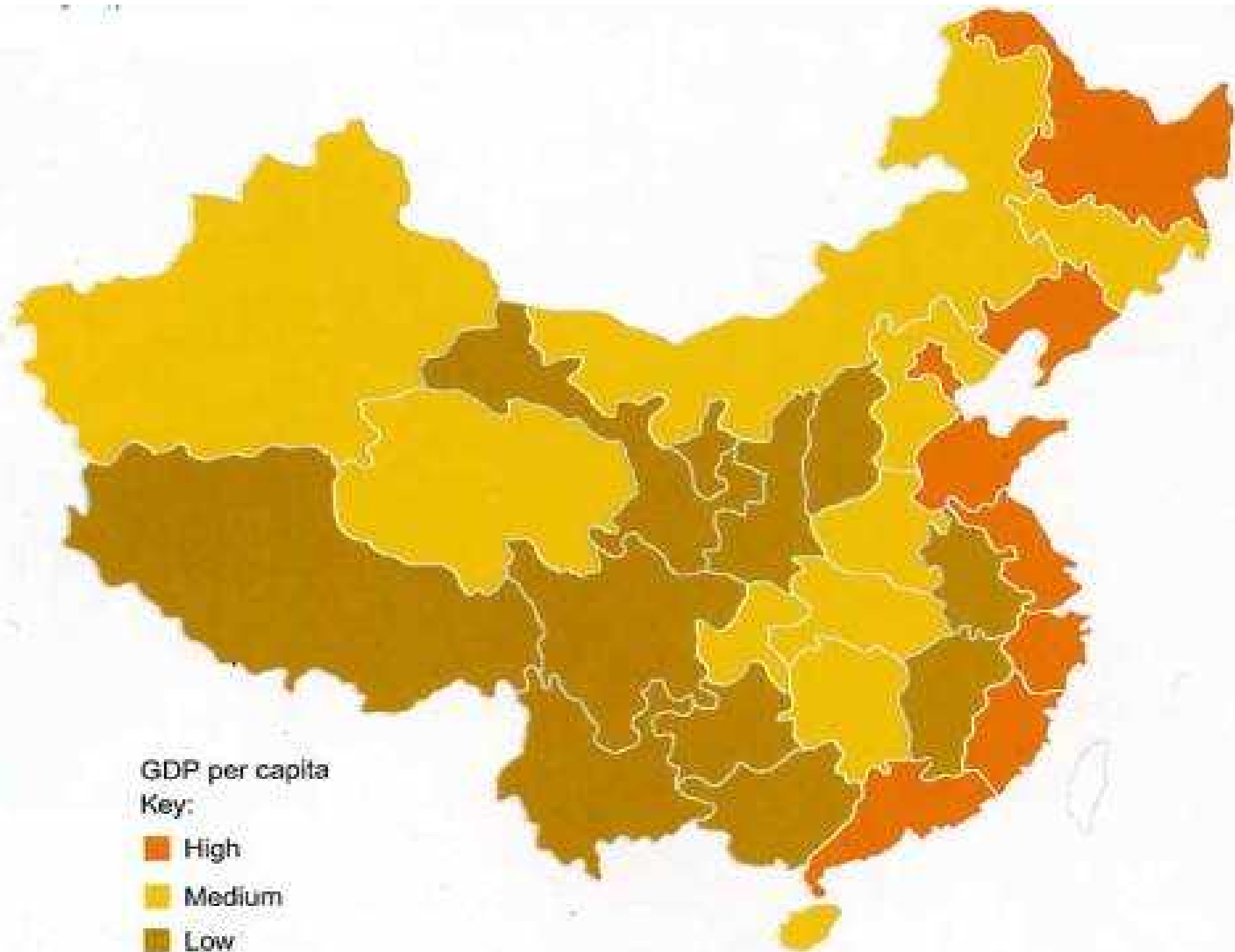


Evoluzione delle politiche sanitarie in Cina dal 1950 al 2008

- Situazione sanitaria nel 1950; primi provvedimenti;
- L'evoluzione fra il 1955 e 1965
- La “rivoluzione culturale” e il nuovo assetto sanitario in Cina
- Le riforme degli anni '80 e le loro conseguenze sulla sanità
- Recenti orientamenti e riforme da parte del governo centrale



GDP per capita
Key:
High
Medium
Low

Indicatori demografici e sanitari

nazione	Speranza di vita M	Speranza di vita F	Mortalità infantile (/1000 sotto 5 anni)	Mortalità materna (/100000 nascite)
CINA	71	74	56	48
INDIA	62	64	74	540
SIERRA LEONE	37	40	282	905
CUBA	75	79	7	33
USA	75	80	8	14
ITALIA	78	84	5	5
SVEZIA	79	83	4	8
GIAPPONE	79	86	4	10

Fonte: OMS World Health Statistics 2007

Indicatori demografici e sanitari in città e in campagna

	città	campagna
reddito		
Spesa sanitaria pro capite	1122	318
Speranza di vita	74	69
Mortalità infantile sotto i 5 anni	10	35
	26	63
Mortalità materna per 100000	Shanghai 9,6	Tibet 399

**Cina 1949: dati generali
(stime)**

Popolazione stimata	500 milioni
Tasso di mortalità	30 per mille
Tasso di natalità	40 per mille
Mortalità infantile	200 per mille
Speranza di vita	35 anni
Numero di medici di cultura occidentale	10-40 mila
Numero di posti letto ospedalieri	70-90 mila

Da: Health Care and Traditional Medicine in China 1800-1982 pag.67

Programma conferenza 1950

(ministro Li Dequan)

- 1 – eradicazione di peste e vaiolo in 3 o 4 anni
- 2 – regolarizzazione produzione e commercio dei farmaci
- 3 – riduzione della mortalità materna e infantile
- 4 – non trattamento per tubercolosi e malattie veneree perché troppo costoso

Problemi sanitari nel 1950

Alta diffusione delle malattie infettive e parassitarie

Bassa percentuale di persone vaccinate

Basso livello di conoscenze di igiene e sanità pubblica

Basso numero di personale sanitario qualificato

Politiche sanitarie negli anni '50

Finalità: uguale accesso ai servizi sanitari per tutti indipendentemente dalla possibilità di pagamento

- . Forte sviluppo della medicina preventiva e ambientale**
- . Campagne di vaccinazione di massa**
- . Campagne contro malattie infettive e parassitarie con teams specializzati**
- . Campagne di educazione sanitaria**
- . Mantenimento della medicina tradizionale cinese**
- . attivazione di sistemi assicurativi per spese sanitarie, pensionistiche e per invalidità.**
- . spese sanitarie 1-2% della spesa pubblica**

Risultati ottenuti

- . mortalità materna ridotta del 50%**
- . scomparsa di colera e vaiolo**
- . controllo della diffusione di tubercolosi e bilharziosi**
- . riduzione di casi di malaria e lebbra**

Due importanti campagne fra 1957 e 1965

1 – campagna contro la sifilide con:
indagini su minoranze, gravide e studenti
individuazione dei casi latenti
formazione del personale

2 – campagna contro la bilharziosi:
formazione di un gruppo di coordinamento
procedure per ridurre il numero di vettori
controllo degli escrementi umani
trattamento con antimONIO

“Dì al Ministro della Sanità che lavora solo per il 15% della popolazione totale del paese e che questo 15% è composto principalmente di signori, mentre la massa non ha nessun trattamento medico. Primo: essi non hanno alcun dottore, secondo: non hanno alcuna medicina. Il Ministro della Sanità non è un ministro per il popolo, quindi perché non cambiare il suo nome in “ministro per la sanità urbana” o “ministro della sanità dei signori” o “ministro della sanità dei signori delle città”? Nel lavoro medico e sanitario bisogna mettere l'accento sulle aree rurali.”

Mao Zedong, giugno 1965

Caratteristiche della sanità durante la “rivoluzione culturale”

1 – sistema medico cooperativo per 85-90%
delle comuni

2- medici a piedi scalzi

3 – spostamento di personale sanitario dalle
città alle campagne

Compiti dei medici a piedi scalzi

(1,8 milioni)

1 – prevenzione ed educazione sanitaria

2 – vaccinazioni

3 – igiene ambientale (acqua pulita e servizi igienici)

4 – pianificazione familiare

Finanziamento del sistema medico cooperativo

1 – quote individuali (minime)

2 – fondi della comune popolare

3 – registration fees (talvolta) (ticket)

“I dottori e gli infermieri hanno preso l'impegno con se stessi di essere esperti in un campo e competenti in molti”

Qian Xinzong 1966
ministro durante la “rivoluzione culturale”

Quattro rifiuti:

- 1- rifiuto di trattare il malato per paura di non essere pagati
- 2- rifiuto di trattare il paziente prima di ricevere il pagamento.
- 3- rifiuto di trattare il paziente col brutto tempo o di notte
- 4- rifiuto di trattare malattie per paura di gravi responsabilità

Riforme degli anni '80

1 - Riduzione dei finanziamenti pubblici
(graduale scomparsa del sistema medico
cooperativo)

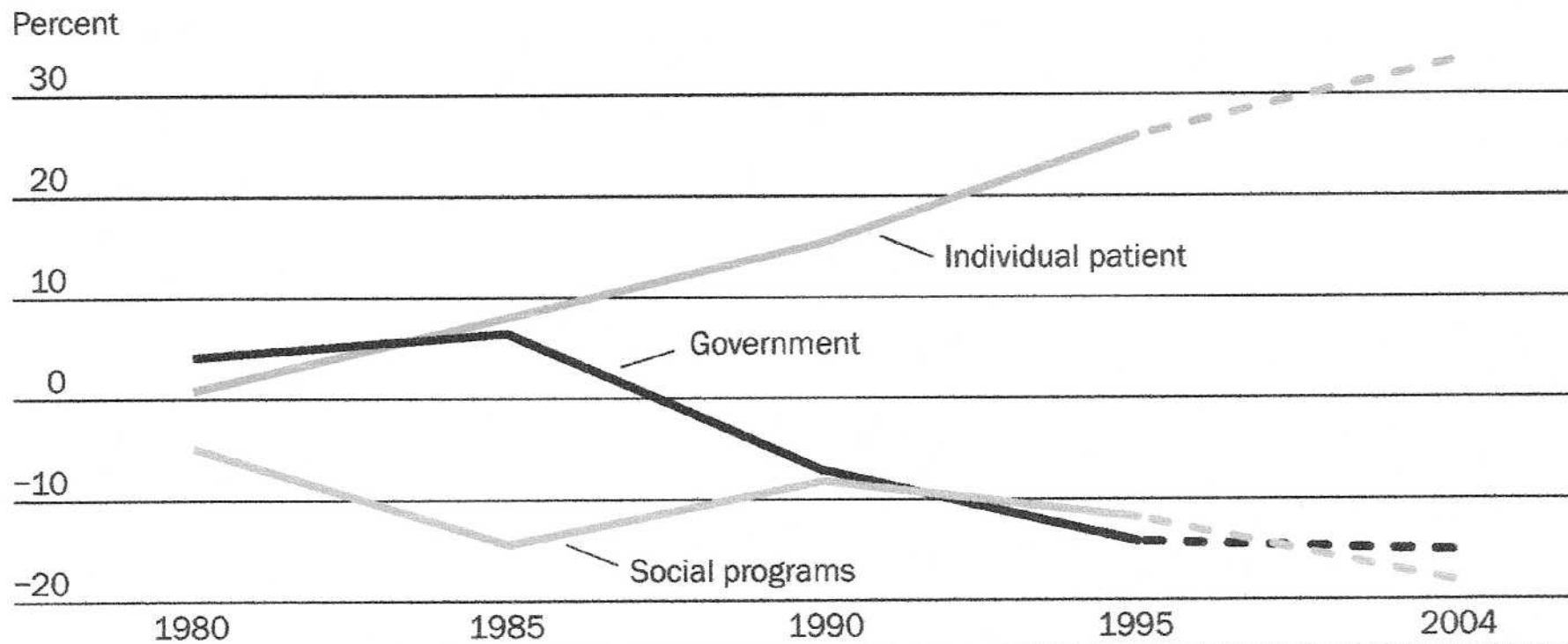
2 – autonomia finanziaria degli ospedali

3 – provincializzazione della sanità

4 – progressiva privatizzazione della
professione medica

EXHIBIT 1

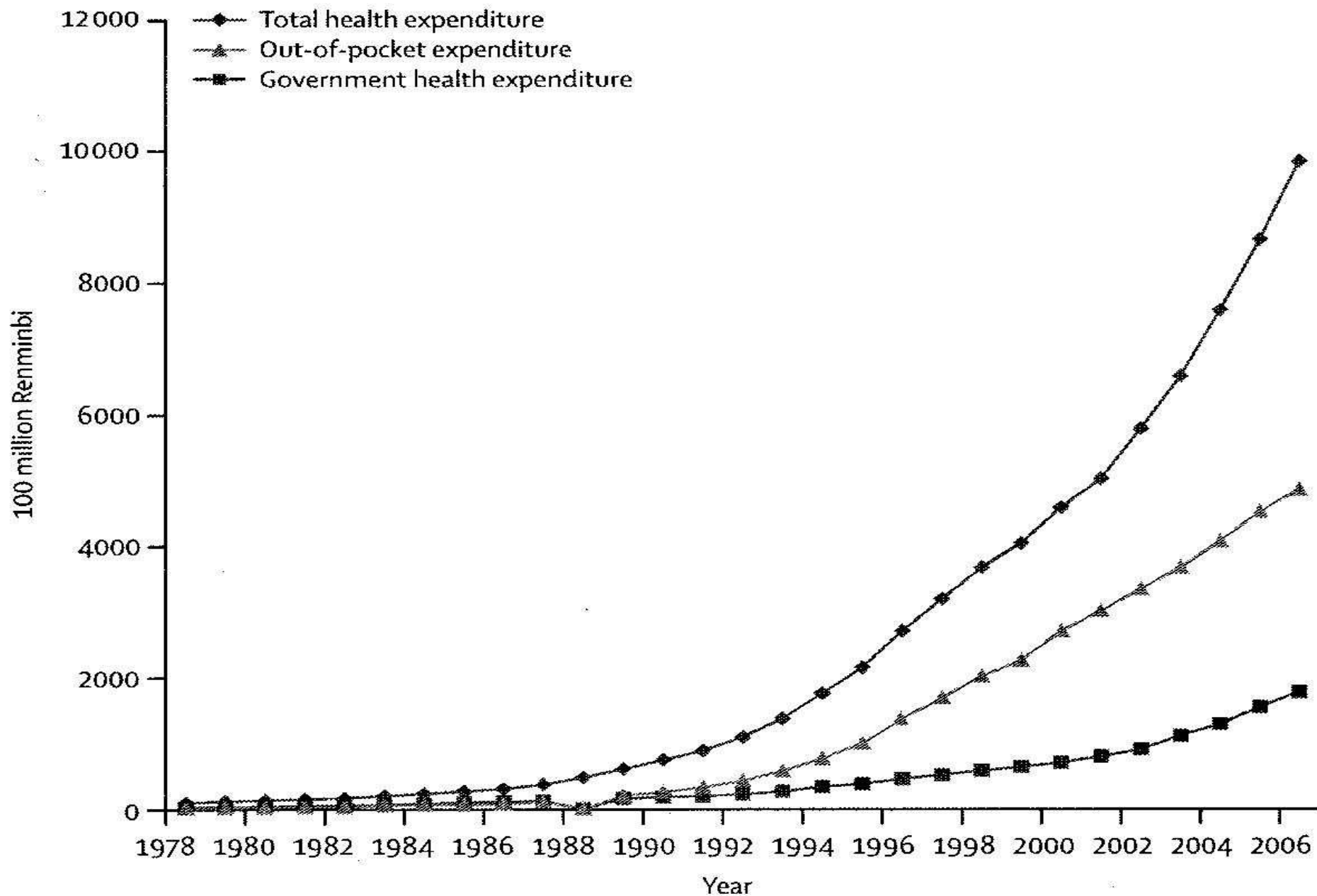
Change In Health Spending In China, 1980-2004 Compared With 1978, By Source



SOURCE: China Ministry of Health, *China Health Statistics Yearbook* (Beijing: MOH, 2005).

Problemi attuali della sanità in Cina

- 1 – alto livello di pagamenti “out of pocket”
- 2 – forte e costante aumento dei costi sanitari
- 3 – bassa copertura assicurativa
- 4 – inefficienza delle strutture sanitarie rurali
- 5 – qualità ineguale dei servizi
- 6 – incentivi perversi per ospedali e dottori
- 7 – uso improprio di esami clinici ed i trattamenti farmacologici



Evoluzione della spesa

***Trend nei pagamenti out_of_pocket come
percentuale della spesa per ricoveri nelle città***

	1998	2003
reddito basso	58,8%	61,7%
reddito medio	36,9%	50,2%
reddito alto	23,1%	47,5%

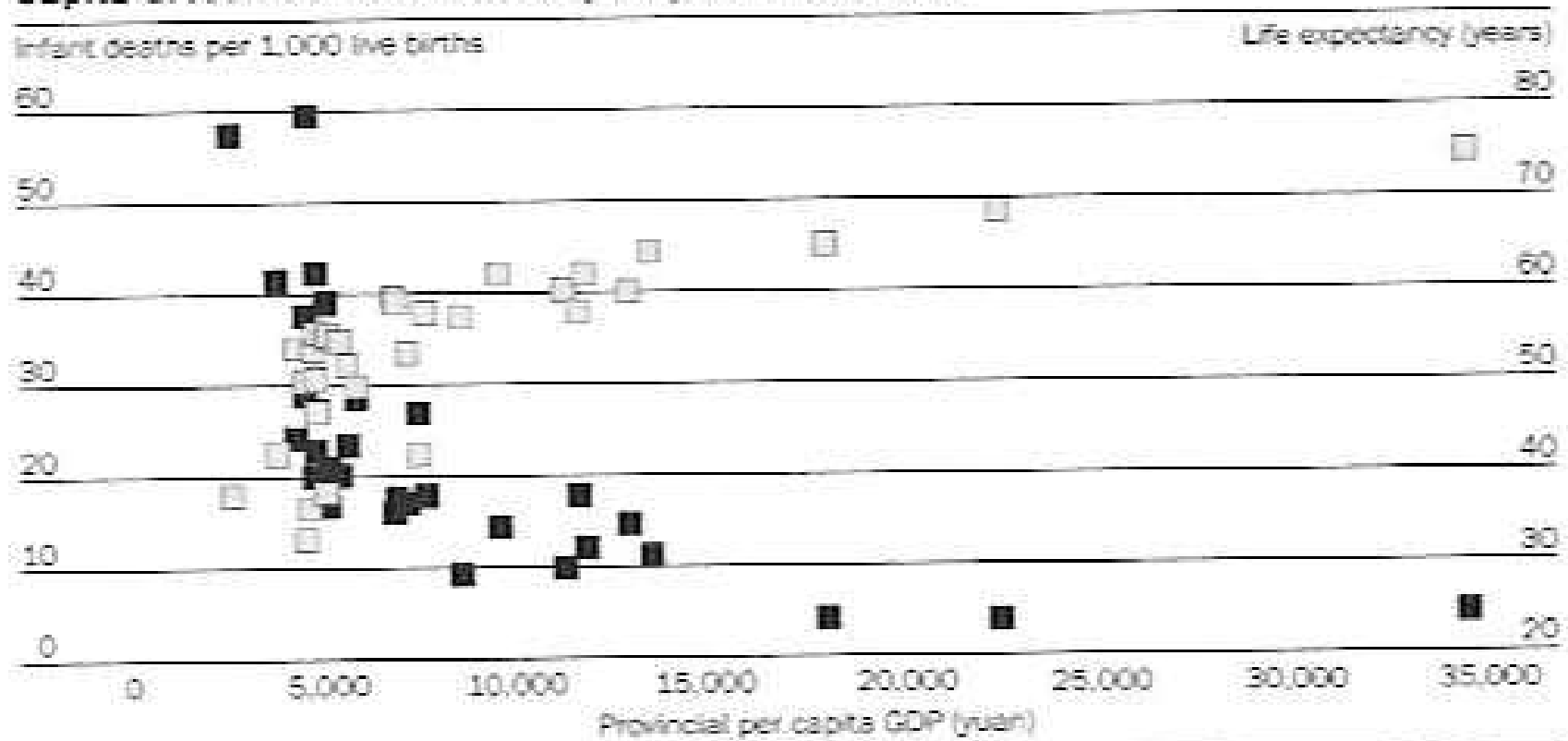
	1990	1993	1998	variaz.%
<i>spesa sanitaria</i>				
per trattamento ambulatoriale	11	40	79	625%
per ricovero	473	1668	2891	511%
<i>copertura assicurativa</i>				
aree urbane		53,7%	42,1%	-22%
aree rurali		12,8%	9,5%	-25%

***Famiglie con spesa medica superiore
al 30% della loro capacità di pagare***

	1998	2003
città	16,42%	13,77%
campagna	12,78%	15,83%

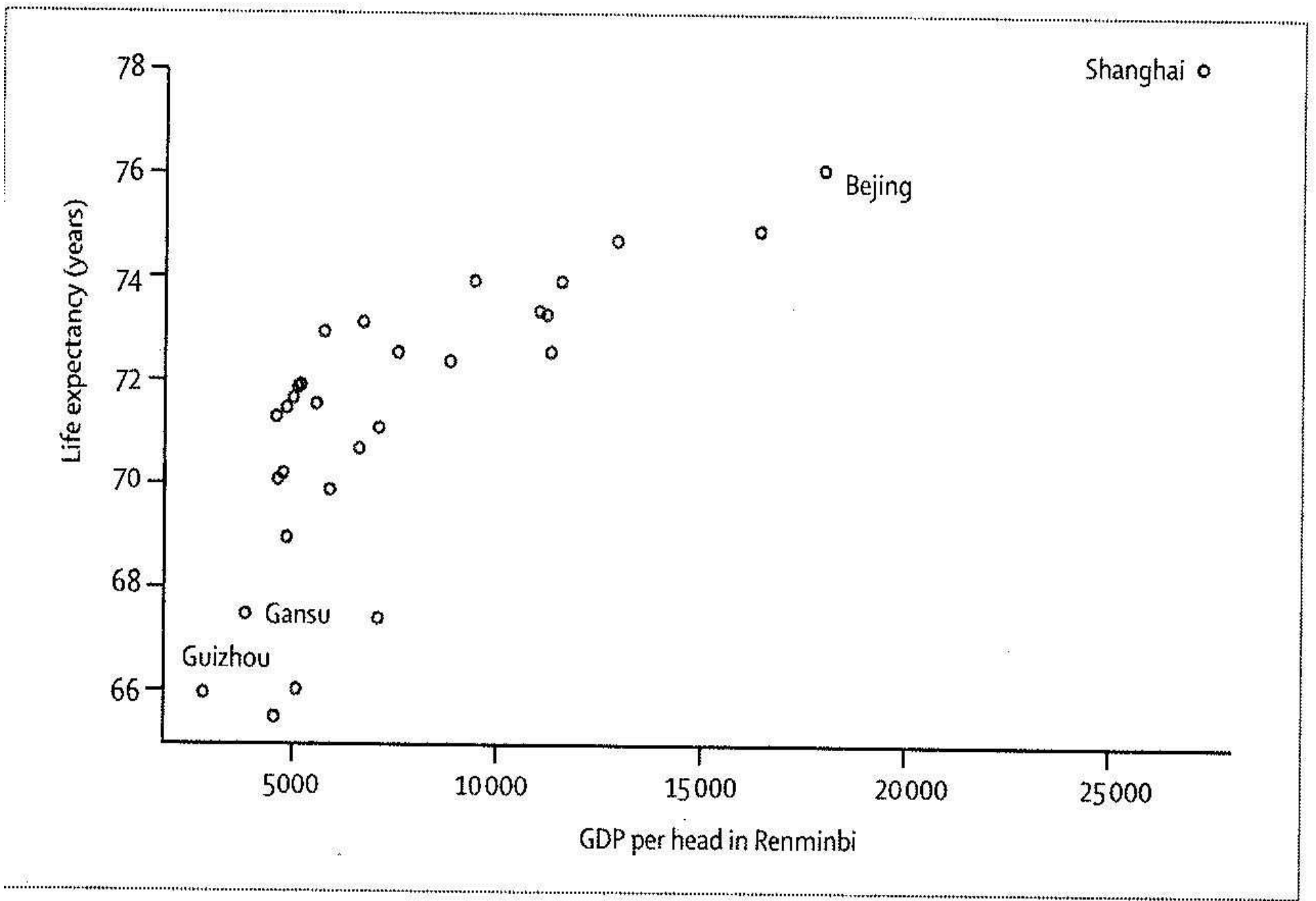
EXHIBIT 2

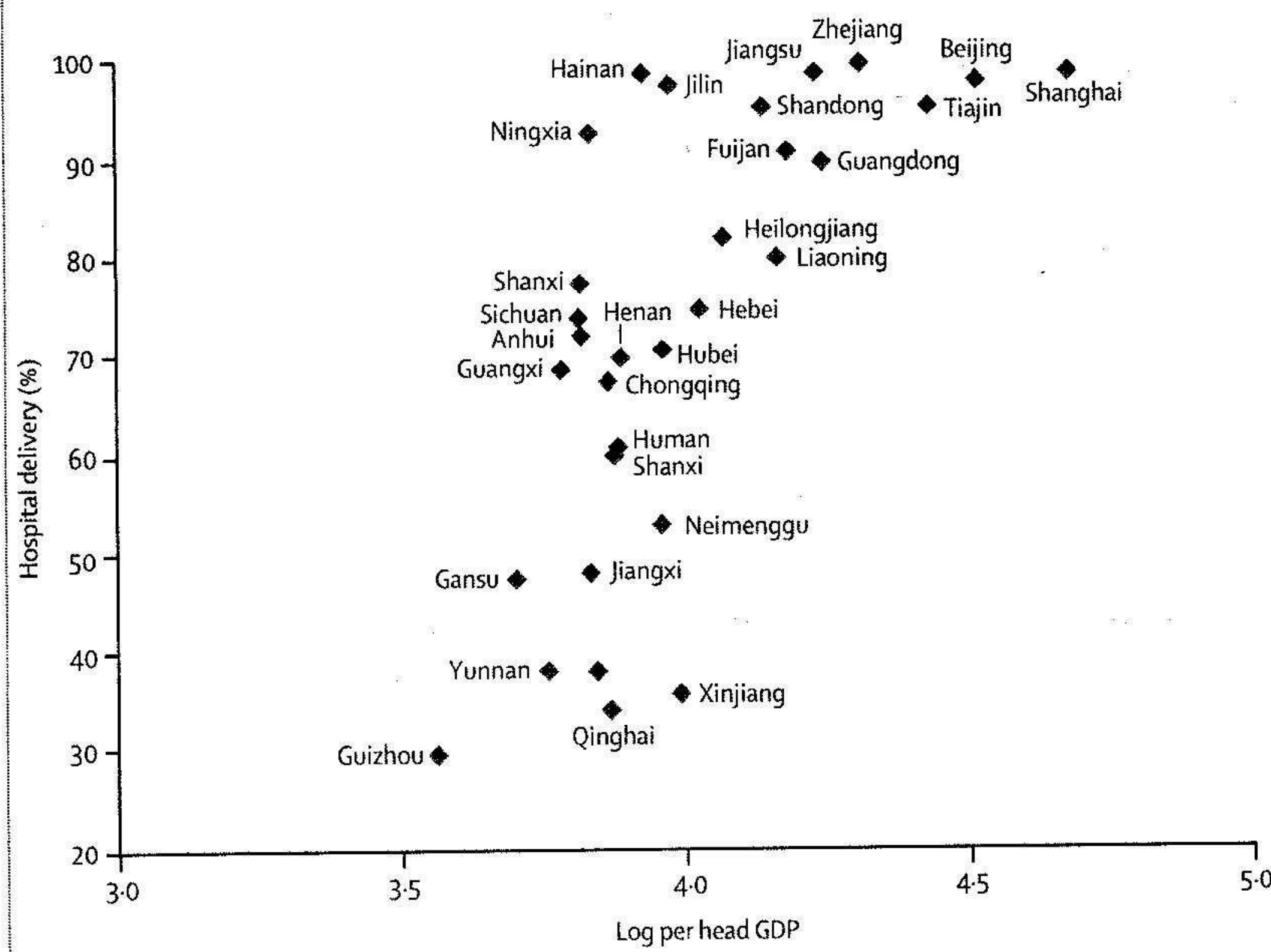
Relationship Of Life Expectancy At Birth And Infant Mortality With Provincial Per Capita Gross Domestic Product (GDP), In China, 2000



SOURCE: Ministry of Health, China Health Statistical Yearbook, 2000.

NOTE: Infant mortality rates (black squares) relate to the left-hand y axis; life expectancy (gray squares) relates to the right-hand y axis.





Sistemi assicurativi attuali

1) assicurazione medica di base nata dalla fusione nel 1998 dello schema assicurativo del lavoro e quello dello stato (circa il 30% della popolazione urbana)

2) schema medico cooperativo rurale, nato nel 2003, copre circa il 85-90% della popolazione rurale

3) schema medico urbano (2007), copre circa 240 milioni di cittadini

4) assistenza medica finanziaria (2000)

Finanziamenti

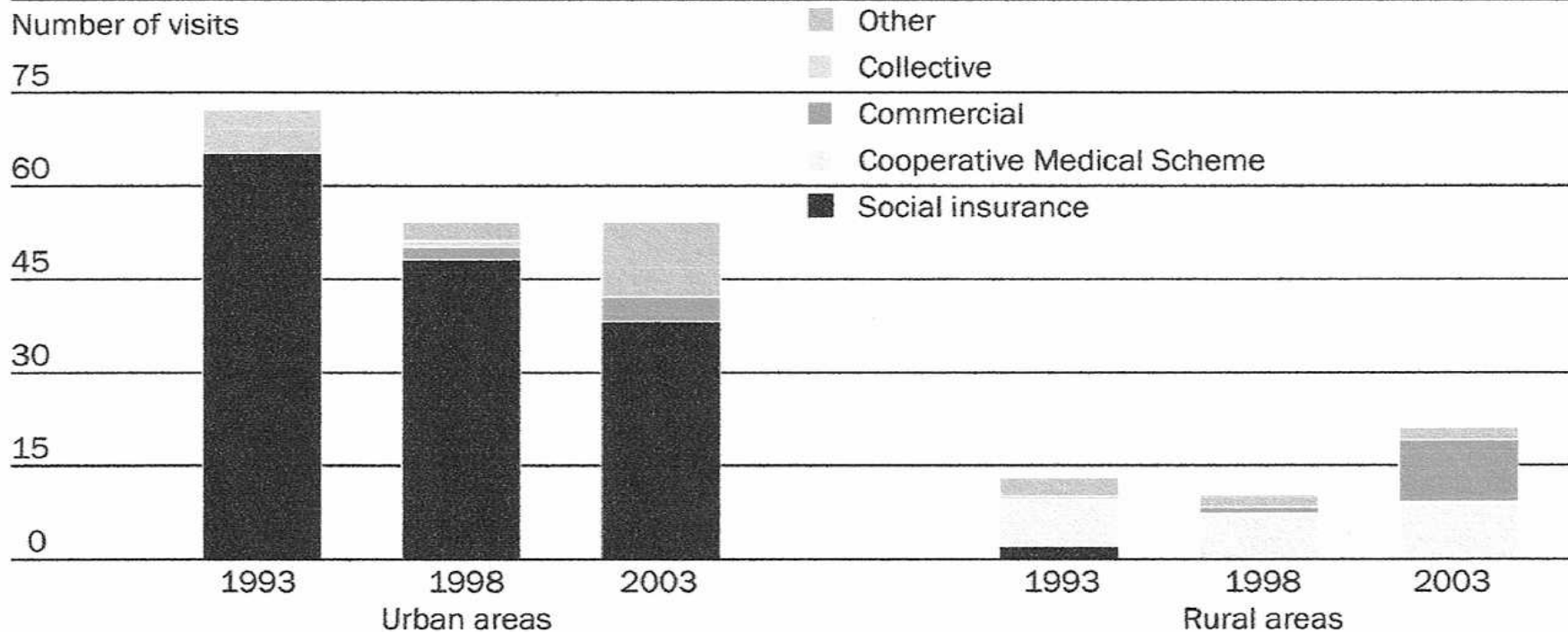
AMB 6% dal datore di lavoro e 2% dal lavoratore
Il 6% va a un fondo di rischio sociale per spese ospedaliere e il 2% a un conto di risparmio per spese ambulatoriali

SMCR partito con 10 Yuan per l'utente, 20 Yuan dal governo locale e 20 Yuan dal governo centrale; attualmente sono 20 – 40 – 40.

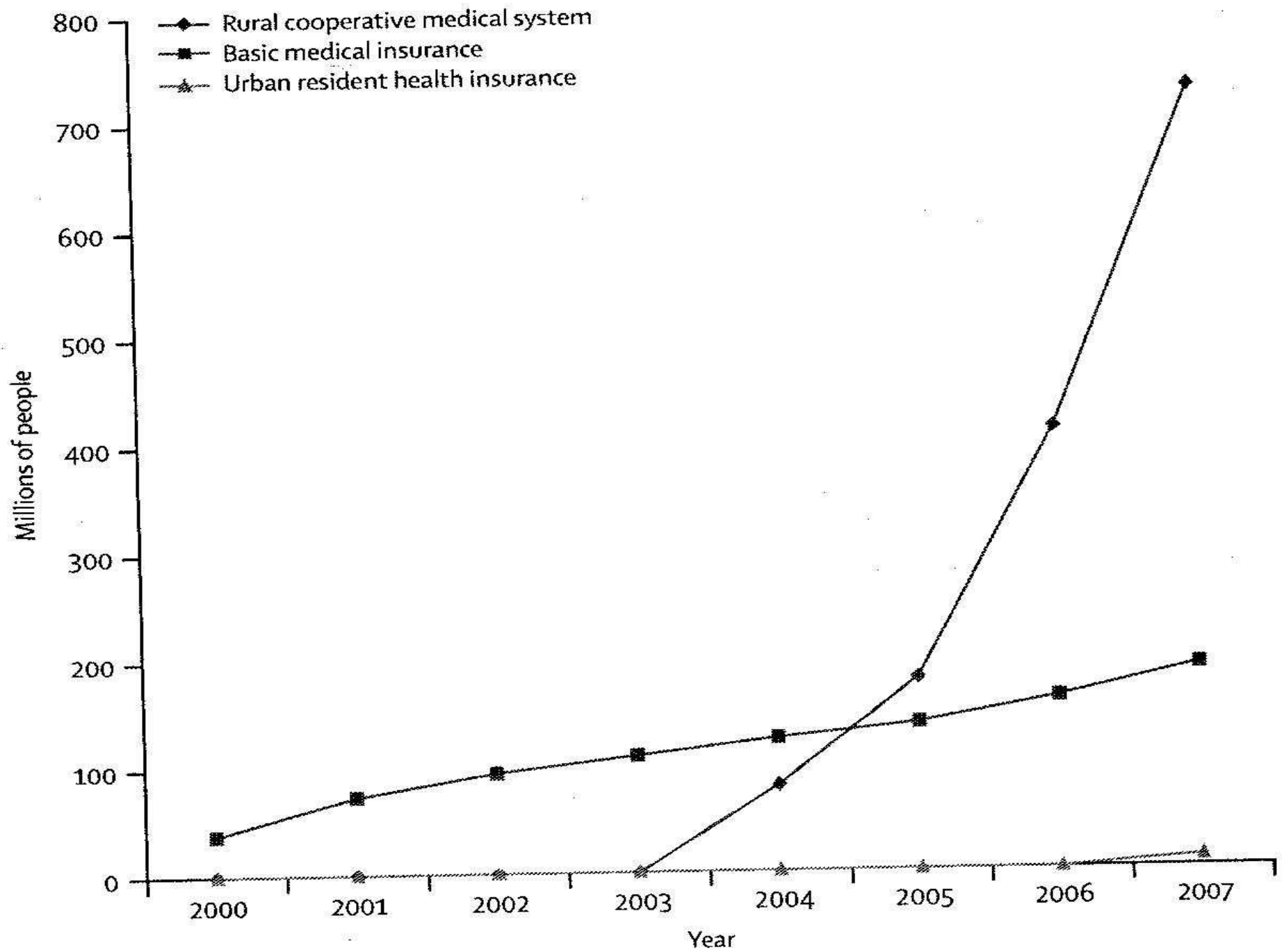
SMU quota di 236 Yuan per gli adulti e 97 Yuan per i bambini, più finanziamenti di autorità locali e governo centrale

EXHIBIT 3

Health Insurance Coverage In Urban And Rural Areas In China, By Program, Selected Years 1993–2003



SOURCES: World Bank, *Report on Health Care in Rural Areas of China* (in Chinese), 2005, http://www.worldbank.org.cn/Chinese/content/BN3_cn.pdf (accessed 15 May 2008); and China Ministry of Health, *The Third National Health Services Survey Report-1* (in Chinese) (Beijing: MOH, 2004).



Evoluzione delle assicurazioni

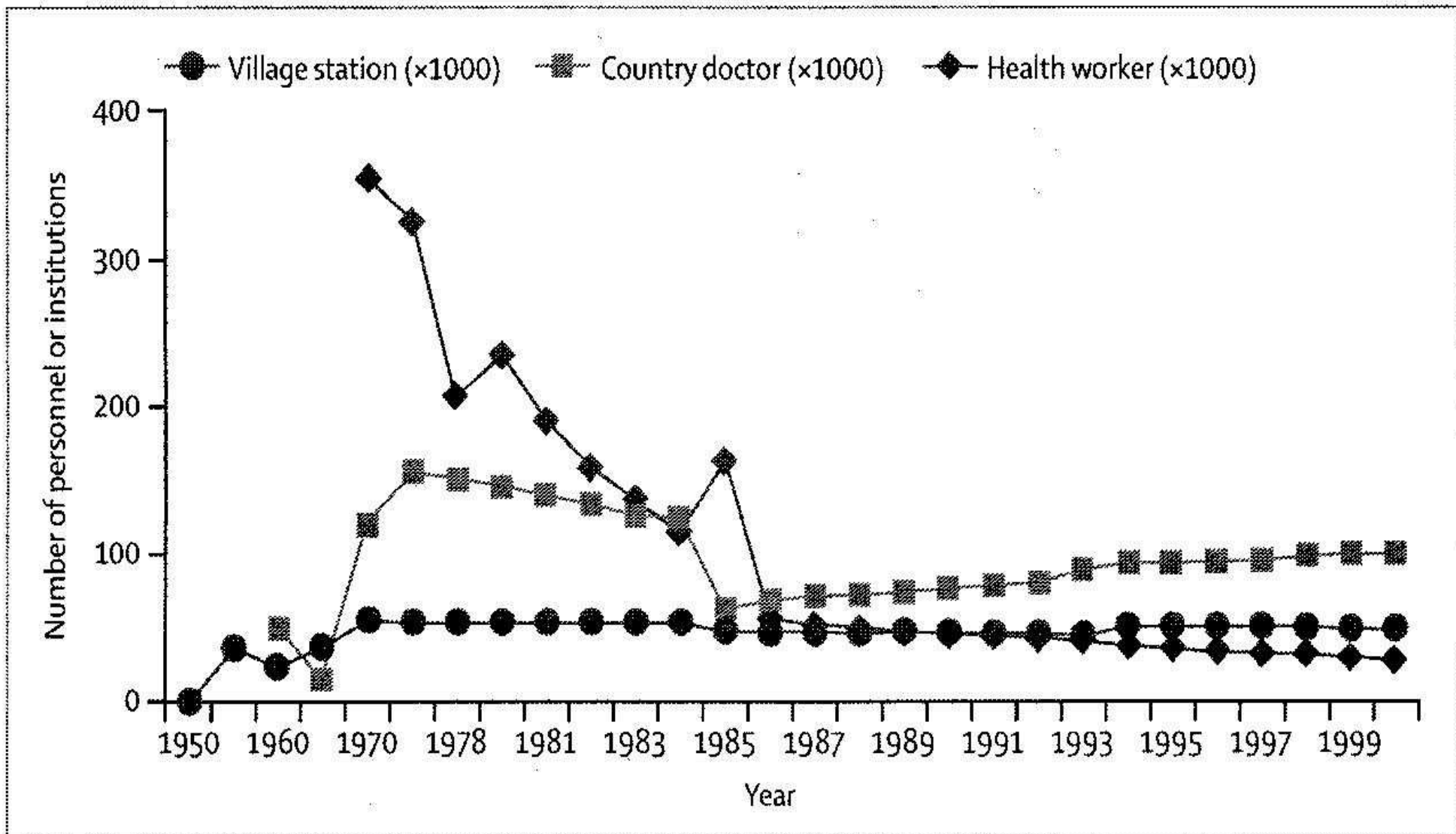


Figure: Rural health personnel and institutions in China, 1950-2000

Note that x-axis is non-linear. Data are from references 6 and 7.

Finalità del Sist. Med. Coop. Rurale

(Min. Sanità, 2003)

1- permettere agli utenti convenzionati l'accesso ai servizi sanitari di base

2- contribuire a risolvere il problema dell'impoverimento a causa di malattia

3- migliorare il livello di salute della popolazione rurale

4- promuovere lo sviluppo economico e la stabilità sociale

Evoluzione del Sist. Med. Coop. Rurale

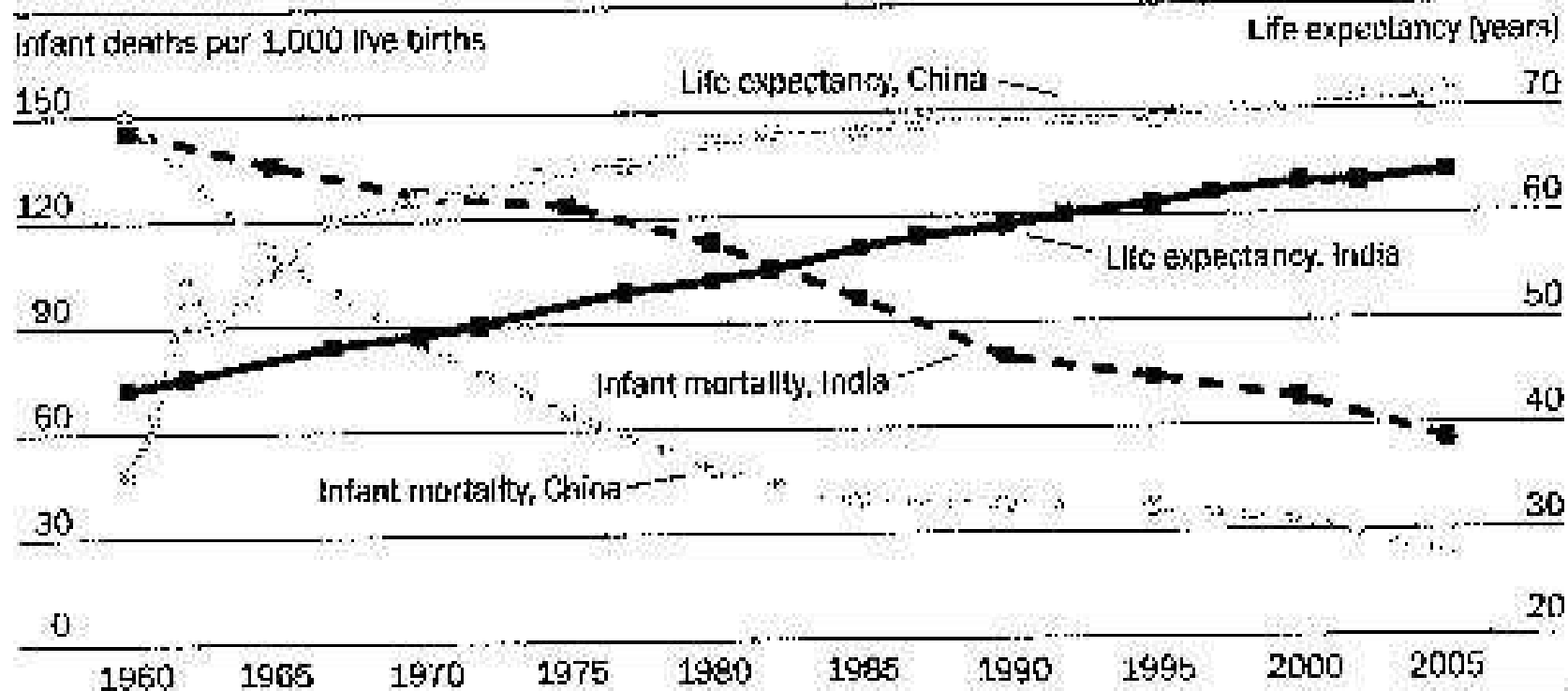
- gestione da pubblico a privato con controllo pubblico
- aumento del finanziamento da 50 a 100 Yuan
- aumento dei tassi di rimborso e dei massimali
- diminuzione della franchigia
- aumento della copertura per i servizi ospedalieri
- uniformizzazione dei tassi di rimborso nelle diverse province
- passaggio dai metodi di pagamento da FFS a DRG

Criticità del Sist. Med. Coop. Rurale

- adesione volontaria (anche se favorita)
- adverse selection
- ridotta conoscenza dello schema e dei possibili rimborsi
- procedure difficili per ottenere rimborsi
- rimborsi limitati
- necessità di pagamenti anticipati, che favoriscono persone con reddito più elevato
- diminuzione dell'utilizzazione dei servizi ambulatoriali e aumento dei servizi ospedalieri
- aumento dei costi
- grado di protezione finanziaria scarso

EXHIBIT 1

Trends in Life Expectancy At Birth And Infant Mortality In India And China, 1960-2005



SOURCE: World Bank, World Development Indicators, various years.

NOTES: Infant mortality rates in both countries (dotted lines) relate to the left-hand y axis; life expectancy at birth for both countries (solid lines) relate to the right-hand y axis. Data for infant mortality for both countries are for every five years, and data for life expectancy for both countries are for selected years, as indicated by square marks.