

ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПРЕДПОСЫЛКИ РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ПО УХОДУ БЕЗ СОПРОВОЖДЕНИЯ В КИТАЕ

Е. М. Карпенко

доктор экономических наук, доцент
Белорусский государственный университет

Хуан Синьюэ

аспирант
Белорусский государственный университет

Для решения социальных проблем ускоренного старения населения Китая и чрезмерного бремени стационарного ухода с сопровождающим при структуре семьи «421» исследованы модель реализации и эффективность «услуг по уходу без сопровождения» путем анализа практических примеров в провинциях Гуандун и Фуцзянь. Предлагается учесть международный опыт: модель PAS (США), трехуровневая аккредитация (Германия). Создана эмпирическая основа для построения системы медицинского обслуживания с китайской спецификой, и предлагается механизм его внедрения на национальном уровне (охват медицинским страхованием, подготовка персонала), что будет способствовать повышению качества медицинских услуг.

Ключевые слова: услуги по уходу без сопровождения, стареющее общество, медицинские работники, реформа служб по уходу, стационарный сопровождаемый уход, интеллектуальное управление здоровьем.

Введение

В настоящее время темпы старения населения в Китае ускоряются. К концу 2023 г. численность населения старше 60 лет достигла 31,27 млн чел. (21,1% от общей численности населения), а численность населения старше 65 лет соответственно 22,83 млн чел. и 15,4%. Кроме того, большинство семей страны относится к типу «421», когда в одной семье проживают три поколения: один ребенок – два родителя (мама и папа) – четыре прародителя (бабушки и дедушки) [1]. Эти факторы оказали существенное влияние на организацию ухода за пациентами в больнице и за ее пределами.

Еще в 2010 г. бывшее Министерство здравоохранения и Государственное управление традиционной китайской медицины сформулировали «Рабочие стандарты внедрения качественных сестринских услуг в больницах (пробное внедрение)», в которых предлагалось «не полагаться на членов семьи пациента или самостоятельно ухаживающих за ним лиц»; а в 2020 г. Главное управление Национальной комиссии по здравоохранению и охране здоровья выпустило «Циркуляр о дальнейшем укреплении сестринского ухода в медицинских учреждениях», выдвинув аналогичную точку зрения и руководящие принципы.

26 октября 2024 г. National Health Promotion Association (NHPA) выпустило уведомление о руководящих принципах создания пунктов сестринского ухода (для пробного применения) и оптимизации ценовой политики сестринского ухода, одним из основных пунктов которого является добавление новой «услуги по уходу без сопро-

вождения», которая подлежит ценообразованию, регулируемому правительством. Национальная комиссия по здравоохранению и охране здоровья разработала «Пилотную программу по предоставлению услуг по сопровождению в больницах», которая еще больше расширила содержание услуг по сопровождению, а сфера действия услуги была расширена с отдельных провинций до всех провинций страны (пилотный период: июнь 2025 – июнь 2027 гг.).

Основная часть

Сущность «ухода без сопровождения». «Уход без сопровождения» – новая медицинская услуга, появившаяся в последние годы. Уход без сопровождения не означает, что пациента никто не сопровождает, а означает, что профессиональные медицинские работники медицинских учреждений обеспечивают круглосуточный непрерывный уход за стационарными больными, больше не полагаясь на членов семьи пациента для личного сопровождения и не требуя от членов семьи нанимать собственных сиделок [2].

Традиционное «семейное сопровождение» в основном опирается на членов семьи или сиделок, не прошедших систематическую подготовку, и их профессионализм варьируется; в то время как служба «ухода без сопровождения» состоит из профессиональной команды сиделок и медсестер, прошедших стандартную подготовку (для приема на работу им необходимо пройти аттестацию по «Программе подготовки медицинских и сестринских работников»), и может обеспечить более стандартный уход за жизнью, базовый сестринский уход, а также реагирование на чрезвычайные ситуации, например, помощь в реабилитационном обучении и мониторинг жизненных показателей. Качество услуг более гарантировано. Сравнительный анализ «семейного сопровождения» и «ухода без сопровождения» представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Различия между традиционным «семейным сопровождением» и новой услугой «ухода без сопровождения»

«Семейное сопровождение»	«Уход без сопровождения»
1. Уровень профессионализма	
Члены семьи без соответствующей подготовки или сиделки, с разной степенью обученности	Профессиональные лицензированные сиделки и медицинские сестры
2. Уровень стандартизации услуг	
Стандартизация отсутствует	Стандартизированный процесс в системе ИСО
3. Уровень комплексности услуги	
Охватывают уход за жизнью	Охватывают уход за жизнью, психологическую поддержку и укрепление здоровья, обеспечивая индивидуальный целостный уход
4. Уровень нагрузки (затрат времени)	
Высокий уровень нагрузки на членов семьи, отвлечение их от основной работы, снижение производительности труда	Перенесение нагрузки на профессионалов, сохранение для народного хозяйства трудоспособных членов семьи
5. Уровень экономических затрат	
Высокий (при условии учета потерь в оплате труда в результате отвлечения от основной деятельности)	Регулируемое государством разумное ценообразование

Окончание таблицы 1

6. Уровень эффективности коммуникаций с лечащим врачом	
Требует дополнительных затрат времени и финансов	Медицинские команды создают прозрачный механизм обратной связи с помощью эффективного профессионального общения
7. Уровень технического оснащения сопровождения пациента	
Определяется условиями жизни в семье	Определяется технической оснащенностью больниц

Опыт отдельных провинций Китая. До выхода пилотной программы по предоставлению услуг по «уходу без сопровождения» в больницах Гуандун, Фуцзянь, Хубэй и других провинций выпустили соответствующие нормативные документы и внедрили их на экспериментальной основе, что позволило добиться значительных результатов.

В Гуандуне уже в 2022 г. начались соответствующие эксперименты по предоставлению стационарным больным круглосуточного ухода со стороны профессиональных медицинских работников, которые могут быть выбраны добровольно. Комиссия по здравоохранению провинции Гуандун считает, что продвижение пилотной схемы «ухода без сопровождения» имеет большое значение.

Дунгуань, один из первых пилотных городов провинции Гуандун по предоставлению услуг по «уходу без сопровождения», запустил пилотную программу в девяти отделениях четырех больниц, обслуживающих 2970 пациентов. Весь медицинский и сестринский персонал прошел обучение и получил соответствующую квалификацию. В отделениях, где предоставляются услуги по «уходу без сопровождения», пациенты экономят в среднем 97,5 юаня в день [3]. По словам директора Народной больницы Дунгуаня, в пилотных отделениях средняя ежемесячная стоимость услуг сопровождения для каждого пациента значительно снизилась – с 1125 долл. США в традиционном режиме «семейное сопровождение» с привлечением сиделки до 853 долл. США. Поскольку профессиональный сестринский уход более эффективен и способствует быстрому выздоровлению пациентов, средняя продолжительность пребывания пациентов также сократилась примерно на два дня – с 16,52 до 14,32 дня, что также облегчило финансовое бремя семей пациентов.

В апреле 2025 г. правительство провинции Гуандун выпустило документ о стандартах ценообразования на услуги по «уходу без сопровождения», чтобы предотвратить дифференциацию тарифов и сборов в государственных больницах, который будет внедрен во всех крупных государственных больницах. Основная статья «Услуги по «уходу без сопровождения»» относится к услугам «один к трем», то есть один медицинский работник обслуживает трех пациентов одновременно, и цена установлена в размере 140 юаней в день на одного пациента; услуги «один к двум» – 180 юаней; услуги «один к одному» – 280 юаней.

Правительство провинции Гуандун приняло во внимание некоторые особые обстоятельства при формировании цен. Например, если сиделка имеет медицинское образование, к вышеуказанным расценкам может быть добавлено еще 20%. В связи с особым географическим положением провинции Гуандун (ее близостью к Юго-Восточной Азии на юге и наличием в ней ряда этнических меньшинств) правительство провинции Гуандун ввело политику индивидуальной оплаты услуг, чтобы удовлетворить потребности различных групп пациентов и их семей в медицинском обслуживании. Эта политика направлена на поддержку медицинских учреждений в предоставлении пациентам и их семьям языковых услуг (иностранные языки, языки этнических меньшинств) и другие дополнительные услуги, которые отвечают индивидуальным потребностям и

повышают эффективность лечения. Цены на соответствующие услуги устанавливаются больницами самостоятельно в соответствии с фактическими затратами и конъюнктурой рынка.

В ряде экспериментальных больниц Гуандуна подготовке младшего медицинского персонала уделяется первостепенное внимание. В Шэньчжэне центральная больница Longgang, ставшая первым пилотным подразделением в регионе, с марта 2022 г. в пилотном режиме задействовала 13 палат. С марта 2022 г. по апрель 2025 г. палаты без сопровождения центральной больницы Лунган обслужило более 20 тыс. пациентов и внедрила организационное обучение более 200 сотрудников по уходу.

Отделение сестринского дела больницы Чжуцзян внедрило многоуровневую систему обучения «общее образование + специальные знания», в которой отделение сестринского дела выбирает старших медсестер в качестве преподавателей для обучения основным навыкам, таким как базовый уход и психологическая поддержка, а специализированное обучение для сиделок проводится после того, как они назначаются на работу в конкретное отделение в соответствии с особенностями отделения.

В провинции Гуандун ряд пилотных больниц прилагает большие усилия для совершенствования своих интеллектуальных систем управления. В частности, народная больница Дунгуань самостоятельно разработала полнофункциональную интеллектуальную систему управления информацией о медсестрах и успешно получила сертификат авторского права на программное обеспечение, подтверждающий ее инновационность и практичность. Система направлена на оптимизацию процесса ухода за больными и повышение прозрачности услуг, а также на создание замкнутого цикла информационного взаимодействия между членами семьи, обслуживающим персоналом и руководством.

Члены семьи могут общаться с сиделками по видеосвязи и по «единой кнопке» через эксклюзивное приложение APP, а с помощью доски объявлений и журналов ухода они могут узнать о ситуации с пациентом в режиме реального времени; сиделки интегрируют интеллектуальные функции планирования, напоминания о задачах и записи о сдаче смены, автоматически выполняют задания сиделок и поддерживают загрузку многообразных отчетов о сдаче смены для обеспечения непрерывности ухода; руководство больницы использует информационные технологии для отслеживания всего процесса обучения, планирования, обслуживания и оценки сиделок посредством анализа больших данных и составления качественных отчетов.

Применение этой системы управления информацией не только значительно повышает эффективность и качество услуг медсестер Народной больницы Дунгуаня, но и создает мост доверия между больницей, медперсоналом и семьей пациента с помощью цифровых средств, обеспечивая модель для продвижения услуг по «уходу без сопровождения» по всей стране.

Для того чтобы внедрить инновации в систему услуг по «уходу без сопровождения» больница Гонконгского университета в Шэньчжэне (далее «HKU-SZH») руководствовалась международным видением и опиралась на преимущества медицинского сотрудничества между Шэньчжэнем и Гонконгом.

В HKU-SZH врачи, медсестры и медицинские работники тесно сотрудничают друг с другом, образуя эффективную команду по уходу. Обладая профессиональными медицинскими знаниями, врачи и медсестры отвечают за основные задачи, такие как мониторинг состояния и реализация планов лечения, а медицинский персонал обеспечивает базовый уход за больными. Четкое разделение труда и синергия между тремя сторонами обеспечивают пациентам комплексный и профессиональный уход и улучшают результаты лечения [4].

Больница HKU-SZH рассматривает развитие информационных технологий как важный инструмент повышения качества сестринского ухода, внедряя интеллектуальные системы вызова медсестер, мобильные рабочие станции медсестер и другое оборудование для достижения полного мониторинга медсестер.

Провинция Фуцзянь, первой в Китае предложившая и изучившая идею «неприсоединяемых» палат, сделала ключевой шаг вперед в инновационной модели медицинского обслуживания, опередив провинцию Гуандун. Бюро медицинского страхования провинции Фуцзянь выступило с инициативой, которая объединяет расходы на сопровождение с расходами на медицинское обслуживание и медицинские препараты и объединяет их в рамках выплат по медицинскому страхованию. Согласно этой политике, пациенты должны оплачивать 30% расходов из собственных средств, а остальные 70% расходов будут оплачиваться в соответствии с положениями базового медицинского страхования [5]. По сравнению с системой оплаты в провинции Гуандун, данный полис медицинского страхования в провинции Фуцзянь значительно снижает финансовую нагрузку на семьи пациентов, особенно на семьи с низким уровнем дохода, открывая доступ к качественным медицинским услугам, гарантируя им эффективное лечение.

На основе опыта пилотных проектов можно извлечь следующие пять уроков.

Укрепление системы профессиональной подготовки. В ответ на недостаточный профессионализм традиционных сопровождающих (членов семьи и сторонних сиделок) больницы должны взять на себя ведущую роль в обучении, а также строго проверять и контролировать привлечение сторонних сиделок. Больница должна выстроить многоуровневое обучение по принципу «общее образование + специальные знания».

Создание замкнутого цикла стандартизированного управления медицинским уходом. Экспериментальным больницам необходимо: создать механизм управления всем процессом обучения, оценки и контроля, а также обновлять навыки путем регулярного переобучения; четко определить разделение труда между врачами и медсестрами, внедрить многоуровневую систему контроля качества, включающую проверки старших медсестер, контроль со стороны отдела сестринского ухода и оценку со стороны пациентов, а также включить в оценку качество услуг и квалификационный аудит, чтобы способствовать стандартизации и специализации сестринских услуг.

Устойчивая защита прав и интересов медицинского персонала и система их карьерного роста. Пилотным медицинским учреждениям необходимо сделать защиту прав и интересов сиделок приоритетной задачей, уделяя внимание их физическому и психическому здоровью, оптимизируя условия труда и улучшая материально-техническую поддержку. В ответ на такие проблемы, как нерегулярные трудовые договоры, низкая заработная плата, чрезмерно продолжительный рабочий день и отсутствие социального обеспечения, необходимо содействовать заключению официальных трудовых договоров между сиделками и сторонними учреждениями, а также изучить возможность совместного приобретения страхования профессиональных рисков, чтобы добиться двусторонней защиты прав и интересов сиделок и пациентов. В то же время необходимо создать научную систему повышения заработной платы, в которой разряды будут зависеть от профессионального уровня, и повысить привлекательность профессии [6].

4. Поощрение комплексности и цифровизации услуги. Пилотные больницы могут разрабатывать интеллектуальные системы ухода, создавать трехсторонние платформы информационного взаимодействия для членов семьи, сиделок и руководства, реализовывать дистанционную связь для членов семьи, интеллектуальное планирование для сиделок и контроль всего процесса обслуживания. Внедряются интеллектуальные системы вызова для обеспечения немедленного реагирования на потребности пациентов.

Кроме того, особое внимание уделяется совершенствованию способностей сиделок к гуманистическому уходу за больными, с помощью нарративного ухода, психологического консультирования, что позволяет удовлетворить эмоциональные потребности пациентов.

5. Создание научной и прозрачной системы тарифов и услуг. Национальное бюро медицинского страхования выпустило руководящие принципы, регулирующие порядок рыночного ценообразования. С учетом региональных экономических различий необходимо установить дифференцированную плату за «услуги без сопровождения», следуя принципу «польза для народа и выгода для отрасли», принимая во внимание доступность для населения и устойчивость отрасли, и устанавливать цены на основе сочетания таких факторов, как интенсивность ухода и техническая сложность услуги. Что касается моделей обслуживания, то пилотные больницы внедрили различные программы ухода: «командные услуги», в рамках которых бригады медсестер составляют научно обоснованное расписание для обеспечения круглосуточного ухода; «индивидуальные эксклюзивные услуги», в рамках которых предоставляется индивидуальное сопровождение; и «базовые услуги «один ко многим», применяются к людям, способным к самообслуживанию. Различные режимы соответствуют ступенчатой оплате, в то время как традиционные палаты для «семейного сопровождения» сохраняются для выбора. Кроме того, больницы могут самостоятельно устанавливать цены на персонализированные дополнительные услуги (например, перевод на иностранный язык, адаптация к особым потребностям), чтобы оптимизировать медицинское обслуживание с помощью клиентоориентированных услуг.

Основные недостатки китайских услуг по уходу с сопровождением. Несмотря на то, что в некоторых провинциях, таких как Гуандун, Фуцзянь и Хубэй, завершено пилотное внедрение услуг по уходу без сопровождения, а удовлетворенность пациентов этими услугами достигает 95% и более, в Китае существуют очевидные недостатки в механизме оплаты, подготовке специалистов, объеме услуг и регулировании по сравнению с развитыми зарубежными системами.

Таблица 2 – Сравнение Китая и других стран по различным аспектам

Услуги по уходу в сопровождении в Китае	Система долгосрочного ухода в США	Немецкий сертификат медсестры
Механизм оплаты		
В основном самофинансирование (140-280 юаней/день), пока не включено в медицинскую страховку	Medicare покрывает краткосрочный уход, а Medicaid покрывает долгосрочный уход для людей с низким доходом	Страхование по долгосрочному уходу возмещается на разных уровнях, а доля самостоятельной оплаты варьируется в зависимости от дохода
Подготовка специалистов		
Уровень сертификации сестринского персонала низок, отсутствует единая профессиональная сертификация	Создать систему PAS (услуги персональной помощи), в рамках которой семьи могут нанимать обученных и квалифицированных сиделок	Трехуровневая система сертификации (помощник - профессионал - специалист), заработная плата привязана к уровню

Окончание таблицы 2

Сценарий медицинского обслуживания		
Только стационарное лечение (специальная помощь / уровень I)	Охватывает учреждения, сообщества и дома (такие как дневные центры для взрослых и агентства по уходу на дому)	Уход на дому составляет более 70%, и мы тесно сотрудничаем с медицинскими учреждениями
Система контроля и сертификации		
Зависимость от самоконтроля в больнице, отсутствие внешнего надзора	Обязательный рейтинг федеральной CMS + сторонний аудит, данные общедоступны	Регулярные внезапные проверки, проводимые Ассоциацией по контролю качества сестринского ухода (MDK)

Единый механизм оплаты и ограниченная доступность. По сравнению с США, Китаю еще предстоит расширить сферу возмещения расходов на медицинское обслуживание. Американская программа Medicaid поддерживает около 1,6 млн пожилых людей с низкими доходами, которые несут расходы на стационарное лечение [7–8]. В отличие от этого, в Китае на данном этапе пациенты, как правило, сами несут ответственность за свой уход.

Существует большой дефицит кадров и недостаточная специализация. В настоящее время существует значительный разрыв между уровнем профессионализма китайских специалистов по уходу за больными и потребностями развития отрасли. Данные показывают, что большинство сиделок в медицинских учреждениях имеют среднее образование или ниже, и, как правило, не имеют систематического и стандартизированного профессионального обучения. Сиделки, нанимаемые сторонними компаниями, имеют разный уровень квалификации, в их возрастной структуре преобладают люди «40–50 лет» [9], а некоторые специалисты страдают от недостатка коммуникативных навыков, что затрудняет обеспечение качества услуг, а текучесть кадров в отрасли остается высокой.

Узкие сценарии обслуживания и неспособность увязать их с потребностями дома. В настоящее время услуги по уходу без сопровождения в Китае в основном ориентированы на уход за пациентами во время госпитализации, а полная цепочка услуг, охватывающая этап реабилитации после выписки, еще не сформирована, что приводит к «пробелу» в предоставлении услуг по реабилитации на дому пожилых пациентов с хроническими заболеваниями (например, пациентов с последствиями инсульта) после выписки. Эти пациенты остро нуждаются в профессиональном уходе и реабилитации на дому, но существующая система обслуживания с трудом справляется с этой задачей. В отличие от этого, в США создана развитая сеть услуг по уходу на дому, в которой услуги по уходу на дому составляют более 50% от общего объема, а дневные центры для взрослых обеспечивают переходную поддержку пациентов из больницы в дом [10].

Влияние опыта в других странах на Китай.

Создание многоуровневой системы оплаты для снижения нагрузки на семьи. Страховые компании могут включить услуги по уходу без сопровождения в существующее медицинское страхование или разработать новый вид страхования по уходу за больными, чтобы покрыть расходы, связанные с услугами по уходу без сопровождения, и тем самым снизить расходы семей пациентов. Ожидается, что в будущем часть расходов на уход за сопровождаемыми будет включена в объем медицинского страхования, что позволит эффективно снизить нагрузку на семьи пациентов [11]. Предлагается гибко формулировать конкретные

методы возмещения и коэффициенты медицинского страхования в соответствии с фактической ситуацией в каждом регионе, чтобы более точно удовлетворять реальные потребности большинства пациентов.

Внедрение системы подготовки специалистов «теоретическое обучение + клиническая подготовка». Чтобы решить существующую в отрасли дилемму несоответствия квалификационных стандартов для медицинских работников, мы можем перенять опыт Германии, где существует развитая трехуровневая система сертификации, и создать единый национальный профессиональный квалификационный стандарт для медицинских работников [12]. Стандарт будет разрабатываться и издаваться совместно департаментами кадров и социального обеспечения, а также органами здравоохранения, чтобы обеспечить авторитет и профессионализм квалификации специалистов путем унификации процесса оценки и стандартизации требований к квалификации. Что касается механизмов подготовки специалистов, то профессионально-технические училища, колледжи и университеты с высшим образованием поощряют создание дополнительных специализаций, связанных со здравоохранением, и углубляют режим сотрудничества между училищами и колледжами. Учебные заведения могут совместно с медицинскими учреждениями разрабатывать системы учебных программ, включать клиническую практику в учебные планы, организовывать прохождение студентами практики в больницах за год до окончания учебы и, используя двухканальную систему «теоретическое обучение + клиническая подготовка», обеспечивать медицинские учреждения и учреждения здравоохранения всех уровней целевым выпуском медицинских работников с прочными профессиональными знаниями и профессиональными навыками, чтобы повысить общее качество и профессионализм команды медсестер из первоисточника.

Расширение сценариев оказания услуг и объединение всего цикла «внутрибольничного и внебольничного» ухода:

- оказание услуг на дому: в соответствии с американской моделью PAS сиделкам разрешено распространять свои услуги на дом к пациентам для оказания переходных услуг (например, 2-недельной помощи в послеоперационной реабилитации) [13];
- активизация ресурсов сообществ: создание «станций ухода» совместно с общественными медицинскими центрами для обеспечения дневного ухода и обучения навыкам;
- расширение возможностей интеллектуальных технологий: поддержка крупных государственных больниц в самостоятельной разработке систем управления информацией, позволяющих в режиме реального времени просматривать записи об обслуживании и получать экстренные звонки от членов семьи.

Заключение

Проведенное исследование, проведенное в статье, показывает, что «услуги по уходу без сопровождения» значительно сокращают продолжительность пребывания пациентов в больнице, снижают финансовое бремя семей и повышают уровень удовлетворенности более чем на 95% благодаря специализированному разделению труда (квалифицированный уход медсестрами + уход за больными лицензированными сиделками) и интеллектуальному управлению. Сформулированы рекомендации на практическом уровне: поиск решений проблемы ухода «больница – дом», содействие трансформации медицинских ресурсов от потребления рабочей силы к оптимизации эффективности, например, модель оплаты пакетов медицинского страхования в провинции Фуцзянь, которая служит образцом для использования на национальном уровне. Сформулированы рекомендации на академическом уровне: восполнение теоретических пробелов в разработке институциональных услуг в области интеграции здравоохранения и ухода за пожилыми людьми, предложение «многоуровневого обучения – лицензированного ухода за пожилыми людьми – интеллектуального управления» (система отслеживания информации больницы Дунгуань). Она выдвигает триединую модель «стратифицированное обучение – динамический контроль – инновации в оплате», которая предоставляет эмпирические доказательства для внедрения

системы страхования долгосрочного ухода. В будущем необходимо преодолеть узкие места, связанные с устойчивостью платежей (включение связи медицинского страхования и коммерческого страхования) и профессионализацией специалистов (создание национальной системы сертификации), а также распространить услуги на домашние сценарии, чтобы реализовать скачок от стационарного замещающего сопровождения к управлению здоровьем полного цикла.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Уведомление Национального управления по стандартизации, Министерства гражданских дел и Министерства торговли о выпуске «Специального плана действий по стандартизации ухода за пожилыми людьми и бытовых услуг» // Информация об отрасли [Электронный ресурс] – 2023. – URL: http://www.cagg.org.cn/portal/child_policy/article.html (дата обращения: 10.06.2025).
2. Статистический бюллетень развития социальных услуг в 2015 году // Министерство гражданских дел [Электронный ресурс] – 2016. – URL: <http://www.mca.gov.cn/article/sj/tjgb/201607/20160700001136.shtml> (дата обращения: 10.06.2025).
3. **Линь, Цинцин** Средняя ежедневная экономия 97,5 юаней! Среднее количество дней госпитализации сократилось на 2 дня! / Линь Цинцин, Чжу Цзялэ // Вечерние новости Янчэна. – 2025. – № 4. – С. 1–2.
4. **Чжао, Хунфэй** Один человек госпитализирован, нет необходимости бегать всей семьей / Чжао Хунфэй // Новости бизнеса Шэньчжэня. – 2025. – № 4. – С. 1–2.
5. **Хуан, Цзиньхуэй** Сколько препятствий нам нужно преодолеть, чтобы продвигать услуг по уходу без сопровождения? / Хуан Цзиньхуэй, Ву Яньнань, Ма Янь [и др.] // Южная ежедневная газета. – 2025. – № 5. – С. 2–4.
6. **Ву, Смин** Как усовершенствовать и оптимизировать цены на услугу по уходу без сопровождения, продвигаемые больницами во многих местах / Ву Смин // Первая финансовая газета. – 2025. – № 6. – С. 6.
7. **Leblanc, A. J.** State Medicaid programs offering personal care services / A. J. Leblanc, M. C. Tonner // Health Care Financing Review. – 2001. – Т. 22, № 4. – P. 155–173.
8. **Frank, R. G.** Long-term care financing in the United States: Sources and institutions / R. G. Frank // Applied Economic Perspectives and Policy. – 2012. – Т. 34, № 2. – P. 333–345.
9. **Ян, Янь** «Профессиональный» вход для решения проблемы «один человек в больнице, а вся семья занята» / Ян Янь, Ань Ин // Синьхуа Дейли. – 2025. – № 10. – С. 2–3.
10. **Цай, И.** Распространение американской системы долгосрочного ухода в Китае / И Цай, Дань Цуй, Цзунфу Мао // Исследования политики здравоохранения Китая. – 2017. – Т. 10, № 1. – С. 58–63.
11. Чтобы облегчить проблему «за одним пациентом в больницу должна ехать вся семья», Китай ввел новый проект «услуги по уходу без сопровождения» // Новости CCTV [Электронный ресурс] – 2024. – URL: <https://www.xhby.net/content/s673c10a0e4b09f022e595c48.html> (дата обращения: 08.06.2025).
12. U.S. DHHS National Long-Term Care Clearinghouse, The Basis: Where can you receive care? [Электронный ресурс] – 2016. – URL: <http://longtermcare.gov/the-basics/where-can-you-receive-care> (дата обращения: 08.06.2025).
13. **Хуан, Цзин** Практика европейской пенсионной реформы и ее последствия для Китая / Цзин Хуан, Шуфань Цзя // Новый запад. – 2016. – № 12. – С. 178–179.

Поступила в редакцию 21.07.2025 г.

Контакты: emkarpenko@mail.ru (Карпенко Елена Михайловна, Хуан Синьюэ)

Karpenka E. M., Huang Xinyue. ECONOMIC PRECONDITIONS FOR THE DEVELOPMENT OF UNACCOMPANIED MEDICAL CARE SERVICES IN CHINA

In order to address the social problems of the accelerating aging of the population in China and the excessive burden of inpatient care with an accompanying attendant under the “421” family structure, the implementation model and effectiveness of “unaccompanied care services” are analyzed through case studies in Guangdong and Fujian provinces. It is proposed to take into account international experience: the PAS model (USA) and three-level accreditation (Germany). An empirical basis for building a medical service system with Chinese characteristics is created, and a mechanism for its implementation at the national level (health insurance coverage, personnel training) is proposed, which will contribute to improving the quality of medical services.

Keywords: unaccompanied care services, ageing society, health workers, care service reform, inpatient accompanied care, intelligent health management.