

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE ECONOMIA
MONOGRAFIA DE BACHARELADO

**ESTADO DE BEM-ESTAR SOCIAL NA CHINA:
ANÁLISE DE SUA TIPOLOGIA A PARTIR DO
SISTEMA DE PROTEÇÃO SOCIAL NA SAÚDE
PÓS-1980**

FABIANNA BACIL LOURENÇO FERREIRA
Matrícula nº 113164872

ORIENTADORA: Prof^ª. Isabela Nogueira

DEZEMBRO 2016

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

INSTITUTO DE ECONOMIA

MONOGRAFIA DE BACHARELADO

**ESTADO DE BEM-ESTAR SOCIAL NA CHINA:
ANÁLISE DE SUA TIPOLOGIA A PARTIR DO
SISTEMA DE PROTEÇÃO SOCIAL NA SAÚDE
PÓS-1980**

FABIANNA BACIL LOURENÇO FERREIRA

Matrícula nº 113164872

ORIENTADORA: Prof^a. Isabela Nogueira

DEZEMBRO 2016

As opiniões expressas neste trabalho são da exclusiva responsabilidade da autora

AGRADECIMENTOS

Primeiramente gostaria de agradecer a todos os professores da UFRJ pelos inúmeros ensinamentos passados ao longo desses anos – agradeço principalmente à minha orientadora, Prof^ª. Isabela Nogueira, por toda a ajuda e paciência ao longo do processo de escrever a monografia. Além disso, meu muito obrigada ao pessoal técnico da UFRJ, que apesar de todas as dificuldades sempre esteve presente quando necessário.

Por fim, quero também agradecer a toda minha família e amigos, principalmente aos meus pais, irmãos e ao Luiz Otavio, por todo apoio e compreensão.

RESUMO

A monografia objetiva realizar uma revisão bibliográfica que viabilize caracterizar o sistema de proteção social de saúde na China a partir da década de 1980 até 2015, de forma que seja possível utiliza-lo como proxy do Estado de Bem-Estar Social (EBES) que se desenha no caso chinês nesse período e fazer uma comparação qualitativa com as tipologias de regimes de bem-estar social consolidadas na literatura sobre o tema, especificamente a de Esping-Andersen (1990), e aquelas utilizadas para o EBES no leste asiático. O modelo chinês se caracteriza pela provisão de bem-estar via seguros, segmentados de acordo com a participação no mercado de trabalho e região de origem, com benefícios diferenciados, mais generosos para os trabalhadores urbanos formais de províncias mais desenvolvidas. Outra característica é a ligação entre a provisão de bem-estar e o objetivo de desenvolvimento econômico – se até o início da década de 2000 o EBES era entendido como obstáculo ao crescimento, em tempos mais recentes ele passa a ser identificado pelo governo chinês como instrumento necessário para o mesmo. Isso leva à maior aproximação com o modelo conservador-corporativista de Esping Andersen e o híbrido entre produtivista e redistributivo no modelo descrito por Chan e Lin (2013).

Palavras-Chave: Estado de Bem-Estar, China, Seguro Social, Saúde

ABREVIACÕES

EBES	Estado de Bem-Estar Social
PCCh	Partido Comunista Chinês
SOEs	<i>State Owned Enterprises</i> (empresas de propriedade estatal).
CMS	<i>Rural Cooperative Medical Scheme</i>
GIS	<i>Government Employee Insurance Scheme</i>
LIS	<i>Labor Insurance Scheme</i>
NRCMS	<i>New Rural Cooperative Medical System</i>
UEBMI	<i>Urban Employee Basic Medical Insurance</i>
URBMI	<i>Urban Resident Basic Medical Insurance</i>

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	7
CAPÍTULO I – O ESTADO DE BEM-ESTAR SOCIAL: CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS E O CASO ASIÁTICO	10
I.1 As origens do Estado de Bem-Estar Social	10
I.2 Estado de Bem-Estar Social e desenvolvimento econômico.....	12
I.3. As tipologias de Estados de Bem-Estar Social na Europa.....	14
I.4 O Estado de Bem-Estar Social na Ásia	17
CAPÍTULO II: O SISTEMA DE PROTEÇÃO SOCIAL NA SAÚDE NA CHINA ENTRE 1980-2015	26
II.1 O desmonte do sistema maoísta e o vácuo na proteção social de saúde	28
II.2 Os novos sistemas de proteção nas zonas rurais e urbanas	31
II.2.1 Reforma Rural	32
II.2.2 Reforma Urbana	32
II.3 A melhoria dos indicadores de saúde da China.....	33
II.4 Principais limites e desequilíbrios dos novos sistemas	37
II.4.1 Desigualdade entre os programas e inter-regionais.....	38
II.4.2 A marginalização do trabalhador migrante	44
CAPÍTULO III: TIPOLOGIA DO ESTADO DE BEM-ESTAR SOCIAL CHINÊS....	46
CONCLUSÃO.....	50
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	52

ÍNDICE DE GRÁFICOS E TABELAS

Tabela 1: Comparação dos modelos de política social por Chan e Lin.....	20
Tabela 2: Indicadores de saúde e gastos com saúde da China de 1980 a 2014.....	35
Tabela 3: Indicadores de saúde e gastos com saúde de distintas regiões do mundo em 2014	36
Tabela 4: Resumo dos três programas sociais de Saúde da China, 2011-2013.....	39
Tabela 5: Análise em Cluster dos Seguros Sociais de Saúde das Províncias Chinesas (média 2007-2010)	41
Tabela 6: Gasto per capita com saúde rural e urbano entre 1990 e 2013 (yuan).....	43
Gráfico 1: Crescimento do PIB (%) chinês entre 1981-2015.....	8
Gráfico 2: Generosidade do seguro social de saúde na China (yuan/pessoa) 2001-2009	47

INTRODUÇÃO

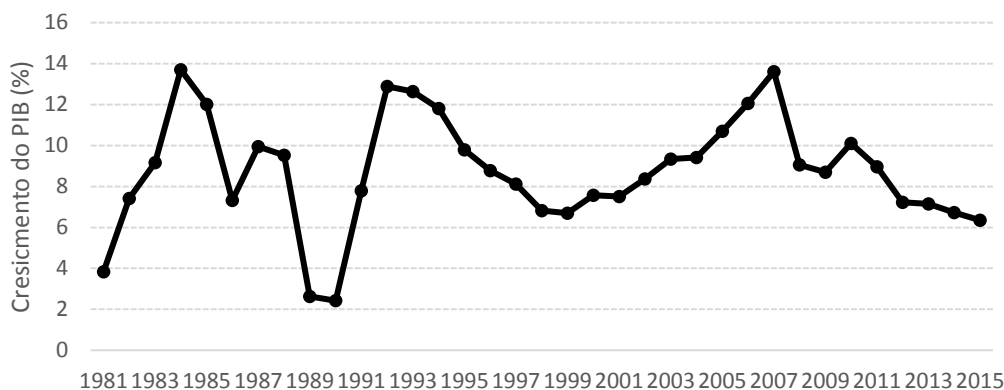
A China tem passado por transformações estruturais nas últimas décadas, e dentre as várias contradições que emergem nesse processo está a questão da condição de vida das massas e o papel que o Estado tem assumido para gerar bem-estar de maneira alargada. A transição do maoísmo para um regime que se diz “socialista de mercado” (ou um “capitalismo de Estado” segundo várias interpretações) representou, de início, o desmonte de praticamente toda e qualquer proteção social. Na última década, tem havido um esforço por parte do Estado de reconstrução de algum tipo de proteção social, mas sabemos muito pouco no Brasil sobre quais suas características e resultados preliminares.

O objetivo geral do presente trabalho é realizar uma revisão bibliográfica detalhada que nos permita caracterizar o sistema de proteção social de saúde na China, focalizando as reformas e resultados alcançados a partir da década de 1980 até 2015 (últimos dados disponíveis), de forma que seja possível utilizá-lo como proxy do Estado de Bem-Estar Social¹ (EBES) que se desenha no caso chinês nesse período e fazer uma comparação qualitativa com as tipologias de regimes de bem-estar social consolidadas na literatura sobre o tema, especificamente a de Esping-Andersen (1990), e aquelas utilizadas para o EBES no leste asiático.

É sabido que o final da década de 70 marcou na China o início de profundas reformas econômicas, cujo principal objetivo era promover modernização econômica. Os resultados ficaram rapidamente evidentes com a aceleração da taxa de crescimento do PIB, e mesmo no cenário atual de desaceleração, a expectativa permanece sólida para os próximos três anos, pelo menos. De acordo com o relatório *East Asia and Pacific Economic Update* (2016) do Banco Mundial, espera-se que a China cresça 6,7% em 2016, 6,5% em 2017 e 6,3% em 2018.

¹ Estado de Bem-Estar Social (ou *Welfare State*) é utilizado no trabalho adotando a definição utilizada por Kwon (2005, p. 477) “*The welfare state refers here to the set of social policies and institutions that aim to protect citizens from social contingencies, poverty and illness, but it does not necessarily mean that the level of well-being of citizens is achieved, nor that all citizens have access to social benefits*”.

Gráfico 1: Crescimento do PIB (%) chinês entre 1981-2015



Fonte: Elaboração própria. Banco Mundial.

Não obstante o sucesso econômico, o início das reformas significou também o desmonte do sistema de políticas de bem-estar vigente ao longo do período maoísta no país. Durante quase duas décadas o povo chinês enfrentou não apenas o aumento da desigualdade, com o índice de Gini passando de 0,3 no começo da década de 1980 para mais de 0,45 no começo da década de 2000², como também assistiu à redução da cobertura de seus programas de seguros sociais de saúde, o que teve como consequência a piora do status de saúde da população e o aumento da insatisfação popular, materializada no salto dos incidentes de massa de 10.000 para 87.000 entre 1994 e 2005 (Kahn *apud* Hsiao, 2007). Com esse contexto, novas reformas foram realizadas a partir do final da década de 1990 e ao longo da década de 2000, resultando na implementação dos três principais seguros sociais de saúde vigente na China atualmente: o *Urban Employee Basic Medical Insurance* (UEBMI), introduzido em 1998 para proteger os trabalhadores formais urbanos, o *New Rural Cooperative Medical Scheme* (NRCMS), iniciado em 2003 para atender os residentes rurais, e o *Urban Resident Basic Medical Insurance* (URBMI), introduzido em 2007 de forma a cobrir o restante dos residentes de *hukou*³ urbano que não fossem atendidos pelo UEBMI.

O sistema social de saúde se insere como um dos componentes do Estado de bem-estar social. O EBES é um aspecto essencial no mundo contemporâneo, podendo ser um importante ator não apenas na promoção do desenvolvimento social e melhoria da qualidade de vida da população, mas na condução da própria política de desenvolvimento

² BANCO MUNDIAL. *Inequality in Focus: the challenge of high inequality in China*. Publicado online. Disponível em: <<https://goo.gl/QYy5YO>>. Acesso em 7 nov. 2016.

³ Registro de residência.

econômico (Kerstenetzky e Kerstenetzky, 2015). Assim, os EBES têm sido objeto de muitos estudos, sendo realizada, entre outras coisas, a análise de seu início e as características similares e distintas assumidas pelos modelos adotados em diferentes países.

Dada sua relevância no cenário atual, o caso chinês está entre os mais importantes a ser perscrutado, buscando traçar não apenas suas características próprias, mas também aquelas compartilhadas com os demais modelos existentes.

O trabalho divide-se em mais quatro seções, além dessa introdução: no capítulo I são apresentados os aspectos teóricos ligados ao EBES, abarcando sua origem, sua relação com o desenvolvimento e as principais tipologias; o capítulo II detalha o sistema de proteção social de saúde chinês, suas principais reformas, características, resultados e problemas; o capítulo III busca construir as comparações do sistema de saúde chinês com as tipologias, ressaltando as diferenças e similitudes do caso da China com relação aos outros regimes de proteção consolidados; por fim, a quarta seção é a conclusão do trabalho.

CAPÍTULO I – O ESTADO DE BEM-ESTAR SOCIAL: CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS E O CASO ASIÁTICO

I.1 As origens do Estado de Bem-Estar Social

As bases do Estado de Bem-Estar Social (EBES ou *Welfare State*) remontam ao final do século XIX, quando já havia certo grau de ação estatal por meio de políticas públicas – por exemplo, as Leis dos Pobres⁴ existentes, os países que contavam com algum sistema de educação pública e incipientes sistemas nacionais de saúde, embora seja preciso ressaltar que tais políticas não preconizavam o bem-estar da população como objetivo principal, mas sim o controle social. Conforme a industrialização se expandiu entre os países, os conflitos entre capital e trabalho se avolumaram, e os partidos ou movimentos de centro-esquerda ou extrema esquerda passaram a representar um desafio concreto aos interesses consolidado. Isso fez com que mais Estados oferecessem tais bens e serviços públicos (educação pública limitada, manutenção da saúde pública e regulação das condições de trabalho) (Pierson, 1991).

A despeito de não haver uma data específica de seu nascimento, um marco político para o fundamento do EBES é o Relatório Beveridge, cujo nome oficial é *Report on Social Insurance and Allied Services*, escrito por William Beveridge em 1942 após ser encomendado pelo governo inglês. Este relatório sugeriu um plano com propostas de reformas sociais amplas e universais para fundar um sistema de proteção social⁵ inovador até então (Cardoso, 2010). O modelo recomendado pelo Plano Beveridge era distinto daquele encontrado na Alemanha, primeiro país a contar com um modelo nascente de Estado de Bem-Estar Social após a realização de reformas sob a liderança de Bismarck nos anos de 1880. Tais reformas foram uma reação ao fortalecimento do partido socialdemocrata, sendo concedidos alguns direitos sociais (como seguro-doença, proteção contra acidentes de trabalho e seguro velhice-invalidéz) ao povo alemão como estratégia para breçar esse crescimento.

⁴ Lei dos Pobres: Baseava-se no princípio da menor oportunidade, segundo o qual as condições oferecidas aos indigentes deveriam ser inferiores àquelas que poderiam ser obtidas caso eles trabalhassem. O Estado atuaria apenas em casos nos quais a família, a comunidade ou a Igreja não pudessem dar auxílio e ser enquadrado na Lei dos Pobres significava a perda de direito de voto, liberdade e reputação.

⁵ “Conceito amplo que, desde meados do século XX, engloba a seguridade social (ou segurança social), o asseguramento ou garantias a seguridade e políticas sociais” (Pereira *apud* Nogueira, 2001, p.101).

Na passagem do século XIX para o século XX, com a ocorrência de uma crise econômica de grande proporção, o fenômeno da pobreza foi colocado em destaque e houve mudança gradual na forma como a mesma era vista, deixando de ser encarada como um problema pessoal e passando a ser entendida como uma questão social. O Estado, então, começa a ser colocado como responsável pelo bem-estar das massas e munido de autoridade para intervir nas liberdades individuais e econômicas. Assim, embora não houvesse consenso sobre o grau de responsabilidade do Estado – entendida no sentido de alcance das políticas sociais – e os meios através dos quais o auxílio deveria ser dado, houve uma tendência geral de dissolução das Lei dos Pobres e de adoção de maiores seguros sociais. No período entre guerras, principalmente após a eclosão da Grande Depressão de 1929, houve grande aumento dos gastos sociais, ampliando os programas de seguro, a cobertura oferecida pelos mesmos e consolidando o EBES.

A questão sobre as causas que fomentaram o surgimento e expansão do EBES não possui, entretanto, uma resposta única e consensual, derivando daí definições e justificativas distintas para sua ocorrência e evolução. Conforme abordado por Nogueira (2001), há argumentos políticos e econômicos para justificar a criação do Estado de bem-estar, existindo visões distintas inseridas em cada uma dessas linhas argumentativas. Dentre os autores que focam no aspecto econômico, coloca-se a correlação entre a evolução do capitalismo, a industrialização e o EBES, embora as correntes se diferenciem com relação ao enfoque dado. Algumas ressaltam a expansão do excedente econômico, que teria viabilizado financeiramente o crescimento do sistema de proteção social, abordagem adotada por Wilensky, Titmuss e Theodor Marshall, por exemplo. Outras afirmam que a necessidade de um Estado de bem-estar surgiu em decorrência da industrialização, que teria elevado os riscos sociais com as mudanças na organização de produção e econômica – por exemplo, a urbanização leva a uma maior concentração espacial de trabalhadores, aumentando o número de assalariados dependentes do mercado e facilitando a organização trabalhista, o que pode representar um desafio concreto aos capitalistas, conforme colocado por Draibe e Aureliano. Os argumentos de natureza política, por outro lado, relacionam o advento do Estado de bem-estar social com a expansão e consolidação dos direitos sociais verificadas ao longo do século XX. Neste sentido, o EBES derivaria não apenas da mera expansão do capitalismo, mas do desenvolvimento da ideia de cidadania social, que contemplaria em si os direitos civis, políticos e sociais dos cidadãos de determinado país. Os direitos civis são relevantes por garantirem a liberdade individual e o acesso dos demais direitos; o direito político, cujo principal instrumento é o voto,

apresenta por sua vez uma forte correlação com a criação dos EBES – os primeiros Estados a permitir o sufrágio universal masculino foram também os pioneiros na criação dos seguros sociais (Pierson, 1991) –, por fim, os direitos sociais, criações do século XX, asseveram que os cidadãos devem usufruir de ao menos um nível mínimo de bem-estar econômico. Nesta visão a industrialização continua a ser um elemento relevante, pois seu avanço facilitou a emergência da classe trabalhadora, que passou a lutar pela garantia e ampliação de sua cidadania. Por isso, o sistema de proteção social é um instrumento que viabiliza certo grau de emancipação dessa classe trabalhadora e um mecanismo de correção de desigualdade da sociedade (Nogueira, 2001).

I.2 Estado de Bem-Estar Social e desenvolvimento econômico

Na década de 1970, Arthur Okun elaborou a tese de existência de um *trade off* entre eficiência – entendida em termos de crescimento econômico – e equidade (redistribuição fomentada na economia), uma vez que a produtividade dos agentes econômicos reagiria positivamente a incentivos monetários obtidos no mercado. Assim, a partir do momento que em o Estado entrasse redistribuindo renda sem haver uma contrapartida produtiva, os agentes perderiam o incentivo ao esforço máximo, reduzindo o impulso ao crescimento. Ou seja, os mais produtivos passariam a produzir menos, pois deixariam de deter todo excedente que geram, e os menos produtivos não teriam incentivos para melhorar, pois conseguiriam acréscimo de renda sem esforço. Dessa forma se chega na imagem postulada por Okun de “balde furado”. Essa tese se popularizou e se mantém ainda hoje com a ideia de que gastos sociais tornam o país menos competitivo, representando um obstáculo ao ímpeto de crescimento econômico (Kerstenezky, 2012). De acordo com tal visão, apenas países que já contam com determinado nível de desenvolvimento seriam capazes de evitar esses resultados negativos das políticas de redistribuição (Okun *apud* Esping-Andersen, 1990).

Celia e Jaques Kerstenetzky discordam dessa visão e defendem que o EBES moderno é um ator central no processo de desenvolvimento econômico e social. Primeiramente, como o princípio de eficiência dos mercados se baseia na premissa de existência de mercados completos e perfeitos – o que é uma utopia –, as barreiras ao acesso aos mercados reais que impedem a igualdade de oportunidades e condições constituem justificativas para a ação do Estado. Além disso, esses estudiosos colocam que as evidências empíricas sustentam a relevância do papel do Estado no processo de

desenvolvimento econômico: no período mercantilista entendia-se que um dos deveres estatais era intervir no comércio internacional para garantir o monopólio comercial entre colônias e metrópoles; durante a Revolução Francesa colocou-se que o poder estatal deve ser acompanhado de responsabilidades abarcando não apenas a manutenção da ordem, mas também a defesa da liberdade e bem-estar de seus cidadãos; nos séculos XVIII e XIX os Estados mantiveram o envolvimento na economia a partir da proteção à indústria nascente e com políticas ativas para promover o processo de industrialização (Kerstenetzky e Kerstenetzky, 2015).

Os dois autores ressaltam que não apenas a atuação estatal não constitui obstáculo ao desenvolvimento como o EBES pode ser utilizado como um instrumento para esse fim através do Estado desenvolvimentista, no qual as políticas sociais se inserem no projeto de desenvolvimento econômico nacional. As políticas sociais, além de mitigarem os riscos gerados a partir da industrialização, podem conferir incentivo à produtividade ao fornecer maiores estímulos à inovação a partir da segurança econômica e dos investimentos em educação e formação. Conforme colocado, além dos impactos nas variáveis sociais – como redução de pobreza e desigualdade e promoção do acesso à educação e saúde e da justiça social – as políticas sociais têm efeitos econômicos: ao reduzir os riscos sociais, os ciclos de consumo são suavizados, mitigando as incertezas e promovendo a estabilização econômica. Por conseguinte, os custos de investir em determinado local são reduzidos e há impulsos ao aumento da produtividade (Kerstenetzky, 2011b. e Kerstenetzky e Kerstenetzky, 2015). Desta forma, a existência do sistema de proteção social pode ser essencial para gerar maiores oportunidades e impulsionar o crescimento econômico.

Kwon et al. (2009) também concordam com tal colocação. Os autores defendem que a função da política social pode ir além dos objetivos de proteção e justiça social, tendo sido usada em diversos países como instrumento para investimento social.

Outra ligação ressaltada por Celia Kerstenetzky é entre o EBES e a democracia, definida como a atuação estatal “em conformidade com as demandas expressas pelos cidadãos, mediante consulta (no limite, maximamente) ampla, igual, protegida e efetiva” (Kerstenetzky, 2011, p. 87). Novamente, se coloca a correlação entre direitos políticos e EBES, conforme explicitado na seção I.1: as desigualdades econômicas frequentemente se traduzem em desigualdades políticas, ferindo a democracia; o sistema de proteção

social resguarda e promove a democracia na medida em beneficia o igualitarismo, da mesma forma que a democracia incentiva um EBES mais igualitário ao ampliar a cidadania social. Assim, essa autora apresenta o Estado de Bem-Estar Social como:

[...] conjunto articulado de políticas e instituições que expressam o reconhecimento da responsabilidade pública sobre o bem-estar “social”, isto é, de todos. A responsabilização pública pelo bem-estar se apresenta de vários modos: na concepção de uma “seguridade social”, proteção contra riscos ao bem-estar, de resto entendidos como riscos ordinários em economias de mercado, devidos à ocorrência regular de circunstâncias que inviabilizam a realização de rendimentos – como doença, envelhecimento, acidentes de trabalho, desemprego, gravidez, infância; na existência de um “orçamento público social” legalmente amparado; e na “universalização da cidadania política”, concebida como condição para o acesso aos benefícios sociais. Subjacente ao EBES está, em suma, o reconhecimento de novos direitos da cidadania, os “direitos sociais” (Kerstenetzky, 2011, p. 88).

É interessante notar, no entanto, que as primeiras iniciativas de EBES se deram em países que não eram democráticos, tendo sido a implementação de política de bem-estar um instrumento para tentar breçar o avanço da democracia – caso da Alemanha de Bismarck, por exemplo (Esping-Andersen, 1990).

I.3. As tipologias de Estados de Bem-Estar Social na Europa

As políticas sociais introduzidas pelos países europeus não foram uniformes, tanto em termos de justificativa e abordagem para sua origem, quanto nos efeitos ocasionados, o que, por sua vez, originou EBES com naturezas distintas.

Esping-Andersen (1990) afirma que há três elementos essenciais para o estabelecimento do EBES: em primeiro lugar, a mobilização de classes e sua natureza, principalmente no tocante à classe trabalhadora; além disso, é preciso considerar as estruturas de coalização política das classes, que interferem na mobilização de poder alcançada, devendo-se pensar não apenas em termos de classe sociais, mas também nas relações sociais; por fim, deve-se considerar o legado histórico da institucionalização do regime, que influencia as estruturas de coalizão mencionadas anteriormente. Estes três fatores e a interação existente entre eles geram regimes diferenciados de proteção social, conforme será abordado mais à frente.

Quanto à existência de um EBES, é preciso que se verifique mais mudanças além do aumento do gasto público para que se possa caracterizá-lo, sendo necessário considerar outros parâmetros: primeiramente, as atividades rotineiras do Estado devem se relacionar

majoritariamente com as necessidades de seus cidadãos; em segundo lugar, deve-se julgar se o sistema de proteção social é residual – o Estado atua apenas na impossibilidade de auxílio pela família/mercado – ou institucional, ou seja, universalista; por fim, é preciso selecionar teoricamente os critérios para julgar os tipos de EBES. Os critérios utilizados por este autor são (i) o grau de desmercantilização (ou desmercadorização) promovida, ou seja, em que medida o sistema de proteção social inserido é capaz de reduzir a dependência dos cidadãos com relação ao mercado para garantir seu bem-estar; (ii) tipo de estratificação social resultante da ação do EBES; e, (iii) o relacionamento resultante entre Estado, mercado e família no tocante à provisão de bem-estar (Esping-Andersen, 1990).

A partir da combinação distintas destes três conceitos, Esping-Andersen verifica a existência de três modelos puros distintos de Estado de Bem-Estar Social a partir dos quais as economias⁶ analisadas se dividem:

- (i) *Welfare State* liberal (Estados Unidos, Canadá e Austrália): o Estado estimula (passiva e ativamente) que o mercado seja o *locus* primário para a obtenção de bem-estar e a assistência é residual, tendo poucas transferências ou benefícios universais. Este modelo oferece baixo grau de desmercantilização, e edifica uma ordem de estratificação dual: aqueles que recorrem ao mercado obtêm bem-estar diferenciado aos dos mais pobres, receptores dos benefícios estatais e entre os quais há igualdade. Usualmente mantém o estigma de ser receptor dos benefícios do Estado.
- (ii) *Welfare State* Conservador - Corporativista (Áustria, França, Alemanha e Itália): há ênfase na diferenciação de categorias sociais, ou seja, os direitos sociais estão ligados ao status profissional do indivíduo. Em outras palavras, o acesso e o valor do benefício recebido dependem da posição ocupada pelo agente no mercado de trabalho; aqueles que não participam do mercado de trabalho permanecem dependentes da família. Conseqüentemente, este modelo solidifica a estratificação social pré-existente, mantendo a diferenciação de status e reduzindo seu impacto em termos redistributivos. Este regime relaciona-se ainda com os moldes seguidos pela Igreja, assim há o enfoque na família tradicional, em que o homem é o provedor, havendo

⁶ Alemanha, Austrália, Áustria, Bélgica, Canadá, Dinamarca, Estados Unidos da América, Finlândia, França, Irlanda, Itália, Japão, Noruega, Nova Zelândia, Países Baixos, Reino Unido, Suíça e Suécia.

pouca preocupação com políticas que ajudem a integrar a mulher no mercado de trabalho (a partir da concessão de creches públicas, por exemplo), sendo a mesma responsável pelos cuidados dos parentes dependentes. Este modelo mantém a dependência do indivíduo com relação à família, uma vez que o Estado age apenas quando a família não é capaz de atender às demandas. Por outro lado, este regime torna o indivíduo menos dependente do mercado do que no caso do modelo liberal, se distinguindo deste ainda por não ter tanta valorização das ideias de mercadorização e eficiência do mercado.

- (iii) *Welfare State* Socialdemocrata (países nórdicos, principalmente): baseia-se no princípio de solidariedade e universalização dos riscos. As políticas sociais são universalistas, inclusivas e oferecem benefícios elevados, abrangendo diversos aspectos da vida; os benefícios são vistos como direito social e há comprometimento com o princípio de igualdade com padrões altos de qualidade. Este modelo busca programas que garantam a desmercantilização e incorpora todas as camadas sociais, excluindo o mercado desta esfera, além de eliminar a dependência do indivíduo com relação à família.

Apesar de sua grande importância no estudo dos Estados de Bem-Estar Social, a tipologia elaborada por Esping-Andersen foi alvo de diversas discordâncias por parte de outros autores, o que, em conjunto com o avanço das pesquisas sobre o EBES, deu origem a propostas de novos modelos.

Bambra (2007) separa as principais críticas feitas ao trabalho de Esping-Andersen de 1990 em três linhas: teóricas, metodológicas e com relação à sua validade empírica. No primeiro eixo se destacam: (i) a limitação dos países analisados pelo autor (18 países da OCDE), o que faria com que Estados com modelos distintos ficassem aglomerados nos mesmos regimes e a metodologia ignorasse regiões como o leste asiático, que teria um modelo próprio, (ii) a ausência da consideração das questões de gênero e (iii) a opção do autor de analisar o EBES em seu trabalho publicado em 1990 considerando apenas as transferências sociais, ignorando os serviços sociais oferecidos pelos governos dos países. Com relação à metodologia adotada, a principal questão seria ao modelo de cálculo usado que permitiria apenas três categorias de classificação, o que, segundo Bambra, pode levar à classificação distinta de certos países (como a Grã-Bretanha) do que aquela que seria feita por outro modelo. Por fim, o maior problema com a validade empírica se dá a partir do momento em que alguns autores que replicaram seu estudo chegaram a classificações

distintas para os mesmos países, o que apontaria que o EBES sofreu alterações e essa primeira classificação ficou defasada.

Arts e Gelissen (2002), por sua vez, dividem as críticas em outras três categorias. A primeira delas é a classificação que eles consideram errônea dos países mediterrâneos (Itália, Espanha, Portugal e Grécia) como variações do modelo conservador – eles colocam que apenas a Itália foi analisada no texto de 1990, o que poderia ser a causa de sua má interpretação, com a nova categoria ficando mais clara ao incluir as demais nações no estudo. Segundo Arts e Gelissen, ao considerar esses três outros países, diversos autores – por exemplo, Liebfried (1992), Ferrera (1996) e Bonoli (1997) – identificam um quarto regime de EBES formado por eles. O segundo problema seria a classificação equivocada da Austrália e da Nova Zelândia como pertencentes ao regime liberal, enquanto estudiosos como Castles (1998) defendem que tais países formam um regime próprio, se diferenciando dos demais países liberais por terem proteção social mais inclusiva. Por fim, a terceira linha de crítica é a marginalização das questões de gênero ao se elaborar a tipologia, o que seria uma lacuna grave dado o papel da família na provisão de bem-estar e a diferença que serviços sociais causam no tocante à participação feminina na força de trabalho. Além disso, há muito debate acerca de como determinados países – com destaque especial para os Países Baixos e o Reino Unido – devem ser classificados, dado que os regimes apresentados por Esping-Andersen são “regimes puros”, ou seja, tipos ideais. Como a realidade é mais complexa, os países normalmente apresentam características de mais de um regime (são híbridos) e o que se tenta fazer é concluir de qual regime aquele país se aproxima mais. Assim, dependendo do enfoque dado, a classificação do país pode mudar.

I.4 O Estado de Bem-Estar Social na Ásia

Uma das questões levantadas pelos críticos da tipologia desenvolvida por Esping-Andersen é sua não adequação para a análise dos países do leste asiático. Holliday marcava como uma das principais inadequações o objetivo das políticas sociais – para este autor, enquanto a tipologia de Esping-Andersen vê as políticas sociais como tendo um fim protetivo, o que não seria o caso do leste asiático, onde o objetivo das mesmas poderia ser classificado como produtivo (Holliday *apud* Hudson e Kühnle, 2011). Como em tais países as ideias de direitos sociais estariam menos desenvolvidas, os benefícios sociais atenderiam aos objetivos produtivos, reforçando-os, com as políticas sociais sendo

utilizadas para alcançar a meta de crescimento econômico (Holliday *apud* Choi, 2012). É preciso ressaltar, contudo, que a utilização de políticas sociais como instrumento para o desenvolvimento econômico não foi exclusiva das nações asiáticas. Conforme Kerstenetzky (2012) aponta, Bismarck serviu-se de tal estratégia para impulsionar a industrialização da Alemanha e seu exemplo foi posteriormente seguido por países, por exemplo, da Ásia, América Latina e Escandinávia, o que demonstra que a colocação do fim produtivista das políticas sociais como característica apenas do EBES asiático é enganosa.

Karim et al. (2010) afirmam que o modelo do leste asiático se caracteriza principalmente pelo Estado desempenhar um papel residual, com baixos níveis de investimento público na área social e nos serviços públicos, e pelo papel central desempenhado pelas famílias e voluntários na provisão de bem-estar. Para esses autores, o modelo similar mais próximo na tipologia de Esping-Andersen seria o liberal, que não se encaixa, contudo, porque no leste asiático o Estado exerceria um papel mais forte, especialmente como regulador da provisão por outros agentes e como planejador econômico.

Kwon et al., por sua vez, destacam o papel da provisão de bem-estar no desenvolvimento econômico dos países do leste asiático, configurando o chamado “Bem-Estar desenvolvimentista” (*welfare developmentalism*, no original). Em tal sistema, cujas origens remontam a Bismarck, conforme abordado anteriormente, o Estado desenvolvimentista desempenha papel central e as políticas sociais se caracterizam por sua utilização estratégica como instrumento para alcançar a meta de crescimento econômico. Assim, o Estado de bem-estar desenvolvimentista tende a ser seletivo em sua cobertura, favorecendo especialmente os atores importantes para o processo de crescimento econômico (Kwon et al., 2009).

Se enquadrando em tal descrição, nos países do leste asiático a política de bem-estar desenvolvida depende do objetivo econômico buscado, havendo a predominância da meta de crescimento econômico frente aos ideais de justiça social e equidade. Em seu início, verificava-se a seletividade da política instituída, com o foco principal sendo o trabalhador industrial, ator vital para o avanço do processo de desenvolvimento por exportações de bens manufaturados – característico de regiões como Taiwan e Coreia do Sul –, havendo interesse ainda na manutenção dos baixos salários para essa categoria. Os programas introduzidos caracterizavam-se por serem centrados nas grandes empresas –

principais empregadores dos trabalhadores industriais –, sendo as mesmas as financiadoras dos programas, o que significa que o Estado detinha o papel de regulador, mas não provedor nesse sistema, e que a maior parte da população mais vulnerável foi permaneceu descoberta (ibidem).

Miyamoto (2003) lista quatro principais características em comum da primeira fase dos EBES dos países do leste asiático (até o final dos anos 90, portanto sem as mudanças causadas após a crise financeira asiática no EBES desses países). A primeira seria a limitação dos gastos sociais públicos. A segunda seria o forte papel exercido pelo Estado como regulador da provisão privada de bem-estar. A terceira consistiria no fato de que a provisão de bem-estar se dá a partir de programas segmentados, o que resulta da elaboração de programas privilegiados para os funcionários do Estado e programas específicos para trabalhadores autônomos. Por fim, o quarto aspecto levantado é o papel central desempenhado pelas famílias no contexto do EBES nos países do leste asiático, o que, ressalta Miyamoto, não deve ser entendido como uma característica cultural, mas sim resultante do baixo montante destinado pelo governo à provisão de serviços sociais, o que mantém uma lacuna que precisa ser preenchida. Tudo isso, no entanto, veio acompanhado de um Estado que atua fortemente na própria estrutura do sistema econômico, evitando dispersões salariais e regulando de perto várias instituições, inclusive o mercado de trabalho. Isso explica o bom perfil distributivo da maior parte desses países apesar de um EBES pequeno, conforme discutiremos mais a seguir.

Raymond Chan e Ka Lin (2013) colocam que as políticas sociais podem ser divididas três em modelos: redistributivo, produtivista e *developmental*⁷, que não será tratado nesse trabalho. O modelo redistributivo, dominante nos países da Europa Ocidental, seria baseado nos ideais de justiça social e cidadania e teria como valor principal o igualitarismo. Nesse modelo, o Estado tem papel crucial na provisão de bem-estar.

Já o modelo produtivista teria como atributos a subordinação da política social à política econômica e às atividades produtivas, sendo o desenvolvimento econômico a principal prioridade do Estado, que teria forte papel frente ao mercado e cidadãos. Apregoava-se que tal crescimento fosse capaz de “transbordar” para os diversos setores da sociedade,

⁷ Apesar do nome, o modelo desenvolvimentista abordado pelos autores diferencia-se muito do que tradicionalmente se entende como “desenvolvimentista”. Chan e Lin descrevem-no como um regime que encoraja o empoderamento da sociedade civil; o bem-estar é fornecido agentes não governamentais, focando-se na ideia de comunidade.

melhorando as condições sociais do país sem necessidade de política específica para tal fim. Além disso, o acesso às políticas sociais não se daria pelo entendimento de que elas fazem parte dos direitos dos cidadãos, mas sim de forma dependente a partir da posição do indivíduo no mercado de trabalho. Segundo Chan e Lin, esse modelo é muitas vezes encontrado em sociedades com contextos mais ou menos autoritários, mas em todo caso sendo as políticas implementadas “de cima para baixo”, além de ser marcadamente relacionado com contextos de desenvolvimento econômico guiado pelo Estado. Por conseguinte, seu foco centra-se na questão dos trabalhadores, com um sistema baseado os princípios da força de trabalho e nos interesses dos oficiais do governo para sua elaboração (ibidem).

Tabela 1: Comparação dos modelos de política social por Chan e Lin

	Redistributivo	Produtivista
Região	Países da Europa ocidental com industrialização avançada	Países recentemente industrializados do leste asiático
Orientação	Redistribuição de renda e seguridade social	Modernização e crescimento do PIB
Valores	Justiça social; direitos sociais dos cidadãos	Trabalho e proteção da força de trabalho
Objetivos de desenvolvimento	Regular o mercado através de políticas sociais que promovam a igualdade social	Altas taxas de crescimento econômico com efeitos “de transbordamento”
Processo de tomada de decisão política	Abordagem de barganha corporativa	Abordagem “de cima para baixo”
Papel do Estado	Principal provedor	Principal regulador
Estratégias	Redistribuição de renda via programas de seguridade social e taxaço progressiva	Proteção ao trabalho, bem-estar provido pelas companhias e seguros sociais
Contexto da sociedade	Democrático	Autoritário

Fonte: Adaptado de Chan e Lin (2013, p. 834). Tradução própria.

Chan e Lin ressaltam que a separação dessas classificações nem sempre é clara. Apesar disso, eles buscam salientá-las a partir da história do leste asiático⁸, que teria apresentado esses modelos em momentos distintos. Segundo os autores, a partir da década de 1970,

⁸ Chan e Lin (2013) fazem sua análise a partir dos seguintes países: Japão, Coreia do Sul, China continental, Taiwan, Hong Kong e Cingapura.

com a promoção da industrialização desses países pelos seus respectivos Estados, houve uma guinada para o modelo produtivista, com um aumento dos gastos públicos na área social visando facilitar e favorecer o crescimento econômico. Nesse sentido, as políticas adotadas priorizavam o trabalhador industrial, ator central no processo de desenvolvimento, e o Estado e as empresas passaram a ocupar o espaço deixado pelos agentes tradicionais que anteriormente atendiam o bem-estar, sendo que estes últimos ficaram fragilizados pelo processo de industrialização. O Estado desempenhava fortemente o papel de regulador e agente que rege e dirige o sistema, tendo uma atuação no sentido de garantir alguns interesses do trabalho, enquanto as empresas passaram a oferecer benefícios que atendiam aos seus empregados e dependentes, o que foi viabilizado pelo rápido crescimento econômico alcançado por essas economias, que levou à situação de pleno emprego. Com isso, a demanda por políticas de bem-estar oferecidas pelo próprio Estado foi reduzida e o apoio ao modelo produtivista aumentou (Chan e Lin, 2013).

Esse quadro, porém, se reverteu posteriormente, o que levou à mudança do modelo. Um fator muito importante para isso foi a crise econômica que o leste asiático enfrentou no final da década de 1990, o que significou a redução do ritmo de crescimento dessas economias. Somado ao aumento da desigualdade verificado nesta mesma década, ficou claro que o modelo produtivista, em que as empresas são as provedoras principais de bem-estar no lugar do Estado, não era adequado para proteger a população dos riscos econômicos e que a ideia contida neste regime de que o crescimento econômico sozinho causaria um efeito de “transbordamento”, generalizando a melhoria de vida para toda a população, não se verificou. Outra questão relevante foi a emergência da democracia na região a partir da década de 1980, o que criou incentivos eleitorais para que os membros do governo promovessem políticas de bem-estar, de forma que o modelo produtivista foi fragilizado. Por fim, com a crise internacional de 2008, muitas empresas deixaram de ser capazes de manter seus programas de bem-estar. A combinação desses três elementos elevou a pressão da população pela maior provisão estatal. Assim, embora o modelo produtivista não tenha sido abandonado de todo, a busca pela maior igualdade entre os cidadãos – visto como instrumento para manutenção da estabilidade social – passou a ser uma preocupação do Estado, fazendo com que não apenas os gastos sociais mantivessem sua tendência crescente, como ainda o modelo vigente no leste asiático passasse a ser um híbrido entre o produtivista e o redistributivo, dado que a promoção do bem-estar continua sendo feita mantendo o crescimento econômico como objetivo (Chan e Lin, 2013).

A Coreia do Sul é um caso no qual percebe-se a metamorfose da concepção de bem-estar, conforme ilustrado por Kwon (2014). Na década de 1960, Park Chung-Hee estabeleceu o desenvolvimento econômico do país – a partir, principalmente, de um processo de industrialização e modernização da estrutura produtiva – como a prioridade do Estado. Neste período, estendendo-se até a década de 1990, predominava entre os políticos do país a visão de que havia um *trade off* entre crescimento econômico e proteção social, sendo necessário determinado nível prévio de desenvolvimento do país para poder estabelecer políticas sociais mais amplas sem que as mesmas significassem um fardo financeiro excessivo. Por conseguinte, o estabelecimento das políticas sociais ficava subordinado ao objetivo prioritário de crescimento econômico, conformando-se um regime de bem-estar (denominado *Welfare State* desenvolvimentista) extremamente seletivo, atendendo apenas aos trabalhadores industriais. O familismo é uma característica deste modelo, no qual os principais provedores de bem-estar são os membros familiares e outras redes informais, não o Estado.

Com o desenvolvimento do país, as possibilidades de instaurar programas sociais a partir deste modelo se expandiram, mas o mesmo permaneceu muito seletivo. Por exemplo, a década de 1970 foram criados o programa de pensões nacionais e de seguro de saúde, que, entretanto, atendia apenas aos trabalhadores de empresas industriais que contavam com mais de 500 trabalhadores. A crise da década de 1990, conforme abordado anteriormente, expôs as vulnerabilidades deste sistema e impulsionou mudanças. Na Coreia do Sul, isso se deu a partir da formação de um consenso social entre governo, empresas e trabalho, que levou à transição para o chamado regime produtivista de bem-estar. Isso assinala uma modificação na visão de *trade off* e a política social passa a ser uma das prioridades do governo, que mantém como igualmente prioritário o projeto de desenvolvimento econômico. Em outras palavras, a política social deixa de ser vista como obstáculo ao crescimento econômico, passando a ser encarada como “parte essencial da política econômica” (Kwon, 2005 *apud* Kwon, 2014, p. 7). Foram feitas reformas que ampliaram a proteção social às camadas mais pobres e vulneráveis da população, aumentando os gastos sociais do governo, e que impulsionavam a transformação estrutural da economia coreana em direção a tecnologias mais avançadas. Neste período os programas sociais foram fortalecidos – o de seguro de saúde, por exemplo, que antes era fragmentado foi unificado, o que elevou seus efeitos redistributivos – e novos programas foram criados, abrangendo parcela maior da população coreana (embora não

a população inteira, permanecendo um sistema limitado em termos de cobertura) (Kwon, 2014).

A partir da década de 2010 observou-se o surgimento de discussões acerca da construção de um sistema coreano de bem-estar “universal”. Kwon cita que tal tema foi muito relevante nas eleições presidenciais de 2012, nas quais os dois principais partidos (*Saenuri Party* e *Democratic Party*) fizeram promessas neste sentido, embora sem ter muita clareza no significado do termo e sem programas claros de como estabelecê-lo. Há o entendimento de que essa mudança pode ser uma forma de se adaptar e atender os novos “riscos sociais” que emergiram nos últimos anos na Coreia, em especial a transição demográfica e o envelhecimento da população, que criam novas demandas por serviços e seguros sociais. Ao mitigar esses riscos, o modelo universal favorece o crescimento econômico, dado que ajuda a manter o potencial produtivo da sociedade (ibidem). Enfim, apesar da pouca acessibilidade ao significado prático de como seria esse sistema, este é um marco importante para o leste asiático, pois é a primeira vez em que um país da região sinaliza a intenção de arquitetar um modelo de provisão de bem-estar universal.

O caso japonês também é interessante de ser estudado. Miyamoto (2003) não concorda que o Japão se enquadre de fato no mesmo modelo de bem-estar dos demais países do leste asiáticos, além de achar inadequada sua colocação no regime conservador por Esping-Andersen (1990). Segundo Miyamoto, o principal fator que diferenciou o Japão dos outros países nas décadas de 1980 e 1990 foi a conjunção de gastos sociais baixos em comparação com os países ocidentais e as baixas taxas de desemprego e pobreza relativa. Outro elemento destacado pelo autor é a pequena diferença entre a desigualdade da renda de mercado e da renda pós governo (ou seja, considerando a taxação e as transferências), indicativo de que a redistribuição realizada pelo governo é reduzida e que há políticas econômicas substituindo esse papel normalmente atribuído ao governo. Elas seriam: (i) a existência de empregos vitalícios em grandes empresas – fator determinante para a baixa taxa de desemprego – e benefícios adicionais oferecidos pelas mesmas; (ii) regulação protecionista das empresas de pequeno e médio porte; (iii) forte associação entre o sistema de empregos e o familismo⁹.

⁹ Miyamoto (2003) ressalta que o familismo (centralidade da família na política de assistência social) não é um fator cultural, mas sim resultado intencional do sistema de seguridade social implementado, que beneficia o provedor da família e incentiva que as mulheres se retirem do mercado de trabalho e atuem como cuidadoras das crianças e dos idosos que sejam seus parentes.

Em seu trabalho de 1999, Esping-Andersen considera que o Japão apresenta um modelo híbrido entre o conservador – caracterizado pelo forte papel da família e pelos programas sociais fragmentados – e o liberal, dado que os gastos sociais do Japão são menores do que os de outros países conservadores e a desmercantilização¹⁰ é limitada (Esping-Andersen *apud* Miyamoyo, 2003). Miyamoto, contudo, afirma que o Japão tem características únicas que o separam de outros países ocidentais caracterizados da mesma forma. O primeiro fator seria a coalizão política originária desse tipo de EBES. Enquanto no Ocidente os países com modelo conservador-liberal misto apresentaram aliança política entre *business* e agricultura, no Japão o mesmo não ocorreu, sendo a integração de interesses feita dentro de um único partido. Além disso, embora seja relativamente comum que famílias e empresas assumam papéis na provisão de bem-estar nos modelos liberal e conservador, no Japão há uma forte associação entre esses agentes, o que, em conjunto com o montante singular de políticas econômicas mobilizadas para substituir o Estado na provisão de bem-estar, distingue o Japão dos seus correspondentes ocidentais.

Ao mesmo tempo, Japão também não se encaixava totalmente no modelo dos demais países do leste asiático, pois o gasto social japonês é maior e os benefícios oferecidos, além de serem mais antigos, são também mais amplos do que aqueles dos outros países dessa região (Miyamoto, 2003).

A partir do final da década de 1990, o sistema de bem-estar japonês passou por diversas mudanças, marcadas principalmente pela expansão dos programas direcionados aos idosos e crianças. Isso significou expressivo incremento no gasto social japonês, que passou de 11% para 23% do PIB entre 1990 e o final da década de 2000, alcançando a média dos demais países da OCDE. Para justificar tal salto, há autores que enfatizam o papel das transformações demográficas verificadas na sociedade japonesa, em especial o aumento de idosos e de famílias que fogem ao padrão do provedor único masculino; outros estudiosos focam nas variações no mercado, com o crescimento de trabalhadores “atípicos” em resposta à globalização, o que elevou a incerteza e insegurança no mercado de trabalho. Soma-se ainda os resultados das crises econômicas do final da década de 1990 e 2000, contexto no qual houve piora da pobreza e desigualdade. Com isso, ao mesmo tempo em que autores como Woo e Yi atribuem o aumento dos gastos ao esforço do governo para universalizar as políticas de bem-estar e lidar com a maior

¹⁰ Desmercantilização ou desmercadorização se refere à redução da dependência da sobrevivência e bem-estar do indivíduo com relação à venda de sua força de trabalho no mercado (Esping-Andersen, 1990).

vulnerabilidade frente ao mercado, outros entendem que é uma consequência da ampliação da população dependente apenas, mantendo a característica de bem-estar orientado a partir do mercado de trabalho (Lee, 2015).

A questão da dificuldade de identificação do sistema de proteção social também se encaixa no caso chinês. Desde o final da década de 1990, o governo chinês adotou o objetivo de desenvolver uma sociedade mais igualitária, na qual a população tivesse acesso a mais programas de bem-estar do que aquele oferecido ao longo das décadas de 1980 e 1990 – o que foi sistematizado no slogan do presidente Hu Jintao de construção de uma “sociedade harmoniosa”. Atualmente, a proposta do 13º Plano Quinquenal (2016-2020), o primeiro sob o governo de Xi Jinping tem como um de seus princípios a busca pelo desenvolvimento inclusivo, com expansão dos serviços sociais e maior igualdade entre áreas urbanas e rurais. Colocou-se os objetivos de retirar todos os residentes rurais da pobreza, garantir educação de qualidade, serviços públicos e de saúde universais, reforma do sistema de pensões e do sistema de *hukou* e extensão dos serviços sociais urbanos para todos os residentes e cobertura a todos os idosos.

Neste sentido, o trabalho busca descrever no próximo capítulo as reformas realizadas no sistema de seguros sociais de saúde da China a partir da década de 1980 e suas principais características, fazendo para isso uma revisão bibliográfica sobre o tema.

CAPÍTULO II: O SISTEMA DE PROTEÇÃO SOCIAL NA SAÚDE NA CHINA ENTRE 1980-2015

A década de 1980 marcou o início de um período caracterizado pela realização de reformas econômicas visando a modernização, o fortalecimento geoestratégico e o crescimento do país, objetivos nos quais foi bem-sucedido. O PIB per capita (PPP, a preços internacionais constantes de 2011) chinês passou de \$1.526 em 1990 para \$13.572 em 2015, segundo dados do Banco Mundial¹¹.

A política de proteção social, por outro lado, ficou marginalizada, tendo prioridade os objetivos de redução de gastos pelo governo (Chan, Ngok e Phillips, 2008). O sistema de bem-estar que perdurou ao longo do período maoísta caracterizou-se pela centralidade das unidades de trabalho e comunas rurais como provedoras, conseguindo atender parcela significativa da população. A reforma implementada a partir do final da década de 1970 significou, contudo, o término das comunas rurais e a reestruturação do modelo das SOEs, o que resultou no aniquilamento das bases do sistema de *welfare* existente. A partir da década de 1990, diversas mudanças foram introduzidas na seguridade social, tendo por objetivo lidar com as mudanças socioeconômicas transcorridas e, principalmente, garantir a paz e harmonia social (Chen e Turner, 2015).

Avanços relevantes foram obtidos desde então. A seguridade social chinesa atual inclui programas relacionados a seguros pela idade avançada, desemprego, problemas de saúde, lesões e doenças ocupacionais, serviços sociais de bem-estar, alívio à pobreza, moradia, entre outros (Chan, Ngok e Philips, 2008). Por exemplo, o maior programa vigente de assistência social com benefícios em dinheiro do mundo é o *Minimal Living Security System (Dibao)*¹², que atendia a 52 milhões de cidadãos chineses rurais no final de 2014 (Li e Walker, 2016).

Todavia, a divisão rural-urbana do sistema de bem-estar do período maoísta persistiu após seu fim, sendo a população urbana consistentemente mais favorecida. O sistema de registro de residência (*hukou*), implantado para controlar a migração da população dentro

¹¹ BANCO MUNDIAL. *World Development Indicators*. Disponível em: <<https://goo.gl/UkWFVD>>. Acesso em 10 out. 2016.

¹² O *Dibao* é um programa focalizado na parcela mais pobre da população e visa garantir o nível mínimo de renda necessário para suprir as necessidades básicas (como comida, roupas, etc.). Ele foi implementado em todas as cidades em 1999, tendo se tornado um programa nacional que abarca também a totalidade das áreas rurais apenas em 2007 (Li e Walker, 2016).

da China, é um dos causadores de tal segmentação, pois atrela os programas de benefícios sociais aos quais o indivíduo é elegível àqueles de seu local de residência oficial (Zhang, Ci e Zhan, 2016). Isso gera um sistema fragmentado, o que é majorado ainda pela descentralização das funções governamentais introduzida na reforma econômica. Conforme Chen e Turner (2015) mostram, desde de 1979 houve redução da parcela das receitas financeiras do governo central e aumento da do governo local, ocorrendo o mesmo com os gastos. A descentralização dos gastos acarretou a descentralização das decisões sobre os programas de seguridade social, assim como de seus fundos, cuja administração é incumbência dos governos municipais. Conseqüentemente, além do *gap* rural-urbano, há desigualdades inter-regionais no interior de cada programa decorrentes da diferença no nível de desenvolvimento econômico da região em questão.

Essas características são verificáveis no sistema de previdência social chinês. O programa para trabalhadores formais urbanos – *Urban Employee's Pension Program* – foi estabelecido em 1997. É um programa compulsório, financiado pelos empregadores e empregados, sendo a taxa de contribuição variável de região para região. Os trabalhadores podem requerer o benefício após 15 anos de contribuição e a idade de aposentadoria varia de acordo com a ocupação – de um modo geral, para homens é de 60 anos e para mulheres varia entre 50 e 60. O nível médio de benefício era de 1.900 yuan por mês em 2013, com taxa de reposição média de 45%. Já o programa rural (*National Rural Pension Scheme*) e aquele para os residentes urbanos sem emprego formal (*Urban Residents' Pension Program*), instituídos em 2009 e 2011, respectivamente, são programas voluntários, com níveis de benefícios mais limitados. O governo local determina uma faixa para a contribuição individual, dentro da qual o indivíduo decide o valor que pagará, sendo o financiamento feito ainda pelo governo. Para requerer os benefícios é preciso 15 anos de contribuição e idade mínima de 60 anos; o nível médio de benefício em 2012 foi de 74 yuan no programa rural e 81 yuan no *Urban Residents' Pension Program*. Além destes, há ainda outros programas, como os específicos para os membros do partido e militares e para os trabalhadores migrantes. Assim, o sistema de pensões reproduz a divisão da sociedade e concede níveis distintos de benefícios para cada parcela da mesma, com diferenças não apenas no montante recebido, mas também na idade a partir da qual pode-se requerer a pensão (Chen e Turner, 2015).

A próxima seção irá explorar detalhadamente as transmutações pelas quais o sistema de proteção social de saúde chinês passou, mostrando ainda que as principais características

do modelo de seguridade mencionadas de fato se refletem nos programas atuais de seguros sociais de saúde. Em síntese, as reformas econômicas causaram grandes mudanças no sistema de saúde, principalmente no tocante à população coberta pelos seguros sociais de saúde existentes. Foi gerado um enorme vácuo na proteção social e uma séria situação de conflitos e tensionamentos por causa de famílias que foram à falência por conta dos gastos com tratamentos de doenças graves. Adicionalmente, ocorreram epidemias graves como a SARS, em parte causada pela dificuldade de acesso a tratamentos médicos pela população pobre.

Essa “desproteção social” vai ser revista a partir do final dos anos 90, conforme discutiremos na seção subsequente. O governo criou três programas principais de seguro de saúde nacionais (dois urbanos e outro rural), cujos resultados iremos retratar a seguir, inclusive suas características, cobertura, generosidade, resultados e limitações.

II.1 O desmonte do sistema maoísta e o vácuo na proteção social de saúde

Durante o período maoísta e anteriormente à reforma econômica, a maior parte da população chinesa era atendida por algum dos programas sociais de saúde existente – *Rural Cooperative Medical Scheme* (RCMS ou CMS) na área rural e *Government Employee Insurance Scheme* (GIS) e *Labor Insurance Scheme* (LIS) nas regiões urbanas – e o governo chinês obtinha bons resultados com a política de saúde se levado em conta o baixo nível de renda per capita. Os cuidados preventivos e disseminados nacionalmente levaram a Organização Mundial de Saúde a elogiar o desenvolvimento de saúde pública chinesa em 1978 (UNDP, 2016) e o Banco Mundial a admitir que no início dos anos 1980 “os mais pobres na China estão numa situação muito melhor do que seus equivalentes na maior parte dos países em desenvolvimento” (Banco Mundial, 1985, p. 94).

O *Rural Cooperative Medical System* (RCMS ou CMS), que atendia à população rural, era baseado nas comunas rurais e brigadas de produção, que recolhiam taxas para financiar as despesas médicas (Chan, Ngok e Phillips, 2008). A contribuição dos membros das brigadas era em torno de 1,5 a 3 yuan em média, sendo coletado anualmente (Duckett, 2011), tendo ainda as famílias mais pobres o direito de receber subsídios médicos (Chan, Ngok e Phillips, 2008). Com esse sistema, a maioria da população rural contava com alguma proteção contra problemas de saúde – em 1979 sua cobertura alcançou entre 80-90% da população alvo (Ho, 1995). Além disso, embora apresentasse

diversos problemas de financiamento e qualidade¹³, o CMS propiciou melhorias no cuidado à saúde nas zonas rurais: Kanbur e Zhang (2005) constatam que durante o CMS o atendimento nas áreas rurais apresentou ampla expansão, com aumento tanto do número de leitos (a cada 1000 pessoas) – que passou de 0,08 em 1952 para 1,48 em 1980 – quanto dos profissionais de saúde (a cada 1000 pessoas) – este número foi de 0,95 em 1952 para 1,81 em 1980. Houve ainda enorme queda da taxa de mortalidade infantil entre 1960 e 1980, o que sinaliza o impacto positivo conquistado sob este programa.

Os residentes urbanos, por sua vez, dispunham majoritariamente do chamado *iron rice bowl* no período maoísta: possuíam empregos vitalícios nas empresas públicas, responsáveis pela provisão de bem-estar social aos seus empregados, o que incluía moradia, educação, alimentação e saúde (Kanbur e Zhang, 2005). A política de seguro social de saúde tinha dois programas distintos: as empresas estatais, SOEs (*State Owned Enterprises*) financiavam o seguro social de seus empregados através do *Labor Insurance Schemes* (LIS); enquanto isso, os funcionários das instituições governamentais recebiam cobertura via *Government Employee Insurance Schemes* (GIS), financiado via recursos orçamentários (Liu, 2002). A cobertura alcançava não apenas os trabalhadores das empresas, mas também seus dependentes, o que permitia que a parcela significativa da população urbana fosse atendida. Contudo, assim como sua contraparte rural, esse sistema não era eficiente, envolvendo altos custos para o Estado e as empresas.

As reformas econômicas introduzidas no final da década de 1970 e a priorização pela redução de custos levaram ao eventual desmonte dos programas preexistente. O principal fator apontado para o fim do CMS foi a substituição das comunas rurais pelo sistema de responsabilidade familiar¹⁴, o que significou a desmobilização da base de arrecadação do CMS. Assim, conforme tal substituição foi concretizada ao longo da década de 1980, o CMS foi sendo extinto (Chan, Ngok e Phillips, 2008 e Duckett, 2011). Nas zonas urbanas, por sua vez, a maior flexibilização da regulação das SOEs produziu impacto significativo na cobertura de seguro de saúde. Com a mudança na regulação, as SOEs ganham maior

¹³ As dificuldades econômicas enfrentadas por determinadas regiões faziam com que os programas fossem limitados ou mesmo suspensos, principalmente quando a colheita agrícola não era boa, prejudicando as contribuições, que já eram frequentemente insuficientes. Além disso, o serviço médico prestado era frequentemente de qualidade inferior (Duckett, 2011).

¹⁴ No sistema de responsabilidade familiar, a terra, que era de propriedade estatal e coletiva, era dividida pelo governo local e cedida às famílias da região, que passavam a ter o direito de produzir e construir naquela área por determinado período de tempo, o que permitiu que as famílias se tornassem mais autônomas e independentes. Havia uma cota de produção para cada família, que após alcançá-la, podia vender seu excedente no mercado agrícola ou diretamente ao governo.

independência decisória e diversos trabalhadores foram dispensados, sendo este número superior a 27,8 milhões entre 1999 e 2004 (Chan, Ngok e Phillips, 2008). Outras mudanças instauradas com as reformas foram o fim do financiamento governamental ao LIS e a maior competitividade da economia. Conforme Liu (2002) expõe, esse cenário fez com que as SOEs se deparassem com limitações impostas pela desvantagem financeira do sistema de proteção social vigente e um número crescente de SOEs deixou de ser capaz de pagar as despesas médicas de seus empregados.

Essas modificações tiveram sérias consequências para a saúde da população chinesa. A proporção dos gastos governamentais com saúde como total dos gastos com saúde saiu de 36% em 1980 para 16% em 2001 e os gastos sociais com saúde foram de 42,5% para 24,1% entre esses anos, enquanto a parcela de gastos individuais com relação aos gastos totais de saúde passou de 21% para 60% nesse mesmo período (China Statistical Yearbook, 2015). A população atendida por algum seguro de saúde chegou a apenas 5% na zona rural e 38% nas áreas urbanas em 1998 (Yu, 2015), enquanto a inflação dos custos médicos acelerou (Hsiao, 2007).

Como resultado, houve piora no status da saúde da população, com o ressurgimento de doenças como a esquistossomose e a malária em algumas províncias (Meng *apud* Chan, Ngok e Phillips, 2008). Diversos problemas sociais foram associados a esse quadro, como o aumento da pobreza causada por grandes despesas médicas e da população sem acesso aos cuidados necessários, o que alimentou a insatisfação social – entre 1994 e 2005, o número de incidentes de massa passou de 10.000 para 87.000, fragilizando a estabilidade do governo chinês (Kahn *apud* Hsiao, 2007). O descuido com a saúde pública ficou especialmente evidente com a epidemia de SARS em 2003, que marcou o ponto de inflexão da política governamental.

Dado este cenário, o governo chinês passou a contar com dois principais incentivos para realização de novas reformas, desta vez objetivando expandir o sistema social de saúde: (i) a ideologia oficial do Partido Comunista Chinês (PCC) continuava sendo o socialismo, de forma que há a necessidade de garantir bem-estar social à população como um todo, sob o risco de o governo perder legitimidade; (ii) houve ainda uma mudança na estratégia de desenvolvimento da China, que passou a incluir a construção de uma “sociedade harmoniosa” ao invés de focar apenas o crescimento do PIB (Yu, 2015). O sistema de

seguro social de saúde se enquadra na construção de tal sociedade, caracterizada por sua maior igualdade e segurança social (Sander, Schmitt e Kuhnle, 2012).

II.2 Os novos sistemas de proteção nas zonas rurais e urbanas

A partir do final da década de 1990, o governo da China promoveu novas reformas no sistema de seguro social de saúde para reconstruir o atendimento aos moradores rurais e urbanos e reverter os maus resultados que marcaram as duas décadas posteriores às mudanças econômicas. Na configuração atual, o governo central é responsável pelo estabelecimento da legislação nacional e diretrizes gerais da política de saúde, mas é incumbência do governo local prover os cuidados de saúde de acordo com as condições e possibilidades da região.

Com a nova política, os gastos governamentais com saúde passaram de 16% do total de gastos com saúde em 2001 para 30% em 2014, os gastos sociais foram de 24,1% para 38,05% entre esses anos, enquanto os gastos individuais com saúde da população caíram de 60% para 32% no mesmo período (China Statistical Yearbook, 2015). O avanço do atendimento através dos novos seguros sociais se deu em ritmo acelerado e em 2011 praticamente toda a população estava coberta, com melhorias significativas nos indicadores de saúde.

O sistema atual de seguros sociais de saúde é configurado por três principais, sendo eles o *New Rural Cooperative Medical System* (NRCMS), que cobre a população de regiões rurais, o *Urban Employee Basic Medical Insurance* (UEBMI), responsável pelo atendimento dos trabalhadores formais urbanos, e o *Urban Resident Basic Medical Insurance* (URBMI), cuja população alvo são os residentes urbanos que não participam do mercado de trabalho formal. Embora o seguro de saúde privado ainda atenda a uma parcela relativamente pequena, possuindo um papel complementar no sentido de cobrir serviços não inclusos nos programas sociais, o governo chinês tem estimulado seu crescimento com a redução das restrições regulatórias e através do oferecimento de incentivos fiscais aos consumidores chineses que adquiram tal serviço. A estratégia tem apresentado resultados: esse mercado cresceu de 60% entre 2014 e 2015¹⁵ (EY, 2016).

¹⁵ 2015 foi o ano em que o programa piloto de oferecimento de benefícios fiscais foi instituído em uma grande cidade de cada província e em Pequim, Xangai, Chongging e Tianjin: quem adquire um plano de saúde privado pode deduzir até RMB2.400,00 de suas contribuições anuais por renda (EY, 2016).

As reformas que levaram à constituição desses três principais programas de seguro social de saúde serão analisadas a seguir, sendo abordadas separadamente as áreas rurais e urbanas, tendo em vista as particularidades de cada caso.

II.2.1 Reforma Rural

Para lidar com os problemas de saúde na área rural, líderes locais fizeram diversas tentativas isoladas até o estabelecimento de uma nova diretriz nacional. Em 2002 foi publicado o documento “*Decision in further strengthening health services in rural areas*”, no qual o governo central admitiu as falhas que existiam no fornecimento de assistência médica à população rural e estipulou novas contribuições financeiras do governo central para essas áreas e formulava uma estrutura dos cuidados de saúde para tais regiões objetivando a reconstrução do CMS (Chan, Ngok e Phillips, 2008).

Concretamente, em 2003 foi instituído o *New Rural Cooperative Medical Scheme* (NRCMS), que apresentou rápida expansão e alcançou mais de 99% da população rural em 2013 (China Statistical Yearbook 2015), sendo esta rápida expansão impulsionada pelo financiamento governamental, que é responsável por cerca de 80% do financiamento total (UNDP, 2016).

O NRCMS é um programa de responsabilidade do Ministério da Saúde, com inscrição voluntária à nível de domicílio e com financiamento realizado a partir de contribuições individuais, do governo local e do governo central, variando de acordo com as condições socioeconômicas locais. Regiões mais pobres contavam com contribuições anuais mínimas por pessoa em 2010 de 20 yuan a serem pagos pelo indivíduo e 100 yuan divididos igualmente entre os governos local e central. Beneficiários com mais dificuldades financeiras podem ainda ter sua parte da contribuição coberta pelo *Medical Financial Assistance Program* (WHO, 2010).

II.2.2 Reforma Urbana

A reforma do sistema de seguro social de saúde urbano tem como um de seus marcos a publicação pelo governo central chinês do “*Decision on establishing the basic medical insurance system for urban employees*” em 1998 (Chan, Ngok e Phillips, 2008), quando foi criado o *Urban Employee Medical Insurance* (UEBMI), programa de seguro social de saúde individual e compulsório que substituía o LIS, atendendo aos empregados urbanos

formais. O financiamento é feito pelos empregadores e empregados urbanos, sendo os aposentados isentos da contribuição (Chan, Ngok e Phillips, 2008 e Huang, 2014).

O UEBMI foi eficaz em expandir a cobertura com relação à alcançada anteriormente pelo LIS, contudo, ele não resolveu satisfatoriamente os problemas de saúde das regiões urbanas, uma vez que uma parcela considerável da população continuava sem ser atendida, pois excluía todos que não contassem com emprego formal estável, como idosos, estudantes, pessoas com deficiência e trabalhadores informais (Chen, Lin e Liu, 2009).

Para suprir esta lacuna, foi criado em 2007 o *Urban Resident Basic Medical Insurance* (URBMI), objetivando englobar a população não atendida pelo UEBMI. Há diversas similaridades com o NRCMS, como o modelo de inscrição – voluntária e feita por domicílio, de forma a mitigar o problema da seleção adversa – e o financiamento, feito pelos governos central e local e pelo indivíduo (Chen, Lin e Liu, 2009).

Assim, o sistema de seguro social das áreas urbanas passou a ser composto basicamente pelo UEBMI, que fornece cobertura aos trabalhadores urbanos formais e pelo URBMI, responsável pelo restante da população urbana sem emprego formal estável. Em 2010, o UEBMI e o URBMI atingiram, respectivamente, 92% e 93% de seu público alvo. Com a expansão dos três programas – NRCMS, UEBMI e URBMI – em 2011 a China alcançou a universalização da população coberta pelos mesmos (Yu, 2015).

II.3 A melhoria dos indicadores de saúde da China

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) visa fornecer uma medida do nível de desenvolvimento do país que considere não apenas o aspecto econômico, mas também o social. Ele é construído a partir da média geométrica normalizada de indicadores em três áreas: (i) economia (considera o PIB per capita), utilizado como indício dos níveis dos meios de vida da nação; (ii) educação (inclui a média de escolaridade dos adultos a partir de 25 anos e a expectativa de anos de estudo para uma criança em idade de entrar na escola) e (iii) saúde (expectativa de vida ao nascer) (United Nations Development Programme, s.d.). Entre 1980 e 2014 o IDH da China passou de 0,430 para 0,728, o que significa que o país saiu do grupo de economias com baixo nível e desenvolvimento humano e passou a ser incluído na classificação de alto nível de desenvolvimento

humano, sendo preciso ressaltar que a dimensão que mais contribuiu para essa melhoria foi a econômica (UNDP, 2016).

Todavia, isso não significa que as demais áreas não tenham apresentado grandes avanços. Conforme pode ser visto na tabela 2, entre 1990 e 2005, a expectativa de vida passou de 69,3 anos para 73,8 anos, sendo a queda na mortalidade infantil até os 5 anos – de 53,8 para 24 (taxa a cada 1000 nascimentos) – responsável por 48% desse progresso. Tradicionalmente, o governo chinês investe em cuidados médicos de crianças e mães, havendo uma tendência de melhoria desde a década de 1950, acentuada a partir do final da década de 1970 pela introdução de uma estratégia mais abrangente focalizando cuidados pré-natal e maternos (ibidem).

Além disso, conforme exposto no início do capítulo II, a epidemia de SARS em 2003 marcou um ponto de inflexão importante na forma com a qual o governo chinês lidava com a saúde. A partir de então, foram elevados os investimentos nos serviços de saúde, buscando expandir a capacidade do sistema e aumentar os serviços públicos oferecidos gratuitamente à população, como os programas de imunização e projetos que visam populações específicas, por exemplo. A soma dessas providências, com destaque para a os cuidados de saúde materna e infantil, resultaram na progressão positiva dos indicadores de saúde (ibidem).

A expectativa de vida ao nascer é outro indicador que apresentou rápido avanço. Isso foi uma tendência mundial – o crescimento entre 2000 e 2015 da expectativa de vida do mundo foi o maior desde a década de 1960 – efeito derivado da redução de mortes por doenças tratáveis ou possíveis de serem evitadas a partir de cuidados primários de saúde (WHO, 2016). A expectativa de vida ao nascer da China em 2015 foi de 76,1 anos.

Todas as províncias chinesas elevaram sua expectativa de vida entre 1990 e 2013, com aumento nacional de 8,5 anos, com destaque entre as causas para a queda da mortalidade de crianças abaixo de cinco anos. Apesar disso, os ganhos se distribuíram de forma desigual entre as províncias. Embora tenha havido uma redução dessas diferenças inter-regionais, elas permanecem elevadas: em 1990, a diferença de expectativa de vida dos homens entre o Tibete e Xangai era de 19 anos (55,2 e 74,1, respectivamente), já em 2013 o *gap* passou para 11,8 anos (entre as mulheres a diferença foi de 21,4 anos para 12,8 anos). Segundo o trabalho de Zhou et. al., enquanto algumas províncias, como Xangai, têm expectativa de vida comparável a dos países que detém as maiores taxas (França e

Japão), outras – Tibete, por exemplo – possuem indicador comparável a países menos desenvolvidos, como Bangladesh. Os autores assinalam que as mesmas diferenças podem ser percebidas com relação às causas de morte, levando à taxa de mortalidade de algumas províncias (Xangai, Tianjin, Zhejiang, Pequim, Hong Kong e Macau) a serem comparáveis a de países de alta renda, enquanto outras (Tibete, Xinjiang, Qinghai, Guangxi e Guizhou) são mais similares aos países de baixa renda do sul da Ásia (Zhou et. al., 2016).

É preciso destacar que tanto o aumento da expectativa de vida quanto a queda da mortalidade de crianças até cinco anos foi associado ao declínio nas mortes por doenças infecciosas, como diarreia e pneumonia, tendo sido alcançada rápida melhoria em decorrência do aumento da renda das famílias e da educação materna (Wang et. al., 2016).

Tabela 2: Indicadores de saúde e gastos com saúde da China de 1980 a 2014

	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2014
Expectativa de vida ao nascer (anos)	66,5	68,2	69,3	69,9	71,7	73,8	75,01	75,78
Taxa de mortalidade em menores de 5 anos (a cada 1000 nascimentos)	62,4	54	53,8	47,5	36,9	24	15,7	11,4
Taxa de mortalidade infantil (a cada 1000 nascimentos)	48	42,2	42,1	37,7	30,2	20,3	13,5	9,8
Taxa de mortalidade materna (a cada 100.000 nascimentos)	-	-	97	72	58	48	35	28
Gasto de saúde per capita (PPP, preços internacionais constantes de 2011)	-	-	-	64,34	133,25	235,07	450,34	730,52
Gasto total de saúde % do PIB	-	-	-	3,53	4,6	4,66	4,89	4,89

Fonte: Elaboração própria. Banco Mundial.

A universalização da cobertura pelos programas de seguro social de saúde é relevante para os avanços apresentados, pois democratiza o acesso aos cuidados inclusos nos mesmos. Contudo, a UNDP afirma ser necessário um período de tempo mais longo para poder medir seu impacto de forma mais precisa na saúde da população chinesa (UNDP, 2016).

Meng et. al. afirmam que alguns estudos apontaram o impacto positivo dos seguros sociais de saúde em alguns subgrupos mais vulneráveis da população, como os idosos e crianças, embora não tenha sido estabelecido efeito causal para a população geral. Há ainda alguns trabalhos focalizando o caso chinês cujas conclusões foram de que o NRCMS e o URBMI acarretaram em ganhos de saúde para as populações atendidas. Esses resultados não são consenso, entretanto, sendo necessário aprofundar as pesquisas no caso chinês para poder chegar a maiores conclusões (Meng et. al., 2015)

É interessante ainda comparar como os indicadores chineses se encontram em relação aos demais países e regiões. A tabela abaixo sinaliza que os indicadores de saúde da China já apresentam resultados melhores do que os dos países dos BRICS (com exceção da Rússia), superando ainda a média do leste asiático e do mundo. Permanece, contudo, um *gap* significativo com os valores das regiões mais desenvolvidas. Analisando-se os indicadores de gasto, os montantes chineses são consistentemente inferiores aos demais, tornando claro o potencial de avanço que o país apresenta para os próximos anos caso o maior comprometimento do governo com o desenvolvimento social se concretize.

Tabela 3: Indicadores de saúde e gastos com saúde de distintas regiões do mundo em 2014

	Expectativa de vida ao nascer (anos)	Taxa de mortalidade em menores de 5 anos (1.000 nascimentos)	Taxa de mortalidade infantil (1.000 nascimentos)	Taxa de mortalidade materna (100.000 nascimentos)	Gasto per capita com saúde (PPP, a preços internacionais constantes de 2011)	Gasto público com saúde % do PIB
Brasil	74,40	16,20	14,40	65	1.318,17	3,83
Rússia	70,37	9,90	8,50	29	1.835,71	3,69
Índia	68,01	49,80	39,30	215	267,41	1,41
China	75,78	11,40	9,80	35	730,52	3,10
África do Sul	57,18	41,40	34,40	154	1.148,37	4,24

Leste asiático e Pacífico	74,93	17,85	14,80	74	903,11	4,56
Japão	83,59	2,80	2,10	6	3.726,68	8,55
Coreia do Sul	82,16	3,60	3	12	2.530,57	3,99
União Europeia	80,67	4,56	3,84	8	3.524,19	7,82
França	82,37	4,40	3,60	9	4.508,13	9,02
Alemanha	80,84	3,80	3,20	7	5.182,11	8,70
Itália	82,69	3,60	3,00	4	3.238,89	6,99
Suécia	81,96	3,00	2,40	4	5.218,86	10,02
EUA	78,94	6,70	5,70	14	9.402,54	8,28
Reino Unido	81,06	4,40	3,70	10	3.376,87	7,58
Mundo	71,45	43,90	32,60	246	1.275,72	5,99

Fonte: Elaboração própria. Banco Mundial.

Uma possível explicação para os bons resultados chineses com gastos relativamente baixos reside na estrutura da oferta, em que o papel estatal é predominante. O cuidado primário de saúde é fornecido através das chamadas “clínicas de vila” (*village clinic*), das quais apenas 29,39% possuíam administração privada ou mista (24,87% e 2,52%, respectivamente) em 2014 (China Statistical Yearbook, 2015). Mesmo com o incentivo estatal para a construção de hospitais privados oferecido a partir da década de 2000, os hospitais também são predominantemente públicos (55%), principalmente nas áreas rurais, sendo os privados ou com administração mista mais presentes em áreas urbanas. A forte atuação estatal significa que as taxas cobradas pelos cuidados primários são controladas, sendo reguladas pelo governo local. Os hospitais públicos, algumas drogas e serviços têm ainda subsídio governamental (The Common Wealth Fund, 2016).

II.4 Principais limites e desequilíbrios dos novos sistemas

Apesar dos avanços e da universalidade dos programas sociais de saúde, a população chinesa como um todo ainda não desfruta do acesso aos mesmos benefícios. Primeiramente, é preciso tratar de três conceitos essenciais para analisar a desigualdade do sistema de saúde chinês: (i) generosidade, que consiste no nível de benefícios concedidos pelo programa de seguro social de saúde; (ii) cobertura, que é o percentual da população coberta pelo programa; (iii) estratificação, que consiste nas clivagens da sociedade (Huang, 2015).

Neste sentido, há três tipos principais de desigualdade: entre regiões rurais e urbanas, as disparidades entre os programas e, por fim, a dificuldade de integração dos trabalhadores migrantes.

II.4.1 Desigualdade entre os programas e inter-regionais

Huang afirma em seus dois textos (2014 e 2015) que as desigualdades existentes entre grupos sociais no sistema de seguro social de saúde na China não são acidentais. O governo central tem interesse em não permitir um *gap* muito grande entre classes sociais – o que alimentaria conflitos sociais e poderia reduzir a legitimidade do regime. Por outro lado, ele trata diferentes classes de maneira distinta, de forma a manter privilégios reservados às suas bases de apoio e objetivando também dificultar a mobilização horizontal das demais classes sociais, que têm preferências e interesses distintos dados os tratamentos diferenciados. Dessa forma, o sistema de seguro social de saúde é também um instrumento de controle social e dominação, impedindo o fortalecimento de ameaças ao governo através da consolidação da estratificação da sociedade.

Essa estratificação é realizada através da generosidade do governo com os benefícios dos distintos programas de seguro social de saúde. Huang (2014) verifica que os programas que se baseiam em critérios relacionados à ocupação profissional – UEBMI e GIS – são os que atendem a parcelas menores da população e ainda assim possuem os maiores benefícios, tendo tido entre 2007 e 2010 maiores gastos per capita com seus beneficiários do que os demais (p. 934). Os programas com critério de área de residência (rural ou urbana), URBMI e NRCMS, conseqüentemente, estão do lado oposto: atendem a mais pessoas, mas com graus menores de benefício. Yu (2015) também ressalta a desproporção entre a população atendida e a generosidade de cada programa: em 2011, o UEBMI atendeu 19% da população, mas apresentou a maior taxa de reembolso (68%), enquanto o NRCMS, que cobre 62% dos cidadãos chineses teve taxa de reembolso de apenas 44%, conforme pode ser verificado na tabela abaixo.

Huang (2015) apresenta evidências empíricas que indicam que a chance de ser inscrito nos programas com benefícios mais amplos aumenta significativamente caso o trabalhador seja do setor público e/ou seu empregador seja de maior porte. Outros fatores que impactam no tipo de programa de seguro social de saúde em que a pessoa tem maior probabilidade de ser inscrita são: *hukou* (pessoas com *hukou* urbano têm maior chance de serem inscritos nos programas baseados na ocupação) e status socioeconômico, entendido

como nível de educação e de renda (sendo positivamente correlacionados com a inscrição no GIS ou UEBMI).

Tabela 4: Resumo dos três programas sociais de Saúde da China, 2011-2013

	UEBMI	URBMI	NRCMS
Ano de início	1998	2007	2003
População alvo	Trabalhadores formais urbanos	Residentes urbanos não participantes do mercado formal de trabalho	Residentes rurais
Número de pessoas cobertas em 2011 (milhões)	252	221	832
Número de pessoas cobertas em 2011 como % da população chinesa (1,3 bi)	19	16	62
Fonte de Financiamento	Contributivo (8% da folha salarial anual, 6% dos empregadores e 2% dos empregados)	Subsídios governamentais (70%) e prêmio individual (30%)	Subsídios governamentais (80%) e prêmio individual (20%)
Prêmio por pessoa por ano (US\$)	240	21	24
Pacote de Serviços	Compreensivo	Limitado	Limitado
Taxa anual de admissão em hospital	11,30%	7,10%	9,10%
Taxa de visitas médicas por 2 semanas	13,40%	12,40%	12,50%
Número de drogas cobertas	2300	2300	800
Taxa do reembolso para paciente internado (%)	68	48	44
% de municípios ou cidades que cobrem cuidados ambulatoriais em geral	100	58	79
% de municípios ou cidades que cobrem cuidados ambulatoriais para principais doenças crônicas	100	83	89

Teto de reembolso anual	Seis vezes o salário médio do trabalhador urbano local	Seis vezes o rendimento disponível do residente local	Seis vezes a renda dos agricultores locais
Departamento governamental responsável pela supervisão	MOHRSS	MOHRSS	NHFP

Nota: MOHRSS—Ministry of Human Resource and Social Security; NHFP—National Health and Family Planning Commission

Fonte: Adaptado de Meng et. al. (2015) e Yu (2015).

Assim, Huang fala do paradoxo produzido pelas reformas no sistema de seguro social de saúde na China: a criação do UEBMI, URBMI e NRCMS causou um enorme aumento na parcela da população coberta, mas as desigualdades sociais foram reproduzidas nesse sistema, aprofundando e solidificando as separações preexistentes da sociedade chinesa. Não apenas o sistema mantém a desigualdade entre as populações rurais e urbanas, como ainda realiza separação dentro das regiões urbanas de acordo com sua posição no mercado de trabalho e com o setor (privado ou público) em que está empregado.

Em seu texto de 2015, Huang evidencia que os programas de seguro social de saúde se distinguem regionalmente por causa das escolhas políticas feitas pelos governos central e locais. O governo central, conforme exposto, tem interesse em minimizar as ameaças ao regime e manter sua estabilidade. Para isso, algum grau de desigualdade é desejável, o que é garantido via estratificação estabelecida pela legislação social. Por outro lado, é preciso impedir o crescimento das inquietações sociais, sendo preciso acomodar determinado nível de reivindicações. Assim, Huang coloca que o governo central se depara com um *trade off* entre controle e a tal acomodação: a liderança do governo central deseja manter o controle sobre a distribuição de benefícios, contudo, precisa conceder poder discricionário sobre a formulação das políticas de seguro social de saúde aos governos locais, que compreendem e têm menores custos de informação com relação às necessidades e possibilidades locais. O governo central, contudo, consegue manter algum grau de controle sobre as escolhas dos governos locais principalmente porque detém os incentivos de carreira dos oficiais locais, pois fazem a gestão de pessoal. Os governantes locais devem ser capazes de impedir que o descontentamento da população aumente em demasia, o que poderia resultar em incidentes de massa, prejudicando sua avaliação de desempenho pelo governo central e suas chances profissionais. Assim, os líderes locais devem ser capazes de implementar uma política de seguro social de saúde adequada ao

contexto socioeconômico da região. Além disso, outros instrumentos utilizados pelo governo central são a legislação social, conforme comentado, e as transferências fiscais.

Os governos locais enfrentam limitantes às suas possibilidades de escolha de política: (i) legislação social, pois devem obedecer às diretrizes gerais estabelecidas pelo governo central; (ii) restrições fiscais, que dependem dos recursos locais e das transferências recebidas do governo central; (iii) risco social – para o qual Huang utiliza a estimativa da taxa de população dependente. Condicionados a isso, os governos locais têm quatro possibilidades de regime: (1) adotar um modelo generoso e inclusivo, ou seja, ter um sistema em que tanto a cobertura quanto a generosidade são elevados; (2) ter um modelo em que a generosidade da política social é elevada, mas a cobertura é restrita, atendendo a poucos grupos sociais; (3) sistema em que tanto a cobertura quanto a generosidade são baixos, e; (4) ter um modelo inclusivo, com ampla cobertura, porém com baixo nível de benefício.

Através de uma análise em *cluster* a nível provincial, realizada com a utilização de dados em painel coletados para os anos de 2007 a 2010, Huang divide as províncias chinesas nesses quatro tipos acima expostos, sinalizando de fato que as escolhas de política de seguro social de saúde estão interligadas com as condições socioeconômicas da região. Regiões com maiores riscos sociais tendem a privilegiar a cobertura do programa de seguro social de saúde, enquanto as localidades que dispõem de recursos fiscais mais abastados tendem a priorizar a generosidade.

As variáveis que impactam na cobertura e generosidade que foram testadas por Huang são: o nível de urbanização, que é negativamente correlacionado com a cobertura do sistema de seguro social de saúde, mas positivamente correlacionado com a cobertura, e o desenvolvimento econômico, que tem impacto positivo em ambos os fatores.

Tabela 5: Análise em Cluster dos Seguros Sociais de Saúde das Províncias Chinesas (média 2007-2010)

Cluster	Província	Cobertura	Generosidade
1	Shandong	11	12
1	Jiangsu	8	9
1	Zhejiang	16	7
1	Fujian	12	10
1	Guangdong	17	6
1	Tibete	10	3

Média do Cluster		12	8
2	Pequim	28	1
2	Xangai	29	2
2	Tianjin	30	5
2	Xinjiang	27	8
2	Ningxia	21	11
2	Qinghai	25	4
Média do Cluster		27	5
3	Heilongjiang	31	25
3	Jilin	22	30
3	Liaoning	23	13
3	Neimenggu	26	19
3	Hebei	19	23
3	Shanxi	24	17
3	Shaanxi	15	20
3	Hubei	13	26
3	Guangxi	14	27
3	Hainan	20	24
3	Yuannan	18	14
Média do Cluster		21	22
4	Henan	3	29
4	Anhui	1	21
4	Jiangxi	7	31
4	Hunan	6	22
4	Gansu	5	18
4	Sichuan	4	15
4	Chongqing	2	16
4	Guizhou	9	28
Média do Cluster		5	23

Fonte: Huang, X. (2015, p. 462). Tradução própria.

A desigualdade urbano-rural é reproduzida no sistema de seguro social de saúde desde sua origem na década de 1950. Kanbur e Zhang (2005) mostram que os benefícios recebidos pela população rural eram mais tímidos e modestos, o que resultava em menos leitos e profissionais de saúde nessas regiões, assim como taxas de mortalidade infantil mais elevadas. Eggleston, Hsiao e Liu (1999) completam atestando que a o mesmo é verdade para o status nutricional das crianças chinesas. Com a reforma da década de 1980, o *gap* aumentou ainda mais, o que é facilmente compreensível ao considerar que a população rural ficou virtualmente desassistida, enquanto a população urbana, apesar dos

problemas, permaneceu parcialmente coberta. A gravidade desse desequilíbrio torna-se ainda mais evidente ao se analisar a divisão da população chinesa – segundo os dados oficiais, 80,61% da população estava em áreas rurais em 1980. Já em 2014 a população se dividia em 45,23% rural e 54,77% urbana (China Statistical Yearbook, 2015).

O *gap* entre as áreas rurais e urbanas é evidenciado ao comparar o gasto per capita com saúde, que persiste ao longo do tempo, embora esteja menor. Em 2010, o gasto per capita nas zonas rurais equivalia a apenas 25% ao urbano, tendo passado para 39% em 2013.

Tabela 6: Gasto per capita com saúde rural e urbano entre 1990 e 2013 (yuan)

	1990	1995	2000	2005	2010	2013
Urbano	158,82	401,28	812,95	1.126,36	2.315,48	3.234,12
Rural	39,31	101,48	214,93	315,83	666,3	1.274,44

Fonte: Elaboração própria. China Statistical Yearbook 2015.

Os trabalhos de Liu (2011) e Liu e Pan (2012) ajudam a compreender a persistência de desigualdades regionais nos gastos e cobertura dos sistemas de seguro social de saúde entre regiões. O artigo de Liu (2011) encontra evidências de que a cobertura do URBMI – programa com o qual sua pesquisa é realizada – é positivamente correlacionada com o desenvolvimento econômico da região analisada, ou seja, as populações das regiões mais desenvolvidas tendem a ser também as que contam com maior cobertura, fomentando a desigualdade entre regiões. Liu e Pan (2012), por sua vez, examinam o gasto governamental com saúde entre 2002-2006 e encontram diversos fatores que influenciam no mesmo: a renda per capita da província, transferências do governo central, proporção da população com menos de 15 anos, taxa de cobertura de seguro social de saúde e a proporção de urbanização, sendo o efeito dos três primeiros positivos e dos dois últimos, negativos. Novamente indica-se, então, que o desenvolvimento econômico desigual entre as regiões leva a desigualdade na política de saúde também. Chan, Ngok e Phillips (2008) expressamente afirmam que as desigualdades regionais persistem essencialmente pela descentralização do governo central, o que faz com que os governos das regiões mais pobres, que não contam com recursos financeiros significativos ou suficientes, sejam responsáveis pela maior parte do financiamento e desenvolvimento do seguro social de saúde, reproduzindo a desigualdade de desenvolvimento econômico.

Um projeto do governo chinês, entretanto, é unificar os três seguros sociais de saúde até 2020, o que solucionaria a desigualdade entre os programas, embora provavelmente não

solucione a inter-regional. Algumas regiões, como Tianjin e Qinghai, começaram em 2014 a realizar a fusão entre o NRCMS e o URBMI, cuja junção é mais fácil pelas similitudes da estrutura dos programas. Há diversas dificuldades, contudo, em realizar essa agregação, sendo preciso ser estabelecido ainda as diretrizes gerais pelo governo central para concretizar nacionalmente o projeto (Meng et. al., 2015).

II.4.2 A marginalização do trabalhador migrante

A questão do trabalhador migrante é de especial sensibilidade no contexto chinês. As reformas econômicas foram acompanhadas pelo influxo crescente de trabalhadores de áreas rurais para zonas urbanas em busca de melhores oportunidades, o que garantiu mão de obra para o crescimento da atividade econômica. Em 2012, o número de migrantes rurais em cidades foi de cerca de 236 milhões de pessoas (Yu, 2015). Contudo, o trabalhador migrante e sua família enfrentam diversas dificuldades de integração, inclusive no tocante à proteção social: entre 1993 e 1996, apenas 6,7% dos trabalhadores migrantes de Xangai faziam parte de algum programa de seguro social de saúde (Zhan *apud* Chan, Ngok e Phillips, 2008).

Uma questão relevante para essa baixa participação é a manutenção do *hukou* rural, o que faz com que os migrantes permaneçam inscritos no programa de sua região de origem, o que causa um obstáculo financeiro à integração do migrante, uma vez que a cobertura pelo NRCMS é menor do que a dos programas urbanos, conforme abordado na seção anterior, resultando em um maior custo ao migrante para o atendimento na cidade. Além disso, o migrante precisaria retornar à sua região original para obter o reembolso de suas despesas, elevando seu custo de transação (Yu, 2015).

Adicionalmente ao acesso limitado aos programas de seguro social de saúde, os migrantes apresentam maiores vulnerabilidades a riscos de saúde, principalmente relacionados a doenças infecciosas, pois suas condições de trabalho e de moradia tendem a ser mais precárias. Pelo menor acesso a seguros de saúde social, os migrantes contam ainda com menos cuidados preventivos e de imunização, têm acesso a menos informação e não vão regularmente ao médico, o que frequentemente resulta na busca por auxílio apenas quando a doença já está avançada demais (Chan, Ngok e Phillips, 2008). Assim, a população migrante, embora esteja coberta pelo NRCMS de suas regiões de origem, se encontra em uma posição vulnerável frente ao sistema de seguro social de saúde chinês.

Algumas regiões, como Shenzhen, já tem iniciativas para incluir os migrantes em seus programas, apontando a tendência a ser seguida pelo restante do país (ZHU et. al., 2008).

CAPÍTULO III: TIPOLOGIA DO ESTADO DE BEM-ESTAR SOCIAL CHINÊS

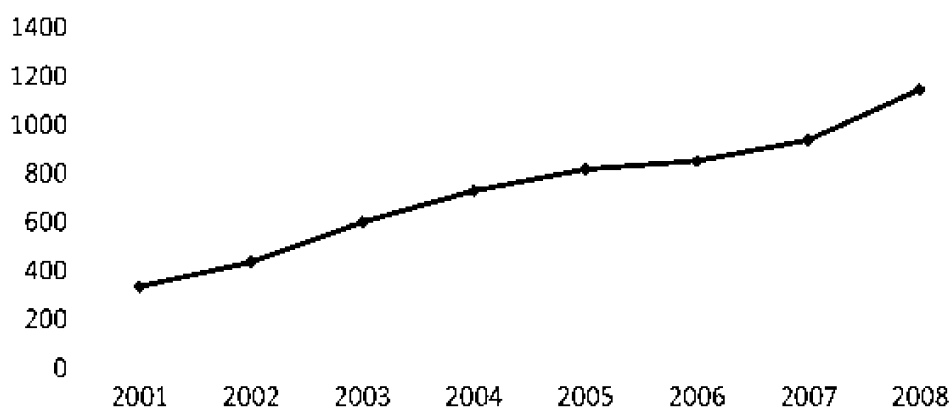
A análise do regime de EBES que se configura na China realizada a partir do modelo de sistema de saúde do país apresenta diversas limitações. Primeiramente, as políticas sociais de um Estado enquadram diversos outros aspectos que não são contemplados no presente trabalho, como as transferências e outros serviços sociais. Além disso, o sistema de saúde configura a “exceção” em alguns países – caso do Reino Unido e do Canadá, por exemplo, que apesar de poderem ser incluídos no regime liberal, possuem sistemas públicos universais de saúde.

Christopher Pierson (1991) indica que, apesar das particularidades de cada caso, a expansão da cobertura dos sistemas de bem-estar social tendeu a seguir um padrão: inicialmente a cobertura se limita aos trabalhadores de indústrias estratégicas ou em cargos muito arriscados, sendo depois estendida aos trabalhadores rurais e posteriormente aos dependentes e sobreviventes¹⁶ dos trabalhadores industriais. Em seguida os trabalhadores autônomos passam a ser inclusos nos programas, que por fim incorporam também o restante da população, sem mais restrições. Essa sequência é claramente percebida na China após o desmonte do sistema maoísta: os trabalhadores formais urbanos e os funcionários governamentais tiveram preferência na cobertura inicial, consagrada com a criação do UEBMI. O NRCMS, por sua vez, enquadrou os trabalhadores e residentes rurais; por fim, o URBMI incluiu os autônomos e demais residentes urbanos.

A expansão dos programas também apresenta padrão de tendência segundo o autor: primeiramente os critérios de elegibilidade vão sendo ampliados e depois os benefícios torna-se mais generosos (ibidem). Novamente, o caso chinês pode se aproximar desse desenho: além dos novos programas terem ampliado a população coberta, algumas regiões já incluem os migrantes rurais-urbanos em seu sistema. A generosidade também está se expandindo, conforme pode ser percebido no gráfico 2. Esse fator somado à possibilidade de unificação dos programas sociais de saúde até 2020 indicam que as reformas do sistema chinês ainda estão em andamento, podendo haver mudanças significativas que alterem o modelo do qual o país se aproxima mais.

¹⁶ O termo “sobreviventes” é utilizado para designar pessoas que recebem pensão em decorrência do falecimento de um familiar.

Gráfico 2: Generosidade do seguro social de saúde na China (yuan/pessoa) 2001-2009



Fonte: Huang (2015, p. 451).

Nesta seção será realizada uma análise qualitativa visando classificar o EBES da China – usando como aproximação o sistema de saúde –, sendo preciso ressaltar que, dadas as limitações citadas, a classificação realizada é datada e não objetiva ser considerada exaustiva ou definitiva.

Conforme caracterizado no capítulo anterior, o serviço social de saúde chinês utiliza como meio principal o seguro social, reproduzindo nos benefícios a estratificação social que existe na sociedade – recapitulando Huang (2015), o sistema reproduz as clivagens do mercado de trabalho tanto a partir da posição que o indivíduo ocupa no mesmo, como de acordo com o setor em que está empregado, além da região de origem e desenvolvimento econômico do local em questão. Além disso, é preciso considerar que o setor privado, embora esteja crescendo, possui papel ainda pequeno no país. Essas características aproximam o sistema de saúde chinês do regime conservador-corporativo de Esping-Andersen, que se caracteriza pela predominância dos seguros sociais como mecanismo primário de entrega de bem-estar, sendo seu objetivo principal a reposição de parte da renda dos indivíduos assegurados na eventualidade de concretização de algum risco social (por exemplo, desemprego, doença ou acidente). Como os programas de seguro tendem a ser separados, o sistema resultante caracteriza-se pela fragmentação e heterogeneidade, com forte papel do status profissional na determinação do tipo de seguro – e consequentemente, benefícios – aos quais a pessoa tem direito, sendo que os trabalhadores industriais e servidores públicos os mais favorecidos (Castles, 2010).

No entanto, a utilização da tipologia ocidental para a classificação de países asiáticos tem muitas limitações, conforme explorado no capítulo I. Por exemplo, ao contrário do que se coloca com frequência no caso dos países ocidentais, Huang (2015) e Sander, Schmitt e Kuhnle (2012) destacam que o processo de maior provisão de bem-estar social pelo Estado não derivou do entendimento de que tais benefícios resultam dos direitos dos cidadãos, mas sim da busca por garantia da estabilidade social pelo governo. Afastando-se da análise ocidental, o modelo chinês até o começo da década de 2000 parece se enquadrar no regime produtivista de bem-estar, habitualmente associado aos países do leste asiático. Recapitulando características do bem-estar produtivista, o governo chinês é autoritário, possui papel central no objetivo de desenvolvimento econômico - alcançado em grande parte a partir da orientação para exportações (Choi, 2012). No período que se estende desde o início das reformas econômicas introduzidas por Deng Xiaoping até o final da década de 1990, a subordinação do bem-estar ao objetivo de crescimento econômico é clara. Conforme estudado no capítulo anterior, ao longo desse período houve redução drástica do papel estatal na provisão de bem-estar para a população. As reformas promoveram a flexibilização do mercado de trabalho e a redução de custos, visando impulsionar a competitividade na economia chinesa. Com isso, o modelo que até então era baseado nas unidades de trabalho e comunas rurais foi desfeito. A introdução do UEBMI em 1998 marca a forte seletividade da política de bem-estar, sendo atendidos apenas os funcionários do governo e os trabalhadores industriais urbanos, atores principais no processo de modernização e desenvolvimento da economia chinesa.

Contudo, a transição da economia socialista para uma baseada no mercado significou a emergência de novos e significativos riscos sociais – por exemplo, houve a migração de enormes massas de moradores rurais para as cidades enquanto os mesmos permaneceram excluídos dos programas de bem-estar vigentes; a flexibilização do mercado de trabalho levou à perda da estabilidade vitalícia do emprego e maior vulnerabilidade da população à flutuação inerente à economia de mercado; o foco exclusivo no crescimento do PIB acarretou o aumento da desigualdade social na população chinesa. Com o consequente aumento da agitação social, o governo da China precisou reestruturar a relação entre Estado, mercado e sociedade civil na provisão de bem-estar, de modo a incluir parcelas maiores da população e garantir a estabilidade social necessária para a continuidade do processo de desenvolvimento econômico continuado e estável. O objetivo de construção de uma “sociedade harmoniosa”, assim, deve ser compreendido como um instrumento para a manutenção da legitimidade do governo chinês e ainda subordinado à meta

econômica (Sander, Schmitt e Kuhnle, 2012). Outro elemento necessário para compreender as mudanças realizadas na política social da China é a maior abertura do país à economia internacional, que deixou país mais exposto às flutuações e instabilidade da mesma. Isso fez com que o governo chinês reconhecesse a necessidade de utilizar política social com fins econômicos, como suavizar o consumo e tentar tornar mais estável a demanda interna, de forma a viabilizar o crescimento sustentável, novamente denotando o elemento produtivista inserido na condução das políticas de bem-estar, embora também indique que o elemento produtivista pode estar se tornando menos forte (Choi, 2012).

Pode ser percebido de forma recorrente nos discursos do presidente da China, Xi Jinping, que o crescimento econômico não constitui mais o foco único do governo, refletindo objetivos simultâneos de desenvolvimento econômico e social:

“We have pursued economic development as the top priority and never slackened our efforts [...] Many people wonder whether China can maintain sustainable and steady growth [...] Early this year, China drew up the outlines of the 13th five-year plan for economic and social development. These outlines call for implementing the vision of innovative, coordinated, green, open and shared development, addressing acute challenges of uneven, uncoordinated and unsustainable development, and ultimately achieving a moderately prosperous society in all respects. [...] The people are the foundation of a country and only when the people lead a good life can the country thrive. We need to be people-oriented, a principle that we should follow in everything we do in advancing economic and social development. We will meet the people’s aspirations for a better life, raise their living standards and the quality of their lives, improve the public services system and enlarge the middle-income group [...] With more attention paid to equity and fairness, we will make the pie bigger and ensure that people get a fair share of it [...]” (Global Research, 2016¹⁷).

O modelo híbrido entre o produtivista e o redistributivo parece ser mais adequado para classificar o EBES chinês a partir das reformas da década de 2000. O aumento da desigualdade, a piora do status da saúde da população e o aumento da instabilidade social levaram à transição da prioridade do governo, que deixa de ser apenas o crescimento econômico e passa a incluir também a busca por uma sociedade mais equitativa, marcada na área de saúde pela introdução do NRCMS e URBMI.

¹⁷ GLOBAL RESEARCH. Disponível em: <<https://goo.gl/eGSnle>>. Acesso em 3 dez. 2016.

CONCLUSÃO

A China apresentou enormes transformações sociais nas últimas três décadas. O presente trabalho buscou realizar uma revisão bibliográfica sobre as reformas dos principais seguros sociais de saúde chineses e indagar qual seria a possível classificação do EBES que se forma no país a partir da tipologia desenvolvida por Esping-Andersen e para o leste asiático.

A classificação apresenta diversas dificuldades. Primeiramente, há aquelas derivadas da limitação do escopo do trabalho – ao considerar apenas o serviço de saúde, muitas variáveis relevantes não são analisadas, como as transferências e os demais serviços sociais. Ademais, a China não possui um único modelo unificado, mas sim diversos sistemas diferentes, que variam em termos de generosidade, população coberta, proporção de financiamento, qualidade e resultados. Conforme Meng et. al. (2015) ressaltam, além dos programas (NRCMS, UEBMI, URBMI) serem administrados por instituições diferentes (Comissão Nacional Chinesa de Saúde e Planejamento Familiar e Ministério de Recursos Humanos e Seguridade Social da China, respectivamente), como a implementação dos programas é determinada regionalmente (desde que seguidas as diretrizes gerais estabelecidas pelo governo central) e os fundos de financiamento são agrupados ao nível de condado no caso rural e do município nos programas urbanos, há basicamente 2852 sistemas distintos do NRCMS, 333 do URBMI e 333 do UEBMI.

As desigualdades que se destacam são consequentes do desenvolvimento econômico distinto e do histórico *gap* rural-urbano que permanece ainda hoje, com a permanência do viés pró-urbano na condução das políticas governamentais. Outra questão é o trabalhador migrante, muitas vezes percebidos como cidadãos de segunda categoria, sendo privados dos benefícios oferecidos em sua região de moradia. Assim há o paradoxo da expansão de cobertura dos seguros sociais de saúde ao longo do período analisado acompanhada pela reprodução e aprofundamento das desigualdades.

A fragmentação do sistema, a concessão desigual de benefícios determinada pelo status no mercado de trabalho (se participa ou não do mesmo, se é trabalhador urbano e o setor no qual está empregado) e a predominância do seguro social como forma de entrega do bem-estar levaram à colocação da China como pertencente ao regime conservador-corporativo de Esping-Andersen, apesar de ter desvios do mesmo.

Similarmente, a concessão de papel privilegiado aos trabalhadores formais, o regime autoritário e, principalmente, o entendimento de que a política social é subordinada e deve ser utilizada como instrumento para concretização do objetivo de crescimento econômico levam à identificação de similitudes entre o modelo chinês e o modelo produtivista. A realização de reformas que incluam as parcelas da população antes excluídas dos benefícios – percebido no sistema de saúde chinês com a introdução do NRCMS e URBMI – e a maior preocupação com distribuição mais equitativa da renda, facilmente expressa nos discursos do presidente chinês, indicam a ascensão de um modelo híbrido entre o produtivista e o redistributivo atualmente.

Como as reformas chinesas ainda estão em andamento – ao mesmo tempo em que maiores benefícios estão sendo concedidos, há projetos de unificação dos seguros sociais de saúde e o Estado tem concedido benefícios e incentivos crescentes para o setor privado, fatores que podem resultar na alteração do regime – a classificação realizada não deve ser considerada exaustiva ou definitiva, principalmente ao considerar também as limitações abordadas. Seria interessante aprofundar os estudos tanto no setor de saúde, acompanhando as alterações promovidas, quanto nas demais políticas de bem-estar, de forma a agregar uma perspectiva mais completa do EBES desenvolvido na China.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARRIGHI, G. *O Longo Século XX*. Rio de Janeiro: Contraponto; São Paulo: Editora UNESP, 2009 [1996].

ARTS, W.; GELISSEN, J. Three Worlds of Welfare Capitalism or More? A state-of-the-art report. *Journal of European Social Policy*, vol 12, n. 2, p. 137-158, maio de 2002.

BAMBRA, C. Going Beyond the Three Worlds of Welfare Capitalism: regime theory and public health research. *Journal Epidemiol Community Health*, vol 61, n. 12, p. 1098-1102, junho 2007.

CASTLES, F.G. The English Speaking Countries. In: CASTLES, F. et. al. (eds). *The Oxford Handbook of the Welfare State*. Oxford: Oxford University Press, 2010, p. 639-644.

CARDOSO, F. L. L. *Influência do Relatório Beveridge nas Origens do Welfare State Britânico (1942-1950)*. Araraquara: outubro de 2010. Disponível em: <<https://goo.gl/xsGoxG>>. Acesso em 17 jan. 2016.

CHAN, R.K.H.; LIN, K. Repositioning Three Models of Social Policy With Reference To East Asian Welfare Systems. *International Social Work*, vol 58, n. 6, p. 831-839, nov de 2013. Disponível em: <<https://goo.gl/6uVRmW>>. Acesso em 30 out. 2016.

CHAN, C. K.; NGOK, K. L.; PHILLIPS, D. *Social policy in China: development and Well-being*. Bristol: Policy Press, 2008.

CHEN, T.; TURNER, J. A. Fragmentation in Social Security Old-Age Benefit Provision in China. *Journal of Aging & Social Policy*, vol 27, n. 2, 2015, p. 107-122.

CHEN, G.; LIN, W.; LIU, G. The Urban Resident Basic Medical Insurance: A Landmark Reform Towards Universal Coverage in China. *Health Economics*. Vol. 18, n. 52, p. S83-S96, julho de 2009.

CHOI, Y.J. End of the Era of Productivist Welfare Capitalism? Diverging welfare regimes in East Asia. *Asian Journal of Social Science*, Leiden, vol. 40, n. 3, p. 275-294, 2012.

DAWES, M. et. al. Health of China's rural-urban Migrants and Their Families: A review of literature from 2000 to 2012. *British Medical Bulletin*, vol. 106, n.1, p.19-43, 2013.

DUCKETT, J. Challenging the Economic Reform Paradigm: policy and the politics in the early 1980s' collapse of the rural cooperative medical system. *The China Quarterly*. Cambridge, vol 205, n. 205 p. 80-95, março de 2011.

EBBINGHAUS, B. Comparing Welfare State Regimes: Are typology an ideal or realistic strategy? *European Social Policy Analysis Network*, ESPA net Conference. Edimburgo: 6-8 Setembro de 2012. Universidade de Mannheim. Disponível em: <<https://goo.gl/smFQ6z>>. Acesso em 20 dez. 2015.

EGGLESTON, K.; HSIAO, W.; LIU, Y. Equity in Health and Health Care: The Chinese Experience. *Social Science & Medicine*, vol. 49, n. 10, p.1349-1356, novembro de 1999.

ESPING-ANDERSEN, G. *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Princeton: Princeton University Press, 1990.

EY. *The Rise of Private Health Insurance in China: consumer demand presents huge opportunities and risks*. Publicação online. Disponível em: <<https://goo.gl/FwtjIt>>. Acesso em 16 nov. 2016.

FORIGO, M. V. Crise do Estado de Bem-Estar Social e Neoliberalismo. *Relações Internacionais no Mundo Atual*. 2003. p. 51-62. Disponível em: <revista.unicuritiba.edu.br/index.php/RIMA/.../201>. Acesso em 23 dez. 2015

GAO, Q. Redistributive Nature of the Chinese Social Benefit System: Progressive or Regressive? *The China Quarterly*, vol 201, n.1, p.1-19, março de 2010

GU, E. X. Dismantling the Chinese mini-welfare state? Marketization and the politics of the institutional transformation, 1979-1999. *Communist and Post-Communist Studies*. Cambridge, vol 34, n.1 p.91-111, março de 2001.

HO, L. S. Market Reforms and China's Health Care System. *Social Science and Medicine*. Grã-Bretonha, vol 41, n.8, p.1065-1072, outubro de 1995.

HOBBSBAWM, E. J. *A Era dos Impérios: 1875-1914*. São Paulo: Paz e Terra. 13ª edição revista.

_____. *Era dos Extremos: o breve século XX: 1914-1991*. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

HSIAO, W. C. The Political Economy of Chinese Health Reform. *Health Economics, Policy and Law*, vol 2, n. 3, p. 241-249, julho de 2007.

HUANG, X. Expansion of Chinese Social Health Insurance: who gets what, when and how? *Journal of Contemporary China*. Vol 23, n. 89, p.923-951, 2014

HUANG, X. Four Worlds of Welfare: Understanding Subnational Variation in Chinese Social Health Insurance. *The China Quarterly*, vol 222, p. 449-474, junho de 2015.

HUDSON, J.; KÜHNER, S.; YANG, N. Productive Welfare, the East Asian “Model” and Beyond: Placing welfare types in greater china into context. *Social Policy & Society*, vol 13, nº 2, p. 301-325, abril de 2014.

HUDSON, J.; KÜHNER, S. Analyzing the Productive and Protective Dimensions of Welfare: Looking beyond the OECD. *Social Policy & Administration*, vol 46, nº 1, p.35-60, fevereiro de 2012.

JINWEI, Q. China’s Expanding Social Assistance Programs and “Fragmented Authoritarianism”. Não publicado. Disponível em:
<<https://extranet.sioe.org/uploads/isnie2014/qian.pdf>>. Acesso em 23 jan. 2016.

KANBUR, R.; ZHANG, X. Spatial Inequality in Educations and Health Care in China. *China Economic Review*, vol 16, n. 2, p.189-204, 2005.

KARIM, S. A.; BAMBRA, C.; EIKEMO, T. A. Welfare States Regimes and Population Health: Integrating the East Asian Welfare States. *Health Policy*, vol 94, n. 1, p. 45-53, janeiro de 2010.

KERSTENETZKY, C. L. Democracia e Welfare. UFF/CEDE, Niterói, Texto Para Discussão nº 37, p. 86-113, abril de 2011. Disponível em: <<https://goo.gl/LFHVLo>>. Acesso em 21 dez. 2015.

_____. Welfare State e Desenvolvimento. *Dados*, Rio de Janeiro, vol. 54, n.1, p. 129-156, 2011.

KERSTENETZKY, C. L.; KERSTENETZKY, J. O Estado (de Bem-estar Social) como ator do desenvolvimento: uma história das ideias. *Dados*, Rio de Janeiro, vol.58, n.3, p. 581-615, julho/setembro de 2015.

KWON, H. Transforming the Developmental Welfare States in East Asia. *Development and Change*, Oxford, vol. 36, n. 3, p. 477-497, 2005.

_____. Transition to the 'Universal Welfare State': the changing meaning of the 'Welfare State' in Korea. *Harvard-Yenching Institute*. Working paper series, 2014. Não publicado. Disponível em: <<https://goo.gl/8GcKPs>>. Acesso em 31 out. 2016.

KWON, H.; MKANDAWIRE, T.; PALME, J. Introduction: social policy and economic development in late industrializers. *International Journal of Social Welfare*, vol 18, p. S1-S11, abril de 2009.

LEE, S. S-Y. Development of the 'productivist' welfare regimes in Japan and Korea. In: HIGO, M. KLASSEN, T.R. (eds.) *Retirement in Japan and South Korea: The past, the present and the future of mandatory retirement*. Londres e Nova York: Routledge, 2015, p. 30-47.

LI, M.; WALKER, R. Targeting Social Assistance: Dibao and institutional alienation in rural China. *Social Policy & Administration*, outubro de 2016. Disponível em: <<https://goo.gl/5cZcEu>>. Acesso em 24 jan. 2017.

LIU, Y. Reforming China's Urban Health Insurance System. *Health Policy*, vol. 60, n.2, p.133-150, maio 2002.

LIU, J. Dynamics of Social Health Insurance Development: Examining the Determinants of Chinese basic health insurance coverage with panel data. *Social Science & Medicine*, vol 73, n. 4, p. 550-558, agosto de 2011.

LIU, G. G.; PAN, J. The Determinants of Chinese Provincial Government Health Expenditures: Evidence from 2002-2006 Data. *Health Economics*, vol 21, n. 7, p.757-777, julho de 2012.

LIU, H.; ZHONG, Z. Impact of China's Urban Resident Basic Medical Insurance on Health Care Utilization and Expenditure. IZA: Discussion Paper n° 6768. Julho de 2012. Disponível em: <<http://ftp.iza.org/dp6768.pdf>>. Acesso em 17 jan. 2016.

MENG, Q. et, al. Consolidating the Social Health Insurance Schemes in China: towards an equitable and efficient health system. *The Lancet*, vol 386, n° 10002, p. 1484-1492, outubro de 2016.

MIYAMOTO, T. Dynamics of the Japanese Welfare State in Comparative Perspective: Between “three worlds” and the developmental State. *The Japanese Journal of Social Security Policy*, vol 2, n° 2, p.12-24, dezembro de 2003.

NATIONAL BUREAU OF STATISTICS OF CHINA. *China Statistical Yearbook 2015*, Pequim. Publicado online. Disponível em: <<http://www.stats.gov.cn/tjsj/ndsj/2015/indexeh.htm>>. Acesso em 24 out. 2016

NOGUEIRA, V. M. R. Estado de Bem-estar Social – origens e desenvolvimento. *Revista Katálysis*, Florianópolis, n. 5, p. 89-103, jan. 2001. ISSN 1982-0259. Disponível em: <<https://goo.gl/Nhpgxh>>. Acesso em 19 dez. 2015

NOGUEIRA, I. (2011). Desenvolvimento Econômico, Distribuição de Renda e Pobreza na China Contemporânea. [Internet]. Disponível em: <<https://goo.gl/uRSkKX>>. Acesso em 29 mai. 2015.

PIERSON, C. *Beyond the Welfare State? – the new political economy of Welfare*. Cambridge: Polity Press, 1991.

RINGEN, S.; NGOK, K. What Kind of Welfare State is Emerging in China? *UNRISD*, Working Paper n.2, set de 2013. Disponível em: <<https://goo.gl/cZDJHb>>. Acesso em 15 jan. 2016.

SANDER, A.; SCHMITT, C.; KUHNLE, S. Towards a Chinese Welfare State? Tagging the Concept of Social Health Security in China. *The Perspective of the World Review*, vol 4, n. 2, p.9-35, agosto de 2012.

THE COMMON WEALTH FUND. 2015 International Profiles of Health Care Systems. Janeiro de 2016. Disponível em: <commonwealthfund.org>. Acesso em 23 jan. 2017.

UNDP China e Development Research Center of the State Council of China. *Social Innovation for Inclusive Human Development*. China National Human Development Report 2016. China Publishing Group Corporation, China Translations and Publishing House. Agosto de 2016. Disponível em: < <https://goo.gl/zCtSE0> >. Acesso em 15 nov. 2016.

WAGSTAFF, A. et. al. China's Health System and Its Reform: A Review of Recent Studies. *Health Economics*, vol 18, n. S2 p. S7-S23, julho de 2009.

WANG, Y. et. al. Under-5 mortality in 2851 Chinese counties, 1996–2012: a subnational assessment of achieving MDG 4 goals in China. *The Lancet*, vol 387, n. 10015, p. 16-22, janeiro de 2016.

WORLD BANK. *China Long-Term Issues and Options*. Washington, 1985. Disponível em: <<https://goo.gl/iQuqYz>>. Acesso em 10 out. 2016.

WORLD BANK. *World Development Report 1997: the state in a changing world*. Washington, 1997. Disponível em: <<https://goo.gl/A9E5BO>>. Acesso em 10 out. 2016.

WORLD BANK. *World Development Indicators*. Disponível em: <<https://goo.gl/kSSNIT>>. Acesso em 19 out. 2016.

WORLD BANK GROUP. *East Asia and Pacific Economic Update: reducing vulnerabilities*. Washington, outubro de 2016. Disponível em: <<https://goo.gl/yHNDEl>>. Acesso em 07 nov. 2016.

WHO. *Technical Briefs for Policy Makers nº 3: Health Care Financing in Rural China: New Rural Cooperative Medical Scheme*. Geneva, 2009. Disponível em: <http://www.who.int/health_financing/documents/pb_e_09_03-china_nrcms.pdf?ua=1>. Acesso em 18 out. 2016.

WHO. *Health Insurance Systems in China: A briefing note*. [Internet] 2010. Disponível em: <<https://goo.gl/srqE0r>>. Acesso em 18 out. 2016.

WHO. *World Health Statistics 2016: monitoring health for the SDGs*. Publicado online, 2016. Disponível em <<https://goo.gl/Hdl3fU>>. Acesso em: 3 dez. 2016.

YU, H. Universal Health Insurance Coverage for 1.3 billion people: What accounts for China's Success? *Health Policy*, vol. 119, n. 9, p.1145-1152, setembro de 2015.

ZHANG, S.; CI, Q.; ZHAN, M. Public Assistance in Urban and Rural China: A tale of two stories. *International Journal of Social Welfare*, novembro de 2016. Disponível em: <<https://goo.gl/8R14OH>>. Acesso em 24 jan. 2017.

ZHOU, M. et. al. Cause -specific mortality for 240 causes in China during 1990–2013: a systematic subnational analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The Lancet*, vol. 387, n. 10015, p. 251-272, janeiro de 2016.

ZHU, M. et. al. The influence of Health Insurance Towards Accessing Essential Medicines: the experience from Shenzhen labor health insurance. *Health Policy*, vol 88, n. 2-3, dez de 2008, p. 371-380.