

# Evoluzione del sistema sanitario cinese, 1950–2008

di Paola Agnelli

I dati demografici della Cina alla proclamazione della Repubblica nel 1949 (vita media 35 anni, mortalità 30 per mille) ben evidenziano la drammatica situazione di un paese reduce da 100 anni di disordine sociale e divisioni, da 30 anni di guerra civile e da 10 anni di occupazione giapponese. La situazione era inoltre caratterizzata da scarse risorse (10–40 mila medici di formazione occidentale, 600 ospedali con 70–90 mila letti per 500 mila abitanti) e dalle pessime condizioni di salute della popolazione: la tubercolosi era una delle prime cause di morte, era presente la malaria nel sud, la bilharziosi nel centro e nel nord vi erano focolai di peste.

Le soluzioni adottate dai primi governi, pure di fronte a un'indubbia scarsità di risorse economiche e di personale qualificato, furono certamente le più adatte alla situazione. Fu istituito un comitato patriottico per le campagne di igiene pubblica e furono organizzate grandi campagne come quelle contro mosche e zanzare, contro lo sputare, per la pulizia di casa e strade coinvolgendo tutta la popolazione che portarono indubbi benefici contro la diffusione delle malattie infettive che costituivano la prima causa di morte, e migliorarono le condizioni di vita.

La seconda soluzione adottata in carenza di personale sanitario, soprattutto di fronte a malattie che coinvolgevano milioni di persone come la bilharziosi e le sifilide, fu la formazione di personale specificamente preparato per risolvere quel singolo problema di salute e questo contro il parere della classe medica. Per esempio per la bilharziosi che interessava circa 12 milioni di persone fu istituito un sottocomitato con personale non di formazione medica che definì le politiche da adottare: addestramento di personale per trattare i pazienti e organizzazione di squadre per la disinfestazione.

I risultati non si fecero attendere la mortalità materna e infantile si

ridusse del 50% almeno nelle grandi città mentre in campagna si ebbe una riduzione delle aree colpite dalla bilharziosi.

Quindi si può dire che negli anni cinquanta la Cina trovò soluzioni originali, valide ed efficaci, a basso costo per risolvere problemi sanitari complessi in un contesto così difficile e con scarsità di mezzi. Questo fu senz'altro merito della classe politica di allora che seppe imporre soluzioni innovative talvolta anche contro la classe medica incapace di adattarsi a tali cambiamenti.

La Cina è da sempre stata un paese agricolo, ma purtroppo le condizioni di vita in campagne sono sempre state molto povere e quindi anche i parametri sanitari sono da sempre inferiori a quelli delle città. Nel periodo della rivoluzione culturale si trovò la soluzione più adatta alla complicata situazione rurale. Anche in questo caso l'idea e la scelta politica di formare personale proveniente dalle stesse campagne attraverso brevi corsi professionalizzanti (3-6 mesi) e di rinviarli a lavorare come personale di base, fu decisamente nuova. Con i "medici a piedi scalzi" si arrivò ad offrire una copertura sanitaria a basso costo ma estesa al 90% della popolazione rurale. I risultati di tale politica furono notevoli: la vita media raggiunse rapidamente i 69 anni e l'efficienza del sistema fu così eclatante che l'Organizzazione Mondiale della Sanità nella conferenza di Alma Ata del 1978 lo portò come esempio ai paesi in via di sviluppo.

Così per la seconda volta le autorità cinesi avevano trovato da sole, nella loro cultura e nelle loro tradizioni le soluzioni più adatte alla situazione del paese nei vari periodi.

Sembra che per la sanità cinese adottare soluzioni prese da altri contesti non abbia portato risultati altrettanto validi. In effetti la liberalizzazione del mercato degli anni 80 che fu estesa anche alla gestione della sanità ha portato lentamente col passare del tempo a una situazione al giorno d'oggi estremamente difficile. Attualmente le autorità cinesi devono fronteggiare un malcontento diffuso causato da prezzi di farmaci e prestazioni ospedaliere troppo care, da una sfiducia verso la classe sanitaria vista più attenta agli aspetti del

guadagno che a quelli di una corretta gestione delle malattie, dalla distribuzione non uniforme delle risorse sanitarie con i contadini privi di assistenza. Il 30% dei cinesi non va in ospedale quando ce ne sarebbe la necessità, il 40% chiede le dimissioni precoci per problemi finanziari, il 15% delle famiglie in campagna si indebita per spese sanitarie e scivola sotto la soglia della povertà. Gli ospedali, dove è concentrata l'assistenza sanitaria, si sono trovati liberi di definire le tariffe di prestazioni di un certo tipo per cui gli acquisti di risonanze magnetiche e di TAC sono aumentate in maniera significativa.

Da un sistema partito negli anni '50 col presupposto di fornire a tutti l'accesso gratuito alle cure sanitarie, la Cina è diventata un paese che è a uno degli ultimi posti nella ormai famosa graduatoria stilata dall'OMS qualche anno fa a proposito di qualità del servizio sanitario. Sono bastati 20 anni di politica liberistica in ambito sanitario per ritrovarsi in una situazione in cui sarà molto difficile uscire proprio a causa del pagamento diretto a prestazione da parte dell'utente che ormai costituisce la maggior parte delle entrate per gli ospedali e di conseguenza per i medici.

Il governo sembra impegnato a cercare soluzioni del problema: nel 2003 è partito un sistema medico cooperativo rurale che si è diffuso rapidamente (evidenza della necessità o spinta politica? Probabilmente entrambe). E' sicuramente un passo in avanti, ma rimane ancora alta la quota non rimborsata delle prestazioni ospedaliere che rende problematico l'accesso alle cure per la fascia più povera della popolazione (20%) e le tariffe ospedaliere non controllate continuano a crescere.

In ambito urbano è presente una assicurazione medica di base che copre i lavoratori ma non le loro famiglie finanziato in parte dal datore di lavoro e in parte dal dipendente che copre attualmente 180 milioni di persone. Per dare una copertura per le spese sanitarie alla fascia dei residenti delle città non coperti dalla assicurazione medica di base e quindi soprattutto bambini, anziani, disabili e disoccupati nel 2007 è stato istituito un sistema assicurativo in via sperimentale

che nel 2008 interessa 317 città per circa 240 milioni di persone e che è finanziato congiuntamente da famiglie, autorità locali e governo centrale

Nell'ottobre 2008 è stato pubblicato e messo in discussione un piano sanitario nazionale che prevede:

- Copertura sanitaria per tutti per il 2020
- Controllo dei prezzi delle prestazioni ospedaliere
- Controllo della produzione e dei prezzi di una fascia di farmaci
- Investimenti per sanità pubblica, aree rurali, servizi di salute di comunità, assicurazione medica di base

Alla stesura di questo piano hanno partecipato esperti dell' OMS e della Banca Mondiale. Ampiamente condivisi sono i presupposti da cui è partito:

-Ridurre le differenze di distribuzione delle risorse fra città e campagne

-Contenere l'aumento dei costi.

Critiche sono venute dagli economisti liberali che vi vedono un ritorno a un sistema di economia pianificata e questo aspetto è temuto soprattutto dalle aziende farmaceutiche.

Gli aspetti positivi sono il sistema centralizzato di distribuzione dei materiali, l'obbligo per gli ospedali di versare alle casse del governo i guadagni oltre al controllo della produzione dei farmaci e dei loro prezzi di vendita.

Punti di debolezza del piano sono la scarsità delle informazioni sulle modalità del suo finanziamento e sui meccanismi pratici di attuazione. Purtroppo nessun cambiamento viene previsto per il metodo di pagamento per prestazione che si è sviluppato dopo gli anni '80 e che ha causato tanti danni alla sanità cinese.

E' dubbio se un mancato controllo di tale meccanismo di pagamento non possa almeno in parte, inficiare i risultati di tale riforma.

Quello che la storia della sanità cinese sembra avere messo in evidenza è che le migliori soluzioni sono nate nel paese come risposte originali, innovative ma nel contempo efficaci ai problemi presenti in

quel momento anche in presenza di scarsità di risorse. Negli anni del grande boom economico i parametri sanitari del paese non sono andati migliorando parallelamente all'aumento dei PIL, anzi per alcune patologie si è avuto un aumento di casi e la comparsa inoltre della SARS.

E' chiaro che l'unicità di un paese come la Cina richiede risposte in ambito sanitario che forse non si trovano in altri contesti, almeno non in toto, e che dovrebbero sorgere sotto la spinta delle problematiche che le sono proprie come è stato nel passato

Principali fonti bibliografiche:

[1] S.M.Hillier and J.A.Jewell, "Health care and traditional medicine in China (1800–1982)", Routledge & Kegan Paul 1983

[2] D. M. Lampton " The Politics of Medicine in China (1949–1977)", Westview Press 1977

[3] D. Brombal " Il nuovo sistema medico cooperativo rurale nella Repubblica Popolare Cinese", tesi di Laurea, Università Ca' Foscari 2008

[4] The Lancet special issue "Health System Reform in China", 20 ottobre 2008

[5] J.Ma, M.Lu, H.Quan "From a national,centrally planned health system to a system based on the market: lessons from China", Health Affairs vol 27 n.4, 937–948

[6] "Chinese medical reform draft open to public debate", agenzia Xinhua 14–10–2008

[7] "Beijing plans health care for everyone", Wall Street Journal 20–10–2008

[8] Weng Shiyou " China's health care: a return to planned economy system?", The Economic Observer 20–10–2008