

## Respons

### **Kina: Helseforsikringssystemet i Kina**

#### Problemstilling/spørsmål:

- Hvilke helseforsikringer finnes i Kina i dag og hvordan fungerer de?

#### **Innledning**

Kinas helsesystem har gjennomgått omfattende endringer, med delvis privatisering og økende kommersialisering, etter at de økonomiske reformene begynte for 30 år siden. De fleste sykehus er fortsatt offentlige, men finansieringsmåten er endret. Dette innebærer at helsetjenester nå koster penger, i motsetning til tidligere da de fleste kinesere var sikret gjennom en arbeidsenhet eller et landbrukskooperativ. Dermed må kinesere i dag melde seg inn i et helseforsikringssystem for å ha en viss dekning den dagen de eller noen i husholdet eventuelt blir syke. Reformene går raskt, og rundt 95 % av Kinas befolkning er i dag innmeldt i en forsikringsordning. Myndighetene i Kina har som mål å innføre et allment helsetjenestesystem (*universal health care coverage*) innen 2020 (WHO 2011).

#### **Helseforsikringssystemet i dag**

Hovedtrekkene i det nåværende helseforsikringssystemet ble begynt innført i 2003. I hovedsak finnes det i dag tre forsikringer for kinesiske borgere, basert på bosted (urbant/ruralt) og arbeids-/ansettelsesforhold:

##### **1) Urban Employees Basic Medical Insurance (UEBMI)**

Fram til 2007 var dette den eneste forsikringa for folk i byene. En må være arbeidstaker i formell sektor for å ha denne forsikringsordningen. UEBMI fungerer i grove trekk slik at arbeidsgiver betaler én del (ca. 8 % av vedkommendes lønn) og arbeidstakeren en litt mindre del (ca. 2 %).

##### **2) Urban Residents Basic Medical Insurance (URBMI)**

De anslagsvis 420 millionene byboere uten formelt ansettelsesforhold sto, fram til etableringen av denne ordningen i 2007, helt utenfor det offentlige helsesystemet. URBMI er frivillig og består i at det offentlige betaler det meste, mens personen selv betaler en liten andel.

### 3) **New Rural Cooperative Medical Scheme (NRCMS)**, også kalt **New Cooperative Medical Scheme**

Dette er en frivillig helseforsikringsordning som ble etablert i sin nåværende form i 2003. Ordningen skal sikre tilgang til helsetjenester for innbyggere på landsbygda som ikke er ansatt i formell sektor. Det vil i all hovedsak si de 700-800 millionene som i Kina defineres som ”bønder”. Innføringen av systemet har gått raskt etter 2003, og ved utgangen av 2010 var 96 % av befolkningen på landsbygda forsikret, ifølge det kinesiske Helseministeriet (som sitert i WHO 2011). Systemet dekker de som melder seg inn og finansieres av brukerne, lokale myndigheter og sentralregjeringa. Ifølge professor Zhang Juwei, leder av Center for Labor and Social Security ved Chinese Academy of Social Sciences i Beijing, kan man velge nivå på innbetalingene og dermed forsikringsgrad (møte i Beijing mai 2012).

Av de tre ovennevnte hovedforsikringstypene har, ifølge Zhang (møte i Beijing mai 2012), den første av disse (UEMBI) de beste vilkårene, med lavest egenandel på sykehusbesøk og høyest tak på utbetalinger.

Rundt 95 % av befolkningen i Kina er i 2012 innrullert i disse tre forsikringsordningene (Zhang, møte i Beijing mai 2012). Dette er en økning fra en nasjonal forsikringsgrad på 23,1 % i 2003 (WHO 2011).

#### **Utfordringer**

Om lag 1,3 milliarder kinesere er per i dag innmeldt i en helseforsikringsordning (China Daily 2012). Det betyr imidlertid ikke at disse er fullt dekket, og ikke selv må betale noe. En utfordring ved det nåværende systemet er at det kreves forhåndsbetaling for helsetjenester og at de ulike forsikringsordningene i begrenset grad refunderer disse utgiftene.

Både sykehusinnleggelse og poliklinisk behandling krever forhåndsbetaling, enten man er forsikret eller ikke – men forsikring sørger for at man får refundert en del av utgiftene. Disse høye kontantutgiftene (*out-of-pocket costs*) kan utgjøre et hinder i tilgangen til helsetjenester (WHO 2010). Mange er fortsatt underforsikret i Kina og graden av refusjon av forhåndsbetalte utgifter er fortsatt relativt lav: Ifølge WHO (2010) er refusjonsgraden i Kinas helseforsikringssystem på under 50 % av utgiftene, og et annet estimat anslår gjennomsnittlig refusjonsrate til ca. 30 % (Wagstaff et al 2009). Derimot rapporterer kinesiske helsemyndigheter selv at refusjonsratene er henholdsvis 75 %, 60 % og 70 % i UEMBI, URMBI og NRCMS (Ministry of Health 2011).

Avhengig av hvilke tall man legger til grunn, betyr dette at 30-70 % av kostnadene må dekkes av personen selv. Sykehusinnleggelse og annen helsebehandling er dyrt i Kina jamført med bruttonasjonalinntekt per capita, og utgiftene kan således være høye for vanlige kinesere (Snellingen, møte i Beijing mai 2012; Wagstaff et al 2009). Visehelseminister Zhang Mao sa i 2010 til avisa China Daily at ”[b]y 2015, Chinese citizens will be expected to cover less than 30 percent of their medical bills” (Shan 2010). Blant kildene Landinfo snakket med under en informasjonsinnhentingsreise til Kina i 2012, var det varierende grad av tillit til hvorvidt kinesiske myndigheter ville nå dette målet.

Egenandelene er med andre ord høye og kan fortsatt være det selv om man er innmeldt i en forsikringsordning. Dette gjør at vanlige kinesere fremdeles sparer til framtidige helseutgifter, og at alvorlig og/eller langvarig sykdom kan resultere i fattigdom og livslang gjeld, særlig for

---

#### **Respons Kina: Helseforsikringssystemet i Kina**

personer eller familier med lave inntekter (Snellingen, møte i Beijing mai 2012; WHO 2010; Lin et al 2009).

### Uforsikrede grupper

Den største gruppa som i dag *ikke* er forsikret, er Kinas 220 millioner<sup>1</sup> interne arbeidsmigranter. Ifølge Professor Duan Chengrong, ved Renmin University Institute of Population Research i Beijing, er mangel på de tre grunnleggende forsikringene – helse, pensjon og arbeidsulykke – et av de største problemene til kinesiske migranter, og kanskje mangler så mange som 80 % av dem disse forsikringene (Duan, møte i Beijing mai 2012).<sup>2</sup> Dette henger sammen med at de har sin husholdsregistrering (*hukou*) på landsbygda der de kommer fra. Sosiale rettigheter og goder følger husholdsregistreringen i Kina, og det betyr at de mange millionene som bor og jobber et annet sted enn der de er registrert, mangler tilgang til slike tjenester.

Tidligere var migrantene en oversett gruppe fra myndighetenes side hva helseforsikring angikk. Fra 2003 erklærte myndighetene imidlertid at arbeidsmigranter også skulle få muligheten til et sosialt sikkerhetsnett, og at dette skulle være arbeidsgivers primæransvar. Dette har imidlertid ikke blitt omsatt i praksis, bl.a. fordi arbeidsgivere kvier seg for å bruke store summer på forsikring for arbeidere med høy turn-over (Duan, møte i Beijing mai 2012). Samme kilde forteller samtidig at en arbeidstakers individuelle forhandlingsevner overfor arbeidsgiver kan påvirke hva slags ordning han/hun får.

Kinas aller fattigste faller også utenfor de tre hovedforsikringsordningene. For disse finnes et **Medical Assistance Scheme**. Dette ble innført fra 2003, først på landsbygda, og deretter i byene, for å bedre fattige familiers tilgang til helsetjenester gjennom ulike offentlige ”benefit packages”. Ifølge Wagstaff et al (2009) består systemet mange steder hovedsakelig i å betale de aller fattigste inn i NRCMS-ordningen. Bare de aller fattigste er dekket<sup>3</sup>, men deres mulighet til å nyte godt av ordningen er begrenset av kravet til medbetaling, siden utgifter som må forhåndsbetales bare delvis refunderes. Det er heller ikke slik at alle sykdommer kvalifiserer for refusjon. Systemet har ifølge Hao et al (2010) også hatt liten evne til å forhindre at familier med kroniske sykdommer må ta opp stor gjeld.

Utlendingsforvaltningens fagenhet for landinformasjon (Landinfo) skal som faglig uavhengig enhet innhente og analysere informasjon om samfunnsforhold og menneskerettigheter i land som Utlendingsdirektoratet (UDI), Utlendingsnemnda (UNE) og Justis- og beredskapsdepartementet til enhver tid har behov for kunnskap om for å kunne løse sine oppgaver. Landinfos responser og temanotater er basert på opplysninger fra både offentlige og ikke-offentlige kilder. Opplysningene er innsamlet og behandlet i henhold til kildekritiske standarder. Kilder som av ulike grunner ikke ønsker å bli offentliggjort, er ikke nevnt ved navn.

En respons er et svar på konkrete spørsmål og problemstillinger som saksbehandlere i utlendingsforvaltningen har stilt Landinfo. Responser er ikke ment å være utfyllende redegjørelser for et tema eller et spørsmål, og

<sup>1</sup> Anslagene over antallet interne arbeidsmigranter i Kina varierer. Dette er fra China Daily 2010.

<sup>2</sup> China Daily meldte likeledes i 2010 at 45,7 millioner av de 220 millionene migranter hadde meldt seg inn i Kinas UEBMI-system ved utgangen av 2010 (China Daily 2010).

<sup>3</sup> Kinas nasjonale fattigdomsgrense ligger på en årsinntekt på RMB 2300 (ca. NOK 2100) og favner ca. 128 millioner mennesker (Xinhua 2011)

kildegrunnlaget vil ikke nødvendigvis være like bredt som i våre temanotater. Responser er utarbeidet innenfor begrensede tidsrammer og vil i liten grad inneholde bakgrunnsinformasjon.

Opplysningene som blir lagt fram i responsene, kan ikke tas til inntekt for et bestemt syn på hva praksis bør være i utlendingsforvaltningens behandling av søknader. Landinfos responser er heller ikke uttrykk for norske myndigheters syn på de forhold og land som responsene omhandler.

## Referanser

### Skriftlige kilder

- China Daily (2010, 23. desember). Urban health insurance covers 45m migrants. *China Daily*. Tilgjengelig fra [http://www.chinadaily.com.cn/china/2010-12/23/content\\_11744839.htm](http://www.chinadaily.com.cn/china/2010-12/23/content_11744839.htm) [lastet ned 31. august 2012]
- China Daily (2012, 22. mai). China calls for universal healthcare. *China Daily*. Tilgjengelig fra [http://www.chinadaily.com.cn/china/2012-05/22/content\\_15356729.htm](http://www.chinadaily.com.cn/china/2012-05/22/content_15356729.htm) [lastet ned 31. august 2012]
- Hao et al (2010). *The impact of different benefit packages of Medical Financial Assistance Scheme on health service utilization of poor population in Rural China*. Bethesda: National Center for Biotechnology Information. Tilgjengelig fra <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2909998/> [lastet ned 6. september 2012]
- Lin, W., Liu, G. G. & Chen, G. (2009). The Urban Resident Basic Medical Insurance: A Landmark Reform towards Universal Coverage in China. *Health Economics* 18, s. 83–96. Tilgjengelig fra [http://www.wanchuanlin.org/papers/URBMI\\_HE.pdf](http://www.wanchuanlin.org/papers/URBMI_HE.pdf) [lastet ned 31. august 2012]
- Ministry of Health of the People's Republic of China (2011, 7. april). *Guowuyuan yigai banzhuren Sun Zhigang tan yigai: Zai shenshui qu mouqiu xin tupo*. [Leder av regjeringens kontor for reform av helsesystemet, Sun Shigang, sier: Vi må søke nye gjennombrudd i vanskelige tider]. Beijing: Ministry of Health. Tilgjengelig fra <http://www.moh.gov.cn/publicfiles/business/htmlfiles/mohbgt/s6717/201104/51214.htm> [lastet ned 6. september 2012]
- Shan, J. (2010, 1. desember). Healthcare coverage to expand across the country. *China Daily*. Tilgjengelig fra [http://www.chinadaily.com.cn/china/2010-12/01/content\\_11632860.htm](http://www.chinadaily.com.cn/china/2010-12/01/content_11632860.htm) [lastet ned 6. september 2012]
- Wagstaff, A., Lindelow, M., Wang, S. & Zhang, S. (2009). *Reforming China's Rural Health System*. Washington D.C.: World Bank. Tilgjengelig fra [http://siteresources.worldbank.org/CHINAEXTN/Resources/318949-1248160372290/rural\\_health\\_full\\_report\\_en.pdf](http://siteresources.worldbank.org/CHINAEXTN/Resources/318949-1248160372290/rural_health_full_report_en.pdf) [lastet ned 31. august 2012]
- WHO, dvs. World Health Organization (2010). *2010 Country Health Information Profile: China*. Tilgjengelig via Ecoi.net: [http://www.ecoi.net/file\\_upload/1788\\_1315227354\\_9finalchnpro2010.pdf](http://www.ecoi.net/file_upload/1788_1315227354_9finalchnpro2010.pdf) [lastet ned 11. september 2012]

- WHO (2011). *China*. Manila: World Health Organization Regional Office for the Western Pacific. Tilgjengelig fra [http://www.wpro.who.int/countries/chn/5CHNpro2011\\_finaldraft.pdf](http://www.wpro.who.int/countries/chn/5CHNpro2011_finaldraft.pdf) [lastet ned 31. august 2012]
- Xinhua (2011, 29. november). China raises poverty line by 80 pct to benefit over 100 mln. *Xinhuanet*. Tilgjengelig fra [http://news.xinhuanet.com/english2010/china/2011-11/29/c\\_131277041.htm](http://news.xinhuanet.com/english2010/china/2011-11/29/c_131277041.htm) [lastet ned 31. august 2012]

### Muntlige kilder

- Duan Chengrong, professor ved Renmin University Institute of Population Research i Beijing. Møte i Beijing 24. mai 2012.
- Torkel Snellingen, gjesteforeleser ved Beijing University of Chinese Medicine. Møte i Beijing 24. mai 2012.
- Zhang Juwei, leder av Center for Labor and Social Security ved Chinese Academy of Social Sciences i Beijing. Møte i Beijing 25. mai 2012.

© Landinfo 2012

Materialet i denne publikasjonen er omfattet av åndsverklovens bestemmelser. Uten særskilt avtale med Landinfo er enhver eksemplarfremstilling og tilgjengeliggjøring bare tillatt i den utstrekning det er hjemlet i lov.