



Saúde e Sociedade

ISSN: 0104-1290

saudesoc@usp.br

Universidade de São Paulo

Brasil

Ilha da Silva, Adriana

Política de saúde na China: a influência ocidental europeia em suas reformas a partir de  
1978

Saúde e Sociedade, vol. 24, núm. 3, julio-septiembre, 2015, pp. 1006-1020

Universidade de São Paulo

São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406263644021>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc



Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

# Política de saúde na China: a influência ocidental europeia em suas reformas a partir de 1978

Chinese healthcare policy: the occidental European influence on the restructuring after 1978<sup>1</sup>

**Adriana Ilha da Silva**

Universidade Federal do Espírito Santo. Departamento de Serviço Social. Vitória, ES, Brasil.

E-mail: [adrianailha@terra.com.br](mailto:adrianailha@terra.com.br)

## Resumo

Pretendeu-se estudar a política de saúde na China sob a hipótese de que as mudanças sofridas pela reforma política e de abertura a partir de 1978 não se configuram por um processo de “americanização” (implantação do projeto neoliberal), mas por um processo de ocidentalização europeia, sob o pilar dos serviços sociais do bem-estar social dos “trinta anos gloriosos”, de caráter contributivo, através da introdução dos seguros sociais na constituição de seu sistema de segurança social e, por conseguinte, nos seus regimes de saúde. Comparada com o período maoísta, a reforma política e o processo de abertura iniciado por Deng Xiaoping resultou em um retrocesso ao caráter coletivo e universalista do sistema de saúde chinês, com o enfrentamento de problemas de acesso e financiamento da saúde, nos dias atuais. Isso ocasiona à China o grande desafio de criar estratégias e promover reformas para garantir a cobertura do acesso aos serviços e equipamentos de saúde a sua numerosa população.

**Palavras-chave:** Política de Saúde Chinesa, Planejamento Econômico, Reformas Estatais.

## Correspondência

Departamento de Serviço Social

Av. Fernando Ferrari, 514, Goiabeiras. Vitória, ES, Brasil. CEP 29075-910.

---

<sup>1</sup> Esta pesquisa foi financiada com o Apoio da Universidade Federal do Espírito Santo.

## Abstract

This paper intends to study the health policy in China. It starts from the hypothesis that the changes brought by the political and opening-up reform after 1978 are not configured by an “Americanization” process (implementation of the neoliberal project), but by an European occidentalization process based on the social services of the Welfare State of the “thirty glorious years”. This process has a contributory character, through the introduction of social insurance in the constitution of China’s social security system and, consequently, in its health systems. This results in a throwback in the health policy’s collective and universal character, with problems to face regarding access and the financing of the health systems existing today, if we compare the Maoist period with the period after the political and opening-up reform launched by Deng Xiaoping. This situation brings to China the big challenge of creating strategies and reforms to ensure coverage of access to health services and equipment to its large population.

**Keywords:** Chinese Healthcare Policy; Economic Planning; State Reforms.

## Introdução

O presente artigo tem como pretensão apresentar os resultados sobre o estudo da política social de saúde na China e suas particularidades quanto às dimensões: de natureza, de acesso e cobertura (universal e/ou segmentada); fontes de financiamento (impostos, contribuições sociais, seguro público e/ou privado, pagamento direto); integração entre os financiadores e prestadores dos serviços de saúde (identificação e quantificação dos agentes financiadores-prestadores em sistemas nacionais ou locais e a presença de órgãos governamentais - Ministério da Saúde, Departamentos etc.) e natureza da propriedade dos equipamentos e serviços (públicos, privados ou filantrópicos).

Para alcançar tal finalidade considerou-se a experiência mais ampla de crescimento econômico da China, nos séculos XX e XXI, com a delimitação histórica da instauração da República Popular da China, a partir de 1949, com o advento da Revolução Socialista, sob o comando de Mao Zedong, primeiro representante de gerações de dirigentes do Partido Comunista Chinês (PCCh), seguido por Deng Xiaoping (segunda geração), Jiang Zemin (terceira geração), Hu Jintao (quarta geração) e Xi Jinping (quinta geração e atual presidente da República Popular da China).

Este esforço em compreender a política social de saúde chinesa justifica-se pelo escasso debate acadêmico sobre esse tema, numa perspectiva em que se considera a realidade e as peculiaridades de um país cujos discursos oficiais dizem estar no caminho longo do socialismo, mesmo com a queda do socialismo real na URSS, extinta em 1991. Pois os estudos sobre os fundamentos da política social, em grande parte, referem-se a trabalhos que a contemplam no contexto de países de ordem capitalista e não a China. No caso dos países europeus, de acordo com Mishra (1995), Rosanvallon (1998) e Castel (1999), com a implementação do projeto neoliberal e o desmonte do *Welfare State*, os estudos enfatizam o fim da perspectiva do pleno emprego, dos serviços sociais com caráter universal, o desemprego estrutural, a pobreza e a necessidade de implantação de padrões mínimos básicos de sobrevivência. Padrões mínimos justificados por uma “crise” do financiamento público e cujos critérios de adesão pautam-se

em princípios de solidariedade ou de meritocracia. Outra abordagem de acordo com Coimbra (1987), Romero (1998) Pereira (2007) consiste no estudo teórico das políticas sociais, de maneira a apresentar as diferentes vertentes: liberal, socialdemocrata e marxista, a partir de modelos, tipologias pautadas no tipo ideal weberiano, desconsiderando essas políticas em seu contexto conjuntural e histórico, e em suas particularidades internas e externas. Nesse sentido, na América Latina, particularmente no Brasil, autores como Behring (2002, 2003, 2008, 2010), Danani (2010), Carvalho (2003) e Salvador (2010) tratam da condição da seguridade social pública numa lógica de perda e restrição de direitos sociais, de “crise” de financiamento e de ajuste fiscal.

Nessa perspectiva, estudamos a política de saúde na China, que sofreu mudanças com a implementação das reformas econômicas e políticas nos anos finais da década de 1970 e início da de 1980. Mudanças estas que, segundo nossa hipótese, não se configuram como um processo de “americanização” (implantação do projeto neoliberal), mas como um processo influenciado pela ocidentalização europeia, sob o pilar dos serviços sociais universais do bem-estar social dos “trinta anos gloriosos”,<sup>2</sup> de caráter contributivo, através da introdução dos seguros sociais na constituição de seu sistema de segurança/proteção social e, por conseguinte, nos seus regimes de saúde. Porém, houve retrocesso em alguns aspectos dessas políticas em comparação com o período maoísta, que se caracterizavam por seu caráter coletivo e universalista.

Nossa defesa é motivada a partir de um debate maior entre duas perspectivas que analisam a direção social dada às reformas implementadas por Deng Xiaoping, nos fins da década de 1970 e nos anos de 1980. Na primeira, alguns autores apontam que a direção geral das reformas tem caráter capitalista e “neoliberal”,<sup>3</sup> voltada para a redução do papel do governo na prestação de assistência social e o aumento da responsabilidade individual para a segurança/

proteção social e bem-estar, inclusive a saúde. No entanto, observou-se que ainda não há nenhuma intenção por parte do governo chinês de criar um sistema de bem-estar social totalmente privatizado.

Na segunda perspectiva defende-se que o presente e o futuro das reformas na saúde foram e devem ser pensados à luz de dois objetivos primordiais da política governamental: desenvolvimento econômico juntamente com a manutenção da estabilidade social/política visando ao socialismo. Nesse sentido, alguns autores como Xinping Guan (2000) caracterizam a política social no período de Mao Zedong como “tradicional”, para fazer distinção com as propostas das reformas implementadas a partir de 1978. Nós também utilizaremos o termo tradicional para fazer a distinção entre a organização e o financiamento da política de saúde na era maoísta. E acreditamos que não há ruptura de sua natureza entre os governos da primeira e das demais gerações de líderes chineses (ou seja, de Mao aos dias atuais), no que se refere ao projeto societário ao longo caminho de transição para o socialismo.

Nesse sentido, concordamos com Samir Amin (2013) quando diz que a China assumiu um caminho peculiar a partir de 1980, mas que, desde os anos de 1950, ele passou por diversas fases e apresentou aspectos muito distintos em prol de um projeto coerente capaz de atender às necessidades da população chinesa. O projeto de construção de um “socialismo com características chinesas” não se caracteriza como capitalismo, na medida em que as terras não são tratadas como mercadoria e a China permanece atrelada a uma lógica particular de globalização financeira contemporânea.<sup>4</sup> Mas, utilizando as palavras do próprio autor:

O fato de que o projeto chinês não é capitalista não significa que ele “é” socialista, apenas que torna possível avançar mais no longo caminho para o socialismo. No entanto, ainda está ameaçado por um desvio que o mova fora dessa estrada e acabe com uma troca, pura e simples, ao capitalismo (Amin, 2013, p. 7; tradução nossa).

<sup>2</sup> Refere-se à chamada “Era de Ouro” do capitalismo, o *boom* de crescimento econômico a partir da Segunda Guerra Mundial até o início dos anos de 1970. Isso significou melhorias nas condições de vida dos europeus estabelecidas por pactos firmados entre o capital e o trabalho, através da adoção de políticas keynesianas, visando ao pleno emprego e às instituições de *Welfare State* (Harvey, 2005; Rosanvallon, 1998; Castel, 1999).

<sup>3</sup> Ver Harvey, 2005; Nabuco, 2009, 2011.

<sup>4</sup> Ver Amin (2013).

# A política de saúde tradicional: a era de Mao Zedong (1949-1976)

A tomada de poder por Mao Tsé-Tung em 1949 ocorreu em meio a um caos social: o país estava devastado pela guerra contra o domínio japonês e também pela guerra civil que enfrentara contra os nacionalistas. O cenário econômico estava longe de estável: a agricultura havia sido assolada e a indústria (rudimentar) existente, destruída (...). É nesse contexto que emerge o consenso acerca da necessidade de uma reforma agrária extensa e eficiente. Poderíamos descrever a economia chinesa nesse momento como dual, composta por um vasto território agrícola com poucas cidades “industriais” ao seu redor. A economia era amplamente dependente da agricultura, com 80% da população no campo e mais de 70% do PIB advindo do setor primário (Milaré; Diegues, 2012, p. 4).

Apesar de todas as dificuldades chinesas no contexto da era de Mao, autores como Guan (2000) e Ramesh e Wu (2009) concordam que houve um alto nível de prestações sociais de saúde voltadas para a população de baixa renda média. Alguns afirmam que, em comparação com a proporção de despesas dos países europeus, tratou-se de bem-estar social em um país de baixa renda (Liu; Zhang, 1989; Guan, 1995), especialmente considerando o setor estatal urbano chinês.

De acordo com Xinping Guan (2000), isso foi possível devido às condições básicas da política de saúde tradicional, baseada em sistema econômico socialista, apresentando três características fundamentais: a propriedade pública dos meios de produção, um sistema de economia centralmente planejada e uma ideologia igualitária.

No caso da primeira dessas características, por exemplo, sabe-se que no movimento de reforma agrária na década de 1950 a propriedade de quase todos os meios de produção tornou-se pública, sob duas formas: estatal e coletiva e rurais e urbanas. A coletivização da propriedade e da produção serviu como base essencial para a intervenção do governo central nos assuntos sociais, em diferentes níveis. Esse foi um passo fundamental para a constituição de um sistema de economia centralmente planejada, no qual os mais importantes recursos e procedimentos relativos à atividade econômica estavam sob o controle do governo, que, por sua vez, viabilizou recursos para desenvolver as diversas experiências de bem-estar social, aí incluída a organização do sistema de saúde. Os serviços de saúde, apesar de distintos, deveriam garantir o acesso de forma igualitária, tendo o governo (em nível local, provincial ou central<sup>5</sup>) papel ativo em todos eles.

Assim sendo, o programa governamental de Mao para a política de saúde em áreas urbanas e rurais pode ser resumido conforme o quadro a seguir.

Quadro 1 – As características dos sistemas de saúde na era de Mao Zedong, China, após 1978

Áreas urbanas	Áreas rurais
1. Ação de saúde preventiva organizada e financiada pelo governo e empresas estatais.	1. Ação de saúde preventiva organizada e financiada por organizações coletivas e subsidiada pelo governo.
2. Sistema hospitalar público financiado pelo governo e empresas estatais; tendo como resultado baixos preços de cuidados médicos.	2. Sistema de cooperativa rural de assistência médica, baseado na economia coletiva rural.
3. Assistência médica gratuita para os trabalhadores do Estado e pessoal do governo.	

Fonte: Guan, 2000, p. 116.

5 “A partir de 1958, conforme registram Fairbank e Goldman (2007, p. 326-328), sete ‘grupos de produção’ em nível de aldeia (cada um dos cinco milhões de grupos com aproximadamente 150 pessoas) passaram a formar juntos uma ‘brigada’ e quinze brigadas, uma comuna popular de aproximadamente 15.000 pessoas. Acima das 70.000 comunas, 2.000 condados e quase 30 regiões provinciais o governo central da RPC traçava as linhas gerais da produção agrícola e efetuava a distribuição de parte dela” (Silva; Vargas; Venturini, 2013, p. 3).

De acordo com Ramesh e Wu (2009, p. 2257), esse programa refere-se aos três regimes de segurança social: Regime de Seguros Governamental (RSG), voltado aos funcionários do governo; Regime de Seguro do Trabalho (RST), para a população urbana; e o Sistema Médico Cooperativo (SMC), para a população rural. O RSG era financiado a partir do orçamento do governo e dava cobertura a todos os funcionários do governo, à época: aposentados e pessoas com deficiência, professores e estudantes universitários. O RST foi financiado por empresas estatais para além de seu fundo de previdência (11%-14% do salário); seus funcionários recebiam serviços de saúde sem custos, enquanto seus dependentes podiam solicitar reembolso de até 50% das despesas médicas. Já o SMC foi operacionalizado no nível da aldeia, sendo financiado através de fundos de previdência rural e contribuições dos participantes.

Cabe ressaltar que a maioria da população estava coberta por um desses três regimes e o estado de saúde da população chinesa melhorou de forma significativa: entre 1952 e 1982 a taxa de mortalidade infantil (TMI) caiu de 200 para 34 por mil nascidos vivos, enquanto a expectativa de vida cresceu de 35 para 68 anos.<sup>6</sup> Essas conquistas também refletem a ampliação de infraestrutura<sup>7</sup> e da rede voltada à saúde, pois em 1949 as unidades hospitalares totalizavam 2.600, sendo este quantitativo aumentado em 24 vezes em 1975, quando foram contabilizadas 62.425 unidades. A expansão das maternidades e centros de cuidados às crianças teve uma expressão maior, uma vez que em 1949 somente existiam apenas 9 unidades e em 1975, eram contabilizadas 2.025. (SBB, 1996). Em suma,

O sistema chinês de saúde até o início de 1980 era típico do tipo encontrado nas economias centralmente planejadas em que a saúde era uma parte do bem-estar social abrangente fornecido pelo Estado

(Bloom; Gu, 1997; Hsiao, 1995). A população teve acesso quase universal ao ensino primário decente e atendimento hospitalar, bem como produtos farmacêuticos. As agências governamentais e grandes empresas estatais normalmente operavam suas próprias clínicas que prestavam assistência primária gratuita a seus empregados. Hospitais e outros serviços de saúde eram de propriedade do governo e os preços geralmente fixados abaixo do custo (Yip; Hsiao, 2001). Cuidados preventivos foram financiados pelo governo e fornecidos gratuitamente. (Ramesh; Wu, 2009, p. 2257, tradução nossa).

Numa tentativa de caracterizar a especificidade dessa política, dentre as outras da seguridade social<sup>8</sup> chinesa, Ricardo Montoro Romero (1998, p. 45) afirma tratar-se de um “modelo total”, ou de “planificação total”, pois pretende garantir o acesso sem critérios de elegibilidade, seletividade e focalização, na medida em que o acesso aos serviços de saúde por meio das comunas (rurais e urbanas) e das empresas estatais é reconhecido como necessidades socialmente legítima, num programa público e de intervenção social. O autor ainda acrescenta que o resultado dessa política está intrinsecamente relacionado com os processos de transformação socialista na produção.<sup>9</sup>

Porém, apesar dos resultados significativos, as comunas e as empresas estatais depararam-se com limites no que tange à produtividade e aos aumentos do excedente econômico nacional (Shu, 2004; Bramall, 2006). Isso tornou-se visível após os resultados adversos do “Grande Salto Adiante” (1958-1962), agregados aos problemas climáticos e à fome (Duckett, 2011). A este advento acrescenta-se de modo correlato o comprometimento do desempenho do sistema de saúde coletivo no período da Revolução Cultural (1966-1976), uma vez que a estrutura no campo era considerada a principal ini-

6 Mais notavelmente, essas conquistas foram alcançadas a um custo relativamente baixo: as despesas totais de saúde somavam apenas 3% do PIB no início de 1980 (Ramesh; Wu, 2009).

7 “O sistema de saúde é constituído, neste período, por hospitais, sanatórios, Maternidade e centros de cuidados às crianças, laboratórios de teste de medicamentos e reagentes químicos (alta complexidade em serviços de saúde/atenção terciária), centros especializados (média complexidade/atenção secundária), clínicas, postos de controle de doenças e saneamento, instituições de ciência médica (baixa complexidade/atenção primária) e outras instituições (baixa, média e alta complexidade)” (Silva; Vargas; Venturini, 2013, p. 6).

8 Constituem a seguridade social chinesa na era maoísta: previdência, educação, serviços de saúde, emprego, habitação e serviços sociais (órfãos, idosos e quem não obtinha apoio familiar) (Guan, 2000).

9 Ver também Pagoto (2006).



ciativa de política de saúde nacional. E: “Diante da encruzilhada de optar por manter os pilares de seu modelo socialista e o sistema de saúde a ele correlato ou alterá-los a fim de promover o desenvolvimento das forças produtivas no país, a opção da RPC sob Deng foi pela reforma econômica” (Silva; Vargas; Venturini, 2013, p. 8).

## Política de saúde na China a partir das reformas iniciadas por Deng Xiaoping

Deng Xiaoping, a partir de 1978, direcionou a China para um processo de reestruturação econômica por meio de programas de reforma e processo de abertura do país ao comércio exterior, visando o desenvolvimento das forças produtivas, chamadas de as “Quatro Modernizações” (agricultura, indústria, defesa nacional e ciência e tecnologia).

Com esse intuito, incentivou a descoletivização da terra através do sistema de responsabilidade familiar<sup>10</sup> e, em julho de 1979, da criação das Zonas Econômicas Especiais (ZEE), com a introdução de investimentos diretos de fontes de capital estrangeiro. Em contrapartida, esses investidores introduziriam na China tecnologias e métodos de administração modernos. Tratava-se, de acordo com Deng, de um “socialismo de mercado”, o qual, com o programa de modernização, integraria a experiência dos modelos estrangeiros ao marxismo e à realidade do país, de modo a construir um “[...] socialismo com características chinesas”. (Marti, 2007, p. 10). Nesse contexto,

Houve uma melhora nas condições econômicas da população chinesa, com um formidável aumento da renda *per capita* (passando de CNY 133,60 em 1978 para CNY 686,30 em 1990). E foi para as famílias residentes no campo que esse aumento de renda se deu de forma mais expressiva, ainda que os valores absolutos sejam menores do que os da cidade, posto que as famílias urbanas acresceram sua renda *per*

*capita* em mais de CNY 1.000,00 nesses doze anos. Para o conjunto da população e em igual período, o consumo anual *per capita* elevou-se em 436% e a poupança por trabalhador passou de CNY 21,88 para CNY 615,24. (Silva; Vargas; Venturini, 2013, p. 9).

Entretanto, não há dúvidas que as reformas econômicas implementadas impactaram a política de saúde tradicional, mudando suas condições básicas de sustentação (propriedade coletiva, planejamento centralizado e ideologia igualitária) (Guan, 2000). De acordo com Hanhua Liu, Richard Emsley e Graham Dunn (2013), uma série de reformas de saúde iniciadas nos anos de 1980 alterou gradualmente o sistema de saúde universal e coletiva maoísta. E o elemento central da reforma de saúde (nos anos 1980 e 1990) foi a introdução e o esforço do mecanismo de mercado em hospitais públicos, com a intenção de tornar os usuários de saúde “cooperantes” com o governo no que se referia ao encargo financeiro. Nesse sentido, o governo reduziu pouco a pouco seus orçamentos para hospitais públicos. Em troca, esses hospitais receberam liberdade quase ilimitada para captar fundos. Uma prática comum dos hospitais chineses foi “maximizar” as contas médicas dos pacientes através, por exemplo, de mais prescrição de medicamentos (drogas) e testes de diagnóstico.

Como afirma Duckett (2011), o Sistema Médico Cooperativo (SMC) voltado para a população rural foi o que sofreu maior impacto, na medida em que foi gradativamente abandonado pelo Ministério da Saúde entre os anos de 1979 a 1981, contribuindo para: 1) a redução dos fundos comunitários; 2) aumento da percentagem de reembolso de medicamentos; e 3) cobrança integral do serviço de saúde por cooperativa em que o fundo era transitoriamente escasso para reembolso, devido ao não repasse de financiamento pelo governo local. “No entanto, a permissão oficial de cobrança de taxas apenas cancelou o que já vinha se dando na prática em muitas localidades” (Silva; Vargas; Venturini, 2013, p. 11).

10 “[...] Con el lanzamiento de las reformas en 1978, se impulsó la descolectivización de las tierras a través del sistema de responsabilidad familiar (*bao-chan daohu*), mediante el cual se repartió la tierra entre las familias en proporciones más pequeñas, lo que a medio plazo se tradujo en mano de obra excedentaria que se desplazó al sector no-agrícola; además, se dio un progresivo aumento de las actividades productivas intensivas en mano de obra, traducido en el proceso actual de industrialización y por ende en la mayor absorción de trabajadores en las ciudades. Por ello, si bien China sigue siendo predominantemente rural, es evidente que la proporción de habitantes en las ciudades ha ido en *crescendo* con los años” (Fernández-Stembridge, 2005, p. 356-357).

Nessa conjuntura foram reduzidas as comunas a um número mínimo. Reduziu-se também a provisão de serviços de saúde assentada no local de trabalho, ocorrendo a mercantilização do setor. A gestão do financiamento operacionalizado no nível da aldeia se desfez. O desmonte das fazendas coletivas durante a década de 1980 levou ao desaparecimento do SMC, deixando a grande maioria da população rural sem qualquer forma de cobertura de cuidados de saúde. No final da década de 1970 90% da população rural tinham acesso a cuidados de qualidade razoável e alguma proteção contra despesas catastróficas, mas em uma década a proporção havia diminuído para 5% (Ramesh; Wu 2009).

Ainda nos anos de 1980 também foi extinto o Sistema de Regime de Seguros Governamental (RSG), que atendia os funcionários estatais (9% da população urbana) e era financiado pelo governo central (Dong, 2009). Já o Regime de Seguro do Trabalho (RST) foi reestruturado no início da década de 1990, de forma mais gradual. Pomar (2003, p. 122-123) escreve a esse respeito que,

[...] ao conquistar autonomia, participar do mercado e adotar novos métodos de gestão, as [empresas] estatais elevaram sua eficácia e seus lucros, enxugando seus corpos operativos, administrativos e diretivos. Ao mesmo tempo, foram obrigadas a criar projetos de reemprego e estabelecer o sistema de seguridade social para manter o padrão de vida dos trabalhadores dispensados. O número de seus funcionários caiu de 74 milhões em 1978 para perto de 25 milhões em 1995, patamar que vem se mantendo desde então.

Mas o fato é que esse novo arranjo comprometeu gravemente a capacidade de muitas empresas estatais de financiar os cuidados de saúde para os seus empregados. Os empregados ativos, aposentados e suas famílias foram cobertos por qualquer forma de seguro de saúde (com exceção da população urbana onde somente 45% estava segurado de alguma maneira em 1998). E para aqueles que obtinham a cobertura, os benefícios foram muitas vezes reduzidos na forma de uma maior exigência de copagamento. Muitas empresas com problemas financeiros também começaram a negligenciar o seu compromisso de reembolsar as despesas médicas de seus funcionários (Ramesh; Wu, 2009).

Considerando os limites do RSG e do RST, em 1998 o governo central lançou o Regime de Seguro de Saúde Básico (RSSB), voltado para os empregados urbanos, de forma a garantir a participação dos riscos sociais (no caso de saúde) entre os mesmos. O RSSB é financiado pelas contribuições dos empregados (2% do salário), bem como dos empregadores (6%). Embora a participação fosse obrigatória para todos os órgãos do governo e empresas estatais, na prática a adesão era baixa. Esse sistema também não assegurava os trabalhadores do setor informal e os migrantes nem cobria dependentes dos trabalhadores abarcados. Como resultado, apenas 28% de todos os habitantes urbanos foram contemplados pelo regime em 2006 (Ramesh; Wu, 2009; Dong, 2009).

Samir Amin (2013) e Xiping Guan (2000) concordam que na década de 1990 as reformas na política de saúde foram feitas diante das prioridades imediatas de acelerar o crescimento econômico chinês e sua eficácia. Porém, elas abrangeram não apenas o campo da saúde, mas o sistema de bem-estar social como um todo.

O governo e a maior parte dos investigadores acreditavam que era necessário reformar o sistema de bem-estar por duas razões básicas. Primeiro, foram características intrínsecas do sistema tradicional, que parecia ir contra a eficiência econômica. O sistema de bem-estar foi amplamente visto como a principal fonte de redução da eficiência econômica, pois ele absorveu muitos recursos financeiros que poderiam ser usados para acelerar o crescimento econômico. Além disso, o sistema de bem-estar encorajava a dependência e a preguiça no local de trabalho, em especial nas empresas estatais. Como resultado, o governo chegou a acreditar que a reforma do sistema foi um componente necessário do movimento de reforma. Entretanto, em segundo lugar, e mais importante, o sistema de bem-estar tinha de ser reformado em qualquer caso, em virtude das circunstâncias trazidas por duas mudanças profundas e duradouras no desenvolvimento socioeconômico: a reforma do mercado e da política de porta aberta (Guan, 2000, p. 118; tradução nossa).

Cabe ressaltar que em 2002 o governo tentou implementar o seguro rural, por meio do Regime de Medicina Cooperativa Rural (RMCR), em uma



base-piloto financiada pelo subsídio governamental de cerca de US\$ 2,50 por ano e da contribuição anual dos sócios de US\$ 1,25. Esse sistema assegura apenas internação (atendimentos de alta complexidade e ambulatorial) e ainda sob alta taxa de franquia, sendo sua adesão de natureza voluntária. É subsidiado pelos governos local e central (contribuição por residente rural *per capita*/ano). Entretanto, essa contribuição representa menos de um terço das despesas *per capita* com saúde nas áreas rurais (Ramesh; Wu, 2009). O RMCR, de um modo geral:

Foi instituído visando combater os problemas gerados por gastos excessivos com doenças críticas, monitorados por indicadores da OMS. A autonomia significativa dos governos locais na administração desses seguros e da sua política de reembolso confere uma diversidade extrema aos mesmos em função do perfil dos governos locais: se de regiões mais ricas, se mais empenhados com a questão da saúde, se menos envolvidos em problemas de corrupção no uso de recursos. Conforme Dong (2009, p. 593), no final de 2007 85,6% dos condados já havia implementado o sistema e 86,2% dos camponeses estavam segurados (Silva; Vargas; Venturini, 2013, p. 17).

Percebe-se que essas reformas de saúde orientadas para o mercado criaram um problema de acesso aos cuidados para os chineses. Principalmente pela desoneração do governo com os gastos em saúde, como revelou o Ministério da Saúde da China ao dizer que em 2000 estes custos tinham aumentado para um nível muito dispendioso, mesmo para as famílias de renda média, sem qualquer forma de subsídio. Mais de 63% dos pacientes urbanos não procuravam atendimento hospitalar quando necessário, e a principal razão para isso foi o médico ser caro (Liu; Emsley; Dunn, 2013). Segundo Blumenthal e Hsiao (2005), isso foi determinado pela modificação do sistema de salários para os médicos, em que se incluiu bônus variáveis decorrentes das vendas de medicamentos e serviços de maior cus-

to que o médico realizasse para o hospital. Como consequência houve um *boom* nos gastos globais com saúde, sendo que o encargo com medicamentos chegou à metade da despesa em 2002.<sup>11</sup> E nos anos posteriores os custos de saúde continuaram a aumentar acentuadamente, como se observou em 2009, sendo o gasto privado da China com a saúde 49,9% do gasto total, enquanto no Reino Unido, no mesmo ano, foi de 16,4%. Aliás, os problemas de saúde não somente causavam dificuldades à população chinesa, mas também representavam riscos políticos para o governo:

A crescente desigualdade no acesso aos cuidados de saúde prejudica gravemente o compromisso declarado do governo de “sociedade harmoniosa”. Percebendo os problemas, a sexta Sessão Plenária do Comitê Central do Partido Comunista, em 2006, identificou especificamente a reforma da saúde como uma prioridade nacional e o governo se comprometeu a atingir a cobertura de saúde universal até 2020. Apesar da urgência dos problemas e do compromisso político de alto nível, as reformas têm sido lentas devido às profundas divisões entre os especialistas e departamentos governamentais nas direções da reforma (Ramesh; Wu, 2009, p. 2258; tradução nossa).

Uma das iniciativas do governo central da China, ao perceber a gravidade do problema, em 2007, foi confiar a nove organizações - inclusive o Banco Mundial, a Organização Mundial da Saúde, Universidade de Pequim e o Instituto de McKinsey - as recomendações para a reforma do sistema de saúde. Posteriormente, em março de 2008, o primeiro-ministro Wen Jiabo, em discurso, anunciou um aumento de 25% nos gastos governamentais com a saúde. Nessa linha, duas propostas de reforma merecem destaque: a primeira tratava de um aumento substancial de orçamento para os hospitais públicos e outras instalações de saúde de propriedade pública, para que pudessem prestar serviços básicos de forma gratuita ou a preços

11 “Dessa forma, como consequência de uma nova lógica orientadora, radicalmente pautada no ganho pecuniário, o sistema de saúde da RPC, a despeito de manter o seu caráter estatal, reorientou-se para a provisão remunerada de serviços e medicamentos de maior complexidade tecnológica, ao mesmo tempo em que fez retroceder os equipamentos voltados para a saúde básica e atendimentos ou medicamentos essenciais, tabelados pelo governo central. Isto redundou na expansão dos Centros Especializados e das Instituições de Ciências Médicas voltados para as áreas mais rentáveis do sistema” (Silva; Vargas; Venturini, 2013, p. 13).

substancialmente reduzidos.<sup>12</sup> A segunda proposta previa a expansão do seguro de saúde subsidiado pelo governo para cerca de 80% da população que não estava coberta por qualquer forma de seguro<sup>13</sup> (Ramesh; Wu, 2009). De acordo com esses autores, há indícios claros de que as duas propostas foram as diretrizes orientadoras das reformas elaboradas pelo governo chinês atualmente.

Uma característica comum a ambas propostas de reformas é que elas se concentraram em aumentar as despesas de saúde pública como uma solução para os problemas que o país enfrentava nessa área. E na avaliação de Ramesh e Wu (2009) gastar mais dinheiro podia parecer fácil no contexto das crescentes receitas do governo chinês, porém o aumento dos gastos públicos em saúde não levaria necessariamente a melhores resultados. A expansão planejada de seguro de saúde, sem dúvida, poderia melhorar o acesso aos cuidados de saúde, mas questões críticas de eficiência, qualidade dos serviços e sustentabilidade financeira dos mesmos permaneciam sem solução.

Uma alternativa apareceu em fevereiro de 2008, quando o governo anunciou um subsídio de seguro premium de pelo menos 40 Yuan para cada morador urbano sem seguro, (Ramesh, Wu, 2009; Dong, 2009). Entretanto, para Liu, Emsley e Dunn (2013) foi em abril de 2009 que o governo chinês lançou sua reforma da saúde em larga escala, com a intenção de restabelecer o sistema universal que iria fornecer cuidados básicos de saúde acessíveis a todos. Para atingir esse objetivo o governo ampliaria o financiamento da saúde por meio de orçamentos central e local. O governo central comprometeu-se a gastar 850 bilhões de Yuan na fase inicial plano de implementação, no triênio de 2009-2011. Duas estratégias foram concebidas e propostas para alcançar esse objetivo: a primeira foi estabelecer um sistema de seguro de saúde pública para que todos os chineses fossem contemplados por um regime de seguro de saúde adequado; a segunda

foi a reforma dos hospitais públicos, que voltariam a desempenhar o papel-chave que tinham sob o regime maoísta.

Segundo Yip e Hsiao (2009), as finalidades dessa iniciativa consistiam em: 1) expandir a cobertura do seguro saúde visando a sua universalidade até 2011, estimulando a adesão aos seguros voluntários do Regime de Medicina Cooperativa Rural (RMCR) e do regime de Seguro de Saúde Básico (RSSB); 2) aumentar o gasto governamental com saúde pública, sobretudo nas regiões de baixa renda, de modo a homogeneizar os dispêndios nas diferentes regiões; 3) constituir centros de saúde para os cuidados de atenção primária; 4) estabelecer reformas no mercado farmacêutico; e 5) realizar projetos-pilotos nos hospitais públicos.

De acordo Liu, Emsley e Dunn (2013) e com Keyong Dong (2009) foram reimpostos reimplantados seguros de saúde pública pela reforma de abril de 2009, compreendendo quatro regimes e os seus respectivos públicos-alvo. O primeiro deles foi o Regime de Seguro de Governo (RSG). Como já dito, estabelecido pela primeira vez no início de 1950, o RSG cobriria novamente a população institucional, incluindo funcionários do governo (servidores públicos), funcionários públicos (pessoal militar) e a população acadêmica (professores e alunos). O segundo foi o Regime de Seguro do Trabalho (RST). Também estabelecido no início de 1950, o RST cobriria a população no emprego formal, quer de empresas estatais, quer do setor privado. O terceiro foi o Regime de Segurança Social Urbano (RSSU). Criado a partir de 2000, o RSSU cobriria a população que vivia em áreas urbanas ou em cidades não cobertas pelo RSG ou RST - por exemplo, os trabalhadores autônomos, os desempregados e os reformados. Sua finalidade principal:

[...] é reduzir os impactos que os gastos médicos nos casos de doenças crônicas causam em termos de empobrecimento dos indivíduos e famílias, dando enfoque a serviços de internação e ambu-

12 Seus defensores argumentam que o aumento maciço na despesa total com saúde no passado foi impulsionado pela redução na dotação orçamentária para os hospitais públicos, que os obrigou a aumentar as receitas através de prescrição de medicamentos caros e tratamentos desnecessários (Ramesh; Wu, 2009).

13 Seus defensores argumentam que a expansão dos planos de saúde subsidiados pelo governo não só promove o acesso a cuidados de saúde, mas também permite ao governo alavancar sua posição como comprador maciço dos serviços de saúde para promover a concorrência entre os fornecedores (Ramesh; Wu, 2009).

latoriais relacionados a doenças crônicas e fatais como a diabetes, doenças do coração etc. O prêmio do seguro é maior do que o Novo Seguro Médico Cooperativo, no entanto mais baixo do que o Seguro Médico Básico dos Empregados Urbanos. A participação do governo é variável (embora não possa ser menor do que CNY 40), dependendo do nível econômico da região e da situação econômica do indivíduo. A base para prêmio individual nos demais casos é a renda média dos habitantes da cidade, que possuem o *hukou* urbano, recebendo mais os atendimentos de maior complexidade. (Silva; Vargas; Venturini, 2013, p.19).

O quarto foi o Regime de Medicina Cooperativa Rural (RMCR), que cobriria a população rural. A autoridade administrativa local que ficou responsável pelos regimes de seguro de saúde pública foi o Departamento do Trabalho e Segurança Social, enquanto a autoridade central foi dada ao Ministério do Trabalho e da Segurança Social. Os quatro sistemas formados por contribuições tripartites - o indivíduo, o empregador (ou do governo local para RSSU) e o governo central.

Quanto ao acesso aos serviços de saúde, o sistema de seguro de saúde pública dividiu os cuidados entre *Men Zhen* (inclui cuidados primários e quaisquer tratamentos que não envolvessem hospitalização) e *Zhu Yuan* (cuidado hospitalizado). Ao primeiro, o regime deposita certa quantia de dinheiro em uma base anual e emite um cartão de cuidado integrado (IC) para cada um dos seus segurados. O segurado pode usar esse cartão para cobrir os produtos farmacêuticos (medicamentos) e os custos de seus cuidados de não hospitalização. Se os custos de medicamentos extrapolarem o depósito no cartão de IC antes de sua renovação anual, o segurado tem de pagar o este excedente de seu próprio bolso. Além disso, qualquer depósito remanescente no cartão de IC no tempo de sua renovação anual pode ser transportado para o ano seguinte. Pacientes com doenças crônicas, como diabetes e distúrbios da tireoide, podem solicitar subsídio extra no seu cartão para cobrir os custos com medicamentos de uso diário. O método de pagamento por cartão de IC só foi aceito por profissionais de saúde normalmente instituídos nos hospitais públicos e locais (Liu; Emsley; Dunn, 2013).

Para o *Zhu Yuan*, o sistema de seguro de saúde realizou arranjo com os prestadores de cuidados de saúde (designados aos hospitais públicos locais), de forma que o pagamento da conta fosse feito diretamente aos hospitais, de acordo com a percentagem fixada de pagamento a ser realizado pelo sistema de seguro de saúde. Ao mesmo tempo, como destacam alguns autores, houve problemas associados a essa política:

Nosso estudo revelou a inconveniência da política rígida definida pelo sistema de seguro de saúde pública apenas para o acesso e a cobertura dos cuidados de saúde em hospitais públicos locais indicados. Ele também revelou que a cobertura dos planos de saúde variou entre regimes diferentes e em lugares diferentes. Por exemplo, entrevistas com as nossas duas famílias rurais informaram que os cuidados do *Men Zhen* não foram cobertos por seu RCMS, enquanto dois dos nossos participantes abrangidos por RSG disseram que eles poderiam obter até 90% de seus custos de cuidados do *Men Zhen* e *Zhu Yuan* cobertos. Na prática, essas políticas foram definidas localmente. Por exemplo, em Guangshan, condado da província de Henan, os pacientes cobertos pelo sistema de seguro de saúde pública tiveram de pagar o valor total de 200 *yuan* do seu próprio bolso em 2011, referente aos seus primeiros cuidados *Zhu Yuan*, e a cobertura das despesas dessa modalidade de cuidados em 2011 foi de 100.000 *yuan* no total. Em uma grande cidade na província de Guangdong, os pacientes cobertos pelo sistema público tiveram que pagar o valor total de 700 *yuan* de sua primeira conta de cuidados *Zhu Yuan*, enquanto para 2011 a cobertura despesas com conta de cuidados internados foi 200.000 *yuan*. (Liu; Emsley; Dunn, 2013, p. 64; tradução nossa).

Os resultados da pesquisa citada indicam que a reforma de saúde em abril de 2009 foi no caminho de alcançar o objetivo de oferecer cuidados básicos de saúde a preços acessíveis para a população em geral do país. No entanto, apresenta um limite de acesso, pois é intrínseco à política de hospitais públicos e tipicamente locais, impedindo a inserção dos segurados aos hospitais não vinculados à rede: hospitais não locais e não públicos:

Entendemos que tais políticas podem ter sido concebidas como mecanismos para controlar o pagamento feito fora do sistema de seguro, mas, dada a atual estrutura da economia, isto é simplesmente impraticável, especialmente para a população trabalhadora do país. Atualmente, as pessoas na China estão mudando de emprego e/ou migrando com mais frequência do que nos anos maoístas. Assim, os tomadores de decisão política e reformadores deveriam ter considerado a praticidade dessa instituição, a política de hospitais públicos locais, como meio de minimizar (se não eliminar) os inconvenientes que traz para os usuários comuns de saúde. (Liu; Emsley; Dunn, 2013, p. 65).

Portanto, há evidências de que existem desigualdades no acesso aos cuidados de saúde e nos resultados dos serviços de saúde no sistema chinês. Porém, de forma a minimizá-las, autores como Hipgrave et al. (2012) ressaltam que, em julho de 2011, o Conselho de Estado da República Popular da China demandou a padronização de cuidados primários, a implantação de programas de saúde pública, a educação comunitária, a participação em sistemas de financiamento de saúde e a manutenção de prontuários individuais, como novas funções a serem incorporadas pelas instituições médicas em nível local. Esse novo sistema contribuiu para a acessibilidade da população chinesa, inclusive aos usuários/participantes das regiões mais empobrecidas no país. E dada a dimensão geográfica e populacional da China esse fato caracteriza-se como uma grande conquista (Liu; Emsley; Dunn, 2013, p. 65).

Outra iniciativa do conselho foi destinar 22 bilhões de yuan para a construção de um sistema de gerenciamento de informações de saúde, a ser implementado entre 2011 e 2015. Esse sistema de dados dos provedores e das instalações de saúde até o nível das aldeias (com a proposta de ser alimentado em tempo real) propiciará informações que subsidiarão os tomadores de decisão e os gestores de saúde, visando à expansão da cobertura dos seguros de saúde até 2020. (Liu; Emsley; Dunn, 2013).

Essas experiências e pretensões do governo central em relação ao sistema de saúde (universal), especialmente a partir das reformas de 2009,

demonstram os compromissos com os cuidados de saúde para a população em geral, sendo os maiores desafios da China: 1) manter essas conquistas; 2) garantir a sustentabilidade do sistema recém-estabelecido em um longo prazo; 3) combater as desigualdades na saúde, considerando as enormes dívidas do setor público; e 4) atender à crescente demanda por cuidados de saúde devido às mudanças demográficas e tecnológicas (Liu; Emsley; Dunn, 2013).

Em busca de soluções para os desafios impostos à política de saúde, observa-se que há um debate aberto no próprio governo sobre os métodos de sua efetivação e dos regimes de saúde. A “esquerda” defende hoje o sistema francês de distribuição baseada no princípio da solidariedade entre trabalhadores e diferentes gerações – que se prepara para o longo caminho do socialismo –, enquanto a “direita” prefere o sistema dos EUA, que divide os trabalhadores e transfere o risco do capital para o trabalho. Mas, o que se observa até o momento em relação à política de saúde e seus regimes é a influência francesa (antes da crise do Estado providência, ou seja, até a década de 1970):

O sistema francês é universal e único, mantido por diversos tipos de organizações (Caixa Nacional de Seguro Saúde dos Trabalhadores Assalariados; Caixa Nacional dos Trabalhadores Urbanos Não-Assalariados; Mutualidade Social Agrícola; etc.) que reembolsam as despesas de seus associados. Em geral, o reembolso cobre 75% dos honorários dos médicos; de 35 a 65% das despesas com medicamentos, 90% das despesas hospitalares e 100% das enfermidades que tornam inválidos os cobertos. Algumas caixas reembolsam em menores proporções. Os empregados das empresas estatais dispõem de seguro-saúde próprio. Em que pese a diversidade, há três sistemas básicos, atendendo à massa da população, e diversos especiais para categorias limitadas. O atendimento sujeito a reembolso é feito por clínicas particulares (organizadas ou não com fins lucrativos). Por tais mecanismos, assegura-se grande liberdade de escolha. Além do sistema, pago pelo usuário e reembolsável, há hospitais públicos sustentados diretamente pelo Estado, cujo atendimento não é cobrado. A

prevenção (vacinação, prevenção maternal, infantil ou escolar) tampouco é cobrada (Rosanvallon, 1998, p. 14-15).

Apesar de suas diferentes perspectivas estruturantes, a política de saúde chinesa e francesa apresentam características comuns: a intervenção do Estado na regulação do mercado e os estabelecimentos públicos de saúde. Distingue-se, assim, da política norte-americana, que dá ênfase à atenção em saúde abordada como problema individual, devendo suas necessidades ser satisfeitas pelo mercado privado ou pela família. Apenas os pobres e incapazes de competir no mercado recebem alguma forma de intervenção (por tempo determinado) nas instituições de saúde subsidiadas pelo governo (Romero, 1998; Conill, 2008).

Cabe ressaltar ainda que a política de saúde chinesa não somente é influenciada pela cultura europeia (neste caso, a França), mas também pode influenciar algumas reformas no Sistema Nacional de Saúde (NHS, na sigla em inglês) do Reino Unido, conforme afirmam Liu, Emsley e Dunn (2013), sendo as experiências das reformas de saúde promovidas na China desde a década de 1980 uma fonte valiosa de aprendizagem política e lição para a coalizão de governo britânica. Em particular, destaca-se na experiência chinesa a liberdade quase ilimitada ao hospital público para levantar fundos em seus programas de reformas orientadas para o mercado através de sistema de regulação eficaz e poderoso. Implicações que contribuiriam para a o Reino Unido abolir a cobertura arbitrária de renda do paciente privado no NHS Foundation Trusts (PPI Cap), de modo a lutar contra as desigualdades na saúde e garantir o bom comportamento do provedor de serviços de saúde.

Numa tentativa de análise geral, as reformas mostraram inovações e compromissos do governo central quanto aos cuidados em saúde voltados à população chinesa, distinguindo-se historicamente com relação ao grau de cobertura, às fontes de financiamento e, consequentemente, ao alcance de integração entre os financiadores e os prestadores proprietários dos serviços. A nosso ver, não se caracterizam pela implementação de um projeto de contrarreforma ao projeto soberano da China (“o socialismo com características chine-

sas”), pois não se implantou um desmonte de suas políticas com base nas diretrizes neoliberais. Mas, é verdade que as reformas foram influenciadas por perspectiva ocidental europeia, especialmente o sistema de saúde francês (antes da “crise” do seu Estado providência).

Entretanto, observou-se que na era de Mao a política de saúde caracterizou-se pelo alto nível de provisões dos serviços de saúde a uma população de baixa renda. Todos os equipamentos e infraestrutura dos provedores de saúde tinham caráter público, de propriedade coletiva ou estatal, ancorados em parâmetros estabelecidos pela planificação central, sob a responsabilidade dos governos locais, provinciais e central (Ministério da Saúde). A fonte de financiamento da saúde eram as contribuições em uma estrutura descentralizada (governo, empresas estatais, organizações coletivas – comunas e cooperativas). O modelo de gerenciamento e administração estava organizado em três sistemas de segurança social: Regime de Seguros Governamental (RSG) para os funcionários do governo; Regime de Seguro do Trabalho (RST) para a população urbana; e o Sistema Médico Cooperativo (SMC) para a população rural. A maioria dos chineses encontrava-se coberta por um desses regimes e a saúde população obteve uma significativa melhora.

Após as reformas da era de Deng Xiaoping, que desencadearam o fim das comunas e a reestruturação das empresas estatais, uma série de reformas de saúde alterou gradualmente o sistema de saúde universal e coletiva maoísta, comprometendo o caráter coletivo das contribuições, com a intenção de tornar os usuários de saúde “cooperantes” com o governo no financiamento da saúde. Outra iniciativa refere-se à natureza do acesso aos equipamentos e às infraestruturas, pois houve um esforço por parte do governo em introduzir o mecanismo de mercado em hospitais públicos. Como resultado: 1) o governo reduziu seu financiamento; 2) os hospitais públicos receberam liberdade quase ilimitada para captar fundos, cobrando contas médicas dos pacientes; 3) os regimes de saúde instituídos na era maoísta foram abandonados ou reestruturados de maneira gradual até a década de 1980; e 4) houve



diminuição do acesso da população aos cuidados de saúde por não apresentar qualquer forma de cobertura.

Esse contexto foi alterado com as reformas em 1998 e na década de 2000, quando o governo central instituiu e introduziu em novos moldes os regimes de saúde da era maoísta: Regime de Seguro de Governo (RSG); Regime de Seguro do Trabalho (RST); Regime de Segurança Social Urbano (RSSU); e Regime de Medicina Cooperativa Rural (RMCR). Essas iniciativas objetivam expandir a cobertura do seguro saúde com vistas à universalidade, aumentar o gasto governamental com saúde pública, sobretudo nas regiões de baixa renda, de modo a homogeneizar os dispêndios nas diferentes regiões; constituir centros de saúde para os cuidados de saúde primária; estabelecer reformas no mercado farmacêutico; e realizar projetos-pilotos nos hospitais públicos, de maneira que estes voltassem a desempenhar a função que tinham no regime maoísta. Quanto ao financiamento, este passou a se caracterizar por contribuição tripartite (o indivíduo, o empregador e governo - local e/ou central). A administração e o gerenciamento foram descentralizados, porém, em outro arranjo, já que o Departamento do Trabalho e Segurança Social ficou responsável pela administração local, enquanto a autoridade central foi dada ao Ministério do Trabalho e da Segurança Social.

Apesar das mudanças de direção na política de saúde registradas nos anos entre 1970 e 1980, essas reformas se distinguem da era maoísta (ideologia igualitária), pois seus pilares se pautam por duas propostas essenciais, que consistem: 1) no aumento de orçamento para os hospitais públicos e outras instalações de saúde de propriedade pública, visando à prestação de serviços básicos de saúde de forma gratuita ou a preços substancialmente subsidiados; e 2) na expansão planejada do seguro de saúde subsidiado pelo governo para cerca de 80% da população que não estava coberta por qualquer forma de seguro de saúde. Essas propostas representam um avanço no acesso da população aos cuidados de saúde, mas também apresentam desafios de longo prazo, principalmente que tange à sustentabilidade financeira.

E, por fim, apesar de toda a reestruturação que sofreu a política de saúde chinesa, esta não se configura como um processo de “americanização”. Mas não há dúvidas de que houve um retrocesso em comparação com o período de Mao, retrocessos esses que consistem em uma influência ocidental e europeia na constituição de seu sistema de segurança social e, por conseguinte, nos regimes de saúde.

## Referências

- AMIN, S. China 2013. *Monthly Review*, New York, v. 64, n. 10, 2013. Disponível em: <<http://monthlyreview.org/2013/03/01/china-2013/>>. Acesso em: 9 jun. 2015.
- BEHRING, E. *A política social no capitalismo tardio*. São Paulo: Cortez, 2002.
- BEHRING, E. *Brasil em contrarreforma: desestruturação do Estado e perda de direitos*. São Paulo: Cortez, 2003.
- BEHRING, E. Acumulação capitalista, fundo público e política social. In: BOSCHETTI, I. et al. (Org.). *Política social no capitalismo: tendências contemporâneas*. São Paulo: Cortez, 2008.
- BEHRING, E. Crise do capital, fundo público e valor. In: BOSCHETTI, I. et al. (Org.). *Capitalismo em crise, política social e direitos*. São Paulo: Cortez, 2010.
- BETTELHEIM, C. La construcción del socialismo en China. *CRI*, Paris, n. 2, p. 83-95, août/sept. 1965.
- SBB - Statistical Bureau of Beijing. *China statistical yearbook*. Beijing, 1996.
- BLUMENTHAL, D.; HSIAO, W. Privatization and its discontents: the evolving Chinese Health Care System. *The New England Journal of Medicine*, Boston, v. 353, n. 11, p. 1165-1170, 2005.
- BRAMALL, C. The last of the romantics?: Maoist economic development in retrospect. *The China Quarterly*, London, v. 187, p. 686-692, Sept. 2006.
- CONILL, E. M. Sistemas comparados de saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. *Tratado de saúde coletiva*. Rio de Janeiro: Hucitec: Fiocruz, 2008. p. 563-614.
- CASTEL, R. *As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário*. Petrópolis: Vozes, 1999.



- CARVALHO, J. M. *Cidadania no Brasil: o longo caminho*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.
- COIMBRA, M. Abordagens teóricas ao estudo das políticas sociais. In: ABRANCHES, S. et al. *Política social e combate à pobreza*. Rio de Janeiro: Zahar, 1987.
- DANANI, C. El espacio público en su laberinto: las políticas sociales y las confrontaciones del universalismo. In: GLUZ, N.; ARZATE SALGADO, J. (Org.). *Particularismo y universalismo en las políticas sociales: el caso de la educación*. Buenos Aires: UNGS: Universidad Autónoma del Estado de México, 2010. p. 59-76.
- DONG, K. Medical insurance system evolution in China. *China Economic Review*, London, v. 20, n. 4, p. 591-597, 2009.
- DUCKETT, J. Challenging the economic reform paradigm: policy and politics in the early 1980s' collapse of the rural co-operative medical system. *The China Quarterly*, London, v. 205, p. 80-95, Mar. 2011.
- FERNÁNDEZ-STEMBRIDGE, L. F. Urbanización con características chinas. In: FUNDACIÓN CIDOB; CASA ASIA; REAL INSTITUTO ELCANO. Anuário Asia-Pacífico 2005. Barcelona, 2005. p. 355-361. Disponível em: <[http://www.anuarioasiapacifico.es/pdf/2005/033Leila\\_Fernandez\\_ok.pdf](http://www.anuarioasiapacifico.es/pdf/2005/033Leila_Fernandez_ok.pdf)>. Acesso em: 27 nov. 2012.
- GUAN, X. Chinese social welfare system transition in a market economic orientation. In: INTERNATIONAL CONFERENCE OF ASIAN SOCIOLOGY, 6., 1995, Beijing. *Selected Papers...* Beijing: Asia & Asia Sociology, 1995.
- GUAN, X. China's social policy: reform and development in the context of marketization and globalization. *Social Policy & Administration*, Malden, v. 34, n. 1, p. 115-130, 2000.
- HARVEY, D. *O neoliberalismo: história e implicações*. São Paulo: Loyola, 2005.
- HIPGRAVE, D. et al. *Chinese-style decentralization and health system reform*. *PLoS Medicine*, San Francisco, v. 9, n. 11, p. 1-4, 2012.
- LIU, H.; EMSLEY, R.; DUNN, G. China's 2009 health reform: what implications could be drawn for the NHS Foundation Trusts reform? *Health Policy and Technology*, Amsterdam, v. 2, n. 2, p. 61-68, 2013.
- LIU, R.; ZHANG, X. China: a welfare state with low income. *China: Development and Reform*, n. 6, 1989.
- MISHRA, R. *O Estado-providência na sociedade capitalista*. Oeiras: Celta, 1995.
- MARTI, M. *A China de Deng Xiaoping*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2007.
- MILARÉ, L. F. L.; DIEGUES, A. C. As contribuições da era Mao Tsé-Tung para a industrialização chinesa. *Revista de Economia Contemporânea*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 359-378, 2012.
- NABUCO, P. *O sonho do quarto vermelho: revolução e reformas na China contemporânea*. 2009. Dissertação (Mestrado em Economia) - Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, 2009.
- NABUCO, P. *Sob o mandato do céu: o processo de modernização da China*. 2011. Tese (Doutorado em Economia) - Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, 2011.
- PAGOTO, C. Apontamentos acerca das principais formas de cooperação na China entre 1950 e 1966. *Novos Rumos*, Marília, v. 21, n. 46, p. 68-80, 2006.
- PEREIRA, P. A. P. *Política social: temas & questões*. São Paulo: Cortez, 2008.
- POMAR, W. *A revolução chinesa*. São Paulo: Unesp, 2003.
- RAMESH, M.; WU, X. Health policy reform in China: lessons from Asia. *Social Science & Medicine*, Oxford, n. 68, p. 2256-2262, June 2009.
- ROMERO, R. M. Fundamentos teóricos de la política social. In: BRACHO, C. A.; FERRER, J. G. *Política social*. Madrid: McGraw-Hill, 1998. p. 33-50.
- ROSANVALLON, P. *A nova questão social*. Brasília, DF: Instituto Teotônio Vilela, 1998.
- SALVADOR, E. *Fundo público e seguridade social no Brasil*. São Paulo: Cortez, 2010.
- SILVA, A.; VARGAS, N.; VENTURINI, R. *Histórico e atualidade da política de saúde na República Popular da China*. Vitória: UFES, 2013.

SHU, C. S. Do grande salto para frente à grande fome: China de 1958-1962. *Diálogos*, Maringá, v. 8, n. 1, p. 107-129, 2004.

YIP, W.; HSIAO, W. China's Health Care reform: a tentative assessment. *China Economic Review*, London, v. 20, n. 4, p. 613-619, 2009.

---

Recebido: 25/04/2014  
Reapresentado: 22/07/2014  
Aprovado: 03/09/2014