

**DOSYA/DERLEME**

# ÇİN SAĞLIK SİSTEMİ VE SAĞLIK HİZMETLERİNDE DÖNÜŞÜM SOSYALİST SAĞLIK SİSTEMİNDEN ÖZELLEŞMİŞ SAĞLIK SİSTEMİNE

Mehmet ZENCİR\*

Çin'de 23 eyalet, 5 otonom bölge, 4 belediye ve 2 özel yönetim bölgesi (Hong Kong ve Macau) vardır. 2000 nüfus sayımına göre 1.3 milyar kişi yaşamaktadır, (dünya nüfusunun %22'si). Son on yıl içinde nüfusun büyüme hızı %11.4'tür. Yıllık büyüme hızı %1.07'dir. Nüfusun %51.5'i erkek, %48.5'i kadındır. Toplam nüfusun %70'ten fazlası kırsal bölgede yaşamaktadır. Çin çok etnik yapıya sahip bir ülke olup 56 etnik gruba sahiptir. Yine de nüfusun %91.5'i Han etnik yapısına sahiptir (Liu ve ark. 2004a).

Çin GSMH'sı 10.75 trilyon yuan'dır (1.3 trilyon dolar ve satın alma gücüne göre 6.4 trilyon dolar). Son 10 yılda ekonominin büyüme hızı %8-10 arasında değişmektedir. Ekonomik büyüme ihracat, yabancı yatırım ve güçlü yurt içi talep kaynaklıdır. Çin 2001 yılında Dünya Ticaret Örgütüne (DTÖ) girmiştir (Liu ve ark. 2004a).

Çin Halk Cumhuriyeti'nin tarihsel gelişimi iki döneme bölünebilir. Birinci dönem 1949 ile piyasa ekonomisine geçişe kadar olan dönemdir. Bu dönemim özelliği merkezi planlamadır, kamu mülkiyetli hızlı bir sağlık sisteminin kurulması, nüfusun çoğunluğunu kapsayan bir finansman sistemi, ikinci dönemde sağlık hizmetlerinin özelleştirildiği piyasa sosyalizmi diye bilinen kapitalist restorasyon dönemidir.

## 1. PİYASA SOSYALİZMİ-KAPİTALİST RESTORASYON SÜRECİ

Çin Komünist Partisi liderleri piyasa sosyalizmi reformlarını 1978'de açıkladıklarında, ülkede ekonomik durgunluktan ve Mao döneminde üretimin ve planlamanın aşırı merkezileştirilmesi şeklinde oluşan devlet

sisteminin neden olduğu israftan kaynaklanan sorunların aşılması gerektiğini savunuyorlardı. Çin'in içinde ve dışında birçok kişiyi; sürdürülebilir bir büyümenin, malların ve hizmetlerin eşitlikçi bir temelde dağıtımın ve ekonomik karar alma mekanizmasına demokratik katılımın sağlanması için piyasa sosyalizminin çekici bir araç olabileceği konusunda yüreklendirmişti (Landsberg ve ark, 2006).

Gerçekte, 1970'lerin sonunda Çin ekonomisi, bir enkaz olma halinden çok uzaktı. Örneğin 1952 ile Mao döneminin sonu arasında, sanayi üretimi yıllık %11.2 oranında artmıştı. Kültür devrimi boyunca da (1966-1976), sanayi üretimi yıllık %10'un üzerinde büyümeye devam etmişti. Tarımsal üretimde istenen büyüme sağlanamamıştı. Sanayi üretimi on kat artmışken, tarımsal üretim ancak iki kat artmıştır. Yine de Çin tarım sektörü aynı yıllarda, bir çok üçüncü dünya ülkesinden daha iyi performans sağlamıştır (Landsberg ve ark, 2006).

Mao'nu ölümü sonrası Deng ve arkadaşlarına göre ülkede piyasa sisteminin başlangıcı için gerekli olan üretici güçlerin inşasına yardımcı olmak partinin en ciddi göreviydi. Sadece piyasa güçleri, Çin'de varolan durgunluğun üstesinden gelebilir ve sosyalist üretim ilişkilerini geliştirme süreci için gerekli ekonomik ilerlemeyi sağlayabilirdi (Landsberg ve ark, 2006).

"Piyasalar" Çin halkına hükümet emri olarak zorla kabul ettirildi, özellikle Mao'nun liderliği altında geliştirilen tarım komün sisteminin yerine bireysel aile sözleşmesi sisteminin gelmesi için bu komünlerin güç yolu ile dağıtılması ve ortak kamu refahı sosyalist biçimlerinin iptalinin devlet işletmelerine, üniversitelere ve toplumun diğer tüm kurumsal merkezlerine aynı biçimde şiddetli ve çabucak dayatılması olaylarında olduğu gibi (Landsberg ve ark, 2006).

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

Çin ekonomisi üç farklı aşama olarak belirlenen bir reform sürecine uğramıştır. İlk aşama, yeni ve daha verimli piyasa ekonomisini yaratmak amacıyla merkezi planlamanın zayıflatılmasını içeriyordu. İkincisi piyasayı planlama üzerine ayrıcalıklı hale getirmekteydi. Üçüncüsü ise; özel firmaların devlet firmaları üzerinde ve yabancı işletme ve piyasaları yereller üzerinde imtiyazlı hale getirmiştir (**Landsberg ve ark, 2006**). Çin'in geçirdiği kapitalist restorasyon basamakları Tablo 1'de özetlenmiştir.

Deng Xiapoing, 1978 yılında "dört modernleşme" programını ilan etti: Devlet denetiminde tarım piyasasının oluşturulması ve halk komünlerinin kaldırılması; dış satıma yönelik özel ekonomik bölgeler oluşturulması ve bu bölgelerde yabancı sermaye ile ortak tesisler kurulması ve son olarak dış ticaretin kısmen liberalleşmesi. Çin'in 2001 yılında DTÖ'ye girmesi sonrası, ÇKP'nin 16 Kongre'si, merkezi bürokrasinin denetiminde ülkenin belirli bölgelerinde dünya piyasalarına kısmi açılımı, küresel sisteme bütünüyle entegrasyon yönünde kökünden değiştirdi (**Şensever, 2004**).

Yabancı sermayeyi özendiren yasa fıkraları; 86'dan 262'ye çıkarken, kontrol öngören fıkralar ise 112'den 75'e düşürüldü. Yeni liste; doğalgaz, su, ısı, boru hattı, inşaat sektörü; telekom, tarımsal endüstri, telekomünikasyon, enerji, hammadde, elektronik, enformasyon, biyoloji mühendisliği; havayolu taşımacılığı ve uzay teknolojisi; ekipman endüstrisi, tekstil endüstrisini; belediye inşaatlarında çevreyi koruyan, yenilenebilir kaynaklı projeleri; ayrıca batı bölgesinde yapılacak yatırımları; teşvik etmektedir. 2001 yılı itibarıyla Çin'de 26 bin 139 yabancı sermayeli firma kuruldu. Çin'e; Motorola, Siemens, Microsoft, Mercedes, Daimler, Shell, Mobil vb. gibi dünyanın dev sermaye grupları çoktan yerleşmiştir. Çin'e akan bu yabancı sermayenin öncelikle gittiği alan, düşük bedelli arazi, önemsiz ölçüde vergilerin olduğu ve en önemlisi, ucuz ve hizaya sokulmuş (şimdilik kaydıyla) disiplinli bir işgücünün bulunduğu, adına Serbest Ticaret Bölgesi denen, sömürü cennetleridir (**Özmen, 2002**).

Morgan Stanley'in baş ekonomisti Stephen Roach'a göre Çin'de ihracatın 1994 yılındaki 121 milyar \$ düzeyinden 2003 yılında 365 milyar \$ düzeyine %65 oranındaki roketlemesinin ardında çok uluslu şirketler, Çin'deki ortaklarıyla kurdukları yeni işletmeler ve bunlara bağlı olarak çalışan Çin'li tedarikçi firmalar bulunuyor. New York Times'a göre, "Çin'deki muazzam büyüme olgusu, Çin'deki ucuz emeğin sırtında yükselmektedir". Çin'de olağanüstü ve oldukça uzun süredir devam eden büyüme sürecine rağmen Çin'li işçilerin ezici bir çoğunluğu derin yoksulluğun kıyısında yaşıyor. Emekçilerin çoğu en temel haklarından yoksun ya da bu haklara erişemez konumda yaşıyor. Çin'de kırsal ve kentsel kesimde işsizlerin toplamı 150 milyondan fazla ki bu rakam ABD'deki tüm işgücünden bile daha fazla. Kırsalda çalışan işçilerin %70'i, büyük kentlerde sanayide çalışanların %15'i sözleşmesiz çalışıyor. İşçiler sözleşmesiz, çalışma koşullarının, ücretler, işe alma ve işten çıkarma şartları tek taraflı olarak belirleniyor. Çin'de işçilere getirilecek korumalarla ilgili

yasa tasarısına karşı uluslararası sermaye tarafından büyük bir kampanya yürütülmektedir. Kampanyanın başını da General Electric ve Procter&Gamble gibi şirketler çekmektedir. Çin'de bulunan Amerikan Ticaret Odası, ABD-Çin Sermaye konseyi, Avrupa Birliği Ticaret Odası temsil ettikleri şirketler adına yeni yasaya karşı sistematik bir mücadele yürütmektedir. Karşı çıkılan (işçileri korumaya yönelik) değişiklikler şunlar: ücret karşılığında çalıştırılan bütün işçilere sözleşme yapılması zorunluluğu; çalışanlar ve işverenler arasında işten çıkarmalar, işçi sağlığı ve güvenliği, işçi temsilcileri ya da sendika temsilcilerinin işten çıkarılma gibi konularda yapılacak müzakereler işyeri politika ve prosedürlerinin üzerinde olması; işyerine ait her türlü bilginin "mahrem bilgi" kapsamına alınmaması, staj süresinin 1-6 ay arasında, işin doğasına göre değişebilecek sınırlamalar getirilmesi, "eğitim"e bir tanımlama getirilerek yalnızca işyeri dışında, tam zamanlı ve en az 6 ay süre ile verilen dersleri eğitim olarak kabul edilmesi, işverenlere, sözleşmesi biten ve yenilenmeyecek olan işçileri kıdem tazminatı ödeyerek işten çıkarma yükümlülüğü, geçici iş büroları tarafından şirketlerin emrine tahsis edilen işçilerin, iş bürosunun müşterisi olarak tanımlanan firmalarda yapacakları toplam bir yıllık çalışmanın ardından sürekli, düzenli işçi statüsü kazanması, işten çıkarmalarda kıdemın esas alınması. Uluslararası sermaye iki nedenle karşı çıkmaktadır, birincisi karına kar katmaya devam etmesi, ikincisi Çin'de ucuz ve korunmasız koşullardaki emeği istihdam etmenin, dünyanın her yerinde ücret ve kazanımları baskı altına almanın bir aracı olarak işlev görmesi (**MAİ ve Küreselleşme Karşıtı Çalışma grubu, 2006**).

Uluslararası sermaye ile işbirliği yaparak gelişmesini sürdüren Çin burjuvazisi, bir yandan kapitalizmi restore etmek için her alanda tüm piyasa mekanizmalarına işlerlik kazandırarak, kamusal olan her şeyi özelleştirmekte bir yandan da emekçilerin her türlü kazanımını ortadan kaldırıp ucuz emek cenneti olarak yabancı sermaye için cazibeli bir ortam yaratma çabası içerisinde.

### SAĞLIK SİSTEMİNDE DÖNÜŞÜM

Çin'de sosyalizmi piyasa ilişkileri ile geliştirmeye yönelik yapılan uygulamalardaki yaklaşım, sağlık sisteminde dönüşüm adına yapılan müdahalelerinde ana dinamiklerini oluşturmaktadır. Yapılanlar kamucu bir anlayışla yürütülen sağlık hizmetinden piyasa kurallarına göre işleyen bir sağlık sistemine dönüşümdür.

Sağlık alanındaki reformlar sağlık alanında piyasanın önünün açılarak devletin rolünü azaltılması ile karakterizedir. Bu süreç önce yerellerdeki pilot uygulamalar ve sonrasında geliştirilen modelin ulusal düzeyde yaygınlaştırılması ile aşama geçirilmiştir. Reformlar, ekonomik reformların doğasına uygun olarak özelleştirme ve sağlık kurumlarının özleştirilmesi ile başlatılmıştır. Bunu üç alanda kapsamlı yeniden yapılandırma izlemiştir: finansman, hizmet sunumu ve ilaç dağıtımı. Hiçbir devlet belgesinde yer almamasına karşın, Çin'deki sağlık reformlarının en önemli stratejisi "özelleştirme"dir. Devlet

Tablo 1. Çin Halk Cumhuriyeti'nde piyasa sosyalizmine (kapalist restorasyon) geçiş süreci (Landsberg, Burkett , 2006'den uyarlanmıştır)

| Dönemler                    | Temel dinamikler                                                                                                                                                                                                                        | Piyananın oluşturulması özel sektör                                                                                                                                                                                                                       | Kırsal                                                                                                                                                                                                                                                 | Yabancı yatırımı                                                                                                                                                            | Emek                                                                                                                                                                                                                                       | Sonuçları                                                                                                                                                                                   |
|-----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Birinci aşama (1978-1983)   | Yeni ve daha verimli piyasa ekonomisini yaratmak amacıyla merkezi planlamanın zayıflatılması, desantralizasyon                                                                                                                          | Özel sektöre teşvikler; devlet firmalarına mal satma ve üretim izni, kollektif firmaların büyümesini teşvik (iş güvencesi ve haklardan mahrum işçi çalıştırma), köy ve kasaba işletmelerinin kurulması                                                    | Komünlerin ortadan kaldırılması (dekollektifleşme) Aile temelli üretim Sahip olunacak özel arazi büyüklüğün artırılması-özel mülkiyetin gelişimi Tahıl fiyatlarının artırılması Kota gibi kısıtlamaların gevşetilmesi Topraklarda işçi çalıştırmahakkı | "açık kapı" politikası<br><br>Yabancı yatırımcılar için güney sahilleri boyunca "özel ekonomi bölgeleri"                                                                    | Ömür boyu istihdam anlaşmalarının iptali, Sözleşme temelli çalışma, Sendikasılaştırma, Grev haklarının kaldırılması, Ücretlerde erime, refah hakları, sağlık ve güvenlik konusunda yıpranmalar, "Ucuz kırsal emeğin bol miktarda arzı" göç | Fiyatların artması, Enflasyonda artma, İşsizlik, Gelir dağılımında bozulma, Gini:0.33 (1980)                                                                                                |
| İkinci aşama (1984-1991)    | piyasayı planlama üzerine ayrıcalıklı hale getirilmesi<br>* Planlı meta ekonomisi,<br>* İhracat temelli ekonomi,<br>* Sosyalist piyasa ekonomisi                                                                                        | Devlet işletmelerinin elde ettikleri gelir ve banka kredisiyle finansmanlarını sağlaması, Yerel yönetimlerin vergi gelirlerindeki payların artırılması, Devletin fiyatlar üzerinde kontrolünün zayıflatılması,                                            | Kırsal ekonomide üretkenlikte düşme, Köy ve kasaba işletmelerinde ekonomik durgunluk, gerileme, Kırsal artan işsizlik                                                                                                                                  | 14 sahil şehrinin daha yabancı yatırımlara açılması,                                                                                                                        | Yeni alınan işçilerde sözleşmeli çalışma, İşten atma hakkının tanınması, Performans bazlı yeni ödeme sistemi,                                                                                                                              | Fiyatlarda ve enflasyonda artma, Yaşam standartlarında düşme, (kent nüfusun reel gelirinde düşme %21), Kırsal üretimde gerileme, Kırsal işsizlik ve ucuz emeğin kente göçü Gini:0.40 (1994) |
| Üçüncü aşama (1991 sonrası) | Özel firmaların devlet firmaları üzerinde; ve yabancı işletme ve piyasaları yereller üzerinde imtiyazlı hale getirilmesi<br>Kamu mülkiyeti ile özel mülkiyetin eşit duruma getirilmesi, ÇKP'ne özel sektör temsilcilerinin üyelik hakkı | Devlet işletmelerin bazı istisnalar dışında tamamen özelleştirilmesi, "büyüğü elinde tut, küçüğü canlandır" politikası (1994) "bırak gitsin" (1999) Özel sektörün teşviki için sağlık bakımı ve işsizlik sigortası gibi harcamaları devletin karşılaması, | Köy ve kasaba işletmelerinin özelleştirilmesi,                                                                                                                                                                                                         | Küçük ve orta boy firmaların yabancı yatırımcıya açılması, Yabancı imalatın toplam imalattaki payının artırılması (190'da %2.3, 1995'te %14.3 ve 2000'de %31.3), DTÖ girme. | İş saatlerinde uzama, Kadın emeğinin sömürülmesinde artış, Demir pirinç çanağı denen haklardan vazgeçilmesi, Barınma olanaklarının ortadan kalkması                                                                                        | Servet yağmalanması, ilkel sermaye birikimi, İşsizlik, Gini:0.346 (2000)                                                                                                                    |

kamu sağlık sektörünün özelleştirilmesinde iki strateji izlemiştir. Birinci strateji formal olarak özel sektörün gelişiminin teşvik edilmesidir. Örneğin, kamu sektörüne göre daha fazla ücretlendirmeye izin verilmesi, kar amaçlı özel hastaneleri üç yıl vergi dışı tutması gibi. İkinci strateji ise dolaylı olarak hükümetin finansmanı bıraktığı yerlerde, özel sektörün a laissez-faire egemen olmasıdır. Bu strateji kırsal bölgelerde sağlık hizmetlerinin kolektif finansmanı ve hizmet sunumunun özelleştirilmesi ile sonuçlanmıştır. Kentsel bölgelerde de özelleştirme süreci, devlet hastanelerinin gelir getiren aktivitelere dönmesi ile gerçekleşmiştir. Sağlık alanındaki özelleştirme yaşama şu yollarla geçmiştir: Kentsel bölgelerde özel kliniklerin girişi; Kırsal kolektif kliniklerin özele dönmesi; Özel hastanelerin girişi; Kamu hastanelerinin özel mülkiyete satışı; Devlet hastanelerinde özel sektörle anlaşmalar; Devlet hastanelerinin kar getirici aktiviteler araması; Kooperatif Sağlık Hizmetleri Sistemi (KSHS)'nden cepten ödemeye geçiş; yeni sağlık sigortasının girişi (Liu ve ark. 2004a).

## 2. HİZMET SUNUMUNDA DÖNÜŞÜM

Çin'deki sağlık hizmet sunumunun karakteristikleri; çok büyük, kompleks, çoğulcu ve parçalı olmasıydı. Çeşitli düzeylerde yönetimler sağlık hizmeti sunumunda yer almaktaydı. Dikey olarak, kentlerde ve kırsal bölgede sağlık kurumları üç basamaklı bir yapıdaydı.

Kırsal bölgede:

- Köy klinikleri (birinci basamak),
- Kasaba hastaneleri (ikinci basamak)
- İlçe hastaneleri (üçüncü basamak)

Kentsel bölgede:

- Cadde sağlık istasyonları (birinci basamak),
- Bölge hastaneleri (ikinci basamak)
- Şehir hastaneleri (üçüncü basamak)

Devlet tarafından sunulan sağlık hizmetinin yanında, kamu mülkiyetli teşebbüslerin, sektörlerin ve endüstrilerin (askeri, kamu güvenliği, eğitim, sivil idare, maden, demiryolu endüstrileri gibi) kendilerine ait sağlık kurumları da bulunmaktaydı. Bu sağlık kurumları kendi çalışanlarına hizmet veriyordu. Aynı zamanda genel nüfusun da hizmet alma olanağı vardı. Çin'de aile planlaması hizmetleri ayrı bir sistem olarak yürütülmekteydi.

Çin'de temel sağlık hizmetleri (TSH) kırsal bölgede köy klinikleri ve kasaba hastaneleri; kentsel bölgede toplum sağlığı merkezleri, kamu mülkiyetli teşebbüslere ve endüstrilere ait klinikler ve özel klinikler tarafından sağlanmaktaydı. Köy kliniklerinin ekibi; köy doktorları, sağlık işçileri ve/veya ebelerdi. Köy klinikleri kolektifin mülkiyetindeydi, köy doktorlarına KSHS tarafından ödeme yapılmaktaydı.

Daha komplike ve yataklı tedavi hizmetlerine yönelik kasaba hastaneleri bulunmaktaydı. Kasaba hastaneleri genellikle 10-20 yatağa sahip, köy klinikleri ile ilçe hastaneleri arasında bağlantıyı sağlayan kurumlardı. İlçe

hastaneleri genellikle 200-300 yatağa, daha geniş olanaklara sahip kurumlardı. Tüm sağlık kurumlarında eczane bulunmaktaydı (Liu, 2004).

Çin'de sağlık örgütlenmesinde dönüşüm sonrası durum Şekil 1'de özetlenmiştir.

Günümüzde Çin sağlık sistemi bir dönüşüm geçirmektedir, özellikle kentsel bölgede.

1. Cadde ve toplum hastaneleri, toplum sağlığı merkezlerine dönüştürülmüş, şehir hastaneleri kent tıp merkezi haline getirilmiştir.

2. İlaç satışında hastanelerle rekabet etmek amacıyla serbest eczane kurulması teşvik edilmiştir. Serbest eczane sayısı artmıştır.

3. Halk sağlığı denetim fonksiyonu ve hukuk uygulaması, sağlık hizmet sunumundan ayrılmıştır. Yeni halk sağlığı sistemi: acil yanıt sistemi, hastalıkların önlenmesi ve kontrolü sistemi ve halk sağlığı denetimi ve hukuk sistemlerini içeren yapılanmaya dönmüştür (Liu ve ark. 2004a).

### 2.1. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri'nde Dönüşüm (Temel Sağlık Hizmetleri'nde Dönüşüm)

#### 2.1.1. Kırsal bölge:

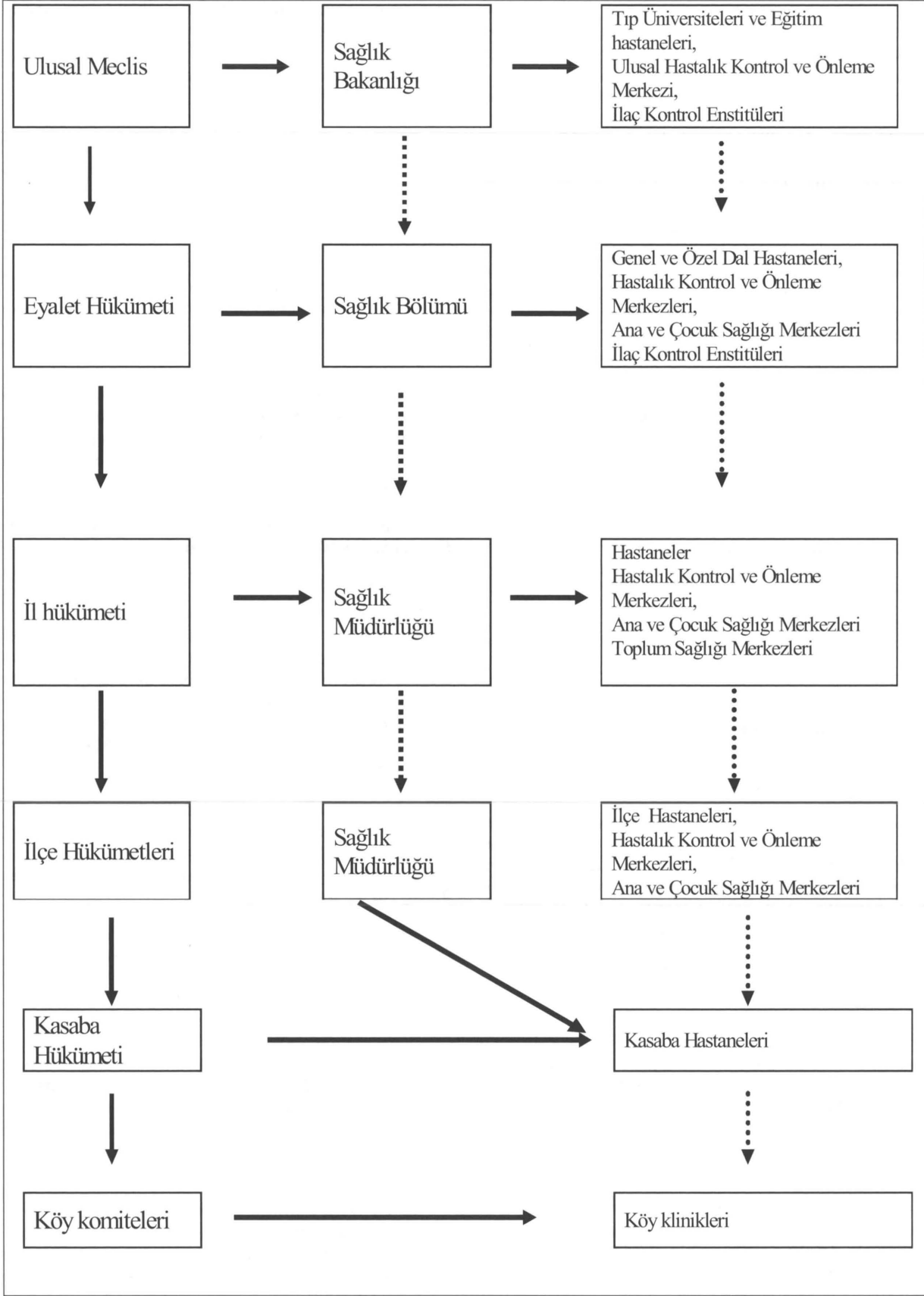
Kırsal ekonomik reform sonrası ve KSHS'nin çökmesi ile köy kliniklerinin çoğu özelleşmiş ve köy doktorları özel hekim haline gelmiştir. Çin'de yapılan ulusal sağlık taramasında (1998), hekimlerin %41'inin köylerde kendi ofislerinde özel statüde çalıştıkları belirlenmiştir. Geriye kalan köy klinikleri köyün mülkiyetinde olmasına karşın kısıtlılıklar nedeniyle hekimlerin davranışları benzerdir. Köy mülkiyetli köy kliniklerinde çalışan hekimler başıksıklama ve diğer halk sağlığı hizmetleri dışında özel kliniklerdeki benzer çalışmakta, kamudan elde ettiği düşük geliri kompanse etmek için sigortasız yığınardan ücret almaktadır. Özelleşmiş pratisyen hekimler gelirlerin büyük çoğunluğunu ilaç satışından elde etmektedir (Liu ve ark. 2006; Liu ve ark. 2004a).

1985 yılında devletin sağlık kurumlarında desantralizasyon (finansal ve yönetsel) uygulamasıyla kasaba yönetimleri desantralize hale gelmiş ve üç basamak arasındaki bağlar zayıflamaya başlamıştır. KSHS'nin çözülmesi, gelir artırma çabası ve dönüşümün gündeme gelmesi sağlık kuruluşları arasındaki bağlantıları etkileyen faktörler olmuştur. Basamaklar arasında sevk sisteminin zayıflaması sonucu hastalar kasaba hastanelerini by-pass ederek doğrudan ilçe hastanelerine ve özel hekimlere gitmeye başlamışlardır. İlçe hastaneleri de finansal durumunu sürdürmek için hastaların doğrudan başvurularını teşvik etmiştir (Liu ve ark. 2004a).

Sağlık reformlarının en büyük hasarı kasaba ve köylerdeki sağlık örgütlenmesi ve hizmetlerine olmuştur. Bir çok köy kliniği ve hastane ilçe düzeyindeki geniş olanaklara sahip sağlık kurumları ile rekabet edememiştir.



Şekil 1. Çin'de sağlık örgütlenmesi (Liu ve ark, 2004'ten uyarlanmıştır.)



kapanma ile yüz yüze kalmıştır. Yerel yönetimlerden alınan finansal desteğin eksikliği nedeniyle kasaba hastaneleri deneyimli hekimleri elinde tutamamıştır ve tıbbi donanımı yenileyememiştir. Sonuç olarak kırsal nüfusa kaliteli tıbbi hizmetler verilememektedir. Tıbbi hizmetlerin düşük kalitede olması daha az cazibe yaratmakta, daha az gelir getirmekte, kalite geliştirme olanakları daha az olmaktadır (Smith, 1998; Liu ve ark. 2004a).

Günümüzde, 730 bin köy kliniğinin çoğunluğu çeşitli nedenlerle faal değildir. Köylerdeki kamu çalışanı statüsündeki "çıplak ayaklı doktorlar" ve köy ebeleri hızla azalmıştır. Kasaba hastaneleri 50 binden daha fazladır. Ortalama, kırsal bölgede her 1000 kişiye 1.5 hastane yatağı, 1.1 hekim düşmektedir. Çok sayıda kasaba hastanesi kısır bir döngü içerisinde. Sağlık Bakanlığı'na göre kasaba hastanelerinin 1/3'ü iyi çalışmakta, 1/3'ü güçlükle ayakta durmakta ve 1/3'ü ise hemen hemen kapalı durumdadır. İyi çalışan kasaba hastaneleri kıyı bölgelerinde iken, batı bölgesindekilerin durumu oldukça kötüdür. Birçok bölgede, kasaba hastaneleri "reform" adı ile kiralınmakta ve satılmaktadır (Liu ve ark. 2004a).

Kırsal bölge, hekim başına ortalama ayaktan hasta bakımı ve hekim başına ortalama hastanede kalınan gün sayısı 1985-1997 yılları arasında azalmıştır. Bunun asıl nedeni bu kurumlardaki uygun olmayan ekip üyelerinin artması ile ilişkili verimlilikte azalmadır. Kırsal Çin'de sağlık sigortası kapsamındaki nüfusta anlamlı azalma ve hızlı artan sağlık harcamaları, kırsaldaki sağlık kurumlarının azalmasında kırılma noktasıdır (Liu ve ark. 2004a).

Özel köy kliniklerinin performansı ile ilgili (sağlık hizmetine kalitesi ve maliyet sınırlama konusunda) bulgular sınırlıdır. Elli altı köy kliniğinde yapılan bir çalışmada, kliniklerin finansal açıdan cazip olmaması nedeniyle tüberküloz hizmeti sunmadığı saptanmıştır. Bir başka çalışmada da özel ve devlet mülkiyetli klinikler arasında sağlık hizmetinin kalitesi, koruyucu hizmetlere olan ilgisizlik ve gereksiz ilaç reçeteleme konusunda farklılık olmadığı saptanmıştır (Liu ve ark. 2004a).

### 2.1.2.Kentsel bölgede

Temel sağlık hizmetleri her üç basamakta bulunan sağlık kurumları tarafından (hem özel hem devlet) verilmektedir. Sigortalıların birinci basamak hekim seçme özgürlüğü yoktur. Sigortalılar belirlenmiş hastane ya da klinikten hizmet almaktadır. Kamu mülkiyetli teşebbüsler ve diğer bakanlıklara bağlı çok sayıda hastane ve klinik bulunmaktadır. Hastane poliklinikleri normal olarak ilk başvuru yeri olarak kullanılmaktadır. Çin'de kent sakinlerinin %80'i tedavi için modern hastanelere başvurmakta, çok önemsiz hastalıklarda bile. Bu nedenle, şehirlerdeki sağlık sistemi tamamen hastanelere dayalıdır. Merkezi yönetim tarafından yürütülen tartışmalar sonucu 1999 yılında hükümet Toplum Sağlığı Merkezleri'nin (TSM) (Community Health Services Centers) gelişimini teşvik etti. TSM'ler kentlerde birinci basamak ve sosyal hizmetler vermekle görevlendirildiler. Bölge ve

devlet hastaneleri TSM'lere dönüştürüldü, bu hastanede çalışan uzmanlar yeniden eğitim alarak genel pratisyen haline geldiler. Sonuç olarak, üç basamaklı yapı, kentlerde iki basamaklı hale gelmiştir: temel sağlık hizmetlerini sunan toplum sağlığı merkezleri ve kentsel tıp merkezi olarak büyük genel hastaneler.

Toplum sağlığı merkezi ekibinde: genel pratisyenler, çok becerili hemşireler, halk sağlığı personeli yer almaktadır. Genel pratisyenler yerel yönetimler tarafından çalıştırılmaktadır. Toplum sağlığı merkezinde tedavi hizmetlerinin yanında, hastalıkların önlenmesi, rehabilitasyon, sağlığın geliştirilmesi, tıp eğitimi, aile planlaması hizmetleri de yürütülmektedir. Tedavi hizmetlerinin çoğunluğu genel pratik ile üstesinden gelinebilecek hastalıklara odaklanmıştır. Daha kompleks hastalığı olan kişiler sevk edilmektedir. Toplum sağlığı ekibinin rolü merkezi hükümet tarafından kitlelere ekonomik olarak karşılanabilir ve etkili bir sağlık hizmeti verilmesi, aynı zamanda yaygın görülen bulaşıcı hastalıkların önlenmesi ile toplumun ilaç maliyeti yükünün azaltılması olarak tanımlanmıştır.

2002 yılı sonunda Çin'in 31 eyaleti ve otonom bölgelerindeki 358 Çin şehrinde 2406 toplum sağlığı merkezi ve yaklaşık 9726 bağlantılı hizmet veren tesis kurulmuştur.

TSM'nin gelişimi çeşitli problemler nedeniyle yavaştır. Başlıca sorunlar:

- Temel sorun, reformun öneminin anlaşılmasındaki eksiklik,
- Toplumun genel pratik kavramını benimsememesi, TSM'ye bir türlü alışamaması,
- Küçük hastalıklarda bile daha pahalı olmasına karşın üçüncü basamak hastaneleri tercih etmesi, (GP göre 3 kat daha masraflı),
- Yerel yönetimlerin, bürokratların önemsememesi,
- Bölge hastanesi personelinin değişime gönülsüz olması, uzun dönemli yararların göz ardı edilmesi,
- Adil ücretlendirme sistemin eksikliği (sağlık eğitimi, koruyucu sağlık hizmetlerinin ücretlendirilmesindeki sorunlar),
- Ekibin desteklenmesi içi finansal kaynakların yetersizliği.

Yapılan taramalarda TSM'lerin hizmetinin dört alanda (ayaktan hasta bakımı, enjeksiyon, transfüzyon ve evde hasta bakımı) yoğunlaştığı, başvuruların daha çok işsizler ve yaşlıları içerdiği, sevk sisteminin işlemediği saptanmıştır. Tıbbi donanım eksikliği, ekibin düşük kalitede olması ve temel sağlık sigortası ile bağlantı eksikliği toplum sağlığı merkezinin hizmet sunumunu etkileyen faktörler olarak saptanmıştır (Liu ve ark. 2004a).

## 2.2. İkinci-Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri

İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri sunan hastaneler: genel hastaneler, geleneksel Çin Tıbbi hastaneleri, özel dal hastaneleridir (ağız-diş, kanser, kadın doğum, çocuk, psikiyatri, enfeksiyon, tüberküloz hastaneleri). Hastaneler mülkiyetine göre 4 grupta sınıflandırılmaktadır: devlet hastaneleri; bakanlık ve kamu mülkiyetli teşebbüs hastaneleri; askeri hastaneler ve özel hastaneler. Ayrıca yabancı ortaklı hastanelerde bulunmaktadır (Liu ve ark. 2004a).

**Devlet hastaneleri:** Eyalet veya ilçe düzeyinde Sağlık Bakanlığına veya yerel yönetim Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı çalışmaktadır. Bu hastaneler tıp eğitimi ve araştırma enstitüleri ile afilliye çalışmaktadır. Devlet bütçesi almaktadır. Yönetimler (merkezi-yerel) tarafından belirlenen fiyat tarifelerine göre hizmet vermektedir. Göreli olarak ücretler düşük kalırken, ilaçlar çok fazla yazılmakta ve çok fazla fiyatlandırılmaktadır (hakkını alamayan hekimlere yönelik ilaç şirketlerinin kompensasyonu nedeni ile).

**Bakanlık ve kamu mülkiyetli teşebbüs hastaneleri:** Sadece ilgili kurumlarda çalışanlara yönelik hizmet verirken 1980'den beri halka açılmış, devlet tarafından belirlenen fiyatlara göre herkese hizmet vermeye başlamışlardır. Bu hastanelere karşı direnç söz konusudur. Sadece yoksul teşebbüslerin bu hastanelere yönelimleri daha iyidir. Bu yönelimi belirleyen de teşebbüslerin maliyetleri azaltma istemleridir. Toplam sağlık kurumlarının %44'ü, hastane yataklarının %23'ü ve sağlık çalışanlarının %23'ü bu grup hastanelere aittir. Buna karşın toplam poliklinik hizmetlerinin %15.25'i ve yataklı tedavi gören hastaların %12.26'sı bu kurumlar tarafından karşılanmaktadır.

**Askeri hastaneler:** Çok amaçlı ve büyük hastanelerdir (300'den fazla yatak içeren). Ücretini karşılama ile halka da hizmet vermeye başlamıştır.

**Özel, yabancı ortaklı hastaneler:** 22 eyalette 400'den fazla hastane bulunmaktadır. Yabancı ortaklı hastaneler 1989'da kurulmaya başlamıştır. Çeşitli şekilde ortaklık bulunan yaklaşık 200 hastane/klinik hizmet vermektedir. Bu hastaneler kar amacı ile hizmet sunmaktadır. Bu hastanelerin %20'den azı 200'den fazla yatağa sahiptir. Günlük ortalama hasta başvurusu 40-60 arasında değişmektedir. Yaklaşık 10 yabancı hekim ve aile hekimlerinden oluşan çok küçük sağlık ekibi ile genellikle Çin'e dışarıdan gelen kişilere hizmet sunan kurumlardır. Bu hastaneler gelişmiş eyaletlerin bulunduğu kıyı bölgelerinde kurulmuştur.

### Hastanelerin özelleştirilmesi

Özellikle kentsel bölgede olmak üzere hastanelerde önemli mülkiyet reformları gerçekleşmiştir. Burada amaçlanan sağlık hizmetlerinin piyasa koşullarına tam uyumlu hale getirilmesidir. Hastanelerin özelleşmesi aşama aşama gerçekleşmiştir. Önce hükümet, kaynakların sınırlılığını gerekçe göstererek özel sektöre sağlık

sektöründe yatırım yapmaları için gerekli kanalları açmıştır. 1997 yılında, merkezi yönetim kamuda sağlık çalışanlarına, özel finansmanı kullanarak sağlık kurumlarını harekete geçirebileceklerini açıklamıştır. Böylelikle hastaneler piyasada rekabet etme ve tamamlayıcı hizmetlerin sunumunun geliştirilmesi amacıyla birleşme veya karışma sürecine girmiştir. 2002'de hükümet, kırsal bölgede, devlet ve özel sektör karışımı çok mülkiyetli sistemi gündeme getirmiştir. Kasaba hastanelerinin mülkiyetindeki reform iki şekilde gerçekleştirilmiştir. Kasaba hastaneleri tarafından ve yerel yönetimler tarafından. Çoğunluğu yerel yönetimler tarafından gerçekleştirilmiştir. Mülkiyetteki dönüşüm; kiralama, kooperatif hisse senedi ortaklığı, tam mülkiyet devri, sözleşme yapma şeklinde gerçekleşmesine karşın, çoğunlukla kullanılan kooperatif hisse senedi ortaklığıdır. Bu reformlar da devlet, özel şahıslar ve özel yatırımcılar ortak olabilmektedir. Hastane varlığının tam devri: hastanenin çalışanlarına satışı veya diğer kişilere satışı şeklinde gerçekleşmektedir. Kiralama ise kısmi (ilaç satışı) veya tam kiralama şeklindedir. Hisse ortaklığı kentlerdeki hastaneler içinde mülkiyetin tam olarak devrinin ana biçimini oluşturmaktadır (Qingyue, 2005a).

Hastanelerin özelleştirilmesinin önemli bir yöntemi de hizmet satın alma şeklinde gerçekleştirilmiştir. 1990 yılında merkezi hükümet, hastane kaynaklarının etkin kullanımı, rekabet ortamının yaratılması ile destek hizmetlerinin kalitesinin geliştirilmesi ve tıbbi olmayan hizmetlerde hastanenin yükünün azaltılması amaçlarıyla destek hizmetlerini dışarıdan satın almaya karar vermiştir. Destek hizmetlerindeki dönüşüm genellikle yönetsel ve finansal olarak hastaneden bağımsızlaşma ve ticari şirketler tarafından yürütülme şeklinde yaşama geçmiştir (Qingyue, 2005a).

Bu müdahaleler kentlerde sağlık hizmetinin sunumunda özel sektörün daha yaygın hale gelmesine yol açmıştır. 2002 yılından beri, tüm sağlık kurumları iki kategoride sınıflandırılmaya başlanmıştır: kar amacı gütmeyen ve kar amaçlı sağlık kurumları. 2003 yılı sonunda, kayıtlı 283 bin sağlık kurumunun (köy klinikleri hariç): %30'u devlet mülkiyetinde, %17.3'ü kolektif mülkiyette, %48'i özel mülkiyetlidir (çoğu kentlerdeki özel klinikler). Yine bu kurumların %48'i kar amacı gütmeyen, %52'si kar amacı güden kuruluşlardır. Hastane yataklarının %95'i kar amacı gütmeyen hastanelerdedir (Liu ve ark. 2004a).

Mülkiyet dönüşümünün olumlu etkileri olarak:

1. Kasaba hastaneleri için varlığının sürdürülmesi için kaynak sağlanması,

2. Yönetsel mekanizmalarda özerklik,

3. Maliyet sınırlamada olumlu etkileri olarak sıralanmaktadır. Tıbbi harcamalarda maliyetlerde azalma tartışmalıdır, kar amacı gütmeyen hastanelerin kar amacı güden bir kuruma dönüşmesi ile maliyetlerdeki artış

kaçınılmazdır. Mülkiyet dönüşümün koruyucu hizmetlere olan olumsuz etkisi öne çıkmaktadır. Bunlar: çalışanlara koruyucu hizmet için verilen ücretin düşüklüğü, koruyucu hizmetleri sunan istasyonlarla hastaneler arasındaki bağlantının kesilmesi nedeniyle bu istasyonların yalnızlaşması şeklinde belirtilmektedir. Mülkiyet dönüşümü gösteren hastanelerle ilgili vergilendirme eksikliği, yatırım düzenleme ve izleme mekanizmaları önemli sorunlar olarak belirtilmektedir. Mülkiyet reformlarının önemli bir etkisi de sağlık çalışanlarına yönelik politikalarda gerçekleşmiş, sözleşmeli çalışma ve ücretlendirme politikalarında yeni yaklaşımlar ön plana çıkmıştır (Qingyue, 2005a).

### 2.3. Halk Sağlığı Hizmetleri'nde Dönüşüm:

Çin 1950'li yıllarda halk sağlığı hizmetlerini SSCB'den uyarılama yaparak basamaklı şekilde yaşama geçirmiştir. Eyalet-şehir-ilçe düzeylerinde. 1954 yılında Sağlık Bakanlığı Epidemiyoloji Önleme İstasyonları'nı (Epidemic Prevention Station-EPS) kurmuştur. Bu istasyonlar bulaşıcı hastalıkların önlenmesi, kontrolü ve yönetiminden sorumludur. 1965'li yılların sonunda bu istasyonlar, tüm eyalet ve belediyelerde kurulmuştur. Epidemiyoloji Önleme İstasyonları'na paralel olarak demiryollarında, geniş tepebüslerde ve madencilik endüstrisinde de benzer istasyonlar yer almıştır. Ek olarak bazı hastalık kontrollerine yönelik enstitüler de (kurumlar) kurulmuştur: Çiçek, Sıtma, Şistozomiyazis, Tüberküloz, Lepa gibi. (Claeson ve ark, 2004) Halk sağlığı hizmetlerindeki hiyerarşi yerel düzeyde kasaba sağlık merkezleri ve köy klinikleri ile entegredir. Böylelikle kırsal düzeyde koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin tek bir yapıda sunulması sağlanmıştır (Dummer ve ark, 2006).

1980'den sonra devlet desteğinin azalması nedeniyle koruyucu hizmetler ücretli hale gelmiştir. Gelir artırmak için daha fazla tıbbi hizmet (tedavi edici) verme eğilimi artmıştır. Sonuç olarak halk sağlığı sistematik olarak ihmal edilmiştir (özellikle kırsal bölgede) (Liu ve ark. 2004a; Claeson ve ark, 2004).

2000 yılı ile birlikte hizmet sunumunda değişim ile birlikte, birçok Epidemiyoloji Önleme İstasyonu işlevlerine göre ikiye ayrılmıştır. Sürveyans fonksiyonu, Epidemiyoloji Önleme İstasyonu'ndan ayrılmış, ayrı bir yeni dikey sistem kurulmuştur. Sürveyans sistemi merkezden ilçe düzeyine doğru örgütlenmiş bir yapı halinde kurulmuştur. Epidemiyoloji Önleme İstasyonu'nun geri kalan fonksiyonu bulaşıcı hastalık kontrol ve önleme merkezleri olarak yeniden yapılandırılmıştır. Hastalık kontrol ve önleme merkezleri de merkezi ve yerel örgütlenmesini kurmuştur. Merkezi ve eyalet düzeyindeki yer alan merkezler, temel olarak üst yönetim, profesyonel teknik yardım, araştırma ve eğitim, kalite kontrol ve halk sağlığı bilgileri'nden sorumludur. İl ve ilçe düzeyindeki bulaşıcı hastalık kontrol ve önleme merkezlerinin ise halk sağlığı hizmetlerinin tüm çeşitlerini verme sorumluluğu vardır. İlçe bulaşıcı hastalık kontrol ve önleme merkezleri kılavuzluğunda kırsalda kasaba hastaneleri ve kentlerde yeni kurulan TSM'ler bir çok halk

sağlığı hizmetini vermektedir (Koruyucu hizmetler, hastalıkların kontrolü, sağlık eğitimi ve geliştirilmesi, sosyal bakım). Hastalık kontrol ve önleme merkezleri yerel yönetimler tarafından bütçe ile finanse edilmektedir. Ayrıca hizmet verilirken alınan kullanıcı ödentileri de diğer finansman kaynağıdır (Liu ve ark. 2004a; Claeson ve ark, 2004).

2002 yılında Çin'de 3463 bulaşıcı hastalık kontrol ve önleme merkezi ve 204 444 sağlık çalışanı (94586'sı hekim) bulunmaktadır. Bağışıklama hızı 2002 için (BCG %98.0, DPT %98.2, OPV %98.4, Kızamık %97.8'dir). Fakat bölgeler arası fark mevcuttur. 2003 yılında bulaşıcı hastalık kontrol ve önleme merkezi sayısı 3584'e ulaşmıştır (Liu ve ark. 2004a). Bağışıklama düzeyleri için verilere inanılmamaktadır. Olasılıkla bu oranların %80-90 veya daha da düşük olacağı belirtilmektedir (Jeffrey ve ark, 2005).

İlçe ve üzeri düzeyde, ana ve çocuk sağlığı hizmetleri, aile planlaması ve tarama programları temel olarak ana ve çocuk sağlığı merkezlerince sağlanmaktadır. Kırsal bölgede ise ilçe hastanelerin daha alt düzeyinde, kasaba hastaneleri, köy klinikleri ve bazı köy hekimleri tarafından halk sağlığı hizmetleri sunulmaktadır. Ana ve çocuk sağlığı merkezlerinin organizasyonu da bulaşıcı hastalık kontrol ve önleme merkezine benzemektedir. Bununla birlikte bu hizmetler hastaneler, köy klinikleri ve ebeler tarafından da verilmektedir. 2002 yılı itibarı ile 3067 ana ve çocuk sağlığı merkezi, bu merkezlerde 79 774 yatak ve 176 905 sağlık çalışanı mevcuttur. Ayrıca kamu mülkiyetli tepebüslere ait kar amacı gütmeyen ana ve çocuk sağlığı merkezleri de mevcuttur. Kar amaçlı olanların sayısı azdır. 2003 yılı için ana ve çocuk sağlığı merkezlerinin işgal hızı %57.6 ve ortalama kalış süresi 5.4 gündür (Liu ve ark. 2004a; Claeson ve ark, 2004).

Organizasyonel değişiklikler aynı zamanda, halk sağlığı yönetimi ve finansmanında da desantalizasyonu getirmiştir. Tüm halk sağlığı ile ilgili kurumlar, desantralize olarak, yerel sağlık otoritesine bırakılmıştır. Merkezi bulaşıcı hastalık kontrol ve önleme merkezleri, ulusal düzeyde teknik yardım rolü ile sınırlı kalmıştır. Sağlık çalışanları ile ilgili durumlar (işe alma ve kovma) yerel hükümetin kararına bırakılmıştır. Yeni yönetim yapısında değişiklikler: merkezi yapı ile yerel sağlık otoritesi arasında çalışan roller ve sorumluluklar; bulaşıcı hastalık kontrol ve önleme merkezleri ile hastane yönetimleri arasında işlevsel bağlantı eksikliği; tıbbi ve hastalık kontrol sistemindeki koruyucu kolların birlikte çalışmasının ortan kaldırılması (sadece toplum sağlığı merkezlerinde birlikte çalışma söz konusudur) sorunlarını ortaya çıkarmıştır (Claeson ve ark, 2004).

Hastalık kontrol sisteminin kamusal gelirlerinin azalması ile birlikte, ücretsiz verilen halk sağlığı hizmetleri için motivasyon ortadan kalkmıştır. Hastalık kontrol ve önleme merkezleri varlığını sürdürmek için hizmet başı ödeme olan aktivitelere yönelmeye başlamıştır. Ödeme karşılığı olmayan etkinliklere daha az önem verilir hale

gelmiştir. Bu durumun Çin'de kritik bir dizi halk sağlığı sorunlarının ortaya çıkmasının temel nedeni olduğu ileri sürülmektedir (Claeson ve ark, 2004).

1980'lerin ortalarından sonra, halk sağlığı kurumları tamamen bütçe yerine, kısmen bütçeye bağlı hale gelmiştir. Bu durum, 1985'i izleyen yıllarda, Epidemi Önleme İstasyonları'nın belirli hizmetlerde kullanıcı ödentisi almasına izin verilmesi ile sonuçlanmıştır. (Gıda sanayisi, restaurant, otel denetimleri, atık deparjı ve riskli çalışma koşulları olan endüstrilerin ve ilköğretim okullarının denetimleri) (Claeson ve ark, 2004).

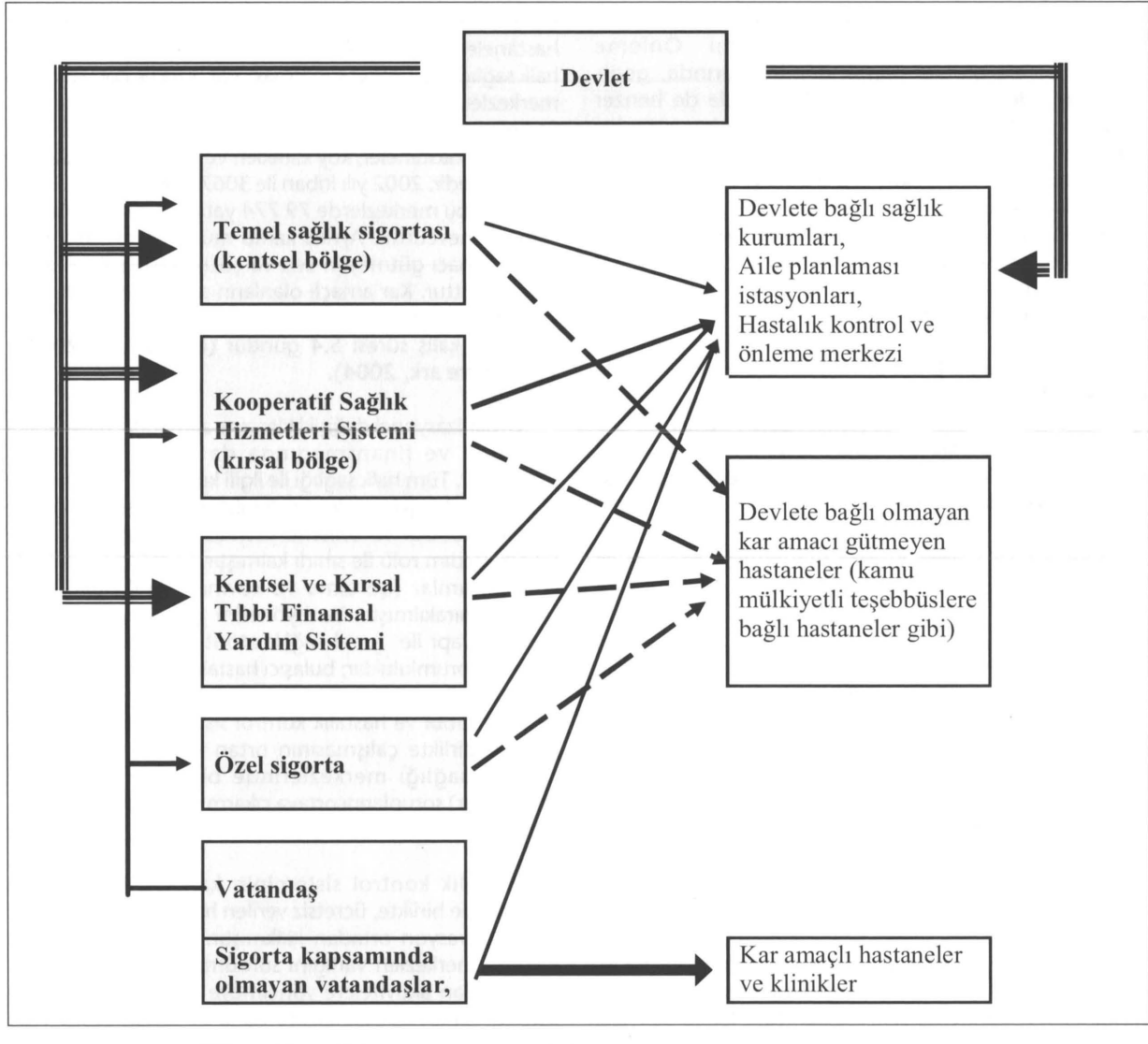
1989 yılında Çin Meclisi, halk sağlığı profesyonellerinin gelirlerinin artırılması ve yaşam koşullarının geliştirilmesi için denetim ve laboratuvar incelemelerindeki kullanıcı ödentilerinin kapsamının genişletilmesine karar vermiştir. Kullanıcı ödentisinin sisteme girmesi ile Epidemi Önleme İstasyonları daha fazla gelir sağlamak ve operasyonel

maliyetleri azaltmak için, bu hizmetlere ağırlık vermeye başlamıştır. Bu durum halk sağlığı hizmetlerinde kritik zayıflamalara yol açmıştır. Temel hizmetler daha az önemsenir hale geldi. Rutin bağışıklama, surveyans, sağlığın geliştirilmesine yönelik aktiviteler gibi. 1990-2002'ye kadar; toplam gelirlerde devlet bütçesi %59.2'den %42.08'e gerilemiştir. EPS/CDC'ler için kullanıcı ödentileri temel gelir kaynağı haline gelmiştir. (Claeson ve ark, 2004)

### 3.SAĞLIK FİNANSMANINDA DÖNÜŞÜM-REFORM

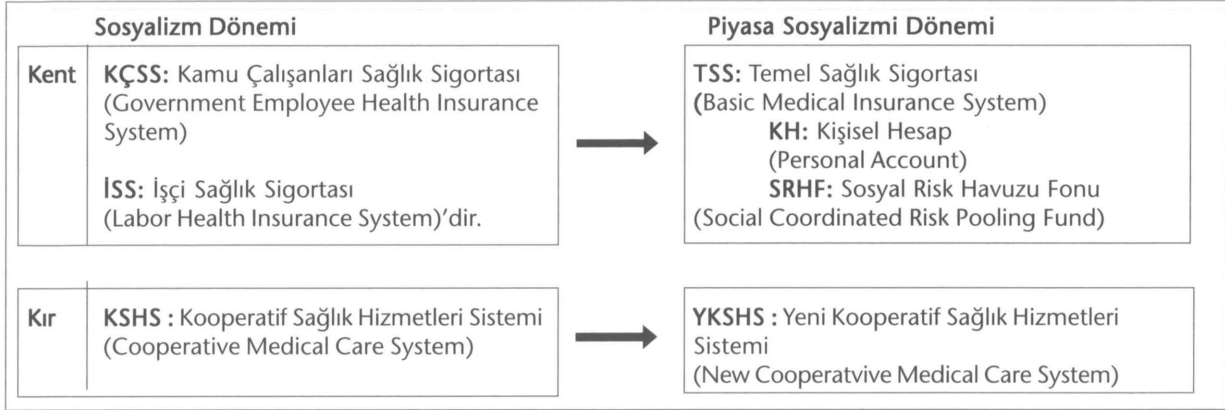
Çin'de gerek sosyalizm gerekse piyasa sosyalizmi diye bilinen dönemde sağlık hizmetlerinin finansmanı kentsel ve kırsal bölgede farklı kurumlar tarafından yürütülmektedir. Sosyalizm döneminde finansman genel devlet bütçesinden ve komünlerden sağlanmaktaydı. Sosyalizm dönemindeki işçiler ve kamu çalışanları için ayrı finansman kurumları, piyasa sosyalizmi döneminde de uzun süre devam etmiş, 2000'li yıllara doğru bu iki

Şekil 2. Çin'de finansman akışı (Liu ve ark, 2004)





Şekil 3. Çin'de sağlık finansmanında dönüşüm



kurum birleşmiş, isimlerini ve işlevlerini değiştirerek varlığını sürdürmüştür. Kırsal nüfusa ait finansman kurumu da aynı akibete uğramış ismi ve işlevleri değişmiştir. Çin'de dönüşüme uğrayan finansman kurumları Şekil 3'te ve dönüşüm sonrası finansman akışı Şekil 2'de özetlenmiştir.

### 3.1 Kentsel Bölgede Sağlık Finansmanında Dönüşüm

Çin 1952'den beri kent çalışanlarına iki temel sağlık hizmeti programı uygulamıştır. Bunlar Kamu Çalışanları Sağlık Sigortası-KÇSS (Government Employee Health Insurance System-GIS) ve İşçi Sağlık Sigortası-ISS (Labor Health Insurance System-LIS)'dir. KÇSS ve ISS Çin kentsel nüfusundaki çalışanların sağlıklarının korunması ile, ekonomik gelişmede ve sosyal istikrarın sağlanmasında önemli rol oynamıştır (Liu, 2002a).

KÇSS devlet bütçesinden finanse edilmekte ve kamu çalışanlarını, yakınlarını, emeklileri, askerleri, eğitimcileri ve üniversite öğrencilerini kapsayan bir sosyal sigortaydı. 100 kişiden fazla çalışanın bulunduğu kurumlarda kuruma ait klinik temel sağlık hizmetlerini sunmaktaydı. Diğer hizmetler Sağlık Bakanlığı'na bağlı kurumlar tarafından sağlanmaktaydı. ISS ise kamu mülkiyetli teşebbüslerde (state-owned enterprise) çalışan işçileri ve emeklileri ve bu kişilerin yakınlarını (kısmen) kapsamaktaydı. ISS, kamu mülkiyetli teşebbüslere ait refah fonu diye adlandırılan fondan finanse edilmekteydi. Bu fona işçilerin katkısı ücretlerinin %8'i kadardır. Aynı zamanda, bazı kamu mülkiyetli olmayan teşebbüslerde (kolektif mülkiyetli ve özel) çalışanlarına tam yada kısmi sağlık hizmetinden yararlanmalarını sağlamada ISS politikasını izlemiştir. ISS çalışanların tıbbi tedavi, ilaç ve hastane hizmetlerini ücretsiz, yakınlarına sunulan hizmetlerde, harcamaların %50'sini karşılamaktaydı. 1950'li yılları takip eden 40 yıl içinde KÇSS ve ISS çalışanların büyük çoğunluğunu, toplam kent nüfusunun yarıya yakınına kapsamış, ayakta ve yataklı tedavi hizmetleri vermiştir (Liu ve ark, 2004b; Liu ve ark, 2004a).

Sağlık hizmetini kamucu bir anlayışla sürdürmekten vazgeçme, sağlıkta piyasanın gelişmesi için kaynak aktarımının artırılması, ülke ekonomisindeki piyasacı anlayışın yerleştirilmesinin etkisi sağlık hizmetlerinde re-

form arayışlarını sürekli kılmıştır. Reform için öne sürülen gerekçeler sosyalizm dönemi sağlık hizmetleri ile ilgili sorunlar değildir. Kapitalist restorasyonla ortaya çıkan sorunlar ve sağlık hizmetlerini özelleştirme amaçlı yapılan müdahalelerin sonuçlarıdır. Bu müdahaleler ve ortaya çıkardığı aşırı maliyet artışı, finansman adına yapılacak reformların gerekçeleri olarak ileri sürülmektedir.

**Reformlar için öne sürülen amaç ve gerekçeler:** Sağlık finansman reformlarının genel misyonu ekonomik reformlar için güvenli bir ortam oluşturmak, özellikle devlet eliyle yürütülen endüstrilerdeki yaşamsal reformların önünü açmak olarak belirtilmiştir. Sağlık hizmetlerinin kamu mülkiyetli teşebbüslerden ayrılması ile bu teşebbüslerin daha maliyet etkin ve batı tipi modern sistemlerin haline gelmelerinin önü açılacağı öngörülmüştür. Aynı zamanda, reformların politik bir gündeme sahip olduğu, politik ve sosyal istikrarın sürdürülmesi ve çalışma yaşamındaki huzursuzluk ve kentlerdeki isyan potansiyelini hafifletme amaçlarını taşıdığı belirtilmiştir. Yine tıbbi maliyetlerdeki hızlı artışların denetlenmesi ve sigorta kapsamının genişleme gereksimi diğer amaçlar olarak sıralanabilir (Liu ve ark. 2004a; Liu, 2002a).

**Reform gerekçeleri olarak ileri sürülenler:** 1. Aşırı hizmet sunumu ve getirdiği maliyet artışı: a. Hizmet başı ödeme sistemi nedeniyle sağlık kurumlarının aşırı hizmet sunumu: Hem aşırı ilaç kullanımı (özellikle pahalı ilaçların) hem de kar getiren işlemler olarak ileri teknoloji kullanımında artışa neden olmuştur (Yip ve ark, 2004). b. Hastanelerde (özellikle üçüncü basamak) ileri teknoloji yatırımları ve kullanımının artması: Örneğin ulusal çapta 1986 yılında 170 CT tomografi varken 1993'te bu sayı 1300'e çıkmıştır. İleri teknoloji işlemler kullanılması hastanede kalma sürelerini uzatmış ve daha pahalı ilaç kullanımına yol açmıştır. Kentsel bölgede hastane yatağının gereksiz kullanımı %25 ve gereksiz ileri teknoloji kullanımı %25-33 olarak hesaplanmıştır. Hem hastalar için hem de hizmet sunucular için sağlık hizmeti arama ve hizmet sunma talebinde artış (moral etkisi). (Liu ve ark, 2004b). c. Hizmet sunuculara yapılan katkı payının düşüklüğü ve hizmet başı ödeme kombinasyonunun getirdiği maliyetlerde hızlı artış. (Lindelow ve ark, ...). d. Talep yönlü değişiklikler: Nüfusun yaşlanması, gelir artışı

ve hastalıklarda dönüşüm (enfeksiyon hastalıklarından kronik hastalıklara) gibi faktörlerin etkisi ve daha fazla ve daha iyi sağlık hizmeti talebinde artış (Liu ve ark, 2004b).

2. Sigortalıların azalması/azalma tehdidi: a. Sigorta kapsamındaki kişi sayısının azalması; örneğin 1993'ten 1998'e GIS %18.9'dan %17.3'e, İSS'de ise %33.6'dan %24.9'a bir azalma görülmüştür. b. Kamu mülkiyetli teşebbüslerin sigortalıların sağlık harcamalarını ödeyemez hale gelmeleri sonucu çalışanların fiili olarak sigortasız konuma gelmeleri. c. KÇSS ve İSS'in artan özel sektör çalışanları, işsizler ve yoksulların gereksinimlerini karşılayamaması (Lindelow ve ark, ...).

3. KÇSS ve kamu mülkiyetli teşebbüslerin piyasa ekonomisine geçmesi ve finansal desantralizasyonla ilgili sorunları: a. Artan sağlık harcamaları nedeniyle kamu mülkiyetli teşebbüslerin pazar ekonomisinde rekabet yeteneklerinin zayıflaması, kaybolması (Liu, 2002a). b. Sınırlı kaynak ve artan harcamaların kamu mülkiyetli teşebbüslerin sağlık dışındaki diğer refah hizmetleri (emeklilik gibi) karşılamada yaşadığı zorluklar (Liu ve ark. 2004a). c. Sağlık harcamalarının birçok kamu mülkiyetli teşebbüslerde krizlere yol açar konuma gelmesi (özellikle kötü ekonomik koşullardaki ve göreceli olarak çok sayıda emekliye sahip olanlar), (Liu ve ark, 2004b). d. Kötü durumdaki kamu mülkiyetli teşebbüslerin ödeyemedikleri sağlık harcamaları nedeniyle işçilerin cepten ödeme zorunda kalmaları (Liu ve ark, 2004b).

4. Kamu mülkiyetli teşebbüslerde ve yerel yönetimlerde risk havuzunun olmaması.

5. Maliyet bilincinin gelişmemiş olması: Sağlık hizmetlerinin kullanımında herhangi bir finansal sorumluluk olmaması ya da düşük olmasının sigortalıları daha maliyet etkin bir sağlık hizmeti aramaya teşvik etmemesi (Liu ve ark. 2004b).

#### Reformlar:

Kent sağlık sigorta sisteminde 1980'lerden başlayan bir dizi reform gerçekleşmiştir. Bu reform süreci iki ana dönemde gerçekleştirilmiştir, birincisi erken 1980'ler ile 1991 arasında ve ikincisi 1992'de başlayan pilot programlardır (Liu, 2002a).

Birinci dönem (1980-1991) reformlarının temel amacı maliyetleri sınırlamaktır. Temel reform önlemleri arz yönlü ve talep yönlü maliyet paylaşımının girişini içerir.

1985-1989 dönemi boyunca KÇSS ve İSS reformları talep yönlü girişimleri yaşama geçirip sigortalılarda maliyet bilincini yaratmaktır. Bu amaçla maliyet paylaşımına hizmet eden tavan belirleme, ek ödeme (katkı payı) ve tamamlayıcı sigorta KÇSS ve İSS tarafından yaygın olarak kullanılmıştır. Sigortalı hastalarda maliyet bilinci artmasına (??) rağmen harcamalarda hızlı yükseliş devam etmiştir. Bu artışın, hizmet başı ödeme sistemin hizmet sunucularının davranışındaki değişikliklere yeterince dikkat edilmemesi nedeniyle ortaya çıktığı ileri

sürülmüştür. 1989'dan sonra talep yönlü reformlara arz yönlü maliyet paylaşımı biçimleri de eklenmiştir. Burada amaç hastane ve hekimlere KÇSS ve İSS'in maliyet kontrolü için motivasyon yaratmaktır (Liu, 2002a; Liu ve ark. 2004a)..

Bu dönem vatandaşa sağlık hizmetlerinin para karşılığı alınabileceği, bir bedeli olacağı düşüncesinin yerleştirilmesi dönemi olarak da okunabilir.

1990 sonrası bazı endüstriler kendiliğinden teşebbüslerine yönelik, katastrofik harcamaları kapsayan risk havuzu oluşturmaya başlamıştır. Yine bazı şehirlerde sigortalı emekliler için sosyal risk havuzu kurulmaya başlanmıştır. Birçok şehirde kamu mülkiyetli teşebbüsler birleşik yönetim diye adlandırılan iki insiyatif başlatmıştır: emeklilerin sağlık harcamalarının birleşik yönetimi ve ciddi hastalıklara ait sağlık harcamalarının birleşik yönetimi. 1997 sonunda 11.22 milyon işçi ve 1.72 milyon emekli ciddi hastalıklara yönelik birleşik yönetime katılmıştır. Yine 992 bin emekli emeklilere yönelik birleşik yönetime katılmıştır (Liu ve ark. 2004a).

İkinci dönem önlemler 1992 başında, esas amaç olan maliyet sınırlama ile birlikte daha fundamental sağlık sektörü reformlarına odaklanmıştır. 1995 başlarında, Jiujiang ve Zhengjiang şehirlerinde sağlık harcamalarını finanse etmek için pilot reformlar (toplum temelli sigorta sistemi) başlatılmıştır. KÇSS ve İSS'de önemli değişiklikler yapılmıştır. Bunlar finansmanın toplumsallaştırılması; işçiler ve işveren tarafından yapılan katkıların birleştirilmesi; bireysel koşulları ve kurumsal özellikleri dikkate almaksızın tüm işyerlerini içeren şehre yayılmış risk havuzu uygulamalarıdır. Havuza toplanan fonların bireysel hesap ve sosyal havuz hesabı olarak dağıtımı söz konusudur. Bu dönemin önemli değişiklikleri hastaların maliyet paylaşımında üç aşamalı bir sistem; hizmet sunucular için önceden belirlenmiş ödeme tarifesini; ilaçlarda tayınlama (rationing) ve diğer tıbbi teknolojilerinin kullanımına yönelik kapsam listesidir. Üç aşamalı ödeme sistemi sigortalılardan sağlık hizmeti kullanımı sırasında maliyet bilincinin artırılması amacını taşımaktadır. Üç aşamalı ödeme sisteminde sigortalı önce kendi kişisel hesabı, sonra yıllık ücretinin belirli bir düzeyine kadar direkt cepten ödeme (maaştan kesme), bu miktarın üzerindeki harcamalar için sosyal risk havuzundan yararlanma şeklinde bir düzenleme getirilmiştir. 1996 yılı sonunda pilot deneme 57 şehre yaygınlaştırılmıştır. (Liu ve ark, 2004b; Liu, 2002a).

Aralık 1998'de Çin Meclisi toplum temelli sigorta modelinin tüm ülkeye yaygınlaştırılması kararını almıştır. Bu aşamada yerel yönetimlerin yerel gereksinimler ve sosyo-ekonomik koşullara göre en iyi hizmeti vermesi için modelde farklılaştırmalar yapmasına olanak tanınmıştır. 2003 yılı sonunda büyük şehirlerin çoğunluğunda yeni sigorta programı uygulanmaya başlanmıştır. Kent çalışanlarının 109 milyonu kapsama alınmıştır. Hükümet sigortanın kapsamının yıllık %6 büyümesini hedeflemiştir. (Liu ve ark, 2004b; Liu, 2002a).

Bu arada Çin Meclisi 1999 yılında kente ait sağlık sigortasının yönetim sorumluluğunu Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'na bırakmıştır. Daha önceden KÇSS Sağlık Bakanlığı, İSS Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı tarafından yönetilmekteydi. Böylelikle, Çin'de sağlık hizmetlerinin sunumu ile finansmanı birbirinden ayrılmıştır. Bu ayrılma sağlık hizmetlerinde piyasanın gelişmesinde önemli bir adımdır, genel ekonomik reformlar ile tutarlıdır. Böylelikle hastanelerin daha otonom hale gelmesinin ve daha rekabete dayalı bir ortamın gelişmesinin önü açılmıştır (Liu ve ark. 2004a).

Kentler için hazırlanan bu yeni finansman sistemine "Temel Sağlık Sigortası" (basic insurance system-TSS) adı verilmektedir. TSS kent işçileri için temel sağlık sigortası haline gelmiş, KÇSS ve İSS'in yerini almıştır. TSS'in tüm kent işçilerini (çalışanlarını) kapsamı hedeflenmiştir. Özel sektör çalışanları, küçük ölçekli kamu organizasyonlarında çalışanlar da TSS kapsamındadır. Bu kurumlarda çalışanlar için TSS zorunludur. Bağımsız çalışanlar (kendi işlerinde çalışanlar), kasabada çalışan işçiler ve köy teşebbüslerinde çalışanlar (köy girişimcileri) için TSS zorunlu değildir, gönüllü üyelik söz konusudur. Çalışanların sadece kendileri sigorta kapsamında olup, yakınları (bağımlıları) kapsam dışıdır. Üniversite öğrencileri halen KÇSS kapsamında ise sigortası devam etmekte, yeni programa dahil ise kapsam dışıdır (Liu ve ark. 2004a).

TSS için işçi ve işverenlerden katkı alınmaktadır. İşçilerden yıllık ücretlerinin %2'si oranında prim kesilmektedir. İşçilerden kesilen prim sadece işçinin kişisel hesabı için kullanılmaktadır. İşverenlerden işçinin toplam yıllık ücretlerinin %6'sı oranında prim kesilmektedir. Bu prim hem işçilerin kişisel hesaplarına (%1.8), hem de sosyal havuza (%4.2) aktarılmaktadır (Liu ve ark. 2004a). Değişik bölgelerde; işçilerin primi %2 sabit olmasına karşın, işveren katkıları %6-10 arasında değişiklik göstermektedir. Yine bölgeler göre kişisel hesap için ayrılan pay yaşa bağımlı olarak %2-6 arasındadır. İşverenden gelen paranın geriye kalan miktarı sosyal havuza aktarılmakta olup pay bölgelere göre %2-6 arasında değişmektedir (Liu ve ark. 2004b).

Çin genelinde tipik bir sosyal sigorta şemasında (TSS); sigortalının tüm poliklinik harcamaları, kişisel hesap bitinceye kadar kişisel hesap fonundan ödenmektedir. Yıl sonunda kişisel hesapta harcanmayan fonlar gelecek yıla aktarılmaktadır. Kişi öldüğü zaman fonda harcanmayan kısım mirasçılara aktarılmaktadır. Kişisel hesap tükendiği zaman kişi ayaktan başvuru harcamalarını cepten ödemek zorundadır. Sigortalı hastaneye yattığı zaman hastane harcamaları, yıllık ücretinin %10'una denk gelecek şekilde kişi tarafından ödenmektedir. Bu miktardan fazla olan harcamalar sosyal havuz tarafından karşılanmaktadır. Sosyal havuzun üst sınırı şehirdeki işçilerin ortalama yıllık ücretinin 4 katı kadardır. Bu tavanın üzerindeki harcamalar tamamlayıcı sigorta tarafından ya da cepten ödemeler şeklinde yapılmaktadır. Kamu çalışanlarının tamamlayıcı sigortaları devlet tarafından karşılanmaktadır. Diğer işverenlerin işçileri için tamamlayıcı sigortayı satın alması

gönüllüdür. İşverenlerin işçilerini tamamlayıcı sigorta yaptırmaları için teşvik edici yöntemler kullanılmaktadır. İşverenlerin tamamlayıcı sigorta için ödediği prim katkısı vergiden muaf tutulmaktadır (toplam ücretinin %4'üne kadar olan ödemeler için). İşçiler de özel tamamlayıcı sigorta almaya teşvik edilmektedir. Aynı zamanda ticari sigorta kurumlarına, tamamlayıcı sigorta aracılığıyla destek sağlanmaktadır (Liu, 2002a; Liu ve ark. 2004a).

Her yerel yönetim Sosyal Sigorta Müdürlüğü kurmuştur. Sosyal Sigorta Müdürlüğü prim toplama, anlaşma yapma ve hizmetleri ödemedir sorumludur. Sağlık hizmeti sunucuları (poliklinikler, eczaneler ve hastanelerle) ile anlaşma yapıyor ve güvence veriyor. Hizmet sunucularına olan ödemeler için kesin bir ödeme yöntemi yoktur. Sosyal Sigorta Müdürlüğü genellikle üç major ödeme yönteminden birisini kullanmaktadır. Hizmet başı, kelle başı ve her ikisinin karışımı (Liu, 2002a).

TSS ile tüm çalışanları kapsamak hedeflendi ise de, gerçekte sadece KÇSS ve İSS üyeleri ile sınırlı kalmıştır. Tüm nüfusa ulaşılamamıştır. Kent nüfusunun sadece %48'ini kapsayabilmiştir. 2001 yılında TSS kapsamında 108 milyon kişi (79.77 milyonu işçi, 29.18 milyonu emekliler) bulunmaktadır. Yeni programa dahil 349 kentsel bölgenin; %81.3'ü il düzeyi ve üzeridir. Informal sektöre ait sadece 5 milyon kayıtlı kişi bulunmaktadır. TSS kapsamındaki sigortalılar açısından yeni eklenen kişisel hesap nedeniyle eşitsizliklerin devam etmesi, sıkı maliyet paylaşımının getirdiği zorluklar, çeşitli tamamlayıcı sigorta nedeniyle sıkıntılar gibi sorunlar yaşanmaktadır. Yine yakınlar (bağımlılar), işsizler ve göç nüfus (gezici nüfus) sosyal sigorta kapsamı dışında kalmıştır (Liu ve ark. 2004a). Kent yoksulları, kamu hizmeti özelliğini kaybeden işyeri ve kolektif teşebbüslerde çalışanlar kapsam dışındadır (Lindelöw ve ark. ...).

#### Hizmet kapsamında daralma- maliyet paylaşımında artma

Sağlık finansmanında düzenlemelerin önemli bir ayağı teminat paketleri ve maliyet paylaşımıdır. Kademe kademe teminat paketi küçülmüş, maliyet paylaşımı uygulamaları gündeme gelmiştir. Süreçte KÇSS maliyet paylaşımını artırmış (maliyetlerinin %95'ine kadar) ve birçok eyalet ve şehirde Temel İlaç Listesi uygulanmaya başlamıştır. Maliyet paylaşımının düzeyi ve KÇSS için Temel İlaç Listesi'nin belirlenmesi yerel yönetimlere bırakılmıştır. Böylelikle KÇSS'nin "ücretsiz" sağlık hizmeti sunması anlayışı tamamen terk edilmiştir. İSS'de de artan maliyetler nedeniyle 1985 yılından itibaren, çeşitli biçimlerde maliyet paylaşımı gündeme gelmiş ve sağlık hizmetleri maliyetinin %80'inin hastalardan talep edilmesine başlanmıştır. Kent işçileri için yeni geliştirilen temel sağlık sigortası da (TSS) düşük düzeyde yararlanma, sadece temel sağlık gereksinimleri sağlama esaslı düzenlenmiştir (Liu ve ark. 2004a).

Merkezi yönetim tıbbi hizmetler için temel teminat paketini, ulusal temel ilaç listesini ve esansiyel hizmetler

listesini tanımlamıştır. Temel ilaç listesi: Batı tıbbi ilaçları 21 kategori, geleneksel Çin Tıbbi 8 kategori, Çin herbal tıbbi 1 kategori'den oluşmaktadır. Her bir kategori için A ve B tipi vardır. Yerel yönetimler B tipi ilaç listesine %15'i geçmeyecek şekilde ekleme yapabilmektedir.

Esansiyel hizmetlerin seçimine kılavuzluk eden ilkeler ise:

1. Hizmetlerin klinik olarak gerekli, güvenli ve etkin olması, harcamaların uygunluğu,
2. Fiyatların Fiyatlandırma Dairesi'nce belirlenmesi,
3. Belirlenmiş tıbbi hizmetler çerçevesi içinde, tanımlanmış sağlık kurumları tarafından sağlanan çeşitli tanı ve tedavi işlemleri olarak sıralanmıştır.

Hizmet klinik olarak gereklilik taşııyorsa, etkinliği belirsizse veya spesifik tıbbi hizmetler kategorisinden düşmüşse (örneğin planlanandan daha önce tercih edilmişse, hekim tarafından daha ileri düzeyde bir operasyon olarak tanımlanıyorsa) esansiyel hizmet listesine alınmamıştır. Klinik olarak gerekli, etkinliği kesin, fakat kolaylıkla istismar edilebiliyorsa ya da pahalı ise kısmi olarak temel sağlık sigortası kapsamındadır. Temel sağlık sigortası yatan hastaların, ayaktan ve/veya acil serviste gözetim altında tutulan hastaların sadece yatak ücretlerini karşılamaktadır (Liu ve ark. 2004a).

### 3.2.Kırsal Bölgede Sağlık Hizmetlerinin Finansmanında Dönüşüm

Kırsal nüfus için sağlık hizmetine yönelik Kooperatif Sağlık Hizmetleri Sistemi-KSHS (Cooperative Medical Care System (KSHS), dünyanın ilk büyük kırsal sağlık sigorta sistemidir. 1950 yılında temel ilaçlar ve temel sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliği sağlamak amacıyla kurulmuş bir ortak bir yardım mekanizmasıydı. KSHS tarımsal üretimdeki kolektif sistemin ve sosyal hizmetlerin entegre bir kısmıdır. (Liu ve ark, 2004c) Yıllar boyunca sistem genişlemiş ve 1970'li yılların sonunda kırsal nüfusun %90'ından fazlasına koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri karşılar hale gelmişti (Lindelöw ve ark,...).

### Çoğu köyde KSHS fonu üç ayrı kaynaktan finanse edilmekteydi.

1. Primler: Temel olarak yararlanma yapısı ve yerel ekonominin durumuna göre köylü ailesinin yıllık gelirin %0.5-2'si.

2. Kolektif refah fonu: Her bir köy için kolektif tarımsal üretiminin geliri veya kırsal teşebbüslerin gelirlerinden, devletin belirlediği kılavuza göre refah fonuna aktarılan paranın belirli bir miktarı (Bu pay toplam fonun ortalama %50'sini (%30-90) karşılamaktaydı).

3. Daha üst düzeydeki yönetimlerden kaynak aktarımı (Guy ve ark, 1999).

Çoğu yerde, bu kaynaklar sağlık emekçilerinin ücretleri ve satın alınan tıbbi malzeme için kullanılmaktaydı.(Liu ve ark, 2004c). KSHS fonu beş ayrı tip hizmete finanse etmekteydi: 1. Köy klinikleri ücretsiz muayene, 2. Köy kliniklerinde ücretsiz ilaç, 3. Köy kliniklerince karşılanmayan ilaçlar, 4. Sevk edilen hastane muayene

ücretlerinin geri ödenmesi, 5.Hastanede yatışlardaki maliyetlerin geri ödenmesi (Liu ve ark. 2004a).

1980'den beri -Çin'deki mali sistemin desantralize edilmesinden beri- ilçe yönetimleri finansman ve sağlık kurumlarının yönetiminde esas sorumlu hale gelmiştir. Kırsal bölgede, tarımsal kolektiflerden ev halkı sorumluluk sistemine dönüşüm KSHS'nin finansal temelini zayıflatmıştır ve fon büyük oranda çökmüştür. İlçeden ve kasaba yönetimlerinden düzenli bütçe tahsisatı; bazı memurların (personelin) temel ücreti, yatırım gelişimi ve amortismanı kapsar şekle dönmüştür. Yerel yönetimlerden gelen para, ilçenin ve kasaba sağlık kurumlarının toplam gelirlerinin %30'undan daha azını karşılar hale gelmiştir. Devlet kaynaklı gelirin azalmasını telafi etmek için katkı payları ve ilaç satışı (ana gelir kaynağı) ön plana çıkmıştır. Kullanıcı ödentileri ve yüksek direkt maliyetler, gerektiği zaman temel sağlık hizmeti satın almak için yeterli gelire sahip olmayan nüfusun sağlığa ulaşımını etkin bir biçimde engellemiştir. Üstelik tıbbi harcamalar birçok kırsal aile için finansal açıdan yıkıma yol açmıştır (Liu ve ark, 2004c; Guy ve ark, 1999).

Gerek ev halkı sorumluluk sistemine geçiş gerekse KSHS fon olarak çökmesi sonucu kapsamdaki nüfus %90'lardan 1984 yılında %4.8'e düşmüştür. Merkezi hükümetin "kırsal temel sağlık hizmeti"ni dillendirmesi ile 1993'te yeniden %10'lara yükselmiştir. Hükümet kırsalda sağlık hizmetlerine erişimi sağlama ve sağlık harcamalarına karşı sosyal koruma sağlamak için 1994 yılında 7 eyaletin 14 şehrinde bir pilot uygulama başlatmıştır. Pilot uygulamanın amacı KSHS'yi yeniden yapılandırarak; yoksulluğa bağlı hastalıkları ve hastalıklara bağlı gelişen yoksulluğu acil olarak azaltmak olarak belirtilmiştir. KSHS kar amacı gütmeme ve gönüllülük esaslı ve yerel bölgenin ekonomik durumuna göre yeniden yapılandırılmıştır. DSÖ bu pilot uygulamaya teknik destek sağlamıştır. Pilot uygulama ile ilgili yapılan çalışmalar ile kapsam altındaki nüfusun arttığı (amaçlanan nüfusun tamamına ulaşıldığı), geri ödeme hızının arttığı, harcamalarının ılımlı bir şekilde azaldığı saptanmış; pirimlerin artırmanın benimsenmeyeceği, gönüllülük yerine zorunluluğun alması ve tüm nüfusu içermesi gerekliliği, hükümetin sigortasız yoksullara fon desteği sağlaması, gönüllülüğün artırılması için temel teminat paketinin genişletilmesi sonuçları çıkartılmıştır. Yine gelecekteki KSHS planlarında sigorta kapsamının yeterliliği sorununun halledilmesi, temel teminat paketinin koruyucu ve tedavi edici hizmetleri içermesi, maliyet sınırlama ve sağlık çalışanları ile yapılacak sözleşmelere de yer verilmesi gerektiği bildirilmiştir (Guy ve ark, 1999).

Pilot çalışmalar bir yandan sürerken kırsaldaki köy kliniklerinin ve hastanelerinin %18-33 oranında azalması; kırsal nüfustaki sağlık harcamalarında artışın devam etmesi (örneğin cepten harcamalarının 1991'de %106, 2003'te %149 artması); sigorta kapsamındaki nüfusun 2003 yılı için %80'e yakın olması; nüfusun %46'sının gerektiği halde hekime başvurmaması ve hastane yatış gerektiği zaman nüfusun %30'unun ücreti ödeyememe



nedeni ile yatışı kabul etmemesi sağlık hizmetlerinde yeni arayışları her zaman gündemde tutmuştur (Wang ve ark, 2007).

2002 yılında, Merkez Komite ve Çin Meclisi, KSHS modeli temelinde ve hükümet desteğinin artmasını öngören, yoksulları hedefleyen, ciddi hastalıklar için, yeni bir gönüllü toplum bazlı finansman modelini uygun bulmuştur. Bu yeni finansman sistemi ile KSHS, Yeni Kooperatif Sağlık Hizmetleri Sistemi-YKSHS (New Cooperative Medical Care System-NCMS) adını almıştır. YKSHS'in eskiden farkı; bir devlet organizasyonu olması ve sağlık sigortası ile desteklenmiş olmasıdır. YKSHS her köylü için ortalama 10 yuan (yaklaşık 1.2 dolar), yerel yönetim 10 yuan katkı ve 2003 yılı itibarı ile merkezi yönetim her çiftçi (merkezi ve batı Çin'de bölgesindeki) için 10 yuan kaynak aktarmaya başlamıştır. Kırsal Kooperatif Sağlık Hizmeti Fonu (Rural Cooperative Medical Fund) diye adlandırılan havuzda her sigortalı çiftçi için toplam 30 yuan birikmesi ve bu fonun temel olarak çiftçilerin katastrofik harcamalara neden olan hastalıkları için kullanılması planlanmıştır. Kapsam altındaki her sigortalı için yıl bazında, yaklaşık 2000-3000 yuan'lık hizmeti kompanse etmek hedeflenmiştir (Wang ve ark, 2007; Liu ve ark. 2004a; Liu ve ark, 2004c; Lindelöw ve ark, ...).

YKSHS katılım hala gönüllülük esasında devam etmektedir. Kırsal teşebbüslerde çalışan işçilerin katılıp katılmayacakları ve ne kadar katkı sunacakları yerel yönetimin kararına bırakılmıştır. Yerel yönetimlerin bu kişilerin katılımına izin vermemesi halinde kent sağlık sigortası içinde katılımın zorunlu olmaması nedeniyle, bu kişilerin sigorta kapsamına girmesi açısından sorunlar yaşayacağı belirtilmektedir (Liu ve ark. 2004a).

Hem KSHS hem de YKSHS şu an birlikte yürütülmektedir. Her iki fonunda yarar kapsamı belirgin değildir. Pratikte KSHS kapsamındaki kişilere üç tip teminat paketi'nden birisi kullanılmaktadır:

1.Ön ödeme ile fona katkı sağlayan katılımcılara köy ve kasaba düzeyindeki hizmetlerde fiyat indirimi sağlanması.

2.Katılımcıların büyük tıbbi harcamalarının bir kısmının risk havuzundan karşılanması.

3.Belirlenen yerel klinik, sağlık merkezi ve hastaneden alınan hem ayaktan ve hem de yataklı tedavi hizmetleri harcamalarının belirli miktarda katılımcılara geri ödenmesi. Eyalet hükümetlerinin KSHS için temel ilaç listesini hazırlaması gerekmektedir. İlçe hükümetleri, fondaki artışlara ve yerel koşullara göre KSHS için geri ödeme oranlarını ve kriterlerini oluşturması gerekmektedir (Liu ve ark. 2004a).

Hükümet, sağlık hizmet sunucuları, YKSHS fon yöneticileri, köylüler hizmetten ne kadar yararlanacağını belirlemektedir. Kapsamın belirlenmesinde hükümet baskın rol oynamaktadır.

YKSHS ise temel olarak katastrofik sağlık harcamalarını veya yataklı tedavi hizmetlerini kapsamaktadır. Minör hastalıklar, ayaktan başvurular ve koruyucu hizmetler genellikle kapsam dışındadır. Ayaktan tedavi hizmetleri maliyetini geri ödemenin, hastalıklara bağlı oluşan ekonomik yükü hafifletmeye etkisinin az olduğu, yönetsel maliyetinin daha yüksek olduğu, fonun sürdürülebilirliğini zora sokacağı ileri sürülmektedir. Bununla birlikte ayaktan hizmetler ve koruyucu hizmetlerin yarar kapsamına alınmasının kayıtlı nüfusu artıracığı belirtilmektedir. Uygulamanın yaşama geçtiği bazı bölgelerde ayaktan hizmetler ve koruyucu hizmetlere yönelik değişen miktarlarda geri ödemenin yapıldığı pilot çalışmalar yürütülmektedir. Pilot uygulamalarda değişik tip geri ödemeler denenmektedir:

1.Yataklı tedavi hizmetleri+aile tasarruf hesabı (sigortalı ayaktan tedavi hizmeti için direkt olarak kullanılabilir),

2. Yataklı tedavi hizmetleri+ayaktan tedavi hizmetleri (belirli oranlarda, sınırlı ya da sınırsız),

3.Yataklı tedavi hizmetleri+aile tasarruf hesabı+katastrofik ayaktan tedavi hizmetleri (nefropati, kanser kemoterapisi, diyabet gibi),

4. Yataklı tedavi hizmetleri+ katastrofik ayaktan tedavi hizmetleri,

5.Sadece yataklı tedavi hizmetleri. Uygulamaların çoğunluğunda (%62.5'inde) yataklı tedavi hizmetleri+aile tasarruf hesabı yöntemi uygulanmaktadır. Aile tasarruf hesabının katılım hızını artırmadığı, fakat ayaktan tedavi hizmetlerini kontrol edeceği belirtilmektedir (Zhenghong, 2005). Sigortalı kişi hizmet kullanmadığında, bir sonraki yıl için fiziksel check up alma hakkı kazanmaktadır (Wang ve ark, 2007).

YKSHS, 2003 yılında başlatılmış ve 2004 yılı sonunda halen 31 eyaletin 304 ilçesinde pilot olarak uygulanmakta ve yaklaşık 65 milyon çiftçiye kapsar hale gelmiştir (Liu ve ark, 2004c; Lindelöw, 2004) 2006 Haziran sonu itibarıyla YKSHS pilot uygulaması 31 eyaletin 1399 ilçesine (tüm ilçelerin kabaca %50'si) yaygınlaştırılmıştır ve katılım oranı %80 civarındadır. Hükümet YKSHS'nin 2007 yılında kırsal nüfusun %80'ine genişlemesini ve 2010 yılında tüm Çin kırsal nüfusunu kapsamına almasını amaçlamıştır (Wang ve ark, 2007).

YKSHS uygulamalarını değerlendiren bir çalışmada; daha iyi bilgiye sahip olanların, daha fazla prim ödeyenlerin, daha fazla katkı payı ödeyenlerin sisteme artmış kayıtlı ilişkili olduğu saptanmıştır. Yine ters seçimin geçerli olduğu, sağlık durumu kötü olanların sağlıklı kişilere göre daha fazla sisteme dahil olduğu vurgulanmıştır. Gönüllülüğün dezavantajlı bir durum olduğu, ancak zorunlu üyelik ile ters seçimin engellenebileceği belirtilmiştir. Bununla birlikte aynı çalışmada zorunlu üyeliğin gerçekleştirilemeyeceği şu gerekçelerle belirtilmiştir: kırsal bölge nüfusunun tarım vergisi ve ücretlerde aşırı yüke sahip olması, bazı yoksul



bölgelerde hala açlığın sürmesi; bazı çiftçilerin ücretleri ödeyemeyeceği; sağlıklı insanların çoğunluğunun prim ödemeyi istememesi, zorunlu ödeme koşulu durumunda ise gereksiz sağlık hizmeti kullanımı nedeniyle sistemi olumsuz etkileyeceği (Wang ve ark, 2007).

Pilot uygulama için yerel yönetimleri bütçedeki finansal sınırlılıkları, yüksek yönetsel maliyet, yoksullukla sıkışan köylüden para almanın zorluğu; eski KSHS'den kalan gönüllü katılım; kötü yönetim; güven eksikliği eklendiğinde YKSHS genişlemesi ve sürdürülmesi zor görülmektedir (Liu ve ark, 2004c; Liu ve ark, 2004a). Yine temel teminat paketinin belirlenmesindeki güçlükler, yetersiz hizmetler ve yetersiz performans, eğitilmiş personel sınırlılığı, organizasyonel kapasite eksikliği önemli sorunlar olarak belirtilmektedir (Lindelöw, 2004; Wang ve ark, 2007; Liu ve ark, 2004c).

YKSHS'in yerleştirilmesi için bilgilendirmeye yönelik eğitim kampanyaları; temel teminat paketinin geliştirilmesi (temel sağlık hizmetlerini ve diğer spesifik hizmetleri de içermesi); finansmanın sürdürülmesi için gelir kaynaklarının çeşitlendirilmesi; farklı prim toplama yöntemlerinin geliştirilmesi; katkı paylarının ve prim miktarlarının sürdürülebilir olması gibi öneriler yapılmaktadır (Wang ve ark, 2007).

Sıralanan gerekçeler ve öneriler aslında seksenli yılların başındakiler ile neredeyse tıpatıp aynı. Sağlık finansmanında yapılan reformların yetersiz kalması, bir türlü kapsamı genişletmemesi, sağlık harcamalarını ve katkı paylarını azaltamaması, reformların kimin için yapıldığı sorusunu akla getiriyor: Halk için mi? Sağlık piyasası için mi?

### 3.3. Yoksullar için finansman arayışı- Tıbbi Finansal Yardım Sistemi

Kentte ve kırdaki yapılan sağlık reformlarına ek olarak, hükümet yoksulların temel sağlık hizmetine ulaşması için tıbbi finansal yardım sistemini-(Medical Financial Assistance System-MFA) yaşama geçirmiştir (Lindelöw, 2004). Bu uygulama ilk kez Dünya Bankası Sağlık-VI projesi kapsamında, yoksul annelere antenatal ve postnatal hizmetleri kapsayan fon şeklinde başlatılmış, sonra Dünya Bankası Sağlık-VIII projesinin bir kısmı ile bu yaklaşım 71 yoksul ilçeye yaygınlaştırılmıştır. Devlet destekli bir program olan tıbbi finansal yardım ile; yoksulların temel sağlık hizmetine ulaşmalarına yardımcı olma ve hastalıklara bağlı yoksullaşmanın (tıbbi yoksulluğun) önlenmesi amaçlanmıştır. Uygulamanın erken aşamaları olmasına rağmen tıbbi finansal yardım hem kentsel hem kırsal bölgede sosyal sağlık güvenlik sisteminin önemli bir kısmını oluşturmuştur. Beijing, Shanghai, Liaoning şehirlerinde tıbbi finansal yardım, çeşitli biçimlerde kent yoksullarına uygulanmıştır. Kırsal bölgelerde, mevcut tıbbi finansal yardım fonu "aşırı yoksullar için tıbbi finansal yardım planı"na göre yönetilmektedir (Liu ve ark, 2004a).

Projenin yürütüldüğü ilçeler, kırsal nüfusun sadece %5'ini oluşturmaktadır. Dünya Bankası Sağlık-VIII

projesinin tıbbi finansal yardım kısmı kapsamında: ana ve çocuk sağlığı hizmetlerini içeren temel bir paket; köy düzeyinde hizmet ve ilaç maliyetlerinin %70'i, kasaba düzeyinde ayaktan ve yataklı tedavi hizmetlerinin %70'i; ilçe düzeyinde maliyetlerin %60'ı ve her hastane yatışı döneminde 600 yuani aşan katastrofik hastane harcamalarının karşılanması bulunmaktadır (Wagstaff ve ark, 2007).

### 3.4. Tamamlayıcı Finansman Kaynakları

#### 3.4.1. Paket dışı ödemeler (Cepten ödemeler)

Toplam sağlık harcamaları içinde cepten ödemelerin payı son 20 yılda durmaksızın artmaktadır. Cepten ödemeler, aslında Çin'deki sağlık hizmeti finansmanı için temel kaynak olmuştur. Cepten ödemelerdeki artışa yol açan nedenler:

Sigorta kapsamında olmayan nüfusun büyüklüğü,

Sigorta kapsamındaki kişilerdeki azalmalar,

Yüksek maliyet paylaşımı,

Teminat paketinin sınırlılığı,

Çeşitli sigorta programlarında kapsam dışı hizmetlerin geniş boyutta olmasıdır.

Diğer bir deyişle sigorta kapsamında olmayan kişiler tüm sağlık harcamalarını cepten ödemektedir (Liu ve ark, 2004a).

Çalışmalarda KÇSS ve İSS kapsamındaki sigortalıların cepten ödemelerinin arttığı saptanmıştır. Shenzhen'de, sigortalıların cepten ödemeleri, aktüel sağlık harcamalarının yaklaşık %30-40'ına karşılık gelmektedir ve bu oran, hastaneler için belirli bir düzey olmasa daha da yükselebilir (Liu ve ark, 2004a).

Reform sonrası işverenin sorumluluğu, işçi adına sosyal havuza yapılan katkı ile sınırlıdır. Sosyal havuzun finansal sorumluluğu, sigortalının yıllık ücretinin %10'unun üzerindeki ödemelerle sınırlıdır. Yine sosyal havuz yıllık ücretin 4 katına kadar sınırlandırılmış bir finansal sorumluluğu vardır. Fakat sigortalı işçi için cepten ödemeler için herhangi bir sınır yoktur (Liu ve ark, 2004a).

Masa altı ödemeler Çin sağlık sektörü için önemli bir sorundur. Sağlık çalışanlarının ücretlerine hükümetlerin yetersiz kaynak aktarımı, devlet dışı sektördeki sağlık profesyonellerinin ve sağlık sektörü dışındaki diğer işçilerin ücretlerindeki gelişme (büyüme) bu problemin nedenleri olarak sıralanmaktadır. Masa altı ödemeler büyük oranda hekimleri belirli ilaçları yazmaya teşvik etmek için ilaç şirketlerinden "karşılıksız" biçimde yapılan ödemelerdir. Hastalar daha hızlı ve daha iyi tedavi olmak için bu ödemeleri yapmaktadır. Bu ödemelerin prevalansı ve Çin'deki resmi ödemeler içindeki göreceli büyüklüğü hesaplanamamaktadır. Sağlık çalışanları ile yapılan görüşmelerde özellikle kıdemli uzman hekimlerin, masa altı ödemelerden, yıllık ücretlerinin yarısından daha fazla gelir elde ettiği ileri sürülmektedir (Liu ve ark, 2004a).

### 3.4.2.Özel sağlık sigortası:

Çin’de cepten ödemelerdeki artış, kent ve kırsal nüfusta sigorta kurumlarını bırakan büyük nüfus nedeniyle özel sağlık sigortaları büyük potansiyel taşımaktadır. Çin’de çeşitli ticari şirketlerce satılan 300’den fazla sağlık sigortası poliçesi rapor edilmiştir (Liu ve ark. 2004a).

Sosyal sigorta şeması (TSS) tam olarak yaşama geçse bile Çin’de özel sigorta büyük önem kazanacaktır. Bunun birkaç nedeni vardır:

1- Sosyal sigortalılar için tamamlayıcı sigorta sağlanması. Mevcut sigorta yapısı, yıllık ücretin 4 katına kadar bir tavanla birlikte, sadece temel teminat paketi karşılamaktadır. Devlet işverenleri ve işçileri tamamlayıcı sigorta yaptırmaya teşvik etmektedir.

2- Ticari sigortalar, sosyal sigortanın karşılamadığı hizmetleri kapsıyor. Esansiyel hizmetler ve ilaç listesi dışındaki hizmet ve ilaçların sağlanması.

3- Sigortasızlara kapsamlı bir sigorta sağlaması. Kent nüfusunun %44’ü (kendi işinde çalışanlar ve kırsal endüstrilerde çalışanlar) olasılıkla sosyal sigortanın dışında bırakılmış olacak.

Yine kırsal nüfusunun çoğunluğu sigortaya gereksinim duyacaktır (Liu, 2002a).

Özel sigorta gönüllüdür. Kamu sağlık sigortalılarının azalması, özel sağlık sigortalılarının artışını sağlamıştır. Bu artış, artan sağlık harcamalarının özel sigorta talebini uyarması nedeniyledir. Bununla birlikte özel sağlık sigortası kapsamındaki nüfus KSHS, İSS veya TSS kapsamında olmayan yüksek gelir grupları ve birkaç şehirde ilk ve ortaokul öğrencileri ile sınırlı kalmıştır. Özel sağlık sigortasına ait teminat paketi sıklıkla yataklı tedavi hizmetleri veya belirli hastalıkları içermektedir. Görece gelişmiş bir eyalet olan Guandong eyaleti istatistiklerine göre ticari sağlık sigortası eyalet nüfusunun %9’u kapsamaktadır (Liu ve ark. 2004a).

Özel sağlık sigortasında yabancı yatırımcılar da Çin’de boy göstermeye başlamıştır. Önce sınırlı eyaletlerde izin verilen yabancı yatırımcılara, Çin’in Dünya Ticaret Örgütü’ne girmesi ile coğrafi sınır ortadan kalkmış bulunmaktadır. 2002 başlarında, Çin Sigorta Düzenleme komisyonu, Çin’de 51 yabancı ve yerli sigorta şirketinin bulunduğunu bildirmiştir (Liu ve ark. 2004a).

### 3.4.3.Ön ödeme programları:

Artmış sağlık harcamaları kırsal Çin’de gönüllü ön ödeme programlarına olan talebi uyarmıştır. 1985 yılındaki reformlar sonrası temel sağlık hizmetlerinde ve koruyucu sağlık hizmetlerinde daha fazla kullanıcı ödentisi yapılmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetlerine olan talebi uyararak ve kamu sağlık kurumlarının gelirlerini artırmak için bazı kırsal bölgelerde çocukların aşılama hizmetlerinde ve ana-çocuk hizmetlerinde ön ödeme programları başlatılmıştır. Bu düzenlemeler yerel yönetimlere ait sağlık sektörü tarafından gönüllü ve kar amacı gütmeme (??) temelinde yaşama geçirilmiştir.

Ön ödemeli ana ve çocuk sağlığı programı; gebe izlemeleri, doğum öncesi ve sonrası muayeneleri (anne ve bebek için) içermektedir. Gebelerin ev yerine sağlık merkezi veya hastanede doğuma özendirilmesi gerekçe olarak sunulmaktadır. Ön ödemeli aşılama programında aşılama ile ilgili materyaller devlet tarafından ücretsiz olarak karşılanmakta ve kasaba sağlık merkezlerinin verdiği hizmetin belirli bir miktarı ise çocukların aileleri tarafından ödenmektedir. Eğer aşıları çocuklar aşılandıkları hastalıklara yakalanırsa ücretler aileye tekrar iade edilmektedir. Aynı uygulama gebelere yönelik koruma programları içinde geçerlidir. Ön ödeme, gebelere yönelik programda, bağışıklama programından daha yüksektir.

1990 yılında ülkedeki 0-7 yaş çocukların en az yarısının ön ödemeli bağışıklama programı kapsamında olduğu hesap edilmektedir. Ana ve çocuk sağlığı ile program (Liu ve ark. 2004a).

### 3.4.4.Dış kaynaklı fonlar:

1980’den beri Çin sağlık projeleri ve araştırmalar için artan miktarlarda yabancı kredi ve bağış almaktadır. Dünya Bankası, 1992’den beri kapsamlı bölgesel sağlık planlaması ve temel sağlık hizmetleri için kırsal sağlık personeli kapasitesini geliştirmeye yönelik 9 ayrı projeyi desteklemektedir. Dünya Bankası projelerin çoğunluğu spesifik hastalıklara veya spesifik gruplara –kadın, çocuk- odaklanmış iken Sağlık VIII projesi (daha az bilinen adıyla Dünya Bankası Çin Temel Sağlık Hizmetleri Projesi) sağlık sektörünün yeniden yapılanması ve yapılan reformların etkisini ortaya koymayı hedeflemiş yaygın bir sistem projesidir. Bu projenin amacı sağlık hizmetlerinin kalitesini, ekonomik karşılanabilirliğini ve hizmet kullanımını artırmak (özellikle yoksullar arasında), ve böylelikle sağlık sonuçlarını geliştirmek ve hastalığa bağlı direkt ve indirekt maliyetleri azaltarak “finansal korumayı” geliştirmek ve kötü sağlığa bağlı yoksulluğu azaltmak olarak belirtilmiştir (Wagstaff ve ark, 2007).

Dünya Sağlık Örgütü 14 ilçede KSHS’in kurulması (1994-1997), sağlık yönetimi eğitimi, sağlık sistemi reformu (1990’lı yıllar boyunca) için destek sağlamaktadır. UNICEF ve uluslararası sağlık politikaları programı gibi kuruluşlar sağlık sistemi reformunu desteklemektedir. UNDP sosyal koruma programlarının geliştirilmesi ile ilgili, 1994-1995’te 805 bin dolar sosyal sigorta yasal düzenlemeleri için destek sağlamıştır. 1990’lı yılların sonlarından beri DFID geniş oranda sağlık sektörünün içindedir. Kırsal yoksullara yönelik sağlık hizmetini geliştirmeye yönelik 1999 Temmuz’unda 15 milyon frank destek vermiştir. UNFPA aile planlaması ve güvensiz abortusları engellemeye yönelik yardım sağlamıştır. Aile planlaması, ana ve çocuk sağlığı için Avustralya yardım etmiştir (Liu ve ark. 2004a).

### 3.5. Ödeme Biçimlerinde Dönüşüm

Sağlık finansmanında sigortaya dayalı sisteme geçişle birlikte eş zamanlı olarak ödeme biçimlerinde de önemli değişiklikler yapılmıştır. Bu reformlar kırsal ve kentsel bölgede birbirine benzerdir. Temel özellikler olarak; devlet

kaynaklı harcamaların azaltılması; sigorta kurumunun harcamalarını asgari düzeye indirme çabası; hastanelerin harcamalarını asgari düzeyde tutmaya yönelik girişimleri; vatandaş için artan cepten ödemeler olarak sıralanabilir.

### 3.5.1. Devlet kaynaklı ödeme:

İki temel tiptedir: 1- Düzenli sağlık bütçesi: Çalışanlar ve diğer güncel maliyetler. 2. Spesifik sağlık bütçesi: Bina yapımı ve malzeme satın alınımı. İki temel tip yanında program temelli bütçe de vardır. Örneğin tüberküloz, sıtma kontrol programları gibi. Kırsal bölgelerde devlet bütçesinin %70'ini düzenli bütçe oluşturur (Qingyue, 2005b).

İlçe sağlık sunucuları için kamunun ödeme biçimi kayıtlı sağlık emekçisi ve/veya hastane yatak sayısı temelindedir. İlçe hastanesinde her sağlık emekçisi maaşının fiks (sabit) oranı veya her hastane yatağının sabit kaynak aktarımı, devlet tarafından ödenir. Bu yöntem işgücü ve yatak sayısının anlamsız olarak artırılmasına yol açtığı teşvik ettiği için eleştirilmiştir.

2000 yılı ortasında hükümet hastanelere bütçeden kaynak aktarımını tanımlanmış 4 hedef alanda reforme etmiştir: Yapıların inşası ve malzeme satın alımı; emeklilerin ücreti; gelişmiş klinik araştırmalar; profesyonel hizmetlerin sunumundan kaynaklanan eksiklikler. Devletin yapacağı kaynak tahsisinde kullandığı mevcut yöntem için alternatif yöntemler ileri sürülmüştür. Genel index methodu, nüfus temelli yöntem, iş yükü bazlı yöntem, ağırlıklandırma bazlı yöntem. Bu alternatif yöntemlerdeki anahtar düşünce, sağlık kurumlarının çıktıları ile devlet tarafından ayrılan kaynak arasında bağlantı kurulmasıdır.

Bu önerilerin yerleştirilmesi ve deneyimler pratik bulunmamıştır. Sadece devletin kaynak tahsisinde hastalıkla ilgili grup ödemeleri (Taniya Dayalı Ödeme-TDÖ (disease related groups-TDÖ)) yapması düşüncesi kullanılmıştır. TDÖ temelli kaynak aktarım yöntemi, 1999 yılında askeri hastanelerde denenmiştir. Yatan hastalar için geleneksel hastane yatağı temelli geri ödeme yöntemi değiştirilerek yataklı tedavi hizmetlerinin çıktılarının geliştirileceği öngörülmüştür. Bu yöntemde hastalıklar 651 grupta sınıflandırılmıştır. Bu sınıflandırma hastanelerdeki toplam hastalıkların %83'üne karşılık gelmektedir. Geri ödeme düzeyini belirlemede anahtar parametre tüketim indeksidir. Tüketim indeksi: hastalığın ciddiyeti; hastanenin düzeyi ve yeri; hastanın sigorta durumu; diğer faktörlerin kombinasyonundan oluşmaktadır. Her bir hastalık grubu için tüketim indeksi oluşturulmuştur. Spesifik hastalıklar için daha büyük indekse sahip olması nedeniyle daha fazla kamu kaynak aktarımı sağlamaktadır. Hastanelere kaynak tahsisinin miktarı, hastane tarafından hizmet sunulan olgu sayısı ve tüketim indeksine göre belirlenmektedir (Qingyue, 2005).

Kasaba sağlık merkezleri için düzenli devlet bütçesi kayıtlı sağlık emekçisi sayısı temelinde tahsis edilmektedir (maaşlarının bir kısmına karşılık) (Qingyue, 2005b).

Kentsel bölgede de devlet hastaneler ve koruyucu hizmet veren kurumlar (hastalık kontrol ve önleme merkezleri, ana ve çocuk sağlığı merkezleri) için kaynak tahsis etmektedir. Bu kaynak aktarımı kayıtlı sağlık emekçisi sayısı veya hastane yatağı sayısına göre yapılmaktadır.

Cepten ödemeler için kırsal bölgede olduğu gibi belirlenen fiyat tarifelerine göre hizmet başı ödeme sistemi kullanılarak hastanelere ödeme yapılmaktadır. Birkaç hastane bazı spesifik hastalık için TDÖ yöntemini kullanmaktadır (Qingyue, 2005b).

### 3.5.2. Hizmet Sunuculara Ödeme Biçiminde Dönüşüm

YKSHS bir yıl içinde tedavi edici hizmetlere 1390 milyon yuan ödeme yapmıştır. Bu ödemenin %35.5'i ayaktan hasta bakımı, %64.5'i yataklı tedavi hizmetleri içindir. YKSHS hizmet sunuculara genellikle hizmet başı ödeme sistemini kullanmaktadır. Bazı şehirlerde alternatif ödeme yöntemleri kullanılmaktadır (sabit ücret, TDÖ ve kelle başı) (Qingyue, 2005b).

Çoğu YKSHS planında, anlaşmalar sigortalı ile hizmet sunucular arasında düzenlenmektedir. Bu anlaşmalar genellikle spesifik hizmet paketlerini, ödeme biçimini ve sağlık hizmetinin kalitesini içermektedir. Bazı YKSHS'lerde ilaç listeleri ve her reçete için sabit ilaç harcamaları uygulanmaktadır. Bazı sigorta planlarında, hizmet sunucunun ücretlendirme davranışını düzenleyen kurallar konulmaktadır. Eğer sigortalılara ücretlendirilen fiyatlar ile resmi fiyat planı arasında tutarsızlık varsa anlaşma iptal edilmektedir. Bu ödeme biçimlerinin hizmet sunucularının performansına etkisi hakkında çok az bilgi vardır. YKSHS tarafından akılcı ilaç kullanımı uygulaması ile tıbbi harcamaların kontrol edildiğine dair bazı olgular rapor edilmiştir. Aksine bir çalışma, YKSHS sonrası ilaç ve enjeksiyonların akılcı olmayan kullanımının ciddi olarak arttığını göstermiştir (Qingyue, 2005b).

Kent sağlık sigortalarındaki reformlarla birlikte, hastanelere sigortanın ödeme biçimlerinde de reformlar gerçekleştirilmeye başlanmıştır. Ödeme biçimlerinde hizmet başı ödeme, TDÖ, kelle başı, sabit ücret ve global bütçe yöntemleri pilot denemeler olarak yaşama geçirilmeye çalışılmaktadır. Sigorta fonu ayaktan hasta bakımı için genellikle hizmet başı ödeme biçimine göre kaynak aktarımı yapmaktadır, reformlar genellikle yataklı tedavi hizmetleri içindir. Çoğu şehirde miks ödeme biçimleri kullanılmaktadır (Qingyue, 2005b).

İleriye yönelik ya da ön ödeme şeklinde uygulamalarda mevcuttur. Aylık global bütçeye benzerdir. Hastanelere bir önceki yıl aynı ay yaptığı harcamanın %90'ı verilmekte eğer hastanenin yıl sonundaki kalitesi ümit verici ise geri kalan %10'da ödenmektedir (Yip ve ark, 2004).

Toplum sağlığı merkezleri için temel ödeme biçimi hizmet başı ödemedir. Toplam gelirlerinin %90'ı hizmet başı ödeme ile, %10'u devletin kaynak aktarımı iledir. Devletin yaptığı kaynak aktarımı, sağlık emekçilerinin

ücretlerinin bir kısmını karşılamaya yöneliktir. Toplum sağlığı merkezlerine devlet 6 kategoride kaynak aktarımı yapmaktadır (koruyucu hizmetler, program bazlı çalışmalar). Koruyucu hizmetler ve erken tanı hizmetleri için hizmet başı ödeme biçimleri reforme edilmiştir. 16 eyaletin bir çok şehrinde anlaşmalı ödeme biçimi kullanılmaktadır. Her aile üyesi için 10-30 yuan toplum sağlığı merkezine ödeme yapılmakta ve tanımlanmış teminat paketindeki hizmetlere (ev ziyaretleri, fizik muayene, sağlık eğitimi) ücretsiz ulaşılmaktadır. Pratikte sigorta kurumları toplum sağlığı merkezlerine çok az harcama yapmaktadır. Kötü sağlık hizmeti ve bilgisayar sisteminin olmaması ödeme yapmakta önemli sorunlar olarak belirtilmektedir (Qingyue, 2005b).

Ödeme biçimlerinin yerleştirilmesinde, sağlık hizmetlerinin kalitesi ve hastanelerin kötü yönetiminden kaçınmak için destekleyici önlemler alınmıştır. Örneğin, sabit ücret ödeme biçimi kullanıldığında, sigortalıların başvuruları arası geçen süre düzenlenmiştir (Qingyue, 2005b).

### 3.5.3. Paket dışı ödeme yöntemleri (cepten ödemeler)

#### a) Hizmet başı ödeme:

Cepten ödemelerin en önemli biçimidir. Tanı işlemleri ve ilaç dışı tedaviler Fiyat İdaresi ve Sağlık Bölümü tarafından saptanmaktadır. İlaç fiyatları ise Devlet Reform ve Planlama Komisyonu ve eyalet Fiyat İdaresi Bölümü veya piyasa tarafından belirlenmektedir. Tıbbi hizmetlerin fiyatlandırma ilkeleri ulusal olarak belirlenmektedir. Eyalet ve il yönetimleri, devlet hastanelerinin fiyat tarifelerini saptamaktadır. 1980'den önce kişiler sağlık hizmetinden kaçınmasın diye fiyatlar çok düşük düzeyde tutulmuştur. 1980'lerle birlikte sağlık hizmetlerinin fiyatları artmıştır. 1990'lı yıllarda temel sağlık hizmetleri daha düşük fiyatlarda ve ileri teknoloji gerektiren hizmetler daha yüksek fiyatlara sahiptir. İkibin yılında merkezi yönetim profesyonel hizmetleri artıran ve ileri teknoloji fiyatlarını azaltan bir reform uygulamıştır. 2003 yılı ortasında çoğu eyalette yaklaşık 4000 işlemin ücret tarifeleri ayarlanmıştır. (Qingyue M, 2005b)

Merkezi yönetim ilaç fiyatlandırma politikasını 2000 yılında değiştirmiştir. Tüm ilaçların fiyatlarının tüm süreçlerinin kontrolü yerine seçilmiş ilaçların perakende fiyatlarının kontrolüne geçilmiştir. Merkezi yönetim yeni ilaç fiyatlandırma politikası yerleştirilmesini takiben ilaç fiyatlarında ortalama %15 azalma olacağını bildirmiştir. Küçük ölçekli bir hastanede, yeni ilaç politikasının ilaç harcamalarını kontrol etmede etkin olmadığı gösterilmiştir. Artmış ilaç kullanımı ve ilaç kullanımının fiyatı azaltılandan yüksek fiyatlara kayması ile hastanelerin yüksek ilaç gelirleri kazanabilmeleri, yeni ilaç politikasını etkisiz hale getirmiştir (Qingyue, 2005b).

#### b) TDÖ-temelli ödeme deneyimleri:

TDÖ temelli ödeme deneyimleri devlet otoritesinden ziyade hastaneler tarafından başlatılmıştır. TDÖ, 1994

yılında Heilongjiang eyaleti Ha'erbin'in üç hastanesinde yaşama geçmiştir. 2000 yılı sonunda Ha'erbin'de 16 hastanede TDÖ temelli ödeme sistemine geçilmiştir. Son yıllarda bir çok eyalette bu ödeme biçimi yaygınlaşmıştır. Pilot hastane olan Ha'erbin'de bir önceki yılın en düşük ve en yüksek fiyatları belirlenmiş, fiyatlar bu sınırlar içinde belirlenmiştir. Jining Eğitim hastanesinde, 2004 yılında TDÖ temelli ödeme biçimi kullanılarak, sıklıkla tedavi edilen 69 hastalık seçilmiştir. Bu methodla bu hastanede ücretlendirmede en üst sınırlar belirlenmiştir. Renji Hastanesi'nde, tüm cerrahi bölümün tüm hastalıkları için TDÖ ödeme biçimi geliştirilmiştir. Bu hastanelerde hastane idaresi ile bölümler, hizmet sunucular ile kullanıcılar arasında anlaşmalar düzenlenmiştir. Bu anlaşmalarda ücret hızları, sağlık hizmetinin kalitesinin ayrıntıları ve toplam sağlık harcamaları içinde ilaç harcamalarının oranı yer almaktadır (Qingyue, 2005b).

#### c) Bağışıklama ve maternal bakım ön ödeme programları

1980'li yılların ortalarından beri koruyucu hizmetlerdeki finansman mekanizmaları değişmiştir. Bağışıklama ve ana sağlığı hizmetlerinde ücretsiz hizmet sunumu yerine kullanıcı ödentilerine bırakmıştır. Bu hizmetlerde iki temel ödeme yöntemi uygulanmaktadır: 1- Hizmet başı ödeme, bağışıklama hizmetleri sunulduğu zaman ücret ödenmesi. 2- Ön ödeme şeması, belirlenmiş teminat paketine göre sabit miktarda kullanıcılardan prim alınması. 1984 yılında başlayan uygulama birçok kırsal bölgeye yayılmıştır (Qingyue, 2005b).

Ön ödeme için üç ayrı biçim vardır. Yedi yıl için, bir yıl için ve her aşı için prim toplama şeklindedir. Fonda biriken paralar, bağışıklama hizmetlerinin operasyonel maliyetleri içindir. Eğer GBP kapsamında bir hastalık olursa tıbbi harcamalar geri ödenmektedir. Fon iki veya üç düzeyde (köy kliniği, kasaba ve ilçe sağlık merkezi) paylaşılmaktadır. Paylaşım her kurumun üzerine aldığı sorumluluğa göredir. Kullanıcılar için fiyatlandırma düzeyleri yer ve zamana göre değişmektedir. 2000 yılından sonra her bir çocuk için 28-70 yuan ücret ödenmektedir. Fonların %20-40'ı iş maliyetleri ve %10-40'ı malzeme maliyetleri için kullanılmaktadır. Bu programın bağışıklama hizmetlerini güçlü bir şekilde teşvik ettiği belirtilmiştir. Ön ödeme programının yerleştirilmesinde iki temel sorun yaşanmıştır. 1. Sağlık çalışanlarının fonda para birikmesi sonrası gereken hizmetleri vermemesi. 2. Fonun bağışıklama hizmetleri dışında kötü kullanımı (istismar edilmesi), sağlık çalışanlarına ekstra gelir olarak harcanması. Ön ödeme programı 1990'lı yılların ortalarında kırsal nüfusun %50'sine yakınına kapsar hale gelmiştir. Bağışıklama ve ana sağlığı hizmetlerinde ön ödeme programları kentlerde de yaygınlaştırılmıştır (Qingyue, 2005b).

Ana sağlığı hizmetleri için belirlenmiş teminat paketine (antenatal ve postnatal muayeneleri, hastane doğumları ve sağlık eğitimi) göre her gebe kadın için 20-80 yuan arasında değişen oranlarda prim toplanmaktadır. Bazı şemalar çocuğun bağışıklama hizmetlerini de içermektedir. Hizmet başı ödeme sistemine göre



karşılaştırıldığında ön ödeme programlarının sağlık çalışanlarını belirlenen ana ve çocuk sağlığı hizmetleri sunma konusunda motive ettiği sıklıkla vurgulanmıştır. Bununla birlikte, hizmetin kalitesi ve primin uygunluğu yapılan müdahalenin tartışmalıdır (Qingyue, 2005b).

Ödeme biçimlerinde yapılan reformların maliyet sınırlamada olumlu etkisini gösteren çalışmalar vardır. Örneğin Jiujiang'da kelle başı ödeme sonrası her sigortalı yatan hasta için harcama 2320 yuan'dan 1778 yuan'a ve toplam harcamalar içinde ilaç harcamaları oranının %76.5'ten %59.8'e azaldığı gösterilmiştir. Zhengjiang'da TDÖ ödeme biçiminin kullanımı ile aynı düzey diğer hastanelere göre hastalıklar için ortalama harcamalar %25 daha düşüktür. Ödeme biçimi reformlarının maliyet sınırlamada etkisine yönelik kanıtlar varken, sağlık hizmetlerinin kalitesi ve "kaymağını sıyırma-cream skimming" davranışına etkisi gibi diğer alanlara etkisi hakkında bilgi yoktur. Yunnan eyaleti Kunming'de, sigorta ile anlaşmalı hastanelerin ileri teknoloji gerektiren hastaları kabul etmediği belirlenmiştir. Yatan her hasta için sabit ücret ödeme biçimi kullanılması nedeniyle hastanenin harcamaları kontrol etmek için bu yola başvurduğu belirlenmiştir (Qingyue, 2005b). Yine ileriye yönelik (ön ödeme) şeklindeki hastanelere yapılan ödemenin, hizmet başı ödemeye göre pahalı ilaç ve ileri teknoloji kullanımına bağlı sağlık harcamasındaki artışları yavaşlattığı gösterilmiş, ancak maliyet kontrolünün olası ters etkileri olan kalitede azalma, sigortasızlarla maliyet paylaşımı ve tedavisi pahalı olan hastaların tedavisinden kaçınma gibi etkileri araştırılmamıştır (Yip ve ark, 2004).

Kırsal bölgede, maliyet sınırlama ve hizmetin sunumunda; reform amacıyla denenen sabit ücret ve köy kliniklerindeki esnek performansa dayalı bonus ödeme biçimlerinin hizmet başı ödemedan daha iyi olduğuna dair çok az kanıt vardır. Koruyucu hizmetlerde kamu sağlık programları için YKSHS'nin kullanımının yararlı olduğu gösterilmiştir. Kentsel bölgede, sigorta tarafından kullanılan kelle başı ödeme ve yatan hastalara sabit ücret ödeme reformlarının hızlı büyüyen sağlık harcamalarının kontrolünde etkin olduğu bulunmuştur. Bununla birlikte, ödeme biçimi reformlarının sağlık hizmetinin kalitesinde ve hizmet sunucuların "kaymağını sıyırma" davranışında negatif etkisinin olup olmadığına dair bilgi yoktur. Cepten ödeme yapan kişiler için hizmet başı ödemenin hizmet sunucuların davranışının izlenmesi oldukça zor olduğu belirtilmektedir. Maliyetlerin artışı ve kaynakların etkin olmayan kullanımı, hastalara ödettilen ücretlerle direkt bağlantılı olduğu ileri sürülmektedir (Qingyue, 2005b).

#### 4. İLAÇ POLİTİKALARINDA DÖNÜŞÜM

Çin'deki sağlık hizmet kullanımının biçiminde ilaç önemli bir yer tutmaktadır. İlaç maliyetleri hem yatan hem de ayakta hasta bakımına yönelik sağlık harcamalarının %50'sini oluşturmaktadır. Sağlık hizmeti kullanım biçimi diğer ülkelerden keskin bir şekilde ayrılmaktadır, örneğin ABD'de toplam harcamalar içinde ilacın payı %10 civarındadır (Liu ve ark, 2004b).

Çin'de ilaç tüketimi düzeyi, dünyada en yüksekler arasındadır. 1999 yılında toplam sağlık harcamasının %45'i ilaca aittir. Kırsal bölgede bu oran %70-80'lere çıkmaktadır. İlaç harcamalarının %57'si ayakta hasta bakımında, %43'ü yataklı tedavi hizmetlerine aittir.

Eyalet hastanelerinde uygunsuz ilaç harcamaları %65 iken, bölge hastanelerinde %41'dir. Antibiyotik kötü kullanımı en ciddi sorundur. Bu sorunla başa çıkmak için Sağlık Bakanlığı antibiyotiklere yönelik akılcı ilaç kullanımı rehberi hazırlamıştır (Liu ve ark. 2004a).

Çin'de tüm sağlık kurumlarına ilaç satma hakkı tanınmıştır. Son yıllarda ilaçlar genellikle hastanelerden dağıtılmaktadır. Tüm hastanelerin kendi eczaneleri vardır. Hastane eczaneleri ilaç perakende satışının %73'ünü karşılamaktadır (Liu ve ark. 2004a).

İlaç reçeteleyenler ile ilaç satışı yapanların aynı kurum kaynaklı olması ilaç harcamalarının en büyük nedeni olarak belirtilmektedir. İlaç depoları hastanelere ilaç fiyatları ve tıbbi ürünler için %15-20 alış-satış farkına (kar payı) izin vermesinden beri, hekimlerin ödenmeyen hizmetlerini kompanse etmek için hastane ve hekimler aşırı ilaç yazmaya güçlü bir motivasyon taşımaktadır. Çin hastanelerinin finansmanının %70'inin ilaç satışından geldiği hesap edilmektedir (Liu ve ark. 2004a).

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:

i. Ulusal ve yerel temel ilaç listesinin hazırlanması.

ii. Reçetelenen ilaçların ve tezgah üstü ilaçların sınıflandırılması: Bu önlem hastanenin ilaç satışındaki tekeli kırı ve rekabetin önünü açtı. Bununla birlikte hastaneler farklı stratejilerle hastaların reçetelenen ilaçlarını hastane dışından satın alınmasını engellediler. En uç örnek olarak hekimlerin ilaç ismi yerine ilaçlar için kod yazmaları gösterilebilir.

iii. İlaç yazılması ve satışının ayrılması için ilaç satışından elde edilen gelirin bağlantısının kesilmesi.

Birinci adım, hastanelerde, ilaç, tıbbi hizmetler ve gelirler arasındaki direkt bağlantının kesilmesine yönelik yeni bir sistem geliştirilmiştir. Bu yeni sistemde ilaç satışından elde edilen gelirlerin nasıl dağıtılacağına sağlık otoritelerinin karar vermesi gerekmektedir. Karar verme aşamasında, hastanelerin temel sağlık hizmetleri sağlama, sağlık hizmetinin kalitesi, hasta memnuniyetinin düzeyi dikkate alınmaktadır.

İkinci adım, herhangi bir anlaşmazlık ve çatışmadan kaçınmak için hastanelerde finansal bağlantısı olmayan ilaçların serbest eczanelere bırakılması. Hastanelerin büyük çoğunluğu için bu önlem büyük zorluklara yol açacaktır. Hastanelerin düzenli gelirlerini kaybetmesi nedeni ile bu uygulamanın yaşama geçmesine büyük direnç sürpriz olmayacaktır. Sağlık Bakanlığı bu uygulamayı ertelemiştir.



iv. Fiyatların belirlenmesinde devletin rolünün azaltılması ve ilaçların çoğu için fiyatlara piyasanın karar vermesinin önünün açılması.

v. İlaç üretimini ve dolaşımındaki düzenlemelerin sıklaştırılması (Liu ve ark. 2004a).

İlaç politikalarında reform ile birlikte, ilaç dağıtımı da değişmiştir. Merkezi olarak kontrol edilen arz yönlü dağıtımın sisteminden (itme sistemi), piyasa uyumlu talep sistemine (çekme sistemi) geçilmiştir. Hastaneler ilaçları doğrudan ilaç firmalarından, fabrikalardan ve depolardan satın alabilmektedir. Bu durum ilaç fiyatlarında artmış bir rekabete yol açmaktadır. Hastalar ilaca daha kolay ulaşabilmekte, özel sektörden elde edebilmektedir. Bu uygulamanın olumsuz etkileri olarak aşırı ve kötü kullanım gözlenmiştir. Piyasa faktörlerinin ilaç dağıtımına güçlü bir etkisi olduğu, bu etkinin özel sektörde sahte ve düşük kaliteli ilaç dağıtımına yol açtığı bildirilmektedir (Dong ve ark, 1999).

Çin uzun bir dönem tıbbi ürünleri kendi üretmiştir, ek olarak geleneksel herbal ilaçlar da üretilmektedir. Çin farmakolojik üretiminde ağırlığı antibiyotik ve diğer temel ilaçlar almaktaydı (Wu, 1997). Çin'de günümüzde 5082 ilaç firması bulunmakta ve ilaç endüstrisinin geliri 20 milyar dolar civarındadır. Bu ilaç satışlarının %48'i ortaklık girişimleri, %30'u yerli ve %22'si ithal ürünlerden gelmektedir. 2001 yılındaki yerli ilaç fabrikalarının uluslararası kural, yasal düzenlemeler ve uygulamalara uyacakları söz verilmiştir. Yasal düzenlemeler aynı zamanda yabancı ilaçlara yerli ilaçlarla eşit davranılmasının önünü açmıştır. Yine 2003 yılı itibarıyla Çin'in ilaç perakende ticareti (perakende ilaç depoları) tamamen yabancı yatırımcılara açık hale gelmiştir (Liu ve ark. 2004a).

Çin'de sigortalı nüfusun sigortasızlara göre her başvuruda daha pahalı ilaçları kullandığı, daha fazla ilaç harcaması ve tıbbi harcama yaptığı gösterilmiştir. Sağlık kurumlarına geri ödemelerde yapılan reformlar, sağlık çalışanlarına ödeme biçimlerindeki dönüşüm, ilaçlardaki fiyat yükseltme ve sigorta kapsamı sigortalılara aşırı reçete yazma ve polifarmasi ile kendini gösterdiği belirtilmektedir (Dong ve ark, 1999).

## 5. SAĞLIK ÇALIŞANLARI

Çin'de reformlardan sağlık çalışanları da payını almıştır. Ennek çalışma aşama aşama yaşama geçirilmiştir. Piyasa ekonomisine geçişle birlikte kamu kurumlarında devlet bütçesi azaltılmış, aynı zamanda kamu kurumlarına yönetsel özerklik adı altında karların kullanımında ve yatırımlara karar vermede serbestlik, çalışanların ücret ve ikramiyeleri, refah ve barınma yararlanımlarını belirlemede serbestlik tanınmıştır. Sağlık kurumlarında artmış özerklik "yönetici sorumluluk sistemi" olarak adlandırılan sistemle 1985 yılında başlatılmıştır. Hastane yöneticilerine hastanenin gereksinimlerine göre sağlık çalışanlarını işe alma, ödüllendirme, cezalandırma ve işten atma gücü verilmiştir (Liu ve ark, 2006). Son yıllarda personel çalıştırma konusunda özerklik artmış, bir çok hastane

sözleşmeli çalışma şekline geçmiştir. Bunun anlamı artık hastanelerin işten atma konusunda daha özerk (?) hale gelmesidir (Liu ve ark. 2004a).

Sağlık kurumlarında yerleştirilen personel reformu ile bölüm başkanlarının ve sağlık çalışanlarının seçimi rekabet mekanizmalarının kullanılmasıyla gerçekleştirilmektedir. Bu süreçte genellikle şu prosedürler uygulanmaktadır.

1. Postspesifikasyon: İş yükü ve teknik gerekliliklere göre pozisyonlar için çalışan sayısı ve her pozisyon için spesifiklendirilmiş sorumluluklar.

2. Bölüm başkanlarının seçimi: Bir komite tarafından değerlendirilmekte, değerlendirmede yazılı sınav, tüm adayların skorlanması, mülakat ve son değerlendirme.

3. Bölüm başkanları bağlı kişilerin seçimi: Genellikle sağlık kurumu yöneticisinin önerdiği kişiler şeklinde gerçekleşmekte.

4. Sağlık çalışanlarının karşılıklı seçimi: Her sağlık çalışanı kendi çalışacağı bölümü seçebiliyor, tabii bölüm başkanının kabul etmesi koşulu ile.

5. Sağlık çalışanı herhangi bir bölüme seçilemediğinde, kısa süreli bir eğitim döneminden geçirilerek diğer pozisyonlar için yeni düzenleme yapılıyor. Eğer çalışan önerilen pozisyonu kabul etmez ise sabit ücret ile emekliye ayrılıyor (Qingyue, 2005a).

### 5.1. İstihdam:

Çin'de 1990-1999 dönemi için her bin kişiye 1.7 hekim düşmektedir. Bununla birlikte hekimlerin niteliği görece olarak düşüktür, sadece %14.3'ü 5 yıl ve üzeri, %26.7'si 2-3 yıllık tıp eğitimi almıştır. 2003 yılında, Çin'de 4.3 milyon sağlık çalışanı vardır. 1.87 milyon hekim ve asistan hekim ve 1.26 milyon kayıtlı hemşire-senior hemşire vardır.

Sağlık çalışanlarının kentsel ve kırsal, ekonomik olarak daha iyi ve kötü olan bölgeler arasında eşitsiz dağılımı ciddi bir sorundur. Örneğin, 1993 yılı için ekonomik olarak daha iyi olan bölgelerde, kötü olan bölgelere göre bin kişiye düşen hekim sayısı 2 kat daha fazladır. 2003 yılı içinde bu tablo devam etmektedir. Beijing'de her bin kişiye 4.14 hekim, 3.46 hemşire düşerken, Guizhao'da 0.97 hekim, 0.58 hemşire düşmektedir (Liu ve ark. 2004a).

Eşitsiz dağılımın nedeni birden fazladır. Bölgeler arasında sosyal ve ekonomik farklılıklar önemli nedendir, bunun yanında sağlık çalışanlarının bu bölgeleri tercih etmemesi de bir diğer nedendir. İstihdam politikasındaki reformlar nedeniyle, hükümetlerin planlamada etkisi azalmıştır. İstihdamı belirleyen temel olarak piyasa ekonomisi olmuştur (Liu ve ark. 2004a). Sağlık hizmetlerinde desantralizasyon uygulaması kaynak sağlama konusunda eşitsiz bir durum yaratmıştır. Sağlık çalışanları arasında büyük bir hareketlilik gözlenmektedir. Sağlık çalışanlarını kırsal bölgede tutabilmek çok zordur. Nitelikli sağlık çalışanını kentsel bölgeden kırsal bölgeye çekecek herhangi bir cazibe kalmamıştır. Zengin ilçeler, yerel vergilendirmeden daha fazla kaynak elde edilmesi

nedeniyle nitelikli sağlık çalışanları için cazibeli hale gelmektedir. Bu durum sağlık çalışanlarının dağılımındaki eşitsizliğin yanısıra sağlık hizmetlerinin kalitesinde de eşitsizliğe yol açmaktadır (Liu ve ark, 2006).

Sağlık hizmetlerinde özel sektörde çalışan hekim sayısı sürekli artış göstermiştir. 1994 yılında 80 bin iken 2002 sonunda özel sektörde çalışan hekim sayısı 200 bine yükselmiştir. Bu hekimlerinde büyük çoğunluğu kırsal bölgede çalışmaktadır (Liu ve ark, 2006).

Merkezi ve yerel yönetimden kaynak aktarımında sorunlar nedeniyle koruyucu sağlık hizmetlerinde personel azalması söz konusudur. Koruyucu hizmetlere yönelik bu durum gençlerin bu hizmetlere yönelik eğitimi çekici olmaktan uzaklaştırmaktadır. Yine önemli sorunlardan biriside hekimlere göre ebe ve hemşire sayısının daha az olmasıdır. 1980'li yıllarla birlikte hemşire sayısında artışa karşın, sayılar hala yetersizdir. 2003 yılında her bin kişiye 1.48 hekim ve 1 hemşire düşmektedir. Hekim-hemşire oranı 1:0.67'dir. Hekimlerde uzmanlaşmaya eğilim vardır. Bu eğilimin nedenleri olarak ekonomik ve sosyal statü nedenleri, genel pratisyen başvuru olmaksızın uzmanlara olan başvurunun sıklığı, uzmanların daha yüksek gelir elde etmesi, iş doyumunun fazlalığı sayılmaktadır. İş doyumunu genel pratisyenler arasında çok düşüktür (Liu ve ark. 2004a).

### 5.2.Ücretlendirme

Ücretlendirme maaş sistemi terkedilmiş, bonus ön plana geçmiştir.

1970'li yıllar sonrası üretim sektöründeki bonus sistemi sağlık sisteminde de başlatılmıştır. Bonus, sağlık çalışanları (özellikle ilçe ve üzeri düzeydeki sunucular) için toplam gelirin çok önemli kısmını oluşturmaktadır. Bonus hesaplaması üç aşamalı olarak gerçekleşmiştir: i. 1970'li yılların sonları ile 1980 ortalarına kadar düz bonus sistemi. ii. 1980 ortaları ile 1990'lı yılların sonlarına kadar hem volüm bazlı hem de gelir bazlı bonus sistemi. iii. Sonraki yıllarda, performans veya sorumluluk bazlı bonus sistemi.

Düz bonus sisteminde, tüm sağlık çalışanları aynı miktar bonus almaktadır. Volüm bazlı bonus; sağlık çalışanının sunduğu hizmetin volümüne göre (örneğin poliklinik sayısı ve hastane kalış süresi (gün).) verilecek bonus miktarı belirlenmektedir. Gelir bazlı bonus sisteminde de sağlık çalışanının net kazandırdığı gelire göre bonus dağıtılmaktadır. Performans bazlı bonusta ise kalite, maliyet kontrolü ve hasta memnuniyeti gibi göstergelere göre bonus miktarı belirlenmektedir.

Volüm bazlı ve gelir bazlı bonusun sağlık çalışanlarının motivasyonunu güçlü bir şekilde arttırdığı (daha fazla hizmet ve daha fazla gelir) rapor edilmiştir. Düz bonus sistemi uygulandığında hastane gelirlerindeki büyüme hızı yıllık %20 iken, volüm bazlı bonus sistemi ile %29, gelir bazlı bonus sisteminde %31 olmuştur. Gereksiz sağlık hizmeti sunumunu uyarması ile ilgili ciddi sorunlar bildirilmiştir. Örneğin gelir bazlı bonus sisteminin akut

apandisit tedavisi toplam harcamasını %18.5 artırdığı gösterilmiştir (Qingyue, 2005a).

Performans bazlı bonus hesaplaması için dört grup gösterge kullanılmaktadır: 1. Finansal göstergeler (gelir ve gelirler), 2. Hizmet kalitesi, 3. Hasta memnuniyeti ve hasta ile ilgili çıktılar ve 4. Sağlık çalışanının sürekli eğitimi. Bu göstergeler hastane bölümlerinin özelliklerine göre farklı ağırlıkta kullanılmaktadır. Bonusun belirlenmesinde hizmetin kalitesi özellikle vurgulanmaktadır. Hizmetin kalitesi çoğu hastanede farklı ölçülmektedir. Yaygın kullanılan ölçütler: hastaneye kabul öncesi ve sonrası tanının tutarlılığı, iyi tıbbi dosya hazırlama hızı, hastane enfeksiyonu hızı, komplikasyonlu olgu hızı, yatan hastaların iyileşme hızı ve yatan hastaların mortalite hızıdır. Her bir klinik için göstergeler düzenli olarak kaydedilmektedir. Genellikle, toplanan bilgileri incelemekten sorumlu bir hastane bölümü bulunmaktadır. Hasta memnuniyetinin ölçümündeki göstergeler: profesyonel hizmetleri hastanın seçmesi, hastalara karşı tutumlar ve genel ortamdır. Poliklinik başvurularına yönelik kalite ve hasta memnuniyeti için herhangi bir gösterge yoktur (Qingyue, 2005a).

### 5.3.Eğitim:

Sağlık çalışanlarının eğitimi desantralizasyon programından etkilenmiştir. Daha önceden merkezi yönetim tarafından kaynak aktarılan eğitim hizmetlerinin desantralizasyonu ile zorluklar-sıkıntılar artmaya başlamıştır. Özellikle eğitici ekip için gerekli olan finansmanın nasıl sağlanacağı çözüm beklemektedir. Yine ekonomik nedenlerle, kasaba hastanelerinde hekimlere daha fazla iş eğitimi fırsatı verilmekte iken, sağlık işçilerine koruyucu hizmetlere yönelik iş eğitimi sıklıkla ihmal edilmektedir.

Son yıllarda toplum sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesi için genel pratisyen eğitim merkezleri yaşama geçirilmektedir. Sağlık Bakanlığı hastane bazlı hekimlerin yeniden eğitimi ile genel pratisyenler yetiştirmektedir. Ek olarak genel pratisyen ve halk sağlığı hemşiresi için tıp eğitim kurumları müfredatlarında düzenlemelere (eğitim standartları) başlanmıştır. 2000 yılında genel pratisyen eğitimi için Capital Üniversitesi Tıp Bilimleri'nde ulusal bir merkez kurulmuştur. 2001 yılı sonunda 16 eyalette (veya şehirde) genel pratisyenlik eğitim merkezleri kurulmuştur. Ulusal çapta 58 klinik merkez ve 56 toplum sağlığı merkezi bu eğitim için akredite edilmiştir. 10 farklı eyalette yatak bazlı klinik eğitim uygulanmaya başlanmıştır. 6 eyalette halk sağlığı hemşiresi eğitimi başlamış, şu ana kadar 2 513 hemşire eğitilmiştir. Şu ana kadar 1 359 genel pratisyen eğitilmiş, 600 kişi de halen eğitim almaktadır. Genel pratisyen eğitiminde, bölgesel nitelik farkları söz konusudur. Yoksul bölgelerde eğitim için gerekli finansmanın sorunları vardır. Bir başka sorunda eğitim standardının ve eğitim materyallerinin tek tip olmamasıdır.

2003 yılında 97 tıp kolej/fakültesi, ve 447 tıbbi ortaokul bulunmaktadır. Tıp kolej/fakültelerine kayıtlı 257

700 yeni öğrenci ile birlikte toplam 814 700 öğrenci bulunmaktadır. Tıbbi ortaokullarda ise 278 500 yeni öğrenci ile birlikte toplam 825 900 öğrenci öğrenime devam etmektedir (Liu ve ark. 2004a).

#### 5.4. Sağlık Yöneticisi Yetiştirme

Sağlık yöneticisi eğitim programları, son 10 yıl içinde yaygınlaşmıştır. Hastane yöneticisi, kasaba hastanesi yöneticisi, kent toplum sağlığı merkezi yöneticisi ve sağlık görevlilerine yönelik eğitim programları düzenlenmektedir. Tüm yöneticilerden yönetim konusunda eğitim aldığına dair sertifikası olması istenmektedir. Eğitim programları devlet kurumları ve üniversitelerin katkısı ile hazırlanmaktadır. Eğitimler ağırlıklı olarak ilçe ve üzeri sağlık kurumlarına yönelik yapılmaktadır. Kasaba hastaneleri yöneticileri için eğitim programları daha nadirdir. Bu kısmen kursların çoğu ileri düzey sağlık kurumları için hazırlandığı için ve kurs programlarının ücretli olması nedeniyle (Liu ve ark. 2004a).

#### 6. SAĞLIK HARCAMALARI

1978 ile 1998 yılları arasında, toplam sağlık harcaması GSMH artışından daha fazla artış göstermiştir. Toplam sağlık harcamaları 1978-1986 arasında yıllık %8 artış gösterirken, bu artış 1986-1993 yılları arasında daha da hızlanmış yıllık %11 seviyelerinde devam etmiştir. 1978-1998 yılları arasında GSMH artış ise yıllık %7.7 civarında devam etmiştir (Liu ve ark. 2004a).

1978 yılından 2002 yılına kadar: toplam sağlık harcaması 11.02 milyar yuan'dan (9.39 milyon dolardan) 568.46 milyar yuan'a (68.68 milyar dolara); kişi başına toplam sağlık harcaması 11.45 yuan'dan (3.38 dolardan) 442.5 yuana'a (53.47 dolara) yükselmiştir. Bu süre içinde GSMH içindeki toplam sağlık harcamalarının payı %3.04'ten %5.42'ye yükselmiştir (Şekil 4). (Smith ve ark, 2004; Zhao, 2005).

Uluslararası olarak, bir ülkenin gelirinin artması ile ülkenin toplam sağlık harcaması içinde kamunun payı artış eğilimindedir (Liu ve ark, 2004c) Fakat Çin'de toplam sağlık harcamaları içinde kamu harcamalarının payı %32.16'dan %15.21'e; sosyal sigorta fonlarının payı %47.4'ten %26.45'e azalırken, cepten harcamaların payı %20.43'den %58.34'e yükselmiştir. (Şekil 5). Kamu harcamalarının payı uluslararası standarda göre oldukça düşüktür (Smith ve ark, 2004; Zhao, 2005).

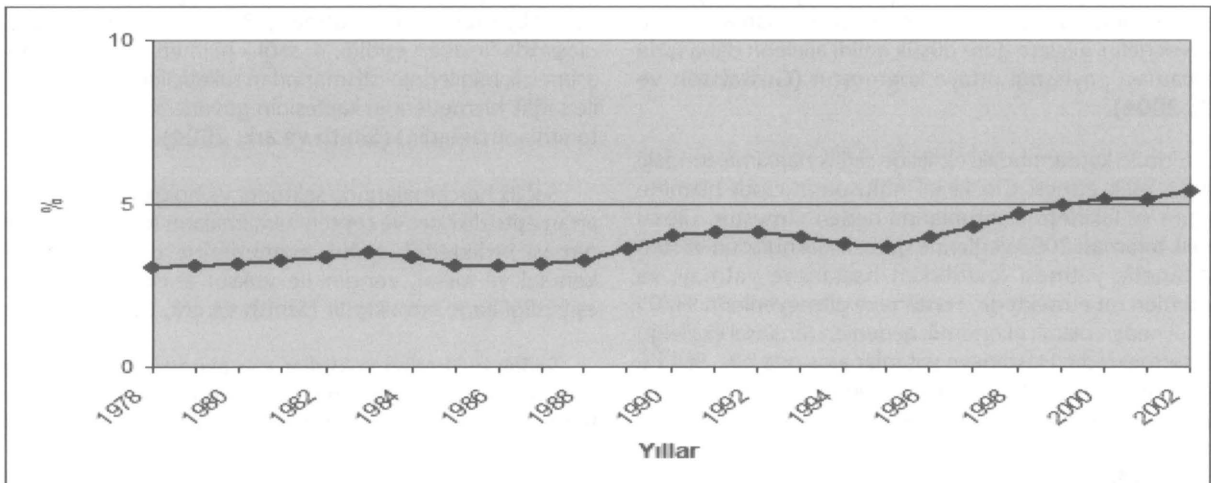
Dünya Sağlık Örgütü özel harcamalar kapsamına; özel sigorta, kar amaçlı olmayan kurumlar, özel teşebbüsler, özel hekimlerin başlangıç yatırımları, cepten harcamalar, kırsal kolektif ekonomi ve diğer harcamaları almaktadır. 1990 ile 2002 yılı arasında DSÖ'ne göre kamu ve özel harcamalarının değişimi incelendiğinde; kamu harcamalarının payı %59.64'den %32.58'e azalırken, özel harcamaların payı %40.36'ten %67.42'e yükselmiştir. (Şekil 6) (Smith ve ark, 2004).

Harcamaların hizmet sunuculara dağılımı incelendiğinde (1990-2002); şehir hastanelerinin payı %56.1'den %67.7'ye artarken, diğer hastanelerde azalma gözlenmiştir. Acil sağlık hizmetlerinde keskin bir azalma olmuştur (%20.9'dan, %13.4'e). Perakende ilaç ve tıbbi ürünlerin satışının payı %2.23'ten %7.85'e yükselmiştir. Halk sağlığı hizmetlerinin payı %6 ile sabit kalmıştır. (Smith ve ark, 2004).

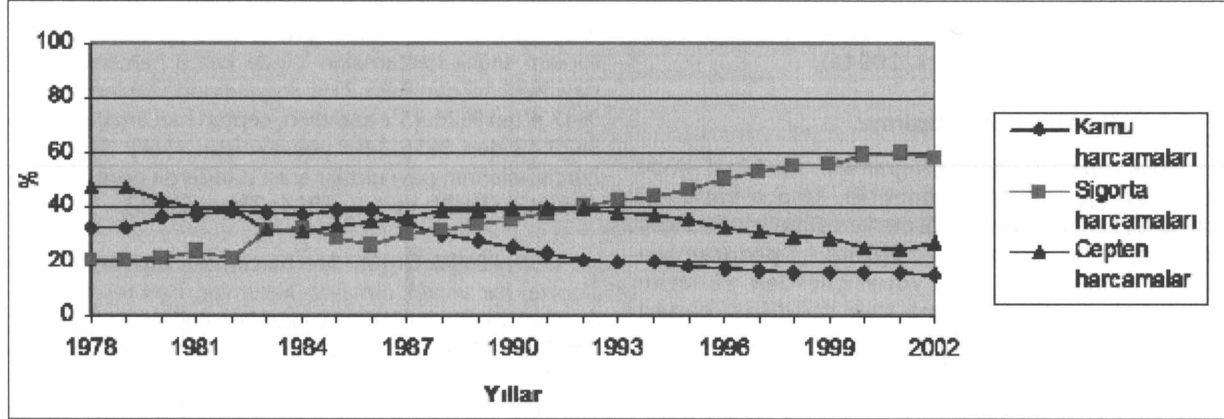
Toplam sağlık harcamaları işlevlerine göre incelendiğinde (1990-2002); tedavi edici hizmetlerin payı artmıştır (%39.0'dan %50.7'ye). 2002 yılı kendi içerisinde değerlendirildiğinde yatan hasta bakımı %33.6 ile ilk sırayı almakta, bunu sırasıyla ayaktan hasta bakımındaki ilaç harcamaları %31.1, ayaktan hasta bakımı %17.1, koruyucu ve halk sağlığı hizmetleri %10.9 izlemektedir (Smith ve ark, 2004).

Koruyucu sağlık hizmetleri için yapılan harcamalar içinde kamunun payı azalmakta, hizmetten elde edilen

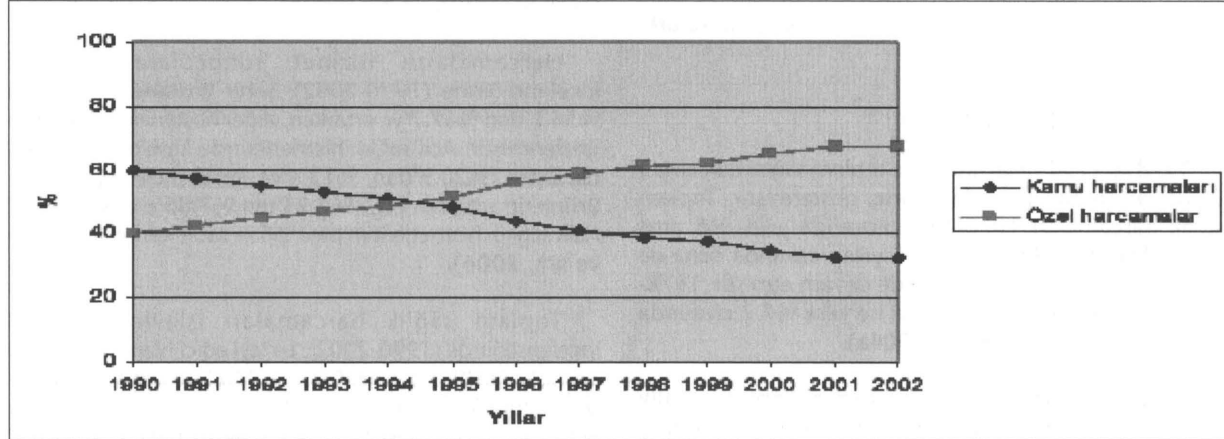
Şekil 4. Çin'de GSMH içinde toplam sağlık harcamalarının payı (1978-2002)



Şekil 5. Çin'de sağlık harcamalarının kompozisyonu (1978-2002)



Şekil 6. Çin'de toplam sağlık harcamaları içinde kamu ve özel harcamaların oranları-(DSÖ'ye göre) (1990-2002)



gelirin (cepten harcamaların) payı artmaktadır (Şekil 7). Yine Çin için önemli sağlık sorunu olan şistozomiyosis için ayrılan kaynağın pozisyonunda da değişim ortaya çıkmıştır. 1980 yılı ile 1992 arasında kamu kaynağı %83'ten %29'a azalırken, gelirden elde edilen (cepten harcamalar) %17'den %71'e yükselmiştir. (Jeffrey ve ark, 2005).

Kırsal Çin'in 18 eyaletinde yapılan bir çalışmada, 1988 ile 1995 arasında sağlık ve eğitim harcamaları artmış ve yüksek gelirli ailelere göre düşük gelirli ailelerin daha fazla harcamayı paylaştığı ortaya konmuştur (Gustafsson ve ark, 2004).

Sigorta kapsamındaki eksikliğe sağlık harcamalarındaki artışın eşlik etmesi Çin kırsal nüfusunda ciddi hizmete ulaşım ve fakirleşme sorunlarına neden olmuştur. Ulusal sağlık taraması 2003 verilerine göre, kırsal nüfusun %30'u hastanede yatması önerilirken hastaneye yatmayı ve hekimleri ret etmektedir. Hastaneye gitmeyenlerin %70'i temel neden olarak ekonomik nedenleri (finansal eksikliği) göstermektedir. Hastaneye yatanlar arasında bile, %43'ü tıbbi önerilere karşı taburcu olmaktadır. Resmi olarak kırsal "yoksul ev halkları" saptanırken onların yoksulluğunun ana nedenleri hastalıklar ve kazalar olarak belirtilmiştir. (Liu ve ark, 2004)

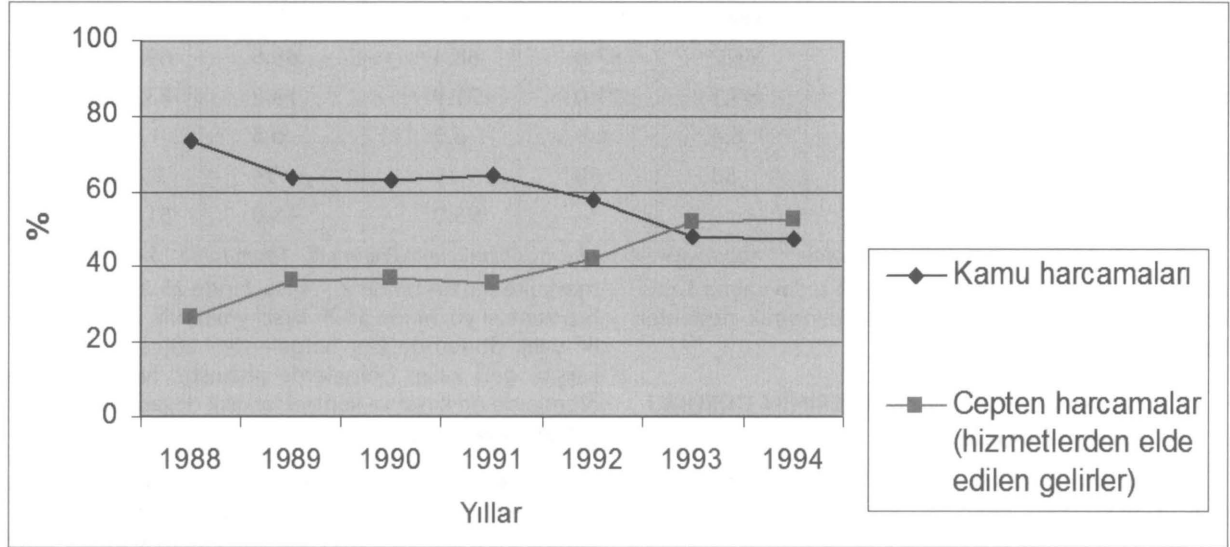
Sağlık harcamaları bu eğilimler politika yapıcılar açısından sıkıntı olarak değerlendirilmektedir. Bütçe harcamalarının artmasına karşın sağlık sektörü içindeki devletin payı azalmıştır. Daha önemlisi devletin yatırımı etkin olmayan bir şekilde artmıştır (piyasa savaşı ve sağlık hizmeti sunumundaki eşitsizliklerle). Sağlık hizmetindeki devletin kritik işlevlerin tümünde kamu sektörünün performansı zayıflamıştır. (Bu kritik işlevler: 1. yoksul ve duyarlı grupların sağlık hizmetlerine ulaşımın korunması, 2. maliyetlerin sürdürülmesi, 3. sağlık hizmetlerine ulaşımında fırsatları eşitliği, 4. sağlık hizmeti sunucularının asimetrik bilgilerinin istismarından tüketicilerin korunması ile sağlık hizmetlerinin kalitesinin güvenceli olması olarak tanımlanmaktadır.) (Smith ve ark, 2004).

Sağlık harcamalarında sektörler ve bölgeler arasındaki artan eşitsizlikler ve cepten harcamaların temel harcama olması birlikteliği, sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlikte kentsel ve kırsal, zengin ile yoksul arasındaki büyük eşitsizliği ifade etmektedir (Smith ve ark, 2004)

Sağlık hizmetleri yoksullar için ekonomik yük haline gelmiştir. Orta gelire sahip yoksul ilçelerde yaşayanlar, haftalık gelirlerinin üçte birini köy kliniğine muayene için ve yaklaşık iki katı kasaba hastanesine muayene için harcadığı gösterilmiştir. Yine hastane hizmeti almak bu



Şekil 7. Jiangsu Eyaletindeki 50 epidemi önleme istasyonundaki harcamalardaki değişim



Tablo 2. Sigorta kapsamındaki nüfusun dağılımı (%)

| Kapsam tipi                                 | 1993 | 1998 | 2003    |
|---------------------------------------------|------|------|---------|
| <b>Kırsal Bölge*</b>                        |      |      |         |
| Kooperatif Sağlık Hizmetleri Sistemi (KSHS) | 9.8  | 6.6  | 9.5     |
| Kamu Çalışanları Sağlık Sigortası (KÇSS)    | 1.6  | 1.2  | 0.2     |
| İşçi Sağlık Sigortası (İSS)                 | 1.1  | 0.5  | 0.1     |
| Temel sağlık sigortası (TSS)                | 0    | 0    | 1.5     |
| Diğer kamu şemaları                         | 3.1  | 3.0  | 1.3     |
| Özel sigorta                                | 0.3  | 1.4  | 8.3     |
| Sigortasız                                  | 84.1 | 87.3 | 79.0    |
| <b>Kentsel Bölge**</b>                      |      |      |         |
| Temel sağlık sigortası (TSS)                | —    | —    | 48.0*** |
| Kamu Çalışanları Sağlık Sigortası (KÇSS)    | 18.9 | 17.3 |         |
| İşçi Sağlık Sigortası (İSS)                 | 33.6 | 24.9 |         |
| Semi İSS                                    | 13.2 | 6.2  |         |
| Diğer kamu şemaları                         | 7.8  | 5.5  |         |
| Özel sigorta                                | 0.3  | 3.5  |         |
| Sigortasız                                  | 26.8 | 42.6 |         |

\*(Liu Y ve ark, 2004; Çin Sağlık Bakanlığı 1994; 1999; 2004)

\*\*(Liu Y ve ark, 2002; Ulusal Sağlık Taraması 1993, 1998)

\*\*\* (Liu X ve ark, 2004)

Tablo 3. Sağlık çalışanlarının sayısı (1950-2000)

| Sağlık Çalışanları        | 1950    | 1980      | 2000      |
|---------------------------|---------|-----------|-----------|
| Toplam                    | 611 240 | 3 534 707 | 5 591 026 |
| Sağlık profesyoneli       | 555 040 | 2 798 241 | 4 490 803 |
| Hekim, asistan hekim      | 380 800 | 1 153 234 | 2 075 843 |
| Hekim                     | 327 400 | 709 473   | 1 603 266 |
| Senior hemşire ve hemşire | 37 800  | 465 798   | 1 266 838 |
| Eczacı                    | 8 080   | 308 438   | 414 408   |
| Laboratuvar teknisyeni    | —       | 114 290   | 200 900   |
| Diğer                     | 128 360 | 756 481   | 532 814   |
| Diğer teknik personel     | —       | 27 834    | 157 533   |
| Yönetici                  | 21 877  | 310 805   | 426 789   |
| Destek hizmeti işçileri   | 34 323  | 397 827   | 515 901   |

Liu X ve ark, 2004

Tablo 4. Çin sağlık göstergeleri

| Sağlık Göstergeleri*           | 1980 | 1985 | 1990 | 1994 | 2004**      |
|--------------------------------|------|------|------|------|-------------|
| Beklenen yaşam süresi (erkek)  | 66.2 | 67.0 | 68.4 | 68.8 | 69.6 (2000) |
| Beklenen yaşam süresi (kadın)  | 69.1 | 71.0 | 71.9 | 73.2 | 73.3 (2000) |
| Kaba ölüm hızı (binde)         | 6.4  | 6.6  | 6.3  | 6.5  | 6.4         |
| Bebek ölüm hızı (binde)        | 53   | 50   | 45   | 34   | 25.5(2003)  |
| Ana ölüm hızı (yüzbinde binde) | -    | -    | 95.0 | 65.0 | 51.3 (2003) |

\*Liu Y ve ark, 1998; verilerin 1980-1994 arası, \*\* <http://www.wpro.who.int/ChinaCountryProfile.pdf>, Erişim tarihi 15.08.2007

nüfus için zor hale gelmiştir. Yatarak tedavi alma kabul edilmemekte ve gerekçe olarak ekonomik nedenler belirtilmektedir.(Bloom, 1998)

## 7. SAĞLIK ve SAĞLIK HİZMETLERİNİN DURUMU

### 7.1.Sağlığın Durumu:

Çin'de temel sağlık göstergeleri ile ilgili değişim Tablo 4'de özetlenmiştir.

Çin'de sağlık göstergeleri reform sonrası da artmaya devam etmiştir. Bebek ölüm hızı, ana ölüm hızı ve kaba ölüm hızı azalmıştır. Beklenen yaşam süresi hem erkekler hem de kadınlar için artmaya devam etmiştir. (Liu ve ark,1998). Enfeksiyon hastalıklarının hızı 1970'li yıllarda dönemi yüz binde 7 061'den 1995 yılı için yüz binde 176.2'ye düşmüştür. Sağlık statüsündeki bu gelişmeler genel olarak yaşam koşullarının iyileşmesi ile ilgilidir. (Liu ve ark,1999)

Bununla birlikte, gelir gruplarına ve coğrafi bölgelere göre sağlık statüsünde önemli eşitsizlikler vardır. Örneğin, Zhengjiang eyaletinde ana ölüm hızı, 1994 yılı itibarıyla yüz binde 23.74 iken Qunghai eyaletinde yüz binde 215.37'dir. Kırsal bölgedeki tüm temel nedenlere bağlı ölümler, tüm yaş gruplarında kentsel bölgeye göre %10-100 daha fazladır. Bebek ölüm hızları kırsal bölgede binde 29.3 ile 72 arasında değişmektedir (1992) (Liu ve ark,1999).

Yoksul bölgelerde uzun süreli ekonomik baskının etkisi ortaya çıkmaya başlamıştır. Bebek ve ana ölüm hızı bu bölgelerde çok yüksektir. Bu bölgelerde, eğitimsiz personel yardımı ile doğumlar yüksek ve antenatal bakım alan gebelerin çok küçük oranda olduğu gösterilmiştir (Bloom, 1998).

1960-80 arasında bebek ölümleri binde 300'den binde 50'lere keskin bir şekilde düşerken, ekonomik büyümeye rağmen 1980'li yıllar boyunca değişmeden kalmıştır. Bebek ölümlerinde kırsal ve kentsel bölgeler arasındaki eşitsizlikte orta derecede bir artış saptanmıştır. 1981-1990 yılları arasında bebek ölüm hızındaki kır/kent oranı 1.67'den 1.75'e yükselmiştir. 1993 yılında bu oran 2.93'e yükselmiştir. Üstelik bir çalışmada çok yoksul bölgelerde bebek ölüm hızında binde 50'lerden binde 72'ye yükselme gösterilmiştir (Liu ve ark, 1999).

Ana ve çocuk mortalitesinde kırsal-kentsel eşitsizlikler devam etmektedir. 2002 yılı için ölüm hızları; beş yaş altı ölüm hızı kentsel binde 16.6; kırsal binde 39, neonatal

mortalite kentsel binde 9.7; kırsal binde 23.2 ve ana ölüm hızı kentsel yüzbinde 53.8; kırsal yüzbinde 71.6'dır. Son iki yıllık dönemde kıyı bölgelerde hafifçe azalmasına karşın, geri kalan bölgelerde artmıştır. Nedene bağlı ölümlerde de kırsal ve kentsel farklılık devam etmektedir (Claseon ve ark 2004; Smith, 1998).

Sağlık alanındaki özelleştirmelerin, kırsal alanda hastane doğumları ve antenatal bakımının çok düşük olmasına yol açtığı, maliyetlerin ve hizmetteki düşük kalite algısının bunu etkilediği gösterilmiştir. Sağlık çalışanlarının eğitime, hizmetin sürdürülmesine ve denetime yeterli kaynak ayrılmasının hizmetin kalitesini olumsuz etkilediği ortaya konmuştur (Kaufman ve ark, 2002).

Kırsal bölgedeki tüm temel nedenlere bağlı ölümler, tüm yaş gruplarında kentsel bölgeye göre %10-100 daha fazladır (Liu ve ark,1999). Kaba ölüm hızı azalırken reform öncesi ve reform sonrası ölüm nedenlerinde değişim görülmüştür. Ölümler içerisinde enfeksiyon hastalıklarının, solunum sistemi hastalıkları ve sindirim sistemi hastalıklarının payı azalırken, kanser, dolaşım sistemi hastalıkları ve kazaların (özkıym ve zehirlenmeyi de içeren) payı artmıştır (Liu ve ark,1998).

Çin'de kişi başına gelirin artması gelir dağılımında eşitsizliği arttırmıştır. Çin'de hane halkı geliri için Gini katsayısı 1980'de 0.33'ten, 1994'te 0.40'a ve 2000'de 0.46'ya yükselmiştir. Birçok gözlemci şu anda Çin'in Gini katsayısının 0.50'yi geçeceğini düşünmektedir (Landsberg ve ark, 2006). Gini katsayısı 1983 ile 1992 arasında kentsel bölge için 0.15'ten 0.20-0.25'e artarken, kırsal nüfus için 0.26'dan 0.37'ye artış göstermiştir. Bu eşitsizlik kırsal ve kentsel nüfusun sağlık statüsünde geniş farklılıkları açıklayabileceği ifade edilmektedir (Liu ve ark,1998). Ayrıca çıplak ayaklı doktorlar ve köy ebelerindeki azalma ve yerel yönetimlerdeki kaynak kıtlığı kırsal Çin'deki mortalite hızlarındaki artışın önemli nedenleri olarak belirtilmektedir (Smith, 1998).

Dokuz eyalette yapılan taramada 1987-1992 yılları arasında bodurluğun arttığı gösterilmiştir. Çok kapsamlı bir çalışmada, Çinli çocuklarda yaşa göre boyda bir büyüme olduğu, fakat kent ve kır arasındaki eşitsizlikte artış saptanmıştır (Liu ve ark,1999).

Beklenen yaşam süresinin tüm yaş gruplarında, kırsal bölgede kentsel bölgeden daha az olduğu ve 1981-1990 yılları arasında farkın hafifçe arttığı görülmüştür (Liu ve ark,1999).

Sağlık algısını gösteren iki ölçüt olan hasta olunan günler ve kronik hastalık insidansı kentsel bölgede kırsal bölgeye göre daha yüksektir. İşlevsel statüyü gösteren disabiliteli gün sayısı, (morbiditenin ölçülmesinde daha nesnel kabul edilir) kırsal nüfusta kentsel nüfustan daha kötüdür. Kır-kent farkı bu ölçütte zamanla birlikte artmaktadır (Liu ve ark, 1999).

Dünya Mental Sağlık Raporu birçok ülkede olduğu gibi Çin'de de depresyonun disabilitenin birinci nedeni olduğunu göstermiştir. Ölüm nedenleri arasında kazalar ve intiharların artması, taramalarda (1982-1993) psikososyal stres ve hastalıklarda artış Çin'deki mental sağlık durumunun kötüleştiğinin göstergesidir (Liu ve ark 1998).

Çin'de ekonomik desantralizasyonla birlikte yerel yönetimlere düşen ekonomik yük artmıştır. Bu özellikle halk sağlığı programlarının geliştirilmesi ve sürdürülmesinde zorluklara yol açmıştır. Bulaşıcı hastalıkların kontrolü ve önlenmesi hizmetlerine ödenen pay 1978 yılı için GSMH %0.11 iken 1993 yılı için %0.04'e düşmüştür. Bu kurumlar varlığını kullanıcı ödentileri artışı ile sağlamıştır (bu hizmetlerde kullanıcı ödentilerinin payı, kırsal bölge için %64.0, kentsel bölge için %55.8). Bu durum iki şekilde yıkıcı etki göstermiştir. Birincisi, Epidemi Önleme İstasyonu çalışanları gelir kazanmak amacıyla gıda ve kozmetik ürünlerin denetimine öncelik vermesi, öncelikli hizmetlerin gereklilik olmaktan çıkmasıdır. İkincisi, ücretler nedeniyle talep azalmasıdır. Özellikle yoksullar arasında tüberküloz ve koruyucu sağlık hizmetleri için talep azalmıştır. Bunun sonucunda 1993 ve 1994 yıllarında birçok yoksul bölgede bağışıklama düzeylerinde azalma görülmüştür (Liu ve ark 1998).

Çin'de mortalite hızı ve enfeksiyon hastalıklarının insidans hızı azalmasına karşın, gevşemiş halk sağlığı hizmetleri nedeniyle, özellikle kayıt dışı "gezici" kent nüfusu için salgın izlenebileceği belirtilmektedir. (Liu ve ark, 1999). Tüberküloz ve şistozomiasis'in yeniden ortaya çıktığına dair bulgular vardır (Bloom, 1998). Düşük olgu yakalama, standardize tedaviyi tamamlamada başarısızlık, artmış çoklu ilaç direnç ve göç nüfus arasında tüberküloz kontrolünün etkinliğindeki azalma tüberküloz konusunda yaşanan temel sorunlar olarak belirtilmektedir. Sosyo-ekonomik durumundaki engellerin, sağlık kurumları arasındaki koordinasyon bozukluğunun ve yerel hükümetlerin tüberküloz kontrolündeki politik ve finansal destek sağlama konusundaki kararlılıklarındaki zayıflığın tüberküloza yönelik mücadeleyi olumsuz etkilediği ifade edilmektedir (Tang ve ark, 2005). Geçmiş elli yıl içinde başarı ile kontrol altına alınan şistozomiyasis koruyucu sağlık hizmetlerindeki mevcut durum, ekonomik gelişmeler ve çevre politikaları ile ilgili olarak kırsal bölgede yeniden ortaya çıkmıştır (Claseon ve ark, 2004). 1980 başında on binde 540 olan şistozomiyasis prevalansı, 1999 yılında on binde 788'e yükselmiştir. Tüberkülozda azalmadan ziyade plato çizimi söz konusudur. Son yıllarda cinsel yolla bulaşan hastalıklarda artış devam etmektedir;

1989'da yüz binde 12.32'den 1998'de yüz binde 50.66'a yükselmiştir (Jeffrey ve ark, 2005).

2003 SARS krizi, Mao dönemindeki sosyal refah sisteminin yaşadığı çöküşün boyutlarını en açık şekilde resmedebilir. HIV ve kötüleşen, yeniden hortlayan tüberküloz bu çöküşün habercisi idi. Gerçekten, kamu sağlık hizmetlerinin çöküşü ve büyüyen fakirlik her iki sorunun da büyümesine ciddi katkıda bulunmuştur. Bu tablonun en acı örnekleri, aciz durumdaki kırsal işçilerin kanının satılmasıyla saman alevi gibi yayılan HIV olayında açığa çıkmıştır. (Landsberg ve ark, 2006; Claseon ve ark, 2004). Kırsal bölgede başlayan HIV/AIDS olguları, kentte de yaygınlaşmaya başlamıştır. Çin'de HIV/AIDS olgu sayısı bir milyonun üzerinde olup, prevalans %0.1'dir. Olgu sayısının 2005'te 7 milyon, 2010 yılında 10-15 milyon olacağı beklenmektedir (Jeffrey ve ark, 2005). SARS olayının patlak vermesi, döküntü kamu sağlık hizmetlerinin bir salgınla savaşmak ve hatta bundan haberdar olmak için bile çok yetersiz olduğunun keşfedilmesiyle Çinlilere 20 yıldan fazladır sürdürülen ekonomik büyümeyle neyi kaybettiklerini hatırlatmıştır (Landsberg ve ark, 2006).

Halk sağlığı hizmetlerine olan fon desteğinin azalması, verilen desteğin ancak sağlık çalışanlarının ücretini karşılamaya yetmesi, halk sağlığı hizmetlerini yürüten kurumların kullanıcı ödentileri ile varlığını sürdürmesi, sağlık sektörünün etkinliğinin azalmasına; bu hizmetlere olan talebin azalması ve buna bağlı olarak bulaşıcı hastalıkların artmasına neden olduğu saptanmıştır. Halk sağlığı hizmetlerinde piyasalaşmaya yönelik reformların politik bir seçenek olarak düşünülmemesi gerektiği vurgulanmıştır (Liu ve ark, 2002b).

Ek olarak, Çin yeni sağlık sorunları ile karşı karşıyadır. Örneğin sigara bugün için en önemli sağlık problemidir. Erkeklerde sigara içme prevalansı %63'tür. 1990 yılında sigaraya bağlı 800 bin ölüm gerçekleşmiştir (koroner kalp hastalığı, KOAH ve akciğer kanseri). Sigara kullanımının mevcut durumu devam ederse gelecek 30 yılda, sigaraya bağlı yılda en azından 2 milyon ölüm olacağı hesap edilmektedir (Liu ve ark, 1998).

Batı tipi yaşam tipinin (artmış yağ ve kaloriden oluşan diyet, azalmış fiziksel aktivite gibi) gelişmesi birkaç hastalıkta –kalp hastalıkları, inme, kanser, hipertansiyon, diyabet, osteoporoz ve kronik akciğer hastalıkları- maliyetleri anlamlı bir şekilde artırmaktadır (Jeffrey ve ark, 2005).

Çin İş Güvenliği Devlet İdaresi 2002'de işyerlerinde, 140 bin ölümcül kazanın, 2 yıl öncekinden 100 bin daha yüksek bir rakamın haberini vermişlerdir. Bu sayı bile beklenenden azdır (Landsberg ve ark, 2006).

Çin uzun süredir, kitlesel sağlık kampanyaları düzenleyememektedir. Politik öncelikler değişmiştir, temel hizmetlerin sunumu yerine ekonomik büyümeyi ve yerel yönetimlere gelir kazandıracak üretimler daha ön plana çıkmıştır. Politikacılar sağlıklı az ilgilenmekte ve yerel sağlık çalışanlarının performansının izlenmesi daha yüzeysel olarak gerçekleştirilmektedir. Sağlık sisteminde politik

kontrol çok azdır. Sonuç olarak, hizmet sunucular ve kullanıcılar önceliklerden çok ekonomik dürtülere göre davranmaktadır (Bloom, 1998).

### 7.2. Sağlık Hizmetlerinin Durumu:

Komünlerin yıkımı ve devlet işletmelerinin dönüşümü aynı zamanda bir çok çalışanın, emeklilik, barınma, sağlık bakımı ve ilk ve orta öğretim gibi eğitim haklarını içeren sosyal güvenlik haklarını da kaybetmesi anlamına gelmektedir. Devlet işletmeleri artık yeni işçiler için barınma desteğini de sağlamamaktadır. Eski işçiler ise, evde oturmaya devam etmek istiyorlarsa piyasada belirlenen kiralari ödemek ya da oturdukları evi satın almak zorunda (kredi desteği ile) bırakılmışlardır. DSÖ Çin'i geliştirmekte olan ülkeler arasında sağlık hizmetlerine ulaşımında eşitlik açısından en sona koymuştur (Landsberg ve ark, 2006).

Sigorta kapsamındaki nüfus; 2003 yılında kırsal bölge için %21'dir. Kırsal nüfusun YKSHS %9.5 özel sigorta %8.3'ünü kapsama almıştır. Hala kırsal bölgede yaşayan her beş kişiden dördü sigorta kapsamında değildir (Liu ve ark, 2004c). Kent nüfusunun %44'ü kapsam dışındadır (Liu, 2002a).

Çin'de 2003 yılı için her 1000 kişiye 2.34 hastane yatağı düşmektedir. Dengesiz dağılım vardır. Her bin nüfusa hastane yatağı 1.48-6.14 arası değişmektedir. Akut hastane yatağı işgal oranı %65'tir. Devlet hastanelerinde işgal hızı daha yüksektir, işgal hızı 1990'dan beri düşmektedir. Devlet hastanelerinde hizmet kullanım hızı %19, hasta yatırma %4.3 azalmıştır. Hastanede kalış süresi ortalama 10.8 gündür. 1990'dan 1998'e hekimlerin gördüğü hasta sayısı 1683'ten 1178'e; hastane yatağı kullanım hızı %80'den %60'a düşmüştür (Liu ve ark, 2004a).

Ortalama hastane başvurusu yaklaşık her iki kişiden birisi, her 100 başvurunun ikisinde hastaneye yatırıldığı tespit edilmiştir (1994 yılı için). Özel kurumlarda hastaneye yatma oranı daha fazladır, her (100 kişiden 4'ü). Yine zengin bölgelerde, yoksul bölgelere göre hastane yatışı ve hastanede kalış süresi daha yüksektir. Kırsal bölgelerde hastane başvurma daha düşüktür. Yoksul bölgelerde hastane yatak işgal oranı %41 iken, kentsel bölgelerde %70'tir (Wu, 1997).

Kırsal ve kentsel bölgede artmış gelir farklılığı ile birlikte, sağlık hizmetinin kullanımı ve sağlık ulaşılabilirlik ve fiziksel ulaşılabilirlikte eşitsizlik artmıştır (Liu ve ark, 1999).

Zhengjiang şehrinde pilot sigorta reformu sonrası yapılan bir çalışmada (1948-1996 arası), KÇSS ve İSS dönemine göre, daha düşük sosyo-ekonomik duruma sahip sigortalıların ayaktan hasta bakımını anlamlı bir şekilde daha fazla kullandığı gösterilmiştir. Reforma karşın, sosyo-ekonomik durumu kötü olan sigortalıların pahalı ve ileri tanı teknolojilerine ulaşılabilirliğinde dezavantajlı durum devam etmektedir (Liu ve ark, 2002c).

1985-1993 yılları arasında yıllık her bin kişiye düşen hastanede yatma günü kentsel bölgede %12.8 artarken,

kırsal bölgede %10.3 azalmıştır. Prenatal tanı ve canlı doğum hızları kentsel bölgede daha fazladır (1993) (Liu ve ark, 1999).

1980'den 1989'a, kırsal bölgede kasaba klinik sayısı %14.2, temel sağlık hizmetlerinde çalışan personel sayısı %35.9 azalmıştır. Yine 30 yoksul ilçede yapılan çalışmada 1979 yılında %71'inin köyünde bir sağlık istasyonu varken, 1993'te bu oran %55'e düşmüştür. Dağlık bölgelerde yaşayan yoksulların sağlık hizmetlerine fiziksel ulaşımında bir çok engel bulunmaktadır (Liu ve ark, 1999).

Dünya'nın hava kirliliği en üst düzeyde 10 şehirden 7'si Çin'dedir ve DSÖ'nün tanımladığı sürdürülebilir kirlilik düzeyi için kabul edilebilir seviyeyi karşılamakta başarısız 300 şehri vardır (Landsberg ve ark, 2006).

Yapılan bir çalışmada Çin'deki hekimlerin doyum düzeyleri düşük olarak saptanmıştır. İş doyumunu %27, gelir memnuniyeti %8, beceri düzeyinden memnun olma %31, sürekli eğitim için fırsat bulma %18, diğer pratisyenlerle etkileşim %29 ve destekleyici laboratuvar ve radyoloji hizmetlerin elde edilebilirliği %22'dir. Sağlık sistemini sadece %32'si onaylamaktadır. Sağlık hizmetlerinin kalitesi ve hasta güvenliği ana sorunlar olarak belirtilmiştir. Özel sektörle ilgili düzenlemelerdeki yetersizlik, kamu sektörü yüksek ücretler ve kötü sağlık hizmeti eleştirilerini almıştır (Lim ve ark, 2004).

Çin deneyiminden, ekonomik reformlar ve büyümenin sağlık statüsü, beslenme ve herkes için sağlık hizmetinin gelişiminde gereklilik olmadığı; ekonomik gelişmenin yalnız başına sağlık statüsünün gelişimi için yeterli olmadığı; piyasa ekonomisi ile uyumlu sağlık hizmetlerinin etkin olmadığı ve ulaşılabilirlikte azalma ile sonuçlandığı; kısacası sağlığın piyasanın başarılı olmadığı bir alan olduğu dersleri çıkartılmıştır (Liu ve ark, 1999).

### SONUÇ

Çin Sağlık Sistemi büyük bir dönüşüm yaşamıştır. Sağlığı hak olarak kabul eden kamucu bir sağlık anlayışı yerine sağlığı meta olarak gören piyasacı sağlık anlayışı tercih edilmiştir. Hem hizmeti alanlar hem de sunanlara yönelik yıkıcı dönüşümler söz konusudur. Demokratik katılım adına uygulanan desantralizasyon politikası ile hizmet parçalanmıştır. Parçalanmış her hizmet sonunda özel sektörün kucağına itilmiştir. Sağlığın finansmanından tamamen çekilen devlet, vatandaş ile kurumları karşı karşıya getirmiştir. Cepten ödemelerle, yani en ilkel sağlık sistemi biçimi ile hizmet alınır satılır hale getirilmiştir. Koruyucu hizmetler bile insafsızca cepten ödemelerle finanse edilmeye çalışılmaktadır. Bir yandan da reform adına yapılan düzenlemeler ile çıktısı belli olmayan sağlık tüketimi ortamı yaratılmıştır. Körüklenen tüketimle sağlık piyasası büyütülmeye çalışılmıştır.

Sağlık sisteminde dönüşüm, ülkedeki kapitalist restorasyonla birlikte yürütülmüştür. Ekonomik reformlar Çin toplumunda tamamen eşitsiz bir gelişim yaratmıştır.



Bir yanda ilkel yaşam koşullarına itilen halk diğer tarafta ilkel sermaye birikimine sahip olmaya çalışan eski parti ve devletin çeşitli pozisyonlarındaki makam sahibi kişiler olmuştur. Yabancı sermaye boşalan kamu mülkiyetine oturmuş, ucuz emek cenneti ile karına kar katmaya başlamıştır. Sağlık hizmetleri tedavi edici hizmetleri önceleyen bir hal almıştır. Modern tıbbın gelişimi altında yapılan reformlar ile ülke kaynakları ileri tanı yöntemleri için uluslar arası tekellere aktarılmıştır. Gerek ileri teknolojiye dayalı tanı yöntemleri, gerekse özel hastaneler ve özel sigorta şirketleri sağlık alanında da Çin'e girmeyi başarmıştır. Ekonomik reformların bedeli geniş halk yığınları için ağır olmuştur. Demir pirinç çanağı adı altında sunulan sosyal güvenlik, barınma, eğitim ve çalışma ortamı ile ilgili hakların bir gasp edilmesi, yoksulluğu artırmıştır. Eşitsiz gelişim ne yazık ki toplumun başta dezavantajlı gruplar olmak üzere emekçilerin sağlık statüsünü olumsuz etkilemiştir.

#### KAYNAKLAR

- Bloom G.** (1998) Primary Health Care Meets in Chian and Vietnam, Health Policy, 44: 233-52.
- Claseon M, Wang H, Hu S.** (2004) A Critical Review of Public Health in China, World Bank.
- Gustafsson B, Shi L.** (2004) Expenditures on Education and Health Care and Poverty in Rural China, China Economic Review, 15: 292-301.
- Dong H, Bogg L, Rehnberg C, Diwan V.** (199) Drug Policy in China: Pharmaceutical Distribution in Rural Areas, Social Science & Medicine 48: 777-86
- Dummer TJB, Cook IG.** (2007) Exploring China's Rural Health Crisis: Processes and Policy Implications, Helath Policy, doi:10.1016/j.healthpol.2006.12.002
- Guy C, Aviva R, Yang H, Wang H, ve ark.** (1999) The Reform of The Rural Cooperative Medical System in The People's Republic of China: Interim Experince in Pilot Counties, Social Science&Medicine, 48:961-72.
- Jeffrey PK, Liu X, Lei H.** (2005) Public Health in China: Organization, Fianacing and Delivery of Services, World Bank.
- Kaufman J, Jing F.** (2002) Privatisation of Health Services and The Reproductive Health of Rural Chinese Women, Reproductive Health Matters, 10(20): 108-16.
- Landsberg MH, Burkett P** (2006) Çin ve Sosyalizm, 1.baskı, İstanbul: Kalkedon.
- Lim MK, Yang H, Zhang T, Zhou Z, Feng W, Chen Y.** (2004) China's Evolving Health Care Market: How Doctors Feel and What They Think, Health Policy, 69: 329-37.
- Lindelöw M.** (2004) Reforming Service Delivery In China The Case of The Health Sector (EASHD).
- Lindelöw M, Wagstaff A.** (...) China Health Sector Issues Note, World Bank. <http://siteresources.worldbank.org/INTEAPREGTOPHEANUT/Resources/502734-1129734318233/WBChinaRuralHealthAAAlssuesNote.pdf>
- Liu Y, Rao K, Fei J.** (1998) Economic Transition and Health Transition: Comparing China and Russia, Health Policy, 44: 103-22.
- Liu Y, Hsiao W, Eggleston K.** (1999) Equity in Health and Health Care: The Chinese Experince, Social Science&Medicine, 49: 1349-56.
- Liu Y.** (2002a) Reforming China's Urban Health Insurance System, Health Policy, 60:133-50.
- Liu X, Mills A.** (2002b) Financing Reforms of Public Health Services in China: Lessons for Other Nations, Social Science&Medicine, 54: 1691-98.
- Liu GG, Zhao Z, Cai R, Yamada T, Yamada T.** (2002c) Equity in Health Care Access to: Assessing The Urban Health Insurance Reform In China, Social Science&Medicine, 55: 1779-94.
- Liu X, Yi Y.** (2004a) The Health Sector in China Policy and Institutional Review, World Bank
- Liu G, Nolan B, Wen C.** (2004b) Urban Health Insurance and Financing in China, World Bank
- Liu Y, Mao Z, Nolan B.** (2004c) China's Rural Health Insurance and Financing: A Critical Review, World Bank.
- Liu X, Martineau T, Chen L, Zhan S, Tang S.** (2006) Does Decentralisation Improve Human Resource Management in The Health Sector? A Case Study From China, Social Science&Medicine, 63: 1836-45.
- Al ve Küreselleşme Karşısı Çalışma Grubu.** (2006) Çin Seddinin Ardında Neler Dönüyor?, [www.laborstrategies.blogs.com/KuzeyAmerikaOfisi/Anti-MAIÇeviriGrubuÇevirisi](http://www.laborstrategies.blogs.com/KuzeyAmerikaOfisi/Anti-MAIÇeviriGrubuÇevirisi), <http://www.antimai.org/bn/bncin1106.htm>, erişim tarihi:3 Mayıs 2007.
- Özmen C.** (2002) Çin: Büyük Projeler Büyük Hesaplar, Evrensel Gazetesi, <http://www.evrensel.net/02/07/26/medya.html>, erişim tarihi: 11 Kasım 2007
- Qingyue M.** (2005a) Review of Provider Organization Reform in China World Bank.
- Qingyue M.** (2005b) Review of Health Care Provider Payment Reforms in China World Bank.
- Şensever L.** (2004) Uyanan Dev Küresel Bir Tehdit Mi? Sosyalist İşçi, sayı:11, <http://www.sosyalistisci.org/arsiv/223/223-11.htm>, erişim tarihi: 11 Kasım 2007
- Smith C.J.** (1998) Modernization and Health Care, Contemporary China, Health&Place 4(2): 125-39.
- Smith P, Wong C, Zhao Y.** (2004) Public Expenditure and Resourca Allocation in the Health Sector in China, World Bank.
- Tang S, Squire S.B.** (2005) What Lessons Can Be Drawn From Tuberculosis (TB) Control In China In The 1990s? An Analysis From A Health System Perspective, Health Policy, 72: 93-104.
- Wu Y.** (1997) China's Health Care Sector in Transition: Resorces, Demand and Reform, Health Policy 39: 137-52.
- Wagstaff A, Yu S.** (2007) Do Health Sector Reforms Have Their Intended Impacts? The World Bank's Health VIII Project in Gansu Province, China, Journal Of Health Economics 26: 505-35.
- Wang H, Gu D, Egan Dupre M** (2007) Factors Associated With Enrollment, Satisfaction, And Sustainability Of The New Cooperative Medical Scheme Program In Six Study Areas In Rural Beijing, Health Policy, doi:10.1016 /j.healthpol.2007.06.003
- Yip W, Eggleston K.** (2004) Adressing Government and Market Failure With Payment Incentives: Hospital Reimbursement Reform in Hainan, China, Social Science & Medicine, 58: 267-77.
- Zhao Y.** (2005) Assessing Government Health Expenditure in China, World Bank.
- Zhenghong M.** (2005) Pilot Program of NCMS in China: System design and progress. (World Bank China Rural Health Study).