



Università
Ca' Foscari
Venezia

Corso di Laurea magistrale
(*ordinamento ex D.M. 270/2004*)
in Lingue e istituzioni economiche e
giuridiche dell'Asia e dell'Africa
Mediterranea

Tesi di Laurea

—
Ca' Foscari
Dorsoduro 3246
30123 Venezia

**Il processo decisionale e i
gruppi d'interesse nella
Repubblica Popolare Cinese:
il caso della nuova riforma
sanitaria**

Relatore

Ch. Prof. Daniele Brombal

Correlatore

Ch. Prof.ssa Laura De Giorgi

Laureanda

Margherita Brandi

Matricola 827433

Anno Accademico

2014/ 2015

前言

本论文的目的在于评价现今中国政府决策制定过程的多元化程度。为了达到这个目的我选择了对比分析从2006年到2009年的新医疗改革政策制定的过程。

从我来说医疗领域是很有意思的话题是因为在许多共同的领域中，医疗改革过程中的政策制定和决策是一个世界性的难题。由于医疗制度的复杂性和特殊性，无论哪个国家的政府，几乎都在这一问题上伤透脑筋。同其他领域的决策相比，医疗领域的决策所涉及的政策面更宽，牵涉的利益更广，背后的意识形态因素更复杂，对政策进行国家间比较、借鉴的要求更高，决策难度更大。

从目前世界上一些国家的历史经验来看，医疗领域改革过程中的政策制定，普遍存在以下几个方面的困难和挑战：首先，医疗卫生领域的改革几乎影响社会全体的利益，但通过何种途径才能扩大医疗保障范围，提高医疗服务质量，建立效率与公平相互协调且可持续性的医疗体系，没有一个国家敢自称找到了理想方案。其次医疗卫生领域的改革通常所牵涉的相关利益群体非常多，情况异常复杂，往往导致强势利益集团阻碍改革或绑架决策。再次，医疗卫生领域的改革常常触及意识形态最核心的辩论，有时甚至引发党派之间、不同社会团体之间的强烈斗争。最后，医疗改革对政策参照、政策比较的要求非常高，能否合理吸收他国经验避免被错误经验引导误入歧途，将很大程度上决定医疗政策制定的质量。

同大多数国家一样，当代中国一直面临如何为其众多的人口提供医疗保健服务的严峻挑战。尤其是在过去30年，如何改革医疗卫生体制，如何制定适合中国国情的医疗卫生政策，一直是摆在历届政府面前的决策难题。在中国这样一个还不完全发达的国家、资源分布十分不均的人口大国，建立一套公平、有效的医疗体制，对于广大人民福利的改善和社会长期稳定发展具有重要的意义，总之中国医疗卫生事业的发展并不一帆风顺。

改革开放开始以前中国显著达到“人人享有卫生保健”的标准。还在1976年时，合作医疗覆盖的社团占92.8%的人口。但是随着市场化改革，合作医疗覆盖社团的百分比逐步降低，绝大多数农民重新陷入自费医疗的境地。2006年，中国政府决定进行医疗体制改革的时候90%以上的农民没有任何医疗保障。更严重的是不少人为了支付医疗服务和药品费用而倾家荡产，比如我在中国学习时，通常看到有不少人在街上行乞，恰恰是由于家中有人病重，而无力支付医疗费用。

我对中国医疗体制改革感兴趣的原因一方面来自我在中国的所见所闻，另一方面来自我的教授，Brombal先生，正是他，让我坚定了研究新医改政策制定过程的信心。我从一个崭新的角度分析新医改，不仅对新医改之前和之后的情况进行了对比，更分析了医改决策制定过程以及其受到了哪些利益集团的影响，由此引出中国政府的决策过程的多元化以及所取得的进步。

本论文分为三章，在论文的结尾部分还有一段结束语。

在第一章我对一般政策的制定过程进行了分析，并认识到了政策过程的理论，世界上大多数的政策制定过程可以划分为五个阶段，其实中国的决策过程也是一样的。在第一章我还分析了中国一般政策制定的过程，解释了一般过程受到哪些政策制定部门和利益集团的影响。最后我还介绍了我决定分析中国新医改过程的原因。

在第二章我介绍了医疗改革的时代背景，从计划经时代的医疗卫生体制到改革开放时期的医疗领域的市场化改革。这部分时代背景让我们能够更好地了解2006年中国政府决定进行新医改过程是不可避免的。然后我把新医改政策制定的过程划分为五个阶段：第一阶段是政策议程的设置以及宏观改革目标树立的过程；第二阶段是通过广泛汲取各方面意见，对备选方案进行设计、筛选，以便确定改革总方案的草案和改革基本原则的过程；第三阶段是对前期确定改革的总方案草案进行内部论证的过程，是根据前期确定的基本原则结合实践进行细化、提高方案可操作性的过程，也是测试体制内外对改革方案共识程度的过程，这一阶段的目标是酝酿形成最终的方案；第四阶段是政策公开征求意见的阶段，是不断平衡各方利益诉求对最终方案进行最后修正和调整的阶段，也是向全社会测试改革方案受支持程度的过程；第五阶段则是统筹协调、把握方向、出台政策的阶段。在这一章我还对新医改的出台以及实施产生了哪些影响，尤其是对医药改革、医疗保障体系改革、国家基本医疗保险药品等产生的影响。

除此以外我还注意到在新医改决策过程中决策部门以及其职能如何分配并且内部意见的协调与总体方案的整合。比如说2006年6月30日国务院成立了以发改委和卫生部牵头、16个部门参与的深化医药卫生体制改革部际协调工作小组，负责研究并提出深化医药卫生体制改革的总体思路和政策措施。此后，2008年12月为切实加强对深化医药卫生体制改革工作的统一指导，国务院决定成立深化医药卫生体制改革领导小组，同时取消原来的医改协调小组。新成立的医改领导小组由常务副总理李克强担任组长，两位国务院副秘书长以及五位部级领导担任副组长，由20个部门组成。成立后的医改领导小组负责综合审议深化医药卫生体制改的重大方针、政策、措施，组织推动深化医药卫生体制改革工作，统筹协调深化医疗卫生体制改革工作中的重大问题，推动医疗改革政策的实施。

在第三章我注意到影响医疗卫生体制改革过程的利益集体。我一共找到了四种利益集团：分别是，普遍群众、政策研究群体、经济利益集团和政策制定部门。除了分析每个利益集团的特点之外我还详述他们通过哪些渠道参与医改政策制定的过程更解释了他们为了参与改革的制定使用了哪些方法。比如说，普通群众对改革的期望和支持很高，所以他们通过各种各样的渠道参与改革过程，参与方式包括通过网络、媒体，甚至直接“上访”等方式积极表达自己的意见和建议。此外虽然群众们十分积极地发表意见，但毕竟渠道太多、内容太分散，不利于对政策的制定产生明显的、有效的影响。在这种情况下，中国中央和地方各级立法和行政机关出现了大量“开门立法”和行政公示等新现象。例如医疗改革启动之初，在医改协调小组决定正式委托专业研究机构进行备选方案的设计之前，决策者就首先通过网络向社会征求意见。2006年9月26日，医改协调小组在国家发展和改革委员会官方网站主页上开通了“我为医改建言献策”栏目，并公布了热线电话，直接听取社会各界对医改的意见和建议。

在新医改政策制定过程中，研究群体的参与也非常积极。实际上，通过内部智囊提供、建议或进行政策试验，以便增进决策者获取信息的数量和质量，是中共中央决策提息的一项重要传统。但是在制定这一次重大社会改革时除了继续依靠体制内少数官方智库提供的决策参考外，中央开始在更大范围内征询各类“外脑”（即各部政策研究群体）的意见和建议，这成为当代中国政治的一种新气象。在医改政策制定的四年中，通过广开言路，中国决策者广泛而系统的吸收了来自各方面专家学者的意见，包括国内外各种类型的智库、大学、国际组织、私人咨询公司，甚至国外的医疗改革顾问、专家，他们中的许多人

受邀针对改革计划提出批评与建议。根据医改协调小组主要决策者的说法，新的医改方案，最终综合吸收了十余家政策研究机构所提供的备选方案。

除了普遍群众和研究群体之外，经济利益团体对新医改制定政策过程也起到了影响。围绕医疗卫生体制改革，相关利益团体主要包括以下几类：国内医药零售行业组织利益团体。中国医药商业协会正是该行业的主要利益代表。还有国内医药生产企业组织利益团体，中国医药企业管理协会、中国医药商业协会以及各地医药行业协会该行业利益代表。此外，还有国内商业保险公司组织利益团体。另一方面也不可忽视国外经济利益团体的参与和影响，在此次医疗改革政策的制定过程中，表现最活跃的是一个由美国、日本欧洲等39家大型跨国药品研制药企业组成的名为“中国外商投资企业协会药品研制和开发行业委员会”的非政府组织。

当然，不可或缺地是政策制定部门团体的参与。这次医疗改革，先后有16个中央政策部门参与到政策制定过程中来。各部委除了根据部门职能负责部分方案的起草外，还需要按照统一的要求，参与宏观政策方案的拟定。这就要求各部委在各自负责板块的基础上进行协调与沟通，以便使方案有效结合起来。

在第三章我也分析了利益集团在新医改实施阶段的影响。2009以后中国政府公布了“中共中央、国务院关于深化医药卫生体制改革的意见”和“2009 - 2011深化医药卫生体制改革实施方案”这两件正式文件的发放标志着新医改实施阶段开始了。在这个阶段有一些利益集团，尤其是经济集团，继续影响着新医改，比如它们经常通过非法手段影响了新医改。

在论述的结尾部分，在通过对新医改政策制定过程的分析以及其实施的论述后，对于中国决策的制定过程是否为多元化我们能够得到一个清晰的结论。

INDICE

RINGRAZIAMENTI	<i>p. 9</i>
INTRODUZIONE	<i>p. 10</i>
CAPITOLO PRIMO	
1.1 IL PROCESSO DECISIONALE	<i>p. 13</i>
1.1.1 Identificazione delle problematiche	<i>p. 16</i>
1.1.2 Formulazione di proposte di policy	<i>p. 22</i>
1.1.3 Legittimazione della proposta	<i>p. 24</i>
1.1.4 Implementazioe della policy	<i>p. 25</i>
1.1.5 Valutazione della politica attuata	<i>p. 25</i>
1.2 IL PROCESSO DECISIONALE IN CINA	<i>p. 26</i>
1.2.1 Gli attori del processo decisionale	<i>p. 27</i>
1.2.2 L'architettura del sistema legislativo	<i>p. 30</i>
1.2.3 Le fasi del processo decisionale	<i>p. 33</i>
1.3 IL CASO DI STUDIO: LA RIFORMA SANITARIA IN CINA	<i>p. 40</i>
CAPITOLO SECONDO	
2.1 IL SISTEMA SANITARIO CINESE DURANTE IL PERIODO MAOISTA	<i>p. 44</i>
2.2 LA POLITICA SANITARIA CINESE DAL 1978 AL 2002	<i>p. 48</i>
2.2.1 Premessa	<i>p. 48</i>
2.2.2 Evoluzione del sistema sanitario nel primo ventennio di riforme	<i>p. 50</i>
2.2.3 Conclusioni	<i>p. 59</i>
2.3 LA NUOVA RIFORMA SANITARIA	<i>p. 64</i>
2.3.1 Premessa	<i>p. 64</i>
2.3.2 Prima fase: riconoscimento del fallimento della politica sanitaria precedente, la nuova riforma sanitaria entra nell'agenda di governo	<i>p. 67</i>

2.3.3 Seconda fase:formulazione della policy (ottobre 2006-febbraio 2008)	<i>p. 72</i>
2.3.4 Terza fase: deliberazioni interne (febbraio-settembre 2008)	<i>p. 76</i>
2.3.5 Quarta fase: consultazioni pubbliche	<i>p. 79</i>
2.3.6 Quinta fase: implementazione della riforma (marzo 2009-oggi)	<i>p. 82</i>
2.3.7 Conclusioni	<i>p. 83</i>
2.4 LA SITUAZIONE DEL SISTEMA SANITARIO CINESE DURANTE E DOPO LA RIFORMA: ELEMENTI DI NOVITA' E ALCUNI DATI	<i>p. 84</i>
2.5 GLI ORGANI DECISIONALI E IL LORO COORDINAMENTO	<i>p. 94</i>
2.5.1 Il Gruppo di Coordinamento del Consiglio di Stato	<i>p. 96</i>
2.5.2 Il Leading Small Group	<i>p. 98</i>
CAPITOLO TERZO	
3.1 PREMESSA	<i>p. 100</i>
3.2 I GRUPPI D'INTERESSE E IL LORO IMPATTO IN FASE DELIBERATIVA	<i>p. 101</i>
3.2.1 La popolazione	<i>p. 101</i>
3.2.2 I gruppi di ricerca	<i>p. 110</i>
3.2.3 I gruppi di pressione economici	<i>p. 120</i>
3.2.3.1 Modalità d'azione dei gruppi economici domestici	<i>p. 125</i>
3.2.3.2 Modalità d'azione dei gruppi economici stranieri	<i>p. 128</i>
3.2.4 Gli organi decisionali	<i>p. 130</i>
3.3 IMPATTO DEI GRUPPI D'INTERESSE IN FASE DI IMPLEMENTAZIONE	<i>p. 134</i>
CONCLUSIONI	<i>p. 139</i>
BIBLIOGRAFIA	<i>p. 144</i>

LISTA DELLE TABELLE, FIGURE E GRAFICI

CAPITOLO PRIMO

Figura 1.2	Rappresentazione grafica del processo di policy-making nella RPC.	<i>p. 39</i>
-------------------	---	--------------

CAPITOLO SECONDO

Tabella 2.1	Alcuni indicatori demografici riferiti all'anno 1950 e all'anno 1982.	<i>p. 48</i>
--------------------	---	--------------

Tabella 2.2.1	Trend della spesa sanitaria nel corso degli anni '90.	<i>p. 54</i>
----------------------	---	--------------

Tabella 2.2.2	Aumento dei costi dei servizi sanitari durante gli anni '90 e contemporanea diminuzione della copertura assicurativa nelle aree rurali e nelle aree urbane.	<i>p. 60</i>
----------------------	---	--------------

Tabella 2.4.1	Trend dei principali indicatori della spesa sanitaria.	<i>p. 87</i>
----------------------	--	--------------

Tabella 2.4.2	Panoramica dei tre principali programmi di assicurazione sanitaria in Cina.	<i>p. 88</i>
----------------------	---	--------------

CAPITOLO TERZO

Grafico 3.2.1	Grado di partecipazione da parte dell'opinione pubblica attraverso commenti e suggerimenti. Fase delle consultazioni pubbliche.	<i>p. 107</i>
----------------------	---	---------------

Tabella 3.2.2	Centri di ricerca legati a ciascun ministero	<i>p. 115</i>
----------------------	--	---------------

RINGRAZIAMENTI

Un primo ringraziamento va al relatore di questa tesi, il professor Brombal, i suoi preziosi consigli sono stati indispensabili durante il lavoro di analisi e stesura dell'elaborato.

Grazie ai miei genitori, Paola e Maurizio, che sono delle persone dal cuore immenso e che da sempre appoggiano e si interessano a quello che faccio. Grazie a mie sorelle, Chiara e Francesca, per il loro sostegno costante e per l'affetto che mi dimostrano.

Un ringraziamento speciale va a Daniela, sarebbe poco definirla zia, poiché è, per me, amica, sorella e consigliera, e in questi mesi mi ha dato molti suggerimenti stilistici e si è interessata al mio lavoro.

Grazie alle amiche di sempre, Elena, Valentina, Giada e Cecilia, che riescono a strapparmi un sorriso anche nei momenti tristi. Grazie a Lisa e Francesca, amiche e compagne di studi, per aver condiviso con me la passione per la Cina.

Un ringraziamento va anche a Valeria e Camilla, che hanno accompagnato, in momenti diversi, le mie giornate cinesi. Mai avrei pensato poter stringere legami così forti e durevoli in pochi mesi.

Infine, grazie a mia nonna Liliana, a cui questa tesi è dedicata, la sua saggezza e la sua forza sono un punto di riferimento costante.

INTRODUZIONE

Durante i tre periodi di permanenza in Cina che hanno accompagnato il mio percorso di studi universitari, mi è capitato in diverse occasioni di vedere coppie di anziani signori, di cui uno solitamente gravemente e visibilmente malato, elemosinare denaro nei centri storici cittadini e chiedere un aiuto per pagare le cure del proprio coniuge. Quando nel 2013, trovandomi a Nanchino per studio, ho avuto modo di lavorare come stagista nella filiale locale di Generali China, società che è entrata sul mercato cinese soltanto da pochi anni e lavora sulla vendita di pacchetti per la copertura delle spese sanitarie, ho cominciato a comprendere, grazie soprattutto alle spiegazioni dei miei colleghi, a quante difficoltà deve andare incontro un cittadino cinese per ottenere delle buone cure mediche e quanto il sistema sanitario sia iniquo.

Lo spunto per la mia tesi giunge in parte da questa mia esperienza pratica e in parte dalla persona che ha seguito il mio lavoro, il professor Brombal. Il taglio politico che la tesi è venuta ad assumere è derivato dalla sua spinta ad affrontare il tema della sanità da un punto di vista nuovo e ancora poco approfondito dalla letteratura. Se, infatti, molto è stato scritto sulla situazione della sanità cinese, poco si sa ancora su quello che è stato il processo che ha portato nel 2009 all'implementazione di una nuova riforma sanitaria, dopo i disastrosi risultati ottenuti con la strategia applicata nel ventennio degli anni e novanta, quando, con l'apertura del mercato, la Repubblica Popolare Cinese si trovava nel pieno del boom economico.

L'analisi si è concentrata innanzitutto sullo studio del processo deliberativo, ossia delle modalità concrete con cui le decisioni vengono prese in Cina. La nuova riforma sanitaria ha fornito un caso di studio particolarmente interessante data l'urgenza di una trasformazione radicale del funzionamento della pubblica sanità all'inizio degli

anni duemila e data la svariata quantità di interessi che una riforma di tale portata coinvolge, non solo in Cina ma in qualsiasi altro Paese del mondo.

Attraverso lo studio del processo di policy-making della riforma sanitaria, ho cercato di valutare quanto il decision-making nella RPC si sia evoluto in senso pluralista.

La trattazione si svolge in tre capitoli. Sono partita da una premessa generale sul funzionamento del decision-making in un sistema relativamente aperto e pluralista arrivando a distinguere un totale di cinque fasi che lo caratterizzano in maniera più o meno standardizzata.

Inoltre, grazie al supporto teorico della sociologa Donatella della Porta, ho individuato cinque criteri che definiscono un processo deliberativo aperto, ossia, inclusività, equa partecipazione, trasparenza, ragione e conoscenza, e capacità del processo di trasformare le opinioni dei decisori.

Sempre nel primo capitolo ho introdotto anche le modalità con cui vengono prese le decisioni nel contesto specifico della Repubblica Popolare Cinese, descrivendo i principali organi coinvolti nelle deliberazioni e i gruppi d'interesse esterni che sono potenzialmente in grado di influenzare il risultato finale. Anche nel caso del decision making cinese sono stata in grado di suddividere il processo in cinque fasi principali.

Nel secondo capitolo, mi sono addentrata nel cuore del discorso. Ho ritenuto opportuno dare alcuni accenni al sistema sanitario cinese in epoca maoista proseguendo poi con un'analisi del sistema dagli anni , con l'avvio delle riforme, agli anni novanta. Ciò è risultato necessario a comprendere le ragioni alla base della riforma sanitaria dei primi anni Duemila.

Con questa premessa, il secondo capitolo si concentra in seguito sul processo di riforma sanitaria dal 2006 al 2009. L'iter è stato suddiviso in cinque fasi e per ognuna di esse sono stati applicate le cinque qualità del processo deliberativo. Ho inoltre discusso il coordinamento interno al governo durante il processo data la complessità del tema e data la grande quantità di ministeri che hanno partecipato alla riforma.

Il capitolo dà inoltre alcuni accenni a come la riforma è stata implementata dal 2009 ad oggi, quali misure sono state prese dal governo dal punto di vista dell'erogazione, del finanziamento e della pianificazione del servizio.

Nel terzo capitolo ho descritto i gruppi d'interesse che hanno influenzato il processo di riforma sanitaria. Nel complesso sono stata in grado di individuare quattro gruppi fondamentali, il gruppo costituito dalla popolazione, quello degli istituti di ricerca, i gruppi d'interesse economici e quello degli organi decisionali. Per ciascuno di essi, ho voluto comprendere l'interesse che li ha spinti a partecipare al processo e le modalità con cui hanno agito.

Infine, ho ritenuto necessario proseguire l'analisi con la trattazione delle pressioni subite dalla riforma in fase di implementazione, ovvero dal 2009 ad oggi. Nella valutazione sul grado di pluralismo del processo, infatti, non ho potuto prescindere dall'esaminare l'applicazione pratica dei documenti che hanno segnato la fine del processo deliberativo.

L'ultima parte è dedicata alle conclusioni del mio lavoro di analisi, in questa sezione ho cercato rispondere al quesito iniziale sulla reale apertura e pluralismo del sistema decisionale cinese, in base al caso di studio considerato.

CAPITOLO PRIMO

1.1 IL PROCESSO DECISIONALE

In ogni sistema politico¹ da quello più autoritario a quello più aperto e pluralista le decisioni, in termini di leggi, riforme, politiche e nuovi programmi, sono il risultato finale di un iter che varia non solo a seconda del contesto nazionale, con le sue particolari caratteristiche economiche, sociali, culturali e politiche, ma anche in relazione al particolare problema oggetto di decisione, è fuorviante pensare che un paese abbia un singolo e omogeneo processo di formulazione delle politiche. Questo iter prende il nome di “processo decisionale”, dall’inglese *decision-making process*, o, volendo restringere il campo al solo processo di formulazione di una policy, *policy-making process*.

Partendo dalla distinzione tra sistema autoritario e sistema pluralista, l’analisi che seguirà, prenderà come punto di riferimento la seconda tipologia sistemica. Per

¹ Tra i vari studiosi che cercano di definire il concetto di sistema politico vi è un certo consenso nell’associare un sistema politico con l’esercizio della coercizione fisica legittima. Secondo Almond e Powell che affrontano la questione in *Politica comparata: sistemi, processi e politiche*, “[...] le domande che entrano nel sistema politico sono tutte in relazione alla coercizione fisica legittima, sia che richiedano la guerra sia che richiedano l’appropriazione di proprietà immobiliari per fini ricreativi”. Ancora “Quando parliamo di sistema politico, vi includiamo tutte quelle interazioni che riguardano l’uso di coercizione fisica legittima. Il sistema politico non include solo istituzioni politiche come i corpi legislativi, i tribunali e gli enti amministrativi, ma *tutte le strutture nel loro aspetto politico*. [...] Non stiamo, dunque, affermando che il sistema politico ha a che vedere solo con la forza, la violenza e la coercizione, ma, piuttosto, che il suo rapporto particolare con la coercizione ne è la qualità distintiva”.

Volendo definire l’accezione “sistema”, essa deriva dal fatto che, come qualsiasi altro sistema, anche quello politico è caratterizzato dall’interazione delle “parti” che lo compongono tra di esse e con l’ambiente esterno; e questo implica a sua volta la possibilità di delimitare i confini tra sistema e ambiente esterno. Tutti i sistemi politici interagiscono con il loro ambiente interno o internazionale. Essi influenzano e sono influenzati dalle loro economie, dai loro ambienti e risorse naturali, dai loro sistemi di istruzione e di tecnologia e da quelli etnici e culturali. La teoria sistemica divide le interazioni del sistema con suo ambiente esterno in tre fasi: l’immissione (*input*), la conversione, e l’emissione (*output*). *Input* e *output* sono gli elementi di transizione tra sistema e ambiente esterno, i quale modo perciò ne delimitano i confini; i processi di conversione invece, sono interni al sistema.

pluralismo in campo decisionale si intenderà d'ora in avanti la spiccata propensione di un sistema politico a rendere il processo decisionale influenzabile da attori esterni al sistema, e va distinto invece da quei sistemi monolitici e chiusi, in cui la formulazione delle politiche fa capo unicamente agli attori interni al sistema, senza subire l'influenza dell'ambiente esterno. Proprio in virtù delle sue caratteristiche di eterogeneità e variabilità, e per la quantità e la varietà di attori che prendono parte al processo, il decision-making in un sistema pluralista, come ad esempio quello statunitense, o come lo stesso sistema italiano, risulta più complesso ma anche più interessante da analizzare.

Nei paragrafi seguenti si procederà con una descrizione quanto più sintetica e generale del processo di formulazione di una policy. Quanto appena detto potrebbe sembrare contraddittorio dal momento che si è affermata la varietà dei processi non solo in relazione al paese, ma anche in relazione alla problematica che il governo affronta. All'interno del processo, tuttavia, è possibile individuare delle fasi, dei punti cardine che, seppur non sempre chiaramente distinguibili, si presentano in modo costante durante il policy-making process.

Come già chiarito², un sistema politico, in quanto sistema, non è chiuso, ma interagisce costantemente con l'ambiente esterno.

Dal punto di vista sistemico il processo politico è suddivisibile in tre fasi. La prima fase è quella di *input*, cioè la fase di immissione delle domande e sostegno che penetrano dall'ambiente esterno nel sistema³. Gli *input*, in realtà, non provengono soltanto dalla società della quale il sistema politico è parte, essi sono generati anche internamente dalle élite politiche, come re, presidenti, ministri, legislatori e giudici;

² Cfr. nota 1

³ David Easton in *An approach to the Analysis of Political System* è il primo ad analizzare la politica in termini sistemici espliciti e distingue due tipi di *inputs* nel sistema politico: domande e sostegni. Alcuni tipi di domande rivolte al sistema politico possono essere: a) domande per la distribuzione di beni e servizi; b) domande di regolamentazione del comportamento; c) domande di maggiore o minore tassazione o per altre forme di estrazione delle risorse; d) domande per la comunicazione delle informazioni; e) domande di partecipazione nel processo politico o di maggiore equità di rappresentanza tra gruppi sociali; f) domande di maggiore stabilità e ordine. Il secondo tipo di input è il sostegno. Le domande da sole, infatti, non sono sufficienti per mantenere attivo il sistema politico: “[Demands] are the raw material out of which finished products called decisions are manufactured. Energy in the form of actions or orientations promoting or resisting a political system, the demands arassimo in it, and the decision issuing from it must also be put into the system to keep it running. This input I shall call support”.

possono altresì provenire dal sistema internazionale sotto forma di minacce, invasioni, controlli e assistenza da parte di sistemi politici stranieri. La seconda fase è la conversione, una fase interna al sistema che consiste nella trasformazione degli *input* in *output*. L'emissione degli *output* è la terza e ultima fase. Le domande sono pertanto trasformate dal sistema in *output*⁴ politici sotto forma di tassazione, trasferimenti sociali o controlli dei prezzi e dei salari. Questi *output* possono determinare dei cambiamenti nell'ambiente, gli *outcome* (esiti)⁵.

Il processo di formulazione delle policy è la fase centrale dei processi politici, si tratta, per l'appunto, del momento in cui le domande vengono trasformate in decisioni dotate di autorità. Le fasi di cui si compone il processo di policy-making sono molto simili a quelle individuate per il processo politico. Il percorso di immissione, conversione ed emissione, di trasformazione degli *input* in *output*, resta costante, la fase di conversione si articola in modo più dettagliato e nel complesso è possibile individuare cinque fasi⁶.

La prima fase è quella di individuazione delle problematiche, ovvero l'oggetto della futura policy, e di organizzazione dell'agenda di governo: alcune problematiche individuate resteranno, permanentemente o momentaneamente, al di fuori dall'agenda mentre altre ci entreranno. Facendo riferimento alla teoria sistemica⁷, questo primo step è associabile alla fase di immissione degli *input*: la problematica, sotto forma di domanda, verrà prima individuata da uno o più attori all'interno o all'esterno del sistema, per poi essere presentata ai policy makers. Come nel processo politico, la domanda dovrà ricevere sufficiente sostegno in termini di visibilità e di interesse, per poter entrare nell'agenda di governo.

⁴ Almond e Powell individuano quattro classi di *outputs*: a) estrazioni, che possono prendere la forma di tributi, bottino, tasse, o servizi personali; b) regolazioni del comportamento che possono assumere una molteplicità di forme; c) distribuzione di beni, servizi, opportunità, onori, status e simili; d) outputs simbolici, comprendenti affermazioni di valore, sfoggio di simboli politici e dichiarazioni di linee politiche e di intenti.

⁵ Almond, G. A., Bingham Powell, G. *Politica comparata: sistema, processi e politiche*, Il Mulino, 1988

⁶ Di Nitto, D.M., *Social Welfare: Politics and Public Policy*, 7/E (2010)

⁷ Cfr. nota 1

La seconda e la terza fase, sono rispettivamente la formulazione della proposta di policy e la legittimazione della proposta stessa. Si tratta della fase di conversione degli *input* in *output*, ed è quindi la fase interna al sistema politico, anche se come sarà spiegato in seguito, non è esente dall'influenza dell'ambiente esterno.

Infine, gli ultimi due steps sono l'implementazione della policy e la valutazione dei risultati ottenuti. Volendo continuare il confronto con la teoria sistemica, si è giunti alla fase di emissione degli *output*, sotto forma di esecuzione della policy. La nuova politica produrrà dei risultati, gli *outcome*, che saranno valutati sia dai policy-makers, sia dagli attori esterni al governo.

Nei paragrafi che seguono, ciascuna di queste cinque fasi verrà descritta in modo più approfondito. Per ogni step, si cercherà di individuare gli attori principali che prendono parte al processo, influenzando il risultato finale.

1.1.1 Identificazione delle problematiche

Diversi fattori e attori contribuiscono all'identificazione dei problematiche che saranno oggetto di riforma. Tra questi l'ideologia politica, l'opinione pubblica, gli interessi privati di vari gruppi, i mass media giocano tutti un ruolo fondamentale nel riportare alcune questioni all'attenzione dei riformatori e di conseguenza nel far entrare tali questioni nell'agenda di governo, oppure, dal lato opposto, nel mantenere le problematiche al di fuori dall'agenda stessa.

Il primo passo del processo di policy-making è **stabilire l'agenda di governo**, cioè di fatto decidere cosa deve essere deciso, stabilire su quali questioni si concentreranno gli organi decisionali. Per poter essere incluse nell'agenda di governo le “domande⁸”, devono essere riportate all'attenzione pubblica; questo passaggio che può sembrare banale, non è affatto automatico: alcune problematiche, per quanto

⁸ Cfr. nota 3

urgenti e cruciali finiscono spesso per restare fuori dai programmi di riforma, per il semplice fatto che senza pressione politica, non vengono identificate come tali. Si pensi ad esempio, alla dottrina del “separate but equal”, che ha legittimato la segregazione razziale negli Stati Uniti d’America: senza l’azione da parte di gruppi organizzati, normali cittadini, think-tank e autorità politiche stesse, il governo statunitense non si sarebbe mai sentito costretto ad affrontare la questione che sarebbe rimasta quindi “invisibile”.

Prevenire alcune condizioni dal divenire questioni politiche, e quindi dal venire a far parte dell’agenda di governo, è, di conseguenza, una vera e propria strategia, detta del “**non-decision making**”, teorizzata dagli esperti in scienze politiche Peter Bachrach e Morton Baratz⁹. Il meccanismo del non-decision making si innesca quando gruppi d’interesse piuttosto che personalità influenti e organizzazioni, nel timore di veder danneggiati i proprio interessi, agiscono in modo tale da non permettere che una questione venga portata all’attenzione pubblica.

Anche l’**ideologia politica** può essere considerata un fattore propulsivo o meno dei processi di riforma.

Negli Stati Uniti il conservatore, definito come “chi, in politica, sostenendo il valore della tradizione, si oppone a qualunque ideologia progressista, e mira a conservare le strutture sociali e politiche tradizionali”¹⁰, si oppone al liberale, generalmente vicino ad un’ideologia progressista, colui che sostiene la difesa dello stato sociale e azioni come l’estensione dell’assistenza sanitaria. Il primo si identifica nel Partito Repubblicano, mentre il secondo nel Partito Democratico, il primo, in Italia, verrebbe considerato “di destra”, il secondo “di sinistra”. A livello di policy-making, l’ideologia agisce come forza discriminante: l’attuale presidente degli Stati Uniti, Barak Obama, democratico, sta sostenendo nella sua legislatura la riforma del sistema sanitario americano, una riforma osteggiata invece dalla controparte repubblicana.

⁹ Bachrach, P., and Baratz, M.S., *Power and Poverty*. New York, Oxford University Press, 1970.

¹⁰ Definizione disponibile al seguente link <http://www.treccani.it/vocabolario/> [data di accesso 23 Marzo 2015].

I **gruppi d'interesse** detti anche **gruppi di pressione**¹¹ sono tra le forze in grado di influenzare maggiormente le politiche, in quanto il processo politico si attiva proprio quando un singolo individuo o un gruppo di individui formulano una richiesta. Bentley¹² definisce i gruppi d'interesse come una “sezione della società con interessi propri che agisca o tenti di agire”. Almond e Powell¹³ li definiscono come “individui legati da comuni preoccupazioni e interessi, che sono consapevoli di questo legame”. Volendo definirlo empiricamente, un gruppo d'interesse è un insieme di persone che si aggregano e si organizzano su base volontaria impiegando le risorse a loro disposizione per influenzare le decisioni politiche. La partecipazione ad un gruppo di interesse è quindi libera e la sua organizzazione interna è solitamente formalizzata da norme.

Seguendo la classificazione dei gruppi d'interesse proposta da Almond e Powell¹⁴, si possono individuare quattro tipologie di gruppi d'interesse: **anomico, non-associativo, istituzionale, associativo**.

I **gruppi d'interesse anomici**, si caratterizzano come folle disorganizzate che esprimono una protesta spontanea, che cresce velocemente e rientra, di norma, altrettanto velocemente. Nonostante tali gruppi non siano organizzati, spesso, l'attenzione dei media e le interazioni personali, possono costituire almeno momentaneamente uno stimolo ed una direzione per gli individui.

Ci sono poi i **gruppi d'interesse non associativi**, anch'essi disorganizzati, differiscono da quelli anomici in quanto si fondano su interessi comunemente percepiti di razza, religione, lingua, regione, occupazione e ancora legami di sangue e

¹¹ Bentley, A.F., nel suo *The Process of Government: A Study of Social Pressure* definisce il termine pressione (pressure) come “push and resistance between groups. [...] is broad enough to include all forms of the group influence upon group, from battle and riot to abstract reasoning and sensitive morality”.

¹² Bentley A.F., *The Process of Government: A Study of Social Pressure*, The University of Chicago Press, Chicago, 1908.

¹³ Almond, G. A., Bingham Powell, G. *Politica comparata: sistema, processi e politiche*, Il Mulino, 1988

¹⁴ Cfr. nota 12

di discendenza; di conseguenza presentano una maggiore continuità nel tempo rispetto ai primi. Almond distingue due tipologie di gruppi d'interesse non-associativi, il primo è quel tipo di gruppo molto ampio caratterizzato da interessi percepiti come comuni che, tuttavia, non si è organizzato efficacemente secondo linee associative o istituzionali. Il motivo è solitamente il fatto che i costi di tempo e di energia del coinvolgimento sono troppo elevati ed i benefici collettivi per ogni singoli membri del gruppo sono proporzionalmente troppo piccoli, inibendo così la formazione delle organizzazioni. Un secondo tipo di gruppi non-associativi è il gruppo di dimensioni più piccole, formato da legami parentali, di discendenza, economici o etnici. Seppur caratterizzati da una certa continuità nel lungo periodo tali gruppi hanno un'articolazione specializzata degli interessi solo intermittente. La dimensione ristretta, che si basa su interazioni personali e dirette può essere molto efficace. Per esempio, richieste comuni avanzate da grandi proprietari ad un burocrate perché rimanga in vigore una tariffa protettiva su carni o cereali o, ancora, le richieste dei parenti ad un funzionario del governo per un trattamento di favore, dimostrano come invocare la consanguineità, il villaggio, vecchi legami con i leader può essere una strategia vincente.

La terza tipologia individuata è quella dei **gruppi d'interesse istituzionali**, quei gruppi che operano all'interno di organizzazioni quali partiti, corporazioni, corpi legislativi, chiese e burocrazie. L'organizzazione formale di origine ha una struttura di ruoli altamente differenziata, ma è organizzata per funzioni diverse da quella dell'articolazione degli interessi. Se si esclude il grado di organizzazione formale, le caratteristiche di questi gruppi sono in parte simili a quelle dei gruppi faccia-a-faccia costituiti da legami di sangue o di discendenza. Altre reti di interazione sociale sono utilizzate per offrire una base organizzativa da mettere in funzione e che è in grado di offrire un interesse comune ad articolare domande nell'arena pubblica. È probabile che i gruppi di interesse istituzionali, o come strutture istituzionali globali o come sottogruppi, siano molto potenti grazie alle risorse ed all'accesso garantito dalla loro base organizzativa.

Infine i **gruppi di pressione associativi** sono delle strutture specializzate per l'articolazione degli interessi che sono specificamente designate a rappresentare gli obiettivi di un aggregato particolare; le loro organizzazioni comprendono personale a tempo pieno, ruoli interni diversificati e procedure ordinarie per la formulazione degli interessi e delle domande. Esempi classici per questa tipologia sono i sindacati, le associazioni etniche e quelle di settore, le organizzazioni a base religiosa e quelle per promuovere specifiche cause politiche.

Le modalità di azione di un gruppo possono essere di natura diversa, esistono forme di azione 'deboli' e/o convenzionali, come ad esempio, la comunicazione, i contatti, l'informazione e via dicendo; oppure, forme di azione 'forti' e/o non convenzionali, come campagne presso l'opinione pubblica, ricorsi in giudizio, corruzione, finanziamento di campagne elettorali, scioperi, sit-in e così via. Esistono dunque, modalità di pressione giuridicamente lecite, se pensiamo ad uno sciopero o ad una campagna d'informazione, ma anche forme di pressione illecite, illegali, come ad esempio corrompere un funzionario politico.

L'azione dei gruppi è condizionata dalle risorse di cui dispongono, che possono essere di vario genere. Le due principali sono le risorse di tipo finanziario e quelle di tipo simbolico.

I gruppi che fanno capo a interessi economici, tendono a usare la risorsa finanziaria la quale, talvolta, consente il controllo di strumenti di comunicazione di massa, potenzialmente significativi come strumenti di pressione. Non è detto tuttavia che la risorsa finanziaria e il controllo dei mass media siano sufficienti. Un gruppo di interesse che si richiami all'opinione pubblica, per avere prospettive di successo, dovrà disporre di adeguate risorse simboliche. È necessario cioè che il gruppo possa spendere un'immagine accettabile e benevolmente valutata dall'opinione pubblica¹⁵.

Un potere tutt'altro che secondario è quello dei **mass media** i quali, filtrando le notizie, scelgono di mettere in risalto una causa piuttosto che un'altra. I mezzi di

¹⁵ Fisichella, D. (1994), *Gruppi d'interesse e di pressione*, Enciclopedia delle scienze sociali, disponibile al sito: www.treccani.it [data di accesso 27 marzo 2015]

comunicazione di massa sono, tra l'altro, uno dei principali canali di accesso alle élite politiche; dove i media sono controllati dalle élite ed i messaggi sono soggetti alla loro approvazione, essi risultano in gran parte eliminati come canali di accesso utili o riservati ai soli gruppi d'interesse favoriti. Tuttavia, nelle società aperte i mass media sono in grado di convogliare le domande politiche a coloro che prendono le decisioni.

Televisioni, giornali, riviste hanno il potere politico di decidere a quali problematiche, organizzazioni, gruppi di persone o singole personalità dare attenzione pubblica. Da non tralasciare, inoltre, i nuovi canali di comunicazione di massa come internet, uno strumento potentissimo con il quale gli stessi gruppi di interesse possono auto-pubblicizzare le proprie cause attraverso i blog e i propri siti internet. Si pensi ad esempio a Youtube o Facebook, piattaforme d'informazione che danno la possibilità a chiunque di esprimere le proprie idee con una libertà senza precedenti.

I mass media tendono, per ovvie ragioni di profitto, a prediligere ciò che fa notizia piuttosto che la notizia in sé, il rischio che ne deriva è di dare rilievo a questioni meno urgenti di altre che restano invece nell'ombra e ma che meriterebbero di essere affrontate con la massima priorità.

Infine, l'**opinione pubblica**, che rientra nella categoria dei gruppi d'interesse anomici¹⁶, per la sua natura non ben definita e senza chiara struttura, non è sempre determinante¹⁷ quanto altri fattori nello stabilire quali problematiche vadano affrontate e quali no. In ogni caso è nell'interesse degli organi di governo tenere conto dell'opinione dei propri elettori, i quali si esprimono attraverso petizioni, manifestazioni, ma soprattutto, ai giorni nostri, attraverso internet.

Talvolta invece sono i politici a richiedere ai propri cittadini di esprimersi su determinate questioni attraverso sondaggi, referendum e consultazioni pubbliche.

¹⁶ Vedi definizione di gruppo d'interesse anomico a p. 18.

¹⁷ L'influenza dell'opinione pubblica varia, ovviamente, in base al contesto istituzionale politico e socioculturale.

Il caso del nucleare in Italia è emblematico da questo punto di vista. Nel corso degli anni settanta, l'Italia si dotò di tre centrali nucleari. Tuttavia, la sicurezza delle centrali divenne motivo di preoccupazione nel corso degli anni ottanta quando il disastro di Černoby' portò l'Italia ad indire per l'anno successivo tre referendum nazionali, in quell'occasione l'80% dei votanti si espresse contro la costruzione di nuovi impianti e negli anni successivi vennero chiuse anche le centrali già esistenti. In seguito, il dibattito sul nucleare venne ripreso tra il 2008 e il 2011 quando, a causa dell'impennata dei prezzi del gas naturale e del petrolio, il Governo propose il ripristino delle centrali nucleari in suolo italiano. È stata una nuova consultazione pubblica, proposta dal partito Italia dei Valori, a chiudere definitivamente il programma nucleare italiano nel 2011.

1.1.2 Formulazione di proposte di policy

Una volta stabilito che una determinata problematica debba rientrare nell'agenda di governo, inizia la seconda fase del processo decisionale, quella della formulazione della policy. Anche in questo caso, non bisogna pensare a questo step come esente da pressioni e influenze esterne ed interne. In un sistema pluralista la fase deliberativa non si svolge a porte chiuse, in un ambiente isolato da influenze esterne, gli stessi fattori descritti nel paragrafo precedente continueranno a fare pressioni sul governo in modo tale che la policy protegga i loro interessi o, quantomeno, non li danneggi. Ugualmente, le decisioni all'interno del governo sono frutto di un coordinamento tra i diversi organi e ministeri ognuno dei quali ha una propria visione sulla via più giusta da intraprendere o su come le risorse messe in campo debbano essere distribuite, e spinge affinché tale idea prevalga sulle altre.

Nel concreto la proposta definitiva è il risultato di una commistione di più proposte originarie. Si tratta di un vero e proprio puzzle in cui i pezzi vengono mescolati e combinati in un sottile gioco di equilibrio che tenga conto degli interessi di ognuno. La fase di formulazione della policy è estremamente complessa, richiede conoscenze tecniche e altamente specializzate, conoscenze che un normale cittadino, pur avendo

delle preferenze e delle opinioni a riguardo, solitamente non possiede. Generalmente dunque, questo passo esclude, o se non altro, diminuisce considerevolmente la partecipazione popolare.

Diversi gruppi di ricerca vengono ingaggiati direttamente dal governo per formulare delle proposte di riforma; altri si muovono indipendentemente dando la loro proposta. Questi gruppi indipendenti organizzano convegni e conferenze invitando i membri di governo a partecipare, in modo tale che la proposta venga recepita. Ancora, gli svariati gruppi di interesse, le associazioni, le organizzazioni ma anche singole personalità come ricercatori, professori universitari, esperti nel settore daranno le loro proposte sotto forma di bozze complete oppure di suggerimenti.

I ricercatori non sono immuni da politicizzazioni; accade spesso che vengano strumentalizzati da altri gruppi di interesse, come aziende o associazioni di settore, i quali finanziano la ricerca, pubblicazioni di report e studi, al fine di proteggere in modo più o meno esplicito i loro interessi.

Il caso della diga del Vajont¹⁸ è un esempio di estrema strumentalizzazione della ricerca. Il 9 ottobre 1963, 260 milioni di metri cubi di montagna precipitarono nel bacino artificiale creato dalla diga del Vajont radendo al suolo diversi paesi ai piedi della diga e vicino al lago artificiale, e uccidendo duemila persone. Il disastro del Vajont è stata una tragedia annunciata: la società responsabile della costruzione dell'impianto (SADE¹⁹) con la complicità dei progettisti e dei ricercatori ma anche e degli organi statali, nonostante chiari segnali di cedimento del versante del monte Tok, nonostante diverse scosse sismiche e frane, e nonostante alcune simulazioni avessero messo in chiara luce il rischio di cedimento della montagna, non fermò la costruzione della diga né il riempimento dell'invaso.

¹⁸La diga del Vajont fu costruita tra il 1957 e il 1960, su progetto dell'ingegner Carlo Semenza nel territorio del comune di Erto e Casso, nella regione autonoma del Friuli Venezia Giulia.

¹⁹ SADE (*Società Adriatica di Elettricità*), società che aveva il monopolio dell'energia elettrica nel nord-est italiano prima della nazionalizzazione del settore elettrico.

1.1.3 Legittimazione della proposta

La proposta di riforma giunge quindi a sua formulazione definitiva. La fase che ne segue, prima dell'implementazione della nuova politica, è quella della sua legittimazione. Ciò avviene attraverso il coinvolgimento degli organi esecutivi che hanno il compito di formulare leggi e regolamenti, ordini esecutivi e decisioni amministrative che rendano la riforma applicabile nel concreto.

Bisogna tenere conto del fatto che la continuità che caratterizza i processi di formulazione ed esecuzione delle politiche, rende difficile stabilire un confine chiaro tra la fine di una fase e l'inizio di quella successiva. Gli organi esecutivi e quelli legislatori non possono sempre anticipare le condizioni che si verificheranno quando la policy promulgata sarà pronta per essere implementata. Ciò può essere dovuto anche al semplice fattore temporale. Molte politiche, soprattutto quelle ad ampio spettro, richiedono lunghi periodi di formulazione, periodi in cui l'ambiente esterno cambia. Altre volte è l'ambiente esterno a cambiare in modo repentino, se pensiamo per esempio ai fattori economici.

Per questo motivo esecutivi e legislatori si accorderanno o delegheranno un certo potere discrezionale ai funzionari incaricati della messa in atto della policy. Talvolta i policy-makers delegano ad agenzie specializzate il potere di emettere regolamenti applicativi coerenti con la legge emanata. Questi regolamenti, spesso più dettagliati della policy originaria, sono delle "sottopolitiche" che ricadono all'interno dello schema di mezzi e scopi stabiliti dalla politica generale.

La fase di legittimazione della politica seguita dalla fase di esecuzione, sono pertanto fasi in cui il processo di formulazione non finisce. Il confine tra fase deliberativa e fase di applicazione pratica quindi è da ritenersi un elemento di convenienza analitica²⁰.

²⁰ Almond, G.A., Bingham Powell, G., *Politica comparata: sistema, processi e politiche*, Il Mulino, 1988.

1.1.4 Implementazione della policy

Una volta adottata ufficialmente come legge, la nuova policy dev'essere implementata. La fase di implementazione consta di tutte le attività che risultano dall'adozione ufficiale della nuova policy.

Come già sottolineato²¹, è sbagliato ritenere che il confine tra fase “teorica” e fase “pratica” sia così netto, e che l'entrata in quest'ultima fase, sancisca la fine del processo di policy-making.

Capita talvolta che al passaggio di una legge non segua nessuna azione pratica. Ugualmente non si deve pensare che tale fase sia esente da complessità. Se in fase decisionale le lobby agiscono per modificare e influenzare dall'esterno gli esiti della riforma, non sempre i policy-makers sono in grado di soddisfare appieno tutti gli interessi. Inoltre, chi non ha avuto successo nel ritardare o fermare del tutto il processo decisionale, non smetterà di osteggiare la nuova politica quando essa diviene legge. Ne consegue che in fase di implementazione si innescano spesso meccanismi che puntano ad aggirare le regole già in atto, attraverso canali ufficiali come il ricorso a corti e tribunali che possono dilatare enormemente i tempi di applicazione della legge, ma anche attraverso metodi illegali come la corruzione.

1.1.5 Valutazione della politica attuata

Dopo che la politica viene implementata i governi si preoccupano di analizzare l'esito delle azioni messe in campo.

Nel valutare gli *outcome* delle politiche attuate è opportuna una distinzione tra esiti attesi ed esiti inattesi, e tra quelli immediati e quelli successivi. Almond e Powell precisano che “anche l'esito immediato delle politiche si discosta da quello atteso, poiché sono al lavoro fattori al di là del controllo dei politici e degli amministratori e poiché la capacità di quest'ultimi di determinare l'esito desiderato è limitato da una

²¹ vedi p. 12

comprensione parziale e inadeguata dei processi sociali”²². Per esempio, il gettito di una tassa dipende dall’andamento dell’economia, dall’efficienza dei mezzi utilizzati per la raccolta, e dall’atteggiamento dei contribuenti. Inoltre, l’implementazione di una politica è parallela all’implementazione di altre politiche nello stesso o in un diverso settore, che ne possono influenzare gli esiti. Continuando con l’esempio dell’imposizione di una tassa, essa sarà influenzata dalle politiche fiscali, da quelle monetarie e da quelle di welfare.

Gli studi che valutano l’efficacia delle politiche in fase di esecuzione sono utili ai riformatori per modificare o cambiare del tutto la strategia adottata. Spesso questa fase di valutazione innesca una nuova fase di formulazione, facendo così ripartire il processo di policy-making.

1.2 IL PROCESSO DECISIONALE IN CINA

Il processo descritto nelle pagine precedenti permette di capire come si articola il processo decisionale in un sistema pluralistico. L’analisi si concentrerà ora sul capire come funziona il policy-making nella Repubblica Popolare Cinese (*Zhonghua Renmin Gongheguo* 中华人民共和国).

A partire dagli anni ottanta la Cina ha avviato una serie di riforme che gradualmente hanno portato allo sviluppo di un’economia di mercato con caratteristiche molto simili a quelle dei paesi occidentali. Spesso si è portati a pensare che allo sviluppo economico che ha cambiato il volto della Cina nel giro di qualche decennio, non abbia corrisposto alcun cambiamento dal punto di vista politico e che il Paese sia rimasto un sistema monolitico in cui le riforme vengono decise in ambienti chiusi e isolati dall’ambiente esterno. In realtà, anche il processo politico in Cina ha subito un forte cambiamento, le recenti politiche messe in atto dal governo cinese, sono state

²² Cfr. nota 20

formulate in un ambiente più rilassato e aperto rispetto a quello che ha caratterizzato il periodo pre-riformistico.

Senza dimenticare il fatto che la Repubblica Popolare Cinese rimanga un sistema monopartitico e autoritario, l'analisi che seguirà si pone come obiettivo quello di valutare con quale grado il processo politico si sia effettivamente aperto e se la partecipazione di una maggiore quantità di attori nel decision-making cinese, renda il processo definibile come pluralista, nei termini definiti precedentemente.

1.2.1 Gli attori del processo deliberativo

L'**Assemblea Nazionale del Popolo** (*Quanguo Renmin Daibiao Dahui* 全国人民代表大会) è la massima istituzione statale nonché l'unica camera legislativa della Repubblica Popolare Cinese e l'unico organo che ha il potere di approvare o modificare la Costituzione. Conta circa 3000 deputati e si riunisce una sola volta all'anno. Proprio per questo motivo è dotata di un **Comitato Permanente** (*Quanguo Renmin Daibiao Dahui Changwu Weiyuanhui* 全国人民代表大会常务委员会) che conta 175 membri. L'ANP ha il compito di formulare e ratificare le leggi e di eleggere le più alte cariche statali come il presidente della Repubblica²³.

Il **Consiglio di Stato** (*Guowuyuan* 国务院) è il più alto organo dal punto di vista amministrativo. È composto da 35 membri ed è presieduto dal Primo Ministro. Il Consiglio di Stato formalmente ha il compito di supervisionare la formulazione delle politiche e di presentare le proposte di riforma all'ANP per l'approvazione. Tuttavia, in alcuni casi, al potere esecutivo si aggiunge anche il potere legislativo; in materia di scienza e tecnologia, infatti, il Consiglio di Stato può approvare i regolamenti senza passare attraverso l'ANP.

²³ Cavalieri, R., *Lecture di diritto cinese*, Università Ca' Foscari di Venezia, Cafoscarina, 2012-2013.

Quando la nuova politica riguarda una sfera di vitale importanza, coinvolge un'ampia varietà di attori e interessi e tocca ampi settori della società, il Consiglio di Stato formerà un **Leading Small Group** (*lingdao xiaozu* 领导小组), che ha il compito di supervisionare il coordinamento tra i vari ministeri ai livelli più bassi. Un Leading Small Group riunisce membri del governo appartenenti a diversi settori, membri del Consiglio di Stato, rappresentanti del Partito Comunista Cinese (PCC) e dei vari ministeri che hanno il compito di rivedere la proposta di legge.

La creazione di un LSG costituisce un momento importante nell'iter di una legge. Durante il periodo delle consultazioni, un LSG pubblica studi e white papers che vengono talvolta pubblicizzati per sollecitare un feedback. Per feedback si intendono sia commenti e opinioni di normali cittadini, sia, più nello specifico, consultazioni private con imprenditori, o esperti dei settori sotto la lente dei policy-makers.

Gli LSGs vengono creati per tanto per occuparsi di riforme in discussione, di conseguenza sono solitamente organi temporanei che uniscono i rappresentanti dei vari ministeri e quelli del Partito. Essi rispondono direttamente al Consiglio di Stato, anche se si annoverano casi in cui un gruppo di lavoro è stato diretto congiuntamente dal Consiglio di Stato e dalla Commissione Centrale del PCC.

I primi LSGs vennero creati già a partire dal 1958, essi tuttavia non stati inclusi nei documenti o nelle spiegazioni disponibili pubblicamente, segno questo della loro natura informale e temporanea. Solo negli ultimi anni, Pechino ha fatto luce su questo aspetto caratterizzante del processo decisionale cinese, finora rimasto oscuro; sono stati resi pubblici documenti risalenti alla creazione dei primi LSGs nel 1958, ed è stata fornita una lista di tali gruppi e dei loro membri dalla fine degli anni in poi²⁴.

L'Ufficio Affari Legislativi del Consiglio di Stato (*Guowuyuan Fazhi Bangongshi* 国务院法制办公室) rivede e corregge le bozze di legge e di regolamento presentate al Consiglio di Stato. Per poter giungere al Consiglio di Stato, una proposta di riforma deve prima ricevere l'approvazione dell'Ufficio per gli Affari Legislativi che

²⁴ Miller, A. *China Leadership Monitor*, No. 26, disponibile al seguente link: <http://www.hoover.org/sites/default/files/uploads/documents/CLM26AM.pdf> [data di accesso 2 marzo 2015].

fra l'altro funge anche da organo di coordinamento tra i ministeri e assicura che i vari regolamenti non si contraddicano l'uno con l'altro.

I **Ministeri** di livello maggiore come il Ministero delle Finanze, la Commissione Nazionale per lo Sviluppo e le Riforme, e la Commissione per la Supervisione e l'Amministrazione delle Attività Statali, sono coinvolti in misura più o meno elevata in tutte i processi di policy-making e spesso sono parzialmente responsabili dell'implementazione delle nuove politiche. Ci sono poi i Ministeri che si occupano di settori specifici come il Ministero della Scienza e della Tecnologia, il Ministero della Protezione Ambientale, il Ministero dell'Industria e dell'Informazione ecc., il cui coinvolgimento varia a seconda dell'ambito della riforma.

Gli **istituti di ricerca governativi e non governativi** forniscono suggerimenti e consigli circa la formulazione delle politiche. Durante il processo decisionale accade spesso che i ministeri consultino direttamente gli istituti di ricerca commissionando loro reports e analisi. Alcuni esempi sono il Centro di Ricerca e Sviluppo del Consiglio di Stato, l'Accademia Cinese delle Scienze e l'Accademia Cinese delle Scienze Sociali. Talvolta vengono ingaggiate anche singole personalità come ricercatori e professori; anche i think-tanks all'interno delle università stanno aumentando di importanza, dal momento che i loro contatti con il mondo accademico straniero, in particolare quello occidentale, sono maggiori di quelli sotto il controllo diretto del governo.

Le **Associazioni di settore** fanno pressioni e cercano di influenzare il processo di riforma, richiedono dei cambiamenti a politiche già avviate o, ancora, propongono loro stesse ai policy-makers l'avvio di riforme nei settori di loro interesse.

Così come fanno le associazioni, anche le **aziende cinesi**, o **singole personalità** come i **business managers** svolgono azioni di lobby sulle politiche in esame. Spesso, i consigli d'amministrazione delle aziende statali contano al loro interno uno o più membri del PCC che possono esercitare la loro influenza sulla direzione delle

riforme. Inversamente accade anche che un business manager venga selezionato per qualche incarico all'interno del governo, dove darà il proprio contributo alle politiche già in discussione e ne proporrà delle nuove.

Le **Associazioni** e le **aziende straniere** ugualmente a quelle domestiche esercitano la loro pressione sulle riforme cercando di influenzarne la direzione. Le Camere di Commercio presentano le loro opinioni e le loro proposte di riforma al governo cinese o ad alcuni dei suoi membri. Sono stati aperti poi canali governativi di collaborazione formali come ad esempio la U.S.-China Joint Commission on Commerce and Trade (JCCT).

Infine, il **Partito Comunista Cinese** (*Zhongguo Gongchandang* 中国共产党) svolge un ruolo chiave nelle decisioni sia a livello centrale che a livello locale stabilendo le linee generali delle politiche. Il Partito inoltre nomina i rappresentanti dei ministeri, delle aziende di stato, di varie organizzazioni e del Consiglio di Stato.

1.2.2 L'architettura del sistema legislativo

Tre ampie categorie di attori sono principalmente responsabili della formulazione di nuove riforme in Cina: il primo gruppo è la cornice governativa attraverso la quale ogni proposta di legge deve passare; un secondo gruppo è responsabile della formulazione delle proposte di riforma che devono essere approvate; il terzo gruppo dalle aziende (sia pubbliche che private), dai privati cittadini e i vari stakeholders²⁵ che vogliono influenzare le riforme.

²⁵ La World Bank definisce uno stakeholder nel modo seguente: "A stakeholder is any entity with a declared or conceivable interest or stake in a policy concern. The range of stakeholders relevant to consider for analysis varies according to the complexity of the reform area targeted and the type of reform proposed and, where the stakeholders are not organized, the incentive to include them. Stakeholders can be of any form, size and capacity. They can be individuals, organizations, or unorganized groups. In most cases, stakeholders fall into one or more of the following categories: international actors (e.g. donors), national or political actors (e.g. legislators, governors), public sector agencies (e.g. MDAs), interest groups (e.g. unions, medical associations), commercial/private for-profit, nonprofit organizations (NGOs, foundations), civil society members, and users/consumers". La definizione è disponibile al seguente link: <http://www1.worldbank.org/publicsector/anticorrupt/PoliticalEconomy/stakeholderanalysis.htm> [data di accesso 1 Aprile 2015].

In generale, il Consiglio di Stato è l'autorità politica e il principale organo che sovrintende alla formulazione delle politiche tramite l'Ufficio per gli Affari Legislativi e i ministeri ad esso subordinati. Nelle prime fasi del processo l'Ufficio Affari Legislativi del Consiglio di Stato è particolarmente importante, in quanto funge da "apripista", per coloro che vogliono entrare nel processo decisionale, inoltre, la sua approvazione è necessaria affinché le proposte di riforma vengano prese in considerazione dal Consiglio di Stato ed eventualmente dall'ANP. Una volta che le proposte sono approvate dallo SCLAO, il Consiglio di Stato ha il compito di supervisionare il dibattito e la creazione delle bozze che verranno successivamente presentate all'Assemblea Nazionale del Popolo.

In realtà, seppur sotto il controllo del Consiglio di Stato, la stesura delle bozze è delegata ai burocrati all'interno dei singoli ministeri, i quali possiedono un adeguato background tecnico nei settori di pertinenza. Inoltre vengono organizzati dei gruppi di lavoro, i cosiddetti Leading Small Groups (LSGs), che sono composti dai rappresentanti dei ministeri coinvolti e spesso presieduti da uno dei ministri. Chiaramente, i ministri coinvolti nella singola politica variano a seconda del settore da essa trattato, ma, come già accennato in precedenza, il Ministero delle Finanze e la Commissione Nazionale per lo Sviluppo e le Riforme sono presenti nella maggior parte delle decisioni.

Oltre al Consiglio di Stato, i vari ministeri e gruppi di lavoro, numerosi think-tank, gruppi di ricerca sia interni che esterni al governo e singole personalità esperte in materia vengono consultati oppure invitati a partecipare fornendo commenti e suggerimenti riguardo le politiche in lavoro.

Anche le associazioni di settore e le singole aziende, sia domestiche che straniere influenzano il processo di policy-making. Lo stesso governo cinese in passato, ha incoraggiato e direttamente creato, associazioni di aziende appartenenti allo stesso settore. Oggi, nonostante molte di queste associazioni restino strettamente legate al

governo, stanno nascendo nuove associazioni in diversi settori. Molte di esse sono registrate all'interno del ministero governativo di appartenenza e presentano regolarmente reports sulle necessità delle aziende del settore (solitamente sia domestiche che non) e propongono nuove politiche o modifiche alle politiche già in atto. Le associazioni di settore rappresentano un potere crescente nel contesto del processo decisionale in Cina, anche perché molte di esse sono presiedute da funzionari di governo o di partito in pensione o temporaneamente senza carica governativa.

Oltre alle associazioni di settore, talvolta anche le singole aziende, svolgono azioni di pressione sul governo circa questioni specifiche all'interno della riforma. In altri casi invece, le nomine del Consiglio di Stato o dei ministeri tengono conto dei risultati ottenuti in precedenza dai candidati come managers all'interno delle aziende. Alla luce di ciò, è probabile che alcune aziende continueranno ad avere un peso considerevole nella formulazione delle politiche.

La bozza di policy viene presentata al Consiglio di Stato per il dibattito e la negoziazione. Una volta adottata dal Consiglio, la nuova politica diventa regolamento amministrativo. Tuttavia, nel caso in cui essa debba venire approvata anche dall'Assemblea Nazionale del Popolo accade spesso che quest'ultima richieda ulteriori revisioni prima di farla passare come legge ufficiale.

Le legislazioni adottate dall'Assemblea Nazionale del Popolo sono spesso vaghe, mancano di direttive chiare che permettano la loro effettiva implementazione. Di conseguenza, nella pratica, la responsabilità di amministrare e implementare le politiche cade sui singoli ministeri. Di solito, sulla base delle linee guida fornite dalla politica adottata dall'ANP, i vari ministeri creano le loro specifiche bozze di politica e le implementeranno ai livelli più bassi dell'amministrazione senza per forza ricevere l'input del Consiglio di Stato o del Partito. Capita inoltre che alcune politiche saltino completamente tutto l'iter legislativo: i governi locali e i ministeri possono sviluppare e implementare le loro politiche su problematiche specifiche. In ogni caso ogni proposta di riforma che preveda un budget finanziario significativo, la coordinazione

tra più ministeri o che sia legata ad obiettivi di sviluppo nazionale, deve passare il processo ufficiale sovradescritto.

1.2.3 Le fasi processo decisionale in Cina

Di seguito, l'analisi si concentrerà sulla descrizione delle varie fasi del processo decisionale in Cina. A seconda del settore specifico, dell'importanza e dell'ampiezza della riforma in questione e degli stakeholders coinvolti, ciascun processo decisionale, dall'iniziale fase propositiva alla sua implementazione può variare considerevolmente.

Alcune delle più importanti riforme avviate in Cina, dagli anni ottanta in poi, sono state adottate a livello nazionale dopo essere state sperimentate a livello locale. D'altro canto le riforme adottate a livello centrale sono soggette all'interpretazione dei singoli governi locali, che adattano le linee guida di una nuova politica al contesto in cui essa viene implementata.

In un territorio vasto come quello della Repubblica Popolare Cinese, in cui le differenze a livello territoriale, economico e sociale sono fortemente marcate, e le contraddizioni si sono accentuate ancora di più dopo l'avvio delle riforme, a livello locale la situazione risulta molto variabile, e ciò ha fatto sì che il governo centrale abbia lasciato ai governi locali un ampio margine di flessibilità nella sperimentazione di nuove strategie e nella loro interpretazione.

Nonostante non sia possibile delineare un percorso unico e standardizzato che caratterizzi tutti i processi di policy-making in Cina, lo schema proposto ha l'obiettivo di fissare una serie di fasi-chiave sempre riscontrabili, così come, per ogni fase, di individuare i principali organi coinvolti.

Come in qualsiasi altro paese, il processo di policy-making inizia con una **proposta di riforma**, un' "idea" che viene portata all'attenzione pubblica, piuttosto che con la stesura diretta di una bozza.

Le proposte possono giungere da diversi attori, dai governi locali, dalle organizzazioni di ricerca governative così come dalle associazioni di settore, dalle organizzazioni di ricerca non governative, o da singoli individui. Queste idee, acquisendo rilevanza pubblica, ottengono riconoscimento da parte del governo che inizierà a discutere le proposte nei documenti ufficiali. In questa fase tuttavia, le proposte sono ancora lontane dal diventare legge, anzi potrebbero volerci ancora degli anni prima che il governo decida di dare avvio al processo di riforma. L'inclusione delle proposte nei documenti segnala comunque l'interessamento e la probabilità di azioni future da parte del governo; inoltre può anche incoraggiare l'avvio di sperimentazioni a livello provinciale e stimolare i vari gruppi di interesse a fornire le proprie opinioni e suggerimenti in materia.

Le proposte possono anche partire dai governi, associazioni, centri di ricerca locali, non per forza il dibattito parte a livello centrale. Resta però un dato di fatto la necessità che tali spunti siano recepiti a livello centrale, tramite collegamenti tra funzionari locali e centrali, o tramite l'appoggio di qualche delegato dell'Assemblea Nazionale del Popolo. Perciò la presentazione ufficiale delle proposte avviene sempre ai livelli alti, dal Consiglio di Stato, dall'ANP o dai ministeri interessati. Dal momento che ogni attore persegue il proprio interesse strategico anche nel fornire commenti, opinioni o suggerimenti, è importante che le singole proposte siano in linea con gli obiettivi più ampi delineati a livello centrale.

Come già accennato, se le proposte di riforma comportano effetti su ampia scala, se richiedono l'impiego di sostanziose risorse finanziarie oppure se vanno a toccare obiettivi di sviluppo o temi particolarmente sensibili, devono essere presentate e riconosciute dal Consiglio di Stato e/o dall'ANP, per poter proseguire l'iter di riforma. Al contrario se queste ipotesi non si presentano, il ministero potrebbe saltare l'approvazione del Consiglio di Stato e dell'ANP e procedere direttamente alla stesura della bozza.

Il passo successivo è la **stesura della bozza iniziale**. Per le questioni più importanti, il Consiglio di Stato o l'ANP suggeriscono ai ministeri coinvolti di collaborare alla stesura della proposta e di presentarla all'Ufficio per gli Affari Legislativi del

Consiglio di Stato per la revisione e l'approvazione. Queste collaborazioni interministeriali si concretizzano nella creazione dei già nominati Leading Small Groups, che sono organismi creati ad hoc in fase decisionale e che supervisionano e coordinano la proposta fino alla sua adozione ufficiale.

Si giunge a questo punto alla fase più importante nel processo, l'**adozione ufficiale della proposta di legge** che avviene previa approvazione dell'Ufficio per gli Affari Legislativi (SCLAO).

Da questo momento la bozza entra nell'agenda di governo ed è soggetta a revisioni e commenti, sotto la supervisione dell'LSG che è di fatto, il braccio operativo del Consiglio di Stato. Oltre alla funzione principale di "filtro" in entrata, lo SCLAO ha anche il compito di modificare le bozze presentate, coordinare i ministeri e sollecitare i feedbacks da parte loro, controllare la costituzionalità delle bozze, e organizzare discussioni pubbliche sulle tematiche in questione; può anche presentare esso stesso le bozze.

Dopo l'approvazione da parte dello SCLAO, la **bozza diviene responsabilità del Consiglio di Stato**. In realtà nella maggioranza dei casi, il Consiglio di Stato si affida al Leading Small Group. Il meccanismo del gruppo di lavoro lo si ritrova spesso in Cina, ed è pensato con lo scopo di coordinare il lavoro dei vari attori che degli interessi o un certo peso nelle decisioni²⁶.

Negli ultimi anni, c'è stata una rapida crescita nella partecipazione pubblica alla stesura delle riforme, tanto che adesso la possibilità per le autorità di sollecitare il riscontro pubblico è protetta dalla legge. La decisione di quando aprire la bozza ai commenti e ai suggerimenti esterni e a chi e con quali metodi, è a discrezione delle autorità responsabili della stesura della bozza.

Nel caso in cui la legge o la riforma in questione debba passare anche l'approvazione dell'ANP, c'è un passaggio ulteriore di revisione. Spesso il Comitato Permanente

²⁶ Vedi spiegazione Leading Small Group p. 28

dell'Assemblea Nazionale del Popolo rivede le leggi che vengono ad esso presentate prima delle votazioni finali.

Si giunge dunque alla fase dell'**approvazione**. In alcuni casi, soprattutto per le politiche in materia scientifica e tecnologica, è lo stesso Consiglio di Stato ad avere il potere di approvare leggi e riforme.

Altrimenti, Il Consiglio di Stato presenta la legislazione all'ANP che è il più alto organo con potere legislativo in Cina. L'ANP è generalmente piuttosto passiva, nel senso che l'approvazione dei progetti di legge da parte dell'aula è quasi scontata e avviene generalmente con schiacciati percentuali favorevoli. Per esempio, la revisione costituzionale del 2004 è stata approvata con 2863 voti favorevoli, dieci voti contrari e diciassette astensioni²⁷.

In alcuni casi, tuttavia, la Commissione Nazionale per lo Sviluppo e le Riforme deve rivedere il piano di riforma prima di trasmetterlo all'Assemblea; oppure, in altri casi è il Comitato Permanente dell'ANP a rivedere l'intera bozza prima della votazione finale dell'Assemblea.

Questa fase può avere un sostanziale impatto sulla politica nel suo risultato finale. Infatti, è vero che una volta giunta all'ANP per la votazione finale una politica riceve quasi sempre l'approvazione unanime, ciononostante la concertazione che precede il voto può, nell'effettivo, influenzare la riforma. La maggioranza dei ministri, dei leaders e degli esperti coinvolti nella formulazione della bozza sono anche membri dell'ANP. Di conseguenza, proprio per la familiarità e il grado di coinvolgimento di tali attori nella politica, al momento della votazione quasi sempre l'Assemblea approva.

Dopo che il progetto di legge è ufficialmente approvato diventa parte della legislazione cinese. Spesso le leggi approvate sono piuttosto vaghe e assumono la forma di linee guida o principi generali, piuttosto che di indicazioni chiare e precise. L'**implementazione** e l'**interpretazione** della legge sono responsabilità del Consiglio

²⁷ Cavalieri, R., *Lecture di diritto cinese*, Università Ca' Foscari di Venezia, Cafoscarina, 2012-2013.

di Stato che pubblica regolamenti più specifici, le cosiddette opinioni (*yijian* 意见) e decisioni (*jueding* 决定). Ugualmente anche i singoli ministeri e i governi provinciali e locali hanno l'autorità di implementare e interpretare la legge attraverso la promulgazione di regolamenti coerenti con il linguaggio generale dello statuto.

I governi locali sono incoraggiati ad adottare politiche sperimentali suggerite dal governo centrale e possono formulare e implementare strategie locali e progetti pilota in diversi settori. Se la politica locale ha successo, il Consiglio di Stato o lo stesso governo locale spingerà affinché la politica venga adottata su scala nazionale.

Dopo l'implementazione, la legge può ancora subire **modifiche** o ancora essere **abrogata**. In Cina è l'organo legislativo, nella forma del Comitato Permanente dell'ANP, ad avere l'ultima parola sull'interpretazione della legge. Esso inoltre può anche rivedere i regolamenti passati dal Consiglio di Stato, dai governi locali e anche dai Congressi Popolari ai livelli più basso della pubblica amministrazione.

In caso di conflitto tra leggi e regolamenti ministeriali, è compito del Consiglio di Stato risolverlo.

Il processo legislativo include anche l'abrogazione delle politiche, che magari in precedenza, erano state adottate in via provvisoria. Questo passaggio è tanto importante quanto quello dell'avvio del processo di riforma: ad esempio, molte delle politiche fiscali a favore delle aziende straniere, sono state abrogate.

In conclusione, il processo di decision-making in Cina coinvolge diversi attori a diversi livelli politici. Non è più il caso di affermare che è un'élite a prendere le decisioni politiche in modo autoritario. È vero però che le decisioni finali, l'ultima parola su una determinata riforma, è data da un gruppo decisionale numericamente ridotto. Questo gruppo è formato in genere dagli "attori-chiave", come il premier, il vicepremier, i rappresentanti dei ministeri coinvolti nella politica, e così via. Ogni membro ha potere di veto, si cerca tuttavia di bilanciare gli interessi e promuovere la stabilità sociale.

Nello specifico, la struttura politica della Repubblica Popolare Cinese consiste di tre realtà fondamentali: il Partito Comunista Cinese, il Governo e l'Esercito Popolare di Liberazione. Il processo decisionale spiegato nelle pagine precedenti si concentra sul processo all'interno del Governo. Il PCC ha comunque un ruolo importante, può dare avvio o fermare il processo; inoltre ha l'autorità di promuovere o nominare i funzionari di governo. Il Partito è coinvolto nella creazione dei gruppi di lavoro, fornisce e/o nomina i membri dei consigli d'amministrazione delle aziende di stato.

Tuttavia come spiega Kennedy²⁸, nonostante il PPC sia molto importante, le aziende e gli attori che cercano di influenzare il processo si rivolgono direttamente alle agenzie governative o ai funzionari di governo responsabili. Nel contesto dei specifici regolamenti e politiche e per quanto riguarda le questioni a livello dei singoli settori industriali è il governo a prendere la maggior parte delle decisioni.

Il Partito quindi sembra influenzare il governo nel quadro generale; soprattutto sulle questioni strategiche, come la sicurezza sociale e l'economia. Tuttavia, dal momento che molti funzionari di governo occupano posizioni di rilievo anche all'interno del Partito, è importante tener conto della particolare influenza che tali personaggi possono avere decision-making.

²⁸ Kennedy, S., *The Business of Lobbying in China*, USA, First Harvard University Press, 2008

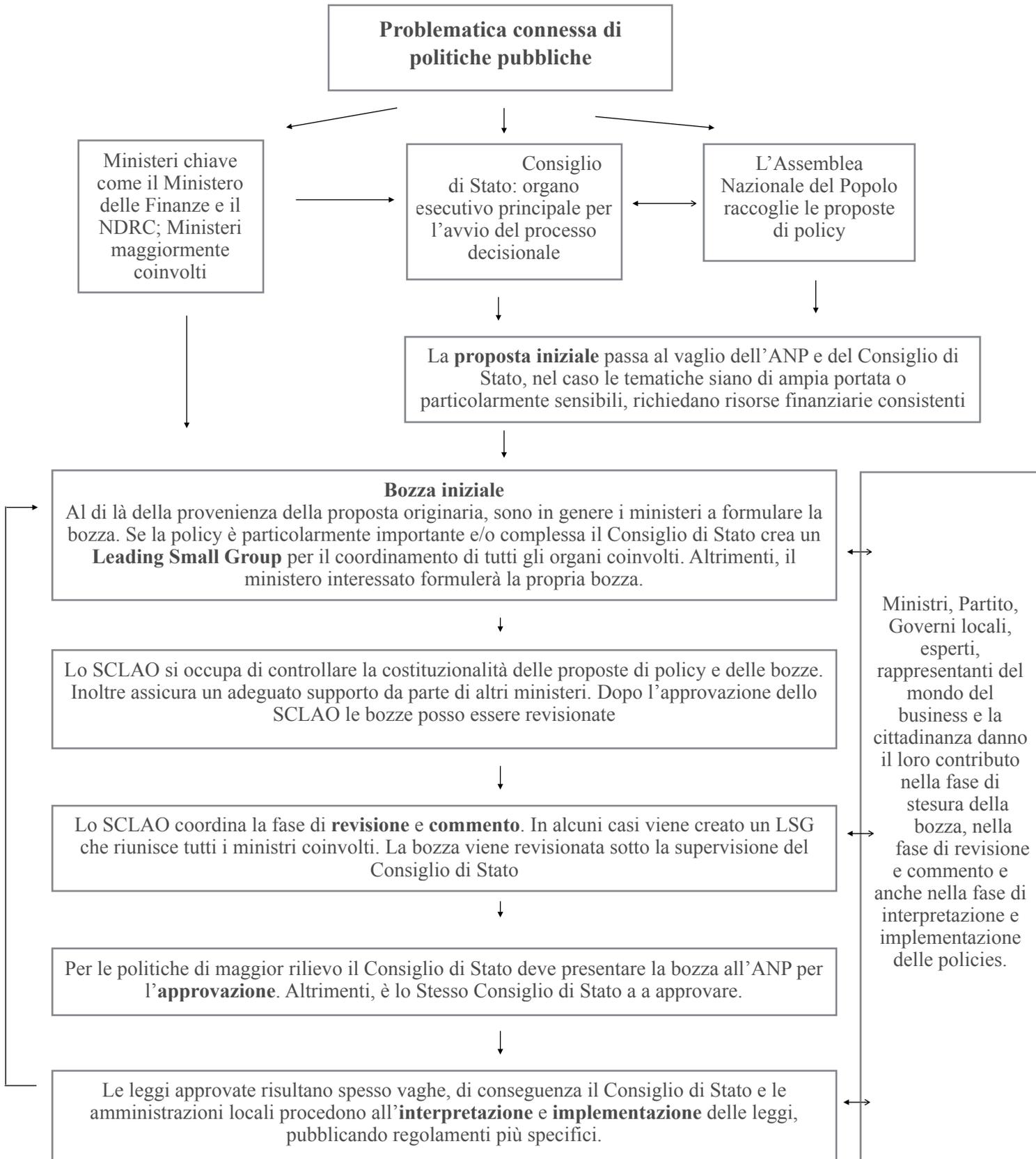


Figura 1.2 Lo schema sintetizza le fasi principali del processo di policy-making nella Repubblica Popolare Cinese.

1.3 IL CASO DI STUDIO: LA RIFORMA SANITARIA IN CINA

Per approfondire l'analisi sul processo decisionale in Cina, i capitoli seguenti si concentreranno sul caso specifico della riforma sanitaria, la quale fornisce un caso di studio unico, per la complessità del tema e per la quantità di interessi coinvolti.

La complessità del tema è comune a qualsiasi governo del mondo, ed è data fondamentalmente dalla difficoltà nel classificare il servizio sanitario come un bene pubblico puro, ovvero non rivale e non escludibile.

Tutti i governi del mondo si trovano costantemente a dover coniugare la volontà di fornire ai propri cittadini un servizio che sia conveniente e qualitativamente alto, da una parte, con i problemi di efficienza e di costi, dall'altra. La questione della predominanza del pubblico o del privato, il tentativo di conciliare le due realtà in modo efficace ed efficiente è il motore principale di molte riforme sanitarie. Ogni paese trova la propria soluzione, il sistema sanitario italiano è prevalentemente pubblico, mentre quello statunitense è dominato dal settore privato. Non sempre le soluzioni trovate sono soddisfacenti e spesso, a distanza di anni, persino decenni, le politiche in materia sanitaria vengono modificate; negli USA il governo Obama, sia per convinzione ideologica sia per un reale problema sociale, sta cercando in questi anni di rendere il servizio sanitario più accessibile a tutta la cittadinanza, aumentando quindi la componente pubblica.

Anche in Cina dopo lo smantellamento delle comuni popolari e delle unità di lavoro e la fine dei servizi di welfare che le due realtà garantivano, il governo cinese si è trovato faccia a faccia con il problema comune al resto del mondo.

Le politiche sanitarie degli anni ottanta e novanta, caratterizzate da un progressivo ritiro della presenza statale dalle strutture della pubblica sanità, sono state finalmente dichiarate fallimentari a partire dagli anni 2000; nel 2002 il Governo ha dato avvio a una nuova fase riformistica che ha portato all'implementazione di una politica sanitaria.

L'unicità del caso “riforma sanitaria” in Cina sta nell’attiva partecipazione al processo decisionale di attori e gruppi di persone altamente diversificati, una partecipazione pubblica che sembra non avere precedenti nel Paese e che apre una fase nuova del processo decisionale in Cina, dimostrando come esso sia molto vicino per caratteristiche a quello di un sistema aperto e pluralistico.

Le discussioni che hanno accompagnato tutte le fasi della riforma hanno coinvolto soggetti molto diversi, dai comuni cittadini a professori universitari esperti in materia, dalle aziende alle organizzazioni di ricerca.

Il governo cinese ha aperto numerosi canali di informazione e interazione tra i partecipanti e ha sollecitato alcuni attori a fornire commenti e suggerimenti, nonché commissionato studi e analisi a varie organizzazioni e gruppi di ricerca sia nazionali che internazionali.

L’iter della riforma sanitaria fornisce un caso empirico che dimostra come il sistema di policy-making nella RPC si stia evolvendo in senso più aperto e dinamico. Seppur con le dovute precauzioni dovute alla presenza di un governo monopartitico e i cui leader non sono eletti dalla popolazione, si può affermare che il policy-making in Cina si stia orientando verso il pluralismo. La questione sarà quindi definire con che grado il sistema possa definirsi deliberativo e aperto.

Quali sono, dunque, le caratteristiche di un sistema deliberativo? I cinque criteri delineati dalla sociologa Donatella della Porta²⁹ sono utili a chiarire questo punto.

La prima caratteristica di un processo decisionale dev’essere l’**inclusività** degli spazi deliberativi, che si esprime con la diversità degli attori, i quali si fanno portavoce di prospettive differenti riguardo un tema comune. Questo implica la partecipazioni di persone con conoscenze approfondite sul tema in questione ma anche della comune cittadinanza; tutti i punti di vista devono essere inclusi nella discussione anche se non tutti i gruppi hanno ugual peso nella decisione. Nel caso della riforma sanitaria in Cina bisognerà domandarsi se tutti i soggetti partecipanti sono stati in grado di

²⁹ Della Porta, D., *Deliberation in Movement: Why and How to Study Deliberative Democracy and Social Movements I*, Acta Politica, 2005

esprimere le proprie idee e le proprie preferenze e se gli spazi deliberativi (mass media, internet, discussioni pubbliche) sono stati aperti e resi accessibili a tutti.

La seconda qualità è l'**equità** o **equa partecipazione**. Nessun gruppo o privato cittadino deve essere avvantaggiato, o dominare il processo. Un processo decisionale può dirsi equo quando tutti gli interessi hanno uguale accesso agli spazi deliberativi. Nel caso in questione la domanda sarà: coloro che potenzialmente erano in grado di influenzare il processo decisionale, hanno avuto la possibilità di esprimere la loro opinione?

La **trasparenza** è il terzo criterio. Per essere trasparente, il processo decisionale deve essere aperto all'esame della cittadinanza, sia attraverso i mass media sia direttamente. Nel caso in esame, ci si preoccuperà di mostrare l'esistenza di canali attraverso cui i cittadini hanno potuto osservare il percorso della riforma sanitaria in corso d'opera.

Un quarto criterio è la **ragione** e **conoscenza**. Per una questione qualitativa, il processo decisionale deve includere persone o gruppi di persone con competenze specifiche sul tema che è oggetto di riforma. Questo significa domandarsi se la riforma sanitaria in Cina ha coinvolto esperti, gruppi di ricerca, professori universitari, e altre personalità con conoscenze approfondite e specifiche.

In ultimo il quinto criterio è la **trasformazione delle opinioni dei decisori**. Il policy-making deve cioè cambiare le opinioni, i punti di vista e le preferenze riguardanti il tema trattato. Sarà opportuno perciò analizzare le prime bozze della riforma e la versione finale della stessa.

Nei capitoli seguenti si vedrà come tutte queste caratteristiche siano presenti, in modo più o meno accentuato, nel processo della riforma sanitaria cinese.

L'analisi partirà da un excursus storico sul sistema sanitario cinese a partire dagli anni cinquanta, e si concentrerà poi sulla nuova riforma della sanità. Le varie fasi della riforma saranno valutate in base ai principi sopra indicati.

Inoltre, verranno presentate le modalità con cui il Governo ha coordinato il processo, quali organi hanno supervisionato l'intero periodo e a che livelli hanno agito.

A seguire verranno presentati i vari attori che hanno preso parte alle decisioni, per ognuno di essi si analizzeranno gli strumenti con i quali hanno agito e si cercherà di capire che impatto hanno avuto sulla riforma sia nella fase decisionale, sia nel periodo nella sua implementazione.

CAPITOLO SECONDO

2.1 IL SISTEMA SANITARIO CINESE DURANTE IL PERIODO MAOISTA

Dopo la presa di potere della Cina da parte di Mao Tse-tung e del Partito Comunista Cinese (PCC), e la fondazione della Repubblica Popolare Cinese nel 1949, la nuova dirigenza cinese si trovò di fronte ad una grave emergenza sanitaria. Anche per la sanità, fu creato un sistema con le caratteristiche tipiche delle società comuniste del XX secolo, adattate al contesto cinese, in cui la popolazione rurale dedicata all'agricoltura superava quella urbana.

Il governo prese il controllo di tutti i servizi sanitari e degli ospedali, da quelli di grandi dimensioni, solitamente situati nei maggiori centri urbani, alle cliniche delle zone rurali. Così come avvenne per tutti i settori, le pratiche private e la proprietà privata di ospedali e di tutti i servizi sanitari in generale scomparve. I medici divennero dipendenti statali³⁰.

La divisione tra zone rurali e zone urbane³¹, che caratterizzò tutto il periodo maoista e che prosegue ancora oggi, si rifletté anche in campo sanitario. Nelle zone rurali

³⁰Blumenthal, D., Xiao, W., *Privatization and Its Discontents-The Evolving Chinese Health Care System in Health Policy Reports*, The New England Journal of Medicine, 2005.

³¹ Nel 1949, all'indomani dalla fondazione della RPC, l'80%- 90% della popolazione cinese si concentrava nelle campagne. La differenza nel grado di sviluppo tra città e campagne era già molto marcata; la nuova leadership accentuò questa differenziazione ponendo le basi per due sistemi indipendenti. Alle SOE (aziende di stato), che si concentravano per lo più nelle zone urbane, venne affidato il compito di sviluppare i settori strategici, in particolare l'industria pesante. Le zone rurali divennero il supporto al settore secondario, ad esse venne demandato il compito di rifornire l'industria di cibo. Nelle città venne istituito sistema delle unità di lavoro (*danwei*), mentre nelle campagne vennero create le comuni popolari. La separazione dei due sistemi era garantita dal sistema di registrazione familiare, l'*hukou*, una sorta di carta d'identità personale nella quale oltre ad essere riportati i dati anagrafici, venivano indicati lo status relativo al sistema produttivo di appartenenza (agricolo/non agricolo), e i dati relativi all'area geografica di provenienza (rurale/urbana). L'*hukou* permetteva di controllare severamente i flussi migratori tra campagna e città e quindi il cambio di status, quasi impossibile da ottenere. Il sistema dell'*hukou* seppur con varie modifiche e deroghe, rimane in vigore.

furono istituite le comuni popolari che oltre ad organizzare la coltivazione e il raccolto, provvedevano a fornire tutti i servizi di welfare come l'educazione, la pensione e, chiaramente, anche il servizio sanitario. La crescita dell'economia collettiva fornì le basi per lo sviluppo dei cosiddetti **Rural Cooperative Medical Systems**, che venivano finanziati sia dai fondi di welfare collettivi, sia grazie al contributo dei contadini: la partecipazione pubblica variava dal 30% al 90%; mentre i contadini contribuivano con somme che andavano dal 0,5% al 2% del loro reddito annuale³². Il Rural Cooperative Medical System era organizzato su tre livelli: la sanità di base, a livello di brigata, era fornita da un milione di "barefoot doctors"³³, il secondo livello era costituito dagli ospedali delle municipalità, dove venivano curate le malattie comuni. Per i casi più gravi, invece, il cittadino veniva mandato negli ospedali dei grandi centri urbani che costituivano il terzo livello.

Per la popolazione urbana, invece, nel 1951 fu introdotto il **Labor Insurance System (LIS)**, che garantiva copertura sanitaria agli impiegati nelle aziende statali e ai dipendenti delle imprese collettive. I residenti urbani ricevevano le cure mediche direttamente negli ospedali urbani (il terzo livello del sistema sanitario). Normalmente, dopo la registrazione all'ospedale, il cittadino veniva visitato dal primo medico disponibile. Il costo dei servizi era coperto dall'azienda in cui il paziente lavorava attraverso appositi fondi assicurativi che si occupavano di rimborsare l'ospedale delle spese sostenute per le cure ³⁴.

Ai dipendenti del governo e agli studenti universitari il servizio veniva fornito attraverso il **Government Insurance System (GIS)**.

³² Carrin, G., Ron, A., Hui, Y., Hong, W., Tuohong, Z., Licheng, Z., Shuo, Z., Yide, Y., Jiaying, C., Qicheng J., Zhaoyang, Z., Jun, Y., Xheusheng L., *The reform of the rural cooperative medical system in the People's Republic of China: interi experience in 14 pilot counties*, Social Science & Medicine, 1999.

³³ I barefoot doctors, dottori a piedi scalzi (dal cinese *chijiao yisheng* 赤脚医生), vennero istituiti nel 1951 per far fronte alla carenza di personale medico delle campagne cinesi. Non si trattava di medici professionisti, bensì di popolazione comune dopo il diploma di scuola superiore, ricevevano un'istruzione sanitaria di base. Il training durava all'incirca sei mesi, in questo periodo gli operatori sanitari più che la cura delle malattie, imparavano la prevenzione delle stesse. Il personale paramedico veniva pagato il punti-lavoro, in pratica quindi, il compenso arrivava da una tassa sull'output della comunica locale in cui lavoravano.

³⁴ Brombal, D., *La sanità rurale cinese: interessi privati e necessità sociali nell'era di Hu Jintao e Wen Jiabao*, Università Ca' Foscari di Venezia, 2012.

La Rivoluzione Culturale minò in modo considerevole i servizi medici soprattutto nelle città, molti medici specializzati, etichettati come borghesi o controrivoluzionari, vennero inviati nelle campagne per la rieducazione. Inoltre, le università chiusero per un lungo periodo e ciò comportò una significativa battuta d'arresto nell'educazione di nuovo personale medico.

Per tutto il periodo di economia pianificata, dagli anni cinquanta fino ai primi anni ottanta, la politica sanitaria cinese si focalizzò sul miglioramento delle condizioni sanitarie di base di contadini, lavoratori urbani e militari. Il sistema sanitario era valutato come parte integrante del sistema comunista e quindi costituiva uno dei pilastri dello sviluppo dell'identità maoista. Le aziende private e gli incentivi di mercato furono eliminati dal sistema, a partire dagli ospedali e proseguendo con produzione dei medicinali.

Nel complesso è giusto affermare che il sistema implementato nel periodo maoista raggiunse con successo l'obiettivo di miglioramento delle condizioni di salute della popolazione, soprattutto nelle campagne, dove la situazione era già in partenza molto grave. La mortalità infantile declinò in modo consistente: se all'indomani dalla fondazione della RPC il tasso di mortalità si attestava a 145.85 ogni mille nati per la popolazione maschile e a 130.18 per quella femminile, nel 1982 la quota si era abbassata rispettivamente a 36.47 e a 34.54. L'aspettativa di vita aumentò da 44 anni, nel 1950 a 68 anni circa, nel 1982. Il caso cinese è un'eccezione se confrontato con gli altri paesi in via di sviluppo, dove la mortalità infantile cominciò ad abbassarsi solo negli anni sessanta, con una battuta d'arresto, o addirittura con un'inversione del trend, a partire dagli anni settanta. Due fattori nella politica economica del periodo maoista possono spiegare il successo raggiunto dal sistema sanitario. In primo luogo la pianificazione centralizzata dell'economia consentì allo Stato di avere forza politica sufficiente per implementare misure economicamente redditizie volte a ridistribuire le risorse mediche e organizzare campagne contro le malattie endemiche e contro le epidemie a livello nazionale. Il secondo fattore è proprio la creazione delle comuni popolari nelle campagne le quali permisero la creazione e il finanziamento

attraverso i fondi collettivi del Rural Cooperative Medical System. In particolare i barefoot doctors sono stati considerati il fiore all'occhiello di questo sistema.

Nel 1950 la popolazione cinese era prevalentemente rurale, solo l'11.18% della popolazione viveva nei centri urbani. Quando Mao fondò la RPC, la Cina aveva uno dei sistemi sanitari più poveri e mal organizzati del mondo. Soltanto una piccola parte del personale medico conosceva la medicina occidentale e la maggioranza dei contadini aveva accesso unicamente alla medicina tradizionale cinese.

Fu proprio per affrontare l'emergenza in modo veloce ed efficace che il governo cinese formò il personale paramedico, i cosiddetti barefoot doctors, per l'appunto. Alla fine degli anni sessanta, il personale medico cinese era aumentato in modo considerevole: si stima che ci fossero 172.000 assistenti medici, 186.000 infermiere, 42.000 ostetriche e 100.000 farmacisti. Tuttavia la maggioranza del personale era ancora concentrato nelle zone urbane. La formazione di personale paramedico, che avrebbe continuato il lavoro agricolo contemporaneamente all'assistenza medica, divenne l'unica soluzione. Già a partire dagli anni cinquanta molti medici specializzati provenienti dalle città si spostarono volontariamente nelle campagne per formare i contadini locali. I barefoot doctors diedero un importantissimo contributo all'espansione della sanità di base, al controllo e alla prevenzione delle malattie infettive³⁵.

³⁵ Brown, R.E., Garcia Piriz, D., Liu Y., Moore, J., *Reforming Healthcare in China - Historical, Economic and Comparative Perspectives*, Ford School of Public Policy, aprile 2012, disponibile al seguente link: http://sites.fordschool.umich.edu/china-policy/files/2012/07/PP_716_Final_Policy_Paper_Health-Final.pdf [data di accesso 3 aprile 2015].

Indicatore	1950	1982
Popolazione (milioni)	551.96	1016.54
Popolazione urbana (%)	11.18	21.13
Tasso di natalità	37	22.28
Tasso di mortalità	18	6.6
Aspettativa di vita alla nascita (maschi)	42.2	66.43
Aspettativa di vita alla nascita (femmine)	45.6	69.53
Tasso di mortalità (maschi)	145.86	36.47
Tasso di mortalità (femmine)	130.18	34.54

Tabella 2.1 La tabella mostra alcuni indicatori demografici riferiti all'anno 1950 e all'anno 1982³⁶.

2.2 LA POLITICA SANITARIA CINESE DAL 1978 AL 2002

2.2.1 Premessa

Nel dicembre del 1978, il terzo Plenum dell'XI Comitato Centrale del Partito comunista sancì l'ascesa al potere di Deng Xiaoping e l'avvio delle liberalizzazioni economiche in Cina. Fu proprio il nuovo leader a presentare in quell'occasione la proposta di modernizzazione che il Plenum approvò ponendo così la questione dello sviluppo economico al centro dell'agenda di governo.

³⁶ Feng, W., Mason A., *The Demographic Factor in China's transition*, Cambridge University Press, 2008.

Non è scopo di questa ricerca addentrarsi in un'analisi dettagliata delle riforme economiche che hanno cambiato il volto della Cina nell'ultimo trentennio; mi limiterò a dare alcune informazioni, che ritengo necessarie per capire il quadro generale in cui sono avvenuti i cambiamenti in campo sanitario, nelle note.

Basterà dire in questa sede che il 1978 è considerato lo spartiacque tra il periodo di economia dirigista e il periodo di economia di mercato, o usando la definizione dei leader cinesi, dell'**economia socialista di mercato**³⁷. Il nuovo sistema cancellò in modo definitivo alcuni degli istituti tipici dell'era maoista, come ad esempio le comuni popolari, e spalancò le porte all'entrata del mercato concorrenziale.

Se da un lato questo cambiamento aumentò la produzione e gli standard di vita della popolazione, dall'altro creò o andò ad acuire, gli squilibri all'interno del Paese. La rapidità dello sviluppo economico non è stata accompagnata da un cambiamento altrettanto celere dal punto di vista politico e legislativo. Con ciò non si vuole dire che al di fuori dell'ambito economico non siano avvenute delle trasformazioni, bensì che tali trasformazioni sono state più lente e sono state avviate più tardi rispetto alle riforme economiche. L'eccessivo focus del governo cinese sullo sviluppo economico ha tardato la presa di coscienza da parte della leadership sulle necessità in seno alla società cinese.

Nel primo ventennio di riforme il governo cinese si è progressivamente ritirato dalla partecipazione nel settore pubblico, senza però fornire la popolazione di un'alternativa valida. Con ciò mi riferisco ad esempio alla dismissione delle aziende statali, che ha avuto conseguenze gravissime sull'aumento della disoccupazione, e, più in generale, su tutto il sistema di welfare che è andato progressivamente

³⁷ L'espressione economia socialista di mercato è stata utilizzata per la prima volta nel 1992 in occasione XIV Congresso del Partito Comunista Cinese, quando viene ufficialmente inserito nella carta costituzionale. Il concetto di socialismo di mercato, in realtà, ha caratterizzato le riforme economiche in Cina sin dal loro principio e sta ad indicare la nuova struttura economica del Paese, caratterizzata da un sistema misto di mercato e pianificazione. La compatibilità dei due sistemi va ricercata nella gradualità con cui il governo cinese ha avviato la ristrutturazione del sistema economico socialista che aveva caratterizzato il periodo precedente l'avvio delle riforme. Nella pratica la convivenza dei due sistemi si è manifestata nella coesistenza di prezzi di mercato e prezzi stabiliti dal governo (Cfr. nota 50 *dual-track system*), tutela della proprietà privata e ideologia comunista, concorrenza di mercato e interventismo statale.

deteriorandosi. L'entrata del settore privato nell'ambito della sicurezza sociale non è stata possibile in modo completo perché di fatto i servizi privati erano economicamente inaccessibili alla maggior parte della popolazione. Il governo cinese d'altro canto sembra non aver colto da subito la grave conseguenza che il vuoto creatosi stava avendo sulla società, la presa di coscienza della dirigenza è avventa relativamente di recente, a partire dai primi anni duemila, con l'apertura della fase dell'armonia sociale nel cui ambito si inserisce anche la nuova riforma sanitaria.

Nelle pagine che seguono cercherò di far luce sull'evoluzione del sistema sanitario cinese nel primo ventennio di riforme. Cos'è cambiato dal punto di vista del finanziamento, dell'erogazione e della pianificazione rispetto al periodo maoista? Perché si è resa necessaria una Riforma Sanitaria?

2.2.2 Evoluzione del sistema sanitario cinese nel primo ventennio di riforme

Il sistema creato durante il periodo dirigista faceva rientrare il sistema sanitario, e, in generale, tutto il sistema di welfare, all'interno delle due grandi istituzioni sociali dell'epoca, le comuni popolari nelle campagne, le unità di lavoro nelle aree urbane.

Con l'inizio delle riforme questo sistema onnicomprensivo venne smantellato e si cercò di rendere indipendenti tutti i pezzi che lo componevano. Il risultato fu tuttavia che tutta l'attenzione del governo si concentrò per lungo periodo sullo sviluppo produttivo, mentre tutti gli altri pezzi del puzzle furono per lungo tempo messi in secondo piano.

La fine definitiva delle comuni popolari venne ufficialmente sancita nel 1983 da una circolare del Comitato Centrale³⁸. La gestione collettiva della produzione nelle

³⁸ Vedi *Zhonggong Zhongyang, Guowuyuan, guanyu shixing zhengshe fenkai jianli xiang zhengfu de tongzhi, zhongfa 1983 nian, 35 hao* 中共中央，国务院关于实行政社分开建立乡政府的通知，中发 1983年 35号 (Circolare del Comitato Centrale del PCC e del Consiglio di Stato sulla costituzione di governi di township per realizzare la separazione tra organi amministrativi e strutture collettive), disponibile al seguente link: <http://cpc.people.com.cn/GB/64184/64186/66701/4495412.html> [Data di accesso, 21 Aprile 2015].

campagne lasciava spazio al sistema di responsabilità familiare³⁹, introdotto già a partire dal 1982, inoltre le *township* acquisivano nuovamente le funzioni amministrative che erano state cedute alle comuni dal 1958. Questa nuova gestione della terra ebbe effetti immediati sull'aumento dell'efficienza e della produttività: prendendo l'esempio della produzione di grano, elemento base nella dieta delle famiglie cinesi dell'epoca. Nonostante il governo cinese avesse ridotto l'enfasi sulla produzione del cereale, tra 1977-1979 e il 1983-1985 l'output di grano crebbe di due punti percentuali passando da 4.1% al 2.2%; il raccolto del 1984 registrò il record di 407 milioni di tonnellate, contro i 300 milioni degli anni precedenti.

Il successo della riforma dal punto di vista economico non ebbe però effetto positivo sull'erogazione dei servizi sociali, la fine delle comuni lasciò un vuoto nel sistema sanitario, pensionistico ed educativo i quali declinarono rapidamente.

Con la decollettivizzazione degli anni ottanta, il flusso di risorse verso la sanità si fermò. Non vi fu più modo di compensare il personale paramedico attraverso l'assegnazione di punti-lavoro⁴⁰, così il **numero di barefoot doctors** cominciò a diminuire a partire dal '78 che vede la fase più acuta nel 1982⁴¹, proprio in corrispondenza dell'adozione su scala nazionale del sistema di responsabilità familiare ma soprattutto dell'introduzione dell'esame di qualifica a "medico di villaggio", voluta dal Dipartimento di Sanità Pubblica. Coloro che non passavano l'esame potevano decidere se restare a far parte del personale paramedico, come sottoposti dei nuovi medici di villaggio, oppure trovare un altro impiego; coloro che invece riuscivano ad ottenere la qualifica, diventavano a tutti gli effetti medici di

³⁹ Sin da quando la riforma mosse i primi passi, l'attenzione del governo cinese si concentrò sull'alleggerimento della pressione sui contadini. Già durante il Plenum del 1978 la leadership decise per l'aumento dei prezzi d'acquisto dei prodotti agricoli e la possibilità per le comuni di autogestirsi. Il sistema di responsabilità familiare venne implementato a livello sperimentale nelle province del Sichuan e dell'Anhui e prevedeva che le amministrazioni locali dessero appezzamenti di terreno direttamente alle famiglie contadine che potevano stabilire autonomamente l'organizzazione del lavoro sul terreno assegnatogli. Tra il 1981 e il 1982 il nuovo sistema venne adottato ufficialmente su scala nazionale divenendo in poco tempo il sistema preferenziale di gestione della terra, e alle fine del 1982 era stato abbracciato già dal 90% dei nuclei famigliari rurali. I primi contratti di uso della terra erano annuali oppure potevano durare anche per un solo raccolto. Ben presto tuttavia, ci si rese conto che l'efficienza aumentava quando i contratti erano più lunghi, pertanto, si passò a contratti d'affitto di 5, 15 o addirittura 50 anni.

⁴⁰ Cfr. nota 34

⁴¹ Zhu N., Ling Z., Shen J., J.M.L, Hu S., *Factors associated with the decline of the Cooperative Medical System and barefoot doctors in rural China*, WHO Bulletin OMS Vol.67 1989.

base. In tal modo quindi il numero dei paramedici che erano stati le colonne portanti della sanità di base nella fase antecedente la riforma diminuì drasticamente, “[...] the total number of active rural paramedics declined to less than a quarter of the 1970s peak”⁴². Chi continuò ad esercitare la propria professione, non potendo più contare sul supporto della comune, cominciò a fornire le prestazioni sanitarie privatamente e, dunque, a pagamento.

Cambiarono, inoltre, le **modalità di finanziamento del settore sanitario**, così come di altri settori pubblici. Il governo centrale operò una **riduzione degli investimenti e della spesa sanitaria**, che calò passando dal 32% del PIL nel 1978 a solo il 15% nel 1999⁴³. Contemporaneamente il governo centrale adottò una generale politica di decentramento, cosicché la responsabilità di finanziare la sanità passò alle autorità provinciali e locali cui fu imposto di fornire il proprio contributo attraverso le imposte ^{44 45}.

Il decentramento favorì immediatamente le province costiere, che da sempre godevano di maggior benessere, e pose le basi per la crescita delle disparità tra gli investimenti nelle zone urbane e nelle zone rurali. Il governo centrale effettivamente aveva, fino a quel momento, supervisionato la redistribuzione delle risorse sanitarie

⁴² Naughton B., *The Chinese economy: Transitions and Growth*, The MIT Press, 2007.

⁴³ Blumenthal D., Xiao W., *Privatization and Its Discontents - The Evolving Chinese Health Care System*, Health Policy Reports, The New England Journal of Medicine, 2005.

⁴⁴ Dezhi, Y., *Changes in Health Care Financing and Health Status: the case of China in the 80s*, UNICEF, Innocenti occasional papers, 1992.

⁴⁵ A partire dal 1980, per incentivare l'efficienza produttiva, il governo centrale cominciò a concedere alle autorità locali maggiore autonomia in settori come l'amministrazione del fisco, la tassazione, gli investimenti, e le attività commerciali. Innanzitutto le autorità locali divennero responsabili delle decisioni sulle spese e sull'entrate fiscali, sulla base di “contratti” siglati tra il governo locale e quello centrale. Nel 1985 fu adottato un nuovo metodo di gestione delle tasse. Il nuovo sistema prevedeva che aliquote fiscali venissero ufficialmente stabilite dal Centro, tuttavia i governi locali, divenuti responsabili della riscossione di tutte le imposte più importanti, potevano trattenere una parte o la totalità delle entrate sopra una quota precedentemente stabilita dal contratto e che doveva essere rimessa al governo centrale. Inoltre, gli stessi governi locali, divenuti responsabili di negoziare i contratti con le imprese furono liberi di gestire la tassazione delle aziende di loro proprietà. Dal lato delle entrate vennero create nuove tasse come la tassa sul reddito personale o la tassa sul consumo di energia. In precedenza le aziende versavano i profitti accumulati direttamente al Ministero delle Finanze, nel 1983 venne implementata una riforma fiscale in due fasi. Il primo step includeva una combinazione di sistema del profit-retention e tassazione del profitto, il secondo step iniziato nel 1984, fu la riforma del sistema dei prezzi e l'introduzione dell'imposta progressiva sul profitto. Se da un lato il nuovo sistema fiscale rivitalizzò il profitto d'impresa, dall'altro lato causò difficoltà soprattutto alle aziende di piccola e media grandezza. Inoltre, il Governo centrale perse capacità estrattiva, e le entrate statali diminuirono fino al 1994, quando fu avviato un nuovo processo di riforma fiscale.

tra le varie aree. La politica di decentramento rese i governi locali autonomi e responsabili della gestione del proprio territorio e ridusse la capacità del centro di spostare le risorse dalle zone più ricche a quelle più povere, in un Paese in cui la maggioranza della popolazione viveva ancora nelle regioni povere.

La riduzione della spesa pubblica nella sanità promosse la **privatizzazione** di buona parte dei servizi sanitari, in primo luogo degli ospedali e del personale medico⁴⁶, che furono costretti ad affidarsi alla vendita dei servizi sui mercati privati per coprire i costi.

Sin dagli anni ottanta il finanziamento degli ospedali pubblici fu soggetto alla **politica di decentramento** operata dal governo⁴⁷ che voleva alleviare la pressione fiscale a proprio carico. Nel 1985 il Ministro della Salute chiamò in causa la mancanza di dinamismo delle strutture ospedaliere e propose che le stesse venissero gestite dalla comunità in modo tale da rilanciarne l'efficienza. Di fatto però vennero introdotti gli stessi meccanismi di mercato che avevano riguardato le aziende di stato. Sotto la falsa apparenza dell'autonomia, gli ospedali pubblici furono trasformati in entità a scopo di lucro. Nel 1992, il Ministero della Salute aumentò ulteriormente l'autonomia delle istituzioni mediche, dando loro l'opportunità di accrescere le entrate attraverso incentivi. Questi incentivi legalizzarono la possibilità di addebitare all'utenza i costi delle prestazioni e dei servizi, ma non solo, incoraggiarono i managers ad ottenere profitto attraverso nuove tecnologie e nuovi farmaci, entrambi costosi. Come evidenzia una nota della World Bank, il problema rimase il fatto che “although incentives allowed hospitals to charge for services, the relationship between public hospitals and the government remained unchanged, as hospitals still followed the traditional model of public sector governance, without significant management improvements. Conceptually, these measures were similar to state-owned enterprise (SOE) reform [...]”⁴⁸. Nominalmente quindi gli ospedali pubblici

⁴⁶ Cfr. pag. 39

⁴⁷ Cfr. nota 46 e p. 52

⁴⁸ *Fixing the Public Hospital System in China*, China Health Policy Notes, The World Bank, giugno 2010.

rimasero di proprietà statale, subirono una riforma molto simile a quella delle aziende di stato, ma di fatto, continuarono a seguire il modello di governance precedente.

	1991	1995	2000
Spesa sanitaria rispetto al PIL (%)	4.11	3.86	4.82
Spesa sanitaria da parte del governo rispetto alla spesa sanitaria totale (%)	22	17	14
Spesa sanitaria da parte degli individui rispetto alla spesa sanitaria totale (%)	38	50	60
Spesa nella sanità pubblica rispetto alla spesa sanitaria da parte del governo (%)	75	72	70

Tabella 2.2.1 La tabella mostra il trend della spesa sanitaria nel corso degli anni novanta. Si nota, in particolare, l'aumento vertiginoso della spesa da parte dei privati cittadini, e, dall'altro lato la diminuzione della spesa da parte del governo.

Un'altra misura ebbe drammatiche conseguenze: la **politica di regolamentazione** dei prezzi. Anche questa, come il sistema di finanziamento della sanità, faceva parte di una più ampia strategia governativa, quella del *dual track system* (*shuangguizhi* 双规制)⁴⁹ e sembra esser stata giustificata da considerazioni politiche piuttosto che da calcoli economici.

⁴⁹ *Dual-track system* o *sistema a doppio binario* (*shuangguizhi* 双规制), si riferisce alla coesistenza di economia pianificata ed economia di mercato, soprattutto nella prima fase di riforma. Negli anni '80, il governo di Pechino optò per un cambiamento graduale, piuttosto che per lo smantellamento immediato di tutti gli istituti precedenti. Il *dual-track system* si concretizzò con due livelli di prezzo per uno stesso prodotto cui venivano imposti un prezzo tipicamente basso stabilito dallo stato e un prezzo, normalmente più alto allineato al trend del mercato.

Con lo scopo di promuovere l'equità sociale rendendo i servizi sanitari finanziariamente accessibili a tutta la popolazione, il governo continuò a mantenere, per molti servizi, il controllo sui prezzi imponibili dagli ospedali all'utenza: le visite mediche, le operazioni chirurgiche e i farmaci di base continuarono ad avere prezzi al di sotto dei costi reali, generalmente basati sulle tariffe storiche imposte negli anni cinquanta. Dall'altro lato però vennero stabiliti prezzi molto più alti dei costi reali per farmaci, nuove tecnologie e trattamenti terapeutici, tutti servizi offerti dagli ospedali che, con la nuova autonomia finanziaria acquisita dovevano aumentare i margini di profitto. Ospedali, cliniche e i nuovi medici di villaggio arrivavano ad aumentare i prezzi sui farmaci occidentali anche del 13%-15%, fino ad un massimo del 25% per la medicina tradizionale cinese^{50 51}.

Il risultato fu un'esplosione delle vendite di farmaci e servizi high-tech, con il rapido aumento dei prezzi e delle spese. I medici, dovendo basare il proprio salario sulla vendita di farmaci, cominciarono a prescrivere più farmaci di quanti realmente necessari e preferibilmente quelli più costosi, dando avvio al fenomeno dell'overprescription.

I servizi sanitari divennero inaccessibili alla maggioranza della popolazione, ad eccezione dell'élite di cinesi ricchi che vivevano nelle città e nelle zone più ricche del Paese.

L'accesso alla sanità da parte della popolazione cinese, quindi, fu via via reso più difficoltoso dall'aumento dei costi di farmaci e servizi. A ciò si aggiunse, sull'altro fronte la **perdita della copertura sanitaria assicurativa** di cui la cittadinanza aveva goduto in precedenza.

Su questo aspetto, una riflessione va fatta differenziando le zone urbane e dalle zone rurali, che erano state caratterizzate da gestioni diverse già durante il periodo maoista.

⁵⁰ Xiao, W.C., *The chinese health care system: lessons for other nations*, Pergamon, Harvard University School of Public Health, 1995.

⁵¹ Hesketh, T. Zhu, W., *Health in China: the healthcare market*, BMJ, 2004.

Per quanto riguarda le **zone rurali**, lo smantellamento delle comuni popolari tra la fine degli anni settanta e l'inizio degli anni ottanta e l'introduzione del sistema di responsabilità familiare⁵², comportò la fine dei Cooperative Medical Systems (CMSs). Diversi fattori contribuirono al declino dei CMS.

Innanzitutto quando la Cina passò dal sistema delle comuni popolari al sistema di responsabilità familiare, scomparvero sia la struttura amministrativa che era stata responsabile dell'assunzione dei barefoot doctors, sia i fondi collettivi di welfare che erano stati la principale risorsa di finanziamento per i farmaci e gli altri servizi. Il governo centrale non rimpiazzò i precedenti schemi assicurativi con alcun sistema di finanziamento, ma anzi adottò una politica di laissez-faire. In risposta, alcune comunità si preoccuparono di ideare i propri sistemi di copertura, altre, invece, ripiegarono sui servizi a pagamento. I contadini più poveri che non potevano permettersi di pagare per i servizi sanitari avevano la possibilità di richiedere il supporto dei fondi di welfare del proprio paese. Questi fondi erano stati mantenuti grazie ad un'imposta speciale ma ammontava a meno del 5% dell'output netto del villaggio, derivante dalla produzione agricola; un quinto di questo fondo era destinato al supporto sanitario di coloro che avevano bisogno.

In secondo luogo, l'ideologia che aveva supportato la fornitura gratuita dei servizi sociali mutò radicalmente nell'era post-Mao. Per velocizzare il processo di sviluppo economico del Paese, l'obiettivo non fu più "servire il popolo", ma "lasciare che alcuni si arricchiscano per primi". Si pose l'enfasi sull'efficienza economica, mentre l'equità venne totalmente ignorata.

Il risultato fu che nel 1983, solo il 40%-45% dei villaggi risultavano coperti dagli schemi assicurativi. Nello stesso periodo, alcune alte cariche del governo dichiararono che anche gli ultimi CMSs dovevano essere aboliti. Di conseguenza entro la metà degli anni ottanta anche gli ultimi programmi di copertura assicurativa sanitaria furono rimossi.

Infine, il clientelismo e la corruzione insieme alla cattiva gestione furono ulteriori fattori di tracollo dei CMSs. Nonostante il Cooperative Medical System si fondasse

⁵² Cfr. nota 40

su ciascuna comunità locale, in realtà era controllato e gestito dai funzionari di governo locali che non sempre tenevano conto delle necessità della comunità e spesso abusavano del loro potere per ottenere benefici personali. La popolazione aveva perso fiducia dei programmi di CMS e, una volta che la partecipazione a questi divenne volontaria, molti si rifiutarono di continuare a dare il proprio contributo⁵³.

Il risultato fu che, se all'avvio delle riforme il 90% della popolazione rurale godeva di copertura sanitaria, nel 1993 questa percentuale era scesa fino al 12.8%, arrivando addirittura al 9.5% nel 1998⁵⁴.

Nelle **aree urbane**, i due principali schemi sanitari erano il Labor Insurance System (LIS) e il Government Insurance System (GIS). Le decisioni relativamente al finanziamento e ai benefit assicurativi erano delegate alle singole SOEs per quanto riguarda il LIS e ai governi provinciali per quanto riguarda il GIS. Le riforme economiche che influenzarono sia la gestione e il controllo delle aziende e dei governi provinciali, sia la sostenibilità finanziaria di entrambi, ebbero profonde implicazioni su entrambi gli schemi.

La maggiore autonomia concessa alle province da parte del governo centrale e la naturale propensione allo sviluppo delle regioni orientali, ebbero importanti effetti sul **Government Insurance System (GIS)**, che era finanziato da ciascun governo provinciale. Le regioni costiere e orientali, nelle quali erano stati avviati anche i primi programmi sperimentali di apertura al commercio con l'estero e di attrazione degli investimenti stranieri, furono più capaci nel continuare a fornire copertura sanitaria ai

⁵³ Liu, Y., Hu, S., Fu, W., Hsiao, W., *Is community financing necessary and feasible for rural China?*, Health Policy, Elsevier, 1996.

⁵⁴ Liu, Y., Rao, K., Hsiao, W.C., *Medical Expenditure and Rural Impoverishment in China*, J Health Pupil Nutr, 2003.

dipendenti del governo rispetto alle province interne⁵⁵. L'autonomia decisionale in materia fiscale avvantaggiò i servizi locali nelle province costiere che avevano una più ampia base da cui attingere.

In risposta ai costi crescenti e alla minore capacità di fornire sussidi alla pubblica sanità, il governo centrale implementò una nuova politica che permetteva alle province di attribuire agli individui, una parte dei costi di copertura sanitaria del GIS. La vita a carico del contribuente veniva stabilita dal singolo governo. Così le province più benestanti tendevano a coprire la maggioranza dei costi, lasciando agli impiegati l'onere di un contributo minimo. Per esempio, a Baoji una città di media grandezza nello Shaanxi, provincia centro-settentrionale, ai dipendenti del governo venivano addebitati il 40% dei costi per i servizi ambulatoriali e il 10% o più, dei costi per i servizi ospedalieri; a Shanghai invece gli impiegati governativi pagavano soltanto il 10% dei costi ambulatoriali e non pagavano alcuna somma per i servizi ospedalieri⁵⁶.

Il **Labor Insurance System (LIS)**, era invece lo schema assicurativo che le SOEs fornivano ai propri dipendenti. Ciascuna azienda di stato finanziava il proprio LIS, pertanto quando fu introdotto il *contract manager responsibility system*⁵⁷ nel 1983, la performance finanziaria di ciascuna azienda ebbe importanti ricadute sull'accesso alla

⁵⁵ La politica dell'*Open door*: in linea con la politica del gradualismo caratteristica del primo decennio di riforma, anche il sistema di commercio con l'estero fu soggetto a un'apertura progressiva piuttosto che ad una trasformazione completa. Alcune zone, storicamente orientate al commercio furono scelte per l'implementazione di programmi sperimentali che prevedevano dei piccoli ma sostanziali cambiamenti. Le zone scelte per l'avvio di queste sperimentazioni furono inizialmente il Guangdong e il Fijian vicine anche geograficamente alle maggiori economie dell'Asia, ossia Hong Kong e Taiwan. Già pochi mesi prima del Terzo Plenum alle aziende di Honk Kong fu permesso di firmare contratti di export-processing con le aziende cinesi del Delta del Fiume delle Perle. Nel 1979 vennero istituite le prime quattro Zone Economiche Speciali (SEZ): Shenzhen, Zhuhai, Shantou (Guangdong), Xiamen (Fujian); queste aree godevano di un regime indipendente: l'investimento estero veniva incoraggiato tramite incentivi fiscali e procedure fiscali semplificate. In seguito, tra il 1984 e il 1988 vennero create 14 città costiere aperte. Nel 1988 venne istituita la SEZ di Hainan e nel 1990 quella di Pudong (Shanghai).

⁵⁶ Grogan, C.M., *Urban economic reform and access to health care coverage in the People's Republic of China*, 1995.

⁵⁷ Il *contract manager responsibility system* fu introdotto a partire dal 1983, e nel 1987 era già stato adottato dal 95% delle SOEs. Il nuovo sistema prevedeva che il governo o un suo ufficio rappresentativo delegassero le funzioni di gestione di una SOE a un manager. Il contratto poteva durare dai 3 ai 5 anni e poteva essere rinnovato, a suo interno venivano specificati dei target produttivi. I managers si impegnavano a raggiungere gli obiettivi ed erano motivati dalla concessione di bonus o dall'imposizione di penalità a seconda della performance dell'azienda. In questo modo quindi le SOEs divenivano maggiormente *profit-oriented*.

copertura medica. Il governo centrale pretese che le imprese statali continuassero a fornire copertura ai propri dipendenti, ma di fatto i premi assicurativi dipendevano dallo stato di salute dei conti aziendali: le imprese con alti margini di profitto potevano arrivare a coprire anche il 60% o più dei costi delle cure mediche, le aziende meno profittevoli talvolta non offrivano nessun tipo di copertura.

Dopo i primi anni di sperimentazione dei nuovi sistemi contrattuali, una gran parte delle imprese statali risultò in perdita, a partire dalla metà degli anni novanta, le SOEs vennero largamente ristrutturate, vendute o dichiarate fallite. Il processo di ristrutturazione ebbe come effetto collaterale l'allontanamento dei molti dipendenti dal loro posto fisso. Si calcola che tra il 1993 e il 2003, la riforma abbia creato 90 milioni di disoccupati, se si sommano i fuoriusciti dalla SOEs, dalle imprese collettive urbane e da altri tipi di aziende ed enti statali^{58 59}. Bisogna tener conto anche di questi dati nell'affrontare la questione della copertura sanitaria, in quanto coloro che perdevano il posto di lavoro, perdevano di rimando anche la copertura sanitaria fornita dalle aziende.

2.2.3 Conclusioni

Dall'analisi della situazione sanitaria cinese negli anni ottanta e novanta, ci si rende conto di come alla popolazione cinese, soprattutto ai residenti nelle zone rurali, sia stato via via negato l'accesso ai servizi sanitari. Le decisioni prese all'avvio delle riforme hanno avuto conseguenze gravissime sul sistema sanitario.

Nel 2002, soltanto il 29% della popolazione cinese era in possesso di copertura sanitaria, il 58% dei costi e dei servizi veniva coperto dai privati cittadini, contro il 20% del 1978.

La situazione divenne particolarmente grave nelle zone rurali dove i livelli di reddito pro capite erano da sempre molto più bassi rispetto a quelli delle aree urbane. Alcuni

⁵⁸ Zanier, V., *Dal grande esperimento alla società armoniosa: Trent'anni di riforme economiche per costruire una nuova Cina*, Franco Angeli, 2010.

⁵⁹ Naughton B., *The Chinese economy: Transitions and Growth*, The MIT Press, 2007.

sondaggi hanno messo in evidenza come gli elevati costi della sanità erano tra le principali cause di impoverimento per i residenti delle campagne. Circa il 18% delle famiglie rurali che avevano utilizzato i servizi sanitari erano incorse in spese superiori al reddito familiare totale. Delle 11.353 famiglie intervistate, il 24.3% avevano richiesto prestiti o si era indebitato per pagare le spese, un 44% delle famiglie indebitate a causa degli eccessivi costi sanitari avevano sofferto la fame per periodi piuttosto lunghi^{60 61}.

<u>Costi e copertura</u>	1990	1993	1998	Cambiamento (%)
Costi sanitari (RMB)				
visita	11	40	79	625
ammissione	473	1.668	2891	511
Copertura assicurativa (%)				
Aree urbane	-	53.70	42.10	-22
Aree rurali	-	12.80	9.50	-25

Tabella 2.2.2 La tabella mostra l'aumento dei costi dei servizi sanitari durante gli anni novanta e la contemporanea diminuzione della copertura assicurativa sia nelle aree rurali sia nelle aree urbane⁶².

La spesa sanitaria pro capite tra il 1978 e il 2002 aumentò da 11 RMB a ben 442 RMB, mentre in proporzione al PIL, le spese in sanità passarono dal 3% al 5.5%.

L'*overprescription* di farmaci e di servizi hi-tech divenne una pratica all'ordine del giorno, a causa degli elevati livelli di profittabilità derivanti dalla vendita di questi prodotti. Alla base del fenomeno, c'erano gli interessi non solo di ospedali e medici

⁶⁰ Cfr. nota 54

⁶¹ Cfr. nota 55

⁶² Cfr. nota 55

che dovevano sopperire alla mancanza di finanziamento pubblico, ma anche quelli delle case farmaceutiche. Tra il 1980 e il 2000, la National Planning Commission (NPC) esercitava il controllo sui prezzi dei farmaci all'ingrosso, al dettaglio e sul prezzo di vendita. I prezzi imposti all'ingrosso erano fissati in base al costo di produzione del farmaco dichiarato dal produttore, a cui si aggiungeva un mark-up del 5%. Un altro 15% veniva poi aggiunto per il prezzo al dettaglio, infine il prezzo di vendita veniva aumentato ancora del 15% rispetto al prezzo al dettaglio. A causa della rapida espansione del settore farmaceutico e dell'asimmetria informativa sui costi tra i produttori e gli organismi responsabili della regolamentazione dei prezzi, il governo non fu mai in grado di fare le necessarie stime di costi per imporre dei prezzi adeguati in uscita. Inoltre, essendo il mark-up di dettaglianti e venditori una percentuale fissa, è presto spiegato perché entrambi optavano per i farmaci più costosi. D'altro canto i produttori, per attirare un maggior numero di dettaglianti e ospedali (venditori), cercavano in tutti i modi di registrare i propri prodotti come "New drug" e ottenere così la possibilità di alzare i prezzi⁶³. Metà della spesa sanitaria in Cina risultò orientata all'acquisto di farmaci, spesso non necessari e solitamente molto costosi.

Come afferma Arthur Daemrich, "healthcare in this period was seen as a consuming activity rather than a fundamental right of the people or a responsibility of the state as part of its goals for economic growth"⁶⁴. Insomma, la sanità, più che un servizio alla popolazione, era diventata in vent'anni, un'attività lucrativa da cui trarre profitto.

Contemporaneamente l'efficienza del sistema sanitario cinese declinò precipitosamente. Dal 1980, il settore privato è cresciuto molto così come la quantità di servizi e il personale, ma le barriere in entrata formate dagli alti costi e dalla mancanza di assicurazione sanitaria, non permettevano l'utilizzo delle strutture, a discapito della loro produttività. Per esempio, nel 1985, il tasso di occupazione dei posti letto negli centri sanitari a livello distrettuale era del 46%, mentre a livello di

⁶³ Yu, X., Li, C., Shi, Y., Yu, M., *Pharmaceutical supply chain in China: current issues and implications for health system reform*, 2010.

⁶⁴ Daemrich, A., *The political economy of healthcare reform in China: negotiating public and private*, Springer Plus, 2013.

contea era del 82.7%. Nel 2000 questa percentuale era scesa rispettivamente al 33.1% e al 60.8%⁶⁵.

Un altro modo per capire gli effetti della riforma sanitaria cinese dopo il 1978 è attraverso un paragone tra città e campagna. Da quando il sistema sanitario ha cominciato a seguire le leggi di mercato, il benessere economico dei consumatori è stato il fattore discriminante di accesso ai servizi e alla qualità. La popolazione urbana poteva contare su un reddito medio tre volte più alto rispetto alla popolazione rurale.

Nel 1999, il 49% della popolazione urbana era coperta da assicurazione sanitaria, contro il 7% di quella rurale, e contro il misero 3% della popolazione delle zone più povere, stanziata in gran parte nelle province occidentali. La qualità dei servizi nelle comunità rurali risultava essere molto più bassa rispetto a quella dei residenti nei centri urbani. La ragione molto semplice era che il numero e la qualità delle strutture sanitarie rurali era inadeguato.

Una riflessione va necessariamente fatta sulla qualità del servizio fornito dagli ex barefoot doctors, ora medici di villaggio. Mentre nel periodo precedente la riforma i barefoot doctors erano rigidamente controllati, con l'avvio delle riforme e l'introduzione della certificazione per diventare medico di villaggio, il personale paramedico non riceve un'adeguata supervisione. Un'indagine del Ministero della Salute del 1998, riportava che di tutte le cliniche a livello di villaggio, soltanto il 5% erano sovvenzionate e supervisionate dai centri di livello superiore, quelli distrettuali: la maggior parte delle cliniche sanitarie nei paesi svolgeva le proprie operazioni indipendentemente, senza nessuna connessione con gli altri livelli. Per molti residenti rurali il personale paramedico era, ed è ancor oggi, il primo punto di contatto con il sistema sanitario rurale. Secondo il sondaggio del 1998, il 53% delle visite ambulatoriali era svolto dai medici di villaggio al di là che questi fossero o meno adeguatamente preparati. Il fenomeno dell'overprescription e della prescrizione di farmaci inadeguati e per questo pericolosi era particolarmente diffuso nelle

⁶⁵ Liu, Y., *China's public health-care system: facing the challenges*, Policy and Practice, Bulletin of the World Health Organization, luglio 2004.

campagne. Dal 20% al 36% dei farmaci prescritti contenevano cortisone, senza che questo fosse realmente necessario. Dal 46% al 64% dei bambini riceveva iniezioni intramuscolari per una normale influenza⁶⁶. L'etica e la qualità lasciavano a desiderare e residenti rurali con problemi di salute gravi, consapevoli delle carenze qualitative, hanno cominciato a spostarsi nelle città per farsi curare negli ospedali cittadini, pagando costi ancora più elevati. Inoltre, gli squilibri tra aree ricche e povere, hanno causato forti differenze anche a livello di spesa in sanità pubblica, per esempio quella di Shanghai era sette volte più alta rispetto a quella delle aree più povere.

Le differenze, chiaramente, hanno avuto come conseguenza peggiore sulle condizioni di salute della popolazione rurale. Nel 1999, la mortalità infantile era di 37 ogni 1000 nascite nelle campagne, contro l'11 ogni 1000 nascite nelle città. Nel 2002, il tasso di mortalità dei bambini sotto i 5 anni risultava essere di 39 e di 14 ogni 1000 rispettivamente in campagna e in città. Sempre nel 2002, il tasso di mortalità materna nelle zone rurali e in quelle urbane era rispettivamente del 72 e del 54 ogni 100.000. Un'altro dato preoccupante è che in alcune zone rurali, la mortalità infantile⁶⁷, dopo essere diminuita moltissimo nel periodo maoista, ha cominciato ad aumentare nuovamente negli anni novanta ⁶⁸.

看病难, 看病贵 (*kanbing nan, kanbing gui*, “curarsi è difficile, curarsi è costoso”), divenne l'espressione più frequentemente utilizzata per indicare la difficoltà nell'accedere alle cure mediche causata dagli alti costi, la prescrizione di cure e medicinali non necessari, e più in generale indicava la totale sfiducia della popolazione nei confronti della sanità pubblica.

⁶⁶ Cfr. nota 66

⁶⁷ Vedi tabella p. 48

⁶⁸ Blumenthal, D., Hsiao, W., *Privatization and Its Discontents - The Evolving Chinese Health Care System*, Health Policy Report, The New England Journal of Medicine, 2005.

Nel 2000, la World Health Organization, su 191 Paesi considerati, collocava la Cina al 144° posto per l'efficienza complessiva del sistema sanitario, e al 188° posto per quanto riguarda l'equità del sistema stesso⁶⁹.

2.3 LA NUOVA RIFORMA SANITARIA

2.3.1 Premessa

Nel 2003 la quarta generazione di leader cinesi salì al potere, il nuovo Premier Hu Jintao e il nuovo Primo Ministro Wen Jiabao aprirono una nuova fase che sembrava guardare con più attenzione ai temi dello sviluppo sociale e umano. La nuova visione dello sviluppo socioeconomico del Paese fu sintetizzata dal Presidente con l'espressione "Società armoniosa" (*hexie shehui*, 和谐社会), l'obiettivo principale che la nuova dirigenza si pose all'inizio del millennio fu quello di colmare gli enormi squilibri creati dalle riforme dei vent'anni precedenti. In particolare il governo mirava a raggiungere i cinque equilibri: l'equilibrio tra sviluppo urbano e sviluppo rurale, l'equilibrio tra regioni costiere e regioni interne, quello tra sviluppo economico e sviluppo sociale, l'equilibrio tra popolazione e natura, e tra sviluppo interno ed internazionale.

La presa di coscienza sulla necessità di armonizzare la riforma da parte del governo riguardò, ovviamente, anche l'ambito sanitario.

In realtà alcuni tentativi di introdurre nuovamente una copertura assicurativa sanitaria erano già stati avviati verso la fine degli anni novanta. In particolare, nel 1997, il Consiglio di Stato e il Comitato Centrale del PCC avevano lanciato la prima proposta di riforma del settore sanitario che prevedeva una copertura assicurativa per i dipendenti delle zone urbane. In alcune zone vennero implementati programmi

⁶⁹ WORLD HEALTH ORGANIZATION, *The WHO Health Report 2000 - Health Systems: Improving Performance*, Geneva, WHO, 2000.

sperimentali, ma di fatto nessun programma pilota venne mai allargato su scala nazionale prima del 2003, a causa di un scarso impegno da parte del governo e a causa delle limitate risorse finanziarie⁷⁰.

Il vero punto di svolta fu lo scoppio dell'epidemia di **Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS)** nel 2003, in cui tutte le lacune del sistema sanitario cinese vennero a galla, mostrando l'urgenza di un cambio di rotta da parte della dirigenza. La sindrome scoppiata nel sud della Cina, si diffuse in ben 37 Paesi e sebbene infettò "soltanto" 8.500 persone, uccidendone 916, i ritardi nell'identificazione della malattia e nelle azioni di intervento furono motivo di serio imbarazzo per i funzionari di governo.

Da un lato l'epidemia mise in evidenza i gravi problemi del sistema sanitario, in particolare la risposta da parte delle autorità sanitarie fu molto lenta. Se i primi casi di infezione risalgono al novembre 2002, fu appena nell'aprile del 2003 che a fronte della diffusione della malattia e delle pressioni a livello internazionale, il governo cinese prese in mano la situazione con azioni effettive per contenere la crisi⁷¹.

Dall'altro lato, anche dal punto di vista politico emerse, durante la crisi, la mancanza di coordinamento tra i vari livelli burocratici, ma anche tra i vari dipartimenti responsabili, che tardarono la circolazione delle informazioni e la comunicazione⁷². Inoltre, la politica di decentralizzazione degli anni precedenti, aveva indebolito la capacità di azione dei livelli alti del governo.

Il caso SARS servì al governo cinese come stimolo ad iniziare un nuovo percorso di riforma della pubblica sanità, ma ha segnato un punto di svolta anche dal punto di

⁷⁰ Barber, S. L., Yao, L., *Health insurance system in China: a briefing note*, World Health Report, WHO, 2010.

⁷¹ Il 2 aprile 2003, il Consiglio di Stato tenne un incontro per discutere il problema SARS. Il 17 aprile si riunì d'urgenza il Comitato Centrale del Partito Comunista. Dopo questi due meeting il Governo cinese cominciò a rendere pubblico il numero di casi di infezione in ciascuna provincia, e a monitorare la situazione in maniera sistematica. Il 20 aprile, l'allora Ministro della Sanità Zhang Wenkang fu rimosso dal suo incarico per la cattiva gestione della situazione.

⁷² Huang, Y., *The SARS Epidemic and Its aftermath in China: a Political Perspective*, 2004, disponibile al seguente link: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK92470/?report=reader> [Data di accesso: 30 aprile 2015].

vista politico. Il cambiamento è stato particolarmente evidente nel percorso che ha portato all'implementazione della nuova riforma sanitaria nel 2009.

L'iter della della policy è stato caratterizzato da una rinnovata organizzazione interna ed esterna al governo. La creazione di gruppi di lavoro a vari livelli ha favorito sia il coordinamento orizzontale tra i vari dipartimenti e ministeri coinvolti, sia quello verticale, tra i diversi piani gerarchici di cui si compone la struttura politica della Repubblica Popolare Cinese. Inoltre, la leadership ha aperto la fase deliberativa alla partecipazione di gruppi di interesse esterni, cercando di bilanciare le varie richieste e le varie proposte.

L'analisi che seguirà si propone di capire se, e con quale grado, il processo di riforma della sanità in Cina possa essere considerato pluralistico e aperto. Per giungere a delle conclusioni non sarà valutata la fase decisionale ma anche il risultato finale, ossia l'implementazione della nuova policy, la sua applicazione pratica.

Seguendo la suddivisione in fasi proposta nel Primo Capitolo, l'iter della Nuova Riforma Sanitaria sarà scomposto in cinque passi: la presa di coscienza del fallimento della politica sanitaria precedente, la formulazione della policy, la fase delle deliberazioni all'interno del governo, quella delle consultazioni pubbliche, e infine la fase di implementazione. Per ogni fase verranno applicati i criteri deliberativi individuati da Donatella della Porta, anch'essi descritti in precedenza⁷³.

Successivamente l'analisi si sposterà sulla valutazione della riforma dal momento della sua applicazione pratica. Se l'obiettivo della iniziale riforma era quello di creare un struttura sanitaria pubblica più forte e solida, fornendo una copertura assicurativa di base a tutta la popolazione, resterà da capire se le richieste inoltrate dai vari gruppi d'interesse, compresa la popolazione, durante il periodo di formulazione della policy, non solo sono state ascoltate ma sono state anche seguite da azioni pragmatiche, volte a raggiungere gli obiettivi posti in partenza.

⁷³ vedi pp. 41-42

2.3.2 Prima fase: riconoscimento del fallimento della politica sanitaria precedente, la Nuova Riforma Sanitaria entra nell'agenda di governo

Dall'inizio del nuovo millennio, grazie anche all'aumento vertiginoso nell'utilizzo di internet, la questione sanitaria divenne uno dei temi principali dei dibattiti pubblici. Professionisti del settore, ma anche gente comune cominciarono a criticare attivamente l'inadeguatezza e le insufficienze del sistema sanitario cinese. Vari articoli, note ed esperienze personali cominciarono a circolare su internet. Tra questi ad esempio, l'articolo apparso sulla rivista on-line 中国改革 (*Zhongguo gaige*, riforme cinesi) metteva in chiara luce l'inefficienza e le grosse lacune del sistema sanitario: “nonostante la riforma sia iniziata da ormai vent'anni e l'economia cinese stia crescendo velocemente, la disparità nel livello dei redditi è aumentata in modo consistente e il coefficiente Gini⁷⁴ ha raggiunto il valore di 0.39. Per quanto riguarda il settore sanitario, questa disparità si è dimostrata ancora più evidente e grave⁷⁵”.

Tra la fine del 2002 e i primi mesi del 2003, lo scoppio dell'influenza aviaria (SARS), che mise in luce i numerosi buchi del sistema contribuì a intensificare ancora di più il dibattito pubblico sui problemi della sanità e indusse sempre più studiosi a prendere parte alle discussioni e chiedere alle autorità una trasformazione radicale. Grazie ai mass media e alle discussioni su internet, la questione acquisì sempre maggiore visibilità.

Nel periodo immediatamente successivo alla crisi della SARS, la leadership cinese sembrò aver cambiato completamente atteggiamento. In un'intervista concessa al direttore esecutivo del *Washington Post*, il Premier Wen Jiabao, riferendosi all'ormai

⁷⁴ Il coefficiente Gini è una misura della disuguaglianza di una distribuzione. È spesso usato come indice di concentrazione per misurare la disuguaglianza nella distribuzione del reddito o anche della ricchezza. È un numero compreso tra 0 ed 1. Valori bassi del coefficiente indicano una distribuzione abbastanza omogenea, con il valore 0 che corrisponde alla pura equidistribuzione

⁷⁵Zhou, Y., *Chayi xuanshu: Zhongguo weisheng baojian shiye mianlin yanjun tiaozhan* 差异悬殊: 中国卫生保健事业面临挑战 (Enormi squilibri: la sanità cinese affronta importanti sfide), *Zhongguo gaige* (riforme in Cina), 2002. Disponibile al seguente link: <http://www.med8th.com/yiliaozixun/yiliaobaoxian/290.html> [Data di accesso: 30 aprile 2015].

superata crisi, parlò di “importante e stimolante lezione” appresa grazie alla SARS, riferendosi in particolare alla “disparità nello sviluppo tra città e campagna” e allo “squilibrio tra sviluppo economico e progresso sociale”⁷⁶. Contemporaneamente aumentarono gli investimenti nella pubblica sanità e nel monitoraggio delle malattie infettive.

Il Consiglio di Stato, organo esecutivo principale del governo cinese, rispose alle richieste di cambiamento aumentando le ricerche riguardanti i maggiori problemi relativi alla sanità. Nel 2005 il Centro di Ricerca e Sviluppo del Consiglio di Stato insieme alla World Health Organization pubblicarono uno studio intitolato “China’s Reform of the Medical and Health System⁷⁷”. La ricerca concludeva inequivocabilmente che l’attuale politica sanitaria non era efficace. I ricercatori del Centro di Ricerca e Sviluppo del Consiglio di Stato, dell’Università di Pechino, il Ministero del Lavoro e della Sicurezza Sociale che avevano partecipato ai lavori sostenevano in modo univoco che le politiche attuate fino a quel momento essendo eccessivamente orientate al mercato, avevano finito per minare sia l’efficienza sia l’equità nella distribuzione delle risorse sanitarie. In particolare Ge Yanfeng, allora vice capo del Dipartimento di Ricerca e Sviluppo Sociale del Consiglio di Stato faceva emergere come il sistema soffriva di gravi carenze^{78 79}. La critica sull’eccessivo orientamento al mercato giunse anche da parte di un altro importante funzionario governativo, Liu Xinming, Direttore Generale del Dipartimento di Politiche Sanitarie e Legislazione del Ministero della Salute.

⁷⁶ Cfr. nota 73

⁷⁷ *Guowuyuan fazhan yanjiu zhongxin ketizu* 国务院发展研究中心课题组 (Gruppo tematico del Centro di Ricerca e Sviluppo del Consiglio di Stato), *Guowuyuan yanjiu jigou dui Zhongguo yiliaogaige de pingjia yu jianyi* 国务院研究机构对中国医疗改革的评级与建议 (Valutazioni e Consigli degli Istituti di Ricerca del Consiglio di Stato circa la Riforma Sanitaria in Cina), 25 luglio 2005. Disponibile al seguente link: <http://www.southcn.com/nflr/llzhuanti/ylgg/tbgz/200509140346.htm> [Data di accesso: 2 maggio 2015].

⁷⁸ *Expert says China’s medical reform ‘basically not successful* , Xinhua, 29 luglio 2005 disponibile al seguente link http://en.people.cn/200507/29/eng20050729_199135.html [Data di accesso: 3 maggio 2015].

⁷⁹ Ge, Y., *Muqian Zhongguo de yigai jiben shang shi bu chenggong de* 目前中国的医改基本上是不成功的 (L’attuale politica sanitaria cinese è sostanzialmente inefficace), *Nanfang wang*, 29 luglio 2005, disponibile al seguente link: <http://www.southcn.com/nflr/llzhuanti/ylgg/tbgz/200509140214.htm> [Data di accesso: 3 maggio 2015].

Il 2005 può essere considerato per tale motivo l'incipit della nuova riforma. Il momento di fermento pubblico fu seguito dalla presa di coscienza da parte delle autorità sulla reale e urgente necessità di un cambiamento radicale.

In termini di **trasparenza**, in questa prima fase il ruolo dei media e di internet va sicuramente sottolineato. Il report del Centro di Ricerca e Sviluppo del Consiglio di Stato e della WHO non provocò, almeno nell'immediato, discussioni attive né attrasse molta attenzione a livello nazionale. Tuttavia, grazie ad un articolo del China Youth Daily (*Zhongguo qingnianbao*, 中国青年报) che riassumeva i punti principali della ricerca, il dibattito sulla riforma divenne una questione urgente e coinvolgeva tutta la società nel processo deliberativo. I media cinesi, inoltre, grazie a interviste ad esperti contribuirono ad accelerare anche il processo di identificazione delle problematiche che andavano affrontate.

Allo stesso momento, un ampio spettro di approcci teorici cominciò ad essere incluso negli spazi deliberativi che mostrarono così una certa tendenza al **pluralismo** e all'**inclusività**. Studiosi con diverse opinioni entrarono attivamente nel dibattito, offrendo la propria opinione riguardo alle cause del fallimento della politica sanitaria adottata fino a quel momento: si trattava realmente di un'eccessiva mercatizzazione? A tal riguardo gli studiosi si divisero sostanzialmente in due fazioni. Per esempio, il Tianze Biweekly Internet forum (*Tianze shuangzhou luntan*, 天则双周论坛), ospitato dall'Unirule Institute of Economics di Pechino aprì una serie di discussioni invitando studiosi ed esperti a partecipare esprimendo la propria visione sulla via migliore da intraprendere per migliorare la sanità. Alcuni, come il Professor Gu Xin della Scuola di Governo dell'Università di Pechino, sostenevano che il fallimento non era stato causato dall'eccessivo orientamento al mercato, bensì dalla mancanza di una cornice legislativa adeguata. Questa fazione venne etichettata come la "scuola pro-mercato" (*shichang pai*, 市场派). Altri invece, come la Professoressa Li Ling, della Scuola Nazionale per lo Sviluppo, dell'Università di Pechino, sostenevano la "linea

del governo” (*zhengfu zhudao pai*, 政府主导派), a favore di una diminuzione del peso del mercato⁸⁰.

Si nota, quindi come in questa prima fase, nello spazio deliberativo, erano presenti diversi orientamenti e punti di vista. Inoltre, alcuni degli esperti più attivi nel dibattito vennero invitati, nelle fasi successive, a partecipare direttamente alla stesura delle bozze.

Chiaramente, via via che il processo accelerava, la partecipazione da parte degli esperti e dei ricercatori acquisiva maggiore forza. Singole personalità e gruppi di ricerca iniziarono a influenzare la riforma attraverso i canali ufficiali, riportando i risultati di vari studi indipendenti sui fallimenti e i successi della strategia sinora adottata. Uno dei più influenti di questi studi fu probabilmente il *Report di Ricerca sulla Riforma Sanitaria a Suqian* (*Suqian yigai diaocha gaogao*, 宿迁医改调查报告)⁸¹, che venne condotto da un gruppo di studiosi affiliati a Scuola Nazionale per lo Sviluppo dell'Università di Pechino. L'analisi, prendendo come caso di studio l'ospedale pubblico di Suqian, città nella provincia del Jiangsu, dimostrava come la privatizzazione degli ospedali pubblici non avrebbe risolto il problema del “看病难, 看病贵” (*kanbing nan, kanbing gui*, “curarsi è difficile, curarsi è costoso”). Grazie alla visibilità ottenuta attraverso i mas media, il report catturò l'attenzione del Governo ma fu anche aspramente criticato da alcuni bloggers per la mancanza di rigore metodologico e per l'errata impostazione dei target ⁸².

⁸⁰ Per un approfondimento sul *Tianze forum* si veda, *Zhiku yu yiliao gaige de boji*, 智库与医疗改革的博弈 (Think-tanks e i giochi della riforma sanitari), *21st century's economic report*, 15 aprile 2009, disponibile al seguente link: <http://www.sachina.edu.cn/Htmldata/news/2009/04/5174.html> [Data di accesso: 3 maggio 2015].

⁸¹ *Beida ketizu Suqian yigai diaoyan baogao*, 北大课题组宿迁医改调研报告 (Report di Ricerca del gruppo tematico dell'Università di Pechino sulla Riforma Sanitaria a Suqian), *中国青年报* (*Zhongguo qingnian bao, China Youth Daily*), 22 giugno 2005, disponibile al seguente link: http://zqb.cyol.com/content/2006-06/22/content_1424541.htm [Data di accesso: 3 maggio 2015].

⁸² Korolev, A., *Deliberative Democracy Nationwide?- Evaluating Deliberativeness of Healthcare Reform in China*, *Journal of Chinese Political Science/Association of Chinese Political Studies*, 4 aprile 2014.

Gli sforzi per stimolare una risposta da parte della autorità non furono vani. Nel giugno 2006, Il Consiglio di Stato creò un Gruppo di Lavoro per il Coordinamento Interministeriale (*Guowuyuan shenhua yiyao weisheng tizhi gaige buji xietiao gongzuo xiaozu* 国务院深化医药卫生体制改革部际协调工作小组) cui venne affidato il compito di “approfondire” il processo di riforma, sia dal punto di vista concettuale sia dal punto di vista pratico⁸³ ⁸⁴. Alcuni mesi dopo, ad ottobre dello stesso anno, il Politburo tenne la Trentacinquesima Sessione di Studio Collettiva per discutere lo sviluppo del sistema sanitario della Repubblica Popolare Cinese. In questa occasione, la già menzionato Prof.ssa Li Ling⁸⁵ e il Prof. Liu Ling, che era stato vice presidente della Chinese Medical Association (*Zhonghua yixue hui* 中华医学会), presentarono alcuni reports che, in base allo studio di sistemi sanitari stranieri, analizzavano le possibili vie da intraprendere per lo sviluppo di quello cinese. Fu in questa occasione che il Presidente Hu Jintao ribadì la volontà del governo di dare priorità all’orientamento pubblico del sistema, offrendo a tutti i cittadini, sia quelli residenti nelle zone urbane sia quelli delle zone rurali, un’assicurazione medica di base e aumentando la responsabilità e gli investimenti da parte dello Stato⁸⁶.

Con la creazione del gruppo di lavoro e le dichiarazioni ufficiali del Presidente, la prima fase del processo decisionale può dirsi conclusa. Da questo momento, la nuova riforma sanitaria entra a pieno titolo nell’Agenda politica del Governo. La 35° Sessione di Studio fornisce un esempio di policy-making su ampia scala, inclusivo di punti di vista diversi, che sarà il metodo adottato anche nelle fasi successive.

⁸³ La creazione di un gruppo di lavoro, o Leading Small Group, è significativa nel contesto del decision-making cinese, in quanto segno di avvio di un processo decisionale. Per una spiegazione dei gruppi di lavoro, vedi Capitolo Primo pag.16.

⁸⁴*Shenhua yiyao weisheng tizhi gaige buji xietiao gongzuo xiaozu fuzeren jiu yigai yijian da jizhe wen* 深化医药卫生体制改革部际协调工作小组负责人就医改意见答记者问 (Un rappresentante del Gruppo di Lavoro per il Coordinamento Interministeriale di approfondimento della riforma sanitaria risponde alle domande del giornalista), *Xinhua*, 15 ottobre 2008, disponibile al seguente link: http://news.xinhuanet.com/newscenter/2008-10/15/content_10197504.htm [Data di accesso 4 maggio 2015].

⁸⁵ Vedi pag. 57.

⁸⁶ *Zhonggong zhongyang zhengzhiju di 35 ci jiti xuexi* 中共中央政治局第三十五次集体学习, (Trentacinquesima Sessione di Studio Collettiva del Governo Centrale), *Xinhua*, 24 ottobre 2006, Disponibile al seguente link: http://news.xinhuanet.com/video/2006-10/24/content_5244468.htm (Data di accesso 4 maggio 2015).

2.3.3 Seconda fase: formulazione della Policy (ottobre 2006-febbraio 2008)

Dal punto di vista deliberativo, la fase di formulazione della Policy, che si concluse nel 2008 con il completamento di una bozza di riforma, è la più completa di tutte le qualità che caratterizzano un processo deliberativo. Questo secondo step sembra essere maggiormente inclusivo dal momento che, per portare a termine la stesura della bozza, il governo coinvolse un gran numero di associazioni di settore e gruppi d'interesse. Contemporaneamente anche la popolazione fu invitata ad esprimere la propria opinione on-line, il che rende questa fase del processo più **trasparente** ed **equa** rispetto alle fasi successive.

Dal punto di vista dell'**inclusività**, l'iter della policy in questo punto coinvolse un gran numero di gruppi d'interesse. Il **Gruppo di Coordinamento**⁸⁷, responsabile di supervisionare l'intero processo, coinvolgeva 14 (e in seguito 16) tra Ministri e Commissioni⁸⁸.

Le discussioni sui progetti di riforma furono aperte a consultazioni con i rappresentanti dell'industria sanitaria. Nell'agosto 2006, il Gruppo di Coordinamento richiese all'Associazione Cinese del Commercio Farmaceutico di fornire alcuni reports che spiegassero la visione del settore riguardo alla riforma in atto. L'Associazione portò avanti alcune indagini indipendenti e invitò alcune aziende associate ad inviare le proprie analisi. Nel complesso, verso la fine dell'ottobre 2006, la Commissione Nazionale per lo Sviluppo e le Riforme aveva ricevuto quattro reports. Contemporaneamente, anche ciascuno dei ministeri organizzava forum e

⁸⁷ Riferimento al Gruppo di Coordinamento Interministeriale per l'approfondimento della riforma sanitaria (国务院 深化医药卫生体制改革部际协调工作小组, *Guowuyuan shenhua yiyaweisheng tizhi gaige buji xietiao gongzuo xiaozu*), creato nell'ottobre 2006.

⁸⁸ I più importanti in termini di policy-making erano cinque: la Commissione per le Riforme e lo Sviluppo Nazionali, il Ministero della Salute, il Ministero delle Finanze, il Ministero dell'Agricoltura e il Ministero del Lavoro e della Sicurezza Sociale. Il Gruppo di Lavoro includeva inoltre: l'Ufficio della Commissione di Stato per le Riforme del Settore Pubblico, il Ministero dell'Educazione, il Ministero per gli Affari Civili, il Ministero del Personale, la Commissione Nazionale per la Popolazione e la Pianificazione Familiare, l'Ufficio di Ricerca del Consiglio di Stato, la Commissione del Consiglio di Stato per l'Amministrazione e la Supervisione degli Assets statali, l'Amministrazione statale per gli Alimenti e i Farmaci, l'Amministrazione Statale per la Medicina Tradizionale Cinese, la Commissione Cinese per la Regolamentazione Assicurativa e la Federazione Cinese delle Unioni Commerciali. Inoltre, sebbene con una partecipazione minore anche il Ministero della Difesa e il Ministero degli Alloggi e dello Sviluppo Urbano e Rurale furono coinvolti.

discussioni con i membri dell'industria sanitaria per conoscere la loro opinione sulla questione.

Dal punto di vista deliberativo, un processo decisionale su scala nazionale, non può essere definito inclusivo ed equo senza l'attiva partecipazione della popolazione comune. In Cina, date le particolari condizioni delle masse di popolazione residenti nelle campagne, un processo pienamente inclusivo è difficilmente raggiungibile. Per avere un'idea quanto migliore possibile sulle reali necessità della popolazione, la leadership cinese creò dei canali di comunicazione in direzione delle masse che diedero all'opinione pubblica la possibilità di esprimersi.

Nel settembre 2006, il Gruppo di Coordinamento creò quattro gruppi di investigazione che condussero ricerche sul campo in più di 20 province cinesi. In particolare, le ricerche si concentravano sui meccanismi di funzionamento e gestione del sistema sanitario, sull'identificazione di meccanismi di investimento nel settore sanitario più efficienti, sulla fornitura del servizio sanitario, sulla produzione e la circolazione dei farmaci e così via⁸⁹. Inoltre, i principali rappresentanti del Ministero della Salute effettuarono visite in varie località della Cina. Tra questi, il responsabile per la riforma sanitaria, il Vice Primo Ministro Wu Yi viaggiò insieme a studiosi provenienti da diverse università cinesi. Sebbene queste visite non bastino a definire il processo "inclusivo", mostrano se non altro l'intento da parte del Governo di accomodare le richieste e le necessità della popolazione.

Un'altro canale attraverso cui venne data la possibilità alle masse di esprimersi è stato internet. Il 26 settembre 2006 il Gruppo di Coordinamento aprì una sezione appositamente dedicata ai "suggerimenti e consigli per la riforma sanitaria" (*wo wei yigai jianyan xiance* 我为医改建言献), sul sito della Commissione Nazionale per lo Sviluppo e le Riforme. Qui, ognuno poteva inviare il proprio commento o reclamo circa il settore sanitario⁹⁰. I commenti vennero categorizzati in sezioni tematiche, come ad esempio la gestione e l'efficienza del sistema, le modalità di fornitura dei

⁸⁹ Governo cinese, 15 ottobre 2008, disponibile al seguente link: http://www.gov.cn/jrzq/2008-10/15/content_1121637.htm [Data di accesso: 4 maggio 2015].

⁹⁰ Cfr. nota 82

servizi e la supervisione sui farmaci. Alla fine del 2006 erano stati raccolti 15.000 commenti; in aggiunta, il Gruppo di Coordinamento ricevette anche 600 lettere con suggerimenti più specifici e dettagliati. Tutti i feedback, una volta schedati, furono trasmessi ai ministeri competenti.

Infine venne aperta una linea diretta per sollecitare la comunicazione di commenti e opinioni sulle questioni in lavoro.

In questa fase il processo di policy-making fu caratterizzato dal coinvolgimento di professionisti del settore, sia cinesi che stranieri. Furono commissionati diversi studi con lo scopo di sviluppare bozze di policy. Al contempo, il Gruppo di Coordinamento organizzò alcuni meetings (*guotanghui* 过堂会) per valutare i pro e i contro delle bozze ricevute. I policy-makers ai diversi livelli interagivano attivamente con le organizzazioni internazionali attraverso forum di discussione informali.

L'interazione tra il governo e la comunità accademica, sebbene non fosse un fenomeno nuovo nel policy-making cinese, venne portata avanti in maniera eccezionalmente organizzata. Le interazioni tra i ministri e le istituzioni di ricerca si tenevano in piattaforme deliberative appositamente predisposte fornite dal Gruppo di Coordinamento.

Nel febbraio del 2007, il Gruppo di Coordinamento commissionò a sei istituti di ricerca cinesi e stranieri la stesura di una “Visione d’insieme della riforma sanitaria in Cina” (*Zhongguo yiyao weisheng tizhi gaige zongti silu he kuangjia sheji* 中国医药卫生体制改革总体思路和框架设计). A ciascun istituto venne richiesto di presentare una bozza che riflettesse la propria visione di riforma.

Tra le istituzioni figuravano due università (l’Università di Pechino e la Fudan di Shanghai), un istituto di ricerca governativo (il Centro di ricerca e sviluppo del Consiglio di Stato), due organizzazioni internazionali (la World Bank e la World Health Organization) e una società di consulenza straniera (McKinsey & Co).

Se da un lato è vero che fu il Gruppo di Coordinamento a scegliere quali istituzioni incaricare della stesura delle proposte di policy, dall'altro è anche vero che lo spazio di deliberazione non venne completamente chiuso a coloro che non avevano ricevuto un invito ufficiale. Nel marzo 2007 altri due istituti di ricerca (l'Università Normale di Pechino e la l'Università del Popolo), presentarono di propria iniziativa le loro bozze.

Per ottenere l'attenzione degli organi di governo, queste istituzioni organizzarono discussioni aperte che vertevano sui risultati delle ricerche e furono in seguito invitate ufficialmente alla stesura dei loro piani di riforma. Ciò dimostra una relativa apertura degli spazi di discussione e deliberazione anche perché, in seguito, anche istituzioni diedero il loro contributo spontaneo. Si ricordano in particolare la Tsinghua University, la Sun Yat-sen University e l'Accademia Cinese di Scienze Sociali⁹¹.

Le proposte presentate al Gruppo di Coordinamento furono discusse nella conferenza organizzata dal Consiglio di Stato che si tenne a Pechino tra il 29 e il 30 marzo 2007. I rappresentanti dei 16 Ministeri coinvolti, assieme a 8 coordinatori delle istituzioni di ricerca incaricate della stesura delle bozze ed altri specialisti del settore, si riunirono per valutare i piani. La conferenza fu presieduta dalla Commissione Nazionale per lo Sviluppo e le Riforme e dal Ministero della Salute e vi parteciparono alcuni consulenti di fama mondiale.

Nel complesso il governo cinese discusse un totale di nove proposte di riforma. Nel settembre 2007, il Gruppo di Coordinamento produsse un "Piano generale" per la Nuova Riforma Sanitaria. Ad ottobre dello stesso anno, la Commissione Nazionale per lo Sviluppo e le Riforme diresse due conferenze a Nanchang e a Tianjin per discutere ulteriormente il Piano e farlo circolare tra i leader delle varie province. A dicembre 2007, il Ministro della Salute Chen Zhu preparò un report per il Comitato Permanente dell'Assemblea Nazionale del Popolo in cui si affermava che grazie

⁹¹ Cfr. nota 82

all'analisi delle diverse proposte e alle varie conferenze consultive si era giunti a definire una versione preliminare della Nuova Riforma Sanitaria⁹².

Il 14 e 15 gennaio 2008, Wu Yi, ex Vice Premier, diresse due conferenze dove i membri delle Commissioni per l'Educazione, la Scienza, la Cultura e la Sanità dell'ANP, insieme ad altre sottocommissioni, discussero il piano di riforma. Dopo aver valutato i suggerimenti, il 28 febbraio del 2008, il Gruppo di Coordinamento inviò il piano corretto e revisionato alla Commissione Permanente del Consiglio di Stato che aggiunse nuovi commenti e opinioni.

Finalmente, dopo un'ultima revisione da parte del Gruppo di Coordinamento fu pronta la prima bozza completa: “Linee guida per l'approfondimento della riforma del sistema sanitario (bozza preliminare per sollecitare i commenti)” (*guanyu shenhua yiyao weisheng tizhi gaige de yijian (zhengqiu yijian gao chugao)*关于深化医药卫生体制改革的意见(征求意见稿初稿)).

Questa prima bozza segna la conclusione della fase di raccolta delle varie proposte e l'inizio della terza fase.

2.3.4 Terza Fase: deliberazioni interne (febbraio - settembre 2008)

La bozza preliminare risultava ancora molto vaga e generale, era il risultato di approcci suggeriti da stakeholders molto diversi per opinioni e interessi. Per questo necessitava maggiore concretezza e operatività per poter divenire un piano realmente praticabile.

Il requisito per raggiungere questo obiettivo era l'interazione tra le varie unità amministrative e il coinvolgimento di esperti. Ciò spiega perché in questa fase del processo alcune qualità proprie di un processo deliberativo sono state escluse.

⁹² *Quanguo renda dangweihui shenyi yigai baogao: xin fangan tuchu gongyihua* 全国人大常委会审议医改报告:新方案突出公益化 (Report del Comitato Permanente dell'ANP: il Nuovo Progetto di Riforma ha una forte componente di Welfare) Disponibile al seguente link: http://www.china.com.cn/news/txt/2007-12/28/content_9445373.htm [Data di accesso: 4 maggio 2015].

Rendere un piano di policy applicabile nella pratica richiede discussioni e concertazioni di alto livello tecnico, la deliberazione in questa fase, dunque, risultò meno aperta rispetto alle fasi precedenti, ma caratterizzata altresì da una grande capacità di trasformare i punti di vista dei partecipanti attraverso la comunicazione tra di essi. Sebbene la volontà di giungere ad un risultato condiviso non fu mai abbandonata, in questo stadio si preferì sollecitare il punto di vista di determinate categorie di persone.

Il dibattito a questo punto si focalizzò sulla risoluzione di questioni molto concrete, come ad esempio, a quanto doveva ammontare il budget per il progetto di riforma, come redistribuire in modo equo ed efficiente le risorse finanziarie a disposizione, come coordinare le responsabilità e le funzioni dei vari ministeri, e così via. Le discussioni volte a rispondere a questi quesiti si tennero su tre livelli: ministeriale, inter-ministeriale e il livello dei decisori ai livelli più alti.

A **livello ministeriale**, furono portate avanti diverse indagini sul campo e si cercò di fare una sintesi delle informazioni raccolte attraverso deliberazioni interministeriali. A settembre 2008, il Ministro della Salute, Chen Zhu organizzò dieci gruppi di ricerca ognuno dei quali condusse studi in tre province, su dieci questioni oggetto di riforma. L'affidamento a conoscenze tecniche in questo caso fu molto elevato e le istituzioni di ricerca lavorarono a stretto contatto con i vari responsabili dei ministeri. Questa stretta vicinanza tra politici e esperti del settore, tuttavia, minò l'indipendenza dei secondi in modo considerevole. Le istituzioni di ricerca divennero in molti casi portavoce ufficiosi dei principali ministeri e organi governativi e furono utilizzate per criticare o persuadere potenziali oppositori politici. Per esempio, l'Istituto di Economia Sanitaria (*Weisheng jingji yanjiusuo* 卫生经济研究所) e il Centro Cinese di Ricerca per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (*Zhongguo jibing yufang kongzhi zhongxin yanjiuyuan* 中国疾病预防控制中心研究院) erano entrambi subordinati al Ministero della Sanità e ne rappresentavano la visione circa la riforma sanitaria; il Centro di Ricerca di Scienze Fiscali (*Caizheng kexue yijijusuo* 财政科学

研究所) rispondeva a sua volta al Ministero delle Finanze; gli esperti dell'Accademia Cinese delle Risorse Umane (*Zhongguo renshi kexue yanjiuyuan* 中国人事科学研究院) e l'Istituto di Studi sul Lavoro e sul Reddito (*Laodong gongzi yanjiusuo* 劳动工资研究所) promuovevano l'agenda del Ministero del Lavoro e della Sicurezza Sociale; ancora, il Centro di Studi Politici (*Zhengce yanjiu zhongxin* 政策研究中心) lavorava per il Ministero degli Affari Pubblici. Rappresentando diversi ministeri, gli esperti agivano da intermediari durante le consultazioni politiche interministeriali⁹³.

Le **strutture interministeriali** ricevevano sistematicamente i dati provenienti dai vari ministeri e dalle altre strutture impegnate in questa fase. Da settembre a ottobre 2008, il Gruppo di Coordinamento ricevette commenti da 31 divisioni a livello provinciale, incluse le province autonome, e da 72 fra ministeri e commissioni. Anche i suggerimenti e i commenti da parte del Partito Democratico⁹⁴ furono presi in considerazione.

Le istituzioni di ricerca, inoltre, interagivano con le loro controparti a livello locale attraverso meetings e discussioni. In queste occasioni, gli esperti locali cercavano di dare voce alle richieste dei governi locali. Le informazioni venivano raccolte presentate ai funzionari di massimo grado, con lo scopo di accomodare e conciliare le svariate realtà regionali con la macro-politica nazionale.

Anche in questo stadio gli organi decisionali di livello massimo effettuarono visite in varie parti del Paese per comunicare direttamente con le organizzazioni locali e i rappresentanti dei settori industriali coinvolti. Nell'aprile 2008, Wen Jiabao condusse

⁹³ Wang, S., Fan, P., *Zhongguoshi gongshixing juece* 中国式共识型决策 (The Chinese Model of Consensus Decision-Making), Beijing: Zhongguo renmin daxue chubanshe, 2013.

⁹⁴ Oltre al Partito Comunista Cinese, nella Repubblica Popolare Cinese esistono 8 partiti politici che sono tollerati perché di fatto riconoscono l'autorità suprema del PCC. I partiti sono: il Comitato rivoluzionario del Guomindang cinese, la Lega democratica cinese, l'Associazione cinese per la costruzione democratica nazionale, l'Associazione cinese per la promozione democratica, il Partito Democratico degli operai e contadini, il Partito Zhi Gong, la Società Jiu San e la Lega per l'autonomia democratica di Taiwan.

due incontri a tema a Zhongnanhai per conoscere direttamente le opinioni e le necessità dei rappresentanti del personale medico, di esperti e studiosi, dei responsabili della produzione di farmaci, ma anche di lavoratori migranti, degli operai delle aziende di stato e straniere, di insegnanti e managers aziendali, chiunque insomma era in qualche modo influenzato dai cambiamenti che la riforma stava provocando.

Alla fine furono apportate più di 50 correzioni al precedente documento che prese il nome di “Linee guida per l’approfondimento della riforma del sistema sanitario (bozza per sollecitare i commenti)” (*guanyu shenhua yiyao weisheng tizhi gaige de yijian (zhengqiu yijian gao chugao)* 关于深化医药卫生体制改革的意见(征求意见稿)).

Il 10 settembre 2008, il Consiglio di Stato tenne un incontro dell’esecutivo e approvò nuovamente il documento revisionato e corretto^{95 96}.

2.3.5 Quarta fase: consultazioni pubbliche

Le qualità che caratterizzarono questo stadio sono certamente l’**inclusività**, la **trasparenza** e la **conseguenzialità**. Dopo aver discusso la strategia per la nuova riforma sanitaria dietro le quinte, i policy-makers decisero di esporre il documento corretto alle critiche e ai commenti della popolazione servendosi di internet. Il Governo creò una pagina in cui ognuno poteva commentare la bozza recentemente approvata.

⁹⁵ Il nuovo documento differiva dal precedente che era intitolato “bozza preliminare” o “bozza della bozza”. Il secondo invece figurava semplicemente come bozza.

⁹⁶ *Guanyu shenhua yiyao weisheng tizhi gaige de yijian (zhengqiu yijian gao)* 关于深化医药卫生体制改革的意见 (征求意见稿) (Opinioni circa l’approfondimento della riforma del sistema sanitario (bozza per sollecitare i commenti)), Disponibile al seguente link: http://www.gov.cn/gzdt/2008-10/14/content_1120143.htm [Data di accesso: 5 maggio 2015].

Questa mossa servì agli organi decisionali per comprendere la reazione dei vari gruppi di interesse alla nuova bozza di riforma, ma anche per dare legittimazione e popolarità alle misure che essa prevedeva. I feedback furono importanti anche per rendere la bozza più bilanciata in termini di interessi rappresentati.

Essa stabiliva in particolare la creazione di un sistema di assicurazione sanitaria universale. Ogni cittadino avrebbe goduto d'ora in poi di un accesso sicuro, e conveniente alla sanità di base. Per raggiungere questi obiettivi il piano stabiliva 12 punti di intervento: l'espansione della copertura assicurativa attraverso sussidi al premio, il controllo del prezzo dei farmaci, la creazione di una lista di farmaci essenziali, il rafforzamento dell'educazione sanitaria e della sanità pubblica, una separazione graduale tra la prescrizione e la vendita dei farmaci, l'integrazione verticale, il rafforzamento dell'infrastruttura sanitaria rurale, la creazione di una rete di cliniche sanitarie a livello comunitario, il sostegno alla crescita del settore privato, la modernizzazione del sistema informativo, il rafforzamento dell'educazione e della preparazione del personale medico, il miglioramento dell'etica di lavoro del personale medico⁹⁷.

La critica principale che venne mossa alla bozza fu la mancanza di concretezza nello stabilire le tempistiche con cui gli obiettivi posti dovessero essere raggiunti, così come l'assenza di indicazione dei costi che i nuovi programmi avrebbero comportato. Coloro che partecipavano attivamente alle discussioni via internet chiedevano ai policy-makers un piano d'azione più innovativo per raggiungere gli scopi⁹⁸.

Secondo l'analisi della Commissione Nazionale per lo Sviluppo e le Riforme dal 14 ottobre al 14 novembre 2008 furono inviati un totale di 35.929 commenti, di cui 31.320 postati via internet, 548 spediti via fax e 4.025 per posta. Il 55% dei commenti provenivano dal personale medico, un altro 20% invece proveniva da lavoratori migranti, contadini e operai delle aziende.

⁹⁷ Cfr. nota 96.

⁹⁸ Cfr. nota 82

La maggior parte degli opinionisti proveniva dalla classe a reddito medio-basso: il 95% infatti aveva un reddito annuo inferiore ai 50.000 RMB. Il 97% di essi rientrava nella fascia d'età tra i 15 e i 59 anni.

I feedback provenivano da diverse province, comprese le regioni autonome e le municipalità e dai residenti a Hong-Kong, Macao, Taiwan, nonché dai cinesi d'oltremare.

Secondo i dati, il 37.8% delle critiche si concentravano sul problema del miglioramento dell'erogazione del servizio sanitario, il 25.9% erano relative al rafforzamento della copertura sanitaria, il 24.7% si focalizzavano sul problema del costo dei farmaci, e il 8.4% avevano a che fare con l'insufficienza del servizio sanitario pubblico⁹⁹.

Questa fase fu inoltre caratterizzata dall'interazione tra esperti indipendenti e gruppi d'interesse. In particolare, i produttori e i distributori di prodotti farmaceutici cooperarono con i ricercatori che appoggiavano la linea di mercato per criticare la scarsa importanza che la bozza riservava ai meccanismi di mercato del settore sanitario. Essi tentarono di influenzare le discussioni attorno alla nuova politica organizzando conferenze e presentando dichiarazioni scritte alle autorità governative competenti per rendere la riforma maggiormente orientata al mercato¹⁰⁰. Seppur fornendo nuovi punti di vista e vie alternative al processo di riforma, queste attività ebbero un impatto limitato e non riuscirono a cambiare la concezione originaria della Nuova Riforma Sanitaria che di fatto aveva già preso forma durante le fasi precedenti.

Insieme al processo di consultazioni pubbliche, il Gruppo di Coordinamento continuò il lavoro di ricerca sul campo e di incontri tematici con i governi locali e i ministeri di coinvolti. Ancora una volta in base alle informazioni raccolte vennero apportate

⁹⁹ Le analisi sui feedback riguardanti la bozza della riforma sanitaria sono disponibili on line al seguente link: http://www.gov.cn/jrzq/2008-11/15/content_1150149.htm [Data di accesso 5 Maggio 2015].

¹⁰⁰ Cfr. nota 93

nuove modifiche e il Governo Centrale iniziò a lanciare progetti pilota in alcune regioni per mettere in pratica concretamente la riforma stabilita.

Nel marzo del 2009 il Governo annunciò una nuova versione delle “Opinioni circa l’approfondimento della riforma del sistema sanitario”, risultato di ben 137 emendamenti.

È certamente difficile comprendere quanto l’opinione pubblica abbia influenzato il processo deliberativo. Il numero di modifiche, revisioni e correzioni tuttavia, ci dimostra che la versione finale non fu un processo lineare, ma fu caratterizzato anzi da diverse fasi e dal tentativo di bilanciare e cercare il compromesso tra gli interessi di ciascun stakeholder.

Invitare la gente comune a partecipare allo sviluppo di una riforma così di ampia portata è un evento già di per sé senza precedenti in Cina. Questo potrebbe aumentare il consenso della popolazione verso le politiche del governo e accrescere il senso di responsabilità dei decisori sulla necessità di rispondere alle richieste dei cittadini.

2.3.6 Quinta fase: implementazione della riforma (marzo 2009- oggi)

Il risultato del lavoro condotto nella fasi precedenti fu l’adozione di una serie di documenti che segnarono la fase di completamento delle deliberazioni e l’inizio dell’implementazione. Il 21 gennaio del 2009, il Premier Wen Jiabao presiedette alla riunione esecutiva del Consiglio di Stato che approvò due documenti: “Linee guida per l’approfondimento della riforma del sistema sanitario” (*Guanyu shenhua yiyao weisheng tizhi gaige de yijian* 关于深化医药卫生体制改革的意见) e “Piano di implementazione per le questioni prioritarie della Riforma del Sistema Sanitario (2009-2011)” (*2009 – 2011 nian shenhua yiyao weisheng tizhi gaige shishi fangan* 2009 – 2011深化医药卫生体制改革实施方案).

Subito dopo, il 17 marzo del 2009, il Governo adottò ufficialmente le “Linee Guida della Commissione Centrale del PCC e del Consiglio di Stato per l’approfondimento

della riforma del sistema sanitario” (*Zhonggong zhongyang, Guowuyuan guanyu shenhua yiyao weisheng tizhi gaige de yijian* 中共中央、国务院关于深化医药卫生体制改革的意见) e anche il “Piano di implementazione per la riforma del sistema sanitario” (*2009 – 2011 nian shenhua yiyao weisheng tizhi gaige shishi fangan 2009 – 2011 深化医药卫生体制改革实施方案*)¹⁰¹.

I principi dichiarati in questi documenti rinnovano l’orientamento pubblico della riforma già annunciato nelle fasi iniziali. L’elemento chiave è ancora una volta la promessa alla popolazione di un sistema sanitario conveniente e accessibile per ognuno. Per realizzare l’ambizioso obiettivo il governo investì 850 milioni di RMB.

In base all’analisi, sembra che il risultato finale nei suoi punti chiave rifletta l’opinione di quella che inizialmente era stata la linea “pro-governo” (*zhengfu zhudao pai* 政府主导派) la quale argomentava un maggiore ruolo del governo e criticava l’orientamento “pro-mercato” (*shichang pai* 市场派). Concettualmente, i documenti esprimevano la volontà di rendere nuovamente il settore sanitario un bene pubblico, in cui la partecipazione statale al livello di finanziamenti fosse elevata, distaccandosi da quella che era stata la politica sanitaria degli anni ottanta e novanta.

2.3.7 Conclusioni

Dall’analisi del processo che portò, nel 2009, all’approvazione della nuova riforma sanitaria emerge come il processo decisionale in Cina stia evolvendosi in senso più aperto e pluralista. I criteri deliberativi elencati nel primo capitolo, sono stati applicati alle varie fasi del processo che risulta esser stato caratterizzato da una certa inclusività e consequenzialità. L’iter di formulazione della policy fu accompagnato,

¹⁰¹ Il documento è disponibile on-line al seguente link: http://www.gov.cn/zwggk/2009-04/07/content_1279256.htm [Data di accesso: 5 maggio 2015]

nell'effettivo, da un'ampia partecipazione pubblica e il governo stesso offrì numerosi canali di espressione anche per quei gruppi d'interesse che normalmente non hanno accesso agli spazi decisionali. Resta però da capire quali interessi risultarono più forti, e se in fase di implementazione anche il gruppi “minori”, in particolare le masse di popolazione, abbiamo goduto dei benefici portati dalla nuova strategia.

2.4 LA SITUAZIONE DEL SISTEMA SANITARIO CINESE DURANTE E DOPO LA RIFORMA: ELEMENTI DI NOVITÀ E ALCUNI DATI

Le prime misure prese per raggiungere gli obiettivi della riforma, risalgono in realtà già al periodo immediatamente successivo alla crisi della SARS, ma si tratta spesso di programmi pilota che vennero estesi su scala nazionale in modo graduale, seguendo un modello molto simile a quello utilizzato per le riforme degli anni ottanta.

Tra il 2003 e il 2008 fu implementata la nuova strategia di estensione della copertura assicurativa a tutti i cittadini, volta a migliorare l'accesso e l'utilizzazione dei servizi, a ridurre i costi e a fornire una maggiore protezione dal rischio, soprattutto per la popolazione rurale. Nel 2003 il governo avviò programmi sperimentali in 4 province e 333 contee. Il nuovo sistema assicurativo fu rinominato New Rural Cooperative Medical Scheme (NCMS) e fu allargato velocemente fino a coprire più di 800 milioni di residenti rurali.

Per quanto riguarda le zone urbane, il nuovo programma di copertura assicurativa Urban Employee Basic Medical Insurance, fu implementato dal 1998, e copriva i dipendenti e i pensionati delle aziende pubbliche e private. Restavano fuori, tuttavia, i famigliari dei dipendenti, che si stima ammontassero a circa 420 milioni¹⁰².

¹⁰² Liu, H., Zhao, Z., *Impact of China's Urban Resident Basic Medical Insurance on Health Care Utilization and Expenditure*, luglio 2012, disponibile al seguente link: <http://ftp.iza.org/dp6768.pdf> [Data di accesso: 6 maggio 2015].

Tra il 2003 e il 2005 venne inoltre stabilito un programma denominato Medical Financial Assistance (MFA) indirizzato alla copertura delle spese per le malattie gravi.

Contemporaneamente aumentarono anche gli investimenti in infrastrutture: tra il 2003 e il 2007 il Governo investì una somma pari a 2 milioni di dollari per finanziare il Programma di Sviluppo e Costruzione dei Servizi Sanitari Statali; inoltre, tra il 2000 e il 2008 il numero di ospedali generici aumentò del 23%, mentre quello degli ospedali specializzati duplicò.

Quando nel 2006 il Governo cinese diede avvio al processo di riforma, furono intrapresi piani sperimentali per identificare possibili opzioni e soluzioni. Nello specifico, il Ministero della Salute designò alcune provincie¹⁰³ affinché formulassero e testassero una riforma sanitaria completa.

Ad esempio, nel 2007 fu sperimentato in 79 città, l'Urban Residents Basic Medical Insurance (UR-BMI). Questo programma andava a sopperire alla mancanza di copertura assicurativa di quei residenti urbani che erano rimasti fuori dall'UE-BMI, ossia i bambini, gli studenti, i disabili e gli anziani. Nel 2008 altre 229 città avevano aderito al nuovo schema assicurativo sperimentale e nel frattempo il NCMS si era allargato all'86% delle contee rurali.

Quando nel 2009 la Commissione Centrale del PCC pubblicò il documento "Linee guida per l'approfondimento della riforma del sistema sanitario", il governo impegnò 850 milioni di RBM da investire nell'arco di tempo di tre anni (dal 2009 al 2011) per implementare l'intero piano di riforma.

I maggiori progressi furono registrati tra il 2003 e il 2008 nel miglioramento della copertura assicurativa. Nel 2008 le quote di copertura raggiungevano il 72% nelle zone urbane e il 93% in quelle rurali.

Gli obiettivi della riforma nel settore assicurativo includevano l'ulteriore estensione dell'assicurazione sanitaria e l'aumento dei benefits.

¹⁰³ Le province scelte erano il Ningxia, Chongqing, lo Shandong e la prefettura dei Weifang.

Per quanto riguarda l'**espansione della copertura** dopo l'avviamento del piano di riforma, il governo puntava a raggiungere quote oltre il 90% della popolazione rurale con il NCMS e ad aumentare ulteriormente le quote per popolazione urbana. Nel complesso il target per la fine del 2009 era stato stabilito a 390 milioni di residenti delle città. Per far ciò, le autorità portarono i sussidi a 120 RMB a persona annui sia per il cittadini urbani che per quelli rurali.

Un'altra iniziativa fu il **miglioramento delle quote di rimborso**, che, nel corso del 2009, dovevano aumentare del 5% per le **spese di ricovero** in almeno il 50% delle province cinesi. Nel 2010, il governo permise che le spese di ricovero fossero rimborsate per almeno il 60%, a tutti coloro che aderivano ai programmi NCMS e UR-BMI. I rimborsi per le **spese ambulatoriali**, invece, dovevano essere portati al 60% e al 50% rispettivamente per il programma di UR-BMI e quelli di NCMS.

Tra il 2009 e il 2010 si stabilirono degli obiettivi anche per l'aumento della **protezione finanziaria**. Il tetto massimo dei rimborsi avrebbe dovuto ammontare a sei volte il reddito annuale medio dei lavoratori locali (per l'UR-BMI), sei volte il reddito disponibile per i residenti urbani (per l'URB-BMI), sei volte il reddito pro capite netto dei contadini (per il NCMS). Furono inoltre avviati programmi pilota per fornire copertura in caso di malattie gravi nei bambini, come la leucemia, malattie cardiache congenite e così via.

Si puntò all'**aumento dell'efficienza nella gestione**. In particolare, almeno l'80% delle aree coperte dai tre maggiori programmi di assicurazione dovevano implementare metodi di rimborso "in tempo reale" per le spese di ricovero, i pazienti quindi, avrebbero dovuto prendersi carico esclusivamente delle spese ambulatoriali.

Un'altra innovazione fu la creazione di una lista di farmaci essenziali che sarebbero stati rimborsati dai programmi di assicurazione¹⁰⁴.

I targets per il 2011 tendevano sostanzialmente a proseguire il lavoro avviato nel biennio precedente.

¹⁰⁴ vedi pagine seguenti.

Il governò aumentò considerevolmente la spesa nel settore sanitario¹⁰⁵ arrivando al 4.96% del PIL nel 2009 (contro il 3.02% del 1978).

Le spese che i contribuenti sostenevano di tasca propria avevano raggiunto nel 2001 il picco massimo con il 60% della spesa totale. Con l'implementazione della riforma, le quote del Governo aumentarono in maniera sostanziale. Nel 2008 il Governo Centrale contribuiva per il 24% della spesa sanitaria totale, un altro 29% veniva finanziato dai programmi di copertura assicurativa, mentre le assicurazioni private raggiungevano soltanto il 3.8% delle quote. Le spese individuali erano diminuite passando dal 60% del 2001 al 42% nel 2008.

Il Governo Centrale puntava a raggiungere entro il 2020 una spesa sanitaria pari all'8% del PIL¹⁰⁶.

	1995	2000	2005	2008
Spesa Sanitaria Tot. rispetto al PIL (%)	3.5	4.6	4.5	4.3
Spesa Sanitaria del Governo rispetto alla Spesa Sanitaria Tot. (%)	51.2	38.7	40.8	46.7
Spesa Sanitaria Privata rispetto alla Spesa Sanitaria Tot. (%)	48.8	61.3	59.2	53.3
Spesa Sanitaria Privata Individuale rispetto alla Spesa Sanitaria (%)	96.3	97.3	92.9	92.0

Tabella 2.4.1 La tabella mostra il trend dei principali indicatori della spesa sanitaria. Si noti in particolare l'aumento della partecipazione statale alla spesa sanitaria¹⁰⁷

¹⁰⁵ Tra il 1978 e il 1999 la partecipazione del governo centrale alla spesa sanitaria passò dal 32% al 15%.

¹⁰⁶ Barber, S. L., Yao, L., *Health insurance systems in China: a briefing note*, World Health Report, World Health Organization.

¹⁰⁷ Dati forniti dall'Istituto Cinese di Economia Sanitaria (Ministero della Salute) alla World Health Organization (WHO).

	NEW RURAL COOPERATIVE MEDICAL SCHEME (NCMS)	URBAN EMPLOYEE-BASIC MEDICAL INSURANCE (UE-BMI)	URBAN RESIDENTS-BASIC MEDICAL INSURANCE (UR-BMI)
AMMINISTRAZIONE	CONTEA (2176)	MUNICIPALITÀ	MUNICIPALITÀ
AUTORITÀ	Le contee determinano le quote deducibili, il tetto, i rimborsi	Varia molto a seconda della municipalità per finanziamento, idoneità, accetto di benefits	Varia molto a seconda della municipalità per finanziamento, idoneità, accetto di benefits
DATA DI INIZIO	2003	1998	2007 (città pilota) 2010 (estensione a tutte le città)
PARTECIPAZIONE	Volontaria (famiglie)	Obbligatoria (singoli individui)	Volontaria (famiglie)
POPOLAZIONE	Residenti Rurali	Impiegati Urbani	Bambini, studenti, anziani, residenti urbani non occupati
TARGET	840 milioni	300 milioni	200 milioni
COPERTURA	94.2% (2009)	67% (200 milioni, fine 2008)	60.4% (118 milioni fine 2008)
GETTITO (MILIONI DI RMB)	94.435 milioni RMB (2009)	270.9 milioni RMB	15.4 milioni RMB
SPESA (MILIONI DI RMB)	92.292 milioni RMB (2009)	201.6 milioni RMB	6.7 milioni RMB
RISORSE DI FINANZIAMENTO	100 RMB/anno (2009) Per le provincie occidentali: 40 RMB dal governo centrale, 40 RMB dal governo locale, 20 RMB dai singoli. Per le provincie orientali, il contributo del governo centrale tende ad essere più basso	8% del salario dell'impiegato	Media di 245 RMB per gli adulti; 113 RMB per i minori (2008). Nel 2008, il contributo del governo ammontava ad almeno 80 RMB per persona (40 RMB dal governo centrale). Il contributo del governo locale varia a seconda della provincia

Tabella 2.4.2 Panoramica dei tre principali programmi di assicurazione sanitaria in Cina.

Uno degli obiettivi principali della riforma fu quello di migliorare l'erogazione del servizio sanitario che in Cina avviene per il 90% tramite gli ospedali pubblici.

Nel 2010, l'Ufficio per le Riforme del Consiglio di Stato pubblicò, in via sperimentale, delle linee guida per la riforma degli ospedali. Il governo scelse delle aree pilota in cui implementare nuovi modelli gestionali e organizzativi per le infrastrutture, per un totale di 745 ospedali, 17 contee e 37 tra province e città. Queste zone furono scelte perché in grado di rappresentare variazioni consistenti nello sviluppo economico e nell'amministrazione locale, presenti in Cina. Il processo fu coordinato dall'alto dall'Ufficio per le Riforme del Consiglio di Stato, ma le strutture ospedaliere scelte furono lasciate libere di formulare e implementare programmi di riforma specifici in base alla situazione locale.

Queste strutture furono incoraggiate a ridurre la loro dipendenza finanziaria dalla vendita dei farmaci, a sviluppare meccanismi di compensazione attraverso l'aggiustamento delle tariffe per i servizi, in modo tale che essi riflettessero i costi reali, e ad utilizzare i rimborsi delle assicurazioni. Nell'Anhui, a Nanchino e nello Yunnan furono creati networks indipendenti per la distribuzione dei farmaci in modo tale da separare il servizio sanitario dalla vendita dei medicinali.

Le linee guida promossero investimenti consistenti per supportare attività specifiche nel campo della welfare e della sanità pubblica. Tra la fine del 2011 e il 2012, le municipalità aumentarono in modo consistente i sussidi governativi per l'acquisto di macchinari, per lo sviluppo delle risorse umane e per l'attività di pubblica sanità.

Fu inoltre incoraggiata la collaborazione e il supporto tecnico tra 1100 ospedali di terzo livello e 2832 ospedali a livello di contea.

Venne implementata una riforma dei sistemi di pagamento con metodi sperimentali come la capitazione, i pagamenti basati sul caso specifico, e il cosiddetti gruppi omogenei di diagnosi (dall'inglese DRGs, diagnostic-related groups)¹⁰⁸. Alla fine del

¹⁰⁸ Il diagnostic-related groups (DRGs) è un sistema che permette di classificare tutti i pazienti dimessi da un ospedale (ricoverati in regime ordinario o day hospital) in gruppi omogenei per assorbimento di risorse impegnate (isorisorse). Tale aspetto permette di quantificare economicamente tale assorbimento di risorse e quindi di remunerare ciascun episodio di ricovero. Una delle finalità del sistema è quella di controllare e contenere la spesa sanitaria.

2011, più di un terzo degli ospedali terziari (34%) aveva scelto di implementare in via sperimentale il metodo DRGs, mentre la regione autonoma del Guangxi Zhuang aveva optato per il sistema “caso per caso”.

Numerosi sforzi vennero fatti anche per migliorare la qualità del servizio ed il livello di soddisfazione dei pazienti. Un totale di 3467 istituzioni in 25.500 dipartimenti mediche adottarono procedure cliniche standardizzate per migliorare l’assistenza medica. Quasi tutti gli ospedali di livello terziario (94%) svilupparono sistemi di pre-registrazione per le visite ospedaliere in modo tale da evitare le lunghe code ed inoltre i servizi ambulatoriali furono aperti anche nei weekends e nei giorni festivi.

Sempre in via sperimentale, vennero implementati sostanziali cambiamenti nei sistemi di governance. Dieci città stabilirono commissioni guidate dal governo municipale per coordinare tutti i ministeri coinvolti nell’organizzazione e nel finanziamento degli ospedali pubblici, e sei città crearono agenzie governative specifiche per la gestione delle strutture¹⁰⁹.

Vale la pena soffermarsi sulla creazione della **National Essential Drug List**. La lista fu creata nel 2009 come risposta del Governo cinese al problema dell’over-prescription dei farmaci da parte degli ospedali pubblici, in particolare di antibiotici e iniezioni. Essa è la colonna portante di tutto il sistema di farmaci essenziali, che richiedeva che tutte le strutture pubbliche per la sanità di base si fornissero dei medicinali presenti sia nella National Essential Drug List, sia sulle liste delle rispettive province.

Questa strategia ridusse la gamma di farmaci disponibili nelle strutture sanitarie di base e ne promosse un uso razionale, riducendo le opportunità per i medici di prescrivere intenzionalmente medicinali che garantissero ampi margini di guadagno, ma particolarmente costosi per l’utenza.

¹⁰⁹ Barber, L., S., Borowitz, M., Bekedam, H., Ma, J., *The hospital of the future in China: China’s reform of public hospitals and trends from industrialized countries*, Oxford University Press, 2013.

La lista nazionale del 2009 comprendeva un totale di 307 farmaci di cui 205 farmaci cosiddetti della medicina occidentale, che coprivano 24 categorie di malattie, e 102 farmaci tradizionali, per 6 categorie cliniche. Un'ampia proporzione di questi farmaci sono utilizzati per il trattamento di malattie frequentemente ricorrenti in Cina, come le malattie respiratorie, quelle cardiovascolari e quelle dell'apparato digerente. Inoltre, assieme alla più comune influenza, sono comprese anche malattie che negli ultimi anni hanno avuto una rapida diffusione nel Paese, come per esempio, l'ipertensione e il diabete.

In aggiunta, 29 amministrazioni locali (tra province, municipalità e regioni amministrative speciali) si dotarono di liste proprie per un totale di 2062 farmaci supplementari di cui 783 della medicina occidentale e 805 della medicina tradizionale cinese. Le liste includevano anche 325 medicine della tradizione tibetana e della provincia di Qinghai, nonché 122 medicinali della Mongolia Interna¹¹⁰.

Seppur segno di un cambiamento di rotta da parte del governo, la Lista di Farmaci Essenziali del 2009 necessitava di alcuni aggiustamenti sostanziali. In sintesi, le problematiche che caratterizzavano la lista del 2009 possono essere ridotte a due.

Innanzitutto, i 307 farmaci della Lista Nazionale non comprendevano alcune categorie cliniche e conseguentemente non rispondevano a tutte le necessità della cura primaria dei pazienti¹¹¹. Inoltre, la Lista era stata adottata solo dalle istituzioni per la sanità primaria, mentre quelle di livello superiore non l'avevano implementata ,portando all'emergere del fenomeno “stessa città, prezzi differenti”, ovvero ad una variazione del prezzo per lo stesso farmaco a seconda dell'istituzione.

¹¹⁰ Tian, X., Song, Y., Zhang, X., *National Essential Medicine List and policy practice: A case study of China's health care reform*, BMC Health Services Research, 2010.

¹¹¹In primo luogo nonostante ci fossero medicinali per il trattamento delle malattie comuni, come febbre, influenza, diarrea e dolori addominali, nel complesso essi non consistevano di un set completo per il sollievo dai sintomi. In secondo luogo, erano carenti anche i farmaci per le malattie croniche (per esempio, malattie cardiovascolari e del sistema nervoso). Infine, alcune strutture per le cure primarie fornivano anche alcuni servizi speciali che richiedevano medicinali dermatologici, ortopedici, ginecologici così via. Tuttavia, nella Lista Nazionale, erano presenti soltanto 5 medicinali dermatologici ovvero l'1.63% di tutta la Lista. c'erano soltanto 8 farmaci per le cure ortopediche, che contavano il 2.6% del totale.

Per questi motivi, nel 2013, il Governo ha pubblicato una Nuova Lista dei Farmaci Essenziali che oltre ad includere nuovi farmaci per un totale di 520, restringeva la possibilità, ma anche la necessità per le liste provinciali, di introdurre medicinali supplementari. La tendenza fu dunque quella di creare un sistema quanto più centralizzato possibile, limitando l'autonomia locale.

Le istituzioni primarie furono obbligate a vendere i farmaci in Lista, dal momento che soltanto il 77.36% delle istituzioni avevano implementato la Lista del 2009. In aggiunta, anche gli ospedali di secondo livello furono invitati a vendere i farmaci in lista con volumi di almeno il 40%-50%¹¹².

Uno sguardo va rivolto anche sui più recenti sviluppi della riforma. Nonostante le Linee Guida del 2009 avessero lasciato intendere una radicale virata del governo verso un sistema sanitario quanto più pubblico, alcune misure prese recentemente sembrano piuttosto essere orientate ad una sorta di compromesso tra pubblico e privato.

È del 22 luglio 2014 la notizia dell'accordo tra il gruppo tedesco Artemed e la Silver Mountain Capital di Hong Kong per la creazione del primo ospedale ad investimento straniero nella Free Trade Zone di Shanghai¹¹³.

Il governo ha inoltre avviato delle liberalizzazioni sulla vendita dei farmaci annunciando a gennaio di quest'anno che sarà possibile l'acquisto online dei farmaci prescritti su piattaforme quali Alibaba Group Ltd. e Wal-Mart Stores Inc. Con ciò il governo si pone l'obiettivo di riformare il mercato farmaceutico dopo che lo scoppio dello scandalo sul sistema di corruzione della GlaxoSmithKline (GSK) aveva rivelato un mercato del farmaco frammentato e opaco^{114 115}.

¹¹² Zhang, M., Liu, J., Lu, J., Zhang, S., *Exploring Impacts of the Revised EDL and Associated Policies*, IMS Consulting Group, aprile 2013.

¹¹³ *Groundbreaking Establishment of the First Wholly Foreign Invested Hospital Project in China*, CMS, disponibile al seguente link: http://www.cms-china.info/insight/2014/08/China-Insight-Corporate_13-08-14.html [data di accesso: 29 maggio 2015].

¹¹⁴ Il caso della multinazionale del farmaco GlaxoSmithKline (GSK) è trattato in modo più approfondito nel Capitolo Terzo paragrafo 3.3.

¹¹⁵ Jourdan, A., *China to allow online sales of prescription drugs as early as this month - sources*, Reuters, 9 gennaio 2015, disponibile al seguente link: <http://www.reuters.com/article/2015/01/09/china-pharmaceuticals-idUSL3N0UE1WK20150109> [data di accesso 29 maggio 2015].

La Commissione Nazionale per lo Sviluppo e le Riforme ha annunciato anche la fine della politica che prevedeva dei tetti massimi sul prezzo di tutti i farmaci.

I prezzi stabili per i farmaci avevano portato negli ultimi anni al peggioramento del fenomeno della corruzione: le case farmaceutiche pagavano mazzette ai medici e agli ospedali affinché questi vendessero i loro farmaci a prezzi esorbitanti¹¹⁶. La nuova mossa del governo sembra voler rendere il mercato dei prodotti farmaceutici più trasparente. Il prezzo dei farmaci verrà stabilito dal mercato grazie alla competizione¹¹⁷, mentre su 200 farmaci compresi nelle Lista Nazionale dei Farmaci Essenziali, il Governo negozierà il prezzo direttamente con i produttori ¹¹⁸.

Infine, nuovi scenari sembrano aprirsi per le compagnie assicurative private. Nonostante il mercato delle assicurazioni private non sia ancora decollato, i trend di crescita suggeriscono una futura crescita. L'invecchiamento della popolazione, l'aumento dell'aspettativa di vita, ma soprattutto l'aumento del reddito personale fanno ritenere che molti cittadini cinesi sceglieranno di integrare la copertura fornita dai sistemi di assicurazione pubblica con quella di un'assicurazione privata. D'altro canto, gli osservatori prevedono che l'incidenza di malattie gravi come il cancro aumenterà annualmente con valori che vanno dall'1% al 5% tra il 2010 e il 2015. Queste malattie non sono sempre incluse nei programmi del governo, e la maggior parte dei cinesi non sarebbe in grado di sostenere personalmente i costi necessari per le cure.

Questi “buchi” nel settore pubblico, costituiscono un'ottima opportunità per l'entrata del privato. Il governo cinese, consapevole della necessità di un'integrazione degli schemi governativi, sta favorendo le assicurazioni commerciali. In alcune zone, seguendo le direttive del Centro, i governi locali hanno avviato programmi sperimentali di partnership con le compagnie private.

¹¹⁶ Sul problema della corruzione ci si riferisca al Capitolo Terzo paragrafo 3.3.

¹¹⁷ Soltanto il prezzo degli anestetici e dei farmaci per le cure psichiatriche verrà mantenuto fisso.

¹¹⁸Jing, L., *China scraps price caps for most drugs*, South China Morning Post, 5 maggio 2015, disponibile al seguente link: <http://www.scmp.com/news/china/policies-politics/article/1786573/china-stop-setting-prices-most-medicines-june-1> [data di accesso 29 maggio 2015].

Per esempio, nel Fujian e a Chongqing, le amministrazioni hanno lasciato la responsabilità gestionale degli schemi pubblici alle assicurazioni commerciali. In altri casi, come Wuxi e Tianjin, nello Shaanxi e nello Henan, i governi hanno stabilito programmi di collaborazione tra le società private e gli ospedali. Infine, a Xiamen, il governo ha fornito, a tutti gli impiegati con regolare registrazione, un'assicurazione supplementare privata che copra le spese sanitarie al di sopra dei 53.000 RMB previsti dal programma sociale.

La standardizzazione delle procedure cliniche e dei pagamenti favoriranno la disponibilità di dati più precisi che permetteranno alle società private di fare previsioni per il futuro¹¹⁹.

2.5 GLI ORGANI DECISIONALI E IL LORO COORDINAMENTO

L'avvio delle riforme degli anni Ottanta, con l'introduzione dei meccanismi tipici del mercato competitivo, hanno reso il sistema di gestione della sanità via via più complesso. Le diverse sfere di cui il sistema si compone coinvolgono gli ambiti di responsabilità di uno o più ministeri e/o uffici governativi.

La Nuova Riforma Sanitaria inoltre, avendo come obiettivo la riforma dell'intero sistema, in tutte le sue ramificazioni, estese la platea dei decisori anche agli attori esterni al sistema politico: tutti coloro che avevano un qualche interesse nei confronti del cambiamento in atto furono invitati, almeno nominalmente, a prendere parte al processo di deliberazione.

Questa sezione si propone di comprendere come si sono svolte le decisioni all'interno del Governo cinese e come gli organi si sono coordinati tra di loro.

¹¹⁹Chen, H., Wang, J., *Insider Analysis From L.E.K. Consulting On The Private Health Insurance Market In China: Business As Usual Or Breakthrough Imminent?* Elsevier, 2012.

La nuova riforma sanitaria coinvolse un totale di 16 Ministeri, che parteciparono con grado diverso alle decisioni. Cinque furono i ministeri più attivi nel processo di formulazione: la Commissione Nazionale per le Riforme e lo Sviluppo, il Ministero della Salute, il Ministero delle Finanze, il Ministero dell'Agricoltura e il Ministero del Lavoro e della Sicurezza Sociale. In particolare i rappresentanti dei primi due ministeri, ossia la Commissione Nazionale per le Riforme e lo Sviluppo e il Ministero della Salute, furono messi a capo del Gruppo di Coordinamento della Riforma Sanitaria.

Ogni ministero partecipante, aveva al suo interno uno o più dipartimenti che si occupavano direttamente delle questioni oggetto della riforma sanitaria; per esempio, la Commissione Nazionale per lo Sviluppo e le Riforme era a capo del dipartimento per le politiche di prezzo e quello per le politiche sociali, il Ministero della Salute coordinava il dipartimento per le politiche e i regolamenti nonché del dipartimento delle politiche sanitarie. Alcuni di questi uffici furono appositamente creati durante il periodo della riforma per occuparsi di specifiche tematiche ad essa legate.

Il piano generale della Riforma venne dunque suddiviso, a seconda delle competenze, tra i diversi ministeri. Ad ognuno di essi vennero assegnati punti specifici di cui occuparsi. Ciascuno di questi ambiti tematici, tuttavia, coinvolgevano sia il ministero di riferimento, che doveva avviare ricerche sul campo e prendere le decisioni più importanti, sia altri ministeri, uffici, dipartimenti che cooperavano perché specializzati in quel settore. Per esempio, il Ministero della Salute divenne responsabile del Sistema dei Farmaci Essenziali che fu creato insieme all'Amministrazione Statale per i Prodotti Alimentari e i Farmaci.

Il processo decisionale all'interno di ciascun ministero potrebbe essere sintetizzato in tre fasi principali.

Il primo passo era quello delle **discussioni preliminari all'interno del ministero di riferimento**. Una volta presa in carico dal Ministero o dall'Ufficio responsabile, quest'ultimo doveva occuparsi della stesura di una bozza preliminare. Alle deliberazioni venivano invitati tutti i dipartimenti competenti in materia, sia interni

che esterni al ministero. La bozza preliminare era il frutto di discussioni aperte e brain-storming e si trattava dunque di un documento informale.

La fase successiva era quella delle **consultazioni**. La bozza preliminare veniva sostanzialmente “aperta” ai commenti e ai suggerimenti sia da parte dei gruppi di interesse esterni al governo, come ad esempio i gruppi di ricerca, i think-tanks e le Associazioni di settore, sia da parte delle amministrazioni locali ossia da parte dei livelli più bassi del sistema politico.

Infine, una volta ultimata, il Ministero competente aveva il compito di **integrare il documento con la bozza generale** della Riforma che avveniva tramite il Gruppo di Coordinamento.

2.5.1 Il Gruppo di Coordinamento del Consiglio di Stato

Il 30 Giugno del 2006 il Consiglio di Stato creò il Gruppo di Coordinamento per la Riforma Sanitaria, costituito da 16 Ministeri compresi i due principali coinvolti nella Riforma, ossia il Ministero della Salute (*weishengbu* 卫生部) e la Commissione Nazionale per lo Sviluppo e le Riforme (*guojia fazhan he gaige weiyuanhui* 国家发展和改革委员会).

Al Gruppo fu affidando il compito di analizzare e stabilire le linee guida e gli steps a livello decisionale della Nuova Riforma Sanitaria nonché unificare le varie bozze proposte da ciascuno dei Ministeri¹²⁰, il che implicava un attento lavoro di assorbimento e bilanciamento degli interessi e delle opinioni circa la giusta direzione che la Riforma doveva prendere.

Durante l’iter della policy, la modalità più frequentemente utilizzata dal gruppo per il coordinamento fu quella assembleare che, tramite un confronto diretto tra i ministeri e con i singoli ministeri, permetteva di raggiungere in maniera più veloce ed efficace un’intesa reciproca tra le parti. Ogni Ministero analizzava una determinata questione

¹²⁰ Vedi descrizione delle processo di stesura delle bozze all’interno dei singoli ministeri descritta nelle pagine precedenti.

dal proprio punto di vista, il Ministero delle Finanze cercava la modalità di distribuzione più efficiente possibile, quello della Salute puntava a garantire il servizio pubblico a tutti i livelli della sanità e così via. L'obiettivo delle riunioni era proprio quello di confrontare e discutere le richieste avanzate dalle diverse parti giungendo alla fine ad un comune accordo.

Per quanto riguarda l'integrazione delle bozze invece, il compito venne affidato a un gruppo di lavoro più ristretto, formato unicamente dai Ministri. Questioni particolarmente critiche come la riforma degli ospedali pubblici, gli investimenti da parte del Governo o la distribuzione delle risorse, vennero discussi in ambienti ancora più ristretti composti dal presidente della Commissione Nazionale per lo Sviluppo e le Riforme Ma Kai, che presiedeva anche al Gruppo di Coordinamento, il Ministro della Salute, Gao Qiang e quello delle Finanze, Xie Xu.

Il Gruppo di Coordinamento, oltre ad avere il compito di curare l'integrazione e la formulazione delle bozze, avviò anche una serie di investigazioni a livello provinciale, in modo tale da conoscere la situazione sanitaria locale.

Per questa finalità furono creati quattro sottogruppi che effettuarono ricerche in più di 20 province concentrandosi in particolare sul sistema di gestione e funzionamento della sanità locale, su quello di investimento, sul sistema di copertura assicurativa e sulle modalità di produzione e distribuzione dei farmaci.

A ciò si aggiunsero analisi e ricerche su scala nazionale su tematiche di ampia portata come sul sopracitato sistema dei Farmaci Essenziali¹²¹, sugli investimenti in sanità da parte del Governo Centrale, sullo sviluppo del settore privato e così via, portate avanti direttamente dal Gruppo di Coordinamento sotto la guida del Consiglio di Stato.

I gruppi responsabili di queste analisi e ricerche di mercato non erano formati unicamente dai rappresentanti dei ministeri direttamente coinvolti nella tematica affrontata, ma venivano invitati a partecipare anche gli esperti dei gruppi di ricerca

¹²¹ Vedi Lista dei Farmaci Essenziali pp. 90-91-92.

interni ed esterni al governo, nonché i funzionari responsabili della sanità a livello locale¹²².

2.5.2 Il Leading Small Group

Nel dicembre 2008, fu invece creato un Leading Small Group per la Riforma Sanitaria¹²³. In questa fase, erano già stati formulati i primi documenti ufficiali e il processo di formulazione della policy era quasi finito. La creazione del Leading Small Group da parte del Consiglio di Stato segnò anche la fine dell'attività del precedente Gruppo di Coordinamento.

Il nuovo gruppo di lavoro era presieduto dal vice-premier Li Keqiang e vi partecipavano i due segretari generali del Consiglio di Stato cinque ministri in qualità di vice presidenti e 20 ministeri.

All'LSG fu affidato il compito di rivedere i principi generali che avevano guidato la riforma fino a quel momento, ma anche curarne l'implementazione, oltre che, ovviamente le ultime fasi deliberative. Il lavoro dell'LSG si può riassumere in due punti fondamentali.

Innanzitutto l'LSG dovette integrare la bozza di partenza con i commenti e i suggerimenti avanzati al governo nella fase delle deliberazioni interne e in quella delle consultazioni pubbliche.

Una volta pubblicati i documenti finali “Linee Guida della Commissione Centrale del PCC e del Consiglio di Stato per l'approfondimento della riforma del sistema sanitario” (*Zhonggong zhongyang, Guowuyuan guanyu shenhua yiyao weisheng tizhi gaige de yijian* 中共中央、国务院关于深化医药卫生体制改革的意见) e “Piano di implementazione per la riforma del sistema sanitario (biennio 2009-2011)” (*2009 – 2011 nian shenhua yiyao weisheng tizhi gaige shishi fangan 2009 – 2011* 深化医药

¹²² Wang, S., Fan, P., 2013. 中国式共识型决策 *Zhongguoshi gongshixing juece* (The Chinese Model of Consensus Decision-Making) , Beijing: Zhongguo renmin daxue chubanshe, 2013.

¹²³ Per un approfondimento sul ruolo dei Leading Small Group nel policy making in generale in Cina, vedi Capitolo Primo pag. 28.

卫生体制改革实施方案), il Gruppo di Lavoro divenne responsabile dell'implementazione della Riforma, promuovendo l'applicazione pratica dei documenti e spingendo i singoli ministeri a pubblicare dei documenti allegati sulle questioni di loro competenza¹²⁴.

¹²⁴ Cfr. nota 111

CAPITOLO TERZO

3.1 PREMESSA

Dopo aver analizzato le fasi che hanno caratterizzato il processo di riforma sanitaria, è emerso come esso non si sia svolto in modo lineare.

L'iter si è svolto in un arco di tempo piuttosto lungo, dal 2006 al 2009, che risulta ancora più esteso se si include anche il periodo antecedente le deliberazioni ufficiali. Quando nel 2003 scoppiò il caso SARS infatti, il Governo iniziò subito a prendere i primi provvedimenti in materia sanitaria e a porre la riforma come una delle priorità per il nuovo millennio.

Ognuna delle cinque fasi descritte hanno visto un'ampia partecipazione non solo da parte dei ministeri, delle commissioni e degli uffici all'interno del Governo, ma anche da parte di gruppi d'interesse esterni che, con varie modalità, hanno cercato di influenzare la riforma facendo prevalere la propria visione e le proprie priorità.

D'altro canto, novità assoluta nel contesto politico cinese, fu la stessa leadership ad aprire canali di interazione con gli ambienti esterni, rendendo il processo particolarmente dinamico e variegato. Nel caso della riforma sanitaria, non furono soltanto i rappresentanti delle associazioni di settore e delle industrie a partecipare alle deliberazioni, un enorme contributo venne offerto anche dalle organizzazioni e dagli istituti di ricerca, sia indipendenti, sia legati a governo. Inoltre, la cittadinanza ha avuto modo di esprimere la propria opinione soprattutto attraverso internet, ma anche grazie a interazione diretta con i politici, i quali a più riprese hanno effettuato ricerche sul campo e hanno organizzato conferenze con i dipendenti del settore, l'utenza, e i managers aziendali a livello locale.

In questa terza parte, l'analisi si focalizzerà sulla descrizione di ciascuno dei principali gruppi di interesse. Per ognuno di essi ci si propone di comprendere il ruolo svolto durante il processo di formulazione della policy e nella fase di implementazione.

In parte, nel secondo capitolo, è già emerso un certo grado di apertura durante le deliberazioni che hanno portato alla formulazione “teorica” della riforma. Tuttavia, la capacità di influenzare il processo da parte dei gruppi d'interesse è reale soltanto se le richieste avanzate in fase di formulazione sono seguite da risposte concrete in fase di applicazione della legge oppure se, ad una mancata risposta da parte delle autorità, il gruppo di interesse è abbastanza forte da agire, legalmente o illegalmente, per aggirare il problema.

L'azione dei gruppi di interesse sarà quindi valutata nei due momenti principali, quello di policy-making e quello di implementazione. L'obiettivo sarà comprendere oltre alle modalità di azione intraprese per influenzare la riforma, anche la capacità effettiva di influenzarla.

3.2 I GRUPPI D'INTERESSE E IL LORO IMPATTO IN FASE DELIBERATIVA

3.2.1 La popolazione

Volendo riprendere la classificazione dei gruppi d'interesse fornita nel Capitolo Primo¹²⁵, la popolazione rientra nella categoria gruppo di interesse anomico, in quanto normalmente priva di un'organizzazione formalizzata da regole e spontanea nelle modalità d'azione. Questa mancanza di struttura è data dall'inconsapevolezza di

¹²⁵ Vedi Capitolo Primo pp. 18-19-20.

condividere un interesse comune cui seguono forme di aggregazione temporanee e poco solide.

È opinione condivisa da molti studiosi il fatto che l'impossibilità da parte del processo di policy-making di riflettere l'opinione e le aspirazioni della cittadinanza sia in gran parte da rimandare alla difficoltà di interazione tra i policy-makers e la popolazione. Anche nei sistemi politici relativamente democratici e aperti, dove la popolazione gode di ampia libertà di espressione, il problema non è da considerarsi univoco. Ciò significa che le difficoltà di interazione non si manifestano soltanto a causa dell'assenza di spazi in cui gli elettori possano esprimere la propria opinione e dare il proprio contributo, ma anche nell'assenza di canali che permettano ai candidati politici di consultare l'opinione pubblica.

Di conseguenza, nonostante il "gruppo cittadinanza" sia numericamente quello più grande, per la scarsità di canali interattivi e per l'incapacità di organizzarsi, esso si identifica anche come quello più debole.

È altrettanto vero, inoltre, che la mancata partecipazione popolare non può che risultare in un basso livello di equità del sistema di decision-making e, di rimando, del risultato finale della policy.

In Cina il problema risulta ancora più accentuato in quanto il potere politico è in mano ad una leadership che non viene eletta dalla cittadinanza. A ciò si sommano questioni pratiche, dovute alla vastità del territorio nazionale e al fatto che la maggior parte della popolazione cinese vive nelle campagne, dove i mezzi d'informazione sono più limitati.

In questo contesto, la nuova riforma sanitaria emerge come un caso unico nella storia politica cinese, in quanto è stato caratterizzato da uno sforzo senza precedenti da parte del Governo di aprire dei canali di comunicazione con la popolazione. Alla presa di coscienza sull'importanza di consultare l'opinione pubblica durante le fasi di formulazione della policy da parte della leadership cinese, hanno contribuito, da un lato, il fatto che la questione era particolarmente sentita come urgente dalla

popolazione, e, dall'altro lato, la necessità per la leadership di veder legittimato il proprio lavoro. Pur trattandosi di un sistema autoritario infatti la legittimazione risultava necessaria al mantenimento della stabilità politica¹²⁶.

La vasta diffusione nell'utilizzo di internet a partire dai primi anni duemila ha reso più facile per le masse una manifestazione di disagio nei confronti dell'indifferenza degli ambienti politici verso la sanità pubblica.

La popolazione cinese era stata la vittima principale del fallimento della mercatizzazione del sistema sanitario e di tutta la politica sanitaria del ventennio precedente l'avvio della Riforma. In un sondaggio del Ministero della Sanità del 2004, era emerso che il 44.8% della popolazione urbana non era in possesso di alcun tipo di copertura assicurativa e la percentuale era ancora più alta nelle zone rurali dove raggiungeva il 79.1%. Di conseguenza, l'opinione pubblica sostenne immediatamente e in maniera attiva il processo che stava per avviarsi.

I segnali di scontento erano già percepibili nei fenomeni di violenza dei pazienti nei confronti dei medici degli ospedali. Sintomo dell'iniquità di un sistema che finiva per accanirsi sia sui pazienti che sui medici. I primi, esasperati dalle difficoltà di accedere al servizio sanitario e dai costi elevatissimi, trovavano nell'accanimento contro i dottori l'unica possibilità di manifestare il proprio scontento. I secondi, costretti da salari modestissimi a pratiche scorrette nei confronti delle fasce più deboli, divenivano il capro espiatorio più facilmente imputabile¹²⁷.

Fu il cambio di rotta a partire dal 2000, con l'elezione dei nuovi dirigenti ai vertici del Governo cinese, a rendere il mondo politico in grado di cogliere queste manifestazioni di rabbia e a mostrarsi più disponibile all'ascolto.

Un grande contributo all'interazione venne dai mass-media cinesi che si resero disponibili a dar visibilità alla questione. Nel 2000 sul sito della China Central

¹²⁶ Korneich, Y., Vertinsky, I., Potter, P. B., *Consultation and Deliberation in China: The Making of China's Health-Care Reform*, The China Journal, No. 68, 2012.

¹²⁷ The Lancet, *Violence against doctors: Why China? Why now? What next?*, The Lancet, 22 marzo 2014.

Television (CCTV), nella sezione “Vita”, venne pubblicato il sondaggio “Lista delle dieci questioni che stanno più a cuore alla popolazione nel 2000” (*2000 nian laobaixing zui guanxin de shida shenghuo huati paihangbang* 2000年老百姓最关心的十大生活话题排行榜), frutto della collaborazione con l’ufficio statistico nazionale. La riforma sanitaria risultò essere la questione più urgente per l’opinione pubblica con una percentuale del 87%¹²⁸.

Una volta avviato il processo decisionale l’opinione pubblica restò attiva soprattutto tramite la rete, i mass media e con le petizioni. Non si trattava semplicemente di manifestare il proprio sostegno alla riforma, spesso la popolazione di pronunciò su ambiti specifici circa il sistema sanitario, presentando suggerimenti ed esponendo il proprio punto di vista.

Per venire incontro al desiderio mostrato dalla popolazione di esprimersi sulla riforma in atto le piattaforme web cinesi più famose aprirono sui propri siti internet delle sezioni di discussione appositamente create. Alcuni esempi sono la sezione creata sul sito della community tianya.cn (*Tianya shequ* 天涯社区) e quelle create da sina.com (*xinlang* 新浪), da sohu.com (*Sohu* 搜狐) e da china.com (*Zhongguo wang* 中国网).

Oltre a queste community di ampio spettro, altri siti più specializzati avviarono discussioni sulla rete, si ricordano in particolare quella dei medici (*daifu wang*, *daifu wang*), quella degli ospedali (*quanqiu yiyuan wang* 全球医院网) e la Huaxia yijie (*huaxia yijie* 华夏医界).

Un altro canale di espressione fu quello più tradizionale dei giornali e dei periodici. Alcuni si espressero persino attraverso le petizioni, una modalità poco utilizzata in

¹²⁸2000 nian laobaixing zui guanxin de huati, 2000年老百姓最关心的话题(le questioni che stanno più a cuore alla popolazione nel 2000), disponibile al seguente link: http://news.dayoo.com/china/gb/content/2000-12/29/content_51358.htm [Data di accesso: 19 maggio 2015].

passato, ma che si dimostrò efficace. Per esempio, a Nanyang, città nella provincia dello Henan, Tangzu Xuan, medico specializzato in medicina tradizionale cinese, presentò una petizione che giunse direttamente all'allora Primo Ministro Wen Jiabao. La proposta era sostanzialmente l'inclusione della medicina tradizionale cinese all'interno del programma della Nuova Riforma Sanitaria. La lettera era articolata in tre punti fondamentali e cinque suggerimenti. Secondo il medico, la riforma in corso avrebbe dovuto assumere connotati tipicamente cinesi, di conseguenza la medicina tradizionale, meno costosa di quella occidentale, avrebbe dovuto essere messa al primo posto¹²⁹.

Se da un lato fu la popolazione a muoversi spontaneamente per esprimere la propria opinione, dall'altro anche il Governo aprì diversi canali di comunicazione. La partecipazione da parte dell'opinione pubblica variò di molto a seconda della fase in cui il piano di riforma sanitaria si trovava. Gli steps che richiedevano conoscenze tecniche, ricerche e analisi specializzate coinvolsero maggiormente altri gruppi di pressione, come ad esempio gli istituti di ricerca e le associazioni di settore.

Il 26 settembre del 2006, il Gruppo di Coordinamento per la Riforma Sanitaria aprì sul sito della Commissione Nazionale per lo Sviluppo e le Riforme una sezione denominata "I miei suggerimenti per la Riforma Sanitaria" (*wo wei yigai jianyan xiance* 我为医改建言献策) e anche una linea diretta. I commenti e le opinioni raccolte vennero suddivisi a seconda dell'appartenenza a quattro ambiti tematici: il sistema gestionale e i meccanismi operativi della sanità, i meccanismi di investimento, il sistema assicurativo e il sistema di supervisione. A fine anno erano stati raccolti complessivamente 15.000 tra commenti e opinioni, di questi, più di 600 erano sotto forma di lettera e furono utili, in una prima fase, perché aiutarono i vari ministeri coinvolti conoscere le questioni principali su cui la riforma avrebbe dovuto concentrarsi.

¹²⁹ Wang, S., Fan, P., *Zhongguoshi gongshixing juece* 中国式共识型决策 (The Chinese Model of Consensus Decision-Making) , Beijing: Zhongguo renmin daxue chubanshe, 2013.

L'apertura verso la popolazione non fu del tutto assente neanche nella fase delle deliberazioni interne (terza fase del processo di Riforma)¹³⁰, oltre alla rete altre modalità di interazione utilizzate furono i sondaggi e le ricerche sul campo per comprendere le esigenze della popolazione, nonché una serie di forum a cui partecipavano membri del Governo e i rappresentanti della popolazione.

L'11 e il 15 aprile 2008 il Primo Ministro Wen Jiabao tenne due forum consultivi incentrati sul tema della Nuova Riforma Sanitaria. Nella seconda giornata furono invitati a partecipare, oltre alle case farmaceutiche e a vari esperti del settore, anche i rappresentanti dei contadini, del soccorso medico, e dei lavoratori migranti. In quell'occasione Wen Jiabao sottolineò l'importanza di comprendere le necessità di tutti gli strati sociali; il Primo Ministro ascoltò con attenzione i discorsi di tutti i rappresentanti prendendo nota dei commenti e dei suggerimenti¹³¹.

Sempre in questa fase, i decision-makers di più alto livello incaricarono l'Ufficio di consulenza del Consiglio di Stato di intraprendere alcune ricerche specifiche sugli ospedali pubblici. In un lasso di tempo di circa cinque mesi furono analizzati i sistemi organizzativi di più di 400 ospedali, in 9 tra province e municipalità, e furono intervistate e invitate ad un confronto più di 900 persone. Il materiale raccolto venne presentato al Gruppo di Coordinamento che a sua volta lo passò alle autorità centrali.

La fase di maggiore apertura fu sicuramente quella delle consultazioni pubbliche, che si aprì dopo la pubblicazione della bozza di riforma nel ottobre 2008¹³². In questa fase, il Governo raccolse in un mese (dal 14 ottobre al 14 novembre), 35.929 commenti di cui 31.320 sul web, 584 via fax e 4025 via lettera.

Secondo i dati raccolti, il 55% dei suggerimenti giunse dai dipendenti del settore sanitario, il 23% dai contadini, dai lavoratori migranti e dagli operai. Interessante

¹³⁰ Vedi suddivisione in fasi descritta nel Capitolo Secondo, 2.3.4.

¹³¹ *Wen Jiabao zhuchi zhaokai shenhua yiyao weisheng tizhi gaige gongzuo zuotanhui* 温家宝主持召开深化医药卫生体制改革工作座谈会, (Wen Jiabao presiede al forum della Riforma Sanitaria), Xinhua, 15 Aprile 2008, disponibile al seguente link: http://news.xinhuanet.com/newscenter/2008-04/15/content_7981833.htm [Data. di accesso: 20 Maggio 2015]

¹³² Si tratta della Quarta fase del processo: per approfondimento, riferirsi al Capitolo Secondo paragrafo 2.3.5.

anche il fatto che il 95% dei commenti furono inviati da una fascia di popolazione con reddito piuttosto basso, meno di 50.000 RMB all'anno.

Il 37.8 % dei commenti richiedeva il miglioramento del servizio sanitario, il 25.9% sosteneva la necessita di potenziare il sistema di copertura assicurativa, il 24.7% riguardava il sistema di fornitura dei farmaci e un 8.4% si concentrava sulla creazione del sistema sanitario pubblico. I suggerimenti più frequenti comprendevano l'aumento degli investimenti statali nel settore, la riforma degli ospedali pubblici, l'aumento delle remunerazioni per i dipendenti del settore sanitario, lo sviluppo della medicina tradizionale cinese, la creazione di infrastrutture a livello di contea e villaggio, il miglioramento delle potenzialità del servizio, lo sviluppo di schemi assicurativi, l'aumento della copertura per le malattie gravi, la creazione del sistema dei farmaci essenziali, la diminuzione dei costi dei prodotti farmaceutici e così via.

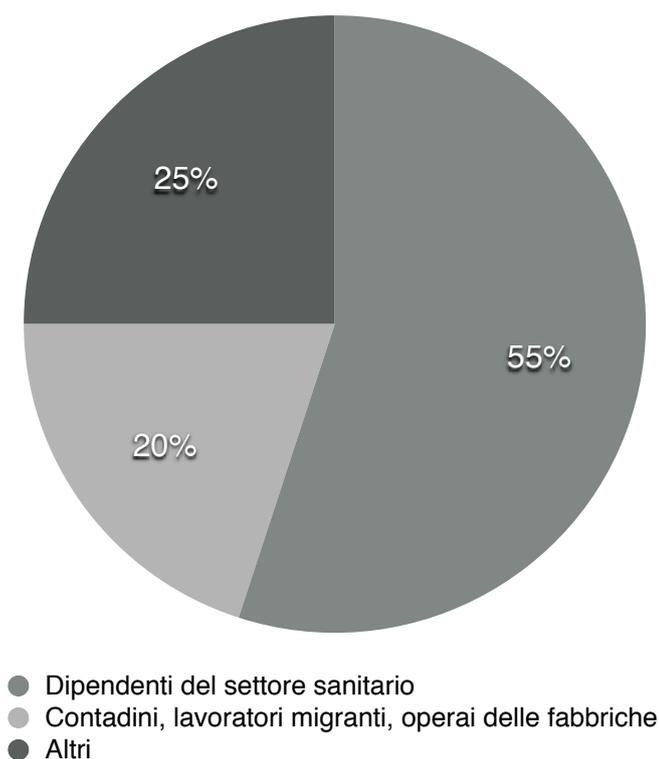


Grafico 3.2.1 Grado di partecipazione da parte dell'opinione pubblica attraverso commenti e suggerimenti. Fase delle consultazioni pubbliche¹³³.

¹³³ Cfr. nota 129

Rispetto ad altri portali aperti da Governo Centrale, come quello per la Legge sui contratti di lavoro e quello per la Riforma del Sistema Educativo, le quote di partecipazione da parte dell'opinione pubblica in questo caso furono relativamente basse. Il motivo più volte indicato fu l'utilizzo, nella bozza del piano di riforma, di un linguaggio inaccessibile alla maggioranza della popolazione. Essendo il risultato di negoziati all'interno dei vari organi governativi e dell'apporto di vari esperti e istituti di ricerca, la bozza conteneva ancora molti punti contraddittori e vaghi che erano di difficile comprensione per coloro che non avevano partecipato al dibattito interno (terza fase del processo¹³⁴)¹³⁵.

È plausibile ritenere che il Governo Centrale non fosse interessato a promuovere la deliberazione su larga scala. Sostenere il dibattito tra un gruppo ristretto di intellettuali e professionisti risultava infatti molto più "sicuro" politicamente rispetto a delle discussioni pubbliche con una grande quantità di partecipanti e i cui risvolti non potevano essere previsti. Ugualmente, anche la sezione aperta sul sito della Commissione Nazionale per lo Sviluppo e le Riforme fu ideata con una certa cautela, ai partecipanti infatti veniva richiesto di commentare il Progetto di Riforma, piuttosto che di avviare un dibattito rispondendo ai commenti altrui.

Anche le consultazioni attraverso i mass media furono guidate dallo stesso principio "cautelativo". Per amplificare l'impatto delle consultazioni on-line, la stampa fu incoraggiata ad intervistare i più importanti stakeholders, a pubblicare i loro suggerimenti e i loro successi. Insomma, come ci si può aspettare in un sistema politico monopartitico, i media non agirono del tutto liberamente, esaltarono i risultati del processo di raccolta dei feedbacks e diedero legittimazione all'azione del governo.

¹³⁴ Vedi suddivisioni in fasi Capitolo Secondo paragrafo 2.3.4

¹³⁵ *Yangshi xinwen 1+1 yigai fang'an kanbudong xupei: shuomingshou* 央视《新闻1+1》:医改方案看不懂 需配"说明书"(CCTV News 1+1: la bozza della riforma sanitaria è incomprensibile: dovrebbe essere accompagnata da un manuale esplicativo), Xinhua, 16 ottobre 2008, disponibile al seguente link: http://news.xinhuanet.com/fortune/2008-10/16/content_10202115.htm [Data di accesso: 20 maggio 2015].

Quanto appena detto non vanifica il fatto che l'opinione pubblica, attraverso quei 35.929 commenti, riuscì comunque a ottenere alcuni importanti risultati che emersero nel documento finale del piano di riforma.

La bozza finale annunciava cinque punti chiave per la riforma, ossia una copertura assicurativa di base per i residenti rurali e per quelli urbani, un sistema preliminare di farmaci essenziali, il miglioramento del sistema sanitario a partire dalle basi, l'estensione dei servizi alla cittadinanza, e l'avvio della riforma degli ospedali pubblici attraverso una serie di programmi pilota. Il Governo puntava a raggiungere questi obiettivi entro il 2011. La definizione di questi cinque punti costituiva già una grossa differenza rispetto al documento precedente che invece aveva stabilito soltanto un obiettivo, quello dell'estensione della copertura assicurativa di base a tutta la cittadinanza.

Inoltre, mentre la bozza preliminare riferiva un graduale aumento dei premi assicurativi, il nuovo documento definiva chiaramente l'ammontare dei sussidi governativi che sarebbe stato di 120 RMB (40 RMB in più rispetto a livelli precedenti), sia per i residenti urbani che per i residenti rurali.

Al di là di queste misure generali, la bozza finale rispose anche a reclami specifici. Ad esempio, i cittadini in pensione che non erano registrati come residenti avevano lamentato la difficoltà nelle procedure burocratiche per ottenere la copertura assicurativa, venne stabilito dunque un alleggerimento e una semplificazione dell'iter. Inoltre, nel secondo documento ufficiale, il piano per l'implementazione della riforma, si affermava che questa semplificazione sarebbe stata sperimentata attraverso l'introduzione di una tessera assicurativa che poteva essere utilizzata al di fuori dal luogo ufficiale di residenza.

In base alle lamentele giunte dal personale medico riguardo soprattutto alle violenze subite a causa dei pazienti esasperati e al lavoro oberante, il documento revisionato poneva come obiettivo la costruzione di un rapporto sano e armonioso tra pazienti e medici. Per raggiungere i targets sarebbero stati perfezionati sia i meccanismi di risoluzione delle dispute, sia i sistemi di assicurazione del personale. Il Governo si

impegnava inoltre al miglioramento delle condizioni e dell'ambiente lavorativo del personale medico¹³⁶.

3.2.2 I Gruppi di ricerca

L'ostacolo che si presenta nel classificare gli istituti e gli organi di ricerca in una delle quattro tipologie di gruppo d'interesse formalizzate da Almond e Powell¹³⁷ è riconducibile alla difficoltà nel comprendere da quale interesse effettivo essi siano mossi. Per l'azione di ricerca e analisi che svolgono non è opportuno ritenere che essi siano mossi da un interesse economico. È altresì vero, tuttavia, che alcuni di questi gruppi lavorano per conto degli organi politici o sostengono gruppi di pressione economici come le associazioni di settore.

È opinione di chi scrive il fatto che essi debbano comunque essere trattati in maniera indipendente, in quanto la loro azione in fase decisionale è molto rilevante e la loro capacità di influenzare il processo è decisamente forte.

Per quanto riguarda la Repubblica Popolare Cinese, l'avvio delle riforme ha comportato un enorme sviluppo dei think-tanks e dei gruppi di ricerca. Si calcola che alla fine nel 2009 in Cina operassero 2500 tra istituti di ricerca e think-tank, per un totale di circa 35.000 impiegati.

I gruppi di ricerca nella Repubblica Popolare Cinese possono essere classificati in quattro categorie: i **gruppi di ricerca non governativi**, ossia tutti quei gruppi che operano, almeno nominalmente, in modo indipendente dall'élite politica. Si costituiscono spesso come società private vere e proprie, di conseguenza, hanno cominciato a svilupparsi in Cina con l'apertura del mercato negli anni ottanta e il loro numero è aumentato in modo considerevole negli anni novanta. Tra questi si

¹³⁶ Kornreich, Y., Vertinsky, I., Potter, P. B., *Consultation and Deliberation in China: The Making of China's Health-Care Reform*, The China Journal, no.68, 2012.

¹³⁷ vedi Capitolo Primo pagg. 18-19-20.

ricordano ad esempio, l'**Unirule Institute of Economics** (*tianze jingji yanjiusuo* 天则经济研究所), il **21 Century Education Research Insitute** (*21 shiji jiaoyu yuanjiuyuan* 21世纪教育研究院), e l'**Hongfan Legal and Economic Studies Institute** (*hongfan falu yu jingji yanjiusuo* 洪范法律与经济研究所).

Esistono poi i **gruppi di ricerca legati agli ambienti accademici**, che si creano nelle università oppure negli istituti di scienze sociali, e che operano sia a livello centrale che a livello locale. Alcuni esempi sono la **Chinese Academy of Social Science** (CASS) (*Zhongguo shehui kexueyuan* 中国社会科学院) e i 31 istituti di scienze sociali a livello provinciale, i 15 a livello municipale e le loro filiali. Sono presenti poi, circa 478 istituti universitari che contano al loro interno uno o più istituti di ricerca, come ad esempio l'Università di Pechino e l'Università del Popolo.

Ancora, sono presenti numerosi **gruppi di ricerca legati al Partito o al Governo**. Essi comprendono le scuole di partito che formano i dirigenti di medio e alto livello e le scuole per la formazione dei funzionari pubblici. Oltre che occuparsi di formazione, questi istituti forniscono anche consulenza circa l'amministrazione pubblica e le public policy. Inoltre, ogni ministero del governo e le commissioni di Partito ad ogni livello hanno i propri istituti di ricerca che operano a livello locale avviando studi e analisi socioeconomiche e fornendo consulenza sulle nuove policy ai funzionari locali. Si ricordano poi gli uffici di consulenza presenti ad ogni livello amministrativo e gli istituti di ricerca specializzata fondati dal partito.

Infine, gli **istituti e i gruppi di ricerca subordinati alla Commissione Centrale del Partito Comunista Cinese e al Consiglio di Stato**. I quattro principali sono il **Development Research Center of the State Council** (*Guowuyuan fazhan yanjiu zhongxin* 国务院发展研究中心), l'**Ufficio di Consulenza del Consiglio di Stato** (*Guowuyuan canshishi* 国务院参事室), l'**Ufficio di Ricerca del Consiglio di Stato**

(*Guowuyuan yanjiushi* 国务院研究室) e il **Policy Research Office of the CPC Central Commission** (*Zhonggongzhongyang zhengce yanjiushi* 中共中央政策研究室).

Per quanto riguarda la Riforma Sanitaria, nella **prima fase**, quella antecedente il processo di formulazione della policy, furono molto attivi i gruppi di ricerca indipendenti e non governativi. Cogliendo il malessere della popolazione, questi gruppi iniziarono a criticare la politica governativa in materia sanitaria già a partire dal 2000. Poi, con lo scoppio della SARS nel 2003 cui seguì una presa di coscienza anche da parte della leadership politica, sempre più istituti, anche quelli pilotati dal governo, presero parte ai dibattiti, facendo sentire la propria voce attraverso la rete e i mass-media.

A maggio 2005, il **Dipartimento di ricerca per lo sviluppo sociale** (*shehui fazhan yanjiubu* 社会发展研究部), all'interno del **Centro di ricerca e sviluppo del Consiglio di Stato** (*Guowuyuan fazhan yanjiu zhongxin* 国务院发展研究中心), pubblicò un report che di fatto ammetteva l'insuccesso delle politiche sanitarie implementate dal Governo fino a quel momento (*Zhongguo yigai jiben bu chengong* 中国医改基本不成功). Il documento, fu pubblicizzato su ampia scala attraverso i media ed è significativo del cambiamento di rotta e dell'"ammissione di colpa" da parte del Governo.

Il Dipartimento di ricerca per lo sviluppo sociale, nato nel 1998, avviò una stretta collaborazione con la World Health Organization, ufficializzata, grazie ad una serie di ricerche congiunte, dopo lo scoppio del caso SARS. La scelta da parte di un'organizzazione internazionale di collaborare con centro di ricerca così fortemente legato al Governo fu dovuta probabilmente al fatto che il Dipartimento, nonostante il legame con il Consiglio di Stato, poteva considerarsi relativamente autonomo e indipendente. Ciò è dimostrato anche da un'intervista concessa dall'allora Direttore del Dipartimento, Ge Yanfeng, ad un giornalista della rivista cinese China Youth

Daily (*Zhongguo nianqing bao* 中国年青报), in cui venivano sostanzialmente riassunti i punti principali del report del 2005 sul fallimento della politica sanitaria. L'articolo, oltre a rendere il report pubblico e accessibile per le masse, non si asteneva dal criticare severamente la politica sanitari degli anni precedenti.

Nella fase di **scelta e formulazione della bozza**, la necessità del governo di trovare soluzioni tecniche alla questione, fu l'occasione giusta per molti gruppi di ricerca di dare il proprio apporto alla nuova policy in lavoro. A questo punto, numerose organizzazioni internazionali, i think-tank delle università cinesi ed esperti di fama mondiale entrarono nel processo deliberativo.

Nel 2007 il Gruppo di Coordinamento per la Riforma Sanitaria commissionò a sei istituti di ricerca indipendenti la stesura di altrettanti piani di riforma. L'Università di Pechino, la Fudan di Shanghai, il Centro di ricerca e sviluppo del Consiglio di Stato, la Banca Mondiale, la World Health Organization e la società di consulenza McKinsey, presentarono le loro bozze al gruppo di lavoro già ad aprile 2007. Inoltre, seppur non ufficialmente invitate, anche l'Università Normale di Pechino e l'Università del Popolo presentarono di propria iniziativa i loro piani di riforma.

Oltre alle bozze, altre furono le occasioni per gli ambienti accademici e per gli studiosi di manifestare il proprio punto di vista. I decision-makers ampliarono ulteriormente gli spazi deliberativi anche attraverso conferenze e forum consultivi, in cui professionisti stranieri e cinesi, organizzazioni e istituti di ricerca nazionali ed internazionali venivano invitati ad esprimere il proprio punto di vista e a confrontarsi tra di loro e con il mondo politico sulle possibili vie da intraprendere.

Questa seconda fase, è quella in cui gli istituti di ricerca, soprattutto quelli esterni al Governo ebbero le maggiori opportunità di esprimersi sulla riforma e quindi di influenzarla.

Dopo aver raccolto le varie bozze in una sorta di brain-storming iniziale, il Governo si trovò nella terza fase, quella delle consultazioni interne, a dover prendere delle decisioni pratiche riguardo al volume degli investimenti statali, quanto sovvenzionare e con che modalità, e come distribuire le risorse tra i vari Ministeri. Questo step della

Riforma risulta maggiormente chiusa alla partecipazione dei gruppi di ricerca esterni o indipendenti. Le attività si svolsero soprattutto all'interno del sistema Governo e l'apporto tecnico venne fornito da quei gruppi di ricerca ad esso legati.

La questione spinosa della distribuzione delle risorse richiedeva un attento bilanciamento degli interessi tra i Ministeri partecipanti, tra il Governo centrale e i governi locali, nonché tra interessi pubblici e privati. Ciò comportò la partecipazione non solo di istituti di ricerca a livello centrale, ma anche di quelli dei governi locali.

Inoltre, ognuno dei Ministeri maggiormente coinvolti era generalmente appoggiato da un istituto/ufficio di ricerca ad esso subordinato.

I centri di ricerca ministeriali, ebbero un'importante funzione in questa fase. Innanzitutto, essendo legati ad uno specifico settore, essi possedevano una conoscenza approfondita delle funzioni del ministero da cui dipendevano. Nella stretta interazione che si ebbe tra i vari dipartimenti, commissioni, e ministeri durante questa fase, fu inevitabile l'insorgere di contrasti dovuti soprattutto alla diversa visione che ciascuno proponeva. In questo contesto gli istituti di analisi assunsero il ruolo di portavoce della visione del ministero di appartenenza. Ciò andò ovviamente a discapito della loro già scarsa indipendenza, ma fu anche funzionale al coordinamento e alla comunicazione tra gli organi di governo.

Anche gli istituti di ricerca legati alle amministrazioni locali a livello di provincia e municipalità diedero il loro apporto, grazie soprattutto alla loro conoscenza circa la situazione reale della sanità locale¹³⁸

¹³⁸ Cfr. nota 127 e nota 119

Ministero	Istituto di ricerca subordinato
Ministero della Salute	Centro di ricerca per lo sviluppo sanitario (<i>weisheng fazhan yanjiu zhongxin</i> 卫生发展研究中心)
Ministero delle Finanze	Istituto di ricerca per le scienze fiscali (<i>caizheng kexue yanjiusuo</i> 财政科学研究所)
Commissione Nazionale di Ricerca e Sviluppo	Accademia di ricerca macroeconomica (<i>hongguan jingji yanjiuyuan</i> 宏观经济研究院) China society of economic reform (<i>Zhongguo jingji tizhi gaige yanjiuhui</i> 中国经济体制改革研究会)
Ministero delle Risorse Umane e della Sicurezza Sociale	Chinese Academy of Personnel Science (<i>Zhongguo renshi yanjiuyuan</i> 中国人事科学研究院) Institute for Labor and Wage Studies (<i>laodong gongzi yanjiusuo</i> 劳动工资研究所) Associazione Cinese di ricerca per le assicurazioni sanitarie (<i>Zhongguo yiliao baoxian yanjiuhui</i> 中国医疗保险研究会)
Ministero degli Affari Civili	Centro di ricerca per le politiche governative (<i>zhengce yanjiu zhongxin</i> 政策研究中心,) Istituto di ricerca per il welfare e il progresso sociale (<i>shehui fuli yu shehui jinbu yanjiusuo</i> 社会福利医社会进步研究所)
Amministrazione Statale per i Prodotti Alimentari e i Farmaci	Istituto di ricerca per l'economia della sanità (<i>nanfang yiyuan yanjiusuo</i> 南方医药经济研究所)
Commissione per la Supervisione e l'Amministrazione delle Attività Statali (SASAC)	Centro di ricerca della Commissione (<i>Guozimei yanjiu zhongxin</i> 国资委研究中心)
Amministrazione Statale per la Medicina Tradizionale Cinese	Chinese Academy of Chinese Medical Sciences (<i>zhongguo zhongyi kexueyuan</i> 中国中医科学院)
Commissione Statale di Regolamentazione delle Assicurazioni	Ufficio per le politiche assicurative della Commissione (<i>Zhongguo baojianhui yanjiushi</i> 中国保监会政策研究室)

Tabella 3.2.2 La tabella mostra i centri di ricerca legati a ciascun ministero¹³⁹.

Nell'ottobre del 2008, quando venne pubblicato il nuovo documento "Linee guida per l'approfondimento della riforma del sistema sanitario (bozza per sollecitare i

¹³⁹ Cfr. nota 119.

commenti)” (*guanyu shenhua yiyao weisheng tizhi gaige de yijian (zhengqiu yijian gao chugao)*) 关于深化医药卫生体制改革的意见(征求意见稿)) si aprì nuovamente una fase di intensa partecipazione, quella delle consultazioni pubbliche, caratterizzata, come si è visto, dall’attivo contributo soprattutto dell’opinione pubblica.

Anche per quanto riguarda i gruppi di ricerca si vide il ritorno all’interno degli spazi deliberativi di tutti quei gruppi che erano stati esclusi nella fase precedente. Dal momento che l’impianto generale del piano di riforma era ormai stato stabilito nelle suo orientamento e nelle sue linee guida principali, in questa fase, gli ambienti accademici parteciparono alle discussioni fornendo commenti, suggerimenti e critiche alla bozza appena pubblicizzata.

Molto attivi furono i gruppi di ricerca indipendenti che sostenevano l’orientamento al mercato o alcuni gruppi d’interesse economici. Essi operarono attraverso la rete, discussioni pubbliche e con interviste a giornali e televisioni. Due giorni dopo la pubblicazione della bozza gli studiosi di alcuni centri di ricerca pechinesi organizzarono un incontro con la stampa, oltre ai ricercatori, furono presenti anche alcuni rappresentanti delle aziende del settore che rilasciarono alcune interviste con lo scopo di influenzare l’opinione pubblica.

Questo tipo di iniziative tuttavia non riuscirono a influenzare in modo sostanziale il piano di riforma, innanzitutto perché l’obiettivo principale delle consultazioni pubbliche era per l’appunto la legittimazione della Riforma da parte della cittadinanza, piuttosto che da parte di altri gruppi d’interesse; in secondo luogo poiché, a questo punto, il piano di riforma era già strutturato nei suoi punti chiave e mostrava un chiaro orientamento a rinforzare la partecipazione pubblica nel settore sanitario. Difficilmente questa idea sarebbe stata stravolta in favore di gruppi d’interesse economici.

La versione revisionata del Piano (marzo 2009) e la creazione del Leading Small Group nel dicembre del 2008, aprirono l’ultima fase del processo. Il Leading Small Group sostituì il precedente Gruppo di Coordinamento e riuniva le massime cariche

dello Stato¹⁴⁰. Esso segnò un passaggio importante perché il potere decisionale si spostò dai ministeri ai vertici di governo. Di conseguenza, anche il numero di istituti e centri di ricerca si ridusse molto. Le organizzazioni più attive furono il **Policy Zhonggongzongyang zhengce yanjiushi** (中共中央政策研究室) e l'**Ufficio di ricerca del Consiglio di Stato** (*Guowuyuan yanjiushi* 国务院研究室).

Essendo legati ai massimi organi di statali, questi due uffici erano più forti e avvantaggiati rispetto a tutti gli altri. In primo luogo, interagivano direttamente con i livelli alti ed erano al servizio di essi. In secondo luogo, avevano partecipato a tutti i processi di policy-making e da sempre avevano l'ultima parola sui documenti in lavoro.

Come il Leading Small Group stava coordinando la riforma dall'alto, analogamente questi due centri di ricerca lavoravano per dare completezza e bilanciamento ai documenti finali, prima della loro pubblicazione.

I canali e le modalità di partecipazione utilizzati dai gruppi di ricerca per influenzare i decision-makers, possono essere distinti in sintesi in **canali ufficiali** e **canali non ufficiali**.

Nella prima tipologia possiamo includere ad esempio le sessioni di apprendimento collettivo organizzate dall'Ufficio Politico della Commissione Centrale del Partito Comunista Cinese. Un esempio è stata la Trentacinquesima sessione, tenutasi nell'ottobre 2006 ed incentrata proprio sulla Nuova Riforma Sanitaria, a cui partecipò lo stesso Presidente Hu Jintao¹⁴¹. Si trattò in questo caso di un brain-storming iniziale, essendo questo il periodo iniziale della riforma, i decisori non erano interessati a conoscere il punto di vista specifico dei singoli studiosi, ma piuttosto a stabilire i punti chiave su cui la riforma si sarebbe concentrata e fu uno dei momenti in cui i decision-makers sostennero maggiormente la ricerca. Un'altra forma di

¹⁴⁰ Vedi Capitolo secondo

¹⁴¹ *Hu Jintao qiangdiao jianshe fugai chengxiang jumin de jiben weisheng baojian zhidu*, 胡锦涛强调建设覆盖城乡居民的基本卫生保健制度, Xinhua, 24 ottobre 2006, disponibile al seguente link: http://news.xinhuanet.com/politics/2006-10/24/content_5244094.htm, [Data di accesso 25 maggio 2015].

partecipazione, già accennata in precedenza, furono le ricerche commissionate dagli organi decisionali ai centri di ricerca. Ad esempio, nel febbraio del 2007, il Gruppo di Coordinamento incaricò sei gruppi di ricerca di effettuare analisi che portassero alla formulazione di altrettanti piani di riforma¹⁴².

Il 29 e 30 maggio del 2007, il Gruppo di Coordinamento organizzò un forum con i sei gruppi incaricati di formulare i piani di Riforma, più i due gruppi che si erano aggiunti in seguito di propria iniziativa. La riunione aveva lo scopo di esaminare le bozze presentate, e rappresenta un un canale di partecipazione nuovo nel contesto politico cinese. Oltre agli otto istituti di ricerca che presentarono i reports agli organizzatori, fu invitato a partecipare anche il dipartimento di ricerca della China International Capital Corporation (CICC) (*Zhongguo guoji jinrong youxian gongsi* 中国国际金融有限公司), che presentò uno studio sulle assicurazioni private¹⁴³.

Vanno inoltre compresi in questa “categoria” tutti i forum di discussione informale organizzati durante il processo decisionale ed erano un’ottima occasione per esporre il proprio punto di vista. La più famosa di queste riunioni fu senza dubbio quella di Zhongnanhai, nell’aprile del 2008, presieduta dal Primo Ministro Wen Jiabao che vide la partecipazione di esperti internazionali inglesi e americani e dei rappresentanti di alcune organizzazioni internazionali.

Oltre ai canali ufficiali, i centri di ricerca fecero sentire la propria voce attraverso metodi informali. Prima dell’inizio del processo, molte istituzioni si mossero di propria iniziativa, avviando ricerche e analisi. Una di queste fu il Centro di Ricerca sull’economia cinese dell’Università di Pechino, guidato dalla professoressa Li Ling che pubblicò il Report di Ricerca sulla Riforma Sanitaria a Suqian (*Suqian yigai diaocha gaogao* 宿迁医改调查报告,)¹⁴⁴.

¹⁴² Vedi pag. 113.

¹⁴³ Cfr. nota 119.

¹⁴⁴ *Beida ketizu Suqian yigai diaoyan baogao* 北大课题组宿迁医改调研报告 (report di ricerca sulla riforma sanitaria a Suqian del gruppo operativo dell’Università di Pechino), disponibile al seguente link:<http://www.nsd.edu.cn/cn/print.asp?articleid=8140> [Data di accesso 25 maggio 2015].

Inoltre, al di là dei sei gruppi ufficialmente nominati dal Governo per la stesura delle bozze, altri istituti si mossero indipendentemente nello stesso periodo. Tra questi, l'Università Normale di Pechino (*Beijing shifan daxue* 北京师范大学), l'Università del Popolo (*Renmin daxue* 人民大学), l'Università Qinghua (*Qinghua daxue* 清华大学), l'Accademia Cinese delle Scienze Sociali (*Zhongguo shehui kexueyuan* 中国社会科学院), l'Accademia Cinese delle Scienze (*Zhongguo kexue yuan* 中国科学院), e l'Università di Zhongshan (*Zhongshan daxue* 中山大学). Seppur non ufficialmente invitati negli spazi deliberativi, questi centri di ricerca riuscirono, con il loro lavoro, ad ottenere attenzione sia da parte dell'opinione pubblica sia da parte dei decision-makers. In particolare, le bozze di piano dell'Università Normale di Pechino e dell'Università del Popolo finirono per essere incluse tra le istituzioni formalmente incaricate. A queste due si aggiunsero in seguito l'Università di Qinghua e gli esperti del gruppo del Guangdong, per un totale complessivo di 10 bozze complete.

Contemporaneamente all'avvio di queste ricerche indipendenti, gli istituti cercarono dei canali per stabilire contatti con il governo. Una delle modalità utilizzate fu quella delle petizioni. Sia l'Università del Popolo, che aveva avviato una collaborazione con il Centro di Ricerca e Sviluppo, sia l'Accademia Cinese di Scienze Sociali, utilizzarono questo canale per far sì che i loro reports giungessero direttamente ai decision makers.

Infine, gli istituti che sostenevano la linea di mercato ebbero modo di collaborare soprattutto con i gruppi di pressione “economici”, ossia le aziende farmaceutiche e le associazioni di settore. Gli studi frutto di questa collaborazione vennero pubblicizzati soprattutto attraverso discussioni in rete, attraverso i media, e attraverso l'appello diretto alle autorità sotto forma di petizioni¹⁴⁵.

¹⁴⁵ Cfr. nota 119

3.2.3 I gruppi di pressione economici

Come già accennato nel Capitolo Primo, le decisioni politiche riguardanti sfere sociali ed economiche di ampia portata toccano gli interessi di vari gruppi esterni. Tali gruppi, quando sufficientemente potenti, cercano di prendere parte al processo decisionale influenzandone i risultati attraverso azioni di lobbying e di pressione, attraverso pratiche illegali come la corruzione e alleandosi tra di loro. Quando l'azione a livello di decision-making non produce i risultati sperati, tali gruppi continuano a salvaguardare i propri interessi agendo su riforme, leggi e policy già in fase di applicazione pratica, aggirando quindi delle decisioni già prese.

Dopo aver esaminato l'azione del gruppo "popolazione", anomico, che agì per ottenere un miglioramento dei servizi e quella dei gruppi di ricerca, la cui struttura e i cui interessi non sono chiaramente delineabili, l'analisi di sposterà ora sui gruppi d'interesse economici, ossia quei gruppi esterni al sistema politico, che operano sul mercato e che quindi sono mossi da un interesse economico. Attraverso la pressione sugli organi politici, essi ambiscono ad ottenere benefici che facilitino la loro attività sul mercato e viceversa ad inibire eventuali misure che potrebbero ostacolare o rendere meno agevoli le loro operazioni. Nel caso della riforma sanitaria, si trattò soprattutto di associazioni di settore¹⁴⁶, come ad esempio quelle che riunivano le varie aziende farmaceutiche.

La presenza di tali gruppi in un determinato contesto politico può essere un segnale positivo poiché, come nel caso degli altri gruppi d'interesse, indica che il sistema non è monolitico, ma anzi ammette la presenza di forze esterne e si configura come pluralista e aperto. Sotto un'altra luce, tuttavia, queste forze esterne possono agire in maniera da influenzare negativamente i risultati delle decisioni, in quanto, operando al fine di proteggere esclusivamente i propri interessi, ledono quelli di altri gruppi.

¹⁴⁶ Le associazioni di settore nella categorizzazione di Almond e Powell rientrano nei gruppi associativi, gruppi organizzati e specializzati nell'articolazione degli interessi che rappresentano. Per un approfondimento, riferirsi al Capitolo Primo p.20.

Un esempio significativo di questa azione negativa è l'azione dei gruppi di pressione sulla riforma della sanità negli USA. Il tentativo da parte dei riformatori di garantire alla popolazione assistenza sanitaria gratuita è stato per lungo tempo reso impossibile a causa dell'azione da parte di gruppi d'interesse privati.

La positività e la negatività di queste azioni consiste in buona sostanza nel grado di equità nel bilanciamento di questi interessi che un sistema politico garantisce.

La Repubblica Popolare Cinese, contemporaneamente allo sviluppo economico iniziato negli anni ottanta, ha visto uno sviluppo veloce di gruppi organizzati in base ad ogni tipo di settore economico e industriale e che sono diventati una forza sociale in espansione. La Nuova Riforma Sanitaria, in particolare, ha visto una partecipazione senza precedenti di vari gruppi d'interesse legati al settore farmaceutico e assicurativo e distinguibili tra domestici e stranieri.

Tra i gruppi di pressione domestici vanno presi in considerazione quelli legati alla **vendita al dettaglio dei farmaci**. In base alle stime, attualmente la Cina conta 341 mila farmacie per un totale di più di più di 6 milioni di impiegati. La **China Association of Pharmaceutical Commerce** (*Zhongguo yiyao shangye xiehui* 中国医药商业协会), con le sue filiali a livello locale, rappresenta gli interessi di questo gruppo che era il principale sostenitore, insieme ai produttori di farmaci, del metodo “以药养医” (*yiyao yangyi*), ossia del mantenimento di ospedali e impiegati attraverso la vendita dei farmaci, principale causa dell'aumento dei costi sanitari per l'utenza durante tutti gli anni novanta¹⁴⁷. Quando la riforma mise in evidenza l'inadeguatezza di questo sistema gestionale promuovendo la separazione tra vendita dei farmaci e istituzioni sanitarie, le associazioni di questo settore furono le più attive. Esse si opposero ad esempio alla nuova strategia per il controllo del mark-up sul prezzo dei farmaci. Quando nel 2008 il Governo pubblicò le “Linee guida per l'approfondimento della riforma del sistema sanitario (bozza per sollecitare i commenti)” (*guanyu shenhua yiyao weisheng tizi gaige de yijian (zhengqiu yijian*

¹⁴⁷ Per un approfondimento riferirsi alla spiegazione fornita nel Capitolo Secondo paragrafi 2.2.2 e 2.2.3.

gao) 关于深化医药卫生体制改革的意见 (征求意见稿)) le associazioni organizzarono petizioni ed altre attività per catturare l'attenzione dei decision-makers a livelli gerarchici più alti.

Un'altra categoria importante è quella dei **produttori di farmaci**. Secondo dati statistici disponibili, nel 2011 esistevano nel Paese 6154 case farmaceutiche. Di queste, il 64.4% si concentravano il sole 10 province, ben 735 produttori operavano nel Jiangsu¹⁴⁸. La situazione del comparto è caotica e frammentaria, non esistono case farmaceutiche abbastanza forti da costituire monopoli, tuttavia, i produttori domestici sono riusciti a coalizzarsi e creare associazioni per la tutela dei proprio interessi. Le più importanti sono sicuramente la **Chinese Pharmaceutical Enterprises Association** (*Zhongguo yiyao qiye guanli xiehui* 中国医药企业管理协会) e la già citata **China Association of Pharmaceutical Commerce** (*Zhongguo yiyao shangye xiehui* 中国医药商业协会). Le associazioni, oltre a svolgere ricerche di mercato, offrono consulenza alle aziende e implementano attività di analisi del settore per offrire suggerimenti al governo riguardo alle regolamentazioni, alle politiche di prezzo e ai movimenti del mercato e, infine, sono le principali intermediarie nelle relazioni tra l'industria e il Governo. Durante il processo di riforma della sanità i produttori e i loro rappresentanti si opposero alla volontà dei decision-makers di aumentare il controllo statale su tutto il settore e al Sistema dei Farmaci Essenziali¹⁴⁹, finalizzata all'abbassamento dei prezzi.

L'azione di lobby delle associazioni in questo caso si è concentrata per lo più nei mesi immediatamente successivi alla pubblicazione del documento “Linee guida per l'approfondimento della riforma del sistema sanitario (bozza per sollecitare i commenti)” (*guanyu shenhua yiyao weisheng tizi gaige de yijian (zhengqiu yijian gao)* 关于深化医药卫生体制改革的意见 (征求意见稿)) e si è svolta attraverso il contatto diretto con membri dell'Assemblea Nazionale del Popolo (ANP), attraverso

¹⁴⁸2011 *Zhongxibu zhiyao gongye fali mengzhui chuantong dasheng zengzhang jiaohuan*, 2011 中西部制药工业发力猛追 传统大省增长较缓 2012, Disponibile al seguente link: <http://health.sohu.com/20120315/n337855497.shtml> [data di accesso: 14 Maggio 2015].

¹⁴⁹ Il Sistema dei Farmaci Essenziali è stato descritto nel Capitolo Secondo, pagg. 77-78.

la collaborazione con istituti di ricerca, attraverso contatti personali con i decision-makers e attraverso petizioni.

Oltre al comparto farmaceutico, va incluso tra i gruppi di pressione anche quello delle assicurazioni commerciali. Mentre in alcuni paesi, primi fra tutti gli Stati Uniti d'America, le assicurazioni commerciali costituiscono la principale fonte di copertura sanitaria per i cittadini e sono di conseguenza un gruppo molto influente e potente, in Cina nonostante si registri una rapida crescita, gli assicuratori privati servono soltanto il 7% della popolazione¹⁵⁰.

Durante la riforma sanitaria gli interessi di questo gruppo furono rappresentati soprattutto dalla **Insurance Association of China** (中国保险行业协会, *Zhongguo baoxian hangye xiehui*), che conta un totale di 295 aziende associate¹⁵¹ e da una miriade di associazioni locali.

Uno degli obiettivi primari della Riforma fu l'estensione della copertura assicurativa. Per le società private, che detenevano una fetta di mercato molto piccola, questa si pose come un'occasione unica per migliorare la propria posizione. All'inizio del 2008, le associazioni di settore cominciarono ad avanzare le proprie richieste ai decisori utilizzando canali ufficiali e non, e dall'altro lato furono gli stessi organi di governo ad aprire canali di comunicazione.

Se finora sono stati presi in considerazione esclusivamente i **gruppi di economici domestici**, non bisogna tralasciare la presenza di quelli **stranieri** che costituiscono una forza altrettanto importante e potente. Durante la Riforma Sanitaria cinese un ruolo importante nel rappresentare gli interessi delle aziende estere, in particolare quelle del settore farmaceutico, lo ebbe la **R&D-based Pharmaceutical Association Committee (RDPAC)** (*Zhongguo waishang touzi qiye xiehui yaopin yanzhi kaifa hangye weiyuanhui* 中国外商投资企业协会药品研制开发行业委员会),

¹⁵⁰ Chen, H., Lin, Y., *Waiting for the boom*, marzo 2012, China Economic Review.

¹⁵¹ Per maggiori informazioni sulle aziende associate si può visitare il sito della Insurance Association of China al seguente link: <http://www.iachina.cn> [Data di accesso 15 maggio 2015].

organizzazione no-profit che conta 39 multinazionali affiliate, americane, europee e giapponesi. In Cina, queste aziende possiedono 49 stabilimenti e 31 centri di ricerca e sviluppo, per un investimento totale di 20 milioni di RMB nel periodo dell'XI Piano Quinquennale (2005-2010)¹⁵². Data la rilevanza degli interessi, l'Associazione ha stabilito una sede a Pechino; la sua missione in Cina può essere sintetizzata in tre punti principali: promuovere le aziende straniere che sviluppano prodotti farmaceutici di alta qualità, sul mercato cinese; rappresentare e proteggere gli interessi e le richieste dei membri dell'Associazione, curare i rapporti tra governo e settore; sviluppare e proteggere le relazioni con la World Health Organization (WHO).

Per offrire alle aziende associate un ambiente favorevole allo sviluppo del business, la RDPAC ha costruito un'ottima rete di contatti con il Governo; le operazioni vengono portate avanti dal suo gruppo di lavoro e dal consiglio di amministrazione che periodicamente forniscono reports sulla situazione del settore agli organi statali competenti. Nello specifico, la Nuova Riforma Sanitaria ha toccato in molti punti la sfera della produzione di farmaci e ha avuto un'enorme influenza sulle aziende straniere che operano sul mercato cinese. Le rappresentanze di Pechino mantengono stretti rapporti con gli uffici governativi maggiormente impegnati nel delineare le nuove politiche sui prodotti farmaceutici, come ad esempio la Commissione Nazionale per lo Sviluppo e le Riforme, l'Amministrazione Statale per i Prodotti Alimentari e i Farmaci. L'Associazione puntava a proteggere e mantenere la politica dei prezzi indipendenti per farmaci originali (che occupavano una fetta di mercato pari al 18%)¹⁵³, a contrastare l'imposizione, da parte del Governo, dell'ammontare del mark-up sul prezzo dei farmaci, contrastare la sostituzione dei farmaci originali con i farmaci generici in tutto il sistema della sanità di base, sostenere l'implementazione di liste di farmaci essenziali "ad hoc", a seconda delle necessità locali.

¹⁵² Informazioni ricavate dal sito della RDPAC, al seguente link: <http://www.rdpac.org> [Data di accesso 15 Maggio 2015]

¹⁵³ Questa richiesta si opponeva a quella delle case produttrici di farmaci generici, che sostenevano una politica di prezzo adattato al livello qualitativo del prodotto (*youzhi youjia* 优质优价).

3.2.3.1 Modalità d'azione dei gruppi economici domestici

Circa le modalità di partecipazione al processo dei gruppi economici domestici, i decision-makers si mostrarono particolarmente aperti nel coinvolgere direttamente questi gruppi all'interno degli spazi deliberativi. Ciò servì da un lato a bilanciare le possibilità di influenza tra i gruppi sociali, come la popolazione, e quelli economici. Dall'altro lato i decisori nutrivano un interesse reale nel conoscere la posizione di coloro che rappresentavano il mercato. Questi gruppi fornirono reports che illustravano la situazione del settore in cui operavano e aiutarono il governo nel lavoro di analisi e ricerca relativo a determinate questioni di loro interesse. Quando nel 2002, prima dell'inizio ufficiale del processo di policy-making, il Consiglio di Stato discuteva la separazione dell'industria farmaceutica dalle istituzioni sanitarie (*yiyaofenye* 医药分业), il vice direttore della Commissione Nazionale per lo Sviluppo e le Riforme, Wang Yang, invitò la China Association of Pharmaceutical Commerce (*Zhongguo yiyao shangye xiehui* 中国医药商业协会) e la Zhejiang Province Association of Pharmaceutical Commerce (*Zhejiangsheng yiyao shangye xiehui* 浙江省医药商业协会) a partecipare ad un meeting con lo scopo preciso di conoscere l'opinione delle due associazioni riguardo alla misura in discussione.

Nonostante le relazioni dirette con gli organi di governo siano le più efficaci nell'influenzare la riforma, non tutti i rappresentanti dei gruppi economici godevano di questo privilegio.

Per tutta la durata del processo, le associazioni di settore furono molto attive sui mass media, attraverso la stretta collaborazione con quotidiani, siti internet, televisioni e quant'altro. Alcune delle idee pubblicizzate ottennero l'attenzione dell'opinione pubblica e divennero argomenti di discussione anche negli ambienti politici. Un esempio a tal proposito è la collaborazione della Chinese Pharmaceutical Enterprises

Association (*Zhongguo yiyao qiye guanli xiehui* 中国医药企业管理协会) con i due portali web, Souhu (*Souhu* 搜狐,) e people.com (*Renmin wang* 人民网)¹⁵⁴.

Le Associazioni si attivarono anche con l'organizzazione di vari seminari ai quali venivano invitati a partecipare esperti stranieri e cinesi, studiosi e funzionari di governo. Talvolta questi seminari erano organizzati congiuntamente da due o più gruppi di pressione che ambivano ad ottenere lo stesso risultato. Per esempio, nel settembre 2007, alla vigilia della pubblicazione della bozza preliminare da parte del Gruppo di Coordinamento per la riforma sanitaria, Beijing Pharmaceutical Profession Association (*Beijing yiyao hangye xiehui* 北京医药行业协会) organizzò un seminario cui presero parte 10 grandi aziende farmaceutiche. Lo scopo del seminario era far conoscere ai decisori le difficoltà che il settore stava affrontando e far sì che la Riforma tenesse conto anche dei loro interessi. Per quanto riguarda la riforma del sistema assicurativo, il Vice Ministro delle Risorse Umane e della Sicurezza Sociale, e presidente della China Health Insurance Research Association (*Zhongguo yiliao baoxian yanjiuhui* 中国医疗保险研究会), Wang Dongjin organizzò nella Capitale un seminario in cui vennero discussi i metodi di pagamento delle spese di assicurazione sanitaria, a cui parteciparono importanti personalità politiche ma anche esperti del settore¹⁵⁵.

Un quarto metodo utilizzato fu quello della collaborazione con i gruppi di ricerca che si trovavano a sostenere la linea di mercato. Normalmente le associazioni finanziavano gli istituti i quali avviavano analisi e ricerche sul campo, i cui risultati appoggiavano la visione di riforma dell'ente finanziatore.

¹⁵⁴ Cfr. nota 119

¹⁵⁵ *Yiliao baoxian feiyong jiesuan banfa xueshu yanjiuhui*, 医疗保险费用结算办法学术研讨会, dicembre 2007, disponibile al seguente link: <http://59.252.162.18/?newshow/tp/3/did/102.html> [data di accesso: 26 maggio 2015]

Altre modalità d'azione sono definibili come caratteristici del sistema cinese; in particolare le relazioni (in cinese *guanxi* 关系) dirette tra i rappresentanti delle associazioni e ufficiali governativi. In molti casi le associazioni di settore cinesi sono guidate da ex funzionari di governo, il che facilita l'azione di lobby nei confronti delle personalità politiche.

Infine, come nel caso della popolazione e dei gruppi di ricerca, anche le Associazioni sottoscrissero una serie di petizioni per esporre la propria visione di policy, per dare alcuni suggerimenti ai decision-makers, o per opporsi ad alcune misure. Vanno ricordate a tal proposito le due petizioni sottoscritte dalla Chinese Pharmaceutical Enterprises Association. La prima, del marzo 2007, presentata in seguito alla pubblicazione da parte della Commissione Nazionale per lo Sviluppo e le Riforme di una misura che prevedeva il ribasso dei prezzi dei farmaci, venne firmata da 100 aziende farmaceutiche¹⁵⁶. La seconda dell'aprile 2007, si opponeva a una misura analoga¹⁵⁷.

In altri casi le petizioni furono di portata maggiore, non si limitavano solo a singole misure, ma alle bozze di riforma in generale, ed erano indirizzate al Gruppo di Coordinamento o agli organi al vertice del Governo, come il Consiglio di Stato. Per esempio, in seguito alla pubblicazione della bozza di Riforma nel 2008, la China Association of Pharmaceutical Commerce sottoscrisse una petizione a cui aderirono 33 associazioni di settore sparse in tutto il Paese. La protesta era causata dal fatto che, secondo le associazioni, il piano del governo aveva totalmente tralasciato gli interessi di più di 30.000 farmacie. L'iniziativa ottenne l'attenzione delle cariche statali più

¹⁵⁶ "yiyayoyangyi" wudidong lianxu jiangjia rang yaoqi xian exingxunhuan?, "以药养医"无底洞 连续降价让药企陷恶性循环? China Youth Daily, 2 marzo 2007, disponibile al seguente link: http://news.xinhuanet.com/fortune/2007-03/02/content_5790135.htm [data di accesso: 26 maggio 2015].

¹⁵⁷ Cfr. nota 119.

alte, il Primo Ministro Li Keqiang suggerì un incontro diretto tra le associazioni e i Ministeri direttamente coinvolti¹⁵⁸.

3.2.3.2 Modalità d'azione dei gruppi economici stranieri

La R&D-based Pharmaceutical Association Committee (RDPAC) rappresenta gli interessi delle multinazionali dei farmaci e il suo operato durante la Nuova Riforma sanitaria sarà l'oggetto principale di questa sezione. Si è scelto altresì di escludere l'analisi di altri gruppi economici, come per esempio i gruppi economici stranieri nel campo assicurativo, in quanto all'epoca erano ancora poco sviluppati sul mercato cinese e i loro interessi non erano ancora abbastanza forti da poter sfociare in forme di pressione efficaci.

Il contatto tra la RDPAC e gli organi di governo durante la Nuova Riforma Sanitaria avvenne, più che attraverso contatti tra le singole personalità, attraverso la collaborazione con i vari Ministeri alla stesura di reports e analisi che illustravano la situazione interna ed esterna al paese. Grazie a questa collaborazione, il Governo cinese ottenne legittimazione a livello internazionale.

Nel complesso, è possibile individuare tre canali con cui l'Associazione interagì con gli organi decisionali.

Innanzitutto, in qualità di rappresentante delle grandi aziende internazionali del settore farmaceutico, la RDPAC disponeva di informazioni e studi tecnici che furono utili al Governo cinese per conoscere la situazione del settore al di fuori del Paese, ma dall'altro lato servirono anche per inoltrare le richieste avanzate dalle multinazionali che l'Associazione rappresentava. Ad esempio, nel settembre del 2009 venne presentato alla Commissione Nazionale per lo Sviluppo e le Riforme, un report sul prezzo dei farmaci (*yaopin jiage xiangmu zongjie* 药品价格项目总结) che

¹⁵⁸ *Quanguo 33 yiyao xiehui lianshu jianyi daxiu yigai fangan* 全国33医药行业协会联署建议大修医改方案, (33 associazioni del settore farmaceutico suggerisce dei grossi cambiamenti alla bozza della Riforma Sanitaria), sina.com, 3 novembre 2008, <http://news.sina.com.cn/c/2008-11-03/015416574062.shtml>, [data di accesso 26 maggio 2015].

raccoglieva i dati di 24 aziende. Mentre nel luglio del 2009 la stessa Associazione presentò un altro report di analisi sulla qualità dei farmaci (*zhiyao qiye zhiliang tixi diaoyan xiangmu baogao* 制药企业质量体系调研项目报告) basato su dati di 8 aziende associate e altre 5 aziende leader cinesi. Di fronte alla volontà del Governo di introdurre una politica di prezzo variabile a seconda della qualità del prodotto (*youzhiyoujia* 优质优价), il report individuava nove fattori per la protezione della qualità del prodotto¹⁵⁹.

Nella stesura dei reports la RDPAC fu sostenuta dalle associazioni internazionali, come ad esempio la International Pharmaceutical Federation (FIP), la European Association of Euro-Pharmaceutical Companies (EAEPC) e la Pharmaceutical PhRMA Research and Manufacturers of America (PhRMA). Queste associazioni contribuirono soprattutto fornendo materiale e dati sull'economia del settore a livello internazionale, ma anche in modo più diretto, procedendo alla stesura dei reports congiuntamente con la RDPAC.

In ultimo, come le Associazioni cinesi anche la RDPAC incaricò alcuni centri di ricerca di avviare alcune analisi. Si trattava sia di società private di consulenza, sia di istituti stranieri e nazionali. Il report del 2007¹⁶⁰ includeva anche i dati forniti dalla IMS Health, mentre la stesura del report fu affidata alla McKinsey.

Per quanto riguarda i canali utilizzati per influenzare il processo, la RDPAC fu attiva con le petizioni, che servirono a trasmettere alcuni reports che non erano stati ufficialmente richiesti dal Governo. Dopo la pubblicazione della bozza del 2008, ad esempio, l'Associazione scrisse i Suggerimenti circa la Riforma del Sistema Sanitario Cinese: sezione dedicata alle policy sull'industria farmaceutica (*Zhongguo weisheng*

¹⁵⁹ Informazioni disponibili sul sito della RDPAC al seguente link: <http://www.rdpac.org/ContentDetail.aspx?cha=5&mod=1&cla=45&lan=cn&con=46> [data di accesso 26 maggio 2015]

¹⁶⁰ vedi p. 128, 药品价格项目总结.

tizi gaige jianyi: yiyao chanye zhengce bufen 中国卫生体制改革建议：医药产业政策部分)¹⁶¹.

Furono poi organizzati dei forum di discussione a cui venivano invitati membri de governo. Nel maggio 2009 la RDPAC assieme al Center for Pharmaceutical Information and Engineering Research (*Beijing daxue yaowu ximxi yu gongcheng yanjiu zhongxin* 北京大学药物信息与工程研究中心) organizzarono una conferenza sul tema della del sistema qualitativo nel settore farmaceutico invitando rappresentanti della Commissione Nazionale per lo Sviluppo e le Riforme, dell'Amministrazione Statale per i Prodotti Alimentari e i Farmaci e di altre Associazioni del settore.

Infine anche RDPAC agì tramite canali più diretti, come fax, e-mail, persino contatti telefonici in modo tale da comunicare giornalmente con i vari ministeri.

Nonostante le consistenti risorse utilizzate per l'azione di lobby e nonostante la quantità di dati, reports e materiale che la RDPAC fornì al governo cinese durante la Riforma, l'Associazione non fu in grado di cambiare a proprio favore la politica del governo. Al contrario di quanto avviene in sistemi politici come quello statunitense, in cui le forze di mercato hanno sufficiente forza politica per trasformare le sorti delle policy in lavoro, soprattutto in campo sanitario, in Cina la leadership è aperta al dialogo con le forze esterne, sfrutta le ricerche e il materiale tecnico, i dati e le statistiche che le Associazioni forniscono, talvolta soddisfa alcune richieste, ma si mostra attenta al bilanciamento degli interessi tra tutti i gruppi coinvolti mantenendo costante la linea generale scelta per la policy in lavoro.

3.2.4 Gli organi decisionali

In questa sezione, si è scelto di trattare l'articolazione degli interessi tra gli organi preposti alla formulazione della policy.

¹⁶¹ Cfr.nota 119.

Questi gruppi, formati generalmente dall'alleanza ufficiosa di due o più ministeri, ben si adattano alla definizione di gruppo istituzionale, ossia quel gruppo che si costituisce e opera all'interno di un'organizzazione che nel nostro caso si identifica con il Governo¹⁶². È opinione di chi scrive che la tipologia di interesse di cui ciascun ministero si fece portavoce va considerata come una mescolanza di interesse "teoretico" e interesse economico.

Da un lato ogni ministero, in particolare modo quelli più attivi nella formulazione della nuova policy, era portatore di una visione personale riguardo l'orientamento generale della Riforma e spingeva perciò che la propria idea prevalesse sulle altre. In questo senso dunque, si può parlare di interesse "teoretico".

Dall'altro lato date le risorse messe a disposizione dal governo centrale per l'implementazione della riforma, all'interno dei vari organi coinvolti si vide una lotta volta ad accaparrarsi queste risorse. Di qui l'interesse economico.

Le due tipologie di interesse risultarono interdipendenti: la volontà di beneficiare dei finanziamenti del governo, era sostenuta da una visione ben precisa riguardo alla linea teorica che la riforma doveva prendere. Viceversa la linea generale presupponeva uno stanziamento di risorse che propendeva maggiormente verso un ministero anziché un altro.

Dopo la creazione del Gruppo di Coordinamento per la Riforma Sanitaria, per esempio, le negoziazioni comportarono un agguerrito dibattito tra due dei principali stakeholders all'interno del Governo ossia il Ministero della Salute e il Ministero delle Risorse Umane e della Sicurezza Sociale i quali proponevano due strategie diametralmente opposte per fornire accesso universale al servizio sanitario¹⁶³. Quando il Governo decise di impegnarsi per una riforma radicale del sistema e per un aumento consistente degli investimenti statali, entrambi i Ministeri puntavano ad

¹⁶² Vedi Primo Capitolo p. 19.

¹⁶³ Yang, Z., *jielu yigai beihou bumen liyi: zhengfu guanzhi yaojia nanyi fubai* 揭露医改背后部门利益：政府管制药价难抑腐败 (Smascherare gli interessi dei ministeri governativi: con il controllo del Governo sui prezzi dei farmaci sarà difficile contenere la corruzione), Sina, 23 ottobre 2008, disponibile al seguente link: <http://news.sina.com.cn/c/2008-10-23/175316511967.shtml> [Data di accesso 18 maggio 2015].

ottenere i maggiori benefici derivanti dal nuovo approccio, ed entrambi si fecero portavoce di una visione della riforma che rappresentava propri interessi.

Il Ministero della Salute, che era l'autorità principale sulla gestione degli ospedali pubblici favoriva una soluzione dal lato dell'offerta (supply-side solution), secondo cui la maggioranza dei finanziamenti governativi avrebbe dovuto essere canalizzata direttamente all'interno degli ospedali (le infrastrutture rurali di base e quelle comunitarie nelle città), in modo tale da coprire completamente i costi delle operazioni. Queste unità mediche avrebbero fornito i servizi sanitari di base (nello specifico le cure e la prevenzione per le malattie più comuni) a tutta la popolazione, gratuitamente o a costi ridotti. Le malattie più gravi invece sarebbe state coperte dai fondi di sicurezza sociale.

Al contrario, il Ministero delle Risorse Umane e della Sicurezza Sociale, essendo responsabile per la sicurezza sociale, preferiva che i finanziamenti de governo venissero orientati verso la copertura assicurativa pubblica. Puntava quindi, a una soluzione dal lato della domanda (demand-side solution), secondo cui il Governo, agendo da assicuratore, avrebbe acquistato i servizi sanitari dagli enti erogatori piuttosto che finanziare direttamente i servizi. Inoltre, il suddetto Ministero cercava di allargare il raggio dei piani assicurativi già esistenti, in modo da includere anche i trattamenti per le malattie più gravi e quelli per le malattie comuni.

Il Ministero della Salute era tra l'altro appoggiato anche dalla Commissione Nazionale per lo Sviluppo e le Riforme per la quale la fattibilità finanziaria era la preoccupazione primaria e concordava quindi sulla supply-side solution (*zhengfu goumai fuwu* 政府购买服务, il governo compra il servizio)¹⁶⁴.

Un altro argomento oggetto disputa fu la riforma degli ospedali. Il Ministero della Salute sosteneva un sistema a doppio binario di entrate e spese (*shouzhi liang*

¹⁶⁴ Kornreich, Y., Vertinsky, I., Potter, P. B., *Consultation and Deliberation in China: The Making of China's Health-Care Reform*, The China Journal, no.68, 2012.

tiaoxian 收支两条线), secondo cui il Governo avrebbe gestito gli ospedali e finanziato l'intero costo delle operazioni, mentre gli ospedali avrebbero corrisposto il surplus al Governo.

Sulla sponda opposta, il Ministero delle Risorse Umane e della Sicurezza Sociale promuoveva un sistema di bilancio prepagato (*zong'e yufu* 总额预付), finanziato attraverso l'assicurazione sociale e che, si riteneva, avrebbe contenuto i costi¹⁶⁵.

Insieme alla Commissione Nazionale per lo Sviluppo e le Riforme e al Ministero delle Finanze, il Ministero delle Risorse Umane e della Sicurezza Sociale propendevano per la separazione dell'amministrazione governativa dai servizi e della gestione dalle operazioni (*zhengshi fenkai, guanban fenkai* 政事分开, 官办分开), che puntava nel concreto a distanziare il Ministero della Salute dal controllo diretto sugli ospedali. Il Ministero della Salute oppose un'aspra resistenza¹⁶⁶.

Il dibattito tra i due ministeri continuò poi sul tema degli schemi assicurativi. Nello specifico, il Ministero delle Risorse Umane e della Sicurezza Sociale puntava all'unione del New Rural Cooperative Medical Scheme (amministrato dal Ministero della Salute), con gli schemi assicurativi urbani in un unico sistema nazionale sotto il proprio controllo^{167 168}.

¹⁶⁵ *Xin yigai fang'an 9 yue jiaojuan: yi zong'e yufu zhi ezhi guodu yiliao* 新医改方案9月交卷:以"总额预付制"遏制过度医疗(La bozza della Riforma Sanitaria verrà pubblicata a Settembre: un sistema di bilancio preparato per contenere l'over-treatment), Xinhua, 1 Settembre 2007, disponibile al seguente link: http://news.xinhuanet.com/fortune/2007-09/01/content_6643367.htm [Data di accesso 18 Maggio 2015].

¹⁶⁶ Xing, S., *Xin yigai de meili yu aichou* 新医改的美丽与哀愁 (Il bello e il brutto della Nuova Riforma Sanitaria), Sina, 30 marzo 2009, disponibile al seguente link: <http://news.sina.com.cn/c/sd/2009-03-30/162417512944.shtml> [Data di accesso: 18 maggio 2015].

¹⁶⁷ Thompson, D., *China's Health Care Reform Redux*, Washington: Centre for Strategic and International Studies, 2009.

¹⁶⁸ Cfr. nota 123.

3.3 IMPATTO DEI GRUPPI D'INTERESSE IN FASE DI IMPLEMENTAZIONE

Il 7 marzo del 2009 il Governo cinese, con l'adozione delle "Linee Guida della Commissione Centrale del PCC e del Consiglio di Stato per l'approfondimento della riforma del sistema sanitario" (*Zhonggong zhongyang, Guowuyuan guanyu shenhua yiyao weisheng tizhi gaige de yijian* 中共中央、国务院关于深化医药卫生体制改革的意见) e il "Piano di implementazione per le questioni prioritarie della Riforma del Sistema Sanitario (2009-2011)" (*2009 – 2011 nian shenhua yiyao weisheng tizhi gaige shishi fangan 2009 – 2011* 深化医药卫生体制改革实施方案), pose fine al processo di formulazione della policy, aprendo la fase della sua implementazione¹⁶⁹. Sebbene il piano di implementazione facesse riferimento al biennio 2009-2011, in realtà la riforma del sistema sanitario è ancora in atto, i suoi risultati non sono ancora del tutto chiari e diverse modifiche alle decisioni prese tra il 2006 e il 2009 sono state apportate in corso d'opera¹⁷⁰.

Sebbene la riforma abbia portato sostanziali miglioramenti, soprattutto grazie all'estensione della copertura assicurativa per garantire l'accesso alla sanità di base a tutta la popolazione, non è stata in grado di risolvere alcune problematiche insite nel sistema.

Tali questioni irrisolte sono spesso la causa di fenomeni di corruzione soprattutto negli ambienti ospedalieri, che sono il fulcro dell'erogazione del servizio sanitario in Cina. Anche nel caso di questi fenomeni illegali, si può in un certo senso parlare di "pressione" anche se con caratteristiche diverse rispetto a quelle descritte nei paragrafi precedenti. L'impossibilità di piegare a proprio vantaggio le sorti della riforma, o alcune misure che essa ha previsto, sono sfociate, al momento della sua

¹⁶⁹ Vedi Capitolo Secondo pp. 82-83.

¹⁷⁰ Si pensi ad esempio alla pubblicazione della Nuova Lista di Farmaci Essenziali del 2012. Vedi Capitolo Secondo pp.90-91-92.

implementazione pratica, in atteggiamenti atti ad aggirare le problematiche, in modo tale da ottenere un uguale vantaggio, anche se attraverso pratiche scorrette.

Uno dei recenti scandali sulla corruzione scoppiati in Cina, ha mostrato come questi fenomeni siano radicati nel sistema e come essi ne coinvolgano diversi aspetti.

Il caso in questione è quello della GlaxoSmithKline (GSK), multinazionale farmaceutica inglese, con interessi consistenti sul mercato cinese. Nel luglio 2013 il Governo cinese, nella cornice di una campagna nazionale anti corruzione di ampia portata¹⁷¹, avviò una serie di investigazioni. La GSK fu accusata di aver alimentato un giro di mazzette dirette ai medici degli ospedali attraverso 700 agenzie di viaggio, alle quali erano stati trasferiti negli ultimi sei anni un totale di 489 milioni di dollari¹⁷².

Oltre alla GSK anche Sinopharm, la più grande azienda farmaceutica cinese, di proprietà statale, avviò indagini che portarono il suo vice-presidente, Shi Jinming, e il general manager Xu Yizhong ad essere accusati di essersi appropriati di fondi aziendali e aver aperto conti personali illegali¹⁷³. Quasi contemporaneamente un pubblico ministero nella provincia dell'Hubei rivelava che sette rappresentanti della Gan & Lee Pharmaceuticals, compreso il direttore alle vendite provinciale e regionale erano stati arrestati con l'accusa di corruzione¹⁷⁴.

Infine è abbastanza recente la notizia delle indagini dirette ad un'altra multinazionale straniera Siemens AG. L'Amministrazione Statale Cinese per l'Industria e il Commercio accusa l'azienda e i suoi venditori di aver violato la legge sulla concorrenza donando dispositivi medici in cambio di accordi che prevedevano

¹⁷¹ Nello stesso periodo venne anche il vice-presidente della China National Petroleum, Wang Yangchuan fu indagato per corruzione.

¹⁷² Michael, M., *GSK used travel agencies for bribes: police*, 15 luglio 2015, Reuters, disponibile al seguente link: <http://www.reuters.com/article/2013/07/15/us-gsk-china-idUSBRE96E02520130715> [data di accesso 27 Maggio 2015].

¹⁷³ Loo, D., *Sinopharm Former Vice President Held on Corruption Claim*, Bloomerang, 13 gennaio 2014, disponibile al seguente link: <http://www.bloomberg.com/news/articles/2014-01-13/sinopharm-says-former-vice-president-held-on-corruption-claim> [data di accesso 28 maggio 2015].

¹⁷⁴ Zhang, L., *China Cracking Down On Pharmaceutical Corruption*, 26 marzo 2014, disponibile al seguente link: http://www.martindale.com/health-care-law/article_Sheppard-Mullin-Richter-Hampton-LLP_2109614.htm [data di accesso 28 maggio 2014].

l'acquisto dei reagenti chimici necessari al funzionamento dei dispositivi, esclusivamente da Siemens¹⁷⁵.

I fenomeni di corruzione risultano per lo più diretti verso medici e ospedali. Ciò sta a significare che il problema della gestione ospedaliera dal punto di vista finanziario e il problema dei bassi livelli salariali dei medici non siano stati risolti dalla nuova riforma sanitaria, nonostante i buoni propositi.

Le mazzette risultano necessarie agli ospedali pubblici per continuare le loro attività, il sistema sanitario farebbe difficoltà a funzionare senza questi pagamenti illegali ai medici sottopagati e agli amministratori ospedalieri.

Gli investimenti consistenti del governo hanno fornito, a quasi tutta la popolazione cinese, una copertura per i prodotti farmaceutici di base, le procedure diagnostiche e per i dispositivi medici. Ma questi investimenti sembrano essere stati costruiti su delle basi poco solide. I direttori degli ospedali si trovano a combattere con problemi di deficit dovuti all'insufficienza dei rimborsi provenienti dal governo, rispetto all'aumento dei costi dei servizi e dei prodotti che gli ospedali dovrebbero fornire. Di conseguenza, le infrastrutture non sono in grado di pagare i propri dipendenti con salari adeguati, i medici sono cronicamente oberati di lavoro e percepiscono salari miseri¹⁷⁶.

Un medico appena diplomato a Pechino percepisce un salario di circa 3.000 RMB mensili (480 dollari), molto simile al salario di un tassista. Un medico con 10 anni d'esperienza arriva a percepire una paga mensile di 10.000 RMB (1.600 dollari)¹⁷⁷.

¹⁷⁵ Jourdan, A., Tham, E., *Exclusive: Siemens healthcare unit probed by China regulator for bribery - sources*, Reuters, 2 maggio 2015, disponibile al seguente link: <http://www.reuters.com/article/2015/05/03/us-china-corruption-siemens-idUSKBN0NO01120150503> [data di accesso: 28 maggio 2015].

¹⁷⁶ Shobert, B., *Three Ways To Understand GSK's China Scandal*, Forbes, 9 aprile 2013, disponibile al seguente link: <http://www.forbes.com/sites/benjaminshobert/2013/09/04/three-ways-to-understand-gsk-china-scandal/> [data di accesso 28 maggio 2015].

¹⁷⁷ Takada, K., *Bribery serves as life-support for Chinese hospitals*, Reuters, 23 luglio 2013, disponibile al seguente link: <http://www.reuters.com/article/2013/07/23/us-china-hospitals-bribery-idUSBRE96M12Y20130723> [data di accesso 28 maggio 2015].

Il fatto che medici e amministratori abbiano trovato modalità alternative per arrotondare il salario non deve quindi sorprendere¹⁷⁸.

Le modalità più comunemente utilizzate sono le mazzette che le case farmaceutiche pagano ai medici in cambio della prescrizione dei propri farmaci. Generalmente questi “incentivi” sono compresi nel prezzo del farmaco, con la conseguenza che esso risulti eccessivamente costoso, e, fatto ancora più grave, che il dottore è portato a prescrivere il farmaco non sulla base della reale necessità del paziente, ma a seconda del profitto personale che gli potrebbe derivare dalla vendita del medicinale e quindi dall’ammontare della tangente.

Il fenomeno dell’over-prescription e della prescrizione di farmaci inadeguati o non strettamente necessari, è un’altra delle questioni che la riforma sanitaria non ha ancora risolto. Molti medici cinesi considerano le tangenti un modo per compensare gli elevati costi della loro formazione e gli elevati rischi derivanti dalla loro professione¹⁷⁹. Così facendo, tuttavia, non si dedicano all’avanzamento delle tecniche e della conoscenza in campo sanitario, o al miglioramento qualitativo del servizio¹⁸⁰.

Un’altra fonte di guadagno sono i cosiddetti “hongbao” (红包)¹⁸¹, una sorta di mazzetta o pagamento sottobanco che i medici ricevono dai pazienti per ottenere favori di vario tipo, come ad esempio la possibilità di saltare la lista d’attesa, che può essere molto lunga dato il sovraffollamento degli ospedali, o semplicemente per avere la garanzia che il medico prenda seriamente l’operazione che sta per compiere o, ancora, per poter essere operati da un medico con maggiore esperienza.

¹⁷⁸ Secondo Takada K., l’autore del sopracitato articolo *Bribery serves as life-support for Chinese hospitals*, gli ospedali pubblici stanno avendo difficoltà nel reclutare nuovo personale medico, dal momento che il mestiere non è più redditizio. Nonostante il numero dei medici sia in crescita, esso non riesce a sopperire alla crescita dei pazienti. I dati del Ministero della Salute mostrano che tra il 2008 e il 2011 il numero del personale medico è aumentato del 13%, mentre inumerò delle visite è aumentato del 28%.

¹⁷⁹ I salari dei medici risultano bassi soprattutto se paragonati ad altri impieghi più redditizi ma che prevedono capacità tecniche decisamente minori. Ciò avviene per esempio nel settore bancario e dei trasporti.

¹⁸⁰ Yang, Z., Fan, D., *How to solve the crisis behind Bribegate for Chinese doctors*, The Lancet, 21 marzo 2011.

¹⁸¹ Lo Hongbao o “busta rossa” è tradizionalmente una lettera di colore rosso (simbolo di fortuna) contenente denaro che viene regalata in Cina in occasioni importanti come il matrimonio o durante le festività tradizionali come il Capodanno.

Dall'altro lato però non tutti i pazienti possono permettersi di pagare due/tre volte il costo del servizio per ottenere questi privilegi. Sono questi pazienti tuttavia le vere vittime di questo circolo vizioso e sono loro a pagare le spese maggiori dovute alle carenze del sistema, comprando medicinali a costi elevatissimi e dovendo affrontare lunghe liste d'attesa per visite brevi. Per questo motivo il fenomeno della violenza sui medici continua anche dopo la riforma del 2009, che si era posta come obiettivo il miglioramento dei rapporti tra pazienti e medici¹⁸².

Volendo tornare al punto di partenza, quindi, è opinione di chi scrive che lo scandalo della GSK sia solo la punta dell'iceberg di un problema strutturale del sistema e che il colosso farmaceutico non abbia creato questo tipo di ambiente ma abbia imparato a sopravvivere all'interno di esso. D'altro canto le multinazionali del farmaco non ricorrono soltanto alla corruzione dei medici, ma anche dei funzionari governativi per l'approvazione, l'importazione e la produzione dei medicinali.

Con la National Essential Drug List, il Governo cinese aveva avviato un tentativo di contenere il problema del costo dei farmaci: i farmaci inclusi nella lista non possono essere venduti ad un prezzo superiore a quanto un utente "medio" è in grado di spendere per quel farmaco. Le aziende, tuttavia, hanno imparato ad aggirare le regole cambiando il nome dei farmaci o dei pacchetti di farmaci in modo tale che essi risultino prodotti diversi, o semplicemente non producendo determinati farmaci e costringendo i pazienti all'acquisto di alternative più costose¹⁸³.

¹⁸² *Violence against doctors: Why China? Why now? What next?* The Lancet, 22 marzo 2014.

¹⁸³ Kuo, L., *Why bribery is rampant in China's healthcare system*, Quartz, 17 Luglio 2013, disponibile al seguente link: <http://qz.com/105240/why-bribery-is-rampant-in-chinas-healthcare-system/> [data di accesso 28 maggio 2015].

CONCLUSIONI

L'obiettivo dell'analisi svolta nei capitoli precedenti è stato quello di valutare, quando più obiettivamente possibile, l'apertura del sistema politico cinese nel processo di formulazione ed implementazione delle policy.

Si è scelto in particolare, il caso di studio della nuova riforma sanitaria, il cui processo è iniziato ufficialmente nel 2006 e si è concluso nel 2009 con la pubblicazione di una serie di documenti ufficiali che hanno dato il via all'applicazione pratica delle decisioni¹⁸⁴.

La riforma sanitaria è risultata particolarmente interessante da analizzare per diverse ragioni. Innanzitutto, la sanità è un tema oggetto di dibattito a livello mondiale, data la difficoltà di classificarla e gestirla esclusivamente come bene pubblico puro. In secondo luogo, restringendo il campo alla sola Cina, dopo l'avvio delle riforme degli anni ottanta e gli incentivi al mercato, il sistema sanitario in Cina a vent'anni di distanza risultava essere in una situazione disastrosa, che richiedeva un immediato intervento di trasformazione radicale. Inoltre, la riforma sanitaria in tutti i paesi del mondo coinvolge sempre una grande quantità di interessi non solo esterni al sistema politico, ma anche interni ad esso. Ciò è stato utile al fine dell'analisi per comprendere quali sono le forze in gioco nel decision-making della Repubblica Popolare Cinese, con quali strumenti agiscono e con che risultati. Infine, la nuova riforma sanitaria è stata formulata relativamente di recente e, nonostante i suoi risultati non siano ancora del tutto chiari, questo permette di capire se e con quale grado il sistema deliberativo si sia evoluto e in che direzione esso si stia orientando.

¹⁸⁴ Vedi capitolo secondo paragrafo 2.3.

La ricerca si è concentrata maggiormente sul periodo di formulazione della policy, che si è svolta in modo non lineare proprio per la presenza di diversi gruppi di interesse. Tuttavia, dato l'obiettivo di valutarne il grado di pluralismo e apertura, si è ritenuto opportuno dare alcuni accenni anche all'implementazione pratica della policy negli anni recenti. Il lavoro di formulazione non può prescindere dal risultato a livello di applicazione pratica.

Il processo di formulazione della riforma sanitaria è stato convenzionalmente suddiviso in cinque fasi¹⁸⁵, e, per valutare il grado deliberativo di ciascuna di esse, sono state applicate le qualità di un processo deliberativo individuate dalla sociologa Donatella della Porta ossia inclusività, equa partecipazione, trasparenza, ragione e conoscenza, e trasformazione delle opinioni dei decisori¹⁸⁶.

Nelle cinque fasi che hanno portato, nel 2009, alla pubblicazione delle Linee guida per la Nuova Riforma Sanitaria e al documento correlato per la loro implementazione, il governo cinese si è dimostrato generalmente aperto al dialogo sia all'interno che all'esterno del Governo. Quasi tutti i principi deliberativi sono stati riscontrati lungo il percorso anche se non sempre la singola fase è stata caratterizzata dalla presenza congiunta di ognuno di essi. Di questi cinque principi, tre sono risultati quelli maggiormente presenti.

Le prime due fasi, ossia quella del riconoscimento del fallimento della politica sanitaria precedentemente implementata e quella della formulazione della bozza preliminare di piano, e la quarta fase, quella delle consultazioni pubbliche, sono risultate essere sostanzialmente inclusive dal momento che tutti gli attori hanno avuto modo di esprimersi. La popolazione, in particolare, che è il gruppo d'interesse più debole, si è espressa tramite petizioni e tramite i mass media, inoltre, il governo stesso ha messo a disposizione dei canali tramite i quali commentare di volta in volta i documenti rivisti e modificati dal governo. Il contributo di numerosi esperti,

¹⁸⁵ Di Nitto, D., *Social Welfare: Politics and Public Policy*, 7/E (2010).

¹⁸⁶ Della Porta, D., *Deliberation in Movement: Why and How to Study Deliberative Democracy and Social Movements 1*, Acta Politica, 2005.

think-tank e gruppi di ricerca ha reso tutto il processo caratterizzato da un alto livello tecnico, necessariamente richiesto data la portata della riforma.

La quinta fase, che ha portato all'approvazione definitiva del piano, dimostra come il processo sia stato in grado di modificare le opinioni dei decision-makers. Il documento era infatti il risultato di 137 emendamenti alla bozza preliminare, alcune delle modifiche erano state apportate in seguito ai commenti della popolazione, che era intervenuta nella penultima fase tramite l'apposita piattaforma creata sul sito della Commissione Nazionale per lo Sviluppo e le Riforme. Inclusività, ragione e conoscenza e capacità di trasformare le opinioni dei decisori sono state, dunque, effettivamente riscontrate.

È opinione di chi scrive, tuttavia, che equa partecipazione e trasparenza non siano pienamente riscontrabili.

Nonostante l'introduzione di varie forme di consultazione con la popolazione e con i principali gruppi d'interesse economico, gli spazi deliberativi rimasero comunque controllati dal governo e, se guardato nel suo insieme, il processo non può dirsi completamente pluralista. Per esempio, gli spazi aperti ai commenti dell'opinione pubblica furono limitati ad alcuni momenti precisi in cui il governo necessitava di veder legittimato il proprio lavoro, in particolare nel momento iniziale del processo e nelle fasi finali, quando però il piano era già stato formulato nelle sue linee generali. Inoltre, queste piattaforme non prevedevano un dibattito aperto tra tutti i cittadini ma, più semplicemente, alla popolazione veniva richiesto di commentare direttamente il documento proposto dal governo. Ancora, la bozza pubblicata nella fase delle consultazioni pubbliche, era caratterizzata da un linguaggio altamente tecnico, il che limitò in partenza la partecipazione della cittadinanza.

Anche per quanto riguarda i gruppi di ricerca, se è vero, da un lato, che la riforma vide l'intervento di gruppi di ricerca internazionali e domestici, ed esterni e interni al sistema di governo, è anche vero che nella terza fase, quella delle consultazioni interne, il governo si affidò quasi esclusivamente ai gruppi di ricerca legati ai vari ministeri, e quindi il dibattito si caratterizzò più per uno scontro di interessi

all'interno del sistema politico, che per un bilanciamento degli interessi tra tutti gli stakeholders in gioco.

Per quanto riguarda la trasparenza, nella prima fase i mass media hanno pubblicizzato la questione sostenendo, da un lato la volontà della popolazione di manifestare il proprio scontento, dall'altro la volontà del Governo di cambiare la situazione. È vero anche, però, che spesso l'azione dei media non è stata completamente libera. Durante la fase delle consultazioni pubbliche, nella quale il governo voleva vedere legittimato il proprio lavoro, televisioni e giornali furono spesso incoraggiati a intervistare i più importanti stakeholder e a pubblicare i successi del processo di raccolta di feedback. Inoltre, la fase delle deliberazioni interne, che risulta essere anche quella meno inclusiva dal momento che furono ammessi soltanto i centri di ricerca legati al governo, è anche quella meno trasparente, perché le deliberazioni si svolsero per lo più a porte chiuse, e i canali di consultazione, se si pensa ad esempio alla conferenza di Zhongnanhai si caratterizzarono per la tendenza ad essere limitati e controllati dai decisori, nei tempi e nelle modalità.

A livello di implementazione i veri beneficiari della riforma sembrano essere stati, più di chiunque altro, i gruppi economici, e più precisamente le case farmaceutiche, che hanno potuto aggirare illegalmente le regole imposte dalla riforma, perché in grado di sostenere i costi della corruzione. Ciò induce a ritenere in ultima analisi che il potere economico abbia prevalso anche in questo caso e che le lacune del sistema siano ricadute, ancora una volta, sul gruppo più debole, ossia la popolazione.

Sebbene la riforma abbia fornito la cittadinanza di una copertura assicurativa basilare, le spese per le malattie più gravi non sono ancora coperte dai programmi di assicurazione sociale. Di conseguenza, chi se lo può permettere è costretto a integrare l'assicurazione governativa con l'acquisto di un'assicurazione commerciale, chi invece non può sostenere ulteriori spese resta privo di qualsiasi copertura.

In aggiunta, la copertura sanitaria di base non è stata in grado di far fronte all'aumento del costo dei farmaci. Alla base di ciò, il mancato completamento della riforma degli ospedali, avviata in alcune aree in via sperimentale, ma non ancora

allargata su scala nazionale. I farmaci sono ancora venduti per la stragrande maggioranza attraverso i medici che lavorano all'interno degli ospedali, segno questo che la volontà di risolvere il problema del 以药养医 (*yiyao yangyi*, dirigere gli ospedali tramite i farmaci), ossia della dipendenza degli ospedali dalla vendita dei medicinali, non è stato risolto. Il basso reddito che i medici percepiscono e la necessità di arrotondare il magro compenso per il proprio lavoro hanno portato questi ultimi ad essere facilmente corruttibili. Lo scandalo della GSK ha messo in luce un sistema di mazzette ben radicato ed esteso.

Nonostante i buoni propositi di armonizzare il rapporto paziente-medico che la riforma aveva posto in essere, il costo della sanità continua ad essere causa dei fenomeni di violenza contro i medici, da parte di un'utenza che non vede migliorata la qualità del servizio a fronte di un continuo aumento delle spese.

In conclusione, se già il processo di formulazione non sia risultato essere completamente pluralista, e ben lontano dall'essere un processo democratico, l'implementazione della riforma non ha raggiunto gli obiettivi che erano stati stabiliti.

Tuttavia, è sbagliato ritenere che non ci siano stati dei miglioramenti nel sistema. Durante il processo di formulazione il governo ha introdotto delle forme di consultazione nuove e la partecipazione di una grande varietà di stakeholders dimostrano comunque un certo grado di evoluzione del sistema di decision-making.

Anche livello di implementazione, il governo sembra ben disposto a risolvere i problemi alla base del sistema. La Lista dei Farmaci Essenziali è già stata ampliata nel 2013 e misure come la vendita dei farmaci on-line e lo stop al tetto sul prezzo dei farmaci sono segnali di reazione. Infine, il Governo intende continuare il processo di riforma degli ospedali che costituisce il cuore del problema dei costi elevati. Nei prossimi anni i programmi di riforma avviati in forma sperimentale dovrebbero essere allargati su scala nazionale. La separazione tra l'erogazione del servizio (medici e ospedali) e la vendita dei farmaci, risulta tra gli obiettivi primari.

BIBLIOGRAFIA

AHRENS, Nathaniel, “China’s Industrial Policymaking Process”, CSIC, gennaio 2013.

ALMOND, Gabriel, POWELL, Bingham, *Politica comparata: sistema, processi e politiche*, Il Mulino, 1988.

APELLA, Vincenzo, BRUGIAVINI, Agar, PACE, Noemi “The health care system reform in China: Effects on out-of-pocket expenses and saving”, *China Economic Review*, 2015.

AUDIBERT, Martine, *et al.*, “Health insurance reform and efficiency of township hospitals in rural China: An analysis from survey data”, *China Economic Review*, 27(2013), 326-338.

BACHRACH, Peter, BARATZ, Morton, *Power and Poverty*, New York, Oxford University Press, 1970.

BARBER, Sarah L., *et al.*, “The hospital of the future in China: China’s reform of public hospitals and trends from industrialized countries”, Oxford University Press, *Health Policy and Planning*, (2013), pp.1-12.

BARBER, Sarah L., *et al.*, “The reform of the essential medicines system in China: a comprehensive approach to universal coverage”, World Health Organization, 3, 1 (2013).

BARBER, Sarah L., YAO, Lan, *Health insurance system in China: a briefing note*, World Health Report, Background Paper, 37 (2010). Health Care System Reform in Contemporary P.R.China: Public Agenda, Private Interests and Global Interactions

BENTLEY, Arthur Fisher, *The Process of Government: A Study of Social Pressure*, The University of Chicago Press, Chicago, 1908.

BLOMQUIST, Åke, “Health system reform in China: What role for private insurance?”, *China Economic Review*, 20 (2009), pp. 605-612.

BLUMENTHAL, David, XIAO, William, “Privatization and Its Discontents-The Evolving Chinese Health Care System in Health Policy Reports”, *The New England Journal of Medicine*, 2005.

BOYNTON, Xiaoqing Lu, MA, Olivia, SCHMALZBACH, Molly Claire, “Key Issues in China’s Health Care Reform”, CSIS, dicembre 2012.

BROMBAL, Daniele, *Health Care System Reform in Contemporary P.R.China: Public Agenda, Private Interests and Global Interactions*, Proceedings of the Fourth Next-Generation Global Workshop "Nation-States and Beyond. Private and Public Spheres under Globalization", Kyoto, Kyoto University , pp. 167-183.

BROMBAL, Daniele, *La sanità rurale cinese: interessi privati e necessità sociali nell’era di Hu Jintao e Wen Jiabao*, Università Ca’ Foscari di Venezia, 2012.

BROWN, Ruth E., GARCIA, Piriz Dionisio, LIU, Yuanyuan, MOORE, Jonathan, *Reforming Healthcare in China - Historical, Economic and Comparative Perspectives*, Ford School of Public Policy, aprile 2012.

CARRIN, G., *et al.*, , “The reform of the rural cooperative medical system in the People’s Republic of China: interi experience in 14 pilot counties”, *Social Science & Medicine*, 1999.

CAVALIERI, Renzo Riccardo, *Lecture di diritto cinese*, Università Ca’ Foscari di Venezia, Cafoscarina, 2012-2013.

CHEN, Helen, WANG, Justin, “Insider Analysis From L.E.K. Consulting On The Private Health Insurance Market In China: Business As Usual Or Breakthrough Imminent?”, *PharmAsia News*, 26 marzo 2012.

CHINA HEALTH INSURANCE RESEARCH ASSOCIATION, *Yiliao baoxian feiyong jiesuan banfa xueshu yanjiuhui*, 医疗保险费用结算办法学术研讨会, *China Health Insurance Research Association*, dicembre 2007, <http://59.252.162.18/?newshow/tp/3/did/102.html>.

CHINA NET, *Quanguo renda dangweihui shenya yigai baogao: xin fangan tuchu gongyihua* 全国人大常委会审议医改报告:新方案突出公益化 (Report del Comitato Permanente dell’ANP: il Nuovo Progetto di Riforma ha una forte componente di Welfare), *China net*, 28 dicembre 2008, http://www.china.com.cn/news/txt/2007-12/28/content_9445373.htm.

CHINA YOUTH DAILY, “yiyao yangyi” wudidong lianxu jiangjia rang yaoqi xian exingxunhuan?, “以药养医”无底洞 连续降价让药企陷恶性循环? *China Youth Daily*, 2 marzo 2007, http://news.xinhuanet.com/fortune/2007-03/02/content_5790135.htm.

CHOE, Chongwoo, YIN, Xiangkang, “Contract management responsibility system and profit incentives in China's state-owned enterprises” *China Economic Review*, 11 (2000), pp 98-112.

CMS, “Groundbreaking Establishment of the First Wholly Foreign Invested Hospital Project in China (Shanghai) Pilot Free Trade Zone”, CMS, http://www.cms-china.info/insight/2014/08/China-Insight-Corporate_13-08-14.html.

DAEMMRICH, Arthur, “The political economy of healthcare reform in China: negotiating public and private”, *SpringerPlus*, 2 (2013).

DAYANG NET, *2000 nian laobaixing zui guanxi de huati* 2000年老百姓最关心的话题 (le questioni che stanno più a cuore ai cittadini nel 2000), *Dayang net*, 29 dicembre 2000, http://news.dayoo.com/china/gb/content/2000-12/29/content_51358.htm.

DELLA PORTA, Donatella, *Deliberation in Movement: Why and How to Study Deliberative Democracy and Social Movements I*, Acta Politica, 2005.

DEZHI, Yu, “Changes in Health Care Financing and Health Status: the case of China in the 80s”, UNICEF, Innocenti occasional papers, Economic Policy Series, 1992.

DI NITTO, Diana, *Social Welfare: Politics and Public Policy*, 7/E (2010).

DONG, Keyong, “Medical insurance system evolution in China”, *China Economic Review*, 20 (2009), pp.591-597.

EASTON, David, “An approach to the Analysis of Political System”, *World Politics*, 9,3 (1957), pp. 383-408.

EGGLESTON, Karen, “Health Care for 1.3 Billion: An Overview of China’s Health System”, Working paper series on health and demographic change in the Asia-Pacific, Stanford University, 9 gennaio 2012.

EINHORN, Bruce, LOO, Daryl, “China Looks to Cure Hospital Corruption”, *Bloomerang Business*, 27 Settembre 2012, <http://www.bloomberg.com/bw/articles/2012-09-27/china-looks-to-cure-hospital-corruption>.

FENG, Wang, MASON, Andrew, *The Demographic Factor in China's transition*, Cambridge University Press, 2008.

FISICHELLA, Domenico, *Gruppi d'interesse e di pressione*, Enciclopedia Treccani, [http://www.treccani.it/enciclopedia/gruppi-di-interesse-e-di-pressione_\(Enciclopedia_delle_sienze_sociali\)/](http://www.treccani.it/enciclopedia/gruppi-di-interesse-e-di-pressione_(Enciclopedia_delle_sienze_sociali)/).

FREEMAN III, Charles W., BOYNTON, Xiaoqing Lu, “Implementing Health Care Reform Policies in China”, CSIS, dicembre 2011.

GE, Yanfeng, *Muqian Zhongguo de yigai jiben shang shi bu chenggong de* 目前中国的医改基本上是不成功的 (L'attuale politica sanitaria cinese è sostanzialmente inefficace), Xinhuanet, 29 luglio 2005, http://news.xinhuanet.com/newscenter/2005-07/29/content_3281414.html.

GLUCKSMAN, James, LIPSON, Roberta “Private Healthcare: A Tough Market to Crack”, *China Business Review*, 1 gennaio 2010, <http://www.chinabusinessreview.com/private-healthcare-a-tough-market-to-crack/>.

GROGAN, Colleen M., “Urban economic reform and access to health care coverage in the People's Republic of China”, *Social Science & Medicine*, 41 (1995), pp. 1073-1084.

HE, Alex Jingwei, “The doctorepatient relationship, defensive medicine and overprescription in Chinese public hospitals: Evidence from a cross-sectional survey in Shenzhen city”, *Social Science & Medicine*, 123 (2014), 64-71.

HESKETH, Therese, ZHU, Wei Xing, “Health in China - The healthcare market”, 2004, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2126808/pdf/9186178.pdf>.

HOUGAARD, Jens Leth, ØSTERDAL Lars Peter, YU, Yi “The Chinese Health Care System: Structure, Problems and Challenges”, University of Copenhagen, 2008.

HU, Xin-Hui, QI, Qinghui, YANG, Chih-Hai, “Analysis of hospital technical efficiency in China: Effect of health insurance reform”, *China Economic Review*, 23 (2012), pp. 865-877.

HUANG, Y., “The SARS Epidemic and Its aftermath in China: a Political Perspective”, 2004, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK92479/>.

JING, Li, “China scraps price caps for most drugs”, *South China Morning Post*, 5 maggio 2015, <http://www.scmp.com/news/china/policies-politics/article/1786573/china-stop-setting-prices-most-medicines-june-1>.

JOURDAN, Adam, “China investigates former top healthcare official for bribery”, *Reuters*, 27 maggio 2015, <http://www.reuters.com/article/2015/05/27/us-china-corruption-healthcare-idUSKBN0OC0QH20150527>.

JOURDAN, Adam, “China to allow online sales of prescription drugs as early as this month - sources”, *Reuters*, 9 gennaio 2015, <http://www.reuters.com/article/2015/01/09/china-pharmaceuticals-idUSL3N0UE1WK20150109>.

JOURDAN, Adam, EGEN, Tham “Exclusive: Siemens healthcare unit probed by China regulator for bribery - sources”, *Reuters*, 2 maggio 2015, <http://www.reuters.com/article/2015/05/03/us-china-corruption-siemens-idUSKBN0NO01120150503>.

KAZUNORI, Takada, “Bribery serves as life-support for Chinese hospitals”, *Reuters*, 23 luglio 2013, <http://www.reuters.com/article/2013/07/23/us-china-hospitals-bribery-idUSBRE96M12Y20130723>.

KORNEICH, Yoel, VERTINSKY, Ilan, POTTER, Pittman B., “Consultation and Deliberation in China: The Making of China’s Health-Care Reform”, *The China Journal*, No. 26 (2012), pp.176-202.

KOROLEV, Alexander, “Deliberative Democracy Nationwide?- Evaluating Deliberativeness of Healthcare Reform in China”, *Journal of Chinese Political Science*, 19 (2014), pp.151-172.

KREAB & GAVIN ANDERSON, “How Policies are “Made in China””, *Kreab & Gavin Anderson*, <https://facingchinadotme.files.wordpress.com/2013/06/policymaking-in-china.pdf>.

KUO, Lily, “Why bribery is rampant in China’s healthcare system”, *Quartz*, 17 luglio 2013, <http://qz.com/105240/why-bribery-is-rampant-in-chinas-healthcare-system/>.

LE DEU, Franck, MA, Li, WANG, Jin, “An Essential strategy for the Essential Drug List”, McKinsey & Company, luglio 2014.

LI, Haifeng, ZHANG, Hongliang, WU, Jiang, “Ways out of the crisis behind Bribegate for Chinese doctors”, *The Lancet*, 379, 21 gennaio 2012.

LI, Ling, *Beida ketizu Suqian yigai diaoyan baogao*, 北大课题组宿迁医改调研报告 (Report di Ricerca del gruppo tematico dell’Università di Pechino sulla Riforma Sanitaria a Suqian), *China Youth Daily*, 22 giugno 2005, http://zqb.cyol.com/content/2006-06/22/content_1424541.htm.

LIU, Hong, ZHAO, Zhao, “Does health insurance matter? Evidence from China’s urban resident basic medical insurance”, *Journal of Comparative Economics*, 42 (2014), pp. 1007-1020.

LIU, Hong, GAO, Song, RIZZO, John A., “The expansion of public health insurance and the demand for private health insurance in rural China” *China Economic Review*, 22 (2011), pp.28-41.

LIU, Hong, ZHAO, Zhong, “Impact of China's urban resident basic medical insurance on health care utilization and expenditure”, Discussion Paper series, Forschungsinstitut zur Zukunft der Arbeit, No. 6768 (2012).

LIU, Yuanli, “China’s public health-care system: facing the challenges”, *Bulletin of The World Health Organization*, 82,7 (2004).

LIU, Yuanli. *et al.*, “Transformation of China’s Rural Health Care Financing”, *Elsevier*, 41,8 (1995) pp. 1083-1093.

LIU, Yuanli, HU, Shanlian, FU, Wei, XIAO, William C., “Is community financing necessary and feasible for rural China?”, *Health Policy*, Elsevier, 1996.

LIU, Yuanli, RAO, Keqin, XIAO, William C., “Medical Expenditure and Rural Impoverishment in China”, *Journal of Health, Population and Nutrition* 21, 3 (2003), pp.216-222.

LOBELLO, Carmel, "What we know so far about the GlaxoSmithKline bribery scandal", *The Week*, 23 luglio 2013, <http://theweek.com/articles/461882/what-know-far-about-glaxosmithkline-bribery-scandal>.

LOK, Sang Ho, “Market Refoms and China’s Health Care System”, *Elsevier*, 41,8 (1995), pp. 1065-1072.

LOO, Daryl, “Sinopharm Former Vice President Held on Corruption Claim”, *Bloomerang Business*, 13 gennaio 2014, <http://www.bloomberg.com/news/articles/2014-01-13/sinopharm-says-former-vice-president-held-on-corruption-claim>.

MARTINA, Michael, “GSK used travel agencies for China bribes: police”, *Reuters*, 15 luglio 2015, <http://www.reuters.com/article/2013/07/15/us-gsk-china-idUSBRE96E02520130715>.

MARTINA, Michael, “More foreign pharmaceutical firms could be probed in China: Xinhua”, *Reuters*, 24 Luglio 2013, <http://www.reuters.com/article/2013/07/24/us-china-pharmaceutical-idUSBRE96N0EA20130724>.

MILLER, Alice, “More Already on the Central Committee’s Leading Small Groups”, *China Leadership Monitor*, no.44.

MILLER, Alice, “The CCP Central Committee’s Leading Small Groups” in *China Leadership Monitor*, no. 26.

MOKHATARI, Manouchehr, ASHTARI, Mamak, “Reducing informal payments in the health care system: Evidence from a large patient satisfaction survey”, *Journal of Asian Economics*, 23 (2012), pp. 189-200.

NATIONAL DEVELOPMENT AND REFORM COMMISSION OF PRC (NDRC), *Guowuyuan yanjiu jigou dui Zhongguo yiliaogaige de pingjia yu jianyi* 国务院研究机构对中国医疗改革的评级与建议 (Valutazioni e Consigli degli Istituti d Ricerca del Consiglio di Stato circa la Riforma Sanitaria in Cina), 25 luglio 2005, <http://news.sina.com.cn/c/2005-07-29/12246561593s.shtml>.

NAUGHTON, Barry, *The Chinese economy: Transitions and Growth*, The MIT Press, 2007.

PEARSON, “Politics and The Policymaking Process”, 2010, http://www.pearsonhighered.com/assets/hip/us/hip_us_pearsonhighered/samplechapter/0205011616.pdf

SHOBERT, Benjamin, “Three Ways To Understand GSK's China Scandal”, *Forbes*, 9 aprile 2013, <http://www.forbes.com/sites/benjaminshobert/2013/09/04/three-ways-to-understand-gsks-china-scandal/>.

SINA.COM, *Quanguo 33 yiyao xiehui lianshu jianyi daxiu yigai fangan* 全国33医药行业协会联署建议大修医改方案, (33 associazioni del settore farmaceutico suggerisce dei grossi cambiamenti alla bozza della Riforma Sanitaria), *sina.com*, 3 novembre 2008, <http://news.sina.com.cn/c/2008-11-03/015416574062.shtml>.

SPEGELE, Brian, “Health in Flux: Plans for a consolidated, efficient, and Chinese pharmaceutical sector”, dicembre 2009.

THE CENTRAL PEOPLE’S GOVERNMENT OF THE PRC, *fazhan gaigewei: xin yigai fangan zhengqiu yijian shoudao 3.5 wan tiao fankui*, 发展改革委:新医改方案征求意见收到3.5万条反馈 (Commissione Nazionale per lo Sviluppo e le Riforme: la raccolta di suggeriment per piano per la nuova riforma sanitaria riceve 35.000 feedbacks), 15 novembre 2008, http://www.gov.cn/jrzg/2008-11/15/content_1150149.htm.

THE CENTRAL PEOPLE'S GOVERNMENT OF THE PRC, *Guanyu shenhua yiyao weisheng tizhi gaige de yijian (zhengqiu yijian gao)* 关于深化医药卫生体制改革的意见（征求意见稿）(Opinioni circa l'approfondimento della riforma del sistema sanitario (bozza per sollecitare i commenti)), 14 ottobre 2008, http://www.gov.cn/gzdt/2008-10/14/content_1120143.htm.

THE CENTRAL PEOPLE'S GOVERNMENT OF THE PRC, *yigai weisheng tizhi gaige jinqi zhingdian shishi fang'an (2009-2011)* 医药卫生体制改革近期重点实施方案（2009—2011年）(punti chiave del piano di implementazione della nuova riforma sanitaria (2009-2011)), 18 Marzo 2009, http://www.gov.cn/zwgk/2009-04/07/content_1279256.htm.

THE CENTRAL PEOPLE'S GOVERNMENT OF THE PRC, *shenhua yigai buji xietiao xiaozu fuzeren jiu yigai yijian dawen* 深化医改部际协调工作小组负责人就医改意见答问 (Il responsabile del Gruppo di Coordinamento per la riforma sanitaria risponde alle domande), 15 ottobre 2008, http://www.gov.cn/jrzg/2008-10/15/content_1121637.htm.

THE LANCET, “How to solve the crisis behind Bribe for Chinese doctors”, *The Lancet*, 379 (2012).

THE LANCET, “Violence against doctors: Why China? Why now? What next?”, *The Lancet*, 22 marzo 2014, [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(14\)60501-8/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(14)60501-8/abstract).

THOMPSON, Drew, “China's Health Care Reform Redux”, Washington: Centre for Strategic and International Studies, 2009.

TIAN, Xin, SONG, Yaran, ZHANG, Xinping, “National Essential Medicines List and policy practice: A case study of China’s health care reform”, *BMC Health Services Research*, 12, 401 (2010).

WANG, Hufeng, “A dilemma of Chinese healthcare reform: How to re-define government roles?”, *China Economic Review*, 20 (2009), 598-604.

WANG, Shao Guang, FAN, Peng, *The Chinese Model of Consensus Decision-Making A Case Study of Healthcare Reform*, Beijing, *Zhongguo renmin daxue chubanshe*, 2013.

WANGSTAFF, Adam, “China Health Sector-Why Reform is Needed”, *World Bank*, 1 (aprile 2005).

WHITE, Sydney D., *From “Barefoot Doctor” to “Village Doctor” in Tiger Springs Village: A Case Study of Rural Health Care Transformations in Socialist China*, *Human Organization*, 57, 4 (1998) pp.480-490.

WOLL, Cornelia, “Lobbying in the European Union: From Sui Generis to a Comparative Perspective”, *Journal of European Public Policy*, 13, 3 (2006), pp. 465-470.

WOODHEAD, Michael, “How much does the average Chinese doctor earn?”, *China Medical News*, 31 marzo 2014, <http://www.chinesemedicalnews.com/2014/03/how-much-does-average-chinese-doctor.html>.

WORLD BANK (WB), “Fixing the Public Hospital System in China” in *China Health Policy Notes*, World Bank, giugno 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), *The WHO Health Report 2000 - Health Systems: Improving Performance*, Geneva, WHO, 2000.

WU, Yanrui, “China’s Health care sector in transition: resources, demand and reforms”, *Asia Research Centre Murdoch University*, 39 (1997), pp. 137-152.

XIAO, William, “The chinese health care system: lessons for other nations”, Pergamon, Harvard University School of Public Health, 1995.

XING, Shao Wen, *Xin yigai de meili yu aichou* 新医改的美丽与哀愁 (Il bello e il brutto della Nuova Riforma Sanitaria) sina.com, 30 marzo 2009, <http://news.sina.com.cn/c/sd/2009-03-30/162417512944.shtml>

XINHUA, “Expert says China’s medical reform ‘basically not successful’ in Xinhua, 29 luglio 2005, http://en.people.cn/200507/29/eng20050729_199135.html.

XINHUA, *Hu Jintao qiangdiao jianshe fugai chengxiang jumin de jiben weisheng baojian zhidu*, 胡锦涛强调建设覆盖城乡居民的基本卫生保健制度, *Xinhua net*, 24 ottobre 2006, http://news.xinhuanet.com/politics/2006-10/24/content_5244094.htm.

XINHUA, *Shenhua yiyao weisheng tizhi gaige buji xietiao gongzuo xiaozu fuzeren jiu yigai yijian da jizhe wen* 深化医药卫生体制改革部际协调工作小组负责人就医改意见答记者问 (Un rappresentante del Gruppo di Lavoro per il Coordinamento Interministeriale di approfondimento della riforma sanitaria risponde alle domande del giornalista), *Xinhua Net*, 15 ottobre 2008.

XINHUA, *Wen Jiabao zhuchi zhaokai shenhua yiyao weisheng tizhi gaige gongzuo zuotanhui* 温家宝主持召开深化医药卫生体制改革工作座谈会, (Wen Jiabao

presiede al forum della Riforma Sanitaria), *Xinhua net*, 15 Aprile 2008, http://news.xinhuanet.com/newscenter/2008-04/15/content_7981833.htm.

XINHUA, *Xin yigai fang'an 9 yue jiaojuan: yi zong'e yufu zhi ezhi guodu yiliao* 新医改方案9月交卷:以"总额预付制"遏制过度医疗(La bozza della Riforma Sanitaria verrà pubblicata a Settembre: un sistema di bilancio preparato per contenere l'over-treatment), *Xinhua net*, 1 settembre 2007, http://news.xinhuanet.com/fortune/2007-09/01/content_6643367.htm.

XINHUA, *Yangshi xinwen1+1 yigai fang'an kanbudong xupei: shuomingshou* 央视《新闻1+1》:医改方案看不懂 需配"说明书"(CCTV News 1+1: la bozza della riforma sanitaria è incomprensibile: dovrebbe essere accompagnata da un manuale esplicativo), *Xinhua net*, 16 ottobre 2008, http://news.xinhuanet.com/fortune/2008-10/16/content_10202115.htm.

XINHUA, *Zhonggong zhongyang zhengzhiju di 35 ci jiti xuexi* 中共中央政治局第三十五次集体学习 (Trentacinquesima Sessione di Studio Collettiva del Governo Centrale), *Xinhua net*, 24 ottobre 2006, http://news.xinhuanet.com/video/2006-10/24/content_5244468.htm.

YANG, Zhiping, FAN, Daiming, "How to solve the crisis behind Bribe for Chinese doctors", *The Lancet*, 378, 9812 (2012).

YIP, Winnie Chi-Man, *et al.*, "Early appraisal of China's huge and complex health-care reforms" *The Lancet*, 379 (2012), pp. 833-842.

YIP, Winnie, XIAO, William C., "The Chinese Health Care System at A Crossroad", *Health Affairs*, 27, 2 (2008) pp.460-468.

YU, Xuan *et al.*, “Pharmaceutical Supply Chain in China. Current Issues and Implications for Health System Reform”, *Health Policy* 97, 1 (2010) pp. 8-15.

YUAN, Gu Xing, LAN, Tang Sheng, “Reform of the Chinese health care financing system”, *Health Policy*, 32 (1995), pp.181-191.

ZANIER, V., *Dal grande esperimento alla società armoniosa: Trent’anni di riforme economiche per costruire una nuova Cina*, Franco Angeli, 2010.

ZHANG, Ling, *et al.*, “China Cracking Down On Pharmaceutical Corruption”, *martindale.com*, 25 marzo 2014, http://www.martindale.com/health-care-law/article_Sheppard-Mullin-Richter-Hampton-LLP_2109614.htm.

ZHANG, Meng, LIU, Jordan, LU, Jimmy, ZHANG, Sherry, “Exploring Impacts of the Revised EDL and Associated Policies”, IMS Consulting Group, aprile 2013.

ZHAO, Litao, HUANG, Yanjie, “China’s Blueprint for Health Care Reform”, *The Asian Policy*, 2009.

ZHONGHUA RENMIN GONGHEGUO MINZHENGBU 中华人民共和国民政部
Zhonggong Zhongyang, Guowuyuan, guanyu shixing zhengshe fenkai jianli xiang zhengfu de tongzhi, zhongfa 1983 nian, 35 hao 中共中央，国务院关于实行政社分开建立乡政府的通知，中发 1983年 35号 (Circolare del Comitato Centrale del PCC e del Consiglio di Stato sulla costituzione di governi di township per realizzare la separazione tra organi amministrativi e strutture collettive), 1983, <http://zqs.mca.gov.cn/article/jczqjs/zcwj/201401/20140100580543.shtml>.

ZHOU, Yanling, *Chayi xuanshu: Zhongguo weisheng baojian shiye mianlin yanjun tiaozhan* 差异悬殊: 中国卫生保健事业面临挑战 (Enormi squilibri: la sanità cinese affronta importanti sfide), *Zhongguo Gaige*, 2002, http://blog.sina.com.cn/s/blog_49f8e0a30100058u.html.

ZHU, Naisu, LING, Zhihua, SHEN, Jie, LANE, J.M., HU, Shanlian, *Factors associated with the decline of the Cooperative Medical System and barefoot doctors in rural China*, WHO Bulletin OMS Vol.67 1989.