

## HISTÓRICO E ATUALIDADE DA POLÍTICA DE SAÚDE NA REPÚBLICA POPULAR DA CHINA (RPC)

**Neide César Vargas**

Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)

**Adriana Ilha da Silva**

Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)

**Rafael Venturini**

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)

### HISTÓRICO E ATUALIDADE DA POLÍTICA DE SAÚDE NA REPÚBLICA POPULAR DA CHINA (RPC)

**Resumo:** A China, em virtude da cultura, do regime político e da economia peculiares, apresenta um sistema de saúde com diferenças marcantes em relação àquele das nações ocidentais e capitalistas, o que pode ser obliterado em uma abordagem meramente quantitativa do mesmo. Tendo em conta tais aspectos, este artigo procura traçar um panorama do desenvolvimento do sistema de saúde da RPC ao longo das três grandes etapas da história recente do país, a era de Mao Zedong (1949-1976), a de Deng Xiaoping (1978-1994) e o período atual.

**Palavras-chave:** Política de Saúde na China, economia planificada, reformas do Estado em economias emergentes.

### HISTORY AND CURRENT HEALTH POLICY IN THE PEOPLE'S REPUBLIC OF CHINA

**Abstract:** China, due to its special culture, political regime and economy, presents a health system with remarkable differences from those of Western and capitalist nations, which can be obliterated in an exclusively quantitative approach of this system. Taking into account these aspects, this article attempts to undertake an overview of the development of the health system in the PRC during the three main stages of the country's recent history, namely the era of Mao Zedong (1949-1976), the era of Deng Xiaoping (1978-1994) and the current period.

**Key words:** Chinese health policy, planned economy, State reforms in emergent economies.

Recebido em: 10.11.2014. Aprovado em: 25.09.2015

## 1 INTRODUÇÃO

As transformações socioeconômicas na República Popular da China (RPC) desde sua fundação, em outubro de 1949, promoveram avanços significativos nas condições de saúde da imensa população do país. Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) (2011) e do Birô Nacional de Estatísticas da China (BNEC) (2012) evidenciam, dentre outros aspectos, a diminuição gradual das taxas de mortalidade infantil e materna, equivalentes a 18/1000 e 37/100.000, respectivamente, devido a melhorias nos cuidados de nutrição e imunização; e o aumento da expectativa de vida, que passou de 44 anos, em 1950, para 74 anos, em 2010. Além disso, sobretudo nas últimas décadas, expandiram-se consideravelmente as estruturas e serviços de atenção básica, média e de alta complexidade, os recursos humanos – médicos, enfermeiros, dentistas, técnicos, etc. – e os gastos governamentais com a saúde pública (que passaram de CNY<sup>1</sup> 110,21 milhões, em 1978, para CNY 24,27 bilhões, em 2011).

Não obstante, em virtude da cultura, do regime político e da economia peculiares do país asiático, seu sistema de saúde apresenta diferenças marcantes em relação àquele das nações ocidentais e capitalistas, o que pode ser obliterado em uma abordagem meramente quantitativa dos indicadores convencionais. Tendo em conta tais aspectos, este artigo procura traçar um panorama do desenvolvimento do sistema de saúde da RPC ao longo das três grandes etapas da história recente do país, a saber, a era de Mao Zedong (1949-1976), a de Deng Xiaoping (1978-1994) e o período atual, tratadas nas seções seguintes.

## 2 O SISTEMA DE SAÚDE NA ERA DE MAO ZEDONG (1949-1976)

É verdade que desde o fim da dinastia Qing (1644-1911) a abordagem científica ocidental no ensino e no tratamento médico ganhou mais espaço na cultura chinesa, mas é somente com a fundação da RPC que surgiu toda uma nova forma de organização. Bem como a montagem de uma estrutura relevante para o atendimento das necessidades de saúde da população. Em meados da década de 1950, começaram a ser construídas as primeiras academias e hospitais públicos de medicina chinesa tradicional nas maiores cidades do país.

Ocorre, porém, que quatro quintos da população chinesa viviam no campo nesse período, e, de fato, lá teriam lugar as mais importantes mudanças. No esteio da Lei de Reforma Agrária, de 1950, os camponeses foram reunidos em cooperativas com o objetivo de aumentar a produtividade e o rendimento agrícola. Em seguida, buscou-se aprofundar a coletivização do solo, das

ferramentas e outros meios de produção no campo através da criação de *comunas populares* (*renmin gongshe*).

A partir de 1958, conforme registram Fairbank e Goldman (2007), 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 então existentes, o governo central da RPC traçava as linhas gerais da produção agrícola e efetuava a distribuição de parte dela.

Por sua vez, Bettelheim (1965) explica que enquanto os grupos de produção dispunham diretamente dos campos em que trabalhavam, o uso dos meios de produção mais importantes era regulado pelas demais divisões político-administrativas da comuna, é dizer, as brigadas e as comunas. Nestas divisões realizava-se a gestão dos fundos de acumulação e o fornecimento dos serviços coletivos de saúde, educação e moradia.

Pelo fato do direito ao trabalho ser assegurado a todos na ocasião, tanto no campo quanto na cidade, havia uma ampla cobertura de atendimento, ainda que o acesso aos cuidados médicos dependesse do local de trabalho do cidadão e de seu *hukou*<sup>2</sup>. Assim, se bem que supervisionado nacionalmente pelo Ministério da Saúde da RPC, o funcionamento do sistema de saúde chinês caracterizava-se pela provisão e o acesso territorial aos serviços médicos básicos, de imunização aos trabalhadores e de controle de doenças infecciosas em cada comuna.

No começo do período ora em apreço, o atendimento primário de cada mil habitantes do campo era provido, na maior parte dos casos, por dois *Médicos-Descalços*, assim denominados por serem predominantemente médicos práticos. Esses paramédicos atendiam nas clínicas das brigadas, centros de saúde das aldeias e também trabalhavam como agricultores, sendo pagos segundo os mesmos padrões de remuneração em vigência nas comunas. Alguns deles haviam estudado em universidades e voltaram ao campo para viver ao lado de suas famílias na comuna. Entrementes, muitos outros obtiveram um treinamento breve e generalista após o término do ensino secundário. O tratamento dos pacientes combinava, nessa época, práticas tradicionais da medicina chinesa com técnicas ocidentais.

Quanto ao acesso e o financiamento desses serviços, Duckett (2011) detalha que, no campo, eles estavam organizados sob o Sistema Médico Rural Cooperativo, em uma arquitetura que abrangia as três divisões político-administrativas já citadas. Era a administração das brigadas que organizava o financiamento dos serviços sociais, definindo as contribuições para os seus grupos de produção e mantendo as clínicas médicas do primeiro e do segundo níveis locais de governo – nas aldeias e nos

distritos. Algumas brigadas contíguas agregavam fundos de maior escala, mas estes sempre estiveram em níveis abaixo dos condados.<sup>3</sup> Evidentemente, os benefícios que a população no campo recebia dependiam dos recursos coletados pela comuna, podendo incluir visitas a clínicas daqueles dois níveis iniciais, medicamentos – gratuitos ou com preços descontados – e co-pagamentos, nos casos de hospitalização. Por vezes, grupos de brigadas próximas mais prósperas agregavam fundos em maior escala e viabilizavam o acesso de seus membros inclusive a hospitais do terceiro nível, nos condados (BROWN; BRAUW; DU, 2009).

Os centros de saúde dos distritos eram operados por médicos assistentes e, conforme demonstra Tsai (2010), possuíam normalmente entre 10 e 30 camas cada um e funcionavam como clínicas ambulatoriais, provendo atendimento secundário a até 30.000 pessoas. Já o terceiro nível do Sistema Médico Rural Cooperativo, financiado pelo governo central, abrigava os hospitais dos condados, que contavam com médicos graduados há mais de cinco anos (atendimento terciário). O acesso a esses hospitais era limitado a doenças mais graves e eles serviam a 200.000 ou até 600.000 pessoas. Recursos provenientes desse último nível, variáveis de localidade a localidade, visavam financiar alguns programas preventivos de cunho educativo, além de vacinação e treinamento médico.

Nas cidades, a provisão dos serviços de saúde apresentava outros traços, também muito específicos. Desde os primeiros anos da RPC, as empresas privadas de todos os setores foram obrigadas a buscar investimentos junto aos fundos públicos e produzir nos termos de uma ampla fiscalização governamental. *Em meio a esse processo*, afirmam Milaré e Diegues (2012, p. 6), “[...] o Estado forçou uma série de fusões entre estas empresas e as estatais, passando a ser propriedade do governo.” Isso conformou o sistema de saúde dos trabalhadores urbanos, que funcionava através do Programa de Serviço Médico Gratuito e do Programa de Serviço Médico Laboral.

O primeiro desses programas atendia aos funcionários do Estado, e o segundo, aos das empresas estatais industriais. Dong (2009) conta que o Programa de Serviço Médico Gratuito foi fundado em 1952, fornecendo serviços totalmente gratuitos junto ao aparelho estatal em nível local e central, fixando em determinados hospitais o espaço para o atendimento médico e a obtenção de prescrições de medicamentos. Já o Programa de Serviço Médico Laboral, fundado um ano antes daquele, também contava com serviços gratuitos, mas era financiado pelas próprias empresas empregadoras, que ainda reembolsavam 50% dos gastos dos membros da família do atendido.

Da mesma forma que no campo, o sistema de saúde urbano provia serviços nos três diferentes níveis locais de governo. Os paramédicos tinham a

seu cargo os cuidados básicos e de prevenção e a estrutura física do sistema estava descentralizada nos ambientes de trabalho e nas clínicas circunvizinhas. Entretanto, a despeito de terem limitações formais de atendimento condicionadas à severidade das doenças, algumas estatais mantinham suas próprias clínicas e hospitais, garantindo melhor qualidade de serviços (GU, 2001). Pode-se assim deduzir que o sistema de saúde urbano proporcionava melhores condições do que o rural.

Como um conjunto, a estrutura de saúde da RPC incluía hospitais, sanatórios, maternidades 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 (todos os níveis de complexidade). A Tabela 1 evidencia que foi entre 1949 e 1975 que se montou um sistema de saúde em moldes ocidentais no país.

Deve-se sublinhar que esse crescimento das instituições de saúde ocorreu *pari passu* com o aumento dos recursos humanos nesse sistema (especialmente médicos e enfermeiros que adotavam técnicas ocidentalizadas). Conforme apresenta a Tabela 2, em 1975 o número de médicos por cada 1000 chineses alcançou a taxa de 0,95.

A **Tabela 3** mostra que o aumento de leitos nas instituições de saúde de alta complexidade na RPC também foi expressivo, principalmente no que tange aos hospitais, onde se encontravam 94% desses leitos em 1949 e 90% em 1975.

Pode-se concluir, então, que o sistema de saúde da RPC surgiu a partir da era de Mao e, ao longo desses anos, conheceu uma forte ampliação, a qual, todavia, guarda distinções qualitativas que notabilizam sua estrutura frente àquelas típicas dos países capitalistas. Tais particularidades, quais sejam, o seu caráter descentralizado desde as comunas e as empresas estatais, unidades governamentais/sociais, sua organização fundada numa estrutura de financiamento e de serviços multinível e cooperativa, garantiram serviços gratuitos de saúde à população ao longo de mais de duas décadas.

De fato, como apoiam os dados de Eggleston (2012) e Hsiao (1995), esse sistema contribuiu significativamente para a melhoria das condições e da expectativa de vida dos chineses. No ano de 1949, a taxa de expectativa de vida em relação ao nascimento era de 35 a 40 anos, mudando significativamente para 65,5 nos anos de 1980. No mesmo sentido, nas três décadas após 1952, a mortalidade infantil caiu de 200 para 34 mortes por 1000 nascimentos. O primeiro desses autores também chama atenção para o fato de que outros elementos, vinculados ao modelo econômico,

**Tabela 1 - Número de instituições de cuidados à saúde: 1949-1993**

Ano	Hospitais	Sanatórios	Clínicas	Centros especializados	Instituições de Ciências Médicas
1949	2.600	30	769	11	3
1975	62.425	297	80.739	683	141
1978	64.421	389	94.395	887	219
1990	62.454	650	129.332	1.781	337
1993	60.784	600	115.161	1.872	436
Ano	Postos de controle e de doenças e saneamento	Centros de cuidados à criança e maternidade	Laboratórios de teste de medicamentos e reagentes químicos	Outras Instituições	Total
1949	0	9	1	247	3.670
1975	2.912	2.025	310	2.201	151.733
1978	2.989	2.459	844	3.129	169.732
1990	3.618	2.820	1.892	5.850	208.734
1993	3.609	2.791	1.976	6.357	193.586

Fonte: BIRÔ NACIONAL DE ESTATÍSTICAS DA CHINA. *China Statistical Yearbook*. República da China, 1996.

**Tabela 2 - Pessoas que trabalham nas Instituições de Saúde (Unit: 10.000 pessoas): 1949 e 1975**

Ano	Pessoal Técnico Médico					Médicos por 1.000 habitantes (pessoas)
	Médicos				Enfermeiros: Sênior e Júnior	
	Total	Medicina Tradicional Chinesa	Sênior de Medicina Ocidental	Júnior de Medicina Ocidental		
1949	36,3	27,6	3,8	4,9	3,3	0,67
1975	87,8	22,9	29,3	35,6	38,0	0,95
1978	103,3	25,1	35,9	42,3	40,7	1,07
1993	183,2	35,8	111,5	35,1	105,6	1,55

Fonte: (BIRÔ NACIONAL DE ESTATÍSTICAS DA CHINA, 1996).

**Tabela 3 - Números de leitos em Instituições de Saúde (Unit: 10.000 pessoas): 1949-1975**

Ano	Total	Hospitais	Sanatórios	Outras instituições de saúde	Leitos hospitalares por 1.000 habitantes (pessoas)
1949	8,5	8,0	0,4	0,1	0,15
1975	204,2	185,6	5,1	13,5	1,93
1978	204,2	185,6	5,1	13,5	1,93
1993	309,9	279,5	11,9	18,5	2,36

Fonte: (BIRÔ NACIONAL DE ESTATÍSTICAS DA CHINA, 1996).

contribuíram para esses resultados favoráveis, especialmente a melhoria nutricional da população e a forte ênfase na medicina preventiva, com avanços nas condições de higiene básicas da população. Foram controladas, assim, as doenças infecciosas, por meio de imunização, e problemas como a malária e esquistossomose, segundo corroboram Blumenthal e Hsiao (2005).

Conquanto tivessem possibilitado esses resultados consideráveis, os pilares fundamentais do modelo socialista do período – as comunas populares e as grandes empresas estatais – depararam-se com limites para promover ganhos de produtividade e gerar aumentos contínuos e sustentados do excedente econômico nacional (SHU, 2004; BRAMALL, 2006). Isso se manifestou, inicialmente, após os resultados desfavoráveis do *Grande Salto Adiante* (1958-1962), agravados por problemas climáticos, com a ocorrência de milhões

de mortes provocadas pela fome. Duckett (2011) acrescenta sobre isso que já no início da Revolução Cultural (1966-1976), o funcionamento do sistema de saúde coletivo chinês também apresentava sinais de comprometimento. O autor propõe ainda que a pobreza no campo nas décadas de 1960 e 1970 gerou sérias limitações de fundos em muitas localidades, reduzindo o atendimento de saúde à provisão de cuidados extremamente básicos, e que muitos elos do sistema de financiamento foram debilitados ou mesmo colapsaram.

### 3 O DESMONTE DO SISTEMA DE SAÚDE COLETIVO NA ERA DE DENG XIAOPING (1978-1994)

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 a liderança de Deng Xiaoping foi pela reforma econômica. Na era de Deng, de fato, as condições econômicas da população chinesa sofreram consideráveis melhoras, com um formidável aumento da renda *per capita* (passando de CNY 133,6 em 1978 para CNY 686,3 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 cresceram à sua renda *per capita* mais de CNY 1.000,0, 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 21,9 para CNY 615,2.

Novamente, porém, entender o que se passou no sistema de saúde da RPC requer ir além desses números, buscando relacionar os principais traços da reforma promovida por Deng no modelo econômico do país com os impactos indiretos ocasionados nesse sistema, além de considerar os resultados diretos das decisões tomadas por órgãos como o Ministério da Saúde.

Foi no campo que se iniciaram as reformas do modelo econômico chinês em direção ao por eles denominado de socialismo de mercado, com a introdução e a disseminação de *sistemas de responsabilidade familiar* sobre o uso da terra. Após 1978, esses sistemas retiraram das comunas o encargo das decisões e do controle dos excedentes agrícolas, devolvendo-o às famílias.<sup>4</sup> Cerca de 180 milhões de famílias camponesas (98% do total) já trabalhavam sob o novo sistema em 1987.

A criação dos sistemas de responsabilidade familiar, por outro lado, tendeu a desestruturar ainda mais o mecanismo de financiamento da saúde coletiva existente no campo, subsistindo apenas algumas exceções Brown, Brauw e Du (2009).

Ducket (2011) sugere que, a despeito de ter sido esvaziado, o Sistema Médico Rural Cooperativo inicialmente se manteve como um programa nacional do Ministério da Saúde, pautado em cooperativas locais. Mas a reforma rural também resultou na abolição do sistema de pontos, característico das comunas, segundo o qual o Médico-Descaço era pago<sup>5</sup> e, além desses desdobramentos, desde 1979 o próprio Ministério da Saúde começou a permitir que algumas localidades cobrassem pelos serviços médicos e estimulou os contratos entre as clínicas e os médicos. Assim, se inicialmente o Ministério defendia o sistema de cooperativas, a partir de 1981 também passou a considerá-lo um *erro esquerdista*, associado aos conflitos políticos que marcaram a Revolução Cultural.

Esse autor aponta, ainda, que o gradual abandono desse sistema pelo Ministério entre 1979-1981 permitiu, a princípio, a redução dos fundos comunitários e da proporção de reembolso de remédios, bem como a cobrança total do serviço

nos locais em que os fundos eram temporariamente insuficientes para reembolso (ou onde as cooperativas por ele responsáveis não tivessem obtido financiamento do governo local). No entanto, a permissão oficial de cobrança de taxas apenas chancelou o que já vinha se dando na prática em muitas localidades. Mais ainda, em 1980 o Conselho de Estado aprovou o exercício privado da medicina e restringiu apenas aos locais pobres a atividade dos Médicos-Descaços. Muitos destes passaram a dedicar-se integralmente à agricultura ou à própria prática privada da medicina.

Paralelamente, a disseminação da concepção de que o sistema de saúde comunal era um *erro esquerdista*, associado a casos de corrupção dos oficiais locais que o administravam, desestimulou qualquer ação das famílias camponesas em favor do mesmo. Também no campo e como consequência das reformas, os governos de distritos e aldeias, bem como os camponeses não absorvidos diretamente pelas atividades agrícolas, aproveitaram o conhecimento gerado no âmbito das comunas e constituiriam as chamadas Empresas de Distrito e Aldeia (*Township and Village Enterprises*), processo esse detalhadamente comentado por Jabbour (2010). A maior parte de tais empresas, consoante aponta Arrighi (2008), se bem que possuíssem um caráter coletivo no que concerne à forma de propriedade não tinham o compromisso de fornecer moradia, assistência médica, aposentadoria e outros benefícios sociais típicos das antigas comunas e estatais urbanas.

Guan (2000) e Tsai (2010) compreendem que, na zona rural, reduzidas as comunas a um número mínimo, a lógica da provisão de saúde assentada no local de trabalho desmoronou e houve cobranças cada vez mais generalizadas pelos serviços. O modelo de financiamento nos primeiros dois níveis de governo na maioria das localidades se desfez.

Nas cidades, ao contrário do campo, o sistema de saúde coletivo foi reformado de forma mais gradual. Dong (2009) diz que só o sistema de atendimento aos funcionários do Estado (que envolvia cerca de 9% da população urbana e era financiado por orçamento governamental) foi extinto nos anos de 1980. Já o sistema voltado para os funcionários das estatais industriais (que atingia cerca de 40% da população urbana) teve o seu destino associado ao processo de privatização ocorrido posteriormente, no início dos anos 1990.

O fato é que o cenário do atendimento à saúde nas cidades gradualmente se transformou ao longo dos 1980, a partir do estabelecimento das chamadas Zonas Econômicas Especiais. Voltadas para a atração de investimentos estrangeiros e o aumento das exportações nacionais, tais zonas não estavam sujeitas a leis específicas que responsabilizassem as empresas por assegurar a seus trabalhadores o acesso a serviços de saúde. Nelas passaram a se localizar grandes empresas de

capital estrangeiro e, ao redor delas, uma multidão de médias e pequenas empresas, subcontratantes e independentes, inicialmente operadas por chineses vindos da diáspora no sudeste asiático e nativos, incorporando, posteriormente, capitais ocidentais. A mão de obra que movia tais empreendimentos era majoritariamente a população migrante do campo, que seguia para as grandes cidades em busca de maiores rendas, ainda que, com isso, viesse a implicitamente perder o acesso aos serviços associados a seu *hukou* original (LETIZIA, 2012).

Com o avanço das reformas, a ampliação do déficit das estatais e o início das privatizações, a estrutura que sustentava o sistema de saúde nas cidades se deteriorou gravemente. Marti (2007) afirma que entre 1993 e 1994 as estatais empregavam cerca de 100 milhões de pessoas, respondendo por cerca de 50% da produção industrial. Tsai (2010), por seu turno, estima que um terço das estatais apresentava déficits em 1995 e, segundo o autor, a mesma proporção de empregados das estatais não estava recebendo o reembolso do auxílio de saúde.

No plano da legislação trabalhista, conforme explica Nabuco (2009), desde 1983 os novos contratados pelas empresas estatais passaram a não contar com a mesma estrutura de benefícios sociais que os funcionários antigos. Isso se acentuaria quando, a partir de 1994, o governo central permitiu às empresas privadas definir os termos dos contratos de trabalho coletivos e individuais com liberdade para estabelecer, dentre outros aspectos, a estrutura de alguns benefícios sociais. A mudança de orientação do Ministério da Saúde, por outro lado, implicou em uma desoneração drástica com a provisão de recursos para saúde, delegando aos níveis subnacionais cerca de 90% dos gastos.

Mesmo que, como Blumenthal e Hsiao (2005) evidenciam, o Ministério da Saúde tenha imposto um controle rigoroso dos preços de serviços de saúde básico com intuito de preservar este tipo de atendimento, ao permitir como elemento de compensação da redução de recursos transferidos a venda de novas drogas e tecnologias (com margens de lucro de no mínimo 15%), ele terminou por estimular a provisão de serviços não essenciais e novos medicamentos no âmbito dos centros médicos e hospitais remanescentes.

Em um contexto de radical desoneração do governo central com gastos em saúde e de orientação para o ganho pecuniário dos governos subnacionais e instituições privadas de saúde, os baixos preços dos remédios e tratamentos básicos fixados em catálogos fizeram com que as clínicas e hospitais conferissem baixa prioridade aos mesmos.

Blumenthal e Hsiao (2005) afirmam que alimentou ainda mais essa tendência a modificação do sistema de salários para os médicos, incluindo nos mesmos bônus variáveis segundo as vendas de medicamentos e serviços de maior custo que o médico efetuasse para o hospital. O resultado,

segundo os autores, foi uma explosão dos gastos globais com saúde, com o gasto em medicamentos chegando à metade do dispêndio em saúde em 2002.

Dessa forma, como consequência de uma nova lógica orientadora, pautada no ganho pecuniário, o sistema de saúde da RPC, se bem que mantivesse 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, como se viu na **Tabela 1**. Por outro lado, o número de hospitais reduziu-se ao longo de todo o período, fazendo inclusive cair o número total de instituições de saúde a partir de 1990.

Quanto aos recursos humanos, objeto da **Tabela 2**, o número de médicos e enfermeiros cresceu significativamente, sugerindo que estes profissionais teriam se direcionado aos Centros Especializados e às Instituições de Ciências Médicas. Houve também um novo aumento no número de leitos das instituições de saúde de alta complexidade.

Não obstante, são os dados e análises de especialistas que acompanham as mudanças no sistema de saúde chinês que evidenciam de forma mais clara a desestruturação do sistema público nesse período de reformas econômicas e sociais. Novamente de acordo com Tsai (2010), além da sensível elevação dos custos dos serviços, houve um desestímulo à medicina preventiva, uma queda acentuada da população com cobertura de sistemas de saúde coletivos, uma ampliação das disparidades regionais e entre campo e cidade em termos de acesso à saúde.

Com o processo de descentralização fiscal e administrativa ocorrido e a queda das receitas do governo central resultante, a contribuição deste ao sistema nacional despencou de 32% para 15% de 1978 a 1999. Em contrapartida, dados citados por Blumenthal e Hsiao (2005) revelam que de 1978 até 2002 o gasto *per capita* com serviços pessoais de saúde elevou-se de CNY 11,00 para CNY 442,00 (ou, seja, de aproximadamente US\$ 1,80 para US\$ 71,00) e o gasto nacional com saúde, pública e privada, cresceu de 3,0% para 5,5% do PIB. Um aspecto extremamente significativo foi o declínio da porcentagem de população rural coberta por qualquer forma de esquema formal de saúde, de 92,6%, em 1976, para 6,1% em 1990.<sup>6</sup> Segundo Ho (2010), em 2000 a população rural, que representava dois terços do total, respondia por apenas 22,5% do total de gastos com saúde. Além disso, em 1999, apenas 49% da população urbana obtinham seguro de saúde, número ainda inferior para o caso da região oeste do país. É preciso pontuar, todavia, que, apesar

da interpretação que esses dados corroboram, no sentido de um desmonte radical do sistema de saúde na RPC, no que se refere aos indicadores de expectativa média de vida e mortalidade infantil, por exemplo, houve avanços em relação à era de Mao, a despeito de serem modestos. A expectativa de vida cresceu apenas quatro anos nas duas décadas seguintes às reformas e a melhora da mortalidade infantil foi de apenas oito anos (BIRÔ NACIONAL DE ESTATÍSTICAS DA CHINA, 1996).

#### 4 O ATUAL SISTEMA DE SAÚDE DA RPC (1994-2012)

Desde 1994 o governo da RPC tem promovido um conjunto de medidas voltadas para a estruturação de um novo sistema de saúde, conjugando serviços públicos e privados a fim de enfrentar os efeitos deletérios do processo de desmonte do período anterior. Como indicam Hipgrave e outros (2012), porém, em 2001 cerca de 60% do total das despesas com saúde na RPC foram cobertas pelos próprios usuários e o aporte dos seguros era baixo, de modo que muitos chineses ainda não podiam pagar por serviços de saúde. Em metas mais recentes, o governo central projeta uma participação do setor privado (no total e até 2015) de 20%, o que revela seu interesse em assegurar o caráter predominantemente público da saúde no país, mas, de fato, há tensões relevantes entre tais metas e demais aspectos da organização nacional.

De um modo geral, ao contrário de outros setores estratégicos para o desenvolvimento da RPC, como a siderurgia, a energia e as finanças, o sistema de saúde convive atualmente com uma ampla descentralização em um contexto no qual os governos locais estão intensamente comprometidos com o avanço dos indicadores econômicos. Estes últimos tendem, de fato, a dar baixa prioridade aos gastos com saúde e, em função da relevante participação das receitas não tributárias nos seus orçamentos, esses governos (notadamente aqueles localizados em áreas mais prósperas da costa leste do país, centro das reformas da era de Deng) têm uma alta discricionariedade nos gastos com tais serviços, o que explica a limitada capacidade do governo central coordenar mudanças em escala nacional. Além disso, não há um aparato unificado de informações padronizadas para a saúde. As estatísticas de saúde são comumente produzidas por esses mesmos governos locais, o que dificulta a mensuração dos resultados de eventuais alocações centrais, e não existem mecanismos claros de responsabilização dos governos e instituições locais com o gasto em saúde (dado que as exigências do governo central são pautadas unicamente na elevação da relação entre gastos com saúde e gastos totais).

Com respeito ao funcionamento geral do sistema de saúde chinês do período em destaque,

Dong (2009) demonstra que ele engloba hoje quatro componentes principais: o sistema de seguro de saúde, a saúde pública, o sistema de prestação de serviços médicos e o sistema de provisão de medicamentos. O primeiro deles é fruto de iniciativas do governo central, que tem por meta aumentar progressivamente a sua cobertura. Com o estabelecimento do Seguro Médico Social Básico, definido pela lei em 1998, as mudanças começaram pela cobertura da população urbana empregada em empresas públicas e privada. Atualmente, esse esquema de seguros é o esqueleto do financiamento da saúde na RPC e envolve três modalidades: (1) o Seguro Médico Básico dos Empregados Urbanos; (2) o Novo Seguro Médico Cooperativo, para residentes rurais; e (3) o Seguro Médico Básico dos Residentes Urbanos, que atende as crianças, estudantes e idosos das cidades.<sup>7</sup> Um breve comentário sobre o desenvolvimento de cada um deles é importante aqui.

Blumenthal e Hsiao (2005) e Dong (2009) descrevem que Seguro Médico Básico dos Empregados Urbanos está baseado nos salários e na folha salarial, tendo sido iniciado com uma reforma piloto em 1994. Desde 1998, o governo central passou a exigir que todas as empresas privadas e públicas oferecessem a seus empregados contas de poupança médica combinada com seguro para doenças graves. Trata-se, portanto, de um seguro de afiliação obrigatória, exigindo a matrícula de todos empregados e empregadores urbanos. Os governos locais são os responsáveis pela gestão desse fundo e pelas políticas de reembolso, definindo as receitas médicas e as listas de serviços a serem reembolsadas, mas ele é financiado por empregadores (6% da folha) e empregados (2% do salário). Até o terceiro trimestre de 2007, já incorporava dois terços da população urbana, contra 5% em 1999.

A segunda modalidade do sistema de seguro saúde da RPC, o Novo Seguro Médico Cooperativo, é direcionada para a população rural e foi estabelecida em 2003. Esse é um sistema voluntário, subsidiado pelo governo local e central (contribuição por residente rural *per capita/ano*), orientado para os atendimentos de alta complexidade e ambulatorial, baseado no nível dos condados. 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), no final de 2007, 85,6% dos condados já haviam implementado o esquema e 86,2% dos camponeses estavam matriculados.

Os migrantes que vivem nas cidades – segundo Lin, Liu e Chen (2009), cerca de 140 milhões em 2007, boa parte dos quais possuía *hukou* rural – deveriam se matricular nesse sistema. A quase inviabilidade de esses trabalhadores irem até sua cidade natal para fazer visitas médicas, todavia, além do fato de poucos hospitais urbanos aceitarem recibos para posterior reembolso do Novo Seguro Médico Cooperativo ou dos reembolsos demandarem muito tempo e serem complicados, fazem com que a maioria dos migrantes não participe do sistema e fiquem, na prática, sem algum tipo de cobertura de saúde.

Quanto ao Seguro Médico Básico dos Residentes Urbanos, a terceira e última modalidade do esquema de seguros, seus usuários em potencial compõem um grupo de mais de 420 milhões de moradores urbanos não oficialmente empregados, crianças e idosos que não tinham cobertura de seguro de saúde desde a extinção do Programa de Serviço Médico Gratuito em 1980. Em 2007, o Conselho de Estado da RPC estabeleceu esse esquema de seguros também como um projeto piloto, que atingia 79 cidades, estendido a todas as cidades do país até 2010. Ainda segundo Lin, Liu e Chen (2009), a participação nesse último esquema de seguros é voluntária e visa garantir cobertura universal dos residentes urbanos, atingindo especificamente estudantes de todos os níveis não cobertos pelo Seguro Médico Básico dos Empregados Urbanos, crianças pequenas e desempregados que residem na área urbana. O objetivo principal do Seguro Médico Básico dos Residentes Urbanos 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 ambulatoriais 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, com grau de reembolso variável em função da complexidade do serviço.

É novamente Lin, Liu e Chen (2009) quem elucida que nessa última modalidade de seguros, quanto maior a complexidade dos serviços, menor a taxa de reembolso; e mais, o indivíduo deve lançar mão de recursos próprios para financiar o serviço. Em muitas cidades o Seguro Médico Básico dos Residentes Urbanos só cobre serviços ambulatoriais, devidos a acidentes e doenças crônicas ou fatais; e só nas cidades mais prósperas o serviço ambulatorial geral é coberto. Além disso,

os autores destacam que o gasto com os seguros é culturalmente considerado supérfluo por parte relevante dos chineses, o que os leva a abandonar o sistema quando ficam determinado tempo sem receber reembolsos.

O baixo grau de participação do governo central nesse tipo de seguro conferiu grande heterogeneidade aos serviços, que são melhores nas localidades mais ricas, nas quais tanto indivíduos quanto os governos locais podem aportar volumes de recursos mais elevados para os fundos de saúde. Em regra, a participação dos governos locais é maior do que a do governo central.

Não obstante o conjunto relevante de iniciativas recentes de reforma do sistema de saúde na RPC, voltadas para reintegrar os moradores do campo num seguro de saúde coletivo e, na cidade, orientadas para a ampliação da adesão aos seguros de saúde e a contenção dos custos nos hospitais por meio de reforma financeira, estas foram consideradas mal sucedidas até meados dos 2000.<sup>8</sup> Por tais razões, em 2009 o governo anunciou a ampliação de gastos com saúde da ordem de CNY 850 bilhões (US\$ 136 bilhões) em três anos. Segundo Yip e Hsiao (2009), os objetivos desta iniciativa eram: (1) expandir a cobertura do seguro saúde visando chegar à cobertura universal até 2011, dando estímulos para adesão aos seguros voluntários do Novo Seguro Médico Cooperativo, para residentes rurais e do Seguro Médico Básico dos Residentes Urbanos; (2) aumentar o gasto do governo com saúde pública especialmente nas regiões de renda mais baixa, visando equalizar os gastos nas diferentes regiões; (3) estabelecer instalações de cuidados primários de saúde na forma de centros de saúde comunitários e nas áreas urbanas e centros de saúde dos distritos; (4) reformar o mercado de medicamentos; (5) fazer reformas pilotos nos hospitais públicos.

Hipgrave e outros (2012) também sublinham que, visando uma atuação ainda mais efetiva nos níveis locais, em julho de 2011 o Conselho de Estado da RPC anunciou novos papéis para as instituições médicas daqueles níveis, demandando das mesmas a padronização de cuidados primários, segundo novas orientações, a implementação de programas de saúde pública, a educação comunitária, a participação em sistemas de financiamento de saúde e a manutenção de prontuários individuais.

Os resultados das seguidas medidas do governo central voltadas para reestruturar o sistema de saúde da RPC se fazem sentir notadamente na expansão quantitativa de instituições de saúde, leitos, profissionais da área de saúde e no maior volume de recursos destinados à saúde. O número de instituições de saúde atingiu, em 2011, 954.389 unidades e o número de leitos, independente do tipo das organizações de saúde, cresceu 165% entre 1994 a 2011. Os leitos aparecem em instituições de saúde de média e alta complexidade, aparentemente não sendo aspecto exclusivo dos hospitais<sup>9</sup>, na

medida em que tanto centros rurais e comunitários de saúde, as agências de cuidados às crianças e às mulheres e instituições de prevenção e tratamento às doenças contam com a presença dos mesmos.<sup>10</sup>

Entretanto os leitos hospitalares foram distribuídos em hospitais gerais (2,67 milhões); hospitais especializados em medicina tradicional chinesa (477,1 mil); e, hospitais especializados (496,5 mil). Já as instituições de saúde, em nível de base<sup>11</sup>, apresentam leitos até 2001 somente nos centros rurais de saúde, que atingem 1,02 milhões de leitos, em 2011. Em 2002 são introduzidos leitos nos centros de serviços comunitários de saúde equivalentes, em 2011, a 187,1 mil leitos.

Os dados da **Tabela 4** indicam que a incorporação de pessoal técnico, administrativo e de trabalhadores em logística deu um caráter mais gerencial à área da saúde em alguns setores. Um aspecto que se pode destacar, aliás, em 2011, é a participação do setor privado na administração de 175.747 clínicas em aldeias, representando 26,5% do total dessas instituições. Por fim, é importante evidenciar a significativa ampliação dos gastos em saúde de CNY 1,7 bilhão, em 1994 atingindo CNY 2,4 bilhões, em 2011. De uma participação no PIB de 3,65% alcança-se, em 2011, 5,15%. A despeito de metade da população ainda estar no campo, os gastos em saúde *per capita* nessas áreas continuam muito inferiores ao do verificado nas zonas urbanas, conforme **Tabela 5**.

Os resultados apresentados são auspiciosos, mas deve-se ponderar que não existe um sistema padronizado e centralizado de informações na área de saúde. O próprio governo central reconhece que isso é um óbice, ao destinar, em 2011, CNY 22 bilhões (US\$ 3,5 bilhões) especificamente para a montagem de um novo Sistema de Gerenciamento de Informações de Saúde, a ser introduzido entre

2011 e 2015, vinculado ao registro civil. (HIPGRAVE et al., 2012).

## 5 CONCLUSÃO

À guisa de conclusão, permite-se observar que, na era de Mao, os serviços de saúde se davam por meio de contribuições em uma estrutura descentralizada e coletiva. O modelo de financiamento, gerenciamento, administração e acesso não estavam organizados como um sistema de seguros pelo governo central, algo que veio a existir somente após as reformas da era de Deng Xiaoping. Nesse último período, de fato, o fim das comunas e a reestruturação das estatais comprometeram expressivamente o caráter coletivo das contribuições que financiavam o acesso aos serviços de saúde. Mais recentemente, porém, como concluem Hipgrave e outros (2012), o governo chinês tem alcançado bons resultados em termos da ampliação da infraestrutura hospitalar e ambulatorial bem como de sua meta ampliação da cobertura do seguro saúde. Ao mesmo tempo, enquanto as desigualdades regionais e sociais se acirram e se refletem no acesso aos serviços de saúde, sobretudo entre as áreas urbanas e rurais, o governo central tem cada vez mais deixado de ser o único ator e incentivado mais atores (organizações não governamentais e empresas privadas) a participarem da política de saúde, para além dos governos subnacionais. Por si só, isso possivelmente não sanará a existência de fortes percalços em termos da disponibilidade de informações, dos custos dos serviços e da fragmentação do sistema de saúde da RPC. Assim sendo, a excessiva descentralização e o crescente poder dos níveis subnacionais e instituições privadas sobre a política de saúde do país trazem dificuldades não triviais para o avanço de um sistema universalizante.

**Tabela 4 - Números de pessoas empregadas nas Instituições de saúde: 1990 e 2011**

Ano	Pessoal médico					
	Total	Pessoal médico técnico				
		Total	Médicos assistentes	Médicos	Enfermeiros	Farmacêuticos
1990	6.137.711	3.897.921	1.763.086	1.302.997	974.541	405.978
2011	8.616.040	6.202.858	2.466.094	2.020.154	2.244.020	363.993
Ano	Pessoal médico (continuação)					
	Médicos e assistentes em aldeias	Outro pessoal técnico	Pessoal administrativo		Trabalhadores técnicos em logística	
			Valor	(%)		
1990	1.231.510	85.504	396.694	526.082		
2011	1.126.443	305.981	374.885	605.873		

Fonte: BIRÔ NACIONAL DE ESTATÍSTICAS DA CHINA. *China Statistical Yearbook*. República da China, 2012.

**Tabela 5 - Total de despesas de saúde: 1994 e 2011 - em 100 milhões de yuans**

Ano	Total	Despesas de saúde do Governo		Despesa de Saúde social		Despesas correntes de saúde		Despesa média de saúde <i>per capita</i>			(% do PIB)
		Valor	(%)	Valor	(%)	Valor	(%)	Total	Urbano	Rural	
1994	1761,2	342,3	19,4	644,9	36,6	774,1	44,0	147,0	332,6	86,3	3,6
2011	24268,8	7379,0	30,4	8424,6	34,7	8465,3	34,9	1801,2	2695,1	871,6	5,2

Fonte: (BIRÔ NACIONAL DE ESTATÍSTICAS DA CHINA, 2012).

## REFERÊNCIAS

- ARRIGHI, Giovanni. **Adam Smith em Pequim: origens e Fundamentos do Século XXI**. São Paulo: Boitempo, 2008.
- BETTELHEIM, Charles. La construcción del socialismo en China. **CRI**, Paris, n. 2, p. 83-95, 1965. Mimeo.
- BIRÔ NACIONAL DE ESTATÍSTICAS DA CHINA. **China Statistical Yearbook**. República da China, 1996.
- \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. República da China, 2012.
- BLUMENTHAL, D.; HSIAO, W.M. Privatization and its discontents: the evolving chinese health care system. **The New England Journal of Medicine**, [S. I.], v. 353, n. 11, p. 1165-1170, 2005.
- BRAMALL, Chris. The last of the romantics? maoist economic development in retrospect. **The China Quarterly**, Cambridge, v. 187, 2006, p. 686-692.
- BROWN, P.H.; BRAUW, A.; DU, Y. Understanding variation in the design of China's new co-operative medical system. **The China Quarterly**, Cambridge, v. 198, p. 304-329, 2009.
- DONG, Keyong. Medical insurance system evolution in China. **China Economic Review**, [S. I.], v. 20, n. 4, p. 591-597, 2009.
- DUCKETT, Jane. Challenging the economic reform paradigm: policy and politics in the early 1980s' collapse of the rural co-operative medical system. **The China Quarterly**, Cambridge, v. 205, p. 80-95, 2011.
- EGGLESTON, Karen. Health care for 1.3 billion: an overview of china's health system. **Asia Health Policy Program Working Paper**, Rochester, n. 28, 2012, p. 1-27.
- FARIBANK, J. K.; GOLDMAN, M. **China: uma nova história**. Porto Alegre: L&PM Editores, 2007.
- GU, Edward. Dismantling the Chinese mini-welfare state?: marketization and the politics of institutional transformation, 1979–1999. **Communist and Post-Communist Studies**, [S. I.], n. 34, p. 91-111, 2001.
- GUAN, Xinping. China's social policy: reform and development in the context of marketization and globalization. **Social Policy e Administration**, [S. I.], v. 34, n. 1, p. 115-130, 2000.
- HIPGRAVE, D. et al. Chinese-Style Decentralization and Health System Reform. **PLOS Medicine**, [S. I.], v. 9, n. 11, p. 1-4, 2012.
- HO, Christina. Health reform and de facto federalism in China. **China: An International Journal**, [S. I.], v. 8, n. 1, p. 33-62, 2010.
- HSIAO, WC. The chinese health care system: lessons for other nations. **Social Science and Medicine**, Amsterdam, v. 41, n. 8, p. 1047-1055, 1995.
- JABBOUR, Elias. **Projeto nacional, desenvolvimento e socialismo de mercado na china de hoje**. 2010. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Geografia Humana, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.
- LETIZIA, Vito. **A Grande Crise Rastejante**. São Paulo: Editora Caros Amigos, 2012.
- LIN, W.; LIU, G.; CHEN G. The urban resident basic medical insurance: a landmark reform towards universal coverage in China. **Health Economics**, [S. I.], v. 18, n. 2, 2009, 83–96.
- MARTI, Michael. **A China de Deng Xiaoping**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2007.
- MILARÉ, L.F.L.; DIEGUES, A.C. As Contribuições de Mao Tsé-Tung para a Industrialização Chinesa. **Revista de Economia Contemporânea**, Rio de Janeiro, v. 16, p. 359-378, 2012.
- NABUCO, Paula. **O sonho do quarto vermelho: revolução e reformas na China contemporânea**. 2009. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Economia, Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, 2009.
- \_\_\_\_\_. **Sob o Mandato do Céu: o Processo de Modernização da China**. 2011. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Economia, Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, 2011.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **China: Country Health Information Profile**. Western Pacific Region Health Databank, 2011 Revision. Philippines, 2011.
- SHU, Chang-Sheng. Do grande salto para frente à grande fome: China de 1958-1962. **Diálogos**, Maringá, v. 8, n. 1, p. 107-129, 2004.
- TSAI, Charles. Regulatory Reform in China's Health Sector. **Groupe d'Economie Mondiale Policy Brief**, fev. 2010.
- YIP, W.; HSIAO, W. China's Health Care reform: a Tentative Assessment. **China Economic Review**, [S. I.], n. 20, p. 613-619, 2009.
- ZHANG, Linxiu. Agricultural and rural development in China. In: \_\_\_\_\_ et al. **Agricultural development**

and the opportunities for aquatic resources research in China. Penang, Malásia: The WorldFish Center, 2003. p. 1-8.

## NOTAS

- 1 CNY é código monetário do *Renminbi*, moeda chinesa cuja unidade de conta é o *Yuan*.
- 2 Desde os primeiros anos da RPC, o *hukou* (ou *hujj*) funciona como um registro residencial da população e está na base do sistema de bem-estar social do país. Para os moradores urbanos, por exemplo, o acesso a alguns serviços sociais dependia de seu registro de vínculo empregatício, ao passo que para os moradores rurais isso estava associado a sua participação na comuna. No Brasil, um raro e abrangente estudo sobre a evolução do *hukou* é dado por Nabuco (2011).
- 3 Na atual RPC, o último nível de governo supervisiona 33 regiões provinciais, sendo elas 22 províncias, 4 municipalidades, ou, cidades administrativas, ligadas diretamente ao governo central (Beijing, Shanghai, Tianjin e Chongqing), 5 regiões autônomas (Guangxi, Mongólia Interior, Ningxia, Tibet e Xinjiang) e 2 regiões administrativas especiais (Hong Kong e Macau). Essas 33 regiões estão subdivididas, respectivamente, em 333 regiões de prefeitura, aproximadamente 3.000 condados (*counties*), 45.000 distritos (*townships*) e 780.000 aldeias ou povoados (*villages*).
- 4 No campo, onde até 1988 vivia mais de 75% da população do país, as reformas buscaram expandir e diversificar a produção agrícola. Para tanto, como destaca Linxiu Zhang (2003), entre 1978 e 1984 o principal mecanismo empregado foi a introdução em escala nacional do Sistema de Responsabilidade Familiar, que desmobilizou as equipes de produção e retirou das comunas populares o controle sobre os excedentes produzidos, ainda que mantivesse a exigência das cotas estatais. Muitos contratos sob o novo sistema permitiam que as famílias camponesas arrendassem terras de propriedade coletiva por períodos superiores a uma década.
- 5 Até 1983, segundo Duckett (2011), 32% dos provedores de serviço médico rural eram práticos privados de pequena escala, com esta participação atingindo, em 1985, 44% do total.
- 6 Brown, Brauw e Du (2009) afirmam que no final de 1993 apenas 6,4% da população rural chinesa possuíam seguro saúde.
- 7 Complementa o financiamento da saúde na RPC um seguro de saúde privado, suplementar, voltado para os segmentos de renda mais alta e abrangendo, em 2003, menos de 10% da população.
- 8 Tsai (2010) destaca um relatório de 2005, feito pelo Centro de Pesquisa e Desenvolvimento (órgão subordinado ao Conselho de Estado da RPC) em conjunto com a OMS, o qual apresenta este tipo de avaliação.
- 9 Em 2011, os hospitais são qualificados em: a)

gerais (14.328 unidades); b) especializados em medicina tradicional chinesa (2.831 unidades); e, c) especializados (4.283 unidades). (BIRÔ NACIONAL DE ESTATÍSTICAS DA CHINA, 2012).

- 10 Há uma nova classificação das instituições voltadas ao cuidado à saúde chinesa a partir de 2002, a qual permanece até o ano de 2011. (BIRÔ NACIONAL DE ESTATÍSTICAS DA CHINA, 2012).
- 11 As instituições de saúde em nível de base caracterizam-se pelos centros de serviços de saúde comunitários (32.860), centros de saúde urbanos (667), centros de saúde distritais (37.295), clínicas de aldeias (662.894) e departamentos ambulatoriais (184.287). (BIRÔ NACIONAL DE ESTATÍSTICAS DA CHINA, 2012).

### Neide César Vargas

Economista  
Doutora em Economia Aplicada pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP)  
Professora Associada II do Departamento de Economia da UFES e do Programa de Pós-Graduação em Política Social da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)  
E-mail: neide.vargas@uol.com.br

### Adriana Ilha da Silva

Assistente Social  
Doutoranda em Política Social no Programa de Política Social da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)  
Professora do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)  
E-mail: adrianailha@terra.com.br

### Rafael Venturini

Economista  
Mestre em Política Social pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)  
Técnico em Informações Geográficas e Estatísticas A I do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)  
E-mail: rafaelventurini.t@gmail.com

**Universidade Federal do Espírito Santo - UFES**  
Av. Fernando Ferrari, 514 - Goiabeiras, Vitória – ES  
CEP: 29075-910

### Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE

Avenida Expedito Garcia, n. 99, Loja 27 - Campo Grande - Cariacica, ES  
CEP: 29146-201

