сессии Тринадцатого Всекитайского собрания народных представителей в 2021 г. было при-**

нято решение установить минимальный период внесения взносов на финансирование здравоохранения Китая, который составляет 25 лет для мужчин и 20 лет для женщин [14]. Это позволит китайским предприятиям в будущем значительно сократить себестоимость производимой продукции, товаров, работ, услуг [10]. А поскольку средства на МНС размещаются в Промышленно-коммерческом банке (аналог российского «Сбербанка»), Китай обладает огромными долгосрочными дешевыми финансовыми ресурсами для развития своей экономики. С 2020 г., чтобы стимулировать граждан серьезно относиться к своему личному здоровью и не тратить средства медицинского страхования впустую, введена семейная солидарность, и индивидуальные счета работников могут быть использованы для медицинских расходов членов семьи.

Отметим следующие преимущества китайской системы финансирования здравоохранения, основанной на МНС [5]:

- **Граждане активны в поддержании своего здоровья.** Поскольку оставшиеся страховые взносы являются личной собственностью граждан, передаются по наследству и на них начисляются проценты для хранения с целью последующих медицинских расходов, граждане сознательно относятся к улучшению своего здоровья. И в недавно объявленном плане оптимизации медицинского страхования было решено ввести семейный план совместного ведения экономики [14]. Остаток средств на индивидуальном счете может быть использован для оплаты медицинских расходов, понесенных супругом, родителями и детьми застрахованного лица в связи с лечением в специально отведенных медицинских учреждениях. Это в значительной степени мотивирует граждан уделять внимание своему физическому здоровью в отношении не только себя, но и своих семей.

- **Коммерческая конкуренция между медицинскими организациями.** Поскольку пациенты самостоятельны в выборе медицинской организации при возникновении потребности в медицинском обслуживании, деньги за лечение поступают из фонда базового медицинского страхования, индивидуального счета МНС, ДМС и личных средств граждан напрямую в больницу (амбулаторию), у медицинских организаций появляется стимул снижать стоимость лечения

и повышать качество обслуживания, чтобы привлечь пациентов к осознанному выбору больницы или амбулатории для своего медицинского обслуживания, что создает здоровую конкуренцию в здравоохранении Китая.

Список источников

1. Дегтярь Л. С., Шестакова Е. Е. Социальное страхование КНР на этапе преобразований // Россия и современный мир. 2016. № 3 (92). С. 198–208.
2. Документ Государственного совета «Ответ Государственного управления медицинской безопасности на рекомендацию № 8205 третьей сессии Тринадцатого Всекитайского собрания народных представителей». Письмо о медицинской безопасности [2020] № 39.
3. Документ Государственного совета «Утверждение пилотной программы реформы системы медицинского обеспечения работников в городе Чжэньцзян провинции Цзянсу и городе Цзюцзян провинции Цзянси». Государственное письмо [1994] № 116. URL: http://www.gov.cn/zhengce/content/2010-12/29/content_6461.htm.
4. Китай создаст государственное управление медицинского обеспечения. Синьхуа Новости. 2018. URL: http://russian.news.cn/2018-03/13/c_137036648.htm.
5. Костырин Е. В., Хэ П. Сравнительный анализ систем финансирования здравоохранения Китая и России // Экономика и предпринимательство. 2021. № 9 (134). С. 239–246.
6. Китайский статистический ежегодник – 2021. Национальное бюро статистики Китая, 2021.
7. Официальный сайт Федеральной службы государственной статистики России. URL: <https://rosstat.gov.ru/>.
8. Решение Государственного совета о создании базовой системы медицинского страхования для городских работников (Guo Fa [1998] № 44). URL: http://www.gov.cn/ban-shi/2005-08/04/content_20256.htm.
9. Руководство по созданию механизма защиты амбулаторных соплатежей в рамках базового медицинского страхования работников. URL: http://www.gov.cn/zhengce/content/2021-04/22/content_5601280.htm.
10. Симонян Г. А. Экономическая политика Китая в свете решений 4-й сессии ВСНП 13-го

- созыва // Современная научная мысль. 2021. № 2. С. 169–175. DOI: 10.24412/2308-264X-2021-2-169-175
11. Ставки взносов медицинского страхования на 2021 год для города Сяньян, провинция Хэбэй // Официальный сайт Национального бюро здравоохранения Китая. URL: http://ybj.hubei.gov.cn/bmdt/ztzl/2021/ybzckpzl/xys/cbjf_xys/202109/t20210930_3790232.shtml.
 12. Сюй Хунбо. Проблемы в системе китайского здравоохранения // Молодой ученый. 2020. № 28 (318). С. 59–61. URL: <https://moluch.ru/archive/318/72571/>.
 13. Хэ П. Управление развитием крупномасштабных систем здравоохранения Китая и России с использованием прогностической Грей-модели и модели авторегрессионной зависимости / Труды Пятнадцатой международной конференции / Под общ. ред. С. Н. Васильева, А. Д. Цвиркуна. М., 2022. С. 1361–1372.
 14. Четвертая сессия Тринадцатого Всекитайского собрания народных представителей, «Предложение № 1702», Письмо о медицинском страховании [2021] № 140.
 15. Feng Z., Lv S. N. Влияние стартовой линии медицинского страхования на использование медицинских услуг и расходы на здравоохранение // Страховые исследования. 2021. № 3. С. 99–111.
 16. National Healthcare Security Administration. *Wikipedia The Free Encyclopedia*. Available at: https://en.wikipedia.org/wiki/National_Healthcare_Security_Administration.
 17. Zhu K., Zhang L., Yuan S. et al. (2017) Health financing and integration of urban and rural residents' basic medical insurance systems in China. *International Journal for Equity in Health*, No. 16, Article number 194 (2017). DOI: <https://doi.org/10.1186/s12939-017-0690-z>
3. (1994) Document of the State Council «Approval of the pilot program for the reform of the health care system for workers in Zhenjiang City, Jiangsu Province and Jiujiang City, Jiangxi Province.» Letter of State [1994] No. 116. (In Russ.). Available at: http://www.gov.cn/zhengce/content/2010-12/29/content_6461.htm.
 4. (2018) China will set up a national health care administration. Xinhua News. (In Russ.). Available at: http://russian.news.cn/2018-03/13/c_137036648.htm.
 5. Kostyrin E. V., He P. (2021) Comparative analysis of healthcare financing systems in China and Russia. *Ekonomika i predprinimatel'stvo*, no. 9 (134), pp. 239–246. (In Russ.).
 6. (2021) Chinese Statistical Yearbook 2021. National Bureau of Statistics of China. (In Russ.).
 7. Official website of the Federal State Statistics Service of Russia. (In Russ.). Available at: <https://rosstat.gov.ru/>.
 8. (1998) Decision of the State Council to establish a basic health insurance system for urban workers (Guo Fa [1998] No. 44). (In Russ.). Available at: http://www.gov.cn/banshi/2005-08/04/content_20256.htm.
 9. Guidance on establishing a mechanism to protect outpatient co-payments under workers' basic health insurance. (In Russ.). Available at: http://www.gov.cn/zhengce/content/2021-04/22/content_5601280.htm.
 10. Simonyan G. A. (2021) Economic policy of China in the light of decisions of the 4th session of the NPC of the 13th convocation. *Sovremennaya nauchnaya mysl'*, no. 2, pp. 169–175. (In Russ.). DOI: 10.24412/2308-264X-2021-2-169-175
 11. Health insurance premium rates for 2021 for Xiangyang City, Hebei Province. *Official website of the National Bureau of Health of China*. (In Russ.). Available at: http://ybj.hubei.gov.cn/bmdt/ztzl/2021/ybzckpzl/xys/cbjf_xys/202109/t20210930_3790232.shtml.
 12. Xu Hongbo (2020) Problems in the Chinese healthcare system. *Molodoy uchenyy*, no. 28 (318), pp. 59–61. (In Russ.). Available at: <https://moluch.ru/archive/318/72571/>.
 13. He P. (2022) Managing the development of large-scale healthcare systems in China and Russia using a predictive Gray model and an autoregressive dependence model. *Proceedings of the Fifteenth International*

References

1. Degtyar L. S., Shestakova E. E. (2016) Social insurance of China at the stage of transformation. *Rossiya i sovremennyy mir*, no. 3 (92), pp. 198–208. (In Russ.).
2. (2020) Document of the State Council «Response of the State Administration for Medical Safety to Recommendation No. 8205 of the Third Session of the Thirteenth National People's Congress.» *Medical Safety Letter* [2020] No. 39. (In Russ.).

- Conference*. Under the general editorship of S. N. Vasiliev, A. D. Tsvirkun. Moscow, pp. 1361–1372. (In Russ.).
14. (2021) Fourth Session of the Thirteenth National People's Congress, «Proposal No. 1702», *Health Insurance Letter* [2021] No. 140. (In Russ.).
 15. Feng Z., Lv S. N. (2021) Influence of the starting line of health insurance on the use of medical services and health care costs. *Strakhovyye issledovaniya*, no. 3, pp. 99–111. (In Russ.).
 16. National Healthcare Security Administration. *Wikipedia The Free Encyclopedia*. Available at: https://en.wikipedia.org/wiki/National_Healthcare_Security_Administration.
 17. Zhu K., Zhang L., Yuan S. et al. (2017) Health financing and integration of urban and rural residents' basic medical insurance systems in China. *International Journal for Equity in Health*, No. 16, Article number 194 (2017). DOI: <https://doi.org/10.1186/s12939-017-0690-z>

Информация об авторах

- Е. В. СОКОЛОВ, доктор технических наук, профессор, заведующий кафедрой ИБМ5 «Финансы».
- Е. В. КОСТЫРИН, доктор экономических наук, профессор кафедры ИБМ5 «Финансы».
- П. ХЭ, аспирантка кафедры ИБМ5 «Финансы».

Information about the author(s)

- E. V. SOKOLOV, Doctor of Technical Sciences, Head of the Department, Sub-faculty of Finance of Engineering Business and Management Faculty (EBM5).
- E. V. KOSTYRIN, Doctor of Economic Sciences, Professor, Sub-faculty of Finance of Engineering Business and Management Faculty (EBM5).
- P. HE, Postgraduate Student, Sub-faculty of Finance of Engineering Business and Management faculty (EBM5).

Вклад авторов: все авторы сделали эквивалентный вклад в подготовку публикации.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Contribution of the authors: the authors contributed equally to this article.

The authors declare no conflicts of interests.

Статья поступила в редакцию 16.01.2023; одобрена после рецензирования 16.02.2023; принята к публикации 17.02.2023.

The article was submitted 16.01.2023; approved after reviewing 16.02.2023; accepted for publication 17.02.2023.