

TÁJÉKOZTATÓ ORSZÁGTANULMÁNY A KÍNAI NÉPKÖZTÁRSASÁG EGÉSZSÉGÜGYÉRŐL



Készítette:



Állami Egészségügyi Ellátó Központ

Központi Adattárház és Elemzési Főosztály

2016. május

Tartalom

<i>Vezetői összefoglaló</i>	<i>2</i>
<i>Demográfia.....</i>	<i>3</i>
<i>Az egészségügyi rendszer jellemzői</i>	<i>4</i>
<i>Egészségügyi finanszírozás.....</i>	<i>5</i>
<i>Egészségügyi szolgáltatások</i>	<i>7</i>
<i>Egészségügyi dolgozók</i>	<i>9</i>
<i>Gyógyszerügy</i>	<i>9</i>
<i>Minőségügy.....</i>	<i>10</i>
<i>Reformok</i>	<i>11</i>
<i>Források.....</i>	<i>15</i>

Készítette: ÁEEK Központi Adattárház és Elemzési Főosztály
2016. május

Vezetői összefoglaló

2014-ben Kína lakossága 1,37 milliárd fő (az előző évinél 7,1 millióval több). Az idősödést jelzi, hogy a lakosság 10 százaléka 65 év fölötti, és csak 16,5 százaléka 15 év alatti. A nyers születési ráta 12,4 ezrelék, a nyers halálozási ráta 7,2 ezrelék. A születéskor várható élettartam 2013-ban férfiak esetében 74,1, nők esetében 76,7 év. A lakosság több mint fele városi, arányuk nagymértékű növekedése együtt jár az életmód- és 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 2014-ben 13 171 USD. A GDP növekedése 2010 után a korábbi évek 10 százalékot megközelítő, vagy azt meghaladó mértékéhez képest lassult, 2014-ben 7,3 százalék volt. Az infláció mértéke 2015-ben 1,4 százalék. (OECD Statistics) A városi munkaképes korú lakosság körében a regisztrált munkanélküliség 4,1 százalék. (China Statistical Yearbook, 2015)

2014-ben 981 ezer egészségügyi intézmény működött Kínában. Ebből 25 860 kórház, 917 ezer helyi (grassroot) intézmény és 35 ezer népegészségügyi intézmény (anya és gyermekellátás, speciális megelőző és gyógyító központok). A kórházak közül 16 524 általános kórház, 5478 szakkórház, 3115 hagyományos kínai orvoslást nyújtó kórház volt. (China Statistical Yearbook, 2015) A kórházak 54 százaléka volt állami, 46 százaléka magán intézmény.

Az országban 2014-ben 6,6 millió fekvőbeteg ágy működött, ebből 4,96 millió kórházban, 1,38 helyi, lakosságközelebbi intézményben, a többi népegészségügyi intézményben. A kórházi ágyak 84 százaléka állami, 16 százaléka magántulajdonban volt.

2014-ben 10 millióan dolgoztak az egészségügyben, közülük 2,9 millió orvos és asszisztens orvos (2,4 millió orvos), 3 millió regisztrált nővér, és kb. 420 ezren foglalkoztak hagyományos kínai orvoslással. A főként középfokú képzettséggel rendelkező falusi orvosok száma kb. 1,1 millió. (China Statistical Yearbook, 2015, 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 (leginkább falusi) tömegek számára elérhetetlen volt, kevesen rendelkeztek biztosítással. 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 egészségüggyel foglalkozó minisztérium¹ ugyan felelős a lakosság ellátásáért, de kevés eszköze van 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 a jövedelem fogyasztóját látják.

¹ 2013-tól Országos Egészségügyi és Családtervezési Bizottság (az Egészségügyi Minisztérium és az Országos Lakossági- és Családtervezési Bizottság egyesülésével): National Health and Family Planning Commission - NHFPC

Az országban 2009-ben kezdődtek mélyreható egészségügyi reformok. Növelték az egészségügyre fordított éves központi kormányzati kiadásokat. A növekményt a biztosítás nélküliek biztosítási viszony létesítésének támogatására, az alapellátást nyújtó szolgáltatók meghatározott (ingyenes) népegészségügyi szolgáltatáscsomagjának (egészségfejlesztés, megelőzés, immunizáció, fertőző betegségek felügyelete, magas vérnyomás és diabétesz másodlagos prevenciója, pszichotikus betegek ellátása, terhesek és gyermekek egészségügyi vizsgálata, EHR felállítása) finanszírozására fordították. Jelentős beruházásokat hajtottak végre az alapellátás infrastruktúrájában, a szakemberképzésben, létrehozták a legfontosabb gyógyszerek országos listáját, amelyet az alapellátó szolgáltatóknak kötelezően és profit nélkül kell alkalmazniuk. Az állami kórházi ellátásban (kevés eredménnyel) pilot programokat indítottak (melyek elsősorban a kórházak irányítására, tulajdonlására, finanszírozására, valamint a kórházi személyzet megszervezésére, díjazására vonatkozó változtatásokra irányulnak). A reform a biztosítási fedezetben és az alapellátásban hozott érzékelhető változásokat. 2014-re már a lakosság 96 százaléka biztosított (kötelező és önkéntes biztosításban). 2015-ben speciális egészségbiztosítást vezettek be, amely a súlyos betegségek (rák, vesebetegségek, infarktus) túlzottan nagy pénzügyi terheinek mérséklése érdekében növeli a támogatás mértékét, főként a városi lakosok alapvető egészségbiztosításának programjában és az új szövetkezeti egészségbiztosításban résztvevők részére. Ez a biztosítás 2017-re várhatóan az egész ország területén elérhetővé válik. Emellett egy olyan alapot is kialakítottak, mely azon betegek számára nyújt azonnali támogatást, akik sürgősségi esetben (pl. autóbaleset esetén) családi segítséggel sem tudják finanszírozni egészségügyi kiadásaikat.

Az egészségügy problémái közé tartozik, hogy a biztosítási fedezet mélysége gyenge. A lakosság közvetlen kiadásai továbbra is magasak, 2014-ben az összes kiadás 32 százalékát teszik ki, ezen felül értendők a magánbiztosításra fordított összegek. Az egészségügyi kiadások aránya a GDP-hez viszonyítva még mindig alacsony, 2014-ben 5,55 százalék (China Statistical Yearbook, 2015). Az ellátórendszer ma is elégtelen, gyenge minőségű, ugyanakkor pazarló szolgáltatások, a szakképzett munkaerő hiánya és egyenlőtlen eloszlása jellemzi. Nem érvényesül az alapellátás kapuőr funkciója, a betegek ellátása a kórházakra koncentrálódik. Szükség van a biztosítás által finanszírozott szolgáltatások kiterjesztésére, az alapellátás erősítésére, a szolgáltatók minőséget és hatékonyságot ösztönző finanszírozási mechanizmusainak kialakítására, a kórházak irányításának javítására, egy erőteljesebb szabályozó rendszerre, eredményekre koncentráló monitoring- és értékelési rendszerre, az elszámoltathatóság kialakítására; ezek részben a fejlesztési tervek programjai is. Az egészségpolitikai programokban jelentős szerepet kap a magánszektor fejlesztése, az állami kórházi rendszer nyitott a magánberuházások számára.

Demográfia

2014-ben Kína lakossága 1,37 milliárd fő volt, a városi lakosság aránya a lakosságszám 55 százaléka. A 65 éven felüliek aránya 10 százalékot tett ki, ugyanakkor a 15 éven aluliaké a születési arány csökkentésére irányuló szigorú népesedéspolitikai intézkedések következtében viszonylag alacsony, 16,5 százalék volt. A születési arány 2014-ben 12,4/1000 fő volt, a halálozási arány 7,2/1000-es értéket jelzett. A természetes szaporodás rátája 5,2. (China Statistical Yearbook, 2015)

Az évtizedek során a születéskor várható átlagos élettartam jelentős mértékben nőtt, 2013-ban 75,4 év volt, ez férfiak esetében 74,1, nők esetében 76,7 évre emelkedett (OECD Statistics). 2014-ben az 1000

éveszületésre számított csecsemőhalálozás 8,9, (vidéki területeken 10,7; városi területeken 4,8). Az anyai mortalitás 21,7/100 ezer évszületésre. (China Statistical Yearbook, 2015)

A lakosság egészségét az utóbbi időben főként a nem-fertőző krónikus betegségek veszélyeztetik, bár néhány fertőző betegség (pl. hepatitis, tuberkulózis) által okozott betegségteher továbbra is nagymértékű.

1. táblázat: 100 ezer lakosra jutó standardizált halálozás egyes halálokok szerint a városokban és vidéken, 2014-ben

Halálokok	Városokban	Vidéken
Daganatok	161,3	152,6
Szívbetegségek	136,2	143,7
Agyi keringési betegségek	125,8	151,9
Légzőszervi betegségek	74,2	80
Külső okok	37,8	55,3
Emésztőszervi betegségek	14,5	14,5

Forrás: China Statistical Yearbook 2015.

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 infarktus, a stroke, a COPD, a diabétesz és a tüdőrák a 40 év fölöttiek körében 2010-ben 79 millió embert érintett (Yip, Hsiao, 2014, appendix).

A fertőző betegségek közül 2014-ben a hepatitis okozta a legtöbb megbetegedést, ezt követte a tbc, és tizedik helyen állt az AIDS, viszont halálozás szempontjából az AIDS, ezt követően pedig a tbc szedte a legtöbb áldozatot.

Az egészségkárosító tényezők között komoly egészségkockázatot jelent a dohányzás, mely a férfiak körében rendkívül elterjedt (férfiaknál 2011-ben 47 százalék, nőknél két százalék), az alkoholfogyasztás (2010-ben 6,7 liter/fő), az obezitáshoz vezető egészségtelen élelmiszerek fogyasztása, valamint a mozgásszegény életmód.

Az egészségügyi rendszer jellemzői

Kínában a központi kormányzat felelős az egészségügyet érintő jogszabályalkotásért és az egészségpolitikáért. Cél, hogy mindenki hozzájusson a legalapvetőbb szolgáltatásokhoz, ebben a helyi önkormányzatok vannak felelős szerepben. A korábbi Egészségügyi Minisztérium és az Országos

Népesedési és Családtervezési Bizottság összeolvadásával 2013-ban jött létre az Országos Egészségügyi és Családtervezési Bizottság (National Health and Family Planning Commission - NHFPC). Helyi bizottságaival a szolgáltatások szervezését, nyújtását, a szolgáltatók (főként a kórházak) felügyeletét irányítják.

A lakosság 96 százaléka rendelkezik egészségbiztosítással.

Az egészségügyi intézmények szervezete a vidéki és a városi kormányzati struktúrákat követi.

A kórházak 54 százaléka állami, 46 százaléka magán intézmény, a kórházi ágyak 84 százaléka állami, 16 százaléka magán. Az alapellátás zömét nyújtó falusi rendelők 25 százaléka magán. A népegészségügyi intézmények többnyire állami tulajdonban vannak.

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 alacsony, de növekvő hányadát képezik, az arány 2014-ben 5,55 százalék volt. Mivel a GDP növekedési üteme gyors, az egészségügyi kiadások növekedése is nagyarányú. A növekedés kezdetben főképpen a lakosság közvetlen kifizetéseiből 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 2,54-szeresét tették ki 2014-ben, amely a reformoknak betudható javulást jelent a 2000. évi 3,63 arányhoz képest. 2000 és 2013 között az egy főre jutó egészségügyi kiadások vidéken hatszorosára, a városokban pedig négyszeresére növekedtek. (China Statistical Yearbook, 2015)

Forrásgyűjtés

Az egészségügy finanszírozása az állami költségvetés adóbevételeiből, a társadalombiztosításból, a közvetlen lakossági kifizetésekből és a magánbiztosításból tevődik össze.

Az ország piacosodásának elindulása után az összes egészségügyi kiadás arányában növekedtek a közvetlen magánkiadások, és 2001-ben elérték a 60 százalékot. Amikor 2002-ben a vidéki területeken elindult az állami támogatású egészségbiztosítás, a közvetlen magánkiadások részesedése csökkenni kezdett, és 2014-re 32 százalékra esett vissza. A kormány és az önkormányzatok az egészségügyi kiadások 30, a biztosítás (társadalombiztosítás és magánbiztosítás) 38 százalékát viseli. (China Statistical Yearbook, 2015)

A vidéki területeken az önkéntes szövetkezeti egészségbiztosítás jellemző (CMS). A Mao-éra utáni időszakban minimálisra visszaesett fedezet bővülése 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.

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. 96 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. (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). Azok számára, akik a támogatott biztosítások díjait, vagy a közvetlen kifizetések terhét sem tudják vállalni, az önkormányzatok és segélyszervezetek által nyújtott pénzügyi támogatási programok érhetők el, főként a fekvőbeteg ellátás költségeinek finanszírozására. (2013-ban 85 millió kínai állampolgár részesült ilyen segítségben.)

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 az ellátási költségek egy része, a közvetlen kifizetésekre meghatározott felső limit nélkül. (Fang, 2015) 2015-ben speciális egészségbiztosítást vezettek be, amely a súlyos betegségek (rák, vesebetegségek, infarktus) túlzottan nagy pénzügyi terheinek mérséklése érdekében növeli a támogatás mértékét, főként a városi lakosok alapvető egészségbiztosításának programjában és az új szövetkezeti egészségbiztosításban résztvevők részére. A biztosítás állami finanszírozású. Ez a biztosítás 2017-re várhatóan az egész ország területén elérhetővé válik. (Fang, 2015)

A fenti biztosítási megoldások mellett léteznek kereskedelmi biztosítótársaságok, amelyek többnyire kiegészítő fedezetet nyújtanak, illetve a lakossági önrészfizetésekre nyújtanak fedezetet). 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). A finanszírozásba beletartozik a kiadott gyógyszerek után fizetett részesedés is. Ez a finanszírozási rendszer azonban a tevékenységek növelését ösztönzi, és az intézmények profitérdekeltségével együtt 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 rendelése) vezetett.

A finanszírozás azt sem segíti elő, hogy az ellátás lehetőség szerint a legalacsonyabb ellátási szinten, az alapellátásban történjen. A társadalombiztosítás magasabb fedezetet nyújt a fekvőbeteg, mint a járóbeteg szolgáltatások esetében, amivel arra ösztönzi a betegeket, hogy a kórházi ellátást vegyék igénybe.

Az alapellátási rendszer finanszírozása részben kormányzati forrásból és nagyrészt magánforrásból történik. Az állami kórházak a biztosítótól kapott kompenzáción, a betegektől szedett OOP fizetésen felül kormányzati támogatásban is részesülnek.

Egészségügyi szolgáltatások

Alapellátás, járóbeteg-szakellátás

Az 50-es évektől a 70-es évek közepéig terjedő Mao-érában Kína túlnyomórészt vidéki lakossága az alapvető egészségügyi szolgáltatásokhoz az ún. „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.

2014-ben a helyi (lakosság közeli - grassroot) egészségügyi szolgáltatók száma Kínában 917 335 volt (China Statistical Yearbook, 2015). Közöttük a legtöbb, 645 ezer falusi rendelő volt, ahol a fő tevékenység a népegészségügyi szolgáltatások nyújtása, pl. megelőző ellátás, gyermek és anyasági ellátás, elsődleges diagnózis, gyakori betegségek diagnózisa és kezelése. A falusi rendelők 55 százaléka a község, 25 százaléka magántulajdonban van. A falvak 93 százaléka rendelkezik rendelővel.

200 ezer a kórházakhoz kapcsolódó, de azokon kívül működő járóbeteg rendelők száma, 38 ezer körüli a városi és falusi egészségügyi központ és 34 ezer a közösségi egészségügyi ellátó központ száma, hasonló alapellátási szolgáltatások nyújtására (diagnózis, aktív ellátás, rehabilitáció, otthoni ellátás, konzultáció, beutalók, megelőző ellátás, védőoltás, egészségnevelés, családtervezés stb.).

Az ellátást szolgálja még 35 ezer népegészségügyi intézmény, köztük a betegségmegelőzésre, felügyeletre, anya és gyermekegészségügyre specializált központok. (China Statistical Yearbook, 2015)

Az alapellátás zömét jelenleg a falusi orvosok és a rendelők egészségügyi dolgozói nyújtják. A falusi orvosok csak a falusi rendelőben dolgozhatnak, a házi orvosok inkább kórházakban (községi, városi, közösségi stb.) dolgoznak.

Az új szolgáltatóként megjelenő egészségügyi központ, közösségi egészségügyi ellátó központ hangsúlyt helyez a házi orvosi szolgáltatásokra, a hagyományos kínai gyógymódokra és a népegészségügyre. Minden 30 000 lakosú közösséghez tartoznia kell egy egészségügyi központnak, a központokra vonatkozó országos standardok betartásával. (NRF, 2015) A központokban fekvőbetegek számára ágyak is találhatóak. A közösségi egészségügyi ellátó központokban végzett vizitek ötödét magánszolgáltatók nyújtják.

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.

Fekvőbeteg-ellátás

A kórházi ellátást állami és magánkórházak nyújtják. A községi és közösségi kórházak többsége állami, ezeket sokszor inkább tekintik alapellátási intézménynek, mint kórháznak. Városi területeken állami és magánkórházak működnek.

2014-ben a kórházak száma 25 860 volt, ebből általános kórház 16 524, szakkórház 5478, hagyományos kínai orvoslást nyújtó kórház 3115. (China Statistical Yearbook, 2015) Az állami és magánintézmények száma hasonló. (2013-ban megoszlásuk: 54:46 százalék - Fang, 2015)

Az országban 2014-ben 6,6 millió fekvőbeteg ágy működött, ebből 4,96 millió kórházban, 1,38 helyi, lakosságközeleli intézményben, a többi népegészségügyi intézményben. Az ezer főre jutó egészségügyi intézményekben található ágyszám 4,85; városi területeken 7,84, vidéki, falusi területeken 3,54. A községi egészségügyi központokban lévő ágyszám ezer vidéki lakosra 1,34. Az összes fekvőbeteg ágy 16 százalékát magántulajdonban lévő ágyak képezték. (National Health and Family Planning Commission, 2014) Az állami kórházak átlagosan 280, a magánkórházak átlagosan 65 ágygal rendelkeznek. (EIU, 2016)

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 másodsztintű kórházakat olyan regionális kórházként határozzák meg, amely átfogó egészségügyi ellátást, orvostudományi képzést és orvostudományi kutatást nyújt a régióban. A harmadsztintű kórház olyan régiók közötti kórház, amely átfogó és specializált egészségügyi ellátást nyújt magas szintű orvostudományi oktatással és kutatási funkciókkal (Li et al., 2008). Az állami kórházak biztosítják a fekvőbeteg ellátás zömét, a járóbeteg szolgáltatásoknak pedig több mint felét. Ugyanakkor számos szükségtelen szolgáltatást nyújtanak, az ellátás minősége alacsony színvonalú, működésük hatékonysága nem megfelelő. Irányítási struktúrájuk archaikus és bonyolult. Az állami kórházak feladatai, felelőssége, beszámolási kötelezettsége nincs egyértelműen meghatározva, a kórházakat irányító számos minisztérium egymással nem összehangolt szakmapolitikájának erőterében végzik tevékenységüket. PI. az egészségügyi kormányzat 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 kormányzati szervezete 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.

Egészségügyi dolgozók

2014-ben 10 millióan dolgoztak az egészségügyben, közülük 2,9 millió orvos és asszisztens orvos (2,4 millió orvos), 3 millió regisztrált nővér, és kb. 420 ezren foglalkoztak hagyományos kínai orvoslással. A főként középfokú képzettséggel rendelkező falusi orvosok száma kb. 1,1 millió. (China Statistical Yearbook, 2015, WHO, 2012)

2014-ben az orvosok és az asszisztens orvosok ezer lakosra jutó aránya 2,1 volt (városi területen 3,5, vidéken 1,5). A regisztrált nővérek ezer lakosra jutó aránya 2,2 (városi területen 4,3, vidéken 1,3). (China Statistical Yearbook, 2015)

Az egészségügyi dolgozók mindössze negyede rendelkezik felsőfokú egészségügyi végzettséggel, a többiek szakiskolai képzéssel látják el feladataikat. A falusi orvosok legtöbbször csak középiskolai végzettséggel rendelkezik. Közülük sokan „mezítlábas orvosok” és több-kevesebb szakmai képzést kapott dolgozók.

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, a regisztrált nővérek száma kevéssel haladja meg az orvosokét.

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

Gyógyszerügy

Kína gyógyszerkiadásai az összes egészségügyi kiadás arányában nemzetközi összehasonlításban is magasak (2011-ben 43 százalék, szemben az OECD 16 százalékos átlagával). (Yip, Hsiao, 2014)

Az orvosok, kórházak számára engedélyezett a gyógyszereladás, ez bevételeik jelentős részét jelenti. A kórházak a gyógyszerek legnagyobb forgalmazói, egyes becslések szerint a vényköteles szerek csak 18 százalékát forgalmazzák a patikák. A kórházak a gyógyszerekre 15 százalékos haszonkulcsot alkalmazhatnak. Mindez túlzott gyógyszerhasználathoz és a drágább gyógyszerek preferálásának gyakorlatához vezetett. Az irracionális gyógyszeralkalmazások (pl. hamisított gyógyszerek fogyasztása, az indokoltnál nagyobb mennyiségű antibiotikum rendelése, intravénás injekciók alkalmazása) csökkentésére, valamint a biztonságosan és hatékonyan alkalmazható alapvető gyógyszerek jobb elérhetősége érdekében, 2009-ben 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. (Yip, Hsiao, 2014) Az Országos Fejlesztési és Reformbizottság hatáskörébe tartozik a listán szereplő gyógyszerek árának megállapítása. A tartományok gazdasági helyzetük és speciális igényeik szerint egészíthetik ki a listát. A lista gyógyszereinek beszerzésére központosított közbeszerzést vezettek be. Az alapellátó intézmények csak az országos listán szereplő gyógyszereket készletezhetnek és rendelhetik a betegek számára, illetve csak bekerülési áron forgalmazhatják azokat. Az egészségbiztosítás a listán szereplő gyógyszerek mindegyikére nyújt támogatást, amely nagyobb, mint a listán kívüliekre. Az alapvető

gyógyszerek országos listáját és a tartományi szintű közbeszerzéseket minden tartomány alapellátást nyújtó intézményeiben alkalmazzák. Az alapvető gyógyszerek listáján kívüli gyógyszerekre korábban a gyártók szabadon állapították meg a piaci árakat. A kormány közvetlenül részt vett a támogatási döntésekben. Meghatározták a maximális kiskereskedelmi árakat vagy árplafont (kormányzat által irányított árazás). Az árakat minden egyes aktív hatóanyagra és adagolási formára alakították ki, és elsősorban a gyártók költségei alapján kalkulálták. A tartományok kiigazíthatták a maximális árakat. Néhány termék esetében, amelyeket a generikumoknál jobb minőségűnek értékelték, engedélyezték a maximális kiskereskedelmi árnál magasabb ár meghatározását (egyéni ár vagy árazási privilégium). Az aktuális kiskereskedelmi árakat tartományi tendereken keresztül alakították ki. A kiválasztott gyártóknak engedélyezték, hogy olyan árakon nyújtsák termékeiket a kórházak számára, amelyeket ajánlattételi eljárás keretében alakítottak ki. Ez azt jelentette, hogy a gyógyszereket az aktuális árak alapján térítették meg.

2015. június 1-től a gyógyszerek árazásában új szabályokat vezettek be Kínában. A gyógyszerárazási reformot pilot programokkal támogatták. A reform során a legtöbb gyógyszerre vonatkozóan eltörölték a közvetlen ármegállapítást, valamint a maximális kiskereskedelmi árak meghatározását. Bejelentették a „támogatási standard” bevezetését, ami belső referenciaárként szolgál azon listán szereplő gyógyszerek piaci árának kialakítására, amelyek esetében piaci verseny áll fenn. Azon listán szereplő gyógyszerek kiskereskedelmi árát, amelyek esetében nincs vagy csak nagyon kismértékű a piaci verseny (pl. szabadalmazott gyógyszerek, kizárólagosan gyártott hagyományos kínai gyógyszerek), multilaterális tárgyalás keretében fogják kialakítani, a gyógyszeripar és más szereplők bevonásával. A listán nem szereplő vérkészítmények, valamint a kormány által beszerzett és támogatott gyógyszerek (védőoltások, HIV/AIDS gyógyszerek, fogamzásgátlók) kiskereskedelmi árait tendereken, vagy tárgyalásokon keresztül alakítják ki. Az új szabályozás nem törölte el a tartományi tendereztetési rendszert. Jelenleg tehát a legtöbb gyógyszer árát a tartományi ajánlattételi eljárások továbbra is befolyásolják. (Chen, 2016)

Minőségügy

Országos szinten az Egészségpolitikai és Kórházigazgatási Hivatal keretén belül működő, és az Országos Egészségügyi és Családtervezési Bizottság által felügyelt Egészségügyi Minőség Osztály felelős az ellátás minőségéért. Ötévente végeznek Országos Egészségügyi Ellátási Felmérést (a legutóbbira 2013-ban került sor), és minden felmérést követően publikálják a főbb minőségi indikátorok adatait.

A kórházaknak a helyi egészségügyi hatóságoktól kell kórházakkreditáció céljából engedélyt kérniük. Az orvosok a kórházakon keresztül kapják meg engedélyüket, amelyet bizonyos időközönként meg kell újítaniuk.

A korábbi Egészségügyi Minisztérium 2009-ben bocsátotta ki a „Klinikai Betegút Menedzsment Ideiglenes Irányelveit”. Ennek eredményeképpen a klinikai betegutakat országosan szabályozzák, és a nyugati országok klinikai irányelveihez hasonlóan alkalmazzák. (Fang, 2015)

Reformok

Reformintézkedései előtt a kínai kormánynak az egészségügyi ellátás elérésének súlyos nehezítettségével, az ellátáshoz való hozzáférésben tapasztalható növekvő egyenlőtlenségekkel, a közvetlen kifizetések okozta komoly anyagi kockázatokkal kellett szembesülnie. Több éves előkészületek után 2009-ben a kínai kormány bejelentette az országos egészségügyi reformtervezetét. A reformjavaslatok az egészségbiztosítási rendszer, gyógyszerügy, egészségügyi alapellátás, népegészségügyi rendszer, valamint a kórházak átalakítására, fejlesztésére terjedtek ki. A legfőbb célkitűzés a lakosság teljes biztosítási lefedettségének elérése volt, amelyet 2020-ra szeretnének teljesíteni (China country profile, 2011).

2014-re a kötelező biztosításként működő városi munkavállalók egészségbiztosítási rendszere (UEBMI), valamint 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 96 százalékára. 2015-ben bevezették a súlyos betegségek esetében a fedezet növelését nyújtó biztosítást. Emellett egy olyan alapot is kialakítottak, mely azon betegek számára nyújt azonnali támogatást, akik sürgősségi esetben (pl. autóbaleset esetén) családi segítséggel sem tudják finanszírozni egészségügyi kiadásait.

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.

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 az egészségfejlesztés, megelőzés, immunizáció, fertőző betegségek felügyelete, magas vérnyomás és diabétesz másodlagos prevenciója, pszichotikus betegek ellátása, terhések és gyermekek egészségügyi vizsgálatai, EHR felállítása.

Népegészségügyi kihívások

Kína gazdasága sokat fejlődött az elmúlt évtizedekben, ami elősegítette a lakosság jólétének és egészségi állapotának fejlődését. Jelentősen növekedett a várható élettartam, a csecsemőhalandóság pedig nagymértékben csökkent. A pozitív fejlemények ellenére továbbra is vannak népegészségügyi kihívások. Az egyik legnagyobb problémát a városi és vidéki lakosság közötti egészségügyi egyenlőtlenségek jelentik. Miközben a városi, jómódú rétegek élvezhetik a fejlett egészségügyi technológiák előnyeit, a szegényebb, vidéki területeken élő csoportok a legalapvetőbb szolgáltatásokhoz sem rendelkeznek megfelelő hozzáféréssel. Az egészségügyi szolgáltatások zöme a nagyobb városokba koncentrálódik. Habár bizonyos javulást sikerült elérni az alulfejlett vidéki területeken, továbbra is jellemző az alultápláltság, vitamin- és ásványi anyaghiány, valamint a beltéri levegő szennyezettség, amelyek a lakosság egészségi állapotát, különösen a gyerekekét nagyon kedvezőtlenül érintik.

Közel 300 millió lakost érint a belső migráció. A migránsok általában magas kockázatú munkát vállalnak, így pl. építkezéseken vagy olyan iparágakban, ahol nincsenek megfelelő egészségügyi és biztonsági szabályozások. Rendszerint nem rendelkeznek állami egészségügyi biztosítással, amely

általában lakóhelyhez kötődik, egészségi állapotukat pedig sem a vidéki, sem a városi egészségügyi intézmények nem monitorozzák. A vidékről érkező migránsok általában számos betegségtől szenvednek (szexuális úton terjedő betegségek pl. HIV/AIDS, vagy a rossz élet- és munkakörülményekből eredő tuberkulózis). Emellett jobban ki vannak téve a stressznek és az ehhez kapcsolódó lelki problémáknak (depresszió, szorongás).

A krónikus, nem fertőző betegségek gyakorisága szintén növekvő tendenciát mutat. A kardiovaszkuláris, daganatos, légzőszervi betegségek, valamint a diabétesz minden társadalmi-gazdasági csoportot érint.

A víz- és levegőszennyezettség jelentős betegségforrást képvisel Kínában. A szilárd tüzelőanyagok okozta légszennyezettség az egyik legfőbb környezet-egészségügyi tényező. A kínai városok légszennyezettségi szintje a világon az egyik legrosszabb. Ez hozzájárul a COPD, akut alsó légúti fertőzések és a tüdőrák magas gyakoriságához.

Az állami kórházak kísérleti reformprogramjai

A kórházak reformprogramjainak egyik fő irányát képezik **a kórházak irányításában történő változtatások**. Egyes kísérleti projektek újradefiniálják az állami és non-profit kórházak feladatait és felelősségét annak érdekében, hogy biztosítsák a hozzáférést a megfizethető alapvető egészségügyi szolgáltatásokhoz, a sürgősségi egészségügyi ellátáshoz, valamint a katasztrófák idején történő orvosi mentéshez. Néhány városban olyan (polgármester vagy helyettese által vezetett) bizottságokat hoztak létre, melyek az állami kórházak finanszírozását, szabályozását és menedzsmentjét végző különböző kormányzati osztályok/minisztériumok politikáit koordinálják. A bizottság elnöke felelős az állami kórházak teljesítményéért. Egyes városokban ez a bizottság a kórházak mindennapi tevékenységéért (stratégiai döntések meghozataláért és a kórház bővítéséért, a profitok felhasználásáért, a túlzott gyógyszerfelírás ellenőrzéséért, valamint az ellátás minőségének monitorozásáért) is felelős. Más városokban ügynökséget hoztak létre az állami kórházak menedzselésére és működtetésére. (Chi-Man Yip et al., 2012)

A változtatások egyes esetekben **a kórházak tulajdonjogát is érintik**. 2011-ben a magánkórházak az összes kórházi felvétel mintegy 10 százalékát tették ki. A kormány célul tűzte ki a magánkórházak 20 százalékos piaci részarányának elérését. Az eddigi tendenciák azt mutatják, hogy az új befektetők többsége profitorientált, többnyire magánkórház-láncok, gyógyszer- és orvostechikai eszköz-konglomerátumok, valamint ingatlanfejlesztők, ritkábban a kórház személyzete vásárolja meg a kórházat. A befektetések a gazdagabb területekre koncentrálnak, ahol a lakosság vásárlóereje nagyobb, és a társadalombiztosítás a szolgáltatások széles körére kiterjed. A befektetők általában magasan specializálódott kórházakat hoznak létre, amelyek magas áron kínálják szolgáltatásaikat, vagy kisebb méretű, elektív szolgáltatásokat nyújtó, a társadalombiztosítással szerződésben álló általános kórházakat vásárolnak meg. A befektetők többsége már meglévő kórházakat vásárol meg. (Chi-Man Yip et al., 2012; Yip, Hsiao, 2014)

A kórházreformok további fontos lépései **a finanszírozást, a szolgáltatók kifizetési és ösztönzési módszereit, valamint a humán erőforrást érintő változások**. Egyes városok támogatást és képzést nyújtanak a szekunder és közösségi kórházak, valamint a vidéki kórházak számára. Egyes városokban az egészségügyi szolgáltatók számára engedélyezett gyógyszer-haszonkulcsot gyógyszerfelírási átalánydíjjal váltották fel, valamint monitorozási módszereket vezettek be a túlzott gyógyszerfelírásra és a szükségtelen vizsgálatokra. Több városban bevezettek a kórházi személyzet számára egy

alapfizetésből és teljesítmény szerinti bónuszból álló kompenzációs rendszert. A teljesítmény kritérium magában foglalja a szolgáltatások minőségét, valamint olyan szociális felelősséget, mely pl. a költségek túlzott növekedésének kontrolljára vonatkozik. Egyes kórházakban a közalkalmazottak már határozott idejű szerződéssel dolgoznak, a szerződés meghosszabbítása, valamint az előrejutás a teljesítménytől függ. A kórházigazgatók diszkrecionális jogkörét növelték a személyzet bérlése/felvétele, elbocsátása és előléptetése vonatkozásában. Az állami kórházak a személyzetet saját maguk toborozhatják. (Chi-Man Yip et al., 2012)

Kísérleti projektek az integrált ellátásra

Az integrált ellátásra kialakuló orvosi szövetségek regionális kórházi csoportok gyakran egy tercier kórházból és több szekunder kórházból, valamint alapellátó intézményből állnak. Az orvosi szövetségek célja, hogy a kisebb egészségi problémákkal rendelkező pácienseket az alapellátásban és a szekunder ellátásban lássák el, csökkentve ezáltal a páciensek tercier kórházban történő kezelésének szükségességét. Ugyanakkor a súlyosabb egészségügyi problémában szenvedő betegeket könnyen a tercier kórházba lehet utalni, majd visszautalni az alapellátásba, ha az egészségi állapota javul. Az ellátás ilyen jellegű koordinációjától a krónikus betegek hatékonyabb kezelését, az ellátás minőségének javulását, valamint a költségek növekedésének megfékezését várják. Az azonos orvosi szövetséghez tartozó kórházak ugyanazt az EHR-rendszert alkalmazzák, és a laboreredményeket, a képalkotó eljárások eredményeit és a diagnózisokat egyszerűen meg lehet osztani az orvosi szövetségen belül. Három főbb orvosi szövetség-modell létezik. A Zhenjiang-modell szerint felépülő egészségügyi intézményeknek csak egy tulajdonosa van (általában a helyi egészségügyi hatóság). A Wuhan-modell szerinti egészségügyi intézmények tulajdonosa nem azonos, de az adminisztrációt és a pénzügyeket egy tercier kórház kezeli. A Shanghai-modellben résztvevő egészségügyi intézmények csak a menedzsmentet és a technikai készségeket osztják meg egymással, a tulajdoni szerkezet és a pénzügyi felelősség nem közös. (Fang, 2015)

Az egy évtizeddel ezelőtt megkezdett reformfolyamat ellenére, a kínai egészségügyi rendszerben továbbra is problémát jelent az erőforráshiány, az ellátások nem megfelelő minősége, valamint a vidéki területek alul-ellátottsága. A **2015-2020 közötti ötéves egészségügyi reformterv** (Országos Tervezési Irányelv az Egészségügyi Ellátórendszerre vonatkozóan) intézkedései elsősorban az infrastrukturális fejlesztés, a költségcsökkentés, az egészségbiztosítás lefedettségének kiterjesztése, valamint az egészségügyi magánbefektetések ösztönzése köré összpontosulnak. (NRF, 2015)

- Tervezik az egészségügyi intézmények, ill. orvosok számának növelését, a prevenció, kezelés és rehabilitáció integrációjának fejlesztését. Csökkenteni kívánják az állami kórházak gyógyszereladásokból származó bevételeinek arányát. Ezt a kórházi szolgáltatások árának növelésével tervezik ellensúlyozni.
- Az alapellátás kapuőri funkcióját meg kívánják erősíteni. Kétirányú beutalási rendszert dolgoznak ki: a kisebb egészségi problémákkal küzdő pácienseket a jövőben a helyi kórházba utalják, a nagyobb, tercier kórházakban pedig csak a komplexebb ellátást igénylő eseteket kezelnék. Fejleszteni kívánják a grassroot szintű, valamint a vidéki területeken lévő egészségügyi intézményeket.
- A reformtervek értelmében a magánkórházak által nyújtott szolgáltatások díjait nem szabályoznák, kivéve azon szolgáltatások esetében, amelyekre vonatkozóan a három egészségbiztosítási pénztár valamelyikével szerződést kötöttek. Célul tűzték ki a magánszektor

által fenntartott ágyak arányának növelését. A magánkórházak létrehozásának megkönnyítése érdekében több intézkedést is hoztak. 2012-ben felülvizsgálták a Külföldi Közvetlen Tőkebefektetések Katalógusát, annak érdekében, hogy lehetővé tegyék a kórházak 100 százalékos külföldi tulajdonát (korábban minden befektetés esetében minimum 30 százalékos kínai részesedésre volt szükség). 2013 végén létrehozta egy Pilot Szabadkereskedelmi Zónát Shanghaiban. 2014-ben felszámolták a minimális befektetési küszöbre, valamint a maximum 20 éves működési periódusra vonatkozó korlátozásokat. Emellett 2014 folyamán lehetővé tették a hazai vagy külföldi magánbefektetők számára, hogy már meglévő állami kórházban szerezzenek tulajdoni részesedést. Eltörölték az orvosok egy helyen történő foglalkoztatására vonatkozó követelményt, ami megkönnyítette az orvosok magánkórházakba való toborzását. 2015 közepén Guangdong tartományban kísérleti tervet indítottak az ápolók több helyen történő foglalkoztatására, bizonyos feltételek mellett. Egyes magán szolgáltatók kezeléseit a társadalombiztosítás támogatja. 2014-ben összesen 137 magánkórház állt szerződésben a társadalombiztosítással. (EIU, 2016)

- Ösztönözni kívánják a magán idősellátó intézmények és otthonápolási szolgáltatások kialakítását.
- A páciensek out-of-pocket kiadásainak csökkentését tervezik. Ennek érdekében az orvostechikai eszközök esetében a helyileg előállított eszközök alkalmazását szorgalmazzák. 2017-re a betegek által fizetett co-payment mértékét kevesebb, mint 30 százalékra csökkentenék (2014-ben 32 százalék) annak érdekében, hogy megfizethetővé tegyék a krónikus, ill. súlyos betegségek kezelését. Ösztönözni kívánják, hogy a magán egészségbiztosítás kiegészítse az alap egészségügyi szolgáltatáscsomagot, a hosszú távú ápolást is beleértve, valamint fedezetet nyújtson a magán kórházi szolgáltatásokra. Lehetővé akarják tenni, hogy a magán egészségbiztosító társaságok az állami egészségbiztosítási programban vásárlóként vegyenek részt (hasonlóan az Egyesült Államok Medicare programjához), valamint, hogy saját egészségügyi intézményeket hozzanak létre. A magán egészségbiztosítás ösztönzésére adókedvezményeket terveznek bevezetni. Kiterjesztenék az orvosok felelősségbiztosítását és vitarendezési mechanizmust hoznának létre.
- Országos online adatbázisokat hoznak létre a betegrekordok és egészségügyi információk tárolására. A mobil egészségügyi alkalmazásokat is ösztönözni kívánják (online egészségügyi termékek, felhőplatformokon keresztül történő információmegosztás). (Jelenleg a kórházak jórészt kialakították az EHR rendszereiket, amelyek az egészségbiztosítással vannak összekötve és finanszírozási célokat szolgálnak. Különböző rendszereket alkalmaznak, amelyek nem integráltak és nem interoperábilisek. A betegek ezeket a rendszereket előjegyzésekre, receptmegújításra stb. nem használják. (Fang, 2015)
- Fejlesztani kívánják a nyugati és tradicionális kínai orvoslás közötti koordinációt. Megyei és helyi önkormányzati szinteken hagyományos kínai orvoslással foglalkozó kórházakat terveznek létrehozni.

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

- CHEN, Yixi et al. Drug Pricing Reform in China: analysis of piloted approaches and potential impact of the reform. *Journal of Market Access & Health Policy*, [S.l.], v. 4, mar. 2016. Available at: <http://www.jmahp.net/index.php/jmahp/article/view/30458>. Date accessed: 06 May. 2016.
- China Statistical Yearbook 20132015: <http://www.stats.gov.cn/tjsj/ndsj/2015/indexeh.htm>
- Chi-Man Yip, Winnie et al.: Early appraisal of China's huge and complex health-care reforms. *The Lancet*, Vol 379, March 3, 2012
- 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
- EIU (The Economist Intelligence Unit): White paper - China's emerging private healthcare sector. March 10th 2016 <http://www.eiu.com/industry/article/1954017979/white-paper---chinas-emerging-private-healthcare-sector/2016-03-10>
- Fang, Hai: The Chinese health care System, 2015 The Commonwealth Fund International Profiles of Health care systems, 2015 January 2016.
- Fixing the public hospital system in China. The World Bank, 2010. http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Resources/28_1627-1285186535266/FixingthePublicHospitalSystem.pdf
- Global Health Observatory, Country Statistics: China, WHO, 2014. <http://www.who.int/gho/countries/chn/en/>
- 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>
- Hou, Jianlin et al.: Transformation of the education of health professionals in China: progress and challenges. *The Lancet*, Volume 384, Issue 9945, Pages 819-827, August 2014.
- 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.
 - National Health and Family Planning Commission: China releases 2013 health and family planning statistics. 2014. http://en.nhfpc.gov.cn/2014-06/25/c_45529.htm
 - NRF-Norton Rose Fulbright: China new healthcare reform 2020, May 2015. <http://www.nortonrosefulbright.com/knowledge/publications/128859/china-new-healthcare-reform-2020>
 - OECD Statistics: http://www.oecd-ilibrary.org/economics/country-statistical-profile-china_csp-chn-table-en
 - 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
 - Wang, H.H.: China's new health department: progress and priorities. More than a year after the establishment of a new health department in China, The Lancet met with its director to hear about the agency's work and future plans. The Lancet Vol 384 August 30, 2014
 - 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/>
 - WHO: China Country Profile, 2011. http://www.wpro.who.int/countries/chn/5CHNpro2011_finaldraft.pdf
 - Yip, W., Hsiao, W.: Harnessing the privatisation of China's fragmented health-care delivery. The Lancet Vol 384 August 30, 2014.
-