

Encampação social dos serviços médicos - A maior reforma contemporânea

ESTANISLAU FISCHLOWITZ

Estudando o aspecto da política social de após-guerra, o autor do presente artigo focaliza o problema da socialização da medicina, o qual importa uma intervenção ativa dos poderes públicos nessa importante esfera de atividades.

A reforma de encampação social da medicina exige um quadro pormenorizado do ambiente social em que venha a ser implantada. Analisando o atual estágio da questão em países como a Inglaterra, os Estados Unidos da América e a U. R. S. S., o articulista apresenta ainda os fundamentos essenciais da reforma a médico — social em apreço. (N. R.).

O SETOR MAIS NOVO DA ADMINISTRAÇÃO

NADA mais natural que o fato de procurármos, estabelecer depois do cataclismo bélico de alcance tão cósmico, os novos rumos da evolução futura das sociedades contemporâneas.

No que diz respeito à política social propriamente dita, dificilmente se poderia, por enquanto, divisar diretrizes claras e definidas da legislação de após-guerra, observando-se as aspirações que se notam a respeito no seio do assalariado, as pressões sociais das classes economicamente fracas e os projetos preparados no intuito de satisfazer as reivindicações acima aludidas. E' lugar comum classificar as grandes guerras contemporâneas e as crises que, via de regra, imediatamente se lhes seguem como revoluções sociais. Contrariamente à situação criada após a primeira guerra mundial, uma espécie toda particular de programa "revolucionário" de após-guerra não se delineia ainda com clareza no horizonte. Evidentemente não nos referimos a tudo o que se passa sob a influência direta da política soviética, na zona vermelha tão grandemente estendida de influência da URSS, ou na zona "côr de rosa" situada entre ambas as

zonas mundiais, a "ocidental" e a "oriental". Procuramos estabelecer novas idéias e novas correntes econômico-sociais oriundas da grande crise que a humanidade atravessa sob forma cada vez mais acentuada e aguda, desde vários anos.

O resultado dos nossos inquéritos, no que diz respeito à política social, é, — por que não confessá-lo? — negativo, com uma exceção, aliás, muito importante a que nos propomos dedicar o presente estudo.

Com efeito, tudo leva a crêr que no setor situado entre a política social protetora, por um lado, e a organização dos serviços públicos de higiene, por outro, tenha sido feito ultimamente uma "invenção social" imensamente promissora e relevante. Trata-se de instituição inteiramente nova, sem qualquer precedentes na história e capaz de transformar profundamente, com o decorrer do tempo, a atual solução de proteção à saúde, com radicais conseqüências em vários outros setores correlatos da vida.

A revolução pacífica que se opera a êsse respeito significa a intervenção mais ativa possível dos poderes públicos nessa esfera que ainda há pouco tempo foi um campo quase que exclusivamente entregue às atividades particulares. Mediante providências que podem ser qualificadas como medidas de socialização da medicina, a clínica individual, assim como tôdas as outras formas existentes de intervenção médica, passam a ser paulatinamente substituídas pelos serviços médicos gratuitos, postos pelo Estado ao dispôr da população. A medicina individual desaparece, ou, na melhor hipótese, fica reduzida a proporções insignificantes. A medicina social fica definitivamente aprovada e posta em aplicação como doutrina mestra dos serviços sociais de proteção à saúde. A reforma acima referida significa não somente o fim da clínica individual mas, também, a liqui-

dação da primeira grande tentativa no sentido de encontrar uma transação entre as tendências individualista e social no setor em aprêço, a saber, do seguro social contra a doença, instituído pela primeira vez há aproximadamente 69 anos. Introduzido com o correr do tempo, por tôdas as nações industrialmente adiantadas, salvo os Estados Unidos, êsse ramo de seguro social alcançou grande êxito, contribuindo para o levantamento do padrão higiênico de vida das classes trabalhadoras, para a luta eficaz contra diversas doenças "sociais", para a diminuição da taxa de mortalidade e morbidez, e para a prolongação da duração média da vida humana no seio do proletariado. No entanto, ao que parece, atingiu nesse tempo, certos naturais limites máximos que, quanto às possibilidades de sua atuação, dificilmente podem ser ultrapassados por essa instituição na sua feição atual como arma exclusiva de proteção ao proletariado.

A reforma em questão estabelece uma unidade completa de todos os serviços encarregados de velar pela saúde da coletividade, englobando, indiferentemente, tanto as instituições protetoras das classes trabalhadoras quanto os serviços de saúde chamados a atuar no ambiente social diferente. Assim desaparecem todas as diferenças artificiais entre serviços de seguro sociais, de assistência pública (estadual ou municipal) e de natureza diferente; em suma, tôdas as discriminações que se devem, em grande parte, à evolução histórica sem justificativa objetiva suficiente. Dest'arte a unificação completa dos serviços existentes acompanha a sua substancial ampliação, considerada necessária para fazer face às tarefas de tão imensa responsabilidade e relevância.

Evidentemente, tal reforma não pode ser cumprida simultaneamente em todos os países civilizados. Como sempre acontece na técnica social, alguns países, cuja situação interna já se acha amadurecida para possibilitar reformas, de tão grande vulto, encabeçam o movimento no sentido do progresso médico-social, e outros os seguem, preparando as iniciativas legislativas nesse sentido.

A encampação social da medicina foi já posta em vigor, depois do fim da segunda guerra mundial, na Inglaterra, (nesta época ainda sem abranger a Escócia) com o National Health Act, de 6 de novembro de 1946, e em Saskatchewan (província do Canadá) com a lei posta em vigor em janeiro de 1947. Nos Estados Unidos tal reforma

não foi ainda aprovada pelos poderes legislativos; no entanto, o executivo, pelo Presidente Truman, pronunciou-se de modo solene e incisivo a favor da reforma referida, recomendando ao Congresso, mediante mensagens, a adoção de um programa amplo e radical de medidas legislativas detalhadamente indicadas. Baseando-se nessas recomendações, um grupo parlamentar já muito conhecido pelas suas iniciativas legislativas relacionadas à Previdência Social (Wagner-Dingell-Murray) elaborou, ao que parece, não sem a assistência ativa dos órgãos oficiais (Social Security Administration), e depois de inquéritos e estudos particularmente extensos, dois projetos de leis, um dedicado à reforma hospitalar e outro ao esquema de seguro nacional-saúde. (x)

Enquanto o primeiro obteve a sanção das câmaras legislativas e logo entrou em vigor, o segundo, incomparavelmente mais importante, não reuniu a maioria dos votos necessários para a sua transformação em lei. Nada parece, todavia, indicar, mesmo depois do sucesso eleitoral do partido republicano, em tese favoravelmente pouco disposto, com relação às reformas sociais avançadas — que a idéia da medicina social tenha sido definitivamente abandonada; muito pelo contrário, vários sintomas parecem indicar que a iniciativa legislativa nesse sentido será retomada desde que se encontrem condições propícias para a sua realização final.

E' difícil findar a lista dos outros países nos quais a reforma em aprêço se acha em mais ou menos e adiantado preparo. O quadro da situação objetiva a respeito no presente momento, seria ainda incompleto sem referência à U. R. S. S. que, rompendo com as tradições e hábitos da clínica individual, instituiu pela primeira vez na história o sistema de assistência médico-social gratuita ao alcance de toda a população. Não achamos imprescindível, nem mesmo possível, submeter a análise mais detalhada o que foi feito naquele país, pelos seguintes motivos: 1) — a socialização dos meios de produção e dos principais serviços exercidos alhures pelas chamadas profissões liberais faz com que a providência acima referida não possa ser encarada em si, mas sim, como parte integrante e,

(x) Trata-se, evidentemente, do seguro social no sentido amplo dessa palavra isto é do seguro nacional a ser administrado diretamente pela Federação e não pelo regime autárquico de seguros sociais a favor dos assalariados.

por assim dizer inevitável de um conjunto de economia social incomparavelmente mais amplo.

2) Quem está algo familiarizado com a realidade soviética não pode ter dúvidas de que existe uma discrepância acentuada entre as instituições teóricas do direito soviético e o verdadeiro padrão higiênico-social das massas, sobretudo fora dos maiores centros civilizadores da Rússia; de qualquer maneira não dispomos de material suficientemente abundante e atualizado, capaz de demonstrar de modo científico e exato como funcionam as instituições soviéticas em aprêço e em que grau elas deixam de satisfazer às necessidades higiênicas do povo conforme tudo o que se nos depara á primeira vista naquele país. (*).

E' por êstes motivos que deixamos fora de nossas cogitações o que por ventura trouxeram as reformas soviéticas acima referidas, não acreditando, aliás, que essa lacuna possa afetar as conclusões do presente estudo.

Regressando, depois dessas observações preliminares, à própria análise dos fundamentos basilares da reforma médico-social em questão, achamos interessante procurar — antes de abordar análise mais pormenorizada da realização dessa reforma nos principais países interessados — uma resposta à pergunta que se parece impôr á primeira vista: porque é exatamente nesse sentido que se opera hoje em dia uma das maiores reformas contemporâneas? Como interpretar essa prioridade que parece por tôda parte caber ás necessidades médico-sociais em confronto com tôdas as demais necessidades sociais da coletividade? Ora, evidentemente parece que vários fatores contribuíram para êsse efeito.

(*) A densidade dos centros de saúde nos "soviets rurais" varia muito. Em algumas regiões só 40-50% dos soviets são dotados desses centros. Mesmo em alguns distritos onde há na média mais de um centro pro um soviet (Rostova com a taxa de 107% centros) há soviets rurais sem centros. Em regiões sub-povoadas (p. ex. República dos Yakouts) o raio da aerea do centro é de 50 km! Vários centros, em falta de médicos, são dirigidos por simples enfermeiros. O número médio de pessoas que podem ser atendidas por dia pelos cuidados médicos do centro raramente ultrapassa a 7-8 pessoas. Os centros não tem de modo geral, equipamento sanitário necessário, nem mesmo produtos farmacêuticos indispensáveis ("Sovietskaya Meditsina" n.º 6,1945 e "Sovietskoye Zdravukrannienia" n.º 9,1945 — Relatórios do Commissariado de Povo da Saúde Pública).

Em primeiro lugar, verificaram-se na tecnologia médica, no decurso desses últimos decênios, mudanças revolucionárias quanto à natureza e funções da medicina, tanto no que diz respeito à diagnose, quanto à terapêutica. Essas mudanças técnicas para as quais contribuíram vários descobrimentos feitos em ambos êsses sentidos e várias inovações que se devem direta ou indiretamente á última guerra, envolvem a especialização crescente e o aumento inesperado dos recursos e das possibilidades da medicina moderna.

Êsses progressos encarados sob o aspecto puramente econômico e sob o ângulo dos interesses dos consumidores, não acarretam, no entanto, por si só, o barateamento dos serviços de medicina, capaz de garantir a sua expansão; muito pelo contrário êles provocaram um encarecimento notável desses mesmos serviços. A utilização dos serviços médicos aumentou relativamente muito nos principais países economicamente mais adiantados, porém a sua distribuição democrática entre tôdas as camadas da sociedade não acusa progressos que poderiam e, no fundo, deveriam acompanhar o seu ritmo para produzir os efeitos sociais almejados. Se a evolução nesse sentido não alcançou o grau de aperfeiçoamento desejável, isso se deve, sem a menor dúvida, ao fato de que, contrariamente, aos progressos tecnológicos da medicina, a própria organização dos serviços médicos, e sobretudo, o exercício da profissão médica ficaram inteiramente mantidos tal como no século XIX, sob a forma de clínica individual e privada, inteiramente anti-econômica, sem qualquer planejamento organizador e sem qualquer tentativa de modernização, e exatamente com a mesma ideologia filosófica e, até certo ponto, talvez, a mesma ética que se criou com o tempo nos séculos passados. O contraste entre o progresso técnico da medicina e o atraso e ineficiência da sua organização econômica alcançou ultimamente limites que ditaram a revisão profunda e radical dos serviços médicos, de acôrdo com os conceitos econômico-sociais da época presente. A intervenção do Estado ativo operou-se com grande atraso, nessa esfera, tomando de início formas muito cautelosas e indiretas. Durante muito tempo, pareceu prevalecer a opinião de que o Estado não pode senão limitar a sua atuação à prevenção da doença, reservando-se às atividades particulares o setor de diagnose e de terapêutica. Mas já no fim do século XIX e no primeiro quarto do século

XX chegou-se, quase por toda a parte, à conclusão que, particularmente no ambiente das classes trabalhistas, não se pode deixar à iniciativa individual a cobertura do risco da doença, sem expô-la a uma ameaça grave a estabilidade do orçamento familiar do operário e, ademais, o estado de bem estar físico da população.

A falência quase completa das tentativas enviadas pelos seguradores comerciais no sentido de organizar o seguro-saúde provado parece inconteste.

Relativamente muito maior êxito alcançaram nesse setor os seguros sociais compulsórios, mediante a instituição do seguro-doença e seguro-maternidade. Vencendo paulatinamente vários obstáculos, a legislação sobre esse ramo de seguros sociais conseguiu equipar os respectivos países de um amplo sistema de benefícios que abrangeram não somente as prestações pecuniárias (chamadas a substituir o salário em caso de incapacidade temporária ocasionada pela moléstia mas também a assistência médico-social propriamente dita, aos doentes-segurados e beneficiários.

Não se pode negar que o seguro-social doença, ou, segundo a terminologia vigente nos países de língua inglesa, o seguro-saúde tornou acessíveis as vantagens da medicina às camadas sociais que até então pouco auferiam das mesmas, devido às barreiras econômicas intransponíveis que dificultavam o gozo das conquistas modernas pelos socialmente dependentes e economicamente fracos. Esse ramo de seguro social, redistribuindo o ônus da assistência, em espécie e em natureza, aos trabalhadores (ou seus dependentes) acometidos de doença entre 1) — os segurados 2) — os seus empregadores e, em parte, embora num grau relativamente inferior, 3) — a coletividade nacional tornou possível a solução, pelo menos parcial, do problema econômico-social do amparo a saúde do proletariado.

Se o seguro-doença não conseguiu alcançar os seus grandes objetivos na sua íntegra, isso se deve às seguintes circunstâncias: essa instituição, subordinada completamente, na sua feição atualmente vigente, às finalidades da política social trabalhista, não abrange de modo geral, senão uma fração da população com rendas limitadas, a saber os trabalhadores assalariados (frequentemente mesmo sem se aplicar aos grupos numerosos do assalariados, como por exemplo os trabalhadores da agricultura), ora, em vários países os trabalhadores soci-

almente dependentes perfazem apenas uma minoria das classes sumamente interessadas no funcionamento dos serviços assistenciais públicos e que, sem qualquer justificativa social convincente, em consequência da aplicação rígida dos critérios jurídico-sociais da legislação trabalhista, ficam fora de qualquer amparo social organizado pelos poderes públicos. Em nenhum domínio sujeito ao intervencionismo do Estado, a universidade da sua aplicação parece tão amplamente justificada, como no setor em apreço. Com efeito, tudo, salvo a saúde pública, pode ser fracionado, diferenciando-se a solução segundo as classes sociais abrangidas. O seguro-doença, recorrendo aos métodos um tanto burocráticos de organização dos serviços médicos que não podiam contar com o ativo apêlo e colaboração íntima da classe médica, não conseguiu assegurar serviços completos, de qualidade desejável. Fora do seguro doença ficou inteiramente intacta a clínica individual, criando-se, assim, dualidade decididamente nociva de exercício da medicina: 1) a medicina individual, considerada melhor equipada e exercida com maior sentimento de responsabilidade, que tratava com maior cuidado todos os aspectos do caso e 2) a medicina social mais deficiente, aparelhada insuficientemente e com todos os defeitos da produção em série e em massa, e da rotina burocrática inevitável, com o enorme volume dos serviços prestados. Por outro lado, não foi possível entrosar de modo conveniente os serviços de seguros sociais com todas as demais serviços assistenciais e outras formas da intervenção pública nessa matéria (estadual ou autárquica), pré-requisito essencial e básico do êxito de qualquer iniciativa dos poderes públicos, ampla e realmente eficiente, no setor de higiene social.

Aliás, desde o início, a partir das primeiras tentativas no sentido de aplicar o método de seguro à cobertura do risco da doença, surgiram dúvidas a esse respeito, se de fato esse risco, pela sua natureza presta-se bem a constituir o próprio objeto do seguro sob qualquer forma possível, não somente privado, mas também social. As previsões têm, nesse setor caráter muito relativo e aproximativo. O mecanismo rígido de contribuições e benefícios dificilmente pode ser adaptado à cobertura desse risco; as regras atuariais pouca importância têm com relação a esse ramo de seguro a curto prazo. O único elemento básico do seguro-social, capaz de aplicar-se a esse ramo

é a redistribuição, a mais equitativa e justa possível, dos encargos dos benefícios entre o maior número possível dos que podem ser expostos à ocorrência do sinistro; isso pode, todavia, ser realizado de maneira mais radical e completa, lançando-se ao encargo da coletividade nacional o custo total dos serviços médicos. Poucos argumentos podem ser invocados a favor da contribuição especial de seguro-doença, e contra a cobertura desse ônus do orçamento público geral, isto é, mediante impostos públicos posto, que o sistema desses impostos possa ser considerado como socialmente adiantado e realmente democrático.

Com o decorrer do tempo acentuaram-se vários defeitos da clínica livre individualista e até no fundo anárquica, tão oposta em suas bases aos princípios de planejamento ao qual costuma-se recorrer cada vez mais, em tantos e tão variados setores da vida contemporânea.

A urbanização acentuada da vida das sociedades humanas, com tôdas as facilidades e atrativos próprios às aglomerações urbanas, contribuiu para a distribuição antiproducente e antisocial da classe médica entre as várias partes do país, entre regiões geográficas e entre as suas zonas urbanas e rurais, (isto é entre cidades, vilas e aldeias dentro da determinada região); por tôda a parte criaram-se, assim acentuados contrastes no que diz respeito à taxa de um médico por uma determinada unidade da população; como é de conhecimento público ela é incontestavelmente mais favorável para as zonas urbanas de que para rurais. Várias providências legislativas experimentadas em alguns países onde se faz sentir esse mal e tomadas isoladamente contra a distribuição inadequada do pessoal médico, (por exemplo, serviço médico obrigatório nos primeiros anos de exercício de sua profissão, sem abranger, ao mesmo tempo, a nova regulamentação dos serviços médicos em geral), não conduziram aos resultados esperados.

Um fenômeno um tanto análogo ao acima referido faz-se notar no tocante ao equipamento hospitalar. A média de leitos hospitalares por um determinado número de habitantes (ou de doentes) varia muito entre umas e outras partes do território nacional e, sobretudo, onde não há meios bem desenvolvidos de transportes essa má distribuição do equipamento hospitalar transforma muito o funcionamento dos serviços médicos. Só dentro de um regime de economia planificada e

racionalizada, com poderes amplos reservados a respeito ao Governo, ou em outras palavras, só depois da encampação social dos respectivos serviços, é possível torná-los realmente eficientes e completos e, ao mesmo tempo, acessíveis à população inteira, e a todos os membros da comunidade, sem embargo da posição econômica de todos aqueles que necessitam de tais serviços.

Ponderando sobre as razões que justificam o vulto imprevisto das reformas no sentido da "socialização da medicina", não é possível deixar de salientar a contribuição muito importante das recentes experiências da economia dirigida de guerra. O clima todo especial dos últimos anos com a atenção mais cuidadosa, concentrada sobre o estado de saúde da população inteira no interesse supremo do esforço de guerra, com o estabelecimento de várias instituições com essa finalidade precípua, criou um ambiente propício para reivindicações higiênico-sociais de após guerra. Com efeito, nada de mais legítimo de que a tendência no sentido de se conservar em tempo de paz as conquistas protetoras realizadas em tempo de guerra.

INGLATERRA

A Health Service Act, 1946 (CH. 81, 90 10 Geo. 6) acompanha e completa a reforma de seguros sociais, efetuada simultaneamente sob a forma da National Insurance Bill, 1946, lei que, tomando como ponto de partida o plano Beveridge e como base o "White Paper", apresentado pelo governo conservador em 1944, melhorou sensivelmente e desenvolveu os projetos de seguro-doença, seguro-desemprego, seguro por morte, seguro-invalidéz e seguro-velhice para a população inteira, consubstanciados nas recomendações de 1944, acima referidas.

A lei sobre o serviço nacional de saúde cria a organização completa ("comprehensive") e inteiramente gratuita ("free") — salvo pequenas taxas a serem cobertas pelos reparos de óculos, alguns serviços dentários etc., — dos serviços médicos de tôda e qualquer espécie a serem custeados por impostos, taxas e contribuições de seguro-social. Esses serviços ficarão ao dispôr de todos, velhos e jovens, ricos e pobres, casados ou celibatários. Eles, não somente absorverão os serviços assistenciais do seguro-doença, criados em 1911, mas também abrangerão a rede de hospitais chamados

voluntários (constituídos por iniciativa das associações facultativas de beneficência) e as instituições hospitalares de caráter municipal, desenvolvidas depois da Local Government Act de 1929.

A lei aplica-se, por enquanto, à Inglaterra propriamente dita e a Gales, sendo que providências legislativas parecidas são previstas para o futuro próximo, com relação à Escócia.

Os serviços de saúde previstos na lei são os seguintes:

1) Serviços hospitalares (inclusive hospitais para doenças mentais, sanatórios, casas de convalescência e readaptação) e serviços de especialistas (clínicas, dispensários, serviços nos centros de saúde, visitas domiciliares), etc.

2) Centros de saúde e serviços de clínica geral (médicos e dentistas cuja livre escolha pelo doente ficou devidamente garantida).

3) Vários serviços especiais, tais como de parteiras, assistência à maternidade e infância, serviços de enfermeiras, prevenção pela vacinação e imunização, transfusão de sangue, laboratórios, serviços domiciliares necessários em consequência da doença etc. e,

4) Fornecimento de óculos, dentaduras, e produtos farmacêuticos nos hospitais, centros de saúde, nas clínicas e nas respectivas lojas.

O Ministro da Saúde encarregado de aplicação desta lei deve usar, para atingir as finalidades da mesma, três caminhos ("channels") diferentes:

1) Uma parte dos serviços vai ser organizada na base nacional ou regional, com responsabilidade direta do Ministro pelos setores que lhe serão subordinados, e, em particular, hospitais e serviços de especialistas, transfusão do sangue, laboratórios bacteriológicos. O Ministro vai, no entanto, delegar a administração virtual desses serviços a novos órgãos locais e regionais.

2) Outra parte dos serviços será entregue às autoridades autônomas locais (sobretudo "county borough" e "county councils"). Isso se refere, em primeiro lugar, à organização dos centros de saúde e dos serviços locais clínicos e domiciliares.

3) No que diz respeito aos serviços pessoais de clínica geral (médico de família, dentista e farmacêutico), a lei prevê que da sua administração tomarão conta órgãos especiais a serem criados para esse fim, a saber os "Conselhos Executivos Locais" cuja metade será composta dos membros designados pelas autoridades locais e pelo Ministro, e outra metade pelos clínicos que exercem a sua profissão na determinada localidade.

Ao lado do ministro da saúde funcionará um órgão consultor central, chamado a lhe prestar assistência e orientação técnica na execução dessa reforma: o Conselho Central de Serviços de Saúde, com vários sub-comitês compostos de peritos em determinadas matérias.

SERVIÇOS HOSPITALARES E SERVIÇOS DE ESPECIALISTAS

A lei transfere ao Ministério da Saúde todos os hospitais voluntários (obras da beneficência) e de propriedade de autarquias locais; êle tem, além disso, poderes necessários para adquirir hospitais de outros tipos. As fundações não passam diretamente a ser incorporadas no esquema geral de serviços hospitalares mas, sim, ficam integradas num fundo especial de fundações hospitalares. A administração de todos os hospitais, salvo os que se destinam exclusivamente a fins de estudos médicos, fica entregue ao Conselho Hospitalar regional. Vai haver aproximadamente 16 a 20 regiões delimitadas para esse efeito na Inglaterra e Gales. A designação dos componentes dos conselhos acima referidos será feita pelo Ministro, depois de consultar a respeito as faculdades de medicina locais, órgãos públicos dos serviços de saúde, as representações da classe médica, etc. Os fundos necessários para assegurar o funcionamento dos hospitais serão fornecidos pelo Tesouro, sendo garantida aos Conselhos ampla autonomia financeira. Os dispositivos a respeito têm por fim incentivar, dentro do possível, as iniciativas locais, sem desnecessária burocracia dos respectivos serviços.

Uma posição especial fica garantida aos "teaching hospitals" que serão administrados pelos seus próprios conselhos administrativos sem serem subordinados, mesmo indiretamente, ao Conselho Regional de Hospitais; êles colaborarão, todavia, estreitamente com os serviços criados pela lei, no planejamento e administração dos serviços hospitalares.

Não se cogita da uniformização exagerada do padrão dos serviços hospitalares. Onde há salas individuais, os hospitais ficarão com o direito de reservar as mesmas aos donetes que, contra pagamento das taxas adicionais, devem preferência a essa forma de acomodação. O Ministro fica mesmo autorizado a conceder licença para a instalação dos quartos ou até inteiros blocos, destinados a "pacientes particulares" — no intuito de ligar, destarte, os melhores especialistas aos serviços públicos de assistência médica. Os serviços bacteriológicos e de transfusão de sangue, muito desenvolvidos em tempo de guerra, constituirão também parte integrante do sistema assistencial estatal. O Ministro da Saúde ficou enfim autorizado a organizar e fomentar as pesquisas no setor da medicina no que diz respeito à prevenção, diagnose e terapêutica.

SERVIÇOS DE CLÍNICA GERAL

A parte mais importante do novo plano relaciona-se, todavia, com a organização dos serviços de clínica geral. Dentro dos dispositivos dedicados a esse assunto a parte mais relevante cabe, por sua vez, à criação dos centros de saúde, devidamente equipados a custo dos recursos públicos para poderem servir de base para a organização dos cuidados médicos e dentários eficazes, prestando ao mesmo tempo serviços clínicos às autoridades locais e fomentando a educação higiênica. À administração da "county" e dos "county boroughs" cabe organizar os centros de saúde e equipá-los e dotá-los convenientemente, assim como assegurar a sua manutenção do melhor modo pos-

sível. Segundo a opinião autorizada dos familiarizados com o sistema de medicina atualmente existente na Inglaterra, a instituição dos centros de saúde "é talvez o mais revolucionário traço característico do novo sistema" (*). Segundo as idéias dos autores desse plano, todos os médicos devidamente entrosados "to pool their experience and eknwledge", trabalharã em contacto mais íntimo com serviços encarregados da prevenção. Os médicos lotados nos centros de saúde serão providos de toda a assistência necessária (secretária, assistentes sociais etc.), podendo, ao mesmo tempo, aproveitar os serviços dos laboratórios, instalados no Centro. Em cada Centro trabalharão aproximadamente seis a oito médicos; o Centro valerã pela saúde de cerca de 18.000 pessoas. Não se prevê nenhuma restrição para os médicos contratados pelo Centro no que diz respeito ao exercício da clínica privada.

Um dos princípios básicos do sistema é a livre escolha do médico pelo doente (sujeita à aceitação do mesmo pelo médico) — uma das idéias mais controversas da medicina social. Segundo os raciocínios dos autores dessa reforma, só destarte pode-se garantir a seleção natural dos melhores facultativos, estabelecendo-se, ao mesmo tempo, relações de confiança mútua entre todos os interessados no funcionamento desse plano. A lei prevê um mecanismo especial para a redistribuição entre médicos dos que não fazem uso da livre escolha. Só organizada nesses moldes e afastada tanto quanto possível da burocracia estatal, a medicina social poderá preservar dentro de certos limites as formas da clínica clássica com as quais a população inglesa está habituada, há muito tempo.

A lei não prevê nada em definitivo quanto às condições financeiras do serviço médico. O que se pretende introduzir é um sistema misto de "salário básico" com a remuneração "per capita", baseada no número das pessoas cuja assistência fica entregue a cada um dos médicos — transação entre duas tendências opostas: a primeira do Partido Trabalhista (salário fixo) e a segunda da "British Medical Association" ("capitation fees").

O diploma legal acima referido institui vários atrativos chamados a incentivar o exercício da profissão médica nas "under-doctored areas". Não se prevê compulsoriedade de espécie alguma quanto ao loteamento dos médicos; a licença pode, todavia, ser negada com relação às localidades onde o número de médicos já estabelecidos é considerado suficiente. A lei proíbe a praxe atual de "venda e compra do público" pelos médicos que se aposentam aos médicos jovens que desejam tomar a sua conta a clínica por eles até então exercida.

ADMINISTRAÇÃO LOCAL

Os serviços municipais de saúde estarão subordinados aos conselhos de condado e "county borough councils". O entrosamento de todos os mais variados órgãos criados pela legislação ou adaptados pela lei às suas novas responsabilidades: os Conselhos Regionais ou Conselhos de Gover-

nadores (para o serviço hospitalar), os Conselhos Executivos, responsáveis pela organização da clínica geral etc., constitui uma das maiores preocupações dos autores da reforma.

A lei abrange vários dispositivos interessantes sobre a instituição dos serviços dentários e oftalmológicos, assistência à mãe parturiente e aos menores, serviço de parteira, serviço de visitantes de saúde e enfermeiras onde a sua instituição dos serviços dentários e oftalmológicos, assistência à vacinação obrigatória ficou abolida em face do desaparecimento da varíola na Inglaterra.

CUSTO DA REFORMA

O custo total dos novos serviços a ser coberto pela Tesouraria é orçado em 152 milhões £ por ano. Esse total distribui-se, segundo estimativas que acompanham o projeto de lei, da seguinte maneira: 87 milhões £ — custo do serviço hospitalar e de especialistas, 45 milhões £ — clínica geral (incl. farm. dentária e oftalm.), 8 milhões £ — compensação e aposentadoria aos médicos. Além disso, a Tesouraria vai pagar a metade do custo dos serviços locais de saúde, isto é, 6 milhões £. A contribuição dos seguros nacionais para essas despesas orçamentárias atingirá a importância de 32 milhões £.

Prevalece a opinião que, em confronto com as atuais despesas totais de assistência médica, o aumento resultante da reforma não é muito grande. A racionalização dos serviços, o alevantamento do seu padrão atual e a sua mais equitativa distribuição compensará de qualquer maneira, segundo a opinião dos responsáveis por essa reforma, o aumento em questão na sua íntegra.

ESTADOS UNIDOS

A mensagem do Presidente Truman, de 19 de novembro de 1946, pleiteia a inclusão, no "economic bill of rights" a serem garantidos a todos os cidadãos americanos, do "direito a adequados cuidados médicos e da oportunidade de alcançar e gozar a boa saúde". O outro seria "o direito a adequada proteção contra os receios econômicos resultantes", entre vários outros riscos, "da doença". Evidentemente, seria um milagre se a obra de reforma de tal alcance pudesse se processar, num país democraticamente governado sem dificuldades e delongas e, mesmo, retrocessos e reveses. No mês de agosto de 1946, depois da assinatura do Presidente Truman, o importante projeto de lei sobre o programa hospitalar entrou definitivamente em vigor. O fato de vários outros projetos abaixo resumidos — sobretudo o referente ao seguro-doença propriamente dito — não terem recebido por enquanto a aprovação dos poderes legislativos, não diminui de modo algum a importância da iniciativa legislativa acima aludida. Com efeito, tudo leva a crer que, uma vez superadas as compreensíveis resistências por parte de vários grupos de interesses e opiniões políticas, que se consideram ameaçados pela legislação em questão, essa grande reforma — juntamente com a série de outras providências legislativas referentes à ampliação e desonvolvimento dos demais setores da Providência Social, entrará mais cedo ou mais tarde em vigor.

(*) "National Health Service" Stephen Taylor, M. D. M. P. (pág. 10).

Para entender bem o alcance da reforma ora projetada é mister compreender bem o estado atual da legislação norte-americana sobre a segurança social.

A legislação vigente federal abrange atualmente dois ramos de seguro social: o seguro-velhice e o seguro-morte, de cujos benefícios gozam, em tese, todos os assalariados, exceto os trabalhadores da agricultura, os servidores públicos e os do serviço doméstico. Em 1945 havia 29 milhões de "jobs" cobertos e 23 milhões não cobertos.

Quanto à reforma no sentido da encampação social dos serviços médicos é preciso distinguir nitidamente suas duas partes, cuja situação se apresenta no momento de modo diferente:

- 1 — a reforma hospitalar já cumprida em 1946 pela aplicação de lei sobre a organização dos serviços hospitalares e,
- 2 — o projeto de lei sobre seguro-doença de âmbito nacional, que não recebeu a sanção do Congresso.

Passando à análise da primeira reforma (para nós tão interessante) que visa promover e estender, dentro do plano quinquenal, a rede dos estabelecimentos hospitalares, cumpre passar os olhos sobre a situação em que no momento se encontram, a esse respeito, os Estados Unidos. Ora, há nesse país 6.655 hospitais, com 1.649.245 leitos, sendo que estão ocupados, em média, num determinado dia, cerca de 1.257.124 leitos. (Dados para 1943).

Assim, para cada 1.000 habitantes da população civil, existem 3,7 leitos hospitalares. (Para entender bem esse algarismo convém lembrar que havia naquela data, aproximadamente, 176.000 médicos e, deduzindo desse total os médicos que não exercem a clínica, cerca de 132.000, isto é, 1 médico, mais ou menos, para 1.000 habitantes). O número dos doentes admitidos aos estabelecimentos hospitalares foi, em 1944, o seguinte: em hospitais gerais — 15 milhões; hospitais especiais — 5 milhões; departamentos hospitalares de instituições sociais — 2 milhões; hospitais de doenças nervosas e mentais — 2 milhões; e, enfim, hospitais de tuberculose — 1 milhão. No estudo pormenorizado das respectivas necessidades chegou-se à conclusão de que o programa hospitalar, a que deveriam obedecer as iniciativas atuais no sentido de completar o equipamento hospitalar existente, não poderia atingir as suas altas finalidades se não visasse preencher as lacunas evidenciadas pelas indicações acima referidas. O que se considera o mínimo de aparelhamento hospitalar, imprescindível para satisfazer às necessidades mais urgentes da população estadunidense, seriam os requisitos seguintes:

- 1) hospitais gerais: 4,5 leitos por 1.000 pessoas; isto faz com que fôssem necessários nada menos de 165.000 leitos hospitalares (sem levar em consideração a necessidade de substituir 66.000 leitos "obsoletos"); com efeito, a taxa atual é de apenas 3,5 por 1.000 pessoas. Somente os Estados de Nova York, Massachussets, Delaware o distrito de Colúmbia demonstram o equipamento, correspondente à taxa de 4,5;

- 2) No que diz respeito aos hospitais para doentes progressos realizados ultimamente, como "leading cause" dos falecimentos entre 15 e 44 anos de idade, torna-se necessária a taxa de 2,5 leitos por 1.000 casos de falecimento cuja "causa-mortis" constitui a tuberculose; isto significa a necessidade de segurar 60.000 novos leitos hospitalares, mais a substituição dos 16.000 "obsoletos";
- 3) Quanto às doenças nervosas e mentais, prevalece a opinião segundo a qual seria inevitável aumentar o equipamento existente de modo capaz de garantir que para 1.000 indivíduos da população dos Estados-Unidos, existissem 5 leitos; tal programa abrange a construção dos hospitais com 115.000 novos leitos (mais "substituição" dos 97.000, considerados inadequados);
- 4) No que diz respeito às doenças crônicas, a taxa considerada absolutamente necessária é de 2 leitos por 1.000 pessoas;
- 5) Enfim, com relação aos Centros de Saúde, considera-se necessária a existência de uma unidade por 30.000 da população desse país.

Ora, o programa hospitalar em questão visa a extensão da rede hospitalar existente, de forma capaz de contribuir de modo mais eficaz, rápido e econômico — com equitativa distribuição dos ônus daí resultantes entre a coletividade nacional, os Estados e Municípios — para a realização desse programa nos próximos 5 anos (1947-1951), sendo que em cada exercício serão consignados para esse efeito no orçamento da União nada menos de 75.000.000 de dólares. A lei tende a facilitar os estados na organização, com assistência da Federação, da reforma do sistema hospitalar mediante planos a serem elaborados e postos em execução por cada estado separadamente, assim como a concessão de subvenções federais para a construção dos hospitais públicos. O custo total do programa acima referido atinge a importância de 1.125.000.000 de dólares.

Não parece conveniente entrar em maiores detalhes no que diz respeito à economia desse plano, à sua técnica administrativa e aos métodos preconizados.

Passando à análise do segundo grande setor dos projetos legislativos acima referidos, a saber ao próprio seguro-doença, achamos desejável, como fizemos com relação ao programa hospitalar, fazer preceder a exposição da solução pleiteada pelos seus autores, Murray, Wagner e Dingell, de um relance de olhos sobre a situação presente a respeito. Segundo os dados do Bureau of Research and Statistics of the Social Security Board (Comm. on Education and Labor, US Senate, 8 de julho de 1946), o "orçamento" total de saúde de serviços médicos (inclusive tanto as despesas públicas como as individuais), atinge de 4 a 5% da renda nacional. Com efeito, no ano de 1929 foram gastos, para todos esses serviços, 3.660 milhões de dólares (\$30 per capita) e em 1942, aproximadamente 5.100 milhões. Segundo a exposição de motivos, que sob a forma de relatório do Bureau of Research acima citado, acompanha o projeto em questão, o seguro-doença social plei-de tuberculose que continua, apesar de todos os

teado consistiria, em primeiro lugar, na aplicação do método de adiantamento do custo de assistência médica, mediante edistribuição mais equitativa dos ônus e perdas que resultam da doença. Diante da alternativa:

- 1) benefícios em natureza, ou
- 2) pagamentos simples de indenizações pecuniárias, o projeto pronuncia-se a favor da primeira, salientando a sua superioridade sob o aspecto social e demonstrando a preferência dada a esse sistema pela maioria esmagadora dos 35 países que aplicam o seguro-doença.

Convém lembrar o modo expressivo por que o Presidente dos Estados Unidos, na sua mensagem de 19 de novembro de 1945, dirigiu-se ao Congresso dos Estados-Unidos, justificando a sua solicitação no sentido da elaboração de um programa nacional de saúde. "Milhões dos nossos cidadãos não gozam ainda na sua íntegra das oportunidades de manter e gozar boa saúde. . . Chegou o tempo de lhes ajudar a atingir essa oportunidade". A mensagem refere-se adiante, de modo particular, aos resultados desastrosos do exame médico dos convocados, que fez com que nada menos de 30% dos convocados de idade entre 18 e 37 anos (49% para a classe entre 34 e 37 anos) fôsem rejeitados por deficiências físicas. "Pessoas com rendas baixas ou moderadas não recebem, hoje em dia, os mesmos cuidados médicos que indivíduos com rendas altas. Os pobres têm mais doenças, mas gozam de menor assistência médica. Temos de remover as barreiras financeiras que se encontram no caminho que conduz à saúde". Ora, um programa de saúde nacional, realmente amplo e moderno, tem de abranger, de acôrdo com os dizeres da mensagem:

- 1) A construção dos hospitais (e facilidades correlatas)
- 2) expansão dos serviços de saúde pública (inclusive dos serviços a favor da maternidade e infância)
- 3) educação médica e pesquisas
- 4) adiantamento do custo médico.

Recomendo, — disse o Presidente Truman — que se solucione o problema básico a respeito (tornar fácil e imediato o acesso aos necessários serviços médicos) pela "distribuição do custo desses serviços mediante expansão do sistema existente de seguro social compulsório", acentuando que "isto não é a socialização da medicina". Depois de ter destacado as vantagens manifestas de qualquer seguro, o que, aliás, segundo se julga, é desnecessário, visto que "os americanos são um povo que tem maior compreensão para o seguro de que qualquer outro povo no mundo", a mensagem salienta que a solução preconizada não somente possibilita a distribuição dos respectivos encargos mas também contribui para a melhor prevenção do risco das moléstias.

O "fundo de saúde" — base financeira do seguro-doença, deve ser único, de alcance nacional; a sua aplicação, todavia tem que ser, tanto quanto possível, descentralizada.

O princípio da livre escolha do médico deve ser, sob o regime a ser instituído, rigorosamente observado, assim

como a liberdade do médico de prestar ou não os seus serviços profissionais. A diferença essencial única, mas imensamente relevante, em confronto com o exercício livre da clínica médica atualmente prevalente, consiste em que "se os pacientes vão aproveitar ou não dos serviços dos quais necessitam independará, de ora em diante, da condição em que grau eles tiverem os recursos necessários para esse efeito".

O Presidente pronuncia-se, adiante a favor da mais ampla "cobertura" pessoal do regime, de modo que possa êle abranger "tôdas as pessoas que trabalham para a sua manutenção", inclusive os economicamente independentes e os servidores públicos; ademais, deveriam ser admitidas ao gozo do sistema as pessoas necessitadas e certas outras categorias mediante pagamento pelos órgãos públicos das contribuições especiais. Trata-se, em particular, de 2 milhões de pessoas assistidas por velhice, 700.000 crianças e 250.000 assistidos por qualquer outro motivo. O plano visado pela mensagem deverá atingir 2, aproximadamente, 4% do montante de salários e rendas individuais, sendo que para esse efeito seriam levados em conta as rendas até 3.600 dólares (o limite atual nos seguros sociais é de 3.000 dólares).

Finalizando essa parte, o Presidente salientou que "como Nação rica, podemos nos permitir muitas coisas, não podemos, todavia, permitir o luxo de descuidar da doença que pode ser prevenida ou curada".

A quinta e última parte do plano é destinada a garantir a proteção contra a perda dos salários em casos de doença, mediante concessão dos benefícios em espécie não previstos na legislação vigente. Quanto ao vulto das necessidades existentes a respeito, a mensagem salienta o fato de se encontrarem em cada dia, aproximadamente, 7.000.000 de pessoas incapacitadas de exercer, por moléstia ou acidente, suas atividades profissionais, das quais cerca de metade estaria em atividade profissional remunerada se não fôsem inválidos; isso significa a perda pela razão acima referida de aproximadamente quatrocentos a quinhentos milhões de dias de trabalho por ano.

Convém examinar os princípios da solução, preconizados pelos três autores do projeto de lei em aprêço, para dar efeito às recomendações do Presidente Truman, com referência ao problema mais interessante para nós, isto é, o da organização da assistência médico-social. Os princípios de liberdade individual inspiram a regulamentação projetada; isto se refere tanto ao método da clínica, quanto ao sistema de remuneração dos médicos.

Um dos principais problemas que tem de enfrentar o seguro-doença, e de cuja solução depende não somente a sua situação financeira como também a relação entre o doente e o médico e, mesmo, entre a classe médica e o regime de seguro-social acima referido, relaciona-se, como é notório, com o sistema de remuneração do corpo médico. Eis a questão mais espinhosa e difícil, de cuja regulamentação depende, no fundo, o sucesso ou o fracasso do seguro-doença. Ora, o projeto de lei em questão não exclui soluções mais diversas e até opostas a esse respeito. Assim, os sistemas de indenização de médicos, que podem co-

existir sob o regime consubstanciado no projeto Wagner, Murray e Dingell, podem ser os seguintes:

- 1) pagamento por serviços ("fee for service")
- 2) pagamento "per capita" dos segurados;
- 3) pagamento fixo mediante salário mensal, e
- 4) pagamento por intermédio das organizações de classe, sendo que, evidentemente, pode ainda haver várias combinações das soluções acima referidas.

Sem pretender entrar agora numa exposição demasiadamente detalhada desse projeto, achamos desejável resumir, a seguir, as partes mais importantes dessa regulamentação.

Assim, têm o direito aos benefícios do seguro-doença:

- a) os segurados cujas rendas num emprêgo "coberto" pelo seguro alcançam no mínimo 150 dólares por ano ou 50 dólares em seis trimestres de três anos no prazo anterior ao ano de benefício;
- b) os beneficiários dos segurados (filhos não casados até 18 anos ou inválidos, a mulher que vive a expensas do segurado, ou, enfim, os parentes que preenchem a condição acima referida);
- c) as pessoas admitidas ao gozo dos benefícios do seguro-velhice e seguro-morte;
- d) as pessoas necessitadas — com compensação adequada por parte dos órgãos da assistência.

São excluídas da assistência as pessoas cujas necessidades provêm do acidente do trabalho, indenizado sob lei especial.

Os benefícios do seguro-doença serão compostos dos seguintes:

- a) serviços médicos, a serem prestados pelos clínicos gerais e que abrangerão tanto os cuidados preventivos, diagnósticos, como terapêuticos, como preventivos, diagnósticos, como terapêuticos propriamente ditos;
- b) serviços dos especialistas;
- c) todos e quaisquer serviços de laboratório (químico, bacteriológico, Raios X, etc.) e, enfim,
- d) benefícios de hospitalização até 60 dias por ano, sendo que o Médico-Chefe pode, segundo os recursos financeiros do seguro, prorrogar esse prazo até 120 dias no ano seguinte ao "ano do benefício".

A administração da lei ficará entregue ao Médico-Chefe do Serviço de Saúde Pública ("Surgeon General of the Public Health Service") com participação reservada ao Conselho Especial Consultivo ("National Advisory Medical

Policy Council") composto de 16 membros, designados pelo Médico-Chefe, de acordo com a administração da Segurança Social Federal entre representantes da classe médica e outras profissões interessadas cujas listas lhe forem apresentadas pelas respectivas associações representativas.

Os princípios básicos aos quais tem de obedecer a administração do seguro-doença foram determinados da seguinte maneira:

- 1) garantir a mais rápida e eficaz assistência aos indivíduos que fazem jus aos benefícios;
- 2) promover as relações pessoais entre médico e doente;
- 3) encorajar, mediante incentivos profissionais e financeiros, o aperfeiçoamento do pessoal médico;
- 4) contribuir para a prevenção da doença, da morte prematura e da invalidez, e
- 5) assegurar o adequado padrão dos serviços com a maior economia compatível com altos padrões qualitativos.

Os benefícios de hospitalização têm de ser outorgados por intermédio dos hospitais admitidos a participar na aplicação do seguro-doença que gozarão de toda a liberdade quanto aos métodos de administração, seleção do pessoal e gestão interna.

A lei prevê métodos de pagamento aos hospitais:

- 1) taxas fixas por dia hospitalar numa escala decrescente à proporção da duração da hospitalização (nos primeiros 30 dias, — 3 até 7 dólares por dia).
- 2) reembolso das despesas ocorridas com a hospitalização dos segurados.

A base financeira do sistema em questão constitui a parcela de 3% dos salários até a importância máxima de 3.600 dólares anuais.

O campo de aplicação do seguro-doença abrange também o trabalho independente ("self-employment") e todas e quaisquer espécies de emprêgo dependente, salvo o serviço público, trabalho ferroviário, trabalho casual, trabalho a serviço dos governos estrangeiros e mais algumas exceções de pouca monta (*).

(*) Concentramos nesse estudo a nossa atenção sobre o plano inglês e norte-americano. No entanto, é mister salientar que para ser completo o exame desse problema deveria também abranger a análise de vários projetos análogos, como p. ex. o elaborado em 1945 na Austrália (Parliament of the Commonwealth of Austrália: Eight Interim Report from the Joint Committee on Social Security, 27 June 1945).