

TÁJÉKOZTATÓ ORSZÁGTANULMÁNY A KÍNAI NÉPKÖZTÁRSASÁG EGÉSZSÉGÜGYÉRŐL



GYEMSZI

Gyógyszerészeti és Egészségügyi
Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet

Informatikai és Rendszerelemzési Főigazgatóság
Rendszerelemzési Főosztály

2014. február

Tartalom

Vezetői összefoglaló.....	2
Demográfia	3
Az egészségügyi rendszer jellemzői.....	3
Egészségügyi finanszírozás	4
Egészségügyi ellátórendszer	6
Egészségügyi dolgozók	8
Gyógyszerügy.....	9
Minőségügy	9
Reformok	9
Források	12

Készítette: GYEMSZI Informatikai és Rendszerelemzési Főigazgatóság,
Rendszerelemzési Főosztály

2014. február

Vezetői összefoglaló

2012-ben Kína lakossága 1,35 milliárd fő (az előző évihez képest 6,7 millióval több). Az idősödést jelzi, hogy a lakosság 14,3 százaléka 60 év fölötti és csak 16,5 százaléka 15 év alatti. A nyers születési ráta 12,1 ezrelék a nyers halálozás rátája 7,15 ezrelék. A születéskor várható élettartam 2011-ben férfiak esetében 72,4, nők esetében 77,4 év. A lakosság fele városi, arányuk nagymértékű növekedése együtt jár az életmód-, táplálkozásbeli változások, a levegő- és vízszennyeződés terjedése következtében bekövetkező nem fertőző betegségek emelkedő trendjével.

A világ második legnagyobb gazdaságában az egy főre jutó GDP vásárlóerő paritáson számolva 2012-ben 9059 USD (Magyarországon: 22 635 USD) (OECD Statistics). A GDP növekedése 2012-ben a korábbi évek 10 százalékot megközelítő, vagy azt meghaladó mértékéhez képest lassult, 2011-ben 9,3 százalék volt. 2013-ra 8-8,2 százalékos növekedést vártak. Az infláció mértéke 2,6 százalék, a városi munkaképes korú lakosság körében a regisztrált munkanélküliség 4,1 százalék.

2011-ben 954 389 egészségügyi intézmény működött Kínában – 134 841 a városi területeken, 819 548 a vidéki területeken (WHO, 2012). Tulajdonforma szerint 497 395 intézmény volt állami, 456 994 magán. Intézmény típus szerint 21 979 volt kórház, köztük 11 642 városi kórház (2 220 287 ágy) és 10 337 vidéki kórház (1 484 831 ágy). A kórházak 62 százaléka volt állami, 38 százaléka magán intézmény. A kórházi ágyak 88 százaléka állami, 12 százaléka magán. Az újonnan létrejövő helyi (grassroots) intézmények száma 918 003 volt, ezek 51 százaléka állami, 49 százaléka magán. A 11 926 népegészségügyi intézmény többnyire állami tulajdonban van.

6,6 millióan dolgoztak az egészségügyben, közülük 2 millió orvos, 2,2 millió regisztrált nővér, és kb. 420 ezren foglalkoztak hagyományos kínai orvoslással. (WHO, 2012)

Kína egészségügye messze elmarad a lakosság által igényelt, és a gazdasági fejlettségéhez mért szinttől. A szocialista gazdaságot 1980 után felváltó kínai piacgazdasági rendszer keretei között a kormányzat a 2000-es évek közepéig az egészségügyre kevés figyelmet fordított. Az egészségügyi ellátás nagy (főként falusi) tömegek számára elérhetetlen volt, kevesek rendelkeztek biztosítással (2003: 30 százalék). Részben a biztosítási fedezet hiánya, részben pedig az egészségügyi intézmények zömében profitérdekeltségű működése következtében a betegek által az ellátás igénybevételekor térített készpénzfizetés (OOP) az ezredfordulóra az egészségügyi kiadások 60 százaléka fölé emelkedett.

Az Egészségügyi Minisztérium ugyan felelős a lakosság ellátásáért, de alig van eszköze a szolgáltatók ellenőrzésére. A kórházak irányításában számos minisztérium és szervezet kap szerepet. Az erőteljesen decentralizált egészségügyi rendszerben komoly hatalmi funkciókkal rendelkező helyi kormányzatok a gazdasági fejlődés, jövedelemtermelés mellett elkötelezettek, az egészségügyben leginkább a jövedelem fogyasztóját látják.

Az országban 2009-ben kezdődtek mélyreható egészségügyi reformok. 2009-2012 között Kína megduplázta az egészségügyre fordított központi kormányzati kiadásokat. Létrehozták a legfontosabb gyógyszerek országos listáját, amelyet az alapellátó szolgáltatóknak kötelezően és profit nélkül kell alkalmazniuk. A reform a biztosítási fedezetben és az alapellátásban hozott érzékelhető változásokat. 2011-ben már a lakosság kb. 90 százaléka volt biztosított (kötelező és önkéntes biztosításban).

Az egészségügy problémái közé tartozik, hogy a biztosítási fedezet mélysége gyenge. A lakosság önrészfizetése továbbra is magas (a magánkiadások különböző források szerint az összes kiadás kb. 40-46 százalékát teszik ki). Az egészségügyi kiadások aránya a GDP-hez viszonyítva még mindig alacsony, 5 százalék körüli. Az ellátórendszert ma is elégtelen, gyenge minőségű, ugyanakkor pazarló szolgáltatások, a szakképzett munkaerő hiánya és egyenlőtlen eloszlása jellemzi. Szükség van a biztosítás által finanszírozott szolgáltatások kiterjesztésére, az alapellátás erősítésére, a szolgáltatók profitvezérelt működését felváltó - minőséget és hatékonyságot ösztönző – finanszírozási mechanizmusok kialakítására, a kórházak irányításának javítására, egy erőteljesebb szabályozó rendszerre, eredményekre koncentrálnó monitoring- és értékelési rendszerre, az elszámoltathatóság kialakítására; ezek részben a fejlesztési tervek programjai is.

Demográfia

2012-ben Kína lakossága 1,35 milliárd fő volt, a városi lakosság aránya a lakosságszám felére (51,3 százalék) volt tehető. A korösszetételben belül a 60 éven felüliek aránya 14,3 százalékot tett ki, ugyanakkor a 15 éven aluliaké a születési arány csökkentésére irányuló szigorú népesedéspolitikai intézkedések következtében viszonylag alacsony, 16,5 százalék volt.

Az évtizedek során a születéskor várható átlagos élettartam jelentős mértékben nőtt, 2011-ben 74,8 év volt, ez férfiak esetében 72,4, nők esetében 77,4 évre emelkedett. Az 1000 élveszületésre számított 12 csecsemőhalálozás javuló tendenciájú. (WHO, 2012)

A lakosság egészségét az utóbbi időben főként a nem-fertőző krónikus betegségek veszélyeztetik, bár néhány fertőző betegség (pl. tuberkulózis) által okozott betegségteher továbbra is nagymértékű. A szív-érrendszeri problémák, a cukorbetegség, a daganatos megbetegedések és a krónikus légzőszervi betegségek évente több mint nyolc millió kínai állampolgár halálát okozzák, és ez körülbelül három millió esetben vezet idő előtti halálozáshoz.

Az egészségügyi rendszer jellemzői

Kínában a lakosság egészségéért az Egészségügyi Minisztérium felelős, de több más minisztérium is hatáskörrel rendelkezik az egészségbiztosítás szervezésében, a közpénzek egészségügyre fordításában, az árak és a finanszírozási módszerek meghatározásában, vagy pl. a humán erőforrással kapcsolatos döntésekben. A minisztériumok szakpolitikai gyakran nem követik az egészségügy alapvető céljait. Az Egészségügyi Minisztérium megfelelő eszközök és jogosultságok hiányában nem tartja ellenőrzése alatt az erősen decentralizált - a tartományok fennhatósága alatt álló - egészségügyi szolgáltatások nyújtását (Eggleston, 2012). A lakosság 90 százaléka rendelkezik egészségbiztosítással.

Az egészségügyi intézmények szervezete – bár más szereplőkkel – de ma is a vidéki vagy a városi kormányzati struktúrákat követi.

2011-ben 954 389 egészségügyi intézmény működött Kínában – 134 841 a városi területeken, 819 548 a vidéki területeken (WHO, 2012). Tulajdonforma szerint 497 395 intézmény volt állami, 456 994 nem állami. Intézmény típus szerint 21 979 volt kórház, benne 11 642 városi kórházzal (2 220 287 ágy) és 10 337 vidéki kórházzal (1 484 831 ágy). A kórházak 62 százaléka volt állami, 38 százaléka magán intézmény. A kórházi ágyak 88 százaléka állami, 12 százaléka magán. Az újonnan létrejövő helyi

(grassroots) intézmények száma 918 003 volt, ezek 51 százaléka állami, 49 százaléka magán. A 11 926 népegészségügyi intézmény többnyire állami tulajdonban van.

Összességében jellemző, hogy az egészségügyi ellátás többnyire kórház alapú, ezt egészíti ki a falusi orvosok nagy csoportja és az egészségügyi központok rendszere.

Egészségügyi finanszírozás

Egészségügyi kiadások

Az egészségügyi kiadások a GDP szerény hányadát képezik, az arány 2011-ben 5,15 százalék volt. Mivel a GDP növekedési üteme gyors, az egészségügyi kiadások növekedése is nagyarányú. A növekedés kezdetben főképpen a lakosság közvetlen fizetéseiből származott, az utóbbi időben azonban Kína nagymértékben növelte állami kiadásait, többnyire a társadalombiztosítási programokra való önkéntes feliratkozás támogatásával.

Jelentősek a regionális és a város-vidék közötti egyenlőtlenségek. Az egy főre jutó egészségügyi kiadások a városokban a vidéki kiadások 2,67 szeresét tették ki 2010-ben, amely a reformoknak betudható javulást jelent a 2000. évi 3,63 arányhoz képest. Az elmúlt két évtizedben az egy főre jutó egészségügyi kiadások vidéken 17-szeresre, a városokban pedig 33-szorosra növekedtek.

A jövőt illetően Kína lényegesen nagyobb összegeket kíván fordítani az egészségügyre. A tervek szerint a ráfordítások többek között a biztosítási fedezet bővítésére, a gyógyszerár képzés átalakítására, az alapellátás fejlesztésére, a hagyományos kínai orvoslás kutatásának támogatására, a megnövekedett számú egészségügyi szakemberek képzésére, a kórházak fejlesztésére irányulnak (Hvistendahl, 2013).

Forrásgyűjtés

Az egészségügy finanszírozása az állami költségvetés adóbevételeiből, a társadalombiztosításból, a közvetlen lakossági fizetésekből és a magánbiztosításból tevődik össze (WHO, 2012).

Az ország piacosodásának elindulása után az összes egészségügyi kiadás arányában növekedtek a magánkiadások, és 2001-ben elérték a 64,43 százalékot. Amikor 2002-ben a vidéki területeken elindult az állami támogatású egészségbiztosítás, a magánkiadások részesedése csökkenni kezdett, és 2011-re 44 százalékra esett vissza. (Az állami egészségügyi kiadások az összes egészségügyi kiadás 55,89 százalékát képezték.) (WHO, 2012) Így jelenleg az egészségügy állami kiadásai valamivel magasabbak az összes egészségügyi kiadás felénél, amely az Egyesült Államok és Dél-Korea szintjének felel meg. Mivel a magán biztosítás piaca viszonylag alacsony, a magánkiadások nagyrészt a betegek és családjaik közvetlen fizetéseiből állnak.

A vidéki területeken az önkéntes szövetkezeti egészségbiztosítás jellemző (CMS). A Mao-éra utáni időszakban minimálisra visszaesett fedezet bővülése azonban mindaddig nem volt jelentős, amíg a kormány 2002-ben elindította az új szövetkezeti egészségbiztosítás (NCMS) közvetlen költségvetési támogatását, amelyhez a helyhatóságok a kormánnyal egyenlő mértékben járultak hozzá. Az NCMS kockázatközösség kialakítása megyei szinten történik, a biztosítási programra háztartások jelentkezhetnek. 2009-re a vidéki területek 94 százalékán rendelkezett a lakosság NCMS egészségbiztosítással.

Az önkéntes programok igénybevételét ösztönző kormányzati támogatások az éves biztosítási díj feléig terjedhetnek (a nyugati és központi régiókban, a jómódú keleti tartományokban a központi kormányzat nem nyújt támogatást).

A városi területeken a városi munkavállalók kötelező egészségbiztosítási rendszerét (UEBMI) 1998-ban hozták létre. 2006 végére az UEBMI a városi dolgozó lakosság 64 százalékát fedte le, de az összes városi lakosnak csak a 31 százalékát biztosította. A biztosítási fedezet további bővítése céljából a kormány 2007-ben indította el a városi lakosok alapvető egészségbiztosításának programját (URBMI) az ország minden városában. Az URBMI program önkéntes fedezetet nyújt azon városi lakosok számára (diákok, nyugdíjasok és más eltartottak), akik nincsenek feliratkozva a munkahelyi biztosítási programra.

Összességében jelenleg a lakosság kb. 90 százaléka rendelkezik egészségbiztosítással.

A kormány által támogatott önkéntes programok (NCMS, URBMI) alacsonyabb biztosítási díjakkal járnak és kisebb juttatási csomagot tartalmaznak, mint a városi és kormányzati dolgozóknak nyújtott kötelező és hosszabb időtartamú biztosítási program.

A kockázatközösség bővítésével elért „széles, de sekélyes fedezetet” Kína fokozatosan kívánja mélyíteni a bővebb juttatási csomaggal párosuló teljes lefedettség 2020-ra tervezett eléréséig. A biztosítók eleinte csak a fekvőbeteg-ellátás költségeit fedezték, de azt sem teljes mértékben. 2010 óta, a lakosság egészségbiztosítási fedezete fokozatosan kiterjedt a járóbeteg-ellátás szolgáltatásaira, de továbbra is a biztosítottakra hárul fekvőbeteg-ellátásuk költségeinek 50 százaléka, illetve ambuláns ellátásuk költségeinek kb. 60-70 százaléka (Chi-Man Yip et al., 2012). A kormány jelenlegi célkitűzése, hogy a fekvőbeteg-ellátás co-payment-jét 30 százalékra csökkentse. 2011 óta bizonyos krónikus betegségek (magas vérnyomás, cukorbetegség, asztma, stb.) co-payment-jének csökkentése prioritást élvez. A szülések kórházi ellátása a közvetlen kormányzati támogatásnak és az NCMS által nyújtott fedezetnek tulajdoníthatóan szinte térítésmentesen vehető igénybe. A prioritást élvező betegségek co-payment-je alól az alacsony jövedelmű családok mentesülnek.

A fenti biztosítási megoldások mellett léteznek kereskedelmi biztosítótársaságok, amelyek többnyire kiegészítő fedezetet nyújtanak jómódú emberek számára pl. kiemelt kockázatú betegségekre. Kína szeretné ösztönözni a kereskedelmi egészségbiztosítás nagyobb mértékű elterjedését, ebben játszik szerepet a Biztosítási Szabályozó Hatóság.

Források

Az egészségügyi szolgáltatókat túlnyomórészt szolgáltatás szerint finanszírozzák (bár más fizetési mechanizmusokkal is kísérleteznek, pl. a DRG- alapú fizetés jelenleg modellkísérleti fázisban van). Ez a finanszírozási rendszer, valamint az intézmények profitérdekeltsége egyes ellátások túlzott használatához (pl. magas antibiotikum használat, a császármetszések városi területekre jellemző egyre magasabb rátái, intravénás injekciók és infúziók alapellátási környezetben történő egyre gyakoribb használata), tisztázatlan indikációjú gyógyszerek túlzott rendeléséhez vezetett. Míg az alapellátási rendszer finanszírozása részben kormányzati forrásból és nagyrészt magánforrásból történik, a többi szolgáltatás (amely az ellátások 90 százalékát teszi ki) magánfinanszírozáson felüli részét önkéntes és kötelező társadalombiztosítási programokon keresztül finanszírozzák.

Egészségügyi ellátórendszer

Alapellátás, járóbeteg-szakellátás

A kínai egészségügyi rendszerben jelentős szerepet játszik a hagyományos orvoslás (TCM), amelyet a lakosság túlnyomó többsége vesz igénybe egészségügyi panaszainak kezelésére. Az 50-es évektől a 70-es évek közepéig terjedő Mao-érában Kína túlnyomórészt vidéki lakossága az alapvető egészségügyi szolgáltatásokhoz a „mezítlábas orvosok” révén jutott hozzá. Bár az ellátás minimális színvonalú volt – a „mezítlábas orvosok” csupán néhány hónapos képzésben vettek részt középiskolai tanulmányaik elvégzése után –, a széles körben rendelkezésre álló alapvető gyógyszerek és a fertőző betegségekre helyezett hangsúly jelentős javulást eredményezett a lakosság egészségében. Ez a rendszer a piacgazdaságra történő átmenet után felbomlott, az ellátás új szervezetének kialakítása vált szükségessé.

A közösségi egészségügyi központ hangsúlyt helyez a háziorvosi szolgáltatásokra, a hagyományos kínai gyógy módokra és a népegészségügyre. Az Egészségügyi Minisztérium követelményei szerint minden 30 000-100 000 lakosú közösséghez tartoznia kell egy egészségügyi központnak, a központokra vonatkozó országos standardok betartásával. (Li, Yu, 2011).

A járóbeteg ellátás nagy része – még enyhe tünetek esetén is – a kórházak járóbeteg osztályain történik, mivel a betegek nem nagyon bíznak a rendelőkben és a közösségi egészségügyi központokban, így inkább a nagyobb kórházakban keresnek ellátást. Más ázsiai országokhoz hasonlóan Kínában sem léteznek kapuőr követelmények, a betegek szabadon mehetnek bármelyik ellátóhoz, beutalás nélkül. A társadalombiztosítási programok a fedezetet az adott körzeten kívüli ellátók irányában (megye vagy helyhatóság) korlátozzák.

A helyi (lakosság közeli) egészségügyi szolgáltatók típusai (2011)

Intézmény típus	Szám		Feladat
	Állami	Magán	
Közösségi egészségügyi ellátó intézmények	25 615 (78,0%)	7 245 (22,0%)	Általános szolgáltatások, pl. diagnózis, aktív ellátás, rehabilitáció, otthoni ellátás, konzultáció, beutalók, megelőző ellátás, védőoltás, egészségnevelés, családtervezés, gyakori betegségek diagnózisa és kezelése.
Városi egészségközpont	37 652 (99,2%)	310 (0,8%)	Közösség alapú egészségügyi ellátás városi területen általános szolgáltatások nyújtására, pl. diagnózis, aktív ellátás, rehabilitáció, otthoni ellátás, konzultáció, beutalók, megelőző ellátás, védőoltás, egészségnevelés, családtervezés, gyakori betegségek diagnózisa és kezelése.
Falusi rendelők	371 024 (56,0%)	291 870 (44,0%)	Népegészségügyi szolgáltatások nyújtása, pl. megelőző ellátás, gyermek és anyasági ellátás, elsődleges diagnózis, gyakori betegségek diagnózisa és kezelése.
Járóbeteg rendelők	2 766 (30,0%)	6 452 (70,0%)	Kórházakhoz kapcsolódó, de helyileg nem a kórházakban működő rendelők, melyek általános

			járóbeteg szolgáltatásokat nyújtanak.
Egészségügyi állomás	32 567 (18,6%)	142 502 (81,4%)	Gyárakhoz, üzemekhez, hivatalokhoz kapcsolódó egyszerű egészségügyi intézmények gyakori betegségek diagnózisára és kezelésére, kórházak vagy közösségi egészségügyi ellátó intézmények felügyelete alatt.

Forrás: China health service delivery profile, WHO 2012, <http://www.wpro.who.int/countries/chn/en/>

Fekvőbeteg-ellátás

Az állami kórházak a járó- és fekvőbeteg szakellátás 90 százalék fölötti arányát nyújtják. 2011-es adatok szerint a magán kórházak az elbocsátások 6 százalékát és a járóbeteg vizitek 8 százalékát tették ki. A magánszektor az új ellátók nagyobb hányadát teszi ki, a közösségi egészségügyi központokban végzett vizitek 18,6 százalékát magánszolgáltatók nyújtották.

A kórházak első-, másod- és harmadszintű kórházakra osztályozhatók, attól függően, hogy milyen funkciót látnak el az egészségügyi ellátásban, az orvostudományi képzésben és kutatásban. Az elsőszintű kórházak helyi intézmények, a másodszintű kórházat olyan regionális kórházként határozzák meg, amely átfogó egészségügyi ellátást, orvostudományi képzést és orvostudományi kutatást nyújt a régióban. A harmadszintű kórház olyan régiók közötti kórház, amely átfogó és specializált egészségügyi ellátást nyújt magas szintű orvostudományi oktatással és kutatási funkciókkal (Li et al., 2008).

A kínai állami kórházak archaikus és bonyolult irányítási struktúrával rendelkeznek. Az állami kórházak feladatai, felelőssége, beszámolási kötelezettsége nincs egyértelműen meghatározva, a kórházakat irányító számos minisztérium egymással nem összehangolt szakmapolitikájának erőterében végzik tevékenységüket. Pl. az Egészségügyi Minisztérium azon célja, hogy a kórház mérsékelt költségek mellett a betegek gyógyítására koncentráljon, ütközik az Árhivatal által megállapított torz árrendszerrel, amely a diagnosztikai vizsgálatok és gyógyszerek túlzott használatára ösztönzi az orvosokat. A humán erőforrásért felelős minisztérium teljesítménytől függetlenül garantálja a személyzet állását, a kórházvezetőket pedig a Kínai Kommunista Párt egy részlege nevezi ki. Az állami kórházak ellenőrzésének átalakítását számos érintett fél (kórházigazgatók, vezető orvosok) anyagi ellenérdekeltsége közepette kellene megvalósítani. 2010-ben kezdődtek a kórházak problémáira választ kereső kísérleti reformprogramok, melynek részleteit a [Reformok](#) fejezet tartalmazza.

A kórházak típusai (2011)

Intézmény típus	Szám		Feladat
	Állami	Magán	
Általános kórház	9 166 (64,0%)	5 162 (36,0%)	Többnyire általános szolgáltatásokat nyújt, járó- és fekvőbeteg ellátás, vizsgálatok és diagnózisok.
Hagyományos kínai orvoslást	2 611 (78,9%)	697 (21,1%)	Többnyire általános szolgáltatásokat nyújt, járó- és fekvőbeteg ellátás, vizsgálatok és diagnózisok.

nyújtó kórház			
Szakkórház	1 740 (40,6%)	2 543 (59,4%)	Többnyire járó- és fekvőbeteg ellátást és vizsgálati szolgáltatásokat nyújt a száj, szem, daganat, kardiovaszkuláris, gyermekgyógyászati, mentális egészségügyi, bőr és fertőző betegségek területein.

Forrás: China health service delivery profile, WHO 2012, <http://www.wpro.who.int/countries/chn/en/>

Népegészségügy

A krónikus betegségek megelőzése és kezelése különösen nagy feladat elé állítja a népegészségügyi ellátást. Fontos célkitűzés a korai halálozás 25 százalékos csökkentése, melynek megvalósulásával 2025-ig körülbelül hat millió haláleset lenne megelőzhető Kínában.

A nem fertőző betegségek nagy része az egészségtelen életmódnak tulajdonítható. Kínában több mint 300 millióan dohányoznak, és ez a világ dohányosainak közel egyharmadát teszi ki. A túlzott sófogyasztás is a veszélytényezők között szerepel, mivel a lakosság körében ez jóval meghaladja a WHO sóbevitellel kapcsolatos ajánlását. A sófogyasztás csökkentése a magas vérnyomás előfordulásának mérséklődésében jelentkezne pozitív változásként.

Becslések szerint 2010-ben Kínában több mint 580 millió lakos egészségét veszélyeztette legalább egy potenciálisan módosítható rizikó faktor, és az érintettek 70-85 százaléka 65 évesnél fiatalabb volt.

2012-ben Kína a 2012-2015-ös időszakra Országos Tervet indított a nem fertőző betegségek megelőzésére és kezelésére különös tekintettel az alapellátás által ezen a területen végzendő feladatokra.

Egészségügyi dolgozók

2011-ben az egészségügyi dolgozók ezer lakosra jutó aránya 4,58 volt, és 51 százalékuk a városokban folytatta gyógyító tevékenységét, szemben a vidéki területeket ellátó 49 százalékkal.

Az egészségügyi dolgozók mindössze negyede rendelkezik felsőfokú egészségügyi végzettséggel, a többiek szakiskolai képesítéssel látják el feladataikat. A kvalifikált szakemberekkel való ellátottság területenként is változó, mivel a nagyobb tapasztalattal rendelkező egészségügyi dolgozók számára a vidéki területek nem eléggé vonzóak. Az orvos-nővér arány a lakosság ellátásában nem megfelelő, mivel a regisztrált nővérek száma (2011-ben 2 244 020) alig haladja meg az orvosokét (2 020 154). A nővérek lakosságra jutó aránya 1,66/1000 fő, az orvosoké (1,49/1000 fő). 420 329 fő foglalkozott hagyományos kínai medicinával. (WHO, 2012)

Jelenleg Kínában a humán erőforrás-fejlesztés előtt álló legfontosabb kihívások közé tartozik a létszám bővítés és a dolgozók képzettségének előmozdítása, az egészségügyi szakemberek területi eloszlásának javítása és a különböző egészségügyi szakterületek jobb egyensúlyának megteremtése.

Gyógyszerügy

Kína gyógyszerkiadásai az összes egészségügyi kiadás hányadában nemzetközi összehasonlításban is magasnak tekinthetők (2011-ben 37,5 százalék). (WHO, 2012)

Az irracionális gyógyszeralkalmazások (pl. hamisított gyógyszerek fogyasztása, az indokoltnál nagyobb mennyiségű antibiotikum rendelése, intravénás injekciók alkalmazása) csökkentésére, és a biztonságosan és hatékonyan alkalmazható alapvető gyógyszerek jobb elérhetősége érdekében, a kormány gyógyszerprogramot indított, melynek központi elemeként listát állított fel az alapvető gyógyszerekről. A lista elemeinek kiválasztásához a betegségteher miatt jelentkező igény, a biztonságos alkalmazás, a klinikai hatékonyság, a megfizethetőség, a régebbi alkalmazások és az elérhetőség szolgált kiindulási alapul. 2009 augusztusában, az alapellátó részlegek számára készített lista 307 generikumból és 102 növényi készítményből állt. (Chi-Man Yip et al., 2012) Az Országos Fejlesztési és Reformbizottság hatáskörébe tartozik a listán szereplő gyógyszerek árának maximálása. A tartományok gazdasági helyzetük és speciális igényeik szerint egészíthetik ki a listát. Az alapellátó intézmények csak az országos listán szereplő gyógyszereket készíthetik és rendelhetik a betegek számára, illetve csak bekerülési áron forgalmazhatják azokat. Az egészségbiztosítás a listán szereplő gyógyszerekre nagyobb támogatást nyújt, mint a listán kívüliekre. 2011-ben, az alapvető gyógyszerek országos listáját és a tartományi szintű közbeszerzéseket minden tartomány alapellátást nyújtó intézményeiben alkalmazták.

Minőségügy

Az egészségügyi reform fő célkitűzése az egészségügyi szolgáltatások minőségének javítása. A minőségfejlesztés eredményei közül az alábbiak emelhetők ki:

- az Egészségügyi Minisztériumon belül Egészségügyi Szolgáltatás Felügyelő Osztály alakult, és több tartományban Egészségügyi Szolgáltatás Felügyelő Irodák kezdték meg tevékenységüket,
- minden egészségügyi intézményben minőségirányítási osztályokat alakítanak ki, amelyek feladata a szolgáltatások felügyelete,
- 2011 végére az Egészségügyi Minisztérium 331 betegségre bocsátott ki irányelveket,
- törvényt fogadtak el a gyógyszerkutatás, fejlesztés, gyártás, értékesítés szabályozására, a hamis gyógyszerek elleni küzdelem támogatására,
- a rezidens orvosok standardizált képzési programjának kialakítása; a háziorvosok ingyenes képzése,
- az egészségügyi intézmények építésének standardizálása, az új kórházépítések támogatása (WHO, 2012).

Reformok

Reformintézkedései előtt a kínai kormánynak az egészségügyi ellátás elérésének súlyos nehezítettségével, az elérésében jelentkező növekvő egyenlőtlenséggel, a közvetlen kifizetések okozta komoly anyagi kockázatokkal kellett szembesülnie. A 2006-os év fordulópontot jelentett, ekkor hozták

létre az Egészségügyi Reformvezető Csoportot. A csoport 20 minisztériumból áll, elnöke az Államtanács miniszterelnök-helyettese, alelnökei az egészségügyi miniszter és az Országos Fejlesztési és Reform Bizottság minisztere. Három éves tanácskozás után 2009-ben a kínai kormány bejelentette az országos egészségügyi reformtervezetét. A reformjavaslatok öt területre terjedtek ki: egészségbiztosítási rendszer, gyógyszerügy, egészségügyi alapellátás, népegészségügyi rendszer, kórházak. A legfőbb célkitűzés a lakosság teljes biztosítási lefedettségének elérése volt, amelyet 2020-ra szeretnének teljesíteni (China country profile, 2011).

A kezdeti, 2009-2011-ig tartó hároméves megvalósítási terv a következő programokra helyezte a hangsúlyt:

- az alapszolgáltatásokra fedezetet nyújtó biztosítás kiterjesztésének felgyorsítása,
- az alapvető gyógyszerekből álló lista létrehozása,
- az alapellátás intézményeinek erősítése, a szolgáltatók megújított rendszerével,
- a régiók között fennálló népegészségügyi egyenlőtlenségek csökkentése,
- az állami kórházak reformjainak modellkísérlete.

2011 februárjában közzétették a reformcélkitűzésekre vonatkozó újabb munkatervet és a prioritások megvalósításának szabályozását.

Az egészségbiztosítás kiterjesztése

2011 végére a kötelező biztosításként működő városi munkavállalók egészségbiztosítási rendszere (UEBMI), és a két önkéntes biztosítási forma, a városi lakosok alapvető egészségbiztosításának programja (URBMI) és vidéki területeken az önkéntes szövetkezeti egészségbiztosítás (CMS) központi és helyi kormányzati támogatással kiterjedt a lakosság 90 százalékára. A munkaterv a járóbeteg-ellátás szélesebb körben való elérhetőségét és a főbb betegségek biztosítási szintjének emelését is előírta.

Alapvető gyógyszerek listájának kialakítása az alapellátásban

Az elfogadott alapvető gyógyszerek listája 2011 végére többnyire bekerült az alapellátó egészségügyi intézmények gyakorlatába, a lista gyógyszereire nem alkalmaznak haszonkulcsot. A kormány ezekre a gyógyszerekre közbeszerzési és ellátási rendszert alakított ki. A tartományi kormányok felelősek a beszerzésekért.

Alapellátó szolgáltatások javítása vidéken

A 2011-es munkaterv infrastruktúra-bővítő és korszerűsítő anyagi támogatása sok ezer helyi egészségügyi intézményt érintett.

Az alapvető népegészségügyi szolgáltatások fedezetének kiterjesztése

2011-ben a kormány emelt mértékű anyagi támogatást indított el az alapellátás szolgáltatói számára azzal a céllal, hogy a vonzáskörzetükbe tartozó betegek számára egy, meghatározott népegészségügyi szolgáltatásokat tartalmazó szolgáltatási csomagot tegyenek elérhetővé. Az ennek alapján igénybe vehető szolgáltatások közé tartoznak a tervezett immunizálás, anya- és gyermekgondozás, az emlő- és méhnyakrák-szűrés, az idősek orvosi ellátása, egészségügyi dokumentáció felállítása.

Az állami kórházak kísérleti reformprogramjai

Folytatódtak a 2010-ben elkezdett kísérleti programok a következő területeken: a kórházi feladatok újradefiniálása, kórház privatizáció, az állami és a magánkórházak közötti verseny ösztönzése, új ügynökségek létrehozása az állami kórházak működtetésére, a kórházigazgatók hatalmának csökkentésére irányító testületek felállítása, az ellátás minőségének monitorozására, azon szabályozás mérséklése, amely a kórházigazgatókat korlátozza a személyzet toborzásában, ösztönzésében és elbocsátásában (Chi-Man Yip et al., 2012).

Bár a kormány prioritásnak tekinti a betegségmegelőzést és az alapellátást, az egészségügyi munkaerőhiány komoly akadályt jelent a célok megvalósításában.

A reformok megvalósítását nehezítő körülményként jelentkeztek a finanszírozással, a technikai lebonyolítással és a tájékoztatással kapcsolatos problémák. Az önkormányzatoknak egyelőre nincs elegendő anyagi erőforrásuk az egészségügyi ellátás finanszírozásában való részvételhez, és megfelelő felkészültség és tájékoztatás nélkül nem tudják teljesíteni a szolgáltatási csomag meghatározásával vagy a teljesítményértékeléssel kapcsolatos feladatokat.

A szolgáltatásokhoz való hozzáférés szempontjából továbbra is komoly problémát jelent a biztosítások juttatásai hordozhatóságának hiánya, a helyhatóságok kapacitásának és az önkéntes hozzájárulásoknak a bizonytalansága, a szolgáltatások támogatására megállapított viszonylag alacsony küszöbértékek és ráták és az indokolatlanul nyújtott szolgáltatásokat ösztönző tényezők.

2012 márciusában az Államtanács az egészségügyi rendszer reformjának újabb fázisát jelentette be. A **2012-15-ig tartó négyéves terv** megerősíti az alapvető egészségügyi szolgáltatásokhoz való egyetemes hozzáférés 2020-ig elérendő célját. Az új tervezet többek közt a következő területekre helyezi a hangsúlyt (Hipgrave et al., 2012):

- a biztosítási juttatások kibővítése és a különböző egészségbiztosítási rendszerek egyesítése,
- a kereskedelmi biztosítás és a magánszektor támogatása,
- fejkvóta finanszírozás, az egészségügyi dolgozók teljesítmény alapú finanszírozása,
- a háziorvoslás erősítése,
- a közösségi és népegészségügyi szolgáltatások bővítése,
- a gyógyszerforgalmazás szabályozása.

Hagyományos kínai orvoslás

A kormány támogatja a hagyományos kínai orvoslás (TCM) fejlesztését és az egészségügyi rendszerbe történő integrálását, az egészségügyi szakemberek integrált képzését. Bár 2010-ben az egészségügyi miniszter számos prioritást azonosított a hagyományos orvoslás fejlesztésére, köztük a TCM szakpolitikai támogatása, a kutatás előmozdítása, elismert TCM kórházak és osztályok létrehozása, a nemzetközi együttműködés és kommunikáció erősítése, számos kihívás áll a TCM továbbfejlődése előtt. Nem létezik egységes szabályozás a TCM biztonságának és hatásosságának felmérésére, és a minőség biztosítására. Nincsenek országos TCM standardok vagy irányelvek a klinikai kísérletekre vonatkozóan, és a bizonyítékokon nyugvó TCM termékvizsgálat és kutatás is várat még magára.

Források

- Chi-Man Yip, Winnie et al.: Early appraisal of China's huge and complex health-care reforms. The Lancet, Vol 379, March 3, 2012
- China Country Profile. WHO Country Health Information Profiles. 2011 http://www.wpro.who.int/countries/chn/5CHNpro2011_finaldraft.pdf
- Eggleston, Karen: Health Care for 1.3 Billion: An Overview of China's Health System. Stanford University, 2012 http://iis-db.stanford.edu/pubs/23668/AHPPwp_28.pdf
- Fixing the public hospital system in China. The World Bank, 2010. <http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Resources/28.1627-1285186535266/FixingthePublicHospitalSystem.pdf>
- Hipgrave, David et al.: Chinese-Style Decentralization and Health System Reform. PLoS Med 9(11): e1001337, 2012 <http://www.plosmedicine.org/article/info%253Adoi%252F10.1371%252Fjournal.pmed.1001337>
- Hvistendahl, Mara: World's Biggest Health Care System Goes Under the Knife. Science, 1 February 2013: Vol. 339 no. 6119 <http://www.sciencemag.org/content/339/6119/505.summary>
- Li, Xingming, Huang, Jianshi and Zhang, Hui: An analysis of hospital preparedness capacity for public health emergency in four regions of China: Beijing, Shandong, Guangxi, and Hainan. BMC Public Health 2008, 8:319. <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/8/319#IDAXJ1JFB>
- Li, Hua, Yu, Wei: Enhancing community system in China's recent health reform: An effort to improve equity in essential health care Health Policy 99 (2011) 167–173
- Statistical Communiqué of the People's Republic of China on the 2012 National Economic and Social Development. National Bureau of Statistics of China February 22, 2013. http://www.stats.gov.cn/english../NewsEvents/201302/t20130222_26962.html
- What can be learned from China's health system? The Lancet, 2012, Vol 379, March 3
- WHO: China health service delivery profile, 2012 <http://www.wpro.who.int/countries/chn/en/>