

# ÇİN'DE SAĞLIK HİZMETLERİNDE GÜNCEL YAPISAL DÖNÜŞÜM: SOSYAL YÖNELİMLİ MÜDAHALE (?)

Mehmet ZENCİR\*

**Özet:** Bu çalışmada Çin'de 1980'ler sonrası başlayan kapitalist restorasyonun sağlık hizmetlerine etkisi ele alınmıştır. Özellikle 2009 Nisan'ında gündeme gelen sosyal görünümlü müdahalenin erken dönem reformlarla ilişkisi ve reformların sürekliliği ortaya konmaya çalışılmıştır. Çin'deki reformların ana omurgasında desantralizasyon politikalarının olduğu, son dönem reformlarda da merkezi hükümetin müdahalesine karşın desantralizasyon uygulamaların yeni bir seyirde devam ettiğine yazıda yer verilmeye çalışılmıştır. Son dönem sosyal görünümlü reformların arkasında da sağlığa yatırım yapan sermaye gruplarının gereksinimleri ve kapitalist sınıfın uzun vadeli çıkarlarını dengeleme çabası olduğu yazının bu yazının temel savıdır. Bu perspektifle yazıda erken dönem reformlar ve etkileri, erken dönem reformların eleştirel değerlendirilmesi, güncel reformlar, güncel reformlarda devletin rolü ve tıp endüstrisinin reformlara bakışı ve kısa dönem sonuçlarına yer verilmiştir.

**Anahtar Sözcükler:** Sağlık Bakanlığı, Çin, Sağlık Reformu

## *Current Structural Transformation in Health Services in China: A Socially Oriented Intervention (?)*

**Abstract:** This study addresses the impact of capitalist restoration in China starting after the 80s on health services. There is special focus on the relationship between so called "social intervention" in April 2009 and earlier reform initiatives as well as the sustainability of reforms. As such, policies of decentralization characterise the main line in reforms in China and recent reforms tend to support decentralization against the intervention of the central government. It is the main argument of this study that behind the recent "socially oriented reforms" we find the interests capital holders investing in health and efforts to find a balance for the long-term interests of capitalists. In line with this perspective the study deals with early reforms and their impact, critical evaluation of these reforms, current reforms, the role of the state in current reforms, outlook of medical industry to reforms and some short-term outcomes.

**Keywords:** Ministry of Health, China; Health Reform

Çin bir yandan sosyalist düzenden kapitalist düzene geçerken, eş zamanlı olarak kırsal alanda mülksüzleştirilmelerle kentlere yoğun göç gerçekleşmekte, kentleşme hızlanmaktadır. Kapitalist restorasyon amaçlı ilkel sermaye birikimi ile kamu hizmetlerinin sermaye birikimi sağlanması aynı zamanda gerçekleşmektedir. Sağlık ve sağlık hizmetleri de bu süreçlerden etkilenmektedir.

Bin dokuz yüz seksen-iki bin dokuz yılları arasında 191 milyon olan kent nüfusu 622 milyona yükselmiştir. Gelecek on yılda 200 milyona yakın kente göç beklenmektedir. İki bin on bir yılı itibarıyla nüfusun %51'i kentlerde yaşamaya başlamıştır. Kentleşme değişen yaşam tarzı ve beslenme sorunları ile sağlık sorunlarının profilini değiştirmiştir. Çevre kirliliği (fiziksel, kimyasal ve biyolojik); mesleki, sosyo-ekonomik ve sosyal yapılarda değişim;

barınma sorunları (kapalı ortam hava kirliliği dâhil), artan motorize araç kullanımı ve hızlı kentleşme sağlık sorunlarını artırmıştır. Bulaşıcı hastalıkların yayılımında artış (sistozomiyasiz örneğinde olduğu gibi) yanısıra bulaşıcı olmayan hastalıklar ve kazalar (trafik ve iş kazaları) kentleşmenin öne çıkardığı yeni sorunlardır (Gong, 2012). Yaşam süresinin artması, yaşam tarzındaki değişiklikler birlikte ele alındığında bulaşıcı olmayan hastalıkların Çin açısından temel halk sağlığı sorunu olmaya başlamıştır (Gong, 2012; Yang, 2013). Hastalık yükü açısından 2010 yılı için felç birinci sırada olup iskemik kalp hastalığı ve kronik obstruktif akciğer hastalıkları sıralamada yer alan diğer hastalıklardır.

Kentlerde artan nüfus ve tıbbi bakım hizmetlerine bağımlılığı artıran bulaşıcı olmayan hastalıklar sağlık alanındaki pazarın büyümesi olarak da

\*Prof. Dr., Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.

görülmektedir. Bu durum sağlığa yatırım yapan sermaye grupları tarafından -değişik gerekçe ve hedefler ile- Çin sağlık sisteminde sağlık harcamalarının garanti altına alınması, tıbbi teknoloji ile ilgili yatırımlar ve otomasyon sisteminin yaşama geçirilmesi, sağlık hizmetlerine kapitalist üretim ilişkilerinin dâhil edilmesine yönelik düzenlemeler şeklinde karşımıza çıkmaktadır.

### 1. Çin'de Kapitalist Restorasyon ve Sağlık Hizmetlerinde Erken Reformlar

Bin dokuz yüz kırk dokuz 1949 ile başlayan sosyalist inşa süreci kapsamında yapılan sağlık hizmetleri, 1980'le birlikte tasfiye edilirken, sağlık alanında kapitalist restorasyon aşama aşama yaşama geçirilmektedir. Toplumsal gerçekliğin yansıması olarak ortaya çıkan sağlık hizmetleri ile ilgili sorunlar bir yandan eleştirilmekte, bir yandan da kapitalist restorasyona uygun çözümlerle halledilmeye çalışılmaktadır.

Çin Komünist Partisi (ÇKP) ve proje sahipleri her ne kadar süreci piyasa sosyalizmi olarak tanımlasa da çoğunlukla devlet kapitalizmi, otoriter devlet kapitalizmi, Harvey tarafından da Çin'in karakteristikleriyle neoliberalizm olarak betimlenmektedir (**Gökten, 2012**).

Bin dokuz yüz yetmiş sekiz sonunda başlayan reform süreci, yalnızca dışa açılmak ve maddi refah ile sınırlı kalmamış, başta halk komünleri olmak üzere, devrimci dönemin mirası tüm kolektif yapıları ve devlet mülkiyetinin önemli bir bölümünü de tasfiye etmiştir. Eğitim, sağlık, barınma ve ulaşım metalaştırılmış, bu temel ihtiyaçlar halklarının bütçelerindeki önemli yer tutmaya başlamıştır.

Kapitalist restorasyon sosyal amaçlı yürütülen sağlık hizmetlerini de etkilemiş, seksenlerle başlayan süreçte sağlık hizmetlerinde de adım adım kapitalist üretim ilişkileri derinleştirilmeye çalışılmıştır. Sağlık hizmetlerinde tarihsel akışa göre şu değişiklikler yaşanmıştır.

#### Sağlık finansmanının desantralizasyonu:

Sağlık hizmetlerinin finansmanında erken dönem reformlar kentsel ve kırsal bölgelerde farklı gerçekleşmiştir. Kent sağlık sigorta sisteminde tarihsel dönem olarak 1980-1991; 1992-2002 ve 2002 ile 2009 arası (**Li, 2002; Wagstaff, 2009; Qin, 2013**) her ne kadar farklı ifade edilse de kapitalist restorasyonla uyumlu değişikliklere gidilmiştir. Bin dokuz yüz seksen-doksan bir reformlarının temel amacı maliyetleri sınırlamak olup arz yönlü ve talep yönlü maliyet

paylaşımlarını içerir (**Liu, 2004a**). Bununla birlikte, bu reformlar tamamlanamamış ve birçok temel problem çözümsüz bırakmıştır (**Liu, 2002**). Bin dokuz yüz doksan iki-iki bin iki döneminde ise esas amaç olan maliyet sınırlama ile birlikte daha köklü reformlara girilmiş toplum temelli sigorta sistemi ile ilgili pilot uygulamalar olarak finansmanın toplumsallaştırılması; işçiler ve işveren tarafından yapılan katkıların birleştirilmesi; bireysel koşulları ve kurumsal özellikleri dikkate almaksızın tüm işyerlerini içeren şehre yayılmış risk havuzu yaşama geçirilmiştir. Kendi işlerinde çalışanlar, kasabada çalışan işçiler ve köy teşebbüslerinde çalışanlarda üyelik gönüllüğe bırakılmıştır. Çalışanların sadece kendileri sigorta kapsamında olup, yakınları (bağımlıları) kapsam dışında bırakılmıştır (**Liu, 2004a**). Hastaların maliyet paylaşımında da üç aşamalı bir sisteme geçilmiştir. Üç aşamalı ödeme sisteminde sigortalı önce kendi kişisel hesabı, sonra direkt cepten ödeme, miktarı aşan harcamalarda ise sosyal risk havuzundan yararlanma şeklinde yaşama geçirilmiştir (**Liu, 2004; Liu, 2002**). Yine 1999 yılında sağlık hizmetlerinin sunumu ile finansmanı birbirinden ayrılmıştır. Böylelikle hastanelerin daha otonom hale gelmesi ve rekabete dayalı hizmetin sunumunun önü açılmıştır (**Liu, 2004a**). Kırsal bölgede 1980 ile birlikte mali sistem desantralize edilmiş, yerel yönetimler, finansman ve sağlık kurumlarının yönetiminde esas sorumlu hale gelmiştir (**Liu, 2004b**).

İlaç ve sağlık hizmetlerden kâr elde edilmesine izin verilmesi:

Çin'de tüm sağlık kurumlarına ilaç satma hakkı tanınmıştır (**Liu, 2004a**). Devlet hastaneleri gelirlerinin %90'ını ilaç, tetkik ve hizmet gelirlerinden elde eder hale gelmiştir (**Barber, 2013**). Uzun bir dönem tıbbi ürünleri kendi üreten Çin'de 2003 yılı itibarıyla ilaç perakende ticareti tamamen yabancı yatırımcılara açık hale getirilmiştir. (**Liu, 2004a**) Çin'de sağlık hizmetlerinin fiyatları devlet tarafından kontrol edilmesine karşın ilaç fiyatları geniş oranda liberalizedir (**Hu, 2011**).

#### Sağlık hizmetlerinin desantralizasyonu ve özelleştirilmesi:

Merkezi yönetim, 1997 yılında, halk sağlığı hizmeti için özel sektör finansmanını kullanacağını belirtmiştir (**Qin, 2005**). Halk sağlığı ile ilgili tüm kurumlar, desantralize olarak, yerel sağlık otoritesine bırakılmıştır. Kaynak aktarımında sorunlar nedeniyle koruyucu sağlık hizmetlerinde personel sayısı azalmış, hizmetler ücretli hale gelmiş, geliri artırmak için daha fazla tedavi edici hizmet

sunma eğilimi yaşanmıştır. Köy kliniklerinin yarıya yakını özel sektöre devredilmiştir. Seksenlerin ortalarından sonra, halk sağlığı kurumları tamamen bütçe yerine, kısmen bütçeye bağlı hale gelmiştir (Liu, 2004a; Claeson, 2004).

Çin'de 1980-2010 yılları hastane sayısında ciddi artışlar gerçekleşmiştir; yıllık ortalama artış %2,5 olup, en büyük artış 2000-2010 yılları arasında %9,4 ile gerçekleşmiştir. Büyük hastane (800 yatak ve üzeri) sayısı 2000'de 149 iken 2009 yılında 588'e yükselmiştir (3,7 katlık artış). Birkaç kent merkezinde (Beijing, Shanghai, Chengdu) 4.000 ve üzeri yatağa sahip hastaneler kurulmuştur (Barber, 2013). Özel hastanelerde de ciddi artış gerçekleşmiştir. Çin'de 2010 yılı itibarıyla 13.850 devlet hastanesi 7.068 özel hastane vardır. Özel hastane sayısı artmasına karşın, toplam hastane yatağı sayısının (%89) ve ayaktan hasta bakımı ve başvuruların büyük çoğunluğu (%92) devlet hastanelerine aittir (Barber, 2013).

## 2. Erken Dönem Reformların Yarattığı Sorunlar

Sağlık, sağlık hizmetleri, sağlık finansmanı/harcamaları kötüye gidiyor. Çin, DSÖ'nün 2000 yılı verilerine göre sağlık hizmetlerindeki eşitlik sıralamasında 191 ülke arasında son sıralarda (188.) yer almaktadır. Eşitsizlikteki kötü yer birinci basamak sağlık hizmetleri ve halk sağlığı hizmetlerindeki zayıflığa bağlanmaktadır (Wang, 2011).

Çin ile ilgili sağlık sisteminde reformlarla ilgili çoğu yazıda sosyalist sistemin sona erdirilip kapitalist restorasyona geçilmesi ile ekonomide yakalanan büyümenin sağlık hizmetine yansımada dikkat çekilmektedir. Çin'in ekonomik gelişmesinin sağlık ve sağlık hizmetinde tersi bir durum olduğu paylaşılmaktadır (Li, 2011; Hu, 2011). 1980'lerle birlikte ortalama yıllık yüzde on büyüme hızı ve 400-500 milyon yoksulu, yoksulluktan kurtarıırken aynı şeyin sağlıkta yakalanmadığı vurgulanmaktadır. Önemli sağlık göstergelerinden olan beklenen yaşam süresinin 1981-2009 yılları arasında 68'den 73'e yükselmesine karşın benzer ülkelerde Kolombiya, Malezya ve Güney Kore'de- 7-14 yıl; DB'na göre de Avustralya, Hong Kong, Japonya ve Sri Lanka'da 7-10 yıllık artış söz konusudur (Huang, 2001). Huang ülkede, bulaşıcı hastalıklar, kronik hastalıklar, yaşlı nüfus, ruh sağlığı başlıklarında sıraladığı sorunları halk sağlığının görmezden gelinmesine, ekonomik büyüme düşüncesini odaklanmaya bağlamakta; Maoist dönem sağlık sisteminin 1980 sonrası çöküşe geçtiğini, GSMH'dan sağlık için olan harcamaların 1980'de %1.1 iken 2002'de %0.8'e gerilemesini kanıt olarak sunmaktadır (Huang, 2011).

Batı ve merkezi Çin'deki yoksul eyaletlerde bebek ölümleri, doğum hızları, büyüme hızları daha yüksek iken beklenen yaşam süresi daha düşüktür (Dummer, 2008). İki bin dört yılı itibarıyla bebek ölüm hızı kentlerde binde 10,1 iken, kırsalda binde 24,3'tür. Benzer durum anne ölüm hızında da söz konusudur (kırsalda yüzbinde 26,1 iken kentsel bölgede yüz binde 63,0'dır) (Dummer, 2007). İki bin üç yılında nüfusun en yoksul diliminde her on bin bebeğin 73'ü ölüyor, en zengin diliminde on binde 17'dir (Wagstaff, 2009).

Sağlık hizmetlerinin finansmanı ile ilgili sigorta kapsamındaki nüfusun düşüklüğü; sağlık harcamaları ve cepten ödemelerdeki artış, aksine devletin sağlık için ayırdığı payda düşme gibi sorunlara yer verilmektedir (Hu, 2008; Li, 2011; Hu, 2011). Konuyu değişik yönleri ile gündeme getiren çok sayıda veri sunulmaktadır. Bin dokuz yüz yetmiş sekiz-doksan yedi yılları arasında devlet geliri 6,6 kat artarken, sağlık finansman kurumlarının harcamaları 58 kat artığı gösterilmiştir (Hu, 2011). Tedavi maliyetlerinde 1993-2003 yılları arasında artışın yıllık %14 olduğu tespit edilmiştir (Healthcare Webinar, 2009).

## Sağlık çalışanları kentlere, büyük hastanelere...

Seksenlerin ortasından 2000 yılı arasında sağlık emekçisi sayısı 4,5 milyondan 4,8 milyona yükselmiştir. Bununla birlikte kasaba sağlık merkezlerindeki sağlık emekçisi sayısı 1 milyondan 860 bine azalmıştır. Sağlık çalışanı hareketliliğinin çoğunluğu daha yüksek olanakları sahip hastanelere doğru gerçekleşmiştir. Kırsala yönelik hareket çok azdır. Bu hareketlilik piyasa esaslı sağlık reformlarının etkisi ile kaynakların büyük merkezlerde yoğunlaşması şeklinde açıklanmıştır. Kasaba sağlık merkezleri ve kent TSM'leri terk hızı 2000-2005 yıllarında daha da artmıştır (sırası ile toplam sağlık çalışanların %8,1 ve %8,9). Ana neden düşük ücretler, profesyonel gelişim için sınırlı fırsatlar ve kötü yaşam koşulları gösterilmiştir (Meng, 2009).

## Sorunların erken dönem reformlarla ilişkisi

Çin'de sağlık reformları ulusal bir süreç olmasına karşın, reformların yerleştirilmesi, fonlanması ulus tipi desantralizasyonun tehlikelerine örnek olarak verilebileceği ifade edilmektedir. 1990 ortalarından bu yana Çin'de sosyal hizmetlerin finansmanı merkezi vergileri ve kompleks bütçeyi içerdiği, fakat sektörel kaynak tahsisatı ve harcama sorumluluğu desantralize bir yapıya geçilmiştir. Bu durumun toplam gelirin çoğunluğu zengin yerel yönetimlere kaymasına ve yerel yönetimlerin gelirleri daha çok bütçe dışı sağlanmasına yol açtığı ifade

edilmektedir. Bu finansal hiyerarjinin sosyal hizmetler finansmanında derin eşitsizliklere ve geriletici kapasiteye sahip olduğu vurgulanmaktadır (**Hipgrave, 2012**).

Sağlık alanında yaşanan sorunlar son üç dekattaki sağlık sektöründeki piyasalaşma ve de-facto özelleştirmeye bağlanmaktadır. Devletin ve piyasanın yetmezliklerine bağlı sağlık alanında ciddi sorunların ortaya çıktığı dile getirilmektedir (**Hipgrave, 2011; Li, 2011**). Hastanelerin sorunları başlığında hekim sayısına göre hemşire sayısının az olması, profesyonel yöneticilerin olmaması, finansal yönetim biriminin olmaması ve yıllık bütçe hazırlığının olmamasına da yer verilmektedir (**Barber, 2013**).

Sağlık hizmetlerinin finansmanı açısından da devletin rolündeki değişiklik (kaynak tahsisatının merkezden yerele kayması, miktar olarak azalması, koruyucu hizmetlerindeki kaynak azalmasının daha fazla olması) ve finansman açısından fonların öne çıkması sağlık hizmetlerine erişimdeki ciddi sorunların, bölgesel ve kırsal/kentsel eşitsizliklerin kaynağı olarak gösterilmektedir (**Brixi, 2011; Yang 2013**). Reform sonuç olarak merkezi bütçeden ayrılan payın azalması, yerel payın artması şeklinde gerçekleşmiştir. Dahası temel olmayan sağlık hizmetlerde pay daha belirgin hale gelmiştir (**Tsai, 2010**). Erken dönem reformlar ile tıbbi kurumlar desantralize hale getirilmiştir. Sağlık hizmetleri ve finansmanın ayrı ellerde toplanmasının ve parçalı olmasının Sağlık Bakanlığı'nın sağlık politikaları belirlemedeki pozisyonunu zayıflatmış, finansman ve personel kontrolünün kaybedildiğine vurgu yapılmaktadır (**Hu, 2011**).

Bin dokuz yüz seksen ile başlayan reformlara (ekonomik özelleştirmeler) bağlı olarak merkezi devletin hizmet sunucu, sigorta ve vatandaşlar üzerindeki sıkı kontrolünün ortadan kaldırıldığı hizmet sunucuların otonomisinin artırıldığı, devletin desantralize olması ile sigortaların güçten düşürüldüğü, sağlıktaki gözetim ve kontrolün zayıflatıldığı hizmet sunucunun baskın olduğu koordine edilemeyen bir ortam yaratıldığına yer verilmektedir. Hizmet sunucularının otonomisinden kritik rolün hizmet başı ödeme sistemi olduğu, tedavinin hacim ve yoğunluğunun artışına yol açtığı belirtilmektedir (**Ramess, 2012**).

Çin devlet hastanelerinin gelir durumunun diğer ülkelerde ender olarak görüldüğü, 1998-2008 döneminde gelirlerdeki devlet payı yüzde 10 civarında,

ilaç satışı payı %40'larda, tetkik ve hizmete bağlı gelirler %40-50 civarında seyretmiştir. Merkezi devlet kaynak tahsisatının düşmesi, sigorta kapsayıcılığının çökmesi, zarar verici ödeme şekli (ilaç, tetkik ve hizmet için cepten ödeme), hizmet başı ödemenin tek ödeme şekli olması, bonus sistemi (performans dayalı ücretlendirme), sevk zincirinin olmaması teşvik edici yapısal sorunlar olarak ele alınmıştır. Güncel reformların teşvik edici bu düzenlemeleri sistematik ve bütüncül bir yaklaşımla tersine çevrilmesini hedeflemesi gerektiği vurgulanmıştır (**He, 2010**).

**3. Güncel Reformlar (Sosyal Görünümlü Müdahale)**  
Her ne kadar güncel reformlar milat olarak 2009 Nisan'ı gösterilse de Çin sağlık hizmetlerinde seksenlerin başı ile başlayan sürecin kesintisiz olarak devam ettiğini söyleyebiliriz. İki bin beş yılında Çin Devlet Konseyi Gelişim Araştırma Merkezi, DSÖ ile işbirliği içinde hazırladığı raporda sağlık hizmetleri reformunun temel olarak başarısız olduğunu, köklü reformların halk arasında yaygın şekilde tartışıldığı belirtilmiştir (**Tsai, 2010**). Seksenlerden bu yana sağlık hizmetlerindeki köklü reformların ortaya çıkardığı sorunlar, eşitsizlikler yeni yapısal değişiklikler için gerekçe olarak gösterilmiştir.

Çin'de sağlık alanında düzenlemeler ile ilgili 2009 Nisan ayında iki anahtar doküman çıkartılmıştır. Bunlar: "Opinions on Deepening Healthcare Reform (State Council)" ve "Notice on Important Implementing Plans for Healthcare System Reform, 2009-11 (MOH)"'dir. Çin'de sağlık alanındaki reformlar Başbakanlık düzeyinde koordine edilmekte, sağlıktaki ana aktörler ve lider kurumlar şeklinde bir yapı ile gerçekleştirilmektedir. Bu yapılanma Tablo'da özetlenmiştir.

İki bin altı yılında Ulusal Gelişim ve Reform Komisyonu ve Sağlık Bakanlığı çifte liderliği ile oluşturulan Sağlık Hizmetlerinde Reformların Koordinasyonu Küçük Grubu oluşturulmuştur. Küçük grup 16 devlet ajansının temsilcileri ile özel sektör, akademi ve uluslararası kuruluşlarının yoğun danışmanlığına açık bir çalışma yürütmüştür. Tartışmalar şu başlıklarda odaklanmıştır: temel sağlık hizmetinin doğası (özele karşı kamusal); temel sağlık hizmetinin finansmanı-fonlanması (sigortaya karşı kamusal finansman); devletin kaynak tahsisi (kamu hastaneleri ve kliniklere karşı sağlık hizmeti alıcıları) ve sağlık hizmetinin esas sağlayıcıları (kamu kurumlarına karşı kamu-özel karışık) (**Zhao; 2010**).

İki bin dokuz Nisan başında Çin Komünist Partisi Merkez Komitesi ve Devlet Konseyi tarafından

Tablo. Sağlık hizmetlerinde reformlarla ilgili rol alan kurumlar

	Sağlıkta ana aktörler	Lider kurumlar
Sağlık Hizmetleri Reform Koordinasyonu	Sağlık Bakanlığı (Sağlık hizmetleri, Devlet Hastaneleri reformu, Kırsal kooperatifler, ilaç/donanım listesi)	Eğitim Bakanlığı Sivil İşler Bakanlığı Gözetim Bakanlığı
Başbakanlık Lider Grubu	Ulusal Gelişim ve Reform Komisyonu (İlaç fiyatlandırma, sağlık hizmetinin en uçlara kadar kökleşmesi, sağlık çalışanı eğitimi)	Ulusal Nüfus&Aile Planlama Komisyonu, Kamu Sektör Reform Devlet Komisyon Ofisi Devlet Konseyi Hukuk İşleri Ofisi
Başbakan (Li Keqiang) başkanlığında	İnsan kaynakları ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı (Kamu sağlık sigortası) Maliye Bakanlığı (Sağlık hizmeti yatırımları)	Devlet Konseyi Kalkınma Araştırma Merkezi Çin Sigorta Düzenleme Komisyonu Devlet Gıda ve İlaç İdaresi Gelenekesel Çin Tıbbi Devlet İdaresi (Administration) Kamu Varlıkları Denetim ve Yönetim Komisyonu Tüm Çin Sendikalar Federasyonu Çin Komünist Partisi Merkez Komitesi Propoganda Bölümü

“Sağlık Hizmetlerindeki Reformların Derinleştirilmesi Kılavuzu” hazırlanmıştır. Bu kılavuzda sağlık hizmetlerinde temel sorunlar olarak şunlara yer verilmiştir: Sağlık hizmetlerinin dengesiz gelişimi; tıbbi kaynaklarının kötü tahsisi; halk sağlığı hizmetlerinde ve sağlık hizmet sunumunun tabana yayılımındaki zayıflık; kamu yatırımlarındaki eksiklik; tıbbi harcamaların artması ve takiben ev halkının ve vatandaşın finansal yükünün artması. Kılavuz reformların derinleştirmesinde dört ilkeye yer vermiştir: Halkı ve Çin ulusunun karakteristiklerini esas alması; eşitlik ve etkinliği birlikteliği; hem uzun süreli hem de güncel problemleri dikkate alan entegre yaklaşımı izlemesi. İlk iki ilke Hu-Wen döneminin tüm reformlardaki yaygın olarak bulunmasına karşın, son iki ilke Çin'deki sağlık sisteminin zorluklarını ile ilişkilidir. Yine kılavuzda temel sağlık hizmetleri olarak tanımlanan halk sağlığı hizmetlerinin tüm Çin vatandaşlarına sağlanması dile getirilmiştir. Hedef olarak 2020 yılında hem kentsel hem de kırsal bölgede “güvenli, etkili, uygun ve satın alınabilir-ekonomik” bir sağlık sisteminin oluşturulması olarak dile getirilmiştir. Bu dokümanda üç yaklaşım öne çıkmıştır:

- Evrensel bir sağlık sigortası için devletin merkezi ve yerel olarak harcamalarını artırması;
- Hizmet sunumunda kamu sağlık hizmetlerinin esas alınması, bununla birlikte özel sağlık sektörünün rolünün inkar edilmemesi; devlet hastanelerinin yönetiminin güçlendirilerek sağlık

sektöründeki sosyal/özel sermaye ile daha fazla rekabet eder hale getirilmesi

- Aşırı maliyetli sağlık harcamalarının rasyonalize edilmesi, fahiş ve pahalı tıbbi hizmetler yerine halkın en temel ve genel gereksinimlerine hitap eden tıbbi hizmetlerinin tercih edilmesi (Zhao, 2010)

Son reformların felsefi olarak tanıtımında temel yönelimin sağlık kurumlarının veya endüstrinin kâr üretmesi yerine halkın sağlığının geliştirilmesine uyum sağlaması şeklinde özetlenmektedir. Sağlık hizmetlerinin yeniden sosyal refah işlevine döndürülmesine yönelik çabaların yoğunlaştırıldığı devlet yetkilileri ve kurumları tarafından dile getirilmektedir (Hu, 2011). Bununla birlikte son dönem reformlar da geçmiş reformlardaki olduğu gibi OECD, DB, DSÖ gibi kurumlarının önerilerine bel bağlanmış durumdadır. (Dünya Bankası VIII. Sağlık Projesi ve DFID Kent Sağlık ve Yoksulluk Projesi gibi) (Qin, 2013). “Sosyal işlev yeniden güçlendirilmelidir” diye başlayan ifadeler “yönetilen rekabet ile piyasada teşvik edilmelidir” benzeri ifadelerle devam etmektedir. Sağlık reformlarının ekonomik alandaki piyasa yönlü düzenlemelerle uyumlu olması da sıklıkla vurgulanmaktadır (Hu, 2011).

Li Ling Çin modeli olarak tanımlanabilecek bu reformlarda Çin'e özgü karakteristiklerin -bilimsel gelişme, topluma yönelik ve uyumlu toplum- temel çekirdeği oluşturduğunu dile getirmektedir. Ling açıklamalarında yönetim felsefesinin

esas haline geldiğini, bununla birlikte ABD sağlık sisteminin hatalarını yapmamak gerektiğine, piyasanın mutlaka devlet tarafından kontrol edilemesi gerektiğini, Çin modelinde de bunun belirgin olduğuna yer vermektedir. Çin'de popülasyonun büyük olması ve modern bilgi teknolojisi sisteminin avantajlarında altını çizmektedir ([www.huaxia-healthcare.com](http://www.huaxia-healthcare.com)).

### 3.1. Güncel Reformlarda Hizmet Sunumu

Sağlık hizmetlerinin tabana kadar yayılması, geliştirilmesine yönelik reformların kapsamında şunlar yer almaktadır: Sağlık kurumlarının tabana yayılması; tabana yayılan sağlık kurumlarındaki sağlık çalışanlarının güçlendirilmesi, kompansasyon mekanizmalarının oluşturulması; operasyonel mekanizmalarının dönüştürülmesi.

#### Birinci Basamağın Yeniden Yapılandırılması

Kentlerde koruyucu hizmetlerin ve birinci basamağa önceleyen yeniden yapılandırılması amacıyla Toplum Sağlığı Merkezleri'nin (TSM) kurulması 1997'de başlatılmıştır (**Zhang, 2011**). Bin dokuz yüz doksan dokuz yılında hükümet biçimsel olarak TSM gelişimini teşvik etmiştir. TSM'ler kentlerde birinci basamak ve sosyal hizmetler vermekle görevlendirilmiştir. Bölge ve devlet hastaneleri TSM'lere dönüştürülmüş, bu hastanede çalışan uzmanlar yeniden eğitim alarak genel pratisyen haline gelmiştir. İki bin iki yılı sonunda Çin'in 31 eyaleti ve otonom bölgelerindeki 358 Çin şehrinde 2.406 toplum sağlığı merkezi ve yaklaşık 9.726 bağlantılı hizmet veren tesis kurulmuştur (**Liu, 2004a**). TSM sayısı 2010'da 32 bine yükselmiştir. Kentlerdeki sağlık kurumlarındaki artışa karşın kırsalda 2000-2010 yılları arasında sağlık merkezleri ve köy kliniklerinin sayısı azalmıştır (**Barber, 2013**). TSM'lerin kurulmasına karşın üç basamak arasındaki bağın kırılması, finansmanın yerel bırakılması, yerelde finansal destek eksikliği nedeniyle koruyucu hizmetler yerini kâr amaçlı tedavi edici hizmetlere bırakmış, hatta bazı bölgelerde bu merkezler özel sektöre satılmıştır (**Zhang, 2011**). Bin dokuz yüz doksan yedi iki bin dokuz yılları arasında birinci basamak hizmetleri ele alan bir çalışmada erişimi, kalite ve etkinliği geliştirmeyi hedefleyen reformların sonuçlarının belirsiz olduğu; devletin finansmandaki dramatik katkısına karşın bu yatırımların etkisi maksimize edilemediği; birinci basamağın performansının kötü olduğu; TSM kullanımının düşüklüğüne yer verilmiştir. Düşük kullanım ve hasta tatminsizliği nedeni olarak düşük nitelikli sağlık çalışan (hekim, hemşire; toplumun TSM'leri

bilmemesi, kanıta dayalı tıbbi uygulamalardaki yetersizlik; sigortanın desteklemesi olarak saptanmıştır (**Bhattacharyya, 2011**). Bu olumsuz sonuçları değerlendiren komisyon "Kentsel Toplum Sağlığı Merkezleri Geliştirilmesi Kılavuzu"nu hazırlayarak 2006 yılında yeniden inisiyatif geliştirilmeye çalışılmıştır.

Yeni sağlık sisteminin yaşama geçirilmesine yönelik 2009-2011 üç yıllık eylem planında piyasa tipi reformlarının tahrip ettiği tabana yayılan sağlık örgütlenmesine yanıt olarak yoğun devlet yatırımları ile sisteme ait tüm kurumların tamamen onarılması ve yeniden inşa edilmesi dile getirilmiştir. Bu amaçla üç yıl içinde ilçe düzeyinde 2000 genel hastane, 25 bin kasaba kliniği inşası ve 5000 klinik ve diğer halk sağlığı hizmeti veren kurumun yenilenmesi planlanmıştır. Her ilçede üç yenilenmiş hastane ve her köyde en az bir sağlık istasyonu hedeflenmiştir. Kentsel bölgede de büyüyen düşük maliyetli sağlık hizmetleri talebini karşılamak için 3.700 toplum sağlığı merkezi ve 11 bin toplum sağlığı istasyonu inşa edilmesi ya da yenilenmesi planlanmıştır. Finansal sınırlılıklarla karşı karşıya kalan bölgelerdeki tıbbi kuruluşların 2400'ünün tamamen finansmanı Merkezi hükümet tarafından karşılanması ifade edilmiştir (**Zhao, 2010**). Aynı zamanda özel sektör ile de sözleşmelerin motive edilmesi kararlaştırılmıştır. Özel sektöre tıbbi malzeme için finansal destek sunulmuştur (**Wang, 2013**).

### 3.2. Halk Sağlığı Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması

2000 yılı ile birlikte hizmet sunumunda değişim ile birlikte halk sağlığı hizmetlerinde de değişiklikler gündeme gelmiş Epidemiyoloji Önleme İstasyonları bulaşıcı hastalık kontrol ve önleme merkezleri olarak yeniden yapılandırılmıştır. Merkezi ve eyalet düzeyinde temel olarak üst yönetim, profesyonel teknik yardım, araştırma ve eğitim, kalite kontrol ve halk sağlığı bilgileri sorumluluğu; il ve ilçe düzeyindeki bulaşıcı hastalık kontrol ve önleme merkezleri ise halk sağlığı hizmetlerini verme sorumluluğu yüklenmiştir. Yeni kurulan TSM'lerde bir çok halk sağlığı hizmetini (Koruyucu hizmetler, hastalıkların kontrolü, sağlık eğitimi ve geliştirilmesi, sosyal bakım) vermesi hedeflenmiştir. Daha önce Epidemiyoloji Önleme İstasyonu'nun yaptığı surveyans işlevi ayrı dikey bir örgütlenmeye devredilmiştir (**Liu, 2004a; Clason, 2004**). Benzer biçimde ana ve çocuk sağlığı hizmetleri ilçe ve kentlerde ana ve çocuk sağlığı merkezleri, kırsalda kasaba hastaneleri, köy klinikleri ve bazı köy hekimleri tarafından sunulmaya

devam edilmiştir (Liu, 2004a; Claeon, 2004). Halk sağlığı hizmetleri ile ilgili yönetim, finansman ve sağlık çalışanlarının istihdamı desantralize edilerek tümüyle yerel sağlık otoritesine bırakılmıştır (Claesson, 2004).

İki bin dokuz yılında gündeme gelen "Sağlık Reformlarının Derinleştirilmesi" programında halk sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesine yönelik reformlara da yer verilmiştir (Hipgrave, 2012, www.china.org.cn, 2009).

Üç yıllık eylem planında halk sağlığı hizmetlerinden tüm vatandaşların eşit yararlanması devlet tarafından güvenceye alınmasına yer verilmiştir. 2009 yılı ile birlikte devlet tüm vatandaşların yer aldığı tıbbi dokümantasyon sistemini kurmaya başlamıştır (Zhao, 2010). Dokuz halk sağlığı hizmeti için 2009 yılında kişi başına harcama 15 Yuan kaynak ayrılmıştır. Bu miktar 2010'da 18.5 Yuan'a ve 2011'de 25 Yuan'a yükseltilmiştir (Guo, 2011; Eggleston, 2012).

### 3.3. Devlet (kamu) Hastanelerinin Yeniden Yapılandırılması

Bin dokuz yüz doksan yedi beri piyasada rekabet etme ve tamamlayıcı hizmetlerin sunumunun geliştirilmesi amacıyla devlet hastanelerinde birleşmeler veya karışma süreci başlatılmıştır. Hizmet sunumu organizasyonları ile ilgili mülkiyet değişimi, sağlık kurumlarının entegrasyon ve kombinasyonu, personel ve çalışma yaşamına yönelik düzenlemeler, ücret ve bonus sistemi (performans sistemi), destek hizmetlerinin dışarıdan satın alınması, profesyonel yönetici yetiştirilmesi vb. reformlarla ilgili pilot çalışmalara gidilmiştir (Liu, 2004a). Bu pilot çalışmalardan elde edilen birikim ile hükümet devlet hastanelerinin kontrolünü sağlamak için bir dizi reform çabasına girişmiştir. ABD ve Avrupa'daki maliyet kontrollü hastane reformlarının aksine Çin'de devlet hastanelerinin rol ve işlevleri ile devlet girdi ve müdahalelerinin ne derece de artırılabilirliğine odaklanılmıştır (Barber, 2013). Sağlık hizmetlerinde kamunun esas alınmasına yönelik devlet hastanelerinde gerçekleştirilecek yeniden yapılanma girişimlerine üç yıllık eylem planında yer verilmiştir. Bu kapsamda kamusal gelir kaynaklarını yöneten kurumlar, personel yönetimi, kalite kontrolü, personel eğitimi, profesyonel değerlendirme ve ücretlerin belirlenmesine yönelik düzenlemeler bulunmaktadır. Çeşitli bölgelerden elde edilen deneyimlere bağlı olarak iç kontrol, mülkiyet ve yönetimin ayrılması ilkesi ve yönetimle kurumların mükemmelleştirilmesi yeniden yapılanma sürecine empose edilmiştir (Zhao, 2010).

Reformlardan sorumlu devlet konseyi ofisi tarafından 2010 yılında hastane reformları ile ilgili kılavuz geliştirilmiştir. Kılavuzda tek amaç, üç alan ve dokuz görev olarak yapılandırılmıştır (Barber, 2013).

Devlet hastanelerinde geniş kapsamlı bu değişikliklerle ilgili bir konsensus söz konusu değildir, reformlara dirençli hastane direktörleri ve hekimler bulunmaktadır. Bu nedenle uygulamalar 16 şehirde pilot olarak yürütülmektedir (Li, 2011; Winnie, 2012). 16 şehrin ikisinde tamamen piyasa rekabeti koşullarına ait reformlar gerçekleştirilirken geri kalanlarında devlet hastanelerinde yönetim esaslı reformlar gündeme getirilmiştir. Devlet hastanelerinde yaşama geçirilen yönetim esaslı reformlar şunlardır:

**a-** Kamu hastanelerinin (Kâr amaçlı olmayan hastaneler dahil) rol ve işlevlerinde devletin rolünün açık hale getirilmesi (Temel sağlık hizmetleri, acil hizmetler ve olağan dışı durumlardaki hizmetleri sağlanması; 4 şehirde)

**b-** Devlet hastanelerinde rekabetin özendirilmesi ve mülkiyetinin özel sektöre devredilmesi (Devlet hastanelerinin çalışanlara satılması, özel yatırımcılar için Kamu Özel Ortaklığı modeline geçiş; iki şehirde)

**c-** Çeşitli şehir departmanları arasında sorumluluk ve güç dağılımının belirlenmesi (bir komisyon kurularak, komisyon başkanı veya yardımcısı kanalı ile devlet hastanelerinin finans, düzenleme ve yönetimiyle ilgili politikalar konusunda koordinasyonun sağlanması; 10 şehirde. Hastanelerin performansı ile ilgili sorumluluğun komisyon başkanına verilmesi. Dört şehirde hastanelerin günlük olarak yürütülmesinde komisyonun sorumlu hale getirilmesi.)

**d-** Kamu kurumları arasında güç ve sorumlulukların yeniden belirlenmesi:

- Sağlık politikaları ve düzenlemelerinde sağlık departmanının gücünü sınırlamak ve kamu hastanelerini yönetmek için yeni bir ajans oluşturmak, altı şehir (Devlet hastanelerini yönetmek ve çalıştırmak için bir ajans oluşturulmuştur. Bununla birlikte sağlık bakanlığının politika, düzenleme ve tüm hastanelerinin performansının izleme gücü devam etmektedir).

- Sağlık departmanının sorumluluk ve gücü devam etmektedir. Ancak sorumluluklar ikiye ayrılmıştır. Biri politika, düzenleme ve izleme gücü iken diğeri devlet hastanelerinin yönetimidir; 4 şehir.

- Her bir devlet hastanesinin karar verme gücünde değişim
- Hastanenin gelişimi ve stratejik planlaması: Hastane yöneticilerinin gücü azaltılmış, hastane kendilerini yönetebilmesi için "Kurul" kurulmuştur. Kurul hastanenin stratejik yönü ve genişlemesi, karların kullanımı, aşırı reçete yazımı ve hizmetin kalitesinin izlenmesinde temel karar verici durumunda getirilmiştir.
- Mali yönetim (Kâr –artık- kullanımı dâhil): Tüm şehirlerde aşırı reçete ve test kullanımının izlenmesi prosedürlerini kurumsallaştırmıştır.
- İnsan kaynakları yönetimi: Tüm şehirlerde devlet hastanesi çalışanları için kurallar esnetilmiştir. Çalışanlar belirli süreli sözleşme ile istihdam edilmiş ve yeniden atama ve terfiler performansına bağlı hale getirilmiştir. Bununla birlikte üst düzey yöneticiler hala parti tarafından belirlenmektedir (**Winnie, 2012**).

Devlet hastanelerinde en önemli reform gelir kaynakları ile ilgilidir. Reçetelenen ilaçların hastane tarafından satılma uygulaması kaldırılmış, hizmetlerin ücretlendirilmesi ve mali sübvansiyon gelir kaynağı olarak kalmıştır (**Zhao 2010**). Pilot hastanelerde operasyonel maliyetler için ilaç satışlarına bağımlılığı azaltmayı teşvit etme ve daha uygun kompanzasyon mekanizmalarının (gerçek aktüel maliyetleri yansıtan ücretleri düzenlemesi ve sigorta geri ödeme mekanizmaları) geliştirilmesine yönelik reformlar denetlenmektedir. Birkaç eyalette (Anhui, Nanjing ve Yunnan) bağımsız ilaç dağıtım ağları, tıbbi hizmetler ve ilaç satışlarından ayrı olarak yerleştirilmeye çalışılmaktadır. Altı eyalette devlet hastanelerinde 2011 sonunda sabit reçete ücretleri ile ilaçlarda sıfır kar uygulamasına geçilmiştir (**Barber, 2013**).

Son reformlarla özel sektörün genişlemesi hedeflenmektedir. İki bin on rakamlarına göre Çin'de 7068 özel hastane bulunmaktadır (Toplam hastanelerin %33.8'i). Maliye Bakanlığı tedavide tercihli vergilendirme ve politika destekleri ile özel sağlık sektörünü 2015 yılına kadar %20 genişletmeyi düşünmektedir (**Qin, 2013**).

### 3.4. Güncel Reformlarda Finansman

İki bin sekiz yılı itibarıyla toplam Çin nüfusunun %87'si sigorta kapsamındadır. Bunun %15'ini kent işçileri sigortası, %4'ünü kent sakinleri sağlık sigortası ve %68'ini kırsal sağlık sigortası

oluşturmaktadır. Ulusal sağlık hizmetleri taramasının 1998, 2003 ve 2008 yılları verileri sigorta kapsamındaki nüfus açısından kent merkezinde az olmak üzere kırsalda ciddi yükselmeyi ortaya koymuştur (sırası ile sigorta kapsamındaki nüfus kentlerde %52,5, %49,6 ve %64,8 iken kırsalda %4,7, %3,1 ve %89,4'dür). Yeni kırsal sağlık sigortası ile 2003 yılında yapılanması ile birlikte nüfus kapsayıcılığı hızla genişlemiştir. İki bin üç ve iki bin dört yıllarında 8 milyon olan sigortalı sayısı, 2005'de 179 milyona, 2008 yılında ise 825, 2009'da ise 833 milyona yükselmiştir (**Qin, 2013**).

Sağlık finansmanı ile ilgili iki binli yılları başında yapılan müdahalelere karşı sağlık harcamalarında ufak çaplı değişiklikler gerçekleşmiştir. 2002 ile 2007 yılları arasında cepten ödemeler %57,7'den %44,1'e azalmasına karşın hala ilk sırada yer almaktadır. Kamu sigortası %15,6'dan %21,3'e, vergi %15,7'den %22,3'e ve özel sigorta %2,1'den %3,3'e yükselmiştir. Cepten ödemelerin hala baskın olması nedeniyle ön ödemeli finansman müdahalelerinin etkisini sınırlı kaldığı ifade edilmektedir. Bununla birlikte kamusal sigortada artışa bağlı olarak finansal eşitsizliği azaldığı ifade edilmektedir (**Chan, 2012**). Gansu eyaletinde yapılan çalışmada düşük gelirli hanelerde sağlık için daha fazla pay ayrıldığı, regressif etkiye sahip olduğu ortaya konmuştur (**Chan, 2012**). Yine cepten ödemeler açısından kırsal-kentsel eşitsizlik devam etmektedir. Kırsal bölgede geri ödemeler düzeltildikten sonra tek bir günlük hastane kalışında cepten ödeme 2008 yılı için kırsal bölgedeki ortalama yıllık gelirin %50-70'i arasında değişmekte olup kentsel bölgenin iki katıdır (**Brix, 2011**).

Sağlık sigortalarının prim düzeyinin düşük olmasına bağlı (özellikle kırsal sağlık sigortası) hizmetlerin kapsamının ve finansal korumanın sınırlılığı ciddi sorun olarak gündeme getirilmiştir. İki bin sekiz yılı itibarıyla kişi başına prim kırsal sigortaya göre kent işçilerinin sigortasında 14 kat ve kent sakinlerinin sigortasında ise 4 kat daha yüksektir. Prenatal sağlık hizmetleri ve kronik hastalık yönetimi kentsel bölgelerinin yarısından daha düşüktür (**Qin, 2013**).

Düşük gelirli ailelerde katstrofik harcamalar 2003-2008 yılları arasında kentlerde yükselmiş (%4'e yakınken, %6'ya yaklaşmıştır), kırsal ortalamasında hafif azalma (%11'den biraz daha aşağıya) gerçekleşmiştir. Bununla birlikte doğu ve batı kırsalında hafif azalma varken merkez kırsalında artış olmuştur. Yine katstrofik harcamalar kırsalda kentin iki katına yakındır (Ulusal sağlık taramasında



katastrofik harcama, cepten sağlık harcamasının ortalama yıllık hane halkı gelirinin %40'dan fazla olması; düşük gelirli hane halkı ise kişi başına yıllık gelirin ortalama yıllık hane halkı gelirin %50'sinden daha az olması olarak kabul edilmiştir (**Meng, 2010; Brix, 2011**).

Çin 2009 yılında başlattığı "Sağlık Reformlarının Derinleştirilmesi" atılımı ile 2020 yılında evrensel kapsayıcılığa erişmeyi hedeflemektedir. Evrensel kapsayıcılık üç alanında da genişlemeyi hedeflemiştir (genişlik (nüfus kapsayıcılığı); derinlik (hizmet sunumu); yükseklik (finansal koruma). Halkın temel sağlık hizmetlerine erişimi ve duyarlı grupların gereksinimlerine daha fazla dikkat edilmesi temel bir politika olarak benimsenmiştir. Üç yıl içinde (2009-2011) üç kamu sigortasının kapsayıcılığını kent ve kırsalda %90'nın üzerine çıkarmak temel hedefdir. Ayrıca sağlık hizmetlerinde maliyet artışı, hizmete erişemeyen nüfus, katastrofik sağlık harcamaları ve gereksiz tıbbi hizmet üretimine çözüm olarak sunulmaktadır (**Qin, 2013; Hipgrave, 2012; Ho, 2011, www.china.org.cn, 2009**).

Son reformlar ile daha önce çalışma-birimi esaslı sağlık hizmetleri sosyal esaslı sigortaya dönüştürüldüğü; sağlık hizmetlerinin işverenden yerel devlet kurumuna transfer edildiği ve sağlık hizmetlerinin maliyetlerinin ise devlet, işveren ve işçi tarafından paylaşıldığı yeni sigorta sistemi ile gerçekleştirildiği dile getirilmektedir. (**Hu, 2011**). Kırsal ve kentsel bölgede sağlık güvencesi kapsamındaki nüfusun genişletilmesinde devletin katkısı görünür hale gelmiştir. Sosyal sağlık sigortasına dönmeyi hedefleyen Çin'de kent ve kırsaldaki finansman ile ilgili olumlu işaretler istatistiklere yansımıştır (**Yip, 2012**).

### 3.5. Güncel Reformlarda İlaç politikaları

İlaç maliyetini kontrol etmek ve maliyet etkin ilaç kullanımını teşvik etmek için, 1997 yılından beri devlet, ilaçların dağıtımı ve kullanımı ile ilgili bir dizi yasal düzenleme, politika ve doküman oluşturmuştur. Bu önlemler: Ulusal ve yerel temel ilaç listesinin hazırlanması; reçetelenen ilaçları ve tezgâh üstü ilaçların sınıflandırılması; ilaç yazılması ve satışının ayrılmasına için ilaç satışından elde edilen gelirin bağlantısının kesilmesi; fiyatların belirlenmesinde devletin rolünün azaltılması ve ilaçların çoğu için fiyatlara piyasanın karar vermesinin önünün açılması; ilaç üretimini ve dolaşımındaki düzenlemelerin sıkılaştırılması. İlaç satışında hastanelerle rekabet etmek amacıyla da serbest

eczane kurulması teşvik edilmiştir. Serbest eczane sayısı artmıştır (**Liu, 2004a**).

Bu düzenlemelere yönelik pilot uygulamalar ikibinli yıllar boyunca devam etmiştir. 2009 yılında gündeme gelen "Sağlık Reformlarının Derinleştirilmesi" programında ilaç reformları da kritik başlıklar arasında yer almıştır. İlaç dağıtımı ve satışı açısından hastaneler ve eczanelerin ayrılması; ilaçlarda kalite kontrolünün yeniden güçlendirilmesi ve ilaç fiyatlarının sınırlanması erozyonun önlenmesine yönelik kamu ihale sistemi ile ilgili reformlar gerçekleştirilmiştir (**Hu, 2011**). Devlet hastanelerinin ve sağlık kurumlarının doğrudan ilaç satışının maliyet artışlarındaki rolü gerekçesi ile bu kurumlarının ilaç satışı işlevlerine ortadan kaldırılması hedeflenmiştir. "Ulusal temel ilaç listesi" ile ilgili seçme, değiştirme ve yönetim mekanizmalarının kurulması; arz sisteminin kurulması ve öncelik seçimi ve rasyonel kullanımının yapılandırılması reform kapsamında yer almıştır (**Hipgrave, 2012; www.china.org.cn, 2009**).

### 3.6. Güncel Reformlarda Sağlık Hizmetlerinde Devletin Rolü

"Sağlık Hizmetlerindeki Reformların Derinleştirilmesi Kılavuzu"nda sağlık hizmetlerinde devletin rolüne açıklık getirilmiştir. Kamu sağlık hizmetleri aracılığıyla temel sağlık hizmetlerinin sağlanması, temel yapılar için mali yatırım, günlük çalışmalar, çalışanların atanması, malzeme sağlanması ve sağlık kurumlarını ile ilişkili ARGE harcamalarında devletin öncü rol oynayacağı ifade edilmiştir. Aynı zamanda devlete sigorta şemalarında prim katkısı -özellikle kırsal sigorta- için yeterli transferin sağlanması sorumluluğu yüklenmiştir. Yine ilaçların ve tıbbi hizmetlerin fiyatlarının düzenlenmesinde devletin daha aktif bir rol oynaması, ilaç fiyatlardaki ayrımcılık ve farklılık konularında daha sıkı kontrol uygulaması gerekliliği vurgulanmıştır. Devletin sağlık çalışanlarının eğitim ve teknik kalifikasyonunu geliştirmeye yönelik her türlü kurumsal kanallara kaynak tahsisini artırması, bu konularda standartizasyon ve profesyonel kalifikasyon sisteminin kurumsallaştırılmasına yönelik sorumluluklar verilmiştir. Son olarak devletin sorumlu kılındığı başlık bilgi sisteminin tüm sağlık sektörü için yapılandırılmasıdır. Bu sistemle ilgili yasal çerçevenin ve etkin iç gözetim olanaklarının oluşturulması, bilişsel teknolojinin kullanımı ile bilgi sisteminin merkezi kontrol olacağı genişletilmesi hedeflenmiştir (**Zhao, 2010**). Tıp endüstrisi yatırımlar için devletin rolüne açıklık getirmiştir. Kamu hastanelerinin ortalama yıllık

geliri 40 milyon RMB ve kâr oranı %4 olduğunu, temel kaynak eksikliği olduğu ifade edilmiştir. Devlet desteği olmaksızın pahalı tıbbi donanım ve diğer yatırımların yapılamayacağı (**Health Webinar, 2009**) söylenerek devletin sağlık alanında kaynak tahsisatını artırması ima edilmiştir.

### 3.7. Reformların Geleceği: 12. Beş yıllık Plan

Reformların geleceğini belirleyecek 12. beş yıllık plan Mart 2011'de açıklanmıştır. 12. beş yıllık planda ülkenin ekonomik büyümesinin nüfusa yaygınlaşması hedeflenmiş ve "dengeli ekonomi" kavramından "inclusive growth"ye ("içselleştirilen büyüme") geçilmiştir. Sağlık sektörü de bu kapsamda önemli yer tutmuştur. Sağlık sektörü ile ilgili kırsal nüfustaki sosyal güvenlik açığının giderilerek temel sağlık hizmetlerini herkese ulaştırma ve 2009'da açıklanan derinleştirici sağlık reformları anlayışına devam etmenin yanısıra biyoteknoloji stratejik endüstri olarak kabul edilmesine, yeni ilaç geliştirmeye yönelik yatırım ve araştırmalara 12 milyar Yuan daha fazla kaynak ayrılmasına, yabancı yatırımcıların önemine ve fonlarda "özellerle eşitlik" perspektifinde olduğu gibi yatırımlarda özel sektörlerle stratejik işbirliğine de yer verilmiştir. Bu dönem planda tıbbi kurumlara özel sermaye akışının güçlendirmek önemli yer tutmuştur (**China's 12<sup>th</sup> Five-Year Plan: Healthcare sector-May 2011**).

On ikinci beş yıllık planda Sağlık Bakanlığının önceliği olarak şunlara yer verilmiştir: Esansiyel ilaç listesini kurumsallaştırma; devlet hastanesi reformlarını hızlandırma; YKSS geliştirme ve sağlık kurumlarının en ücra yerlere kadar kökleşmesi; gıda güvenliği yönetimini güçlendirmek ve gözetimi zenginleştirme; Geleneksel Çin tıbbi hizmetlerini geliştirmek; sağlık çalışanlarının eğitimi güçlendirmek, teknolojik yenilik ve gelişmeleri iletirmek; sağlık reformlarının tümünü teşvik etmek; en yoksul hastaların ciddi tıbbi durumlarda maliyetlerinin geri ödemelerini en az %90'a çıkartılması; YKSS'deki her sigortalı için primlerde %93 artış (300 Yuan'dan az olmamak koşulu ile) ve cepten ödemeleri %30 ile sınırlamak (**China's 12<sup>th</sup> Five-Year Plan: Healthcare sector-May 2011**).

### 3.8. Güncel Reformlar Tıp Endüstrisi Tarafından Nasıl Görülüyor...

Tıp endüstrisi sağlık kurumlarının inşası, tıbbi aygıtlarla donanımı, bilgi teknolojisi, sigorta, hizmet sunumu ve ilaç sektörü ile Çin'deki sağlık reformları ile yakından ilgilenmektedir. Çok uluslu şirketler sağlık hizmeti aktörleri-oyucuları için yoksul ve miyadı dolmuş tıbbi donanım; sınırlı ilaçlar ve

depolanması; bilgi teknolojisinin olmaması yakın, kısa süreli ve uzun süreli fırsatları barındırdığı ifade edilmektedir (**Health Webinar, 2009**).

Tıp endüstrisi öncelikle sağlık alanındaki toplam harcamanın artışına dikkat çekmektedir. Sağlık harcamaları 2009 yılında 200 milyar USD'den 2012 yılında yaklaşık iki katına (400 milyar USD) çıkması beklendiğine, GSMH'nın %5'ine yakın olan toplam sağlık harcamaları %10'lara yaklaştığının altı çizilmektedir (**KPGM, 2010**).

Çin'de ilaç sektörünün geliri her geçen gün artış gösterdiği de ifade edilmektedir. Konu ile ilgili bazı istatistikler şöyledir: Toplam ilaç satış gelirleri 2005-2008 arası yıllık büyüme hızı %20,5 düzeyinde gerçekleşmiştir, 2010-2014 arasında %16,9 olarak tahmin edilmektedir. İki bin beş yılında 20 milyar USD olan gelirler, 2010'da 50 milyar USD'yi geçmiştir ve 2014 yılı için de yüz milyar USD'ye yükseleceği tahmin edilmektedir. Benzer gelişim tıbbi donanım için de geçerlidir. Bu sektör için Çin'in ithalat bombasını 2008'de patlattığı, toplam ithalatta 1.4 trilyon USD ile zirve yaptığına yer verilmektedir (**KPGM, 2010**).

Bilgi teknoloji açısından zamanla fırsatların sofistike hale geleceği yakın vadede hasta verilerinin paylaşımına olanak tanıyan elektronik kayıtlar, orta vadede bölgesel networklar (ağlar) ve uzun vadede ise ulus çapında ve birleştirilmiş sağlık networku (ağı) fırsatlar olarak değerlendirilmektedir (**Health Webinar, 2009**). Sağlık bilgi sistemi yatırımları da dikkat çekici olduğu, üç kategoride e-sağlık uygulamalarının gelişim gösterdiği ifade edilmektedir: Hastane yönetim bilgi sistemi (30 bin hastanenin %90'ında); hastane klinik bilgi sistemi (hastanelerin %20'si) ve coğrafik yönetim bilgi sistemi (**KPGM, 2010**).

### 4. Yeni Sağlık Reformlarının Erken Sonuçları/ Sorunlar

İki bin on yılı itibarıyla sağlık harcamaları GSMH'nın %5'idir, cepten ödeme %35.2 düzeyindedir. Kırsal sağlık sigortasının yarıdan fazlası (%54.8'i) devlet tarafından karşılanmaktadır (Eggleston, 2012). Sağlık harcamaları açısından kır-kent eşitsizliği devam etmektedir (Son iki dekatta kırsal sağlık harcamaları 17 kat, kentte ise 33 kat artış göstermiştir; kentte kişi başı sağlık harcaması 3 kat daha fazladır) (**Eggleston, 2012**).

Güncel reformların değerlendirildiği bir çalışmada 2008 yılına göre 2009 yılında 124 milyon USD daha

fazla yatırım yapıldığı, 1,2 milyon nüfusun sigorta kapsamına alındığını (433 milyon kentsel, 836 milyon kırsal); halk sağlığı hizmetleri için 2009 yılında kişi başı 15 Yuan olan kaynak tahsisatının 2010 yılında 18,5 Yuan'a yükseldiği, 2010 yılı itibarıyla onbeş yaşa altı nüfustan 58,9 milyon çocuğa Hepatit B aşısı yapıldığı, hastane doğumlarının 2008-2009 arasında %94,5'den %97,8'e yükseldiği; ulusal ilaç listesinin ilçe/beldelerin %80'inde uygulanmaya başladığı; hastane işletmeciliği ile ilgili devlet hastanelerinin geliştirilmesi, birinci basamak ile sistematik bağlantının kurulması, ilçe hastanelerine yatırım yapılması, herkes için tek kart uygulamasına geçilmesi, sağlık çalışanların standart eğitimden geçirilmesi (72 bin ilçe hastanesi çalışanı, 2.080.000 kent hastanesi çalışanı, 420 bin TSM çalışanı), bilgi sisteminin kurulması reformlarının yaşama geçirildiği ifade edilmektedir (**Guo, 2011**).

Sağlık hizmetlerine erişim ve finansal korumaya yönelik 2003, 2008, 2011 Ulusal Sağlık Hizmetleri Tarama verilerinin kullanıldığı çalışmada sigorta kapsamında ve yatan hastalarda geri ödeme hızının arttığı, erişimin arttığı, buna karşın katstrofik sağlık harcamalarında azalmanın gerçekleşmediği tespit edilmiştir. İki bin üç-iki bin on bir yılları arasında sigorta kapsamı %29,7'den %95,7'ye yükseldiği; yatan hasta geri ödemelerinin %14,4'den %46,9'a yükseldiği; hastane doğumlarının %95,8 olduğu; sezaryan doğumlarının %19,2'den %36,3'e yükseldiği tespit edilmiştir. İki bin on bir yılı itibarıyla katstrofik sağlık harcaması yapan hane oranı %12,9 olup yoksul hastalarda 2 kat daha fazla olduğu, kırsal bölgenin daha fazla etkilendiği belirlenmiştir. Teminat paketlerinin de yerel yönetimlere göre farklılık gösterdiği tespit edilmiştir (**Meng, 2012**). Sağlık sigorta kapsamındaki artışa karşın Çin'in güneydoğu kıyısında 6.87 milyon nüfuslu Fuzhou şehrinde birinci basamak sağlık hizmetlerinin kalitesinin değerlendirildiği bir çalışmada geçen yıl ticari sigorta (özel) yaptıran TSM'ye hastalarında (%36,2), toplum sağlığı istasyonlarında %16,0 ve hastane kullananlarda %22,0 olarak saptanmıştır, bu üç kurumun farklılığına karşın daha önceki çalışmalarda %7,6 oranından oldukça yüksektir (**McCullum, 2013**).

Piyasalaşma ve derin özelleştirmeye yanıt olarak şekillendirilen "derinleştirici sağlık reformları"nın erken sonuçları hala sorunların varlığının devam ettiğini göstermektedir. Devlet tarafından finansman desteğine, sigorta kapsamında nüfusun artmasına karşın cepten ödemelerin hala

yüksektir. Sigorta konusundaki pilot uygulamalar belirsizlikler varlığını sürdürmektedir. Toplam sağlık harcamalarında azalmanın (cepten ödemelerin pik yaptığı 2001'deki %60'dan, 2010 yılında %36 düşme) nüfusun sağlık gereksinimini karşılama açısından kanıt olmadığı, bu durumun sadece devletin ve sigortanın daha fazla hizmet satın aldığı gösterebileceği şeklinde ifade edilmektedir. Çin nüfusunun yarısının kırsalda yaşamasına karşın sağlık harcamalarının ve devletin kaynak tahsisinin ağırlıklı olarak kentsel bölgelere yönelik olduğu belirtilmektedir (**Hipgrave, 2011**).

Bu planın spesifik olarak teşvik edici olmasına karşın sağlık sektörü için kural olmadığı ifade edilmektedir. Bu yeni planda yerel harcama ve hesap verme sorumluluğu belirsiz kaldığı, sadece kademe olarak devletin harcamaları artıracaklarını, buna karşın sağlık hizmetleri reformlarının temel hedeflerinden olan eşitlik için belirsizliğin major sorun olarak devam ettiği ileri sürülmektedir (**Hipgrave, 2011; Yip, 2012**). Eşitlikle ilgili açıklar olarak bölgeler ve eyaletler arasında gereksinimler ve mali olanaklar arasındaki devasa farklılıkların olması; sağlık finansmanında kapsam derinliğinin eşitsizliği, göçmen nüfusun sigorta kapsamında olmaması dile getirilmektedir (**Yip, 2012**).

OECD ülkeleri ile kıyaslandığında hastane yatağı sayısı hale düşüktür (bin kişiye düşen hastane yatağı 2,2'dir). Bununla birlikte hastanede kalış süresi daha uzundur. İki bin on bir yılı için hastanede ortalama kalış süresi 12,1 gündür ve 2010 yıl verilerine göre hastane olanaklarının ayakta hasta bakımında %64,9'u ve yataklı tedavide %67,2'si kullanılmaktadır. Hastanelerin yatan hastaya odaklandığı belirtilmektedir. Halk daha çok hastaneleri tercih etmektedir. Küçük yakınmalarda bile hastaneler kullanılmakta, kronik hastalar ve rehabilitasyon hizmetleri hastanelerde gerçekleştirilmektedir. Sevk sistemi yoktur (**Barber, 2013**).

Esansiyel ilaç programının tasarlanması ve yaşama geçirilmesinde de sorunlar yaşanmaktadır. Bu sorunlar arasında sıfır karlı ilaç politikasına karşın hala hizmet sunucuları ilaç satışına bağlı gelir sağlamanın devam etmesi; hem ulusal hem de eyaletlere bağlı ilaç listelerinde geleneksel tıbbi ait iyileştiriciler ve ilaçların seçiminde maliyet-etkinlik kriterinin belirsizliği; ilaç endüstrisinin ilaç seçiminde etkisine yönelik düzenleyici sistemlerin zayıflığı; ilaçların kalite kontrolündeki yetersizlik; sözleşmelerde etkin kontrolün olmaması

nedeniyle ilaç kıtlıklarında sözleşme yapılan ilaçların fabrikalardan dağıtımında başarısızlık yaşanması olarak sıralanmaktadır (Yip, 2012). Haziran 2012 tarihli basında yer alan bir haber ilaç satışı ile ilgili müdahalenin yaşama geçirilmesini duyurduğu haberde kompensasyon mekanizmasına da yer vermektedir (www.economist.com). Bu kompensasyon mekanizması ilaç fiyatlarını yükseltmenin alternatifleri olarak hem sigorta kurumundan hem de vatandaştan hekim muayenelerine katkı alınması biçiminde özetlenebilir.

Güncel reformlara rağmen Çin komünlerinin ancak %57'sinde TSM'ler yapılandırılmıştır. Hala gelir kaynağı olarak devlet bütçesi sınırlıdır. İki bin yedi itibarıyla TSM gelirlerinin hala %70-80'i ilaca bağlı olmasına karşın merkezi ve yerel yönetimden kaynak aktarımı %9,6 gibi düşük miktarda olduğu gösterilmiştir. TSM'lerin gelir getirici işlere yöneldiği sağlık eğitimi ve sağlığın geliştirilmesi gibi rollerini yerine getiremediği ifade edilmiştir (Wang, 2011). İki bin yedi yılında 28 büyük şehirde yapılan çalışmada her beş TSM'den birinin özel sektöre ait olduğu saptanmıştır. Birinci basamak hizmetlerde özel sektörün rolünün ele alındığı bir çalışmada, özel sektöre ait TSM'lere düşük ve orta gelire sahip nüfusun başvurduğu, özel sektör ve devlet mülkiyetli TSM'ler arasında performans açısından fark olmadığı olduğu sonucuna varılmıştır. Düşük ve orta gelirli nüfusun yaşadığı, devlet kaynaklarının yetersiz olduğu bölgelerde, hızlı ve düşük devlet yatırımlarıyla özel sektörle yapılan sözleşmelerin evrensel kapsayıcılığın genişlemesine katkı sağlayacağı belirtilmiştir (Wang, 2013) Birinci basamak sağlık kurumlarının finansmanında devletin öncü rolü 2008 ile karşılaştırıldığında toplam devlet fonu 2011 yılında sağlık merkezlerinde %14,9, TSM'lerde %10,2 artmıştır. Halk sağlığı hizmetlerinin bütçesi 2008 ile karşılaştırıldığında halk sağlığı bütçesi 2011 yılında %139 artmıştır. İki bin sekiz-iki bin on bir arasında tam olarak devletin finanse ettiği kasaba sağlık merkezleri %17'den %31,9'a; TSM ise %14,8'den %25'e yükselmesine (Meng, 2011) karşın özel sektör birinci basamak hizmetlerde kapsamını genişletmiştir, 2011 yılı itibarıyla TSM ve toplum sağlığı istasyonlarının %18,6'sı özel sektöre aittir; köy kliniklerinin de çoğu özeldir (Eggleston, 2012). Temel sağlık hizmetlerinin sağlanması henüz güvence altına alınamamıştır. Bazı bölgelerde TSM yüzdesi oldukça düşüktür. Bazı TSM ve toplum sağlığı istasyonları özel mülkiyettir veya kooperatif sağlık kurumundan dönüşmüştür. Yetersiz kaynak aktarımı nedeniyle bu kurumlar halk yararına işlevler vermektense uzaktır. Bazı TSM'leri halk

sağlığı istasyonlarında tarafından konuk edilmekte, halk sağlığı personeli ve girdilerdeki eksikliklere bağlı olarak halk sağlığı hizmetleri vermeye hevesleri yetersizdir (Meng, 2011). İki bin sekiz yılında yapılan ulusal sağlık taramasına göre ASYE'larında ilk başvuru olarak hem özel hem de devlet sağlık kurumları tercih edilir hale geldiği; özel klinikler tıbbi bakım için önemli kaynak halini aldığı ve özellikle düşük gelirli ailelerde (yüksek gelirliyle göre) TSM'den daha fazla tercih edildiği ortaya konmuştur (Qian, 2010).

Wang ve arkadaşları tarafından yapılan toplum esaslı sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliği ve kalitesini ele alan bir çalışmada da sağlık çalışanları ile ilgili ciddi sorunlar olduğu, genel pratisyenlik pratiğinin ağır kaldığı, ek bir eğitim alınmadığı, hekimlerin TSM'lerinde çalışmaya gönülsüz olduğuna dikkat çekilmiştir. Bu çalışmada TSM'ler ilgili otonominin ve esnekliğin olmaması ciddi bir sorun olarak değerlendirilmiştir. İstihdam, ücretler ve liderlik konusunda devletin idaresinin baskın olduğu, bu nedenle yerel sorunlara erken yanıtın verilemediği ifade edilmiştir. TSM'ler için otonomi, esneklik, daha fazla devlet bütçesinden kaynak aktarımı (özellikle halk sağlığı ile ilgili müdahalelerde) önerilerinde bulunulmuştur. TSM'ler asli olan kapı-tutuculuğu rolünü de gerçekleştirememiş, daha çok hastaneler için tamamlayıcı bir işlev üstlenir hale gelmiştir (Wang, 2011).

Hastalar tarafından hastane tercihi hala baskın, birinci basamak hala cazip değildir, kapı tutuculuk yoktur. Halk arasında sağlık hizmeti ile ilgili "daha güç ve daha pahalı" söylemi devam etmektedir (Eggleston, 2012). Birinci basamak sağlık kurumlarının tıbbi bakım işlevleri zayıflama eğilimindedir. Halk sağlığı hizmetleri ön plana geçmiş, tıbbi bakım vermektense aşama aşama uzaklaşmaktadır. Bu uzaklaşma ilgili departmanları azalması, gönülsüzlük ile ilişkili olduğu ifade edilmektedir. Bunun sonucunda tıbbi hizmetlerinin kalitesi azaldığı ve hastaların tedavi için yeniden daha üst kurumlara yöneldikleri belirtilmektedir. Kalite ve standart açısından sorunlar devam etmektedir. Uzun bir sürede bozulan sistemin kısa sürede toparlanabilmesi beklenmemesi gerektiği; bu kurumların hala güçlü politika, kurumsal ve finansal desteklere gereksinimi olduğu; bu gereksinimlerin kabullenilmesi ve desteklerin yoğunlaştırılmasının önemli olduğu vurgulanmaktadır (Meng, 2011).

Spesifik halk sağlığı organizasyonları yaygınlaşmıştır (bulaşıcı hastalık kontrol merkezleri, spesifik

hastalıkların önlenmesi ve tedavisi, sağlık eğitimi merkezleri, ana ve çocuk sağlığı merkezleri, aile planlaması merkezleri) (Eggleston, 2012). Temel sağlık hizmetleri 2008 yılı ile karşılaştırıldığında kasaba sağlık merkezlerinde %23,7, TSM'lerde %14,5 artış göstermiştir. BBSH kurumları politikadaki teşviklerle halk sağlığı hizmetlerine daha fazla ödeme yapma ve daha fazla dikkat eder hale gelmiştir. Kurumlar "halk sağlığı hizmeti sağlamak zorundayım"dan, "halk sağlığı hizmetleri sağlamalıyım"a evrilmiştir. Merkezi Çin'de hizmetler %21,6, batıda %13,8 artmış, doğu bölgesinde %9 azalmıştır. Değişiklik daha çok kronik hastalıkların önlenmesi ve tedavisi programları ve diğer major sağlık sorunlarındadır. Bununla birlikte hala etkin önleme ve tedavi kapasitesinde eksiklik vardır. Bu konularda teknik düzeyin geliştirilmesine ihtiyaç vardır. Hipertansiyon taraması 2007 yılına göre 2010 yılında TSM'lerde %78,4'den %99,1'e; kasaba sağlık merkezlerinde %42,4'den %95,4'e yükselmiştir.

Temel değişiklik sağlık personelinin davranış değişikliğidir. Halk sağlığı hizmetlerine finansal kompensasyon (performans) uygulaması ile hizmetin niceliği ve niteliğinde artış gerçekleşmiştir. 0-36 aylık çocukların standartize izlemleri 2008 yılına göre 2010 yılında kasaba sağlık merkezleri için %80,0'dan %85,6'ya, TSM'lerde ise %87,2'den %92,3'e yükselmiştir. Altmış yaş ve üzeri yaşlıların izlemi ise 2008-2010 yılları arasında kasaba sağlık merkezleri için %30,2'den %64,0'a; TSM'lerde ise %54,4'den %64,1'e yükselmiştir (Meng, 2011). Tüm bunlara karşın reformların sigara, çevresel kirlilik, kentleşme ve Çin nüfusunun yaşlanması ile risklerinin üstesinden gelemediğine dikkat çekilmektedir (Hipgrave, 2011).

Çin'in güneydoğu kıyısında 6.87 milyon nüfuslu Fuzhou şehrinde birinci basamak sağlık hizmetlerinin kalitesinin araştırıldığı bir çalışmada TSM'ler, toplum sağlığı istasyonları ve hastaneler karşılaştırılmıştır. İlk başvuru özelliğinin hastanelerde daha yüksek olmasına karşın erişilebilirlik, bakımın sürekliliği, kapsamlılık TSM ve toplum sağlığı istasyonlarında hastanelere göre daha yüksek bulunmuştur. Topluma yöneliklik, aile merkezlik ve koordinasyon skorları her üç sağlık kurumu için de düşük olarak saptanmıştır. Aynı çalışmada sağlık sunucuları ve politika yapıcılarının birinci basamak ile ilgili algıları kalitatif olarak değerlendirilmiş; daha iyi koordinasyon, daha iyi geri ödeme, daha formal devlet sözleşmesi ve

toplumsal düzeyde çalışanlarda daha yüksek statü ve daha fazla uygun lisans ve lisansüstü eğitimin sağlanması ile ilgili düşünceler paylaşılmıştır (McCullum, 2013).

Gelecek on yılda 300 bin eğitilmiş aile hekimi en üst sıradaki hedef olmasına karşın, nitelikli sağlık personelinin yoksul kırsal bölgelerde kalmasının zor olduğu ifade edilmektedir (Yip, 2012). Çin'de 2007 yılı için 40 bine yakın kırsal kasaba sağlık merkezinde 860 bin çalışan, 3200 kentsel TSM'inde 106.100 sağlık emekçisi görev yapmaktadır. Tüm sağlık emekçilerinin %20'sinin kasaba sağlık merkezlerinde çalışmasına karşın bu kurumlara 2006 yılında toplam sağlık harcamalarının sadece %6,7'si tahsis edilmiştir. İki bin sekiz-iki bin on yılları karşılaştırıldığında hem bin nüfusa sağlık çalışanı ve hastabakıcı sayısı kırsal kasaba sağlık merkezlerinde 0,86'dan 1,14'e; kentsel TSM'lerde 0,8'den 1,1'e yükselmiştir. BBSH çalışanlarının istihdam, çalışma koşulları ve çevresinde gelişmeler olduğu, çalışanlarının kalıcılığın artırılabilirliği belirtilmektedir (Meng, 2011). Sağlık çalışanlarında hala nitelik sorunu devam etmektedir. Tüm girişimlere karşın 2010 itibarıyla Çin'de köy doktorlarının sadece %14,2'si yeterli niteliğe sahip olduğu belirtilmektedir (Hipgrave, 2011). Halk sağlığı hemşireleri sayısında da istenen artış sağlanamamıştır, 2009 yılı itibarıyla 79.711 halk sağlığı hemşiresi vardır. Halk sağlığı hemşireliği düşük ücretler nedeniyle tercih edilmemektedir (Yuan, 2012).

Son üç yıl içinde kasaba sağlık merkezlerinden 360 bin, TSM'lerden 160 bin ve köy kliniklerinden 1 milyon 370 bin sağlık çalışanı eğitimden geçirilmiştir (Meng, 2011). Eğitim programlarının yoğunluğunun güçlendirildiği, kalitesi geliştirildiği, devlet spesifik fonlarıyla desteklendiği ifade edilmektedir. Kasaba sağlık merkezi ve TSM'lerindeki hemşirelerin ve hastaik önleme sağlık bakım personelinin yarısından fazlasının reformlar sonrası eğitim aktivite sayısını artırmıştır. Benzer durum çoğu köy kliniği çalışanları için de geçerlidir. Bununla birlikte birinci basamak hekimlerinin reformlar sonrası eğitim aktivitelerinin sayısında azalma tespit edilmiştir (Meng, 2011).

Birinci basamak çalışanların iş yoğunlukları oldukça yüksektir, haftada beş günden, günde 8 saatten daha fazladır. İki bin yedi yılı ile karşılaştırıldığında halk sağlığı hizmetleri için harcanan zaman %10 artış göstermiştir. Kadroların dolmaması, iş

yoğunluğu ve baskısının artması reformların motivasyonunu sınırladığı, ekibin istikrarını ve çalışma hevesini olumsuz etkilediği, bu olumsuzların tükenmeye de yol açacağı ifade edilmektedir (**Meng, 2011**). Sağlık çalışanları için bu kurumların cazip olması ve buralarda kalmalarının sağlanmasına yönelik önlemler alınmasına (hedef eğitim, kayıtlı doktorların işe alım, tıbbi yardım sağlanması ve kotaları, vb) karşın bu politikaların işlevselliği ve sürdürülebilirliği tartışmalıdır. Bu kurumlardan ayrılmak isteyen sağlık çalışanı oranı hala yüksektir. TSM'lerde %45,9'u, kasaba sağlık merkezlerinde %50,5'i ve köy kliniklerinde %61,6'sı ayrılmak istemektedir. Kalıcılığın sağlanması için sağlık çalışanları ile ilgili olarak uzun süreli planlama yapılması, sayı ve yapı açısından 10 yıllık politika ve önlemler gerçekleştirilmesi ve birinci basamak sağlık çalışanları ile ilgili oluşan statünün köklü olarak değişmesi gerektiği ifade edilmektedir (**Meng, 2011**).

Sağlık çalışanlarına emek piyasasındaki davranışlarına göre yapılan bir çalışma da üç önemli sonuç çıkartılmıştır. Birincisi özel sektörde çalışan hekim ve hemşireler ücret değişikliklerine yanıt verdiği, çalışma saatlerini artırmayı gönüllü kabul ettiği saptanmıştır. Bu durum ek istihdam talebine çözüm olarak kompensasyon mekanizması kullanıldığı ifade edilmektedir. İkincisi devlet sektöründe çalışanlara standart çalışma programı için sabit ücret bazlı ödeme yapıldığı, işte kalıcılığı konusunda esnekliğin olmadığı; bu grubun ücret dışı faktörlere oldukça motive (işverenin mülkiyet yapısı ve çeşitli yerel tıbbi talep) olduğu saptanmıştır. Özellikle özel hastanelere çalışma eğilimi yüksek olduğu, tipik olarak performansla ödeme ile özel sektörde çalışma motive edilmektedir. Özel sektöre kayış söz konusudur. Üçüncüsü, ücret dışı çalışma saatlerini hem özel ve hem devlet sektöründe çalışanlar için negatif etkilemektedir. Piyasa yönelimli reformlar nedeniyle sektörün sağlık çalışanı gereksinimi artmaktadır. Daha fazla hekim ya da daha uzun çalışma saatleri seçenekleri söz konusudur. Mevcut durum ikinci seçenek yönünde işlemektedir (**Qin, 2013**).

Sağlık reformları açısından yerel yönetimlerin desteklenmesi, önceliklendirme konusunda ülke düzeyi dışında zayıflığı ve daha fazla ve bağımsız bilgi gereksinimi konularına vurgu yapılmaktadır (**Hipgrave D, 2012**).

Son dekatlarda sağlık sektörüne ulusal düzeyde kaynak tahsisatının artmasına karşın Çin'de sağlık

sektörünün eşit düzeyde gelişimine yol açmadığı, alt düzeylerde finansal ve yönetim konularında paralel reformlara gereksinim olduğu ifade edilmektedir. Çoklu devlet düzeylerindeki kurumları tarafından sağlık hizmetlerindeki reformların (beş temasının) kolektif biçimde geliştirilmesi ve kısmi kaynak sağlanması, fakat ayrıntılı tasarlama, büyük oranda fonlanması, uygulanması ve izlenmesi işlevlerinin ağırlıklı olarak daha alt düzey otoritelere (alt-ulusal otoritelere) temeline dayandırıldığı belirtilmektedir. İki bin dokuz yılı için sağlık reformları için 850 milyar RMB (126 milyar ABD dolar) ayrılması, bunun 331,8 milyar RMB'sinin merkezi yönetimlerce sağlanması (merkez %40, yerel yönetimlerin payı %60); köy doktorlarının rol ve sorumluluklarının yükseltilmesi için üç kalemden kaynak tahsisatının sağlanması (ulusal fonlanan dikey programlar; ilaç reformlarını tanzim etme amaçlı yerel tazminat; kırsal kooperatif sigorta) örnek olarak sunulmaktadır. Bu karmaşık ve parçalı ödeme düzenlemelerinin gözetimi ve ek finansman yerel otoritelere dayandırılmaktadır. Bununla birlikte yerel yönetimlerin sağlık gibi kamusal malları gelecek için yatırımdan çok bir tüketim kalemi olarak görüldüğü ve yerel kalkınmaya engel olabileceği ifade edilmektedir. Birçok olumsuz örnek yerel yönetimlerin sağlık sektörü önem vermediğine kanıt olarak sunulmaktadır (kusurlu sütler, sahte aşular gibi). Ulusal öncelikleri yerel olarak sahiplenme sadece finansman boyutu ile değil sağlık hizmeti sunucularının koordinasyonu ve yönetiminde de sorunlu olduğu ifade edilmektedir (**Hipgrave D, 2012**).

Sağlık hizmetleri ile ilgili verilerle ilgili kuşkulara da yer verilmektedir. Çin tarzı federalizm özelliğine bağlı olarak sosyal ve ekonomik ilerlemeyle ilgili raporlamanın yerel olarak oluşturulması, idari verilere dayanması, genellikle yatay olup dikey (üst ve sektörler arası) özellikle taşımamasına bağlı olarak sorunlar yaşandığı ifade edilmektedir. Ulusal yıllık doğum kohortu aile planlaması toplantılarında 13 milyon denilirken, bulaşıcı hastalıkların kontrolünde 16 milyondan fazla olarak ifade edilmesi örnek olarak verilmektedir. Çin sağlık reformlarındaki eşitlik hedefinin izlenmesi güvenilirliği sınırlı kanıtlara dayandırıldığı; ilerleme raporlamaları büyük ölçüde çıktı esaslı veya ulusal tasarlanmış insiyatiflere belirli kaynaklardan elde edilen sayısal veriler olduğu, çoğunlukla payda eksikliği olan 2009 yılı öncesi süreçle ilgili olduğu ifade edilmektedir. Çin'de yerelin temsil edildiği nüfus esaslı araştırmalar nadir olduğu; bağımsız, sağlık hizmetleri reformlarının etkisi ayrılmış olmadığı; sağlık üzerine yerel girişimlerinin

etkisini görmeyen; nispeten kaba düzeyde olduğu dile getirilmektedir. Bu eksiklikler büyük risklere yol açabileceği, bulaşıcı olmayan hastalıkların yükünün maliyetinde olduğu gibi kaynak tahsisatında ciddi ekonomik sorunlara yol açabileceği ileri sürülmektedir. Yeni açıklanan planın ulusal çapta sağlık hizmetleri reformlarını değerlendirmesi ve izleme zayıf olduğu, Çin'in yönetim hiyerarşisinde sağlık sektörünün pozisyonunu yansıtmadığı iddia edilmektedir. Önerilere rağmen sağlık sektörü ile ilgili planlama, izleme ve değerlendirme süreçlerine halkın katılımı oldukça sınırlı olduğu belirtilmektedir (**Hipgrave, 2012**).

Yeni sağlık yönetim bilgi sistemi ve sağlık çalışanlarının performans bazlı yönetimi gözetimi artırabileceği ifade edilmektedir. Sağlık hizmetleri ile ilgili reformlardaki eşitlik hedefini başarmak için paralel yönetim, finansman ve hesap verme reformlarına da gereksinim olduğu belirtilmektedir (**Hipgrave, 2012**).

Eyalet ve eyalet altı düzeyde hükümetler Çin sağlık reformlarına uyum gösterecek kapasiteye sahip olmadığı; sağlıkla ilişkili hukuk, düzenlemeler ve standartların güçlendirilmesi ile komplike ulusal ölçeğin altında kamu yönetimindeki zayıflık olduğu ifade edilmektedir. Örnek olarak 2009 yılında sıkı ulusal gıda güvenliği hukuku ve uygulamaya giren bir dizi gıda güvenliği standardına karşın hukukun yerleştirilmesi oldukça yetersiz düzenlenmiş ve gıda güvenliği ile ilgili sorunlar (örneğin 2010 yılında melamin-kontamine süt ürünleri yeniden canlanması gibi) devam ettiği gösterilmektedir. Çin basınının da çevre, yol, hasta ve ilaç ve aşı güvenliğindeki zayıflıkları raporlandığına; yerel düzeyde ekonomik büyüme ile halk sağlığı güvenliği arasındaki olası çatışmaların sistemik olarak izlenmediği ve kabul edilmediği dile getirilmektedir. Yine yerel düzeyde sağlık bakımı ve finansman düzenlemeleri de henüz gerçekleştirilmediği de ifade edilmektedir (**Brixi, 2011**).

Brixi'nin sağlık reformlarında kamu yönetimi ve eşitliği ele aldığı makalesinde Çin'in büyüklüğü ve halk sağlığı hizmetlerinin finansmanının desantralize olması nedeniyle eyalet hükümetlerinin rol ve sorumluluklarının güçlendirilmesi yaşamsal olduğuna vurgu yapmaktadır. Eyalet hükümetlerinin rolü olarak kamusal kaynakların dağıtımında eşitlik ve etkinliğin sağlanması, ulusal politikaların yerleştirilmesi, hukukun güçlendirilmesi ve tüm eyaletin içinde sağlık sisteminin performansının yeterliliğinin sağlanması olarak sıralamaktadır. Çin'deki

güncel sağlık sistemi reformlarının hedeflerinin başarılmasında eyalet, il, ilçeler arasındaki gelir farklılıklarının en aza indirilmesi gerektiği ve merkezi hükümetin 2000'den beri belirgin kaynak tahsisatına bağlı olarak eyaletler arasında seçilmiş sağlık göstergelerde eşitsizliklerde azalmayı gösteren çalışmaların bulunmasına karşın eyaletler ve eyalet içerisindeki iller ve daha aşağı düzey bölgeler arasında kamu sağlığı harcamalarında regressiflikte artış gösteren çalışmalarında varlığına dikkat çekmektedir (**Brixi, 2011**).

İki bin dokuz reformları ile yönetim mekanizması daha da kompleks hale gelmiştir. Sağlık sigortalarının en baskın güç haline getirilmiş, hizmet sunucular ve vatandaşların kontrollerindeki rolleri artırılmıştır. Merkezi devlette düzenleyici otorite olarak oldukça esnek hale gelmiş, hizmet sunucular üzerindeki kontrolünü artırmıştır, esansiyel ilaç listesi örneğinde olduğu gibi. Yeni yönetim meknizmasında zayıflı eyaletlerle yerel yönetimler arasındaki bağlantıdadır. Yerel yönetimlerin çoğunluğu kendini ekonomik büyümeye adanmış, sağlık hizmetlerinde ciddi düzeyde sorumluluk henüz gerçekleştirilmiştir. Son reformlar başarısızlığa mahkumdur, daha önceki yönetim mekanizmasındaki köklü sorunlara el atılmamıştır. Bunların başında cepten ödemeler ve hizmet başı ödeme sistemi gelmektedir. Bunları sağlık bürokrasisindeki organizasyonel ve analitik kapasite zayıflığı izlemektedir. Yine sigortalarının vatandaşları hizmet sunucularından koruması ve geliştirmesi konusunda güven vermekten uzaktır. Sigortaların parçalı yapısı hala devam etmektedir. Artan bilgi teknoloji yatırımlarına karşın vatandaşların ve düzenleyici mekanizmalarının güçlendirilmesinde bilgi teknolojilerin rolüne ait kanıt heüz yoktur. Son olarak hala güç, kaynak ve sorumluluklar açısından vatandaş ve hizmet sunucular arasındaki dengesizlik devam etmektedir, hizmet sunucuların sorumluktan kaçmalarına izin verilmektedir (**Ramesh, 2012**).

Çin'de devletin rolünün belirginleşmesine karşı çıkan, özel sağlık sigortası, hastanelerin özel mülkiyete devredilmesini, hekimlerin çalışmasının serbest bırakılması, vatandaşın sorumluluk alması vb. liberalize sistemin kullanılmasının daha rasyonel olacağını savunan çevrelerin (Pekin Üniversitesi Kamu Yönetimi bölümünden Prof.Dr. Li Guonen gibi) basıncı devam etmektedir (**www.huaxia-healthcare.com**).

Sağlık hizmet kullanımında kapitalist dürtüye bağlı artışlara örnek olarak sezaryen doğumların artışı Çin için de geçerlidir. Yapılan bir çalışmada beş ayrı

ilçede 2004-2007 arası sezaryen doğumları karşılaştırılmıştır. Tüm dört ilçede belirgin artış gerçekleşmiştir, beşince de yüksek hızını değiştirmiştir. İlçelere göre 2004 ve 2007 yıllarına ait sezaryen doğum hızları ve değişim hızı şöyledir: %8,3'den %19,2'ye (%131); %12,2'den %18,6'ya (%52,2); %32,2'den %43,9'a (%36,3); %35,0'dan %56,4'e (%61,1) yükselmiştir. Beşinci ilçede ise yüksek hızda (%60) devam ettiği gösterilmiştir. Toplam doğumlara bağlı gelirleri içerisinde sezaryenlerin payı %72-85 arasında değişmektedir. Üç ilçede sezaryen gelirleri %97, %239 ve %408'lik artışlar göstermiştir, bu artışların sağlık hizmetlerinden elde edilen gelirlerden daha yüksek olduğu gösterilmiştir. Performans sisteminin getirdiği hekimlerde motivasyonun arzı yönlü bir basınç oluşturduğu, daha pahalı hizmetlere yönelindiği ve hasta kaynaklı da ağrı, daha güvenli çocuk doğurma gibi istemlerin ve hekimin önerisinin talep oluşmasında katkı sağladığına tartışmada yer verilmiştir.

Sağlık alanına kapitalist üretim ilişkilerinin ülkemizde de ortaya çıkardığı sağlık çalışanlarına yönelik şiddet sorunu Çin için de geçerlidir. İki bin iki yıldan bu yana sağlık çalışanlarına yönelik şiddette yıllık %23'lük bir artış olduğu ve şiddet neden olarak hastaya ayrılan sürenin düşük olması gösterilmiştir (Han, 2013). Yine sağlık hizmetlerinin pahalılığı ve erişilememesi nedeniyle hastalar ve sağlık çalışanları arasında sık sık anlaşmazlıklar çıktığı ve bunların şiddete dönüşebileceği belirtilmektedir. 2005 yılında hastanelerin %73'ünde şiddetli çatışmalar rapor edilmiş, bu raporların %77'sinde neden taburculuk aşamasında ödemelerin ret edilmesi olarak bildirilmiştir (Huang, 2011).

### Sonuç

Bin dokuz yüz seksenlerle birlikte Çin'de sosyalizmden kapitalizme restorasyonla uyumlu olarak sağlık hizmetlerinde de sağlığı kolektif bir hak olarak gören anlayıştan sağlığı meta olarak gören piyasacı anlayışa doğru bir değişim yaşanmıştır. Uygulanan desantralizasyon politikası ile hizmet parçalanmış, devlet sağlığın finansmanından tamamen çekilmiş, birinci basamak sağlık hizmetleri bile insafsızca cepten ödemelerle finanse edilmeye çalışılmıştır. Körüklenen tüketimle sağlık piyasası büyütülmeye çalışılmıştır. Modern tıbbın gelişimi altında yapılan reformlar ile ülke kaynakları ileri tanı yöntemleri için uluslararası tekellere aktarılmıştır. Gerek ileri teknolojiye dayalı tanı yöntemleri, gerekse özel hastaneler ve özel sigorta şirketleri sağlık alanında da Çin'e girmeyi başarmıştır (Zencir, 2007). SARS salgını ile birlikte sağlık alanındaki eşitsizlikler ve

ciddi yapısal sorunlar Çin yetkilileri tarafından gizlenemez hale gelmiştir. Her ne kadar sert eleştirilere maruz bırakılsa, haktan özür dilense de mevcut durumdan da yararlanılarak sağlık alanında reformlar devam ettirilmiştir. Hem sağlık alanına yatırım yapan sermaye gruplarının çıkarları hem de kapitalist sınıfların uzun vadeli çıkarlarını gözetken sosyal görünümü reformlar ile halkın karşısına çıkılmıştır. Unutulmaması gereken 1980'den bu yana sağlık reformları değişik argümanlarla ifade edilse de aynı mecrada ilerlediğidir: Sağlık hizmet üretiminde kapitalist ilişkilerin yerleştirilmesi. Gerek Çin sermayesi gerekse uluslararası sermaye bugün Çin pazarından nemalanmaya çalışmaktadır. Sağlık hizmetlerinde 1980'den bu yana eleştirilen piyasalaştırma ve özelleştirme politikalarında olduğu gibi, sağlık alanında tahribatın ortadan kaldırılması için ileri sürülen reformların da hazırlık sürecinde DSÖ, DB vb. uluslararası kuruluşlar olması gerçeğidir. Projenin özü kapitalizm içinde yoksullukla mücadele olarak sunulmaktadır. Bu mücadeleyi zorunlu kılan ilkel sermaye birikimi nedeniyle kamuya ait kurumların ve kaynakların özelleştirilmesi ve kırların mülksüzleştirilmesi ile kentlerin yığın yığın dolduran proleterleşme dalgasıdır. Kapitalizm içinde yoksullukla mücadelenin arkasında da sağlık alanında büyüyen pazar yatmaktadır. Çin nüfusunun büyüklüğü, kentleşme, değişen yaşam biçimi ve kronik hastalıklarda artış ile sağlık alanı sermaye için yatırım yapılacak alan haline gelmiştir. 1980'lerden bu yana sürekliliği olan reformlar ile Çin'de sağlık hizmetleri kapitalist üretim ilişkilerine açılmakta, tıp endüstrisinin (tıbbi teknoloji, ilaç, hizmet üretimi, sigorta vb.) yanında diğer sermaye bileşenleri (bilgi, emlak sektörü, turizm vb.) için de cazibesini sürdürmektedir. Kapitalist üretim ilişkilerinin oturtulmasına yönelik devletin rolü (devletin yeniden yapılanması), emek süreci ve üretim sürecindeki dönüşümler birçok ülkede olduğu gibi Çin'de karşımıza çıkmaktadır. Sağlık hizmetlerindeki kapitalist üretim ilişkileri sadece özel sektörle sınırlı değildir, devlet (kamu) sektöründe de tüm basamaklarda (hastanelerinden en uç noktadaki sağlık istasyonlarına kadar) kapitalist üretim ilişkileri yapılandırılmaktadır.

### Kaynaklar

Barber SL, Borowitz M, Bekedam H, Ma J. (2013) *The Hospital of Future in China: China's Reform of Public Hospitals and Trends from Industrialized Countries, Health Policy and Planning*, 1-12, doi:10.1093/heapol/czt023, erişim tarihi: 1 Ağustos 2013

Bhattacharyya O, Delu Y, Wong ST, Bowen C. (2011) *Evolution of Primary Care in China 1997-2009, Health Policy*, 100: 174-180



- Brix H, Mu Y, Targa B, Hipgrave D.** (2011) *Equity and public governance in health system reform: Challenges and opportunities for China*, The World Bank East Asia and Pacific Region Human Development and Poverty Reduction and Economic Management Departments January 2011 P
- China's 12th Five-Year Plan: Healthcare sector-May 2011** [www.china.org.cn](http://www.china.org.cn) (2009). [http://www.china.org.cn/government/scio-press-conferences/2009-04/09/content\\_17575378.htm](http://www.china.org.cn/government/scio-press-conferences/2009-04/09/content_17575378.htm), Opinions of the CPC Central Committee and the State Council on Deepening the Health Care System Reform
- Claseon M, Wang H, Hu S.** (2004) *A Critical Review of Public Health in China*, World Bank.
- Dummer TJB, Cook IG.** (2007) *Exploring China's Rural Health Crisis: Processes and Policy Implications*, *Health Policy*, 83: 1-16
- Dummer TJB, Cook IG** (2008) *Health in China and India: A cross-country comparison in a context of rapid globalization*, *Social Science & Medicine* 67 (2008) 590-605 [www.economist.com](http://www.economist.com) (2012). <http://www.economist.com/node/21559379>, Heroes dare to cross, Two articles examine the crisis in China's health-care system. In the first we look at how China pays the bills, Jul 21st 2012 | BEIJING, erişim tarihi: 3 Ekim 2013
- Eggleston K** (2012) *Health Care for 1.3 Billion: An Overview of China's Health System*, *Asia Health Policy Program working paper # 28*
- Gong P, Liang S, Carlton EJ, Jiang Q, Wu J, Wang L, Remais JV.** (2012), *Urbanisation and health in China*, *Lancet*, 379: 843-852
- Gökten K.** (2012) *Çin Yüzyılımı Anlamak (Afyon Savaşlarından Bugüne Çin'in Dönüşümü)*, Notabene Yayınları, Ankara, 1. Basım, ISBN : 97860555113153
- Guo Y.** (2011) *A Midterm Assessment of China's Health Care Reform*, in: Freeman III CW, Boynton XL, *Implementing Health Care Reform Policies in China challenges and opportunities*, a report of the CSIS Freeman Chair in China studies, p: 7-11
- Han Z, Yan Z.** (2013) *An Epidemic Of Violence On Medical Personnel: Are We Prepared?* *Journal of Medical Colleges of PLA* 28 (2013) 120-124
- He J.** (2010) *China's Ongoing Healthcare Reform: Reversing the Perverse Incentive Scheme*, *East Asian Policy*, 2(3): 39-48. [http://www.eai.nus.edu.sg/Vol2No3\\_AlexHeJingwei.pdf](http://www.eai.nus.edu.sg/Vol2No3_AlexHeJingwei.pdf)
- Healthcare Webinar** (2009) *The Impact of China's Reform (US-China Business Council China Business Review Webinar, September 24, 2009*
- Hipgrave D.** (2011) *China's 2009-2012 health System Reform*, *Journal of Global Health*, 1 (2): 142-6
- Hipgrave D, Guo S, Mu Y, Guo Y, Yan F, et al.** (2012) *Chinese-Style Decentralization and Health System Reform*. *PLoS Med* 9(11): e1001337. doi:10.1371/journal.pmed.1001337
- Ho CS.** (2011) *China's Health Care Reform: Background and Policies*, in: Freeman III CW, Boynton XL, *Implementing Health Care Reform Policies in China challenges and opportunities*, a report of the CSIS Freeman Chair in China studies, p: 1-6
- Hu R, Shen C, Zou H.** (2011) *Health Care System Reform in China: Issues, Challenges and Options*, *China Economics and Management Academy, Central University of Finance and Economics, CEMA Working Papers with number 517*. <http://aef-web.net/WorkingPapers/w517.pdf>
- Hu S, Tang S, Liu Y, Zhao Y, Escobar ML, Ferranti D.** (2008) *Reform oh How Kealth Care is Paid for in China: challanges and opportunities*, *Lancet*, 372 (22): 1846-53
- Huang Y.** (2011) *The Sick Man of Asia*, *Foreign Affairs*, 90: 119-136. ([http://www.viet-studies.info/kinhte/FA\\_SickManOfAsia.pdf](http://www.viet-studies.info/kinhte/FA_SickManOfAsia.pdf), erişim tarihi 16 Temmuz 2013
- www.huaxia-healthcare.com** (2010). <http://www.huaxia-healthcare.com/en/Article/2010311/36643720.html>, *The New Healthcare Reforms: Views from Different Perspectives*, Publish Date: 2010-03-11, erişim tarihi: 2temmuz 2013
- KPGM 2010**, *The Changing Face of healthcare in China, Changing Public Policy and Resulting Opportunies*, [kpmg.com/cn](http://kpmg.com/cn)
- Li H, Yu W.** (2011) *Enhancing Community System in China's Recent Health Reform: An Effort to Improve Equity in Essential Health Care*, *Health Policy*, 99: 167-73.
- Li, L.** (2011) *The Challanges of Healthcare Reform in China*, *Public Health*, 125: 6-8
- Liu Y.** (2002) *Reforming China's Urban Health Insurance System*, *Health Policy*, 60:133-50.
- Liu X, Yi Y.** (2004) *The Health Sector in China Policy and Institutional Review*, World Bank
- Liu Y, Mao Z, Nolan B.** (2004b) *China's Rural Health Insurance and Financing: A Critical Review*, World Bank.
- McCollum R, Chen L, ChenXiang T, Liu X, Starfield B, Jinhuan Z, Tolhurst R.** (2013) *Experiences With Primary Healthcare In Fuzhou, Urban China, In The Context Of Health Sector Reform: A Mixed Methods Study*, *Int J Health Plann Mgmt* (2013) Published online in Wiley Online Library ([wileyonlinelibrary.com](http://wileyonlinelibrary.com)) DOI: 10.1002/hpm.2165
- Meng Q, Yuan J, Jing L, Zhang J.** (2009) *Mobility of primary health care workers in China*, *Hum Resour Health*. 2009 Mar 17;7: 24. doi: 10.1186/1478-4491-7-24.
- Meng Q, Shenglan T.** (2010) *Universal Coverage of Health Care in China: Challenges and Opportunities*, *World Health Report* (2010) Background Paper, No 7
- Meng Q, Sun X, Li H, Song K, Yuan J, Wang Hi Chang J.** (2011) *Functions And Human Resources Of China's Primary Health Care System in the Early Stage of Health Systems Reform*, *China Center for Health Development Studies (CCHDS) Peking University, CCHDS WORKING REPORT 002*
- Meng Q, Xu L, Zhang Y, Qian J, Cai M, Xin Y, Gao J, Xu K, Boerma JT, Barber SL.** (2012) *Trends in access to health services and financial protection in China between 2003 and 2011: a cross-sectional study*. *Lancet*. 2012 Mar 3;379(9818):805-14.
- Qian D, Lucas H, Chen J, Xu L, Zhang Y.** (2010) *Determinants of the use of different types of healthcare provider in Urban China: A tracer illness study of URTI*, *Health Policy*, 98 (2010): 227-235

- Qin X, Li L, Hsieh cr.** (2013) *Too few doctors or too low wages? Labor supply of health care professionals in China*, *China Economic Review* 24 (2013) 150–164
- Qin M.** (2005) *Review of Provider Organization Reform in China* World Bank.
- Ramesh M, Wu X, He AJ.** (2012) *Health Governance And Healthcare Reforms In China*, *Health Policy and Planning* 2013;1–10, doi:10.1093/heapol/czs109
- Tsai, C.** (2010). *Regulatory reform in China's health sector*, Policy Brief, Groupe d'Économie Mondiale, [http://www.ecipe.org/media/publication\\_pdfs/Tsai\\_ChinaHealthSector022010.pdf](http://www.ecipe.org/media/publication_pdfs/Tsai_ChinaHealthSector022010.pdf)
- Wagstaff A, Lindelow M, Wang S, Zhang S.** (2009) *Reforming China's rural health system*, *The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank*, ISBN 978-0-8213-7983-7
- Wang H, Gusmano MK, Cao Q.** (2011) *An Evaluating of The Policy on Community Health Organizations in China: Will the Priority of New Healthcare Reform in China be a Success?* *Health Policy*, 99: 37-43.
- Wang Y, Eggleston K, Yu Z, Zhang Q.** (2013) *Contracting With Private Providers for Primary Care Services: Evidence From Urban China*, *Health Economics Review*, 3:1
- Yang G, Wang Y, Zeng Y, Gao GF, Liang X, Zhou M, Wan X, Yu S, Jiang Y, Naghavi M, Vos T, Wang H, Lopez AD, Murray CJL.** (2013) *Rapid health transition in China, 1990–2010: findings from the Global Burden of Disease Study 2010*, *Lancet*, 381: 1987-2015
- Yip WC Hsiao W, Chen W, Hu S, Ma J, Maynard A.** (2012) *Early Appraisal of China's Huge and Complex Health-Care Reforms*, *Lancet*, 379: 833-42
- Yuan S, Peng F, Jiang X.** (2012) *Community Health Nursing In China: Status, Challenges, And Development Strategies*. *Nursing Outlook*, 60(4), 221-227. doi:10.1016/j.outlook.2012.03.002.
- Zencir M** (2007). *Çin Sağlık Sistemi ve Sağlık Hizmetlerinde Dönüşüm, Sosyalist Sağlık Sisteminden Özelleşmiş Sağlık Sistemine*, *Toplum ve Hekim Dergisi*, 22(3):198-225.
- Zhang X, Chen LW, Mueller K, Yu Q, Liu J, Lin G.** (2011) *Tracking the Effectiveness of Health Care Reform in China: A Case Study of Community Health Centers in a District of Beijing*, *Health Policy*, 100: 181-88.
- Zhao L, Huang Y.** (2010) *China's Blueprint for Health Care Reform*, *East Asian Policy*, 2 (1): 5-9. [http://www.eai.nus.edu.sg/Vol2No1\\_ZhaoLitao&HuangYanjie.pdf](http://www.eai.nus.edu.sg/Vol2No1_ZhaoLitao&HuangYanjie.pdf)