



UNIVERSITÀ CA' FOSCARI DI VENEZIA
FACOLTÀ DI LINGUE E LETTERATURE STRANIERE
CORSO DI LAUREA IN LINGUE ED ISTITUZIONI ECONOMICHE E GIURIDICHE DELL'ASIA
ORIENTALE

PROVA FINALE DI LAUREA

Il Nuovo Schema Medico Cooperativo Rurale (SMCR) nella Repubblica Popolare Cinese

Risultati raggiunti, criticità da affrontare, prospettive di sviluppo future

Relatore: Ch.mo Prof. Laura De Giorgi

Laureando: Daniele Brombal

Matricola: 808914

ANNO ACCADEMICO 2007 – 2008

Indice

Presentazione in lingua cinese.....	
Introduzione: contesto generale, riforma della sanità rurale, ruolo dello SMCR, obiettivi di ricerca.....	
Capitolo 1. Cenni storici.....	
1. Periodo Nazionalista.....	
2. 1949: problematicità e risorse del settore sanitario.....	
3. 1949-1958: introduzione dello SAL e prima sperimentazione dello SMC.....	
4. Il Grande Balzo in Avanti: sviluppo e crisi dello SMC.....	
5. Gli anni del riaggiustamento economico.....	
6. La Rivoluzione Culturale: diffusione e successo dello SMC.....	
7. Post 1978: abolizione delle comuni e crisi dello SMC.....	
Capitolo 2. Breve introduzione al sistema sanitario cinese.....	
1. Struttura di fornitura del servizio sanitario: i provider della sanità rurale.....	
2. Strumenti medico assicurativi: quadro generale.....	
Capitolo 3. Caratteristiche tecniche dello SMCR.....	
1. Caratteristiche generali dello schema e struttura organizzativa.....	
2. Meccanismi di finanziamento.....	
3. Allocazione delle risorse.....	
4. Modelli di implementazione.....	
5. Dinamiche di sviluppo.....	
6. Risultati raggiunti e criticità da affrontare.....	
7. Adesione della popolazione rurale.....	
8. Utilizzazione del servizio sanitario.....	
9. Riduzione del carico economico dovuto a malattia.....	
10. Cure non necessarie.....	
Capitolo 4. Impatto dello SMCR sull'accessibilità del servizio sanitario: case study nella contea di Quzhou, Hebei.....	
1. Obiettivi dello studio.....	

2. Metodologia.....	
3. Contea di Quzhou: indicatori fondamentali.....	
4. Contea di Quzhou: struttura del sistema cooperativo.....	
5. Contea di Quzhou: risultati raggiunti dallo schema cooperativo.....	
Capitolo 5. Considerazioni conclusive.....	
APPENDICE I. Lo schema medico cooperativo di epoca maoista: caratteristiche tecniche...	
1 Gestione del fondo cooperativo.....	
2. Composizione e standard di contribuzione del fondo cooperativo.....	
3. Allocazione delle risorse.....	
APPENDICE II. L'Assicurazione sanitaria nazionale di Taiwan: genesi, struttura e risultati raggiunti.....	
1. Introduzione storica.....	
2. L'Assicurazione sanitaria nazionale: struttura e risultati raggiunti.....	
3.Considerazioni conclusive e breve raffronto con la situazione nella Repubblica Popolare Cinese.....	
APPENDICE III. Dati riportati nei questionari famigliari.....	
APPENDICE IV. Strumenti di ricerca: questionari per famiglie e <i>provider</i>	
Bibliografia.....	

中华人民共和国新型农村合作医疗

背景介绍

1. 背景

- 1.1 城乡之间的不平衡.....
- 1.2 政府的反应.....
- 1.3 新农合政策的作用.....

2. 新农合的技术特征

- 2.1 新农合的性质.....
- 2.2 组织结构.....
- 2.3 筹资机制.....
- 2.4 资源分配.....
- 2.5 实施模式.....
- 2.6 发展趋势.....

1 背景

1.1 城乡之间的不平衡

自 70 年代后期改革开放以后，中国经济以年平均 9 % 的速率增长。数以百万计的人民脱离了贫困。在农村地区，贫困发生率从 1990 年的 30% 降到了 2000 年的 12%（以国际标准衡量）。

尽管如此，改革并没有改变城乡之间存在已久的差距。在农村地区，7.5 亿农村人口中仍有 17% 的人每日平均花费不到 1 美元，而农民与城镇居民的收入差距从 80 年代中期到现在不断扩大，已经达到 1:3.2。

在农村地区，居民平均受教育时间要比城镇地区短 3 年。

城乡不平衡在健康方面同样也很明显。政府财政投入向城市地区倾斜，因为城市的专业人力和机构都比较集中（见表 1）。因此，健康指标所反映出的差距也就不足为怪了（见表 2）。

表 1 卫生费用与资源分布（2006）

	人均健康总费用（元）	人均公立卫生事业总费用（元）；（2002）	千人口医生数（人）	千人口床位数（张）
城市	1122	73	1.81	3.46
农村	318	14	0.68	1.43
全国	662	30	1.21	2.45

来源：卫生部 2007

表 2 健康指标（2005）

	寿命期望（年）	1 岁以下婴儿死亡率（%）	妇女死亡率（%）
城市	74	9.1	25.0
农村	69	21.6	53.8
全国	71	19.0	47.7

来源：卫生部 2007

在农村地区，经济改革的实施导致了合作医疗的崩溃。农村合作医疗覆盖农村居民的比例从 1975 年的 85% 降到了 80 年代早期的 10%。这种情况在整个 90 年代没有得到转变。到 1998 年底，90% 的农村人口没有任何医疗保险覆盖。除此之外，从 80 年代起，农村卫生服务已经转向按服务项目付费（FFS），这意味着农村人口需要自己支付医疗费用。这种情况在卫生费用上升后更为恶化，使得许多农村家庭因病致贫（见表 3）。许多调查都表明，约 20-30% 的农村贫困家庭是由于高额的医疗花费造成的。

1998 年的中国卫生服务总调查表明，两周门诊利用率在贫困农村地区仅为 13 %，比农村地区的平均水平低 22 %。在住院服务利用方面，应住院而未住院者中，有 71 % 的是因为不能支付昂贵的住院费用。很明显，缺少保险覆盖对农民的健康状况和人力有很多的不利影响，并已经制约了农村的经济和社会发展。

表 3 医药费用和保险覆盖（1990-1998）

	1990	1993	1998	变化%（90-98）
医药费用（元）				
每人门诊	11	40	79	625%
每人住院	473	1668	2891	511%
保险覆盖				
城市	-	53.7%	42.1%	-22%
农村	-	12.8%	9.5%	-25%

[来源：刘，2003]

1.2 政府的反应

近年来，中国政府充分认识到在农村发展中遇到的问题，并制定了国家需要平衡发展的方针，不仅要求经济增长，同时也包括社会进步。在调整国家整体战略方面，国家领导人对农村投入了特别的关注。在过去的几年内，中国政府制定了不同的政策以解决影响农村人口的有关问题，并在建设社会主义新农村的具体政策措施中充分关注了三农（农业、农村和农民）问题。

“十五计划”（2001-2005）明确提出“要以农业作为经济基础，增加农民收入，解决农村地区的贫困问题”的目标。2005年提出的“十一五”计划也描绘了一副农村整体发展的战略蓝图。除了有增加农民收入增加的目标外，农村医疗保健和卫生设施建设，以及建立农村社会保险体系，外加农村义务教育，成为了新的计划中的主要关注点。在建设社会主义和谐社会提出的主要特征中，提高人民的健康也被作为重点指出，并特别关注：

- ✓ 公共卫生的发展
- ✓ 医疗卫生体制改革
- ✓ 增加政府投入
- ✓ 有限的卫生资源和昂贵的医疗费用问题

1.3 新农合政策的作用

不必说吴仪副总理在2007年指出的“要全面推进新农合的持续发展，为构建社会主义和谐社会做出新的更大的贡献！”，2002年开始的“新农合”与中国“十五计划”，“十一五”计划所确立的农村宏观发展战略的关系也是非常明确的。

新农合的主要目标是减少因病致贫，为患重病的群众提供经济风险保护，增加农村居民对卫生服务利用。这个目标确实与中国政府前几年提出的提高农民生活水平，促进社会稳定和促进农业发展的政策纲要相一致。

但是新农合优先解决的住院和大病费用似乎与政府承诺（以及国际组织建议，如世界卫生组织）的“改善卫生服务体系以解决群众的基本卫生需要”不尽一致（它强调的是预防而不是治疗）。

尽管新农合非常重要，但新农合的实施应该仅仅被认为是中国农村卫生体制改革整体发展战略中的一个部分（其它还包括重建农村医疗卫生网络，增加对药品价格和质量的控制，加强医生的行为监管，发展农村地区的医疗救助等），而不是农村卫生体系的万能药。

此外，新农合的发展可以被视为构建一个更广泛的社会保障体系中的一部分（另外还包括城市地区的基本医疗保险），它们能够引导医疗保险机构提供全面的服务包，并惠及全体中国居民。

2. 新农合的技术特征

2.1 新农合的性质

新农合是一种由政府组织、主导和维护的互助机制，主要是为了解决由于医疗支出导致的贫穷问题。

它的主要特征是：

- ✓ 基于家庭自愿参与
- ✓ 多种筹资渠道（个人、集体和各级的政府）
- ✓ 重点是大病医疗问题
- ✓ 根据地方经济资源和健康需求设计地方政策
- ✓ 以县为实施单位

2.2 组织结构

根据中国政府的行政分级，我们可以将农村合作医疗的组织结构划分如下：

2.2.1 中央层面

中共中央和国务院提供政治和整体指导，卫生部提供技术指导，卫生部和财政部负责审核和批准省级政府对中央政府补助资金的使用。

2.2.2 省级层面

省级新农合管理部门和政府部门对县级有关官员和结构提供政策指导，设置补偿项目目录（主要是药物目录），依照中央政府制定的最低标准确定各地方政府的新农合配套资金，并协调不同县实施的具体政策。

新农合在省级层面上的具体机构：

- ✓ 新农合协调小组：由与新农合的实施有关的省级部门（卫生、农业、财政、审计、扶贫、中医、民政等）组成。近来，协调小组正致力于颁布协调各县的新农合工作，以实现各省新农合的顺利实施。
- ✓ 省级新农合管理办公室：在省级卫生部门内设立，负责新农合实施相关的具体工作。

2.2.3 县级层面

除了负责管理新农合的技术问题，比如补偿方案，县级机构同样负责新农合资金的管理：

县级新农合管理委员会：包括与新农合实施相关的县级机构为代表，从理论上至少还包括农民为代表。它负责项目的管理、合作、组织与指导。

县级新农合管理办公室：它是由县级新农合管理委员会领导，负责新农合实施过程中的具体问题。新农合资金的具体管理工作都委托该机构完成，它有义务定期向县级管委会汇报资金的管理情况，并定期向公众公布。

2.2.4 乡镇级层面

作为县级机构的分支，乡镇级机构同样负责新农合的实施工作。

2.3 筹资机制

目前，最低筹资标准为人均 50 元/年，其中 10 元来自个人，40 元来自政府补贴。在东部省份整个政府的补助均由地方当局提供，而在中部和西部省份，中央政府的补助为 20 元人民币：

- ✓ 个人：10 元
- ✓ 地方政府补贴：20 元
- ✓ 中央政府等额补贴：20 元

今年的筹资标准将达到人均 100 元人民币，其中 80 元来自政府的补助，20 元由个人缴纳。在中西部省份，一半的补助由中央政府提供（40 元）。贫困县将在两年内实施新的筹资规定。民政部的医疗救助机构将资助贫困家庭支付他们的参合费用。2003 年至 2007 年政府新农合资助费用情况详见下表：

表 4 政府对新农合的资助

政府补贴总额（亿元）	541		
1. 当地（%）	69	2. 中央（%）	31

资料来源：卫生部，2008 年新农合全国会议。

2.4 资源分配

大部分资金被分配到因严重疾病住院而产生的费用的报销之中（60%-80%），而不是在门诊医疗费用上。这些大多是由家庭账户提供，在大多数情况下由单一的参合者筹资。

在一份于 2007 年 11 月 27 日发表的，财政部官员关于 2008 预定方案的官方声明中说，政府的贡献将从人均 40 元到人均 80 元。

根据政府较早的规定（见《卫生部等 7 部委局联合下发关于加快推进新型农村合作医疗试点工作的通知》，卫农卫发 [2006] 13 号），额外的资金应该用于应对灾难性事件或支付住院费，虽然它也应该用于支付由于门诊产生的小额开支。

2.5 实施模式

Adam. Wagstaff（世界银行，2007）根据提供的覆盖范围（住院与门诊）和资金的管理方法划分出四种实施模式：

- ✓ 类型 1: 只补住院
- ✓ 类型 2: 补住院和门诊大病统筹
- ✓ 类型 3: 补住院和门诊统筹
- ✓ 类型 4: 补住院和门诊家庭账户

该研究调查了超过 189 个试点县，其中 16 个实施了类型 1 (8.5%)，16 个实施了类型 2 (8.5%)，46 个实施了类型 3 (24%)，111 个实施了类型 4 (59%)。

2.6 发展趋势

在新农合发展的早期阶段，已经能看出地区组织结构、资金筹措、资源分配与医疗保险一体化的发展趋势。

2.6.1 组织结构

最具意义的进展是将委托保险公司以取代县新农合执行办公室来管理新农合资金。2006 年《卫生部等 7 部委局联合下发关于加快推进新型农村合作医疗试点工作的通知》规定了这一新办法，它明确表示应该支持（商业）保险公司参与新农合试点工作。2005 年这一新政策在 17 个县试行。这类公司的参与，目的在于以较低的成本提供优质的服务，当地机构不必再负担新农合资金的管理。

2.6.2 资金

从 2005 年开始中央和地方各级政府的参合标准在不断提高（从人均 20 元到人均 40 元），个人参合费用保持不变。另一个发展趋势是医疗救助系统和新农合系统的整合，医疗救助机构（由地方民政局管理）支付贫困家庭的个人费用，并帮助他们支付新农合未涵盖的医疗费用。

2.6.3 分配

因为政府支出的增加，过去的几年里农民收益在深度和广度上都有所增加。一般看来，补偿比和封顶线有所增加，起付线降低，门诊服务面扩大（当地实例，见附录 1）。下面是一些费用补偿的例子：

A) 河北省定州市

表 6 河北省定州市住院服务

	起付线（元）			补偿比（%）			封顶线（元）	住院分娩补偿额（元）
	乡镇卫生院	县级医院	县级以上医院	乡镇卫生院	县级医院	县级以上医院		
06 年前	150	500	2000	50	45	35	15,000	150
06 年后	100	350	2000	60	50	40	16,000	200

至于门诊服务，规定列举如下：

a) 白血病，再生障碍性贫血，癌症化疗，肾病透析的门诊费用：

- ✓ 起付线：200 元（从 300 元开始增长）；
- ✓ 补偿比：40%（从 35%开始增长）；
- ✓ 封顶线：白血病，贫血，化疗 3000 元/年，透析 6000 元/年。

b) 脑血管病失忆症，高血压（超过两周），糖尿病，慢性肺源性心脏病，精神疾病，心肌梗塞的门诊费用：

- ✓ 无起付线
- ✓ 补偿比：40%（从 35%开始增长）
- ✓ 封顶线：200 元/年（从 100 元开始增长）

B) 江西省，修水县，赣县区

2006 年在江西省修水县乡镇卫生院的起付线设定为 100 元，县医院 400 元，县以上的医院为 800 元（调整前分别为 200，500，1000 元），而报销的上限从 8000 元调整到 10000 元。在江西省赣县区，2006 年乡镇卫生院，区医院及区级以上医院的补偿比设定在 65%，50%和 30%，远高于试点县刚开展试点时的水平，特别是乡村保健中心和县医院，一般都达到了 20%到 45%。

C) 湖北省，东西湖区

在 2006 年，东西湖区的新农合实施提高了它的补偿标准，降低了起付线并提高了封顶线，如表格 2 所示：

年份	起付线（元）			补偿比（%）			封顶线（元）
	乡镇卫生院	县级医院	县级以上医院	乡镇卫生院	县级医院	县级以上医院	
2006	50	300	1000	50-70	45-65	35-65	20.000

实际补偿比根据表 2 中费用水平所指示的标准确定：51-2000 元的住院费用补偿比为 50%，2001-3500 元补偿比为 55%，8000 元以上补偿比为 70%。

而在早期阶段，补偿计划的设计权限还没有完全下放给县，近日省当局开始落实这项功能。在 2007 年一月，广西壮族自治区政府通过了一项新农合补偿计划政策，其目的是协调新的合作计划的落实，从而遵守国务院行政办公室的 3 号文件[04]，其中明确表示，“在同一省，起付线，封顶线和补偿比的不同（县于县之间）不应过宽”。广西自治区的主要设计特点如下：

a) 起付线（住院）：

- ✓ 乡镇卫生院 30 元
- ✓ 县级医院 100 元
- ✓ 县级以上医院 200 元

b) 封顶线：

- ✓ 住院 4500 元 /年
- ✓ 急诊 40000 元/年

c) 补偿比（住院）：

方案 1（人口在 20 万以下的县）

- ✓ 乡镇卫生院 65%
- ✓ 县级医院 40%
- ✓ 县级以上医院 30%

方案 2（人口在 20 万到 50 万之间的县）

- ✓ 乡镇卫生院 70%
- ✓ 县级医院 40%
- ✓ 县级以上医院 30%

方案 3（人口在 50 万以上的县）

- ✓ 乡镇卫生院 75%
- ✓ 县级医院 40%
- ✓ 县级以上医院 30%

d) 大病住院费用的补偿比（10000 元以上）：

- ✓ 10000 元至 15000 元之间的费用：45%
- ✓ 15001 元至 20000 元之间的费用：50%
- ✓ 20001 元至 30000 元之间的费用：55%

- ✓ 30001 元至 40000 元之间的费用： 60%
- ✓ 40001 元至 50000 元之间的费用： 65%
- ✓ 50000 元之上的费用： 70%

e) 住院分娩补偿额度：100 元

f) 门诊补偿：

高血压、糖尿病、肾病、甲状腺功能亢进、类风湿疾病、系统性红斑狼疮（SLE）、慢性肝炎和结核的治疗在住院补偿范围内，符合区域卫生部门制定的医药和护理的标准。其他的门诊费用应由家庭储蓄账户支付。

2.6.4 支付方法

虽然“按服务项目付费”是最普遍的付费方式，按病种定额付费方式仍在某些县试行。2005 年 9 个试点县已经采用了住院服务中的按病种付费。在分析中，按病种付费的采纳增加了实际补偿比，稳定了医疗服务和药品的平均费用（毛，世界银行 2005）。

2.6.5 与基本医疗保险整合

考虑到大规模的城市化进程（2020 年有 50% - 55%的人口将生活在城市），“新农合在可能的情况下会和城乡一体化成为一体。”（世界卫生组织，2004）。但是根据前卫生部长高强所说，新农合和基本医疗保险的整合“在短期内并不可行”。这是因为不同层次的发展水平和人均参保费的广泛差异（以及因此导致的保险覆盖）。显然，整合在发展较好的农村地区更容易进行，那里的资源与城市的更相似。从这方面，在上海市嘉定区开展试点具有重大的意义。在那里农村医疗保险系统被赋予“农村居民的医疗保障系统”（毛，世界银行 2005），以区社会保障中心发挥管理职能，而不是新农合管理委员会和它的管理办公室。在 2005 年参保资金的标准相对高，达到了人均 267.5 元，其中个人参保 49%，集体事业和企业 38%，其余的 13%由村和区政府提供。在嘉定，不仅管理结构与基本医疗保险相似（其中有社会保障主管部门和政府），而且补偿标准与提供给城市职员的相类似，给将来的两种保险工具的整合打下基础。

Introduzione: contesto generale, riforma della sanità rurale, ruolo dello SMCR, obiettivi di ricerca.

1. Contesto generale: squilibri socioeconomici, risposta del governo, riforma del sistema sanitario rurale.

Le riforme varate in Cina sul finire degli anni '70 hanno dato il via ad uno straordinario sviluppo dell'economia, cresciuta nell'ultimo quarto di secolo al ritmo del 9% annuo. Al progresso economico si è accompagnato un consistente miglioramento delle condizioni di vita della popolazione: l'indice di sviluppo umano, calcolato sulla base di reddito, istruzione ed aspettativa di vita, è salito dallo 0.557 del 1980 allo 0.755 del 2003, un valore elevato se confrontato con quello registrato in paesi con un pari livello di sviluppo economico.

Tuttavia, permane lo storico disequilibrio fra città e campagne. Il 99% dei 130 milioni di cinesi che sopravvivono con meno di un dollaro al giorno risiede in campagna, ed il gap in termini di reddito fra popolazioni urbane e rurali è cresciuto sensibilmente dalla metà degli anni '80, attestandosi sul rapporto di 3,2:1. La scolarizzazione in campagna è in media tre anni più breve che in città, mentre l'analfabetismo, contenuto sotto il 10% nelle province costiere, supera in alcune regioni dell'entroterra il 20%¹.

Lo squilibrio interessa anche il settore sanitario. A causa della decentralizzazione fiscale, la distribuzione dei finanziamenti governativi favorisce le aree urbane, dove sono concentrate risorse professionali ed infrastrutture mediche (Tab. N.1). Naturalmente, gli indicatori sanitari riflettono divari consistenti (Tab. N.2).

Tab. 1. Distribuzione spesa e risorse sanitarie (2006)²

	Spesa sanitaria pro-capite (RMB)	Spese correnti pro-capite (RMB); (2002)	Medici /1000 ab	Letti / 1000 ab
Aree Urbane	1122	73	1,81	3,46
Aree Rurali	318	14	0,68	1,43
Media Nazionale	662	30	1,21	2,45

Tab. 2. Indicatori sanitari (2005)³

	Speranza di vita (anni)	Mortalità Infantile < 1 anno (x 1000)	Mortalità Materna (x 100.000)
Aree Urbane	74	9,1	25,0
Aree Rurali	69	21,6	53,8
Media Nazionale	71	19,0	47,7

¹ I dati citati nei primi due paragrafi sono contenuti in UNDP, China Human Development Report 2005, pagg. 7, 19, 25.

² 中华人民共和国卫生部, 2007 年我国卫生事业发展统计公报, consultabile sul sito del Ministero della Sanità della Repubblica Popolare Cinese, www.moh.gov.cn.

³ 中华人民共和国卫生部, 2006 年我国卫生事业发展统计公报, consultabile sul sito del Ministero della Sanità della Repubblica Popolare Cinese, www.moh.gov.cn.

Se già il 10mo Piano Quinquennale evidenziava la necessità di “rafforzare l’agricoltura [...] ed accrescere i redditi dei contadini”, con l’11mo (2006-2010) Pechino ha pienamente riconosciuto i costi sociali ed economici dell’arretratezza delle campagne. Fra gli obiettivi principali del governo figura ora la “promozione di uno sviluppo equilibrato fra aree urbane e rurali”. In tale contesto, la riforma del settore sanitario gioca un ruolo centrale. Nella *Decisione sull’ulteriore rafforzamento della sanità rurale* del novembre 2002¹, la *ratio* della riforma veniva così enunciata:

- promuovere l’economia rurale
- mantenere la stabilità sociale
- migliorare le condizioni di vita dei contadini

In sostanza, la ristrutturazione della sanità rurale è stata modellata attorno alle necessità complessive del paese, nell’intento di porre le basi per maggiori sviluppo e stabilità nelle campagne.

2. Riforma della sanità rurale: ruolo dello schema medico cooperativo e risultati raggiunti.

L’elemento di maggior rilievo nella riforma è il nuovo Schema Medico Cooperativo Rurale (SMCR)², strumento assicurativo le cui principali caratteristiche sono:

- adesione volontaria su base familiare
- fonti di finanziamento multiple (utente, governo, settore collettivo)
- maggiore attenzione riservata ad eventi catastrofici
- gestione a livello di contea³

Al 31 marzo 2007, lo SMCR copriva il 78,8% della popolazione rurale⁴. La contribuzione minima annuale è 100 RMB pro capite (1 RMB = 0,10 €), di cui 20 pagati dall’utente e 80 dal governo. Nelle province orientali l’intera quota governativa è sostenuta dalle autorità locali, mentre in quelle centrali ed occidentali, più povere, 40 RMB sono a carico del governo centrale. Generalmente, il contributo individuale confluisce in un conto di risparmio

¹中共中央、国务院关于进一步加强农村卫生工作的决定，中发 [2002] 13 号。

² La dizione in cinese è 新型农村合作医疗制度, sovente abbreviata in 新农合. Nelle fonti di lingua inglese, lo schema cooperativo è generalmente indicato con l’acronimo NCMS, *New Cooperative Medical Scheme*.

³ In alcune aree la gestione è svolta dalle autorità di prefettura (市). Per un esempio in merito, si rimanda al Cap. 2, Par. 5.3. Nel caso in cui la popolazione locale abbia in maggioranza uno *hukou* cittadino (nel caso dunque, di aree a popolazione prevalentemente urbana), lo schema sarà altresì gestito dalle autorità di distretto (区), pari livello della contea. Per quanto riguarda le suddivisioni amministrative inferiori, vengono qui di seguito elencate le dizioni usate nella presente tesi, con a lato la dizione originale cinese:

- Villaggio (村)
- Township (乡)
- Contea (县), Distretto (区)

⁴ 中华人民共和国卫生部, 2007 年全国新型农村合作医疗试点工作会议材料, 2007 年第一季度全国新型农村合作医疗运行情况, pag. 3.

familiare per le spese ambulatoriali, mentre la quota governativa finanzia un fondo di rischio sociale atto a coprire le spese ospedaliere. I rimborsi *reali* per quest'ultime sono compresi fra il 25% ed il 40%¹. Nelle contee che per prime hanno introdotto lo SMCR, si sono registrati fra 2003 e 2005 incrementi di visite e ricoveri del 20-30%². Durante la Conferenza Nazionale sullo SMCR del 2007, i delegati di Hebei, Yunnan e Jiangxi hanno confermato tale tendenza, quantificando nel 20% circa l'aumento degli accessi nel periodo 2005-2006^{3 4 5}. Tuttavia, franchigia e co-pagamenti elevati costituiscono una barriera importante all'accesso dei poveri. Secondo la Banca Mondiale, l'utilizzazione dei servizi sanitari da parte del 10% più povero della popolazione non sarebbe aumentata in seguito all'introduzione dello schema⁶. Questo dato non stupisce, considerando che nel 2006 il costo medio di un ricovero era, negli ospedali di contea, di oltre 2000 RMB, contro un reddito contadino *medio* di circa 3600 RMB pro capite all'anno⁷.

E' difficile dare una valutazione univoca sul grado di protezione finanziaria. Prendendo come riferimento l'indicatore impiegato dalle autorità cinesi, ovvero l'incidenza dei casi di impoverimento dovuti a malattia, i risultati dello schema sembrano lusinghieri. Un esempio rappresentativo è quello del Jiangxi, le cui autorità riportavano, a due anni dall'adozione dello SMCR, una diminuzione dei casi di impoverimento nell'ordine del 40% (dal 47% al 27% sul totale dei casi di povertà censiti)⁸. D'altro canto, secondo lo studio della Banca Mondiale citato poc'anzi, fra 2003 e 2005 lo schema non avrebbe diminuito la quota di spesa out-of-pocket⁹ né il rischio di spesa catastrofica ($\geq 10\%$ del reddito medio dell'utenza)¹⁰. Pur essendo il limitato grado di protezione attribuibile in parte ai bassi rimborsi, non deve sfuggire che questi risultati sono in linea con quanto già osservato nel caso dell'assicurazione medica urbana, inefficace nel ridurre il rischio di spesa catastrofica

¹ Mao Zhengzhong, *Pilot Program of NCMS in China: System Design and Progress*, WB 2005, pag. 28.

² Adam Wagstaff et alii, *Extending Health Insurance to the Rural Population: An Impact Evaluation of China's New Cooperative Medical Scheme*, WB 2007, pag. 1.

³中华人民共和国卫生部, 2007年全国新型农村合作医疗试点工作会议材料, *实施双万名医师支援农村卫生工作促进新型农村合作医疗健康发展*, (河北省人民政府), pag. 5.

⁴中华人民共和国卫生部, 2007年全国新型农村合作医疗试点工作会议材料, *健全制度 - 规范管理 - 全面推行新型农村合作医疗* (云南省人民政府), pag. 5.

⁵中华人民共和国卫生部, 2007年全国新型农村合作医疗试点工作会议材料, *因地制宜 充分发挥中医药在新农和中的作用*, (江西省人民政府), pag. 3.

⁶ Adam Wagstaff et alii, op.cit., pag.17.

⁷中华人民共和国卫生部, 2007年我国卫生事业发展统计公报, consultabile sul sito del Ministero della Sanità della Repubblica Popolare Cinese, www.moh.gov.cn.

⁸中华人民共和国卫生部, 2005年全国新型农村合作医疗试点工作会议材料, *全国新型农村合作医疗试点工作取得明显成效*, pag. 2.

⁹ Spesa sostenuta direttamente dal paziente, non rimborsabile.

¹⁰ Adam Wagstaff et alii, op.cit., pag. 1.

¹. La radice del problema viene sovente individuata nel metodo di pagamento FFS², che incentiva l'erogazione di servizi costosi e/o inutili.

3. Obiettivi di ricerca

Gli obiettivi della presente ricerca sono essenzialmente due:

- Valutare l'impatto dello SMCR sull'utilizzazione del servizio sanitario nelle aree rurali.
- Valutare il livello di protezione finanziaria garantito dallo schema agli utenti convenzionati.

Al fine di fornire al lettore un quadro di riferimento, nel Cap. 1 verranno ripercorse le principali tappe di sviluppo del sistema sanitario cinese dagli anni '30, mentre nel Cap. 2 saranno presentate le caratteristiche generali della struttura di fornitura del servizio e le diverse forme di copertura assicurativa sanitaria della Repubblica Popolare Cinese.

Il terzo capitolo illustrerà le maggiori dinamiche di sviluppo dello SMCR. Il Cap. 4, fulcro di questo lavoro, presenterà i risultati di uno studio pilota effettuato nel mese di aprile 2008 in una contea rurale dello Hebei meridionale, cui l'autore ha partecipato in seno ad un programma di ricerca realizzato da Cooperazione Italiana e Ministero della Sanità cinese³.

Capitolo 1. Cenni storici

1. Periodo Nazionalista

Punto essenziale della strategia nazionalista per lo sviluppo del settore sanitario fu il *Piano triennale per un servizio sanitario nazionale cinese*. Varato nel 1931, il piano prevedeva la suddivisione del sistema di fornitura del servizio sanitario rurale nei tre livelli contea-township-villaggio, rimasta invariata fino ai giorni nostri. Nelle intenzioni del governo di Nanchino, ogni contea avrebbe dovuto ospitare un ospedale dotato di 30-35 posti letto, quale vertice del sistema rurale, mentre in ogni township un centro sanitario avrebbe dovuto svolgere le funzioni fondamentali di primo soccorso, ostetricia, immunizzazione ed educazione sanitaria. In ogni villaggio, infine, era prevista la presenza di un assistente

¹ Adam Wagstaff, Magnus Lindelow, *Can Insurance Increase Financial Risk? The Curious Case of Health Insurance in China*, WB 2005, pagg.1, 2.

² *Fee-for-service*, pagamento delle prestazioni sanitarie basato sui singoli articoli consumati dal paziente. Radicalmente diverso è il sistema DRG (*diagnosis related group*), il quale offre una classificazione che mette in relazione le diverse tipologie di pazienti e le risorse da questi consumate e, in ultima analisi, con il costo del trattamento erogato. Tra i parametri utilizzati nella classificazione DRG figurano diagnosi, procedure mediche, età, sesso, presenza di complicazioni o patologie associate alla diagnosi originaria. Introdotto all'inizio degli anni '80 negli Stati Uniti per regolare i pagamenti corrisposti ai *provider* dall'assicurazione sanitaria Medicare, i DRG hanno conosciuto successivamente un'ampia utilizzazione in un numero crescente di paesi, compresa l'Italia.

³ *Research on NRCMS influence on accessibility of health care services in Central and Western rural China*, Health Human Resources Development Center of MoH, Italian Development Cooperation Office of Beijing. Il rapporto finale sarà stilato nell'autunno di quest'anno.

sanitario scelto localmente. Nello stesso piano veniva consigliata l'adozione di un modello di finanziamento basato sulle risorse locali, pubbliche e private, e la fornitura gratuita del servizio. Fattori di varia natura, fra cui la scarsità di risorse destinate alla sanità dal governo centrale (0,2% e 0,7% della spesa statale rispettivamente nel 1931 e 1936¹), il conflitto sino-giapponese e la guerra civile che si protrasse fino al 1949, impedirono la piena attuazione dei provvedimenti contenuti nel documento. In generale, l'opera di riforma nelle campagne rimase limitata ad alcune aree interessate da esperimenti finanziati direttamente dal governo centrale o da associazioni filantropiche. Fra i più noti quello di Dingxian (Hebei), diretto dal *Mass Education Movement* e sponsorizzato del *Milbank Memorial Fund*, largamente basato sull'utilizzo e lo sviluppo delle risorse locali, simile in alcune sue caratteristiche al modello cooperativo di epoca maoista. Nel villaggio di Niu Cun, nell'area amministrativa di Dingxian, la locale stazione sanitaria venne finanziata parzialmente attraverso il fondo pubblico di villaggio, fornendo gratuitamente il servizio ai singoli utenti. Tra i progetti coordinati direttamente da istituzioni governative cinesi, vengono altresì sovente ricordati quelli di Gaoqiao e Wusong, amministrati dal governo di Shanghai. Uno degli obiettivi principali del piano triennale, la realizzazione di un ospedale in ognuno delle oltre 2000 contee rurali, fu raggiunto solo alla vigilia del Grande Balzo, quasi 10 anni dopo la presa del potere da parte dei comunisti.

2. 1949: problematicità e risorse del settore sanitario

La situazione sanitaria che il nuovo regime si trovò a dover affrontare nel 1949 era critica. L'aspettativa media di vita era pari a 35 anni, mentre la mortalità infantile si aggirava attorno al 250x1000². Malnutrizione, condizioni primitive di vita e assenza di prevenzione generavano un ambiente ideale per la proliferazione di malattie infettive e parassitarie, in particolare nelle aree rurali. La sola schistosomiasi³, causata da un parassita particolarmente diffuso nelle zone umide del basso corso dello Yangtze, colpiva circa 12 milioni di contadini, mentre in alcune aree del Sud del paese la malaria arrivava a colpire il 50% della popolazione⁴.

¹ Yip Ka-Che, *Health and Nationalist Reconstruction: Rural Health in Nationalist China, 1928-1937*, *Modern Asian Studies*, Vol.26, No.2 (May, 1992), pag. 11.

² Giorgio Cortassa, *La Sanità cinese: i mutamenti, le sfide, la riforma*, *Mondo Cinese* N.110, gen-mar 2002, dati riportati in appendice.

³ Altrimenti detta Bilharziosi, la schistosomiasi è causata da parassiti, detti schistosomi, che infestano molluschi gasteropodi di acqua dolce. Dopo aver proliferato nel mollusco, lo schistosoma si libera nelle acque circostanti, infettando l'uomo per semplice contatto, diffondendosi poi nell'organismo attraverso il sistema venoso. La malattia, che può decorrere per un lungo periodo in maniera asintomatica, porta nei casi più gravi alla morte.

⁴ David M. Lampton, *The Politics of Medicine in China-The Policy Process, 1949-1977*, Dawson, 1977, pag. 14.

L'instabilità e le guerre susseguitesesi nei decenni precedenti non avevano, d'altro canto, favorito l'accumulazione delle risorse, umane e materiali, atte a fronteggiare tale disastrosa situazione. I medici che avevano ricevuto una formazione completa secondo standard occidentali, perlopiù stanziati nei centri urbani, non superavano i 40 mila, mentre i professionisti di livello intermedio, con una formazione medica di 3 anni, erano circa 140 mila. Il numero delle strutture sanitarie era esiguo, con 0,18 posti letto per 1000 abitanti. La situazione era resa più complessa dall'enorme divario tra città e campagne. Se nei grandi centri della costa, come Canton e Shanghai, v'erano più di 2 posti letto per 1000 abitanti, in alcune zone dell'interno la possibilità di accedere alle strutture sanitarie era virtualmente inesistente. Nello Anhui, il rapporto di posti letto per abitante era di 0,006 x 1000 (la media nazionale del periodo era di 0.63 x 1000 nelle aree urbane, 0.05 x 1000 in quelle rurali)¹.

3. 1949-1958: introduzione dello SAL e prima sperimentazione dello SMC

Naturalmente, i problemi del settore sanitario non erano gli unici a richiedere urgentemente una soluzione nella neonata Repubblica Popolare. Ripresa dell'economia, ricostruzione del tessuto industriale, impegno militare in Corea dettarono le priorità dell'agenda politica dei leader comunisti. Il Primo Piano Quinquennale, la cui stesura fu completata nel 1953, vide peraltro l'adozione di un modello di sviluppo economico centrato sull'industria pesante, cui venne destinato l'88% delle risorse disponibili, sulla falsariga dell'esperienza sovietica.

Tra 1949 e 1956, la quota di spesa statale destinata alla sanità oscillò tra l'1 ed il 2,6%². Nonostante le problematiche sanitarie e le deficienze strutturali fossero particolarmente pesanti nelle campagne, il regime decise di privilegiare il contesto urbano. Tale scelta rispondeva alla preesistente distribuzione delle risorse, economiche e professionali, concentrate nelle città, ed era coerente con la precedenza accordata in questa fase allo sviluppo dell'industria pesante. Va interpretata nell'ambito di tale orientamento complessivo l'introduzione, nel 1951, dello Schema Assicurativo del Lavoro (SAL)³, pacchetto assicurativo destinato ai lavoratori delle imprese statali, esteso sin dalla sua creazione ad oltre 3 milioni di utenti (nel 1953 aveva raggiunto una copertura pari a 4,8 milioni di utenti)⁴.

¹ David M. Lampton, *op.cit.*, pag.14.

² David M. Lampton, *op.cit.*, pagg. 25, 59.

³ La dizione cinese è 劳保医疗制度.

⁴ E' interessante notare come Lampton (cfr. David M. Lampton, *op.cit.* pagg. 45-72), paia voler suggerire uno stretto legame fra i benefici previdenziali connessi all'impiego nelle grandi industrie statali, l'esodo verso le aree urbane negli anni '50 (durante il Primo Piano Quinquennale, 8 milioni di persone si trasferirono dalle campagne nelle città) e la maggiore attenzione al *welfare* sociale nelle aree rurali che contraddistinse, almeno nelle sue prime fasi, il Grande Balzo in Avanti. Altrettanto degno di nota è come l'autore sorvoli sull'introduzione del sistema dello *Hukou*, datata 1958. Accanto allo SAL, venne introdotto negli anni '50 lo Schema Assicurativo Governativo (SAG, in cinese 公费医疗制度), destinato ai dipendenti governativi. Nel 1998, i due sistemi sono stati riformati per lasciare spazio ad un nuovo sistema, denominato Assicurazione Medica di Base (AMB, in cinese 基本医疗保险), che copre attualmente il 40% della popolazione urbana.

Il costo dei servizi erogati ai lavoratori era coperto dalle rispettive aziende, che rimborsavano l'ospedale delle spese sostenute per trattare i propri convenzionati. Quest'ultimi, non più condizionati da barriere economiche all'accesso, presero a rivolgersi con maggiore frequenza alle strutture sanitarie. L'aumento della domanda così generato si tradusse in una notevole pressione sul *budget* destinato al settore dal governo centrale, con il Ministero della Sanità impegnato a soddisfare una richiesta di servizio laddove essa era *effettivamente* concentrata, a prescindere dalle problematiche sanitarie *oggettivamente* riscontrabili, senza dubbio più pressanti nelle campagne.

Prevedibilmente, il drenaggio delle scarse risorse disponibili da parte delle strutture sanitarie e dell'utenza urbane ostacolò lo sviluppo della sanità rurale. Il finanziamento della sanità nelle campagne venne in sostanza delegato alle autorità di contea. In assenza di sussidi da parte del governo centrale o provinciale, queste si trovarono a dover svolgere una serie di funzioni di primaria importanza (comprese immunizzazione, salute materno-infantile e formazione degli operatori sanitari di base) senza le necessarie risorse. Per non chiudere, gli ospedali di contea furono spesso costretti ad aumentare i prezzi di medicinali e prestazioni, innalzando barriere all'accesso delle fasce più povere della popolazione. Al di sotto del livello di contea, le uniche misure prese per migliorare efficacia ed accessibilità del servizio furono l'invio di team mobili (aventi base nell'ospedale di contea) per l'immunizzazione ed il sostegno alla creazione di cliniche unite. Quest'ultima politica, inaugurata dal Ministero della Sanità nel 1951, mirava alla razionalizzazione delle risorse disponibili nelle aree rurali, attraverso la creazione di piccole cliniche in cui i vari medici operanti privatamente sul medesimo territorio avrebbero potuto condividere capitale e strumenti a loro disposizione, investendo parte dei guadagni dell'attività di gruppo per l'ulteriore espansione del servizio.

Quando, nel 1955, il processo di creazione delle cooperative di livello superiore prese slancio, coinvolgendo tutto il paese, esso andò a legarsi alla costituzione delle cliniche unite. In altre parole, tali strutture divennero il centro sanitario di primo riferimento per i componenti delle varie cooperative, la cui estensione corrispondeva pressappoco alla divisione amministrativa della township. Nella maggior parte dei casi, ciò non andò ad incidere sul modello di finanziamento della sanità rurale, ancora fundamentalmente basato sul pagamento degli utenti e, limitatamente agli ospedali di contea, sulle finanze pubbliche locali.

Fermo restando tale quadro generale, privo di sostanziali mutamenti nello schema di finanziamento della sanità rurale, negli anni immediatamente precedenti al Grande Balzo venne tuttavia realizzato, in limitate aree del paese, un primo modello medico cooperativo integrato con la nuova struttura economica (e, più tardi, amministrativa) delle campagne¹. Fra le prime esperienze significative, le fonti cinesi citano spesso quella di Mishan, township situata nel distretto di Gaoping (Shanxi), dove già nel 1955 venne istituito uno schema medico finanziato attraverso una tariffa sanitaria a carico degli utenti ed il fondo di welfare istituito dalla cooperativa. Le analisi che Ministero della Sanità e governo provinciale dello Shanxi svolsero in relazione alle politiche sanitarie di Mishan ne sottolinearono le potenzialità nei campi della prevenzione e del trattamento precoce, evidenziando economicità ed affidabilità dello schema collettivo. Tale giudizio positivo spinse altre località a dotarsi di strumenti simili, basati sui principi della mutua assistenza e dell'integrazione di risorse collettive e private.

Gli anni precedenti al Grande Balzo videro la sperimentazione in zone limitate del paese di un modello di medicina collettiva generalmente caratterizzato da:

- finanziamento attraverso contribuzioni dei singoli utenti e fondi di *welfare* delle cooperative agricole;
- adesione volontaria dei singoli utenti, tramite versamento di una tariffa sanitaria annuale inferiore a 1 RMB;
- prevenzione, registrazione, visite a domicilio ed iniezioni gratuite per gli utenti convenzionati²;
- politiche sanitarie locali elaborate e gestite a livello di comune³.

4. Il Grande Balzo in Avanti: sviluppo e crisi dello Schema Medico Cooperativo (SMC)

Di medicina cooperativa si discusse ampiamente durante la *Conferenza Nazionale sull'opera sanitaria rurale*, tenutasi a Jishan (Shanxi) nel novembre del 1959. In

¹ In merito al rapporto fra collettivizzazione nelle aree rurali e politiche sanitarie, vale la pena di notare che nelle *Regole modello per le cooperative di produzione agricola di secondo livello*, approvate nel 1956 dalla 3° Sessione della I Assemblea Nazionale del Popolo, veniva fatta richiesta alle cooperative di intervenire in prima persona in ambito sanitario, in particolare per garantire le cure mediche *“a quanti per ragioni di lavoro abbiano subito ferite o contratto malattie”*, prevedendo anche l'istituzione di un rimborso di malattia: *“[...] inoltre, è necessario adottare misure atte a garantire un rimborso basato sulla giornata lavorativa”*.

² Nelle fonti cinesi si fa spesso riferimento ai costi di registrazione, visite a domicilio e iniezioni con l'espressione *“tre spese”* (三费). In mancanza di indicazioni precise, pare ragionevole ritenere che *“iniezione”* (注射) si riferisca alla flebotomi. Tale interpretazione è giustificata dall'abitudine, tuttora assai diffusa nelle campagne cinesi, di fare ricorso a flebo di glucosio in caso di raffreddore o influenza.

³ Il riferimento qui va esclusivamente alla gestione delle politiche inerenti l'applicazione del modello medico cooperativo. All'epoca, responsabili dell'attuazione delle politiche sanitarie dettate da Pechino erano infatti i dipartimenti di sanità pubblica di contea.

quell'occasione, i delegati del Ministero della Sanità stilarono un particolareggiato rapporto sulle dinamiche di sviluppo del settore sanitario dopo l'introduzione delle comuni popolari, completato da una serie di indicazioni relative all'applicazione di politiche medico-cooperative. I due testi, che l'anno successivo furono inoltrati ai governi locali dal Comitato Centrale del PCC ¹, fornivano una prima standardizzazione a livello nazionale della pratica cooperativa in ambito sanitario. Ecco alcuni passi significativi del rapporto:

“I delegati ritengono che, tenuto conto dell'attuale livello di sviluppo produttivo, del grado di coscienza delle masse e di altre condizioni materiali [nelle aree rurali], l'adozione dello schema medico sanitario collettivo [...] sia una misura adeguata. Le caratteristiche essenziali [dello schema cooperativo] sono: 1) i membri della comune sono tenuti a pagare annualmente un determinato ammontare come tariffa sanitaria; 2) al momento del ricorso alle cure mediche, il pagamento deve essere limitato ai medicinali o alla registrazione; 3) il resto deve essere rimborsato attraverso i fondi di welfare di comune e brigata di produzione. I metodi di applicazione pratica vanno stabiliti tenendo conto delle specifiche condizioni locali. L'implementazione di questo tipo di schema è stimata avere un effetto positivo sullo sviluppo della prevenzione sanitaria, sulla precoce somministrazione di cure ai malati, sul consolidamento dell'organizzazione medico-sanitaria delle comuni.”

Sulla stessa linea si muove l'allegato contenente i suggerimenti pratici. Un passaggio del documento permette peraltro di inquadrare in maniera più precisa gli obiettivi fondamentali dello schema medico cooperativo:

“Le considerazioni relative [all'adozione] dello schema medico cooperativo devono essere basate su di una serie di fattori: lo schema deve accordarsi al locale livello di sviluppo produttivo ed al grado di coscienza delle masse, alleggerire adeguatamente gli oneri gravanti sulle popolazioni, offrire agli operatori sanitari un trattamento salariale appropriato e sviluppare gradualmente il settore sanitario.”

Nonostante queste prime formulazioni offrirono ai quadri locali indicazioni utili ad istituire sui territori di propria competenza cooperative mediche, lo SMC rimase in un primo momento un'esperienza limitata ad un numero ristretto di province. Una delle spiegazioni

¹ 中共中央关于全国农村卫生工作山西稷山现场会议情况的报告, 中发 [1960] 70 号.

più plausibili della lentezza che caratterizzò in questa fase l'espansione della medicina cooperativa è senza dubbio la grave crisi dovuta al Grande Balzo in Avanti, e la conseguente assenza di risorse a livello locale. Il 1960 in particolare vide in tutto il paese una cospicua diminuzione della produzione cerealicola, che crollò a 150 milioni di tonnellate, contro i 270 dell'anno precedente^{1 2}. La grave carestia che colpì le campagne cinesi rese impossibile il mantenimento o l'istituzione di cooperative mediche.

5. Gli anni del riaggiustamento economico

Nel 1961 la priorità venne individuata nel far ripartire la produzione agricola, anche a costo di mettere in discussione le politiche più radicali di collettivizzazione ed i benefici sociali che, in un primo momento, si riteneva potessero da queste derivare. Le misure varate negli anni del riaggiustamento economico comprendevano la riorganizzazione delle comuni, la cui dimensione venne ridotta ed in cui maggiori funzioni amministrative vennero affidate alle brigate, corrispondenti grosso modo alle vecchie cooperative di livello superiore, mentre le squadre videro accresciuto il loro ruolo nella gestione del lavoro quotidiano nei campi e nella sua organizzazione. Senza poter scendere nei particolari relativi alla nuova impostazione della comuni dopo il 1961, basterà qui notare quali furono le conseguenze delle nuove politiche sull'organizzazione del sistema sanitario.

Come sappiamo, la medicina cooperativa venne adottata come politica nazionale dopo la conferenza di Jishan del 1959. Coerentemente con la tendenza tipica del periodo, che vedeva la costituzione di comuni sempre più grandi, caratterizzate da una forte centralizzazione dei ruoli politico ed amministrativo a scapito di brigate e squadre di produzione, gli schemi medico cooperativi si andarono configurando come strumenti gestiti a livello di comune. Tale modello, se certo imponeva un complesso lavoro di organizzazione, d'altro canto presentava il vantaggio di redistribuire le risorse disponibili in maniera equa fra le varie brigate di produzione. Il fatto che lo SMC venisse gestito a livello di comune, in altre parole, permetteva di fornire sussidi indiretti alle brigate di produzione che si fossero trovate in difficoltà economiche, contando su di una ampia base su cui distribuire il rischio economico e sanitario (in questa fase le comuni arrivarono mediamente a comprendere 4000-5000 famiglie³). Le politiche del 1961 segnarono una battuta d'arresto

¹ Gargi Dutt, *Rural Communes of China – Organizational Problems*, Asia Publishing House, 1967, pag. 102.

² I dati relativi alla produzione cerealicola cinese per il periodo '58 – '60 presentano spesso valori dissimili. In linea di massima, i valori riportati dalle fonti occidentali in merito alla produzione di mais, frumento e riso per il 1958 oscillano fra 190 e 200 milioni di tonnellate, mentre per quanto riguarda il 1960 vengono generalmente riportati valori compresi fra 140 e 160 milioni di tonnellate. Per informazioni approfondite relative ai livelli di produzione agricola registrati nella Repubblica Popolare, si veda la banca dati accessibile dal sito internet dell'Us Department of Agriculture, all'indirizzo www.usda.gov/wps/portal/usda/home.

³ Gargi Dutt, op.cit., pag. 34.

in questo senso. La delega alle brigate di maggiori funzioni economiche interessò anche la gestione dei fondi di *welfare* sociale e, con essi, l'allocazione di fondi alla sanità locale. Data la natura prevalentemente assicurativa dello SMC, i vantaggi derivanti da un'ampia base di *pooling* esistenti nella fase precedente vennero annullati, rendendo più probabile il rischio che un solo evento catastrofico occorso all'interno della ristretta comunità costituita dalle brigate di produzione (che generalmente includevano un centinaio di famiglie) portasse all'insolvenza del programma. In sintesi, potremmo dire che in questa fase l'imperativo della crescita produttiva venne percepito come in conflitto con le garanzie sociali che nel '58 – '59 erano invece intese come *parte integrante* del processo di sviluppo delle campagne.

6. La Rivoluzione Culturale: diffusione e successo dello SMC

Una nuova spinta allo sviluppo della sanità rurale, e con essa dello schema cooperativo, venne nell'estate del 1965, quando Mao redasse la direttiva 6-2-6. Tralasciando le considerazioni relative all'influenza che le imminenti lotte di potere potrebbero aver esercitato sull'iniziativa politica di Mao, considerate rilevanti da alcuni autori¹, è pacifico che le critiche mosse dal Grande Timoniere all'organizzazione ed alla distribuzione delle risorse destinate alla sanità cinese rispecchiassero la reale difficoltà, tanto più sentita dopo il fallimento delle politiche sociali del Grande Balzo, di assicurare alle popolazioni rurali un livello minimo di assistenza medica. Tali critiche, che nei toni marcatamente polemici anticipano una tendenza tipica della Rivoluzione Culturale, si condensano attorno alla necessità di privilegiare le campagne nell'allocazione delle risorse mediche e nella definizione delle politiche sanitarie nazionali.

La cornice politica ed ideologica tracciata da Mao trovò una definizione tecnica nel *Rapporto circa l'enfasi da porre sulle campagne in ambito sanitario*², che il Ministero della Sanità redasse nel novembre del '65 accogliendo gli indirizzi forniti dalla direttiva 6-2-6. Il documento, che consta di circa 6000 caratteri, si concentra sulla iniqua distribuzione delle risorse sanitarie, concentrate nelle aree urbane, definendo misure atte a trasferire parte del personale qualificato nelle campagne e meglio definendo ruoli e caratteristiche dei medici scalzi (vedi Riquadro 2)³. Lo SMC è citato nel quarto paragrafo, dove si ribadisce la

¹ In particolare, vedi David M. Lampton, op. cit. Cap. 8, pagg. 183-200.

² 中共中央批准卫生部党委关于把卫生工作重点放到农村的报, 中发 [1965] 580 号.

³ Per quanto riguarda la distribuzione delle risorse umane, il documento cita per il 1964 i seguenti dati:

- medici e personale tecnico sanitario di livello elevato (laurea 5 anni) : urb. 69%, rur. 31% (di cui il 10% al di sotto del livello di distretto);

- medici e personale tecnico sanitario di livello intermedio (diploma 3 anni): urb. 57%, rur. 43% (di cui il 27% al di sotto del livello di distretto)

necessità di estenderne l'applicazione, specificando nel contempo le aree in cui è necessario un intervento diretto dello stato:

“ [...] è opportuno che [le strutture sanitarie rurali gestite collettivamente da medici] vengano convertite gradualmente nella tipologia gestita da comuni o brigate di produzione. Nelle aree popolate da minoranze etniche, nelle zone di confine o laddove sussistano condizioni economiche difficili, è più appropriata la conduzione statale. A prescindere dal modello adottato, [...] è necessario rafforzare la direzione dei comitati di comune e la supervisione delle masse.”

Il nuovo indirizzo preso dalla politica sanitaria nazionale ebbe un effetto positivo sulla diffusione dello SMC, che sul finire del 1965 era presente in oltre dieci fra province, regioni autonome e municipalità sotto il diretto controllo centrale, fra cui Shanxi, Henan, Hubei, Jiangxi, Jiangsu, Fujian, Xingjiang e Canton. In merito, vale peraltro la pena di ribadire che l'estensione dello SMC non sarebbe stata possibile senza la crescita agricola registrata negli anni precedenti, data la peculiare natura del modello di finanziamento del modello cooperativo, basato esclusivamente su risorse locali. Tra il 1960 ed il 1965 la produzione di cereali crebbe in media del 6,9% all'anno, registrando nel 1964 un + 11%, mentre un incremento ancora maggiore registrarono le produzioni di cotone, con un tasso di crescita annuo dell' 11,84%, e le coltivazioni di vegetali utilizzati per la produzione di olio (+14.77% in media)¹. Tale trend positivo, cui si accompagnò una graduale ripresa del reddito contadino, resa possibile anche dall'introduzione di piccoli appezzamenti ad uso privato e dalla rinascita delle fiere rurali, ebbe l'effetto di produrre le risorse atte a finanziare la sanità rurale. Fattore tanto più necessario, questo, se si considera che il nuovo indirizzo politico *“in ambito sanitario, bisogna porre l'enfasi sulle campagne!”* non modificò il modello di finanziamento del settore, che nelle campagne rimase basato in maniera esclusiva sulle risorse locali.

Un altro elemento che rese possibile l'estensione del modello cooperativo ad un costo adeguato alle magre finanze locali fu la rapida diffusione, in questa fase, dei medici scalzi.

Quanto alla spesa sanitaria nazionale, nel documento si sottolinea come il 30% della stessa fosse riconducibile ai servizi e trattamenti resi a quanti beneficiavano della sanità pubblica gratuita (公费医疗) garantita ai dipendenti statali aderenti allo SAG, contro il 27% di spesa allocato per la sanità rurale, coi suoi 500 mln di utenti.

¹ Dati consultabili sul sito dell'Us Department of Agriculture, all'indirizzo www.usda.gov/wps/portal/usda/home.

L'attenzione posta dopo l'emissione della direttiva 6-2-6 sull'addestramento di un corpo di paramedici dotati delle più rudimentali conoscenze mediche si tradusse in una rapida crescita delle risorse umane a disposizione del settore sanitario rurale. Il numero dei medici scalzi, che nel 1967 non arrivava a 100 mila, raggiunse un decennio più tardi gli 1,8 milioni⁴.

In breve, la Rivoluzione Culturale vide il CMS espandersi a tutto il paese, sulla base dell'esperienza maturata sin dalla metà degli anni '50 e degli orientamenti tecnici e politici elaborati a partire dalla conferenza di Jishan del 1959, nonché grazie alle risorse economiche e professionali liberate rispettivamente dalle politiche di riaggiustamento adottate all'inizio del decennio e dal nuovo orientamento in merito alla formazione del personale medico, caratterizzato da una maggiore attenzione alle esigenze basilari delle popolazioni rurali. Nel 1976, anno della morte di Mao, il 90% delle brigate di

Riquadro 1. Le campagne di mobilitazione di massa in ambito sanitario

Le campagne sanitarie di massa si inserirono in un contesto caratterizzato da enormi necessità e scarse risorse. L'esempio più conosciuto di campagna di mobilitazione di massa in ambito sanitario riguarda la lotta alla schistosomiasi, malattia di origine parassitaria, particolarmente diffusa nel bacino dello Yangtze, con 12 milioni di affetti nel 1949. L'organo di riferimento per tale campagna, generalmente conosciuto come *Sottocomitato dei Nove*¹, fu istituito nel novembre del 1955 dal Comitato Centrale. L'applicazione pratica delle politiche elaborate dal Sottocomitato, composto da personale senza preparazione medica, fu delegata ai governi di provincia e distretto. Tali politiche si concentravano sull'addestramento di un corpo di lavoratori sanitari in grado di trattare quanti affetti dalla malattia, nonché sull'organizzazione di squadre da impiegare nella disinfestazione, spesso svolta con i mezzi più rudimentali. Nel primo anno, il Sottocomitato riportò di aver formato 84 mila paramedici e trattato circa 400 mila pazienti². In parte accantonate durante gli anni del riaggiustamento economico, le campagne contro la schistosomiasi ripresero durante la Rivoluzione Culturale. A causa della crisi del sistema di prevenzione fondato su campagne di massa e SMC, negli ultimi anni la malattia è ricomparsa in aree dove era considerata sostanzialmente eradicata. Nel 2004, la malattia era presente in 434 distretti, per un totale di 850 mila malati notificati, di cui circa 500 mila sotto trattamento³.

¹ L'istituzione del Sottocomitato seguì ad un dibattito che vide contrapposti da un lato il Comitato Centrale e dall'altro il Ministero della Sanità. Quest'ultimo, per bocca dei suoi responsabili, sosteneva un atteggiamento più cauto nella lotta alla schistosomiasi, sottolineando la necessità di adottare un approccio rigidamente scientifico nell'elaborazione delle relative politiche sanitarie. I dubbi espressi dal ministero si concentravano in particolare sulla delega ad un corpo di ausiliari medici, dotati di preparazione approssimativa, del trattamento della malattia, che prevedeva la somministrazione di farmaci contenenti antimonio, elemento tossico per l'organismo umano.

² David M. Lampton, op.cit., pag. 118, 130.

³ 审卫星, 中国卫生法前沿问题研究, 北京大学出版社, 2005, pag. 15.

⁴ AnElissa Lucas, *Changing Medical Models in China: Organizational Options or Obstacles?*, *The China Quarterly*, No.83 (Sep. 1980), pag. 484.

produzione aveva adottato lo schema cooperativo¹.

Contrariamente a quanto le cifre sembrerebbero suggerire, non bisogna tuttavia pensare che si sia trattato di uno sviluppo privo di battute d'arresto. In particolare, la citata limitatezza dei *pool* assicurativi e la ristretta base finanziaria crearono difficoltà nella gestione dello SMC. Nel caso del Guangdong ad esempio, il calo della produzione

Riquadro 2. I medici scalzi

I primi medici scalzi comparvero in Cina nella seconda metà degli anni '50. Il loro numero crebbe in maniera consistente dopo l'emissione della direttiva 6-2-6 nel 1965, e raggiunse gli 1,8 milioni nel 1978 (contro i 90 mila del 1967)². I medici scalzi operavano prevalentemente a livello di villaggio / brigata di produzione, ed accanto alla professione medica continuavano a dedicarsi al lavoro nei campi. I salari erano pagati attraverso i fondi SMC sulla base del conteggio dei punti lavoro, e non si discostavano dal reddito medio contadino. L'addestramento, che si svolgeva negli ospedali di distretto a spese dello stato, era di 3/6 mesi, con aggiornamenti a cadenza annuale della durata di 2/4 settimane³. Ai corsi erano ammessi giovani con un diploma di scuola media inferiore, scelti dai membri delle comunità di appartenenza. La preparazione era di carattere pratico, incentrata su prevenzione ed immunizzazione (Tbc, polio, peste, colera, tetano, ecc.), educazione alla salute, medicina tradizionale cinese (terapie manuali, agopuntura, erbe medicinali), pianificazione familiare, trattamento di ferite e malattie comuni (influenza, polmonite, malattie dell'apparato respiratorio, malattie infettive, ecc.), con particolare attenzione alle patologie più diffuse nelle aree di provenienza ed al primo soccorso. Ai medici scalzi si affiancarono, negli anni della Rivoluzione Culturale, professionisti provenienti dalle aree urbane, che avevano frequentato i regolari corsi di medicina, della durata di 3 o 5 anni⁴. Nel 1978 circa 100 mila medici di città erano stati trasferiti in campagna, operando prevalentemente negli ospedali di distretto e di comune⁵.

L'adozione dei medici scalzi fu dettata dalla necessità di far fronte alle grandi esigenze della sanità rurale con risorse limitate. In particolare, il modello di addestramento basato su un breve corso iniziale ed un aggiornamento continuo delle competenze acquisite permise di accumulare gradualmente le risorse professionali necessarie alla sanità rurale, con un investimento iniziale limitato. Storicamente, quella cinese non fu la prima esperienza del genere. Misure simili erano infatti state adottate negli anni '30 nell'Europa orientale, con risultati particolarmente positivi in Jugoslavia.

¹ William Hsiao et alii, *The Chinese Health Care System: Lessons for Other Nations*, Harvard University Press, 1995, pag. 4.

² AnElissa Lucas, op.cit., pag.484.

³ Victor H.Li, *Politics and Health Care in China: The Barefoot Doctors*, *Stanford Law Review*, Vol.27, No.3, 1976, pag. 829.

⁴ Il provvedimento del Ministero della Sanità, adottato nel 1962, secondo cui tutte le istituzioni di livello universitario avrebbero dovuto portare da 5 a 6 anni la durata dei corsi di medicina non fu mai completamente tradotto in pratica. Ciò portò a condizioni di diversità nella lunghezza dei curricula offerti dalle varie università, alcune delle quali avevano corsi di 5 anni, altre di 6, con corsi triennali volti alla formazione di medici ausiliari.

⁵ In merito al trasferimento di medici verso le aree rurali durante la Rivoluzione Culturale, David M. Lampton (op. cit., pag. 213), riferendosi ad una fonte occidentale, riporta come alcuni ospedali urbani, alle prese con l'indicazione contenuta nella direttiva 6-2-6 secondo cui 1/3 del personale qualificato degli ospedali cittadini avrebbe dovuto essere inviato nelle campagne, si risolsero ad attribuire la qualifica di medico a personale amministrativo. L'intento era quello di adempiere formalmente alle disposizioni governative senza veder diminuire le risorse professionali a propria disposizione.

cerealicola registrato negli anni 1972 e 1975 fu seguito da una diminuzione delle brigate di produzione dotate di SMC. Lo stesso è possibile dire della comune Shipaliku, situata nella contea di Xin (Shandong), dove nel 1972 i quadri locali furono costretti a chiudere l'esperienza medico cooperativa a causa della scarsità delle risposte disponibili. Più in generale, è ragionevole ritenere che, in anni di cattivo raccolto, le funzioni dello SMC venissero limitate (restringendo la quantità di benefici concessi all'utenza) o, nel peggiore dei casi, bloccate in attesa di tempi migliori.

7. Post 1978: abolizione delle comuni e crisi dello SMC

La nuova direzione impressa alle strategie di sviluppo del paese nel 1978 ebbe forti ripercussioni sul sistema sanitario rurale. La reintroduzione del sistema di responsabilità familiare¹ e la successiva abolizione delle comuni provocarono il collasso dello SMC. Un collasso originato dalla crisi finanziaria del sistema, non più sostenuto dalle risorse precedentemente allocate da brigate di produzione e comuni popolari attraverso i fondi di welfare collettivo. Se all'inizio degli anni '80 lo schema era virtualmente esteso a tutta la popolazione rurale, a metà del decennio copriva soltanto il 5% dei contadini². Tale situazione non migliorò affatto per tutto il corso degli anni '90, quando pure alcuni esperimenti per rivitalizzare la medicina cooperativa vennero condotti dal governo cinese, in collaborazione con agenzie internazionali³. Nel 1998, il 90% della popolazione rurale era ancora priva di copertura medica assicurativa⁴. Contestualmente al collasso delle comuni e della struttura di *welfare* ad esse collegata, il modello di fornitura del servizio sanitario nelle aree rurali slittò verso un sistema basato su FFS e pagamento *out-of-pocket*, che obbligò i

¹ Il principio di responsabilità familiare venne reintrodotta nel 1978 su libera iniziativa di alcuni quadri locali della provincia dello Anhui, per essere adottato come politica nazionale l'anno successivo. Il nuovo sistema prevedeva la cessione temporanea degli appezzamenti di terra ai singoli nuclei familiari, attraverso un contratto da stipularsi con le autorità della comune. La gestione della produzione tornava ad essere di competenza dei singoli coltivatori, i quali dovevano consegnare allo stato una quota pattuita, mentre l'eccedenza poteva essere venduta sul mercato. L'applicazione del sistema di responsabilità familiare si espanse rapidamente in tutto il paese, accelerando il declino delle comuni, la cui abolizione fu decretata dalla circolare di Comitato Centrale e Consiglio di Stato N. 35 [83].

² William Hsiao et alii, op.cit., pag. 4.

³ Nel biennio '89-'90 venne avviato nel Sichuan il *Rural Health Insurance Experiment*, che aprì la strada ad analoghe esperienze promosse dall'Oms in 14 distretti pilota (situati nelle province di Henan, Jiangsu, Zhejiang, Jiangxi, Hubei, Ningxia, oltre che nella municipalità di Pechino). Sulla base di tale sperimentazione, il governo centrale istituì nel 1994 un nuovo modello di schema medico cooperativo implementato nel 1997 in 22 province, per un totale di 350 contee. Lo schema prevedeva un modello di finanziamento collettivo basato sui contributi dei singoli utenti, delle amministrazioni di distretto e comune (similmente al vecchio SMC), mentre il pacchetto di benefici associati alla partecipazione prevedeva un rimborso parziale in caso di spesa catastrofica (20%-30% per spese superiori ai 1000-3000 RMB). Fu tuttavia il documento N.13 [02] a fornire un primo, organico punto di riferimento per la nuova medicina cooperativa, prevedendo altresì un impegno finanziario preciso da parte del governo centrale e delle autorità locali. In merito alla sperimentazione pre-2002, vedi Sukhan Jackson et alii, *Health Finance in Rural Henan: Low Premium Insurance Compared to the Out-of-Pocket System*, *The China Quarterly*, N.181, Mar. 2005.

⁴ Liu Yuanli, *Development of the Rural health Insurance System in China*, *Health Policy and Planning* 19 (3), 2004, pag. 159.

contadini a sostenere di tasca propria la totalità della spesa medica. Non stupisce, in tale contesto, che il 30% dei casi di povertà censiti nelle campagne nel 1998 fosse causato dalle spese mediche sostenute¹.

Tab. 3. Costo prestazioni sanitarie e copertura assicurativa, 1990-1998²

	1990	1993	1998	variazione % (90-98)
Spesa Sanitaria (RMB)				
Per tratt. ambulatoriale	11	40	79	625%
Per ricovero	473	1668	2891	511%
Copertura Assicurativa				
Aree Urbane	-	53,7%	42,1%	-22%
Aree Rurali	-	12,8%	9,5%	-25%

Capitolo 2. Breve introduzione al sistema sanitario cinese

1. Struttura di fornitura del servizio sanitario: i *provider* della sanità rurale³

Il sistema di fornitura del servizio sanitario nelle aree rurali si articola essenzialmente nei tre livelli villaggio – township – contea.

Le cliniche di villaggio forniscono alle popolazioni rurali i servizi medici e sanitari essenziali. Gli strumenti più comunemente diffusi nelle cliniche di villaggio sono stetoscopio, sfigmomanometro, equipaggiamento per fleboclisi. Piuttosto raro il materiale necessario per svolgere test di sangue ed urine, mentre spesso mancano sterilizzatori per aghi e siringhe. Un fattore preoccupante, dato il frequente ricorso a flebo di glucosio in caso di raffreddore o influenza. Al contrario di quanto accade nel settore ospedaliero, il privato gestisce una buona fetta delle cliniche di villaggio (circa il 41%). La clinica è spesso collocata all'interno dell'abitazione del medico (24%), il quale non di rado è un vecchio *barefoot doctor* non più mantenuto dalla collettività. In altri casi, alcuni medici praticano in gruppo la professione (17%), spesso affittando dal comitato di villaggio gli spazi della vecchia clinica collettiva. Il 45% delle cliniche rimane di proprietà collettiva, ovvero degli abitanti del villaggio, il cui numero è generalmente compreso fra 100 ed i 3.000⁴. Solo nel 5% dei casi le strutture di villaggio sono emanazioni del centro sanitario di township e da

¹ Liu Yuanli, Rao Keqin, *Providing Health Insurance in Rural China: From Research to Policy*, *Journal of Health Policy and Law*, Vol.31, No.1, Feb. 2006, pag. 80.

² Liu Yuanli, op.cit., pag. 160.

³ Ove non altrimenti specificato, per i dati citati in questo paragrafo si veda Liu Yuanli et alii, *Health care in China: The role of non-government providers*, Elsevier 2005, pagg.2-4. Per quanto riguarda le dotazioni delle strutture sanitarie, le informazioni riportate nell'articolo citato sono integrate da quanto appreso ed osservato dall'autore nel corso delle recenti attività di ricerca.

⁴ Tali cifre si riferiscono al villaggio amministrativo (行政村), non a quello naturale (自然村). La dimensione di quest'ultimo può essere assai variabile, da poche decine al migliaio di abitanti.

questo gestite. In questo caso si tratta di strutture meglio equipaggiate, con un discreto numero di posti letto (18 in media nella regione centro settentrionale dello Hebei¹). Non vi sono differenze sostanziali nella gestione di una clinica privata e di una stazione collettiva: in entrambi i casi la sopravvivenza del presidio dipende dai pagamenti degli utenti-consumatori. Lo stesso vale per il sostentamento del medico di villaggio.

La township è il livello amministrativo superiore al villaggio. La popolazione di una township è compresa fra 1.000 e 50.000. Vi sono in Cina circa 41.000 centri sanitari di township², quasi esclusivamente di proprietà dell'amministrazione locale. L'equipaggiamento di tali strutture è migliore rispetto a quello delle cliniche di villaggio, ed è previsto dalla corrente regolamentazione che appendicectomia e parti naturali possano essere gestiti in tali centri. Quanto alla degenza, i centri sanitari di township dispongono mediamente di 16,6 posti letto.

La popolazione media di una contea si aggira attorno alle 400.000 persone (min. 10.000, max. 1.000.000). Gli ospedali di contea dispongono di un numero di posti letto compreso generalmente tra 20 e 100. Le dotazioni in queste strutture comprendono in genere un reparto di pronto soccorso, fornito di macchinari per raggi X.

I tre livelli di *provider* rurale non vanno confusi con la classificazione dei diversi ospedali, anch'essa basata su tre categorie. Se nel primo caso si tratta di una distinzione fondata su criteri geografico-amministrativi, nel secondo i tre livelli di ospedale vengono definiti in base a criteri tecnici, che ne valutano dimensioni, dotazioni e qualità di gestione. In linea indicativa, vengono definiti ospedali di primo livello quelli con un numero di posti letto compreso fra 20 e 99, di secondo livello con 100-499 posti letto, di terzo livello se hanno oltre 500 posti letto.

2. Strumenti medico-assicurativi: quadro generale

Attualmente sono due i principali strumenti medico assicurativi utilizzati in Cina:

Assicurazione Medica di Base (AMB): destinato ai lavoratori urbani, tale strumento assicurativo è finanziato da datore di lavoro ed utente, che contribuiscono rispettivamente per il 6% ed il 2% del salario annuale del lavoratore³. Il denaro confluisce in un fondo di rischio sociale, gestito come *pool* assicurativo cittadino ed utilizzato per coprire le spese ospedaliere, ed un conto di risparmio sanitario, utilizzato per le spese ambulatoriali.

¹ Ofra Anson, Sun Shifang, *Health Care in Rural China, Lessons from Hebei Province*, Ashgate, 2005, pag. 83.

² 中华人民共和国卫生部, 2007 年我国卫生事业发展统计公报, consultabile sul sito del Ministero della Sanità della Repubblica Popolare Cinese, www.moh.gov.cn.

³ Paola Agnelli, Gavino Maciocco, *Cina*, in *Osservatorio Italiano sulla Salute Globale - Rapporto 2006*, ETS, 2006, pag. 201.

Il nuovo modello assicurativo urbano è nato nel 1998 dalla riforma dei due precedenti schemi, SAL e SAG (Schema Assicurativo del Lavoro, Schema Assicurativo Governativo), di cui già abbiamo trattato nel capitolo precedente. In seguito alle riforme economiche degli anni '80, si è registrato un calo dei lavoratori coperti dai sistemi SAL e SAG. Una tendenza che si è riaffermata anche nei 5 anni successivi alla riforma del sistema medico assicurativo urbano, come si può osservare nella tabella qui riportata:

Tab. 4. Copertura assicurativa SAG-SAL, AMB¹

Popolazione urbana assicurata	1993	1998	2003
GHI, LHI	53,5%	38,9%	-
AMB	-	-	30.2%

Nel 2006, l'AMB copriva circa 180 milioni di lavoratori urbani. Il premio medio pro capite annuale era di circa 1000 RMB, con rimborsi per i servizi ospedalieri compresi fra 50% ed 80%².

Schema medico cooperativo rurale (SMCR): oggetto principale della nostra trattazione, ne sono già stati presentati i caratteri salienti nel secondo paragrafo del capitolo introduttivo, mentre le caratteristiche tecniche saranno approfonditamente esposte nel capitolo successivo. Per marcare la sostanziale differenza rispetto all'AMB, basterà qui ricordare che, mentre l'adesione a quest'ultima è obbligatoria, il principio alla base dello schema cooperativo è la volontarietà. Del resto, l'adozione di uno strumento ad adesione obbligatoria è associata in genere ad un elevato livello di formalizzazione dei rapporti lavorativi, quale certo non si può riscontrare nel contesto rurale cinese (per un raffronto con l'esperienza di Taiwan, dove di recente la copertura medica assicurativa è stata estesa a tutta la popolazione, si veda Appendice II).

Un ulteriore strumento attualmente in via di sperimentazione è destinato alla copertura delle spese mediche dei residenti urbani cui è preclusa, in virtù del loro status occupazionale, l'adesione all'AMB. Il progetto pilota nel dicembre 2007 copriva 40 milioni di persone, perlopiù bambini, studenti, anziani, disabili e disoccupati, la cui pratiche di adesione sono state delegate alle scuole o alle comunità urbane³. Secondo i programmi del governo, lo schema dovrebbe estendersi nel 2008 a 317 città, coprendo circa 240

¹ Adam Wagstaff, Magnus Lindelow, op.cit., pagg.4, 5.

² 中华人民共和国人力资源和社会保障部, 2007 年劳动和社会保障事业发展统计公报, consultabile sul sito del Ministero del Lavoro e della Sicurezza Sociale, all'indirizzo www.mohrss.gov.cn.

³ Il riferimento va qui alle comunità urbane denominate in cinese 社区, ultimo livello della suddivisione amministrativa urbana, comparabile a quella del villaggio naturale (自然村) nelle aree rurali.

milioni di persone. Attualmente il premio medio annuo è di 236 RMB per gli adulti e 97 RMB per i bambini, finanziato congiuntamente da singole famiglie, autorità locali e governo centrale¹.

In tale quadro, che vede una rapida estensione della copertura assicurativa anche alle fasce più svantaggiate della popolazione, quali contadini e disoccupati delle città, rimane critica la situazione dei lavoratori migranti, il cui numero si aggirerebbe secondo stime recenti sui 140 milioni². Infatti, la possibilità di aderire allo schema assicurativo per i lavoratori urbani è tuttora limitata a quanti abbiano un certificato di residenza (*hukou*) cittadino. I requisiti da soddisfare per ottenere tale certificato (stabiliti localmente, generalmente legati a tempo di permanenza, condizioni abitative ed impiego), impediscono alla stragrande maggioranza degli immigrati di farne richiesta. In particolare, sono molti quanti non dispongono di un regolare contratto di lavoro, condizione essenziale per avviare le pratiche necessarie alla modifica dello *hukou*.

Capitolo 3. Caratteristiche tecniche dello SMCR

1. Caratteristiche generali dello schema e struttura organizzativa

Le fondamentali caratteristiche dello SMCR sono:

- partecipazione volontaria su base familiare
- fonti di finanziamento multiple (utente, governo locale, governo centrale)
- priorità accordata a rimborso di eventi catastrofici
- politiche definite sulla base di risorse e necessità locali
- contea come unità operativa

La struttura organizzativa dello SMCR rispecchia la gerarchia amministrativa del paese.

Livello centrale: la definizione delle politiche generali è svolta da Comitato Centrale e Consiglio di Stato, mentre il Ministero della Sanità è competente a fornire una cornice normativa concreta alle indicazioni del centro. Al Ministero della Sanità e Ministero delle Finanze sono altresì delegati il controllo e l'approvazione delle richieste dei governi provinciali per il sussidio governativo centrale.

Livello provinciale: le province definiscono le liste di trattamenti e medicinali rimborsabili dallo schema cooperativo, la contribuzione ai fondi cooperativi per i singoli livelli di governo locale (in base agli standard di contribuzione minima stabiliti dalle autorità centrali), gli standard tecnici dello strumento assicurativo da adottare nelle contee sotto la propria giurisdizione. Organismi specificatamente incaricati della gestione dello schema sono:

¹ *Medicare scheme to go nationwide*, China Daily, 27/02/2008.

² WHO Representative Office Beijing, *China: Health, Poverty and Economic Development*, 2006, pag. 20.

- Gruppo coordinato per lo SMCR: composto da delegati dei singoli dipartimenti provinciali le cui attività sono interessate dall'implementazione dello schema, quali Sanità, Agricoltura, Finanze, MTC, Affari Sociali, Lotta alla Povertà, Contabilità. Dal 2007, i gruppi coordinati provinciali hanno iniziato a produrre documenti normativi atti ad armonizzare su scala provinciale le caratteristiche tecniche dello SMCR.
- Ufficio amministrativo di SMCR: istituito in seno ai dipartimenti sanitari provinciali, è incaricato dell'amministrazione concreta dello SMCR, fungendo da cinghia di trasmissione per le direttive elaborate dal gruppo coordinato.

Livello di contea: compiti principali delle autorità di contea sono la definizione dei piani assicurativi e l'amministrazione dei fondi cooperativi. Organismi specifici a tale livello sono:

- Comitato di gestione di contea: formato da delegati alle dipendenze dei dipartimenti interessati all'implementazione dello SMCR e da rappresentanti delle popolazioni rurali. Ad esso sono delegati organizzazione, coordinamento, gestione e definizione delle principali caratteristiche dello schema a livello locale.
- Ufficio amministrativo di contea: alle dipendenze del comitato di gestione, ad esso è delegato il lavoro concreto di gestione dello schema, ed in particolare la gestione del fondo SMCR, sul cui stato di utilizzo è tenuto a fare periodicamente rapporto tanto al comitato di gestione quanto all'utenza nel suo complesso.

Livello di township: laddove necessario, funzioni quali raccolta delle quote di contribuzione individuale possono venire delegate alle autorità di township.

2. Meccanismi di finanziamento

Nel febbraio di quest'anno, lo standard di contribuzione minima è stato portato da 50 a 100 RMB, di cui 20 pagati dal singolo utente e 80 dal governo. Nelle province orientali l'intera contribuzione governativa è pagata dalle autorità locali (township, contea, prefettura, provincia), mentre nelle aree centrali ed occidentali il governo centrale contribuisce per 40 RMB:

- Singolo utente: 20 RMB
- Governo locale: 40 RMB
- Governo centrale: 40 RMB

Secondo quanto riferito durante la Conferenza Nazionale sullo SMCR 2008, le province più povere saranno concessi due anni per adeguarsi al nuovo standard di contribuzione.

Le contribuzione totale allo schema cooperativo per il periodo 2003-2007 è riportata nella tabella qui di seguito:

Tab. 5. Contribuzione governativa allo SMCR, 2008¹

Sussidio governativo totale (RMB)	Di cui: 1. locale (%)
	2. centrale (%)
54.100.000.000	1. 69%
	2. 31%

In linea di massima, il contributo dei vari governi locali al fondo SMCR è sostenuto per il 40% dagli organi provinciali, mentre prefettura e contea coprono ciascuna il 30% del premio totale.

Altro canale di finanziamento per lo SMCR è costituito dall'Assistenza Medica Finanziaria (AMF). Tale strumento, gestito dal Ministero degli Affari Sociali ed i rispettivi dipartimenti a livello locale, fornisce alle famiglie povere un sussidio per l'adesione allo schema cooperativo, pagando in loro vece la quota di contribuzione annuale (per una descrizione più approfondita delle funzioni della AMF, si rimanda al par. 5.5).

3. Allocazione delle risorse

In buona parte le risorse dello SMCR sono destinate al rimborso di spese riconducibili a ricovero (60-70%)². Ciò è in linea con l'orientamento complessivo dello schema, atto a porre rimedio al fenomeno dell'impoverimento a causa di malattia. E' tuttora difficile stabilire con certezza come saranno allocate le risorse aggiuntive che da quest'anno saranno destinate allo SMCR. Se infatti la *Circolare sull'accelerazione del progresso di sperimentazione dello SMCR* del 2006³ poneva l'accento sulla necessità di utilizzare eventuali risorse aggiuntive per erogare maggiori rimborsi per ospedalizzazione ed eventi catastrofici, nel corso della Conferenza Nazionale sullo SMCR 2008 i delegati hanno convenuto sulla necessità di destinare maggiore attenzione ai servizi ambulatoriali, al fine di allargare la fascia di utenza destinataria dei benefici associati allo SMCR, garantendo una maggiore stabilità allo schema (basato, come detto, sull'adesione volontaria dei contadini).

Per l'allocazione delle risorse nel periodo 2003-2007, si vedano i dati qui di seguito riportati:

¹中华人民共和国卫生部办公厅新闻办公室, 2008 年全国新型农村合作医疗工作会议报道汇编及舆情分析, pag. 14.

²中华人民共和国卫生部办公厅新闻办公室, 2008 年全国新型农村合作医疗工作会议报道汇编及舆情分析, pag. 15.

³卫生部等 7 部委局联合下发关于加快推进新型农村合作医疗试点工作的通知, 卫农卫发 [2006] 13 号.

Tab. 6. Allocazione dei fondi SMCR, 2003-2007¹

Numero di trattamenti rimborsati (RMB)	Rimborso totale (RMB)	Numero di trattamenti ospedalieri	Rimborso totale per trattamenti ospedalieri (RMB)	Rimborso medio per trattamento ospedaliero (RMB)
920.000.000	59.100.000.000	59.430.000	46.900.000.000	800 *

*La spesa media per trattamento ospedaliero era nel 2006 di 2241 RMB negli ospedali di contea e 3387 RMB negli ospedali a livello di prefettura²

4. Modelli di Implementazione

Adam Wagstaff, in un rapporto redatto per la Banca Mondiale nel 2007, individua quattro differenti modelli di implementazione dello SMCR, distinti in base ai servizi coperti ed al modello di finanziamento del fondo assicurativo:

- Tipo 1: copertura spese ospedaliere tramite fondo di rischio sociale.
- Tipo 2: copertura delle spese ospedaliere e delle spese ambulatoriali catastrofiche, ambedue tramite fondo di rischio sociale.
- Tipo 3: copertura spese ospedaliere e delle spese ambulatoriali, ambedue tramite fondo di rischio sociale.
- Tipo 4: copertura spese ospedaliere tramite fondo di rischio sociale e conto di risparmio familiare per le spese ambulatoriali.

Nella seguente tabella sono riportati i dati relativi all'applicazione dei modelli assicurativi citati:

Tab. 7. Applicazione diversi modelli assicurativi, 2005³

	N. Contee	% sul totale contee SMCR
Tipo 1	16	8,5
Tipo 2	16	8,5
Tipo 3	46	24
Tipo 4	111	59

L'ampia utilizzazione del quarto modello è in linea con la normativa nazionale, che già nel 2004 indicava come opportuna l'adozione di conti familiari (da finanziarsi attraverso la

¹中华人民共和国卫生部办公厅新闻办公室, 2008 年全国新型农村合作医疗工作会议报道汇编及舆情分析, pag. 15.

²中华人民共和国卫生部, 2007 年我国卫生事业发展统计公报, consultabile sul sito del Ministero della Sanità della Repubblica Popolare Cinese, www.moh.gov.cn.

³ Adam Wagstaff et alii, op.cit., pag. 23.

quota contributiva individuale di 10 RMB all'anno), pur lasciando alle singole autorità locali la possibilità di scegliere il modello più adatto alle risorse ed alle esigenze locali¹.

5. Dinamiche di sviluppo

Le principali dinamiche di sviluppo dello schema medico cooperativo fra 2003 e 2007 riguardano principalmente la gestione dei fondi cooperativi, le modalità di finanziamento, l'allocazione delle risorse, l'integrazione con gli altri strumenti del *welfare* sanitario cinese. Qui di seguito, diamo sinteticamente conto di tali dinamiche, analizzandole distintamente.

5.1 Gestione dei fondi SMCR

Lo sviluppo più significativo in merito è senza dubbio la delega a compagnie assicurative commerciali della gestione dei fondi assicurativi, formalmente competenza degli uffici amministrativi di contea. Tale opzione, applicata nel 2005 in un numero ancora limitato di contee (17)², viene esplicitamente prevista nella *Circolare sull'accelerazione del progresso della sperimentazione dello SMCR*³, emessa nel 2006, dove nel paragrafo dedicato al rafforzamento delle funzioni di gestione si fa riferimento alla necessità di incoraggiare a livello locale la partecipazione di compagnie assicurative commerciali alla gestione del fondo. Comprensibilmente, la delega a tali compagnie è giustificata dalla necessità di avere una gestione efficiente e professionale. Tuttavia, sono le considerazioni di costo quelle che più debbono aver inciso sulla decisione del governo. L'istituzione di appositi uffici di gestione in seno alle amministrazioni locali si è infatti dimostrata un'operazione assai costosa, oltre che difficile a realizzarsi a causa della scarsa reperibilità di personale dotato della necessaria preparazione professionale sul mercato del lavoro rurale. Per meglio comprendere quale sia la pressione generata sulle amministrazioni locali dai costi di gestione SMCR, è il caso di notare come queste spese vengano sostenute attraverso il bilancio fiscale ordinario, e non attraverso i fondi cooperativi, esclusivamente destinati al rimborso per le utenze.

5.2 Finanziamento

Lo *standard* di finanziamento minimo, fissato dal governo centrale a 30 RMB pro capite all'anno nel 2002, è cresciuto in due fasi. Nel 2005 il premio minimo fu fissato a 50 RMB pro-capite, di cui 10 pagati dal singolo utente ed i restanti 40 dal governo. Quest'anno, come già ricordato, il premio raggiungerà i 100 RMB, di cui 20 pagati dal singolo utente. Naturalmente, a prescindere dai diversi *standard* di contribuzione minima fissati dal

¹国务院办公厅转发卫生部等部门关于进一步做好新型农村合作医疗试点工作指导意见的通知, 国办发 [2004] 3 号.

² Mao Zhengzhong, op.cit., pag. 26.

³卫生部等 7 部委局联合下发关于加快推进新型农村合作医疗试点工作的通知, 卫农卫发 [2006] 13 号.

governo, i premi individuali sono saliti più rapidamente, ed hanno raggiunto livelli più elevati, nelle più sviluppate province orientali. Nel 2006, nelle aree rurali sotto la giurisdizione della municipalità di Tianjin, il premio annuale aveva già raggiunto i 110 RMB, di cui 40 pagati dal singolo utente. Nelle province centrali ed occidentali, al contrario, nonostante il governo centrale fornisca sussidi pari al 50% del valore della contribuzione governativa, è spesso difficile raggiungere il livello minimo di contribuzione.

5.3 Allocazione

L'incremento della contribuzione ai fondi assicurativi si è tradotto negli ultimi anni nell'estensione dei benefici connessi all'adesione allo schema. Generalmente, tassi di rimborso e massimali sono cresciuti, il valore della franchigia diminuito, la copertura per i servizi ambulatoriali estesa. Per dare conto delle relative dinamiche di sviluppo, ci serviremo di alcuni esempi concreti.

Esempio 1. Hebei, prefettura di Dingzhou¹

Nel 2006, dopo l'introduzione delle nuove politiche relative alla maggiore contribuzione governativa, le autorità della prefettura di Dingzhou hanno avviato il progetto dei "Tre incrementi" (三提高), mirato ad estendere i benefici dello schema per servizi ospedalieri, parto e servizi ambulatoriali per malattia cronica. Nella tabella qui di seguito sono riportati i valori pre – post 2006 relativi al rimborso per servizio ospedaliero e parto.

Tab. 8. Hebei, Dingzhou, rimborsi inpatient e parto pre – post 2006

Legenda:

- CST = centro sanitario di township
- OdP = ospedale a livello di prefettura
- Osup = ospedale superiore (struttura di riferimento provinciale)

Provider	Franchigia (RMB)			Rimborso (%)			Massimale (RMB)	Rimborso parto (RMB)
	CST	OdP	Osup	CST	OdP	OsupC	Tutti	Tutti
pre 06	150	500	2000	50	45	35	15.000	150
post 06	100	350	2000	60	50	40	16.000	200

Nel caso dei trattamenti ambulatoriali necessari per far fronte a condizioni quali leucemia, chemioterapia, dialisi, ecc. le condizioni assicurative sono le seguenti:

- franchigia: 200 RMB (pre 2006 = 300 RMB)
- percentuale rimborso: 40% (pre 2006 = 35%)
- massimale annuo: 3000 RMB per trattamenti connessi a leucemia, anemia, chemio;
6000 RMB per dialisi

¹ Informazioni reperibili sul sito del Dipartimento della Sanità dello Hebei, all'indirizzo www.hebwst.gov.cn.

Per quanto riguarda infine i trattamenti ambulatoriali necessari per far fronte a ipertensione, diabete, infarto, sono esposte qui di seguito le condizioni assicurative:

- no franchigia
- percentuale rimborso: 40% (pre 2006 = 35%)
- massimale annuo: 200 RMB (pre-2006 = 100 RMB)

Esempio 2. Jiangxi, contee di Xiushui e Ganzhou¹

Aggiustamenti al piano assicurativo simili a quelli visti nel caso di Dingzhou sono stati apportati nel 2006 nella contea di Xiushui, dove la franchigia è stata fissata a 100 RMB per i centri sanitari di township, 400 RMB negli ospedali di contea e 800 RMB per gli ospedali di livello superiore (rispettivamente 200, 500 e 1000 RMB prima del 2006), mentre il massimale è stato fissato a 10.000 RMB, contro gli 8.000 RMB del periodo precedente.

Nella contea di Ganzhou, nel 2006 i rimborsi sono stati fissati a 65%, 50% e 30% rispettivamente per le strutture di township, contea e livello superiore, ben al di sopra della media registrata nel periodo considerato nelle altre contee pilota, con tassi di rimborso generalmente compresi fra il 25% ed il 45%.

Esempio 3. Hubei, distretto di Dongxihu²

Nel 2006, le autorità di Dongxihu hanno anch'esse seguito la politica generalmente adottata in altre aree del paese, come è possibile osservare dai dati riportati in tabella:

Tab. 9. Hubei, distretto Dongxihu, servizio ospedaliero

Legenda:

- CST = centro sanitario di township
- Odd = ospedale di distretto
- Osup = ospedale superiore (struttura di riferimento provinciale)

provider	Franchigia (RMB)			Rimborso (%)			Massimale
	Cst	Odd	Osup	Cst	Od	Osup	Tutti
2006	50	300	1000	50-70	45-65	35-65	20.000 (30.000 per gli over 70)

La percentuale di rimborso viene stabilita entro i limiti indicati in tabella a seconda della spesa sostenuta dal paziente: per spese comprese fra 51 e 2000 RMB il valore del rimborso sarà nelle strutture di township pari al 50%, per spese comprese fra 2001 e 3500 ammonterà al 55% e così via, raggiungendo il 70% nel caso di spese superiori agli 8000 RMB.

¹ Informazioni reperibili sul sito del Dipartimento della Sanità del Jiangxi, all'indirizzo www.jxwst.gov.cn.

² Informazioni reperibili sul sito del Dipartimento della Sanità dello Hubei, all'indirizzo www.hbws.gov.cn.

Un'altra rilevante dinamica di sviluppo, per quanto concerne l'allocazione delle risorse, è la sempre più vasta competenza delle autorità provinciali nel definire i piani assicurativi da utilizzare nelle contee sotto la propria giurisdizione. Nonostante il governo centrale già nel 2004 avesse sottolineato che *"all'interno di una stessa provincia franchigie, rimborsi e massimali non dovrebbero presentare differenze consistenti fra una contea e l'altra"* (Ufficio Amministrativo del Consiglio di Stato, doc. N. 3 [04]¹), solo negli ultimi due anni le province hanno iniziato a lavorare con decisione in questo senso. Il primo esempio di concreta, nonché dettagliata, applicazione di tale politica di armonizzazione su scala provinciale è fornito dalla Regione Autonoma del Guangxi, le cui autorità hanno emesso nel gennaio 2007 un nuovo regolamento, di cui qui di seguito vengono presentate le caratteristiche principali²:

Servizio ospedaliero

a) Franchigia:

- Cst 30 RMB
- Odc 100 RMB
- Osup 200 RMB

b) Massimale annuo:

- Ricovero: 4500 RMB
- Evento catastrofico: 40.000 RMB

c) Rimborsi:

Piano 1 (contee con popolazione sotto i 200 mila abitanti)

- Cst 65%
- Odc 40%
- Osup 30%

Piano 2 (contee con popolazione fra 200 mila e 500 mila abitanti)

- Cst 70%
- Odc 40%
- Osup 30%

Piano 3 (contee con popolazione oltre i 500 mila abitanti)

- Odt 75%
- Odc 40%

¹国务院办公厅转发卫生部等部门关于进一步做好新型农村合作医疗试点工作指导意见的通知, 国办发 [2004] 3号.

² Informazioni reperibili sul sito del Dipartimento della Sanità della Regione Autonoma del Guangxi, all'indirizzo www.gxws.gov.cn.

- Osup 30%

d) *Rimborso per spese catastrofiche (oltre i 10.000 RMB)*

- spesa fra 10.000 e 15.000 RMB: 45%
- spesa fra 15.001 e 20.000 RMB: 50%
- spesa fra 20.001 e 30.000 RMB: 55%
- spesa fra 30.001 e 40.000 RMB: 60%
- spesa fra 40.001 e 50.000 RMB: 65%
- spesa oltre i 50.001 RMB: 70%

e) *Rimborso per il parto*

- 100 RMB

Servizio ambulatoriale

Spese per i trattamenti dovuti a ipertensione, diabete, epatite, ipertiroidismo, reumatismi, SLE, TBC sono rimborsate secondo i livelli stabiliti per il trattamento ospedaliero. Altre spese ambulatoriali sono coperte tramite conti di risparmio familiare.

5.4 Metodi di pagamento

Nonostante il FFS rimanga il metodo di pagamento più diffuso, in alcune contee è in corso la sperimentazione di DRG. A Zhenan, contea povera dello Shaanxi¹, nel 2003 sono state selezionate 54 diagnosi cui applicare il nuovo sistema di pagamento, fissando livelli di spesa e rimborso differenziati in base al tipo di struttura medica. Nel caso dell'appendicectomia, il limite di spesa nel 2004 era di 1000 RMB per il centro sanitario di township e 1200 RMB per l'ospedale di contea, con rimborsi rispettivamente del 60% e 50%. L'introduzione del metodo DRG si è tradotta in un tasso di rimborso reale più elevato rispetto alla media nazionale, 38% contro 25% (2004). Inoltre, ha permesso di fermare la crescita della spesa medica². Risultati simili sono stati raggiunti anche nella contea di Lindian (Heilongjiang), dove il rimborso reale per i servizi ospedalieri ha raggiunto il 46%, a fronte del 30% registrato nelle vicine contee di Baoqing e Linkou (FFS)³.

Durante la Conferenza Nazionale sullo SMCR 2008, il Ministro della Salute Chen Zhu ha dichiarato che l'applicazione di metodi di pagamento DRG o a *forfait* per le spese ospedaliere è da considerarsi un metodo efficace per ridurre la spesa medica. Durante la stessa conferenza, i delegati convenuti a Pechino hanno altresì discusso e dato una valutazione positiva all'introduzione di metodi di pagamento pro-capite e a *forfait* per i trattamenti ambulatoriali.

¹ Secondo dati forniti dal Dipartimento Sanitario dello Shaanxi, il metodo DRG sarebbe attualmente implementato nella totalità delle contee dotate di SMCR (104).

² 陕西省卫生厅, 陕西省新型农村合作医疗单病种定额付费模式实施效果评估调查报告, 2007, pag.100.

³ Mao Zhengzhong, op.cit., pag. 25.

5.5 Integrazione con gli altri strumenti del *welfare* sanitario

1) Integrazione con l'AMF: L'Assistenza Medica Finanziaria è stata introdotta nel 2000 con lo scopo di fornire agli utenti poveri sostegno economico in caso di malattia. L'integrazione con lo schema cooperativo è iniziata nel 2003, quando l'azione dell'AMF nelle aree rurali è andata focalizzandosi in:

- pagamento premi individuali per gli utenti poveri
- corresponsione rimborsi aggiuntivi a quello SMCR per gli utenti poveri

Nel 2006 l'AMF ha pagato premi individuali per 10 milioni di utenti, promuovendo l'adesione allo schema delle fasce più svantaggiate (si noti che 30 milioni di persone vivono attualmente al di sotto della soglia di povertà assoluta, pari a un reddito di 690 RMB pro-capite all'anno)¹.

Il rimborso aggiuntivo dell'AMF, consentendo di raggiungere al massimo il 60% della spesa totale², non sembra tuttavia poter incidere profondamente sull'utilizzazione dei servizi sanitari da parte degli utenti poveri. Questi, in buona parte dei casi, non potranno infatti permettersi l'elevato co-pagamento. I fondi destinati all'adesione dei poveri dall'AMF, confluiti nell'unico fondo di rischio sociale, verranno dunque di fatto utilizzati per erogare rimborsi agli utenti più ricchi, provvisti della liquidità necessaria a saldare il conto dell'ospedale.

2) Integrazione con l'AMB: L'AMB, che, come già accennato, copre attualmente 180 milioni di lavoratori urbani, è finanziata dalle contribuzioni di impresa e lavoratore dipendente, per un valore pari all'8% del salario annuale. Nel 2006 il premio annuale medio era di circa 1000 RMB pro capite, con rimborsi standard per il servizio ospedaliero compresi fra 50% e 80%. L'integrazione dell'AMB con lo SMCR viene da molti, Oms in primis, considerata opportuna, in virtù dei flussi migratori interni (i lavoratori migranti sono almeno 140 milioni³) e del massiccio fenomeno di urbanizzazione in atto (nel 2020 oltre il 50% della popolazione cinese vivrà nelle città⁴). Secondo l'ex ministro della sanità Gao Qiang, "il processo di integrazione è auspicabile [...] ma non praticabile in tempi brevi". L'ostacolo principale alla fusione dei due sistemi consiste, secondo il governo, nel fatto che essi vengono adottati in aree con livelli di sviluppo economico assai diversi, da cui deriva un gap consistente in termini di contribuzione pro-capite e benefici. Pur in assenza di una

¹中华人民共和国民政部, 2006年民政事业统计快报数据, consultabile sul sito del Ministero degli Affari Civili, all'indirizzo www.mca.gov.cn.

²中华人民共和国卫生部人才交流服务中心, 中西部地区新型农村合作医疗制度对卫生服务可及性的影响 - 第一次科学委员会材料, 北京, 2008年3月26日, pag. 12.

³ WHO Representative Office Beijing, *China: Health, Poverty and Economic Development*, 2006, pag. 20.

⁴ WHO, *Implementing the new CMS in rapidly changing China – issues and options*, April 2004, pag. 4.

chiara politica centrale, alcune autorità locali stanno sperimentando soluzioni innovative. E' il caso di Jiading, distretto di Shanghai. Qui l'amministrazione dei fondi SCMR è affidata all'ufficio della sicurezza sociale, lo stesso addetto a gestire l'AMB. L'assicurazione per i residenti rurali è finanziata da utente (49%), settore collettivo ed imprese locali (38%), governo locale (13%), con un premio pro-capite annuale di 267 RMB (2005)¹.

Struttura organizzativa simile a quella dell'AMB e premi individuali più vicini a quelli dell'assicurazione urbana, fanno della soluzione adottata a Jiading un modello possibile per la futura integrazione di AMB e SMCR. E' evidente, tuttavia, che una contribuzione basata per ½ sul premio individuale sarebbe impraticabile nella maggior parte delle aree rurali, assai più povere che le campagne di Shanghai, dove il reddito contadino medio è quasi tre volte quello nazionale (9138 RMB pro capite, contro 3587 RMB²).

In merito al processo di integrazione, è infine opportuno notare come recentemente l'approccio cauto proprio dell'ex ministro della sanità, di cui abbiamo dato saggio in questo paragrafo, sia stato sostituito dal piglio più deciso del successore Chen Zhu^{3 4}, che durante la già citata conferenza del 2008 ha definito come prioritaria la sperimentazione congiunta di SMCR e AMB.

6. Risultati raggiunti e criticità da affrontare

Nel valutare i risultati raggiunti dallo SMCR e le maggiori criticità connesse alla sua implementazione seguiremo le seguenti aree di analisi:

- Adesione della popolazione rurale
- Utilizzazione dei servizi sanitari
- Livello di protezione finanziaria
- Cure non necessarie

7. Adesione della popolazione rurale

7.1 Adesione complessiva

Secondo dati riportati dal Ministero della Sanità nel febbraio scorso, lo SMCR è stato sinora implementato in 2500 contee (prefetture, distretti), pari all'86% del totale. I contadini aderenti allo schema sono circa 710 milioni⁵. Secondo i piani del governo, a fine 2008 lo schema sarà implementato su tutto il territorio nazionale. Ad oggi, 292 contee (città,

¹ Mao Zhengzhong, op.cit., pag. 30.

²中华人民共和国国家统计局, 2006年中国统计年鉴, 中国统计出版社 2006, pag. 370.

³中华人民共和国卫生部办公厅新闻办公室, 2008年全国新型农村合作医疗工作会议报道汇编及舆情分析, pag. 8.

⁴Chen Zhu, non appartenendo al PCC, è spesso preso a modello di apertura e dialogo con la società civile dalla stampa cinese, nonché dalla propaganda governativa.

⁵中华人民共和国卫生部办公厅新闻办公室, 2008年全国新型农村合作医疗工作会议报道汇编及舆情分析, pag. 16.

distretti) non hanno adottato lo SMCR, perlopiù in zone con una bassa percentuale di popolazione rurale o in aree povere e remote delle province centrali ed occidentali¹. Il tasso di adesione si aggira attorno all'85% (nel 2005 era del 75%). Il sistema è stato sinora implementato più rapidamente nelle province orientali (90,96% delle contee) che in quelle centrali ed occidentali (dove circa l'80% delle contee sono dotate di SMCR). Al contrario, il tasso di adesione è piuttosto simile nelle province orientali, centrali ed occidentali (rispettivamente 88,59%, 84,10% e 84,88%)².

Le ragioni alla base dell'adesione della popolazione rurale sono esposte nella tabella qui riportata:

Tab. 10. Ragioni dell'adesione della popolazione rurale³

Ragione dell'adesione	Percentuale sul numero totale di aderenti
Fronteggiare il rischio finanziario associato alla malattia	33,9%
Speranza di beneficiare economicamente dall'adesione dello schema	31,7%
Incoraggiamento delle autorità governative	34,4%

I dati esposti nella tabella permettono di affermare che, nonostante la natura volontaria dello schema, alcune famiglie non aderiscono seguendo la propria volontà o in base ai benefici che si suppone provengano dall'adesione, quanto piuttosto in virtù della capillare opera di propaganda del governo. Ciò è naturalmente fonte di preoccupazione, poiché, nel caso in cui le attività di propaganda ed informazione del governo divenissero meno decise e capillari, una buona parte di quanti attualmente partecipano allo schema potrebbero infine decidere di non rinnovare la propria adesione, creando difficoltà alla sostenibilità finanziaria dello SMCR. E', questa, un'eventualità non così improbabile, considerando la pressione esercitata dalle attività di propaganda sul *budget* fiscale delle autorità locale. Inoltre, è qui il caso di notare che le autorità locali, al fine di spingere la popolazione a partecipare, spesso tacciono i limiti dello schema, enfatizzandone piuttosto gli aspetti positivi⁴.

¹中华人民共和国卫生部办公厅新闻办公室, 2008 年全国新型农村合作医疗工作会议报道汇编及舆情分析, pag. 17.

²中华人民共和国卫生部, 2007 年全国新型农村合作医疗试点工作会议材料, 2007 年第一季度全国新型农村合作医疗运行情况, pag. 3.

³中华人民共和国卫生部人才交流服务中心, 中西部地区新型农村合作医疗制度对卫生服务可及性的影响 - 第一次科学委员会材料, 北京, 2008 年 3 月 26 日, pag.10.

⁴王红慢, 大国卫生之论, 北京大学出版社, 2006, pag. 89.

7.2 Adesione delle famiglie povere

Secondo dati presentati durante la Conferenza Nazionale sullo SMCR del 2007, l'88,8% delle famiglie classificate come *wubao* e il 70,1% di quelle classificate come *tekun* nelle contee pilota oggetto di indagine nel 2005 aderiva allo schema, contro un tasso di adesione nazionale del 75%¹. Si tratta di dati in linea con quelli riportati da Mao nel 2005, con tassi di adesione delle famiglie povere simili a quelli complessivi (nelle province occidentali, centrali ed orientali rispettivamente 66,29%, 65,54% e 72,54%, contro tassi complessivi pari a 70,80%, 75,38% e 69,53%)². In qualche misura, l'alto tasso di adesione registrato nelle aree più povere è stato raggiunto grazie all'intervento dell'AMF, che nel 2006 ha sovvenzionato il contributo individuale per 9,8 milioni di residenti rurali (nello stesso periodo il numero di residenti rurali con un reddito inferiore alla soglia di povertà assoluta –690 RMB- era di circa 30 milioni)³.

7.3 Adverse selection

Nonostante l'alto tasso di adesione ed il principio di partecipazione familiare, lo SMCR è stato sinora incapace di evitare il fenomeno dell'*adverse selection*⁴. Avere familiari malati accresce del 66% la probabilità di aderire allo schema, mentre il tasso di malattia riportata in due settimane è più alto nel caso delle famiglie già inserite nello schema che in quelle non aderenti (20,3% contro 18,6%)⁵.

Inoltre, nonostante la famiglia sia formalmente l'unità di adesione, circa 1/3 delle famiglie sono in realtà solo parzialmente inserite nello schema. Non è sorprendente in tal senso notare come il fenomeno dell'*adverse selection* sia più frequente nelle famiglie di cui una parte soltanto dei membri è iscritta allo SMCR. In tali famiglie, le condizioni di salute di quanti partecipano allo schema sono peggiori rispetto a quanti non hanno aderito. Prima

¹中华人民共和国卫生部, 2007 年全国新型农村合作医疗试点工作会议材料, 关于新型农村合作医疗试点工作的评估报告, pag.3.

² Mao Zhengzhong, op.cit., pag. 11.

³中华人民共和国民政部, 2006 年民政事业统计快报数据, consultabile sul sito del Ministero degli Affari Civili, all'indirizzo www.mca.gov.cn.

⁴ Il termine *adverse selection*, di uso comune in campo assicurativo, si riferisce ad una situazione in cui l'assicurato ha una probabilità maggiore di subire un danno di chi non è assicurato. Nel caso concreto in questione, si riferisce alla dinamica per cui quanti hanno uno stato di salute non soddisfacente o sono in età avanzata hanno maggiori probabilità di aderire allo schema cooperativo rispetto a quanti godono di buona salute. Si tratta naturalmente di un fenomeno in grado di mettere a rischio la stabilità finanziaria dello schema cooperativo (che prevede premi uguali per tutti gli utenti).

⁵ Wang Hongman et alii, *Factors associated with enrollment, satisfaction, and sustainability of the NCMS in rural China*, 2006 (non pubblicato), pag. 9.

dell'implementazione dello SMCR, la spesa medica di quanti attualmente iscritti era pari a 207 RMB, il 70% in più rispetto alla spesa medica riportata nel caso dei non aderenti¹.

7.4 Conoscenza dello schema e fiducia nelle strutture di gestione

La conoscenza delle politiche SMCR ha un impatto rilevante sulla probabilità di aderire allo stesso. Quanti mancano di una accurata conoscenza in merito a rimborsi, *provider* convenzionati, ecc. hanno il 78% di probabilità in meno di partecipare allo schema rispetto a quanti hanno una buona conoscenza delle politiche governative². Ad ostacolare il corretto utilizzo dello SMCR contribuisce la scarsa chiarezza con cui vengono formulati i piani assicurativi, con differenti livelli di franchigia e rimborso nelle diverse strutture sanitarie, nonché, spesso, all'interno di uno stesso ospedale. Ciò confonde gli utenti, in particolare quanti mancano di istruzione, portando sovente i contadini a dubitare della correttezza delle pratiche di gestione. La scarsa fiducia nelle istituzioni mediche e di gestione del fondo cooperativo è peraltro esacerbata dall'inefficiente supervisione dell'attività dei *provider*, i quali spesso operano senza seguire in maniera scrupolosa i protocolli di trattamento ed erogano servizi costosi e/o inutili.

7.5 Soddisfazione e sostenibilità soggettiva³

Secondo dati riportati di recente dal Ministero della Sanità, il tasso di sostenibilità soggettiva (continuità di iscrizione) dello SMCR si aggirerebbe attorno al 90%. Fra gli elementi che più hanno influenza nel determinare la volontà di protrarre la partecipazione, figurano la conoscenza del piano assicurativo (quanti mancano di un adeguato grado di conoscenza hanno il 90% in meno di possibilità di rinnovare la propria iscrizione), la soddisfazione per le caratteristiche generali dello schema e per il tasso di rimborso in particolare (la soddisfazione accresce la probabilità di rinnovare l'adesione di 4.6 volte)⁴.

Fra quanti manifestano l'intenzione di non rinnovare l'adesione allo schema (10%), il 24,5% ritiene di aver avuto in passato un rimborso troppo esiguo, il 19,8% sostiene di non aver ricevuto alcun rimborso o di averne ricevuto un ammontare del tutto trascurabile, il 16,5% trova troppo complicata la procedura di rimborso, il 12,6% crede che rinnovare l'adesione sia inutile poiché il proprio stato di salute è buono, il 9,0% non può permettersi il pagamento della quota di contribuzione annuale, il 7,2% non ha fiducia nello schema.

¹中华人民共和国卫生部人才交流服务中心, *中西部地区新型农村合作医疗制度对卫生服务可及性的影响 - 第一次科学委员会材料*, 北京, 2008年3月26日, pag.10.

² Wang Hongman et alii, op.cit, pag.10.

³ Ove non altrimenti specificato, i dati riportati in questo paragrafo si veda 中华人民共和国卫生部人才交流服务中心, *中西部地区新型农村合作医疗制度对卫生服务可及性的影响 - 第一次科学委员会材料*, 北京, 2008年3月26日, pagg.10, 11.

⁴ Wang Hongman et alii, op.cit., pag. 11.

Nonostante i dati del ministero riportino un'elevata sostenibilità soggettiva, nonché un elevato grado di soddisfazione verso lo schema, ricerche indipendenti restituiscono un'immagine differente dell'attuale situazione. In merito, vale la pena di notare come nel 2006, nella contea di Wenjian (Chengdu – Sichuan) solo il 51,6% della popolazione fosse soddisfatta dello schema, percentuale sostanzialmente identica a quella relativa al grado di soddisfazione per il sistema di rimborso (50,2%).

Infine, la continuità di utilizzazione pare essere associata positivamente al reddito degli utenti. Secondo una ricerca condotta nel 2003 (6 mesi dopo l'adozione dello schema) nella contea di Longling (Yunnan), la continuità d'uso aumenterebbe parallelamente all'aumentare del reddito pro-capite, per toccare il 90% fra quanti hanno un reddito pari o superiore al reddito medio locale (nel caso in questione, ca. 1400 RMB pro capite all'anno).

8. Utilizzazione del servizio sanitario

8.1 Utilizzazione complessiva

Sin dalla metà del 2005, fonti cinesi ed occidentali sono concordi nel riportare un generale aumento dell'utilizzazione dei servizi sanitari.

Tra 2003 e 2005, nella contea di Wuyuan (Jiangxi) il tasso di mancato accesso ai servizi ambulatoriali¹ è calato del 15% circa (dal 31,20% al 16,93%), mentre il tasso di ospedalizzazione ha registrato un incremento del 6,4 ‰, dal 36,62‰ al 43.02‰². Si tratta di dati in linea con quelli relativi alla prefettura di Dongying (Shandong), dove fra il 2002 ed il 2004 il tasso di mancato accesso al servizio ambulatoriale nell'arco di due settimane è sceso dal 33,0% al 21,2%. Tali primi, frammentari dati trovano conferma in uno studio pubblicato nel 2007 dalla Banca Mondiale, secondo cui l'adozione dello schema avrebbe portato nelle aree pilota ad un incremento dell'utilizzazione dei servizi ambulatoriali ed ospedalieri del 20-30% nel periodo 2003-2005. Comprensibilmente, quanti inseriti nello schema utilizzano i servizi in misura maggiore rispetto a quanti non iscritti (utilizzazione servizi ambulatoriali pari a 22% contro 18%, ricoveri in un anno 4,3% contro 2,3%)³.

Secondo i dati raccolti dalla Banca Mondiale, l'incremento nell'utilizzazione avrebbe interessato in misura maggiore i centri sanitari di township e gli ospedali di contea (rispettivamente il 50% ed il 37% sul volume totale dei servizi erogati), con una maggiore utilizzazione delle strutture di township nelle province occidentali (54% dei ricoveri)⁴.

¹ Percentuale di quanti, pur avendone bisogno, non fanno ricorso alle cure mediche.

² 中华人民共和国卫生部, 2005 全国新型农村合作医疗试点工作会议材料, *全国新型农村合作医疗试点工作取得明显成效*, pag. 2.

³ Adam Wagstaff et alii, op.cit., pagg. 23-34.

⁴ Adam Wagstaff et alii, op.cit., pag. 5.

Sebbene la letteratura pubblicata sull'argomento sia in genere concorde nell'individuare nelle strutture di township e contea le istituzioni dove la maggiore utilizzazione del servizio causata dall'adozione dello schema ha principalmente avuto luogo, uno studio relativo alla già citata prefettura di Dongying (Shandong) pare restituire un quadro diverso:

Tab. N.11, Volume del servizio ambulatoriale 2002-2004, prefettura di Dongying, Shandong¹

Anno	Clinica di Villaggio	Centro Sanitario di Township	Ospedale di contea e superiore	altri
2002	53,3%	20,9%	20,2%	5,6%
2004	71,1%	8,4%	10,6%	9,9%

Per quanto riguarda l'impatto dello schema cooperativo e della maggiore utilizzazione del servizio sulle modalità in cui lo stesso viene fornito, alcuni studi condotti a livello locale sembrano suggerire un aumento dell'efficienza in seguito all'adozione dello SMCR, con tempi di ricovero più brevi, maggiore numero di pazienti trattati, più rapido *turnover* dei pazienti. Qui di seguito sono riportati i dati relativi alla prefettura di Xuzhou:

Tab. 12. Xuzhou, utilizzazione del servizio ospedaliero nei centri sanitari di township²

Anno	Durata media ricovero (giorni)	Tasso utilizzazione posti letto	Numero di ricoveri
1998	6,62	31,05%	80376
1999	6,17	28,03%	75508
2001	5,97	27,11%	70711
2002	5,72	27,88%	71955
2003	5,76	31,79%	74218
2004	5,87	38,87%	96892

Quanti inseriti nello schema utilizzano i servizi in misura maggiore rispetto a quanti non iscritti (utilizzazione servizi ambulatoriali pari a 22% contro 18%, ricoveri in un anno 4,3% contro 2,3%). Tuttavia, è opportuno notare che un incentivo all'utilizzazione dei servizi da parte dei *provider* è stato riscontrato in più contee, consistente in prescrizioni ed ospedalizzazione non necessari.

8.2 Utilizzazione da parte dei poveri

Alte franchigie e copagamenti elevati scoraggiano i poveri, siano essi iscritti allo schema o no, dal ricorrere alle cure mediche. Il fenomeno descritto da alcuni autori come "derubare il povero per salvare il ricco" è ben illustrato dai dati raccolti dalla Banca Mondiale nella già

¹中华人民共和国卫生部人才交流服务中心, 中西部地区新型农村合作医疗制度对卫生服务可及性的影响 - 第一次科学委员会材料, 北京, 2008年3月26日, pag.12.

²中华人民共和国卫生部人才交流服务中心, 中西部地区新型农村合作医疗制度对卫生服务可及性的影响 - 第一次科学委员会材料, 北京, 2008年3月26日, pag. 13.

citata ricerca, pubblicata nel 2007. Secondo tali dati, l'adozione dello SMCR non avrebbe portato ad un incremento dell'utilizzazione da parte del 20% più povero della popolazione, con l'aumento maggiore concentrato negli strati a reddito medio e medio alto¹. Tali indicazioni sono peraltro in linea con quanto già riscontrato sul finire degli anni '90, quando il governo cinese in collaborazione con l'Unicef realizzò in alcune aree del paese un progetto pilota per la reintroduzione dello schema medico cooperativo. Secondo dati relativi a tale sperimentazione, risulta evidente come i gruppi a reddito medio beneficiassero dello schema in misura maggiore rispetto a quelli più poveri. L'esperimento si concluse con un incremento del mancato accesso ai servizi ambulatoriali (dal 27% al 37%) da parte della fascia più povera della popolazione, a dimostrare una diminuzione del grado di equità di accesso dopo l'adozione dello schema².

8.3 Benefici apportati dallo SMCR

Sin dalla sua implementazione, lo SMCR ha portato benefici diseguali alle differenti aree del paese ed ai diversi gruppi sociali residenti nelle campagne. Dove lo schema prevede la copertura dei servizi ambulatoriali, la percentuale di contadini che dall'introduzione dello SMCR hanno ottenuto rimborso è pari al 70% sul totale. Al contrario, nelle contee dove il rimborso è previsto esclusivamente per le spese ospedaliere e in quelle dove ad esso si aggiunge la copertura delle spese ambulatoriali catastrofiche, la percentuale di popolazione che in passato ha beneficiato di almeno un rimborso è pari rispettivamente al 7,9% e 36%. Quanto all'equità di utilizzazione dello strumento assicurativo, vale la pena notare che il tasso di beneficio è più alto nel caso dei contadini dal reddito medio, medio alto e alto (rispettivamente 1,24, 1,29 e 1,18 volte il beneficio ottenuto da quanti sono classificati come a basso reddito). Quanti godono più in assoluto dello schema cooperativo sono i contadini nella categoria di reddito più elevata, il cui beneficio è 1,42 volte quello ottenuto dai più poveri³.

9. Riduzione del carico economico dovuto a malattia

9.1 Influenza generale dello SMCR

C'è una certa incertezza in merito al grado di protezione finanziaria assicurata dall'adesione allo schema. Nel 2005, le autorità del Jiangxi hanno riportato un calo nei casi di impoverimento a causa di malattia del 20% dopo l'introduzione dello schema (dal

¹ Adam Wagstaff et alii, op.cit., pag. 16.

² 崔蓐, 张林, *中国农村地区合作医疗干预后不同收入组人群的医疗服务需要与利用*, 中国卫生经济 23, 2004, pag.25.

³ 中华人民共和国卫生部人才交流服务中心, *中西部地区新型农村合作医疗制度对卫生服务可及性的影响 - 第一次科学委员会材料*, 北京, 2008年3月26日, pag. 14.

47,62% al 27,78%)¹. Mao afferma che lo SMCR è stato in una certa misura efficace nel proteggere i contadini dalla povertà a causa di malattia, e quantifica la riduzione del carico economico delle spese mediche per ricovero nel 22%². Nel 2007, durante l'annuale conferenza nazionale sullo SMCR, è stata evidenziata una generale riduzione del carico economico associato a malattia. La conferenza ha altresì sottolineato il valore limitato dei rimborsi, che permette al 15% soltanto dei beneficiari di ottenere un rimborso superiore al 60% della spesa totale sostenuta, mentre in alcuni casi gli utenti hanno difficoltà persino nel sostenere livelli di spesa al di sotto del valore fissato come franchigia.

A rendere più difficile la situazione sono i tempi (troppo lunghi) dell'erogazione dei rimborsi. Secondo informazioni fornite dal Ministero della Sanità, il 16% degli utenti ricoverati nel 2006 alla fine dell'anno non aveva ancora ricevuto alcun rimborso. Inoltre, anche nel caso in cui gli utenti vengano rimborsati, devono sobbarcarsi la maggior parte (sino al 75%-80%) della spesa totale³. Un problema di grande rilievo, se si tiene conto che la spesa media riportata per un caso di ricovero era nel 2006 di circa 3000 RMB, contro un reddito contadino medio pari a 3400 RMB pro capite all'anno.

Secondo dati raccolti dalla Banca Mondiale nel 2005 e pubblicati lo scorso anno, lo SMCR non solo non avrebbe diminuito il carico economico associato a malattia ed il rischio di spesa catastrofica (superiore al 10% del reddito medio dell'utenza), ma parrebbe in alcuni casi averlo addirittura incrementato. Tale indicazione, per quanto in contraddizione con quanto osservato nel caso di analoghi schemi assicurativi adottati in altri paesi (quali Ruanda, Senegal, ecc.)⁴ non sorprende nel contesto cinese. Si tratta infatti di una considerazione simile a quanto già rilevato nel caso della vecchia assicurazione urbana (composta di SAL e SAG), che in taluni casi aumentava anziché diminuire la spesa sostenuta dal paziente⁵. La ragione di tale anomalia andrebbe, secondo alcuni autori, ricercata nel metodo di pagamento FFS in uso in Cina, che dà agli ospedali un incentivo a fornire cure non necessarie e/o costose.

¹中华人民共和国卫生部, 2005 全国新型农村合作医疗试点工作会议材料, 全国新型农村合作医疗试点工作取得明显成效, pag. 2.

² Mao Zhengzhong, op.cit., pag. 21.

³中华人民共和国卫生部人才交流服务中心, 中西部地区新型农村合作医疗制度对卫生服务可及性的影响 - 第一次科学委员会材料, 北京, 2008 年 3 月 26 日, pagg. 13, 14.

⁴ In merito, si veda in particolare Johannes P. Jütting, *Health Insurance for the Poor in Developing Countries*, Ashgate, 2005, pagg. 71-125.

⁵ Adam Wagstaff, Magnus Lindelow, op.cit., pagg.1, 2.

9.2 Controllo della spesa medica

Laddove è stata adottata una riforma dei metodi di pagamento (quali introduzione di pagamento basato su DRG) l'incremento della spesa medica si è stabilizzato, portando ad un tasso di rimborso reale maggiore per gli utenti convenzionati allo schema.

Come già riferito nella sezione dedicata alle caratteristiche tecniche dello schema, l'applicazione di un metodo di pagamento basato su DRG nelle contee di Zhenan (Shaanxi) e Lindian (Heilongjiang) si è tradotta in spese mediche minori per il complesso dell'utenza ed in tassi di rimborso maggiori rispetto alla media nazionale ed alle contee limitrofe per gli utenti convenzionati, testimoniando l'efficacia dei provvedimenti tesi a riformare il metodo di pagamento utilizzato dai provider, di recente inseriti tra le priorità del governo cinese in merito alla riforma del sistema sanitario nazionale.

10. Cure non necessarie¹

Il fenomeno della prescrizione e somministrazione di medicine e trattamenti clinicamente non necessari nel contesto cinese è stato in passato oggetto di numerosi studi. Una ricerca condotta nel 1998-99 in quattro centri sanitari di township e 8 cliniche di villaggio nei distretti di Wuxi (Chongqing) e Min (Gansu) ha permesso di concludere che in meno del 2% dei casi presi in esame le prescrizioni di medicinali erano razionali. Un dato che scende allo 0,06% se si considerano esclusivamente le prestazioni fornite dalle cliniche di villaggio. Un altro studio ha riscontrato come il 20% delle spese mediche ospedaliere sostenute negli ospedali di township per il trattamento di appendicite e polmonite fosse non necessario dal punto di vista clinico².

Nonostante l'influenza dello SMCR sul fenomeno della prescrizione di cure non necessarie debba ancora essere oggetto di un attento studio, un ricerca condotta a livello di villaggio in due contee dello Shandong nel 2006 può aiutarci a comprendere le dinamiche in atto. Secondo tale studio, lo SMCR avrebbe avuto un impatto rilevante sul servizio fornito dai medici di villaggio, ed in particolare sulla qualità e natura dei farmaci da questi prescritti. Il costo medio per visita nella contea SMCR considerata nello studio era pari a 18,13 RMB, più alta di 2,99 RMB rispetto al costo medio registrato nella contea priva di SMCR. Inoltre, il costo medio di una visita per quanti convenzionati era nella contea dotata di SMCR assai più alto rispetto al costo sostenuto da quanti non convenzionati (18,74 RMB contro 11,30 RMB). Il numero di medicinali prescritti mediamente pro capite era 4,62 nella contea

¹ Ove non altrimenti specificato, per i dati riportati in questo paragrafo si veda 中华人民共和国卫生部人才交流服务中心, *中西部地区新型农村合作医疗制度对卫生服务可及性的影响 - 第一次科学委员会材料*, 北京, 2008年3月26日, pagg.13-15.

² Liu X, Mills A., *Evaluating payment mechanism: how can we measure unnecessary care?*, *Health Policy and Planning*, 14 (4), Oxford University Press 1999, pag. 411.

SMCR e 3,06 in quella non-SMCR. Infine, nella contea SMCR si registrava un tasso più alto di prescrizione di antibiotici (72,4% contro 59,30% della contea non-SMCR). Tali dati permettono di affermare che l'adozione dello SMCR nell'area considerata ha avuto un effetto non trascurabile sulla fornitura di servizio medico, incentivando con buona probabilità l'erogazione di servizi non necessari.

Capitolo 4. Impatto dello SMCR sull'accessibilità del servizio sanitario: *case study* nella contea di Quzhou, Hebei.

1. Obiettivi dello studio ¹

Lo studio ha come oggetto principale la valutazione dell'impatto del nuovo schema medico cooperativo rurale sull'accessibilità dei servizi sanitari ospedaliero ed ambulatoriale. La valutazione dell'accessibilità nel presente studio prende in considerazione due aree:

- variazione del volume del servizio erogato dalle strutture sanitarie di contea e township;
- protezione finanziaria offerta dallo schema.

2. Metodologia

I dati relativi alla variazione del volume di servizio erogato nel periodo 2001-2007 sono stati forniti dal dipartimento sanitario di contea, l'ospedale di contea ed un centro sanitario di township. Questi i principali indicatori presi in considerazione:

- numero di trattamenti ambulatoriali erogati in un anno;
- numero di ricoveri in un anno;
- parti assistiti in ospedale in un anno;
- tasso di utilizzazione dei posti letto;
- durata media del ricovero.

Quanto ai dati relativi all'utenza, essi sono stati raccolti attraverso un questionario diviso in sei sezioni, di cui viene riportato qui di seguito il contenuto²:

- sezione 1: status socio-economico familiare;
- sezione 2: status socio-economico individuale;
- sezione 3: utilizzazione dei servizi ambulatoriali nelle due settimane precedenti all'intervista e relativo rimborso SMCR;

¹ I dati e le informazioni esposti nelle pagine seguenti sono stati raccolti nel mese di aprile 2008, nel corso di uno studio pilota atto a verificare la fattibilità di un progetto di ricerca più ampio, finanziato dalla Cooperazione Italiana allo Sviluppo e coordinato dal Ministero della Sanità della Repubblica Popolare Cinese (*Research on NRCMS influence on accessibility of health care services in Central and Western rural China*). Il progetto, tuttora in fase di realizzazione, coinvolge le province di Hebei, Shaanxi e Mongolia Interna.

² I dati rilevati attraverso la raccolta dei questionari sono riportati in Appendice III.

- sezione 4: utilizzazione dei servizi ospedalieri nell'anno precedente all'intervista e relativo rimborso SMCR;
- sezione 5: autopsia verbale, utilizzazione dei servizi sanitari in caso di morte di un congiunto.
- sezione 6: valutazione dello SMCR e continuità di utilizzazione.

Il questionario è stato raccolto da un gruppo composto da quattro intervistatori cinesi¹, coinvolgendo due villaggi naturali sotto la giurisdizione della contea di Quzhou².

3. Contea di Quzhou: indicatori fondamentali

3.1 Indicatori socio-economici

La contea di Quzhou è situata nello Hebei meridionale, a circa 50 Km di distanza dal capoluogo di prefettura Handan. La contea si estende su una superficie di 667 Km quadrati. Il clima è secco (589,9 mm di pioggia all'anno), con una temperatura media annuale di 13°centigradi. Il territorio è pianeggiante, coltivato prevalentemente a frumento ed ortaggi. La contea di Quzhou comprende sotto la propria giurisdizione 10 township e 342 villaggi amministrativi. La popolazione della contea è di 403.897 abitanti, di cui il 90% dedicato all'agricoltura (dati 2004). Il reddito contadino medio è di 2809 RMB pro-capite all'anno, mentre la spesa sanitaria pro-capite è di 80,77 RMB, pari al 2,88% del reddito (dati 2004)^{3 4}. Il tasso di mortalità e natalità erano nel 2005 rispettivamente del 4,71‰ e 12,27‰, con un saldo positivo pari al 7,66‰⁵.

3.2 Risorse sanitarie

La contea dispone in totale di 15 strutture sanitarie direttamente controllate dal governo:

- 1 ospedale generale di II livello, situato nel capoluogo;
- 1 ospedale MTC;
- 1 stazione di prevenzione sanitaria;
- 1 stazione di salute materno-infantile;
- 1 stazione sanitaria scolastica;
- 10 centri sanitari di township;

I posti letto totali sono 463, con una media di 1,16 posti letto per 1000 abitanti. Il personale sanitario è composto in totale da 698 persone, l'82% delle quali (574) classificata come personale tecnico –sanitario (1,54 x 1000 abitanti). Le stazioni sanitarie di villaggio sono

¹ Shi Wuxiang (Università di Dali, Dip. di Sanità Pubblica); Wang Xianji, Shi Nana, Yang Ke (Centro per lo Sviluppo delle Risorse Umane Sanitarie, Ministero della Sanità della Repubblica Popolare Cinese).

² Qianfeng e Dongfeng, township Dahedao.

³ Nel 2007, il reddito medio contadino nello Hebei era pari a 3800 RMB.

⁴ 曲周县人民政府关于印发 曲周县 2005 年度新型农村合作医疗实施方案 的通知, 曲政 [2004] 11 号, pag. 2.

⁵ 2006 年曲周统计年鉴, consultabile all'indirizzo www.cnki.net.

410. In esse operano 474 medici di villaggio con addestramento formale¹. La quota di risorse destinate dal governo locale al settore sanitario è pari al 2,5% del bilancio fiscale complessivo della contea (dati 2002)².

4. Contea di Quzhou: struttura del sistema cooperativo

4.1 Adozione dello schema cooperativo ed obiettivi generali

La contea di Quzhou ha adottato lo schema cooperativo nel luglio del 2003, con l'emissione del documento *Circolare del governo di Quzhou sul piano di implementazione dello schema medico cooperativo ([03] N.11)*³. Il documento prende le mosse dalla *Decisione sull'ulteriore rafforzamento della sanità rurale* emessa da Comitato Centrale e Consiglio di Stato nel novembre 2002⁴, nonché dalla *Circolare sull'opera di sperimentazione dello schema medico cooperativo* emessa dal Ministero della Sanità nel 2003⁵. Gli obiettivi principali dello SMCR vengono così enunciati:

- permettere agli utenti convenzionati l'accesso ai servizi sanitari di base;
- contribuire alla soluzione del problema dell'impoverimento a causa di malattia;
- migliorare il livello di salute della popolazione rurale;
- promuovere lo sviluppo economico e la stabilità sociale.

4.2 Modello di implementazione

Il modello adottato dalla contea di Quzhou è quello più diffuso nelle campagne cinesi (cfr. Cap.3, Par. 4), ovvero copertura spese ospedaliere tramite fondo di rischio sociale +

Riquadro 3. Diritti e doveri dell'utente convenzionato

Nel *Piano di applicazione dello schema medico cooperativo, doc. 11 [03]*⁶, vengono esposti diritti e doveri dell'utente convenzionato, delineati come segue:

Diritti:

1. Diritto di usufruire dei servizi sanitari di base.
2. Diritto di usufruire dei rimborsi erogati dallo schema cooperativo.
3. Diritto di esercitare supervisione sull'attività dello schema medico cooperativo e sulle strutture mediche convenzionate.

Doveri:

1. Dovere di accettare e rispettare il piano assicurativo e le norme relative all'utilizzazione dei servizi medici e dello schema cooperativo.
2. Dovere di pagare secondo i tempi stabiliti il premio individuale.
3. Dovere di fornire consigli e suggerimenti utili all'implementazione dello schema medico cooperativo.

¹ In genere, l'addestramento dei medici di villaggio consiste in un corso della durata di tre anni, parificato al diploma di scuola tecnica superiore. Ogni anno sono previsti due aggiornamenti: il primo, della durata di un giorno, viene tenuto presso l'ospedale di prefettura di Handan. Il secondo, della durata di una settimana, è tenuto presso l'ospedale di contea di Quzhou.

² 曲周县人民政府关于印发曲周县新型农村合作医疗制度实施方案的同知, 曲政 [2003] 11 号, pagg.1, 2.

³ Vedi nota ².

⁴ 中共中央、国务院关于进一步加强农村卫生工作的决定, 中发 [2002] 13 号.

⁵ 卫生部办公厅关于做好新型农村合作医疗试点工作的通知, 为办基妇发 [2003] 47 号.

⁶ Vedi nota ².

copertura spese ambulatoriali tramite conto di risparmio familiare. Il 5% della contribuzione confluisce in un fondo di riserva, da utilizzarsi in caso di aumento dei prezzi del servizio sanitario o di altri elementi non prevedibili, in grado di comportare un rischio di insolvenza per il fondo assicurativo.

4.3 Struttura organizzativa e supervisione

Fulcro della struttura organizzativa dello schema medico cooperativo è il comitato di gestione di contea, composto da funzionari dei dipartimenti più direttamente interessati dall'implementazione dello schema

(sanità, finanze, affari civili, agricoltura, informazione, riduzione della povertà), nonché da delegazioni contadine. Il comitato è incaricato di definire le politiche assicurative locali e di controllare l'utilizzazione dei fondi. Le funzioni operative (erogazione rimborsi, gestione delle informazioni relative agli utenti convenzionati) sono svolte dagli uffici amministrativi di contea e township. A livello di contea, l'organico è composto da funzionari dei dipartimenti governativi già citati. A livello di township, le funzioni operative sono invece svolte da personale inserito nello staff dei *provider* locali².

Le funzioni di supervisione su utilizzazione fondi, prezzi praticati dalle strutture mediche locali, situazione finanziaria dei *provider*

sono affidate a livello di contea al comitato di supervisione, composto da funzionari dei

Riquadro 4. Yide Yifeng - 医德医风: medicina etica [I]

Negli ultimi anni, il dibattito pubblico sull'etica professionale della pratica medica è andato acquistando proporzioni sempre maggiori in Cina. Corruzione, spregiudicatezza nel prescrivere trattamenti sperimentali, ricerca del profitto hanno portato ad una crescente sfiducia dei pazienti nei confronti del personale medico, nonché a difficoltà di accesso da parte dei malati. Nel 2008 il governo di Quzhou ha emanato una regolamentazione tesa al rafforzamento di una visione del servizio medico basata sulla moralità del medico. Viene qui riproposto un estratto del documento in questione¹:

"[...] le strutture convenzionate devono rafforzare l'educazione etica del proprio personale sanitario, armonizzando il rapporto fra benefici sociali ed interesse economico della struttura medica, innalzando al contempo il livello tecnico e qualitativo del servizio, in ottemperanza con le normative nazionali [...] e rafforzando la gestione interna."

In realtà, il fatto che i bonus salariali (sino al 50% del salario base) concessi ai medici cinesi siano legati al numero di prestazioni da questi erogate, nonché alla quantità di trattamenti e medicinali prescritti, rende ogni investimento sulla sfera etico-morale sostanzialmente inutile. E' evidente infatti come, in tale stato di cose, la dimensione preminente sia destinata a rimanere quella dell'interesse economico.

¹曲周县卫生局关于印发曲周县新型农村合作医疗定点医疗机构医疗服务管理暂行规定的通知, 曲卫 [2008] 5 号.

² Nel caso della township di Dahedao, situata a 10 Km circa da Quzhou, la direzione dell'ufficio amministrativo è attualmente affidata al sig. Liu Wendao, direttore del centro sanitario locale. La sovrapposizione delle funzioni di erogazione rimborsi / erogazione servizio danno adito a seri dubbi in merito alla trasparenza delle procedure di rimborso.

dipartimenti finanziario e contabile, direttamente responsabile di fronte al governo di contea. A livello inferiore (township) le funzioni di controllo sono affidate all'ufficio amministrativo, con una curiosa sovrapposizione fra controllori e controllati (come detto, tale ufficio è composto da personale medico dei provider locali). Anche nel caso degli organi di supervisione, è prevista la presenza di delegazioni contadine.

4.4 Incentivi e penalità

Il comitato di gestione di contea, nell'ambito della funzione di controllo delle funzioni complessive dello SMCR, può conferire premi e penalità in base ai risultati raggiunti dai diversi componenti del sistema medico-assicurativo locale. Nonostante i documenti non forniscano indicazioni precise in merito all'entità di tali premi e penalizzazioni, è opportuno riportare qui di seguito le aree oggetto di analisi per la loro attribuzione²:

- opera di informazione³ delle popolazioni rurali e loro adesione

Riquadro 5. Yide Yifeng - 医德医风: medicina etica

[II]

Il proposito delle autorità cinesi di restituire centralità al rapporto fra operatori sanitari e paziente, dando impulso ad una dimensione etica e morale più profonda dell'arte medica, si scontra nella realtà dei fatti con fenomeni di abuso e corruzione. Un esempio è quello riguardante il sig. Wang Laojun, medico del villaggio di Qianhedao. Il suo reddito netto (derivante dalla prestazione del servizio sanitario) è di circa 6000 RMB all'anno. Quando non vi sono abbastanza pazienti lavora nell'allevamento di maiali della famiglia. Durante un gruppo di discussione con 8 medici di villaggio, il sig. Wang Laojun ha dichiarato quanto segue:

"Svolgere le funzioni di sanità pubblica¹ non è semplice, dato che non è possibile ricavarne profitto e il governo non dà sussidi. [...] quel che è peggio, spesso ci vengono chiesti dei soldi illegalmente. Da chi? Dai dipartimenti locali della sanità, del controllo sui medicinali [la food and drug administration cinese, recentemente accorpata al Ministero della Sanità] e del commercio. L'anno scorso sono venuti a dirmi che non ero in regola con la licenza di vendita dei medicinali, e sono stato costretto a sborsare circa 1000 RMB per evitare problemi".

¹Tra le più importanti funzioni di sanità pubblica svolte dai medici di villaggio, figura la notifica alle famiglie delle procedure di vaccinazione obbligatoria per i bambini di età inferiore ai 6 anni (BCG, Polio, Morbillo, Epatite B, DTP – DT). Le vaccinazioni sono poi somministrate nei centri di prevenzione malattie infettive di township o nell'ospedale di pari livello. Attualmente, sono in molti a nutrire serie preoccupazioni riguardo al livello di immunizzazione in Cina. Secondo dati ufficiali, fra la fine degli anni '90 e il 2005 il tasso di immunizzazione sarebbe sceso dal 98% all'84%-87%. E' opinione comune fra gli esperti del settore che fra le ragioni principali per il calo del tasso di vaccinazione vi siano A) scarsi incentivi economici (sussidi governativi) per i provider a svolgere tale tipo di funzione e B) difficoltà di accesso alle informazioni (educazione sanitaria) e ai vaccini (all'atto della somministrazione i provider richiedono spesso il pagamento per il servizio erogato, per valori solitamente compresi fra 0,5 e alcune decine di RMB). Per ulteriori informazioni in merito, vedi Xie J., Dow W., *Longitudinal Study of child immunization determinants in China*, Elsevier 2005, riportato in Bibliografia, Volumi, Articoli e rapporti governativi in lingua inglese.

² Cfr. 曲周县人民政府关于印发农村合作医疗基金管理使用办法 和合作医疗补偿范围及规定的通知, 曲政 [2003] 106 号.

³Tra i metodi di informazione, il documento 89 [05] elenca, oltre a trasmissioni televisive e radiofoniche, slogan da diffondere con striscioni nei luoghi pubblici e rappresentazioni teatrali, in linea con la tradizione comunista cinese.

allo schema cooperativo;

- raccolta e gestione dei fondi cooperativi;
- erogazione razionale del servizio medico (prescrizione medicinali e trattamenti).

4.4 Finanziamento dello schema

Attualmente, lo *standard* di contribuzione allo schema è di 90 RMB pro-capite, così suddivisi:

- 10 RMB contribuzione individuale;
- 40 RMB contribuzione governo locale;
- 40 RMB contribuzione governo centrale.

Per quanto riguarda il sussidio del governo locale, esso viene erogato per il 40% dalle autorità di provincia, con il restante 60% a carico di prefettura e contea (30%+30%). Nel 2009 il premio individuale sarà portato a 100 RMB pro capite, con una contribuzione individuale di 20 RMB. Negli anni passati, l'evoluzione dei meccanismi di finanziamento dello SMCR di Quzhou ha seguito la tendenza nazionale, caratterizzata da un aumento del sussidio governativo, a fronte di un contributo individuale piuttosto stabile. In tabella è riportata la composizione del premio assicurativo individuale per il periodo 2003-2009:

Tab. 13. Composizione del premio individuale SMCR Quzhou, 2003-2009 ¹

	2003	2004-2005	2006-2007	2008	2009
Contributo individuale (RMB)	15	10	10	10	20
Sussidio governativo (RMB)	20	20	40	80	80
Premio totale (RMB)	35	30	50	90	100

Attualmente, 8 RMB confluiscono nel conto di risparmio familiare per la copertura delle spese ambulatoriali, mentre i restanti 82 RMB confluiscono nel fondo di rischio sociale ed in quello di riserva.

4.5 Allocazione delle risorse e metodo di pagamento

Nel corso degli ultimi 5 anni, la distribuzione dei rimborsi è cambiata in maniera sensibile. Se nel primo periodo di implementazione il 50% del premio assicurativo era destinato ai servizi ambulatoriali, a partire dal 2005 gran parte delle risorse è stata destinata all'erogazione di rimborsi per casi di ricovero ospedaliero, coerentemente con le normative nazionali:

¹ Cfr. 曲周县人民政府 [2003] 11 号; [2003] 106 号; [2004] 11 号; [2005] 89 号; [2006] 81 号; [2007] 60 号.

Tab. 14. Allocations delle risorse dello SMCR di Quzhou, 2003-2008 ¹

	2003 - 2004	2005	2006	2007	2008
Totale fondo SMCR	10.503.500	8.336.900	14.724.300	17.561.000	31.890.000
Rimb. spese amb. (RMB - %)	4.493.500 (42,8%)	1.778.400 (21,3%)	3.104.300 (21,1%)	2.566.500 (14,6%)	-
Rimb. spese osp. (RMB - %)	4.502.700 (42,8%)	5.175.000 (62,1%)	10.237.100 (69,5%)	14.384.200 (81,9%)	-
Rimb. medio per ricovero (RMB)	999	667	873	913	-

L'evoluzione del piano assicurativo è stata ispirata allo slogan "Estendere, innalzare, diminuire, cancellare", applicato rispettivamente a rimborso per servizi ambulatoriali, quote di rimborso per il servizio ospedaliero, franchigia nelle strutture di township e franchigia negli ospedali di II e III livello. Per avere un'idea chiara delle modifiche apportate nel corso degli anni allo schema cooperativo ci serviremo della tabella riportata qui di seguito:

Tab. 15. Evoluzione piano assicurativo SMCR Quzhou, 2003-2008 ²

Tipo di servizio e provider	Periodo	Franchigia (RMB)	Rimborso (%)	Massimale (RMB)	Note
Servizio ambulatoriale comune [conto familiare]	2003-2004	-	30%	15	Spese prepagate attraverso il conto di risparmio familiare.
	2005	-	40%	8	
	2006-2007			8	
	2008	-	-	8	
Servizio ambulatoriale comune [fondo sociale]	2003-2004	-	-	-	Rimborso erogato all'utente convenzionato dopo che quest'ultimo ha esaurito il proprio conto di risparmio familiare.
	2005	-	-	-	
	2006-2007	-	-	-	
	2008	-	25%	100	
Servizio ambulatoriale per malattia cronica	2003-2004	-	-	-	Sono 15 le malattie croniche ed i trattamenti coperti, fra cui: infarto, insufficienza cardiaca, chemioterapia, leucemia, lupus, anemia aplastica, sindrome nefrosica, dialisi, epatite virale cronica, cirrosi epatica, artrite reumatoide, TBC, trattamento post-trapianto d'organo (farmaci antirigetto).
	2005	-	-	-	
	2006-2007	300	50%	15.000	
	2008	100	50%	3.000	
Ricovero (OdT)	2003-2004	300	50%	1.500	
	2005	100	50%	1.500	
	2006-2007	100	65%	15.000	
	2008	100	80%	20.000	
Ricovero (OdC)	2003-2004	500	40-50%	5.000	In caso di secondo ricovero nell'arco di un anno presso le strutture di contea, la franchigia non viene applicata (rimborso calcolato sin dal primo RMB di spesa).
	2005	500	40-50%	5.000	
	2006-2007	300	55-60%	15.000	
	2008	300	70%	20.000	
Ricovero (Osip)	2003	1000	40-60%	10.000	
	2005	1000	40-60%	10.000	

¹ 曲周县人民政府, 全力推进新型农村合作医疗制度健康发展: 曲周县实施新农合制度的调研报告, 2008, pagg. 1,2.

² Cfr. 曲周县人民政府 [2003] 11 号; [2003] 106 号; [2004] 11 号; [2005] 89 号; [2006] 81 号; [2007] 60 号.

	2006-2007	1000	50-55%	15.000	
	2008	1000	60%	20.000	

Nel caso in cui il fondo familiare per le spese ambulatoriali non venga esaurito nel corso di un anno, l'utente può scegliere se utilizzarlo per sottoporsi ad un controllo medico presso gli ospedali di township (visita generale, analisi di *routine* del sangue ed esame delle funzioni epatiche, elettrocardiogramma), oppure destinare la quota non spesa al conto familiare per l'anno successivo.

Alcune condizioni cliniche hanno inoltre un livello di rimborso fisso. Di seguito vengono riportati i valori in vigore dal 1 maggio 2008 ¹:

- parto naturale = 100 RMB;
- parto cesareo = 800 RMB;
- appendicectomia = 700 RMB;
- rimozione chirurgica ernia inguinale = 700 RMB;
- gravidanza extrauterina (chirurgia) = 1000 RMB;
- rimozione isteromioma (tumore dell'utero) = 1000 RMB.

L'unico metodo di pagamento utilizzato è il FFS. L'applicazione di DRG o metodi di pagamento forfettario non è attualmente prevista dalla pianificazione operativa dello SMCR, che si estende a tutto il 2009. I prezzi delle prestazioni sanitarie e dei medicinali sono stabiliti dalle autorità sanitarie dello Hebei, che ogni anno forniscono agli ospedali ed alle autorità locali prontuari aggiornati. Secondo l'attuale normativa, la quantità di trattamenti e medicinali non inseriti nel catalogo provinciale deve essere contenuta entro il 10% della spesa totale per paziente.

Condizioni ed articoli non coperti da assicurazione sono:

- Malattie rare²;
- test speciali (non inclusi nella lista provinciale);
- incidenti causati da terze persone;
- trattamenti di riabilitazione.

4.6 Assistenza Medica Finanziaria

I beneficiari dell'AMF, introdotta nell'aprile del 2004, sono le famiglie *dibao*, *wubao* e *tekun*³ iscritte nelle liste della previdenza sociale. Le famiglie *tekun* in particolare sono definite come famiglie aventi reddito inferiore alla soglia di povertà assoluta (690 RMB

¹ Cfr. 曲周县人民政府关于印发曲周县 2008 年新型农村合作医疗实施方案的通知, 曲政 [2007] 60 号.

² Purtroppo, non viene fornita nei documenti ufficiali alcuna precisazione in merito. Possiamo soltanto supporre che si tratti di malattie e diagnosi definite dal dipartimento sanitario provinciale, selezionate sulla base del quadro epidemiologico locale.

³ 低保, 五保, 特困.

annui pro capite), a causa di inabilità al lavoro, disabilità o malattia, catastrofi naturali. Per quanto riguarda le famiglie *tekun*, la richiesta di adesione all'AMF deve essere presentata al comitato di villaggio dal singolo contadino, per venire poi sottoposta all'esame delle autorità di township e, infine, di contea. Per quanto riguarda invece le famiglie *dibao* e *wubao*, già registrate dal locale dipartimento degli affari sociali, l'utente deve fare richiesta di assistenza dopo aver saldato il conto dell'ospedale, presso l'apposito ufficio situato nel capoluogo di contea.

I benefici previsti sono diversi in base alle categorie di cui sopra, come è possibile osservare in tabella:

Tab. N. 16. Benefici dell'AMF (2004) ¹

Categoria	Livelli di spesa individuale [dopo rimborso SMCR] (RMB)	Rimborso (%)	Massimale (RMB)	Sussidio premio individuale
Wubao / Dibao	>5.000	5-15	10.000	No
	>10.000	15-25		
	>50.000	25-35		
Tekun	>5.000	10-20	10.000	Si
	>8.000	21-30		
	>10.000	31-40		

Condizioni ostative all'iscrizione nelle liste dell'AMF ed al godimento dei benefici connessi sono:

1. Falsa dichiarazione all'atto della richiesta di assistenza.
2. Prestito del certificato *Dibao – Wubao* a terza persona.
3. Mancato pagamento della parte di spesa spettante al singolo individuo, non coperta da SMCR né AMF.
4. Condizioni famigliari non adeguate, come risultanti da verifica delle autorità competenti.
5. Appropriazione indebita di fondi AMF.

Per quanto riguarda il punto 4, periodici controlli sulle condizioni famigliari (status economico) di quanti godono dell'AMF sono organizzati dal dipartimento degli affari sociali.

Inoltre, il rimborso AMF non viene concesso per i casi di:

1. Incidente stradale.
2. Incidente sul lavoro.
3. Lesioni volontarie, abuso di alcol, tentativo di suicidio.

¹ Cfr. 曲周县人民政府关于印发曲周县特困群体医疗救助暂行办法的通知, 曲政 [2004] 60 号.

5. Contea di Quzhou: risultati raggiunti dallo schema cooperativo

5.1 Adesione della popolazione

Il livello di adesione della popolazione rurale residente nella contea è andato crescendo lungo tutto il periodo seguito all'implementazione dello schema, con un incremento più consistente in seguito all'introduzione di rimborsi più generosi, dopo il 2006. Qui di seguito sono riportati i valori di adesione (percentuale e assoluta) dal 2003 al 2008:

Tab. 17. Adesione della popolazione rurale ¹

	2003-2004	2005	2006	2007	2008
Adesione %	80,28	80,32	81,27	84,98	91,05
Totale utenti convenzionati	299.569	303.688	310.226	326.901	354.339

Per quanto riguarda l'adesione delle fasce svantaggiate della popolazione, non sono purtroppo disponibili statistiche particolareggiate. Tuttavia, possono essere di aiuto i dati relativi all'esenzione dal pagamento del premio individuale per le famiglie *tekun* negli anni 2005 e 2006²:

- 2005: 3158 persone
- 2006: 2189 persone

Come è possibile notare, l'esenzione riguarderebbe, secondo le statistiche ufficiali, lo 0,5-1% della popolazione iscritta nello schema. Tale percentuale, che a prima vista è di difficile interpretazione (non sono stati fornite statistiche relative alla quota di popolazione classificata come povera), acquista un significato più preciso se confrontata con i risultati dell'indagine sul campo svolta lo scorso aprile. Su 13 famiglie interpellate con un reddito inferiore alla soglia di povertà estrema, per un totale di 61 utenti convenzionati (30% del campione), in neppure un caso è stata riportata l'esenzione dal pagamento del premio individuale. Lo stesso vale per le due famiglie con a carico un disabile: nonostante recenti indirizzi legislativi suggeriscano alle autorità locali di sostenere l'adesione allo SMCR da parte dei disabili, nei due casi in questione non v'è stata esenzione dal pagamento del premio individuale³. Pur tenendo in debita considerazione fattori culturali (è possibile che i contadini dichiarino un reddito inferiore al reale per un atavico pudore nel riferire ad

¹曲周县人民政府, *全力推进新型农村合作医疗制度健康发展: 曲周县实施新农合制度的调研报告*, 2008, pagg. 6, 7.

²曲周县审计局, *关于曲周县 2005 年 1 月至 2006 年 10 月新型农村合作医疗基金收支情况审计*, 曲审报 [2006] 57 号, pag. 4.

³ Il riferimento è alla Legge sulla Protezione dei Disabili, approvata nel corso dell'Assemblea Nazionale del marzo 2008, che all'articolo 43 recita "Il governo deve dare assistenza finanziaria alle persone disabili per il pagamento di spese assicurative e mediche nell'ambito del sistema cooperativo rurale" (Seconda bozza, settembre 2007).

estranei l'entità della proprie sostanze), la limitata dimensione del campione, la difficoltà dei contadini di definire con precisione l'ammontare del proprio reddito annuale (molte entrate, come è ovvio, sono in natura), è possibile comunque avanzare l'ipotesi che l'AMF sia inefficace nel garantire alle famiglie più povere l'esenzione dal pagamento del premio SMCR, avendo dunque un limitato impatto sull'adesione allo schema.

In breve, l'attività di ricerca sul campo ha permesso di appurare che:

- le famiglie a basso reddito (al di sotto della soglia di povertà estrema) hanno tassi di adesione del tutto uguali con quelli delle famiglie più agiate;
- l'AMF ha una funzione assai limitata (fra le famiglie a basso reddito intervistate, nessuna aveva usufruito nell'anno passato dell'esenzione dal pagamento del premio individuale).

5.2 Continuità di utilizzo e valutazione dello schema

Tutti gli intervistati hanno dichiarato di voler protrarre l'adesione allo schema (tasso di continuità di utilizzo = 100%). Pur in un quadro di generale soddisfazione in merito alle caratteristiche basilari dello schema, una buona parte dei contadini interpellati lamentavano il livello dei rimborsi troppo basso (23%), il numero ancora troppo limitato degli articoli e trattamenti coperti da assicurazione (5%), la macchinosità delle pratiche di rimborso (10%). Si tratta di valutazioni consistenti con quelle raccolte nel corso del gruppo di discussione che ha coinvolto otto contadini del villaggio Dongfeng, dove è stato riportato che talvolta i rimborsi vengono applicati soltanto al 50% della spesa totale di ricovero, essendo la restante metà composta da trattamenti e medicinali non inseriti nel catalogo provinciale di articoli rimborsabili.

5.3 Conoscenza dello schema

Il livello di conoscenza delle politiche di rimborso (quote e procedura) è basso. Su 39 famiglie intervistate, solo in 4 casi (10%) è stata rilevata una conoscenza approfondita delle caratteristiche dello schema, mentre in 28 casi (72%) non v'era conoscenza né delle percentuali di rimborso né delle relative procedure amministrative. Data la limitata dimensione del campione, non è possibile analizzare in profondità le determinanti del grado di conoscenza relativo allo SMCR. Tuttavia, un rapido sguardo ai dati raccolti permette di proporre le seguenti considerazioni:

- il grado di conoscenza non è necessariamente legato al grado di istruzione. Fra quanti hanno dimostrato di avere una conoscenza adeguata dello schema, il livello di istruzione varia da semi-analfabetismo a istruzione superiore;
- i dati a nostra disposizione non permettono di tracciare alcun chiaro rapporto fra reddito e conoscenza dello schema;

- una dimensione forse più chiaramente associata con il diverso livello di conoscenza è il genere. Su quattro intervistati in grado di fornire indicazioni precise, tre erano di sesso maschile, uno soltanto di sesso femminile.

Per concludere, potremmo avanzare la seguente ipotesi: in assenza di chiare determinanti del grado di conoscenza, è possibile che esso sia associato alle funzioni pubbliche svolte nella comunità locale dal singolo contadino. Tale ipotesi è sostenuta da quanto rilevato nel corso del gruppo di discussione cui già abbiamo fatto riferimento, che ha coinvolto otto contadini del villaggio di Dongfeng scelti dal locale comitato di partito. Durante la discussione è infatti risultato evidente il notevole grado di competenza dei partecipanti, spesso impiegati dal comitato stesso nelle attività amministrative del villaggio.

5.4 Utilizzazione del servizio

5.4.1 Dati forniti dai *provider* locali

I dati provengono da tre diversi questionari, compilati da personale del dipartimento sanitario di contea, dell'ospedale di contea di Quzhou (170 posti letto) e del centro sanitario di township di Dahedao (7 posti letto)¹. I dati più rilevanti sono riportati nelle tabelle 18,19 e 20, e nelle figure 1-5:

Tab. 18. Contea di Quzhou, indicatori sanitari e fornitura del servizio 2001-2007

Indicatore	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Mortalità materna (n.)	1	1	1	1	2	2	4
Mortalità infantile (n.)	42	36	50	30	43	37	41
Ricoveri / anno	-	9648	8298	12550	13593	15185	18910
Visite amb./ anno	-	274626	205970	309969	295985	337432	374170
Parti in ospedale	3826	3992	4006	3921	4017	4277	4235

Tab. 19. Ospedale di contea di Quzhou, indicatori fornitura del servizio 2001-2007

Indicatore	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Personale totale (n.)	279	286	288	290	290	284	288
Medici (n.)	92	96	96	100	100	101	103
Assistenti medici (n.)	3	5	5	7	7	7	6
Infermieri(n.)	60	62	68	70	70	70	72
Entrate totali (RMB)	7.122.532	10.019.750	10.606.254	13.939.602	16.156.405	18.157.764	20.529.295
Entrate erogazione servizio (RMB)	6.888.284	9.232.750	9.609.453	13.091.365	15.440.705	16.029.270	20.024.945
Sussidio governativo (RMB)	234.248	787.000	996.801	848.240	715.712	2.128.494	554.350
Visite ambulatoriali	84.260	87.306	66.012	77.607	103.736	122.778	125.043

¹ Vedi Appendice IV, Strumenti di Ricerca.

Costo medio visita ambulatoriale (RMB)	32	43	47	50	49	65	81
Ricoveri	4.643	5.993	5.568	8.301	8.748	9.339	9.960
Costo medio ricovero (RMB)	958	1.058	1.175	2.141	2.225	1.633	1.412
Costo medio ricovero utenti convenzionati (RMB)	-	-	-	2.434	1.884	1.715	1.730
Tasso utilizzazione posti letto (%)	62,05	69,52	63,08	77,99	79,50	81,22	86,00
Durata media ricovero (giorni)	8,29	7,20	5,86	5,85	5,51	5,39	5,36
Parti in ospedale	-	1857	1490	2208	2194	2984	3093

Tab. 20. Centro sanitario di township di Dahedao, indicatori fornitura del servizio 2001-2007

Indicatore	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Personale totale (n.)	8	8	8	8	8	8	8
Medici (n.)	1	1	1	1	1	1	1
Assistenti medici (n.)	1	2	3	4	4	4	4
Infermieri (n.)	2	2	2	2	2	2	2
Entrate totali (RMB)	169.946	176.920	180.424	124.433	164.158	175.601	295.406
Entrate erogazione servizio (RMB)	"	"	"	"	"	"	290.406
Sussidio governativo (RMB)	0	0	0	0	0	0	5.000
Visite ambulatoriali	1.875	2.073	2.171	2.096	2.211	2.256	2.478
Ricoveri	53	41	30	30	49	88	275
Tasso utilizzazione posti letto (%)	20	16	11	12	19	24	75
Parti in ospedale	31	7	8	1	0	0	0

Figura N.1. Trattamenti ambulatoriali in 1 anno, contea di Quzhou

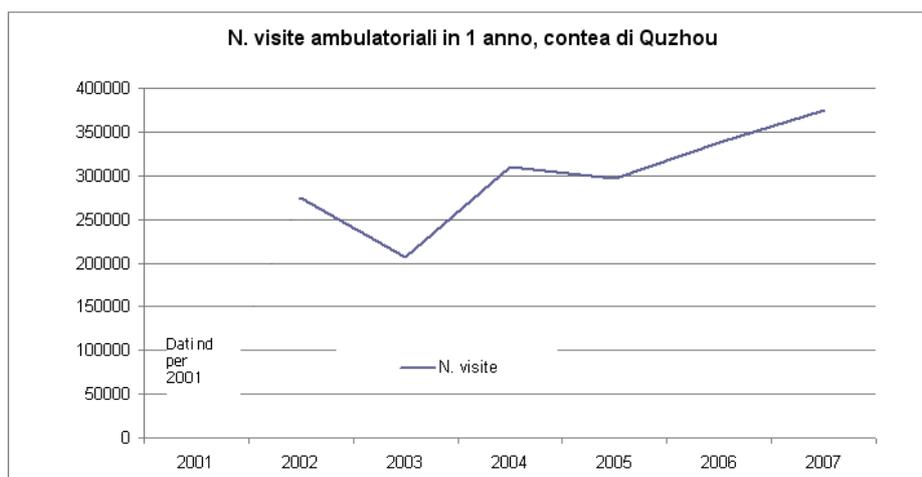


Figura N.2. Trattamenti ambulatoriali in 1 anno, ospedale di contea di Quzhou

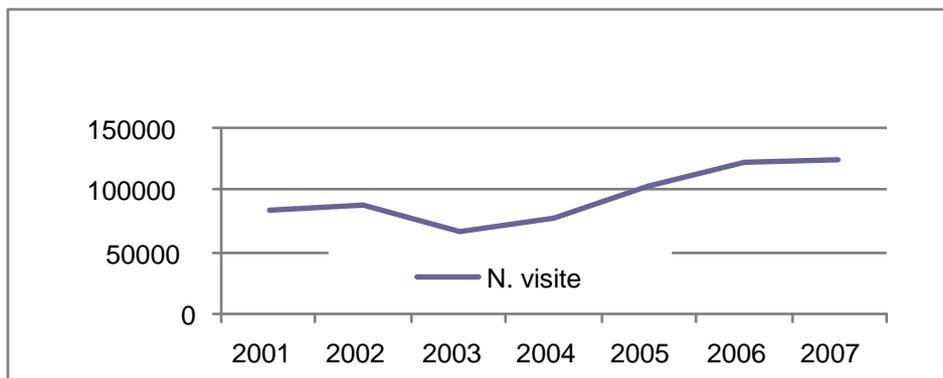


Figura N.3. Trattamenti ambulatoriali in 1 anno, centro sanitario di township di Dahedao

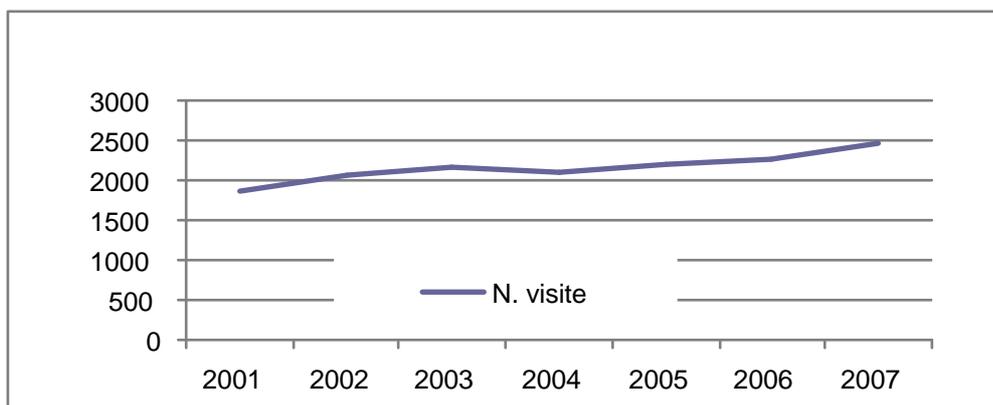


Figura 4. Ricoveri in 1 anno, contea di Quzhou.

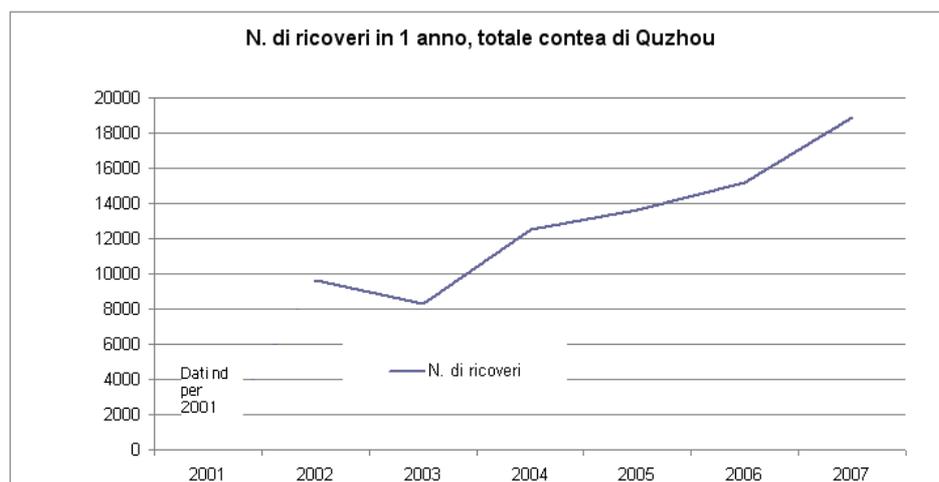


Figura N.5. Ricoveri in 1 anno, ospedale di contea di Quzhou.

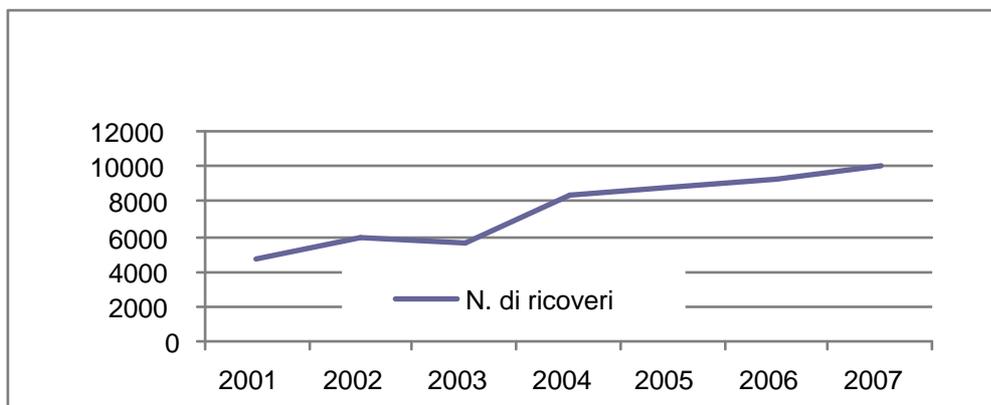
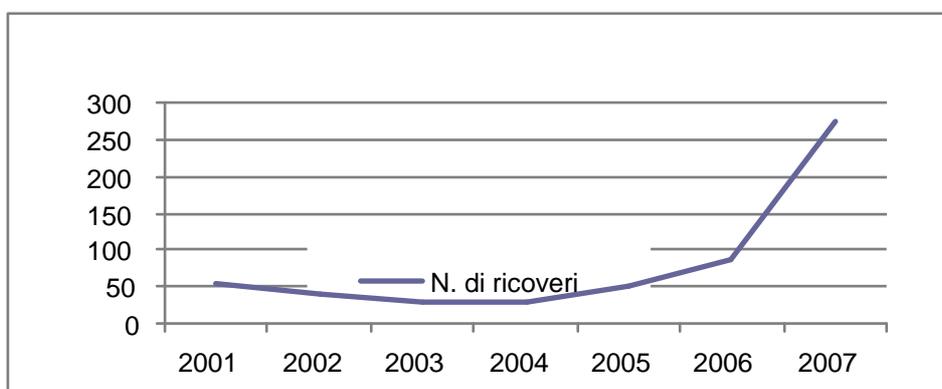


Figura N.6. Ricoveri in 1 anno, ospedale di township di Dahedao.



Dai dati qui riportati, è evidente una decisa crescita del volume di servizio erogato dalle strutture sanitarie di contea dopo l'introduzione dello schema. La flessione registrata nel 2003 è infatti stata spiegata dal personale del dipartimento sanitario con la crisi della SARS, che avrebbe scoraggiato i contadini dal rivolgersi alle strutture mediche, per timore di contrarre la malattia una volta a contatto con quanti colpiti dal virus, o messi in quarantena come misura precauzionale. Nel complesso, il volume di servizi ambulatoriali erogato è cresciuto del 40% circa tra 2002 e 2007, mentre i ricoveri sono cresciuti nello stesso arco di tempo del 100%. La crescita maggiore nell'utilizzo del servizio ospedaliero rispetto a quello ambulatoriale è in parte riconducibile alla maggiore protezione accordata dallo schema in caso di ricovero, a fronte dello schema di pre-pagamento adottato per le spese ambulatoriali, limitato a 8 RMB pro-capite all'anno. Il fatto che il maggiore incremento nel numero di ricoveri sia concentrato negli anni 2006 e 2007 (+ 50% rispetto al 2005), rispecchia peraltro i maggiori rimborsi erogati all'utenza dopo la riforma del sistema di sussidi adottata alla fine del 2005 (vedi Tab.N.15, pag.51). Per quanto riguarda

il numero di parti assistiti presso le strutture mediche locali, non si sono registrate notevoli variazioni. Nel caso in cui, come riferito dalle autorità locali, tutti i parti abbiano luogo in ospedale, tale assenza di variazioni non dovrebbe certo stupire, considerando i tassi stabili di nascita resi possibili dalla politica del figlio unico. D'altro canto, è possibile che, a causa dei bassi rimborsi in caso di parto¹, permangano importanti barriere all'accesso da parte delle fasce più svantaggiate della popolazione².

Per quanto riguarda la distribuzione nell'erogazione del servizio, a beneficiare maggiormente in termini numerici è stato il centro sanitario di township, dove i ricoveri del 2007 (275) sono 7 volte quelli occorsi nel 2002 (41). Per quanto riguarda l'ospedale di contea, l'incremento è stato di un più modesto 66%. Incidono in tal senso il costo minore dei trattamenti erogati dal centro sanitario di township, nonché i minori costi di viaggio, vitto ed alloggio per il malato ed i suoi famigliari residenti nei villaggi limitrofi.

La situazione è differente per quanto riguarda l'aumento delle entrate risultanti dal servizio erogato. Nel caso del centro

sanitario di township sono cresciute del 73%, mentre nel caso dell'ospedale di contea l'incremento è stato di circa il 300%. In tal senso, pesa il maggiore livello tecnico dell'equipaggiamento presente nell'ospedale di contea, che permette l'erogazione di servizi più avanzati e, naturalmente, costosi³.

Riquadro 6. Ostetricia e finanze

Secondo quanto riferito dal sig. Liu Wendao, direttore del centro sanitario di Dahedao, la riduzione dei parti seguiti dalla sua struttura tra 2001 e 2007 (da 31 a 0) sarebbe dovuta alla carenza di personale qualificato. Nel caso specifico, l'ostetrica per anni attiva a Dahedao ha lasciato l'ospedale nel 2003, andando a lavorare per la locale commissione di pianificazione famigliare. Secondo quanto riferito dal sig. Liu, alla base della scelta vi sarebbero state ragioni economiche: lo stipendio alla commissione è attualmente due volte quello del personale tecnico dell'ospedale (1500 RMB contro 800 RMB). Tale problema, sempre secondo il sig. Liu, potrebbe essere risolto da una politica di sussidi governativi per i salari, attualmente assai limitata. Le donne di Dahedao sono dunque ora costrette a recarsi all'ospedale di contea per partorire. Qui, nel migliore dei casi, il prezzo è tre volte quello che verrebbe praticato nel centro di township.

¹ 100 RMB per parto naturale e 600 RMB per parto cesareo, a fronte di spese totali rispettivamente comprese fra 300-600 RMB e 2000-4000 RMB

² Nonostante le autorità locali dichiarino che la totalità dei parti ha luogo in ospedale, rimane il dubbio che alcune donne, a causa dell'inabilità a pagare il servizio, diano luce ai propri figli fra le mura domestiche. Nel corso delle interviste condotte casa per casa, sono stati riportati tre parti negli ultimi 12 mesi. In due casi il parto è avvenuto in ospedale (ospedale di contea, stazione materno-infantile), nel terzo invece non è stato riportata alcuna utilizzazione del servizio medico. Incrociando il tasso di natalità con i dati relativi ai parti in ospedale, è altresì possibile supporre che il 20% dei parti non avvenga in strutture ospedaliere (tasso natalità 2005: 12,7 x 1000; pop. 2004: 403.000; nati 2005: ca. 4900. Parti in ospedale 2005: 4017; parti non seguiti: ca. 900).

³ Secondo una ricerca condotta da Adam Wagstaff per conto della Banca Mondiale (Adam Wagstaff et alii, op.cit., pag. 20), le maggiori entrate generate dalla crescita dell'utilizzazione verrebbero investite dalle

Figura N.7. Entrate derivanti da erogazione servizio, ospedale di contea di Quzhou (migliaia di RMB)

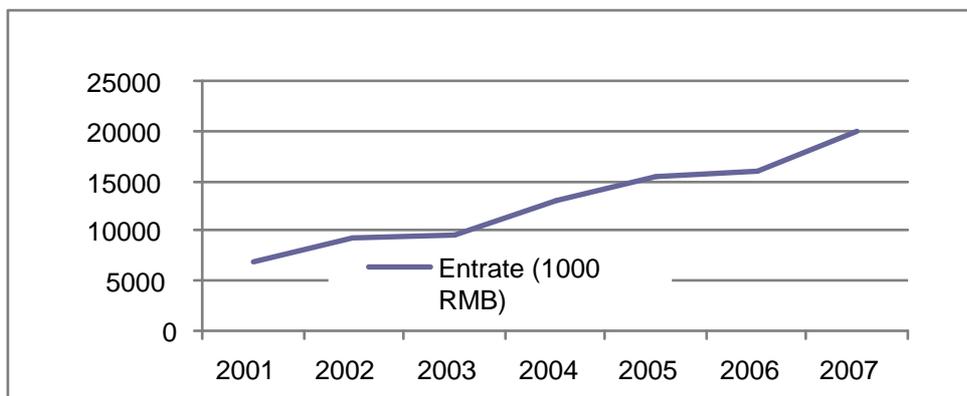
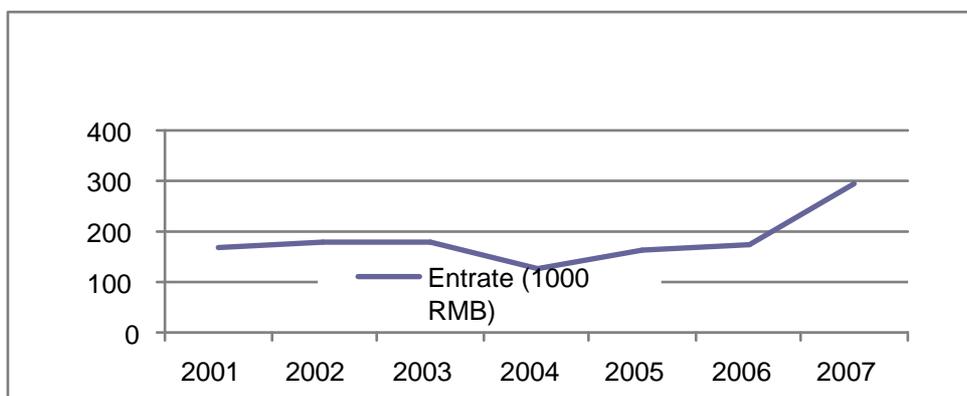


Figura N.8. Entrate derivanti da erogazione servizio, centro sanitario di township di Dahedao (migliaia di RMB)



In entrambi i casi, la maggiore utilizzazione ha avuto un impatto positivo in termini di efficienza. Dai dati si evince come la crescita del volume di servizi erogato sia coincisa con tempi di ricovero più brevi e maggiore tasso di utilizzazione dei posti letto (in particolare nella struttura di township, dove il tasso di utilizzazione è passato dal 16% del 2002 al 75% del 2007).

5.4.2 Dati forniti dalle famiglie

Secondo i dati raccolti, il tasso di utilizzazione del servizio ambulatoriale nell'arco di due settimane è del 15,3%, valore più basso di quello generalmente registrato nelle aree rurali cinesi (attorno al 30%). Per quanto riguarda le determinanti all'accesso, il campione considerato permette di evidenziare una omogeneità di utilizzo in termini di sesso (14 accessi da parte di utenti di sesso femminile, 11 da parte di utenti di sesso maschile) e

strutture ospedaliere nell'acquisto di macchinari e trattamenti sofisticati, spesso non inseriti nelle liste di articoli rimborsabili dallo schema. Tali macchinari e trattamenti verrebbero sovente utilizzati senza necessità o in misura eccessiva, al solo fine di garantire maggiori entrate all'ospedale.

reddito. Per quanto riguarda l'età, un utilizzo maggiore si registra nella fascia superiore ai 60 anni (28%). Il servizio è nella stragrande maggioranza dei casi erogato dalle strutture di villaggio, più vicine e meno costose rispetto a centro sanitario di township e contea (vedi tabelle 21 e 22).

Tab.N.21, Utilizzazione del servizio ambulatoriale e reddito dell'utenza ¹

Accessi	≤2.000 RMB (15% del campione)	2.000-3.000 RMB (23% del campione)	3.000-5.000 RMB (15% del campione)	5.000-7.000 RMB (10% del campione)	7.000-9.000 RMB (2,5% del campione)	9.000-11.000 RMB (25,5% del campione)
Clinica di villaggio	3	4	2	-	-	3
Centro sanitario di township	-	1	-	-	-	-
Ospedale di contea	-	-	-	1	-	-
Struttura privata	1	-	2	1	-	-
Totali	4	5	5	3	0	5

Tab.N.22, Erogazione del servizio ambulatoriale e ragione preminente per la scelta del provider da parte dell'utenza

Provider	Servizi erogati (N.)	Ragione scelta
Clinica di villaggio	15	Comodità (80% delle risposte)
Centro sanitario di township	4	Comodità, prezzo conveniente, buona qualità (3 risposte su 4)
Ospedale di contea	1	Buona qualità
Struttura privata	3	Amici lavorano nella struttura ²
Trattamento individuale	1	-
Non indicato	1	-
Totali	25	-

Per quanto riguarda i servizi ospedalieri, il tasso di ricovero rilevato è dell'85x1000, piuttosto elevato rispetto alla media, attorno al 30-40x1000³ (vedi Cap.2 par. 6.1). La distribuzione dei ricoveri non pare rispecchiare un reale *gap* di accessibilità da parte delle fasce di popolazione più povere, essendo il maggior numero di accessi concentrato nelle

¹ Nel caso in cui la somma delle cifre riportate in ogni singola colonna non corrisponda al totale indicato nell'ultima riga della tabella, o altrove nelle pagine successive, ciò è dovuto ad informazioni assenti o erroneamente registrate nei questionari. Per una verifica in merito, si rimanda all'appendice terza, dove sono riportati i dati, completi e non analizzati, tratti dai questionari.

² Generalmente, il ricorso a strutture private per servizi ambulatoriali è determinato dal minore prezzo dei medicinali ivi venduti (Cfr. 王红慢, op.cit., pag.83). A parziale conferma di ciò, da uno dei questionari raccolti nel villaggio di Dongfeng (cfr. Appendice III, pagina 2, Yang 9), risulta che, a fronte di una spesa elevata per trattamento ambulatoriale (200 RMB), il malato ha preferito recarsi in una struttura privata causa minore prezzo. Secondo i medici di villaggio intervistati nel corso della ricerca, spesso i pazienti si fanno da loro prescrivere farmaci che poi acquistano in farmacie e cliniche private. Gli stessi medici considerano sleale la competizione degli esercizi privati, i cui titolari non devono svolgere le funzioni di salute pubblica (non retribuite), che invece sono obbligatorie per quanti inseriti nello schema governativo di fornitura del servizio.

³ Parziale spiegazione di un tasso di ricovero così elevato può essere trovata in una poco felice formulazione del questionario (过去一年之内, 您或您的家人几次住过院), che con buona probabilità ha portato gli intervistati a prendere in considerazione l'intero periodo compreso fra gennaio 2007 ed aprile 2008. Inoltre, una certa imprecisione da parte degli intervistatori più giovani potrebbe avere influito in merito.

fasce di reddito 2000-3000 RMB e 9000-11000 RMB. Se nel caso dei servizi ambulatoriali l'assenza di un divario notevole fra le varie classi di reddito non stupisce, data la limitata spesa associata a tale servizio, certo tale risultato è più sorprendente nel caso del servizio ospedaliero, con spese comprese fra 500 e 6000 RMB. A parziale spiegazione di tale fenomeno, è qui opportuno ricordare come, secondo indicazioni fornite dal gruppo di discussione di Dongfeng, nel caso di ricovero di un familiare entri sovente in gioco nei villaggi cinesi una sorta di previdenza sociale informale, basata sulle relazioni famigliari e di amicizia, che permette al malato di sostenere le spese necessarie per curarsi. Va da sé che si tratta di una pratica che, pur permettendo al singolo di uscire (talvolta) indenne da una situazione critica, a lungo termine ha l'effetto di impoverire il villaggio nel suo complesso.

La stragrande maggioranza degli accessi ha interessato utenti di sesso femminile (10 accessi su 14, di cui 2 per parto), mentre la distribuzione per fasce d'età è piuttosto omogenea.

Circa la metà dei pazienti si sono rivolti all'ospedale di contea (7), seguito da ospedale di livello superiore (2), centro sanitario di township (2), istituto di igiene mentale (1), centro di salute materno-infantile (1). In merito, si vedano le tabelle 23 e 24¹:

Tab.N.23, Utilizzazione del servizio ospedaliero e reddito dell'utenza

Accessi	≤2.000 RMB (15% del campione)	2.000-3.000 RMB (23% del campione)	3.000-5.000 RMB (15% del campione)	5.000-7.000 RMB (10% del campione)	7.000-9.000 RMB (2,5% del campione)	9.000-11.000 RMB (25,5% del campione)
Centro sanitario di township	-	-	-	-	-	2
Ospedale di contea	1	3	1	-	-	1
Ospedale di livello superiore	-	-	-	1	-	1
C. materno-infantile	-	1	-	-	-	-
Istituto salute mentale	-	1	-	-	-	-
Totali	1	6	1	1	0	4

Tab.N.24. Erogazione del servizio ospedaliero e ragione per la scelta del provider da parte dell'utenza

Provider	Servizi erogati (N.)	Ragione scelta
Centro sanitario di township	2	vicino, buona qualità
Ospedale di contea	7	possibilità di ottenere rimborso, buona qualità
Ospedale di livello superiore	2	-
C. materno-infantile	1	Prezzo basso
Istituto salute mentale	1	-
Totali	13	

¹ Vedi nota ¹ a pagina 62.

5.5 Riduzione del carico economico dovuto a malattia

Osservando i dati raccolti durante le interviste delle singole famiglie, è possibile notare come lo SMCR non sia uno strumento particolarmente efficace nel ridurre la spesa *out-of-pocket*, né il rischio di spesa catastrofica:

I. Spese ambulatoriali

Età	Sesso	Provider ¹	Spesa totale	Rimb.	Tempo rimb.
(1) 55	f	Cv	6	6	immediato
(2) 62	m	Cst	7,2	0	-
(3) 74	m	Cst	60	0	-
(4) 47	f	Cv	24	0	-
(5) 40	m	Cst	3,5	0	-
(6) 1	m	Oc	8	0	-
(7) 50	m	Cv	8	8	immediato
(8) 77	m	Cv	2	2	immediato
(9) 60	f	Cv	38	8	immediato
(10) 54	f	Cv	300	0 [not r.]	-
(11) 42	f	Cpriv	30	0 [not r.]	-
(12) 52	m	Fpriv	200	0 [not r.]	-
(13) 62	m	Cv	16	3	immediato
(14) 60	m	Cpriv	3	0 [not r.]	-
(15) 55	f	Cv	19	0 [not r.]	-
(16) 51	f	Cpriv	30	0 [not r.]	-
(17) 38	f	Cst	60	0 [not r.]	-
(18) 51	f	Cv	7,8	0 [not r.]	-
(19) 42	f	Cv	2,5	NR	NR
(20) 66	f	Cv	4	0	-
(21) 39	f	Cst	?	-	-
(22) 50	f	Cv	? [8]	8	immediato
(23) 1	f	Cv	? [2]	2	immediato
(24) 22	m	Cpriv	100	0 [not r.]	-
(25) 35	m	Cv	4	0 [not r.]	-

II. Spese ospedaliere (ricovero)

Età	Sesso	Condizione	Provider	Durata	Caparra	Spesa totale ²	Rimb.	Tempo Rimb.	Rimb.AFM
(1) 17	f	acuta	Cst	7	400	850 + 0	500	immediato	no
(2) 74	f	cronica	Osup	5	500	1850 + 500	850	1 giorno	no
(3) 39	f	acuta	Oc	5	1600	1600 + 200	620	immediato	no
(4) 38	f	cronica	Osup	15	0	5100+450	1050	dopo dimissione	no
(5) 55	f	acuta	Oc	3	500	1050 + 350	350	1 giorno	no
(6) 38	f	acuta	Oc	6	1000	1500+200	500	dopo dimissione	no
(7) 61	f	NR	Oc	11	500	3000+500/600	800	7 giorni	no
(8) 56	f	acuta	Cst	8	0	500+170	280	7 giorni	no
(9) 56	f	acuta	Oc	15	0	2000+500	NR	immediato	no
(10) NR	NR	parto	Smi	7	NR	2000	1000	1 mese	no

¹ Cv: clinica di villaggio; Cst: centro sanitario di township; Oc: ospedale di contea; Osup: ospedale di prefettura o municipalità; Smt: stazione salute materno-infantile; Isim: istituto igiene mentale (non convenzionato); Cpriv: clinica privata (non convenzionata); Fpriv: farmacia privata (non convenzionata).

² Nella colonna "Spesa totale" viene indicata la spesa sostenuta per il trattamento + le spese di trasporto, vitto e alloggio dei famigliari e del malato.

(11) NR	NR	parto	Oc	8	NR	2700	600	1 mese	no
(12) 61	f	NR	Oc	11	1000	3000+500/600	1500	1 mese	no
(13) NR	NR	cronica	Isim	NR	NR	3000	0	-	no

Nel caso delle spese ambulatoriali, la scarsa protezione offerta dallo schema non stupisce. Lo SMCR di Quzhou, come già abbiamo avuto modo di spiegare, prevede per il servizio ambulatoriale uno schema di pre-pagamento del valore di 8 RMB pro-capite annui, naturalmente insufficienti a coprire una parte rilevante della spesa¹.

Per quanto riguarda le spese sostenute per il trattamento ospedaliero, il valore *reale* dei rimborsi si aggira sul 28,5% della spesa totale. Un valore che scende al 26,5% se si considerano le spese sostenute dalle famiglie per trasporto, vitto ed alloggio in caso di ospedalizzazione di un congiunto. Si tratta di valori assai inferiori rispetto a quanto stabilito dalla regolamentazione vigente, che indica per il ricovero rimborsi compresi fra il 50% ed il 65% della spesa totale. Pur in assenza di riscontri concreti, è presumibile che il fattore causa di tale stato di cose sia la somministrazione di trattamenti e medicinali non inseriti nelle liste di articoli rimborsabili. Evidentemente,

Riquadro 7. Il caso del signor Yuan Shutan²

Quanto segue è l'estratto di un'intervista condotta con il sig. Yuan Shutan, insegnante in pensione, reddito annuale di 5000 RMB, residente nel villaggio Dongfeng:

“Mia figlia si è ammalata nel 2003. L'abbiamo portata all'ospedale di contea, dove ci hanno detto che si trattava di leucemia. All'ospedale di Quzhou abbiamo speso circa 30 mila RMB, ma poi, visto che non riuscivano a curarla bene, l'abbiamo portata su a Tianjin. Altri 30 mila RMB abbiamo speso a Tianjin, ma poi non ce l'abbiamo più fatta. Avevamo dato fondo ai nostri risparmi, chiesto aiuto ad amici e parenti...ma alla fine davvero non potevamo più farcela. E' morta qui a casa, nel 2005. Aveva vent'anni. Lo schema ci ha rimborsato 7 mila RMB”

l'attuale normativa, che obbliga i provider a fornire articoli rimborsabili per un valore pari o superiore al 90% della spesa, non viene rispettata.

Il livello di protezione offerto dallo schema potrebbe essere ulteriormente limitato dal costume, diffuso tra i medici, di prescrivere una quantità di trattamenti eccessiva agli utenti convenzionati. Tale costume pare essere confermato dai dati riportati dall'ospedale di contea di Quzhou (vedi Tab.19 pag.56), secondo i quali nel 2007 la spesa media per un caso di ricovero di un utente convenzionato era il 20% più alta rispetto alla spesa media calcolata sulla *totalità* dei ricoveri. In assenza di dati relativi agli utenti non convenzionati, la differenza fra media utenti convenzionati / media totale è sufficiente a suggerire un

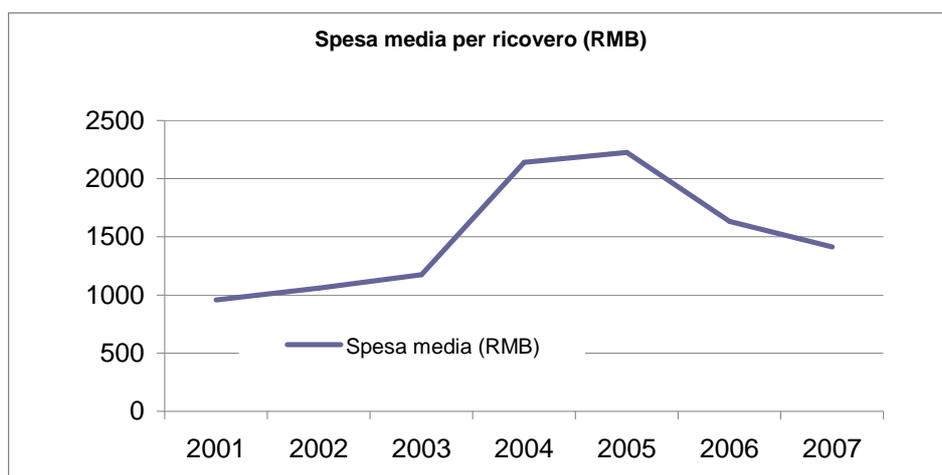
¹ Dal 1 maggio di quest'anno è stato introdotto a Quzhou un rimborso del 25% per i servizi ambulatoriali. Si tratta di un passo nella giusta direzione, anche se è evidente che non andrà ad incidere profondamente sul volume di spesa sostenuto direttamente dall'utenza.

² Quello del sig. Yuan Shutan non è un caso isolato. Molto spesso i congiunti del malato sono costretti a riportarlo a casa non per l'inefficacia delle cure quanto piuttosto per l'incapacità di sostenerne la spesa.

consistente divario fra spesa sostenuta da utenti convenzionati e non. In altre parole, la dinamica generale relativa alla spesa per ricovero pare essere modellata non sulle effettive necessità del paziente, quanto sulla sua abilità a pagare: nel caso degli utenti convenzionati, l'assicurazione sanitaria *aumenta* l'abilità a pagare, dunque *aumenta* pure il conto dell'ospedale. Una maggiore spesa che, come più volte fatto notare nel corso della nostra trattazione, non sempre è coerente con la condizione clinica del paziente e le relative necessità terapeutiche¹.

Per approfondire l'analisi relativa al livello di protezione finanziaria offerto dallo SMCR, è fondamentale prendere in considerazione l'andamento della spesa medica pro-capite nel periodo precedente e successivo all'introduzione dello schema. Ci serviremo a tal fine dei dati forniti dall'ospedale di contea, relativi alla spesa media per caso di ricovero fra il 2001 ed il 2007.

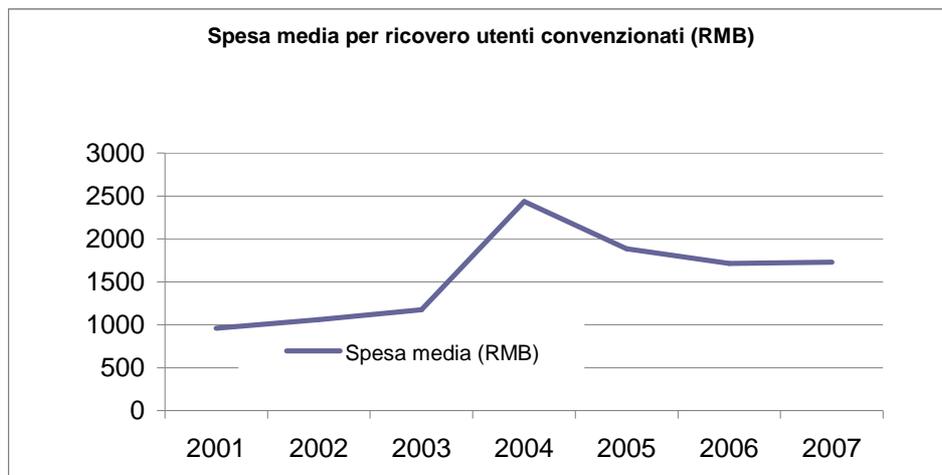
Figura N.9. Spesa media per ricovero, ospedale di contea di Quzhou (RMB).



Come è possibile osservare dalla figura qui riportata, in termini assoluti la spesa media per caso di ricovero è cresciuta in seguito all'introduzione dello schema cooperativo, passando da 1175 RMB nel 2003 a 1412 RMB nel 2007, con un'evidente impennata nel primo anno di implementazione. Il risultato non cambia nel caso in cui si consideri esclusivamente la spesa sostenuta dagli utenti convenzionati, che nel 2007 si è peraltro attestata su un livello superiore rispetto a quello calcolato sull'intera utenza (1730 RMB).

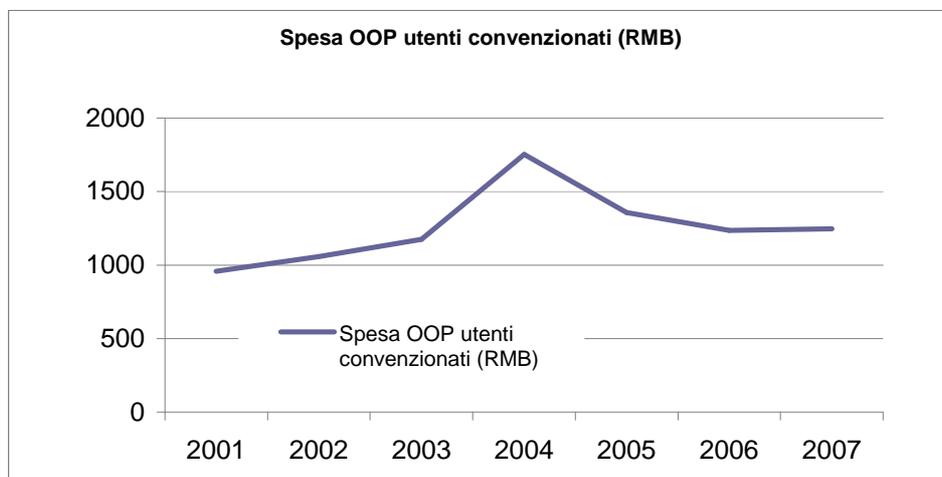
¹ Nel corso dell'indagine svolta a Quzhou, trentanove cartelle cliniche per appendicite acuta sono state raccolte dai ricercatori cinesi. Nell'analisi preliminare dei medicinali prescritti ai rispettivi pazienti, affidata al Dr. Snellingen Torkel, consulente dell'Ospedale I dell'Università Qinghua, ha rilevato la prescrizione di un antibiotico di terza generazione (Fleroxacin) la cui effettiva necessità è oggetto di molti dubbi. Da notare come, nei casi presi in considerazione, il costo di tale antibiotico fosse di 200-400 RMB, pari al 10-30% del costo totale sostenuto dal paziente.

Figura N.10. Spesa media per ricovero, utenti convenzionati, ospedale di contea di Quzhou (RMB).



Ancora più preoccupante è notare come, anche detraendo la quota di spesa rimborsata dallo schema cooperativo, il costo del servizio sanitario sostenuto di tasca propria dal singolo utente sia aumentato fra 2003 e 2007 (1175 RMB nel 2003, 1246 nel 2007)

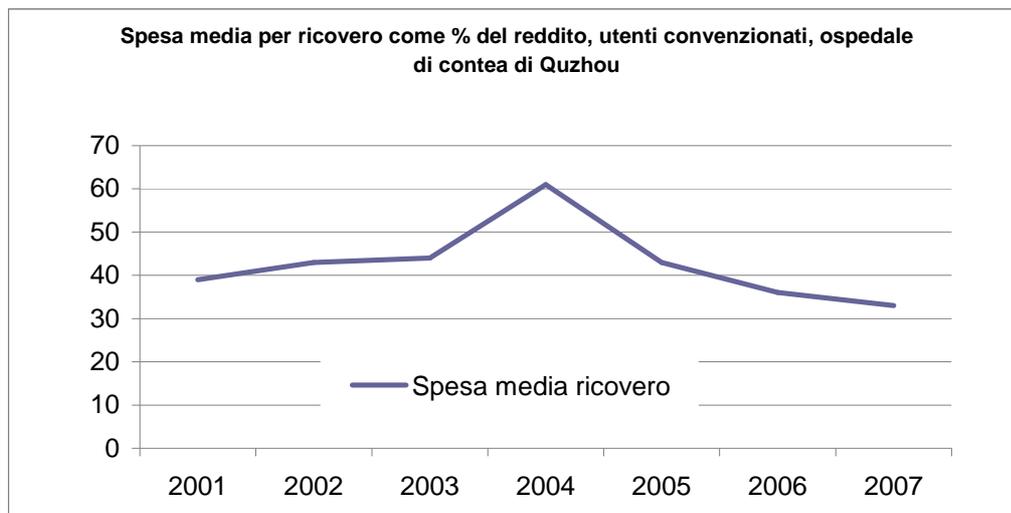
Figura N.11. Spesa OOP per ricovero, utenti convenzionati, ospedale di contea di Quzhou¹



Considerando l'incidenza di un caso di ricovero sul reddito medio dell'utenza convenzionata, è possibile quantificare nel 25% la riduzione del carico economico dovuto a malattia fra 2003 e 2007 (dal 43,8% del reddito al 32,8%).

¹ I valori sono calcolati in base al tasso di rimborso rilevato nel corso del *field study*, pari al 28,5%. Naturalmente, si tratta di risultati da prendere con le pinze, data la limitata dimensione del sample e la variazione dei tassi di rimborso nel corso degli anni (più bassi sino al 2005). Tuttavia, l'andamento *reale* non dovrebbe discostarsi di molto.

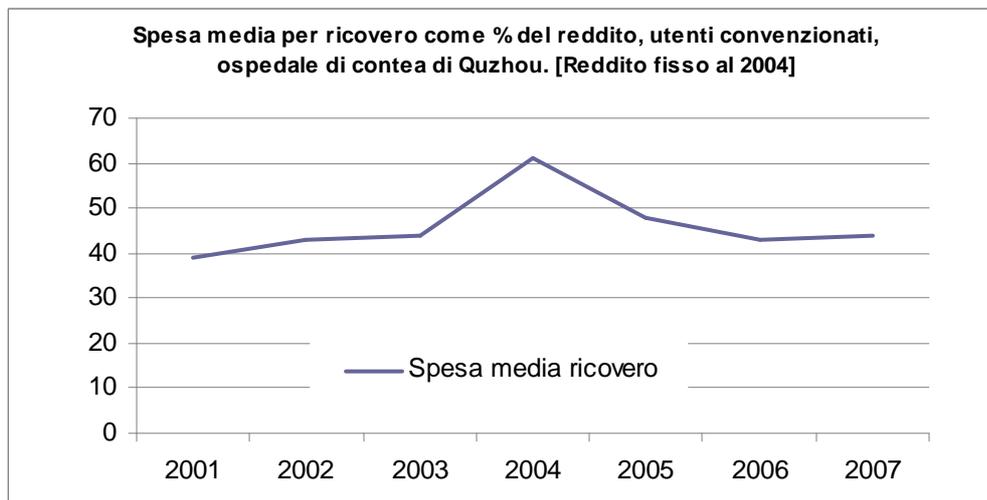
Figura N.12. Spesa media per ricovero come percentuale di reddito, utenti convenzionati, ospedale di contea di Quzhou¹.



Tuttavia, tale riduzione è stata raggiunta in larga misura grazie all'incremento del reddito contadino, passato dai 2850 RMB del 2004 ai 3800 del 2007.

Escludendo l'incremento di reddito registrato negli ultimi anni (evidente soprattutto dopo il 2004), è possibile valutare l'impatto del solo schema cooperativo.

Figura N.13. Spesa media per ricovero come percentuale di reddito, utenti convenzionati, ospedale di contea di Quzhou (Reddito fisso al 2004).



¹ Il reddito cui facciamo qui riferimento è il reddito contadino medio rilevato nella provincia dello Hebei. Dai dati frammentari disponibili per la contea di Quzhou, è possibile supporre che le condizioni locali siano simili a quelle della provincia, considerata nel suo complesso:

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Hebei	2479	2478	2685	2850	3171	3481	3800
Quzhou	2652	-	-	2809	-	-	-

I dati qui esposti sono consultabili sul sito internet www.cnki.net.

Quanto alle tempistiche del rimborso, ancora una volta la realtà dei fatti sembra non coincidere con le norme locali. Nonostante infatti sia previsto per le strutture di township e contea il rimborso immediato all'atto della dimissione, in quattro casi (7, 8, 11 e 12) è stato riportato un tempo di attesa compreso fra 7 giorni ed 1 mese. Un'attesa piuttosto lunga, considerando il fatto che spesso le famiglie danno fondo ai propri risparmi per pagare il conto dell'ospedale (nei casi 7,11 e 12 *pari* al reddito medio *annuale* della zona), chiedendo aiuto ad amici e familiari.

Una menzione particolare merita infine uno dei maggiori ostacoli all'accesso presenti nel sistema sanitario cinese, ovvero il pagamento di una caparra al momento del ricovero. Come è possibile vedere dai dati sopra riportati, nel 50% dei casi l'ospedale ha richiesto al paziente di pagare un deposito, compreso fra 400 e 1600 RMB. La caparra è stata richiesta anche in casi di condizione acuta, con conseguente trattamento d'urgenza (casi 1, 3, 5 e 6). Per indagare ulteriormente sul fenomeno, in evidente contrasto con la regolamentazione denominata *canale verde* (绿线)¹, chi scrive ha provveduto a visionare ventidue cartelle cliniche per casi di appendicite, relative agli anni 2003-2006. I risultati dell'analisi sono riportati qui di seguito in tabella:

Tab. N.25. Deposito in contanti al momento dell'ospedalizzazione, casi di appendicite 2003-2006:

Data ricovero	Condizione	Caparra (RMB)	Data ricovero	Condizione	Caparra (RMB)
17 giu 2003	acuta	-	23 mar 2005	acuta	500
21 giu 2003	acuta	1000	5 ott 2005	comune	-
13 ago 2003	comune	500	13 nov 2005	acuta	500
19 ago 2003	comune	-	2 gen 2006	acuta	-
27 apr 2004	acuta	300	10 gen 2006	comune	500
28 apr 2004	acuta	-	9 feb 2006	acuta	-
8 mag 2004	acuta	-	21 feb 2006	acuta	500
9 giu 2004	acuta	1000	8 apr 2006	acuta	-
7 lug 2004	acuta	1000	24 apr 2006	acuta	500
27 feb 2005	acuta	-	14 giu 2006	acuta	500
22 mar 2005	acuta	500	16 giu 2006	acuta	1000

Le conclusioni che è possibile trarre da questa rapida analisi sono essenzialmente due:

- è uso comune richiedere il pagamento della caparra anche per condizioni acute, che richiedono trattamento d'urgenza;

¹ Regolamentazione il cui contenuto viene sinteticamente tradotto con "prima curare, poi pagare". In casi di condizioni di emergenza, il provider dovrebbe astenersi dal richiedere al paziente o ai suoi famigliari il pagamento del deposito. Interpellati in merito alla questione, responsabili dell'ospedale di contea hanno risposto: "Il problema è che molti scappano dall'ospedale senza pagare...e noi siamo costretti a chiedere il deposito".

- a parità di condizione clinica (condizione acuta, assenza di ulteriori patologie associate alla diagnosi principale), vengono richieste caparre di valore differente.

In altre parole, è ragionevole ritenere che, di fronte alla situazione concreta, il personale dell'ospedale richieda una somma di denaro commisurata alla liquidità disponibile alla famiglia del malato al momento del ricovero.

Capitolo 6. Considerazioni conclusive

L'analisi dei dati raccolti a Quzhou permette di indicare due tendenze fondamentali relative all'accessibilità dei servizi sanitari:

- il numero di accessi alle strutture sanitarie è cresciuto in maniera sostanziale dopo l'introduzione dello schema cooperativo;
- a causa dell'aumento dei prezzi registrato nel periodo 2003-2007, il grado di protezione finanziaria offerto dallo schema cooperativo è assai limitato.

Naturalmente, è necessario essere cauti nel trasporre i risultati dello studio realizzato nello Hebei sul piano nazionale. Tuttavia, il fatto che i risultati principali dell'attività svolta sul campo a Quzhou siano in linea con la letteratura, cinese ed internazionale, già pubblicata sull'argomento, permette di fare alcune considerazioni di carattere generale sulle prospettive di sviluppo dello schema cooperativo.

Innanzitutto, è possibile affermare che i risultati raggiunti dallo schema si pongono in contrasto con le esperienze di assicurazione sanitaria su base comunitaria realizzate in altri paesi in via di sviluppo. In genere, il maggiore utilizzo del servizio medico è infatti reso possibile da una drastica riduzione della spesa sostenuta dai singoli utenti¹. Nel contesto cinese, l'adozione dello schema cooperativo pare al contrario essere accompagnata da un sistema di incentivi perverso: da un lato l'utenza, fiduciosa nel fatto di ottenere un rimborso parziale della spesa medica, si rivolge con più frequenza alle strutture sanitarie; dall'altro i provider, che vedono nello schema uno strumento in grado di accrescere l'abilità a pagare da parte dei pazienti, erogano una maggiore quantità di servizio (spesso non necessario) per singolo caso, sfruttando a proprio favore l'asimmetria di informazioni acquirente-fornitore, tipica del settore sanitario². Tale stato di cose spinge il ricercatore a puntare l'indice sul grande, irrisolto problema del sistema sanitario cinese, vale a dire il modello di finanziamento dei *provider* pubblici. In presenza di una sostanziale autonomia finanziaria delle strutture pubbliche, che in larga parte devono provvedere al proprio mantenimento ed al pagamento dei salari attraverso le entrate derivanti dal servizio erogato (si vedano in

¹ In merito, si veda in particolare Johannes P. Jütting, op.cit., pagg. 71-125.

² Nella letteratura in lingua inglese dedicata all'argomento, ci si riferisce a tale fenomeno con l'espressione *moral hazard*.

merito i dati riportati in Tab. 19 e 20, pagg. 56, 57), è presumibile ritenere che l'impatto dello schema cooperativo nel ridurre il carico economico dovuto a spese mediche rimarrà nel prossimo futuro limitato. Solo attraverso un più robusto finanziamento pubblico sarebbe possibile sostituire ad una logica basata sull'incentivo economico (e dunque sulla quantità) una visione imperniata sulla qualità del servizio erogato. In un sistema dove maggiore attenzione venisse riservata ai risultati raggiunti, sarebbero parametri clinici a servire da riferimento per il servizio erogato, non il livello tecnico dell'equipaggiamento del *provider*, né il differente costo di mantenimento della struttura sanitaria, né il diverso grado di sviluppo economico del contesto geografico di riferimento. In altri termini, un'appendice verrebbe curata con metodi semplici, ma efficaci, e dunque con un costo accessibile all'utenza, in un piccolo ospedale di campagna dello Hebei come in una grande struttura del centro di Pechino. Scardinando il principio dell'interesse economico, che vede nella popolazione affetta da malattia un *asset* da conservare, in quanto potenziale acquirente del servizio, sarebbe altresì possibile tornare ad investire in misura massiccia nella sanità preventiva, che storicamente ha avuto nella Cina pre-riforme un modello di riferimento per i paesi in via di sviluppo.

Certo, un cambiamento di tale portata necessita di volontà politica forte, risorse finanziarie ingenti, competenze tecniche di alto livello. Tuttavia, si tratta di una strada obbligata per tradurre in azione concreta lo slogan ispiratore della riforma del settore sanitario in atto nella Repubblica Popolare Cinese, impresso a grandi caratteri rossi all'ingresso degli ospedali cinesi: “以人为本”, “*Alla base, l'uomo*”.

APPENDICE I. Lo schema medico cooperativo di epoca maoista: caratteristiche tecniche

Sanità, sanità, beneficia l'alto ufficiale.

Contadini, contadini, che vivano o muoiano nessuno se ne vuole curare¹

1. Gestione del fondo cooperativo

Sulla base delle indicazioni fornite dalla conferenza di Jishan del 1959 (cfr. Cap.1, par. 1.4), che sottolineavano la necessità di adattare i principi e la struttura della medicina cooperativa alle caratteristiche socio-economiche locali, lo sviluppo dello SMC nelle varie province cinesi fu caratterizzato da una grande eterogeneità. Per quanto riguarda gli schemi di finanziamento, è possibile individuare tre differenti modelli:

1. cassa sanitaria costituita e gestita dalla comune;
2. cassa sanitaria costituita e gestita dalla brigata di produzione;
3. cassa sanitaria costituita e gestita da due o più brigate di produzione.

Come sommariamente esposto nel primo capitolo, negli anni del Grande Balzo le comuni si caratterizzarono per un elevato grado di centralizzazione delle funzioni amministrative e gestionali. Tale tendenza incise sull'implementazione dello schema sanitario, gestito in questa prima fase secondo il primo dei modelli descritti. La devoluzione alle brigate di maggiori responsabilità durante il riaggiustamento economico comportò altresì un mutamento nel paradigma organizzativo della medicina cooperativa. All'inizio degli anni '70, circa il 70% delle brigate dotate di SMC gestiva in maniera indipendente il proprio fondo sanitario.

La tendenza affermata nella fase più importante di sviluppo dello SMC a limitare la dimensione delle unità di finanziamento, se da un lato ebbe l'effetto di semplificare la gestione, dall'altro portò alla riduzione della base finanziaria dello schema, esponendo i

¹ "Health Care, health care, it benefits high officials, peasants peasants, their life or death are nobody's business", tratto da Li Zhisui, *The Private Life of Chairman Mao*, Random House, New York 1994. L'autore del libro, medico personale di Mao dagli anni '50 alla morte, riporta a pag.420 i due versi in questione, presentandoli come pronunciati da Mao Zedong durante l'elaborazione della direttiva 6-2-6. Non risulta che le parole attribuite da Li Zhisui al Grande Timoniere siano mai state messe per iscritto da Mao. Si tratta dunque di una citazione da prendere con le pinze.

fondi cooperativi di brigata al rischio di insolvenza nel caso di difficoltà economica (causata da un calo di reddito della brigata stessa) o evento catastrofico, diminuendo in tal maniera il grado di stabilità dello schema.

2. Composizione e standard di contribuzione del fondo cooperativo

Il finanziamento dello schema era ovunque basato su fondo di welfare e premi dei singoli utenti. Differenze notevoli, dovute al diverso grado di sviluppo locale ed alle diverse risorse a disposizione, potevano peraltro sussistere per quanto riguarda gli standard di contribuzione alla cassa sanitaria. In uno studio pubblicato nel 2004, Liu Xingzhu e Yi Yunni hanno quantificato fra l'1% ed il 4% del reddito contadino medio l'ammontare totale dei singoli fondi SMC¹. Considerando che tale reddito era nel 1978 di 134 RMB², si giunge a quantificare in 1-5 RMB il budget sanitario pro-capite alla fine del periodo considerato. Tale valore è in linea con i dati generalmente riportati dalla letteratura occidentale, nonostante sia ragionevole ritenere che fossero poche le località a disporre di un budget pari al 4% del reddito medio dell'epoca (a causa delle piccole dimensioni dei fondi di welfare e della quantità di funzioni da questi finanziate). Secondo dati dell'Ufficio di Gestione delle Comuni di Pechino, nel 1965 i fondi di welfare assorbivano mediamente il 3% del reddito totale delle comuni, corrispondente al 6% circa del reddito contadino netto³. Ancora più significativo ai fini della nostra trattazione è notare come una parte importante di tale fondo di welfare (oltre il 70% nelle comuni oggetto di indagine diretta nello studio citato) fosse utilizzato per fornire sussidi alle famiglie più povere.

Il premio versato individualmente era generalmente più basso rispetto alla quota di contribuzione collettiva, e, nel caso in cui l'utente soffrisse di una malattia cronica, potevano essere apportati degli aumenti, a causa del maggiore consumo di medicinali previsto. Paola Manacorda, che nel 1978 visitò alcune province della Cina settentrionale, in merito alle contribuzioni collettive e private riporta cifre rispettivamente attorno a 1 e 0.5-1 RMB pro capite⁴. Tuttavia, in alcune località il premio individuale era più alto dell'allocazione dal welfare collettivo. E' questo il caso della comune Leyuan, situata nel distretto di Changyang (Hubei), dove nel 1968 la contribuzione individuale era pari a 1

¹ Liu Xingzhu, Yi Yunni, *The Health Sector in China: Policy and Institutional Review*, WB, 2004, pag. 7.

² www.cnki.net.

³ Shalid Javed Burki, *A study of Chinese Communes 1965*, Harvard East Asian Monographs, 1969. Questi i dati relativi all'utilizzazione del reddito complessivo delle comuni, come citati nello studio:

1. Tassa Agricola 7%

2. Fondo di Riserva 10%

3. Fondo di Welfare 3%

4. Costi di produzione 25%

5. Reddito distribuito (reddito contadino netto) 55%

⁴ Paola Manacorda, *La Sanità*, in *Vento dell'Est*, N. 51/52, 1978, pag.92.

RMB, contro 0.1 RMB di contribuzione collettiva. L'adesione allo schema da parte dei singoli contadini era volontaria¹, ed il versamento dei premi individuali avveniva dopo la stagione del raccolto. Pur trattandosi di cifre modeste, nelle aree più depresse non tutti i contadini erano propensi a pagare in denaro la propria adesione allo schema. Per porre rimedio a tale problema, in alcune comuni vennero adottati dei metodi alternativi, come il pagamento in natura, attraverso la consegna alle autorità sanitarie locali di una quantità di erbe medicinali di valore corrispondente alla quota di contribuzione individuale. Le allocazioni dal fondo collettivo di welfare erano determinate di anno in anno in base al numero di aderenti allo schema, secondo un principio di contribuzione pro-capite.

Generalmente, le casse sanitarie cooperative non erano sostenute dalle amministrazioni locali (contea) e provinciali, né dal governo centrale (cfr. pag. 8, *Rapporto circa la priorità da dare alle campagne in ambito sanitario*²). La gestione delle risorse era affidata ad appositi comitati istituiti a livello di brigata di produzione o comune, composti da quadri locali, medici scalzi, semplici contadini. Le fonti consultate sono generalmente concordi nell'attribuire un certo grado di flessibilità all'amministrazione quotidiana del fondo SMC. Così Lampton, nel riportare parte di un articolo pubblicato l'8 dicembre 1968 sul Quotidiano del Popolo: "[...] le spese mediche superiori a 100 RMB vengono coperte dai pazienti dopo una consultazione con le squadre di produzione e sulla base delle condizioni finanziarie del paziente interessato. In questi casi, la parte in eccesso [ossia non rimborsabile] potrà essere ridotta o oggetto di esenzione dopo [aver consultato in merito] i contadini più poveri"³.

3. Allocazione delle risorse

3.1 Quadro generale

Le cooperative mediche si configurarono nel corso degli anni come uno strumento in grado di finanziare in maniera complessiva la sanità rurale di base. L'allocazione dei fondi SMC comprendeva essenzialmente tre voci:

- salari dei medici scalzi di brigata e squadra di produzione;
- spese operative degli ambulatori di brigata;
- copertura delle spese sostenute dagli utenti.

¹ Il principio di adesione volontaria è stato adottato anche nell'implementazione del nuovo SMCR. A livello pratico, pare tuttavia che si tratti di una indicazione spesso disattesa dalle autorità competenti. Wang Hongman, in uno studio pubblicato nel 2006 (王红慢, op.cit., pag.89), sostiene in merito che talvolta l'adesione viene di fatto resa obbligatoria da quadri locali preoccupati della valutazione che del proprio operato verrà fatta dai superiori.

² 中共中央批准卫生部党委关于把卫生工作重点放到农村的报, 中发 [1965] 580 号.

³ Lampton, op.cit., pag.232.

I salari dei medici scalzi erano in linea con il reddito medio rurale. Solitamente ogni brigata di produzione manteneva 3 o 4 paramedici, che continuavano a svolgere accanto alla professione medica il lavoro nei campi. Quelle che abbiamo definito come “spese operative degli ambulatori di brigata” includevano il mantenimento delle strutture e l’acquisto dei materiali necessari alla fornitura del servizio medico, nonché dei medicinali per i quali non fosse previsto alcun pagamento da parte dell’utente. Per quanto riguarda la copertura delle spese sostenute dai pazienti, data la molteplicità di soluzioni adottate nelle varie comuni, è opportuno fare qui riferimento alla semplice ed attuale classificazione proposta da Hu Shanlian, docente della Fudan University, il quale distingue le cooperative mediche in base all’estensione della copertura accordata agli utenti. Tale metodo porta ad identificare due categorie di SMC ¹:

A. SMC a copertura spese ambulatoriali;

B. SMC a copertura spese ambulatoriali e spese ospedaliere.

In concreto, ciò si traduceva nella possibilità per l’utente di ricevere trattamenti gratuiti o a prezzo ridotto prevalentemente nelle strutture di brigata, che fornivano servizi esclusivamente ambulatoriali (A), oppure sia negli ambulatori di brigata che nelle cliniche di comune, che generalmente disponevano di un numero limitato di posti letto (da 10 a 20), e presso le quali era possibile sottoporsi ad operazioni chirurgiche di limitata complessità quali appendicectomia e, in taluni casi, parto cesareo (B).

3.2 Il pacchetto assicurativo SMC

Un’analisi più approfondita del pacchetto di servizi assicurato dall’adesione allo schema cooperativo, come quella proposta da Liu Xingzhu e Yi Yunni, permette altresì di distinguere cinque diverse tipologie di benefici ²:

1. visita gratuita presso l’ambulatorio di brigata;

2. medicinali gratuiti presso l’ambulatorio di brigata;

3. medicinali a prezzo ridotto presso l’ambulatorio di brigata;

4. rimborso delle spese di registrazione sostenute presso la clinica di comune per visite riferite dagli operatori di brigata (medici scalzi);

5. rimborso delle spese ospedaliere sostenute presso la clinica di comune per trattamenti prescritti dagli operatori di brigata.

Il pacchetto dei benefici garantito agli utenti era naturalmente definito in ogni comune o brigata di produzione da una differente combinazione delle tipologie sopra elencate, in base a necessità e risorse finanziarie. Tuttavia, buona parte delle fonti occidentali

¹胡善联, op.cit., pag.305.

² Liu Xingzhu, Yi Yunni, op.cit., pag.8.

consultate sono concordi nel definire i benefici 1 e 2 come reciprocamente esclusivi. In altre parole, dove era previsto che il paziente dovesse pagare una piccola somma (generalmente compresa fra 0.05 e 0.10 RMB) per ogni visita condotta presso l'ambulatorio di brigata, i medicinali prescritti erano in genere forniti gratuitamente. Al contrario, laddove tale tariffa di registrazione non fosse prevista, i medicinali erano semplicemente venduti a prezzo ridotto.

3.3 Un esempio concreto ¹

Un esempio concreto può essere d'aiuto nell'orientare la nostra trattazione. In *Politics and Health Care in China: The Barefoot Doctors*, Victor H. Li riporta i dati relativi a standard di contribuzione ed allocazione dei fondi registrati nel 1975 in una comune di medie dimensioni situata nei pressi di Hangzhou (Zhejiang), dove dal 1969 era operativo uno schema medico cooperativo. Nel caso in questione, ognuno dei 18.000 utenti convenzionati era tenuto a pagare un premio di 0,75 RMB all'anno, cui si aggiungeva un pari contributo da parte delle varie brigate di produzione. Dei 27.000 RMB così ottenuti, il 15% era utilizzato per pagare gli stipendi dei dieci medici scalzi che operavano a livello di comune², mentre il restante 85% era stanziato per l'acquisto di scorte per gli ambulatori di brigata e per coprire la metà del costo dei medicinali prescritti dai medici scalzi, con l'altra metà pagata al momento dell'acquisto dagli utenti.

Le caratteristiche salienti della cooperativa medica analizzata dall'autore, ovvero fondo sociale pari a 1.5 RMB pro-capite e sconto del 50% sui medicinali prescritti dai medici scalzi, sono consistenti con la letteratura in materia, che in maniera sintetica presenta lo SMC come un sistema finanziato attraverso un fondo sociale dell'ammontare minimo di 1 – 1.5 RMB pro-capite all'anno, in grado di garantire il mantenimento delle strutture e degli operatori locali ed assicurare agli utenti convenzionati una fornitura del servizio ambulatoriale a prezzo ridotto. Quanto all'entità di tale riduzione, recenti stime hanno permesso di quantificare la copertura reale offerta dallo SMC ai propri utenti nel 50% - 70% della spesa totale. Un valore consistente, soprattutto se confrontato con il 30% - 40% di rimborso reale garantito dal nuovo sistema medico cooperativo, che pure gode del sostegno finanziario di governi locali e dello stato centrale.

¹ I dati e le informazioni riportate in questo paragrafo sono tratte da Victor H. Li, *Politics and Health Care in China: The Barefoot Doctors*, *Stanford Law Review*, Vol. 27, No.3, 1976, pagg.827-840.

² Per "medici scalzi che operavano a livello di comune", ci si riferisce ai paramedici che lavoravano nella clinica di comune. Come peraltro riferito dall'autore, i salari dei restanti ventuno medici scalzi, che prestavano servizio presso gli ambulatori di brigata, erano corrisposti dalle singole brigate utilizzando fondi non CMS. E' chiaro che nel caso in questione il fondo cooperativo era gestito a livello di comune.

Riquadro 1. I provider della sanità rurale

Il sistema di fornitura del servizio sanitario nelle aree rurali fu articolato negli anni '30 su tre livelli: villaggio, township e contea. Dopo il 1958, a tale struttura si sovrappose il modello amministrativo delle comuni popolari, con brigata di produzione e comune a costituire il livello base del sistema di fornitura sanitaria. In maniera schematica, potremmo delineare la struttura dei *provider* rurali come segue:

- ambulatorio di brigata (生产大队卫生所): vi operavano da uno a cinque medici, che fornivano i servizi di prevenzione ed immunizzazione, oltre ad eseguire semplici trattamenti e prescrivere medicinali di uso comune;

- clinica di comune (公社卫生院): ad esso i medici scalzi riferivano i casi di media complessità. Dotato generalmente di un numero limitato di posti letto (da 10 a 20, in alcuni casi sino a 70), esso era diretto da uno o più medici che avevano seguito un regolare corso di istruzione universitaria della durata di 3 anni, i quali erano assistiti da infermiere, ostetriche e paramedici. Le dotazioni più sofisticate in queste strutture (quando presenti) erano costituite da macchinari a raggi X e strumentazione da laboratorio per analisi sangue ed urine;

- ospedale di contea (县医院): agli ospedali di contea, vertice del sistema rurale, venivano riferiti i casi più complessi. Tali strutture erano dotate di un numero considerevole di posti letto (da 100 a 300), e vi operavano, accanto al personale tecnico e alle infermiere, professionisti muniti di una laurea in medicina della durata di 3 o 5 anni. Gli ospedali di contea svolgevano una importante funzione di raccordo con le strutture di riferimento provinciali e la rete dei *provider* urbani, situati nelle grandi città. Durante il Grande Balzo alla base di tale struttura si aggiunse un altro livello, costituito dai singoli medici scalzi che operavano in seno alle proprie squadre di produzione. La direzione della clinica di comune era affidata al comitato di partito ed al comitato di gestione della comune, sotto la supervisione del dipartimento sanitario di distretto. Supervisione e gestione delle cliniche di brigata erano affidate congiuntamente all'ospedale di comune ed alle singole brigate. In merito alla costituzione delle cliniche di comune e degli ambulatori di brigata, è opportuno notare come in molti casi si trattò di una semplice conversione delle preesistenti cliniche unite in strutture per le quali comune e brigata assumevano responsabilità finanziaria. Il bacino di utenza degli ospedali di comune era generalmente compreso fra le 10 e 20 mila persone, mentre per quanto riguarda le cliniche di brigata si aggirava attorno alle 1000-2000 persone. In tutte le strutture erano utilizzati sia medicinali occidentali che tradizionali cinesi. I salari del personale delle cliniche (esclusi i medici scalzi) e degli ospedali erano pagati dalle amministrazioni di contea. Nel 1980, si contavano in Cina circa 55 mila cliniche di comune e 2 mila ospedali di contea. Il rapporto posti letto (ospedale di contea) / popolazione nelle aree rurali era di circa 1.48×1000^1 .

¹ AnElissa Lucas, op.cit., pag. 484.

Riquadro 2. Risultati sanitari

Nel periodo 1950-1980 le condizioni di salute della popolazione cinese registrarono un miglioramento sostanziale. La speranza di vita aumentò da 35 a 66 anni, mentre la mortalità infantile sotto l'anno di età diminuì in maniera consistente, dal tasso di 250x10.000 a 40x10.000¹. L'istituzione del CMS ebbe ricadute positive sulla salute delle popolazioni rurali, rendendo accessibili le cure e garantendo l'applicazione di un approccio basato sulla prevenzione². In questo senso, svolse un ruolo importante l'opera di immunizzazione, svolta gratuitamente presso le strutture di brigata. Qui di seguito vengono riportati i dati nazionali relativi al calo di morbilità e mortalità (1965-1979) per alcune tra le più diffuse malattie infettive per le quali era prevista la vaccinazione³:

Poliomielite: MORB. - 85.96% ; MORT. - 91.40%

Difterite : MORB. - 87.22%; MORT. - 90.37%

Morbillo : MORB. - 85.96%; MORT. - 91.40%

La copertura dell'immunizzazione contro poliomielite e morbillo continuò a salire anche dopo il collasso dello schema cooperativo, per crollare improvvisamente nel 1986 (68% e 63% rispettivamente, contro il 90% circa nell'anno precedente). La causa principale di tale picco negativo fu l'istituzione nel 1985 delle stazioni di prevenzione di township, che creò in un primo tempo confusione nella responsabilità relativa alla fornitura del servizio di vaccinazione. Dal 1987 i valori ricominciarono a salire, per stabilizzarsi alla fine degli anni '90 attorno all'85%⁴.

¹ Giorgio Cortassa, op.cit., appendice dati.

² Le politiche cinesi degli anni '60 e '70 permisero di raggiungere risultati sanitari formidabili con un investimento economico limitato. Nel 1978, la Conferenza di Alma Ata indicò in tali politiche un modello da seguire per i paesi in via di sviluppo. La Conferenza di Alma Ata, promossa dall'Oms (Organizzazione Mondiale della Sanità), definì altresì le caratteristiche fondamentali della *Primary Health Care* (PHC). Nel testo finale questa viene definita come "sanità basata su metodi e tecnologie pratici, scientificamente appropriati e socialmente accettabili, resi universalmente accessibili agli individui ed alle famiglie che compongono la comunità, attraverso la loro piena partecipazione ad un costo che la comunità ed il paese possono sostenere in ogni fase del proprio sviluppo, secondo uno spirito di autosufficienza e autodeterminazione.[...] [La PHC] è il primo livello di contatto di singoli individui, famiglie e comunità con il sistema sanitario nazionale, portando la sanità il più vicino possibile ai luoghi dove le persone vivono e lavorano". Il rapporto definisce anche gli ambiti specifici in cui tale concezione dovrebbe trovare realizzazione concreta: "[...] [La PHC] include come minimo l'educazione relativa ai maggiori problemi sanitari ed i metodi per prevenirli e controllarli; [...] la salute materno-infantile, inclusa la pianificazione familiare; l'immunizzazione contro le maggiori malattie infettive; la prevenzione ed il controllo delle malattie endemiche locali; l'appropriato trattamento di malattie e ferite comuni; la fornitura di medicinali essenziali."

³ Ofra Anson, Shifang Sun, op.cit., pag. 70.

⁴ WHO-UNICEF, *Review of National Immunization Coverage 1980/2005 - China*, 2006, pagg.2-8.

APPENDICE II. L'Assicurazione sanitaria nazionale di Taiwan: genesi, struttura e risultati raggiunti

Glossario*

*Per i maggiori schemi medico-assicurativi di Taiwan sono stati adottati gli acronimi comunemente impiegati nella letteratura di lingua inglese, in modo tale da favorire ulteriori ricerche da parte del lettore. Coerentemente, per gli strumenti assicurativi della Repubblica Popolare Cinese si è scelto di utilizzare la terminologia inglese. Qui di seguito ne viene riportata la dizione per esteso, nonché la traduzione in italiano.

BMI: *Basic Medical Insurance*, Assicurazione Sanitaria di Base (RPC)

FI: *Farmers' Insurance*, Assicurazione Rurale (Taiwan)

GEI: *Government Employees' Insurance*, Assicurazione Impiegati Governativi (Taiwan)

LI: *Labor Insurance*, Assicurazione dei Lavoratori (Taiwan)

NRCMS: *New Rural Cooperative Medical Scheme*, Nuovo Schema Medico Cooperativo Rurale (RPC)

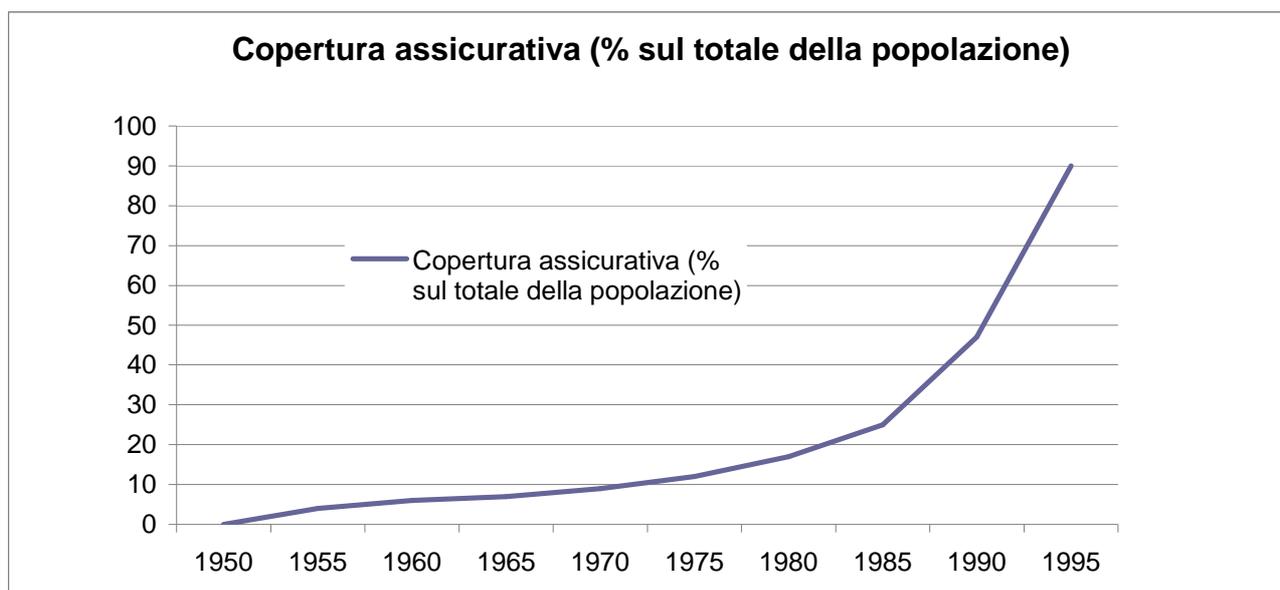
NHI: *National Health Insurance*, Assicurazione Sanitaria Nazionale (Taiwan)

Introduzione

Con l'implementazione nel marzo del 1995 dell'Assicurazione Sanitaria Nazionale (*NHI*, *National Health Insurance*) il governo taiwanese ha compiuto un importante passo in avanti nella realizzazione del principio della "buona sanità per tutti", garantendo ai propri cittadini un facile ed equo accesso alle cure mediche. La NHI nasce dal processo di integrazione di una dozzina di strumenti medico-assicurativi, creati sin dal 1950 per coprire le spese mediche di specifiche fasce della popolazione, fra i quali è opportuno menzionare LI (1950), GEI (1958) e FI (1989), atti rispettivamente a offrire copertura assicurativa a impiegati di imprese pubbliche e private, impiegati governativi, contadini e pescatori.

L'elemento centrale delle politiche assicurative in ambito sanitario adottate a Taiwan nel secondo dopoguerra è la gradualità dell'estensione della copertura a fasce sempre più ampie di popolazione. La tabella riportata qui di seguito offre in tal senso una chiara idea del processo di evoluzione del settore da 1950 al 1995, anno dell'introduzione della NHI:

Figura N.1, copertura medico-assicurativa 1950-1995¹:



Tra i fattori che hanno influenzato le diverse stagioni di sviluppo dell'assicurazione medica di Taiwan, alcuni hanno rivestito un ruolo preponderante. Essi sono:

- risorse destinate a spesa militare;
- ruolo dell'istruzione nelle strategie di sviluppo economico;
- distribuzione del reddito;
- struttura familiare;
- democratizzazione.

Come è possibile notare dalla Figura N.1, l'estensione della copertura assicurativa è stata caratterizzata da una certa lentezza negli anni compresi fra 1950 e 1985. In tal senso hanno pesato la consistente quota di spesa pubblica destinata sino agli anni '70 alla costruzione e rafforzamento dell'apparato militare di Taiwan (negli anni '50 e '60 attorno al 40%, il 30% circa nel decennio successivo), nonché il forte investimento nell'istruzione, vista come chiave di volta dello sviluppo economico dell'isola, in particolare dalla seconda metà degli anni '60 (circa il 17% della spesa pubblica nel 1969, contro il 13% del 1960 e l'8% del '50). Spese militari e per l'educazione coprono per tutto il periodo compreso fra il 1950 e la metà degli anni '70 oltre il 50% dell'intera spesa statale, lasciando poche risorse disponibili per i settori previdenziale (pensioni, indennità di disoccupazione, ecc.) e sanitario² ¹. Le spese legate alle cure mediche ed al mantenimento dei più anziani

¹ Jui-Fen Rachel Lu, William C. Hsiao, Does Universal Health Insurance Make Health Care Unaffordable? Lessons From Taiwan, Health Affairs Vol. 22, No.3, Project Hope 2003, pag.79.

² Peter C.Y. Chow, Social Expenditure in Taiwan (China), World Bank Institute Working Paper 22716, Jan. 2000, pag. 5.

venivano sostanzialmente delegate alle singole famiglie, le quali, mantenendo una struttura tradizionale, ben si prestavano a svolgere una funzione di protezione sociale. Inoltre, l'equa distribuzione dei redditi fra le diverse fasce sociali (coefficiente Gini mai superiore al valore 0.3 nel periodo considerato) rendeva meno pressante la necessità di impostare politiche forti di sostegno economico, fosse esso di natura pensionistica o medico assicurativa². La situazione cambiò in maniera sensibile nei primi anni '80, quando la ristrutturazione economica, comportando maggiore apertura e liberalizzazione di ampi settori dell'economia nazionale, mise in crisi il modello di sviluppo rapido ma equo della società dell'isola. In questa fase, pur sempre caratterizzata da buone performance economiche, vennero a crearsi delle evidenti situazioni di squilibrio in termini di benessere. In particolare, il gap in termini di reddito disponibile fra le fasce più ricche e quelle più povere andò aumentando nella seconda metà degli anni '80, con divari ancora maggiori in termini di tasso di risparmio³. A tale stato di cose andò a sommarsi la crisi della famiglia tradizionale, precedentemente percepita (e di fatto utilizzata) come rete di salvataggio in caso di malattia o infermità.

In un simile contesto, andarono sviluppandosi in seno alla società taiwanese maggiori richieste di tutela di ordine sociale ed economico. Se in un quadro dominato da un regime autoritario tali pressioni avrebbero potuto essere contenute, dopo l'abrogazione della legge marziale nel 1987 e l'introduzione di libere elezioni la richiesta da parte delle popolazioni di un maggiore impegno dello stato in ambito sanitario divenne un elemento centrale nel dibattito politico. Se da un lato è vero che sin dal 1986, un anno prima dunque del passaggio alla democrazia, il Gmd aveva resa nota l'intenzione di approntare entro l'anno 2000 un sistema assicurativo nazionale, è significativo d'altro canto notare come la grande attenzione dedicata alla questione dai leader del Partito democratico progressista abbia portato il Partito nazionalista ad agire in maniera più rapida di quanto inizialmente

¹ Sino al 1997, la costituzione di Taiwan stabiliva un minimo di spesa per educazione, scienza e cultura, definendo le quote di spesa pubblica da stanziare per il settore (15% del budget governativo centrale, 25% di quello provinciale, 35% di quello cittadino o distrettuale). Con l'emendamento costituzionale del '97 tale principio è stato sostituito con quello del "finanziamento prioritario", che non stabilisce concreti standard di spesa. Il settore sanitario non godeva nel periodo in questione di un'analoga tutela.

² Grande merito nel raggiungimento di un'equa distribuzione dei redditi ebbe la riforma agraria varata negli anni '50 dal governo nazionalista. I maggiori provvedimenti volti a modificare l'assetto economico delle campagne furono riduzione della rendita fondiaria al 37,5%, vendita ai coltivatori delle terre precedentemente possedute dai giapponesi, limiti posti alla proprietà fondiaria e redistribuzione delle terre eccedenti ai contadini poveri. La riforma agraria venne attuata con il sostegno della Commissione sino-americana per la ricostruzione rurale, che ebbe peraltro un ruolo importante nel processo di riorganizzazione della rete di provider della sanità rurale.

Nel corso degli anni '70 ed '80, la composizione del reddito dei residenti rurali mutò in maniera consistente. Se nel 1964 soltanto il 35% di esso derivava da attività non agricole, sul finire degli anni '80 tale valore si avvicinava all'80%.

³ cfr. Peter C.Y. Chow, op.cit., pag. 26.

previsto, approvando la legge sulla NHI nel luglio del 1994 ed implementando il sistema l'anno seguente.

Riquadro 1. Democrazia e NHI

Tra i fattori in grado di influenzare le dinamiche di sviluppo della NHI numerosi autori includono il processo di dialettica democratica instauratosi a Taiwan dopo l'abrogazione della legge marziale nella seconda metà degli anni '80. L'introduzione del sistema assicurativo nazionale, pur basata sullo stato di elevato progresso socioeconomico dell'isola, avrebbe secondo alcuni ricevuto un'accelerazione dopo che il Partito democratico progressista cominciò, nei primi anni '90, a fare della sanità per tutti una delle sue bandiere. La pressione del Pdp avrebbe in altre parole costretto il Gmd a correre ai ripari, varando in tempi rapidi la riforma del sistema assicurativo sanitario al fine di conquistare maggiori consensi e mantenere in tal modo il potere. Peter C.Y. Chow scrive in merito: "*[...] non appena la democrazia prese quota dopo l'abrogazione della legge marziale nel 1987, [l'implementazione di] molti programmi di welfare subì un'accelerazione a causa della competizione fra partiti, che volevano così conquistare il consenso di quanti chiamati alle urne*"¹.

Altro momento critico spesso evidenziato è quello precedente alle elezioni del 2002. Nonostante già nel 2001 fosse evidente, dopo anni di surplus di bilancio, il rischio di deficit del programma, il partito al potere non considerò politicamente saggio innalzare il tasso di contribuzione individuale, aggravando così ancor di più la situazione finanziaria della NHI. Solo dopo le elezioni il tasso venne elevato dal 4,25% al 4,55%, misura che permise di scongiurare il pericolo di insolvenza del programma assicurativo².

1. Introduzione storica

1.1 Dominazione giapponese (1895-1945)

La fase coloniale si caratterizzò per un deciso impulso allo sviluppo della sanità pubblica, declinato secondo un modello di matrice tedesca, avente nell'integrazione delle funzioni di polizia e controllo sanitario un elemento centrale. Gli sforzi del governo giapponese si concentrarono in particolare nella lotta alle malattie infettive, la cui eradicazione era percepita come fattore in grado di assicurare il pieno sfruttamento delle risorse umane, naturali ed economiche dell'isola. La malaria in particolare trovava nel clima sub-tropicale condizioni ideali per la sua diffusione, mentre alti tassi di incidenza registravano pure tubercolosi (TB) e lebbra. La dominazione nipponica permise anche la diffusione della

¹ Peter C.Y. Chow, op.cit., pag.13.

² Tali dinamiche appaiono certo singolari per chi sia abituato ad indagare le problematiche del settore sanitario al di là dello stretto di Taiwan. Tuttavia, elementi di apertura iniziano a fare capolino anche nel rigido sistema della Cina continentale. In particolare, durante il processo di formulazione delle leggi e dei regolamenti relativi al sistema sanitario, il coinvolgimento dei cittadini cinesi e delle istituzioni internazionali presenti nel paese viene stimolato in misura sempre maggiore. Ne è un esempio il forum aperto tra il dicembre 2006 ed il maggio 2007 sul sito della Commissione di Sviluppo e Riforma, atto a raccogliere lagnanze, pareri e consigli sulla *Yigai*, la riforma complessiva del sistema sanitario cinese.

scienza medica occidentale, precedentemente relegata a pochi ospedali missionari, comportando la progressiva marginalizzazione della tradizione medica locale¹.

La lotta alle malattie infettive, che costituì come detto il fulcro delle politiche sanitarie giapponesi, venne condotta su più fronti:

- a) Ricerca: furono numerosi gli istituti creati con il fine di cercare le migliori soluzioni alle problematiche legate alla diffusione delle malattie infettive. Da ricordare nel 1899 la creazione della Commissione d'Indagine sulle Malattie Infettive, e nel 1929 l'istituzione del Dipartimento Sanitario dell'Istituto di Ricerca Governativo Generale. Numerose anche le strutture sanitarie le cui funzioni erano specificatamente legate a singole patologie, quali gli ospedali di quarantena Le Sheng (lebbra) e Sung Shan (tubercolosi).
- b) Controllo: il sistema di controllo sanitario dell'isola si appoggiava alla polizia locale, cui erano delegate le funzioni di sorveglianza sull'applicazione delle norme igieniche e di quarantena. In altri termini, alla polizia era attribuita la funzione di controllo sanitario, con particolare riferimento alle malattie infettive. Nel 1899 la maggior parte delle stazioni di polizia aveva al suo interno dipartimenti sanitari, in applicazione di un modello già adottato in Giappone. La sovrapposizione delle funzioni di tutela dell'ordine pubblico e di pubblica sanità fu reso possibile dall'integrazione fra polizia coloniale e sistema di sicurezza – responsabilità locale noto come *ho-ko*. Simile al *baojia* cinese, lo *ho-ko* era basato su gruppi di dieci famiglie (un *ko*), a loro volta organizzate in gruppi di dieci. I capi di *ho* e *ko*, la cui nomina elettiva da parte delle famiglie doveva essere sanzionata da parte dei funzionari di polizia locale, svolgevano quotidianamente le funzioni di controllo di cui in ultima istanza erano gli apparati di polizia ad essere responsabili. In ambito sanitario, i "funzionari" di *ho-ko* si occupavano dell'eliminazione di insetti nocivi, della lotta alle epidemie, di prevenire la diffusione di malattie infettive.
- c) Infrastrutture: costruzione rete fognaria e sistemi smaltimento rifiuti, cominciata durante il governatorato di Goto Shinpei (1898-1906).

¹ Nonostante l'inclusione delle élite locali nel processo di implementazione delle politiche sanitarie, resa possibile in larga misura dal sistema dello *ho-ko*, l'introduzione dei concetti propri della medicina occidentale nella realtà taiwanese fu in un primo momento piuttosto difficile. Particolare resistenza veniva opposta a iniezioni e chirurgia, percepite come eccessivamente invasive. Anche la rigidità delle norme di comportamento imposte alla popolazione femminile ebbero nel difficile rapporto con le nuove tecniche mediche un ruolo importante. In merito, Chin Hsien-Yu riporta la vicenda di una donna che si suicidò dopo esser stata sottoposta a vaccinazione, a causa della vergogna provata nell'espone l'avambraccio nudo dinanzi ad un medico dell'altro sesso (Chin Hsien-Yu, *Colonial Medical Police And Postcolonial Medical Surveillance Systems in Taiwan, 1895-1950s*, 1998, pag.330).

Le politiche giapponesi permisero nel periodo tardo coloniale di mettere sotto controllo dissenteria, tifo, colera, varicella, tetano, morbillo. Il governo nazionalista, che metterà salde radici dopo la cacciata dal continente, si troverà ad affrontare un quadro epidemiologico assai diverso da quello di cinquant'anni prima, caratterizzato dalla prevalenza di malattie croniche quali malattie cardiache, cancro, apoplezia¹.

1.2 Governo nazionalista, sino all'introduzione della NHI (1945-1994)

Data la loro complessità, è opportuno esporre le principali dinamiche di sviluppo del settore medico-sanitario durante gli anni di governo del Gmd organizzandole per punti:

- a) Quadro generale: se le politiche giapponesi avevano nella lotta alle malattie infettive il loro fulcro, il governo nazionalista investì in misura maggiore sulla salute materno infantile². La *ratio* per tale impostazione è da individuarsi principalmente nella concezione di forza e potenza di uno stato, che secondo la leadership nazionalista aveva nella salute della sua popolazione, e delle nuove generazioni in particolare, un elemento centrale. Negli anni '50 il governo nazionalista istituì il Centro per la Salute Mentale Infantile (1956), ed il Centro di Ricerca sull'Igiene Materno Infantile (1959). Gli studenti venivano sottoposti quotidianamente a controlli igienici, mentre periodicamente altezza e peso venivano misurati, e particolare attenzione era riservata da medici ed insegnanti alla correzione degli "elementi problematici". Le madri erano oggetto di frequenti visite da parte di infermiere di pubblica sanità, incaricate di fornire indicazioni sul corretto allattamento e cura del bambino. Sin dal primo periodo di governo, il Gmd rese

¹ E' interessante notare come nelle pubblicazioni taiwanesi dedicate allo sviluppo del sistema sanitario dell'isola il ruolo positivo svolto dai giapponesi venga nella maggior parte dei casi riconosciuto in maniera chiara, senza che siano formulati giudizi di valore di natura politica o storica. Così scrive in merito Chin Hsien-Yu:

" [...] scrittori nazionalisti e medici taiwanesi vissuti durante il periodo coloniale sono violentemente anticolonialisti qualora trattino nelle loro discussioni dei sistemi politico, economico ed educativo; tuttavia, quando si esprimono a riguardo della situazione sanitaria [di Taiwan], sembrano quasi obbligati a lodare i risultati raggiunti nel periodo coloniale come un trionfo di medicina e civilizzazione su superstizione e arretratezza" (Chin Hsien-Yu, op.cit., pag.327).

Il dibattito sul carattere prevaricatore della medicina coloniale può essere intravisto quando si considerino le ragioni dello sforzo profuso dalle autorità giapponesi nella lotta alle malattie infettive. Lungi dall'essere l'espressione di una concezione di salute come diritto, peraltro ancora assente negli anni cui facciamo qui riferimento, si trattava piuttosto di una politica indispensabile al fine di assicurare una più rapida penetrazione coloniale ed un migliore sfruttamento delle risorse locali, attraverso la creazione di condizioni di vita salubri per i colonizzatori e di una forza lavoro in salute.

² Ben sintetizza Chin Hsien-Yu le differenti concezioni alla base delle politiche sanitarie giapponesi e del governo nazionalista: "I giapponesi, applicando il concetto tedesco di medicina di stato al servizio degli interessi del paese, plasmarono la medicina della Taiwan coloniale in funzione delle loro necessità. Il benessere dei domini coloniali era subordinato alle necessità politiche ed economiche dell'impero. In maniera simile, le politiche post-coloniali adottate negli anni '50 dal Gmd avevano come obiettivo principale il rafforzamento della popolazione in vista di un tentativo di riconquista della madrepatria. Mentre la polizia non aveva più un ruolo centrale nell'amministrazione del sistema di sorveglianza medica, il benessere della popolazione rimase una preoccupazione secondaria" (Chin Hsien-Yu, op.cit., pag.328).

gratuite le vaccinazioni. Non bisogna tuttavia pensare che l'enfasi posta sul materno-infantile impedisse al governo di lavorare sulle malattie infettive. Molto fu fatto in particolare per combattere la malaria, che l'Oms dichiarò eradicata nel 1965. I maggiori indicatori sanitari registrarono nel periodo considerato un deciso miglioramento, come è possibile osservare nella tabella qui riportata:

Tabella N.1, 1950-1994: maggiori indicatori sanitari¹

	Speranza di vita (anni)	Mortalità infantile (x 1.000)	Mortalità materna (x 10.000 nati vivi)
1950	54.5	45	-
1970	68	17	40
1994	75	5	8

- b) Struttura organizzativa: creazione di un apparato apposito per l'elaborazione e la gestione delle politiche sanitarie, facente capo al Dipartimento Sanitario Centrale, con i rispettivi uffici a livello provinciale, di prefettura e di distretto.
- c) Struttura di fornitura del servizio: in ogni township viene istituita una stazione sanitaria. Il personale operativo in queste strutture è composto da medici, ostetriche, infermiere di pubblica sanità, mentre la dotazione consiste generalmente in un laboratorio analisi, una sala operatoria, macchinari raggi X, farmacia interna². Tali strutture, oltre a fornire servizi ambulatoriali e di prima emergenza, diventano punto di riferimento per l'applicazione delle politiche di pubblica sanità, svolte dallo stesso personale ivi operante³. Viene dunque a cessare la delega alla polizia di tali funzioni.
- d) Sistema medico assicurativo: come già accennato in introduzione, il settore medico assicurativo si sviluppa a Taiwan con una certa gradualità, configurandosi nel corso degli anni come un insieme di strumenti che definiscono il proprio target di popolazione in base allo status occupazionale. Il primo schema assicurativo è il LI (1950), atto a coprire le spese sanitarie di un numero limitato di impiegati delle

¹ Cfr. Bureau of National Health Insurance, *Development of the Healthcare System in Taiwan*, 2007, scaricabile al sito www.nhi.gov.tw.

² Trattasi di caratteristiche generiche, che potevano variare a seconda delle particolari condizioni locali e/o del bacino di utenza della struttura.

³ L'istituzione di una rete di provider diffusa in maniera capillare sul territorio, basata sulle stazioni sanitarie di township, è coerente con le politiche elaborate sin dagli anni del governo di Nanchino. Nel piano triennale per un servizio sanitario nazionale cinese, varato nel 1931, si progettava infatti la costruzione di un centro sanitario in ogni divisione amministrativa subordinata a quella di contea, in grado di svolgere le funzioni di prima emergenza, ostetricia, pubblica sanità. Non bisogna tuttavia dimenticare che un'importante spinta a tale modello di fornitura del servizio medico sanitario fu dato negli anni '50 dagli esperti della commissione sino americana incaricata di delineare le politiche di sviluppo delle aree rurali di Taiwan.

imprese pubbliche e private. In un primo periodo, approssimativamente sino alla fine degli anni '70, il LI sarà destinato soprattutto a quanti occupati in mansioni caratterizzate da fattori di rischio, per poi essere esteso, a partire dai primi anni '80, ad ampie fasce della popolazione urbana, giungendo ad una copertura del 40% circa alla vigilia dell'implementazione dell'assicurazione sanitaria nazionale.

Nel 1958 è introdotto il GEI, destinato ai dipendenti governativi (copertura del 2-4% della popolazione fino all'inizio degli anni '90). Soltanto nel 1985 entrerà nella sua fase di sperimentazione il FI, destinato a contadini e pescatori. I benefici offerti dai tre schemi sono piuttosto simili, comprendendo cure ambulatoriali, ricovero e medicinali prescrittibili. Alla vigilia dell'implementazione della NHI circa l'85% degli ospedali ed il 70% delle cliniche erano convenzionate ai maggiori schemi assicurativi.

Tabella N.2, 1955-1993: schemi assicurativi e quota di popolazione coperta (%) ¹

anno	LI	GEI	FI	totale
1955	3.43	-	-	3.43
1960	4.90	1.75	-	6.66
1965	5.01	1.92	-	6.93
1970	6.53	2.08	-	8.60
1975	9.52	2.26	-	11.78
1980	14.21	2.44	-	16.65
1985	20.97	3.91	0.52	25.40
1990	33.59	5.29	7.70	46.58
1993	38.79	8.39	8.14	55.32

2. L'Assicurazione sanitaria nazionale: struttura e risultati raggiunti ²

2.1 Caratteristiche generali

La NHI, entrata in funzione del marzo del 1995, nasce dall'integrazione ed armonizzazione degli schemi medico assicurativi precedentemente destinati a specifiche categorie lavorative, quali GEI (impiegati governativi) LI (impiegati imprese pubbliche e private), FI (pescatori e contadini) e MI (personale militare). Secondo gli ultimi dati disponibili (giugno 2006), la NHI copre la totalità della popolazione dell'isola. Le principali caratteristiche alla base della NHI sono:

1. Obiettivo: garantire un equo accesso alle cure mediche a tutta la popolazione.

¹ Lin Chen-Wei, The Policymaking Process for the Social Security System in Taiwan: the National Health Insurance and National Pension Program, The Developing Economies, XL-3, 2002, pag. 331.

² Ove non altrimenti specificato, i dati e le informazioni riportati in questo capitolo sono reperibili in Bureau of National Health Insurance, *Development of the Healthcare System in Taiwan*, 2007, scaricabile al sito www.nhi.gov.tw.

2. Finanziamento: strumento autonomo, finanziato esclusivamente attraverso i premi assicurativi, eventuali deficit di bilancio non possono essere appianati con fondi statali.
3. Natura assicurativa: adesione obbligatoria.

L'assicurazione sanitaria nazionale viene finanziata attraverso:

1. Premi pagati dai singoli utenti.
2. Contribuzione unità assicurativa (azienda o ente pubblico).
3. Sussidi governativi.

Il bilancio NHI per l'anno 2006 era composto per il 38% dai premi pagati dai singoli utenti, per il 36% dalle contribuzioni delle unità assicurative (27% aziende private, 9% enti pubblici), mentre il restante 26% era costituito da sussidi governativi.

Le strutture convenzionate al sistema NHI costituiscono circa il 91% sul totale delle strutture mediche taiwanesi. Il tasso di convenzione allo schema varia peraltro in base al tipo di provider:

Tabella N.3, Strutture sanitarie convenzionate NHI (2006)

Tipo struttura	Strutture convenzionate (%)
Ospedali generali	99,8%
Cliniche	88,9%
Ospedali MTC	95,8%
Cliniche MTC	87,6%
Cliniche dentistiche	96,2%
Tot. (media)	91,2%

Sono convenzionate sia strutture pubbliche che private. I provider privati sono l'86% del totale, mentre più equilibrata è la distribuzione dei posti letto (65% delle strutture private).

Il pacchetto di servizi coperti dall'assicurazione nazionale è completo, comprendendo trattamenti ambulatoriali ed ospedalieri, ricovero, cure dentistiche, medicina preventiva e materno infantile. Sono contemplate nell'ambito NHI sia la medicina occidentale che quella tradizionale cinese (MTC).

Per il servizio ospedaliero (ricovero per condizione cronica o acuta) i copagamenti sono generalmente compresi fra il 5% ed il 10% della spesa sostenuta, con esenzioni previste per particolari servizi (es. medicina preventiva, parto) e categorie di popolazione (es. veterani, famiglie povere).

2.2 Sistema di finanziamento dell'assicurazione e pagamento dei provider

2.2.1 Finanziamento

Il sistema di finanziamento, come accennato nel paragrafo precedente, si basa su una molteplicità di fonti, ovvero singoli utenti, unità assicurativa, governo. A seconda della categoria lavorativa e/o sociale del singolo utente viene stabilito il peso relativo di queste tre voci. Se nel caso delle famiglie a basso reddito o dei veterani il 100% della contribuzione pro-capite viene pagata dal governo, imprenditori e liberi professionisti devono sostenere sulle proprie spalle l'intero premio assicurativo. Nel caso dei lavoratori dipendenti, la quota di premio in carico all'utente viene trattenuta automaticamente dal salario. Per un quadro più completo del sistema di contribuzione, si veda la tabella qui riportata:

Tabella N.4, Quote di contribuzione al premio assicurativo individuale

Categoria utente assicurato	Tasso di contribuzione (%)		
	Utente	Unità assicurativa	Governo
Lavoratori autonomi	100	0	0
Impiegati aziende e/o istituzioni pubbliche e private	30	60	10
Contadini, pescatori	30	0	70
Personale militare	0	0	100
Famiglie a basso reddito	0	0	100
Veterani	0	0	100

Ad eccezione del personale militare di leva, l'adesione all'assicurazione nazionale è su base familiare. Ciò vale a dire che quanti per il loro sostentamento dipendono dal lavoratore assicurato hanno anch'essi diritto a beneficiare della copertura offerta dal NHI.

Il premio corrisponde attualmente al 4,55% del reddito annuale del singolo utente. Aggiustamenti periodici sono apportati per rimanere in linea con i livelli di spesa medica registrati nel paese, in costante crescita a causa della struttura stessa del mercato sanitario, che ha nell'incessante richiesta di un servizio qualitativamente migliore un elemento connaturato, nonché dell'invecchiamento della popolazione.

2.2.2 Copagamenti

Altra fonte di entrate per i provider taiwanesi sono i copagamenti dei singoli utenti. Per quanto riguarda il servizio ambulatoriale, nel 2005 è stato adottato un metodo che fissa standard base diversi a seconda del tipo di struttura visitato. Tale misura è stata peraltro integrata con l'introduzione di un sistema di riferimento medico. L'intento di tali provvedimenti è quello di incentivare la popolazione a servirsi delle strutture mediche di

base, al fine di utilizzare in maniera razionale le risorse esistenti, limitando le spese sostenute dal sistema assicurativo nazionale.

Tabella N.5, Copagamenti per diversa tipologia di provider

Tipo di struttura	Servizio ambulatoriale		Trattamento di emergenza
	Senza riferimento	Con riferimento	
Centro medico	360	210	450
Ospedale regionale	240	140	300
Ospedale distrettuale	80	50	150
Cliniche (township)	50	50	150

Il copagamento non è previsto per malattia catastrofica¹, parto, medicina preventiva, malattie occupazionali, tubercolosi (TB), mentre per i disabili è stabilito un tetto di 50 dollari taiwanesi (pari a circa 1 euro; 1 euro = 46.7 dollari taiwanesi). Esenzione completa del copagamento è prevista altresì per residenti delle aree montane ed isole, veterani, famiglie a basso reddito, bambini sotto i 3 anni.

Per quanto riguarda i casi di ricovero, il copagamento viene fissato in base ai giorni di permanenza nella struttura, nonché in base alla condizione (cronica o acuta) della patologia. Ecco qui di seguito il prospetto relativo ai servizi ospedalieri:

Tabella N.6, Tasso di copagamento per servizio ospedaliero

	Tasso di copagamento			
	5%	10%	20%	30%
Acuto	-	≤ 30 gg	31-60 gg	≥ 61 gg
Cronico	≤ 30 gg	31-90 gg	91-180gg	≥181 gg

Al fine di sviluppare un'effettiva protezione finanziaria per l'utente, il governo ha stabilito nel 6% del reddito medio nazionale il tetto di copagamento per singolo evento, mentre nel caso in cui l'utente necessiti di più di un ricovero nell'arco di un anno il tetto è pari al 10% del reddito medio.

2.2.3 Metodo di pagamento dei provider

L'assicurazione sanitaria nazionale è stata concepita come strumento autonomo, da finanziarsi esclusivamente attraverso i premi assicurativi pagati dai singoli utenti e dalle unità assicurative, nonché dai contributi governativi fissati secondo i rigidi standard citati in

¹ Il concetto di malattia catastrofica è legato non alla gravità della patologia in questione, quanto piuttosto al costo per le spese mediche sostenute dal paziente. Generalmente, nella letteratura specialistica un evento viene definito catastrofico qualora la spesa medica sostenuta sia superiore al 10% del reddito annuale del paziente. Il governo di Taiwan, nell'intento di semplificare le procedure relative ai rimborsi assicurativi, ha stilato una lista di 30 condizioni cliniche classificandole come catastrofiche. Fra le più comunemente riscontrate figurano: cancro, anemia grave, malattia mentale cronica, ustioni su più del 20% del corpo, trattamento seguente al trapianto di organi, sclerosi multipla, distrofia muscolare, cirrosi epatica.

tabella N.4. E' naturale dunque che una delle maggiori preoccupazioni relative all'amministrazione della NHI sia il controllo della spesa medica. Dal lato dell'offerta, un metodo comunemente utilizzato al fine di limitare la spesa è l'introduzione di strumenti e protocolli in grado di standardizzare il metodo di pagamento dei provider. Sino a non molti anni fa, questi erano generalmente pagati, a Taiwan, attraverso il metodo detto *fee-for-service* (FFS), ovvero un meccanismo che vede il provider pagato sulla base di ogni singolo servizio erogato agli utenti. Come dimostrato da svariate esperienze in altri paesi, inclusa la Cina¹, a fronte dell'introduzione di uno strumento assicurativo dall'ampia copertura, quale la NHI, tale metodo di pagamento può far aumentare le unità di servizio fornite, a scapito dell'economicità e razionalità del servizio medico. Per scongiurare tale pericolo, il governo taiwanese ha introdotto in seguito all'implementazione della NHI un metodo di pagamento DRG, ovvero basato sulla diagnosi del paziente ed altri dati ad esso relativi, quali età, status di salute precedente ecc.². In altre parole, l'assicurazione sanitaria paga il provider non più sulla base dei servizi da questi effettivamente erogati, quanto piuttosto in base alle condizioni cliniche dei singoli pazienti, per ognuna delle quali è fissata una quota di spesa. Tale sistema, utilizzato dal 2002, copre attualmente 53 condizioni cliniche, ed è prevista una sua graduale estensione.

Per incentivare i provider a fornire un servizio qualitativamente migliore, dal 2001 è in via di sperimentazione un progetto pilota che lega i pagamenti corrisposti dalla NHI alla qualità dei servizi offerti. Nello specifico, tale progetto pilota riguarda i trattamenti per cancro cervicale, cancro al seno, TB, diabete ed asma. Dai primi dati disponibili, pare che l'esperimento abbia ottenuto buoni risultati, con tassi di sopravvivenza superiori nel caso di cancro e maggiori tassi di completamento del trattamento per quanto riguarda la TB³.

¹ Così Wastaff, Lindelow, in op.cit., pag.3: "La ragione alla base dell'assicurazione è la riduzione del rischio finanziario. Tuttavia, poiché l'assicurazione permette di consumare un servizio medico tecnologicamente avanzato e costoso, in grado di garantire miglioramenti sanitari apprezzati dall'utente, e poiché generalmente il provider è in grado di sfruttare [...] il vantaggio in termini di informazioni di cui gode nei confronti del paziente, non è scontato che l'assicurazione riduca nella realtà il rischio finanziario. [...] I nostri risultati suggeriscono che negli anni '90 [quando il metodo di pagamento era largamente basato sul FFS] gli schemi assicurativi per impiegati governativi e lavoratori delle imprese statali hanno portato alla crescita del rischio finanziario [qui, il rischio di incorrere in una spesa medica catastrofica, ovvero superiore al 10% del reddito pro capite]".

² I DRG (*Diagnosis Related Groups*, gruppi omogenei di diagnosi) offrono una classificazione che mette in relazione le diverse tipologie di pazienti con le risorse da questi consumate. Tra i parametri utilizzati nella classificazione DRG figurano diagnosi, procedure mediche, età, sesso, presenza di complicazioni o patologie associate alla diagnosi originaria. Introdotto all'inizio degli anni '80 negli Stati Uniti per regolare i pagamenti corrisposti ai *provider* dall'assicurazione sanitaria Medicare, i DRG hanno conosciuto successivamente un'ampia utilizzazione in un numero crescente di paesi, compresa l'Italia.

³ Le misure volte a migliorare la qualità delle cure per la tubercolosi nascono in parte dall'esigenza di porre rimedio al fenomeno della resistenza ai farmaci anti-TB, piuttosto comune nell'isola. Senza voler scendere nel dettaglio, basterà qui notare che fra le più diffuse ragioni della resistenza v'è l'interruzione del trattamento, di durata generalmente non inferiore ai 6 mesi. Per ulteriori indicazioni in merito, si veda Po-Ren

2.2.4 Protezione delle fasce più svantaggiate

Nell'implementazione di schemi medico assicurativi, un elemento fondamentale è quello dell'equità dell'accesso al servizio. In altri termini, il *policy-maker* accorto sente l'esigenza di garantire anche alle fasce più svantaggiate della popolazione un pieno utilizzo dello strumento assicurativo e dei suoi benefici. Per quanto riguarda Taiwan, è possibile distinguere in seno a tale tipologia di intervento due approcci differenti:

- a) Status socio-economico: per le famiglie a basso reddito¹, disabili, anziani di età superiore ai 70 anni con reddito medio-basso, cittadini appartenenti a minoranze aborigene al di sotto dei 20 anni di età e disoccupati di età superiore ai 55 anni, il governo fornisce sussidi atti a contribuire al premio individuale, normalmente a carico del singolo utente.
- b) Status di salute: per quanti affetti da malattie croniche di natura catastrofica inserite nelle liste pubblicate dal Dipartimento della Sanità, quali cancro, malattia mentale cronica ecc, sono previste la riduzione o l'esenzione del copagamento delle cure mediche ricevute nelle strutture convenzionate.

Quanti, pur non rientrando nella categoria a), non siano in grado di pagare il premio individuale di adesione all'assicurazione sanitaria, possono altresì godere di prestiti concessi dal dipartimento amministrativo della NHI, avendo in tal modo garantita la copertura assicurativa. Nel caso in cui l'utente risulti al momento del ricorso alle cure mediche non in regola con il pagamento dell'importo dovuto come premio, l'accesso ai servizi essenziali viene in ogni caso assicurato. L'unica condizione posta dalla regolamentazione attualmente in vigore è che il paziente in questione presenti un certificato di povertà rilasciato dall'autorità competente, generalmente dall'amministrazione di villaggio o circondario dove l'utente ha residenza. In caso di emergenza dunque ogni cittadino taiwanese ha diritto all'assistenza medica ed ai benefici connessi all'adesione all'assicurazione medica nazionale, a prescindere dal suo status assicurativo.

2.3 Risultati raggiunti dalla NHI: utilizzazione dei servizi e sostenibilità finanziaria

2.3.1 Utilizzazione dei servizi

L'adozione dell'assicurazione sanitaria nazionale ha reso più equo l'accesso alle cure mediche. Molti servizi preventivi, come quelli legati alla salute materno infantile ed i check-up annuali, sono gratuiti, mentre il copagamento di base per i servizi ambulatoriali è fissato

Hsueh *et alii*, *Current Status of Antimicrobial Resistance in Taiwan, Emerging Infectious Diseases*, Vol.8 N.2, 2002, scaricabile al sito www.cdc.gov/eid.

¹ Nel 1997, la soglia di povertà stabilita dal governo era pari nella città di Taipei a 7.750 dollari di Taiwan, mentre nelle altre aree era pari a 6.700.

ad un livello piuttosto basso, con la completa esenzione nel caso delle fasce di popolazione più svantaggiate. Sin dai primi anni successivi all'implementazione della NHI, l'utilizzazione dei servizi ambulatoriali ed ospedalieri ha registrato un aumento consistente. Tra 1994 e 1996, il tasso medio di ospedalizzazione è cresciuto dal 10% circa. Una tendenza confermata anche nel medio termine: tra il 1994 ed il 2000 le visite ambulatoriali sono cresciute del 16.6% , i ricoveri sono aumentati del 18%, le visite di emergenza del 42% ¹. La parte predominante dell'incremento registrato in questa fase nel volume di servizi forniti dai provider sanitari dell'isola è dovuta alla maggiore utilizzazione del servizio da parte del 40% della popolazione che prima del 1995 era priva di assicurazione sanitaria, con un incremento trascurabile dell'utilizzazione del servizio da parte dei gruppi precedentemente inseriti negli schemi LI, GEI, FI. E' peraltro opportuno notare che, nonostante la maggiore utilizzazione del servizio sanitario, non si è registrato un allungamento dei tempi di attesa. Nel caso del trattamento ambulatoriale, essi si sono anzi ridotti, da 37 a 31 minuti in media².

Tabella N.7, Utilizzazione servizi sanitari, prima e dopo l'implementazione della NHI ³

	Precedentemente assicurati Prima (Dicembre 94)	Precedentemente assicurati Dopo (Dicembre 1995)	Neo assicurati Prima (Dicembre 1994)	Neo assicurati Dopo (Dicembre 1995)
Visite	27.3%	29.5%	14.7%	24.9%
Ricoveri	11.6%	10.6%	4.0%	9.8%
Servizi di emergenza	9.4%	10.1%	5.6%	10.6%

L'introduzione della NHI si è risolta dunque in un alto livello di utilizzazione dei servizi medici. In tal senso, vale la pena di confrontare i dati relativi a Taiwan con quelli riferiti a Canada e Giappone, dotati di simili strumenti assicurativi.

Tabella N.8, Utilizzazione del servizio sanitario ⁴

	Visite ambulatoriali pro capite (2001)	Ricoveri x 1000 ab. (2001)
Taiwan	14.4	129
Canada	6.4	99
Giappone	16	-

¹ www.nhi.gov.tw.

² Cheng Shou-Hsia, Chiang Tung-Liang, *The Effect of Universal Health Insurance on Health Care Utilization in Taiwan*, JAMA Vol. 278, National Taiwan University 1997, pag.93.

³ I dati qui esposti sono contenuti in Cheng Shou-Hsia, Chiang Tung-Liang, op.cit., pag.92. Nel caso del servizio di visita ambulatoriale, i dati riportano il tasso di ricorso a cura medica nelle due settimane precedenti l'intervista sul totale del campione; per le altre tipologie di servizio, si fa riferimento all'anno precedente l'intervista. Campione di 1000 soggetti, di età superiore ai 20 anni.

⁴ Jui-Fen Rachel Lu, William C. Hsiao, op.cit., pag. 85.

Quanto alla qualità del servizio percepita dall'utenza, secondo recenti statistiche il 78% dei cittadini di Taiwan ritiene che il livello qualitativo sia rimasto inalterato dopo l'introduzione della NHI, il 14% peggiorato, mentre il restante 8% ha notato un miglioramento¹.

La crescita nell'utilizzo dei servizi sanitari è stata raggiunta grazie all'elevato livello di protezione finanziaria assicurata agli utenti dalla NHI, caratterizzata da un pacchetto di benefici comprensivo, nonché da un basso livello di copagamento. Un elevato livello di protezione finanziaria che si è peraltro tradotto in una consistente riduzione delle spese *out-of-pocket*, ovvero direttamente sostenute dall'utenza (dal 48% dell'intera spesa sanitaria nazionale nel 1993 al 30% nel 2000²).

Se l'equità è stata raggiunta dal punto di vista finanziario, attraverso politiche calibrate attentamente sulle necessità dei più deboli, rimangono però ostacoli di altra natura al raggiungimento di una piena equità di accesso. Quanti risiedono nelle aree montagnose dell'interno o nelle piccole isole dell'Oceano Pacifico vedono nella conformazione del territorio l'ostacolo maggiore ad una piena fruizione del servizio medico ed assicurativo. In tal senso, è opportuno notare come il 59% di quanti risiedono in aree di montagna vivano a più di mezz'ora dal primo presidio medico³. Pur riguardando una parte minima della popolazione (circa l'1,64%), il governo taiwanese sta cercando di porre rimedio a tale problematica, attraverso incentivi di natura economica per i medici che vogliono trasferire la propria attività in aree remote e con l'istituzione di squadre mediche mobili, che periodicamente visitano i villaggi più isolati.

2.3.2 Situazione finanziaria NHI

Contrariamente ai timori espressi nella prima fase della sua implementazione, la NHI non ha sperimentato pesanti deficit di bilancio. Il deficit emerso nel 2001 è stato infatti rapidamente appianato attraverso l'incremento dei premi assicurativi, passati nel 2002 dal 4,25% al 4,55% del reddito assicurabile.

L'incremento della spesa medica in percentuale sul PIL è stato contenuto, sconfessando quanti ne prevedevano, in seguito all'introduzione dell'assicurazione nazionale, una rapida *escalation*. Ciò è stato possibile grazie alla crescente utilizzazione di metodi di pagamento alternativi al *fee-for-service*, DRG in primo luogo, ed alla differenziazione dei copagamenti a seconda della struttura medica cui l'utente ricorre, nonché in virtù dei contenuti costi di amministrazione del NHI (attorno al 2% del budget totale). La NHI ha semplificato le misure amministrative, ponendo fine all'esistenza di numerosi schemi assicurativi con

¹ Cheng Shou-Hsia, Chiang Tung-Liang, op.cit., pag.93.

² Jui-Fen Rachel Lu, William C. Hsiao, op.cit., pag.81.

³ Jui-Fen Rachel Lu, William C. Hsiao, op.cit., pag.80.

caratteristiche e procedure di rimborso differenti e basandosi ampiamente sulle moderne tecnologie informatiche¹.

La spesa medica nazionale è cresciuta in maniera modesta nel periodo successivo all'introduzione della NHI, passando dal 5.29% del 1995 al 5.44% del 2000. Un incremento, è il caso di notare, in linea con le tendenze storiche registrate negli anni precedenti, che dunque non è ragionevole attribuire all'implementazione dell'assicurazione nazionale, quanto piuttosto a fattori quali l'invecchiamento della popolazione e la crescente richiesta di maggiore e migliore servizio, secondo un *pattern* comunemente riscontrabile nel trend di sviluppo del settore sanitario nei paesi sviluppati.

Confrontando i livelli di spesa medica registrati nell'isola con quelli di paesi sviluppati, ed incrociandoli con i maggiori indicatori sanitari, è possibile notare come a Taiwan si siano raggiunti risultati comparabili a quelli degli altri paesi con un minore dispendio:

Tabella N.8, Spesa e risultati sanitari: Taiwan ed economie sviluppate a confronto (2000)²

Paese	Spesa sanitaria totale come % del PIL	Spesa sanitaria pro-capite (dollari USA)	Speranza di vita (anni)	Mortalità infantile (morti per 1000 nati vivi)
Taiwan	5.4	686	74.9	6.5
Giappone	7.4	1852	80.6	3.4
Corea del Sud	5.6	758	75.5	7.7
Canada	9.2	2616	79.0	5.3
Germania	10.7	2428	77.8	4.5
Regno Unito	7.1	1666	77.4	5.8
Stati Uniti	13.0	4373	76.7	7.1

3. Considerazioni conclusive e breve raffronto con la situazione nella Repubblica Popolare Cinese

3.1 Taiwan: risultati raggiunti e problematicità da affrontare

Una sintetica valutazione dei risultati raggiunti dal NHI deve necessariamente ruotare attorno due questioni fondamentali: l'assicurazione sanitaria nazionale è riuscita a garantire un accesso più equo ai servizi sanitari? Tale sistema si è rivelato

¹ Ogni utente convenzionato è dotato della *NHICard*, dove sono riportati i dati essenziali dell'intestatario, quali status di salute e medico-assicurativo, aggiornati ogni qualvolta questi faccia ricorso alle cure mediche. Le informazioni individuali vengono condivise dall'intera rete di provider attraverso una banca dati centralizzata. Inoltre, le procedure di trattamento dei dati relativi a cure e rimborsi sono state interamente informatizzate.

² Jui-Fen Rachel Lu, William C. Hsiao, op.cit., pag.85.

finanziariamente sostenibile? Seguendo la sintetica analisi proposta nei paragrafi precedenti, è possibile rispondere positivamente alla prima domanda. Gli accessi alle strutture sanitarie sono aumentati negli anni successivi all'introduzione dello schema, in larghissima parte a causa del maggior ricorso alle cure mediche da parte delle fasce di popolazione precedentemente non assicurate. La NHI copre la totalità della popolazione, grazie al supporto governativo all'adesione dei gruppi a basso reddito, in concreta realizzazione dello slogan "buona sanità per tutti". Il livello di protezione finanziaria è discreto, e la riduzione della spesa *out-of-pocket* negli anni immediatamente successivi al 1994 sta a testimoniare. Certo, rimangono i problemi legati alla scarsa reperibilità di risorse mediche nelle aree interne o nelle isole più piccole, che rende assai difficile per le popolazioni locali godere appieno dei benefici connessi alla NHI. Rimane inoltre da sciogliere, almeno in parte, il nodo del metodo di pagamento dei provider. Se infatti l'introduzione dei DRG è stata un buon passo in avanti, resta da vedere se il metodo *fee-for-service* verrà definitivamente accantonato nei prossimi anni. Se così non fosse, rimarrebbe il rischio che gli interessi delle strutture sanitarie (incentivate a prescrivere un numero maggiore di medicinali o trattamenti) prevalgano su quelli del paziente e della collettività.

Quanto alla sostenibilità finanziaria, come notato nel secondo capitolo non si è verificata alcuna preoccupante escalation dei costi, mentre il meccanismo di aggiustamento dei premi assicurativi ha permesso di gestire in maniera efficiente i fondi del programma, evitando gravi deficit. Resta tuttavia da vedere come le autorità competenti sapranno in futuro indirizzare le problematiche legate all'invecchiamento della popolazione (con conseguente maggiore richiesta di servizi medici) ed alla strumentalizzazione politica delle tematiche del welfare sanitario.

In estrema sintesi, potremmo affermare che i risultati raggiunti da Taiwan nell'implementazione della sua assicurazione nazionale sono stati possibile grazie ad una serie di fattori :

- prevalenza del settore formale nell'economia, con relativa facilità nel raccogliere i premi assicurativi dei singoli lavoratori;
- buona situazione dei conti pubblici, con la possibilità di fornire sussidi ed esenzioni alle fasce più svantaggiate della popolazione, quali famiglie a basso reddito, disabili, anziani, popolazioni aborigene;
- buone capacità organizzative e competenze gestionali.

3.2 Raffronto con la Repubblica Popolare Cinese

Pur non trattandosi di un'ipotesi molto esplorata dalla letteratura sinora pubblicata, è evidente che l'integrazione degli strumenti assicurativi realizzata con l'introduzione della NHI potrebbe servire a modello per la vicina Cina, dove attualmente esistono due schemi, l'uno destinato ai lavoratori urbani, l'altro ai residenti rurali, gestiti rispettivamente dal Ministero del Lavoro e della Sicurezza Sociale e dal Ministero della Sanità. La possibile introduzione nella Repubblica Popolare di uno strumento atto a coprire le spese mediche dell'intera popolazione è tuttavia ostacolato da fattori di varia natura. L'ex ministro della sanità

Riquadro 2. Copertura trattamenti RPC

Dal primo aprile 2006, i cittadini taiwanesi che abbiano ricevuto trattamento ospedaliero nel territorio della Repubblica Popolare Cinese possono fare richiesta di rimborso presso l'amministrazione centrale dell'assicurazione sanitaria nazionale taiwanese. Il rimborso, che si può richiedere nel caso di ricovero superiore ai 5 giorni di durata, è ottenibile previa presentazione di una serie di certificati quali ricevuta del pagamento fornita dal provider, diagnosi, certificato notarile dell'autorità locale che attesti l'originalità dei documenti suddetti.

Gao Qiang ha in merito affermato che il differente grado di sviluppo di città e campagne costituisce un problema di non facile soluzione. In particolare, il differente livello dei contributi assicurativi (attorno ai 50 RMB annui pro-capite nel caso dello SMCR, circa 1000 RMB per l'AMB), e la conseguente diversa configurazione dei pacchetti di benefici garantiti dalle due assicurazioni, costituisce un ostacolo da non sottovalutare.

Se confrontiamo le ragioni di successo dell'esperienza taiwanese con la situazione della Cina continentale, il divario fra le due realtà appare assai evidente. Nella RPC il livello di inserimento della forza lavoro nel settore formale è ancora basso, in particolare nelle campagne, dove risiede almeno il 60% della popolazione cinese. Gli stessi *migrant workers*, il cui numero è stimato attorno ai 140 milioni, sono spesso privi di contratto e dunque di ogni garanzia previdenziale. E' evidente che in tale contesto l'implementazione di un'assicurazione universale obbligatoria basata su di una contribuzione commisurata al reddito, come nel caso di Taiwan, risulterebbe piuttosto difficoltosa. Quanto al sostegno pubblico, nonostante negli ultimi anni il governo di Pechino si sia mosso nella direzione di un maggiore impegno finanziario in campo sanitario, le risorse statali destinate al settore rimangono largamente insufficienti, e la spesa sanitaria risulta tutt'oggi sostenuta per il 50% di tasca propria dagli utenti. Ciò è tanto più grave in un paese, come la Cina, dove 30 milioni di persone vivono al di sotto della soglia di povertà ufficiale (circa 100 milioni vivono con meno di un dollaro al giorno). Infine, le amministrazioni locali, in particolare nelle aree rurali, mancano spesso delle competenze organizzative e gestionali reperibili a Taiwan. Ne è riprova il fatto che in un numero crescente di contee la gestione dei fondi assicurativi

del sistema medico cooperativo, formalmente di competenza di un apposito comitato di gestione facente capo all'amministrazione locale, viene appaltata a compagnie assicurative private, che svolgono tale lavoro in maniera più economica ed efficiente.

Stante questo quadro generale, è altresì opportuno notare come in alcune aree del paese siano attualmente in corso esperimenti che in chiave futura potrebbero favorire un'effettiva integrazione degli schemi assicurativi rurale ed urbano. Tale è il caso di Jiading, distretto rurale della municipalità di Shanghai, dove i fondi altrove amministrati dal comitato di schema medico cooperativo sono gestiti dall'ufficio distrettuale della sicurezza sociale, lo stesso generalmente addetto a gestire l'assicurazione medica urbana. Il sistema di assicurazione medica per i residenti rurali viene finanziato dai premi individuali (49%), il settore collettivo e le imprese locali (38%), i governi a livello di distretto e township (13%). La contribuzione pro-capite annuale è pari a 267 RMB. Struttura organizzativa e livello di contribuzione pro-capite non dissimili a quelli della BMI urbana fanno della soluzione adottata a Jiading un modello possibile per una futura, auspicabile integrazione di assicurazione urbana e rurale. Resta tuttavia da vedere se tale esperienza verrà replicata in altre aree del paese e/o adottata come politica nazionale, in un'ottica di armonizzazione simile a quella messa in atto a Taiwan una ventina d'anni or sono.

APPENDICE III. Dati riportati nei questionari familiari.

Sezione 1. Informazioni generali

Codice	Comp. fam.	Reddito annuale	Ass. Soc.	Età, sesso	Occup.	Educazione	Ass. San.	Continuità	Valutazione smcr – difetti	Conoscenza A = % rimb. B = proc. rimb.
Wang 2	4	9000-11000	No	42 m	agr	sc. media	smcr	Si	buona - non so	A=no; B=no
Wang 3	3	3000-5000	No	45 m	agr	sc. sup.	smcr	Si	buona - non so	A=no; B=no
Wang 4	3	9000-11000	No	54 m	-	sc. sup.	smcr	Si	buona – non vi sono difetti	A=si ; B=si
Wang 1(II)	4	7000-9000	No	43 m	altra	sc. sup	smcr	Si	buona- non so	A=no; B=no
Wang 2(II)	2	5000-7000	No	62 m	agr	univ.	altra, smcr	Si	buona – scopo rimb. limitato	A=si ; B=si
Wang 3(II)	6	9000-11000	No	57 m	agr	sc. sup.	smcr	Si	buona – scopo rimb. limitato	A=no ; B=si
Wang 4(II)	2	2000-3000	No	74 m	agr	sc. elem.	smcr	Si	buona – non vi sono difetti	A=no; B=no
Wang 5(II)	4	5000-7000	No	45 m	agr	sc. elem.	smcr	Si	buona – non vi sono difetti	A=no; B=no
Wang 6(II)	3	5000-7000	No	35 m	agr	sc. media	smcr	Si	buona – non vi sono difetti	A=no; B=no
Wang 7(II)	4	9000-11000	No	40 m	agr	sc. elem.	smcr	Si	buona – non vi sono difetti	A=no; B=no
Wang 8(II)	5	9000-11000	No	50 f	agr	analf. o semi	smcr	Si	buona – non vi sono difetti	A=no; B=no
Wang 9(II)	5	5000-7000	No	50 m	agr	sc. elem.	smcr	Si	buona – non vi sono difetti	A= / ; B=no
Shi W 1	2	3000-5000	No	55 m	agr	sc. media	smcr	Si	buona – bassa % rimborso	A= / ; B= /
Shi W 2	6	9000-11000	No	50 m	agr	sc. media	smcr	Si	buona – bassa % rimborso	A=no; B=no
Shi W 3	2	2000-3000	No	77 m	agr	analf. o semi	smcr	Si	buona – bassa % rimborso	A=no; B=no
Shi W 4	2	≤ 2000	No	60 f	agr	sc. elem.	smcr	Si	buona – bassa % rimborso	A=no; B=no
Shi W 5	4	2000-3000	No	44 f	altra	sc. media	smcr, no ass.	Si	buona – bassa % rimborso, proc. rimb. complicate	A=no; B=no
Shi W 6	5	2000-3000	No	38 f	agr	sc. media	smcr	Si	buona – bassa % rimborso	A=no; B=no
Yang 1	3	-	No	29 m	agr	sc. media	smcr	Si	buona – non vi sono difetti	A=no; B=no
Yang 2	4	≤ 2000	No	54 f	agr	analf. o semi	smcr	Si	buona - /	-
Yang 3	6	≤ 2000	No	57 m	agr	sc. media	smcr	Si	buona – bassa % rimborso	A=no; B=no
Yang 4	5	9000-11000	No	30 f	agr	sc. media	smcr	Si	buona - /	A=no; B=no
Yang 5	5	2000-3000	No	37 f	agr	sc. media	smcr	Si	buona – procedure rimb. complicate	A=no; B=no
Yang 6	4	3000-5000	No	42 f	agr	sc. elem.	smcr	Si	buona - /	A=no; B=no
Yang 7	6	9000-11000	No	54 f	agr	sc. sup.	smcr	Si	buona – bassa % rimborso	A=no; B=no
Yang 8	6	9000-11000	No	56 f	agr	analf. o semi	smcr	-	buona - /	A=no; B=no
Yang 9	4	-	No	53 f	agr	analf. o semi	smcr	Si	buona – non vi sono difetti	A=si ; B=no
Shi N 1	2	3000-5000	No	62 m	agr	sc. elem.	smcr	Si	buona - /	A=si; B=si
Shi N 2	3	3000-5000	No	60 m	agr	sc. elem.	smcr	Si	buona – non vi sono difetti	-

Shi N 3	7	2000-3000	No	56 f	agr	sc. elem.	smcr	Si	buona – /	A=no; B=no
Shi N 4	6	2000-3000	No	61 m	agr	univ.	smcr	Si	buona – non vi sono difetti	A=sì; B=no
Shi N 5	5	≤ 2000	No	46 m	agr	sc. media	smcr, no ass.	Si	buona – procedure rimb. complicate	A=no; B=no
Shi N 6	4	2000-3000	No	55 f	agr	analf. o semi	smcr	-	buona – non vi sono difetti	A=no; B=no
Shi N 7	5	≤ 2000	No	51 f	agr	analf. o semi	smcr	Si	discreta – bassa % rimb., proc. rimb. complicate	A=sì; B=sì
Shi N 8	6	3000-5000	No	42 f	agr	sc. media	smcr	Si	buona – procedure rimb. complicate	A=no; B=no
Shi N 9	6	-	No	38 f	agr	sc. elem.	smcr	-	-	A=no; B=no
Shi N 10	4	2000-3000	No	51 f	agr	sc. elem.	smcr	Si	buona – non vi sono difetti	A=no; B=no
Shi N 11	3	9000-11000	No	41 m	agr	sc. media	smcr	Si	buona – bassa % rimborso	A=no; B=no
Shi N 12	4	≤ 2000	No	42 f	agr	analf. o semi	smcr	Si	buona – non vi sono difetti	A=no; B=no

Sezione 2. Ricorso ai servizi ambulatoriali

Codice	Età	Sesso	Ass. San.	Provider	Ragione	Spesa*	Rimb.	Tempo Rimb.	Trattamento= prescrizione
Wang 4	55	f	smcr	Cv	vicino	6	6	immediato	Si
Wang 2(II)	62	m	altra	Cst	prezzo basso, buona qualità	7,2	0	-	Si
Wang 4(II)	74	m	smcr	Cst	-	60	0	-	Si
Wang 5(II)	47	f	smcr	Cv	prezzo basso	24	0	-	Si
Wang 7(II)	40	m	smcr	Cv	vicino	3,5	0	-	Si
Wang 9(II)	1	m	smcr	Oc	buona qualità	8	0	-	Si
Shi W 2	50	m	smcr	Cv	vicino	-	8	immediato	Si
Shi W 3	77	m	smcr	Cv	vicino	2	2	immediato	Si
Shi W 4	60	f	smcr	Cv	vicino	38	8	immediato	-
Yang 2	54	f	smcr	Cv	vicino	300	0 [non r.]	-	Si
Yang 6	42	f	smcr	Cpriv	conoscenza personale	30	0 [non r.]	-	Si
Yang 9	52	m	smcr	Fpriv	prezzo basso	200	0 [non r.]	-	Si
Shi N 1	62	m	smcr	Cv	vicino, rimborsabile	16	3	immediato	Si
Shi N 2	60	m	smcr	Fpriv	vicino	3	0 [non r.]	-	Si
Shi N 6	55	f	smcr	Cv	vicino	19	0 [non r.]	-	Si
Shi N 7	51	f	smcr	Cpriv	altra	30	0 [non r.]	-	-
Shi N 9	38	f	smcr	Cst	vicino	60	0 [non r.]	-	Si
Shi N 10	51	f	smcr	Cv	vicino	7,8	0 [non r.]	-	-
Shi N 12	42	f	smcr	Cv	-	2,5	-	-	-

Wang 4(II)	66	f [disabile]	smcr	Cv	vicino	4	0	-	Si
Wang 7(II)	39	f	smcr	Cst	buona qualità	-	-	-	-
Shi W 2	50	f	smcr	Cv	vicino	-	8	immediato	Si
Shi W 2	1	f	smcr	Cv	vicino	-	2	immediato	Si
Yang 6	22	m	smcr	Cpriv	conoscenza personale	100	0 [non r.]	-	Si
Shi N 9	35	m	smcr	Cv	vicino	4	0 [non r.]	-	Si

Sezione 3. Ricorso ai servizi ospedalieri

Codice	Età	Sesso	Ass.San.	Condizione	Provider	Ragione	Degenza		Caparra	Spesa tot.	Rimb.	Tempo rimb	Rimb. AFM
							(gg)	Dimissione per					
Wang 2	17	f	smcr	acuta	Cst	vicino, rimborsabile	7	guarigione	400	850 + 0	500	immediato	no
Wang 4(II)	74	f	smcr	cronica	Osup	altra -	5	mancanza denaro	500	1850 + 500	850	1 giorno	no
Wang 7(II)	39	f	smcr	acuta	Oc	altra -	5	guarigione	1600	1600 + 200	620	immediato	no
Wang 9(II)	38	f	smcr	cronica	Osup	altra -	15	guarigione	0	5100+450	1050	dopo dimissione	no
Shi W 1	55	f	smcr	acuta	Oc	rimborsabile	3	guarigione	500	1050 + 350	350	1 giorno	no
Shi W 6	38	f	smcr	acuta	Oc	buona qualità	6	guarigione	1000	1500+200	500	dopo dimissione	no
Yang 5	61	f	smcr	-	Oc	altra -	11	guarigione	500	3000+500/600	800	7 giorni	no
Yang 7	- [annotazioni a margine]	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Yang 8	56	f	smcr	acuta	Cst	buona qualità	8	guarigione	0	500+170	280	7 giorni	no
Shi N 3	56	f	smcr	acuta	Oc	conoscenza personale	15	guarigione	0	2000+500	non so	immediato	no
Shi N 4	-	-	smcr	parto	Smi	prezzo basso	7	-	-	2000	1000	1 mese	no
Shi N 7	-	-	smcr	parto	Oc	rimborsabile	8	guarigione	-	2700	600	1 mese	no
Yang 5	61	f	smcr	-	Oc	altra -	11	guarigione	1000	3000+500/600	1500	1 mese	no
Shi N 4	-	-	smcr	psichiatrico	Isim	altra -	-	-	-	3000	0	-	no

Note

1. Il codice riportato nella prima colonna reca il nome del ricercatore che ha raccolto il rispettivo questionario ed il numero progressivo del questionario.
2. Nella sezione I, informazioni relative a reddito, assicurazione sociale (*wubao*, *dibao*, *tekun*) ed assicurazione sanitaria sono relative alla famiglia nel suo complesso. Le restanti si riferiscono al singolo intervistato (NB. per ogni famiglia è stata intervistata un solo componente). Nelle sezioni II e III le informazioni si riferiscono esclusivamente al singolo utente.
3. Nel caso in cui negli spazi riservati alle risposte siano inseriti i simboli “ - “ o “ / ”, le informazioni riportate dai singoli questionari sono state ritenute da chi scrive poco chiare o errate.
4. Cv: clinica di villaggio; Cst: centro sanitario di township; Oc: ospedale di contea; Osup: ospedale di prefettura o municipalità; Smt: stazione salute materno-infantile; Isim: istituto igiene mentale (non convenzionato); Cpriv: clinica privata [non convenzionata]; Fpriv: farmacia privata [non convenzionata].

APPENDICE IV. Strumenti di ricerca: questionari per famiglie e *provider*.

新型农村合作医疗的实施对农村地区卫生服务可及性的影响研究

入户调查问卷

_____省_____县/市/区_____乡_____村

第一部分 家庭基本信息

收入、卫生服务支出、贫困程度	
1	您的家庭成员数(人):
2	您去年的家庭的纯收入是: (1)低于 2000 元 (2) 2000-3000 元 (3)3000-5000 元 (4)5000-7000 元 (5)7000-9000 元 (6)9000-11000 元 (7)11000-13000 元 (8)13000-15000 元 (9)15000-17000 元 (10)170000 元以上
3	您的家庭去年的医疗费用支出(元): [包括药品费用、治疗费用、医疗器械费用等]
4	在过去 3 年中您的家庭医疗费用支出有变化吗? (1)增加了很多 (2)增加了一点 (3)减少了 (4)没变化 (5)不知道
5	您的家庭属于: (1)贫困户 (2)特困户 (3)低保户 (4)五保户 [如果都不是, 请填“99”并跳至第二部分]
6	如果属于以上一种, 贫困的主要原因是: (1)缺乏劳动力 (2)疾病 (3)医疗服务费用 (4)自然灾害 (5)其它 [请注明]

第二部分 家庭成员信息

性别、年龄、民族、教育程度、职业、参保情况							
编号[1]为户主, 其他家庭成员请注明家庭关系[2-6]; 所有回答由户主提供		1	2	3	4	5	6
7	性别: (1)男 (2)女						
8	出生年份:						
9	民族: (1)汉族 (2)其他						
10	教育程度 [15 岁以上]: (1)文盲或半文盲 (2)小学 (3)初中 (4)高中 (5)高中以上(包括中专、职高)						

11	职业 [15 岁以上]: (1)务农 (2)非农业职业 (3)学生 (4)退休 (5)失业 (6)其它						
12	您家中是否有残疾人? [如果是, 请注明残疾的类型; 如果没有, 请填写“99”]						
13	参加的医疗保险: (1)新农合 (2)其它保险 [请注明] (3)没有						

第三部分 门诊服务利用和免疫接种情况

门诊治疗							
编号[1]为户主, 其他家庭成员请注明家庭关系[2-6]; 所有回答由户主提供	1	2	3	4	5	6	
14	您或您的家庭成员在过去 14 天内是否感到过不适? (1)有 (2)没有 [跳至 27 题]						
15	是否就诊? (1)是 [跳至 17 题] (2)否						
16	没有就诊的原因是: (1)觉得病不严重 (2)没钱就诊 (3)没时间 (4)交通不便 (5)医疗服务太差 (6)其它 [请注明]						
17	[接 16 题] 在哪里就诊? [如果在多个医疗机构就诊, 请标出最高等级的那个] (1)村卫生室 (2)乡镇卫生院 (3)县医院 (4)县级以上医院 (6)其它						
18	它是合作医疗定点机构吗? (1)是的 (2)不是 (3)不知道						
19	选择该机构的主要原因是: [可多选, 最多选三项] (1)距离近 (2)价格低 (3)质量高 (4)可以报销 (5)服务态度好 (6)其它 [请注明]						
20	就诊后有没有依据医生的指导进行治疗或购买药物? (1)有 [跳至 22] (2)没有						
21	[接上题] 如果没有, 主要原因是: (1)价格太高 (2)不在报销范围内 (3)觉得没有必要 (4)买不到药 (5)其它 [请注明]						
费用和报销情况							
22	本次就诊门诊总费用是多少? (元)						
23	看病的交通和食宿花费是多少? (元) [若无, 请填写“99”]						
24	新农合报销了多少? [请注明数额(元); 如果不能报销, 请填写“99”并跳至 27 题]						
25	报销的程序是怎样的? (1)即时报销 [跳至 29 题] (2)先付费再报销						

26	过了多久才报销? (天)						
免疫接种							
27	您的家庭成员是否在过去5年内接种过疫苗? 如有请注明哪一种: (1)乙型肝炎疫苗 (2)卡介苗 (3)脊髓灰质炎疫苗 (4)百白破三联疫苗 (5)白喉破伤风二联疫苗 (6)麻疹疫苗 (7)其它 [请注明] [如果没有, 请填“99”并跳至表4]						
28	接种疫苗的费用是: (1) 疫苗免费, 但须付注射费 (2) 政府免费提供 [如果回答(1)请注明所付费用(元)]						

第四部分 住院服务利用

住院治疗							
编号[1]为户主, 其他家庭成员请注明家庭关系[2-6]; 所有回答由户主提供		1	2	3	4	5	6
29	在过去一年内您或您的家庭成员有没有因病住院? (1)有 (2)没有 [跳至第五部分]						
30	在医生认为应该住院治疗的情况下, 您或您的家庭成员有没有拒绝住院? (1)有 (2)没有 [跳至 32 题]						
31	[接上题] 拒绝住院的主要原因是: (1)认为不必要 (2)没时间 (3)太昂贵 (4)费用不能报销 (5)医疗服务差 (6)没有病床 (7)其它 [请注明]						
32	接受住院治疗的原因是: (1)急性病 (2)慢性病 (3)分娩 (4)其它 [请注明]						
33	入院日期 [年, 月]:						
34	住院天数(天):						
35	在哪级机构住院? (1)乡镇卫生院 (2)县医院 (3)县级以上医院 (4)其它 [请注明]						
36	[接上题] 它是新农合的定点机构吗? (1)是 (2)不是 (3)不知道						
37	选择该机构的主要原因是: [可多选, 最多选三项] (1)距离近 (2)价格低 (3)质量高 (4)可以报销 (5)服务态度好 (6)其它 [请注明]						
38	出院的原因是: (1)康复 (2)病人自己的要求 (3)其它[请注明]						
39	[接上题] 如果是病人自己的要求, 原因是: (1)长期未康复 (2)缺钱 (3)其它 [请注明]						

费用和报销							
40	得到治疗前是否预付了押金? [如是, 注明具体金额(元); 如否, 填“99”]						
41	如是在紧急情况下(因事故或突发疾病)住院, 院方是否要求先付钱再作诊疗处理? [如是, 注明具体金额(元); 如否, 填“99”]						
42	本次住院的总费用是多少?(元)						
43	其中, 看病的交通和食宿花费是多少?(元) [如果无, 请填“99”]						
44	新农合报销了多少? [请注明报销数额(元), 如果不能报销, 请填“99”并跳至 47]						
45	报销的程序是怎样的? (1)即时报销 [跳至 47 题] (2)先付费再报销						
46	过多久才报销?(天)						
47	是否从医疗救助中得到额外报销 [如“是”, 请注明金额(元); 如“否”, 请填“99”并跳至 50]						
48	医疗救助报销的程序是怎样的? (1)即时报销 [跳至 50 题] (2)先付费再报销						
49	过多久才报销?(天)						

第五部分 参合情况

参合状况及参合费用	
50	您的家庭成员参合了吗? (1)全部参合 (2)部分参合 (3)没有参合 [跳至 54]
51	是什么时候参合的? [年, 月]
52	今年参合费用是由谁支付的? (1)您自己 (2)村 (3)医疗救助
53	如果您家庭中有残疾人, 他/她的参合费用是由谁支付的? (1)您自己 (2)村 (3)医疗救助 [如果没有残疾人, 请填“99”]
54	如果您未参合, 主要原因是: [可多选, 最多选三项] (1)负担不起参合费用 (2)即使参合, 仍然不能负担医疗费用 (3)报销比例太低 (4)对新农合的管理不信任 (5)自认为健康状况良好 (6)报销程序太复杂 (7)其它 [请注明]
知晓情况	

55	报销比例是： (1) 住院服务 (2) 门诊服务 [如不知道，请填“99”]	
56	如何报销： (1) 很快，以医疗费用票据折现的方式实时报销 (2) 付款后再报销 [如不知道，请填“99”]	
继续参合的主观意愿		
57	您的家庭明年是否打算继续参合？ (1)是 (2)否 (3)不知道	
58	如果您出 20 元，政府出 80 元，并且提供更高的门诊费用报销额度，您会继续参合吗？ (1)会 (2)不会 (3)不知道	
对新农合的评价		
59	您对新农合的总体评价是：(1)好 (2)一般 (3)差 (4)不知道	
60	您觉得新农合的主要缺陷是？[可多选，最多选三项] (1)报销范围过窄 (2)报销比例太低 (3)起付线太高 (4)封顶线太低 (5)报销程序太复杂(6)定点机构的服务质量太差 (7)其它 [请注明]	

第六部分 死亡情况

死亡情况		
61	过去五年内有家庭成员去世吗？ (1)有 (2)没有 [调查结束]	
62	他/她的性别：	
63	他/她的年龄：	
64	去世的日期：	
65	去世的地点：(1)村卫生室 (2)乡镇卫生院 (3)县级医院 (4)县级以上医院 (5)在去医院的路上 (3)在家中 (4)其它 [请注明]	
66	去世的原因是：(1)分娩 (2)工伤事故 (3)其它事故 (4)慢性病 (5)传染病 (6)因衰老自然死亡 (7)其它 [如果为(4)(5)或(7)，请具体注明]	
67	去世前是否就诊？ (1)是 [跳至 69 题] (2)否	
68	如果未就诊，原因是：(1)没钱 (2)交通不便 (3)卫生服务差 (4)其它 [请注明]	

69	在哪级机构就诊: (1)村卫生室 (2)乡镇卫生院 (3)县级医院 (4)县级以上医院 (5)其它[请注明]	
70	如果是因事故去世, 从事故发生到接受治疗的时间是多长?	

**新农合对农村地区卫生服务可及性的影响研究
县级医院调查表**

_____省_____县/市/区_____医院

一、基本情况	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
1. 当地实施新农合的年份 (在对应的栏上划“√”)							
2. 本医院纳入新农合定点机构的年份 (在对应的栏上划“√”)							
3. 本医院在岗人员数 (人)							
3.1 卫生技术人员数 (人)							
学历: 3.1.1 本科及以上学历 (人)							
3.1.2 大专 (人)							
3.1.3 中专 (人)							
3.1.4 高中及以下 (人)							
职称: 3.1.5 高级职称 (人)							
3.1.6 中级职称 (人)							
3.1.7 初级职称 (人)							
3.1.8 无职称 (人)							
3.2 执业医师人数 (人)							
3.3 执业助理医师人数 (人)							
3.4 执业护士 (师) 数							

4. 病床数（张）							
5. 全年总收入（元）							
5.1 卫生服务收入（元）							
5.2 政府实际投入（元）							
6. 全年支出（元）							
6.1 药品支出（元）							
6.2 购买设备（元）							
6.3 人员经费（元）							
6.4 其它支出（元）							
7. 当年新购设备设施							
二、服务情况	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
8. 全县人口数/服务人口数（人）							
9. 年门（急）诊量（人次）							
10. 平均门诊费用							
10.1 参合							
10.2 非参合							
11. 年住院量（人次）							
11.1 治愈人次数（人次）							
11.2 入院诊断与出院诊断符合率（%）							
12. 平均住院费用							
12.1 参合							
12.2 非参合							
13. 病床使用率（%）							
14. 平均住院天数（天）							
14.1 参合							
14.2 非参合							
15. 住院分娩量（人）							
16. 法定传染病报告例数（例）							
17. 全年医疗事故发生数（次）							

18. 全年医疗差错发生数（次）							
19. 当年新引进或新开展的服务项目（手术、检查、治疗技术等）							

**新农合对农村地区卫生服务可及性的影响研究
乡镇卫生院调查表**

_____省_____县/市/区_____乡/镇卫生院

一、基本情况	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
1. 当地实施新农合的年份（在对应的栏上划“√”）							
2. 本卫生院纳入新农合定点机构的年份（在对应的栏上划“√”）							
3. 本卫生院在岗人员数（人）							
3.1 卫生技术人员数（人）							
学历：3.1.1 本科及以上学历（人）							
3.1.2 大专（人）							
3.1.3 中专（人）							
3.1.4 高中及以下（人）							
职称：3.1.5 高级职称（人）							
3.1.6 中级职称（人）							
3.1.7 初级职称（人）							
3.1.8 无职称（人）							
3.2 执业医师人数（人）							

3.3 执业助理医师人数 (人)							
3.4 执业护士 (师) 数							
4. 病床数 (张)							
5. 全年总收入 (元)							
5.1 卫生服务收入 (元)							
5.2 政府实际投入 (元)							
6. 全年支出 (元)							
6.1 药品支出 (元)							
6.2 购买设备 (元)							
6.3 人员经费 (元)							
6.4 其它支出 (元)							
7. 当年新购设备设施							
二、服务情况	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
8. 乡镇人口数/服务人口数 (人)							
9. 年门 (急) 诊量 (人次)							
10. 平均门诊费用							
10.1 参合							
10.2 非参合							
11. 年住院量 (人次)							
11.1 治愈人次数 (人次)							
11.2 入院诊断与出院诊断符合率 (%)							
12. 平均住院费用*							
12.1 参合							
12.2 非参合							
13. 病床使用率 (%)							
14. 平均住院天数 (天)							
14.1 参合							
14.2 非参合							
15. 产前检查人次数 (人次)							

16. 住院分娩量（人）							
17. 产后访视人次数（人次）							
18. 健康体检人次数（人次）							
19. 法定传染病报告例数（例）							
20. 全年医疗事故发生数（次）							
21. 全年医疗差错发生数（次）							
22. 当年新引进或新开展的服务项目（手术、检查、治疗技术等）							

Bibliografia*

**Le fonti vengono riportate in ordine cronologico di pubblicazione.*

Volumi ed articoli in lingua italiana.

- Paola Manacorda, *La Sanità*, in *Vento dell'Est*, N. 51/52, 1978.
- Giorgio Cortassa, *La Sanità cinese: i mutamenti, le sfide, la riforma*, in *Mondo Cinese* N.110, gen-mar 2002.
- Guido Samarani, *La Cina del Novecento*, Einaudi, 2004.
- Paola Agnelli, Gavino Maciocco, *Cina*, in *Osservatorio Italiano sulla Salute Globale - Rapporto 2006*, ETS, 2006.
- Paola Agnelli, Gavino Maciocco, *Cina: A caro prezzo, Le diseguaglianze nella salute*, in *Osservatorio Italiano sulla Salute Globale – Rapporto 2007*, ETS, 2007.

Volumi, articoli e rapporti governativi in lingua inglese.

- Yao Hsun-Yuan, *The Second Year of the Rural Health Experiment in Ting Hsien, China*, *The Milbank Memorial Fund Quarterly Bulletin*, Vol. 10, No. 1, 1932.
- Gargi Dutt, *Rural Communes of China-Organizational Problems*, Asia Publishing House, 1967.
- Shalid Javed Burki, *A study of Chinese Communes 1965*, Harvard East Asian Monographs, 1969.
- Victor H. Li, *Politics and Health Care in China: The Barefoot Doctors*, *Stanford Law Review*, Vol. 27, No.3, 1976.
- David M. Lampton, *The Politics of Medicine in China - The Policy Process, 1949-1977*, Dawson, 1977.
- AnElissa Lucas, *Changing Medical Models in China: Organizational Options or Obstacles?*, *The China Quarterly*, No. 83, Sep.1980.
- Liu Xingzhu, Wang Junle, *An introduction to China's Health Care System*, *Journal of Public Health Policy*, Vol.12, No.1, 1991.
- Yip Ka-Che, *Health and Nationalist Reconstruction: Rural Health in Nationalist China, 1928-1937*, *Modern Asian Studies*, Vol.26, No.2, 1992.

- William Hsiao et alii, *The Chinese Health Care System: Lessons for Other Nations*, Harvard University Press, 1995.
- Cheng Shou-Hsia, Chiang Tung-Liang, *The Effect of Universal Health Insurance on Health Care Utilization in Taiwan*, *JAMA* Vol. 278, National Taiwan University 1997.
- Chiang Tung-Liang, *Taiwan's 1995 Health Care Reform*, *Health Policy* Vol. 39, Elsevier 1997.
- Lin Cheng-Tung, *Health Care Systems in Transition II – Taiwan, Part I. A General Overview of the Health Care System in Taiwan*, *Journal of Public Health Medicine* Vol. 20 N.1, Oxford University Press 1998.
- Chin Hsien-Yu, *Colonial Medical Police And Postcolonial Medical Surveillance Systems in Taiwan, 1895-1950s*, 1998, scaricabile al sito www.jstor.org.
- Liu X, Mills A., *Evaluating payment mechanism: how can we measure unnecessary care?*, *Health Policy and Planning*, 14 (4), Oxford University Press 1999.
- Center for Health Statistic and Information MoH, *National Health Survey 1993-1998*, 1999.
- Peter C.Y. Chow, *Social Expenditure in Taiwan (China)*, World Bank Institute Working Paper 22716, 2000.
- National Development and Reform Commission of PRC, *The outline of the Tenth Five-Year Plan for national economic and social development fo the People's Republic of China – Profile*, 2001.
- Lin Chen-Wei, *The Policymaking Process for the Social Security System in Taiwan: the National Health Insurance and National Pension Program*, *The Developing Economies*, XL-3, 2002.
- Hsueh Po-Ren et alii, *Current Status of Antimicrobial Resistance in Taiwan*, *Emerging Infectious Diseases*, Vol.8 N.2, 2002, scaricabile al sito www.cdc.gov/eid.
- Cheng Tsung-Mei, *Taiwan's New National Health Insurance Program: Genesis and Experience So Far*, *Health Affairs* Vol. 22, No.3, Project Hope 2003.
- Jui-Fen Rachel Lu, William C. Hsiao, *Does Universal Health Insurance Make Health Care Unaffordable? Lessons From Taiwan*, *Health Affairs* Vol. 22, No.3, Project Hope 2003.
- Liu Xingzhu, Yi Yunni, *The Health Sector in China: Policy and Institutional Review*, World Bank, 2004.
- Liu Yuanli, *Development of the Rural health Insurance System in China*, *Health Policy and Planning* 19 (3), 2004.
- WHO, *Implementing the new CMS in rapidly changing China – issues and options*, April 2004.

- Johannes P. Jütting, *Health Insurance for the Poor in Developing Countries*, Ashgate, 2005.
- Sukhan Jackson *et alii*, *Health Finance in Rural Henan: Low Premium Insurance Compared to the Out-of-Pocket System*, *The China Quarterly*, N.181, Mar. 2005.
- Xie J., Dow W., *Longitudinal Study of child immunization determinants in China*, Elsevier 2005.
- Liu Yuanli *et alii*, *Health care in China: The role of non-government providers*, Elsevier 2005
- Adam Wagstaff, *Health Systems in East Asia: What can Developing Countries Learn from Japan and the Asian Tigers?*, WB Policy Research Working Paper 3790, WB 2005.
- Adam Wagstaff, Magnus Lindelow, *Can Insurance Increase Financial Risk? The Curious Case of Health Insurance in China*, WB 2005.
- Ofra Anson, Sun Shifang, *Health Care in Rural China, Lessons from Hebei Province*, Ashgate, 2005.
- Owen O'Donnell *et alii*, *Who Pays for Health Care in Asia?*, Equitap Project working paper N.1, Equitap 2005.
- WHO Representative Office Beijing, *China: Health, Poverty and Economic Development*, 2005.
- Mao Zhengzhong, *Pilot program of NCMS in China: System Design and Progress*, WB 2005.
- UNDP, *China Human Development Report 2005*.
- National Development and Reform Commission of PRC, *The outline of the Eleventh Five-Year Plan for national economic and social development fo the People's Republic of China – Profile*, 2006.
- WHO-UNICEF, *Review of National Immunization Coverage 1980/2005 - China*, 2006.
- Liu Yuanli, Rao Keqin, *Providing Health Insurance in Rural China: From Research to Policy*, *Journal of health Policy and Law*, Vol.31, No.1, Feb. 2006.
- Wang Hongman *et alii*, *Factors associated with enrollment, satisfaction, and sustainability of the NCMS in rural China*, 2006 (non publicato).
- Adam Wagstaff *et alii*, *Extending Health Insurance to the Rural Population: An Impact Evaluation of China's New Cooperative Medical Scheme*, WB, 2007.

- Bureau of National Health Insurance, *Development of the Healthcare System in Taiwan*, 2007, scaricabile al sito www.nhi.gov.tw.

- W. Yip, W. Hsiao, *The Chinese Health System at a Crossroad*, *Health Affairs* 2008, Vol. 27, n 2, p. 460-68

Volumi, articoli e rapporti governativi in lingua cinese.

- 曲周县审计局, *关于曲周县新型农村合作医疗基金筹集及使用情况的审计报告*, 曲审 [2004] 12 号, 2004.

- 崔苒, 张林, *中国农村地区合作医疗干预后不同收入组人群的医疗服务需要与利用*, *中国卫生经济* 23, 2004.

- 申卫星, *中国卫生法前沿问题研究*, 北京大学出版社, 2005.

- 中国卫生经济学会秘书处 - 中国卫生经济杂志社, *新型农村合作医疗论文汇编*, 2005.

- 中华人民共和国卫生部, *2005年全国新型农村合作医疗试点工作会议材料, 全国新型农村合作医疗试点工作取得明显成效*, 2005.

- 胡善联, *农村公共卫生问题 - 中国公共卫生与健康新思维*, 人民出版社, 2006.

- 王红慢, *大国卫生之论*, 北京大学出版社, 2006.

- 中国卫生经济学会秘书处, *农村卫生改革与发展研讨会 - 论文集*, 2006.

- *2006年中国卫生年鉴*, 人民出版社, 2006.

- *2007年中国卫生年鉴*, 人民出版社, 2007.

- 曲周县审计局, *关于曲周县2004年7月至2006年6月新型农村合作医疗基金筹集及使用情况的审计报告*, 曲审 [2006] 25号, 2006.

- 曲周县审计局, *关于曲周县2005年1月至2006年10月新型农村合作医疗基金收支情况审计*, 曲审报 [2006] 57号, 2006.

- 中华人民共和国卫生部, *2007年全国新型农村合作医疗试点工作会议材料, 2007年第一季度全国新型农村合作医疗运行情况*, 2007.

- 中华人民共和国卫生部, 2007年全国新型农村合作医疗试点工作会议材料, *关于新型农村合作医疗试点工作的评估报告*, 2007.
- 中华人民共和国卫生部, 2007年全国新型农村合作医疗试点工作会议材料, *全面推进新型农村合作医疗发展 - 吴仪副总理在2007年全面过新型农村合作医疗工作会议上的讲话*, 2007.
- 中华人民共和国卫生部, 2007年全国新型农村合作医疗试点工作会议材料, *卫生部部长高强在2007年全国新型农村合作医疗工作会议上的总结讲话*, 2007.
- 中华人民共和国卫生部, 2007年全国新型农村合作医疗试点工作会议材料, *实施双万名医师支援农村卫生工程促进新型农村合作医疗健康发展*, (河北省人民政府), 2007.
- 中华人民共和国卫生部, 2007年全国新型农村合作医疗试点工作会议材料, *因地制宜 充分发挥中医药在新农和中的作用*, (江西省人民政府), 2007.
- 中华人民共和国卫生部, 2007年全国新型农村合作医疗试点工作会议材料, *创新机制 - 强化管理 - 努力构建农村基本卫生保障制度* (陕西省人民政府), 2007.
- 中华人民共和国卫生部, 2007年全国新型农村合作医疗试点工作会议材料, *健全制度 - 规范管理 - 全面推行新型农村合作医疗* (云南省人民政府), 2007.
- 中华人民共和国卫生部人才交流服务中心, *中西部地区新型农村合作医疗制度对卫生服务可及性的影响 - 第一次科学委员会材料*, 北京 2008年3月26日.
- 戴卫东, *病有所医、不再遥远 - 建设覆盖城乡居民的医疗卫生服务体系*, 人民出版社, 2008.
- 中华人民共和国卫生部办公厅新闻办公室, *2008年全国新型农村合作医疗工作会议报道汇编及舆情分析*, 2008.
- 曲周县人民政府, *全力推进新型农村合作医疗制度健康发展: 曲周县实施新农合制度的调研报告*, 2008.

Direttive e regolamenti nazionali in lingua inglese.

- Law of the People's Republic of China on the Protection of Disabled Persons, 2nd Amendment Draft, Sept. 2007.

Direttive e regolamenti nazionali in lingua cinese.

- 中共中央关于全国农村卫生工作山西稷山现场会议情况的报告, 中发 [1960] 70号.

- 中共中央批准卫生部党委关于把卫生工作重点放到农村的报, 中发 [1965] 580 号.
- 中共中央、国务院 关于实行政社分开建立乡政府的通知, 中发 [1983] 35 号.
- 中共中央、国务院关于进一步加强对农村卫生工作的决定, 中发 [2002] 13 号.
- 卫生部办公厅关于做好新型农村合作医疗试点工作的通知, 为办基妇发 [2003] 47号.
- 财政部、卫生部关于中央财政资助中西部地区农民参加新型农村合作医疗制度补助资金拨付有关问题的通知, 财社发 [2003] 112号.
- 国务院办公厅转发卫生部等部门关于进一步做好新型农村合作医疗试点工作指导意见的通知, 国办发 [2004] 3号.
- 卫生部办公厅关于成立卫生部新型农村合作医疗技术指导组的通知, 为办农卫发 [2004] 46号.
- 财政部、卫生部关于完善中央此症新型农村合作医疗救助资金拨付办法有关问题的通知, 财社发 [2004] 37号.
- 财政部、卫生部关于做好新型农村合作医疗试点有关工作的通知, 为农卫发 [2005] 319号.
- 卫生部等7部委局联合下发关于加快推进新型农村合作医疗试点工作的通知, 卫农卫发 [2006] 13号.
- 财政部、卫生部关于调整中央财政新型农村合作医疗制度补助资金拨付办法有关问题的通知, 财社发 [2007] 5号.
- 财政部、卫生部关于做好2007年新型农村合作医疗工作的通知, 卫农发 [2007] 82号.

Direttive e regolamenti locali in lingua cinese.

- 曲周县人民政府关于印发曲周县新型农村合作医疗制度实施方案的同知, 曲政 [2003] 11号.
- 曲周县人民政府关于印发农村合作医疗基金管理使用办法 和合作医疗补偿范围及规定的通知, 曲政 [2003] 106号.
- 曲周县人农村合作医疗官理办公室关于印发乡镇及定点医疗机构合作医疗管理办公室管理职责和工作制度的通知, 曲和官办 [2004] 2号.
- 曲周县人民政府关于印发 曲周县2005年度新型农村合作医疗实施方案 的通知, 曲政 [2004] 11号.

- 曲周县人民政府关于印发曲周县特困群体医疗救助暂行办法的通知, 曲政 [2004] 60号.
- 曲周县人民政府关于印发 曲周县2006年新型农村合作医疗实施方案的通知, 曲政 [2005] 89号.
- 曲周县人民政府关于印发曲周县2007年新型农村合作医疗实施方案的通知, 曲政 [2006] 81号.
- 曲周县人民政府关于批转曲周县审计局2007年审计工作计划的通知, 曲政 [2007] 23 号.
- 曲周县人民政府关于印发曲周县2008年新型农村合作医疗实施方案的通知, 曲政 [2007] 60号.
- 中共曲周县委曲周县人民政府关于进一步规范新型农村合作医疗筹资报免工作的意见, 曲字 [2007] 90号.
- 广西壮族自治区关于征求广西壮族自治区新型农村合作医疗基金补偿技术方案修订意见的通知, 新农合办 [2007] 2号.
- 曲周县卫生局关于印发曲周县新型农村合作医疗定点医疗机构医疗服务管理暂行规定的通知, 曲卫 [2008] 5号.
- 曲周县人民政府关于印发曲周县2008年新型农村合作医疗补偿方案的通知, 曲政 [2008] 25号.