

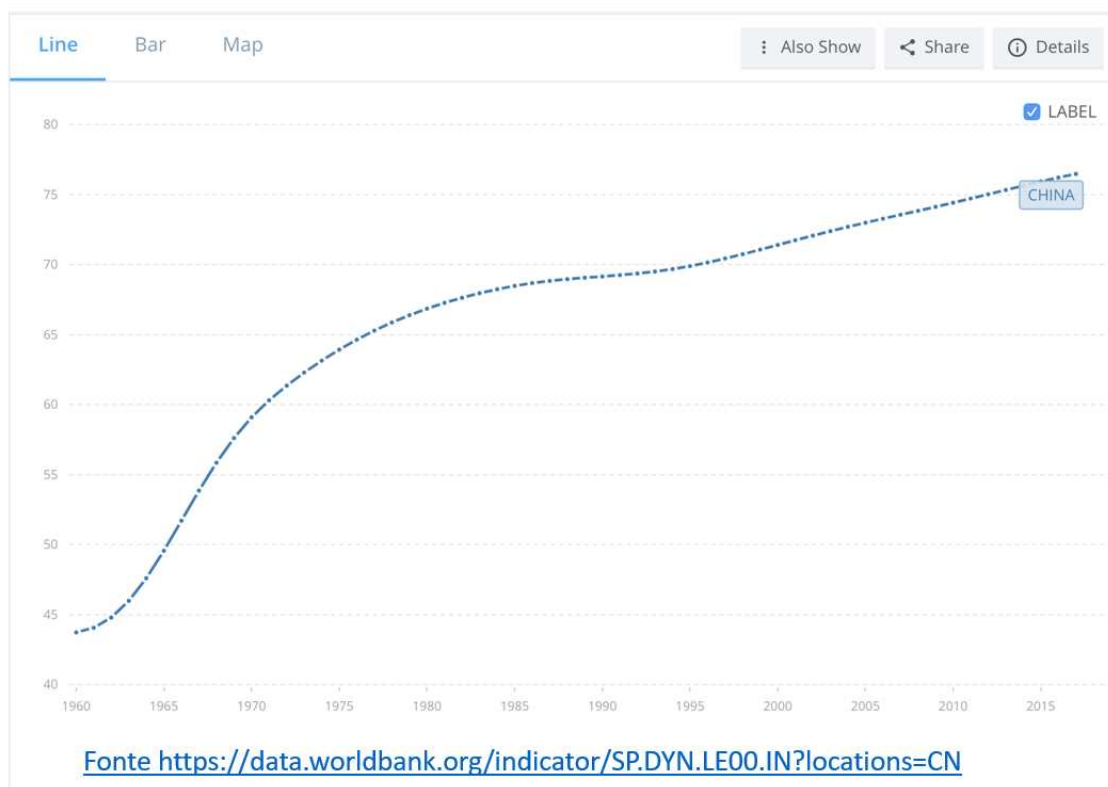
Gavino Maciocco

10 anni dall'avvio della riforma sanitaria del 2009 e 70 dalla nascita della Repubblica popolare cinese. È tempo di ricorrenze, analisi e bilanci.

Nel 1949 - quando Mao Tsetung e il Partito Comunista Cinese presero il potere - la Cina era un paese stremato dopo più di due decenni di invasioni straniere e di guerra civile. Povertà, malnutrizione, malattie endemiche (dalla tubercolosi alla schistosomiasi) erano piaghe estremamente diffuse da cui derivavano alti tassi di mortalità infantile (252 morti x 1000 nati vivi) e bassi livelli di sopravvivenza della popolazione (32 anni di speranza di vita alla nascita).[1] Nel Primo Congresso Nazionale sulla Salute (1950) furono annunciate le quattro linee che avrebbero guidato negli anni a venire la politica sanitaria del paese: a) La medicina doveva servire i lavoratori, i contadini e i soldati; b) La medicina preventiva doveva avere la precedenza su quella curativa; c) La medicina tradizionale cinese doveva essere integrata con la medicina scientifica occidentale; d) Gli interventi sanitari dovevano avere il sostegno dei movimenti di massa. [2] Fu così allestito un sistema sanitario dotato di un robusto apparato di sanità pubblica, impegnato a combattere le principali malattie infettive attraverso vaste campagne vaccinali e radicali interventi di bonifica dell'ambiente (es.: lotta contro la malaria e la schistosomiasi. [3] Tutte le strutture sanitarie (dai grandi ospedali ai piccoli dispensari) erano pubbliche, in parte gestite direttamente dal governo, e per la maggior parte dalle Unità di Lavoro (*Danwei*). Nelle aree rurali il pilastro del sistema sanitario fu la Comune (*Gongshe*). **Le Comuni erano proprietarie della terra, organizzavano la sua coltivazione, distribuivano i raccolti, erogavano i servizi sociali a tutti i suoi membri, tra cui l'assistenza sanitaria attraverso il Sistema Medico Cooperativo.**

Dagli anni 50 agli inizi degli anni 80 il sistema sanitario cinese ha ottenuto "enormi risultati" - come scrivono David Blumental e William Hsiao in un articolo pubblicato sul *New England Journal of Medicine*: la mortalità infantile è crollata al 34 per 1000 nati vivi e la speranza di vita alla nascita si è innalzata a 68 anni (**Figura 1**). [4] La morte di Mao, avvenuta nel 1976, pose fine all'esperienza del comunismo cinese culminata con la Rivoluzione Culturale durata dieci anni, causa tra l'altro di una grave stagnazione dell'economia. Il nuovo presidente Deng Xiaoping, eletto nel 1978, introdusse profonde riforme economiche basate sul mercato, **smantellò le Comuni** e aprì le porte agli investimenti stranieri. Da allora l'economia cinese ha cominciato a galoppare al ritmo di crescita di circa il 10% all'anno.

Figura 1. Cina. Speranza di vita alla nascita. 1960-2017



Le conseguenze sulla sanità delle trasformazioni avvenute in Cina dagli anni 80 in poi furono disastrose, a causa del collasso del sistema universalistico, provocato dalla privatizzazione di fatto dei servizi sanitari pubblici, costretti – per mancanza di fondi governativi – a finanziarsi attraverso il pagamento delle prestazioni da parte dei pazienti. (vedi [Riforma sanitaria in Cina: lo stato dell'arte](#)). **Nel 2003 il 44,8% di popolazione urbana e il 79,1% della popolazione rurale era priva di una qualche forma di copertura assicurativa.** [5] A causa di ciò un terzo della popolazione che necessitava di cure ospedaliere rinunciava a curarsi per motivi economici, le spese sanitarie “catastrofiche” colpivano il 12% delle famiglie cinesi e il 30% delle famiglie povere attribuiva la propria condizione ai costi eccessivi dell’assistenza sanitaria. Nel 2003 la crisi della SARS (*severe acute respiratory syndrome*) mostrò a tutto il mondo la fragilità della Cina nel controllo dell’epidemie e nella gestione delle emergenze (Nota [a](#)).

Bisogna aspettare il 2009 per trovare una risposta politica decisiva agli enormi problemi della sanità cinese. La risposta è affidata a un documento del Comitato centrale del Partito comunista cinese, con un titolo vago “*Opinioni su una profonda riforma del sistema sanitario*”, ma dai contenuti forti: l’obiettivo è quello di realizzare un servizio

sanitario equo, accessibile e efficiente, che garantisca la copertura universale entro il 2020.

Sono trascorsi dieci anni dall'uscita di quell'impegnativo documento. Un anniversario che coincide con una ricorrenza ben più solenne, i 70 anni dalla nascita delle Repubblica popolare cinese. Anche per questo negli ultimi mesi vi è stato un fiorire di pubblicazioni sul sistema sanitario cinese, per descriverlo e soprattutto per valutare i risultati della riforma. In particolare segnaliamo una raccolta di otto articoli prodotta dal BMJ lo scorso giugno dal titolo "*China's Health System Reform: Review of 10 Years of Progress*" (*Open access*, vedi Risorse) e una serie di editoriali, commenti e paper pubblicati nel numero di The Lancet dello scorso 28 settembre (tra questi: *10 years of health-care reform in China: progress and gaps in Universal Health Coverage*) - (Nota [b](#)).

I dieci anni della riforma: *progress and gaps*

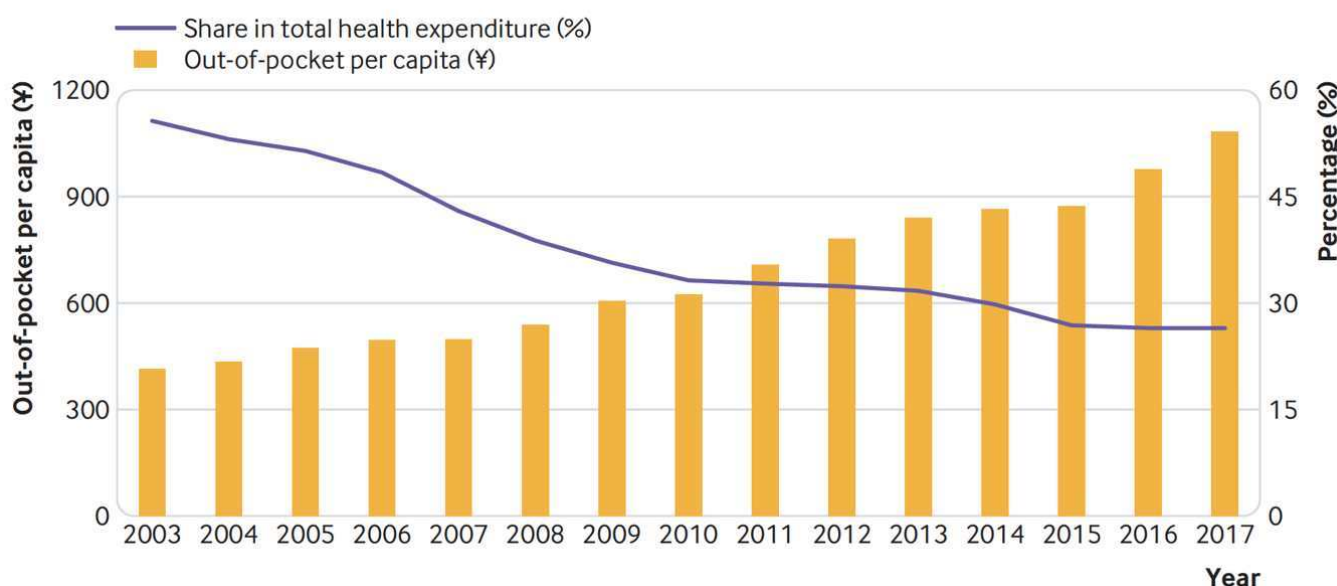
Su due punti fondamentali l'impegno politico del governo cinese assunto nel 2009 - quello di considerare la sanità una priorità strategica - è stato mantenuto: a) un enorme investimento finanziario sul sistema sanitario, b) il raggiungimento della copertura sanitaria universale: oggi il 99% della popolazione cinese usufruisce di una copertura assicurativa. Ciò non significa che i problemi di equità, qualità e efficienza del sistema siano stati risolti. Ci sono stati dei considerevoli progressi, ma anche molti limiti e ritardi.

Gli investimenti.

Dal 2008 al 2017 la spesa sanitaria pubblica cinese è quadruplicata passando da 359 miliardi di Yuan a 1520 miliardi di Yuan (1 € = 7,79 Y). La percentuale del PIL destinata alla sanità è passata dal 4,5% del 2008 al 6,4% del 2017. Il ritmo di crescita annuale della spesa sanitaria dal 2008 al 2017 è stato del +12,2%, di gran lunga superiore alla crescita annuale del PIL che nello stesso periodo ha segnato il +8,1%. Più della metà delle risorse iniettate nel sistema sanitario sono state destinate a finanziare la copertura assicurativa per la sterminata massa di popolazione costretta a pagare ogni prestazione sanitaria (col rischio di andare in rovina) o di rinunciare per mancanza di soldi. Massa di popolazione rappresentata dagli abitanti delle aree rurali, ma che delle città (spesso migrati dalle campagne): persone senza un lavoro formale, disoccupati, disabili. Il governo copre il 75% dell'assicurazione che garantisce una serie (limitata) di prestazioni di primo, secondo e terzo livello. Le limitazioni sono dovute al basso valore del premio assicurativo, circa 700 Y per persona l'anno, di gran lunga inferiore rispetto all'altro tipo di assicurazione, quella dei dipendenti pubblici e privati (4.200 Y), finanziata con i contributi dei datori di lavoro e dei dipendenti.

L'impegno pubblico nel finanziare la copertura universale ha modificato radicalmente la composizione della spesa sanitaria totale che prima della riforma era per oltre il 50% rappresentata dalla spesa diretta dei cittadini (*out-of-pocket*). Nel 2017 tale componente si è ridotta al 28% (Figura 2), la restante parte è suddivisa tra spesa per la copertura assicurativa pubblica (42%) e spesa sanitaria pubblica (30%), anch'essa in crescita. L'incremento della spesa sanitaria pubblica è servito per potenziare le strutture sanitarie, in termini di risorse fisiche, tecnologiche e di personale, e per riorganizzare dalle fondamenta il settore della sanità pubblica (per evitare il ripetersi di casi simili alla SARS).

Figura 2. Percentuale della spesa out-of-pocket sulla spesa sanitaria totale (linea blu) e out-of-pocket pro-capite in ¥ (barre gialle) . Fonte BMJ.



La riforma si è occupata anche di gestione delle strutture sanitarie. Tra le varie iniziative, la più importante, anche dal punto di vista simbolico, è stata **l'abolizione del "mark up"**, ovvero la percentuale (15%) sul prezzo di un farmaco che i medici intascano a seguito di una prescrizione. Uno scandaloso motivo di iperprescrizione e inappropriatazza, le cui conseguenze si abbattevano sulla salute e sulle tasche dei pazienti.

L'accessibilità

Il risultato più eclatante della riforma è stato l'aumento dell'accessibilità degli ospedali. Il tasso di ospedalizzazione è passato dal 7,4% del 2010 al 13,5% del 2016, con un aumento maggiore nelle aree urbane (+7,6%) rispetto a quelle rurali (+3,7%), senza tuttavia registrare differenze significative tra gruppi di popolazione con differente reddito. **È diminuita in maniera significativa la popolazione che rinunciava alle cure**

ospedaliere di cui aveva bisogno (Figura 3), così come si sono ridotte le differenze tra province (con differenti livelli di ricchezza) riguardo alla mortalità materna che - dal 2005 al 2017 - ha registrato una riduzione complessiva, più spiccata nelle province più povere (Figura 4).

Figura 3. Percentuale di pazienti che rinunciano a ricoverarsi quando necessario (Fonte: BMJ)

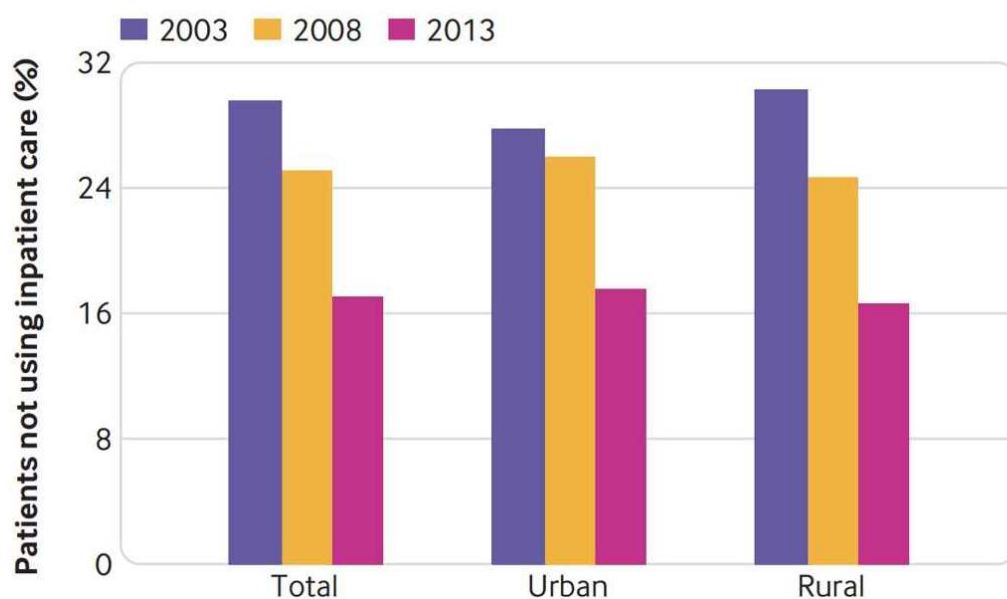
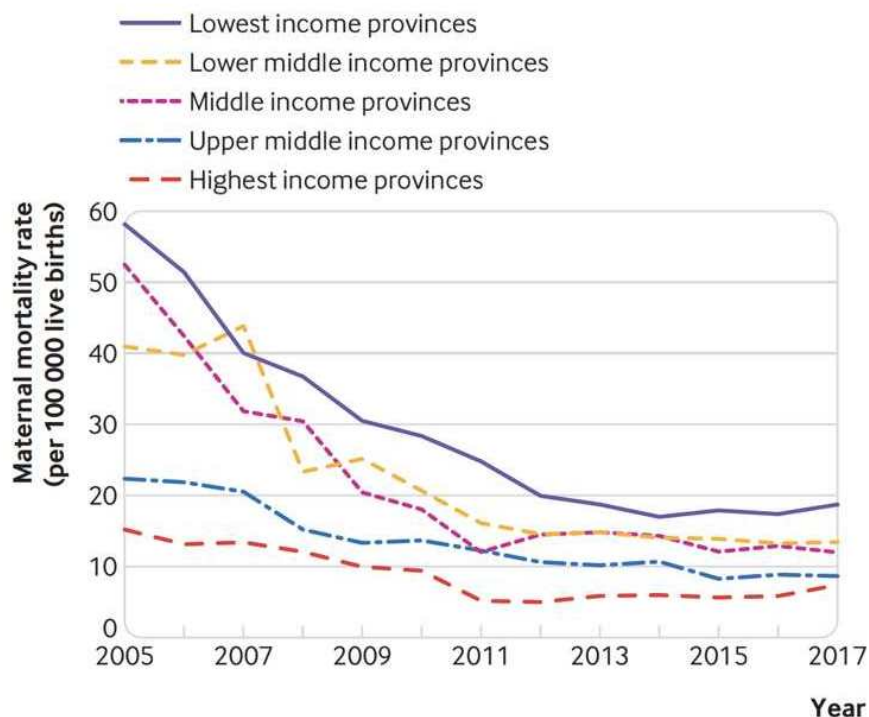


Figura 4. Mortalità materna per livello di reddito delle province. 2005-2017. Fonte BMJ



Le spese catastrofiche

In Cina si intendono spese sanitarie catastrofiche quelle che assorbono oltre il 40% del reddito familiare, al netto delle spese per il cibo. Queste colpiscono di gran lunga le famiglie più povere rispetto a quelle più ricche come dimostra la **Tabella 1**. E sono le famiglie più povere quelle che hanno registrato una discreta riduzione (-27%) di queste spese, tuttavia complessivamente a livello nazionale **la percentuale di popolazione che annualmente va incontro a spese sanitarie difficilmente sostenibili è rimasta stazionaria intorno al 13-15%**. Dato confermato dal fatto che la spesa *out-of-pocket* pro-capite dal 2009 al 2017 è quasi raddoppiata (vedi **Figura 2**).

Tabella 1. Incidenza delle spese sanitarie catastrofiche tra 2003 e 2016. Fonte BMJ

Reference	Year	Region	Population	% incurring catastrophic health expenses*		
				Poorest	Average	Richest
Meng et al ¹⁴	2003	National	All	N/A	12.2	N/A
Meng et al ¹⁴	2008	National	All	N/A	14	N/A
Meng et al ¹⁴	2011	National	All	N/A	12.9	N/A
Xu et al ²¹	2013	Shaanxi Province	All	22.4	15.8	12.9
Sun et al ²²	2014	Inner Mongolia	Rural	N/A	17.5	N/A
Wang ²³	2014	National	Rural	31.6	15.8	5.7
Xu and Chu ²⁴	2015	National	≥45 years old	N/A	16.5	N/A
Jing et al ²⁵	2016	Shandong Province	Type 2 diabetes	17. ¹ †	13.8†	9. ³ †

N/A=not available.

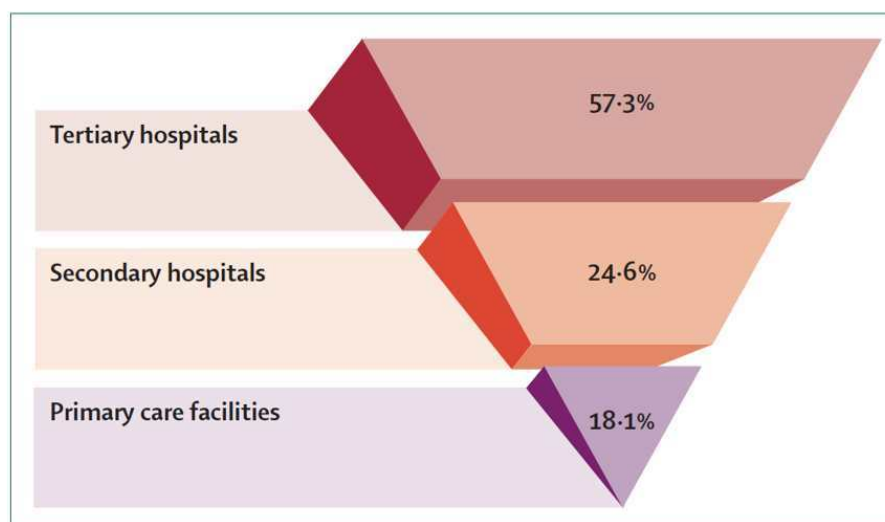
*The poorest is the bottom fifth of the distribution of household income and the richest the top fifth.

†Study reported the lowest 25% and highest 25% rather than fifths.

Il funzionamento del sistema

In Cina nella popolazione tra 35 e 75 anni il 50% soffre di ipertensione, di cui meno di un terzo è in trattamento e meno di un decimo ha la pressione arteriosa sotto controllo (la prima causa di morte in Cina è l'ictus). **Situazione simile per il diabete**, dove una ricerca ha rilevato una prevalenza del 10,9%, con più del 60% di casi non diagnosticati. Di quelli diagnosticati solo il 32% ricevevano la terapia. **Servirebbe un sistema di cure primarie capillare e efficiente** (come era al tempo di Mao Tzetung) per intercettare questa enorme massa di bisogni, ma purtroppo non è così. Le cure primarie - nonostante qualche tentativo di rivitalizzarle - sono l'ultima ruota del carro del sistema sanitario in termini di risorse, di organizzazione, di personale. Penalizzate anche dai sistemi di rimborso delle assicurazioni. Così in Cina anche per le prestazioni ambulatoriali i pazienti tendono a rivolgersi agli ospedali, ancor più se questi sono ad alta specializzazione. Del resto nel 2017 **il 58% delle risorse del sistema erano assegnate alle cure terziarie e solo il 18% a quelle primarie (Figura 5).**

Figura 5. Concentrazione delle risorse nei livelli più alti del sistema sanitario. Fonte: The Lancet



Conclusioni

La riforma della sanità cinese è fatta di “*progress and gaps*”. Da una parte è aumentata l’offerta di servizi e migliorata la loro accessibilità, dall’altra sono aumentati i pagamenti out-of-pocket per accedere a quei servizi e le spese sanitarie catastrofiche per le famiglie sono rimaste al livello pre-riforma. Alla base di questo apparente paradosso sta da una parte lo scarso livello di copertura garantito dall’assicurazione finanziata dal governo (difficile pretendere molto da una polizza di appena 100 euro l’anno, soprattutto se anziani o malati cronici), dall’altra la cultura mercantile e ultra-ospedaliera di cui è impregnato in profondità il sistema (nonostante i tentativi di correzione apportati dalla riforma, come l’abolizione del *mark up* farmaceutico).

Risorse

[China’s Health System Reform: Review of 10 Years of Progress](#) [PDF: 10 Mb] BMJ 2019;365:June

Note

Nota a: L’[epidemia](#) di SARS - una grave forma di polmonite di origine virale - iniziò nella provincia cinese di [Guangdong](#), nel novembre 2002. Il suo mancato controllo a livello locale e il ritardo di mesi da parte del governo cinese nell’informare l’OMS provocarono pesanti conseguenze “globali”. A luglio 2003 il bilancio fu di 8,098 casi con 774 morti, distribuiti in 37 paesi. Le nazioni più colpite oltre la Cina furono Taiwan, Singapore e Canada. Nella lotta

contro l'epidemia in Vietnam perse la vita il medico italiano Carlo Urbani.

Nota b: Il testo di questo post si basa sulla lettura dei seguenti articoli:

- Da "China's Health System Reform: Review of 10 Years of Progress", BMJ 2019;365:June
- China's encouraging commitment to health, Qingyue Meng, Daoxin Yin, Anne Mills, Kamran Abbasi
- What can we learn from China's health system reform?, Qingyue Meng, Anne Mills, Longde Wang, Qide Han
- Realigning the incentive system for China's primary healthcare providers, Xiaochen Ma, Hong Wang, Li Yang, Leiyu Shi, Xiaoyun Liu
- Strengthening public health services to achieve universal health coverage in China, Beibei Yuan, Dina Balabanova, Jun Gao, Shenglan Tang, Yan Guo
- Enhancing financial protection under China's social health insurance to achieve universal health coverage,
- Hai Fang, Karen Eggleston, Kara Hanson, Ming Wu
- Winnie Yip, Hongqiao Fu, Angela T Chen, Tiemin Zhai, Weiyang Jian, Roman Xu, Jay Pan, Min Hu, Zhongliang Zhou, Qiulin Chen, Wenhui Mao, Qiang Sun, Wen Chen, 10 years of health-care reform in China: progress and gaps in Universal Health Coverage, Lancet 2019; 394: 1192-204
- Yongjian Xu, Anupam Garrib, Zhongliang Zhou, Duolao Wang, Jianmin Gao, Xiaowei Yang, Xiaojing Fan and Gang Chen, New Health Care Reform and Impoverishment among Chronic Households in China: A Random-Intercept Approach, Int. J. Environ. Res. Public Health 2019, 16, 1074; doi:10.3390/ijerph16061074

Bibliografia

1. Hall Tl, Sidel VW. Diseases in the Modern Period in China, in K.F. Kiple (ed.), The Cambridge World History of Human Disease. Cambridge: Cambridge University Press, 1993.
2. Hesketh T, Xing Zhu W. Health in China: from Mao to market reform. BMJ, 1997; 314: 1543-45.
3. Farley J. Schistosomiasis, in K.F. Kiple (ed.), The Cambridge World History of Human Disease. Cambridge: Cambridge University Press, 1993.
4. Blumental D, Hsiao W. Privatization and Its Discontent - The Evolving Chinese Health Care System. N. Engl. J. Med. 2005; 353: 1165-70.
5. China Household Health Survey 2003

