



Prezado (a) conselheiro (a),

Estamos encaminhando um clipping de notícias do CNS na mídia, além daquelas com assuntos que o Conselho vem debatendo. A intenção é socializar com os Conselheiros Nacionais a repercussão nos principais jornais.

*Brasília, 09 de junho de 2010
Valor Econômico/BR
Ministério da Saúde | Institucional*

País deve investir mais em pesquisa clínica

*ESPECIAL ACESSO À SAÚDE
Rosângela Capozoli*

O Ministério da Saúde investiu mais de R\$ 500 milhões em pesquisa entre 2003 e 2008. Entre os três primeiros e os três últimos anos do período, houve um crescimento de 23,56%. Nesse bolo, estão os aportes em pesquisa clínica - fase do estudo quando o novo medicamento é testado em humanos.

Em 2009, o Ministério ampliou a Rede Nacional de Pesquisa Clínica, criada em 2005, passando para 32 o número de unidades vinculadas, cujos desembolsos somam R\$65 milhões desde o início do programa. Segundo dados da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), o número de pedidos de estudos encaminhado à agência aumentou cerca de 1.000% entre 1995 e 2004. Entre 2003 e março de 2006, foram aprovados 594 estudos, 359 conduzidos pela indústria farmacêutica, 177 por organizações representativas de pesquisa clínica e 28 por universidades e fundações.

A pesquisa clínica é um tema que divide opiniões no Brasil. Os pesquisadores criticam a lentidão e o excesso de exigências do Conselho Nacional de Ética (Conep), que deixariam o país fora da competição com outros. O Conep argumenta que o rigor é necessário para proteger a saúde da população e evitar que o Brasil se torne um simples campo de provas dos laboratórios multinacionais. Na oftalmologia da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) fazíamos pesquisa clínicas de fase I, na década de 1980, para o FDA (a agência americana que fiscaliza medicamentos e alimentos), diz Rubens Belfort, professor titular de oftalmologia da Unifesp. Mas hoje somos deixados de lado porque o Brasil não é competitivo, afirma.

É uma falta de bom senso, porque mesmo quando se trata de um protocolo testado na Europa e Estados Unidos, é preciso que seja aprovado aqui pelo Conep, levando às vezes um ano para responder perguntas que já foram feitas e respondidas lá fora. Frequentemente, no decorrer de toda essa burocracia, chega a informação de que o trabalho não precisa mais ser feito no Brasil, porque a resposta foi obtida em outros países, diz Belfort. Gyselle Saddi Tannous, coordenadora do Conep, defende o rigor da comissão, lembrando que a pesquisa também é um indutor do consumo, em algumas fases, e isso é preocupante. Segundo ela, há, de certa forma, uma indução da indústria internacional para o uso de determinadas drogas no nosso país, drogas que às vezes nem fazem parte das distribuídas pela rede, afirma. Esses riscos fazem com que a gente seja mais rigorosa, no sentido de cuidar para que a população não seja utilizada em experimentos que não interessam aos nossos pacientes.

A lentidão na tramitação das pesquisas pelo Conep, uma das principais queixas com relação ao órgão, deve se reduzir pela metade até o final do ano. A informação foi dada por Reinaldo Guimarães, secretário de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde no seminário Caminhos para o Financiamento e Acesso à Saúde, realizado segunda-feira. A Conep vai se replicar em quatro ou cinco Estados, e com isso o tempo de aprovação e revisão dos protocolos cairá pela metade. Antonio Carlos Martins de Camargo, pesquisador e professor titular da Universidade de São Paulo (USP), considera que as doenças endêmicas e comuns nos países pobres não são de grande interesse para as multinacionais e deveriam receber tratamento diferenciado. Ele observa, porém, que o Brasil está andando devagar na área da pesquisa. Embora o país tenha recursos naturais cobiçados como fontes de medicamento, ainda não há uma política brasileira para inovações farmacêuticas. A Associação de Pesquisa Clínica do Brasil (APCB) avalia que a produção científica do Brasil vem crescendo, com investimentos que somavam R\$ 500 milhões em 2008. O montante, porém, não alcança o que é investido por uma multinacional no desenvolvimento de uma única droga - cerca de US\$ 1 bilhão em um processo que pode levar até 15 anos.

Segundo a APCB, esse mercado movimentava US\$ 60 bilhões por ano só nos Estados Unidos. Segundo dados internacionais, de cada 10 mil moléculas pesquisadas, só uma acaba se transformando em remédio. E sete de cada dez novas drogas não cobrem os gastos com investimentos. Para o médico e pesquisador Jorge Kalil, que cuida da saúde do presidente Luiz Inácio Lula da Silva e dirige o laboratório de Imunologia do Instituto do Coração, a farmogenética teve uma explosão nos últimos anos. O Brasil se beneficiaria muito se os medicamentos fossem testados no nosso pool. Se tivéssemos uma legislação que nos obrigasse a testes mais curtos, e que condicionasse os testes às pesquisas feitas aqui, teríamos mais segurança e mais tecnologia, afirma.

Programa vai fortalecer as parcerias de produção

ESPECIAL ACESSO À SAÚDE

Simone Goldberg

Reinaldo Guimarães: aposta nas universidades e institutos de pesquisa

SUS economiza com fabricação de 22 produtos no país

Inovação é a palavra-chave para superar vários desafios, entre eles reduzir dependências externas e ajudar a ampliar exportações de produtos de maior valor agregado. Uma dessas iniciativas do Ministério da Saúde é a aposta no fomento da inovação nas universidades e institutos de pesquisa, em parceria com agências do Ministério da Ciência e Tecnologia, como a Finep e o Cnpq.

Entre essas ações, destacam-se algumas redes de pesquisa em campos prioritários, tais como a Rede Nacional de Pesquisa Clínica, a Rede Nacional de Terapia Celular, as Redes Nacionais de Dengue e de Malária, o Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto, entre outras, diz o secretário de ciência, tecnologia e insumos estratégicos do Ministério da Saúde, Reinaldo Guimarães. Outra iniciativa é o complexo industrial da saúde, que conta com medidas de apoio estatal, como financiamentos do BNDES, para dar condições de desenvolvimento tecnológico e inovação em produtos para o Sistema Único de Saúde (SUS). Há ainda, na lista de esforços do Ministério, a modernização dos laboratórios oficiais, que receberam investimentos de cerca de R\$400 milhões entre 2000 e 2010.

A principal estratégia para fortalecer a inovação nos laboratórios oficiais são as parcerias de produção, diz Guimarães. Foram fechadas 17 dessas associações, envolvendo nove laboratórios públicos e dez empresas privadas. No total, serão fabricados 22 produtos estratégicos. O Ministério gasta, por ano, cerca de R\$ 800 milhões com a compra direta desses fármacos. A estimativa de economia média anual para o SUS é da ordem de R\$ 160 milhões. No mundo dos negócios privados, o presidente da Associação dos Laboratórios Farmacêuticos Nacionais (Alanac), Carlos Alexandre Geyer, defende mais avanços. A retórica e a prática não estão tão alinhados como deveriam. Geyer diz que em média, as multinacionais investem cerca de 7% do faturamento em pesquisa e inovação. E as indústrias nacionais, entre 2,5% e 3%. Ele defende mais recursos para financiamento e principalmente uma maior sincronia entre a academia e a iniciativa privada. Os critérios de seleção são subjetivos. Muitos recursos vão para a academia e não retornam como produto para o mercado, diz Geyer. Além disso, há entraves burocráticos que dificultam a importação de materiais, atrasando e inviabilizando pesquisas.

O país, diz o presidente da Associação da Indústria Farmacêutica de Pesquisa (Interfarma), que reúne os laboratórios multinacionais, Antônio Britto, tem condições de avançar na pesquisa porque tem boa estrutura científica e características, como a diversidade populacional e climática, que tornam o país atraente para estudos. Mas não avança porque as regras para inovação não ajudam. Para proteger a ética, o sistema criado é lento e burocrático. As pesquisas hoje são feitas simultaneamente em vários países. Precisamos, sem prejuízo da ética para com o sujeito da pesquisa, o paciente, agilizar o processo e os prazos, eliminar burocracias, afirma. Essa a demora na autorização - muito maior no Brasil do que em outros países - leva o país a desperdiçar conhecimento. Segundo Britto, da ideia original até o remédio pronto gasta-se em média dez anos e cerca de US\$ 800 milhões.

Para o presidente do INPI, Jorge Ávila, o Brasil avançou muito nos últimos dez anos, há mais recursos públicos para financiamento, mas o desafio é a ampliação do investimento privado em

inovação. Ele defende maior proteção da propriedade intelectual de brasileiros no exterior como forma de aumentar a capacidade nacional de celebrar parcerias com empresas estrangeiras.

Brasília, 09 de junho de 2010

Valor Econômico/BR

Ministério da Saúde | Programas | Doe Órgãos, Doe Vida

Modelo em risco

ESPECIAL ACESSO À SAÚDE

Rosângela Capozoli

Desafio do país é garantir que serviços de saúde e medicamentos estejam ao alcance dos brasileiros. O maior sistema de saúde do mundo, considerado modelo para países ricos e em desenvolvimento, continua ameaçado pela insuficiência de recursos.

O Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecido pela Constituição de 1988 com promessa de um Estado que garanta saúde para todos, ainda vive de pires na mão. Injeções que viriam com a CPMF – conhecida como imposto do cheque - e com a Emenda Constitucional 29, empacaram em alguma instância. Mesmo a proposta de repassar para o Ministério da Saúde um terço do orçamento da Previdência, não foi considerada. Em lugar dos R\$ 130 bilhões esperados para 2010, a Saúde tem a metade disso, R\$ 65 bilhões. Na ponta do lápis, o SUS custa menos de R\$ 1,2 por habitante/ dia, uma caixa de fósforos para cada cidadão.

Em troca, o sistema faz cerca 2,2 bilhões de procedimentos por ano, incluindo 12 milhões de internações, além de praticamente bancar todos os transplantes. Sem novos recursos, o modelo SUS de atendimento universal e integral pode ir à lona. E com isso, irão se agravar as condições de atendimento de quase 140 milhões de brasileiros que dependem unicamente do sistema público. Essa perspectiva cinzenta foi o tema principal do seminário Caminhos para o Financiamento e Acesso à Saúde, promovido na segunda-feira pelo Valor em parceria com a Associação da Indústria Farmacêutica de Pesquisa (Interfarma).

Enquanto o Brasil oferece atendimento a todos, na Índia apenas 20% da população têm acesso à saúde pública, e na China a saúde pública só é oferecida aos moradores urbanos, diz Reinaldo Guimarães, secretário de ciência, tecnologia e insumos estratégicos do Ministério da Saúde. No sistema britânico, que como o Brasil oferece acesso universal, o gasto per capita é 13 vezes maior que o do SUS, lembra o secretário. A Inglaterra arca com 80% do gasto total em saúde contra 30% a 50% aqui no Brasil. A redução de financiamento do SUS pode ser vista por outros indicadores.

Segundo Sergio Francisco Piola, do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), os gastos públicos em países que possuem sistema de saúde com cobertura universal correspondem em média a 6,5% do Produto Interno Bruto. No Brasil, o investimento no SUS é inferior a 3,7% do PIB. O SUS vem sobrevivendo com insuficiência de recursos, diz Piola. É necessário ter uma regulação, defende. Em sua avaliação, não existe sistema universal que sobreviva sem uma regulamentação bem feita. É preciso reduzir as desigualdades de acesso aos serviços e manter o atendimento integral regulado. Um dos objetos dessa regulamentação é a Emenda Constitucional 29, que obriga municípios, Estados e União a desembolsarem uma porcentagem do orçamento para Saúde.

Mesmo aprovada, a emenda aguarda há dez anos no Congresso a normatização. Piola estima que, caso já tivesse sido regulamentada, a emenda 29 vincularia 8,5% da receita corrente bruta ao orçamento de 2009, que teria um ganho de R\$7,5 bilhões. Ao invés de R\$ 58,3 bilhões, seriam R\$65,8 bilhões. Segundo o secretário Reinaldo Guimarães, a regulamentação da emenda 29 não se dá por motivos políticos partidários. Enquanto a regulamentação não ocorre, o socorro ao SUS depende de novas fontes. Uma das mais cogitadas durante o seminário foi o retorno da CPMF, que acabou virando tema de batalha política e sempre corre o risco de ser desviada para outros setores que não a saúde. Segundo o cardiologista Adib Jatene, diretor geral do Hospital do Coração e pai da CPMF na sua passagem pelo Ministério da Saúde, diz que a elite da economia brasileira, justamente a que movimenta maior volume por meio de cheques, foi a responsável pela queda desse imposto.

Considerando que o orçamento total da União é de R\$1,753 trilhão, e apenas 10% são divididos entre saúde, educação, Bolsa Família, PAC e demais despesas do governo, é impossível que o SUS sobreviva sem uma nova fonte de recursos, afirma Jatene. Para o secretário Reinaldo Guimarães, a CPMF nunca teve e não teria o condão de atingir essa meta, mas era algo importante no sentido de mitigar esse financiamento. Se o acesso a serviços é um dos grandes desafios do SUS, o acesso a medicamentos está longe de atingir um patamar mínimo, embora a assistência integral, prometida pela Constituição, considere o remédio como parte do tratamento. De seu lado, o governo vem aumentando os gastos da farmácia básica, que passaram de R\$2,70 per capita em 2007 para R\$5,10 por pessoa ao ano em 2010, segundo ele. Os medicamentos excepcionais, aqueles de alto custo que não faz em parte da farmácia básica, já respondem por 10% a 15% do orçamento do Ministério da Saúde.

Para nós do SUS, a questão do preço está se tornando um gargalo insolúvel, diz Guimarães. Uma das iniciativas do ministério tem sido centralizar as compras de medicamentos excepcionais, que antes eram feitas pelos Estados e agora são realizadas pela União, com reduções importantes de custo. Numa frente mais ampla, o Ministério da Saúde fechou 17 acordos, desde meados do ano passado, com a transferência de tecnologia do setor privado para o público. São investimentos de R\$ 800 milhões que garantem uma economia de R\$ 150 milhões na compra de remédios pelo SUS, afirma o secretário. Para Jacob Frenkel, da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), a preocupação com o acesso a medicamentos é recente, portanto, precisa ser melhor estudada. Num futuro próximo deve haver uma política global do governo referente ao acesso a medicamentos, mas é preciso considerar as questões tecnológicas, clínicas, econômica e logística, diz. Na sua opinião, todos esses pilares têm de ser harmonizados. É preciso tecnologia para um medicamento de qualidade. É necessário que haja um médico para receitar esses medicamentos. Os preços terão de ser compatíveis. E os pontos de venda têm de estar próximos do consumidor, com estoques e regularidade. O professor afirma que as classes com renda mais baixa não têm acesso sequer aos genéricos, por contado preço. Ele defende, nesses casos, a distribuição por parte do governo, valendo-se de sua rede de 12 mil farmácias populares. Números citados por Frenkel revelam que está diminuindo o acesso da população aos medicamentos, um dado preocupante.

Segundo ele, em 1989 foram comercializados 1,5 bilhão de unidades. Em 2008, as vendas ficaram em 1,6 bilhão, mais 13%, enquanto a população aumentou em 20 milhões no mesmo

período. Gonzalo Vecina Neto, superintendente corporativo do Hospital Sírio-Libanês e ex-presidente da Agência de Vigilância Sanitária (Anvisa), pensa de outra forma. Para ele, as farmácias populares precisam fechar, sob risco de levarem à falência a rede de 60 mil farmácias privadas do país. É preciso pensarem uma assistência farmacêutica inclusiva. A solução da questão do financiamento é cobrar pelos medicamentos, valendo-se de um fator que diferencie os preços de acordo com o poder de compra do cliente, diz.

Jorge Kalil, diretor do Laboratório de Imunologia do Instituto do Coração defende um Brasil competitivo também na indústria farmacêutica. O país deu um passo importante quando entrou na produção de genéricos e na lei de patentes de 1996 criando a defesa da propriedade industrial, mas é importante que a Anvisa regulamente todo processo, diz. Para ele, esses passos são importantes no processo de inovação. O Brasil cresceu três vezes mais na área de inovação em relação ao resto do mundo, mas é um crescimento baixo. Apesar do avanço, Kalil diz que essa ciência ainda não se transformou em riqueza para a sociedade, porque apesar dos avanços, ainda não conseguimos fazer todo o percurso da rota tecnológica na área de saúde. Falta um sistema de gestão que seja eficaz, além de maior financiamento.

Na prática, existe um movimento do setor produtivo e iniciativas do governo, enquanto a universidade corre paralela, o que não deveria acontecer. O médico e pesquisador lembra que o Brasil ocupa o 17º lugar em pesquisa clínica no mundo, perdendo grandes oportunidades de avanço tecnológico, muitas vezes por conta de uma desarmonia entre dois órgãos responsáveis por esse impulso, o Conselho Nacional de Ética em Pesquisas (Conep) e a Anvisa. Essas duas instituições têm que ajudar na inovação, e não ser mais um obstáculo que teremos de cruzar. A lentidão na inovação não pode ser atribuída à falta de financiamento. Nunca no país houve tantas linhas de crédito como agora. Falta de dinheiro não foi o que em perrou a pesquisa, diz Jorge Ávila, presidente do Instituto Nacional de Propriedade Industrial (Inpi). Ávila vê na timidez dos empresários insegurança em relação ao retorno de seus investimentos. Embora a lei de propriedade industrial seja avançada e segura, as incertezas estariam nos próprios órgãos do governo. Diferente de outros países, onde cerca de 90% dos investimentos em pesquisa e inovação são feitos pela indústria, no Brasil eles não chegam a 50%. A outra parte é feita nas universidades, provocando uma separação entre academia e setor produtivo. Silvio Crestana, ex-presidente da Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária (Embrapa), mostra o lado da pesquisa que vem dando certo no Brasil e que, na sua opinião, precisará ser seguido pela saúde. Com pesquisas, quebramos o paradigma de que a soja não se desenvolveria no Mato Grosso e em Goiás. Não teríamos a melhor genética em bovinos se fôssemos ouvir a ciência daquela época. O Brasil é o terceiro maior exportador mundial, perdendo apenas para Europa e Estados Unidos.

*Brasília, 09 de junho de 2010
Estado de São Paulo/SP
Ministério da Saúde | Institucional*

Dirigentes da Oscip Creatio deixam cadeia

*ANA ROSA FAGUNDES
Da Reportagem*

Os dirigentes da Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscip) Creatio, Luciano de Carvalho Mesquita e Ronilton Souza Carlos, presos há quase dois meses na operação Hygeia da Polícia Federal, conseguiram a liberdade ontem. O Tribunal Regional Federal concedeu habeas corpus aos dois. Eles são acusados de fazer parte de um esquema que desviou R\$ 52 milhões da Fundação Nacional de Saúde (Funasa) e de recursos do governo federal destinados ao setor da saúde em cidades do interior de Mato Grosso. Os institutos Creatio e Idheas eram contratados por prefeituras do interior de Mato Grosso e Minas Gerais para gerir recursos do Fundo Nacional de Saúde, que destina dinheiro para programas de Saúde Indígena, Saúde da Família (PSF), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu) e Unidades Municipais de Saúde (UMS).

Porém, de acordo com as investigações, as contratações desses institutos foram feitas sem processo licitatório e os projetos de parceria apresentam objetivos genéricos e com custos muito superiores ao praticados por outras Oscips. A Justiça Federal já recebeu denúncia contra os dois, que agora respondem criminalmente por formação de quadrilha, peculato, uso de documento falso e por prejudicar o caráter competitivo de licitação. Pelas investigações da PF, Luciano é classificado como um dos auxiliares no comando do suposto esquema. Ele teria sido indicado para o cargo no Creatio por Ronilton Souza Carlos. De acordo com o advogado Antonio Teixeira Nogueira Neto, os dois deveriam ser liberados ainda na noite de ontem. Na operação, 36 pessoas foram presas temporariamente, entre servidores, empresários e integrantes do PMDB.

*Brasília, 09 de junho de 2010
Jornal de Brasília - Brasília/DF
Ministério da Saúde | Órgãos Vinculados | SUS*

Apesar dos avanços, é preciso aumentar os recursos

*ESPECIAL ACESSO À SAÚDE
Lauro Veiga Filho*

Quem analisa a evolução dos gastos com ações e serviços de saúde no país nos últimos oito anos pode chegar à conclusão de que não procedem as queixas relacionadas à falta de recursos para o setor.

Afinal, entre 2000 e 2008, somadas as três esferas de governo, as despesas com o Sistema Único de Saúde (SUS) tiveram um crescimento real de 80%, saltando de R\$ 58,81 bilhões para R\$ 106 bilhões. Consolidando as três instâncias, talvez nenhuma outra área social tenha agregado mais

recursos no período, afirma Sergio Piola, coordenador da área de saúde da diretoria de estudos sociais do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea).

De fato, mesmo como proporção do Produto Interno Bruto (PIB), os avanços não deixam de ser relevantes, já que as despesas públicas com a saúde saíram de 2,89% em 2000 para 3,67% em 2008, último ano para o qual existem estatísticas consolidadas até o momento, diz Piola. O gasto per capita, na mesma linha, avançou 61,5%, também em valores atualizados até 2008, de R\$ 346,19 para R\$ 559,02. Esse conjunto de indicadores, no entanto, não resiste a uma comparação internacional. Para não prevalecer a falsa impressão de que o SUS teria recursos de sobra, diz o pesquisador, é útil fazer comparação com outros países com sistemas similares.

Com base em dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), consolidados na publicação World Health Statistics, Piola aponta que a Espanha, país com a menor despesa per capita na amostra selecionada, gasta em saúde, incluindo desembolsos públicos e privados, três vezes mais do que o Brasil. Apenas o setor público espanhol destina cinco vezes e meia mais recursos do que o brasileiro. Por aqui, a saúde responde por uma fatia de 5,4% das despesas totais do setor público, diante de uma participação entre 15,6% e 19,5% nos países que adotam sistemas que oferecem cobertura universal à população.

Adicionalmente, a participação dos governos é mais expressiva nos países da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), onde as fontes públicas de financiamento do setor representam entre 67,5% (caso da Austrália) a 84,1% (na Noruega) da despesa total em saúde, com média de 70%. No Brasil, lembra Piola, as fontes públicas de recursos correspondem a 41,6% dos gastos. Possivelmente, o Brasil é o único país com sistema universal de saúde, ao menos do ponto de vista legal, onde o gasto privado é maior do que o público.

Para o especialista, essa baixa participação do setor público torna absolutamente impossível garantir serviços integrais de boa qualidade. Não há mágica para consolidar a universalização do SUS e melhorar sua qualidade, diz Piola, a não ser com a injeção de mais recursos. Ganhos de eficiência são sempre possíveis e desejáveis, até porque são muitos os exemplos de desperdícios e falta de gestão mais eficiente. No entanto, prossegue o pesquisador do Ipea, seria ingenuidade ou falsidade supor que a universalidade, a integralidade e qualidade na atenção à saúde possam ser alcançadas apenas com ganhos de eficiência no uso dos recursos atualmente disponíveis. Em 2008, insiste Piola, os governos federal, estaduais e municipais desembolsaram o equivalente a 3,67% do PIB em ações e serviços públicos na área da saúde, num avanço evidente em relação aos 2,89% gastos em 2000, mas claramente inferior à despesa média de 6,5% do PIB realizada por países com sistemas de acesso universal.

Para demonstrar a insuficiência de recursos para o setor, no Brasil, Piola recorre a outro conjunto de indicadores, incluindo o setor de saúde suplementar (planos e seguros de saúde). Em 2006, o gasto corrente per capita do SUS havia sido de R\$ 451, destinados ao custeio do sistema e ao atendimento integral de 186 milhões de brasileiros. Desse total, cerca de 37 milhões de pessoas faziam parte das carteiras de empresas de seguro e de planos de saúde. Excluindo-se essa população, a disponibilidade per capita de recursos no SUS subiria para R\$ 562, valor inferior aos recursos

disponíveis para o segmento de planos e seguros privados de saúde no mesmo ano, que foi de R\$ 1.131 por beneficiário (ou duas vezes mais). O pesquisador considera complicado desenhar estimativas sobre a necessidade de recursos para o SUS, diante do tamanho da demanda reprimida nesta área. Alguns especialistas afirmam que, no curto prazo, só para atender às necessidades mais prementes, o sistema precisaria de um acréscimo de uns R\$ 10 bilhões.

*Brasília, 09 de junho de 2010
Folha de Pernambuco/PE
Ministério da Saúde | Órgãos Vinculados | SUS*

Recife sedia evento sobre PPP na Saúde

GRANDE RECIFE

Hoje, Recife sedia a primeira discussão sobre a parceria público privada (PPP) na Saúde. Como tema "PPP da Saúde: oportunidade e negócios", o evento traz os principais personagens da primeira PPP da área no Brasil para debater com representantes do governo, empresários, gestores e investidores locais sobre as oportunidades que o modelo pode trazer para o setor.

A experiência pioneira de PPP aconteceu com o leilão do Hospital Subúrbio de Salvador, na Bahia, vencido pelo consórcio franco-baiano Promédica/Dalkia, em fevereiro. É o primeiro estabelecimento de saúde a adotar a parceria entre governo e setor privado como modelo de gestão. A Prodal Saúde S.A. terá a concessão da unidade por dez anos e será responsável pela manutenção da mesma. "Atingindo a meta quantitativa e qualitativa às quais visam o contrato, existe uma contra-prestação máxima de cerca de R\$ 103 milhões por ano. Não alcançando-as, há redução na receita", explicou o diretor administrativo e financeiro do Grupo Promédica e presidente da Prodal, Jorge Oliveira.

A unidade será inaugurada em julho deste ano, com 298 leitos e capacidade para 10,5 mil atendimentos de urgência por mês, realizados pelo SUS, e repasses do governo ao consórcio de mais de R\$ 1 bilhão, em contrato de vigência de dez anos. "A experiência tem sido exitosa. Quem ganha com a parceria é o usuário. Estaremos com uma unidade dentro de um padrão internacional de qualidade. Para nós, é a evolução no setor de saúde e nós já pensamos em novas oportunidades", explicou Priscila Romano, presidente em exercício da comissão especial de outorga para parceria público privada do Hospital Subúrbio de Salvador.

Expediente

Carta Eletrônica do CNS

Publicação do Conselho Nacional de Saúde - Ano VI – 09 de junho de 2010.
Secretaria Executiva do CNS
Coordenação de Comunicação e Informação em Saúde