

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



Da circa un decennio la Thailandia rappresenta un attivo laboratorio di cambiamenti e riforme in campo sanitario. Nel 2001 veniva avviato un radicale progetto di riforma della sanità, volto a garantire una maggiore equità e l'accesso universale alle cure e ai servizi sanitari che ha prodotto buoni risultati in termini di salute. Sotto la forte spinta della società civile e delle associazioni dei malati, il governo ha ingaggiato un duro braccio di ferro con le multinazionali del farmaco per garantire l'accesso e la sostenibilità della terapia antiretrovirale per tutti i soggetti sieropositivi. Nonostante i brillanti successi ottenuti nella lotta all'AIDS, il futuro sembra richiedere sforzi ancora più impegnativi.

Il sistema sanitario thailandese prima della riforma

Prima del 2001 soltanto il 75% della popolazione thailandese risultava provvista di una forma di copertura sanitaria. Questa era garantita da cinque diversi schemi assicurativi:

1. **LIC** (*Low Income Card*), introdotto nel 1975 e finanziato interamente con fondi pubblici; rivolto inizialmente alla parte più indigente della popolazione, è stato successivamente esteso agli anziani, ai bambini sotto i 12 anni e ai disabili.
2. **VHC** (*Voluntary Health Card Scheme*), istituito nel 1983 come un fondo sanitario per bambini e madri e poi esteso per diventare uno schema assicurativo sanitario finanziato dallo stato e rivolto alle persone vicine allo soglia di povertà e a coloro che - all'interno del settore del lavoro informale - non erano eleggibili per gli altri tipi di assicurazione sanitaria. Il fondo assicurativo era finanziato dai nuclei familiari con 500 bath (circa 14 dollari americani) all'anno e dal Ministero della Salute (MOPH), con ulteriori 500 bath.
3. **CSMBS** (*Civil Servant Medical Benefit Scheme*), introdotto nel 1980, è una forma di benefit riservato agli impiegati governativi, alle persone a loro carico (coniugi, genitori e fino a tre figli sotto i 20 anni) e i pensionati del settore pubblico. Per gli assistiti l'accesso alle strutture sanitarie pubbliche è gratuito, senza alcuna compartecipazione

alla spesa.

4. **SSS** (*Social Security Scheme*), creato nel 1990, obbligatorio per tutte le aziende private e sostenuto attraverso i contributi dei dipendenti, dei datori di lavoro e del governo. Gli assistiti si possono rivolgere, senza alcun pagamento, alle strutture pubbliche e private convenzionate con l'assicurazione. Il contratto tra assicurazione e provider si basa sul criterio della quota capitaria, ovvero una cifra forfettaria per ogni assistito.
5. **Assicurazioni sanitarie private**, che coprono solo una minima parte del mercato assicurativo.

Nel 2000 fu presentata al parlamento, senza alcun successo, una petizione popolare, sottoscritta da oltre 60.000 elettori, per l'introduzione di un sistema di assicurazione sanitaria universale. Tale proposta divenne poi uno dei capisaldi del programma elettorale di Thaksin Shinawatra, discusso leader del partito Thai Rak Thai, che ottenne una clamorosa vittoria alle elezioni del 2001.

2001: la "riforma dei 30 baht"

L'obiettivo del nuovo sistema era fornire uguale accesso ad assistenza sanitaria di qualità, in accordo con i bisogni degli individui, a prescindere dal loro reddito e stato socioeconomico. Un importante aspetto del piano era che nessuno avrebbe dovuto pagare più di 30 baht (circa 0,84 \$) per prestazioni di assistenza sia intra- (30 baht per giornata di degenza) che extra-ospedaliera (30 baht per visita), farmaci inclusi. Alcune procedure più costose non sono coperte da tale schema (es: le cure estetiche, l'assistenza ostetrica oltre le due gravidanze, i trapianti d'organo, la chemioterapia e la dialisi).

Ciascuna persona deve iscriversi presso un'unità sanitaria pubblica (cioè un centro sanitario o l'ospedale locale) nella sua zona di residenza; questa diventa il punto d'accesso all'assistenza sanitaria di base e anche il punto di riferimento per accedere all'assistenza specialistica di secondo livello (presso un ospedale provinciale). Questa unità di assistenza primaria funziona quindi da filtro, da *gatekeeper* ed aiuta a controllare i costi dell'assistenza medica.

I soggetti coperti dal LIC sono stati direttamente inseriti nello "**schema dei 30 baht senza pagamento**", che prevede l'esenzione totale da qualsiasi forma di compartecipazione alla spesa. Le persone che invece precedentemente avevano beneficiato del VHC o che non avevano alcuna copertura assicurativa sono stati inclusi nello "**schema dei 30 bath con pagamento**" e, al 2005, rappresentavano 27,4 milioni di persone. La copertura del CSMBS, invece, è rimasta sostanzialmente stabile, mentre si è avuto un incremento di quella del SSS

e un leggero decremento delle assicurazioni private[1,2]. **Grazie alla riforma, in soli 4 anni si è riusciti a portare il numero delle persone non assicurate dai 16,5 milioni del 2001 ai 2,9 milioni del 2005 (vedi Tabella 1).**

Tabella 1. Copertura assicurativa in Thailandia per tipo di assicurazione, 2001 e 2005.

Tabella 1. Copertura assicurativa in Thailandia per tipo di assicurazione, 2001 e 2005.

Tipo di assicurazione	2001		2005	
	N°persone (milioni)	%	N°persone (milioni)	%
Assicurazioni governative (UIC e UHC)	32,1	51,9%	45,3	70,6%
Assicurazioni lavoro dipendenti (CS MBS e SIS)	12,4	19,9%	15,4	23,9%
Assicurazioni private	1,0	1,6%	0,7	1,0%
Non assicurati	16,5	25,6%	2,9	4,4%
Totale Popolazione	62,0	100%	64,2	100%

Fonte: Health and Welfare Survey (HWS), 2001 e 2005 (modificato)

Cliccare sull'immagine per ingrandirla

Fonte: Health and Welfare Survey (HWS), 2001 e 2005 (modificato)

E' trascorso troppo poco tempo per poter valutare compiutamente gli effetti della riforma del 2001 e non sono ancora disponibili dati o studi sulla qualità dei servizi, sui tempi di attesa, sulla soddisfazione degli utenti e sulla sostenibilità nel lungo periodo. Tuttavia, secondo uno studio pubblicato nel marzo del 2009, è possibile evidenziare un importante risultato: **l'adozione del sistema di copertura sanitaria universale avrebbe determinato una diminuzione dell'incidenza di spese catastrofiche per la salute, soprattutto nelle fasce più deboli della popolazione. La possibilità, infatti, di accedere a servizi e cure, completamente o in massima parte gratuiti, presso le strutture pubbliche preserva le famiglie a più basso reddito dall'affrontare direttamente i costi dell'assistenza sanitaria.** Le persone più ricche, al contrario, preferendo rivolgersi alle costose strutture private e andando incontro a ingenti spese "out of pocket", queste finiscono per diventare causa di impoverimento[3].

Quando un paese a medio o basso livello di sviluppo introduce riforme per rendere universale la copertura assicurativa una delle conseguenze attese è l'aumento della domanda di prestazioni da parte della popolazione precedentemente non

assicurata. Se il sistema non è attrezzato a rispondere a questo aumento per mancanza di adeguate risorse, il fenomeno più frequentemente osservato è la richiesta ai pazienti di pagamenti sottobanco da parte di provider (ambulatori medici, laboratori, ospedali, etc) non sufficientemente remunerati da parte del governo.

Il paper pubblicato su *Health Affairs*[\[1\]](#) ha voluto verificare se ciò è accaduto in Tailandia dopo la riforma del 2001. La risposta è decisamente negativa: l'aumento della domanda c'è stato, ma senza che si sviluppassero diffusi fenomeni di *"informal under-the-table payments"*.

Nonostante l'incremento nell'accesso alle cure e il miglioramento dei principali indicatori di salute ottenuti a partire dal 2001 (vedi **Tabella 2**), **ai vertici del Ministero della sanità c'è chi manifesta ancora la sua preoccupazione sull'iniqua distribuzione delle risorse.** Uno studio pubblicato nel 2009 ha rilevato come ancora esistano differenze nella distribuzione delle risorse a favore delle regioni più ricche, quelle a sud e a nord-est del paese. Benché questa discrepanza possa essere risolta con una migliore allocazione del budget, l'attuale meccanismo di calcolo a quota capitaria basato sulla media nazionale non aiuta ad eliminare queste differenze[\[4\]](#).

Tabella 2. Principali indicatori sanitari. Tailandia, 1990, 2000 e 2007.

Tabella 7.2. Evoluzione indicatori demografici, Thailandia, 1990, 2000 e 2007.

	1990	2000	2007
La fertilità (il totale dei figli per donna)			
Uomini	65	64	66
Femmine	3,2	3,0	3,4
Entrambi i sessi	68	68	70
Tasso di mortalità infantile (per 1000 nati vivi)			
Uomini	30	13	7
Femmine	22	10	6
Entrambi i sessi	26	11	6
Tasso di mortalità nei bambini sotto i 5 anni (per 1000 nati vivi)			
Uomini	36	14	7
Femmine	29	11	7
Entrambi i sessi	31	13	7
Tasso di mortalità negli adulti 25-60enni (per 1000 abitanti)			
Uomini	26	1,28	1,22
Femmine	147	105	1,41
Entrambi i sessi	203	2,88	2,22

Fonte: UNICEF, World Statistics, 2008 - WHO

Cliccare sull'immagine per ingrandirla

Fonte: World Health Statistics 2009 - WHO

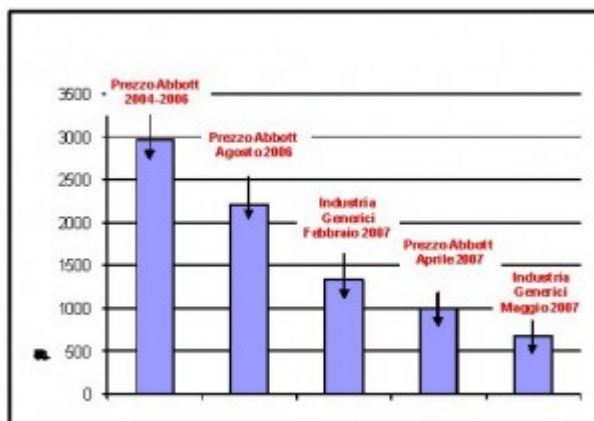
La lotta all'AIDS: i successi dell'alleanza fra politica e società civile

La Thailandia, insieme al Brasile, è tra i pochi paesi a medio livello di sviluppo ad aver ottenuto l'accesso universale ai farmaci antiretrovirali. Tre fattori sono stati importanti per il raggiungimento di questo risultato:

1. **legislazione per il libero accesso alla terapia;**
2. **capacità del settore pubblico di produrre farmaci generici antiretrovirali;**
3. **forte azione della società civile nel supportare le iniziative del governo volte a migliorare l'accesso.**

I farmaci antiretrovirali generici prodotti dal governo sono diventati disponibili nel 2000, ma la fornitura su vasta scala arrivata nel 2003, supportata dall'appoggio dell'UNAIDS (l'agenzia delle Nazioni Unite che si occupa di Aids), dell'OMS, di Medici Senza Frontiere e dell'Oxfam (la più importante ong britannica). Nel 2005 la terapia antiretrovirale è stata inserita fra le prestazioni assicurate dallo "schema dei 30 bath". **Il numero di persone sieropositive in trattamento è passato dai circa 3.000 dell'inizio del 2002, ai 27.000 di fine 2003, arrivando agli 83.000 al dicembre del 2006 e ai 180.000 di metà 2008, anche grazie ai fondi erogati dal Global Fund**. La Thailandia ha ottenuto, grazie all'utilizzo delle licenze obbligatorie e battaglie legali sui brevetti, una forte riduzione dei prezzi dei farmaci antiretrovirali (vedi **Figura 1**).

Figura 1 - Costo di lopinavir/ritonavir in Thailandia



Cliccare sull'immagine per ingrandirla

Alla fine del 2007 il numero stimato di persone Hiv positive era circa 610.000, pari all'1,6 % dell'intera popolazione. Alla fine del 2006 circa l'88% di coloro che necessitavano della terapia anti-retrovirale l'hanno ricevuta (anche se altre stime parlano di percentuali più basse, intorno al 60%).

L'ampliamento dei programmi di trattamento anti HIV/AIDS è tuttavia legato all'accesso ai farmaci di ultima generazione, indispensabili per contrastare i fenomeni della farmaco resistenza e dell'intolleranza. I nuovi farmaci, protetti da brevetto nella maggior parte dei paesi, sono però molto più costosi; per questo si prevede che la spesa per gli antiretrovirali passi dal 6,1% del budget sanitario nazionale del 2004 al 10,2% nel 2010.

Inoltre, fino ad ora, notevoli sono state le pressioni politiche, soprattutto da parte degli USA, affinché la Thailandia rinunciasse al sistema delle licenze obbligatorie e non è escluso che in futuro il governo thailandese possa cedere in cambio di vantaggi commerciali[[5,6,7,8,9](#)].

Bibliografia

1. Damrongplasit K, Melnick GA. Early Results From Thailand's 30 Baht Health Reform: Something To Smile About. *Health Affairs* 2009;28(3): 457-66K.
2. Towse A, Mills A, Tangcharoensathien V. Learning from Thailand's health reforms. *BMJ* 2004;328(7431):103-5
3. Somkotra T, Lagrada LP. Which Households Are At Risk Of Catastrophic Health Spending: Experience In Thailand After Universal Coverage. *Health Affairs* 2009;28(3):467-78
4. Pongpirul, Starfield B, Srivanichakorn S, Pannarunothai S. Policy characteristics facilitating primary health care in Thailand: A pilot study in transitional country. *International Journal for Equity in Health* 2009; 8: 1-21
5. Ford N, Wilson D, Costa Chaves G, Lotrowska M, Kijtiwatchakul K. Sustaining access to antiretroviral therapy in the less-developed world: lessons from Brazil and Thailand. *AIDS* 2007;21 Suppl 4:S21-9. Review
6. Songkhla MN. Health before profits? Learning from Thailand's experience. *Lancet* 2009;373(9662):441-2.
7. Ford N, Wilson D, Cawthorne P, et al. Challenge and co-operation: civil society activism for access to HIV treatment in Thailand. *Tropical Medicine and International Health* 2009;14(3):258-66
8. Fuller TD, Chamrathirong A. Knowledge of HIV Risk Factors Among Immigrants in Thailand. *J Immigrant Minority Health* (2009) 11:83-91