

Grupo de Trabalho para a Saúde na Denominação

Relatório Final
Março de 2007



GENERAL BOARD OF PENSION AND HEALTH BENEFITS
OF THE UNITED METHODIST CHURCH

Caring For Those Who Serve

Março de 2007

A Conferência Geral de 2004 encarregou a Junta Geral de Pensões e de Benefícios de Saúde (Junta Geral) de estudar a viabilidade de adoptar um sistema de saúde unificado para a denominação. A fim de orientar o estudo, a Junta Geral reuniu o Grupo de Trabalho para a Saúde na Denominação (Grupo de Trabalho).

Os valores e a teologia Wesleyanos orientaram a acção do Grupo de Trabalho, que abordou a saúde como esforço comunitário que requer, por um lado, compaixão e, por outro, responsabilidade.

Enquanto Grupo de Trabalho, iniciámos a nossa actividade estabelecendo objectivos gerais destinados a orientar a nossa avaliação da evolução da Igreja para a melhoria da saúde na denominação.

As nossas constatações, e as conclusões que delas retirámos, resultaram em quatro recomendações que incidem sobre a saúde do clero e dos empregados leigos no apoio à missão e ao ministério da Igreja.

Explorámos soluções em toda a denominação a fim de prestar apoio à saúde do clero e dos empregados leigos; examinámos os sistemas de emprego e a cultura, na sua incidência sobre a saúde; ponderámos maneiras de conseguir o acesso a planos de saúde de grupo para o clero e para os empregados leigos que trabalham a tempo inteiro e, finalmente, procurámos promover a saúde e integridade do clero, do pessoal leigo e respectivos cônjuges durante a reforma.

O presente *Relatório Final* apresenta ao leitor, de uma forma prática, os desafios da denominação em termos de saúde, tendo em vista a preparação da Conferência Geral de 2008. A saúde irá tornar-se um tema central das nossas preocupações durante os próximos anos, tal como o será para os EUA e o mundo em geral. Se a Igreja quer reforçar o seu ministério, a saúde é um tema que teremos de abordar, na medida em que terá repercussões para todos nós.

Respeitosamente,

O Grupo de Trabalho para a Saúde na Denominação

Índice

Panorâmica Geral	1
Responder aos desígnios da Conferência Geral de 2004	
Valores e Teologia	2
Espírito orientador subjacente ao Grupo de Trabalho para a Saúde na Denominação	
Objectivos	5
Abrir vias para melhorar a saúde na denominação	
Constatações e Conclusões	6
Abordar a saúde na denominação em apoio a um ministério vital	
Recomendações	16
Propor quatro considerações principais	
Resumo	20
Observações finais	
Pensamentos	21
Suscitar reflexões para a preparação da Conferência Geral de 2008	
Anexos	22
• Petição à Conferência Geral de 2004	
• Participantes no Grupo de Trabalho	
• Valores e Elaboração	
• Entidades Ouvidas	
• Inquéritos e Relatórios Encomendados; Material de Referência Utilizado	

Panorâmica Geral

A Conferência Geral de 2004 encarregou a Junta Geral de estudar a viabilidade de adoptar um sistema de saúde unificado para a denominação. A fim de realizar o estudo, a Junta Geral reuniu o Grupo de Trabalho.

Missão do Grupo de Trabalho

A actividade do Grupo de Trabalho pautou-se pela missão da Igreja Metodista Unida (IMU) de preparar discípulos de Jesus Cristo para a transformação do mundo. O valor supremo é o cumprimento fiel da missão da Igreja, garantindo uma liderança saudável.

O Grupo de Trabalho lançou-se nesta jornada da denominação para melhorar a saúde, ponderando as *questões mais vastas* relacionadas com a saúde do clero e do pessoal leigo da Igreja, bem como os meios disponíveis para as abordar.

Processo e Conclusão

O Grupo de Trabalho considerou que, de momento, *não* podia recomendar um sistema de seguro de saúde unificado para a denominação. A Igreja Metodista Unida defronta-se com um problema de “saúde”, e não apenas com um problema de “seguro de saúde”. Se fosse aprovado e mantido um sistema unificado pelo Conselho Judicial, as poupanças previsíveis de custos (o aumento de prémio seria reduzido em 3% a 5%) seriam essencialmente realizadas através de serviços administrativos comuns ou de compras de grupo. O factor que mais contribui para o elevado custo de um plano unificado é a debilidade da saúde do clero e do pessoal leigo.

Outras considerações do Grupo de Trabalho sobre a razão pela qual um plano unificado não é viável incluem a autonomia da conferência, questões políticas no que se refere ao acesso e à prestação dos cuidados de saúde e o desejo de obter os benefícios de um plano unificado por outros métodos.

Após dois anos e meio de estudos, debates e reacções entre o Grupo de Trabalho e os diferentes grupos em toda a denominação, surgiram quatro recomendações. O Grupo de Trabalho concluiu que a denominação deveria concentrar-se em melhorar a saúde dos empregados, a fim de garantir a vitalidade do ministério da Igreja, em vez de se concentrar nos custos (um sintoma da existência de questões mais vastas e de fundo). As quatro recomendações do Grupo de Trabalho concentram-se num novo esforço unificado para promover a melhoria da saúde dos empregados da Igreja, a fim de reforçar o ministério em todo o mundo.

Recomendações

O Grupo de Trabalho apresentou as recomendações e projectos legislativos ao Conselho de Administração da Junta Geral de Pensões e de Benefícios de Saúde.

Embora o Grupo de Trabalho tenha concebido um enquadramento para promover melhor saúde, as recomendações devem ser executadas em conjunto. As conferências anuais, o Concílio de Bispos, as agências gerais e as igrejas locais têm, cada um, uma função a desempenhar no lançamento de acções destinadas a melhorar a saúde do clero e dos empregados leigos da Igreja.

Relatório Final

O presente relatório resume a actividade do Grupo de Trabalho para a Saúde na Denominação.

Valores e Teologia

Os valores e a teologia Wesleyanos orientaram a acção do Grupo de Trabalho no sentido de abordar a saúde como um esforço comunitário que requer compaixão e responsabilidade.

Valores

A tradição e os valores Wesleyanos orientaram a actividade do Grupo de Trabalho. Esses valores consistem em:

- definir a saúde como plenitude, para a missão divina e através dela,
- proporcionar orientações em matéria de saúde,
- agir de modo conecional,
- encontrar um equilíbrio entre compaixão e responsabilidade, e
- prestar um testemunho profético.

(Consultar os Anexos para mais informações).

Teologia

O Grupo de Trabalho reconheceu que um dos aspectos da missão da Conferência Geral era o apoio à saúde dos empregados da Igreja para, desse modo, reforçar o ministério vital do clero e dos empregados leigos. A actividade do Grupo baseou-se na teologia Wesleyana: chamar a Igreja à sua missão e participar na reconciliação e saúde, entendidas como relação de Deus com a criação.

As ideias convincentes de John Wesley sobre as ligações entre saúde e evangelho, unindo a fé, a saúde e a comunidade, foram dogmas subjacentes à missão: *Corpo e alma existem para funcionar em harmonia e são susceptíveis de se influenciar mutuamente. Assim, à medida que a alma se abre cada vez mais para a acção salvadora de Deus, o corpo beneficia.*

No prefácio da *Primitive Physic* (Física Primitiva) ou em *An Easy and Natural Method of Curing Most Diseases* (Um Método Fácil e Natural para Curar a Maioria das Doenças) de Wesley, o autor sustenta que um tratamento adequado da doença ou lesão é apenas uma parte do modo como é honrada a preocupação de Deus com a saúde física. O modo mais fundamental é a adopção de práticas saudáveis que promovam o bem-estar como a dieta, um bom estilo de vida, o exercício e a oração.

Saúde em Plenitude na Missão

O Grupo de Trabalho pautou a sua actividade por uma iniciativa intitulada "Saúde em Plenitude na Missão", baseada na abordagem holística da saúde que é feita por Wesley. *A saúde é definida como o que é necessário para que o indivíduo permaneça em missão (ou seja, empenhado na nossa plena individualidade, no desenvolvimento de uma vida com sentido, em relação com Deus e por Ele orientada, na comunidade e ao serviço dos outros).*

A frase "Saúde em Plenitude na Missão" traduz a visão de um futuro ideal para todos os Metodistas Unidos e para todas as pessoas, em todo o lado: três círculos concêntricos que ilustram um compromisso entre clero e laicado, Igreja e sociedade.



1. **O primeiro círculo representa o clero e o laicado:** clero e laicado, através de oportunidades educativas e informativas, irão transmitir a teoria e a prática para uma liderança pastoral saudável. Irão descobrir um modo equilibrado de realizar as suas relações espirituais, familiares e de proximidade e as suas responsabilidades pastorais, e alcançar o seu bem-estar físico e mental. A fé e as práticas espirituais irão conferir energia às suas actividades ministeriais e reforçar o seu bem-estar pessoal.
2. **O segundo círculo representa a Igreja:** as orientações da Igreja que directamente afectem o clero e o laicado serão analisadas e, se necessário, alteradas a fim de servir a pessoa na sua plenitude. À luz dessa análise, o clero e o laicado irão promover mudanças para melhorar a sua própria saúde. Irão encarar as preocupações relacionadas com a saúde como uma parte essencial da revelação cristã e da comunidade da Igreja.
3. **O terceiro círculo representa a sociedade em geral:** à medida que os dirigentes e as comunidades da Igreja Metodista Unida desenvolvem métodos para integrar fé, comunidade e saúde, outros aprenderão com eles. Numa cultura americana orientada para a fragmentação, o Grupo de Trabalho acredita que a integração entre fé, comunidade e saúde só será benéfica. Esta integração decorre da plenitude de uma vida enraizada na fé, no seio da comunidade.

Saúde e Comunidade

Na cultura de hoje, a saúde é encarada como realização individual, procura de beleza, de força e de capacidades. Por seu turno, o Grupo de Trabalho definiu saúde como realização na comunidade. Uma boa saúde é tão determinada pela interacção dos indivíduos nas comunidades como pelos indivíduos que vivem sem doenças. É em comunidade que se participa na graça salvadora de Deus; é enquanto Igreja que a denominação vive a missão de Deus. Ao agir em conjunto para garantir um ministério vital, cada pessoa torna-se um defensor da mente, do corpo e do espírito, praticando disciplinas de saúde espiritual.

O apoio e a responsabilidade conecionais são necessários, não só para o indivíduo ou a Igreja, mas também para a missão de participar na obra salvadora de Deus no mundo. Um bom equilíbrio bíblico e Wesleyano implica a necessidade de valorizar a saúde individual como um todo através dos nossos actos, do nosso exemplo e do nosso testemunho, procurando promover a reconciliação e a cura, que entendemos como obra de Deus na criação. Os Metodistas Unidos são chamados a promover uma sociedade saudável de pessoas íntegras – incorporando a saúde mental, física, emocional, espiritual e comunitária.

“Será uma dupla bênção entregares-te ao Grande Criador, para que Ele cure simultaneamente a tua alma e o teu corpo. Sem dúvida, é esse o Seu desígnio. Ele quer dar-te... saúde interior e exterior”.

*- John Wesley
Carta a Alexander Knox, 26 de Outubro de 1778*

Objectivos

Melhorar a Saúde dos Empregados da Igreja

O Grupo de Trabalho para a Saúde na Denominação iniciou a sua actividade fixando os seguintes objectivos que deverão nortear uma avaliação da evolução da Igreja para a melhoria da saúde na denominação.

Relações

- Estabelecer relações mais eficazes entre fé, comunidade e saúde.
 - Conceber a saúde como plenitude na missão.
 - Diminuir a incidência de doenças relacionadas com o stress.
 - Reforçar as práticas de saúde entre os empregados da Igreja.
 - Aumentar o ensino e a prática da formação espiritual relacionada com a saúde ao longo da conexão.

Partilhar a Informação

- Normalizar a partilha de informação e promover a disseminação do conhecimento em toda a Igreja.
 - Identificar as conferências anuais e as igrejas que se defrontam com os custos e a prestação de assistência médica.
 - Aumentar o acesso de toda a Igreja à informação sobre a indústria dos cuidados de saúde no que diz respeito a padrões, boas práticas, organização de planos de saúde e níveis de benefícios.

Sistemas de Emprego

- Transformar os principais sistemas e estruturas de emprego da Igreja com impacto sobre a saúde dos seus empregados.
 - Aumentar a consciência do impacto dos sistemas da Igreja sobre a saúde dos seus empregados.
 - Reduzir o impacto negativo dos sistemas da Igreja sobre a saúde dos seus empregados.

Plano de Saúde de Grupo - Participação

- Garantir a participação do clero activo e dos empregados a tempo inteiro num plano de saúde de grupo.
 - Possibilitar o acesso à cobertura dos cuidados de saúde para todo o clero e para os empregados a tempo inteiro da Igreja.
 - Estabelecer níveis mínimos de cobertura dos cuidados de saúde para o clero e os empregados a tempo inteiro da Igreja.
 - Aumentar a relação custo/eficácia de uma cobertura qualificada dos cuidados de saúde.

Plano de Saúde de Grupo - Acesso

- Proporcionar o acesso a planos de grupo de assistência à saúde para todos os empregados da Igreja nos EUA e conceber sistemas de saúde e sistemas de assistência que contemplem todos os empregados da Igreja.

Assistência à Saúde dos Reformados - Acesso

- Cumprir as promessas feitas ao clero reformado, aos empregados leigos e aos seus cônjuges tendo em vista uma assistência médica adequada durante a reforma.
 - Analisar a capacidade dos reformados para pagarem os cuidados de saúde.
 - Proporcionar o acesso a planos *Medicare* complementares de assistência médica e de prescrição medicamentosa.
 - Planear e financiar as responsabilidades médicas face aos reformados.

Constatações e Conclusões

As cinco constatações e as conclusões que o Grupo de Trabalho delas retirou concentram-se na saúde do clero e do pessoal leigo no apoio à missão e ao ministério da Igreja. As constatações e conclusões abordam:

- o actual estado de saúde do clero e do pessoal leigo,
- o actual acesso a um plano de grupo de assistência à saúde,
- a cobertura de saúde durante a reforma,
- o impacto dos sistemas e estruturas de emprego da Igreja sobre a saúde do clero e do pessoal leigo, e
- o acesso à informação tendente a proteger e promover a saúde.

O Estado Actual da Saúde do Clero

Segundo um estudo que abrangeu 250 profissionais religiosos, o clero protestante, quando comparado com outras profissões, demonstrou ter a maior taxa geral de stress relacionado com o trabalho e situou-se próximo do nível mais baixo na disponibilidade dos recursos pessoais necessários para gerir a pressão laboral.¹

Um estudo de 2002 concluiu que o clero apresenta uma elevada incidência de problemas de saúde relacionados com o stress, incluindo tensão arterial elevada, doenças cardiovasculares, depressão, doenças gastrointestinais e problemas neuromusculares. Os membros do clero pertencem às 10 principais ocupações de pessoas que morrem com doenças cardíacas². Segundo um *Relatório da Junta Geral de Pensões e de Benefícios de Saúde sobre Pedidos de Reembolso*, os principais medicamentos utilizados pelos beneficiários do clero no sistema *HealthFlex* são os que se destinam a baixar o colesterol e a tratar a diabetes e outros problemas endócrinos^{3,4}. O *Lipitor*, um fármaco destinado a reduzir o colesterol, é o principal medicamento, tanto em termos do número de pedidos de reembolso como no total de custos.⁵

¹ *Ministerial Health and Wellness (Saúde e Bem-Estar no Ministério)*, Igreja Luterana Evangélica da América, Gwen Wagstrom Halaas, Fevereiro de 2002, p. 18.

² *Ministerial Health and Wellness (Saúde e Bem-Estar no Ministério)*, Igreja Luterana Evangélica da América, Gwen Wagstrom Halaas, Fevereiro de 2002, p. 6.

³ Nota: O *HealthFlex* é um plano de assistência à saúde gerido pela Junta Geral de Pensões e de Benefícios de Saúde, oferecido para planejar patrocínios na denominação.

⁴ *Relatório da Junta Geral de Pensões e de Benefícios de Saúde sobre Pedidos de Reembolso de Assistência Médica e Raio X por Participantes no Sistema HealthFlex em 2005*, Novembro de 2006.

⁵ *Relatório da Junta Geral de Pensões e Benefícios de Saúde sobre Pedidos de Reembolso de Assistência Médica e Raio X por Participantes no Sistema HealthFlex em 2005*, Novembro de 2006.

Comparação do Estado de Saúde

A prevalência de doenças de diversas categorias principais (incluindo insuficiência cardíaca congestiva, doenças arteriais coronárias, tensão arterial elevada e diabetes) foi superior no caso dos participantes no plano da IMU, por comparação com os indicadores nacionais relativos à idade.^{6,7}

- **Os aspectos demográficos da população num plano de assistência médica afectam o custo e a cobertura da mesma.** (Ver *A Person's Health Care Costs Increase with Age – Os custos individuais da saúde aumentam com a idade* – p. 8).
 - A média de idades do clero activo na IMU situa-se nos 53 anos.
 - A média da idade para ocupações semelhantes situa-se entre os 42 e os 47 anos.⁸
 - (Ver *Median Age by Similar Occupations – Média de Idades por Ocupações Semelhantes*, p. 8)
 - As despesas e benefícios de saúde pagos por cada beneficiário tendem a aumentar em função da idade do requerente.
 - O perfil mais idoso apresenta sérios desafios no que diz respeito a futuros custos.⁹
- **O risco de síndrome metabólica aumenta progressivamente em função da idade, tanto no caso dos homens como das mulheres.**
 - A incidência de *síndrome metabólica* aumenta com a idade, tanto no caso dos homens como das mulheres, desde menos de 10% no grupo etário dos 20 anos até mais de 40% no grupo etário dos 60 anos.¹⁰
 - Quando aumenta a prevalência da síndrome metabólica, aumenta igualmente a incidência de diabetes, acidentes vasculares cerebrais (AVC) e doenças cardíacas, o que resulta numa média de custos anuais, para os pacientes, de \$5 928.¹¹
 - Esta estatística é particularmente importante se atendermos a que a média de idades do clero da IMU é de 53 anos.
- **A saúde do clero e dos restantes empregados da Igreja afecta os custos dos seguros de saúde.** (Cf. *Mercer Health Insurance Survey Cost Comparison – Estudo Comparativo da Mercer sobre Custos dos Seguros de Saúde* – p. 9).
 - Os empregados da IMU têm despesas relacionadas com a saúde significativamente mais elevadas (em 16%) do que os grupos comparáveis da mesma idade e género e com cobertura de saúde equivalente, como refere a análise *Health Insurance Survey of United Methodist Conferences* (Inquérito aos Seguros de Saúde das Conferências Metodistas Unidas), realizada pela Mercer Health & Benefits Consulting.¹²
 - Esta percentagem média superior em 16% nas despesas de saúde deve-se, em primeiro lugar, a uma taxa de doença mais elevada.
 - O diferencial de custos de 16% verifica-se depois de ter em conta o seguinte: tipo de plano, número de beneficiários do plano e dados etários e de género.
 - Esta diferença suscita sérias questões, atendendo à cláusula da esperança de vida, ao perfil demográfico da actual população do clero da IMU e às tendências mais recentes do “clero aderente”.¹³
- **Esta diferença de custos poderá aumentar se não houver uma gestão activa dos planos da IMU e se os beneficiários da IMU não tiverem melhor saúde.**¹⁴

⁶ Nota: Os participantes da IMU estão incluídos no HealthFlex, um plano de assistência à saúde gerido pela Junta Geral de Pensões e de Benefícios de Saúde, oferecido para planejar patrocínios na denominação.

⁷ Inquérito da Mercer sobre Seguros de Saúde, Janeiro de 2006, p. 2.

⁸ Da apresentação de Richard Day, Dezembro de 2005, p. 30.

⁹ Estudo da Mercer sobre Seguros de Saúde, Janeiro de 2006, p. 2.

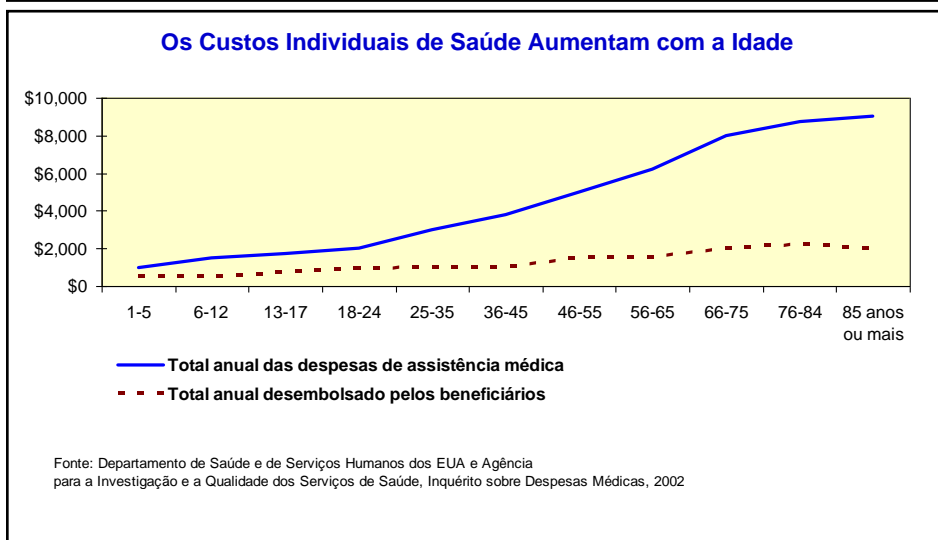
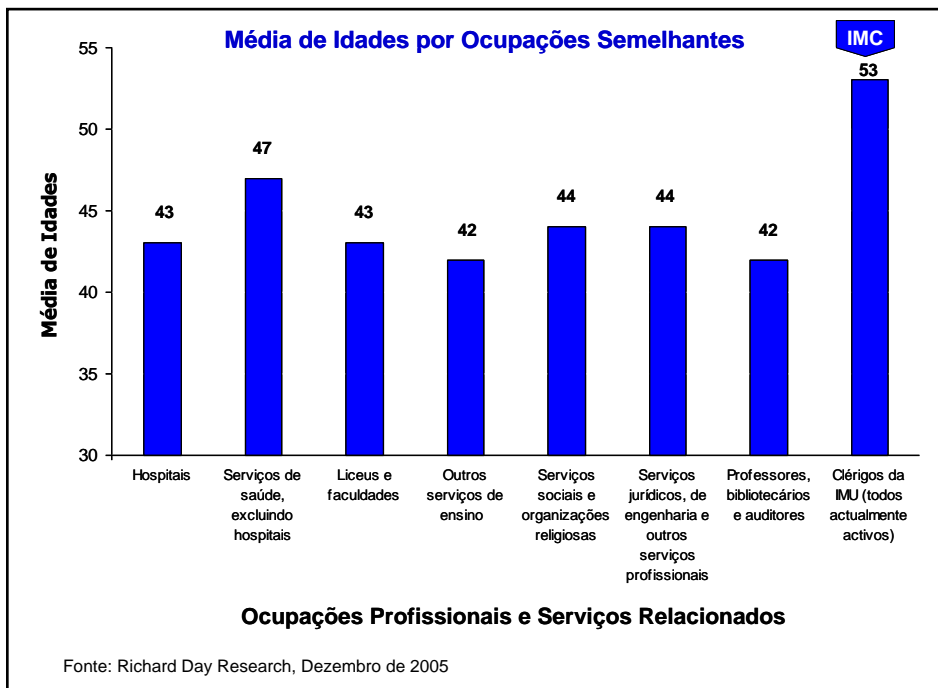
¹⁰ Da apresentação de Judy Johnston, Dezembro de 2005, p. 11: Ford ES, et al. JAMA 2002, 287: 356-9. Segundo a Associação Americana do Coração, a síndrome metabólica é um grupo de factores metabólicos de risco que inclui obesidade abdominal, problemas de gordura no sangue, tensão arterial elevada, resistência à insulina ou intolerância à glucose, bem como estado protrombótico e pró-inflamatório. A presença de três ou mais destas componentes aumenta o risco individual de doença cardíaca coronária e de outras doenças relacionadas com a fixação de placa nas paredes das artérias (nomeadamente trombozes e doenças vasculares periféricas), bem como diabetes do tipo 2.

¹¹ Da apresentação de Judy Johnston, Dezembro de 2005, p. 15.

¹² O Grupo de Trabalho da Denominação contratou a firma Mercer Human Resource Consulting para fornecer uma avaliação actuarial dos planos de saúde patrocinados pelas conferências da Igreja Metodista Unida. Foi distribuído um inquérito a todas as conferências nos EUA a fim de obter informações detalhadas sobre os diferentes planos. O inquérito pedia informações sobre uma série de aspectos que incluíam, mas não exclusivamente, os planos oferecidos, as modalidades do(s) plano(s), os pedidos de reembolso (total de pedidos, pedidos superiores a \$ 50 000 e pedidos por principal categoria de diagnóstico), gestão dos planos, inscrições, aspectos demográficos, contributo dos participantes e modos de financiamento.

¹³ Inquérito da Mercer aos Seguros de Saúde, Janeiro de 2006, p. 25 (Ver também Estudo Comparativo da Mercer sobre Seguros de Saúde, p. 9).

¹⁴ Estudo da Mercer sobre Seguros de Saúde, Janeiro de 2006, p. 1.

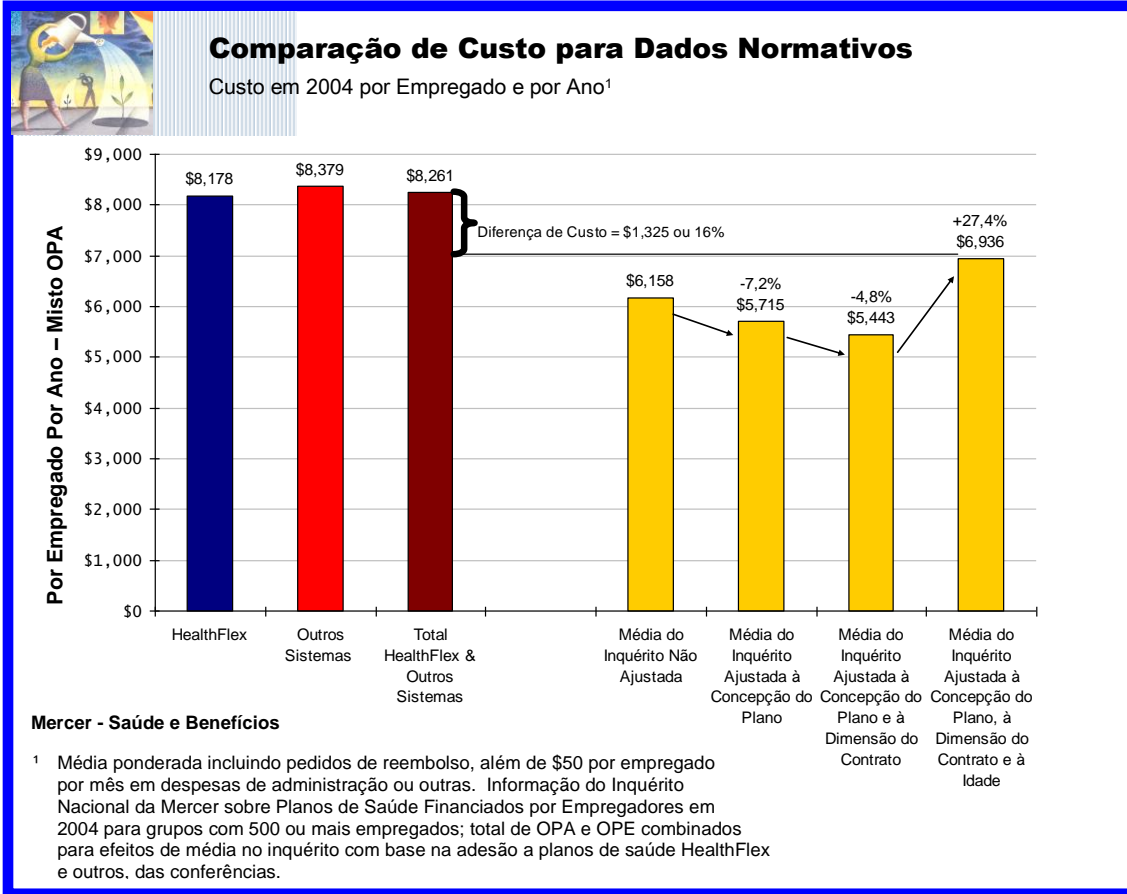


As despesas de saúde são relativamente baixas durante a infância. Com efeito, apenas um quinto de todas as despesas de saúde verificadas ao longo da vida ocorre na primeira metade da vida. À medida que envelhecemos, as nossas necessidades de assistência médica aumentam, especialmente entre os 65 e os 85 anos de idade.¹⁵

- Cerca de metade de todas as despesas de assistência médica durante a vida de uma pessoa ocorre depois dos 65 anos de idade.
- Os beneficiários da Medicare, com 65 anos de idade ou mais, apresentam pelo menos duas vezes mais probabilidades de recorrer aos serviços hospitalares do que os adultos mais jovens.
- A média de custos anuais da assistência a adultos com idades compreendidas entre 76 e 84 anos é de \$ 8 000 – quase oito vezes mais do que o custo médio da assistência prestada às crianças com idades compreendidas entre 1 e 5 anos.
- Em cada ano, por cada 100 seniores (com, pelo menos, 65 anos de idade), há mais de 650 consultas a médicos, aproximadamente 40 visitas a serviços ambulatoriais de assistência hospitalar e cerca de 50 visitas a salas de emergência.
- Além de receber assistência em consultórios médicos e em hospitais, uma em cada sete pessoas com pelo menos 65 anos de idade e uma em cada duas pessoas com pelo menos 85 anos de idade carecem de cuidados médicos a longo prazo.

¹⁵ Relatório sobre Saúde para a População Americana, Grupo de Trabalho sobre a Assistência à Saúde dos Cidadãos, 14 de Outubro de 2005, pp. 13-15.

Estudo Comparativo da Mercer sobre Custos dos Seguros de Saúde



No gráfico, as primeiras três barras indicam os custos anuais verificados em 2004 por cada agregado familiar para planos da IMU (HealthFlex, outros e total de planos da IMU, respectivamente). As quatro barras à direita indicam os custos indicativos da Mercer (para grupos abrangendo + de 500 empregados) adaptados para serem comparáveis aos custos da IMU. A tabela tem em conta, em cada caso, os seguintes elementos:

concepção do plano (redução de 7,2% na avaliação, reflectindo os planos menos ricos da IMU), dimensão média do contrato (4,8% de redução suplementar para que a avaliação possa reflectir um número médio inferior de dependentes cobertos por cada agregado familiar da IMU), e características etárias e de género dos beneficiários da IMU (aumento de 27,4% nas adaptações 1 e 2 dos indicadores, a fim de reflectir o peso demográfico mais forte dos beneficiários da IMU).

Após os ajustamentos acima referidos, há ainda uma diferença de custos relativa a 2004 de aproximadamente 16%, ou \$1 325. Essa diferença de custos deve-se, em primeiro lugar, a uma incidência de doença superior, para além da que é reflectida pelos factores tradicionais de adaptação já referidos. Esta diferença de custos é semelhante à experiência da Mercer ao trabalhar com outros planos de denominação e não é exclusiva dos planos da IMU.

No entanto, dado o carácter persistente das tendências históricas dos custos da medicina (de 200% a 400% da base de inflação avaliada pelo IPC – Índice de Preços ao Consumidor), esta diferença é preocupante. Além disso, a diferença suscita sérias questões, atendendo à cláusula da esperança de vida, ao perfil demográfico da actual população do clero da IMU e às tendências recentes dos novos aderentes ao clero. Um estudo realizado pelo Centro de Investigação Richard Day demonstrou que havia um aumento permanente e contínuo da média de idades dos novos aderentes ao clero da IMU.

Acesso Actual a Planos de Grupo de Assistência à Saúde

O Grupo de Trabalho acredita que todos os empregadores da Igreja devem esforçar-se por facilitar o acesso a planos de saúde de grupo para todos os empregados.

Confirmamos o actual *Livro de Disciplina*, que refere que cada comité local de igreja nas relações pastor/paróquia ou nas relações pessoal/paróquia "continuará a recomendar ao conselho da igreja uma cláusula que preveja um seguro adequado de saúde e de vida, bem como o pagamento de compensações a todos os empregados leigos em caso de despedimento". O Grupo de Trabalho reconhece, no entanto, que existe uma relação entre os benefícios de saúde e as compensações.

- **Os benefícios do sistema de saúde fazem parte do pacote de compensações da unidade local de pagamento de salários.**
 - O controlo dos planos e programas de saúde é gerido com mais eficácia ao nível da igreja local e da conferência anual.
 - As conferências anuais tomam as decisões sobre cobertura e elegibilidade para os membros nomeados do clero.
 - A unidade de pagamento de salários toma as decisões sobre cobertura e elegibilidade para o laicado.
- **As conferências anuais terão de ter flexibilidade e autonomia para abordar os encargos financeiros que as igrejas locais poderão enfrentar nos próximos anos.**
 - As conferências anuais aceitam a responsabilidade pelos pedidos de reembolso do clero, devendo determinar como serão financiados os planos de saúde para o clero da conferência.
 - Existe a percepção de que um sistema de saúde ao nível da denominação poderá reconhecer ou não as diferenças locais.

Os programas de saúde tornam-se mais económicos quando os beneficiários do plano são mais saudáveis e o risco é partilhado.

- **Planos e programas de saúde eficazes:**
 - dotam os beneficiários dos recursos necessários para os cuidados preventivos e para manter e melhorar a sua saúde,
 - reduzem os custos da assistência à saúde, e
 - contribuem para melhorar a eficácia do clero e dos empregados leigos no apoio à missão e ao ministério da Igreja.
- **A Igreja poderá prever uma redução gradual de 3% a 5% no aumento dos prémios em resultado de um plano de assistência médica com riscos partilhados, segundo o Inquérito da Mercer aos Seguros de Saúde.**
 - As conferências anuais e as igrejas locais alcançariam uma redução dos custos através de menores aumentos dos prémios.
- **Os custos da assistência médica estão a aumentar a um ritmo mais rápido do que a inflação.**

Em 2005, um *Estudo da Fundação da Família Henry J. Kaiser* concluiu que os prémios de seguros de saúde pagos pelos empregadores tinham aumentado em 9,2% - mais do dobro da taxa de inflação e mais de três vezes mais depressa do que os rendimentos dos empregados. (Ver *Medical Consumer Price Index Compared with Other Categories* - Índice de Preços Médicos ao Consumidor Comparado com Outras Categorias -, p.11).

*Embora a taxa de aumento tenha permanecido estável durante os últimos dois anos, os prémios para cobertura da família aumentaram em 73% desde 2000. Embora a percentagem dos prémios pagos por um empregado médio que esteja coberto por um seguro de saúde permaneça a mesma ou tenha descido ligeiramente, é claro que as taxas dos seguros de saúde estão a aumentar a um ritmo mais rápido do que a compensação dos empregados; existe um número cada vez maior de empresas que exigem aos seus funcionários que paguem mais do seu próprio bolso pelos custos reais dos cuidados de saúde, e menos empresas que oferecem seguros de saúde.*¹⁶

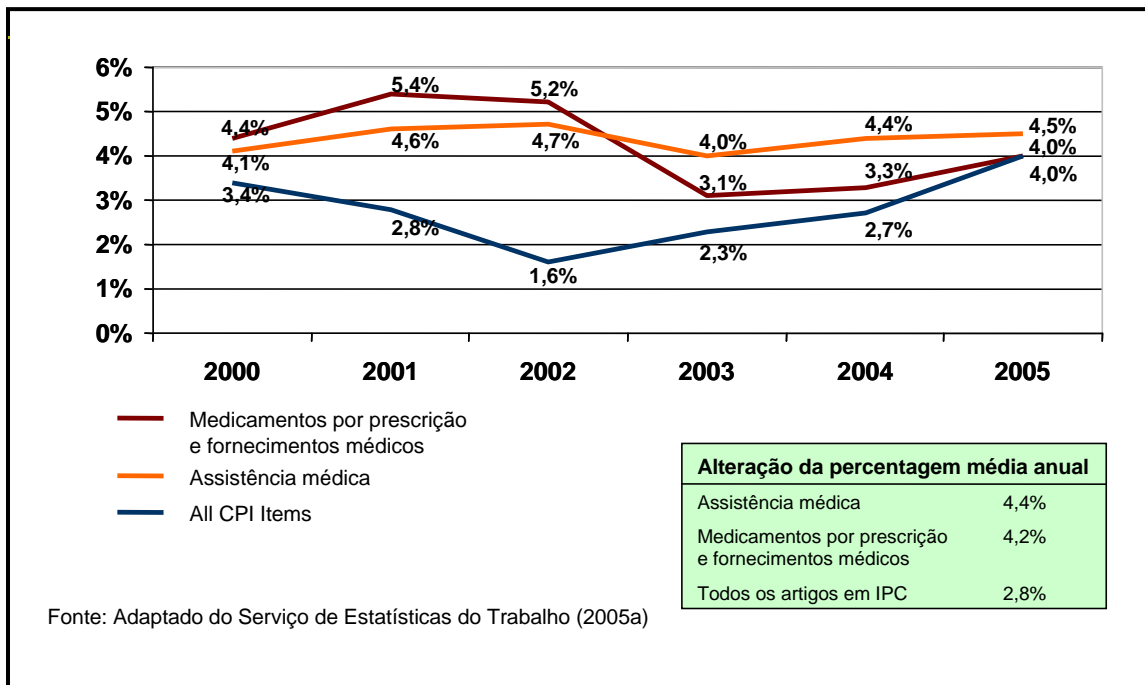
Mesmo que as tendências das despesas médicas fossem estáveis, a estabilidade e o envelhecimento da população da IMU resultaria em custos de saúde mais elevados.

¹⁶ *StayingHealthy* (Permanecer Saudável), Faith Link, 22 de Janeiro de 2006.

- **O aumento dos custos da assistência à saúde a partilhar pelo clero e pelos reformados irá continuar.** À medida que as igrejas locais se debatem com dificuldades para pagar mais pela assistência médica, em vez de usarem esses mesmos fundos para programas de missão directa e de ministério, procuram optar por soluções de assistência à saúde menos onerosas.

Índice de Preços Médicos ao Consumidor Comparado com Outras Categorias, 2000-2005

Os preços da assistência médica têm aumentado a um ritmo mais rápido do que o Índice de Preços ao Consumidor (IPC) em geral. No entanto, a diferença tem vindo a diminuir desde 2002.



- **O custo dos benefícios é um factor fundamental num número crescente de nomeações.** Esta ponderação de custos tem conduzido a um aumento na nomeação de pastores aposentados e pastores a tempo parcial a nível local; frequentemente, essas nomeações não incluem benefícios. Por conseguinte, algumas igrejas locais sentem-se pressionadas a alterar o estatuto do seu clero em resposta à necessidade e à disponibilidade para pagar benefícios. O custo dos benefícios está já a influenciar os sistemas de nomeações da Igreja.
- **Tipicamente, os patrocinadores de planos optam pelo auto-seguro quando atingem 1 000 ou mais empregados (agregados familiares).** Os resultados do Inquérito da Mercer sobre Seguros de Saúde das conferências anuais revelaram que 13 conferências anuais têm seguros independentes (auto-seguro), apesar de estarem significativamente abaixo do limiar de 1 000 agregados familiares. Embora o auto-seguro seja uma forma de financiamento menos dispendiosa (especialmente no caso dos grandes grupos), esse seguro corresponde a uma abordagem mais volátil e arriscada para os patrocinadores de planos de dimensão média (500 a 1 000 agregados familiares). O seguro *stop-loss* (que tem em conta as flutuações da bolsa) pode ajudar a gerir essa volatilidade, mas tem-se tornado mais oneroso nos últimos anos. Devido à pressão dos custos, alguns patrocinadores de planos relacionados com a Igreja Metodista Unida estão a assumir mais riscos através do auto-seguro do que normalmente ocorreria no mercado,¹⁷ suscitando assim a questão da sustentabilidade dos seus planos.

¹⁷ Estudo da Mercer sobre Seguros de Saúde, Janeiro de 2006, p. 20.

- **O estudo realizado pelo Grupo de Trabalho identificou factores importantes de ordem financeira para facultar o acesso aos empregados leigos.**
 - O acesso aos cuidados de saúde para os empregados leigos pode gerar selecções adversas. Com base em dados relativos a todo o ano de 2005 no sistema HealthFlex, a média de benefícios do *clero* pagos por requerente foi de \$3 986, enquanto que a média de benefícios do *beneficiário leigo* pagos por requerente foi de \$2 928. No entanto, os pedidos de reembolso apresentados por *cônjuges leigos* corresponderam ao valor mais elevado, \$4 618, quando comparado ao valor dos pedidos apresentados pelos *cônjuges dos membros do clero*, correspondente a \$2 910.¹⁸
 - Embora a média de idades dos empregados leigos no sistema HealthFlex seja inferior à média de idades do clero, os empregados leigos não são necessariamente um grupo actuarial estatisticamente menos oneroso. Os empregados leigos podem ter acesso aos planos através dos cônjuges. No entanto, se não estiverem cobertos noutros sistemas, procurarão cobertura através da conferência anual ou de planos das igrejas locais, se forem elegíveis.
 - Proporcionar um plano de saúde de último recurso para o cônjuge de um empregado leigo cria uma selecção adversa. As conferências e igrejas locais devem efectuar as suas escolhas tendo em conta esta questão, reflectindo sobre a sua própria missão e sobre o sentido de justiça.
- **Como igreja conecional, é necessário continuar a explorar modos de alcançar os seguintes objectivos, através de meios que não passam necessariamente por um plano mandatado ao nível da denominação:**
 - melhorar o acesso a programas de apoio à doença,
 - investir em soluções ao nível da denominação tendo em vista o bem-estar, através de iniciativas, serviços e programas,
 - adoptar boas práticas em matéria de planos de cobertura de riscos de saúde, e
 - nivelar o poder colectivo de compra na denominação.

As oportunidades de compra conjunta estratégica entre conferências anuais poderão contribuir para a redução dos custos e a partilha de riscos. Certas soluções de grupo para enfrentar riscos na denominação (como os investimentos associados à bolsa, a compra de medicamentos, programas de apoio à doença, etc.) terão de demonstrar que representam poupanças de custos e eficácia administrativa. Há indícios de que os fundos comuns de risco ao nível da denominação, estabelecidos para as conferências anuais ou outros grupos de empregadores, podem reduzir os custos.

¹⁸ Relatório da Junta Geral de Pensões e de Benefícios de Saúde sobre Pedidos de Reembolso de Beneficiários do HealthFlex em 2005 relativos a Assistência Médica e Raio X, Novembro 2006.

Cobertura da Assistência Médica e Saúde Sustentada na Reforma

Há muito quem acredite que o apoio aos reformados faz parte das promessas da Igreja e que é parte do testemunho da denominação ao mundo. O Grupo de Trabalho acredita que não existe estabilidade na reforma sem uma cobertura dos cuidados de saúde; por conseguinte, a Igreja terá de fazer o necessário para cumprir as suas promessas de cobertura.

- **As organizações estão a reduzir os programas e a aumentar a partilha de custos relativamente aos benefícios dos reformados.**
 - Um inquérito da Fundação da Família Kaiser realizado em 2005 concluiu que apenas um terço das empresas com 200 ou mais empregados oferecia benefícios de saúde aos seus reformados – o que representa uma diminuição em relação aos 66% de 1988. As pequenas empresas, que empregam cerca de metade da força de trabalho, nunca ofereceram benefícios de saúde na reforma muito generosos. As empresas que ainda oferecem seguros de saúde aos reformados têm reduzido os planos de diversas formas¹⁹.
 - O cumprimento da promessa da Igreja aos seus empregados na reforma está a criar pressões financeiras sobre algumas conferências anuais. A Igreja deve velar por que as conferências anuais adoptem as medidas adequadas para cumprir quaisquer promessas que tenham feito.
- **O Grupo de Trabalho identificou questões relacionadas com a mudança de uma conferência anual para outra do clero ou dos empregados leigos que se aproximam da reforma.**
 - Os requisitos de elegibilidade mudam de conferência para conferência e, portanto, há perdas potenciais imprevisíveis de benefícios para as pessoas que se deslocam entre conferências.
 - A “portabilidade” e “creditabilidade” dos benefícios dos reformados entre conferências à medida que o clero e os empregados leigos se aproximam da reforma é uma questão real, tal como o são quaisquer responsabilidades associadas.

Impacto dos Sistemas e Estruturas de Emprego da Igreja sobre a Saúde do Clero e do Laicado

Em 2004, a Junta Geral convocou mais de 50 pessoas de toda a denominação para debater a saúde do clero. Em resultado desse diálogo, foi criado um mapa de sistemas que representa questões complexas, inter-relacionadas, na vida do clero hoje em dia.

O Grupo de Trabalho debateu as causas do stress do clero e analisou *O Livro de Disciplina*, no que se refere aos aspectos da estrutura e cultura de emprego da Igreja com impacto negativo para a saúde do clero e do laicado. Embora estas questões não estejam enumeradas na missão inicial da Conferência Geral, era essencial abordá-las a fim de apoiar uma ética de auto-assistência adequada e para permitir que o clero e o laicado optem por práticas saudáveis no seu estilo de vida quotidiano.

O Grupo de Trabalho identificou os seguintes factores de stress na vida do clero:

- A itinerância tradicional na Igreja defronta-se actualmente com formas de pressão social e económica. Por conseguinte, a oferta ou modalidades de emprego estão a sofrer mudanças; a mobilidade causa stress e a libertação da itinerância é frequentemente desejada. As nomeações a longo prazo são frequentemente encaradas como recompensas pelo sucesso alcançado.
- Falta apoio no interior do “sistema de chamada” para os que transitam para o clero ordenado.
- A formação profissional em seminários é inadequada.
- O sistema de nomeação garantida não é favorável à selecção e retenção do clero que procura garantir a saúde e a cura. O sistema não apoia a responsabilidade pela saúde mental, física, emocional e espiritual.

¹⁹ “Benefícios Aproximam-se das Pensões”; *The New York Times*, 9 de Fevereiro de 2006. Um estudo efectuado em grandes empresas por Kaiser and Hewitt Associates, uma empresa de consultadoria, concluiu que embora apenas 12 por cento dos grandes empregadores tivessem cessado os benefícios de saúde na reforma durante o ano passado, 71 por cento requeriam uma contribuição mais elevada dos prémios aos reformados, 34 por cento aumentaram os pagamentos ou os seguros conjuntos e 24 por cento aumentaram os valores dedutíveis.

- O clero tem de fazer frente às expectativas de disponibilidade permanente.
- A Igreja não dispõe de uma boa “estratégia de saída” do ministério. Os elementos do clero que não estão equipados permanecem no sistema; a sua saúde deteriora-se e a saúde e vitalidade da congregação respectiva podem igualmente ressentir-se.
- O estatuto do clero na sociedade tem visto o seu peso reduzido e as expectativas das igrejas têm mudado. Quer se trate de uma igreja importante e em crescimento ou menor e em declínio, há inúmeras fontes de pressão sobre o clero e este é chamado a desempenhar um grande número de funções (nomeadamente de pregador, director executivo, conselheiro, educador, orientador financeiro, formador, angariador de fundos, etc.).
- A Igreja não se adaptou à mudança no estatuto e expectativas do clero. Os elementos do clero são frequentemente postos à margem nas comunidades respectivas.
- Os clérigos que sofrem de problemas de saúde emocional ou física têm relutância em discuti-los com os amigos ou com os membros da igreja por recearem que o facto de o fazerem possa prejudicar a sua próxima nomeação. Ao não abordarem os problemas de modo adequado, as questões de saúde agravam-se.
- A habitação paroquial reforça a segurança económica, mas as casas estão frequentemente em fracas condições e carecem de privacidade. A instalação paroquial representa desafios e pode ser difícil de gerir nas comunidades maiores.

Todos estes problemas suscitam questões complexas que requerem grande cuidado na forma de abordar os sistemas e as estruturas de emprego da denominação.

Acesso Actual à Informação sobre Protecção e Promoção da Saúde

Os resultados do Inquérito sobre Informação Financeira encomendado pelo Grupo de Trabalho e conduzido pela Junta Geral revelaram que os custos actuais, o impacto e a eficácia dos planos de assistência médica variam entre diferentes conferências anuais. De modo significativo, as variações são difíceis de comparar porque as conferências anuais não obtêm dados comparáveis. Não existe actualmente um padrão comum relativamente ao qual possam ser avaliados os planos e programas, e não há um padrão para a recolha de dados financeiros ou outros.

No Inquérito do Grupo de Trabalho sobre Iniciativas de Saúde e Bem-Estar, um determinado número de conferências anuais manifestou interesse em conhecer o que faziam as outras conferências, em receber informações sobre colaboração entre denominações e sobre partilha de experiências positivas. Diversas conferências anuais estão a reunir mais informações e estatísticas a fim de determinar quais as medidas mais adequadas para abordar as questões de saúde e estilos de vida saudáveis para o clero e o laicado. Muitos elementos pediram orientações e dados para o recurso a incentivos destinados a encorajar os beneficiários a aproveitarem os progressos nos cuidados preventivos e de saúde.

- Não existem dados comparáveis entre as diferentes conferências anuais que demonstrem o estado de saúde do clero em geral.
- Não existe um repositório conecional para este tipo de informação. Embora os actuais planos de assistência médica não sejam idênticos, a Igreja tem de encontrar maneiras de obter dados comparáveis e conhecimentos específicos para avaliar o estado de saúde na denominação.
- Cabe a cada conferência anual aderir a um mecanismo normalizado de informação, aprendizagem e partilha.

O Grupo de Trabalho conduziu um Inquérito de Informação Financeira entre diferentes conferências anuais, num esforço para compreender a saúde financeira dos planos de assistência à saúde respectivos. Das 63 conferências anuais inquiridas, 40 responderam. Entre as que responderam, muitas não dispunham de dados, ou tinham dados não comparáveis. Em consequência, o Grupo de Trabalho não pôde retirar conclusões sobre a solidez financeira dos planos de assistência médica de muitas das conferências anuais.

Existem variações significativas nos métodos utilizados para reportar dados financeiros nos planos de saúde. As variações mais significativas relacionavam-se com a falta de critérios comuns para a informação contabilística nas conferências anuais (por exemplo, ter em conta o património e não as variações de tesouraria, a inclusão ou não de obrigações de benefícios pós-reforma etc.) e prendiam-se com a determinação do passivo total, activo líquido e adequação dos rendimentos do plano de saúde para cobrir os custos totais do plano para as conferências que não tinham facultado quaisquer dados.

Enquanto denominação, considerámos necessárias as seguintes medidas a fim de melhorar o acesso à informação:

- conversas activas sobre boas práticas em matéria de saúde (por exemplo, o que tem produzido bons resultados e o que falhou)
- as conferências anuais devem saber o que fazem as outras conferências, recolhendo e publicando dados tendentes a:
 - ajudar as conferências anuais mais vulneráveis e que tentem lançar intervenções e iniciativas individualmente, e
 - partilhar boas práticas destinadas a reforçar o conhecimento colectivo e o coneccionalismo da denominação.

Recomendações

O Grupo de Trabalho explorou soluções em toda a denominação a fim de prestar apoio à saúde do clero e dos empregados leigos; examinou os sistemas de emprego e a cultura, na sua incidência sobre a saúde; ponderou maneiras de conseguir o acesso a planos de saúde de grupo para o clero e para o restante pessoal que trabalha a tempo inteiro ; e, finalmente, procurou promover a saúde e plenitude do clero, do pessoal leigo e respectivos cônjuges durante a reforma.

O Grupo de Trabalho formulou as quatro recomendações seguintes:

Recomendação 1

Melhorar a Saúde do Clero e dos Empregados Leigos no Apoio à Missão e ao Ministério da Igreja Metodista Unida.

- A Junta Geral apoiará a saúde como plenitude na denominação através de informações sobre saúde e do intercâmbio de dados, mediante um esforço unificado, a fim de:
 - recolher e analisar dados sobre saúde no âmbito da conferência anual, Concílio de Bispos e agência geral,
 - estabelecer indicadores,
 - identificar boas práticas, e
 - recomendar estratégias e linhas de orientação.
- A Junta Geral procurará alterar o Plano de Protecção Global sempre que necessário e a fim de executar as recomendações.
- As conferências anuais, o Concílio de Bispos e as agências gerais deverão:
 - desenvolver e manter programas de saúde e bem-estar; e
 - submeter anualmente dados sobre planos de saúde à Junta Geral.

Elaboração pelo Grupo de Trabalho

A denominação precisa de um modelo para a recolha e partilha de informações sobre a nossa saúde enquanto comunidade, na aceção da definição vasta que temos do que constitui a saúde. Se lançarmos luz sobre as boas práticas já testadas em toda a denominação, poderemos aprender com os elementos da nossa conexão. A Junta Geral será o ponto de convergência para a recolha, análise e difusão de informações sobre a saúde dos empregados da Igreja.

- O processo informativo anual incluirá:
 - um formato de relatório determinado pela Junta Geral em conjugação com um ou diversos grupos consultivos,
 - dados brutos electronicamente acessíveis (por exemplo, dados indicativos por conferência: média de idades, média de salários, etc.), tal como determinado pela Junta Geral e pelo(s) grupo(s) consultivo(s),
 - dados disponíveis ao nível da conferência anual, do Concílio de Bispos e da agência geral, e
 - uma base de dados desenvolvida pela Junta Geral em conjugação com um ou diversos grupos consultivos.
- O(s) grupo(s) consultivo(s), reflectindo sectores raciais/étnicos, colaborarão com a Junta Geral. Os aspectos médicos, de benefícios de saúde, de saúde pública e interesses financeiros da IMU estarão representados no(s) grupo(s) consultivo(s). As respectivas competências incluirão:
 - o desenvolvimento de bases de dados de orientação,
 - a análise de dados e a identificação de tendências,
 - a adopção de indicadores para a denominação e a indústria,
 - a identificação de iniciativas para promover estilos de vida saudáveis, e
 - velar pelo cumprimento das normas.

- A actividade da Junta Geral incluirá:
 - a avaliação dos actuais programas e o desenvolvimento de melhores programas e iniciativas destinados a melhorar a saúde dos empregados da Igreja,
 - o estabelecimento de indicadores adequados para a denominação em matéria de saúde,
 - a identificação de boas práticas na denominação e na indústria, associada a estilos de vida saudáveis e à gestão de custos da assistência médica,
 - a colaboração com outras agências gerais na coordenação de uma rede abrangendo igrejas e estruturas de base dedicada à saúde e ao bem-estar, e
 - a consulta das conferências anuais, do Concílio de Bispos e de outras entidades em geral sobre as modalidades de planos de assistência à saúde, tipos de cobertura, custos, viabilidade financeira, sustentabilidade e iniciativas de saúde e bem-estar, associada a planos de assistência à saúde e a actividades da conferência e da igreja.
- O Grupo de Trabalho determinou que o património integrado no Plano de Protecção Global será utilizado para financiar os custos administrativos associados. Ao longo do tempo, estes esforços deverão traduzir-se em reduções nos diagnósticos e incapacidades médicas a longo prazo.
- As competências das conferências anuais, do Concílio de Bispos e das agências gerais incluirão:
 - o desenvolvimento ou a modificação das iniciativas dos programas de saúde e bem-estar mediante consulta da Junta Geral, a fim de promover informações sobre boas práticas,
 - o fornecimento à Junta Geral de indicações sobre os dados do plano de assistência médica e sobre iniciativas de saúde e bem-estar, e
 - o intercâmbio anual de resultados e tendências.

Recomendação 2

Identificar e Avaliar Oportunidades para Melhorar os Sistemas e a Cultura de Emprego com Impacto sobre a Saúde dos Empregados da Igreja.

- Estabelecer um Grupo de Trabalho conjunto da Junta Geral de Pensões e de Benefícios de Saúde e da Junta Geral de Ensino Superior e Ministério, com representação jurisdicional do Concílio de Bispos, que deverá:
 - analisar os sistemas de itinerância e de nomeação e recomendar melhorias favoráveis à saúde do clero,
 - ponderar e recomendar melhoramentos nos sistemas de supervisão,
 - definir procedimentos para a entrada e abandono do ministério autorizado e ordenado; e
 - definir orientações para a manutenção de um equilíbrio saudável entre trabalho e modo de vida.

Elaboração pelo Grupo de Trabalho

A análise dos sistemas de supervisão inclui as funções e a formação necessárias para apoiar a saúde do clero e do laicado. Recomendamos à Junta Geral de Pensões e de Benefícios de Saúde e à Junta Geral de Ensino Superior e Ministério a criação de um Grupo de Trabalho conjunto com representação jurisdicional do Concílio de Bispos, a fim de examinar os sistemas de itinerância, nomeação e supervisão, estudar procedimentos para a entrada e abandono do ministério ordenado e autorizado, e facultar orientações para a manutenção de um equilíbrio saudável entre trabalho e modo de vida. Estes sistemas estão no centro das preocupações de saúde.

- A avaliação deverá abranger os seguintes aspectos:
 - ligações entre sistema de nomeação garantida e sistema de itinerância,
 - ramificações das transferências do clero entre conferências,
 - processos de transição profissional para fora do ministério ordenado, incluindo assistência ampliada aos empregados mediante acções de identificação, apoio e reciclagem, e
 - transição do clero para o ministério (processo de aclimação).
- Caberá à Junta Geral de Pensões e de Benefícios de Saúde e à Junta Geral de Ensino Superior e Ministério convocar o Grupo de Trabalho conjunto.

- O Grupo de Trabalho deverá reportar à Mesa Coneccional, ao Concílio de Bispos e aos Secretários-Gerais, apresentando as suas conclusões/recomendações até 2011.
- O Grupo de Trabalho deverá formular recomendações, que serão apresentadas à Conferência Geral de 2012.

Recomendação 3

Financiar ou Participar num Plano de Saúde de Grupo e Garantir o Acesso ao Mesmo

- Cada conferência anual, o Concílio de Bispos e cada agência geral deverão financiar ou participar num plano de saúde de grupo, ²⁰ assegurando o acesso ao mesmo para o seu clero a tempo inteiro e os empregados leigos a tempo inteiro nos EUA. ²¹
- A elegibilidade adicional dos participantes poderá ser determinada a nível local.

Elaboração pelo Grupo de Trabalho

Recomendamos a apresentação de propostas de alteração ao Livro de Disciplina no sentido de exigir que cada conferência anual, o Concílio de Bispos e as agências gerais (as "Entidades Afectadas") financiem e mantenham um plano de saúde de grupo (como já definido) e de garantir o acesso a um plano de saúde de grupo para o clero a tempo inteiro e os empregados leigos a tempo inteiro das conferências anuais, do Concílio de Bispos e das agências gerais.

- As Entidades Afectadas deverão comunicar anualmente à Junta Geral:
 - elementos comprovativos sobre um plano de saúde de grupo (mediante descrição escrita do plano, documento do plano, Documento Descritivo do Plano ou certificado de seguro), e
 - regras de elegibilidade.
- A Junta Geral facultará uma lista adequada dos elementos que compõem o programa de saúde (por exemplo, Programas de Assistência aos Empregados, Avaliações de Riscos de Saúde, etc.), para além das modalidades incluídas nos planos de saúde de grupo tradicionais, lista essa que será utilizada pelas Entidades Afectadas para efeitos comparativos.
- A Junta Geral prosseguirá o estudo e desenvolvimento de coligações de compra relativamente aos componentes do plano de saúde de grupo, a fim de ajudar as Entidades Afectadas a conseguir uma boa organização dos seus planos de saúde de grupo.
- O Grupo de Trabalho acredita que todos os empregadores da Igreja se devem esforçar por facilitar o acesso a planos de saúde de grupo para todos os empregados.
- Confirmamos *O Livro de Disciplina*, que refere que cada comité local de igreja para as relações pastor/paróquia ou as relações pessoal/paróquia "continuará a recomendar ao conselho da igreja uma cláusula que preveja um seguro adequado de saúde e de vida, bem como o pagamento de compensações a todos os empregados leigos em caso de despedimento".

²⁰ *Plano de saúde de grupo significa, neste contexto, o plano de saúde de grupo descrito na Lei sobre Titularidade e Responsabilidade dos Seguros de Saúde de 1996, ou seja, um plano que cubra as principais despesas médicas e de hospitalização e planos de benefícios de âmbito ilimitado como os planos autónomos de assistência à visão e de tratamentos dentários (embora não seja de excluir a existência desses planos acessoriamente ao plano de saúde de grupo). Neste contexto, o plano de saúde de grupo é tipicamente um plano de benefícios ao bem-estar dos empregados, tal como definido no §3 (1) da Lei sobre a Segurança dos Rendimentos dos Empregados na Reforma, de 1974 (ERISA), na sua versão alterada segundo a qual, na maioria dos casos, a organização da Igreja inclui um plano da igreja que é definido no §3(33) da ERISA.*

²¹ *O emprego da responsabilidade da conferência anual não inclui o clero nomeado para ministérios de extensão (excepto os elementos que exerçam funções em lugares pelos quais a conferência anual é responsável), nem os empregados leigos que não são empregados da conferência anual, como os empregados leigos das igrejas locais e os empregados leigos dos serviços distritais e jurisdicionais.*

- Confirmamos o actual Livro de Resoluções, que refere: “Procuramos um plano de assistência médica nacional que preveja um amplo conjunto de benefícios para todos, incluindo serviços preventivos e de promoção da saúde, cuidados primários e avançados, assistência à saúde mental e cuidados prolongados. (Acesso Universal aos Cuidados de Saúde)

Recomendação 4

Respeitar a Saúde e Plenitude do Clero Reformado, dos Empregados Leigos e dos Seus Cônjuges

- Cada conferência anual, o Concílio de Bispos e cada agência geral deverão respeitar a saúde e plenitude do seu clero e empregados leigos reformados e dos respectivos cônjuges, através das seguintes acções:
 - facilitar o acesso a planos complementares de assistência médica e de prescrição medicamentosa Medicare,
 - apresentação bianual à Junta Geral, a partir de 2009, de uma Declaração de Contabilidade Financeira do Modelo N.º 106 (FAS), na versão alterada, relativa às obrigações médicas projectadas para a cobertura da sua população,
 - criação de um plano, até 2011, que contemple os requisitos de financiamento para futuras obrigações médicas dos reformados, e
 - apresentação de documentos escritos, até 2009, sobre as suas práticas no que se refere à titularidade dos benefícios de saúde pelos reformados e informação sobre essas práticas ao seu clero e empregados leigos.

Elaboração pelo Grupo de Trabalho

Solicitamos à Junta Geral que facilite uma conversa com os oficiais da conferência reponsáveis em matéria de benefícios, a fim de determinar se há uma resolução mutuamente acordada quanto à questão da portabilidade da assistência para os reformados. Além disso, propomos a adopção de legislação destinada a:

- Alterar *O Livro de Disciplina* no sentido de requerer que cada Entidade Afectada garanta o acesso a planos complementares de assistência e prescrição medicamentosa Medicare a todos os elementos do clero e empregados leigos reformados elegíveis para o sistema Medicare.
- Alterar o *Livro de Disciplina* no sentido de exigir que cada Entidade Afectada efectue uma avaliação actuarial bianual (Declaração FAS N.º 106, na versão alterada como parte dos princípios de contabilidade geralmente aceites), a partir de 2009, relativamente às obrigações associadas aos benefícios pós-reforma, submetendo essa avaliação à Junta Geral. Esta deverá:
 - transmitir a informação, no seu conjunto, à denominação e à Conferência Geral, e
 - publicar as informações e transmiti-las às partes interessadas.
- Alterar o *Livro de Disciplina* no sentido de exigir que cada Entidade Afectada crie um plano que corresponda às exigências de financiamento de futuras responsabilidades médicas dos reformados e submeter esse plano à Junta Geral até 2011. O plano terá de incluir um calendário para o cumprimento das responsabilidades não-financiadas.
- Cada Entidade Afectada deverá documentar e comunicar a portabilidade existente das políticas e práticas de benefícios de saúde dos reformados ao respectivo clero e empregados leigos, bem como ao clero e empregados leigos aderentes de outras conferências anuais ou outras agências gerais.
- Cada Entidade Afectada apresentará à Junta Geral um documento escrito sobre as políticas e práticas seguidas em matéria de benefícios de saúde dos seus reformados, publicando esse documento no seu jornal de conferência e/ou no seu sítio Internet de conferência.
- A Junta Geral publica as informações e transmite-as às partes interessadas.

Resumo

As quatro recomendações do Grupo de Trabalho sustentam a missão e o ministério vital da Igreja Metodista Unida no mundo e respondem aos desafios de saúde da denominação: um novo esforço unificado para promover melhor saúde para os empregados da Igreja. Quer individual quer colectivamente, estas recomendações procuram melhorar a saúde em toda a denominação.

A abordagem holística que Wesley fez da saúde é essencial para uma articulação das recomendações. Os valores Wesleyanos estão na base da definição de saúde aceite pelo Grupo de Trabalho, como *tudo o que é necessário para que o indivíduo permaneça em missão (ou seja, empenhado na nossa plena integridade, no desenvolvimento de uma vida com sentido, em relação com Deus e por Ele orientada, na comunidade e ao serviço dos outros)*.

As melhorias de saúde na denominação devem integrar a saúde mental, física, emocional, espiritual e comunitária. Para a denominação, o desafio é agir agora, agir em conexão, agir com compaixão e agir com responsabilidade a fim de reforçar a saúde em toda a sua dimensão, para que possamos participar em comunidade, na graça salvadora de Deus.

Pensamentos

O Grupo de Trabalho para a Saúde na Denominação convida-o a reflectir sobre a nossa actividade e sobre este *Relatório Final*.

Envie os seus comentários, por correio electrónico, para: **DHTF@gbophb.org**

Anexos

Petição à Conferência Geral de 2004

Texto da Petição Apresentada:

A Conferência Anual da Virgínia da Igreja Metodista Unida solicita à Conferência Geral da Igreja Metodista Unida que encarregue a Junta Geral de Pensões de realizar um estudo sobre a viabilidade de proporcionar a cobertura dos cuidados de saúde ao clero activo e reformado e aos empregados leigos que trabalham a tempo inteiro ou parcial, unindo efectivamente todas as conferências da Igreja Metodista Unida situadas nos Estados Unidos através de um só plano de saúde, apresentando recomendações sobre o tipo de cobertura que deve ser possibilitada, o respectivo custo e recomendações sobre o modo como poderá ser dividida entre uma conferência anual e o clero, a(s) fonte(s) de pagamento da cobertura e um plano para a oportuna implementação dessa cobertura da assistência médica, prestando informações às conferências anuais até 1 de Fevereiro de 2006.

Texto Maioritário do Comité

Substituir o texto da petição pelo seguinte:

A Conferência Geral de 2004 da Igreja Metodista Unida encarrega a Junta Geral de Pensões e de Benefícios de Saúde de realizar um estudo sobre a viabilidade de proporcionar a cobertura dos cuidados de saúde ao clero activo e reformado e aos empregados leigos, unindo efectivamente todas as conferências da Igreja Metodista Unida situadas nos Estados Unidos através de um só plano de saúde. Se os resultados demonstrarem a viabilidade para todos os empregados referidos ou para qualquer ou quaisquer grupos destes empregados, a Junta Geral de Pensões comunicará à Conferência Anual da Junta de Pensões, até 1 de Janeiro de 2007, os resultados desse estudo, com dados suficientes para permitir às conferências anuais avaliarem a recomendação. A Junta Geral de Pensões colaborará com a Junta de Pensões da Conferência Anual, a fim de elaborar o plano mais aceitável possível para apresentação à Conferência Geral de 2008. O Documento 1 que figura na pág. 767 do DCA, incluído como parte da Petição n.º 41329-FA, constituirá um documento de base para o referido estudo, excluindo o último parágrafo da pág. 770 intitulado "Procedimento & Calendário".

Participantes no Grupo de Trabalho

Membros da Conferência Anual

Boyd Brown, Advogado Fiscal	Virgínia	Leigo
Deborah Dangerfield, Gestora de Benefícios	Northern Illinois	Leigo
Arturo Fernandez, Reformado	Oregon Idaho	Clero
Marvin Guier, Tesoureiro e CBO	North Texas	Clero
David Hawkins, Tesoureiro e CBO	Tennessee	Clero
Debbie Maltbie, Tesoureira e CBO	Kansas West	Leigo
Verna McKinney, CBO	Kentucky/Red Bird	Leigo
Tracy Merrick, Presidente	Western Pennsylvania	Leigo
Dan O'Neill, Tesoureiro e CBO ¹	Rocky Mountain	Leigo
Scott Selman, Tesoureiro e CBO ¹	North Alabama	Leigo
Elijah Stansell, Tesoureiro	Texas	Clero
Sharon Strother, Tesoureira e CBO	North Carolina	Leigo
R. Stanley Sutton, Tesoureiro e CBO	West Ohio	Clero
Mike Watson, Bispo ¹	South Georgia	Clero

Membros do Pessoal da Junta Geral de Pensões e de Benefícios de Saúde

Barbara Boigegrain, Secretária-Geral
Anne Borish, Gestora de Investigação e de Informação
Denise French, Coordenadora de Reuniões e Viagens
Andrew Hendren, Conselheiro Assistente Geral
Colette Nies, Directora-Geral de Comunicações
Noreen Orbach, Directora-Geral da Saúde e dos Serviços de Assistência
Renee Smith-Edmondson, Gerente de Administração
John White, Gerente de Serviços de Saúde e Assistência, Desenvolvimento de Patrocínios de Planos

Consultores do Grupo de Trabalho

Joy Anderson, Presidente, Consulta de Critérios
Todd Swim, Actuário Principal, Consultores Mercer
Carol Becker, Consultora Principal, Empresa de Concepção de Crescimento
Judy Johnston, MS, RD/LD, Universidade do Kansas, Faculdade de Medicina
Richard Day, PhD, Richard Day Research (Centro de Investigação)
Randy Maddox, PhD, Professor, Duke Divinity School

¹ Indica um membro ou anterior membro da Junta de Directores da Junta Geral de Pensões e de Benefícios de Saúde.

Valores e Elaboração

O Grupo de Trabalho exerceu a sua actividade em função dos seguintes valores supremos, baseados na teologia Wesleyana:

- definir a saúde como plenitude, através da missão divina e para ela,
- szelar pela saúde ,
- agir em conexão,
- encontrar um equilíbrio entre compaixão e responsabilidade, e
- prestar um testemunho profético.

Definir Saúde como Plenitude através da Missão Divina e para Ela

A saúde é necessária para que os indivíduos tenham a máxima eficiência na sua missão e para se empenharem na sua integridade, a fim de participarem no plano de Deus para restaurar a plenitude da criação. Procuramos a saúde a fim de participar mais plenamente na missão de Deus e, participando na missão de Deus, obtemos mais saúde.

A nossa cultura tende a definir saúde como realização individual, procura de beleza, de força e capacidades. Definimos saúde ao nível comunitário; um bom estado de saúde é tão determinado pela interacção das pessoas nas comunidades como pelas pessoas que vivem sem doenças. É na comunidade que participamos na graça salvadora de Deus; é enquanto Igreja que vivemos a missão de Deus.

A Defesa da Saúde

As pessoas e as comunidades têm a responsabilidade de promover a sua própria saúde.

Reconhecemos a importância especial da saúde do clero e da saúde como ministério na preparação dos discípulos de Cristo. Na comunidade da Igreja, há pessoas afirmadas pela comunidade que se oferecem para a liderança do ministério de Deus. Os membros do clero estão afastados, mas não separados no ministério de todo o povo de Deus (*Livro de Disciplina 2004*, ¶301 e ¶302).

Os membros do clero dedicam as suas vidas a servir a Igreja a tempo inteiro e, nesse contexto, devem preservar cuidadosamente uma boa saúde. Esses elementos vivem com todos os restantes ministros ordenados em confiança e colaboração mútua e procuram, juntamente com eles, a santificação da fraternidade. A saúde individual torna-se, assim, parte do compromisso perante o pacto. Esse pacto comunitário deve sustentar uma ética de auto-disciplina de saúde do clero, o qual deve velar pela adopção de práticas saudáveis na vida diária.

A conectividade dos actos

Estar em conexão é partilhar recursos, encargos e informações. Através da relação com Deus e com os outros, fazemos juntos o que não podemos fazer sozinhos. Carecemos do testemunho de pessoas que lutam e sofrem em conexão, para podermos partilhar os seus fardos e cumprir a nossa responsabilidade como povo de Deus em missão no mundo.

As práticas da Igreja devem contribuir para melhorar a saúde de toda a conexão, bem como a saúde dos indivíduos que nela servem. Embora as ideias do conectivismo permaneçam as mesmas, cumprimos esses ideais em momentos precisos no tempo e as nossas instituições são chamadas a responder a contextos em mutação.

Equilibrar Compaixão e Responsabilidade

Não devemos decretar a conformidade, mas devemos inspirar os outros a procurar e seguir a paz de Deus. Wesley compreendeu que a maneira de orientar uma pessoa para a renovação espiritual não era através de preleções sobre comportamento, mas antes através de histórias. A preocupação de Wesley com a saúde incluía igualmente uma compaixão dedicada pelos enfermos. Estas noções de saúde e doença encontraram a sua expressão prática na vida comunitária, pois as pessoas reuniam-se para prestar apoio e disciplina para uma vida cristã e faziam orações pela saúde uns dos outros.

Não podemos permitir que a doença física ou mental seja uma causa de exclusão e devemos ponderar cuidadosamente o seu impacto sobre a ordenação e as nomeações. Precisamos de criar um ambiente que acolha e apoie o clero em tempos de transição, mas que torne igualmente os indivíduos e as instituições responsáveis pela promoção da sua saúde. É o pacto que o requer.

Oferecer um Testemunho Profético

Como Igreja, reivindicamos uma voz apaixonada e profética. Prestamos este testemunho público assumindo o compromisso de proporcionar uma assistência de saúde adequada às pessoas que trabalham para a Igreja, através de uma inclusão equitativa dos marginalizados, mesmo quando tal não sirva os nossos interesses financeiros, e ensinando e modelando para os outros a nossa fé e o nosso cuidado com uma saúde íntegra e com a saúde das nossas comunidades.

Embora a nossa cultura promova uma dualidade de corpo e espírito, a Igreja tem de ensinar o valor dos cuidados com o corpo e o espírito. Uma vida de oração, de devoção e de actividade física são disciplinas espirituais que os indivíduos desenvolvem no contexto da comunidade. Como nos ensina o exemplo de Wesley, os membros do clero têm a importante responsabilidade de exemplificar e ensinar boas práticas e de servir de memória viva para os demais.

A Igreja é chamada por Deus para o ministério integral da saúde: espiritual, mental, emocional e física. Os Metodistas Unidos são chamados a contribuir para uma sociedade saudável de pessoas íntegras. Parte das nossas tarefas consiste em permitir que as pessoas se ocupem de si e assumam a responsabilidade pela sua própria saúde. Outra parte da nossa missão é velar por que as pessoas que estão doentes, quer do espírito, da mente ou do corpo, não sejam alheadas nem ignoradas, mas que recebam assistência que lhes permita viver uma vida plena (*Livro de Resoluções*, p. 308).

Entidades Ouvidas

O Grupo de Trabalho partilhou as recomendações com os seguintes grupos, que deram o seu parecer:

- Diversas Juntas de Pensões de Conferências
- Os cinco Colégios de Bispos dos EUA
- Grupo de Trabalho Inter-Agências Saúde e Plenitude
- Junta Geral de Ensino Superior e Ministério/Junta de Ministérios Ordenados
- Associação de Oficiais para o Benefício de Pensões da Conferência Metodista Unida
- Comité de Estudos sobre o Episcopado
- Mesa Coneccional
- Conselho de Administração da Junta Geral de Pensões e de Benefícios de Saúde
- Superintendentes Distritais Assistentes para Eventos relativos a Benefícios
- Patocinadores do Plano HealthFlex
- Assistentes do Fórum de Oficiais da Conferência sobre Benefícios
- Conselho de Administração do Conselho Geral de Finanças e Administração

Inquéritos e Relatórios Encomendados; Material de Referência Utilizado

- Inquérito informativo pedido pelo Grupo de Trabalho e realizado pela Junta Geral junto das conferências anuais durante o segundo semestre de 2005:
 - **Resultados do Inquérito em Matéria de Informação Financeira** - baseados nas respostas de 40 conferências anuais, excluindo duas conferências anuais cujas respostas chegaram fora de prazo e não puderam ser incluídas.
 - **Resultados do Inquérito em Matéria de Saúde e Bem-Estar** – baseados em 41 de um total de 63 respostas de conferências anuais, excluindo uma conferência anual cuja resposta chegou fora de prazo e não pôde ser incluída.
 - **Resultados do Inquérito em Matéria de Informação sobre Seguros de Saúde** – baseados em 49 de um total de 63 respostas de conferências anuais, excluindo uma conferência anual cuja resposta chegou fora de prazo e não pôde ser incluída.
- Inquérito ao nível do clero e laicado das diferentes denominações sobre *Saúde, Bem-Estar, Espiritualidade e Características de Emprego*, Universidade de Duke, dados prévios coligidos em 2006 e relatório final previsto para Junho de 2007.
- Artigos/Estudos:
 - *2006 Medical Cost Reference Guide*.
 - *Facts and Trends to Support Knowledge-Driven Solutions*, BlueCross and BlueShield Association *Staying Healthy*, FaithLink, 22 de Janeiro de 2006
 - *Benefits Go the Way of Pensions*, The New York Times, 9 de Fevereiro de 2006
 - *Celebrating the Whole Wesley: A Legacy for Contemporary Wesleyans*, Randy L. Maddox, Ph.D., *Methodist History*, 43.2, 2005, pp. 74-89
 - *Managing Health Care Costs in a New Era*, 10th Annual National Business Group on Health/Watson Wyatt Survey Report, 2005
 - *Employer Health Benefits, 2005 Annual Survey*, Kaiser Family Foundation and Health Research and Educational Trust
 - *The Next Retirement Time Bomb*, The New York Times, 5 de Dezembro de 2005
 - *Ministries of Health: Our Tradition and Our Challenge*, Interpreter, Dezembro de 2005
 - *The Health Report to the American People*, Citizens' Health Care Working Group, 14 de Outubro de 2005
 - *The Rising Prevalence of Treated Disease: Effects on Private Insurance Spending*, Página Internet sobre Saúde, 27 de Junho de 2005
 - *Worldwide Wellness*, HR Executive, 16 de Junho de 2005
 - *Health Care Opinion Leaders Survey*, The Commonwealth Fund, Abril de 2005
 - *Older Americans 2004: Key Indicators of Well-Being*, Federal Interagency Forum on Aging-Related Statistics, 2004
 - *Boundary Leaders: Leadership Skills for People of Faith*, Gary Gunderson (Fortress Press, 2004)
 - *This Day: A Wesleyan Way of Prayer*, Laurence Hull Stookey (Abington Press, 2004)
 - *Reclaiming Holistic Salvation*, Randy L. Maddox, Ph.D., Circuit Rider, Maio/Junho de 2003, pp. 14-15
 - *Ministerial Health and Wellness, Evangelical Lutheran Church in America*, Gwen Wagstrom Halaas, M.D., MBA, Project Director, Fevereiro de 2002
 - *Religious Involvement and Mortality: A Meta-Analytic Review*, *Health Psychology*, Vol. 19, N.º 3, 2002, pp. 211-222
 - *Happiness, Leisure and Wealth*, American Demographics, Abril de 1998
 - *Deeply Woven Roots: Improving the Quality of Life in Your Community*, Gary Gunderson (Fortress Press, 1997)
 - *A Heritage Reclaimed: John Wesley on Holistic Health and Healing*, ensaio de Randy L. Maddox, Ph.D.
- Outro material/comunicações:
- *General Board of Pension and Health Benefits HealthFlex Participants 2005 Medical and Rx Claims by Relationship Report*, Fevereiro de 2006, análise de custos da população de beneficiários do sistema HealthFlex

- *An Analysis of Internal and External Data Sources Addressing Issues of Health Care Costs for General Board of Pension and Health Benefits of The United Methodist Church*, Richard Day Research, Dezembro de 2005
- Comunicação ao Grupo de Trabalho, Judy Johnston, M.D., R.D., L.D., Dezembro de 2005; a comunicação focava:
 - As principais preocupações de saúde nos EUA e custos económicos associados
 - Obesidade/síndrome metabólica e custos inerentes
 - Questões de seguros de saúde
 - Alternativas
 - Congregações Activas em Matéria de Saúde no Kansas
- *High-Level Analysis of Various Demographics*, General Board of Pension and Health Benefits of The United Methodist Church, Setembro de 2005
- *Evaluation of Plan Performance and Trend 2003 and 2004*, pelo HealthFlex e Ingenix, 30 de Junho de 2005 e 30 de Setembro de 2005
- *Asset Mapping*, Acção do Grupo de Trabalho, Abril de 2005; património classificado por:
 - Organizações nacionais/internacionais, incluindo profissionais
 - Corpo da Igreja Metodista Unida
 - Igreja local
 - Comunidade local
 - Conferência/regional/local
 - Pessoas/categorias de pessoas
 - Valores e outros bens intangíveis
- *Health As Wholeness in Mission: Faith, Community and Health in The United Methodist Church*; Junta Geral de Pensões e de Benefícios de Saúde da Igreja Metodista Unida, 9 de Dezembro de 2004
- *Complex Systems Map*, Junta Geral de Pensões e de Benefícios de Saúde da Igreja Metodista Unida, criado em 2003-2004

Para pedir mais cópias

Podem ser pedidas cópias adicionais do presente relatório no nosso sítio Internet:

<http://www.gbophb.org> > clicar em **Resources > Materials > Publications**

Pode descarregar uma cópia ou pedir mais cópias impressas completando o formulário com a informação pedida.

Se não tiver acesso à nossa página Web, pode telefonar para

1-800-851-2201 e solicitar cópias adicionais.



GENERAL BOARD OF PENSION AND HEALTH BENEFITS
OF THE UNITED METHODIST CHURCH

Caring For Those Who Serve
1901 Chestnut Avenue
Glenview, Illinois 60025-1604
1-800-851-2201
www.gbophb.org