

di **Andrea Bassetti** e **Giuseppina Perillo**



La Repubblica Popolare Cinese registrò nei primi tre decenni dalla sua istituzione, avvenuta nel 1949, straordinari miglioramenti dello stato di salute della popolazione. La speranza di vita alla nascita passò da 40 a 70 anni, la mortalità infantile da 250 a 34 morti per 1000 nati vivi ...

La Cina in quegli anni riuscì a dimostrare che un paese molto povero, qual era, riusciva a ottenere eccellenti risultati in termini di salute, molto superiori a quelli di paesi con livello di sviluppo economico simile.

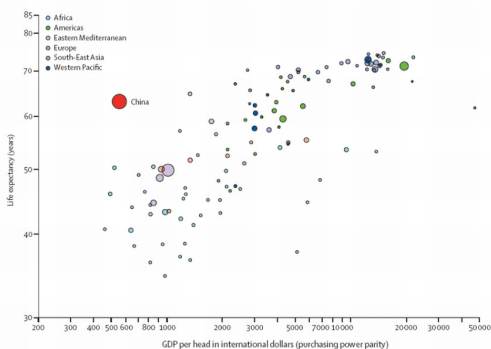
La **slide 1** mostra come la Cina negli anni 70, riguardo alla speranza di vita, si distinguesse nettamente dai paesi con analogo PIL pro-capite (e fosse invece simile a paesi economicamente molto più ricchi); una condizione di “positive outlier” che si è persa nei decenni successivi, come dimostra la **slide 2** [1].

Slide 1. Speranza di vita alla nascita e Prodotto interno lordo. Cina e altri Paesi. Anni 1970-74

Fonte: [1]

Slide 1. Speranza di vita alla nascita e Prodotto interno lordo. Cina e altri Paesi. 1970-74 .

Fonte: [Rif. Bibliografico 1](#)



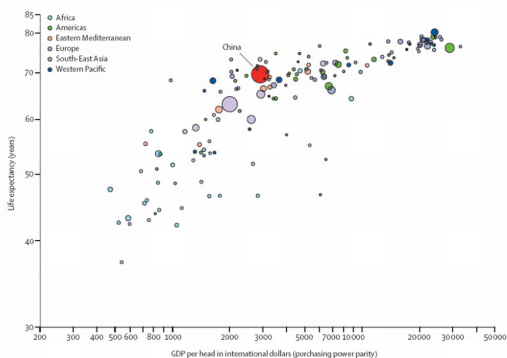
Cliccare sull'immagine per ingrandirla

Slide 2. Speranza di vita alla nascita e Prodotto interno lordo. Cina e altri Paesi. Anni 1995-99

Fonte: [\[1\]](#)

Slide 2. Speranza di vita alla nascita e Prodotto interno lordo. Cina e altri Paesi. 1995-99

Fonte: [Rif. Bibliografico 1](#)



Cliccare sull'immagine per ingrandirla

Gli eccellenti risultati in salute registrati dalla Cina negli anni 50-70 sono da attribuire a una serie di fattori concomitanti: imponenti investimenti in interventi di sanità pubblica (vaste campagne vaccinali, bonifica dell'ambiente e lotta contro la malaria e la schistosomiasi), la diffusione dell'assistenza sanitaria di base e l'istituzione nelle aree rurali di un'assicurazione sanitaria universale (Sistema Medico Cooperativo) all'interno delle Comuni, le organizzazioni sociali che organizzavano la coltivazione dei campi e distribuivano i raccolti.

Il radicale cambiamento, in senso liberista, della politica economica avvenuto in Cina alla fine degli anni 70 portò all'abolizione delle Comuni e alla scomparsa del Sistema Medico Cooperativo e alla conseguente perdita della copertura assicurativa per la quasi totalità della popolazione rurale (circa 800 milioni di abitanti). Da allora un numero crescente di famiglie non è in grado di accedere all'assistenza sanitaria e si impoverisce a causa delle spese mediche. Secondo un'indagine del 2003 a causa dei costi elevati il 40% degli abitanti delle aree rurali rinunciano all'assistenza sanitaria di base, il 22% rifiuta l'ospedalizzazione e quasi il 35% abbandona l'ospedale contro il parere dei medici [2].

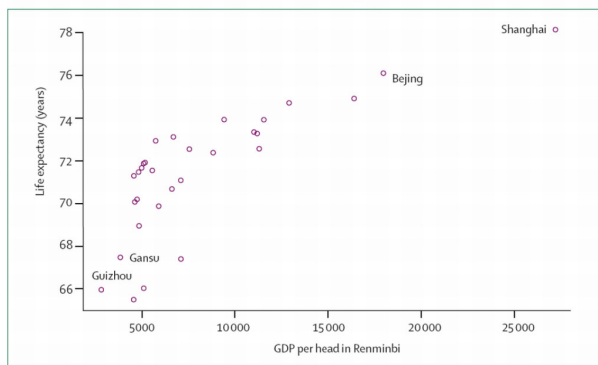
Inoltre, le differenze nella salute e nell'assistenza sanitaria tra le varie aree del paese (tra le ricche città delle province orientali e le povere campagne delle province occidentali) si sono dilatate. La **differenza nella speranza di vita alla nascita** tra gli abitanti di Shanghai e quelli della provincia rurale di Guizhou è di 13 anni (**slide 3**). Analoghe **differenze nei livelli di mortalità infantile (slide 4)** e di **malnutrizione (slide 5)** si registrano tra zone ricche (urbane) e povere (rurali) del paese.

Slide 3. Speranza di vita alla nascita e Prodotto interno lordo nelle 30 province della Cina. Anno 2000

Fonte:[1]

Slide 3. Speranza di vita alla nascita e Prodotto interno lordo nelle 30 province della Cina. 2000

Fonte: [Rif. Bibliografico 1](#)



Cliccare sull'immagine per ingrandirla

Slide 4. Mortalità infantile in differenti aree della Cina. Anni 1996-2004

Fonte: [\[1\]](#)

Slide 4. Mortalità infantile in differenti aree della Cina. Anni 1996-2004

Fonte: [Rif. Bibliografico 1](#)

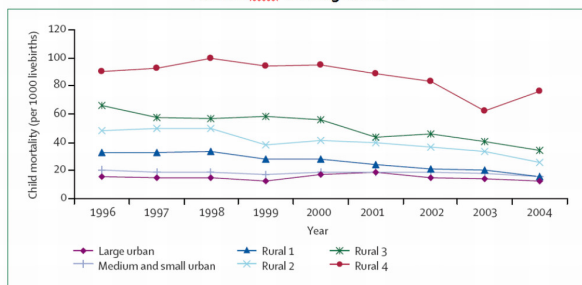


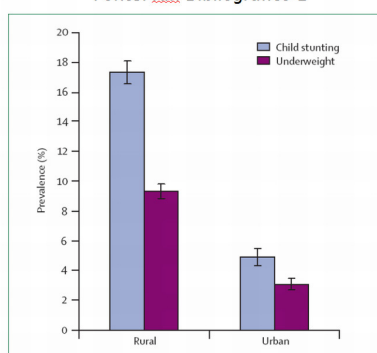
Figure 4: Trends in mortality in children age less than 5 years by socioeconomic conditions of areas of residence, 1996-2004⁴⁰
Rural 1=most affluent rural. Rural 2=better-off rural. Rural 3=poor rural. Rural 4=poorest rural. Rating based on a deprivation index combining socioeconomic indicators of the areas.

Cliccare sull'immagine per ingrandirla

Slide 5. Differenze nella malnutrizione infantile tra aree urbane e rurali in Cina. Anno 2002

Fonte: [1]

Slide 5. Differenze nella malnutrizione infantile tra aree urbane e rurali in Cina. 2002.
Fonte: Rif. Bibliografico 1



Cliccare sull'immagine per ingrandirla

Le diseguaglianze nell'assistenza sanitaria tra aree urbane e rurali sono evidenti analizzando alcuni indicatori di risorse e di spesa sanitaria (Tabella 1)[2]. Nelle aree urbane circa il 50% della popolazione fruisce di una copertura assicurativa attraverso assicurazioni sociali. Tale assicurazione - formalmente obbligatoria per tutte le imprese pubbliche e private - prevede un contributo finanziario pari all'8% del salario (il 6% a carico del datore di lavoro e il 2% a carico del lavoratore) e la compartecipazione alla spesa dell'assistito una volta superato un determinato tetto di spesa.

Tabella 1. Differenze tra aree rurali e urbane nella spesa sanitaria, nel finanziamento governativo e nelle risorse sanitarie.

Fonte: [2]

	Spesa sanitaria pro capite (Yuan*)	Finanziamento governativo: spese correnti pro capite (Yuan)	Medici per 1.000 abitanti	Posti letto per 1.000 abitanti (ospedali di contea e superiori)
Aree urbane	1122	73	1,81	3,46
Aree rurali	318	14	0,68	1,43
Media nazionale	662	30	1,21	2,45

*10 Yuan = 1 Euro.

Nel 2003 il governo cinese decide d'intervenire sulla sanità rurale, per contrastare l'impovertimento della popolazione causato dalle spese mediche. **Si tratta di un Nuovo Sistema Medico Cooperativo (NSMC)**, una forma di mutualità volontaria che inizialmente prevedeva un premio annuale di 10 Yuan a persona, a cui si aggiungevano 20 Yuan di contributo pubblico. Nel 2008 il premio assicurativo è arrivato a 100 Yuan; la quota a carico del contribuente ha subito una variazione da 10 Yuan a 20 Yuan, mentre la quota erogata dal governo centrale e dalle autorità locali è arrivata a 80 Yuan. A settembre 2008, il NSMC è stato implementato in 2.729 contee, coprendo il 91,5% della popolazione rurale [3].

Caratteristica del NSMC è quella di coprire gli eventi catastrofici, ovvero i ricoveri ospedalieri più costosi; infatti solo una piccola quota dell'assicurazione è destinata a coprire le spese per le cure primarie e l'assistenza specialistica ambulatoriale, che sono per lo più a carico dell'assistito, e inoltre vi è un'elevata franchigia per le spese ospedaliere.

Il bilancio di questi primi anni di attivazione del NSMC indicano che sono molto più le ombre che le luci: i contadini più poveri non riescono a iscriversi e per chi si iscrive le spese out of pocket di compartecipazione alla spesa sono comunque molto elevate (es: in caso di ricovero ospedaliero il rimborso varia dal 10% della spesa se il costo è inferiore ai 1000 Yuan al 50% se il costo è superiore ai 200.000 Yuan) [4].

Inoltre, come fa notare un recente paper di W. Yip e W.C. Hsiao, **l'attuale sistema si concentra sulla protezione dalle spese ospedaliere "catastrofiche", quando la vera causa dell'impovertimento delle famiglie sono le spese ambulatoriali per le malattie croniche**[5].

Gli autori hanno sperimentato uno schema assicurativo alternativo, l'Assistenza Sanitaria Mutualistica Rurale (ASMR), che copre le spese per le cure primarie e i farmaci. Lo studio, riferito ai dati raccolti nel 2006, ha valutato l'efficacia dei due diversi schemi - NSMC e ASMR - nel ridurre l'impoverimento delle famiglie a causa della spese mediche.

Lo schema ASMR è stato sviluppato nel 2002 ed è stato attivato in tre città nelle province occidentali e centrali. L'iscrizione all'ASMR è su base volontaria e ciascun iscritto versa un contributo di 12 Yuan che si vanno ad aggiungere ai 20 Yuan governativi. L'ASMR è stato impostato basandosi sul profilo epidemiologico di malattia della comunità e sulle preferenze dei contadini riguardo ai servizi da coprire con il pacchetto assicurativo. **Questo tipo di copertura rappresenta un incentivo per i pazienti ad utilizzare i servizi di assistenza di base piuttosto che i servizi ospedalieri più costosi.**

I risultati dello studio mostrano che l'ASMR è più efficace nel ridurre l'impoverimento da spese sanitarie rispetto all'NCMS. Infatti, uno schema che garantisce la copertura delle cure primarie risulta più efficace nel ridurre la povertà rispetto ad uno schema che copre solo gli eventi catastrofici. Inoltre il NSMC genera inappropriately perché porta ad utilizzare i servizi ospedalieri a più alto costo.

In conclusione, l'efficacia del NSMC potrà essere migliorata estendendo la copertura assicurativa alle cure primarie e analizzando le caratteristiche di salute della comunità e il contesto socio-economico della popolazione beneficiaria.

Nota

Questo è il terzo post di una serie di cinque del [Dossier Cina](#).
Un grazie a Daniele Brombal per i preziosi suggerimenti.

Bibliografia

1. Dummer TJB, Cook IG. Exploring China's rural health crisis: processes and policy implications. *Health Policy* 2007; 83:1-16.
2. Brombal D. Cina. In: Osservatorio Italiano sulla Salute Globale. Salute globale e Aiuti allo sviluppo. Diritti, ideologie, Inganni. Pisa: ETS, 2008.
3. Ministero della Sanità della Repubblica Popolare Cinese. Rapporto 2008 sullo stato delle riforme e dello sviluppo del settore sanitario.
4. Wang H, Gu D, Drupe ME. Factors associated with enrollment, satisfaction, and sustainability of the New Cooperative Medical Scheme program in six study areas in rural Beijing. *Health Policy* 2008; 85:32-44.
5. Yip W, Hsiao WC. Non-evidence-based policy: how effective is China's new cooperative medical scheme in reducing medical impoverishment? *Social Science & Medicine*

2009; 68:201-9.