

I sistemi assicurativi nella Repubblica Popolare Cinese

2016-03-02 10:03:23 Redazione SI



Miriam Levi

La Repubblica Popolare Cinese ha fatto enormi passi avanti negli ultimi due decenni nel migliorare l'equità del sistema sanitario, incrementando l'accesso ai servizi e riducendo la spesa out-of-pocket da parte dei cittadini. Tuttavia molto resta ancora da fare per superare le disuguaglianze nella salute che ancora caratterizzano la sanità cinese.

Nella Repubblica Popolare Cinese vigono tre sistemi di assicurazione sanitaria: l'accesso all'uno o all'altro dipende dallo stato occupazionale e dal luogo di residenza. Nel 1998 fu creato il sistema assicurativo per le aree urbane basato sul lavoro, nel 2003 fu introdotta l'assicurazione cooperativa medica rurale per i residenti nelle campagne, e dal 2007 è attivo, per i cittadini che non lavorano, l'assicurazione per le aree urbane basato sulla residenza (Tabella 1); mentre il primo programma è finanziato con i contributi delle imprese e dei lavoratori, gli ultimi due beneficiano delle sovvenzioni statali. I tre Programmi sono tuttora amministrati separatamente da due enti diversi, che sarebbero dovuti confluire in un unico ente entro il 2013: l'assicurazione cooperativa medica rurale dipende dalla Commissione Nazionale Cinese per la Salute e la Pianificazione Familiare, gli altri due sono sotto il controllo del Ministero Cinese delle Risorse Umane e la Sicurezza Sociale[1].

Sebbene la copertura assicurativa sia oggi offerta a quasi tutta la popolazione (il piano d'azione del governo "Healthy China 2020" dovrebbe portare alla copertura universale entro il 2020), **le disuguaglianze nell'assistenza sanitaria tra aree urbane**, dove il sistema sanitario è maggiormente sviluppato e maggiori sono i finanziamenti, **e le aree rurali più povere persistono.** Attualmente il programma assicurativo per i residenti delle aree urbane che lavorano, basato sul sistema contributivo di finanziamento, offre una maggiore quantità di servizi e comprende anche le visite ambulatoriali, escluse invece del programma dedicato ai residenti nelle zone rurali, ed il fondo *pro capite* destinato ai suoi iscritti è circa sette volte maggiore rispetto al fondo a disposizione per gli iscritti agli altri due Programmi.

Così i residenti nelle aree rurali, nonostante il minore accesso ai servizi e la minore protezione sociale, hanno un carico di spese più elevato da affrontare per l'assistenza sanitaria. Queste discrepanze si riflettono direttamente sulla salute della popolazione: ancora nel 2011 la mortalità infantile nelle aree rurali era quasi 3 volte più elevata che in quelle urbane; inoltre, buoni risultati nel contrasto alle malattie cronico-degenerative sono stati ottenuti in particolare nell'ambito del programma basato sui contributi delle imprese e dei lavoratori: tra i soggetti ipertesi, ad esempio, Feng e collaboratori hanno dimostrato che gli iscritti a questo programma hanno maggiori probabilità di essere trattati e di tenere sotto controllo la malattia[2].

Per far fronte a queste criticità, recentemente, è stato avviato un processo di unificazione dei 3 programmi, che porterà alla realizzazione di un unico fondo assicurativo, con un unico sistema di pagamento dei *provider*, un unico sistema informativo, nonché alla omogeneizzazione delle prestazioni sanitarie erogate. In alcune province questo processo è già partito, e gli studi di valutazione del processo condotti finora hanno già dimostrato la maggiore equità del nuovo sistema, caratterizzato dalla libera scelta del sistema assicurativo da parte dei cittadini e da una più adeguata redistribuzione dei rimborsi per le spese mediche. Gli autori sottolineano come l'assenza di un disegno istituzionale e di raccomandazioni governative costituiscano tuttavia un ostacolo alla unificazione dei sistemi assicurativi, e a tal proposito ricordano le positive esperienze ottenute nel corso degli ultimi decenni in Paesi quali il Taiwan, la Corea del Sud, la Thailandia e il Giappone.

L'importanza di unificare i piani assicurativi per la copertura universale: l'esempio degli altri Paesi limitrofi

In **Taiwan** in seguito all'adozione di un unico sistema assicurativo nel 1994, la copertura assicurativa passò dal 60% al 100%; nella **Corea del Sud**, la copertura assicurativa diventò universale già nel 1989, con l'entrata in vigore di 3 programmi di assicurazione principali, poi sostituiti da un unico Piano Assicurativo Nazionale nel 2000. Per entrambi questi Paesi, decisivo è stato il ruolo degli organi amministrativi: il Bureau of National Health Insurance in Taiwan e il National Health Insurance Corporation in Corea del Sud.

In **Thailandia**, prima delle riforme del 2002 quasi un terzo della popolazione era privo di assicurazione sanitaria. Successivamente il Paese ha raggiunto la copertura assicurativa universale ed ha registrato un incremento sia dei ricoveri che delle prestazioni ambulatoriali, la valorizzazione delle cure territoriali e il dirottamento delle risorse verso le aree più povere: sono stati i gruppi di popolazione a reddito più basso ad ottenere i maggiori benefici dal nuovo sistema assicurativo unico.

In **Giappone** la copertura universale fu istituita nel 1961. Nel Paese vigono due sistemi assicurativi principali: l'assicurazione sanitaria nazionale, che copre i lavoratori delle piccole e medie imprese, i lavoratori autonomi, i disoccupati e i pensionati, e l'assicurazione per i lavoratori delle grosse imprese. Un programma particolare (Late Elder's Health Insurance) è inoltre riservato ai soggetti maggiori di 75 anni, ai liberi professionisti, ai disoccupati e ai pensionati. Nonostante la presenza di 3500 piani assicurativi in Giappone, le spese out-of pocket da parte dei cittadini e le prestazioni erogate sono caratterizzate da una grande omogeneità. L'esempio del Giappone dimostra che gli elementi cardine del sistema (finanziamento, sistemi di *co-payment*, e prestazioni erogate) possono essere resi omogenei anche se non si realizza una vera e propria integrazione dei piani assicurativi.

Gli autori sottolineano che i principali elementi del successo delle

esperienze di questi quattro paesi risiedono nell'impegno dei decisori politici, nella produzione di norme, nel finanziamento tramite la fiscalità generale e nella costituzione di organismi amministrativi ed auspicano la produzione di linee guida a validità nazionale, improntate all'equità e all'efficienza, con le raccomandazione per un corretto approccio alla realizzazione di un sistema assicurativo universale unico.

Oggetto delle riforme dovrà essere il miglioramento della qualità dell'assistenza, con particolare riferimento all'assistenza territoriale, che dovrà essere valorizzata. Speciale supporto dovrà essere fornito agli operatori sanitari delle cure primarie nelle aree rurali, affinché sia garantito l'accesso a servizi sanitari di alta qualità anche ai cittadini meno abbienti. Infine, per la realizzazione di un piano assicurativo universale efficace, i sistemi di finanziamento per l'assistenza medica e per le attività di prevenzione e promozione della salute dovranno essere integrati e coordinati.

Tabella 1. Principali caratteristiche dei 3 programmi assicurativi vigenti nella Repubblica Popolare Cinese.

	ASSICURAZIONE COOPERATIVA MEDICA RURALE	ASSICURAZIONE PER LE AREE URBANE BASATO SULLA RESIDENZA	ASSICURAZIONE PER LE AREE URBANE BASATO SUL LAVORO
Inizio	2003	2007	1998
Popolazione target	Popolazione delle aree rurali (con un lavoro o senza)	Popolazione delle aree urbane, senza un lavoro	Popolazione delle aree urbane, occupati
Numero di assicurati (milioni)	802	296	274
Percentuali di assicurati sulla popolazione totale	98,7%	—	—
Fonte del finanziamento	Fondi governativi (80%) e premi individuali (20%)	Fondi governativi (70%) e premi individuali (30%)	Contributi (8% dello stipendio annuale, 6% dal dipendente e 2% dal datore di lavoro)
Fondo pro capite	61,2\$	66,2\$	424,7\$
Numero dei agenzie assicurative	2852 (contee)	333 (comuni)	333 (comuni)
Servizi contenuti nel pacchetto assicurativo	Limitati	Limitati	Onnicomprensivi
Tasso di ospedalizzazione annuale	9,1%	7,1%	11,3%
Percentuali di pazienti recatisi dal proprio medico nelle ultime 2 settimane	12,5%	12,4%	13,4%
Numero di farmaci inclusi	800	2300	2300
Spese per famiglia	1095\$	2974\$	2974\$
Proporzione delle spese mediche sul totale delle spese di	9,3%	6,2%	6,2%

un nucleo familiare

Fonte: [1]

Miriam Levi, Medico di sanità pubblica, Università di Firenze.

Risorse

Precedenti post dedicati al sistema sanitario cinese: [Dossier Cina](#)

Bibliografia

1. Meng Q, Fang H, Liu X, Yuan B, Xu J. Consolidating the social health insurance schemes in China: towards an equitable and efficient health system. *Lancet* 2015;386:1484–92. doi:10.1016/S0140-6736(15)00342-6.
2. Feng XL, Pang M, Beard J. Health system strengthening and hypertension awareness, treatment and control: data from the China Health and Retirement Longitudinal Study. *Bull World Health Organ* 2014;92:29–41. doi:10.2471/BLT.13.124495.
3. Liu B, Yan H, Guo R, Liu X, Li X, Xu Y. The Basic Social Medical Insurance Is Associated with Clinical Outcomes in the Patients with ST-elevation Myocardial Infarction: A Retrospective Study from Shanghai, China. *Int J Med Sci* 2014;11:905–17. doi:10.7150/ijms.8877.

- Facebook
- Twitter
- LinkedIn
-