

BÁRDOS DÁVID

11 év reform – 10 000 év egészség: Társadalom, állam, piac és a kínai egészségügy

Konzulens: Salát Gergely

Absztrakt

Kína egészségügye a kínai lakosság, az állami vezetés és a nemzetközi piac számára egyaránt aktuális téma. A lakosság általános egészségi állapota rossz, javuló pénzügyi lehetőségeikkel párhuzamosan viszont elvárásai egyre nőnek. A szolgáltatások elmaradtak, sem minőségükben, sem mennyiségükben sem képesek kielégíteni az igényeket. Az egészségügyi vállalatok – gyógyszergyárak, egészségügyi eszközgyártók, szolgáltatók – ezért lehetőségként tekintenek Kínára. Tőkét fektetnek be az országba, üzemeket és logisztikai központokat emelnek, hogy felkészüljenek az egyre növekvő igények kiszolgálására és pozíciókat foglaljanak a kínai piacon. A lakosság igényei és a befektetők érdekei azonban gyakran eltérnek egymástól. E két erő között próbál egyensúlyt tartani az egészségügy harmadik szereplője, a kínai állam, amely 2009-ben hirdette meg nagyszabású egészségügyi reformját, az Egészséges Kína 2020 programot. A dolgozat felméri az egyes szereplők egymáshoz való viszonyát, helyzetét és lehetőségeit. Elemzi az ország demográfiai kihívásait, a piaci szereplők motivációját és az állam kezében lévő szabályozó eszközöket.

Kulcsszavak: Kínai egészségügy, Egészséges Kína 2020, Healthy China 2020, 12. öt éves terv, egészségügyi rendszer, demográfia

Bevezetés

Az egyetem mindent megtanít *a betegről*, és semmit sem mond *a betegekről*. Arra kapunk képzést, hogy minél jobban felkészüljünk

az egyes orvos-beteg találkozásokra, de kevés szó esik a társadalom egészének egészségéről és betegségeiről. Egészségügyi rendszerekről, egészségügyi közgazdaságtanról pedig még kevesebbet beszélünk. A dolgozat megírása abban segített, hogy kilépjek a betegségek, szervek rendszeréből és globálisabban tudjam szemlélni az egészségügyet és az egészségügyben megjelenő betegeket.

Így ami a társadalmi szerepvállalást illeti, nem tudok azonnali és jelentős eredményekről beszámolni. Inkább ez a dolgozat is egy állomás, amely hozzájárul ahhoz, hogy később, amikor gyakorló orvos leszek, képes legyek a kritikus gondolkodásra és a hiteles véleményalkotásra nemcsak szűken vett szakmámon belül, de az egészségügy egészét illetően is – ezzel élve meg a társadalmi szerepvállalás kötelességét.

Amikor a laikus Kína felől kezd érdeklődni, bármilyen cikket, statisztikát, hírt olvas, bekezdésről bekezdésre érik a meglepetések. Ámulatba ejtik a nagy számok, a kelet-európaihoz hasonlóan hitt kommunista államgépezet működése és számtalan apró dolog, amin mosolyog, vagy éppen megdöbben, és hinni sem akarja, hogy ilyen létezhet.

Első megközelítésben az egészségügyet is így látja az európai ember. Két Európányi lakos egészségéről van ugyanis szó, amely egyetlen országban, egy központi vezetés hatalma alatt helyezkedik el, és ennek köszönhetően tele van számunkra elképzelhetetlen kihívásokkal és erre adott különleges válaszokkal.

Az egészségügy kérdése iránt sokan érdeklődnek külföldön és Kínában egyaránt. Olyannyira, hogy egy 2008-as, 101 000 háztartást érintő kutatás szerint az egészségügy helyzete az, ami a legjobban aggasztja a kínai embereket.¹ A téma tehát abszolút aktuális, s valószínűleg az is marad a következő néhány évben, hiszen az egészségügy óriási változásokon fog keresztül menni.

Le Deu és munkatársai szerint² ezeket a változásokat három erő vezérli: a gazdaság és népesség folyamatos növekedése, az egészségügyi reform és Kína jelenleg is érvényes, 12. ötéves

¹ HU, SHANLIAN; TANG, SHENGLAN; LIU, YUANLI; ZHAO, YUXIN; ESCOBAR, MARIA-LUISA; DE FERRANTI, DAVID: *Reform of how health care is paid for in China: challenges and opportunities in Health System Reform*, 2008, 1. o.

² LE DEU, FRANCK; PAREKH, RAJESH; ZHANG, FANGNING; ZHOU, GAOBO: *Healthcare in China: 'Entering uncharted waters'*, 2012, 2. o.

terve (2011–2015). De nem nagy tévedés egy másik felosztás alkalmazása sem, hiszen ezeket a faktorokat, s így Kína egészségügyét is három szereplő, a **társadalom**, az **állam** és a **piac** képes befolyásolni.

Társadalom

MÉRETEK ÉS ÖSSZETÉTEL

A számadatokat illetően Kína 1,4 milliárd lakosával a világ legnépesebb országa. Népesége csökkenő gyorsasággal ugyan (a népességnövekedés jelenleg 0,63%), de folyamatosan növekszik. A lélekszám növekedését egyrészt a születési és halálozási ráta pozitív mérlege (1000 lakosra 13,71 és 7,03), másrészt pedig a várható élettartam drasztikus növekedése (az 1950-es évek átlag 46 évével szemben ma a férfiaknál 71 év, a nőknél 76 év) biztosítja. Az ország korfája felfelé szélesedik, a lakosság egyre idősebb lesz. 2030-ra a 65 éven felüliek száma csaknem megduplázódik.³

Kínában a társadalom struktúrája is átalakul. Megváltozik a család fogalma. A hagyományos kínai háztartás sokszor több generáció együttélését jelentette. A gyermekek, akiknek kötelességük (volt) gondoskodni felmenőikről idős korukban, sokszor szüleikkel, nagyszüleikkel egy fedél alatt éltek. Ma ezzel szemben azt látjuk, hogy a családok szétszakadnak. A boldogulni vágyó fiatalok urbanizálódnak, az ország fejlettebb régióiba költöznek, s ezzel szüleiktől távol kerülnek, hiszen az idősebb generáció nem követi a fiatalokat a nagyvárosokba. Az egy háztartásban élők száma ezért csökken, a háztartások száma pedig nő.⁴ Hogy a fiatalok továbbra is gondoskodnak idős rokonaikról, arról elsősorban a partvidék felől Belső-Kínába zajló jelentős pénzmozgás tanúskodik.

A háztartások méretének csökkenése mögött azonban nemcsak az áll, hogy a fiatalok szüleiktől külön élnek, hanem az is, hogy kevesebb házasság köttetik. Kínában hagyományosan a fiúgyermek jelent büszkeséget és örömet a családnak. Az évtizedek óta tartó durva születésszabályozás viszont nem ad lehetőséget arra, hogy a családok annyi gyermeket vállaljanak, hogy közülük leg-

³ LE DEU: et al.: *Healthcare in China: 'Entering uncharted waters'*, 4. o.

⁴ FINPRO (szerk.): *Social and Healthcare Services in China*, 2009, 14. o.

alább egy fiú legyen, hanem arra törekszenek, hogy már az első gyermek fiúnak szülessen. Az abortuszok egyik fő oka ezért az, ha a magzat nőnemű. Ma 106 kínai férfira mindössze 100 kínai nő jut. A különbség ráadásul tovább nő, hiszen a születendő gyermekek között még jelentősebb, 117/100 a férfi/nő arány. S ha ez sem elég, a gyermekhalandóság is jelentősebb a lányok körében.⁵ Mintha a családok és orvosok kevésbé vennék komolyan a lánygyermek betegségét. Így a társadalomban a férfiak több tízmillió többletben vannak, akiknek egyszerűen nem jutnak nők.

A VÁROSI ÉS A VIDÉKI EMBER

Kína fejlettebb, partvidéki részét nemcsak gazdasága különbözteti meg a belső, elmaradottabb régióktól, hanem az ott élő emberek egészsége is. A WHO elemzése⁶ szerint ezt a különbséget három tényező alakítja: az egészséget meghatározó eltérő szociális feltételek, a piac és az állam egyensúlya az egészségügyi szolgáltatásokban és az egészségügyi rendszer egyre növekvő igazságtalansága.

Az eltérő szociális feltételek jelentősége talán a GDP és a születéskor várható élettartam korrelációján érhető tetten leginkább. Ha a tartományokat külön-külön sorba rendeznénk e két szempont alapján, nagyjából hasonló listát kapnánk: a legtávolabbi a leggazdagabbnak számító Shanghaiban és Pekingben, míg a legközelebb ideig a szegény belső tartományokban élnek. Az egészségügy fejlettségét mérő másik fontos mérőszám, a csecsemőkori és gyermekhalandóság hasonló viszonyokat mutat. A trendek ráadásul azt jelzik, hogy a régiók közti egyenlőtlenségek tovább nőnek.⁷

A TÁRSADALOM VISZONYA A PIACHOZ

A kevesebb házasság és gyerek, a háztartások csökkenő mérete és a városi lakosság életminőségének fokozódása hozott egy optimizmusra okot adó változást is. A városi háztartások egyre

⁵ TANG, SHENGLAN; MENG, QINGYUE; CHEN, LINCOLN; BEKEDAM, HENK; EVANS, TIM; WHITEHEAD, MARGARET: *Tackling the challenges to health equity in China in Health System Reform*, 2008, 26. o.

⁶ TANG, SHENGLAN et al.: *Tackling the challenges...*, 25. o.

⁷ TANG, SHENGLAN et al.: *Tackling the challenges...*, 29. o.

gazdagabbak lesznek, felhalmozott megtakarításaik nőnek. A középosztály vált (válik) a legszélesebb népréteggé, a szegénység csökken, a tehetősek vagyona pedig nő.⁸ Ezt a vagyont pedig az emberek hajlandóak egészségük érdekében felhasználni. Ezzel az egészségügyi szolgáltatók is tisztában vannak, a harc már elkezdődött a kínaiak pénzéért. Az állam is számít a társadalmi megtakarításokra. Ettől várja az egészségügyi rendszer finanszírozásának egyik forrását.

A TÁRSADALOM VISZONYA AZ EGÉSZSÉGÜGYHÖZ – BIZTOSÍTÁS ÉS BIZALOM

Az 1978-as gazdasági reformok bevezetéséig a vidéki lakosságot a Szövetkezeti Egészségügyi Rendszer biztosította, a városi lakosoknak pedig az Állami Biztosítás és a Dolgozói Biztosítás állt rendelkezésére. A lakosság több mint 90%-a biztosítva volt, a szolgáltatások elérhető árúak és kielégítő minőségűek voltak. Az állam azonban egyre kevesebb részt vállalt az egészségügyi szolgáltatásokból, átadva a piacot magánbefektetőknek. A rendszer így a nyolcvanas évek közepén összeomlott, a lakosság – s főleg a vidéki lakosság – egyre drágább és egyre rosszabb minőségű szolgáltatásokhoz fért csak hozzá, használható biztosítás nélkül.

Nem csoda, hogy az egészségügyi reformokat az állam a társadalombiztosítás széleskörű bevezetésével kezdi. Állami statisztikák szerint 2011-re sikerült a lakosság több mint 95%-át lefedni biztosítással.⁹ (Összehasonlításképpen: Magyarországon 2006-ban 89%-os volt a biztosítottak aránya).

A biztosítás azonban csak hivatalosan, a statisztikák számára oldja meg a rendszer problémáját. Évekre van szükség ahhoz, hogy az egészségügyi rendszer visszanyerje a társadalom körében elvesztett bizalmát.

KÖRNYEZETI TÉNYEZŐK ÉS AZ EMBEREK EGÉSZSÉGE

A WHO elemzése¹⁰ rámutat, hogy a Kínai Népköztársaság első évtizedei példátlan javulást hoztak az ország egészségi helyzetét

⁸ LE DEU; et al.: *Healthcare in China: 'Entering uncharted waters'*, 5. o.

⁹ LE DEU; et al.: *Healthcare in China: 'Entering uncharted waters'*, 3. o.

¹⁰ TANG, SHENGLAN et al.: *Tackling the challenges...*, 27. o.

illetően, még a Kínához hasonló fejlettségű országokhoz képest is. A várható élettartam 1949-től kezdve drasztikusan, mintegy 30 évvel megnőtt. A fellendülés egészen az 1978-as gazdasági reformokig tartott, amikor az egészségügyi piac liberalizációja a kialakuló versenyhelyzet miatt rontott a szolgáltatások minőségén.

A népesség helyzetét tovább rontják egyes külső tényezők, természeti adottságok, környezeti feltételek. A légszennyezettség soha nem látott mértéket ért el a nagyvárosokban, többek között Pekingben,¹¹ ahol a szennyezettség elérte a skála maximumát és Sanghaiban, ahol szintén nemrég dőlt meg a szennyezettség eddigi csúcscértéke.¹² A jelen cikk írásakor pedig a pekingi ivóvíz folyt még a csapból is – már ami a médiát illeti.¹³

Hogy ezek a tényezők pontosan milyen hatással vannak a lakosságra, és hogy a kínai társadalom valójában mennyire beteg, arra elsősorban becslések állnak rendelkezésre, hiszen a legtöbb beteg az egészségügyi infrastruktúra hiánya miatt nemhogy kezelve, de diagnosztizálva sincs. Légzőszervi megbetegedésben, daganatos betegségekben, cukorbetegségben és depresszióban szenvedőkből százmilliók lehetnek az országban.¹⁴

Állam

KÍNA EGÉSZSÉGÜGYI REFORMJA

A kínai pártvezetés 2009-ben jelentette be nagyszabású egészségügyi reformját, az Egészséges Kína 2020 (Healthy China 2020) programot. A reform Kína legsürgetőbb egészségügyi problémáira reagál, s a következő öt pilléren nyugszik:¹⁵

1. Egészségbiztosítási rendszer széleskörű bevezetése és elérhetővé tétele minden kínai polgár számára.
2. A gyógyszerellátottság biztosítása, az igények mind mennyiségi, mind minőségi kielégítésével.

¹¹ China Daily: Beijing air pollution reaches dangerous levels

¹² China Daily: Pollution hits Shanghai but should clear in a day

¹³ Zheng Xin: Beijing tap water getting worse: expert

¹⁴ LE DEU: et al.: *Healthcare in China: 'Entering uncharted waters'*, 4. o.

¹⁵ HO, CHRISTINA S.: *China's Health Care Reform. Background and Policies* In: FREEMAN III, CHARLES W., BOYNTON, XIAOQING LU (szerk.): *Implementing China Health Care Reform Policies in China*, 2011, 2. o.

3. Az egészségügyi alapellátás továbbfejlesztése.
4. A vidéki ellátás felzárkóztatása a városihoz, az egyenlőtlenségek kiküszöbölése.
5. Az állami közkórházak reformjának megvalósítása.

I. Amikor Kína biztosítási rendszeréről beszélünk, nehéz eldönteni, hogy múlt, jelen vagy jövő időt érdemes-e használni. Jelentős és gyors átalakulások közepén vagyunk, pontos ideit (2013-as) és tavalyi adatok azonban még nem állnak rendelkezésre.

Annyi biztos, hogy 2009-ig, a reformok kezdetéig egy működésképtelen rendszer uralta az országot. A biztosítás egyrészt nem volt elég széleskörű, sokaknak egyszerűen nem volt biztosításuk. Az állami biztosítások 2003-ban csupán a lakosság 39%-át érintették, ami a magánbiztosítások 16%-os lefedettségével együtt is nagyon alacsony szám.¹⁶

Másrészt, még a biztosítás sem nyújtott mindenre megoldást. A térítés csak kis részben fedezte a kiadásokat, és nem is vonatkozott bármilyen ellátásra. Az 1980-as évek elejétől 2005-ig a betegek saját kiadásai az összes kiadás 20%-áról 50%-ára nőttek.¹⁷ Az 50% talán nem is tűnik olyan magas értéknek. Ebbe azonban beletartozik az is, hogy az emberek inkább betegek maradtak, nem fordultak orvoshoz és nem vettek gyógyszert, mert ennél többet egyszerűen nem tudtak egészségükre költeni.

Mindezek azonban csak 2009-ig, a reformok bevezetéséig voltak érvényesek, hiszen a helyzet azóta sokat változott. A biztosítási rendszer a teljes megújulás útjára lépett. Bevezetésre került az Új Vidéki Szövetkezeti Egészségügyi Program (New Cooperative Rural Medical Scheme – NCRMS) a vidékiek ellátására, a Városi Lakosság Egészségügyi Alapbiztosítása (Urban Residence Basic Medical Insurance – URBMI) a városban élőknek és a Városi Dolgozók Egészségügyi Alapbiztosítása (Urban Employee Basic Medical Insurance – UEBMI) a városban dolgozóknak. A biztosításból esetlegesen kimaradó szegényeken pedig az Egészségügyi Segély (Medical Assistance) hivatott majd segíteni.¹⁸

A rendszer azonban még közel sem tökéletes. Az eltérő biztosí-

¹⁶ TANG, SHENGLAN et al.: *Tackling the challenges...*, 29. o.

¹⁷ TANG, SHENGLAN et al.: *Tackling the challenges...*, 30. o.

¹⁸ HO, CHRISTINA S.: *China's Health Care Reform. Background and Policies* 2. o.

tási rendszerek, bár közelebb hozzák egymáshoz a nagyvárosok és vidékek lakosságát, bebetonozzák a köztük lévő különbségeket. A biztosítások összege továbbra is alacsony, és az igénybevett szolgáltatásoknak továbbra is csak egy részét téríti (*co-paymentre* alapul a rendszer). De nem is feltétlenül nyújt térítést, hiszen az állami biztosítások (ahogyan nevük is mutatja) elsősorban az alapvető egészségügyi ellátásokra korlátozódnak.

II. Majdnem másfél milliárd ember gyógyszerigényeit kielégíteni már önmagában nem kis feladat. Kínában azonban a mennyiségek kielégítésén túl a minőség és a megfizethetőség is komoly problémát jelent. Az államnak ráadásul itt egy nagyon erős érdekközösséggel, a gyógyszergyárakkal kell szembeszállnia.

A kínai vezetés a reform keretein belül szabályozni és tervezni próbálja a gyógyszerek (és ehhez hasonlóan egyébként ugyanígy az egészségügyi eszközök) piacát. A cél a hatékonyság növelése és az árak csökkentése. Ennek érdekében az állam azt szeretné, ha 2015-re a 100 legnagyobb (vagy ha úgy tetszik, legjobb, leghatékonyabb) vállalat gyártaná a gyógyszerek 50%-át, és a 10 legnagyobb kereskedő forgalmazná a gyógyszerek 95%-át.¹⁹ Ezzel a felhívással fokozódik a verseny és csökkennek az árak is.

A hatékonyságot az együttműködés elősegítésével is növelni kívánják. Az állam támogatja a cégegyesüléseket és felvásárlásokat. Így a külföldi cégek szívesen fektetnek Kínába, hiszen a helyi vállalatokkal együttműködve gyors növekedést képesek elérni.

A vezetés szándéka az, hogy a gyógyszerkérdés gyorsan megoldódjon. Ahogyan ismerjük Kínát, a piac felosztásának 2015-ös céljait valószínűleg időben el fogják érni. A gyógyszeripar tortáját egy-két éven belül felosztják, akik addigra jól pozicionálják magukat, hosszú távú sikereket fognak elérni, új belépőknek azonban már nem fognak helyet hagyni.

III. Az alapellátás továbbfejlesztése, s általában a minél alacsonyabb szintű ellátás fejlesztése nemzetközi trend. Prevenció, korai diagnosztika, járóbeteg-ellátás – nyugatról keletre minden jel arra utal, hogy az alacsonyabb szinteken befektetett beruházások a felsőbb szinteken (szakellátás, speciális ellátás) kieső költségek miatt sokszorosan megtérülnek.

¹⁹ LE DEU: et al.: *Healthcare in China: 'Entering uncharted waters'*, 9. o.

Kínában ehhez hozzáadódik az alapellátás alacsony minősége. A vidéki és kisvárosi kórházak nem tudják betölteni funkciójukat. Hiába lenne belőlük elég és lennének elérhető közelségben a lakosság számára, kevés a szakember, és elavultak a felszerelések. Az igazán beteg emberek a nagyvárosi kórházakat keresik fel.

Pedig egy hatékonyabb rendszerben a betegek többsége a kisvárosokban is gyógyítható lenne. Ezzel csökkennének a rájuk fordított kiadások, és csökkenne a nagyobb kórházak túlterheltsége is.

Mivel itt a továbblépésnek komoly infrastrukturális és humán erőforrás igényei vannak, a leglassúbb fejlődés a reform ezen pil-lérén várható.

IV. A vidéki és városi egyenlőtlenségekről már sok szó esett. A felzárkóztatás szorosan összefügg az előző pontokkal. A finanszírozhatóságra a megújult vidéki biztosítás és a bevezetett egészségügyi segély adhat megoldást, míg a szolgáltatások minőségének javulását a reformok az infrastrukturális és gazdasági fejlődéssel együtt hozhatják meg.

A változások itt is lassúak lesznek. Idő kell, míg minőségi javulás lesz mérhető Belső-Kínában is.

V. A kínai állami kórházak között jelentős különbségek vannak. Miközben a vidéki közkórházak képtelenek ellátni feladataikat, a legjobb kórházaknak – a magánkórházakat is megelőzve – a nagyvárosi állami kórházak számítanak (elsősorban a shanghai-i és pekingi orvosi egyetemek kórházai). A reform célja itt az, hogy a közkórházak minőségét az egész országban sikerüljön elfogadható szintre emelni.

A célok elérésére sikeres *pilot*-programok tapasztalatai állnak rendelkezésre. A reformok bevezetése folyamatos.²⁰

MAKROGAZDASÁG, ÖTÉVES TERV

Kína egészségügyi kiadásai hagyományosan alacsonyak. Bár a rendszerbe évente fektetett, a GDP mintegy 4-5%-át kitevő összeg abszolút értékben nagy szám, messze elmarad a fejlett országokban szokásos 8-10%-os kiadásoktól. Ráadásul a reformok előtt az arány nem is látszott növekedni, inkább csökkent vagy stagnált. A 12. Ötéves Terv meghirdetésével párhuzamosan

²⁰ HO, CHRISTINA S.: *China's Health Care Reform. Background and Policies*, 4. o.

azonban az egészségügybe fektetett kiadások növelését is bejelentették. 2006 és 2011 között a kiadások több mint megduplázódtak. Előrejelzések szerint, ha az ország ezt az ütemet követi, a kiadások 2020-ra a 2011-es szinthez képest még megháromszorozódhatnak.^{21, 22}

A rendelkezésre álló források növekedése annak is köszönhető, hogy a 12. ötéves terv a biológiai-egészségügyi ipart a hét stratégiai ágazat közé sorolja. Ebbe beletartozik a gyógyszeripar, a vakcinák, orvosi eszközök gyártása és fejlesztése, a diagnosztika továbbfejlesztése és nem utolsósorban a hagyományos kínai orvoslás beillesztése a modern egészségügyi ellátásba.

ELLENŐRZÉS ÉS SZABÁLYOZÁS

Az egészségügy szabályozását a párt nem sorolja a meghirdetett öt pillér közé, pedig minden intézkedésével egyre nagyobb befolyást gyakorol az ország eddig viszonylag szabad egészségügyére, egészségügyi piacára. Erre persze szükség is van, hiszen a szolgáltatások minőségének és egészséghatékonyságának növelése a profitorientált szolgáltatóknak nem érdeke. Az utóbbi évtizedek megmutatták, hogy a piac szabadjára engedésével a minőség drasztikusan csökkent. A reformok egyik (mellékes) hozadéka a piac megtisztulása, az egészségügyi rendszeren mértéktelenül nyereszkedő kuruzslók, csalók és profitéhes magánbefektetők eltűnése lesz, az állam fokozott jelenlétének, ellenőrzésének köszönhetően.

KÍNA KÜLÖNLEGES

A kínai egészségügyben nem működnek a külföldön bevett szokások, elsősorban azért, mert itt más problémákkal kell szembenézni, mint a többi országban. A Nyugat leginkább a költségcsökkentéssel és költségracionalizálással van elfoglalva. A Kínához hasonló szegény (alacsony GDP/fő aránnyal rendelkező) országokban pedig a források és befektetők hiánya a legnagyobb gond.

²¹ LE DEU: et al.: *Healthcare in China: 'Entering uncharted waters'*, 6. o.

²² LIU, YUANLI: *Increasing The Affordability of Health Care* In: FREEMAN III, CHARLES W., BOYNTON, XIAOQING LU (szerk.): *Implementing China Health Care Reform Policies in China*, 2011, 14. o.

Kínában viszont az egészségügy felzárkóztatása a feladat a nagyütemű gazdasági fejlődéshez. A vezetés világosan látja a rendszer problémáit, és végre tesz is annak érdekében, hogy ezeket megszüntesse. Rájött arra, hogy a népegészség kérdését nem hagyhatja a piac kezében, hanem aktívan részt kell benne vennie. Komplexen kell kezében tartani az egészségügy finanszírozását, infrastruktúráját és humán erőforrásait, sőt részben felügyelete alá kell vonni az egészségügyi piacot is. Csak így gyakorolhat hatást a teljes egészségügyi rendszerre, és így vállalhat felelősséget állampolgárai egészsége iránt. Az egészségügyi reform tulajdonképpen erről a komplex irányításról szól, egyelőre sikeresen.

Piac

A kínai egészségügyi piac megnyílása a privát szektor számára az 1978-as gazdasági reformokhoz köthető. A hetvenes évek végétől kezdve az állam egyre csökkenő mértékben vette ki a részét az egészségügyi szolgáltatásokból. Hogy most Kínának évente dollár százmilliárdokba fog kerülni az egészségügy, az nagyrészt ennek köszönhető.

A kisebb-nagyobb szolgáltatók ellepték az egész országot, Belső- és Külső-Kínát egyaránt. A lakosság jobb híján fel is kereste őket betegségeikkel. Mivel óriási volt a kereslet, és a rossz szolgáltatásoknak nem volt jobb alternatívájuk, a szolgáltatóknak a minőségre nem, csak a költséghatékonyságra kellett összpontosítaniuk. Munkájuk hatékony is volt – már ami a költségeiket és nem a szolgáltatásaik hasznosságát illeti. Felelősség nélkül szolgáltattak hibás kezelést, rossz hatóanyagot, egészségüghöz nem méltó körülmények között. Az állami ellenőrzőrendszer hiánya és általában az állam beavatkozásának hiánya pedig csak tovább rontott a helyzeten.

Az alacsony költségekkel és alacsony minőséggel működő modell jól profitált az elmúlt 30 évben. Az állam azonban ezen túl – legalábbis az ígéretek szerint – nem fogja hagyni, hogy a reformmal meghirdetett közpénzek eltűnjenek a rendszerben. Határozott beavatkozásával szoros versenyhelyzetet fog teremteni a cégek között, és a piac tudatos szabályozásával, alakításával

elérhetővé fogja tenni az egészségügyi termékeket és szolgáltatásokat – mind anyagilag, mind infrastrukturálisan. Mostantól kezdve valódi innovációra és sok munkára lesz szükség ahhoz, hogy a szolgáltatók versenyben maradjanak.

Az, hogy az állam képes lesz megzabolázni a piacot még a legagresszívabb gyógyszergyárakkal szemben is, a legjobban mutatja a kínai egészségügy különlegességét. Kína talán az egyetlen ország, ahol az állam szándékai és tervei mellől a tőke sem hiányzik. A kínai piac az államnak széles mozgásteret enged intézkedéseiben, hiszen méreteinek köszönhetően olyan csábító befektetési környezet, ahonnan a legszigorúbb politikai húzások sem riasztják el a cégeket. Az államnak így eszközei vannak a piac szoros keretek között tartására.

Már erre vonatkozó tapasztalatok is vannak.²³ Guangdong és Henan tartományokban például a termékregisztrációs eljárás fejlesztésével, a pályázási rendszer megváltoztatásával és az árazás gondosabb ellenőrzésével rövid időn belül 20–30%-os árcsökkenést sikerült elérni különböző egészségügyi termékek árában. A példa ragadós, a kínai hatóságok pedig tenni fogják a dolgukat. Hasonló eredmények várhatóak a gyógyszeriparban is.

Véget ér tehát az érthetetlen aránytalanságok ideje, és adáz harc kezdődik a kínai egészségügyi piacért. A versenyzők már egymásnak feszültek. A külföldi befektetők milliárdokat visznek az országba. Felvásárolják a helyi cégeket (és ezzel piacaikat), új gyárakat és központokat építenek. A nagy helyi cégek a külföldiekkel még nagyobb cégekké egyesülnek. Az akvizíciókat és fúziókat pedig – a kooperáció jótékony hatásaira gondolva – a kínai vezetés is támogatja.

A Bayer, a világ egyik vezető gyógyszergyártója büszkén számol be róla,²⁴ hogy a 2012-ben Kínába fektetett 2 milliárd eurót egy újabb 1 milliárd eurós csomag követi az elkövetkező években. De más multinacionális cégek is Kínába telepítik át előbb regionális, majd világszintű központjukat.

A kínai gazdaság ma már erről szól. Nem az olcsón elérhető munkaerőről és a Kínából exportált olcsó árucikkekről, hanem befektetésekről, stratégiai állások kialakításáról és a kínai piacról.

²³ LE DEU: et al.: *Healthcare in China: 'Entering uncharted waters'*, 9. o.

²⁴ Bayer: *Big player, big chances*, 2012

ÖSSZEGZÉS

Kína továbbra is a legek országa. A kontinensnyi birodalom rendelkezik a legnagyobb népességgel, s egyben a leggyorsabban növekvő gazdasággal is a világon. Egészségügyi rendszere viszont romokban hever. Ebben a helyzetben a tömegek elégedetlensége egyre nő, az állam érzi polgárai iránti felelősségét, a piaci szereplők pedig éhesen várják, hogy minél nagyobb szeletet kapjanak az egészségpiac tortájából.

A kínai egészségügyet a lakossági és piaci igények ütközése teszi izgalmassá, amelyek között az állam próbálja fenntartani az egyensúlyt tizenegy éves egészségügyi reformjával. Az előttünk álló évtized az egészségügy évtizede lesz Kínában.

Irodalom

- FINPRO (szerk.): *Social and Healthcare Services in China*, http://www.tekes.fi/fi/gateway/PTARGS_0_201_403_994_2095_43/http%3B/tekesali1%3B7087/publishedcontent/publish/programmes/sote/documents/sote_in_china_2010.pdf, 2009 (utoljára megnyitva: 2013. április 16.)
- HO, CHRISTINA S.: *China's Health Care Reform. Background and Policies*. In: FREEMAN III, CHARLES W., BOYNTON, XIAOQING LU (szerk.): *Implementing China Health Care Reform Policies in China*, http://csis.org/files/publication/111202_Freeman_ImplementingChinaHealthReform_Web.pdf, 2011, (2013. április 16.)
- HU, SHANLIAN; TANG, SHENGLAN; LIU, YUANLI; ZHAO, YUXIN; ESCOBAR, MARIA-LUISA; DE FERRANTI, DAVID: *Reform of how health care is paid for in China: challenges and opportunities in Health System Reform*, <http://www.who.int/management/district/6.Financing.pdf>, 2008 (2013. április 16.)
- LE DEU, FRANCK; PAREKH, RAJESH; ZHANG, FANGNING; ZHOU, GAOBO: *Healthcare in China: 'Entering uncharted waters'*, <http://www.mckinseychina.com/wp-content/uploads/2012/09/healthcare-in-china-entering-uncharted-waters.pdf>, 2012 (2013. április 16.)
- LIU, YUANLI: *Increasing The Affordability of Health Care*. In: FREEMAN III, CHARLES W., BOYNTON, XIAOQING LU (szerk.): *Implementing China Health Care Reform Policies in China*, http://csis.org/files/publication/111202_Freeman_ImplementingChinaHealthReform_Web.pdf, 2011 (2013. április 16.)
- TANG, SHENGLAN; MENG, QINGYUE; CHEN, LINCOLN; BEKEDAM, HENK; EVANS, TIM; WHITEHEAD, MARGARET: *Tackling the challenges to health equity in China in Health System Reform*, <http://www.who.int/management/district/1.> [Equity.pdf](http://www.who.int/management/district/1.Equity.pdf), 2008 (2013. április 16.)

ABSTRACT

Healthcare in China has been a current topic for Chinese society, as well as for the government and the international health-market. The general health status of the population is low, but the financial facilities and the demands for better health conditions are increasing simultaneously. Services are underdeveloped both in terms of quality and quantity, thus they are not able to satisfy the demands. Consequently, international pharmaceutical companies, medical equipment manufacturers and medical suppliers view China as an opportunity to invest capital and set up enterprises and logistic centers. This way they are becoming capable of meeting the demands and finally, to acquire a good position on the Chinese market. However, the interests of the population and the market are rarely the same. The Chinese government itself is trying to balance between these two powers announcing the Healthy China 2020 plan. This study intends to reveal the position and the opportunities of the three forces and the relationship between them. I also examine the demographic challenges, the motives of the participants of the market and the rules of the state government.