

Поиски модели медицинского страхования в КНР

© 2011

А. Королев

С 2002 г. в сфере здравоохранения в Китае наблюдается переход от чрезмерной маркетизации к новым формам государственного регулирования, предпринимаются попытки вновь сделать предоставление медико-санитарных услуг общественно финансируемой отраслью. Поиски оптимальной модели медицинского обеспечения представлены как процесс развития четырех независимых систем страхового охвата населения: базовой медицинской страховки для городских работников, новой кооперационной схемы медицинского страхования сельских жителей, системы страхования городских жителей и базовой схемы медицинского страхования для трудовых мигрантов; с их последующей интеграцией во всеобщий страховой план, принятый в марте 2009 г. По прошествии нескольких десятилетий рыночных реформ китайское руководство старается вновь включиться в управление здравоохранением и сделать его эффективным инструментом институционального строительства.

Ключевые слова: Китай, медицинское страхование, модели медицинского обеспечения

С тех пор как на 3-м пленуме ЦК КПК 11-го созыва в декабре 1978 г. китайское руководство решило вступить на путь социальной модернизации и запустило политику реформ и открытости, Китай выдерживал беспрецедентные в истории темпы экономического развития. На протяжении последних 30 лет ВВП Китая ежегодно рос на 9,6%, а доля населения, живущего за чертой бедности, сократилась с 85% до 15,9%, т.е. на 600 млн чел.¹ Такие внушительные достижения стали возможны благодаря внедрению в китайскую экономику рыночных механизмов, что повысило ее эффективность и производственный потенциал. Однако, помимо впечатляющих темпов роста ВВП, свободное воздействие рыночных факторов на распределение ресурсов создало множество серьезных проблем в сфере социальных услуг и гарантий. С этой точки зрения одним из наиболее интересных аспектов современной институциональной трансформации Китая является эволюция его системы здравоохранения.

С конца 1980-х гг., в ходе рыночных реформ китайское руководство предприняло существенные шаги по маркетизации и приватизации здравоохранения. Значительно уменьшилось государственное финансирование, появился ряд негосударственных акторов, активно внедрялись рыночные принципы и практики. Предоставление медико-санитарных услуг в значительной степени стало ориентироваться на получение дохода. В сфере здравоохранения, характеризующейся большой информационной асимметрией и острой проблемой «фиаско рынка» (market failure)², последствиями таких перемен стали неэффективное использование медицинских ресурсов и «порочные стимулы» (perverse incentives) в системе расчетов. Остро встала проблема неадекватности покрытия меди-

цинских страховок, резко возросли «выплаты из своего кармана». На фоне стремительного роста цен в здравоохранении все это привело к обострению социального неравенства в сфере использования медуслуг. Такая ситуация нашла выражение в популярной в народе фразе «*каньбин нань, каньбин гуй*» (ходить в больницу сложно и дорого) и в известной сельской поговорке: «Как только завоет сирена скорой помощи, приходится продавать свинью; стоит лечь в больничную койку, как целый год работы уходит в трубу; если подхватишь серьезную болезнь, десять лет сбережений сводятся на нет». Очевидно, что в социальной сфере КПК, которая в 1978 г. провозгласила курс на социалистическую модернизацию, сделала китайское общество еще в большей степени капиталистическим, чем большинство рыночных экономик Запада.

Однако с 2002 г., то есть с переходом власти к новым лидерам страны во главе с Ху Цзиньтао, руководство КНР начало реформировать социальную сферу и принимать активное участие в регулировании здравоохранения, пытаясь сделать медицинские услуги более доступными для большинства китайских граждан. В число основных реформаторских инициатив этого периода вошли: новая схема сельского кооперативного страхования, система страхования городских жителей, базовая схема медицинского страхования для трудовых мигрантов и модернизация уже существовавшей схемы медицинского страхования для городских рабочих и служащих³. Кроме того, в марте 2009 г. была запущена «новая реформа здравоохранения», согласно которой все эти четыре схемы интегрируются в новую национальную систему всеобщего охвата, которая должна гарантировать равный доступ к основным услугам здравоохранения для всех граждан к 2012 г.⁴

Предпосылки: от плана к рынку в здравоохранении

Эволюция китайской системы здравоохранения в период с 1949 по 2002 гг., также как и последствия политики маркетизации и приватизации медицины в 1980—1990-х гг., хорошо освещены в литературе⁵. Проблемы, вышедшие на передний план в первую четверть века рыночных реформ, многочисленны и взаимосвязаны. В обобщенном виде китайское постреформенное здравоохранение до 2002 г. можно охарактеризовать такими макротенденциями, как быстрый ежегодный рост общих расходов на здравоохранение, пропорциональное снижение роли государства в этих расходах, сокращение страхового покрытия. Все эти процессы шли одновременно и свидетельствовали об отказе (или неспособности) государства выступать основным гарантом защиты здоровья граждан.

В постреформенный период ежегодный рост общих расходов на здравоохранение в Китае достигал 11,8% и, таким образом, значительно опережал темп роста ВВП, который в среднем составлял 9,6% в год⁶. Период наиболее стремительного роста пришелся на вторую половину 1990-х гг. (1996—2002), когда ежегодный прирост ВВП отставал от роста расходов на здравоохранение в среднем на 5 процентных пунктов (табл. 1). За период с 1978 по 2003 гг. доля подушевого дохода, затрачиваемая на медицинские услуги, возросла с 1,9% до 4,7%⁷. В денежном эквиваленте ежегодные душевые расходы на здравоохранение выросли в 40 раз: с 11 до 442 юаней (или с 1,35 до 55 долл. США)⁸.

В то же время значительно изменилась структура расходов. Государственные расходы на здравоохранение выросли по абсолютному показателю, но их доля в общих затратах по этой статье упала с 32,1% в 1978 г. до 15,7% в 2002 г. Участие государства в общих расходах на здравоохранение росло в период с 1978 по 1985 гг., после чего начало стремительно сокращаться и за 17 лет с 1985 г. по 2002 г. сократилось на 22,9 процентных пункта. Аналогичная картина наблюдалась в случае с социальным страхованием, доля которого в структуре общих расходов сократилась с 47,4% в 1978 г. до 26,6% в 2002 г. Что касается некомпенсируемых индивидуальных выплат «из кармана», то они почти утроились как по абсолютным, так и по относительным показателям: с 20,4% в 1978 г. до 60% в 2001 г. (табл. 2).

Таблица 1

Рост расходов на здравоохранение в КНР (1996—2009, %)

Год	Прирост ВВП	Прирост общих расходов на здравоохранение	Доля ВВП, расходуемая на здравоохранение
1996	10,01	18,13	3,81
1997	9,30	16,22	4,05
1998	7,83	16,11	4,36
1999	7,62	11,44	4,51
2000	8,43	11,06	4,62
2001	8,30	7,37	4,58
2002	9,08	14,52	4,81
2003	10,03	10,85	4,85
2004	10,09	7,81	4,75
2005	10,43	9,95	4,73
2006	11,65	9,71	4,67
2007	11,93	9,03	4,52
2008	9,00	8,9	4,83
2009	8,7	10,9	4,96

Источник: Чжунго вэйшэн шиэ фачжань цинкуан цзяньбао [Краткие доклады о состоянии развития здравоохранения в КНР].— <http://www.moh.gov.cn/publicfiles/business/htmlfiles/zwgkzt/pnb/index.htm>

Таблица 2

Структура расходов на здравоохранение в КНР 1978–2009 гг.

Год	Общие расходы (млрд юаней)	Доля государства (%)	Доля социального страхования (%)	Индивидуальные расходы (%)
1978	11,021	32,1	47,4	20,4
1980	14,323	36,2	42,6	21,2
1985	27,900	38,6	33,0	28,5
1990	74,739	25,1	39,2	35,7
1995	215,513	18,0	35,6	46,4
1996	270,942	17,0	32,3	50,6
1997	319,671	16,4	30,8	52,8
1998	367,872	16,0	29,1	54,8
1999	404,750	15,8	28,3	55,9
2000	458,663	15,5	25,6	59,0
2001	502,593	15,9	24,1	60,0
2002	579,003	15,7	26,6	57,7
2003	658,410	17,0	27,2	55,9
2004	759,029	17,0	29,3	53,6
2005	865,991	17,9	29,9	52,2
2006	984,334	18,1	32,6	49,3
2007	1157,397	22,3	33,6	44,1
2008	1453,540	24,7	34,9	40,4
2009	1720,481	27,2	34,6	38,2

Источник: 2010 Чжунго вэйшэн тунцзи няньцзянь [Статистический ежегодник здравоохранения КНР за 2010 г.]. — <http://www.moh.gov.cn/publicfiles/business/htmlfiles/zwgkzt/pjnj/index.htm>

Рост общих расходов и изменения в структуре финансирования происходили в отсутствие стратегии медицинского страхования. В городских и сельских районах Китая доля застрахованного населения (и без того представленная меньшинством) продолжала постоянно сокращаться. Согласно данным 3-го национального исследования медицинских услуг в Китае, доля городского населения, охваченная схемами медицинского страхования (будь то базовая медицинская страховка для городских работников или старые схемы трудовых и государственных страховок), сократилась с 70,9% в 1993 г. до 49,8% в 1998 г. и до 39,0% в 2003 г. В сельских же районах доля застрахованного населения сократилась с 5,8% в 1993 г. до 4,7% в 1998 г. и до 3,1% в 2003 г.⁹ Более того, застрахованные, как правило, имели сравнительно высокий доход и даже в отсутствие страховок были менее уязвимы материально. Процент участия в страховых планах среди групп с низким доходом был еще ниже. Эти тенденции усугублялись тем фактом, что стоимость медицинского обслуживания росла существенно быстрее доходов населения. В сопоставимых ценах доход на душу населения в период с 1989 по 2001 гг. в Китае вырос в 5,44 раза в городах и в 3,93 раза в сельских районах, тогда как цены на диагностические, лечебные и стационарные услуги в городах и деревнях возросли в 9,65 раза и 9,98 раза соответственно¹⁰. Другими словами, стоимость медицинских услуг росла почти вдвое быстрее доходов городского населения и втрое быстрее доходов сельского населения.

Такая ситуация создавала множество проблем и часто провоцировала социальную напряженность, которая подрывала общественную поддержку взятого руководством экономического курса и ставила под угрозу успех его реализации. Все это заставило новое китайское руководство предпринять более решительные меры по реформированию здравоохранения.

Реформы здравоохранения в КНР после 2002 г.

Руководство КНР осознало, что для осуществления «сбалансированного развития» и строительства «гармоничного общества» необходимы более активные инициативы в социальной сфере. В этом смысле 2002 г. можно считать началом исторической трансформации: отхода от сугубо экономической политики 1980—1990-х гг. к новой модели развития, в которой социальная политика вновь обретает важность и становится эффективным инструментом государственного развития¹¹.

Во-первых, изменились идеологические установки. На XVI съезде КПК руководящая формула китайских экономических реформ «Отдавать преимущество эффективности при надлежащем внимании к справедливости» сменилась новой — «Отдавать преимущество эффективности в первичном распределении, придавать особое значение справедливости в перераспределении»¹². Это означало, что руководство КНР намеревается более активно регулировать влияние рыночных факторов на распределение ресурсов посредством налогообложения, изменения законодательной базы и других мер, нацеленных на предоставление гарантий социально незащищенным группам. Во-вторых, смена идеологических установок развития была подкреплена интенсивными практическими мерами. Как показано в табл. 1 и 2, начиная с 2002—2003 гг. темп роста общих расходов на здравоохранение замедлился почти на 5 процентных пунктов (табл. 1), а доли государства и социального страхования в структуре общих расходов увеличились на 11,4% и 8% соответственно. В то же время, доля индивидуальных расходов сократилась на 17,3% (табл. 2).

За этими переменами стоит серия конкретных реформ в сфере здравоохранения. Были созданы четыре «сетки гарантий» («*баосянь ван*», буквальный перевод английского термина «*safety net*»): 1) базовая медицинская страховка для городских рабочих и служащих (БМСГР); 2) новая кооперативная система медицинского страхования (НКМСС) для сельских жителей; 3) базовая медицинская страховка для городских жителей

(БМСГЖ) и 4) базовая медицинская страховка (БМС) для трудовых мигрантов. Чтобы показать путь к страховому плану всеобщего охвата, принятому в 2009 г., рассмотрим каждую из четырех реформ отдельно.

Схема 1: Базовая медицинская страховка для городских работников

Базовая медицинская страховка для городских работников (БМСГР) впервые была принята в 1998 г. Это была первая система социального медицинского страхования в реформенном Китае. Ее основной задачей было предоставление страхового покрытия большему числу городских работников, а также сдерживание стремительно растущих цен на медуслуги¹³. БМСГР должна была интегрировать две старые системы медицинского страхования — «*лао бао*» — страховка для рабочих государственных предприятий) — и «*гунфэй иляо*» — государственная страховка для всех госслужащих, ветеранов-инвалидов, преподавателей университетов и студентов, которые обеспечивали городскому населению доступ к основным услугам здравоохранения со времени основания КНР. Однако БМСГР в корне отличалась от предшествующих схем медобеспечения. Эти отличия предопределили необходимость ее модернизации в последующие годы.

Первое отличие заключалось в том, что тогда как «*лао бао*» и «*гунфэй иляо*» носили обязательный характер, то участие в БМСГР было добровольным. В случае с «*лао бао*» работодатель был обязан предоставить базовый страховой пакет своим работникам и нес ответственность за гарантии его исполнения. Расходы на здравоохранение рабочих были включены в издержки каждого производственного проекта, а конкретные суммы выплат определялись согласно расчетным листам предприятий. В 1969 г. Министерство финансов издало постановление о создании Социального фонда работников предприятий¹⁴, что свидетельствовало об обязательном характере системы «*лао бао*». В случае с «*гунфэй иляо*» правительство осуществляло финансирование по принципу «специальные средства для специального пользования» (специальное пользование, в данном случае, означало предоставление медицинских услуг), что тоже свидетельствовало об обязательном характере системы. Таким образом, присоединение к «*лао бао*» и «*гунфэй иляо*» было практически автоматическим для всех работников соответствующих учреждений.

В случае с БМСГР участие не было обязательным. Финансово успешные предприятия часто приобретали другие, более полные страховые пакеты самостоятельно. Предприятия, в которых преобладали молодые работники, предпочитали не вступать в БМСГР. Финансово стесненные организации не имели ресурсов на участие. Как следствие, страховое покрытие работающего городского населения стало крайне неоднородным, а решение о присоединении к БМСГР, по большей части, зависело от воли работодателя, а не от нужд работника¹⁵.

Второе отличие заключалось в страховом охвате. Как «*лао бао*», так и «*гунфэй иляо*», так или иначе, включали членов семей работников. В случае с «*лао бао*» прямые родственники рабочих могли пользоваться бесплатными диагностическими и лечебными услугами в поликлиниках и госпиталях при предприятиях, а также рассчитывать на 50-процентное возмещение расходов на операции и лекарства. В случае с «*гунфэй иляо*» трудовой коллектив (*даньвэй*) создавал пул средств для оплаты медицинских расходов на лечение родственников или привлекал необходимые ресурсы из иных социальных фондов¹⁶. Таким образом, хотя до начала экономических реформ качество медицинских услуг и не было высоким, комбинация страховых схем «*лао бао*» и «*гунфэй иляо*» обеспечивала недорогой и равный доступ к медицинским услугам фактически для всех городских жителей. Новая система БМСГР не охватывала членов семей и иждивенцев, а также самозанятых, работников неформального сектора и трудовых мигрантов. Поэтому переход к системе БМСГР не реализовал поставленных целей. Доступ к медицинским услугам стал определяться не нуждами, а уровнем дохода городских жителей. В 1998 г. доля застрахованных в нижнем квинтиле доходов составляла лишь 20,1%, тогда как среди са-

мых состоятельных — 63,3%. К 2003 г. застрахованная часть граждан среди бедных и богатых составляла 12,2% и 70,3% соответственно¹⁷. Из-за этого БМСГР прозвали «клубом для богатых»¹⁸, поскольку социально незащищенные группы оставались за бортом новой системы.

Таким образом, расширить страховое покрытие не удалось. Наоборот, доля застрахованного городского населения сократилась с 49,9% в 1998 г. (когда БМСГР еще не существовала) до 43% в 2003 г.¹⁹ Несмотря на то, что одной из главных целей БМСГР было увеличение числа застрахованных среди городских работников, фактический охват сократился на 6,6%.

На 3-м пленуме ЦК КПК 16-го созыва 14 октября 2003 г. руководство КПК приняло «Решение ЦК КПК по некоторым вопросам совершенствования системы социальной рыночной экономики», где в качестве приоритетных задач были провозглашены «улучшение трудоустройства, перераспределение доходов и укрепление системы социального обеспечения»²⁰. В рамках данного подхода страховой охват БМСГР был расширен посредством включения в него работников негосударственного сектора, городских самозанятых и неформальных рабочих.

В сентябре 2004 г. Госсовет КНР обнародовал Белую книгу о политике Китая в сфере социального обеспечения, в которой утверждалось, что «государство будет и дальше расширять охват медицинского страхования, чтобы постепенно предоставить базовую медицинскую страховку городским работникам всех сфер занятости»²¹.

Двумя годами позже, в ноябре 2006 г., еще один документ — «План развития трудового и социального обеспечения в одиннадцатой пятилетке 2006—2010 гг.»²² подчеркнул важность создания всесторонней системы социального обеспечения. В качестве основных ставились задачи: гарантии равного доступа к базовым медицинским услугам для людей всех сфер занятости, улучшения управления БМСГР, внедрения полноценного механизма защиты здоровья, развития системы фондов экстренной медицинской помощи, постепенного создания многоуровневой системы страхования с акцентом на базовые медицинские услуги²³.

В результате этих и ряда других мер количество застрахованных по программе БМСГР в 2005 г. составило 137 млн, а к 2006 г. эта цифра возросла до 157 млн — значительный прогресс по сравнению с 2003 г., когда система покрывала только 109 млн работников (табл. 3).

Таблица 3

Городское население со страховкой БМСГР после 2003 г.

Год	Охват БМСГР		
	Общее число застрахованных (млн чел.)	Работающие (млн чел.)	Пенсионеры (млнчел)
1998	—	—	—
2003	109,02	79,75	29,27
2004	124,04	90,45	33,59
2005	137,83	100,22	37,61
2006	157,32	115,80	41,52
2007	180,20	134,20	46,00
2008	199,96	149,88	50,08
2009	219,38	164,11	55,27

Источник: 2011 нянь Чжунго вэйшэн тунци тияо [Обзор статистики здравоохранения КНР, 2011 г.]. — <http://www.moh.gov.cn/publicfiles/business/htmlfiles/zwgkzt/pjty/index.htm>

Однако дальнейшее расширение БМСГР наталкивалось на ряд сложностей. Помимо проблем с мигрирующими рабочими, сложно было выработать страховые форматы для работников организаций со смешанной собственностью и негосударственных предприятий. В то же время низкодоходные предприятия, неспособные (или нежелающие) осуществлять страховые платежи, оставляли своих работников без страховки. Вставала необходимость введения дополнительной схемы страхования, способной охватить тех, кто не вполне подходил под форматы БМСГР. Такая схема — Базовая медицинская страховка для городских жителей (БМСГЖ) вступила в действие в 2007 г. Для сохранения хронологического порядка предварим ее анализ рассмотрением новой кооперативной системы страхования сельских жителей (НКСМС).

Схема 2: Новая кооперативная система страхования сельских жителей

Эволюция сельского здравоохранения в Китае представляет особый интерес, поскольку в значительной мере свидетельствует о политике руководства КНР в отношении самой многочисленной и в то же время самой малообеспеченной демографической группы — сельских жителей.

Будучи приоритетом государственной политики дореформенного периода, сельское здравоохранение оказалось в крайне невыгодном положении после начала экономических реформ. В дореформенный период сельское здравоохранение было организовано в известную кооперативную систему медицинского страхования, которая была официально принята в ноябре 1959 г., после того как Министерство здравоохранения провело в провинции Шаньси общенациональную конференцию, посвященную проблемам здравоохранения на селе. Через 6 лет, 26 июня 1965 г., Мао Цзэдун огласили директиву 626 — «люерлю чжиши», потребовав основной акцент работы здравоохранения перенести в деревню²⁴. Данная директива послужила толчком к развитию коллективной системы «босоногих врачей» в деревенских и поселковых клиниках. Ориентированная на бедные слои населения, кооперативная система сельского медицинского страхования стала приоритетом китайской политики в области здравоохранения.

В начале 1960-х гг., сельская кооперативная система охватывала 20—30% сельского населения; в 1975 г. охват достиг 84,6%²⁵ и превысил 90% к концу 1970-х гг.²⁶ — достижения, получившие высокую оценку Всемирной организации здравоохранения в 1980 г. и сделавшие китайскую систему здравоохранения на селе всемирно известной как образец высокой эффективности.

С началом экономических реформ в китайской деревне была внедрена подрядная «система производственной ответственности» («Ляньчянь чэнбао цзэжэнь чжи»). Согласно новой системе, коммуны, формировавшие экономическое ядро кооперативной системы страхования, замещались домашними хозяйствами как основной производственной единицей. В результате был дезинтегрирован экономический базис кооперативной системы и количество застрахованных начало сокращаться. Процесс ускорился после ликвидации системы народных коммун в 1983 г. Так, если в 1979 г. доля сельских жителей, практиковавших коллективную медицину, составляла 90%, то в 1985 г. она упала до 5%. В 1989 г. эта цифра составила 4,8%²⁷. Без поддержки коллективной экономики сельская кооперативная система медицинского страхования окончательно рухнула.

В 1990-е гг. предпринимались многочисленные попытки воссоздать кооперативную систему и повторить успешный опыт 1960—1970 гг. Но несмотря на множество решений на официальном уровне²⁸, из-за недофинансирования значительного прогресса здесь достичь не удалось. После десятилетних попыток кооперативная система страхования не была восстановлена. Ее охват никогда не превышал 10% сельских жителей²⁹. В сельском Китае, где уровень доходов населения не позволял платить за медицинские услуги из своего кармана, это порождало тревожные тенденции.

37% сельских жителей, нуждавшихся в медицинских услугах, не могли попасть к врачу, 65% нуждавшихся в госпитализации не были госпитализированы. В 1993 г. 58,8% из них не были госпитализированы из-за неспособности платить; в 1998 г. эта цифра составила 65,25%. Более того, национальное исследование медицинских услуг, проведенное в 1993 г., показало, что «бедность из-за болезней» (poverty due to illness), составила 21,61% общей бедности в сельских районах КНР. В некоторых районах эта цифра превышала 50%³⁰. По словам профессора политологии Китайского университета Гонконга Ван Шаогуана, все это затягивало крестьянские семьи в порочный круг: «обнищание — болезнь — обнищание»³¹. Из-за низких доходов сельские семьи не могли оплачивать ни медуслуги, ни страховые взносы. Коммерческие страховые компании, заинтересованные в повышении собственной прибыли, не хотели работать с неплатежеспособными крестьянами. В Китае с его огромным сельским населением такое положение дел подрывало доверие к властям и создавало ряд серьезных проблем для дальнейшего проведения экономических реформ.

Ситуация начала меняться с 2003 г. (график 1), после того как руководство КНР осознало серьезность положения и учредило «Новую кооперативную систему медицинского страхования».

В ноябре 2002 г. ЦК КПК и Госсовет КНР приняли «Решение о дальнейшем усилении сельского здравоохранения»³², которое определило основные цели развития новой кооперативной системы. «Решение» требовало от правительств разных уровней разработки системы медицинского страхования, которая снизила бы для сельских жителей риски «катастрофических» затрат на здравоохранение. Ожидалось, что новая система покроет всех сельских жителей к 2010 г. Параллельно с развитием НКСМС «Решение» потребовало создать государственно финансируемую программу защиты от непредвиденных медицинских расходов («*иляо цзючжунь*»)³³, нацеленную на поддержку самых бедных групп населения в деревнях и городах, особенно тех, кто подпадал под программы социальной помощи «*тэ кунь*» (особо бедные) и «*ди бао*» (минимальные гарантии)³⁴. Эти меры стали важным дополнением к новой кооперативной системе.

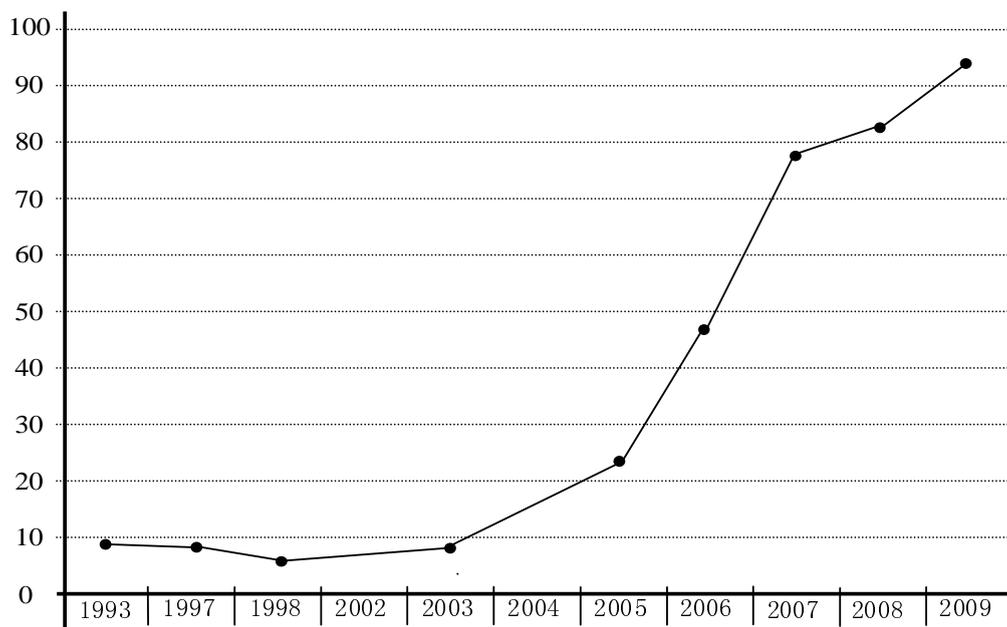
В том же году Госсовет КНР провел общенациональную конференцию в Пекине, посвященную проблемам сельского здравоохранения, где были разработаны основные направления развития НКСМС. Во-первых, участие в НКСМС объявлялось добровольным. Во-вторых, административное управление системой закреплялось за уездным уровнем. В-третьих, часть финансирования предписывалось получать от правительства (центрального и регионального), а часть — из взносов самих крестьян. Также НКСМС подразумевала участие всех членов семьи³⁵.

Официально НКСМС была принята в январе 2003 г., когда Госсовет КНР обнародовал «Уведомление о создании НКСМС» («*Гуанной цзяньли синьсин нуцунь хэцзо иляо чжиду ицзянь дэ тунчжунь*»), после чего новая система стала быстро развиваться. Количество уездов, в которых была введена НКСМС, возросло с 310 в 2004 г. до 2451 в 2007 г. и до 2716 в 2009 г.³⁶ Доля застрахованных возросла с 9,5% сельского населения в 2003 г. до 82,83% в 2008 г.³⁷ Согласно статистике Министерства здравоохранения КНР, в 2009 г., охват НКСМС достиг 94% сельского населения³⁸.

Основной характеристикой НКСМС стало усиление роли государства. В 2003 г. центральное правительство КНР субсидировало программы НКСМС в центральных и западных провинциях в размере 10 юаней на человека в год. В 2006 г. субсидии как центрального, так и местных правительств на каждого жителя центральных и западных провинций возросли до 20 юаней³⁹. Руководство страны обещало к 2010 г. увеличить страховые субсидии в центральных и западных районах до 80 юаней на человека в год, из них 40 юаней должно было выплачивать центральное правительство и 40 — местные⁴⁰.

График 1

Страховой охват НКСМС в период 1990—2000-х гг. (процент сельского населения)



Источник: 2011 нянь Чжунго вэйшэн тунци тияо [Обзор статистики здравоохранения КНР, 2011 г.] —

<http://www.moh.gov.cn/publicfiles/business/htmlfiles/zwgkzt/ptjty/index.htm>

Официальная статистика также фиксирует рост ставок страховых премий, выплачиваемых по программе НКСМС. В 2006 г., страховые выплаты в среднем составляли 52,1 юаней на человека; в 2007, 2008 и 2009 гг. суммы выплат возросли до 58,9, 96,3 и 113,4 юаней соответственно. Помимо сумм, резко возросло и количество выплат. Так, в 2004, 2005, 2006, 2007, 2008 и 2009 гг., количество индивидуальных компенсационных выплат составило 76, 122, 272, 453, 585 и 759 млн человек-раз с общими суммами компенсаций 2,64, 6,18, 15,58, 34,66, 66,20, 92,29 млрд юаней соответственно (табл. 4).

Таблица 4

Страховые премии НКСМС (2004—2009)

Год	Сумма страховых премий (чел/юань)	Кол-во выплат (млн. человек-раз)	Общая сумма страховых выплат (млрд. юаней)
2004	50,4	76	2,64
2005	42,1	122	6,18
2006	52,1	272	15,58
2007	58,9	453	34,66
2008	96,3	585	66,20
2009	113,4	759	92,29
2010	156,6	1087	118,78

Источник: «2011 нянь Чжунго вэйшэн тунци тияо [Обзор статистики здравоохранения КНР, 2011 г.] — <http://www.moh.gov.cn/publicfiles/business/htmlfiles/zwgkzt/ptjty/index.htm>

Увеличение финансирования способствовало быстрому развитию новой системы. Тем не менее, НКМС — это лишь один, хотя, возможно, наиболее важный компонент формирующейся системы здравоохранения КНР. По-прежнему остро стоит вопрос предоставления медико-санитарных услуг, исчисляемых миллионами трудовым мигрантам, перебирающимся из деревень в города в поисках трудоустройства. По мнению некоторых аналитиков, принимая во внимание огромную численность «подвижного населения» и его важную роль в экономическом развитии Китая, успех реформы здравоохранения в значительной мере будет определяться тем, насколько страховая медицина сможет «дотянуться» до этой группы⁴¹. С 2002 г. развитие НКМС сопровождалось рядом мер, нацеленных на решение этой задачи.

Схема 3: Базовая медицинская страховка для трудовых мигрантов

По мере экономического развития Китая, интенсивных процессов модернизации и урбанизации значительно повысилась мобильность китайского населения, особенно возросла миграция из деревень в города. Предоставление страховых гарантий постоянно мигрирующему сегменту населения представляет ряд трудностей. Как было показано выше, основной каркас существующей системы медицинского страхования в Китае состоял из БМСГР и НКМС, а также дополнительной схемы защиты от непредвиденных медицинских расходов «*иляо цзючжу*». Присоединение к той или иной схеме и получение того или иного пакета услуг определялось местом жительства и пропиской, городской или сельской. В такой ситуации трудовые маятники «*нунминьгун*» (работающие в городах крестьяне), будучи одновременно и крестьянами, и рабочими, оказались в страховом вакууме.

Как жители с сельской пропиской *нунминьгун* должны быть охвачены сельской системой НКМС. Но жизнь и работа в городах делает возврат в деревню каждый раз, когда возникает нужда в медицинских услугах едва ли возможным. Кроме того, хотя в некоторых случаях НКМС может оплатить счета из городских больниц, процедуры оплаты обычно крайне длительны и обременительны. Часто оказывается неясным, какие из конкретных медучреждений в городах подпадают под политику НКМС, что вызывает путаницу. Более того, из-за частых травм, получаемых в ходе работы на городских стройках, возрастает потребность в сложных медицинских услугах, для оплаты которых страховые пакеты НКМС недостаточны. Как следствие, большинство трудовых мигрантов предпочитают не участвовать в НКМС⁴².

С другой стороны, включение трудовых мигрантов в городскую систему БМСГР по месту работы также затруднено. Страховые взносы БМСГР, предназначенные для городских рабочих, слишком высоки как для самих мигрантов, которые имеют низкие заработки, так и для их работодателей — мелких и средних предприятий, использующих дешевую рабочую силу мигрантов и не обладающих достаточными финансовыми ресурсами для приобретения городских страховых пакетов⁴³. Таким образом, с точки зрения медицинского страхования, трудовые мигранты оказываются самым проблемным сегментом населения.

Понимая тот факт, что высокая заболеваемость и смертность и, как следствие, утрата трудоспособности среди трудовых мигрантов оказывает крайне негативное влияние на общие стандарты жизни и экономический рост Китая, центральное и местное руководство КНР разработало специальную «дорожную карту» расширения страхового охвата и предоставления страховых гарантий «подвижному населению».

Первый шаг был сделан на уровне центрального правительства. В 2003 г. Министерство труда и социальной защиты издало «Руководство об участии в базовом медицинском страховании для временных городских рабочих». В 2004 г. были приняты «Рекомендации для получения медицинского страхования» работниками предприятий смешанной и негосударственной форм собственности. Эти документы явились первым ша-

гом в разработке программы медицинского страхования непосредственно мигрантов. Оба документа требовали от местных властей предоставления медицинских страховок всем трудовым мигрантам, работающим по найму и имеющим стабильные трудовые отношения с городским работодателем. Самозанятые трудовые мигранты должны были присоединиться к существующим городским страховым схемам на временной основе⁴⁴.

В марте 2006 г. Госсовет КНР издал директивный документ № 5 — «Некоторые мнения о решении проблем трудовых мигрантов», в котором подчеркивалась «важность решения проблемы высоких медицинских расходов трудовых мигрантов»⁴⁵. Вслед за директивным документом Министерство труда и социальной защиты издало «рекомендации по реализации» — («*шиси ицзянь*»), призванные запустить проект на практике.

Через два месяца, в мае 2006, то же министерство издает «Уведомление о целенаправленном расширении участия трудовых мигрантов в медицинском страховании». Согласно новому документу, более 20 млн трудовых мигрантов должны были получить медицинскую страховку к концу 2006 г.; к концу 2008 г. все трудовые мигранты, работающие по долгосрочному найму в городах, должны были быть застрахованы⁴⁶. После издания центральным руководством КНР целеполагающих документов активно началась реализация программы на местном уровне.

Таблица 5

Три модели медицинского страхования трудовых мигрантов

Параметр страховой системы	БМСГР для трудовых мигрантов	НКМС для трудовых мигрантов	«эксклюзивная» система для трудовых мигрантов
Регион внедрения	Пекин, Гуандун	Шэньчжэнь, часть провинции Чжэцзян	Шанхай, Чэнду
Категория участвующих	Работники с сельской пропиской, которые имеют стабильные долгосрочные трудовые отношения с работодателем в городе	Работники с сельской пропиской, которые имеют официальные трудовые отношения с работодателем в городе	Работники с сельской пропиской, работающие по контракту с фиксированным и нефиксированным сроком
Источники финансирования	Страховые вклады работодателя	Страховые вклады работодателя и работника	Страховые вклады работодателя в случае с фиксированным сроком; страховые вклады работника в случае с нефиксированным сроком
Тип компенсируемых медицинских услуг	Услуги стационарного лечения	Услуги стационарного и амбулаторного лечения	Услуги стационарного лечения
Управляющее ведомство	Муниципальный или районный департамент здравоохранения	Муниципальный или районный департамент здравоохранения	Коммерческие страховые компании

Первые попытки внедрить программу страхования трудовых мигрантов были предприняты еще в 1994 г. в провинции Гуандун, но более активные системные меры приходятся на период после 2002 г. Так, Шанхай (2002), Чэнду (2003), Пекин (2004),

Шэньчжэнь (2005) и другие привлекательные для трудовых мигрантов регионы начали внедрять программы, нацеленные на предоставление новоприбывшим базовой медицинской страховки⁴⁷. Несмотря на то, что каждый регион устанавливал свои особые порядки страхования трудовых мигрантов, можно выделить три модели: БМСГР для трудовых мигрантов, адаптированная под нужды мигрантов кооперативная система, «независимая» система, созданная непосредственно для трудовых мигрантов (табл. 5).

Не вдаваясь в детальный анализ каждой из этих моделей, подчеркнем главное — возросшую роль правительства в финансировании, организации и регулировании программ медицинского страхования, что свидетельствует о принятии руководством КНР на себя большей ответственности по защите здоровья граждан. Так, в рамках первой модели (БМСГР для мигрантов) правительство снижало планку первичных и последующих страховых взносов, а в особых случаях осуществляло прямое субсидирование для покрытия медицинских расходов мигрантов с особо низкими доходами. Управление осуществлялось муниципальными и районными департаментами здравоохранения, находящимися в подчинении правительства⁴⁸.

В рамках второй модели (кооперативная система для трудовых мигрантов), которая официально была принята в Шэньчжэне 1 марта 2005 г., медицинские услуги предоставлялись заранее установленными медучреждениями в городах. Эта новая система была открыта для всех трудовых мигрантов, работающих в Шэньчжэне, и, согласно закону о рабочих в СЭЗ Шэньчжэнь, была обязательной для их нанимателей. Проникновение правительства в процесс предоставления медицинских услуг и попытки его регулирования могут быть продемонстрированы рядом фактов. Например, КСМС для трудовых мигрантов работала с установленным кругом поставщиков медицинских услуг (больниц, медцентров). Выбирались эти поставщики посредством официальных процедур аккредитации и лицензирования, проводимых муниципальными и районными департаментами здравоохранения и городскими бюро социального обеспечения⁴⁹. Последние также устанавливали стандартизированные процедуры выплаты компенсаций за стационарные медицинские услуги. С июня 2006 г. страховая система для трудовых мигрантов стала обязательной во всех шести районах Шэньчжэня и получала субсидии из городского бюджета⁵⁰.

Третья модель («независимая» система медицинского страхования для трудовых мигрантов) впервые появилась в сентябре 2002 г., когда правительство Шанхая приняло «Временные методы предоставления всестороннего социального страхования трудовым мигрантам в Шанхае». В марте 2003 г. примеру Шанхая последовало правительство города Чэнду. Целью этих мер было создание системы социального страхования исключительно для трудовых мигрантов, независимо от БМСГР и НКМС⁵¹.

Несмотря на активное экспериментирование и организацию множества пилотных проектов, развитие вышеназванных программ шло медленно. По оценкам некоторых экспертов, к концу 2006 г. 23,67 млн трудовых мигрантов вступили в ту или иную страховую схему. К марту 2007 г. число застрахованных выросло до 24,1 млн⁵². Некоторые источники фиксируют, что в 2006 г. из всех трудовых мигрантов только 23,4% были охвачены той или иной страховой схемой⁵³. Согласно более поздним исследованиям, в конце 2008 г., в Китае насчитывалось порядка 140 млн трудовых мигрантов, более 70% которых не имели медицинской страховки⁵⁴. В настоящее время процент участия трудовых мигрантов в существующих страховых планах в большинстве случаев не превышает 10%⁵⁵.

Например, в провинции Чжэцзян общее число трудовых мигрантов составляет порядка 12 млн чел. (39,15% от общего работающего населения провинции). Лишь 8,17% из них вступили в БМСГР и 9,7% в КСМС для мигрантов; еще 2,55% приобрели коммерческую медицинскую страховку. Иными словами, около 80% всех трудовых мигрантов не застрахованы и платят за услуги здравоохранения из своего кармана⁵⁶. Кон-

кретные цифры могут различаться в зависимости от источника, но все же можно разглядеть общую картину: схемы страхования трудовых мигрантов являются менее удачными, чем базовые варианты страхования городских работников.

Тем не менее, проблемы медицинского страхования трудовых мигрантов выявили ряд дефектов в общей институциональной организации системы здравоохранения КНР. Один из них видится в том, что китайская система здравоохранения управлялась правительствами низших ступеней и, как следствие, имела низкий уровень консолидации ресурсов страхования (*insurance pooling*). Это дезинтегрирует систему и затрудняет движение по ней, что неизбежно создает ряд проблем для такой мобильной группы населения, как трудовые мигранты. Одним из вариантов решения этой проблемы является вывод функции управления медицинским страхованием на уровень центрального правительства. Видимо, поэтому последняя реформа здравоохранения КНР, нацеленная на интеграцию существующих схем в национальный план всеобщего охвата, характеризуется прямым участием центрального правительства КНР в управлении, финансировании и регулировании аккумуляции страховых фондов.

Схема 4: Базовая медицинская страховка для городских жителей

БМСГЖ является последним и самым новым составным звеном существующей системы медицинского страхования в КНР. После создания в 1998 г. БМСГР и воссоздания в 2003 г. НКСМС, а также внедрения в период 2003—2007 гг. программы «*иляо цзючжун*», трудоустроенные городские жители и основная часть сельских жителей имели гарантии минимума медицинских услуг в случае болезни или получения травм. Однако такой сегмент населения, как городские жители без формального трудоустройства, которых в Китае насчитывают порядка 420 млн чел., оставался за пределами существующих схем⁵⁷. Для многих из них проблема «*каньбин нань, каньбин гуй*» обострялась проблемой «*ибин чжипинь, ибин фаньпинь*» («болезнь приводит к обнищанию и делает его постоянным») ⁵⁸. Поэтому для закрытия дыр в существующей страховой системе стало необходимо создание страхового плана, способного покрыть всех неработающих городских жителей.

Как и многие другие реформы в Китае, создание БМСГЖ началось с экспериментирования. 24 июля 2007 г. Госсовет КНР издал директивный документ № 20 — «Руководящие соображения о проведении экспериментов по созданию системы базового медицинского страхования для городских жителей»⁵⁹. В документе ставилась задача создания страховой схемы для тех, кто не подходил под БМСГР. В их числе ученики начальных и средних школ, подростки, пожилые, нетрудоспособные и другие неработающие жители городов. Вскоре после этого, следуя директивам документа № 20, Министерство труда и социального обеспечения определило 79 городов для экспериментирования с новой системой БМСГЖ. Позже в своем докладе на сессии ВСНП 2008 г. премьер Вэнь Цзябао вновь подтвердил намерение провести к концу 2008 г. эксперименты по внедрению БМСГЖ в половине городов по всему Китаю, с последующим распространением этой модели на все города страны⁶⁰.

Новая система должна была финансироваться из страховых взносов, выплачиваемых частично государством и частично самими гражданами⁶¹. Требовалось, чтобы средний размер страховых взносов был выше, чем в случае с НКСМС, но ниже, чем у БМСГР. Ежегодные субсидии государства на каждого застрахованного по новой программе должны были составить не менее 40 юаней на человека в год. Финансонесостоятельные или недееспособные должны получать дополнительные субсидии в размере 60 юаней на человека, 30 из которых выплачиваются центральным правительством⁶². Важной характеристикой новой программы является высокая степень региональной гибкости. За исключением общих директив, основная масса работы по реализации реформы

легла на местное звено управления, что расширяло компетенцию мест в вопросах организации, стратегии осуществления и финансирования нововведения.

Раньше всех, в октябре 2006 г., реформу начали проводить в городе Чэнду. Среди поздних (октябрь 2007 г.) были города Баотоу, Чандэ и Цзыбо. Большинство городов не распространяло программу БМСГЖ на трудовых мигрантов и их детей, за исключением Урумчи и Сямэни, где медицинская страховка распространялась на детей мигрантов, если те посещали школы. Страховые пакеты включали различные комбинации стационарных и амбулаторных услуг, неотложной медицинской помощи, бесплатных ежегодных медосмотров. Щедрость таких пакетов зависела от материального благополучия региона. Так, ежегодный страховой взнос взрослого человека трудового возраста в городе Синин составлял 110 юаней, а в Харбине 270. Общий объем государственного финансирования также колебался от 40 до 100 юаней на человека в год, за исключением города Сямэнь, где ежегодные государственные субсидии составляли 460 юаней на человека, тогда как в некоторых бедных провинциях субсидии правительства на каждого участника программы БМСГЖ могли достигать минимума в 20 юаней в год⁶³.

Как показывают некоторые исследования, совокупные субсидии центрального и местного правительств покрывали порядка 36% всей стоимости страховки, то есть основную долю финансирования составляли индивидуальные страховые взносы граждан⁶⁴.

Несмотря на то, что вступление в БМСГЖ было добровольным, система развивалась сравнительно быстро. Согласно статистике Министерства здравоохранения КНР, в 2007 г. ею было охвачено 42,91 млн городских жителей. В 2008 г. количество присоединившихся выросло до 118,26 млн. В 2009 г. эта цифра составила 181 млн городских жителей⁶⁵.

Данные о БМСГЖ пока что недостаточны для анализа ее эффективности. Однако наличие положительных отзывов среди городского населения с низкими доходами⁶⁶ говорит об определенном успехе системы в удовлетворении нужд бедных слоев городского населения. Рассмотренные выше четыре страховых схемы (БМСГР, НКСМС, БМС для трудовых мигрантов и БМСГЖ) послужили основой для национальной реформы здравоохранения в КНР и введения плана всеобщего охвата.

Новая реформа здравоохранения

Из проведенного выше анализа можно сделать вывод, что в период с 2002 г. Китаю удалось достичь значительного успеха в реформировании системы здравоохранения. В 2002 г. 44,8% городского и 79,1% сельского населения не имели медицинской страховки, а уже в 2009 г. охват НКСМС достиг 94% сельского населения, и миллионы городских жителей были застрахованы в рамках программ БМСГР и БМСГЖ. Но несмотря на позитивную динамику, проводимые реформы явно недостаточны.

Системе здравоохранения КНР не хватает интеграции: между существующими страховыми схемами, между регионами, между различными административными структурами. Как следствие, страховое покрытие носит фрагментарный характер. Остро стоят проблемы переноса страховых отношений из региона в регион, в результате чего многие мобильные граждане, особенно трудовые мигранты, не могут получать медицинские услуги не по месту жительства и вынуждены отказываться от предоставляемых медицинских страховок. Число вышедших из страховых планов в некоторых регионах достигало 95%, что получило название «*туйбао жэ*» (лихорадка выхода из страховых планов)⁶⁷.

17 марта 2009 г. были приняты «Рекомендации ЦК КПК и Госсовета по углублению реформы системы здравоохранения»⁶⁸ и «План реализации приоритетов реформы системы здравоохранения в 2009–2011 гг.». Новая реформа должна решить пять основных задач: 1) ускорить создание общей универсальной системы базового медицинского страхования; 2) установить национальный перечень жизненно важных лекарственных

средств; 3) улучшить систему первичной медико-санитарной помощи; 4) постепенно обеспечить равный доступ к базовым медицинским услугам; 5) реформировать государственные больницы. Ключевой элемент новой реформы — это обещание обеспечить доступность основных медицинских услуг для всех граждан Китая. Вопросы равного доступа стали ядром новой реформы медицинского обеспечения в стране («*синь игай*»).

Концептуально реформа нацелена на эффективное решение проблемы “*каньбин нань, каньбин гуй*”. Как говорится в документах, «в процессе реализации реформы все городские и сельские жители будут охвачены программой базового медицинского страхования, что уменьшит бремя их расходов на медикаменты и медобслуживание»⁶⁹. Медицинские услуги определяются как «общественное благо» (public good), что подчеркивает общественный и государственный характер здравоохранения — принципиальное изменение по сравнению с рыночно-ориентированным подходом 1980-х — 1990-х гг.⁷⁰ Эти инновации подкреплены увеличившимися субсидиями и новыми подходами к финансированию системы здравоохранения. Но главной характеристикой новой реформы здравоохранения является еще большая централизация процесса подготовки, осуществления и координации политики в сфере медицинского обеспечения, а также попытка интегрировать существующие схемы в план всеобщего охвата.

1. Роль центрального правительства

В случае с «*синь игай*» Госсовет КНР не ограничился изданием директивных документов общего плана (решений, уведомлений, руководств, замечаний), а вел весь процесс реформы от формирования повестки до разработки финальных проектов и оценки их реализации. В работу было вовлечено множество министерств, ведомств, групп интересов и рядовых граждан с тем, чтобы сформировать проект реформы, максимально отвечающий нуждам широкого круга участников.

В сентябре 2006 г. была сформирована Руководящая группа Госсовета КНР, отвечающая за процесс реализации реформы здравоохранения. В группу вошли представители 16 министерств и комитетов, в т.ч. Комитета по национальному развитию и реформам, министерств здравоохранения, финансов, сельского хозяйства, труда и социального обеспечения. Премьер Вэнь Цзябао лично проводил многократные совещания в Чжуннаньхае и выслушивал предложения медицинских работников, экспертов, производителей фармацевтической продукции, жителей деревень и других групп, так или иначе затрагиваемых реформой. Также была организована система национального опроса мнений через Интернет. Было собрано порядка 40 тыс. общественных замечаний и требований.

На всех стадиях проведения реформы была широко развернута экспертно-профессиональная поддержка. В период 2006—2008 гг. Координационная группа Госсовета КНР, возглавляемая первым вице-премьером Ли Кэцяном, провела семинары и полевые обследования в более чем 20-ти провинциях. Осуществлялся сбор информации на местах. Также группа получила 9 проектов реформ от нескольких китайских и международных организаций, включая ВОЗ, Всемирный Банк, международную консалтинговую компанию McKinsey & Co, Пекинский и Фуданьский университеты. Был предложен совместный проект Гарвардского университета и университета Цинхуа и проект Исследовательского центра по вопросам развития при Госсовете⁷¹. Народный университет Китая, Академия общественных наук, Пекинский педагогический университет, университет Чжуншань, Департамент международного развития Великобритании, Китайская Корпорация международного капитала (CICC) также присоединились к процессу разработки реформы⁷². Такая масштабность дискуссии вряд ли была бы возможной без прямой «оркестровки» сверху. Одновременно такая политика свидетельствует о фундаментальных переменах в подходах центрального руководства КНР к социальной сфере в целом и к здравоохранению в частности.

Запланированные субсидии из бюджетных средств на создание страхового покрытия населения составили 120 юаней на человека в год. Финансирование строительства и реконструкции медицинских учреждений, обеспечение государственных институтов здравоохранения кадрами и оборудованием тоже планируется осуществлять за счет бюджетных средств. Для реализации поставленных целей правительства разных уровней должны вложить в здравоохранение в 2009–2011 гг. 850 млрд юаней.

2. Интеграционный характер новой реформы

Новый план подразумевает значительную модернизацию управления системой здравоохранения. С 2009 г. внедряется национальная система стандартизированных записей здоровья пациентов. Предполагается, что она позволит проводить регулярные проверки здоровья различных групп граждан. Ожидается также, что создание баз данных даст возможность предотвращения и контроля таких заболеваний как гипертония, диабет, психические расстройства, ВИЧ/СПИД и туберкулез.

Новая реформа также адресована так называемой «вакуумной зоне» — группам населения, испытывающим трудности в присоединении к различным страховым планам. Центральное правительство взяло на себя обязанность предоставления субсидий медицинского страхования рабочим обанкротившихся предприятий. Трудовые мигранты теперь, помимо БМСГР и НКМС, могут выбрать БМСГЖ по месту регистрации — новая альтернатива медицинского страхования для «подвижного населения».

Для усиления интеграции между институтами здравоохранения различных регионов планируется расширить площадь консолидации страховых ресурсов (pooling area). Для этого упрощается процедура доступа к медицинским услугам за пределами места регистрации. Подчеркивается необходимость создания механизмов перевода права получения медицинских услуг из одного региона в другой или из одной системы в другую для временно работающих и мигрантов⁷³. План также подчеркивает необходимость создания механизмов связи между различными схемами медицинского страхования.

Что касается отношения центра и регионов, то центральное правительство, как обычно, поощряет проведение пилотных экспериментов на местном уровне. Однако в этот раз координационная группа по вопросам реформирования системы здравоохранения, отвечающая за повседневную работу по реализации реформы, формируется непосредственно Госсоветом⁷⁴, что говорит о переходе управления реформой системы здравоохранения на высший уровень.

Безусловно, сложно провести детальный анализ реализации последней реформы здравоохранения, полагаясь лишь на рамочные документы Госсовета КНР. Некоторые граждане Китая после ознакомления с проектами реформ, выставленными для всеобщего обозрения и откликов, описывали их в Интернете как *чжуань, сэ, жао* (перегруженные, неясные, неточные) и хотели бы, чтобы правительство сделало дальнейшие проработки. Но все же можно сделать предварительный вывод о появлении нового подхода к вопросам публичной политики в Китае, свидетельствующего о более мощных административных и финансовых возможностях современного руководства КНР.

Заключение

Современная система здравоохранения КНР состоит из различных составных блоков, которые формировались в разное время и в итоге были интегрированы в план всеобщего охвата в 2009 г. Эти преобразования происходили в рамках «реформ второго поколения» — («*ди эр дай гайгэ*»), важным элементом которых, помимо экономического развития, является строительство государственных институтов⁷⁵. На практическую реализацию национального плана всеобщего охвата уйдут годы и колоссальные ресурсы. Многие конкретные меры этой реализации еще предстоит разработать. Но что становится

ся заметным уже сейчас, так это начало перемен в отношениях между государством и рынком в современном Китае.

За сменой динамики затрат на социальное обеспечение стоит смена роли государства в распределении ресурсов. Сегодняшняя модель развития Китая отличается от той, что доминировала в 1980-е и 1990-е гг. В интервью с Фаридом Закария в 2008 г. премьер Вэнь Цзябао, отвечая на вопрос о китайской модели развития, утверждал, что полная формулировка экономической политики КНР — это предоставление свободы рыночным факторам в процессе распределения ресурсов, но под макроэкономическим регулированием правительства. Другими словами, «обе руки» (как «видимая», так и «невидимая») должны в полной мере выполнять свои функции. Анализ изменений в системе здравоохранения КНР в период нахождения у власти четвертого поколения лидеров страны показал, что была предпринята серия попыток усилить роль центрального правительства в регулировании медицинского обеспечения населения. Руководство КНР осознавало негативные последствия саморегулирующегося рынка для социальной сферы и прореагировало проведением полномасштабных реформ социальной направленности.

1. Poverty Facts and Stats. — <http://www.globalissues.org/article/26/poverty-facts-and-stats>.
2. В качестве примера приложения теории «фиаско рынка» к здравоохранению интересны работы: *Kenneth J. Arrow. Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care // American Economic Review* Pittsburg, 1963. Vol. 53, No. 5. P. 941–973. Для анализа эффектов влияния рынка на здравоохранение см. *W. C. Hsiao: Abnormal Economics in the Health Sector // Health Policy. Elsevier Science Ireland Ltd.* 1995. No. 32. P. 125—139.
3. Далее при анализе данных страховых схем в работе используются следующие названия и аббревиатуры: базовая медицинская страховка для городских работников — БМСГР, новая кооперационная схема медицинского страхования сельских жителей — НКМС, Базовая медицинская страховка для городских жителей — БМСГЖ.
4. Чжунгун Чжунян, Гоуяоань гуньюй шэньхуа иляо вэйшэн тичжи гайгэ дэ ицзянь (2009.03.17) [Рекомендации ЦК КПК по углублению реформы здравоохранения], 17 марта 2009 г. — http://www.gov.cn/jrzq/2009-04/06/content_1278721.htm.
5. Исчерпывающий обзор литературы по вопросу эволюции системы здравоохранения КНР представлен в: *Wagstaff et al. China's Health System and Its Reform: A Review of Recent Studies // Health Economics. Published online in Wiley Inter Science. Hoboken. New Jersey, 2009. Vol. 18, Issue S2. P. 7–23.* и *Eggleston et al. Health Service Delivery in China: A Literature Review // Health Economics. 2008. Vol. 17, Issue 2. P. 149–165.*
6. Гоцзя Тунци: Чжунго гонэй шэнчань цзунчжи хэсуань лиши цзыляо (1952–2004) [Национальное бюро статистики Китая: материалы об истории расчетов ВВП Китая (1952—2004)]. Пекин, 2007.
7. *Hu Shanlian, Tang Shenglan, Liu Yuanli, Zhao Yuxin, Maria-Luisa Escobar, David de Ferranti.* Reform of how health care is paid for in China: challenges and opportunities // *The Lancet. Elsevier Science, Amsterdam, 2008. Vol. 372, Issue 9652. P. 1847.*
8. *Blumenthal D., Hsiao W.* Privatization and its discontent — The evolving Chinese health care system // *The New England Journal of Medicine. Massachusetts, 2005. Vol. 353, No. 11. P. 1167.*
9. *Ши Гуан, Гун Сэнь.* Ди эр баогао: гайгэ кайфан илай Чжунго вэйшэн тоужу цзи ци цзисяо фэньси [Доклад № 2: Анализ эффективности системы здравоохранения КНР после начала политики реформ и открытости] // Аналитический доклад для Центра исследований развития Госсовета КНР. — <http://www.drc.gov.cn/cbw.asp?list=32618>.
10. Там же.
11. Профессор Ван Шаогуан, проецируя идеи Карла Поланьи об утопии саморегулирующегося рынка на китайскую реальность, называет процесс появления социальной политики в КНР «Да Чжуаньсин» [Великая трансформация] и подчеркивает важность этого исторического момента. См.: *Ван Шаогуан.* Да Чжуаньсин: 1980 нянь илай дэ шуансян юньдун [Великая трансформация: встречное движение в Китае после 1980 года] // Чжунго шэхуэй кэсюэ, Пекин. 2008. № 1. С. 129–148. Для анализа, почему такая трансформация случилась в 2002 г., см.: *Ван Шаогуан.*

- Цун цзинци чжэнцэ дао шэхуй чжэнцэ дэ лишисин чжуаньбянь [Исторический переход от экономической к социальной политике]. — http://www.cuhk.edu.hk/gpa/wang_files/Publist.htm.
12. Цюаньмянь цзяньшэ сяокан шэхуй, кайчуан Чжунго тэсэ шэхуйчжуи шиэ синь цзюймянь [Доклад Цзян Цзэминя на 16-м съезде ЦК КПК].
 13. *Liu Yuanli*. Reforming China's urban health insurance system // *Health Policy*. 2002. Vol. 60, Issue 2. P. 133–150.
 14. Лаодунбу баосянь фулиши баогао [Доклад отдела страхового обеспечения и социальных гарантий при министерстве труда]. 1988. С. 145.
 15. *Xu Ling, Wang Yan, Charles D. Collins, Tang Shenglan*. Urban health insurance reform and coverage in China using data from National Health Services Surveys in 1998 and 2003 // *BMC Health Services Research*. London, 2007. Vol. 7, No. 37. P. 1–14. — <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/7/37>.
 16. *Гун Сэнь*. Баогао сы: чэнчжэнь чжигун иляо баочжан тичжи дэ хуйгу юй чжаньван [Доклад № 4: Обзор и перспективы БМСГР] // Аналитический доклад для Центра исследований развития Госсовета КНР. — <http://www.drc.gov.cn/cbw.asp?tlist=32618>.
 17. Там же.
 18. *Гун Сэнь*. Баогао сы: чэнчжэнь чжигун иляо баочжан тичжи дэ хуйгу юй чжаньван [Доклад № 4: Обзор и перспективы БМСГР] // Аналитический доклад для Центра исследований развития Госсовета КНР. — <http://www.drc.gov.cn/cbw.asp?tlist=32618>.
 19. Данные 3-го национального исследования медицинских услуг в Китае, проведенного в 2003 г.
 20. Гоуянь гуаньюй цзяньли чэнчжэнь чжигун цзибэнь иляо баосянь чжиду дэ цзюэдин [Решение Госсовета о развитии системы базового медицинского страхования для городских работников] от 14.12.1998. — http://www.gov.cn/banshi/2005-08/04/content_20256.htm.
 21. *China's Social Security and Its Policy White Book (English version)*. — <http://www.china.org.cn/e-white/20040907/index.htm>.
 22. Лаодун хэ шэхуй баочжан шиэ фачжань шиуу гуйхуа ганьяо 2006—2010 [План развития трудового и социального обеспечения в одиннадцатой пятилетке 2006—2010]. — http://www.molss.gov.cn/gb/zl/2006-11/08/content_146879.htm.
 23. Там же.
 24. *Яо Ли*. Ба иляо вэйшэн гунцзо дэ чжундянь фан дао нунцунь цюй — Мао Цзэдун 626 чжиши [Делать акцент на сельском здравоохранении — 626-я директива Мао Цзэдуна]. — <http://www.chinese-thought.org/shgc/005968.htm>.
 25. *The World Bank, China: The Health Sector*, Washington, 1984. P.155.
 26. *Цай Жэньхуа*. Чжунго иляо баочжан гайгэ шиюн цюаньши [Энциклопедия реформ медицинского обеспечения в Китае]. Пекин, 1998. С. 344.
 27. *Ван Яньчун*. Шилунь гоцзя цзай нунцунь иляо вэйшэн баочжан чжун дэ цзююн [Предварительные наблюдения за ролью государства в сельском медицинском страховании и здравоохранении]. — <http://www.cc.org.cn/wencui/020603200/0206032015.htm>.
 28. Среди наиболее важных:
 - 1991, Госсовет КНР: Гуаньюй гайгэ хэ цзяцян нунцунь иляо вэйшэн гунцзо дэ цинши [Запрос инструкций по проблеме реформирования и развития здравоохранения в сельских районах].
 - 1993, ЦК КПК: Гуаньюй цзяньли шэхуйчжуи шичан цзинци тичжи жогань вэньти дэ цзюэдин [Решение о некоторых вопросах строительства социалистической рыночной экономики].
 - 1997, ЦК КПК и Госсовет КНР: Гуаньюй вэйшэн гайгэ юй фачжань дэ цзюэдин [Решение по реформированию и развитию здравоохранения].
 - 1998, 3-й Пленум 15-го съезда КПК: Чжунгун Чжуньян гуаньюй нунье хэ нунцунь гунцзо жогань чжунда вэньти дэ цзюэдин [Решение ЦК КПК по некоторым важным вопросам сельского хозяйства и работы в деревне.]
 - 2001, Госсовет: Гуаньюй нунцунь вэйшэн гайгэ юй фачжань дэ чжидео ицзянь [Инструкции по поводу реформирования и развития здравоохранения в сельских районах].
 29. *Чжан Вэнькан*. Лекция на форуме стратегических инноваций Китайской академии наук, 31 января 2002 г. — <http://www.cas.ac.cn/html/Dir/2002/01/31/5616.htm>. Прочитовано в: *Ван Шаогуан*. Великая Трансформация. С. 36.
 30. *Ван Лэйцзюнь*. Баогао у: дуй Чжунго нунцунь иляо баочжан чжиду цзяньшэ дэ фаньсы юй цзяньли [Доклад № 5: Анализ и рекомендации по строительству системы медицинского страхова-

- ния в сельском Китае] // Аналитический доклад для Центра исследований развития Госсовета КНР. — <http://www.drc.gov.cn/cbw.asp?tlst=32618>.
31. *Wang Shaoguang*. China's Health System: From Crisis to Opportunity // *Yale-China Health Journal*. New Haven, 2004. Vol. 3. P. 37.
 32. Чжунгун Чжунъян, Гоюань гуаньюй цзиньбу цзяян нунцунь вэйшэн гунцзо дэ цзюэдин. — <http://www.ylxsj.com/Article/ShowArticle.asp?ArticleID=24>.
 33. Там же.
 34. *Wagstaff A., Yip W., Lindelow M. & Hsiao W.C.* China's health system and its reform: A review of recent studies // *Health Economics*. 2009. Vol. 18, Issue 2. P. S7—S23.
 35. *Lei Xiaoyan, Lin Wanchuan*. The New Cooperative Medical Scheme in Rural China: Does More Coverage Mean More Service and Better Health? // *Health Economics*. 2009. Vol. 18, Issue 2. P. 25—46.
 36. *Ibid.* P. 27.
 37. *Wang Shaoguang*. The Great Transformation: The Double Movement in China // *Boundary 2*. Duke University Press, Durham, 2008. Vol. 35, No. 2. P. 34.
 38. Министерство здравоохранения КНР — <http://www.moh.gov.cn/publicfiles/business/htmlfiles/wsb/index.htm>.
 39. China Ministry of Health, 2006.
 40. *Lei Xiaoyan, Li Wanchuan*. *Op. cit.* P. 26.
 41. *Egglesto K., Wang Jian, Rao Keqin*. From plan to market in the health sector? China's experience // *Journal of Asian Economics*. Published by Elsevier Science, 2008. Vol. 19, Issue 5—6. P. 400—412.
 42. *Guo, J., Liu, X., Zhu, X.* Migrant workers are not covered by NCMS // *Outlook Weekly*. 2007. No. 47. Issue 2. P. 12. cf. *Lei & Lin*. *Op. cit.* P. 26.
 43. *Wu Lingling, Chen Xinde*. Вого нунминьгун иляо баосянь вэньти яньцзю [Анализ проблем медицинского страхования трудовых мигрантов в Китае] // Иляо баосянь [Медицинское страхование]. 2010. № 2.
 44. *Wang Shaoguang*. *Op. cit.* P. 34.
 45. *Ibid.*
 46. *Ibid.*
 47. *Яо Цзюнь*. Нунминьгун иляо баосянь чжиду юньсин куньцзин цзи ци лилунь чаньши [Проблемы функционирования системы медицинского страхования трудовых мигрантов и их теоретическое объяснение] // *Tianfu xinlun* [Новостной форму Тяньфу]. 2010. No. 1.
 48. *Zheng Gongcheng, Linda Yeuk-lin Lai Wong*. Чжунго нунминьгун вэньти юй шэжуй баоху [Проблемы трудовых мигрантов и социальная защита в Китае]. Пекин, 2007.
 49. *Jin Mou, Jinqian Cheng, Dan Zhang, Hanping Jiang, Liangqiang Lin and Sian M Griffiths*. Health care utilization amongst Shenzhen migrant workers: does being insured make a difference? // *BMC Health Services Research*. 2009, No. 9. P. 214.
 50. *Ibid.*
 51. *Wang Shaoguang*. *Op. cit.* P. 34.
 52. *Ibid.* P. 35.
 53. *Zheng Gongcheng, Linda Yeuk-lin Lai Wong*. *Op. cit.* P. 380—381.
 54. *Wu Lingling, Chen Xinde*. *Op. cit.*
 55. Гоюань яньцзюйши кэтицзю 1: Чжунго нунминьгун дяоянь баогао «А» [Исследовательский отдел Госсовета, Семинар № 1: Доклад исследования трудовых мигрантов Китая «А»], а также Цзун баогао циджаоцзю 1: Чжунго нунминьгун вэньти яньцзю баогао «С» [Общая проектная группа № 1: Доклад исследования проблемы трудовых мигрантов «С»]. Пекин, 2006.
 56. *Вэй Цзе, Чжоу Лулинь*. Нунминьгун иляо баосянь сяньчжуан цзи моши сюаньцзэ [Положение дел в системе медицинского страхования трудовых мигрантов и выбор модели] // Чжунго вэйшэн шиэ гуаньли [Управление здравоохранением в Китае]. 2010. No. 1. С. 31.
 57. *Lin Wanchuan, Gordon G.L., Chen Gang*. Urban Resident Basic Medical Insurance: a landmark reform towards universal coverage in China // *Health Economics*. 2009. Vol. 18, Issue 2. P. 83.
 58. Чжунго шэжуй баочжан ван цзунхэ: цюаньмянь туйсин чэнчжэнь цзюйминь цзибэнь иляо баосянь [Китайский портал социального обеспечения: Полномасштабное осуществление базового медицинского страхования для городских жителей]. — http://www.cnss.cn/new/ztl/200907/t20090727_238341.htm.
 59. Китайская версия доступна на Интернет-портале правительства КНР. — http://www.gov.cn/zw/gk/2007-07/24/content_695118.htm.

60. *Tsing-Mei Cheng*. China's latest health reforms: a conversation with Chinese health minister Chen Zhu // *Health Affairs (Millwood)*. 2008. Vol. 27, Issue 4. P. 1103–1110.
61. Ibid.
62. Госсовет КНР, директивный документ № 20: Гоюань гуанюй кайчжань чэнчжэнь цзюйминь цзибэнь иляо баосянь шидянь дэ чжидао ицзянь [Руководство Госсовета по проведению экспериментов в сфере базового медицинского страхования для городских жителей]. — http://www.gov.cn/zwgk/2007-07/24/content_695118.htm.
63. Для детального анализа системы БМСГЖ в 9-ти городах (Баотоу, Чандэ, Чэнду, Цзилинь, Шаосин, Сямэнь, Синьнин, Урумчи, Цзыбо), см.: *Lin Wanchuan, G. Liu Gordon and Chen Gang*. Op.cit.
64. Ibid.
65. Министерство здравоохранения КНР: 2010 Чжунго вэйшэн тунци няньду [Статистический ежегодник здравоохранения 2010]. — <http://www.moh.gov.cn/publicfiles/business/htmlfiles/mohwsbwstjxxzx/s8208/index.htm>.
66. *Lin Wanchuan, G. Liu Gordon and Chen Gang*. Op. cit. P. 94.
67. *Чжан Янь*. Нунминь гун туйбао ланьяо дэ бэйхоу [За кулисами отказа мигрантов от медицинской страховки] // *Jingji Daokan* [Экономическое руководство]. 2008. No. 2.
68. Английская версия документа доступна на: http://www.china.org.cn/government/scio-press-conferences/2009-04/09/content_17575378.htm.
69. Английская версия плана реализации реформы доступна на: http://www.china.org.cn/government/scio-press-conferences/2009-04/09/content_17575401.htm.
70. Ibid.
71. The US-China Business Council 2009. — <http://www.uschina.org/>, State Council Leading Group for Coordinating Healthcare System Reform.
72. Из беседы автора данной статьи с профессором Ван Шаогуаном. Гонконг, март 2010.
73. План реализации (сноска 70).
74. Ibid.
75. *Wang Shaoguang, Hu Angang, Zhou Jianming*. Ди эр дай гайгэ чжаньлюэ: цзици туйцзинь гоцзя тичжи цзяньшэ [Второе поколение реформ: активное продвижение строительства государственных институтов] // *Zhanlue yu Guanli* [Стратегия и управление]. 2003. No. 2.