

---

TERCEIRA CONFERÊNCIA INTERNACIONAL  
«As Reformas Jurídicas de Macau  
no Contexto Global»

---

**3.<sup>a</sup> Sessão**

---

«Direitos Sociais e o Direito à Saúde »





# O ESTADO E MERCADO NA NOVA REFORMA DA SAÚDE PÚBLICA NA CHINA: O REGIME DE PROTECÇÃO DO DIREITO À SAÚDE

Gu Xin

*Professor, Faculdade de Gestão Pública, Universidade de Pequim, RPC*

## **Introdução**

Desde 2007 que se iniciou na China uma nova ronda de reforma do sistema de saúde, a denominada “nova reforma da saúde”, cujo um dos objectivos é a protecção do direito à saúde dos cidadãos. “Direito à saúde” significa que todos nós temos direito a ter uma vida saudável, e o exercício deste direito não deve ser prejudicado por falta de meios financeiros. Antes de proceder à nova reforma da saúde, o sistema de saúde da China tinha problemas muito graves: cerca de um quinto dos pacientes nem sequer podia recorrer a serviços médicos básicos por falta de meios financeiros, desprotegendo assim o direito à saúde. São sobretudo estas situações que levaram a que o sistema de seguro médico da China não seja perfeito. Há muitas pessoas que praticamente não possuem quaisquer seguros de saúde, sendo a grande maioria delas pessoas com rendimentos médios ou baixos. A nova reforma da saúde da China tem como objectivo a criação de um novo sistema nacional de seguro de saúde, o estabelecimento de um conjunto de três seguros de saúde públicos com um sistema de assistência médica constituída por um sistema básico de seguro médico. Até finais de 2009, o sistema básico de seguro médico já teve cobertura sobre 90% da população chinesa. Contudo, o seguro nacional de saúde ainda continua a enfrentar dois grandes desafios: primeiro, existe ainda um grande fosso quanto ao nível de seguro de saúde nas zonas rurais; segundo, saber como é que o seguro de saúde pode assegurar de forma eficaz os cuidados de saúde prestados, de forma a que se possa fornecer aos segurados cuidados de saúde “benéficos” em termos de custo-benefício.

Todas as pessoas desejam ter uma vida saudável. Ao longo da história do desenvolvimento humano, e durante muito tempo, esse desejo não passava de um

mero “belo desejo”. Só que, hoje em dia numa sociedade moderna a saúde passou a ser um direito dos cidadãos e tornou-se num conceito bastante usual. Além disso, nesta realidade socio-económica, a prestação de serviços básicos de saúde é amplamente considerada como um serviço público. Um bom funcionamento do sistema de saúde é um dos factores mais importantes a ter em conta na protecção do direito à saúde.

Até 2005, o sistema de saúde ultrapassou duas décadas de reforma, sofreu variadas transformações, e inúmeros abusos, o que levou à necessidade urgente de uma nova reforma. Estes defeitos levaram a que a população achasse que “ir ao médico é caro e difícil”, e levou também à desigualdade no acesso aos cuidados de saúde básicos. Perante esta situação, em 2006 a China começou a levar a cabo uma nova reforma do sistema de saúde, a chamada “nova reforma da saúde”, cujo um dos objectivos é a protecção do direito à saúde dos cidadãos.

No entanto, na actualidade, o sistema de saúde apresenta imensas variedades. Na perspectiva de saber se o direito à saúde pode efectivamente ser protegido, podemos dizer que cada sistema tem as suas particularidades. Qual o concreto caminho é que a nova reforma da saúde da China deve adoptar, depende do conhecimento da teoria do direito à saúde e da escolha pública da protecção deste direito. Nomeadamente, o que merece atenção é que muitas pessoas consideram que a liderança e o controlo pelo governo de todos os aspectos dos cuidados de saúde, ou a execução de um sistema público de saúde sem mercado interno, é a única forma de proteger o direito à saúde dos cidadãos<sup>1</sup>.

Esta ideia não é isenta de fundamento. De facto, em diversos países do mundo, os serviços médicos são na maior parte prestados por instituições públicas de saúde, de modo que todos os cidadãos gozam de serviços médicos básicos de forma gratuita. Mas o problema reside no facto de alguns autores da China defenderem, intencionalmente ou não, a restauração parcial de práticas da época da economia planificada, e muitos deles expressam frequentemente o seu apreço e saudade relativamente ao sistema de saúde da China na época de Mao Zedong (especialmente a cooperação rural médica)<sup>2</sup>. Ao mesmo tempo, na área académica,

1 Ver Gu Xin, “Towards Central Planning or Regulated Marketization? China Debates on the Direction of New Healthcare Reforms,” in Zhao Litao and LIM Tin Seng (eds.), *China's New Social Policy: Initiatives for a Harmonious Society* (Singapore: World Scientific Publishing Co., 2009), pp. 14-25.

2 Muitos aderentes ao sistema cooperativo rural médico valorizam o “baixo nível de justiça social” que este sistema acarreta, deixando de lado a investigação da recente situação de injustiça social ligada a este sistema (tal como o chamado “a população paga, o quadro toma os medicamentos”). Ao mesmo tempo, não dão importância ao facto de se ter inserido no sistema cooperativo rural médico o sistema totalitário de mobilização política, o sistema de serviços médicos baseado no sistema de estrutura e planeamento da organização básica rural colectivista. Ver Gu Xin, Fang Liming, “Entre o Voluntário e o Obrigatório: Análise da Inserção e Desenvolvimento Sustentável do Sistema Cooperativo Rural Médico”, “Sociologia”, 2004, n.º 5, p. 1-18.

como na área pública, existem imensas críticas contra a mercantilização, e muitas delas com grandes traços de populismo. Por outro lado, ainda existem muitas pessoas que não rejeitam a introdução de mecanismos de mercado, mas elas consideram que o mercado pode somente aumentar a eficiência. Para manter a justiça, temos de depender do governo. O governo é como a personificação da justiça social.

Contudo, a situação real não é tão simples. Independentemente de a aplicação de um sistema de saúde de comando e controlo burocráticos de estilo soviético poder criar justiça social ou não, de facto os regimes que possam garantir eficazmente o direito de saúde são muito variados. Além do modelo inglês, o seguro de saúde social é outra das opções. Por estas e outras razões, na nova reforma da saúde da China não se optou por um modelo de reforma do tipo comando e controlo, mas pela criação de um seguro de saúde nacional<sup>3</sup>. No novo sistema de seguro de saúde nacional, as seguradoras de saúde adquirem serviços médicos em representação dos segurados, através do melhoramento do método de pagamento pelo fornecedor se vai melhorar os serviços de cuidado prestados, e as instituições médicas sob a supervisão do governo podem competir no mercado<sup>4</sup>.

Vamos primeiro estudar o significado da ideia de direito à saúde. De seguida, baseando nos resultados da análise teórica, vamos analisar, na perspectiva da implementação da protecção do direito à saúde, o desenvolvimento do seguro nacional de saúde na reforma do sistema de saúde da China e o respectivos desafios.

### 1. O conceito de “direito à saúde”

O conceito de “direito à saúde” tornou-se corrente a partir da última metade do século. O economista e filósofo Amartya Sen encontrou uma explicação filosófica para o aparecimento deste fenómeno: existe uma liberdade que é fundamental para todos os Homens, que é a “capacidade” de sobreviver. Sem margem de dúvida, a saúde é fundamental para que possa haver essa capacidade de sobreviver, por isso é que o direito à saúde se tornou num direito fundamental. Só tendo uma vida saudável é que o ser humano consegue realizar outras “funções”, e deste modo percebendo o valor da vida<sup>5</sup>. Amartya Sen considera a saúde como uma das componentes da liberdade da pessoa humana, destacando assim a

- 
- 3 Edward Gu, “Towards Universal Coverage: China’s New Healthcare Insurance Reforms,” in Yang Dali and Zhao Litao (eds.), *China’s Reforms at 30: Challenges and Prospects* (Singapore: World Scientific Publishing Co., 2009), pp. 117-136.
  - 4 Gu Xin, “A Caminho do Seguro Nacional: Estratégia e Tática da Nova Reforma de Saúde da China”, Pequim, Publicação de Trabalho e Segurança Social da China, 2008.
  - 5 Amartya Sen, *Development as Freedom*, New York: Alfred A. Knopf, 1999.

importância do direito à saúde.

Mas por outro lado, há quem defenda que o conceito de direito à saúde é um conceito vago, porque se a saúde não puder ser protegida de forma eficaz por um determinado sistema, seria muito difícil falar-se de um “direito à saúde”<sup>6</sup>. Isto em termos práticos significa que é difícil para nós falarmos de um “direito à saúde” numa perspectiva positivista. Claramente que todas as pessoas têm direito à protecção da sua saúde, só que nenhum sistema social é capaz de levar a cabo essa protecção de forma eficaz. Contudo, isto não significa que não podemos falar de um “direito à saúde” numa perspectiva negativista, ou seja, significa apenas que todos nós temos o direito de exercer o nosso “direito à saúde”.

O nível de saúde humana pode ser influenciado por diversos factores. Investigadores da Organização Mundial de Saúde apontaram sete categorias de factores susceptíveis de influenciar o nível de saúde de uma pessoa:

- 1 – diferenças naturais, físicas e biológicas;
- 2 – adopção voluntária de comportamentos prejudiciais à saúde (por exemplo determinadas actividades desportivas ou passatempos prejudiciais à saúde);
- 3 – adopção voluntária de comportamentos saudáveis;
- 4 – adopção compulsiva de comportamentos prejudiciais à saúde;
- 5 – vivendo em ambientes de trabalho inseguros, insalubres e stressantes;
- 6 – a insusceptibilidade de receber cuidados de saúde básicos;
- 7 – insusceptibilidade de os doentes receberem tratamentos.

Os primeiros três factores revelam que as disparidades registadas quanto aos níveis de saúde não têm a ver com o sistema de saúde de uma sociedade. Por outras palavras, os factores biológicos e pessoais que influenciam a saúde de uma pessoa não são causa de violações ao direito à saúde. Mas os últimos quatro factores podem ser evitados através de esforços humanos. Se não forem adoptadas medidas para evitar essas situações que podem ser impedidas, as diferenças de níveis de saúde seriam injustas<sup>7</sup>. Portanto os últimos quatro factores influenciam o desejo humano de ter uma vida saudável, precludindo assim o exercício do direito à saúde.

Um dos factores institucionais de grande relevo é o sistema de saúde. A importância dos serviços de saúde para a manutenção da saúde é evidente, pois, um dos principais factores de ameaça à saúde é precisamente a doença. A doença é um risco que todos nós suportamos e o tratamento médico acarreta riscos financeiros.

6 Por exemplo, ver Robert P. Rhodes, *Health Care Politics, Policy, and Distributive Justice*.

7 Margaret Whitehead, *The Concepts and Principles of Equity and Health*. Copenhagen: World Health Organisation Regional Office for Europe, 1992, p. 6.

Estes riscos financeiros podem ser suportados eficazmente por um sistema de saúde completo, evitando assim que os pacientes sejam forçados a pagar custos médicos elevados durante o período de doença; podem também livrar-se duma morte evitável; a saúde da população em geral poderá ser melhorada. Portanto, um sistema de saúde completo é uma “infra-estrutura social”, tal como as estradas, os meios de comunicação, que sendo “infra-estruturas físicas”, são indispensáveis para o desenvolvimento económico-social coordenado de um país.

Com base nesta ideia, alguns autores afirmam que a discussão do “direito a cuidados médicos” é mais coerente do que a discussão do “direito à saúde”<sup>8</sup>. Um sistema de saúde justo implica uma distribuição igualitária do foco das variáveis da justiça social na área médica<sup>9</sup>. A questão reside em saber que igualdade se trata. Igualdade de direitos? Igualdade de utilização dos serviços de saúde? Ou uma igualdade de disponibilização dos serviços médicos? A este respeito, pessoas com diferentes valores políticos têm respostas diferentes.

Neo-liberais salientam que todos têm igualdade de direito a cuidados médicos, mas sendo aqui o direito em sentido negativo. Igualdade de direito a cuidados médicos apenas significa a garantia de que o procedimento de acesso a serviços médicos é igual para todos. Num sistema onde o direito à liberdade e as regras de jogo do mercado estejam protegidos, bastam as instituições médicas privadas e os seguros privados de saúde voluntários para proteger o direito à saúde de qualquer pessoa. A distribuição de serviços médicos só pode ser justa se for realizada através do mercado, sendo o funcionamento do mercado baseado na disposição das pessoas para pagar<sup>10</sup>. Assim, na perspectiva dos neo-liberais, os direitos básicos dos serviços médicos, mesmo relativamente a níveis mínimos de serviços médicos, não existem<sup>11</sup>. O problema desta posição reside no facto de não ter tido em conta a ligação entre a capacidade de pagamento e o direito à saúde. Obviamente, se não há capacidade de pagamento não há direito ao exercício do direito a cuidados médicos e, deste modo, põe em risco a vida humana, e conseqüentemente, os direitos humanos básicos são violados e nem vale pena falar em direito à saúde. Pessoas que defendem esta posição talvez consideram que a capacidade de pagamento depende da justa distribuição de rendimentos, e o problema da justa distribuição de rendimentos não deve ser

8 Rhodes, *Health Care Politics*, p. 20.

9 Armatya Sen entende que qualquer teoria ligada à imparcialidade e à justiça, no fundo é uma discussão sobre a distribuição igualitária de coisas importantes. Ver Amartya Sen, *Inequality Reexamined*. Cambridge, MA.: Harvard University Press, 1992.

10 Tom L. Beauchamp and James F. Childress, *Principles of Biomedical Ethics*, 5.<sup>th</sup> edition. New York: Oxford University Press, 2001, p. 231.

11 H. Tristram Engelhardt, *The Foundations of Bioethics*. New York: Oxford University Press, 1986, p. 336.

resolvida através do regime especial do sistema de cuidados médicos.

No entanto, todos devem ter acesso a cuidados médicos, tal como todos devem ter o que comer, é uma regra de justiça social de aceitação geral e de aceitação de todas as sociedades civilizadas. Portanto, um sistema de saúde completo deve satisfazer o seguinte: todos devem ter acesso a serviços médicos básicos. Num sistema económico-social onde ainda não há garantia de uma distribuição de rendimentos justa, desenvolver um sistema de saúde justo pode ser considerado como um objectivo prioritário da política social. Desde 1960, devido à necessidade de protecção da saúde humana, o acesso universal a cuidados médicos tornou-se num critério internacional para averiguar se um sistema de saúde é justo, ou melhor, se existe protecção do direito à saúde<sup>12</sup>. Para garantir a todos o acesso a serviços médicos básicos (seja qual for o respectivo rendimento) o factor chave é criar um sistema de cuidados médicos de funcionamento eficaz.

## 2. O sistema de seguro médico da China antes da nova reforma

Antes da nova reforma da saúde, a maior parte da população chinesa não tinha grande protecção em termos de saúde. De acordo os mais creíveis resultados do terceiro inquérito realizado pelos Serviços Nacionais de Saúde, até finais de 2003, 64,5% da população urbana e rural quando recorrem a serviços de saúde encarregam-se da totalidade das despesas<sup>13</sup>. A maior parte da população consegue reembolsar as despesas médicas através de determinados seguros de saúde, mas a proporção não reembolsada é relativamente alta.

Igual a muitos dos outros países, na China regista um rápido aumento das despesas médicas, e essa taxa de crescimento, quer nas zonas rurais, quer nas zonas urbanas, é muito superior à taxa de crescimento do salário da população. No referido inquérito, fixou-se em 100 a média das despesas de consulta e das despesas com o internamento em todos os hospitais públicos da China em 1990, e observou-se a evolução desses dois tipos de despesas ao longo dos anos. Na figura 1 constatamos que, de 1990 a 2005, as despesas de consulta aumentaram cerca de 12 vezes, as despesas com o internamento aumentaram 10 vezes, e no mesmo período, o aumento do rendimento da população nas cidades e nas zonas rurais foi apenas de 7 e 5 vezes respectivamente.

E o mais importante é que, foi nas despesas de consulta, as que raramente

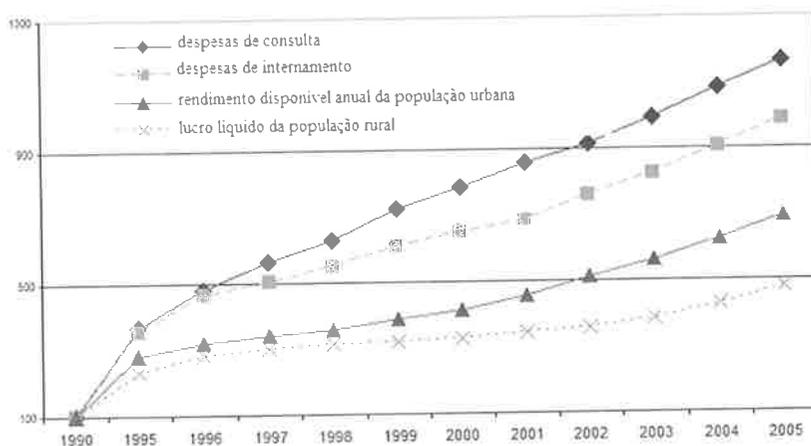
12 Bernard Williams, "The Idea of Equality," in Peter Laslett and W.G. Runciman (eds.), *Philosophy, Politics and Society*. Oxford: Oxford University Press, pp. 120-122; Amy Gutman, *Liberal Equality*. New York: Cambridge University Press, 1980, p. 126.

13 Edição do Centro de Estatística do Departamento de Saúde: "Investigação e Estudo dos Serviços de Saúde da China: Terceiro Relatório da Investigação e Análise do Serviço de Saúde Nacional", Pequim, Publicações de Academia Chinesa de Ciências Médicas, 2004, p. 16.

se dá conta delas, onde se registou um maior aumento, e isto levou ao declínio da acessibilidade aos cuidados de saúde primários, conseqüentemente a população de mais baixo rendimento deixa de recorrer aos serviços de saúde em caso de doença. Na figura 2, podemos ver que em 1993 a situação de a população deixar de ir às consultas por falta de meios financeiros ainda não era grave. Mas à medida que o tempo vai avançando, quer seja nas cidades ou nas zonas rurais, esse problema tornou-se cada vez mais iminente. Especialmente nas zonas urbanas a situação é particularmente mais grave. Em 2003, em cada 5 cidadãos que se sintam doentes, existe um que desiste de recorrer a médico por falta de meios financeiros. Isto significa que, dado ao acelerado aumento das despesas de consultas médicas, a igualdade na acessibilidade aos cuidados de saúde primários ficou assim comprometida, o direito à saúde da população ficou desprotegida devido ao fracasso do sistema de saúde.

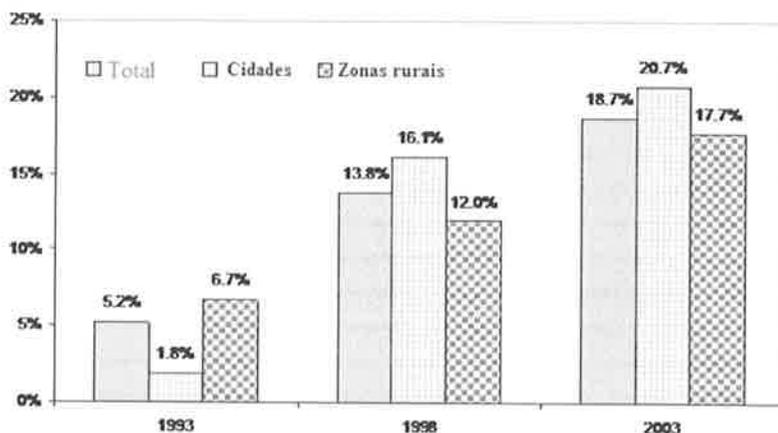
Doenças leves muitas vezes conduzem a doenças graves e, conseqüentemente, à pobreza. A Organização Mundial de Saúde propôs em 1977, como objectivo, o acesso a cuidados de saúde primários para todas as pessoas, tendo a China prometido atingir este objectivo. Entendeu-se que o principal obstáculo para realização desse objectivo reside nas zonas rurais, portanto, a prioridade da política do governo foi melhorar o sistema de serviços de saúde primária das zonas rurais. Porém, passados 30 anos, apesar de a economia da China ter se desenvolvido rapidamente, não se conseguiu atingir o objectivo prometido e, pelo contrário, a situação piorou. Não só não se melhorou as zonas rurais, mas também mesmo nas cidades com condições de serviços de saúde relativamente melhores, cada vez mais são as pessoas que não têm acesso a serviços de consulta por falta de capacidade financeira.

Figura 1: índice de crescimento das despesas médicas dos hospitais públicos da China



Fonte: “Anuário Estatístico da Saúde da China”, 2006, página 105; 2004 página 87; “Anuário Estatístico da China”, 2005, página 335; 2004, páginas 53 e 357.

Figura 2: Percentagem de residentes da China que não recorreram a serviços de consulta médica por dificuldades financeiras, 1993, 1998, 2003



Fonte: Centro de Informações do Ministério da Saúde: “Investigação e Estudo dos Serviços de Saúde da China: Terceiro Relatório da Investigação e Análise do Serviço de Saúde Nacional”, Pequim, Publicações de Academia Chinesa de Ciências Médicas, 2004, páginas 36 e 37.

Seja como for, podemos afirmar que existe uma grave injustiça social no sistema de saúde da China. Em 2000, o “Relatório Mundial da Saúde” da Organização Mundial de Saúde fez uma avaliação do sistema de saúde de 191 Estados membros e no índice do “equilíbrio do financiamento da saúde” a China está no último quarto lugar do Mundo<sup>14</sup>. Assim, para melhorar a justiça social na área médica e proteger o direito à saúde, é imprescindível um sistema de seguro médico completo, sendo este um raro consenso que existe entre o debate sobre o caminho da nova reforma do sistema de saúde.

### 3. A China a caminho do seguro de saúde nacional

A partir da segunda metade de 2005 se iniciou o debate entre especialistas de política pública da China acerca do caminho da nova reforma do sistema de saúde, e hoje ainda persiste a influência deste debate na escolha pública da reforma

14 WHO, 2000, *The World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance*. Geneva: World Health Organisation.

médica da China<sup>15</sup>. Devido a vários factores, designadamente factores financeiros e a dependência da trajectória no sistema de seguro social de saúde, a política oficial da reforma da saúde da China optou pela gradual reforma do seguro de saúde universal. Em termos concretos, optou-se por consolidar e melhorar os três actuais seguros de saúde públicos, ou seja, o seguro médico básico para trabalhadores urbanos e rurais, o seguro médico básico para residentes urbanos e rurais, o novo sistema cooperativo rural médico, e adicionando o sistema de assistência médica urbana e rural, formando o sistema de seguro médico básico, abrangendo, respectivamente, os trabalhadores urbanos, os não-trabalhadores urbanos, a população rural e residentes urbanos e rurais com dificuldades<sup>16</sup>. Em 6 de Abril de 2009, o “Comité Central do Conselho do Estado sobre a nova proposta de reforma da saúde” anunciou oficialmente o início da reforma da saúde.

Nos três maiores seguros de saúde nacionais, para segurar os trabalhadores das cidades e vilas, são ambos a parte empregadora e o empregado que são encarregados de efectuar as prestações à seguradora. Os trabalhadores por conta própria, que não têm uma entidade empregadora, também podem voluntariamente participar num seguro de saúde para trabalhadores, bastando cumprir as prestações fixadas pelo governo local a que pertencem.

Quer o seguro de saúde para os residentes urbanos e das vilas, quer o novo sistema cooperativo rural médico, são ambos facultativos, e as prestações são efectuadas pelo segurado e pelo governo em conjunto. Essa parte da prestação que é efectuada pelo governo chama-se “subsídio governamental”. Um estudo da OIT mostra que há muitos países onde o governo dá apoio aos seguros complementares de saúde e às pensões de velhice através de isenções fiscais, beneficiando assim aos cidadãos com rendimentos mais altos<sup>17</sup>. Só que *a ratio* do seguro voluntário de saúde pública é para fornecer subsídio à população de uma forma universal, reflectindo deste modo o princípio do universalismo que está por detrás da política social. O universalismo considera que todos nós estamos sujeitos certos riscos sociais, logo, as políticas sociais devem ser dirigidas a todas as pessoas. A saúde faz parte precisamente desse tipo de risco, porque todos nós estamos sujeitos a estar doente é que precisamos de cuidados médicos<sup>18</sup>.

O sistema de assistência médica funciona através dos departamentos

15 Gu Xin, “A caminho de uma nova reforma da saúde inacabada”, “Finanças”, 2010 número 6, pp. 28 a 32.

16 Gu Xin, “A caminho do seguro de saúde nacional”, “Dongyue Forum”, 2008 n. 1, pp. 6 a 11.

17 Direcção dos Serviços Laborais da China, “Segurança Social: um novo consenso”, Pequim, Publicação da China Labor, 2001, p. 58.

18 Neil Gilbert and Paul Terrell, Huang Chen Xi, Ye Zhou e Liu Hong Yi, “Introdução à Política de Assistência Social”, Shang Hai, Publicação da Universidade Politécnica de Hua Dong, 2003, p. 122.

governamentais para os assuntos sociais, onde vão indicar quais são os grupos de beneficiários, que normalmente são os beneficiários de subsídio mínimo de sobrevivência, mais uma parte dos grupos que auferem rendimentos baixos (por exemplo pessoas que recebem tratamentos especiais, deficientes com rendimentos baixos, entre outros), que depois são-lhes isentados obrigações de pagamentos, e as prestações são previstas no orçamento e efectuadas pelo governo. Os beneficiários de assistência médica, para além de poderem usufruir de forma grátis do seguro de saúde, parte das despesas médicas podem ainda ser reembolsadas através do Fundo de Assistência Médica. O sistema de assistência médica foi criado por volta de 2003, e actualmente o seu funcionamento já está consideravelmente maduro<sup>19</sup>.

Em termos teóricos, o seguro de saúde nacional revela que cada pessoa deve ter pelo menos um seguro de saúde. A nova reforma de saúde clarificou que, até 2012, o sistema de seguro de saúde básico irá abranger todos os habitantes urbanos e rurais, o que quer dizer que em termos concretos, antes de 2012, a abrangência do seguro médico básico para trabalhadores urbanos e das vilas, do seguro médico básico para residentes urbanos e das vilas, do novo sistema cooperativo rural médico tem que ser elevado para mais que 90% dos destinatários. A China ainda tem um sistema de saúde público para os funcionários públicos, e há um pequeno número de pessoas que participam em seguros de saúde privados. Por isso desde que a abrangência do sistema de seguro médico básico atinja os 90%, o objectivo do sistema de saúde nacional pode ser alcançado.

De acordo com dados oficiais, essa meta já foi alcançada. Até finais de 2009, 12,3 biliões de habitantes participaram em pelo menos um seguro de saúde público. Por isso a abrangência do sistema de seguro médico básico já atingiu os 92,4%.

Tabela 1: Âmbito de abrangência do sistema de seguro médico básico, 2004-2009, unidade: centena de milhões, percentagem

	Seguro médico para trabalhadores urbanos e das vilas	Seguro médico para residentes urbanos e das vilas	Novo sistema cooperativo rural médico	Número de segurados do seguro de saúde público	Número total da população	Abrangência
<b>2004</b>	1.2		0.8	2.0	13.0	15.7%
<b>2005</b>	1.4		1.8	3.2	13.1	24.2%
<b>2006</b>	1.6		4.1	5.7	13.1	43.2%
<b>2007</b>	1.8	0.4	7.3	9.5	13.2	71.8%
<b>2008</b>	2.0	1.2	8.2	11.3	13.3	85.3%
<b>2009</b>	2.2	1.8	8.3	12.3	13.3	92.4%

19 Gu Xin, "A construção do sistema da rede de segurança social", Hang Zhou, Publicação da Universidade de Zhe Jiang, 2008, pp. 129 a 150.

Fonte: “Anuário Estatístico da Saúde da China”, 2009, páginas 347-348; 2010, páginas 349, 350 e 355.

No entanto, o sistema de seguro médico da China ainda está longe de ser completo. Mesmo no que respeita ao seu primeiro desafio, aumentar a abrangência do seguro médico para trabalhadores urbanos e das vilas e do seguro médico para residentes urbanos e das vilas, vai ter que enfrentar situações cada vez mais difíceis. Sendo o segundo desafio melhorar os níveis de financiamento e de protecção do seguro público de saúde. Devido ao aumento dos subsídios do governo, os níveis de financiamento e a respectiva percentagem nos custos de saúde do sistema de seguro médico aumentaram significativamente. Porém, até 2009, o financiamento total do sistema de seguro médico básico não chegava aos 30% dos custos de saúde (ver tabela 2).

Tabela 2: financiamento total do seguro de saúde público e sua percentagem nos custos de saúde, 2004-2009, unidade: centena de milhões, percentagem

	Custos de saúde	Financiamento total do seguro de saúde público	Receitas do fundo do seguro médico para os trabalhadores urbanos e das vilas	Receitas do fundo do seguro médico para residentes urbanos e das vilas	Receitas do novo sistema cooperativo rural médico	Percentagem do financiamento nos custos de saúde
<b>2004</b>	7590.3	1184.7	1140.5		44.2	15.6%
<b>2005</b>	8659.9	1487.8	1405.3		82.5	17.2%
<b>2006</b>	9843.3	1958.2	1747.1		211.1	19.9%
<b>2007</b>	11574.0	2680.4	2214.2	43.0	423.3	23.2%
<b>2008</b>	14535.4	3825.0	2885.5	154.9	784.6	26.3%
<b>2009</b>	17204.8	4867.9	3672.0	251.6	944.3	28.3%

Fonte: “Anuário Estatístico da China”, 2008, páginas 895-896; “Anuário Estatístico do Trabalho da China”, 2008, páginas 515-516; 2009, páginas 491-492; “Anuário Estatístico da Saúde da China”, 2008, página 81, 2009, página 347. Edição do Instituto de Investigação da Economia da Saúde do Departamento da Saúde, “Relatório de Investigação dos Custos de Saúde da China 2008” Pequim: Instituto de Investigação da Economia da Saúde do Departamento da Saúde, Dezembro de 2008 páginas 13 e 26; “Relatório de investigação dos custos de saúde da China 2009” páginas 5, 14.

Uma vez que o nível de financiamento é relativamente baixo, a capacidade

de pagamento do sistema de seguro médico será também baixo. Nos últimos anos, as despesas do fundo do sistema de seguro médico básico tem vindo a aumentar. No entanto, a proporção dessas despesas ainda não é elevada, em comparação com as receitas da actividade das instituições médicas, sendo inferior a 40% em 2009. Assim, em relação a prestadores de serviços médicos, o poder de compra do seguro público de saúde é limitado. Não podendo compartilhar o risco das despesas médicas, também não se pode estabelecer efectivamente o mecanismo de compra por terceiros, e assim, não se consegue vincular as instituições médicas à prestação justa de serviços médicos e de medicamentos aos segurados. Este é o terceiro desafio do seguro de saúde nacional na China<sup>20</sup>.

O maior desafio do seguro de saúde nacional é o modo como as instituições médicas vão vincular e controlar efectivamente os prestadores de serviços médicos, e obrigá-los a prestar, aos segurados, serviços médicos benéficos em termos de custo-benefício. O ponto crucial é saber como reformar o modelo prestador-pagamento, isto é, substituir o método de pagamento por serviço, método dominante, pela combinação de diferentes métodos de pagamento, de modo a permitir uma concorrência saudável no mercado da prestação de serviços médicos. Claro que este problema não é exclusivo da China, mas sim, um problema Mundial.

#### **4. Conclusão**

Depois da reforma de abertura, o sistema de saúde da China sofreu grandes alterações. Devido ao enfraquecimento do Governo, especialmente o enfraquecimento das finanças públicas, no que toca ao financiamento da saúde, o sistema de saúde da China enfrentou graves problemas, causando grande insatisfação pública, tornando-se numa das prioridades nas questões sociais. Perante este cenário, o Governo chinês começou a preparar, desde finais de 2006, uma nova ronda de reforma do sistema de saúde, também denominada por “nova reforma da saúde”. Depois de vários pareceres solicitados nas relações internas, e de uma solicitação pública de parecer, a “Proposta da Nova Reforma da Saúde” foi oficialmente publicada em Abril de 2009. A nova reforma da saúde tem uma vasta gama de conteúdos, cujo essencial pode ser retido nos dois pontos seguintes: (1) o sistema de saúde pretende alargar a sua cobertura ao nível nacional, ou seja, tem em vista um seguro de saúde nacional, onde o Governo desempenha um papel activo e universal no que toca ao financiamento dos cuidados de saúde; (2) o sistema de prestação de cuidados médicos tende para um “mercado administrado”, onde o Governo participa no mercado de serviços médicos através dos papéis de

---

20 Gu Xin, “A nova descoberta do seguro de saúde nacional”, Pequim, Publicação da Literatura de Ciência Social, 2010.

comprador (como instituições públicas de saúde), fiscalizador e promotor.

Durante a preparação da nova reforma da saúde, o sistema de saúde da China foi gradualmente sofrendo alterações. Este tipo de alteração, usando as palavras da Organização Mundial de Saúde, é feita a partir da retirada do Estado (*withdrawal of the state*) à re-intervenção do Estado (*re-engagement of the state*)<sup>21</sup>. A China enfatizou a responsabilidade e funções das finanças públicas do país no que toca ao financiamento da saúde, alargou a abrangência do sistema de seguro de saúde básico e melhorou o seu nível de financiamento, tendo como consequência a diminuição dos encargos financeiros dos doentes, e assim, contribuindo para um maior equilíbrio em termos de encargos com as despesas médicas<sup>22</sup>. Em termos gerais, a nova reforma da saúde chinesa está neste momento a reconstruir o papel que o Governo e o mercado desempenham na área da saúde e a promover, de certa maneira, a institucionalização da garantia do direito à saúde.

---

21 World Health Organization, *The World Health Report 2008: Primary Health Care Now More Than Ever*, Geneva: World Health Organization, 2008, p. 84.

22 Gu Xin, “Transformação das finanças públicas e o retorno das responsabilidades do governo no financiamento da saúde”, in “Ciências Sociais da China”, 2010 número 2, pp. 119 a 136.

