

Assistência Médico-Social aos servidores do Estado no Brasil

STANISLAW FISCHLOWITZ

chefe de secção da Legislação de Seguros Sociais do Ministério do Trabalho da Polônia, membro do Comité internacional de Peritos em Seguros Sociais

I

PODERÁ parecer temeridade de um estrangeiro, cuja chegada a este país data de um ano, escrever um artigo sobre um dos mais sérios problemas da política social brasileira.

Sim, em parte. Faltariam, sem dúvida, elementos que só uma longa experiência poderia proporcionar, além de pesquisas e observações pormenorizadas sobre um país que é, na realidade um continente. Mas justamente esse fato, desqualificando-o para conclusões definitivas, habilita-o particularmente para certas observações preliminares e gerais. Quem não teve oportunidade de verificar que um observador não familiarizado com o assunto e sem qualquer preconceito subjetivo decorrente de sua experiência pode, muitas vezes, melhor apreciar determinado fenômeno?

O conhecimento substancial e profundo de determinado domínio dificulta certas observações. Não foi por acaso que um estrangeiro formulou, aliás de modo não muito habil, uma tese segundo a qual o Brasil deve ser considerado como o País do Futuro. De um próximo e brilhante futuro — acrescentamos.

Que nos seja permitido exprimir a mais profunda convicção de que o Brasil, ao cabo da segunda guerra mundial, possuirá os elementos básicos para seu desenvolvimento posterior, idênticos aos que possuíam os Estados Unidos da América

do Norte quando terminou a primeira guerra mundial.

Não duvidamos que, quaisquer que sejam os acontecimentos futuros dessa tragédia coletiva incomparável que atravessamos presentemente, o Brasil se tornará o maior país de cultura latina, que sobreviverá à crise presente não só intacto mas ainda fortalecido. E' fácil imaginar quais serão as suas responsabilidades, para consigo mesmo e para com a humanidade.

A nosso ver, é incontestável que os grandes deveres econômicos, sociais e políticos que surgirão para o Brasil não poderão ser satisfatoriamente cumpridos se não se tomar como base a organização forte, sólida e inabalável do mecanismo do Estado.

Levando em consideração as condições cada vez mais acentuadas do desenvolvimento geral — no Brasil como no estrangeiro — no sentido da economia dirigida, isto significa que tudo dependerá da maneira pela qual o funcionalismo público brasileiro poderá desempenhar suas funções naturais. Os fundamentos orgânicos da estrutura do funcionalismo público brasileiro encontram-se estabelecidos de modo bastante feliz. O que foi feito nesse domínio, no último decênio, pode ser, de fato, considerado como um grande êxito da política administrativa brasileira, grande pela concepção original e ousada e, em maior grau, pela fiel realização dos planos concebidos. Realizaram-se,

assim, paralelamente a organização dos servidores do Estado e das autarquias públicas, várias reformas sociais que abrangiam, uma após outra, todas as classes e categorias do funcionalismo público. Confrontando as iniciativas empreendidas nesse sentido, no Brasil e no estrangeiro, pode-se, sem dificuldade, notar que os métodos empregados neste país não são idênticos aos métodos europeus. A política social brasileira não tardou em estender sua esfera de ação aos servidores do Estado, empregando sempre os mesmos métodos realistas e práticos que caracterizam com felicidade todas as iniciativas do Estado Novo. Consideramos muito razoável a atitude política brasileira, exteriorizada em face do grave e difícil problema do funcionalismo público.

Contudo, parece que não nos enganamos acreditando poder fixar duas tendências resultantes, que atuam no sentido :

1) da modernização do funcionalismo público brasileiro em todas as suas esferas; tanto em relação à sua estrutura como ao seu dinamismo ;

2) da adoção de soluções originais, sem imitação de exemplos estrangeiros. A implantação mecânica, no clima particular, social e econômico do Brasil, das instituições européias, poderia produzir resultados inesperados, algumas vezes contrários à intenção inicial. Muito justo nos parece, também, que a criação das bases orgânicas do funcionalismo, do seu próprio estatuto, precedeu, em certo grau, à realização do programa definitivo de amparo social aos funcionários públicos.

II

Muito foi feito, incontestavelmente, para colocar as instituições da política social do funcionalismo em fundamentos sólidos e estáveis, procedendo-se sistematicamente — segundo impressões de observador imparcial — e de acordo com os planos previamente estabelecidos. Os resultados de uma ação dessa natureza, muito embora abrangendo somente certos domínios, e não passando à regulamentação dos demais setores senão após a prévia solução das questões primeiramente encaradas, não podem deixar de produzir todos os efeitos desejáveis.

As primeiras etapas da política de reformas sociais realizadas nesse sentido referem-se evidentemente, a medidas de Previdência Social,

Por certos motivos que supomos mais ligados à evolução histórica da respectiva legislação do que à opinião firmada sobre a solução ideal, encontramos aqui, uma solução particular, diferente das adotadas no estrangeiro: a separação da cobertura dos riscos individuais dos funcionários (sistema de aposentadorias financiado diretamente pelo orçamento do Estado), da cobertura dos riscos do falecimento, organizada em favor dos membros da família do funcionário pela instituição de um seguro, paraestatal, autônomo, que garante o amparo econômico da família do segurado, em caso de falecimento do funcionário público. Não nos propomos, a esta altura, discutir o problema de ser ou não mais vantajoso um único sistema de proteção social, que abrangesse conjuntamente tanto as aposentadorias como as pensões. Não podemos negar que, estudando o desenvolvimento das despesas constantes dos orçamentos da União e decorrentes, de onus em caso de aposentadorias, chegamos à seguinte conclusão :

Graças à política moderada do Governo, o principal argumento em favor da separação dos fundos destinados à garantia dos onus decorrentes das aposentadorias (aumento crescente das despesas do orçamento do Estado sem bases financeiras estabilizadas, que só se poderiam garantir pelo regime de capitalização correspondente aos fundamentos dos seguros sociais) não poderia ser, aqui, apresentado senão num grau muito modesto e destituído de importância, porque não se verifica no Brasil esse fenômeno tão geral no estrangeiro. As despesas para esse fim não ultrapassam 5% da renda. Essa verba apresenta, em relação à despesa geral do orçamento, a proporção e os montantes absolutos que seguem :

Ano	Proporção sobre a despesa geral	Em mil contos de réis
1935	5%	144
1936	4,7%	152
1937	3,8%	156
1938	3,9%	183
1939	4,8%	206

O número dos aposentados não é tão desproporcionalmente elevado como acontece em tantos países do Velho-Continente. O acréscimo

desta massa não ultrapassa uma proporção razoável, o que provam os algarismos seguintes:

Ano	Pessoal civil (Mil)	Pessoal militar (Mil)	Pensões e Aposentad. (Mil)
1935	881	375	144
1936	1976	376	152
1937	942	583	156
1938	941	549	183
1939	955	567	106

As despesas de pessoal, especialmente as de aposentadorias, crescem, assim, em proporção muito inferior à do crescimento da despesa total.

Quaisquer que sejam, contudo, os prós e os contras da solução adotada e o resultado final, a proteção ampla e satisfatória dos funcionários públicos e suas famílias contra os principais riscos da existência existe, sem dúvida.

III

Todavia, a proteção social do funcionário público brasileiro ainda não é completa. Faltam-lhe certos elementos capazes de tornar inteiramente satisfatório o amparo econômico-social dessa classe de trabalhadores. Tudo quanto é objeto da assistência social no sentido estrito da palavra, se bem que desenvolvido nos últimos anos em grau digno de elogio, não atingiu ainda ao nível máximo desejado. Isso se refere, sobretudo às medidas de proteção relacionadas com o amparo à saúde. E, apesar de tudo, dificilmente se poderia superestimar, nas condições do Brasil, a importância da proteção, justamente no setor que diz respeito às necessidades relativas ao amparo à saúde de todas as classes, dos trabalhadores economicamente dependentes. De fato, não é fácil estabelecer uma hierarquia das necessidades sociais. Qual é mais, qual menos urgente? A cobertura de qual risco se impõe em maior grau, qual em grau menor sob o aspecto do interesse público? Ao primeiro relance, essa pergunta parece pouco razoável como o seria, por exemplo, a questão de saber de que o homem necessita mais: comer ou beber? Evidentemente, trata-se de necessidades paralelas, diferentes, incomensuráveis. Essa analogia não é, todavia, convincente.

A nosso ver, seria difícil negar que, nas condições específicas do Brasil, a proteção dos interesses materiais e morais de grandes classes traba-

lhadoras implica, num grau deveras preponderante, a proteção da saúde das classes protegidas, sua defesa contra todos os fenômenos patológicos que as ameaçam. O exame de todos os grandes problemas higiênico-sociais do país conduzem forçosamente a essa conclusão.

Examinemos, em duas palavras, esses assuntos:

Mortalidade geral e infantil, morbidez endêmica e tropical, doenças sociais, tuberculose, lepra, causas da invalidez prematura, natalidade: sua quantidade e qualidade, melhoramento das condições de habitação e alimentação, amparo à maternidade.

Todas as questões de maior importância e urgência social só podem ser solucionadas através de um grande sistema público de defesa sanitária, subordinado às necessidades das classes trabalhadoras. A proteção social dos economicamente fracos e socialmente dependentes não poderia atingir, com efeito, a suas grandes finalidades sem uma organização de assistência médico-social — no Brasil mais do que em qualquer outra parte. Servem, para isso, sistemas especiais que funcionam sob a forma de seguro-saúde, seguro-doença, seguro-maternidade e natalidade ou sistemas análogos, sem emprego do método do seguro.

Não se pode silenciar o fato de que, mesmo fora das instituições especiais a serem criadas para proteger o estado físico e moral dos trabalhadores e de suas famílias contra todas as perturbações exteriores, só a própria proteção baseada na legislação respectiva pode contribuir consideravelmente nesse sentido. A legislação brasileira que estabelece as bases fundamentais reguladoras do funcionalismo público dedica, em muitos e diversos setores, um lugar relevante aos problemas relacionados com a saúde dos servidores do Estado. Na solução adotada pela legislação competente — por ocasião da regulamentação das aposentadorias, das licenças e de tantas outras disposições do Estatuto dos Funcionários — exteriorizam-se mesmo, as idéias mais adiantadas e modernas existentes nesse domínio, inspiradas pela preocupação de preservar a saúde da classe amparada e, com isso, melhorar, tanto quanto possível, o estado geral da saúde pública.

Assim, as aposentadorias são concedidas segundo o art. 196 (capítulo XI) do Estatuto do Funcionário Público não só em virtude de idade,

invalidez e acidentes do trabalho, mas também por motivo de: 1) moléstia profissional e 2) doenças previstas no art. 201.

O estatuto enumera a tuberculose ativa, alienação mental, neoplasia maligna, cegueira, lepra ou paralisia, como doenças que justificam a concessão da aposentadoria.

Merece, segundo nossa opinião, ser sublinhado o teor do art. 168 do Estatuto, inspirado pelas mais altas considerações da moderna diretriz social. Esse artigo prevê que, atacados de tuberculose e de outras doenças equiparadas à mesma, os funcionários públicos compulsoriamente licenciados ficam obrigados a seguir rigorosamente o tratamento médico adequado à doença, sob pena de suspensão de vencimento ou remuneração. Esta licença, de caráter excepcional sob certas condições, será convertida em aposentadoria, antes mesmo do prazo de 24 meses. O tratamento obrigatório imposto pelo interesse geral é perfeitamente justificado sob todos os aspectos. Trata-se aqui das chamadas "doenças sociais". Mas receamos que a aplicação desse dispositivo se choque na prática, com grandes obstáculos, pois a lei não prevê nem a concessão dos recursos adicionais destinados a cobrir as despesas adicionais — consequência natural de doenças tão graves — nem proporciona aos interessados possibilidades médico-técnicas de velar por sua saúde. Parece-nos que as sanções previstas não adiantam muito se não forem acompanhadas de medidas de caráter prático, positivo.

Na regulamentação do sistema de licenças, excepcionalmente vantajoso no Brasil e que sensivelmente ultrapassa em certos setores o nível dos países mais adiantados do mundo, a mesma idéia da proteção ao funcionário público se concretiza claramente. A legislação respectiva não se contenta com a concessão de licenças longas e bem remuneradas, por motivo de doença do próprio funcionário, ocupa-se, também, com a situação criada com a doença de membros de sua família, concedendo-lhe, por esse motivo, licenças com vencimentos — privilégio raro, mesmo quase inexistente no estrangeiro.

Passamos a vista sobre a legislação brasileira, tendo-a confrontado com as legislações estrangeiras expostas no nosso artigo anterior dedicado a esse problema.

O art. 151 prevê, em particular, que o funcionário poderá ser licenciado I — "para tratamento de sua saúde". III — "quando acometido de doenças especificadas no art. 168" e IV — "por motivo de doença em pessoa de sua família".

Somente aos funcionários interinos não poderia ser, de acordo com o art. 152, concedida licença para o tratamento da saúde de membros da família.

O prazo máximo da licença para tratamento de saúde que se concede, tanto *ex-officio* como a pedido (art. 162), e sempre depois da inspeção médica (art. 154), é de 24 meses.

Não se pode negar que as licenças remuneradas proporcionam, na falta de outras possibilidades legais, aos interessados acometidos de doença, certas facilidades financeiras de que os assalariados são habitualmente privados; o auxílio-doença do seguro social não atinge e não pode atingir nunca ao nível do salário. Não prevendo a concessão de recursos necessários para satisfazer as novas despesas orçamentárias — resultado frequente da doença — especialmente nos casos mais graves, com tratamento prolongado e dispendioso — a licença remunerada evita todas as consequências econômicas negativas que a doença traz para o orçamento do empregado, ou seja, a falta da renda do doente invalido para o trabalho. Do ponto de vista do interesse coletivo, bem como no que se refere ao interesse do Estado como empregador, o restabelecimento mais rápido do funcionário doente, pela ação direta, pelo emprego de certas medidas que visem, não a situação econômico-orçamentária do funcionário, mas a sua saúde, apresentaria todavia superioridade incontestável na escala hierárquica das medidas ao alcance do Estado legislador-empregador.

No seguro-social-doença, os benefícios em natureza ocuparam com o correr do tempo o primeiro lugar, perdendo cada vez mais os benefícios em espécie sua anterior preponderância. A diretriz da evolução nesse setor da política social não pode ser diferente da norteação que prevalece em todos os demais domínios da legislação social. Também aqui o desenvolvimento posterior da legislação existente tende, forçosamente, para a extensão dos serviços pecuniários à assistência médico-social.

A opinião segundo a qual os funcionários e membros de sua família podem, com seus próprios meios, garantir para si uma assistência médico-social eficaz baseia-se, evidentemente, na errônea ava-

liação das possibilidades objetivas existentes. Abstraindo-se os recursos financeiros dessa massa, aliás bastante limitados em relação ao nível médio do funcionalismo público, parece-nos que, embora o nível geral da medicina brasileira seja extremamente elevado, particularmente em certos setores (cirurgia, fisiologia, etc.), o desenvolvimento do aparelhamento técnico e o número de médicos ainda estão longe do ponto ótimo (número de hospitais e casas de saúde, número de leitos comparativamente com a população, número de médicos por mil habitantes, distribuição do aparelhamento médico no país, etc.). A chamada democratização da assistência médico-social e seu aproveitamento pelas grandes camadas da população ainda deixam a desejar.

Por conseguinte, não seria completa uma legislação que concedesse aos interessados recursos monetários (cujo uso é sempre incerto); sempre que possível, ela deverá prover, diretamente, às necessidades das classes interessadas.

Ao examinarmos a evolução das instituições da política social subordinadas aos interesses dos servidores do Estado, na Europa, tivemos o ensejo de verificar a estrita correlação entre a evolução do seguro-doença dos assalariados, de um lado, e as retormas em relação ao funcionário público, de outro. No Brasil, a situação nesse domínio apresenta certas particularidades. O seguro-doença já existe e funciona através de certo número de instituições de Previdência Social de caráter profissional, (Caixas e Institutos de Aposentadoria e Pensões). A intervenção desse seguro sob a forma pecuniária é muito mais generalizada do que a forma de benefícios em natureza. Parece-nos que o próximo grande passo da política social brasileira será norteado justamente nesse sentido. Não deverá tardar uma grande reforma de Previdência Social que abrangerá a cobertura completa dos riscos da doença e natalidade, — incluindo a assistência médico-social. Uma comissão especial de peritos, escolhidos de modo particularmente feliz está preparando uma profunda remodelação nesse setor dos seguros sociais brasileiros.

Posta em vigor essa reforma, ficaria patente a inferioridade da proteção do funcionalismo público em confronto com a da saúde do assalariado.

A análise da assistência médico-social aos funcionários públicos seria incompleta sem o exame de sua influência sobre os riscos cobertos pelo regime de aposentadorias. O tratamento eficaz da

doença pode ser orientado no sentido de prevenir a invalidez prematura. Um sistema de assistência bem organizado exerce sempre atuação benéfica nesse sentido, retardando ou impedindo a invalidez — consequência frequente da doença não tratada a tempo e sistematicamente. Consequentemente, nas estimativas do custo da assistência deveria ser incluída também a avaliação da economia daí decorrente para o regime de aposentadoria.

IV

Não é então estranho que o programa social em relação aos funcionários públicos destine, entre outras medidas de caráter social, um lugar de relevo ao plano de assistência médico-social.

O art. 219 do Estatuto do Funcionário prevê (item I), em particular, que será "organizado um plano de assistência que compreenderá a previdência, o seguro, a assistência médico-dentária e hospitalar, sanatórios, colônias de férias", etc. independentemente de um programa de higiene e conforto (II) e da criação de centros . . . para recreio e aperfeiçoamento moral e intelectual dos funcionários e membros de sua família (III).

E' claro que o primeiro programa dessa natureza não podia traçar definitivamente as bases da reforma futura, fixando somente em linhas gerais as soluções alternativas; a escolha definitiva de um sistema determinado caberá ao legislador, no momento em que a decisão definitiva tiver de ser tomada.

Quanto à alternativa fundamental: seguro-doença ou assistência médico-social sem forma de seguro — tudo nos parece indicar a preferência pela assistência pura, fora dos domínios dos seguros sociais. Nas condições específicas do Brasil, a criação de um seguro autônomo, paraestatal, subtraído da política social — estritamente ligada à própria esfera de ação dos órgãos do Estado, — à influência do Governo — ficaria em desacordo com as tendências gerais da política do Estado Novo. Ao nosso ver, parece contudo desejável a concessão aos interessados, dos direitos definidos a determinados benefícios, — um dos traços característicos do seguro, em geral, e dos seguros sociais, em particular.

Seria erro considerarmos o problema da assistência médico-social como assunto do programa, sem tomar em consideração o que já foi feito nesse domínio.

Em todo o caso, as bases da organização protetora da saúde dos funcionários públicos, boas ou más, já se acham lançadas; já funcionam, atingindo, em grande parte, às suas finalidades.

A primeira etapa da organização não foi mal escolhida. Criaram-se, nas repartições centrais, secções sociais que a empreenderam, sem planos pré-estabelecidos, é verdade, cada qual agindo segundo seu próprio modo de entender. Isso é lógico e natural. Dificilmente se pode começar por uma centralização. Ao nosso ver, a melhor solução consiste em se iniciar com experiências práticas, obtidas do contacto directo com o ambiente, passando-se, mais tarde, às soluções mais generalizadas, organizando-se órgãos centrais, uniformes, que garantam, graças aos mesmos métodos, nível igual de protecção social para todos e em toda a parte.

A mesma linha de evolução se verifica no desenvolvimento da assistência social brasileira, traçada pelos decretos n. 2.299, de 29 de janeiro de 1938, e n. 5.652, de 20 de maio de 1940.

Ambos esses atos legislativos criaram secções de assistência social esparsas pelos vários ministérios civis e militares, cuja esfera de ação abrange, aliás, elevado número de funções estranhas ao próprio domínio da assistência social.

Os resultados da ação empreendida por essas secções sociais acusam, forçosamente, grande diversidade de resultados.

Passamos a vista no que, até o presente, se fez nesse domínio.

Não é fácil apurar todos os elementos que poderiam ilustrar os resultados da atividade das secções sociais. Contudo, segundo os dados e informações que conseguimos obter (inclusive a estatística do funcionamento das secções sociais), parece-nos que nos Ministérios do Trabalho, Indústria e Comércio, da Agricultura, da Viação e da Guerra, não se inclui o tratamento médico como ramo da atividade das secções sociais.

O tratamento médico, quer dos funcionários quer de sua família, é previsto na Imprensa Nacional.

O tratamento médico dos funcionários (sem tratamento de membros de sua família) é incluído no regime das secções sociais do Ministério das Relações Exteriores, da Estrada de Ferro Central do Brasil e, em parte, do Ministério de Justiça e Negócios Interiores.

O que dificultava a atividade das secções sociais eram, sem dúvida:

- 1) recursos insuficientes;
- 2) falta de orientação central;
- 3) subordinação hierárquica aos serviços administrativos dos Ministérios;
- 4) atribuição de muitas funções estranhas à própria assistência, prevalecendo estas últimas às tarefas de caráter puramente social;
- 5) desperdício resultante da instalação, em cada serviço de assistência social, do mesmo aparelhamento, muitas vezes aproveitado de modo incompleto e parcial.

A evolução natural da organização dos serviços sociais brasileiros conduz, forçosamente, à centralização da administração respectiva, em um grande órgão central responsável pela aplicação do conjunto das medidas sociais. Não pode existir dúvida de que uma reorganização nesse sentido poderia assegurar todas as vantagens que, habitualmente, decorrem 1) da autonomia e independência dos serviços previamente subordinados a outros órgãos; 2) da uniformidade de ação; 3) da melhor coordenação dos serviços; 4) da economia nas despesas.

Talvez não seja recomendável passar de um extremo ao outro. A descentralização não é aconselhável, mas a centralização absoluta e completa não seria desejável, pois um certo contacto directo dos respectivos serviços com o ambiente, oferece vantagens reais que dificilmente poderíamos silenciar: socorro em casos urgentes, primeira visita de médico ligado a determinada repartição, primeira etapa do tratamento médico, etc.

Parece residir entre esses dois polos a solução ótima, que, aliás se deveria inclinar no sentido da centralização.

V

Todas as reformas da estrutura orgânica da assistência médico-social não podem, ao nosso ver, senão preparar o mecanismo ao qual se confiará a aplicação da reforma. Ao contrário, não se podem esperar milagres de uma reforma puramente orgânica, quaisquer que sejam o seu sentido, caráter e forma.

O núcleo do problema reside na própria matéria da assistência médico-social, no conteúdo da respectiva legislação.

Confessamos que tal reforma não nos parece prematura.

Qual deveria ser o sentido das medidas, relativamente às necessidades objetivas e às possibilidades presentes de as satisfazer?

Contentamo-nos em expor aqui somente certo número de princípios em que deveria basear-se uma reforma eficaz nesse sentido, adaptada, o que nos parece mais necessário, às condições específicas do país.

I — A assistência médico-social dos servidores do Estado deve, para atingir a suas finalidades, basear-se — paralelamente à proteção social futura dos assalariados — nos textos de lei que regulam o direito a determinados benefícios, as condições de que depende o direito à assistência médica, o montante e a natureza dos benefícios, sua duração, etc.

II — Não significa isso que a legislação respectiva deva ser calcada nos moldes da legislação dos seguros sociais. Pelo contrário, tudo indica que a forma do seguro-saúde (seguro-doença) seria, pelo menos no presente, prematura, não satisfazendo às condições locais.

III — Seria razoável prever uma cooperação sistemática entre a assistência-médico-social dos servidores do Estado e o futuro seguro-saúde (seguro-doença), dos assalariados.

IV — Campo de aplicação — A Assistência Médico Social abrangeria todas as categorias de funcionários, sob condição de não serem privados do direito aos benefícios em espécie (manutenção dos vencimentos ou de forma diferente) durante a molestia. Além dos funcionários efetivos, abrangeria também os extranumerários.

V — A Assistência Médico Social concederia benefícios não só aos próprios funcionários mas ainda à sua família.

Benefícios concedidos: a) tratamento médico (sem qualquer período de estágio) no período limitado (de acordo com o limite da licença por doença); se as condições locais o permitirem, juntamente com o tratamento hospitalar e medicamentos; b) assistência obstétrica (após estágio de seis meses).

VI — Não haveria direito a benefícios dispendiosos especializados ou a certas formas de tratamento estético que não se baseiam em razões estritamente médicas.

VII — Participação modesta do funcionário, no custeio do tratamento e dos medicamentos.

VIII — Forma dominante de assistência: a) primeira visita do médico de confiança; b) intervenção médica apropriada (diagnóstico e terapêutica) — escolha limitada a médicos contratados pelo serviço social; c) ambulatórios (Centralização do aparelhamento).

IX — Bases financeiras: a) contribuição do funcionário; b) economias dos orçamentos das secções sociais; c) economias nos fundos orçamentários destinados à concessão de aposentadoria e nos seguros administrados pelo I.P.A.S.E. em virtude do funcionamento da assistência médico-social; d) contribuição do Estado.

X — Administração por uma repartição especial, central, criada dentro dos quadros do D.A.S.P., não a confiando a Institutos paraestatais a serem criados.

XI — Criação de um Conselho Fiscal, com participação de representantes — 1) do D.A.S.P.; 2) do I.P.A.S.E.; 3) do Conselho Atuarial; 4) dos representantes médicos; 5) dos funcionários públicos; 6) dos delegados do futuro organismo do seguro-saúde (seguro-doença).

Não há dúvida que a aplicação de tal plano acarretaria novas despesas públicas. De outro lado, as economias obtidas com a concessão de aposentadorias e vantagens em favor dos beneficiários, bem como por uma revisão de determinados benefícios, que então se tornaria praticável (licenças em caso de doença, etc.), compensaria, em parte, as novas despesas.

O panorama atual da proteção social dos funcionários públicos brasileiros não é uniforme. Ele é representado por uma curva que atinge, em certos setores, uma altura elevada, descendo, em outros domínios, abaixo do nível médio. Suprindo a falta existente no setor da assistência médico-social, talvez fosse possível criar as bases para uma razoável igualdade político-social, no que toca ao funcionário público brasileiro.