

Date
2014-10-13

Christer Ljungwall,
Tel: +86 (0)10 6532 6480
E-mail: christer.ljungwall@growthanalysis.se

Daniel Ekström, utredningsassistent

1 Strukture reformer i hälso- och sjukvårdssektorn

1.1 Inledning

Den kinesiska hälso- och sjukvårdssektorn genomgår stora förändringar. En åldrande befolkning i kombination med urbanisering, stigande inkomster och ett mer omfattande sjukförsäkringssystem driver efterfrågan på sjukvård. Människors krav på vård av hög kvalitet till låg kostnad sätter myndigheternas hantering av såväl finansiering som utbyggnad av hälso- och sjukvårdssystemet på sin spets. Kinesiska myndigheter tar uppdraget på allvar och har under det senaste året lanserat en rad reformer som fundamentalt ändrar spelreglerna inom hälso- och sjukvårdssektorn. Målsättningen med reformerna är bland annat att långsiktigt lösa finansieringsfrågan, begränsa korruptionen, sänka priserna på läkemedel och skapa en hälso- och sjukvård med hög kvalitet och tillgänglighet. Tillväxtanalys har tidigare rapporterat kring reformerna i hälso- och sjukvårdssektorn.¹ Den här rapporten ger en uppdaterad bild av utvecklingen och diskuterar några av de nya utmaningar som tillkommit.

¹ *China's Healthcare System - Overview and Quality Improvements, Tillväxtanalys 2013.*

2 Nya riktlinjer för reformer

I samband med Nationella Folkkongressen 5-13 mars år 2014 togs beslut om att öka utgifterna för hälso- och sjukvård. Regeringens budget för 2014 innehåller ökade anslag för hälso- och sjukvård med 15,1 procent, vilket är den största ökningen av samtliga budgetposter. De sammanlagda utgifterna för hälso- och sjukvård beräknas för 2014 uppgå till 303,8 miljarder RMB (ca 322,1 miljarder SEK). Fram till år 2020 förväntas de totala utgifterna växa med 14 procent årligen och slutligen utgöra 7 procent av landets BNP jämfört med 5,1 procent 2011. Sverige spenderade samma år 9,5 procent av landets BNP på hälso- och sjukvård.

Kinesiska myndigheter presenterade dock redan år 2009 en ny plan för reformer i hälso- och sjukvårdssektorn. Planen utlovade reformer inom ett mindre antal huvudområden: snabbare utbyggnad av ett grundläggande sjukförsäkringssystem också omfattande gräsrotsnivå; framtagandet av ett system för essentiella läkemedel; förbättrad tillgång till offentliga hälso- och sjukvårdstjänster vilket även omfattar utbyggnad av offentliga sjukhus.

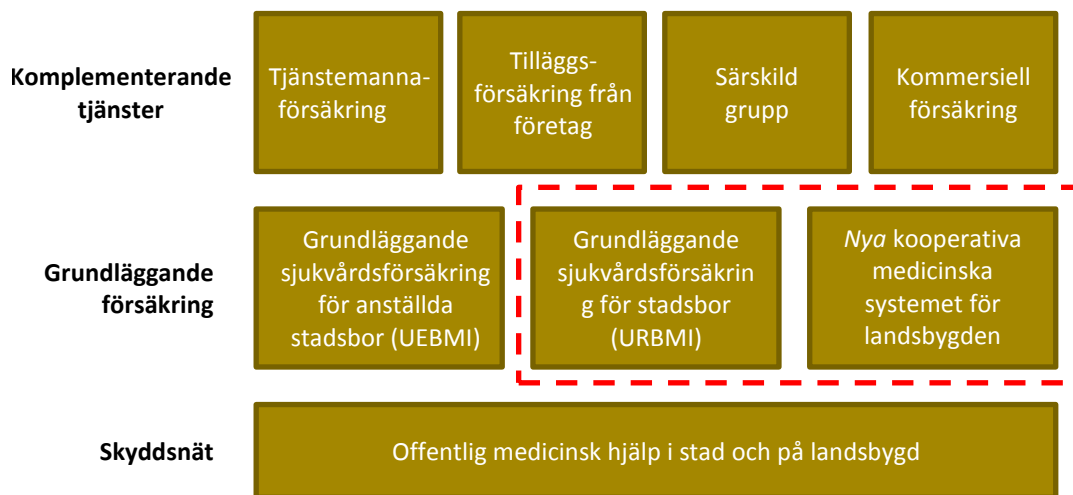
Den 13 december 2013 publicerade nio kinesiska ministerier gemensamt ett policydokument riktat till provins- och lokalregeringar med riktlinjer för det fortsatta reformarbetet. Totalt innehöll rapporten sex fokusområden som arbetet ska rikta in sig på:²

- **Läkemedelsinköp** – Den centraliserade upphandlingen ska förbättras. Även en ökad översyn av läkemedelsbolag och distributörer nämns.
- **Övervakning av medicinska institutioner och personal, samt standardisering av medicinering** – Fokuserar på övervakning och bestraffning av de personer och verksamheter som gör överutskrivningar av läkemedel eller på annat sätt agerar i egenintresse.
- **Statlig finansiering** – Striktare regleringar och reformer i statligt finansierade medicinska program. Kina siktar på att kraftigt bygga ut sitt socialförsäkringssystem fram till år 2020. Rapporten trycker på att lokala regeringar måste öka översynen för att förhindra bedrägerier och slöseri.
- **Granskning och tillstånd för mediciner och medicinsk utrustning** – Ett större fokus bör enligt rapporten läggas på att övervaka tillverkning och att säkerställa produktsäkerheten.
- **Läkemedelspriser** – Ett fortsatt arbete med att övervaka och reglera priser på läkemedel. Framförallt fokuserar rapporten på generiska och essentiella läkemedel. Målet är att läkemedel och vård ska bli överkomliga och rapporten trycker därför på fortsatt priskontroll av läkemedel såväl som medicinska tjänster.
- **Utredning och åtal mot oetiska och olagliga aktiviteter** – Rapporten lyfter ett fortsatt fokus på den generella kampanjen mot korruption.

² "Chinese Government Ministries Issue Opinion on Implementing Pharmaceutical Reform," Covington E-Alert (3/3/2014)

3 Sjukvårdsförsäkring

Sedan sjukvårdsreformen presenterades 2009 har en snabb utbyggnad av sjukförsäkringssystemet skett. Ungefär hälften av de totala utgifterna för hälso-reformen har använts till att utöka den offentliga sjukförsäkringen. Enligt officiella siffror omfattade systemet 95 procent av alla kineser år 2011. Dessa siffror tar dock inte hänsyn till den stora andelen *flytande befolkning*³ i Kina som inte är registrerade i systemet och därför i praktiken inte täcks av någon försäkring.⁴



Figur 1. Kinas sjukvårdsförsäkringssystem.

Källa: Nationella hälso- och familjeplaneringskommissionen, 2014.

Systemet består av flera nivåer där det offentliga erbjuder en grundläggande försäkring som sedan kan kompletteras med andra försäkringar (Figur 1). Det finns sedan 2011 tre olika grundförsäkringar i Kina; den grundläggande sjukvårdsförsäkringen för anställda stadsbor (UEBMI), grundläggande sjukvårdsförsäkring för stadsbor (URBMI) samt det nya kooperativa medicinska systemet för landsbygden (NIRCMS). Försäkringssystemet för anställda betalas till största delen av arbetsgivaren och är mer omfattande än de andra två som framförallt finansieras av offentliga medel.

Ett problem har varit att ansvaret för de olika försäkringarna tidigare legat på olika ministerier. Information om individer som ingår i de olika försäkringssystemen delas inte mellan de olika ministerierna vilket har lett till dubbla utbetalningar till individer och ineffektiv hantering. Under Nationella Folkkongressen i mars 2014 presenterades planer på att integrera de två försäkringssystemen som bygger på offentligt stöd, URBMI och

³ Flytande befolkning syftar till migrantarbetare som är skrivna (Hukou) på landsbygden men som bor och arbetar i städerna. Dessa har sina rättigheter på sin hemort, men saknar i praktiken möjlighet att utnyttja dem.

⁴ <http://www.theatlantic.com/china/archive/2013/09/universal-rural-health-care-in-china-not-so-fast/279429/>

NIRCMS.⁵ På så sätt kommer landsbygdsbor och arbetslösa i städerna att omfattas av samma försäkring. De årliga statliga bidragen för denna grundläggande sjukvårdsförsäkring ska höjas till 320 yuan per person och år från dagens 280 RMB.

4 Infrastruktur

Reformerna inom hälso- och sjukvårdssektorn har bevisligen varit effektiva för att ge människor en grundläggande sjukvårdsförsäkring. Samtidigt måste fler åtgärder till för att sjukvården ska nå alla. Ett problem idag är att tillgången på sjukhus, vårdcentraler och medicinsk personal ser väldigt olika ut i olika delar av landet (Figur 2). Att jämna ut skillnader som dessa och garantera tillgången på vård över hela landet är med andra ord av stor betydelse. Målsättningen är att län eller städer med över 300 000 invånare ska ha minst ett sjukhus av nivå två-kvalitet samtidigt som sjukhus av nivå tre-kvalitet i städer ska hjälpa och stödja sjukhusen på länsnivå.⁶

Under 2012 påbörjades ett reformeringsarbete på sjukhus i 311 län och denna siffra har nu utökats till 700. Målet är att 50 procent av dessa ska ha genomfört reformer innan slutet av 2014 och de resterande under år 2015. Kvaliteten på sjukhusen ska höjas genom att utbilda och träna olika sorters sjukhus- och vårdspersonal, förbättra och implementera ett informationssystem, integrera hälsoinformationssystem samt införa system för behandling eller diagnostisering på distans.⁷

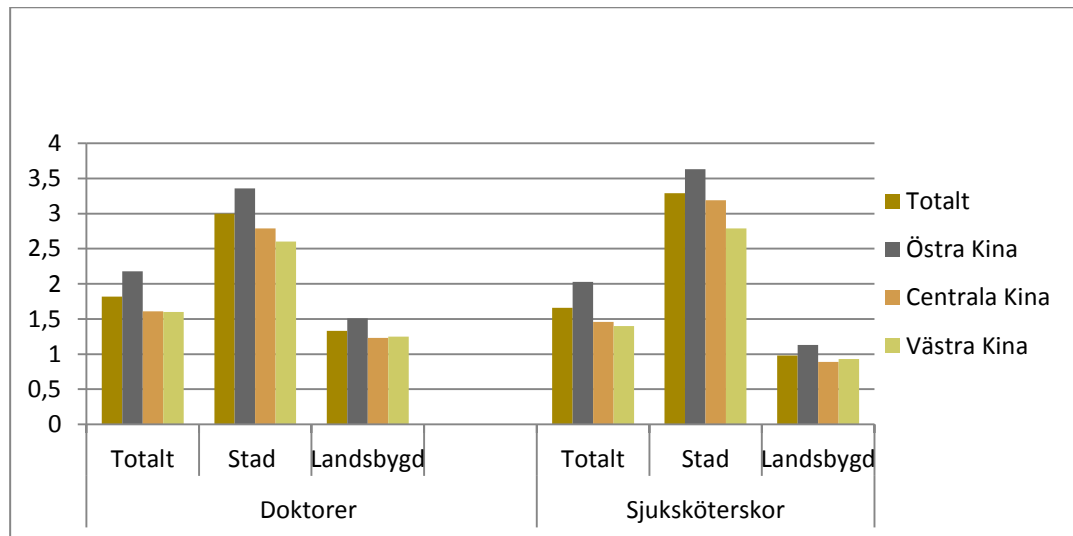
Att privata investeringar i sjukhusbranschen ska ha en allt större roll har meddelats tidigare och under våren har flera uppdateringar av reglerna skett. I april i år gick NDRC ut med direktiv att minska prisregleringarna inom privat sjukvård. Kinas statsråd har också meddelat lättnader för utländska investeringar i sjukhussektorn. Bland annat ska antalet geografiska platser där investerare från Hong Kong, Taiwan och Macau kan investera i, och helt äga, sjukhus öka. Samtidigt meddelades också att investerare från andra länder kommer ges möjligheter att investera i områden såsom Shanghai free trade zone mm. Syftet med reformerna är att locka fler investeringar till sektorn som är i starkt behov av utbyggnad för att möta den växande efterfrågan. Målet är att inom rådande femårsplan öka andelen privatfinansierad vård till 20 procent.⁸

⁵ REPORT ON THE WORK OF THE GOVERNMENT, Delivered at the Second Session of the Twelfth National People's Congress on March 5, 2014

⁶ Det finns tre huvudnivåer med tre åtföljande undergrupper som indikerar standarden på sjukhus. Dessa är 3, 2, 1 och A, B, C. Högst standard är 3A.

⁷ Uttalande av Nationella hälso- och familjeplaneringskommissionen
<http://www.moh.gov.cn/zhuzhan/zcjd/201404/41aee4f8e7c44cea6bef3b00cd84c7c.shtml>

⁸ <http://www.wantchinatimes.com/news-subclass-cnt.aspx?id=20140111000027&cid=1201>



Figur 2. Sjukvårdspersonal per 1000 invånare år 2011.

Källa: China Health Statistic Yearbook 2012

5 Resultat

Enligt en undersökning gjord i oktober 2013 har allmänheten i Kina en starkt negativ syn på hälso- och sjukvårdsreformerna. Ungefär 80 procent av de intervjuade sa att det är svårt att få tid hos en doktor och nästan 60 procent sa att det är svårare nu än för fyra år sen då reformerna började. Endast 20 procent av de tillfrågade ansåg att det blivit enklare. 95 procent tyckte att det var för dyrt med sjukvård och 87 av dessa sa att kostnaderna är högre än för fyra år sedan. 27 procent av de tillfrågade sa att de valde bort inläggning på sjukhus på grund av (74 procent) för höga kostnader och (41 procent) på grund av svårigheterna att få tillgång till en sängplats.

Problem med finansiering av sjukhus och brist på läkare har lett till stort missnöje hos befolkningen. Detta har tagit sig uttryck i ett ökat antal incidenter och våld riktade mot kinesiska läkare. Från år 2002 har dessa incidenter ökat med runt 23 procent per år. I ett normalsjukhus sker sådana incidenter i genomsnitt två gånger i månaden.⁹ Detta är mycket allvarligt och har börjat påverka kinesernas yrkesval. Grunden till problemen ligger i bristen på finansiering till sjukhusen och prissättningen på läkemedel vilket diskuteras nedan.

6 Utökade prisregleringar för läkemedel

Kina är idag den tredje största marknaden globalt för läkemedel och mellan 2008 och 2012 växte Kinas läkemedelsmarknad med över 26 procent per år. Framöver väntas ökningstakten sjunka något och fram till 2020 väntas läkemedelsindustrin växa med 13-15

⁹ <http://www.theguardian.com/world/2013/dec/29/chinese-hospitals-violence-disputes>

procent årligen.¹⁰ Kinesiska myndigheter arbetar aktivt för att sänka priserna på läkemedel – både för konsumenten och det pris sjukhusen betalar vid upphandling. Fokus ligger på generiska läkemedel och läkemedel där patenten gått ut men som fortfarande tillverkas av den ursprungliga patentinnehavaren.

Den största delen av medicinerna köps in genom centrala upphandlingar på provinsnivå. Tillvägagångssättet öppnar många möjligheter för korruption. Korruption sker även i verksamheterna ute på sjukhusen. De offentligt ägda sjukhusen finansierar bara en bråkdel av deras verksamhet genom den offentliga budgeten. År 2011 kom endast 9 procent av intäkterna via statliga stöd, som kontrast stod försäljning av läkemedel för hela 40 procent av intäkterna. Läkarna är dessutom kraftigt underbetalda vilket skapar incitament för överutskrivningar av läkemedel. Kostnaden för läkemedel uppgår till 40 procent av de totala utgifterna för hälso- och sjukvården i Kina, motsvarande siffra för OECD är 16 procent. En viktig anledning för att sänka priserna på läkemedel är därför att förbättra finansieringen av sjukvårdssystemet i stort.

En viktig reform för att göra vården mer överkomlig har varit den nationella policyn för essentiella läkemedel (NPED) som lanserades 2009 med övergripande syfte att öka tillgängligheterna och sänka priset på essentiella mediciner. Den nationella listan för essentiella läkemedel (EDL) omfattar idag mer än 500 läkemedel. Försäljningspriset för de produkter som finns upptagna på listan får inte överstiga priset på motsvarande generiska läkemedel. Kinas nationella utvecklings- och reformkommission (NDRC) arbetar samtidigt med att sänka priserna på de läkemedel som finns upptagna på ersättningslistan för läkemedel (RDL). Listan innehåller läkemedel som kompenseras av staten och flera läkemedel vars patent gått ut men som fortfarande tillverkas av den ursprungliga patentinnehavaren. Över de kommande åren väntas det tillåtna prispåslaget för läkemedel med utgångna patent sänkas till maximalt 30 procent över priset på lokala generiska produkter. Sammantaget kommer ett stort antal utländska tillverkare märka att den ökande användningen av EDL leder till mindre efterfrågan på deras läkemedel samtidigt som NDRC:s fortsatta prissänkningar på läkemedel upptagna på RDL kommer påverka företagets intäkter.¹¹

Song Dacai, direktör på prissättningsenheten för läkemedel vid Nationella utvecklings- och reformskommissionen (NDRC), menar att utgångspunkten i prissättningen av de läkemedel där staten kontrollerar priset är att det ska motsvara tillverkningskostnaden. I februari 2013 uppdaterade NDRC för femte gången de maximala försäljningspriserna för läkemedel upptagna på EDL vilket innebar att 400 läkemedel fick ett justerat pris där priset i genomsnitt sänktes med 15 procent.¹²

I vissa fall har pristak på grundläggande läkemedel lett till lägre tillgång och kvalitetsbrister. På det här området sker dock betydande förändringar och NDRC meddelade i maj i år att man skrotar pristaket på de 280 västerländska och 250 inhemska mediciner som tidigare omfattades av prisrestriktionerna. De nya reglerna gäller för

¹⁰ <http://www.bcg.com.cn/en/newsandpublications/publications/reports/report20140123001.html>

¹¹ <http://www.bcg.com.cn/en/newsandpublications/publications/reports/report20140123001.html>

¹² http://www.chinadaily.com.cn/bizchina/2013-01/08/content_16096064.htm

västerländska mediciner med en kostnad under 3 RMB per dag och kinesiska läkemedel med en daglig kostnad under 5 RMB. Syftet med regleringen är att främja tillgången på billiga mediciner.¹³

¹³ <http://www.firstwordpharma.com/node/1208880#axzz32ydUyDn3>

7 Diskussion

Den kinesiska regeringen strävar efter att skapa stabila spelregler i hälso- och sjukvårdssektorn. För att nå dit krävs omfattande reformer inom flera områden. Korruptionens framväxt har gynnats av otillräcklig finansiering och oklara regler för prissättning av vård och läkemedel. Att lösa finansieringsfrågan är avgörande för att komma till bukt med många av problemen i den kinesiska sjukvården. Trots ökade anslag till sjukvårdssektorn är den fortsatt underfinansierad och det krävs fler källor till finansiering. Privat kapital spelar en allt viktigare roll. Samtidigt kräver detta att övervakning och regelverk hänger med i utvecklingen för att garantera patienternas säkerhet.

Hälsoreformen är viktig inte bara för att få en fungerande sjukvårdssektor och trygga sjukvård till befolkningen utan även för att säkra ekonomisk tillväxt i Kina. Först när människorna i Kina kan sluta oro sig för att sjukhusbesök leder till stora påfrestningar på den egna ekonomin kan de spendera en större del av sin inkomst istället för att spara. Många kineser förväntar sig att ojämnligheter och orättvisor i dagens system på sikt kommer lösa sig, vilket ställer höga krav på landets ledning. På detta sätt är en utbyggnad av sjukvården nära kopplad till både den politiska och ekonomiska utvecklingen framöver.

Sjukvårdsreformen har haft och kommer få stor inverkan på utländska producenter. Både genom att ge nya möjligheter, såsom utländska investeringar i sjukhus, men också genom exempelvis pristak på läkemedel. Listor för ersättning och för essentiella läkemedel kan verka positivt för läkemedelstillverkare då de kan innebära ökad försäljning, men kan också medföra mindre marginaler. Sjukvårdsmarknaden i Kina kommer att växa i storlek men den större delen av detta kommer ske i mindre sjukhus på lokal nivå. Utländska aktörer fokuserar främst på den mest utvecklade delen av sjukvårdssystemet.