

## АНАЛИЗ СИСТЕМЫ ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РАБОТАЮЩЕГО НАСЕЛЕНИЯ ПЕКИНА

Хэ Пинпин

Московский государственный технический университет имени Н. Э. Баумана,

Москва, Россия

pinghe7483@gmail.com

*Аннотация.* В статье раскрывается развитие системы страхования населения Китая с 1950 года. В работе показано, что с 1994 года Китай получил преимущество использования медицинских накопительных счетов (МНС) в качестве важной части системы финансирования здравоохранения и продолжает их развивать.

*Ключевые слова:* Медицинские накопительные счета, система финансирования, Китай, здравоохранение, финансы.

### Введение

Современная китайская система финансирования здравоохранения состоит из трёх важных частей:

1. Система страхования городского работающего населения (UE BMI – Urban Employee Basic Medical Insurance);
2. Система страхования городского неработающего населения (UR BMI – Urban Residents Basic Medical Insurance);
3. Обновлённая система кооперативного медицинского страхования для сельской местности (NRCMS – New Rural Cooperative Medical Scheme).

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

### 1. Процесс разработки системы UE BMI

#### 1.1. Период плановой экономики

Система медицинского страхования в период плановой экономики (1951–1993 гг.) была разделена на простые категории, основанные в основном на статусе застрахованного: медицинское обслуживание, финансируемое государством, для тех, кто находится в государственных учреждениях (Government Insurance System – GIS), и медицинское страхование труда для тех, кто находится в статусе рабочего (Labour Insurance System – LIS). В феврале 1951 г. Государственный совет ввёл 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 медицинские расходы 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 и, в особенности, в после реформенный период постепенно проявились недостатки трудового страхования и медицинского обслуживания, финансируемого государством, с серьёзным ростом медицинских расходов и отсутствием контроля и управления над расходами. Таким образом, в системе финансирования здравоохранения Китая назрели реформы.

## 1.2. Период создания современной системы медицинского страхования

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 году 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 рис. 1. В 1996 году схема была распространена на 40 городов, что послужило хорошей основой для продвижения системы базового медицинского страхования по всей стране. В 1998 году 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 UE ВМІ.

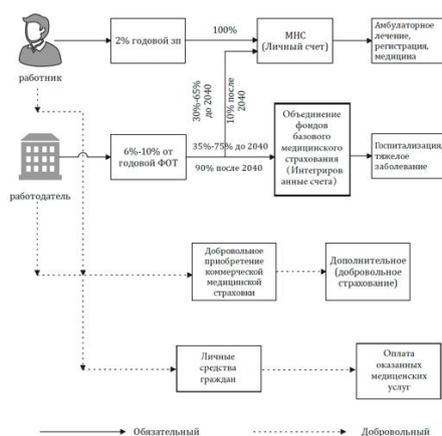


Рис. 1. Схема финансирования здравоохранения городского работающего населения Китая

## 1.3. Период стабильного развития

Период стабильного развития (2009–2023 гг.) проходит на фоне международного экономического кризиса, вызванного кризисом субстандартной ипотеки в США в 2008 году, и его влияния на экономическое развитие Китая. Чтобы улучшить условия жизни людей и отреагировать на кризис, Китай поставил цель создать в 2009 году всеобщую систему здравоохранения. «Закон о социальном страховании» был принят Постоянным комитетом Всекитайского собрания народных представителей в октябре 2010 года и введен в действие в 2011 году, регулируя новую систему социального обеспечения, создаваемую в Китае, которая основана на сочетании прав и обязанностей государства и граждан Китая, а в марте 2018 года 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].

## 1.4. Период будущего развития

Период будущего развития (с 2023 года). В 2021 году Государственный совет опубликовал 14-й пятилетний план всеобщего медицинского обслуживания, в котором выделены следующие цели развития на период 2020–2025 годов:

- Расширение сферы возмещения расходов на лекарства и расходные материалы
- Реформирование цен на медицинские услуги
- Внедрение многогранной и сложной системы оплаты медицинского страхования
- Содействие развитию многоуровневой системы здравоохранения.

## 2. Система страхования городского работающего населения (UE BMI)

Процесс развития UE BMI в Китае шел в ногу со временем и экономикой. Продолжительность жизни китайских граждан увеличилась с 70 лет в 1996 году до 77,9 лет в 2022 году, т. е. каждые три года продолжительность жизни в среднем увеличивалась на один год. К концу 2021 года (последние официальные статистические данные) общий объем национальных расходов на здравоохранение составил 7 559,3 млрд юаней, из которых: государственные расходы на здравоохранение равны 2 078,5 млрд юаней, что составляет 27,4%; социальные расходы (МНС, добровольное медицинское страхование, средства фонда базового медицинского страхования) на здравоохранение равны 3 392,3 млрд юаней, что составляет 44,9%; личные расходы на здравоохранение 2 095,48 млрд юаней, что составляет 27,7%. Общие расходы на здравоохранение на душу населения равны 5 348,1 юаней, а отношение общих расходов на здравоохранение к валовому внутреннему продукту (ВВП) составляет 6,5%. Для сравнения, по данным Федеральной службы государственной статистики по состоянию на 2020 год доля государственных расходов на здравоохранение в ВВП РФ составляет 4,6% [7].

Число граждан Китая, участвующих в базовом медицинском страховании, включая UE BMI, UR BMI и NRCMS по всей стране, равно 1 345,92 млн человек, при этом коэффициент участия остаётся стабильным на уровне более 95%. В 2022 году общий доход национального фонда базового медицинского страхования составил 3 092,2 млрд юаней, из которых 2 097,3 млрд юаней пришлось на UE BMI, что составило 67,8% от общего дохода. Общие расходы национального фонда базового медицинского страхования составили 2 459,7 млрд юаней, а расходы на UE BMI равны 1 524,3 млрд юаней, что составляет 61% от общих расходов. Таким образом, накопленный остаток на индивидуальных счетах UE BMI составил 1 371,2 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 2022 году)

Система финансирования здравоохранения	Доходы		Расходы		Остаток	
	Млрд юаней	%	Млрд юаней	%	Млрд юаней	%
<b>UE BMI (Работающих)</b>	2 079,3	67,3%	1 524,3	62%	3 510,5	82,4%
<b>UR BMI и NRCMS (Неработающих)</b>	1 012,9	32,7%	935,4	38%	753,4	17,6%
<b>ИТОГО</b>	3 092,2	100%	2 459,7	100%	4 263,9	100%

Источник: [https://www.gov.cn/lianbo/bumen/202307/content\\_6891062.htm](https://www.gov.cn/lianbo/bumen/202307/content_6891062.htm)

Текущее развитие системы базового медицинского страхования работников в Китае является стабильным, а конкретный процесс финансирования и использования описан в следующих шести 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 учётом справедливости финансирования. Участники системы базового медицинского страхования должны платить взносы в соответствии со своими возможностями и пользоваться льготами в соответствии со своими реальными потребностями, и их финансовое положение не должно влиять на получение необходимых им медицинских услуг. Принцип справедливого финансирования воплощён 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 рис. 2 видно, что коэффициенты дифференцированных взносов в Китае связаны с ВРП на душу населения. Основное правило заключается в том, что провинции или города с более высоким ВРП на душу населения также



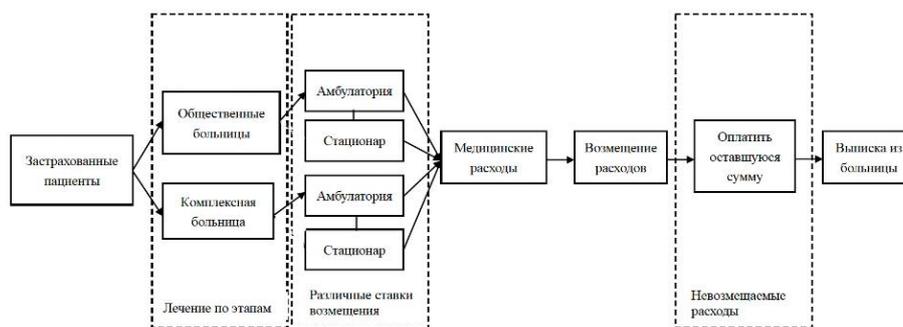


Рис. 3. Блок-схема использования пациентами своей медицинской страховки

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		
				Общественные больницы	Другие больницы	
	Работающий		20 000	90%	70%	
	Пенсионер	До 70 лет			85%	
		Более 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 (маленькие)	Больница 2-го уровня (средние)	Больница 3-го уровня (большие)
	Работающий	1 300	4 х (среднегодовой ФОТ в провинции)	95%	92%	90%
	Пенсионер	1 300	4 х (среднегодовой ФОТ в провинции)	98%	97,6%	97%

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 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.

6. Поступление от фондов UE BMI в больницах. Из-за сильных региональных различий в медицинских расходах и доле возмещения по медицинскому страхованию. Взяв в качестве примера город Пекин, автор провел следующие статистические данные и расчеты по медицинским учреждениям региона, чтобы получить таблицу 3 и таблицу 4.

Таблица 3. Количество и стоимость больниц всех уровней (стандарты Пекина)

	Количество больниц в Пекине	Общее количество амбулаторных / млн за 1 год	Средние расходы на одно амбулаторное посещение/ юань	Общее количество стационаров / тыс. раз за 1 год	Средняя стоимость стационарного лечения/юань
	1	2	3	4	5
Больницы III уровня	130	91,8	693,3	2 553,6	26 181
Больницы II уровня	163	16,1	439,5	289,5	24 782
Больницы I уровня	398	11,6	310	88,9	20 087
Общественные больницы	10 684	39,2	284	9,8	22 151

Таблица 4. Поступление от UE BMI во всех уровнях больницах (стандарты Пекина)

	Средний доход от амбулаторного лечения в одной из больниц Пекина/млн	Средний доход от стационарного лечения в одной из больниц Пекина / млн.	Ставки возмещения за амбулаторное лечение	Ставки возмещения за стационарное лечение	Среднее поступление от фондов медицинского страхования в больницах Пекина/ млн.	Общее поступление от фондов медицинского страхования в больницах Пекина/ млн.
	6	7	8	9	10	11
Больницы III уровня	490,0	514,3	0,7	0,9	805,86	104 762,4

<b>Больницы II уровня</b>	43,6	44,0	0,7	0,92	71,06	11 582,0
<b>Больницы I уровня</b>	9,1	4,5	0,7	0,95	10,60	4 220,1
<b>Общественные больницы</b>	1,0	0,020	0,9	0,95	0,96	10 231,5

В таблице 3 и 4 показаны поступления, полученные от UE ВМІ больницами всех уровней в Пекине в 2022 году. Основные данные взяты из Пекинского муниципального статистического бюллетеня здравоохранения за 2022 год [6]. 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. 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 предоставление 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. Кроме того, существуют больницы без уровня и учреждения первичной медико-санитарной помощи, в совокупности называемые общинными больницами, которые отличаются от комплексных больниц (больница высшего уровня).

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]. Общинные больницы в основном предоставляют самые базовые услуги общественного здравоохранения и базовые медицинские услуги, и цены на них самые низкие среди всех медицинских учреждений.

В столбце 2 таблицы 3 показано общее количество амбулаторных посещений в рамках медицинского страхования сотрудников в больницах всех уровней в 2022 году. Исходные данные составляют: 120,9; 21,3; 15,3; 51,6 млн человек в год, принимая во внимание, что число людей, участвующих в медицинском страховании Китая, составляет 95%, а доля UE ВМІ составляет 80% (район Пекина). Автор обработал исходные данные и получил, что ежегодные амбулаторные посещения UE ВМІ в больницах составляют: 91,8; 16,1; 11,6; 39,2 миллиона человек. В столбце 3 таблицы 3 показана средняя стоимость амбулаторного лечения в больницах всех уровней.

В столбце 4 таблицы 3 показано общее количество стационаров в больницы всех уровней UE ВМІ в 2021 году. Метод обработки данных в этом столбце такой же, как и в столбце 2. В столбце 5 таблицы 3 показана средняя стоимость стационарного лечения в больницах всех уровней.

В 6-м и 7-м столбцах таблицы 3 показаны среднегодовые амбулаторные и стационарные медицинские поступления каждой больницы. В 8-м и 9-м столбцах таблицы 3 показаны различные ставки возмещения по UE ВМІ в больницах разных уровней. Данные согласуются с таблицей 2. Уровень больниц варьируется от высокого к низкому, и ставки возмещения, в свою очередь, увеличивается.

В столбце 10 таблицы 3 показана средняя стоимость поступления, которую каждая больница в Пекине получит из фонда UE ВМІ в 2022 году. Формула расчета такова: Столбец 6\* Столбец 8 + Столбец 7\* столбец 9. В 11-м столбце таблицы 3 показана сумма поступлений, полученных больницами каждого уровня из фонда UE ВМІ.

Мы суммируем поступления на медицинское страхование больниц всех уровней в столбце 11 и получаем, что фонд UE ВМІ внесет взносы во все медицинские учреждения в 2022 году: 130 796,1 млн юаней. Согласно Пекинскому муниципальному статистическому бюллетеню здравоохранения за 2021 год, общие расходы Пекина на социальное здравоохранение за этот год составили 181 281 млн юаней [6], из которых доля расходов на фонды UE ВМІ составила:  $130\,796,1/181\,281 \cdot 100\% = 72\%$ .

### 3. 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 2022 г. равен 1371,2 млрд юаней; накопленный остаток на интегрированном счете составляет 2139,3 млрд юаней. В сумме получается 3510,5 млрд юаней, или 82,4% накопленных средств национального фонда базового медицинского страхования по состоянию на 2022 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 принято 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 повышать качество обслуживания, чтобы привлечь пациентов к осознанному выбору больницы или амбулатории для своего медицинского обслуживания, что создает здоровую конкуренцию в здравоохранении Китая.

Политика дифференцированного возмещения медицинского страхования поощряет пациентов обращаться за первичной медицинской помощью и градуированными направлениями, а также способствует оптимальному распределению медицинских ресурсов. Чем выше ставка возмещения расходов учреждений первичной помощи, тем больше вероятность того, что пациенты будут выбирать первичную помощь, чтобы получить медицинское лечение в соответствии со своими потребностями и избежать нерационального использования медицинских ресурсов.

UE ВМІ обеспечивает важную финансовую поддержку медицинским учреждениям на всех уровнях. Взяв в качестве примера регион Пекин, общие расходы на здравоохранение в 2022 году можно разделить на три части: государственные расходы на здравоохранение; расходы на социальное здравоохранение и личные расходы на здравоохранение. Три общие суммы расходов на здравоохранение составили: 302 836 миллионов юаней. По подсчетам автора, 130 796,1 млн юаней поступило от UE ВМІ, что составляет 43%.

## Литература

1. *Десять 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 го-роде Цзю Цзян провинции Цзянси». Государственное письмо [1994] № 116. URL: [http://www.gov.cn/zhengce/content/2010-12/29/content\\_6461.htm](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](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/banshi/2005-08/04/content\\_20256.htm](http://www.gov.cn/banshi/2005-08/04/content_20256.htm).
9. Руководство по созданию механизма защиты амбулаторных со платежей в рамках базового медицинского страхования работников. URL: [http://www.gov.cn/zhengce/content/2021-04/22/content\\_5601280.htm](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/ztl/2021/ybzckpzl/xys/cbjf\\_xys/202109/t20210930\\_3790232.shtml](http://ybj.hubei.gov.cn/bmdt/ztl/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 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](https://en.wikipedia.org/wiki/National_Healthcare_Security_Administration).