

LA CINA E IL SISTEMA SANITARIO: EREDITÀ SCOMODE E PROSPETTIVE DI RIFORMA

In seguito al moltiplicarsi dei focolai di influenza aviaria e all'aumento dei decessi verificati, l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha alzato il livello di allerta temendo che un'imminente modifica del virus possa portare alla trasmissione tra esseri umani e ad una sua espansione su scala mondiale. E quindi tornato tristemente attuale il problema della sicurezza sanitaria in Asia sud-orientale, e la paura che possa verificarsi una "nuova SARS" ha fatto concentrare l'attenzione in particolare sulla Cina. La Cina è attraversata dal 70% delle rotte migratorie mondiali, ospita un quinto della popolazione mondiale di polli (circa 14 milioni) e oltre il 60% dei suoi abitanti risiede nelle campagne: tutte caratteristiche che la rendono un bacino potenzialmente perfetto per lo scoppio e la diffusione di una pandemia da influenza aviaria. A questo si deve aggiungere che l'OMS da tempo denuncia le disfunzioni e le lacune della sanità cinese: la decentralizzazione e il sotto-finanziamento del sistema sanitario hanno seriamente compromesso la capacità di gestire eventuali pandemie infettive, come l'episodio della SARS nel 2003 ha dimostrato. Il sistema attuale non sembra nemmeno essere in grado di tenere sotto controllo le malattie infettive "più classiche", che ancora oggi rappresentano un grave problema per la salute pubblica. La Cina è infatti il secondo paese al mondo per incidenza complessiva della tubercolosi (TB) (4,5 milioni di individui malati nel 2000) e per il numero di nuovi casi annui, e nel 2002 circa 1 milione di persone era affetto dal virus dell'AIDS/HIV, anche se l'assenza di una precisa rilevazione storica induce a sostenere che la percentuale possa essere più alta.

Il sistema sanitario cinese ha vissuto nel corso degli anni delle fasi alterne ma oggi sembra davvero giunto ad un punto oltre il quale non è più possibile spingersi, e non solo a causa della precaria situazione sanitaria nazionale:

con oltre 1,3 miliardi di abitanti, i problemi della Cina sono i problemi di un quarto della popolazione mondiale e gli eventi recenti stanno mettendo ancora una volta in evidenza come le conseguenze di una cattiva sanità possano rappresentare un serio pericolo ben al di fuori dei confini nazionali.

Le Comuni e la nascita dell'assistenza sanitaria pubblica

Nel 1949, quando i comunisti guidati da Mao Ze Dong andarono al potere, si trovarono tra le mani un paese martoriato da anni di guerra civile; il tasso di mortalità infantile era del 250/1000 e la speranza di vita alla nascita arrivava ad appena 35 anni. Nei decenni che seguirono la Cina visse dei profondi cambiamenti con esiti e risultati non sempre positivi, ma se un successo venne realizzato questo riguardò senza dubbio il miglioramento delle condizioni di salute della popolazione. Significativa in questo senso è stata la riduzione della mortalità infantile, particolarmente rapida negli anni '50 e '60: tra il 1952 e il 1982 il tasso medio scese al 34/1000 e l'aspettativa di vita alla nascita raggiunse i 68 anni. Fu soprattutto l'accesso all'assistenza di base a consentire di ottenere i risultati osservati, grazie alla creazione di un sistema sanitario pubblico a copertura praticamente universale, istituito con il Primo Congresso Nazionale della Sanità (1950).

Il dualismo città-campagna, che ancora oggi caratterizza la Cina, definiva già da allora la struttura del sistema sanitario. Dal 1951 i lavoratori delle zone urbane vennero inseriti nei due schemi assicurativi del Governo - il Government Insurance Scheme (GIS) per i dipendenti statali e il Labour Insurance Scheme (LIS) per i dipendenti delle grandi imprese di stato (State Owned Enterprises, SOEs) - che garantirono per oltre 30 anni la copertura sanitaria sia per i bisogni di base che per i ricoveri al 50% della

popolazione urbana. Nelle aree rurali invece l'istituzione alla base della società era la Comune. Essa provvedeva anche all'assistenza sanitaria attraverso uno schema assicurativo comunitario, il Cooperative Medical System (CCMS). Durante la Rivoluzione Culturale vennero addestrati più di un milione di medici per l'assistenza sanitaria di base nei villaggi, dando così origine al mito dei "medici scalzi" (i famosi barefoot doctors) come sinonimo di reale efficienza nell'incontrare le esigenze della popolazione, mito diffusosi al di fuori dei confini nazionali e spesso portato come esempio da imitare. Tra il 1950 e il 1960 molte Comuni agricole adottarono il CSM e verso la fine degli anni '70 circa il 90% della popolazione rurale risultava coperta dal punto di vista sanitario.

Le riforme e il mercato

Con l'avvio delle riforme promosse da Deng Xiaoping nel 1978, il sistema economico cominciò a dirigersi verso il mercato; un tasso di crescita senza precedenti (9,4% annuo in media dal 1978 al 2004) avrebbe portato all'innalzamento del reddito e ad un ulteriore miglioramento delle condizioni di vita per milioni di persone. Il sistema sanitario come era stato fino ad allora concepito smise di esistere ma non fu sostituito da nessuna valida alternativa, portando ad una drammatica riduzione nel livello di copertura della popolazione sia rurale che urbana: tra il 1978 e il 1993 la popolazione rurale con assicurazione sanitaria scese dal 90% al 7%. Alcuni provvedimenti ebbero degli effetti particolarmente drammatici sul sistema post-riforme. In primo luogo la responsabilità dei servizi sanitari passò ai governi locali; il Governo centrale perse così parte del suo ruolo di redistributore delle risorse economiche e in questo modo le ricche province costiere furono le meno danneggiate dal cambiamento, potendo contare su possibilità di spesa maggiori dato il reddito più elevato

Un secondo provvedimento dalle conseguenze ancora più drammatiche fu la deregolamentazione del sistema di prezzi. Con il nuovo Management Responsibility System si iniziarono ad elargire i contributi alle strutture sanitarie successivamente alle prestazioni effettuate (*fee-for-service*) e i prezzi per le cure di base erano fissati da un'apposita Commissione al di sotto dei costi reali, in modo da poter garantire l'accesso alle cure sanitarie essenziali anche a buona parte della popolazione non assicurata. Fu quindi concesso ad ospedali e cliniche di rivalersi delle eventuali perdite subite nell'erogazione delle cure di base fissando autonomamente i prezzi di nuovi farmaci e nuove cure ad alta tecnologia, anche con ampi margini di profitto. Il sistema dei salari dei medici iniziò ad includere dei bonus correlati con i redditi generati a favore dell'ospedale: venivano premiati i medici che facevano guadagnare di più, e siccome attività più redditizie erano proprio quelle che riguardavano la vendita di nuovi medicinali o l'utilizzo di nuove tecnologie, essi erano fortemente incentivati a prescriberle.

Questo meccanismo portò a degli esiti davvero paradossali: un sovrautilizzo di cure mediche costose e all'avanguardia, spesso non necessarie, e una congiunta sovraprescrizione di farmaci per via dei profitti che essi generavano. Poiché le farmacie erano generalmente gestite e di proprietà degli stessi ospedali, la vendita dei farmaci divenne (ed è tutt'ora) la prima fonte di guadagno per le strutture ospedaliere (anche due terzi dei ricavi totali). La spesa sanitaria esplose: il peso degli schemi assicurativi statali (GIS e LIS) sul budget sanitario pubblico crebbe drasticamente, perché gli assicurati erano incentivati ad utilizzare cure moderne per le quali non doveva sostenere nessun costo. La crescente percentuale di popolazione che non era assicurata trovava sempre più impossibile affrontare le spese proibitive e rimaneva esclusa dall'assistenza medica, di fronte ad un'emergente classe di nuovi ricchi che invece riceveva cure e servizi all'avanguardia e da standard occidentali.

Il terzo radicale provvedimento fu lo smantellamento delle istituzioni sociali che erano state i pilastri della collettivizzazione agricola, le Comuni. Con il

venir meno del Cooperative Medical System la popolazione rurale con copertura sanitaria scese dal 90% del 1978 al 7% del 1993. I centri sanitari dei villaggi vennero in gran parte privatizzati e anche i "medici scalzi", tanto vantati come fiore all'occhiello del sistema sanitario cinese, si trovarono costretti a dedicarsi all'attività privata.

Sperimentazioni in corso

Il Governo ha cominciato a rendersi conto dell'insostenibilità della situazione, e negli ultimi anni ha promosso dei primi timidi tentativi di riforma.

L'esito tendenzialmente positivo dei progetti pilota avviati nel 1994 (poi estesi nel 1996) in alcune città ha finalmente portato nel 1998 all'introduzione di un nuovo sistema di assicurazione sanitaria per le aree urbane, il Basic Medical Insurance System (BMI), da sostituire gradualmente ai vecchi LIS e GIS. Con la riforma l'adesione allo schema assicurativo è diventata obbligatoria per tutte le imprese, sia private che di proprietà dello stato. Sono stati istituiti due tipi di fondi nei quali confluiscono i contributi versati, il Medical Saving Account (MSA) e il Social Pooling Account (SPA), che si differenziano per la destinazione dei rimborsi: le risorse finanziarie del MSA coprono le spese mediche fino ad un massimo equivalente al 10% del salario annuo, tetto oltre il quale scatta la spesa straordinaria a carico del fondo sociale (SPA) per le cure di grave entità, che elargisce finanziamenti fino al 400% dello stipendio annuo. Per contenere la spesa e ridurre le uscite delle assicurazioni è previsto però il concorso parziale ai costi delle cure da parte degli assicurati (*copayment*), mentre la novità più interessante risiede nel metodo di erogazione dei sussidi ai fornitori dei servizi sanitari: il precedente schema di totale e passivo rimborso delle prestazioni (*fee-for-service*) è stato sostituito da un sistema in cui l'ammontare dei contributi statali è fissato in anticipo. Dal 2003 la maggior parte delle grandi città ha accelerato l'adesione al BMI, estendendone la copertura a circa 109 milioni di lavoratori, che rappresentano però ancora una percentuale molto bassa rispetto ad una popolazione totale di oltre 1,3 miliardi di persone.

La maggior parte della popolazione cinese è infatti concentrata nelle campagne; una riforma che non tenga adeguatamente conto di questo dato non avrebbe alcun senso. Nel 2003 il Governo ha lanciato in 300 comuni rurali una riforma da estendere poi a tutte le zone entro il 2010: il New Cooperative Medical System (NCMS). La novità del sistema risiede nello schema di finanziamento, che coinvolge Governo centrale, Governo locale ed individui: gli assicurati sono invitati a versare 10 renminbi (circa 1,25 dollari) come condizione necessaria per ottenere ulteriori 10 renminbi di contributo da parte del Governo locale, cui poi si aggiungono altri eventuali 10 renminbi dal Governo centrale. Forse 20 renminbi di contributo governativo possono sembrare pochi - e lo sono sicuramente considerando che 30 renminbi rappresentano appena il 20% della spesa sanitaria annua pro capite - ma rappresentano un passo avanti rispetto ad un recente passato in cui il Governo si è pressoché astenuto dal finanziare la sanità nelle aree rurali. Fonti cinesi parlano del coinvolgimento fino ad oggi di 156 milioni di persone, con un tasso di copertura del 70%.

La spesa sanitaria oggi

Nel 2002 la spesa sanitaria totale in Cina è stata di circa 68 miliardi di dollari, in crescita rispetto ai 9,4 miliardi di dollari del 1981. In percentuale del PIL si è avuto un incremento dal 3,04% del 1978 al 5,42% del 2002, inferiore rispetto agli standard di molti paesi a reddito medio-alto. L'aumento della spesa sanitaria è un fenomeno che si osserva contemporaneamente all'aumento del reddito pro capite, ma questo andamento crescente non deve trarre in inganno facendo supporre un conseguente miglioramento del livello qualitativo dei servizi né una loro più ampia copertura. La Cina è in questo senso un perfetto esempio.

La quota della spesa pubblica cinese (che l'OMS definisce essenzialmente come somma della spesa governativa e dei fondi sociali) sul totale della spesa sanitaria nazionale è scesa dal 60% del 1990 al 33,7% del 2002. La spesa diretta del Governo (che costituisce circa metà della spesa pubblica) è passata dal 32,2% (1978) allo scarso 15,2%

(2002) della spesa sanitaria complessiva, un calo dall'1% allo 0,8% in termini di percentuale del PIL. In termini pro capite, la spesa sanitaria complessiva nel 2002 è stata pari a 63 dollari, di cui però solo 9,45 dollari direttamente

dichiarato di non essere ricorso a cure mediche pur essendo stato consigliato di farlo, e per la maggior parte di essi – ma si arriva a tre quarti nelle aree rurali e all'85% tra il quinto più povero della popolazione – la ragione principale era

essere, decisamente allettate dal vasto mercato potenziale. Un problema che sta assumendo dimensioni considerevoli è inoltre quello dell'assistenza sanitaria per i lavoratori emigrati dalle campagne, poiché, anche qualora siano coperti da un'assicurazione rurale (tipo NCMS), non possono goderne al di fuori dell'area di competenza e nel contempo non possono ottenere l'assicurazione urbana perché privi di residenza. Nelle aree rurali invece la copertura nel 2003 è risultata inferiore al 20%, e l'aumento registrato tra il 1993 (quando era appena del 12,7%) e il 2003 è stato dovuto all'introduzione di nuovi schemi assicurativi (NCMS) e alla crescita delle assicurazioni private.

Anche il livello di assistenza finanziaria garantito è andato progressivamente riducendosi. Dal 1997 gli assicurati provvedono di tasca loro a coprire un terzo dei costi di ricovero, quota che per le spese sanitarie di base arriva anche ai due terzi; nel 1987 era del 30%.

Una quarta ragione riguarda il ruolo dello Stato. L'esperienza storica di molti paesi suggerisce che lasciare il settore sanitario interamente nelle mani del mercato può essere un'operazione pericolosa e controproducente. Il Governo cinese dovrebbe fare molto di più in questa direzione, a cominciare dall'invertire il trend decrescente della spesa pubblica rispetto alla spesa sanitaria totale. Se confrontato con gli standard internazionali, un paese con il reddito pro capite come quello della Cina dovrebbe avere una spesa sanitaria pubblica pari al 2,4% del suo PIL; nel 2003 la spesa sanitaria pubblica cinese arrivava all'1,9% del PIL, scendendo allo 0,8% senza i fondi sociali.

Il livello di equità in un sistema sanitario è correlato negativamente con la percentuale della spesa di tipo out-of-pocket e con il divario tra i livelli di reddito tra la popolazione: entrambi questi fenomeni sono marcatamente presenti in Cina. L'equità è quindi la quinta ragione che spinge a chiedere urgenti riforme. Finché i governi locali dovranno contare essenzialmente sulle loro risorse, il livello della spesa sanitaria pro capite non potrà essere che molto diverso tra le varie province a seconda del loro reddito, accentuando così un gap in continuo aumento. La situazione si fa drammatica se si con-

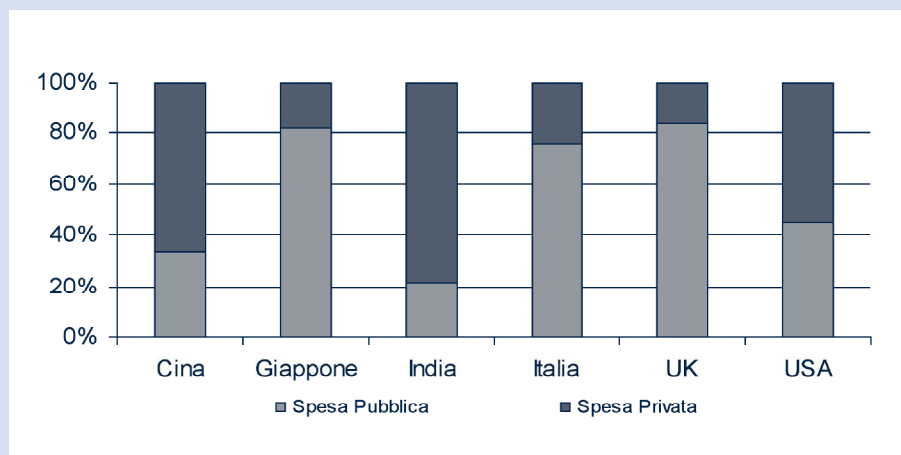


Figura 1: Spesa sanitaria a confronto

Fonte: The World Health Report 2005 (Annex 5)

provenienti dal budget del Governo.

Oltre il 90% della spesa privata (assicurazioni private, spese delle istituzioni non-profit, spese dirette degli individui ecc) è invece costituito da spese a carico degli individui (spese out-of-pocket), data l'assenza praticamente totale di forme di assicurazione privata. Le sole spese out-of-pocket rappresentano quasi il 60% della spesa sanitaria nazionale, percentuale che nel 1978 arrivava appena al 20%. In termini reali la spesa privata in Cina è salita a ritmi del 20% annuo durante gli anni '90 mentre la spesa pubblica è cresciuta ad un tasso dell'8%.

Perché c'è ancora bisogno di riforme

Ricerche ed analisi condotte dalla Banca Mondiale e dall'OMS negli anni scorsi hanno rivelato come le disfunzioni ereditate dal passato continuino a persistere nel sistema sanitario cinese nonostante i tentativi di rinnovamento. Esistono pertanto ancora molte ragioni per sostenere che ulteriori riforme siano davvero necessarie ed ormai improrogabili.

La prima ragione è forse la più grave: ancora troppi di coloro che hanno bisogno di cure sanitarie non ne fanno uso a causa dei costi elevati. Nelle indagini effettuate per la National Health Survey (NHS, 2003) il 30% degli intervistati ha

stata proprio il costo eccessivo.

Un secondo motivo, connesso al precedente, è che non solo il sistema esistente tende ad escludere i poveri, ma chi vi ricorre spesso lo fa a rischio della propria situazione finanziaria. Nella National Health Survey del 2003 il 30% degli indigenti intervistati ha dichiarato di esserlo diventato a causa delle elevate spese sanitarie sostenute. Chi si trova a dover sostenere delle spese mediche straordinarie ed onerose è nella maggior parte dei casi chi non è in condizione di pagarsi un'assicurazione privata e quindi si trova in una situazione reddituale già di per sé precaria.

Una terza ragione è che le assicurazioni sanitarie sono ancora troppo poco diffuse e quelle esistenti offrono una copertura sempre minore. Nelle aree urbane circa il 50% della popolazione risulta coperto da qualche forma di assicurazione sanitaria (percentuale che scende al 12% tra le fasce più povere): la copertura degli schemi governativi – LIS, GIS e BMI – è diminuita tra il 1993 e il 2003, scendendo al 40% della popolazione urbana, mentre la maggior parte del residuo 10% ricorre alle assicurazioni private. Un mercato di assicuratori privati rivolto alle classi più abbienti sta infatti prendendo piede nelle aree urbane e la Cina sta gradualmente concedendo spazio anche alle società assicuratrici

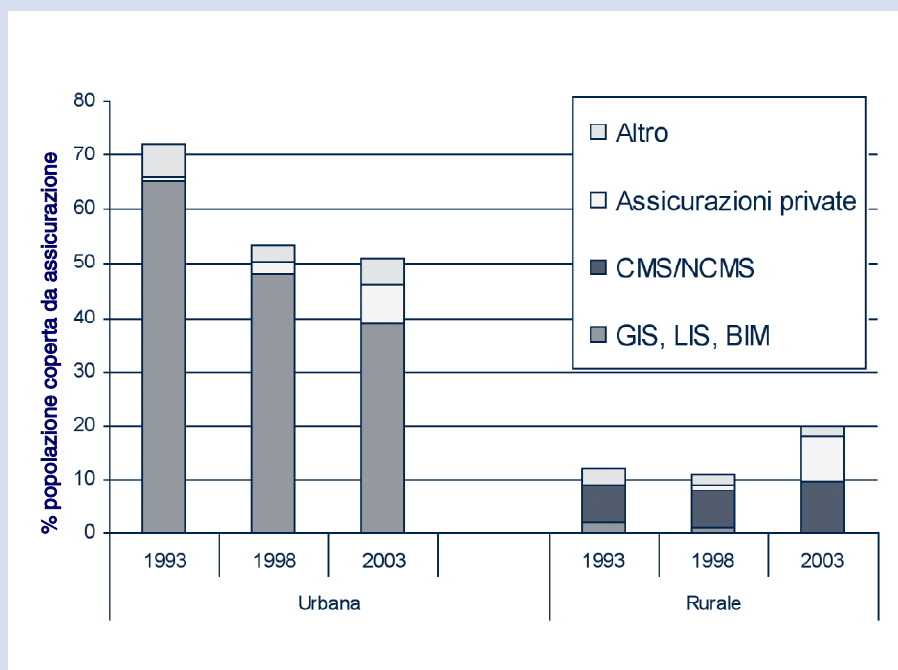


Figura 2: Copertura assicurativa della popolazione cinese
Fonte: National Health Survey (2003)

fronta la realtà urbana con quella rurale. Nel 2002 la spesa sanitaria totale urbana è stata di circa 34 miliardi di dollari contro i 23,4 miliardi delle aree rurali; questo significa che la spesa per 500 milioni di residenti urbani è stata superiore rispetto a quella per i restanti oltre 780 milioni delle campagne, e che la spesa pro capite nelle città è stata circa 3,5 volte quella nelle campagne, differenza che sale a 5 volte se si considera la sola spesa del Governo. Anche la qualità dei servizi offerti è molto diversa: le aree rurali hanno meno posti letto e meno medici (1,5 letti e 1,1 medico ogni 1.000 abitanti nelle campagne contro i 3,5 e i 2,3 nelle città) ed il personale è spesso meno preparato e competente. Il tasso di mortalità infantile nelle aree rurali è ancora da 3 a 5 volte più alto rispetto a quello delle aree urbane (nel 1999 in media 37/1000 contro l'11/1000 delle città), come è più elevato il tasso di morte al parto (nel 2002 72 su 100.000 contro 54 su 100.000 nelle città).

Una sesta ragione è il permanere di evidenti inefficienze nel sistema complessivo. Innanzitutto la spesa per i farmaci è ancora elevatissima: rappresenta il 70% della spesa sanitaria, dato decisamente superiore alla media dei paesi in via di sviluppo (15-40%) o rispetto ai paesi più avanzati (6-12% e negli Stati Uniti è inferiore al 10%). La spesa in farmaci raggiunge picchi del

90% nelle zone rurali, perché la prevalenza di medici privati in questa area favorisce la tendenza alla sovra-prescrizione. Il sistema non sembra poi in grado di far adeguatamente fronte alle malattie infettive, che dopo decenni di rallentamento stanno riprendendo vigore, anche a causa di una rapida e deregolamentata urbanizzazione.

Un ultimo aspetto riguarda due grandi transizioni attualmente in corso in Cina, che si accompagnano e sono in parte effetti di una più generale transizione economica. La prima è una transizione demografica: la struttura anagrafica della popolazione comincia a modificarsi a causa della riduzione del tasso di fecondità totale (indicativo del numero medio di figli per donna) – in questo senso in Cina è stata decisiva la pianificazione familiare imposta con la politica del figlio unico - e dell'allungamento dell'aspettativa di vita media alla nascita (71 anni nel 2004), fenomeni che congiuntamente portano all'invecchiamento generalizzato della popolazione. L'invecchiamento della popolazione – si calcola che oggi circa il 10% sia over 60, vale a dire 130-135 milioni – ha degli ovvi riflessi sul sistema sanitario, in particolare attraverso l'aumento della domanda di cure mediche per il trattamento dei disturbi cronici legati all'età. La seconda è la transizione epidemiologica: con l'aumento del livello di reddito diminuisce la mortalità causata da

malattie infettive, infezioni o penuria alimentare, mentre si registra un aumento dell'incidenza di disturbi cardiaci e cardiovascolari (ipertensione, infarti, ischemie), tumori, patologie connesse con il metabolismo e la presenza di diete ricche di grassi (come il diabete) e ridotta attività fisica. Sono fenomeni che si aggravano e si intensificano anche in relazione al ritmo dell'urbanizzazione, data la profonda differenza negli stili di vita tra aree rurali e città. Si stima che questo tipo di disturbi siano oggi responsabili dei due terzi dei decessi nella popolazione cinese di età superiore ai 40 anni. Dato il previsto aumento di intensità di fenomeni nei prossimi anni, questi dovranno essere attentamente valutati in sede di definizione di nuove riforme.

Conclusioni

Il fine ultimo di un sistema sanitario è quello di aumentare e tutelare lo stato di salute della popolazione garantendo un'appropriata assistenza. Questa assistenza deve essere disponibile ma anche – e non secondariamente - economicamente accessibile. Dalla Rivoluzione del 1949 fino alla fine degli anni '70 il sistema sanitario cinese ha ottenuto con un certo successo entrambi gli obiettivi, mentre negli anni '80 e ancor di più negli anni '90 la situazione è andata drammaticamente peggiorando. Oggi la Cina sta ancora pagando le conseguenze dello smantellamento del sistema sanitario in seguito alle riforme del 1978, ma il fatto che la leadership politica sembri oggi intenzionata ad accettare la sfida di ridefinire un sistema iniquo ed inefficiente lascia ben sperare per il futuro. Non c'è ancora chiarezza su quale assetto avrà il nuovo sistema, ma certamente dovrà combinare assieme forme di finanziamento private e pubbliche e dovrà conciliare le diverse realtà esistenti in un Paese vasto e complesso come la Cina, in primis quelle tra città e campagne: non si possono più ignorare le esigenze di quasi 800 milioni di residenti delle aree rurali che fino ad ora hanno goduto troppo poco dei frutti di una straordinaria crescita economica.

Elisa Calza
Ricercatrice Ispi