

POLITICI DE SĂNĂTATE

Sub auspiciile Equity in Health Institute Romania

Iulie-august 2013
www.politicidesanatare.ro



➤ *Advocacy-ul, una dintre principalele „arme” ale societății civile*

Mihaela Geoană,
președinta Fundației
„Renașterea” pentru Educație,
Sănătate și Cultură”



➤ *Accesul pacientului român la tratamente de calitate este vital*

Gabor Sztaniszlav,
director general
Amgen România

exclusiv

Rovana Plumb, ministrul Mediului

Știință și strategie în politica de mediu și sănătate

Conferința Internațională Mediu și Sănătate

„Protejarea sănătății populației
într-un mediu în schimbare”

17 octombrie 2013

**Poluarea, toxicitatea, schimbările
climatiche, calitatea aerului, a
apei și a solului pot avea impact
negativ asupra sănătății mediului.**

**Disfuncționalitățile la nivel
de mediu afectează starea
sănătății populației
pe termen scurt, mediu și lung.**

Participă experți și autorități din
domeniul Mediu și Sănătate din
România și din străinătate.

**Mediul este responsabil de 24%
din totalul îmbolnăvirilor care
ar putea fi prevenite prin
intervenții bine țintite.**

SUBIECTE:

- Priorități europene pentru 2014-2020 în domeniul finanțării de programe pe mediu și sănătate
- Strategii românești pentru diminuarea impactului poluării și al schimbărilor climaterice asupra sănătății populației

- Recomandări ale instituțiilor internaționale în domeniul protecției mediului
- Impactul poluării asupra sănătății copilului
- Impactul emisiilor de gaz asupra sănătății - Focus: Bolile respiratorii
- Bolile cronice dezvoltate de populație ca urmare a poluării (obezitate, diabet, cancer etc.)

PLUS

**SESIUNE SPECIALĂ:
ROLUL DIRECȚIILOR DE SĂNĂTATE PUBLICĂ
ÎN PROTEJAREA SĂNĂTĂȚII POPULAȚIEI**

Pentru detalii și înregistrări:
Cornelia Scărlătescu, manager de proiect: cornelia.scarlatescu@politicidesanatate.ro
Răzvan Vâlceanu, Coordonator Conferință & Relații Media: razvan.valceanu@politicidesanatate.ro



EDITORIAL

Cât de mult contează pacientul în România? 4

ȘTIRI

..... 6

REFORMA SĂNĂTĂȚII

Comunicare a Comisiei Europene către Parlamentul European, Comitetul Economic și Social European și Comitetul Regiunilor 8

Prioritățile ministrului Sănătății.....10

Ce ne dorim de la un sistem de sănătate publică?12

Raport Conferință16

EXCLUSIV

Rovana Plumb, ministrul mediului - Știință și strategie în politica de mediu și sănătate20

REFORMA SĂNĂTĂȚII

„Sănătate 2020” o strategie bazată pe multisectorialitate24

INTERVIU

Doina Anca Pleșca: *Mirajul Occidentului planează asupra generațiilor de români*28

LECȚIA DE HTA

Evaluarea tehnologiilor medicale. Standardele NICE.....32

POLITICI FARMACEUTICE

De ce 2013 este cel mai greu an în pharma?36

Gabor Sztaniszlav: *Accesul pacientului român la tratamente de calitate este vital*38

HEALTH ECONOMY

Impactul Directivei nr. 24/2011 asupra sistemului sanitar din România42

ECHITATE ÎN SĂNĂTATE

Mihaela Geoană: *Advocacy-ul, una dintre principalele "arme" ale societății civile*.....46

„Sănătatea pentru toți” este un obiectiv social important pentru toate guvernele și piatra de temelie a unei dezvoltări durabile.....48

Mediatorul sanitar între comunitate și autoritățile locale.....50

MANAGEMENT

Cristian Toader: *Imagistica în România și Republica Moldova - tehnologii pentru viitor*52

Probleme de radiologie și management în Italia.....55

Acumulările de datorii în sistemul sanitar - ciurma de care nu poate scăpa România nici în viitorul apropiat.....58

Dosar de asigurări de sănătate:

Sistemul de îngrijire al sănătății în Franța-SECU.....60

Produsele de îngrijire a leziunilor cutanate cronice pot fi cost-eficiente62

STUDIUL LUNII

Chestionar.....66

CONSILIUL ȘTIINȚIFIC

Prof. univ. dr. **Petru Armean**

Dr. **Cristina Berteanu**

Dr. **Ioana Bianchi**

Dr. **Călin Boeru**

Dr. **Theodor Cebotaru**

Dr. **Victor Gabriel Clățici**

Prof. dr. **Natalia Cucu**

Conf. univ. dr. **Carmen Domnariu**

Fausto Felli

Conf. **Dr. Doru Hergehelegiu**

Dr. **Dana Ionescu**

Conf. dr. **Florin Mihălțan**

Prof. dr. **Eugen Mota**

Stejarel Olaru

Dr. **Mircea Olteanu**

Dr. **Diana Loreta Păun**

Prof. **Franco Piovella**

Dr. **Adriana Pistol**

Dr. **Daniela Pițigoi**

Prof. **Doina Pleșca**

Conf. dr. **Gabriel Prada**

Prof. **Vasile Pușcaș**

Conf. **dr. Alexandru Rafila**

Prof. **Lăcrămioara Stoicu Tivadar**

Dr. **Daniela Vâlceanu**

Paul Vincke

Prof. **Victor Voicu**

Prof. **Mihai Voiculescu**

POLITICI DE SĂNĂTATE

Sub auspiciile Equity in Health Institute Romania

Maria Vasilescu - Publisher
maria.vasilescu@politicidesanatate.ro

Cornelia Scărlătescu - Managing Partner

Dr. Cristina Crintea - Senior editor
cristina.crintea@politicidesanatate.ro

Răzvan Vâlceanu - Redactor
razvan.valceanu@politicidesanatate.ro

Colaboratori
Diana Trascu, Amali Teodorescu, Andreea Motoc

Marketing&publicitate
office@politicidesanatate.ro

Layout și prepress:
textus ex machina

Corectură:
www.corectura.ro

Adresa: Str Popa Soare, nr. 20, sector 2, București

Cât de mult contează pacientul în România?



Maria Vasilescu
maria.vasilescu@
politicidesanatare.ro

Mulțumită donării de organe și transplantului, mii de persoane se bucură de a doua șansă la viață. Alte mii de persoane își așteaptă șansa și speră la ea. În urmă cu câțiva ani, impresionată fiind de campaniile extrem de susținute din țări occidentale în ceea ce privește acordul de donare a organelor, am propus stakeholderilor din sănătate să realizăm și noi acest lucru, însă, din păcate, nu am concretizat campania (și nu din vina mea).

Asociația Transplantaților din România (ATR) a reușit însă. Reprezentanții ei sunt în măsură să militeze pentru aceste idei, să le disemineze pentru că sunt pacienți și, din această deloc confortabilă postură, înțeleg cel mai bine câtă luptă există în tot acest proces, iar lupta este continuă și nu se oprește la operația în sine. Urmează ani grei, în care pacientul trebuie monitorizat, trebuie să aibă acces la medicamente și la cele mai bune îngrijiri. Echipa de medici din jurul fiecărui caz este vitală, iar ATR nu a uitat, niciodată, să mulțumească celor care le-au salvat viața și îi mențin într-o viață normală. În biroul lor, la mare cinste sunt expuse pozele tuturor domnilor doctori și profesori care i-au operat, indiferent de specialitate sau de oraș. Legătura pacientului cu medicul este una de tip mamă-fiu, iar acțiunile de comunicare, campaniile de conștientizare și de advocacy nu pot fi făcute unilateral – doar de către medici sau doar de către pacienți. Politicile în domeniul acesta trebuie construite ținând cont de pacienți, iar în țările dezvoltate pacientul-expert este parte a echipei de îngrijiri. Pacientul nu mai este un simplu executant, el este informat, are drepturi și, bineînțeles, responsabilitate. El face parte din sistem, iar asociațiile de pacienți au un rol extrem de important. ATR este una dintre cele mai active, profesioniste, dacă se poate spune, asociații de pacienți. Informați, responsabili, echidistanți, asumându-și menirea și luptându-se pentru fiecare pacient, reprezentanții ATR sunt o voce de care se ține cont în luarea deciziilor. Importanți reprezentanți din domeniul transplantului din alte țări mi-au lăudat asociația din România. Ei contează, iar imaginea lor este pozitivă. Asociațiile de pacienți contează atât de mult în străinătate, încât nicio persoană de decizie nu își permite să ia măsuri fără să le consulte. Asociațiile de pacienți schimbă legi, în alte țări, pentru că pot și știu cum să facă asta. Încet, încet, se întâmplă și în țara noastră și este de lăudat. Cât contează pacientul în sistemul de sănătate românesc? Cât țin cont autoritățile de părerea lui?

Cine evaluează cât de satisfăcut este acesta la externare? Când se stabilește lista medicamentelor din programe, se discută întâi cu asociațiile de pacienți? **Ministrul actual a încheiat parteneriate cu asociațiile de pacienți** de care sperăm să țină cont în luarea deciziilor. Pacienții sunt cei pe care calitatea clinică și a serviciilor îi afectează în spital și în sistemul de

sănătate, în general. Satisfacția pacientului este un criteriu în evaluarea performanțelor spitalelor și nu numai. **Prin prisma parteneriatelor încheiate** și a deschiderii reprezentanților actuali ai ministerului, asociațiile de pacienți sunt chemate la întâlniri. Sperăm că la toate. Pentru că sistemul de sănătate românesc nu mai are timp de pierdut. El trebuie salvat în cel mai scurt timp, reformat, trebuie luate măsurile cele mai bune, în condițiile în care criza economică este acaparatoare și lipsa banilor în sistem este o eternă justificare. Se pierd bani, se duc în neant pe căi neafiate, doar bătute. Lipsa voinței de a opri pierderile de bani din sistem, risipa de care se tot vorbește sunt pe cale de dispariție, se pare. Autoritățile spun acum că vor să facă lucrurile să funcționeze. Oricum, altă șansă nu mai avem. Mai există varianta (așa cum spunea un bun prieten de-ai mei, medic) să dăm acea lege prin care să obligăm politicienii să se trateze în România. Nu la Viena sau la Paris. În ROMÂNIA - în sistemul public. Îi rog pe colegii ziariști să sprijine acțiunile asociațiilor de pacienți, să disemineze informațiile în ceea ce privește transplantul de organe, beneficiile, implicațiile etc., pentru că presa are o mare responsabilitate în educarea și informarea populației. SPER ca autoritățile să ia decizii plecând nu de la cifre reci în Excel, ci de la pacient și de la nevoile acestuia. Pacientul nu trebuie să sărăcească pentru a fi îngrijit. Pacientul trebuie să aibă acces echitabil la îngrijiri și, la rândul lui, să facă tot ce îi stă în putință să rămână sănătos cât mai mult timp și să sprijine sistemul, ca fiind cea mai importantă componentă a sa. Și să încetăm cu replica MI SE CUVINE, să învățăm că **AVEM ȘI OBLIGAȚII, ȘI RESPONSABILITĂȚI.** ●

Notă: Susțin PRO BONO toate asociațiile de pacienți sau ONG-uri care au nevoie să comunice pentru a educa populația sau a informa, pentru a obține acces echitabil la îngrijiri și servicii de calitate în sistemul de sănătate românesc.

M
MEDIA KOMPASS
I N S T I T U T E

AGENȚIE DE MONITORIZARE A PRESEI SPECIALIZATĂ EXCLUSIV PE DOMENIUL MEDICAL

Din 2005 venim în sprijinul Clienților noștri, oferind servicii diversificate de monitorizare a tuturor tipurilor de media.

- + Presa scrisă centrală
- + Presa scrisă locală
- + TV și radio
- + Online environment
- + Presa medicală științifică

Bucuresti, Strada Banul Dumitrache nr. 31, Sector 2, 023764
Tel: 031 805 38 42; Fax: 031 805 38 43
office@mediakompass.ro; www.mediakompass.ro

Curtea Supremă din SUA a decis că genele naturale nu pot fi patentate



CURTEA SUPREMĂ DIN STATELE UNITE ALE AMERICII A DECIS ÎN UNANIMITATE că genele naturale nu pot fi patentate, însă a hotărât că genele sintetice pot face obiectul unui patent. Prin decizia sa, Curtea a invalidat patentele folosite de către o firmă americană din statul Utah, Myriad Genetics, în testele sale populare și costisitoare pentru detectarea unor mutații ale genelor BRCA1 și BRCA2 ce duc la cancer mamar și ovarian. Recent, acest test a devenit de notorietate publică după ce actrița Angelina Jolie a recunoscut că decizia sa de a suferi o dublă mastectomie s-a datorat testării pozitive pentru una dintre mutații. Judecătorii au decis că ADN-ul uman este un produs al naturii și un instrument de bază al cercetării științifice, plasându-l

în afara protecției prin patent. Magistrații americani au considerat că simpla sa izolare nu îndeplinește condițiile necesare pentru a fi considerat o invenție. Astfel, decizia se aplică nu numai celor două gene BRCA1 și 2, ci și tuturor patentelor genetice asociate cu diverse boli precum cancerul de colon, Alzheimer și distrofia musculară. Totuși decizia stabilește un echilibru, permițând patentarea ADN-ului ce nu este găsit în natură, așa-numitul ADN complementar sau cADN. În cazul testelor pentru diagnostic, cADN-ul nu este folosit, însă acesta are o aplicație importantă: este folosit pentru crearea de medicamente pe bază de proteine. Abilitatea de a patenta în continuare cADN-ul asigură marilor producători de medicamente care investesc în această nouă metodă de

producție o protecție a investiției necesare pentru dezvoltarea de noi molecule. Patentele deținute de Myriad asupra genelor BRCA1 și 2 le permiteau să limiteze cercetarea și testarea de către alți cercetători asupra acestor gene. Astfel, un cercetător putea fi dat în judecată dacă încerca să dezvolte un test care să detecteze respectivele mutații, chiar dacă acest test era diferit ca metodă de către cel folosit de Myriad. Decizia va duce la scăderea prețului testelor genetice de diagnostic. La câteva ore după anunțarea deciziei, alte companii din domeniul biotehnologiei au anunțat lansarea unor teste pentru cele două gene. Una dintre ele a menționat chiar și un preț: 995\$, de aproape trei ori mai puțin decât prețul testului celor de la Myriad. ●

OMS lansează un instrument pentru estimarea costurilor cu sănătatea datorate schimbărilor climatice

OMS EUROPA A DEZVOLTAT UN NOU INSTRUMENT pentru a ajuta statele membre să estimeze costurile asociate deteriorării sănătății din cauza schimbărilor climatice. OMS a lansat instrumentul la un eveniment de la conferința despre schimbările climatice din Bonn, Germania, de pe 6 iunie. Statele membre, cetățenii sau grupurile de advocacy pot folosi instrumentul pentru a face aprecieri de bază asupra costurilor economice

ale efectelor negative asupra sănătății datorate schimbărilor climatice, dar și asupra costului și beneficiilor măsurilor de adaptare menite să minimizeze aceste efecte. Secretariatul Convenției-cadru asupra schimbărilor climatice a Națiunilor Unite a estimat că va fi nevoie de 73 de miliarde USD pe an pentru măsuri de adaptare până în 2030, inclusiv 5 miliarde USD cheltuite direct de către sectorul sănătății și peste 25 de miliarde USD de către sectoare ce influențează sănătatea publică, cum ar fi furnizorii de apă și salubritate. Din păcate, există doar câteva exemple de costuri estimate pentru alinierea sectorului sănătății în planurile de adaptare ale țărilor. ●

Agenția Europeană pentru Medicamente a lansat în dezbatere proiectul pentru publicarea și accesul la datele studiilor clinice

AGENȚIA EUROPEANĂ PENTRU MEDICAMENTE

a lansat în dezbatere, pentru o perioadă de trei luni, proiectul pentru publicarea și accesul la datele studiilor clinice. Toți cei interesați au timp până la data de 30 septembrie 2013 să trimită comentarii la adresa proiectului. Comentariile trebuie făcute folosind formularul și trimise nu mai târziu de 30 septembrie la adresa ctdatapolicy@ema.europa.eu. Agenția s-a angajat să publice proactiv datele din studiile clinice ce însoțesc cererile de autorizare pentru lansare pe piață, odată ce procesul decizional a luat sfârșit.

În acest fel, Agenția speră să sporească încrederea în sistem. Proiectul a fost conceput în așa fel încât să atingă un echilibru între un acces cât mai larg și liber la date pentru a facilita examinarea independentă și nevoia de a proteja atât datele cu caracter personal, cât și informațiile comerciale confidențiale legitime.

Astfel, Agenția a stabilit trei categorii de date ce corespund cu trei niveluri diferite de acces:

1. Informații comerciale confidențiale

Această categorie include date, informații sau documente ce pot conține

informații comerciale confidențiale. Printre acestea se numără: detalii legate de produsul medicinal investigat, unele studii in vitro sau date bioanalitice care caracterizează produsul.

2. Acces deschis

Această categorie include orice date ale studiilor clinice, informații sau documente ce nu conțin date personale ale pacienților. Această informație va putea fi descărcată de pe website-ul Agenției, odată cu publicarea Raportului European de Evaluare Publică (EPAR) pentru decizii pozitive, negative sau retrageri.

3. Acces controlat

Această categorie include date, informații sau documente ce conțin date personale ale pacienților. Printre acestea se numără: seturi de date ale pacienților individuali, listările individuale ale seriilor de pacienți, formulare de caz individuale și documentația care explică structura și conținutul seturilor de date. Publicarea proiectului final este așteptată la finalul lui 2013, odată ce toate comentariile au fost luate în considerare. Agenția se așteaptă ca proiectul să intre în vigoare pe 1 ianuarie 2014. ●

Sursa: Agenția Europeană pentru Medicamente

Raportul Comisiei Europene subliniază succesele primilor cinci ani de Reglementare pediatrică

COMISIA EUROPEANĂ A TRIMIS RAPORTUL SĂU GENERAL

asupra experienței acumulate ca rezultat al aplicării Reglementării (EC) Nr. 1901/2006 asupra produselor medicinale destinate uzului pediatric către Parlamentul European și Consiliu. Raportul a fost publicat și este intitulat „Medicamente mai bune pentru copii – de la concept la realitate”. Raportul menționează eforturile și realizările Agenției Europene pentru Medicamente și ale comitetului său pediatric, în special implementarea rapidă a reglementărilor și flexibilitatea demonstrată în fazele ce au urmat, cu precădere adoptarea unor simplificări și discutarea abordărilor inovatoare. De asemenea, raportul menționează contribuția autorităților naționale cu competență în domeniu din Statele Membre ale UE în examinarea unui număr mare de rezultate ale studiilor clinice pediatrice, deoarece companiile ce dețin date despre



siguranța și despre eficacitatea produselor autorizate în populația pediatrică sunt acum obligate de către Reglementarea pediatrică să depună aceste studii la autoritățile competente. Printre succesele reglementării, raportul evidențiază: creșterea remarcabilă a nou-născuților incluși în studii clinice; cooperarea cu alte autorități internaționale, precum Food and Drug Administration din SUA, pentru a permite dezvoltarea unor produse globale; rezultatele clar vizibile în ceea ce privește formularele farmaceutice adecvate copiilor. Raportul concluzionează că dezvoltarea pediatrică a devenit o parte integrantă a dezvoltării produselor medicinale în cadrul UE, iar reglementările funcționează ca un catalizator pentru îmbunătățirea situației pacienților tineri. ●

Sursa: Agenția Europeană pentru Medicamente

Comunicare a Comisiei Europene către Parlamentul European, Comitetul Economic și Social European și Comitetul Regiunilor

Documentul arată cum investiția în sănătate contribuie la obiectivul Europa 2020 de creștere inteligentă, durabilă și favorabilă incluziunii

Dr. **Cristina Crintea**

ÎN CONFORMITATE CU ACEASTĂ COMUNICARE, COMISIA RECOMANDĂ evaluarea și modernizarea politicilor sociale actuale în scopul optimizării eficacității și eficienței acestora. De asemenea, subliniază necesitatea stabilirii unor ținte clare, a unor servicii individualizate și integrate, precum și necesitatea stabilirii beneficiilor acestor măsuri. Sănătatea este încorporată în principalele teme ale documentului Comisiei Europene: câștiguri eficiente, luarea de măsuri de-a lungul vieții, asigurarea mijloacelor de trai adecvate, stimularea politicilor în sănătate, optimizarea dividendelor sociale și utilizarea fondurilor UE.

Este prezentat rolul sectorului sănătate în promovarea incluziunii sociale și combaterea sărăciei, precum și recunoașterea efectului pozitiv al modernizării administrației publice asupra acestui domeniu. Se recomandă reformarea sistemelor de sănătate pentru a asigura cost+eficiența și durabilitatea acestora, precum și evaluarea performanțelor cu dublul scop de a oferi acces la asistență medicală de înaltă calitate, respectiv de a utiliza mai eficient resursele publice.

Acest document stabilește rolul sănătății, ca parte a cadrului politic Europa 2020. Întărește legătura dintre politicile europene în sănătate și sprijinul pentru reformele sistemelor de sănătate, în contextul european. Investiția în domeniul sănătății ajută UE să facă față provocărilor identificate, care privesc strategia în sănătate, provocări care au fost agravate de criza economică: îmbătrânirea populației, creșterea bolilor cronice, cerere crescută pentru servicii de sănătate și costuri ridicate ale progresului tehnologic. Cheltuielile de sănătate sunt recunoscute drept cheltuieli „prietenoase”. Cheltuielile cost-eficiente și eficiente în sănătate pot crește cantitatea și productivitatea muncii prin creșterea speranței de viață sănătoasă.



„Investiția în sănătate” înseamnă:

1. Investiția în sistemele de sănătate durabile care combină reforme inovatoare pentru îmbunătățirea cost-eficienței și reconcilierea obiectivelor de consolidare fiscală cu furnizarea continuă de servicii publice la toate nivelurile;
2. Investiția în sănătatea oamenilor și în capitalul uman ajută la îmbunătățirea stării de sănătate a populației și consolidează șansele de angajare, făcând, astfel, politicile active de ocupare mai eficiente, ajutând asigurarea mijloacelor de subzistență adecvate, și contribuie la creșterea economică;
3. Investiția în reducerea inegalităților în materie de sănătate contribuie la coeziunea socială și rupe spirala vicioasă care contribuie la o sănătate precară și care rezultă din sărăcie și excluziune;
4. Investiția în sănătate prin sprijin adecvat cu ajutorul fondurilor UE.

INVESTIȚIA ÎN SISTEMELE DE SĂNĂTATE DURABILE: REFORMĂ ȘI INOVARE

SISTEMELE DE SĂNĂTATE DIN EUROPA SE AFLĂ ÎN CENTRUL NIVELULUI RIDICAT DE PROTECȚIE SOCIALĂ și ele sunt o piatră de temelie a economiei sociale de piață europeană. Sectorul de asistență medicală reprezintă 8% din forța de muncă totală europeană. Ponderea mare a costurilor de asistență medicală din UE ridică problema cost-eficienței și a sustenabilității financiare a sistemelor de sănătate. Problemele cauzate de criza economică, împreună cu modificările structurale, în demografie și în privința tipurilor de boli care afectează populația din Europa, consolidează necesitatea reformării și modernizării acestor sisteme. UE poate ajuta statele membre să îmbunătățească eficiența costurilor prin inovare și prin contribuția la o mai bună evaluare a performanței sistemelor de sănătate.

- Ajutarea statelor membre în reformarea și îmbunătățirea eficienței sistemelor de sănătate;
- Comisia și Comitetul de politică economică au identificat o serie de domenii în care reformele structurale și creșterea eficienței ar putea îmbunătăți sustenabilitatea sistemelor de sănătate;
- Încurajarea furnizării de servicii cost-eficiente și a utilizării serviciilor de sănătate prin stimulente adecvate;
- asigurarea unui mix echilibrat de competențe ale personalului și anticiparea nevoilor cauzate de îmbătrânire;
- reducerea consumului inutil de servicii de specialitate și de servicii spitalicești, în paralel cu îmbunătățirea serviciilor de asistență medicală primară;
- o mai bună promovare a sănătății și a prevenirii îmbolnăvirilor în cadrul și în afara sectorului de sănătate;
- îmbunătățirea colectării datelor și a utilizării informațiilor pentru a sprijini îmbunătățirea performanței sistemelor de sănătate, în special a colectării datelor utilizând indicatori europeni de sănătate comunitară (ECHI) și instrumente de dezvoltare pentru a evalua mai bine eficiența sistemelor de sănătate;
- utilizarea evaluării tehnologiei medicale în procesele de luare a deciziilor;
- asigurarea utilizării eficiente a medicamentelor, aceasta incluzând creșterea utilizării medicamentelor echivalente mai puțin costisitoare (generice), prin măsuri de stabilire a prețurilor (limita de preț, rata mai mică de repartizare a costurilor), baza de prescripție medicală sau de facilitare a accesului acestora pe piață, precum și îmbunătățirea evaluării eficienței și a medicamentelor cost-eficiente, în general, și o mai bună informare a pacienților, a personalului din asistența medicală și din asigurări cu privire la utilizarea și la utilizarea abuzivă a medicamentelor.

ÎMBUNĂȚĂȚIREA EFICIENȚEI COSTURILOR PRIN INOVARE

EVALUAREA TEHNOLOGIILOR MEDICALE (HTA) este principalul instrument dezvoltat pentru a evalua și a sprijini utilizarea de noi tehnologii și inovații cost-eficiente în îngrijirile de sănă-

tate. Este un proces multidisciplinar cu valori adânc înrădăcinate în cercetare și metodele științifice. Acesta este un instrument esențial pentru informarea factorilor de decizie, precum și de apreciere a valorii acțiunilor sau tehnologiilor specifice, reducând astfel riscul măsurilor care afectează negativ rezultatele pacienților.

SĂNĂTATEA, CA INVESTIȚIE ÎN CAPITALUL UMAN
CHELTUIELILE COST-EFICIENTE ȘI EFICACE ÎN SĂNĂTATE ajută la creșterea activelor de producție ale economiei (de muncă, capital și cunoștințe). Acestea cresc cantitatea și productivitatea muncii prin creșterea speranței de viață. Investiția în domeniul sănătății contribuie la limitarea costurilor viitoare legate de tratamentul bolilor care pot fi prevenite. Și, în sfârșit, investițiile în sănătate înseamnă a investi în forța de muncă eficientă în sănătate.

PROMOVAREA SĂNĂTĂȚII

ABORDAREA PROBLEMEI BOLILOR CRONICE ȘI ABORDAREA FACTORILOR DE RISC care determină sănătatea populației vor contribui la creșterea șanselor de angajare a oamenilor și le va permite să rămână mai mult în câmpul muncii.

Un studiu recent a arătat că intervențiile la locul de muncă bazate pe dovezi pentru a promova sănătatea mintală ar putea ajuta la salvarea a 135 de miliarde € pe an prin reducerea absenteismului și a pensionării anticipate.

OCUPAREA FORȚEI DE MUNCĂ ÎN SECTORUL SĂNĂTĂȚII

ÎN TIMP CE UNIUNEA EUROPEANĂ a pierdut mai mult de 2,5 milioane de locuri de muncă între 2008 și 2011, sectorul a generat peste 2,8 milioane de noi locuri de muncă în aceeași perioadă. Îmbătrânirea populației ar putea să crească această tendință. Presupunând că există o pondere constantă a forței de muncă în acest domeniu, aceasta ar însemna o creștere constantă de până la opt milioane de locuri de muncă vacante până în 2020, deși impactul reformelor de sănătate și al schimbărilor organizatorice și tehnologice privind nevoile de personal rămân incerte.

REDUCEREA INEGALITĂȚILOR ÎN SĂNĂTATE

INEGALITĂȚILE DIN SĂNĂTATE reprezintă nu numai o pierdere de potențial uman, ci și o mare pierdere economică - estimată între 1,5% și 9,5% din PIB, potrivit unui raport scris de Comisie.

Accesul universal la servicii de asistență medicală sigure, de înaltă calitate, eficiente, o mai bună cooperare între serviciile sociale și de sănătate și politicile eficiente de sănătate publică pot avea o contribuție importantă la creșterea productivității economice și a incluziunii sociale. Reformele, completate de investiții specifice, ar trebui să stimuleze inovația cost-eficientă pentru a obține o sănătate mai bună. Consolidarea financiară și reforma structurală a sistemelor de sănătate trebuie să meargă mână în mână pentru a continua livrarea obiectivelor de politică publică și să se asigure că eficientizarea va garanta accesul universal și creșterea calității asistenței medicale. ●

Prioritățile ministrului Sănătății

Ministrul Sănătății, Eugen Nicolăescu, a anunțat că până la 1 ianuarie 2014 va fi elaborată o nouă listă de medicamente compensate. El a precizat că, până la sfârșitul acestui an, va fi reevaluată actuala listă. Ministrul a arătat că trebuie modificat modul de stabilire a prețurilor pentru medicamentele din import, astfel încât să fie descurajate exporturile paralele.

“AVEM DISCUȚII FOARTE AVANSATE, PRIN GRUPURI DE LUCRU, CU ASOCIAȚIILE DE PRODUCĂTORI INTERNAȚIONALI ȘI ROMÂNI DE MEDICAMENTE, pentru că am ajuns la concluzia clară că trebuie să facem modificări în privința modului de stabilire a prețurilor pentru medicamente din import, astfel încât să descurajăm exporturile paralele, având în vedere că medicamentele nu ajung la cetățenii români”, a subliniat oficialul MS.

Nicolăescu s-a referit și la faptul că suspendarea exporturilor paralele ca măsură administrativă nu este soluția “cea mai înțeleaptă”, fiind preferabilă o măsură economică, respectiv stabilirea prețurilor astfel încât producătorii să nu mai fie tentați de exportul paralel. Potrivit ministrului, măsura economică va trebui transpusă într-un act normativ, care să fie publicat în Monitorul Oficial până la sfârșitul lunii iulie.

Ministrul Eugen Nicolăescu a mai declarat că e nevoie de multe miliarde de euro pentru ca România să aibă o infrastructură acceptabilă în domeniul sănătății. “România nu poate să-și permită acest lucru acum și e nevoie ca banii, puțini câți sunt, să fie utilizați cu chibzuință și să se elimine fraudele”, a spus ministrul, la o conferință pe teme de sănătate.

Potrivit acestuia, în prezent se centralizează necesarul transmis de toate spitalele din țară și se vor stabili prioritățile pentru anii 2014–2016. Nicolăescu a susținut că prioritatea numărul unu o reprezintă oncologia și pentru aceasta trebuie făcute eforturi mari de investiții. “Încercăm să vedem care sunt investițiile necesare în domeniu, să organizăm licitații, acordul-cadru pe câțiva ani și apoi să ne străduim pe bugete, prin contracte subsecvente anuale, să completăm necesarul de investiții”, a arătat Eugen Nicolăescu.

În opinia acestuia, trebuie să fie reduce consumurile din spitale și să se mărească finanțarea către medicina primară. El a spus că trebuie găsite soluții pentru construirea de noi spitale, prin parteneriate public-private, în acest sens existând în prezent discuții cu unii finanțatori, care însă își doresc o modificare legislativă în domeniu.

Ministerul Sănătății a spus că finalizează în luna iulie și că va pune în dezbatere publică o serie de opțiuni strategice care vor reprezenta temeliile transformării sistemului sanitar într-unul modern și performant, capabil să asigure îmbunătățirea calității serviciilor medicale.

Ministrul Nicolăescu a promis că proiectul pachetului de bază va fi finalizat, astfel încât în toamna acestui an să poată merge cu acest proiect pe masa celor care decid.

Eugen Nicolăescu s-a referit și la faptul că MS contează pe experiența și pe expertiza noului președinte al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru clarificarea tuturor problemelor referitoare la Directiva privind medicina transfrontalieră.

De asemenea, ministrul a precizat că autoritățile sanitare sunt în discuții avansate cu asociațiile de producători internaționali și români de medicamente pentru modificarea modului de stabilire a prețului la medicamentele din import, astfel încât exportul paralel să fie descurajat, iar pacienții români să aibă acces continuu la medicamentele de care au nevoie.

Salariile în domeniul sanitar nu vor crește în acest an, însă în proiecția bugetară pe 2014 majorarea acestora este o prioritate, a mai declarat ministrul Eugen Nicolăescu. El a susținut că eventuale proteste ale personalului sanitar ar reprezenta o formă de a se face presiuni asupra autorităților, ceea ce este un drept al fiecărei organizații.

Potrivit lui Nicolăescu, Ministerul Sănătății nu se află pe o poziție diferită față de Colegiul Medicilor, ci dimpotrivă. „Ei cer scoaterea medicului din sistemul bugetar. Noi lucrăm la un astfel de proiect de lege. Mai cer ca spitalele să nu mai fie publice, ci o altfel de entitate. Avem un astfel de proiect”, a explicat ministrul Sănătății.

El a adăugat că se cere respect pentru medici, ceea ce își doresc și autoritățile, pentru că aceștia fac parte din elita profesiilor, iar un proiect de lege privind malpraxisul este în discuție pentru a-i proteja de acuze nejustificate.

Colegiul Medicilor din România este partenerul Ministerului Sănătății în elaborarea acestor proiecte de lege, a precizat ministrul, care a adăugat că, probabil, prin eventualele manifestări care sunt avute în vedere, se dorește crearea unei presiuni pentru autorități să finalizeze mai repede actele normative. „Noi o să le aprobăm, dar numai în condițiile în care suntem convinși că vom face bine”, a punctat Nicolăescu.

În ceea ce privește salariile mici ale rezidenților, ministrul Sănătății a explicat că în perioada 2006–2008, în primul său mandat, salariile rezidenților din anii I-IV au fost triplate, pentru ca în 2010 să fie reduce cu 25%, apoi reîntregite în acest an. El a subliniat însă

Indiferent cum se va stabili modalitatea de calcul a prețului de intrare a medicamentului în țară, am găsit înțelegere la producătorii și la distribuitorii de medicamente pentru ca prețul de vânzare și cel de decontare să nu se modifice

Eugen Nicolăescu, ministrul Sănătății

că pentru anul 2013 nu se poate vorbi de creșteri salariale în sistemul de sănătate, ci numai în proiecția bugetară pentru 2014.

Nicolăescu s-a mai referit la taxa clawback, care va fi aplicată diferențiat pentru medicamentele generice și cele noi, precum și la achizițiile centralizate, precizând că acestea se fac numai în cazul cumpărării unor produse în cantitate mare.

Ministrul Sănătății a amintit, totodată, că 350 de spitale nu mai sunt în subordinea Ministerului Sănătății, ci a consiliilor locale sau județene. Potrivit lui Nicolăescu, Casa Națională de Asigurări de Sănătate ar fi trebuit să facă controale foarte serioase în spitale, lucru care nu s-a întâmplat până acum. El și-a exprimat speranța că, după schimbările la conducerea CNAS, aceste verificări vor fi efectuate. ●

Sursă: AGERPRES

Eugen Nicolăescu a abordat și necesitatea introducerii pachetului de bază al serviciilor medicale, fără de care nu se pot face schimbări în sistem, dar a adăugat că acesta trebuie însoțit și de unul suplimentar de servicii medicale și de asigurările private. „În programul de guvernare este prevăzut să se introducă deducibilitate pentru asigurările private și încă se discută dacă să fie din impozitul pe venit sau pe profit. Acest lucru încă se dezbate și așteptăm și propunerile dumneavoastră”, a arătat ministrul.

Ce ne dorim de la un sistem de sănătate publică?



CONFERENȚIAR DR. ALEXANDRU RAFILA

- Medic primar sănătate publică și management sanitar, medic primar medicină de laborator
- Șef al Direcției Generale de Sănătate Publică și Inspecției Sanitare de Stat (2001-2004)
- Director al Institutului de Sănătate Publică București (2004-2006)
- Consilier personal pentru politici de sănătate al ministrului sănătății (2009)
- Secretar de stat pentru asistența medicală (2011-2012)

1. SĂNĂTATEA PUBLICĂ

CONCEPTUL DE SĂNĂTATE PUBLICĂ ESTE UNUL COMPLEX, care integrează un ansamblu de elemente ce caracterizează starea de sănătate a unei populații.

Conform OMS, sănătatea publică se referă la toate măsurile luate de o societate pentru a preveni bolile, pentru promovarea sănătății și prelungirea vieții în rândul întregii populații. Ea nu se referă la cazuri sau la boli individuale.

Activitățile de sănătate publică au scopul de a asigura condiții în care oamenii pot fi sănătoși și au ca obiect întreaga populație, nu pacienții individuali. Astfel, activitatea de sănătate publică vizează sistemul în totalitate, nu numai eradicarea unei anumite boli.

Cele trei funcții principale ale sănătății publice sunt:

- Evaluarea și monitorizarea stării de sănătate a comunităților și a populațiilor pentru a identifica problemele de sănătate și a le ierarhiza;
- Formularea de politici publice menite să rezolve problemele de sănătate identificate la nivel local și la nivel național;
- Asigurarea accesului populației la îngrijire adecvată și cost-eficientă, inclusiv la servicii medicale preventive și de promovare a sănătății.

Profesioniștii din domeniul sănătății publice monitorizează și identifică problemele de sănătate ale comunității și promovează practici și comportamente pentru a asigura o bună stare de sănătate a populației.

Iată câteva dintre domeniile de acțiune ale sănătății publice:

- Vaccinarea și controlul bolilor transmisibile;
- Siguranța la locul de muncă;
- Alimentele sigure și sănătoase;
- Apa potabilă și de îmbăiere;
- Sănătatea mamei și copilului și accesul la planificarea familială;
- Scăderea morbidității și mortalității din cauza bolilor cronice (cardio-vasculare, respiratorii, de nutriție, cancer);
- Reducerea consumului de tutun, alcool și droguri, ce reprezintă un pericol pentru sănătate.

Termenul de sănătate publică se aplică la nivel mondial ca urmare a globalizării. Unele elemente care afectează sănătatea publică nu se opresc la granițele de stat, iar răspunsul la probleme de sănătate publică poate fi regional sau global, deoarece riscurile de sănătate pot fi transfrontaliere (epidemii, pandemii, produse periculoase, schimbări de mediu) și necesită un răspuns rapid și concertat, coordonat de la nivel național sau regional.

2. O SCURTĂ ISTORIE A ULTIMILOR ZECE ANI.

PRIMELE SCHIMBĂRI IMPORTANTE ALE SISTEMULUI DE SĂNĂTATE PUBLICĂ ROMÂNESC au început în anul 2001, odată cu evaluarea de către o echipă a OMS a modului în care România supraveghea și putea controla răspândirea bolilor transmisibile. Odată cu încheierea acestei evaluări, a devenit operațional primul proiect PHARE în domeniul sănătății, la sfârșitul căruia, în anul 2004, s-au pus bazele rețelei naționale de supraveghere și control a bolilor transmisibile.

Au urmat și alte proiecte PHARE în domenii sensibile pentru sănătatea publică: în domeniul infecției HIV/SIDA, în domeniul supravegherii factorilor de mediu (apa) sau al celui legat de sănătatea ocupațională.

Tot în anul 2004, cu sprijinul Băncii Mondiale, a fost elaborată prima și, din păcate, singura Strategie Națională de Sănătate Publică, după ce în anii precedenți fuseseră elaborate strategiile sectoriale în domeniul Sănătății Reprodusei, în domeniul HIV/SIDA și în domeniul infecțiilor cu transmitere sexuală.

Educația pentru sănătate a avut, timp de câțiva ani, un loc



important în curricula de pregătire din școli, după încheierea unui parteneriat între Ministerul Educației și cel al Sănătății, în anul 2002.

Rezultatele aplicării prevederilor din programele și strategiile menționate s-au făcut simțite imediat, pregătind România să adere cu succes la Uniunea Europeană din punctul de vedere al Sănătății Publice, prevederile aquis-ului comunitar fiind îndeplinite în cursul aceluiași an 2004.

În anul 2003, România a reușit să aplice cu succes pentru finanțarea nerambursabilă, de către Fondul Global, a unor programe în valoare de circa 40 de milioane USD pentru HIV/SIDA și pentru tuberculoză, probleme majore de sănătate publică. Dincolo de finanțare, programele Fondului Global au constituit o reușită fără precedent prin desfășurarea de programe în parteneriat de către autorități publice și organizații neguvernamentale.

O trecere în revistă a evoluției unora dintre indicatorii stării de sănătate demonstrează eficacitatea reformelor în sănătatea publică din perioada menționată: creșterea speranței de viață de la 71,25 la 73,83 de ani, reducerea mortalității infantile de la 18,63‰ la 9,79‰, a incidenței tuberculozei de la 127,54 la 79,23 ‰000, a sifilisului de la 55,96 la 10,85‰000 a hepatitei B de la 12,2 la 2‰000 (comparația se referă la valorile din anii 2000-2001, respectiv la cele din 2010-2011). De asemenea, a fost ținută sub control infecția HIV, care nu a mai evoluat, iar

cazurile pediatrice au fost practic eliminate.

Aceste realizări nu au fost însă întâmplătoare, ele bucurându-se de o conjunctură favorabilă, de altfel rar întâlnită în România: un corp de profesioniști dedicați de la Ministerul Sănătății și instituțiile subordonate implicate, sprijin din partea Guvernului României și suportul tehnic și financiar al unor instituții internaționale: Reprezentanța UE la București, Banca Mondială, USAID, Institutul John Snow, OMS, UNFPA, UNICEF, UNAIDS.

Mulțumiri speciale pentru realizarea acestor proiecte, programe și strategii se cuvin primului ministru din acea perioadă, Adrian Năstase, miniștrilor sănătății din 2000-2004, profesorului dr. Dan Georgescu, consilierul pentru sănătate al primului ministru, reprezentanților instituțiilor internaționale în România, Jonathan Scheele și Iulia Deutsch (reprezentanta UE), Gabriela Paleru (USAID), Merce Gasco și Irina Dinca (JSI), Victor Olzsavski (OMS), Karin Hulshoff (UNICEF), Doina Bologa (UNFPA), Eduard Petrescu (UNAIDS).

3. CARE SUNT NEVOILE DE SĂNĂTATE PUBLICĂ ÎN PREZENT ȘI ÎN VIITOR?

ÎN CALITATEA SA DE STAT MEMBRU AL OMS ȘI AL UE, România se raportează la cerințele Regulamentului Sanitar Internațional 2005 al OMS, dar și la cele stipulate în decizia UE votată în 3 iulie 2013 de Parlamentul European, în care fiecare stat membru are obligația să dezvolte, să întărească și să mențină capacitățile de sănătate publică la nivel local, regional și național, pentru a detecta, evalua, notifica și raporta evenimente și să răspundă prompt și eficient la riscuri și urgențe de sănătate publică.

Apariția unei anumite boli transmisibile nu oferă, prin ea însăși, destulă informație pentru a evalua riscul de răspândire. Zona geografică, momentul, dimensiunea izbucnirii, apropierea de o graniță sau de un aeroport internațional, viteza de răspândire și modul de transmitere sunt relevante pentru a analiza dacă un eveniment constituie un risc de sănătate publică.

Detectarea "evenimentelor" care pot constitui o amenințare

În anul 2003, România a reușit să aplice cu succes pentru finanțarea nerambursabilă, de către Fondul Global, a unor programe în valoare de circa 40 de milioane USD pentru HIV/SIDA și pentru tuberculoză, probleme majore de sănătate publică.

pentru sănătatea publică este o activitate fundamentală, permanentă și bazată pe existența sistemelor de supraveghere de sănătate publică și a structurilor care operează sistemele respective.

Evaluarea riscului ca evenimentul să aibă repercusiuni locale / regionale/ naționale internaționale se face utilizând

capacitățile pe care le deținem.

În urma evaluării riscului, se realizează informarea în vederea organizării pregătirii și răspunsului la eveniment.

4. CINE ȘI CUM RĂSPUNDE DE FUNCȚIONAREA SISTEMULUI REZULTATELE OBȚINUTE DE SISTEMUL DE SĂNĂTATE PUBLICĂ DUPĂ EFORTUL DIN ANII 2000-2005

s-a concretizat în îmbunătățirea unora dintre indicatorii care sunt legați direct de starea de sănătate a populației: creșterea duratei de viață, reducerea mortalității infantile, modernizarea programului național de imunizări, reducerea incidenței tuberculozei și a infecțiilor cu transmitere sexuală, participarea activă a României la rețelele europene de supraveghere și control a bolilor transmisibile.

Îndeplinirea obligațiilor internaționale în domeniul sănătății publice pe care le are România se poate realiza numai printr-un sistem integrat, coordonat direct de către Ministerul Sănătății și care să poată să identifice, să alerteze precoce și să intervină rapid și eficace în cazul unor amenințări de natură să afecteze sănătatea populației.

Dacă la nivelul Ministerului Sănătății structura responsabilă de sănătatea publică aproape a dispărut, la nivel județean funcționează încă direcțiile de sănătate publică (DSP). Ele sunt asistate din punct de vedere metodologic și tehnic de Institutul Național de Sănătate Publică (INSP), înființat în anul 2009, după reunirea institutelor și centrelor de sănătate publică din București, Cluj-Napoca, Iași, Timișoara, Târgu Mureș și Sibiu.

Un rol important în dezvoltarea programelor de sănătate publică revine Institutului Național de Sănătate Publică, subordonat MS, care sprijină din punct de vedere tehnic Ministerul Sănătății în coordonarea derulării programelor de sănătate preventive la nivel național, regional și local, direct și prin intermediul direcțiilor de sănătate publică.

Domeniile majore ale activității INSP se referă la:

- Supravegherea și controlul bolilor transmisibile și desfășurarea unui Program Național de Imunizări fără sincope, cu produse sigure și moderne;
- Supravegherea și controlul bolilor netransmisibile, realizarea registrelor naționale de cancer, diabet, hemofilie, în colaborare cu institutele de profil;
- Promovarea sănătății și educația pentru sănătate;
- Sănătatea în raport cu mediul de viață, alimentar și mediul de muncă;

Constituirea unui Comitet Național pentru Sănătate Publică, cu rol consultativ, alcătuit din reprezentanți ai ministerelor cu interese și implicare în domeniul sănătății, ai autorităților locale, dar și din reprezentanți ai asociațiilor pacienților, ai profesioniștilor din sănătate și din industria de profil, va asigura coerența și sustenabilitatea politicilor de sănătate publică.

- Alimentație sănătoasă, promovarea activității fizice, reducerea consumului de alcool și de tutun.

Direcțiile județene de sănătate publică ar trebui să rămână, indiferent de titulatura pe care ar putea să o dobândească în viitor, structuri ale Ministerului Sănătății, cel puțin în domeniul sănătății publice. Activitățile legate de asistența medicală desfășurate în DSP pot trece fără probleme la autoritățile locale în cadrul procesului de descentralizare, deoarece răspund strict nevoilor comunității căreia i se adresează.

Activitățile de sănătate publică, inclusiv derularea programelor preventive, ar fi bine să fie coordonate de Ministerul Sănătății și de INSP, deoarece există, dincolo de problemele specifice comunităților locale, situații în care răspunsul la problemele de sănătate publică și intervenția specifică trebuie coordonate central.

Constituirea unui Comitet Național pentru Sănătate Publică, cu rol consultativ, alcătuit din reprezentanți ai ministerelor cu interese și implicare în domeniul sănătății, ai autorităților locale, dar și din reprezentanți ai asociațiilor pacienților, ai profesioniștilor din sănătate și din industria de profil, va asigura coerența și sustenabilitatea politicilor de sănătate publică. Multe dintre activitățile desfășurate în societate au impact asupra sănătății și de aceea funcționarea unei astfel de structuri ar putea oferi răspunsuri agreate de întreaga societate. ●

ÎN LOC DE CONCLUZII

Ne găsim într-o perioadă de transformări profunde în politica și în societatea românești. Sistemul sanitar este unul asupra căruia se exercită mari presiuni pentru schimbare, justificate de nevoia accesului populației la servicii medicale de calitate și de găsirea de noi resurse pentru finanțare. În acest context, dar și în cel legat de descentralizare, și instituțiile responsabile de sănătatea publică vor fi afectate. Reorganizarea sistemului de sănătate publică fără a ține cont de responsabilitățile din domeniu ce revin Ministerului Sănătății și de mijloacele de intervenție pe care acesta trebuie să le aibă la dispoziție poate deveni periculoasă atât pentru sănătatea populației, cât și pentru siguranța națională.

Scopul nostru: Inovații care fac diferența

În ultima jumătate de secol am creat o familie de companii farmaceutice inovatoare cu o singură misiune comună: de a aborda și rezolva unele dintre cele mai importante provocări medicale ale zilelor noastre.

Compania Janssen se preocupă de dezvoltarea unor tratamente revoluționare în cinci arii terapeutice importante, iar portofoliul nostru de produse cuprinde și alte arii de interes major.

Suntem oameni care ajută oameni – lucrăm împreună pentru a valorifica resursele și cunoștințele noastre cumulate, pentru a grăbi progresul științific și pentru a crește durata de viață și a îmbunătăți calitatea vieții oamenilor din întreaga lume.

În cadrul companiei Janssen, ne implicăm cu pasiune în dezvoltarea științei pentru binele pacienților de pretutindeni.

Pentru mai multe informații, puteți vizita www.janssen-romania.com



McCree, Sunrise Hawaii

Lucrare de artă prezentată la Expozițiile Naționale de Artă ale Pacienților cu Afecțiuni Mintale. Janssen are onoarea de a prezenta lucrări de artă create de către persoanele afectate de bolile și afecțiunile pe care ne-am dedicat să le tratăm și să le prevenim.

Johnson&Johnson România S.R.L.

Str. Tipografilor, nr. 11-15,
Clădirea S-Park, Corp A2, etajul 5
013714 - București, România
Tel. 021 207 18 00, Fax 021 207 18 04
www.janssen-romania.com

Janssen

Raport conferință

Pe 28 mai 2013, a avut loc dezbateră "Soluții pentru îmbunătățirea sănătății sexuale a populației", organizată de revista Politici de Sănătate în parteneriat cu Agerpres. Întâlnirea a reunit ONG-uri și asociații de pacienți, medici de familie, medici specialiști - ginecologi, dermatologi, endocrinologi și infecționiști, sexologi, autorități, media. Această dezbateră este parte a unei campanii de comunicare implementate la nivel național privind conștientizarea populației în ceea ce privește importanța sănătății.

Dr. Cristina Crintea

Ideea dezbaterii a pornit de la testimonialele pacienților și din nevoia găsirii unei soluții pentru rezolvarea unor importante probleme de sănătate publică - bolile cu transmitere sexuală (BTS).

Pacienta a venit la control în prima lună de sarcină, iar testul HIV a ieșit negativ.

În luna a 8-a de sarcină, acest test a fost pozitiv - medic specialist.

Pacienta este virgină, însă pozitivă la infecția cu HPV - medic specialist.

Am făcut cinci întreruperi de sarcină și în prezent îmi doresc un copil, însă nu mai reușesc să rămân însărcinată. Nu am înțeles la timp consecințele avortului - pacientă.

Mi-e rușine să-i spun partenerului meu să-și facă analizele, pentru a putea întreține raporturi sexuale neprotejate - elevă, clasa a 12-a.

Nu știu ce înseamnă HPV și ce legătură are cu cancerul de col uterin - bărbat, 37 de ani, studii superioare, activ sexual.

Am divorțat din cauza problemelor sexuale din cuplu (...).



Foto: Agerpres



Victor Olsavszky - Șeful Biroului pentru România al Organizației Mondiale a Sănătății

a prezentat principalele abordări ale Strategiei globale a OMS pentru prevenția și controlul Infecțiilor cu Transmitere Sexuală (ITS) 2006-2015. Efortul actual de control al ITS este insuficient și acest fapt se întâmplă deoarece schimbarea comportamentelor este un proces complex

care necesită timp, metodele de prevenție alternative la prezervativ sunt inadecvate (biocide, diafragm) și pentru că există un răspuns slab al serviciilor de sănătate (stigmatizare, tratamente nepotrivite, separate de asistența primară, neprietenose pentru tineri etc.). Sunt recomandate ca soluții pentru rezolvarea acestei probleme următoarele abordări inovative: promovarea unui comportament sexual sănătos (demonstrarea unor tabuuri etc.), intervenții țintite (grupuri de risc, grupuri vulnerabile etc.), managementul pacienților cu ITS printr-un tratament prezumtiv periodic (grupuri de populație specifică), printr-o abordare pe bază de sindrom a cazurilor (pentru stoparea transmisiei), implementarea marketingului social al măsurilor și modalităților de prevenție și tratament (prezervative, kit-uri pre- și postcontact etc.) și prin introducerea unor servicii prietenoase pentru tineri și adolescenți. De asemenea, se recomandă supraveghere de generația a II-a și includerea asistenței primare și a sectorului privat în supravegherea BTS.



Șef de lucrări dr. Daniela Pițigoi, vicepreședinte Societatea Română de Epidemiologie,

a prezentat infecțiile cu transmitere sexuală în context european. La nivelul Centrului European pentru Controlul Bolilor Transmisibile (ECDC), activitatea este structurată în șapte programe: rezistența la antibiotic și infecții asociate îngrijirilor de sănătate, boli emergente și boli transmise prin vectori, boli transmise prin apă și alimente, gripa, infecțiile cu transmitere sexuală (ITS), inclusiv HIV și alte virusuri transmise prin sânge, tuberculoza, boli prevenibile prin vaccinare.



Conf. univ. dr. Alexandru Rafila, președintele Societății Române de Microbiologie,

membru al Comitetului Național de Vaccinologie, a prezentat situația ITS (sifilis, gonoree, HIV/SIDA) în România. De asemenea, au fost amintite strategiile realizate la începutul anului 2003, Strategia Națională privind Sănătatea Reproductivă și Sexualitatea și Strategia Națională de Sănătate Publică, care la acel moment au fost realizate și implementate cu sprijinul USAID. A fost constituită o rețea de medici specialiști

dermatovenerologi care se ocupau de tratarea BTS. Această rețea nu mai există. În 2005, a fost înființat Centrul de Control al Bolilor Transmisibile care lucrează cu date raportate din teritoriu, provenite de la medicii de familie. Principala problemă în România este reprezentată de subraportarea datelor și ar trebui realizată o strategie care să vizeze colectarea corectă a datelor privind infecțiile cu transmitere sexuală.

GONOREEA DEȚINE LOCUL AL II-LEA ÎN EUROPA. MAI FRECVENTĂ LA BĂRBAȚI, ESTE ȘI ACEASTĂ ITS RECUNOSCUTĂ CA PROBLEMĂ DE SĂNĂTATE PUBLICĂ, EXISTÂND 34.000 DE CAZURI ÎN ANUL 2010. DANIELA PIȚIGOI

dermatovenerologi care se ocupau de tratarea BTS. Această rețea nu mai există. În 2005, a fost înființat Centrul de Control al Bolilor Transmisibile care lucrează cu date raportate din teritoriu, provenite de la medicii de familie. Principala problemă în România este reprezentată de subraportarea datelor și ar trebui realizată o strategie care să vizeze colectarea corectă a datelor privind infecțiile cu transmitere sexuală.

Conf. dr. Rafila consideră că ar trebui realizate parteneriate cu Ministerul Educației și Societatea Civilă, care să aibă drept scop informarea și educarea pentru sănătate a populației.

Dr. Cristina Vladu, consilier Ministerul Sănătății (MS),

a vorbit despre direcțiile de acțiune ale MS în următoarea perioadă. Ministerul Sănătății dorește să realizeze, până la finele acestui an, Strategia pentru sănătate 2014-2020, care să includă toate strategiile implementate până acum în domeniul controlului ITS, cu ajutorul finanțărilor primite de la USAID, Fondul Global. MS dorește să crească rolul asistenței medicale comunitare care să recreeze pârghiile între populație și medic. Trebuie construită o structură comunitară care să fie finanțată de Ministerul Sănătății și de Ministerul Muncii și Protecției Sociale și care să includă asistente medicale, mediatori sanitari etc. MS dorește să schimbe metodologia de abordare a campaniilor de informare, educare, comunicare către o orientare care să vizeze schimbarea comportamentală, cu mesaje „vândute la firul ierbii”, transmise “face to face” și să realizeze un continuum de la prevenție, diagnostic, tratament la educare și paliativ, în ceea ce privește bolile cu transmitere sexuală.



2,5 cazuri la 100.000 de locuitori reprezintă incidența gonoreei, în comparație cu incidența gonoreei în SUA de 104 cazuri la 100.000 de locuitori

Conf. dr. Cirstoiu Monica, șef Secție Obstetrică-Ginecologie III, Spitalul Universitar de Urgență București,

a prezentat "Impactul bolilor cu transmitere sexuală asupra sănătății reproducerii". Au fost evidențiate riscurile pe care o gravidă nesupravegheată și nediagnosticată corespunzător le poate transmite fătului. A fost reiterată, încă o dată, ideea că BTS reprezintă o problemă majoră de sănătate publică, cu consecințe locale și generale asupra stării de sănătate și o creștere a incidenței cu 10-15% anual. Infecția cu Chlamydia trachomatis reprezintă cea mai frecventă cauză de infertilitate la femei care poate fi prevenită. Au fost prezentate modul de transmitere, diagnosticare și tratament în cazul infecțiilor cu Neisseria gonorrhoeae, Treponema pallidum, Haemophilus ducreyi, Chlamydia trachomatis, Mycoplasma, Herpes simplex tip II, Human Papilloma Virus, Virusul hepatitic B, C, HIV/SIDA, însoțite de imagini sugestive care au impresionat audiența.



Victor Gabriel Clățici, medic primar dermatolog, a prezentat principalele mituri și bariere care privesc ITS și a adus argumente pentru "dărâmarea" acestora. Mituri precum: "ITS afectează numai anumite categorii sociale, dacă am o infecție cu transmitere sexuală, cei din jurul meu vor putea ști acest lucru" etc. pot fi dărâmate prin informare și educare.

Pudoarea, informarea greșită, teama de diagnostic sunt bariere care pot afecta pacienții, determinând reducerea sentimentului de atractivitate, evitarea relațiilor sexuale, evitarea inițierii unor noi relații, stigmatizare sexuală, scăderea libidoului, dar și cu efecte asupra partenerului, prin generarea de repulsie, frică de contaminare, scăderea libidoului, "caracterizarea socială a partenerului" și chiar respingerea partenerului. Pentru a rezolva aceste probleme trebuie făcută o informare și o educare corecte pentru populație.



Alexandru Giboi, director general Agerpres, consideră că este important ca media să se implice în promovarea unor astfel de evenimente, pentru că se constată o lipsă de informare. Giboi consideră că strategia de comunicare către grupa de vârstă afectată de BTS nu este cea mai potrivită. Statisticile oficiale, care nu sunt reale – din cauza subraportării, sunt transmise apoi în media și astfel se propagă o imagine greșită a lipsei de amploare a acestei probleme. Alexandru Giboi consideră că dacă vor exista mai multe campanii în mass-media, un număr tot mai mare de persoane vor fi informate. Trebuie să existe un flux permanent, constant



PUDOAREA, INFORMAREA GREȘITĂ, TEAMA DE DIAGNOSTIC SUNT BARIERE CARE POT AFECTA PACIENȚII, DETERMINÂND REDUCEREA SENTIMENTULUI DE ATRACTIVITATE, EVITAREA RELAȚIILOR SEXUALE, EVITAREA INIȚIERII UNOR NOI RELAȚII, STIGMATIZARE SEXUALĂ, SCĂDEREA LIBIDULUI DR. VICTOR GABRIEL CLĂȚICI

de informații între Ministerul Sănătății, Ministerul Educației și mass-media, care apoi să ajungă la populație. Rolul mass-media este de promovare și de educarea populației și trebuie asumat. Trebuie promovată modul în care se face prevenția, iar Agerpres dorește să participe și pe viitor la astfel de proiecte, pentru că, prin lege, mass-media are rolul de informare corectă a populației.



Gheorghe Tache, președinte COPAC

susține că informarea populației ar trebui să se facă de către ONG-uri împreună cu mass-media. Educăm elevii din școli cu privire la infecția cu virusurile hepatitice. Se resimte nevoia unei conduite adecvate a pacientului și a unei comunicări standard și a utilizării unui limbaj pe înțelesul pacienților. ●



Verucile genitale sunt cea mai întâlnită infecție sexuală în țările dezvoltate, conform unui articol apărut în BMJ. Acestea sunt recurente în mare parte și pot cauza complicații pe termen lung și chiar sechele. Cele mai multe sunt cauzate de HPV-tulpinile 6 și 11, pe când cancerul de col uterin este cauzat de tipurile 16 și 18. Anul trecut, guvernul britanic a decis ca vaccinarea anti HPV să acopere toate aceste patru tulpini.



Programul național de vaccinare antiHPV din Australia a început în 2007 și a dus la o scădere importantă a numărului de femei tinere cu veruci genitale. Gradul mare de femei vaccinate, aproape 80% cu cele trei doze, a condus la succesul programului. Anul acesta, guvernul australian a început programul național de vaccinare a băieților de 12-13 ani pentru a proteja tinerii care au relații sexuale cu bărbați. În Australia, procentul femeilor sub 21 de ani ce prezintă veruci genitale a scăzut de la 11,5% în 2007 la 0,85% în 2011. Această scădere are un impact major și asupra costurilor sănătății sexuale.

Recomandări internaționale acceptate de România în materia sănătății, drepturilor sexuale și reproductive



Florin Buhuceanu, președintele executiv al Fundației ECP – Centrul Euroregional pentru Inițiative Publice și director de advocacy al Asociației ACCEPT

RATA RIDICATĂ A MORTALITĂȚII MATERNE DIN ROMÂNIA, a cancerelor genito-mamare, creșterea nivelului de infertilitate și a infecțiilor cu transmitere sexuală, creșterea izbitoare a numărului de sarcini la adolescente, discriminarea sistematică a persoanelor LGBT și a celor seropozitive, dificultățile de accesare a serviciilor de sănătate de către persoanele transgender, printre altele, sunt realități care preocupă comunitatea internațională. Ele reclamă măsuri urgente, multi-sectoriale și sistematice, precum adoptarea Strategiei Naționale HIV/SIDA și pe cea a Sănătății Sexuale și Reproductive. Mă voi opri în acest articol asupra a două serii de recomandări asumate de România, ce trebuie cunoscute și implementate ca atare: recomandările ONU și cele ale Consiliului Europei.

În luna iunie s-a încheiat la Geneva ciclul Universal Periodic Review desti-

DINTRE RECOMANDĂRILE INIȚIATE DE CĂTRE AUSTRIA, BELGIA ȘI OLANDA, REȚINEM NEVOIA DE ADOPTARE DE POLITICI PUBLICE PENTRU GRUPUL VULNERABIL LA DISCRIMINARE FORMAT DIN PERSOANELE LGBT

nat să monitorizeze situația drepturilor omului din România. Câteva dintre recomandări au o importanță aparte pentru subiectul nostru. Acceptarea recomandării Olandei, cea de adoptare neîntârziată a Strategiei Naționale pentru Sănătate și Drepturi Sexuale și Reproductive, se alătură celei emise de către Slovenia: educație sexuală obligatorie în sistemul public de educație, esențială pentru protejarea sănătății și drepturilor adolescenților și tinerilor.

Dintre recomandările inițiate de către Austria, Belgia și Olanda, reținem nevoia de adoptare de politici publice pentru grupul vulnerabil la discriminare format din persoanele LGBT (lesbiene, gay, bisexuali, transgender). Ele trebuie să traducă legislația în practică și să contribuie la scăderea percepției intens-negative asupra acestora de către populația generală și de către diverse categorii de profesioniști, inclusiv din domeniul medical.

Mai explicite în acest ultim domeniu al drepturilor persoanelor LGBT, Recomandările Consiliului de Miniștri ai Consiliului Europei CM/Rec (2010)5 conțin câteva recomandări clare în domeniul sănătății. Înlăturarea barierelor, adesea administrativ-medice, în calea procesului de tranziție pentru persoanele transgender rămâne o nevoie presantă, ca și dobândirea de experiență pentru domenii asociate tranziției (psihologie, endocrinologie, chirurgie) – în paralel cu depatologizarea homosexualității din variate cursuri existente în facultățile de medicină. Toate acestea nu au primit vreun răspuns din partea autorităților și specialiștilor, până la acest moment. Ministerele Sănătății și Educației nu au putut proba nici o măsură inițiată în ultimii ani care să răspundă recomandărilor Consiliului Europei, situație profund îngrijorătoare pentru organizațiile naționale și internaționale care apără drepturile sexuale și reproductive. Va deveni România similară Ungariei conduse de toxicul cuplu ideologic Fidesz-Jobik, un nou copil problematic al Uniunii Europene? ●



Știință și strategie în politica de mediu și sănătate



Foto: ec.europa.eu

Calitatea și siguranța vieții și a sănătății populației sunt o preocupare importantă a tuturor organismelor internaționale. Poluarea, toxicitatea, schimbările climatice, calitatea aerului, a apei, a solului toate pot avea impact negativ asupra sănătății și mediului. Disfuncționalitățile la nivel de mediu afectează starea sănătății populației pe termen scurt, mediu și lung. Prevenirea riscurilor de mediu poate salva mii de vieți în fiecare an. Cum se situează România între țările Uniunii Europene la capitolul prevenție a efectelor negative provocate de schimbările climatice sau de poluare aflăm în EXCLUSIVITATE de la Rovana PLUMB, ministrul Mediului.

Interviu realizat de **Maria Vasilescu**

Un mediu curat este esențial pentru sănătatea populației. Pe de altă parte, interacțiunea dintre mediu și sănătate este complexă și, câteodată, dificilă. Care sunt prioritățile ministerului pe care îl conduceți în domeniul protejării sănătății populației, din perspectiva mediului?

Una dintre mizele activității de protejare a mediului este, bineînțeles, protejarea sănătății populației. De fapt, sănătatea mediului și cea a oamenilor sunt într-o legătură evidentă și toate deciziile sau activitățile pe care le promovăm au o componentă implicită legată de sănătate. Gestionarea corectă a deșeurilor într-o comunitate, de exemplu, elimină riscuri importante de sănătate pentru populație – tocmai de aceea ne propunem să dinamizăm activitatea în domeniul deșeurilor, unde există încă decalaje foarte mari față de UE. Măsurile de reducere a poluării înseamnă diminuarea riscurilor ca sănătatea oamenilor să fie afectată de factorii poluanți, și exemplele pot continua. Mai mult, și diversele efecte ale schimbărilor climatice ajung să afecteze tot mai mult sănătatea. Ca element de noutate, am introdus în Strategia Națională privind Schimbările Climatice 2013-2020 o secțiune dedicată acestui subiect, stabilind ca prioritate necesitatea realizării de studii epidemiologice, împreună cu o monitorizare constantă și o abordare orientată spre prevenție.

SĂNĂTATEA MEDIULUI ȘI CEA A OAMENILOR SUNT ÎNTR-O LEGĂTURĂ EVIDENTĂ ȘI TOATE DECIZIILE SAU ACTIVITĂȚILE PE CARE LE PROMOVĂM AU O COMPONENTĂ IMPLICITĂ LEGATĂ DE SĂNĂTATE.

Poluarea aerului, slaba calitate a apei, poluarea solului afectează sănătatea umană prin boli precum cele respiratorii, cardiovasculare, cancer, astm, alergii sau tulburări reproductive. Cum colaborați cu autoritățile din domeniul sănătății, în acest sens?

Nu e neapărat nevoie de un cadru legislativ! Avem un cadru legislativ care definește colaborarea noastră cu autoritatea de sănătate – de exemplu, în domeniul calității aerului, există un Sistem Național de Evaluare și Gestionare Integrată a Calității Aerului (SNEGICA) ce reunește autorități din domenii diverse precum sănătate, silvicultură, transporturi, autoritatea pentru agricultură, consiliile județene și primăriile. Însă nu cadrul legislativ este cel mai important, ci faptul că, în acest cabinet, avem voința și determinarea de a lucra împreună și de a recupera toate aceste decalaje care încă afectează România, în special la capitole precum sănătatea sau infrastructura de mediu.

Pe lângă necesitatea existenței unei legislații puternice în domeniul protejării mediului, trebuie să existe și o campanie (continuă) de educare a populației. Sunteți implicată în astfel de proiecte?

Educația ecologică este una dintre prioritățile mele, ca ministru al mediului. Îmi fac permanent loc în agendă pentru a participa la campaniile de educare desfășurate în școli, fiindcă eu cred în copii și în tineri, în puterea lor de a face o diferență în bine în societate. Am susținut mai multe parteneriate – cu ONG-uri de mediu, cu Ministerul Educației sau cu parteneri comerciali – tocmai pentru ca mesajul de conștientizare să aibă mai multă forță.

O colaborare constantă am avut-o cu Asociația Environ și cu Primăria Municipiului București. Împreună cu ei, Ministerul Mediului și Schimbărilor Climatice a lansat un program de puncte de colectare mobile pentru deșeurile de echipamente electrice și electronice (DEEE) și cele de baterii și acumulatori (DBA) - ECOBANCA – Banca de reciclare. Obiectivul este realizarea unei platforme de puncte de colectare mobile de la populație, potențând astfel conștientizarea cetățenilor Capitalei în ceea ce privește colectarea selectivă a deșeurilor electrice și a celor de baterii și acumulatori și impulsționând colectarea efectivă a acestui tip de deșeuri. Baterel și Lumea Non-E este un alt proiect derulat de Ministerul Mediului, împreună cu Environ și Ministerul Educației. Campania a fost implementată la nivelul școlilor și liceelor din România și are la bază un proiect-pilot de informare și colectare selectivă lansat de Asociația Environ în anul 2011. Ca o inițiativă personală recentă, de Ziua Mondială a Mediului (5 iunie), am lansat proiectul "Viitorul e azi!", ce are ca scop promovarea tuturor copiilor și tinerilor cu invenții și preocupări în domeniul mediului. »

Care considerați că este cea mai mare realizare profesională a dvs., până în prezent?

Consider că realizarea profesională a fost atinsă atunci când am fost nominalizată de către primul ministru, Victor Ponta, ca ministru al Mediului și Schimbărilor Climatice, un domeniu în care sunt implicată de mulți ani și care îmi place enorm. Nu gândesc în termeni de bilanțuri – întotdeauna privesc spre viitor și sper să duc la bun sfârșit toate proiectele în care cred. Datorez însă, mult din cariera mea de om politic, familiei mele, căreia îi mulțumesc!

ÎN CE ALTE ACȚIUNI SUNTEȚI IMPLICATĂ ÎN AFARA MINISTERULUI ȘI CARE SUNT PLANURILE DVS. ÎN URMĂTORII DOI ANI?

În afară de rolul de ministru al mediului, sunt deputat în Parlamentul României și președintă a Organizației de Femei a PSD, dar și vicepreședinte PES Women, unde am propus și am susținut mai multe proiecte care vizează atât implicarea femeilor și impactul crizei economice asupra acestora, cât și implicarea mai activă a tinerilor.



România își asumă automat țintele Uniunii Europene, dar eu nu cred că trebuie să privim aceste ținte ca pe niște obiective străine sau impuse – sunt ținte cu impact real în viața de zi cu zi, în calitatea vieții oamenilor.



Sănătatea este una dintre prioritățile-cheie ale Strategiei de dezvoltare durabilă a UE. Obiectivele programului de acțiune pentru mediu durabil sunt, în principal, ameliorarea stării mediului și creșterea economică inteligentă și durabilă în beneficiul cetățenilor, al industriei și al regiunilor din afara UE. Ce se va schimba în România prin această abordare coordonată de la Bruxelles?

Uniunea Europeană își propune întotdeauna obiective și strategii ambițioase în domeniul protecției mediului și schimbărilor climatice. În prezent, se negociază la nivelul Uniunii Europene Programul general de acțiune pentru mediu al UE până în 2020 „O viață bună, în limitele planetei noastre”, care urmărește accelerarea contribuției politicii în domeniul mediului la tranziția către o economie eficientă din punctul de vedere al utilizării resurselor și cu emisii reduse de carbon. România își asumă automat țintele Uniunii Europene, dar eu nu cred că trebuie să privim aceste ținte ca pe niște obiective străine sau impuse – sunt ținte cu impact real în viața de zi cu zi, în calitatea vieții oamenilor. Uniunea Europeană își propune, de fapt, o dezvoltare durabilă, în condiții de protejare a capitalului natural și de economisire a resurselor. Nu sunt ținte lipsite de relevanță pentru noi, dimpotrivă. Ce înseamnă, de exemplu, obiectivul de reducere a risipei alimentare? Înseamnă să facem eforturi pentru a nu mai irosi cantități atât de mari de alimente; adică mai puține deșeuri generate și mai puțină presiune pe buzunarul cetățeanului. Ce înseamnă folosirea inteligentă a resurselor? Înseamnă, de exemplu, că deșeurile – pe care astăzi le privim ca pe o povară – pot fi transformate în resurse, valorificate pentru a deveni energie sau pentru a fi folosite în alte sectoare de activitate. Ce înseamnă achiziții verzi? Înseamnă că statul (și tot ce ține de structurile sale în teritoriu) își folosește banii inteligent, cumpărând produse și servicii care nu numai că protejează mediul, dar presupun și economii la buget. Toate acestea sunt componente ale noii atitudini pe care UE o promovează în strategiile sale, și ele au puternice laturi concrete. Cred cu tărie în aceste proiecte și mă implic în mod activ pentru a le vedea realizate.

UNIUNEA EUROPEANĂ ÎȘI PROPUNE, DE FAPT, O DEZVOLTARE DURABILĂ, ÎN CONDIȚII DE PROTEJARE A CAPITALULUI NATURAL ȘI DE ECONOMISIRE A RESURSELOR.

Care sunt cele mai mari probleme cu care se confruntă România în domeniul mediului?

O problemă și totodată o prioritate ar fi reducerea emisiilor de gaze cu efect de seră, ceea ce va contribui la îmbunătățirea calității aerului și a sănătății umane, dar și a securității energetice. Combaterea schimbărilor climatice este de asemenea prioritară. Fenomenele meteo-hidrologice extreme, inundațiile, secetele tot mai frecvente au ca efect în primul rând pierderea de vieți omenești, dar și pierderi economice semnificative. În domeniul gestionării deșeurilor, România înregistrează o performanță

scăzută a ratelor de reciclare sau de incinerare cu recuperare de energie, în special din cauza ratei ridicate de depozitare (peste 70%). Prin creșterea accelerată a ratei de absorbție în acest an, am încercat să ajutăm și la recuperarea acestui decalaj important, prin proiectele de gestionare integrată a deșeurilor finanțate prin POS Mediu. Vom continua în acest ritm și sperăm ca, în viitoarea perioadă de programare, România să ajungă la performanțe ridicate în ceea ce privește gestionarea deșeurilor.

De-a lungul carierei dvs. și prin prisma domeniilor în care ați activat, inclusiv la Agenția Națională pentru Protecția Consumatorilor, ați fost destul de aproape de oameni. Nu sunteți genul de politician care poate fi acuzat că nu cunoaște realitatea. Pe de altă parte, autoritățile sunt acuzate, de cele mai multe ori, că nu comunică suficient. Cum credeți că trebuie implicați cetățenii în luarea deciziilor și cum trebuie comunicat către aceștia? Încerc să comunic cât mai eficient și să imprim și ministerului, ca instituție, aceeași atitudine transparentă, deschisă. Mediul este unul dintre domeniile în care este vitală comunicarea. Cetățenii trebuie să fie partenerii noștri. Ei trebuie convinși să participe, să se implice, să fie invitați la dezbaterile publice pe teme de interes și la acțiunile de ecologizare.

Ați afirmat recent că, „prin politica de regionalizare, Guvernul Ponta va introduce ce va introduce? prin politicile de gestionare a deșeurilor, a instalațiilor de biogaz în fiecare județ, astfel încât să putem reutiliza în circuit aceste deșeuri irosite. În același timp, prin reciclare, reușiți să faceți din aceste deșeuri menajere compost pentru a ajuta agricultura.” De asemenea, din câte am observat, aveți o politică a parteneriatelor și a dialogului, inclusiv cu companiile. Va lua România acele decizii în domeniul mediului, energiei etc. cost-eficiente și cu limitare maximă a impactului negativ asupra sănătății populației, pe termen lung? Este posibil ca anumite măsuri să coste mai mult în prezent, dar să fie benefice populației pe termen lung.

Valorificarea energetică a deșeurilor, compostarea, reciclarea metalelor, hârtiei, sticlei și materialelor plastice, inclusiv transformarea lor în materii prime secundare, prin care urmărim înlocuirea resurselor naturale, este o direcție importantă de acțiune pentru Uniunea Europeană și vom insista și noi asupra ei. Este tipul de abordare inteligentă, care înseamnă și economisire, și eficiență energetică, și protejarea mediului și implicit a sănătății populației. Legat de investițiile necesare, subliniez din nou că România are la dispoziție sume importante din fonduri europene pentru investițiile de mediu, de care încercăm să beneficiem. Asta nu s-a întâmplat până acum. Doar în primul meu an de mandat am reușit să cresc de patru ori rata de absorbție pe POS Mediu. Voi continua cu aceeași ambiție.

PRIN CREȘTEREA ACCELERATĂ A RATEI DE ABSORBȚIE ÎN ACEST AN, AM ÎNCERCAT SĂ AJUTĂM ȘI LA RECUPERAREA ACESTUI DECALAJ IMPORTANT, PRIN PROIECTELE DE GESTIONARE INTEGRATĂ A DEȘEURILOR FINANȚATE PRIN POS MEDIU.

Ce trebuie să facă companiile din toate domeniile ca să sprijine dezvoltarea economică durabilă și bunăstarea populației?

În primul rând, să țină cont permanent de impactul asupra mediului al activității lor. Să-și conștientizeze permanent rolul în cadrul comunității în care activează și să înțeleagă că pot fi modele de comportament ecologist. Prin aceasta să-și asume filosofia „verde” actuală și să fie dispuși să promoveze achizițiile verzi. Apoi, să coopereze cu autoritățile în acțiunile de mediu pe care le inițiem. Până acum noi am avut semnale pozitive, fie că a fost vorba de cei din industria alimentară și inițiativa noastră de reducere a risipei alimentare, fie de centrele comerciale alături de care am pornit acțiuni pentru colectarea de deșeuri.

Ce recomandare faceți tinerilor care doresc să plece din România?

Le doresc să-și îplinească visurile și să știe că, treptat, România începe să semene tot mai mult cu țara europeană pe care ne-o dorim cu toții. Ei sunt cea mai importantă resursă a noastră și prin ei România se va dezvolta mai mult și mai repede. ●

Eu m-aș bucura ca tinerii să nu se mai gândească atât de mult la plecare și să se implice în luarea deciziilor în această țară. Inclusiv pentru ei am lansat campania “Viitorul e Azi”, prin care îmi exprim dorința și deschiderea de a descoperi și a promova copiii și tinerii care dezvoltă proiecte în domeniul mediului.

„Sănătate 2020” o strategie bazată pe multisectorialitate



Interviu cu
Victor Olsavszky,
Șeful Biroului
pentru România
al Organizației
Mondiale a Sănătății

Sănătate 2020 sprijină și încurajează ministerele sănătății pentru a aduce actori-cheie împreună, într-un efort comun pentru crearea unei regiuni europene sănătoase. Într-o lume interdependentă, nevoia țărilor de a acționa împreună devine tot mai importantă. Deși mai mulți oameni decât oricând au acum șansa de a atinge o stare mai bună de sănătate, nici o țară, în mod izolat, nu își poate valorifica potențialul de inovare, schimba sau rezolva provocările care privesc sănătatea și bunăstarea.

Health 2020 este un document elaborat de OMS și de cele 53 de state membre – un nou cadru european de politici de sănătate ce își propune să susțină guvernele în a obține o îmbunătățire a îngrijirilor, a reduce inegalitățile și de a obține un sistem de sănătate cu acoperire universală, echitabil și sustenabil. Acestea sunt dezideratele OMS, aș putea spune, dintotdeauna. Ce aduce nou această strategie?

Într-adevăr, Sănătate 2020 este cadrul european de politici ce sprijină acțiunile ale guvernelor și societăților în vederea obținerii sănătății și bunăstării dorite dintotdeauna. Strategia recunoaște diversitatea existentă pe continent și, din acest motiv, încearcă să inspire guvernele în efortul lor de a face față provocărilor secolului 21. S-a elaborat de fapt un cadru strategic prin care se confirmă valoarea vechii strategii „Sănătate pentru toți” și se pune în evidență experiența câștigată atât la nivel regional, cât și la nivelul fiecărei țări în parte. O

REPREZENTANȚII GUVERNELOR AU RECUNOSCUȚ CĂ INECHITĂȚILE DIN SĂNĂTATE, EXISTENTE ATÂT ÎN STATELE LOR, CÂT ȘI ÎNȚRE STATE, SUNT INACCEPTABILE DIN PUNCT DE VEDERE POLITIC, SOCIAL ȘI ECONOMIC, SUNT NEDREPTE ȘI POT FI ÎN MARE MĂSURĂ EVITATE.

noutate constă în faptul că strategia „Sănătate 2020” încorporează și declarația politică privind determinanții sociali ai sănătății. În octombrie 2011 a avut loc, la Rio, Conferința Mondială asupra Determinanților Sociali ai Sănătății, la care s-a adoptat o declarație privind angajamentul politic global de abordare a inechităților în sănătate prin prisma determinanților săi sociali, adică acele „condiții sociale în care oamenii se nasc, cresc, trăiesc și îmbătrânesc”. Reprezentanții guvernelor au recunoscut prin această declarație că inechitățile din sănătate, existente atât în statele lor, cât și între state, sunt inacceptabile din punct de vedere politic, social și economic, sunt nedrepte și pot fi în mare măsură evitate. Rezolvarea lor, precum și promovarea echității în sănătate sunt esențiale pentru bunăstare, pentru o dezvoltare durabilă și o mai bună calitate a vieții a tuturor cetățenilor, fapt ce contribuie la pace și securitate. Practic, noua strategie se bazează pe multisectorialitate pornind de la faptul că sănătatea și bunăstarea se stimulează reciproc „ceea ce face ca o societate să prospere și să înflorească, face ca și sănătatea membrilor ei să se îmbunătățească, iar politicile care recunosc acest lucru au mult mai mare impact” (Regional Committee for Europe Sixty-second session, Malta 2012 EUR/RC62/9 EUR/RC62/Conf.Doc./8) În plus, statele membre OMS sunt chemate să își definească propriile obiective adaptate condițiilor locale. Vechile strategii, precum „Sănătate pentru toți”, aveau obiectivele gata definite.

Leadership-ul, adică ministerul sănătății și agențiile de sănătate, are un rol foarte important, conform OMS. În România am avut de-a face, de la revoluție și până în prezent, cu numeroase schimbări de miniștri, șefi de CNAS. În aceste condiții, cum poate continua reforma sănătății, indiferent de schimbare, cea smart governance de care se vorbește?

Tocmai că acest set de valori comune poate da stabilitate în timp reformelor, astfel încât, indiferent de frecvența cu care se schimbă un ministru sau un guvern, direcția de reforme să se bazeze pe aceste valori. Acest principiu a fost formulat încă din 1996, prin Charta Ljubljana, când se simțea nevoia la nivelul regiunii Europa de a conveni asupra unor valori și principii de bază, pe care reformele să le respecte. Cu alte cuvinte, se putea formula întrebarea: cât de mult putem reforma fără să încălcăm valorile europene? Acum aceste valori se regăsesc în strategia H2020. Se promovează ideea ca atât la nivel național, cât și la cel regional și urban să se stabilească obiective și intervenții comune între sectorul de sănătate și celelalte sectoare, astfel încât să se contribuie împreună la creșterea sănătății și bunăstării. În fapt, este vorba de conceptul mai vechi de „Sănătate în toate politicile” și reflectarea lui la toate nivelele de guvernare, punând sănătatea ca prioritate și pentru alte sectoare.

Noua strategie se bazează pe multisectorialitate pornind de la faptul că sănătatea și bunăstarea se stimulează reciproc, „ceea ce face ca o societate să prospere și să înflorească, face ca și sănătatea membrilor ei să se îmbunătățească, iar politicile care recunosc acest lucru au mult mai mare impact”



Unul dintre principiile strategiei health 2020 este implicarea pacienților, participarea și responsabilizarea acestora. Ce programe/măsură ar trebui luate în România pentru ca acest lucru să se întâmple, conform strategiei OMS? Promovarea sănătății nu se face suficient, campaniile de conștientizare sunt punctuale și ineficiente de cele mai multe ori, fie din vina autorităților și a lipsei de politici în acest sens, fie din cauza slabei legături dintre asociațiile de pacienți.

Se poate observa și în România o implicare tot mai mare a asociațiilor de pacienți în deciziile din sănătate, mai ales dacă comparăm cu situația existentă în urmă cu doar cinci ani. Acum există un cadru legal și chiar o obligativitate a autorităților de a se consulta sau de a face publice intențiile decizionale. Participarea și responsabilizarea cetățenilor și pacienților este esențială pentru îmbunătățirea rezultatelor performanței sistemelor de sănătate, precum și a gradului de satisfacție a pacienților. Se recomandă să se includă cât mai mulți participanți din rândul autorităților, comunităților și al societății civile. Sunt încurajate administrațiile de la toate nivelele să ia în considerație stabilirea unor structuri și procese care să sprijine coerența și acțiunea intersectorială. Cu alte cuvinte, o mai mare responsabilizare și implicare a autorităților locale și a comunităților.

Carta de la Talin afirmă că nicio persoană nu ar trebui să devină săracă pentru a beneficia de îngrijiri medicale. Care sunt principiile recomandate de OMS în acest sens? Ce trebuie să facă guvernele pentru ca populația să aibă acces universal și echitabil la îngrijiri de calitate?

Promovarea solidarității și echității atât în finanțare, cât și în distribuția beneficiilor sunt elemente-cheie de succes, dar nu și suficiente. Atenția trebuie îndreptată și înspre grupurile vulnerabile și populațiile sărace, altfel accesul universal și echitabil este compromis.

Criza economică recentă a atins invariabil și sistemele de sănătate, astfel încât direcțiile de dezvoltare stabilite până atunci trebuia să fie adaptate la noile condiții. În multe țări, deficitul de finanțare afecta sau risca să afecteze în primul rând valorile agreeate, cum sunt echitatea sau solidaritatea în accesul la serviciile de sănătate, ceea ce putea duce la o și mai mare îndepărtare de obiectivul suprem, „Acoperire universală pentru sănătate”. S-a trecut gradual înspre ceea ce tot Organizația Mondială a Sănătății a denumit „Noul universalism”.

Vorbim despre abordări integrate mai ales în cazul bolilor cronice, care reprezintă o problemă majoră a sănătății populației, la nivel mondial. În prevenirea și controlul bolilor cronice trebuie implicați toți actorii: autoritățile, societatea civilă, profesioniștii, sectorul privat. Cum se realizează acest lucru în România, în acest moment?

Din această perspectivă, lucrurile în România încă sunt la început. Ministerul Sănătății are un proiect de strategie în domeniul bolilor netransmisibile, prin care să abordeze cele patru aspecte esențiale, precum prevenția, depistarea precoce, tratamentul și paliatia. Este evident că în toate aceste aspecte toți cei care pot influența determinanții stării de sănătate trebuie implicați. Doar dacă ne gândim la îngrijirile la domiciliu sau la prevenție, vedem că implicarea autorităților locale și a societății civile este foarte necesară.

CRIZA ECONOMICĂ RECENTĂ A ATINS INVARIABIL ȘI SISTEMELE DE SĂNĂTATE, ASTFEL ÎNCÂT DIRECȚIILE DE DEZVOLTARE STABILITE PÂNĂ ATUNCI TREBUIA SĂ FIE ADAPTATE LA NOILE CONDIȚII.

În baza acestui concept, sistemul de sănătate se concentrează pe criteriile de eficiență și cost-eficiență, mai puțin pe accesul universal la toate serviciile de sănătate. Practic, „Noul universalism” presupune asigurarea pentru toți a unor servicii de îngrijiri simple și de bază de cea mai înaltă calitate și corespunzând criteriilor amintite. Această abordare presupune o alegere explicită a intervențiilor și o ierarhizare a priorităților, dar respectând principiile etice de aplicare. Este evident că alegerea implică și o raționalizare a serviciilor oferite, dar principiile etice trebuie să împiedice excluderea accesului la aceste servicii al unor indivizi sau grupe de populație. Orientarea spre „Noul universalism” s-a produs și sub influența și presiunea schimbărilor politice și economice ale ultimilor ani. Din punct de vedere ideologic, „Noul universalism” presupune punerea accentului pe responsabilitatea și capacitatea de alegere ale individului, iar din perspectivă politică noua abordare limitează promisiunile și așteptările asupra a ceea ce guvernele pot oferi (World Health Organization, The World Health Report 2000, Health Systems:



Improving Performance, Geneva, 2000). Cu alte cuvinte „Acoperirea universală pentru sănătate” pare mai potrivită actualei dezvoltări a politicilor de sănătate, deși conceptul încă nu a fost definit, agreeat sau clarificat. Procesul de definire se află în plină desfășurare.

Problema medicamentelor a fost, dintotdeauna, extrem de controversată și de dezbătută. Oricare ar fi perspectiva din care privim lucrurile, fără medicamente nu poate fi vorba de tratare sau chiar de prevenție.

Care sunt politicile ce ar trebui promovate de către guverne, în acest sens, din perspectiva OMS?

Accesul la medicamente trebuie privit atât prin prisma accesului general la servicii de sănătate, cât și prin cea a accesului la tehnologii esențiale și de calitate. Sistemele de sănătate trebuie să asigure uzul etic și rațional al acestor tehnologii, printre care se numără și medicamentele. Acestea sunt responsabile de o parte substanțială a cheltuielilor pentru sănătate. Statele din centrul și estul Europei cheltuie pentru medi-

camente mai mult din bugetele alocate sănătății, decât statele occidentale. În plus, din cauza crizei, s-a constatat o reducere a cheltuielilor pentru sănătate, inclusiv pe seama medicamentelor. În această situație, disponibilitatea și accesul la medicamente au devenit o preocupare majoră în aceste țări, unde se caută soluții adaptate tocmai pentru a se evita acele cheltuieli „catastrofice” pentru sănătate. De exemplu, există state membre OMS în Europa unde tratamentul necesar pentru o lună, în cazul hipertensiunii, costă cât salariul pentru 35 de zile lucrătoare. OMS recomandă utilizarea unor instrumente de control al pieței medicamentului și, implicit, al accesului la medicamente, cum sunt utilizarea rațională, ghiduri terapeutice, medicina bazată pe dovezi, sisteme de control al prețurilor și sisteme de compensare a cheltuielilor cu medicamentele, politici de evaluare a tehnologiilor. Toate aceste măsuri utilizate duc

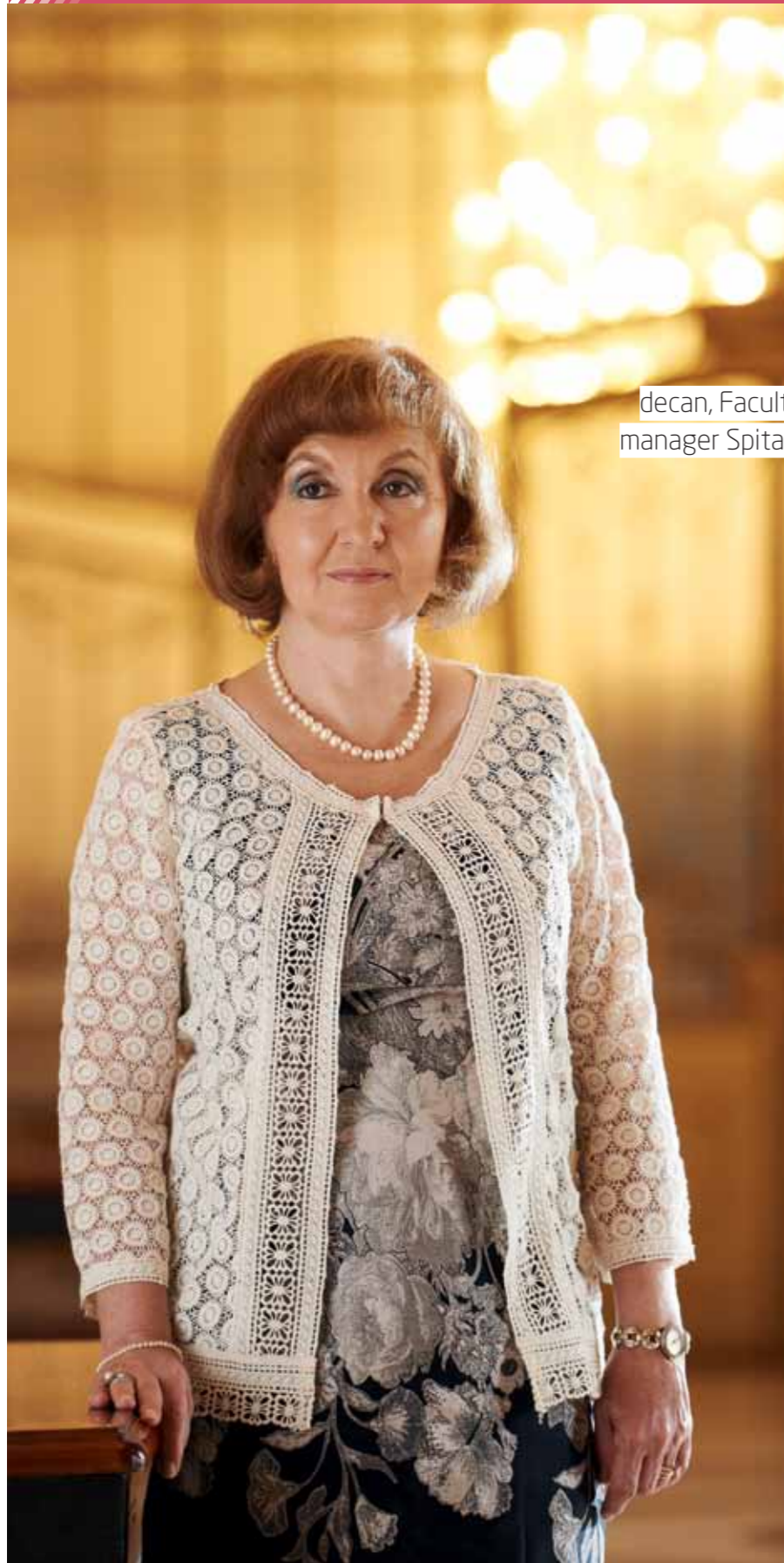
într-un final la decizia de a selecta din piață ceea ce este mai eficient și suportabil financiar, păstrând valorile enunțate în Sănătate 2020, neatinse.

Care sunt obiectivele unei dezvoltări sustenabile privite unitar ca sănătate-economie-mediu?

În primul rând, exact această abordare unitară se constituie ea însăși într-o prioritate. În multe state (chiar și în România), dezvoltarea sistemelor de sănătate se întâmplă într-o manieră relativ izolată de alte sectoare, fără o sinergie între ele sau fără distribuția unor responsabilități, fără luarea în considerație a determinanților generali, dar mai ales sociali, ai sănătății. Multisectorialitatea devine o prioritate, iar deja clasică deviză „Sănătate în toate politicile” este mai mult decât actuală. ● (Maria Vasilescu)

Ca după oricare altă strategie, urmează evaluarea, analiza și definirea unor noi etape. După cum spune și 2020, idealul de sănătate pentru toți nu a fost abandonat și el derivă chiar din definiția sănătății stipulată în constituția OMS.

Mirajul Occidentului planează asupra generațiilor de români



Interviu cu prof. univ. dr.
Doina Anca Pleșca,
decan, Facultatea de Medicină UMF „Carol Davila”
manager Spitalul Clinic de Copii „Dr. Victor Gomoiu”.

Interviu realizat de **dr. Cornelia Scărlătescu**

Care au fost proiectele și programele propuse și implementate de dumneavoastră, personal, la Facultatea de Medicină (FM), de când sunteți mandatată?

Având în vedere libera circulație a profesiei de medic și recunoașterea diplomelor în spațiul european, modernizarea procesului de învățământ reprezintă elementul esențial al preocupărilor mele. Acest proces vizează activități care interesează atât cadrele didactice, cât și studenții. Acest obiectiv presupune: modernizarea programelor analitice, reorganizarea procesului de pregătire practică a studenților prin structurarea și eficientizarea stagiilor practice; modernizarea tehnologiei didactice (promovarea metodelor de predare bazate pe tehnologia informației la toate cadrele didactice; metode interactive de predare-învățare la nivel de cadru didactic – student; realizarea unei baze materiale care să permită transmiterea modernă a informațiilor de la cadrul didactic la student); dezvoltarea sistemului de pregătire și de verificare a

cunoștințelor printr-o evaluare periodică a studenților, care să fie derulată pe parcursul modulelor.

Care sunt obiectivele profesionale pentru următorii trei ani la conducerea acestei instituții?

Aș începe prin a menționa necesitatea continuării activităților de formare, în FM, de specialiști cu pregătire superioară în domeniul ocrotirii sănătății, în cel al învățământului și, nu în ultimul rând, în domeniul cercetării științifice. Pentru îndeplinirea acestor obiective este esențial să atragem cât mai multe cadre didactice tinere, îndeosebi la disciplinele unde există deficit. În vederea îmbunătățirii experienței profesionale a corpului didactic, este necesar să identificăm cât mai multe oportunități pentru cadrele didactice proprii de a preda în străinătate ca profesori-invitați, în universități medicale de prestigiu din lume.

Cum ați descrie candidatul ideal pentru FM? Ce sfaturi ați da celor care se pregătesc să susțină admiterea la FM?

Apreciez că profesia de medic este aparte. Aplecarea responsabilă asupra pacientului aflat în suferință, dorința de a face tot ce-ți stă în putință pentru a-l ajuta, printr-un diagnostic corect, la timp precizat, printr-o abordare terapeutică corectă, printr-o urmărire atentă, sunt doar câteva dintre elementele care caracterizează un medic. Toate acestea se construiesc în timp, cu mare trudă, cu răbdare, înțelepciune, dăruire și, de ce nu, cu mari sacrificii. Orice candidat la FM ar trebui să fie devotat profesiei de medic, să fie mânat de dorința de a ajuta și, nu în ultimul rând, de dragostea față de pacient.

În ce măsură actuala criză financiară a avut un impact asupra resurselor și desfășurării programelor, asupra activității FM?

Criza financiară și-a pus amprenta asupra noastră, a tuturor, încă de la început. FM formează generațiile de medici pentru viitor, așa încât nu putem permite ca, în lipsa banilor, să lansăm generații de medici țarați. Acesta este motivul pentru care nu lăsăm ca echilibrul financiar instabil să se repercuteze asupra pregătirii studenților noștri, chiar dacă uneori nu este deloc ușor.

Există domenii speciale în care urmăriți să dezvoltați curricula universitară, în anii următori? Care considerați

că sunt, la ora actuală, punctele slabe ale învățământului universitar românesc?

Este important ca, în viitorul apropiat, să introducem în curricula facultății noastre mai multe module de pregătire practică în diverse domenii medicale (de la tehnici precum injecțiile, prelevările de probe de sânge și alte produse biologice, până la diverse proceduri chirurgicale). Prin intermediul acestor module vom îmbunătăți abilitățile studenților, pregătindu-i încă din facultate pentru ceea ce vor face mai târziu. În același timp, le vom oferi oportunitatea de a descoperi care dintre specialități se potrivește cel mai bine profilului lor.

Care sunt, în opinia dumneavoastră, disciplinele opționale care ar trebui să fie introduse în programa de învățământ, în următoarea perioadă, ca răspuns la direcțiile comunitare de dezvoltare a sectorului sanitar și la implementarea reformei în sănătate? Ce parteneriate intenționați să vă atrageți pentru îmbunătățirea acestor cursuri? Descoperirile în medicină sunt într-o continuă dinamică și, în paralel cu acestea, apar noi domenii de cercetare și noi specialități. Pe de altă parte, disciplinele opționale

ORICE CANDIDAT LA FM AR TREBUI SĂ FIE DEVOTAT PROFESIEI DE MEDIC, SĂ FIE MÂNAT DE DORINȚA DE A AJUTA ȘI, NU ÎN ULTIMUL RÂND, DE DRAGOSTEA FAȚĂ DE PACIENT.

Trăim într-o perioadă în care se pune accentul pe cuantificarea rezultatelor științifice, la rândul lor legate strâns de granturile și de proiectele de cercetare derulate în Facultate. Această activitate reprezintă una dintre principalele surse de venituri extrabugetare, necesară procurării de tehnologie modernă, participării personalului la diferite simpozioane și manifestări științifice interne și internaționale și, nu în ultimul rând, întregirii veniturilor personale.

Pregătirea în managementul medical începe încă din timpul facultății (anul 5), cu noțiuni de bază de management, economie sanitară, organizare și finanțare a sistemelor de sănătate (inclusiv a celor bazate pe asigurări de sănătate sociale și/sau private), dar ponderea cea mai mare a pregătirii în management este în perioada postuniversitară.

înregistrează și ele un proces continuu de ajustări, cu scopul de a oferi studenților informații cât mai moderne. Dorim să ne adaptăm continuu noului, dar în același timp dorim să eliminăm suprapuneri curriculare sau o supraîncărcare informațională. O atenție deosebită o vom acorda programelor care dezvoltă abilitățile practice, în pregătirea studenților. Dezvoltarea abilităților pedagogice reprezintă un domeniu important în pregătirea studenților și a tinerelor cadre didactice, deopotrivă. Cursuri precum "Inteligența narativă și sănătatea" sau "Aplicații pedagogice și didactice pentru domeniul științelor medicale" sunt doar câteva dintre noutățile viitorului an universitar.

Ce credeți că apreciază studenții cel mai mult la FM? Care sunt atuurile dumneavoastră în raport cu facultățile de medicină din țările occidentale?

Facultatea de Medicină Generală din București reprezintă școala de medicină cu cea mai mare tradiție în țara noastră, având o istorie de peste 150 de ani. Pe băncile acestei școli s-au format savanți de renume, precum Victor Babeș, Thoma Ionescu, Gheorghe Marinescu, Ion Cantacuzino, Nicolae Paulescu, Constantin Parhon sau Gr. T. Popa. Să nu uităm că, tot de aici, s-a ridicat Prof. George Emil Palade, laureat al Premiului Nobel pentru Medicină în 1974. Această tradiție a fost continuată de-a lungul timpului, generând un corp didactic de elită, cercetători renumiți atât în țară, cât și în străinătate și o infrastructură de calitate (atât în facultate, cât și în cele 48 de spitale în care studenții își desfășoară stagiile de pregătire). Toate acestea au contribuit la formarea numeroaselor generații de studenți. În prezent, facultatea are un corp didactic performant, un curriculum modern, o structură educațională modernă, integrată în cerințele spațiului european. La cele menționate se adaugă multiple facilități oferite studenților, începând de la cămine moderne, un restaurant studentesc, o bază sportivă de învidiat și, nu în ultimul rând, biblioteca, o bijuterie de arhitectură românească, unde există peste 50.000 de exemplare de publicații și unde tehnica modernă și-a făcut loc, fiind complet informatizată. Tradiția, pregătirea profesională a cadrelor didactice

și o riguroasă triere în timp a candidaților, iată tripleta pe care ne sprijinim activitatea. Acestea sunt atuurile noastre față de alte facultăți de medicină occidentale.

După absolvirea FM, foarte mulți medici rezidenți sau medici tineri părăsesc România în căutarea unor oportunități financiare adecvate pregătirii și responsabilității lor. Care au fost demersurile întreprinse de facultate pentru reținerea acestor medici, a căror formare a costat semnificativ statul român?

Din păcate, mirajul Occidentului planează asupra generațiilor de români, și în toate domeniile, nu numai în medicină. Ceea ce nu se mediatizează este rata înaltă a dezamăgirilor și a celor care se întorc în țară cu himera occidentală spulberată. Este cunoscută preocuparea reținerii atât în universitate, cât și în clinici a tinerilor medici cu performanțe universitare deosebite. Pe ei ne sprijinim să continuem tradiția de peste 150 de ani a medicinei din București, din România.



Într-o instituție precum FM este important să promovăm un mediu academic real, în care să primeze respectul reciproc, recunoașterea valorilor autentice, cooperarea interumană și profesională, toleranța, schimbul deschis de idei, principiile etice și deontologice universitare.

Sunteți de formație pediatru. Cum vedeți dispariția din stagiul de rezidențiat a unor programe de formare profesională, specialitățile pediatrie aflându-se între cele desființate?

Populația pediatrică reprezintă aproximativ 20% din populația oricărei țări. Menținerea stării de sănătate în parametri optimi, mai ales când vorbim despre copii, trebuie să reprezinte o prioritate de politici de sănătate pentru orice țară, dacă are puterea să gândească în viitor. În acest context, este important să dezvoltăm cât mai multe programe de formare în domeniul pregătirii pediatriilor. A venit momentul când ar trebui să trecem la o diversificare cât mai generoasă a subspecialităților ce derivă din pediatrie. Modalitatea de pregătire în rezidențiatul de pediatrie se impune, în regim de urgență, a fi regândită, astfel încât după cinci sau șase ani de pregătire să formăm pediatri specializați într-un domeniu (pneumologie pediatrică, gastroenterologie pediatrică, nefrologie pediatrică, cardiologie pediatrică, reumatologie pediatrică, endocrinologie pediatrică etc.). În acest fel, vom reuși să îmbunătățim asistența medicală a copilului.

La ora actuală, pregătirea antreprenorială, de management, specializarea în economia medicală sau în medicina de asigurări sunt parte integrantă a pregătirii profesionale în universitățile occidentale. Care sunt intențiile dumneavoastră în adaptarea curriculei de învățământ la noile cerințe în domeniul administrării performante a serviciilor de sănătate?

ESTE IMPORTANT CA, ÎN VIITORUL APROPIAT, SĂ INTRODUCEM ÎN CURRICULUL NOASTRE MAI MULTE MODULE DE PREGĂTIRE PRACTICĂ ÎN DIVERSE DOMENII MEDICALE (DE LA TEHNICI PRECUM INJEȚIILE, PRELEVĂRILE DE PROBE DE SÂNGE ȘI ALTE PRODUSE BIOLOGICE, PÂNĂ LA DIVERSE PROCEDURI CHIRURGICALE).

Pregătirea în managementul medical începe încă din timpul facultății (anul 5), cu noțiuni de bază de management, economie sanitară, organizare și finanțare a sistemelor de sănătate (inclusiv a celor bazate pe asigurări de sănătate sociale și/sau private), dar ponderea cea mai mare a pregătirii în management este în perioada postuniversitară. În acest sens, medicii au mai multe variante de pregătire: - pregătire în specialitatea Sănătate Publică și Management (4 ani), în cadrul căreia fac stagii de pregătire în Universitate (Catedra de Sănătate Publică și Management), dar și în alte instituții cu atribuții în domeniul managementului sanitar (Ministerul Sănătății, case de asigurări, Școala Națională de Sănătate Publică și Management Sanitar etc.); - pregătire în Managementul Serviciilor de Sănătate (cursuri de atestat), organizate de Universitate, pe parcursul unui an. Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila” organizează și cursuri de master pentru asistenți medicali, tot în domeniul managementului sanitar. Curricula universitară și postuniversitară este dezvoltată în cadrul unor programe de colaborare cu universități de profil din Europa, SUA și Canada, este actualizată și adaptată la nevoile de pregătire din România, deși nu există o specializare ca atare în economie sanitară sau asigurări de sănătate. ●

ÎN CE PROPORȚIE STUDENȚII SUNT BENEFICIARII UNOR BURSE, LA FM?

Facultatea de Medicină are 5.287 de studenți înmatriculați la studiile de licență, dintre care 900 sunt studenți străini, veniți din mai multe țări ale lumii. Dintre aceștia, aproximativ 15% primesc burse (burse de merit 7%, burse de studii 78% și burse sociale 15%). Putem afirma că suntem cea mai mare FM din România. În plus, rezultatele obținute de absolvenții noștri, atât la examenul de licență, cât și la concursul de rezidențiat, ne plasează pe primul loc în țară.



Evaluarea tehnologiilor medicale.

Standardele NICE

Experiența pacienților adulți în cadrul serviciilor de sănătate și prevenirea și tratamentul leziunilor cutanate cronice

Dr. Daniela Vâlceanu, MA, PhD, CS III

Evaluarea tehnologiilor medicale este un domeniu multidisciplinar din cadrul analizei politicilor de sănătate, ce examinează aspectele medicale, economice, etice și sociale ale diferitelor intervenții și tehnologii medicale. Evaluarea tehnologiilor medicale sprijină luarea deciziilor în domeniul sanitar, atât a celor manageriale, cât și a celor clinice, reprezentând o legătură între cercetare și luarea deciziilor, cu scopul de a îmbunătăți costul de oportunitate și de a scădea costul crescut al unor decizii greșite.

NICE – INSTITUTUL NAȚIONAL PENTRU EXCELENȚĂ ÎN SĂNĂTATE ȘI ÎNGRIJIRI (NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE) din Marea Britanie a dezvoltat în acest sens un set de standarde de calitate în domeniul îngrijirilor de sănătate, care sintetizează dovezile științifice privitoare la eficacitate și eficiență, siguranță, percepția utilizatorilor, egalitatea de șanse și impactul costurilor. Standardele de calitate NICE au o importanță deosebită în sprijinirea politicilor de sănătate și sociale din Marea Britanie, centrate pe oferirea celor mai bune rezultate posibile pentru persoanele care folosesc aceste servicii, în concordanță cu documentul programatic din 2012 privind Îngrijirile sociale și de sănătate (Health and Social Care Act, 2012).(2)

În Marea Britanie, multe dintre responsabilitățile privind sănătatea publică au trecut la autoritățile locale la începutul anului 2013. NICE va elabora, împreună cu experții de la nivelul autorităților naționale de sănătate publică, un program de standarde de calitate pentru sănătatea publică, printre care: reducerea consumului de tutun în comunitate, prevenirea folosirii abuzive a alcoolului, prevenirea obezității la adulți și la copii.

Standardele de calitate NICE permit:

- Profesioniștilor din domeniul sănătății, sănătății publice și serviciilor sociale să ia decizii informate privitoare la îngrijiri, bazate pe ultimele dovezi științifice și pe cele mai bune practici;

- Persoanelor care primesc servicii de sănătate și sociale, familiilor acestora și personalului de îngrijire să găsească informații despre calitatea serviciilor la care trebuie să se aștepte din partea furnizorilor de servicii de sănătate și sociale;

- Furnizorilor de servicii să poată examina ușor și repede performanța organizației și să evalueze îmbunătățirile necesare serviciilor pe care le furnizează;

- Finanțatorilor să aibă încredere că serviciile pe care le cumpără sunt de o calitate înaltă și sunt eficiente din punct de vedere al costului, punând accentul pe îmbunătățirea continuă a calității.

Standardele de calitate NICE pentru sistemul național de servicii de sănătate (NHS) pun accentul pe tratamentul și prevenirea diferitelor afecțiuni și sunt

reflectate în setul de indicatori de calitate care vor fi folosiți în cadrul sistemului de plată și stimulente al NHS.

În cadrul acestui standard sunt urmărite mai multe componente. Pentru a adapta serviciile de sănătate nevoilor fiecărui pacient, patru itemi trebuie respectați:

- O abordare individualizată a serviciilor – adaptată nevoilor și circumstanțelor, luând în considerare abilitatea acestora de a accesa serviciile, preferințele personale, comorbiditățile, informarea pacientului cu privire la serviciile complementare pe care le necesită și locul acestora, încurajarea lor pentru a accesa serviciile (de oprire a fumatului, de exemplu), informarea privind opțiunile de tratament;

- Părerile și preferințele pacienților – discutarea cu pacientul și încurajarea acestuia pentru a-și exprima părerile și preferințele privind îngrijirile, tratamentul, autoîngrijirea. Acceptarea faptului că pacientul poate avea păreri diferite privind riscurile, beneficiile și consecințele tratamentelor, acceptarea dreptului pacientului de a refuza un tratament după ce ne-am asigurat că pacientul a primit toate informațiile necesare și le-a înțeles. Respectarea și sprijinirea pacientului în efectuarea tratamentului ales sau în decizia de a nu se trata;

- Implicarea familiei și a personalului de îngrijire – clarificarea cu pacientul de la punctul de intrare în sistem a modului în care dorește ca partenerul și familia/îngrijitorii să fie implicați în luarea deciziilor majore privind managementul bolii sale. Dacă pacientul nu dorește implicarea acestora, asigurarea unei informări adecvate cu evitarea punctelor

sensibile și asigurarea confidențialității;

- Feedback și plângeri – încurajarea pacientului pentru a oferi feedback despre îngrijirile de sănătate. Asigurarea accesului pacientului la sistemul de plângeri și reclamații, atunci când este necesar.

Cerințele esențiale ale îngrijirilor de sănătate se referă la:

- Respectarea pacientului – respectul, compasiunea, demnitatea, înțelegerea, onestitatea, curtoazia, respectarea confidențialității, a nu discuta despre pacient în prezența acestuia fără a-l implica în discuție (de exemplu, în prezența studenților);

- Preocupările pacientului – a asculta și a discuta cu pacientul probleme sensibile precum activitatea sexuală, incontinența, pregătirea de moarte, probleme de sănătate mentală precum anxietatea, atacul de panică, depresia etc.;

- Nutriția, managementul durerii și nevoile personale – orice profesionist în sănătate, în contact direct cu pacientul, trebuie să participe la cursuri de educare relevante postului, privind importanța

UN STANDARD CARE SE AFLĂ ÎN CONTINUĂ DEZVOLTARE SE REFERĂ LA EXPERIENȚA PACIENȚILOR ADULȚI ÎN CADRUL SERVICIILOR DE SĂNĂTATE QS 15. ACESTA DEFINEȘTE CARE SUNT CELE MAI BUNE PRACTICI ÎN DOMENIU. SCOPUL PREZENTULUI STANDARD ESTE DE A FURNIZA GUVERNULUI, ÎN SCOPUL CONTRACTĂRII, UN GHID CLAR CU PRIVIRE LA COMPONENTELE UNUI SERVICIU CE OFERĂ O EXPERIENȚĂ BUNĂ PACIENȚILOR.



■ Luarea deciziei împreună – oferirea oportunității de a discuta diagnosticul, de a oferi informații privind beneficiile, riscurile și consecințele opțiunilor de investigare, tratament, clarificarea speranțelor și concepțiilor greșite ale pacientului folosind date numerice, unde este posibil, sau pictograme, verificarea înțelegerii corecte a informației, oferirea unui timp suficient pacientului și familiei pentru a decide;

■ Programe de educare – bazate pe dovezi, cu obiective pedagogice specifice, ce răspund nevoilor pacienților și iau în considerare aspectele culturale, promovează abilitatea pacienților de a se autoîngriji.

Prevenirea și tratamentul leziunilor cutanate cronice – ghidul clinic nr. 29 a fost elaborat de experții de la Royal College of Nursing, Marea Britanie, în 2003 și include cele mai bune practici din domeniu și folosirea tehnologiilor moderne pentru managementul riscului și prevenirea ulcerelor cutanate de presiune, la nivelul asistenței medicale primare și secundare.

Prof. Peter Littlejohn, director clinic, evidențiază faptul că “ulcerele cutanate au un impact negativ major asupra calității vieții pacienților și familiilor acestora. Aceste leziuni apar la 4 – 10% din pacienții internați într-un spital general districtual din Marea Britanie, iar costurile tratamentului acestora ajung la 750 de milioane de lire sterline pe an.”

Scopul ghidului este de a reduce apariția ulcerelor cutanate de presiune prin identificarea precoce a pacienților la risc, furnizarea de intervenții preventive și identificarea practicilor ineficace sau dăunătoare. Ghidul face, de asemenea, recomandări cu privire la tipul de dispozitive pentru micșorarea presiunii (paturi, saltele etc.) care sunt cele mai adecvate situației. ●

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ:

1. Introduction to health technology assessment-Clifford S. Goodman, Ph.D., The Lewin Group, Virginia, USA, 2004 at <http://www.nlm.nih.gov/nichsr/hta101/hta101.pdf>
2. <http://www.nice.org.uk/aboutnice/qualitystandards/qualitystandards.jsp>
3. <http://publications.nice.org.uk/quality-standard-for-patient-experience-in-adult-nhs-services-qs15>
4. http://www.nice.org.uk/niceMedia/pdf/2003_057_pressrelease_prevention_of_pressure_ulcers.pdf
5. NHS, National Institute for Health and Clinical Excellence – Quick reference guide – the Prevention and treatment of pressure ulcers, Royal College of Nursing, 2005 at <http://pathways.nice.org.uk/pathways/pressure-ulcer-management>

unei nutriții și hidratării adecvate, evaluarea și managementul durerii (scale de măsurare, tratament), continența și igiena, confortul personal;

■ Independența pacientului – oferirea și încurajarea pacientului de a rămâne independent;

■ Acordul și discernământul – obținerea și semnarea acordului în cunoștință de cauză, folosirea unor scale de măsurare a capacității mentale în conformitate cu legislația în vigoare.

Încurajarea pacienților pentru a participa la propria îngrijire se realizează prin:

■ O bună comunicare – discutarea problemelor pacientului cu asigurarea intimității, menținerea contactului vizual, poziționarea la același nivel cu pacientul, evitarea jargonului medical, folosirea unor cuvinte pe înțelesul pacientului, folosirea de întrebări deschise pentru a încuraja participarea pacientului la conversație, accesul pacientului la copii ale biletului de ieșire din spital etc.;

■ Informarea – orală și scrisă în format accesibil pacientului cu privire la diagnostic și la opțiunile de tratament, cine va răspunde de îngrijire sa, unde trebuie să se prezinte, cât va trebui să aștepte pentru consultație, investigații și tratamente, cum se poate programa, cum să ia medicamentele sau să folosească echipamentele de autoîngrijire;

Prevenirea ulcerelor de presiune - drumul critic (pathway)

1. Persoană la risc sau având ulcer cutanat

2. Poziționare și re-poziționare

■ Se mobilizează, poziționează, re-poziționează în pat, pe scaun cu rotile, în funcție de acceptabilitatea pacientului și a persoanei care îngrijește. Să nu stea mai mult de două ore într-o poziție. Minimizarea presiunii pe proeminențele osoase. Se notează timpii de poziționare.

3. Autoîngrijirea

■ Mișcări pasive și/sau redistribuirea greutateii în funcție de mobilitatea pacientului.

4. Nutriția

■ Identificarea deficiențelor nutritive, evaluare nutrițională și sfat nutrițional în funcție de preferințele pacientului.

■ Evaluarea stării generale de sănătate, implicarea unui nutriționist.

5. Dispozitive de reducere/ ușurare a presiunii

■ Trebuie alese de personal medical calificat. De avut în

vedere: riscul, severitatea, localizarea și cauza, starea generală și starea pielii, stilul de viață și abilitățile, acceptabilitatea și confortul, nevoile de îngrijire critice, greutatea persoanei, costul și disponibilitatea unei persoane care să re-poziționeze pacientul.

■ Trebuie evaluate toate pozițiile, accesul la dispozitiv trebuie să fie de 24h din 24h.

6. Saltea cu spumă cu specificație înaltă

■ Toate persoanele vulnerabile, inclusiv cele cu gradele 1 - 2 de ulcer de presiune trebuie să primească minimum o saltea cu spumă cu specificație înaltă, iar ulcerul trebuie urmărit;

■ Pentru cei cu gradele 3 - 4 de ulcer, minimum trebuie să includă: o saltea cu presiune alternabilă, un sistem sofisticat de presiune joasă (flotație de

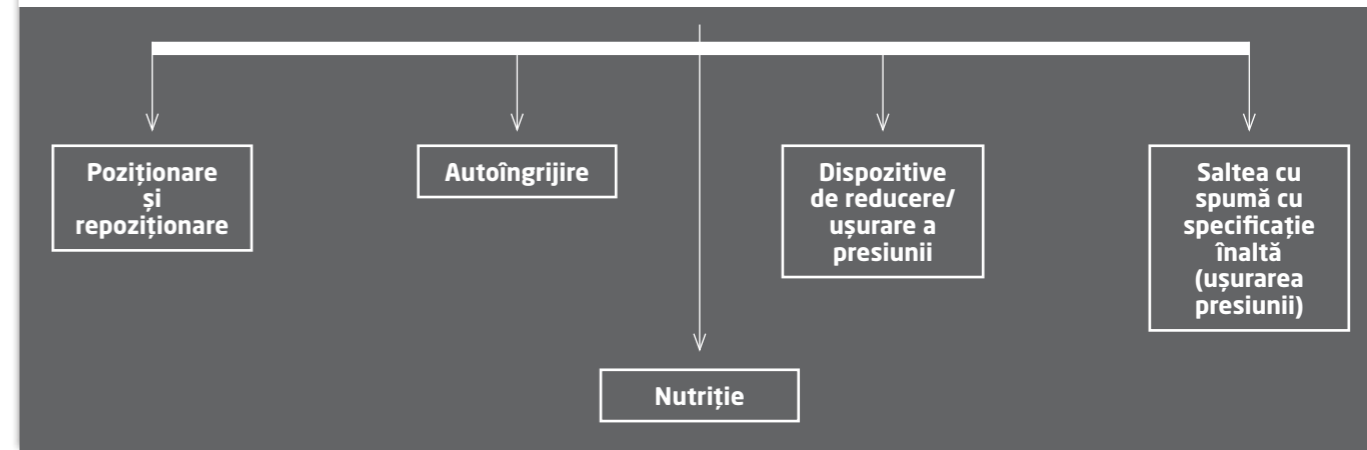
aer, lichid vâscos etc.);

■ Atenție, presiunea nu trebuie să poziționeze pacientul la o înălțime riscantă!



Tratamentul și îngrijirea trebuie întotdeauna să ia în considerare nevoile și preferințele individuale ale pacienților. În acest sens este esențială o bună comunicare, oferirea de informații bazate pe dovezi științifice, care să permită pacienților să ia decizii în cunoștință de cauză cu privire la sănătatea lor. Familia și îngrijitorii trebuie să aibă oportunitatea de a fi implicați în aceste discuții, după caz.

Persoană cu sau având risc de ulcer cutanat



De ce 2013 este cel mai greu an în pharma?



Eduard Cărăuleanu
este Manager-Director al ConSeco
International, companie de
consultanță în domeniul pharma,
cu experiență de peste 15 ani.

De la începutul anului, aud această întrebare pusă în mod direct sau indirect.

Cine o spune: manageri cu state vechi în industria pharma și de aparatură medicală, fie producători, fie distribuitori.

În România, piața pharma a crescut neîncetat din mijlocul zilei de 22 Decembrie 1989, odată cu decolarea elicopterului prezidențial. La început, prin ajutoare venite din Occident sau aduse de simpli cetățeni români din țările mai mult sau mai puțin îndepărtate. Apoi, cu ajutorul reprezentanților pharma care au deschis filiale în România și al firmelor importatoare și distribuitoare de medicamente.

Nu a fost un drum lin, dar direcția a fost clară spre creștere. De la începutul lui 2009 a început însă furtuna. Inițial, primele lovite au fost companiile de originale: din ce în ce mai multe molecule au pierdut protecția, piața fiind acaparată de generice. Noile molecule ale acestora (nu mai puțin de 300) așteaptă din 2008 intrarea pe piață. Consecința acestei situații: concedierile din originale sunt un lucru constant din 2009 până în 2013 inclusiv.

Pe acest culoar, companiile de generice au profitat la maximum din 2009 până în 2012 și s-au dezvoltat intens, făcând angajări masive.

În 2013 însă, și genericele resimt efectul taxei de clawback care, chiar dacă a scăzut de la 30% respectiv 20%, rămâne un element care descurajează creșterea.

Companiile din pharma se află într-un standby prelungit, cele inovatoare își pun speranțe în noua listă ce a fost din nou amânată până la 1 august 2013, iar cele generice, în negocierea taxei de clawback. E posibil acest lucru în 2013? Sincer, cred că șansele sunt minime. E posibil acest lucru în 2014? Teoretic, da, având în vedere că sunt alegeri europarlamentare și prezidențiale. Practic, nu, având în vedere experiența precedentelor alegeri din 2008, 2009 și 2012.

Mai curând, anul 2015 pare un an de reluare a creșterii susținute în economie și, în plan secundar, al pieței pharma în România. Prin urmare, abia în 2015 sperăm ca prognozele de creștere economică ale SUA, evaluate la 2% în 2013, respectiv la 3% în 2014, să se simtă și în economia românească.

Până atunci, managerii din pharma și aparatură medicală își vor putea dovedi calitatea de buni căpitani pe timp de furtună. ●

Așadar, în acest an care probabil că nu întâmplător conține cifra 13, s-au cumulat cel puțin doi factori negativi. Drept urmare, peste 80% din clienții noștri spun că așteaptă pentru 2013 vânzări identice sau ușor crescute (cu până la 10%) față de 2012, dar cu un număr identic sau mai mic de personal.



PERFECTIONARE MEDICALA.RO HD



In 2011

34 %

din punctele EMC si EFC
au fost obtinute on-line.

Pana in 2016 peste

52 %

din puncte vor fi obtinute on-line

**Cursuri medico-farmaceutice
online acreditate EMC si EFC.**

**Transmisiuni LIVE HD de la
conferinte, congrese, evenimente**

www.perfectionaremedicala.ro

Accesul pacientului român la tratamente de calitate este vital



Fără medicamente, niciun pacient nu poate fi tratat. Fără politici sustenabile care să asigure predictibilitate, pacientul nu poate fi sigur că boala lui are o șansă la vindecare. Autoritățile din România, împreună cu cele mai importante companii producătoare de medicamente, încearcă să găsească cele mai bune soluții pentru îngrijiri de calitate și acces echitabil la tratament, în beneficiul pacientului.
INTERVIU cu Gabor Sztaniszlav, director general Amgen România.



buget închis pentru companiile pharma. În acest moment, cheltuielile sunt depășite și este o diferență clară între bugete și cheltuieli. Clawback-ul este o modalitate prin care companiile dau bani înapoi la buget. Bugetul este fix, adică chiar cu introducerea noilor molecule pe lista de compensate, cheltuielile companiei vor crește, însă nu și cele ale statului român. Începând cu luna octombrie, sperăm ca pacienții din România să poată fi tratați cu medicamente eficiente, produse de Amgen.

Ca și ARPIM, sunteți implicați în negocieri cu ministerul, legat de prețuri și de clawback, iar dvs. sunteți parte a acestor negocieri. Cum vedeți aceste schimbări politice și ce așteptări aveți? În luna martie, ARPIM a semnat un protocol cu Ministerul Sănătății care viza patru puncte de importanță strategică pentru piața farmaceutică din România și anume: publicarea și implementarea noii liste de compensate, crearea unui acces continuu al pacienților la medicamentele din România, asigurarea unui sistem clawback cât mai predictibil și transparent și implementarea directivei plăților întârziate, prin reducerea graduală a termenelor de plată de la 300 de zile până la 60 de zile. Negocierile au avansat, noua metodo-

Amgen este membru activ al boardului ARPIM. Cât de important este să fii mereu în prima linie?

Este foarte important pentru că Amgen este o companie inovativă care încurajează industria și îi sprijină pe ceilalți membri ARPIM să realizeze acțiuni în beneficiul pacientului, cum ar fi compensarea medicamentelor inovative. Important este ca în fiecare zi pacientul să poată beneficia de cele mai noi terapii și de cele mai bune medicamente. Din păcate, de șase ani nu s-au mai compensat produse noi în România și mă refer la medicamente care au fost rambursate în alte țări europene. Prin urmare, pacienții români sunt nevoiți să fie tratați fără să beneficieze de cele mai inovative scheme terapeutice.

Care este noua strategie a Amgen România pentru 2013?

Avem opt filiale în Europa Centrală și de Est și, ținând cont de mărimea companiei și de contextul din România, Amgen România este una dintre cele mai importante țări, ca dezvoltare a companiei noastre. După trei ani de creștere, Amgen România a atins o maturitate care se traduce printr-o mai bună orientare către nevoile pacienților și ale medicilor, asigurând un acces mai mare la medicamentele biologice. Începând cu acest an, strategia noastră se îndreaptă spre nevoia pacienților, și anume, noile produse pe care conținem că le vom lansa să reprezinte o nouă etapă prin care Amgen se va apropia și mai mult de pacient și de medic, prin inovație, încredere, respect și responsabilitate.

PACIENȚII ROMÂNI SUNT NEVOIȚI SĂ FIE TRATAȚI FĂRĂ SĂ BENEFICIEZE DE CELE MAI INOVATIVE SCHEME TERAPEUTICE.

Se vorbește foarte mult despre îmbunătățirea calității îngrijirilor și siguranța pacientului, dar și despre accesul pacienților la tratament. Spuneți-mi, vă rog, câteva cuvinte despre produsele Amgen și despre impactul lor asupra sănătății pacienților.

Sunt câteva produse extrem de eficiente care așteaptă rambursarea. Avem trei produse în domeniul oncologiei și al hematologiei. În general, Amgen este interesată să introducă acele medicamente de care este nevoie, care nu există în România, pentru boli hematologice rare, de exemplu. Mai avem două produse destinate oncologiei, însă filozofia Amgen este puțin diferită față de cea a altor companii pentru că noi credem foarte mult, mai ales în domeniul oncologiei, în medicina personalizată. Există diferențe genetice între pacienții oncologici și același medicament scump nu are efect pe aceștia, în aceeași măsură. Amgen investește foarte mult pentru a afla care pacient poate beneficia la maximum

de un medicament și care beneficiază mai puțin. Încercăm să implementăm aceste restricții, putem astfel salva niște bani și de la buget, pentru că nu ar trebui ca statul să finanțeze pacienții cu aceeași boală la fel, în momentul în care ei pot fi tratați diferit. Și în final vorbim despre eficiența tratamentelor. Avem, deci, în vedere acei pacienți care chiar pot beneficia de anumite medicamente. Al 4-lea produs este cel dedicat postmenopauzei, osteoporozei. Sunt deja multe medicamente în domeniu, însă produsele noastre sunt biotehnologice, niciun alt produs asemănător nu mai este înregistrat în România. Acest lucru este important pentru eficiența tratamentului și a complianței. Pacientul nu trebuie să se întoarcă la doctor decât o dată la șase luni și putem exclude problemele legate de faptul că pacientul poate uita să ia pastila. Biotehnologia și medicina personalizată sunt foarte importante. Amgen a fost printre primele companii care au început dezvoltarea biotehnologiei acum 30 de ani – în prezent investim foarte mult nu doar în cercetare, medicină personalizată, dar și în investigarea backgroundului genetic al pacientului – ceea ce poate crește semnificativ eficiența tratamentului.

Cum ar trebui autoritățile să gestioneze lipsa banilor în sistem și să ramburseze medicamentele noi?

În ceea ce privește costurile, nu toată lumea înțelege corect sistemul, pentru că în prezent în România există o modalitate de măsurare a costurilor, aceasta este clawback-ul, adică este un fel de

Rambursarea este cea mai mare provocare în România, în acest moment?

Da, într-adevăr. Este o problemă care trebuie rezolvată pentru că vorbim de pacienți și de dreptul lor de a fi tratați cu cele mai bune produse. Speranța este cu atât mai mare cu cât, în ultima perioadă, negocierile purtate prin intermediul ARPIM cu reprezentanții Ministerului Sănătății ne-au întărit încrederea că după șase ani de așteptare, începând cu toamna acestui an, pacienții din România vor fi tratați la aceleași standarde precum ceilalți pacienți din Uniunea Europeană.

logie referitoare la compensarea medicamentelor s-a publicat în luna iunie, iar acum discuțiile continuă pe celelalte puncte. Speranța noastră, ca de altfel și a Ministerului Sănătății, este să ne găsească cele mai bune soluții pentru atingerea obiectivelor propuse prin protocolul semnat. Asociația producătorilor, prin grupurile sale de lucru, are propuneri care au fost prezentate, dar încă așteptăm finalizarea negocierilor. Ce așteptări avem? Întrebarea are un răspuns relativ simplu: așteptăm ca un număr cât mai mare de pacienți din România să beneficieze de cele mai bune tratamente prin creșterea alocării bugetare pe sănătate, speranța de viață să atingă nivelul european, prevenția să aibă un rol important și, nu în ultimul rând, medicii din România să ocupe locul pe care-l merită în rândul societății românești.

Sunteți de puțin timp în România, însă cum vedeți sistemul de sănătate românesc?

Pot să fac comparație cu sistemul din țara mea. Ce știu este că cheltuielile generale în România sunt mult sub nivelul țărilor europene. Pe de altă parte, din ce văd, acum este afirmată o mare dorință de a face reformă reală în sănătate, se fac pași mari și lucruri bune, însă mai e mult de lucru. Este important să existe un sistem așezat și predictibil atât pentru comunitatea de business, cât și pentru cetățean. În general, subfinanțarea este o problemă. Ea are efect negativ și asupra cetățeanului, și asupra economiei în general. Ceea ce este bine și de apreciat este că România este una dintre țările din regiune a cărei economie crește de la an la an.

Când vorbim despre companiile pharma, ne referim obligatoriu și la etică și transparență. Care este politica Amgen în ceea ce privește conformitatea și etica?

Suntem foarte stricți la acest capitol. Poate una dintre cele mai stricte companii din lume. Este important ca toate filialele Amgen să urmeze aceleași reguli. Avem programe de training permanent, foarte stricte, pentru angajații vechi și pentru noii angajați. Și, în general, credem în acest stil de promovare și cerem angajaților să urmeze strict regulile de etică și conformitate. Pe de altă parte,



Așteptăm ca un număr cât mai mare de pacienți din România să beneficieze de cele mai bune tratamente prin creșterea alocării bugetare pe sănătate

colegii noștri sunt implicați în diferite grupuri de lucru, alături de reprezentanți ai altor companii pharma, care dezvoltă programe de etică în cadrul industriei. Astfel, nu numai în cadrul companiei, ci și în exterior, în toată industria, încercăm să creștem nivelul de conformitate.

În afară de aplecarea înspre pacient, aveți și alte programe de implicare socială în România?

Amgen România este una dintre cele mai active filiale. Anul trecut, de exemplu, Amgen România a primit premiul pentru cea mai activă companie în domeniul CSR, din cadrul CEE. Ce este important pentru noi este să nu ne concentrăm doar pe domeniile unde există pacienți, ci și pe alte domenii cu persoane defavorizate, cum ar fi orfelinatele sau familiile sărace... nu încercăm să ajutăm numai pacienții cu cancer sau unde Amgen are terapii inovative. Ce este important, de asemenea, este implicarea permanentă a companiei, grija pentru cei cu probleme și nu doar o acțiune distinctă și unică. ●

Maria Vasilescu

GABOR SZTANISZLAV

A fost promovat Country Director România, la 1 aprilie 2013. Gabor este cu Amgen în Ungaria din August 2009, ca Business Unit Manager, Oncologie, și apoi ca Comercial Sr. Manager responsabil pentru vânzarea și marketingul produselor Amgen în Ungaria. Înainte de a se alătura Amgen, Gabor a fost Head of Sales și Marketing la Ratiopharm Ungaria, conducând o echipă de aproximativ 70 de oameni ce se ocupau de 14 zone terapeutice. Gabor și-a început cariera în pharma la Organon Ungaria, unde a avansat de la reprezentant de vânzări la manager național de vânzări. Acesta deține un doctorat în farmacie de la Universitatea Medicală Semmelweis și un MBA de la Universitatea din Durham, UK. Performanțele sale în management, dublate de calitățile de leadership demonstrate, precum și de înțelegerea nevoilor companiei au făcut din Gábor Sztaniszláv cea mai bună alegere pentru a implementa noua strategie de dezvoltare a Amgen România, fiind și cel mai tânăr General Manager din regiune.

Portalul național dedicat profesioniștilor și managerilor din domeniul medical

Lunar, peste 10.000 de vizitatori unici accesează site-ul www.medicalmanager.ro pentru a se informa. De asemenea, în fiecare lună, paginile cu informații ale Portalului www.medicalmanager.ro sunt afișate de peste 20.000 de ori. Newsletter-ul informativ www.medicalmanager.ro este primit de peste 4000 de abonați.

Impactul Directivei nr. 24/2011 asupra sistemului sanitar din România



Viorel Rotilă

Prezentul articol constituie un rezumat al ideilor abordate în cadrul studiului cu același nume publicat în luna mai 2013. Studiul abordează **prevederile Directivei nr. 24/2011** din perspectiva impactului anticipat al acesteia asupra sistemului sanitar românesc în ansamblul său. În cadrul articolului, am insistat pe expunerea și pe analiza acelor prevederi ale Directivei care, în opinia noastră, vor avea un impact deosebit de mare asupra modului de funcționare a sistemului sanitar românesc, transpunerea prevederilor Directivei în legislația națională făcând deja parte din măsurile de reformă ale sistemului, anunțate. Cu alte cuvinte, considerăm că o bună parte din măsurile de reformă ale sistemului sanitar anunțate la nivel oficial sunt de fapt rezultatul obligației de transpunere a prevederilor Directivei în legislația națională (ex.: modificarea legislației malpraxisului, tratarea într-o manieră mai complexă a drepturilor pacientului ș.a.) sau anticipări ale efectelor acesteia (definirea pachetului de bază de servicii medicale, modificarea modului de salarizare etc.). Abordarea în această cheie ne-a permis să arătăm variante alternative de reformă împreună cu efectele previzibile ale acestora, indicând de fiecare dată soluțiile pe care le considerăm optime.

DIMENSIUNEA SOCIALĂ A SISTEMULUI SANITAR

UNIUNEA EUROPEANĂ INCLUDE, CEL PUȚIN LA NIVEL DECLARATIV, sistemele de sănătate în cadrul mai larg al sistemelor de protecție socială, acest fapt fiind reafirmat în cadrul Directivei. Această cerință poate fi îndeplinită prin intermediul menținerii sistemului asigurărilor sociale de sănătate (de preferat) sau prin introducerea componentei bazale a sănătății în sistemul social. De asemenea, menținerea infrastructurii sanitare publice face și ea parte din dimensiunea socială necesară, fapt care conduce inevitabil la concluzia menținerii unui număr suficient de unități sanitare publice. Și aceasta chiar

dacă, forțând întrucâtva interpretarea textelor legale, am putea spune că dimensiunea socială a sistemului sanitar face parte din aquis-ul comunitar. În acest context, nivelul dimensiunii sociale a sistemului de sănătate din România ar trebui să fie unul comparabil cu ceea ce se întâmplă în majoritatea statelor membre U.E. Motivul îl reprezintă atât posibilitatea unei integrări armonioase din perspectiva Directivei, cât și necesitatea includerii țării noastre în viziunea socială a Uniunii.

Faptul că Directiva se referă simultan la sistemele naționale de sănătate și la condițiile ce trebuie îndeplinite pentru libera circulație a pacienților/serviciilor medicale creează un anumit set de obligații pentru sistemele naționale de sănătate, pe care și România este invitată să le respecte prin introducerea unor prevederi legale specifice. Altfel spus, conformitatea cu prevederile Directivei include crearea unui cadru juridic aplicabil serviciilor medicale acordate în sistemul public/de asigurări sociale de sănătate din România, în opinia noastră el trebuind să se situeze în primele obiective ale reformei sistemului sanitar. Putem considera că Directiva prezumă că atât absența criteriilor de acces la serviciile medicale publice/sociale naționale cât și nerespectarea acestor criterii, în măsura în care există, constituie o îngrijorare a libertății de acordare a serviciilor medicale/de circulație a pacienților. Altfel spus, conformitatea cu prevederile Directivei presupune câteva modificări structurale esențiale pentru sistemul sanitar românesc.

PRINCIPALELE CATEGORII DE EFECTE ALE DIRECTIVEI

DIN PUNCTUL DE VEDERE AL LIBEREI CIRCULAȚII A PACIENȚILOR, esențial este faptul că Directiva ia drept o achiziție

FAPTUL CĂ DIRECTIVA SE REFERĂ SIMULTAN LA SISTEMELE NAȚIONALE DE SĂNĂTATE ȘI LA CONDIȚIILE CE TREBUIE ÎNDEPLINITE PENTRU LIBERA CIRCULAȚIE A PACIENȚILOR/SERVICIILOR MEDICALE CREEAZĂ UN ANUMIT SET DE OBLIGAȚII PENTRU SISTEMELE NAȚIONALE DE SĂNĂTATE, PE CARE ȘI ROMÂNIA ESTE INVITATĂ SĂ LE RESPECTE PRIN INTRODUCEREA UNOR PREVEDERI LEGALE SPECIFICE.

indiscutabilă dreptul/libertatea unui cetățean dintr-un stat membru de afiliere de a se trata într-un alt stat membru, în discuție fiind în principal dreptul la rambursarea costurilor serviciilor medicale în contextul în care un pacient își exercită această libertate.

În principiu, în contextul cadrului juridic creat de Directiva nr. 24/2011, statul român trebuie să acționeze, în cadrul procesului de transpunere a prevederilor directivei în legislația națională, în două domenii diferite:

- Stabilirea condițiilor de acces pentru cetățenii din alte state membre la serviciile medicale acordate pe teritoriul său;
- Stabilirea condițiilor în care admite rambursarea costurilor medicale pentru serviciile medicale de care beneficiază cetățenii români în alte state, prin intermediul instituției autorizatei prealabile.

Deoarece considerăm că prima dimensiune nu ridică probleme deosebite, ne-am concentrat atenția asupra celei de-a doua, reținând aici faptul că Directiva 24/2011 pune o presiune deosebită pe statul român în special în următoarele direcții:

- Decontarea serviciilor medicale pentru românii care se tratează în străinătate;
- Crearea procedurilor specifice autorizării prealabile;
- Asigurarea unui standard de calitate pentru serviciile medicale;
- Crearea sistemului de informare a pacienților;
- Existența unui sistem funcțional de asigurări de malpraxis;
- Asigurarea coerenței dintre măsurile de reformă și principiile de funcționare ale unui sistem de sănătate, enunțate în Directivă.

Pentru a avea o imagine exactă a condițiilor pe care Directiva le aduce cu sine pentru statele membre, odată cu intrarea în vigoare, considerăm necesar să reținem faptul că ea tinde să introducă în aquis-ul comunitar cel puțin următoarele aspecte:

- Libera circulație a serviciilor medicale și, în consecință, a pacienților;
- Standardele minime de calitate ale serviciilor medicale;
- Nivelul de protecție a pacienților împotriva daunelor;
- Nivelul de informare a pacienților anterior accesării serviciilor medicale și după acestea.

Chiar dacă actul normativ în discuție indică și câteva cazuri în care un stat membru poate restricționa accesul la serviciile medicale pentru cetățenii dintr-un alt stat membru, acestea nu sunt de natură să creeze imaginea unei restricții esențiale a libertății de circulație a pacienților, din această direcție.

Având în vedere cele câteva demersuri oficiale de până acum, observăm tendința de a considera că toate serviciile medicale de care ar putea beneficia cetățenii români în străinătate sunt supuse autorizării prealabile.



Într-o expunere sintetică, atât în ceea ce privește accesul la asistența medicală pe teritoriul propriu, cât și la cea transfrontalieră (deci privind beneficierea de asistență medicală și rambursarea costurilor asistenței medicale), statele membre pot menține:

- condiții generale;
 - criterii de eligibilitate;
 - formalități de reglementare și administrative;
 - cerința de a consulta un medic generalist înainte de a consulta un specialist sau înainte de a beneficia de asistența spitalicească.
- Aceste condiții pot fi introduse/menținute însă în măsura în care:
- sunt necesare;
 - sunt proporționale cu obiectivul urmărit;
 - nu au un caracter discreționar sau discriminatoriu.
- Totodată, aceste condiții generale, criterii și formalități trebuie să îndeplinească următoarele condiții:
- să fie aplicate:
 - în mod obiectiv;
 - în mod transparent;
 - în mod nediscriminatoriu;
 - să fie cunoscute în prealabil;
 - să se bazeze în primul rând pe circumstanțele medicale;

- să nu impună sarcini suplimentare pacienților care doresc să beneficieze de asistență medicală într-un alt stat membru, în comparație cu pacienții tratați în statul membru de afiliere al acestora;
- informațiile cu privire la aceste condiții trebuie puse anticipat la dispoziția publicului.

Mecanismul birocratic esențial prin intermediul căruia statul român poate încerca un grad ridicat de control în ceea ce privește circulația/migrația pacienților proprii, din dorința de a apăra bugetul asigurărilor sociale de sănătate și interesele unităților sanitare din țară, îl constituie autorizarea prealabilă.

Având în vedere cele câteva demersuri oficiale de până acum, observăm tendința de a considera că toate serviciile medicale de care ar putea beneficia cetățenii români în străinătate sunt supuse autorizării prealabile.

Despre limitele autorizării prealabile, stabilirea costurilor pentru serviciile medicale și beneficiile pe care statul român le poate avea în urma implementării Directivei nr. 24/2011, vom discuta în numărul din septembrie.

ARCE 2013



Al VII-lea Congres Național al Asociației Române pentru Chirurgie Endoscopică

Al V-lea Simpozion Național de Chirurgie Bariatrică și Metabolică

Cursuri pre-Congres

"Setting up Standards in Minimally Invasive Surgery.

Better Results for our Patients"

Management Congres:



Ralcom Exhibitions srl
Str. Răspântiilor 20A, D20548 București - 2, România
Tel.: +40 21 210 58 14, 212 27 02, 210 65 40;
Fax.: +40 21 212 27 02

21-23 noiembrie 2013

World Trade Center, București

www.arcecongres.ro

BUCHAREST 2013



IASGO 2013

23rd World Congress of the International Association of Surgeons, Gastroenterologists and Oncologists



**The Palace of the Parliament
Bucharest, Romania**

18 - 21 September 2013

www.iasgo2013romania.org

Pre-Congress Courses, 18 September 2013

- Robotic Surgery • Course Director: Prof. Irinel Popescu, MD, PhD, FACS, FEBS
- UptoDate in GI Therapeutic Endoscopy in 2013
Course Director: Prof. Cristian Gheorghe, MD, PhD
- Bariatric and Metabolic Surgery
Course Director: Assoc. Prof. Cătălin Copăescu, MD, PhD

Congress Management

RALCOM

Ralcom Exhibitions srl
20A Răspântiilor Str., 2nd District, 020548 Bucharest
www.ralcom.ro
Phone: +40 21 210 65 40, 210 58 14;
Fax: +40 21 212 27 02
registration@iasgo2013romania.org
abstract@iasgo2013romania.org



Advocacy-ul, una dintre principalele "arme" ale societății civile

Mihaela Geoană este președinta Fundației „Renașterea” pentru Educație, Sănătate și Cultură. Fundația a fost înființată în anul 2001, aducând pentru prima dată în atenția publicului din România o problemă cu implicații majore în viața femeilor: cancerul de sân. De la înființare, Fundația „Renașterea” a derulat o permanentă activitate de informare a femeilor asupra importanței efectuării unor controale medicale periodice pentru depistarea la timp și tratarea cu succes a maladiei. În urma rezultatelor deosebite obținute în activitatea desfășurată și întrunind condițiile cerute de legislația în vigoare, la data de 5 februarie 2008, prin hotărâre de guvern, Fundației „Renașterea” i s-a recunoscut statutul de utilitate publică.

Interviu cu **Mihaela Geoană**

SUNT DE PĂRERE CĂ DACĂ EȘTI DETERMINAT, ÎNTR-O ANUMITĂ CAUZĂ, NU SE POATE SĂ NU REUȘEȘTI.

Care sunt prioritățile Fundației „Renașterea”, în domeniul sănătății?
Încă de la înființarea Fundației „Renașterea”, în anul 2001, prioritatea noastră a fost aceea de a schimba mentalități, de a informa corect femeile din România în legătură cu importanța prevenției și a diagnosticării precoce a cancerului. Acesta a fost principalul program pe care l-am derulat timp de trei ani, după care am considerat că trebuie să oferim femeilor posibilitatea de a

face investigațiile medicale care pot semnaliza o eventuală afecțiune în stadiu incipient. Astfel, am inaugurat, pe rând, patru centre medicale: două în București și două Unități Medicale Mobile. Și, pentru că în România este nevoie de un program național coerent care să vizeze cancerul, ne-am manifestat disponibilitatea către autoritățile statului de a ne alătura și de a oferi experiența noastră acumulată în 13 ani de activitate, în derularea de campanii de comunicare și oferirea de servicii medicale de calitate româncelor.

Cineva spunea că advocacy-ul e precum un avion în zbor: dacă i se opresc motoarele, se prăbușește. În contextul crizei economice, în care „combustibilul” este limitat, ce șanse considerați că ar avea advocacy-ul în sănătate, în România?

Eu sunt de părere că dacă ești determinat, într-o anumită cauză, nu se poate să nu reușești. Este cert că nu beneficiem de condiții optime din punct de vedere economic, iar traseul de urmat este unul sinuos. Însă advocacy-ul reprezintă și în România una dintre principalele „arme” pe care noi, societatea civilă, le avem la îndemână și cu care trebuie să luptăm pentru un scop atât de important – Sănătatea.

Ați început activitatea Fundației cu proiecte în care comunicarea era componenta principală, apoi v-ați extins acțiunile către diagnosticare și tratament. Ce urmează acum?

Activitatea Fundației „Renașterea” înseamnă astăzi programe extinse pentru sănătatea femeii: campanii de comunicare la nivel național, servicii medicale oferite la cele mai înalte standarde, atât pentru persoanele care locuiesc în București, cât și pentru femeile din zonele rurale (datorită Unităților Medicale Mobile ce oferă mamografii și teste Babeș Papanicolau gratuite). În ultimii ani ne-am concentrat pe advocacy, reușind, printr-un efort susținut, să avem inclus în normele Ministerului Sănătății primul Program național de screening pentru cancerul de col uterin. Acum ne dorim foarte mult ca acest program să devină operațional, fiind dispuși oricând să ne implicăm atât la nivel de campanie de informare, cât și prin centrele noastre medicale, în recoltarea testelor Babeș Papanicolau. De asemenea, vom continua activitățile de advocacy deoarece suntem convinși și de necesitatea implementării unui program național de screening pentru cancerul de sân. Așadar, vom fi destul de ocupați și în perioada următoare!

Asociațiile de pacienți ar trebui să fie mai implicate în actul decizional și ar trebui să pună mai multă presiune pentru ca acesta să fie unul clar și transparent. Credeți că această modalitate de acțiune ar putea reprezenta șansa includerii în bugetul Sănătății a unor sume destinate campaniilor de advocacy?

Sigur că tot ceea ce afirmăm dvs. este dezirabil. Însă trebuie să fim realiști și să înțelegem că bugetul destinat Sănătății este insuficient pentru a acoperi două domenii foarte importante: prevenția și screeningul. Problema medicamentelor pentru cei diagnosticați cu afecțiuni cronice sau oncologice reprezintă o altă chestiune delicată. Așadar, este o utopie să ne imaginăm că, într-un viitor apropiat, bugetul Ministerului Sănătății va putea susține financiar și campaniile de advocacy. ● (Cristina Crințea)

Căror provocări trebuie să facă față organizația Dvs.?

Categoric, cea mai importantă provocare pentru noi din ultimii doi ani este cea legată de partea financiară. Atragerea de fonduri, în contextul crizei economice și în condițiile în care Fundația „Renașterea” (având statut de utilitate publică din 2008) nu a primit niciodată finanțare de la statul român, necesită un efort susținut din partea echipei noastre.

Ce credeți că ar putea încuraja și sprijini implicarea comunității în activități de advocacy dedicate Sănătății?

Cred că trebuie să învățăm, cu toții, că trebuie să fim proactivi. Să conștientizăm că nu trebuie să așteptăm o tragedie pentru a reacționa, ci să încercăm să prevenim apariția afecțiunilor sau diagnosticarea lor într-un stadiu incipient, pentru a ne păstra sănătatea. Iar acest lucru nu se poate face decât într-un context național, prin campanii de informare și programe de screening coerente, în care autoritățile statului, societatea civilă și medicii pot contribui la crearea unui sistem sanitar comparabil cu cele europene.

„Sănătatea pentru toți” este un obiectiv social important pentru toate guvernele și piatra de temelie a unei dezvoltări durabile



DR. CRISTINA CRINȚEA

Organizația Mondială a Sănătății (OMS) a subliniat încă din 1986 că sănătatea este mult prea importantă pentru a fi lăsată numai practicienilor din domeniul sanitar; educația și elaborarea de politici trebuie să fie centrale pentru dezvoltarea sănătății la nivel individual, comunitar și național.

EXPERIENȚA SPECIALIȘTILOR DIN DOMENIU, începând cu anul 1974, a permis identificarea a cinci principii care stau la baza promovării sănătății:

- Promovarea sănătății implică activ populația pentru stabilirea unui program de fiecare zi, care favorizează sănătatea, în loc de a se orienta preponderent și exclusiv asupra indivizilor la risc, care au legături cu serviciile medicale;
- Promovarea sănătății este orientată asupra cauzelor care produc îmbolnăviri;
- Promovarea sănătății folosește diferite abordări care contribuie la îmbunătățirea stării de sănătate;
- Promovarea sănătății depinde în mod special de participarea populației;
- Asistența primară de sănătate are un rol important în facilitarea acțiunilor de promovare a sănătății.

La Conferința de promovare a sănătății care a avut loc la Ottawa în anul 1986, principiile enunțate anterior au fost dezvoltate, elaborându-se “Charta

de la Ottawa de promovare a sănătății”:

- Elaborarea unor politici publice care favorizează sănătatea;
- Crearea unor medii favorabile;
- Întărirea acțiunii comunitare;
- Dezvoltarea (îmbunătățirea) abilităților individuale;
- Reorientarea serviciilor medicale.

În cadrul celei de-a 4-a Conferințe Internaționale de Promovare a Sănătății de la Jakarta, s-au identificat prioritățile în acest domeniu pentru secolul XXI (OMS, 1997):

- Promovarea responsabilității sociale pentru sănătate;
- Creșterea investițiilor pentru îmbunătățirea stării de sănătate;
- Consolidarea și extinderea parteneriatelor pentru sănătate;
- Creșterea capacității comunitare și împuternicirea individului;
- Asigurarea unei infrastructuri de promovare a sănătății.

Participanții la cea de-a 8-a Conferință Globală privind Sănătatea Publică au semnat Declarația de la Helsinki privind sănătatea în toate politicile. În cadrul acesteia, s-a făcut un apel la guvernele statelor membre să își îndeplinească obligațiile pentru sănătatea și bunăstarea cetățenilor lor, prin luarea următoarelor măsuri:

- Stabilirea sănătății și a echității în sănătate ca priorități politice, prin adoptarea principiilor de sănătate în toate politicile și luarea de măsuri cu privire la determinanții

sociali ai sănătății;

- Asigurarea unor structuri eficiente, a unor procese și resurse care permit implementarea sănătății în toate politicile abordate de guverne, la toate nivelurile și între guverne;
- Consolidarea capacității Ministerului Sănătății de angajare a altor sectoare ale guvernului prin leadership, dezvoltare de parteneriate, prin advocacy și mediere, pentru a obține rezultate mai bune în sănătate;
- Întărirea capacității instituționale și a competențelor care să permită

punerea în aplicare a sănătății în toate politicile și să ofere dovezi cu privire la factorii determinanți ai sănătății, ai inechităților și ai soluțiilor eficiente;

- Adoptarea unui audit transparent și a unor mecanisme de răspundere care privesc sănătatea și impactul echității în sănătate care să construiască încrederea în cadrul guvernului, precum și între guverne și oamenii lor;
- Stabilirea măsurilor privind conflictele de interese care includ metode eficiente de protecție a politicilor de posibilele distorsiuni apărute din cauza influențelor comerciale, precum și a intereselor legitime;
- Includerea comunității, a societății civile în elaborarea, implementarea și monitorizarea sănătății în toate politicile, precum și a educației pentru sănătate în rândul populației. ●



PARTICIPANȚII LA CEA DE-A 8-A CONFERINȚĂ GLOBALĂ PRIVIND SĂNĂTATEA PUBLICĂ AU SEMNAT DECLARAȚIA DE LA HELSINKI PRIVIND SĂNĂTATEA ÎN TOATE POLITICILE. ÎN CADRUL ACESTEIA, S-A FĂCUT UN APPEL LA GUVERNELE STATELOR MEMBRE SĂ ÎȘI ÎNDEPLINEASCĂ OBLIGAȚIILE PENTRU SĂNĂTATEA ȘI BUNĂSTAREA CETĂȚENILOR LOR.

Mediatorul sanitar între comunitate și autoritățile locale

Doamna L.L., o femeie de etnie romă, însărcinată în luna a doua, s-a deplasat în repetate rânduri la secția de obstetrică-ginecologie, pentru a beneficia de consult de specialitate, având în vedere faptul că se simțea rău. La prima vizită la spital, aceasta a fost consultată de către medic după lungi insistențe. Într-o altă vizită, victimei i s-a făcut o injecție fără a fi așezată, în prealabil, în timp ce se afla lângă un calorifer. Ulterior, victima va afla că are o sarcină intrauterină, iar aceasta este oprită din evoluție. Avea să revină la același medic, în același spital, unde, după consultație, medicul avea să afirme către personalul medical: „Să nu mai primiți țigani! Să le bateți cu mătura de când le vedeți pe scări!”.

George Radulescu,
doctor în sociologie



SASTIPEN

ACELAȘI SPITAL, ACELAȘI MEDIC, O POVESTE SIMILARĂ, ALȚI PROTAGONIȘTI... Dna L.L., însărcinată în patru luni și jumătate și simțindu-se rău, s-a deplasat împreună cu soțul la spital. Inițial, medicul a refuzat internarea. În cele din urmă, aceasta a fost internată, dar victima nu a fost consultată în toată această perioadă. Au continuat insultele, jignirile și chiar amenințările.

Concluzia acestor demersuri a fost aceea că o abordare punctiformă a problematicii sănătății romilor nu este o abordare corectă, fiind necesară o abordare integrată atunci când vorbim despre acest domeniu de intervenție.

Următoarea acțiune a organizației Sastipen, și poate cea care a constituit cea mai mare provocare în activitatea noastră, a constituit-o dezvoltarea primului Centru de Asistență Medico-Socială în cartierul Ferentari. Prin intermediul acestui

proiect, inițiat în luna martie 2009, am avut posibilitatea să punem în practică și să dezvoltăm conceptul de abordare integrată a problematicii sănătății populației și conceptul de mobilizare comunitară. Beneficiarii centrului erau diverși, de la bătrâni cu o stare de sănătate precară până la consumatori de droguri injectabile și persoane care practicau sexul comercial.

La momentul actual, una dintre direcțiile către care ne îndreptăm atenția și eforturile este programul de mediere sanitară, una dintre practicile pozitive, ca program de sănătate publică, implementat în comunitățile cu romi.

Activitatea de mediere sanitară are ca obiectiv principal îmbunătățirea stării de

sănătate a populației prin facilitarea accesului populației defavorizate la servicii de sănătate și sociale, iar obiectivele specifice ale activității de mediere sanitară sunt, după cum urmează:

- cultivarea încrederii reciproce între autoritățile publice locale și comunitate;
- facilitarea comunicării dintre membrii comunității și personalul medico-sanitar;
- promovarea noțiunilor de bază privind prevenția bolilor, sănătatea reproducerii, igiena personală și a locuinței.

Mediatorul sanitar își desfășoară activitatea individual, dar cu contribuție profesională în cadrul echipei multidisciplinare, atât în cadrul instituțiilor publice, cât și în al celor private, respectiv primării, direcții de sănătate publică și organizații neguvernamentale acreditate ca furnizori de servicii sociale.

În perioada 2006–2008, finanțarea activității de mediere sanitară se făcea anual, pe baza hotărârilor de guvern privind programele naționale de sănătate (Programul național de asistență comunitară și acțiuni pentru sănătate). Un punct de cotitură în activitatea de mediere sanitară a fost emiterea Ordonanței de urgență nr. 162 din 12 noiembrie 2008 privind transferul ansamblului de atribuții și competențe exercitate de Ministerul Sănătății Publice către autoritățile administrației publice locale în ceea ce privește asistența medicală comunitară. Conform prevederilor acestui act normativ, activitatea de me-

LA MOMENTUL ACTUAL, SUNT ANGAJATE APROXIMATIV 200 DE MEDIATOARE SANITARE.

diere sanitară se descentralizează către autoritățile administrației publice locale, respectiv primării. În acest context, s-a produs modificarea încadrării mediatorului sanitar în ceea ce privește schimbarea angajatorului mediatorului sanitar de la spitalele aflate în subordinea direcțiilor de sănătate publică către primării.

În România, au activat 688 de mediatore sanitare în 2008, dar odată cu descentralizarea activității de mediere sanitară, numărul acestora a scăzut de la an la an, ajungându-se ca în 2012 să fie incluse în buget 412 posturi pentru mediatore sanitară. La momentul actual, sunt angajate aproximativ 200 de mediatore sanitare.

Organizația Sastipen și partenerul său, Institutul Național de Sănătate Publică, au dezvoltat o Unitate de asistență tehnică, monitorizare și evaluare a programului de mediere sanitară, cu scopul de a identifica soluții și de a interveni pentru asigurarea dezvoltării și sustenabilității programului de mediere sanitară. ●

Pe final, pentru a ilustra beneficiile programului din punct de vedere cost/eficiență, vom apela la un exercițiu de logică. Costul estimativ pe lună alocat unui mediator sanitar este de aproximativ 700 de lei, sumă care include: formare, monitorizare, evaluare și salarizare. Un mediator sanitar lucrează, conform Ordinului 619/2002, cu un grup-țintă de

minimum 500 de persoane de etnie romă. Rezultă, așadar, că pentru un beneficiar al muncii mediatorului sanitar, costul lunar alocat este de aproximativ 1,4 lei. Prin munca pe care o desfășoară în comunitățile cu romi -educație pentru prevenirea îmbolnăvirilor, înscriere pe listele medicilor de familie etc., un mediator sanitar salvează la bugetul de

stat sume considerabile. Dacă ne gândim numai la faptul că pentru tratamentul medicamentos acordat unui bolnav TBC costul este de minimum 450 de lei pentru fiecare lună, iar prin munca de depistare activă a bolnavilor TBC, pentru un caz identificat se poate preveni infectarea pentru aproximativ alte 10 persoane din comunitate...

CÂTEVA DINTRE REZULTATELE ȘI CONCLUZIILE RAPORTULUI ANUAL DE MONITORIZARE ȘI EVALUARE A PROGRAMULUI DE MEDIERE SANITARĂ, PENTRU ANUL 2012. CONFORM RAPOARTELOR PRIMITE DE CĂTRE ECHIPA NOASTRĂ, MEDIATORUL SANITAR DESFĂȘOARĂ, PE PARCURSUL UNEI LUNI, URMĂTOARELE ACTIVITĂȚI:

- Identifică persoane neasigurate medical: în medie, 39 de persoane/lunar
- Sprijină în vederea obținerii calității de asigurat: în medie, 10 de persoane/lunar
- Sprijină în vederea obținerii calității de asigurat pentru femei în vârstă de 15-49 de ani: în medie, 8-9 persoane/lunar
- Identifică persoane cu probleme de sănătate (semnalate medicului de familie): în medie, 8 persoane/lunar
- Identifică persoane cu probleme sociale: în medie, 19 persoane/lunar
- Identifică gravide: în medie, 5 persoane/

- lunar
- Efectuează vizite la gravide: în medie, la 7 gravide/lunar
- Efectuează vizite la lăuze: în medie, la 5 lăuze/lunar
- Efectuează vizite la copii (0-15 ani): în medie, la 28 de copii/lunar
- Efectuează vizite la persoane cu boli cronice: în medie, la 5 persoane cu boli cronice/lunar
- Identifică toate cazurile de discriminare/încălcare drepturi - cazuri aduse la cunoștința mediatorului sanitar: au fost raportate 2 cazuri care au fost aduse la cunoștință
- Consiliază persoane pentru rezolvarea problemelor de sănătate: în medie, 15 persoane/lunar
- Participă la activități de educație pentru sănătate: în medie, 79 de persoane/lunar
- Realizează activități de catagrafiere a populației: în medie, 11 persoane/lunar
- Însușește asistent social pentru anchetă socială: în medie 46 de persoane/lunar
- Însușește asistent medical comunitar pentru activități de prevenție: în medie, 22 de persoane/lunar.

Prin monitorizarea și instrumentarea acestor cazuri de îngrădire a accesului femeilor romă la serviciile de obstetrică-ginecologie, Centrul Romilor pentru Politici de Sănătate – Sastipen a demonstrat opiniei publice că există discriminare în sistemul sanitar românesc și că este nevoie de programe care să conducă la combaterea discriminării romilor în unitățile spitalicești din România. În rezolvarea acestor cazuri, organizația noastră a adus în atenție subiecte precum gradul de acces al romilor la serviciile de sănătate publică oferite de diferiți furnizori de servicii de sănătate, în același timp sensibilizând instituțiile abilitate în emiterea unor puncte de vedere oficiale avizate și începerea unei anchete administrative.

Imagistica în România și Republica Moldova - tehnologii pentru viitor

Investiția în tehnologii de imagistică este cost-eficientă, iar pacienții vindecați cu mijloace de diagnostic avansate revin în economie și societate. Cu specialiști puțini, de cele mai multe ori instruiți de către companii, România și Republica Moldova beneficiază totuși de cele mai avansate tehnologii în domeniu, recunoscute și folosite la nivel internațional. Interviu cu CRISTIAN TOADER, Country Manager România și Rep. Moldova al GE Healthcare

General Electric este una dintre cele mai importante companii la nivel mondial care investește în business și în tehnologii inovative. Accentul pe care compania îl pune pe cercetare și dezvoltare influențează și dezvoltarea diviziei de sănătate. Cât beneficiază România de inovația GE, în domeniul sănătății, domeniu de care sunteți responsabil?

Cheltuielile GE în cercetare-dezvoltare sunt de mai mult de un miliard de dolari pe an. Un număr de 2.800 de cercetători, repartizați în patru centre multidisciplinare din SUA, Germania, India și China, contribuie la poziția noastră de lider în inovație tehnologică. În ceea ce privește România, în primul rând suntem mândri că proiecte de cercetare finanțate din fonduri europene, exemplu fiind centrul de cercetare Imogen Cluj pentru studii interdisciplinare, au ales echipamente GE, cum este cel de rezonanță magnetică nucleară 3 Tesla. De asemenea, este de menționat instalarea în cursul anului trecut a mai multor Tomografe de 64-128 în spitale de referință, ca Institutul Clinic Fundeni și Spitalul Universitar de Urgență. În ceea ce



privește ultrasonografia și, în special, ultrasonografia fetală, ne bucurăm de preferințele unei mari părți a medicilor obstetricieni. În final, centre de sănătate private care au ales echipamente GE, spre exemplu Euromedic, Oncocard și Spitalul Monza, demonstrează și în România calitatea echipamentelor General Electric. Cât, exact, beneficiază România de inovațiile GE este dificil de cuantificat. Economia sănătății poate calcula beneficiul statului la revenirea în viața productivă a pacienților vindecați și cu ajutorul metodelor de diagnostic avansate, dar niciun model, oricât ar fi de sofisticat, nu poate evalua valoarea unei vieți salvate.

Experiența dvs. este remarcabilă în cadrul GE, având ani buni petrecuți în dezvoltarea companiei în Franța. În prezent conduceți și dezvoltați businessul în România și Republica Moldova. Aveți o cultură organizațională și de business occidentală - care este diferența între sistemul cu care ați fost obișnuiți și mediul de business din România și R. Moldova? Sunt cu General Electric de opt ani, din care șapte ani i-am petrecut la sediul GE Healthcare pentru Europa, Orientul Mijlociu, Africa și Rusia (EMEA). Am lucrat pentru General Electric în Finanțe BD și Product Management, acoperind în fiecare dintre aceste funcții întreaga geografie menționată. Sunt apropiat de echipa franceză la care respect profesionalismul și implicarea în găsirea celor mai interesante soluții pentru sectorul public și cel privat. De altfel, cota noastră de piață este un indicator relevant al succesului acestei echipe. Cunoșc bine și echipele italiană, bri-

tanică și scandinavă. Referindu-mă la Imagistică, de diagnostic și intervențională, prima diferență notabilă între cele două medii este accesul la finanțare. Acesta este un proces transparent și predictibil și, în consecință, nivelul de responsabilitate al experților în decizii este mai ridicat decât aici. Apoi, beneficiind de un cadru foarte reglementat, industria se află într-un schimb de experiență continuu cu medicii radiologi și cu inginerii biomedicali. Prin „testarea” noilor tehnologii în locuri de referință, utilizatorii ne pot spune dacă văd o valoare clinică în popularizarea acesteia. Acest lucru este vital pentru ca ambele părți să fie la curent cu evoluțiile clinice și tehnologice, să progreseze și să facă alegeri documentate în beneficiul pacientului. În ceea ce privește cultura organizațională, o văd ca fiind construită mai mult în jurul beneficiului colectiv.

În România, din lipsa banilor sau din alte motive, se preferă câteodată aparatura și dispozitivele ieftine. Pe termen lung însă, aceste soluții nu sunt cost-eficiente. Cum reușiți să convingeți responsabilii din sănătate să investească în calitate și performanță, în beneficiul pacientului și nu în variante... avantajoase pentru moment?

Lipsa banilor nu este specifică României, iar criza economică recentă a fost prezentă și în state foarte bogate în comparație cu noi și care au început să caute economii bugetare inclusiv în Sănătate. Greu de înțeles este faptul că uneori ne permitem să cumpărăm același echipament la preț dublu față de state ca Marea Britanie. În schimb, responsabilii din sănătate înțeleg că performanța înseamnă valoarea clinică a aplicațiilor, iar calitatea este rezultatul măsurabil al investiției continue în tehnologie. Nu în ultimul rând, infrastructura de mentenanță și servicii, precum și costurile de funcționare sunt criterii care trebuie înglobate în procesul de selecție. GE Healthcare a investit în acest sens șase miliarde de dolari într-un program numit Healthymagination care vizează re-designul echipamentelor medicale pentru creșterea calității, a accesului la actul medical și reducerea costurilor. Soluțiile potrivite sunt peste tot acelea care satisfac toate cerințele clinice și economice ale unităților medicale.

Care este direcția de dezvoltare a GE healthcare în lume? În România ce priorități aveți, ținând cont de faptul că este criză economică, iar în fruntea Ministerului Sănătății au fost peste 22 de miniștri, din 1989 până în prezent? Care sunt direcțiile pe care le dezvoltați în următorii doi ani atât în România, cât și în Republica Moldova?

Lipsa banilor nu este specifică României, iar criza economică recentă a fost prezentă și în state foarte bogate în comparație cu noi și care au început să caute economii bugetare inclusiv în Sănătate.

Din punct de vedere clinic, o direcție de dezvoltare în care GE a fost constant lider este grija față de pacient. Spre exemplu, unele centre academice realizează cu echipament GE Healthcare tomografii computerizate cu nivelul de doză de radiații a unei radiografii. Acest lucru este foarte important în pediatrie. În RMN, în plus de dezvoltarea continuă a aplicațiilor clinice, GE va lansa „Silent” MR, al cărui nivel de zgomot nu are nimic comparabil cu sistemele clasice. Aș putea continua cu sistemele de anestezie, unde am investit mult în algoritmul de interpretare și în monitoring, unde putem vorbi de dozarea mai inteligentă a agenților anestezici. Toate aceste programe au ca numitor comun tendința către o tehnologie medicală mai gentilă față de pacient și mai flexibilă pentru medic. De asemenea, programele Healthymagination de optimizare a costurilor și Eco-magination de reducere a impactului asupra mediului înconjurător sunt parte a eforturilor GE de responsabilitate socială corporativă. Nu pot comenta asupra faptului că au fost 22 de miniștri ai sănătății în România, după 1989. În România, ca și în R. Moldova, noi vedem lucrurile pe termen lung: parteneriatul cu utilizatorii noștri începe în primul rând cu resursele umane. Investim și mai mult în aplicații clinice avansate și în prezența noastră în spitalele universitare. Am creat un program de continuitate a resurselor umane și recrutăm noua generație direct de pe băncile facultății. Tinerii vizaiți pot lucra timp parțial în perioada studiilor și, în afara faptului că ne cunoaștem reciproc, sunt un vector de inovație în locurile care utilizează echipamente GE.

Imagistica în România, ca școală, este prea puțin dezvoltată, iar pregătirea resurselor umane este nesatisfăcătoare. Din câte știu, vă implicați și în această zonă, chiar dacă nu este responsabilitatea unei companii private. Cum comentați?
Responsabilitățile companiilor private sunt definite și de către legislația în vigoare, și de către principiile și practicile sale. Nu o să intru mult în detalii, dar eu văd această implicare, în aceeași măsură, și ca pe o responsabilitate socială corporativă, și ca pe un prilej de a partaja filosofia noastră în materie de tehnologie și aplicații clinice. România pierde anual 3% din medici, iar motivele acestei „hemoragii” nu sunt exclusiv de natură economică. În măsura în care, ținând cont de reglementările în vigoare, companiile private pot ajuta în procesul de pregătire profesională, acest lucru ne ameliorează sustenabilitatea.

Cum considerați că trebuie evaluată tehnologia dedicată imagisticii, în condițiile în care se vorbeste în România de HTA (evaluarea tehnologiilor medicale), însă cel mai mult de medicamente?

Cred că acesta este un exemplu de început bun, deși înțeleg că eforturile depuse până la apariția primului act normativ au demarat în urmă cu mai mulți ani. Faptul că se referă mai mult la medicamente este indus atât de urgențele din sistemul de sănătate,



cât și de faptul că industria farmaceutică este mai omogenă decât cea a dispozitivelor medicale. Sper că acest început va avea o continuare la fel de promițătoare. În ceea ce privește imagistica, trebuie răspuns la aceleași întrebări ca și pentru medicamente: dacă tehnologia funcționează, pentru ce tip de pacienți, la ce costuri pentru sistemul de sănătate și cum se compară cu alternativele. Aici mi se pare dificil să creăm totul de la zero și este probabil că va trebui să facem referința la studii din comunitatea europeană. Spre exemplu în Marea Britanie a apărut în luna mai un studiu de HTA ce vizează utilizarea spectroscopiei RMN în localizarea cancerului de prostată. Acest raport publicat de către NIHR (National Institute for Health Research) a implicat trei spitale universitare și trei departamente ale unei instituții de învățământ superior pentru a compara eficiența diagnosticului și aspectele economice a două tipuri de examinări. Efortul respectiv ar fi fost dificil în România din cauza lipsei de finanțare, dar nu putem ignora rezultatul acestui tip de studiu, așa cum nu este în interesul pacientului să evaluăm.

Ce părere aveți despre sistemul de licitații centralizate? Credeți că o astfel de procedură este benefică pentru România?

O licitație centralizată este un mijloc bun de a mări puterea de negociere a cumpărătorilor. Unele licitații centralizate prevăd în procedură cumpărarea și instalarea efectivă a unui număr prestabilit de echipamente, pe când altele prevăd doar referențierea echipamentelor respective. Vorbind de imagistică, cunosc licitațiile centralizate organizate în Franța, Marea Britanie, Italia și chiar Bulgaria. În Franța, spitale care au libertatea de a organiza licitații individuale s-au asociat în grupări precum UGAP (La centrale d'achat public), care sunt organisme de negociere cu furnizorii și de referențiere a echipamentelor acestora. Spre mândria noastră, o gamă largă de echipamente GE a fost referențiată în UGAP. Marea Britanie a organizat licitații centralizate la nivel național (NHS), iar numărul de echipamente este prestabilit. Oricare dintre sistemele menționate are avantajul vizibilității și, implicit, al transparenței crescute în procesul de licitații. De asemenea, o licitație centralizată ar putea beneficia de cei mai buni experți din sistem. Spre exemplu în Italia, unde multe licitații se desfășoară regional, o grupare de spitale private a organizat o licitație pentru 30 de tomografe (CT), în care caietul de sarcini prevedea testarea în condiții standardizate a calității imaginii ofertanților de către o echipă de fizicieni ai beneficiarului. Din toate aceste modele de licitații centralizate putem găsi unul bun și pentru România. ● (M.V.)

Probleme de radiologie și management în Italia



Prof. Antonio Orlacchio,

Department of Diagnostic Imaging and Interventional Radiology, University of Rome Tor Vergata, Rome, Italy & President of the Section of Management in Radiology, Italian Society of Radiology (SIRM) aorlacchio@sirm.org

Dr. Fabrizio Chegai,

Department of Diagnostic Imaging and Interventional Radiology, University of Rome Tor Vergata, Rome, Italy

Dr. Costantino Del Giudice,

Department of Diagnostic Imaging and Interventional Radiology, University of Rome Tor Vergata, Rome, Italy

Dr. Daniela Tosti,

Department of Diagnostic Imaging and Interventional Radiology, University of Rome Tor Vergata, Rome, Italy

Prof. Giovanni Simonetti,

Department of Diagnostic Imaging and Interventional Radiology, University of Rome Tor Vergata, Rome, Italy

Societatea Italiană de Radiologie (SIRM) a fost fondată în 1913, iar prima întâlnire a avut loc la Milano, pe 12-14 octombrie, în același an. Astăzi, SIRM este cea mai mare societate medicală din Italia și în 2013 își va comemora centenarul cu sloganul „Viitorul va veni dintr-un trecut solid”. Aproximativ 9.600 de radiologi sunt înregistrați în SIRM, inclusiv 1.900 de membri sub vârsta de 35 de ani și 359 peste vârsta de 70 de ani.

Traducere: **Răzvan Vâlceanu**

Sursa: Imaging Management, Volumul 13 - Ediția 1, 2013

OBIECTIVELE SIRM SUNT:

- Să contribuie la progresul științei, al imagisticii radiologice, al protecției împotriva radiațiilor și al informaticii medicale;
- Să promoveze informarea culturală și științifică a membrilor săi prin inițiative educaționale și conferințe;
- Să ia măsuri pentru a garanta profesionalismul membrilor și să participe, în măsura în care este nevoie, la planurile de sănătate.

SIRM organizează un congres național o dată la doi ani, cursuri, conferințe și reviste științifice și finanțează burse de studiu și de cercetare.

SIRM este structurată în secții de subspecialități pentru activitățile sale științifice. Aceste secții sunt dedicate subiectelor clinice, tehnicilor de imagistică sau problemelor de etică și radiologie criminalistică, dar și de management în radiologie.

MANAGEMENTUL ÎN SECȚIA DE RADIOLOGIE: EDUCAREA ȘI TRAININGUL ÎN MANAGEMENTUL SĂNĂȚĂII

SECȚIA ITALIANĂ DE MANAGEMENT ÎN RADIOLOGIE a fost fondată în 1998 și este asemănătoare, ca scop, cu Secția de Management în Radiologie din Societatea Europeană pentru Radiologie. Secția are o comisie de direcție ce include, din 2012, un expert în economia sănătății. Secția are un website cu informații despre cele mai importante subiecte din câmpul economiei sănătății, evenimente trecute și viitoare și docu-

mente importante în engleză și italiană, inclusiv material educațional util în pregătirea și specializarea personalului (vezi <http://www.sirm.org/sottositi/management/>).

Activitatea secției este dedicată studiului problemelor legate de management în radiologie, inclusiv resurselor umane pentru cadre de reglementare, propunerea, dezvoltarea și analizarea ghidurilor sau a protocoalelor și a tuturor aspectelor moderne ale guvernării clinicii. Acest interes crescător se datorează perioadei economice critice prin care lumea și sănătatea italiană trec.

SIRM și Secția de Management în Radiologie pregătesc documente și ghiduri pentru a ajuta radiologii în activitatea lor. Obiectivele principale sunt:

- Indicarea modelelor comune pentru a se adapta la diferite condiții de muncă;
- Diseminarea standardelor de comportament și calitate la un nivel național;
- Furnizarea de suport pentru diferitele figuri profesionale implicate;
- Asigurarea calității performanței radiologice pentru pacienți.



Diferitele importante documente au fost realizate de către Secția de Management în Radiologie și SIRM. Cel mai recent, aprobat de către Ministerul Sănătății Italian și de regiuni, este documentul ce evidențiază problema deteriorării documentației clinice (imagini și rapoarte) în imagistica diagnostică (Ministerul Sănătății, 2012). Este un text important pentru scopurile profesionale ale radiologilor și au fost necesari trei ani pentru elaborarea lor. Documentul stabilește cerințele legale și cele mai bune practici profesionale pentru a fi aplicate documentelor radiologice electronice. Textul stabilește relația inseparabilă dintre raport și imaginile oricărui examen radiologic. Cea mai importantă componentă a examenului radiologic este raportul, iar în acest fel suprapunerile altor componente medicale sau de opinii de tehnicieni pot fi evitate sau reduce.

TEHNOLOGIA DE IMAGISTICĂ DIN ITALIA DE AZI

INOVARIA TEHNOLOGICĂ ESTE UN ALT SUBIECT IMPORTANT ce trebuie luat în considerare pentru cheltuielile de sănătate, deoarece implică costuri crescătoare. În 2007, SIRM, împreună cu Asociația Italiană de Neuroradiologie (AINR) și cu Uniunea Națională a Radiologilor (SNR), a pornit un proiect pentru a crea un Observator Național al Resurselor Umane și Structurilor Tehnologice pentru Radiologie și Neuroradiologie (Ernst & Young 2007). Recensământul a acoperit 86,8% din structurile publice de sănătate și a exclus structurile private de sănătate. 10.398 de aparate de diagnostic au fost înregistrate de către recensământ. Dacă se includ aparatele de radiografie computerizată, printerele, injectoarele de mediu de contrast și stațiile de lucru, atunci sunt peste 12.100 de aparate.

RECENSĂMÂNTUL ECHIPAMENTELOR CU PROFIL RIDICAT (CT, MRI ȘI ANGIOGRAFIC) ȘI UZURA LOR MORALĂ

ÎNTRE 30 ȘI 35% DIN ECHIPAMENTELE CT-MRI-ANGIOGRAFIE DIGITALĂ PRIN SCĂDERE au fost instalate în urmă cu mai puțin de trei ani. Pentru echipamentele cu profil scăzut, recensământul a arătat că 52% din echipamentele tradiționale

SERVICIUL NAȚIONAL DE SĂNĂTATE ITALIAN ARE RESURSE LIMITATE, UN CONTEXT CE NECESITĂ CA ORICE INVESTIȚIE ÎN SĂNĂTATE SĂ FIE EVALUATĂ ÎN FUNCȚIE DE ADECVAREA SA, EFICIENȚĂ ȘI RAPORT EFICIENTĂ/COST.

cu raze X erau mai vechi de șapte ani. 48% din echipamentele din SUA aveau mai puțin de 5 ani și 13% erau mai vechi de 10 ani. În departamentele generale, echipamentele cu profil scăzut sunt mai răspândite decât cele cu profil ridicat (Ernst & Young 2007). Concluzia evaluării a fost că în Italia există suficiente tehnologii radiologice cu profil ridicat, în timp ce un procent mare din cele cu profil scăzut sunt uzate moral. Această afirmație este certificată și de către Organizația pentru Cooperare Economică și Dezvoltare (OECD) (OECD 2012a, 2012b). Numărul de aparate CT și MRI la milionul de locuitori este mai mare în Italia decât în alte țări europene.

FORȚA DE MUNCĂ ÎN RADIOLOGIE UN ALT SUBIECT ABORDAT ÎN MANAGEMENTUL RADIOLOGIEI este numărul de radiologi și tehnicieni de radiologie necesari sistemului de sănătate. În Italia, în 2000 erau 6.395 de radiologi și peste 10.500 de tehnicieni. În 2012 erau 9.600 de radiologi și 21.600 de tehnicieni, o creștere în 12 ani de 50% pentru radiologi și de 102% pentru tehnicieni. Între 2000 și 2008 a existat o creștere în numărul de examinări de diagnosticare imagistică de 73% (Ministerul Sănătății, 2011). Conform UK Royal College of Radiologists, este posibil să estimăm că sunt necesari 10.000 de radiologi clinici pentru 60 de milioane de examinări imagistice și de radiodiagnostic (Royal College of Radiologists 2012). Bazându-ne pe această evaluare, putem susține că, în Italia numărul de radiologi ar trebui să crească.

SISTEMUL DE SĂNĂTATE ÎN ITALIA: REVIZUIREA CHELTUIELILOR ȘI EXAMINĂRI RADIOLOGICE NENECESSARE

ÎN ITALIA, SERVICIUL NAȚIONAL DE SĂNĂTATE ESTE FORMAT DIN INSTITUȚII ȘI AUTORITĂȚI de nivele instituționale diferite, ce contribuie la obiectivul de a proteja sănătatea cetățenilor. În fruntea serviciului se află Ministerul Sănătății, care operează prin intermediul unor autorități specializate. Guvernul național are rolul unic de a stabili ghidul general și de a monitoriza și verifica ceea ce fac regiunile. Managementul serviciului este delegat celor 21 de guverne regionale. În fiecare regiune managementul efectiv al unităților de sănătate, împărțit în autorități locale de sănătate și trusturi spitalicești, este încredințat celor 284 de manageri generali.

Acest model de organizare poate duce la diferențe mari în țară. Există mulți stakeholderi și administratori cu diferite competențe și deseori cu responsabilități ce se suprapun. Prezența multor interlocutori ce îngreunează dialogul între părți este una dintre cele mai importante situații critice pentru sistemul de sănătate italian.

Revizuirea cheltuielilor, pe care guvernul a adoptat-o în anul precedent, a tăiat resursele pentru sănătate, deși finanțarea pentru serviciul de sănătate italian este mai mică decât a altor țări OECD (OECD 2012c). Radiologia clinică este în centrul medicinei moderne. Imagistica de diagnostic a văzut o dezvoltare tumultuoasă în ultimii ani și este indispensabilă pentru multe activități medicale. Creșterea cheltuielilor cu sănătatea este datorată în mare parte examinărilor imagistice (o creștere de 45%, în comparație cu alte activități) (Hendel 2008). MRI-ul osteoarticular a văzut cea mai mare creștere, urmat de către PET și CT, tehnologii de o complexitate și un cost mai mari.

Costul cu sănătatea în Italia este de 75% din bugetul regional total. Recent, criza economică a creat alte probleme în managementul sănătății în Italia. Revizuirea cheltuielilor, pe care guvernul a adoptat-o în anul precedent, a tăiat resursele pentru sănătate, deși finanțarea pentru serviciul de sănătate italian este mai mică decât a altor țări OECD (OECD 2012c).

ÎN FIECARE AN, 40-50 DE MILIOANE DE EXAMINĂRI RADIOLOGICE SUNT EFECTUATE PENTRU PACIENȚI, IAR NUMĂRUL MEDIU DE EXAMINĂRI RADIOLOGICE LA MIA DE LOCUITORI ESTE MAI MARE DECÂT ÎN ALTE ȚĂRI EUROPENE ȘI NON-EUROPENE.

CE TREBUIE FĂCUT?

ÎN 2009, SIRM A SUSȚINUT MINISTERUL SĂNĂTĂȚII să definească nivele de adecvare pentru examinări MRI și CT. Folosind metode științifice, fiecare examinare imagistică este notată de la 0 la 10, în funcție de nivelul său de adecvare în relație cu cerințele clinice. Pentru a reduce folosirea neadecvată a resurselor radiologice, serviciul de sănătate acoperă costurile doar pentru examinări cu cel puțin 5 sau 6 puncte. De exemplu, un CT al umărului este corect în cazul unei leziuni traumatiche, dar nu este util ca primă examinare într-o leziune canceroasă. Pe de altă parte, un MRI al umărului cu mediu de contrast este folositor atât într-o leziune traumatică acută cât și în leziuni canceroase, dar doar în cazuri specifice cu leziuni inflamatorii suspectate. Dar, până acum, Ministerul Sănătății nu a aplicat măsura.

Din aceste motive, evoluția sistemului național de sănătate ar trebui să se îndrepte spre o abordare mai eficientă de management cu privire la pacienți, cu scopul de a oferi răspunsuri adecvate la nevoile acestora, bazate pe categorii și pe timp, luând în considerare, de asemenea, presiunile economice în creștere și limitări. De aceea este nevoie de modele organizaționale pentru unitățile de sănătate ce țin seama de îmbunătățirea calității și a utilizării serviciilor de diagnostic imagistic, garantând un standard înalt de calitate pentru pacienți. Managementul clinic ar putea îmbunătăți managementul sănătății. Cu alte cuvinte, este necesar să se facă ceea ce este corect, iar o nouă responsabilitate în management poate oferi mai multă calitate, eficiență și adecvare în diagnosticarea imagistică. ●

CONCLUZII

Considerăm că radiologia europeană ar trebui să coopereze pentru a stabili standarde comune care să influențeze alegerile Comisiei Europene. De aceea va fi mai ușor să oferim suport comunității radiologice europene și să evităm riscul ca radiologia să devină un produs. Închidem cu sloganul ultimei întâlniri științifice anuale și spunem că scopul radiologiei italiene este să ajute să „facă imagistică relevantă în sănătatea de azi”.

Acumulările de datorii în sistemul sanitar - ciuma de care nu poate scăpa România nici în viitorul apropiat

Acumularea de datorii în sistemul sanitar a devenit o problemă care a făcut și va face valuri nu numai la MS/CNAS, dar și la nivelul guvernului. Mai mult, și în relațiile cu FMI/UE.



Dr. Lorenzovici László
Medic, economist,
director general la SC Hospital Consulting SRL

Problema trebuie analizată pe două planuri: la nivel de farmacii/distributori și la nivelul spitalelor. Pe piața farmaceutică problema este destul de simplă: în momentul în care s-au eliminat restricțiile la farmacii (celebrele plafoane), nu s-au luat măsuri corespunzătoare pentru menținerea în echilibru a bugetului alocat medicamentelor. România este prea generoasă privind accesul la medicamentele gratuite și compensate, ținând cont de contribuțiile colectate – resursele existente.

Acumularea de datorii la spitale este o problemă mai complexă și are la origine mai multe disfuncționalități, care s-au acumulat în ultimii ani. Este interesant că nu toate spitalele au probleme cu datoriile: din informațiile pe care le avem, cam un sfert din spitale sunt în această situație, predominant spitale mai mari (dar sunt destule excepții), însă anul acesta situația pare să se schimbe până la sfârșitul lui, când estimăm că spitalele mici și mijlocii vor intra în rândul datornicilor în număr mare, spre "bucuria" primarilor.

Motivele acumulării de datorii sunt următoarele:

1. Creșterile salariale fără acoperire: în anul 2012, salariile angajaților din spitale au crescut în trei etape cu 25%, fără ca finanțarea spitalelor să fie ajustată corespunzător. În condițiile în care în celelalte sectoare publice (educație, administrație etc.) bugetele au fost majorate

2. Subcontractarea generalizată: casele de asigurări contractează mult mai puține servicii, decât realizările spitalelor. În medie, peste 15% din valoarea serviciilor prestate de spitale sunt nefinanțate. E discutabil dacă toți acești pacienți ar fi trebuit internați, dar în mod sigur acești pacienți au avut nevoie de servicii medicale. Singura întrebare este dacă trebuia să fie tratați în ambulatoriu, în spitalizare de zi sau în spitalizare continuă. Însă subcontractarea e cea mai gravă în ambulatoriu, deci chiar Casa de Asigurări de Sănătate este cea care motivează furnizorii să interneze pacienții. O altă problemă este nerespectarea contractului-cadru nici de către cei care l-au conceput: de exemplu, în majoritatea județelor, în 2012, nu au fost plătite sumele pentru terapie intensivă (TI), conform contractului-cadru (1% din bugetul Caselor, pe baza duratei de spitalizare în TI), și acesta este doar un exemplu.
3. Inechități mari între județe și spitale privind alocarea

Cea mai simplă soluție pentru această problemă ar fi o subvenție consistentă în fiecare an din partea bugetului de stat, dar care este doar un vis frumos al celor din industria ph arma. O soluție mai rațională ar fi undeva la mijloc: o alocare financiară mai bună, mai multe restricții, atât la prescripții, cât și pe listă, dar și la coplata pacienților. Aceste măsuri însă sunt puțin probabil să fie luate în viitorul apropiat, ținând cont de alegerile din 2014.

resurselor. Sunt diferențe mari între județe în privința alocării resurselor, întregul proces de alocare este netransparent. În raportul anual al CNAS sunt multe date interesante despre cheltuirea FNUASS, cu o singură excepție: câți bani s-au alocat pentru fiecare județ, total și pe categorii de servicii. Lipsa de transparență ascunde probleme grave de echitate.

4. Sistem de finanțare distorsionat, necorelat cu costurile reale. Tarifele utilizate la plata serviciilor medicale nu au nicio legătură cu costurile reale: avem servicii mult suprafinanțate, unde s-ar putea finanța mult mai multe servicii din resursele existente, în alte domenii avem o subfinanțare gravă, unde furnizorii nu pot supraviețui cu tarifele actuale, oricât de bine organizați ar fi. Setul de valori relative din sistemul nostru DRG nu are nicio legătură cu costurile de tratament din România, astfel că avem unele specialități suprafinanțate, iar altele, mult subfinanțate. La spitalele mari multispecialitate ele se compensează, dar sunt spitale la care specialitățile subfinanțate sunt preponderente, astfel că ele nu pot evita acumularea de datorii, oricât de buni manageri ar avea. Despre sistemul DRG vom reveni cu o analiză suplimentară.
5. Metode și tehnici de finanțare greșite: formula de calcul prin care se calculează suma minimă/posibilă de contractat a spitalelor are la bază principii total greșite: se finanțează clădirea/patul, nu activitatea, spitalele performante/eficiente fiind pedepsite, iar cele ineficiente, premiate. Mai mult, această formulă blochează reorganizarea voluntară a spitalelor, din moment ce patul aduce venitul.
6. Tarife necorelate cu inflația: tarifele la energie/gaz/utilități au crescut, finanțarea stagnează sau se reduce. Nici creșterea prețurilor la alimente nu a fost încorporată în



tarifele spitalelor. Nu este sustenabilă o astfel de abordare.

7. Motivație greșită: managerii care ar putea lua decizii privind eficientizarea activității nu vor face asta, din moment ce statul achită, anual sau chiar mai des, toate datoriile ieșite din termen. E mai comod să aștepti plata arieratelor, decât să iei decizii nepopulare, să intri în conflict cu propriii colegi. Apropos, numărul managerilor cu pregătire medicală care practică medicina a început să crească, iar managementul de tip trei semnături între două operații sau patru consultații a început să-și arate "roadele", fenomenul fiind încurajat de cei care numesc managerii de spitale.

8. Probleme interne – deficiențe manageriale: acestea există, se văd bine, câteodată și cu ochiul liber, trebuie recunoscute și să fie îmbunătățită capacitatea managerială a unor spitale. Există un progres în ultimii ani, dar procesul este lent.

Problemele acumulate sunt atât de grave și au rădăcini atât de adânci, încât rezolvarea lor necesită timp. Totuși, unele măsuri pot fi luate și puse în practică într-un termen relativ scurt.

Soluții? Există, cu siguranță o parte nu necesită resurse suplimentare, doar o mai bună alocare a celor existente. Dar trebuie să fim conștienți că trebuie reformat radical sistemul de colectare a contribuțiilor de sănătate, atât principiile, cât și punerea lor în practică: de exemplu, nu este normal și echitabil ca un angajat cu carte de muncă să plătească împreună cu angajatorul 5,5+5,3% contribuție de sănătate, pe când la PFA/profesii libere să avem doar 5,5%. Mai mult, nu este normal ca aceia care au venituri din alte surse (chirii, dividende etc.) să nu plătească CASS după aceste venituri, chiar dacă aceasta s-ar plafona la nivel de an (de exemplu, 36 de salarii medii pe economie). Și multe alte soluții.

Reformarea sistemului de plată trebuie să înceapă cu realizarea unor măsurători de costuri, concepute și aplicate profesionist, iar pe baza acestor date să se reconsidere sistemul de tarifare al CNAS.

Legislația privind HTA este un pas înainte în eficientizare, voi dezvolta acest subiect în viitorul apropiat. ●

Dosar de asigurări de sănătate: Sistemul de îngrijire al sănătății în Franța-SECU



Franța alocă unul dintre cele mai mari procente din lume pentru sănătate, aproximativ 10-11% din PIB. Speranța de viață din Franța, de 81 de ani, nu este întrecută astăzi decât de japonezi. În ultima perioadă însă, sistemul se află sub presiune financiară din cauza lipsei de personal în multe regiuni și a proporției coplăților suportate de pacienți.

Dr. Cornelia Scărlătescu,
Managing Partner Politici de Sănătate

ANALIZĂM ASTĂZI UN SISTEM care este apreciat pentru calitatea tratamentelor și pentru nivelul de accesibilitate pe care îl oferă pacienților: Sistemul de îngrijire al sănătății în Franța, cunoscut ca „L'assurance maladie” sau Secu (abreviere de la sécurité-sociale)

REFORMA CONTINUĂ A SISTEMULUI

Accesibilitatea largă a pacienților la specialiști și servicii medicale a descurajat motivația medicilor de a reduce costurile în sănătate. Guvernul francez a reacționat, însă, prompt, impunând un curs continuu al reformelor constând în creșterea contribuțiilor la sănătate, creșterea tarifelor, dar și în scăderea procentului de rambursare a costurilor pentru servicii medicale. Obligativitatea înscrierii la un medic curant pentru a obține nivelul maxim de rambursare, introducerea dosarului medical electronic sau stabilirea unor prețuri maximale sunt doar câteva măsuri oficiale menite să managerieze mai eficient sistemul de sănătate.

Sistemul de îngrijire a sănătății în Franța se bazează pe un sistem dual de asigurări de sănătate:

1. L'Assurance Maladie (asigurarea de boală) – sistemul de asigurări sociale de sănătate, controlat de stat;

2. Assurance complémentaire (asigurarea complementară) – un sistem separat de asigurări voluntare de sănătate, susținut prin organizații mutuale non-profit și asiguratorii privați.

Sistemul de securitate socială de sănătate este obligatoriu și acoperă majoritatea costurilor, în timp ce cel privat este opțional. Deși fondurile de asigurări sociale continuă să fie denumite private, astăzi operează sub supravegherea Guvernului, care are responsabilitatea financiară finală, ele devenind parte a sistemului de securitate socială a statului.

Fondul principal de asigurări de sănătate – Régime Général – acoperă aproximativ 85% din angajații din industrie și comerț, șomerii și persoanele pensionate și neafiliate altor fonduri. În cadrul Régime Général există o formă particulară de afiliere pentru cei neînregistrați ca angajați sau ca antreprenori. Se numește Couverture maladie universelle (CMU). La nivel local, fondul este administrat de Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM).

Pentru cei cu venituri scăzute, afilierea la CMU este gratuită, nu se percepe nicio taxă, acoperirea făcându-se prin CMU Protection Complémentaire (CMU-C); CMU-C furnizează asigurare gratuită pentru cei cu venituri scăzute fie că sunt șomeri, angajați, fie PFA. Fondul este finanțat din perceperea unei taxe asupra contribuțiilor la asigurările voluntare

de sănătate. Persoanele înscrise în acest sistem beneficiază de toate serviciile medicale și stomatologice, integral, gratuit, condiția fiind să existe un bilet de trimitere de la medicul de familie. Spre deosebire de ceilalți asigurați din celelalte sisteme, cei care sunt afiliați CMU-C nu plătesc pentru serviciile lor și nu va fi nevoie să le fie rambursate sumele cheltuite, prestatorii recuperându-și onorariile direct de la sistemul asigurărilor sociale.

Pentru cei cu venituri sub 35% din pragul care garantează eligibilitatea pentru CMU-C, statul poate participa cu o sumă pentru finanțarea unei asigurări private de sănătate. Se numește ajutorul complementar de sănătate „L'aide complémentaire santé”.

LIMITELE SISTEMULUI DE ASIGURARE DE STAT ÎN FRANȚA

Deși există acoperire universală a serviciilor medicale, pentru tratamentul de rutină sistemul social de securitate acoperă doar un procent din costurile medicale. Nivelul sumei rambursate depinde de tipul tratamentului și de prestatorul acestuia.

Sistemul de securitate socială acoperă, în medie, 70% din onorariile oficiale ale medicilor generaliști, 15-65% din medicamentele prescrise, 65% din costurile cu transportul

medical sau 80% din costurile eligibile ale tratamentelor din spital. În cazul unor afecțiuni grave sau al veniturilor scăzute, incluse în CMU Protection Complémentaire (CMU-C), se vor rambursa 100% din costurile medicale.

ASIGURĂRILE VOLUNTARE DE SĂNĂTATE „TOP-UP” ÎN FRANȚA

Dacă o persoană dorește să fie complet acoperită și să i se returneze costurile serviciilor medicale aproape în totalitate, va trebui să își cumpere o asigurare voluntară de sănătate (top-up). Acest tip de asigurare este numit în Franța l'assurance complémentaire santé. Va rambursa o mare parte din costurile reziduale, neacoperite de sistemul de stat, dar nu este permis să acopere, de exemplu, sumele forfetare de 1 euro, aplicabile fiecărei consultații medicale. Asigurările private sunt acoperite fie de o societate mutuală, fie de o companie privată, în Franța existând aproximativ 1.000 de asemenea firme de asigurări. 60% din populația franceză este asigurată printr-un fond mutual, 24% printr-un fond privat și 16% este inclusă în scheme oferite de angajator.

Aflierea angajaților în sistemul de asigurări sociale de sănătate se face de către angajator, care poate oferi și o schemă de asigurări private de sănătate, numită „prevoyance collective”. Această asigurare acoperă atât angajatul, cât și familia acestuia și poate acoperi inclusiv riscurile de deces, invaliditate, șomaj și pensionare.

L'aide complémentaire santé – ACS reprezintă un ajutor acordat de stat pentru achiziționarea unei asigurări de sănătate pentru cei cu venituri scăzute, dar care nu va depăși costul asigurării.

CARDUL DE SĂNĂTATE VITALE

În Franța în general, pacientul plătește costul consultației/spitalizării, urmând să-și recupereze o parte din sumă de la sistemul de securitate socială și, eventual, de la asiguratorul privat (dacă există polița de asigurare voluntară de sănătate). Cardul Vitale conține datele individuale și este emis tuturor persoanelor peste 16 ani. Copiii sunt incluși pe

cardul de sănătate al unuia dintre părinți. El va fi prezentat medicului sau farmacistului, făcând posibilă plata în contul asiguratului, în interval de maximum o săptămână, a sumei rambursate atât de asigurările sociale, cât și de asigurările private.

MEDICII DE FAMILIE DIN FRANȚA-MÉDECIN TRAITANT

Pentru a beneficia de sistemul complet de rambursări de la sistemul social de asigurări de sănătate, dar și de acces la medicii specialiști prin biletul de trimitere de la generalist, este necesară înscrierea la medicul de familie cunoscut ca „médecin traitant”. Există și opțiunea neînscrierii, dar, în acest caz, onorariile percepute pentru consultații și servicii medicale sunt majorate și se va rambursa un procent mult mai redus din costul serviciului prin sistemul de securitate socială (de exemplu 40%, în loc de 80% pentru consultația la medicul specialist).

PRESCRIEREA MEDICAMENTELOR - REȚETE

Rata de rambursare a medicamentelor variază între 15 și 100%, depinzând de tipul medicației. Există patru niveluri de rambursare, marcate printr-o etichetă colorată atașată flaconului sau cutiei medicamentului și care vor fi atașate rețetei pacientului.

Doar medicamentele generice sunt rambursabile de către sistemul asigurărilor sociale de sănătate, cu excepția situațiilor în care nu există medicamente generice care să substituie medicamentul original.

Pacienții pot solicita medicamentul original, însă rambursarea se va face la nivelul costului medicamentului generic. Medicamentele sunt, de asemenea, acoperite prin sistemul asigurărilor private, care decontează în diverse limite diferențele de cost.

CONTRIBUȚIILE PACIENȚILOR

Pacienții trebuie să plătească câte 1 euro pentru fiecare consultație, indiferent dacă există acoperire totală prin asigurare sau nu.

Acest cost se numește participation forfaitaire (participație forfetară).

Există un plafon anual al franșizei suportate de pacient, în valoare de 50 de euro pentru totalitatea tratamentelor și serviciilor efectuate, dar și un plafon zilnic pentru actele paramedicale (2 euro/zi) și transport sanitar (4 euro/zi). Franșiza se aplică tuturor persoanelor, cu excepția copiilor sub 18 ani, beneficiarilor CMU-C, femeilor aflate în perioada de graviditate din luna a 6-a până în ziua a 12-a după naștere.

SUMA FORFETARĂ DE SPITALIZARE ZILNICĂ

De la 1 ianuarie 2010, suma forfetară de spitalizare dedusă din suma de rambursat către asigurat, în cazul în care durata spitalizării depășește 24 de ore, are valoarea de:

- 18 euro pe zi de spitalizare în clinici, spitale
- 13,50 euro pe zi de spitalizare în serviciile de psihiatrie

Doar gravidele în ultimele patru luni de sarcină, beneficiarii de CMU-C, copiii sub 30 de zile, accidentații la locul de muncă, persoanele spitalizate la domiciliu și copiii handicapați sunt scutiți de plata acestei sume forfetare zilnice. Asigurările sociale rambursează 80% din tratamentul spitalicesc, 20% din costuri fiind preluate de asiguratorul privat sau plătite personal de asigurat, dacă acesta nu are o asigurare complementară de sănătate.

BOLILE GRAVE SAU AFECȚIUNILE CRONICE: AFFECTION DE LONGUE DURÉE - (ALD)

În situația bolilor de lungă durată sau a afecțiunilor critice, ca regulă generală toate costurile sunt rambursabile integral (100%) la nivelul taxelor și onorariilor stabilite oficial. Depășirile și suprataxele pentru pacient intră în responsabilitatea acestuia. Evaluarea pacienților se face în general la intervale de cinci ani sau după cum este convenit între medic și autoritatea de sănătate. Tratamentele care nu au legătură cu afecțiunea de lungă durată sunt însă rambursabile conform grilei obișnuite. ●

Produsele de îngrijire a leziunilor cutanate cronice pot fi cost-eficiente

Partenerul principal al evenimentului a fost
NEOLA
quality pharmaceuticals

Revista Politici de Sănătate a organizat, în 18 iunie, Conferința Națională "MANAGEMENTUL LEZIUNILOR CUTANATE CRONICE. Actualități în prevenție și tratament". Conferința, unică pe această temă în România, a subliniat aspectele actuale, pluridisciplinare, ale acestei patologii, pe cât de dureroasă și de trenantă pentru pacienți, pe atât de costisitoare pentru bugetul de sănătate. Cele mai frecvente ulcere cronice cutanate sunt cele venoase, urmate de cele de cauză arterială și de ulcerul de presiune sau de decubit (escare).

Dr. **Cornelia Scărlătescu**

INSUFICIENȚA VENOASĂ CRONICĂ (LA BOLNAVII CU VARICE CRONICE) este cauza ulcerărilor cronice ale gambei în 70% din cazuri, în timp ce afecțiunile arterelor membrelor inferioare răspund de 5-10% din aceste cazuri. Diabetul contribuie cu 5-8% la instalarea unor ulcere cronice ale membrului inferior. Și vârsta are un rol important, 62% din cazuri apărând după 60 de ani. O cauză importantă a ulcerărilor cronice este presiunea exercitată prelungit asupra unei suprafețe cutanate la persoanele care sunt imobilizate

la pat, paralizate sau în scaun cu roțile. Această presiune prelungită determină așa-zisele escare sau ulcere de decubit sau de presiune. În privința ulcerului venos, existent la 1% din populația generală, durata medie a unei ulcerății este de 9 luni, dar 20% dintre ulcerul venoase nu s-au vindecat nici în 2 ani. 66% dintre acești pacienți au episoade de ulcerății care durează mai mult de 5 ani, boala devenind stigmatizantă, afectându-le viața socială, familială și profesională.

BOALA CRONICĂ VENOASĂ, PER GLOBAL, CONSUMĂ 1-3% DIN CHELTUIELILE DE SĂNĂTATE DIN ȚĂRILE CU UN SISTEM AVANSAT DE ÎNGRIJIRI MEDICALE.

INCIDENȚA ESCARELOR DE DECUBIT ÎN UNITĂȚILE ATI ESTE DE APROXIMATIV 10%, iar în unitățile de cronici această incidență este de 3,5-50%. Cei mai mulți pacienți cu escare sunt paralizați, vârstnici sau spitalizați de durată. La paraplegici incidența este de 21%, iar la tetraplegici (persoane la care paralizia afectează și membrele superioare, și pe cele inferioare), de 23%. Ulcerele cronice de decubit (de presiune, escare) reprezintă cauza de deces la 7-8% dintre paraplegici (persoane care au paralizate ambele membre inferioare).

La nivel global, dar și în România, diabetul zaharat de tip 2 constituie o cauză importantă a instalării ulcerelor cronice ale membrelor inferioare. Diabetul zaharat de tip 2 reprezintă 85-95% din toate cazurile de diabet în țările în curs de dezvoltare și un procent chiar mai mare în țările dezvoltate. Din acești pacienți, 15% dezvoltă ulcerul piciorului diabetic. Acesta este cauza principală a amputațiilor extremităților inferioare în SUA și în Europa. Cos-

turile pentru îngrijirea piciorului diabetic la o singură persoană variază în SUA între 5.000 și 28.000 de dolari anual, costurile totale atingând 5 miliarde de dolari.

Dr. Călin Alexandru, șeful Direcției de asistență medicală și politici publice din Ministerul Sănătății, a subliniat interesul factorilor care decid pentru identificarea unor noi surse de finanțare și scădere a costurilor îngrijirii bolnavilor cronici.

Ministerul Sănătății intenționează sprijinirea dezvoltării sistemului ambulatoriu și de îngrijiri la domiciliu, a dat asigurări dr. Călin Alexandru. Un concept care urmează a fi implementat de către minister, în colaborare cu Banca Mondială, este cel al asistenței comunitare prin înființarea de centre în care asistența medicală să fie integrată cu cea socială. În plus, un accent deosebit se va pune pe medicina paliativă, a subliniat reprezentantul ministerului.

COST-EFICIENȚA TRATAMENTELOR EVALUAREA TEHNOLOGIILOR MEDICALE ESTE UN NOU DOMENIU MULTIDISCIPLINAR din cadrul analizei politicilor de sănătate, care examinează aspectele medicale, economice, etice și sociale ale diferitelor intervenții și tehnologii medicale, a evidențiat dr. Daniela Valceanu de la Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în domeniul sanitar. Evaluarea tehnologiilor medicale sprijină deciziile în domeniul sanitar, atât manageriale, cât și clinice, reprezentând o legătură între cercetare și decizii, cu scopul de a îmbunătăți costul de oportunitate și de a scădea costul crescut al unor decizii greșite.

Un exemplu edificator este cel britanic, NICE – Institutul Național pentru Excelență în Sănătate și Îngrijiri din Marea Britanie elaborând standarde de calitate documentate prin cercetări susținute inclusiv în domeniul îngrijirii pacienților cu ulcere cutanate cronice. Aceste standarde de calitate sunt centrate pe abordarea individualizată a serviciilor – adaptată nevoilor și circumstanțelor, pe respectul acordat pacienților, ținându-se cont de părerile și de preferințele acestora, de implicarea familiei și a personalului de îngrijire în funcție de opțiunile pacienților, dar și pe încurajarea pacientului de a oferi feedback despre îngrijirile de sănătate.



Un concept care urmează a fi implementat de către minister, în colaborare cu Banca Mondială, este cel al asistenței comunitare prin înființarea de centre în care asistența medicală să fie integrată cu cea socială.

EVALUAREA TEHNOLOGIILOR MEDICALE SPRIJINĂ DECIZIILE ÎN DOMENIUL SANITAR, ATÂT MANAGERIALE, CÂT ȘI CLINICE

CALITATEA ȘI SIGURANȚA ÎNGRIJIRILOR ÎN OCCIDENT EXISTĂ O CULTURĂ A CALITĂȚII ȘI SIGURANȚEI PACIENTULUI ÎN SPITAL, susține Dr. Mircea Olteanu, președintele Asociației Spitalelor. În România este nevoie de o schimbare de mentalitate, de o reorganizare a spitalelor, de elaborarea de ghiduri și de indicatori de performanță cuantificabili, care să măsoare calitatea și siguranța actului de îngrijire medicală, de includerea pacientului (pacient-expert) în echipa de tratament printr-o informare și cooptare a sa în autoîngrijire.

TERAPII DE SUCCES - CATRIX PENTRU CĂ PRODUSELE MEDICALE DE NOUĂ GENERAȚIE sunt importante și mult mai eficiente decât tratamentele tradiționale, clasice, simpozionul Catrix a fost susținut de dr. Victor Gabriel Clatici, medic primar dermatologie, Spitalul Universitar de Urgență Elias, și de dr. Toni Feodor, medic primar chirurg, Clinica de Chirurgie Sf. Nicolae. Tema simpozionului a fost "Ulcerul Venos – o abordare medicală".

Catrix este eficient în scurtarea spectaculoasă a timpului de vindecare a acestor ulcere, găsindu-și indicația în ulcere de presiune (escare) datorate imobilizării la pat sau în scaun cu roțile, ulcere venoase, piciorul diabetic, arsuri, alte leziuni (plăgi postchirurgicale, postradioterapie). Experiențe relevante în tratamentul





Dr. VICTOR CLĂTICI



Dr. CARMEN GIUGLEA



Dr. CĂLIN ALEXANDRU



Dr. TONI FEODOR

chirurgical al ulcerului venos, incluzând și produse de nouă generație cu colagen, au fost menționate și de dr. Toni Feodor, Clinica Sf. Nicolae.

Cel mai bun tratament pentru ulcerele cronice, mai ales la grupele de risc – paralizați, imobilizați la pat, vârstnici – rămâne cel preventiv, susține Georgeta Pășarin, asistent medical principal la Spitalul Clinic Fundeni, care a sintetizat atât măsurile de prevenire, cât și pe cele de îngrijire a escarelor, în funcție de stadiul lor. Reducerea presiunii poate preveni multe din escare, prin schimbarea poziției la fiecare două ore, folosirea pernelor speciale pentru scaune sau a saltelelor antidecubit care reduc presiunea sub 25 mmHg, cu distribuție egală, susține dr. Carmen Giuglea, șef lucrări UMF, medic primar chirurgie plastică și microchirurgie reconstructivă. Tratamentele chirurgicale plastice aplicate în cazurile netratate medical urmăresc să curețe și să excizeze rana până la țesutul sănătos și să aplice lambouri fascio și miocutanate pentru refacerea leziunilor cutanate, dar rămân electiv pentru pacienții care dispun de personal de îngrijire competent și au o nutriție bună. Conduita în perioada de recuperare postoperatorie este critică în refacerea acestor bolnavi. ●

CONCLUZII

În România, terapiile sunt neunitare, nu există specializare în tratarea acestor răni cronice, nu există centre-pilot dedicate sau centre educaționale, eforturile cadrelor medicale fiind individuale și încercându-se însușirea experienței, a ghidurilor și a protocoalelor terapeutice din Marea Britanie, SUA sau Germania. De asemenea, mulți pacienți sunt tratați la nivelul anilor '90, nefiind cunoscute sau accesibile tratamentele și dispozitivele moderne de prevenire și tratament în cazul escarelor. Explicația specialiștilor este lipsa unor ghiduri sau protocoale în general în România, dar și multidisciplinaritatea echipei care este implicată în tratamentul acestor afecțiuni, la granița multor specialități – medici de familie, interniști, chirurghi generaliști, chirurghi cardiovasculari, chirurghi plasticieni, neurologi, dermatologi, nutriționiști, geriatri. Statisticile din România lipsesc, la fel studiile de cost/eficiență în îngrijirea acestor bolnavi, iar noile tratamente par prea scumpe pentru statul român, care nu compensează soluțiile de tratament actuale. Deși, spune Cristian Dobre, de la Asociația purtătorilor de stoma cutanată, "Bulgaria sau țările din jur compensează cel puțin pansamentele moderne, mult mai eficiente decât compresele clasice aplicate, de obicei, în România".

Reducerea presiunii poate preveni multe din escare, prin schimbarea poziției la fiecare două ore, folosirea pernelor speciale pentru scaune sau a saltelelor antidecubit care reduc presiunea sub 25 mmHg, cu distribuție egală.

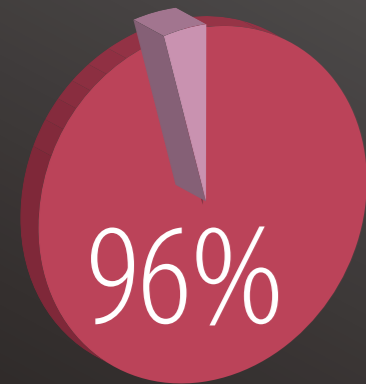
Dr. Carmen Giuglea, șef lucrări UMF, medic primar chirurgie plastică și microchirurgie reconstructivă

Pulbere cicatrizantă de colagen
CATRIX®
 APROBAT ÎN UE ȘI SUA

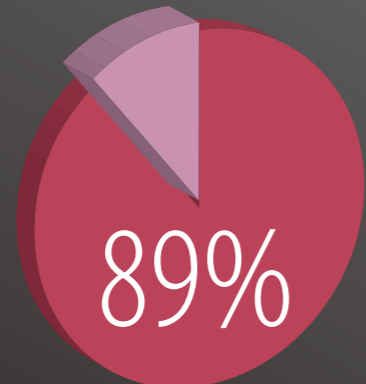
**CATRIX® ACCELEREAZĂ
 CICATRIZAREA
 LEZIUNILOR PIELII**

NEOLA
 quality pharmaceuticals

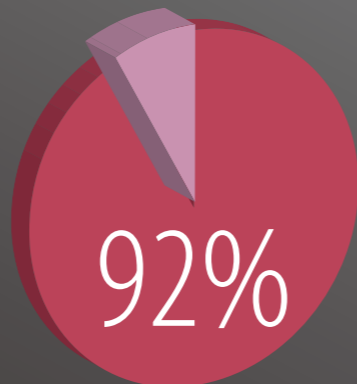
În cadrul dezbaterii „Soluții pentru îmbunătățirea sănătății sexuale a populației”, care s-a desfășurat la hotel Novotel, pe 28 mai, revista Politici de sănătate a distribuit un chestionar ale cărui obiective au fost să evalueze percepția participanților cu privire la gradul de informare a populației și la posibilele soluții pentru îmbunătățirea sănătății sexuale.



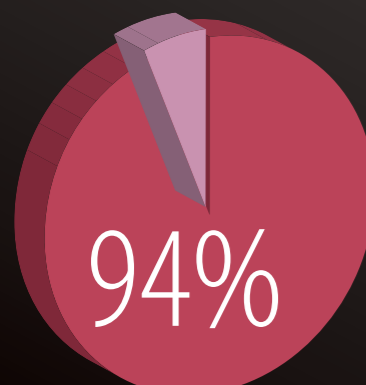
dintre subiecți consideră că lipsa informării și o educație deficitară pentru sănătate reprezintă motivele creșterii numărului adolescenților care au suferit o întrerupere de sarcină în ultimul an.



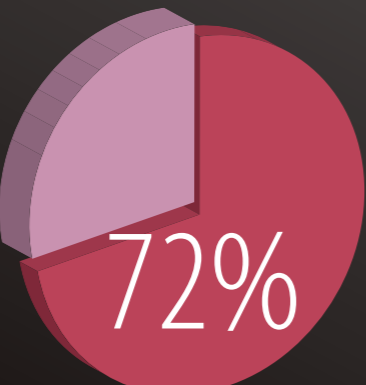
dintre persoanele chestionate consideră că gradul de informare în rândul populației generale cu privire la factorii de risc pentru apariția cancerului este redus, doar 8% consideră că acesta este mediu și 3% consideră că este unul bun.



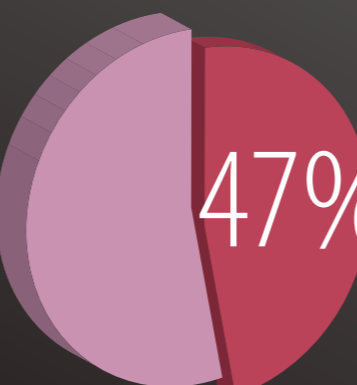
dintre persoanele chestionate consideră că gradul de informare în rândul populației generale cu privire la metodele de prevenire a apariției BTS este unul slab, iar 8% consideră că acesta este mediu.



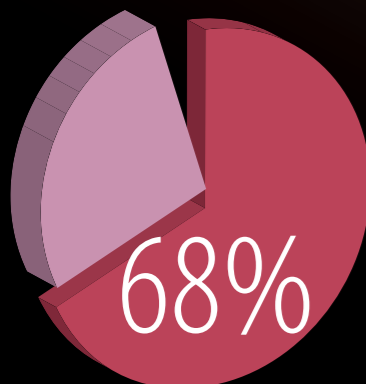
dintre persoanele care au participat la sondaj consideră că gradul de informare în rândul populației generale cu privire la semnele și simptomele generale care pot indica prezența BTS este unul redus.



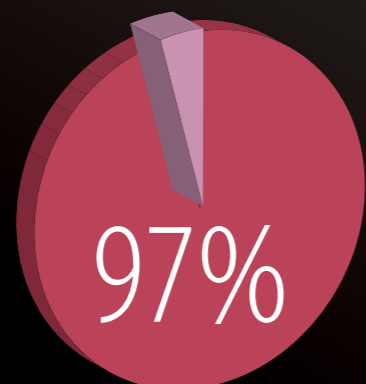
dintre cei care au răspuns la chestionar consideră că autoritățile din România nu au o strategie coerentă în domeniul prevenirii și tratării BTS, 20% consideră că această strategie există, iar 8% nu știu.



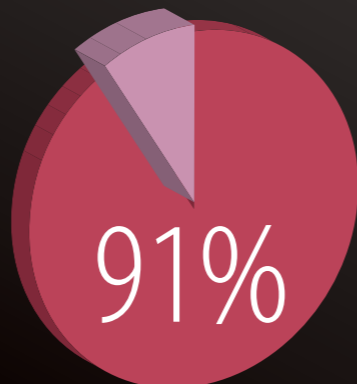
consideră că asociațiile de pacienți (AP) nu sunt suficiente de active în domeniul informării populației, 38% spun că AP sunt active în acest domeniu.



La întrebarea „Considerați că medicii de familie (MF) au un rol important în prevenirea și tratarea BTS?” 68% consideră că responsabilitatea MF ar trebui să fie importantă, dar nu exclusivă, 27% consideră că MF ar trebui să aibă o responsabilitate obligatorie și cea mai importantă.



dintre cei care au dat răspunsuri consideră că trebuie ca autoritățile să își construiască o strategie coerentă în domeniul prevenirii BTS, iar 96% consideră că implementarea campaniilor IEC dedicate populației generale ar trebui să constituie prioritatea autorităților în domeniul îmbunătățirii sănătății sexuale a populației.



Majoritatea covârșitoare a celor care au bifat răspunsuri (91%) consideră că rolul cel mai important în educația populației în domeniul sănătății sexuale ar trebui să îl aibă părinții, urmați de școală, mass-media, medici de familie și asociații de pacienți.

Metodologia. Studiul s-a bazat pe acest chestionar, aplicat pentru 60 de persoane prezente la dezbateri. Este o analiză cantitativă de tip descriptiv. Chestionarele au conținut 13 întrebări, cu complement simplu sau multiplu. Chestionarele incomplete au fost eliminate. Au fost păstrate doar chestionarele completate corect. Studiul a avut o rată de răspuns de 70%. **Introducerea datelor și procesarea.** Baza de date a fost construită în Access Microsoft Office, a fost procesată cu SPSS și a conținut 42 de chestionare. **Rezultatele.** 98% dintre cei chestionați au fost medici, iar 2%, asistente medicale. Majoritatea celor chestionați lucrează în instituții sanitare de stat (95%). 43% dintre persoanele care au completat chestionarul au fost implicate în campanii de conștientizare asupra aspectelor legate de BTS.



www.info-sanatate.ro/despre-noi
www.facebook.com/InfoSanatate



SUSȚINEM EDUCAȚIA ȘI INFORMAREA PACIENȚILOR

Rețeaua națională de informare în clinici medicale și spitale este formată din sisteme LCD de tip digital signage și panouri de afișaj, amplasate în sălile de așteptare din clinici medicale și spitale.

1.900.000 persoane lunar
462 clinici și spitale, 118 orașe

242 Clinici medicale private (inclusiv cabinete medicale grupate)

220 Spitale de stat și private

din care 136 locații incluse în Rețeaua "Mama și Copilul" (maternități, pediatrie).



Parteneri:





AGENCIJA
NATIONALA
DE PRESA
AGERPRES

24 ORE DIN ORDIN

AGERPRES

din 1888

Intota agenției începe în 1888, fiind una din primele instituții media de amas tip din Europa de Est. Din-a lungul timpului, AGERPRES s-a remarcat și s-a impus atât în țară, cât și în străinătate, pentru serietatea, actualitatea și profesionalismul informațiilor furnizate, pentru profesionalismul și seriozitatea echipelor sale, pentru flexibilitatea și diversitatea gamei de servicii oferite.

calitate rigoare abilitate performanță
www.agerpres.ro

PRESENTE
MAJORITY
INFORMAREA
CATEGORIA
OFICIAL
PUBLICA



STIRI
INTERNE
ONLINE

STIRI
EXTERNE
ONLINE

STIRI
ECONOMICE
ONLINE

STIRI
SPORTIVE
ONLINE

STIRI
IN
ENGLEZA
ONLINE

ROMANIA SI
MUNDUL
EUROPEAN

FOTO
ONLINE

MONITORIZARE

MULTIMEDIA

BAZA
DE DATE
AGERPRES

Cel mai important
furnizor de informații
și fotografii de presă
din România



MONITORIZARE DE PRESĂ

Serviciul AGERPRES de monitorizare a presei scoasează din conținutul publicațiilor naționale, de la presa de informații generale și până la agenție, la săptămânale și reviste de specialitate, pe baza conținutului sau propozițiilor cheie stabilite de client.

RAPORTUL ZILNIC DE MONITORIZARE A PRESEI SCRISE

include toate articolele apărute în presa centrală și/sau locală din țară în curs, acestea fiind grupate după tema de interes definită de clientul presă.

RAPORTUL ZILNIC DE MONITORIZARE RADIO-TV

include transmisiunile integrale sau rezumatele știrilor din domeniul de interes transmisiv la radio și Tv în ziua prezintărilor și, la cerere, cuprins audio/video aferent.

RAPORTUL ZILNIC DE MONITORIZARE ONLINE

cuprinde articolele difuzate online în numărul de date pe site-urile web-site. Sunt grupate după cuvintele cheie stabilite.

CLIPPING

este un raport care conține articolele scoase din domeniul de interes. Acesta poate fi însoțit de ilustrații însoțite pentru un anumit număr de zile.

ANALIZA CANTITATIVĂ ȘI CALITATIVĂ

oferă o imagine de ansamblu a activității în presă a domeniului monitorizat atât prin raportul între numărul total de articole din perioada analizată și distribuția pe facies publiciste cât și prin compararea numărului de articole pozitive/negative/respectiv raportate la masa publicată.

MEDIA ALERT

este un serviciu care are rolul de avertizare și alertare despre difuzarea unor știri ce ar putea afecta într-o anumită măsură imaginea societății.

ANALIZA MEDIA ZILNICĂ / SAPTĂMÂNALA / LUNARĂ

conține în sinteză și evaluarea globală a activității mediatică, în sinteză și conținutul interpretativ a jurnalistilor prezentați. Cuprinde și o secțiune de amănunțit a principalelor evenimente ale zilei curente.

BAZA DE DATE

să puteți la dispoziție toate rapoartele întinse pe perioada monitorizării, acestea putând fi consultate online ori, accesând pagina noastră de internet prin intermediul unui cont protejat.

24

AGERPRES
DE ORDIN

24