

УДК 332.143

**РАСШИРЕНИЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО
МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ – ПУТЬ К
СНИЖЕНИЮ РАСХОДОВ НАСЕЛЕНИЯ ВЬЕТНАМА
НА МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ**

Чан Тхи Бич Нгок, Л.С. Шпехт

Чан Тхи Бич Нгок, канд.
экон. наук, ст. преподаватель
факультета экономики и ме-
неджмента Ханойского поли-
технического университета
(г. Ханой, Вьетнам).

E-mail:
bichngoc2201@gmail.com

Шпехт Любовь Сергеевна,
канд. экон. наук, доцент кафе-
дры экономики Института соци-
ально-гуманитарных техноло-
гий Томского политехнического
университета (Россия, 634050,
г. Томск, пр. Ленина, д. 30).
E-mail: shpeht_lubov@mail.ru

Вьетнам – государство в Юго-Восточной Азии с тропическим климатом, который характеризуется постоянной жарой и высокой влажностью. Как известно, история Вьетнама – история постоянной и многолетней борьбы за свою независимость и строительства государства. Даже в настоящее время, Вьетнам является страной с тяжелыми последствиями от многолетней войны, значительно воздействующими на ее экономическое развитие и решение вопросов социального обеспечения. Низкий уровень развития экономики и системы здравоохранения страны, постоянная угроза стихийных бедствий, демографические особенности населения, и вместе с ними, уровень заболеваемости, смертности, разные болезни и эпидемии являются основными причинами, влияющими на состояние здоровья населения. Уровень расходов на медицинские услуги для большинства жителей Вьетнама, даже для имеющих страховой медицинский полис, слишком вы-

сокий. Методы исследования: систематический анализ статистических данных о структуре заболеваемости населения и об уровне расходов на медицинские услуги жителей Вьетнама. Так же при написании статьи использованы методы финансово-экономических расчетов, ситуационный анализ. Цель работы: определить пути снижения расходов населения Вьетнама на медицинские услуги. Результаты: изучены некоторые актуальные проблемы расходов населения Вьетнама на здравоохранение и проводимые Правительством мероприятия, направленные на их решение. Проведён анализ факторов, влияющих на систему медицинского страхования населения. Сделаны выводы и предложения по снижению расходов населения на медицинские услуги.

Ключевые слова: обязательное медицинское страхование, расходы, медицинские услуги, государственный бюджет, Вьетнам.

На здоровье населения страны оказывают влияние многие факторы: климатические и географические особенности места проживания; отраслевая структура экономики, виды производства; урбанизация и индустриализация; социально – гигиенические проблемы в стране; последствия войны; характеристика питания; характеристика жилищных условий и водоснабжения населения; особенности условий труда и профессиональные заболевания.

Вьетнам – страна с тропическим климатом, для которого характерны определенные виды инфекционных и неинфекционных болезней. Тяжелые условия жизни и труда постоянно воздействуют на здоровье человека, что определяет сложную структуру болезней населения Вьетнама. Ниже приведены данные по количеству смертей от 10 групп типичных болезней в 2008г. (табл.1).

Таблица 1. Структура смертности населения Вьетнама от типичных болезней в 2008 г. [1]

Мужчины			Женщины	
ПП	Болезнь/травмы	Прожитые годы с инвалидностью, лет	Болезнь/травмы	Прожитые годы с инвалидностью, лет
1	Инсульт	53.217	Инсульт	56.771
2	Рак печени	19.915	ХОБЛ	14.941
3	Авария	17.330	Пневмония	11.175
4	Рак легких	15.720	Ишемическая болезнь сердца	11.015
5	ХОБЛ	14.355	Диабет	9.858
6	Ишемическая болезнь сердца	13.504	Рак печени	8.587
7	Туберкулез	11.450	Рак легких	7.869
8	Пневмония	9.470	Туберкулез	6.798
9	HIV/AIDS	9.417	Авария	5.750
10	Рак желудка	8.469	Рак желудка	5.470

Из данных таб. 1 видно, что во Вьетнаме в 2008 году общее количество смертей по причине болезни составило 541228, причем смертность мужчин - 54%, женщин - 46%. Основной причиной смерти мужчин является инсульт, на втором и третьем местах - рак печени и дорожно-транспортные происшествия. У женщин наиболее частыми причинами смерти являются инсульт и ХОБЛ (Хроническая обструктивная болезнь легких - COPD). Риск смерти детей в возрасте до 5 лет является 15/1000 у мальчиков и 12/1000 у девочек. Риск смертности в возрастной группе 15-59 лет составляет 30/1000 у мужчин и 70/1000 у женщин. Суммарные прожитые населением Вьетнама годы с инвалидностью (YLD: Years lived with disability) в 2008г. составляет 5,4 млн. лет [1]. Таково бремя болезней для страны и общества в целом, и системы здравоохранения в частности.

На увеличение показателей состояния здоровья и смертности населения Вьетнама также влияют инфекционные трансмиссивные заболевания.

Трансмиссивные болезни включают более 200 нозологических форм, вызываемых вирусами, бактериями, риккетсиями, простейшими. Часть из них передаётся только с помощью кровососущих переносчиков (облигатные трансмиссивные болезни, например, сыпной тиф), часть различными способами, в том числе трансмиссивным (например, туляремия, малярия и др., заражение которыми происходит при укусах комаров и клещей, а также при снятии шкурок с больных животных). Некоторые инфекционные трансмиссивные заболевания могут передаваться от человека к человеку, часть - через укусы насекомых или животных, часть - через пищу или загрязненную воду и др. воздействия окружающей среды.

Инфекционные заболевания осложняются изменением климата, загрязнением окружающей среды, адаптацией и изменением возбудителей болезни, ростом численности населения и изменением его образа жизни.

Типичными инфекционными трансмиссивными заболеваниями во Вьетнаме являются корь, геморрагическая лихорадка денге, грипп А.

Корь - острое инфекционное заболевание, вызываемое вирусом кори, часто встречаются у детей и является одной из ведущих причин детской смертности в возрасте до 5 лет; распространяется от человека к человеку в основном через дыхательные пути и появляется обычно в зимний и весенний периоды.

Во Вьетнаме корь все еще широко распространена, хотя показатели заболеваемости неуклонно снижаются за счет реализации государственной программы вакцинации. В 2013 году зафиксировано 1048 случаев заболевания корью. С 1 января по 23 апреля 2014 г. зарегистрировано 241 случай в 24 провинциях/городах. По информации Департамента профилактической медицины Министерства здравоохранения по состоянию на 23 апреля 2014 г., из 65 провинций и городов страны присутствие кори подозревалось в 61 провинции/городе. В стране зарегистрировано 3569 случаев заболевания корью, в основном в северных и южных районах. На г. Ханой приходится 37% случаев заболевания корью [2].

Геморрагическая лихорадка денге начала появляться в начале 1960-х в дельте реки Меконг, ее эпидемии быстро распространились на другие районы вдоль реки. По данным Главного статистического управления, в октябре 2012 г., во Вьетнаме зарегистрировано 7500 заболевших, в том числе 6 случаев со смертельным исходом. За 10 месяцев 2012 года было зафиксировано 42200 пациентов с этим заболеванием, из них умерло 44 чел. [3].

Грипп А - острая инфекция респираторных путей вирусами гриппа А H1N1, H5N1 и H7N9. Болезнь передается от человека к человеку через дыхательные пути или через контакт с носителями, содержащими вирусы. Согласно данным Министерства сельского хозяйства и развития сельских районов, с момента появления в 2003 году к 10 сентября 2008 г. во Вьетнаме зарегистрировано 106 случаев гриппа А/H5N1, из них 52 случая смерти (смертность составляет 49%). Вспышка включала 4 периода:

- 1 период: с 26.12.2003 по 10.03.2004 - 23 случая, из них 16 случаев смерти (69%).
- 2 период: с 19.07.2004 по 28.08.2004 - 4 случая, случаев смерти - 4(100%).
- 3 период: с 16.12.2004 по январь 2005г. - 65 случаев, из них случаев смерти - 22 (33,8%).
- 4 период: с 07.05.2007 по 04.03.2008 - 13 случаев, из них случаев смерти - 10 (77%) [4].

Высокая доля смертности от заболевания гриппом А/H5N1 свидетельствует о его опасности. В 2013 – 2014 гг. эпидемия птичьего гриппа А снова возникла во многих провинциях Южного Вьетнама. Благодаря своевременной реакции и усилиям со стороны медиков и местных властей эпидемия была быстро ликвидирована, уничтожено сотни тыс. домашних птиц, случаев смерти не было. Приведенные данные свидетельствуют о большой опасности гриппа А для людей и птицеводства страны.

Одной из основных задач системы здравоохранения Вьетнама является борьба с *детскими заболеваниями*, в т.ч. заразными (инфекционными). К распространенным инфекционным болезням у вьетнамских детей относятся: респираторные вирусные инфекции, грипп и гриппоподобные заболевания, корь, краснуха, скарлатина, дифтерия, оспа, ветрянка, острые кишечные инфекции. Среди неинфекционных болезней у вьетнамских детей распространены такие как рахит, гипервитаминоз Д, пневмония, бронхит, ревматизм, бронхиальная астма, цирроз печени, пищевые токсикоинфекции.

В настоящее время во Вьетнаме на 10 больных приходится 4 больных инфекционными заболеваниями. Поэтому профилактика и борьба с инфекционными заболеваниями является приоритетным направлением в области здравоохранения в 21 веке.

Что касается показателей инвалидности, по данным Департамента статистики Минздрава в 2009 году в стране имелось около 6,1 млн. инвалидов разных степеней, что составило 6% населения. Среди инвалидов 1,1 млн. чел. имеют тяжелую инвалидность, в том числе 29% по подвижности, 17% по психике, 14% по зрению, 9% по слуху, 7% по языковым возможностям, 7% по умственному развитию и 17% по другим формам. Причины инвалидизации населения следующие: 36% врожденных инвалидов, 32% в связи с болезнью, 26% инвалидов - войны (1,326 млн.чел.) и 6% от несчастных случаев[5]. Высокая доля инвалидов представляет собой тяжелую нагрузку на систему здравоохранения и экономику страны в целом.

Далее рассмотрим расходы на здравоохранение.

Во Вьетнаме бюджет здравоохранения не значителен. Например, на общие расходы на здравоохранение в 2014 г. по предварительным данным Минфина СРВ приходится около 60.732 млрд. вьетнамских донгов [6] (около 6% от общего госбюджета на 2014г., не считая местные бюджеты и частные расходы на здравоохранение). В табл. 2 приведена структура расходов на здравоохранение из государственных бюджетов за 6 лет сравнении с другими отраслями.

Таблица 2. Реальные расходы бюджета СРВ за 2005 -2012гг. (млрд. вьетнамских донгов -VND) [7].

	2005	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Общая сумма расходов	262697	399402	452776	561273	64883	787554	905970
В т.ч.:							
Капиталовложения	79199	112160	119462	181363	183166	208306	195054
.....							
Социально-эконом. развитие	132327	211940	252375	303371	376620	467017	610636
В т.ч.:							
Образование и подготовка	28611	53774	53560	69320	78206	99369	152590
Здравоохранение	7608	16426	14385	19354	25130	30930	54500
Наука, технология, окруж. среда	2584	7604	3191	3811	4144	5758	7242
Радиовещание и телевидение	2099	1410	2661	6080	8828	8645	10535
Адм.управление экономикой	11801	16145	21193	27208	37632	45543	61719
Пенсионный фонд, социальное обеспечение	17747	36597	37138	50266	64218	78090	96624
.....							
Администрат. управление	18761	29214	38205	40557	56129	72423	87060
Резервы	69	185	159	247	275	288	100

Курс VND/USD: 2005 г. -16.100, 2009 г. - 18.200, 2011 г. -20.800, 2013 г. – 21.200, 2014г. – 21,3(источник: Государственный банк СРВ, средний курс за год).

Данные таблицы показывают, что госбюджет на здравоохранение незначителен по сравнению с бюджетом на образование, почти в 3 раза меньше (в среднем за исследуемый период). В общие расходы на здравоохранение не включены расходы из других источников. Например, бюджет прямой поддержки для организаций, предоставляющих медицинские услуги в 2010 году, составил 24% от общих расходов на здравоохранение, в то время как расходы из фонда медицинского страхования составили 17%. В соответствии с Законом №25/2008/QH12 о медицинском страховании, принятым Национальным собранием СРВ 14.11.2008, действующим с 2009 года, государство оплачивает 100% расходов на здравоохранение для бедного населения и детей в возрасте до 6 лет. В 2010г. медицинское страхование покрыло 60% численности населения, а до июня 2014г. –71,6% [8]. Цель правительства заключается в том, чтобы к 2015 г. 75% населения обеспечено медицинским страхованием и 90% - к 2020 г. В настоящее время медицинское страхование не охватывает большую часть свободных тружеников и населения, проживающего в сельской местности [9].

Ассигнования из госбюджета на здравоохранение с 2005 по 2011 гг. имели тенденцию к увеличению. В 2005 г. госбюджет на здравоохранение составил 7608 млрд. VND и в 2014 г. – 60732 млрд. VND, то есть за 10 лет бюджет на здравоохранение увеличился почти в 8 раз. Средний темп роста финансирования и фактических расходов на здравоохранение в среднем составил более 69,8% в год, но данный уровень бюджета является недостаточным для покрытия нужд здравоохранения и соответствия требованиям к его развитию по отношению к росту населения (82,3 млн. в 2005 г. [10] и 90,4 млн. в 2014 г. [11])

Расходы на здравоохранение характеризуются источниками финансирования и реальными расходами населения при оказании им медицинских услуг медицинскими учреждениями.

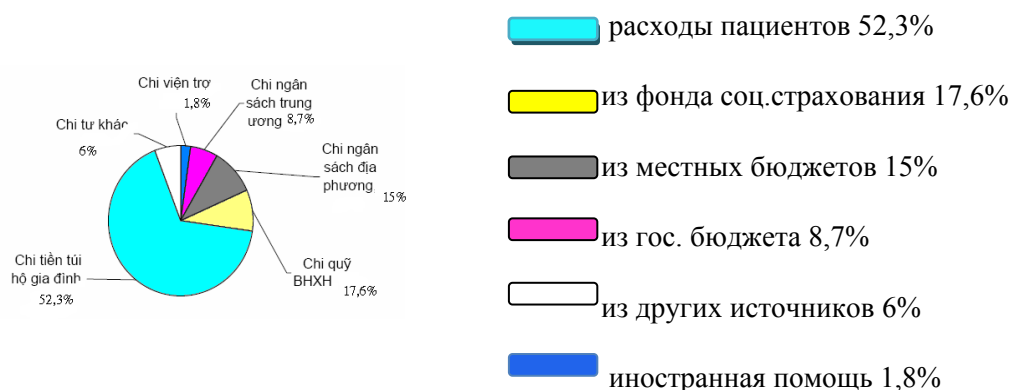


Рис. 1. Структура расходов по источникам финансирования [12].

Диаграмма на рис.1 показывает, что в структуре расходов на здравоохранение основным источником финансирования являются сами пациенты.

Вьетнам сталкивается с растущими расходами на здравоохранение. Исследование, проведенное ВОЗ в сотрудничестве с Ханойским медицинским университетом в 2010 г., показало, что 2,5% вьетнамских семей считаются бедными и 3,9% испытывают трудности в расходах на медицинские услуги, т.е. около 25,6% населения не в состоянии оплатить стоимость лечения (из расчета, что в каждой такой семье имеется 4 чел., а, согласно исследованию, бедная семья обычно является многодетной).

Ассигнованием системы здравоохранения Вьетнама является совокупность средств из прямого бюджета для Министерства здравоохранения, средств социального медицинского страхования (часть бюджета Министерства труда, инвалидов и социальных проблем) и прямых расходов из средств пациентов. На собственные расходы пациентов приходится более 50% от общих расходов на здравоохранение в 2010 году, и это одна из главных причин «катастрофы расходов».

И так, высокая заболеваемость у населения, реальные расходы на медицинские услуги, как изложено выше, являются бременем для населения и всего общества в целом, и особенно для людей малообеспеченных семей, в частности.

Формой социальной защиты интересов населения в охране здоровья является медицинское страхование. Во Вьетнаме медицинское страхование существует в двух формах: обязательное и добровольное.

Обязательное медицинское страхование (ОМС) свойственно Вьетнаму как стране с социально ориентированной рыночной экономикой и является частью системы социального страхования государства. ОМС – это гарантированный государством комплекс мер материального обеспечения граждан и членов их семей при болезни, потере трудоспособности, в старости; охраны здоровья матерей с детьми и пр., определенный Законом №25/2008/QН12 о медицинском страховании, от 14.11.2008 г. Национальным собранием СРВ[13]. Настоящий Закон определяет правовые, экономические и организационные основы медицинского страхования населения в СРВ. Закон направлен на усиление заинтересованности и ответственности населения и государства, предприятий, учреждений, организаций в области охраны здоровья граждан в новых экономических условиях и обеспечивает конституционное право граждан СРВ на медицинскую помощь.

ОМС обладает рядом положительных моментов для граждан:

- возможность получения медицинской помощи не только в месте постоянного жительства, но и на всей территории Вьетнама;
- работающие граждане считаются обеспеченными полисом ОМС с момента подписания с ними трудового договора.

Недостатком обязательного медицинского страхования является то, что оно покрывает далеко не все виды терапевтических и профилактических медицинских услуг, в которых может возникнуть необходимость у гражданина.

Добровольное медицинское страхование (ДМС) представляет собой самостоятельный вид медицинского страхования, служащий дополнением к обязательному. ДМС проводится на базе договора, порядок заключения которого и общие условия устанавливаются страховой компанией

самостоятельно, но в рамках Закона №25/2008/QN12 от 14.11.2008 о медицинском страховании. Следует иметь в виду, что отдельные нюансы договоров у различных страховщиков могут быть разными. ДМС обеспечивает оплату медицинских услуг, имеющих отношение непосредственно к лечению. Причем, страхователю на выбор предлагаются различные программы. Некоторые из них предполагают медицинское страхование на случай постоянной и временной нетрудоспособности или необходимости реабилитации, а отдельные предложения могут включать даже такие элементы, как оплата спортивно-оздоровительных услуг и приобщение к здоровому образу жизни.

ДМС также имеет свои плюсы. Один из самых существенных – это свобода выбора. Страхователь самостоятельно составляет страховую программу и выбирает медицинские учреждения из списка предложенных. При этом страховщик консультирует его по всем вопросам, но последнее слово в выборе остается все же за страхователем.

Немаловажным нюансом можно считать и экономию времени, которую обеспечивает ДМС. Нет нужды искать достойное медучреждение при возникновении страхового случая или стоять в очередях в ожидании приема врача. Держателю полиса открыты двери самых рейтинговых медицинских клиник, включенных в конкретную программу страхования.

В настоящее время, кроме ОМС государственного сектора, осуществляемого через Социальное страхование, на рынке медицинского страхования Вьетнама существуют частные страховые компании, в т.ч. иностранные. Услуги таких организаций имеют различные наименования: медицинское страхование, медицинское страхование ассистанса, медпомощь. Ниже приведены примеры продукции медицинского страхования частных страховых компаний.

- «Медицинское обслуживание» - совместный продукт медицинского страхования вьетнамской страховой компании «Баовьет» и известного банка HSBC, являющийся одним из самых привлекательных продуктов на этом рынке за счет внедрения системы «bancassurance» (банковского страхования). После более 4 лет существования на рынке медицинского страхования, данный продукт получил признание;

- «Больничная помощь» - услуги компании АСЭ (Ace), заключаются в оплате больничных расходов и компенсации постбольничного лечения в зависимости от размера взноса [14];

- «Медицинская помощь» - услуги компании МАНУЛАЙФ (Manulife) для тех, кому необходимо долгое лечение в больницах (компенсация до одного года) [15].

По сути, продукция данных компаний направлена на узкий сегмент рынка медицинского страхования – потребителей с высокими доходами. Для остальных категорий населения услуги этих компаний недоступны.

Далее рассмотрим систему *Социального страхования*.

В соответствии с «Законом о медицинском страховании», для осуществления и контроля медицинского страхования во Вьетнаме существует система Социального страхования. Причем, медицинское страхование (обязательное) – одна из форм социального страхования (рис. 2).

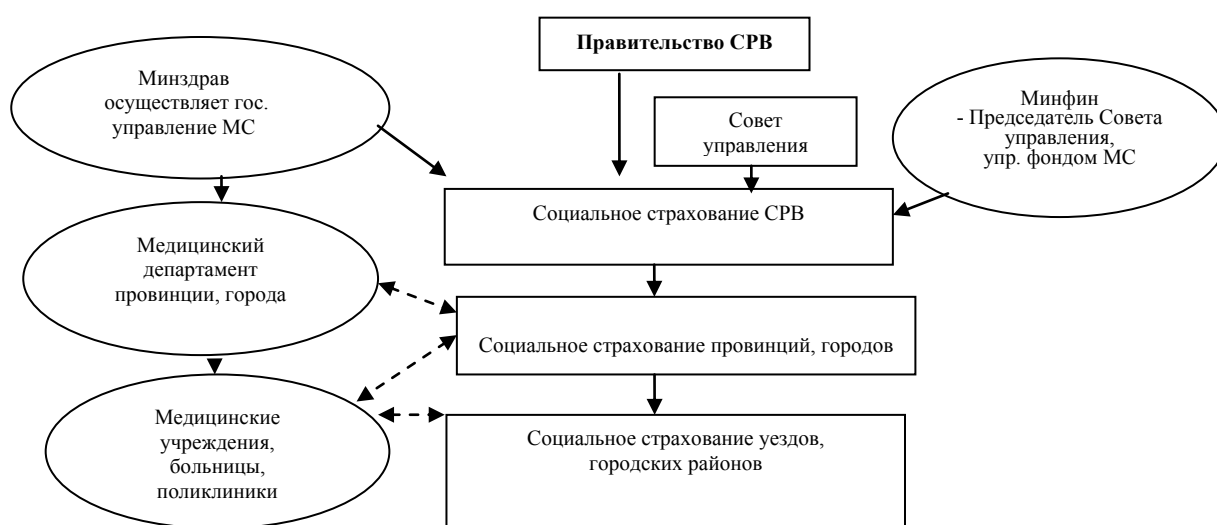


Рис. 2. Структура системы Социального страхования Вьетнама [12, 16].

Социальное страхование Вьетнама является органом правительства, имеющим функции организации и реализации государственной политики социального и медицинского страхования в соответствии с законом.

Совет управления, от имени Правительства СРВ, осуществляет управление и контроль над реализацией государственной политики и использованием Социальным страхованием Вьетнама фондов социального и медицинского страхования. Совет управления состоит из представителей Министерства труда, инвалидов и социальных вопросов, Министерства здравоохранения, Министерства финансов, Министерства внутренних дел, Союза трудящихся Вьетнама (профсоюз), Торгово-промышленной палаты, Ассоциации Вьетнамских фермеров, генерального директора Социального страхования Вьетнама и других организаций, назначенных Правительством.

Согласно действующему закону, организацией, отвечающей за реализацию медицинского страхования, является Социальное страхование Вьетнама (ССВ), которое имеет в штате более 10.000 человек и выполняет следующие функции:

- реализация политики социального страхования;
- сбор взносов добровольного и обязательного социального страхования;
- управление фондами социального страхования, в т.ч. фондом медицинского страхования.

Система Социального страхования административно подразделяется на три уровня управления медицинскими учреждениями:

- центральный уровень. Министерство здравоохранения, в подчинении которого находятся больницы, поликлиники, профилактические центры, коммуникационные и другие подразделения данного уровня;
- городской/провинциальный уровень. При Народном комитете города/провинции имеется департамент здравоохранения, которому подчиняются лечебные и профилактические больницы, поликлиники, экспертизы, профилактические центры и другие подразделения защиты населения данного уровня;
- уездный/районный уровень. При Народном комитете уезда/района имеется отдел здравоохранения, которому подчиняются больницы, клиники, осмотровые центры и профилактические центры данного уровня. Кроме того, медпункты общин или микрорайонов (в городе) также подчиняются отделу здравоохранения уездов и районов.

В табл. 3 приведены данные по количеству медицинских учреждений государственного сектора за 2008-2013 гг.

Таблица 3. Количество медицинских учреждений государственного сектора в 2008-2013 гг., ед. [17].

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Больницы	974	1002	1030	1040	1042	1069
Провинциальные поликлиники	781	682	622	620	631	636
Поликлиники восстановительного лечения (реабилитации)	40	43	44	59	59	60
Медпункты в общинах и микрорайонах	10917	11079	11028	11047	11049	11055
Медпункты на предприятиях	710	710	710	710	710	710
Другие	38	34	33	30	32	32
Итого	13460	13550	13467	13506	13523	13562

Кроме того, существуют системы медицинских учреждений других министерств и ведомств. Например, Министерство Национальной обороны и Министерство милиции и общественной безопасности имеют собственную систему медицинских учреждений. В других ведомствах также имеются поликлиники, спецбольницы, санатории различного типа и уровня по регионам и медпункты на больших предприятиях для профилактики и лечения профессиональных заболеваний. Ведомственные медицинские учреждения тоже принимают участие в оказании медицинских услуг на основе медицинского страхования. Более того, как показывает практика, во Вьетнаме в случае чрезвычайных ситуаций военные медслужбы обычно первыми ока-

зывают помощь пострадавшим там, где гражданские службы не могут (в местах происшествий, стихийных бедствий, в далеких населенных пунктах и т.д.).

В настоящее время во Вьетнаме система медицинских учреждений функционирует на основе широкого доступа для различных слоев населения и имеет в распоряжении более 199 тыс. койко-мест, что составляет 22,3 койки-места на 10 тыс. чел. [18].

Число сотрудников сектора здравоохранения постоянно растет. Согласно данным ГСУ СРВ, если в 2000 г., (не считая количества медработников частных медицинских учреждений и фармацевтов различных степеней) всего имелось 150400 чел., из них 39200 врачей (5 врачей на 10000 чел), то в конце 2012 г. – 214700, из них 65100 врачей (7,3 врачей на 10000 чел.) [19].

Медицинскую помощь в системе медицинского страхования оказывают медицинские учреждения любой формы собственности, аккредитованные в установленном порядке. Они являются самостоятельно хозяйствующими субъектами и строят свою деятельность на основе договоров со страховыми медицинскими организациями. По лицензиям медицинские учреждения реализуют программы ДМС без ущерба для программ ОМС. Медицинские учреждения, выполняющие программы медицинского страхования, имеют право оказывать медицинскую помощь и вне системы медицинского страхования.

Во Вьетнаме в связи со страховой медициной сложилась серьезная проблема. Социальное страхование Вьетнама сотрудничает по договорам с 2111 медицинскими учреждениями [20]. По месту жительства пациенты могут обратиться в определенные медицинские учреждения за помощью на основе медицинской страховки. За исключением горных или далеких районов, эти медучреждения (центрального, городского, уездного или ведомственного подчинения) находятся на расстоянии 3-5 км друг от друга (в городах еще меньше). Но пациенты, по психологическим причинам, чаще предпочитают обратиться не в уездные и муниципальные поликлиники по месту прикрепления, а в больницы и поликлиники больших городов, считая, что в известных центральных больницах медперсонал опытнее и медтехника современнее. При этом сами пациенты теряют деньги и время, а в данных медицинских учреждениях возникает переполненность пациентами, поскольку, согласно действующему законодательству, им нельзя отказаться от приема больных. Например, смотровое отделение центральной больницы Бач Май (Bach Mai), г. Ханой, в среднем принимает около 2500-3000 пациентов каждый рабочий день.

Что касается истории медицинского страхования в СРВ, до 1992 г. существовали его отдельные элементы, и оно начало развиваться только после того, как Указом № 299 от 15.08.1992 г. правительством было принято Положение о медицинском страховании, в котором были впервые заложены основы ОМС и уделено внимание медицинскому страхованию госслужащих, рабочих, членов их семей, заслуженных людей. В последующие годы это Положение корректировалось Постановлением правительства № 58 от 13.08.1998 г., в котором был установлен порядок создания и использования фонда медицинского страхования, и Постановлением правительства № 63 от 16.05.2005 г. «О расширении категорий субъектов обязательного медицинского страхования за счет Социального страхования». В дальнейшем, Национальным собранием СРВ был принят Закон о медицинском страховании от 14.11.2008 г., в котором рассмотрены конкретные положения об объектах и субъектах страхования, фонде ОМС и порядке его использования.

Общие результаты медицинского страхования в период с 1995 по 2010 гг. приведены в таблице 4.

Таблица 4. Участие населения в медицинском страховании, тыс.чел. [21].

Год	Средняя численность населения	Количество застрахованных лиц				
		Всего	Доля в ср. Численности населения, %	ОМС	Бедных людей	ДМС
1993	70.185	3.790	5,40	3.470	-	320
1994	71.671	4.260	5,94	3.720	-	540
1995	71.996	7.100	9,86	4.870	-	2.230
1996	73.157	8.630	11,80	5.560	-	3.070
1997	74.307	9.540	12,84	5.730	-	3.810
1998	75.456	9.892	13,11	6.069	134	3.689
1999	76.597	10.232	13,36	6.355	493	3.384
2000	76.734	10.622	13,84	6.394	841	3.387
2001	77.655	11.340	14,60	6.685	1.214	3.441
2002	78.587	13.032	16,58	6.975	1.665	4.392
2003	79.530	16.471	20,71	8.118	3.254	5.099
2004	80.484	18.356	22,81	8.190	3.772	6.394
2005	81.450	23.434	28,77	9.574	4.726	9.133
2006	82.427	36.866	44,73	10.568	15.178	11.120
2007	83.416	36.545	43,81	11.667	15.499	9.379
2008	84.417	39.749	47,09	13.529	15.530	10.690
2009	86.025	50.069	58,20	19.609	15.113	15.347
2010	86.866	50.771	58,45	33.343	13.511	3.917

В табл. 5 отражены показатели динамики среднего взноса на человека в год за период с 2006 по 2009 гг.

Таблица 5. Размер среднего взноса на человека в год, тыс. VND [21].

Субъекты медицинского страхования	2006	2007	2008	2009
Работники и работодатель	383	429	524	631
Фонд социального страхования	327	422	507	630
Из госбюджета	58	88	151	180
Часть взноса из госбюджета	-	-	112	174
Частные лица	67	89	156	146
Средний размер	131	172	242	260

Средний взнос медицинского страхования на душу населения в 2009 году составил 260.000VND, в то время как расходы на защиту здоровья на душу населения в 2008 г. составили 1.095.000 VND. Таким образом, уровень взносов был не достаточен для компенсации расходов на медицинские услуги.

Существуют реальные факторы, которые влияют на реализацию всеобщего медицинского страхования и дополнительные расходы больных на здравоохранение:

- *размеры страхового взноса, уровень поддержки со стороны государства.* С 01.01.2010 г. по отчетам Социального страхования Вьетнама тариф взносов на медицинское страхование вырос с 3% до 4,5% от минимальной заработной платы, пенсий, пособий. Для студентов и членов семей наемных работников тариф взносов составляет 3% от минимальной заработной платы. Для членов бедных семей 50% страховых премий (в последующие годы до 100%) дотируются средствами соответствующих госбюджетов. Однако, в трех провинциях, где проведено исследование, 45,3% опрошенных респондентов заявили, что страховые тарифы все-таки высокие, и

они не способны платить. При отсутствии поддержки бюджетов, в медицинском страховании участвуют только люди, у которых есть хронические или серьезные заболевания.

- *объем выгод, размеры страховой выплаты.* Права страхователя, в соответствии с положениями Закона о медицинском страховании и других правовых документов СРВ, относительно всеобъемлющие и достаточно полно реализуются. Пакет продуктов медицинского страхования является относительно большим; установленная номенклатура и количество оплачиваемых препаратов довольно обширны, как в развитых странах. Например, номенклатура препаратов для лечения рака, обеспечиваемая медицинской страховкой во Вьетнаме, схожа с аналогичной номенклатурой в Квебеке (Канада). При этом, хотя стоимость оплачиваемых услуг (с использованием высокотехнологичных услуг) установлена не выше 40 МРОТ в расчете на одно обращение, в большинстве случаев страховщики оплачивают 80-95% расходов на лечение. Тем не менее, перечень препаратов, не оплачиваемых страховщиками, еще широк. В указании Минздравоохранения № 1/ТТНН-ВУТ от 23.01.2014 г. в номенклатуру оплачиваемых лекарств включены 900 позиций из 22000 наименований продаваемых во Вьетнаме препаратов [22]. Стоимость лечения, например, раковой болезни или проведения сложной операции может составлять сотни миллионов вьетнамских донгов, поэтому такие суммы расходов остаются недостижимыми для бедных людей.

- *организации, оказывающие медицинские услуги.* Одной из самых острых проблем в процессе реализации медицинского страхования в последние годы является ограниченная способность системы медицинских учреждений в удовлетворении потребностей в медицинской помощи застрахованных людей на местах и сложная процедура медицинских страховых возмещений. Эти ограничения приводят к снижению доверия народа к системе медицинского страхования и возникновению неофициальных расходов застрахованных.

- *некачественные медицинские услуги, оказываемые медицинскими учреждениями первичной сети.* В сельских районах медпункты по разным причинам (таким, как низкий уровень квалификации медицинского персонала, слабая техническая оснащенность, недостаток медикаментов и др.) не могут оказывать нормальную помощь больным людям, имеющим медицинскую страховку. В большинстве случаев они направляют пациентов в больницы высшего уровня. Концентрация больных в больших провинциальных и центральных больницах и поликлиниках ведет к их переполненности и повышению стоимости лечения, которую больные вынуждены оплачивать за свой счет сверх сумм, подлежащих возмещению страховщиками.

- *бюрократичность системы Социального страхования.* Согласно информации Фонда социального страхования по состоянию на декабрь 2013 г., с 30% медицинских учреждений (в т.ч. частных) не были заключены договоры об оказании первой медицинской помощи застрахованным лицам только потому, что им не успели выдать лицензию [23].

- *коррупция в различных формах нередко встречается в больницах.* Можно выделить несколько наиболее типичных видов коррупции в здравоохранении:

- растрата и расхищение средств, выделенных на здравоохранение, или доходов, полученных за счет платежей со стороны потребителей. Это может происходить как на государственном и местном уровнях, так и непосредственно в медицинских учреждениях, получающих такие средства. Лекарства, другие ресурсы и оборудование медицинского назначения расхищаются для личного пользования;
- коррупция в системе поставок лекарственных препаратов. Препараты могут расхищаться на различных уровнях системы распределения. Государственные чиновники могут требовать «вознаграждение» за выдачу разрешений на продажу продукции или работу тех или иных структур, за проведение таможенной очистки или установление выгодных цен. Нарушение кодексов поведения на рынке приводит к тому, что врачи вынуждены отдавать предпочтение определенным лекарствам при выписке рецептов. У поставщиков могут вымогаться различные уступки при условии выписки рецептов на их продукцию;
- коррупция в платежных системах. Здесь в коррупционные действия могут включать бесплатное обслуживание, подделку страховых документов или использование средств медицинских учреждений в интересах тех или иных привилегированных пациентов; выставление незаконных счетов страховым компаниям, государственным органам или пациентам в отношении не входящих в соответствующие перечни или вовсе не оказанных услуг в целях максимизации доходов; подделка счетов, квитанций, расходных документов или учет фик-

тивных пациентов. По данным проверки в 2013 году за подделку страховых документов Фонд социального страхования потерял только в двух поликлиниках города Хайфон десятки млрд. VND, в двух поликлиниках провинции Кьензанг - 15 млрд. VND; в провинции Канто - 150 млрд. VND. Подделка счетов, квитанций, расходных документов или учет фиктивных пациентов, даже давно умерших, обнаружен во многих медицинских учреждениях Вьетнама[24].

Кроме того, коррупция в учреждениях, предоставляющих медицинские услуги, принимать и другие формы: вымогательство или согласие на получение незаконного вознаграждения за услуги, официально оказываемые бесплатно; взимание платы за особые привилегии или медицинские услуги. Всё это приводит к увеличению расходов пациентов и их родственников.

По результатам реализации ОМС можно сделать следующие выводы:

- косвенные расходы на услуги, не входящие в пакеты страховых продуктов (например, транспортные расходы, размещение пациента, расходы на уход за пациентом в больнице и др.), высоки. Во многих случаях, вышеупомянутые расходы больше, чем стоимость страховых выплат, то есть нивелируется значение медицинского страхования;

- наблюдаются проблемы в системе здравоохранения страны (нерациональное расположение медицинских учреждений, их слабая оснащённость, уровень подготовки медперсонала, халатное отношение к работе и др.), которые не позволяют удовлетворить возрастающие потребности населения. Сеть первичной медико-санитарной помощи может справиться задачей профилактической медицины, но не в состоянии удовлетворить потребности населения в здравоохранении с разными моделями болезней;

- большинство больниц все еще работает в рамках механизма субсидирования, который не способствует эффективному использованию ресурсов;

- выплата оказываемых медицинских услуг не соответствуют реальным расходам медицинских учреждений, что приводит к дополнительным расходам застрахованных пациентов.

Таким образом, сложившаяся в системе здравоохранения Вьетнама ситуация требует от Правительства страны мер по её усовершенствованию.

Правительство СРВ рассматривает общественное здоровье как ресурс национальной безопасности и средство, позволяющее людям жить благополучной, продуктивной и качественной жизнью. Все люди должны иметь доступ к необходимым для обеспечения здоровья ресурсам.

Решением Правительства №1208/QĐ-TTg от 04.11.2012г. была принята Государственная целевая программа здравоохранения на период с 2012 – 2015гг. [25], в которой рассмотрены вопросы финансирования здравоохранения и комплексные мероприятия для решения существующих проблем системы здравоохранения. Целями Программы являются улучшение качества жизни людей, медицинских услуг, развитие системы здравоохранения, минимизация расходов населения на медицинские услуги и др.

Общий бюджет на реализацию государственной целевой программы здравоохранения на период с 2012 по 2015 гг. – 12770 млрд. VND (более 580 млн. дол. США), в т. ч. из источников:

- госбюджет: 6680 млрд. VND;
- местные бюджеты: 3550 млрд. VND;
- международная помощь: 1340 млрд. VND;
- другие источники: 1200 млрд. VND.

Ниже изложены некоторые проводимые Правительством Вьетнама мероприятия.

1. *Строительство новых больниц, поликлиник, обзорно-лечебных организаций.* Сегодня идет строительство 5 новых больниц центрального подчинения. Эти объекты будут введены в эксплуатацию в 2015 г.

2. *Создание системы больниц – спутников.* В период 2013-2020гг. на базе 14 «ведущих» больниц (обычно это центральные больницы) поручено взять под попечительство и развивать 45 больниц - спутников в 32 провинциях СРВ. Идея такова: большие современные больницы, поддерживая спутниковые больницы, направляют к ним опытных врачей для подготовки и обучения их персонала, оказывают содействие в практической работе медработников патронажных больниц и снабжают новой медицинской техникой. Таким образом, за короткий срок можно совершенствовать деятельность больниц в отдаленных районах.

3. *Модернизация имеющих осмотрово-лечебных учреждений.* Усовершенствование, ремонт и модернизация таких учреждений путем снабжения современным оборудованием, обучения и повышения квалификации медицинского персонала местных больниц; создание благоприятных условий и доступности медицинских услуг для бедных слоев населения в горных и отдаленных районах, что способствует улучшению их здоровья и сокращению переполненности больниц. Перестройка и модернизация местных медицинских учреждений является правильной инициативой государства и получает положительный отзыв и финансовую помощь со стороны местных властей.

4. *Развертывание комплексных мероприятий по улучшению процессов осмотра и лечения,* особенно для пациентов, участвующих в программах медицинского страхования.

5. *Организация подготовки и повышения квалификации медиков.* В настоящее время организованы 11 учебных курсов и тренингов по улучшению навыков поведения и общения с пациентами, профессиональной этике и специализации. Тренинги направлены на создание корпоративной культуры в медицинских учреждениях, предотвращение коррупции, бюрократизма, халатности, грубости, безответственного отношения к выполнению профессионального долга у персонала медицинских учреждений. Данные курсы и тренинги прошли 5042 ведущих сотрудников больниц по всей стране;

6. *Создание горячей линии* Министерства здравоохранения для своевременного получения жалоб населения в отношении медицинских услуг, неадекватного этического поведения медперсонала, а также предложений по совершенствованию медицинских услуг и культуры обслуживания в процессе оказания медицинских услуг.

7. *Соблюдение режима периодической ротации медицинских работников в медицинских учреждениях* путем перестановки кадров по аналогичным должностям и специальностям внутри организации или между больницами с целью накопления опыта и навыков работы, адаптации в разных условиях работы.

8. *Направление молодых врачей на работу в горные и отдаленные медицинские учреждения.* В настоящее время наблюдается острая нехватка врачей в сельской местности и в горных районах, особенно в отдаленных, труднодоступных местах страны.

8. *Распространение медицинского страхования среди населения.* Есть намерение покрыть медицинским страхованием 100% населения.

9. *Осуществление жесткого контроля над снабжением медикаментами.* Снабжение медицинскими препаратами государственных больниц производится на конкурсной основе, что дает возможность снижения цен на лекарства и лекарственной продукции на 30%. Сюда относится также стимулирование внутреннего производства лекарств и лекарственных средств.

10. *Внедрение инновационных решений и механизмов финансирования здравоохранения, регулирование цен на услуги здравоохранения.* Стоимость медицинских услуг должна быть сформирована в порядке постепенного приближения к реальным расходам на них в полном объеме; внедрение новых методов распределения государственного бюджета медицинским учреждениям по их эффективности и результатам деятельности и реформы методов оплаты медицинских услуг.

11. *Внедрение высокотехнологичного медицинского оборудования для диагностики и лечения.*

12. *Применение административных санкций в отношении врачей и медицинских учреждений,* которые совершили административные правонарушения по пяти положениям Указа правительства № 176/2013/ND-CP от 14.11.2013 г. В Указе имеются 97 статей и установлены конкретные положения об административных правонарушениях, форме и уровне санкций, мерах по исправлению нарушения в отношении каждого акта административного правонарушения; правах на введение штрафных санкций, о размерах штрафных санкций за нарушения в области здравоохранения.

13. *Усиление охраны окружающей среды,* что способствует снижению заболеваемости у населения страны.

14. *Административная реформа в секторе здравоохранения.* Вся процедура направлена на снижение неудобств для населения в процессе оказания им услуг системы здравоохранения. Реализация административной реформы будет производиться по принципу «Одна дверь»,

согласно которому юридическое или физическое лицо со своей проблемой приходит в приемную учреждения и на месте получает результат без повторного прихода или перехода в другое учреждение.

Усилия государства и общества в целом дали положительные результаты. В 2014г. доля участников медицинского страхования составила около 71,6% населения [8].

Расширение медицинского страхования

Закон №25/2008/QN12 о медицинском страховании был принят 14.11.2008. В него были внесены изменения и поправки в июне 2014 г. Законом установлены следующие основные положения: политика, объекты, субъекты медицинского страхования; размеры взносов и порядок их внесения, ответственность юридических и физических лиц; порядок выдачи медицинских страховых полисов; объем медицинского страхования; организации, ответственные за ведение страховой медицинской деятельности; порядок выплат по страховым полисам; права и обязанности местных органов власти ит.д.

Порядок и размер оплаты за услуги в медицинских учреждениях на основе страховки определены в приложении 2 циркуляра Министерства здравоохранения № 09/2009/TTLT-BYT-TC от 14.08.2009 г. [26].

Рассмотрим содержание данного циркуляра. При предъявлении пациентами полиса медицинского страхования, документов, удостоверяющих личность, и направления от учреждения первой медпомощи, выплата производится следующим образом:

* При использовании медицинских услуг и лечения в зарегистрированных медицинских учреждениях:

- 100% расходов для личного состава армии, ветеранов, дети в возрасте до 6 лет; выплата за 1 раз посещения МУ первичного уровня и медпункта общины менее 15% от базовой заработной платы (минимальной заработной платы);
- 95 % расходов для пенсионеров и тех, кто имеет ежемесячное пособие труда, право на пособия по социальному обеспечению; лиц, принадлежащих к бедным семьям и лиц этнических меньшинств, проживающих в районах с тяжелыми экономическими условиями;
- 80% расходов на здравоохранение для других застрахованных.

* При использовании лечебных высокотехнологичных медицинских услуг, основные расходы оплачиваются следующим образом:

- 100% от стоимости услуг для: детей в возрасте до 6 лет; участников революции 1945г.; матерей – героев, инвалидов, больных солдат при лечении ран, рецидива травмы;
- 100% от стоимости для личного состава армии и милиции, но не более 40 месяцев базовой зарплаты за однократное использование услуг. Остальные расходы оплачивают организации, где они работают;
- 100% от стоимости для признанных заслуженных лиц, но не более 40 месяцев базовой зарплаты за однократное использование услуг;
- 95 % от стоимости, но не более 40 месяцев базовой зарплаты за однократное использование лечебных, высокотехнологичных медицинских услуг для: пенсионеров и лиц, получающих ежемесячное пособие труда; лиц, имеющих право на ежемесячное пособие по социальному обеспечению; членов бедных семей и этнических меньшинств, проживающих в районах с тяжелыми экономическими условиями;
- 80 % от стоимости для других лиц, но не более 40 ставок базовой зарплаты за однократное использование услуг.

Оплата расходов на основе медицинского страхования частными страховщиками производится в порядке, определенном соответствующей страховой компанией.

В политике медицинского страхования особое внимание уделено заслуженным лицам, членам бедных семей и этнических меньшинств и детям в возрасте до 6 лет.

Предложения.

Изучив показатели заболеваемости населения, реальных расходов на здравоохранение и состояние развития медицинского страхования во Вьетнаме, с целью эффективной реализации программы всеобщего обязательного медицинского страхования и снижения расходов граждан на медицинскую помощь, авторами рекомендуются следующие меры.

1) по усовершенствованию ряда подзаконных актов, связанных с выполнением Закона о медицинском страховании:

- разработать общий комплексный план реализации всеобщего медицинского страхования;
- разработать межведомственные акты, привлекая для этого соответствующие органы правительства (Министерство здравоохранения, Министерство финансов, Министерство образования и подготовки, Министерство труда, инвалидов и социальных вопросов) для руководства осуществлением медицинского страхования более уязвимых категорий населения (учащихся, студентов, бедных и других бенефициаров социальной политики);
- выдвинуть рекомендации правительству об оплате части стоимости медицинских услуг для больных детей в возрасте до шести лет, бедного населения, этнических меньшинств путем перевода части госбюджета для системы здравоохранения на финансирование медицинского страхования;

2) по задачам систем здравоохранения и медицинского страхования:

- четко определить функциональные задачи, полномочия служб здравоохранения при народных комитетах провинций и уездов/районов во взаимосвязи с системой медицинского страхования;
- установить размеры страховых взносов на таком уровне, чтобы покрывать расходы здравоохранения, то есть компенсировать затраты на медицинские услуги;
- обеспечить частью бюджета (государственного и местного) фонд поддержки медицинского страхования свободных работников, фермеров, их родных, поэтапно прекращая при этом дотирование и субсидирование медицинских учреждений из государственного бюджета.

3) по пакетам интересов медицинского страхования:

- в подзаконных актах более конкретно определить положения о выплатах пакетов медицинского страхования. Пакет интересов медицинского страхования должен отвечать нуждам населения в профилактике и лечении заболеваний и соответствовать финансовому вкладу страхователей и возможностям выделенного для этой цели государственного бюджета;
- узаконить порядок обновления номенклатуры используемых медикаментов и высокотехнологичных медицинских услуг, которыми обеспечиваются диагностика и лечение застрахованных пациентов с учетом разумного использования средств;
- обеспечить доступ застрахованных лиц к качественным медицинским услугам в учреждениях первичной медико-санитарной помощи (особенно в сельской и горной местности);
- установить размеры оплаты высокотехнологичных услуг в соответствии с финансовыми возможностями фонда медицинского страхования;

4) по государственному управлению медицинским страхованием:

- повысить роль системы государственного управления медицинским страхованием от центрального до местного органа власти; четко определить функции и задачи, согласованность и взаимосвязь между центральными и местными службами здравоохранения и медицинского страхования, координировать их организованную деятельность и взаимодействие;
- усилить контроль над осуществлением Программы медицинского страхования Правительства в соответствии с положениями Закона о медицинском страховании;
- создать профессионально-консультативные советы в системе медицинского страхования для расширения и обновления пакета интересов для страхователей, списка медикаментов и услуг медицинского страхования;
- содействовать пропагандистской работе среди населения, с тем, чтобы каждый гражданин понимал важность медицинского страхования и добровольно участвовал в ОМС; определить важных субъектов медицинского страхования (работников предприятий, людей из бедных семей, студентов, фермеров ит.д.), которым необходима финансовая поддержка за счет госбюджета;
- увеличить инвестиции в систему здравоохранения, в частности в медицинские учреждения; проводить административную реформу в секторе здравоохранения и медицинского страхования, улучшая качество медицинской помощи; создать благоприятные условия для медицинского страхования и выплат за медицинские услуги.

В заключение отметим, что одним из важных факторов, влияющих на устойчивое развитие любой страны, является качество человеческих ресурсов. До сих пор, система здравоохранения Вьетнама, выполняя функцию защиты здоровья населения, делает много для физического и морального развития граждан. Однако, уровень расходов населения на медицинские ус-

Для реализации государственной политики в области обязательного медицинского страхования требуются комплексные мероприятия, общие усилия центральных и местных органов власти, а также участие каждого гражданина Вьетнама.

1. Нгуен Тхань Хыонг, Нгуен Тхи Чанг Нунг, Чан Хан Лонг, Буй Нгок Линь, Тхелл Восб Нго Дык Ань Тяжесть болезней и ранений от травм. – Ханой: Изд-во «Медицина», 2008. – 28 с. / на вьетнам. яз.
2. Тэйу Ха. Число заболевших корью снижается / на вьетнам. яз. URL: <http://baodientu.chinhphu.vn/Phong-chong-benh-soi/So-nguoi-mac-soi-da-giam-dan/197846.vgp> (дата обращения 23.04.2014).
3. Суан Ха. Октябрь-Лихорадка денге – 7.550 заболевших / на вьетнам. яз. URL: <http://www.tinmoi.vn/thang-10-gia-tang-7500-ca-mac-sot-xuat-huyet-01969809.html>. (дата обращения 02.07.2012).
4. Медиа Центр по здоровью. Министерство здравоохранения (обзор о птичьей гриппе) / на вьетнам. яз. URL: http://songkhoe.vn/Chi-tiet-benh_tong-quan-benh-cum-ga-h5n1_531-636-432229.html (дата обращения 03.04.2015).
5. Нгуен Нгок Шон. Состояние инвалидности во Вьетнаме и ваши действия / на вьетнам. яз. URL: <http://hanhkhathito.org/Default.aspx?tabid=57&ctl=ViewNewsDetail&mid=437&NewsPK=6716> (дата обращения 03.12.2012).
6. Приложения по данным о реализации социально-экономического плана и госбюджета в 2014 году и госбюджет на 2014-2015гг. Официальный портал Министерства финансов CPB / на вьетнам. яз. URL: http://www.mof.gov.vn/portal/page/portal/mof_vn/1351583/2126549/2117088?p_folder_id=157296489&p_recurrent_news_id=157296692 (дата обращения: 08.01.2015).
7. Отчет расходов государственного бюджета. Официальный портал Главного статистического управления CPB / на вьетнам. яз. URL: <http://www.gso.gov.vn/default.aspx?tabid=389&idmid=3&ItemID=15415> (дата обращения: 08.01.2015).
8. Указание Премьер-министра по покрытию населения медицинским страхованием). Электронный портал Правительства / на вьетнам. яз. URL: <http://baodientu.chinhphu.vn/Tin-noi-bat/Thu-tuong-chi-dao-day-manh-lo-trinh-bao-phu-BHYT-toan-dan/221444.vgp>. (дата обращения 18.02.2015).
9. Правительственный электронный портал. URL: http://www.chinhphu.vn/portal/page/portal/chinhphu/noidungchuongtrinhmuctieuquocgia?_piref135_18249_135_18248_18248.strutsAction=ViewDetailAction.do&_piref135_18249_135_18248_18248.docid=1359&_piref135_18249_135_18248_18248.substract= (дата обращения 18.02.2015).
10. Вьетнам. Демография. URL: http://vi.wikipedia.org/wiki/Vi%E1%BB%87t_Nam#Nh.C3.A2n_kh.E1.BA.A9u_h.E1.BB.8Dc__ (дата обращения 18.02.2015).
11. Численность населения Вьетнама достигла 90,4 млн. чел. в г. Хошимине – 7,95 млн.чел. Электронный портал Премьера – министра CPB Нгуен Тан Зунг. / на вьетнам. яз. URL: <http://nguyentandung.org/dan-so-vn-dat-904-trieu-nguoi-tp-hcm-co-795-trieu-dan.html> (дата обращения 18.02.2015).

12. Тонг Тхи Тхань Хьонг, Чан Ван Тиен, Фан Ван Тоан, Ву Ны Ань, Нгуен Хай Нью. Управление медицинского страхования. Доклад об исследовании возможности выполнения медицинского страхования всего населения. Минздравохранение. – Ханой, Изд-во «Медицина», 2011 – 45 с. / на вьетнам. яз. URL: https://www.google.com.vn/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CB0QFjAA&url=http%3A%2F%2Fjahr.org.vn%2Fdownloads%2FNghien%2520cuu%2FTai%2520chinh%2520y%2520te%2FBao%2520cao%2520BHYT%2520toan%2520dan%2520110225_VN.doc&ei=sjcdVPnWIJPI8AW49oGYAQ&usg=AFQjCNHUh7VUZTbIHxq0qUcATN_OpsbjGQ (дата обращения 18.02.2015).
13. Закон № 25 «О медицинском страховании» / на вьетнам. яз. URL: http://vanban.chinhphu.vn/portal/page/portal/chinhphu/hethongvanban?class_id=1&_page=1&mode=detail&document_id=81142 (дата обращения 18.02.2015).
14. Официальный электронный портал Ace Group. URL: <http://www.acegroup.com/vn-vn/for-individuals-families/hospitalincome.aspx> (дата обращения 18.02.2015).
15. Официальный электронный портал Компании Manulife. URL: <http://www.manulife.com.vn/bao-hiem-tro-cap-y-te-265.aspx> (дата обращения 18.02.2015).
16. Образование, Здоровье, Культура и социальное обеспечение. Количество медицинских учреждений. Официальный портал Главного статистического управления СРВ / на вьетнам. яз. URL: <http://www.gso.gov.vn/default.aspx?tabid=395&idmid=3&ItemID=15193> (дата обращения 18.02.2015).
17. Повышение качества медицинских услуг для населения. URL: <http://www.moh.gov.vn/news/pages/tinhoatdong.aspx?ItemID=438> / на вьетнам. яз. (дата обращения 22.09.2014).
18. ГСУ СРВ. Количество медицинских работников / на вьетнам. яз. URL: <http://www.gso.gov.vn/default.aspx?tabid=395&idmid=3&ItemID=15187> (дата обращения 18.02.2015).
19. Успешная реализация политики Социального и медицинского страхования – вклад в социальное обеспечение / на вьетнам. яз. URL: <http://www.bhxhgl.gov.vn/News/Detail/F44E830ED85954F7?page=473> (дата обращения 27.01.2014).
20. Библиотека правовых актов. URL: <http://thuvienphapluat.vn/archive/Van-ban-hop-nhat-01-TTHN-BYT-thuoc-duoc-quy-bao-hiem-y-te-thanh-toan-Bo-Y-te-2014-vb223670.aspx> (дата обращения 18.02.2015).
21. Часть населения не хочет участвовать в ОМС / на вьетнам. яз. URL: <http://tuoitre.vn/tin/ban-doc/20131224/nguoi-dan-chua-muon-tham-gia-bhyt-tu-nguyen/618841.html> (дата обращения 24.12.2013).
22. Всякая манипуляция для «урезания» фонда медицинского страхования / на вьетнам. яз. URL: <http://tuoitre.vn/Chinh-tri-Xa-hoi/613564/nhieu-chieu-la-rut-ruot-bao-hiem-y-te.html> (дата обращения 14.06.2014).
23. Государственная целевая программа здравоохранения на период с 2012 по 2015 гг. / на вьетнам. яз. URL: http://www.chinhphu.vn/portal/page/portal/chinhphu/noidungchuongtrinhmuctieuquocgia?piref135_18249_135_18248_18248.strutsAction=ViewDetailAction.do&piref135_18249_135_18248_18248.docid=1359&piref135_18249_135_18248_18248.substract (дата обращения 14.06.2014).
24. Циркуляр № 09/2009/TTLT-BYT-TC от 14.08.2009 «О порядке выплаты компенсации страхования». URL: <http://bvxhtphcm.gov.vn/bao-hiem-y-te/bao-hiem-y-te-bat-buoc/17/nhung-dieu-can-biet-khi-kcb-bang-the-bhyt/> (дата обращения 24.12.2013).

REFERENCES

1. Nguen Tkhan Hyong, Nguen Tkhi Chang Nung, Chan Khan Long, Buy Ngok Lin, Tkhell Vosb Dyk An Tyazhest bolezney I raneniy ot travm болезней и ранений от травм. Khanoy, Medetsina Press, 2008, 28 p. / in Vietnam.
2. Tzyu Kha Chislo zbolezhshikh koryu snizhaetsya. URL: <http://baodientu.chinhphu.vn/Phong-chong-benh-soi/So-nguoi-mac-soi-da-giam-dan/197846.vgp> / in Vietnam. (accessed 23.04.2014).

3. Suan Kha Oktyabr – Likhoradka denge – 7.550 zbolezhnikov / in Vietnam. URL: <http://www.tinmoi.vn/thang-10-gia-tang-7500-ca-mac-sot-xuat-huyet-01969809.html> (accessed 02.07.2012).
4. Media Centr po zdorovju. Ministerstvo zdravoohraneniya (obzor o ptichem gripe) / in Vietnam. URL: http://songkhoe.vn/Chi-tiet-benh_tong-quan-benh-cum-ga-h5n1_531-636-432229.html (accessed 03.04.2015).
5. Nguen Ngok Shon. Sostojanie invalidnosti vo Vetname i vashi dejstvija / in Vietnam. URL: <http://hanhkhato.org/Default.aspx?tabid=57&ctl=ViewNewsDetail&mid=437&NewsPK=6716> (accessed 03.12.2012).
6. Prilozhenija po dannym o realizacii socialno-jekonomicheskogo plana i gosbjudzheta v 2014 godu i gosbjudzhet na 2014-2015gg. Oficialnyj portal Ministerstva finansov SRV / in Vietnam. URL: http://www.mof.gov.vn/portal/page/portal/mof_vn/1351583/2126549/2117088?p_folder_id=157296489&p_recurrent_news_id=157296692 (accessed 08.01.2015).
7. Otschet rashodov gosudarstvennogo bjudzheta. Oficialnyj portal Glavnogo statisticheskogo upravlenija SRV / in Vietnam. URL: <http://www.gso.gov.vn/default.aspx?tabid=389&idmid=3&ItemID=15415> (accessed 08.01.2015).
8. Ukazanie Premier-ministra po pokrytiju naselenija medicinskim strahovanijem. Jelektronnyj portal Pravitelstva / in Vietnam. URL: <http://baodientu.chinhphu.vn/Tin-noi-bat/Thu-tuong-chi-dao-day-manh-lo-trinh-bao-phu-BHYT-toan-dan/221444.vgp> (accessed 18.02.2015).
9. Pravitelstvennyj jelektronnyj portal. / in Vietnam. URL: http://www.chinhphu.vn/portal/page/portal/chinhphu/noidungchuongtrinhmuctieuquocgia?_piref135_18249_135_18248_18248.strutsAction=ViewDetailAction.do&_piref135_18249_135_18248_18248.docid=1359&_piref135_18249_135_18248_18248.substract= (accessed 18.02.2015).
10. Vietnam. Demografija. URL: http://vi.wikipedia.org/wiki/Vi%E1%BB%87t_Nam#Nh.C3.A2n_kh.E1.BA.A9u_h.E1.BB.8Dc (accessed 18.02.2015).
11. Chislennost naselenija Vetnama dostigla 90,4 mln. chel. v g. Hoshimine – 7,95 mln.chel. Jelektronnyj portal Premiera – ministra SRV Nguen Tan Zung. / in Vietnam. URL: <http://nguyentandung.org/dan-so-vn-dat-904-trieu-nguoi-tp-hcm-co-795-trieu-dan.html> (accessed 18.02.2015).
12. Tong Thi Than Hyong, Chan Van Tien, Fan Van Toan, Vu Ny An, Nguen Haj Nju. Upravlenie medicinskogo strahovanija. Doklad ob issledovanii vozmozhnosti vypolnenija medicinskogo strahovanija vsego naselenija. Minzdravohranenie. – Hanoj, Medicina Press, 2011, 45 p. / in Vietnam URL: https://www.google.com.vn/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CB0QFjAA&url=http%3A%2F%2Fjahr.org.vn%2Fdownloads%2FNguyen%2520cuu%2520Tai%2520chinh%2520y%2520te%2520FBao%2520cao%2520BHYT%2520toan%2520dan%252010225_VN.doc&ei=sjcdVPnWJPl8AW49oGYAQ&usq=AFQjCNHUh7VUZTbIHxq0qUcATN_OpsbjGQ (accessed 18.02.2015).
13. Zakon № 25 «O medicinskom strahovanii» / in Vietnam. URL: http://vanban.chinhphu.vn/portal/page/portal/chinhphu/hethongvanban?class_id=1&_page=1&mode=detail&document_id=81142 (accessed 18.02.2015).
14. Oficialnyj jelektronnyj portal Ace Group. URL: <http://www.acegroup.com/vn-vn/for-individuals-families/hospitalincome.aspx> (accessed 18.02.2015).
15. Oficialnyj jelektronnyj portal Kompanii Manulife. URL: <http://www.manulife.com.vn/bao-hiem-tro-cap-y-te-265.aspx> (accessed 18.02.2015).
16. Obrazovanie, Zdorove, Kultura i socialnoe obespechenie. Kolichestvo medicinskih uchrezhdenij. Oficialnyj portal Glavnogo statisticheskogo upravlenija SRV / in Vietnam. URL: <http://www.gso.gov.vn/default.aspx?tabid=395&idmid=3&ItemID=15193> (accessed 18.02.2015).
17. Povyshenie kachestva medicinskih uslug dlja naselenija. URL: <http://www.moh.gov.vn/news/pages/tinhoatdong.aspx?ItemID=438> / in Vietnam. (accessed 22.09.2014).
18. GSU SRV. Kolichestvo medicinskih rabotnikov / in Vietnam. URL: <http://www.gso.gov.vn/default.aspx?tabid=395&idmid=3&ItemID=15187> (accessed 18.02.2015).
19. Uspeshnaja realizacija politiki Socialnogo i medicinskogo strahovanija – vklad v social'noe obespechenie / in Vietnam. URL: <http://www.bhxhgl.gov.vn/News/Detail/F44E830ED85954F7?page=473> (accessed 27.01.2014).

20. Biblioteka pravovyh aktov. URL: <http://thuvienphapluat.vn/archive/Van-ban-hop-nhat-01-TTHN-BYT-thuoc-duoc-quy-bao-hiem-y-te-thanh-toan-Bo-Y-te-2014-vb223670.aspx> (accessed 18.02.2015).
21. Chast naselenija ne hochet uchastvovat v OMS / in Vietnam. URL: <http://tuoitre.vn/tin/ban-doc/20131224/nguoi-dan-chua-muon-tham-gia-bhyt-tu-nguyen/618841.html> (accessed 24.12.2013).
22. Vsjakaja manipuljacija dlja «urezanija» fonda medicinskogo strahovanija / in Vietnam. URL: <http://tuoitre.vn/Chinh-tri-Xa-hoi/613564/nhieu-chieu-la-rut-ruot-bao-hiem-y-te.html> (accessed 14.06.2014).
23. Gosudarstvennaja celevaja programma zdavoohranenija na period s 2012 po 2015 gg. / in Vietnam. URL: http://www.chinhphu.vn/portal/page/portal/chinhphu/noidungchuongtrinhmuctieuquocgia?_piref135_18249_135_18248_18248.strutsAction=ViewDetailAction.do&_piref135_18249_135_18248_18248.docid=1359&_piref135_18249_135_18248_18248.substract (accessed 14.06.2014).
24. Cirkuljar № 09/2009/TTLT-BYT-TC ot 14.08.2009 «O porjadke vyplaty kompensacii strahovanija». URL: <http://bhxhtphcm.gov.vn/bao-hiem-y-te/bao-hiem-y-te-bat-buoc/17/nhung-dieu-can-biet-khi-kcb-bang-the-bhyt/> (accessed 24.12.2013).

Поступила 13.03.2015 г.