

TRANSCRIÇÃO

Vídeo: Relatório do Banco Mundial sobre o gasto público em Saúde 2017

<https://www.youtube.com/watch?v=9Uesi0VQNRg>

[00:00:01]

[Homem1: Professor Mário]

Para começar, vou pedir à Professora Ana Azevedo que faça uma abertura desta reunião. Tem alguns recados administrativos antes. Estamos gravando a sessão para o nosso canal no YouTube, e ela está sendo transmitida no canal do Centro de Saúde Global aqui do Instituto. Há um pedido para que as pessoas não andem muito, não se levantem, não andem muito aqui no corredor, porque a câmera está lá no fundo. Então, cada um que passa aqui na câmera, você toma isso. Eu vou passar para a professora. Além disso, há uma lista de presença circulando para comunicações posteriores. O que vamos fazer é iniciar pela apresentação do Edson, e depois vamos aos comentários iniciais dos debatedores. Não sabíamos quem vinha e quem não vinha, e depois abrimos para tocar debates mais gerais.

[00:01:20]

[Mulher 1: Professora Lunar]

Bom dia a todos. É muito bom tê-los aqui. Eu acredito que esta iniciativa partiu do Professor Mário, docente de nosso departamento de Políticas e Planejamento. Ela ocorre num momento oportuno, exatamente quando estamos enfrentando, podemos ter possibilidades de fazer críticas a isso, mas também num período em que todos, afinal, estão sofrendo. Estamos passando por uma crise, talvez a pior já enfrentada por uma universidade pública no país. Há quatro meses sem salário, enfrentamos dificuldades enormes para estabelecer canais de negociação, entrar em contato e compreender os motivos reais da crise. Acredito que este debate se encaixa e é importante neste momento. A universidade quer mostrar que está viva, contribuir para o debate público e universitário, e qualificar a discussão – este é o nosso papel aqui. Entendemos que o Estúdio de Cinema Social deve discutir as grandes questões da saúde e nos contextualizar na situação em que estamos. Portanto, é muito bem-vindo. Oferecemos total apoio ao Professor Mário e aos colegas que aceitaram participar desse debate. Gostaria de agradecer aos convidados; temos vários de fora. O Mário coordenará o debate, todos terão a oportunidade de falar. É ótimo ter aqui ex-colegas que foram até diretores do IMS, aposentados que retornam, como o Noronha e outros colegas. Manter a discussão aquecida é importante para nós. Agora, passarei a palavra para o Mário coordenar e organizar o debate. Acredito que será crucial. Aproveito também para mencionar que, como parte do calendário de mobilizações do IMS em conjunto com a UERJ, teremos outro debate amanhã sobre austeridade e saúde. Discutiremos quem são os mais vulneráveis e como as pessoas estão lidando com a situação atual. Também haverá um debate proposto pelo departamento de epidemiologia, meu departamento, sobre como medir austeridade e seus efeitos na saúde. Essa é a nossa ideia para amanhã, pela manhã.

[00:03:50]

[Homem 1: Mário]

Obrigado, Lunar. Essa atividade faz parte do programa que temos aqui de saúde global. Temos um curso regular chamado "Panorama Global" às quintas-feiras e uma série de atividades. Contamos com a ajuda de refugiados e imigrantes, inspirados por Sérgio Vieira de Mello. Essa é uma das atividades do nosso programa. Já temos uma colaboração com o Edson, a quem gostaria de apresentar. Edson Araújo, economista baiano, formado no ISC e atualmente economista sênior no Banco Mundial. Colaboramos desde seu tempo no IMS, na área de recursos humanos e análise de mercado de trabalho. Recentemente, estamos analisando a privatização do ensino médico no Brasil, utilizando uma metodologia que desenvolveu, fazendo uma análise comparativa entre Índia e Brasil. Vínhamos discutindo a possibilidade de sua visita ao Instituto quando esse relatório foi lançado, e ele veio ao Brasil, sendo responsável pelo capítulo da saúde. É natural que tenhamos essa ligação, então convidamos o Edson, que está aqui também para outras atividades com alguns consultores no Brasil. Eles discutiram em Brasília, junto ao Conasems e à comissão tripartite, e também vão a São Paulo para o mesmo propósito. Aproveitamos a oportunidade, e aqui está o Edson.

No formato inicial, pensamos em alguns debatedores, mas, como não sabemos a dimensão da participação, convidamos algumas pessoas para iniciar o debate. Primeiramente, a epidemiologista do hospital do Fundão e chefe de epidemiologia, Maristela Lobo, que fez parte da equipe que elaborou o relatório. Convidamos Ligia Giovanella, a quem agradecemos enormemente por estar aqui conosco para esse debate inicial. Félix Rigoli, atualmente no Isags, desencadeou uma discussão via e-mail e trouxemos para contribuir no debate. O professor Bruno Leonardo, da faculdade de economia da UERJ, tem sido uma pessoa acadêmica e politicamente importante no debate sobre a crise da UERJ e do Estado do Rio de Janeiro. Eduardo Levcovitz, professor do meu departamento, meu colega, foi representante no Uruguai e tem experiência nesse campo. Outro colega do departamento, Paulo Henrique Rodrigues, e Leonardo Mattos, do grupo de pesquisa liderado por Ligia Bahia, que não pôde estar presente, então o Léo vai representar o grupo.

A ideia é dedicar 40 minutos, dando a cada um dos participantes, dos debatedores, 5 a 8 minutos para discutir o assunto, com o primeiro comentário do Edson. Depois disso, abrimos para quem quiser contribuir. Edson, por favor.

[00:08:22]

[Homem 2: Edson Araújo]

Em primeiro lugar bom dia, obrigada Mário pela apresentação e começar também agradecendo ao Mário pela oportunidade de estar aqui, falar sobre trabalho, agradecer também claro, a presença de vocês. A gente tem feito esse trabalho nos últimos dois anos, desde o final de 2015 e desde dezembro de 2016, a gente tem tido algumas oportunidades de apresentar e discutir e debater o que esse relatório é, por exemplo, fizemos 23 apresentações entre Brasília, Natal, aqui no Rio, em São Paulo com o Desílio, por exemplo, onde a gente fez apresentações, várias discussões, teve duas apresentações

na CIT, a Comissão Intergestores Tripartite, teve um em maio, ficou até um pouco de mal entendido, porque a gente fez só 15 minutos de apresentação, as pessoas não conseguiram entender todo o escopo do trabalho, teve um solicitação do Conasems, do Conass, pelo Ministério da Saúde para voltar, então terça-feira passada, quarta-feira passada fomos lá novamente, a gente ficou de duas às quatro da tarde discutindo esse trabalho, acho que foi a oportunidade de esclarecer vários pontos que o trabalho tem que não foi entendido, porque não teve tempo também.

Por exemplo, o relatório não foi nem publicado, a gente publicou o sumário do relatório, que todo mundo já viu, tem se falado muito ultimamente e é um sumário de todos os setores, ou seja, o capítulo específico da saúde, todo o escopo do trabalho não foi publicado e essa oportunidade de discutir é importante para a gente também de adaptar e fazer a formatação da narrativa do relatório, por exemplo, a reunião na semana passada com a CITI, tivemos a oportunidade de discutir com vários secretários de saúde, estaduais e municipais, secretários do Rio de Janeiro estavam lá etc. Foi bom pra gente também entender a perspectiva dos gestores, tenho certeza que o que está aqui vai contribuir no debate, antes não quero de maneira nenhuma ter uma mensagem negativa, eu acho que sobre essas mensagens negativas um bom exemplo, foi o exemplo da educação, eu não participo da educação, sou da área de saúde quando já tinha um time discutindo todo o trabalho, mas na área na educação ninguém falou sobre a privatizar universidade pública, ninguém.

Eu não estou falando pelos meus colegas da educação, mas tenham certeza que não falaram, portanto, que depois tivemos que ir na mídia de novo falar disso, mas enfim, eu não quero entrar na educação eu posso debater a saúde, tenho certeza que na apresentação a gente vai conseguir debater isso e eu não quero entrar em outros setores. Mas acho que o exemplo do nosso lado, que a mensagem não foi a mensagem que gostaríamos de passar, então ao meu exemplo disso aqui hoje, não só hoje, como nas duas apresentações que a gente vai fazer em São Paulo como teve semana passada na CIT, a ideia é justamente que a mensagem seja passada corretamente e pra mim assim eu acho que é claro, são pontos de vista diferentes, a gente não precisa concordar em tudo, é preciso concordar no essencial, eu acho que é essencial que todos concordamos que é necessário fortalecer o sistema de saúde brasileiro, aumentar a qualidade e a oferta do serviço e uma das coisas que eu falei na CIT semana passada.

Existe uma preocupação muito grande sobre a mensagem, tem uma mensagem negativa. Uma das coisas que eu falei semana passada é que o sistema de saúde brasileiro, o Banco Mundial tem sido usado como exemplo de outros países. Um dos meus colegas que viria aqui, o Mário conheceu, ele está no Paraná hoje com a delegação da China que queriam aprender o sistema de saúde brasileiro, como delegação da Índia. A gente tem um acordo de cooperação entre o Brasil e os países lusófonos da África, justamente para se aprender tecnologia de saúde da família do Brasil, um exemplo, assim, resumindo o que eu estou falando, inicialmente eu acho que a ideia de fazer vários debates públicos, é desmistificar as mensagens do relatório, eu estou falando da saúde não estou falando de outros

setores, mas desmistificar e deixar claro quais são as mensagens do relatório, não tem que concordar em tudo, são pontos de vista diferentes em muitas vezes, mas justamente o esforço de vir aqui, eu acho que aqui é um ambiente privilegiado por ser um ambiente acadêmico, as pessoas aqui pelo meu passado são coletivas, então a ideia principal é desmistificar a primeira coisa .

E a segunda é ter o retorno do debate com vocês e mais com outras pessoas que estão fazendo a gente ajustar o relatório antes da publicação, antes de publicar até o final do mês, então esse debate é importante para gente também entender a narrativa, entender as nuances dos números que fizemos. Então, voltando a apresentação em si, rapidamente, não é do relatório em si, eu queria falar um pouco sobre o Banco mundial de saúde porque uma das coisas que neste contexto desse trabalho, realmente foi uma atualização do governo brasileiro em 2015, mas é um tipo de coisa que o Banco Mundial já faz em vários países, chama de revisão das contas públicas, se tem instituição que tem especialistas em vários setores da educação, saúde, transporte, infraestrutura, saneamento e etc.

Então geralmente já faz isso, então agora neste momento estou envolvido em mais dois, um em Guiné Bissau e Cabo verde, fazendo o mesmo tipo de análise, olhando as contas públicas, os resultados das contas públicas, da prestação do serviço, da igualdade da prestação de serviço e sobre isso vale a pena voltar, uma coisa essencial que eu achei interessante sobre o relatório, fala-se muito na questão da eficiência, mas se fala muito da relação na questão da equidade dos gastos com saúde, isso não foi pelo menos dos comentários que vi até agora, não houve muita atenção a este aspecto, está falando da eficiência, mas está falando também da equidade e necessariamente o resultado de equidade são muito positivos em relação ao sistema de saúde brasileiro, a gente mostra que o sistema de saúde brasileiro é exemplo, o financiamento é progressivo, beneficia os mais pobres e muito mais por exemplo, na atenção primária, na questão de alta complexidade, tenho resultados aqui.

Voltando, tem alguns aspectos do relatório que não foi entendido inteiramente. Basicamente, o que eu vou falar é que a saúde entra no contexto dos objetivos do Banco Mundial, não só os objetivos do sustentáveis, mas por exemplo aqueles três aspectos que são aqueles três aspectos dos objetivos maiores do Banco Mundial, que é reduzir a pobreza e aumentar a prosperidade compartilhada. E nesse sentido em relação à saúde, têm carta de intenções, mas um acordo com o Banco Mundial, a IMS, outras entidades multilaterais que têm esses três aspectos principais em relação à cobertura universal, proteção financeira, cobertura de serviços e sociedades saudáveis, a sociedade saudável envolve principalmente a questão multissetorial, no Brasil o banco tem vários projetos que não é de saúde especificamente, mas que tenta fácil com a saúde.

Na Bahia, tem um sobre saneamento, se alguém conhece a Bahia, a Bahia Azul teve um papel famoso, do Maurício Barreto, que o saneamento diminui em 20% a mortalidade infantil, o projeto Bahia azul quem fez em termos de saneamento foi o financiamento do

Banco Mundial e tinha esse aspecto da saúde, apesar de o projeto não é citado especificamente da saúde. Uma das coisas que a gente tem feito com a IMS é essa medição da cobertura universal, basicamente tem os indicadores nessas três dimensões para financiar a cobertura de serviço e resultado de saúde, e tem um acordo, o Banco vai fazer um relatório anual sobre como os países estão em termos de alcançar esses objetivos, eu só mostrei isso aqui porque falando nisso é que quando você compara os países nesses indicadores no Brasil, sempre tem uma performance e o desempenho além da média, principalmente a média dos países em desenvolvimento, países de renda média a alta. Então nesse sentido, vou reforçar o que estava falando antes, o sistema de saúde brasileiro tem sido um exemplo de alcançar bons resultados, a gente pode discutir detalhes sobre isso, se alguém quiser no final.

A última coisa sobre essa mais geral é que acho que a eficiência não está só, sabemos aqui, sabemos até mais na academia não é só a questão do brasileiro, é uma questão mundial para global, todos os países enfrentam isso e como falei na semana passada, não é questão nem de reduzir gastos ou de gastar menos com saúde mas em algum momento a gente tem que diminuir a curva de custos da saúde, tem que diminuir a curva de crescimento de custo. É claro que o exemplo pior que temos mas o sistema dos Estados Unidos, que é um sistema mais privado e aí também pode discutir a relação público privado até no Brasil, como é que isso afeta a eficiência do sistema público, mas acho que a discussão sobre a eficiência e saúde não é essa discussão para reduzir gastos, mas a redução de fazer sustentável, tendo em vista que em qualquer lugar do mundo os gastos com saúde cresce mais, por exemplo, do que o crescimento do PIB per capita e nesse sentido assim, se você olha pra frente é feito um estudo sobre o envelhecimento populacional no Brasil e do mundo, a estimativa de gasto vai aumentar muito mais nos próximos anos, o envelhecimento, doenças crônicas e coisas que todos nós sabemos na área da saúde.

Nesse sentido, a gente tem um fórum anual de financiamento da saúde que é o Banco Mundial, a OMS e outros parceiros e este ano foi em abril, em Washington, a discussão foi sobre eficiência, ou seja, não só do Brasil, discussão de vários países. E sobre o relatório, é como eu falei saiu o sumário semana passada, duas semanas atrás, e que tem tido muito debate sobre isso. Eu só queria mostrar aqui o contexto disso, o primeiro contexto que eu já falei isso que saiu foi só o sumário do relatório, agora estamos finalizando, espera até o final do mês um relatório da saúde pronto, está disponível online, a gente vai fazer um evento em Brasília provavelmente com o IPEA e eu espero que com o Ministério da Saúde, para divulgar o relatório final. E eu espero também que os debates que estamos fazendo como hoje aqui, a gente possa ter mais insumos e mais perspectivas para finalizar o relatório.

Uma discussão que a gente tem tido muito é que tinha os números, nós temos análise, tem os números, mas de ter tido um cuidado muito grande de entender esses números, a entender a perspectiva, contextualizar esses números para ter uma mensagem mais forte, uma mensagem que realmente possa ser influenciador de mudança. E uma coisa que foi

falado no IPEA semana passada, uma pessoa do IPEA falou, só o fato de estarmos na CIT discutindo eficiência e equidade já é um avanço no debate público. E aí eu parableno o Mário de novo a trazer esse debate aqui, estarmos aqui discutindo isso já é um avanço e eu espero que o próximo passo seja concordar com a mensagem. Enfim, as principais mensagens, mais precisamente sobre o trabalho, o total de gastos com saúde no PIB, do Brasil em relação ao PIB, como todos sabemos é semelhante aos países da OECD, o Brasil gasta relativamente alto com saúde, claro não gasta tanto quanto o sistema dos Estados Unidos, Suíça que são mais privados, mas gastam tanto quanto à média dos países da OECD, porém como todos sabemos, o gasto público é relativamente baixo em relação aos países da OECD.

A gente vê duas coisas, comparou o Brasil com países da OECD, pares econômicos, ou seja, países que têm o mesmo PIB per capita, mesmo diferencial de renda, pares regionais, ou seja, a América Latina e os BRICS, na comparação que usualmente é feita, vou chegar nisso mais a frente. Mas enfim, principais mensagens, o gasto é tão alto em relação ao gasto total, porém o gasto público é baixo, relativamente baixo, houve um crescimento alto das despesas públicas em 2004 e 2014 e o principal influenciador do aumento dos gastos nesse período foi gasto com pessoal, tem uns gráficos mais à frente. Além disso, os gastos tributários que é um estudo lá no IPEA 4.05% do PIB, o que dá mais ou menos 30% dos gastos federais com saúde, são os gastos tributários que o setor público faz através do setor privado.

Embora o sistema de saúde tenha melhorado, a gente tem um relatório SUS 25 anos que já mostra os avanços do sistema de saúde, o impacto do sistema de saúde na maioria dos indicadores de saúde. Se eu falar isso aqui, mas também em relação à sua proteção social, operação financeira. No Brasil, na década de 80, 90 e 2000, diminui o número de famílias com gastos catastróficos de saúde, as pessoas estão gastando menos com saúde do próprio bolso, o que garante proteção financeira em saúde. São um dos três pilares que eu falei no início que o Banco Mundial trabalha na área de saúde. Análise entre países mostra que o Brasil poderia aumentar os gastos, aumentar os resultados em 10% ou produzir a mesma quantidade de resultados com 34% menos de recursos, eu tenho um porém nessa parte que acho que é claro que é, aqui a gente não está falando de setor público só, o setor como um todo e o problema é que nesse caso a influência do setor privado, como o gasto maior é privado então a gente sabe que muitos da ineficiência vem do setor privado.

Até uma das coisas que eu desmistifiquei semana passada na CIT, você imaginar que o Brasil gasta 4.5% do PIB e a população SUS dependências, vocês sabem mais do que eu acho que 175 milhões, mas potencialmente 200 milhões alguma coisa, então se assim você pensar que 175 milhões SUS dependente gasta 4% do PIB, a saúde é muito eficiente, pelo o que gasta e pelo o que atende. É claro que a questão da eficiência tem outros aspectos que a gente tem que discutir e eu espero que a gente traga esses dados aqui, mas eu acho que tem esse, porém quando se fala de comparação entre países, realmente é um gasto total, não é o gasto público. Então a outra coisa que a gente fez foi analisar a

eficiência entre os Municípios, ou seja, fazer um benchmark, fazer um ranking dentro do país e comparar os Municípios, mais frente eu explico porquê, mas como resultado o que a gente encontrou foi 37% de eficiência na atenção primária e onde a ineficiência é muito alta é na intenção de média e alta complexidade, a gente tem 71% de ineficiência.

A gente pode discutir um pouco mais esses resultados e acho que uma das coisas que a gente está falando muito, mas acho que é uma coisa quase um senso comum aqui são os motivos dessa ineficiência, numa escala seja em termos de os Municípios são muito pequenos para prover serviços de saúde, ou seja, porque tem muito hospital pequeno. A gente está falando agora do estudo de Noronha em 2003 mostrando a escala e o volume, mortalidade na escala e qualidade nas cirurgias cardiovasculares, não existe evidência no Brasil tentando refazer e ampliar esse tipo de estudo para mostrar que realmente existe, a questão de escala, você não consegue produzir eficiente numa escala tão pequena, hospital de 50 leitos, de 25 leitos, a gente vai chegar nisso, temos dados sobre isso. A escala, escassez de mão de obra, mais médicos, a falta de incentivos para prestadores pacientes, a aquisição inadequada e uso de drogas, acho que isso é uma coisa que qualquer sistema de saúde enfrenta. E a parte do terceiro ponto que é a parte da análise da equidade dos gastos, o que a gente observa, como falei no início, os gastos com saúde no Brasil são progressivos, ou seja, beneficia os mais pobres e principalmente quando você vê aqui, 90% da atenção de média e alta complexidade, 60% na tensão de primária.

Então, eu comecei assim na CIT para mostrar uma coisa assim que muitos dos problemas que a gente observa, mas também não é só da análise, mas também observa literatura, é que existem questões mais estruturais na ineficiência, não é só questão de gestão, gestão claramente deve ter algum aspecto, mas o que a gente observa é que existe realmente questões estruturais que vai desde os arranjos institucionais, da fragmentação geográfica, a integração do serviço, existe um projeto que talvez vocês conheçam, o QualiSUS que tentou na década de 2005 até 2013 de saúde, justamente para tentar fazer reduzir a fragmentação geográfica, a questão da organização da prestação de serviço, subscrição de tarefas e que no Brasil o ato médico é uma coisa muito difícil de se contrapor, a gente sempre fala em sistemas universais de saúde do Reino Unido, Canadá sabem isso, quem faz a prestação do primeiro contato não é nem o médico, é a enfermeira, o sistema de saúde no NHS, até a enfermeira é primeiro ponto de contato, até nos Estados Unidos agora, a questão dos custos como é muito mais caro, mais e mais vezes eles usam profissional de nível médio.

Enfim, e aqui no Brasil, não só no Brasil, mas em vários países é uma dificuldade, a escala já falei, contrato e forma de pagamento, ausência de incentivos no meio público e privado, uma das coisas que acho que o Mario falou já no início, é como o setor privado influencia a eficiência do setor público, mas quem sabe claro que se você tem um setor privado mais forte, vai ter mais competições profissionais, vai ter mais incorporação em tecnologia, então existe relação também de ter o setor privado maior e a influência disso nos preços, no nível de preço do setor público, isso é uma coisa a ser explorada. E a questão de insumos, de recursos humanos, mais médicos estão aí para mostrar a

necessidade, é uma necessidade. Sempre falo nas reuniões em banco e nos países de que o Brasil fez um choque de oferta, todos os países têm dificuldade de aumentar a oferta de médicos e profissionais de saúde em geral, de forma sustentável, está aí o setor privado em vários países crescendo, e nem sempre com qualidade no controle, qualidade sempre difícil.

O que o Brasil fez mais ou menos basicamente foi um choque de ofertas, o país consegue aumentar 11 mil e mais de 11 mil, 15 mil profissionais de saúde menos de um ano, uma coisa única e uma das coisas que eu gostava com Mário de trabalhar é essa questão de como é que isso impacta a massa salarial do setor de saúde, mas uma coisa para futura análise, incorporação de tecnologia, judicialização, a ineficiência no uso de drogas. Eu falei isso porque lá na CIT, na primeira vez que eu fui, como a análise era municipal, a unidade de análise é o Município, teve muita reação, a gente queria explicar que a relação não era do Município, é claro, não estou dizendo que não tem alguns Municípios que não têm um problema de gestão, claramente deve ter, mas a maioria das ineficiências que a gente observa são fatores estruturais, que não depende de um Município em si, depende de como o sistema é organizado, seria bom ter um debate sobre isso.

Esse é o que o relatório tem, a gente fez primeiro comparações internacionais, acompanhando gastos, resultados, alguns a gente fez análise fronteira, outros a gente fez comparações para ter um benchmark, depois de observar a análise do orçamento público. Quanto gasta? Qual é a tendência nos últimos anos com a diferenciação de Estados, municípios etc.? E quais são os maiores impulsionadores do aumento do gasto nesse período? A gente usou 2004 e 2014, a gente depois fez análise da eficiência entre países, absorveu dentro dos países, usando Município como unidade de análise, depois a distribuição dos gastos que é basicamente a análise de equidade no financiamento e no uso e esses dois pontos finais, assim, esse trabalho, essa primeira parte a gente começou a fazer em 2015 e acabamos em 2016, infelizmente esse debate que estamos fazendo agora era para ter sido feita há seis meses atrás, devido a mudança de governo, todas as questões que ocorreram a gente não teve...governo federal além da fazenda, o Ministério da Saúde, então teve algumas mudanças no Ministério da Saúde e a gente teve que esperar até as coisas ficarem mais claras.

E aí realmente dar prosseguimento ao trabalho, ao diálogo, então assim, na verdade a gente está atrasado um pouco nisso, porque já estamos fazendo a segunda etapa que eu vou falar rapidamente, mas envolve algumas coisas que a gente observou na primeira etapa, força trabalho, por exemplo, mercado trabalho em saúde, que a gente está explorando mais em detalhes agora. Como eu falei no início, o Brasil gasta relativamente alto com saúde, botei 8.5, mas tem sempre uma discordância de dados, a OECD tem lá no site 9.5, eu sei que o Ministério da Saúde com o IBGE fala que é 8%, se você fala 8% que o IBGE fala você bota ponto 5 de gastos tributários, mais ou menos 8.5% do PIB, mas enfim acho que a comparação aqui que se fosse os outros pares, o Brasil está bem acima, mas está abaixo um pouco da OECD, porém você vê a composição dos gastos, a composição totalmente diferente, e por exemplo só que na parte de seguro privado, você vê que o

Brasil é o que mais tem comparado com os pares e com a OECD, mas isso quase todo mundo sabe aqui que é uma das coisas que mais tem sido debatida no sistema de saúde brasileiro nos últimos anos, porém, eu sei que eu não sou um economista, mas tenho percepção sobre diferentes aspectos do problema.

E uma das coisas que a gente ouve muito, é que o gasto público é baixo em comparação com os outros países, por isso você paga com déficit fiscal e atualmente o gasto é alto, quando você paga com déficit. Eu sei que tem discussões sobre o que influencia o déficit, se é juros, se é a previdência, mas não vou entrar nesse assunto, eu sou da saúde, mas realmente acho que a gente tem que pensar que também para o papel como economista, é que no cenário desses pra quem está tomando decisões de onde investir, é um desafio, é um desafio. Botar em saúde, educação, botar em infraestrutura, a gente fala até dentro do Banco Mundial a gente está despedindo em vários setores, como saúde, educação, setor privado. Até internamente a alocação dos recursos é um roubo, a questão levanta aonde que você vai investir que vai ter um maior resultado social, a gente tem os estudos na saúde, no banco, mostrando o multiplicador do gasto com a saúde, a gente fez um estudo por exemplo sobre a força de trabalho em saúde, o impacto da força de trabalho em saúde, do crescimento econômico e uma coisa que a gente achou é que tendo mais força de trabalho em saúde contribuem mais para o aumento do PIB per capita do que o setor financeiro desenvolvido, a gente fez pela metodologia que um professor da Universidade de Genebra tinha usado para ver o desenvolvimento financeiro, os países que têm mercado financeiro mais estável, mais desenvolvido, tem esse impacto no crescimento econômico.

A gente fez a mesma análise com força de trabalho que é claro uma prótese de saúde, de investir em saúde e a gente observou que o efeito disso é maior do que o desenvolvimento do sistema financeiro. Isso foi um dos *papers* que foi utilizado pela comissão da ONU, sobre emprego e saúde, crescimento econômico, mas o ponto aqui que eu acho que tem que ser pensado, exatamente essa priorização, se tem um ambiente de alto déficit fiscal e no ambiente de gasto público com saúde realmente é relativamente baixo. Acho que tem uns economistas aqui, seria bom falar sobre isso depois, então aqui também fala a repetição, oferta de médicos baixa, de profissionais de médico. Agora de outro lado, observa que tem realmente o diferencial de renda e aqui a gente está comparando os profissionais de saúde, alguns, mas da família etc. Comparando com o primeiro, comparando com os 10% mais ricos da população, ou seja, não há comparação entre países, é uma comparação da renda média dos profissionais comparado aos 10% mais ricos.

Entre os 10% mais ricos, por exemplo, em média um médico da família ganha 4.5 vezes mais do que a média dos 10% mais rico da distribuição de renda no Brasil, e quando se compara a isso entre outros países, Turquia, Reino Unido, Canadá e China, você vê que o Brasil, relativamente, está muito mais alto a massa salarial, uma das coisas que estamos fazendo agora é justamente identificando no mercado de trabalho, acho que o Brasil é um dos poucos países têm tantos dados, tem a RAIS, tem o CAGED, a Pesquisa Mensal de

Emprego, você tem dados muito bons para fazer análise do mercado de trabalho, ou seja, uma das coisas que a gente quer ver agora, por exemplo, é se existe um diferencial que a gente chama de economia de prêmio de renda, se o sujeito quer trabalhar no setor público e no setor privado, se o sujeito quer trabalhar na zona rural, ele vai ter que compensar aquela renda que ele ganha no setor público, mas também aquela a renda que ele ganha no setor privado, então assim, isso influencia a retenção e atração de profissionais na zona rural, por exemplo.

Mas enfim, voltando aqui, é que realmente existe um diferencial de renda, a gente estava no Distrito Federal há um mês atrás e falou que médico da família, vocês sabem aqui no Rio, pega 40 mil reais por mês e não conseguem contratar. A questão aqui é exatamente isso, a massa salarial comparada com outros profissionais, com o mesmo nível de qualificação, com o mesmo número de anos de estudo, têm ou não esse diferencial de renda. Enfim, a gente pode voltar isso depois, agora do outro lado, a gente vê que a produtividade da força de trabalho, isso aqui é um número aproximado, a OECD, é mais baixa, eu entendo que tem uma discussão do Conselho Federal de Medicina com o Ministro da Saúde, falando que o estudo do Banco Mundial não controlou por fatores, realmente não controlou, isso aqui é dados da OECD, uma aproximação apenas, o que a gente controlou são os dados comparados dentro do país, que eu vou mostrar daqui a pouco, mas com dados da OECD, que a gente vê que o Brasil realmente se você tiver consultas médicas por profissional de saúde, realmente está na parte baixa da distribuição.

Análise do orçamento, eu vou passar mais rápido sobre isso que acho que todo mundo sabe, o gasto público no Brasil cresceu nos últimos anos, principalmente o gasto das redes municipais, e é claro deve ter impacto da Emenda 29, a outra coisa que sumiu eu não sei se foi no Powerpoint, mas é a atenção de média e alta, atenção primária e aqui as outras subfunções, basicamente 301 e 302, todas as outras subfunções, aqui era 45% mais ou menos e aqui era 22 quase 23%, ou seja, é a distribuição entre a atenção primária e a atenção média e alta, a gente fez alguns gastos para ver qual a evolução e locação e observa realmente que nos últimos anos houve um crescimento de gastos, com atenção primária no governo federal, mas os Municípios e Estados ainda gastam mais em atenção de média e alta complexidade, então aqui tem mais ou menos 67% do gasto total, esses dois aqui foi o que a gente utilizou para fazer a análise de eficiência dentro do país, o que significa que a gente não tocou nesse 33%, o que basicamente está dizendo que a gente provavelmente subestimou o número da ineficiência.

Sobre o aumento dos gastos, o crescimento foi de pontos percentuais do PIB entre 2004 e 2014 e o principal item de gasto, o que o aumento de gastos foi pessoal, pessoal foi o que teve maior índice, isso já controlado pelos economistas por índices de preço, o gasto com pessoal foi o que mais impulsionou o aumento de gastos com saúde nesse período. Também aqui um estudo do IPEA sobre os gastos tributários, houve aumento dos gastos tributários entre 2003 e 2013 e um dos principais aumentos foi a dedução do imposto de renda de seguros privados, e como eu falei antes os 30% do gasto federal total é gasto

tributário, e a maioria vai para imposto de renda e hospitais filantrópicos. O que a gente fez em termos de trazer uma nova informação sobre isso, a gente fez análise de distribuição desses gastos, ou seja, quem se beneficia com esses gastos tributários, a única coisa que a gente não pôde fazer foi do gasto tributário total, a gente observou o imposto de renda.

[00:39:00]

SOM INAUDÍVEL até [01:12:21]

[01:12:21]

[Mulher 2: Estela]

Como foi falado há dois anos e de lá para cá, naquela época era o governo Dilma, o Chioro no Ministério da Saúde e, de lá pra cá, houve uma série de modificações no cenário político, econômico e social.

SOM INAUDÍVEL

[01:12:54]

...Troianos que estejam presentes aqui, talvez exista um estigma de Banco Mundial onde isso e aquilo e eu acho que a grande mensagem é de fortalecimento do SUS, dos princípios do SUS que estão sendo de certa forma vilipendiados por aí. Enfim, da minha parte enquanto consultora eu acho que o que mais posso ajudar é a questão de análise envoltória de dados, não sei o quanto isso é de interesse dos senhores, mas a gente ouviu algumas...nenhum, né? Não precisa levantar assim não...ah tá bom! Mas enfim, o que eu queria dizer em relação a isso, é porque mal ou bem, houve uma série de críticas em relação à metodologia ou então a cientificidade do método etc. e tal. Ok, desculpe.

O que eu queria colocar é que normalmente esse é o método que tem sido usado de uma maneira muito receita de bolo e prescritiva, não é essa lógica que a gente está procurando desenvolver neste relatório, então quando a gente quer falar, desenvolver a análise envoltória de dados, foi colocado então que nós estamos fazendo uma comparação de dados concretos de unidades semelhantes que usam os mesmos recursos de chegar aos mesmos outputs e mais eficiente vai ser quem produzir mais usando menos recursos que não precisam ser necessariamente financeiros e econômicos, etc. A questão é que nós precisamos nos preocupar com duas questões fundamentais, uma com a formalização matemática do método, a gente às vezes esquece que existem dois modelos fundamentais, um deles que se refere à projeção na fronteira que é o que a gente discutiu no modelo do envelope e o outro, nós precisamos saber os pesos que estão sendo dados a cada uma das variáveis, ou seja, no momento que a gente chega a um score de eficiência, a unidade que está sendo avaliada, ela tá dando peso a cada uma das variáveis de modo a ter o melhor resultado possível.

A partir dessa análise, é que a gente vai poder compreender, digamos o contexto, como é que está funcionando, qual é o papel dessas variáveis, enfim, no resultado final

encontrado. Mas o mais importante de tudo é que, eu não posso chegar e dizer olha, eu vou usar variável A, B, C para definir a eficiência 1, 2, 3, eu preciso saber qual é o contexto que eu estou avaliando. Então se o Edson, o Banco Mundial chega e fala eu quero saber se existe ineficiência no gasto em saúde no Brasil, então eu vou precisar avaliar a fundo qual é o mecanismo de financiamento, qual é o fluxo como esse recurso é executado, como a provisão de serviços é desenvolvido e quais são os principais indicadores para que eu possa realmente refletir aquela realidade.

Então, a questão do contexto é fundamental para o desenvolvimento dos modelos, em termos de resultados que a gente chegou, eu só queria listar alguns que nós acreditamos que são importantes para o desenvolvimento dessa agenda positiva para o SUS, o primeiro deles é o subfinanciamento público e a ineficiência que coexistem no Brasil, mas uma coisa não impede a outra, são duas questões que a gente tem que trabalhar com estratégias semelhantes e sistêmicas, uma coisa que o Edson não chegou a colocar é que na comparação dos países, na comparação internacional dos países em que havia o gasto público e o privado, a gente também chegou a encontrar uma correlação negativa entre gasto privado e eficiência em saúde quando comparado os países da América latina e do Caribe, acho que isso é um aspecto que a gente precisa se desenvolver mais daqui para adiante.

Outra coisa, isso é uma correlação de -60, -0.6. O Brasil ao longo do tempo melhorou sua eficiência na comparação com os outros países, mas foi mais por eficiência técnica do que por inovação tecnológica e parte dessa inovação tecnológica pode estar associada à necessidade de maior financiamento, então isso é outra questão que precisa ser avaliada, a questão de escala já foi expressivamente colocada, a questão da eficiência nesse relatório que saiu foi apontada a questão da OS, mas isso não foi tratado no relatório e nenhum dos nossos estudos até agora foi trabalhada a questão de OS, o que a gente está colocando, o que a gente pode colocar é que existem experiências positivas que aí o Edson colocou, de contratualização com o mecanismo de aumento da eficiência e isso a gente tem experiência tanto com a política dos hospitais de ensino e não sei dizer com os filantrópicos, porque as primeiras avaliações que a gente está fazendo de eficiência dos hospitais está mostrando menor eficiência dos hospitais filantrópicos, questão de RH já foi colocada.

Questão de integração e coordenação por meio de redes, um aspecto interessante em termos de modelo que foi mostrado, é que nós fizemos dois modelos separados, o de atenção primária e o de média e alta complexidade, nós chegamos a rodar um outro modelo que unificava os dois modelos, fazendo o fluxo do paciente, tentando colocar a lógica da integralidade no sentido de quando o paciente precisasse de um atendimento de maior complexidade, que ele fosse absorvido, enfim, e quando a gente rodou esse mesmo modelo, a economia foi de 8 bi.

Então isso aí é um achado absolutamente consistente e favorável ao desenvolvimento das redes de saúde, esse é outro canal que a gente tem que desenvolver e agora só

para terminar, eu fiquei impressionada que nem a mídia, nem o governo, nem assim, nem as críticas que saiu no relatório, ninguém está tocando na questão de que pra saúde a principal recomendação do relatório é a questão do subsídio do imposto de renda e ninguém está tocando nisso, então ninguém está interessado nisso, isso o que eu queria colocar no debate, eu vou ficar por aqui.

[01:20:55]

[Homem 1: Professor Mário]

Obrigado, Estela! Ligia! Enfim, eu não vou agradecer a cada um de novo, mas eu acho que a contribuição de cada um aqui vai ser muito importante não só para essa conversa aqui, mas para o desdobramento dessa discussão.

[01:21:15]

[Mulher 3: Ligia]

Obrigada, Mário, pelo convite, é muito prazeroso conhecer vocês. Eu tenho certeza da qualidade da estatística das análises realizadas, contudo eu vou fazer comentários ao capítulo da saúde que integra em relatório do banco mundial e a primeira coisa que nós temos que falar e deixar claro é, que é um documento de cerne político, em defesa de intervenção governamental no campo social, focalizada e mínima, para iniciar é necessário esclarecer que embora o documento seja difundido em técnico-científico, o cunho do relatório é em seu cerne político, como disse José Celso Cardoso, o relatório busca transformar ideologias em verdades científicas. Alinha-se a uma visão liberal, a uma modalidade de intervenção governamental no campo social, focalizada, centrada na assistência social residual, o Estado somente deve intervir e assumir responsabilidade social quando o indivíduo, sua família ou redes comunitárias não conseguem garantir a satisfação de necessidades mínimas no mercado e uma concepção de cidadania invertida em que o indivíduo entra em relação com o Estado no momento em que se reconhece como não cidadão.

Se defende uma visão de mundo que o Estado somente deve garantir necessidades básicas para aqueles grupos que não foram aptos, que fracassaram em garantir suas necessidades do mercado, prestando assistência intermitente aos comprovadamente muito pobres e garantindo uma cesta restrita de benefício de natureza emergencial e forçando a participação no mercado de trabalho. O capítulo da saúde é indissociável desse relatório do contexto atual em que vivemos em nosso país, então em primeiro lugar é necessário denunciar a falácia da principal mensagem do relatório, o governo brasileiro gasta mais do que pode e além disso gasta mal, essa é a primeira frase do relatório e essa é a grande frase difundida na empresa, da afirmativa gasta mais do que pode, está implícito que gasta demais, a receita principal então é cortar gastos públicos, assim. Em segundo lugar é necessário ter claro que o objetivo do relatório é recomendar cortes de gastos públicos, especialmente os gastos sociais, as chamadas despesas primárias, pouco abordando o problema dos elevados juros e gastos financeiros, nada se recomendando de redução dessas elevadas despesas financeiras que consomem pelo menos um terço das receitas da união.

Quais as consequências desta mensagem para o SUS? O governo brasileiro gasta muito em saúde? Não, o próprio documento nos apresenta e Edson apresentou aqui dados de comparação internacional que nos permitem responder ao relatório, não, os gastos públicos com saúde no Brasil como proporção do PIB corresponde a 4 ou menos de 4, agora que mostra como se fossem 6% dos gastos totais, então significaria só 3%, então sendo a metade ou 55% deles públicos, nos países da OECD, em média os gastos públicos em saúde correspondem a cerca de 7% do PIB, no Reino Unido os gastos públicos com saúde corresponde a 7,8 % do PIB, na Alemanha 8,4 % do PIB, na Espanha 6,6% do PIB, ou seja, o governo brasileiro gasta cerca da metade do que a nossa riqueza nacional nos permitiria gastar em saúde, o SUS é cronicamente subfinanciado, os gastos públicos per capita no Brasil são estimado em cerca de 500 dólares na OECD, bastante baixos em comparação com os países da OECD, como por exemplo, corresponde a 32% dos gastos públicos per capita de Portugal de 1700, ou 26% dos gastos públicos da Espanha de 2 mil, ou 13% da Alemanha de 4 mil.

Ou seja, os gastos públicos em saúde no Brasil são baixos e o SUS já é cronicamente subfinanciado e a redução dos gastos que serão impostas pela a EC 95, a grande medida de ajuste fiscal defendida neste relatório do ajuste fiscal justo, significará o desmantelamento definitivo do SUS, essa é a verdade, embora o documento mostre dados da comparação internacional que aponta em que a proporção, como você mesmo mencionou muito claramente aqui, gasto público em saúde no Brasil é baixo, não é isso que o documento frisa, ainda que o foco do relatório seja em gastos governamentais.

O documento frisa que os gastos totais em saúde no Brasil são elevados e no nível dos países da OECD e mais elevados que os nossos parceiros, e então pergunto, há espaço para cortar gastos em saúde? Não, há sim espaços para aumentar, dobrar os gastos públicos em saúde. Na parte referente à saúde, o foco do relatório está na eficiência produtiva do sistema de saúde brasileiro como um todo, fazendo-se inúmeros cálculos, relacionando recursos, produtos para encontrar supostas ineficiências, esse é o foco do relatório, buscar todos os tipos de cálculos possíveis e encontrar ineficiências.

O relatório ter mostrado previamente pretendida ineficiências, não se baseia muito em artigos publicados em revistas, o que seria aval para a qualidade das análises, das evidências aqui mostradas e ainda assim, eu tomo por ainda que pudesse ser questionado as metodologias, ou fontes, ou variáveis selecionadas ou algumas informações. Eu dou por razoáveis as metodologias empregadas, porque esse relatório para além dos detalhes técnicos em seu cerne político, sinto a sua mensagem no desperdício e na eficiência do Estado brasileiro, defende menos Estado e mais mercado nos setores sociais. Alguns das assertivas, das principais mensagens veiculadas, assertivo número 156, foram identificadas ineficiências significativas nas despesas de saúde no Brasil, em comparação ao desempenho de outros países, comparando gastos públicos, gastos totais públicos e privados em países não identificados.

E conclui que o Brasil poderia ter prestado o mesmo nível de serviço usando 34% menos dos recursos, mensagem implícita, poderia cortar 34 % dos gastos em saúde e prestar a mesma quantidade serviço, todavia, não é feita uma análise comparativa e dos gastos governamentais quanto a eficiência dos gastos públicos, aqui se analisam os gastos totais e como você mesmo mencionou, a performance do sistema brasileiro é altamente influenciada pela elevada participação dos gastos privados no total de gastos em saúde do Brasil. O que é reconhecido nesse relatório síntese apenas em uma nota de rodapé, são influenciados pelos prestadores de saúde privados que asseguram as quantias com pequena parcela da população.

E são poucos, nas análises são considerados determinantes sociais que certamente impactam nos resultados de saúde da população, ademais, cada vez mais classificações e ranqueamentos de desempenho dos sistemas de saúde do país, são vistos cada vez mais com ceticismo, pois diferentes resultados vão ser encontrados dependendo de quais são os objetivos e qual é a prioridade conferida e a pontuação conferida aos objetivos da equidade, da contenção dos gastos, da eficiência ou da responsabilidade e aqui, a principal prioridade certamente é conferida a eficiência e aos cortes de gastos, assertiva grandes ineficiências também podem ser identificadas internamente no Brasil se compararmos os gastos e o desempenho de vários municípios. Nesse item, o relatório conclui como você bem aqui apresentou que na atenção primária poderia cortar os gastos em 23 %, mantendo os mesmos níveis de resultados e poderia se cortar em 34% nos serviços hospitalares, gerando uma economia total para o sistema de 22 bilhões de reais.

Embora o relatório informe que no cálculo da eficiência municipal tenha considerado a heterogeneidade sócio demográfica como mostra aqui as variadas selecionadas, a recomendação de que todos os municípios alcancem o mesmo nível de eficiência parece desconhecer essa diversidade, o que se busca no sistema público de saúde, o que se busca com o SUS, não é garantir o máximo de eficiência, mas sim garantir o direito à saúde, o acesso a serviços conforme a necessidade, nesse sentido, considerando que a grande maioria dos Municípios são pequenos, 1.200 deles têm menos de cinco mil habitantes, será necessário dispor de [SOM MUTADO]. Certamente que a eficiência, esse é o melhor o uso de recursos públicos, uma caução ótima de recursos para alcançar mais e melhores produtos, é um dos objetivos das políticas públicas de saúde, todavia, transformar a eficiência no objetivo principal se perde qualquer perspectiva da garantia do direito à saúde, esse é o principal problema. Nos próximos itens, a principal conclusão é que ineficiências em atendimento primário avançado, oferece oportunidades para grandes economias, a ineficiência está relacionada a escala, tamanho dos Municípios, níveis, leitos, tamanho dos hospitais etc.

Certamente que a questão dos pequenos hospitais, a ineficiência dos pequenos hospitais municipais é um problema, esse elevado número de hospitais de pequeno porte, até 50 leitos em geral de propriedade municipal, tem limitado a incorporação tecnológica e baixa resolutividade. E é um problema reconhecido pelos gestores em tentativas de qualificar, como você mesmo mencionou, tem sido e feitas sem muito êxito pois que se avançou

muito pouco na regionalização do SUS. Deve se também lembrar que essas tentativas fracassam por causa que estão condicionadas por limitações tanto da questão do acesso geográfico, como questões financeiras, a maioria, a grande maioria dos nossos hospitais, é uma herança da própria e ainda a existência previdenciária, ainda hoje pelo menos 66 por cento, 66% dos leitos no país, são leitos privados e isso dificulta garantir o acesso com maior qualidade, os hospitais privados se negam a ofertar para o SUS procedimentos considerados pouco rentáveis, uma vez que sua oferta não têm o objetivo de atender à necessidade populacionais, mas sim a sua sustentabilidade econômica.

O outro ponto importante é a questão mais pro final das ineficiências geradas pela falta de integração do sistema, há iniciativas muito importantes em relação à questão da integração e na síntese do relatório nada se fala sobre a questão da regionalização, existem já propostas no planejamento, da nova modalidade de planejamento, se você pensar o planejamento a nível regional a partir de necessidades e não apenas a partir da oferta, como estava mais colocado na PPI e isso significa então a necessidade de novos investimentos.

A questão da ampliação do escopo, das práticas, é uma questão na atenção primária e na questão da enfermagem, é bastante, é também uma questão bastante importante e resumindo, outro ponto das ineficiências de profissionais de saúde qualificados, a questão dos altos salários, de alta renda, é um fator indicador de desigualdade de renda, e não um indicador comparativo em termos dos valores dos salários, a questão da produtividade, embora se possa considerar Consultas médicas pelo número de médicos, penso que é difícil de ter um número de consultas, mas não existe alguma fonte de informação que dê conta do número de consultas médicas produzidos no Brasil no seu total, então isso fica prejudicado.

Um ponto fundamental que você mostrou muito bem aqui, é que é um pouco difundido talvez que nós devemos deixar mais evidente que é um ponto importante que as despesas de saúde são progressivas, embora os gastos tributários sejam altamente agressivos, e o relatório recomenda ou sugere a abolição dos subsídios fiscais de seguros privados e de abate do imposto de renda. Em resumo, eu diria que o relatório é travestido de caráter técnico faz proselitismo da agenda política do banco mundial de estado mínimo, focalização e seletividade na política social e de saúde. No capítulo saúde, sinto a sua análise na eficiência e prescreve cortes de despesas em todos os setores, de atenção inclusive na atenção primária, negando o desfinanciamento crônico do SUS, a extrema privatização da atenção especializada no SUS, seja no diagnóstico ou na atenção hospitalar e as heterogeneidades sociodemográficas.

Ademais, atribui ao SUS, ineficiências inerentes à elevada participação do setor privado no sistema de saúde brasileiro, desconhece também que as políticas de austeridade acentuam os efeitos perversos dos ajustes fiscais ao reduzir o orçamento público em contexto de demanda ampliadas, que as políticas de austeridade produzem efeitos negativos na saúde da população, comprovadamente em diversas experiências

internacionais de aumento de suicídios, homicídios e doenças mentais. Afinal, proponho universalizar a atenção básica, contudo sem ampliar o acesso a serviços especializados e hospitalares, deixando os setores especializados para o mercado, recomenda, portanto, o universalismo básico, um SUS responsável somente pela atenção básica, nega o direito universal à saúde e ao acesso a serviços de saúde de qualidade, conforme a necessidade. Além de outras questões muito graves em termos de política social nos outros capítulos que não estão sendo aqui abordados, então a minha mensagem é essa, pela revogação da Emenda Constitucional 95, nenhum direito a menos, nenhum serviço a menos. Obrigada!

[01:38:26]

[Homem 1: Professor Mário]

Félix, eu peço desculpas aqui por esse entra e sai, mas não tem jeito. Félix Rigoli é especialista em sistemas de saúde do ISAGS que é o organismo da UNASUR.

[01:38:52]

[Homem 3: Félix Rigoli]

Obrigado Mário, muito obrigado pela oportunidade e como comentava Mário, no começo quando eu li o relatório preliminar, eu por diante não consegui dormir porque eu achava que tinha que ser debatido e, portanto, agradeço a oportunidade e depois de analisar um pouco mais a fundo. Necessariamente eu não posso admitir a ideia de que só vamos discutir saúde, por mais que possa ser uma boa forma, eu faria exatamente o mesmo que você está fazendo, não vou falar do retorno, mas eu tenho, acho que não temos, como disse Lígia, não podemos olhar só um pedacinho e é muito claro de que a edição deste ano, é que eu saí com uma mensagem negativa do relatório, eu acho que saiu uma mensagem muito positiva porque concorda exatamente com o que é a proposta do Ministério da Fazenda, não sei se o Ministério da Fazenda teria algo a objetar neste relatório.

Me parece muito interessante que o relatório que tenta fazer um equilíbrio fiscal, que obviamente houve um fim necessário, sabemos muito bem que saiu de 45 a 50 % do total do governo e fica fora por definição, no entorno, o relatório fala uma vez um bocado de palavras, uma vez serviço da dívida, seja 50% não se fala, a sala de exonerações fiscais, programas de taxas de juros preferenciais que são 4% do PIB, também diz que seria muito interessante tirar, mas não vamos tirar porque são muito poderosas, podem ler num.. Vamos a tirar o que podemos tirar da pessoa que nos são poderosas, hoje não tem como olhar o relatório sem olhar esse conjunto e olhar a mensagem que passa quando a mídia usa, eu não penso que ninguém vai discutir, como disse Estela, que não é interessante, porque realmente não é interessante como foi feito o cálculo, o que é interessante é que quando fala, e aí agora sim de proteção de saúde, o título a ser medido para produzir o gasto. Em todos eu não vi um quadro que diga, vamos aumentar esse algo em alguma coisa, me parece até que o objetivo final do relatório, me interessaria muito conhecer quem financiou o relatório, porque eu conheço um pouco o funcionamento do Banco Mundial, o Banco Mundial funciona por alguém que financia, se foi de fundos próprios, de fundos não reembolsáveis ou outra coisa.

Mas eu tenho a impressão de que foi financiado pelo país, que de alguma forma se você ler a lista de participantes do documento, não tem nenhuma pessoa que não seja do Ministério da Fazenda, do planejamento e IPEA, não vi nenhuma pessoa, nenhum centro de uma área acadêmica, não têm consultas a setores sociais, ou seja, é um relatório digamos assim, me parece muito bem que o Ministério da Fazenda sairia muito feliz, pagou um relatório que deu exatamente o que se queria que funcionasse no fim, eu não estou falando intencionalmente, no relatório se vê bastante claramente isso. Me chama muito a atenção...e assim 100% o que comentou Lígia, e portanto não vou repetir, muitas considerações feitas, inclusive eu tenho aqui excessiva quantidade de plásticos, sacos amarelos, vou deixar sem dar uma lida detalhada porque me parece que não é o momento, mas acho que tem problemas importantes que a Lígia já comentou e eu não queria usar a palavra, mas sim a análise que fiz natural sobre regionalização do parto, você falou um conceito que é um conceito que já traz problemas perversos, enfoques perversos, *wicked problems*, é *haters* e eu não queria usar a palavra, mas eu vou usar, eu acho que tem um enfoque perverso, um enfoque que olha só uma parte do problema e portanto, propõe soluções que pioram outras partes do assunto.

E depois pensei, não posso usar esse enfoque, porque eu também tenho esse enfoque perverso, eu acho que qualquer proposta tem que estar no acesso e na equidade e não olharia a eficiência até depois de ter certeza que esse enfoque está feito e me parece que este relatório está feito por um enfoque perverso contrário, olha primeiro eficiência e as oportunidades de corte de gastos e quem sabe, quem poderia dizer alguma coisa que poderiam às vezes mudar a eficiência, e inclusive me chamou a atenção que foi sempre próprio listado possíveis poupanças e na área de gastos fiscais e gastos tributários na saúde, mas não está descontado tudo, está descontado só hospitais filantrópicos e seguro de saúde. Ou seja, o setor privado é documentalmente mais ineficiente, o gasto público é documentadamente progressivo e eficiente, os gastos tributários são claramente definidos e eficientes e muito regressivos, mas são muito mais páginas e muito mais detalhes sobre como conseguir que o município de Porto Velho, que tem 39 mil quilômetros quadrados, possivelmente deveria fechar hospitais pequenos que ficam na série de instância dentro do próprio Município do hospital central, ou como seria importante fechar todos os hospitais de 50 camas.

É como se a mídia possivelmente tem algo nisso, eu não faria nenhuma página nisso, sem assim uma proposta muito mais forte nessa área que são relativamente mais fáceis, aumentar o financiamento público e passando possível de simular o total do gasto de financiamento privado para o financiamento público, acabar rapidamente com tudo que seja gastos tributários que são feitos por uma norma. Vocês imaginam o que vai ser olhar cinco visitas do Município para chegar à fronteira de eficiência, é 40 anos, 50 anos, está propondo uma solução que não vai ser. Enquanto que os gastos tributários podem morar numa batalha, mas serão 5.5 do PIB e finalmente me chamou a atenção por exemplo, também porque tive que colocar... me chamou a atenção que não existe nenhum outro estudo de outros países, o governos só gasta com saúde, educação, previdência e

funcionalismo público, não gasta em defesa, não gasta em manutenção de outros setores, alguém definiu que são somente esses setores e não outros.

E portanto, me parece como que o ponto mais importante que liam, se querem um olhar de novo, lhe recomendo muito ler. O único quadro no qual o Brasil é muito fora da curva de todos, é o serviço da dívida, não tem outro gráfico no relatório que tenha Brasil longe de toda essa possibilidade, de todos e como disse o próprio relatório, esta é uma decisão parcialmente interna, de via interna denomina a remuneração, definida por uma taxa feita por um comitê do país. Então me parece muito interessante, existe uma análise de 60 páginas sobre como se pôr, piorando a situação do funcionalismo que se fala em um 60% mais rico, inclusive na universidade, o universitário favorecer ao 40 por cento mais rico. Quanto é a renda do 40% mais rico? Normalmente entre 2 e 3 salários mínimos na grande proporção, já está favorecendo a 50% que na mensagem segue como mais rico, mas na verdade são pobres, me chamou a atenção a universidade é muito mais complexa do que eu pensava, eu pensava gravemente que o 5% era o mais rico e se reconhece aí que a universidade forma também, faz pesquisas, faz desenvolvimentos porque são muito necessários para o desenvolvimento do país, não sei... [ÁUDIO CORTADO] aqui no Brasil sem ciência.

E finalmente, a última palavra que não encontrei foi corrupção, que parece que são os dois por cento do PIB, segundo as melhores legitimações e que bom, entendo o porquê, parece que pagaram o relatório por não querer que se fala neste assunto, mas parece que é uma obrigação técnica falar desse assunto. Muito obrigado!

[01:50:24]

[Homem1: Professor Mário]

Obrigado, Félix! Bruno, Bruno Leonardo, professor da faculdade de ciências econômicas da UERJ, peço desculpas por você se sentar aqui, mas é o único jeito de todos verem.

[01:50:47]

[Homem 4: Bruno Leonardo]

Bem, deixa eu só me controlar aqui no tempo, porque eu falo demais, senão eu vou falar uns 20 minutos aqui e não é o ponto. Bem, primeiro quero agradecer o convite, mais uma vez aqui em honra estar no IMSE, espero que a nossa parceria seja profícua e avance, porque com certeza é uma das unidades de excelência da nossa universidade e nesse momento que a gente está passando por esse tratamento, vamos dizer assim né, de um lado, e sendo ignorado por outro, a gente precisa demonstrar, a gente está presente no debate, então acho que é o momento aqui de mostrar que a gente não se vitimiza e tem muito o que dizer. Bem, eu não sou especialista daqui do Instituto, enfim, sou da área de economia e não vejo nenhuma incompatibilidade estar aqui, porque na verdade, a peça que está sob discussão aqui é uma peça de economia.

A saúde entra como um contexto, podia se falar qualquer outra coisa, podia se falar de uma estrutura produtiva, alguma coisa, porque todos os conceitos, todas as abordagens

que usa é uma que como inclusive deixou escapar o meu colega economista do Banco Mundial, é de função de produção, então você está buscando ali que essa função de produção seja eficiente. Então é isso que tem que estar presente, porque as aspirações que muitos senhores trazem aqui, vão ser contempladas com uma análise que quer tratar sistema de saúde como uma empresa, ponto. A produção aqui é tida como empresa, o papel nesse momento do Brasil aqui, ele está vendendo um produto, quando ela colocou ali, ah ele não fala algumas coisas e tal, ele está tratando como vender esse produto e vem aqui justamente para tentar reduzir, para economizar as resistências.

Porque na verdade a academia é um instrumento de resistência a tratar a saúde como uma empresa, como um produto. Evidentemente se ele é [SOM INAUDÍVEL], aliás eu gostaria muito que o especialista que fez o estudo sobre a educação pública, tivesse a boa vontade, vamos dizer assim, a boa vontade, eu gostaria de falar a coragem de vir nas universidades públicas para debater os seus argumentos, seria ótimo, adoraria que ele viesse, porque evidentemente para quem é um servidor público e trabalha na universidade pública, aquele relatório ele é muito mais acintoso aos nossos olhares do que qualquer outra coisa por um detalhe. É quase sinalizo assim, a educação vai ser o que a saúde é agora, a saúde já sofreu um processo de mercantilização muito claro, não é à toa que ali em alguns momentos do relatório mencionado aqui, citam lemas, evidentemente não desenvolvem a questão da OS, ela tem um modelo de eficiência, mas não desenvolve, mas quando a gente vê o relatório de educação, ele em certa medida, ao meu ver pelo menos, tem como referência tornar a educação pública uma OS ou algo do gênero, ou seja financiado por recursos públicos, fiscais, então a gente vê esse certo detalhe.

O relatório de saúde só não chega a esse ponto desse exagero porque o SUS, o que se construiu a partir do SUS, é muito difícil de ser quebrado, é isso que tem que ter essa clareza. É claro ali, tem que fazer justiça, o relatório faz justiça e falar: oh tem ali um resultado do ponto de vista da equidade, os gastos, ou seja, só que o foco do relatório. Eu pelo menos ao ler, eu não vejo ali, claro que eles vão defender evidentemente que é a nossa preocupação com isso, em você defender o SUS. Na verdade, a preocupação do relatório, o ponto de partida, a gente vai discutir uma peça de retórica, é você defender o ajuste fiscal do governo federal. Aí a gente se depara com o SUS, um SUS que não é uma coisa fácil de você evidentemente questionar, as universidades públicas, a gente tem que fazer essa autocrítica, elas são fáceis de serem questionados, talvez elas não se articularam suficientemente a opinião pública e o desafio da gente chamar a atenção das pessoas que elas têm que se articular, para que a luta pelo SUS, tenha o equivalente na luta para a universidade pública gratuita, se não a gente vai ser de alguma forma tratorado também.

Mas há uma discussão de entender por que temos que superar certos mal entendidos, eu acho que o relatório, o Rafael vai falar posterior à mim do Ministério da Saúde, eu já vi o trabalho que ele fez, além de comentar os relatório e as críticas internas eu estou extremamente contemplado por ele, por isso que não vou entrar tanto nessas críticas

internas, de modelo, os dados, estatísticas e tal, enfim, mas a minha preocupação aqui é quando na introdução se coloca, ou seja, tem que superar estes mal entendidos e tem que superar essa mensagem, essa possível mensagem negativa, porque exatamente o relatório não está focado em partir da academia, a partir do mercado da academia, o colega que me antecedeu falou exatamente isso, não está, ou seja, é ir à academia para tentar convencê-la, na verdade os resultados já estão colocados, ou seja, no máximo ali vai fazer alguns ajustes e algumas críticas mais duras que ele sentir para abrandar isso e pelo menos a mensagem principal vê se passa, vê se cola e a mensagem principal é essa.

Ou seja, que evidentemente não está no relatório, mas é o seu pressuposto, ou seja, o ajuste fiscal que esse governo, feita a partir de um golpe de Estado está realizando de uma maneira bastante antidemocrática, sem a participação da população, ele é necessário. E pra você tornar ele aceitado do ponto de vista racional, lógico, você vai ter, você contratou algo que tem um *benchmark*, estão pegando a marca do Banco Mundial, produz dados, até acredito que como indivíduos são bem intencionados, vocês estão ali buscando oferecer um conjunto de estatísticas pro debate, só que a gente não pode desvincular isso do uso político que isso está sendo feito, então se vocês não estão por exemplo, defendendo a privatização do ensino público, provavelmente o governo federal vai usar o seu relatório para defender e é isso que interessa, é isso que interessa.

Bem, então eu particularmente me incomodo um pouco, os argumentos para discutir a qualidade da saúde no Brasil, enfim, da eficiência disso, por argumentos às vezes como escala, produtividade, esse tipo de coisa. Porque na verdade eu acho que o desafio, como foi colocado também ali pelo o que me antecedeu, é você ver primeiro de fato como você, atender essas demandas da sociedade de uma maneira mais imediata e propriamente depois você vai fazendo esses ajustes, você não pode é ter como um pressuposto que primeiro você tem que ver onde dá pra cortar e depois você vai fazer as políticas públicas necessárias. Eu acho que o desafio ali, o próprio relatório no momento ali que se coloca, o gasto público dentro do gasto total ele é baixo, só que aí depois ter um complemento que é aí que me incomoda, mas aqueles países que tem problema de déficit fiscal é alto, então você já pegou o pressuposto do governo.

Ali você deu um viés ideológico, ali claramente está o viés ideológico, ele é baixo mas ele é alto para um país que tem um problema de déficit fiscal que é a prioridade e eu vou a partir desse ponto discutir como fazer a questão da eficiência, bem, então é isso que eu basicamente tinha a dizer e no momento ali você coloca as substituições de tarefas dos médicos, enfermeiros, provavelmente alguém aqui vai rebater, mas só pra terminar com essa provocação. Porque na questão de substituição de tarefas, em certa medida é curioso, porque eu acho que a gente tem um sistema que é de produção científica e de conhecimento no Brasil, mas num momento de tamanha complexidade de inferioridade, a gente tem que buscar uma muleta no relatório do Banco Mundial para discutir a qualidade, não desconsiderando o acréscimo que vocês podem dar ao debate, mas me incomoda em particular, a gente ter que ser reativo, ter que responder a isso porque foi

empoderado pela gestão deste governo que está aí em legítimo, enfim, neste momento no Brasil, então obrigado gente!

[02:01:51]

[Homem 1: Professor Mário]

Para acelerar um pouquinho, eu queria ver se o Eduardo e o Paulo viriam juntos aqui porque são os dois do departamento, aí faziam aqui uma dupla caipira.

[02:02:12]

[Homem 5: Eduardo]

Boa tarde gente, tem uma série de comentários, mas em razão do tempo eu vou me restringir a um conjunto de questões bastante pontuais, porque o Félix e Bruno já comentaram muitas das questões de fundo, eu tenho dez pontos e vou tentar gastar no máximo um minuto em cada um e o primeiro é realmente agradecer a disposição do Edson e da equipe em vim discutir e dizer que você é um cara de sorte, porque ontem o banco deu aval para o empréstimo do BNP e a gente tinha programado manter você de refém até que os nossos salários fossem pagos, porque a situação de estar dependendo do salário de setembro de um aval do Banco Mundial sobre 20% de uma virtual venda da CEDAE é um esgoto. Então, você é um cara de sorte e a gente também porque ia ter problemas com o sequestro e tal, mas a gente tem uma salinha ali no fundo atrás de uma grade, onde guardam o excedente material de computação que não pode jogar fora. A gente já tinha até deixado um catre e água ali porque é por razões humanitárias, e o segundo já está ressaltado, esse é um comentário necessariamente muito superficial porque está olhando um resumo de algumas coisas, nesse momento a plataforma político social, é um site basicamente baseado na UNICAMP, já está preparando a publicação de uma análise extensiva de todo o relatório, obviamente quando saiu o dois, acho que esse é um debate que vai durar bastante tempo.

Terceira questão que me deixa mais tranquilo é que ao contrário dos anos 80 e até dos anos 90, tirando este governo e o Ministério da Fazenda, acho que ninguém vai levar muito a sério um relatório do Banco Mundial nesse país, é um país que agora liga para as agências de risco, não liga mais para as agências internacionais. Então é muito mais importante, já estando, ela impôs se é uma coisa do que se banco...o que eu acho muito ruim, porque concordando ou discordando pelo menos no banco a gente conhecia a governança do banco, e a gente sabia quem estava determinando as coisas, nas outras agências de risco a gente não sabe, então eu não comemoro essa perda, mas relativizo um pouco o impacto, até porque, este governo e este Ministério da Fazenda um dia acabarão, não quer dizer que eu acho que necessariamente virá algo melhor, mas este tem data para acabar.

A adrenalina não mais, a adrenalina agora sobe quando o Secretário da Fazenda anuncia mais uma sexta feira que não vai ter depósito de salário de setembro, mas vamos ver, pra passar muito rápido, eu acho que a questão fundamental está levantada pela Lígia e pelo Félix que é o foco exclusivo na idéia de eficiência e de redução do gasto, e de saída isto é

uma opção, é uma opção metodológica, quero dizer que se fosse uma banca de mestrado, que a gente faz aqui uma tese de doutorado, eu tenderia reprovar por absoluta, por olhar só um aspecto da coisa. Esta é uma casa que tem como tradição o multi-olhar, olhar as coisas desde os seus condicionantes, determinantes e consequências, portanto, já de saída eu tenho um sério problema de abordagem e metodológico, mas esse é o menor, me desculpe a saída na hora da DEA, eu só confio em uma DEA, a minha mulher que por acaso se chama DEA... [SOM INAUDÍVEL]...e achei muito engraçado, porque ele é introduzido pela questão dos quais e dos dados, os quais eu já não confio há muitos anos, entendeu, quer dizer é um mecanismo econométrico para justificar determinados impostos que estão dados.

E a aparência de objetividade, do ponto de vista acadêmico é muito grave, eu tive meus momentos de consultor internacional, momentos de gestor de determinados cargos, mas neste momento, pra minha felicidade a única camisa que eu visto é a acadêmica e esse tipo de coisa eu sei que, eu sei que está muito na moda, mas pra mim cheira a falsidade ideológica, perdão pela expressão, quando você toma o suposto e aí você põe um monte de figurinha colorida, um monte de gráfico bonito e um monte de análise de dados, que simplesmente vão corroborar o que você está dizendo, que chega a um ponto para usar um só exemplo, no 157 de dizer, se o Brasil equiparasse a eficiência de todos os Municípios aos mais eficientes, essa frase só pode ser uma piada nesse país, se não é falsidade ideológica, é estupidez.

É impossível equiparar todos os Municípios de qualquer país, ainda mais de um país que tem heterogeneidades demográficas quantitativas, socioeconômicas, geográficas, climáticas, de organização de serviços, então começar um parágrafo com essa coisa, só para exemplificar, a que ponto leva esse tipo de utilização do empirismo econométrico e ressaltar isso que tem muito a ver com o que eu vou dizer no final. Passando diretamente, só te faço uma sugestão Edson, quando no 165 diz assim, no entanto a produtividade dos médicos calculado em base no número o consumo está muito abaixo...se fosse realizado por profissionais de saúde de nível mais baixo, por exemplo enfermeiros, tira porque vão pegar você na esquina, inclusive aqui, nós entregaremos isso aos amigos da faculdade de enfermagem e começar por dizer, profissionais de níveis mais baixos, eu não imaginei que a incompetência linguística, o tradutor vai me desculpar, é tão ruim ou pior quando os calculadores da econometria nessa coisa, mas isso é só pra te ajudar, provavelmente a única coisa que eu vou te dizer pra te ajudar. Indo para os finalmente, é quase impossível que qualquer pessoa que estuda o sistema de saúde brasileiro discorde radicalmente das cinco recomendações, é quase impossível, só que concordando com o Bruno e com o Félix, essas cinco recomendações só estão aqui pra dizer que algo foi recomendado a partir de uma construção ideológica de uma narrativa muito útil, porque eu acho que tem 80 nomes, eu fui lendo pra ver quem eu conhecia ali, na verdade eu conheci o Esaú que começou a trabalhar comigo há 20 anos atrás e eu fiquei muito deprimido do nome dele estar ali, não foi pra isso que a gente educou o menino.

Mas pra ter aqueles 70 nomes e mais um monte de consultores e conhecendo os procedimentos de elaboração do informes e relatórios do banco, realmente são conclusões muito pobres, quer dizer, são resultados, é a racionalização da rede, incentivar o aumento da produtividade e tal, realmente qualquer curso do final do primeiro semestre do mestrado a gente acha que o cara tem que ter conclusões um pouquinho mais profundas do que eles, eu acho que isso... será que justifica o esforço do gasto de trabalhar dois anos para chegar a esse tipo de conclusões? Sem dúvida não, mas eu também acho que o objetivo da publicação não é chegar a esse tipo de conclusões, portanto de certa forma vai estar justificada. Dois temas finais, não contribui e estou absolutamente convencido a mais nada no Brasil fazer estudos pontuais e fragmentados, se você for pegar agora o que você falou na fase 2, o mercado de trabalho e a insuficiência hospitalar, eu não acho que a fase 2 vai ajudar mais do que a fase 1. O que falta hoje e se efetivamente o banco e outras instâncias estiverem interessado na gente, é uma recompreensão, é um reestudo do que é do ponto de vista macro o setor saúde no Brasil hoje, a gente tem uma interpretação do setor saúde que ainda tem raízes nas análises da década de 60 e 70 feito na década de 80.

A nossa grande narrativa que está em torno da reforma, está em torno do SUS, ela é muito sólida, mas ela de certa forma desconsidera 50 anos de história do ponto de vista profundo, não do ponto de vista de questões pontuais, em questões pontuais a gente tem uma produção ótima, nos falta uma nova grande narrativa e que realmente se é pra pensar o futuro de uma estruturação da saúde, eu acho que compreender o setor saúde brasileiro, você tem dois ou três grandes projetos de pesquisa hoje no Brasil tentando fazer isso e falta em um grau de articulação é, apostar no que é o setor saúde no Brasil no século 21 e que pendências estão.

Na minha perspectiva, a diferença da econometria está nos faltando...[SOM INAUDÍVEL]... de economia política ou para dizer de forma mais simples, de relações de poder, de relações de propriedade de interesses e essencialmente de relações de poder, uma contribuição a pensar de outra forma o sistema de saúde e um sistema de proteção social brasileiro mais adiante da reforma da previdência, é efetivamente entender hoje qual é, não a função de produção, mas a produção desse setor, quais são os interesses e quais são as relações de poder que estão dentro deles, finalmente, eu sei, eu aprendi, também trabalhei em organismo internacional que título é marketing, mas um ajuste justo, perdão, até os defensores mais radicais dos ajustes reconhecem que os ajustes não são justos. Então minha única recomendação seria por uma questão de honestidade, muda o título.

[02:15:02]

[Homem 6: Paulo]

Eu queria começar a dizer o seguinte, nós estamos fazendo um debate num momento especial da vida da UERJ e dando um show de eficiência, porque não há eficiência maior do que um grupo desse tamanho está debatendo uma questão tão importante como essa, sem receber salário há meses, quer dizer, isso mostra como uma universidade pública é efficientíssima, não tem nada mais eficiente do que a UERJ e a OMS neste momento, não

dá pra fazer conta, não cabe em nenhuma escala, não tem método para isso. Isso é a prova de que há outra conclusão, são oito itens do relatório, esse é o primeiro ponto, agora nós estamos aqui debatendo, é óbvio que tem de um lado e de outro, nós estamos aqui nos colocando ideologicamente e é natural, faz parte do jogo, tem um livro ótimo e que está na praça, é sobre Hayek e Keynes, vale a pena ler que tem muito a ver com essa discussão, quer dizer a microeconomia contra a macroeconomia, que é muito a discussão do relatório, eu acho que a gente tem que discutir o relatório que faz uma abordagem micro de uma construção macro, e eu queria chamar a atenção antes de entrar nessas coisas do relatório, tem um certo anacronismo aqui, é curioso, um tempo atrás o Brasil era um grande tomador de empréstimo do banco mundial, chegou a ser o maior durante o momento, inclusive na fase de construção do SUS e era o momento que a gente tomava empréstimo e fazia exatamente o oposto que o banco fazia e falava.

O banco gerou vários relatórios sobre política social, todos já na linha da austeridade fiscal, na época, da lógica neoliberal, de redução do gasto público e a gente pegar como o Brasil era um grande tomador do empréstimo, um grande cliente, é importante para o banco e o banco lida diferente com grandes clientes. Então a gente pegava dinheiro para fazer o ReforSUS, fazer Projeto Nordeste, para fazer uma série de coisas que ajudavam o SUS a fazer o deslanche dele e naquela época o banco tinha uma importância completamente diferente do que ele tem hoje, o banco era um dos principais instrumentos do ajuste estrutural, junto com o Fundo Monetário Internacional, e mudou muito o mundo, o mundo mudou, o instrumento de hegemonia do poder americano na época, hoje o banco é como uma Wall Street, também é uma pálida sombra do que foi no passado, hoje você tem dois grandes competidores do mundo, o banco dos BRIC e o Banco Asiático de Infraestrutura e Investimento, que só não participa desse o último banco, os Estados Unidos, o Japão e a Austrália, toda a Europa participa, toda a Ásia participa, todo mundo participa, a sede de ambos é em Xangai.

É uma mudança completamente de perspectivas, o Rubens saiu há pouco, em 2000 defendeu aqui uma tese oferecendo, era desenvolvendo e oferecendo exatamente o papel do banco naquela época, o relatório do banco sobre saúde, nós estamos em uma situação completamente invertida, esse é o relatório encomendado pelo governo brasileiro, no momento da transição do governo brasileiro, no final do governo Dilma e com menos relatório, já sobe toda a pressão da austeridade, então é completamente diferente, antes o banco oferecia e tinha o poder de impor uma agenda, hoje não, a gente contrata o banco, paga ao banco para ele fazer uma agenda pra gente, uma agenda que interessa. Bom, o governo brasileiro, muito bem, então queria chamar a atenção dessa anacronia e entrar um pouco na lógica, e aí é o problema da gente ter uma narrativa para hoje, a gente está na linha da crítica ao que está proposto no relatório, embora ele tenha alguns pontos até interessantes, vou chamar a atenção daqui a pouco.

Toda lógica está na lógica de redução de despesa, da lógica da austeridade, no primeiro limite, é o limite do Hayek, é o limite da lógica microeconômica, então nós vamos resolver o problema pela despesa, quando o grande problema da política social hoje no mundo é o

contrário disso e da saída à crise brasileira é ao contrário, é a saída keynesiana, o que a Europa fez do ponto de vista político social? A Dinamarca foi a primeira a fazer nos anos 80, causou espécie, depois virou agenda europeia em 2000 e essa agenda é renovada em 2010, exatamente o contrário do que o banco fazia, o problema não era reduzir despesa, era aumentar a receita, porque a gente só vai sustentar uma população idosa que gasta muito com saúde e gasta muito com previdências, se a gente não tiver pobreza, não é matar os pobres, é acabar com a pobreza para poder ter uma população que gerem receita.

Então a Europa faz um acordo nesse sentido em 2000 e 2010 com base em experiências dinamarquesas, aumenta o gasto social para acabar com a pobreza, aumentando política universal, para que com isso? Se acabando com a pobreza, aumenta a receita tributária, com aumento da receita tributária se faz fáceis despesas, essa foi a equação do ponto de vista da política social que a Europa tomou, é outro caminho, completamente diferente do que está proposto aqui, o que a Ásia está fazendo? China e Índia, Brics como nós, pegaram boa parte das suas reservas financeiras, que rendem quase nada nos Estados Unidos, está rendendo 1,5%, tem um custo muito maior do que o rendimento e investiram pesadamente em infraestrutura, a China hoje faz o que chama de diplomacia da infraestrutura, esses dois grandes bancos que eu mencionei está fazendo uma mudança que o mundo nunca viu do ponto de vista da infraestrutura, toda a eurásia e leste da África.

A Índia, eu estive lá agora, voltei de lá menos de um mês, a Índia enfrentou uma crise como o Brasil e o que ela faz, ela pega parte da reserva e dá uma injeção brutal em infraestrutura, tem hoje umas das infraestruturas mais modernas do mundo, o aeroporto considerado o melhor do mundo há vários anos e o maior do mundo de Nova Deli, fiquei espantado, as estradas são impressionantes, de 2008 pra agora, Nova Deli construiu dez linhas de metrô e está fazendo mais quatro estendendo outras duas, de 2008 para cá, está competindo com a China, com quem cresce mais, Índia e China, é uma ótica completamente diferente, a lógica da austeridade, do que é essa que preside o relatório. Eu acho que esse é um ponto crítico, é um limite de pensamento, nós precisamos aumentar a eficiência, é claro que precisamos aumentar a eficiência, mas esse é o problema principal?

Claro que não, o problema principal é outro, o problema principal é como sair dessa armadilha que nós estamos, um limite de pensamento dentro dessa lógica que nós estamos de austeridade, isso limita gente. Então esse paradoxo que o Keyne falava, o paradoxo da austeridade, quanto mais se prossegue nesse caminho, maior o buraco, essa é a discussão. Muito bem, esse é o primeiro, o segundo ponto que eu quero dizer é sobre, quero entrar assim, tem 2 minutos e eu vou limitar então, essa eu acho que é a grande questão da crítica, é a lógica que preside o relatório, se a gente tivesse outra lógica, seguramente as soluções seriam outras e entrando mesmo nos pontos positivos, tem um ponto muito positivo que nós todos aqui concordamos e defendemos há muitos anos, o ataque ao subsídio fiscal ao setor privado, nós temos aí gastos tributários brutais, e gasto

tributário é exatamente às vezes o oposto do que muita gente pensa, é um mal uso do dinheiro público, é a renúncia fiscal.

A renúncia fiscal é o principal item que o relatório aponta, que precisa melhorar a eficiência da saúde, agora ao fazer isso é extremamente positivo, não entra na discussão sobre a importância da competição entre o setor privado e o setor público, que é brutal no Brasil, vai muito além do subsídio, o subsídio é uma base, ele fez 50 anos em outubro agora. Há 50 anos o Brasil dá subsídio fiscal para setor privado de saúde e é o principal item de ineficiência, agora a competição se dá inclusive dentro do SUS, o relatório fala nos hospitais filantrópicos, a maior parte desses hospitais é controlado por forças políticas que controlam o Estado brasileiro há muito tempo, são beneficiários diretos do recurso público, o relatório tem que entrar nisso, a disputa entre o setor privado e o setor público por pessoal, por exemplo, o problema da eficiência dos médicos, está por trás da dificuldade enorme de você conseguir que os médicos produzam mais, esse é o grande problema, a gente não consegue manter médicos, a gente não consegue atrair médicos, a gente não consegue melhorar a eficiência porque na verdade tem que ir mais fundo nisso, se é pra tocar neste ponto eu concordo que é um ponto positivo do relatório, a gente tinha que ir mais fundo nesse ponto.

Outro ponto muito positivo é a questão da escala, e aqui já tem vários trabalhos tratando dessa questão, vários, vários trabalhos mostrando primeiro a escala. Isso é fantástico, ótimo, tem uma discussão grande sobre isso, hoje tanto Jairnilson Paim, quanto o Gastão veio falando, tocando nisso, nós temos um limite político gente, como o outro também, as forças políticas por trás da competição de público e privado, nós temos limites políticos, mexer nisso é mexer profundamente nos interesses federativos. Nós temos um município, é claro que não têm escala para a maior parte dos municípios, vai muito mais que um município de 20 mil habitantes, acho que com menos de 100 mil não dá para ter o hospital, a gente está falando de tamanho de hospital, o tamanho do hospital para ter 200, 300 leitos que é o limite, não tem possibilidade de um ter um hospital desse porte num município de 50 mil habitantes. O grande problema é que têm todo um conjunto de interesses que vem da colônia, foram fortalecidas, que estão por trás dessa coisa, nós temos o limite do modelo político, pra mexer nessa questão da escala da reorganização do SUS, que teria que se ao meu ver Federal, nem Estadual, Federal, a gente tem que mexer na federação brasileira.

Isso significa mexer no modelo político, no modelo político, não é um problema de eficiência da saúde gente, é um problema muito maior, é um problema político de como a federação brasileira está estruturada, é o contrário da Índia, a Índia quando definiu sua Constituição definiu, não, vamos ter uma federação porque aquilo é mais diverso que a gente, mais diversos não é tão grande mas é muito maior em termos de população, mas ele disse que tem que ser uma federação com o centro forte, nós somos uma federação com o centro fraco, tiveram pequenos momentos aí de centro mais fortes, com esse modelo político aí que é o que levou essas figuras ao poder, que é o que mantém essas figuras no poder e que provavelmente vai manter essas figuras no poder nas próximas

eleições, não tem saída, não vamos resolver isso mexendo na eficiência do gasto da saúde, mudando a escala do serviço de saúde, porque não vamos, porque as forças que estão do outro lado são muito mais fortes do que isso. O relatório precisava entrar nesse tipo de coisa também, mesmo quando ele acerta, ele está limitado por uma lógica que impede de ver o conjunto, o que ele falou. É isso que eu tinha para falar.

[02:27:16]

[Homem 1: Professor Mário]

Pra terminar essa fase, o Leo...e aí depois entramos na....

[02:27:33]

[Homem 7: Leonardo]

Oi, gente, boa tarde! Meu nome é Leonardo, eu sou do grupo de pesquisa e documentação sobre empresariamento da saúde que é coordenado pela professora Lígia Bahia, lá no IESC da UFRJ, enfim, queria agradecer o convite e dizer esse nome do GP 10 mesmo, de saudar o espaço para o debate democrático, um tema de grande interesse público e de ter esse espaço para o contraditório, para a diversidade de ideias e um significado especial como disseram também de ser na UERJ, apesar dos pesares, apesar de tudo o que está acontecendo é um espaço que ainda se abre para fazer um debate democrático mesmo com todas essas condições que estão sendo impostas a ela. Então assim, é muito relevante, a UERJ resiste e é muito importante começar dizendo isso sim, assim, eu acho que tem muita coisa que já foi dita obviamente, então facilita um pouco o meu lado, mas assim, só algumas impressões, eu vou acabar ficando um pouco mais na questão do desenho disso tudo que eu acho que é importante entrar também, porque tem elementos importantes para fazer essa intermediação no que o que o pessoal disse muito aqui, dos pressupostos que estão colocados e de como se transforma a partir dos estudos em recomendações.

Então a primeira sensação que eu tive quando eu li o relatório, foi que quando você chega no final e você lê as propostas, você sente que perdeu alguma coisa no meio do caminho, como é que eu faço na parte ali do início e cheguei aqui no final, então assim, e aí eu fui olhar com mais detalhes, vamos lá com mais detalhes e tem algumas questões assim, primeiro acho que já foi colocado aqui também mas acho que vale a pena debruçar um pouco mais, acho que ele já parte de um modelo causal equivocado, porque se ele trata o gasto público e serviço de saúde, vai gerar resultados que vão atender as necessidades de saúde. Então assim, primeiro de tudo ele limita muito uma concepção de que saúde é serviço de saúde, então assim, saúde é muito mais do que, vai muito além disso de determinação do processo de saúde e doença e assim, acho que a saúde pública já tem uma longa caminhada nesse debate, então assim, não adianta a gente.. é claro que a eficiência é importante etc., mas assim, temos que olhar o perfil epidemiológico do Brasil.

Então assim, fala das doenças crônicas, fala em envelhecimento, mas a gente não fala da tripla carga de doença, a gente tem uma série de lances com um amplo panorama sobre todas as questões, sobre várias recomendações e então uma série de problemas de saúde

que são colocados, de violência, de doenças transmissíveis e de várias outras questões que simplesmente não são atribuídos assim, não são endereçados no relatório, então assim, a gente sabe que o que determina os resultados de saúde não é só esse desempenho do sistema de saúde, está relacionado com a estrutura social, com a desigualdade social, com a estrutura produtiva, que temos um país com racismo estrutural, com o trabalho informal altíssimo, com renda média baixa, há problemas grandes de habitação e saneamento, desigualdade de gênero, então assim, isso já é um modelo que eu acho que é muito automático, se coloca muito linear de colocar o resultado em saúde como o produto direto do sistema. Bom, e assim, tentando entrar, essa é uma primeira questão, eu acho que esse é um relatório que fala pouco de saúde no fim das contas, ele fala muito de economia e quase nada de saúde, eu diria assim, então vai passando um pouco mais adiante eu queria entrar um pouco também na questão da eficiência que é colocada, que é o central do relatório. Então assim, o que que a gente tem na literatura sobre eficiência em saúde e assim em alguns lugares, primeiro que os resultados, o gasto pode ser medido mais facilmente, mas os resultados são muito mais complexos de serem aferidos, como bem coloquei aqui agora.

Primeiro a causalidade é um outro problema também, quando você vai falar de deficiência em saúde, porque é complexo quanto você mede com a melhora individual ou coletiva, no estado de saúde e é produto do sistema de saúde diretamente como também falei agora, e como atribuir valor a isso, o valor social, então tudo isso é muito complexo quando a gente vai falar de eficiência, então assim, uma revisão sistemática grande assim sobre estudos de eficiência em saúde, que consideram que ideia é metodologia mais largamente utilizada, então ele coloca algumas questões da cautela do uso desses estudos de eficiência assim. Coloca que os resultados são sensíveis a premissas e especificações, o modelo, o contexto, então assim, é um modelo que ele tem pouca sensibilidade, apesar dele em geral para comparações é muito grandes para outros países, apesar de eu acho não ser o caso exatamente do que foi colocado, os resultados devem ser interpretados e usados de maneira cautelosa, enfim para resultados mais confiáveis, métodos devem ser mesclados e que a medida de eficiência é uma medida parcial do desempenho do sistema de saúde.

Então assim, isso são considerações de uma revisão sistemática, então assim, bom, eu acho que esse relatório tem opções, ele parte de premissas, ele faz opções metodológicas, opções de elementos de escopos e isso não é um problema nenhum, eu acho que todo estudo faz isso, a questão é que isso têm impactos para os resultado que a gente obtém, e para as inferências que a gente coloca mais pra frente, então assim, agora entrando um pouco na questão da teoria e eu acho que a teoria econômica clássica mesmo, acho que foi falado por várias pessoas, mas acho que a gente tem que bater nessa tecla sim, um estudo que se fala de eficiência e equidade, bom, de eficiência ele fala basicamente de eficiência técnica que é uma eficiência de uma unidade produtiva, como essa unidade produtiva vai funcionar com os mesmos gastos, mas ele fala muito pouco ou quase nada de eficiência alocativa, como que a gente distribui os nossos recursos entre diferentes

recursos públicos e privados, entre diferentes serviços, diferentes opções, para que isso gere um maior bem estar, maior bem estar coletivo que seja mais justo socialmente.

Então assim, é um problema que o próprio conceito de eficiência, ele está parcialmente colocado, não está completamente colocado, e assim, eu acho que essa questão da eficiência alocativa é central, porque bom, num país que você tem 43, assim, o que a teoria econômica clássica prediz assim, é que sistemas privados no financiamento e na provisão, são mercados imperfeitos porque tem muita assimetria de informação, racionalidade limitada, risco moral, seleção adversa e eles tendem a ser muito mais eficientes do que os sistemas universais, de seguro social, do seguro social universal, porque são menos fragmentados, porque são menos segmentados, porque conseguem coordenar muito melhor a distribuição de recursos, então assim, discutir a eficiência sem discutir que a gente tem 45% dos gastos públicos para uma população grande e um mercado enorme extremamente ineficiente, a gente já não pode discutir a eficiência a fundo completamente, então assim, e reduzir ela a eficiência técnica e isso eu acho que é um problema central assim. A mesma coisa com a equidade, na equidade algum momento o relatório fala sobre a questão da equidade, com relação ao gasto tributário, com relação a despesa pública, mas ela não fala em momento nenhum sobre a equidade.

Primeiro que ela não inclui setor privado na equidade vertical que a gente fala, que seria extremamente produtivo para a gente olhar naqueles gráficos, naquelas comparações o quão concentrador é o uso do seguro de saúde, quão concentrador é o desembolso direto pra obter medicamento, então assim, isso também seria muito interessante olhar, mas ele também só fala de equidade vertical, não fala de equidade horizontal, que a equidade têm a mesma a condição de saúde, tem que ser atendido com os mesmos direitos que outras pessoas têm. E isso a gente passa ao lado também muito em função dessa grande diferença que o setor privado impõe, essa desigualdade enorme que ela impõe para o SUS. E isso acaba atravessando várias dimensões assim, vários pontos que eu vou passar bem rapidamente assim, por exemplo, quando se fala de hospitais, ok, aumentar escalas é uma possibilidade de aumentar a eficiência, mas e inovação? A gente não vai discutir inovação?

Inovação também é outro ponto, inovação política e inovação tecnológica, vários outros tipos de coisas que também a gente vai colocar ou não vai, 2 minutinhos Mário, outra coisa que sinto muita falta nessa mesma revisão sistemática que eu citei você tem lá uma comparação entre vários estudos no mundo inteiro que colocam que os hospitais públicos, na Europa e nos Estados Unidos principalmente, são mais eficientes do que os hospitais filantrópicos e os hospitais privados, então assim, se essa segmentação não entra no nosso estudo sendo que está numa revisão sistemática internacional de 300 estudos, então assim, eu acho que é um dado extremamente relevante para a gente discutir, então assim, qualificaria muito a nossa discussão a respeito de hospitais se a gente soubesse as ineficiências dos hospitais privados, a gente sabe que também tem muitas ineficiências, principalmente por causa do descontrole de custos, do descontrole de gastos e uso, enfim, prática médica muito consumista eu diria assim.

Então várias questões, ok, tudo bem vamos aumentar a escala, mas como que a gente faz isso sem desassistir? Como que a gente aumenta escalas sem desassistir todos esses 80% dos municípios que dependem dos hospitais pequenos, e enfim, quem tem aumentado a eficiência no Brasil de hospital é a Rede D'or que têm comprado um hospital a cada dia praticamente, só que o ganho de eficiência não vem para o sistema, vai para o bolso dela e para os acionistas, então assim, exatamente, exatamente. É uma questão assim que eu acho que também falta dialogar e é um outro problema do relatório, uma ampla literatura que produzida no Brasil sobre regionalização, sobre desenvolvimento regional, então assim, isso solto fica frágil, isso sem dialogar com muitas coisas produzidas fica frágil, mesma coisa com relação a medicamentos, medicamento pouco entra, tanto nos cálculos e etc., mas enfim, algumas considerações também.

Não entra na questão de uma base produtiva muito frágil, apesar de alguns avanços, uma base produtiva muito frágil, uma dependência tecnológica enorme que permanece, isso sim também não é interessado no relatório, fala que os preços são altos, mas a gente não fala do preço no varejo farmacêutico, fala só na dificuldade de aquisição do público, mas não fala nas farmácias e drogarias que ficam responsáveis por quase 80% do gasto privado com o medicamento, que são extremamente agressivos né. Então assim, ao mesmo tempo que a oferta pública descentralizada no SUS tem muitos problemas sim, é um objeto de estudo meu esse inclusive, mas ao mesmo tempo ela garante 60 e 70% de acesso a medicamentos de doenças crônicas e doenças como hipertensão e diabetes, então assim, gasta se muito pouco para ter uma cobertura extremamente alta em termos de medicamentos, mesmo com todas as ineficiências, então assim, só para concluir, concordando um pouco com o que o Bruno falou assim, eu acho que os dados do relatório são suficientes para dizer o seguinte, onze hospitais são ineficientes e poderia... enfim, mas não se limita a isso assim, qualquer extrapolação a isso, as propostas que vêm depois, eu acho que elas são desconectadas de uma série de outras questões que já foram muito bem discutidas aqui, que acabam empobrecendo e colocando em cheque a linha de raciocínio que é colocada.

Como conclusão, eu acho que o relatório coloca lá no início, aí é uma pergunta até deixo, o Brasil está com ineficiência na escala da fronteira de eficiência de 0,91, um aumento de escala. Um aumento de eficiências de 10% é suficiente pra gente atender às necessidades de saúde colocadas hoje já da população brasileira? Eu acho que não e acho que o relatório também nem se pretende responder a isso, mas eu acho que é muito claro que não. Enfim, ok, conclusões, mas a eficiência passa não apenas pelo gasto público por eficiência técnica, mas também pelo gasto privado e pela eficiência alocativa e isso passa por uma profunda reatuação da participação pública e privada na oferta de assistência à saúde no Brasil, se você não enfrenta esse ponto, não tem como discutir a eficiência, é simples assim. Então eu acho que falta um diálogo com outras evidências largamente produzidas por vários pesquisadores aqui no Brasil inteiro.

E por fim, com relação para terminar mesmo, agora fechando, com relação ao gasto tributário, acho que talvez tenha gerado mais rebuliço entre as pessoas e não eram as propostas que estavam no relatório, era no final chegar aqui e sugerir o fim do gasto tributário. Então assim, queria dizer para o Banco Mundial que a gente concorda com essa agenda, a gente concorda com essa agenda de que o gasto tributário precisa ser reduzido, mas precisamos avançar nisso também, o relatório não coloca o que vai ser feito com esse dinheiro, vai ser tirado do gasto tributário, fazer o que com ele? Vai só ser economizado? E aí você corre o risco de um colapso enorme, tem cidades como o Rio e São Paulo que tem 60% quase de pessoas seguradas por plano de saúde, então se você suspende de uma hora pra outra, sem uma contrapartida de investimento no sistema público, contrapartida de investimento grande no sistema público, não é um investimento qualquer, você corre o risco de acelerar ainda mais... [SOM INAUDÍVEL], tem presenciado degradação das condições de vida e de piora da vida geral da população né.

Então é agradecer e eu acho que é isso, o caminho pra frente que está colocado, eu acho que depende muito das propostas que nós conseguimos mobilizar e da gente focalizar na sociedade, então acho que a gente tem que trabalhar muito nisso a partir de agora, a gente precisa muito trabalhar nisso para que a gente também tenha peso para que essas propostas sejam ouvidas, nossas propostas, não ter só que reagir às outras propostas, que a gente possa ter peso político e força política para apresentar e disputar essas propostas num outro nível. Acho que é isso em teoria. Muito obrigado!

[02:41:50]

[Homem 1: Professor Mário]

Muito obrigada, eu queria antes de abrir aqui, ainda temos uns minutinhos, se resistirmos, dar uns minutos pro Edson e aí abrimos aqui, vou fazer isso, Rafael quer falar, eu vou fazer exatamente isso, tranquilo.

[02:42:18]

[Homem 2: Edson Araújo]

Obrigado, Mário. Uma das coisas que a gente começou fazendo esse trabalho era justamente estimular o debate público sobre isso, eu acho que tudo que foi falado aqui hoje é um exemplo de como conseguimos fazer isso, deu um debate público sobre a eficiência e enfim, eu vou começar do final, eu vou falar sobre tudo, mas só uma coisa pro Leo, um slide que eu apresentei aqui, uma das primeiras coisas que a gente falou foi exatamente isso, que algumas determinantes na eficiência fazem parte do que você falou, determinantes sociais da saúde, é por isso que na análise a gente considerou o PIB per capita, taxa de analfabetismo e etc. São basicamente variáveis que tudo bem que não falar diretamente o assunto mas é uma *proxy*, uma *proxy* de dessas coisas que você falou que eu concordo totalmente, se você for ver nas variáveis que utilizou, enfim, teve um cuidado sobre isso, a gente pode voltar essa conversa, eu sei que tem umas coisas que o Desílio, a gente já respondeu algumas, outras continuam os mesmos pontos, mas é assim, tem dois aspectos aqui, tem um debate técnico que eu sou economista, eu fui academia há muitos anos.

Acho que a proposta de vir aqui não é convencer, eu acho que a gente não vai sair daqui convencendo ninguém, eu espero que saíamos daqui amigos, só o fato de não terem me sequestrado já é um avanço. O Mário falou sobre isso e eu falei, eu liguei pra ele e falei, tem duas semanas que não vejo minha família que chega amanhã, então por favor não faça isso agora. Enfim, mas é ter o debate, não é o convencimento, é o debate público, acho que isso a gente tem conseguido, seja aqui, seja na CIT, parabéns de novo ao Mário e as pessoas pelos comentários. Agora pela minha percepção dos comentários, é que a gente discorda menos do que está escrito e mais do que não está escrito no relatório, eu entendo a perspectiva diferente, eu entendo a metodologia diferente, por exemplo, não tem nenhum momento que a gente fale em comercialização da saúde, funções de produção, é uma terminologia técnica, por exemplo, um dos países que trabalho hoje é a Guiné Bissau, é totalmente diferente a situação do Brasil e o que acontece com a Guiné Bissau é pagamento.

As pessoas têm que pagar, paga o serviço no ponto da utilização, uma das coisas que estamos tentando fazer lá é justamente acabar com isso, isso gerou uma forma de comercialização da saúde, hoje temos projetos que mãe de crianças de menos de cinco anos e mulheres grávidas não pagam, mas porque existe tanto comercialização do sistema, as pessoas vão lá e elas não pagam pelo serviço, mas pagam pela luva, pagam pela agulha. Nesse ambiente, a intervenção do Banco Mundial é justamente para fazer não só o serviço só de matéria infantil, gratuito, mas de todo o sistema de saúde gratuito, porém, esse é um país que tem 10% da arrecadação tributária em relação ao PIB, então a gente tem que fazer isso paulatinamente, não de uma hora pra outra, enfim, é um exemplo totalmente diferente para dizer o quanto a gente concorda sobre o que está aqui, mas parece que a gente discorda com o que não está dito, e eu acho que nesse sentido, acho que foi falado aqui, por exemplo.

Quando a gente faz análise de eficiência e discordância sobre metodologia, sobre o princípio, sobre a econometria tecnológica, mas eu entendo o uso político que pode ser feito de números, dos dois lados, dos dois lados de percepção da realidade e isso sinceramente eu não posso comentar, como o Banco Mundial, sou um funcionário público também como vocês.. [SOM INAUDÍVEL]...política, mas eu entendo certamente, existe interpretação política e cada um vai dar como quiser. E aí por exemplo, o Félix falou sobre o financiamento, financiamento é do banco Félix e não uma coisa única do Brasil fazer isso, vários países chegam ao Banco e pedem esse tipo de análise e é claro, aí vocês falaram, foi falado sobre fazenda, Ministério da Fazenda, gostar mais da mensagem, eu não sei se é o caso da mensagem, eu acho que isso é até natural, primeiro que o intelecto principal do Banco nos países é o Ministério da Fazenda. E segundo, porque são todos economistas, já que muitas das coisas que foram faladas aqui, não é nem a questão da sinceridade intelectual, mas a sinceridade do ponto de vista que está partindo desde o epidemiologista, um médico, economista ou até os economistas não se entendem muito.

Mas enfim, rapidamente esses três pontos que acho que são importantes em relação... [SOM INAUDÍVEL]...até falar do início e de novo, não é convencimento mas é a mensagem,

e a mensagem que está aqui a primeira é, o Banco Mundial tem comprometimento com cobertura universal, não só no Brasil como em todos os países, está lá no início, se eu chegar aqui e falar que não tenho cobertura universal, eu vou ser demitido, porque do presidente e pelo diretor, todo mundo tem comprometimento com cobertura universal. O segundo, o SUS é exemplo em vários países, a gente traz várias delegações aqui para aprender com o SUS, o relatório não propõe cortes de gastos em nenhum lugar na saúde está aqui, propõe corte de gastos, porém, achamos e os números mostram e entendo que os números podem ser interpretados de formas diferentes, mas achamos que podem ser feito com o que existe de gasto no momento.

E em algumas áreas como atenção primária, a gente consegue até mostrar que o aumento de gastos vai aumentar a eficiência em termos proporcionais, em relação ao público e privado, a gente falou um pouco da OS, baseado em estudos de de São Paulo tem um pesquisador brasileiro e um dinamarquês, eles mostram que a OS em São Paulo aumentou uma consulta per capita por paciente, uma consulta per capita ao ano, esse é um estudo, não fiz um estudo, eu li um estudo e eu acho que é um estudo consistente, tem gente que não vai gostar da econometria, mas aí são perspectivas diferentes, acho que a gente não pode questionar é a sinceridade intelectual de quem está fazendo, mas por exemplo, a gente não existe no Banco Mundial, não existe nenhuma proposição explícita de que tem que ser público ou privado, a provisão. Não existe, existe cada contexto do país é um contexto, por exemplo, que o modelo dos Estados Unidos em provisão de serviços é mais eficiente que o brasileiro ou canadense?

Claro que não, os números estão aí para mostrar, quando você faz análise da eficiência você vê que gasta muito e o resultado abaixo, por exemplo, se a gente comparar o gasto com saúde no Reino Unido, com o gasto com saúde no Brasil, já mostrei aqui, foi falado, todo mundo concorda que no Brasil o setor público gasta menos que o Reino Unido, porém, no Reino Unido os médicos da família não são funcionários públicos, eu morei dez anos na Inglaterra, estudei, comecei a trabalhar, os médicos da família, os *generals* GP são entidades privadas, eu não estou dizendo que isso no Brasil deve ser feito, não recomendamos e isso porque não sabemos se é possível e segundo se é mais eficiente em termos de aumentar o acesso. Então assim, acho que tem dois lados da mesma moeda e assim, de novo não existe uma prescrição que tem que ser público ou privado, eu posso dizer, até em termos de financiamento, acho que tem a tendência em dizer que o financiamento tem que ser público, mas de novo tem que ter o contexto, porque se você for na maioria dos países europeus, o financiamento só em *insurance* que era no Brasil anteriormente, mas é uma questão de novo, havia evidência para discutir qual é o viável para cada país.

Essa coisa do público e privado é interessante, você pega em todos os países da OECD e a maioria da provisão é privado, não é público, e a provisão pública é uma exceção em muitos países, de novo, isso quer dizer que o Banco Mundial sugere que seja privado? Não, não é isso. Mas é a forma de ver a mesma coisa, agora só uma coisa que o Félix já falou que eu acho que é muito importante, e eu acho que a gente teve muita discussão

interna sobre isso, mas um comentário rápido, se esse relatório é focado só nos setores sociais e acho que você foi muito feliz na observação, a gente teve essa discussão interna, as pessoas da saúde e educação, algum momento falaram que a gente não pode só falar de setores sociais e sobre isso Félix, de novo não quero defender o Banco Mundial, gestão de 15 mil pessoas, eu sou apenas um entre as 15 mil. Se você for na página 16, você verá que o maior item de economia, a terminologia que quiser, é a reforma do incentivo e o setor privado tem 1.2, 1.4, ou seja, chega a quase 2% do PIB. Há um incentivo ao setor privado, no Brasil ficou famosa a bolsa-empresário. O maior item de redução de gastos, então não é saúde, não é educação, não é só proteção social etc.

E a outra coisa também é essa questão da equidade e eficiência, isso é muito importante pra gente, eu falo pelo banco de saúde pelo menos, você vai vendo aqui na tabela, tem uma parte de eficiência e outra equidade e mais ainda, tem dizendo qual seria o impacto na equidade e quando a gente não sabe o impacto que é incerto, tem alguns casos que é neutro. O que estou dizendo voltando para a saúde, a questão dos hospitais, vou falar aqui e eu concordo totalmente que está claro a ineficiência no tamanho do hospital, mas vimos na discussão e tomamos esse cuidado que tem que balancear a questão de fechar o hospital pequeno com o acesso, sem dúvida. Uma das coisas que propomos fazer são aqueles estudos geoespaciais, da demanda, ver o fluxo da demanda e ver onde você pode fechar e onde não pode fechar, a gente nunca falou que vai fechar o hospital e ignorar o acesso.

E a última coisa Mário, eu não vou... o que foi falado sobre o estudo que tem a ver com o que Félix falou, o processo de fazer isso realmente existiu um pedido do Ministério da Fazenda lá atrás, mas acho que o pedido não era só...é claro, eu não vou ignorar o aspecto político e a interpretação das entidades e eu não tenho que entrar nessa área e eu acho que é válido, não estou diminuindo isso, eu acho que é muito importante fazer a interpretação política dos números. Mas eu acho que o processo sobre isso foi, na época o Ministério da Fazenda queria incentivar a análise de impacto de políticas públicas, inclusive até hoje no planejamento tem um grupo que se reúne, não sei se o Rafael já foi lá, uma vez no mês que se reúne mais ou menos que se chama CEMAP, eu nem sei o que significa CEMAP, mas esse grupo se reúne para discutir diferentes políticas públicas, por exemplo, eu sei que o IPEA Brasília fez uma análise de impacto da farmácia popular, apresentaram isso há duas semanas atrás.

Então assim, o contexto acho que minha interpretação do contexto é que existe uma tentativa do governo brasileiro desde 2015, de estabelecer análise de políticas públicas e aí foi nesse contexto que saiu essa discussão sobre esse relatório. Mas de novo, não quero falar sobre o relatório todo, não sou responsável por todo relatório pela saúde, respondo pela saúde e finalizando, eu acho que a gente concorda com o que está escrito e discorda com o que não está escrito e eu acho que é normal, não tem nada de errado nisso.

[02:54:04]

[Homem 1: Professor Mário]

Rafael, ok, até estou surpreso que estamos nesse número aqui, Rafael é do Ministério da Saúde e até eu vou abrir, mas o Ronaldo também.

[02:54:21]

[Homem 8: Rafael]

Boa tarde, primeiro eu gostaria de agradecer ao Edson pelo convite, porque o convite para o Ministério da Saúde foi feito pelo Edson, disse que ia fazer uma apresentação sobre o relatório, meu nome é Rafael, como já foi dito, sou economista do departamento de economia. E minha ideia é mostrar como que o departamento se posiciona em relação ao relatório, eu acho que a gente teve uns quatro encontros Edson sobre isso, tem vários e isso a gente teve que acordar, então a ideia é mais ou menos essa. E nesse sentido eu vou me posicionar de acordo com a nota técnica do departamento sobre o relatório, acho que ela está disponível. E nós pontuamos que é diferente do que alguma parte de vocês fizeram, a crítica vai ser interna em relação ao modelo, sou economista, trabalho com modelo, minha tese tem modelo, trabalho com modelo em departamento, ou seja, vai ser uma crítica interna. Embora, antes de entrar na crítica interna, tem uma problemática maior, ou seja, o Brasil, contexto do Brasil, uma sociedade marcada por deveres e deveres até compulsórios, 350 anos de escravidão, você tem depois de um bom tempo da história do país, você ter uma sociedade passada de deveres para direito marcado na Constituição de 88, surge uma questão da saúde, até que ponto a eficiência vem antes da efetividade, ou seja, como é que a gente vê as eficiências antes de analisar se de fato o serviço chegou com aquelas pessoas que estão desassistidas.

Ou seja, eu acho que essa foi um pouco da angústia de uma parte do público que foi essa questão de não ter contemplado o contexto de heterogeneidade do país, principalmente em relação à questão da cobertura e da efetividade do SUS. Você analisa a eficiência antes da efetividade, então essa é uma questão que eu acho que é importante e um pouco conceitual, mas o ideal seria que tivesse eficiência, efetividade e eficácia, mas no mundo real, no Brasil, aquela coisa tal, é muito difícil. Então antes de entrar propriamente dito na nota, gostaria de chamar a atenção para esse aspecto, que eu acho que esse nesse aspecto é um pano de fundo importante para nós brasileiros que conhecemos as regiões, então, ou seja, existem muitos gaps. Entrando diretamente na nota e também citando um recente estudo, tem um recente estudo que eu não sei se você conhece Edson, da OCDE que é *Daily Useful Spend on the Health*, que ele mostra logo de saída no relatório, ele mostra que esses INAUDÍVEL públicos são mais econômicos, eficientes e efetivos, à medida que você vai mixando o público privado e tornando somente privado, eles se tornam mais caros, relativamente eficientes ou ineficientes e menos efetivos, ou seja, eu acho que esse estudo é interessante porque de Janeiro de 2017 ele estuda exatamente o desperdício na saúde, a óptica de desperdício não é necessariamente realocação de recursos.

Enfim, entrando diretamente no relatório, nós temos uma série de questões mas dentro do DEA, já existe uma publicação do IPEA sobre modelagem de eficiência dentro dos sistemas de saúde, inclusive do SUS e ele mostra o seguinte, o Edson mostrou que das

variáveis não discricionários, ou seja, aquelas variáveis que não estão ligadas diretamente ao modelo, mas que impactam diretamente na saída, no output do modelo, uma variável não foi contemplada na rodagem interna do modelo, ela pode ter sido feita, ajustada posteriormente que é a extensão territorial, Brasil é um país continental, 8,5 milhões de km quadrados. Então ou seja, é óbvio que vai ter alguma região muito distante que vai estar baixo da escala ótima, mas o SUS precisa chegar lá, e outra coisa, não significa que esteja baixo da escala ótima que não é eficiente, porque está contemplado pela regionalização da Constituição, inclusive em 2006, a portaria 399 do Ministério, faz uma reformulação e dentro de seus itens têm um ganho de escala, mas desde que assegurado, ou seja, o direito à vida, o direito à assistência à saúde.

Então esse aspecto dentro do modelo, ou seja, não é densidade demográfica, porque o próprio artigo, vou até citar aqui, é o artigo do Alexandre Marinho, avaliação da eficiência em sistemas de saúde, chama a atenção para isso, essa variável não discricionária extensão territorial, ela tem impacto no logístico, porque o exército faz essa logística, é caríssimo você levar o paciente para outra região, ou seja, esse aspecto geográfico básico ele precisa ser considerado um modelo, ou seja, isso precisa entrar para rodá-lo de novo para saber se essas ineficiências vão continuar, ou se ela vai cair. Ou seja, é um aspecto, é uma variável que talvez seja interessante o banco talvez revisar, mas jogar dentro do DEA, não posteriormente numa regressão ou novo tipo de ajuste, ela precisa ir junto com renda e educação, como apareceu na apresentação, essa é a recomendação do desvio em relação a este primeiro ponto.

O segundo ponto é em relação às estruturas desiguais, que tem um pouco a ver com as escalas que já falei aqui agora, você tem uma região muito distante, aquilo não vai operar entre aspas na escala ótima porque você precisa segurar, então ou seja, você precisa fazer talvez análise de classe e analisar iguais e desiguais, você não pode pegar Teresina e comparar a Porto Alegre, porque são estruturas diferentes. Tem de pegar os iguais, talvez fazer uma análise de cluster e agora vamos comparar iguais, ver se isso aqui está gerando o mesmo, vamos ver se esse bloco...[SOM INAUDÍVEL].... no aspecto conceitual, a segunda observação é que para analisar essas estruturas desiguais seria interessante a introdução de uma análise de cluster e você aplica o DEA, com a extensão territorial, ou seja, a ideia não é necessariamente a ideia do departamento e eu gostaria de colocar como estou representando o Ministério. É interessante porque para nós pesquisadores dentro do departamento, essa problemática de eficiência é muito importante porque qualifica...[SOM INAUDÍVEL]..., nós podemos trabalhar um pouco mais a noção do DEA, o último ponto, porque é uma série de pontos, mas o último ponto é em relação à afirmação...[SOM INAUDÍVEL]..., ou seja você valorar uma ineficiência, valorar um serviço, embora o estudo seja preliminar, mas pelo efeito Edson e aí é uma questão vamos dizer social mesmo, muito forte no ...[SOM INAUDÍVEL] pública e não veio com anexo.

A publicação mesmo sendo preliminar, não veio com um anexo, isso é muito grave num sentido de pesquisa porque a gente fica meio sem chão, aí talvez vá de encontro com o que você afirmou, a gente estava discutindo mais o que não está dito e não o que está

posto, porque você não tem um anexo estatístico para saber quais são as variáveis, qual foi o modelo, até mesmo para que a gente possa fazer uma contribuição até mais robusta para vocês, para contribuir. A ausência do anexo estatístico foi algo muito preocupante dentro do lançamento do relatório, enfim, tem um com a nota, ela está aqui, tem algumas cópias, tem um hall de considerações em relação acho que seria interessante, e a posição do Ministério é essa, que existem alguns vieses que precisam ser ajustados do modelo. Então a conclusão da nota é que a princípio a análise ainda carece de alguns ajustes, então o departamento de economia da saúde do Ministério da Saúde, não valida nessa análise preliminar os resultados do Banco Mundial. Muito obrigado!

[03:02:36]

[Homem 1: Professor Mário]

Não sei se alguém mais quer falar, levanta o dedo para eu já ir passando.

[03:02:59]

[Homem 9: Ronaldo]

Na verdade Mário, eu queria, bom dia a todos e todas, eu queria apenas pedir a palavra, meu nome é Ronaldo, sou professor do IMS aqui do departamento, estou pedindo a palavra apenas para fazer um registro de que a UFMG está sob ataque da polícia federal esta manhã, são nossos amigos, são pesquisadores e é muito sintomático de que a intervenção que está sendo feita lá é justamente para deslegitimar uma construção muito difícil e muito carente neste país que é a memória sobre a anistia, sobre a justiça de transição neste país que é tão mal feita, ao ponto das pessoas se sentirem à vontade para sair na rua e pedir intervenção militar novamente.

Então eu estou aqui fazendo esse registro, invadiram a universidade pelas seis da manhã, já tem condução coercitiva, o departamento de ciência política, professora Heloísa Starling, que já vem trabalhando há algum tempo, já está fazendo depoimento, então é uma situação dramática, a gente que já têm tanta dificuldade de produzir conhecimento crítico no Brasil e divulgá-lo, porque a gente sabe o que os monopólios fazem com quem faz crítica nesse país, e essa é a nossa situação, então é mais uma fala nesse sentido. E se o IMS julgar relevante, que a gente faça uma nota de apoio, porque não se trata de ser contra a investigação, mas contra o método, contra a desmoralização, o método é fascista, não temos dúvida disso.

[03:04:37]

[Professor Mário]

Obrigada Ronaldo, enfim, eu queria terminar...só um segundo aqui...

[3:05:08]

[Mulher 4: Denise]

Boa tarde, meu nome é Denise Rangel, eu sou funcionária pública federal, trabalho no Instituto Nacional de Câncer e nos últimos 15 ou mais anos que eu tenho lidado muito com a parte da gestão, conheço vários Estados brasileiros, reuniões junto com as

secretarias estaduais e municipais de saúde, algumas delas agora inclusive com o outro representante do Ministério da Saúde, não mais funcionários públicos, mas enfim, com outros tipos de vínculos trabalhistas, o que eu queria comentar aqui é que quando eu comecei a ler o documento, a parte introdutória para mim teve uma questão que me incomodou muito, é quando o relatório do Banco Mundial, ele faz recomendações para o sistema brasileiro de saúde e não para o Sistema Único de Saúde no Brasil, o SUS, onde a saúde privada ela é complementar a ele, essa é uma preocupação e com essa preocupação e com a reflexão é de que lugar essas pessoas estão falando, é que eu li todos os outros itens postos lá, depois comecei a ler sobre educação que me causou transtorno e a previdência social e como o governo, como está sendo essa condução política no país.

Isto apesar de ser uma avaliação ali com cunho econômico, com economistas, feita por economistas especialistas ou não na área da saúde, é uma questão que a gente tem que ter um olhar para aí. E outra coisa que eu acho que é extremamente importante num relatório que se diz um relatório sobre a saúde no país, ele deve considerar ter as considerações sobre os instrumentos de gestão dessa área tão nobre da saúde. Hoje eu às vezes participo de algumas, enfim, como ouvinte de algumas palestras e tenho percebido o quão distante está os instrumentos de gestão do SUS, principalmente de uma forma bem focal, sem derivar muito de saúde, mas sobre serviços, prestações locais, a serviço de saúde é o que se chama COAP e sobre o que está colocado no decreto 7.508, então assim, quando eu vou a esses Estados e Municípios, eu me baseio nesses documentos de governança, de fazer a gestão realmente do SUS, através desses documentos.

COAP, Estado nenhum cita, acho que Sergipe eu tive a oportunidade e Mato Grosso do Sul que eu soube que assinou o COAP, esta é a primeira responsabilidade com gasto na saúde, já que vocês estão entendendo saúde como gasto, essa é a primeira orientação que a gente tem que ter, onde é que está sendo feito esse planejamento para esse gasto de saúde e analisar isso, quem está gastando em saúde, como é que o Ministério está gastando, como é que os Estados e Municípios está gastando, já que muitas vezes a gente vê um afastamento total dos instrumentos de gestão destes SUS no Estado brasileiro.

Isso é uma questão grave que eu acho que eu quero deixar colocada aqui. Porque muitas vezes o planejamento não guarda coerência com esses resultados que são mostrados pela área econômica e último ponto, que tem me causado muita angústia, Doutor Edson, Doutor Mário e outros colegas aqui é o seguinte, eu agora em setembro ou outubro, não me lembro bem, eu fui lá em São Paulo, no movimento todos juntos contra o câncer, com mais de quatro mil pessoas participantes, eu como gestora do SUS, eu fui lá ver como está sendo desenvolvida a passos largos a introdução das organizações sociais, das ONGS na gestão de uma questão pública, que onde sequer há o conhecimento sobre a história de saúde deste país. Então assim, bancado por laboratórios, pela Roche particularmente, foi um evento patrocinado pela Abrale e documentos que, enfim, o próprio Banco Mundial está trabalhando junto com empresas farmacêuticas no país, é uma questão que eu queria deixar registrado.

[03:10:04]

[Homem 2: Edson]

Agora está e não está, tentar ser rápido porque está na hora do almoço e todo mundo está com fome, eu concordo plenamente com a Senhora, essas coisas da gestão, tanto que eu falei no início, uma das coisas que a gente gostaria de fazer é visitar aqueles municípios que tenham mais dificuldade, que apareciam mais ineficientes pra entender um pouco da gestão, que se tem alguma coisa específica daqueles municípios em termos de gestão, da qualidade de gestor que modifique a eficiência, mas vou ser bem rápido, Rafael, obrigado por trazer a nota técnica de novo, tem quase um ano que saiu. E uma coisa Rafael, a gente não precisa do Desílio para cancelar o estudo, é saudável que o Desílio discorde das coisas, então a gente não procura ter consenso, uma das coisas que o Félix falou do governo, foi da governança do Banco Mundial, acho que tem que ser transparente e se a gente quiser que o Dissídio, Ministério da Saúde concorde, isso significa que a gente também tem comprometimento em nossa transparência e isso a gente não procura de maneira nenhuma.

O estudo do OECD, uma colega minha no Banco Mundial da OECD que fez esse estudo e essa coisa da dimensão territorial, só um exemplo, a gente conversou sobre isso, conversou com Alexandre Marinho que é o autor do estudo que você está citando e a gente fez algumas observações. O que a gente observa é que os municípios com a extensão do território maior, são mais eficientes, então é o oposto do que você está dizendo, aí você fala botar no DEA, claro, mas se você faz uma correlação, eu tenho certeza que você entende bem a relação, você entende que aquela variável está confirmando o que está sendo dito, não está discordando do que está sendo dito e por exemplo você falar análise cluster, os gráficos que a gente tem aqui de tamanho do município, da região, aquilo é cluster. E a última coisa, eu acho fantástico essa nota técnica que também estimula o debate, aí tem coisas interessantíssimas, como por exemplo, a gente tinha um propósito de fazer análises de trajetórias do paciente. Se o serviço está sendo prestado no lugar certo, a atenção primária foi pra UPA, não está sendo feito no lugar certo o serviço claro, mas aí muita coisa da nota técnica diz isso, que o sistema de contas nacionais de saúde já diz que os serviços de contas nacionais são corretos.

Eu sinceramente queria entender como isso é possível, porque o sistema de contas nacionais é o fluxo de recursos em um paciente em si, então assim, seria bom ter um debate da nota técnica, eu acho que isso ia contribuir mais ainda para o debate sobre a sua eficiência, a gente não pode achar que tudo que está na nota técnica é verdade, como a gente tem humildade de dizer que nem tudo que está aqui pode ser 100%. E isso tem a ver com o último ponto, e assim, eu falei na apresentação, a gente não está dizendo que tem 22 bi de ineficiência, é tanta gente que não está dizendo que tem que cortar 22 bilhões do SUS, a gente está dizendo que existe na eficiência, é claro que tem um intervalo de confiança ali, pode ser mais, pode ser menos, tem uns aspectos que o Léo falou por exemplo das redes sociais etc.

A gente entende isso, então assim, claro que fazendo afirmações categóricas, eu sou economista e tenho uma responsabilidade intelectual antes de ser funcionário. Eu acho que no final das contas, tanto a nota técnica, como o debate hoje, como o relatório em si, o principal que tem sido alcançado é um debate público e espero que daqui desse debate a gente consiga iniciativas que reforcem o sistema de saúde brasileiro.

[03:13:45]

[Homem 1: Professor Mário]

Para encerrar, obrigado Edson, obrigado a todos que permaneceram aqui e resistiram até o final e espero que essa discussão continue a partir daqui tá bom? Obrigado!

[Aplausos]