

*Politiche sanitarie nella Cina contemporanea.
Necessità sociali, interessi economici e dinamiche
politiche*

Daniele Brombal

1. Introduzione

Gli anni di Hu Jintao e Wen Jiabao saranno ricordati per l'attenzione posta dalle autorità cinesi a temi di rilevanza sociale. Un'attenzione interpretabile quale risposta alle crescenti tensioni in seno alla società cinese, caratterizzata da squilibri in grado di minare stabilità sociale e legittimità del regime¹. La rilevanza attribuita da Pechino allo sviluppo sociale è andata intrecciandosi al coinvolgimento nel processo di formulazione delle politiche di elementi esterni alla burocrazia e all'istituzione di canali attraverso cui critiche e suggerimenti dei comuni cittadini possano essere veicolati alle autorità.

Larga parte delle analisi dedicate a politiche sociali e relative dinamiche Stato-società nella Cina continentale si muovono entro una cornice teorica che individua un nesso causale fra maggiore sviluppo economico e complessità sociale da un lato, e maggiore propensione da parte dello Stato a rispondere positivamente alle sollecitazioni sociali dall'altro². Il dibattito sui possibili esiti di tale processo, in particolare circa un eventuale approdo alla democrazia, è particolarmente acceso³. Tuttavia, entrambe le varianti interpretative più comunemente utilizzate per definire lo stadio attuale dell'evoluzione del sistema politico cinese, la concezione del "neo-autoritarismo" e quella dell'"autoritarismo rivoluzionario", concordano nel descrivere quello cinese come un sistema caratterizzato da centralizzazione politica

¹ Cfr. Lam (2006: 20).

² Cfr. Huntington (1991: 12-34).

³ Cfr. Perry (2007: 1-22); Goldman (2005).

e impegnato a garantire la stabilità sociale espandendo i diritti di libera intrapresa economica e di cittadinanza sociale⁴.

Nel caso della riforma sanitaria avviata nel 2002-03, la centralità attribuita alla stabilità è ravvisabile nell'allocazione di ingenti risorse per il rafforzamento di strumenti assicurativi dichiaratamente intesi a creare presupposti duraturi per stabilità sociale ed economica. La riforma può essere considerata indicativa di tendenze più ampie anche qualora si considerino le dinamiche di interazione Stato-società, con l'istituzione da parte del governo di canali di comunicazione tesi a raccogliere l'opinione dei cittadini sulle politiche sanitarie. In ottica istituzionale, le misure tese al rafforzamento della sanità sono state infine ispirate all'obiettivo di attribuire nuova centralità allo Stato.

Il processo di riforma ha evidenziato una saldatura fra la proiezione politica delle autorità, preoccupate di assicurare legittimità al regime, e le necessità espresse dalle fasce di popolazione più svantaggiate. Inizialmente, le ingenti risorse investite nella riforma hanno accomodato gli interessi di ospedali e industria farmaceutica. La necessità di garantire un migliore rapporto costo-efficacia all'investimento pubblico ha tuttavia portato in seguito a un disallineamento degli interessi in gioco. L'introduzione (2009) di misure di controllo della spesa ha messo in luce l'esistenza di interessi divergenti fra proponenti della riforma da un lato, ospedali e produttori farmaceutici dall'altro (Su: 11.03.2010). Recenti discontinuità nell'azione governativa lasciano supporre che tale opposizione abbia colto nel segno, costringendo la leadership al compromesso.

Questo contributo si propone di offrire un quadro dei diversi interessi afferenti agli attori del sistema sanitario cinese e le loro modalità di interazione, offrendo un'interpretazione politica dei più recenti sviluppi delle politiche sanitarie cinesi. La trattazione è basata in larga misura sulle risultanze di un lavoro sul campo svolto dall'autore fra 2008 e 2010.

2. Commercializzazione della sanità: da paziente a cliente

Nel giugno 1982, la contea di Yexian (Shandong) ospita un seminario dell'Organizzazione mondiale della sanità (Oms). Vi partecipano delegati di una quindicina di paesi in via di sviluppo, giunti nello Shandong "per

⁴ Sul pensiero politico neo-autoritario nel dibattito politico interno alla RPC cfr. Sautman (1992: 72-102). Su autoritarismo rivoluzionario, cfr. Perry (2007: 1-22). Su centralizzazione burocratica cfr. Yang (2004).

apprendere dall'esperienza cinese in termini di sanità di base⁵. Ciò accade in virtù dei risultati sanitari raggiunti dalla Cina, dove tra 1950 e 1980 la mortalità infantile era calata da 250/1000 a 40/1000, con una crescita dell'aspettativa di vita da 35 a 66 anni (Cortassa 2002: s.i.p.)⁶. I pilastri del sistema che aveva permesso di raggiungere tali risultati erano: attenzione alla sanità pubblica di base, finanziamento pubblico del servizio (attraverso contribuzioni statali e collettive), gratuità delle prestazioni sanitarie di base. Riprendendo la definizione data dalla Conferenza di Alma Ata (1978) di efficace sanità pubblica di base, quello cinese era un sistema che garantiva «forme essenziali di assistenza sanitaria basate su tecnologie e metodi pratici, [...] accessibili a tutti [...] realizzate a un costo che la comunità e il paese possono sostenere»⁷.

Paradossalmente, mentre a Yexian funzionari ed esperti si confrontano sulla possibilità di replicare l'esperienza cinese, a Pechino sono definite politiche destinate a trasformare radicalmente il sistema sanitario. La fine delle comuni popolari e il processo di ristrutturazione del settore industriale avrebbero infatti di lì a poco condotto al collasso del welfare sanitario⁸. Dal 1978 al 1985, la quota di popolazione assicurata crolla nelle campagne dal 90% al 5% (Yip Hsiao 2008: 461). I sussidi statali alle spese correnti degli ospedali vengono ridotti drasticamente, assestandosi già a metà anni Ottanta sul 5-10% del bilancio delle strutture sanitarie⁹. Nel 1985, agli ospedali viene attribuita autonomia finanziaria, impegnandoli a farsi carico di eventuali passivi di bilancio (Meng 2006: 17). Nonostante la proprietà delle strutture sanitarie rimanga in larga misura (oltre il 90%) pubblica (Liu 8 dicembre 2008), ciò si traduce in una privatizzazione *de facto*, con l'instaurarsi di incentivi economici in grado di modificare la logica dell'erogazione del servizio sanitario. Bonus in busta paga vengono elargiti ai medici, calcolati sul valore dei servizi da questi prescritti, in base a tariffari a pre-

⁵ World Health Organization (WHO) (1983), *Primary Health Care: The Chinese Experience*, WHO, Ginevra.

⁶ Cortassa G. (2002), *La Sanità cinese: i mutamenti, le sfide, la riforma*, «Mondo Cinese», 110, in http://www.tuttocina.it/mondo_cinese/110/110_cort.htm, (ultima consultazione 05/06/2011).

⁷ World Health Organization - United Nations Children's Fund (WHO-UNICEF) (1978), *Alma Ata 1978 Primary Health Care*, «Health for all Series», 1, WHO-UNICEF, Ginevra.

⁸ Cfr. Saich (2004: 268-304).

⁹ Dati raccolti dall'autore, Hebei, 2008. Si veda anche, in merito, Su (2010).

stazione (*Fee-For-Service*, FFS)¹⁰. Diventano comuni la sovra-somministrazione e/o la somministrazione di farmaci, trattamenti e procedure diagnostiche di nuova introduzione, non regolamentati e in grado di garantire un ritorno economico maggiore.

Le conseguenze negative non sono subito chiare in tutta la loro portata. Nel corso degli anni Ottanta il Ministero dell'agricoltura blocca tentativi condotti dal Ministero della sanità per reintrodurre schemi sanitari di mutuo aiuto finanziati attraverso contribuzioni volontarie, definendo tali contribuzioni "tassazione illegale" (Wang 2011: s.i.p.). Logica delle politiche economiche dell'epoca e debolezza istituzionale del Ministero della Sanità trovano conferma nella risposta data da Zhu Rongji, premier a fine anni Novanta, al funzionario del Ministero della sanità che propone di utilizzare i proventi della tassazione sul tabacco per finanziare la sanità: «Preferirei utilizzarli per la costruzione della Diga delle Tre Gole!» (Liu, Rao 2006: 83).

Pur se gradualmente, la portata della crisi del sistema sanitario diventa infine chiara. Scarsa copertura assicurativa, incentivi alla somministrazione di prestazioni non necessarie e scarsa attenzione alla sanità preventiva causano difficoltà di accesso ai servizi, diffuso impoverimento a causa delle spese mediche sostenute, diffusione di malattie infettive virtualmente eradiccate (schistosomiasi), tenute precedentemente sotto controllo (tubercolosi, epatite) o fino ad allora sconosciute (HIV/Aids). Fra il 1980 e il 2004, il costo medio dei trattamenti ambulatoriali e ospedalieri aumenta rispettivamente di 77 e 116 volte (da 1,6 a 12,7 yuan e da 40 a 4662 yuan rispettivamente)¹¹, a fronte di un aumento dei redditi stimato fra le 14 e 18 volte (Zhang 2010: 5). Nel 1993 il 40% della popolazione rurale non ha accesso a trattamenti ospedalieri in caso di necessità¹², mentre nel 1998 le spese sanitarie sono causa del 40% dei casi di impoverimento nelle campagne (Liu Rao Hsiao 2003: 219). Nel 2000 l'Oms colloca il sistema sanitario

¹⁰ La modalità FFS, tutt'oggi prevalente in Cina, prevede il pagamento delle prestazioni sulla base delle singole voci (procedure, medicinali, ecc.) consumate dal paziente. In larga parte dei paesi avanzati, compresa l'Italia, la compensazione dei servizi erogati in regime di ricovero è forfettaria, basata su gruppi omogenei di diagnosi (Diagnosis Related Groups, DRG), i quali definiscono le risorse consumate sulla base delle diverse condizioni/diagnosi dei pazienti.

¹¹ 1 yuan = 0,12 Euro (cfr. <http://www.xe.com/currencyconverter/>).

¹² Weisheng bu tongji xinxi zhongxin, 卫生部统计信息中心 (2008), nian zhongguo weisheng fuwu diaocha yanjiu 2008年中国卫生服务调查研究 (Indagine sui servizi sanitari cinesi 2008) weisheng bu tongji xinxi zhongxin, Pechino, p.50.

cinese al 144° posto per la sua performance complessiva e al 188° posto per equità, su 191 paesi ¹³.

A livello sociale, l'iniquità del sistema non genera rivendicazioni organizzate, come accade nello stesso periodo per altri fenomeni. Se si eccettua il caso dell'HIV/Aids nello Henan (Haski 2006), nel caso della sanità pesa la natura stessa della malattia, che colpisce singoli individui e nuclei familiari con modalità e tempi diversi, non favorendo il coagularsi della frustrazione individuale in rivendicazioni collettive. L'exasperazione trova piuttosto espressione in aggressioni nei confronti del personale sanitario (10.000 nel 2006)¹⁴. La testimonianza resa nel 2010 da un medico pechinese è d'aiuto per inquadrare il rapporto medico/paziente: «Essere idealisti non è di alcuna utilità. Io mi adatto alle circostanze. Penso a [...] evitare grane con le famiglie dei pazienti e cerco di costruire qualcosa per i miei, arrotondando con test su nuovi medicinali per conto di industrie farmaceutiche. Mia figlia studia in America, dove ho comprato una casa di 200 mq, alla periferia di New York.»¹⁵.

3. Riforma sanitaria e interessi a confronto

La “guerra del popolo alla SARS”, dichiarata da Hu Jintao nel 2003 (Perry 2007:15), viene sovente descritta come spartiacque fondamentale delle politiche sanitarie cinesi. La SARS coincide in realtà con il recepimento da parte della nuova leadership di un indirizzo politico già definito nell'autunno 2002, condensato nel documento “Decisione del Comitato Centrale e del Consiglio di Stato sull'ulteriore rafforzamento dell'opera sanitaria rurale”¹⁶. Il documento riveste grande importanza poiché ridefinisce la logica dell'intervento pubblico, attribuendo centralità alle aree rurali: “L'opera sanitaria rurale è un punto fondamentale dell'opera sanitaria nazionale, e ha grande rilevanza per [...] la protezione dello sviluppo e della stabilità della società rurale”. Fra 2003 e 2008, la riforma si concentra sul rafforza-

¹³ World Health Organization (WHO) (2000), *The WHO Health Report 2000 - Health Systems: Improving Performance*, WHO, Ginevra, p.152.

¹⁴ Xinhua, *Doctor Face Growing Risks of Violent Medical Disputes*, 18/04/2007, accessibile online all'indirizzo <http://www.chinagate.cn/english/medicare/50839.htm>, (ultima consultazione 20/04/2011).

¹⁵ Testimonianza raccolta dall'autore, Pechino, 2010.

¹⁶ Zhonggong zhongyang, guowuyuan 中共中央、国务院 (2002), *Zhonggong zhongyang, guowuyuan guanyu jin yi bu jiaqiang nongcun weisheng gongzuo de jueding, zhongfa, 2002 nian, 6 hao* 中共中央、国务院关于进一步加强农村卫生工作的决定, 中发 2002年 13号 (Risoluzione del Comitato Centrale e del Consiglio di Stato sull'ulteriore rafforzamento dell'opera sanitaria rurale, Centr., 2002 No.6).

mento degli strumenti assicurativi, al fine di porre rimedio a scarsa accessibilità del servizio e impoverimento a causa di spese mediche. Fra 2001 e 2007, la spesa sanitaria governativa cresce sino a coprire il 45% della spesa sanitaria nazionale (era il 35% del 2001). Il sistema assicurativo arriva nel 2007 ad assorbire oltre il 65% della spesa sanitaria governativa. La quota di popolazione assicurata passa dal 22% del 2003 all'87% del 2008. Tale risultato è raggiunto in larga misura grazie al nuovo Schema medico cooperativo rurale - Smcr (xinxing nongcun hezuo yiliao zhidu 新型农村合作医疗制度), introdotto nel 2002-03. Nel 2009, il 94% della popolazione delle campagne è coperto dallo Smcr (830 milioni di persone). Anche gli strumenti assicurativi urbani vengono rafforzati (Assicurazione medica di base per i lavoratori urbani - Amblu (chengzhen zhigong jiben yiliao baoxian 城镇职工基本医疗保险); Assicurazione Medica di Base per i Residenti Urbani - Ambru (chengzhen jumin jiben yiliao baoxian 城镇居民基本医疗保险), arrivando a coprire, a fine 2008, il 57% della popolazione urbana¹⁷.

L'investimento pubblico a sostegno delle assicurazioni governative comporta un aumento delle entrate degli ospedali. In un contesto caratterizzato dall'assenza di rigidi strumenti di controllo del prezzo e protocolli clinici, i sussidi governativi alla domanda erogati attraverso le assicurazioni sanitarie incentivano gli ospedali a erogare una maggiore quantità di servizi, a prescindere dalla loro utilità ed efficacia. Nell'anno successivo all'introduzione dello Smcr, nell'ospedale di Quzhou (Hebei) il costo medio per ricovero ospedaliero raddoppia, mentre nell'ospedale di Ningcheng (Mongolia Interna), aumenta del 41% (a fronte di rimborsi, per gli utenti assicurati, pari al 15-20% del costo totale)¹⁸. Secondo dati raccolti nella provincia del Guangdong, la spesa per i pazienti assicurati è maggiore del 60% rispetto a quello dei pazienti privi di assicurazione, a causa del maggiore quantità/costo dei farmaci prescritti (Pan *et al.* 2009: 1146). Considerando come il 50% delle entrate di un ospedale cinese derivi dalla vendita di medicinali, è intuibile quali siano state le ricadute positive per l'industria farmaceutica: il valore del mercato farmaceutico cinese triplica fra 2004 e il 2009, con previsioni di crescita annuale (redatte nel 2009) attestate attorno al 20%¹⁹.

Considerando tali dinamiche, non sorprende che le misure varate da Pechino abbiano avuto risultati modesti. Nonostante le autorità riportino una

¹⁷ Ministry of Health of P.R.China (MoH) (2009), *An Analysis Report of National Health Services Survey in China*, MoH, Pechino, p.17.

¹⁸ Rilevazioni dell'autore, Hebei e Mongolia Interna, 2008.

¹⁹ Partnering News (2011b), *AstraZeneca sees double-digit growth in China into the future*, 04/05/2011, accessibile online all'indirizzo <http://ebdgroup.com/partneringnews/2011/05/astrazeneca-sees-double-digit-growth-in-china-into-the-future/>, (ultima consultazione 26/05/2011).

diminuzione della quota di mancati accessi al servizio nelle aree rurali (dal 30% del 2003 al 25% del 2008)²⁰, altre fonti dipingono uno scenario diverso. Secondo uno studio condotto nel 2008 da Cooperazione italiana e Ministero della sanità cinese²¹ nella Cina rurale centro-occidentale, nel 46,5% dei casi la prescrizione di ricovero rimaneva disattesa, nella maggior parte dei casi (89,2%) a causa della mancanza di denaro per pagare il trattamento. Inoltre, non risultava esservi alcuna differenza significativa in termini di accessibilità fra quanti assicurati e quanti non assicurati.

Consapevole della scarsa incisività delle misure adottate, Pechino ha avviato gradualmente una nuova fase di riforma sanitaria, creando un Gruppo di coordinamento per la riforma del sistema sanitario (*Yiliao tizhi gaige xietiao xiaozu* 医疗体制改革协调小组). Costituito nel 2006 e presieduto da Commissione nazionale per lo sviluppo e le riforme e Ministero della sanità, il Gruppo di coordinamento è arrivato a comprendere rappresentanti di 16 organi governativi a livello ministeriale e agenzie a questi affiliati²². Al Gruppo di coordinamento è affidato il compito di individuare soluzioni condivise, facendo ricorso, se necessario, a risorse esterne. Dal marzo 2007 sono state invitate a produrre proposte di riforma l'Università di Pechino, Università Fudan, Università Renmin, Università normale di Pechino, Oms e Banca mondiale. L'apertura del processo di formulazione delle politiche si è accompagnato a un processo di consultazione della popolazione. Nell'autunno 2008 la Commissione nazionale per lo sviluppo e le riforme apre in rete un forum di discussione che permette al pubblico di inviare commenti e suggerimenti relativi alla "nuova" riforma sanitaria. Il forum raccoglie in un mese 15 mila *post*. Particolarmente interessante nell'ottica della nostra trattazione il *post* inviato da Zhu Jianhong, intitolato "Chi ha beneficiato dello Schema medico cooperativo?": "[...] prima dello Schema medico cooperativo, le spese per medicinali in caso di polmonite erano circa 150 *yuan* al giorno [di ricovero]. Dopo [...], una polmonite della stessa gravità costava in medicinali 300 *yuan* al giorno. Con un rimborso

²⁰ Weisheng bu tongji xinxi zhongxin, 卫生部统计信息中心 (2008), nian zhongguo weisheng fuwu diaocha yanjiu 2008年中国卫生服务调查研究 (Indagine sui servizi sanitari cinesi 2008) weisheng bu tongji xinxi zhongxin, Pechino, p.50..

²¹ Health Human Resources Development Center - Ministry of Health of P.R.China (HHRDC/MoH), Health Coordination Unit in Beijing - Italian Development Cooperation (HCU/MAE-DGCS) (2008), *Report on the Influence of the NRCMS Implementation on Access to Health Care Services in Central and Western Rural China*, HHRDC-HCU, Pechino, 14-17.

²² Per un'ottima trattazione delle diverse responsabilità e prerogative delle istituzioni coinvolte nel Gruppo di coordinamento, nonché per la corretta dizione in cinese delle stesse istituzioni, cfr. Thompson (2009: s.i.p.).

del 50%, al malato tocca pagare ancora 150 *yuan*. [...] chi ha tratto beneficio dallo Schema medico cooperativo?"²³.

Nel 2009 Pechino vara una serie di nuovi provvedimenti²⁴, che individuano per il periodo 2009-2011 le seguenti priorità:

1. Rafforzamento del sistema assicurativo sanitario.
2. Creazione di una sistema nazionale di farmaci essenziali.
3. Rafforzamento della rete di fornitura del servizio.
4. Equa erogazione dei servizi di sanità pubblica.
5. Riforma dei metodi di gestione delle strutture ospedaliere.

Pur continuando ad attribuire rilevanza al sistema assicurativo, cui vengono destinati i due terzi degli 850 miliardi di *yuan* allocati per il nuovo piano di riforma, i provvedimenti contengono elementi di novità. Viene avviata la stesura di una lista di farmaci essenziali (307 a giugno 2011), in grado di coprire i trattamenti per il 60-80% dei casi di malattie comuni. Alle strutture sanitarie di livello più basso (cliniche di villaggio, *cun weisheng shi* 村卫生室, centri sanitari di *township*, *xiang weisheng yuan* 乡卫生院, centri sanitari di quartiere *shequ weisheng fuwu zhongxin* 社区卫生服务中心) viene fatto obbligo di prescrivere esclusivamente tali medicinali, dal prezzo rigidamente fissato. Inoltre, è fatta richiesta agli ospedali di eliminare il margine di profitto sulla vendita dei medicinali, sino al 2009 concesso nella misura del 15% sul prezzo d'acquisto all'ingrosso (30% per i derivati della medicina tradizionale cinese). Per compensare il calo delle entrate degli ospedali, viene richiesto alle autorità locali di aumentare le contribuzioni alle spese correnti degli ospedali. Sul piano della gestione ospedaliera, l'enfasi è posta sul miglioramento del rapporto costo-efficacia dei trattamenti, attraverso la definizione di protocolli clinici standardizzati. Dati resi noti nell'ottobre 2010 e relativi a una sperimentazione condotta in 54 ospedali, dimostrano una generale riduzione del costo delle cure e della degenza media per i pazienti che hanno seguito percorsi clinici

²³ Cfr. <http://www.sdpc.gov.cn/ygyj/ygyj_detail.jsp?comId=29464> (ultima consultazione 14 giugno 2011).

²⁴ Si veda Zhonggong zhongyang, guowuyuan 中共中央、国务院 (2009), *Zhonggong zhongyang, guowuyuan guanyu shenhua yiyao weisheng tizhi gaige de yijian, zhongfa, 2009 nian, 6 hao* 中共中央、国务院关于深化医药卫生体制改革的意见, 中发 2009年, 6号 (Suggerimenti del Comitato Centrale e del Consiglio di Stato sull'ulteriore rafforzamento della riforma del sistema sanitario, Centr., 2009 No.6); Guowuyuan 国务院 (2009), *Guowuyuan guanyu yinfa yiyao weisheng tizhi gaige jinqi zhongdian shishi fang'an 2009-2011 nian de tongzhi, guofa, 2009 nian 12 hao* 国务院关于印发医药卫生体制改革近期重点实施方案2009-2011年的通知, 国发, 2009年12号 (Circolare sul piano di implementazione della prossima fase di riforma del sistema sanitario, Naz., 2009, N.12.).

standardizzati (- 33,4% nel caso dell'Ospedale del Popolo di Jilin)²⁵.

Le misure di contenimento dei costi hanno materializzato i timori dell'industria farmaceutica. Nel gennaio del 2009 PharmaChina titolava così un lungo editoriale: «La priorità della riforma sanitaria cinese *non* dovrebbe essere il contenimento dei costi» (Shen 2009: 3). Durante la Conferenza politico consultiva del popolo del marzo 2010, il delegato Zong Licheng (a capo di una azienda farmaceutica), critica apertamente i provvedimenti tesi a regolamentare la prescrizione dei medicinali (Liu 18.03.2010). Secondo Hu Siming, dirigente ospedaliero, «se l'erogazione di alcuni servizi non è giustificabile dal punto di vista etico, d'altro canto ospedali e medici devono trovare il modo di sopravvivere» (Su 11.03.2010). Nel caso delle autorità locali, la preoccupazione di far quadrare i conti, in un contesto in cui si prospetta la necessità di sostenere in maniera più generosa le spese correnti degli ospedali, si accompagna a deficienze tecniche e a una struttura istituzionale che non permette di tracciare una chiara linea di demarcazione fra autorità di supervisione governativa e strutture di erogazione del servizio. In un incontro tenutosi presso il Dipartimento sanitario provinciale dello Hubei nel 2010, gli stessi funzionari dell'ufficio deputato all'introduzione di misure di controllo della spesa ospedaliera hanno candidamente ammesso di non avere le competenze tecniche per una loro corretta implementazione, mentre colleghi parigrado del Sichuan esprimevano preoccupazioni circa la sostenibilità economica delle operazioni degli ospedali sotto il nuovo, restrittivo regime di vendita dei farmaci²⁶

4. Considerazioni conclusive

Nel 2011, al termine di una sessione di lavoro del Gruppo di coordinamento per la riforma sanitaria, l'allora vice-premier Li Keqiang ribadiva la necessità di «procedere con la riforma, contro ogni avversità»²⁷. Questa dichiarazione sembra confermare le difficoltà incontrate da Pechino nell'allineare i diversi interessi afferenti al sistema sanitario. Esse non sono tuttavia l'unico elemento da tenere in considerazione per decifrare le logiche attuali del processo di riforma. Pur proseguendo infatti in larga misura nell'alveo trac-

²⁵ Jiankangbao 健康报, *Linchuang lujing shidian chujian chengxiao* 临床路径试点初见成效 (La sperimentazione dei protocolli di trattamento ottiene i primi risultati), 26/10/2010.

²⁶ Testimonianze raccolta dall'autore, Hubei, Sichuan, 2010.

²⁷ Xinhua, *Chinese Vice Premier Li Keqiang Wednesday urged advancing the nation's health care reforms against all odds in 2011*, 20/01/2011, accessibile online all'indirizzo http://news.xinhuanet.com/english2010/china/2011-01/20/c_13698374.htm, (ultima consultazione 09/06/2011).

ciato dal 2002, l'azione governativa sembra caratterizzata da alcune discontinuità, ravvisabili in provvedimenti che lasciano maggiore spazio all'iniziativa privata in sanità, dopo un decennio caratterizzato da una grande enfasi sul ruolo del settore pubblico. Nel 2010 infatti è stato approvato il documento "Suggerimenti circa la promozione e la guida per uno sviluppo salutare degli investimenti privati", in cui la sanità (con particolare riferimento alle strutture che erogano servizi curativi) viene citata fra i settori in cui favorire l'investimento privato²⁸ (Guowuyuan 2010: s.i.p.). Secondo un comunicato della Commissione nazionale per lo sviluppo e le riforme, misure per favorire l'investimento privato in sanità sarebbero allo studio delle autorità («China Daily» 28 settembre 2010)²⁹. Infine, è di inizio 2011 la notizia dell'inclusione da parte del Consiglio di Stato del settore sanitario fra le industrie emergenti, per le quali facilitare gli investimenti stranieri³⁰ («Want China Times» 9 aprile 2011).

Questa grande dinamicità richiede cautela nell'interpretare le logiche alla base dell'azione governativa. Da un lato, è possibile che le facilitazioni concesse all'investimento privato derivino dalla necessità di estendere la capacità di fornitura dei servizi, muovendosi verso un modello di sanità convenzionata. D'altro canto, è possibile che le recenti misure rispondano a dinamiche politiche originate dall'opposizione di ospedali e industria farmaceutica ai provvedimenti di contenimento dei costi varati nel 2009-2010. Gli interessi che gravitano attorno al mercato sanitario e farmaceutico cinese sono considerevoli. Gli investimenti delle grandi multinazionali del farmaco sono in crescita costante. Il 2011 ha visto la firma di numerosi accordi di collaborazione fra grandi aziende straniere (fra cui Pfizer, Novartis, Daiichi Sankyo, Takeda) e produttori cinesi³¹. Tali dinamiche si inseriscono in un contesto in cui gli ospedali per anni si sono sostenuti con le vendite di

²⁸ Guowuyuan 国务院 (2010), Guowuyuan guanyu guli he yindao minjian touzi jiankang fazhan de ruogan yijian, guofa 2009 nian 12 hao 国务院关于鼓励和引导民间投资健康发展的若干意见, 国发, 2010年 13号 (Suggerimenti circa la promozione e la guida per uno sviluppo salutare degli investimenti privati, Naz., 2010, N.13).

²⁹ China Daily, *Rules on Private Capital in Health by Oct-end: NDRC*, 28/09/2010, in http://www.chinadaily.com.cn/china/2010-09/28/content_11355742.htm (ultima consultazione 10/06/2010).

³⁰ Want China Times (2011), *Foreign investment encouraged in emerging industries*, 09/04/2011, accessibile online all'indirizzo <http://www.wantchinatimes.com/news-subclass-cnt.aspx?cid=1201&MainCatID=&id=20110409000036>, (ultima consultazione 07/05/2011).

³¹ Partnering News, *Big Pharma increases activity in China*, 02/05/2011, accessibile online all'indirizzo <http://ebdgroup.com/partneringnews/2011/05/big-pharma-increases-activity-in-china/>, (ultima consultazione 26/05/2011).

medicinali e dove le autorità locali si dimostrano scarsamente incisive nella supervisione delle politiche di contenimento dei costi. La contrarietà manifestata alle misure di contenimento della spesa da ospedali e industria farmaceutica fa supporre che questi attori, oltre a interessi comuni, condividano anche una rete di connessioni politiche. In tal senso, professionisti impiegati nel settore sanitario sembrano discretamente rappresentati nel “partito dei principi” (taizidang 太子党): su una lista di 1800 nomi pubblicata online nel 2008, 85 risultano legati al settore sanitario³². La figlia di Hu Yaobang, Li Heng (conosciuta anche come Man Mei) è stata a lungo impiegata con mansioni dirigenziali presso gli uffici cinesi della Glaxo Smith & Kline³³.

Va interpretata alla luce di tali elementi la possibilità che la formulazione di politiche pubbliche e sociali sia destinata nei prossimi anni ad essere influenzata da gruppi d'interesse di tipo economico³⁴. Il consolidarsi della nuova generazione di leader, salita al potere nel 2012 - 2013, fornirà importanti elementi per interpretare l'evoluzione delle logiche alla base dell'azione dello Stato in termini di erogazione di beni di pubblica utilità e politiche sociali. Con riferimento alla sanità, sarà allora possibile comprendere se l'evoluzione della riforma sia destinata a proseguire lungo un cammino avente come obiettivo il benessere della popolazione nel suo complesso, o se al contrario le scelte fondamentali in termini di regolamentazione e finanziamento della sanità saranno dettate da altri, più ristretti, interessi.

Bibliografia

- Cortassa G. (2002), *La Sanità cinese: i mutamenti, le sfide, la riforma*, «Mondo cinese», 110, in <http://www.tuttocina.it/mondo_cinese/110/110_cort.htm>.
- Goldman M. (2005), *From Comrade to Citizen: The Struggle for Political Rights in China*, Harvard University Press, Cambridge.
- Haski P. (2006), *Il sangue della Cina*, Sperling & Kupfer Editori, Milano.
- Wang Hufeng et al. (2011), *Rural Healthcare System in China (1949-2010): An Institutional Perspective* (non pubblicato).
- Huntington S. (1991), *Democracy's Third Wave*, «The Journal of Democracy», 2, 2, pp. 12-34.

³² Cfr. http://www.aboluowang.com/news/data/2008/0915/article_58960_1.html (ultima consultazione 13.06.2011).

³³ Informazione raccolta dall'autore, Pechino, 2009.

³⁴ Si vedano le considerazioni del prof. Joseph Fewsmith durante la conferenza *Where Is China Headed?*, Boston University Pardee Center for the Study of Longer-Range Future, 08.12.2008, in <http://www.bu.edu/pardee/multimedia/china-2008-system-4/>.

- Lam W.W.L (2006), *Chinese Politics in the Hu Jintao Era, New Leaders, New Challenges*, M.E. Sharpe, New York.
- Liu Bin 刘斌 (2010), “Liang hui” shi da bianlun “两会” 十大辩论 (Dieci grandi dibattiti delle due assemblee), «Nanfang Zhoumo», 18 marzo 2010, p. B11.
- Liu Yuanli, Rao Keqin, Hsiao C.W. (2003), *Medical Expenditure and Rural Impoverishment in China*, «Journal of Health, Population and Nutrition», 21, 3, pp. 216-222.
- Liu Yuanli, Rao Keqin (2006), *Providing Health Insurance in Rural China: From Research to Policy*, «Journal of Health Politics, Policy and Law», 31, 1, pp. 71-92.
- Meng Qingyue (2006), *Health Care Pricing and Payment Reforms in China: The Implications for Health Service Delivery and Cost Containment*, Karolinska University Press, Stockholm.
- Pan Xilong et al. (2009), *Absence of Appropriate Hospitalization Cost Control for Patients with Medical Insurance: A Comparative Analysis Study*, «Health Economics», 18, 10, pp. 1146-1162.
- Perry E.J. (2007), *Studying Chinese Politics: Bidding Farewell to Revolution?*, «The China Journal», 57, pp. 1-22.
- Saich T. (2004), *Governance and Politics of China*, Palgrave & MacMillan, Houndmills.
- Sautman B. (1992), *Sirens of the Strongman: Neo-Authoritarianism in Recent Chinese Political Theory*, «The China Quarterly», 129, pp. 72-102.
- Shen Weixing 申卫星 (2005), *Zhongguo weisheng fa qianyan wenti yanjiu 中国卫生法前沿问题研究 (Studio sui problemi di frontiera della legislazione sanitaria cinese)*, Beijing daxue chubanshe, Beijing.
- Shen J.J. (2009), *Wheels of Healthcare Reform Begins to Roll*, «PharmaChina», 35, pp. 2-4.
- Su Ling 苏岭 (2010), *Yao yang de yiyuan 药养的医院 (Ospedali sostenuti dalla vendita dei medicinali)*, «Nanfang Zhoumo», 11/03/2010, p. A6.
- Thompson D. (2009), *China's Health Care Redux, Center for the National Interest, Washington DC*, in <http://www.cftni.org/Thompson-China-Health-Care-Reform-Redux2009>.
- Yang Dali (2004), *Remaking the Chinese Leviathan: Market Transition and Politics of Governance in China*, Stanford University Press, Stanford.
- Yip W., Hsiao W. (2008), *The Chinese Health System at a Crossroads*, «Health Affairs», 2, 27, pp. 460-468.
- Zhang Junhua (2010), *The Progress of Chinese Health Reform, relazione resa nel corso del seminario «Developing Welfare Instruments for the Health Care Sector: Reform Perspectives from the P.R. China»*, Dipartimento di Studi sull'Asia Orientale, Università Ca' Foscari, 31 maggio 2010.