УДК 331.215.3

**Развитие систем финансирования здравоохранения в Китае.**

Development of health financing systems in China.

**Соколов Евгений Васильевич**

Д-р техн. наук, профессор, заведующий кафедрой «Финансы» МГТУ им. Н.Э. Баумана. Область научных интересов: управление финансами предприятий и организаций, банковское дело, экономико-математическое моделирование. E-mail: [ibm5-moskwa@rambler.ru](mailto:ibm5-moskwa@rambler.ru)

**Гречкин Дмитрий Александрович**

Аспирант кафедры «Финансы» МГТУ им. Н.Э. Баумана. Область научных интересов: модели управления финансированием в здравоохранении, информационные технологии в медицине. E-mail: ibm5-moskwa@rambler.ru

**Аннотация.**

В статье раскрыто во времени, начиная с 1950 года развитие системы финансирования здравоохранения Китая. Показано, что начиная с 1994 г. Китай в качестве основного элемента системы финансирования здравоохранения в городах использует медицинские накопительные счета (МНС). Раскрыты преимущества МНС для работающих граждан, предприятий и экономики Китая.

**Annotation.**      The article reveals in time, since 1950, the developed system of financing of health care in China. It has been shown that since 1994, China has been using medical accumulation accounts (MNF) as the main element of the system of financing health care in cities. The advantages of MNS for working citizens, enterprises and the economy of China are disclosed.

**Ключевые слова:** медицинские накопительные счета (МНС), система финансирования Китая, здравоохранение, финансы.

**Key words:** medical savings accounts (MNS), China's financing system, healthcare, finance.

Китай уже много лет является лабораторией для тестирования моделей финансирования здравоохранения. Столкнувшись с быстрой инфляцией затрат на здравоохранение и растущим незастрахованным населением, Китай экспериментировал с оригинальной схемой, разработанной по образцу сингапурской, базирующейся на медицинских накопительных счетах (МНС), о которой было подробно описано в статье «Система финансирования здравоохранения в Сингапуре» [2], но с серьезными изменениями. В свою очередь и Сингапурская, и Китайская модели опирались на предложения, которые были разработаны в США в 70-е годы. Реформы в Китае были разработаны в 1993 году и проведены в декабре 1994 года.

Китай является одной из крупнейших экономик мира. Реальный ВВП на душу населения по паритету покупательной способности (ППС) в Китае в 2017 году составил 18110 долл. и расположился на 73 месте. Для сравнения ВВП (ППС) на душу населения в России составил 29 267 долл. и 49 место [4].

Продолжительность жизни в 2016 году в Китае – 75 лет (муж) и 78(жен). Общие расходы на здравоохранение на душу населения (2014) – 731 долл. США. Общие расходы на здравоохранение в % от ВВП (данные 2014 года) – 5,5%. Общее население 1 390 080 000, сельское население в Китае в 2017 году составило 576 610 000 (41,5%), что на 13 млн меньше, чем в 2016 году (589 млн ). [3] В настоящее время в состав КНР входят 33 территориальных образования верхнего уровня.

До начала 20 века в Китае существовала лишь Традиционная китайская медицина. В 1949 году коммунистическая партия Китая начала проводить реформу здравоохранения под названием «Патриотическая компания по здравоохранению».

Надо отметить, что подход к обеспечению медицинской помощью в КНР сильно варьировался для городского и сельского населения.

**Сельское население.** С 1950-х гг. медицинское обслуживание для сельского населения обеспечивалось за счет кооперации на уровне сельской общины. Просвещение и базовые медицинские услуги обеспечивались «Босоногими докторами» («Barefoot doctors»). «Босоногими докторами» были фермеры, которые получили минимальное медицинское обучение и оказывали услуги в сельской местности. В течение 1960-х и 1970-х годов правительство Китая поощряло создание «сельских кооперативных медицинских систем» (RCMS) для обеспечения доступа к базовому медицинскому обслуживанию среди сельского населения. В начале 1980-х годов произошел перерыв в развитии RCMS в результате рыночных экономических реформ. Эти реформы включали переход от коммунальной к производственной системе домашних хозяйств. В результате коллективный способ финансирования сельского здравоохранения был более или менее заброшен. Однако правительство Китайской Народной Республики осознало необходимость обеспечения социальной защиты. В марте 1994 года правительство инициировало проект по восстановлению RCMS. Этот проект был реализован на экспериментальной основе в 14 округах и 7 провинциях. [5]

**Городское население.** В 1950–1970 гг. в КНР для городского населения были реализованы две системы медицинского страхования:

1) с 1951 г. для населения, занятого на государственных предприятиях *(Labour Insurance System – LIS), которая* финансировалась за счет прибыли предприятия до налогообложения.

2) с 1962 года для государственных служащих, инвалидов-ветеранов, преподавателей и студентов высших учебных заведении *(Government Insurance System – GIS*) ., финансировалась за счет государственного бюджета.

В обоих случаях медицинская помощь пенсионерам и лицам, находящимся на иждивении застрахованных оплачивалась из данных систем. А те, кто не входил ни в одну программу, вынуждены были оплачивать расходы из личных средств.

После перехода 1978 году к рыночной экономике и роспуску сельских общин существовавшие системы начали испытывать кризис, так как ранее государство в значительной степени субсидировала медицинские расходы и устанавливало заниженные цены. [1]

Каждый год предприятия должны были выделять 11–14% от общего фонда заработной платы для финансирования расходов на здравоохранение, понесенных в рамках LIS. [7]

По GIS и LIS застрахованные получали в основном бесплатные амбулаторные и стационарные медицинские услуги, за исключением иждивенцев, которым возмещалась половина их расходов и сотрудников крупных предприятий с собственными больницами и клиниками. Застрахованные в GIS и LIS обращались за медицинскими услугами в государственные больницы, которые финансировались из бюджета в соответствии с установленным правительством графиком оплаты.

Во время культурной революции в 1960-х годах правительство Китая пыталось улучшить доступ, взимая цены за посещения и пребывание в больницах ниже себестоимости, чтобы сделать услуги доступными даже для бедных фермеров. Эта традиция продолжалась и после перехода Китая к рыночной экономике в 1987 году. Однако в результате экономической реформы государственная субсидия постепенно была уменьшена с полной до той, которая покрывали только базовую заработную плату персонала и новые капитальные вложения, которые составляли примерно 10–20% расходов больницы [7]. Чтобы позволить больницам получать оставшиеся доходы, цены на новые услуги, особенно на медицинскую диагностику и фармацевтику, сильно выросли и позволили перекрыть расходы традиционных услуг, стоимость которых ниже себестоимости. Больницы и поликлиники стали злоупотреблять назначением дорогостоящих диагностических тестов и дорогостоящих импортных лекарств, а не отечественных с аналогичной эффективностью. Кроме того из-за необходимости в дорогостоящем диагностическом оборудовании, больницы часто вынуждали персонал одалживать им средства, что превращает всех сотрудников в держателей облигаций. Облигации обеспечены оборудованием, и погашение облигаций зависит от дохода, полученного от использования оборудования. Это добавляет стимулы для поставщиков услуг назначать диагностические процедуры. Между 1978 и 1986 годами расходы на LIS росли в годовом исчислении на 11 процентов в реальном выражении и ускорились до 13 процентов в период с 1986 по 1993 года, когда ВВП рос на 9,8 процента (1978–1993 годы). Расходы на GIS росли еще быстрее - с 14 процентов в 1978-1986 годах до 16 процентов в 1986-1993 годах. К 1993 году, хотя эти две программы охватывали только 14 процентов от общей численности населения, на них приходилось 36 процентов общих расходов на здравоохранение и почти три четверти государственных расходов на здравоохранение. Хотя национальные расходы на здравоохранение на душу населения в 1993 году составляли 110 юаней (1 доллар США равен приблизительно 8 юаням), расходы на здравоохранение на душу населения для получателей GIS и LIS составляли 400 юаней и 250 юаней соответственно. [7]

Быстрая эскалация расходов на здравоохранение в городских районах Китая отчасти привела к финансовому кризису как в GIS, так и в LIS. Расходы на GIS как часть государственного бюджета на здравоохранение увеличился с 14 процентов в 1978 году до 16 процентов в 1983 году и до 30 процентов в 1993 году. Средства 11 процентов предприятий, выделяемые на медицинские расходы, существенно сокращали прибыль и ограничивали ресурсы, которые были доступны для других служб социального обеспечения, таких как пенсии, и для реинвестирования в развитие.

Проблема усугублялась еще и отсутствием объединения рисков между предприятиями и местными правительствами. Каждая организация самостоятельно страховала своих сотрудников. Многие государственные предприятия, испытывающие дефицит, не могли возместить счета за медицинские услуги своих сотрудников. В результате рабочие оказались фактически без страховки. Обследования, проведенные в 1992 и 1993 годах, показали, что треть работников государственных предприятий не получали оплачиваемой медицинской помощи.

В итоге к 1998-1999 годам доля застрахованных среди всего населения Китая составляла 7 %, а среди городского населения– 38 *%.* Поэтому правительство Китая инициировала реформы для исправления данной ситуации. [7].

**Реформы.** Китай преследовал две основные цели по реформированию схемы финансирования здравоохранения для своего городского населения: сдерживание расходов и обеспечение того, чтобы работникам обанкротившихся предприятий компенсировались их медицинские расходы.

В итоге были запущены 3 системы:

1. Система страхования городского работающего населения (Urban Employee Basic Medical Insurance (UE BMI); c 1994 r. – пилотныи проект, с 1999 г. – распространение на всю территорию страны), призванная заместить GIS и LIS; МНС используются только в данной схеме для сдерживания роста расходов на здравоохранения.
2. Система страхования городского неработающего населения (Urban Residents – Basic Medical Insurance (UR BMI), c 2007 r.) финансируемая из бюджета.
3. Обновленная система кооперативного медицинского страхования для сельскои местности (*New Rural Cooperative Medical Scheme (NRCMS),* c 2003 г. пилотныи проект, с 2007 г. – распространение на всю территорию страны) [1].

**Система страхования городского работающего населения (*Urban Employee Basic Medical Insurance (UE BMI)***  была запущена в качестве пилота в 1994 г. в двух городах Чжэньцзяне и Цзюцзяне общей численностью 5 млн. человек, а с 1995 была распространена уже на 58 городов.

А с 1998 г. система была распространена на всю территорию страны решением Госсовета КНР «О создании системы базового медицинского страхования работников в городской местности» [1]. Вопрос об участии в данной системе самозанятого населения решается на уровне муниципалитетов.

В каждом городе создается Бюро социального страхования(SIB), которое может выступать в качестве группового покупателя услуг, чтобы договариваться о ценах и качестве услуг с поставщиками медицинских услуг. Оно же осуществляет непосредственное управление средствами сберегательных счетов и страхового фонда.

Также создан фонд социального страхования (SRPF), который объединяет риски. Средства МНС хранятся на низкопроцентном счете (4%) в Промышленно-коммерческом банке Китая (крупнейший банк Китая, аналог Сбербанка).[7]

Схема финансирования городского работающего населения приведена на рис.1.

*Urban Employee Basic Medical Insurance (UE BMI)* состоит из 3 частей:

1. МНС (На индивидуальные сберегательные счета направляется взнос работника (1% - 2%) полностью и доля от общего платежа работодателя, определяемая муниципалитетом (обычно значение – 30 % - 65%)
2. **Обязательное социальное страхование SRPF** Работодатель перечисляет от 6% до 10% , из которых 35%-70% направляются в SRPF. Конкретные значения устанавливаются органами местного самоуправления.
3. Оплата из личных средств (франшиза)



**Рис.1. Схема финансирования городского работающего населения**

МНС стимулируют потребителей быть более чувствительными к расходам на свои медицинские услуги. Франшизы способствуют дальнейшему увеличению распределения расходов между пациентами. Объединение социальных рисков (SPRF) направлено на защиту людей от катастрофических расходов.

Люди оплачивают все свои медицинские услуги до тех пор, пока средства на их МНС (первый уровень) не будут израсходованы. Все, что не было потрачено, переносится на следующий год, а средства, не израсходованные на конец жизни человека, **передаются по наследству**. Когда средства по отдельным счетам исчерпаны, люди должны платить до 5 процентов своей годовой заработной платы из своего кармана в качестве франшизы (второй уровень). Расходы на здравоохранение, превышающие средства, накопленные на индивидуальном счете, плюс 5 процентов текущей годовой заработной платы работника, считаются катастрофическими расходами.[6] Эти катастрофические расходы оплачиваются из фонда социального риска SPRF (третий уровень). В зависимости от системы принятой муниципалитетом различают 2 способа расходования средств:

- последовательное. Вся медицинская помощь первоначально оплачивается с МНС, далее из личных средств до достижения суммы франшизы, и затем потребитель получает право на частичное покрытие расходов за счет страховых средств;

- параллельное. МНС и страховая части расходуются независимо. При этом средства МНС используются только для оплаты амбулаторно-поликлиническои помощи, а средства страхового фонда – только стационарной (после превышения размера франшизы и с обязательными со-платежами из личных средств потребителя). [1].

Чтобы ограничить использование дорогих высокотехнологичных процедур, на диагностические услуги, превышающие 200 юаней накладывается 20-процентная доплата, независимо от понесенных катастрофических медицинских расходов. Для контроля за использованием лекарств страховые фонды вводили Список основных лекарственных средств, первоначально состоящий из 1100 западных и 500 китайских лекарств, и возмещают лекарства только из этого списка.

Чтобы сдержать инфляцию затрат на здравоохранение, Китай сочетал использование МНС с контролем платежей со стороны предложения. Например Чжэньцзян установил фиксированные тарифы на оплату амбулаторных и стационарных услуг независимо от типа или тяжести заболевания, которые различаются для больниц разных уровней (категорий). Если стоимость посещения (или госпитализации) меньше фиксированной ставки оплаты, поставщик удерживает разницу; если она превышает фиксированную ставку, то страховка выплачивает половину излишка, до 20 процентов выше фиксированной ставки. Другими словами, больницы должны покрывать 50 процентов избыточных расходов в пределах от 100 до 120 процентов фиксированной ставки и 100 процентов любых дополнительных расходов в последующем.

Эта система фиксированных платежей направлена на сдерживание расходов на здравоохранение, предлагая больницам стимулы для сокращения продолжительности пребывания и использования дорогостоящих диагностических процедур и лекарств. Чжэньцзян также планировал учредить общий бюджет для больниц к 1996 году, ограничив ежегодный рост больничных доходов 22% (при общей инфляции в третьем квартале 1995 года 14,8%), при этом доля лекарств в общих доходах не рассчитана. Цзюцзян платил поставщикам на платной основе до декабря 1995 года, когда была введена система фиксированных платежей. [7]

В принципе, больницам изначально выплачивают только 95 процентов от их фиксированных ставок оплаты. Группа экспертов каждые шесть месяцев проверяет больницы на предмет их качества. Если больница получает оценку 85 или более по шкале 100 баллов, больница получает оставшиеся 5 процентов плюс некоторые вознаграждения. Обсуждаемые вопросы включают надлежащее ведение записей, надлежащие амбулаторные предписания, правильные диагнозы для госпитализации, длительность пребывания, показатели повторного посещения и повторной госпитализации, а также отказ от госпитализации тяжело больных пациентов. Но неизвестно в какой степени этот принцип применяется на практике.

Хотя по закону предприятия по-прежнему обязаны покрывать половину расходов на здравоохранение иждивенцев, «фактическое» покрытие в значительной степени зависит от финансового благополучия предприятий. Работники негосударственного и неформального секторов и рабочие-мигранты не включены в эти схемы.

Помимо данной системы предприятия могут использовать и предыдущие схемы GIS и LIS. В 2007 году UE BMI охватило 180,2 миллиона городских служащих и пенсионеров, более 13% населения Китая. Большинство застрахованных были зачислены в предыдущие схемы GIS и LIS. В результате UE MBI GIS и LIS сосуществуют во многих городах. и некоторые работники с бедных в финансовом отношении предприятий охвачены UE BMI без МНС. К концу 2007 года 31 миллион рабочих-мигрантов также были включены в UE BMI без МНС. В 2011 году система охватывала 252 млн. человек, а предыдущей схемой продолжало пользоваться 50 млн. (застрахованных и их семей). В 2013 прирост числа застрахованных по новой схеме составил 13 млн. человек и увеличился до 265 млн.[1]

На общегосударственном уровне установлено право участия в страховой системе работников городских предприятии всех форм собственности, рекомендуемые уровень взносов и пределы страхового возмещения, но конкретные нормативы взносов с учетом рекомендованных значении, распределение средств между сберегательной и страховой частью и правила их использования устанавливают муниципалитеты. Они же принимают решение об участии в системе самозанятых.

В зависимости от выбранной модели средства в МНС используются либо в качестве первого источника оплаты за все медицинские услуги, либо для оплаты только амбулаторного лечения.

SRPF используется либо для оплаты расходов на здравоохранение сверх франшизы, либо для стационарного лечения и некоторых заранее определенных хронических заболеваний.

Размер франшизы устанавливается органами местного самоуправления как доля от среднего годового заработка (рекомендованное значение – 5-10 %).

Предельный объем страхового возмещения так же устанавливается муниципалитетом (рекомендованное значение – 400 *%* среднего годового заработка в муниципалитете). Превышение предельного размера возмещения должно быть оплачены из личных средств или ДМС.

Правительство использует налоговые льготы, чтобы побудить работодателей покупать дополнительное страхование, но налоговое стимулирование ограничено четырьмя процентами от общей годовой заработной платы. [6]

Исследования (2002) показали, что введение МНС как части медицинского страхования работников в Чжэньцзяне расширило использование амбулаторной медицинской помощи среди низших социально-экономических групп. Частота обращении за медицинской помощью в Китае возросла на 12 %, тогда как расходы на медицинскую помощь сократились на 8 % (среди участников пилотного проекта – на 18%) [8].

Данные первого года пилотных исследований в Цзюцзяне и Чжэньцзяне показали, что те пациенты, которые исчерпали средства в своих МНС, должны были заплатить франшизу, соответствующую 5% их заработной платы, прежде чем страховка начнет покрывать дополнительные расходы. Обнаружили так же, что молодые и здоровые пациенты склонны сберегать большие неиспользованные излишки на своих счетах. [8].

Так же было отмечено неэкономное использование средств превышающих франшизу из SPRF и нецелевое использование средств сберегательных счетов, например, приобретение бакалейных товаров в аптеках.

В то же время уже в 2001 г. Доходы в системе UE BMI стали превышать расходы.

Согласно данным Министерства трудовых ресурсов и социального обеспечения КНР, в 2016 г. профицит средств на МНС систевил 40%, а на SRPF – 60% . А общий профицит средств в системе UE BMI составил 323 миллиарда юаней (**50,5** миллиардов долларов США на основе среднего обменного курса за этот год), что было равно совокупной стоимости всех социальных страховых взносов. [8].

Некоторые китайские города экспериментируют со способами более эффективного использования средств МНС. В 2009 году город Чжэньцзян разделил МНС на две учетные записи. Основной счет может использоваться для оплаты большинства видов медицинской помощи, включая амбулаторную, стационарную, профилактическую и долгосрочную помощь; ранее он мог использоваться только для амбулаторного лечения. Все средства свыше 3000 юаней (469 долларов США) сохраняются на дополнительном счете, который также может быть использован для оплаты медицинского обслуживания членов семьи (Xinhua News 2009). С 2009 года модель Чжэньцзян была принята растущим числом городов в Китае. Например, в городе Чэнду участники МНС теперь могут использовать средства для оплаты (ДМС) добровольного медицинского страхования (Sichuan News 2015). [8]

Выводы:

1. Введение МНС в Китае резко повысило эффективность финансирования здравоохранения. Уже к 2001 г. удалось устранить дефицит средств направляемых на здравоохранение. А к 2016 г. уже профицит составил 324 миллиарда юаней (50,5 миллиарда долларов).

2. МНС стимулируют работающих граждан Китая к **высокоэффективному труду.** Чем больше зарабатываешь, тем больше средств накапливается на МНС и к **заботе о своём здоровье**, быть здоровым выгодно.

3. Средства накапливаемые на МНС можно использовать для оказания медицинских услуг членам семьи и для более комфортного обслуживания (ДМС). **А самое главное передавать по наследству.**

4. Огромные долгосрочные средства накапливаемые на МНС с выгодой для работающих граждан (начисляются 4% годовым в промышленно-комерческом банке) используются для развития ведущих отраслей экономики Китая.

**Список литературы**

1. Назаров В. С. Анализ зарубежного опыта использования медицинских сберегательных счетов и возможности их применения в Россиискои Федерации / В. С. Назаров — «РАНХиГС», 2015 — (Россия: вызовы модернизации)
2. Соколов Е. В., Гречкин Д. А. Система финансирования здравоохранения в Сингапуре // Экономика и управление: проблемы, решения. 2017. No 9. С. 45–52.
3. Всемирный банк, Данные, Китай, [Электронный ресурс], URL: <https://data.worldbank.org/country/china>
4. МВФ, Данные, Китай [Электронный ресурс], URL: <https://www.imf.org/en/Countries/CHN>
5. Barefoot\_doctor, Wikipedia, [Электронный ресурс], URL: <https://en.wikipedia.org/wiki/Barefoot_doctor>
6. Sarah Thomson and Elias Mossialos, Euro Observer, Winter 2008, Volume 10, Number 4, Medical savings accounts: can they improve health system performance in Europe?
7. Winnie C. Yip and William C. Hsiao, HEALTH AFFAIRS, November/December 1997 , Medical Savings Accounts: Lessons From China
8. Wouters, Olivier J., Cylus, Jonathan, Yang, Wei, Thomson, Sarah and McKee, Martin (2016) Medical savings accounts: assessing their impact on efficiency, equity, and financial protection in health care. Health Economics, Policy and Law . pp. 1-15. ISSN 1744-1331

**Bibliography**  
1. Nazarov V.S. Analysis of foreign experience in the use of medical savings accounts and the possibility of their use in the Russian Federation / V.S. Nazarov - RANEPA, 2015 - (Russia: modernization challenges)  
2. Sokolov E. V., Grechkin D. A. The health financing system in Singapore // Economics and management: problems, solutions. 2017. No 9. P. 45–52.  
3. World Bank, China, Data, [Electronic resource], URL: https://data.worldbank.org/country/china  
4. IMF, Data, China [Electronic resource], URL: https://www.imf.org/en/Countries/CHN  
5. Barefoot\_doctor, Wikipedia, [Electronic resource], URL: https://en.wikipedia.org/wiki/Barefoot\_doctor  
6. Sarah Thomson and Elias Mossialos, Euro Observer, Winter 2008, Volume 10, Number 4, Europe?  
7. Winnie C. Yip and William C. Hsiao, HEALTH AFFAIRS, November / December 1997, Medical Savings Accounts: Lessons From China  
8. Wouters, Olivier J., Cylus, Jonathan, Yang, Wei, Thomson, Sarah and McKee, Martin (2016) Medical savings account. Health Economics, Policy and Law. pp. 1-15. ISSN 1744-1331