

Hälsovårdssystemet på den kinesiska landsbygden

*En studie av hur hälsovårdssystemet har förändrats sedan 1980 talet i
Folkrepubliken Kina*

Helena Svensson

SAMMANFATTNING	3
VARFÖR TILLGÅNG TILL HÄLSOVÅRD ÄR VIKTIGT FÖR KINA OCH DEN KINESISKA REGERINGEN	4
FÖRKORTNINGAR	5
1. INLEDNING	6
1.1 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNING	7
1.2 METOD	8
1.3 DISPOSITION	9
2. HÄLSOVÅRDSSYSTEMET 1949-1980	10
2.1 FRÅN GRUNDANDET AV FOLKREPUBLICEN KINA TILL REFORMERNAS TID	10
2.1.1 SYSTEMET	11
2.2.2 BARFOTADOKTORERNA	12
2.2 SAMMANFATTNING	13
3. HÄLSOVÅRDSSYSTEMET	14
3.1 EKONOMISKA REFORMER OCH DESS EFFEKTER	14
3.1.1 FRÅN PLANEKONOMI TILL MARKNADSEKONOMI	14
3.1.2 BARFOTADOKTORERNAS FALL	16
3.1.3 DECENTRALISERING AV HÄLSOVÅRDSSYSTEMET	17
3.2 DET NYA SYSTEMET OCH DESS EFFEKTER	18
3.2.1 SNEDVRIDNA INCITAMENT	19
3.2.2 OJÄMLIKHET MELLAN STÄDER OCH LANDSBYGD	20
3.3 ETT UPPVAKNANDE OCH ETT NYTT FÖRSÄKRINGSSYSTEM	21
3.3.1 ETT NYTT FÖRSÄKRINGSSYSTEM FÖR HÄLSOVÅRD	23
3.3.2 PROBLEM MED DE NYA FÖRSÄKRINGSSYSTEMEN	26
3.3.3 ÅR 2011 OCH FRAMTIDA PLANER	28
3.4 SAMMANFATTNING	29
4. SLUTSATS	30
5. REFERENSLISTA	33

Sammanfattning

Vid grundandet av Folkrepubliken Kina år 1949 var levnadsstandarden i landet mycket låg och många människor led efter lång tid av krig och svält. På 30 år lyckades landet skapa ett hälsovårdssystem vilket lyckades involvera större delen av befolkningen och stora satsningar gjordes på landsbygden där fokus låg på primärvård samt förebyggande vård. Efter att Kina bestämde sig för att reformera ekonomin och öppna upp mot resten av världen kollapsade det system som sagts så framgångsrikt växt fram. När ekonomin blev mer marknadsanpassad följde hälsovårdssystemet i samma fotspår och regeringens skyddande hand över landsbygdsborna togs bort. På bara några år saknade 90 % av befolkningen på landsbygden hälsovårdsförsäkring och kostnader för att uppsöka vård blev alltmer kostsam för dem. Sarsvirusets uppkomst år 2002 blev en väckarklocka för den kinesiska regeringen och man insåg att hälsovårdssystemet på landsbygden behövde reformeras och åtgärder vidtogs.

Hälsovårdssystemet på den kinesiska landsbygden är långt ifrån färdigkonstruerat och regeringen fortsätter att lägga fram policys och riktlinjer för att förbättra systemet. Denna uppsats handlar om den förändring som skett inom systemet från 1980 talet och samt förklarar varför och hur regeringen på senare år har börjat bygga upp systemet igen.

提要

在中华人民共和国成立的时候，国民生活水平很低，许多人还在饱受着长时间战争和饥荒带来的伤害。在之后的30年里，党致力于在农村建立一个可以包含大部分人的医疗保障制度，且大部分投入在农村的基础和预防医疗上。在中国的改革开放之后，那套医疗保障制度被破坏了。它也跟随着市场经济的脚步，农村居民失去了政府的保护。几年的时间里，农村90%的人口失去了医疗保障，看病变得越来越贵。在2002年，SARS给中国政府敲响了警钟，意识到农村医疗保障制度必须要改革，并且也开始实施了。

中国的农村医疗保障制度还很不完善，政府正在继续颁布政策来推动改革。这篇论文介绍了在1980年之后制度的变化及政府是如何改善的。

Varför tillgång till hälsovård är viktigt för Kina och den kinesiska regeringen

Lågt försäkringsskydd och ökade utgifter för hälsovård har lett till att många hushåll på den kinesiska landsbygden ej kunnat betala hälsovårdsavgifter. Out-of-pocket spenderingar där återbetalning inte förekommer har varit ett vanligt fenomen sedan 1980 talet i Kina. Dessa betalningar kan leda till konkurs eller att person med hälsobesvär undviker att uppsöka läkare på grund av höga kostnader. Vidare kan sägas att befolkningen lever i risk för att bli sjuka och måste spara pengar för att ha råd med hälsokostnaderna. För landet leder detta till en hög sparkvot och från ett rent ekonomiskt perspektiv är detta ej lönsamt då spenderingar gynnar ekonomisk aktivitet samt ekonomisk utveckling. Tillgång till hälsovård är även viktigt för att hålla Kinas miljontals arbetare friska. Om de inte har hälsa, hur skall det ekonomiska lokomotivet gå runt? Kinas framgångshistoria är mycket tack vare all den arbetskraft Kina har haft tillgång till och som arbetat på fabriker landet runt, där Kina de senaste årtiondena agerat fabriksbolv åt världens många företag som sökt de lägsta produktionskostnaderna. Även om Kina idag strävar efter att bli mer idéskapande så är landet fortfarande mycket beroende av sin relativt billiga arbetskraft. Om dessa människor blir sjuka efter sina långa arbetsdagar men inte kan uppsöka vård och finna bot, vilka skall då arbeta i fabrikerna? En annan viktig aspekt är den sociala oro vilken kan uppstå på grund av missnöje med kommunistpartiet. Då Kina är en enpartistat är det viktigt för partiet att undvika hot som kan skapa oro i landet. Genom den ekonomisk utveckling partiet erbjudit sedan 1980 talet har befolkningen erhållit en bättre levnadsstandard och partiet har lyckats väl med att behålla folkets lugn. För att befolkningen skall fortsätta vara lugn krävs det att missnöje inte uppstår. Brist på hälsovård skulle kunna göra Kinas miljontals bönder missnöjda och skapa social oro i landet.

Förkortningar

FRK- Folkrepubliken Kina

KKP- Kinesiska Kommunist Partiet

WHO- World Health Organization

WB- World Bank

BNP- Brutto National Produkt

RMB- Ren Min Bi

TVE- Township and Village Enterprise

NCMS- New Cooperative Medical System

MAP- Medical Assistance Program

1. Inledning

Kina har sedan reformpolitiken inleddes vuxit till att bli världens näst största ekonomi. Den ekonomiska utvecklingen har till stor del möjliggjorts genom omfattande migration och urbanisering, med miljontals människor som har lämnat landsbygden för mer lukrativa yrken i städerna. Men även om inkomsterna har stigit markant för de flesta landsbygdsbor under de senaste 30 åren så finns det ett område som inte har utvecklats i samma takt som resten av ekonomin, nämligen hälsosektorn på landsbygden.

Hälsa är en grundläggande byggsten för ekonomisk utveckling. Att vara den näst största ekonomin i världen är inte av stor vikt när det visar sig att fördelningen av välfärd är ojämn och att miljontals människor på landsbygden inte har råd eller möjlighet att uppsöka hälsovård. 800 miljoner av Kinas 1,3 miljarder invånare är registrerade på landsbygden. Levnadsstandard och levnadsvillkor varierar från by till by och det kan därför ses som svårt att lansera ett nationellt heltäckande system för hälsovård. Innan reformeringen av ekonomin i slutet på 1970 talet erbjöd staten ett hälsovårdssystem till landsbygdsbor med fokus på primärvård samt förebyggande vård. När ekonomin senare gick mot en mer marknadsinriktad sådan följde även hälsosystemet dess fotspår. Även i en blomstrande ”fri” marknadsekonomi är det ibland behövligt med en regering som ”lägger sig i” inom vissa områden för att kunna tillgodose människor i landet med t.ex. system för avfallsbehandling, utbildning, och som denna uppsats fokuserar på, hälsovård. Ett välfungerande hälsovårdssystem skall enligt Världshälsoorganisationen kunna leverera tjänster till god kvalitet, var och hur de än är behövda. Hälsovård varierar från land till land men vad som krävs för att den skall vara fungerande är en stabil finansiering, välutbildad samt betald personal, och trovärdig information för att kunna ta rätt beslut och lansera effektiv policy. För att Kina skall kunna fortsätta sin positiva tillväxt är ett välfungerande hälsovårdssystem av största intresse. Fram till idag är det många landsbygdsbor som blivit utarmade av hälsovårdskostnaderna eller helt enkelt undvikit att uppsöka vård på grund av dessa kostnader.

1.1 Syfte och frågeställning

I slutet på 1970 talet och under början av 1980 talet kollapsade det hälsovårdssystem som sägs ha varit så välfungerande på landsbygden och nått ut till 90 % av landsbygdsborna. Det tog över två decennier innan regeringen bestämde sig för att reformera om systemet och arbeta för att erbjuda hälsovård för landets medborgare på landsbygden. Syftet med uppsatsen är att undersöka hur hälsovårdssystemet på den kinesiska landsbygden har förändrats sedan 1980 fram till idag för att kunna besvara frågorna:

Hur kommer det sig att hälsovårdssystemet på landsbygden kollapsade under 1980 talet samtidigt som ekonomin utvecklades i rask takt? Varför regeringen nu på senare år har börjat reformera om hälsovårdssystemet på landsbygden?

1.2 Metod

För att kunna undersöka de förändringar som skett inom hälsovårdssystemet på landsbygden sedan reformernas tid i början på 1980 talet är det viktigt att förstå hur systemet såg ut tidigare. Sedan kommer det att visas hur systemet har förändrats med tiden och vilka faktorer som varit med och påverkat utvecklingen och effekterna av dessa.

Uppsatsen är en litteraturstudie som bygger på fakta från kinesiska och engelska källor, trycka samt elektroniska. Mycket av den statistik jag använt mig av kommer främst från internationella organ och organisationer som jag uppfattat som pålitliga. Fakta jag har använt mig av har valts ut på en jämförande och kvalitativ basis.

1.3 Disposition

I första delen av uppsatsen kan vi läsa inledning och syfte till uppsatsen och även vilken metod som kommit att användas för att genomföra uppsatsen. Del två av uppsatsen består av en historisk bakgrund av hälsovårdssystemet på landsbygden, vilket närmare beskriver det hälsovårdssystem som byggdes fram under kommunistpartiets första 30 år vid makten. Del tre går in och efterforskar hur hälsovårdssystemet på landsbygden har förändrats sedan Kina började reformera om ekonomin i slutet på 1970 talet. Denna del undersöker även regeringens sätt att hantera situationen och vad de gjort för att förbättra systemet på senare år. I del fyra av uppsatsen dras slutsats till syftet som presenteras i del ett, och även en kort diskussion förs i slutet på denna del varför hälsovård på landsbygden är viktigt för Kina och den kinesiska regeringen.

2. Hälsovårdssystemet 1949-1980

Även om största delen av den kinesiska populationens levnadsvillkor har förbättrats sedan de ekonomiska reformerna och den generella hälsostatusen i landet idag är högre än för tre decennier sedan, finns det antagligen de på landsbygden som saknar den tillgång till hälsovård de upplevde innan de ekonomiska reformerna. För att förstå vad som hänt med hälsovårdssystemet på landsbygden under de senaste 30 åren, är det viktigt att erhålla en historisk bakgrund, vilken kan hjälpa till att visa på de förändringar som har skett sedan 1980 talet.

2.1 Från grundandet av Folkrepubliken Kina till reformernas tid

Vid grundandet av Folkrepubliken Kina, FRK, 1949 hade landet och dess befolkning genomgått decennier av krig, fattigdom och elände. Som en konsekvens av denna period drabbades många av dem, främst på landsbygden, av sjukdomar som tyfoidfieber, kolera och tuberkulos. Hälsostatusen var mycket låg och medellivslängden hos befolkningen var endast 35 år. I Peking 1949 hölls den första nationella hälsovårdskonferensen för Kinas landsbygd, och följdes av en 30 års period där hälsostatusen i FRK förbättrades betydligt. Genom offentliga ansträngningar, kombinerat med en bättre vetenskap om hygien samt en förbättring av vattentillförsel ökade medellivslängden mellan åren 1949 och 1986 från 35 år till nästan 70 år.¹ Även barndödlighet under 5 år minskade från 225 fall per 1000 födselar år 1960 till 64 fall per 1000 födselar år 1980, en minskning på 6,3 % per år.² Idag är barndödligheten under 5 år nere på dryga 18 fall per 1000 födselar.³

Den främsta anledningen till denna positiva utveckling inom hälsa var det hälsovårdssystem som Kinesiska Kommunistpartiet, KKP, lanserade med fokus på primärvård. I juni 1965 proklamerade även Mao Zedong (som var missnöjd med att det i hans ögon fortfarande var för mycket fokus på stadsbefolkningens problem, i relativa termer mätt!) i en av sina kampanjer att ”fokus inom hälsovård skall riktas till landsbygden”.⁴ Jag kommer nedan att beskriva hur detta

¹ Young, Mary E. *Impact Of The Rural Reform on Financing Rural Health Services In China*. Världsbanken 1988, s.28.

² *Zhongguo nongcun weisheng gaige* 中国农村卫生改革 [Hälsoreform på Kinas landsbygd], Världsbanken, februari 2009, s.2.

³ *Zhongguo de xiangcun yisheng fazhan xunshu* 中国的乡村医生发展迅速 [Den snabba utvecklingen av Kinas landsbygdsläkare] Världshälsoorganisationen, december 2008, s.914-915.

⁴ Hu Guangyu 胡光宇, and Li Yudong 李蔚东, *Xin jiankang geming* 新健康革命 [Den nya hälsorevolutionen] Qinghua University Press 2010, s.63.

system såg ut samt att förklara hur partiet som sagt lyckades att genomföra detta och nå ut till nästan 90 % av landets landsbygdsbefolkning.

2.1.1 Systemet

Utan ekonomiska bidrag från utlandet lyckades Kina bygga ett hälsovårdssystem på landsbygden, vilket ska ha erbjudit större delen av Kinas befolkning rätt till hälsovård. Den kinesiska modellen som byggdes fram under denna period blev en förebild för andra utvecklingsländer. Under år 1970 hade Kina en BNP per capita på låga 275 RMB⁵ och ändå lyckades landet nå en relativt hög hälsostatus. Kina hade alltså ingen ekonomisk utveckling att prata om under denna period, vilket visar på att systemet kunde lyftas fram utan massivt ekonomiskt stöd.⁶ Denna modell blev även prisad av de internationella organen Världshälsoorganisationen, WHO, samt Världsbanken, WB, som en bra förebild för andra länder.⁷ Det som gjorde att systemet fungerade så pass väl var främst de ansträngningar som gjordes gällande att förbättra fördelningen av hälsovårdspersonal. För att på kort tid kunna skapa ett hälsovårdssystem som skulle komma att täcka in hela den kinesiska populationen konstruerade KKP tre riktlinjer vilka de skulle arbeta mot. Dessa tre riktlinjer var följande:

1. Koncentrera på förebyggande vård samt botande vård
2. Utbilda fler hälsoarbetare i syfte att företräda högutbildade specialister
3. Fokusera spendering av resurser till förebyggande vård samt att subventionera kostnader av läkemedel och medicinska tjänster⁸

Även om systemet främst syftade till primärvård hade det en enorm effekt på hälsostatusen och för många byar i Kina blev detta första gången hälsovård introducerades för dem.⁹ Systemet var, liksom landsbygdens administration i övrigt på denna tid, uppbyggt på tre olika nivåer; brigad

⁵ All China data center, China Yearly Macro-Economics Statistics (National), Gross domestic product of China

⁶ *Zhongguo nongcun weisheng gaige* 中国农村卫生改革 [Hälsoreform på Kinas landsbygd] Världsbanken, februari 2009, s.2.

⁷ *Xin chijiao yisheng shouce* 新赤脚医生手册 [Den nya handboken för barfotadoktorer] Shanxi shifan daxue chubanshe chuban, april 2007, s.5.

⁸ Young, Mary E. *Impact Of The Rural Reform on Financing Rural Health Services In China*. Världsbanken 1988, s.30.

⁹ Barry Naughton 2007. *The Chinese Economy: Transition and Growth*. s.243.

(大队), kommun (公社)¹⁰ samt län (县). I brigaderna kunde bönderna uppsöka hälsostationer för lättare besvär, eller om besvären var värre kunde de uppsöka kommunernas hälsostationer eller sjukhusen på länsnivå. Dessa hälsofaciliteter var direktstyrda av myndigheterna. Hälsosektorn på landsbygden var strikt organiserad för att kunna leverera ett paket med tjänster under den dubbla kontrollen av det statliga Hälsovårdsministeriet (中华人民共和国卫生部) samt KKP. Funktionen av denna hierarkiska kontroll exemplifieras i de nationella hälsokampanjer där politiska ledare skapade mål för hälsosektorn, som hälsoservicebyråkrater sedan fick göra upp tekniska riktlinjer för, och att sedan av lokala kadrer implementeras i samhället.¹¹ Under perioden år 1949 till år 1979 utvecklades och lanserades många hälsovårdsprogram och kampanjer av KKP och exporterades direkt till byarna. År 1982 hade nästan 90 % av Kinas brigader en hälsostation installerad och 90 % av de kinesiska bönderna var inräknade i det kooperativa hälsovårdsförsäkringssystemet för landsbygd. Hälsostationerna finansierades av detta system genom att samla in en årlig avgift från de kollektiva medlemmarna, försäljning av medicinska örter och västerländska läkemedel samt med en subvention från en lokal välfärdsfond. De var även subventionerade av kommun eller län vid ett ekonomiskt underskott. Dessutom tillhandahölls all förebyggande service och även vissa läkemedel av länet eller provinsen.¹²

2.2.2 Barfotadoktorerna

Traditionell kinesisk medicin (中药) som dominerat under hela Kinas långa historia fortsatte att användas men västerländsk medicin (西药) lanserades mer frekvent efter år 1949. En annan förändring som skedde var att stora ansträngningar gjordes för att öka antalet hälsovårdspersonal på landsbygden, de så kallade barfotadoktorerna (赤脚医生). Namnet barfotadoktor kommer ursprungligen från risbönderna i södra Kina som arbetade deltid med att odla ris (barfotade) samt deltid som hälsoarbetare. Barfotadoktorerna utbildades vanligtvis under sex veckor, deras enda medicinska utbildning.¹³ Under mitten av 1970 talet fanns det totalt 1,5 miljoner barfotadoktorer i Kina, det fanns även lägre utbildade hälsoarbetare som endast tagit en kurs i t.ex. första hjälpen

¹⁰ Infördes 1958 och kallades tidigare för xiang (乡)

¹¹ Gerald Bloom och Xingyuan Gu 1997. "Health sector reform: lessons from China." *Social Science and Medicine*. s.352.

¹² Young, Mary E. *Impact Of The Rural Reform on Financing Rural Health Services In China*. Världsbanken 1988, s.30-32.

¹³ *Zhongguo de xiangcun yisheng fazhan xunsu* 中国的乡村医生发展迅速 [Den snabba utvecklingen av Kinas landsbygdsläkare] Världhälsoorganisationen, december 2008 s.914-915.

eller hygien och dessa uppgick till 3,3 miljoner stycken. Tack vare en arbetsstyrka på 4,8 miljoner hälsoarbetare på landsbygden, så sades det att de flesta kinesiska byar hade tillgång till fyra eller fem hälsoarbetare. Barfotadoktorerna betalades liksom resten av medlemmarna i kollektiven genom arbetspoäng. I praktiken kan man säga att de blev kompenserade med en skatt från det lokala kollektivets vinst, då man som hälsoarbetare förlorade sina arbetspoäng från att bruka den kollektiva jorden.¹⁴ Barfotadoktorerna tillhandahöll grundläggande förebyggande vård som t.ex. familjeplanering och kontrollering av smittöverförbara sjukdomar. De hade en mycket viktig roll när det kom till en första kontakt med människorna i samhället och fick dessa involverade i hälsovårdssystemet. Deras utbildning och syfte var alltid anpassat till den senaste hälsostatusen i landet och reglerades även därefter.¹⁵ En annan positiv effekt av deras arbete var rapporterna, vilka lämnades in löpande till polisen (公安系统) med statistik över antalet födselar och dödsfall samt antalet smittöverförbara sjukdomar som existerande just då. Genom denna direkta kanal till bynivå fick det nationella partiet ett öppet informationsflöde med uppdaterad statistik och aggregerade siffror på all nivåer uppåt i systemet.¹⁶

2.2 Sammanfattning

Sammanfattningsvis har vi ovan sett att det kinesiska hälsovårdssystemet som lanserades på landsbygden mellan 1949 och 1980 hade en stor inverkan på bybornas hälsostatus, även om servicen och vården som tillhandahölls endast var grundläggande och förebyggande. KKPs agerande på nationell nivå bidrog till att bönderna fick uppleva en tillgång till hälsovård de aldrig fått uppleva tidigare, kanske inte heller senare.

¹⁴ Barry Naughton 2007. *The Chinese Economy: Transition and Growth*. s.243-244.

¹⁵ Young, Mary E. *Impact Of The Rural Reform on Financing Rural Health Services In China*. Världsbanken 1988, s.32.

¹⁶ Bloom, Gerald och Gu, Xingyuan 1997. "Health sector reform: lessons from China" *Social Science and Medicine*. s.356.

3. Hälsovårdssystemet

I slutet på 1970 talet, efter Mao Zedongs död och början på Deng Xiaopings ekonomiska reformer som innebar ett öppnande till resten av världen, förändrades mycket av det Kina som konstruerats under FRKs första 30 år. Under tiden av ett par decennier lyckades dessa reformer göra Kina till att bli en framgångsekonomi. Det heltäckande hälsovårdssystem som enligt uppgift så framgångsrikt skulle ha nått ut till 90 % av Kinas byar blev även det berört av de nya reformerna, dock i något mer ogynnsam bemärkelse. Idag har den kinesiska regeringen konstruerat ett nytt hälsovårdssystem på landsbygden som säger sig täcka 96 % av landsbygdsborna. Detta kapitel kommer att beskriva de förändringar som har skett och förklara bakomliggande faktorer som har kommit av påverkat hälsovårdssystemet. Regeringens agerande de senaste 10 åren kommer även att undersökas i detta kapitel.

3.1 Ekonomiska reformer och dess effekter

För att förstå hur det hälsovårdssystemet på landsbygden påverkades av reformerna under 1980 talet och därefter, krävs en närmare beskrivning av dessa reformer och förändringar. Jag börjar detta kapitel med att kort klargöra för några av dessa för att sedan gå vidare till hur hälsovårdssystemet blivit berört.

3.1.1 Från planekonomi till marknadsekonomi

Kinas övergång från planekonomi till marknadsekonomi tog fart efter år 1978, med en omvärdering av den tidigare kommandoekonomin. Under denna period skedde även omvärderingar inom den sociala sektorn; politiska fångar släpptes fria, de miljontals ungdomar som tvingats ut på landsbygden fick nu komma tillbaka till städerna samt att den politiska debatten blev friare än den varit tidigare. Nu började lanseringen av reformer inom flertalet områden av ekonomin, men det var på landsbygden som de första reformerna tog sin början. Reformerna började med en enda policy vilken syftade till att regeringen skulle minska skattetrycket som hängt över bönderna under de senaste 30 åren. Fram tills nu var de flesta bönder obligatoriskt medlemmar i jordbrukskollektiven och till en början syftade reformerna inte till att förändra detta. Som situationen hade sett ut fram till år 1978 saknade bönderna incitament till att både investera tid och pengar inom jordbruket och regeringen kände sig villiga att ge

bönderna friare utrymme. Kollektiven tilläts nu att experimentera med olika betalningssystem för bönder, organisationsmodeller samt produktionsmål. Kollektiven tog nu tillfället i akt och olika innovativa system togs fram i byarna runt om i Kina. Dock var det en modell som fick störst genomslagskraft, nämligen att bönderna individuellt fick hyra en bit land för att försörja hushållet. Nu tog hushållen över organiseringen av jordbruksproduktionen på ett specifikt tilldelat landområde, dock underlydande av ett kontrakt som sade att de måste lämna in en viss del av produktionen till byn samt beskattas för spannmålsproduktionen efter skörd. Denna modell innebar en försvagning av kollektivets roll, och därför sågs modellen som ytterst kontroversiell. De politiska ledarna bestämde sig dock för att acceptera denna maktförändring och efter år 1980 blev den de facto accepterad. Efter detta ökade jordbruksproduktionen kraftigt, produktionsmålen uppnåddes, upphandlingspriserna höjdes och viktigast av allt var att priserna för jordbruksvaror producerade över produktionsmålen höjdes kraftigt. Förutom att spannmålsproduktionen ökade i och med liberaliseringen av jordbruket, ökade även böndernas frihet av att allokera arbetskraft i linje med egna preferenser. På detta vis lyckades bönderna erhålla en större produktion än tidigare med mindre antal arbetstimmar och istället ökade de sina arbetstimmar inom områden utanför jordbruket och en ny arbetsmarknad växte successivt fram. Under år 1979 skiftade även regeringen policys mot att stödja företag på landsbygden och inte enbart jordbrukshushållen. Detta skedde samtidigt som de statliga monopolen minskade. Regeringen använde sig av ett motto vilket lød: ”Där det är ekonomiskt rationellt att odla jordbruksprodukter på landsbygden skall landsbygdsföretag successivt ta över produktionen”.¹⁷

Township and Village Enterprises, TVEs (乡镇企业), var kollektiva företag som spelade en stor roll i Kinas ekonomiska utveckling på landsbygden mellan åren 1978 och 1996. Denna företagsform som uppstod under början av 1980 talet blev en viktig konkurrent till de statligt ägda landsbygdindustrierna. Antalet arbetare inom TVEs ökade kraftigt och produktion från dessa verksamheter ökade även de.¹⁸ Avkollektiviseringen på landsbygden som ägde rum i början på 80- talet och hushållsansvarets framväxt kombinerat med TVEs var enligt många den främsta anledningen till den minskande fattigdomen i Kina.¹⁹ Från mitten av 1970 talet fram till år 1990 ökade Kinas medellivslängd med dryga tre och ett halvt år.

¹⁷ Barry Naughton 2007. *The Chinese Economy: Transition and Growth*.s.88-90.

¹⁸ Barry Naughton 2007. *The Chinese Economy: Transition and Growth*. s.271-274.

¹⁹ Meessen, Bruno och Bloom, Gerald 2007. “Economic Transition, Institutional Changes and the Health System: Some Lessons from Rural China.” *Journal of Economic Policy Reform*. s.212.

3.1.2 Barfotadoktorernas fall

De ekonomiska reformerna kom att påverka hela det kinesiska systemet, och även barfotadoktorerna blev berörda. Då kollektiven som tidigare varit barfotadoktorernas arbetsgivare avvecklades, var det många av dem som slutade arbeta inom hälsovården. Under det kollektiva systemet räknades böndernas arbete i poäng relaterat till antalet arbetstimmar där anknytning till produktivitet saknades. Barfotadoktorerna var även de inkluderade i detta system, så när de nya ekonomiska incitamenten skapades i och med en friare marknad så ökade inkomsten för de flesta bönderna. Många barfotadoktorer sökte då istället lyckan i det mer marknadsanpassade Kina. År 1986 hade antalet barfotadoktorer på landsbygden sjunkit ner till 1,28 miljoner stycken, en minskning med över 200 000 stycken från mitten av 1970 talet.²⁰ Under 1980 talet satsade staten på att utbilda hälsoarbetarna mera grundligt och barfotadoktorerna fick göra ett prov för att testas om de var kvalificerade för att bli certifierade ”bydoktorer”. Många blev inte godkända, men fortsatte att arbeta som assistenter till de nya bydoktorerna.²¹ Under denna period började även många av doktorerna på landsbygden försörja sig genom att sälja läkemedel, ge sprutor och andra inkomstbringande tjänster. En annan metod att försörja sig var att öppna upp en egen medicinsk praktik. I och med att prisregleringarna avvecklades passade många på att sälja läkemedel till ett högre pris än tidigare varit möjligt. Det var även vanligt att arbeta deltid med att bruka jorden och deltid med att sälja läkemedel.²² En del bydoktorer hyrde hälsostationer och tog betalt per patient och det som blev över efter att hyran betalats blev deras inkomst. Under denna typ av system uteblir ofta förebyggande hälsovård, då denna typ av verksamhet inbringar en låg inkomst för doktorerna. År 1992 hade 800 000 hälsovårdare certifierats som bydoktorer, vilket motsvarar mindre än en fjärdedel jämfört med toppen på mitten av 1970 talet. Även antalet sjuksängar på landsbygden minskade, och efter att ha nått sin topp år 1985 på 1,5 per 1000 invånare, föll de ner till låga 0,72 per 1000 invånare år 2003.²³

²⁰ Barry Naughton 2007. *The Chinese Economy: Transition and Growth*. s.244-245.

²¹ *Zhongguo de xiangcun yisheng fazhan xunsu* 中国的乡村医生发展迅速 [Den snabba utvecklingen av Kinas landsbygdsläkare] Världshälsoorganisationen, december 2008, s.914-915.

²² Bloom, Gerald och Gu, Xingyuan 1997. “Health sector reform: lessons from China.” *Social Science and Medicine*. s.352.

²³ Barry Naughton 2007. *The Chinese Economy: Transition and Growth*. s.245.

3.1.3 Decentralisering av hälsovårdssystemet

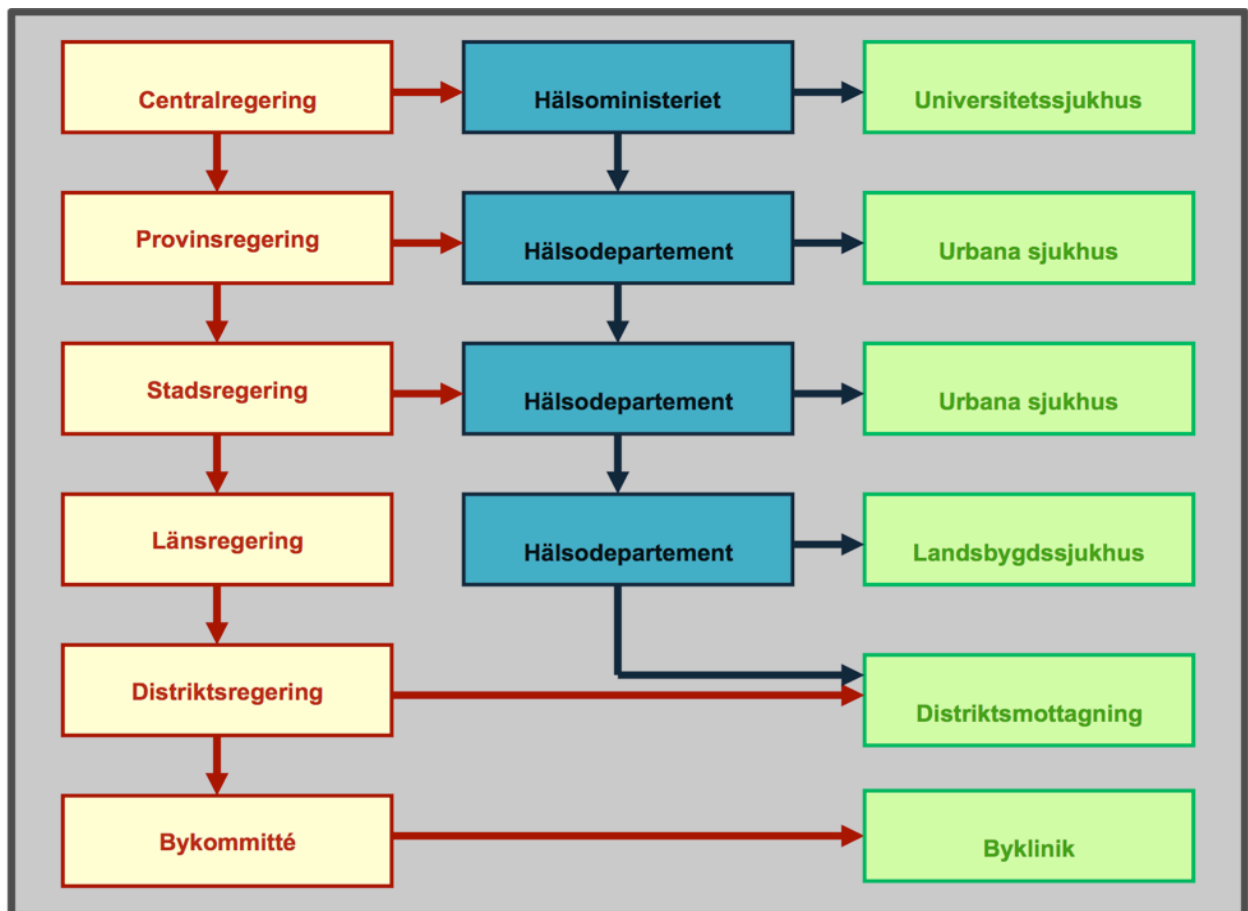
Deng Xiaoping förde delvis en politik vilken skulle komma att ”tillåta delar av folket att bli rika först”. Detta stämmer även överens med vad som hände i många av byarna runt om i Kina. Efter reformerna decentraliserades den politiska makten och provinserna var i större utsträckning än tidigare tvungna att bli självförsörjande. Även hälsosektorn blev påverkad av denna politik. Vad den centrala regeringen hade i åtanke var att när provinserna åtnjöt ekonomisk tillväxt och levnadsstandarden förbättrades, skulle efterfrågan av hälsovård samt hälsovårdsförsäkringar från befolkningen att öka och de lokala regeringarna skulle pressas till att skapa ett lokalt fungerande hälsovårdssystem.²⁴ På så vis skulle den centrala regeringen undvika de omfattande investeringar som ett nationellt hälsovårdssystem skulle kräva. Dessutom skilde sig behoven mellan de olika regionerna och problem sågs med att införskaffa ett system som skulle inkludera hela Kina. Budgeteringen av hälsovård blev istället delegerad till olika nivåer av regeringen. Endast en liten andel tillhandahölls från det högre skiftet av staten.²⁵ Det nya hälsovårdssystemet styrs parallellt med det administrativa systemet av FRK, vilket innebär att politikens roll har stark influens på systemet.²⁶ Centralregeringen (国务院) är det högsta organet i Folkrepubliken Kina och under denna kan man förenklat säga att det finns fyra underregeringar: provins (省), stad (市), län (县) och distrikt (乡). Byarna (村) styrs av distriktsregeringarna och har endast en kommitté vilken leder byn. Flertalet nivåer av regeringar i Kina driver sjukhus och andra specialiserade sjukvårdsinstitutioner, vilka är direktkontrollerade av den motsvarande hälsovårdsenheten. I de flesta fall är sjukhus på provinsiell- och stadsprefekturnivå urbana sjukhus och sjukhus på länsnivå landsbygdssjukhus. Distriktsmottagningar är allmänna hälsoinstitutioner drivna av länsregeringar och styrda av länsavdelningen för offentlig hälsa. Bykliniker representerar gräsrotsnivån av hela hälsosystemet i Kina, och dessa är drivna av en bykommitté.²⁷ Schemat nedan beskriver systemet ytterligare.

²⁴ Meessen, Bruno och Bloom, Gerald 2007. “Economic Transition, Institutional Changes and the Health System: Some Lessons from Rural China.” *Journal of Economic Policy Reform*. s.212.

²⁵ Bloom, Gerald och Gu, Xingyuan 1997. “Health sector reform: lessons from China” *Social Science and Medicine*. s.353.

²⁶ *Zhongguo weisheng tizhi fazhan*” 中国卫生体制发展 [Utvecklingen av Kinas hälsovårdssystem], Världshälsoorganisationen, senast besökt 2011-04-05. Tillgänglig via <http://www.wpro.who.int/china/sites/hsd/overview.htm>

²⁷ Liu, Xingzhu och Wang, Junle 1991. “An Introduction to China’s Health Care System.” *Journal of Public Health Policy*. s.104-107.



Decentraliseringssystemet har inneburit att vissa byar fått större tillgång till hälsovård än andra byar och i en del rikare byar har även nya hälsovårdssystem skapats. Vissa samhällen skrev landkontrakt där hushållen betalade hyra till samhället för att stödja sociala tjänster och samhällen med framgångsrika TVEs kunde stödja hälsovård från dess intäkter. I de flesta byar blev dock utvecklingen den motsatta och det tidigare kollektiva försäkringssystemet ersattes helt av ett vård-mot-betalningssystem.²⁸

3.2 Det nya systemet och dess effekter

Den hälsovårdsmodell som enligt källor så framgångsrikt implementerats på landsbygden under FRKs första 30 år, som kunde läsas ovan ersattes denna under 1980 talet av en ny modell. Denna modell är av mer pluralistisk art, där vården alltså inte längre är uppdelad på de tre nivåerna brigad, kommun och län. Som kan läsas nedan består detta senare system av en hybrid form av

²⁸ Barry Naughton 2007. *The Chinese Economy: Transition and Growth*. s.243.244.

privat och statlig deltagande, där patienten får betala en del av hälsovårdsavgiften och där staten subventioner den andra delen. Det som sagts så välfungerande kooperativa hälsoförsäkringssystemet kollapsade från att ha täckt 90 % av byarna till att gå ner till att endast täcka 25 % på bara några år. Vården som barfotadoktorerna tidigare erbjudit blev alltså även den mindre tillgänglig och de statliga hälsokampanjerna minskade i takt.²⁹

3.2.1 Snedvridna incitament

Trots att majoriteten av Kinas hälsoenheter är statligt ägda, kan man säga att de är självförsörjande och beroende av inkomstgenererade aktiviteter. För att kunna hålla hälsovård tillgängligt för befolkningen, har den kinesiska regeringen satt priser för grundvård under dess egentliga pris. För att få dessa hälsofaciliteter att gå runt har regeringen samtidigt satt priser för ny service samt högteknologisk service till högre än dess egentliga kostnad och tillåter samtidigt 15 % vinstmarginal på att sälja läkemedel. Detta prissystem har skapat snedvridna incitament för tillhandahållare av hälsa, vilka måste generera 90 % av sin inkomst från inkomstgenererande aktiviteter. Detta har lett till att sjukhus, bykliniker och bydoktorer har blivit vinstsökande i sitt arbete. Ytterligare till problemet finns en konflikt mellan tillhandahållaren av hälsa och läkemedelsföretagen. Sjukhus mottager mutor från läkemedelsföretagen för att skriva ut just deras läkemedel och läkarnas bonus är ofta beroende av dessa mutor. På landsbygden har detta lett till att bydoktorerna köper läkemedel, vilka redan överskridit förbrukningsdatum, till ett lågt pris och säljer det som giltigt läkemedel till ett högre pris. Detta system har lett till att tillhandahållaren av hälsovård skriver ut för mycket läkemedel och sjukhusen pressas till att introducera kostsam högteknologisk service samt till att skriva ut dyra eller importerade läkemedel för att höja sin vinst. Av de personer som lider av en vanlig förkylning i Kina, får 75 % antibiotika utskrivna till sig. Likadant gäller för sjukhuspatienter, där 79 % får antibiotika utskrivna, en hög siffra jämfört med den internationella genomsnittliga siffran på 30 %.³⁰ Detta prissystem har varit en stor bidragande faktor till att spenderingar inom hälsovården i Kina ökat kraftigt de senaste årtiondena. År 2007 spenderades totalt ca 1129 miljarder RMB på hälsovård, en ökning med 1127 miljarder RMB sedan år 1978. Totalt har spenderingarna ökat med 11,5 %

²⁹ Young, Mary E. *Impact Of The Rural Reform on Financing Rural Health Services In China*. Världsbanken 1988, s.28.

³⁰ Winnie Yip, och William Hsiao 2009. "China's health care reform: A tentative assessment" *China Economic Review*. s.614.

per år, vilket kan jämföras med Kinas BNP tillväxt under samma period på 9,6 %.³¹ Även om spenderingarna inom hälsovård har vuxit i högre takt än landets BNP, är utvecklingen inom den kinesiska hälsovården långt efter den ekonomiska utveckling som landet har åtnjutit. Enligt mätningar som har gjorts visar det på att out-of-pocket spenderingar inom hälsovården som del av totala spenderingar på hälsovård ökade från 20 % år 1978 till 60 % år 2002. Out of pocket spenderingar är pengar som betalas kontant från privatperson till tillhandahållaren och där återbetalning i vissa fall kan förekomma. Kina har den största andelen av out-of-pocket spenderingar som del av totala hälsovårdsspenderingar i hela Asien.³² Studier har visat på att över en tredjedel av Kinas hushåll har minskat sin konsumtion av hälsovård eller blivit utarmade av de höga kostnaderna.³³

3.2.2 Ojämlighet mellan städer och landsbygd

Det är väl känt att fördelningen av den ekonomiska utveckling Kina åtnjutit de senaste decennierna ej varit jämt fördelat i landet. Inkomst och levnadsstandard varierar kraftigt mellan områden i landet. Hälsovårdssystemet varierar även det mellan stad och landsbygd. Hälsosituationen kännetecknas av att mer stöd ges till städer än landsbygd. Hälsoskyddet är lägre på landsbygden och även relativt kostsamt jämfört med i städerna. Landet använder sig av ett tvådelat hälsovårdssystem och erbjuder ett mycket större skydd för stadsbefolkningen än landsbygdsbefolkningen. Som nämnt tidigare var det förväntat att landsbygdssektorn, efter reformerna, i stort sett skulle vara självförsörjande när det kom till bl.a. hälsovårdssystem, samtidigt som städerna varit nära sammanflätade med regeringsbudgeten på många områden. Nedan kan ses hur spenderingarna ökat inom hälsovården mellan åren 1990 och 2006.³⁴

	År 1990	År 2006
Stad	158,8 RMB/person	2 668,61 RMB/person
Landsbygd	38,8 RMB/person	748,8 RMB/person

³¹ R.E. Ling, F. Liu, X.Q. Lu, och W. Wang 2011. "Emerging issues in public health: A perspective on China's healthcare system." *Public Health*. s.9-11.

³² Yip, Winnie, och Hsiao, William 2009. "China's health care reform: A tentative assessment" *China Economic Review*. s.614.

³³ "Zhongguo weisheng tizhi fazhan" 中国卫生体制发展 [Utvecklingen av Kinas hälsovårdssystem]. Tillgänglig via <http://www.wpro.who.int/china/sites/hsd/overview.htm>

³⁴ R.E. Ling, F. Liu, X.Q. Lu, och W. Wang 2011. "Emerging issues in public health: A perspective on China's healthcare system." *Public Health*. s.9-11.

Olikheter kvarstår mellan städer och landsbygd när det kommer till tillgång, kvalitet och kvantitet av hälsovårdstjänster, vilket då delvis reflekterar hur resursfördelningen på området ser ut. Som kan läsas i tabellen ovan ökade hälsoutgifterna per person under denna period för både stad och landsbygd, men likaså ökade skillnaden i utgifter mellan områdena.

En studie som har gjorts visar på att 60 % av totala spenderingar inom hälsovård från regeringens sida, har gått till städer, vilken står för 30 % av landets medborgare. 40 % av spenderingarna gick till landsbygden. År 2006 gick det 3,6 hälsovårdsarbetare samt 2,5 sjukhussängar på varje 1000 person i städerna. På landsbygden samma år gick det 1,2 hälsoarbetare och 0,8 sjukhussängar på varje 1000 person. Ett annat exempel på skillnaden i tillgång till hälsovård mellan stad och landsbygd är frekvensen av att ta emot vaccin. Av de i fattiga områden på landsbygden som tog emot vaccin mot Hepatit B under år 2006, motsvarade dessa endast en tredjedel av genomsnittet som mottog vaccinet i städerna. En annan studie, vilken undersökte fall där patienter lämnat sjukhus tidigare än rekommenderat, visade på att ca 67 % av patienterna på landsbygden lämnade i förtid och att ca 53 % av patienterna i städer lämnade i förtid.³⁵ Statliga investeringar i hälsovård kan motverka klyftor som finns i landet där jämlikhetsproblem existerar och där klyftor mellan olika regioner är stora.

3.3 Ett uppvaknande och ett nytt försäkringssystem

Hälsoministeriet har sedan 1993 vart femte år tagit fram en storskalig rapport över tillgängligheten av hälsovård i Kina. De tre första rapporterna uppvisade samma resultat, nämligen att mer än 80 % av landsbygdsbefolkningen saknade en hälsovårdsförsäkring. Rapporterna visade även att mindre än 10 % hade tillgång till kooperativa hälsotjänster, och de samhällen som hade, var de flesta lokaliserade i mer utvecklade byar och områden nära kustremsan. Av de få tillfällen där människorna var täcka av en försäkring, var de ofta baserade helt på privata premier eller där by och distriktsregering samt företag stod för en mindre del. Regeringen har under både 1980 talet och 1990 talet flera gånger talat om att bygga upp ett nytt system för hälsovård på landsbygden, då problemen som uppstått efter reformerna varit påtagliga. Dock hade de svårt att finna en bra lösning på problemet då policys inte varit

³⁵ *Zhongguo renlei fazhan baogao* 中国人类发展报告 [Rapporten för mänsklig utveckling i Kina]. Förenta Nationerna, maj 2007, s.63-64.

väldegnade eller passande till de mycket olika existerande förhållandena runt om i Kinas byar.³⁶

Ett nytt test för den kinesiska hälsovården kom i november 2002 då sarsepidemin bröt ut och läget var kritiskt fram till sommaren 2003. Det första fallet upptäcktes år 2002 i provinsen Guangdong i södra Kina, och personen i fråga avled några veckor senare. Den kinesiska regeringen rapporterade inte dödsfallet till WHO förrän i februari året efter, en sen anmälan de fått mycket kritik för. Tusentals människor insjuknade världen över och 365 människor dog bara i Kina. Under första veckan i maj 2003 återvände miljontals kineser hem till sina byar för hälsa på familj och fira en veckas ledighet med arbetardagen (劳动节). De flesta jobbade i städer och tog sig med buss och tåg hem till landsbygden. Tidigare hade sarsviruset varit koncentrerat till städerna, men denna ledighet gjorde att resenärerna förde med sig viruset till sina hembyar och på så sätt spreds sarsviruset över Kina. Även om viruset började som värst i städerna, kunde regeringen där lättare organisera arbetet mot att inte sprida viruset vidare, genom att t.ex. sätta smittade fall i karantän. På landsbygden däremot var organisationsförmågan låg och sjukhusbäddar och kvalificerad personal saknades. Informationssystemet var även mycket dåligt fungerande och den kinesiska regeringen fick föra en kamp mot att inte sprida viruset vidare. Till slut stoppades viruset av sig självt, oförklarligt. Sarsepidemin blev ett uppvaknande för den kinesiska regeringen på hur pass icke välfungerade hälsosystemet på landsbygden var och vilka följder detta kunde ha fått om viruset inte stoppats. För att undvika liknande situationer i framtiden insåg regeringen att åtgärder var tvungna att vidtagas för att förbättra hälsovårdssystemet. Att bättre kommunikation mellan landsbygd och stad behövdes blev också synligt för att kunna hjälpa människor att ta bättre beslut, förebygga sjukdom samt för att ge landsbygdsborna en chans att skydda sig själva.³⁷ Även påtryckningar från världen över samt hotet mot den inhemska ekonomiska marknaden uppmärksammade regeringen om att en åtgärd var behövlig.³⁸ På senare år har även epidemin svininfluensan samt AIDS fått regeringen att lägga mer resurser på hälsovården.³⁹

³⁶ Barry Naughton 2007. *The Chinese Economy: Transition and Growth*. s.243.245.

³⁷ *Zhongguo guojia he zuo zhanlue 2008-2013* 中国国家合作战略 2008—2013 [Kinas samarbetsstrategi 2008-2013]. Världsbanken, maj 2008, s.19.

³⁸ *Zhongguo yiliao fuwu gongfang zhifu zhidu gaige: guoji jingyan de qishi* 中国医疗服务供方支付制度改革: 国际经验的启示 [Betelningsreform av det kinesiska hälsovårdssystemet: hur vi kan lära av internationella erfarenheter] Världsbanken, juli 2010 s.2.

³⁹ Blomqvist, Åke 2009. "Introduction to the symposium on health policy in China." *China Economic Review*. s.587.

3.3.1 Ett nytt försäkringssystem för hälsovård

År 2002 hölls den första nationella hälsovårdskonferensen för Kinas landsbygd sedan 1949 och det bestämdes att en ny hälsopolICY skulle lanseras. Denna skulle komma att finansieras från hushåll samt från den lokala och centrala regeringen. Det beslutades om nio stycken policys för att stödja och stärka finansieringen av hälsovårdssystemet på landsbygden. Det beslutades även om att uppgradera bykliniker och att skapa ett försäkringssystem som skulle komma att täcka låg- och medelinkomsttagarna.⁴⁰

Så i försök om att lösa hälsofrågan på landsbygden återskapade den kinesiska regeringen i slutet av år 2003 ett nytt hälsovårdsförsäkringssystem på landsbygden och implementerade projektet på nationell nivå. Detta kom att kallas det Nya Kooperativa Medicinska Systemet, NKMS. Systemet skulle komma att ha liknande funktion som det tidigare kooperativa hälsovårdsförsäkringssystemet för landsbygd, vilket kollapsat under 1980 talet. Målet var att täcka in hela landsbygdsbefolkningen innan 2008.⁴¹ I slutet på 2007 var 86 % av länen inräknade i systemet.⁴²

NCMS syftar till att ge primärvård till en låg kostnad och regeringen har satt följande mål:

- Erbjuda finansiell risktäckning för bönder vid olycksfall
- Förbättra hälsa för landsbygdsbefolkningen
- Minska fattigdom som beror på sjukdom
- Öka böndernas nöjdhet med hälsa⁴³

Även om det finns många privata försäkringsbolag i Kina, fokuserar dessa främst på sjukvårdsbesök samt olyckor och inkluderar inte ett långvarigt skydd eller tar hänsyn till skillnader i inkomst. År 2003 täcktes endast 8 % av landsbygdsbefolkningen av en privat försäkring. Deltagandet inom NCMS sker på en hushållsnivå och det är frivilligt att delta i

⁴⁰ Liu, Yuanli och Rao, Keqin 2006. "Providing Health Insurance in China, From Research to policy." *Journal of Health politics, policy and law*. s.72.

⁴¹ *Zhongguo guojia he zuo zhanlue 2008-2013* 中国国家合作战略 2008—2013 [Kinas samarbetsstrategi 2008-2013], Världsbanken maj 2008, s.3.

⁴² *Zhongguo nongcun weisheng gaige* 中国农村卫生改革 [Hälsoreform på Kinas landsbygd] Världsbanken, februari 2009, s.24.

⁴³ *Implementing the New Cooperative Medical Schemes in rapidly changing China*, (2004) Världshälsoorganisationen, 2004 s.1.

programmet.⁴⁴ För att inkluderas i systemet behövde till en början var hushåll betala 10 RMB per person i årlig premie, kompletterad med en subvention från den lokala regeringen på 10-20 RMB per person, samt en subvention från centralregeringen på 10-20 RMB per person. Subventionen från både lokal- och centralregering ökade till 40 RMB per person år 2006 och den lägsta årspremien för hushållsmedlemmarna ökade till 20 RMB per person. Förmånerna inom systemet varierar över de olika länen på landsbygden, beroende på den lokala inkomsten. På grund av låga resurser, har de flesta län valt att begränsa skyddet till att endast täcka sjukvårdsbesök för katastrofolyckor och de täcker vanligast inte andra hälsoservice över huvud taget eller endast ett fåtal. Återbetalningen till patienternas sjukhusvistelser är i de flesta fall extremt låga, vilket reflekterar en hög självrisk. Även om studier visar på att det nya systemet har haft positiv effekt på sjukhuspatienter så väl som på hälsovård utanför sjukhus, verkar inte out-of-pocket spenderingarna från patienternas sida ha minskat.⁴⁵

Subventionerna från regeringens sida på 40 RMB sågs som väl begränsad och under 2008 höjdes denna till 100 RMB per person. Dock är detta en summa som fortfarande kan ses som låg då t.ex. en familj på den kinesiska landsbygden under 2006 spenderade i genomsnitt 192 RMB per person på hälsovård och medicinska utgifter. Regeringen har även lanserat ett annat hälsovårdssystem kallat det Medicinska Assisterande Programmet, MAP, och fungerar som ett komplement till NCMS och syftar till att utöka det existerande skyddet för den fattiga delen av landsbygdsbefolkningen. Även om systemet nu fungerar på nationell nivå, har det enligt WB varit besvärligt att få de flesta människorna att dra fördel av det. Enligt mätningar som gjorts 2009 var det endast hälften av de fattiga på landsbygden som gynnats av programmet. *Dibao* (低保), ett annat system som syftar till en slags minimumlevnadsgaranti, ingår sedan mitten av 2000 talet i de sociala skyddssystem som staten tagit fram för att stödja landsbygdsbefolkningen. Detta har varit ett viktigt komplement till NCMS och MAP. Sedan 2005 har detta system vuxit fram i en väldig fart och inom kort lyckades systemet täcka in två tredjedelar av de fattiga på landsbygden. Under 2007 annonserade premiärminister Wen Jiabao att detta program skulle få mer stöd från centralregeringen.⁴⁶ Vilka som skall få inkluderas i *Dibao* systemet bestäms av en

⁴⁴ *Zhongguo nongcun weisheng gaige* 中国农村卫生改革 [Hälsoreform på Kinas landsbygd] Världsbanken 2009, s.44.

⁴⁵ Hong, Liu, Gao, Song och Rizzo, John.A 2011. "The expansion of public health insurance and the demand for private health insurance in rural China." *China Economic Review*. s. 29-30.

⁴⁶ *Cong pinkun diqu dao pinkun renqun: zhongguo fupin yicheng de yanjin* 从贫困地区到贫困人群: 中国扶贫议程的演进 [Från fattiga områden till fattiga människor: Kinas utvecklingsagenda för minskad fattigdom], Världsbanken, mars 2009, s.201, 44, xxii.

mätning av inkomst, liknande WBs internationellt erkända fattigdomsgräns på 1,25 dollar per dag. Skillnaden mellan dessa två är att *Dibao* linjen är mycket högre än det internationellt erkända måttet och kan variera mellan olika provinser och län. Ett exempel kan ges på en by i Kina där den lokala regeringen beslutade att *Dibao* linjen skulle sättas till en total inkomst av 2160 RMB per person per år, vilken motsvarade den dubbla inkomsten av vad som beslutats i en annan by i landet.⁴⁷

År 2008 presenterade Hälsoministeriet den fjärde hälsorapporten sedan 1993 och denna gång visade resultatet att 92 % av befolkningen på landsbygden var täckta av en hälsoförsäkring. Av dessa skulle nästan 90 % vara inkluderade i NCMS och endast 2 % täckta av annan försäkring. Rapporten visade även att personer på landsbygden som varit sjuka i mer än två veckor under undersökningsperioden hade ökat jämfört med rapporten som presenterades 2003. Mellan de två senaste rapporterna ökade denna sjuktakt från 14 % till dryga 17 %. De fem vanligaste sjukdomarna på landsbygden var andningssjukdomar, cirkulationssjukdomar, matsmältningssjukdomar, muskelskelettsjukdomar samt urogenitala sjukdomar. Dessa sjukdomar är i stort sett de samma som stadsbefolkningen drabbats av. Hälsovårdskostnader per år för personer som inte varit hospitaliserade uppgick i genomsnitt till 128 RMB per person, vilket är en ökning med nästan 40 % på fem år. Gällande de hospitaliserade personerna på landsbygden uppgick den årliga kostnaden i genomsnitt till 3685 RMB per person, även här en ökning med nästan 40 % på fem år. För de hospitaliserade personerna uppgick årliga out-of-pocket spenderingar till 2503 RMB per person, vilket nästan motsvarar 70 % av den totala kostnaden. För en person på landsbygden motsvarar denna kostnad över hälften av dennes årliga inkomst. Rapporten visar även att 28 % av landsbygdsbefolkningen, på grund av höga kostnader, undviker att uppsöka vård vid hälsobesvär. Trots detta visar rapporten att den totala befolkningen i Kina verkar nöjdare med hälsovårdssystemet än tidigare⁴⁸.

År 2009 presenterade den kinesiska regeringen en ny hälsovårdsreform där större ansträngningar utlovades samt större investeringar från statligt håll. President Hu Jintao deklarerade att var och en av Kinas medborgare skulle ha lika stor tillgång till grundläggande sjukvård år 2012. Det

⁴⁷ *Cong pinkun diqu dao pinkun renqun: zhongguo fupin yicheng de yanjin* 从贫困地区到贫困人群: 中国扶贫议程的演进 [Från fattiga områden till fattiga människor: Kinas utvecklingsagenda av minskad fattigdom], Världsbanken mars 2009, s.18.

⁴⁸ *China's 4th National Health Services Survey*. Transmedia-china. Besökt 2011-04-11. Tillgänglig via: <http://www.transmediachina.com/default.aspx?portalid=442&tabid=0&mid=6600&ctl=newsi&iid=4128>

annonserades även att 850 miljarder RMB skulle öronmärkas för hälsovård de kommande tre åren, vilket var en fördubbling av vad tidigare satsats inom området för hälsa. Det var främst tre områden dit investeringarna skulle gå, vilka kan läsas nedan.

1. Expanding av antalet försäkrade personer där målet var att täcka in hela Kinas befolkning innan år 2011, där betydliga subventioner skulle ges till landsbygdsbefolkningen för att kunna delta i NCMS.
2. Öka statliga spenderingar på offentlig hälsoservice, speciellt för låginkomstregioner, där målet var att fördela hälsospenderingar mer jämnt över regioner.
3. Etablera fler enheter för grundläggande vård, kommunala hälsocenter i stadsområden och bykliniker på landsbygden.⁴⁹

3.3.2 Problem med de nya försäkringssystemen

Ett problem som observerats med de nya försäkringssystem är relationen mellan dessa och hur de fungerar tillsammans i praktiken. De syftar alla till att hjälpa de fattiga på landsbygden, men de saknar en gemensam riktning för att arbeta mot problemet. Många instrument och reformer har implementerats för att effektivisera de statliga spenderingarna samt för att koordinera de tre systemen NCMS, MAP, *Dibao*. Dessa instrument inkluderar alternativa betalningssystem, en minskning av läkemedelskostnader, specifika läkemedelslistor, kontroll av högteknologiskt användande samt att stärka systemet för den grundläggande sjukvården. Ett annat problem med de system och program som tagits fram är att de klassificeras som ”fallbaserade” system. Fallbaserade system innebär att försäkringen endast täcker ett visst antal sjukdomar. Så för priset landsbygdsborna betalar blir de endast försäkrade mot ett visst antal sjukdomar, vilka redan är förutbestämda.⁵⁰ På detta vis uppstår fortfarande out-of-pocket spenderingar om patienten skulle drabbas av ”fel” sjukdom som inte täcks inom systemet och ingen återbetalning tillkommer. Det kan även leda till att kvaliteten på sjukvården inte utvecklas och i värsta fall försämras. Detta kan hända om de som tillhandahåller sjukvård finner ekonomiska incitament till att enbart bota vissa sjukdomar där de vet att de kommer få betalt. Läkare kan även t.ex. förkorta sjukhusvistelsen för

⁴⁹Yip, Winnie och Hsiao, William 2009. “China's health care reform: A tentative assessment” *China Economic Review*. s.614.

⁵⁰ *Zhongguo yiliao fuwu gongfang zhifu zhidu gaige: guoji jingyan de qishi* 中国医疗服务供方支付制度改革: 国际经验的启示 [Betalningsreform av det kinesiska hälsovårdssystemet: hur vi kan lära av internationella erfarenheter], Världsbanken, juli 2010, s.3-5.

en patient, öka återbesök samt behandla patienten inkorrekt för att tjäna pengar på dem. Fallsbaserande betalningsexperiment har inte varit väl fungerade på platser där enbart ett fåtal sjukdomar är täckta och inga andra insatser har gjorts för att stödja det nya betalningssystemet. Svag organisation och ett svagt informationssystem har också påverkat implementeringen av fallsbaserande betalningsexperiment. Ytterligare till problemet ligger att återbetalningen till patient för hälsovårdsutgifterna från NCMS är relativt låg. Enligt beräkningar som gjordes år 2006 var återbetalningen endast en sjättedel av out of pocket spenderingarna.⁵¹

Även om nya program och system har utvecklats för att stödja landsbygdsbefolkningens hälsostatus och tillgång till hälsovård, saknades det under mitten på 2000 talet fortfarande skydd för hälsovård utanför sjukhuset som t.ex. katastrofhjälp (trots att dessa skulle vara inkluderade i NCMS). Under 2007 lanserade ett av Kinas största livförsäkringsbolag i ett län den första olycksförsäkringen vilken inkluderade sex typer av naturkatastrofer. Dock kan det vara svårt för privata hushåll att få tillgång till denna typ av försäkring och speciellt på landsbygden. En rapport skriven av WB visar på att de fördelar landsbygdsbefolkningen dragit, av de olika reformerna och systemen som har lanserats, är låga eller begränsade. Ett annat viktigt område för hälsa och speciellt på landsbygden är pensioner betalda till de äldre. Som situationen ser ut i Kina idag, lämnar många av den yngre generationen sina byar och beger sig iväg till städer och fabriker för att tjäna sitt och sin familj i byarnas levebröd, så kallade migrantarbetare. Följden blir att de gamla stannar kvar på landsbygden och skördar jorden och tar hand om de yngsta barnen. Detta sliter på deras hälsa och de kommer oftare att utsättas för risker som kan leda till höga sjukvårdskostnader. De pensionssystem som tagits fram för landsbygden är fortfarande begränsade och varierar från olika provinser och län. Subventioner från den centrala regeringen har varit låga och en större insats krävs för att ge de gamla skydd.⁵²

⁵¹ *Cong pinkun diqu dao pinkun renqun: zhongguo fupin yicheng de yanjin* 从贫困地区到贫困人群: 中国扶贫议程的演进 [Från fattiga områden till fattiga människor: Kinas utvecklingsagenda för minskad fattigdom], Världsbanken, mars 2009, s.118.

⁵² *Cong pinkun diqu dao pinkun renqun: zhongguo fupin yicheng de yanjin* 从贫困地区到贫困人群: 中国扶贫议程的演进 [Från fattiga områden till fattiga människor: Kinas utvecklingsagenda för minskad fattigdom], Världsbanken mars 2009, s.120-121.

3.3.3 År 2011 och framtida planer

I början av år 2011 annonserade Hälsoministeriet att de har som avsikt att minska andelen hälsovårdsutgifter från privata hushåll till under 30 % av totala nationella hälsovårdsutgifter. Målet var att detta skulle bli verklighet under den 12:e Femåriga Planen vilken inkluderar åren 2011 till 2015. Hälsoministeriet upplyste att dessa kostnader från privata hushåll hade stått för ca 38 % under år 2009. Det meddelades även att förbättringar skulle göras på att arbeta fram ett effektivare hälsovårdssystemet. Även försäkringspremien från staten till NCMS skall höjas till 300 RMB per person, vilket är en höjning med ca 145 RMB per person från år 2010. Det lovades även att fattiga patienter med allvarliga hälsotillstånd skall mottaga en återbetalning på minst 90 % för kostnader av vård.⁵³

Under nationella folkkongressen (全国人民代表大会) som hölls i mars 2011 talade kongressen för hur viktigt det är att reformera sociala program och där bland annat läkemedelssystemet och hälsovårdssystemet nämndes som två viktiga beståndsdelar. Enligt kongressen täckte NCMS i slutet av år 2010, 835 miljoner landsbygdsbor, vilket motsvarar ca 96 % av landsbygdsbefolkningen. Detta är en ökning med 2,1 % från året tidigare. Kongressen menar att utvecklingen av hälsovårdssystemet går enligt plan och sade sig ha stöttat uppbyggnaden av 1228 kommunbaserade hälsostationer.

Trots denna positiva utveckling medgav kongressen att hälsovården i landet fortfarande inte når upp till den efterfråga som finns just nu. De medgav även att omständigheter existerar där människor utsätts för fara vid konsumtion av läkemedel, men att de tar problemet på största allvar och skall vidtaga effektiva åtgärder för att lösa det.⁵⁴

Politbyråns ständiga utskott (中国共产党中央政治局常务委员会) lade stor vikt på behovet av att formulera en social försäkringslag. Lagens syfte är att staten enligt lag skall skapa ett socialt försäkringssystem där bland annat pensionsförsäkring, primär hälsovårdsförsäkring, arbetslöshetsförsäkring samt en mammaförsäkring skall ingå. Lagen stipulerar principer för att kunna skapa ett nytt pensionsförsäkringssystem på landsbygden samt understödja NCMS. På

⁵³ *MoH Announces Goals for 12th Five-Year Plan*, Transmedia-china. Besökt: 2011-05-23. Tillgänglig via: <http://www.transmedia-china.com/default.aspx?portalid=442&tabid=0&mid=6600&ctl=newsi&iid=4198>

⁵⁴ *Report on China's economic, social development plan*, The National People's Congress of the People's Republic of China. Besökt 2011-05-10. Tillgänglig via: http://www.npc.gov.cn/englishnpc/Special_11_4/2011-03/18/content_1647939.htm

mötet sade ordförande Wu Bangguo följande; ”Vi måste skapa ett mer djupgående läkemedels- samt hälsovårdssystem där prioritet skall läggas på att möta befolkningens efterfråga för grundläggande medicin och hälsa. Det är vår viktiga uppgift att försäkra och förbättra befolkningens välmående”.⁵⁵

3.4 Sammanfattning

Sammanfattningsvis kan man säga att de ekonomiska reformerna som startade från år 1978 i Kina har haft stor påverkan på kollapsen av det hälsovårdssystem som byggdes fram under FRKs första 30 år. Då regeringen slutade att lägga resurser på hälsovårdssystemet ledde detta till att de flesta landsbygdsborna, på bara några år, saknade en hälsovårdsförsäkring. Även barfotadoktorerna togs ur bruk eller valde att söka andra möjligheter i den ”nya” ekonomin. Decentraliseringen av ekonomin medförde att de lokala regeringarna själva fick skapa incitament för att få ekonomin att rulla. Centralregeringen förväntade sig att detta skulle leda till att lokala hälsovårdssystem skulle växa fram, men så blev inte fallet. Även själva administrationen av systemet reformerades och blev istället sammanflätat med det politiska systemet i landet. Som den ”oreglerade” situationen blivit har tillhandahållaren av hälsa blivit vinstsökande i sitt arbete och detta har lett till snedvridna incitament som skapat ett skevt hälsovårdssystem. Sedan början av 1980 talet har även stora klyftor i hälsovård mellan stad och landsbygd observerats, där större satsningar gjorts på städer istället för landsbygd. Det var i och med Sarsvirusets uppkomst, och som ledde till flera hundra dödsfall i Kina, som regeringen insåg att hälsovårdssystemet på landsbygden behövde reformeras. Ett nytt hälsovårdsförsäkringssystem för landsbygdsborna togs fram och idag täcks enligt regeringen 96 % av dessa inom systemet. Dock finns det synliga problem med systemet som att det t.ex. är låg återbetalningsfrekvens samt att det endast är ett visst antal sjukdomar som är inkluderade inom systemet. De senaste åren har regeringen visat på ansträngningar för att förbättra hälsovårdssituationen för landsbygdsborna.

⁵⁵ *Work report of NPC Standing Committee*. The National People’s Congress of the People’s Republic of China. Besökt 2011-05-10. Tillgänglig via: http://www.npc.gov.cn/englishnpc/Special_11_4/2011-03/18/content_1648026.htm

4. Slutsats

Nu kan vi återgå till syftet med uppsatsen vilket var att undersöka hur förändringen av hälsovårdssystemet på den kinesiska landsbygden förändrats sedan reformernas tid för att kunna besvara frågorna nedan:

Varför hälsovårdssystemet på landsbygden kollapsade efter 1980 talet samtidigt som ekonomin växte i rask takt? Och varför regeringen nu på senare år har börjat reformera om hälsovårdssystemet på landsbygden?

Som kan läsas i början av uppsatsen är hälsovård en kollektiv och det är av stor vikt att den organiseras från centralnivå i ett land. Kollapsen av hälsovårdssystemet på landsbygden kan kopplas samman med de marknadsekonomiska krafter som successivt började växa fram i början av 1980 talet. När stora delar av Kinas ekonomi privatiserades påverkades även hälsovårdssystemet i samma riktning. Hälsovården var inte längre en prioritet för lokala regeringar på landsbygden, nu när det inte längre fanns en organiserad form av hälsovård från central nivå. När sjukvårdsinstitutioner privatiserades och fick överleva på egen hand och snedvridna incitament skapades blev även denna del av ekonomin beroende av inkomstbringande aktiviteter. Även om inkomst för landsbygdsborna höjdes blev out-of-pocket spenderingar en dyr verklighet för dem när det var dags att uppsöka hälsovård och där täckning från försäkringssystem saknades.

Som framgår av uppsatsen gjordes inga robusta ansträngningar för att återskapa hälsovårdssystemet på landsbygden tills i början av 2000 talet och det krävdes en epidemi (SARS) för att få centralregeringen att vakna till. Kina var här mitt i sin ekonomiska utveckling och om viruset fortsatt sprida sig kunde detta ha fungerat som en bromskloss för utvecklingen och då ett misslyckande för regeringen. Under början av 2000 talet började även de ekonomiska klyftorna i landet att observeras. Även om politiken som Deng Xioaping lanserade, där vissa måste bli rika först, till en början hade kommit att accepteras av den kinesiska befolkningen, hade denna nu kommit ikapp utvecklingen och missnöjet växte och hälsovårdssystemet var en av de komponenter där klyftor mellan stad och landsbygd observerats. Missnöje är i sig ett hot mot enpartistaten Kina, och för att tillfredsställa folket måste regeringen leverera vad som efterfrågas

och därför i detta fall reformera hälsovårdssystemet. Att regeringen tillslut även installerade ett nationellt system visar på att den ursprungliga planen om att varje lokalregering själva skulle utveckla sina egna system, inte fungerade. Detta visar på att regeringen insåg att det krävdes en satsning från central nivå, även om den lokala regeringen fortfarande hade sista ordet. Regeringen började med att introducera ett försäkringssystem där halva bördan lades på befolkningen som fick stå för en stor del av årspremien själva. Tanken bakom detta mindre effektiva system, var antagligen för regeringen att få igång systemet. Intressant att notera är även hur fort regeringen lyckades inkludera 96 % av befolkningen i systemet, samtidigt som out-of-pocket spendingarna fortfarande var och är höga. Frågan är varför regeringen inte satsade på ett mer kvalitativt system, i något mindre rask takt. Snarare har det satsats på ett mer kvantitativt system där totala siffror ser imponerande ut, men vid en närmare inblick på per capita nivå, ser man att kostnaden för en landsbygdsbo att besöka läkare är allt för hög och därför inte uppsöker vård.

De olika system som lanserats har inte fungerat i harmoni med varandra och det verkar inte heller ha funnits en gemensam plan bakom konstruerandet bakom dem för att få ett effektivt fungerande system. Tanken bakom dessa verkar snarare vara att få ut fler system för att mätta folkets önsknings, ett sätt att få folket att känna sig skyddade och inte behöva höra deras klagan. Hu lovade att alla skulle ha lika stor tillgång till sjukvård år 2012 i Kina, ett löfte som kommer att vara långt ifrån uppfyllt. Men dessa löften ger antagligen befolkningen förhoppningar om framtiden och regeringen en säkrare tillvaro. Ett annat löfte regeringen har gått ut med är att få kontroll på läkemedelskonsumtionen och att kunna erbjuda säkra läkemedel till befolkningen. Att regeringen här går ut och vill förbättra systemet har antagligen mycket att göra med korrupion, där läkare mottager mutor och liknande för att tjäna en extra inkomst. Som är väl känt genomsyras hela det kinesiska maskineriet av korrupion och är ett stort hot mot den ”fria ekonomin”. Vad som är viktigt är att förväntningar från befolkningen inte eskalerar när regeringen går ut och lovar förbättringar och att de blir besvikna i slutändan vilket kommer skapa desto mer missnöje.

Slutligen menar jag att den kinesiska regeringen under de senaste åren visat försök på att förbättra hälsovårdssystemet på landsbygden och att de resurser som så länge saknades nu har börjat installeras. Självklart är det viktigt att notera att även om 96 % av landsbygdsbefolkningen nu täcks av NCMS, beror det slutgiltiga resultatet ändå på hur gällande lagar och regleringar implementeras. Att ha fungerade hälsovårdsinstitutioner är en direkt viktig

bas för att implementeringen skall bli framgångsrik. För att den kinesiska regeringen skall kunna konstruera ett välfungerande hälsovårdssystem där landsbygdsborna åtnjuter en vältäckande service, måste lagar, policys och system vara direkt sammanlänkande och fungera som en helhet tillsammans.

5. Referenslista

- Blomqvist, Åke, "Introduction to the symposium on health policy in China." *China Economic Review* Vol 20, Nr.4 (2009), s.587-590
- Bloom, Gerald, Gu, Xingyuan, "Health sector reform: lessons from China." *Social Science and Medicine* Vol.45, Nr 3 (1997), s. 351-360
- Cong pinkun diqu dao pinkun renqun: zhongguo fupin yicheng de yanjin 从贫困地区到贫困人群: 中国扶贫议程的演进 [Från fattiga områden till fattiga människor: Kinas utvecklingsagenda för minskad fattigdom]. *Shijie yinhang dongya yu taipingyang diqu*, 世界银行东亚与太平洋地区 (Världsbanken, 世界银行 2003)
- Meessen, Bruno, Bloom, Gerald, "Economic Transition, Institutional Changes and the Health System: Some Lessons from Rural China." *Journal of Economic Policy Reform* Vol 10, Nr.3 (2007), s.209-231
- Hu Guangyu 胡光宇, and Li Yudong 李蔚东. Xin jiankang geming 新健康革命 [Den nya hälsorevolutionen]. *Qinghua daxue guokua yanjiu zhongxin* 清华大学国跨研究中心 (Qinghua University Press 清华出版社, april 2006)
- Implementing the New Cooperative Medical Schemes in rapidly changing China, Världshälsoorganisationen Kina, 2004, s.1
- Ling. R.E, Liu. F, Liu. XQ, Wang.W, "Emerging issues in public health: A perspective on China's healthcare system." *Public Health* Vol.125, Nr.1 (2011), s.9-14
- Liu, Hong, Gao, Song, Rizzo, John.A, "The expansion of public health insurance and the demand for private health insurance in rural China." *China Economic Review* Vol. 22, Nr.1 (2011), s.28-41
- Liu, Xingzhu, Wang, Junle, "An Introduction to China's Health Care System." *Journal of Public Health Policy* Vol.12, Nr.1, (1991), s.104-116
- Liu, Yuanli, Rao, Keqin, "Providing Health Insurance in China, From Research to policy" *Journal of Health Politics, Policy and Law* Vol. 31, No.1 (2006), s.71-93
- Naughton, Barry. *The Chinese Economy: Transition and Growth*. Cambridge: The MIT Press, 2007
- Yip, Winnie, Hsiao, William, "China's health care reform: A tentative assessment." *China Economic Review* Vol.20, Nr. 42 (2009), s.613-619
- Young, Mary E. *Impact Of The Rural Reform on Financing Rural Health Services In China*, Världsbanken, 1998
- Zhongguo de xiangcun yisheng fazhan xunsu 中国的乡村医生发展迅速 [Den snabba utvecklingen av Kinas landsbygdsläkare] *Shijie weisheng zuzhi jianbao* 世界卫生组织简报 (Världshälsoorganisationen 世界卫生 december 2008)
- Zhongguo guojia he zuo zhanlue 2008-2013 中国国家合作战略 2008—2013 [Kinas samarbetsstrategi 2008-2013]. (Världsbanken 世界银行 2008)
- Zhongguo nongcun weisheng gaige 中国农村卫生改革 [Hälsoreform på Kinas landsbygd]. (Världsbanken Kina 世界银行中国局 2009)
- Zhongguo renlei fazhan baogao 中国人类发展报告 [Rapporten för mänsklig utveckling i Kina]. *Lianheguo kaifa jihua shu zhuhua daibiaochu* 联合国开发计划署驻华代表处 (Förenta nationerna 联合国开 maj 2008)

Zhongguo yiliao fuwu gongfang zhifu zhidu gaige: guoji jingyan de qishi 中国医疗服务供方支付制度改革: 国际经验的启示 [Betälningsreform av det kinesiska hälsovårdssystemet: hur vi kan lära av internationella erfarenheter]. *Shijie yinhang dongya yu taipingyang diqu* 世界银行东亚与太平洋地区 (Världsbanken 世界银行 juli 2010)

Xin chijiao yisheng shouce 新赤脚医生手册 [Den nya handboken för barfotadoktorer]. (Shanxi University Press 山西师范大学出版社出版 april 2007)

Elektroniska referenser

Gross domestic product of China, China Yearly Macro-Economics Statistics (National), All China data center

The National People's Congress of the People's Republic of China. "Report on China's economic, social development plan". Besökt 2011-05-10.

http://www.npc.gov.cn/englishnpc/Special_11_4/2011-03/18/content_1647939.htm

The National People's Congress of the People's Republic of China. "Work report of NPC Standing Committee". Besökt 2011-05-10.

http://www.npc.gov.cn/englishnpc/Special_11_4/2011-03/18/content_1648026.htm

Transmedia-china. "MoH Announces Goals for 12th Five-Year Plan". Besökt: 2011-05-23 <http://www.transmedia-china.com/default.aspx?portalid=442&tabid=0&mid=6600&ctl=newsi&iid=4198>

Transmedia-china. "China's 4th National Health Services Survey". Besökt 2011-04-11.

<http://www.transmediachina.com/default.aspx?portalid=442&tabid=0&mid=6600&ctl=newsi&iid=4128>

Shiejie weisheng zuzhi zhu zhonghua renmin gong he guo. "Zhongguo weisheng tizhi fazhan" 中国卫生体制发展 [Utvecklingen av Kinas hälsovårdssystem]. Besökt 2011-04-05.

<http://www.wpro.who.int/china/sites/hsd/overview.htm>