



Università
Ca' Foscari
Venezia

Corso di Laurea magistrale (*ordinamento ex
D.M. 270/2004*)
in Economia e Finanza.

Tesi di Laurea Magistrale

—
Ca' Foscari
Dorsoduro 3246
30123 Venezia

Gli effetti della riforma sanitaria cinese: evidenza empirica con l'uso dei dati CHARLS.

Relatore

Ch.ma Prof. Noemi Pace

Correlatore 1:

Ch.mo Prof. Stefano Campostrini

Correlatore 2:

Ch.mo Prof. Danilo Cavapozzi

Laureando

Laura Mastel
Matricola 817162

Anno Accademico 2012 / 2013

Indice

<i>Introduzione</i>	<i>p. 1</i>
<i>Capitolo 1.</i>	
<i>Il sistema sanitario e la situazione economica, sociale e demografica della Repubblica Popolare Cinese.</i>	
<i>1.1 L'economia della Repubblica Popolare Cinese ad oggi.</i>	<i>p. 5</i>
<i>1.1.1 Mobilitare e coltivare il capitale umano.</i>	<i>p. 10</i>
<i>1.1.2 La sfida politica sociale.</i>	<i>p. 13</i>
<i>1.1.3 I cambiamenti e le riforme hanno contribuito a cambiare l'assetto politico ed economico della Cina</i>	<i>p. 15</i>
<i>1.1.4 Il contesto demografico e sociale cinese.</i>	<i>p. 20</i>
<i>1.2 Il sistema sanitario cinese.</i>	<i>p. 26</i>
<i>1.2.1 Riforme del sistema sanitario nelle zone urbane della Repubblica Popolare Cinese.</i>	<i>p. 26</i>
<i>1.2.2 Riforme del sistema sanitario nelle zone rurali della Repubblica Popolare Cinese.</i>	<i>p. 32</i>
<i>1.2.3 Le prossime riforme in ambito sanitario.</i>	<i>p. 37</i>
<i>1.3 La riforma del sistema di registrazione hukou.</i>	<i>p. 40</i>

Capitolo 2.**Review della letteratura.**

- 2.1 Premessa. p. 46
- 2.2 Gli effetti delle riforme sulla domanda dei servizi sanitari. Le zone urbane. p. 52
- 2.3 Gli effetti delle riforme sulla domanda dei servizi sanitari. Le zone rurali. p. 54
- 2.4 Gli effetti delle riforme sanitarie sulle spese *out-of-pocket*. p. 58

Capitolo 3.**Analisi delle variabili e modello econometrico.**

- 3.1 Premessa. p. 63
- 3.2 Introduzione del *dataset* CHARLS. p. 65
- 3.3 Studio delle variabili. p. 69
- 3.3.1 Variabili relative allo stato di salute. p. 69
- 3.3.2 Programmi di assicurazione sanitaria. p. 73
- 3.3.3 Ricchezza, reddito e consumo. p. 78
- 3.4 Modello econometrico p. 82
- 3.4.1 Analisi relativa alle cure mediche inpatient p. 83
- 3.4.2 Analisi relativa alle cure mediche outpatient p. 86
- 3.4.3 Analisi relative alle spese mediche out-of-pocket p. 88
- 3.4.4 Analisi relative alle spese mediche out-of-pocket sostenute in caso di ricoveri ospedalieri p.90
- 3.4.5 Analisi relative alle spese mediche out-of-pocket sostenute in caso di visite ambulatoriali p.92

Conclusione. p. 94

Bibliografia e Sitografia. p. 99

Elenco dei Grafici e delle Tabelle.

Capitolo 1.

Grafici:

- Grafico 1.1: Impatto del cambiamento delle quote occupazionali nei settori. p.11
- Grafico 1.2: Fonti di reddito per gli anziani. p.25
- Grafico 1.3: Fornitura di cura per livello di istruzione amministrativa. p.31
- Grafico 1.4: Estensione della copertura assicurativa sanitaria.
Percentuale di popolazione cinese coperta dal sistema sanitario. p.37

Tabelle:

- Tabella 1.1: Il livello e il miglioramento del tenore di vita. p.7
- Tabella 1.2: Protezione della popolazione anziana. p.23

Capitolo 2.

Grafici:

- Grafico 2.1: L'impatto che il sistema di copertura assicurativo sanitario NCMS ha avuto sulle spese mediche catastrofiche. p.60

Capitolo 3.

Grafici:

- Grafico 3.1: Percentuale di anziani previsti nel 2050. p.64
- Grafico 3.2: Stato di Salute Fisica. p.70
- Grafico 3.3: Prevalenza di sintomi depressivi p.71
- Grafico 3.4: Quota di persone che hanno bisogno di assistenza nel svolgere attività quotidiane (ADL). p.72
- Grafico 3.5: Lo stato di salute percepito in base al reddito disponibile. p.73
- Grafico 3.6: Tassi di copertura dell'assistenza sanitaria. p.74

Figure:

- Figura 3.1: Luoghi dove si sono effettuate le indagini CHARLS. Distinzione per contee e distretti. p.68

Tabelle:

- Tabella 3.1: Campione di riferimento CHARLS. p.67
- Tabella 3.2: Tasso di copertura sanitaria per la popolazione anziana e il premio medio pagato per ogni sistema assicurativo. p.75
- Tabella 3.3: Spese *out-of-pocket* delle visite ospedaliere e delle visite ambulatoriali. p.76
- Tabella 3.4: Spesa, ricchezza e reddito disponibile pro capite al 25^o, 50^o e 75^o percentile (dollari). p.78
- Tabella 3.5: Trasferimenti tra anziani e parenti. p.81
- Tabella 3.6: Analisi relativa alle cure mediche *inpatient* p.85
- Tabella 3.7: Analisi relativa alle cure mediche *outpatient* p.87
- Tabella 3.8: Analisi relativa alle spese out-of-pocket p.89
- Tabella 3.9: Analisi delle spese out-of-pocket in relazione alle cure mediche inpatient p.91
- Tabella 3.10: Analisi delle spese out-of-pocket in relazione alle cure mediche outpatient p.93

Introduzione

L'obiettivo di questo lavoro di tesi consiste nell'analizzare come la Repubblica Popolare Cinese affronterà l'esigenza di offrire adeguate prestazioni a fronte di un rapido invecchiamento della popolazione.

Attualmente questo Paese sconta un'altissima percentuale di anziani che rappresenta circa il 16 – 17% della popolazione. Viene quindi esasperata una situazione già aggravata dall'aumento della speranza di vita dei cinesi che si ipotizza raggiungerà gli 80 anni entro il 2015.

Le priorità dei dirigenti di Pechino sono chiare: al primo posto c'è indubbiamente la crescita economica, fattore indispensabile per sradicare la povertà ancora estesa in ampie aree di un Paese che per dimensioni territoriali e demografiche dovremmo considerare alla stregua di un continente. La volontà di ridurre la povertà non può sottrarsi ad una sfida che coincide con l'oggetto del nostro elaborato: comprendere quali sono le strategie e le soluzioni più efficaci per organizzare l'assicurazione sanitaria e garantire l'erogazione di prestazioni adeguate e dignitose in una Nazione così straordinariamente popolosa e protagonista del più grande sviluppo economico che la storia ricordi.

Una crescita così rapida e straordinaria può creare profonde ingiustizie sociali. Per fronteggiare queste sfide il governo cinese ha dato corso ad una serie di riforme volte a garantire la protezione sociale dei propri anziani, infatti nei recenti anni ha espanso la copertura dei programmi pensionistici e sanitari al fine di consolidare la propria rete di sicurezza sociale.

In questo contesto si inserisce la recentissima riforma del sistema sanitario che ha introdotto nuovi schemi assicurativi permettendo ad una più ampia fetta di popolazione l'accesso alle cure sanitarie.

Nel nostro elaborato abbiamo scelto di osservare la Repubblica Popolare Cinese focalizzando l'attenzione su una dinamica fondamentale per il benessere e la qualità della vita degli individui: l'erogazione delle prestazioni sanitarie.

La scelta di questo argomento si basa sulla consapevolezza di quanto sia importante coniugare la crescita economica con la garanzia dei diritti fondamentali come l'istruzione e appunto la salute. Dobbiamo essere consapevoli che la vera uscita dalla povertà non può prescindere da un sistema sanitario equo e adatto a soddisfare le richieste di determinate cure e di particolari prestazioni soprattutto alla popolazione meno abbiente e più esposta al disagio e al rischio di disuguaglianze e iniquità.

Siamo certi che la Repubblica Popolare Cinese sia in possesso degli strumenti necessari a garantire cure adeguate anche ai più poveri? Quali sono gli squilibri più evidenti tra le differenti aree geografiche per quanto riguarda le cure sanitarie? Esistono studi, indagini e analisi in grado di offrire una conoscenza dettagliata ed esaustiva delle prestazioni sanitarie in Cina? Quali sono le opportunità da cogliere o perlomeno da considerare per evitare squilibri drammatici nell'erogazione dei servizi e nella garanzia dei diritti? L'intento dell'elaborato è fornire indicazioni e spunti per comprendere ed interpretare correttamente la situazione sanitaria nella Repubblica Popolare Cinese.

Partendo da queste premesse, abbiamo rivolto la nostra attenzione alla relazione esistente fra la copertura assicurativa sanitaria alla quale aderiscono i singoli soggetti e le spese c.d. *out-of-pocket* dagli stessi sostenute.

Abbiamo analizzato il punto di vista della parte più anziana della popolazione che risulta essere quella più influenzata da questo tipo di esborsi a causa di una più precaria salute rispetto alle altre fasce di popolazione.

Per fare ciò abbiamo utilizzato i dati provenienti dall'indagine CHARLS (*China Health and Retirement Longitudinal Study*) che si occupa di controllare lo stato di salute e lo stile di vita dei cittadini cinesi (e del loro coniuge) con più di 45 anni. L'uso di questo particolare *database* è una novità nell'ambito degli studi sull'invecchiamento della popolazione ed è stato scelto grazie alla sua particolare struttura in grado di monitorare i rispondenti ogni due anni permettendo di seguirne l'evoluzione nel tempo. Un'altra caratteristica di CHARLS è che essa fornisce per la prima volta dati microeconomici grazie ai quali è possibile realizzare un quadro descrittivo efficiente della situazione sociale ed economica della Cina.

Sono innumerevoli gli approfondimenti inerenti la crescente influenza della Repubblica Popolare Cinese nella politica e nell'economia internazionale poiché non si deve scordare che i rapporti di questo Paese con gli altri Stati mondiali presentano importanti implicazioni produttive e commerciali ma anche etiche e culturali che condizionano inevitabilmente l'intero pianeta. L'analisi della situazione cinese, benché possa sembrare ad un primo sguardo uno studio limitato solamente a questa realtà, può rivelarsi estremamente utile a tutti i Paesi in via di sviluppo e anche a tutte le altre economie: la Repubblica Popolare Cinese sta attualmente sperimentando tassi di invecchiamento che si possono riscontrare in moltissime altre realtà (Italia e Giappone per fare un esempio).

Riassumendo, questo lavoro andrà a verificare l'utilità della sottoscrizione di una assicurazione sanitaria sulla riduzione delle spese *out-of-pocket*, tenendo in considerazione lo stato di salute, il reddito, le difficoltà nello svolgimento delle attività quotidiane, eventuali patologie croniche, lo stile di vita e, ultimo ma non meno importante, l'*hukou* che decreta la possibilità di accesso a determinati schemi di copertura.

A questo scopo, l'elaborato è stato suddiviso in tre capitoli. Il primo capitolo è stato dedicato alla descrizione della situazione del Paese prima dell'introduzione della recentissima riforma sanitaria avvenuta nel 2003 e degli aspetti economici che hanno portato la Repubblica Popolare Cinese ad essere considerata una potenza mondiale. Ripercorreremo la storia che ha caratterizzato la Repubblica Popolare Cinese dagli anni '70 ad oggi sottolineando il grande cambiamento economico sociale e demografico avvenuto analizzando anche il collasso del sistema di *welfare* con particolare riferimento al settore sanitario. Ciò ci permetterà di comprendere la situazione e le motivazioni che hanno portato il governo cinese a prendere determinate decisioni in merito all'estensione della copertura sanitaria a quasi tutti i suoi cittadini. Per assolvere a questo compito, nella prima parte dell'elaborato sono state infatti inserite la descrizione della situazione economica cinese dal 1950 ad oggi soffermandoci sugli aspetti che più di tutti sono stati investiti dalle novità.

È stata poi inserita la descrizione dettagliata di tutte le vicende che hanno caratterizzato negli ultimi anni la Repubblica Popolare Cinese sia per quanto riguarda la zona rurale cinese e quella urbana e che hanno portato all'attuale riforma sanitaria

oggetto del nostro studio. In questo primo capitolo si parlerà anche del sistema di registrazione noto come “*sistema hukou*” che nel Paese risulta essere fondamentale per l’accesso ai diversi benefici resi disponibili dallo Stato e che serve come un sistema di registro di famiglia che permette la mobilità temporanea al migrato rurale per motivi lavorativi.

Dopo aver descritto la situazione storica della Repubblica Popolare Cinese, il secondo capitolo è dedicato agli studi che già sono stati condotti precedentemente sul medesimo argomento. In questo capitolo viene effettuata una revisione della letteratura esistente considerando in dettaglio gli effetti delle riforme sulla domanda dei servizi sanitari e sulle spese *out-of-pocket* ed evidenziando ciò che avviene nelle zone rurali e in quelle urbane.

Servendoci delle analisi, delle indagini e degli studi condotti da autori che da sempre si occupano di queste tematiche, avremmo la possibilità di avanzare le prime ipotesi sul fenomeno oggetto della nostra analisi e di affrontare lo studio rielaborando correttamente i differenti risultati e l’enorme mole di dati a nostra disposizione.

Dalla *review* della letteratura possiamo comprendere che nei Paesi in via di sviluppo e in quelli emergenti il costo delle prestazioni sanitarie sostenute dai singoli cittadini risultano essere una parte significativa delle spese familiari. Dai dati pervenuti dai vari studi si evincono dei risultati contrastanti tra loro: alcuni sostengono che le riforme avvenute circa la copertura sanitaria siano state utili a diminuire l’impatto delle spese *out-of-pocket* non coperte dai rimborsi delle assicurazioni soprattutto tra coloro che hanno un basso reddito mentre altri non hanno trovato nessun effetto significativo.

Nel terzo capitolo verrà proposta l’analisi empirica. Questo capitolo contiene la descrizione dettagliata delle variabili utilizzate nell’analisi. Attraverso queste variabili cercheremo poi di far emergere l’eventuale nesso fra la partecipazione ad una qualsiasi copertura assicurativa sanitaria ed una maggiore fruizione dei servizi medico-sanitari.

CAPITOLO 1

Il sistema sanitario e la situazione economica, sociale e demografica della Repubblica Popolare Cinese.

1.1 L'economia della Repubblica Popolare Cinese ad oggi

Il presente elaborato tratterà gli effetti delle recenti riforme del sistema sanitario cinese e si valuteranno gli impatti che la stessa copertura ha avuto su fattori come la domanda di cure sanitarie e le spese out-of-pocket.

L'economia cinese è un'economia socialista di mercato che dal 2008 è cresciuta per cinque anni ad un ritmo senza precedenti. Considerando il periodo tra il 2008 e il 2010, la Repubblica Popolare Cinese ha conosciuto una crescita media annua dell'11% diventando nel 2010 la seconda potenza industriale al mondo in riferimento al PIL dopo gli Stati Uniti d'America. Proprio in questi anni il Paese ha superato il Giappone che per tanti anni è stata la seconda potenza economica del pianeta (OECD, 2010). Nel 2008 l'avvento della crisi provocò anche nella Repubblica Popolare Cinese un breve arresto dello sviluppo produttivo ma il Paese ha certamente mantenuto un ruolo centrale nella ripresa economica mondiale.

Sul lato strutturale, i meccanismi di mercato e il settore privato hanno continuato a guadagnare importanza (OECD, 2005). L'indagine attuale documenta l'importante

miglioramento delle condizioni standard di vita ed evidenzia le maggiori sfide in campo politico che la Repubblica Popolare deve affrontare.

Il tenore di vita sta migliorando molto rapidamente. La stima di crescita del totale del consumo reale delle famiglie è stato tra i più rapidi al mondo: circa il 9,6% nei cinque anni successivi la crisi economica. Misurato in termini di potere d'acquisto, fino al 2008 il consumo privato era solo un decimo del livello medio nell'area OECD e si localizzava ad un quinto o ad un quarto del livello dei Paesi a basso reddito come il Messico e la Turchia (OECD, 2010).

I profitti derivanti dai consumi privati riflettono una maggiore proprietà di beni durevoli: nelle aree urbane, le famiglie cinesi hanno a disposizione molte apparecchiature elettriche come ad esempio lavatrici, tv, impianti per l'aria condizionata, telefoni. Dal 2000 la dimensione delle case è di circa 65 metri quadri per una famiglia media di 3 persone. Sta aumentando significativamente l'acquisto di automobili soprattutto nella famiglie ad alto reddito, un gruppo di persone benestanti relativamente piccolo che non conta più di 50 milioni di cittadini che possiedono un reddito familiare superiore a quello del 30% delle famiglie statunitensi.

Nel suo saggio "L'era post-americana", il direttore dell'edizione internazionale di "Newsweek" Fareed Zakaria ci ricorda che "la scala del cambiamento nella Repubblica Popolare Cinese è quasi inimmaginabile. Le dimensioni della sua economia hanno continuato a raddoppiare ogni otto anni per tre decenni. Nel 1978 il Paese produceva duecento condizionatori all'anno; nel 2005 ne ha costruiti quarantotto milioni. Oggi esporta in un singolo giorno più di quanto abbia esportato in tutto il 1978". Zakaria sottolinea che la Repubblica Popolare è cresciuta di circa il 9% ogni anno per quasi trent'anni: per una grande economia è il tasso di crescita più elevato che la storia ricordi. In questo stesso periodo sono usciti dalla povertà circa quattrocento milioni di persone: il più grande decremento che abbia mai avuto luogo in ogni tempo. Il reddito medio pro capite dei cinesi è salito di circa sette volte, ma sono tanti gli inconvenienti affrontati per questo sviluppo e sono stati pagati prezzi troppo cari. Il devastante impatto ambientale della modernizzazione, lo sfruttamento di manodopera in assenza di tutele davvero efficaci, la concorrenza sleale, le forme di censura e di controllo per

soffocare il dissenso sono solo alcuni tra gli inconvenienti più noti all'opinione pubblica. Indipendentemente dalle perplessità e dalle preoccupazioni, uscendo dalla povertà, la Repubblica Popolare Cinese ha raggiunto il sogno di tutti i Paesi del terzo mondo e, come sostiene l'economista Jeffrey Sachs, "la Cina rappresenta il più grande caso di sviluppo nella storia del mondo".

Tabella 1.1: Il livello e il miglioramento del tenore di vita.

	Rural	Urban	Highest decile urban	Rural	Urban	Highest decile urban
	Ownership per 100 households in 2008			Growth 2002-08		
Air conditioner	9.8	100.3	197.2	27.5	11.9	7.4
Automobile	n.a.	8.8	33.0	n.a.	46.9	40.9
Camera	4.4	39.1	82.0	4.8	-2.0	0.4
Colour TV set	99.2	132.9	165.0	8.6	0.8	0.5
Computer	5.4	59.3	101.5	30.2	19.2	11.1
Hi-fi stereo component	n.a.	27.4	47.3	n.a.	1.5	2.0
Microwave oven	n.a.	54.6	83.3	n.a.	9.9	3.5
Mobile telephone	96.1	172.0	210.7	38.4	18.3	8.6
Motorcycle	52.5	21.4	17.1	11.0	-0.6	-10.0
Refrigerator	30.2	93.6	104.7	12.6	1.2	0.2
Telephone	67.0	82.0	94.1	8.6	-2.2	-1.6
Video camera	n.a.	7.1	21.9	n.a.	24.4	20.8
Washing machine	49.1	94.7	101.8	7.5	0.8	0.0
Dishwasher	n.a.	n.a.	2.1	n.a.	9.8	6.5
	Level			Real annual growth, local currency		
Income per household (\$, market exchange rate)	2 750	6 609	18 317	7.1	8.7	10.7
Income per household (PPP)	5 636	11 013	30 522	n.a.	n.a.	n.a.
Consumption per household (\$, market exchange rate)	2 115	4 709	11 332	7.7	7.0	8.8
Consumption per household (PPP)	4 334	7 846	18 882	n.a.	n.a.	n.a.
Saving rate	23.1	28.8	38.1	n.a.	n.a.	n.a.

Fonte: China Statistical Yearbook, 2009 World Development Indicators.

Gli standard di vita nelle zone rurali sono molto più bassi. I redditi delle famiglie residenti in queste zone sono pari solamente al 60% dei redditi delle famiglie che abitano nelle aree urbane. In queste aree le famiglie sono più numerose e di

conseguenza i redditi pro-capite sono più bassi. Tuttavia anche in queste famiglie c'è un'ampia diffusione di beni durevoli come il cellulare, i motocicli e i televisori.

L'economia cinese sta tuttora vivendo un momento di transizione e cambiamento massiccio.

Lo sradicamento completo della povertà, la diminuzione delle disuguaglianze sociali e la soluzione dei problemi ambientali rappresentano sfide immense.

La povertà è diminuita di quasi due terzi nei quattro anni successivi al 2007: ciò significa che solo circa il 4% della popolazione è rimasta in una condizione di forte povertà se ci riferiamo non solo ai consumi, ma anche al livello minimo di reddito ufficiale o alla soglia di povertà indicata dalla Banca Mondiale. La percentuale della popolazione in condizione di povertà sarebbe molto più bassa se calcolata in base al reddito visto che anche le famiglie rurali più povere risparmiano una parte considerevole del loro reddito (OECD, 2010).

La forte crescita economica ha portato ad un aumento esponenziale dell'importanza della produttività cinese nel mondo. La differenza fra il livello dei prezzi delle diverse Nazioni rende difficile il confronto fra i valori degli output, infatti, in conseguenza di una sottostima dei livelli di prezzo nella Repubblica Popolare Cinese, le ultime rilevazioni indicano che il PIL era salito al 11,3% della produzione mondiale nel 2008; calcolandolo sulla base dei tassi di cambio e dei prezzi correnti di mercato, la quota del Paese nel PIL mondiale è ridimensionata al 7,2%.

Nella Repubblica Popolare Cinese i prezzi sono certamente più bassi per i beni non scambiati, soprattutto per quei servizi e per quelle merci con una alta componente di servizio. Il settore manifatturiero cinese è altamente integrato nel mercato mondiale: circa il 30% – 40% del suo valore aggiunto viene esportato mentre gran parte del resto è altamente sostituibile con le merci straniere importate. Per questo settore i prezzi di mercato possono essere utilizzati in confronti internazionali: bassi prezzi per i prodotti cinesi vengono presi in considerazione come segnale di bassa qualità.

Dato il suo ritmo di espansione economica è possibile che la Repubblica Popolare Cinese, mantenendo questa crescita, riesca a sorpassare gli Stati Uniti nei prossimi 5 – 7 anni diventando così la prima potenza mondiale nella produzione di beni industriali. Per

alcuni settori industriali i cinesi sono già ai primi al mondo: pensiamo per esempio alla produzione di acciaio che ha superato quella statunitense ed alle autovetture (esclusi i veicoli commerciali leggeri) che rappresentano il 20 – 25% della produzione mondiale (OECD, 2010).

La crescita economica cinese riflette principalmente una continua rapida espansione del capitale sociale che si stima abbia contribuito per circa 6 punti percentuali ogni anno alla crescita economica. Per quanto riguarda la crescita della forza lavoro si può dire che è abbastanza modesta anche a causa della politica del figlio unico.

Va ricordato che nella Cina degli ultimi anni si è consolidata una profonda trasformazione delle attività lavorative caratterizzata da forti spostamenti delle risorse dal lavoro agricolo verso il lavoro industriale manifatturiero.

Dopo il controllo per questa riallocazione, la crescita di efficienza residua stima un rallentamento. Una spiegazione potrebbe pervenire dal rallentamento della produttività nel settore pubblico.

In un mercato competitivo i tassi di rendimento dovrebbero essere simili in tutti i settori. Per questa ragione la distribuzione dei tassi di rendimento tra i diversi settori dell'economia solleva diverse domande. Nonostante la prestazione stellare del settore privato, esistono delle barriere che hanno impedito uno sviluppo più veloce.

La persistenza anche di questi straordinari tassi di rendimento indica le inefficienze dei mercati finanziari.

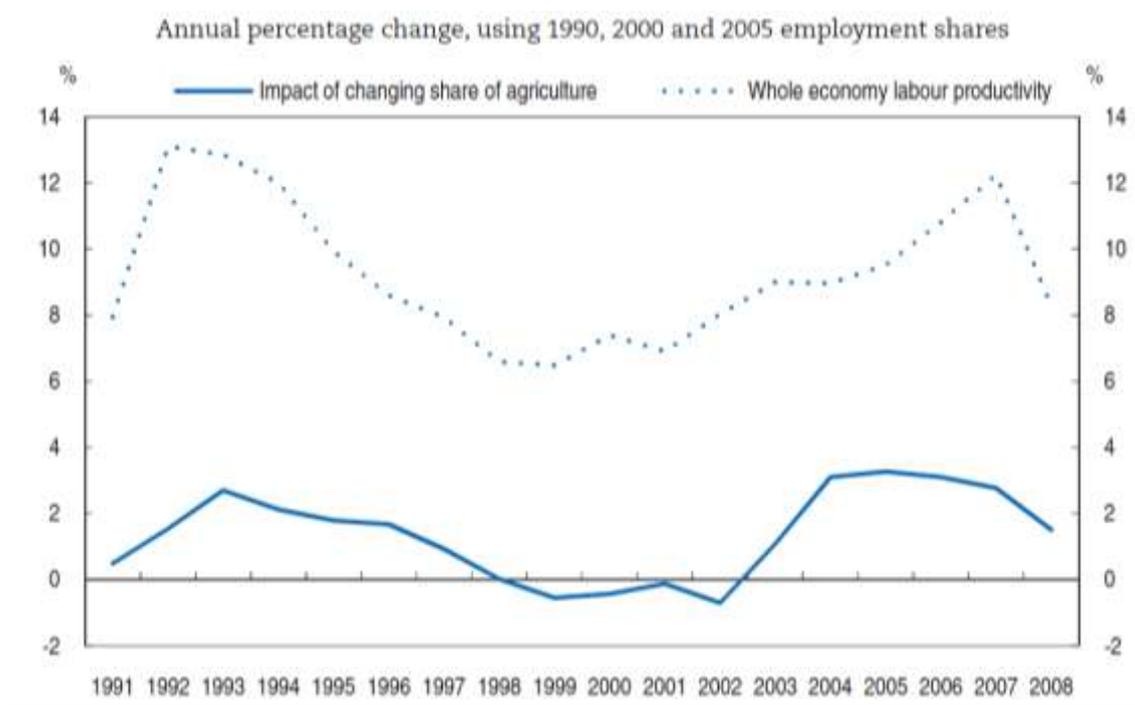
1.1.1 Mobilitare e coltivare il capitale umano

Dal 2013 la riallocazione delle risorse agricole ha contribuito notevolmente a sostenere la crescita economica. Durante questo periodo, il numero assoluto di persone la cui principale attività era quella agricola è iniziato a diminuire per la prima volta anche se nel 2008 la forza lavoro impiegata nell'agricoltura era circa il 40% della popolazione.

In agricoltura, a livello familiare, l'aumento del prodotto marginale derivato da un ulteriore lavoratore è molto basso. Questo dato si riflette anche nella produttività media del settore dove si parla di una crescita sei volte inferiore rispetto all'economia rimanente.

Questa grande differenza in termini di produttività tra tutti i fattori ha permesso che il calo della quota di occupazione nell'agricoltura abbia contribuito ad una crescita dell'economia aggregata. Il contributo di questo cambiamento lo si può valutare confrontando la produttività effettiva con la produttività che ci si attendeva se le quote di occupazione del settore agricolo rimanevano invariate. Tuttavia, negli ultimi cinque anni, il contributo è stato maggiore rispetto a quello osservato prima del processo di liberalizzazione.

Grafico 1.1: Impatto del cambiamento delle quote occupazionali nei settori.



Fonte: OECD estimates, data from China Statistical Yearbook and CEIC, 2010.

Nonostante la presenza, ancora oggi, di numerosi ostacoli che impediscono la circolazione dei cittadini all'interno della Repubblica Popolare Cinese, i primi trasferimenti dalle zone agricole a quelle urbane – solo per necessità di forza lavoro per sviluppare maggiormente l'industria – hanno contribuito a migliorare notevolmente la produttività del Paese.

Gli ostacoli che impediscono la circolazione dipendono dal sistema di registrazione (*hukou system*). Il sistema *hukou* è un sistema di registro di famiglia risalente alla Cina antica introdotto nel 1958 obbligatorio ai sensi di legge.

Questa registrazione identifica una persona come residente di una determinata area (rurale o urbana) e comprende altre informazioni: il nome e cognome, luogo e data di nascita; i genitori e il coniuge. Una volta sposate, le donne cambiano il loro *hukou* e prendono quello del marito.

L'*hukou system* permette la cosiddetta "mobilità temporanea": al migrato vengono assicurati i benefici sociali sanitari ed educativi in base al luogo di registrazione (dunque di nascita) e non in base all'area in cui risiede nel corso della sua vita. Le persone che si spostano da una città all'altra perdono quindi molti diritti e vantaggi. Per i cittadini rurali la faccenda si complica ulteriormente: sono migranti senza un contratto di lavoro a tempo indeterminato, non sono affiliati al sistema di sicurezza sociale e non hanno nemmeno una retribuzione salariale minima garantita. La popolazione agricola non ha gli stessi diritti di proprietà del cittadino: i contadini possono perdere la proprietà del terreno agricolo nel momento in cui decidono di trasferirsi in città trovandosi in condizioni di vita peggiori (OECD, 2010).

Si prevede che il miglioramento del livello di istruzione avvenuto negli ultimi anni possa migliorare la produttività nel lungo periodo. I governi locali, sono stati spinti a garantire l'educazione primaria a tutti i bambini, in modo che a 15 anni avessero finito le scuole elementari e le medie. Nel 2008 vennero abolite in tutto il Paese le tasse per l'istruzione per garantire a tutti un determinato livello d'istruzione e i libri di testo furono forniti gratuitamente dall'Occidente.

Il risultato è stato che da quell'anno più del 90% dei bambini ottenne un'istruzione primaria. Nei 5 anni successivi al 2008 le iscrizioni all'università aumentarono del 60%.

I maggiori salari percepiti dagli individui più istruiti favorirono la crescita delle disuguaglianze. E' necessario migliorare sia la qualità che la quantità dell'istruzione nelle zone rurali per ridurre le disuguaglianze sociali e di reddito tra aree rurali ed urbane.

1.1.2 La sfida politica e sociale

Lo scopo principale del governo centrale è la rapida trasformazione della Repubblica Popolare Cinese da una società prevalentemente rurale ad una società industrializzata.

La maggior parte della popolazione cinese vive nella città ma la società è divisa: ci sono persone che pur vivendo nelle città hanno *hukou rurale* perché i propri genitori sono nati in campagna e persone che invece hanno *hukou urbano* perché i loro antenati sono nati nelle città. Ciò è causa di disagi: i cittadini hanno differenti diritti e queste differenze sono amplificate quando persone provenienti da aree differenti si trovano a vivere nelle stesse città. In questi casi è facile individuare disuguaglianze a partire nell'istruzione e nella sanità ma anche nell'assegnazione di sussidi governativi (i cittadini con *hukou rurale* non possono ottenere nessun tipo di agevolazione).

Muoversi verso una maggiore parità dei diritti sarà la chiave per sostenere il flusso dei migrati verso le zone urbane e assicurare l'armonia sociale a lungo termine soprattutto nelle aree urbane.

I rapporti di lavoro, negli ultimi dieci anni, sono maggiormente orientati al mercato: questo riflette in parte la concorrenza accresciuta nel mercato manifatturiero ed una diminuzione del ruolo delle imprese statali e delle istituzioni governative.

L'aumento dei datori di lavoro del settore privato ha creato un nuovo mercato del lavoro dove il capitale umano è meglio ricompensato. Allo stesso tempo, però, essi hanno una scarsa attitudine a mantenere rapporti di lavoro stabili nel lungo periodo. In passato hanno avuto la tendenza ad assumere molti dipendenti senza un contratto di lavoro stipulato in forma scritta. Non pagavano i contributi sociali e nelle peggiori ipotesi non pagavano nemmeno il personale.

In questo contesto, il governo cinese nel 2008 ha emanato delle nuove leggi sul lavoro. L'obiettivo principale era permettere rapporti più formali tra datore e dipendente dove tutto il personale doveva ricevere un contratto di lavoro firmato. Questa normativa

è relativamente severa per gli standard internazionali soprattutto per quanto riguardava la protezione dei dipendenti con contratto lavorativo a tempo determinato.

Le sfide che le autorità devono affrontare sono molte: dall'obbligo di pagare i salari all'integrazione degli immigrati nel mercato del lavoro.

Parlando di migrazione, un primo passo utile a ridurre gli ostacoli è unificare il sistema delle prestazioni pensionistiche per le persone nelle zone agricole e in quelle urbane. Un'altra barriera è rappresentata dall'istruzione. Anche se le tasse sono state abolite e la maggior parte dei figli di migranti risiedenti nelle zone urbane riceve almeno un'istruzione primaria, si trovano comunque a sostenere maggiori spese rispetto ai residenti locali.

Gli esami universitari devono essere sostenuti in determinate zone in base al proprio *hukou* e non in base al luogo di residenza; il contenuto degli esami per l'ammissione all'università varia in tutte le zone del Paese.

Se i figli dei migranti vogliono avere un'istruzione secondaria o terziaria, devono lasciare la città di residenza per trasferirsi nelle zone in cui i loro genitori sono nati e solo lì possono continuare i loro studi.

L'alloggio è un'ulteriore barriera come lo è l'accesso alle cure sanitarie soprattutto per i bambini. La conseguenza diretta è che molti figli non seguono i genitori che per motivi lavorativi si trasferiscono nelle città rimanendo a vivere con i nonni o altri parenti (OECD, 2010).

1.1.3 I cambiamenti e le riforme che hanno contribuito a cambiare l'assetto politico ed economico della Cina.

La descrizione delle determinanti decisionali del risparmio familiare cinese è importante per fornire un quadro utile ad illustrare il benessere della comunità ed è efficace per avere informazioni sulle varie politiche di welfare che hanno caratterizzato la Repubblica Popolare Cinese negli anni scorsi.

La crescita economica del Paese è stata accompagnata da profondi cambiamenti istituzionali e riforme economiche, le quali hanno permesso al Paese una transizione, conclusa negli anni '70, da una economia pianificata in stile sovietico ad una economia più libera e per molti aspetti di mercato (Bloom, Xingyuan 1997).

Le riforme intraprese a partire dal 1978, e verificatesi in due principali fasi, miravano alla trasformazione di un sistema stagnante, impoverito e centralizzato in un nuovo sistema economico più flessibile e adatto a generare una crescita economica sostenuta aumentando il benessere dei cittadini cinesi.

Tra la fine degli anni '70 e i primi anni '80 si iniziò la privatizzazione dell'agricoltura. Successivamente il Paese si aprì agli investimenti stranieri e alcuni imprenditori iniziarono ad aprire nuove imprese. Tuttavia in questo arco di tempo la maggior parte delle industrie rimase di proprietà dello Stato. La vera svolta si ebbe nella seconda fase della riforma: tra la fine degli anni '80 e l'inizio gli anni '90 prese il via la privatizzazione di tante imprese che fino ad allora erano sempre state gestite dallo Stato e vennero rimosse le politiche protezionistiche (Atella, Brugiavini, Pace, 2013).

Il monopolio dello Stato rimase presente in alcuni settori come quello bancario e quello petrolifero. Questi numerosi cambiamenti permisero una crescita del settore privato che nel 2005 produsse il 70% del PIL della Repubblica Popolare Cinese.

Simultaneamente alla riforma economica, il periodo compreso tra la fine degli anni '80 e la metà degli anni '90 fu caratterizzato da un'elevata inflazione e da un basso

tasso di interesse reale con il conseguente aumento del tasso di risparmio.¹ Questo processo di rinnovamento e di decentralizzazione economica ha portato ad un eccezionale sviluppo economico. Allo stesso tempo le nuove politiche hanno portato ad un collasso del sistema di welfare (Atella, Brugiavini, Pace, 2013).

Nel settore sanitario il numero di persone prive di assicurazione è enormemente aumentato mentre l'assistenza sanitaria primaria è stata sottoutilizzata. Questi cambiamenti hanno causato un aumento dei pagamenti diretti (*out-of-pocket*) con un conseguente ed inevitabile malcontento generale.

La conferma di queste tesi è offerta da uno studio che dimostra la maggiore incertezza relativa al reddito e al consumo indotta dalle riforme del settore economico: è stato dimostrato che furono proprio le medesime riforme a causare una riduzione delle entrate riducendo la capacità di finanziare l'intero settore sanitario. La conseguenza è un aumento del risparmio precauzionale per poter far fronte a spese sanitarie in presenza di eventuali future condizioni negative. Riconosciute tutte le varie carenze del sistema sanitario prodotte dall'enorme sviluppo economico, la Repubblica Popolare Cinese mise in atto delle misure per garantire un miglioramento dell'accesso alle cure aumentando non solo la quantità ma soprattutto la qualità dei servizi sanitari.

Allo stesso tempo venne offerta una protezione finanziaria agli individui contro le spese più costose per le cure mediche. In quegli anni sono cresciute le preoccupazioni del governo e soprattutto quelle dei cittadini: ci si chiedeva se il sistema sanitario cinese fosse davvero equo e capace di garantire cure sanitarie adeguate.

Le sfide per un migliore e giusto accesso alle cure sanitarie sono scoraggiate a causa di un circolo vizioso caratterizzato da 3 fattori sinergici:

- le determinanti sociali sono diventate molto più ineguali;
- si sono sviluppati squilibri nel ruolo del governo e in quello del mercato;
- la maggiore preoccupazione del pubblico per il sistema sanitario.

¹ Per le famiglie cinesi delle zone urbane il tasso di risparmio era fondamentale già nella prima parte degli anni '70. Nel 1978 prima degli inizi degli anni '90 esso raggiunse il 35% del PIL cinese. Vari studi, prendendo in considerazione alcune famiglie mostrano come il tasso di risparmio relativo al loro reddito disponibile sia, rispetto al 17% del 1995, cresciuto al 28% nel 2005.

Il bisogno assoluto di riforme per migliorare ed eliminare queste pesanti disuguaglianze nel sistema sanitario ricevette enorme consenso da parte del popolo cinese.

Nell'ultimo mezzo secolo, il settore sanitario nella Repubblica Popolare Cinese è stata oggetto di un forte interesse internazionale. Nei primi decenni dopo la fondazione della Repubblica Popolare nel 1949, la nazione è stata in grado di conseguire impressionanti progressi nel settore sanitario. La riforma economica degli ultimi 3 decenni ha scatenato una crescita senza precedenti riducendo il tasso di povertà ma inaugurando una serie di contraddizioni e problemi che hanno colpito in particolar modo l'assistenza sanitaria².

Il circolo vizioso che si è venuto a creare, a causa dell'insoddisfazione generale dovuto alla disuguaglianza nell'accesso alle cure mediche ed agli squilibri nel ruolo del mercato e del governo, ha caratterizzato questo periodo storico creando una "tempesta perfetta" che colpì il sistema sanitario cinese.

La riforma economica del 1978 ha portato ad un evidente rallentamento delle prestazioni sanitarie e ad una disparità nell'accesso ai diversi servizi. Sono diverse le linee di prova che forniscono preoccupazioni crescenti in Repubblica Popolare.

Un'osservazione importante è che tra i diversi gruppi della popolazione l'accesso alle cure mediche è molto diverso. Ci sono alcuni esempi che possono sostenere questa tesi: nelle province cinesi più ricche l'aspettativa di vita era intorno ai 78 anni, in quelle più povere intorno ai 65. Un'altra differenza sostanziale riguarda i tassi di mortalità infantile: nelle aree rurali la mortalità è 5 volte superiore a quella registrata nelle zone più ricche e lo stesso dato viene registrato per quanto riguarda la malnutrizione.

Sono dati preoccupanti che spingono i cittadini a "fughe" nelle zone più ricche della Repubblica Popolare per cercare di migliorare le loro condizioni di vita: le stime parlano di circa 140 milioni nel 2005, il 10% dell'intera popolazione

La Repubblica Popolare Cinese ha conosciuto anche l'inasprimento della disuguaglianza di genere.

² Garantire un'equità nel sistema sanitario è considerato un parametro chiave per la giustizia sociale nel Paese. Accessibilità alla medicina e ai servizi di base è considerato un diritto fondamentale per qualsiasi cittadino.

La “politica del figlio unico” (politica per il controllo delle nascite) attraverso la quale il governo cinese aveva imposto alle famiglie l’obbligo di avere un solo figlio per contrastare il fortissimo incremento demografico. Il Paese si è trovato ad avere un rapporto tra i sessi sbagliato: ci sono 117 uomini per ogni 100 donne. La carenza del sesso femminile deriva dall’abbandono e dai pregiudizi che si avevano nei confronti delle donne. La politica del figlio unico ha costretto le famiglie cinesi a scegliere se avere una figlia femmina o un figlio maschio. E la scelta per la maggior parte si è risolta verso la scelta di un figlio maschio.

La decisione portava all’aborto selettivo nei confronti delle bambine: nasce così il termine di “*missing women*” coniato da Amartya Sen (in italiano può essere tradotto con “donne mancanti”) (Tang, Meng, Chen, Bekedam, Evans, Whitehead, 2008).

La combinazione di una rapida crescita economica e un tasso di commercializzazione senza precedenti ha portato a diversi fallimenti, il più importante è appunto quello del sistema sanitario.

I fallimenti del mercato si verificano quando i beni pubblici, come la sanità pubblica, non sono sufficienti in proporzione al bisogno collettivo. I problemi che affliggono il sistema sanitario sono stati ampiamente documentati. Attualmente le criticità sono sostanzialmente quattro: il sotto - finanziamento e la sotto - fornitura di sanità pubblica e di prevenzione dei servizi, l’elevato costo delle cure sanitarie, il difficile accesso alle cure sanitarie e l’impoverimento medico (Hasiao 2007).

Gli insuccessi sono stati ulteriormente aggravati dall’informazione asimmetrica. Gli operatori sanitari hanno molte più conoscenze sui prezzi, sulla qualità dei trattamenti rispetto ai pazienti. Trovandosi in queste condizioni, l’operatore usa le informazioni in proprio possesso per convincere il paziente a spendere di più per una cura che non sempre è la migliore: in questo modo si ha un maggiore profitto e dunque un’escalation di costi.

Quando la Repubblica Popolare Cinese ha liberalizzato la sua economia nel 1978, ha trasformato un’economia pianificata (pensiamo al sistema sanitario) in un sistema guidato dal mercato. Il Paese è diventato l’esatto opposto del sistema fortemente

assistenziale che è stato per tanto tempo. Troppe famiglie sono costrette alla povertà per far fronte alle spese mediche.

Nella sua transazione economica, il governo cinese ha subito una drastica riduzione delle entrate. Il governo ha ridotto i finanziamenti per la prevenzione della salute pubblica insieme ad un taglio delle sovvenzioni per le strutture sanitarie pubbliche. Dal punto di vista della sanità pubblica, vi è sempre più preoccupazione per la crescita della disuguaglianza di reddito che porta ad una condizione sociale che può avere effetti dannosi per la salute generando stress psicosociale in tutte le fasce di reddito ma soprattutto in quelle più povere.

La percezione pubblica per quanto riguarda la qualità, la reattività e l'affidabilità del sistema sanitario è relativamente bassa. Il bisogno di riforme in grado di migliorare la situazione si fa sentire come non era mai accaduto prima.

La continua crescita della popolazione cinese, l'invecchiamento della stessa e l'aumento del tenore di vita delle persone hanno come risultato la crescente richiesta di previdenza sanitaria. Il sistema attuale però non è capace di far fronte e soddisfare tutte queste esigenze a causa delle limitate risorse pubbliche disponibili.

Pertanto per la Repubblica Popolare Cinese è urgente riformare il sistema di finanziamento del settore sanitario per garantire alle persone (soprattutto quelle residenti nelle zone rurali) la possibilità di ottenere l'accesso ai servizi primari di cui hanno bisogno.

Per una visione completa dei cambiamenti che hanno e stanno caratterizzando questo Paese, vengono illustrate di seguito le riforme del sistema sanitario nelle zone urbane e nelle zone rurali del Paese.

Attraverso un'analisi econometrica si cercherà inoltre di mettere in evidenza la relazione casuale tra la riforma della sanità, spese out-of-pocket utilizzando altre variabili socioeconomiche ritenute utili ad analizzare questa relazione.

1.1.4 Il contesto demografico e sociale cinese.

L'invecchiamento in Cina: una panoramica.

In tutto il mondo, Paesi vedono la loro popolazione invecchiare e la Repubblica Popolare Cinese non fa eccezione.

Questa tendenza è una conseguenza di diversi fattori. Una causa comune è il rapido declino del tasso di natalità. La diminuzione della mortalità infantile e materna è importante per le principali economie avanzate, è tutt'ora presente nei Paesi con basso reddito. Nelle economie maggiormente sviluppate, la crescente aspettativa di vita per le persone sopra i 50 anni è stato un fattore principale.

Nella Repubblica Popolare Cinese, il tasso di fertilità è sceso rapidamente al di sotto della media OECD. Il numero di bambini nati per donna (tasso di fertilità totale – TFR – stimato come somma dei tassi di fertilità in base a fasce di età specifiche) scese sensibilmente rispetto a quanto rilevato nel 1960.

Dal 1971 in poi il calo è stato ulteriormente accentuato dalla politica che incitava le famiglie ad avere pochi figli ed è un riflesso dei vari cambiamenti che hanno coinvolto la vita quotidiana dei cittadini cinesi: come l'insicurezza che caratterizza il mercato del lavoro e l'assistenza sanitaria infantile insostenibile. Una larga parte delle donne non sposate, hanno un tasso di fertilità sotto la media soprattutto in quei Paesi ove vi è un forte legame tra il matrimonio e la maternità.

Il calo del tasso di fertilità ha avuto ampie conseguenze sia a livello sociale che economico. In primo luogo, il calo della popolazione ha avuto un effetto positivo, per esempio le donne hanno figli in età giovane. Vi è una forte pressione fiscale sulle persone non in età lavorativa per finanziare il sistema pensionistico e quello sanitario per gli anziani; per finire, la popolazione attiva ha un'età media molto più alta rispetto al passato e questo porta ad una minore elasticità al cambiamento tecnologico riducendo la produzione e la crescita economica.

Infine, l'invecchiamento può provocare un minore risparmio per finanziare gli investimenti in campo economico poiché le persone anziane utilizzano i loro risparmi per far fronte ai loro bisogni (OECD, 2013).

La politica del figlio unico ha notevolmente peggiorato la situazione dal 1980 – anno in cui venne introdotta – portando il tasso di fertilità a raggiungere a malapena l'1,8% nel 1990.

Per la Repubblica Popolare Cinese, il TFR è un indicatore fuorviante della sostenibilità della popolazione a causa del grande squilibrio che esiste tra i neonati maschi e bambine. La sostenibilità dipende dal numero totale di bambine che ogni donna partorisce. I dati emersi dal censimento indicano che alla fine del 1990 le donne facevano nascere solo lo 0,66% di bambine, percentuale che non garantiva un adeguato tasso di sostituzione.

Nonostante un tasso di fertilità sopra l'unità, la politica del figlio unico sembra essere stata largamente seguita. In pratica, solo il 35% della popolazione vive nelle zone dove le famiglie sono limitate ad avere solo un figlio. Più della metà della popolazione – circa il 54% - vive nelle zone dove è consentito avere due figli nel caso in cui il primo figlio sia una bambina o nel caso in cui ci sia un intervallo di quattro anni tra le nascite. Il restante 11% è rappresentato da famiglie che vivono in aree in cui è consentito avere due od addirittura tre figli e sono rappresentate in larga maggioranza da minoranze etniche (OECD; 2010).

Altrove ci sono controlli e limiti sulla dimensione della famiglia. Calcoli basati sulla pianificazione della famiglia applicabile in diverse regioni e diverse etnie suggeriscono che la rigorosa osservanza della politica dovrebbe generare un TFR pari a 1,47, simile a quello trovato nei recenti censimenti e stimato dagli esperti demografi accademici.

Piuttosto sorprendente, il *National Population and Family Planning Commission* (2009) stima che il TFR è pari a 1,8 e questo tasso di fecondità venga utilizzato per le proiezioni ufficiali della popolazione.

L'aspettativa di vita è aumentata rapidamente negli ultimi 50 anni, in particolar modo nei 3 decenni dal 1980 quando la mortalità infantile è diminuita notevolmente. Questa fase è stata però seguita da un calo della fertilità.

Tutti questi cambiamenti, sia a livello di tasso di fertilità sia per quanto riguarda l'aspettativa di vita, hanno alterato la struttura e il tasso di crescita della popolazione cinese.

Nel 1990 la struttura della popolazione cinese in relazione all'età era più matura con un "rigonfiamento" nei gruppi in età lavorativa ed una popolazione relativamente piccola di bambini, presagiti del declino della popolazione cinese.

In qualunque caso, la fertilità bassa della Repubblica Popolare Cinese è probabile possa provocare un profondo stringimento della lacuna esistente fra la popolazione degli Stati Uniti e quella della Repubblica Popolare Cinese: entro il 2080, la popolazione cinese potrebbe essere soltanto 1,6 volte più grande di quella degli Stati Uniti.

Con un tasso di fertilità così basso e un aumento della speranza di vita, il rapporto fra pensionati e popolazioni attiva (definito come il rapporto tra gli anziani e quelli di età compresa tra 15 e 64 anni) è proiettato a raggiungere nel 2030 lo 0,24 rispetto allo 0,11 registrato nel 2010; nel 2050 il rapporto può raggiungere addirittura lo 0,43 (OECD, 2013).

L'aumento dell'aspettativa di vita in età avanzata è particolarmente importante per finanziare l'intero sistema pensionistico. Nel 2060 – 2065 per le donne di 65 anni si prevede un allungamento della vita di circa 25/26 anni mentre per gli uomini della stessa età si prevede un allungamento di circa 21 anni. La percentuale di anziani di 80 anni inizierà ad aumentare significativamente dopo il 2030 (OECD, 2010).

Lo sviluppo economico nella Repubblica Popolare Cinese è stato accompagnato da una maggiore urbanizzazione. Quest'ultima non è avvenuta attraverso un'espansione naturale, che è limitata dalla politica del figlio unico nelle zone urbane, ma attraverso il fenomeno della migrazione con una concentrazione nelle fasce di età più giovani. Il fenomeno migratorio che ha coinvolto soprattutto i giovani, ha portato ad un aumento della popolazione anziana nelle zone rurali.

Il governo ha l'obiettivo di raggiungere un tasso di urbanizzazione pari al 70% entro il 2050 (*National Population and Family Planning Commission, 2009*).

Su questa base, l'assoluto aumento della popolazione anziana è impostato per essere più elevato nelle zone urbane, ma con una rapidissima crescita della popolazione in età lavorativa, mentre la popolazione in età lavorativa nelle zone rurali diminuirà notevolmente. Di conseguenza il rapporto tra gli anziani e la popolazione attiva è dello 0,34 nelle zone rurali e dello 0,18 nelle zone urbane (**Tabella 1.2**) (OECD, 2010).

Tabella 1.2: Proiezione della popolazione anziana

	Elderly population (65+)			Elderly dependency rate (as proportion of working population)			Elderly population as proportion of total population		
	Rural	Urban	Total	Rural	Urban	Total	Rural	Urban	Total
	Millions			%			%		
2000	58	29	86	10.8	8.4	9.9	7.0	6.4	6.7
2030	122	113	235	34.1	18.0	23.9	20.2	13.0	15.7

Fonte: O'Neill, Scherbov (2006).

La maggior tendenza dei migranti a sistemarsi nelle zone urbane lasciando le zone rurali ha messo in rilievo come i bambini di quest'ultimi vengano lasciati nelle zone rurali. La povertà e la costosa istruzione per i bambini migranti nelle città è una delle ragioni per cui la maggior parte di essi vengono lasciati nelle campagne.

Questi bambini vengono accuditi dai nonni o da altri parenti che rimangono a vivere nelle zone rurali dando a loro delle grosse responsabilità.

Tutti questi cambiamenti hanno forti implicazioni nel reddito futuro e nella cura degli anziani. In Cina è sempre stata tradizione e obbligo morale per i figli, e più in generale le generazioni più giovani, accudire i membri più anziani della famiglia e per ciò vengono considerati come i principali artefici di questo sostegno.³

³ Tanto che è la stessa costituzione a sancire l'obbligo per i figli di "supportare e prendersi cura dei propri genitori" art. 49 della Costituzione

Negli ultimi anni però, la composizione di famiglia allargata tradizionale sta subendo una rapida trasformazione sia nelle aree urbane sia in quelle rurali. Il numero di famiglie a due generazioni è scesa bruscamente. Questo cambiamento può essere dovuto all'evoluzione delle norme, dei valori sociali e all'aumento dei redditi.

I cinesi, in particolar modo i giovani, tengono molto di più alla loro privacy e alla loro indipendenza trovando sempre più conveniente vivere per conto loro e si trasferiscono in altre zone stravolgendo le tradizioni del passato.

Le modalità di vita degli anziani sono a loro volta cambiate e si sono evolute di conseguenza. Il numero di famiglie di soli anziani senza prole – senza una futura generazione – è aumentato in tutto il Paese, ma la percentuale di anziani che vivono soli è di circa 10 punti percentuali in più nelle zone urbane rispetto alle zone rurali. Tuttavia, fino ad ora la situazione non è così cambiata e la percentuale di anziani che vivono con i loro figli è ancora elevata.

Il sistema di supporto agli anziani è molto diverso nelle zone urbane rispetto a quelle rurali. Una grossa differenza è che gli anziani nelle zone rurali continuano a lavorare molto più a lungo (**Grafico 1.2: Sezione A**).

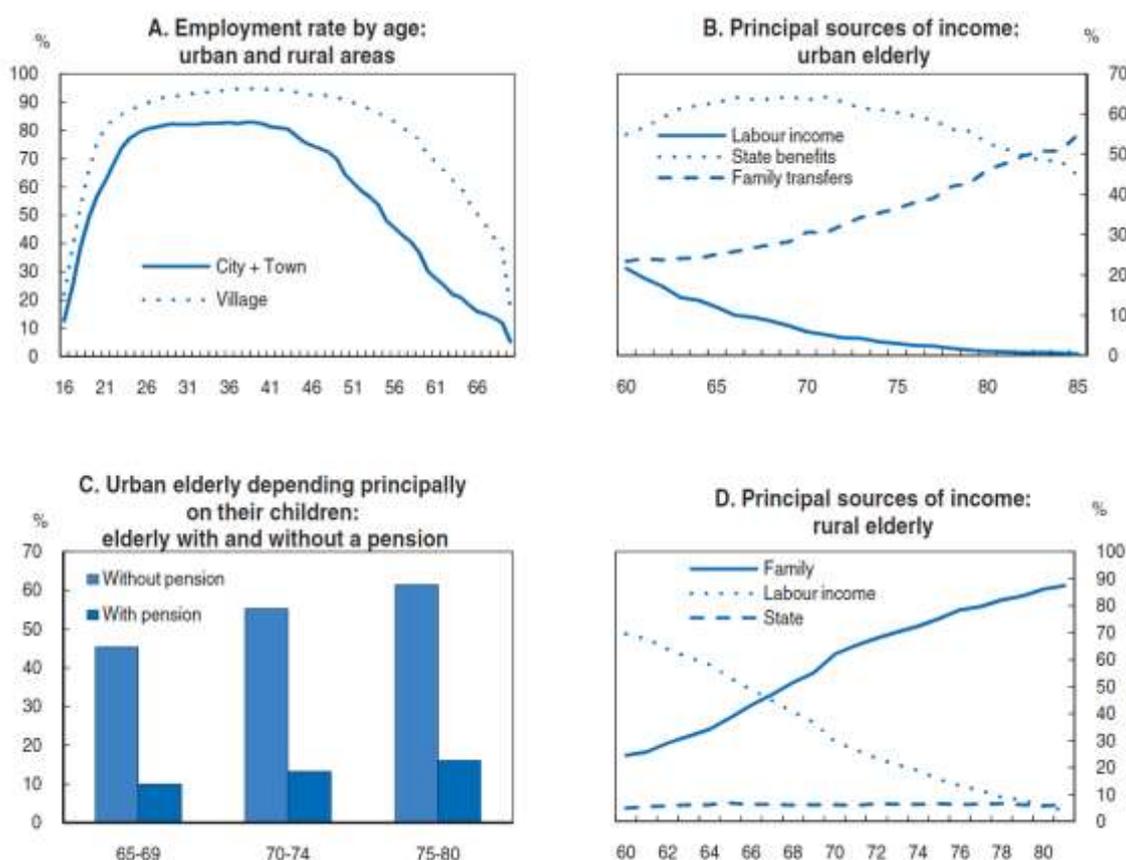
Il divario tra i tassi di partecipazione alla forza lavoro (che sono tipicamente più alte nelle zone rurali rispetto a quelle urbane in età lavorativa) si allarga notevolmente quando si supera la soglia dei 50 anni. La vita lavorativa media nelle zone rurali è di circa 10 anni più elevata rispetto alle aree urbane. Gli agricoltori continuano a lavorare nella loro piccola azienda agricola fin quando non ci sono degli impedimenti a livello salutare.

Il basso tasso di occupazione nelle zone urbane è strettamente collegato alla prevalenza delle pensioni. I pagamenti da parte del governo sono infatti la principale fonte di reddito per la maggior parte dei cittadini anziani (**Grafico 1.2: Sezione B**).

Il ricorso al sostegno e all'aiuto da parte dei familiari cresce con l'avanzare dell'età. Tuttavia, il quinto della popolazione priva degli aiuti governativi, dimostra che il sostegno ricevuto dai figli è quattro volte più pronunciato e crescente con l'età (**Grafico 2: Sezione C**).

Nelle zone rurali, la natura del sostegno al reddito degli anziani è completamente diverso.

Grafico 1.2: Fonti di reddito per gli anziani.



Fonte: *China Health and Nutrition Survey*: Panel A, B, D Tabulations of the 2005 Census; Panel C Tabulations of the 2006.

La principale fonte di reddito per una persona anziana è il reddito da lavoro dipendente o in alternativa il sostegno familiare: la prima fonte di reddito declina con l'avanzare dell'età, la seconda fonte invece aumenta (Grafico 2: sezione D).

Il sostegno derivante dalla pensione è praticamente inesistente: meno del 4% di tutta la popolazione anziana rurale ha dichiarato che la pensione era la principale fonte di reddito nel censimento del 2005.

1.2 Il sistema sanitario cinese

Nella Repubblica Popolare Cinese sono presenti un “mondo urbano” ed un “mondo rurale”. Si tratta di due realtà nettamente distinte e differenti anche nell'erogazione di prestazioni e cure sanitarie. Analizzando le caratteristiche delle riforme sanitarie cinesi, nei seguenti paragrafi confronteremo gli interventi destinati agli abitanti delle aree urbane e quelli destinati ai residenti delle zone rurali.

1.2.1 Riforme del sistema sanitario nelle zone urbane della Repubblica Popolare Cinese.

In questa sezione saranno presentati i tratti salienti dei mutamenti che hanno coinvolto il settore sanitario nelle zone urbane.

Durante le fasi iniziali della trasformazione economica cinese verso un sistema di mercato, l'obiettivo principale era di aumentare la produzione e il reddito. Le riforme del sistema di assicurazione sanitaria della Repubblica Popolare Cinese sono iniziate con i cambiamenti socioeconomici e con la necessità di intervenire per correggere le carenze del sistema assistenziale.

Il sistema sanitario della Repubblica Popolare Cinese si trova ad affrontare diverse sfide: accesso difficilissimo alle cure mediche per le famiglie con alto e basso reddito, la povertà come causa dell'aumento delle spese sanitarie e per finire la disparità

nella copertura sanitaria tra le zone urbane e rurali, nonché tra i più poveri e i cittadini benestanti.

Fino alla fine degli anni '90 l'assicurazione pubblica cinese nelle zone urbane si basava principalmente su due schemi assicurativi pubblici:

- il *Labor Insurance Schemes*, detto LIS (sistema assicurativo del lavoro), che copriva tutti i costi per cure mediche, medicine, ricoveri ospedalieri per i pensionati i lavoratori e per i loro familiari a carico. Ogni anno le imprese accantonavano circa il 14% della massa salariale totale come fondi di previdenza per finanziare le spese sanitarie sostenute nell'ambito di detto programma assicurativo;

- il *Government employee Insurance Scheme*, detto GIS (sistema di assicurazione statale), in base al quale i costi per le cure mediche erano sostenute da una copertura finanziaria del governo cinese. Detto sistema copriva i dipendenti statali, pensionati, veterani disabili, insegnanti e studenti universitari (Yip, Hsiao 2011).

Gli schemi assicurativi appena descritti sono stati fondamentali per l'assicurazione sanitaria dei lavoratori che altrimenti avrebbero dovuto sostenere dei costi esorbitanti contribuendo alla stabilità sociale e allo sviluppo economico. Tuttavia tali schemi hanno provocato anche un aumento eccessivo delle spese per l'assistenza sanitaria ed un'allocazione inefficiente delle risorse.

I motivi sono tanti: principalmente il GIS e LIS sono coperture assicurative di responsabilità civile che forniscono enormi benefici e una grande varietà di servizi a costi ridotti. I beneficiari possono usufruire di servizi medici, spese ambulatoriali o ospedaliere gratuiti ad eccezione dei dipendenti che vengono rimborsati delle loro spese per il 50%. Tranne i lavoratori delle grandi aziende che possono accedere ai servizi sanitari del proprio ospedale, la ridotta esistenza di responsabilità finanziaria nell'uso di queste assicurazioni pubbliche portò i beneficiari del LIS e del GIS a non ricercare il miglior rapporto qualità/prezzo nelle prestazioni sanitarie e a rivolgersi principalmente alle cure offerte dal sistema sanitario nazionale che venivano rimborsate secondo un modello a tariffe forfettarie stabilite dal Governo Centrale che portava ad un eccesso di prestazioni fornite ai pazienti.

Tutte le organizzazioni che sottostavano al GIS ed al LIS si assicuravano personalmente: ciò portava a non essere sempre in grado di rimborsare i costi medici sostenuti dai propri dipendenti in caso di deficit lasciando gli individui in una situazione pari a quella di mancata assicurazione.

Tutti questi problemi ebbero come soluzione una serie di riforme del sistema sanitario iniziate durante gli anni '80 e organizzata principalmente in 3 fasi principali: il primo periodo si sviluppa tra il 1980 e il 1991, un secondo che inizia nel 1992 e termina nel 1998 e l'ultima fase che ebbe inizio alla fine del 1998. La riforma mirava principalmente al contenimento dei costi e all'introduzione di sistemi di divisione dei costi nel lato della domanda e in quello dell'offerta. Queste misure hanno avuto un ruolo nel mitigare l'escalation dei costi per l'assistenza sanitaria e alleviare parte della pressione finanziaria sulle imprese diminuendo l'iniquità delle spese mediche (Liu, 2012).

Nel 1992 l'attenzione venne posta sull'inadeguata politica per la condivisione dei rischi (*risk-pooling*) facendo partire in due regioni una riforma pilota che prevedeva la combinazione di conti di risparmi privati e fondi sociali di condivisione dei rischi per finanziare le spese mediche. In questo scenario, prima che una persona potesse accedere ai fondi sociali doveva pagare una franchigia in base ai propri risparmi sanitari ed successivamente una seconda che costituiva il 5% del reddito annuo.

La necessità di intervenire per risolvere la situazione portò il governo cinese ad istituire un nuovo programma di assicurazione sociale per i lavoratori urbani chiamato *Basic Insurance Scheme* (BIS) che andò a sostituire il LIS e GIS.

Il BIS, schema assicurativo tutt'ora in vigore istituito nel 1998, estese la copertura alle imprese private e alle piccole medie imprese pubbliche ammettendo anche i lavoratori autonomi anche se quest'ultimi non erano obbligati ad iscriversi. Il programma venne finanziato dai premi di contribuzione sia da parte dei datori di lavoro (circa il 6% dello stipendio del lavoratore) sia da parte dei lavoratori (circa il 2% del proprio stipendio anno). I pensionati erano invece esenti dai contributi obbligatori i cui costi rimanevano a carico del precedente datore di lavoro.

Il BIS finanzia i servizi di assistenza sanitaria dei beneficiari su tre livelli:

- Il fondo di risparmio medico individuale *medical saving accounts* abbreviato in MSA sul quale viene versato un importo pari al 3.8% dello stipendio del lavoratore e che può essere usato dagli iscritti al solo scopo medico;
- Le spese out-of-pocket pagate dai contribuenti in forma di franchigia;
- Il fondo di condivisione del rischio il *social risk pooling* abbreviato in RSP che trattiene il 4.2% del salario e che viene usato per coprire le spese sanitarie più costose.

Quando il fondo MSA era esaurito, gli iscritti erano chiamati a pagare le spese ambulatoriali di tasca propria; quando l'utente registrato doveva sostenere spese per un ricovero versava una franchigia pari al 10% del proprio reddito annuale mentre l'ammontare che superava questa soglia veniva coperta dal *social risk pooling*.⁴ Quest'ultimo fondo copriva le spese per un importo massimo pari a quattro volte lo stipendio medio di un dipendente che lavorava nella città in cui risiedeva. Se le spese superavano detto importo, quest'ultime erano a carico dello stesso lavoratore (spese out-of-pocket) oppure potevano essere coperte da un'assicurazione supplementare.

Per controllare meglio i costi del programma, vennero fatti degli elenchi specificando quali servizi e farmaci sono coperti da detto sistema. (Liu, 2002).

Rispetto al LIS e GIS, il nuovo programma ha delle lacune circa la copertura degli individui. Il BIS in primo luogo prevede che i familiari a carico del lavoratore e i lavoratori migranti provenienti dalle zone rurali⁵ – in possesso dell'*hukou* rurale – non risultino più coperti dall'assicurazione e che l'ammontare di spese mediche che possono essere assicurate non debba superare l'imposizione di un massimale di circa quattro volte il salario medio nella regione in cui il cittadino lavorava: questo risultava utile per non spingere troppo sul budget finanziario ma allo stesso tempo lasciava prive di copertura assicurativa tutte quelle malattie che possiamo identificare come “malattie catastrofiche”. Questa scelta fu motivata da un vincolo di bilancio stringente: rispetto ai

⁴ Se l'utente però aveva pagato una co-assicurazione, la percentuale che doveva essere ricoperta dal *social risk pooling* veniva decisa dal governo locale.

⁵ Per avere una copertura sanitaria dovevano registrarsi nel luogo di nascita: in campagna o in altre città. Questo significava che erano completamente esclusi dell'assistenza sanitaria se non si trovavano nella zona d'origine.

vecchi sistemi di copertura sanitari, il BIS con un premio pari all'8% della massa salariale poteva coprire solo il 70% delle spese mediche e sanitarie.

Dal 1998 al 2007 la proporzione di persone coperte dall'assicurazione è diminuita notevolmente: una causa può essere attribuita alla riforma economica che ha portato alla chiusura di diverse imprese lasciando gente priva di assicurazione perché priva di un contratto di lavoro formale.

Nel 2007 il governo cinese, al fine di fornire una copertura assicurativa ai residenti delle zone urbane non coperti dal BIS, lanciò un nuovo programma chiamato *Urban Resident Basic Medical Insurance* (URBMI).

Si cercò di apportare un miglioramento del settore assicurativo, la standardizzazione di un elenco nazionale dei medicinali da erogare ai cittadini, una riforma della gestione e del finanziamento degli ospedali pubblici e un rafforzamento della rete di fornitura dei servizi sanitari con una più equa distribuzione di quest'ultimi.

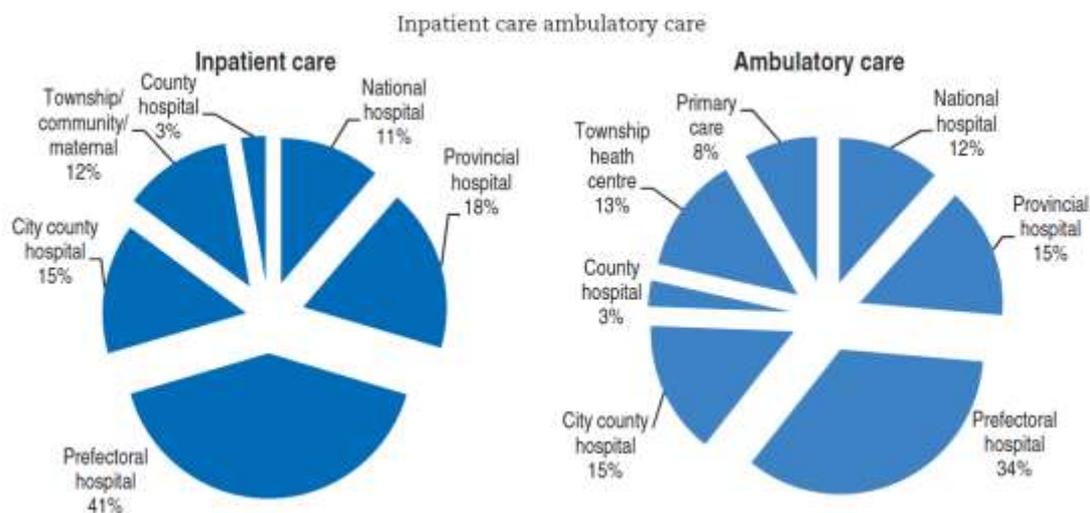
Gli ospedali sono classificati secondo l'autorità amministrativa a cui sono responsabili (governo provinciale, governo nazionale o contea). Più alto è il grado più qualificato è il personale addetto alle cure sanitarie e migliori sono le attrezzature. I principali ospedali con 500 posti letto si trovano nelle grandi aree urbane, mentre gli ospedali di piccola dimensione si trovano nelle capitali provinciali e sono di supporto alla popolazione contadina. Gli ospedali inoltre forniscono anche ambulatoriale nelle zone urbane (**Grafico 1.3**) (OECD, 2010).

Il programma è finanziato dai contributi individuali⁶ e dai sussidi governativi per fornire copertura assicurativa ai residenti nella zona urbana privi di contratto di lavoro formale ma anche ai bambini ai pensionati e ai lavoratori migranti dalle zone rurali, a tutte quelle persone non coperti dal sistema sanitario BIS.

Esso è stato creato con l'obiettivo di coprire le spese ospedaliere e le cure mediche per le malattie definite "catastrofiche" lasciando scoperte le spese per i servizi sanitari generali (ad eccezione delle malattie croniche come il diabete).

⁶ I contributi individuali differiscono a livello di città, sono generalmente più bassi dei contributi previsti per il *Basic Insurance Scheme* e sono sicuramente più alti dei contributi previsti per il NCMS (sistema di copertura sanitaria) nelle zone rurali a causa delle spese dei servizi sanitari nelle zone urbane.

Grafico 1.3: Fornitura di cura per livello di istituzione amministrativa.



Fonte: Health Statistical Yearbook and OECD calculations 200

1.2.2 Riforme del sistema sanitario nelle zone rurali della Repubblica Popolare Cinese.

Dopo aver osservato gli aspetti salienti dei servizi sanitari erogati nelle zone urbane, in questa sezione sarà interessante trattare le riforme destinate ai residenti delle aree rurali (il cosiddetto “mondo agricolo”) della Repubblica Popolare Cinese.

Le famiglie più povere non sono in grado di permettersi le cure sanitarie adeguate e molto spesso si rifiutano di cercare trattamenti medici accontentandosi di un'assistenza scadente rispetto ai cittadini che vivono nelle zone più ricche del Paese.

Prima delle riforme economiche alla fine del 1970, l'assicurazione sanitaria rurale era parte integrante del sistema collettivo agricolo cinese. La maggior parte delle zone rurali della Repubblica Popolare Cinese ha avuto un sistema assistenziale altamente strutturato: quasi l'85% dei villaggi possedeva centri sanitari che fornivano beni e servizi previdenziali di base; quasi tutta la popolazione aveva dunque accesso ai servizi ad un costo ragionevole. Nelle campagne le cure venivano erogate secondo un sistema a tre livelli finanziato a livello locale: il primo livello consisteva in dottori part-time che fornivano cure di primaria necessità; per le malattie considerate più serie i medici indirizzavano i pazienti alle cure del secondo livello che venivano fornite in centri medici che contavano dai 10 ai 30 letti e ambulatori, i pazienti con patologie più gravi venivano trasferiti nei centri medici del terzo livello e negli ospedali in cui operavano i medici specializzati.

Le riforme socio-economiche portarono un cambiamento sostanziale: l'eliminazione della politica del controllo dei prezzi, la riforma delle imprese statali, la creazione di un mercato del lavoro e il decentramento della gestione del settore pubblico. Dopo il miglioramento apportato all'economia cinese sono state introdotte delle riforme per implementare il sistema sanitario attivo anche in queste zone (Bloom, Xingyuan, 1997).

Agli inizi, prima degli anni '70 – anno in cui iniziarono le riforme economiche – il programma assicurativo per la copertura sanitaria in vigore era il *Rural Cooperative Medical System* (RCMS) nel quale ciascun membro della comunità partecipava ad un fondo medico di base con un contributo variabile che dipendeva dalla condizione occupazionale della persona e che conseguentemente veniva calcolato in base al salario percepito.

Il programma assicurativo in quegli anni giocava un ruolo di rilevanza per la comunità consentendo di accedere a prestazioni sanitarie gratuite o a tariffe agevolate, eliminare le inefficienze delle cliniche nel villaggio e rendendo possibile la condivisione del rischio per gli agricoltori e le proprie famiglie.

Nel 1979 il sistema RCMS copriva circa il 90% della popolazione rurale.

A seguito delle riforme che portarono ad un rimodellamento del sistema economico della Repubblica tra la fine del 1970 e l'inizio del 1980, il RCMS ha tuttavia subito un collasso⁷ in tutte le zone rurali cinesi palesando l'incapacità di affrontare la situazione da parte dei governanti. Nonostante i ministri della Salute, dell'Agricoltura e delle Finanze continuassero a promuovere ciecamente detto sistema sanitario nonostante la dissoluzione dell'agricoltura comune, forzarono molte comunità ad optare per un sistema di pagamento basato sui servizi medici *fee-for-service*.

Rendendosi conto che il tasso di copertura sanitaria era del 5%, il Consiglio di Stato nel 1994 decise di ristabilire il progetto RCMS in alcune contee e province pilota con un finanziamento congiuntamente a carico del Governo centrale, dell'amministrazione locale dei villaggi e dei partecipanti al programma; questa volta però la partecipazione sarebbe stata volontaria.

Il risultato deluse le aspettative: nonostante il modesto successo in alcune contee pilota, il 96% della popolazione rurale era priva di copertura sanitaria ed un numero consistente di malati non usufruivano dell'assistenza medica necessaria.

Molte famiglie cinesi si indebitarono e ridussero il consumo di cibo per sostenere le spese mediche, altre migrarono nelle città in cerca di condizioni sanitarie migliori ma trovarono spesso una situazione peggiore di quella che avevano lasciato.

⁷ Tra il 1980 e il 1985 il tasso di copertura sanitaria scese dal 90% a un 5%.

I cittadini rurali che si trasferivano nelle città non godevano degli stessi diritti di cui beneficiavano le famiglie urbane, pur vivendo lì era comunque trattati come cittadini rurali privati di qualsiasi beneficio. La conseguenza fu un aumento dei costi: molti agricoltori si impoverirono a causa delle spese *out-of-pocket* che aumentarono fino al 149% nel 2003.

L'intervento da parte della Repubblica Popolare Cinese era d'obbligo dinanzi a questa situazione: bisognava risolvere tutte le inefficienze del sistema assicurativo sanitario e ridurre il peso delle spese *out-of-pocket* che la comunità rurale si trovava a sostenere.

Dalla necessità di risolvere questi gravi problemi nel 2002 nacque un nuovo programma assicurativo chiamato NCMS (*New Cooperative Medical System*) che proteggeva i partecipanti contro le principali malattie tramite un parziale rimborso delle spese ed era un mezzo utile per affrontare le disuguaglianze nella disponibilità di assistenza sanitaria.

Il nuovo programma, per differenti aspetti diverso da quello antecedente (RCMS), è stato implementato in determinate province e contee scelte in base allo sviluppo economico e alla qualità dei servizi che le caratterizzano. La partecipazione al fondo non era più obbligatoria bensì volontaria. Per incentivare l'adesione da parte della popolazione rurale e affrontare il problema della selezione avversa, gli Organi Centrali hanno condizionato i finanziamenti ai governi locali imponendo il raggiungimento dell'80% degli iscritti per l'erogazione di incentivi economici. I governi locali hanno reagito esortando le famiglie ad iscriversi ed ottenendo un elevato tasso di iscrizioni.

Una volta iscritti al fondo per l'assistenza sanitaria, anche se i governi locali e centrali sottoscrivono il programma, i partecipanti dovevano pagare un contributo il cui ammontare variava da contea a contea in base al livello di ricchezza di quest'ultima.

Rispetto al precedente programma assicurativo, il NCMS è stato realizzato, progettato e gestito in base alle caratteristiche locali di ogni comunità permettendo a ciascuna di esse di definire i tassi di rimborso, i tassi di partecipazione e di decidere l'eventuale esclusione dalla copertura di determinate cure mediche.

La condizione necessaria di base per entrare a far parte del programma assicurativo era quello di essere in possesso dell'*hukou* rurale: il governo locale e l'amministrazione locale non potevano rifiutare l'adesione del cittadino in base alle condizioni di salute e socio-economiche (Brown, DeBrauw, Du 2008).

Tutti i programmi del NCMS riguardano l'assistenza medica ospedaliera associata alle malattie catastrofiche. Solo un sottoinsieme di programmi coprono l'assistenza ambulatoriale e le spese riabilitative.

Le spese *out-of-pocket*, in quel periodo superavano il 50% della spesa totale dei costi sanitari per le malattie catastrofiche prese in considerazione in più della metà delle contee selezionate.

A causa dei tassi di rimborso troppo bassi e dell'aumento consistente delle spese *out-of-pocket*, molti individui iniziarono a risparmiare: la conseguenza di questo fu il risparmio precauzionale per poter far fronte a potenziali shock negativi nel futuro. Questo infatti era uno dei maggiori problemi durante i primi anni del programma.

Nel 2007 la situazione era però cambiata.

L'investimento combinato da parte degli individui partecipanti, del governo centrale e dell'amministrazione locale era aumentato ma il problema era sempre lo stesso: i residenti rurali non avevano un rimborso come quello che era stato loro promesso dal sistema assicurativo NCMS.

Anche se il programma ha raggiunto una copertura assicurativa pari al 100% nei villaggi e quasi il 90% tra gli abitati delle zone rurali (**Grafico 1.4**), il progetto di copertura ha ancora una lunga strada da percorrere se vuole raggiungere il proprio obiettivo: aiutare i residenti sopportando una maggiore quota dei costi per affrontare le spese per le malattie catastrofiche.

Ci sono almeno tre aspetti che possono essere utili a rendere comprensibile la fonte di questo problema.

- Primo aspetto: i responsabili politici non sanno come progettare il "pacchetto di beneficio".

- Secondo aspetto: non vengono stanziati sufficienti finanziamenti (originariamente il programma aveva fondi sufficienti ma successivamente i costi sono aumentati rendendo difficile il rimborso delle spese).
- Terzo aspetto: pur essendoci stato un aumento dei costi per le cure mediche, negli ultimi anni il tasso di crescita non è stato maggiore rispetto agli anni precedenti.

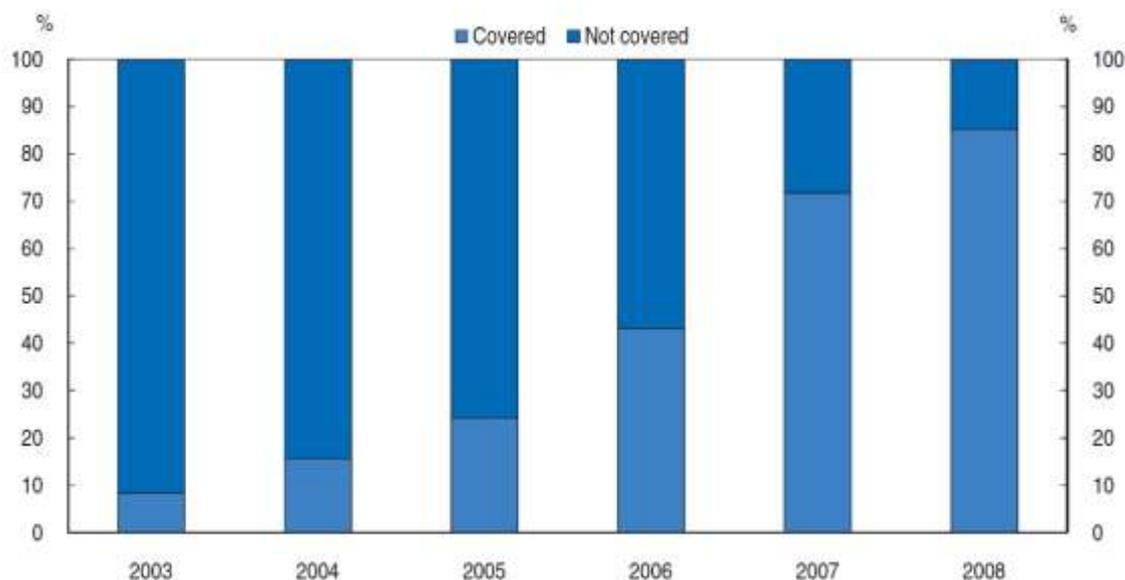
Un programma per una copertura assicurativa ben progettato dovrebbe essere in grado di anticipare gli aumenti dei costi (Yi, Zhang, Singer, Rozelle, Atlas, 2009).

Va ricordato che i fondi promessi attualmente non sono in grado di far scendere il livello di finanziamento del rimborso nel NCMS. Per finanziare il resto delle loro spese mediche non coperte dall'assicurazione, le famiglie rurali per il 62% fanno ricorso ai propri risparmi, per il 15% chiedono aiuto ai loro parenti o amici, altri si trovano a vendere propri beni per coprire le spese mediche di degenza sanitaria.

E' evidente che l'assistenza sanitaria offerta dal programma in alcuni casi svolge solo un ruolo secondario.

Nonostante i diversi disagi che la copertura assicurativa sanitaria rurale provoca nei confronti dei cittadini agricoli, questi sembrano felici di ricevere i rimborsi che vengono loro offerti anche se non sufficienti a coprire le spese mediche che incombono su di loro.

Grafico 1.4: Estensione della copertura assicurativa sanitaria. Percentuale di popolazione cinese coperta dal sistema sanitario.



Fonte: Health Statistics Yearbook, 2009

1.2.3 Le prossime riforme in ambito sanitario

Nell'aprile del 2009, dopo un'ampia consultazione, il governo cinese ha lanciato un nuovo piano di riforma per il sistema sanitario cinese. Seguendo il principio guida per la costruzione di una società armoniosa e bilanciando lo sviluppo economico e quello sociale, una grande rilevanza viene data all'equità.

Questo nuovo piano mira a fornire un sistema medico sicuro ed una conveniente ed efficace assistenza sanitaria di base rivolta a tutti i cittadini entro il 2020. Il piano comprende anche misure relative alla domanda e all'offerta che coprono cinque grandi aree:

- Lo scopo è di aumentare la copertura sanitaria passando dall'80% a fine 2008 ad un 90% nel 2011. Il pagamento governativo per il sistema rurale nel 2010 è salito a 120 CNY a persona rispetto agli 80 iniziali;
- Verrà istituito un sistema a livello nazionale dei farmaci essenziali (di base) con prezzi regolamentati e un alto tasso di rimborso;
- Verrà apportato un miglioramento all'assistenza medico locale per ridurre i carichi di lavoro derivanti dal sovraffollamento degli ospedali delle città;
- I servizi di assistenza medica di base verranno migliorati per lo screening e per una migliore prevenzione;
- Riforme pilota degli ospedali pubblici saranno lanciate per migliorare la gestione e renderla il più efficiente possibile (OECD, 2010).

Questo programma prevede spese supplementari di CNY 850 miliardi oltre il 2009-2011 corrispondenti allo 0,8% del PIL previsto in questo periodo. Gli enti locali invece, sono tenuti a finanziare il 60% dello stesso. Il costo del trasferimento per l'assicurazione sanitaria rurale e per quella urbana aggiungendo i costi della salute pubblica ammonterà a circa CNY 160miliardi l'anno (circa lo 0,5% del PIL e il 60% degli esborsi totali). Il denaro rimanente verrà speso per le infrastrutture e per la formazione degli operatori sociali. La nuova infrastruttura includerebbe 2000 nuovi ospedali a livello di contea in modo che ogni contea avrebbe un ospedale conforme agli standard nazionali. Medici provenienti dalle zone rurali e dai centri di cura comunitari saranno riqualificati e verranno messi in atto programmi di formazione per tutti gli ospedali delle varie contee.

Nel settore della sanità pubblica, dove gli esborsi saranno modesti (lo 0,06% del PIL) tre grandi gruppi di attività sono state stabilite.

Le prima serie riguarda l'istituzione di un libretto sanitario unificato per tutti gli individui e la disponibilità di un servizio di assistenza. La seconda si concentra sui neonati e sui bambini fino ai 3 anni con la creazione di cartelle cliniche individuali, istituzione di un manuale per l'assistenza infantile e la gestione delle visite mediche (almeno cinque visite prima del parto e due visite post parto). Il terzo set comprende:

- Le vaccinazioni contro le epatite B per i bambini in età scolare, il vaccino antipolio;
- Tempestiva rilevazione, segnalazione e registrazione delle malattie infettive, trattamento in loco in loco delle malattie contagiose e servizi di consulenza;
- Fornire delle linee guida per i pazienti soggetti a ipertensione, diabete e a tutte le altre malattie croniche provvedendo anche a tutte le cure riabilitative per queste malattie.

Il nuovo programma contenente la lista dei farmaci essenziali per l'assistenza medica primaria serve per ridurre il prezzo dei farmaci forniti ai pazienti. Allo stato attuale, nella Repubblica Popolare Cinese le spese per i farmaci rappresentano il 45% di tutti i costi sanitari (circa 1,6% del PIL). Detto programma, creato dal governo, contiene un elenco di i farmaci che trattano il 60 – 80% delle malattie comuni.

Negli ultimi decenni c'è un significativo miglioramento dello stato di salute della popolazione cinese con un aumento anche dell'aspettativa di vita (anche se piuttosto lento rispetto agli altri Paesi). Nonostante le diverse riforme intraprese, la Repubblica Popolare Cinese deve affrontare ancora tante altre sfide: le malattie croniche stanno causando ancora tanti morti e la mortalità infantile anche se diminuita è ancora presente in modo significativo in alcune zone rurali.

Ci sono tre tipi di malattie in rapida crescita: le malattie polmonari, le malattie cardiache e il diabete: sono tutte e tre malattie che si possono prevedere causate da consumo eccessivo di tabacco o bevande alcoliche (in riferimento alle prime due) e dall'obesità (in riferimento al terzo). Il sistema sanitario tuttavia, non è orientato verso la prevenzione cronica delle malattie e anche il trattamento non è uniformemente buono.

La tendenza mondiale verso il sistema sanitario è quello di aumentare le cure a livello primario e di ridurle a livello ospedaliero e infatti, il nuovo programma sanitario cinese fa un primo passo in questa direzione con lo sviluppo di centri sanitari comunitari. Quest'ultimi però mancano di credibilità agli occhi della popolazione soprattutto rurale che preferisce recarsi agli ospedali perché convinta

che i medici che offrono assistenza e cure primarie hanno livelli di qualificazione molto bassi. Il nuovo programma mira a riqualificare tutti i medici per aumentare le loro qualificazioni e professionalità.

Come già annunciato prima, anche la gestione degli ospedali dovrebbe cambiare: il nuovo programma mira a rendere gli ospedali meno “commerciali”.

Per certi aspetti, questi prima delle riforme assomigliavano a imprese statali. Il sistema attuale per cui l'ospedale è finanziato tramite una tassa per servizio deve essere sostituito con un altro sulla base di una tariffa per procedura indipendentemente dal numero di diagnosi eseguite. La soluzione sta in un efficiente sistema di contabilità da mettere in atto il prima possibile.

1.3 La riforma del sistema di registrazione hukou.

Il sistema *hukou* è il sistema di registrazione del nucleo familiare che considera il luogo di nascita di una persona il criterio fondamentale per permettere o impedire al cittadino l'accesso a determinate cure mediche. Si tratta di un sistema che distingue le misure sanitarie previste nelle zone rurali da quelle destinate alle zone urbane tenendo conto delle loro profonde diversità: nella Repubblica Popolare Cinese il cittadino può accedere a determinate cure mediche solo in base al luogo di nascita e se un cittadino rurale si trasferisce in una zona urbana non può assolutamente godere degli stessi interventi pensionistici, sanitari, assistenziali e di istruzione di cui gode il cittadino nato e cresciuto nelle città.

Per più di mezzo secolo il sistema *hukou* ha limitato la possibilità di spostarsi liberamente all'interno del Paese. Si tratta di un sistema di registrazione delle famiglie rimasto in gran parte immutato dagli anni Cinquanta.

Gli *hukou* si dividono in due categorie: urbane e rurali.

Questo sistema è il fondamento della divisione dualistica della struttura socio-economica del Paese. Tale differenza di denominazione è spesso l'unica discriminante in termini di trattamento sociale economico e politico tra gli migranti e i residenti.

Il meccanismo da esso stabilito prevede infatti la definizione di una provincia di residenza al di fuori della quale il cittadino non potrà beneficiare di nessun tipo di benefit sociali economici scoraggiandone così lo spostamento.

Tra le varie limitazioni previste vi sono il negato accesso alla pubblica istruzione, ai servizi sanitari e previdenziali primari oltre all'impossibilità di ottenere sussidi per la disoccupazione e le pensioni.

La stato di *hukou* serve per determinare le caratteristiche sociali rappresentando una classificazione generalmente ereditaria e quindi difficile da cambiare se non grazie all'intervento del Governo cinese. Le donne una volta sposate prendono l'*hukou* del marito.

Il sistema *hukou* è stato inizialmente creato per contenere l'afflusso di migranti dalle zone rurali alle zone urbane in un periodo in cui l'economia cinese si stava sviluppando rapidamente e la crescita si concentrava principalmente nelle zona orientale del Paese intorno alle aree di Shanghai, Pechino e Guangzhou (China Briefing, 2011).

Certi studiosi affermano l'incompatibilità tra il sistema *hokou* e l'attuazione delle riforme pianificate dal governo cinese che si propongono di raggiungere un crescita economica stabile nel lungo periodo.

Questa breve presentazione fornisce alcune informazioni di base sull'origine e le funzioni del sistema *hukou* e rileva alcuni recenti sviluppi che segnalano i possibili cambiamenti del sistema.

Il partito Comunista quanto è arrivato al potere nel 1949 ha promosso "un'economia di comando"⁸. Questo sistema produttivo a sua volta ha impiegato forti

⁸ Un'economia pianificata è un sistema economico in cui le decisioni in materia di produzione e di investimenti sono incarnate in un piano formulato da un'autorità centrale, di solito da un ente pubblico come un ente governativo. Solitamente ci si riferisce ad una economia pianificata a livello centrale che mira a migliorare la produttività e il coordinamento consentendo ai pianificatori di approfittare di una migliore informazione ottenuta attraverso il consolidamento delle risorse economiche quando si prendono decisioni in materia di investimenti. La più ampia forma di economia pianificata viene indicata come un'economia di controllo e comando (Wikipedia).

meccanismi per impedire una migrazione rurale verso le città finché il governo nel 1958 ha promulgato ufficialmente il sistema di registrazione di famiglia per controllare la mobilità della popolazione stessa. Il regolamento decretato prevedeva che tutti gli spostamenti all'interno della Repubblica Popolare Cinese siano soggetti all'approvazione da parte del governo locale pertinente.

Da quel momento, i cittadini cinesi hanno perso la libertà di residenza e di migrazione all'interno del Paese. Ogni persona ha un *hukou* classificato come "rurale" o "urbano" in un'unità amministrativa specifica.

Il tutto diede vita ad una Repubblica Popolare Cinese composta da due società estremamente diverse: da una parte la classe urbana i cui membri lavorano nel settore industriale, hanno piena cittadinanza e godono di tutti i benefici sociali, dall'altra parte ci sono i contadini che lavorano la terra per produrre uno *surplus* agricolo e che devono badare a se stessi perché difficilmente godono anche dei servizi sociali e sanitari primari.

Il passaggio di *hukou*, riferito al passaggio dalla categoria rurale e quella urbana, era estremamente controllato e consentito solo in condizioni molto limitate (solitamente se c'era bisogno di forza lavoro per raggiungere gli obiettivi di industrializzazione previsti).

Nel 1970, dopo quasi due decenni dal lancio del programma, a partire da un provvedimento ad hoc un piccolo numero di contadini sono migrati nelle città per soddisfare le esigenze di manodopera. Questi erano visti come "lavoratori a contratto determinato" perciò non avevano un *hukou* urbano e a causa di questo non avevano nessuno tipo di accesso ai servizi sociali della città. Questa possibilità di trasferimento nelle zone ricche solo per esigenze di manodopera fu progressivamente ampliato nel 1980.

L'*hukou* rurale nel 1990 divenne la "spina dorsale" dell'industria di esportazione e più in generale del settore manifatturiero.

Il *lavoro migrante rurale* ha un significato specifico nella Repubblica Popolare Cinese:

Si riferisce ai lavoratori con *hukou* rurale e non urbano. Sono operai che pur svolgendo mansioni industriali e vivendo nelle città non sono considerati legalmente come *lavoratori urbani*. Non sono ammessi alle regolari prestazioni assistenziali di una qualunque persona che vive in città. Non hanno accesso all'istruzione o ad un sussidio governativo perché per legge i lavoratori migranti rurali pur essendo residenti da anni nelle zone anche più ricche, vengono trattati come parte integrante del *rural hukou*.

Il numero di lavoratori rurali migranti è cresciuto notevolmente: è passato da circa 20-30 milioni nei primi anni del 1980 a circa 140 milioni alla fine del 2008.

L'aumento del numero delle persone senza *hukou locale* – chiamati anche popolazione fluttuante – è diventato il segno distintivo della Repubblica Popolare Cinese nell'ultimo quarto di secolo. Queste persone fanno legalmente parte dell'*hukou rurale* e la loro ineleggibilità ad avere l'*hukou urbano* (avere perciò la cittadinanza urbana) li rendono sempre più vulnerabili e sacrificabili; svolgono lavori fisicamente massacranti, pericolosi se non umilianti.

La negazione della cittadinanza urbana ai lavoratori migranti, combinate con la loro abbondanza e la mancanza di accesso all'istruzione alle cure sanitarie anche primarie, ha creato una forza lavoro sfruttabile e altamente flessibile per l'esportazione dell'economia cinese. La presenza di questa forza lavoro ha contribuito a rendere il Paese il produttore più efficace (cioè con basso costo di manodopera) al mondo rendendolo molto più forte rispetto agli altri Paesi competitivi.

Molti studi hanno notato che nei due decenni successivi al 1980, nonostante la rapida crescita economica, non ci sono stati aumenti dei salari reali dei lavoratori migranti rurali.

Dal 1980 il divario tra la quota della popolazione cinese che di fatto è urbana e la proporzione con lo stato di *urban – hukou* è in costante ampliamento, dimostrando il crescente uso del lavoro migrante. Non a caso questo sistema ha suscitato un sacco di critiche all'interno e all'esterno del Paese (Kam, Wing, Chan, 2010).

Furono molti i tentativi per migliorare il sistema. Il primo ha comportato la devoluzione dei poteri fiscali e amministrativi a livelli inferiori di governo.

Nel 1990 i governi locali hanno ampiamente acquisito il potere di decidere il numero aggiuntivo di popolazione con *hukou urbano*, cioè cittadini che ottenendo la cittadinanza vera e propria nelle zone ricche della città potevano usufruire di tutti i benefici sanitari.

Questa nuova modifica consente alle città di dare l'*hukou urbano* solo a coloro che soddisfano determinati requisiti di ricchezza ed istruzione ottenendo così l'accesso ad alcune prestazioni sociali. In cambio devono però rinunciare al proprio *hukou rurale* abbandonando i loro diritti nell'uso del suolo agricolo per consentire l'espansione dell'industrializzazione (Kam, Wing, Chan, 2010).

Il secondo tipo di riforma che ha coinvolto questo sistema di registrazione familiare è un provvedimento interessato a rendere il sistema *hukou* più umano: per esempio, offrendo *hukou urbano* ai figli dei migranti che hanno già acquistato tale status. Va sottolineato che i figli dei migrati urbani, anche se nati in città, sono considerati cittadini rurali e non possono usufruire dei benefit messi a disposizione del governo perché privi dell'*hukou urbano*.

Queste regolamentazioni hanno fatto gran poco per modificare l'intero sistema: la discriminazione di lunga data contro la popolazione rurale continua ancora. La condizione di grave svantaggio di quest'ultimo gruppo è stato intensificato dalla crisi globale del 2008-2009: in questo biennio circa 23 milioni di lavoratori rurali migranti hanno perso il lavoro a seguito del calo della domanda di esportazioni.

Il crescente numero di lavoratori migranti di "seconda generazione", più istruite rispetto ai loro genitori, sono meno tolleranti per via degli abusi e delle ingiustizie e più pronti a difendere i loro interessi (Kam, Wing, Chan, 2010).

La principale argomentazione economica che riguarda la riforma *hukou* è avvincente. In Cina, l'economia pesante dipendeva dalle esportazioni degli ultimi 20 anni: questo dato può essere considerato il riflesso di un grave problema strutturale dell'insufficiente domanda di consumo. La causa principale di questo ristagno nella domanda è chiaramente collegata al sistema *hukou* e al magro stipendio che viene dato ai lavoratori rurali e a quelli migranti.

I lavoratori migranti rurali dovrebbero essere autorizzati a stabilirsi in modo permanente nelle piccole medie città e godere delle stesse agevolazioni e dei servizi pubblici di cui possono usufruire quelli con *hukou* urbano (Kam, Wing, Chan, 2010).

Studi recenti hanno sottolineato la sostanziale incompatibilità tra l'attuale sistema di registrazione del nucleo familiare e l'attuazione delle riforme pianificate dal governo cinese. Tali riforme si propongono di raggiungere una certa diversificazione di forza lavoro con un aumento di produttività.

Ovviamente è impossibile smontare completamente il sistema *hukou* nel prossimo futuro anche perché esso è parte integrante della struttura socioeconomica della Repubblica Popolare Cinese e della strategia di sviluppo. Una qualsiasi riforma o l'abolizione di detto sistema comporterebbe l'abbattimento dell'attuale struttura dualistica della Repubblica Popolare cinese: la ricerca di misure di trasformazione e di miglioramento è un compito urgente.

CAPITOLO 2

Review della letteratura

2.1 Premessa.

Al fine di approfondire adeguatamente l'argomento oggetto del nostro elaborato è necessario porci un quesito fondamentale: quali sono gli aspetti salienti che caratterizzano la relazione tra assicurazione sanitaria e stato di salute delle persone che vivono nei Paesi di riferimento?

Esistono numerosi studi che esaminano la relazione che intercorre tra l'assicurazione sanitaria e lo stato di salute nei Paesi in via di sviluppo. Negli ultimi anni la letteratura ha continuato ad espandersi grazie al continuo studio per apprendere e analizzare i regimi assicurativi non solo tradizionali ma anche più recenti. La maggior parte di questi studi trova che la copertura sanitaria ha numerosi effetti positivi sulla salute dei sottoscrittori.

Analisi sulla mortalità hanno dimostrato che avere un'assicurazione sanitaria avrebbe potuto ridurre il tasso di mortalità di coloro che precedentemente non erano assicurati (Hadley, 2003; McWilliams et al., 2004; Hadley e Waidmann, 2006).

La letteratura esistente sottolinea anche l'effetto positivo dell'assicurazione sanitaria in riferimento all'autovalutazione del proprio stato di salute (Ranks et al,

1993; Hadley, 2003; Carta et al, 2004; McWilliams et al, 2004; Hadley e Waidmann, 2006).

Sebbene la maggior parte degli studi dimostri l'esistenza di una relazione positiva intercorrente fra la stipulazione di un'assicurazione privata e lo stato di salute, esistono altrettante analisi e osservazioni che dimostrano l'assenza di associazioni tra le due. Altri addirittura hanno scoperto che essere assicurati può portare a peggiori condizioni di salute (Hadley, 2003). Possiamo constatare che pochi studi sono in grado di trarre delle conclusioni circa il rapporto di casualità tra lo stato di salute e la copertura sanitaria (Levy e Meltzer, 2001; Hadley, 2003; Chen et al., 2007).

Anche se molti Paesi in via di sviluppo cercano di riformare e sviluppare i loro sistemi di previdenza e assistenza sanitaria, gli effetti che questi tentativi hanno sulla popolazione sono raramente esaminati (Ekman, 2004).

L'assicurazione sanitaria privata svolge un ruolo importante nel finanziamento del sistema sanitario sia nei Paesi sviluppati sia in quelli in via di sviluppo. Ad esempio, l'effetto supplementare dell'assicurazione sanitaria privata in Brasile ha portato ad un significativo miglioramento della qualità della vita (Nyman e Barleen, 2005).

Numerosi studi, concentrandosi principalmente sui Paesi industrializzati, hanno dimostrato come la disponibilità e l'adeguatezza del sistema di assicurazione sanitaria pubblica ha un forte impatto nella copertura assicurativa privata. In particolare, questi studi hanno analizzato come l'entità della pubblica assistenza sanitaria possa agire da sostituto o fare da complemento all'assicurazione privata.

Ricerche che riguardano il *Medicaid programm* – assistenza sanitaria pubblica per persona a basso reddito – rilevano che ampliando il numero di persone che possono usufruire del Servizio Sanitario Statale, questi preferiscono rinunciare alla copertura dell'assicurazione privata. Almeno fra gli individui a basso reddito e relativamente alle famiglie residenti negli Stati Uniti, il sistema sanitario pubblico e privato sono quindi sostituibili fra loro (Cutler e Gruber, 1996; Dubay e Kenney, 1997; Shore-Sheppard, Buchmuellar, e Jensen, 2000).

In contrasto con quanto appena detto, altri studi mostrano che la copertura assicurativa privata può integrare il già esistente sistema assicurativo sanitario pubblico specialmente nei Paesi a medio-basso reddito con qualità bassa e accesso limitato alle

coperture finanziate pubblicamente. Altri studiosi non trovano nessuna relazione tra la copertura sanitaria privata e pubblica. Per esempio, Liu e Chen (2002) non hanno trovato nessuna testimonianza in grado di dimostrare che l'assicurazione privata e pubblica a Taiwan possano agire come sostituti o come perfetti complementari fra loro.

Finkelstein (2004) dai suoi studi ha trovato dei risultati simili: il programma di Servizio Sanitario Statale degli Stati Uniti non ha effetti significativi sulla copertura di assicurazione privata per tutte le spese che non sono coperte dallo stesso programma.

Ci sono pochissimi studi formali sulla relazione esistente tra la copertura sanitaria pubblica e quella privata nei Paesi in via di sviluppo come la Repubblica Popolare Cinese.

Sebbene grande attenzione sia stata rivolta al tema dell'assicurazione sanitaria privata nella Repubblica Popolare Cinese, la maggior parte delle analisi relative al tema trattato si riferisce ai commenti del saggio *"The alternative premium structures, supporting policies from governments, insurance administration, and risk pooling"* (Wang e Rosenman, 2007).

Studi economici hanno tentato di analizzare empiricamente la domanda di assicurazione sanitaria privata in Cina ed hanno esaminato tutti i cambiamenti in materia di accesso e l'assicurazione sanitaria tra le popolazioni urbane e rurali nel corso della riforma economica (Liu, Hsiao e Eggleston, 1999).

Sulla base di tre indagini sanitarie a livello nazionale nel 1985, 1986 e 1993 si è dimostrato che la rapida crescita economica del Paese ha prodotto delle conseguenze indesiderabili relative all'obiettivo di raggiungere la parità nell'accesso delle cure mediche. Altri studi hanno tentato di analizzare il risultato di salute degli anziani nelle province di Zhejiang e di Gansu esaminando anche la relazione tra lo stato di salute e alcune variabili socio economiche. La Repubblica Popolare Cinese ha subito una rivoluzione del sistema sanitario negli ultimi 50 anni con un significativo miglioramento dell'aspettativa di vita: da 46 anni nel 1950 a poco più di 75 anni nel 2001 (Wagstaff et al., 2009; *World Health Organization*, 2009).

Con questo cambiamento, i dati relativi al tasso di mortalità infantile suggeriscono un crescente divario dello stato di salute tra le zone rurali e le zone urbanizzate. Nel 2000-2004 il tasso di mortalità infantile variava dal 10 per mille nelle

grandi città al 64 per mille nelle zone rurali più povere della Repubblica Popolare Cinese. Gran parte di questi benefici è dovuto ad un maggiore controllo delle malattie infettive e della sotto nutrizione. Secondo i risultati ottenuti, le malattie infettive sono state progressivamente sostituite dalle malattie croniche come la principale fonte di cattiva salute e di mortalità (Hossein, 1997; Lopez et al., 2006).

Ricerche basate sui livelli di malnutrizione nei bambini mostrano una differenza tripla tra le aree urbane e le aree agricole. Nel 2002 la prevalenza di arresto della crescita dei bambini era del 17,3% nelle zone di campagna rispetto al 4,9% registrato nelle grandi città; il 9,3% dei figli di famiglie rurali era sottopeso rispetto ad un 3,1% dei bambini che vivevano nelle zone più urbanizzate.

Collegata ai cambiamenti dello stato di salute e della nutrizione, la Repubblica Popolare Cinese ha subito una transizione demografica. La popolazione anziana del Paese è aumentata dal 10% del totale della popolazione nel 2000 al 30% nel 2050 (OECD, 2010). Il numero di lavoratori per pensionato è già nettamente diminuito passando a 12 nel 1980 a soli 2 nel 2005. Questa tagliente transizione demografica rischia di arrecare stress al sistema assicurativo sanitario cinese che si era focalizzato principalmente sulle malattie dei giovani e sulle malattie infettive trascurando quelle croniche.

Attraverso un'analisi accurata sono state dimostrate alcune disparità in aumento per quanto riguarda l'accesso all'utilizzo di un'assistenza sanitaria tra le popolazioni rurali e quelle urbane nello stesso periodo di tempo (Tang et al., 2008; Yip e Mahal, 2008; Yip, 2009). Una plausibile spiegazione di questa disparità è la pesante dipendenza dalla finanza pubblica locale per finanziare l'assistenza sanitaria. Nel 2003, il 91,7% del finanziamento della spesa sanitaria totale proveniva dai governi locali (Zhao et al., 2007). Di conseguenza, vi è un'ampia variazione della spesa sanitaria pubblica tra le varie regioni con differenti livelli di sviluppo economico.

Il messaggio centrale dello studio relativo allo stato di salute è il seguente: la riforma economica ha portato a enormi miglioramenti dei redditi ma allo stesso tempo ha prodotto anche consistenti disuguaglianze per quanto riguarda l'accesso alle coperture sanitarie. In sintesi, il sistema sanitario cinese offre una serie di problemi profondamente radicati. L'equità è stata considerata da sempre uno dei principali

obiettivi delle politiche sanitarie nel contesto internazionale (ad esempio: Smaje e Le Grand 1997; Liu & Hsiao 1999). L'equità del benessere sociale ha svolto un ruolo importante nel plasmare le politiche nazionali della Repubblica Popolare Cinese. L'accesso equo alla sanità è stato dichiarato ufficialmente dal Consiglio di Stato come il principale obiettivo della riforma sanitaria (Cai, 1999). Questo è stato il motivo principale per dare il via ad un nuovo piano di riforma sanitaria applicabile universalmente a tutti i dipendenti nei diversi settori produttivi. La copertura previdenziale, i premi, la politica dei rimborsi sono uguali per tutti indipendentemente dal sesso, dall'occupazione, dall'istruzione, dal reddito e dall'età.

Tuttavia, un gruppo di ricerca ha dimostrato che vi è un notevole disaccordo per quanto riguarda definizioni, misure e interpretazione dell'equità e dei suoi determinanti (Mooney, Hall, Donaldson, e Gerard 1991; Le Grand 1991; Culyer e Wagstaff 1993; Wagstaff, van Doorslaer 1991; Carr-Hill, 1994). Lo studio compiuto da questi ricercatori aveva lo scopo di esaminare le diversità di accesso alle cure tra i diversi gruppi socioeconomici prendendo in considerazione la definizione di equità in due dimensioni: equità orizzontale ed equità verticale.

L'equità orizzontale esige che le persone a parità di bisogno abbiano la stessa possibilità e pari opportunità di ottenere le medesime cure.

Parlando di equità verticale, quest'ultima richiede che le persone con più grandi bisogni abbiano un accesso maggiore alle cure (Smaje e Le Grand 1997; Gerdtham 1997; Alberts, Sanderman, Eimers e Heuvel 1997).

Precedenti ricerche sull'utilizzo della copertura sanitaria, hanno suggerito l'importanza di distinguere fattori che influenzano la propensione all'utilizzo del sistema di assistenza sanitaria dai fattori che determinano il volume di utilizzazione successivo all'introduzione della persona nel sistema (Andersen e Newman 1973; Duan, Manning, Morris e Newhouse 1983; Newbold et al. 1995).

Un' ipotesi centrale dello studio relativo all'assicurazione sanitaria è che la salute individuale e lo status socio-economico sono fattori determinanti per la ricerca di cure in varie regolazioni. In particolare, lo stato di salute è probabilmente considerato il fattore più importante. Quindi, si ipotizza che uno stato di salute molto basso aumenta la propensione ad utilizzare le cure sanitarie, tenendo costanti tutti gli altri fattori.

Sulla base di questo studio, lo stato di salute si misura attraverso una propria autovalutazione della malattia cronica. Lo stato della malattia cronica è stato ampiamente usato nella precedente ricerca come una variabile *proxy* per lo stato di salute del paziente (Van Doorslaer e Wagstaff, 1992; Benzeval e Judge, 1994; Alberts et al., 1997; Smaje e Le Grand, 1997).

Per misurare le variazioni nell'equità orizzontale, tre gruppi di confronto sono definiti in base allo stato socioeconomico considerando i seguenti fattori: il singolo reddito annuo, il grado di istruzione e il lavoro svolto. Mentre reddito e istruzione sono stati ampiamente studiati, i risultati per quanto riguarda la direzione dell'impatto sono stati inconcludenti. Questo è parzialmente dovuto al fatto che istruzione e reddito possono essere visti come fattori in grado di aumentare l'uso della sanità (Newbold et al., 1995; Alberts et al., 1997). Dall'altra parte però è possibile che entrambe le variabili abbiano potuto fungere da indicatori sostitutivi per migliorare lo stato di salute con conseguente riduzione del bisogno di assistenza sanitaria (Rosenberg e Hanlon, 1996; Roos e Mustard, 1997). In aggiunta al livello di istruzione e al reddito annuo disponibile, questo studio inoltre analizza se la propensione ad attivare l'assistenza sanitaria sia associata anche alla posizione lavorativa coperta dall'individuo. Quest'ultima variabile sembra essere appropriata per la situazione cinese: va ricordato che le migliori condizioni sociali nella Repubblica Popolare sono stati a lungo concessi ai funzionari governativi. Questi hanno molte più possibilità di avere un adeguato accesso alle strutture per la copertura sanitaria rispetto ai comuni lavoratori.

Si sottolinea poi che pochissimi studi fino ad ora si sono focalizzati sull'utilizzo dell'assistenza sanitaria degli anziani e degli utilizzi dei servizi ambulatoriali e ospedalieri per cittadini dai 45 anni in su. Ciò serve come tentativo esplorativo per capire l'impatto della recente riforma sanitaria sul comportamento di utilizzo degli anziani e degli adulti di mezza età nel Paese.

Di seguito verrà trattata la *review* relativa alle coperture attive nelle zone urbane e nelle zone rurali e gli effetti che le stesse riforme sanitarie hanno avuto sulla domanda di servizi sanitari, si cercherà anche di dare trattazione ai vari studi legati ad una delle determinanti più rilevanti delle cure sanitarie: le spese *out-of-pocket*.

2.2 Gli effetti delle riforme sulla domanda dei servizi sanitari.

Le zone urbane.

Nonostante l'importanza che ricopre questo tema, sono pochi gli articoli che trattano l'effetto delle riforme del settore sanitario nella Repubblica Popolare Cinese sulla domanda di cure sanitarie. In questa sezione verranno trattate le riforme avvenute solo nelle zone urbane considerando anche che i cittadini che vivono nelle zone più ricche della Repubblica Popolare Cinese hanno maggiori accessi ai servizi di assistenza sanitaria anche di lunga durata rispetto ai cittadini delle zone rurali (Atella, Brugiavini, Pace 2013).

Nel 2003, il Governo cinese implementò un piano di copertura sanitaria quasi universale come una sorta di protezione per tutti cittadini. Si crearono 3 sistemi di copertura sanitaria: il *Basic Insurance Scheme* (BIS) che copriva i lavoratori urbani e i rispettivi datori di lavoro, il *Urban Resident Basic Medical Insurance* (URBMI) che copriva tutti i residenti urbani non coperti dal BIS e per finire il *New Cooperative Medical System* (NCMS) che copriva tutti i residenti le cui famiglie erano registrati nelle zone rurali. Tuttavia, i migrati le donne anziani e le vedove difficilmente decidono di assicurarsi.

Sebbene la "generosità" del piano di copertura varia da lavoratore a lavoratore (nel caso del BIS) e varia anche da contea a contea (nel caso del URBMI e del NCMS), il BIS fornisce un'importante copertura sanitaria sia in termini di servizi ambulatoriali sia di copertura ospedaliera (Pace, 2013).

Nel 2007 Ying assieme ad altri collaboratori ha rilevato che i cinesi abitanti nelle zone urbane sono più propensi ad assicurarsi privatamente contro le malattie cosiddette catastrofiche e per i ricoveri ospedalieri piuttosto che per le visite ambulatoriali. Per malattie catastrofiche si intendono quelle malattie che portano una famiglia a ridurre notevolmente il proprio consumo di base per un tempo considerevole, al fine di pagare

le spese mediche: sono spese che rappresentano più del 40% del reddito disponibile di un individuo.

Facendo riferimento alle riforme nelle zone urbane, si sono fatte indagini circa gli effetti che si sono avuti con l'introduzione del BIS. Quest'ultimo ha aumentato il generale uso dei servizi pubblici sanitari riducendo la probabilità di uso dei servizi assistenziali privati (Wagstaff e Lindelow, 2008). Il nuovo sistema prevedeva un massimale per la copertura delle spese mediche che possono essere assicurate (circa quattro volte il salario medio annuale nella regione). L'imposizione di questo massimale era motivato dalla riduzione delle spese di bilancio escludendo dalla copertura assicurativa delle cure sanitarie che richiedono maggiori spese da parte delle famiglie.

Si stima che il BIS poteva coprire solo il 70% dell'esborso complessivo sotto i vecchi sistemi assicurativi (Gao et al., 2007). Quest'ultimo ha mostrato che la percentuale di anziani coperti dal BIS è diminuita nel periodo 1998 – 2007. Yip e Hasio nel 2009 stimarono che 420 milioni di residenti urbani erano privi di copertura sanitaria perché non rientravano nel BIS in quanto privi di un impiego formale.

Un altro studio sul BIS mostra che l'introduzione del sistema di copertura ha avuto un duplice effetto sulla domanda dei servizi sanitari. Da un lato ha determinato un aumento dei servizi ambulatoriali permettendo allo stesso tempo una riduzione dell'uso dei servizi ospedalieri e dei servizi di emergenza (Liu e Zhao, 2006). Per garantire la tutela della salute a tutti coloro non coperti dal *Basic Insurance Scheme*, nel 2007 il Governo cinese ha attuato l'URBMI, un programma di assicurazione sanitaria su larga scala.

Gli stessi autori, nel 2012 studiano gli effetti dell'introduzione dell'URBMI sull'uso dei servizi medici. I loro risultati, ottenuti tramite rilevazioni dal *China Health and Nutrition Survey*, hanno suggerito l'impatto positivo del programma nell'utilizzo di cure mediche ma non troviamo prove della possibile riduzione delle spese *out-of-pocket*. In particolare, gli studiosi hanno riscontrato un migliore utilizzo delle cure sanitarie soprattutto per gli anziani, per le famiglie con basso e medio reddito e per tutti i residenti nelle zone occidentali che risultano essere molto più povere rispetto a quelle orientali. Poiché la spesa sanitaria è più costosa nelle aree urbane, la quota di premio

pagata dall'individuo sarà significativamente più alto nelle aree urbane rispetto a quelle rurali (Lin et al., 2009).

Allo scopo di ridurre la povertà derivante da cattive condizioni sanitarie, l'URBMI è destinato a coprire prevalentemente i servizi di degenza e tutti i servizi ambulatoriali per tutte le malattie catastrofiche. In genere però non copre servizi ambulatoriali per malattie generali (di norma copre solo le spese per le malattie croniche come le malattie cardiache). Il pacchetto dei benefici presenta una notevole eterogeneità tra le varie province. Nelle città ci sono diverse regole di rimborso per i servizi ospedalieri erogati ai vari livelli di struttura: solitamente sono meno generosi per le cure erogate presso le strutture di livello superiore. Il tetto di rimborso per le spese sostenute dai ricoveri ospedalieri è di circa 4 volte la media annua dei salari dei lavoratori urbani e il livello medio di rimborso è di circa il 45% (*State Council Evaluation Group for the URBMI Pilot Program*, 2008).

2.3 Gli effetti delle riforme sulla domanda dei servizi sanitari.

Le zone rurali.

Nelle zone rurali, il sistema di copertura sanitario attivo negli anni 1960 e 1970 era il *Rural Cooperative Medical Scheme*. Era considerato un modello assistenziale di successo nei Paesi in via di sviluppo al fine di garantire agli agricoltori e alla loro famiglia una copertura assicurativa sanitaria. Quando crollò il sistema di copertura in vigore, da un 90% della popolazione rurale con copertura sanitaria ci si trovò nel 1990 ad avere solo 10% della popolazione assicurata. Gli altri non avevano nessun tipo di assicurazione. Tuttavia, il 70% della popolazione totale della Repubblica Popolare Cinese che risiede nelle zone rurali è sprovvista di un'adeguata protezione sanitaria. Il Ministero della Salute nel 2002, ha riferito che più di un terzo degli agricoltori malati

non hanno cercato nessun trattamento medico a causa dei costi insostenibili (Wilkes et al., 1997; *China Daily*, 2002).

Liu et al. nel 2003 hanno studiato l'impatto dell'urbanizzazione del Paese per quanto riguarda la copertura sanitaria fra la popolazione rurale nel periodo che va dal 1989 al 1993. A causa della carenza dei dati, Liu ed i suoi collaboratori hanno trovato un'unica misura totale della copertura sanitaria, senza nessuna distinzione fra assicurazione privata e assicurazione sanitaria pubblica.

Una priorità del Governo centrale fu quella di riformare un sistema sanitario utile a sistemare e migliorare la situazione. Nel 2003 venne introdotto il *New Cooperative Medical Scheme*, definito con un aiuto reciproco e un sistema assicurativo sostenuto da quattro livelli di governo (centrale, provinciale, di contea e municipale).

Vi sono molti contributi che studiano la situazione nelle zone rurali della Repubblica Popolare Cinese che vanno ad analizzare gli effetti dell'introduzione del *New Cooperative Medical Scheme* (NCMS).

Wang e Rosenman (2007) trovano che i cittadini cinesi nelle zone rurali, nonostante percepiscano la necessità di una copertura sanitaria privata, possono tuttavia rinunciare all'acquisto di questa assicurazione a causa di inadeguate risorse finanziarie.

Chen et al. (2005) hanno concluso che il NCMS ha svolto un ruolo importante nel ridurre la povertà causata dalle consistenti spese sostenute per far fronte alle malattie. Gli autori ammettono che i loro risultati si applicano solamente agli individui intervistati nel 2005 nei tre siti di indagine nella provincia di Hubei.

Utilizzando i dati provenienti da un'indagine effettuata in una contea nella provincia di Jiangxi, trovarono che il NCMS ha aumentato il tasso di ospedalizzazione dei residenti rurali anche se va ricordato, che lo studio non differenzia i pazienti in base alla gravità della loro malattia (Yuan et al. 2006). Quest'ultimo nel suo studio evidenzia anche che i servizi ambulatoriali non sono significativamente cambiati con la copertura sanitaria.

Facendo uso di un campione rappresentativo nazionale, Zhang et al. (2006), hanno rilevato che, sebbene il tasso di partecipazione sia elevato nei villaggi coperti dal sistema sanitario NCMS, il reale tasso di risarcimento è relativamente basso. Sono studi

che utilizzano dati provenienti da un'indagine effettuata solo un anno dopo il lancio del programma di assistenza sanitaria nel 2004.

Si è dimostrato che franchigie più basse con rimborsi immediati hanno l'effetto di aumentare l'uso di servizi ambulatoriali, ma non hanno alcun effetto sull'uso dei servizi ospedalieri (Yip et al, 2008). Le analisi sulla variazione politica a livello di contea, mostrano come vengono influenzati i comportamenti in termini di scelte sanitarie e scelte ospedaliere (Brown e Theoharides, 2009). Gli stessi autori riscontrano che quando i limiti sul rimborso aumentano, le famiglie, soprattutto quelle con più anziani a carico, scelgono di rivolgersi agli ospedali ad un livello amministrativo più elevato. Altri autori studiano l'effetto del NCMS sul funzionamento e sull'uso delle cliniche di villaggio. L'introduzione di questo sistema di copertura è associata ad aumento dell'afflusso dei pazienti nelle cliniche di villaggio del 26% e ad un aumento del 5% per quanto riguarda l'uso personale (Babiarz et al, 2010).

Brown e Theoharides (2009) forniscono una discussione esaustiva degli obiettivi e la struttura del programma NCMS. Questo sistema di copertura sanitario opera su base volontaria e il basso premio annuale da pagare rende possibile la partecipazione della stragrande maggioranza delle famiglie rurali (*Ministry of Health of the People's Republic of China*, 2012).

Anche se i governi locali e il governo centrale sottoscrivono il programma ogni individuo paga una tassa. Ogni contea imposta la quota di questa tassa e alcuni offrono assistenza o non fanno pagare la quota alle famiglie più povere (Wang et al., 2007).

Il governo centrale ha stipulato una commissione minima di 10 RMB a persona anche se l'ammontare che il cittadino doveva pagare variava da contea a contea in base al livello di ricchezza di quest'ultima (Brown et al., 2009). Molti aspetti della progettazione, realizzazione e gestione del programma NMCS sono determinati a livello locale; in pratica, i tassi di rimborso variano a seconda della spesa totale (Brown et al., 2009). Mentre tutti i programmi del sistema di copertura NMCS riguardano l'assistenza medica ospedaliera associata alle malattie catastrofiche, solo un sottoinsieme di programmi coprono l'assistenza ambulatoriale anche per il trattamento di *follow - up* (Wang et al., 2008). Come conseguenze di questa copertura limitata delle cure sovvenzionate, Brown et al. (2009) mostrano che le spese *out-of - pocket* superano il

50% della spesa totale per i costi sanitari catastrofici. A causa dei tassi di rimborso troppo bassi e delle grandi spese *out-of-pocket* sostenute dai cittadini la conseguenza diretta è un aumento del risparmio precauzionale per far fronte a potenziali shock negativi della salute e per le malattie che hanno maggiori probabilità di verificarsi durante la vecchiaia. Tale aumento si spiega con il timore di non poter disporre delle risorse sufficienti per poter ricevere adeguate cure sanitarie in presenza degli imprevisti tipici della vecchiaia. La scelta di aumentare il risparmio precauzionale è quindi legata alla copertura delle cure sovvenzionate che vengono percepite come limitate e sovente insufficienti. Il *China Health and Nutrition Survey* ha mostrato che la copertura NCMS ha aumentato l'incidenza delle spese catastrofiche per le regioni occidentali della Cina.

Sun, Sleigh e Jackson (2010) studiano che il sistema NCMS rimborsa i servizi ospedalieri ad un tasso più elevato rispetto a quanto veniva restituito per i servizi ambulatoriali. In media, i beneficiari del sistema di copertura possono ricevere a mezzo contanti i rimborsi ambulatoriali mentre, il tasso di rimborso per le spese di assistenza ospedaliera potrebbe essere molto elevato: circa un 80%. Per questo, i pazienti ricevono un tasso relativamente basso di co-assicurazione per tutte le spese catastrofali che devono sostenere per far fronte alle spese mediche di assistenza ospedaliera.

Wagstaff, Jun, Ling e Juncheng nel 2009 attraverso un'analisi utilizzando dati del 2005 provenienti da 15 contee di differenti province hanno concluso che la copertura NCMS è stata associata ad un maggiore utilizzo sia dei servizi di degenza e di quelli ambulatoriali, mentre la copertura NCMS non sembra ridurre l'ammontare delle spese *out-of-pocket* ma questo si vedrà nella sezione successiva.

2.4 Gli effetti delle riforme sanitarie sulle spese *out-of-pocket*.

Diversi studi recenti analizzano anche l'effetto delle riforme sulle spese mediche *out-of-pocket* nelle zone rurali e nelle zone urbane della Repubblica Popolare Cinese.

Non di rado queste analisi sono in contrasto tra loro.

I pagamenti *out-of-pocket* come parte delle spese sanitarie totali sono cresciute dal 20% registrato nel 1978 ad un 60% nel 2002 (Smith, Wong, e Zhao, 2005), portando la Cina ad avere uno dei più alti rapporti di spese *out-of-pocket* sul totale delle spese sanitarie registrate in tutta l'Asia specialmente se paragonata a quei Paesi che forniscono una copertura universale con determinati sistemi di copertura sanitaria nazionali o sociali (Yip e Hsiao, 2008).

Gli studi hanno scoperto che oltre un terzo delle famiglie ha ridotto i propri consumi subendo un forte impoverimento causato dalle numerose spese connesse allo stato di salute (Hu et al., 2008).

In Cina è riconosciuto che la spesa medica è una delle principali cause della povertà soprattutto nelle zone rurali. Uno studio ha scoperto che il 7,2% della popolazione cinese rurale vive sotto la soglia della povertà e, il 45% di queste famiglie povere si trovavano a vivere sotto la soglia della povertà a causa delle spese mediche *out-of-pocket* (Liu et al., 2003).

Tra gli studi più importanti quello di maggior rilevanza è l'analisi compiuta da Lin, Liu e Chen (2009). Essi esaminano l'impatto della partecipazione al *Urban Resident Basic Medical Insurance* sul peso finanziario delle spese mediche nelle zone urbane cinesi: il 57% dei partecipanti dichiara che il peso finanziario a causa delle cure mediche è diminuito significativamente dopo la registrazione al sistema sanitario URBMI. I risultati provenienti dallo studio intrapreso da Liu et al. mostrano che l'effetto è stato maggiore per le famiglie a basso reddito. Contrariamente, Liu e Zhao (2012) non trovarono nessun effetto significativo sulla riduzione delle spese *out-of-pocket*. Questo risultato è dovuto ad un aumento dell'utilizzo dei servizi sanitari e anche ad un uso maggiore dei servizi erogati dai fornitori a livello superiore incentivato dal

sistema di copertura sanitario attivo nelle zone urbane (Wagstaff et al., 2009; Lei e Lin, 2009; Yip e Hsiao, 2009).

Il pagamento anticipato su base comunitaria per l'assistenza medica potrebbe essere una valida opzione per fornire protezione sanitaria agli agricoltori dei Paesi in via di sviluppo e a tutte quelle persone senza accesso al meccanismo formale di assicurazione sanitaria (Preker et al., 2001 – 2002; Commissione di Macroeconomia e Salute, 2002).

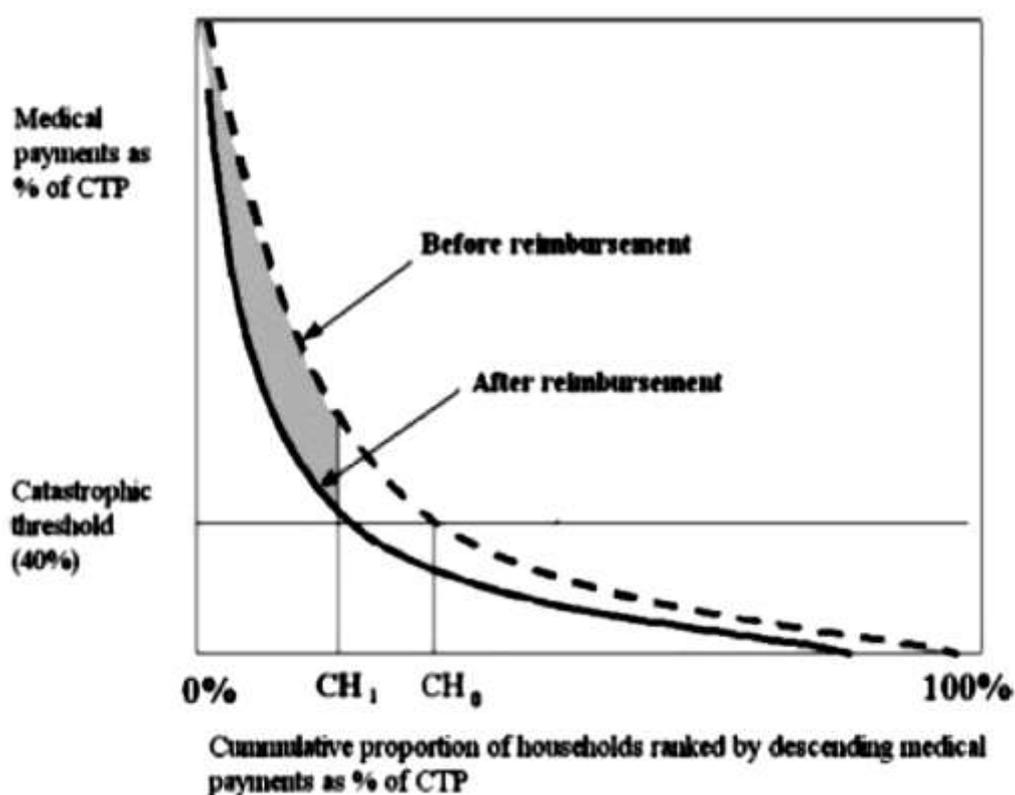
La Commissione di Macroeconomia e Salute dell'Organizzazione Mondiale della Sanità osserva che il finanziamento comunitario può fornire un passo incrementale per migliorare la protezione finanziaria e l'accesso ai servizi stessi per i cittadini più poveri con basso reddito. Alcuni studi fatti hanno trovato che il finanziamento della sanità a livello comunitario può essere efficace per ridurre le spese *out-of-pocket* e per estendere una copertura a tutte le famiglie rurali che presentano bassi redditi che altrimenti sarebbero senza nessuna protezione sanitaria (Preker et al., 2001 – 2002; Commissione di Macroeconomia e Salute, 2002).

Ekman nel 2004 ha esaminato diversi studi empirici della copertura sanitaria a livello comunitario trovando una forte evidenza: questi programmi offrono una protezione effettiva ai membri riducendo significativamente il livello delle spese *out-of-pocket* per le spese mediche. Tuttavia, altri studi non portano allo stesso risultato. Per esempio un'Organizzazione Internazionale del Lavoro ha concluso che i risultati non giustificano che l'asserzione del finanziamento comunitario era stato efficace nel fornire protezione finanziaria nelle cure sanitarie (ILO, 2002). Una spiegazione sensata per i differenti punti di vista è la mancata coerenza nell'interpretare il termine protezione finanziaria. Lo studio dell'ILO considera le persone protette finanziariamente quando questi non hanno dovuto attingere ad una percentuale eccessiva del loro reddito per permettersi cure mediche. Ekman (2004) invece, definisce la protezione finanziaria come una qualsiasi riduzione delle spese *out-of-pocket* per qualsiasi tipo di spesa medica.

Altri autori hanno invece raccolto dati dopo l'introduzione del NCMS sulle famiglie rurali che sostenevano spese catastrofiche (Sun et al., 2010). Successivamente questi studiosi hanno cercato di analizzare come sarebbe stata la spesa in assenza del

sistema di copertura sanitaria. Il risultato mostra chiaramente che l'introduzione del sistema d'assistenza sanitaria ha portato ad una riduzione delle spese dell'8% per quelle famiglie che sostenevano spese catastrofiche⁹ (**Grafico 2.1**).

Grafico 2.1: L'impatto che il sistema di copertura assicurativo sanitario NCMS ha avuto sulle spese mediche catastrofiche.



Fonte: Wagstaff e Van Doorslaer (2003).

⁹ Per spese catastrofiche si intendono quelle spese che rappresentano più del 40% del reddito disponibile in cure sanitarie. La nostra interpretazione di pagamento catastrofico è coerente con l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS)

Per CTP si intende la capacità di pagamento è misurata in base al reddito netto disponibile delle famiglie per le spese di sussistenza; la spesa medica catastrofica rappresenta almeno il 40% del reddito disponibile delle famiglie usato per far fronte alle varie spese mediche, CH_0 indica la percentuale delle spese catastrofali che le famiglie dovevano pagare prima dell'introduzione del programma di copertura sanitario NCMS, CH_1 indica la percentuale di spese sanitarie considerate catastrofali che una famiglia doveva sostenere dopo l'introduzione del NCMS. L'impatto dell'introduzione del sistema di assistenza sanitaria portò ad una riduzione delle spese passando da CH_0 a CH_1 .

Nel 2009 Yip e Hsiao hanno cercato di confrontare la protezione finanziaria offerta dal NCMS con quella offerta da uno schema disegnato per un progetto diretto dall'università di Harvard. Il *New Cooperative Medical System* è costituito da due conti: il *Medical Savings Accounts* e il *Social Pooling Account*. Il primo usato per le spese familiari ambulatoriali e il secondo per le spese ospedaliere con franchigie e massimali di rimborso. Il modello disegnato da Harvard copre sia le spese ambulatoriali sia quelle ospedaliere senza franchigie. Gli autori di questa analisi confrontano le spese *out-of-pocket* in tre scenari differenti: lo schema assicurativo disegnato da Harvard, il sistema di copertura NCMS e per finire la totale assenza della copertura sanitaria. I risultati pervenuti dimostrano che NCMS riduce la frazione delle famiglie al di sotto della soglia di povertà del 3-4%. Lo schema assicurativo realizzato dall'università invece, riduce la percentuale di povertà dello 6-7%. Il risultato finale suggerisce che le autorità governative dovrebbero realizzare un sistema di copertura sanitaria tenendo conto dell'aumento delle malattie croniche che colpiscono continuamente la popolazione.

Gli esiti degli studi di Yip e Hsiao del 2009 e di Sun et al. nel 2010 vanno considerati con attenzione perché loro stessi assumono che nelle loro indagini non si tenga conto di nessuna variazione in termini d'uso dei servizi sanitari durante il periodo degli studi.

Wagstaff et al. nel 2009 considerano le variazioni nella domanda di servizi sanitari indotte dal NCMS. Il programma ha aumentato le probabilità di avere persone che necessitano di assistenza ambulatoriale e ospedaliera. Tuttavia, a causa di un maggior uso dei servizi sanitari e un apparente effetto limitato sul costo delle visite, il

sistema di copertura sembra non aver ridotto per nulla le spese *out-of-pocket*. E' evidente che i poveri richiedono assistenza ambulatoriale presso le strutture di livello inferiore: lo studio ha rilevato percentuali minori tra i poveri per quanto riguarda l'uso di un'assistenza ambulatoriale presso le strutture di livello superiore.

Per concludere è doveroso evidenziare una serie di interrogativi che emergono dagli studi considerati e che probabilmente colpiscono più di tutti gli altri per l'urgenza con cui dovranno essere affrontati dalle classi dirigenti nei prossimi anni: quali sono le strategie più efficaci per evitare che nella seconda potenza economica del pianeta la spesa medica rimanga una delle principali cause della povertà soprattutto nel cosiddetto "mondo rurale"? In quale modo o in quali modi la Repubblica Popolare Cinese potrà permettere anche ai residenti delle zone urbane di non ridurre significativamente i propri consumi evitando che le spese per l'assicurazione e le cure sanitarie diventino un fattore di impoverimento? In attesa di risposte e soluzioni, una delle sfide più importanti della Cina dei prossimi anni sarà spezzare il legame esistente tra spesa medica e impoverimento delle persone: nella potenza economica che ha conosciuto il maggior sviluppo della storia, la tutela della salute deve essere un diritto che non compromette il tenore di vita e la dignità materiale di nessun cittadino indipendentemente dall'estrazione sociale e dalla provenienza territoriale.

CAPITOLO 3

Analisi delle variabili e modello econometrico.

3.1 Premessa

Questo capitolo sarà dedicato alla presentazione del *dataset* CHARLS (*China Health, Ageing and Retirement Longitudinal Study*) ed alla descrizione delle variabili che verranno utilizzate nell'analisi empirica finalizzata a studiare il rapporto esistente fra assicurazione sanitaria e spese *out-of-pocket*. In questa analisi vengono utilizzati fattori socio-economici utili a studiare i cambiamenti legati all'ambito della salute mettendo in evidenza le peculiarità esistenti fra la popolazione urbana e quella rurale nella Repubblica Popolare Cinese.

Utilizzeremo i dati provenienti dall'indagine CHARLS che si focalizza sugli individui di età anagrafica non inferiore ai 45 anni per studiare le variazioni della situazione sanitaria relativa a questo gruppo di persone in riferimento alle recenti novità introdotte dalla riforma sanitaria.

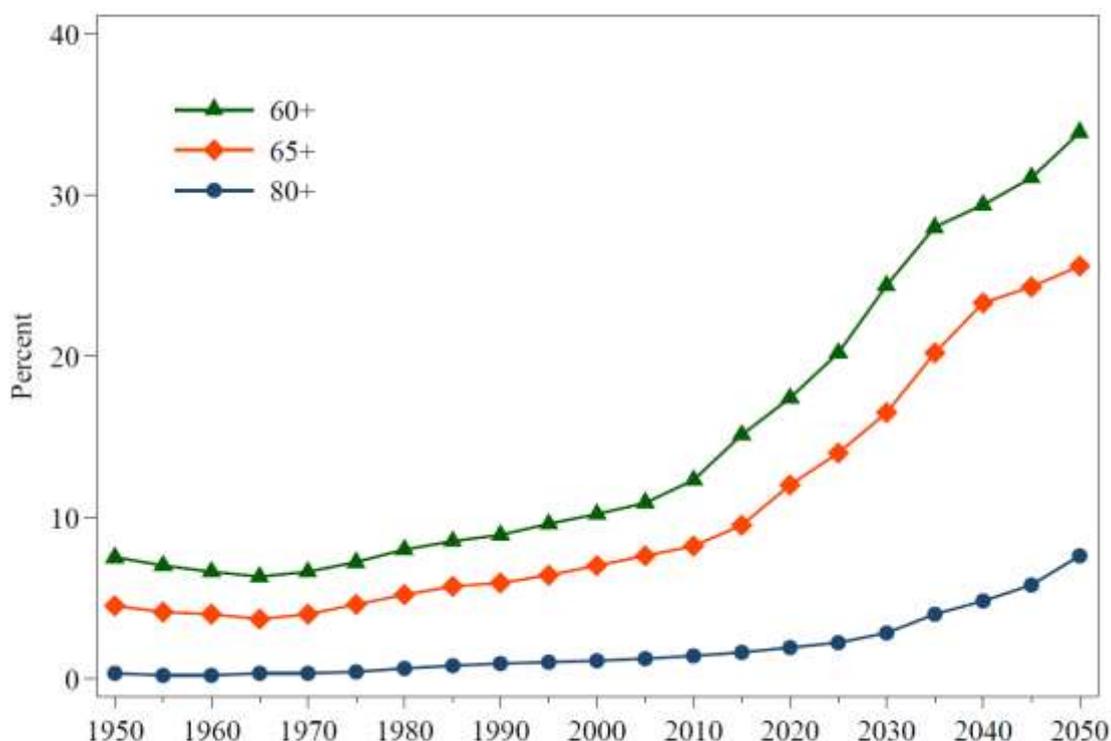
Dopo aver illustrato le caratteristiche di CHARLS verrà fornita una descrizione specifica di ogni variabile considerata, evidenziandone le caratteristiche più specifiche.

L'ultima parte di questo capitolo fornirà la descrizione del modello econometrico che si andrà ad analizzare incluse tutte le relazioni che legano le variabili esogene alle variabili endogene. A fine capitolo verranno commentati i vari risultati ottenuti.

Come già menzionato precedentemente, la Repubblica Popolare Cinese è il Paese con il più rapido tasso di invecchiamento al mondo. Questo rapido invecchiamento della popolazione avviene in una fase relativamente precoce del suo sviluppo economico e ne limita la disponibilità di risorse finanziarie per sostenere gli anziani.

Si prevede che la quota della popolazione dai 60 anni in su, che noi in questa relazione definiamo anziani, aumenterà drasticamente dal 12% nel 2010 al 30% nel 2050 (**Grafico 3.1**).

Grafico 3.1: Percentuale di anziani previsti nel 2050



Fonte: UN, 2010 Medium variant - Challenges of Population Aging in China: Evidence from the National Baseline Survey of the China Health and Retirement Longitudinal Study (CHARLS).

Per poter fornire protezione sociale agli anziani negli ultimi anni il governo cinese ha notevolmente ampliato la copertura dei programmi pensionistici e dei sistemi di assicurazione sanitaria pubblica. Il Paese ha inoltre rafforzato i programmi legati alla

rete di sicurezza sociale ampliando vari servizi per sostenere gli anziani. Grazie a queste misure è cresciuta la consapevolezza sociale della necessità di assistere le persone più anziane della popolazione. Di seguito verrà trattato il *dataset* utilizzato per l'analisi empirica.

3.2 Introduzione del data set CHARLS.

I dati utilizzati per svolgere questo lavoro provengono da CHARLS (*China Health and Retirement Longitudinal Study*) che fornisce un unico set di dati di alta qualità per supportare l'analisi scientifica relativa ai problemi di invecchiamento della popolazione cinese.

In questo studio empirico verranno utilizzate le seguenti variabili indipendenti: lo stato di salute percepito dall'individuo, l'incidenza di malattie croniche, malattie mentali, le limitazioni funzionali quotidiane (ADLs), la partecipazione ai programmi assicurativi sanitari pubblici, il reddito disponibile delle persone, l'età e *hukou* per capire dove vivono i cittadini che hanno partecipato a questa intervista.

CHARLS è basato sui modelli di studi del settore pensionistico e della sanità originati dalla *Health and Retirement Study* (HRS) negli Stati Uniti ed è un equivalente del data set SHARE che studia la salute, l'invecchiamento e le pensioni in Europa. I dati che verranno utilizzati provengono dall'intervista rappresentativa a livello nazionale condotta nel periodo 2011-2012 a cui hanno partecipato circa 10.000 famiglie e 17.700 individui, estendendosi a 150 contee in 28 province (**Figura 3.1**).

Una prima indagine pilota venne svolta nel 2008 ma comprendeva solamente un campione proveniente da Gansu e Zhejian, due province che rappresentano rispettivamente la regione più povera e quella più ricca della Repubblica Popolare Cinese.

In primo luogo, l'indagine combina numerosi dati socio-economici con i dati relativi allo stato di salute fisica e psichica raccolti dalle interviste effettuate.

Il data set CHARLS va a coprire diversi campi di interesse:

- Svolge un confronto fra la salute percepita e ciò che ricava utilizzando misure oggettive della salute che si basano sulle risposte degli intervistati;
- Tiene conto del contesto demografico della popolazione e della struttura familiare considerando le migrazioni dalle zone rurali a quelle urbane;
- Valuta la salute fisica ma anche le condizioni mentali e cognitive;
- Descrive la condizione economica attuale, il supporto familiare e sociale e la copertura assicurativa sanitaria per ogni persona che ha partecipato all'intervista;
- Segue le stesse famiglie ed individui nel tempo (purtroppo in questo elaborato non siamo in grado di utilizzare il Panel perché la seconda rilevazione di dati è ancora in corso).

Grazie a questa struttura i dati del CHARLS permettono di svolgere l'analisi sull'impatto prodotto dalle politiche introdotte dal Governo cinese sull'invecchiamento della popolazione.

Il tasso di risposta all'indagine è stato oltre l'80% (specificatamente 94% nelle zone rurali e il 69% nelle aree urbane). Dallo stesso emerge che solo meno del 45% del campione è rappresentato da individui di età non inferiore ai 60 anni: il 47,6% sono uomini, 28,7 % ha *hukou* urbano e il 50,1 % vive in aree urbane.

La **Tabella 3.1** riassume la composizione demografica del campione, distinguendo i diversi gruppi in base all'età, al sesso, al sistema *hukou* ed al luogo di residenza.

Nella tabella sottostante viene messo in rilievo un dato molto interessante: il 50% della popolazione cinese che ha partecipato all'indagine CHARLS vive nelle zone urbane mentre il 50% nelle zone rurali. Considerando solo il dato *hukou*, si nota che solamente il 27.8% degli intervistati residenti nelle città possiedono *hukou urbano*.

Questa situazione può essere spiegata dal fatto che molti abitanti migrano dalla zone rurali a quelle urbane senza cambiare la loro registrazione *hukou*. Pur vivendo nelle zone urbane questi migrati vengono esclusi da tutti i privilegi sanitari, pensionistici e non solo.

Osservando solamente i dati relativi alla distinzione tra uomini e donne notiamo che i primi sono in minoranza rappresentando il 47,6% del campione. La percentuale così elevata di donne è sicuramente dovuta al fatto che CHARLS si occupa solamente dei cittadini cinesi con più di 45 anni e le donne hanno notoriamente una vita media più lunga rispetto a quella degli uomini.

Tabella 3.1: Campione di riferimento CHARLS.

Fasce d'età	Totale	Sesso		Hukou		Residenza	
		Maschio	Femmina	Urbano	Rurale	Urbano	Rurale
-49	23.3	21.1	25.2	21.8	23.9	24.6	21.9
50-54	14.5	14.5	14.5	12.8	15.1	14.5	14.5
55-59	19.2	19.9	18.6	19.3	19.1	19.2	19.2
60-64	15.0	15.6	14.4	14.3	15.2	14.2	15.8
65-69	9.7	10.5	9.0	9.9	9.7	8.7	10.7
70-74	7.9	8.5	7.3	9.9	7.1	8.1	7.6
75-79	5.5	5.6	5.3	6.7	4.9	5.6	5.3
80+	5.1	4.4	5.8	5.3	5.0	5.0	5.2
TOT.	100.0	47.6	52.4	28.7	71.3	50.1	49.9

Fonte: Challenges of Population Aging in China. Evidence from the National Baseline Survey of the China Health and Retirement Longitudinal Study (CHARLS).

Figura 3.1: Luoghi dove si sono effettuate le indagine CHARLS. Distinzione per contee e distretti.



Fonte: Challenges of Population Aging in China: Evidence from the National Baseline Survey of the China Health and Retirement Longitudinal Study (CHARLS).

Dopo questa breve introduzione del data set CHARLS si cercherà di spiegare come sono state trattate le variabili che saranno utilizzate nella successiva analisi empirica. Utilizzando il programma STATA11 si è creato un database utile allo scopo dell'elaborato.

3.3 Studio delle variabili

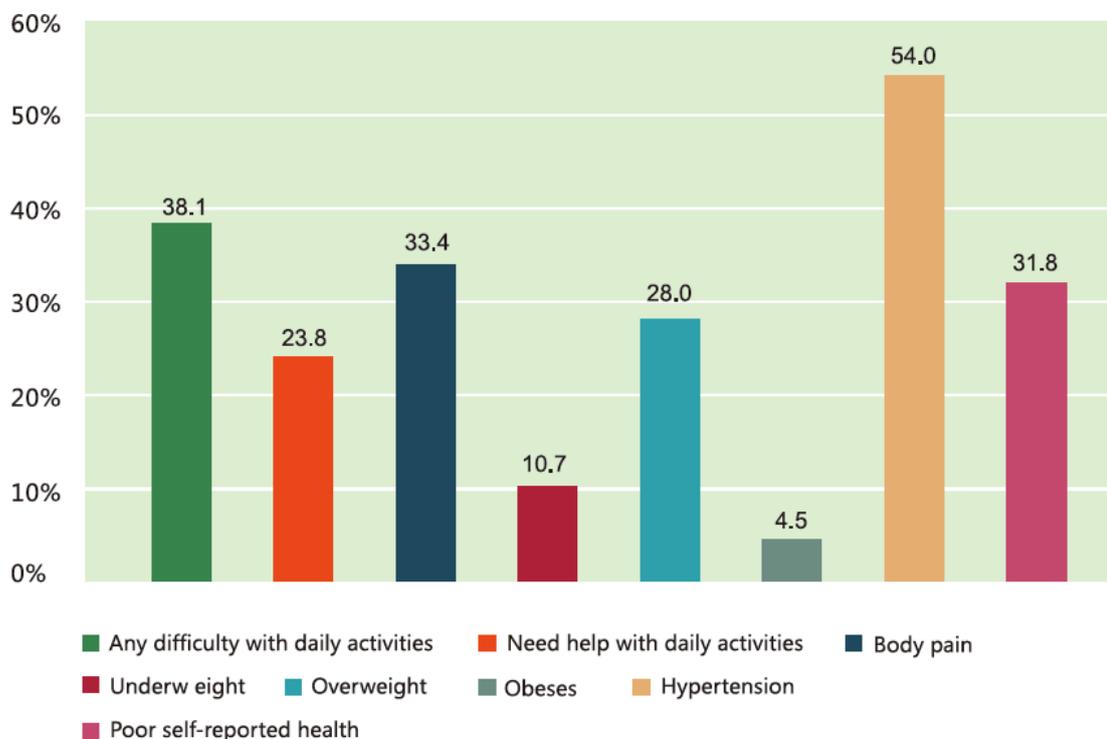
3.3.1 Variabili relative allo stato di salute

I dati CHARLS offrono informazioni dettagliate su vari indicatori dello stato di salute (**Grafico 3.2 e 3.3**):

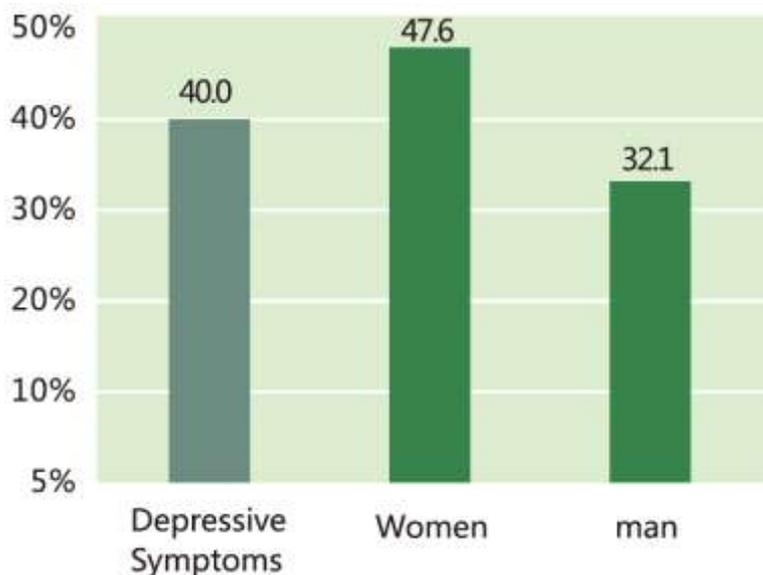
- Stato di salute percepito (*Self Perceived Health Status* - SPHUS): l'auto-valutazione dello stato di salute è definito dalle risposte degli intervistati alla seguente domanda: "In base alla tua età, come valuti il tuo stato di salute: eccellente, molto buono, buono, discreto, o povero?". Il 31,7% degli intervistati dichiara di aver problemi di salute e per questo valuta il suo stato di salute come "povero";
- Malattie croniche: il *dataset* raccoglie informazioni su varie malattie croniche (ipertensione, diabete, cancro, malattie polmonari, malattie del fegato, malattie renali, artrite o reumatismi, asma). Il 54% degli individui intervistati dichiara di soffrire di ipertensione. Le donne sono più inclini a soffrire di questo disturbo rispetto agli uomini di qualunque fascia d'età. Inoltre la prevalenza di questa malattia aumenta all'aumentare dell'età in entrambi i sessi.

- Limitazioni nelle attività della vita quotidiana (ADL): per ADL si intendono valutazioni atte a dimostrare la capacità di compiere determinate attività come: camminare per 100 metri, vestirsi senza nessun tipo di aiuto, tagliare il cibo e mangiare, andare in bagno senza aiuto, alzarsi e sedersi autonomamente e salire diverse rampe di scale senza aiuti esterni. Il 38,1% del campione ha riportato una difficoltà fisica definita come l'incapacità di svolgere attività quotidiane di base da solo (il 23,8% di questi soggetti dichiara il bisogno di assistenza).
- Salute mentale: il *dataset* raccoglie informazioni su vari aspetti di salute mentale. Il 40% del campione dichiara di soffrire di sintomi di depressivi.

Grafico 3.2: Stato di Salute Fisica



Fonte: Challenges of Population Aging in China: Evidence from the National Baseline Survey of the China Health and Retirement Longitudinal Study (CHARLS)

Grafico 3.3: Prevalenza di sintomi depressivi

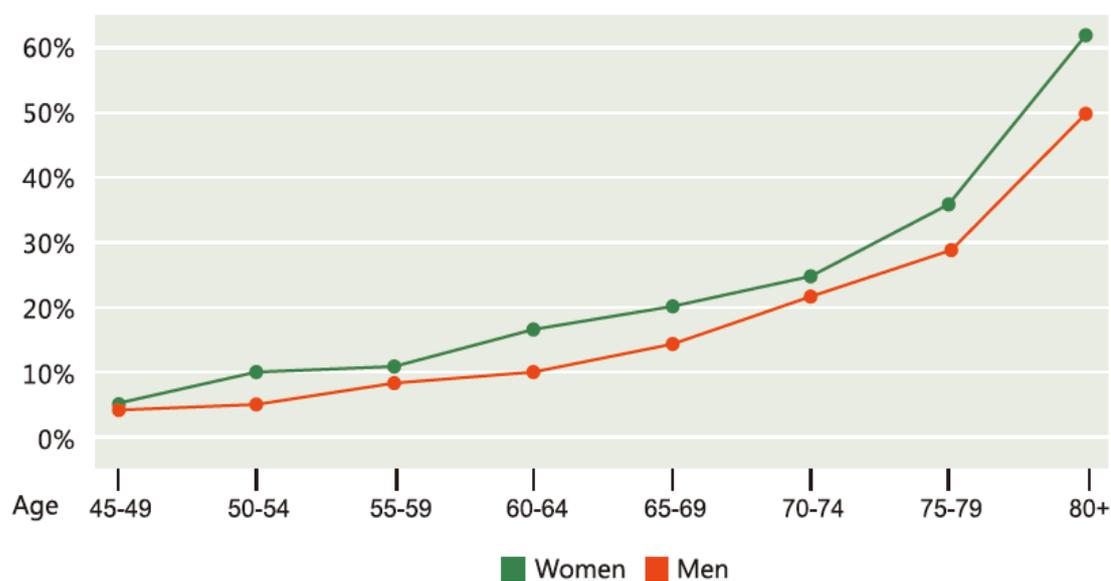
Fonte: Challenges of Population Aging in China: Evidence from the National Baseline Survey of the China Health and Retirement Longitudinal Study (CHARLS)

I problemi di salute e le limitazioni fisiche degli anziani sembrano aumentare vertiginosamente con l'aumentare dell'età. La percentuale della popolazione che tra i 40 e i 50 anni ha bisogno di assistenza per svolgere le attività quotidiane è di circa il 10%. La percentuale sale ad oltre il 25% per la fascia di popolazione di 70 anni e oltre il 50% per i cittadini di 80 anni (Strauss, Lei, Park, Shen, Smith, Yang, Zhao, 2010). Questo profilo di disabilità legato all'età può diventare una sfida importante per la società cinese a causa del rapido invecchiamento (**Grafico 3.4**).

Una salute carente è molto più comune tra coloro che economicamente sono svantaggiati. Nel **Grafico 3.5** si può notare la relazione positiva tra salute e ricchezza: coloro che hanno un reddito relativamente basso soffrono anche di uno stato di salute peggiore. Infatti, dai dati relativi al data set CHARLS, la percentuale di anziani che ha bisogno di assistenza per compiere le attività quotidiane è più elevata per coloro che

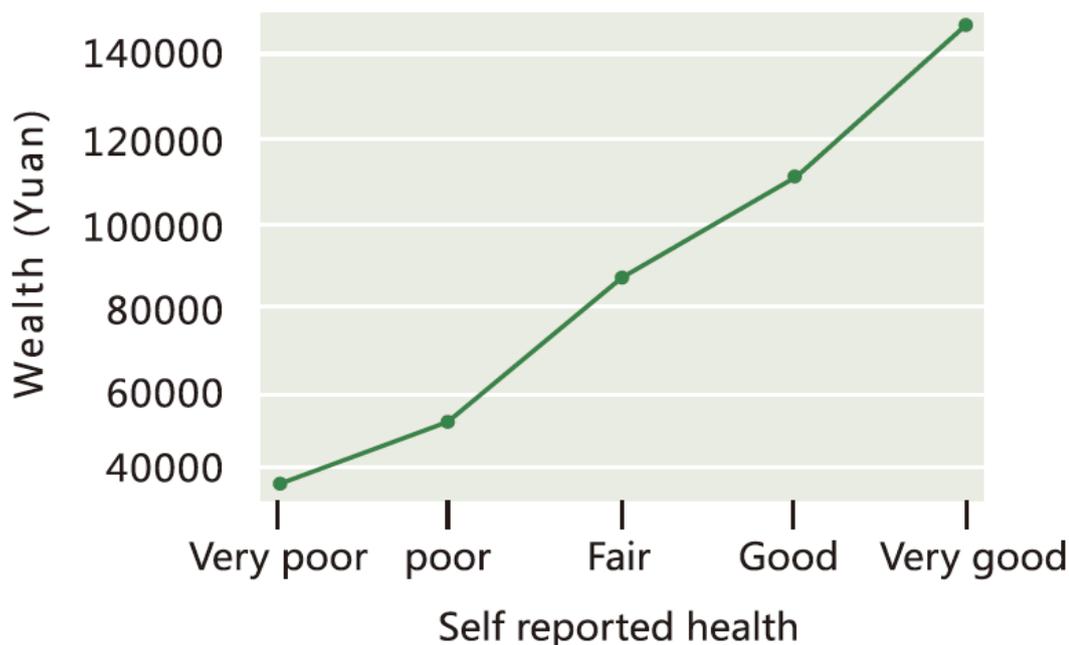
hanno un basso reddito: il 26,7% gli anziani poveri contro il 22,7% degli anziani con un reddito medio alto.

Grafico 3.4: Quota di persone che hanno bisogno di assistenza nel svolgere attività quotidiane (ADL)



Fonte: Challenges of Population Aging in China: Evidence from the National Baseline Survey of the China Health and Retirement Longitudinal Study (CHARLS)

Grafico 3.5: Lo stato di salute percepito in base al reddito disponibile.



Fonte: Challenges of Population Aging in China: Evidence from the National Baseline Survey of the China Health and Retirement Longitudinal Study (CHARLS).

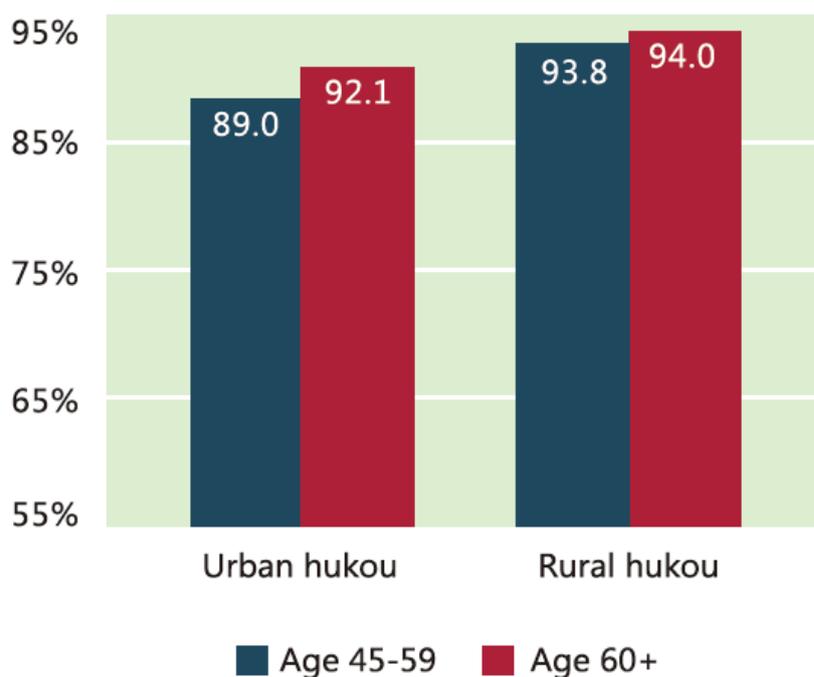
3.3.2 Programmi di assicurazione sanitaria

La Repubblica Popolare Cinese è riuscita ad espandere la copertura di assicurazione sanitaria a quasi tutti gli anziani della popolazione cinese grazie alle recenti riforme per migliorare il sistema medico. Attraverso il data set CHARLS a seguito delle risposte date dagli intervistati si è rilevato che il 92% della popolazione rurale e il 94% della popolazione urbana è coperta da un sistema di assicurazione sanitaria. Ciò implica che c'è stato un incremento consistente dell'accesso alle coperture sanitarie rispetto al periodo precedente alle riforme intraprese. Nel 1999 le persone

coperte da un sistema di assicurazione sanitaria erano il 49% nelle zone urbane e solamente il 5 – 7% nelle campagne (CHARLS Research Team, 2013).

Il **Grafico 3.6** mostra i tassi di copertura assicurativa per due gruppi di individui (45-59 anni e 60+) con *hukou* urbano e rurale. Il grafico mostra tassi molto elevati: 89% e 92.1% per gli individui con *hukou* urbano rispettivamente nella fascia d'età 45-59 e 60+ e 93.8% e 94% per gli individui con *hukou* rurale.

Grafico 3.6: Tassi di copertura dell'assistenza sanitaria.



Fonte: Challenges of Population Aging in China: Evidence from the National Baseline Survey of the China Health and Retirement Longitudinal Study (CHARLS)

Scomponendo la copertura assicurativa tra i principali schemi assicurativi otteniamo la **Tabella 3.2**. La prima colonna riporta il tasso di copertura associato a ciascuno schema assicurativo. La seconda colonna mostra il premio pagato dagli individui.

Tabella 3.2: Tasso di copertura sanitaria per la popolazione anziana e il premio medio pagato per ogni sistema assicurativo.

Programma di copertura sanitaria	Popolazione aderente (%)	Premi medi pagati (dollari)
Basic Insurance Scheme	16,3	0
Urban Resident Medical Insurance	6,3	19.83
New Cooperative Medical Insurance	65,9	4.86
Assicurazione sanitaria privata	1,3	22.81
Altri schemi di copertura sanitaria	4,8	3.719

Fonte: Challenges of Population Aging in China. Evidence from the National Baseline Survey of the China Health and Retirement Longitudinal Study (CHARLS).

Dai dati registrati, circa il 66% degli anziani partecipa al *New Cooperative Medical System* (NCMS) che è il programma di assicurazione attivo nelle zone rurali della Cina; il 16,3% partecipa al *Basic Insurance Scheme* (BIS), circa il 6% partecipa al *Urban Resident Basic Medical Insurance* (URBMI) che sono programmi attivi nelle zone urbane della Repubblica Popolare Cinese. Solo l'1.3% degli individui possiede un'assicurazione sanitaria privata, il rimanente è coperto da altri sistemi di assicurazione sanitaria. I premi da pagare per partecipare ai sistemi di copertura assicurativa sanitaria sono relativamente bassi per tutti i sistemi (da 0 a 22.81 dollari statunitensi), permettendo quindi un'ampia partecipazione alle coperture assicurative.

Tuttavia, i programmi sanitari sono fortemente segmentati tra i vari gruppi di popolazione (urbani e rurali) poiché i benefici che derivano dalle coperture sanitarie variano notevolmente da programma a programma e anche nelle diverse regioni del Paese.

Osservando la **Tabella 3.2** si può notare che l'accesso al BIS è completamente gratuito, considerando il premio pagato per l'URBMI questo è di molto superiore a quello previsto dal sistema NCMS, questa differenza si riscontra anche nelle prestazioni erogate: gli assicurati nelle zone urbane possono accedere a una buona gamma di servizi medico-sanitari mentre gli agricoltori beneficiano delle prestazioni sanitarie di base.

La rapida urbanizzazione e il fenomeno della migrazione dalle zone rurali a quelle urbane per motivi di lavoro dovrebbero portare ad un ridimensionamento della difficoltà di trasferirsi da un sistema sanitario all'altro ma la pesante differenza nelle prestazioni assicurative dei vari programmi rende impossibile tutto questo.

Nonostante l'ampio accesso ai sistemi di copertura sanitaria pubblici, l'onere finanziario delle spese mediche (in particolare quelle sostenute per il ricovero) che colpiscono la popolazione sono ancora molto elevate. La seguente **Tabella 3.3** mostra il valore delle spese mediche *out-of-pocket* e la loro percentuale rispetto alla spesa annuale pro-capite per i servizi ospedalieri (*inpatient*) e per i servizi ambulatoriali (*outpatient*).

Tabella 3.3: Spese *out-of-pocket* delle visite ospedaliere e delle visite ambulatoriali.

Programma di copertura sanitaria	Inpatient			Outpatient	
	Spesa media annua out-of-pocket (dollari)	Costo medio delle spese <i>out-of-pocket</i> come quota della spesa annua pro capite (%)	Quota della spesa pro capite \geq del 50% (%)	Costo medio mensile delle spese <i>out-of-pocket</i> (dollari)	Costo medio delle spese <i>out-of-pocket</i> come quota della spesa mensile pro capite (%)
<i>Basic Insurance Scheme</i>	396.696	22.20	23,80	28.0993	11.20
<i>Urban Resident Medical Insurance</i>	495.87	29.70	34,40	16.529	22.30
<i>New Cooperative Medical Insurance</i>	396.696	39.70	39,00	16.529	25.00
<i>Assicurazione Medica Privata</i>	611.573	36.50	15,00	8.2645	4.70
<i>Nessuna assicurazione</i>	661.16	41.6	40,00	32.7274	43.60

Fonte: Challenges of Population Aging in China. Evidence from the National Baseline Survey of the China Health and Retirement Longitudinal Study (CHARLS).

Nei due sistemi di copertura sanitaria delle zone urbane i costi medi sostenuti per far fronte alle spese *out-of-pocket* e per i servizi di degenza sono rappresentate dal 23% delle spese annue pro capite per il sistema BIS mentre sono il 29,7% per il sistema URBMI. In entrambi i regimi, la quota di individui che sostengono spese per le visite di degenza che corrispondono al 50% del loro reddito disponibile variava dal 23,8% al 34,40% rispettivamente. Nelle zone rurali invece, i costi medi per far fronte alle spese *out-of-pocket* e per le visite mediche ospedaliere sono rappresentate dal 39,70% degli esborsi totali pro capite mentre le spese mediche ospedaliere che corrispondono al 50% del reddito disponibile pro capite sono del 39%. Riferendoci a questi dati possiamo constatare che le visite ospedaliere creano un elevato esborso finanziario per il cittadino. Osservando le spese sostenute per le visite ambulatoriali si nota dal data set che le spese *out-of-pocket* sono relativamente più basse in tutti i programmi di copertura sanitaria rispetto a quanto registrato per i ricoveri ospedalieri.

3.3.3 Ricchezza, reddito e consumo

La **Tabella 3.4** presenta i valori medi degli indicatori relativi al benessere materiale – spese, ricchezza e reddito disponibile – suddivisi per fascia d'età (dai 45 ai 59 anni e dai 60 anni in su) e per tipo di *hukou*.

Tabella 3.4: Spesa, ricchezza e reddito disponibile pro capite al 25°, 50° e 75° percentile (dollari).

	44 – 59						60+					
	Rural Hukou			Urban Hukou			Rural Hukou			Urban Hukou		
	25%	50%	75%	25%	50%	75%	25%	50%	75%	25%	50%	75%
Spese pro capite	529,4	878,6	1446	969,7	1641	2743,8	392,3	661,8	1062,3	903,5	1436,2	2230
Reddito pro capite	459,4	1318	2660,6	1461	2771	4586,5	228	727,14	1641,8	1586	2697	4488,5
Ricchezza pro capite	1902	5020	10636	5686	13634	34928	1208	3040,0	6877,6	4305,20	11694	25888

Fonte: Challenges of Population Aging in China. Evidence from the National Baseline Survey of the China Health and Retirement Longitudinal Study (CHARLS).

La tabella sopra evidenzia che per gli anziani la spesa media pro capite per coloro che possiedono *hukou urbano* è di circa due volte maggiore rispetto agli anziani con *hukou rurale*.

Il rapporto della ricchezza media pro capite e del reddito pro capite tra gli anziani rurali e urbani è ancora più drammatico: si parla di circa il 3,7 e 3,8 volte rispettivamente. Inoltre, per tutti i gruppi e tutte le misure relative allo stato di benessere

materiale, i valori medi sono molto più alti per gli individui dai 45 ai 59 anni piuttosto che per gli anziani.

Nella tabella si nota che per entrambe le fasce d'età, gli individui più poveri (posizionati al 25° percentile) con *hukou rurale* affrontano delle spese maggiori rispetto al reddito disponibile. Considerando sempre le due fasce di popolazione con *hukou rurale* si nota che quanto appena detto non avviene per coloro che si posizionano ad un livello più elevato di benessere finanziario.

Quanto appena detto non si presenta per i cittadini che possiedono *hukou urbano* indipendentemente dal fatto che siano più o meno ricchi, essi riescono con il loro reddito a coprire tutte le spese a cui devono far fronte: non si parla solo di spese sanitarie, ma anche per tutto ciò che riguarda istruzione e tutte le normali spese quotidiane.

Dal dataset CHARLS risulta che quasi il 23% degli anziani cinesi ha un livello di consumo pro capite al di sotto della soglia di povertà. Il tasso di povertà in base al consumo è significativamente più elevato per gli anziani rispetto ai cittadini di età compresa tra i 45 e i 59 anni.

Gli economisti usualmente preferiscono utilizzare il consumo individuale per calcolare i tassi di povertà in quanto riflette in modo più adatto lo standard di vita dell'individuo e sembra essere una misura stabile nel lungo periodo.

Questo è il caso soprattutto degli anziani che includono alcune persone che non lavorano più e hanno un livello di reddito che non riflette esattamente il loro tenore di vita e la loro reale ricchezza.

Infine, considerando i valori del 25° – 50° – 75° percentile, la tabella rileva notevoli disparità nella spesa individuale e soprattutto nell'indicatore della ricchezza pro capite in entrambe le fasce d'età considerando anche l'*hukou*.

Rispetto a coloro che si posizionano nella fascia d'età che va dai 45 ai 59 anni, gli anziani tendono a stare molto peggio e la disuguaglianza è visibile sia considerando coloro che vivono nelle città sia quelli che vivono nelle zone agricole.

Osservando l'indicatore della ricchezza pro capite possiamo dire che la più importante fonte di ricchezza nella popolazione anziana è rappresentata dai beni immobili. Questo dato si riferisce soprattutto agli anziani che vivono nelle città. Altre

forme di benessere per la popolazione cinese risultano essere la proprietà della terra, i beni di consumo durevoli e le liquidità.

Il sostegno finanziario da parte dei familiari, sia attraverso trasferimenti privati sia grazie alla condivisione della casa, gioca un ruolo importante per la situazione finanziaria dell'anziano. Questo bisogno è sentito maggiormente tra le famiglie rurali. Infatti da CHARLS notiamo che il tasso di povertà degli anziani intervistati residenti nelle zone agricole è del 65% ma si riduce al 46% se c'è sostegno finanziario da parte della famiglia. A differenza del mondo rurale, i cittadini urbani anziani hanno un tasso di povertà molto più basso e riescono a ridurlo ulteriormente grazie ad aiuti pubblici e ai loro risparmi.

I bambini e gli altri membri della famiglia svolgono un ruolo importante nel fornire sostegno fisico e psicologico agli anziani. Una delle sfide derivanti dall'invecchiamento della popolazione cinese (che sta cambiando radicalmente il contesto demografico) è che in futuro gli anziani avranno meno supporti familiari perché i figli sono sempre più costretti a trasferirsi in altre città per cercare lavori migliori. Va inoltre ricordato che in questi anni si è registrato un rallentamento delle nascite.

Considerando che la prossima generazione di anziani potrà disporre di aiuti familiari molto bassi, spetta ai programmi pubblici garantire un'assistenza necessaria a coloro che sono senza alcuna fonte privata di sostegno (OECD, 2010).

Di seguito verrà riportata la **Tabella 3.5** che mostra i trasferimenti che avvengono tra le persone in età più avanzata e i rispettivi figli che non condividono la stessa casa.

Tabella 3.5: Trasferimenti tra anziani e parenti.

Percentuale di trasferimenti ricevuti dai propri figli.	46,9%
Percentuale di trasferimenti donati ai propri figli	19,0%
Percentuale di trasferimenti ricevuti da figli anche se non vivono con quest'ultimi	53,3%
Media dei trasferimenti netti positivi ricevuti da coloro che ricevono i trasferimenti dai propri figli (dollari)	281.078
Media netta dei trasferimenti ricevuti come quota della spesa per le famiglie anziane.	37,3%

Fonte: Challenges of Population Aging in China. Evidence from the National Baseline Survey of the China Health and Retirement Longitudinal Study (CHARLS).

Dalla tabella si nota che poco meno della metà delle persone in età avanzata (circa il 46,9%) riceve trasferimenti privati, solo il 19% degli anziani dà aiuti finanziari ai propri figli. Così, a differenza dei Paesi Occidentali come gli Stati Uniti dove le risorse finanziarie fluiscono verso il basso dai genitori ai figli, nella Repubblica Popolare Cinese le risorse fluiscono dal basso verso l'alto cioè dai figli ai genitori.

Quanto messo in risalto dalla tabella risulta essere simile a ciò che succede in altri Paesi asiatici in via di sviluppo dove, a causa di una rapida crescita economica, la fascia di popolazione più giovane è spesso in grado di accumulare maggiore ricchezza rispetto alle persone in età avanzata.

Ricerche fatte per analizzare questo fenomeno hanno scoperto che i figli sono pronti a rispondere in maniera tempestiva ai bisogni dei genitori tramite l'invio di risorse finanziarie e questo si manifesta nel ruolo coperto dai trasferimenti privati nella riduzione della povertà soprattutto nelle zone rurali.

L'importo medio dei trasferimenti privati ricevuti dai figli nel corso dello scorso anno è pari a 281.078 dollari e la quota media delle spese finanziate dai trasferimenti privati è di circa il 37,7%.

Molti degli anziani che non ricevono trasferimenti dai loro figli potrebbero comunque ricevere un contributo finanziario dai propri figli attraverso la convivenza.

Tuttavia tra gli anziani che non vivono con i figli e coloro che invece condividono la stessa residenza, solo il 53,3% riceve trasferimenti dai propri figli. Significa che vi è una quota significativa di anziani che non ricevono alcun tipo di sostegno finanziario dai propri figli.

3.4 Modello econometrico

Per studiare i fenomeni di nostro interesse, abbiamo effettuato due analisi econometriche. Una prima si occupa di evidenziare come il ricorso alle cure mediche sia influenzato dalla partecipazione ad un particolare schema di copertura assicurativa sanitaria; per questa variabile abbiamo analizzato separatamente i ricoveri ospedalieri (*inpatient*) dalle visite ambulatoriali (*outpatient*) considerando che nelle aree urbane si fa maggiore ricorso ai ricoveri ospedalieri mentre nelle zone rurali è più diffuso l'utilizzo dell'assistenza ambulatoriale.

La seconda analisi invece è stata incentrata sull'effetto scontato dalle spese *out-of-pocket* sempre in riferimento all'adesione dei cittadini cinesi ai programmi di copertura sanitaria.

Per ogni analisi effettuata sono state eseguite tre specificazioni: la prima tiene in considerazione solamente il tipo di copertura assicurativa per sottolineare l'effetto di queste ultime sulle nostre variabili endogene; nella seconda specificazione inseriremo anche alcune variabili demografiche come ad esempio l'età, il livello di istruzione e lo stato civile della persona intervistata. Nell'ultima specificazione verranno inserite tutte le variabili presenti nella seconda regressione ed in più si prenderà in considerazione anche lo stato di salute percepito dallo stesso intervistato, il sistema di registrazione

hukou, il reddito e infine lo stato di occupazione. Per ogni specificazione effettuata forniremo i valori dell'effetto marginale, dell'errore standard e del livello di significatività delle singole variabili considerate, quest'ultimo indicatore è reso graficamente attraverso un sistema di asterischi secondo cui la significatività all'1% è espressa con tre asterischi, quella al 5% con due ed infine un asterisco equivale ad una significatività del 10%.

Di seguito commenteremo i risultati ottenuti dalla prima e dalla terza specificazione questo perché desideriamo sottolineare l'effetto diretto che hanno le coperture assicurative sanitarie sulle cure mediche e spese *out-of-pocket* mentre la terza regressione, contenendo tutte le variabili esogene considerate, ci permette di comprendere se il ricorso alle cure sanitarie dipende solamente dalla copertura assicurativa o se è influenzato anche dagli altri fattori.

3.4.1 Analisi relativa alle cure mediche inpatient.

I risultati della prima regressione sono contenuti nella **Tabella 3.6** colonna **a** che esplicitano l'effetto della copertura assicurativa sull'utilizzo delle cure mediche *inpatient*.

Considerando i tre schemi assicurativi pubblici (BIS, URBMI e NCMS) notiamo come quest'ultimi siano significativi nello spiegare la nostra variabile endogena mentre la copertura privata non risulta per nulla significativa.

Nello specifico, osservando l'effetto marginale, notiamo che il programma BIS ha un valore doppio rispetto allo schema URBMI anche se entrambi coesistono nelle zone urbane della Repubblica Popolare Cinese. Considerando il programma vigente nelle zone rurali si nota che è meno significativo (ad un livello di significatività del 5%) rispetto ai primi due ma comunque anch'esso positivo; questo risultato è coerente con quanto emerso nella letteratura: nelle zone rurali è più diffuso l'utilizzo delle visite

ambulatoriali a causa della minor presenza di strutture ospedaliere invece molto presenti nelle città.

Dalla colonna **c** della **Tabella 3.6** possiamo notare che inserendo ulteriori variabili rispetto alla prima regressione gli schemi di copertura pubblici restano significativi addirittura più della prima specificazione. Risulta essere significativa, anche se solo ad un livello del 10%, l'assicurazione privata.

Ad essere significativi nello spiegare il ricorso alle cure *inpatient* sono lo stato civile, l'occupazione e lo stato di salute percepito. I risultati di questi ultimi sono in linea con le nostre aspettative che pronosticavano un maggior ricorso ai ricoveri ospedalieri per gli individui con un più carente stato di salute dovuto ad un'età più avanzata. Lo stesso effetto è confermato dalla significatività dello stato occupazionale: i cittadini in pensione sono quelli più anziani e dunque presentano molteplici problemi salutari. Sorprendentemente, l'età risulta essere non significativa in relazione alla nostra variabile dipendente, questo contrasta con lo stato occupazionale che per noi si riferisce all'essere o meno in pensione: visto che l'età alla quale i cittadini cinesi possono accedere alla pensione è circa attorno ai 60 anni, per cui ci aspettavamo che la variabile età fosse significativa. Il livello di istruzione e il reddito non lo sono.

Tabella 3.6: Analisi relativa alle cure mediche *inpatient*

<i>INPATIENT</i>			
<i>VARIABILI</i>	(A)	(B)	(C)
<i>BIS</i>	0,057 ^{***} (0,012)	0,064 ^{***} (0,013)	0,040 ^{***} (0,014)
<i>URBMI</i>	0,026 ^{**} (0,013)	0,035 ^{***} (0,014)	0,031 ^{**} (0,015)
<i>NCMS</i>	0,015 ^{**} (0,007)	0,020 ^{***} (0,007)	0,028 ^{***} (0,007)
<i>ASS. PRIVATA</i>	0,003 (0,014)	0,026 [*] (0,017)	0,028 [*] (0,018)
<i>ETA'</i>	-	0,004 ^{**} (0,002)	0,001 (0,002)
<i>ETA',²</i>	-	- 0,010 (0,016)	0,007 (0,017)
<i>STATO CIVILE</i>	-	0,018 ^{***} (0,006)	0,017 ^{***} (0,006)
<i>ISTRUZIONE PRIMARIA</i>	-	- 0,007 (0,005)	- 0,007 (0,005)
<i>ISTRUZIONE SECONDARIA</i>	-	- 0,012 (0,008)	- 0,014 (0,008)
<i>ISTRUZIONE TERZIARIA</i>	-	- 0,018 (0,013)	- 0,008 (0,015)
<i>STATO DI SALUTE</i>	-	-	0,043 ^{***} (0,002)
<i>HUKOU URBANO</i>	-	-	0,013 (0,010)
<i>OCCUPAZIONE</i>	NO	NO	SI
<i>REDDITO</i>	-	-	0,000 (0,000)
<i>OSSERVAZIONI</i>	17341	17290	14744

3.4.2 *Analisi relativa alle cure mediche outpatient.*

Come per le spese *inpatient*, di seguito presenteremo i risultati ottenuti nella regressione che pone come variabile endogena le cure mediche ambulatoriali; anche in questo caso sono state effettuate tre specificazioni, ma metteremo in rilievo le osservazioni scaturite dalla prima e dall'ultima regressione.

Nella colonna **a** della **Tabella 3.7** noteremo i valori che esplicitano la significatività per ogni schema assicurativo al quale possono aderire i cittadini della Repubblica Popolare Cinese. A differenza della regressione condotta sui ricoveri ospedalieri, notiamo che il valore relativo alla copertura NCMS è estremamente significativa e ha un effetto marginale positivo che risulta essere doppio rispetto al contributo dato dagli schemi attivi nelle aree urbane. Questo non fa altro che confermare quanto già accennato nel paragrafo precedente: i residenti nelle zone rurali ricorrono maggiormente alle visite ambulatoriali a causa della carenza in queste aree di strutture ospedaliere; non si deve dimenticare inoltre che il sistema NCMS copre l'assicurato solamente per le prestazioni sanitarie considerate di base.

La colonna **c** della medesima tabella contiene i risultati della specificazione che considera anche altre variabili. Il risultato della regressione dimostra che le variabili più significative sono: NCMS, l'assicurazione privata, l'età e lo stato di salute. Questi quattro fattori hanno un effetto marginale positivo mentre il livello di istruzione, benché significativo, ha un effetto marginale negativo perciò porta a diminuire il ricorso alle cure *outpatient*. Ad essere non significative sono BIS (di poco sopra la soglia di accettazione del 10%), lo stato civile, il reddito e lo stato occupazionale. Anche in questo caso, facendo riferimento nuovamente alla letteratura, i risultati relativi all'età, allo stato di salute percepito e al sistema di copertura attivo nelle zone rurali sono in linea con le nostre aspettative e confermano le evidenze empiriche degli studi pregressi.

Tabella 3.7: Analisi relativa alle cure mediche outpatient

<i>OUTPATIENT</i>			
<i>VARIABILI</i>	(A)	(B)	(C)
<i>BIS</i>	0,034** (0,014)	0,045*** (0,015)	0,028 (0,018)
<i>URBMI</i>	0,039** (0,018)	0,045*** (0,018)	0,032* (0,019)
<i>NCMS</i>	0,054*** (0,009)	0,055*** (0,010)	0,048*** (0,012)
<i>ASS. PRIVATA</i>	0,020 (0,020)	0,041** (0,022)	0,056** (0,024)
<i>ETA'</i>	-	0,007** (0,003)	0,006* (0,003)
<i>ETA',²</i>	-	- 0,046*** (0,024)	- 0,039 (0,026)
<i>STATO CIVILE</i>	-	- 0,004 (0,010)	- 0,007 (0,011)
<i>ISTRUZIONE PRIMARIA</i>	-	- 0,029*** (0,007)	- 0,015** (0,007)
<i>ISTRUZIONE SECONDARIA</i>	-	- 0,026** (0,011)	0,001 (0,013)
<i>ISTRUZIONE TERZIARIA</i>	-	- 0,035* (0,020)	0,010 (0,026)
<i>STATO DI SALUTE</i>	-	-	0,073*** (0,003)
<i>HUKOU URBANO</i>	-	-	0,002 (0,014)
<i>OCCUPAZIONE</i>	NO	NO	SI
<i>REDDITO</i>	-	-	- 0,000 (0,000)
<i>OCCUPAZIONE</i>	17361	17309	14756

3.4.3 *Analisi relative alle spese mediche out-of-pocket.*

Dopo aver testato le determinanti delle cure mediche per i ricoveri ospedalieri e ambulatoriali, abbiamo rivolto la nostra attenzione alle spese mediche *out-of-pocket* sostenute dagli intervistati.

Anche per questo tipo di spese abbiamo realizzato le medesime tre specificazioni come fatto con l'analisi relativa all'utilizzo delle cure mediche.

In questo caso abbiamo svolto un'ulteriore analisi più approfondita considerando come le spese *out-of-pocket* varino nel caso si faccia ricorso alle cure *inpatient* e a quelle *outpatient*. Nelle tre analisi, le specificazioni coincidono con quelle descritte all'inizio del paragrafo che introduce il modello econometrico.

Nella **Tabella 3.8** di output della prima specificazione per le spese *out-of-pocket* nella colonna **a** notiamo che solamente lo schema assicurativo NCMS attivo nelle zone rurali risulta essere significativo e il suo effetto marginale è positivo inoltre questo coefficiente è pari al doppio di quello registrato per lo schema URBMI ed è cinque volte maggiore all'effetto marginale dello schema BIS. Anche in questo caso abbiamo la conferma del fatto che i cittadini delle aree rurali sono quelli che fanno ricorso alle spese private per motivi sanitari a causa della mancata copertura del sistema assicurativo.

I risultati della terza regressione riportati nella colonna **c** della stessa tabella mostrano che fra le variabili più significative ritroviamo lo schema NCMS come evidenziato pocanzi; l'età, lo stato di salute e l'occupazione. Questa evidenza è in linea con le aspettative già espresse in questo capitolo e con i principali risultati della letteratura. Si fa notare inoltre che ad essere di poco non significative ad un livello del 10%, sono il livello di istruzione (primario e secondario ma non terziario) che presentano un effetto marginale negativo portando così a ridurre le spese da noi considerate in questa specificazione e l'assicurazione sanitaria privata che invece presenta un coefficiente marginale positivo.

Tabella 3.8: Analisi relativa alle spese *out-of-pocket*

SPESE OUT-OF-POCKET			
VARIABILI	(A)	(B)	(C)
BIS	0,081 (0,131)	0,174 (0,141)	0,168 (0,177)
URBMI	0,186 (0,153)	0,205 (0,155)	0,156 (0,176)
NCMS	0,398*** (0,126)	0,355*** (0,120)	0,264** (0,132)
ASS. PRIVATA	0,116 (0,187)	0,269 (0,193)	0,342 (0,217)
ETA'	-	0,890*** (0,029)	0,076** (0,031)
ETA',²	-	- 0,648*** (0,233)	- 0,598** (0,251)
STATO CIVILE	-	- 0,006 (0,085)	- 0,004 (0,096)
ISTRUZIONE PRIMARIA	-	- 0,214** (0,090)	- 0,130 (0,088)
ISTRUZIONE SECONDARIA	-	- 0,434*** (0,167)	- 0,258 (0,163)
ISTRUZIONE TERZIARIA	-	- 0,317 (0,230)	0,015 (0,253)
STATO DI SALUTE	-	-	0,552*** (0,119)
HUKOU URBANO	-	-	- 0,083 (0,136)
OCCUPAZIONE	NO	NO	SI
REDDITO	-	-	- 0,006 (0,004)
OSSERVAZIONI	17311	17259	14709

3.4.4 *Analisi relative alle spese mediche out-of-pocket sostenute in caso di ricoveri ospedalieri*

Se nel paragrafo 3.4.3 abbiamo considerato le spese *out-of-pocket* in generale, ora analizzeremo le spese private sostenute per far fronte alle cure mediche relative ad eventuali ricoveri ospedalieri.

Nella **Tabella 3.9** colonna **a** sono riportati i coefficienti dell'effetto marginale per ogni singolo schema sanitario. I coefficienti di tutte le variabili esogene considerate in questa prima specificazione sono positivi, in particolare segnaliamo l'effetto marginale degli schemi NCMS e URBMI che risultano essere maggiori di uno. Ad essere significativo è solamente l'assicurazione caratteristica delle zone rurali, questo fatto può essere spiegato dalla scarsa copertura sanitaria di questo schema che dunque costringe le famiglie a sobbarcarsi tutte le spese mediche in caso di ricovero portandoli ad una assoluta povertà.

Passiamo ora ad analizzare la terza specificazione riportata nella colonna **c** della stessa tabella.

Considerando tutte le variabili esogene che abbiamo scelto, salta subito all'attenzione che nessun sistema di copertura sanitaria, sia pubblica che privata, è significativo. Osservando gli effetti marginali di ogni assicurazione, solo il BIS risulta negativo contribuendo così a ridurre le spese *out-of-pocket*.

Ad essere significative, come già constatato nelle medesime specificazioni effettuate per le altre analisi, sono lo stato civile, l'occupazione e in particolar modo lo stato di salute percepito dall'individuo stesso.

Come già espresso precedentemente, le cure mediche *inpatient* sono più frequenti fra la popolazione urbana questo è confermato dal coefficiente dell'effetto marginale della variabile indipendente *urban hukou* che risulta essere negativo e quindi ha il pregio di abbassare le spese private sostenute dai nuclei familiari. L'effetto marginale negativo dell'*hukou* concorda con il coefficiente dello schema BIS più diffuso nelle zone urbane che sono le aree più abitate della Repubblica Popolare Cinese.

**Tabella 3.9: Analisi delle spese *out-of-pocket* in relazione alle cure mediche
*inpatient***

SPESE OUT-OF-POCKET PER CURE INPATIENT			
VARIABILI	(A)	(B)	(C)
BIS	0,137 (0,749)	0,233 (0,752)	- 0,458 (0,889)
URBMI	1,203 (0,861)	1,054 (0,838)	0,745 (0,869)
NCMS	1,315* (0,766)	0,945 (0,670)	0,836 (0,755)
ASS. PRIVATA	0,243 (1,001)	0,222 (0,999)	0,446 (1,059)
ETA'	-	0,038 (0,150)	- 0,046 (0,180)
ETA' ²	-	- 0,492 (1,155)	0,077 (1,359)
STATO CIVILE	-	0,680 (0,492)	1,041* (0,631)
ISTRUZIONE PRIMARIA	-	- 0,448 (0,410)	- 0,517 (0,459)
ISTRUZIONE SECONDARIA	-	- 0,843 (0,767)	- 0,631 (0,801)
ISTRUZIONE TERZIARIA	-	- 1,767 (1,475)	- 2,398 (2,071)
STATO DI SALUTE	-	-	0,966*** (0,371)
HUKOU URBANO	-	-	- 0,424 (0,589)
OCCUPAZIONE	NO	NO	SI
REDDITO	-	-	- 0,039 (0,025)
OSSERVAZIONI	1562	1553	1340

3.4.5 *Analisi relative alle spese mediche out-of-pocket sostenute in caso di visite ambulatoriali*

In questo caso, nella prima specificazione relativa alle spese *out-of-pocket* specifiche per le cure *outpatient*, nessun schema assicurativo raggiunge un livello di significatività per noi accettabile. I valori dell'effetto marginale, individuati nella colonna **a** della **Tabella 3.10** per ogni variabile, risulta positivo tranne quello relativo all'assicurazione BIS che è pari a - 0.041 e che dunque identifica questa copertura come unica in grado di diminuire gli esborsi privati per le visite ambulatoriali.

Questi risultati sono confermati anche dalla terza regressione i cui risultati sono riportati nella colonna **c**.

Le uniche variabili significative, come ci si attendeva, sono lo stato di salute e l'occupazione; tutte le altre risultano non significative. Ne deduciamo quindi che le spese *out-of-pocket* per le visite ambulatoriali vengono sostenute a prescindere dall'adesione o meno ad un qualsiasi schema di copertura assicurativo e sono trasversali considerando l'età, l'*hukou* e il livello di istruzione.

Riassumendo le analisi finora svolte, la variabile determinante per l'utilizzo delle cure sanitarie e di conseguenza quella che incide maggiormente sulle spese *out-of-pocket* è lo stato di salute percepito. I cittadini con *hukou rurale* registrati al sistema NCMS sono i più svantaggiati poiché questa copertura non comprende i ricoveri ospedalieri ma solamente un servizio medico di base e dunque questi costi vanno ad gravare sul bilancio familiare.

A renderci perplessi è la mancanza di significatività della variabile età poiché solitamente più si è anziani e maggiori sono le difficoltà fisiche e di salute.

Ad ogni modo, i risultati ottenuti utilizzando il *database* CHARLS sono coerenti con quanto evidenziato dagli studi precedenti contenuti nella *review* della letteratura.

Tabella 3.10: Analisi delle spese *out-of-pocket* in relazione alle cure mediche
outpatient

SPESE OUT-OF-POCKET PER CURE OUTPATIENT			
VARIABILI	(A)	(B)	(C)
BIS	- 0,041 (0,164)	0,002 (0,167)	0,015 (0,208)
URBMI	0,064 (0,181)	0,034 (0,184)	0,084 (0,207)
NCMS	0,128 (0,112)	0,058 (0,110)	0,065 (0,135)
ASS. PRIVATA	0,051 (0,222)	0,087 (0,223)	0,045 (0,249)
ETA'	-	0,047 (0,031)	0,029 (0,036)
ETA' ²	-	- 0,392 (0,248)	- 0,285 (0,277)
STATO CIVILE	-	0,032 (0,096)	0,058 (0,109)
ISTRUZIONE PRIMARIA	-	- 0,055 (0,096)	- 0,055 (0,104)
ISTRUZIONE SECONDARIA	-	- 0,336* (0,198)	- 0,277 (0,214)
ISTRUZIONE TERZIARIA	-	- 0,163 (0,250)	- 0,088 (0,290)
STATO DI SALUTE	-	-	0,202*** (0,056)
HUKOU URBANO	-	-	- 0,066 (0,152)
OCCUPAZIONE	NO	NO	SI
REDDITO	-	-	- 0,008 (0,006)
OSSERVAZIONI	3306	3297	2836

Conclusioni

Lo scopo dell'elaborato è stato quello di fornire indicazioni e spunti per comprendere ed interpretare correttamente le riforme nel sistema sanitario della Repubblica Popolare Cinese e i possibili effetti sulle spese sostenute dalla popolazione.

Nella trattazione di questo argomento è centrale la consapevolezza di quanto sia importante coniugare la crescita economica con la garanzia di diritti fondamentali come l'istruzione e la salute. In particolare abbiamo focalizzato l'attenzione sulla relazione esistente fra la copertura assicurativa sanitaria alla quale aderiscono i singoli soggetti e le spese *out of pocket* sostenute. E' stato analizzato il punto di vista della parte più anziana della popolazione che risulta essere quella più influenzata da questo tipo di esborsi a causa di una più precaria salute.

Negli scenari di medio e lungo termine nella Repubblica Popolare Cinese si potrebbe verificare un crescente squilibrio tra il vertiginoso aumento degli anziani e la drastica diminuzione della popolazione giovane. Se tale squilibrio non verrà affrontato adeguatamente, sarà sempre più difficile garantire agli anziani un'adeguata assistenza sanitaria. Gli anziani residenti nelle zone rurali sono i soggetti che rischiano maggiormente di subire gli effetti negativi di questo squilibrio. Partendo dal presupposto che prendersi cura della salute non deve essere una causa di povertà o impoverimento, il governo cinese dovrà dedicare un maggiore impegno proprio agli anziani delle zone rurali che sono vittime delle inevitabili conseguenze di un'urbanizzazione che in nessun Paese è stata imponente come nella Repubblica Popolare Cinese.

Gli studi pregressi hanno evidenziato come i pagamenti *out-of-pocket* siano cresciuti negli ultimi 30 anni portando la Repubblica Popolare Cinese ad avere il più alto tasso di incidenza di questi esborsi sul totale delle spese sanitarie. Come

conseguenza di questa crescita, le famiglie si sono viste costrette a diminuire i propri consumi per poter accumulare fondi di sicurezza utili nel caso si manifestassero altri *shock* dello stato di salute.

Grazie all'introduzione dei nuovi sistemi di copertura assicurativi, si è pronosticato un effetto positivo nella riduzione delle spese *out-of-pocket* in particolare per le famiglie a più basso reddito e per quelle che sostenevano spese catastrofiche. In realtà si è registrato un maggiore utilizzo delle prestazioni sanitarie con un conseguente aumento delle *out-of-pocket*. Gli studiosi hanno infatti riscontrato una migliore fruizione dei servizi sanitari specialmente fra gli anziani, fra le famiglie a basso reddito e fra i nuclei residenti nelle aree più povere del Paese.

L'introduzione del *Basic Insurance Scheme* (BIS) nel 1998 ha avuto un duplice effetto: da un lato ha permesso l'aumento dell'uso dei servizi sanitari pubblici a scapito di quelli privati e dall'altro ha spinto i cittadini a preferire le visite ambulatoriali limitando i ricoveri ospedalieri ai casi più gravi. Anche lo schema di copertura *Urban Resident Basic Medical Insurance* (URBMI) ha avuto un impatto positivo sull'utilizzo delle cure mediche ma non è stato in grado di duplicare il successo riducendo le spese *out-of-pocket*.

Nelle aree rurali l'introduzione del *New Cooperative Medical Scheme* (NCMS) ha favorito l'aumento del tasso di ospedalizzazione dei residenti ma lo stesso effetto non si è avuto per i servizi ambulatoriali. Il basso premio previsto per aderire a questo schema ha convinto molte famiglie a sottoscrivere la copertura ma al basso premio corrispondevano limitatissime prestazioni che hanno costretto gli aderenti ad aumentare vertiginosamente le spese *out-of-pocket* e di conseguenza il risparmio familiare. Riassumendo, il NCMS ha favorito i servizi di degenza e quelli ambulatoriali ma non ha ridotto le spese *out-of-pocket*.

Tenendo in considerazione le evidenze sottolineate negli studi precedenti a questo nostro elaborato, ci aspettiamo di ottenere un riscontro simile anche per i dati CHARLS che abbiamo utilizzato per l'analisi empirica presentata in questo lavoro.

Questa ipotesi è supportata dai dati utilizzati per la fascia di popolazione più anziana in quanto il *database* CHARLS rivolge la sua attenzione ai cittadini della Repubblica Popolare Cinese di età anagrafica non inferiore ai 45 anni.

Un aspetto importante da non dimenticare è la maggiore urbanizzazione che accompagna tutto il contesto demografico. Quest'ultima non è avvenuta attraverso un'espansione naturale limitata dalla politica del figlio unico nelle zone urbane ma attraverso il fenomeno della migrazione con una concentrazione nelle fasce di età più giovani.

Il fenomeno migratorio che ha coinvolto soprattutto i giovani ha portato ad un aumento della popolazione anziana nelle zone rurali. Per questo motivo ci aspettiamo di osservare maggiori spese *out-of-pocket* nelle aree rurali in cui risiede la maggior parte degli anziani e una più alta incidenza delle stesse per la popolazione residente nelle aree urbane che però risulta ancora registrata con l'*hukou* rurale.

Ci aspettiamo inoltre di registrare maggiori spese *out-of-pocket* per i cittadini che hanno aderito al NCMS rispetto alle spese sostenute dai cittadini che hanno invece sottoscritto l'URBMI.

Dai risultati forniti dal modello econometrico da noi analizzato, si può notare che: l'adesione ad un determinato schema assicurativo è una variabile determinante nella decisione di utilizzo delle cure *inpatient*, in particolare i cittadini iscritti alla copertura BIS accedono due volte di più ai ricoveri ospedalieri mentre gli abitanti delle zone rurali utilizzano maggiormente le visite ambulatoriali.

Per le cure mediche *outpatient* invece la variabile che indica l'adesione al sistema di copertura NCMS ha un effetto doppio rispetto alle assicurazioni attive nelle zone urbane: BIS e URBMI.

Analizzando il comportamento delle variabili in relazione alle spese *out-of-pocket*, si può notare come il NCMS sia lo schema che più di tutti gli altri comporta un aumento delle spese private nelle famiglie: il suo coefficiente infatti è due volte quello registrati per l'URBMI e addirittura cinque volte quello del sistema BIS. Nello studio delle spese *out-of-pocket* che vengono pagate per far fronte ai ricoveri ospedalieri si nota che nessuno schema di copertura è in grado di abbassare questi esborsi fatta eccezione del sistema assicurativo BIS. Anche riferendoci alle spese *out-of-pocket* che incorrono in caso di visite ambulatoriali solamente l'assicurazione per i lavoratori residenti nelle zone urbane contribuisce a contenere questo tipo di spesa.

Trasversale a tutte le analisi svolte è la significatività dello stato di salute e dell'occupazione che contribuiscono ad aumentare l'accesso alle cure mediche *inpatient* che *outpatient*; un peggiore stato di salute comporta anche un aumento generalizzato delle spese *out-of-pocket*.

Questi risultati confermano le aspettative che avevamo maturato attraverso gli studi forniti dalla letteratura: in particolar modo quanto emerso dalle analisi concorda pienamente sul maggiore utilizzo delle strutture ospedaliere per i residenti nelle città e maggiore ricorso alle visite ambulatoriali per tutti i cittadini nelle aree rurali; questa evidenza è confermata specularmente sia dalla regressione fatta per le cure *inpatient* che per quelle *outpatient*.

Le analisi effettuate per le spese *out-of-pocket* concordano con la letteratura suggerendo che l'*hukou* è determinante nella diminuzione di questi esborsi nel caso di ricoveri ospedalieri, questo invece non è vero per le spese private sostenute per le cure ambulatoriali.

A stupirci è stata la non significatività della variabile che indica l'età, si presuppone che gli individui più anziani sperimentino maggiori problemi di salute per cui ci attendavamo che l'età spiegasse almeno in parte un maggiore ricorso alle cure mediche e maggiori spese *out-of-pocket*; questo non è accaduto nel nostro modello. Questo ci ha portato ad ipotizzare che l'effetto della variabile età venga in parte oscurato dallo stato di salute percepito.

Riassumendo, i risultati ottenuti nel nostro elaborato confermano le evidenze trovate dagli altri studiosi che hanno utilizzato dei *database* diversi dal nostro.

Questo Paese presenta al suo interno situazioni problematiche che, se irrisolte, potrebbero rappresentare un ostacolo al raggiungimento dell'obiettivo di una crescita sostenuta posta dai suoi governanti. Auspichiamo che tale crescita non distraiga l'opinione pubblica dalla necessità di garantire un sistema di assicurazioni e prestazioni sanitarie adeguato ad un Paese che è ancora abitato da un gran numero di poveri nonostante la costante crescita del suo PIL.

Esiste infatti un rischio molto concreto che venga ignorata questa delicata questione: quando la torta economica è in espansione, ogni altro problema appare sempre più gestibile di quanto non lo sia effettivamente.

Bibliografia

- Atella V., Brugiavini A., Pace N., *The health care system reform in China: effects on out-of-pocket expenses and saving*, pp. 1-15, 21 Ottobre 2013.
- Bloom G., Xingyuan G., *Health sector reform: lessons from China*, National Institutes of Health, pp. 351-360, 1997.
- Briefing China, *Annual Audit and Compliance in China*, 20 Giugno 2011.
- Brown P., Theoharides C., *Health seeking behavior and hospital choice in China's New Cooperative Medical System*, *Health Economics*, Vol. 18 pp. 47-64, 2009.
- Brown P.H., De Brauw A., Du Y., *Understanding Variation in the Design of China's New Cooperative Medical System*, *The China Quarterly*, pp. 304-329, 2008 - 2009.
- Buchmueller T., Jensen G. e Shore-Sheppard L., *Medicaid and crowding out of private insurance: Are-examination using firm level data*, *Journal of Health Economics*, pp. 61-91, 2000.
- Cai, R., *The new health insurance reform protocols and the reform of hospital sectors*. *China Health Economics*, *Social Science & Medicine*, pp. 4-8, 1999.
- Challenges of Population Aging in China: Evidence from the National Baseline Survey of the China Health and Retirement Longitudinal Study (CHARLS)*, pp. 1-18, 2013.

- Chan K.W., *The Household Registration System and Migrant Labor in China: Notes on a Debate*, Population and Development Review pp. 357-364, Giugno 2010.
- Chen et al., *The effects of Taiwan's National Health Insurance on access and health status of the elderly*, Health Economics Journal, pp. 223–242, 2007.
- Chen L. et al., *Cohort Profile: the kadoorie study of chronic disease in China*, Oxford Journals, pp.1243-1249, 2005.
- China Daily: *Rural health care critical*, 2002.
- Cutler D.M. e Gruber J., *Does public insurance crowd out private insurance?*, The Quarterly Journal of Economics, 1996.
- Dubay L. e Kenney K.G., *Did the Medicaid expansion for pregnant women crowd-out private coverage?*, Urban Institute, 1997.
- Eggleston K., Hsiao W., Liu Y., *Equity in health and health care: the Chinese experience*, Social Science & Medicine, pp. 1349-1356, 1999.
- Ekman B., *Community-based health insurance in low-income countries: a systematic review of the evidence*, Oxford Journals, Health Policy and Planning, pp.249-269, 2004.
- Fareed Z., *L'era post – americana*, editore Rizzoli, Milano 2008.
- Finkelstein A., *The interaction of partial public insurance programs and residual private insurance markets: evidence from the US Medicare program*, Journal of Health Economics, pp. 1-24, 2004.
- Gao J. et al, *Hospitalization among elderly in urban China*, Health Policy, pp. 210-219, 2007.
- Hadley J, Waidmann T., *Health insurance and health at age 65: implications for medical care spending on new Medicare beneficiaries*, Health Services Research: pp. 429–451, 2006.

- Hadley J., *Sicker and poorer-the consequences of being uninsured: a review of the research on the relationship between health insurance, medical care use, health, work, and income*. Medical Care Research and Review, 2003.
- Hu S. et al., *Reform of how health care is paid for in China: Challenges and opportunities*, The Lancet, pp. 1846-1853, 2008.
- ILO. *Extending Social Protection in Health through Community Based Health Organizations: Evidence and Challenges*. Discussion Paper, 2002.
- Jackson S., Sleigh, *Health finance in rural China: low premium insurance compared to the out-of-pocket system*, The China Quarterly, pp. 137-157, 2005.
- Lei W. e Lin, *The New Cooperative Medical Scheme in rural China: does more coverage mean more service and better health?*, Health Economics, pp. 25-45, 2009.
- Levy H, Meltzer D., *What do We Really Know about Whether Health Insurance Affects Health?*, 2001.
- Lin. X., Liu G., e Chen G., *The urban resident basic medical insurance: A landmark reform towards universal coverage in China*, Health Economics 2009.
- Liu G., Zhao Z., Cai R., Yamada Tetsuji., Yamada Tadashi, *Equity in health care access to: assessing the urban health insurance reform in China*, Social Science & Medicine, pp. 1779-1794, 2002.
- Liu G., Zhao Z., *Urban employee health insurance reform and the impact on out-of-pocket payment in China*, The International Journal of Health Planning and Management, pp. 211-228, 2006.
- Liu T. e Chen C., *An analysis of private health insurance purchasing decisions with national health insurance in Taiwan*, Social Science & Medicine, pp. 755-774, 2002.
- Liu Y, Hsiao W., *Medical expenditure and rural impoverishment in China*. Journal of Health Population and Nutrition, pp. 216-222, 2003.

- Liu Y., *Reforming China's urban health insurance system*, Health Policy, pp. 133-150, 2002.
- McWilliams et al., *Health insurance coverage and mortality among the near-elderly*, Health Affairs, pp. 223–233, 2004.
- National Population and Family Planning Commission Statement of Minister Li Bin at the 42nd Session of the UN Commission on Population and Development, 31 Marzo 2009.
- Nyman J., Barleen N., *The Effect of Supplemental Private Health Insurance on Health Care Purchases, Health, and Welfare in Brazil.*, 2005.
- OECD Economic Survey: China, capitolo 1, 16 Settembre 2005.
- OECD Economic Survey: China, Pensiona t a Glance, capitolo 7, 2013.
- OECD Economic Surveys: China, pp. 20-43 184-191, 2010.
- Pace N., *Riforme nel settore sanitario in Cina: rassegna degli effetti sulla domanda di cure sanitarie, spese out-of-pocket e risparmio familiare*, Edizione Ca'Foscari, pp. 151-170, 2013.
- Shi Lu, Zhang D., *China's New Rural Cooperative Medical Scheme and Underutilization of Medical Care Among Adults over 45: Evidence From Charls Pilot Data*, The journal of Rural Health, pp. 51-61, 2013.
- Smaje C., e Le Grand J., *Ethnicity, equity and the use of health services in the British NHS*, Social Science & Medicine, 1997.
- Smith, Wong, Zhao, *Public expenditure and the role of government in the Chines health sector*, 2005.
- State Council Evaluation Group For The URBMI Pilot Program, 2008.
- Strauss J., Lei X., Park A., Shen Y., Smith J.P., Yang Z., Zhao Y., *Health Outcomes and Socio-Economic Status Among the Elderly in China: Evidence from the Charls Pilot*, Agosto 2010

- Sun X., et al., *Health payment-induced poverty under China's New Cooperative Medical Scheme in rural Shandong*, Health Policy and Planning, pp. 419-426, 2010.
- Sun X., Jackson S., Carmichael G. e Sleigh A., *Catastrophic medical payment and financial protection in rural china: evidence from the New Cooperative Medical Scheme*, Health Economy, pp.103–119, 2009.
- Tang S., Meng Q., Chen L., Bekedam H., Evans T., Whitehead M., *Tackling the challenges to health equity in China*, pp. 25-32, 20 Ottobre 2008.
- Wagstaff A., Lindelow M., *Can insurance increase financial risk? The curious case of health insurance in China*, Journal of Health Economics, pp. 990-1005, 2008.
- Wagstaff A., Lindelow M., Jun G., Ling X., *Extending health insurance to the rural population: an impact evaluation of China's new cooperative medical scheme*, Journal of Health Economics, 2009.
- Wilkes A. et al., *Coping with the costs of severe illness in rural China*, 1997.
- William C., Hsiao, *The political economy of Chinese health reform*, pp. 241-249, *Health Economics, Policy and Law*, 2007.
- Yi H., Zhang L., Singer K., Rozelle S., Atlas S., *Health insurance and catastrophic illness: a report on the new cooperative medical system in rural China*, Health Economics, pp.119-127, 2009.
- Yip W., Hsiao W. C., *At the Intersection of Health, Health Care and Policy*, 2011.
- Yip W., Hsiao W.C., *Non-evidence-based policy: how effective is China's New Cooperative Medical Scheme in reducing medical impoverishment?*, Social Science & Medicine, pp. 201-209, 2009.
- Yip, W., & Mahal, A., *The health care systems of China and India: Performance and future challenges*. Health Affairs, pp. 921–932, 2008.

Yip, W., *Disparities in health care and health status: The rural–urban gap and beyond*, 2009.

Yuan Z. et al., *Impact of NCMS on farmers' demand and utilization for medical care: a follow-up survey*, Health Economics, 2006.

Zhang T. et al., *Persistent problems of access to appropriate, affordable services in rural China: experiences of different socio-economic groups*, BMC Public Health, 2006.

Sitografia

Sito ufficiale di CHARLS: <http://charls.ccer.edu.cn>

Sito ufficiale di HRS: <http://hrsonline.isr.umich.edu/>

