



A crise do *corporate welfare* nos EUA ou o alívio de ter um Serviço Nacional de Saúde

PAULA LOBATO FARIA

Chegada há pouco tempo aos EUA para seis meses de trabalho académico na Universidade de Boston, fui convidada a fazer uma apresentação sobre o sistema de saúde português para os meus colegas americanos, o que aconteceu numa reunião à hora de almoço, entre sanduíches de frango e atum, enquanto me ouviam falar do nosso National Health Service e do nosso *right to health protection*.

Falei-lhes da Constituição e da universalidade do acesso, da forma como funciona o SNS, etc., e esperava eu que comessem todos a abrir a boca (símbolo do usual interesse dos americanos pelo que se passa na Europa) quando, para grande surpresa minha, em vez da boca, abriam os olhos e surgiam exclamações de todos os lados, repetindo o termo *right to health protection*, que lhes parecia soar de forma perfeita, e inúmeras perguntas sobre pormenores do que eu ia dizendo. No final, até a secretária do departamento veio ter comigo só para me dizer que admirava Portugal por ter direitos tão importantes na área da saúde.

Vinda de um país onde as palavras de ordem na saúde são «privatizar» e «empresarializar», como panaceia para a racionalização dos gastos e para uma melhor qualidade dos cuidados, esperava tudo menos esta onda de entusiasmo dos meus colegas americanos face ao nosso tão vilipendiado SNS. Depressa me apercebi do porquê. E a razão é simples: o sis-

tema de saúde americano é um pesadelo de injustiça e de burocracia que beneficia poucos e está a criar uma ansiedade geral em todos, quase sem excepção, bastando ler notícias recentes publicadas nos jornais para se concluir que a crise está instalada e pronta a «explodir» (v. «Consumer 'rage' over health costs likely to explode» — *Wall Street Journal*, 30-1-04, ou «Companies limit health coverage of many retirees» — *New York Times*, 3-2-04). Vou tentar explicar-lhes porquê.

Imagine então, por minutos, que já não é português, mas norte-americano, e que está doente. A sua primeira sensação é de contentamento, pois imagina-se cidadão do país onde existem os melhores e mais bem equipados hospitais, os médicos mais bem treinados e a última palavra em tratamentos e técnicas. *Great!*, pensará para si. Contudo, em breve verá que o sonho não passará daqui, porque o acesso a tais maravilhas é «reservado» aos americanos que têm um seguro de saúde ou um *health plan*, coisa cujas regras são ainda mais complicadas de interpretar do que as regras de golfe e à qual não é fácil aceder, como passo a tentar descrever.

Se consultar o *site* do governo norte-americano dedicado a esclarecer os cidadãos quanto ao *health plan* que devem escolher (www.ahcpr.gov/consumer/hlthpln1.htm), vai ler que terá de optar, em primeiro lugar, entre duas hipóteses: (1) um seguro *fee-for-service* (modalidade mais cara), isto é, um seguro em que a pessoa pode escolher o médico ou a instituição que quiser e estas cobram directamente à seguradora, ou (2) aquilo a que nos EUA se chama *managed care*, ou seja, um «plano de saúde» oferecido por empresas intermediárias (*managed care organizations*, ou MCOs) que gerem as relações entre os



Paula Lobato Faria é professora associada de Direito da Saúde e Biodireito da Escola Nacional de Saúde Pública/UNL.

doentes e os médicos ou unidades de saúde e cujos subscritores têm de usar os serviços de uma dada rede de prestadores para terem direito a reembolso. Se há vinte e cinco anos a maior parte dos americanos tinha o primeiro tipo de seguro, actualmente o panorama inverteu-se e as MCOs tomaram conta da situação.

Entretanto, continuando a tentar escolher o seu «plano de saúde», se optou pela opção *managed care*, fique a saber que vai ainda ter de decidir se quer um plano PPO (*preferred provider organization*), um plano HMO (*health maintenance organization*) ou, por fim, um plano POS (*point-of-service*), cujas diferenças nem os eruditos distinguem bem, mas que se baseiam na maior ou menor liberdade de escolha dos prestadores e no preço.

E como é que um cidadão americano escolhe e negocia entre PPOs, HMOs ou POSs? Ora, o que se passa é que, regra geral, não escolhe nem negocia, dado que quem decide sobre planos de saúde, negociando-os com uma MCO, são os empregadores, o que torna os cuidados de saúde a que cada um tem direito dependentes do que aqueles acharem melhor, e não do que o cidadão quer, com todas as limitações daí dependentes. A alternativa seria negociar um «plano de saúde» individual e independente de um grupo profissional, mas os custos são tão elevados que nunca compensa.

Podemos retirar como primeira conclusão do que foi dito que um americano desempregado é, quase sempre, um americano sem seguro ou plano de saúde. No entanto, o contrário não é verdadeiro, isto é, que um americano empregado seja um americano com seguro ou plano de saúde, pois a lei não obriga os empregadores a assegurarem a cobertura na saúde dos seus trabalhadores, pelo que a segunda conclusão aqui será a de que, mesmo com emprego, um americano pode não ter seguro de saúde. Aliás, as empresas podem, a seu critério, retirar, em parte ou mesmo no todo, as regalias que tenham oferecido aos seus trabalhadores na área dos cuidados de saúde, sem que estes tenham qualquer possibilidade de recurso de tal decisão. Ultimamente, inúmeros reformados de empresas importantes têm visto, de um dia para o outro, os seus planos de saúde deixarem de ser co-financiados por estas, o que significa que, de um dia para o outro, também tiveram um aumento de 60% no que pagavam, o que se estima equivaler a um aumento médio de 500 euros por mês. Algumas pessoas reformadas estão mesmo a ter de voltar a fazer pequenos trabalhos para lhes ser possível pagar a totalidade do seguro de saúde (*New York Times*, 3-2-04).

O sector empresarial está a mostrar sérias dificuldades em conseguir assegurar os planos ou seguros de

saúde dos seus trabalhadores, sobretudo as empresas que mais sofreram com a recessão, estando agendadas greves a curto prazo para combater a situação, voltando a ouvir-se o já velho *slogan* de que «todo este problema poderia ser evitado se os Estados Unidos abandonassem de vez o seu sistema em ruptura e criassem em vez dele um sistema [...] público de acesso universal à saúde» (*San Francisco Chronicle*, 8-2-04). Os próprios médicos, que nos anos 30, com medo de verem o Estado limitar-lhes o livre exercício da profissão, se opuseram radicalmente à reforma do sistema de saúde americano no sentido de o transformar num sistema público de cobertura universal, começam agora a sentir que talvez este não fosse pior do que o controlo de que estão a ser alvo por parte das seguradoras e das MCOs.

Num estudo revelado em Janeiro passado (www.cdc.gov/nchs/nhis.htm.) estima-se que existam 42,3 milhões de americanos sem seguro de saúde, o que significa que, salvo numa emergência e se forem muito pobres (e o puderem provar), todas estas pessoas vão ter de pagar do seu bolso os cuidados de saúde e medicamentos de que precisarem.

Sabendo-se que nos EUA a saúde é a mais cara entre os países da OCDE (*Health Affairs*, 2003), segundo uns (entre eles o presidente Bush, v. discurso de 28-1-03), devido ao elevado número de queixas em tribunal contra os médicos, o que encarece os seus serviços, segundo outros, devido à especulação feita pelas *managed care organizations*, existem então 42,3 milhões de americanos a «fazer figas» para que tanto eles como os seus familiares se mantenham saudáveis.

E o que é que fazem as pessoas que ficam doentes sem terem seguro de saúde? Segundo Patricia Roche, professora da Escola de Saúde Pública da Universidade de Boston, «basicamente, as opções são três: usar as suas poupanças e pagar do seu bolso, pedir um empréstimo, o que tem sempre a desvantagem de atrasar os cuidados, pois é raro aceitar-se tratar alguém aqui sem ‘dinheiro à vista’ ou então prescindir de outros bens para pagar a conta do médico ou do hospital. Qualquer doença que requeira cuidados continuados, análises e exames, bem como medicamentos, facilmente esgota os recursos financeiros de uma família.» Deixar de ir ao supermercado durante uns tempos e passar a ir aos «bancos alimentares» (*food banks*), os quais não cessam de aumentar nos últimos tempos nos EUA, é algo que acontece frequentemente a quem não tem seguro de saúde e teve o azar de ter ficado doente. Não é difícil chegar a esta situação, se soubermos que um seguro ou plano de saúde mediano custa aproximadamente 400 euros por mês para um indivíduo e 900 euros para um agregado

familiar e que as consultas no médico rondam os 170 euros.

Depois de saber tudo isto, é capaz de estar já a pensar voltar à cidadania portuguesa, onde sabe que, se estiver doente, seja remediado ou pobre, jovem ou idoso, detentor ou não de um seguro de saúde, empregado ou desempregado, numa emergência ou não, terá sempre o direito de acesso ao Serviço Nacional de Saúde, mesmo que não seja nas melhores condições logísticas. De facto, o argumento de que os cuidados de saúde prestados nos EUA têm muito mais qualidade do que no nosso SNS (o que é discutível) cai por terra quando se tem de escolher entre ter acesso a cuidados com um nível inferior de qualidade ou não ter acesso a qualquer tipo de cuidados.

Estas realidades explicam a admiração e inveja dos meus colegas americanos face ao princípio da universalidade do acesso à saúde no nosso sistema e levam a pôr em causa a insidiosa «desacreditação» em curso do Serviço Nacional de Saúde e a ideia feita de que retirar a gestão das organizações das mãos tradicionalmente «despesistas» e gestionariamente pouco hábeis do Estado é sempre caminhar para melhor, seja em que sector for. Não se pense que, por ser privado, o sistema de saúde americano é menos despesista. Só para tratar da papelada e burocracia gerada nas relações entre MCOs, médicos, hospitais e doentes está estimado estarem empregadas mais pessoas do que os profissionais de saúde necessários para tratar os doentes. Além disso, não se pense que o Estado americano poupa desta forma, pois a parte pública dos gastos nacionais em saúde é de 45%, o que representa 7% do PIB dos EUA (*Health Affairs, web exclusive*, 12-2-04), o que é um montante elevadíssimo para um sistema que deixa de fora tanta gente.

Não se pode negar todo o problema ideológico que está patente nestas questões da saúde. Parte da recusa dos americanos em aceitarem a ideia de criarem um sistema de saúde com acesso universal (a última tentativa, o projecto da autoria de Bill e Hillary Clinton, falhou em 1993) não é alheia à explicação de que, no fundo, os EUA se recusam a aceitar um sistema com conotações historicamente pouco liberais, receando um papel demasiado «controlador» do Estado.

Contudo, devido à crise que os custos com o pagamento dos seguros de saúde dos trabalhadores está a

gerar no sector empresarial, começa a surgir uma brecha a favor de um serviço de saúde com acesso universal, mesmo nos meios conservadores. Chegará para vencer as pressões do *lobby* das MCOs? Será interessante seguir os próximos capítulos deste «braço de ferro».

O descontentamento é, de facto, geral. O problema do acesso aos cuidados de saúde nos Estados Unidos é tal que não há discurso sobre o «estado da nação» (v. www.whitehouse.gov/news) em que o presidente Bush não inclua uma grande parte sobre a reforma e melhoria das condições no sector, mas sem ainda ter conseguido convencer ninguém da efectividade das mesmas.

Por outro lado, o actual sistema baseado no *corporate welfare* cria uma hierarquização perniciosa na sociedade americana, segundo a qual existem os americanos que têm bons empregos e bons seguros de saúde, os que têm empregos medíocres e planos de saúde medíocres, os que têm emprego, mas não têm plano de saúde, e, por fim, os que não têm nem um nem outro e que serão, em números recentes, nada menos do que 7,7 milhões de pessoas.

Desta descrição de uma realidade que choca, sobretudo porque temos dos Estados Unidos o mito da defesa dos direitos e liberdades dos cidadãos, parece-me que podemos retirar como conclusão a ideia de que a melhoria da qualidade do sistema de saúde português (a qual deve ser uma prioridade do Estado, dos prestadores de cuidados saúde privados, dos profissionais do sector e dos cidadãos) nunca deverá pôr em causa o princípio da universalidade no acesso à saúde. Pelo contrário, é fundamental defender e perceber que o *direito à protecção da saúde* (artigo 64.º da Constituição) foi uma grande ideia dos nossos legisladores constituintes em 1976, uma enorme vitória da democracia em Portugal, e não uma qualquer «tara» marxista ditada pelos ventos da época.

Para nos convenceremos disso basta, de vez em quando, imaginarmos, por minutos, que somos americanos, sem *health plan*, com um salário que mal paga as contas, e que, de repente, acordamos numa cama de hospital, gravemente doentes, com uma conta de milhares de dólares para pagar. E... pasme-se, respiramos fundo, aliviados, porque, afinal, somos portugueses.