

di **Federico Mannocci** e **Marco Romanelli**



Nonostante la Cina sia diventata una potenza economica, la sua situazione sanitaria presenta molteplici, severe criticità. Le numerose iniquità presenti a più livelli, la sfiducia e il malcontento della popolazione stanno spingendo il governo ad attuare riforme urgenti e radicali riguardo all'estensione della copertura assicurativa, con l'obiettivo di raggiungere, entro il 2020, la copertura universale.

Nel corso del 17° Congresso del Partito Comunista Cinese, svoltosi lo scorso anno, il Ministro della Salute Chen Zhu ha annunciato il varo di un vasto programma di riforme. Pur con la consapevolezza di dover procedere attraverso un approccio di tipo graduale, il ministro si è comunque dimostrato determinato a modificare un sistema che ha prodotto forti disuguaglianze e disparità di trattamento.

Dopo gli anni '80 lo stato di salute complessivo in Cina è stato oggetto di un miglioramento continuo, arrivando nel 2006 ad un tasso di mortalità infantile di 20 su 1000 nati vivi e nel 2004 ad un tasso di mortalità materna di 45 per 100.000 nati vivi (**tabella 1**)[\[1\]](#).

Tabella 1. - Principali indicatori di mortalità: confronto storico anni 1990-2000-2006

	1990	2000	2006
Speranza di vita alla nascita (in anni)			
Maschi	68	70	72
Femmine	69	72	75
Entrambe i sessi	68	71	73
Tasso di mortalità infantile (per 1000 nati vivi)			
Maschi	31	25	17
Femmine	43	36	24

Entrambe i sessi	37	30	20
Tasso di mortalità nei bambini sotto i 5 anni (per 1000 nati vivi)			
Maschi	40	32	21
Femmine	52	42	27
Entrambe i sessi	46	37	24
Tasso di mortalità negli adulti 15-60 anni (per 100.000 abitanti)			
Maschi	193	160	143
Femmine	148	106	87
Entrambe i sessi	172	135	116

Tuttavia esistono differenze molto significative tra e nelle diverse province del paese, sia a livello di classi sociali, sia a livello di aree urbane e rurali, sia di genere.

Ad esempio i tassi di mortalità infantile e materna nelle campagne risultano essere rispettivamente 2,4 volte e 2,5 volte più elevati rispetto a quelli nelle città e nelle province più povere la speranza di vita alla nascita risulta essere anche 13 anni inferiore rispetto a quella delle province più ricche.

Notevoli disuguaglianze esistono anche nell'utilizzo di servizi sanitari erogati sul territorio: il 14,5% degli abitanti delle zone rurali non ricorre a nessuna forma di assistenza di questo tipo quando si ammala, percentuale che scende al 9,7 quando invece si tratta di abitanti delle zone urbane. Circa il 30% delle persone che si ammalano rifiuta di ricoverarsi per diversi motivi ma con una prevalenza delle ragioni di tipo economica molto più netta nelle campagne rispetto alle città (**tabella 2**)[2].

Tabella 2. - Percentuali di pazienti che rinunciano al ricovero e le loro motivazioni nel 2003

	Media nazionale	Urbana	Rurale

Rinunciano al ricovero (%)	29,60%	27,80%	30,30%
Ragioni Economiche (%)	70,00%	56,10%	75,4
Percepito come non necessario (%)	19,50%	30,70%	15,10%
Altro (%)	10,50%	13,20%	9,50%

Inoltre la prevalenza di malattie acute e croniche è maggiore nelle donne rispetto agli uomini (il 30% per le malattie acute, e il 40% per le croniche).

Questa condizione di iniquità a più livelli è il risultato dell'abbandono delle tradizionali politiche di protezione sociale a favore di un modello di sviluppo economico di tipo liberista che si è realizzato senza regole e controlli.

Sono tre i fattori che, agendo in maniera sinergica, alimentano tuttora un pericoloso circolo vizioso.

Il primo elemento è rappresentato dal fallimento delle logiche di mercato e dall'insufficiente ruolo di controllo svolto dal governo. Nel 2005 la spesa sanitaria rappresentava circa il 5% del PIL nazionale, coperta, peraltro, dall'intervento statale per meno del 40% (tabella 3).

Tabella 3. - Spesa sanitaria e fonti di finanziamento: confronto storico anni 2000-2006

	2000	2006
Spesa sanitaria (% sul PIL)	4,6%	4,7%
Spesa sanitaria pubblica (% su spesa sanitaria totale)	38,3%	38,8%
Spesa sanitaria privata (% su spesa sanitaria totale)	61,7%	61,2%
Spesa sanitaria statale (% su spesa totale del governo)	1,1%	1,0%
Spesa sanitaria totale pro-capite (dollari cambio corrente)	44	90

Spesa sanitaria pubblica pro-capite (dollari cambio corrente)	17	38
--	----	----

Tra il 1984 e il 2004 il governo ha incrementato il budget sanitario. Tuttavia la sua proporzione nel totale delle spese del governo è diminuito da 2,4% nel 1980 all'1,0% del 2005. Al 2004 circa il 40% del totale del budget sanitario era allocato a favore delle zone rurali dove risiede il 65% della popolazione.

Prima della riforma economica lanciata nel 1978 oltre il 90% della popolazione rurale risultava coperta da programmi assicurativi (*Cooperative Medical Scheme, CMS*). Il processo di privatizzazione delle comuni agricole ha determinato successivamente il crollo del CMS e al 2003 solo meno del 10% della popolazione poteva contare su una copertura di tipo sanitario. Prima del 1978 nelle città gli impiegati delle agenzie governative e delle istituzioni pubbliche potevano usufruire di assistenza sanitaria quasi totalmente gratuita attraverso schemi assicurativi statali; ad oggi invece circa il 70% delle persone non è coperta da alcuna assicurazione.

I costi per prestazioni sanitarie sono diventati uno dei principali generatori di povertà nelle campagne cinesi: tra il 1998 ed il 2003 la proporzione delle spese mediche sul totale delle spese di un nucleo familiare è aumentata del 3% arrivando a rappresentare nelle aree rurali quasi il 13% delle spese totali di una famiglia. Il 30% delle famiglie povere nel 2003 (contro il 15% del 1998) deve la sua misera condizione economica alle spese mediche sostenute.

Il secondo elemento è rappresentato dall'iniqua distribuzione dei determinanti sociali di salute. Com'è già stato sottolineato, i benefici della crescita economica non hanno interessato il paese in maniera omogenea. Si stima che attualmente il 30% della popolazione nelle zone rurali più povere abbia accesso ad acqua potabile (contro il 96% nelle grandi aree metropolitane), mentre solo il 10% può contare sulla disponibilità di servizi igienici (contro il 90% dei residenti nelle città) (**Slide 1**).

Slide 1. Percentuale di popolazione con accesso all'acqua potabile e a servizi igienici in differenti aree della Cina nel 2003. Fonte [1]

Slide 1. Percentuale di popolazione con accesso all'acqua potabile e a servizi igienici in differenti aree della Cina nel 2003.

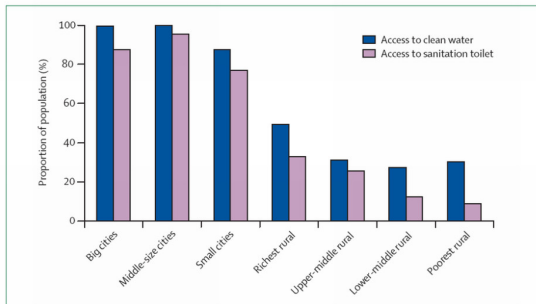


Figure 6: Percentage of population with access to clean water and sanitation in different areas in 2003^e

Cliccare sull'immagine per ingrandirla

Il terzo elemento, infine, è costituito dall'erosione della fiducia pubblica e dalla percezione di scarsa equità della sanità.

La maggioranza della popolazione, indipendentemente dal reddito, si dichiara fortemente insoddisfatta dalle prestazioni del sistema sanitario. Da un'indagine condotta nel 2003 risultava come la principale ragione di scontento fosse il costo delle cure, seguito dalla bassa qualità e dalle procedure burocratiche inutilmente complesse. Soltanto il 45% degli intervistati ha attribuito un giudizio positivo ai servizi ospedalieri.^[3] La relazione medico-paziente è peggiorata negli ultimi decenni; i pazienti sono frustrati dalla mancanza di informazione, dall'aumento dei costi e dalla scarsa attitudine professionale. I media cinesi inoltre non perdono occasione per alimentare lo stato di sfiducia dei pazienti nella sanità denunciandone le criticità.

Il governo ha preso coscienza del fallimento di una politica basata sull'autoregolamentazione del mercato e sembra deciso a tornare a investire risorse in programmi di modernizzazione delle strutture, di prevenzione e promozione della salute e di incremento della copertura sanitaria.

Negli ultimi anni gli sforzi si sono concentrati intorno a tre particolari progetti: l'estensione della copertura CMS nelle campagne, la creazione di un fondo per l'assistenza medica (*Medical Assistance Fund*, MAF) e l'avvio di specifici programmi di sanità pubblica.

Il primo progetto punta a ristabilire il CMS il cui scopo è quello di migliorare l'accesso all'assistenza sanitaria per la popolazione contadina e di ridurre la povertà causata da malattie catastrofiche. Il CMS nel 2007 era nella fase di progetto pilota e puntava a coprire

l'85% della popolazione rurale entro il 2010. Per quelli che non possono permettersi i premi assicurativi del CMS, è previsto che il governo locale si faccia carico della copertura tramite appositi sussidi.

Il MAF, creato nel 2003, è finanziato principalmente dal governo (sia centrale sia locale). In generale, i beneficiari del MAF sono famiglie e individui i cui redditi sono al di sotto la soglia di povertà ed è principalmente usato per supportare il pagamento del premio assicurativo ed il rimborso per le spese mediche catastrofiche.

Dal 2004, il governo ha deciso di coprire i costi dei programmi di vaccinazioni ma, in assenza di vincoli di spesa cogenti, non è scontato che le risorse vengano utilizzate a questo scopo.

In conclusione le sfide cui è chiamato il governo sono in primo luogo in campo legislativo è per raggiungere entro il 2020 questi ambiziosi obiettivi: eliminare l'iniquità nella salute, potenziare l'erogazione dell'assistenza sanitaria primaria e garantire la copertura sanitaria universale.

Inoltre poiché vi è una grande frammentazione delle competenze in ambito delle politiche sanitarie, è prevista una maggiore cooperazione intersettoriale. E' auspicata infine una larga partecipazione nel processo di presa delle decisioni, con il coinvolgimento delle comunità locali soprattutto nella definizione del pacchetto dei benefit del CMS e del MAF.

Nota

Questo è il secondo post di [una serie](#) di cinque.

Risorse

Meng Q. **Developing and implementing equity-promoting health care policies in China. A case study commissioned by the Health Systems Knowledge Network.** Jan 2007 [[PDF: 640Kb](#)].

Bibliografia

1. [WHO Statistical Information System \(WHOSIS\)](#).
2. Meng Q. **Developing and implementing equity-promoting health care policies in China. A case study commissioned by the Health Systems Knowledge Network.** Jan 2007 [[PDF: 640Kb](#)].

3. Tang S, Meng Q, Chen L, Bekedam H, Evans T, Whitehead M. [Health System Reforms in China 1. Tackling the challenges to health equity in China](#). Lancet 2008 Ott 01; 372: 1493-01