

11 év reform – 10 000 év egészség¹:

Társadalom, állam, piac és a kínai egészségügy

BEVEZETÉS

Egy 2008-as, 101 000 háztartást érintő felmérés szerint az egészségügy helyzete az, ami leginkább aggasztja a kínaiakat.² Az emberek elégedetlenek az elérhető szolgáltatásokkal, egyszerre tartják őket rossz minőségűnek és megfizethetetlen árúnak. Ha az egészségügyről van szó, sok a kilátástalanság és bizonytalanság. Ennek a problémának a megoldására született a kínai állam 2009-ben meghirdetett, 11 éves egészségügyi reformja, az Egészséges Kína 2020 program.

A reformok célja, hogy a kínai egészségügyet felzárkóztassa a több évtizede tartó gazdasági fellendüléshez. Hogy ez pontosan hogyan valósul meg, azzal tanulmányok sora foglalkozik Kínában és külföldön egyaránt. Dolgozatomban ezekből merítettem, sorra véve a kínai egészségügy szereplőit, vagyis a **társadalom**, **állam** és **piac** helyzetét.

TÁRSADALOM

Méretek és összetétel

A számadatokat illetően Kína 1,4 milliárd lakosával a világ legnépesebb országa. Népeisége 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,

¹ Az 1958–1960-as „Nagy ugrás” politikájának jelszava, a „Három év megfeszített munka, 10 000 év boldogság” mintájára, Dr. Salát Gergely nyomán.

² 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. szeptember 6.), 1. o.

³ 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 (utoljára megnyitva: 2013. szeptember 6.), 2. o.

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 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 kötődik. 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 legalább 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 betegségeit. Így a társadalomban a férfiak több tízmilliós 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 különbözőséget 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

⁴ FINPRO (szerk.): *Social and Healthcare Services in China*, http://www.tekes.fi/gateway/PTARGS_0_201_403_994_2095_43/http%3B/tekes-ali1%3B7087/publishedcontent/publish/programmes/sote/documents/sote_in_china_2010.pdf, 2009 (2013. szeptember 6.), 14. o.

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*, <http://www.who.int/management/district/1.Equity.pdf>, 2008 (2013. szeptember 6.), 26. o.

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

leggazdagabbnak számító Shanghaiban és Pekingben, míg a legrövidebb 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

Az említett viszonyokkal párhuzamosan egy másik fontos trend is megfigyelhető, ami akár optimizmusra is okot adhat. A városi (elsősorban nagyvárosi) háztartások egyre gazdagabbak lesznek, felhalmozott megtakarításaik nőnek. A középosztály válik a legszélesebb népréteggé, a szegénység csökken, a tehetősek vagyona pedig nő.⁸ Ezt a vagyont pedig az emberek hajlandóak egészségük érdekében felhasználni. Erre a trendre a piaci szereplők és a kínai állam vezetése egyaránt felfigyelt. Az egészségügyi piacon verseny kezdődött a tehetősek megtakarításaiért, az állam pedig részben ezektől a megtakarításoktól várja az átalakuló egészségügyi rendszer finanszírozását.

A társadalom viszonya az egészségüghöz – biztosítás és bizalom

A Kínai Népköztársaság megalakulását követően, az 1950-es évek elejétől kezdve a vidéki lakosságot a Szövetkezeti Egészségügyi Rendszer biztosította, a városi lakosságnak 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 az 1978-as gazdasági reformok bevezetésével egyre kevesebb részt vállalt az egészségügyi szolgáltatásokból, átadva a piacot magánbefektetőknek. Ezzel a biztosítások elértéktelenedtek, hiszen a magán szolgáltatóknál nem lehetett kihasználni azokat. 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).

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

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.

A lakosság széleskörű biztosítása azonban csak hivatalosan, a statisztikák számára oldja meg a rendszer problémáját. Évekre van szükség ahhoz, hogy a biztosítás mögött megfelelő szolgáltatások álljanak, s 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 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 nehezítik 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 csúcserkéje.¹² 2013 elején 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 betegségben, cukorbetegségben és depresszióban szenvedőkből százmilliók lehetnek az országban.¹⁴

ÁLLAM

Kína egészségügyi reformja

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

¹¹ China Daily: Beijing air pollution reaches dangerous levels, http://www.chinadaily.com.cn/china/2013-01/13/content_16110073.htm, 2013. január 13.

¹² China Daily: Pollution hits Shanghai but should clear in a day, http://europe.chinadaily.com.cn/china/2013-01/17/content_16128951.htm, 2013. január 17.

¹³ Zheng Xin: Beijing tap water getting worse: expert, http://www.chinadaily.com.cn/china/2013-01/09/content_16096977.htm, 2013. január 9.

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

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

1. Amikor Kína biztosítási rendszeréről beszélünk, nehéz eldönteni, hogy múlt, jelen vagy jövő időt érdemes-e használni. Jelentős és gyors átalakulások közepén vagyunk.

Annyi biztos, hogy 2009-ig, a reformok kezdetéig egy működésképtelen rendszer uralta az országot. A biztosítás nem volt elég széleskörű, hiszen 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 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

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*, http://csis.org/files/publication/111202_Freeman_ImplementingChinaHealthReform_Web.pdf, 2011, 2. o.

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

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

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 biztosítási 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.

2. 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 ország igényei ráadásul ezen a porondon a gyógyszergyárak érdekeivel találják szemben magukat.

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 tűzte ki célul, hogy 2015-re a 100 legnagyobb (vagy ha úgy tetszik, legjobb, leghatékonyabb) vállalat gyártsa a gyógyszerek 50%-át, és a 10 legnagyobb kereskedő forgalmazza 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. A vállalatok a gyógyszeripar tortáját várhatóan egy-két éven belül felosztják, akik addigra jól pozícionálják magukat, hosszú távú sikereket fognak elérni, új belépőknek azonban már nem fognak helyet hagyni.

3. 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, legyen szó az egészségügy bármely ágáról.

Kínában ehhez hozzáadódik az alapellátás alacsony minősége. A vidéki és kisvárosi kórházak nem tudják betölteni funkciójukat. Hiába lenne belőlük elég és lennének elérhető

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

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

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 humánerőforrás igényei vannak, a leglassúbb fejlődés a reform ezen pilléréen várható.

4. 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.

5. 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 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}

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

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*,

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 nyereszkeskedő 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.

Kínában viszont az egészségügyi ráfordítás növelésével adott a reform anyagi háttere, a feladat az egészségügy felzárkóztatása a nagyütemű gazdasági fejlődéshez. Az államnak ehhez a korábbinál aktívabb szerepet kell vállalnia az egészségügyben. 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. Bár a reformokat az öt pillér meghirdetésével vezették be, a

Healthy China 2020 lényege valójában az, hogy az állam az egészségügy fölött egyre nagyobb befolyásra tesz szert.

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 egészségügyhöz 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 ezentúl – legalábbis az ígéretek szerint – nem fogja hagyni, hogy a reformmal meghirdetett közpénzek eltűnjenek a rendszerben. Határozott beavatkozásával szoros versenyhelyzetet kíván teremteni a cégek között, és a piac tudatos szabályozásával, alakításával elérhetővé próbálja tenni az egészségügyi termékeket és szolgáltatásokat – mind anyagilag, mind infrastrukturálisan.

A szabályozás sikerét az biztosíthatja, hogy jelenleg 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

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

árcsökkenést sikerült elérni különböző egészségügyi termékek árában. Hasonló eredmények várhatóak a gyógyszeriparban is.

Véget érhet az érthetetlen aránytalanságok ideje, és ádáz harc kezdődhet 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 Kínára összpontosítanak: oda 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.

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. Ezen a helyzeten az Egészséges Kína 2020 program hivatott segíteni, amely öt pillérével egyre nagyobb befolyást kíván szerezni az egészségügyi rendszer fölött. A piaci szereplők a piac felosztásával vannak elfoglalva, miközben figyelniük kell a változó szabályokhoz való folyamatos alkalmazkodásra. A lakosság igényei folyamatosan ütköznek a piac igényeivel, amelyek között az állam próbálja fenntartani az egyensúlyt.

Hogy Kína 2020-ra egészséges lesz-e a reformok hangzatos mottójának megfelelően, az még kérdés, a változások, a fejlődés minden esetre elindult, a kétezres évek második évtizede az egészségügy évtizede lesz Kínában.

²⁴

Bayer: Big player, big chances, <http://www.materialscience.bayer.com/en/Media/Special/Features/China.aspx>, 2012

IRODALOM

FINPRO (szerk.): *Social and Healthcare Services in China*,

http://www.tekes.fi/fi/gateway/PTARGS_0_201_403_994_2095_43/http%3B/tekes-ali1%3B7087/publishedcontent/publish/programmes/sote/documents/sote_in_china_2010.pdf, 2009 (utoljára megnyitva: 2013. szeptember 6.)

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. szeptember 6.)

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. szeptember 6.)

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. szeptember 6.)

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. szeptember 6.)

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>, 2008 (2013. szeptember 6.)