

O Hospital dos Servidores do Estado

III. Modalidades de funcionamento

ARY C. FERNANDES.

Técnico de Administração

Membro do Conselho Administrativo
do H. S. E.

O MAIOR êrro que se poderia cometer, ao tentar antever a organização do Hospital dos Servidores do Estado, seria o de tomar algum esquema preexistente, entre nós ou em países estrangeiros, e nêle enquadrar a instituição que se pretende planejar.

Há que ponderar a especificidade dos fatores que, em última análise, definem a missão do Hospital dos Servidores do Estado. Cumpre, pois, ter em mente :

a) as conveniências do Estado e as suas possibilidades financeiras à vista dos problemas de assistência social aos seus servidores ;

b) as necessidades da clientela a atender e a sua capacidade de enfrentar os ônus da assistência.

*
* *

O grande interêsse do Govêrno pelo Hospital dos Servidores do Estado encontra fundamento e justificativa, não sòmente na missão que impõe a si mesmo, de zelar pelo bem estar nacional, pelas condições de higidez das classes trabalhistas em geral, e pelas da classe que a êle serve e que se acha diretamente sob sua tutela, como também, sob o ponto de vista da moderna administração de pessoal, na conveniência de aumentar a eficiência administrativa, zelando pelo fator humano do trabalho.

Restabelecer a saúde do servidor doente, além de tarefa humana e social, é bom princípio de administração.

E como não se pode admitir que o Estado se proponha, de início, a executar mediocrementemente uma tarefa de tal porte e tal significação, sobretudo porque a mediocridade não permitiria a consecução do fim visado, deve-se admitir como

ponto pacífico que a assistência a ser prestada pelo Hospital dos Servidores do Estado será de alto padrão, de alta técnica, de primeira classe.

Não há o menor exagêro em afirmar que um hospital mediocre, igual a tantos outros já-existentes, não pode interessar ao Govêrno. Seria mais econômico e mais sensato recorrer a êsses outros.

Há bons hospitais disponíveis, nos quais o Govêrno poderia internar os seus pacientes. Mas êsses hospitais podem ser considerados como "bons", do ponto de vista antiquado da "casa de saúde", hotel de doentes, casa em que se procede à internação de doentes. Ora, a casa de saúde, por melhor que seja, não preenche a finalidade que o Estado tem em vista.

O Hospital dos Servidores do Estado, mais do que um simples nosocômio, há de ser um hospital moderno. E por "moderno" entende-se um organismo vivo, dinâmico, que constitua o eixo em tórno do qual gravite todo o sistema da assistência médico-social.

Assim, mais um ponto deverá ser determinado: — O Hospital dos Servidores do Estado será mais que um "hospital-casa de saúde"; será um "centro médico-hospitalar", moderno e eficiente.

*
* *

Pergunta-se agora: — poderá o Govêrno suportar o ônus de um tal programa? Evidentemente, sim.

As obras e a instalação do Hospital dos Servidores do Estado absorverão 30 milhões de cruzeiros. O Tesouro Nacional, que não baqueou com essa enérgica "sangria", também não baquearia com outras periódicas, de menor monta, se fôsse preciso. Mas não o é. Em verdade, ver-se-á

que os 3 a 4 milhões de cruzeiros anuais, necessários à manutenção de um hospital eficiente do vulto do Hospital dos Servidores do Estado, não escoarão apenas dos cofres públicos.

E' de todo impossível prever agora o ônus exato do Hospital dos Servidores do Estado para o Tesouro Nacional. A situação atual de guerra e as perspectivas de após-guerra não permitem uma determinação segura do custo do leito-dia por um período suficientemente longo, por exemplo, por um quinquênio. Contudo, pode-se afirmar, sem maiores compromissos, que na pior das hipóteses, o Estado suportará 50% dos encargos. Em torno desse limite, não resta dúvida de que um centro médico-hospitalar eficiente, para servidores públicos, seria para o Estado um empreendimento viável.

*
* *

Quais as necessidades da clientela formada pelos servidores públicos, no que tange à assistência médico-hospitalar? As maiores e as mais prementes.

Dir-se-á que o panorama não se pinta em côres tão sombrias, pois que o servidor público não é um indigente ou um desvalido.

O argumento não procede. Fôsse o servidor declaradamente um indigente, e não se pejaria de ser encontrado na "sala do banco" de uma Santa Casa.

Há duas cifras que encerram qualquer discussão sobre a matéria. São as médias mensais dos vencimentos de funcionários e dos salários de extranumerários, respectivamente de 800 e 400 cruzeiros.

O sistema de assistência social, atualmente existente, proporciona aos servidores do Estado facilidades de perícia médica, por intermédio das Seções de Assistência Social ministeriais. Estas não podem, legal e materialmente, ir além do diagnóstico, isto é, do fornecimento gratuito de um nome técnico complexo que por si só nada resolve. Depois disso, o servidor não tem diante de si, e à sua disposição, outros recursos além dos que tem qualquer outro cidadão. Resolverá o seu caso onde e como puder, bastando-se a si mesmo, com os recursos de sua própria renda. E, para as pessoas de sua família, nem o diagnóstico da S.S.

Provas incontestáveis da pequena capacidade aquisitiva do servidor público, quanto à assistência médico-hospitalar, são os freqüentes empréstimos mediante consignação em fôlha. E ainda os pedidos, a um médico amigo, de uma consulta gratuita, de um desconto num laboratório ou casa de saúde, de fornecimento de uma amostra médica. Até mesmo os servidores de padrões elevados são, por vêzes, obrigados a manobras defensivas, quando ocorrem casos de cirurgia, exames complementares dispendiosos, radioterapia, etc. Já se afirmou, certa vez, que na casa do servidor público, quando entra o cirurgião, entra também o onzenário.

Um fato se impõe à conclusão: — o servidor não dispõe de um centro médico-hospitalar que lhe proporcione os meios de completa assistência à saúde combatida dentro dos recursos econômicos de que pode dispor.

Isto vem ao encontro do que antes foi afirmado, reforçando o ponto de vista segundo o qual o Hospital dos Servidores do Estado será mais que uma casa de saúde. E isso justifica ter sido sugerido que o Estado não suporte senão um pouco mais da metade, aproximadamente, das despesas decorrentes da assistência aos seus servidores. Estes não precisam senão que se lhes suplemente a paucidade dos recursos econômicos. Em outros termos, não precisam senão que o Estado lhes pague indiretamente, na hora amarga, um salário justo.

*
* *

Em suma — para atender às finalidades de um programa de assistência médico-hospitalar social aos servidores públicos, segundo os interesses, conveniências e possibilidades destes, como também do próprio Estado, —

o Hospital dos Servidores do Estado deverá ser um grande centro médico, moderno, eficiente, completo, —

fornecendo todos os meios necessários às diversas formas de tratamento, nosocomial, em ambulatório ou domiciliar, bem como os recursos técnicos complementares, —

por preço acessível à capacidade aquisitiva da clientela a que deve servir.

Isto pôsto, resta saber qual a modalidade de funcionamento que melhor se adapta ao perfil traçado.

O funcionamento pode ser aqui entendido sob dois pontos de vista.

Poderia ser o funcionamento do hospital em si, como órgão técnico. Já foi dito que não será êsse o aspecto versado nesta monografia.

Trata-se, antes, do funcionamento como órgão integrante do sistema de assistência social. Neste caso, o problema fundamental consiste na maior ou menor acessibilidade da instituição que assiste à bolsa de quem deve ser assistido. Procurar-se-á fazer com que o Hospital dos Servidores do Estado funcione dentro de um tal regime, que o servidor público dê-se utilize em tôda a medida de que necessitar, sempre que lhe aprouber, e quando lhe convier.

Claro está que o problema não apresenta maiores dificuldades, quando a clientela é bem provida de recursos econômicos. Basta, então, resolver judiciosamente as questões de organização hospitalar, e assegurar bom corpo técnico, bom material, boa administração.

Mas não é êsse o caso. E' necessário dar a mesma qualidade de assistência a quem não pode pagar satisfatoriamente. O problema de funcionamento se norteia no sentido de encontrar um meio de solucionar as limitações econômicas da clientela.

*
* *

Há sempre uma solução que, de pronto, acode à mente. E' o seguro-doença, ou seguro-saúde, como preferem os povos de língua inglêsa. Antes já foi salientado que tal sistema não parecia ser o melhor indicado na fase inicial da assistência médica. Cabe, aqui, acrescentar mais um argumento em defesa dêsse ponto de vista.

Com efeito. O seguro-doença nasceu com a finalidade precípua de suprir parcialmente a redução de salário do trabalhador, decorrente de faltas por moléstia, cobrindo ao mesmo tempo algumas despesas extraordinárias necessárias ao tratamento. Êstes benefícios em espécie foram posteriormente reforçados ou em parte substituídos pelos benefícios em natureza, isto é, pela prestação direta da assistência médico-hospitalar.

A necessidade de compensar o lucro cessante, no caso dos servidores do Estado, em verdade seria diminuta, tendo em vista os dispositivos da legislação vigente, relativos às licenças para tratamento de saúde. Não resta dúvida que tal legislação ainda tem lacunas. E' mais fácil preenchê-las, que arquitetar, sem bases sólidas, um sistema de seguro social complexo.

O seguro-doença praticamente prestaria, aqui, apenas benefícios em natureza. Valeria a pena tentar essa solução no nosso caso, se, em países europeus, a experiência fôsse de molde a entusiasmar. Tal não é o caso.

De um modo geral, o seguro-doença europeu tem atendido razoavelmente ao problema do lucro cessante; tem sido, porém, menos feliz quanto à prestação direta de assistência médico-hospitalar. E' de algum modo bastante significativo que a Inglaterra, onde êsse ramo de seguro teve o seu desenvolvimento máximo, apesar da experiência acumulada em vários decênios, a êle tenha dado pequeno realce e pouco avanço no chamado "plano Beveridge" de reforma social, projetado para o após-guerra.

Também não foi mais avançado que êsse o "plano Delano", dos Estados Unidos da América do Norte. Um pouco mais interessante é o recente projeto de lei, apresentado pelo Senador Robert F. Wagner, em 3 de junho do ano passado. Prevê que 3% da renda total, arrecadada para os fundos do seguro-social unificado, sejam destinados ao seguro-doença. O projeto prevê a prestação de serviços médicos ou hospitalares ao segurado e sua família, admite a livre escolha do médico e do hospital pelo paciente, e procura assegurar alto padrão de técnica profissional. Infelizmente, porém, não há informações detalhadas sôbre os elementos em que se baseou o senador Wagner, para asseverar a exequibilidade do plano, mormente tendo-se em vista a amplitude de sua aplicação às classes trabalhistas em geral.

Mais informativa que o projeto Wagner é a planificação dos serviços médicos "funcionalizados", que o Governo Australiano propõe enquadrar, futuramente, no sistema de seguros sociais, vigente nessa parcela da "Commonwealth" britânica ("Revista Internacional do Trabalho", vol. XXVII, n. 6, junho, 1943).

O Conselho Nacional de Saúde e Pesquisas Médicas, da Austrália, combatendo fortemente o regime inglês de seguro-doença, preconiza antes um sistema de assistência médico-hospitalar, cujos ônus sejam largamente suportados pelos fundos de seguro social, sem que, entretanto, haja uma subordinação econômica direta de uma atividade à outra, ou ainda, como solução alternativa, suportados mediante tributação direta.

As dificuldades de comunicação, nos dias de hoje, impedem a coleta de informações sobre as soluções aplicadas recentemente no México e no Chile, onde o assunto tem sido ventilado com grande interesse.

As informações de que dispomos, sobre os últimos planos canadenses sobre a matéria, embora deixem entrever aspectos muito interessantes na estrutura do sistema projetado, não fornecem detalhes suficientes, para que se possa formar juízo crítico.

Todos esses trabalhos, porém, são projetos e mais projetos, ou ainda esforços em busca de uma solução razoável para o problema. Como experiências definitivas, restam apenas a européia e sobretudo a inglesa, no campo do seguro-doença, e a americana, em direção um pouco diferente.

O americano, individualista por excelência, sempre se mostrou infenso à aplicação do seguro social à proteção à saúde, mesmo depois da mudança da mentalidade, do estado de espírito popular, determinada pela adoção da política da "New Deal" rooseveltiana.

Daí o fato de, nos Estados Unidos da América do Norte, terem se desenvolvido acentuadamente formas substitutivas do seguro-doença, verdadeiros e interessantes "ersatz", flexíveis, as quais devem merecer um pouco de atenção nossa. Tais são as "sociedades policlínicas", as "cooperativas medicas", as "sociedades de assistência médica". Em última análise, tem-se aqui a "medicina de grupo", prestando benefícios em natureza, através de sociedades de auxílios mútuos ou equivalentes.

Convém passar em revista o que nos Estados Unidos tem sido feito nesse sentido, concentrando a atenção apenas sobre os pontos fundamentais, sem baixar ao detalhe.

1. PLANOS DE HOSPITALIZAÇÃO

Segundo esses planos, um hospital, ou grupo de hospitais em cadeia, contrata com uma classe de

pessoas, unidas em mutualidade, a prestação de certos e determinados serviços hospitalares, mediante o pagamento prévio de uma taxa ou prêmio, geralmente em prestações mensais.

A amplitude e a natureza dos serviços, prestados pelas sociedades assim organizadas, varia muito, de acordo com as condições locais. De um modo geral são plenamente satisfatórias, dando ao associado conforto e assistência hospitalar, de acordo com o padrão técnico e econômico da cidade ou vila. A situação financeira dessas organizações parece estável, pois é relativamente fácil calcular, com razoável segurança, as bases do sistema. Daí o grande desenvolvimento que tiveram nos últimos tempos, chegando mesmo à transformação em companhias de seguros de hospitalização.

Tais planos, porém, cobrem apenas o problema da hospitalização. Visam diminuir as dificuldades e os ônus de um dos aspectos mais dispendiosos do tratamento médico. São, pois, uma solução parcial. E nisso reside sua principal deficiência.

2. PLANOS DE PAGAMENTO "A POSTERIORI"

As sociedades que adotam os chamados planos de pagamento "a posteriori" procuram fornecer, aos seus associados de poucos recursos, serviços médicos, hospitalares e odontológicos por preços reduzidos, de acordo com as possibilidades econômicas desses mesmos associados, saldando eles o débito em prestações, sem juros e sem taxas de expediente.

Essas sociedades funcionam como meros intermediários, como agência investigadora das reais condições sociais do paciente, aconselhando e orientando este, quanto à maneira de liquidar a sua dívida, e o médico, quanto ao justo desconto que deve fazer em suas contas.

Embora tal tipo de organizações tenha funcionado honestamente e com relativa eficiência, dentro do limitado campo de ação em que age, ele não pode ser tomado como padrão para uma atuação social em larga escala. Entretanto, a experiência desses planos de pagamento "a posteriori" pode ser muito útil, para completar lacunas de outros sistemas.

3. PLANOS DE PAGAMENTO "A PRIORI"

Outra modalidade de funcionamento de sociedades, que se propõem a facilitar os problemas

econômicos da assistência médico-hospitalar, é a do pagamento prévio de certa taxa ou prêmio, geralmente cobrada em prestações mensais, dando direito a determinados benefícios.

Neste grupo enquadra-se a grande maioria das sociedades existentes. Os seus tipos variam em detalhes. Tentemos, porém, subdividi-los segundo suas características essenciais.

a) *Concessão de pecúlios*

Dentro dêste grupo situam-se as muitas sociedades que, não querendo interferir na prestação direta da assistência médico-hospitalar, organizam esquemas segundo os quais os associados pagam um prêmio mensal, que os habilita em caso de doença ao recebimento de uma certa quantia previamente estipulada, com a qual enfrentarão as despesas de tratamento. Cabe aos associados o direito de escolher qualquer médico ou hospital, pagando os preços que êstes normalmente cobrarão.

O fato dessas sociedades não terem fins lucrativos constitui a única vantagem que apresentam sobre o plano de benefícios em espécie das empresas de seguros privados. Há uma infinidade destas nos Estados Unidos, que operam nesse ramo.

A comparação entre os prêmios e os benefícios, prestados por elas e pelas sociedades ditas assistenciais, mostra que a vantagem destas é pequena e a sua estabilidade financeira é sensivelmente menor.

Acontece, freqüentemente, que tais sociedades calculam mal suas possibilidades e, premidas pela concorrência, oferecem benefícios que não podem suportar. Começam então a jogar com artifícios. Primeiramente, estabelecem que o pecúlio não é entregue ao associado, para que êste pague diretamente ao médico ou ao hospital. Fica depositado na sociedade, à qual são apresentadas as contas para liquidação. Daí nasce o pretexto para limitações. O plano passa a excluir certos serviços médicos, certas doenças, a hospitalização, etc. Evidentemente tudo isso é absurdo, pois a operação contratada pelo associado é a de um seguro em espécie, apenas com a restrição de dispender o pecúlio somente em assistência médica.

Embora êsses planos sejam muito numerosos nos Estados Unidos, e até mesmo defendidos pela

"American Medical Association", bem se vê que êles não têm grande alcance social.

b) *Serviços médicos na indústria*

Sobe hoje a cerca de 400 o número de sociedades de assistência médico-hospitalar, criadas junto às grandes indústrias, especialmente destinadas a atender ao trabalhador. Os exemplos se classificam em extensa gama, do bom ao ótimo. Alguns chegaram a ganhar grande fama, como os da Carnegie Illinois Steel Corp. (Gary, Ind.), o pioneiro, da Ford Motor Co. (Detroit, Mich.), da Eastman Kodak Co. (Rochester, N. Y.).

De um modo geral, admitem duas variedades.

A primeira compreende sociedades de empregados, por êstes financiadas, e apenas em parte auxiliadas pelos empregadores. Prestam serviços médicos em pequenas clínicas ou hospitais próprios, dispondo de quadro de pessoal técnico, quase sempre de tempo integral. Estas sociedades são as mais fracas do grupo, apesar de já serem bastante satisfatórias. E são também a minoria.

A segunda variedade abrange a grande maioria dos serviços médicos industriais. Aqui as sociedades são quase totalmente financiadas pelo empregador. O empregado paga uma mensalidade simbólica, cuja finalidade prática reside apenas em afastar qualquer caráter de caridade ou favor. Nesses casos, a indústria contrata os serviços de pessoal técnico e mantém hospitais, por vêzes, realmente magníficos.

São êstes serviços de assistência médico-hospitalar ao trabalhador que mais nos interessam como exemplo de boa política de administração de pessoal. Um fato essencial deve ser retido: os ônus são largamente suportados pelo empregador, mas a assistência nunca é gratuita.

c) *Outros tipos*

No grupo das sociedades que operam segundo planos de pagamentos "a priori", encontram-se ainda outros tipos de menor interesse. Além de algumas sociedades que não passam de agências angariadoras de crédito para médicos e hospitais e cobradoras de suas contas, e que, portanto, não merecem atenção, há outras, organizadas por grupos de pessoas, classes trabalhadoras, chefes, ou associações religiosas, que têm a seu crédito realizações interessantes, entre as quais a de ter ven-

cido, até na Côrte Suprema, a resistência intransigente da "American Medical Association".

Várias dessas sociedades tomaram grande desenvolvimento e se tornaram economicamente estáveis. Algumas, por demais otimistas na fase de organização, fracassaram. A média está em tôrno da assistência medíocre. Sendo necessariamente módicas as mensalidades, e vivendo apenas dessa renda, as sociedades só podem prosperar quando a massa de contribuintes é muito grande. Do contrário vêm-se forçadas, ao fim de pouco tempo, a estabelecer medidas restritivas da qualidade ou da amplitude dos benefícios.

Sob a capa de "policlínicas cooperativas", "sociedades médicas beneficentes", e outras designações, têm surgido, nos Estados Unidos, aqui, e em todos os países, organizações ilícitas que dizem operar segundo planos sólidos de prévio pagamento. Tais casos de polícia ou de ética profissional não invalidam o mérito das experiências honestas.

4. PLANOS DE "UNIDADES" DE SERVIÇOS

Uma das modalidades mais interessantes de funcionamento de associações de assistência médica é, certamente, a dos planos de "unidades" de serviço.

Organiza-se uma sociedade com o fim de coletar fundos das pessoas interessadas e de prestar assistência médico-hospitalar, por intermédio de profissionais e instituições que concordem em aceitar o princípio da divisão proporcional dos fundos disponíveis, depois de deduzidas as despesas de expediente e administração.

Estabelece-se uma tabela completa de todos os tipos de serviços médicos e hospitalares que possam ser prestados. E a cada tipo de serviço não se atribui um certo valor monetário, e sim um "pêso", expresso por um certo número de "unidades". O valor da "unidade" é calculado dividindo-se o fundo disponível pelo total de "unidades" correspondentes ao total de serviços prestados. Assim, o custo de uma intervenção cirúrgica, por exemplo, não é um valor absoluto, mas sim relativo. E está sempre dentro da capacidade aquisitiva do grupo social assistido.

A operação do sistema é muito simples e eficiente. Está sendo usado largamente nos Estados Unidos da América do Norte, no plano de assistência às populações rurais, desenvolvido com

grande êxito pela "Administração de Segurança Agrícola" (Departamento Federal de Agricultura). Também tem sido muito usado naquele país nos programas de assistência às classes indigentes. Neste caso o fundo disponível, para pagamento das unidades, é representado pelas verbas orçamentárias dos governos federal, estaduais e municipais, e pelos donativos recolhidos pelo "Community Chest".

De um modo geral se pode afirmar que o plano surte pleno efeito, quando os médicos participantes não dependem apenas dêle para ganhar a vida. Em outros termos, quando o plano é compatível com o exercício lucrativo da clínica privada.

O primeiro exemplo de aplicação do plano de "unidades" de serviço a classes numerosas encontra-se nos Estados de Washington e de Oregon, por iniciativa de sociedades médicas, a fim de atender a certas exigências das leis estaduais sôbre a reparação dos riscos profissionais. Dêsse ponto de origem, o plano desenvolveu-se muito satisfatoriamente.

A aplicação do plano a grandes clientelas requer certas precauções. E a primeira delas é determinar a atualização e revisão das tabelas de serviços profissionais, incluindo com os convenientes "pesos", as novas técnicas e os novos recursos que a medicina vá conquistando.

A determinação dos "pesos" deve ser judiciosa. Do contrário, os médicos tenderão a se considerar economicamente explorados e a depreciar o valor da "unidade". E, por seu lado, a administração da sociedade tenderá a limitar a amplitude e a qualidade dos benefícios.

Uma das raras objeções que a "American Medical Association" levanta contra êsse sistema reside no fato de não estabelecer diferenças de pagamentos por serviços prestados por médicos de grande nomeada, ou por profissionais de menor renome.

Pode-se objetar que o plano não inclui compulsoriamente todos os médicos de uma localidade, mas apenas os que desejarem dêle participar. E se assim o desejarem os grandes "ases", e se a sua fama corresponder à eficiência profissional, encontrarão êles dentro do plano o meio de retribuição justa e social de uma clientela numerosa.

A crítica severa da "American Medical Association" reconhece, porém, que o plano é eficiente. E talvez, mesmo, seja o mais eficiente de todos.

Parece-nos que êle deve ser tomado em consideração, no planejamento dos serviços de assistência médico-hospitalar aos servidores do Estado.

*
* *

Voltemos, mais uma vez, ao tema seguro-doença. Já analisamos a matéria do ponto de vista de sua aplicação em geral. Vimos também formas substitutivas diversas em sua aplicação às classes trabalhistas ou às economicamente fracas. Vejamos, agora, em breves palavras, o que tem sido feito especificamente em relação aos servidores públicos, no tocante à assistência médico-social.

Deixando de parte certos países, como Luxemburgo e Grécia, que não resolveram, de modo algum, o problema, encontram-se, então, quatro grupos:

1. países que seguraram os servidores públicos nas instituições de previdência social, destinadas às classes trabalhistas em geral — U.R.S.S. e Noruega;

2. países que concedem os benefícios da previdência social a certos grupos de servidores públicos de algum modo comparáveis aos nossos extranumerários, sem incluir o setor da assistência médico-social, e sem procurar resolver este problema para os demais — Alemanha, Bulgária, França, Letônia;

3. países que organizam sistemas de seguro-doença, especialmente aplicáveis aos servidores públicos — Hungria, Áustria pré-Hitlerista (lei de

22 de janeiro de 1921) e Tcheco-Eslováquia (lei de 15 de outubro de 1925);

4. países que organizaram um sistema próprio de assistência médico-social para servidores públicos, sem caráter de seguro-doença — Polônia (lei de 17 de fevereiro de 1922), Iugoslávia, Estônia e outros.

*
* *

Assim, a legislação comparada mostra que o seguro-doença, como solução ao problema da assistência médico-social aos servidores públicos, é um recurso que foi usado em poucos casos, apesar dos esforços que reiteradas vezes foram feitos nesse sentido, a exemplo do Congresso Internacional da Associação dos Institutos de Seguro-Doença (Praga, 3-6 de setembro de 1938), cuja recomendação final, pró-seguro-doença, não foi seguida pelos vinte países que dêle participaram.

A experiência mostrou ainda que êsses poucos casos tiveram pequena repercussão, em vista do sucesso restrito dos resultados práticos do sistema.

Considerando a situação presente do sistema de previdência social aos servidores públicos, no Brasil, bem como os dispositivos da legislação vigente relativa à assistência social, e as tendências manifestas que se esboçam para um futuro próximo, em ambos os setores, — parece de todo conveniente dar ao Hospital dos Servidores do Estado a posição-chave de um sistema assistencial, que poderá funcionar segundo o plano de "unidades" de serviço, suportado em parte pelos servidores, e em parte pelo Estado.