

# As novas diretrizes internacionais para os Serviços de Assistência Médica

RUDOLF ALADÁR MÉTALL

CONVOCADA pelo Conselho de Administração da Repartição Internacional do Trabalho reuniu-se na cidade de Filadélfia, em 20 de abril de 1944, a XXVI.<sup>a</sup> sessão da Conferência Internacional do Trabalho. Participaram dela representantes dos Governos, dos trabalhadores e dos empregadores de 41 países. Entre os assuntos inscritos na ordem do dia figurava o item seguinte: "4.º) Segurança social; seus princípios; os problemas resultantes da guerra". Conforme os preceitos constitucionais que regem a Conferência, a Repartição Internacional do Trabalho tinha elaborado dois relatórios preparatórios (1). O primeiro dividiu-se em duas partes, sendo uma dedicada à garantia dos meios de existência (benefícios em dinheiro do seguro social), enquanto a outra visava o serviço de assistência médica. Ambas culminaram em projetos de recomendações, baseados no precedente estudo dos progressos recentes e das tendências atuais das legislações nessas matérias.

Conforme o Regulamento, a Conferência instituiu na sua 8.<sup>a</sup> reunião (26 de abril de 1944) uma Comissão, encarregando-a do exame desses textos (*Provisional Record*, n.º 9, p. II). A Comissão de Segurança Social, composta de 36 delegados governamentais, 18 representantes dos empregadores e igual número de trabalhadores, aplicando, para as votações, o sistema Riddell (isto é, cabendo aos representantes classistas dois votos para compensar a inferioridade numérica), elegeu para a presidência o delegado do Governo de Costa Rica, Dr. Guillermo Padilla Castro, sub-diretor da Caixa de Seguro Social. Para o estudo dos problemas relativos à assistência médica foi pela Comis-

são instalada uma Sub-Comissão e designado um relator na pessoa do conselheiro técnico governamental do Brasil, Dr. Helvécio Xavier Lopes (documento CSS/PV5).

A Sub-Comissão dos Serviços Médicos foi composta de seis membros governamentais (Mr. Falk, dos Estados Unidos da América; Dr. Helvécio Xavier Lopes, do Brasil; Sr. Júlio Bustos Acevedo, do Chile; M. A. Ramzy, do Egito; Sra. L. M. Polak, dos Países-Baixos; e Dr. Martín Lares-Gabaldón, da Venezuela), quatro membros governamentais suplentes (Mr. Herbert C. Barnard, M. P., da Austrália; Dr. Fioravanti Alonso di Piero, do Brasil; Dr. George M. Weir, do Canadá; e Dr. Jules Thébaud, do Haiti), de três membros titulares respectivamente dos empregadores e dos trabalhadores (Mr. Ashurst, do Império Britânico; Mr. Dennison, dos Estados Unidos da América; Mr. Williams, da União Sul-Africana; — Mr. Johansen, da Noruega; Mr. Kosina, da Tchecoslováquia; Dame Anne Laughlin, do Império Britânico) e de dois suplentes destes representantes classistas (Mr. Kean, do Império Britânico, e Mr. Mulherkar, da Índia; Miss Hancock, do Império Britânico, e Mr. Liu, da China). Além dos membros da Sub-Comissão, outros Delegados tomaram parte nos debates embora sem direito a voto; assim, a Sub-Comissão pôde ouvir o presidente do *Social Security Board*, de Washington, Mr. Arthur Altmeyer, ou o presidente da Comissão de seguro-doença de Quebec, Mr. Antonio Garneau, C. R.

Aceitando uma proposta do Dr. Helvécio Xavier Lopes, o conselheiro técnico governamental do Chile, Sr. Júlio Bustos Acevedo, diretor do Departamento da Previdência Social no Ministério de Higiene, Previdência e Assistência Sociais, foi eleito presidente da Sub-Comissão. Iniciando os seus trabalhos na data significativa de

(1) *Social Security: Principles, and Problems arising out of the war*. Montreal 1944. International Labour Office. Part I: 115 pág.; Part II: 82 pág. (Existe também em francês e castelhano).

1.º de maio de 1944, numa das salas da Biblioteca da *Temple University*, a Sub-Comissão examinou, em quatro reuniões, o projeto de recomendação preparado pela Repartição Internacional do Trabalho, que estava representada pela Srta. Lore E. Bodmer e pelo Dr. A. Flores, orientados pelos Srs. Pierre Waelbroeck e Maurice Stack. O texto elaborado pelo Bureau foi discutido e modificado, tendo em conta as emendas propostas, em grande número, pelos membros da Sub-Comissão; merece a êste respeito menção especial a incansável atividade do Dr. di Piero, a quem se devem muitas alterações, que, embora às vêzes apenas redacionais, melhor se harmonizam com a legislação brasileira.

Ao fim dos debates um delegado patronal propôs que o projeto de recomendação, acompanhado do relatório, fôsse submetido aos Governos, solicitando-lhes observações antes da próxima sessão da Conferência, e que a questão dos serviços médicos fôsse inscrita na ordem do dia da próxima sessão para a adoção de decisões definitivas. Esta proposição foi rejeitada, tendo votado contra a sua aprovação os delegados governamentais do Brasil, da Austrália, do Canadá, do Chile, dos Países-Baixos e da Venezuela, os delegados dos trabalhadores e o delegado francês dos empregadores; o delegado do Governo Britânico absteve-se do voto, tendo o do Governo sul-africano se pronunciado, com os demais representantes patronais, em favor da moção. Em seguida, a Sub-Comissão adotou o texto emendado da Recomendação sôbre os serviços médicos.

Com o voto aprobatório da Comissão de Segurança Social, o projeto foi submetido ao plenário. O relatório do Dr. Helvécio Xavier Lopes, focalizando as principais modificações introduzidas no texto primitivo, foi então publicado, nas duas línguas oficiais, nas Atas (*Provisional Record*, n.º 18). Na 16.ª reunião (11 de maio), o Dr. Helvécio Xavier Lopes apresentou o relatório, pronunciando um breve, mas substancioso discurso (*Provisional Record*, n.º 29, p. 218), no qual se encontram as seguintes passagens:

“Tenho a honra de pedir a aprovação da Recomendação sôbre os serviços médicos que completa o projeto de Recomendação sôbre a garantia de meios de existência, adotada ontem pela Conferência. A Conferência Internacional do Trabalho adotou em 1927 duas Convenções relativas ao seguro-doença, na indústria e na agricultura respectivamente. Desde então o seguro social e os serviços de assistência

médica têm-se desenvolvido de tal maneira que o tempo parece ter chegado para a adoção de um novo texto, o qual, embora desprovido de força compulsória, fornece aos Governos as diretrizes para a extensão e generalização das medidas destinadas à proteção da saúde do povo. Tanto os países novos do Hemisfério Ocidental como as nações européias, arruinadas pela guerra, a ocupação inimiga e as suas conseqüências desastrosas, terão que dedicar maior atenção do que nunca, uns ao melhoramento do padrão de saúde, as outras à recuperação das forças humanas, fundamentos da estabilidade nacional e do progresso moral e material. Os textos submetidos são bastante flexíveis para que os aspectos especiais das circunstâncias nacionais possam ser tomados em conta. Prevêem princípios para o desenvolvimento dos países novos dêste Continente e para a reconstrução dos países europeus, e de forma nenhuma prejudicam os trabalhos já empreendidos pelos Governos nesta matéria. . . . E' essencial que uma ação concertada em escala internacional seja empreendida e que a Repartição Internacional do Trabalho continue a ocupar-se com os problemas relativos à proteção da saúde dos trabalhadores. A Recomendação fornece a base para êste fim e dá, até certo ponto, novo impulso à ação dos Governos. No que diz respeito ao meu País, estou certo de que o Governo do Brasil, cuja política presente dedica uma atenção tóda especial aos problemas da saúde pública, tomará em devida conta os dispositivos estabelecidos na Recomendação”.

Em seguida, o primeiro delegado governamental do Império Britânico, Mr. George Tomlinson, M. P., secretário parlamentar no Ministério do Trabalho, retirou uma proposta de adiamento. Falaram ainda Mr. Barnard, Mr. Hedges, e Mr. West. Na primeira votação, a Recomendação foi aprovada por 55 votos contra 5, e depois, encaminhada à Comissão de Redação da Conferência.

No dia seguinte, 12 de maio de 1944, a conferência adotou, com mais de dois terços dos votos emitidos, sob calorosos aplausos dos delegados, o texto definitivo da “Recomendação relativa à assistência médica” (19.ª reunião, *Provisional Record*, n.º 36, pág. 266).

Seria interessante examinar pormenorizadamente as bases sôbre as quais foi elaborada esta Recomendação, as modificações que sofreu o texto primitivo, as tendências que se manifestaram nas discussões da Sub-Comissão, magistralmente dirigidas pelo Dr. Júlio Bustos A. e resumidas pelo Dr. Helvécio Xavier Lopes no seu relatório. Todavia, para quem não teve, como tive, o privilégio de assistir aos debates, será, sem dúvida, mais valioso conhecer o Documento mesmo, o texto inte-

gral tal como foi finalmente aprovado pela Conferência. Abstenho-me, pois, por enquanto, de todo comentário ou resumo, de qualquer crítica ou apreciação, e limito-me, após estas breves palavras introdutivas, a publicar a primeira versão portuguesa, estabelecida na base dos (às vezes discordantes) textos originais (inglês e francês), convencido de prestar com esta tradução do importante documento, aos estudiosos da matéria, melhor serviço do que com paráfrases. A "Recomendação relativa à assistência médica" contém diretrizes cujo valor decorre da alta autoridade da Conferência que as adotou e da Repartição que as elaborou e cuja oportunidade não poderia ser maior do que neste momento e neste País.

RECOMENDAÇÃO N.º 69, RELATIVA À ASSISTÊNCIA MÉDICA, ADOTADA PELA CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DO TRABALHO (VIGÉSIMA-SEXTA SESSÃO, FILADÉLFIA), EM 12 DE MAIO DE 1944.

A Conferência Geral da Organização Internacional do Trabalho,

convocada a Filadélfia pelo Conselho de Administração da Repartição Internacional do Trabalho, e tendo-se reunido ali em 20 de abril de 1944 na sua Vigésima-sexta sessão,

depois de ter decidido adotar diversas proposições relativas à questão dos serviços de assistência médica, questão que se acha incluída no quarto ponto da ordem do dia da sessão,

depois de ter decidido que estas proposições tomariam a forma duma recomendação,

adota, neste dia 12 de maio de 1944, a recomendação seguinte, que será denominada *Recomendação relativa à assistência médica, 1944* :

considerando que a Carta do Atlântico encara "no campo da economia, a mais ampla colaboração entre todas as nações com o fim de conseguir, para todos, melhores condições de trabalho, progresso econômico, e segurança social;"

considerando que a Conferência da Organização Internacional do Trabalho, por uma resolução adotada em 5 de novembro de 1941, apoiou este princípio da Carta do Atlântico e prometeu a inteira colaboração da Organização Internacional do Trabalho para traduzi-la em atos ;

considerando que a possibilidade de gozar de assistência médica adequada é um elemento essencial da segurança social ;

considerando que a Organização Internacional do Trabalho encorajou o desenvolvimento dos serviços de assistência médica —

pela inclusão de dispositivos a respeito dos serviços médicos na Convenção relativa à reparação dos acidentes do trabalho, 1925, e nas Convenções

relativas ao seguro-doença (indústria) e ao seguro-doença (agricultura), 1927,

pela comunicação aos Membros da Organização pelo Conselho de Administração das conclusões de reuniões de peritos relativas à saúde pública e ao seguro-doença em período de depressão econômica, à organização econômica de benefícios médicos e farmacêuticos no seguro-doença e aos princípios diretivos para a ação curativa e preventiva no seguro-invalidez-velhice-morte,

pela adoção, pelas Primeira e Segunda Conferências do Trabalho dos Estados da América, de resoluções constituindo o Código Interamericano de Seguro Social, pela participação duma delegação do Conselho de Administração na Primeira Conferência Interamericana de Segurança Social, que adotou a Declaração de Santiago do Chile, e pela aprovação, pelo Conselho de Administração, do Estatuto da Conferência Interamericana de Segurança Social, instituída em qualidade de órgão permanente de colaboração entre as administrações e instituições de segurança social, agindo de acordo com a Repartição Internacional do Trabalho, e

pela participação da Repartição Internacional do Trabalho, a título de conselheiro, na elaboração de regimes de seguro social em certo número de países e por outras medidas ; e

considerando que alguns Membros não tomaram as medidas que são da sua competência para melhorar a saúde da população pela extensão das possibilidades de obter assistência médica, pela elaboração de programas de saúde pública, pela extensão do ensino da higiene e pelo melhoramento da alimentação e do alojamento, se bem que sua necessidade neste sentido seja das maiores e embora seja altamente desejável que estes Membros tomem tão breve quanto possível todas as medidas necessárias para alcançar o padrão mínimo internacional e para desenvolvê-lo ;

considerando que é agora desejável tomar medidas ulteriores para o melhoramento e a unificação dos serviços de assistência médica, para a extensão destes serviços a todos os trabalhadores e suas famílias, incluindo a população rural e os trabalhadores independentes, e para a eliminação de anomalias injustas, sem prejuízo do direito de todo beneficiado da assistência médica de procurar, se assim o desejar, assistência médica à própria custa ;

considerando que a formulação de certos princípios gerais que devem ser observados pelos Membros da Organização desenvolvendo seus serviços de assistência médica neste sentido, contribuirá para este fim :

a Conferência recomenda aos Membros da Organização aplicar os princípios seguintes, tão rapidamente quanto o permitam as condições nacionais, desenvolvendo seus serviços de assistência médica com o fim de traduzir em atos o quinto princípio da Carta do Atlântico, e apresentar à Repartição Internacional do Trabalho, segundo o que decidir o Conselho de Administração, relatórios sobre as medidas tomadas para tornar efetivos esses princípios.

## I. PRINCÍPIOS GERAIS

*Características essenciais dum Serviço de Assistência Médica*

1. Todo serviço de assistência médica deve proteger o indivíduo contra a necessidade de assistência prestada pelos membros das profissões médica e conexas assim como de todos os outros serviços prestados pelas instituições médicas :

- a) tendo em vista o restabelecimento da sua saúde, a prevenção do desenvolvimento ulterior da doença e o alívio dos sofrimentos, quando atingido na saúde (assistência curativa) e
- b) tendo em vista a proteção e o melhoramento da sua saúde (assistência preventiva).

2. A natureza e a extensão da assistência prestada pelo serviço devem ser definidas por lei.

3. As autoridades ou órgãos responsáveis pela gestão do serviço devem garantir aos beneficiados a assistência médica recorrendo aos serviços dos membros das profissões médica e conexas, bem como pela organização de serviços nos hospitais ou outras instituições médicas.

4. O custo do serviço deve ser coberto coletivamente por meio de pagamentos regulares e periódicos, podendo tomar a forma de contribuições ao seguro social, ou a de impostos, ou ambas.

*Formas do Serviço de Assistência Médica*

5. A assistência médica deve ser prestada ou por um serviço de assistência médica do seguro social, completado pela assistência social para cobrir as necessidades de pessoas desprovidas e ainda não beneficiadas pelo seguro social, ou por um serviço público de assistência médica.

6. Quando a assistência médica fôr prestada por um serviço de assistência médica do seguro social :

- a) cada segurado contribuinte, seu cônjuge dependente, seus filhos dependentes e qualquer outra pessoa dependente determinada pela legislação nacional, bem como toda outra pessoa segurada em virtude de contribuições pagas por sua conta, devem ter direito a toda assistência prestada pelo serviço ;
- b) pessoas ainda não seguradas, quando incapazes de obter assistência médica por sua própria conta, devem recebê-la por intermédio da assistência social ;
- c) o serviço deve ser financiado pelas contribuições dos segurados, dos seus empregadores, e por subvenções de fundos públicos.

7. Quando a assistência médica fôr prestada por um serviço público de assistência médica :

- a) cada membro da comunidade deve ter direito a toda assistência prestada pelo serviço ;
- b) o serviço deve ser financiado por fundos provenientes quer dum imposto progressivo especialmente previsto para sustentar o serviço de assistência médica ou todos os serviços de saúde, quer das rendas gerais.

## II. CAMPO DE APLICAÇÃO

*Extensão do Serviço à população inteira*

8. O serviço de assistência médica deve englobar todos os membros da comunidade, exerçam ou não uma ocupação lucrativa.

9. Quando o serviço fôr limitado a uma parte da população ou a uma região determinada, ou quando um regime contributivo já esteja em vigor para outros ramos de seguro social, sendo possível estender ulteriormente o seguro ao conjunto ou à maioria da população, o seguro social será indicado.

10. Quando a população inteira deve ser englobada no serviço de assistência médica e se fôr desejável fundir este serviço com os serviços gerais de saúde, um serviço público será indicado.

*Administração de Assistência Médica por um Serviço do Seguro Social*

11. Quando a assistência médica fôr prestada por um serviço de assistência médica do seguro social, todos os membros da comunidade devem ter direito à assistência como segurados, ou, aguardando sua inclusão no regime do seguro, devem ter direito a receber assistência à custa das autoridades competentes, quando incapazes de obtê-la à própria custa.

12. Todos os membros adultos da comunidade (isto é, todas as pessoas com exceção das "crianças" como definidas no § 15) cuja receita não fôr inferior ao mínimo de existência, devem ser obrigadas a contribuir ao seguro ; o cônjuge dependente dum contribuinte deve ser segurado em virtude da contribuição do arrimo da família, sem qualquer aumento a este título.

13. Outros adultos que provem ser a sua renda inferior ao mínimo de existência, inclusive os pobres, devem ter direito à assistência como segurados, sendo a contribuição por sua conta paga pela autoridade competente. A autoridade competente em cada país deve determinar o mínimo de existência.

14. Os adultos incapazes de contribuir, caso e enquanto não sejam segurados como previsto no § 13, devem obter a assistência médica à custa da autoridade competente.

15. Todas as crianças (isto é, as pessoas de menos de 16 anos ou de idade mais elevada que possa ser prevista, ou dependentes de outrem para o seu sustento normal enquanto continuarem em seus estudos gerais ou profissionais) devem ser seguradas em virtude das contribuições pagas pelos segurados adultos em geral, ou por sua conta, sem que uma contribuição suplementar seja exigida, por conta delas, dos seus parentes ou tutores.

16. As crianças, caso e enquanto não sejam seguradas como previsto no § 15 por não se estender ainda o serviço à população inteira, devem ser seguradas em virtude da contribuição paga pelo pai ou pela mãe, ou por conta destes, sem que a este título seja exigida uma contribuição suplementar ; as crianças que assim não beneficiam de assis-

tência médica devem, em caso de necessidade, recebê-la à custa da autoridade competente.

17. Toda pessoa segurada sob um regime de seguro social para benefícios em dinheiro, ou recebendo benefícios sob um tal regime, assim como as pessoas dela dependentes, como definidas no § 6.º, devem também ser seguradas sob o regime de serviços de assistência médica.

#### *Administração de Assistência Médica por um Serviço Público*

18. Quando a assistência médica for prestada por um serviço público de assistência médica, a administração da assistência não deverá ser subordinada a qualquer condição de atribuição, tal como pagamento de impostos ou exame dos recursos, e todos os membros da comunidade deverão ter o mesmo direito à assistência prevista.

### III. ADMINISTRAÇÃO DA ASSISTÊNCIA MÉDICA E COORDENAÇÃO COM OS SERVIÇOS GERAIS DE SAÚDE

#### *Extensão do Serviço*

19. Os beneficiados do serviço devem a toda hora poder obter completa assistência preventiva e curativa, organizada de maneira racional e, tanto quanto possível, coordenada com os serviços gerais de saúde.

#### *Possibilidade permanente de obter assistência completa*

20. Todos os membros da comunidade englobados no serviço devem a toda hora e em toda parte poder obter completa assistência preventiva e curativa sob as mesmas condições e sem obstáculos ou barreiras de natureza administrativa, financeira ou política ou outras sem relação ao seu estado de saúde.

21. A assistência prestada deve compreender assistência de facultativos de medicina geral e de especialistas às pessoas hospitalizadas ou não (incluindo visitas domiciliares); assistência dentária; assistência de enfermeiros, seja domiciliar, seja num hospital ou em outra instituição médica; assistência prestada por parteiras diplomadas e outros serviços de maternidade, domiciliares ou num hospital; manutenção em hospitais, casas de convalescença, sanatórios ou outras instituições médicas; na medida do possível, os necessários fornecimentos dentários, farmacêuticos e outros, médicos ou cirúrgicos, incluindo os aparelhos de prótese; e assistência prestada por qualquer profissão que possa ser legalmente reconhecida como pertencente às profissões conexas.

22. Toda assistência e fornecimentos devem estar à disposição dos interessados a toda hora e sem limite de duração, bem como enquanto e por quanto tempo forem necessários, sujeitos apenas ao critério do médico e às restrições razoáveis que possa impor a organização técnica do serviço.

23. Os beneficiados devem ter a possibilidade de obter a assistência nos centros ou nos consultórios de que dispõe o serviço, seja onde for que se encontrem quando dela necessitarem, quer no lugar do domicílio, quer alhures na região onde funcione o serviço, sem depender de filiação a

uma instituição de seguro determinada, do atraso de contribuições ou de outros fatores sem relação com a sua saúde.

24. A administração do serviço de assistência médica deve ser unificada para apropriadas regiões sanitárias, bastante grandes para um serviço que forme um conjunto completo e bem equilibrado, e fiscalizada por uma autoridade central.

25. Quando o serviço de assistência médica só engloba uma parte da população, ou é realmente administrado por diversos tipos de instituições e autoridades de seguro, estas devem garantir a assistência aos seus beneficiados, recorrendo coletivamente aos serviços dos membros das profissões médica e conexas bem como por meio da instalação ou manutenção em comum de centros sanitários e outras instituições médicas, aguardando a unificação regional e nacional dos serviços.

26. A administração do serviço deve tomar disposições para garantir aos beneficiados adequada hospitalização e outro internamento com assistência, seja por meio de contratos com instituições públicas ou particulares aprovadas, seja pela instalação e manutenção de instituições apropriadas.

#### *Organização racional do Serviço de Assistência Médica*

27. O *optimum* de assistência médica deve ser pôsto ao alcance dos beneficiados por meio duma organização que assegure a maior economia e eficiência possíveis pela utilização em comum dos conhecimentos, do pessoal, do equipamento e dos outros recursos do serviço, bem como por um contato e colaboração estreita entre todos os membros das profissões médica e conexas e os outros órgãos colaborando no serviço.

28. A participação irrestrita do maior número possível de membros das profissões médica e conexas é indispensável ao sucesso dum serviço nacional de assistência médica. O número de facultativos de medicina geral, de especialistas, de dentistas, de enfermeiras e de membros de outras profissões colaborando no serviço deve ser adaptado à distribuição e às necessidades dos beneficiados.

29. Os facultativos de medicina geral devem ter à sua disposição todas as facilidades necessárias para o diagnóstico e o tratamento, incluídos os serviços de laboratório e de radiologia; conselhos e assistência de especialistas, bem como serviços de enfermeiros, parteiras, farmácia e outros serviços auxiliares, e possibilidades de internamento devem estar à disposição do facultativo de medicina geral para o uso dos seus doentes.

30. O serviço deve dispor dum equipamento técnico completo e moderno para todas as especialidades, inclusive assistência dentária, e os especialistas devem ter à sua disposição todas as facilidades necessárias nas pesquisas e nos hospitais, bem como serviços auxiliares para os doentes não hospitalizados tais como os de enfermeiras, por intermédio do facultativo de medicina geral.

31. Para alcançar estes fins, a assistência deve ser prestada de preferência por meio de colaboração médica nos centros de diversas espécies funcionando em relação efetiva com hospitais.

32. Aguardando o estabelecimento e a experiência da colaboração médica nos centros médicos ou sanitários, seria indicado obter assistência para os beneficiados do serviço pelos membros das profissões médica e conexas praticando nos próprios consultórios.

33. Quando o serviço de assistência médica englobar a maioria da população, será indicado que centros médicos sejam construídos, aparelhados e dirigidos pela autoridade que administra o serviço na região sanitária, sob uma ou outra das formas indicadas nos §§ 34, 35 e 36.

34. Quando não existam adequadas facilidades para obter assistência médica ou quando já exista na região sanitária, no momento da introdução do serviço de assistência médica, um sistema de hospitais com ambulatorios para tratamento por facultativo de medicina geral ou especialista, será indicado estabelecer ou desenvolver hospitais como centros prestando toda espécie de assistência hospitalar ou ambulatória e completados por postos locais de medicina geral e serviços auxiliares.

35. Quando a prática de medicina geral é bem desenvolvida fora do sistema hospitalar enquanto os especialistas são principalmente conselheiros médicos trabalhando nos hospitais, será indicado estabelecer centros médicos ou sanitários para a assistência ambulatória de medicina geral e serviços auxiliares e centralizar nos hospitais a assistência hospitalar e ambulatória de especialistas.

36. Quando a prática de medicina geral e de especialistas estiver bem desenvolvida fora do sistema hospitalar, será indicado estabelecer centros médicos ou sanitários para todo tratamento ambulatório, de medicina geral e de especialistas, e todo serviço auxiliar, mandando-se os casos necessitando internamento destes centros aos hospitais.

37. Quando o serviço de assistência médica não englobar a maioria da população, mas atingir um número considerável de beneficiados, e quando as possibilidades de obter hospitalização e outros cuidados médicos forem insuficientes, a instituição de seguro ou as instituições de seguro em conjunto devem estabelecer um sistema de centros médicos ou sanitários fornecendo toda assistência, incluindo hospitalização nos principais centros, e, na medida do possível, meios de transporte; tais centros seriam sobretudo necessários em regiões pouco habitadas com a população segregada dispersa.

38. Quando o serviço de assistência médica abranger uma parte demasiadamente restrita para que centros sanitários completos constituam um serviço econômico para os seus beneficiados e quando as possibilidades existentes para um tratamento de especialistas forem insuficientes, será indicada a manutenção, pela instituição de seguro ou pelas instituições em conjunto, de postos onde especialistas atendam aos beneficiados segundo as suas necessidades.

39. Quando o serviço de assistência médica atingir apenas uma fração relativamente fraca da população, concentrada numa região com uma prática particular consideravelmente desenvolvida, será indicado que os membros das profissões médica e conexas participando no serviço colaborem em centros por eles alugados, aparelhados e administrados, onde os beneficiados do serviço bem como os clientes particulares possam obter assistência.

40. Quando o serviço de assistência médica englobar só um pequeno número de beneficiados dispersos numa região de população densa com adequadas facilidades de assistência e quando uma colaboração médica voluntária, tal como prevista no § 39, não for possível, será indicado que os beneficiados obtenham assistência de membros das profissões médica e conexas praticando nos seus próprios consultórios e em hospitais, quer públicos, quer particulares e aprovados, e em outras instituições médicas.

41. Clínicas itinerantes motorizadas, ou instaladas em aviões, aparelhadas para primeiro socorro, tratamento dentário e exames gerais, e, eventualmente, outros serviços sanitários, como os de maternidade e infância, devem ser organizadas para as regiões com uma população dispersa e longe de centros urbanos ou cidades, e disposições devem ser tomadas a respeito de transporte gratuito dos doentes para os centros e hospitais.

#### *Colaboração com Serviços Gerais de Saúde*

42. Os beneficiados do serviço de assistência médica devem ter à sua disposição todos os serviços gerais de saúde, isto é, serviços que prestem a toda a população, ou a grupos de pessoas, os meios de melhorar e proteger sua saúde, antes que seja ameaçada ou se manifeste ser ameaçada, sejam estes serviços prestados pelos membros das profissões médica e conexas ou de outra maneira.

43. O serviço de assistência médica deve ser prestado em estreita coordenação com os serviços gerais de saúde, seja por meio duma estreita colaboração das instituições de seguro social prestando assistência médica e das autoridades encarregadas dos serviços gerais de saúde, seja unificando os serviços de assistência médica e os serviços gerais de saúde num só serviço público.

44. Seria conveniente visar uma coordenação local dos serviços de assistência médica e dos serviços gerais de saúde, seja estabelecendo os centros para assistência médica nas proximidades das sedes centrais dos serviços gerais de saúde, seja estabelecendo centros comuns como sedes de todos ou da maior parte dos serviços de saúde.

45. Os membros das profissões médica e conexas colaborando no serviço de assistência médica e trabalhando nos centros sanitários podem útilmente prestar tal assistência geral de saúde, que pode com proveito ser fornecida pelo mesmo pessoal, incluindo imunização, exame de escolares e outros grupos de pessoas, conselhos dados às gestantes e às mulheres com crianças de peito, e outra assistência desta natureza.

#### IV. QUALIDADE DO SERVIÇO

##### *Nível "optimum" do Serviço de Assistência Médica*

46. O serviço de assistência médica deve visar prestar assistência da melhor qualidade possível, tomando em devida consideração a importância das relações entre médico e doente e da responsabilidade profissional e pessoal do médico, bem como protegendo ao mesmo tempo os interesses dos beneficiados e das profissões colaborando no serviço.

*Escolha do médico e continuidade da Assistência*

47. O beneficiado deve ter direito de escolher, entre os facultativos de medicina geral à disposição do serviço numa distância razoável do seu domicílio, o médico pelo qual deseja ser cuidado de modo permanente (doutor de família); ele deve ter o mesmo direito de escolha para seus filhos. Estes princípios devem também ser aplicados à escolha dum dentista de família.

48. Quando a assistência fôr prestada em ou por centros sanitários, o beneficiado deve ter direito de escolher seu centro numa distância razoável do seu domicílio e de escolher, para si e seus filhos, um médico e um dentista entre os facultativos de medicina geral e os dentistas que trabalham neste centro.

49. Quando não houver centro sanitário, o beneficiado deve ter direito de escolher seu médico e seu dentista de família entre os facultativos de medicina geral e os dentistas colaborando no serviço, cujos consultórios se encontrem numa distância razoável do seu domicílio.

50. O beneficiado deve ter direito de mudar de médico ou dentista de família — sob condição de dar um aviso prévio dentro do prazo previsto — por razões válidas, como falta de contato pessoal e de confiança.

51. O facultativo de medicina geral ou o dentista colaborando no serviço deve ter direito de aceitar ou recusar um cliente, mas não deve aceitar um número de clientes excedendo um máximo previsto, nem recusar clientes que não fizeram sua própria escolha e lhe foram atribuídos pelo serviço por métodos imparciais.

52. A assistência dada por especialistas e membros de profissões conexas, como enfermeiras, parteiras, massagistas e outras, deve ser prestada a conselho e pelo intermédio do médico de família, que deve razoavelmente atender às preferências do doente, se vários membros da especialidade ou da profissão em questão trabalharem no centro sanitário ou numa distância razoável do domicílio do doente. Disposições especiais devem ser tomadas a fim de prestar assistência de especialistas desejada pelo doente, mas não aconselhada pelo médico de família.

53. Assistência hospitalar deve ser prestada a conselho do médico de família do beneficiado, ou a aviso do especialista que fôr consultado.

54. Se a assistência hospitalar fôr prestada no centro ao qual estiver ligado o médico de família ou o especialista, o doente deve de preferência ser cuidado no hospital pelo seu próprio médico de família ou pelo especialista que lhe fôr designado.

55. Tanto quanto possível deve-se tomar disposições para permitir a consulta, à hora marcada, de facultativos de medicina geral e dentistas que trabalhem no centro sanitário.

*Condições de trabalho e estatuto dos médicos e membros das profissões conexas*

56. As condições de trabalho dos médicos e membros de profissões conexas colaborando no serviço devem visar poupar ao médico ou outro colaborador toda preocupação

de ordem financeira, garantindo-lhe uma renda adequada durante os períodos de atividade, de férias e de doença, assim como quando aposentado, e pensões a seus beneficiários, sem restringir-lhe a liberdade nas decisões profissionais a não ser por uma fiscalização profissional, e não desviar a sua atenção da manutenção e do melhoramento da saúde dos beneficiados.

57. Será indicado que os facultativos de medicina geral, os especialistas e os dentistas que trabalham para um serviço de assistência médica englobando o conjunto ou a grande maioria da população sejam empregados em tempo integral, percebendo salário, com garantias adequadas a respeito de férias, doença, velhice e morte, se a profissão médica fôr adequadamente representada no órgão que os emprega.

58. Quando facultativos de medicina geral ou dentistas, atendendo uma clientela particular, trabalhem em tempo parcial para um serviço de assistência médica com um número suficiente de beneficiados, será indicado pagar-lhes uma quantia de base fixa por ano, incluindo garantias a respeito de férias, doença, velhice e morte, sendo esta quantia aumentada, se assim fôr julgado desejável, por um honorário fixo para cada pessoa ou família confiada aos cuidados do médico ou dentista.

59. Quando especialistas, atendendo uma clientela particular, trabalhem em tempo parcial para um serviço de assistência médica com um número apreciável de beneficiados, será indicado pagar-lhes uma quantia proporcional às horas de trabalho consagradas ao serviço (salário por horário parcial).

60. Quando os médicos e dentistas, atendendo uma clientela particular, trabalhem em tempo parcial para um serviço de assistência médica com um pequeno número de beneficiados, será indicado pagá-los por serviço prestado.

61. Será indicado que, entre os membros de profissões conexas que colaboram no serviço, os que prestam assistência pessoal sejam empregados em tempo integral percebendo salário, com garantias adequadas a respeito de férias, doença, velhice e morte, enquanto os que fornecem utilidades devem ser pagos conforme tarifas adequadas.

62. As condições de trabalho dos membros das profissões médica e conexas que colaboram no serviço devem ser uniformes para todo o país ou para tôdas as categorias da população englobadas no serviço, e assentadas com os órgãos representativos da profissão, só se admitindo variações que as diferenças nas exigências do serviço exigirem.

63. Deve ser previsto um processo para que reclamações formuladas pelos beneficiados quanto à assistência recebida, e pelos membros das profissões médica e conexas quanto às suas relações com a administração do serviço sejam submetidas a organismos apropriados de arbitragem, em condições que proporcionem garantias adequadas a tôdas as partes interessadas.

64. A fiscalização profissional dos membros das profissões médica e conexas que trabalham para o serviço deve ser confiada a órgãos compostos sobretudo de representantes das profissões colaborando no serviço, e compreender medidas disciplinares.

65. Quando, no curso do processo visado no § 63, um membro das profissões médica ou conexas que trabalham para o serviço fôr acusado de ter negligenciado as suas obrigações profissionais, o organismo de arbitragem deve submeter o caso ao órgão de fiscalização visado no § 64.

#### *Condições de habilidade e de conhecimentos*

66. O mais alto nível possível de habilidade e conhecimento deve ser atingido e mantido nas profissões colaboradas, exigindo-se um elevado padrão de formação científica e prática e de admissão à profissão e velando-se por que os que colaboram no serviço mantenham e desenvolvam sua habilidade e seus conhecimentos.

67. Dos médicos colaborando no serviço deve ser exigida uma formação adequada em medicina social.

68. Os estudantes de medicina e odontologia, antes de serem admitidos ao serviço de assistência médica como médicos ou dentistas plenamente qualificados, devem ser obrigados a trabalhar como assistentes nos centros sanitários ou consultórios, especialmente nas regiões rurais, sob a fiscalização e direção de médicos experimentados.

69. Um estágio mínimo de assistente num hospital deve ser prescrito entre as qualificações para todo médico que ingresse no serviço.

70. Dos médicos que desejem prestar assistência como especialistas deve ser exigido um certificado de competência na especialidade de que se trata.

71. Dos médicos e dentistas que colaborem no serviço deve ser exigida a participação periódica em cursos post-universitários organizados ou aprovados para este fim.

72. Adequados estágios de aprendizagem nos hospitais ou nos centros sanitários devem ser prescritos para os membros de profissões conexas, e cursos post-universitários devem ser organizados e exigida a participação periódica para os que colaborem no serviço.

73. Adequadas facilidades de ensino médico e pesquisas científicas devem ser proporcionadas pelos hospitais administrados pelo serviço de assistência médica ou que com êle colaborem.

74. A formação profissional e pesquisas científicas devem ser estimuladas pelo apoio financeiro e legal do Estado.

#### V. CUSTEIO DO SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA

##### *Constituição de fundos para um Serviço de Seguro Social*

75. A contribuição máxima a arrecadar dum segurado não deve exceder tal porcentagem da sua receita que, aplicada à receita de todos os segurados, daria uma receita igual ao provável custo total do serviço de assistência médica incluindo o custo de assistência prestada às pessoas dependentes, como definidas no § 6.º.

76. A contribuição paga por cada segurado deve representar a fração da contribuição máxima que possa pagar sem suportar encargo excessivo.

77. Os empregadores devem ser obrigados a pagar uma parte da contribuição máxima por conta das pessoas por êles empregadas.

78. Pessoas cuja receita não exceda o mínimo de existência não devem ser obrigadas a contribuir ao seguro. Por sua conta a autoridade pública deve pagar contribuições equitativas; todavia, tratando-se de pessoas empregadas, estas contribuições podem ser pagas inteira ou parcialmente pelos seus empregadores.

79. A parte do custo do serviço de assistência médica não coberta pelas contribuições deve ficar a cargo dos contribuintes ao imposto.

80. Será indicado que as contribuições devidas pelos assalariados sejam arrecadadas pelos seus empregadores.

81. Quando para uma classe qualquer de trabalhadores independentes fôr obrigatória a filiação a uma associação profissional ou a obtenção duma licença, a associação ou a autoridade que fornece esta licença pode ser encarregada da arrecadação das contribuições destes trabalhadores.

82. A autoridade nacional ou local pode ser encarregada da arrecadação das contribuições dos trabalhadores independentes registrados para fins fiscais.

83. Quando se achar em vigor um regime de seguro social concedendo benefícios em dinheiro, será indicado arrecadar simultaneamente as contribuições devidas a este regime e as devidas ao serviço de assistência médica.

##### *Constituição de fundos para um Serviço Público*

84. O custo do serviço de assistência médica deve ser imputado aos fundos públicos.

85. Quando a população inteira fôr englobada no serviço de assistência médica e todos os serviços de saúde dependerem duma administração central e regional unificada, será indicado que o serviço de assistência médica seja financiado pelas receitas gerais do Estado.

86. Quando a administração do serviço de assistência médica fôr separada daquela dos serviços gerais de saúde, será indicado financiar o serviço de assistência médica por meio dum imposto especial.

87. O imposto especial deve ser pago a um fundo separado, reservado exclusivamente ao custeio do serviço de assistência médica.

88. O imposto especial deve ser progressivo e fixado de maneira a dar um rendimento suficiente para financiar o serviço de assistência médica.

89. As pessoas cuja receita não exceda o mínimo de subsistência não devem ser obrigadas a pagar o imposto especial.

90. Será indicado arrecadar o imposto especial pelas autoridades do imposto geral de renda ou, não existindo um imposto de renda, pelas autoridades encarregadas da arrecadação dos impostos locais.

##### *Constituição de capitais*

91. Além de prever as fontes normais para o financiamento do serviço de assistência médica devem ser tomadas medidas para utilizar o patrimônio das instituições de seguro social, ou fundos provindos de outras fontes para fi-

nanciar as despesas extraordinárias necessitadas pela extensão e pelo melhoramento do serviço, particularmente pela construção ou instalação de hospitais e centros médicos.

#### VI. FISCALIZAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO DO SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA

##### *Unidade dos Serviços de Saúde e Contrôlo Democrático*

92. Todos os serviços de assistência médica e serviços gerais de saúde devem ser fiscalizados por um órgão central e administrados por regiões sanitárias, como definidas no § 24; os beneficiados do serviço de assistência médica assim como as profissões médica e conexas interessadas devem participar na administração do serviço.

##### *Unificação da Administração Central*

93. A uma autoridade central representando a comunidade deve caber formular os princípios gerais de política sanitária e fiscalizar todos os serviços de assistência médica e serviços gerais de saúde, sob reserva de consulta e de colaboração com as profissões médica e conexas sobre todas as questões profissionais e de consulta com os beneficiados sobre as questões de princípios gerais e de administração a respeito do serviço de assistência médica.

94. Quando o serviço de assistência médica englobar o conjunto ou a maioria da população, e todos os serviços de assistência médica e serviços gerais de saúde forem fiscalizados ou administrados por um organismo central do Governo, os beneficiados podem ser considerados representados pelo chefe deste organismo.

95. O organismo central do Governo deve ficar em contato com os beneficiados por intermédio de órgãos consultivos compreendendo representantes de organizações das diversas partes da população, como sindicatos, associações de empregadores, câmaras de comércio, associações de agricultores, associações femininas e associações para a proteção da infância.

96. Quando o serviço de assistência médica englobar somente uma parte da população, e todos os serviços de assistência médica e serviços gerais de saúde forem fiscalizados por um organismo central do Governo, representantes dos segurados deverão participar na fiscalização, de preferência por intermédio de comissões consultivas, a respeito de toda questão de princípios gerais relativas ao serviço de assistência médica.

97. O organismo central do Governo deve consultar os representantes das profissões médica e conexas, de preferência por intermédio de comissões consultivas, sobre todas as questões relativas às condições de trabalho dos membros das profissões colaborando no serviço, e sobre toda outra questão de ordem essencialmente profissional, principalmente sobre a elaboração de leis e regulamentos que se referem ao caráter, à extensão e à administração da assistência prestada pelo serviço.

98. Quando o serviço de assistência médica englobar o conjunto ou a maioria da população, e todos os serviços de assistência médica e serviços gerais de saúde forem fisca-

lizados ou administrados por um órgão representativo, os beneficiados deverão nele ser direta ou indiretamente representados.

99. Neste caso as profissões médica e conexas deverão ser representadas no órgão representativo, de preferência em número igual ao dos representantes dos beneficiados ou do Governo; os membros profissionais deverão ser ou eleitos pela respectiva profissão ou propostos pelos representantes das profissões e nomeados pelo Governo.

100. Quando o serviço de assistência médica englobar o conjunto ou a maioria da população, e todos os serviços de assistência médica e serviços gerais de saúde forem fiscalizados ou administrados por um órgão colegial de peritos, instituído pela legislação ou por uma Ordem, será indicado que este órgão seja composto dum número igual de membros das profissões médica e conexas e de leigos qualificados.

101. Os membros profissionais do órgão de peritos deverão ser nomeados pelo Governo entre os candidatos propostos pelos representantes das profissões médica e conexas.

102. O órgão representativo executivo ou o órgão de peritos que fiscaliza ou administra os serviços de assistência médica e os serviços gerais de saúde, deve ser responsável perante o Governo pelo seu programa de ação geral.

103. Em Estados Federais, a autoridade central prevista nos parágrafos precedentes pode ser ou a autoridade federal ou a autoridade estadual.

##### *Administração local*

104. A administração local dos serviços de assistência médica e serviços gerais de saúde deve ser unificada ou coordenada em regiões formadas para este efeito, como previsto no § 24, e o serviço de assistência médica na região deve ser administrado por intermédio ou com o conselho de órgãos representando os beneficiados e compreendendo representantes das profissões médica e conexas ou assistidas por tais representantes, a fim de proteger os interesses dos beneficiados e os dessas profissões e de garantir a eficiência técnica do serviço e a liberdade profissional dos médicos colaboradores.

105. Quando o serviço de assistência médica englobar o conjunto ou a maioria da população na região sanitária, será indicado que todos os serviços de assistência médica e serviços gerais de saúde, sejam administrados por uma única autoridade regional.

106. Quando, neste caso, a autoridade regional administra os serviços de saúde por conta dos beneficiados, as profissões médica e conexas devem participar na administração do serviço de assistência médica, de preferência por intermédio de comissões técnicas eleitas pelas profissões ou nomeadas seja pela autoridade regional, seja pelo Governo, entre os candidatos propostos pelas profissões interessadas.

107. Quando o serviço de assistência médica englobando o conjunto ou a maioria da população na região sanitária for administrado por um órgão representativo, a autoridade regional, em nome dos beneficiados, assim como as

profissões médica e conexas na região deverão ser representadas neste órgão, de preferência em número igual.

108. Quando o serviço de assistência médica fôr administrado por delegacias ou funcionários regionais da autoridade central, as profissões médica e conexas na região deverão participar na administração, de preferência por intermédio de comissões técnicas executivas, eleitas ou nomeadas conforme dispõe o § 106.

109. Qualquer que seja a forma da administração regional, a autoridade que administra o serviço de assistência médica deve ficar em contínuo contato com os beneficiados na região, por intermédio de órgãos consultivos, eleitos por organizações representativas das diversas partes da população, conforme dispõe o § 95.

110. Quando o serviço de assistência médica do seguro social englobar somente uma parte da população, será indicado que a administração deste serviço seja confiada a um órgão representativo executivo responsável perante o Governo e compreendendo representantes dos beneficiados e das profissões médica e conexas colaborando no serviço, bem como dos empregadores.

#### *Administração de unidades sanitárias*

111. As unidades sanitárias pertencentes ao serviço de assistência médica e por êle dirigidas, como centros médi-

cos ou sanitários ou hospitais, deverão ser administradas sob contróle democrático prevendo uma participação da profissão médica, ou inteira ou principalmente por médicos, eleitos pelos membros das profissões médica e conexas colaborando no serviço ou nomeados após consulta destes membros, em cooperação com todos os médicos que trabalham na unidade.

#### *Direito de recurso*

112. Os beneficiados ou os membros das profissões médica e conexas que tiverem apresentado reclamação ao organismo de arbitragem mencionado no § 63, devem ter direito de recorrer das decisões deste organismo a um tribunal independente.

113. Os membros das profissões médica e conexas contra os quais forem tomadas medidas disciplinares pelo órgão de fiscalização, mencionado no § 64, devem ter direito de recorrer da decisão deste órgão a um tribunal independente.

114. Quando o órgão de fiscalização mencionado no § 64 não tomar medidas disciplinares num caso que lhe fôr submetido pelo órgão de arbitragem, conforme o § 65, as partes interessadas deverão ter direito de recorrer a um tribunal independente.