

POLITICI DE SĂNĂTATE

Sub auspiciile Equity in Health Institute



PETRE MOSKOV

Ministrul Sănătății
din Bulgaria

Interviu

ASIGURĂRILE PRIVATE DE SĂNĂTATE



Stabilirea priorităților,
din ce în ce mai necesară
pentru introducerea de
noi medicamente

Dr.

ANDREEA CASANDRA BUTU



Vrem să implicăm
mult mai mult medicii
în viața Colegiului

Prof. univ. dr.

CĂTĂLINA POIANĂ



Prof. dr.

MIRCEA N. PENESCU



Răzvan
Vulcănescu

subsecretar de stat
Ministerul Sănătății



SUMAR



„Privește-mă prin ochii mei”

Concurs de materiale jurnalistice pentru lupta împotriva tuberculozei

Decernarea premiilor – 9 mai 2016

Cu sprijinul:



Event management:



- 4 **Andreea Casandra Butu:** Stabilirea priorităților, din ce în ce mai necesară pentru introducerea de noi medicamente
- 6 **Efort comun pentru îmbunătățirea managementului epilepsiei în România**
- 8 **Petre Moskov:** Sistemul de sănătate bulgar, bazat pe prevenție și pe programe de screening
- 11 **Corina Silvia Pop:** Prevenția, cuvântul-cheie în elaborarea programelor de sănătate
- 12 **Răzvan Vulcănescu:** Asigurările private de sănătate - cel mai mare potențial de creștere pe piața asigurărilor din România
- 14 **Laborator ultramodern de cercetări în endocrinologie, la Institutul „C. I. Parhon”**
- 16 **Se impun măsuri prioritare pentru sănătatea femeii**
- 18 **Cătălina Poiană:** „Vrem să implicăm mult mai mult medicii în viața Colegiului”
- 20 **Corneliu Florin Buiuc:** Avem nevoie de programe profilactice, de creșterea sumelor alocate pentru Sănătate
- 22 **Michel van den Berg:** 10 ani de performanță a sistemului de sănătate în Olanda
- 24 **Nello Martini:** Transparența cheltuielilor din Sănătate
- 25 **Carmen Drăgan, Președinte al Spitalului Monza, decorată cu Ordinul Steaua Italiei în grad de Cavaler**
- 26 **Cooperarea în domeniul HTA, stimulată de Acțiunea comună 3 EUnetHTA**
- 28 **Legislația Uniunii Europene - garantul calității, eficacității și siguranței vaccinurilor de pe piață**
- 30 **Statele europene trebuie să îmbunătățească rezultatele din domeniul sănătății**
- 31 **Propuneri pentru eficientizarea procesului de reglementare a medicamentelor generice**
- 32 **Mihai Căsu:** Nu poți vorbi de abordare multidisciplinară fără o finanțare corespunzătoare
- 34 **Florentina Ionită-Radu:** Sistemul sanitar are nevoie de o strategie unitară, națională, multianuală
- 36 **Tehnici noi de endoscopie digestivă în diagnosticul bolilor inflamatorii intestinale**
- 38 **Laurențiu Simion:** Prevenția și paliția, prioritare pentru realizarea planului național împotriva cancerului
- 40 **Rozalia Biro:** Modelul privat, implementat în structurile spitalicești publice
- 42 **România ar avea nevoie de 3-4 centre HIPEC**
- 44 **Abordare multidisciplinară în tratamentul cancerului**
- 46 **Mircea N. Penescu:** Programul național împotriva bolilor de rinichi, cu implicarea medicilor de familie
- 48 **Cooperarea societăților medicale cu autoritățile, cheia succesului prevenției cardiovasculare**
- 50 **Cătălina Tudose:** În lipsa unei strategii împotriva demenței, educația populației este esențială
- 52 **Vaccinarea anti-HPV - recomandări și provocări**
- 54 **Serviciul de teleasistență la domiciliu eficientizează intervențiile de urgență**
- 56 **Io Anne Zujewski:** Sistemele sanitare trebuie să caute soluții pentru tratamente eficiente, la prețuri accesibile
- 58 **Anders Olason:** EPF: Sănătatea nu este o prioritate pentru Comisia Europeană
- 60 **Consolidarea guvernării sistemelor sanitare: politici mai bune, performanță îmbunătățită**
- 62 **Finanțarea serviciilor medicale în mediul rural în 2016**
- 64 **„Medicină fără fum de tutun” - de la etică la obligație legală**

CONSILIUL ȘTIINȚIFIC

- Prof. dr. **Petru Armean**, decan Facultatea de Moașe și Asistență Medicală de la Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila”
- Prof. dr. **Leonard Azamfirei**, rector Universitatea de Medicină și Farmacie Tîrgu Mureș
- Dr. **Cristina Berceanu**, director medical Neofile Medical Center
- Dr. **Călin Boeru**, medic primar
- Farm. sp. dr. **Ioana Cacovean**
- Dr. **Theodor Cebotaru**, medic primar, Spitalul Monza
- Dr. **Victor Gabriel Clătici**, Spitalul Universitar de Urgență Elias
- Prof. dr. **Natalia Cucu**, profesor de biochimie, epigenetică la Universitatea București, Departamentul de Genetică, Laboratorul de Epigenetică
- Conf. dr. **Ion Daniel**, șef Clinica Chirurgie Spital Universitar București
- Conf. dr. **Carmen-Daniela Domnariu**, Facultatea de Medicină, Universitatea „Lucian Blaga” Sibiu
- Dr. **Fausto Felli**, președinte Equity in Health Institute
- Conf. dr. **Doru Herghelegiu**, director general Spitalul Sanador
- Dr. **Dana Ionescu**, director medical Spitalul Clinic Colentina, București
- Lect. univ. dr. **Gabriela Iorgulescu**, președinte Societatea Academică a Științelor Comportamentale din România
- Prof. asociat dr. **Dana Jianu**, copreședinte Societatea Internațională de Medicină și Chirurgie Regenerativă
- Dr. **Ștefan Jianu**, director general Centrul Medical ProEstetica
- Dr. **Dan Jinga**, medic primar oncologie medicală
- Dr. **Ion Luchian**, președinte Comisia de sănătate publică Senat
- Asist. med. gen. lic. **Doina Carmen Mazilu**, președinte OAMGMAMR - Filiala București
- Prof. dr. **Florin Mihăițan**, președinte Societatea Română de Pneumologie
- Prof. dr. **Eugen Moța**, vicepreședinte Societatea Română de Nefrologie
- Prof. dr. **Radu Negoescu**, m.o. Academia de Științe Medicale
- Conf. dr. **Diana Loreta Păun**, consilier de stat, Departamentul Sănătate Publică, Administrația Prezidențială
- Prof. **Franco Piovello**, La Fondazione I.R.C.C.S. Policlinico San Matteo, Pavia, Italia
- Dr. **Adriana Pistol**, director general Institutul Național de Sănătate Publică
- Șef. lucr. dr. **Daniela Pițigoi**, vicepreședinte Societatea Română de Epidemiologie
- Prof. dr. **Doina Pleșca**, decan Facultatea de Medicină Generală UMF „Carol Davila”
- Conf. dr. **Radu Florin Popa**, șef Clinica Chirurgie Vasculară, Spitalul Clinic de Urgențe „Sf. Spiridon” Iași
- Conf. dr. **Gabriel Prada**, președinte Societatea Română de Geriatrie și Gerontologie
- Prof. dr. **Vasile Pușcaș**, Universitatea „Babeș-Bolyai” Cluj-Napoca
- Conf. dr. **Alexandru Rafila**, președinte Societatea Română de Microbiologie
- Prof. dr. **Dorel Săndesc**, șeful Clinicii de Anestezie Terapie Intensivă, Spitalul Clinic Județean de Urgență Timișoara
- Prof. dr. ing. **Lăcrămioara Stoicu-Tivadar**, președinte Societatea de Informatică Medicală
- Dr. **Daniela Vălcănuș**, Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfectionare în Domeniul Sanitar București
- **Paul Vincke**, director general European Healthcare Fraud and Corruption Network
- Acad. **Victor Voicu**, președinte Societatea Română de Farmacologie, Terapeutică și Toxicologie Clinică
- Prof. dr. **Mihai Voiculescu**, președinte Asociația Română pentru Studiul Ficatului, Institutul Clinic Fundeni

POLITICI DE SĂNĂTATE

Sub auspiciile Equity in Health Institute

Maria Vasilescu – publisher
maria.vasilescu@politicedesanatate.ro

Alexandra Paiu – director general
Quinn - The Medicine Media
alexandra.paiu@politicedesanatate.ro

Roxana Maticiu – redactor șef
roxana.maticiu@politicedesanatate.ro

Mirabela Viașu – editor coordonator
Revista Politici de Sănătate

Valentina Grigore – Project Manager Școala Pacienților & Quinn-The Medicine Media
valentina.grigore@politicedesanatate.ro

Dr. Inga Pasesc – editor coordonator
Republica Moldova

Colaboratori
Diana Trașcu, Amali Teodorescu, Andreea Motoc

Foto: Mihai Adam

Marketing&publicitate
office@politicedesanatate.ro, 0040.723.524.837

Layout și prepress: textus ex machina

Corectură: Evelin Ceciu/www.corectura.ro
Adresa: str. Popa Soare nr. 20, sector 2, București

Revista Politici de Sănătate este un produs al Quinn - The Medicine Media

ISSN 2501-2576
ISSN-L 2501-2576

Responsabilitatea pentru conținutul articolelor revine exclusiv autorilor.

Stabilirea priorităților, din ce în ce mai necesară pentru introducerea de noi medicamente

La începutul acestui an, ministrul Sănătății, conf. univ. dr. Patriciu Achimaș-Cadariu, și directorul regional al Organizației Mondiale a Sănătății, dr. Zsuzsanna Jakab au semnat noul acord bianual de colaborare. Acesta acoperă cinci arii prioritare: bolile transmisibile și netransmisibile, promovarea sănătății pe tot parcursul vieții, sistemele de sănătate și pregătirea, alerta și răspunsul la amenințări internaționale la adresa sănătății. Ce își propun noile proiecte și care sunt recomandările OMS pentru România ne-a povestit dr. Andreea Casandra Butu, șeful interimar al Biroului OMS România.

Ce proiecte aveți pentru următoarea perioadă?

Dintre proiectele aflate în derulare aș vrea să amintesc doar patru. Primul este „Evaluarea costurilor îngrijirilor pentru sindromul rubeolic congenital (CRS): etapă esențială în cuantificarea costurilor unei epidemii de rubeolă pe scară largă” și urmărește estimarea costului direct al îngrijirilor pe caz de CRS în România, din perspectiva sectorului public. În perioada 2011 - 2012, s-au înregistrat 12.238 de cazuri de pojar și 36.865 de cazuri de rubeolă în România. Ancheta unei echipe formate din reprezentanți ai CDC SUA, OMS Europa și Centrul pentru Controlul Infecțiilor din România a arătat că 33% din cazurile de rubeolă au apărut la femeile fertile, nevaccinate. Costurile totale ale acestei epidemii au depășit 13,4 milioane de dolari. În plus, pentru perioada 2012-2014 România a raportat 126 de cazuri de CRS, ceea ce înseamnă 91% din cazurile de CRS din Regiunea Europeană OMS și 22% din cazurile de CRS raportate la nivel global în aceeași perioadă. „Studiul poverii economice generate de gripă în România” presupune pilotarea unui manual și a unor instrumente cu privire la povara economică, dezvoltate de OMS, care au ca scop estimarea costurilor directe și indirecte ale gripei la nivel de țară, precum și povara economică a gripei.

Ca în mai multe țări din Regiunea Europeană OMS, în România este nevoie de consolidarea capacității locale de a evalua și a răspunde la determinanții sănătății legați de mediul înconjurător. Astfel, „Evaluarea integrată a mediului și a impactului asupra Sănătății” este o abordare multidisciplinară, bazându-se pe instrumente ce provin din zona sănătății publice, din științe sociale și

politice, științele mediului, urbanism, epidemiologie și statistică. Cel de-al patrulea proiect, „Asistență tehnică pentru controlul tuberculozei”, include, printre altele: elaborarea unui plan de acțiune pentru implementarea supravegherii controlului infecției; dezvoltarea criteriilor de internare și de externare a cazurilor de TB; revizuirea și dezvoltarea de politici de reglementare pentru mecanismele financiare; dezvoltarea de ghiduri naționale de managementul TB la copii, ghiduri clinice naționale pentru co-infecția TB/HIV; dezvoltarea unui model de asistență ambulatorie, inclusiv analiza de costuri.

Acoperirea vaccinală în România este sub nivelul recomandat de OMS. Ce ar trebui să facă autoritățile pentru a crește nivelul acoperirii vaccinale, în contextul în care tot mai mulți români refuză vaccinarea copiilor lor?

OMS este preocupată că în România acoperirea vaccinală la multe dintre vaccinuri a fost sub 95%. Dacă această tendință continuă în anii următori, vom vedea un număr din ce în ce mai mare de copii predispuși la boli care pot fi prevenite prin vaccinare. Planul European de Vaccinare 2015-2020 adoptat de Statele Membre din Regiunea Europeană OMS subliniază importanța atingerii și menținerii unei acoperiri mari în toată populația, la nivel național și regional, în fiecare Stat Membru și oferă, totodată, asistență în acest sens. Autoritățile de sănătate publică sunt încurajate să: ofere oportunități de imunizare suplimentară pentru toate persoanele sensibile; adapteze serviciile la populațiile cu risc crescut, inclusiv migranți și comunitățile de romi; producă informații de calitate, bazate pe dovezi, cu privire la beneficiile și riscurile imunizării, disponibile pentru profesioniștii din sănătate și pentru părinți.

Care sunt recomandările OMS pentru creșterea accesului pacienților la tratament pentru statele cu fonduri puține, cum este și România?

Factorii de decizie sunt confrunțați adesea cu alegeri dificile și trebuie să ia decizii informate. Asta presupune o utilizare crescută a tehnologiei informației, o mai bună direcționare a personalului medical, pentru a respecta dovezile clinice (prin stimulente financiare și nefinanciare) și o mai bună orientare a politicilor naționale privind medicamentele către cei care utilizează mai intens resursele (modele de multi-comorbiditate). Stabilirea de priorități va fi din ce în ce mai necesară pentru introducerea de noi medicamente și trebuie să respecte principiile colaborării și transparenței. De asemenea, cooperarea între țările europene și factorii de decizie, care presupune un dialog referitor la ceea ce constituie o recompensă corectă în inovarea industrială, păstrând, totodată, accesul pacienților la servicii medicale, poate fi îmbunătățită.

OMS afirmă că prevenirea bolilor cronice și a deceselor premature din cauza acestor afecțiuni reprezintă o investiție vitală și că există numeroase soluții cost-eficiente care pot fi adoptate. Care sunt aceste soluții și cum pot fi ele implementate în România?

Principalele boli netransmisibile, care sunt cauza a două treimi din mortalitatea prematură din Europa (decese la 30-69 de ani), sunt boli cardiovasculare, cancere, boli respiratorii cronice și diabet.

Principalele boli netransmisibile, care sunt cauza a două treimi din mortalitatea prematură din Europa (decese la 30-69 de ani), sunt boli cardiovasculare, cancere, boli respiratorii cronice și diabet. **Multe dintre aceste decese premature pot fi prevenite, iar majoritatea sunt legate de factori de risc comuni, cum ar fi consumul de tutun, alimentația nesănătoasă, sedentarismul și consumul excesiv de alcool.** Măsurile cost-eficiente la care se referă OMS sunt cunoscute ca „best buys”. Acestea sunt enumerate în Anexa 3 a Planului Global de Acțiune pentru BNT

STABILIREA DE PRIORITĂȚI VA FI DIN CE ÎN CE MAI NECESARĂ PENTRU INTRODUCEREA DE NOI MEDICAMENTE ȘI TREBUIE SĂ RESPECTE PRINCIPIILE COLABORĂRII ȘI TRANSPARENȚEI. DE ASEMENEA, COOPERAREA ÎNTRE ȚĂRILE EUROPENE ȘI FACTORII DE DECIZIE, CARE PRESUPUNE UN DIALOG REFERITOR LA CEEA CE CONSTITUIE O RECOMPENSĂ CORECTĂ ÎN INOVAREA INDUSTRIALĂ, PĂSTRÂND, TOTODATĂ, ACCESUL PACIENȚILOR LA SERVICII MEDICALE, POATE FI ÎMBUNĂTĂȚITĂ.

și includ: reducerea accesului la produsele din tutun prin creșterea accizelor, crearea prin lege a unor medii fără tutun la serviciu, în locurile publice și în transportul în comun, informarea cu privire la pericolele cauzate de tutun și de fumat prin campanii mass-media, reglementarea accesului la alcool, restricționarea sau interzicerea publicității la alcool, aplicarea de politici de preț, precum creșterea accizelor la băuturile alcoolice. **Alte măsuri se referă la reducerea consumului de sare, înlocuirea grăsimilor de tip trans cu grăsimi nesaturate, implementarea de programe de conștientizare în rândul populației** cu privire la alimentație și activitate fizică, prevenirea cancerului hepatic prin vaccinarea împotriva hepatitei B și prevenirea cancerului cervical prin screening, în combinație cu tratamentul precoce al leziunilor precanceroase.

Având în vedere finanțarea actuală a sistemului sanitar românesc, cum poate acesta răspunde eficient nevoilor de asistență medicală ale populației?

O sugestie ar putea fi finanțarea bazată pe performanță, care este o formă de stimulare în care furnizorii de sănătate sunt, parțial, finanțați pe baza reușitelor de a atinge anumite ținte și de a realiza acțiuni specifice, și putem defini această metodă ca fiind o plată pe serviciu în funcție de calitate. ●

Mirabela Viașu

Efort comun pentru îmbunătățirea managementului epilepsiei în România

Acces limitat la tratament, inclusiv la metode de tratament alternativ, acces restrâns la servicii medicale, la informații și la asistență socială corespunzătoare. Lipsa specialiștilor în managementul epilepsiei, discriminarea la locul de muncă și în comunitate, dar și indiferența celor din jur. Acestea sunt principalele probleme cu care se confruntă pacienții români cu epilepsie, punctate de profesioniștii din sănătate, autorități, pacienți și reprezentanți ai asociațiilor de pacienți, în cadrul dezbaterii „Epilepsia - o provocare reală pentru pacientul român și o problemă majoră de sănătate publică”.



EVENTIMENTUL A MARCAT „ZIUA INTERNAȚIONALĂ A LUPTEI ÎMPOTRIVA EPILEPSIEI”, cunoscută la nivel mondial sub denumirea de Purple Day (26 martie) și a fost organizat la Parlamentul României de Revista Politici de Sănătate, sub auspiciile Comisiei pentru sănătate și familie din Camera Deputaților, cu sprijinul UCB.

În România nu există un registru național al pacienților cu epilepsie. Conform statisticilor internaționale, aproximativ 200.000 de români trăiesc cu această boală, însă se estimează că numărul real ar fi dublu. Aproximativ 30% dintre aceștia nu răspund la

tratament, ceea ce înseamnă că sunt farmacorezistenți. Ei sunt cei care au de înfruntat cele mai multe greutăți atât din punct de vedere social, cât și medical, fiindcă au și foarte puține opțiuni terapeutice pentru a controla crizele epileptice. „Dacă un pacient a trecut prin două terapii corect alese, corect administrate și corect dozate, putem spune că acest pacient este farmacorezistent. Trebuie să evaluăm dacă pacientul este un candidat pentru chirurgie. Chirurgia poate duce la controlul bolii, însă reabilitarea postchirurgicală este destul de dificilă. Din 2011, avem un program de

explorare invazivă a creierului pentru pacienții cu epilepsie farmacorezistentă care are succes la aproximativ 75% din pacienți. Dacă intervenția nu reușește să controleze crizele, trebuie găsite soluții și terapii noi”, a declarat **dr. Ioana Mîndruță**, coordonatorul Subprogramului Național de Epilepsie Farmacorezistentă de la Spitalul Universitar de Urgență București.

Pentru a avea acces la intervențiile chirurgicale, pacienții cu această indicație au de așteptat chiar și un an la Spitalul Universitar. Trebuie spus că intervențiile chirurgicale — operație pe creier, stimularea nervului vag sau stimularea profundă a creierului — nu elimină administrarea medicației antiepileptice. Astfel, cea mai bună alternativă

pentru aceștia ar fi accesul la noile terapii de generația a treia, care oferă o diminuare semnificativă a numărului de crize. „În România, este înregistrată marea majoritate a medicamentelor existente în acest moment la nivel internațional și avem chiar și medicamente moderne [...]. Problema este că nu au acces toți pacienții la aceste medicamente și că încă există multe medicamente care nu sunt pe listele de compensare și numeroase medicamente care încă nu au fost înregistrate. Nu există omogenitate”, a explicat **prof. univ. dr. Dana Craiu**, președintele Societății Române Împotriva Epilepsiei.

AVANTAJELE TRATAMENTELOR DE GENERAȚIA A III-A

REZULTATELE UNEI ANALIZE COMPARATE ÎNTRE NOILE MEDICAMENTE ȘI TERAPIA STANDARD arată că, în general, noile medicamente au aceeași eficacitate ca terapia standard. În anumite cazuri, cum este sindromul Lennox-Gastaut, numai terapia de generația a treia s-a dovedit eficientă. „Mult mai important este că noile terapii pot fi clar diferențiate de terapia standard în ceea ce privește îmbunătățirea calității vieții. Au mult mai puține efecte adverse și un profil de toxicitate și siguranță mult îmbunătățit. În trecut, când erau disponibile foarte puține medicamente antiepileptice, pacienții noștri erau condamnați să trăiască fie o viață plină de crize, fie o viață compromisă de efectele adverse ale medicamentelor. Acum, datorită progresului științei și dezvoltării noilor antiepileptice, le putem oferi speranța unei vieți mult mai bune, în care își pot controla eficient crizele, evitând cele mai frecvente efecte adverse”, susține **dr. Vasilios Kimiskidis**, vicepreședintele Greek Chapter of the International League Against Epilepsy (ILAE).

Referitor la problema cost-eficienței terapiei de generația a III-a, președintele International Bureau for Epilepsy (IBE), **prof. univ. dr. Athanasios Kovanis**, a punctat că „trebuie să ținem cont și de calitatea vieții acestor pacienți, care este strâns legată de noile terapii”.

RĂSPUNSUL AUTORITĂȚILOR

PE LISTA MEDICAMENTELOR COMPENSATE ȘI GRATUITE SE AFLĂ 14 MEDICAMENTE pentru tratamentul epilepsiei, a precizat **dr. Nicolae Fotin**, președintele Agenției Naționale a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale (ANMDM). Recent au fost depuse două noi solicitări de evaluare, din care una s-a finalizat cu introducerea unui nou produs. „Noi am promovat o propunere privind obligația de drept public prin care încercăm să ne asigurăm că produsele din România sunt accesibile în primul rând pacienților”, a explicat dr. Nicolae Fotin.

Este nevoie de efortul întregii societăți pentru a îmbunătăți manage-



Dr. Nicolae Fotin



Răzvan Vulcănescu



Conf. univ. dr. Diana Loreta Păun



Dr. Cristian Bușoi



Ileana Ștefan



Dr. Oana Costan

mentul bolii și dificultățile cu care se confruntă pacienții cu epilepsie, consideră subsecretarul de stat în Ministerul Sănătății, **Răzvan Vulcănescu**. „Există un subprogram de epilepsie finanțat de CNAS, există și programul prin care noi asigurăm finanțarea pentru tratamentul copiilor cu epilepsie, deci există un efort susținut din partea autorităților”.

Echitatea și calitatea vieții bolnavilor cu epilepsie pot fi asigurate atât prin acces la tratament adecvat, cât și prin eliminarea discriminării și stigmatizării. Dacă în prima categorie rolul central revine factorilor de decizie, lupta împotriva discriminării bolnavilor de epilepsie este responsabilitatea fiecăruia dintre noi, susține **conf. univ. dr. Diana Loreta Păun**, consilier de stat la Departamentul de Sănătate Publică al Administrației Prezidențiale.

Președintele Comisiei pentru sănătate publică și familie din Camera Deputaților, **conf. univ. dr. Corneliu Florin Buicu**, este de părere că pacientul trebuie să vină să facă cele mai bune propuneri. Bineînțeles, nu pot lipsi specialiștii și fondurile necesare. „Cred că Ministerul Sănătății și CNAS trebuie să identifice sursele financiare necesare și, în momentul în care pacientul a intrat în tratament, împreună cu Ministerul Muncii să găsească cea mai bună integrare a nevoilor de îngrijire pentru pacienți”, a explicat acesta.

În opinia europarlamentarului român **dr. Cristian Bușoi**, epilepsia nu a fost o prioritate a politicilor publice, nici la nivel european, nici în România: „De curând, în Parlamentul European s-a constituit un grup de advocacy pentru a vedea în ce măsură putem lupta împotriva epilepsiei. Este o declarație scrisă semnată de colegii deputați care cer o strategie europeană în ceea ce privește epilepsia. Sperăm ca această declarație să devină un document oficial al Parlamentului European”. ●

Mirabela Viașu



Dr. Ioana Mîndruță



Prof. univ. dr. Dana Craiu



Prof. univ. dr. Vasilios Kimiskidis



Prof. univ. dr. Athanasios Kovanis

Sistemul de sănătate bulgar, bazat pe prevenție și programe de screening



Interviu cu dr. **Petre Moskov**, ministru al Sănătății, Bulgaria

Reducerea mortalității și invalidității, optimizarea cheltuielilor publice cu medicamentele, reducerea corupției din sistem, finalizarea noului card de sănătate și programele de screening pentru cele mai răspândite boli sunt doar câteva dintre prioritățile declarate la început de mandat de către ministrul Sănătății din Bulgaria, dr. Petre Moskov. Pentru fiecare dintre ele există acum programe de implementare, iar unele își arată deja rezultatele. Concluzia: prevenția este cel mai bun instrument pentru atingerea tuturor obiectivelor.

Când ați fost ales ministru al Sănătății, în 2014, erau multe probleme în sistemul de sănătate bulgar. Cum ați ierarhizat politicile de sănătate publică și care sunt acestea?

În documentele noastre strategice, am stabilit să aplicăm măsuri pentru reducerea mortalității și invalidității și pentru atingerea mediei indicatorilor europeni pe diferite grupe de vârstă. Putem realiza acest lucru prin dezvoltarea activităților de promovare a sănătății și prin prevenirea bolilor, prin creșterea finanțării tratamentelor pentru cele mai importante boli, dar și prin asigurarea accesului pacienților la un sistem de sănătate de calitate, aici incluzând și tehnologiile de înaltă performanță.

La începutul mandatului, eu și echipa mea ne-am concentrat eforturile să reformăm sistemul de îngrijiri medicale de urgență și să îmbunătățim mecanismul de control al costurilor în sistem, inclusiv prin dezvoltarea e-sănătății. Totul este strâns legat de modificările reglementărilor pe care le-am făcut pentru a îmbunătăți condițiile de specializare pentru medicii tineri, precum și pentru a asigura formarea continuă a specialiștilor din Sănătate. Am pus accentul, de asemenea, pe dezvoltarea sănătății mamei și a copilului, prin finanțarea și prin demararea de activități în cadrul Programului Național de Îmbunătățire a Sănătății Mamei și a Copilului (2014-2020).

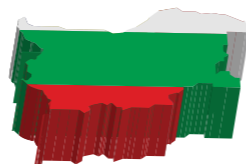
În asistența medicală de urgență am dezvoltat separat un concept și un plan de acțiune prin aplicarea cărora vom schimba sistemul astfel încât acesta să fie comparabil cu cele mai bune practici

AM FĂCUT INVESTIȚII SEMNIFICATIVE ÎN ECHIPAMENTE DE ÎNALTĂ TEHNOLOGIE PENTRU DIAGNOSTICAREA ȘI TRATAREA CANCERULUI.

europene. Am identificat șase domenii prioritare. De la începutul anului 2015, am crescut salariile personalului medical de urgență cu 20% și vor fi într-o continuă creștere în acest an și în următorii câțiva. Am actualizat standardul în medicina de urgență, am introdus sisteme de triaj și pregătim și alte modificări legislative. **Dezvoltăm, totodată, un proiect de reconstrucție și modernizare pentru toate camerele de urgență din țară și pentru achiziționarea de vehicule sanitare noi și echipamente medicale, pe care am stabilit deja că le vom finanța prin Programul Operațional „Regiuni în creștere” (2014-2020).**

Ca să putem perfecționa controlul cheltuielilor publice din Sănătate și să folosim cât mai eficient fondurile, am introdus noi mecanisme pentru a verifica respectarea normelor de bune practici medicale și farmaceutice efectuate în comun de către structurile regionale ale Ministeru-

De la începutul anului 2015 am crescut salariile personalului medical de urgență cu 20% și vor fi într-o continuă creștere.



lui Sănătății, „Auditul medical” al CNAS și organizațiile profesionale. Mai mult decât atât, CNAS are deja obligația de a efectua un studiu privind satisfacția pacienților în legătură cu serviciile de sănătate pe care le-au plătit. Până în prezent, CNAS era obligată să semneze un contract cu toate spitalele care vor acest lucru, indiferent de calitatea serviciilor și de necesitatea lor. Așa că am dezvoltat un nou card național de sănătate prin care să ne dăm seama de cât personal medical calificat avem nevoie și care este numărul real de paturi necesar, atât pentru tratamentul pe termen scurt, cât și pe termen lung, bazat pe nevoile reale ale populației. În zonele în care există un surplus de paturi pentru anumite activități medicale, CNAS va alege ce structură să micșoreze, pe baza unor criterii clare și obiective. Cu toate acestea, **pentru a asigura accesul și îngrijirea medicală corespunzătoare, am creat o bază legală în sistem, prin care se pot crea asociații care să fie în măsură să încheie un contract cu CNAS.**

Am efectuat modificări la pachetul de servicii de sănătate pe care CNAS le suportă, pe măsură ce ne-am stabilit prioritățile legate de tratamentul principalelor boli, care, cel mai adesea, duc la o mortalitate ridicată, la invaliditate, la mortalitate infantilă și la o calitate a vieții slabă. Cu ajutorul fondurilor UE, am făcut investiții semnificative în echipamente de înaltă tehnologie pentru diagnosticarea și tratarea cancerului.

Am introdus negocierea centralizată a diferitelor tipuri de reduceri pentru medicamente care sunt plătite din fondul de asigurări de sănătate, precum și evaluarea tehnologiilor medicale incluse pe lista medicamentelor acceptate a tratamentelor inovative.

Am creat un organism centralizat de achiziții publice, prin care spitalele vor încheia acorduri-cadru pentru furnizarea de produse medicamentoase. Acest lucru se va întâmpla printr-o platformă electronică pe care vor avea loc licitații electronice în timp real și în condiții de transparentă totală. Scopul nostru este să reducem riscul de corupție în aprovizionare și să eliminăm diferențele inexplicabile de preț pentru aceleași medicamente, în spitale diferite. Pe termen lung, anticipăm includerea și a altor instituții medicale, precum și diversificarea produselor din catalogul electronic.

Care sunt principalele provocări ale sistemului de sănătate bulgar, în acest moment?

Fondurile din sistem s-au dublat, însă resursele financiare mai mari alocate Sănătății nu au dus la îmbunătățirea indicatorilor de sănătate. De aceea dorim să schimbăm filozofia și modul de finanțare, astfel încât fondurile publice pentru sănătate să acopere costul tratamentului pentru fiecare pacient, nu doar să finanțeze structurile. În

prezent, **eforturile noastre au ca scop finalizarea noului card național de sănătate și introducerea primelor componente ale ID-ului electronic de sănătate, introducerea înregistrării electronice, a prescripției electronice etc. Acestea ne vor permite o mai bună planificare și o utilizare mai eficientă a resurselor financiare, un control mai bun al costurilor, accesul egal la îngrijire medicală de calitate și, ca urmare, pacienți satisfăcuți și o populație mai sănătoasă.**

Am luat, de asemenea, măsuri în ceea ce privește prevenirea și monitorizarea celor mai întâlnite boli care duc la invaliditate și la deces – afecțiunile cardiovasculare, diabet, cele mai frecvente tipuri de cancer și, desigur, sănătatea mamei și a copilului. O altă problemă este sistemul actual de examinare medicală și de evaluare a performanței, care nu este eficient și care creează o mulțime de dificultăți pentru persoanele care au nevoie de acestea. Prin urmare, **discutăm despre crearea unui nou model prin care să se îmbunătățească organizarea, să faciliteze procedura administrativă și accesul, astfel încât acest sistem să își poată îndeplini adevărata sa menire: de a integra persoanele cu o dizabilitate temporară sau permanentă.**

Programul național oferă activități și finanțare până în 2020 și vizează pro-

Scopul nostru este să reducem riscul de corupție în aprovizionare și să eliminăm diferențele inexplicabile de preț pentru aceleași medicamente, în spitale diferite.



grame de screening, îngrijirea medicală suplimentară a sarcinilor patologice și a copiilor cu dizabilități și boli cronice. În 2015, am crescut semnificativ numărul de controale gratuite de prevenție pentru copii pe diferite grupe de vârstă și plănuim să extindem treptat domeniul de aplicare și activitățile medicale subvenționate de către CNAS. De asemenea, dezvoltăm un nou concept pentru dezinstituționalizarea copiilor sub 3 ani care sunt plasați în instituții medicale și sociale specializate. Ne mai propunem să dezvoltăm integrarea serviciilor sociale cu sănătatea, pentru care există deja reglementări legale în vigoare, însă legislația secundară ar trebui să fie detaliată.

În Bulgaria, cei mai importanți parteneri de coaliție au o viziune comună în ceea ce privește dezvoltarea modelului de asigurări de sănătate și în acest an ne propunem să pregătim modificări legislative prin care să se introducă cel de-al doilea pilon al asigurărilor de sănătate.

Măsurile luate în Bulgaria pentru a reduce coplata pacientului sunt de admirat, dar au pornit controverse în industria farmaceutică. În

România, avem un proiect numit INFOtreat, în care pacienții primesc un card cu ajutorul căruia pot beneficia de reduceri. Aveți în plan să implementați un astfel de proiect? Colaborați cu România pe această latură?

Ca să reducem povara financiară a pacienților care au nevoie de medicamente, am prevăzut introducerea unei limite a gamei de prețuri pentru pacient până la 1 septembrie 2016, cuplată cu mai mult de 60% din valoarea pachetului calculată pe baza valorii de referință a produsului care are cea mai mică doză zilnică definitivă (DDD), respectiv pentru cursul terapeutic al tratamentului.

Acest lucru va asigura pacientul că, în cazul în care îi va fi prescris cel mai scump medicament din grup, el nu va plăti din buzunar mai mult de 60% decât ar fi plătit pentru cel mai ieftin produs (produs de referință). Această modificare nu va afecta prețurile medicamentelor care sunt utilizate în referențierea prețului extern și, prin urmare, nu trebuie să provoace retragerea produselor de pe piață.

Bulgaria este considerată o poveste de succes, atunci când vine vorba de rambursare. În afară de Consiliul privind prețul de rambursare, v-ați propus să formați și o Comisie pentru HTA. Când va începe



Pregătim modificări legislative prin care să se introducă cel de-al doilea pilon al asigurărilor de sănătate.

PREGĂTIM MODIFICĂRI LEGISLATIVE PRIN CARE SĂ SE INTRODUCĂ CEL DE-AL DOILEA PILON AL ASIGURĂRILOR DE SĂNĂTATE.

să funcționeze și când vor fi evaluate primele medicamente?

Evaluarea tehnologiilor din Sănătate va fi realizată de Centrul Național de Sănătate Publică și Analiză (NCPHA), asistat de o Comisie de evaluare a tehnologiilor medicale, un organism consultativ al directorului NCPHA. Componenta Comisiei se stabilește de către ministrul Sănătății pe baza unei cote, la propunerea instituțiilor reprezentate în cadrul Comisiei: Ministerul Sănătății, CNAS, Consiliul Național privind Prețurile și Rambursarea Medicamentelor (NCPMP), Agenția Bulgară de Droguri (BDA), NCPHA. În primăvară, Comisia va fi constituită și va începe să lucreze la cererile de evaluare a tehnologiilor medicale. Perioada prevăzută în decretul pentru efectuarea unei astfel de evaluări este de 90 de zile. ●

Roxana Maticiu

Prevenția, cuvântul-cheie în elaborarea programelor de sănătate



Medicina secolului XXI aduce, pe lângă avantajele metodelor de diagnostic și tratament în oncologie, și o uluitoare responsabilitate. Oncologia s-a transformat în specialitatea care poate, cu adevărat, să salveze vieți. Dr. Corina Silvia Pop, secretar de stat în Ministerul Sănătății, ne-a vorbit despre imensa responsabilitate care cade pe umerii oncologilor, aceea de a duce cazurile de la supraviețuire la vindecare. Potrivit specialistului, este nevoie de abordarea în echipă a diagnosticului și a tratamentului pacientului oncologic, dar și de programe susținute de prevenție.

Care sunt avantajele existenței unei echipe multidisciplinare în tratarea cazurilor oncologice?

Necesitatea creării echipelor multidisciplinare vine din strategia complexă a managementului medical, dar și din datele oferite de medicina bazată pe dovezi. Prezența echipei multidisciplinare, care permite completarea și complementaritatea cunoștințelor și a interesului pentru caz a diverșilor specialiști, ar putea să realizeze scăderea timpului scurs de la prezentare la tratament și de asemenea, creșterea acurateții diagnostice. Echipa despre care vorbim ar putea cuprinde, pe lângă medicul oncolog, specialistul internist, gastroenterolog, medici de diverse specialități, chirurgul și anatomopatologul. **Diagnosticul**

pozitiv rapid și calitatea tratamentului oncologic sunt două elemente esențiale în creșterea supraviețuirii.

PREZENȚA ECHIPEI MULTIDISCIPLINARE, CARE PERMITE COMPLETAREA ȘI COMPLEMENTARITATEA CUNOȘTINȚELOR ȘI A INTERESULUI PENTRU CAZ AL DIVERȘILOR SPECIALIȘTI, AR PUTEA SĂ PERMITĂ SCĂDEREA TIMPULUI SCURS DE LA PREZENTARE LA TRATAMENT ȘI, DE ASEMENEA, CREȘTEREA ACURATEȚII DIAGNOSTICE.

Cât de importante sunt programele de prevenție și de screening?

Studiile demonstrează că prevenția și programele de screening reprezintă cheia supraviețuirii în cancer. Astfel, **este firesc să vorbim despre implicarea medicilor de familie, a medicinii primare în diagnosticul precoce și managementul cazului oncologic.** Una dintre preocupările cele mai importante pe care le am, în calitate de secretar de stat și, mai ales, de doctor, este aceea a programelor de prevenție. Cred că prevenția ar putea fi cuvântul cheie în elaborarea programelor de sănătate în România secolului XXI. Elaborarea unui plan strategic privind implicarea medicilor de familie în echipa de management al bolii canceroase ar putea ridica România de pe ultimul loc în privința mortalității din cancer de col uterin. Programele de educație în să-

nătate trebuie să vizeze deopotrivă pacienții și specialiștii, pentru că un pacient informat este un pacient responsabil.

Cât de importanți sunt psihologii?

Suținerea psihologică a pacienților oncologici este esențială. Psihologul nu are rolul doar să susțină pacienții sau familiile acestora în ultimele lor clipe, ci de a face din pacient un membru activ al echipei de tratament, de a crește aderența la terapie și, nu în ultimul rând, de a ușura integrarea socială a pacienților vindecați, a pacientelor vindecate și, de asemenea, de a-i ajuta pe aceștia să se elibereze de prejudecăți, preconcepții, stigmate care le-au amplificat suferința.

Ce presupune Planul Național de Cancer care va fi lansat în luna aprilie?

Planul Național de Cancer are la bază o componentă foarte importantă, aceea de prevenție. În acest sens se vor derula programe de screening pentru cancerul de col uterin, colorectal și mamar. De asemenea, **programul de reformă susținut prin împrumuturi externe cuprinde, în materie de cancer, două aspecte importante. Prevenția cancerului de col uterin se va realiza prin achiziționarea a 9 unități mobile care să meargă în țară și să colecteze probe de citologie și, de asemenea, probe pentru infecția cu HPV, conform recomandărilor Ghidului European de Cancer.** De asemenea, vor fi instruiți doctorii, asistentele medicale, citologii care vor lucra cu aparatele din aceste unități mobile. În ceea ce privește radioterapia, anul acesta vor fi reabilitate mai multe centre și vor fi cumpărate acceleratoare noi. ●

Valentina Grigore ●

Elaborarea unui plan strategic privind implicarea medicilor de familie în echipa de management al bolii canceroase ar putea ridica România de pe ultimul loc în privința mortalității din cancer de col uterin.

Asigurările private de sănătate - cel mai mare potențial de creștere pe piața asigurărilor din România

Noul Cod Fiscal, intrat în vigoare în ianuarie, crește limita de deductibilitate a asigurărilor private de sănătate de la 250 la 800 de euro anual, ceea ce permite relansarea pieței asigurărilor private de sănătate în România. S-a discutat intens în ultimii ani despre introducerea asigurărilor private de sănătate. Probabil, la fel de intens pe cât s-a dezbătut creșterea procentului din PIB alocat sănătății.

Interviu cu Răzvan Vulcănescu, subsecretar de stat în Ministerul Sănătății

Credeți că anul acesta este momentul propice pentru introducerea asigurărilor private de sănătate?

Pentru prima dată, acest deziderat începe să se materializeze. Spun acest lucru pentru că prin reglementările introduse de noul Cod Fiscal am reușit să creăm premisele construcției unor pachete de servicii medicale care să facă obiectul unor polițe de asigurare private și, totodată, să asigurăm resursa financiară suplimentară care să infuzeze sistemul de sănătate. **Ceea ce nu s-a reușit prin demersurile consecutive de creștere a bugetului alocat Sănătății se poate realiza începând din acest an, dacă sunt înțelese beneficiile și sunt respectate principiile deductibilității, care a crescut cu 320%.**

Practic, este nevoie de redefinirea pachetului de servicii medicale de bază, pentru ca apoi să se construiască pachetele de asigurări complementare și suplimentare. În ce stadii sunt aceste etape și când estimați că vor fi finalizate?

Grupul de lucru organizat la nivelul Ministerului Sănătății, care include experți din domeniul asigurărilor din sistemul public și din privat, stabilește la momentul de față termenii de referință în baza cărora vor fi contractate serviciile unui consultant cu expertiză internațională în dimensionarea pachetelor de servicii de sănătate. **Perspectivile de dezvoltare a domeniului pleacă de la principiul complementarității față de pachetul de bază, concomitent cu preluarea unor riscuri.**



PIAȚA ASIGURĂRILOR DE SĂNĂTATE AVEA NEVOIE DE UN STIMUL CARE SĂ DETERMINE O CREȘTERE RAPIDĂ ASTFEL ÎNCÂT SĂ AJUNGĂ, PE TERMEN MEDIU, SĂ CONTRIBUIE LA EFICIENTIZAREA ȘI SUSTENABILITATEA SISTEMULUI DE SĂNĂTATE.

Cum va fi, efectiv, stimulată creșterea pieței asigurărilor private de sănătate?

Piața asigurărilor de sănătate avea nevoie de un stimul care să determine o creștere rapidă astfel încât să ajungă, pe termen mediu, să contribuie la eficientizarea și sustenabilitatea sistemului de sănătate. Plafonul deducerilor pentru contribuții la pensii facultative și prime pentru asigurările private de sănătate era unul comun, limitat, până la sfârșitul lui 2015, la 650 de euro,

anual. Fără o majorare semnificativă și în lipsa unei distincții clare între cele două instrumente de protecție socială, există riscul menținerii unui nivel subdezvoltat al ambelor piețe. Strategia națională de sănătate 2014-2020 încurajează dezvoltarea pieței asigurărilor private de sănătate, în contextul necesității asigurării sustenabilității financiare pe termen lung a sistemului de sănătate. Astfel, **pentru a asigura o contribuție substanțială la finanțarea sistemului de sănătate, am venit în sprijinul dezvoltării asigurărilor private de sănătate prin departajarea acestora de pensiile facultative și prin majorarea plafonului de deductibilitate până la nivelul de 800 de euro pe an, sumă împărțită între angajator și angajat, însemnând o creștere procentuală exclusiv pe domeniul asigurărilor private de sănătate de 320%.** Trebuie reținut că serviciile prestate de un furnizor privat în baza unei asigurări private de sănătate care dublează pachetul serviciilor de bază asigurate de stat nu vor beneficia de deductibilitate.

Există multe modele la nivel internațional, unele - mai ieftine, altele - mai scumpe. Ce model va fi implementat la noi și de ce?

La nivel european, există două modele de asigurări private de sănătate pe care le avem în vedere: suplimentare și complementare. Cele suplimentare sunt o caracteristică a statelor central și est-europene, acoperind servicii incluse

în pachetele de bază, dar oferind un acces mai facil la acestea și un grad sporit de calitate. În țări precum Franța, Olanda, Belgia, dar și Slovenia, Ungaria, Croația, se practică asigurările private de sănătate complementare, care asigură beneficiile excluse din pachetele de bază sau contravaloarea co plății obligatorii la unele servicii incluse în pachetele de bază. Există și modele care acoperă simultan atât serviciile suplimentare, cât și pe cele complementare și cred că acesta este modelul cel mai apropiat de specificul și caracteristicile pieței românești. **Demersul fiscal pe care l-am inițiat urmărește să asigure o tranziție a pieței de la modelul abonamentelor de sănătate prestate la nivel local de un unic furnizor cu capacități limitate la modelul asigurărilor private de sănătate multinaționale, care asigură libertatea de alegere de către pacient dintr-un număr mare de furnizori cu capacități extinse și calitate sporită.** Desigur, marja în care trebuie să se încadreze pentru a beneficia de deductibilitate este cea actual instituită, de 400 de euro anual pentru angajator, respectiv 400 de euro anual pentru angajat. Cum acestea sunt sumele prognozate de asiguratori

la construcția unor polițe sustenabile, nu cred că se impune să vorbim de modele mai ieftine sau mai scumpe.

Ce beneficii vor aduce asigurările private de sănătate asupra bugetului sănătății?

Impactul bugetar, așa cum a rezultat din urma studiilor realizate, va fi net inferior economiilor și beneficiilor aduse FNU-ASS. Cu siguranță, **nu toate primele de asigurare vor atinge nivelul maxim de deductibilitate, la fel de bine cum există**

SUNTEM ÎNDRĂPTĂȚI SĂ APRECIEM CĂ, ÎN CONDIȚIILE DATE, NU EXISTĂ UN POTENȚIAL MAI MARE DE CREȘTERE PE PIAȚA ASIGURĂRILOR DIN ROMÂNIA DECÂT CEL AL ASIGURĂRILOR PRIVATE DE SĂNĂTATE, CARE TREBUIE SĂ BENEFICIEZE DE SUSȚINEREA TUTUROR FACTORILOR IMPLICAȚI.

anumite categorii de beneficiari care pot opta pentru depășirea plafonului, dacă doresc să beneficieze de servicii suplimentare. Totuși, se estimează că aproximativ o treime din polițele nou-introduse vor include servicii cuprinzătoare cu prime subscrise în jurul plafonului de 400 de euro anual. Chiar dacă ar fi să luăm în calcul o valoare anuală medie a primelor de 150 de euro, potrivit simularilor, numărul asiguraților în regim privat ar putea ajunge în primii patru ani de implementare la două milioane, iar indemnizațiile brute plătite la peste un miliard de lei, respectiv o pondere de 75% din valoarea primelor brute subscrise. Printre efectele imediate, vorbim de instrumente motivaționale oferite de angajator angajatului și de stimularea competiției și calității în rândul furnizorilor de servicii medicale, concomitent cu garantarea accesului acestora la o resursă financiară suplimentară semnificativă.

Pe termen mediu și lung, vorbim de beneficii la nivel macroeconomic, contribuind la modificarea comportamentului privind grija față de propria sănătate. Iar prin raportarea tuturor serviciilor prestate de toți furnizorii de servicii medicale avizați și acreditați, aflați în relație contractuală cu un asigurator privat, se va realiza o radiografie cât mai reală a sistemului și a nevoilor reale ale pacienților. În plus, **economiile realizate la FNUASS pot fi utilizate pentru a acoperi mai multe servicii din pachetul de bază pentru anumite categorii care nu pot beneficia de asigurări private sau pot fi utilizate în creșterea tarifelor de decontare, astfel încât acestea să fie cât mai apropiate de costul real al serviciilor.** Prin urmare, suntem îndreptățiți să apreciem că, în condițiile date, nu există un potențial mai mare de creștere pe piața asigurărilor din România decât cel al asigurărilor private de sănătate, care trebuie să beneficieze de susținerea tuturor factorilor implicați. Veniturile suplimentare astfel obținute de către furnizori permit nu numai niveluri superioare de calitate a serviciilor, ci și politici motivante de salarizare, care să contribuie la retenția personalului medical în sistemul de sănătate românesc. ●

Mirabela Viașu

Strategia națională de sănătate 2014-2020 încurajează dezvoltarea pieței asigurărilor private de sănătate, în contextul necesității asigurării sustenabilității financiare pe termen lung a sistemului de sănătate.

Laborator ultramodern de cercetări în endocrinologie, la Institutul „C. I. Parhon”

Institutul Național de Endocrinologie „C. I. Parhon” dispune, din martie, de un laborator ultramodern de cercetări de endocrinologie moleculară, celulară și structurală. Aici vor fi realizate cercetări complexe de biologie celulară și moleculară, imunologie și genetică în endocrinologie, precum și în domeniile medicale conexe. Proiectul, început la finalul anului 2012, presupune o investiție de peste 10 milioane de euro, din care 80% reprezintă fonduri nerambursabile, restul sumei fiind alocată de la bugetul de stat.



ÎN CELE 36 DE LUNI DE IMPLEMENTARE AU FOST MODERNIZATE PATRU LABORATOARE, iar alte cinci au fost create de la zero. Toate sunt dotate cu echipamente moderne, în valoare de peste 100.000 de euro.

„Îmi amintesc cu nostalgie orele nemăsurate de ședințe, vizitele pe șantier, controalele, caietele de sarcini, auditiile, raporturile de fază, facturile uitate în sertarele Ministerului Sănătății câte o lună, vizitele de lucru la ANCSI, dosarele de rambursare, notele justificative, zile și nopți de muncă, de certuri, de emoții, de așteptări, de bucurii, momente în care vezi cum se ridică o clădire, cum vin aparatele și echipamentele, fiecare o adevărată fabrică – totul derulat de echipa care, în același timp, veghea la bunul mers al institutului. Și asta fără remunerație, deoarece acest proiect nu a avut prevăzute salarii”, a declarat conf. univ. dr. Diana Loreta Păun, consilier de stat în Departamentul Sănătate Publică al Administrației Prezidențiale și unul dintre directorii proiectului (2012-2015), adăugând că laboratorul „este dedicat tuturor tinerilor cercetători care vor să creeze, iar dorința noastră este ca ei să-și poată împlini visurile în țara în care s-au născut”.

Materializarea noului laborator este o dovadă a faptului că România începe să aibă infrastructură de cercetare, a declarat consilierul prezidențial în domeniul educației, drd. ing. Ligia Deca. În opinia sa, „astfel de infrastructuri de cercetare ne oferă ocazia de a pune la un loc cer-

cetători, profesori, studenți și, de ce nu, poate chiar elevi, care să se familiarizeze cu noțiunile științifice necesare pentru a urma o carieră în zona științelor și în zona științelor medicale. Avem atâta nevoie de specialiști în zona medicală, specialiști care să găsească atractivă România din perspectiva oportunităților pe care le oferă! Cred că această infrastructură de cercetare nu reprezintă un punct de atracție numai pentru România, ci și pentru cercetători din străinătate și de aceea consider extrem de oportună înscrierea ei în Portalul ERIS, care este portalul infrastructurilor de cercetare lansat de Unitatea executivă pentru finanțarea învățământului superior, cercetării, dezvoltării și inovării”.

Prezent la evenimentul de inaugurare, ministrul Sănătății, conf. univ. dr. Patriciu

Achimaș-Cadariu, a declarat că a studiat atent proiectul și că modul în care realizatorii își propun să îmbine cercetarea populațională cu cea clinică și pe cea translațională cu cea fundamentală este impresionant.

„Toate acestea, puse cap la cap, alături de partea bioinformatică, rezultă într-un centru de excelență de care avem absolută nevoie, care să producă acele dovezi naționale care să stea la baza ghidurilor de practică națională”, a adăugat ministrul Sănătății.

La rândul său, ministrul Educației și Cercetării Științifice, Adrian Curaj, a menționat că, deși România a investit destul de mult în infrastructurile de cercetare, a suferit major din cauza lipsei de predictibilitate în finanțarea asociată proiectelor de cercetare. „Anul acesta, avem o creștere interesantă de buget de 33% și, deși suntem departe de ceea ce ne-am dori, cred că am reușit să închidem, zic eu, o rană veche a Planului național II. Prin Planul național III, cred eu că trecem într-o nouă etapă, fiind conștienți că neinvestind în cercetare, lucrurile nu merg bine. Această creștere de 33% ne pune din nou pe drumul cel bun, astfel încât în 2020 să putem să ajungem unde trebuie, iar eu vă promit că atunci când voi pleca, mai devreme sau mai târziu, dar oricum anul acesta, o să las drept moștenire creștere de buget de încă 33% pentru anul viitor”, a explicat ministrul Adrian Curaj.

Proiectul câștigat și implementat de Institutul „C. I. Parhon” este unul dintre cele 35 de proiecte finanțate în domeniul cercetării și unul dintre cele 60 de proiecte finanțate pe domeniul de sănătate, susține Dana Gheorghe, directorul Autorității Naționale pentru Cercetare Științifică și Inovare (ANCSI). Potrivit acesteia, deși aproape toate proiectele și-au atins indicatorii de performanță, o problemă serioasă este reprezentată de resursa umană, un indicator care pune probleme tuturor directorilor de proiecte.

Resursa umană este o provocare și pentru laboratorul de cercetări de endocrinologie moleculară, celulară și structurală. „Sperăm să putem realiza, până la final, toți indicatorii de rezultat asumați, inclusiv cei de personal, care se pare că sunt cel mai greu de îndeplinit”, a mai spus conf. univ. dr. Diana Loreta Păun.



PLANUL NAȚIONAL III DE CERCETARE, DEZVOLTARE ȘI INOVARE

BUGETUL PLANULUI NAȚIONAL DE CERCETARE, DEZVOLTARE ȘI INOVARE PENTRU PERIOADA 2015-2020 va fi de maximum 15 miliarde de lei și va permite finanțarea unor proiecte care includ colaborări cu cercetători pe perioade scurte și foarte scurte, asigurând astfel o conectare internațională. „Este foarte important să asigurăm mișcarea și circulația diasporei – o săptămână pentru seniori, o lună pentru postdoctoranzi, astfel încât să poată fi explorate posibilele proiecte. Aceasta este o componentă puternică, alături, desigur, de celelalte componente legate de idei, proiecte mari care se potrivesc foarte bine pe infrastructurile de cercetare existente, proiecte complexe de cercetare exploratorie, dar și foarte multe legate de inovare. O să vă placă Planul național III pentru că am încercat să punem lucruri pe care ni le-am dorit de mult timp și până acum nu a fost loc, nu a fost timp pentru ele”, a declarat ministrul Adrian Curaj.

De asemenea, prin noul Plan național de cercetare, dezvoltare și inovare se vor premia consistent proiectele mari câștigate în spațiul internațional. „De exemplu, proiectele de tip IRC (România are trei astfel de proiecte), care sunt între 1,5 milioane de euro și 2,5 milioane de euro, vor primi instituțional un premiu de un sfert din buget, astfel încât cine reușește aduce resurse direct de la Bruxelles pe o competiție puternică, într-o ligă deosebită. Asta înseamnă că suntem interesați nu de promisiuni, ci și de realizări și vom recompensa foarte mult realizările”, a completat ministrul Educației și Cercetării Științifice.

Totodată, pentru prima dată după mai bine de 20 și ceva de ani, va deveni operațional un tip anume de finanțare instituțională a performanței în cercetare pentru universități, în special a universităților cu infrastructuri de cercetare care nu au avut în ultimii 20 de ani niciun fel de resursă instituțională pentru a putea asigura continuitatea. ●

Mirabela Viașu



Se impun măsuri prioritare pentru **sănătatea femeii**

Sănătatea trebuie abordată personalizat, în funcție de gen și de particularitățile afecțiunilor, iar sănătatea femeii trebuie să reprezinte o preocupare a oricărui sistem de sănătate, pentru că dincolo de bolile comune cu cele ale bărbaților, femeile sunt afectate și de probleme specifice legate de sănătatea reproducerii, a mamei și a copilului. Acesta e mesajul argumentat de experții în domeniul sănătății și agreat și susținut de reprezentanții autorităților în cadrul celei de-a treia ediții a Conferinței Sănătatea Femeii - „Practici bazate pe dovezi”.

EVENTIMENTUL ORGANIZAT DE REVISTA POLITICIDE SĂNĂTATE, SUB AUSPICIILE COMISIEI PENTRU SĂNĂTATE PUBLICĂ din Senatul României, Ministerului Sănătății și Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, și-a propus să îmbunătățească managementul sănătății femeii din România prin promovarea adoptării unei abordări personalizate în funcție de gen a diferitelor afecțiuni.

„Vorbim despre sănătatea femeii, pentru că o sănătate bună a femeii înseamnă sănătatea familiei, a copiilor, a societății. Suntem aici să creăm din punct de vedere legislativ un culoar favorabil pentru sprijinirea femeii și ocrotirea sănătății sale”, a declarat dr. Ion Luchian, președintele Comisiei pentru sănătate publică din Senatul României.

Consilierul de stat în Departamentul de sănătate publică al Administrației prezidențiale, conf. univ. dr. Diana Loreta Păun, a prezentat argumente solide privind nevoia implementării unui set de măsuri care să stabilească priorități pentru sănătatea femeii. Este vorba despre statisticile care plasează România pe primele locuri în rândul statelor membre ale Uniunii Europene în ceea ce privește incidența

sau mortalitatea prin cancerul mamar și cancerul de col uterin.

La rândul său, ministrul Sănătății, conf. univ. dr. Patriciu Achimaș-Cadariu a atras atenția asupra faptului că cercetarea neglijează nevoile de sănătate specifice femeilor, cu excepția aparatului reproducător: „A privi sănătatea femeilor exclusiv în funcție de diferențele de gen este o abordare îngustă, influențată numai de factori biologici și ignoră rolul factorilor mai largi, influențați de determinanți sociali și comunitari”.

PROGRAMELE DE SĂNĂTATE DEDICATE FEMEII ATÂT LA NIVELUL MINISTERULUI, CÂT ȘI AL CNAS SE DERULEAZĂ PROGRAME DE SĂNĂTATE DEDICATE FEMEILOR. Unul dintre programele curative de la nivelul CNAS dedicate exclusiv femeilor este subprogramul de reconstrucție mamară prin endoprotezare după afecțiunile oncologice. Dacă în 2014 au beneficiat de acest subprogram 124 de paciente, anul trecut numărul lor aproape că s-a dublat, ajungând la 219 paciente. „În 2016, a fost prevăzut în bugetul aferent o sumă de 1.234.000 de lei, astfel încât să asigurăm o

acoperire cât mai largă”, a declarat dr. Mihaela Ion, medicul-șef al CNAS.

Referitor la Programul național de screening pentru cancerul de col uterin, finanțat de Ministerul Sănătății, de la demararea acestuia în 2012 și până la sfârșitul anului 2015 au fost testate aproximativ 630.000 de femei din întreaga țară, rata de acoperire fiind de aproximativ 10% din populație. „Este un procent departe de a fi satisfăcător, este un procent care trebuie mărit neapărat pentru creșterea cost-eficienței programului”, a explicat dr. Carmen Ungurean, coordonatorul programului.

RECOMANDĂRI PENTRU OPTIMIZAREA SISTEMULUI DE SĂNĂTATE ȘI PENTRU ÎMBUNĂTĂȚIREA SĂNĂTĂȚII FEMEII

DIALOGUL DESPRE SĂNĂTATEA FEMEII REPREZINTĂ UN PAS IMPORTANT SPRE SOLUȚIONAREA PROBLEMELOR din sistemul de sănătate din România, consideră Dean Thompson, Charge d'Affaires a.i., Ambasada SUA. În opinia sa, îmbunătățirea sistemului public de sănătate începe cu aplicarea inteligentă de noi politici și legi, iar utilizarea eficientă a datelor poate ajuta guvernele să ia decizii fundamentate care să sporească eficiența și să genereze rezultate mai bune pentru pacienți. „Pentru a obține rezultate mai bune în România, indemn guvernul să folosească datele în cel mai eficient mod posibil și să încurajeze publicul să joace un rol mai pronunțat în procesul decizional”, a declarat Dean Thompson.

La rândul său, șeful intermiar al Biroului OMS România, dr. Andreea Casandra Butu, a precizat că guvernele trebuie să ofere o conducere puternică pentru a se asigura că femeile și bărbații din regiune își ating deplin și egal potențialul de sănătate: „Investiția în Sănătate este o opțiune politică, la fel și crearea egalității de gen. Inegalitățile creează nu doar consecințe în materie de Sănătate, ci și costuri sociale și economice”.

Invitatul special al ediției din acest an al Conferinței Sănătatea Femeii a fost dr. Astrid Buehren, expert în gender medicine, președinte al Asociației femeilor-medic din Germania, membru în boardul Societății de gender medicine și specialist în medicină psihosomatică și psihiatrie. A prezentat patru proiecte de cercetare care demonstrează diferite aspecte în gender medicine în Europa, a vorbit despre aspectele de gen în domeniul psihiatriei și comunicării medicale și a descris clar și concis ce înseamnă conceptul de gender medicine: „Bărbații pot fi asemănați cu merele, iar femeile, cu perele. Merele și perele sunt diferite în numeroase feluri. Gender medicine se axează pe aceste diferențe, dar și pe asemănările dintre mere și

pere. [...] Încercăm să oferim o abordare multidisciplinară”.

Sesiunile dedicate „Managementul bolilor cronice la femei” au inclus discuții punctuale asupra provocărilor și riscurilor diverselor afecțiuni asupra femeilor, conduse de experți renumiți, precum: conf. univ. dr. Andra Bălănescu, Clinica de Medicină Internă și Reumatologie, Spitalul Clinic „Sf. Maria”; prof. univ. dr. Cătălina Poiană, președintele Colegiului Medicilor București; prof. univ. dr. Nicolae Suciu, președintele Societății Române de Obstetrică Ginecologie; prof. univ. dr. Ioan Mircea Coman, președintele Fundației Române a Inimii; dr. Al Jashi Gladys Cristina, director medical la Spitalul Clinic de Urgență „Sf. Pantelimon”; șef lucr. dr. Cristian Bordea, UMF „Carol Davila”; șef lucr. dr. Laurențiu Simion, șef secție Chirurgie 1, IOB; dr. Ioana Mîndruță, coordonatorul Subprogramului Național de Epilepsie Farmacorezistentă SUUB; dr. Ion Nicolescu, șef secție Chirurgie maxilo-facială, Spitalul „Sf. Maria”; psih. Maria Moglan, vicepreședintele Societății Române Alzheimer. Au fost prezentate și o serie de suplimente nutritive pentru sănătatea femeii (Doppelherz) sau pentru frumusețea femeii peste 40 de ani (Plantur39), iar reprezentanții Medist au discutat despre diagnosticarea cancerului la sân.

Cele trei sesiuni ale Conferinței Sănătatea Femeii au fost moderate de Măriuca Ivan, director general Fundația Crucea Alb-Galbenă, dr. Călin Boeru, medic primar obstetrică-ginecologie, Izabela Pănescu, realizator și producător emisiunea „Tinerete fără bătrânețe”- Digi 24, Diana Brâncuș, Senior Jurnalist, coordonator secția Social, Știrile TVR, și Rozalina Lăpădatu, președinte al Asociației Pacienților cu Afecțiuni Autoimune. ● Mirabela Viașu



Dr. Mihaela Ion



Conf. dr. farm. Andreea Arsene



Dr. Ioana Mîndruță



Antoaneta Roca



Dr. Al Jashi Gladys Cristina



Prof. univ. dr. Cătălina Poiană



Maria Vlăsceanu



Șef lucrări dr. Laurențiu Simion



Prof. univ. dr. Ioan Mircea Coman



Șef lucrări dr. Cristian Bordea



Dr. Mihaela Bardoș



Rozalina Lăpădatu

Prof. univ. dr. Cătălina Poiană:

„Vrem să implicăm mult mai mult medicii în viața Colegiului”



Activitatea noului Birou Executiv al Colegiului Medicilor din București (CMB) a început la câteva zile după încheierea și validarea alegerilor din decembrie 2015. După preluarea mandatului, noua conducere și-a structurat activitatea și și-a stabilit prioritățile, concentrându-se pe următoarele obiective principale - controlul și supravegherea exercitării profesiei de medic și apărarea intereselor medicilor, a statutului medicului și a prestigiului profesiei. Trebuie făcută o diferență clară între atribuțiile Colegiului și specificul activității unei organizații sindicale, susține prof. univ. dr. Cătălina Poiană, președintele CMB, prorector UMF „Carol Davila”, șeful Disciplinei de Endocrinologie „C. I. Parhon” și prim-vicepreședinte al Societății Române de Endocrinologie.

Printre acțiunile pe care le vom urma se numără regândirea pregătirii profesionale a medicilor prin prisma nevoilor reale pe care le au medicii, pe diverse specialități. În acest sens, considerăm că întărirea colaborării cu societățile profesionale științifice este extrem de importantă. De exemplu, **vrem ca la conferința anuală a Colegiului să punem accentul pe nevoile medicilor. Anul acesta, conferința va fi organizată la începutul lunii mai și va fi structurată pe o serie de domenii de interes, în primul rând pentru medicii de familie, care au, poate, un acces mai mic la unele informații.** Vom avea două sesiuni noi, una bazată pe comunicarea medic-pacient, deoarece noi considerăm că foarte multe dintre situațiile conflictuale care apar sunt legate de un deficit al comunicării. A doua sesiune va fi dedicată specialităților, fie specialități medicale, fie chirurgicale. De asemenea, vrem să organizăm un curs de jurisdicție, pentru ca medicii să vadă exact cum funcționează activitatea departamentului de jurisdicție, pentru a evita confuziile care există permanent între acest departament și departamentul de disciplină și care

Am învățat în 30 de ani de meserie că lucrul cel mai important este să privești înainte și, din când în când, este adevărat, trebuie să-ți faci un bilanț, dar dacă în permanență rămâi în trecut, nu vei putea progresa.

Care sunt principalele direcții pe care le veți urma anul acesta?

În primele două-trei luni, am identificat ca probleme la CMB în primul rând pe cele legate de comunicare. Nu sunt genul de om care să critice, care să spună că nimic nu a fost bine, niciodată nu am fost un medic care să spună pacientului că medicul anterior a greșit și că nu a făcut nimic bine. **Chiar dacă identifici o greșală, trebuie să ai înțelepciunea necesară să spui „da, este loc și de mai bine, haideți să vedem ce putem face de acum încolo”.** Am învățat în 30 de ani de meserie că lucrul cel mai important este să privești înainte și, din când în când, este adevărat, trebuie să-ți faci un bilanț, dar dacă în permanență rămâi în trecut, nu vei putea progresa.

nasc frustrări cumplite. La un moment dat, Colegiul este văzut ca un justițiar, deși el nu face altceva decât să protejeze pacientul și să apere, în același timp, interesele medicului. Dacă medicii și oamenii înțeleg care este circuitul dosarelor de culpă medicală și cum sunt acestea analizate și rezolvate, reprezintă un câștig pentru ambele părți. Deci, **vorbim în primul rând de calitatea actului medical care se realizează prin pregătirea profesională și prin organizarea educației medicale continue, iar în al doilea rând, de aspectul legal al profesiei, prin activitatea de jurisdicție, dar și de avizări și acreditări, astfel încât activitatea medicală să se desfășoare în condițiile prevăzute de legislația în vigoare.**

Legat de apărarea intereselor medicilor, înțeleg că CMB va reacționa mult mai prompt atunci când apar diverse probleme?

Într-adevăr. Departamentul de imagine trebuie să pună în valoare medicii care au rezultate deosebite și să lanseze către media o serie întreagă de teme care trebuie discutate atunci când intervin diverse evenimente în lumea medicală. Este foarte important ca noi să venim în întâmpinarea acestor evenimente organizând o conferință de presă cu personalități marcante din domeniul respectiv, care să clarifice problemele și să ofere informații avizate. **Totodată, ne propunem să realizăm o serie de sondaje de opinie pentru a vedea în primul rând care sunt așteptările medicilor de la noi, dar și felul în care medicii percep activitatea Colegiului, pentru a ști unde ne situăm și ce ne propunem să facem.**

În acest fel, Colegiul va deveni mai vizibil...

Exact. Ați pus punctul pe i. În ședința Consiliului CMB, atunci când s-a ales președintele Colegiului și Biroul Executiv, fiecare candidat a trebuit să țină un mic discurs, iar eu am vorbit foarte puțin și am spus un singur lucru – că poate cea mai mare problemă pe care o are Colegiul Medicilor din București este aderența medicilor. Faptul că prezența la vot a fost de 7-8% este, poate, o modalitate prin care medicii ne sancționează. Astfel, mi-am propus un singur obiectiv, să cresc această prezență la vot la noile alegeri și dacă voi dubla sau voi tripla această cifră, consider că nu am stat degeaba la conducerea Colegiului. Creșterea vizibilității Colegiului și a aderenței medicilor la Colegiul lor nu se pot realiza decât printr-o mai bună comunicare. Genul acesta de comunicare presupune o serie întreagă de acțiuni, pentru care am stabilit și un calendar. Pe de o parte, **sunt unele probleme care țin de comunicarea internă și ne propunem să analizăm situația actuală și să stabilim exact fluxurile de comunicare, și să realizăm un ghid de proceduri care trebuie urmat.** Pe de altă parte, avem relația cu medicii, pe care vrem să o îmbunătățim printr-o comunicare mai eficientă. Acest lucru presupune foarte multe acțiuni pe care ni le propunem ca

Creșterea vizibilității Colegiului și a aderenței medicilor la Colegiul lor nu se pot realiza decât printr-o mai bună comunicare. Genul acesta de comunicare presupune o serie întreagă de acțiuni, pentru care am stabilit și un calendar.

LUCRĂM LA SCHIMBAREA SITE-ULUI, CARE VA FI GATA ÎN CURÂND. PE LÂNGĂ FAPTUL CĂ VA FI MULT MAI PRIETENOS, NE PROPUNEM SĂ-L FACEM ȘI MULT MAI INTERACTIV, SĂ DEVINĂ UN FORUM DE DEZBATERE PRIN CARE MEDICII SĂ-ȘI SPUNĂ PROBLEMELE ÎN TIMP REAL, IAR NOI SĂ ÎNCERCĂM SĂ OFERIM SOLUȚIILE NECESARE. VREM SĂ ARĂTĂM MEDICILOR CĂ SUNTEM PARTENERII LOR.

obiective pe termene scurt, mediu și lung. **Ne puteți da un exemplu de măsuri pe termen scurt?** Lucrăm la schimbarea site-ului, care va fi gata în curând. Pe lângă faptul că va fi mult mai prietenos, ne propunem să-l facem și mult mai interactiv, să devină un forum de dezbateri prin care medicii să-și spună problemele în timp real, iar noi să încercăm să oferim soluțiile necesare. Vrem să arătăm medicilor că suntem partenerii lor și am să vă dau un exemplu minor. Este foarte simplu să anunți medicul că luna următoare îi va expira avizul de liberă practică. Foarte puțini dintre noi stăm să verificăm acest lucru, iar dacă ai primi o avertizare foarte simplă pe site, pe sms, pe e-mail că luna viitoare îți expiră avizul de liberă practică, ai avea suficient timp să-ți aduci dovezile de educație medicală continuă, să-ți reinnoiești asigurarea de malpraxis și să vii cu documentele în timp util. În acest fel, medicii nu ar mai veni cu actele necesare în ultimul moment, oamenii nu ar mai lucra sub presiune. De asemenea, vrem să creăm o secțiune privată a membrilor, ca fiecare să aibă un username și o parolă și în care fiecare să-și actualizeze pe propria răspundere datele, în care să-și încarce dovezile pe baza cărora se calculează orele de educație medicală continuă. Pe de altă parte, ne propunem să avem din ce în ce mai multe întâlniri cu medicii, să organizăm așa-zisele Zile ale Ușilor Deschise în cadrul cărora, pe diverse probleme de interes, să răspundem punctual medicilor. Vrem să implicăm mult mai mult medicii în viața Colegiului. Ei trebuie să fie parte activă din Colegiu și, cu cât vor fi mai activ implicați în activitatea Colegiului, cu atât va fi mai ușor pentru toată lumea. ● **Mirabela Viașu**

Avem nevoie de programe profilactice, de creșterea sumelor alocate pentru Sănătate

Comisia pentru sănătate și familie din Camera Deputaților a respins, la finalul lunii martie, proiectul de lege privind prevenția în sănătate, pe motiv că amendamentele adăugate au schimbat radical proiectul. Concret, dintr-o propunere organică a devenit un proiect ordinar și trebuie analizat de Comisia pentru sănătate publică din Senat, ne-a declarat conf. univ. dr. Corneliu Florin Buicu, președintele Comisiei pentru sănătate și familie din Camera Deputaților și cadru didactic la Universitatea de Medicină și Farmacie din Târgu Mureș.



propunerii legislative, societatea civilă și societățile profesionale au reacționat. La comisie au fost transmise propuneri de modificare care lăsa doar titlul din proiectul inițial depus, inițiatorii însușindu-și propunerile de modificare. Din organică, legea devine ordinară, Senatul fiind prima Cameră sesizată. Consiliul Legislativ, prin punctul său de vedere, nr. 92/17 martie 2016, subliniază că „prin aplicarea amendamentelor propuse, eliminându-se normele privind înființarea Agenției Naționale de Prevenție în Sănătate – autoritate administrativă autonomă –, propunerea legislativă dobândește caracter de lege ordinară, iar prima Cameră sesizată ar trebui să fie Senatul”. Astfel, s-a cerut inițiatorilor să retragă propunerea, să o îmbunătățească cu amendamentele depuse și să o depună la Senat, drept o nouă inițiativă legislativă. Reprezentantul inițiatorilor nu a acceptat aceste argumente și a refuzat propunerea.

Majoritatea membrilor prezenți a solicitat respingerea propunerii legislative, cu 11 voturi pentru și 3 împotriva, urmând ca amendamentele prezentate să fie depuse de către inițiatorii la Comisia pentru sănătate publică a Senatului, care va decide în acest sens. Având în vedere îndeplinirea termenului constituțional de aprobare tacită, proiectul merge în forma depusă la Senat. Dacă amen-

damentele vizate vor fi adoptate de Senat, proiectul de lege, care va dobândi caracter de lege ordinară, se va reîntoarce la Camera Deputaților, care devine astfel cameră decizională.

Ați declarat că nu sunteți împotriva prevenției, ci împotriva „înființării unei agenții care să gestioneze trei miliarde de lei”. Care este propunerea dvs. la această agenție de prevenție în Sănătate?

Să știți că această poziție nu a fost exprimată numai de mine, ci și de Societatea Națională de Medicina Familiei, Federația Națională a Patronatelor Medicilor de Familie, de specialiști de sănătate publică, epidemiologi și organizațiile nonguvernamentale. **Ca specialist de sănătate publică, pot să vă spun că o întărire a rolului direcțiilor de sănătate publică, o descentralizare a deciziilor de la nivelul Ministerului Sănătății către nivelul județean, o motivare și o plată reală a serviciilor preventive către medicina de familie, definirea unor responsabilități, dar și drepturi clare și un program de educație pentru sănătate care să cuprindă noțiuni de profilaxie a bolilor sunt elementele necesare care trebuie definite în lege.**

Cum vedeți dvs. proiectul de lege al prevenției și când credeți că vom avea o lege a prevenției în Sănătate?

În primele aproximativ 60 de articole ale legii reformei în sănătate, la capitolul de sănătate publică sunt cuprinse principiile necesare funcționării profilaxiei. Nu se poate spune că nu avem cadrul legal pentru desfășurarea activităților de profilaxie în România. Cred că România are nevoie de o modificare de paradigmă. Pentru o politică de sănătate, România trebuie să pună în centrul sistemului omul sănătos și nu pacientul (omul bolnav). România are nevoie de programe profilactice, de creșterea sumelor alocate Sănătății. România are nevoie de aplicarea conceptului de „medicina omului sănătos”, elaborat de Delore în 1945, aplicat ca o doctrină medicală, socială și politică. **Starea de sănătate este influențată de sistemul de sănătate în proporție de aproximativ 20%. Restul este dat de factori care țin de biologia umană, de factori de mediu și de comportamente. Trebuie intervenit și la nivelul acestor factori pentru a obține îmbunătățirea indicatorilor de sănătate ai populației României.**

Ce alte proiecte urmează să fie analizate de Comisia de sănătate în perioada următoare?

Dezbaterile în cadrul Comisiei se desfășoară pe două paliere. Avizarea actelor normative cu impact asupra sănătății pentru alte comisii care întocmesc rapoartele înaintate plenului și dezbateri pe fond pentru actele normative la care comisia întocmește raportul pentru plen. Pe agenda dezbaterilor pe fond se află proiecte diverse și vă voi da doar câteva exemple, de la legea de reglementare a activității de fiziokinetoterapeut, legea privind reproducerea umană asistată medical la propuneri de modificare a legii reformei în sănătate.

Nu se poate spune că nu avem cadrul legal pentru desfășurarea activităților de profilaxie în România. Cred că România are nevoie de o modificare de paradigmă. Pentru o politică de sănătate, România trebuie să pună în centrul sistemului omul sănătos și nu pacientul (omul bolnav).

Îmi puteți descrie un proiect care sperați să fie adoptat și implementat anul acesta?

Îmi doresc să reușim să convingem parlamentarii că sistemul de sănătate din România are nevoie de creșterea veniturilor medicilor. Sistemul medical public are, în prezent, un deficit de medici de aproximativ 40%, iar principala cauză este nivelul de salarizare situat cu mult sub importanța, răspunderea și prestația profesională a acestora. **Deficitul de medici, care se accentuează anual, afectează dramatic accesibilitatea și adresabilitatea populației la serviciile medicale absolut necesare și garantate prin Constituția României.** În condițiile în care legea salarizării unice nu ajunge în Parlament, am inițiat un proiect prin care propun creșterea anuală a salariilor medicilor din sistemul public cu 25% anual, timp de patru ani. Sumele necesare pentru creșterea salariilor ar veni din transferuri de la bugetul de stat către FNUASS, din sumele executate de Agenția Națională de Administrare a Bunurilor Indisponibilizate. **Am reușit în Parlament includerea la art. 37 al acestei legi ca 20% din sume să meargă spre Ministerul Sănătății (și 20% către Ministerul Educației).** Vorbim pentru anul 2017 de o sumă de aproximativ 500 de milioane de lei, din care se poate asigura finanțarea proiectului. Îmi doresc să reușim să trecem acest proiect până la sfârșitul anului, astfel încât la includerea bugetului pentru 2017 să includem creșterea salariilor medicilor în buget. ●

Mirabela Viașu

Ce se va întâmpla cu acest proiect?

Conform obiectului și conținutului său, propunerea legislativă depusă a fost încadrată în categoria legilor organice. **Urmărea crearea cadrului legal pentru stabilirea principiilor și obiectivelor prevenției în domeniul sănătății și propunerea înființarea Agenției Naționale de Prevenție în Sănătate, ca instituție autonomă, ceea ce înseamnă modificarea structurii guvernamentale, precum și introducerea unor sancțiuni.** Termenul pentru depunerea amendamentelor a fost stabilit la 2 martie 2016, cel pentru depunerea raportului, la 10 martie 2016, la 1 aprilie 2016 îndeplinindu-se termenul pentru adoptare tacită. În urma depunerii

LA COMISIE AU FOST TRANSMISE PROPUNERI DE MODIFICARE CARE LĂSAU DOAR TITLUL DIN PROIECTUL INIȚIAL DEPUȘ, INIȚIATORII ÎNSUȘINDU-ȘI PROPUNERILE DE MODIFICARE.

10 ani de performanță a sistemului de sănătate în Olanda



Experiența altor state europene poate reprezenta un punct de pornire pentru îmbunătățirea indicatorilor de performanță din sistemul românesc de sănătate. **Dr. Michael van den Berg, PhD, cercetător în cadrul Institutului Național pentru Sănătate Publică și Mediu din Olanda, ne-a prezentat rezultatele analizei „10 ani de performanță a sistemului de sănătate în Olanda”, ale cărei concluzii și metode ar putea fi folosite și de alte țări în procesul de îmbunătățire a sistemului de sănătate. Dr. Michael van den Berg a participat, în calitate de expert, la dezbaterile cu tema „Propunerile AmCham România privind îmbunătățirea sistemului de raportare publică, precum și integrarea indicatorilor de performanță în sistemul de sănătate publică”, organizată de Camera de Comerț Americană în România și moderată de Maria Vasilescu, editor al revistei *Politici de Sănătate*.**

Sistemul olandez de sănătate este mult mai avansat decât cel românesc. Care sunt punctele forte?

În ultimul nostru raport asupra performanței, am concluzionat că sistemul olandez de sănătate funcționează excelent pe mai multe direcții. Tradiția și accesibilitatea sunt câteva dintre punctele forte. Este o bună acoperire a nevoilor medicale de bază pe teritoriul întregii țări. **Toată lumea se află aproape de un medic primar, de o farmacie, de un fizioterapeut sau de o moașă. Spitalele sunt la distanță de doar o jumătate de oră. Ca și în alte țări, sunt disparități între diverse grupuri socio-economice în ceea ce privește speranța de viață, un stil de viață sănătos și în utilizarea anumitor tipuri de asistență medicală.** În contextul european, aceste disparități sunt relativ neesențiale (dar demne de luat în seamă). Olanda are un sistem puternic de asistență primară: toată lumea se află în evidențele unui medic primar. Astfel, când ai o problemă de sănătate, primul la care apelezi este medicul primar. Cred că pacienții din Olanda sunt foarte bine organizați, iar drepturile lor, foarte clare. Studiile arată că evaluarea pacienților asupra sistemului de sănătate este pozitivă. Cu toate că Olanda are un nivel în general ridicat în ceea ce privește facilitățile acordate și serviciile, acest lucru are prețul său. Sistemul unul dintre cei trei „cheltuitori mari” în Europa. Cheltuielile ridicate de Sănătate au fost în capul listei pe agenda politică din ultimii ani. Peste 11% din PIB este cheltuit pentru asistența medicală.

Care au fost rezultatele analizei „10 ani de performanță a sistemului de sănătate în Olanda”?

În prezent, multe țări au propriile lor criterii de performanță,

AM VORBIT CU CERCETĂTORI ȘI CONSILIERI POLITICI DIN ALTE ȚĂRI ȘI ACEȘTIA CER MULTE INFORMAȚII DESPRE ACTIVITĂȚILE NOASTRE CU PRIVIRE LA EVALUAREA SISTEMULUI DE SĂNĂTATE. CELE MAI MULTE ÎNTREBĂRI NU SUNT DESPRE ȘTIINȚĂ SAU METODE, CI DESPRE PROCESUL DIN SPATELE UNUI RAPORT DE PERFORMANȚĂ.

propriile lor sisteme și instrumente de monitorizare. Astăzi, statele pot profita de munca de valoare realizată de Organizația Mondială a Sănătății, de Observatorul European, de OCDE și de multe altele. Când am început analiza, a fost muncă de pionierat. Am învățat de la țări precum SUA și Canada. Am vorbit cu cercetători și consilieri politici din alte țări și aceștia cer multe informații despre activitățile noastre cu privire la evaluarea sistemului de sănătate. Cele mai multe întrebări nu sunt despre știință sau metode, ci despre procesul din spatele unui raport de performanță. **De aceea, am scris o lucrare despre activitățile noastre în urmă cu câțiva ani. Am concluzionat cu șapte lecții învățate. Unele dintre ele par des- tul de evidente, dar ele nu sunt pentru cei aflați chiar în mijlocul procesului:**

1. Oricine vrea să proiecteze un instrument pentru evaluarea unui sistem de sănătate trebuie să se întrebe mai întâi cum ar trebui să fie conceptualizat sistemul: ce aspecte ar trebui incluse și ce dimensiuni, domenii, concepte etc. pot fi distinse în cadrul sistemului. Cadrul nostru este produsul unei revizuirii ample a literaturii de performanță,

pe de o parte, și schimburi extinse de idei și nevoi între factorii de decizie din cadrul autorităților de profil, pe de altă parte. Trebuie să cazi de acord cu privire la ceea ce consideri că trebuie să facă parte din sistemul de sănătate și ceea ce trebuie să aparțină altor domenii.

2. Verificarea repetată este un criteriu important pentru evaluarea performanței structurale. Statisticile devin mai relevante pentru factorii de decizie atunci când evoluțiile în timp pot fi urmărite și se pot demonstra efectele posibile ale măsurilor luate de mediul politic.
3. Rapoartele de performanță combină mai multe perspective pe aceeași problemă. Încearcă să măsoare aceleași aspecte atât din perspectiva specialistului, cât și din cea a pacientului sau a cetățeanului.
4. Experiențele pacientului ar trebui să joace un rol semnificativ în instrumentele de analiză a sistemului de sănătate, în general. Asistența medicală este numai despre oameni: pacienți și cetățeni.
5. Alegerea categoriilor relevante de indicatori nu ar trebui să fie evitată din cauza lipsei de date disponibile.
6. Este important să fim conștienți de faptul că există o mulțime de evaluări ale performanței atât la nivel național, cât și internațional. Inițiativele naționale pot beneficia de astfel de rețele și de inițiative care construiesc experiența. Fiecare țară trebuie să treacă prin propriul proces de evaluare, dar nu este nevoie să reinventăm roata și să pornim de la zero.
7. Schimbul continuu de informații între cercetători și factorii de decizie este esențial. Totuși, luarea unor decizii politice cu impact major rămâne o reală provocare. În timp ce rapoartele de performanță sunt, în mare parte, produsul unui proces foarte minuțios, rațional și lung, factorii de decizie politică se confruntă adesea cu schimbări rapide ale contextului politic.

Poate fi îmbunătățit sistemul românesc de sănătate după aceleași principii ca ale sistemului olandez? Ce modificări se impun?

Un astfel de model nu poate fi transpus așa ușor de la un sistem la altul. Mă tem că nu știu suficient despre România, pentru a da un răspuns util. **În general, însă, aș spune: asigurați-vă că ați construit o infrastructură de informații care vă ajută să produceți informații valoroase despre ceea ce se întâmplă în sistem.** În același timp, nu uitați că medicii și asistentele ar trebui să ajute pacienții, nu să completeze formulare. Utilizați informațiile care sunt deja folosite de către participanții din sistemul de îngrijiri medicale.

Cum ați îmbunătăți indicatorii de performanță ai sistemului românesc de sănătate?

Țineți cont de munca foarte valoroasă depusă la nivel internațional



onal în domeniul evaluării performanței sistemelor de sănătate, de OMS, de OCDE, de Observatorul European, dar și de multe țări, precum Belgia, Marea Britanie și țările scandinave. Investiți în rețelele internaționale și participați la ele. OCDE are ani de experiență în dezvoltarea algoritmilor utili pentru indicatorii de calitate, care pot fi utilizați cu ușurință. Învățați de la vecinii voștri!

Concluzii după dezbaterile AmCham România?

Am fost destul de impresionat; a fost o întâlnire de succes, foarte bine organizată. Faptul că atât de multe părți interesate au găsit timp pentru a fi prezente arată că toată lumea simte urgența și că a venit timpul să luăm măsuri. Ca să fiu sincer, **am văzut că diferența clasică dintre cercetători și statisticieni, pe de o parte, și oamenii politici, pe de altă parte, există și în România. Cele două părți vorbesc, de multe ori, limbi diferite.** Susțin foarte mult recomandarea din documentul de poziție, care stipulează că ar trebui să existe un punct național de contact. În cele mai multe țări, și la fel în România, datele sunt colectate, deținute și prelucrate de către mai multe instituții, fiecare cu interesele lor. Un singur institut care să coordoneze colectarea de date pentru produse internaționale ar fi foarte util. Un astfel de institut poate încerca, de asemenea, să fie un intermediar între lumea științifică și lumea politică. ●

Valentina Grigore

ÎN CELE MAI MULTE ȚĂRI, ȘI LA FEL ÎN ROMÂNIA, DATELE SUNT COLECTATE, DEȚINUTE ȘI PRELUCRATE DE CĂTRE MAI MULTE INSTITUȚII, FIECARE CU INTERESELE LOR. UN SINGUR INSTITUT CARE SĂ COORDONEZE COLECTAREA DE DATE PENTRU PRODUSE INTERNAȚIONALE AR FI FOARTE UTIL.

Transparența cheltuielilor din Sănătate

Participanții la dezbateră „Propunerile AmCham România privind îmbunătățirea sistemului de raportare publică, precum și integrarea indicatorilor de performanță în sistemul de sănătate publică”, organizată de Camera de Comerț Americană, au prezentat soluții pentru creșterea calității în sănătate. **Prof. Nello Martini, în prezent director de dezvoltare și cercetare al Academiei Medicale Naționale din Roma care a pus bazele Agenției Italiene a Medicamentelor, a explicat cum pot fi îmbunătățiți indicatorii din Sănătate.**



Este modelul italian exportabil în România?

Cred că modelul MEA (Acorduri de intrare gestionate) este exportabil în toate țările și există deja în multe țări membre UE după ce a fost lansat în Italia în 2006. De fapt, **contractele cost-volum și contractele cost-volum-rezultat, introduse de CNAS, sunt tipologii ale MEA. Dacă ne referim la exportabilitatea sistemului IT numit Registrul Pacientului, răspunsul este afirmativ.** Sistemul lansat de mine în Italia a fost dezvoltat de către un consorțiu non-profit format din 70 de universități de stat numit CINECA.

Cum pot autoritățile române să îmbunătățească accesul pacientului la terapii inovative?

Cel mai simplu ar fi creșterea substanțială a bugetului. Desigur că acest lucru nu este sustenabil nici în România, nici în Italia sau în alte locuri. Garanția MEA este, în primul rând, transparența totală în alocarea fondurilor. CNAS ar ști unde a fost cheltuit fiecare euro, cum și de ce. Registrul Pacientului ar elimina prescrierea medicamentelor în afara indicațiilor din prospect (off label), care, din experiența mea, sunt responsabile de 20%—25% din cheltuieli. Și mai important, modul ușor și eficient prin care poate fi utilizat Registrul Pacientului ar permite ca un medicament să fie plătit doar dacă tratamentul a dat roade. **Toate aceste lucruri vor face ca medicamentele inovative să fie sustenabile și astfel disponibile mai multor pacienți. Noile terapii, în special în domeniul hemato-oncologiei, sunt adevărate realizări.** Noi speranțe și opțiuni de terapii sunt disponibile pacienților în multe domenii: diferite tipuri de cancer pulmonar, leucemie limfatică cronică, leucemia cu celule de manta și multe altele, iar pentru ele există acum terapii mai eficiente, dar sunt foarte scumpe și trebuie găsită o soluție sustenabilă.

Cum poate îmbunătăți Registrul Electronic indicatorii din sănătate?

În mod sigur lumea medicală se îndreaptă din ce în ce mai mult către aplicarea mai extinsă a registrelor. Aceste unelte practic permit dezvoltarea sistemelor de date reale și luarea deciziilor bazate pe date reale, nu doar pe statistici realizate în urma studiilor clinice. Vă dau un exemplu: între 2006 și 2012, prin intermediul registrelor, am reușit să tratăm aproximativ 210.000 de pacienți.

Care ar fi recomandările dumneavoastră pentru factorii de decizie români?

Dacă aș putea da un sfat din experiența mea, aș recomanda cu tărie să colaborați și să implicați oncologii încă de la început în activitatea de implementare a acordurilor de intrare gestionată și a registrelor adecvate. Aceste unelte sunt destinate lor și simplifică metodele lor de administrare a pacienților. Ar fi util ca medicii români și italieni să colaboreze în domeniul registrelor din onco-hematologie utilizând experiența acumulată.

Care sunt concluziile dumneavoastră după dezbateră AmCham România?

Am fost încântat să văd cum AmCham România a făcut primul pas în organizarea dezbaterii despre reformele din sistemul de sănătate, transparența datelor și accesul către inovații sustenabile. De fapt, **registrele și acordurile de intrare gestionate, precum plata în funcție de rezultate, sunt studiate și folosite în SUA și cred că vor fi aplicate din ce în ce mai mult.** ●

Valentina Grigore

Ar fi util ca medicii români și italieni să colaboreze în domeniul registrelor din onco-hematologie utilizând experiența acumulată.

Carmen Drăgan, Președinte al Spitalului Monza, decorată cu Ordinul Steaua Italiei în grad de Cavaler

Președintele Consiliului de Administrație al Spitalului Monza, spitalul privat din București care face parte din grupul „Policlinico di Monza”, Italia, a fost decorată, miercuri, 6 aprilie 2016, cu Ordinul „Steaua Italiei” în grad de Cavaler. Distincția a venit din partea Președintelui Republicii Italiene, E.S. Sergio Mattarella, și a fost înmănată de către Ambasadorul Italiei, E.S. Diego Brasioli, în cadrul unei festivități găzduite de Ambasada Italiei la București.

„SE ACORDĂ ACEASTĂ DISTINCȚIE DOAMNEI AV. CARMEN DRĂGAN,

în semn de recunoaștere a rezultatelor deosebite obținute de-a lungul întregii activități și a implicării permanente în buna colaborare dintre România și Italia, aducând o contribuție importantă promovării valorilor italiene în România”, afirmă E.S. Diego Brasioli, Ambasadorul Italiei.

Experiența sa în mediul de business italian a început acum mai bine de 20 de ani, când și-a creat propria companie de consultanță juridică pentru antreprenorii români și străini. A dezvoltat de atunci proiecte greenfield și a constituit societăți noi cu capital italian, pe care le-a ajutat să crească. S-a specializat în consultanță pentru companii aflate în faza de start-up și și-a extins expertiza în domeniul resurselor umane, unde a căutat să sprijine profesioniștii valoroși și să contribuie la formarea multor alora.

Spitalul Monza este unul dintre proiectele greenfield pe care le-a sprijinit de la constituire până la atragerea celor mai buni profesioniști din domeniul medical. Instituția medicală face parte din Grupul „Policlinico di Monza”, grup de spitale private din Italia care susține constant programe de formare pentru specialiștii români din domeniul medical. ●



Sunt onorată să primesc acest titlu. Este un moment oportun să le mulțumesc reprezentanților Ambasadei Italiei pentru colaborarea strânsă pe care am avut-o de-a lungul întregii cariere.

Carmen Drăgan, Președintele Spitalului Monza din București.



Cooperarea în domeniul HTA, stimulată de Acțiunea comună 3 EUnetHTA



eunethta

Sprijinul oferit pentru o abordare europeană mai centralizată a evaluării noilor tehnologii medicale (HTA) câștigă teren în rândul oficialilor naționali și regionali responsabili cu acest domeniu în țările membre. Aceasta este concluzia evenimentului de lansare a Acțiunii comune 3 în domeniul HTA (2016-2019) a rețelei europene EUnetHTA, organizat în luna martie la Amsterdam.

DISCUȚIILE S-AU AXAT PE MODALITĂȚILE DE COLABORARE MAI STRÂNSĂ CU PRIVIRE LA STIMULAREA evaluării tehnologiilor medicale, astfel încât să răspundă nevoilor sistemelor naționale de asistență medicală.

În momentul de față, provocarea constă în a evalua capacitatea de producție, asigurând în același timp o aplicare mai largă a rezultatelor activității comune între statele membre ale UE. Este nevoie de mai multă muncă la nivel operațional pentru găsirea unor modalități eficiente de a aduce cooperarea europeană în rândul practicilor comune ale procesului de producție a sistemelor de evaluare a tehnologiilor medicale. Astfel, obiectivul general al activității Acțiunii Comune 3 în domeniul HTA este de „a crește

ACTIVITATEA PROPRIU-ZISĂ URMEAZĂ SĂ ÎNCEAPĂ ÎN URMĂTOARELE LUNI ȘI VA INCLUDE 75 DE PARTENERI DIN 27 DE ȚĂRI ALE UE.

utilizarea, calitatea și eficiența cooperării la nivel european”. Activitatea propriu-zisă urmează să înceapă în următoarele luni și va include 75 de parteneri din 27 de țări ale UE.

Acțiunea comună EUnetHTA va fi coordonată de Institutul Olandez pentru Cercetare și Servicii de Sănătate – Zorginstituut Nederland (ZIN). Dezvoltarea EUnetHTA a fost coordonată încă de la debut, din 2005, de Secretariatul EUnetHTA al Autorității daneze de Sănătate din Copenhaga, Danemarca.

IMPORTANȚA COOPERĂRII LA NIVEL EUROPEAN, EVIDENȚIATĂ DE ACȚIUNEA COMUNĂ 2 EUNETHTA

PILONII DE EVALUARE COMUNI AI ACȚIUNII COMUNE 2 AU DEMONSTRAT CAPACITATEA DIVERSELOR AGENȚII HTA de a lucra împreună și de a aduce valoare la nivel național, pentru mai multe state membre participante.

Contribuția la dezvoltarea și testarea unei baze metodologice pentru cooperarea europeană în domeniul HTA, inclusiv realizarea de ghiduri pentru aspecte metodologice distincte, se află printre obiectivele principale ale Acțiunii comune 2 (2012—2015). Elaborată „pentru a dezvolta orientări metodologice privind aspecte pertinente de evaluare (de exemplu, pentru dispozitive) sau pentru a actualiza orientările existente în funcție de nevoi și resurse, pentru crearea unor ghiduri care să îmbunătățească dialogul cu producătorii, dar și pentru a realiza un șablon uniform de date pentru depunerea dosarelor, permițând evaluări rapide comune și adaptarea acestora la nivel național”, până în luna martie a acestui an rețeaua EUnetHTA a emis cinci noi ghiduri metodologice cu privire la diverse subiecte pertinente, la procesul de producție, precum și o actualizare a ghidurilor emise în perioada 2010—2012.

Două pachete de lucru în cadrul Acțiunii comune 2 (WP 4 și 5) au fost dedicate realizării unui proces-pilot de producție în comun, menit să producă evaluări complete și rapide ale tehnologiilor medicale. Ambele au fost create pentru a pune în aplicare, a dirija și a dezvolta în continuare modele, instrumente și procese de producție pentru a sprijini realizarea în comun a modelelor de bază de evaluare a tehnologiilor medicale. Trei astfel de modele complete au fost produse de WP4, iar șase documente de evaluare rapidă a eficacității relative a produselor farmaceutice și alte șase documente pentru evaluarea tehnologiilor medicale au fost livrate până la finalul Acțiunii comune 2.

Experiența generală din această acțiune a demonstrat dorința organismelor europene de evaluare a tehnologiilor medicale de a lucra împreună eficient, pentru a livra datele și modelele planificate. Testarea modelelor de colaborare a indicat necesitatea de a îmbunătăți accesul la proiectarea și de-prinderea abilităților de gestionare a programului, în special în cazul organismelor care participă la coordonarea procesului de evaluare comună.

Procesul de producție a generat o experiență practică bogată în domeniul evaluării tehnologiilor medicale și numeroase lecții, fiind ajustat pe parcurs ori de câte ori a fost nevoie. Mai mult, realizarea documentelor de evaluare rapidă a eficacității relative a medicamentelor și tehnologiilor medicale din ultimul an al Acțiunii comune 2 a fost îmbunătățită semnificativ. Demersul a subliniat în continuare necesitatea de a avea o înțelegere mult mai bună, continuă, în stabilirea și identificarea proceselor prioritare de HTA la nivel național și regional. Asigurarea implicării corespunzătoare a managerilor de linie responsabili de procesul de producție locală de instrumente de evaluare a tehnologiilor medicale va contribui semnificativ la relevanța evaluărilor comune europene în contextul național.

Asigurarea implicării corespunzătoare a managerilor de linie responsabili de procesul de producție locală de instrumente de evaluare a tehnologiilor medicale va contribui semnificativ la relevanța evaluărilor comune europene în contextul național.

Cooperarea constructivă cu grupurile părților interesate, inclusiv cu producătorii de tehnologie, a influențat pozitiv procesul de evaluare comună, atât în ceea ce privește aderarea la termenele impuse, cât și în asigurarea unui acces mai bun la informațiile de care evaluatorii au nevoie. Introducerea șablonului de depunere a documentelor (EUnetHTA Submission Template) pentru producătorii de tehnologie a contribuit la creșterea transparenței și la respectarea cerințelor organizațiilor HTA, pentru realizarea unei evaluări concrete. Șablonul a fost văzut drept un instrument util atât de evaluatori, cât și de părțile interesate din industrie, susțin reprezentanții rețelei EUnetHTA.

În perioada de tranziție între Acțiunea comună 2 și Acțiunea comună 3, Rețeaua EUnetHTA a continuat eforturile pentru dezvoltarea metodologiei privind medicina personalizată și încurajează contribuția activă la dezbaterile publice pe această temă. Ca parte a lucrărilor de dezvoltare metodologică și a experienței acumulate pe parcursul Acțiunii comune 2, EUnetHTA subliniază importanța unei cooperări constructive cu instituții de cercetare și inițiative din domeniul cercetării.

Un exemplu de colaborare reușită cu grupurile de cercetare este cel pentru elaborarea ghidului metodologic privind dispozitivele medicale. Totodată, EUnetHTA continuă să fie un partener activ într-o serie de inițiative de cercetare aflate în curs de desfășurare, cum sunt diferitele proiecte finanțate prin cel mai mare parteneriat public-privat din Europa – Inițiativa pentru Medicamente Inovatoare (IMI – The Innovative Medicines Initiative). ●

Mirabela Viașu

Legislația Uniunii Europene - garantul calității, eficacității și siguranței vaccinurilor de pe piață



Agencia Națională a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale (ANMDM) face parte din rețeaua Autorităților Naționale Competente (ANC) în domeniul medicamentului, sub coordonarea Agenției Europene a Medicamentului (EMA), luând parte activ la procesul decizional în Uniunea Europeană (UE) în privința medicamentului, cu reprezentare în toate grupurile și comitetele științifice la nivelul organismelor europene de profil: EMA, Șefii Agențiilor Medicamentului (HMA), Directoratul European pentru calitatea medicamentului (EDQM).

Farm. pr.
Anca Crupariu,
ANMDM

VACCINUL ESTE UN MEDICAMENT CARE SE SUPUNE RIGORILOR IMPUSE DE LEGISLAȚIA DE PROFIL: Directiva 83/2001/CE transpusă în legislația națională prin Legea 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății – Titlul XVIII – Medicamentul (republicată în august 2015).

Conform definiției din monografia generală din Farmacopeea Europeană (FE): vaccinurile de uz uman sunt medicamente care conțin antigeni capabili să inducă la om o imunitate specifică și activă față de un agent infecțios sau față de toxina sau antigenul elaborate de acesta.

„Vaccinurile sunt, pe cât posibil, lipsite de ingrediente cunoscute ca putând cauza reacții toxice, alergice sau alte reacții nedorite la om. Se pot încorpora aditivi adecvați, incluzând stabilizatori și adjuvanți. Consecvența producției este o caracteristică importantă a producției de vaccinuri. Monografiile prezintă limite pentru diferitele teste efectuate în timpul producției și pe lotul final.”

Vaccinurile sunt, pe cât posibil, lipsite de ingrediente cunoscute ca putând cauza reacții toxice, alergice sau alte reacții nedorite la om. Se pot încorpora aditivi adecvați, incluzând stabilizatori și adjuvanți. Consecvența producției este o caracteristică importantă a producției de vaccinuri. Monografiile prezintă limite pentru diferitele teste efectuate în timpul producției și pe lotul final.

VACCINURILE DE UZ UMAN SUNT MEDICAMENTE CARE CONȚIN ANTIGENI CAPABILI SĂ INDUCĂ LA OM O IMUNITATE SPECIFICĂ ȘI ACTIVĂ FAȚĂ DE UN AGENT INFECȚIOS SAU FAȚĂ DE TOXINA SAU ANTIGENUL ELABORATE DE ACESTA.

VACCINURILE – MEDICAMENTE IMUNOLOGICE CARE SE SUPUN UNOR REGLEMENTĂRI SPECIFICE ÎN UE.

ATRIBUȚIILE ANC ÎN UE:

- **Emiterea autorizațiilor de punere pe piață (APP)** – ANC evaluează critic documentația de autorizare referitoare la procedura de fabricație a producătorului, metodele de testare, caracteristicile produsului, ale documentației preclinice, clinice, nonclinice și la siguranța virală, modificările (variațiile) termenilor inițiali ai APP. Evaluarea urmărește respectarea standardelor UE armonizate de calitate, eficacitate și siguranță.
- **Inspecțiile de verificare a respectării regulilor de bună practică de fabricație (GMP)** – se efectuează pentru produse noi / modificări ale procesului de fabricație sau pentru locuri noi

de fabricație, sau, periodic, pentru verificarea conformității cu standardele GMP.

- **Farmacovigilența (FV)** - sistem de detectare și raportare de incidente legate de reacțiile adverse (RA) la un pacient.
- **Eliberarea oficială a seriei de către autoritatea de control** - asigurarea în timp real și serie de serie a conformității medicamentului biologic cu APP.

Toate aceste funcții sunt coordonate printr-un proces integrat la nivel național și european, cu un sistem de recunoaștere mutuală între țări.

Legislația UE face distincție între medicamentele de sinteză și medicamentele biologice, dând posibilitatea ANC de a cere pentru acestea testarea independentă, serie de serie, înainte de punerea pe piață. Având în vedere complexitatea procesului de fabricație și variabilitatea materialului biologic, medicamentele imunologice sunt controlate prin Procedura administrativă a UE privind eliberarea oficială a seriilor de medicamente biologice (Official Control Authority Batch Release – OCABR), care reprezintă piatra de temelie a unui sistem de reglementare integrat/interactiv în UE. Pentru asigurarea unei abordări simplificate și pentru evitarea unor repetări care nu sunt necesare, legislația UE cere recunoașterea mutuală a rezultatelor în UE.

În România, procedura OCABR se aplică, conform legii, medicamentelor imunologice sau derivate din sânge uman sau plasmă umană fabricate în România, în țări terțe sau state membre ale UE în care nu a fost efectuată eliberarea oficială a seriei de către o ANC și pentru care comercializarea se face numai în România.

Important de reținut, în cazul medicamentelor imunologice:

- OCABR se adaugă controlului care trebuie efectuat de fabricant în conformitate cu art. 769 din Legea 95/2006 republicată.
- OCABR asigură existența unui schimb de informații privind neconformitatea unei serii de medicament imunologic

Existența certificatului de eliberare oficială a seriei demonstrează că seria a fost examinată și testată de un laborator care face parte din rețeaua Laboratoarelor oficiale de control al medicamentului (OMCL) din UE, în acord cu OCABR, sau că seria este conformă cu specificațiile aprobate prin APP și menționate în monografia din FE.

VACCINURILE SUNT MEDICAMENTE SUPUSE UNEI MONITORIZĂRI SUPLEMENTARE ÎN UE!

TRIUNGHIUL NEGRU CU VÂRFUL ÎN JOS AFIȘAT ÎN PROSPECT și în Rezumatul caracteristicilor produsului

(informații destinate personalului medical) este urmat de explicația: „Acest medicament este supus unei monitorizări suplimentare.” Pacienții și personalul medical sunt încurajați ferm să raporteze orice reacție adversă suspectată în legătură cu medicamentul.

Întrucât vaccinurile sunt produse biologice complexe al căror profil de siguranță este dinamic, cu variații ale APP în funcție de procesul de fabricație, de tipul de antigen/virus folosit, excipienți, conservanți, legea prevede ca raportarea RA la medicamentele biologice să se facă menționând denumirea comercială și numărul de lot/serie.

Lista europeană (revizuită lunar) a medicamentelor supuse unei monitorizări suplimentare este disponibilă pe site-ul EMA, fiind publicată, de asemenea, de ANC din SM ale UE. Un medicament poate fi inclus pe această listă atunci când este autorizat pentru prima dată sau oricând pe parcursul ciclului de viață al acestuia. Un medicament este supus unei monitorizări suplimentare timp de cinci ani sau până când EMA hotărăște scoaterea sa de pe listă.

Procedura administrativă a UE de eliberare oficială a seriei (OCABR) reprezintă, în cazul medicamentelor imunologice, un sistem de reglementare integrat/interactiv în UE, în permanentă corelație cu celelalte atribuții ale ANC: eliberarea APP, inspecțiile GMP și farmacovigilența. ●

LISTA EUROPEANĂ (REVIZUITĂ LUNAR) A MEDICAMENTELOR SUPUSE UNEI MONITORIZĂRI SUPLEMENTARE ESTE DISPONIBILĂ PE SITE-UL EMA, FIIND PUBLICATĂ, DE ASEMENEA, DE ANC DIN SM ALE UE.



Statele europene trebuie să îmbunătățească rezultatele din domeniul sănătății



Federația Europeană a Industriilor și Asociațiilor Farmaceutice (EFPIA - European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations) salută publicarea rapoartelor de țară, ca parte a Semestrului European 2016 - instrumentul de guvernare economică în Uniunea Europeană. Rapoartele subliniază, printre altele, probleme legate de starea de sănătate a populației, precum și de funcționare a sistemelor de sănătate din statele membre ale UE.

RAPOARTELE DE ȚARĂ EVIDENȚIAZĂ PROVOCĂRILE PE TERMEN LUNG LEGATE DE ÎMBĂTRÂNIREA POPULAȚIEI pentru toate statele membre. 24% din populația europeană are deja 60 de ani sau mai mult, iar proporția ar putea să crească la 34% în 2050. Aceste tendințe demografice reprezintă o provocare enormă pentru durabilitatea sistemelor de pensii, de asistență și de îngrijire medicală pe termen lung, dacă nu sunt adoptate măsurile corecte.

În multe cazuri, **rapoartele analizează inclusiv factorii structurali ai sistemelor de asistență medicală, precum necesitatea de a reduce numărul spitalizărilor cu scopul de a diminua costurile, precum și nevoia ca tot mai multe state să adopte un sistem de sănătate în care accentul să fie pus pe asistența medicală primară și pe comunitate.** Pentru a aborda povara tot mai mare a bolilor cronice asupra sistemelor de sănătate, sunt necesare mai multe modele de îngrijire integrate și centrate pe pacient. Acestea ajută inclusiv la reducerea barierelor dintre serviciile primare și secundare de îngrijire, precum și dintre serviciile de îngrijire comunitare și de asistență socială, pentru a oferi, în cele din urmă, rezultate mai bune.

Fragmentările în ceea ce privește responsabilitățile, sistemele de informare și modelele de plată reprezintă bariere în obținerea celor mai bune rezultate pentru pacienți, în special pentru pacienții cu boli cronice și comorbidități. **În opinia reprezentanților EFPIA, pe lângă aceste schimbări structurale binevenite este important să se pună în aplicare ghidurile clinice și modelele de îngrijire optime pentru pacienți, bazate pe cele mai recente date științifice și clinice cu privire la modul în care pot fi obținute cele mai bune rezultate posibile în sănătate.** De asemenea, EFPIA subliniază că investițiile sunt adesea necesare pentru reforma sistemelor de sănătate și pentru a le face mai durabile. După cum se arată în raport, unele țări, în special din Europa Centrală și de Est, au sisteme de sănătate subfinanțate, întâmpinând probleme de acces la tratamente, au un nivel ridicat de coplată, prea puține cadre medicale și, prin urmare, înregistrează rezultate generale slabe comparativ cu media

europeană. Aceste țări, printre care se numără și România, ar trebui să investească mai mult în sănătate, inclusiv în prevenție, pentru a avea populații mai sănătoase și sisteme de finanțare publice viabile, care să confirme în timp. Potrivit EFPIA, inclusiv sistemele care se confruntă cu provocări mai puțin presante ar trebui să investească mai mult în sănătate, pentru a deveni suficient de puternice pentru provocările viitoare.

Comisia Europeană ar trebui, în opinia reprezentanților EFPIA, să recomande tuturor statelor membre să implementeze modele pentru evaluarea performanțelor sistemelor de sănătate, pentru a identifica domeniile în care trebuie îmbunătățite rezultatele, pentru a reduce pierderile și pentru a valorifica investițiile. **Datele arată că există diferențe substanțiale între țări, în materie de sănătate, care nu pot fi explicate prin diferențele dintre nivelurile de finanțare, ci, mai degrabă, prin modul în care acești bani sunt cheltuiți adesea pe tratamente prea puțin eficiente.** În acest sens, un rol important îl joacă sistemele complete și interconectate, inclusiv registre și sisteme electronice de sănătate, de colectare a dovezilor din lumea reală asupra rezultatelor sistemului de sănătate. Astfel de date vor permite luarea unor decizii mai bune de finanțare, în care banii să fie cheltuiți pe rezultate palpabile în sănătate.

Mirabela Viașu

PENTRU A ABORDA POVARA TOT MAI MARE A BOLILOR CRONICE ASUPRA SISTEMELOR DE SĂNĂTATE, SUNT NECESARE MAI MULTE MODELE DE ÎNGRIJIRE INTEGRATE ȘI CENTRATE PE PACIENT.

Propuneri pentru eficientizarea procesului de reglementare a medicamentelor generice



Agențiile naționale de medicamente din Uniunea Europeană și-au luat angajamentul, la finalul anului trecut, într-un document strategic, că vor ușura povara activității de reglementare asupra industriei farmaceutice, oferind mai multă eficiență în controlul produselor farmaceutice. Acest angajament a oferit mai multă speranță industriei de medicamente generice, a cărei prioritate este reducerea costurilor și a dificultăților administrative care apar atunci când există diferite variații în activitatea de reglementare.

STRATEGIA AGENȚIEI EUROPENE PENTRU MEDICAMENTE, PUSĂ ÎN APLICARE PRIN DOCUMENTUL STRATEGIC al Grupului de coordonare pentru recunoaștere reciprocă și procedură descentralizată 2020, va urmări excelența operațională în rețeaua de reglementare a UE și implicarea în platformele internaționale de reglementare, oferind astfel o valoare mai mare pentru sănătatea publică. La rândul lor, reprezentanții industriei medicamentelor generice și biosimilare au trasat o serie de îmbunătățiri de reglementare în raportul (EGA) privind eficiența de reglementare 2015. **Promovarea convergenței de reglementare la standarde înalte la nivel mondial, susținerea unui program unic de dezvoltare pentru medicamentele generice și biosimilare și optimizarea domeniului de aplicare a proceselor de reglementare susținute de instrumente telematice vor contribui la un acces mai bun**

pentru o sănătate mai bună, până în 2020, susțin reprezentanții EGA, care, din martie, poartă numele „Medicamente pentru Europa” (Medicines for Europe).

Raportul a fost scris pentru a ajuta la identificarea mai multor oportunități de îmbunătățire a sistemului actual de reglementare pentru medicamentele generice. Concret, documentul își pro-

pune să identifice și să analizeze exemplele în care sistemul european de reglementare nu facilitează un acces în timp util la medicamente generice; să analizeze situațiile în care sistemul de reglementare nu atinge principiile unei mai bune reglementări care vizează echilibrarea obiectivelor de reglementare cu necesitatea de a reduce povara birocratică; să cerceteze modul în care sistemul european de reglementare poate fi îmbunătățit, ținând seama de evoluția tehnologică și strategică a industriei medicamentelor generice.

Documentul publicat de reprezentanții „Medicamente pentru Europa” furnizează și o serie de propuneri menite să elimine suprapunerea studiilor de cercetare, pentru a realiza un program unic de dezvoltare pentru medicamente generice, în diferite regiuni ale lumii. El reprezintă cea mai detaliată analiză a mediului european de reglementare pentru medicamentele generice din 2010 încoace.

PROBLEME ȘI SOLUȚII IDENTIFICATE

RAPORTUL EVIDENȚIAZĂ NUMEROASE PROBLEME ÎN PROCESUL DE REGLEMENTARE și propune soluții pentru fiecare dintre acestea. Anumite propuneri pot fi implementate rapid, cu costuri reduse sau chiar fără niciun cost, în timp ce unele soluții necesită mai mult timp pentru a fi realizate, inclusiv modificări legislative. **Per ansamblu, raportul demonstrează că interpretarea favorabilă a legislației în vigoare poate eficientiza sistemele de reglementare, îmbunătățind rezultatele atât în domeniul sănătății publice, cât și în ceea ce privește stimularea dezvoltării și aprobării mai multor medicamente generice.**

Reprezentanții „Medicamente pentru Europa” solicită o analiză profundă a recomandărilor făcute, care vin în sprijinul dezvoltării și simplificării cadrului european de reglementare și care vor aduce beneficii concrete pentru toate persoanele implicate în sistemul sanitar, guverne, autorități de reglementare și industria de medicamente generice.

Mirabela Viașu

Nu poți vorbi de abordare multidisciplinară fără o finanțare corespunzătoare



Medicina modernă nu poate să existe și să funcționeze fără o abordare multidisciplinară. Vremurile în care un medic era și chirurg, și internist au apus de mult, iar medicina, prin fiecare specialitate a ei, a evoluat mult peste capacitatea de cuprindere a unui singur individ. Despre implementarea abordării multidisciplinare în sistemul sanitar românesc și, mai ales, în serviciile de recuperare medicală ne vorbește dr. Mihai Căsu, director medical la Spitalul de recuperare Polaris Medical.

DIN PĂCATE, ABORDAREA MULTIDISCIPLINARĂ REALĂ SE CONFRUNTĂ CU O SERIE DE PROBLEME LEGATE DE ORGANIZARE ȘI DE SUPRAÎNCĂRCAREA PERSONALULUI MEDICAL CU UN NUMĂR FOARTE MARE DE CONSULTAȚII ȘI PROCEDURI PE UNITATEA DE TIMP, FAPT CARE DUCE LA PIERDEREA COEZIUNII ȘI EFICIENȚEI.

Cât de mult se pune accentul, în prezent, pe acest tip de abordare a pacientului care are nevoie de servicii de recuperare în sistemul sanitar din România? Sistemul medical din România încearcă să se ajusteze și să ofere, în limita posibilității și a finanțării, o abordare multidisciplinară, fapt care este strict necesar în cazul pacienților cu probleme care necesită recuperare medicală. **Având un fond cu multiple probleme medicale asociate, ei sunt cei care au cea mai mare nevoie de o abordare multidisciplinară rapidă, coerentă și coordonată în cadrul unei echipe medicale,** abordare menită să le aducă pacienților ali-

narea suferinței și ameliorarea calității vieții. Din păcate, abordarea multidisciplinară reală se confruntă cu o serie de probleme legate de organizare și de supraîncărcarea personalului medical cu un număr foarte mare de consultații și proceduri pe unitatea de timp, fapt care duce la pierderea coeziunii și eficienței. **Dacă la toate acestea adăugăm subfinanțarea cronică a sectorului medical, alături de fracționarea actului medical între diverse secții și entități sanitare, abordarea multidisciplinară este ineficientă.**

De ce anume este nevoie pentru a încuraja formarea de echipe multidisciplinare în sistemul de servicii de recuperare românesc?

Oriunde există voință, se va găsi și o cale. În primul rând, este necesară asumarea unei viziuni coerente și informate a conducătorilor unităților de recuperare medicală cu privire la nevoia imperioasă de formare de echipe multidisciplinare. În al doilea rând, este nevoie să se elimine din ecuație problemele de relaționare și colaborare dintre membrii echipei, fapt realizabil printr-o selecție atentă a personalului. **Este necesară o maximă flexibilitate și deschidere a medicilor spre acest concept de abordare multidisciplinară, depășirea orgoliilor personale și, nu în ultimul rând, punerea cu adevărat a sistemului medical în slujba pacientului, care nu trebuie să fie plasat în multiple locații prestatoare de servicii medicale.** Iar cel mai important lucru, este nevoie de o finanțare corespunzătoare a sistemului, deoarece abordarea multidisciplinară, deși foarte eficientă, costă foarte mult. Ea implică utilizarea concomitentă a unor resurse umane și materiale costisitoare.

Ce tip de probleme ați întâmpinat dvs. în realizarea echipei multidisciplinare din cadrul Spitalului Polaris?

Din fericire, investițiile masive făcute în Spitalul de recuperare Polaris au eliminat din start problemele de logistică, dotări medicale și spații adecvate. Prin urmare, **cea mai mare problemă a fost identificarea personalului medical adaptat și sudarea unei adevărate echipe multidisciplinare. Dat fiind că a fost primul și cel mai mare spital de recuperare privat din regiunea noastră, a trebuit să depășim lipsa de încredere a medicilor în sistemul privat, de multe ori caracterizat de o abordare superficială și lipsită de viziune sau chiar de finanțare.** După recrutarea personalului medical, am trecut prin faza cea mai complicată, de armonizare a tuturor resurselor umane și materiale în cadrul conceptului de echipă multidisciplinară, bazată pe munca în echipă, colegialitate, respect, sincronizare, empatie, implicare, flexibilitate și adaptabilitate. Toate aceste concepte se regăsesc în activitatea zilnică a echipei noastre. Trebuie să menționez că tot acest efort a fost unul de echipă, toți membrii contribuind la realizarea proto-coalelor de colaborare și de eficientizare a actului medical. În fața pacientului trebuie să abandonăm individualismul sau orgoliul, niciun membru al echipei nu este mai important decât celălalt, toți servesc interesului medical al pacientului, iar acest lucru este extrem de apreciat de către pacienții noștri. **Colaborarea și comunicarea excelentă între membrii echipei, dar și între echipă și pacient sunt cele mai apreciate de pacienți.**

Și cum funcționează acest concept în cadrul secției de psihiatrie, pe care o conduceți?

Trebuie să recunosc că, făcând o comparație între activitatea de medic psihiatru pe care am desfășurat-o într-un spital public și cea de acum, este o diferență ca de la cer la pământ. Dincolo de mediul de lucru, de dotări, de liniștea de care ai parte în acest spital, se simte o mare diferență, făcută chiar de integrarea în această echipă multidisciplinară. Toate solicitările de evaluare multidisciplinară sunt rezolvate de colegii mei de pe celelalte secții aproape imediat, cu maximă implicare și eficiență. **Tratarea diverselor afecțiuni somatice ale pacienților cu probleme psihice este foarte rapidă și participă la ameliorarea afecțiunii de bază, dar și a calității vieții.** Includerea în echipă a psihologului, a ergoterapeutului, a kinetoterapeutului, dar și a tuturor specialităților medicale din cadrul spitalului (de la internist, cardiolog, neurolog, reumatolog, medic de reabilitare și până la geriatru) aduce alinare rapidă și consistentă a suferințelor pacienților.

Cum ați caracteriza serviciile de recuperare din Spitalul Polaris, comparativ cu cele oferite în alte țări?

Am avut ocazia să văd cum funcționează principiul mai larg de recuperare în țări precum Germania, Elveția, Italia sau Franța și pot să spun cu toată responsabilitatea că în cadrul Spitalului Polaris aplicăm principiile terapeutice similare. În vederea recuperării, ținem cont atât de aspectele fizice, cât și de implicațiile psihiatrice și psihologice impuse de lupta dusă de pacient cu

În fața pacientului trebuie să abandonăm individualismul sau orgoliul, niciun membru al echipei nu este mai important decât celălalt, toți servesc interesului medical al pacientului, iar acest lucru este extrem de apreciat de către pacienții noștri.

PENTRU A ASIGURA O RECUPERARE ȘI O REINTEGRARE CÂT MAI RAPIDE ÎN FAMILIE ȘI ÎN SOCIETATE, PACIENȚII SUNT ÎNCURAJAȚI ÎN PERMANENȚĂ SĂ SERVEASCĂ MASA ÎN RESTAURANTUL SPITALULUI, SĂ FACĂ PLIMBĂRI ÎN AER LIBER (EXISTĂ UN SPAȚIU NATURAL UNIC DE 100.000 MP), SĂ PARTICIPE LA ACTIVITĂȚI RECREATIVE ALĂTURI DE VOLUNTARI.

boala sa. Prin urmare, toate resursele noastre sunt concentrate pe nevoile individuale ale fiecărui pacient. Astfel, **aplicăm un concept terapeutic extrem de eficient, acela de abordare holistică, ce integrează mijloace de tratament și recuperare pentru trup, minte și suflet.** Pentru a asigura o recuperare și o reintegrare cât mai rapide în familie și în societate, pacienții sunt încurajați în permanență să servească masa în restaurantul spitalului, să facă plimbări în aer liber (există un spațiu natural unic de 100.000 mp), să participe la activități recreative alături de voluntari. În plus, organizăm în permanență evenimente artistice pentru pacienți și aparținători.

Ce soluții propuneți autorităților pentru a îmbunătăți calitatea serviciilor de recuperare din țara noastră?

Consider că fiecare furnizor de servicii medicale trebuie să depună eforturi permanente de a-și îmbunătăți continuu calitatea serviciilor sale fără să aștepte de la Ministerul Sănătății soluții pe tavă. **Pot să afirm că doar o concurență reală între instituțiile de stat și cele private va putea stimula toți actorii din piață să își amelioreze continuu serviciile, în beneficiul pacienților.** Dacă pot să îmi exprim o speranță în raport cu autoritățile, atunci este aceea că mi-aș dori ca finanțarea serviciilor de recuperare să se facă direct proporțional cu cererea pacienților, calitatea și complexitatea actului medical și a dotărilor specifice. ●

Mirabela Viașu

Sistemul sanitar are nevoie de o strategie unitară, națională, multianuală

Spitalul Universitar de Urgență Militar Central „Dr. Carol Davila” este înscris în primele șapte spitale regionale care pot rezolva cazuri complexe, obiectiv îndeplinit datorită eforturilor depuse în ultimii doi ani de întregul colectiv al spitalului. În ceea ce privește performanța spitalului, aceasta a crescut progresiv, astfel încât unitatea este printre cele mai performante spitale din țară, nu numai din București, susține generalul de brigadă medic conf. univ. dr. Florentina Ioniță-Radu, directorul general al unității spitalicești.



Anual, sunt internați în Spitalul Militar Central aproape 50.000 de pacienți. Aveți suficient personal pentru a face față acestei adresabilități?

La fel ca întregul sistem de sănătate din România, și noi traversăm o perioadă relativ dificilă. **Deși am avut susținere pentru a încadra medici, asistenți medicali și personal auxiliar, ne-am lovit de slaba pregătire a celor care s-au prezentat la concursuri.** E adevărat că, pentru a ajunge să lucrezi într-o unitate medicală cum este Spitalul Militar Central, trebuie să ai un anumit standard de cunoaștere, o anumită conduită morală și un anumit profil caracterial, iar acestea sunt incompatibile cu slaba pregătire a candidaților. Din păcate, există numeroase școli sanitare private care scot absolvenți pe bandă rulantă, fără să-i pregătească în mod riguros și care trebuie să se formeze la locul de muncă. Poate ar trebui făcute mai multe schimbări calitative în procesul de pregătire a asistentului medical, având în vedere că practica este superficială, fără o rigurozitate din partea elevului și a școlii. Numai în 2015, au fost organizate 53 de concursuri/examene din care au rezultat un număr de 107 încadrări. Printre specialitățile în care ne confruntăm cu o lipsă cronică de medici sunt urgența, neurochirurgia și radiologia intervențională. Într-un fel este de înțeles,

dată fiind perioada lungă de specializare și de supraspecializare medicală pe care trebuie să o parcurgă un rezident pentru a deveni un medic bun, sacrificiile de care este nevoie, presiunea la care va fi supus, zilnic, fără a lua în calcul aspectul salarizării... Facem eforturi pentru o reorganizare a serviciilor astfel încât valoarea actului medical să nu fie prejudiciată și să valorificăm la maximum potențialul resursei umane. **Vrei, nu vrei, când ești managerul unui spital de anvergura Spitalului Militar, cu 1.700 de angajați, 1.200 de paturi, peste 100.000 de pacienți în regim ambulatoriu, peste 50.000 de pacienți internați la pat, oamenii trebuie motivați, în primul rând, prin ceea ce fac, prin calitatea muncii lor și prin răsplătirea și recunoașterea acestora.**

Sunteți prima femeie general din istoria de 185 de ani a unității medicale. Ce înseamnă acest grad pentru dvs.?

O onoare deosebită, o mare provocare și o și mai mare responsa-

Printre specialitățile în care ne confruntăm cu o lipsă cronică de medici sunt urgența, neurochirurgia și radiologia intervențională.

bilitate. Consider că acest grad este o recunoaștere a societății față de tot ceea ce reprezintă medicina militară, în ansamblul ei. Este o recunoaștere a tuturor celor care activează în acest domeniu. **Asumarea managementului unei astfel de organizații, cu o încărcătură istorică extrem de profundă, ancorată în viața academică, militară și medicală a societății românești, reprezintă o mare provocare.** Când am decis să urmez o carieră în domeniul medico-militar, contrar sfaturilor tuturor celor dragi, am conștientizat că aici voi învăța cel mai bine să respect regulile, ierarhia și pe cei din jurul meu. Nu cred că în secolul XXI se mai poate vorbi, în cazul unei funcții de conducere, de o opțiune și de o departajare generate de sex, ci de valoarea intelectuală, profesională și umană a celui care a intrat într-un concurs de selecție. Nu mi-am construit viața în jurul acestui rang, dimpotrivă, am încercat să dau tot ceea ce știu și ce pot acestui loc căruia îi datorez foarte multe.

Avansarea în grad de general cu o stea ați primit-o pentru eforturile depuse în îngrijirea victimelor de la incendiul din clubul Colectiv. Cât de pregătit ați spune că este sistemul medical românesc în fața acestor tipuri de accidente?

Nu cred că eu sunt în măsură să judec sistemul sanitar în ansamblul lui, dar cred că, în acea situație de criză, mobilizarea corpului medical a fost exemplară și coordonarea situației de urgență nu a lăsat nicio breșă în asigurarea celor mai bune îngrijiri. **Privind retrospectiv și analizând la rece situația în ansamblu, pot spune că în acele momente, care ne-au marcat profund pe toți, solidaritatea umană a dat un examen pe care l-am trecut, cu toții, cu brio.** Eu pot să vorbesc doar din perspectiva unui comandant de spital militar și a unui medic care a fost atunci pe un anumit tip de front, în care a trebuit să facem toți față unei situații cu care nu se mai întâlneau nimeni până atunci - să tratezi 12 tineri arși care îți vin deodată cu arsuri de până la gradul 4, pe 50% din corp. Noi știm să tratăm un ars, nu 12 odată, dar, cu toate acestea, i-am tratat, și nu bine, ci foarte bine, dat fiind faptul că nu am pierdut nicio luptă pentru viața lor. A fost un eveniment care a ieșit din tipicul unei intervenții medicale obișnuite, încât, pur și simplu, la început ne-a blocat. Amploarea tragediei, oamenii arși de vii, răniți foarte grav, pe mine, personal, m-au marcat, cred, pe viață, chiar dacă sunt și militar. Dar ne-am mobilizat rapid.

Nivelul de neîncredere al populației în performanța sistemului este în creștere. Pe ce trebuie să se axeze autoritățile pentru a oferi un sistem performant, de care pacienții să nu se mai plângă?

Un sistem performant nu se poate realiza decât cu și prin oameni specializați, competitivi și motivați să construiască ceva. Or, atâta timp cât noi nu vrem sau nu știm cum să ne motivăm generațiile mai tinere de medici, vom extrapola, la nivelul întregii țări, absurdul unei situații în care avem spitale, dar nu avem specialiști care să asigure asistența medicală primară sau de urgență. În ceea ce privește neîncrederea populației, dacă ar fi un singur factor declanșator al acestei situații, poate ar fi simplu să găsim o soluție, dar atâta timp cât există o întreagă campanie me-

dia îndreptată asupra corpului medical din România, lucrurile nu sunt chiar atât de simple. Cred că toți ar trebui să ne gândim mai bine înainte de a ridica și de a arunca piatra și cred că singura problemă pe care societatea civilă o poate imputa corpului medical românesc este lipsa exercițiului comunicării între specialiști și opinia

CRED CĂ TOȚI AR TREBUI SĂ NE GÂNDIM MAI BINE ÎNAINTE DE A RIDICA ȘI DE A ARUNCA PIATRA ȘI CRED CĂ SINGURA PROBLEMĂ PE CARE SOCIETATEA CIVILĂ O POATE IMPUTA CORPULUI MEDICAL ROMÂNESC ESTE LIPSA EXERCITIULUI COMUNICĂRII ÎNTRE SPECIALIȘTI ȘI OPINIA PUBLICĂ, A DIALOGULUI ATUNCI CÂND APARE O PROBLEMĂ CARE SĂ INTERESEZE CETĂȚEANUL.



publică, a dialogului atunci când apare o problemă care să intereseze cetățeanul. În același timp, **dacă toți cei implicați în managementul sistemului sanitar ar adopta o strategie națională, multianuală, și o conduită unitară pentru îndeplinirea ei, dacă fiecare actor din sănătate și-ar face corect și conștient datoria, dacă fondurile ar fi cheltuite chibzuit, în funcție de nevoile reale, poate că am avea un sistem de sănătate performant, de care pacientul să nu se plângă.** Și pentru că vorbim de pacient, rolul lui e foarte important în acest proces. Mă refer la controale anuale și la prevenție, la programări la consulturi și respectarea lor, la o legătură mai strânsă cu medicii de familie, al căror rol trebuie să crească. De fapt, ei sunt placa turnantă a sistemului nostru de sănătate. Să nu uităm că este mai ușor să previi decât să tratezi! ●

Mirabela Viașu



Tehnici noi de endoscopie digestivă în diagnosticul bolilor inflamatorii intestinale

În ultima decadă, o serie de progrese tehnologice și-au găsit aplicabilitate în endoscopia digestivă. Una dintre cele mai importante este cromoendoscopia virtuală care permite diagnosticul unor modificări ale suprafeței și reliefului mucoasei intestinale, precum și ale vascularizației.



Conf. univ. dr. Lucian Negreanu,
medic primar
Medicină internă
și medic specialist
Gastroenterologie,
Spitalul Monza
București

FUJINON A LANSAT PE PIAȚĂ CROMOENDOSCOPIA CU FICE. Aceasta are un rol important în diagnosticul unor leziuni „suspecte” și poate ajuta prelevarea biopsiilor din aceste zone. Gastroenterology Center din cadrul Spitalului Monza dispune de cele mai noi endoscoape de la Fujinon, care oferă posibilitatea efectuării FICE, zoom optic și digital, facilități ce pot fi utilizate în plus față de cromoendoscopia clasică.

Bolile inflamatorii intestinale reprezintă o categorie de boli care afectează tractul digestiv și care au un determinism genetic. La apariția acestora contribuie și o serie de factori de mediu.

COLITA ULCERATIVĂ

ILEOCOLONOSCOPIA ESTE UN INSTRUMENT EXTREM DE SENSIBIL ȘI SPECIFIC în diagnosticul și tratamentul pacienților cu suspiciune de BII. Această procedură este utilă în obținerea de biopsii, în evaluarea leziunilor extinse și în realizarea activităților de supraveghere a cancerului.

Colita ulcerativă afectează mucoasa colonică. Cele mai utile caracteristici endoscopice ale RCUH sunt considerate a fi implicarea

continuă și confluentă a colonului, cu delimitare clară a inflamației și afectarea rectală. Sigmoidoscopia flexibilă ar trebui să confirme diagnosticul de colită severă și să ajute la excluderea unei infecții, în special cu citomegalovirus. **Colonoscopia completă la pacienții cu colită severă acută nu este recomandată, deoarece pregătirea purgativă poate provoca dilatare, iar perforația colonului este un pericol real al colonoscopiei în timpul bolii active.** Criteriile endoscopice pentru colita severă includ mucoasa hemoragică cu ulceratii profunde, detașarea mucoasei pe marginea acestor ulceratii și ulceratii în formă de puț (well-like), toate putând fi evaluate la sigmoidoscopia flexibilă. Delimitarea dintre zonele inflamate și normale este de obicei clară și poate să apară brusc în decurs de milimetri, în special în boala distală. Indexul endoscopic de severitate în colita ulcerativă (UCEIS) utilizează descrierea rețelei vasculare, sângerarea mucoasei și prezența/absența ulceratiilor.

Având în vedere riscurile de malignizare, mai ales în cazul unor boli extinse și vechi, este imperios necesar ca pacienții să fie monitorizați endoscopic la fiecare 1-2 ani (în funcție de durata de evoluție a bolii). Recomandarea este de prelevare de biopsii din 10 în 10 cm în toate cele patru cadrane. **Utilizarea FICE și a cromoendoscopiei clasice crește randamentul diagnostic al zonelor displazice.**

BOALA CROHN - ENDOSCOPIA DIGESTIVĂ SUPERIOARĂ

APECTAREA TRACTULUI DIGESTIV SUPERIOR CONSTITUIE UN CRITERIU DE GRAVITATE ÎN BOALA CROHN și poate fi explorat prin endoscopie digestivă superioară. Aceasta este utilă în diferențierea bolii Crohn de diverse alte patologii, de exemplu ulcerul peptic indus de AINS sau Helicobacter pylori la pacienții cu simptome ale tractului gastro-intestinal superior. O istorie a bolii Crohn ileocolice la un pacient cu simptome gastro-intestinale superioare inexplicabile justifică o EGD.

COLONOSCOPIA

ILEOCOLONOSCOPIA CU BIOPSII ESTE UN INSTRUMENT EXTREM DE SENSIBIL ȘI SPECIFIC în diagnosticul și tratamentul pacienților cu suspiciune de BII. Colonoscopia permite, de asemenea, dilatarea structurilor fibroase la pacienții cu boala de lungă durată și a fost utilizată în evaluarea vindecării mucoasei. În plus, aceasta poate fi utilizată în perioada postoperatorie pentru a evalua anastomozele chirurgicale ca un mijloc de a preveni riscul de recădere clinică, precum și răspunsul la terapie postoperatorie. Ileocolonosopia are o

Patologia bolilor inflamatorii și noile tehnici de endoscopie în diagnosticul și monitorizarea lor constituie una dintre cele mai importante preocupări ale centrului de excelență Gastroenterology Center de la Spitalul Monza.

sensibilitate de 74% și o specificitate de 100% în evaluarea bolii Crohn, ceea ce îi conferă o valoare predictivă pozitivă de 100% ca un test de diagnostic. Atunci când este cuplată cu imagini ale intestinului subțire, sensibilitatea acestei perechi de teste diagnostice crește la 78%, cu o valoare predictivă pozitivă continuă de 100%.

Pentru pacienții cu boală Crohn colonică, amplificarea imaginii endoscopice cu FICE și zoom digital sau optic permite o imagine mai detaliată a suprafeței mucoasei decât endoscopia convențională. În combinație cu cromoendoscopia clasică (albastru de metilen sau indigo carmin), este posibil să se analizeze precis modificările de relief, suprafață și vascularizație ale mucoasei, pentru a ajuta la identificarea modificărilor neoplazice la fața locului (prelevare de biopsii).

ENTEROSCOPIA INTESTINULUI SUBȚIRE ȘI VIDEOCAPSULA ENDOSCOPICĂ

VIDEOCAPSULA ENDOSCOPICĂ AJUTĂ LA IDENTIFICAREA IMPLICĂRII TRACTULUI GASTROINTESTINAL SUPERIOR și poate fi utilă în special în cazurile de supraveghere a anastomozelor jejunale sau ileale proximale. Dezavantajele acestei tehnici includ incapacitatea de a preleva biopsii și riscul de obstrucție acută. Dacă se suspectează o obstrucție, imagistica intestinului subțire trebuie efectuată înainte de utilizarea videocapsulei endoscopice pentru a verifica patenta.

Explorarea cu videocapsula și utilizarea FICE la citirea capsulei cresc randamentul diagnostic în cazul unei suspiciuni de boala Crohn.

În cazul unei suspiciuni de boală Crohn, riscul de impactare este relativ mic, dar în cazul unei boli cunoscute acesta crește și poate ajunge până la 12-30%, în funcție de studii.

Enteroscopia cu dublu balon permite nu numai evaluarea completă a intestinului subțire, ci și biopsiile ileale distale posibile. Această explorare se realizează sub anestezie prin abord superior sau inferior și, de regulă, după efectuarea videocapsulei, având în special o utilitate diagnostic (efectuarea biopsiilor) sau terapeutică (dilatarea unor stenoze). ●

SCURT CV AL CONF. UNIV. DR. LUCIAN NEGREANU

A urmat stagiile de pregătire și specializare în țări precum Danemarca, Germania și Franța: specializare în endoscopie intervențională sub egida World Endoscopy Organisation WEO, atestat european avansat de endoscopie intervențională sub egida European Society of Digestive Endoscopy ESGE, specializare în hepatogastroenterologie, Universitatea F. Rabelais. Este membru al unor asociații și organizații de specialitate naționale și internaționale: Societatea Franceză de Gastroenterologie, Societatea Europeană de Endoscopie Digestivă, Asociația Americană de Gastroenterologie etc., membru fondator și membru în boardul Asociației Române de Studiu al Pancreasului.

Prevenția și paliatia, prioritare pentru realizarea planului național împotriva cancerului

Potrivit reprezentanților OMS, implementarea unui plan național împotriva cancerului conduce la reducerea numărului de cazuri noi de cancer, precum și la reducerea mortalității prin cancer. România nu are, deocamdată, un astfel de plan, deși anual în țara noastră sunt depistate aproximativ 80.000 de cazuri noi de cancer, în timp ce numărul deceselor înregistrate în fiecare an este de aproape 30.000. Primul pas pentru realizarea acestui plan ar fi crearea unui program național de îngrijiri paliative.

Interviu cu șef lucrări dr. **Laurențiu Simion**, șef secție Chirurgie I, purtător de cuvânt al Institutului Oncologic „Prof. Dr. Alexandru Trestioreanu” București (IOB)



De ce încă nu avem un plan național împotriva cancerului?

Evaluările OMS se fac la nivel global, fără a ține cont de condițiile particulare din anumite țări. Evident că reforma sistemului sanitar românesc nu a putut să rezolve dintr-odată toate necesitățile, pentru că a trebuit ca resursele disponibile să fie direcționate cu prioritate către anumite segmente.

Cred că este mai important faptul că, în sfârșit, vom avea un plan național împotriva cancerului, decât răspunsul la întrebarea „de ce nu l-am avut până acum?”.

Acest plan ar trebui să cuprindă toate segmentele din oncologie - prevenție, depistare, investigații, tratamente medicamentoase și chirurgicale, paliative, monitorizare. Care dintre aceste segmente reprezintă în prezent cea mai mare provocare pentru sistemul sanitar românesc?

REFORMA SISTEMULUI SANITAR ROMÂNESC NU A PUTUT SĂ REZOLVE DINTR-ODATĂ TOATE NECESITĂȚILE, PENTRU CĂ A TREBUIE CA RESURSELE DISPONIBILE SĂ FIE DIRECȚIONATE CU PRIORITATE CĂTRE ANUMITE SEGMENTE.

Adevărata provocare o reprezintă segmentele pentru care s-a făcut cel mai puțin până acum, și anume prevenția și paliatia. **Dacă în ceea ce privește prevenția și depistarea precoce sunt proiecte în curs de derulare măcar pentru anumite localizări ale bolii neoplazice, în ceea ce privește îngrijirile paliative încă nu avem un program național, deși numărul pacienților cu neoplazii în stadii incurabile este în continuă creștere.**

În opinia dvs., care ar fi primul pas care trebuie urgent făcut pentru implementarea acestui Plan național împotriva cancerului?

Odată elaborat, planul național împotriva cancerului nu poate fi funcțional fără a se adresa tuturor segmentelor din oncologie enumerate mai sus, astfel că într-o primă etapă ar trebui creat programul național de îngrijiri paliative.

Care sunt principalele trei provocări ale chirurgiei oncologice din țara noastră, în acest moment?

Tehnicile chirurgicale adresate patologiei oncologice sunt bine codificate de mulți ani, progresele tehnologice realizate în ultimele decenii au adus doar noi modalități, mai puțin agresive și cu recuperare mai rapidă, prin care să se realizeze în principiu aceleași deziderate terapeutice. **Chirurgia laparoscopică, endoscopică și cea robotică aduc rezultate mai bune numai dacă diagnosticul oncologic este stabilit cât mai precoce. Altfel, în stadiile avansate, opțiunile de tratament chirurgical sunt limitate.**

Am înțeles că anumiți medici chirurghi oncologi români operează într-o săptămână cât alți medici din alte țări într-o lună. Credeți că afirmația este exagerată sau într-adevăr noi avem mult mai multe cazuri cu indicație chirurgicală?

Dacă studiem statisticile privind incidența cancerului, vom vedea că România nu iese în evidență cu un număr mult mai mare de pacienți, față de alte țări, astfel că afirmația pare exagerată. Cât privește numărul de pacienți operați, este dificil să facem comparații între chirurghi, fără a ține cont de complexitatea patologiei abordate.

Cum stau lucrurile la capitolul chirurgie oncologică în IOB? Au pacienții acces la toate tipurile de proceduri?

În Institutul Oncologic București funcționează trei secții de chirurgie oncologică, iar acestea acoperă toată gama de intervenții oncologice aparținând chirurgiei generale, chirurgiei digestive și chirurgiei ginecologice, precum și o secție de chirurgie toracică (oncologică). Pacienții beneficiază de toate tipurile de proceduri chirurgicale, clasice, laparoscopice sau endoscopice.

Adevărata provocare o reprezintă segmentele pentru care s-a făcut cel mai puțin până acum, și anume prevenția și paliatia.

Câți pacienți sunt tratați anual la IOB? Câte femei și câți bărbați?

În 2015, în IOB au fost tratați în regim de spitalizare continuă 22.665 de pacienți, dintre care 15.487 femei și 7.178 bărbați. În același an, în regim de spitalizare de zi au primit servicii medicale 58.292 de pacienți, 43.201 femei și 15.091 bărbați.

Care sunt principalele obiective din acest an ale Institutului Oncologic București?

Dintre prioritățile stabilite pentru acest an în IOB aș dori să subliniez, pe de o parte, crearea compartimentelor de îngrijiri paliative și de chirurgie plastică oncologică, iar pe de altă parte finalizarea proiectului RO 19.11 „Îmbunătățirea serviciilor acordate în domeniul hematologiei și oncologiei pediatrie în România, prin achiziția de bunuri, servicii și lucrări de specialitate”, finanțat prin granturile norvegiene (Mecanismul Financiar Norvegian 2009-2014), proiect care va permite dotarea IOB cu un aparat de imagistică prin rezonanță magnetică, de ultimă generație. De asemenea, în cadrul acestui proiect se va achiziționa câte un aparat pentru imagistică prin rezonanță magnetică pentru partenerii IOB, respectiv Institutul Oncologic „Prof. Dr. I. Chiricuță” din Cluj-Napoca și Spitalul de Urgență pentru Copii „Sf. Maria” din Iași. În plus, în cadrul proiectului, peste 250 de cadre medicale vor beneficia de programe de instruire în oncopediatrie. Sper ca la finalizarea proiectului să putem prezenta pe larg rezultatele. ●

Mirabela Viașu

SCURT CV AL DR. LAURENȚIU SIMION

Este medic primar chirurgie generală la Institutul Oncologic București de aproape șapte ani, iar din noiembrie 2015 conduce secția Chirurgie I a Institutului. În perioada 2007 - 2009, a fost șeful secției Chirurgie generală a Spitalului Clinic „Caritas - Acad. N. Cajal” din București. Deține numeroase atestări și competențe în chirurgia laparoscopică, chirurgia oncologică, managementul serviciilor de sănătate și îngrijirile paliative.



Modelul privat, implementat în structurile spitalicești publice

Diferențele dintre serviciile medicale oferite în cadrul unui spital de stat față de unul privat sunt din ce în ce mai evidente. **Rozalia Biro, președinte al Comisiei pentru drepturile omului, culte și minorități din Senatul României, ne-a explicat de unde vin aceste diferențe și ce soluții ar trebui implementate.**

În ce domenii se manifestă cel mai des diferențele între stat și privat?

Diferențele apar la numeroase niveluri, de la simple proceduri inițiate la internare și până la condițiile de spitalizare. Spre exemplu, **spitalele de stat nu reușesc întotdeauna să impună cu strictețe condițiile de igienă necesare unui mediu spitalicesc sănătos. Prin contrast, la privat este rar cazul în care există mai mult de două paturi în salon.** O altă condiție care poate părea banală, dar care este respectată cu strictețe la privat este aceea că pacienții trebuie să facă dușuri obligatorii la internare, cu soluții antiseptice. În aceleași spitale private există dezinfectante la discreție și este încurajată folosirea lor.

Cum influențează aceste lipsuri activitatea medicilor?

În ciuda unor progrese înregistrate pe alocuri, situația spitalurilor de stat din țara noastră este copleșită de probleme. Lipsa unor materiale esențiale pentru desfășurarea unei activități profesionale corecte și de calitate, precum firele de sutură sau sonde, ne plasează în incapacitatea de a desfășura un act medical sigur și efectuat la timp. În aceste condiții, numeroși doctori care au ales să rămână în țară aleg cabinetele din spitalele private. Ajunși în unități private, mulți medici afirmă că pot, în sfârșit, să își exercite meseria fără stresul dotărilor, al medicamentelor sau al materialelor sanitare, fără grija venitului insuficient unui trai decent. Motivele concrete care ne arată opțiunea pentru privat sunt multe și ele trebuie să ne îngrijoreze, întrucât arată lipsa de încredere tot mai accentuată a populației față de spitalele de stat. Siguranța pacientului și responsabilitatea prestațiilor medicale lasă, din păcate, foarte mult de dorit în mediul de stat și aici nu este o vină asumată concret. Este vorba de un set de factori dintre cei enumerați sau sugerați până acum care au dus la o stare de confuzie și de lipsă de încredere. Slaba finanțare, organizarea defectuoasă la nivel de management, lipsa dotărilor și personalul insuficient transformă orice protocol sau regulament al unui spital de stat în ceva imposibil de urmat sau de aplicat.

NUMEROȘI DOCTORI CARE AU ALES SĂ RĂMÂNĂ ÎN ȚARĂ ALEG CABINETELE DIN SPITALELE PRIVATE. AJUNȘI ÎN UNITĂȚI PRIVATE, MULȚI MEDICI AFIRMĂ CĂ POT, ÎN SFÂRȘIT, SĂ ÎȘI EXERCITE MESERIA FĂRĂ STRESUL DOTĂRIILOR, AL MEDICAMENTELOR SAU AL MATERIALELOR SANITARE, FĂRĂ GRIJA VENITULUI INSUFICIENT UNUI TRAI DECENT.

Cine și cum poate „vindeca” Sănătatea românească?

Din păcate, criza din Sănătate pare că nu se poate vindeca. Subfinanțarea, lipsa unei viziuni care să integreze toate componentele (medicul de familie, policlinicile, spitalele etc.), bălăielile din zona asigurărilor publice de sănătate sau politizarea funcțiilor sunt doar câteva motive mari pentru care sistemul este în impas. **Exodul medicilor este una dintre consecințele managementului neinspirat din zona Sănătății.** Sistemul este incapabil să răspundă nevoilor pacienților, așa cum este greu de urnit în situații de criză, cum este epidemia de E.coli din ultimele luni, în cazul bebelușilor din zona Argeș și nu numai.

Ce poate fi făcut?

Cred că sistemul medical privat din România a creat un model de bune practici medicale care poate fi adoptat cu ușurință și de către managerii spitalelor publice. **Acolo unde reforma de mari dimensiuni întârzie, directorii de spitale publice pot să își facă propriile reforme, inspirându-se din expertiza furnizată de mediul privat.** Este necesar însă să susținem cu toată forța și în mod masiv dezvoltarea spitalelor de stat prin finanțare corectă, prin remunerarea corespunzătoare a doctorilor, a asistenților medicali și a tuturor celor implicați în actul medical. Acest prim pas poate schimba fundamental sistemul medical public. ●

Valentina Grigore



PALL Medical

GOOD THINGS HAPPEN TO THOSE WHO WAIT.
Chronos
TRADE
M E D I C A L

Filtre de apă sterilă pentru uz medical*

62 zile



Capsula filtrantă intersanjabilă de până la 62 zile, furnizează apă sterilă printr-o membrană de 0,2 μm la punctul de utilizare.

O combinație a aditivului bacteriostatic fără solubilizare cu > 99 % eficacitate și cu scut de protecție în interior, capsula filtrantă minimizează riscul de contaminare retrogradă pe durata de viață a produsului.

31 zile



Filtrele de apă sterilă pentru utilizare de până la 31 de zile, pentru uz medical și consumul de către pacienți, conține o membrană cu strat dublu de 0,2 μm și protejează împotriva particulelor și a agenților patogeni din apă.

Capul de duș detașabil este disponibil pentru a furniza apă sterilă pentru îngrijirea directă a rănilor.

Eliminarea absolută a microbilor și a particulelor contaminate cu Escherichia coli, Legionella, Pseudomonas aeruginosa, Cryptosporidium și fungi

România ar avea nevoie de 3-4 centre HIPEC

Carcinomatoza peritoneală reprezintă un stadiu avansat al tumorilor intra- și extraabdominale, în care celulele tumorale se găsesc libere sau formând depozite tumorale în zone limitate sau difuze la nivelul cavității peritoneale. În foarte puține cazuri carcinomatoza peritoneală poate avea un prognostic acceptabil – supraviețuire de zece ani de aproape 20% la cei cu carcinomatoza cu origine tumorală apendiculară. Majoritatea pacienților dezvoltă în timp complicații medicale și chirurgicale ce necesită spitalizări repetate și multiple intervenții chirurgicale, asociază o calitate a vieții precară și, în final, determină decesul pacientului.



Prof. univ. dr. Viorel Scripcariu, dr. Ionuț Huțanu
Clinica I Chirurgie Oncologică, Institutul Regional de Oncologie Iași

SE ESTIMEAZĂ CĂ, ANUAL, ÎN ROMÂNIA APAR APROXIMATIV 20-40 DE NOICAZURI de pseudomixoma peritonei și 20-40 de de noi cazuri de mezoteliom peritoneal difuz, care ar trebui diagnosticate și adresate unui centru în care să fie tratate prin chimioterapie hipertermică intraperitoneală asociată cu citoreducția tumorală (HIPEC). În plus, din cele aproximativ 10.500 de cazuri noi de cancer colorectal estimate în România (GLOBOCAN), aproape 3% sunt cancere cu carcinomatoză peritoneală la debut, din care 60% sunt candidate certe pentru HIPEC. Prin urmare, HIPEC trebuie considerată terapia standard la aproximativ 250-300 de pacienți diagnosticați anual

ÎN PREZENT, ÎN LUME SUNT PESTE 100 DE CENTRE ÎN CARE SE EFECTUEAZĂ TEHNICA HIPEC, PUȚINE DINTRE ACESTE RAPORTÂND PESTE 1.000 DE PACIENȚI TRATAȚI.

în România. Cifra nu include pacienții cu carcinomatoză colorectală apărută după tratamentul inițial al cancerului, care teoretic ar beneficia și ei de HIPEC. Se adaugă paciențele cu cancere ovariene (cu indicații mai puțin clare în prezent în chirurgia up-front, dar evidente în recidivele tardive peritoneale apărute după secvența operație-chimioterapie sistemică). **Dimensionarea nevoii de HIPEC trebuie să țină cont că măcar 50% din aceste cazuri ar trebui diagnosticate și dirijate către clinici în care se practică HIPEC. Astfel, necesitatea susținerii și dezvoltării a 3-4 centre HIPEC în România pare evidentă.**

În ultimii 35 de ani s-au făcut progrese semnificative în înțelegerea mecanismelor de apariție a carcinomatozei peritoneale, explicându-se structura și rolul peritoneului, precum și kinetica drogurilor administrate la nivelul cavității peritoneale. Cum la unele forme de carcinomatoză peritoneală celulele se găsesc doar la nivelul acestei membrane, respectând alte organe, a apărut ideea de tratament țintit local. Deși încă din 1950 s-a încercat introducerea de diverse substanțe în cavitatea peritoneală pentru tratamentul simptomelor date de carcinomatoză, meritul pentru prima intervenție HIPEC îi revine lui John Spratt, de la Universitatea din Louisville, care a efectuat în 1980 prima procedură la un pacient de 37 de ani cu carcinomatoză apendiculară. Ulterior, tehnica s-a îmbunătățit odată cu standardizarea etapelor necesare pentru realizarea unei citoreducții optime de Sugarbaker. **Administrarea citostaticului s-a efectuat cu ajutorul unei pompe care are capacitatea de a recircula soluția vectorială între un sistem de încălzire extern și cavitatea peritoneală.** În prezent, în lume sunt peste 100 de centre în care se efectuează tehnica HIPEC, puține dintre acestea raportând peste 1.000 de pacienți tratați.

TEHNICA HIPEC VINDECĂ O MARE PARTE DIN PACIENȚI EXISTĂ CÂTEVA PUNCTE SENSIBILE PENTRU CARE COMUNITATEA MEDICALĂ încă privește cu scepticism această metodă de tratament. În primul rând, majoritatea studiilor sunt retrospective, existând doar două studii prospective randomizate și finalizate până în prezent: unul referitor la carcinomatoza de eti-

ologie colorectală și altul, la recidiva peritoneală a cancerului ovarian operat și apoi chimiotratat. Ambele studii au demonstrat prognosticul semnificativ mai bun al pacienților tratați prin HIPEC față de pacienții tratați conservator. **Pentru afecțiunile rare, precum pseudomixomaperitonei sau mezoteliomul peritoneal, studiile randomizate sunt practic imposibile, din cauza incidenței scăzute; cu toate acestea, HIPEC a devenit tratamentul standard în aceste afecțiuni.**

Un alt reproș adus metodei se referă la lipsa de standardizare a metodei. De asemenea, se reproșează morbiditatea și mortalitatea crescute, costurile ridicate per procedură și calitatea precară a vieții pacienților operați (purtători temporari sau permanenți de stome, sindrom de intestin scurt). În ceea ce privește morbiditatea și mortalitatea asociate, acestea s-au îmbunătățit semnificativ prin selecția pacienților și managementul perioperator adecvat. **Morbiditatea severă a scăzut de la 60% la 20-30%, iar mortalitatea a scăzut sub 4% în centrele cu experiență, date comparabile cu cele pentru alte intervenții de amploare din sfera abdominală.** Morbiditatea, mortalitatea și prognosticul oncologic sunt ameliorate prin centralizarea cazurilor. Asemenea altor intervenții chirurgicale majore, și pentru HIPEC s-a demonstrat că echipele dedicate, care gestionează un volum mare de cazuri, aduc rezultatele cele mai bune. Studiile au arătat că pentru această procedură curba de învățare este extrem de lungă, astfel că doar prin centralizarea și menținerea unei colaborări cu centrele cu expertiză în domeniu rezultatele imediate și pe termen lung pot fi benefice pentru pacienți.

Costurile procedurii sunt mari și rezultă din intervenția chirurgicală de durată și mare amploare (6-12 ore), spitalizarea lungă necesară acestor pacienți, investigațiile necesare în perioada perioperatorie, din dispozitivele folosite intraoperator (kituri folosite pentru perfuzie, staplere, citostatice). În lume se raportează costuri variabile per procedură, prin metodologii de calcul diferite, cuprinse între 10.000 și 120.000 de euro.

Începând cu noiembrie 2015, la Institutul Regional de Oncologie Iași au fost operați șase pacienți cu carcinomatoză peritoneală cu ajutorul HIPEC cu mortalitate postoperatorie.



DISCUȚIA REFERITOARE LA COSTUL INTERVENȚIEI CHIRURGICALE NU ESTE ETICĂ AVÂND ÎN VEDERE CĂ PROCEDURA VINDECĂ O MARE PARTE DIN PACIENȚI, IAR PENTRU ALȚII BENEFICIUL ASUPRA SUPRAVIEȚUIRII ESTE NET SUPERIOR CHIMIOTERAPIEI SISTEMICE SAU CHIRURGIEI PALIATIVE.

Discuția referitoare la costul intervenției chirurgicale nu este etică având în vedere că procedura vindecă o mare parte din pacienți, iar pentru alții beneficiul asupra supraviețuirii este net superior chimioterapie sistemice sau chirurgiei paliative. Cu alte cuvinte, întrebarea este cât de mult înseamnă prea mult (costuri, riscuri operatorii asumate de pacient și chirurg, calitatea vieții) pentru un pacient care are șansa să fie vindecat printr-o procedură atât de complexă? **Fiecare caz trebuie analizat de o echipă multidisciplinară, funcțională, care să includă medici chirurghi, anesteziști, radiologi, anatomopatologi, oncologi și nutriționiști. Această echipă trebuie să estimeze rezonabil care sunt așteptările de la procedură pentru un anumit pacient.**

Decizia pentru cazurile extreme este relativ simplă. Un pacient de 80 de ani, cu carcinomatoză colorectală extensivă, care ar necesita rezecții organice multiple cu risc operator major și cu afectarea inevitabilă a calității vieții, este evident neeligibil pentru HIPEC, în timp ce un pacient de 30 de ani, cu o carcinomatoză apendiculară, ar fi vindecat prin această procedură, fără să mai urmeze, probabil, alte tratamente, și ar avea o calitate a vieții nealterată. Cazurile intermediare, și cele mai numeroase, sunt cele care necesită cea mai mare atenție din partea comisiei multidisciplinare. ●

Asemenea altor intervenții chirurgicale majore, și pentru HIPEC s-a demonstrat că echipele dedicate, care gestionează un volum mare de cazuri, aduc rezultatele cele mai bune.



Abordare multidisciplinară în tratamentul cancerului

România are nevoie de o abordare multidisciplinară complexă în lupta împotriva cancerului, boală care se numără printre cele mai frecvente afecțiuni în rândul populației. Cancerul reprezintă a doua cauză de mortalitate, constituind astfel o problemă reală de sănătate publică. Participanții la conferința națională „Managementul calității în abordarea multidisciplinară complexă în lupta cu cancerul - alternativă, drept sau necesitate”, organizată la Senatul României în 22 martie 2016, au recunoscut necesitatea semnării unui pact interinstituțional pentru abordarea multidisciplinară în lupta împotriva cancerului.

EVENIMENTUL A FOST ORGANIZAT DE COMISIA PENTRU DREPTURILE OMULUI, CULTE ȘI MINORITĂȚI și Comisia pentru sănătate publică din Senatul României, în colaborare cu Asociația Neolife – alături de tine și Centrul Medical Neolife, și a fost moderat de Maria Vasilescu, editor al revistei *Politici de Sănătate*. „Am propus un pact interinstituțional pentru a putea realiza un cadru în care noi să ne putem asuma o responsabilitate mai clară, mai accentuată pentru schimbările care sunt necesare în acest domeniu”, a declarat **Rozalia Biro**, președinte al Comisiei pentru Drepturile Omului din Senatul României.

Participanții la conferință au subliniat că abordarea pacientului oncologic trebuie făcută de către o echipă multidisciplinară, care să cuprindă obligatoriu medicul de familie, medicul oncolog, psihologul etc. „Boala canceroasă are nevoie de un tratament pe măsură.”



Supraviețuirea și prelungirea calității vieții se obține numai dacă există un tratament multimodal, multidisciplinar”, a atras atenția **dr. Ion Luchian**, președinte al Comisiei de sănătate publică din Senatul României. „Această acțiune vrea să răspundă la o provocare, și anume povara financiară care se reflectă asupra pacienților și familiilor lor, impactul deceselor și invalidităților, care se reflectă asupra pieței muncii și al cărui cost estimativ este, până în anul 2030, de 458 miliarde de dolari”, a declarat **dr. Cristina Berceanu**, președintele Asociației Neolife- alături de tine.

PREVENȚIE ȘI SCREENING

DIN PĂCATE, LUPTA ÎMPOTRIVA CANCERULUI PRESUPUNE MULT MAI MULT, PRINTRE MĂSURILE IMEDIATE fiind menționate screeningul și depistarea precoce a cancerului, campanii de prevenție desfășurate la nivel național și echipamente performante pentru realizarea tuturor acestora. „În afara multidisciplinării, obligatorii, este foarte important diagnosticul precoce, cu cât recunoaștem boala mai repede, cu atât posibilitatea de a ajuta bolnavul pare a fi mai apropiată de adevăr”, a adăugat **prof. dr. Florian Popa**, vicepreședintele Comisiei pentru sănătate din Senat.

Prof. dr. Cătălina Poiană, președinte al Colegiului Medicilor din București, a anunțat că instituția pe care o conduce va organiza ample campanii de prevenție și informare asupra cancerului, prin cursuri de comunicare între medici și pacienți, întâlniri cu reprezentanții asociațiilor de pacienți și multe alte activități.

SUSTINEREA PSIHOLICĂ A PACIENȚILOR ONCOLOGICI

CONF. DR. CORINA SILVIA POP, SECRETAR DE STAT ÎN MINISTERUL SĂNĂTĂȚII, a subliniat că susținerea psihologică a pacienților oncologici este esențială. În completarea sa, **prof. univ. dr. Mihai Aniței**, președinte al Colegiului Psihologilor din România, a atras atenția că aceste echipe multidisciplinare trebuie să conțină și medicii psihologi. Perspectiva pacienților a fost susținută de **Gheorghe Tache**, președintele Asociației Transplantaților din România, care a arătat că un bolnav cronic are nevoie și de medicul de familie, și de medicul specialist, și de psiholog, iar relațiile dintre aceștia trebuie îmbunătățite. „În România sunt peste 500.000 de pacienți cu cancer, 78.000 de cazuri noi pe an din care, din păcate, 43.000 pierd lupta cu boala. OMS-ul previzionează că până în 2030 cazurile de cancer se vor dubla. Lipsa programelor de informare și screening plasează țara noastră pe un rușinos ultim loc în Uniunea Europeană” a declarat **Cezar Irimia**, președinte Federația Asociațiilor Bolnavilor de Cancer din România.

ECHIPAMENTE PERFORMANTE

BOLNAVII DE CANCER AU NEVOIE DE ECHIPAMENTE PERFORMANTE PENTRU A PUTEA DUCE O VIAȚĂ ACTIVĂ. „Lipsa aparaturii a generat liste de așteptare. Dacă un pacient este tratat corespunzător, devine un pacient activ. Deci are nevoie de terapii, de echipamente și de tratamente eficiente”, spune **Alina Constantinescu**, unul dintre numeroșii bolnavi de cancer. Din păcate, necesarul de aparate de radioterapie, la nivel național, este de aproximativ 100. „Investiția în radioterapie este foarte mare, costurile de mentenanță sunt mari, iar statul nu are capacitatea de a asigura o continuitate a mentenanței aparatelor. Pledez pentru privatizarea radioterapiei după modelul dializei, din două motive: timpul în care s-ar putea realiza ar fi mai scurt, iar statul, în loc să investească în tehnologie, ar putea să utilizeze banii pentru tratamentul pacienților oncologici”, a declarat **dr. Vasile Cepoi**, secretar de stat, președinte al Autorității Naționale de Management al Calității în Sănătate.

Asociațiile de pacienți sunt beneficiarii strategiilor și politicilor pe care încercăm să le construim, subliniază **dr. Claudiu Tronciu**, director Neolife Medical Center, una dintre puținele instituții medicale private cu centru de radioterapie. „Rolul radioterapiei este foarte important. Însă este foarte greu să investești și să păstrezi un astfel de centru de radioterapie. Este greu să menții personalul la un anumit nivel, de aceea am organizat cursuri gratuite pentru personalul medical din sistemul public și din cel privat. Cursurile au fost susținute de experții noștri din Turcia”, a declarat **dr. Claudiu Tronciu**. ● **Valentina Grigore**



APEL LA ACȚIUNE

Participanții la dezbateră, fie ei reprezentanți ai autorităților, ai pacienților sau specialiști, au recunoscut necesitatea luării unor măsuri urgente Pactul interinstituțional pentru abordarea multidisciplinară în lupta cu cancerul, care a fost lansat în cadrul evenimentului, are ca scop creșterea gradului de conștientizare asupra problematicii cancerului în România, punând în evidență atât necesitatea diagnosticului molecular, a screeningului, a accesului pacienților la tratamente inovatoare, cât și creșterea calității serviciilor și a tratamentelor, dar mai ales asupra grijii față de pacient. Câteva dintre măsurile vizate de acest pact sunt:

- Armonizarea legislației naționale cu prevederile și normele europene.
- Îmbunătățirea calității vieții și de asigurare a suportului psihic pentru pacienții oncologici. Dezvoltarea îngrijirilor comunitare sau la domiciliu.
- Accesul și asigurarea medicației și a asistenței psihologice gratuite.
- Adaptarea continuă la tratamentele inovative, la condițiile socio-economice actuale.
- Dezvoltarea serviciilor integrate de asistență psiho-socială în circuitul terapeutic, în scopul reintegrării sociale și al creșterii calității vieții pacientului.
- Promovarea serviciilor comunitare integrate, în vederea îngrijirilor la domiciliu.
- Îmbunătățirea pregătirii personalului din sistemul de asigurare a sănătății.
- Luarea de măsuri pentru creșterea conștientizării publice, a specialiștilor din domeniul sănătății;
- Luarea de măsuri cu privire la stimularea recrutării, menținerii sau revenirii la muncă a specialiștilor din sistemul de sănătate și educație.
- Elaborarea unor strategii de dezvoltare a resurselor umane din domeniile educației și sănătății.

PARTICIPANȚII LA CONFERINȚĂ AU SUBLINIAT CĂ ABORDAREA PACIENTULUI ONCOLOGIC TREBUIE FĂCUTĂ DE CĂTRE O ECHIPĂ MULTIDISCIPLINARĂ, CARE SĂ CUPRINDĂ OBLIGATORIU MEDICUL DE FAMILIE, MEDICUL ONCOLOG, PSIHOLOGUL ETC.

Programul național împotriva bolilor de rinichi, cu implicarea medicilor de familie



Bolile cronice de rinchi afectează peste 1,3 milioane de români. Despre cum pot fi prevenite aceste boli, ce măsuri trebuie să luăm, ca indivizi, și ce programe de prevenție trebuie să implementeze autoritățile române am stat de vorbă cu prof. dr. Mircea N. Penescu, manager, Spitalul Clinic de Nefrologie „Dr. Carol Davila”.

Anul acesta, Ziua Mondială a Rinichiului va pune accent pe sănătatea copiilor. Cum ar putea fi prevenite îmbolnăvirile celor mici?

Copiii reprezintă o categorie specială, în sensul vulnerabilității. Aș enumera, între afecțiunile primei copilării, infecțiile urinare repetate, la care sunt receptivi mai ales fetițele, afecțiunile acute ale rinichiului și patologia malformativă, care este destul de frecventă și care poate genera anumite suferințe.

Un regim de viață corect, o igienă corporală perfectă, o nutriție echilibrată, un aport de lichide suficient și o atitudine proactivă de depistare în sensul unor controale periodice, în sensul examinării, cu o oarecare periodicitate și cu o mare concentrare din partea medicului pediatru,

a tuturor acestor copii ar permite să se sesizeze anumite suferințe clinice care atrag după sine indicația de investigații – fie de screening, fie investigații mai amănunțite.

România se confruntă cu un deficit de medici nefrologi, în condițiile în care prevalența bolilor de rinichi este într-o creștere alarmantă...

Nefrologia, una dintre specialitățile medicale care s-au desprins nu de mult timp din trunchiul mare al medicinei interne, se ocupă de patologia medicală, nechirurgicală a aparatului reno-urinar. Nu au apucat să crească suficiente ramuri de medici nefrologi care să acopere tot. În anii post-Revoluție, dezvoltarea nefrologiei a fost explozivă, cel puțin pe terapiile de substituție a funcției renale. **Înainte de Revoluție, în România existau opt centre de hemodializă, acum sunt circa 150. Fiecare centru are nevoie de doctori, de cadre medicale medii specializate în această procedură. Este firesc că nu avem suficienți medici care să satisfacă nevoile.** Există apoi spitalele cu secții de nefrologie. „Carol Davila” este singurul spital de nefrologie din România, are un concept unitar și își propune să asigure, din punct de vedere medico-chirurgical, asistența medicală necesară aparatului reno-urinar.

„Carol Davila” este singurul spital de nefrologie din România care își propune să asigure, din punct de vedere medico-chirurgical, asistența medicală necesară aparatului reno-urinar.

În acest context, cât de indicat este un program de prevenție primară?

Această parte spectaculoasă a afecțiunilor reno-urinare, a bolii renale cronice – hemodializa sau dializa peritoneală – nu reprezintă decât vârful piramidei. Dar piramida are o bază largă, unde se găsesc tot felul de factori de risc care se acumulează și se potențează reciproc. Apoi există o serie de afecțiuni discrete care, de obicei, scapă atenției medicilor, urmează bolile reno-urinare constituite care, în general, ajung la control la medici, dar este esențial să și intre într-un program riguros de monitorizare și controale. **Încet-încet, piramida se îngustează pentru că se pierd foarte multe vieți, nu neapărat prin boala renală de fond, ci prin complicațiile cardiovasculare sau de altă natură ale acestei boli. În sfârșit, supraviețuiesc o mică parte din cei care au pornit din baza piramidei și ajung la aceste terapii spectaculoase care într-adevăr au salvat mii de vieți.**

Dacă e să facem un program național care să vizeze toate aceste aspecte, este o atitudine justificată și nu se poate lucra decât prin pionii în teritoriu ai medicinei clinice, adică medicii de familie, printr-un gest limitat de implicare. Este esențial un stick în care să controleze un sumar de urină, o tensiune arterială luată corect, obligatoriu periodic, iar acolo unde există cea mai mică suspiciune, mergem mai departe spre un diagnostic și spre secțiile de specialitate.

Aproximativ 1,3 milioane de români suferă de boală cronică de rinichi. Cum putem reduce aceste cifre?

Boala renală cronică este o boală cu mare incidență, la ora actuală se consideră că afectează cam 5-10% din populație la nivel mondial. E drept că introducem în categoria aceasta, de boală renală cronică, toate afecțiunile care ne fac să nu atingem parametrii optimi de funcție renală. Chiar îmbătrânirea este o cauză a scăderii performanței funcționale renale.

Boala renală cronică parcurge cinci stadii. **Dintre toți cei care pleacă în cursă, numai o mică proporție reprezintă boli renale proprii, boli ale rinichiului. Restul până la 40% vin dinspre diabet, 20% vin dinspre hipertensiunea arterială, o parte vin dinspre ateroscleroză, generând nefroscleroza.**

Este vorba despre cauze extrarenale care constituie, în final, boala renală cronică. Extensia în populație este imensă, pentru că bazinul acesta de alte boli care generează afectarea rinichiului este nesecat. Ar trebui programe care să prevină aceste boli.

În ce stadiu se află programul național pentru boala cronică de rinichi?

Program național de prevenție înseamnă, de fapt, îndeplinirea corectă a atribuțiilor cadrelor medicale din teritoriu și părerea mea e că există cadru legislativ care să permită acest lucru. Este foarte important să privim lucrurile dintr-o perspectivă profilactică, pentru simplul motiv că astfel poți scuti omul de o suferință și poți scăpa de efortul și de costurile unui act medical dificil. Metodele de screening gratuite sunt examenul de urină,

Prin profilaxie poți scuti omul de o suferință și poți scăpa de efortul și de costurile unui act medical dificil



SUNT UN PIONIER AL HEMODIALIZEI ȘI SUNT ÎN ACEST SPITAL PROFILAT PE NEFROLOGIE DIN 1977. POT SĂ VĂ SPUN CU CERTITUDINE CĂ ÎN ULTIMII ANI NU A MAI MURIT NICI UN SINGUR OM DIN LIPSĂ DE ACCES LA HEMODIALIZĂ, IAR SITUAȚIA ESTE ACEEAȘI LA NIVELUL ȚĂRII.

examenul sumar de urină printr-un simplu stick, examenul clinic care face parte din screening și, apoi, dreptul legiferat al fiecărei categorii de pacienți de a face analize o dată pe an sau la doi ani. **Din spitalul nostru și la nivelul Societății Române de Nefrologie a pornit inițiativa acestui program național, în colaborare cu medicii de familie, în care să se facă un minim de investigații, respectiv examenul sumar de urină, tensiunea arterială, uree, creatinină, acid uric și, eventual, o hemogramă.** Nu poate să scape o maladie renală serioasă dacă se fac aceste investigații.

România este în urma multor țări europene în ceea ce privește accesul la medicamente de ultimă generație. Cum pot beneficia de aceste terapii românii cu boli cronice de rinichi?

Progresul în domeniul industriei medicamentelor este incredibil. **Nenorocirea e că medicamentele costă foarte mult. Justificat, de altfel. Din păcate, medicina este o specialitate extrem de scumpă din punctul de vedere al terapiei, toate costă.** Medicamente există, dar sunt indisponibile din cauza prețului foarte mare. Însă statul, prin Ministerul Sănătății și prin Casa Națională de Asigurări de Sănătate, a reușit să asigure, celor care au nevoie, tratamentul prin hemodializă sau dializă peritoneală. Sunt un pionier al hemodializei și sunt în acest spital profilat pe nefrologie din 1977. Pot să vă spun cu certitudine că în ultimii ani nu a mai murit nici un singur om din lipsă de acces la hemodializă, iar situația este aceeași la nivelul țării. Este acces la tehnologie de vârf, centrele sunt toate la tehnologie top Vest, iar medicamentele specifice dializei sunt acordate gratuit. ●

Valentina Grigore

Cooperarea societăților medicale cu autoritățile, cheia succesului prevenției cardiovasculare

România este o țară cu risc cardiovascular crescut, deși se vorbește des despre prevenție, despre factorii de risc și despre importanța depistării precoce a afecțiunilor. Există chiar numeroase proiecte și inițiative în domeniul prevenției cardiovasculare care au condus și conduc la reducerea numărului cazurilor de boli cardiovasculare, precum și a mortalității și morbidității în rândul acestor pacienți. Ne lipsește însă un program structurat la nivel național în domeniul prevenției cardiovasculare.

MORTALITATEA CARDIOVASCULARĂ REPREZINTĂ O PROBLEMĂ SERIOASĂ ÎN SPECIAL ÎN ȚARA NOASTRĂ, având în vedere că suntem printre puținele țări în care mortalitatea cardiovasculară continuă să fie principala cauză de deces, atât la bărbați, cât și la femei. **Iar prevenția este cea mai eficientă măsură de reducere a mortalității cardiovasculare, fiind dovedit științific faptul că acțiunile de prevenție scad cu 50% numărul deceselor cauzate de bolile cardiace.**

„Este trist că populația României subvaluează riscul cardiovascular. Vorbim despre mortalitate cardiovasculară, dar vorbim în primul rând de ateroscleroză și de prevenție în ateroscleroză, pentru că majoritatea cazurilor de mortalitate sunt legate de această boală, iar impactul este major asupra profesioniștilor din sănătate, asupra sistemului de sănătate și asupra costurilor”, a declarat prof. univ. dr. Ioan Mircea Coman, președintele Fundației Române a Inimii.

La ora actuală, sunt derulate numeroase proiecte și programe paralele pentru a reduce mortalitatea cardiovasculară, axate pe prevenție, însă nu există un program național structurat în această direcție.

ESTE TRIST CĂ POPULAȚIA ROMÂNIEI SUBVALUEAZĂ RISCUL CARDIOVASCULAR. VORBIM DESPRE MORTALITATE CARDIOVASCULARĂ, DAR VORBIM ÎN PRIMUL RÂND DE ATEROSCLEROZĂ ȘI DE PREVENȚIE ÎN ATEROSCLEROZĂ

Iar soluția propusă de reprezentanții Societății Române de Cardiologie (SRC) este o alianță între societățile profesionale medicale care să colaboreze cu cei care decid, Ministerul Sănătății și Ministerul Educației Naționale și Cercetării Științifice. „Această alianță ar fi un partener al Ministerului Sănătății în stabilirea de strategii pe termen mediu și lung, pe baza expertizei pe care noi o putem oferi. Noi avem foarte multe proiecte pe care deja le desfășurăm, există undeva scris la Ministerul Sănătății și la Academia de Științe Medicale un program de resuscitare Școala Altfel, ca proiect, noi

îl facem de vreo cinci ani. Avem experții și materialele necesare, avem deja programul pentru care nu am cerut ani și ne lipsesc semnătura și ștampila Ministerului. Decizia nu este la noi, ci la Ministerul



Prof. univ. dr. Ioan Mircea Coman

Legea prevenției în sănătate trebuie prezentată și amendată de public, pentru că este o lege de care va beneficia întreaga populație

Sănătății și la Ministerul Educației”, a declarat dr. Gabriel Tatu-Chițoiu, președintele SRC.

Un aspect foarte important este problema finanțării, explică prof. univ. dr. Ioan Mircea Coman, care amintește de experiența tristă a unui program de prevenție cardiovasculară publicat în 2009, dar care nu s-a bucurat niciodată de vreun fel de finanțare.

PROPUNERE: PROGRAM PENTRU O PREVENȚIE UNITARĂ A BOLILOR CRONICE

UNA DINTRE PRIORITĂȚILE PROPUSE MINISTERULUI SĂNĂTĂȚII ÎN DOMENIUL BOLILOR CARDIOVASCULARE constă în realizarea și implementarea unui program de boli cronice. La începutul lunii februarie, a existat o discuție între Academia Română, societățile profesionale (Societatea Română de Cardiologie, Societatea Română de Pneumologie, Societatea Națională de Medicina Familiei și Forumul Național de Prevenție) și Ministerul Sănătății pentru lansarea unui program de boli cronice care să adune toate bolile cronice grave și să ofere o unitate a prevenției acestor boli. **„Să sperăm că lucrurile se vor dezvolta mai departe și că acest program va fi considerat un program important al Ministerului Sănătății”,** a declarat prof. univ. dr. Dragoș Vinereanu, șeful Clinicii de Cardiologie din Spitalul Universitar de Urgență București și viitor președinte SRC.

O altă propunere făcută Ministerului este includerea unităților de supraveghere a pacienților critici coronarieni în programul de terapie intensivă, pentru o finanțare mai bună și pentru a putea susține și celelalte două programe în domeniul bolilor cardiovasculare, derulate în prezent de Minister – programul de tratament intervențional al infarctului de miocard acut și programul de prevenție a morții subite cardiace.

„Toate aceste inițiative și programe sunt rezultate ale cooperării între societățile medicale și Ministerul Sănătății. Aceasta cred că este calea, de cooperare între legislativ, cei care iau deciziile și societățile profesionale, și nu crearea de structuri paralele. Sunt foarte multe inițiative pe partea de prevenție din care nu fac parte societățile profesionale. Să investim toate eforturile într-o serie de acțiuni, planuri și strategii pe termen lung care solicită bugetul, dar la care societățile profesionale nu au participat este un lucru care nu va duce la rezultate. Opinia noastră este că nu se pot face astfel de planuri, indiferent de domeniu, fără participarea experților”, consideră dr. Gabriel Tatu-Chițoiu.

De aceeași părere este și prof. univ. dr. Ioan Mircea Coman: „Nu cred că sunt necesare neapărat structuri noi, ci să definim felul în care să utilizăm eficient structurile actuale, iar aici mă refer la interrelaționarea între noi, ca specialiști, și Ministerul Sănătății, relație care a evoluat pozitiv și care sperăm să continue în acest sens”.

În ceea ce privește legea prevenției în sănătate, discutată și



Dr. Gabriel Tatu-Chițoiu

Sunt foarte multe inițiative pe partea de prevenție din care nu fac parte societățile profesionale. Să investim toate eforturile într-o serie de acțiuni, planuri și strategii pe termen lung care solicită bugetul, dar la care societățile profesionale nu au participat este un lucru care nu va duce la rezultate

O ALTĂ PROPUNERE FĂCUTĂ MINISTERULUI ESTE INCLUDEREA UNITĂȚILOR DE SUPRAVEGHERE A PACIENȚILOR CRITICI CORONARIENI ÎN PROGRAMUL DE TERAPIE INTENSIVĂ.

răsdiscuțată în ultima vreme, președintele Fundației Române a Inimii susține că aceasta trebuie să pornească tot de la sugestiile și ideile societăților profesionale din domeniu: **„Cred că este o lege care trebuie prezentată și amendată de public, pentru că este o lege de care va beneficia întreaga populație. Cred că trebuie să fie cât mai puțin politizată, pentru că altfel intrăm în niște jocuri electorale inutile și dăunătoare pe termen lung, și cred că este o lege care trebuie să fie finanțată constant. Orice idee legată de această lege e bine-venită, în contextul organizării unei dezbateri publice cât mai largi”** ●

Mirabela Viașu

În lipsa unei strategii împotriva demenței, **educația populației** este esențială

Numărul bolnavilor cu demență în boala Alzheimer este în continuă creștere, însă dezvoltarea serviciilor specializate pentru îngrijirea acestora este deficitară. Mai mult decât atât, „Strategia Națională pentru Demențe”, considerată o prioritate în multe țări europene, înaintea pașii mărunți în România. Singura soluție ce poate fi implementată imediat este informarea și educarea populației și a familiilor care au în grijă un bolnav cu demență Alzheimer, atrage atenția prof. univ. dr. **Cătălina Tudose, președintele Societății Române Alzheimer.**

Demența din boala Alzheimer este una dintre cele mai severe forme de demență și, cu toate acestea, ea nu este considerată o prioritate de către autorități. Cât de importantă este o strategie națională pentru persoanele afectate de demență? Noi am propus o strategie de mai mult timp. Cred că nu este considerată o prioritate pentru că sunt mult mai multe alte probleme care vizează populația activă, mai tânără. Totuși, **atitudinea europarlamentarilor români este îmbucurătoare, ei au semnat toate alianțele și declarațiile internaționale prin care se recomandă guvernelor ca această problemă să devină o prioritate, în condițiile în care populația îmbătrânește foarte mult, deci ponderea acestor patologii va crește.** Cu alte cuvinte, orice stat trebuie să-și pregătească servicii de specialitate, să-și califice personalul, ceea ce presupune eforturi mari. Ministerul Sănătății a răspuns pozitiv în ultimii doi ani, fiind implicat într-o cercetare europeană amplă – „Joint Action on Dementia” – care va urmări îmbunătățirea standardelor de îngrijire în instituțiile medico-sociale, publice sau private. Cu siguranță în următorul an se vor impune și la noi standarde de îngrijire care să ridice calitatea acestor servicii.



Bolnavii trebuie să îndeplinească anumite criterii pentru a fi selecționați și incluși de specialiști în aceste studii clinice. Sunt pacienți consultați în sistemul medical, evaluați. Dacă întrunesc condițiile de includere și excludere și sunt de acord să participe la studiul respectiv, o pot face direct, pe baza consimțământului informat.

CU SIGURANȚĂ ÎN URMĂTORUL AN SE VOR IMPUNE STANDARDE DE ÎNGRIJIRE CARE SĂ RIDICE CALITATEA ACESTOR SERVICII.

Cât de importantă este depistarea bolii în stadiu incipient? Diagnosticarea precoce este esențială, pentru că îi permite bolnavului să ia decizii când încă are păstrată această capacitate. **Atât familia, cât și persoana suferindă au astfel timpul necesar, uneori chiar 10-15 ani, să se adapteze la o boală cronică ce va conduce la o invaliditate foarte mare.** Dacă diagnosticul este stabilit din timp, se poate institui un tratament care, sigur,

nu vindecă, dar ameliorează mult, încetinind ritmul deteriorării și prevenind apariția complicațiilor, a tulburărilor de comportament. Persoanele care au depistat din timp boala au avut o viață de calitate mult mai bună, și-au continuat activitățile, chiar și pe cele profesionale uneori, iar viața de familie s-a păstrat în coordonatele obișnuite.

Metodele de prediagnosticare existente în prezent sunt scumpe, iar pentru a fi decontate de stat trebuie să existe un sistem aprobat guvernamental și costurile să fie însușite. În țări dezvoltate, cum sunt Suedia, Elveția, Norvegia, Centrele Memoriei au finanțări pentru asemenea metode de prediagnostic. Este adevărat însă că ele furnizează foarte multe informații pentru cercetare, adică sunt undeva la interfața dintre cercetare și practica obișnuită.

Bolnavii necesită atât servicii medicale, cât și servicii de suport, dar cadrele specializate sunt extrem de puține. Care ar fi soluția pentru remedierea acestor probleme?

Aici este punctul nostru slab. Formarea personalului calificat pentru îngrijiri la domiciliu și crearea centrelor de zi este destul de dificil de realizat, presupune mulți bani, și mai ales anumite strategii de politici sanitare. Dar multe lucruri se pot totuși iniția. **Dacă ar demara campanii de educație și de informare, familia ar învăța să se organizeze, să ia măsurile necesare în acest scop, să se comporte și să îngrijească într-un mod corespunzător, în limita posibilităților lor emoționale, financiare etc.**

Și într-o societate mai săracă, dacă există bunăvoință și educație, se pot iniția multe sisteme de într-ajutorare.

Ați pus bazele Centrului de Cercetare Translațională în Psihiatrie și Neuroștiințe de la Spitalul „Prof. Dr. Alexandru Obregia”. Cât de important este și care sunt rezultatele până acum?

Înființarea Institutului ar fi fost extrem de importantă pentru cercetarea românească în domeniul psihiatriei și neuroștiințelor clinice. Din păcate, proiectul s-a oprit pentru că am cheltuit foarte puțini bani din suma care ne revenea; toate achizițiile s-au blocat din cauza contestațiilor, ceea ce nu a permis absorbția banilor.

Anul acesta, în România se desfășoară studii clinice în demență la care pot participa bolnavii ce îndeplinesc anumite criterii.

Cercetătorii descoperă în permanență tratamente noi pentru formele de demență. Cum pot avea și bolnavii români acces la ele?

Doar prin intermediul studiilor clinice de cercetare. Bolnavii trebuie să îndeplinească anumite criterii pentru a fi selecționați de specialiști în cadrul acestor studii clinice. Sunt pacienți consultați în sistemul medical, evaluați; dacă întrunesc condițiile de includere și excludere și sunt de acord să participe la studiul respectiv, o pot face direct. Desigur, în prealabil li se aduc la cunoștință toate datele necesare despre particularitățile moleculei cercetate și semnează un consimțământ informat. Anul acesta, din câte cunosc, în România se desfășoară cel puțin două-trei astfel de studii, de exemplu va fi un studiu inclusiv cu tratament prin vaccinare în demența de tip Alzheimer. Sunt studii avansate, moleculele au fost verificate și nu prezintă risc de toxicitate pentru pacienți, dar eficiența, evident, rămâne de dovedit.

SUNT STUDII AVANSATE, MOLECULELE AU FOST VERIFICATE ȘI NU PREZINTĂ RISC DE TOXICITATE PENTRU PACIENȚI, DAR EFICIENȚA, EVIDENT, RĂMÂNE DE DOVEDIT.

Ce noutăți a adus Conferința Națională Alzheimer?

Ediția din acest an a Conferinței Naționale Alzheimer, care s-a desfășurat în perioada 24 - 27 februarie, s-a axat pe nevoia de educație și informare a publicului, a persoanelor care au în îngrijire bolnavi. **La Centrul Memoriei am constatat o creștere a numărului de cazuri care solicită un prim diagnostic, dar și o înrăutățire a relației cu familiile bolnavilor. Planul de îngrijire nu se poate construi fără implicarea și colaborarea familiei.** De aceea, în paralel cu prezentările științifice din domeniul cercetării, în cadrul Conferinței am organizat și workshop-uri adresate membrilor de familie, pacienților înșiși, dar și publicului larg. ●

Valentina Grigore

Vaccinarea anti-HPV - recomandări și provocări

Cancerul de col uterin este, în prezent, ca frecvență, al doilea cancer (după cel de sân) diagnosticat la femeile cu vârsta între 15 și 44 de ani. Infecția cu virusurile papiloma umane (HPV) este principala cauză de cancer de col uterin. În ultimii ani, România a avut cea mai ridicată incidență și mortalitate prin cancer de col uterin din Europa, deși această maladie poate fi prevenită prin vaccinare și screening.



Conf. univ. dr. Daniela Pițigoi, UMF „Carol Davila”, Vicepreședinte, Societatea Română de Epidemiologie

ÎN PREZENT, EXISTĂ VACCINURI SIGURE ȘI EFICACE CARE POT PREVENI INFECȚIILE CU HPV, dar și teste de screening care pot depista leziunile precanceroase sau cu risc, într-un stadiu tratabil. În ceea ce privește vaccinurile, există trei astfel de produse disponibile. HPV4 – primul vaccin, autorizat în SUA în iunie 2006 și în Europa în septembrie 2006, conține 4 serotipuri: 16, 18 (cu risc oncogen crescut), 6 și 11 (cu risc scăzut). Este recomandat atât pentru fete, cât și pentru băieți cu vârste cuprinse între 9 și 26 de ani. **Dacă vaccinul se administrează între 9 și 13 ani, sunt suficiente două doze, în timp ce peste vârsta de 14 ani sunt recomandate trei doze. Vaccinul HPV2, autorizat în Europa în septembrie 2007 și în SUA în octombrie 2009, este un vaccin care conține cele două serotipuri 16, 18.** Este recomandat pentru fetele cu vârste cuprinse între 9 și 25 de ani. Numărul de doze recomandate este la fel ca în cazul vaccinului HPV4. Cel de-al treilea și cel mai nou vaccin disponibil este HPV9. Autorizat în SUA în decembrie 2014 și în Europa în iunie 2015, acesta conține 9 serotipuri 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58 (înalt oncogene), 6 și 11 și este recomandat în trei doze, atât fetelor, cât și băieților cu vârste cuprinse între 9 și 26 de ani.

VACCINUL HPV ESTE ÎN COMPETIȚIE CU ALTE VACCINURI NOI, CARE POT FI IMPORTANTE PENTRU SĂNĂTATEA PUBLICĂ ÎN FUNCȚIE DE CONTEXTUL EPIDEMIOLOGIC NAȚIONAL.

VACCINAREA ANTI-HPV - PROVOCĂRI

INTRODUCEREA UNUI VACCIN NOU, LA NIVEL GLOBAL, ESTE UN PROCES LENT, de durată și avem ca exemplu introducerea vaccinului pentru hepatita B, care a durat aproximativ 20 de ani. Vaccinul HPV este în competiție cu alte vaccinuri noi, care pot fi importante pentru sănătatea publică în funcție de contextul epidemiologic național.

Este un vaccin scump, astfel că prețurile din țările cu venituri mari sunt greu accesibile țărilor cu venituri mici. Dar acestea pot beneficia de finanțare prin programe precum PAHO's Revolving Fund (2010 America Latină și Caraibe) sau GAVI (HPV este eligibil din anul 2013).

Experiența este limitată cu privire la vaccinarea adolescentelor, în special cu un vaccin care necesită doze repetate, având în vedere că programele naționale de vaccinare sunt dedicate în special sugariilor și copiilor mici. De asemenea, femeile vaccinate anti-HPV trebuie informate că este nevoie de screening periodic pentru depistarea cancerului cervical.

Conform datelor Organizației Mondiale a Sănătății din ianuarie 2016, vaccinul HPV a fost introdus în 65 de țări (adică 33,5% din țările lumii), fiind distribuite la nivel global aproape 200 de milioane de doze de vaccin. Numai în SUA au fost distribuite, până în octombrie 2015, 80 de milioane de doze HPV4, 839.600 de doze HPV2 și 5 milioane de doze HPV9.

STRATEGII

FIECARE ȚARĂ TREBUIE SĂ-ȘI ELABOREZE STRATEGIA DE VACCINARE ȘI DE PREVENIRE a cancerului de col uterin ple-

când de la datele naționale (situația epidemiologică, prevalența specifică pe grupe de vârstă a infecțiilor cu HPV, existența programelor de screening, caracteristici culturale, vârsta medie de debut a vieții sexuale etc), dar și de la rezultatele studiilor de cost-eficiență naționale sau regionale.

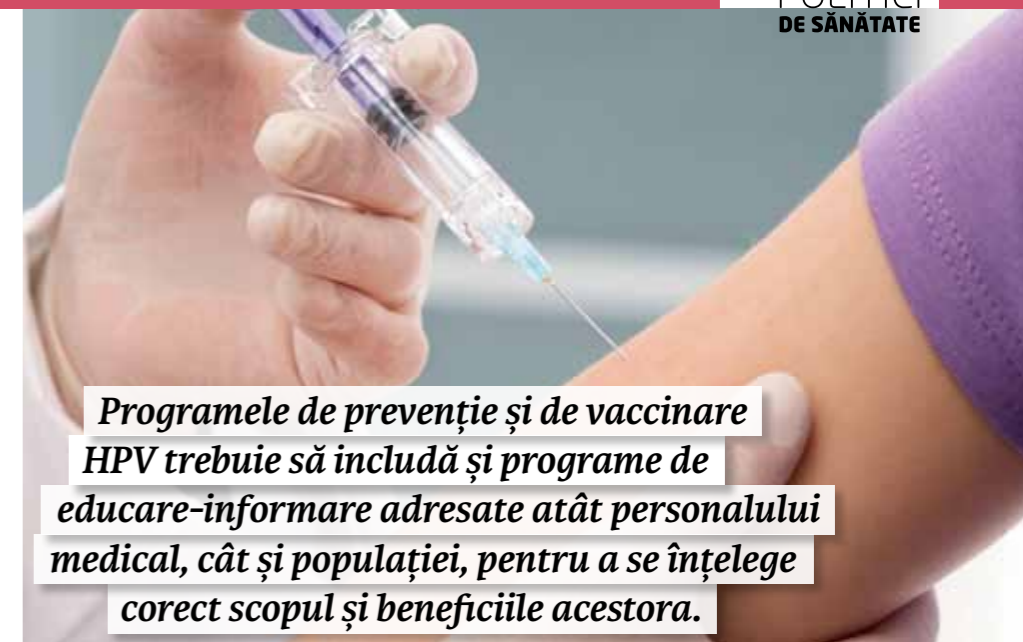
În țările cu programe eficiente de screening (de exemplu, Danemarca, Finlanda, Islanda, Olanda, Marea Britanie), introducerea vaccinării anti-HPV va avea un efect mai redus asupra mortalității prin cancer de col uterin (datorită eficienței screening-ului), dar și asupra incidenței anomaliilor citologice determinate de HPV 6, 11, 16 și 18, ceea ce duce la mai puține investigații, proceduri medicale, tratamente, reducerea costurilor legate de investigații, diagnostic și tratament al anomaliilor citologice, precum și scăderea morbidității altor boli induse de HPV (verucile genitale), în cazul utilizării vaccinurilor HPV4 sau HPV9. **În țările fără programe de screening sau cu programe limitate, introducerea pe scară largă a vaccinului HPV se așteaptă să ducă la o scădere importantă a incidenței cancerului de col uterin și a mortalității. Beneficiile vaccinării se observă după o perioadă lungă de la demararea vaccinării, din cauza perioadei mari între infecția cu HPV inițială și vârful incidenței cancerului de col uterin.**

Asocierea vaccinării anti-HPV cu metode de screening non-citologice simple poate accelera reducerea incidenței cancerului de col uterin la nivelul populației nevaccinate, dar și vaccinate. Programele de prevenție și de vaccinare HPV trebuie să includă și programe de educare-informare adresate atât personalului medical, cât și populației, pentru a se înțelege corect scopul și beneficiile acestora. Mesajele cele mai importante sunt următoarele:

- vaccinul HPV este protector (eficace) și sigur (fără reacții adverse majore);
- vaccinul HPV nu protejează împotriva tuturor serotipurilor oncogene, însă protejează împotriva serotipurilor responsabile de majoritatea cazurilor de cancer de col uterin;
- nu s-a demonstrat o eficiență terapeutică față de infecția cu HPV prezentă înainte de vaccinare;
- screening-ul este necesar, inclusiv la femeile vaccinate HPV, pentru o prevenție optimă.

VACCINAREA ANTI-HPV ÎN ROMÂNIA

ROMÂNIA A DEMARAT ÎN 2008 CAMPAANIA NAȚIONALĂ DE VACCINARE ANTI-HPV a fetelor cu vârsta de 9-10 ani, în cadrul programului de oncologie, în aceeași perioadă în care vaccinul era în-



Programele de prevenție și de vaccinare HPV trebuie să includă și programe de educare-informare adresate atât personalului medical, cât și populației, pentru a se înțelege corect scopul și beneficiile acestora.

FEMEILE VACCINATE ANTI-HPV TREBUIE INFORMATE CĂ ESTE NEVOIE DE SCREENING PERIODIC PENTRU DEPISTAREA CANCERULUI CERVICAL.

trodus în diferite alte țări europene. Imediat după lansarea campaniei, știrile alarmiste, nefundamentate științific, referitoare la reacții adverse și efecte necunoscute, promovate de o parte a presei și de mediul online, au creat confuzie atât în rândul părinților, cât și în cel al medicilor. Astfel, doar 2,57% dintre fetele eligibile au fost vaccinate. În 2009, Ministerul Sănătății a inițiat o campanie de comunicare și informare cu privire la vaccinarea anti-HPV, iar campania de vaccinare a fost reluată, însă acoperirea vaccinală a fost tot foarte scăzută (9%).

Introducerea unui vaccin nou (inclusiv vaccinul HPV) într-un program de vaccinare este un proces complex care necesită timp, o bună informare a personalului medical și a populației și un parteneriat solid autorității – profesioniști – mass-media – societate civilă. ●

PRINCIPALII FACTORI CARE INFLUENȚEAZĂ ACCEPTAREA VACCINULUI HPV

- Vaccinul HPV este prezentat de medici, uneori, ca un vaccin opțional, față de celelalte vaccinuri care sunt recomandate sau obligatorii;
- Vaccinarea HPV este asociată de părinți cu debutul vieții sexuale a copiilor;
- Când părinții sunt neîncrezători, personalul medical devine ezitant sau evită să prezinte argumente convingătoare;
- Uneori, cadrele medicale (mai ales dacă sunt părinți) împărtășesc părerile părinților, care își consideră copiii prea mici pentru a avea risc de infecție cu HPV, deci pot amâna vaccinul;
- Tinerii care urmează să fie vaccinați sunt frecvent participanți pasivi la decizia de vaccinare care aparține, în general, părinților.

(Sursa: Hughes et al. BMC Pediatrics 2011, 11:74 <http://www.biomedcentral.com/1471-2431/11/74>)

Serviciul de teleasistență la domiciliu eficientizează intervențiile de urgență

Centrul Pilot de Coordonare a Serviciilor de Îngrijiri la Domiciliu din Municipiul București a luat ființă prin asocierea Direcției de Asistență Socială a Municipiului București, a Fundației Crucea Alb - Galbenă România și a Asociației de Ajutor Mutual București, cu aprobarea Consiliului General al Municipiului București (CGMB). Scopul proiectului este creșterea accesului persoanelor defavorizate (vârstnici, persoane cu dizabilități, bolnavi cronici etc.) la servicii integrate de îngrijiri la domiciliu: servicii medico-sociale, de recuperare, de teleasistență (dispecerizarea serviciilor prin intermediul unui call center), închiriere de echipamente de recuperare și reabilitare medicală și servicii de îngrijire de bază.

Măriuca Ivan
Director general Crucea Alb - Galbenă România



BENEFICIILE SERVICIULUI DE TELEASISTENȚĂ, INTRODUS ÎN PROIECT ÎN OCTOMBRIE 2014, vizează rapiditatea de a interveni la timp în cazurile în care beneficiarul este incapacitat de un accident, de o căzătură, de o criză, de un acces de panică sau de o situație primejdioasă. **Acest sistem de lucru oferă un sentiment de securitate beneficiarilor, prin asigurarea unui acces permanent la un dispecerat, dar și aparținătorilor, care știu că are cineva grijă, în orice moment, de aceștia.** Proiectul și-a propus să amelioreze calitatea vieții persoanelor vârstnice, prin utilizarea tehnologiilor avansate de comunicații combinate cu o monitorizare individuală, responsabilă, pe termen lung din partea unei echipe de profesioniști.

Teleasistența constă în păstrarea unei legături de la distanță, cu ajutorul tehnologiei, cu o persoană vulnerabilă, în scopul prevenției sau al alarmării în caz de pericol. **Pericolele pot fi diverse, precum bine știm: de la căzăturile pe care le suferă cei vârstnici, expunându-se unor riscuri vitale, la atacuri de panică, AVC-uri, infarcte, scăderi de glicemie și alte afecțiuni care țin de bolile cronice.**

Vorbim uneori de oameni care stau singuri în casele lor și nu sunt vizitați de nimeni.

Butonul de panică de pe telefon, ca

BUTONUL DE PANICĂ DE PE TELEFON, CA ȘI BRĂȚARĂ DE ALERTĂ, DECLANȘEAZĂ ALARMA PRINTR-UN TERMINAL MOBIL SPECIAL.

și brățară de alertă, declanșează alarma printr-un terminal mobil dedicat. **Acesta anunță Dispeceratul printr-un mesaj text aproape instantaneu că un anumit abonat are o urgență și permite operatorului să afișeze datele socio-medice relevante pe monitor încă dinainte ca legătura directă să se formeze.** Într-un interval de doar 15 secunde de la declanșare, telefonul se pune în mod automat în stare de difuzor pornit și apelează operatorul de serviciu. Prin urmare, într-un timp mai scurt decât ne-ar lua să chemăm pe cineva, chiar aflat în apropiere, sistemul alertează Dispeceratul și intrăm în dialog direct cu

Teleasistența constă în păstrarea unei legături de la distanță, cu ajutorul tehnologiei, cu o persoană vulnerabilă, în scopul prevenției sau al alarmării în caz de pericol.

dispecerii în mai puțin de 30 de secunde.

Datorită dispeceratului și sistemului de alertă, intervențiile în cazuri de urgență pot fi manageriate cu un plus de eficiență, iar costurile pentru familie și pentru sistemul medical scad proporțional cu viteza de reacție. Persoanele expuse sunt mult mai liniștite, știind că pot chema în ajutor pe cineva, în orice moment, din orice loc.

Sistemul ar putea să servească și angajaților care pot fi atacați în timpul muncii pe teren, în zone cu securitate slabă, și care ar putea anunța un dispecerat printr-o simplă apăsare de buton, însă deocamdată el se implementează doar pentru beneficiari.

Un exemplu de bună practică al sistemului s-a înregistrat în 6 ianuarie a.c., ora 7:30, când o intervenție de urgență a fost posibilă datorită monitorizării la distanță prin Dispeceratul Fundației Crucea Alb-Galbenă. Doamna P.R., beneficiară a proiectului de câteva luni, ducându-și singură în casa dumneaei cei 91 de ani sub povara bolilor, a suferit o criză, neputând să se mai ridice din locul în care căzuse. A acționat butonul de panică de pe brățara purtată în permanență la mână și astfel dispecerul Fundației și-a dat seama din sunetele auzite că are nevoie de ajutor. **Conform protocolului încheiat între familie și Fundație și ținând cont de antecedentele doamnei, dispecerul a trimis o asistentă medicală pentru a-i acorda pacienței ajutorul necesar, prin procedurile specifice de nursing.** Un alt exemplu este cazul doamnei R. care, pe 4

octombrie 2015, la ora 5 dimineața, a avut o criză cardiacă agravată de edemul pulmonar cu care a fost diagnosticată, având o puternică senzație de respirație îngreunată și sufocare. Dispeceratul Crucii Alb-Galbene a primit apelul de urgență, a sunat urgent serviciul 112 și, astfel, un echipaj al serviciului de ambulanță a ajuns la adresa doamnei R. în 15 minute. Între timp, **dispecerul echipei a sunat pacienta pentru a o calma și pentru a-i comunica faptul că echipajul serviciului de ambulanță se îndreaptă către dumneaei. Intervenția a avut un final fericit grație telefonului prevăzut cu brățară cu buton SOS, al Dispeceratului Crucii Alb-Galbene, și, nu în ultimul rând, echipajului serviciului de ambulanță, iar doamna R. a putut fi salvată și transportată la spital.** Dispecerul a monitorizat starea post-internare prin telefoane către pacientă și vecini. Astfel, am aflat că, după șase zile de internare, doamna a ajuns acasă în stare bună. A sunat la dispecerat să mulțumească echipei Crucii Alb-Galbene pentru ajutorul acordat, spunându-ne cât de importantă a fost această intervenție, vitală.

Totodată, serviciul de teleasistență a venit ca o consecință a unei experiențe organizaționale de peste 18 ani în îngrijiri medicale și socio-medice la domiciliu, aducând plusvaloare în ceea ce privește abordarea și reducând timpul de intervenție. Prin acest serviciu, beneficiarii noștri sunt monitorizați în situații de urgență la modul cel mai complet cu putință, membrii familiei putând să

SERVICIUL DE TELEASISTENȚĂ A VENIT CA O CONSECINȚĂ A UNEI EXPERIENȚE ORGANIZAȚIONALE DE PESTE 18 ANI ÎN ÎNGRIJIRI MEDICALE ȘI SOCIO-MEDICALE LA DOMICILIU

se bucure de siguranță și liniște, în cazul în care locuiesc la distanță de părinții sau de bunicii lor.

Viziunea Fundației Crucea Alb - Galbenă România în îngrijirile medicale la domiciliu s-a dorit întotdeauna a fi spre beneficiul oamenilor aflați în suferință.

Din păcate, dezvoltarea segmentului de piață dedicat serviciilor de îngrijiri la domi-



ciliu nu a fost deloc lipsită de situații în care acestea au adus beneficii mai întâi diversilor furnizori și mai puțin celor îndreptățiți să primească serviciile, respectiv pacienții. Semnalul dat de organizația noastră a fost întotdeauna acela de a da libertate beneficiarilor de servicii de a-și alege furnizorul în folosul lui și nu în folosul unor persoane/firme care nu sunt neapărat interesate de bunăstarea fizică și psihică a persoanelor aflate în suferință. ●



Sistemele sanitare trebuie să caute soluții pentru tratamente eficiente, la prețuri accesibile

Cancerul de sân și de col uterin reprezintă o povară mare pentru toate sistemele de sănătate. Din păcate, comunitatea globală nu depune suficiente eforturi pentru a reduce povara cancerului. Există încă numeroase probleme în ceea ce privește diagnosticarea precoce a femeilor și accesul la tratament, capitole care trebuie abordate prin politici de sănătate clare și eficiente, consideră dr. Jo Anne Zujewski, de la Institutul Național de Cancer din Maryland, Statele Unite ale Americii.

Ce anume ar trebui îmbunătățit urgent în acest domeniu? Sunt câteva aspecte și așa începe cu îmbunătățirea educației și conștientizării în rândul populației generale, dar și în rândul cadrelor medicale. **Uneori, femeile știu că au o problemă cu sănii, dar nu caută ajutor pentru că fie sunt stigmatizate sau le este jenă de acest lucru, fie le este frică să nu fie marginalizate. Furnizorii de servicii medicale trebuie să fie conștienți și să întrebe dacă sunt probleme, să examineze sânii unei femei și să o îndrume pentru a beneficia de tratament.** În ceea ce privește sistemul de sănătate, acesta trebuie să fie capabil să gestioneze femeile care au probleme. Este important ca femeile să fie diagnosticate precoce, dar trebuie și să ai garanția că le poți oferi acestora tratamentul adecvat, astfel încât să le salvezi viața. Trebuie să facem aceste tratamente accesibile pacienților.

În România, costul mediu al tratamentului de cancer pentru o lună, per persoană, se ridică la 5.000 de euro, ceea ce înseamnă destul de mult...

Da, este o sumă mare, dar uneori costurile cancerului pot fi reduse. Există medicamente foarte scumpe, dar și medicamente ieftine, iar acestea sunt pe lista medicamentelor esențiale a Organizației Mondiale a Sănătății. Deci, costul pentru o medicație eficientă poate varia destul de mult și cred că unul dintre lucrurile pe care sistemele de sănătate trebuie să le facă este să înțeleagă că a scoate o femeie din câmpul muncii și a o trata pentru un cancer avansat, ceea ce se întâmplă atât de des, presupune un cost și mai mare. **Cost eficient înseamnă să ai în vedere imaginea de ansamblu și să tratezi din timp persoana, astfel încât să o poți reda societății și familiei când aceasta poate contribui activ.**

Știu că în State problema cost-eficienței medicamentelor oncologice este aprig dezbătută, având în vedere că prețurile acestor medicamente au devenit extrem de mari... Da, vorbim de costuri mari, dar nu trebuie să fie așa. Un lucru la care țin foarte mult este următorul: intervențiile simple, timpurii sunt eficiente și salvează vieți - chirurgia, radioterapia



Intervenția precoce poate presupune anumite costuri pe termen scurt, însă aduce economii pe termen lung, având în vedere costurile generate de scoaterea persoanei respective de pe piața muncii.

și anumite medicamente ieftine care sunt eficiente de mai bine de 15 ani. Când începi să adaugi noi terapii și noi metode de diagnosticare, costurile explodează. Din păcate, acestea nu oferă neapărat și o îmbunătățire a sănătății. De aceea cred că este atribuția sistemelor de sănătate să caute soluții pentru tratamente eficiente la prețuri accesibile.

În multe țări, printre care și România, se vorbește exact de nevoia de a avea acces la cele mai noi tratamente și există o mare presiune pentru aprobarea acestora... Nu cred că este vorba de cele mai noi tratamente, ci de cele mai eficiente. **Unele tratamente relativ vechi sunt în continuare foarte eficiente. Doar 20% din femei au rezultate pozitive pentru cancerul de sân HER2, iar celelalte 80% pot fi tratate eficient prin terapie hormonală sau chimioterapie, care nu sunt atât de costisitoare.** Chimioterapia se folosește încă din anii '70, deci nu este vorba despre cele mai noi tratamente, ci de utilizarea celor mai eficiente la un cost accesibil. Sunt convinsă că aceste opțiuni există. Problema în numeroase societăți este că așteptăm prea mult pentru a interveni. Intervenția precoce poate presupune anumite costuri pe termen scurt, însă aduce economii pe termen lung, având în vedere costurile generate de scoaterea persoanei respective de pe piața muncii.

Practic, prima măsură care ar trebui luată pentru a îmbunătăți lucrurile în România este aceea de a intensifica prevenția?

În cazul cancerului de sân, mesajul care ar trebui transmis este să adoptăm o viață sănătoasă și să depistăm cazurile cât mai precoce! Trebuie încurajată dieta sănătoasă și activitatea fizică. Acestea sunt aspecte foarte importante când vine vorba de controlul tuturor bolilor cronice, nu doar în cancer, ci și în diabet și boli cardiovasculare. **În cazul cancerului cervical, există vaccinul HPV, care asigură o prevenție eficientă de 70% în rândul femeilor. Condiția este ca acestea să beneficieze de vaccin cât mai devreme în viață, la o vârstă cât mai fragedă, deoarece efectele sunt observate în termen de 10-15 ani, poate chiar mai mult.** Cert este că vaccinul s-a dovedit în multe țări ca fiind o măsură eficientă de a preveni cancerul de col uterin, deci ar trebui cu siguranță să fie folosit cu încredere.

A existat o campanie națională de vaccinare a tinerelor și în România, însă a eșuat deoarece populația nu a avut încredere în siguranța vaccinului HPV...

Vaccinul HPV este foarte eficient și are puține efecte adverse. Am auzit că în România campania de vaccinare a fetițelor a fost ineficientă și tocmai de aceea cred că va fi mai greu ca acest vaccin să fie reintrodus. Dar vaccinul este important și cred că lipsa de informare determină oamenii să refuze vaccinarea care are, așa cum v-am spus, puține efecte secundare și beneficii pe termen lung. Nu trebuie să uităm că nu există un tratament eficient pentru cancerul de col avansat, iar tratamentul, în general, este destul de dificil. Prin urmare, cea mai bună metodă este de

Avem vaccinuri eficiente pentru aceste boli, avem posibilitatea de a eradica câteva boli care pot fi letale, iar faptul că oamenii preferă să-și supună copiii la acest risc este o dovadă de gândire limitată, unidirecțională.

a preveni acest tip de cancer. Există numeroase vaccinuri pe care părinții le fac copiilor lor, iar acesta este un alt tip de vaccin care trebuie oferit copiilor pentru a-i proteja de o boală care poate fi letală.

Nu știu care este situația în Statele Unite, însă, în România, din ce în ce mai mulți oameni privesc cu scepticism vaccinarea...

Avem și noi destul de mulți oameni care evită vaccinarea și cred că acest lucru este foarte periculos, pentru că duce la moartea copiilor din cauza unor boli precum pojarul sau rubeola. Avem vaccinuri eficiente pentru aceste boli, avem posibilitatea de a eradica câteva boli care pot fi letale, iar faptul că oamenii preferă să-și supună copiii la acest risc este o dovadă de gândire limitată, unidirecțională.

Cum funcționează lucrurile în SUA, în ceea ce privește cancerul de sân și de col uterin?

Lucrurile ar putea fi îmbunătățite și în SUA. Sunt dezamăgită de ratele de vaccinare HPV. **Deși suntem țara ai cărei cercetători au descoperit eficiența vaccinului, foarte multe persoane din SUA nu își vaccinează fetițele, iar acest lucru este dezamăgitor.** Nu cunosc foarte bine cauzele, însă cred că printre ele se numără și cele care se regăsesc aici în România - acest trend crescător de a ne opune vaccinării. Sunt oameni care cred că prin vaccinarea HPV se promovează viața sexuală activă, ceea ce nu are niciun sens, deoarece cei mai mulți oameni vor deveni activi sexual la un anumit moment și important este să le oferim vaccinul înainte să-și înceapă viața sexuală. ●

Mirabela Viașu

EPF: Sănătatea nu este o prioritate pentru Comisia Europeană

Extinderea conceptului de „capacitate a pacienților” și implicarea acestora în managementul propriilor afecțiuni, începând cu stabilirea diagnosticării și până la etapa de monitorizare, se numără printre principalele obiective ale organizațiilor europene de pacienți. Cercetările au arătat că modelele de îngrijire centrate pe pacient duc la o mai bună calitate a serviciilor de îngrijire și chiar la reducerea costurilor din sistem, susține Anders Olauson, președintele Forumului European al Pacienților (EPF).



pean, prin intermediul campaniilor și al activităților de advocacy, care ajută membrii noștri să-și impună propria agendă.

În România, activitatea de advocacy nu este foarte bine răspândită. Ce trebuie să facă asociațiile de pacienți pentru a stimula acest aspect?

Nu sunt de acord. Mișcarea de advocacy în rândul pacienților este bine răspândită în România. **Există numeroase organizații de pacienți, la nivel local sau național, care susțin și promovează drepturile pacienților în fiecare zi. Acestea sunt organizații care sunt cu adevărat reprezentative și care susțin pacienții.** De exemplu, Coaliția Organizațiilor Pacienților cu Afecțiuni Cronice (COPAC) din România organizează un Forum național al organizațiilor de pacienți în fiecare an, iar în 2015 a organizat o campanie națională pentru majorarea bugetului alocat sănătății. Sunt și alte inițiative care merită menționate, cum ar fi platforma de training creată de Alianța Națională pentru Boli Rare din România (ANBRaRo), care include și cursuri de advocacy (<http://www.aspac.ro/>). Principalul obstacol în calea extinderii

EPF a înființat un program de construire a capacității de organizare, cu scopul de a permite organizațiilor de pacienți să fie mai eficiente în atingerea obiectivelor și aspirațiilor lor.

Există o diferență între puterea asociațiilor de pacienți în sistemele de sănătate din Europa. Cum poate ajuta EPF membrii săi să devină mai puternici?

Într-adevăr, capacitatea organizațiilor de pacienți variază enorm în Europa. **EPF lucrează cu organizații de toate dimensiunile, iar sprijinirea dezvoltării membrilor noștri și lupta pentru ca asociațiile de pacienți să fie sustenabile și reprezentative se numără printre cele șase obiective strategice pentru perioada 2014-2020.** În 2012, EPF a înființat un program de construire a capacității de organizare, cu scopul de a permite organizațiilor de pacienți să fie mai eficiente în atingerea obiectivelor și aspirațiilor lor. Programul se concentrează pe îmbunătățirea capacităților organizatorice și a abilităților de advocacy ale organizațiilor de pacienți, la nivel național și european. Deocamdată, acest program funcționează în Bulgaria, România, Cipru, Ungaria și Slovacia și oferă inclusiv module de formare la nivel european. Dincolo de acest sprijin concret, lucrăm, de asemenea, la crearea unui mediu mai prietenos pentru pacient la nivel euro-

mișcării de advocacy în rândul pacienților din România este într-un fel lipsa de considerație din partea autorităților publice. Organizațiile de pacienți nu sunt recunoscute ca parteneri valabili, iar acest lucru este alarmant. Este timpul ca factorii de decizie din România să înțeleagă acest lucru. Importanța capacității pacientului pentru realizarea sistemelor de sănătate eficiente și durabile trebuie să fie recunoscută, iar acest lucru se poate face numai cu o implicare semnificativă a organizațiilor locale de pacienți. **Deocamdată, lipsa colaborării și schimbările dese de la nivelul autorităților sunt principalele provocări în fața realizării politicilor care să aducă beneficii pacienților. De asemenea, lipsa finanțării este o barieră importantă pentru multe asociații. Activitățile de advocacy necesită resurse financiare, la care ai acces în timp și prin proiecte.**



Cum poate conceptul de capacitate a pacientului să fie integrat în sistemul de sănătate?

Există mai multe modalități de a integra acest concept în sistemul de sănătate. La nivel organizațional și politic, pacienții pot participa la îmbunătățirea siguranței și calității îngrijirii, la creionarea serviciilor de sănătate și la modelarea politicilor naționale de sănătate, astfel încât acestea să fie centrate pe pacient. Desigur, acest lucru presupune realizarea unor schimbări la toate nivelurile: instituțiile și serviciile medicale ar trebui să fie proiectate pentru a fi mai prietenoase, iar guvernele și autoritățile publice trebuie să recunoască valoarea unică a informațiilor oferite de pacienți și să încurajeze implicarea acestora prin finanțarea organizațiilor de pacienți și prin recunoașterea pacienților ca experți în anumite domenii.

Care sunt principalele provocări pentru asociațiile de pacienți, în acest moment?

Lipsa resurselor (financiare, umane etc.) este o adevărată provocare pentru toate organizațiile de pacienți din

toată Europa. Acestea se află într-o situație paradoxală, deoarece trebuie să adopte o abordare pe termen scurt din cauza surselor de finanțare, deși o strategie durabilă ar necesita o gândire pe termen lung. De asemenea, **considerăm că expertiza organizațiilor de pacienți nu este suficient recunoscută de toți factorii de decizie, în ciuda faptului că pacienții pot contribui foarte mult la îmbunătățirea sănătății publice.** La nivel european, principala provocare rămâne lipsa de interes pentru problemele de sănătate. Prioritățile Comisiei Europene sunt în mare parte încadrate în jurul valorilor de economie și finanțe. Sănătatea nu este în mod clar o prioritate pentru actuala conducere a Comisiei Europene, cu aproape nicio mențiune directă în programul de lucru în 2016.

Anul trecut, v-ați lansat campania E5. Care sunt rezultatele de până acum și ce aveți de gând să faceți în continuare?

EPF a colaborat cu mai mulți reprezentanți din sănătate la nivel înalt și cu factori de decizie pentru a promova înțelegerea conceptului de capacitate a pacientului. Această campanie constituie o oportunitate unică de a face cunoscut acest concept în întreaga Uniune, dar și la nivel național, ceva ce nu s-a mai făcut până acum. Feedbackul primit și entuziasmul manifestat de participanți au fost copleșitoare și nu fac decât să ne încurajeze să continuăm eforturile depuse. În mai 2015, am lansat oficial campania într-o conferință la

Bruxelles, la care au participat experți din medii diferite. Cele două obiective principale ale campaniei sunt în curs de dezvoltare: „Carta de capacitate a pacientului”, o definiție a acestui concept din punctul de vedere al pacientului, și „Strategia de acțiune” – un set de acțiuni concrete care urmează să fie luate de factorii de decizie.

Care sunt principalele priorități pentru EPF în 2016?

Vom continua să ne concentrăm asupra obiectivelor principale și anume consolidarea perspectivei pacientului și a impactului în domeniul politicii europene din domeniul sănătății și consolidarea capacității pacienților și a organizațiilor de pacienți pentru a contribui în mod eficient la o sănătate și la o asistență socială mai bune pentru toți pacienții din UE. Munca noastră va evolua în jurul a trei domenii de activitate: capacitatea pacientului, accesul pacientului și monitorizarea programului nostru de consolidare a capacităților, pentru a asigura sustenabilitatea organizațiilor de pacienți în întreaga Europă. ●

Consolidarea guvernării sistemelor sanitare: politici mai bune, performanță îmbunătățită



Guvernarea este modul în care conturăm și punem în aplicare deciziile, iar dacă acest mod eșuează, atunci nu trebuie să ne mire nici dacă politicile de sănătate dau greș. Observatorul European privind Politicile și Sistemele de Sănătate a publicat un nou ghid ce definește conceptul de guvernare și îl integrează în cadrul legislativ TAPIC (Transparency, Accountability, Participation, Integrity and Capability) - Transparență, Responsabilitate, Participare, Integritate și Capabilitate.

PUBLICAȚIA „CONSOLIDAREA GUVERNĂRII SISTEMELOR SANITARE: POLITICI MAI BUNE, PERFORMANȚĂ ÎMBUNĂȚĂȚITĂ” identifică provocările din domeniul guvernării și include studii de caz, dar și analize asupra unor serii de probleme dificile de politici de sănătate care demonstrează importanța, limitele și politicile relevante pentru guvernare. Mesajul-cheie al noului ghid este că gestionarea unui sistem de sănătate modelează abilitatea sa de a răspunde diverselor provocări cu care se confruntă în prezent sistemele de sănătate, precum și capacitatea sa de a face față noilor probleme și politici.

Cartea oferă un regulament solid ce identifică cinci aspecte-cheie ale guvernării, extrase dintr-un volum consistent de literatură de specialitate. **Aceste aspecte sunt importante în explicarea capacității sistemelor de sănătate de a oferi servicii accesibile, durabile și de înaltă calitate în sănătate: transparență, responsabilitate, participare, integritate organizațională și capacitate de a realiza politici coerente și eficiente.**

Prima parte a cărții explică semnificația acestui regulament și trasează strategiile care stau la baza procesului eficient de realizare a politicilor de sănătate. De asemenea, volumul oferă sfaturi și lecții pentru o guvernare mai eficientă:

CARTEA OFERĂ UN REGULAMENT SOLID CE IDENTIFICĂ CINCI ASPECTE-CHEIE ALE GUVERNĂRII, EXTRASE DINTR-UN VOLUM CONSISTENT DE LITERATURĂ DE SPECIALITATE.

în unele cazuri, ca parte a procesului de pregătire și realizare a politicilor;

■ anumite politici depășesc pur și simplu capacitatea de conducere a sistemelor lor și ar trebui să fie evitate.

Partea a doua a cărții explorează opt studii de caz realizate în diferite părți ale Regiunii Europene a Organizației Mondiale a Sănătății, privind aplicarea regulamentului recomandat pentru numeroase aspecte, printre care amintim bolile transmișibile, parteneriatele public-privat, reforma pieței de asigurări competitive, rolul guvernării în sectorul farmaceutic și multe altele.

„Consolidarea guvernării sistemelor sanitare: politici mai bune, performanță îmbunătățită” este publicată de Open University Press și este concepută pentru factorii de decizie din domeniul sănătății și pentru toți cei care lucrează sau studiază domeniul sănătății publice, cercetarea în domeniul sănătății sau economia sanitară. ●

■ transparența, responsabilitatea, participarea, integritatea și capacitatea sunt aspecte-cheie ale guvernării sănătății, ale procesului de luare a deciziilor și de implementare a acestora;

■ nu există o rețetă de „bună guvernare”, care să funcționeze și să se dovedească eficientă în orice sistem: fiecare aspect al guvernării implică costuri și beneficii, iar contextul este crucial;

■ guvernarea poate explica succesul și eșecul politicilor și, prin urmare, ar trebui să fie analizată, evaluată și chiar modificată

Mesajul-cheie al noului ghid este că gestionarea unui sistem de sănătate modelează abilitatea sa de a răspunde diverselor provocări cu care se confruntă în prezent sistemele de sănătate, precum și capacitatea sa de a face față noilor probleme și politici.

Mirabela Viașu



Inaugurat în septembrie anul trecut la Cluj, Polaris Medical este cel mai mare spital privat de recuperare din țară, dispunând de 180 de paturi pentru spitalizare continuă.

Obiectivul echipei Polaris este de a oferi pacienților șanse reale de recuperare și reintegrare cât mai rapidă în societate și familie. Printr-o abordare holistică, echipa medicală multidisciplinară dezvoltă programe de reabilitare individualizate, integrând mijloace de tratament și recuperare pentru trup, minte și suflet.

Serviciile de spitalizare continuă sunt oferite în cadrul secțiilor de:

**RECUPERARE NEUROLOGICĂ
RECUPERARE CARDIOVASCULARĂ
PSIHIATRIE
REABILITARE MEDICALĂ
ÎNGRIJIRI PALIATIVE**

Baza de tratament cu o suprafață de peste 1200 mp, deservește atât pacienții internați, cât și pe cei din ambulator.

Cadrul natural unic de 58.000 de metri pătrați permite pacienților să-și petreacă o mare parte din timp în aer liber indiferent că vorbim de activități de ergoterapie, realizarea unor trasee de mers în cazul programelor de recuperare sau pur și simplu de o plimbare prin livadă.



Finanțarea serviciilor medicale în mediul rural în 2016

Organizațiile care prestează servicii medicale pot accesa mai multe surse de finanțare aferente perioadei financiare 2014-2020. Cele mai importante sunt finanțările disponibile direct în România, în cadrul politicilor de coeziune, respectiv de dezvoltare rurală. Prezenta analiză vizează două linii de finanțare pentru care solicitanții eligibili vor putea aplica, cel mai probabil, în trimestrul al II-lea din 2016.

Ciprian Nicolae

Manager ProiecteUE.ro



FINANȚĂRILE PREZENTATE SUNT GESTIONATE DE AGENȚIA PENTRU FINANȚAREA INVESTIȚIILOR RURALE (AFIR), în cadrul Programului Național de Dezvoltare Rurală 2014-2020. Analiza se bazează pe ghidurile solicitantului disponibile pe www.afir.info, în cadrul procedurii de consultare publică, respectiv pe experiența din anul 2015.

Cele două linii de finanțare sunt:

- Sprijin pentru înființarea de activități neagricole în zone rurale (submăsura 6.2)
- Sprijin în crearea și dezvoltarea de activități neagricole (submăsura 6.4)

Ambele măsuri sprijină, printre altele, și dezvoltarea sectorului serviciilor medicale în mediul rural, anume cele corespunzătoare următoarelor coduri CAEN:

- 8621 - Activități de asistență medicală generală;
- 8622 - Activități de asistență medicală specializată;
- 8623 - Activități de asistență stomatologică;
- 8690 - Alte activități referitoare la sănătatea umană.

Nu sunt eligibile pentru finanțare laboratoarele de radiologie și transportul pacienților cu avionul. Sunt eligibile proiectele care propun activități aferente unui singur cod CAEN.

Se pot completa mai multe coduri CAEN, în situația în care aceste coduri CAEN sunt aferente unui singur flux tehnologic (ex: activități de asistență medicală generală și activități de asistență medicală specializată), fără a obține produse / lucrări / servicii diferite. De asemenea, este important de reținut că scopul proiectelor trebuie să fie asigurarea de servicii pentru populația din spațiul rural, definit ca totalitatea comunelor la nivel de unitate administrativ-teritorială. Nu sunt eligibile pentru finanțare activitățile din satele aparținătoare de orașe.

Pentru submăsura 6.2, valoarea finanțării este de 70.000 de euro, iar intensitatea sprijinului, de 100%. Pentru submăsura 6.4, valoarea finanțării este de până la 200.000 de euro, iar intensitatea sprijinului, de 90%.

Condiții de eligibilitate a solicitanților aplicabile ambelor submăsuri:

- să aibă capital 100% privat;
- să se încadreze în categoria microîntreprinderilor sau a întreprinderilor mici (definite conform Legii nr. 346/2004);
- să fie întreprinderi existente sau nou-înființate (start-up - dacă sunt înființate în 2016 sau dacă nu au înregistrat activitate până în 2016, dar nu mai mult de trei ani fiscali consecutivi).

Condiții de eligibilitate a solicitanților specifice submăsurii 6.2:

- să aibă sediul social și punctul/punctele de lucru situate în spațiul rural, iar activitatea propusă prin proiect să se desfășoare în spațiul rural;
- până la momentul depunerii proiectului, să nu fi desfășurat activitatea aferentă codului CAEN propus prin proiect;
- nu sunt eligibili solicitanții care dețin părți sociale (atât ca persoană juridică, cât și ca persoane fizice având calitatea de asociați) în alte societăți care își desfășoară activitatea în baza aceluiași cod CAEN (principal/secundar autorizat la ONRC) ca și cel vizat de proiect.

Condiții de eligibilitate a solicitanților specifice submăsurii 6.4:

- să-și desfășoare activitatea propusă prin proiect în spațiul rural, punctul/punctele de lucru aferente investiției finanțate prin proiect trebuind să fie amplasate în spațiul rural;
- este eligibil și medicul uman cu drept de liberă practică care este organizat și funcționează în cadrul unui cabinet medical individual în conformitate cu OG nr.124/1998;
- având în vedere condițiile de autorizare ca și cabinet me-

dical veterinar individual/cabinet medical individual, aceștia pot solicita fonduri doar pentru investiții de modernizare.

Cum se acordă finanțarea:

- pentru submăsura 6.2, în două tranșe, astfel:
 - 70% din finanțare după semnarea contractului de finanțare;
 - 30% din finanțare cu condiția respectării planului de afaceri, fără a depăși cinci ani de la încheierea contractului de finanțare.
- pentru submăsura 6.4, în maximum cinci tranșe, inclusiv maximum 50% ca avans, ce poate fi primit numai după avizarea unei proceduri de achiziții de către AFIR.

Pentru avans, beneficiarul trebuie să depună o garanție financiară care să acopere suma solicitată în avans în proporție de 100%, eliberată de o instituție financiară bancară sau nebanară înscrisă în registrul special al Băncii Naționale a României sau de către o societate de asigurări, reglementată de legislația națională în domeniu. ●



Cheltuieli eligibile și neeligibile

	SUBMĂSURA 6.2	SUBMĂSURA 6.4
Eligibile	<ul style="list-style-type: none"> ■ toate cheltuielile propuse în Planul de afaceri, inclusiv capitalul de lucru, capitalizarea întreprinderii și activitățile relevante pentru implementarea corectă a Planului de afaceri aprobat, sunt eligibile, cu respectarea prevederilor Ordinului MADR nr. 1.731/2015, cu modificările și completările. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ modernizarea și dotarea clădirilor; ■ achiziționarea și costurile de instalare, inclusiv în leasing financiar, de utilaje, instalații și echipamente noi; ■ investiții intangibile: achiziționarea sau dezvoltarea de software și achiziționarea de brevete, licențe, drepturi de autor, mărci.
Neeligibile	<ul style="list-style-type: none"> ■ cheltuielile cu achiziționarea de bunuri și echipamente „second hand”; ■ achiziționarea de vehicule pentru transportul rutier de mărfuri; ■ cheltuieli efectuate înainte de semnarea contractului de finanțare a proiectului, cu excepția costurilor cu pregătirea proiectului, care pot fi realizate înainte de depunerea cererii de finanțare; ■ cheltuieli cu achiziția mijloacelor de transport pentru uz personal și pentru transport persoane; ■ cheltuieli cu investițiile ce fac obiectul dublei finanțări care vizează aceleași costuri eligibile; ■ dobânzi debitoare; ■ TVA recuperabilă; ■ în cazul contractelor de leasing, celelalte costuri legate de contractele de leasing, cum ar fi marja locatorului, costurile de refinanțare a dobânzilor, cheltuielile generale și cheltuielile de asigurare. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ cheltuielile cu achiziționarea de bunuri și echipamente „second hand”; ■ cheltuieli cu achiziția mijloacelor de transport pentru uz personal și pentru transport persoane; ■ cheltuieli specifice de înființare și funcționare a întreprinderilor (obținerea avizelor de funcționare, taxe de autorizare, salarii angajați, costuri administrative etc.)

„Medicină fără fum de tutun” - de la etică la obligație legală

Începând cu 17 martie 2016, în România este interzis fumatul în toate spațiile publice închise, scopul reglementării fiind îmbunătățirea sănătății publice prin protejarea cetățenilor de efectele dăunătoare ale fumului de tutun, facilitarea renunțării la fumat și prevenirea fumatului, mai ales în rândul copiilor și în cel al tinerilor. Instituțiile responsabile de controlul aplicării legii sunt Poliția Locală și Ministerul Afacerilor Interne, prin Poliția Română, Jandarmeria Română, Poliția de Frontieră și Inspectoratul General pentru Situații de Urgență, instituții ce pot fi sesizate la numărul de telefon dedicat.

Dr. Magdalena Ciobanu,

Expert al Ministerului Sănătății
pentru controlul tutunului,
la Comisia Europeană și OMS

ÎN CEEA CE PRIVEȘTE UNITĂȚILE MEDICALE, FUMATUL ESTE INTERZIS COMPLET, inclusiv în curțile interioare, încă din 2004. Ceea ce aduce nou Legea nr. 15/2016 este obligația managerului de a introduce în Regulamentul de ordine interioară prevederi referitoare la sancțiunile aplicate angajaților care fumează în unitățile medicale, precum și desemnarea unei persoane responsabile de aplicarea legii în unitate.

Interdicția continuă să se aplice și spitalelor de psihiatrie, urmându-se tendința internațională din ultimii zece ani și prevederile ghidurilor de bună practică, fiind dovedit că politica „smoke-free” facilitează non-fumatul pe durata spitalizării, în asociere cu psihoterapia și cu tratamentul de substituție nicotinică.

Încurajarea tuturor pacienților fumători să renunțe la tutun este o obligație a fiecărui profesionist din domeniul Sănătății, indiferent de specialitate, nivel de pregătire sau loc de muncă:

- este o obligație etică. Principiul bine-cunoscut „Primum non nocere” trebuie pus în aplicare și în cazul fumatului, pentru că încă din 1982 este statuat foarte clar efectul dăunător al fumatului pasiv, iar fiecare an aduce noi dovezi concrete despre impactul fumatului „la mâna a doua” asupra sănătății. Organizația Mondială a Sănătății a elaborat în 2004 și un Ghid de bune practici privind controlul consumului de tutun, în care se menționează că orice organizație „va încuraja și va susține ca membrii săi să fie modele de



INTERDICȚIA CONTINUĂ SĂ SE APLICE ȘI SPITALELOR DE PSIHIATRIE, URMÂN-DU-SE TENDINȚA INTERNAȚIONALĂ DIN ULTIMII ZECE ANI.

nefumători și să promoveze o cultură organizațională fără tutun”.

- este o conduită de bună practică medicală. Fumatul fiind o boală (tulburare legată de consumul de tutun, conform DSM V), medicul are obligația profesională de a comunica oricărui pacient atât necesitatea de a abandona fumatul, cât și faptul că există metode dovedite științific a fi eficiente pentru a trata această boală. A nu comunica unui pacient că este necesar să renunțe la fumat pentru o evoluție favorabilă a bolii de bază

poate constitui malpraxis. Odată cu evidențierea „fumatului la mâna a treia”, se pune problema efectului particulelor și al reziduurilor din fumul de tutun prezente pe hainele personalului medical și pe cele ale aparținătorilor asupra pacienților vulnerabili. Un studiu recent realizat într-o secție de terapie intensivă pentru nou-născuți, în care s-au prelevat probe de nicotină de pe degetele mamelor, incubatoarele copiilor și mobila din salon, a demonstrat prezența ubicuitară a nicotinei, în ciuda politicii stricte „smokefree”. Mai mult, în urina nou-născuților au fost detectate cotinină (metabolitul principal al nicotinei), trans-3-hydroxycotinine (metabolitul principal al cotininei) și 4-(methylnitrosamino)-1-(3-pyridyl)-1-butanol (metabolit al carcinogenului specific tutunului și derivat din nicotină 4-(methylnitrosamino)-1-(3-pyridyl)-1-butanone). Singura sursă a acestor substanțe toxice a fost „fumatul la mâna a treia”.

- încurajarea non-fumatului este o măsură cost-eficientă. Potrivit OMS, încurajarea renunțării la tutun este cea mai cost-eficientă metodă de îmbunătățire a sănătății publice pe termen mediu.

Renunțarea la fumat este o metodă eficientă de profilaxie primară și secundară, prin creșterea eficienței tratamentului pentru boala de bază a pacientului, inclusiv în cazul intervențiilor chirurgicale. De exemplu:

- Oprirea asistată a fumatului cu cel puțin 30 de zile înaintea unei intervenții chirurgicale pentru hernie de disc, proteză de șold, genunchi, colecistectomie laparoscopică reduce complicațiile apărute în primele 30 de zile postoperator cu până la 49%. Asistența s-a referit la consiliere psihologică și tratament de substituție nicotinică (plasturi) timp de opt săptămâni.
- În cazul pneumonectomiei pentru cancer pulmonar, oprirea fumatului, indiferent de tipul de asistență primită, cu 2-4 săptămâni înaintea intervenției chirurgicale reduce mortalitatea postoperatorie de 4,6 ori și complicațiile pulmonare majore apărute în timpul spitalizării cu 62%.
- Operațiile de reconstrucție la nivelul capului și gâtului au o evoluție net favorabilă la cei care au abandonat fumatul preoperator, chiar și cu 1-3 săptămâni: riscul vindecării defectuoase a cicatricii postoperatorii se reduce cu 69% dacă perioada în care pacientul nu a fumat e de 1-3 săptămâni și cu 83% dacă pacientul nu a fumat cu mai mult de trei săptămâni. Trebuie menționat că riscul unui nefumător de a avea o cicatrizare defectuoasă este mai mic cu 89% decât cel al unui fumător.
- Și pacienții internați în secțiile de boli interne beneficiază de pe urma renunțării la țigări. Dacă un pacient cu IMA renunță la fumat cel puțin 6 luni, riscul de deces sau IMA recu-

rent este redus cu 43%, iar riscul de spitalizare pentru insuficiență cardiacă scade cu 35%. Pentru fiecare fumător care renunță la fumat scad costurile medicale asociate infarctului miocardic acut și accidentului vascular cerebral.

Asistența medico-psihologică a pacienților pentru renunțarea la tutun îmbunătățește indicatorii de morbiditate și mortalitate ai spitalului, îmbunătățește indicatorii de evoluție a bolilor, crește calitatea vieții pacientului, inclusiv pe durata spitalizării. Mai mult, este și cost-eficientă: scade costurile de îngrijire intraspitalicească, scade durata spitalizării, scade costurile indirecte (curățenia), costurile de operare sunt reduse. Și, chiar dacă pare mai puțin important, ajutorul oferit fumătorilor îmbunătățește și imaginea spitalului și a personalului medical. Încrederea pacientului crește atunci când vede că „doctorul chiar face ceea ce recomandă”!

Deși interdicția completă a fumatului în unitățile medicale este legiferată din anul 2004, pacienții și jurnaliștii atrag atenția că ea a fost implementată în cele mai multe cabinete ale medicilor de familie, cabinete de specialitate ambulatorii și în spitalele private, în timp ce în spitalele de stat continuă să se fumeze, inclusiv în cabinetele medicale. Această stare de fapt demonstrează că este posibil să nu se fumeze în unitățile medicale din România, în ciuda rezistenței manifestate de unii profesioniști din domeniul Sănătății. Experiența instituțiilor medicale din țară și din străinătate care au reușit să aplice cu succes legea arată că implementarea concomitentă a unor măsuri de comunicare și de suport pentru cei care doresc să renunțe la consumul de tutun crește gradul de complianță cu prevederile legii. ●

ORGANIZAȚIA MONDIALĂ A SĂNĂȚII A ELABORAT ÎN 2004 ȘI UN GHID DE BUNE PRACTICI PRIVIND CONTROLUL CONSUMULUI DE TUTUN, ÎN CARE SE MENȚIONEAZĂ CĂ ORICE ORGANIZAȚIE „VA ÎNCURAJA ȘI VA SUSȚINE CA MEMBRII SĂI SĂ FIE MODELE DE NEFUMĂTORI ȘI SĂ PROMOVEZE O CULTURĂ ORGANIZAȚIONALĂ FĂRĂ TUTUN”.

Asistența medico-psihologică a pacienților pentru renunțarea la tutun îmbunătățește indicatorii de morbiditate și mortalitate ai spitalului, îmbunătățește indicatorii de evoluție a bolilor, crește calitatea vieții pacientului, inclusiv pe durata spitalizării.

Congresul Național de Chirurgie 2016

01
IUNIE
04

 **ConSECO** international
Successful people for successful business

Chirurgia de azi - chirurgia viitorului

Al V-lea Congres Național de Chirurgie de Urgență și Traumă

Congresul Asistenților Medicali din România

Congresul Național al Societății Studențești de Chirurgie din România

Centrul Internațional de Conferințe Sinaia



cnc.ralcom.ro

**Consultanță profesională
în resurse umane pentru companii
farmaceutice și de aparatură
medicală, clinici medicale
private și nu numai.**

SRATI 2016

Centrul Internațional de Conferințe, Sinaia, România

11-15
MAI

SERVICIILE OFERITE:

- Head Hunting
- Personal Leasing
- Mass Recruitment
- Outplacement Services
- HR Outsourcing

AL 42-LEA CONGRES AL SOCIETĂȚII ROMÂNE DE ANESTEZIE ȘI TERAPIE INTENSIVĂ

AL 10-LEA CONGRES ROMÂNNO-FRANCEZ DE ANESTEZIE ȘI TERAPIE INTENSIVĂ

AL 8-LEA SIMPOZION ROMÂNNO-ISRAELIAN DE ACTUALITĂȚI ÎN ANESTEZIE ȘI TERAPIE INTENSIVĂ

AL 15-LEA CONGRES AL ASISTENȚILOR DE ANESTEZIE ȘI TERAPIE INTENSIVĂ

AL 3-LEA SIMPOZION "ROMÂNIA DODOLOAȚĂ" AL SOCIETĂȚILOR DE ANESTEZIE ȘI TERAPIE INTENSIVĂ DIN ROMÂNIA ȘI MOLDOVA

Manifestări însoțite de expoziția medicală specializată

atimedica, ediția a 15-a

Organizatori



Partener



Management Eveniment
RALCOM EXHIBITIONS srl
Tel.: +40 21 210 58 14, +40 21 210 65 40
Fax: +40 21 212 27 02 • www.ralcom.ro

www.sraticongres.ro



Oamenii potriviți pentru afacerea ta!

București, Calea Vitan nr. 104
office@consecoint.ro
www.consecoint.ro





***Un pacient informat este un
pacient responsabil***

*Portalul Școala Pacienților este un proiect născut din dorința de
a ajuta pacienții să ia deciziile cele mai potrivite
pentru propria sănătate.*

*Un pacient informat ajunge chiar în centrul
sistemului de sănătate și devine
parte a echipei medicale.
Școala Pacienților vă aduce cele mai noi
informații obținute din surse medicale acreditate la nivel
internațional.*

Valentina Grigore
Project Manager Școala Pacienților

Un produs **QUINN**
The Medicine Media

www.scoalapacientilor.ro