

# ÇİN SAĞLIK SİSTEMİ

ARAŞTIRMA YÖNETİCİSİ - EDITÖR

Doç. Dr. A. Erdal SARGUTAN

ARAŞTIRMA GRUBU

Ali Cihan BAYRAM

Cemal ÖZOĞLU

Ramazan KAYA

Emine ÇETİN

A. ERDAL SARGUTAN

**ÇİN SAĞLIK SİSTEMİ**

<b>ÖZET</b>	734
<b>I. ÜLKE TANITIMI</b>	737
I.1. Coğrafi Yapı	737
I.2. Tarihçe	737
I.3. İdari Yapı	740
I.4. Ekonomi Ve Doğal Kaynaklar	741
I.5. Ulaşım	741
I.6. Nüfus Ve Etnik Yapı	742
<b>II. SAĞLIK SİSTEMİ</b>	743
II.1. Sağlık Sistemine Genel Bir Bakış	743
II.2. Sağlık Sisteminin İdari Yapısı	744
II.3. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu	745
II.3.1. Kırsal Alanlarda Sağlık Hizmetlerinin Sunumu	747
II.3.2. Kentsel Alanlarda Sağlık Hizmetlerinin Sunumu	749
II.3.3. Ana Ve Çocuk Sağlığı	751
II.3.4. Eczacılık Sektörü	752
II.3.5. Geleneksel Çin Tıbbı	752
II.3.6. İnsan Kaynakları Ve Eğitim	754
II.4. Sağlık Hizmetlerinin Mali Yapısı	756
II.5. Sosyal Güvenlik Sistemi	757
<b>III. ÇİN VE TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI</b>	759
<b>KAYNAKLAR</b>	762

## ÖZET

Çin dünya sıralamasında yüzölçümü bakımından 4'üncü, ekonomi bakımından 6'ncı büyük ülkedir.. 4000 yıllık kayıtlara dayanan tarihi ile en eski uygarlıklardandır. İdari olarak, eyaletlere, özerk bölgelere ve belediyelere bölünmüş bir yapıya sahiptir.

1949 yılına kadar imparatorlukla yönetilen 1949 yılında Mao Zedong önderliğinde yapılan bir devrimle Çin adı "Çin Halk Cumhuriyeti" olmuş, Marksist-Leninist yönetim şekline geçmiştir. 1979 yılından itibaren yerli ve yabancı özel sermayeye açılmış olup, günümüzde daha liberal bir ekonomik yapı sergilemektedir.

Sağlıktan hizmetleriyle ilgili üst organ Sağlık Bakanlığı'dır. Bakanlık Devlet Konseyine karşı sorumludur ve dikey bir örgütlenmeye sahiptir. Sağlık Bakanlığı'na yardımcı birçok bakanlık ve kuruluş vardır.

Çin, kişi başına yaklaşık 400 ABD \$ milli gelire dünyanın en fakir ülkelerindedir. Buna karşılık, uyguladığı politikalarla sağlık statüsü hızla yükselmiştir. Birincil sağlık hizmetlerini en iyi uygulayan ülkelerin başında gelir. Yaygın bir sağlık sistemine ve çok sayıda sağlık insangücüne sahiptir. 1948-1985 arasında hastahane sayısı 23, hasta yatağı 28 kat artmıştır.

Modern ve geleneksel tıp bir arada uygulanır. Geleneksel Çin tıbbi sistemin her aşamasında sistemle bütünleşmiştir. Halkın sağlık eğitimi ve aktif katılımı çok yaygındır.

Onaltı yaş üzerindeki kadın nüfusunun yoğun oluşu, uzmanlaşmış doğumevleri, çocuk hastahaneleri ile ana ve çocuk sağlığı merkezlerinin sayısının yüksek oluşunun temel nedenidir. Çin'de güçlü bir aile planlaması sistemi ve çocuklar için bağışıklama programı uygulanmaktadır.

Ülkede, hastahaneler; kâr amacı gütmeyen kamu, kâr amaçlı özel ve kâr amacı olmayan özel hastahaneler olmak üzere üçe ayrılır.

Ordu'nun kendine ait hastahaneleri ve tıp okulları vardır.

Hastahane tabanlı olarak gelişmiş olan sağlık sisteminin, koruyucu sağlık hizmeti tabanlı bir hale getirilmesi için genel pratisyenlik uygulamaları ile güçlendirmesine yönelik çalışmalar vardır.

Sevk zinciri gibi bir uygulama bulunmadığından hastahanelerde yığılma yaşanmaktadır.

Bütün bunlara birlikte kaynak ve hizmet dağılımında eşitsizlik, maliyet artışları, kırsal bölgede alt yapı zayıflığı ve eşitsizliği gibi sorunları vardır.

Birçok bölgede sağlık hizmetlerine ulaşım ödeme gücüyle orantılıdır. Nüfusun büyük kısmını oluşturan kırsal nüfus sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanma şansına sahip değildir.

Hükümet dışı kuruluşların sağlık alanındaki rolü sınırlı olmakla birlikte, bu kuruluşların (öncelikle kırsal bölgelere olmak üzere) bu alana yönelmeleri için çeşitli teşvikler vardır

Özel sektör sağlık alanında her geçen gün gelişmektedir.

Eczacılık sektörü gelişmiş olup ülkede ilaç fiyatları yüksektir. Bunun nedeni ilaç gelirlerinin önemli bir kısmının sağlık sisteminin finansmanını oluşturmasıdır. Geleneksel metot ve ilaçlarının modern metot ve ilaçlarla birlikte kullanıldığı görülür.

Ülkenin GSYİH'dan sağlığa ayırdığı pay dünya ortalamalarından yüzdesel olarak düşüktür. Merkezi hükümetin sağlığa ayırdığı bütçeyi Maliye Bakanlığı yürütür. Kamu hastahanelerin finansmanında ilaç ücretleri ve kullanıcı ücretlerinin payı her geçen gün artmaktadır. Sağlık kaynaklarının büyük kısmı, ileri teknoloji ve ilaç sektörüne aktarılmaktadır. Gelirlerin büyük kısmı tedavi edici hizmetlerden geldiği için, koruyucu sağlık hizmetlerine gereken önem verilmemektedir.

Devlete ait sosyal sigorta programları tek çatı altında toplanmıştır. Bu sigorta fonları hükümet ile ilgili birim ve kişilerce oluşturulmaktadır. Sosyal sigorta sistemi kırsal alanda yok denecek kadar azdır ve sadece şehirde çalışanların %50'sini kapsayabilmiştir. Sigortalı olmayanların büyük çoğunluğu sağlık hizmeti ihtiyaçlarını doğrudan kişisel ödemelerle karşılar.

Merkezi planlama esasıyla sağlık sistemini yöneten fakat Özel Teşebbüs esasına uygun çalışan Çin sağlık sistemi ile SSCB sağlık sistemi modeli arasında çok büyük farklar vardır.

Örneğin sağlık hizmeti sunumu SSCB'de tamamen devlet tarafından ücretsiz olarak karşılanırken, Çin'de ekipman eksikliğini karşılamak amacıyla hizmetin ücretinin %5-10'u arasındaki miktarı halktan alınmaktadır.

1995'teki sağlık reformu ile birlikte devletin sağlığa ekonomik katkısı azalmıştır. Kişilerin kendi harcamalarını yapmaları beklenir. Sağlık sigortası ve özel sektör sağlık hizmeti mevcuttur. Bu hali ile Çin'deki sağlık sisteminin, merkezi planlama dışında kalan özelliklerinin SSCB'den daha çok, (tamamen olmamakla birlikte) Özel Teşebbüs / Serbest Pazar tipi sağlık sistemi uygulayan ülkelerin sistemine benzediği söylenebilir.

A. ERDAL SARGUTAN

# ÇİN SAĞLIK SİSTEMİ

## I. ÜLKE TANITIMI

RESMİ ADI	: Çin Halk Cumhuriyeti
YÖNETİM BİÇİMİ	: Sosyalist Cumhuriyet
YÜZÖLÇÜMÜ	: 9.596.960 km <sup>2</sup>
NÜFUS	: 1.311.709.000
BAŞKENTİ	: Pekin
PARA BİRİMİ	: Çin Yuanı
RESMİ DİLİ	: Çince (13/1)

### I.1. Coğrafi Yapı

Çin, uzak Asya da, kuzeyden Moğolistan ve Rusya, doğudan Kuzey Kore, güneyden Vietnam, Laos, Myanmar(Birmanya), Bhutan, Nepal ve Hindistan, batıdan Pakistan, Afganistan, Tacikistan, Kırgızistan ve Kazakistan'la çevrilidir. Sınırları toplamı 22.147.24 km'dir. Dünyada toprak büyüklüğü açısından dördüncü en büyük ülkedir.

İklimi, son derece çeşitlilik göstermekte olup, güneyde tropikal, kuzeyde subarktik iklim hâkimdir. Yaygın tayfunlar, su baskınları, depremler, kuraklıklar gibi doğal afetler oldukça sık görülmektedir.

Çin'nin batı bölgeleri, Orta Asya toprakları üzerinde yer alır. Tibet platosunun (3000-5000 m) kapladığı güneyde, Himalaya Dağları'na (8000 m'nin üzerinde) yaslanan, kuzeyde, Tien Şan surları ile birbirinden ayrılan iki çöküntü alanının yer aldığı bu topraklar Çin'nin yüksek platolarından oluşan bir ileri kalesi gibidir. Doğu Çin'in kuzey kesimi, Mançurya, Shanxi, Shaanxi ve Kuzey Çin Ovası'ndan meydana gelir. Han diye adlandırılan halkın yaşadığı bu kesim Huanghe (Asya'nın en büyük ırmağı) Çini'dir. Kışları sert yazları sıcak ve yağışlı kıta ikliminin egemen olduğu bu bölgeler, ülkenin tahıl (buğday ve darı) ambarıdır. Ayrıca Çin uygarlığının gelecekteki beşiği de burasıdır. Güney Çin platolardan oluşur ve burası Çin'in pirinç bölgesidir.(14/675)

Arazisinde çok sayıda dağlar, yüksek yaylalar, batısında çöller, doğusunda ovalar, delta'lar, tepelikler yer almaktadır. Deniz seviyesinden en yüksek noktası Everest Dağları 8,850 m'dir (12/1).

### •.2. Tarihçe

Pekin insanı olarak bilinen ve Çin'deki insan varlığını kanıtlayan en eski kalıntılar 500.000 yıl öncesine kadar gider. Çin'de Neolitik çağa (MÖ 2000 yılları) Huang'ın orta çığırında gelişti.

Birinci hanedan yani Xia döneminde ülkenin kuzeydoğusunda tarımsal etkinlik başladı. Shang hanedanı dönemi (MÖ 1800'e doğru-1100'e doğru) tunç işçiliği, surlarla çevrili siteler, feodal rejim, oklu saban kullanımı, bir sayı ve yazı sisteminin varlığıyla kendini gösteren Çin uygarlığının başlangıcı oldu.

Zhou hanedanı döneminde (MÖ XI. Yüzyıla doğru) bu uygarlık ülkesinin orta ve güney kesimlerine de yayıldı. Ancak, VIII. Yüzyıldan itibaren feodal tipte devletler kurulmaya başlandı. Bu karmaşa ve belirsizlik döneminde Çin felsefesi Taoculuğun kurucusu Lao Zi ve Konfüçyüs (MÖ VI.-V. Yy) günümüze kadar varlığını koruyacak değerler sistemini yarattı. Çin hükümdarı Qin "savaşan krallıklar"ın getirdiği anarşiye son verdi. Qin Shi Huangdi (MÖ 221-210) ilk defa Çin İmparatorluğu'nun birleşip bütünleşmesini sağlayıp Büyük Çin Seddi'ni inşa ettirerek ülkeyi göçebe Türk-Moğol akımlarına karşı güvence altına aldı.

MÖ 206'da Han Hanedanı kuruldu ve MS 220'ye kadar devam etti. Bu dönemde Çin'in yönetsel örgütlenmesi kesin ilkelere bağlandı. Yönetim görevlilerinin, memurların sınavla işe alınması uygulaması başladı. Ülkenin orta bölgelerine doğru askeri büyüme, İpek Yolu'nun açılmasını sağladı. Ülkenin III. Yüzyılda VI. Yüzyıla kadar süren çok sayıda krallığa bölünmesi, parçalanması, yabancı istilalarına yol açtı.

Bu karışıklık döneminde Budizm Çin'e derinlemesine sızdı. Bu parçalanmadan sonra yeniden birleştirmeyi Sui Hanedanı (581-618) sağladı. Suiler ülkeyi yeniden örgütledikten sonra Tangların (618-907) yeniden doğuşuna meydan hazırladı. Tanglar döneminde büyük reformlar (toprak, maliye, yönetim, ekonomi) ve büyük fetihler (Orta Asya, Moğolistan, Vietnam) gerçekleştirildi. Bunun sonucunda parlak bir uygarlık gelişti. Şirin anın çağı, ksilografi (oyma levhalarla basım yöntemi) tekniğinin bulunması bunlardandır.

Ülkede birliğin yarım yüzyıl süresince (907-960) yitirilmesinden sonra başlayan Song Hanedanı dönemi (960-1279) basımcılığın yaygınlaşması, manyetik ibrenin, pusulanın, barutun bulunması gibi sayısız ilerlemeye tanıklık etti. XIII. Yüzyılın sonunda Cengiz Han Moğol kabilelerinin başına geçerek Çin'in tamamını fethetti. Torunu Kubilay Han Yuan Hanedanını (1280-1368) kurarak Pekin'i başkent yaptı. Marco Polo'yu sarayında kabul etti. Ming Hanedanı döneminde (1368-644) büyük bir nüfus artışıyla (6 milyondan 150 milyona) birlikte olağanüstü bir sulama ve drenaj faaliyeti başladı.

XVII. Yy'da rejimin köhneleşmesinden yararlanan Mançular kendi Qing Hanedanlarını (1644-1911) kurdular. Qing Hanedanı büyük bir toprak genişlemesine (Moğolistan, Tibet, Yunan, Orta Asya, Tayvan, Kore, Vietnam, Nepal, Burma'ya) rağmen XIX. Yüzyılda sanayileşmiş ülkelerle (Avrupa ülkeleri, ABD ve sonra da Japonya) temasın yarattığı şoka direnemedi. İngiltere ile Çin arasındaki Afyon Savaşı (1839-1842) sonunda imzalanan Nankin Antlaşması (1842) Çin limanlarını batılılara açtı.

Bundan sonra Avrupalı büyük güçler ve ABD de özellikle Taiping Ayaklanması'ndan (1853-1864) sonra Çin limanlarının kendilerine de açılması talebini gündeme getirdiler. Bu bir Fransız-İngiliz müdahalesine bahane oldu. Tüm güçlü devletler büyük Çin şehirlerinde tavizler elde etti, toprak kiraladı. Çin-Japon Savaşı (1894-1895) sonunda Çin Tayvan ve Kore'yi kaybetti. İmparatoriçe Cixi'nin kıskırttığı milliyetçi ve yabancı düşmanı Bokser Ayaklanması (1900) Batı devletlerinin gönderdiği bir müdahale birliği tarafından bastırıldı.



1912'de Mançular Sun Yat-sen'in milliyetçi ve cumhuriyetçi Guomintang partisinin baskısıyla tahtı bıraktı. Guomintang'ın Çin Komünist Partisi'yle birleşmesi (1912) Sun Yat-sen'in ölümünden sonra başarısızlığa uğradı.

Yat-sen'den sonraki lider Çan Kay-şek iktidarı ele geçirdi. 1927'de Kanton ve Şanghay'da Mao Zedong önderliğindeki komünist hareketin kanlı bir biçimde bastırılmasından sonra komünistler 1931'de yeniden örgütlenerek, Jiangxi Dağları'nda bir "Çin Sovyet Cumhuriyeti" kurdular. Jiangxi'den başladıkları Uzun Yürüyüş'ten (1934-1935) sonra Shaanxi'ye ulaştılar. Çin-Japon Savaşı (1937-1945) Çan Kayşek'le komünistler arasında bir taktik ittifak getirdiyse de bu işbirliği 1945'te Japonya'nın yenilgisiyle birlikte bozuldu. Milliyetçilerle komünistler arasındaki iç savaş (1945-1949) toprak reformunu gerçekleştirerek köylü kitlelerini kendi saflarına katan Mao Zedong yanlılarının zaferiyle sonuçlandı. Çan Kay-şek Tayvan'a sığındı; 1 Ekim 1949'da Pekin'de Çin Halk Cumhuriyeti ilan edildi.

SSCB'yle imzalanan bir dostluk antlaşmasının (1950) ardından iki ülke arasında başlayan gerginlik 1960'ta kopma noktasına geldi. Bu tarihten sonra da devam eden Çin-Sovyet karşıtlığı 1969'da Usuri üzerinde kanlı çatışmalara neden oldu. Ülke içinde kesintisiz devrim birçok aşamadan geçti: Parti'yi eleştirenlerin başlattığı "Yüz Çiçek" seferberliğini izleyen "doğru çizgiye getirme" (1956-1957) ve "Büyük Atılım" (1958) hareketi, kolektif çiftliklerin ekonomik başarısızlığını getirdi. "Büyük Proletarya Kültür Devrimi" (1966-1967) yönetici kadroları yenilerken (Liu Shaoqi'ye görevden elçektirilmesi) ülkede bir kültür terörü estirerek, iç dengeleri bozdu. Lin Biao (eski savunma bakanı) ve Konfüçyüs'e karşı ortak seferberlik başlatıldı (1974); son olarak da Zhou Enlai'nin ölümünden sonra, Deng Xiaoping'e karşı seferberlik başlatıldı (1976) (14/675).

Çin Halk Cumhuriyeti (1949-) 21-30 Eylül 1949 tarihleri arasında Çin Halk Siyasi Danışma Konferansı'nın Birinci Toplantısı (ÇHSDK), çeşitli siyasi partiler, halk örgütleri, partili olmayan demokratlar ve toplumun bütün kesimlerinden temsilcilerin katılımı ile yapıldı. ÇHSDK, geçici bir anayasa işlevi gören bir Ortak Program hazırladı.

Mao Zedong'un başkanlığını yaptığı bir Merkez Halk Hükümet Konseyi seçti ve Zhou Enlai'yi Hükümet idare Konseyi'nin Başbakanı ve aynı zamanda Dış İşleri Bakanı olarak atadı, 1 Ekim 1949'da Çin Halk Cumhuriyeti'nin büyük kuruluş törenine Beijing'in Tiananmen Meydanında toplanan 300,000 kişi tanıklık etti. Başkan Mao Zedong, Çin Halk Cumhuriyeti'nin resmen kurulduğunu ilan etti. Bundan sonraki üç yıl, ekonomik iyileşme dönemi oldu. Ulus, halkın yönetim iktidarını oluşturmak, savağın yaralarını sarmak ve ulusal ekonomiyi güçlendirmek için çalıştı. Ayrıca bürokrat-kapitalistlerin işletmelerine el koyarak bunları devlet sosyalist işletmelerine dönüştürdüler ve feodal arazi sahipliği sistemini ortadan kaldırıp toprak ağalarından alınan arazileri az toprağı olan veya hiç olmayan köylülere dağıttılar. 1952'nin sonuna kadar Çin'in mali ve ekonomik durumunda önemli bir iyileşme kaydedildi ve önemli sınai ve tarımsal ürünlerin üretimi rekor düzeye ulaştı (13/2).

Bütün bu iç kavgalara rağmen Çin'in dünyadaki rolü giderek güçlendi. Çin Halk Cumhuriyeti nükleer silah üreticisi ülkeler arasına girdi (1964).

Milliyetçi Çin'in yerine BM'ye kabul edildi (1971), bir ABD başkanının Çin'e ilk ziyareti Nixon tarafından gerçekleştirildi (Şubat 1972). Mao'nun ölümünden (1976) ve aralarında Mao'nun dul eşi Jiang Qing'in de bulunduğu "Dörtlü Çete"nin mahkum edilmesinden sonra Deng Xiaoping'in siyasi itibarı 1977'de iade edildi. Ondan sonra Deng Xiaoping ülkeyi perde arkasından yönetmeye başladı. Başbakanlık görevinde Hua yerini Zhao Ziyang aldı. Bunu, önemli siyasi ve ekonomik değişiklikler izledi. 1982'de yeni bir anayasa yürürlüğe girdi, bir de cumhurbaşkanlığı makamı ihdas edildi ve 1983'te Li Xiannian cumhurbaşkanı seçildi.

1987'de Parti Genel Sekreteri Hu Yaobang'ın ve 279 üyeli merkez komitesinden 95 üyenin görevlerine son verilerek genç bir kadro işbaşına getirildi. Parti genel sekreterliğine atanan Zhao Ziyang Deng Xiaoping'in resmi ardılı olurken, Li Peng başbakan seçildi. Mayıs 1989'da, Mihail Gorbacov'un yaptığı resmi ziyaret Moskova ile Pekin arasındaki otuz yıllık küskünlüğe son verirken, öğrenciler Tiananmen Meydanı'nda eski Genel Sekreter Hu Yaobang'ın itibarının iadesi talebiyle gösteri yaptılar. Gösteri ve karışıklıklar tüm ülkeyi etkilediyse de ordu, binlerce ölü ve on binlerce tutuklama pahasına muhalefet hareketini haziran başında bastırdı. Parti'nin başına Zhao Ziyang'ın yerine Jiang Zemin geçti. Pekin'deki sıkıyönetim ancak Ocak 1990'da kaldırıldı; bir süre sonra da Deng Xiaoping mart ayında son resmi görevinden de affını talep etti. Bu arada Çin'in batı sınırlarında, milliyetçi Tibet'in, 1990'dan sonra da Müslüman Sinkiang Uygur'un baskı yoluyla Çinleştirilmesine karşı direniş nedeniyle karışıklıklar meydana geldi.(14/675-677)

### 1.3. İdari Yapı

Çin'in idari birimleri ülkeyi eyaletlere, ilçelere ve kasabalara ayıran üç aşamalı bir sisteme dayanır.

(1) Ülke doğrudan Merkezi Hükümetin idaresinde bulunan eyaletlere, özerk bölgelere ve belediyelere bölünmüştür;

(2) Bir eyalet veya bir özerk bölge, özerk vilayetlere, ilçelere, özerk ilçelere ve/veya kentlere bölünmüştür.

(3) Bir ilçe veya özerk ilçe, kasabalara, ulusal azınlık kasabalarına ve/veya nahiyelere bölünmüştür. Doğrudan Merkezi Hükümetin idaresi altında bulunan belediyeler ve büyük kentler, mahalle ve ilçelere bölünmüştür. Özerk vilayetler de ilçelere, özerk ilçelere ve kentlere bölünmüştür. Özerk bölgeler, özerk vilayetler ve özerk ilçelerin tamamı, özerk ulusal azınlık bölgeleridir. Anayasa, hükümete gerektiğinde özel idari bölgeler oluşturma yetkisini vermektedir.

Çin günümüzde doğrudan merkezi hükümetin yönetimi altında bulunan 23 eyalete, 5, özerk bölgeye ve 4 belediyeye bölünmüştür. Bu eyaletler, özerk bölgeler ve belediyeler, 30 özerk vilayet, 640 kent ve 1,716 ilçe düzeyinde idari birimden sorumludur. İlçe düzeyindeki idari birimler de, 30.000'in üzerinde kasaba ve ulusal azınlık kasabaları ile 17.000'den fazla nahiyeyi kapsamaktadır (12/2).

#### I.4. Ekonomi Ve Doğal Kaynaklar

Çin Halk Cumhuriyeti, hızlı büyümesi, dışa karşı nispeten kapalılığı ve dünyanın en kalabalık pazarı olması nedenleri ile bütün dünyanın ilgisini üzerinde toplamaktadır. Hemen hemen bütün gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler, bu ülke ile ticari ilişkilerini geliştirmek ve işbirliği olanaklarını arttırmak istemektedirler. Dışa açılma çalışmalarının başladığı yıllardan itibaren günümüze kadar Çin, ekonomik alanda bir çok başarı kazanmıştır. Dünya nüfusunun %22'sini barındıran Çin'de son 10 yılda ortalama büyüme hızı %10 civarındadır. 1999 yılı için Çin Yönetimi tarafından açıklanan büyüme tahmini, Asya finansal krizinin ekonomide yarattığı olumsuz etkilere rağmen %7'dir. Hızlı kentleşme, giderek artan milli gelir ve sanayileşmede gelinen nokta, bugün Çin'i dünyanın en önemli ekonomik aktörlerinden biri konumuna getirmiştir. 2010 yılında Çin ekonomisinin büyüklüğünün bugün dünyanın en büyük ekonomileri kabul edilen ABD ve Japonya'yı geçeceği iddia edilmektedir. Çin dünyanın en çok enerji üreten birinci, en fazla enerji tüketen ikinci ülkesidir. Ülkede kişi başına düşen enerji tüketiminin oransal olarak hala dünya ortalamasının altında olması da ülkenin gelişme potansiyelinin iyi bir göstergesidir. Kendi içerisinde büyük hamleler yapan ve planlı bir kalkınma ve büyüme stratejisi izleyen Çin Halk Cumhuriyeti, komşusu bulunduğu Japonya ve Rusya gibi büyük ekonomilerin de desteği ile öncelikle Asya kıtasında söz sahibi olmaya ve giderek dünyaya açılmaya başlamıştır.

Başlıca tarım ürünleri pirinç, buğday, patates, yer fıstığı, çay, darı, arpa, pamuktur. Domuz yetiştiriciliği ve balıkçılık da oldukça gelişmiştir.

Çin de her geçen gün büyüyen sanayisi dünyada birçok sektörde tekele doğru gitmektedir. Başlıca sanayi malları, tekstil ve giyim eşyası başta olmak üzere, ayakkabı, ulaşım cihazları, makineler, mineral yakıtlar, kimyasal ürünler, demir ve çelik ürünleri oluşturmaktadır.

Çin 232 milyar \$'lık bir ihracat hacmine sahiptir. Başlıca ihracat ürünleri, gıda maddeleri, tütün, makineler, ulaşım cihazları, tekstil ve giyim eşyası, ayakkabılar, mineral yakıtlar, kimyasal ürünlerdir. İthal ettikleri ise tekstil ve tekstil ürünleri, mineral yakıtlar, demir ve çelik ürünleri, makine ve elektrikli cihazlar, kimyasal ürünlerdir.

Başlıca doğal kaynakları, kömür, demir, petrol, doğal gaz, cıva, kalay, tungsten, antimon, manganez, molibden, vanadyum, alüminyum, kurşun, çinko, uranyum ve hidro enerjidir (12/3).

#### I.5. Ulaşım

Toplam demiryollarının uzunluğu 67.524 km'dir. Toplam karayollarının uzunluğu 1,4 milyon km'dir. Bu yolların 271.300 km'si asfalt, 1.128.700 km'si ise asfalt değildir.

Dalian, Fuzhou, Guangzhou, Haikou, Huangpu, Lianyungang, Nanjing, Nantong, Ningbo, Qingdao, Qinhuangdao, Shanghai, Shantou, Tianjin, Xiamen, Xingang, Yantai, Zhanjiang ülkede bulunan en önemli limanlardır.

Ülkedeki hava alanlarının sayısı 489'dur (12/3).

### I.6. Nüfus ve Etnik Yapı

Çinli yetkililer sıkı bir doğum kontrolü siyaseti sayesinde, demografik büyümeyi yılda yaklaşık yüzde 1,3'e indirmeyi başarmıştır, bu da yılda 12 milyonu ancak aşabilen bir nüfus anlamına gelmektedir. Tibet Platosunun kapladığı güney, yüksek, soğuk kesimlerle çöllerden oluşur, ülkenin toplam yüzölçümünün 2/3'ünü meydana getirir de nüfusun ancak yüzde 6'sını barındırır. Bu, göçebe Tibetli, Moğol ve Müslüman Uygur azınlığından oluşan bir halktır. Çinli yerleşimcilerin koloniler halinde iskanı ve göçebe halkları yerleşik hale getirmeyi amaçlayan şehirleşme yoluyla, bölge giderek Çinleşmektedir. Doğu Çin bölgesi Uzak Asya toprakları içinde yer alır. Ovaların hakim olduğu birtakım iç bölümlere ayrılmış bu bölge, ülke nüfusunun yüzde 94'ünü barındırır. Burada ortalama yoğunluklar yer yer kilometrekareye 1000 kişiyi aşar. Halkın yüzde 59,3'ü geleneksel halk dinleri (yerel tanrılara bağlılık, atalara tapınma, Konfüçyüsçülük, Tacculuk, evrene tapınma, ruhlara tapınma vb) yüzde 20'si örgütlü yerel dinler, yüzde 12'si ateist, yüzde 6'sı Budist, yüzde 2,4'ü Müslüman, yüzde 0,2'si Hristiyan, yüzde 0,1'i diğerler dinlere inanmaktadır. Halkın okuryazarlık oranı yüzde 80'dir (1992 verileri ile). Ortalama yaşam süresi, kadın için 71, erkek için 68'dir. (14/675,676)

A. ERDAL

SATILMIS

## II. SAĞLIK SİSTEMİ

### II.1. Sağlık Sistemine Genel Bir Bakış

Çin, kurulduğu 1949 yılından bu yana sağlık sektörü alanında birçok reform geçirmiştir. Bugün, Çin hükümeti halen temel sağlık hizmetlerini sağlamak ve tüm yurttaşlarını sağlık hizmeti kapsamı içine almak için çalışmaktadır. Çin'de sağlık hizmetleri sektörü son on yıl içinde %16 oranında büyüme göstermiştir. Bu büyüme yaşanan nüfus, yükselen yaşam standartları ve çeşitli salgın hastalıklara rağmen gerçekleşmiştir. Çin Sağlık Bakanlığı son zamanlarda Çin sağlık hizmetleri sektörünün tüm yapısını etkileyen bazı kararlar almış ve sağlık hizmeti sunucularına yönelik yeni düzenlemeler getirmiştir. Bu son reformlarla kamu hastahanelerinin yapısı ve yönetimi yeniden ele alınmış, ayrıca hastahaneleri kâr amacı gütmeyen kamu, kâr amaçlı özel ve kâr amacı gütmeyen özel olarak sınıflandırılmıştır. Hükümet bu reformun, temel sağlık hizmetlerinin kamu hastahanelerince ve özel hizmetlerin de kâr amaçlı kamu hastahanelerince yürütülmesiyle, rekabeti geliştirip artıracığına ve tüm sosyoekonomik tabakalar için sağlık hizmetlerinin daha iyi sunulmasını sağlayacağına inanmaktadır.

Çin'in GSYİH'sı 2001 yılında %7,3 oranında büyümüş ve Çin'i dünyanın altıncı büyük ekonomisi haline getirmiş olmasına rağmen, kişi başına yapılan sağlık harcamaları ABD ve diğer Batı ülkeleri ile karşılaştırılmaz. ABD'nin GSMH içinden sağlık harcamalarına ayırdığı pay %14 iken, Çin'inki %4'tür. Çin'de kişi başına düşen sağlık harcaması sadece 31 ABD doları iken, ABD'de bu oran 135 kat fazla olup 4.000 ABD dolarıdır.

Çin, 2000 yılının sonunda 663 şehirden oluşmaktadır ve bunlardan 13'ünün nüfusu 2 milyondan fazladır. 27'sinin nüfusu 1-2 milyon arasında, 53'ünün 500.000 ila 1 milyon arasında, 213'i 200.000 ila 500.000 ve 352 ise 200.000'den az nüfusa sahiptir (1/2).

1990 yılında Çin'in toplam sağlık harcamaları 70 milyar Yuan iken, 2000 yılında bu miktar 476,4 milyar Yuan'a çıkmıştır. Sağlık alanındaki harcamalardaki bu artışa paralel olarak Çin'in sağlık sistemi içyapısında da önemli gelişmeler olmuştur. 1990 yılı ile kıyaslandığında, 2000 yılında hastahane ve sağlık merkezlerindeki yatak sayısında %21,2, sağlık personeli sayısında %15,2 oranında artış gerçekleşmiştir. 1995 yılı ile kıyaslandığında sağlık tesislerinin sayısı 2001 yılında %79 oranında artmıştır.

Bu artan yatırım oranlarına rağmen, Çin halkının sağlık durumunda 1990'dan itibaren büyük ilerlemeler görmek beklense de, kazanımlar çok belirgin değildir. Uluslar arası alanda bir ulusun sağlık statüsünü ölçmek için kullanılan iki gösterge olan ortalama yaşam beklentisi ve diğeri de çocuk ölüm oranı konusudur. Çin hükümetinin resmi yetkililerince yapılan açıklamaya göre, 1949 yılından önce 35 yıl olan ortalama yaşam beklentisi 2001 yılında 71,8'e çıkmıştır ki bu dünya ortalaması olan 65 yılın üzerindedir. Aynı sürede, çocuk ölüm oranı 1000 canlı doğumda 200'den 32'ye düşmüş olup dünya ortalaması 44'tür. Ancak bu arada esas ilerlemenin 1960 ila 1970 yılları arasında gerçekleştiği, 1980'lerden sonra ise küçük çaplı gelişmeler olduğu gözlenmektedir (2/6,7).

## II.2. Sağlık Sisteminin İdari Yapısı

Sağlık hizmetlerinin sunumunda Çin dikey bir yapıya sahiptir. Merkezi bir konumda bulunan Sağlık Bakanlığı Devlet Konseyi'ne karşı sorumludur. Bakanlık politika yönlendirmeleri yapar, teknik konularda liderliği yürütür, hastalıkların önlenmesi ve sağlık hizmetlerinin sunumu konularında danışmanlık görevi yapar. Sağlık Bakanlığı'nın yapısı ve sorumlulukları taşra teşkilatları düzeyinde hizmet veren Sağlık İstasyonlarında ve bölge ya da şehir düzeyindeki Sağlık İstasyonlarında daha da artar. (Çin'de 22 taşra teşkilatı, beş otonom bölge ve dört belediye mevcuttur.)

Sağlık Bakanlığı içinde 10 bölüm vardır. Bunlardan üçü idari işlevlerle meşgul olup, kalan yedisi belirli program ya da işlevsel yetkilerle donatılmıştır. Üç kamu sağlığı servisi "üçlü saç ayağı" biçiminde görev yapar. Bunlardan Salgın Hastalıkları Önleme Servisi ve Ana Ve Çocuk Sağlığı Programı, Sağlık Bakanlığı'nın idaresi altındadır. Aile planlaması ve üreme sağlık programları ise Aile Planlama Komisyonu'nun altında çalışmaktadır. Taşra, şehir ve ilçe düzeylerinde Salgın Hastalıkları Önleme Servisi, salgın hastalıkların önlenmesine yönelik olarak çalışan Hastalık Denetim Merkezleri'ni işletir.

Sağlık ve sosyal işlere ilişkin çeşitli işlevler hükümet içindeki diğer bakanlıklarca da yürütülür. Maliye Bakanlığı merkezi hükümetin sağlık bütçesinin denetimini elinde tutar ve devlet çalışanlarının sigorta sistemlerinin finansmanını yürütür. Çalışma Ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ise tüm sigorta sistemine yönelik politikaların hazırlanmasını sağlar.

Merkezi Fiyat Komisyonu sağlık hizmetlerinin ücretlerini belirler. İlaç politikası ve denetimi Ulusal İlaç İdaresi tarafından gerçekleştirilir. Devlet Eczacılık Ajansı ise Sağlık Bakanlığı'ndan bağımsız olarak çalışır ve ilaçların perakende satış fiyatlarını belirler. Sivil İşler Bakanlığı'nın Sosyal Refah Ve Sosyal İşler Bölümü merkezi hükümetin sosyal refah ile ilgili politikalarını oluşturmak ve bu politikaların hayata geçirilmesi için çalışmalar yapar.

Sağlık ve sosyal hizmetlere yönelik olarak bütçe ve yapısal olarak bazı parçalanmaları mevcuttur. Örneğin önleyici ve tedavi edici birincil sağlık hizmetleri farklı sistemler tarafından yürütülür. Yerel düzeydeki sosyal hizmetler ve sağlık hizmetleri de bütçe ve yapı açısından parçalara ayrılmıştır.

Geleneksel Çin tıbbı da birincil sağlık hizmetleri de dahil olmak üzere sağlık hizmetlerinin hemen her aşamasında sisteme bütünleşik haldedir. Geleneksel Çin Tıbbı İçin Devlet Yönetimi, geleneksel Çin tıbbına yönelik politikaları belirler ve bu konuda Sağlık Bakanlığı'na rapor sunar.

Halkın Kurtuluşu Ordusu'nun kendine ait tıp okullarının ve hastahanelerin de içinde olduğu geniş bir sağlık kuruluşları ağı vardır.

Hükümet dışı kuruluşların sağlık hizmetleri alanındaki rolü sınırlıdır. Sağlık hizmeti sunan tesislerin çok azını işletirler. Özürlüler Birliği ve toplumdaki bazı gönüllü birlikleri gibi hükümet dışı kuruluşlar önemli roller oynayabilirler.

Sağlık sistemindeki reformla, bu kuruluşların gelecekte daha önemli roller üstlenmesi beklenmektedir.

Sağlık Bakanlığının sağlıkla ilgili düzenlemeleri, hastalıkların kontrolü, sağlığın izlenmesi ve sağlık hizmetlerinin yönetimine ilişkindir. Sağlık hizmetleri yönetimi, sağlık kuruluşlarının ve eczahanelerin idaresi, ana ve çocuk sağlığı hizmetleri, salgın hastalıkların kontrolü, araştırma ve eğitim, planlama ve finansman, insangücü, geleneksel tıp ve dış işler ile ilgili konuları kapsar.

Sağlık hizmetlerine yönelik olarak politika üretimi merkezîyetçilikten uzak bir yapıya doğru gelişmektedir. Sağlık politikasının hedefleri merkezi yapı tarafından belirlenir, sağlık politikası ve planlama etkinliklerinin çoğu ulusal düzeyde yapılırken, bunların uygulanmasına yönelik çalışmalar taşra teşkilatları düzeyinde veya daha alt düzeylerde yapılmaktadır. Bu da ülkenin çeşitli bölgelerinde farklı uygulamalara yol açmaktadır. Son yıllarda taşra düzeyindeki Sağlık Büroları, kendilerine ait sağlık hizmetlerinin planlanması ve yerleştirilmesi konusunda daha fazla yetki kazanmıştır. Bunlar doğrudan yerel hükümetlere rapor verirler, ancak hala merkezi hükümetten teknik rehberlik ve yönlendirme alırlar (3/10,11).

### II.3. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu

Çin son 20 yıl içinde yaşanan sosyoekonomik değişiklikler dikkat çekicidir. Sağlık sistemindeki değişiklikler ise dış dünya tarafından çok az bilinir. Özellikle son beş yıl içinde, sağlık sektörü tam bir reform geçirmiştir. Reformun amacı, hastahane tabanlı olarak gelişmiş olan mevcut sağlık sisteminin, topluluk tabanlı bir hale getirilmesi için, genel pratisyenlik uygulamaları ile güçlendirilmesidir. Bugün Çin'in 1,3 milyar nüfusu vardır. Sağlık kuruluşlarına yıllık 3 milyar başvuru olmaktadır. Çin gibi büyük bir ülkede sağlık sisteminde büyük değişiklikler yapılmaya başlandığında, olumlu şeylerin yanı sıra bazı riskler de doğmaktadır.

Yeni Çin'in 1949'da kuruluşundan bu yana sağlık hizmetinin sunumu üçlü sac ayağı biçiminde bir yapıda gerçekleştirilmiştir. Topluluklar arasındaki dikey örgütlenme ağı oluşmuş olup, kentsel alanlardaki ikincil ve üçüncül kademe tedavi hastahaneleri, kırsal alanlarda da sağlık birimleri bu üçlü sac ayağını oluşturan öğelerdir. Bu yüzden şehirlerdeki sağlık sistemi hastahane tabanlı olup, topluluk sağlığına ya da genel pratisyenlik uygulamalarına dayanmamaktadır. Sağlık sisteminin reformdan geçirilmesi kararı hükümet tarafından 1997 yılında alınmış, o zamandan bu yana şehirlerde önemli değişiklikler yapılmış, bölge ve topluluk hastahanelerinin birçoğu topluluk sağlık merkezlerine dönüştürülmüş, bu merkezlerde çalışan uzmanlar da yeniden eğitimden geçirilerek genel pratisyenlere dönüştürülmüştür. Topluluk sağlık hizmetlerine ve genel pratisyenliğe yönelik birçok uygulama böylece gerçekleştirilmiştir (5/1).

Son 50 yıl içinde, sağlık hizmetlerinin sunumu hem sağlık kuruluşlarının sayısı hem de buralarda çalışan insangücü açısından sürekli olarak büyümektedir. 2003 yılı sonu itibariyle 806.000 sağlık kuruluşu mevcut olup, bunlardan 515.000'i köy klinikleri, 17.800 tanesi genel hastahane, 44.300 tanesi kasaba sağlık merkezi ve 3.600 tanesi hastalık kontrol merkezi, 3.000 tanesi ana ve çocuk sağlığı merkezi, 1.700 tanesi çeşitli hastalıkların tedavisine yönelik kuruluşlardır.

Köylerdeki sağlık merkezlerinde 870,000 kişi, kasaba ve daha yüksek düzeylerdeki sağlık kuruluşlarında ise 4,3 milyon kişi çalışmaktadır (6/9).

Geleneksel Çin Tıbbı, sağlık hizmetlerinin sunumunda birincil sağlık hizmetleri de dahil olmak üzere her aşamada vardır (3/19).

Üç ayaklı sağlık hizmeti sunumunun üçüncü ayağını oluşturan hizmetler bölge ve şehir düzeyinde çalışan hastahaneler tarafından verilir. Bu hastahanelerde acil müdahale hizmetleri, yataklı tedavi hizmetleri ve daha karmaşık hastalıklara yönelik olarak ayakta tedavi hizmetleri verilir. Genellikle bu kuruluşlarda hizmet veren doktorlar uzman hekimlerdir. Hastahanelerin çoğu genel hastahanelerdir, ancak ruh sağlığı, ana ve çocuk sağlığı, pediatri ve ağız sağlığı gibi konularda hizmet veren ihtisas (özel dal) hastahaneleri de mevcuttur. Bu hastahanelerin hemen hemen tamamı eğitim hastahaneleridir.

Sağlık hizmetlerinin ikinci ayağını kırsal alandaki ilçe/kasaba düzeyindeki hastahaneler ve klinikler oluşturur. Bu tesisler acil servis, ayakta tedavi ve yataklı tedavi hizmetleri sunarlar. Ancak bu sağlık hizmetleri hem nicelik hem de nitelik olarak üçüncü ayaktakilere göre oldukça zayıftır. Ayrıca ikinci ayak içinde yer alan tesislerden bazılarında birincil sağlık hizmetlerine yönelik olan önleyici sağlık hizmetleri, ruh sağlığı hizmetleri, ana ve çocuk sağlığı hizmetleri, ağız bakımı ya da yaşlı bakımı gibi birimler de mevcuttur. Bazı bölgelerde, ikinci ayağa ait sağlık hizmetleri birinci ve üçüncü ayağa bağlı sağlık hizmetleri ile birbirine girmiş durumdadır.

Birincil sağlık hizmetleri genellikle topluluk sağlık merkezleri (ve bazı sağlık klinikleri), kasaba sağlık merkezleri ve köy sağlık kliniklerinde çalışan kırsal alan doktorları tarafından verilir. Bu tesisler, ayakta tedavi hizmetlerini, evde bakım hizmetlerini, ev ziyaretlerini, sağlık taramalarını, sağlık konsültasyonlarını, sağlık konulu eğitimleri, ana ve çocuk sağlığı hizmetlerini, yaşlı bakımını, kronik hastalık bakımlarını, ruh sağlığı hizmetlerini, enjeksiyon işlerini ve çeşitli bakım hizmetlerini sunar.

Bu üç ayaklı sistem içinde bir sevk zinciri zorunlu değildir ve sevk zinciri halkın istediği yerde hizmet alabilme hakkına sahip olduğu konusundaki bilinçle daha da zayıflamıştır. Bu zincirin zayıflaması ile üçüncü ayaktaki hastahanelerde yığılımlar yaşanmaktadır (3/19).

Özel sağlık sektörü sürekli olarak büyüme göstermektedir. Buna en güzel örnek köylerde hizmet veren kliniklerin %50'sinin özel kuruluşlar tarafından işletiliyor olmasıdır. Kentsel alanlarda özel hastahanelerin sayısı hızla artmaktadır. Kırsal alanlarda özel sektörün ağırlığının artmasıyla ortaya çıkan en önemli sorun, özel kliniklerle koruyucu sağlık hizmetlerine nasıl yanıt verilebileceği konusudur (6/9).



### II.3.1. Kırsal Alanlarda Sağlık Hizmetleri Sunumu

Çin'in 1,3 milyarlık nüfusunun %70'i yani 900 milyon kişi kırsal alanlarda yaşamaktadır. Bu %70'lik kesim, Çin sağlık kaynaklarının yaklaşık %20'lik kısmını kullanmaktadır. Kentsel alanlarda yaşayanlar, yani %30'luk kesim ise sağlık hizmetlerine, hem hastahane ve klinik sayısı açısından hem de sunulan hizmetlerin kalitesi yönünden daha geniş imkanlara sahiptir (1/2).

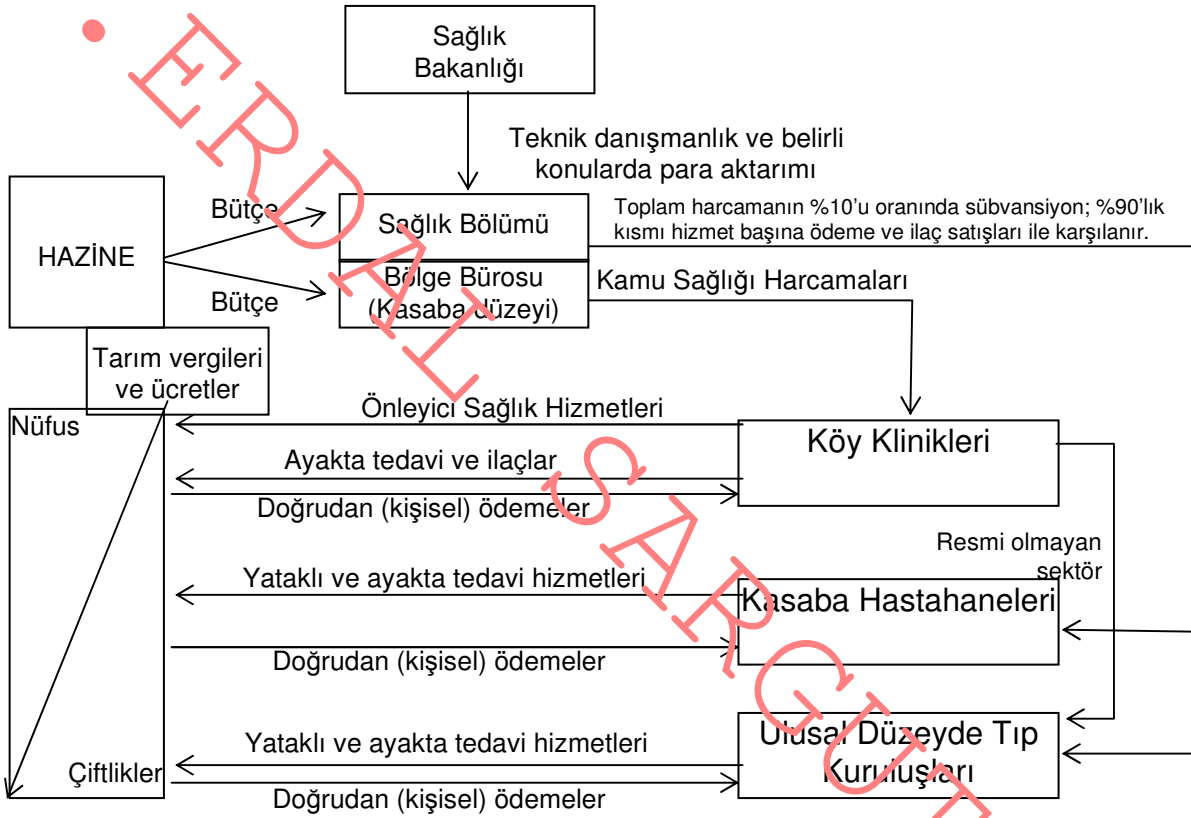
Kırsal alanda kasaba düzeyinde hizmet veren 49.000 sağlık kuruluşu bulunmakta olup, bunların toplam yatak kapasiteleri 735.000 kişi, sağlık personeli sayısı da 1,03 milyon kişidir. Sağlık kliniklerine sahip köyler, Çin'deki toplam köy sayısının %89,8'ini oluşturur (3/19).

1980'lerin başında, kırsal alan sağlık hizmetleri sistemi, komünal kuruluşlardan, birinci basamak sağlık hizmetleri sunan özel kuruluşlara dönüşmüştür. Birçok bölgede sağlık hizmetlerine erişim ödeyebilme gücüyle oranlıdır ve birçok kişi sağlık hizmetlerine yönelik bu ödemeleri yapamayacak güçtedir. Çiftçilerin düşük gelirleri merkezi hükümet için bir sorun teşkil etmektedir, çünkü bu durum kırsal alanlarda sağlık sigortası sisteminin yaygınlaşması konusunda bir engel oluşturmaktadır. İlçe düzeyindeki hastahanelerde ortalama ayakta tedavi ücreti 6 ABD\$, yataklı tedavi ise 132 ABD\$ civarındadır. Bir kişinin hastahane kalışı için ödediği ortalama ücret, kırsal nüfustaki ortalama kişisel yıllık gelirin %50'sini aşabilmektedir. 2000 yılında kırsal alanlardaki hastaların %87,3'ü sağlık harcamalarının tamamını kendileri ödemişler, bunların %25'i ücretleri ödeyebilmek için borçlanmak zorunda kalmıştır. Hastaların %60'ı, faturaları ödeme gücü olmadığından, hastahaneyi tedavileri tamamlanmadan terk etmiştir.

Kırsal alan hastaları, kırsal alanlarda verilen sağlık hizmetlerinden memnun değildirler. Kırsal alan hastaları sıklıkla kendilerine yönelik sağlık hizmetlerini atlayarak, bir uzmana görünmeyi ve masa altından Kızıl Zarf (hong pao denilen bahşış türü rüşvetler) yoluyla ödemeler yapmayı tercih etmektedirler. Kızıl Zarf yönteminin en önemli nedeni, kırsal alandaki Çinlilerin köy, kasaba ya da ilçe sağlık hizmeti tesislerini yetersiz görmeleridir. Kırsal alan Çinlileri kent hastahanelerine uzman hekimlerden daha iyi hizmet almak umuduyla gitmektedirler.

Kırsal alan sağlık hizmetleri sisteminde son yıllarda birçok reform yapılmıştır. 29 Ekim 2002 tarihinde hükümet Devlet Konseyi'nin sunduğu bir çözümle kırsal alanlardaki sağlık sisteminin güçlendirilmesine yönelik bir çalışma hazırlamıştır. Bu çalışmada kırsal alanlarda yaşayan çocukların %90'ının 2010 yılına kadar salgın hastalıklara karşı aşılınmalarının sağlanacağı belirtilmiştir. Bu kırsal alan planının bir diğer amacı da tüberküloz, AIDS ve iyot eksikliği gibi hastalıklara yönelik olarak ilçelerde modern ölçüm ve denetleme tesislerinin kurulması, ayrıca doğum yapan kadınlar ve çocuklar için sağlık hizmetlerinin daha etkili bir şekilde verilmesidir. Tüm kasaba sağlık merkezlerinin doğum esnasında zorluk çekebilecek kadınlara gerekli tıbbi müdahaleyi yapabilecek düzeye getirilmesi hedeflenmektedir.

Şema 1 : Çin Kırsal Alan Sağlık Sistemi İdari Yapısı



**Kaynak:** (4) Eggleston, K., Wang, J., Rao K., (2005) From Plan To Market In The Health Sector? China's Experience, Department of Economics Working Paper, Tufts University, Medford, MA, s. 29.

Böylece 2010 yılında 2000 yılına göre doğum esnasında ölen kadınların sayısında %25, çocuk ölümlerinde de %20 azalma olması beklenmektedir. Bu planlar içinde hükümete ait olmayan sağlık kuruluşlarının kırsal alanlarda çalışmalarını teşvik edecek çeşitli fonların oluşturulması ve kentsel alanlarda çalışan sağlık personelinin kırsal alanlarda çalışmaya yönlendirilmesi, kırsal alanlarda çalışan doktorların da daha iyi eğitim almalarının sağlanması da yer almaktadır.

21 Kasım 2002 tarihinde, Çin hükümeti Kooperatif Tıbbi Hizmetleri adı altında, yeniden kooperatiflere yönelik bir sağlık sistemi oluşturmuştur. Bu bir sigorta sistemidir ve bu sigorta sisteminin kademeli olarak 2010 yılına kadar kırsal alandaki herkesi içine alacak şekilde genişlenmesi hedeflenmiştir (1/6,7).

### II.3.2. Kentsel Alanlarda Sağlık Hizmetleri Sunumu

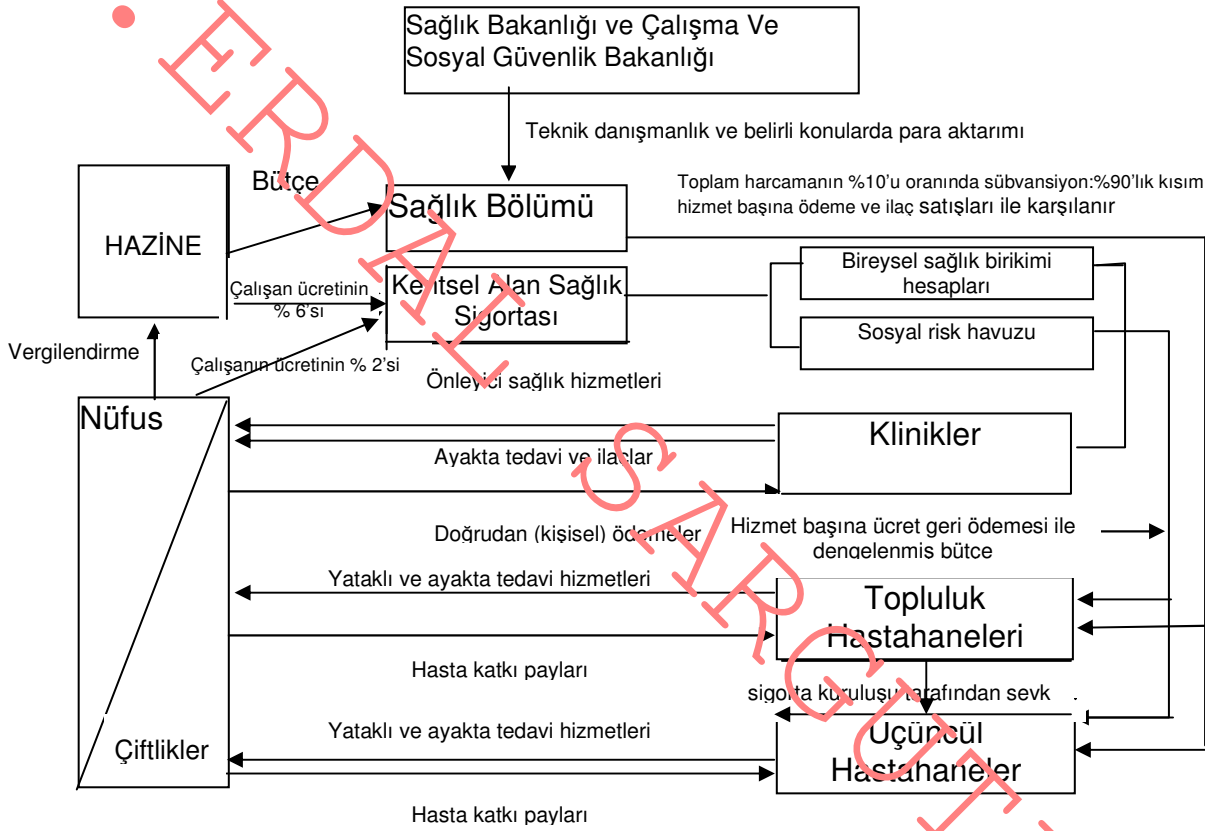
Çin'in 1978'de dünyaya açılmasından sonra, kentsel alanlarda sağlık hizmetleri ve sigorta sistemi merkezi hükümet tarafından yönetilen komünal kooperatif bir sistemle koruma altına alındı. 1980'lerden günümüze değin, iki aşamada yürütülen ve kentlerde çalışanların sağlıklarının korunmasına yönelik bir dizi reform gerçekleştirilmiştir.

İlk aşamada, 1980-1991 yılları arasında maliyetlerin artışına yönelik bir dizi önlem alınmıştır. Talep yönelimli ve arz yönelimli olarak maliyet ölçümleri sisteme dahil edildi ve hastahanelere ekonomik inisiyatifler tanındı.

İlk aşamadaki reformlar tamamlanamadı ve yarım kaldı. Reformlar sosyoekonomik politikalarındaki değişimleri hesaba katmamıştı ve sağlık sektörünün fiyatlandırma yapısı reformlarla uyum sağlamadı. Fiyatlar ortalama ya da fakir Çinlilerin temel sağlık hizmetlerine ulaşabilmelerine olanak tanıyacak şekilde ayarlandı ve sağlık hizmetini sunan kuruluşlar gerçek maliyetlerin altında hizmet vermeye zorlandı. Sağlık hizmeti sunucuları da açıklarını ilaç fiyatlarından ve ileri teknoloji gerektiren testlerle kapatmaya çalıştı. Bu fiyatlandırma yapısı ileri teknoloji tıbbi ekipmana büyük yatırımları beraberinde getirdi ve ilaç reçetelerinin gereğinden fazla yazılmasına neden oldu. Çinlilerin birçoğu reçeteli ilaçların fiyatlarının yüksekliğinden yakınmaya başladı.

Reformların ikinci aşaması, zamanın daha temel sorunlarına yönelikti. Özellikle sosyal korumaya yönelik standartların yükselmesi, ekonomik reformlarda daha fazla başarıyı gerektirdi. 1992 yılında Guandong bölgesindeki Şenzen şehri pilot bölge olarak seçildi ve şehir çapında sağlık sigortası uygulamasına geçildi. Bu kapsayıcı sağlık sigortası sisteminde sağlık hizmetlerinin finansmanı için bireylerin sağlık harcamaları için yaptıkları birikim hesapları ve sosyal risk havuzlarına ait fonlar kullanıldı. 1996 yılının başlarında bu reform 50'nin üzerinde şehirde uygulanmaya başlandı (1/7,8).

Şema 2: Çin Kentsel Alan Sağlık Sistemi İdari Yapısı



**Kaynak:** (4) Eggleston, K., Wang, J., Rao K., (2005) From Plan To Market In The Health Sector? China's Experience, Department of Economics Working Paper, Tufts University, Medford, MA, s. 30.

### II.3.3. Ana Ve Çocuk Sağlığı

Çin'de 15 yaş ve altındaki çocuklarla 16 yaş ve üzerindeki kadınlar, nüfusun üçte ikisini oluşturmaktadır. Bu nedenle, bu iki gruba yönelik sağlık hizmetleri büyük önem taşımaktadır. Genel hastahanelerdeki doğum ve çocuk bölümlerine ilave olarak uzmanlaşmış doğumevleri, çocuk hastahaneleri ile ana ve çocuk bakımı merkezleri bulunmaktadır. 1995'te Çin'de 30.000'in üzerinde yatağa sahip 330'u aşkın kadın hastalıkları ve doğum hastahanesi ile sağlık hizmet merkezi bulunuyordu. 1995'te ayrıca 9.000 yataklı 35 çocuk hastahanesi ile 2.832 ana ve çocuk sağlığı kliniği vardı. Yukarıda belirtilen uzmanlaşmış sağlık kurumları ile birlikte kentel ve kırsal temelli sağlık kuruluşları ve genel hastahanelerin doğum ve çocuk bölümleri, kadın ve çocuklar için ülke çapında sağlık hizmeti ağı oluşturmaktadır.

1978'den itibaren hamile kadınlar için bir sağlık hizmeti programı uygulanmaktadır. 1980'lerden sonra ana ve çocuk bakımı ve planlı bağışıklık sorumluluk sistemi geliştirilmiştir. Bütün bunlar ana ve çocuk bakımı kalitesini büyük ölçüde artırmış, ana ve çocuk bakımı kapsamını genişletmiştir. Sonuçta 1949 yılında binde 15 olan hamile kadınlar arasındaki ölüm oranı, 1995'te binde 0.619'a düşmüştür. Kadın sağlığının daha iyi korunması için Çin hükümeti, adet, hamilelik, doğum, emzirme ve menopoz dönemlerinde kadınlar için koruyucu önlemler alınmasını öngören "Kadın İşçi Ve Memurlar İçin İşçi Koruma Yönetmeliği", "Kadın İşçi Ve Memurların Sağlık Bakımı Konusundaki Geçici Yönetmelik", ve "Ana Ve Çocuk Sağlığı Yasası"nı yayınlamıştır. Örneğin, kadın memur ve işçiler, ağır, yüksek sıcaklıklarda ve soğuk suda çalışma ile, adet dönemleri sırasında büyük gayret gösterilmesini gerektiren açık alandaki çalışmalardan muaf tutulmaktadırlar. Hamile memur ve işçilerin, çalışma yükü azaltılmakta ve yedinci aydan sonra gece vardiyasından muaf tutulmaktadırlar. Tam ücretli doğum izni genellikle 90 gün sürmektedir. Çocuklarını emzirmekte olan çalışan annelere, çocuklarını beslemeleri için çalışma saatleri içinde günde iki kez 30 dakika izin verilmektedir. Oldukça fazla sayıda kadın işçi ve memura sahip birimlerin kadın işçiler için kliniklere, hamileler için dinlenme odalarına, emzirme odalarına ve çocuk bakım kolaylıklarına sahip olmaları zorunludur. Çin hükümeti, çocuklar için planlı bir bağışıklık kazandırma programı uygulamaktadır. Çocuklara doğumda planlanan aşıların gösterildiği bir kart verilmektedir. Yapılan aşılar arasında boğmaca, difteri toksoid ve tetanus toksoid karışımı, BCG (Bacillus Calmette-Guerin), çocuk felci ve kızamık aşıları bulunmaktadır. İlk aşılama ve bebeklik dönemi sırasındaki daha sonraki ilave aşıların masrafları devlet tarafından karşılanmaktadır. Yeni doğmuş bebekler ve bebeklerin bakımına ilişkin sistemli yöntemler, aile planlama politikaları ile birlikte uygulanmaktadır. Çocukların gelişimi, düzenli kontrollerle izlenmekte ve dosyaları tutulmaktadır. Bu yöntem, kansızlık, raşitizm, zatürree ve ishal gibi yaygın çocukluk hastalıkları ile mücadelede yardımcı olmaktadır. 1985 yılında yapılan bir çocuk sağlığı izleme anketi, bir ile yedi yaş arasındaki çocukların ortalama boyunun, 1975 yılındaki ortalamaya göre 1,5 santimetre arttığını ve ortalama ağırlığın 0,5 kilogram arttığını göstermiştir.

1995 yılında yapılan üçüncü anket, Çinli çocukların gelişme düzeyi ve beslenme durumunun iyileşmeye devam ettiğini, bir ile yedi yaş arasındaki çocukların boyu ve ağırlığının, özellikle ekonomik açıdan hızla gelişen bölgelerde ikinci anketle karşılaştırıldığında arttığını ortaya koymuştur (13/3).

### II.3.4. Eczacılık Sektörü

Çin'de eczacılık sektörünün yıllık getirisi 20 milyar ABD Dolarıdır. Bunlar arasında yabancı şirketlerle yerli firmaların ortaklığının payı %48, yerli üretimin payı %30 ve ithal ürünlerin payı da %22'dir. Ecza sanayinin boyutunun 2020 yılında ABD ecza sanayisinin boyutu ile aynı olacağı tahmin edilmektedir. Yabancı şirketlerle yerli firmaların ortaklığı şeklindeki ilk üretim 1980 yılında gerçekleşmiş ve daha sonraki yıllarda 1.790 ortaklık kurulmuştur. Yabancı yatırım tutarı 200 milyon ABD dolarından fazladır.

Çin sağlık sisteminde ilaç fiyatları oldukça yüksektir, çünkü bazı doktorların maaşları ve sağlık kuruluşlarının giderlerinin büyük bir kısmı ilaç satışlarından elde edilen kâr ile sağlanmaktadır. Çin hastahanelerinin giderlerinin %70'i ilaç satışlarından karşılanmaktadır.

Ecza Sanayi Denetim Kanunu 1 Aralık 2001 yılında yürürlüğe girmiştir ve bu kanunla yerli üreticilerin uluslararası kural ve standartlarda üretim yapmaları sağlanmıştır. İstatistikler Çin'de 1990 yılında 3.700 ilaç üreticisi bulunurken bu sayının 1998 yılında 7.500'e çıktığını göstermektedir. Ancak bu firmaların çok az bir kısmı gerekli üretim sertifikalarına sahiptir (1/13,14).

Çin hükümeti 1995 yılında Ulusal Temel İlaç Listesi'ni yayınlamıştır ve bu liste her üç yılda bir yenilenir. İlk yenileme yılı olan 1998'de ithal ilaçların sayısı 101'den 10'a indirilmiştir. Tahmin edilebileceği gibi hükümet ithal ilaçların reçeteli olarak yazılmalarını mali bir külfet olarak kabul etmektedir. 1999 yılında ise A listesi ve B listesi olarak ilaçlar geri ödeme sisteminde ikiye ayrılmıştır. Bu listeler ulusal hükümet tarafından belirlense de eyaletler yönetimlerinin bu listelerde ufak değişiklikler yapma yetkisi vardır.

A listesindeki ilaçlar temel ilaçlardır ve geri ödemeleri tam olarak yapılır. B listesindeki ilaçlar ise yüksek fiyatlı ithal ilaçlardır. Bu listede yer alan ilaçların geri ödemeleri kısmen yapılır. Her iki listede de yer almayan ilaçlar reçeteli olarak yazılabilir, ancak bunlara ait herhangi bir geri ödeme yapılmaz (10/18).

### II.3.5. Geleneksel Çin Tıbbi

Geleneksel Çin Tıbbi, dünya çapında tedavi edici etkileri ile bilinen, tarihi öneme sahip değişik tanı ve tedavi yöntemlerinden oluşur. Geleneksel Çin Tıbbi farmakolojinin modern tekniklerini tamamlayıcı bir unsur olarak kullanılabilir. Geleneksel Çin Tıbbinin ana teorisi iç organları (zang fu), meridyenleri (akupunktur noktaları), paralel kanalları, kan ve vücut sıvılarını, hastalıkları tanıtmaktan oluşur. Geleneksel Çin Tıbbinin tanı koyma yöntemi dört aşamadan oluşur: Tenin incelenmesi, vücudun dinlenmesi, nabzın sayılması ve hastaya durumunun doğrudan sorulması. Geleneksel Çin Tıbbinin ilaç tedavisine ise sıklıkla akupunktur, masaj terapisi ve soluk alıp verme egzersizleri (qigong) eşlik eder.

Çin, kendi modern sağlık sistemini geliştirmeye çalışırken, Batı Tıbbi ile geleneksel Çin Tıbbının bir sentezini yaratmaya çalışmıştır. Son yıllarda bu sentezle birçok hastalığın ve rahatsızlığın üstesinden gelinebildiği görülmüştür. Çin, Japonya, ABD ve Almanya arasında geleneksel Çin Tıbbi uygulamaları üzerine ortak çalışmalar yürütülmektedir. Bunun yanı sıra Dünya Sağlık Örgütü geleneksel tıp yöntemleri ve farmakolojisine yönelik olarak Çin'de yedi adet merkez kurmuştur.

Çin'de bilinen 10.000 kadar popüler bitkisel ilaca yönelik olarak henüz çok küçük çaplı araştırma ve geliştirme çalışmaları yapılabilmektedir (1/15,16).

Çin Tıbbında uygulanan geleneksel tedavi yöntemlerinden en önemileri Zang-Fu ve Akupunkturdur.

Zang-Fu: İnsan vücudundaki iç organları ifade eder. Organları böyle ikiye ayrılmasının nedeni fonksiyonlarındaki farklılıktır. Zang, besleyici maddelerin özlerini imal eder ve bunları biriktirir. Fu; gıdaları alır, sindirir, atık maddeleri salgılar ve bu atık maddeleri vücuttan atar.

Kanallar ve kollaterallerin görevleri; Qi ve kanın vücutta sirkülasyonu sağlamak, dokuları besleyip ısıtmak, Zang-Fu organların bütünlüğünü sağlamak dört ekstremitenin, cildin, kasların, tendonların ve kemiklerin fonksiyonlarını düzenlemek, organik bütünlüğü sağlamaktır. Kanalların ve kollaterallerin fonksiyonel güçlerinde düşme olursa organizma ekzojenik patojenik faktörlere açılır, bundan sonra da patojenik faktörler kanallar ve kollateraller vasıtasıyla vücudun içlerine, derinliklerine nüfuz ederler, ilgili organlara ait semptomlar ve hastalıklar ortaya çıkar.

Akupunktur: Akupunkturun başlangıcı Çin'de neolitik döneme kadar uzanmaktadır. Çok muhtemeldir ki, insanlar günlük tecrübeleri sonunda vücut yüzeyindeki ağrılı noktalara bastırılmasıyla ağrı kesici etkinin oluştuğunu saptamışlar ve başlangıçta az çok sivri cisimlerle bu tür bir tedavi uygulamışlardır. Bunun ilk delilleri "Bian taşları" denilen taşlardır. Bunların en eskileri kuzey Çin'deki kazılarda saptanmıştır (Shandorf eyaleti). 10 000-4 000 yaşları arasında oldukları tahmin edilmektedir. Uzunca, ince ve sivri yontulmuş 45mm uzunluğunda ve 4mm genişliğinde dibi künt olan taşlardır. Bian taşları kısmen günümüze kadar bu amaçla kullanılmış ve zaman zaman iğne (zhen) ve taş (bian) tabirleri zhenbian şeklinde kaynaşmıştır (Wang 1981). Bian taşları ve daha sonra kemikler, ağaç dalları veya seramik cisimlerle vücut yüzeyindeki ağrılar bizde kullanılan locus-dolendi iğnelemesi adı verilen bir yöntemle (tarzla) tedavi edilmiştir.

Şimdiye kadar bilinen en eski metal iğneleri Bati Han saltanatı (MÖ 206-MS 24) dönemine aittir. Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) yayınladığı raporlara göre, akupunktur yan etkisi olmayan bir metottur. Akupunktur konusunda dikkat edilmesi gereken en önemli nokta, bu tedavi yöntemini uygulayan merkezlerin güvenilirliğidir. Çin düşüncesine göre, çeşitli olgular bir bütünlüğün parçasıdır ve birbirleriyle ilişki içindedir. Düşünce temelindeki bu farklılıklar, tıbbi uygulamada da kendini gösterir. Bati tıbbi analitiktir; derin nedensel bağlantılara girer, ayrıntılı sınıflamalar yapar. Çin tıbbında ise, semptomlar ve bulgular hep birlikte değerlendirilerek toparlanır ve bir bütüne varılmaya çalışılır.

Çin tıbbına göre hastalık belirli bir zamanda, belirli bir kişide ortaya çıkan bir olgudur. Hastalık değil, hasta ön planda değerlendirilir. Buna göre, Geleneksel Çin Tıbbında zihinsel, duygusal ve fiziksel bulgular birlikte ele alınır. Vücutta Yin ve Yang adı verilen birbirine zıt, ancak uyum içinde iki enerji vardır. Bunu gösteren ambleme Taiji (Büyük İkilem) denir. Siyah Yin'i, beyaz Yang'i simgeler. Ancak, Yin'in içinde Yang, Yang'in içinde de Yin vardır. Yin ve Yang'in dengelenmesi normalliğe, dengenin bozulması anormalliğe yol açar. Dengesiz Yin ve Yang, denge arayışı içerisinde sürekli kendilerini değiştirirler. Bu dengenin sağlanması için doktor iğneler ile, ilgili akupunktur noktalarını uyararak hastayı tedavi eder.

Akupunkturla Tedavi Edilen Hastalıklar (WHO):

- Solunum Yolu Hastalıkları: Astım, Bronşit, Sinüzit, Larenjit, Farenjit, Tonsillit. Soğuk algınlığı
- Sindirim Sistemi Hastalıkları: Aft, Diş Ağrısı, Gingivit (dişeti yangısı), Yemek borusu ve kalp spazmı, Gastrit, Ülser, Kabızlık, İshal, Kolit.
- Üro-genital Sistem Hastalıkları: Enüresis nokturna (gece altını ıslatma), Sistit, Adet düzensizliği (regl bozuklukları), Ağrılı adet, Kısırlık (infertilite).
- Endokrin Hastalıklar: Guatr, Diyabet (şeker hastalığı), Cilt Hastalıkları: Akne, Psöriazis (sedef), Zona ve sekeli, Vitiligo, Ürtiker, Ekzema.
- Nörolojik Hastalıklar: Migren ve diğer baş ağrıları, Fascial paralizi (yüz felci), Trigeminal nevralji, Dupuytren kontraktörü, Kas hastalıkları, Serebral Palsy, Meniere hastalığı.
- Psikiyatrik Hastalıklar: Stres, Depresyon, Uyku bozuklukları, Psikosomatik hastalıklar, Kekemelik, Tikler.
- Kalp-Damar Hastalıkları: Tasikardi, Ritmbozukluğu, Hipertansiyon, Hipotansiyon.
- Romatizmal Hastalıklar: Romatoid Artrid, Behçet, Lupus, Raynaud hastalığı, Tennis elbow, Anozlar (kireçlenme), Boyun-bel-diz ağrıları.
- Alışkanlıklar: Sigara, Alkol, Uyuşturucu.
- Alerjiler,
- Diğer: Kronik yorgunluk, El-ayak yanmaları, Aşırı terleme, Sellülit, Obezite (şişmanlık) (1/3/2,3).

### II.3.6. İnsan Kaynakları Ve Eğitim

1949 yılından bu yana Çin'de sağlık alanında çalışan insan (geleneksel Çin tıbbi doktorları, Batı Tıbbi doktorları, hemşireler, eczacılar, laboratuvar teknisyenleri, diğer teknisyenler, ebeler ve diğer tüm sağlık alanında çalışanlar) sayısında büyük bir artış gözlenmektedir.

Kentsel alanlardaki sağlık merkezlerinde çalışanlar doktorlar, hemşireler, memurlar ve diğer sağlık çalışanlarından oluşur ve sayıları 50-100 arasında değişir. Köylerdeki sağlık kliniklerinde ise genellikle bir köy doktoru ve iki hemşire bulunur. Bazı kliniklerde ise sadece bir köy doktoru bulunur. Bunların çoğu akut sağlık sorunlarında hizmet sunarlar. Hemşireler ise koruyucu sağlık hizmetlerinden sorumludurlar (3/23-24).



**Tablo 1: Sağlık İnsangücü**

	Toplam Sayı	10.000 kişiye düşen sayı
Doktor	1.830.000	14,16
Eczacı	357.659	2,78
Hemşire	1.240.000	9,60
Sağlık alanı ile ilgili diğer personel (tıbbi yardımcılar, laboratuvar teknisyenleri, röntgen teknisyenleri)	209.144	16,28

**Kaynak:** (9) WHO (2004) Health Information and Evidence for Policy Unit of the WHO Regional Office for the Western Pacific. China, s. 59.

Doktorlar, hemşireler ve diğer sağlık personelinin eğitim süreleri ve aldıkları eğitimin türü ile ilgili bilgiler Tablo 2'te verilmiştir.

**Tablo 2: Sağlık Çalışanlarının Eğitimleri İle İlgili Genel Bilgiler**

Kategori	Sağlık Personelinin Türü	Eğitim Ve Öğretimin Türü	Süre
I	Geleneksel Çin tıbbi doktorları, Batı tıbbi doktorları, baş hemşireler, eczacılar, laboratuvar teknisyenleri ve diğer teknisyenler	Bir üniversitede ya da yüksekokulda yüksek öğrenim (tıp ya da tıp dışı)	En az üç yıl ve üzeri (genellikle dört veya 5 yıl)
II	Çin tıbbi sağlık görevlileri, Batı tıbbi sağlık görevlileri, yardımcı hemşireler, ebelere, eczacı kalfaları, yardımcı laboratuvar teknisyenleri ve diğer yardımcı teknisyenler	Orta öğretim düzeyinde eğitim veren sağlık okulları	Üç ila dört yıl
III	Çin tıbbının diğer doktorları; hastabakıcılar, vs.	Hastahaneler, klinikler veya orta derecede öğretim veren sağlık okulları	3 ay ila 1 yıl

**Kaynak:** (3) Hua, F., Di, X. (2002) Case Study China, s. 27.

#### II.4. Sağlık Hizmetlerinin Mali Yapısı

Maliye Bakanlığı, merkezi hükümetin sağlık için ayırdığı bütçeyi yönetir ve hükümet çalışanları için uygulanan sigorta sisteminin finansmanını sağlar. Hükümet her düzeydeki sağlık hizmetlerinin yürütülmesi için kamu sağlığı hizmetlerine ve sağlık hizmeti sunan kuruluşlara sübvansiyonlar uygular. Sübvansiyonlar hükümetin sağlık işlerindeki sorumluluklarına göre belirlenir.

Genel olarak, 1980'lerin başından beri, merkezi hükümetin sağlık hizmetlerinin finansmanına katkısı azalmakta ve kullanıcı ücretleri ile doğrudan (kişisel) ödemelerin payı gün geçtikçe artmaktadır (3/13).

1990 ila 2000 yılları arasında Çin sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı hızla artmış ve 2000 yılında oran %5,3'e ulaşmıştır. Çin sağlık harcamalarındaki en dramatik ve endişe verici konu sağlık harcamalarını yapısında yaşanan değişimdir. Birçok ülke gelişirken sağlık harcamaları içinde kamunun payını artırırken, bu pay Çin'de düşmektedir. Eğer bu özel sektör harcamalarına insanların masa altından (Kızıl Zarf) yaptığı ödemeler de eklenirse özel sektörün payının daha da arttığı görülecektir (4/8).

Sağlık hizmetlerine kaynak bulunması ve ayrılması konusunda her alanda eşitsizlikler yaşanmaktadır. 2003 yılında kırsal kesim nüfusunun %79'u ve kentsel nüfusun %45'i herhangi bir sağlık sigortası kapsamında değildir (6/1).

Devletin sağlık sektöründeki azalan rolü, bireysel özel sağlık kuruluşlarının ve diğer sektörlerin sorumluluklarını artırmıştır. Kamu hastahanelerinin finansmanı üç kaynaktan karşılanır: Hükümet sübvansiyonları, kullanıcı ücretleri, ilaç ücretleri. Hükümet sübvansiyonlarının ana kaynağı yerel yönetimlerdir. Eyalet, il ve kasaba yönetimleri kendi alanlarındaki hastahanelerden sorumludurlar. Bu üç kaynak arasındaki denge son 25 yıl içinde belirgin şekilde değişmiştir. 1980 yılında hükümet sübvansiyonlarının, kullanıcı ücretlerinin ve ilaç satışlarından gelen payın oranları sırasıyla %21,4, %18,9 ve %37,7 iken, 2000 yılında hükümet sübvansiyonlarının oran %8,7'ye düşmüş, kullanıcı ücretleri ve ilaç satışlarından gelen paylar ise sırasıyla %40,2 ve %47,1'e yükselmiştir.

Kamu, kolektif ve özel köy klinikleri için, kullanıcı ücretleri ve özellikle ilaç satışları finansmanın ana kaynaklarıdır. Kasabalarda ve ilçelerde sağlık kuruluşlarında çalışan personelin maaşlarının sadece bir kısmı hükümet bütçesinden karşılanır, kalan kısmın finansman kaynağı kullanıcı ücretleridir. Bu finansman yöntemi, önleyici, geliştirici ve diğer topluluk esaslı sağlık hizmetlerine yönelik uygulamalardan, hastaların doğrudan ödeme yaptıkları bireysel klinik hizmetlerine doğru bir yönelime neden olmaktadır. Sonuçta bazı salgın hastalıkların ve sık rastlanan hastalıkların denetlenmesi ve önlenmesi konusunda olumsuz sonuçlar doğurmaktadır.

1980'li yılların ortasından sonraki uygulamalarda, kullanıcı ücretleri kamu sağlığı programlarına da konulmuştur. 2000 yılında yayınlanan bir rapora göre, hastalık denetim istasyonlarının işletim giderlerinin %50'si kullanıcı ücretlerince karşılanmıştır.

İşletmeler, işçi ve memurların bakmakla yükümlü oldukları birinci dereceden yakınlarının sağlık giderlerinin yüzde 50'sini ödemektedirler.

Yüksek öğrenim kurumlarındaki öğrenciler de ücretsiz sağlık hizmetlerinden yararlanmaktadır. Devlet organları, işçi sendikaları, idari bölümler, büyük fabrikalar ve madenler, hastalanan işçiler ve kronik hastaların iyileşmesi için ülkenin çeşitli yerlerinde sanatoryumlar açmışlardır. Taşrada ise daha fazla imkânlarla sahip bazı bölgelerde ücretsiz sağlık hizmetleri verilmesine karşın genellikle insanlar kendi sağlık giderlerinden sorumludur. Son yıllarda köylerde ilk kez komünal kooperatif sağlık hizmeti sistemi, yeniden başlatılmış veya oluşturulmuştur. Komünal kooperatif sağlık hizmeti, büyük ölçüde kamu sosyal yardım fonları ile finanse edilmekte, çiftçi aileleri de birey sayısına göre hesaplanan küçük miktarlar ödemektedirler. Köy klinikleri veya sağlık kliniklerinde doktorlara giden köylülerden indirimli ücret alınmakta veya ücretsiz sağlık hizmeti verilmektedir. Hastanın bir kasaba veya ilçe hastahanesinde tedavi edilmesinin gerekmesi halinde sağlık giderlerinin bir kısmı, komünal kooperatif sağlık fonu tarafından ödenir.

Sağlık kaynaklarının büyük bir kısmı yanlış bir şekilde ileri teknoloji ekipmanlara ve ilaçlara ayrılmış, bunların pahalı ve aşırı kullanımı yaygınlaşmıştır.

Toplam sağlık harcamaları içinde kırsal alanlara hükümet tarafından yapılan sağlık harcamalarının miktarı da her geçen gün azalmaktadır. 1993 yılında hükümet sağlık harcamalarının %34,9'u kırsal alanlara yönelikken, bu oran 1998 yılında %24,9'a düşmüştür.

Son olarak, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri arasındaki kaynak dağılımında da eşitsizlik vardır. Hükümetin yaptığı toplam sağlık harcamalarında tedavi edici hizmetler %81,8 oranında pay alırken, kamu sağlığı programlarına %10,9 oranında pay ayrılmıştır. Kalan %7,3'lük kısım rehabilitasyon hizmetlerine (%0,6), yardımcı sağlık hizmetlerine (%2), sağlık yönetimine (%1,6) ve yatırımlara (%3,2) ayrılmıştır (677,8).

## II.5. Sosyal Güvenlik Sistemi

İlk sosyal güvenlik uygulamalarına yönelik yasal düzenlemeler 1951 yılında yapılmıştır. Bu zamandan 1980'li yıllara değin sistem hemen hemen hiç değişmeden aynı kalmıştır. 1990'lar boyunca ise sistemde o kadar sık değişiklikler yapılmıştır ki sosyal güvenlik sistemini araştıranlar raporlarını güncel tutmak konusunda zorlanmışlardır (7/5).

1980'li yılların başlarından itibaren Çin hükümeti sosyal güvenlik sisteminde bir dizi reformu uygulamaya koymuştur. Burada amaç kurum ve kuruluşlardan bağımsız, farklı kanallardan finanse edilen, geniş kapsamlı, çok kademeli ve standart özelliklere sahip bir sistem oluşturmaktır. Bu zorunlu temel sigorta sistemi ile Çin'in ekonomik düzeyine uygun olarak tüm nüfusu temel sosyal güvenlik ihtiyaçları karşılanacak ve sosyal güvenlik ağı tüm nüfusu kapsayacaktır. Bu temel sosyal güvenlik istemi dışında devlet diğer sosyal güvenlik sistemlerini de teşvik edecektir. 10 yılı aşkın bir süreç sonunda temel sosyal güvenlik politikaları formüle edilebildi, kademeli olarak uygulamaya koyuldu. Öncelikle büyük şehirlerde yaşayan çalışanlar ve emekliler sisteme dahil edildi.

Bazı kırsal alanlardaki kimseler de bu sistem içine sokuldu. 2001 yılında Çin hükümeti Lianoning Eyaletinde bir pilot program uygulamaya koydu ve programla şehirlerdeki sosyal güvenlik sisteminin iyileştirilmesine yönelik çalışmalara hız verildi.

1990'ların ortalarından sonra Çin hükümeti tüm sosyal güvenlik programlarını tek bir çatı altında toplamak için çalışmalar yürütmeye başladı. Devlete ait çeşitli yönetim birimlerinde idare edilen farklı sosyal güvenlik programları tek bir merkezi idare altında toplandı (8/6).

Sosyal sigorta sisteminin genişlemesi oldukça yavaş ilerledi, tüm kapsam sadece şehirlerde yaşayanların %50'sine ulaşabildi. Sigorta kapsamında olmayanların büyük bir çoğunluğu sağlık hizmetlerine yönelik ödemeleri doğrudan kendileri yapmaktadırlar.

Kentlerdeki sosyal güvenlik sisteminin ana sloganı "düşük faydalanma düzeyi, geniş kapsam"dı. Sigorta primleri işveren ve çalışan tarafından farklı oranlarda ödenmektedir. İşveren payı çalışanın ücretinin %6'sı ve çalışanın payı da %2'dir (4/10).

Mevcut işçi sigorta sisteminde işçiler ve memurların sağlık giderleri, sigorta tarafından karşılanmaktadır ve hasta sadece kayıt ücretinin ödenmesinden sorumludur. Ekonomik yeniden yapılanmanın derinleştirilmesiyle birlikte sağlık sigortası sisteminde de sağlık sigortası fonlarının hükümetle ilgili birim ve kişi tarafından birlikte oluşturulmasını öngören bir reform uygulanmaktadır. Ancak şu anda bu reformun uygulanmasına yönelik adımlar, birimden birime değişiklik göstermektedir. Bazı birimler eski yolu izlemeyi tercih ederken bazıları da yapılan sağlık giderlerinin yüzde 5'i ile 10'unun çalışanlar tarafından ödenmesini öngören bir yöntemi benimsemiştir. İşçiler ve memurlar, hizmet sürelerine bağlı olarak altı aya kadar hastalık izni için normal ücretlerinin yüzde 60'ı ile yüzde 100'üne eşit hastalık parası, altı aydan sonraki hastalık izni için de ücretlerinin yüzde 40'ı ile yüzde 80'ine eşit hastalık parası almaktadırlar. Emekli işçiler ve memurların sağlık giderleri devlet tarafından karşılanmaktadır(16/20).

### III. ÇİN VE TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

**Tablo 3: Çin Ve Türkiye'ye Ait Bazı Göstergeler**

Göstergeler	Çin*	Türkiye**
Toplam Nüfus	1.311.709.000	71.325.000
Kişi Başına GSYİH (ABD Doları)	4.460	6.448
GSYİH'nın %'si Olarak Toplam Sağlık Harcaması	5,8	6,5
Toplam Sağlık Harcamasının %'si Olarak Özel Sağlık Harcaması	63,0	172
Toplam Sağlık Harcamasının %'si Olarak Genel Devlet Sağlık Harcaması	33,7	65,8
Genel Devlet Harcamasının %'si Olarak Genel Devlet Sağlık Harcaması	10,0	10,3
Toplam Sağlık Harcamasının %'si Olarak Doğrudan/Çepten Harcama	66,3	34,2
Kişi Başına Toplam Sağlık Harcamalarının Uluslararası Dolar Değeri	261	420
Doğumda Beklenen Yaşam Süresi (Yıl) (Her İki Cins İçin)	71,0	70,0
Bebek Ölüm Hızı (1.000 Canlı Doğumda)	32	39
Toplam Doğurganlık Hızı	1,8	2,4
60 Yaş Üzeri Nüfusun Yüzdesi	10,5	8,2
Bir Yaşına Kadar Tam Aşılama	Tüberküloza Karşı %	89
	Kızamığa Karşı %	80
Hekim Sayısı (10.000) Kişiye Düşen	162	121
Temel İlaçlara Ulaşabilen Nüfus (%)	80-94	95-100

**Kaynak:** \*(11) WHO (2005)Collabrating Centers İn China, s:1,2.

\*\* (15) WHO (2005)Collabrating Centers İn Turkey, s:1,2.

Sosyalist bir ekonomiden liberal bir ekonomiye geçiş süreci yaşayan Çin, 1.3 milyarlık nüfusa sahiptir. Sosyalist sistemin ülkenin her yanına yayılmış, kolektif bir yapı içinde çalışan organlarının yanında liberal ekonominin getirdiği özel girişimlerde hızla yer almaya başlamıştır. Bu hali ile Çin'deki sağlık sisteminin, merkezi planlama dışında kalan özelliklerinin (tamamen olmamakla birlikte) Özel Teşebbüs / Serbest Pazar tipi sağlık sistemine benzediği söylenebilir.

Geçiş süreci içinde ortadan kalkan sosyalist yapıların yerini özel teşebbüse ait yapıların doldurması aynı hızda olamamaktadır. Bu hız farkının doğurduğu boşluklar ise en çok sağlık sistemi içinde kendini göstermektedir.

Sosyalist sistemin getirdiği ve genellikle insanların bir arada çalıştığı komünal kooperatiflerin sorumluluğunda olan ücretsiz sağlık hizmetleriyle beraber özel teşebbüs yer almaya başlamıştır. Özellikle kırsal alanlarda yaşayan olmak üzere halkın gelir düzeyinin düşük ve sosyal güvenlik sistemlerinin yeterince yaygınlaşmamış olması nedeniyle, halkın sağlık hizmetlerini satın almakta zorlandığı gözlenmektedir.

Çin'de sosyal güvenlik sistemi, kırsal alanlarda hemen hemen hiç uygulamaya konulamamış, kentsel alanlarda yaşayan nüfusun ise sadece %50'lik kısmı sigorta kapsamı içine alınabilmiştir. Hükümetin sosyal güvenlik sistemini yerleştirmedeki en büyük sorunu, nüfusun büyük çoğunluğunu kırsal alanlarda yaşayan düşük gelirli halk için uygun bir zorunlu sigorta sistemini geliştirememiş olmasıdır.

Türkiye'de ise sosyal güvenlik sistemi nüfusun üçte ikiyi aşan kısmını kapsamış, ayrıca yeşil kart uygulaması ile herhangi bir sosyal güvenlik şemsiyesi altında yer almayan düşük gelirli vatandaşlara sağlık hizmetlerinin ulaştırılması sağlanmıştır.

Çin'de sağlık hizmetlerinin sunumunda kentsel alanlar ve kırsal alanlar arasında büyük bir eşitsizlik gözlenmektedir. Kentsel alanlarda yaşayan %30'luk nüfus sağlık kaynaklarının %80'ini kullanmaktadır.

Türkiye'de sağlık hizmetlerinin dağılımında da benzer bir durum söz konusudur. Türkiye'nin batı kesimlerinden doğu kesimlerine ve şehirlerden kırsal alanlara doğru gidildikçe sağlık hizmetlerinin zayıfladığı görülmektedir.

Çin, sosyalist bir ülke olarak görünmesine rağmen, sağlık hizmetlerinin finansmanında devletin payı oldukça düşüktür (%5,3). Hastahanelerin finansmanının büyük bir kısmı hastaların doğrudan yaptıkları ödemelerle satın aldıkları ilaçlardan elde edilen kârla sağlanmaktadır (ilaç satışlarından gelen pay %47,1). Bu yüzden ülkede ilaç fiyatları özellikle yüksek tutulmaktadır.

Türkiye'de sağlık hizmetlerinin finansmanında devletin payı Çin'e göre iki kat yüksektir. Hastahanelerin finansmanı büyük oranda sosyal güvenlik sisteminden ve devlet bütçesinden karşılanmaktadır.

Çin'in sağlık alanında en gelişmiş olduğu nokta eczacılık sektörüdür. Yerli ilaç sanayi ve yabancı şirketlerle Çin firmalarının yapmış olduğu ortaklıklarla ilaç sektörü büyük bir hızla büyümekte, ithal edilen ilaçların oranı gün geçtikçe azalmaktadır.

Türkiye'de de eczacılık sektörü oldukça gelişmiş olup, kullanılan ilaçların %80'den fazlası yurt içinde üretilmektedir.

Çin'de koruyucu sağlık hizmetlerine gereken önem verilememektedir. Bunun en önemli nedeni koruyucu sağlık hizmetlerine yönelik çalışmaların büyük bir çoğunluğunun köy sağlık ocakları tarafından yürütülmesidir. Bu sağlık ocaklarında özel sektörün payı oldukça fazladır ve bunlar finansmanların bireysel tedavi hizmetlerinden sağladıklarından, getirisi daha düşük olan koruyucu sağlık hizmetlerine yönelmek istememektedirler.

Türkiye'de ise koruyucu sağlık hizmetlerine hükümet tarafından gereken önem verilmemekte, sağlık bütçesinden koruyucu sağlık hizmetlerine %2'lik pay ayrılırken, daha pahalı bir yöntem olan tedavi edici sağlık hizmetlerine %98'lik bir pay ayrılmaktadır.

Çin'de Komünist sistemden daha liberal bir ekonomi uygulamaya geçişte, sağlık hizmetleri sistemi tam bir çelişki içerisine girmiş, halk sağlık hizmetlerinin tümüne yakınına paralı almaya başlamış, sosyal sigorta sisteminin de yaygınlaşmaması sosyal seviyenin düşmesine neden olmuştur.

Türkiye'de de sağlık sektöründe özel sektörün payı giderek artmakta fakat sosyal güvenlik kuruluşlarının yapmış oldukları anlaşmalar sosyal seviyeyi yükseltmektedir.

Çin'de hastahanelere yönelik belirgin bir sevk zinciri yoktur. Özellikle kırsal alanlarda yaşayan halk, kendi bölgelerindeki sağlık hizmetlerini yetersiz görerek, şehirlere yolculuk edip hastahanelerdeki uzman hekimlere muayene olmayı tercih etmektedir. Bu da hastahanelerde yığılmalara neden olmaktadır. Birincil sağlık hizmetlerinin sunumuna yönelik olarak aile hekimliğine benzer bir sistem yoktur.

Türkiye'de de birinci basamak sağlık hizmetleri genellikle hastahanelerin bünyesinde bulunan poliklinikler tarafından yürütülmektedir. Hastahanelerin üzerindeki bu yükün azaltılması amacıyla aile hekimliği sisteminin yerleştirilmesi yönünde çalışmalar devam etmektedir.

Hem Türkiye'de hem de Çin'de Geleneksel Tıp uygulamalarına rastlanmaktadır. Türkiye'de geleneksel tıp uygulamaları bireysel ve kontrolsüz olarak Sağlık Bakanlığından bağımsız uygulanmaya çalışılırken, Çin'de Geleneksel Tıp uygulamaları oldukça yaygındır ve yasal düzenlemelerle desteklenmektedir.

**KAYNAKLAR**

1. Genesis Technology Group (2005) The Healthcare Industry in China, [www.genesis-technology.net/careers.asp](http://www.genesis-technology.net/careers.asp).
2. Wang, S., (2004) China's Health System: From Crisis to Opportunity, The Yale -China Health Journal, C. 3.
3. Hua, F., Di, X., (2002) Case Study China.
4. Eggleston, K., Wang, J., Rao K., (2005) From Plan to Market In the Health Sector? China's Experience, Department of Economics Working Paper, Tufts University, Medford, MA. <http://ase.tufts.edu/econ>.
5. Wannian, L., Chan, D. K. Y., (2004) Community Health Care Reform and General Practice Training In China – Lessons Learned, [www.med-ed-online.org/pdf/f0000075.pdf](http://www.med-ed-online.org/pdf/f0000075.pdf).
6. Meng, Q., Shi, G., Yang, H., Gonzalez, M., Blas, E. (2004) Health Policy and Systems Research In China. [www.who.int/tdr/publications/pdf/health\\_research\\_china.pdf](http://www.who.int/tdr/publications/pdf/health_research_china.pdf)
7. Jernelöv, A(2004) Issues of Aging and Social Security In China Interim Report [www.iiasa.ac.at/Publications/Documents/IF-01-004.pdf](http://www.iiasa.ac.at/Publications/Documents/IF-01-004.pdf)
8. Information Office of the State Concil of the People's Report (2002) Labor and Socual Security In China [www.chinaembassy.org.sa/eng/22231.html](http://www.chinaembassy.org.sa/eng/22231.html).
9. Ministry of Health (2004). Statistics and Census Service (Introduction), China [www.wpro.who.int/chips/chip04/pdf/chn.pdf..](http://www.wpro.who.int/chips/chip04/pdf/chn.pdf..)
10. The China Syndrome (2001) Healthcare Provision and the Pharmaceutical Industry In Greater China. [www.inpharm.com/static7intelligence/pdf/MAG\\_7294.pdf](http://www.inpharm.com/static7intelligence/pdf/MAG_7294.pdf)
11. WHO (2005) Collabrating Centers In China [www.who.int/contry/china](http://www.who.int/contry/china).
12. Allnet (2004) Ülkeler Rehberi, Çin [www.geocities.com/allnetweb/cin](http://www.geocities.com/allnetweb/cin).
13. Boğaziçi Çin Kültür Merkezi (2005) Çin Tıbbı [www.sinoturkish.com](http://www.sinoturkish.com)
14. Axis Ansiklopedik Sözlük (2000) Çin, Doğan Kitap, C.8, S.675-677, İstanbul
15. WHO (2005) Collabrating Centers İn Turkey . [www.who.int/contry/turkey](http://www.who.int/contry/turkey)
16. Keleş, E.ve diğerleri (2000) Çin Sağlık Sistemi, İçinden: Yao, K. (1997) Çin Halk Cumhuriyeti Büyükelçiliği Yayınları, Yeni Yıldız Yayınevi, Ankara.



A. ERDAL SARGUTAN