

POLITICI DE SĂNĂTATE

Sub auspiciile Equity in Health Institute Romania

Iunie 2013

www.politicidesanatate.ro

› *Colaborarea internațională
pentru prevenirea fraudei
în sectorul serviciilor
de sănătate din UE*

**Paul Vincke, Managing Director European Healthcare
Fraud and Corruption Network**

› *Politicile de sănătate
și dezvoltarea economică*

**Prof. dr. Vasile Pușcaș, Profesor Jean Monnet Ad
Personam, Universitatea "Babeș-Bolyai", Cluj-Napoca**

Dr. Ricardo Baptista Leite

**Inovarea
în Sănătate –
șansa reformei
în Portugalia**

Dezbaterea

Soluții pentru îmbunătățirea sănătății sexuale a populației

28 mai 2013, București

**Specialiștii și autoritățile, împreună cu reprezentanții
mass-media și asociațiile de pacienți, discută cauze și soluții
la problemele cauzate de infecțiile cu transmitere sexuală.**

Dr. Victor Olsavszky, Șef Reprezentanță OMS în România • **Dr. Daniela Pițigoi**, Vicepreședinte, Societatea Română de Epidemiologie • **Conf. Univ. Dr. Alexandru Rafila**, Președinte, Societatea Română de Microbiologie, Comitetul Național de Vaccinologie • **Dr. Adriana Pistol**, Director General, Institutul Național de Sănătate Publică • **Dr. Cristina Vladu**, Consilier, Ministerul Sănătății • **Dr. Victor Gabriel Clătici**, Medic primar dermatolog, Clinica de Dermatologie Spitalul Universitar de Urgență ELIAS • **Alexandru Ion Giboi**, Director General, Agerpres • **Daniela Palade Teodorescu**, Redactor-Șef, Revista Avantaje • **Alina Dumitriu**, Președinte, Asociația Sens Pozitiv • **Cristian Roșu**, Președinte, UNOPA • **Florin Buhuceanu**, Director Executiv Interimar, Accept România • **Nicoleta Brunel**, Președinte, Asociația SOS Infertilitatea

Moderator: Maria Vasilescu, Publisher, Revista „Politici de Sănătate”

Parteneri științifici



Parteneri



Parteneri media



EDITORIAL

Echitate, calitate și protecție financiară... pentru toată lumea.
E posibil? 4

ȘTIRI

..... 6

REFORMA SĂNĂTĂȚII

Colaborarea internațională pentru prevenirea fraudei în sectorul
serviciilor de sănătate din UE 10
Politicele de sănătate și dezvoltarea economică 16

INTERVIU

HORIA CRISTIAN: *Rolul guvernului este să creeze
stimulentele pentru apariția noilor servicii de sănătate* 18
RICARDO BAPTISTA LEITE: *Inovarea în sănătate -
șansa reformei în Portugalia* 20
Cristian Bușoi: *Promovarea sănătății trebuie să fie
o opțiune strategică fundamentală* 24
Petru Armean: *Personal medical din Moldova sau din Pakistan -
o soluție pentru sistemul de sănătate din România?* 28

LECȚIA DE HTA

*Evaluarea tehnologiilor medicale la nivel european - rolul
EUnetHTA și sugestii pentru dezvoltarea domeniului în România* 30

POLITICI FARMACEUTICE

CHRISTOPHE GOURLET: *Serviciile centrate pe pacient -
o opțiune strategică fundamentală* 34
Medicamentele generice - soluția pentru redresarea
sistemului de sănătate 38

HEALTH ECONOMY

Plata în funcție de performanță în îngrijirile de sănătate 40
Criza continuă din sistemul sanitar - cauze și soluții 44
Strategii inovatoare în guvernarea spitalelor publice 50

ECHITATE

O organizație care s-a creat ca să facă ADVOCACY: Asociația
Transplantaților din România 54

MANAGEMENT

Nevoia de formare profesională în domeniul
managementului serviciilor și asigurărilor de sănătate 58

RESURSE

Rapoarte 62
Publicații internaționale 65

STUDIUL LUNII

Chestionar 66

CONSILIUL ȘTIINȚIFIC

Prof. univ. dr. Petru Armean,
UMF "Carol Davila" București
Dr. Cristina Berteanu,
Medic primar ATI, cercetător postdoctorat,
UMF Târgu Mureș
Dr. Călin Boeru,
Manager, Spitalul de Obstetrică
și Ginecologie Ploiești
Dr. Victor Gabriel Clătici,
Clinica de Dermatologie Spitalul Universitar
de Urgență ELIAS
Conf. univ. dr. Carmen Domnariu,
Universitatea "Lucian Blaga" Sibiu
Fausto Felli,
Președinte, Equity in Health Institute
Conf. dr. Florin Mihăițan,
Președinte, Societatea Română de Pneumologie
Prof. dr. Eugen Mota,
Președinte, Societatea Română de Nefrologie
Dr. Mircea Olteanu,
Președinte, Asociația Spitalelor din România
Dr. Adriana Pistol,
Director General, Institutul Național
de Sănătate Publică
Dr. Daniela Pițigoi,
Vicepreședinte, Societatea Română
de Epidemiologie
Prof. Vasile Pușcaș,
Universitatea Babeș-Bolyai Cluj-Napoca
Conf. dr. Alexandru Rafila,
Președinte, Societatea de Microbiologie
din România
Dr. Cornelia Scărlătescu,
Vicepreședinte, EHNST România
Lăcrămioara Stoicu Tivadar,
Președinte, Societatea de Informatică Medicală
Paul Vincke,
Președinte, European Healthcare Fraud
and Corruption Network
Prof. Victor Voicu,
Președinte, Societatea Română de Farmacologie,
Terapeutică și Toxicologie

POLITICI DE SĂNĂTATE

Sub auspiciile Equity in Health Institute Romania

Maria Vasilescu - Publisher
maria.vasilescu@politicidesanatate.ro
Dr. Cristina Crîntea - Senior editor
cristina.crîntea@politicidesanatate.ro
Răzvan Vâlceanu - Redactor
razvan.valceanu@politicidesanatate.ro

Colaboratori

Diana Trascu, Amalia Teodorescu, Andreea Motoc

Marketing&publicitate

office@politicidesanatate.ro

Layout și prepress:

textus ex machina

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

Echitate, calitate și protecție financiară... pentru toată lumea.

È posibil?



Maria Vasilescu

Prezentă la Barcelona la a treia ediție a Cursului de finanțare a sănătății, susținut de cei mai cunoscuți specialiști ai WHO Europe, am avut ocazia să fiu alături de 50 de reprezentanți ai instituțiilor de sănătate din 27 de țări.

Prima zi s-a încheiat apoteotic cu un role play: două echipe - una reprezentând Ministerul Finanțelor care anunța că reduce cu 5% cheltuielile pentru sănătate și, de cealaltă baricadă, Ministerul Sănătății care se scuza pentru ineficiența la capitolul spitale... dar care folosea toate argumentele pentru a nu i se micșora fondurile. Colegul din Armenia a pus punctul pe i, spunând răspicat că Ministerul Finanțelor taie pur și simplu și nu înțelege de ce trebuie să mai dea și explicații. Aceasta a fost partea amuzantă a cursului. Partea serioasă relevă faptul că sănătatea este foarte apreciată de către populație și că, odată cu criza economică, dar și cu tendința la nivel mondial de îmbătrânire a populației, finanțarea sănătății trebuie regândită, reformată real, astfel încât să acopere universal populația și să fie echitabilă.

Finanțarea sistemelor de sănătate nu înseamnă numai cum să facem rost de bani mai mulți sau cum să plătim furnizorii. Trebuie ținut cont și de limitele guvernului.

Și, cum ar spune unii, ca să ajungi la punctul B trebuie să știi de unde pleci și ce e fezabil, iar eu mă gândesc dacă s-a făcut în România o evaluare reală a stării prezente și a instrumentelor necesare

reforme sau, ca să nu supăr pe nimeni, o evaluare a îmbunătățirii sistemului de sănătate. Dacă ai un ciocan în mână, ai tendința de a bate toate cuiele din casă. Dar ciocanul nu rezolvă toate problemele, chiar dacă este singurul instrument la îndemână.

Problema este că politicienii iau decizii favorite, fără analize preliminare, fără o evaluare reală a problemelor, și le implementează așa, ca și cum ar face terapie fără diagnostic. Ca să pui un „diagnostic” corect, trebuie separate scopurile de mijloace și trebuie definite problemele la nivel de obiective, trebuie evitată reforma bazată pe mijloace și explorate toate cauzele problemei: întreabă-te de 5 ori de ce, după cum recomandă specialiștii în politici de finanțare a sănătății. O implementare de succes depinde foarte mult și de contextul politic: de exemplu, când vine un ministru nou, el are o idee, el formulează o problemă ca să găsească soluția - ignoră evaluarea reformelor anterioare și implementează o nouă reformă - după care vine alt ministru. Trebuie să ținem cont de faptul că niciun sistem de sănătate nu este 100% rațional și științific.

Inteligența unui sistem de finanțare sustenabil constă în faptul că oricât de puțini bani ai colecta, important e cum folosești eficient resursele. Echitatea în finanțare joacă astfel un rol important. Plata după abilitatea de a plăti este ea echitabilă? Folosirea instrumentelor singulare de finanțare nu este suficientă. Trebuie definit un pachet de beneficii



Curs OMS
Barcelona
“Finanțarea sistemelor de sănătate”

FOTO: Sarah THOMSON, London School of Economics Health

echitabil. Venitul mix trebuie optimizat și evident reduce ineficiențele din sistem. Și politica de finanțare a sistemului de sănătate este un instrument-cheie ca să creștem eficiența, prin limitarea cheltuielilor publice pe intervenții ineficiente, realizarea de acțiuni de prevenție etc. Prevenția e bună, dar nu suficientă. Ca să fie măsură sustenabilă, ea trebuie analizată permanent, pentru că între plan și implementare va fi întotdeauna o diferență. Sistemul trebuie să se adapteze în permanență, iar autoritățile trebuie să aibă deschidere și să anticipeze. În plus, măsurile de prevenție trebuie întărite cu politici sustenabile de resurse umane, procurare eficientă de medicamente și investiția în educație.

Un alt concept care este promovat, chiar dacă avem bani puțini, este calitatea, iar aceasta este de două feluri: clinică și a serviciilor. Aceasta din urmă este judecată de pacienți (cât timp au discutat medicii cu ei și ce informații le-au fost furnizate, cum arată locul - spitalul, clinica, cabinetul, toaleta, cât au așteptat sau cât de respectuos au fost tratați și ce suport emoțional au primit).

În ceea ce privește calitatea clinică, s-a făcut un studiu de către Rand Europe și Comisia Europeană legat de erorile medicale din care reiese faptul că dacă

acestea ar fi reduse cu 10%, la nivelul Uniunii Europene, ar putea fi prevenite mai mult de 750.000 de erori medicale/an, ar putea conduce la reducerea zilelor de spitalizare cu peste 3,2 milioane de zile și ar fi cu 95.000 mai puține decese în fiecare an.

Specialiștii Organizației Mondiale a Sănătății consideră că este mai greu pentru țările sărace să obțină acoperirea universală, însă toate țările doresc să reducă decalajul între nevoi și utilizări, să îmbunătățească protecția financiară și calitatea și deci Universal Coverage este posibil, pentru toate țările, prin urmare și pentru România. ●

Surse:
• World Health Report 2010;
• Joseph Kutzin, Tamas Evetovits, Melitta Jakab, Matthew Jowett - Health financing in the European region: objectives and policy instruments;
• Joseph Kutzin - Fiscal context and sustainability tradeoffs;
• Tamas Evetovits, Matthew Jowett - Impact of the financial crisis: fiscal policy and health financing

Ca să pui un „diagnostic” corect, trebuie separate scopurile de mijloace și trebuie definite problemele la nivel de obiective, trebuie evitată reforma bazată pe mijloace și explorate toate cauzele problemei: întreabă-te de 5 ori de ce, după cum recomandă specialiștii în politici de finanțare a sănătății.

A crescut numărul de companii - micro, mici și mijlocii - de medicamente

■ Raportul anual al Agenției Europene a Medicamentelor



AGENȚIA EUROPEANĂ A MEDICAMENTELOR A PUBLICAT pe 16 aprilie raportul său anual pentru 2012. Acesta pune în evidență tendințele principale observate în activitatea agenției. În ultimii ani, agenția a primit un număr constant de aplicații pentru autorizare de marketing (MAA) pentru medicamente destinate oamenilor. Au fost contabilizate, în total, 96 de aplicații primite în 2012. Comisia pentru Produse Medicinale destinate Uzului Uman (CHMP) a emis 59 de opinii pozitive pentru aprobarea medicamentelor, inclusiv prima opinie pozitivă pentru terapie genetică din Europa. Agenția a observat o complexitate din ce în ce mai mare în aplicațiile pentru medicamente primite. Tendința crescută a aplicațiilor este foarte bine-venită, deoarece este un semnal că medicamentele

pentru boli rare au un grad de disponibilitate din ce în ce mai mare și demonstrează importanța politicii medicamentelor cu desemnare orfană. Succesul stimulentei orfane este evidențiat de către creșterea constantă a desemnărilor: 105 desemnări au fost acordate în 2011, 148 în 2012 și pentru 2013 este așteptat un număr de peste 150. Este de consemnat faptul că 72% dintre medicamentele care au primit o opinie pozitivă pentru desemnare orfană sunt pentru boli ce afectează copiii. Alt aspect interesant pentru 2012 este faptul că numărul de companii cărora li s-a atribuit statut de întreprindere micro, mică sau medie (SME) de către Agenție a crescut cu 58% în comparație cu 2011, cu un număr total de 1.098 de SME active înregistrate la sfârșitul anului. Concomitent, s-a

observat o creștere a numărului de aplicații pentru evaluare de către SME-uri. Creșterea are o semnificație deosebită pentru aplicațiile pentru medicamentele cu desemnare orfană deoarece 68% dintre aceste aplicații au fost înaintate de către SME-uri, în comparație cu 2011, când au fost doar 27% din totalul aplicațiilor. **A existat o creștere semnificativă a numărului de SME-uri care au cerut îndrumare științifică Agenției înainte de a depune o MAA în 2012, 64%, față de 41% în anul precedent.** În 2012, pentru prima dată, un SME a cerut o calificare biomarker, o nealță oferită de Agenție companiilor mari și mici ce susține dezvoltarea de medicamente. Raportul evidențiază și o serie de tendințe în domeniul veterinar. ●

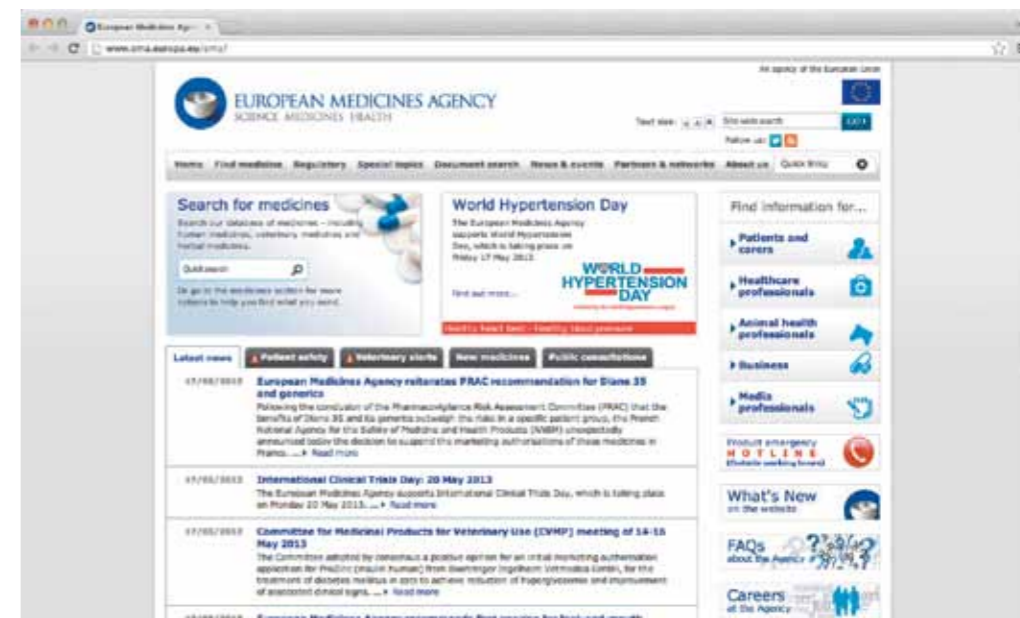
Sub auspiciile Observatorului European și ale Open University Press a apărut „**Succese și eșecuri ale politicii de sănătate din Europa: patru decenii de tendințe divergente și provocări convergente**”. Studiul este editat de Johan P. Mackenbach și Martin McKee și se bazează pe cele mai recente dovezi rezultate pe zeci de ani de cercetare a impactului politicilor de sănătate asupra sănătății populației în Europa. Volumul este o lectură importantă pentru factorii de decizie și pentru cei care lucrează în serviciile de îngrijiri medicale, ca profesioniști, cercetători sau studenți. Hack Health Dublin, conferință organizată în luna mai, a adus în lumina reflectoarelor tema “Asistența medicală inovatoare și bunăstarea” și modul în care utilizarea tehnologiei servește scopului îmbunătățirii furnizării de servicii medicale. Profesioniștii din domeniul sănătății (consultanți, personal medical și managerii de spital) sunt invitați să colaboreze cu creatorii de tehnologie cu scopul elaborării de aplicații și explorării de tehnologii care vor îmbunătăți accesul și calitatea îngrijirilor în sănătate. ●



O prevedere-cheie a Directivei Medicamentelor Falsificate a fost implementată

Agenția Europeană a Medicamentelor și-a updatat baza de date EudraGMP în așa fel încât acum conține informații despre practici de distribuție bune (GDP), pe lângă practici de producție bune (GMP). Noua bază de date, denumită mai nou EudraGMPD, este o prevedere-cheie a Directivei Europene a Medicamentelor Falsificate, directivă ce a intrat în vigoare în ianuarie 2013. Astfel, producția și distribuția medicamentelor vor putea fi supravegheate într-un mod mai robust, permițând tuturor actorilor implicați în lanțul de distribuție să verifice informațiile disponibile despre furnizorii lor. EudraGMPD va fi ținută la zi de către autoritățile de reglementare a medicamentelor din Statele Membre ale Uniunii Europene (UE) cu informații legate de distribuție și susținută în mod continuu. Informațiile suplimentare vor conține:

- autorizații de vânzare cu ridicata (angro);
- certificate GDP;
- declarații de nonconformitate cu GDP;
- registre cu producătorii,



importatorii (incluzând informații despre furnizorii lor) și distribuitori de substanțe active. ● EudraGMPD este o modificare a bazei de date EudraGMP care a fost lansată în aprilie 2007 pentru a facilita schimbul de informații asupra conformității și nonconformității cu GMP între autoritățile de reglementare din rețeaua de medicamente din Europa. Noul sistem vine în urma introducerii, în decembrie 2012,

a unui modul nou de planificare a inspecțiilor GMP în țări din afara UE. Acest modul, care nu este accesibil publicului, a fost dezvoltat pentru a folosi mai eficient resursele de inspecție prin împărțirea de informații între autoritățile de reglementare din UE și evitarea inspecțiilor redundante. Publicul are acces la majoritatea informațiilor din EudraGMPD, iar mai multe informații vor fi accesibile în lunile

următoare, inclusiv declarațiile de nonconformitate cu GMP. Informațiile de natură confidențială, atât comerciale, cât și personale, nu vor fi făcute publice. Autoritățile de reglementare în domeniul medicamentelor din Statele Membre care încarcă informațiile în baza de date vor decide ce anume din ce încarcă poate fi făcut public și ce nu. ●

Sursa: Agenția Europeană a Medicamentelor

European Health Forum Gastein (EHFG), eveniment de top pentru politica de sănătate în UE, oferă o platformă importantă pentru factorii de decizie în diferite domenii ale sănătății publice și ale îngrijirilor în sănătate. Cu programul său amplu de trei zile, EHFG oferă o șansă unică schimbului de informații cu privire la un spectru larg de probleme de sănătate contemporane. La sfârșitul lunii aprilie 2013, a fost lansat programul celui de al 16-lea forum Gastein

în sănătate. Acesta cuprinde informații cu privire la sesiunile și workshopurile paralele care vor avea loc în perioada 2-4 octombrie 2013. În 2013, forumul Gastein reunește lucrări sub tema „Sisteme de sănătate flexibile și inovatoare pentru Europa”. Vor fi discutate, în cadrul sesiunilor paralele, subiecte precum:

- Construirea sistemelor de sănătate flexibile;
- Zona de liber schimb Europa-SUA;

- Implicații pentru sistemele de sănătate;
- Investiții în Sănătate;
- Sănătatea Mintală. Motorul pentru o economie sănătoasă;
- mHealth pentru Inovare. Sănătatea la îndemâna oricui;
- Bolile netransmisibile.

Mai multe informații, despre eveniment, găsiți accesând linkul: <http://www.ehfg.org/ehfg.html>

Observatory Venice Summer School 2013

ÎN PERIOADA 21-27 IULIE, LA VENEȚIA SE VA DESFĂȘURA ȘCOALA DE VARĂ CU TEMA "TIMPUL SCHIMBĂRII: MODALITĂȚI INOVATOARE DE ÎMBUNĂTĂȚIRE A SĂNĂȚĂȚII POPULAȚIEI".

Școala de vară este organizată de Observatorul european pentru sisteme și politici de sănătate și regiunea Veneto din Italia, cu implicarea Organizației Mondiale a Sănătății, Comisiei Europene, Asociației Europene de Sănătate Publică (EUPHA), Asociației Școlilor de Sănătate Publică din Regiunea Europeană (ASPHER) și a Alianței Europene de Sănătate Publică (EPHA).

Ediția de anul acesta se va desfășura pe parcursul a 6 zile de dezbateri, în care lectorii Reinhard Busse (Observatorul european pentru sisteme și politici de sănătate) și Martin McKee (Observatorul european pentru sisteme



și politici de sănătate și Școala de Igienă și Medicină Tropicală) vor îmbina predarea formală cu abordarea participativă. Școala de vară se adresează factorilor de decizie politică la nivel național și regional, înalților funcționari care au nevoie să înțeleagă acest domeniu al inovației în sănătate, profesioniștilor de înalt nivel

în domeniul sănătății publice responsabili pentru impulsivitatea îmbunătățirii sănătății populației, precum și persoanelor implicate în dezvoltarea de noi generații de profesioniști în sănătate. Școala de vară se va construi pe cunoștințele și experiența proprie a participanților în domeniul sănătății publice și prin mobilizarea celor mai recente dovezi

referitoare la noile evoluții în:

- furnizarea de strategii inovatoare, de înaltă clasă, dedicate îmbunătățirii sănătății populației;
- evaluarea implicațiilor metodelor de măsurare a vechilor și noilor strategii (povara bolii, determinanți ai stării de sănătate);
- interpretarea intervențiilor inovatoare utilizate pentru îmbunătățirea sănătății populației și lecțiile privind punerea în aplicare a acestora în scopul oferirii unor mai bune intervenții de sănătate publică.

Școala de vară este acreditată de Consiliul European de Acreditare pentru Educație Medicală Continuă și este recunoscută de toate instituțiile implicate în dezvoltarea profesională continuă, din toate statele membre ale UE. ●

Pentru mai multe informații accesați pagina web: <http://www.observatorysummerschool.org/index.php>

OMS Europa a organizat o întâlnire la nivel înalt, la Oslo, Norvegia, în perioada 17-18 aprilie 2013, în care înalți oficiali guvernamentali au ajuns la un acord cu privire la abordările politice necesare, utile reducerii impactului crizei economice asupra sănătății. În cadrul întâlnirii a fost evaluat impactul crizei economice globale asupra sistemelor de sănătate din regiune, s-au purtat discuții despre diferitele răspunsuri politice la criză, s-au împărtășit lecțiile învățate și s-a ajuns la un acord cu privire la modalitățile în care țările se pot pregăti mai bine pentru viitor. Participanții au declarat că accentul ar trebui să fie pus

pe domenii și servicii care să încurajeze creșterea economică și care să consolideze solidaritatea și echitatea (cum ar fi sănătatea, șomajul, beneficiile sociale și educația). Dovezile disponibile au indicat faptul că această criză a avut un impact negativ asupra rezultatelor importante din sănătate și asupra factorilor determinanți ai sănătății. Miniștrii sănătății trebuie să fie parte a negocierilor cu privire la politicile macroeconomice, politici sociale și chiar cu privire la măsurile de austeritate. Cele mai multe țări au folosit criza ca pe o oportunitate de a pune în aplicare reformele restante în domeniul sănătății,

care vizau creșterea eficienței păstrând în același timp echitatea și protejarea celor săraci și vulnerabili. Participanții la eveniment au identificat elementele-cheie ale acestor reforme, printre care:

- concentrarea politicilor pe prevenirea bolilor și pe promovarea sănătății;
- consolidarea asistenței medicale primare;
- actualizarea politicilor farmaceutice care să se concentreze pe eficiența costurilor în scopul reducerii ineficiențelor și creșterii gradului de utilizare a medicamentelor generice;
- raționalizarea pachetelor de servicii.

În ciuda presiunii de a intro-

duce și de a crește taxele de utilizator în mai multe țări, participanții au etichetat acest tip de reformă a finanțării sănătății, de tip "baros", ca fiind atât ineficientă, cât și inechitabilă. Au ajuns la un acord privind utilizarea altor instrumente, chiar și în situații de criză și chiar și atunci când economiile sunt făcute într-un ritm mai lent. OMS Europa se va consulta cu statele membre pentru a dezvolta o serie de recomandări de politici de sănătate și va elabora un raport care va fi prezentat pentru aprobare la a 63-a sesiune a Comitetului Regional OMS pentru Europa, în septembrie 2013. ●

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

Colaborarea internațională pentru prevenirea fraudei în sectorul serviciilor de sănătate din UE

În Uniunea Europeană, costurile cu asistența medicală cresc mai rapid decât creșterea economică. Cheltuielile cu asistența medicală în UE în 2010 au fost în jurul valorii de 9% din PIB. Aceasta reprezintă o creștere de 1,7% față de anul 2000.

Deși aceste cheltuieli sunt, în mare parte, făcute corect pentru finanțarea serviciilor de sănătate necesare, există pierderi substanțiale datorate risipei. Prin „risipă” ne referim la „costuri ce pot fi evitate fără a reduce calitatea asistenței medicale oferite de către sistemul public”.



Paul Vincke
Managing Director
European Healthcare
Fraud and Corruption
Network

În același timp, politicienii și cetățenii sunt din ce în ce mai îngrijorați despre modul în care sunt folosite atât resursele publice, cât și cele private. Pentru țările unde criza economică lovește cel mai tare este cu atât mai important ca cheltuielile publice să fie făcute strict în interesul celor vizați. Deși există multe tipuri de „risipă” în asistența medicală, precum supraconsumul și tratamentele scumpe inutile, cheltuielile făcute prin fraudă sunt recunoscute în unanimitate la nivel internațional ca fiind o risipă

strigătoare la cer a resurselor alocate sănătății. În rândurile următoare vom discuta natura și gradul de extindere ale fraudei în sectorul de sănătate din Europa, incluzând fraudă transfrontalieră, dar și rezultatele unor organizații naționale ce au misiunea de a ține acest fenomen sub control. Conștientizarea faptului că cooperarea internațională este importantă a dus la crearea Rețelei Europene împotriva Fraudei și Corupției în Sănătate (European Healthcare Fraud and Corruption Network - EHFCN).

REȚEAUA EUROPEANĂ ÎMPOTRIVA FRAUDEI ȘI CORUPȚIEI ÎN SĂNĂTATE (EHFCN)

EHFCN este o asociație internațională constituită în concordanță cu legislația belgiană, cu sediul la Bruxelles și înființată în anul 2005. Misiunea sa este de a reduce semnificativ pierderile din sistemele de sănătate europene cauzate de risipă, fraudă și corupție. Obiectivul este acela de a ajuta membrii rețelei în abordarea acestor probleme într-un mod eficient. Cooperarea prevede schimbul de informații și de bune practici în timpul unor evenimente de tip „open house”, seminarii și conferințe, dar și dezvoltarea de unelte pentru măsurarea riscului și standarde de control al fraudei. Rețeaua este un laborator independent, un „think tank” ce sugerează politici guvernelor țărilor membre și organizează campanii de conștientizare. EHFCN are deocamdată 17 membri din 12 țări europene, 80% fiind organizații guvernamentale și 20% asiguratori privați.

1. O DEFINIȚIE EUROPEANĂ UTILĂ A FRAUDEI

Multilingvismul este o realitate inevitabilă în Europa. În cadrul forumurilor internaționale se folosește o „engleză inteligentă” ca limbă comună. Totuși, atunci când se folosește un concept precum fraudă și fiecare îi atribuie un alt sens, lucrurile încep să se complice. În Europa, nu există o definiție uniformă standard a fraudei, cu atât mai puțin o clasificare penală uniformă pentru fraudă din sistemul de sănătate. În Belgia, de exemplu, în Codul Penal orice violare a legii securității sociale este clasificată drept „fraudă socială”. În Austria, definiția se referă explicit la condiția

de „fraudare cu intenție”, pe când în Cehia, intenția nu reprezintă un element important. Și tot așa.

Compararea datelor, în acest context, devine dificilă, chiar imposibilă. În plus, noțiunile de fraudă, abuz și eroare sunt raportate fără niciun fel de distincție între ele, rezultând astfel imposibilitatea de a le determina relevanța.

La comanda EHFCN, Institutul Elvețian pentru Drept Comparativ a efectuat un studiu în UE pentru a formula o definiție a fraudei ce poate fi folosită în fiecare dintre Statele Membre pentru a măsura riscurile de fraudă în sănătate. Definiția este următoarea: „Frauda este folosirea documentelor și/sau a declarațiilor false, incorecte sau incomplete sau nefurnizarea de informații atunci când se încalcă o obligație legală de a furniza informații, rezultând deturnarea de fonduri sau a proprietății altora sau abuz pentru alte scopuri decât cele pentru care sunt destinate”. Dar și atunci când avem un acord asupra definiției fraudei rămâne o zonă gri, ce este susceptibilă interpretării. Care sunt, de exemplu, criteriile pentru a considera uzul frecvent al unor tratamente inutile și scumpe ca fiind un supraconsum fraudulos? Când este vorba despre o eroare mai mult decât despre o simplă greșeală? Cu excepția Olandei, Franței și Belgiei, țările europene nu fac o distincție clară între fraudă, abuz și erori în sistemul de sănătate. Totuși, fiecare dintre aceste noțiuni necesită o abordare individuală. EHFCN își dorește să clarifice aceste aspecte.

2. SUSCEPTIBILITATEA SISTEMELOR DE SĂNĂTATE EUROPENE LA FRAUDĂ

Deși fiecare stat membru al UE are propriul sistem de sănătate, specific, cu aspecte care îl diferențiază de cele din alte țări, există o serie de factori comuni care fac sectorul susceptibil la fraudă. În primul rând, este numărul mare de „stakeholderi”: guvern, asiguratori, pacienți, furnizori de servicii de sănătate, furnizori și producători de echipamente medicale și medicamente. Aceștia își promovează interesele într-un mod relativ autonom și deseori separat unii de alții.

În plus, este vorba despre sume semnificative, iar nivelul mare de descentralizare și

UNELE FORME DE PLATĂ CHIAR „INSTIGĂ” LA COMITEREA FRAUDELOR. DE EXEMPLU, SISTEMUL DE PLATA PER SERVICIU A DEVENIT, ÎN ȚĂRILE UNDE ESTE APLICAT, UN STIMULENT PENTRU A FACTURA EXCESIV SAU CHIAR PENTRU A FACTURA PENTRU SERVICII CE NU AU FOST FURNIZATE.

balcanizare al sectorului de sănătate și al informațiilor disponibile împiedică supravegherea și transparența. În multe sisteme, cel care plătește nu este același cu cel care beneficiază, așa că nu există un control intrinsec al serviciilor furnizate.

Cel care plătește nu poate verifica dacă serviciile au fost furnizate în mod eficient, iar pacientul nu poate avea o bună cunoaștere a facturării efectuate de către furnizor. Sistemele de sănătate organizate la nivel central duc la diferite fenomene de fraudă, precum fraudă pe statul de plată sau facturarea divizată. În unele țări atât consumatorii, cât și furnizorii consideră guvernul o țintă ușoară și în genere apatică, atunci când vine vorba de fraudă.

3. TIPOLOGII DE FRAUDĂ

Conform EHFCN, toate țările UE se confruntă cu aceleași tipuri de fraudă într-o mai mică sau mai mare măsură, în funcție de sistemul de sănătate pe care îl au.

EXEMPLE DE FRAUDĂ COMISĂ DE PACIENȚI ÎN STATELE MEMBRE UE

- Obținerea ilegală de scutire de la coplată
- Solicitarea rambursării costurilor unor servicii fictive
- Folosirea de certificate medicale false pentru a primi indemnizații necuvenite
- Fraudă de identitate pentru a obține servicii la care nu au dreptul
- Falsificarea și vânzarea prescripțiilor

3.1. Frauda comisă de pacienți

Frauda comisă de pacienți este dificil de detectat, deoarece sumele implicate sunt de obicei mai mici și în majoritatea cazurilor nu există date însumate pentru a ajuta la detecția acestui tip de anomalii.

3.2. Frauda comisă de către furnizorii de servicii

Frauda comisă de către furnizorii (indivizi și spitale) din statele membre UE intră în una din categoriile următoare: facturarea incorectă a serviciilor sau furnizarea de servicii neadecvate/inutile. Controlul fraudei din prima categorie implică o verificare materială a facturării (a fost serviciul respectiv furnizat cu adevărat?) sau o verificare a corectitudinii (a fost serviciul respectiv facturat corect?).

Însă atunci când este vorba de cea de-a doua categorie – servicii inadecvate/inutile – verificarea se face în funcție de ghiduri de bune practici, indicatori și principii generale precum cel de „bonus pater familias”, astfel complicând abilitatea de a dovedi fraudă.

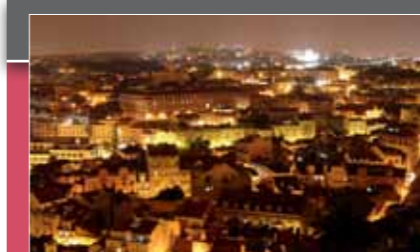
3.2.1. Exemple de facturare incorectă:

- Facturarea unor servicii ce nu au fost furnizate;
- Facturarea cu un cod de valoare incorect (de obicei unul prea mare);
- Divizarea facturării prin care serviciul se împarte pe mai multe facturi cu o sumă totală mai mare.



ITALIA

Într-un spital din Milano, Italia, pacienții sufereau intervenții chirurgicale sub pretextul că ar fi avut cancer sau tuberculoză. Doi dintre ei au murit, iar 13 medici au fost condamnați la închisoare.



PORTUGALIA

În Portugalia s-a descoperit că spitalele facturau pacienților pachete întregi de medicamente, deși se foloseau doar jumătate din ele.



OLANDA

În Olanda un dentist a facturat pe o perioadă de patru ani un tratament pe care nu l-a efectuat vreodată sau pentru pacienți pe care nu i-a tratat, toate acestea la un cost total de 400.000 €. A fost obligat să restituie fondurile și amendat cu 500.000 €.

■ În Franța, un pacient de 50 de ani a fost condamnat pentru că a declarat o duzină de boli pentru care a cerut să i se ramburseze o sumă totală de 450.000 €, deși primise același tratament pentru fiecare.

■ Un pacient englez a fost condamnat la închisoare deoarece a obținut cantități semnificative de analgezice de la mai mulți medici pentru a le vinde ilegal.

3.2.2. Exemple de alocare ineficientă a serviciilor

- Furnizarea sistematică a unor servicii scumpe în locul alternativelor mai ieftine;
- Furnizarea sistematică a unor servicii ce nu sunt necesare;
- Furnizarea sistematică a unor servicii ce nu sunt eficiente.

3.3. Frauda comisă de către producătorii sau furnizorii de echipament medical și medicamente

Frauda este perpetuată de la cercetarea și dezvoltarea până la vânzarea echipamentelor medicale și a medicamentelor. Deseori este acompaniată de coruperea procedurilor de certificare, autorizare, procurare și practici de marketing discutabile.

Printre exemple se numără:

- Furnizarea de produse contrafăcute sau de calitate inferioară;
- Manipulare de date în timpul procedurii de autorizare;
- În Spania, 200 de pacienți și asiguratorul au fost păcăliți de către un furnizor care livra scaune cu roțile de calitate inferioară. Pierderile au fost calculate la 500.000 €.

3.4. Frauda comisă de către personalul medical

Frauda administrativă este des întâlnită în majoritatea țărilor UE.

Ca exemple:

- Furtul de medicamente sau de echipamente de la spitalele publice pentru uzul în cabinetele private;
 - Falsificarea diplomelor sau a calificărilor.
- Într-un spital public din Bulgaria, pacienții sunt rugați să își achiziționeze singuri medicamentele din cauza unei lipse provocate de furtul de către medici pentru cabinetele lor private.

3.5. Frauda transfrontalieră

Un fenomen specific, în contextul directivei UE asupra serviciilor de sănătate transfrontaliere, ce necesită atenție este frauda transfrontalieră. Dreptul pacienților de a primi servicii de sănătate în alte state membre și de a li se rambursa în țara lor de origine, împreună cu libera circulație a profesioniștilor din domeniul sănătății în UE, mărește riscul de fraudă transfrontalieră.

2010	CNAMTS Franța	DGEC Belgia	HELFO Norvegia	ZN Olanda	IGAS Portugalia
Detectat	Frauda/abuz/eroare	Frauda/abuz/eroare	Frauda/abuz/eroare	Frauda	Frauda/abuz/eroare
	€150 mil	€6,6 mil	€17,6 mil	€6,2 mil	€1 mil
				Abuz/eroare	
				€106,3 mil	

2010 #Sanctiuni	CNAMTS Franța	DGEC Belgia	HELFO Norvegia	ZN Olanda	IGAS Portugalia
Disciplinare	289	nr	nr	nr	nr
Administrative	521	161	818	nr	35
Civile	200	nr	229	nr	nr
Criminale	211	nr	2	nr	nr

2010	CNAMTS Franța	DGEC Belgia	HELFO Norvegia	ZN Olanda	IGAS Portugalia
Creat	2006	1963	2009	2007	1999
Statut	public	public	public	private	public
# personal	40	100	20	40	60
% asigurați	85 %	100 %	100 %	100 %	100 %

Un exemplu este fenomenul de shopping transfrontalier sau cumpărarea frecventă (mai mult de o dată pe lună) a medicamentelor de către pacienți belgieni în farmacii olandeze aflate aproape de graniță. Profitând de acoperirea cardului de sănătate european (EHIC), pacienții belgieni evită coplata în detrimentul asiguratorului belgian sau au acces la medicamente ce necesită o autorizare specială (de la consultantul medical al fondului de asigurare) în Belgia. Sau pot fi rambursați pentru medicamente ce nu sunt rambursabile în propria țară. Analizarea formularelor E-125 prin care rambursarea este aranjată între statele membre a arătat că astfel de cumpărături transfrontaliere generează costuri adiționale de aproximativ 42% pentru asiguratorul belgian.

SANȚIONAREA FRAUDEI

Sanționarea efectivă a fraudei detectate este problematică într-un număr de state membre. Raportul EHFCN din 2010 citat menționează pentru 5 organizații membre numărul și tipul de sancțiuni luate. Cu nota că majoritatea organizațiilor membre are puterea de a aplica doar un anumit fel de sancțiuni, de aceea există mențiunea „neraportat” (nr).

4. GRADUL DE EXTINDERE A FRAUDEI

Nu există estimări naționale și nici internaționale sigure ale costului fraudei din sectorul sănătății european. Unele estimări situează pierderile între 3% și 10% din bugetele de sănătate disponibile în 2009. Totuși, autorii refuză să dezvăluie sursele folosite. Alte estimări extrapolează cifre din fraudele detectate.

Raportul pe 2010 al Comitetului Operațional Permanent al EHFCN citează fraudă, abuzul și erorile detectate de organizațiile membre din 5 țări. După cum am menționat deja, 4 din cele 5 organizații nu fac diferența dintre fraudă, abuz și erori. Doar Zorgverzekeraars Netherlands (ZN) oferă o cifră doar pentru fraudă, separată de celelalte două fenomene.

6. RESURSELE DISPONIBILE

Doar 12 state membre au o unitate specializată în controlul fraudei din sistemul de sănătate. În alte state membre, în cazul fraudei în sistemul de sănătate, sunt anunțate direct poliția și procuratura atunci când există suficiente probe pentru investigație și judecată. În unele țări est-europene, accentul cade pe lupta împotriva corupției mai degrabă decât pe controlul fraudei sensu stricto. Următorul tabel din raportul EHFCN citat arată câți cercetători specializați în controlul fraudei sunt în cele 5 țări membre.

7. FACTORI CE ÎMPIEDICĂ CONTROLUL FRAUDEI ÎN SĂNĂTATE

În literatura internațională controlul fraudei este descris câteodată ca „o treabă mizerabilă: nedetectarea fraudei e un lucru rău, iar detectarea fraudei este, de asemenea, un lucru rău”.

Motivele sunt următoarele:

Ceea ce vezi nu este problema reală. Vezi doar ceea ce detectezi. Majoritatea infracțiunilor de tip „guler alb” precum fraudă în sănătate intră în categoria infracțiunilor care nu se văd de la sine.

Indicatorii de performanță sunt, în cel mai bun caz, ambigui și, în cel mai rău, înșelători. Dacă numărul de fraude detectat crește, poate însemna că detecția s-a îmbunătățit sau că pur și simplu fraudă s-a înmulțit. Succesul

în detecție și condamnare poate fi văzut ca un eșec în prevenție.

Controlul fraudei este în competiție cu unitățile de producție, atunci când se pune problema obținerii de fonduri. Beneficiile care rezultă din reorganizarea producției sunt mici, dar tangibile. Randamentul investițiilor într-o prevenire mai bună a fraudelor pot fi serioase, dar nu sunt garantate și sunt invizibile.

Controlul fraudei este dinamic și nu static. Ceea ce funcționează astăzi va fi depășit și ocolit de către fraudatorii creativi de mâine.

Și, în final, investigarea nu înseamnă control. Investigarea este o unealtă. Controlul este un obiectiv. Investigarea eficientă nu are drept rezultat, mereu, un control eficient.

În plus, există un număr de factori în sănătate ce fac controlul fraudei deosebit de dificil:

- Asiguratorii publici și privați sunt văzuți de către un segment important din societate ca ținte ușoare. Asiguratorii consideră pierderile financiare datorate fraudei drept hazard moral și nu ca un cost substanțial al afacerii ce trebuie tratat cu interes;
- Profesioniștii organizațiilor din sectorul sănătății, de obicei, au un reflex corporatist atunci când sunt puși în fața fenomenului fraudei;
- Atunci când fraudă este legată de problema necesității medicale, atunci distincția dintre fraudă și abuz, subit, nu mai este atât de evidentă;
- Există o lipsă completă a măsurătorilor sistemice ale riscului de fraudă, fapt inherent industriei asigurărilor. Lipsa de acces la date exacte este contraproductivă. Drept rezultat, dezbaterile se axează pe gradul de extindere a problemei, în loc să se axeze pe soluțiile posibile. Acest fapt duce la o subutilizare a resurselor în domeniul prevenției fraudei. ●

CONCLUZIE

Controlul fraudei în sistemele de sănătate din Europa are un drum lung de parcurs. În trei țări problemele sunt abordate într-un mod eficient, în opt doar parțial, iar în celelalte deloc.

Asiguratorii privați au înțeles că un control eficient al fraudei înseamnă un avantaj competitiv și că o bună cooperare le aduce doar beneficii. Autoritățile trebuie, în primul rând, să reducă într-un mod rațional pierderile inutile din sistemele de sănătate fără a afecta principiile de bază: accesibilitate universală și calitate înaltă, în funcție de tehnologiile disponibile și de cea mai nouă știință medicală.

Frauda stă în calea acestor principii.

Politicile de sănătate și dezvoltarea economică

Prof. dr. Vasile Pușcaș, Profesor Jean Monnet Ad Personam, Universitatea "Babeș-Bolyai", Cluj-Napoca



CRED CĂ AR FI CAZUL SĂ SE "REEVALUEZE" ȘI LA NOI CÂT MAI REPEDE RELAȚIA ÎNTRE ECONOMIC ȘI SOCIAL, ÎNȚELEGÂNDU-SE CĂ SOCIALUL NU ESTE CONTRA ȘI NICI PARALEL ECONOMIEI, CI ÎNTR-O PROFUNDĂ RELAȚIE DE INTERDEPENDENȚĂ.

ÎN ROMÂNIA PERSISTĂ O MENTALITATE GREȘITĂ DESPRE RELAȚIA ÎNTRE POLITICILE SOCIALE (INCLUZÂND SĂNĂTATEA, EDUCAȚIA ETC.) ȘI POLITICILE ECONOMICE. În diferitele etape ale revoluțiilor industrial-tehnologice s-a ajuns a se pune mașina mai presus de om. Pe măsură ce tehnologiile înalte au intrat în industrii, servicii, comerț, în întreaga activitate economică și socială s-a "reevaluat" rolul omului, nu doar ca mână de lucru al tehnologiilor respective, ci și în calitate de creator, inovator permanent al tehnologiilor, dar mai ales al cercetării și perfecționării mediului economic și social. De aceea, cred că ar fi cazul să se "reevalueze" și la noi cât mai repede relația între economic și social, înțelegându-se că socialul nu este contra și nici paralel economiei, ci într-o profundă relație de interdependență. Altfel spus, nu poate fi concepută o dezvoltare economică sustenabilă fără o susținere concomitentă a politicilor și serviciilor sociale. Și nu pentru a promova formula economiei sociale de piață, care în multe state membre ale UE a fost și este mai degrabă un slogan demagogic, ci pentru a atinge cu adevărat obiectivul dezvoltării sustenabile și al unei ridicate competitivități societale.

Am afirmat, în mai multe rânduri, că România a greșit când a tratat numai tangențial problemele serviciilor de sănătate, în Cadrul Financiar Comun 2007-2013, convenit cu Comisia Europeană, în iunie 2007. Acum, în 2013, constatăm că ar fi fost bine dacă politici de sănătate formulate coerent și realist, în București, s-ar fi implementat sârguincios și corect în satele și orașele României, cu finanțare internă și cu investiții provenind din instrumentele structurale bugetate de Uniunea Europeană. Dar nu la greșelile trecutului vreau să mă refer, deși ar merita revenit mai des asupra lor, căci prea frecvent factorii decizionali români repetă asemenea greșeli. E timpul să insistăm și asupra viitorului Cadru Financiar Comun 2014-2020. În fapt, deja este un timp întârziat, deoarece în următoarele luni ar trebui să se finalizeze conținutul operațional al amintitului Cadru Financiar Comun. Tocmai din cauza acestei întârzieri, Serviciile Comisiei Europene au inițiat un dialog cu autoritățile române, la sfârșitul anului 2012, propunând ele un conținut pentru Acordul de Parteneriat și programele care să fie finanțate,

în România, în perioada 2014-2020. Probabil, aceste propuneri au făcut turul "șefilor de birou de lemn" din diferite ministere și agenții guvernamentale, dar o consultare mai largă a tuturor partenerilor sociali a rămas probabil doar o exprimare politicianistă.

Dar dacă aspectele reale ale politicilor sociale din România, inclusiv ale celor de sănătate, sunt mai degrabă preocupări ale senzaționalismului media ori ale

populismului deșănțat autohton, Comisia Europeană arată nu doar interes față de acestea, ci și o vizibilă îngrijorare. Comisarul european Laszlo Andor, într-o conferință la Universitatea "Babeș-Bolyai" (Cluj-Napoca, 23 aprilie 2013), poziționa România la loc de alertă în ceea ce privește starea de sărăcie a populației, arătând că dezechilibrele sociale acute sunt în măsură să pună sub semnul întrebării validitatea

Nu poate fi concepută o dezvoltare economică sustenabilă fără o susținere concomitentă a politicilor și serviciilor sociale

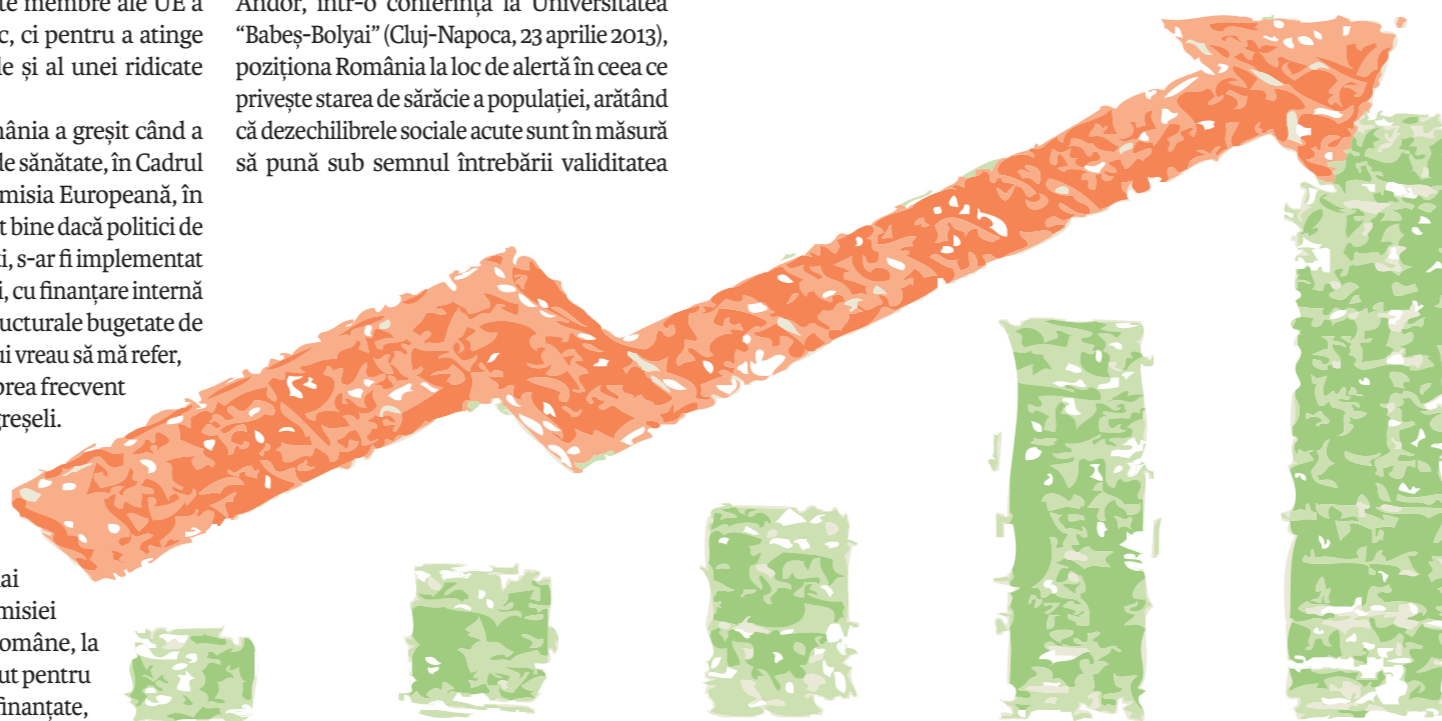
măsurilor economice pe termen scurt, stabilitatea climatului politic, dar și a mediului de afaceri, să țină la distanță investitorii străini, să prelungească dependențele și decalajele economice ale țării. În propunerile înaintate Guvernului României, în octombrie 2012, Comisia Europeană avertiza că Bucureștiul ar trebui să elimine urgent "slăbiciunile structurale persistente" pentru a putea să utilizeze eficient sursele investiționale europene ale viitorului Cadru Financiar Comun 2014-2020. Iar printre "cele mai presante" slăbiciuni structurale identificate, Comisia enumera rata scăzută de participare în piața muncii, subdezvoltarea infrastructurii (inclusiv cea socială), sistemul slab de cercetare-inovare, competitivitatea scăzută, utilizarea ineficientă a resurselor, administrația publică și guvernarea deficitară. Subliniind că expunerea populației la riscul sărăciei ori excluziunii sociale este printre cele mai ridicate în Europa, dar constatând că documentelor strategice ale României le lipsește ambiția de a rezolva astfel de probleme structurale, propunerile Comisiei Europene pentru Acordul de Parteneriat următor sugerează ca reducerea rapidă a sărăciei, dar și a disparităților teritoriale să fie o preocupare centrală a politicilor României, în consonanță și cu angajamentele din Strategia UE-2020.

În mod sigur, din astfel de considerente, respectivele propuneri ale Comisiei Europene arată că între prioritățile României, în finanțarea europeană prin Cadrul Financiar Comun 2014-2020, pe primul loc ar trebui să fie ceea ce amintitul document comunitar numește "îmbunătățirea situației capitalului uman". Prin această propunere se înțelege creșterea ratei de angajare în muncă a tinerilor și grupurilor vulnerabile, sporirea accesului și participării la educație de calitate și pregătire profesională, promovarea incluziunii sociale, în special prin intensificarea accesului la serviciile de îngrijire a

PRINTRE FACTORII CARE AR PUTEA SPORI SUCCESUL IMPLEMENTĂRII VIITORULUI CADRU FINANCIAR COMUN 2014-2020, COMISIA EUROPEANĂ AMINTEȘTE ȘI EXISTENȚA UNEI STRATEGII NAȚIONALE ȘI A UNOR STRATEGII REGIONALE PENTRU ÎMBUNĂTĂȚIREA ACCESULUI LA ÎNGRIJIREA SĂNĂTĂȚII, LA SERVICII DE SĂNĂTATE DE CALITATE ȘI DEZVOLTARE SUSTENABILĂ.

sănătății, la celelalte servicii sociale. Printre altele, se sugerează autorităților române să concentreze investiții pentru lărgirea și diversificarea serviciilor de asistență medicală primară, în particular în zonele localităților greu accesibile și spre grupurile vulnerabile. Totodată, este încurajată investiția în modernizarea întregului sistem de sănătate și de colectare a datelor, în perfecționarea profesională a cadrelor medicale. Comisia Europeană mai sugerează să se continue tranziția de la formele instituționalizate către cele comunitare, îndeosebi pentru persoanele cu dizabilități. Un accent deosebit este pus pe dezvoltarea structurilor serviciilor de bază în zonele rurale, pe investiții în infrastructura acestor arii, promovându-se, astfel, și o mai activă incluziune socială. Iar pentru zone defavorizate sau afectate de restructurare s-ar putea iniția proiecte integrate din mai multe programe operaționale și sectoriale.

Discutând despre obiective tematice, în vederea finanțării prin Cadrul Financiar Comun 2014-2020, în mod sigur serviciile de sănătate și educație întrunesc cel mai convingător dezideratul de a fi tratate prin suportul coordonării inteligente a tuturor programelor operaționale, dar și prin complementaritatea și sinergia lor. Așadar, Comisia Europeană a inițiat discutarea unor propuneri interesante privind investițiile europene în domeniul îngrijirii sănătății și serviciilor sociale (2014-2020), sperând că astfel vor crește și șansele de dezvoltare economică a României. ●



Eu cred că și mai multe priorități din domeniul sănătății ar putea fi incluse în viitorul Cadru Financiar Comun și Acordul de Parteneriat între UE și România. Vom vedea ce vor spune serviciile de sănătate și, mai ales, ce opțiuni va avea Guvernul României în privința politicilor de dezvoltare economică și socială a țării!



Rolul guvernului este să creeze stimulentele pentru apariția noilor servicii de sănătate

Interviu cu Horia Cristian

Medic primar chirurg și membru al Comisiei pentru sănătate și familie din Camera Deputaților, PNL

Un ticălos îngrijorat, un luptător care nu ia în calcul eșecul, cum singur se autocaracterizează pe blogul propriu, a răspuns pozitiv invitației noastre de a ne acorda un interviu. Despre transformare, tema care îl preocupă și care îl motivează să meargă înainte. Transformarea sistemului sanitar, desigur. Horia Cristian ne-a împărtășit câteva dintre prioritățile sale de acțiune în acest proces, atât de vast, al remodelării sistemului de sănătate din România.

În ce stadiu se află reforma sănătății?

În primul rând, ar trebui să vorbim de transformare și nu de reformă. Reforma este o schimbare parțială a unui sistem, fără a afecta structura sa. Cred că acesta e motivul pentru care reforma e perpetuă și niciodată nu poate să îplinească așteptările.

Ce măsuri au fost luate/trebuie luate pentru îmbunătățirea finanțării sistemului, chiar și în condițiile crizei economice actuale?

Și aici trebuie să vorbim de transformare și nu de reformă. Colectarea contribuțiilor la FNUASS este profund viciată de perspectiva europeană asupra veniturilor și a muncii. Din istoria europeană vine superstiția că veniturile vin numai din muncă și munca înseamnă numai activitatea din fabrici și uzine și birouri, deci numai aceasta trebuie impozitată, taxată. Or, venit/muncă este și "jocul pe bursă", și munca de creație artistică, și plasarea banilor în bănci, și închirierea caselor, și traficul de mașini în piața auto. Ca atare, este absolut necesar să ne schimbăm modul de colectare a contribuțiilor la sănătate. Acestea trebuie aplicate tuturor formelor de muncă și implicit tuturor veniturilor, indiferent de natura lor. Chiar la o contribuție mică (5,5%), dacă ar fi aplicată tuturor veniturilor, am obține încă din 2013 peste 5,8 mld euro și ar duce cheltuielile în sănătate la 6% din PIB. O creștere cu 1% pe an ar duce în 5 ani la 10,5% din toate veniturile, ceea ce ar duce la 8% din PIB bani pentru sănătate. Și, atenție, 10,5% ar fi o contribuție modestă față de Franța (13%), Belgia (13,5%), Germania (15,5%).

A existat sau există o șovăială în modul în care au comunicat/comunică autoritățile schimbările dorite? Și în sănătate, ca peste tot, regulile comunicării sunt aceleași: mesajul trebuie să fie transmis simplu și repetat. Or, asta pare să fie foarte greu. De aici reținerea și reticența. În plus, așa cum spuneam, așteptările nu sunt împlinite și nimeni nu mai crede nimic.

Care credeți că este rolul medicilor de familie, din punctul dvs. de vedere? Cum considerați că au acceptat ei reforma sănătății și schimbările gen eprescription, telemedicina, homecare etc.?

Deși pare greu de crezut, pentru cetățeni, media și autorități, există peste 20% din medicii de familie care au deja dosar electronic al pacientului, e-prescription, telemedicină. Ei au grijă de peste 4 milioane de români. Există între ei medici care fac home care, care au în cabinet ecografe, electrocardiografe și aparate de analize de laborator.

Ne puteți împărtăși câteva dintre inițiativele personale din Parlament, dar și din prioritățile pe care le aveți în viața profesională, în afara Parlamentului?

În Parlament, prioritatea nr. 1 este modificarea Legii rezidențiatului. În plan profesional, extraparlamentar, este transformarea sistemului: lucrez la un proiect-pilot pentru sistemul sanitar, încercând să demonstrez că se poate face medicină mai bună cu bani mai puțini. Un alt proiect important este "Badmintonul în școli". Există deja 30 de școli în care copiii joacă badminton și vrem să atingem 100 până la sfârșitul anului. Dar mai important este că avem un proiect care poate fi replicat, în orice sport, în orice școală. Scopul final este ca acest proiect să fie replicat în cât mai multe sporturi. Sper că voi mai reuși un proiect care îmi este foarte drag, după o idee a unui prieten de-ai mei, legat de transformarea educației în mediul rural. ●

CUM AR TREBUI IMPLEMENTAT UN SISTEM P4P?

Rolul guvernului este să creeze stimulentele pentru apariția noilor servicii de sănătate, să garanteze accesul, să stimuleze concurența. Împreună cu Ministerul Sănătății, pregătim schimbarea minimă necesară, cea schimbare care va stimula apariția și dezvoltarea plății per rezultat.



În ultimul timp se vehiculează tot mai frecvent ideea remunerării medicilor în funcție de performanță, un sistem prin care competența și profesionalismul medicilor să fie criteriile fundamentale prin care ei să fie plătiți. Cum credeți că ar trebui implementat conceptual pay for performance (P4P) în România?

Nu există, în momentul de față, un astfel de sistem de plată în România. De altfel, acest tip de remunerare a medicilor există în foarte puține locuri în lume. Sistemele sanitare sunt plătite în sistem fee for service.



Ricardo Baptista Leite

are 32 de ani și este **membru al Parlamentului Portugaliei, doctor** cu pregătire specifică în boli infecțioase, **Lector** invitat la Facultatea de Științe Medicale – Noua Universitate Lisabona (Microbiologie) și **vorbitor public** (pe subiecte de politici de sănătate, sănătate publică, HIV/SIDA și alte boli infecțioase). Este **analist** media pe subiecte curente, economice și, mai ales, pe cele legate de politici de sănătate și sănătate publică. A oferit **consultanță** pentru o companie multinațională din domeniul tehnologiei informațiilor pentru sistemul medical și a fost **co-investigator** în studii clinice naționale și internaționale. A fost **membru** al Consiliului consultativ internațional la Abbott Laboratories.

Inovarea în Sănătate – șansa reformei în Portugalia

Interviu realizat de **Maria Vasilescu**

Cum au făcut autoritățile portugheze reforma în sănătate? Au existat „rețineri”? Cum au comunicat diferitele măsuri?

În aprilie 2011, drept rezultat al politicilor economice expansioniste, Portugalia s-a trezit îndatorată atât de mult până la punctul în care guvernul portughez nu a avut altă alternativă decât să ceară ajutor financiar de la Fondul Monetar Internațional, Banca Centrală Europeană și Comisia Europeană (alias Troika). Atunci, guvernul socialist aflat la putere a negociat cu Troika un memorandum de înțelegere ce stabilea un șablon al reformelor pentru țară în schimbul unui împrumut de 78 de miliarde de euro. După procesul de ne-

gociere, au avut loc alegeri generale și s-a format o nouă majoritate și un nou guvern de coaliție, cu Partidul Social Democrat și Partidul Democrat și de Centru Social fiind responsabile de implementarea reformelor specificate de Troika în memorandum. Numai în sectorul de sănătate publică, în ciuda indicatorilor buni atinși de către țara noastră în ultimele trei decenii, exista o datorie cumulată către furnizorii externi de peste 3 miliarde de euro. De aceea există un sentiment general că, pentru a asigura în continuare accesul cetățenilor noștri la servicii medicale naționale de calitate superioară, este nevoie de reforme structurale care să raționalizeze resursele mergând pe ideea de a face mai mult cu bani mai puțini. Acceptarea socială a acestor reforme se bazează în mare parte pe faptul că semenii mai vulnerabili și populația cu probleme financiare au fost protejați, prin politici specifice, în tot intervalul acestui proces de ajustare.

În țara dumneavoastră care este rolul medicilor generalişti? Care a fost reacția lor față de reformă, mai exact, prescripțiile electronice, telemedicina, îngrijirea la domiciliu etc.?

Serviciile medicale primare, bazate pe clinicile prezente în toată țara, formează fundația serviciului medical național. Astfel, rolul medicilor generalişti este acela de paznici ai sistemului național și de a asigura accesul la servicii medicale specializate. Aceasta este o măsură esențială pentru a garanta că aceia care au cea mai mare nevoie primesc un serviciu medical de cea mai înaltă calitate, în concordanță cu îndrumările clinice internaționale și naționale. Medicii generalişti portughezi s-au dovedit foarte deschiși în ceea ce privește reforma și au transformat rețelele electronice, telemedicina și alte inovații tehnologice în realitate disponibilă oricărui cetățean portughez. De aceea, datorită rolului lor important în reforma națională a sănătății, guvernul portughez a decis să își stabilească ținta ambițioasă ca până la sfârșitul mandatului, fiecare cetățean portughez să aibă acces la un medic generalist.



CUM A IMPLEMENTAT ȚARA DUMNEAVOASTRĂ CONCEPTUL DE „PLĂTĂ PENTRU PERFORMANȚĂ”?

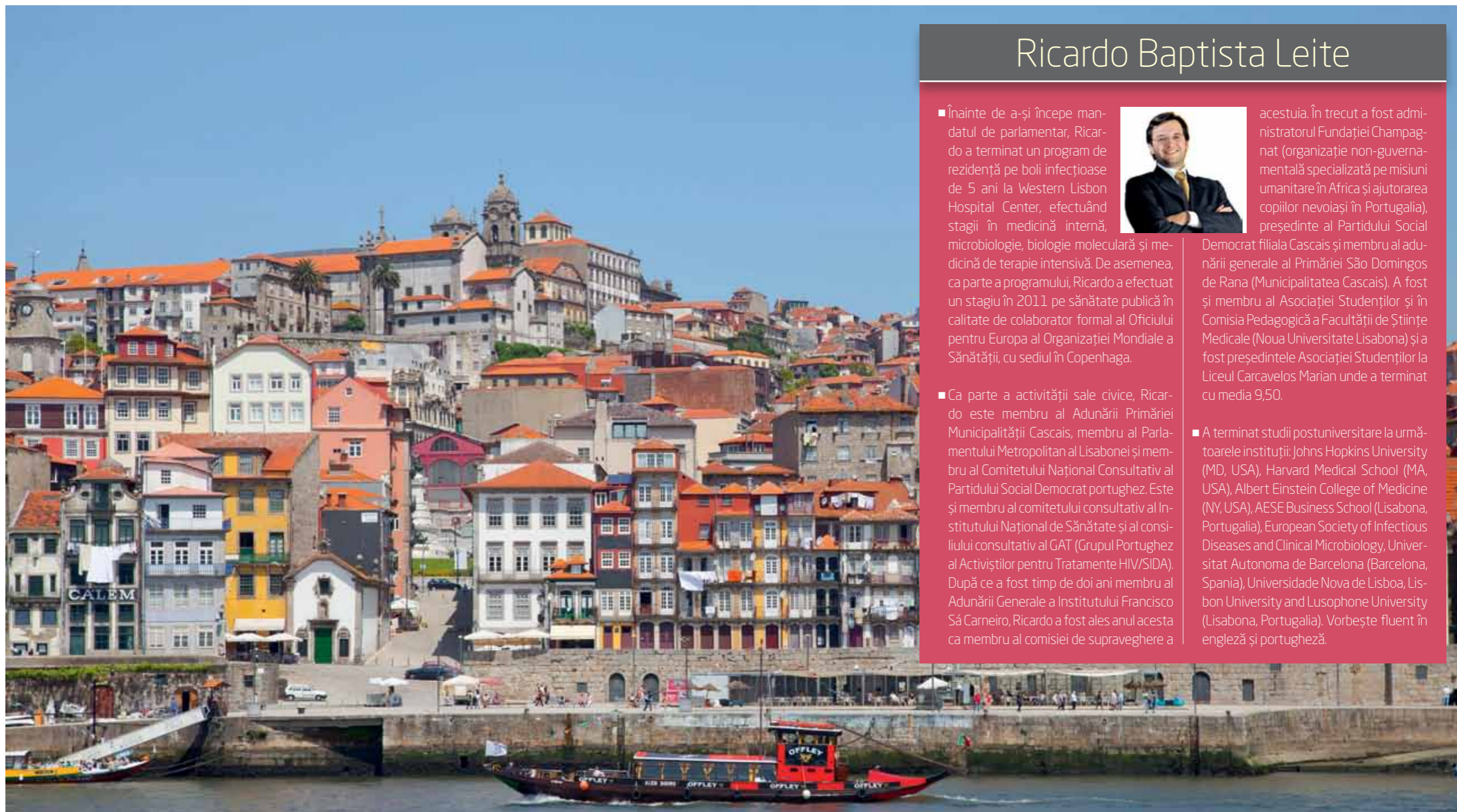
Sistemul de sănătate național al Portugaliei este finanțat printr-un model Beveridge (finanțat prin taxe). De aceea nu a existat o implementare a sistemului de coplată pentru servicii publice de sănătate. Totuși, există o „taxă de moderație a accesului”, care este plătită în momentul serviciului și care are menirea de a asigura că nu se folosesc servicii medicale nenecesare, în special cele de urgență. Deși această taxă a fost mărită, din cauza crizei financiare, ea reprezintă doar 1,7% din bugetul total pe Sănătate. În același timp, guvernul a decis să lărgască criteriile de scutire de la această taxă pentru cetățenii cu posibilități financiare limitate.

Cât de importantă este tehnologia informației?

În Portugalia, Ministerul Sănătății are foarte multă experiență în domeniul tehnologiei informației destinate serviciilor medicale, nu doar prin ani de experiență a evaluării tehnologiilor medicale, ci și prin echipe interne de specialiști IT care au dezvoltat software propriu. În sectorul privat există companii de IT multinaționale, cu sediul central în Portugalia, care au investit serios în software și hardware destinat aplicațiilor medicale și care au reușit să comercializeze aceste produse pe piața internațională.

Ce măsuri a implementat țara dumneavoastră pentru a îmbunătăți finanțarea sănătății pe timp de criză economică?

În ciuda crizei economice, în comparație cu alte sectoare publice bugetul serviciului național de sănătate a beneficiat de o discriminare pozitivă și a suferit mai puține tăieri decât celelalte sectoare. Această decizie este în linie cu viziunea guvernului că serviciul național de sănătate are o importanță socială majoră, în special pe timpul unor dificultăți financiare. Totuși, s-au făcut economii semnificative, de peste un miliard de euro în timpul primului an de mandat al guvernului actual, care au fost realizate prin diferite decizii de management și de politică. Economiiile principale au fost realizate prin intermediul unui management mai eficient al spitalelor, negocierea prețurilor cu farma și industria aparatelor medicale, contracte de muncă cu medici și cu alți profesioniști din domeniul medical și reglementări noi în ceea ce privește prescrierea medicamentelor. Alte reforme structurale sunt încă în aplicare pentru a asigura sustenabilitatea pe termen lung a serviciului național de sănătate.



Ricardo Baptista Leite



■ Înainte de a-și începe mandatul de parlamentar, Ricardo a terminat un program de rezidență pe boli infecțioase de 5 ani la Western Lisbon Hospital Center, efectuând stagii în medicină internă, microbiologie, biologie moleculară și medicină de terapie intensivă. De asemenea, ca parte a programului, Ricardo a efectuat un stagiul în 2011 pe sănătate publică în calitate de colaborator formal al Oficiului pentru Europa al Organizației Mondiale a Sănătății, cu sediul în Copenhaga.

■ Ca parte a activității sale civice, Ricardo este membru al Adunării Primăriei Municipality Cascais, membru al Parlamentului Metropolitan al Lisabonei și membru al Comitetului Național Consultativ al Partidului Social Democrat portughez. Este și membru al comitetului consultativ al Institutului Național de Sănătate și al consiliului consultativ al GAT (Grupul Portughez al Activiștilor pentru Tratamente HIV/SIDA). După ce a fost timp de doi ani membru al Adunării Generale a Institutului Francisco Sá Carneiro, Ricardo a fost ales anul acesta ca membru al comisiei de supraveghere a

acestuia. În trecut a fost administratorul Fundației Champagnat (organizație non-guvernamentală specializată pe misiuni umanitare în Africa și ajutorarea copiilor nevoiași în Portugalia), președinte al Partidului Social

Democrat filiala Cascais și membru al adunării generale al Primăriei São Domingos de Rana (Municipalitatea Cascais). A fost și membru al Asociației Studenților și în Comisia Pedagogică a Facultății de Științe Medicale (Noua Universitate Lisabona) și a fost președintele Asociației Studenților la Liceul Carcavelos Marian unde a terminat cu media 9,50.

■ A terminat studii postuniversitare la următoarele instituții: Johns Hopkins University (MD, USA), Harvard Medical School (MA, USA), Albert Einstein College of Medicine (NY, USA), AESE Business School (Lisabona, Portugalia), European Society of Infectious Diseases and Clinical Microbiology, Universitat Autònoma de Barcelona (Barcelona, Spania), Universidade Nova de Lisboa, Lisbon University and Lusophone University (Lisabona, Portugalia). Vorbește fluent în engleză și portugheză.

Spuneți-ne câteva cuvinte despre prioritățile dumneavoastră în Parlamentul Portugaliei și în celelalte domenii profesionale în care activați.

În Parlament, sunt membru al Comisiei pentru sănătate, al Comisiei pentru politici economice și investiții, dar și al Comisiei pentru populație și dezvoltare. Sunt, de asemenea, președintele Grupului parlamentar de prietenie Portugalia-Canada și al

Grupului parlamentar pentru HIV/SIDA. Am o agendă destul de diversă în Parlament, dar pot spune că accentul cade pe problemele legate de politici de sănătate și reformă, sănătate publică și educație de sănătate, advocacy pentru HIV, populație și cooperare pentru

dezvoltare (în special cu țări africane în care se vorbește portugheza) și probleme legate de economie (în special diplomație economică). Pe lângă activitatea mea politică, sunt un analist media în legătură cu probleme curente și politică de sănătate, predau microbiologie la una dintre școlile medicale din Lisabona și continui activitatea de consultantă, în principal pe domeniul tehnologiei informației și în scopuri educaționale. ●

Promovarea sănătății trebuie să fie o opțiune strategică fundamentală

Interviu cu dr. **CRISTIAN BUȘOI**,

deputat de Timiș, membru în Comisia ENVI, Parlamentul European

În România nu se prea vorbește de echitate în sănătate și health promotion. În contextul crizei economice actuale, dar și al reformei sistemului de sănătate, cum credeți că ar trebui incluse aceste două aspecte în bugetul Sănătății și cum ar trebui să fie făcute prioritare? Care este situația la nivel european?

Echitatea este un principiu fundamental care ar trebui să se regăsească în toate politicile și strategiile în materie de Sănătate, cu atât mai mult cu cât, în România cel puțin, vorbim de un sistem de asigurări sociale de sănătate. La nivel european, integrarea Sănătății în toate politicile este o prioritate absolută, fiind un principiu consacrat în Tratatul privind funcționarea UE, care implică o coordonare între politicile de sănătate și alte domenii cu impact asupra sănătății. Acest principiu trebuie să se aplice și la nivel național, și local. De asemenea, promovarea sănătății trebuie să fie o opțiune strategică fundamentală, ținând cont de beneficiile acestei abordări pe termen mediu și lung și de necesitatea reducerii costurilor pentru tratare. Din păcate, România se află la coada clasamentului în UE, din acest punct de vedere, și nu pot decât să sper că actualul ministru al Sănătății, care a încercat în perioada 2006-2008 să susțină politicile de promovare a Sănătății, va găsi resursele necesare și în acest mandat.

AM DECLARAT PRIORITARĂ CERCETAREA ȘI INOVAȚIA ÎN DOMENIUL BOLILOR CRONICE ȘI AL MEDICINII PERSONALIZATE, DE CARE VOM AVEA NEVOIE ÎN VIITOR

Care sunt prioritățile ENVI în domeniul Sănătății pentru 2013-2014? Care sunt cele mai recente acțiuni ale dvs. în cadrul Comisiei?

În perioada 2013-2014 până la finalul mandatului actualului Parlament, în materie de Sănătate, Comisia ENVI își propune să ajungă la un acord cu Consiliul în privința unor dosare aflate în prezent în lucru. Printre acestea se numără Directiva privind transparența măsurilor care reglementează prețurile medicamentelor și de includere în sistemul de asigurări de sănătate, Regulamentul privind trialurile clinice aflat deocamdată în PE în prima lectură, revizuirea legislației privind dispozitivele medicale și Directiva privind produsele din tutun, aceasta din urmă fiind de o importanță capitală pentru combaterea fumatului în special în rândul tinerilor. De asemenea, Comisia a elaborat recent un raport privind perturbatorii endocrini, care sugerează adaptarea legislației referitoare la produsele care conțin astfel de perturbatori, chiar dacă acest lucru depășește orizontul 2014. Nu în ultimul rând, în lunile următoare, vom analiza planul de acțiune privind eSănătatea pentru perioada 2012-2020 pentru includerea soluțiilor IT în sistemul de sănătate la o scară cât mai largă.

Personal, am fost implicat activ ca raportor pentru aviz din partea Comisiei IMCO pentru Directiva privind transparența, respectiv pentru Regulamentul privind trialurile clinice, iar în perioada următoare voi urmări atent evoluția acestor dosare în ENVI. Aceste două dosare sunt fundamentale pentru a stimula cercetarea și inovația în medicină în perioada imediat următoare și pentru a oferi un acces mai larg pacienților europeni la medicamente inovatoare. Tot ca raportor pentru aviz, de această dată în Comisia ENVI, am solicitat o creștere a bugetului pentru cercetarea medicală în noul program-cadru pentru cercetare și inovare "Orizont 2020" (2014-2020) și am declarat prioritară cercetarea și inovația în domeniul bolilor cronice și al medicinei personalizate, de care vom avea nevoie.



Regulamentul privind trialurile clinice, revizuirea legislației privind dispozitivele medicale și Directiva privind produsele din tutun sunt dosare aflate în lucru la Comisia PE pentru Mediu, Sănătate Publică și Siguranță Alimentară (ENVI).

Se discută la nivel mondial, și mai puțin în România, despre impactul schimbărilor climatice, al poluării etc. asupra sănătății. Cum considerați că ar trebui să se țină cont de aceste lucruri în realizarea bugetelor - crește numărul bolnavilor și incidența bolilor. Considerați că implicarea companiilor din energie, de exemplu prin acțiuni de CSR, este suficientă pentru a diminua impactul acțiunilor lor asupra mediului și, implicit, asupra sănătății populației? Sunteți de acord cu ideea conform căreia costurile Sănătății să fie luate în calcul în deciziile din domeniul energiei, de exemplu?

Impactul schimbărilor climatice asupra sănătății este o realitate și arată cât de importantă este abordarea integrată și includerea Sănătății în toate politicile. Dacă ne ghidăm după acest principiu, e firesc ca deciziile în domeniul energetic să țină cont de obiectivele în domeniul sănătății și de eventualele efecte negative și costuri pentru sănătate. Într-o anumită măsură acest lucru se întâmplă deja, dacă ne gândim la obiectivele în materie de energie din surse regenerabile sau la taxarea produselor energetice. Nu cred că există o soluție unică la această problemă, de aceea va trebui să luăm în considerare toate acțiunile care au un potențial de a neutraliza impactul negativ al schimbărilor climatice și al poluării asupra sănătății. Activitățile de CSR sunt doar o parte a răspunsului și, bineînțeles, trebuie să încurajăm atât întreprinderile din domeniul energetic, cât și pe cele din domeniul agroalimentar, industria băuturilor alcoolice etc. să se angajeze în astfel de acțiuni. Unele măsuri sunt luate la nivel de reglementare, de exemplu pentru reducerea emisiilor de CO₂, prin stabilirea de limite de emisii pentru vehicule sau prin crearea sistemului de comercializare a cotelor de emisii de gaze cu efect de seră (ETS). De asemenea, cred că trebuie încurajată cercetarea și inovarea, astfel încât să luptăm cât mai eficient împotriva schimbărilor climatice și a poluării. Inovația este cea care ne poate ajuta să depășim tensiunile care pot exista între mediu și dezvoltarea industrială, respectiv între schimbările climatice și sănătate.

Ținând cont de importanța Bruxelles-ului în ceea ce privește campaniile de advocacy, ce recomandare ați face companiilor din România și asociațiilor de pacienți care au asemenea acțiuni la noi în țară?

Evident, existența unor platforme de comunicare corecte și transparente este absolut necesară. Ele sunt importante atât pentru companiile de advocacy și asociațiile de pacienți, cât și pentru decidenții politici. **Din păcate, în prezent în România, procesul decizional nu este la fel de clar și de transparent ca la nivel european.** Asociațiile de pacienți și companiile de advocacy ar trebui să facă mai multă presiune în acest sens și să insiste asupra consultării prealabile, astfel încât toate părțile interesate să-și poată exprima punctul de vedere. În ce privește asociațiile de pacienți, este important ca acestea să comunice cu asociațiile de pacienți din alte state membre și eventual să se afilieze la asociații-umbrelă care le pot apăra interesele la nivel european.

Există și posibilitatea ca anumite sume din bugetul Sănătății să fie alocate susținerii activităților unor asociații de pacienți care se dovedesc a fi reprezentative, ceea ce ar contribui inclusiv la promovarea sănătății.

Dați un exemplu de inițiativă europeană în domeniul sănătății cu impact asupra sistemului de sănătate din România.

Chiar dacă statele membre păstrează majoritatea competențelor în materie de sănătate, au existat câteva inițiative europene cu impact asupra sistemelor naționale de sănătate și care în anii următori vor aduce beneficii pacienților. **Una dintre acestea este Directiva privind drepturile pacienților în cadrul asistenței medicale transfrontaliere, din 2011, directivă care a creat pentru prima dată un cadru legislativ clar pentru recunoașterea reciprocă a prescripțiilor medicale și pentru rambursarea costurilor asistenței medicale atunci când pacienții se deplasează într-un alt stat membru pentru a primi îngrijiri medicale.** O altă inițiativă importantă la care am contribuit în calitate de raportor din umbră din partea grupului ALDE a fost Directiva privind combaterea plăților întârziate. La acest capitol, sistemul sanitar românesc are probleme serioase, termenele de plată a furnizorilor depășind în multe cazuri 200 de zile. Directiva prevede un termen standard de 60 de zile în cazul autorităților publice care asigură servicii de sănătate, ceea ce va reduce semnificativ riscul ca furnizorii să sisteze aprovizionarea cu medicamente pe motiv de neplată a facturilor de către sistemul sanitar. ●

POLITICI DE SĂNĂTATE

Sub auspiciile Equity in Health Institute Romania

www.politicidesanatate.ro

Personal medical din Moldova sau din Pakistan - o soluție pentru sistemul de sănătate din România?

Interviu cu **Petru Armean**, decanul Facultății de Moașe și Asistente Medicale



Cum v-ați propus să îmbunătățiți calitatea îngrijirilor medicale în sistemul de sănătate românesc, din funcția de decan al Facultății de Moașe și Asistente Medicale?

În prezent, calitatea serviciilor medicale este o prioritate pentru toți furnizorii de servicii de sănătate, manageri, pacienți, terțul plătitor, dar și pentru toate instituțiile implicate în formarea viitorilor specialiști.

Va pregăti această facultate specialiști pentru străinătate?

Facultatea de Moașe și Asistență Medicală a fost înființată în anul 2005, prin Hotărârea Guvernului nr. 916/2005 privind structurile instituțiilor de învățământ superior acreditate sau autorizate să funcționeze provizoriu și specializările din domeniile studiilor universitare de licență, devenind cea de a patra facultate a Universității de Medicină și Farmacie „Carol Davila” din București, alături de tradiționalele facultăți de Medicină, Medicină Dentară și, respectiv, Farmacie.

În prezent, în cadrul Facultății de Moașe și Asistență Medicală (FMAM) sunt acreditate patru specializări: Moașe (4 ani), Asistență medicală generală (4 ani), Balneofiziokinetoterapie și recuperare (3 ani) și Tehnică dentară (3 ani), iar alte cinci specializări sunt autorizate provizoriu: Asistență de farmacie,

Asistență dentară, Audiologie și protezare auditivă, Laborator clinic și Radiologie și imagistică (fiecare de 3 ani). Pentru toate specializările Facultății de Moașe și Asistență Medicală, forma de învățământ este cu frecvență, iar absolvenții dobândesc

diplomă de licență (diplomă de studii superioare) în urma absolvirii cursurilor și promovării examenului de licență. Menționez și faptul că profesiile de moașă, respectiv asistent medical generalist (cu patru ani de studii) sunt reglementate la nivelul Uniunii Europene, beneficiind de recunoașterea automată a diplomei de licență dobândită la UMF „Carol Davila” în toate țările membre UE, conform prevederilor Directivei europene nr. 2005/36/CE. În prezent, Facultatea de Moașe și Asistență Medicală are aprobat următorul număr de studenți, pentru a fi înmatriculați în anul I de studii: Asistență medicală generală – 100 de studenți; Moașe – 15 studenți, Tehnică dentară – 50 de studenți; Balneofiziokinetoterapie și recuperare – 50 de studenți și Asistență de farmacie – 25 de studenți

Ce îi motivează pe studenții mediciniști din ziua de astăzi?

Salariile mici, degradarea continuă a percepției sociale a poziției sociale a personalului medical, lipsa constantă de interes guvernamental pentru investiții și politici publice adecvate sunt principalele motive pentru care tinerii pleacă să lucreze în afara țării. Noi le oferim un motiv pentru care urmează cursurile unei facultăți. În acest moment, diploma de licență de moașă este recunoscută automat de către celelalte țări membre ale Uniunii Europene și conferă aceleași drepturi ca diplomele de licență dobândite în țările respective.

Care este diferența între moașa de la sat de altădată și absolventele facultății al cărei decan sunteți?

Moașele pot exercita profesia în sistem public sau privat, fiind încadrate pe un post corespunzător. De asemenea, moașele licențiate pot fi încadrate pe post de asistent medical cu studii superioare de lungă durată, dar numai în secțiile/compartimentele de obstetrică-ginecologie, inclusiv în unitățile sanitare publice (spitale, institute, ambulatorii etc.).

Care sunt prioritățile dvs. ca decan, pentru următorii doi ani?

Având în vedere atât tradiția Universității de Medicină și Farmacie „Carol Davila” din București, cât și renumele internațional de care se bucură, calitatea cadrelor didactice, condițiile de pregătire a studenților, precum și adresabilitatea crescută către specializările oferite de către Facultatea de Moașe și Asistență Medicală, avem convingerea că această facultate a universității noastre se va dezvolta în continuare în privința programelor de învățământ și a cercetării, în acord cu prevederile legislației naționale, ale cartei universitare, reglementărilor curriculare europene și cu cerințele pieței muncii.

Dorim să fim generatori de profesioniști pentru sistemul de sănătate românesc, personal capabil să ofere servicii medicale competente, adecvate nevoilor clienților/pacienților noștri.



În viitorul apropiat dorim să acredităm ARACIS două noi programe de studii, respectiv master în Nutriție și siguranță alimentară și master în Îngrijiri specifice ale lăuzei și nou-născutului la domiciliu, care au fost aprobate de către Senatul U.M.F. „Carol Davila” din București.

Sunt tot mai multe companii care recrutează specialiști pentru țări unde condițiile și veniturile sunt incomparabil mai mari decât în România. Ce trebuie făcut la nivel de politici de resurse umane astfel încât să nu suferă sistemul de sănătate românesc?

Din România pleacă anual 2% din personalul medical. Rezultat al unei investiții în statul de origine – România, personalul medical care pleacă în străinătate la un salariu de câteva ori mai mare va intra într-un sistem care va investi în continuare în el, ca resursă de forță de muncă progresiv mai specializată și mai eficientă. Apoi, cu cât rămâne mai mult în străinătate, cu atât mai mult migrantul român va deveni parte mai importantă a sistemului. Credeți că un sistem medical ar investi în specializarea personalului medical de import, pentru ca apoi să îl elibereze ca forță de muncă flotantă pe piața internațională, fără să investească în facilități și mecanisme socio-economice, stimulente etc. de menținere a acestuia ca resursă internă? În aceste condiții, va trebui ca satisfacerea cererii de forță de muncă calificată pe o piață aflată în nevoie și care are resurse financiare puține să provină dintr-o piață în care resursele financiare sunt mai reduse decât în România. În acest caz, angajarea de personal medical din Pakistan, Republica Moldova, Africa ar putea reprezenta o soluție pentru un sistem medical în suferință, dar respectând acordurile cu UE. Studenții străini care urmează cursurile facultății noastre ar putea rămâne după absolvire în România și ar putea reprezenta o alternativă pentru problema exodului personalului medical. ●

Care ar trebui să fie „prioritatea zero” pentru autoritățile din România, în ceea ce privește îmbunătățirea sistemului de sănătate și accesul echitabil la îngrijiri?

Alocarea judicioasă a resurselor umane și financiare din sistemul de sănătate, concomitent cu mărirea bugetului alocat Sănătății, trebuie să devină „prioritatea zero” pentru autoritățile din țara noastră. De asemenea, migrația tinerilor este un semnal de alarmă de care orice guvern trebuie să țină seama, în condițiile în care migrația personalului medical românesc este echivalentă cu o vulnerabilitate națională ce vizează resursa de supraviețuire a diferitelor tipuri de comunități.

Evaluarea tehnologiilor medicale la nivel european - rolul EUnetHTA și sugestii pentru dezvoltarea domeniului în România

Evaluarea tehnologiilor medicale (Health Technology Assessment, în engleză) reprezintă "un proces multidisciplinar ce sintetizează informațiile despre aspectele medicale, sociale, economice și etice legate de utilizarea tehnologiilor medicale într-o manieră sistematică, transparentă, nepărtinitoare și fiabilă. Scopul său este de a oferi un suport de informație pentru elaborarea politicilor de sănătate eficiente și sigure, focalizate pe creșterea și ameliorarea stării de sănătate a populației".

Această definiție este preluată din documentele elaborate de EUnetHTA (European Network for HTA), principala organizație ce reunește toate instituțiile naționale și uneori regionale, guvernamentale sau axate pe cercetare al căror obiect de activitate este reprezentat de evaluarea tehnologiilor medicale în statele europene.



Dr. Ioana Bianchi,
Șef Serviciu
Unitatea de
Evaluare a
Tehnologiilor
Medicale, Ministerul
Sănătății

RECOMANDAREA EUNETHTA ESTE CA ACEST PROCES SĂ FIE BAZAT ÎN PRIMUL RÂND PE CONSIDERAȚII ȘTIINȚIFICE ȘI PE DOVEZI OBIECTIVE și de-abia în subsidiar să țină cont de considerentele politicilor de sănătate sau ale politicilor în general.

Deși termenul de tehnologii medicale este atocuprinzător și se referă atât la medicamente, cât și la dispozitive sau servicii medicale, atenția instituțiilor de profil, a societății (atunci când aceasta este informată sau măcar dispusă să se informeze din surse mai serioase decât ultimul talkshow) și a mass-mediei s-a focalizat în special pe evaluarea medicamentelor.

Care sunt cauzele acestui interes sporit pe un singur domeniu? În primul rând,

multe dintre sistemele de sănătate din Europa și din lume se confruntă cu o criză a finanțării, ce oglindește criza financiară resimțită la nivel global. În acest context, este normal ca decidenții și finanțatorii să dorească să plătească numai pentru acele medicamente care aduc o plusvaloare față de cele deja existente pe piață. În al doilea rând, pacienții, al căror drept la ocrotirea sănătății și protejarea față de consecințele financiare, sociale și medicale ale bolii este garantat prin lege în majoritatea statelor, își doresc să aibă acces neîngrădit la cele mai noi descoperiri terapeutice. În al treilea rând, sănătatea reprezintă un subiect politic prin excelență, a cărui tratare necorespunzătoare poate duce la lipsa de popularitate a unui sistem politic și, în cazuri extreme, chiar la căderea guvernelor.

Acestor interese, deseori divergente, evaluarea tehnologiilor medicale caută să le aducă un răspuns obiectiv, bazat nu pe impresii sau convingeri individuale, ci pe criterii științifice, evaluate de experți într-o modalitate transparentă și reproductibilă.

Cum se realizează însă această faimoasă evaluare și care sunt criteriile general acceptate la nivel european? Poate România să se integreze în acest cadru? Dacă da, care sunt condițiile absolut fundamentale pentru a putea demara procesul? Pentru a răspunde acestor întrebări, trebuie să ne întoarcem puțin în trecut, nu foarte departe însă, nu va speriați!

Interesul statelor europene față de evaluarea tehnologiilor medicale a început să se materializeze în anii '70, când au început primele proiecte, la scară redusă. Procesul s-a dezvoltat și a luat amploare în anii '80 și '90. Între 1993 și 2002, Comisia Europeană a finanțat trei proiecte dedicate promovării colaborării pe tematica evaluării tehnologiilor medicale între statele europene.

Din 2002, Comisia Europeană a început să se aplece asupra problematicei serviciilor de sănătate transfrontaliere și a modalităților de reglementare unitară a acestora. În cadrul acestui proces de reflexie, un raport a subliniat rolul pe care evaluarea tehnologiilor medicale îl poate avea în sprijinirea decidenților care planifică strategiile de sănătate, oferindu-le acestora informații obiective legate de considerentele medicale, economice, sociale

Colaborarea între statele europene s-a desfășurat în cadrul EUnetHTA Project (2006-2008), care apoi s-a redefinit ca EUnetHTA Collaboration (2009), pentru a ajunge cu adevărat la maturitate în cadrul Joint Action 1 (2010-2012) și Joint Action 2 (2012-2015).



PACIENȚII, AL CĂROR DREPT LA OCROTIREA SĂNĂȚĂȚII ȘI PROTEJAREA FAȚĂ DE CONSECINȚELE FINANCIARE, SOCIALE ȘI MEDICALE ALE BOLII ESTE GARANTAT PRIN LEGE ÎN MAJORITATEA STATELOR, ÎȘI DORESC SĂ AIBĂ ACCES NEÎNGRĂDIT LA CELE MAI NOI DESCOPERIRI TERAPEUTICE.

și etice ale politicilor de sănătate.

Acest trend de recunoaștere a importanței evaluării tehnologiilor medicale ca disciplină de sine stătătoare și cu un rol major în fundamentarea politicilor de sănătate a fost încununat în anul 2008, odată cu emiterea propunerii de directive privind dreptul pacienților la asistența medicală transfrontalieră, în care se creiona crearea unei rețele europene de evaluare a tehnologiilor medicale. Odată cu publicarea directivei 2011/24/EU, această propunere se regăsește în articolul 15, care reglementează cooperarea în domeniul evaluării tehnologiilor medicale.

Înainte însă ca această rețea voluntară preconizată în articolul 15 să prindă viață, colaborarea între statele europene s-a desfășurat în cadrul EUnetHTA Project (2006-2008), care apoi s-a redefinit ca EUnetHTA Collaboration (2009), pentru a ajunge cu adevărat la maturitate în cadrul Joint Action 1 (2010-2012) și Joint Action 2 (2012-2015), programe finanțate de EU Commission Health Programme și de statele membre ale Uniunii.

În cadrul Joint Action 1 (2010-2012), membrii EUnetHTA au elaborat așa-numitul HTA Core Model, ce sintetizează principalele domenii de evaluare, o metodologie de evaluare ale cărei principii ar trebui respectate la nivel european, și formatul standard de raport de evaluare a tehnologiilor medicale.



La ora actuală, EUnetHTA reunește 34 de organizații naționale desemnate de decidenții din 23 de state membre ale Uniunii Europene, la care se adaugă Norvegia și Croația, și numeroase instituții regionale și non-guvernamentale care se ocupă sau se interesează de evaluarea tehnologiilor medicale.

Cele 9 domenii de evaluare sunt :

1) **Descrierea problemei de sănătate** căreia i se adresează tehnologia medicală ce urmează a fi evaluată (include date epidemiologice precum prevalența, incidența și povara bolii, descrierea managementului patologiei în țara respectivă, date despre diagnosticul și evoluția bolii, date despre complicații și comorbiditățile posibile, date despre costurile bolii etc.

2) **Descrierea tehnologiei medicale** ce urmează a fi evaluate (medicamentul/dispozitivul medical/serviciul medical);

3) **Siguranța tehnologiei medicale** (safety);

4) **Eficacitatea clinică** practică/reală a tehnologiei medicale (clinical effectiveness);

5) **Costurile și evaluarea economică**;

6) **Analiza etică** – evaluează aspectele legate de problemele de etică care le-ar implica introducerea sau scoaterea de pe lista de rambursare a unor tehnologii;

7) **Aspecte organizaționale** – evaluarea se referă la organizarea sistemului de sănătate din țara respectivă, la diferitele nivele de asistență medicală și la rolurile pe care acestea le-ar avea în perspectiva introducerii tehnologiei evaluate (de exemplu, dacă prescrierea s-ar face de către medicii de familie sau de medicii specialiști, sau prescrierea ar fi limitată la nivelul spitalului, etc.);

8) **Aspecte sociale** – evaluează impactul social al compensării sau nu a tehnologiei evaluate;

9) **Aspecte juridice** – se referă la legislația existentă sau eventual necesară pentru compensarea parțială sau totală a tehnologiei evaluate.

Elaborarea acestui ghid a avut drept scop găsirea unui numitor comun între practicile câteodată extrem de diferite ale statelor europene privind evaluarea tehnologiilor medicale. Este probabil că nu va exista niciodată un model de evaluare a tehnologiilor medicale agreat și implementat de toate statele europene, dar membrii EUnetHTA au căzut de acord asupra elementelor generale pe care trebuie să le conțină un raport de HTA.

Pasul următor a fost reprezentat de elaborarea ghidului de evaluare rapidă a eficacității clinice practice relative (față de un comparator). Deși termenul de HTA se referă la o multitudine de produse (medicamente, dispozitive și servicii medicale, intervenții preventive

sau diagnostice etc.), acest ghid a fost scris special pentru evaluarea medicamentelor, domeniu în care cele mai multe instituții europene sunt mult mai experimentate decât pentru celelalte produse citate mai sus.

Pe lângă ghidul general, au fost elaborate 9 ghiduri specifice, ce detaliază problematicile cele mai spinoase ale acestei evaluări, precum și recomandările EUnetHTA; aceste 9 ghiduri tratează următoarele subiecte:

- Măsurarea efectului medicamentului prin așa-numitul indicator clinic (clinical endpoint) – pentru a aprecia eficacitatea unui medicament se alege un parametru care poate fi obiectivat din punct de vedere clinic (ex: mortalitatea determinată de o anumită cauză pe care medicamentul își propune să o reducă sau rata de producere a unui eveniment ca infarctul miocardic/AVC sau rata de apariție a unei complicații);

- Măsurarea efectului medicamentului prin indicatorul compozit (composite endpoint), care sintetizează mai mulți indicatori clinici și/sau surogat;

- Măsurarea efectului medicamentului prin indicatorul surogat (surrogate endpoint) – atunci când nu se poate găsi un indicator clinic sau când acesta este dificil de obiectivat se alege un parametru biologic corelat cu evoluția patologiei pe care o tratează medicamentul (ex: nivelul HbA1C pentru diabetul zaharat etc.);

- Evaluarea siguranței medicamentului;

- Calitatea vieții, corelată cu sănătatea (health-related quality of life) – aceasta poate fi obiectivată prin indicatori de tipul QALY (quality-adjusted life-years),

DALY (disability-adjusted life-years), LYG (life-years gained) etc.; acești indicatori se referă la numărul de ani trăiți în perfectă sănătate (în cazul QALY), sau la numărul de ani de viață câștigați (în cazul LYG) sau la anii de viață fără dizabilitate (DALY); un medicament este cu atât mai eficace cu cât valorile acestor indicatori sunt mai mari;

- Criteriile pentru alegerea comparatorilor adecvați – pentru a putea aprecia eficacitatea clinică practică a unui medicament, acesta trebuie comparat cu ceva, fie cu placebo sau cu îngrijirile medicale de suport/paleative, în cazul în care nu există alternative terapeutice, fie cu un alt medicament; alegerea comparatorului este individualizată pentru fiecare clasă terapeutică și patologie; recomandările EUnetHTA sunt să se utilizeze “medicamentul de aur” (gold standard);

- Comparațiile directe și indirecte: comparația directă înseamnă că tehnologia de evaluat are un comparator și există studii în care comparația se face în mod direct; comparația indirectă se face atunci când nu există studii care compară tehnologia A cu B, dar există studii ce compară A cu C și B cu C;

- Validitatea internă a unui studiu – înseamnă că studiul a reușit să măsoare ce își propusese;
- Aplicabilitatea dovezilor în contextul evaluării rapide a eficacității clinice practice față de un comparator.

Aceste ghiduri și criterii se aplică în proporții diverse la nivelul diferitelor agenții de evaluare a tehnologiilor medicale; este probabil prea devreme, dacă nu iluzoriu, să

IMPULSUL DE DEZVOLTARE A DOMENIULUI VA FI DAT CEL MAI PROBABIL ODATĂ CU ADERAREA CA MEMBRU ASOCIAT LA EUNETHTA A MINISTERULUI SĂNĂTĂȚII ȘI CU ADERAREA CA MEMBRU ÎN REȚEAUA DE AGENȚII EUROPENE DE HTA, AFLATĂ ÎN FAZA DE CONSTITUIRE.

ne așteptăm să avem o metodologie unică de evaluare a tehnologiilor medicale la nivel european, din cauza sistemelor de sănătate extrem de variate, pe de o parte, și pe de alta, din cauza autonomiei de care beneficiază statele membre UE în organizarea propriilor sisteme de sănătate.

Este de remarcat însă faptul că agențiile europene de evaluare a tehnologiilor medicale se îndreaptă către o viziune consensuală asupra câtorva criterii, în special a celor care țin de evaluarea siguranței și eficacității tehnologiilor.

Poate România să intre în acest sistem? Răspunsul nu poate fi unul dihotomic, “da” sau “nu”: România trebuie în primul rând să-și fiabilizeze datele, să-și omogenizeze sistemele de colectare a datelor și să-și asigure resursa umană care poate realiza acest proces complex.

De multe ori ne plângem că nu există date în sistemul de sănătate românesc; acest lucru nu este corect: datele există, dar colectarea lor nu se face cu regularitate, nu se face în același format sau în formate care pot interacționa ușor și, last but not least, corectitudinea informațiilor colectate nu poate fi ușor verificată. Pe lângă aceste aspecte, sistemul românesc “suferă” și de o anumită patologie a “secretului”: datele nu sunt prelucrate și prezentate într-un format accesibil publicului larg sau ONG-urilor specializate în analiza politicilor de sănătate.

Atât timp cât aceste probleme nu sunt rezolvate și cât resursa umană nu este stimulată să se formeze, cât medicii (unii dintre ei) mai au rețineri față de medicina bazată pe dovezi sau nu au competențe suficiente de bine dezvoltate pentru analiza critică a literaturii de specialitate, România riscă să rămână la stadiul de elev, silitor, e drept, dar care nu poate progresa și deveni la rândul ei profesor.

Să nu privim însă lucrurile în negru: și în România a început să se vorbească din ce în ce mai des de evaluarea tehnologiilor medicale, au avut loc workshopuri și cursuri de familiarizare cu conceptele bazale ale acestui proces, Ministerul Sănătății a creat o Unitate de Evaluare a Tehnologiilor Medicale și este pe cale să finalizeze o metodologie de evaluare a acestora, conform angajamentelor asumate față de partenerii externi.

Impulsul de dezvoltare a domeniului va fi dat cel mai probabil odată cu aderarea ca membru asociat la EUnetHTA a Ministerului Sănătății și cu aderarea ca membru în rețeaua de agenții europene de HTA, aflată în faza de constituire.

Let's wait (dar nu prea mult) and see (dar nu numai să privim, ci și să ne pregătim și să ne valorizăm competențele, puține dar existente totuși)! ●

Serviciile centrate pe pacient - o opțiune strategică fundamentală

Interviu cu Christophe Gourlet, Country Manager Sanofi Romania, președintele Consiliului de Administrație al Zentiva SA și General Manager Sanofi MCO Danube

Cristophe Gourlet ne-a povestit care sunt principalele probleme ale sistemului de sănătate din România, din punctul său de vedere, dar și despre modalitatea în care Sanofi reușește să își mențină prima poziție în segmentul OTC.

Care este strategia/filozofia Sanofi pentru 2013, din punctul dvs. de vedere? Cum intenționați să vă mențineți poziția de lider pe piață?

Este foarte clar că nevoile legate de sănătate s-au schimbat de-a lungul timpului, nu doar în România, ci peste tot în lume. Ca partener de încredere al sistemelor de sănătate din toate țările în care operăm, filozofia-cheie a Sanofi este aceea de a pune în permanență în centrul activității noastre nevoile pacienților, pentru a le îmbunătăți accesul la medicamente și servicii de sănătate.

Grupul Sanofi, din care face parte și Zentiva – lider în industria farmaceutică locală – are o istorie îndelungată în România, o prezență diversificată și puternică pe piața locală, incluzând activități comerciale și operațiuni industriale derulate în unitatea noastră de producție modernă din București, unde sunt fabricate majoritatea medicamentelor noastre generice (peste 83%) comercializate pe piața din România.

Ne-am respectat întotdeauna angajamentul față de pacienți, față de profesioniștii din domeniul sănătății, precum și față de comunitatea locală, furnizând românilor soluții de tratament de cea mai înaltă calitate, la



prețuri accesibile, și acționând în același timp ca un partener de încredere pentru autoritățile locale.

Avem un portofoliu diversificat și echilibrat care cuprinde medicamente inovatoare, soluții pentru boli rare, medicamente generice, medicamente OTC și vaccinuri. Unu din opt produse din farmaciile românești face parte din portofoliul Sanofi.

Pentru 2013, ne propunem să ne întărim poziția de lider pe piața locală prin continuarea investițiilor în pilonii noștri de creștere – diabet, OTC și generice, valorificând în același timp activitatea noastră industrială și continuând să ne îmbunătățim expertiza.

Ați reușit să dobândiți prima poziție pe segmentul OTC? Care sunt prioritățile dvs. în acest domeniu?

Așa cum am menționat anterior, segmentul OTC/produsele CHC reprezintă una dintre platformele noastre de creștere, alături de diabet și generice. Acestea sunt esențiale pentru strategia noastră și pentru prioritățile noastre de investiții pentru viitor.

În prezent, în România suntem lideri de piață pe segmentul CHC/ OTC, cu o cotă de 11,1% ca valoare și 11,6% ca volum (unități) (IMS MAT Feb 2013). Patru produse OTC ale Sanofi sunt în primele cel mai bine vândute 10 produse OTC de pe piață: No-spa (dezvoltat în Ungaria) & Essentiale, produse cu tradiție ale Sanofi; brandul produs local – Antinevralgic și Ibalgin, fabricat în unitatea de producție Zentiva din Cehia.

Christophe Gourlet

A absolvit Universitatea Paris-Dauphine, specializarea economie. S-a alăturat Grupului Sanofi în 1993, deținând diferite funcții în zona financiară, în Franța, Portugalia și Anglia. În 2003 a preluat funcția de CFO pentru Asia, Orientul Mijlociu, Europa Centrală și de Est în cadrul Sanofi-Synthelabo, iar apoi pe cea de Vice Președinte Business Support pentru Sanofi Global Operations. În 2005 a fost promovat în funcția de Vice Președinte Finanțe și Business Support în Japonia, pentru ca în 2007 să devină General Manager al Sanofi Maroc. Din 2010, Christophe Gourlet a deținut funcția de Country Manager al Sanofi Ungaria. Începând cu 1 ianuarie 2013 este Country Manager Sanofi România și General Manager pentru Regiunea Dunăre (România, Ungaria, Bulgaria, Moldova).

Care a fost momentul cu cele mai mari satisfacții din viața dvs. profesională?

Nu am un moment anume. Mi-a plăcut tot ce am făcut până acum în viața mea profesională, inclusiv mutarea dintr-o țară în alta sau de pe o funcție pe alta, diferitele provocări, diferitele culturi și perspective care m-au ajutat să mă dezvolt atât personal, cât și profesional. Am învățat, am evoluat și am cunoscut oameni deosebiți – toți au contribuit la formarea mea ca individ.

În Consumer Healthcare (CHC), totul pornește de la consumatori. Ne construim businessul pe loialitatea consumatorilor față de brandurile noastre. Sanofi este un lider mondial pe segmentul de Consumer Healthcare, cu branduri care dețin poziții de top în mai multe categorii-cheie. În anul 2012, Sanofi Group a înregistrat o creștere de aproape 10%, clasându-ne astfel pe locul 3 mondial în acest segment (Nicholas Hall, 2012). La nivel de Grup, ne propunem să ne dezvoltăm punând accent pe doi vectori majori de creștere: consolidarea și extinderea geografică a categoriilor prioritare și extinderea în noi categorii și explorarea de noi arii.



Sanofi a fost întotdeauna un partener al sistemelor de sănătate/autorităților. Considerați că autoritățile române merg în direcția cea bună, în ceea ce privește politicile de sănătate?

Criza economică reprezintă o provocare majoră în multe zone ale lumii. Starea de sănătate a populației din România nu este una îmbucurătoare, comparativ cu alte țări europene. Unul dintre motive este că nu există suficiente fonduri pentru finanțarea adecvată a sistemului de sănătate. Un alt motiv este legat de modul în care sunt cheltuiți banii în sistemul de sănătate. Trebuie să ne asigurăm că aceștia sunt cheltuiți eficient. Decizia Guvernului României de a majora bugetul pentru sănătate la 4,6% din PIB a fost un pas înainte pentru întregul sistem, dar mai ales pentru pacienții români. Totuși, sistemul de sănătate se confruntă în continuare cu provocări majore: întâzieri în actualizarea listei de medicamente compensate, taxa de clawback, prețurile la medicamente, accesul limitat la soluții terapeutice și servicii medicale adecvate, exodul medicilor, calitatea asistenței medicale etc. Înțelegem provocările și constrângerile financiare actuale, pe de o parte, precum și nevoia de a crește accesul pacienților la medicamente, pe de altă parte. **Toți actorii de pe piață au responsabilitatea de a identifica împreună modalitățile cele mai eficiente pentru a crește eficiența cheltuielilor pentru medicamente și pentru a atinge echilibrul potrivit între disciplina financiară și asigurarea accesului pacienților la medicamente în prezent și în viitor.** Credem cu tărie că numai parteneriatele strategice public-privat pot duce la o reală modernizare a sistemului de sănătate și la sustenabilitatea sa pe termen lung. Având în vedere acest context, am decis să ne adaptăm strategia locală de stabilire a prețurilor la condițiile din România reducând prețurile la medicamente atât pentru brandurile Sanofi, cât și pentru cele din portofoliul Zentiva. Suntem încrezători că această măsură va îmbunătăți

TAXA DE CLAWBACK VA REZOLVA PROBLEMA SUBFINANȚĂRII SISTEMULUI? TAXA CLAWBACK ACOPERĂ DEFICITUL BUGETULUI DE SĂNĂTATE, ÎNSĂ NU CREȘTE ACCESUL PACIENȚILOR LA MEDICAMENTE, AVÂND CA SCOP TRATAREA MAI MULȚOR PACIENȚI CU ACELAȘI BUGET LIMITAT. AUTORITĂȚILE TREBUIE SĂ GĂSEASCĂ O CALE MAI BUNĂ DE A CONTROLA CHELTUIELILE GENERALE, ASIGURÂND UN ACCES MAI BUN PRIN CREȘTEREA VOLUMULUI.

accesul pacienților la tratamente și, în plus, va deschide calea către soluții terapeutice inovatoare. Mai mult decât atât, sperăm ca decizia noastră să contribuie semnificativ la eforturile pentru optimizarea întregului sistem de sănătate din România.

Care este cea mai mare problemă a sistemului de sănătate din România, din punctul dvs. de vedere?

Principala problemă este accesul limitat al românilor la medicamente, din cauza nivelului scăzut al cheltuielilor și al finanțării publice limitate. Trebuie să identificăm împreună cele mai bune modalități de a crește accesul, menținând în același timp nivelul adecvat de cheltuieli, pentru a veni mai bine în întâmpinarea nevoilor de sănătate ale românilor. Accesul la noi tratamente inovatoare este o altă problemă și trebuie să găsim soluții pentru a finanța noile produse ce vor veni.

Câte persoane aveți în echipă? Intenționați să efectuați modificări la nivel de management sau în cadrul echipei în general?

La nivelul regiunii Dunărea (România, Moldova, Bulgaria, Ungaria), echipa Sanofi are 2.800 de angajați, dintre care aprox. 800 în România, în diviziile de Operațiuni Comerciale și Industriale. În fiecare zi descopăr diversitatea echipei din România. Este necesară o perioadă

ca să ajungi să înțelegi o cultură diferită și oameni noi, chiar dacă lucrezi mult cu ei...

Având în vedere complexitatea organizației noastre și nivelul ridicat de responsabilitate pe care îl avem, dezvoltăm în permanență politica de resurse umane, pe baza unei mentalități centrate pe performanță și spirit antreprenorial, dar și pe dezvoltarea profesională progresivă.

Ce credeți despre București? Care sunt punctele forte și punctele slabe ale capitalei României, care sunt sursele de informații în general? Dar în domeniul politicilor de sănătate?

Este prea devreme să exprim o opinie pertinentă despre București. Sunt aici de numai patru luni, astfel că nu pot încă să formulez o părere. Mi-am petrecut tot timpul în birou sau la hotel, sau pe drumul spre aeroport. Însă sunt sigur că voi putea descoperi mai bine România și Bucureștiul. În ceea ce privește sursele de informare, pot să menționez echipa locală, ziarele românești și discuțiile active cu echipa și diferiții factori de interes.

Care este opinia dvs. despre problemele NHS în Anglia?

Toate sistemele au aspectele lor bune și mai puțin bune. Din nou, ceea ce este esențial este ca pacienții să poată avea acces la medicamentele de care au nevoie și trebuie să învățăm unii de la alții. ●



Fiecare expert sau specialist care promovează creșterea accesului la medicamente, în orice țară, este un model pentru mine.

După părerea mea, fiecare sistem de sănătate trebuie să se adapteze la nevoile locale; astfel, toți cei implicați – industria farmaceutică, medici, farmaciști, distribuitori, autorități – toți actorii de pe piață trebuie să lucreze în echipă. Trebuie să începem să credem că sănătatea înseamnă bogăție, trebuie să dezvoltăm strategii pe termen lung care să îmbunătățească accesul la medicamente și la o stare bună de sănătate și să facem diferența în viața de zi cu zi a oamenilor.

Medicamentele generice - soluția pentru redresarea sistemului de sănătate



Laurențiu Mihai
Director Executiv
Asociația
Producătorilor
de Medicamente
Generice din
România

UNA DINTRE TEMELE RECURENTE ALE DEZBATERII PUBLICE PE SĂNĂTATE este dezvoltarea unui sistem medical care să ofere tratament farmaceutic accesibil unui număr cât mai mare de pacienți în condiții de eficiență bugetară, o adevărată provocare într-o eră marcată de îmbătrânirea populației, creșterea costului la tratament și reducerea personalului din sectorul sănătății.

La nivel european, rezolvarea acestei situații critice este dată de promovarea consumului de medicamente generice. Un cadru legislativ favorabil genericilor, care încurajează atât prescrierea de medicamente generice, cât și producția lor pe teritoriul Uniunii Europene, a dus la economii anuale de 35 de miliarde de euro pentru pacienți și pentru sistemele de sănătate europene. **Industria genericilor a devenit astfel o parte integrantă a furnizării de asistență medicală în Europa, furnizând peste jumătate din cererea de medicamente ca volum, dar reprezentând mai puțin de 18% în termeni de cost,** conform datelor Asociației Europene a Genericilor (EGA). Beneficiile unei industrii generice sănătoase, dinamice și competitive sunt evidente pentru economia europeană: cele peste 1.000 de companii producătoare de generice din Europa creează 150.000 de locuri de muncă la nivel european și asigură tratamente de calitate la prețuri accesibile pentru 500 de milioane de pacienți.

Cu toate acestea, România pare să se poziționeze contra acestui curent, existând puțin interes în alinierea

politicilor din domeniul sănătății la tendințele europene. Deși nu există un consens în privința soluțiilor adecvate pentru redresarea sistemului medical, teme precum rolul medicamentelor generice în procesul de optimizare a costurilor sau asigurarea accesului la tratament medical, la costuri accesibile pacienților români, sunt foarte puțin discutate de către decidenții din domeniul medical. Se ajunge astfel la un consum de medicamente scumpe în detrimentul alternativei generice, mai accesibile, cu un dublu efect negativ: restrângerea accesului la tratament pentru pacienți și creșterea cheltuielilor în sistemul sanitar.

Un exemplu concret al consumului scăzut de medicamente accesibile în România este faptul că medicamentele originale al căror patent a expirat și pentru care există deja cel puțin un corespondent generic înregistrează în continuare volume de vânzări considerabil mai mari decât opțiunea generică.

Aceasta, în condițiile în care contribuția pacientului la achiziția medicamentului original este mult mai mare, în raport cu varianta generică. Spre exemplu, pentru substanța activă Metropolol, contribuția pacientului în cazul medicamentului original este de până la 11,74 lei, față de doar 0,25 lei cât se plătește pentru echivalentul generic. Pentru mulți dintre pacienți, o contribuție mai mare la achiziția medicamentelor poate însemna, în timp, întreruperea tratamentului. Această realitate frecvent întâlnită în România ar putea fi evitată dacă populația ar fi informată cu privire la existența alternativei generice, o cale de tratament cu aceleași efecte terapeutice, dar cu costuri mult mai mici.

De ce s-a ajuns la această situație? În mare parte, pentru că întregul sistem de sănătate este astfel creat pentru a favoriza medicamentele scumpe. În lipsa unor politici de încurajare a prescrierii de medicamente generice, medicii prescriptori, distribuitorii și farmaciștii recomandă medicamente scumpe pentru a-și crește veniturile, fără a ține cont de bugetul pacientului sau de cheltuielile publice pe serviciile de sănătate. În plus, medicamentele scumpe, de import, sunt promovate printr-o strategie agresivă, coordonată la nivel global de companiile-mamă, care dispun de bugete de marketing consistente. Pe de altă parte, companiile generice, mult mai mici, dintre care multe au capacități de producție locală și sunt afectate de regimul fiscal injust din România, au bugete mult mai mici de promovare. Astfel, fără o informare corectă din partea medicilor și a farmaciștilor cu privire la existența variantei generice pentru multe dintre medicamentele

UN EXEMPLU CONCRET AL CONSUMULUI SCĂZUT DE MEDICAMENTE ACCESIBILE ÎN ROMÂNIA ESTE FAPTUL CĂ MEDICAMENTELE ORIGINALE AL CĂROR PATENT A EXPIRAT ȘI PENTRU CARE EXISTĂ DEJA CEL PUȚIN UN CORESPONDENT GENERIC ÎNREGISTREAZĂ ÎN CONTINUARE VOLUME DE VÂNZĂRI CONSIDERABIL MAI MARI DECÂT OPȚIUNEA GENERICĂ.

originale, pacienții rareori sunt conștienți de existența alternativei și aleg medicamentul mai scump.

Cu toate acestea, eforturile APMGR de a găsi soluții pentru redresarea sistemului de sănătate publică s-au concretizat prin recenta semnare a unui protocol între APMGR și Ministerul Sănătății, care vizează, printre altele, elaborarea, până la sfârșitul anului 2013, a unor politici de încurajare a prescrierii medicamentelor generice și biosimilare la medic și/sau farmacie, inclusiv prin impunerea unor cote minime de prescriere, în acord cu modelul european de reformă în domeniul sănătății și cu Programul de Guvernare care garantează accesul pacienților la tratament farmaceutic accesibil și încurajează utilizarea tratamentelor cu medicamente generice. Această măsură, care va elimina discriminările existente între medicamentele generice și cele originale, ar aduce beneficii majore pentru pacienți, atât prin creșterea accesului la tratamente, cât și pentru economia românească, prin eficientizarea consumului de resurse bugetare și stimularea producției locale de medicamente. ●



Fără o informare corectă din partea medicilor și a farmaciștilor cu privire la existența variantei generice pentru multe dintre medicamentele originale, pacienții rareori sunt conștienți de existența alternativei și aleg medicamentul mai scump.

Plata în funcție de performanță în îngrijirile de sănătate



*Termenul de **plată în funcție de performanță** (P4P) este utilizat în moduri diferite de către practicieni. O definiție generală este cea care descrie P4P ca fiind o metodă utilizată pentru oferirea de stimulente pentru medici și pentru organizațiile furnizoare de servicii medicale, în scopul îmbunătățirii performanțelor prin creșterea calității asistenței medicale și/sau prin reducerea costurilor. În acest sens, P4P diferă de taxa-per-serviciu, sistemul de plată care oferă stimulente pentru producerea de servicii de îngrijire a sănătății.*



**Dr. CRISTINA
CRINȚEA**

P4P

PROGRAMELE P4P PUN ACCENT PE REZULTATELE ÎNGRIJIRILOR DE SĂNĂTATE CA BAZĂ DE PLATĂ PENTRU CALITATE. Rezultatele aplicării unor astfel de programe conduc către reducerea morbidității și a mortalității și la îmbunătățirea calității vieții și creșterea satisfacției pacientului. Programele P4P au început să includă anumite tipuri de măsuri care vizează performanța (de exemplu, cu anchete de satisfacție a pacientului), deși le utilizează mai rar decât procesele care măsoară îngrijirile.

Există mai multe modele de 4P4. **Principala caracteristică a acestor modele este centrată pe calitatea serviciilor oferite și pe modul de alocare de recompense.** Recompensele sunt alocate în funcție de modul în care calitatea este îmbunătățită sau de modul în care sunt îndeplinite obiectivele. Calitatea poate viza structura, procesul, rezultatele sau o combinație a acestora. Structura cuprinde resursele necesare pentru oferirea îngrijirilor (de exemplu, forța de muncă, facilitățile și materialele), procesul se referă la îndeplinirea sarcinilor specifice sau la procedurile propuse, iar rezultatul include efectul tratamentului asupra stării de sănătate a pacientului. Fiecare aspect are propriile avantaje și dezavantaje, dar, în esență, alegerea modelelor de 4P4 trebuie să țină cont care dintre aspectele calității trebuie îmbunătățit, de asemenea trebuie să țină cont de capital, precum și de riscurile pe care și le asumă furnizorul de servicii de sănătate.

Plata în funcție de performanță în diferite țări

Plata în funcție de performanță (P4P) în îngrijirile de sănătate reprezintă o tendință în creștere la nivel internațional, care a început la mijlocul anilor '80-în Statele Unite și apoi s-a extins în alte țări, precum Australia, Canada, Danemarca, Germania, Israel, Olanda, Noua Zeelandă, Taiwan și Anglia.

În Anglia, Serviciul Național de Sănătate (NHS) a creat în 2004, în Contractul de prestări servicii medicale – un Cadru privind calitatea și rezultatele (QOF). Acest Contract-cadru garantează medicilor de familie o creștere a veniturilor de până la 25%, în cazul în care indicatorii de calitate erau îndepliniți.

În Australia, Programul de stimulare a practicii medicale, coordonat de Departamentul Guvernului australian de Resurse

Umane stabilește indicatorii de calitate care trebuie atinși în îngrijirile medicale.

Într-un efort de măsurare a performanței legat de îngrijirile de sănătate, mai multe țări din Organizația pentru Cooperare și Dezvoltare Economică (OCDE) au dezvoltat indicatori de calitate a asistenței medicale.

Programele de plată în funcție de performanță au potențialul de a îmbunătăți calitatea îngrijirilor de sănătate și sunt văzute ca instrumente de promovare a utilizării mai eficiente a resurselor din sănătate, precum și ca metode de îmbunătățire a rezultatelor îngrijirilor pacienților. P4P oferă stimulente financiare pentru calitatea serviciilor, în loc de cantitatea acestora. În ciuda promisiunii că ar oferi servicii de calitate în sănătate, a apărut îngrijorarea privind existența unor consecințe potențiale neintenționate pentru pacienți, medici și spitale. Deficiențele unora dintre programele P4P tradiționale au condus la apariția unor modele noi și inovatoare de reformă privind plata serviciilor medicale. P4P și modelele mai noi, în care rambursarea serviciilor are legătură cu calitatea și eficiența, ivesc promisiunea îmbunătățirii rezultatelor îngrijirii pacienților, precum și reducerea costurilor, dar multe abordări sunt necesare pentru a se asigura că viitoarele inițiative oferă valoare pentru toate părțile interesate, factori de decizie, pacienți, furnizori și contribuabili.

Există diferite modele de P4P, diferențele fiind date, în principal, de modul în care este definită performanța, precum și de modul în care aceasta este măsurată.

DEFICIENȚELE UNORA DINTRE PROGRAMELE P4P TRADIȚIONALE AU CONDUS LA APARIȚIA UNOR MODELE NOI ȘI INOVATOARE DE REFORMĂ PRIVIND PLATA SERVICIILOR MEDICALE.

Temelia P4P se regăsește în teoriile economice care corelează stimulentele financiare cu schimbările comportamentale.

Se diferențiază patru modele de plată în funcție de performanță:

- plata per serviciu de calitate;
- plata pentru raportare;
- plata în funcție de eficiență;
- plata în funcție de valoare.

Fiecare dintre aceste modele prezintă specificul său și modul său de operare.

Dovezile existente sugerează faptul că nu există un model simplu de proiecte P4P de succes.

Varietăți de plată în funcție de performanță

Când vorbim despre P4P ne putem referi la noțiuni diferite, atât în ceea ce privește conceptul, cât și în ceea ce privește practica. Această arie se află la începutul evoluției sale, așa încât noile modele pot fi proiectate și testate în fiecare an. Din cauza ritmului de inovare, terminologia utilizată pentru

a descrie programele P4P nu este încă standardizată. Variația vine în principal din modul în care este definită performanța, care diferă în funcție de aspectele complexe ale îngrijirilor de sănătate în funcție de rezultate. Principalele modele P4P sunt:

PLATA ÎN FUNCȚIE DE CALITATE. Acest model poate evalua calitatea în mai multe moduri, în funcție de structură, proces, rezultat sau de cum se realizează coordonarea măsurilor de îngrijire sau în toate aceste moduri combinate.

PLATA ÎN FUNCȚIE DE RAPORTARE. Plata pentru raportare se concentrează pe raportarea furnizorului de date referitoare la calitate. Acest model, de obicei, intenționează să se transforme în plata pentru calitate, de îndată ce furnizorii se vor simți mai confortabil cu fiabilitatea măsurilor și procedurilor de colectare a datelor despre calitate.

PLATA ÎN FUNCȚIE DE EFICIENȚĂ. Plata pentru eficiență înseamnă recompensare pentru reducerea costurilor. Costurile pot include cheltuielile anuale per pacient cu boli cronice sau costurile per episod de spitalizare în cazul unui pacient cu boală acută. Programele p4p în funcție de eficiență pot apela la măsuri de evaluare a utilizării îngrijirilor de sănătate, ca de exemplu: numărul de vizite/medic sau zile de spitalizare per pacient pe an.

PLATA PER VALOARE. Această abordare ține cont de calitate și de reducerea costurilor. De exemplu, plata în cazul acestui model se referă la recompensarea furnizorilor pentru îmbunătățirea calității, păstrând costurile la același nivel sau reducerea costurilor, în timp ce calitatea este menținută sau îmbunătățită. Finanțatorii pot acorda furnizorilor de servicii medicale stimulente simultan, atât pentru creșterea calității, cât și pentru reducerea cheltuielilor, și le pot permite apoi să-și stabilească cele mai bune abordări pentru a putea beneficia de ambele măsuri de stimulare. ●



UNII FINANȚATORI AU DEZVOLTAT INDICATORI DE EFICIENȚĂ PENTRU A CONTURA ȘI COMPARA PERFORMANȚA FURNIZORULUI DE SERVICII MEDICALE

BIBLIOGRAFIE

1. <http://www.nhsemployers.org/PayAndContracts/GeneralMedicalServicesContract/QOF/Pages/QualityOutcomesFramework.aspx>
2. <http://www.medicareaustralia.gov.au/provider/incentives/pip/index.jsp>
3. Lazarevik V, Kasapinov B. Medical doctors' attitudes towards pay for reporting in Macedonia: a web based cross sectional survey. *Macedonian Journal of Medical Sciences* 2012; 5(4):437-43.
4. Lazarevik V, Kasapinov B. Pay-for-performance in the former Yugoslav Republic of Macedonia: between a good time and a bad reform. *Eurohealth incorporating Euro Observer* - Vol.19 | No.1 | 2013
5. Cromwell J, Trisolini MG, Pope GC, Mitchell JB, Greenwald LM (eds). *Pay for Performance in Health Care: Methods and Approaches*. North Carolina: Research Triangle Press, 2011.
6. Healthgrouper.com - Job satisfaction among physicians in FYR Macedonia. Available at: http://healthgrouper.com/en/page/Press_release_Physicians_Satisfaction
7. Forrest CB, Villagra VB, Pope JE. Managing the metric vs managing the patient: the physician's view of pay for performance. *American Journal of Managed Care* 2006;12:83-85.
8. Institute of Medicine. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the Twenty-first Century*. Washington: National Academies Press, 2001.
9. Rosenthal MB, Fernandopulle R, Song HR, Landon B. Paying for quality: providers' incentives for quality improvement. *Health Affairs* 2004;23:127-41.
10. Rosenthal MB, Landon B, Normand SLT, Frank RG, Epstein AM. Pay for performance in commercial HMOs. *New England Journal of Medicine* 2006;355:1895-902.
11. Kuhmerker K, Hartman T. Pay-for-Performance in State Medicaid Programmes: A Survey of State Medicaid Directors and Programmes. New York: Commonwealth Fund, 2007.
12. Integrated Healthcare Association. *Advancing Quality Through Collaboration: The California Pay for Performance Programme*. Oakland: Integrated Healthcare Association, 2006. Available at <http://www.ihc.org/wpo200606.pdf>.
13. Petersen LA, Woodard LD, Urech T, Daw C, Sookanan S. Does pay-for-performance improve the quality of health care? *Annals of Internal Medicine* 2006;145:265-72.
14. Norton EC. Incentive regulation in nursing homes. *Journal of Health Economics* 1992; 11:105-28.
15. Department of Health. *Quality and Outcomes Framework*. London: Department of Health, 2008. Available at <http://www.dh.gov.uk/en/Healthcare/Primarycare/Primarycarecontracting/QOF/index.htm>
16. Galvin R. Pay-for-performance: too much of a good thing? A conversation with Martin Roland. *Health Affairs*

Plata în funcție de performanță (P4P) în îngrijirile de sănătate – exemplul Republicii Macedonia

Eurohealth expune, în cel mai recent număr, exemplul implementării plății în funcție de performanță în Republica Macedonia.

La 1 iulie 2012, Ministerul Sănătății din Macedonia a introdus sistemul de plată în funcție de performanță în toate spitalele publice. Ideea a fost inițial primită cu entuziasm, întrucât fusese implementată în țări dezvoltate și avusese drept scop îmbunătățirea performanțelor și a calității îngrijirilor medicale, prin oferirea de stimulente financiare medicilor.

Îngrijirea factorilor de decizie din Macedonia este în creștere, întrucât nu s-a putut stabili dacă această abordare va da un plus de valoare serviciilor de îngrijiri de sănătate.

Până în 2007, plata medicilor din Macedonia se făcea prin salariu. Odată cu reformarea sistemului de plată a medicilor, din 2007, toți medicii din sistemul de îngrijiri primare de sănătate (medici de familie, medici pediatri și medici ginecologi) au fost plătiți per capita, ceilalți medici, din spitale, centre de sănătate etc. continuând a fi plătiți prin salariu. Variațiile salariale erau în funcție de specialitate, ani de experiență, număr de garzi, condiții generale de muncă etc. Acest sistem nu era stimulant pentru creșterea eficienței serviciilor și a calității acestora.

Prin introducerea sistemului P4P, în 2012, medicii au fost obligați să raporteze fiecare procedură/intervenție efectuată, într-o aplicație web. Această aplicație măsura volumul de muncă al fiecărui medic, însă nu măsura calitatea serviciilor medicale oferite de acesta, de echipa medicală sau complexitatea serviciilor oferite.

Modelul P4P actual nu conține un sistem de evaluare și nu include criterii privind calitatea serviciilor oferite. Punctul de pornire este reprezentat de salariul unui medic 100 %. Din punct de vedere financiar sunt permise fluctuații de +/- 20% ale salariului lunar al fiecărui medic. Performanța este comparată între medicii

aceluiași departament și nu se realizează între medicii din secții/spitale diferite.

De exemplu, în cazul în care un spital /

că nu apreciază munca desfășurată de către medicii.

88,3% dintre medicii intervievați



departament are, în medie, 50 intervenții / proceduri pe lună, în timp ce un alt furnizor are, în medie, zece intervenții / proceduri pe lună, modelul poate genera salarii mai mici pentru medicii care lucrează la furnizorul cu cele mai multe servicii. Diferența se explică prin faptul că medicii care lucrează în spitale mai mici, tratează, în medie, mai mulți pacienți decât cei care lucrează în spitale mai mari. Prin urmare, pentru a obține o performanță mai bună, spitalele mai mari, conform acestui model P4P, trebuie să ofere mai multe servicii. În esență, modelul măsoară volumul de muncă al medicilor și nu calitatea îngrijirilor medicale acordate.

Pentru a putea fi evaluată atitudinea medicilor, cu privire la modelul P4P, a fost făcut un studiu.

Material și metodă

A fost aplicat un chestionar, administrat online, ai căror itemi au cuprins teme privind corectitudinea modelului, munca în echipă, relația cu pacienții și modul de livrare a serviciilor.

Chestionarul a fost administrat la 500 de medici și a avut o rată de răspuns de 62%.

Rezultate

95,2% din persoanele intervieuate au declarat că modelul P4P este incorect și

apreciază că acest model nu reflectă munca în echipă din cadrul departamentului în care își desfășoară activitatea. 70 % dintre respondenți apreciază că P4P încurajează utilizarea de proceduri și diagnostice necesare.

61% din persoanele intervievate declară că sistemul are un impact negativ asupra relației medic-pacient.

Comentarii

Factorii de decizie consideră că schimbarea a fost introdusă pentru creșterea concurenței între medicii, în scopul creșterii eficienței actului medical.

Scopul principal al oricărui sistem de îngrijire în sănătate modern este integrarea furnizării de servicii medicale. Modelul P4P implementat în Macedonia a condus însă lucrurile în direcția opusă. În loc să ducă la integrare și la colaborarea între medicii, acest model a determinat dezintegrare și crearea de conflicte personale.

Din păcate, experiența FYR Macedonia, în privința P4P, oferă un exemplu de deficiențe grave la nivelul fiecărei componente a strategiei de politici publice. Exemplul implementării acestui model în Macedonia ar putea preveni greșeli similare în crearea și aplicarea politicilor în sănătate.

CRIZA CONTINUĂ DIN SISTEMUL SANITAR – CAUZE ȘI SOLUȚII

Dr. Mircea Olteanu, medic primar, doctor în științe medicale, președinte Asociația Spitalelor din România

Criza profundă în care se află sistemul nostru sanitar este recunoscută atât pe plan național, cât și internațional, în ciuda numeroaselor „reforme” din ultimii 22 de ani. Acest lucru este ilustrat de numeroși indicatori, precum speranța de viață, mortalitatea evitabilă, mortalitatea infantilă, etc. Până în prezent, nu s-a făcut o analiză profundă a cauzelor care au determinat această evoluție, dar este evident că toate reformele s-au concentrat pe unele componente ale sistemului și nu au vizat întregul sistem.

MULTE DIN ACESTE REFORME AU COPIAT „MODELE” DIN ALTE ȚĂRI, neținând seama de faptul că ele erau rupte dintr-un context socio-economic și cultural complet diferit de cel din țara noastră. Numeroasele erori în politica sanitară nu au fost analizate în profunzime pentru a se trage învățăminte și a se evita repetarea lor, așa cum fac majoritatea țărilor dezvoltate. Mai mult, ele caută să învețe din erorile altor țări pentru a nu le repeta în propria țară.

Există soluții viabile pentru ieșirea din criză care sunt furnizate de organizații internaționale, precum UE, OMS, Banca Mondială, FMI, OECD, Consiliul European.

Soluțiile furnizate de aceste organizații au fost aplicate cu succes în numeroase țări, chiar în condițiile crizei economice actuale. Un exemplu elocvent îl constituie faptul că în majoritatea țărilor membre UE criza economică nu a afectat sistemele de sănătate.

Aplicarea conceptelor moderne de politică sanitară și guvernare a sistemului sanitar în România poate avea efecte profunde, într-un termen relativ scurt ducând la o reformă reală care va intra în istorie.

Conceptul de „bună guvernare” și stewardship a sistemului sanitar a fost prezentat în Raportul OMS din 2000 și a fost dezvoltat progresiv și implementat în majoritatea sta-

telor. În 2001 a apărut un important raport al Institutului de Medicină din Washington, „Crossing the quality chasm”, care a fundamentat faptul că pentru creșterea performanțelor este necesară restructurarea întregului sistem conform unor reguli noi care transformă sistemul vechi considerat „reactiv” într-un sistem „proactiv” și centrat pe pacient (anexa 1). Ulterior, acest concept

s-a aprofundat introducându-se conceptul „gândirii de sistem”, iar acum, în toate țările dezvoltate, acest concept este intitulat „systemness” și aplicat în toate programele de creștere a performanțelor.

Donald Berwick a subliniat în publicațiile sale că reforma sanitară care nu cuprinde toate componentele sistemului nu poate fi considerată reformă. Acest concept a dus la creșterea performanțelor sistemelor de sănătate, fapt dovedit prin introducerea unor indicatori de performanță a sistemelor de sănătate, iar măsurarea performanțelor însele fiind considerată ca un mijloc de îmbunătățire a sistemelor.

Perfecționarea conceptului de guvernare a sistemului a continuat, iar recent OMS a publicat raportul „Governance for Health in the 21st Century”, care face trecerea de la „buna guvernare” (good governance) la „guvernarea inteligentă” (smart governance). Acest concept implică nu numai Ministerul Sănătății ci și alte ministere, precum finanțe, educație, muncă, mediu, agricultură.

Deși există soluții pentru creșterea performanțelor sistemului de sănătate, s-a constatat că implementarea acestor soluții se poate face numai dacă există un „Minister al Sănătății puternic, pentru un sistem de sănătate puternic”, condus de un ministru cu competențe deosebite. După 2001 a avut loc o dezbateră internațională la care



au participat numeroși experți și instituții specializate, precum și miniștri ai sănătății care au sintetizat calitățile unui bun ministru al sănătății („ministru ideal”). A urmat publicarea unor studii privind structura ministerului sănătății și evaluarea capacității organizatorice a acestuia pentru a guverna sistemul de sănătate. Printre primele țări care au făcut acest lucru s-au numărat Marea Britanie în 2007 și SUA în 2008, dar restructurarea ministerului sănătății s-a făcut și în numeroase alte țări. Subliniez că recomandări privind restructurarea Ministerului Sănătății au fost făcute chiar de institutele de specialitate ale Băncii Mondiale, FMI și OMS.

Conceptul de guvernare a sistemului de sănătate și a componentelor sale a constituit subiectul unor cercetări ample făcute de numeroase organizații și institute de specialitate care au dus la o implementare pe scară largă a conceptului și adaptarea lui la componentele sistemului de sănătate. De exemplu, conceptul a fost adaptat la guvernarea spitalelor și guvernarea clinică atât la nivelul spitalului, cât și al asistenței primare și secundare. Recent, European Observatory a publicat volumul „Governing Public Hospitals”, iar studiile privind guvernarea clinică publicate în ultimul deceniu sunt foarte numeroase.

Complexitatea procesului de guvernare inteligentă justifică

necesitatea unor structuri organizatorice capabile să implementeze acest concept atât la nivelul Ministerului Sănătății, cât și al altor structuri de reglementare. Problema complexității guvernării este amplificată și de faptul că majoritatea țărilor au un sistem de sănătate mixt – public și privat, cum se întâmplă și în țara noastră. Problema guvernării sistemelor mixte a constituit subiectul unor studii publicate în ultimii trei ani și care oferă soluții pentru ca performanțele sistemelor să nu fie afectate negativ.

O componentă importantă a guvernării o constituie sănătatea publică. Aceasta, prin cele 11 funcții esențiale (anexa 2) poate aduce o contribuție majoră la creșterea performanțelor sistemului. Conținutul fiecărei funcții este clar precizat, precum și indicatorii de evaluare. De asemenea, s-au elaborat indicatori ai calității serviciilor de sănătate publică, precum și standarde de acreditare a acestor servicii, care sunt complet ignorate în România.

Importanța sănătății publice este subliniată și de faptul că furnizarea serviciilor medicale trebuie făcută din această perspectivă pentru scăderea mortalității evitabile și asigurarea continuității îngrijirilor în toate componentele sistemului (integrarea sistemului).

Am insistat asupra importanței sănătății publice deoarece una din calitățile ministrului Sănătății, menționată în numeroase publicații, este înțelegerea impactului serviciilor medicale asupra sănătății publice și rolul multiplilor determinanți ai stării de sănătate în care este importantă intervenția și a altor ministere (finanțe, muncă, servicii sociale, educație etc.), așa cum se subliniază în rapoartele OMS privind guvernarea inteligentă și sănătatea în toate politicile.

Alte calități ale unui bun ministru ar fi:

- să formuleze o politică sanitară bazată pe dovezi;
- să aibă o gândire de sistem și să înțeleagă că performanța sistemului este rezultatul interacțiunii dintre toate componentele sistemului;
- să aibă noțiuni fundamentale de economie sanitară și eventual să creeze în cadrul ministerului o structură cu aceste atribuții;
- să înțeleagă și să aplice sistemele de măsură și structuri recomandate pentru asigurarea

ÎNTR-UN ARTICOL PUBLICAT DE OMS ÎN 2009 (AUTOR SANIA NISHTAR) SE RECOMANDĂ MĂSURI PENTRU EVITAREA EFECTELOR „SINDROMULUI SISTEMELOR MIXTE”, CARE POATE AFECTA CALITATEA SERVICIILOR PUBLICE ȘI ECHITATEA.

Pentru reforma tuturor componentelor sistemului de sănătate există soluții viabile furnizate de organizațiile internaționale menționate, care pot fi adaptate condițiilor socio-economice din țara noastră, pe care le pot furniza decidenților, în cazul în care va exista o voință politică pentru o reformă reală, care va fi apreciată atât de pacienți, cât și de corpul medical. Implementarea acestor soluții poate fi făcută doar după ce Ministerul Sănătății va fi restructurat conform principiilor enunțate.

- calității și siguranței îngrijirilor medicale (anexa 3), care constituie cea mai bună metodă de prevenție a malpraxisului;
- să înțeleagă și să convingă structurile guvernamentale de decizie că banii cheltuiți pentru sănătate constituie o investiție în dezvoltarea economică și socială a țării;
 - să înțeleagă că sănătatea constituie o prioritate absolută, având cea mai importantă contribuție la bunăstarea unei națiuni, iar obiectivul sistemului de sănătate este să dea ani vieții și viață anilor. Este demonstrat faptul că există o relație directă între sănătate și fericire.
 - să cunoască și să aplice „managementul cunoașterii” (cu toate variantele sale), ce constituie noua revoluție în management care poate oferi soluții practice bazate pe dovezi pentru toate problemele sistemului de sănătate. De menționat că în structura multor ministere ale sănătății există o direcție de management al cunoașterii, iar în spitale există un director de management al cunoașterii.

Finanțarea constituie una dintre cele patru funcții majore ale sistemelor de sănătate (celelalte trei sunt: guvernarea, generarea de resurse, furnizarea de servicii), iar raportul OMS din 2010 este construit pe găsirea unor soluții care să permită o acoperire universală a serviciilor medicale, considerând sănătatea ca un drept al omului. Ulterior, OMS a publicat un plan de acțiune în 11 puncte pentru atingerea acestui obiectiv, oferind consultanță și sprijin țărilor membre pentru realizarea acestuia. Acest plan de acțiune a fost completat cu programul OASIS (Organizational Assessment for Improving Strengthening Health Financing), care cuprinde 3 pași și 11 puncte.

Pentru adoptarea acestor programe este necesară crearea unor structuri dedicate economiei sanitare care vor gestiona eficient resursele financiare prin introducerea unor mecanisme care funcționează în majoritatea țărilor. Acum este recunoscut pe plan mondial că medicina modernă are patru piloni esențiali: medicina bazată pe



ANEXA 1. REGULI PENTRU RESTRUCTURAREA SISTEMELOR DE SĂNĂTATE ÎN SECOLUL 21

Reguli vechi

- Îngrijirea bazată pe vizite;
- Autonomia profesională conduce variabilitatea;
- Profesioniștii controlează îngrijirea;
- Procesul decizional este bazat pe instruire și experiență;
- “Primum nil nocere” este o răspundere individuală;
- Secretul este necesar;
- Sistemul reacționează la nevoi;
- Reducerea costurilor este un scop;
- Se dă prioritate rolului profesioniștilor asupra sistemului.

Reguli noi

- Îngrijiri bazate pe o relație continuă de vindecare;
- Îngrijirea adaptată nevoilor și valorilor pacientului;
- Pacientul este sursa de control;
- Procesul decizional este bazat pe dovezi;
- Siguranța este o proprietate a sistemului;
- Transparența este necesară;
- Nevoile sunt anticipate;
- Reducerea risipei;
- Cooperarea între clinicieni este prioritară.

ANEXA 2. FUNCȚIILE ESENȚIALE ALE SĂNĂTĂȚII PUBLICE

1. Monitorizarea, evaluarea și analiza stării de sănătate a populației;
2. Supravegherea sănătății publice, cercetarea și controlul riscurilor;
3. Promovarea sănătății;
4. Participarea socială în sănătate;
5. Dezvoltarea de politici și capacitate instituțională pentru planificare și management în sănătatea publică;
6. Consolidarea capacității instituționale pentru reglementare și aplicare în sănătatea publică;
7. Evaluarea și promovarea accesului echitabil la serviciile de sănătate necesare;
8. Dezvoltarea resurselor umane și formarea profesională în sănătatea publică;
9. Asigurarea calității în domeniul serviciilor de sănătate personale și bazate pe populație;
10. Cercetarea în sănătatea publică;
11. Reducerea impactului situațiilor de urgență și al dezastrelor asupra sănătății (prevenire, atenuare, pregătire, reacție și reabilitare).



dovezi, tehnologia informației, sistemele de calitate și siguranță a îngrijirilor medicale și medicina bazată pe economic. Din păcate, ultimii doi piloni au fost neglijați în țara noastră.

Toate propunerile prezentate se bazează pe recomandările organizațiilor internaționale care cooperează cu România, dar, în mod inexplicabil, nu promovează implementarea acestor soluții. Reprezentanții ai acestor organizații au afirmat că au propus astfel de soluții, dar că acestea nu au fost acceptate de guvernanți.

Având în vedere cele expuse, reiese că elaborarea unei legi care să ducă la o reformă reală a întregului sistem și să realizeze creșterea performanțelor acestuia nu se poate face într-un timp scurt. De aceea, pe durata elaborării acestui program amplu de reformă se vor lua măsuri care pot eficientiza într-un timp relativ scurt furnizarea serviciilor medicale populației. Există un întreg arsenal de măsuri utilizat de țările dezvoltate pentru eficientizarea utilizării resurselor disponibile, care vor fi prezentate la cererea celor interesați, și care pot face economii de peste 1 miliard de euro într-un an, sumă ce ar putea rezolva numeroase probleme, atât pentru pacienți, cât și pentru personalul medical.

Neaplicarea principiilor enunțate privind elaborarea noii legi a sănătății va duce la o perpetuare a crizei din sistem cu consecințe dezastruoase asupra dezvoltării sociale și economice a României în următorul deceniu, constituind și un pericol pentru sănătatea romanilor.

Pe baza celor expuse se poate formula următorul **program de acțiune:**

1. Evaluarea obiectivă și completă a tuturor componentelor sistemului de sănătate, cu sprijinul unor organizații internaționale (de exemplu, Banca Mondială are o mare experiență în acest domeniu, publicând și un manual de evaluare);
2. Elaborarea și publicarea principiilor de reformă a tuturor componentelor sistemului pe baza dovezilor științifice existente, adaptându-le la contextul socio-economic local. Totodată, se va elabora un set de indicatori pentru monitorizarea reformei;
3. Studiu de impact al măsurilor propuse;
4. Pregătirea structurilor organizatorice și a personalului necesar implementării reformei;
5. Măsuri urgente pentru eficientizarea utilizării resurselor disponibile care pot duce la economii de peste 1 miliard de euro ce pot fi folosiți pentru rezolvarea nevoilor pacienților și ale personalului medical;

6. Stabilirea unor grupuri de lucru pentru fiecare componentă a sistemului sanitar;
7. Dialog politic la nivel înalt cu experți din principalele organizații internaționale care pot oferi consultanță pentru o reformă reală, să rezolve problemele din întregul sistem de sănătate.

Sper ca acest dialog să fie acceptat de Ministrul Sănătății și nu refuzat, cum s-a întâmplat cu alți miniștri.

Reforma propusă va duce la creșterea performanțelor tuturor componentelor sistemului, precum serviciile medicale curative și preventive (asistența medicală primară, secundară și terțiară), sănătatea publică, învățământul medical și cercetarea științifică medicală. De exemplu, reforma spitalului ca organizație va duce la creșterea performanțelor tuturor spitalelor, realizând obligația guvernării sistemului de sănătate de a asigura întregii populații acces la îngrijiri de calitate. Această obligație a fost afectată negativ de măsurile luate în 2011 privind comasarea și închiderea unor spitale, precum și de clasificarea spitalelor în 5 categorii. ●

Toate propunerile prezentate se bazează pe recomandările organizațiilor internaționale care cooperează cu România, dar, în mod inexplicabil, nu promovează implementarea acestor soluții. Reprezentanții ai acestor organizații au afirmat că au propus astfel de soluții, dar că acestea nu au fost acceptate de guvernanți.

ANEXA 3. PROGRAM NAȚIONAL DE ÎMBUNĂTĂȚIRE A CALITĂȚII ȘI SIGURANȚEI ÎNGRIJIRILOR MEDICALE

Acest program constituie o prioritate națională și o problemă de sănătate publică. Elementele constitutive ale acestui program trebuie să vizeze următoarele:

1. Evenimentele adverse provocate de tratamentul medicamentos;
2. Evenimentele adverse și traumele cauzate de aparatele medicale;
3. Leziunile cauzate de erorile chirurgicale și anestezice;
4. Infecțiile nozocomiale;
5. Injecțiile făcute incorect;
6. Produse sangvine nesigure;
7. Siguranța gravidelor și a nou-născuților;
8. Siguranța vârstnicilor;
9. Leziunile provocate de căderile în spital;
10. Ulcerele de decubit;
11. Determinanții organizaționali și eșecurile latente;
12. Folosirea acreditării și reglementărilor pentru siguranța pacienților;
13. Cultura siguranței;
14. Instruirea, educația și resursele umane;
15. Stresul și oboseala;
16. Presiunea supraaglomerării (depășirea capacității serviciului);
17. Lipsa unor cunoștințe adecvate și transferul lor;
18. Instrumente și proceduri în care nu există factor uman;
19. Diagnostice eronate;
20. Lipsa urmăririi pacienților prin teste de screening pentru diagnostic precoce;
21. Medicamente contrafăcute sau de proastă calitate;
22. Măsuri inadecvate pentru siguranța pacienților;
23. Lipsa implicării pacienților în siguranța lor.



Privitor la punctul 4 (infecțiile nozocomiale), se recomandă:

- Implementarea unei strategii naționale pentru prevenirea și controlul infecțiilor, asociată cu îngrijirile medicale;
- Numirea unui „Comitet Național Multidisciplinar” pentru coordonarea implementării strategiei naționale.

Crearea de structuri și acte normative

1. Legea siguranței pacienților;
2. „Agenția Națională pentru Calitatea Îngrijirilor Medicale și Acreditare”. Aceasta va monitoriza calitatea și siguranța îngrijirilor medicale acordate în sistemul nostru de sănătate și va introduce acreditarea tuturor organizațiilor care oferă servicii medicale (asistența primară, secundară și terțiară, publică sau privată). Se va introduce un sistem confidențial, nepunitiv, de raportare a erorilor (sistem național de raportare și învățare). Agenția va organiza cursuri pentru managementul riscului, calității și siguranței pacienților;
3. Implicarea pacienților prin crearea unei organizații (fundații) – „Pacienții pentru siguranța pacienților”, care se va afilia la Alianța Mondială pentru Siguranța Pacienților;
4. Crearea unei Societăți Naționale pentru calitatea și siguranța îngrijirilor medicale (ONG);
5. Crearea de Consilii pentru siguranța și calitatea îngrijirilor medicale în cadrul tuturor societăților științifice medicale, inclusiv în cadrul Academiei Române și al Academiei de Științe Medicale. Acestea vor fi implicate în cercetarea științifică privind calitatea și siguranța îngrijirilor medicale, precum și în transferul rezultatelor în practica medicală;
6. Introducerea în învățământul medical a principiilor calității și siguranței îngrijirilor medicale în toate disciplinele (atât în învățământul universitar, cât și postuniversitar);
7. Introducerea în legislația sanitară a obligației ca în toate organizațiile de îngrijiri medicale să existe structuri adecvate pentru asigurarea și îmbunătățirea continuă a calității și siguranței îngrijirilor medicale (atât în serviciile clinice, cât și în cele neclinice, precum farmacie, laborator, radiologie etc). Fiecare organizație va avea un plan pentru siguranța pacienților;
8. Adoptarea de către organizațiile profesionale ale medicilor a „Cartei profesionalismului medical în secolul XXI”;
9. Adoptarea unor sisteme specifice de siguranță și calitate pentru unitățile de primiri urgențe;
10. Adoptarea unui sistem național de indicatori privind calitatea și siguranța îngrijirilor medicale (precum cel propus de OECD);
11. Organizarea la București a unei conferințe internaționale privind calitatea și siguranța îngrijirilor medicale;
12. Transpunerea în practică a recomandărilor organizațiilor internaționale privind calitatea și siguranța îngrijirilor medicale (UE, Consiliul European, OMS, precum și Programul de acțiune propus de Alianța Mondială pentru Siguranța Pacienților - anexat).

PROGRAMUL DE ACȚIUNE PROPUȘ DE ALIANȚA MONDIALĂ PENTRU SIGURANȚA PACIENȚILOR

Domenii de acțiune:

- I. Primul domeniu cuprinde trei direcții:
 - a) Îngrijirea curată este o îngrijire sigură. Ghid pentru igiena mâinilor în îngrijirile medicale.
 - b) Chirurgia sigură salvează vieți. Ghid simplu pe trei faze: înainte de anestezie, înainte de incizie, înainte de a părăsi sala de operații.
 - c) Prevenirea rezistenței antimicrobiene.
- II. Pacienții pentru siguranța pacienților – va cuprinde următoarele:
 - a) Incluziunea pacienților și familiilor, a consumatorilor și cetățenilor în activitatea de

siguranță a pacienților.
b) Parteneriat în promovarea îngrijirii sigure (implementarea îngrijirii centrate pe pacient și pe sistem de îngrijiri).
c) Pacienții pentru siguranța pacienților – crearea unei infrastructuri pentru un parteneriat activ.

- III. Cercetarea pentru siguranța pacienților
 1. Taxonomie – clasificarea internațională a siguranței pacienților.
 2. Raportare și învățare.
 3. Soluții pentru siguranța pacienților
 4. High5s – Cele mai bune practici pentru schimbarea organizației, a echipei și a

practicilor clinice pentru îmbunătățirea siguranței pacienților.
5. Tehnologii pentru siguranța pacienților. Găsirea de noi soluții pentru îmbunătățirea siguranței pacienților.
6. Managementul cunoașterii.
7. Eliminarea infecțiilor generate de cateterle centrale.
8. Educația pentru o îngrijire sigură. În prezent, OMS elaborează un Ghid de programă analitică privind siguranța pacienților, destinat învățământului medical de toate gradele.
9. Acordarea premiului internațional pentru excelență în siguranța pacienților.

Strategii inovatoare

În conducerea spitalelor publice

Spitalele publice europene se află într-o continuă schimbare, utilizând stimulente și practici asemănătoare spitalelor private, dar continuând să își mențină mozaicul complex al relațiilor de luare a deciziilor între diferiții actori din cadrul sectorului spitalicesc, de multe ori cu limite neclare.

Dr. Cristina Crintea

UN ELEMENT CENTRAL AL ACESTOR REFORME A FOST STABILIREA UNUI GRAD DE AUTONOMIE, care este necesar pentru a putea face față provocărilor și limitării interferențelor între actorii politici, locali și regionali, în procesul decizional.

Acordurile instituționale și financiare, precum și capacitatea de decizie versus responsabilitate sunt variabile de bază care surprind semi-autonomia conducerii.

În timp ce aceste strategii reflectă circumstanțele și nevoile diferite la nivel național, se pare că există trei factori conectați care au determinat o remodelare la nivel organizațional: în primul rând, prin îmbunătățirea rapidă a tehnologiilor și a capacității informaționale din spitale (atât publice, cât și private), în al doilea rând creșterea așteptărilor pacienților cu privire la calitatea, siguranța, capacitatea de reacție și de alegere în ceea ce privește furnizorii de servicii medicale și, în al treilea rând, creșterea presiunii politice asupra autorităților publice

de a restructura relațiile de comandă și control încorporate în modelele de guvernare tradiționale ale instituțiilor din sectorul public. În timp ce dezvoltarea tehnologiilor a generat noi nevoi și posibilități manageriale în spitalele publice, creșterea așteptărilor pacienților a servit la a pune presiune pe factorii de decizie din domeniul sănătății, să ia în considerare noi abordări organizatorice, pentru a se asigura că spitalele aflate în proprietate publică oferă gama și standardul de servicii clinice la care cetățenii se așteaptă, din ce în ce mai mult, pe măsură ce țările devin mai bogate și societățile conțin o clasă de mijloc din ce în ce mai consistentă (Saltman & von Otter, 1992).

Accentul, în cazul spitalelor publice,

Schimbările organizaționale majore au fost reglementate și au apărut la sfârșitul anilor '80 (Suedia) și începutul anilor '90 (Anglia), determinând un val de reforme ale sistemului de sănătate, generate de preocupările pentru eficiență și calitate.



a fost pus pe importanța echității accesului la îngrijiri clinice adecvate pentru toți rezidenții/cetățenii, indiferent de venit sau profesie. În plus, aceste instituții au fost privite (în sistemele de sănătate Beveridge finanțate din impozite) ca un element central în cadrul unui sistem mai larg de responsabilitate publică privind sănătatea publică și au fost legate de alte servicii publice la nivel local, care conlucrau în furnizarea serviciilor individualizate necesare (dedicate mai ales copiilor și persoanelor în vârstă), la fel de bine cum furnizau și servicii de prevenire colective (Healy & McKee, 2002). În opinia multor comentatori, aceste eforturi au avut un succes enorm, începând

ÎN ISRAEL, SPITALELE PUBLICE AU, DE FACTO, AUTONOMIE INSTITUȚIONALĂ. PRINTR-UN ACORD LA NIVEL NAȚIONAL SE PERMITE AMBULATORIILOR SĂ FUNCȚIONEZE CA NIȘTE "CORPORAȚII ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII".

cu abordările privite dintr-o perspectivă epidemiologică, în comparație cu serviciile mai puțin sistematice, servicii apărute în funcție de nevoile populației așa cum existau în perioada imediat după Al Doilea Război Mondial. (Holland, Olsen & Florey, 2007).

Bazându-se pe noi strategii de management preluate din sectorul privat, aceste reforme au căutat să introducă măsuri mai flexibile de livrare a serviciilor, căutând modele de guvernare care ar putea stimula o autonomie instituțională crescută și, la rândul său, o integrare mai eficientă a diferitelor tipuri de servicii. În stadiile sale inițiale, acest proces de reformă a fost extrem de contestat, în special de către apărătorii ai sistemului public tradițional, care au privit schimbările ca fiind determinate politic (Dahlgren, 1994, Pollock, 2004). De-a lungul anilor care au urmat, multe dintre aceste reforme au început să fie percepute diferit, ca fiind, pur și simplu, un element util în spectrul mai larg al abordărilor manageriale (Saltman, 2009). »

Cercetătorii din domeniul politicilor în sănătate s-au reorientat de la evaluarea concentrată pe conținut la luarea în considerare a impactului cadrului orientat către procesul care conduce și constrânge comportamentul general legat de reforma în domeniul sănătății (WHO, 2000; Mossialos et al., 2010). Ceea ce stă la baza strategiilor de reformare, atât cele de succes, cât și cele care au obținut mai puțin succes, sunt abordări substanțial diferite de ceea ce a fost intitulată conducerea spitalelor în Europa. Conducerea semiautonomă poate fi descrisă prin intermediul unor variabile: aranjamente instituționale (forma juridică și obiective), posibilitatea de luare a deciziei, relațiile cu factorii de decizie.

Spitale publice devin semiautonome, ca parte a unei decizii guvernamentale, de obicei, luate la nivel național, dar există, în unele cazuri, decizii luate la nivel regional (de exemplu, Spania). Modelele existente în nordul și centrul Europei variază de la "trusturi" la "fundații", "întreprinderi de stat" și "societăți pe acțiuni".

În Israel, spitalele publice au, de facto, autonomie instituțională printr-un acord la nivel național care permite ambulatoriilor să funcționeze ca niște "Corporații în domeniul sănătății".

DREPTUL DE PROPRIETATE.

În toate țările, cu excepția Țărilor de Jos, proprietarii sunt de obicei guvernele naționale, regionale sau municipale (în Estonia, o combinație de guverne naționale și municipale). În Israel, un spital privat non-profit este deținut de o fundație din New York și un altul de către un fond israelian de sănătate non-profit (numit acum "fond de sănătate").

Pentru echipamente mari, renovări și construcții noi, capitalul provine din investițiile proprietarului și/sau de la guvern, din fondurile spitalului și/sau din împrumuturi bancare. În Portugalia este nevoie de aprobarea guvernului pentru investiții a căror valoare depășește peste 2% din capitalul social al spitalului.

În Anglia, spitalele au mai mult control asupra activelor, având o anumită capacitate de a mobiliza finanțele și o mai multă responsabilitate. În Țările de Jos, concurența pentru venitul operațional este completat de o "concurență tip etalon", folosind tarifele maxime stabilite la nivel central pentru servicii specifice, care să permită spitalelor eficiente și centre de tratament independente (ITC) să-și păstreze veniturile excedentare.

RESPONSABILITATEA CONDUCERII

(rolul, dimensiunea, implicarea cetățenilor și a pacienților, modul de raportare).

În Țările de Jos, există un Consiliu de Supraveghere care este neimplicat politic și care deține rol de conducere. Cele câteva spitale privatizate din Cehia, mai multe spitale per-profit nou înființate recent în Estonia și spitale guvernamentale în Israel nu au un board, dar sunt gestionate de către directorii

TRASAREA DE NOI MODELE DE GUVERNARE

Cehia, Anglia, Estonia, Israel, Norvegia, Portugalia și Spania au re-proiectat modelele de conducere a spitalelor aflate în proprietate publică cu un grad considerabil de autonomie de decizie. Dreptul de proprietate asupra spitalelor publice din Țările de Jos a fost transferat către fundații non-profit lucrative în 1991, și astfel acum servesc ca un punct de referință pentru evaluarea modelelor publice.



executivi. În modelul norvegian și în cazul trusturilor din Anglia sunt modele de conducere care includ ombudsmenii și purtătorii de cuvânt. În cazul spitalelor finanțate de fonduri de sănătate din Israel, membrii fondului de asigurări de sănătate și membrii Federației Muncii au un cuvânt de spus prin intermediul organizațiilor lor.

CAPACITATEA DE LUARE A DECIZIEI VERSUS RESPONSABILITATE

(posibilitatea de adaptare la tendințele neașteptate, libertate față de interferențele politice, împărțirea puterii cu clinicienii, flexibilitate în monitorizarea internă, follow-up și evaluare)

Toate spitalele angajează și concediază (singura excepție fiind cele olandeze private non-profit, care au medici

independenți care lucrează pe bază de contract).

Multe modele (cu excepția spitalelor norvegiene, unde cei mai mulți profesioniști sunt salariați) acordă stimulente legate de performanță care afectează venitul personal. Spitalele din Anglia au în întregime (trusturi + fundație) sau parțial (trusturi autogovernate) libertatea de a stabili astfel de stimulente. Cea mai mare pondere a veniturilor provine din stimulente: 25% din totalul veniturilor în Estonia, 8% în Portugalia, 15% în Spania. ●

BIBLIOGRAFIE

- Alvarez-Dardet C (2002). Spain. In: Marinker M, ed. Health targets in Europe: polity, progress and promise. London, BMJ books:76-88.
- Holland WW, Olsen J, Florey C du V, eds. (2007). The development of epidemiology. Oxford, Oxford University Press
- Mossialos E et al. (2010). Health systems governance in Europe: the role of European Union law and policy. Cambridge, Cambridge University Press.
- Nolte E, McKee M (2008). Caring for people with chronic conditions: a health system perspective. Maidenhead, Open University Press.
- Pollock A (2004). NHS plc: the privatisation of our health care. London, Verso.
- Saltman RB (2003). The melting public-private boundary in European health care systems. European Journal of Public Health, 13(1):24-29.
- Saltman RB (2008). Decentralization, re-centralization and future European health policy. European Journal of Public Health, 18(2):104-106.
- Saltman RB (2009). The rise of pragmatism in state/market debate. Health Economics, Policy and Law, 4:479-488.
- http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0017/154160/e95981.pdf
- <http://www.euro.who.int/en/who-we-are/partners/observatory/news/news/2013/03/new-eurohealth-on-governing-public-hospitals>

CONCLUZII

Deși toate spitalele, private sau publice, trebuie să se conformeze unui număr substanțial de politici legate de clinică, de mediu, de muncă, financiare și politice, stabilite la nivel național, instituțiile private de obicei nu au autonomie considerabilă în luarea deciziilor cu privire la aspecte operaționale. Spitalele per profit nu sunt mai eficiente, din punct de vedere clinic, decât omoloagele lor private non-profit. Granițele dintre sectorul de sănătate public și cel privat din Europa au devenit din ce în ce mai neclare.

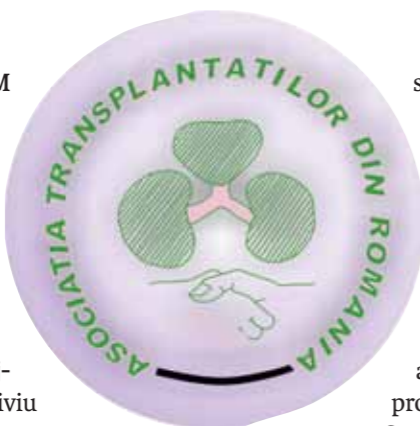
Spitalele semiautonome sunt populare cu pacienții și nu există nicio mișcare, concertată de actorii politici, în sensul eliminării lor. Procesul de definire, coordonare autonomă în spitalele publice funcționează prin intermediul unor stimulente complexe, care pot crea un mediu fals când vom încerca să proiectăm și să punem în aplicare reforme eficiente.

O organizație care s-a creat ca să facă **ADVOCACY**: Asociația Transplantaților din România

GHEORGHE TACHE,
președinte ATR

NU ȘTIU ALTE ORGANIZAȚII CUM S-AU NĂSCUT, DAR ASOCIAȚIA TRANSPLANTAȚILOR DIN ROMÂNIA – prietenii îi spun ATR – și-a datorat nașterea, pe lângă apariția unei necesități, unei conjuncturi! Au existat niște oameni: prof. dr. Mihai Lucan - care prin 1992 a început să facă transplanturi renale la Cluj-Napoca - și pacientul cu IRC Liviu Ilișan († în 2000), ale căror destine s-au intersectat prin 1993, rezultând pacientul în stare posttransplant Liviu Ilișan. Acesta din urmă intrase în contact la Budapesta – în perioada cât a făcut dializă acolo – cu asociația pacienților cu transplant și dializă din Ungaria. L-au uimit și l-au impresionat acei oameni, care găsiseră în sport o modalitate de manifestare, dar și de revigorare fizică și psihică. Astfel, după ce a constatat că rinichiul primit de la soră se simte și colaborează bine cu organismul său, Liviu Ilișan a început să se intereseze cum poate pune bazele unei organizații asemănătoare cu cea pe care o cunoscuse în Ungaria. A apărut astfel, în 1994, Trans Club – Asociația Sportivă a Transplantaților din România.

Și a venit anul 1995: se efectuau transplanturi renale la Cluj-Napoca și București – Fundeni, iar la pacienții în stare posttransplant operați în cele două centre se adăugau câțiva pacienți cu transplant efectuat la Timișoara și în centre din afara țării, în total 30-40 de pacienți cu grefe renale funcționale. Un număr mic, dar care se contura deja ca un grup ce avea tendințe de creștere pentru viitor. Și pentru că acest grup de pacienți venea în peisajul medical și



social din România cu nevoile, specificul și particularitățile lui, a venit sugestia – din partea prof. Mihai Lucan, către pacientul în stare posttransplant Liviu Ilișan – de a organiza (că tot căpătase experiență) pacienții în stare posttransplant într-o asociație care să militeze pentru drepturile lor medicale și sociale. Astfel că pacienți în stare posttransplant, pacienți aflați pe listele de așteptare și donatori s-au reunit în toamna lui 1995 la Cluj-Napoca și au discutat despre nevoia de unire și organizare pentru a se face cunoscuți ca „segment de pacienți”, pentru a-și promova drepturile și a le susține.

Se aflau la întâlnirea care a pus bazele organizației, ca de altfel în toată România aceluși an, numai pacienți cu transplant renal sau în așteptarea unui asemenea transplant. Cei reuniți au avut o viziune: în lume se face transplant și de alte organe și, dacă este așa, cu siguranță acest lucru se va întâmpla într-un viitor – mai apropiat sau mai îndepărtat – și în România; și acei pacienți vor avea cam aceleași nevoi ca și beneficiarii de greaf renală. Pornind de la această viziune, grupul a hotărât că organizația care se va crea va trebui să grupeze și să reprezinte interesele pacienților aflați în stare posttransplant – indiferent de tipul organului transplantat – neuitându-i nici pe cei aflați pe listele de așteptare.

Aceasta a fost filozofia și rațiunea apariției Asociației Transplantaților din România! Și în cazul în care conceperea organizației s-a făcut la Cluj-Napoca în octombrie 1995, ca orice lucru bine făcut, a durat 9 luni până la naștere, care s-a întâmplat

ADVOCACY!, neologism intrat în limba română în ultimii 15 – 20 de ani, este cuvântul ce definește un concept ce se referă la complexul de procese, tehnici și abordări de la identificarea unei probleme critice până la schimbarea de politici publice, acte normative etc. pentru rezolvarea acesteia.



De 17 ani ATR face advocacy, poate că nu definim ca atare activitatea pe care o desfășoară, poate că neavând o strategie planificată, dar continuu și în baza unor principii pe care le respectă. Aceste principii sunt:

- deschidere și receptivitate față de semnalele primite de la membrii organizației, numai astfel putând identifica problemele reale ale grupului;
- disponibilitate față de membri și problemele lor;
- urgentarea prezentării spre rezolvare a problemelor identificate;
- toate acțiunile organizației au în vedere interesul grupului de pacienți reprezentați;
- organizația intervine, atunci când se impune, și în cazuri punctuale, dar pe termen lung se urmărește reglementarea legală așa încât să beneficieze de rezultat întregul segment de pacienți reprezentați;
- considerăm că orice problemă se rezolvă numai prin dialog instituțional și acționăm în acest mod;
- nu ieșim în spațiul public - media - cu problema identificată, ci numai cu rezultatul pozitiv;
- când întâlnim mai puțină receptivitate nu renunțăm, PERSEVERĂM, căutăm noi posibilități de abordare, căi de rezolvare, argumente și revenim la decident până ne ascultă, apoi până înțelege;
- prezentăm problemele/solicitățile doar documentat, argumentat și la nevoie susținute cu exemple;
- urmărim constant problema ridicată, pe tot parcursul legislativ, până la publicarea în MO;
- crearea și menținerea unei bune relații pacient - medic - decident;
- menținerea unui dialog permanent atât în interiorul organizației, cât și în relația cu instituțiile abilitate și nu numai, atunci când apar probleme;
- prevenția - ca latură esențială a activității organizației.



în 11 iulie 1996, la București – data hotărârii judecătorești.

După așa o introducere de prezentare – lungă –, să trecem la advocacy.

ADVOCACY!, concept despre care, la vremea înființării ATR cei care au pus bazele organizației nici nu auziseră, dar își propuneau să-l aplice. Își propuneau să conștientizeze decidenții din sistemul de sănătate și din cel de protecție socială că pacienții în stare posttransplant EXISTĂ și că au niște caracteristici proprii, distincte de cele ale altor categorii de pacienți cronici. Își propuneau să-i facă să înțeleagă pe cei care iau deciziile că apariția și existența acestor pacienți este un motiv suficient pentru ca legislația și politicile celor două sisteme să se adapteze nevoilor grupului, atât pentru ca membrii acestuia să fie protejați, cât și pentru ca activitatea de tratament prin transplant de organ solid să se dezvolte în România.

După ce obținem rezolvarea problemei, diseminăm rezultatul către membrii organizației, dar și către ceilalți componenți ai segmentului de pacienți interesați, prin diferite mijloace: e-mail, site, rețele de socializare, revista asociației, scrisori, canale mass-media etc.

Nu ne oprim însă aici, ci solicităm feedback și urmărim modul de implementare în practică a noii reglementări, urmând să intervenim dacă se constată că rezultatele nu sunt cele așteptate. Și, DA!, rezultatele nu sunt întotdeauna cele așteptate pentru că, în urma intervenției mai multor autorități în procesul de elaborare a unui act normativ, apar nuanțe ale căror consecințe în aplicarea practică a actului normativ nu le sesizăm decât în timp. Atunci, revenim la factorii de decizie cu sesizările asupra aspectelor care sunt în defavoarea pacientului și reluăm procesul.

Exemplificăm cu cea mai stringentă problemă a pacientului în stare posttransplant, care ține de SUPRAVIEȚUIRE – supraviețuirea grefei și implicit a pacientului - și constă în asigurarea continuă a medicației de imunosupresie, compensată 100% în forma comercială prescrisă de medicul specialist din centrul de transplant acreditat. (Pentru toți cei care vor spune că „fiind același DCI ... care-i problema sub ce denumire comercială se găsește produsul pe piață?”, trebuie să precizez că medicamentele de imunosupresie sunt din categoria celor „cu indicație terapeutică îngustă”, iar existența grefei depinde de menținerea nivelului optim de imunosupresare. Acest nivel se asigură prin monitorizare periodică și orice destabilizare poate duce la pierderea funcționalității grefei.)

Cum se manifestă în practică această problemă?

- medicamentele nu se găsesc în farmacia permanent fie pentru că importul se face doar o dată pe lună, fie că merg în exportul paralel, fie că nu s-au încheiat contractele între depozite și farmacii, fie din cauza plăților întârziate, fie... de multe ori în farmacia pacientul primește informații de-a dreptul aberante (producătorul s-a retras de pe piață – așa ceva nu s-a întâmplat pe această zonă – nu se mai fabrică medicamentul etc.);
- nu se găsesc toate medicamentele imunosupresoare de pe rețetă în aceeași farmacie și trebuie așteptat după ele



și nu totdeauna pacientul ajunge să le ridice integral – situație în care se împrumută la colegi sau solicită din centrul de transplant;

- se percepe coplată pe care pacientul nu o poate suporta, în condițiile în care tratamentul este permanent;
- în farmacii li se propun pacienților medicamente imunosupresoare cu

ADVOCACY! - CONCEPT DESPRE CARE, LA MOMENTUL ÎNFIINȚĂRII ATR, CEI CARE AU PUS BAZELE ORGANIZAȚIEI NICI NU AUZISERĂ, DAR ÎȘI PROPUNEAU SĂ-L APLICE.



același DCI, dar cu alte denumiri comerciale, lucru contraindicat de medicii specialiști (atât din țară, cât și din Europa și din lume), deoarece pune în pericol funcționalitatea grefei.

Cum am acționat?

Am atenționat asupra consecințelor apariției coplății, înainte să intre în vigoare actul normativ care ducea la apariția coplății, dar s-a considerat că ceea ce am sesizat noi nu se va întâmpla.

Când actul normativ a început să producă efecte, am revenit cu sesizări și explicații la emitentul actului normativ.

Am continuat să explicăm, să urmărim evoluția celor semnalate de la un birou la altul, de la un factor de decizie implicat la altul.

A durat 7 luni până s-a fundamentat schimbarea de act normativ.

A mai durat 2 luni și jumătate până s-a emis și semnat actul normativ și în sfârșit nu se mai punea problema de coplată la medicația de imunosupresie.

Am transmis informația cu privire la cele obținute către membrii ATR și către pacienții în stare posttransplant, nemembri.

La punerea în aplicare au existat o serie de probleme, dar am monitorizat în permanență procesul și până la urmă lucrurile ajunseseră să intre în normal.

O nuanță apărută pe parcursul elaborării actului normativ a făcut ca la un moment dat să apară efecte, moment în care am luat-o de la capăt cu prezentarea problemei, explicații, argumente, exemple și insistențe.

Suntem în plin proces de modificare, din nou, a unui act normativ! Trebuie să ne facem înțeleși, deoarece este în joc viața pacienților în stare posttransplant și, în consecință, actul de maximă generozitate al donatorilor devine „degeaba”, munca medicilor este „degeaba” și toată investiția făcută în pacienții care au beneficiat de tratament prin transplant... este „degeaba”.

Așa face ATR advocacy! Este bine? Este Rău? Atâta timp cât ne atingem ținta... nu poate să fie decât bine, chiar foarte bine! Asta nu înseamnă că nu este loc de mai bine și că nu vom avea permanent în vedere perfecționarea tehnicilor și a instrumentelor de advocacy. ●

Cu siguranță că dacă citim tomurile scrise despre arta/meseria de a face advocacy, sau dacă un specialist în advocacy analizează cele de mai sus, va spune că nu am lucrat profesionist. Poate că așa este, poate că lucrăm artizanal, fără a urma pașii și regulile din teorie, DAR ne batem pentru viața noastră și nu putem, nu avem dreptul să ne dăm bătăuți. Poate că motivația fiind extrem de puternică, nu contează lipsa de planificare și încadrarea într-o schemă predefinită, aplicată/verificată de alții.



Am constatat din activitatea practică că fiecare organizație poate să aibă succes în advocacy prin implicare, perseverență și constanță, până la atingerea scopului propus, DAR prin unitate și solidaritate în cadrul unor structuri organizaționale federative, prin schimb de experiență și bune practici crește calitatea activității fiecărei organizații.

Nevoia de formare profesională în domeniul managementului serviciilor și asigurărilor de sănătate



Dr. **Cornelia Scarlatescu**,
vicepresedinte
EHNST România

Dezvoltarea asigurărilor private de sănătate, adesea considerată a fi strâns legată de reforma sistemului sanitar, a cunoscut în ultimii ani o evoluție sinuoasă, marcată de ezitări, tentative timide de câștigare a pieței și, de cele mai multe ori, deși în centrul dezbaterilor profesionale, a fost privită cu neîncredere chiar de cei în măsură să ia decizii în domeniu.

România cap de listă în multe din statisticile de sănătate ale Europei.

De multe ori, nu bunăvoința ne-a lipsit. Din perspectivele și fotografiile lor, jucătorii sistemului sanitar au încercat să dezvolte pe cont propriu segmentul care le revenea, în funcție de oportunitățile și circumstanțele de moment. Însă lipsa unei viziuni de ansamblu, a unei strategii pe termen mediu și lung, a unui parteneriat ferm și extins, cuprinzând toți jucătorii implicați, a dus la evoluții atipice, dezechilibrate sau neadaptate nevoilor pacienților români.

De multe ori, dezbaterile sau consul-

Evoluția ultimilor ani a dus la creșterea primelor brute subscrise (cifrei de afaceri) în asigurări private de sănătate pe seama unor produse cobranded - asiguratorii vând în piață produsele unei clinici medicale partener, managementul riscului, administrarea sau controlul daunelor fiind deținute de clinică și nu de aparatul administrativ al asiguratorului.

Este adevărat că reforma sistemului de sănătate, eterna saga a programelor de guvernare din ultimii 23 ani, a fost adesea percepută ca o Fata Morgana, deși mereu schițată, de fiecare dată după alte modele din străinătate, în funcție probabil de experiența sau sursele de inspirație ale decidenților, conturată, evaluată, niciodată nu a reușit să devină concretă în planurile guvernamentale. Ca un puzzle din care mereu lipseau sau nu se potriveau câteva piese.

Rezultatele acestor politici tergiversante nu au întârziat să apară: subfinanțarea sistemelor de sănătate, scăderea dramatică a calității și a complexității actului medical și exodul fără precedent al specialiștilor fie în sistemul privat, fie, majoritar, în străinătate. Explozia indicatorilor de morbiditate și mortalitate a făcut din



administrării serviciilor de sănătate este esențială pentru toți cei care iau decizii în domeniu, dar și pentru cei care vor administra în contextul reformei de sănătate milioane de polițe, sute de milioane de servicii medicale fără erori. Pentru că orice eroare în acest domeniu ar putea costa viața oamenilor sau solvabilitatea firmei de asigurări. Sunt cunoscute cazuri ale unor repute firme de asigurări care au avut pierderi uriașe în domeniul asigurărilor de sănătate pentru că specialiștii lor nu au putut administra și controla adecvat daunele survenite și riscurile asumate.

De aceea, unul din obiectivele EHNST România este promovarea unor programe de formare profesională la cele mai înalte standarde existente la ora actuală, astfel încât accesul la cunoașterea extinsă, dar și de profunzime a acestor aspecte să conducă la înțelegerea completă atât a tabloului general de organizare a unei companii de

tărilor interdisciplinare sau între diverșii parteneri de dialog se loveau de lipsa cunoștințelor de bază sau aprofundate, specifice managementului unui sistem privat de asigurări de sănătate. Atât din partea celor care dețineau controlul politic, cât și din partea reprezentanților companiilor de asigurări, nefamiliarizați cu toate aspectele și operațiunile specifice unui business de proporții, la nivel occidental, în discuție fiind sistemele de asigurări de sănătate olandeze, belgiene etc. Lipsa specialiștilor în asigurări de sănătate, politici de sănătate, administrare sau health economics a dus adesea la blocarea reformării sistemului sau la dependența firmelor de asigurări de knowhow-ul și produsele furnizorilor de servicii medicale privați.

Companiile de asigurări se erijează astfel în agenți de promovare și vânzare ai serviciilor clinicilor medicale. Experiența colaborării între Medicover și Aviva nu a fost însă una relevantă sau de succes pentru piață, ca să vorbim doar de trecut. Clinicile private care au cunoscut o dezvoltare impetuoasă în contextul dat au nevoie de portofolii de clienți și de un marketing intensiv, ceea ce companiile de asigurări le pot oferi. La rândul lor, companiile de asigurări își majorează cifra de afaceri, dar nu și profitabilitatea sau controlul acestui tip de asigurări de tip abonament.

Creșterea de 44% din 2012 până la valoarea de 17,4 milioane de euro a asigurărilor private de sănătate ar putea fi impresionantă dacă nu am avea în vedere cifra absolută care plasează asigurările private de sănătate la un nivel insignifiant în contextul totalului cifrei de afaceri a pieței de asigurări din România.

Deci care ar fi soluțiile imediate? În opinia specialiștilor din străinătate, informarea și formarea în domeniul asigurărilor și

Programele de pregătire profesională în asigurări de sănătate în România există la ora actuală la un nivel de bază și sunt organizate sporadic, strict adaptate produselor existente, deși nevoia și cererea de educație și formare sunt în creștere.

asigurări de sănătate, cât și la evaluările specifice ale riscului, conceperea de produse de asigurare adecvate, administrarea complexă a serviciilor medicale integrate pentru asigurați și managementul riscului. Cunoștințele și practica medicală sau cele de asigurări sunt importante, dar nu suficiente, deoarece asigurările de sănătate în sine constituie o specializare complexă care îmbină, la un alt nivel de expertiză și operare, experiențele respective.

În Occident, cursurile în domeniu sunt structurate pe categorii și niveluri de

înțelegere sau de interes.

Cuprind cursuri de Healthcare Management, Managementul rețelei de furnizori de servicii de sănătate, Management medical, Fundamentele asigurărilor de sănătate, Modul avansat de asigurări de sănătate, Administrarea asigurărilor de sănătate și customer services, cursuri specializate de underwriting, administrare sau daune în asigurări de sănătate, cursuri pentru planurile de asigurări stomatologice, programe de profilaxie și wellness, cursuri referitoare la fraudă în asigurări, cursuri pentru politici și strategii de sănătate, curs pentru managementul call center-ului, case management, risc management, managementul bolilor, managementul calității serviciilor, utilisation management, cursuri pentru aprofundarea aspectelor legislative sau economice în domeniul medical, cursuri actuariale, pentru specialiștii în IT sau pentru consultanții în vânzări.

Înțelegerea acestor noțiuni necesită ani de formare profesională, astfel încât pronunțarea referitoare la diferite aspecte din domeniu să aibă greutate, viziune, înțelegere și legitimitate și rezultatele să fie în concordanță cu responsabilitățile enorme ale acestui domeniu, în privința sănătății unui popor.

În acest context, formarea și standardele de angajare ale specialiștilor în asigurări de sănătate sunt bine reglementate în piețele de asigurări din străinătate, ceea ce a dus la o dezvoltare articulată, profesionistă a acestui domeniu în Occident, fără accente de amatorism, pentru că despre domeniul asigurărilor de sănătate sau reformei toată lumea vorbește, specialiști și nespecialiști, dezbate, se repetă clișee la modă, dar studiile în domeniu sau experiența relevantă atât de necesare sunt cvasiabsente în CV-ul vorbitorilor sau decidenților, unii, fără îndoială, cu competențe deosebite, dar în alte specializări. Este o mare pierdere lipsa competențelor în acest domeniu, pentru conceperea și construirea unor programe cu adevărat viabile în reformarea sistemului medical, cu atât mai mult cu cât românii sunt tot mai bolnavi, au o speranță de viață scăzută și serviciile medicale sunt subfinanțate și atât de controversate. ●



Exemplu de programă de studiu a unei universități occidentale pentru formarea evaluatorilor de risc (underwriteri) în asigurările private de sănătate

MEDICAL INSURANCE AND RISK MANAGEMENT COURSE

Acest curs cuprinde teme legate de finanțarea și metodele de rambursare utilizate în industria de asigurări de sănătate. De asemenea acoperă funcțiunile industriei de asigurări private de sănătate cum ar fi cele legate de operațiuni, structura, performanțele și scopurile monetare. Studenții dezvoltă abilități legate de underwriting, marketing, tarificare, cost control, procesarea cererilor de despăgubire în asigurările de sănătate. Examinează de asemenea aspectele legate de programele publice de sănătate și de legislație în domeniu.

GROUP BENEFITS COURSE

Studenții studiază beneficiile asigurărilor de grup, cu referire la modalitățile de concepere și adaptare a unui plan de asigurări de sănătate de grup în funcție de structura și compoziția grupului, metode de tarificare, marketing, metode alternative de finanțare, aspecte legate de invaliditate, incapacitate de muncă, boli profesionale, planuri completate cu acoperiri legate de deces, boli grave, long term care sau planuri financiare de pensionare.

INDIVIDUAL HEALTH INSURANCE COURSE

Această clasă pune la dispoziția studenților cunoștințe complete referitoare la asigurările familiale și individuale. De asemenea explorează diversele tipuri de pachete de asigurări de sănătate inclusiv invaliditate și incapacitate de muncă, long term care și asigurări de rambursare a cheltuielilor medicale. Un accent deosebit se va pune pe underwriting, administrarea polițelor, contracte și reglementările legislative.

ADVANCED HEALTH INSURANCE COURSE

Absolvenții cursului vor dobândi cunoștințe și abilități în calcularea primelor de asigurare nete și brute, legislație și reglementări specifice, underwriting, contracte, daune, marketing și planificare financiară strategică.

Vă invită la conferința

MANAGEMENTUL RĂNILOR CRONICE

Metode de îmbunătățire a calității îngrijirilor: Suntem pregătiți pentru schimbare?

18 iunie 2013 Hotel Pullman, București

Evenimentul este o modalitate de a face awareness asupra riscurilor rănilor cronice, metode de prevenție, cum se pot trata, dar și costurile tratării (în SUA, statisticile anunță că rănilor cronice sunt mai răspândite decât cancerul și costă până la 11,6 miliarde de dolari/an, costul pentru un pacient ajungând la 151.000 de dolari; peste 17.000 de procese sunt generate anual de probleme de sănătate legate de răni cronice)

Participă specialiști care reprezintă toți membrii echipei de îngrijiri: asistenți medicali, medici de familie, doctori specialiști: dermatologi, ginecologi, chirurși etc., manageri de spital, directori medicali, autorități, companii cu soluții și terapii.

Moderatori:

Dr. Victor Gabriel Clătici, medic primar dermatolog, Clinica de Dermatologie și Alergologie, Spitalul Universitar de Urgență ELIAS
Maria Vasilescu, publisher Revista Politici de sănătate

Partener principal



Parteneri media



rapoarte • rapoarte • rapoarte

Cooperarea Europeană în Evaluarea Tehnologiilor medicale (HTA)- raportul final, 30 ianuarie 2013



Acest raport se bazează pe o cercetare și pe informațiile furnizate de către mulți membri ai comunității HTA la nivel european și internațional, precum și de la părți interesate din industrie, profesioniști din domeniul sănătății, reprezentanți ai pacienților, ai guvernelor naționale și ai organizațiilor europene. HTA oferă factorilor de decizie din întreaga UE informații importante în luarea deciziilor cu privire la introducerea, acoperirea și utilizarea. De multe ori, factorii de decizie se confruntă cu nevoi de informare, care sunt satisfăcute de către mai multe agenții HTA. ●

Mai multe informații puteți afla:
http://ec.europa.eu/health/technology_assessment/docs/study_ecorys_european_cooperation_hta_en.pdf



Raportul European pe sănătate deschide noi orizonturi, ajutând atât la definirea bunăstării, un obiectiv al noii politici europene pe sănătate, Sănătatea 2020, cât și la atingerea ei. Raportul european pe sănătate 2012 se concentrează pe sprijinirea și furnizarea evidențelor necesare atingerii obiectivelor strategice și a priorităților programului Sănătatea 2020, noul cadru politic european care sprijină acțiunile privind sănătatea și bunăstarea, în cadrul guvernului și al întregii societăți, cadru aprobat în 2012 de către statele membre ale Uniunii Europene. Noua politică europeană este începutul unei noi lupte unite pentru salvarea nu doar a vieții cetățenilor din Europa de astăzi, ci și a vieții generațiilor viitoare. Ea vizează principalele provocări în sănătate, în 53 de țări din regiune, reprezentate de creșterea inegalităților în

domeniul sănătății în interiorul și între țări, scăderea cheltuielilor serviciilor publice ca urmare a crizei financiare, povara tot mai mare a sănătății, dată de bolile netransmisibile, cum ar fi obezitatea, cancerul și bolile de inimă. Implementarea sa va contribui la mobilizarea factorilor de decizie de peste tot, din interiorul și dincolo de limitele sectorului de sănătate. Dat fiind faptul că atât de mulți factori afectează sănătatea și că starea de sănătate afectează atât de multe domenii ale vieții umane, progresul asupra sănătății publice poate veni doar de la nivelul întregii societăți și datorită eforturilor guvernelor de pretutindeni. Acesta este motivul pentru care toată lumea trebuie să joace un rol în punerea în aplicare a programului Sănătatea 2020, de la prim-miniștri la organizațiile societății civile, până la cetățeni. Acesta este și motivul pentru care acest lucru necesită o atenție sporită și o înțelegere a sănătății și bunăstării, în plus față de reducerea morbidității

și a mortalității și îmbunătățirea performanței sistemelor de sănătate prin mijloace cum ar fi atingerea acoperirii universale.

Momentul apariției acestui raport oferă o ocazie excelentă ce dă factorilor de decizie și profesioniștilor din domeniul sănătății publice, dovezi epidemiologice de bază care susțin programul Sănătatea 2020 și subliniază instrumentele și metodele de măsurare ale progresului. Raportul oferă, de asemenea, o perspectivă asupra unui pivot al programului Sănătatea 2020: bunăstarea ca un marker de progres în domeniul sănătății în regiune. Bunăstarea se află în centrul definiției sănătății, emisă de OMS: "Sănătatea nu înseamnă doar absența bolii sau a infirmității", ci și "o stare de completă bunăstare fizică, mentală și bunăstare socială". Acest raport prezintă profilul epidemiologic actual a 53 de state membre și abordarea convenită privind monitorizarea progreselor în atingerea obiectivelor programului Sănătatea 2020.

Raportul identifică și provocările importante apărute în procesul de măsurare a progresului programului Sănătatea 2020. Acest raport este scris pentru factorii de decizie din țările europene și pentru profesioniștii din domeniul sănătății publice interesați în punerea în aplicare a noii politici. Ar trebui să intereseze, de asemenea, instituțiile academice, organizațiile nonguvernamentale și alte grupuri doritoare de a contribui la realizarea programului Sănătatea 2020, consolidând solidaritatea în Europa și reducerea inegalităților în interiorul țărilor și între țările din regiunea europeană. ●

<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/data-and-evidence/european-health-report-2012/the-european-health-report-2012-charting-the-way-to-well-being>

Activând pentru echitatea în sănătate: rolul profesioniștilor din sănătate

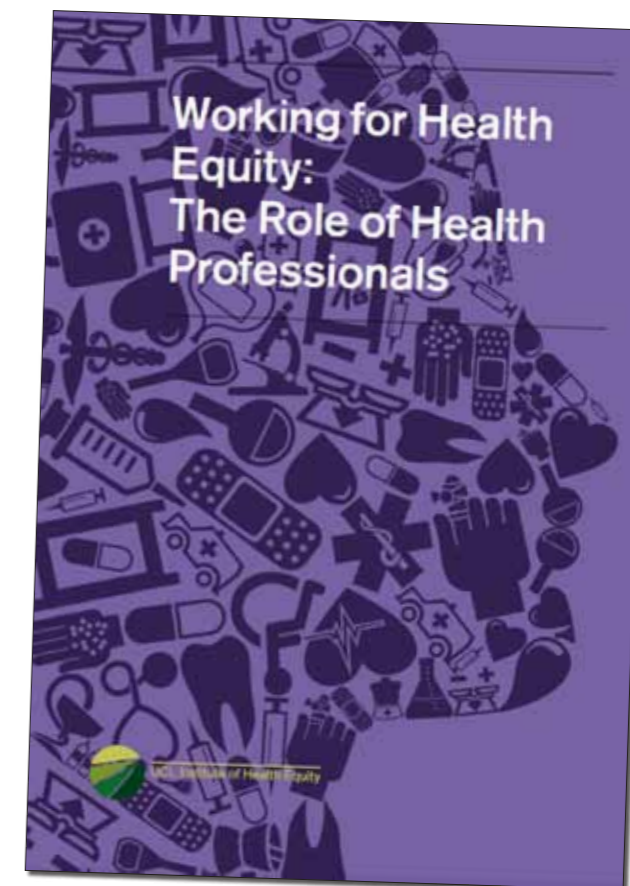
Acest raport demonstrează că sistemul de sănătate și cei care lucrează în cadrul acestuia au un rol important și de multe ori subutilizat în reducerea inegalităților în domeniul sănătății prin acțiuni asupra determinantilor sociali ai sănătății. Forța de muncă este, la urma urmei, bine plasată pentru a iniția și dezvolta servicii care să ia în considerare și să încerce să îmbunătățească contextul social pentru pacienți și pentru personal.

Raportul analizează cele mai bune metode de a reduce inechitățile prin educarea forței de muncă și

prin formare profesională, măsuri concrete care trebuie luate în timpul interacțiunilor cu pacienții, modalități de lucru în parteneriat, precum și activități de advocacy. Aceasta include, de asemenea, o secțiune cu privire la sistemul de sănătate, care analizează ce mecanisme și structuri susțin acțiunile de reducere a inegalităților în sănătate, și care sunt direcțiile de dezvoltare.

Raportul oferă declarații de acțiune elaborate de către organizații profesionale din sănătate, care urmăresc să asigure instrumente practice, accesibile profesioniștilor, utile dezvoltării și utilizării rolurilor pentru care au fost create. ●

<http://www.instituteoftheequity.org/projects/working-for-health-equity-the-role-of-health-professionals>



Studiile clinice prezentate în aplicațiile de marketing, autorizate de Agenția Europeană a Medicamentului AEM-Prezentare privind recrutarea pacientului și localizarea geografică a site-urilor investigatorului.

Acest raport oferă o imagine de ansamblu a distribuției numărului de pacienți, site-urilor investigatorului și a studiilor clinice-pivot incluse în Maas și depuse la AEM, precum și numărul și adresa site-urilor care au fost inspectate. Mai mult de 34% dintre pacienți au fost înrolați în America de Nord, în timp ce aproape 28% au fost recrutați în Africa, Orientul Mijlociu, Asia, Pacific, Australia, Noua Zeelandă, America Centrală sau de Sud, Comunitatea Statelor Independente (CSI) sau non-UE, Europa de Est. De notat, 9,4% dintre pacienți au fost recrutați în Orientul Mijlociu, Asia sau Pacific și 9,4% în Europa Centrală și America de Sud. Agenția Europeană a Medicamentului monitorizează îndeaproape datele pe care solicitanții trebuie să le includă cu pri-



vire la locul desfășurării studiilor și la standardele etice aplicate în ceea ce privește studiile clinice efectuate în afara Uniunii Europene. Solicitanții a trebuit să includă această informație încă din 2005, când au fost făcute revizuri ale legislației farmaceutice europene, care a consolidat accentul pe standardele etice și de bune practici clinice (GCP).

Informațiile cu privire la localizarea geografică a studiilor clinice permit rețelei europene să aloce resurse pentru inspecții în zonele în care acestea sunt necesare și să promoveze cooperarea cu autoritățile de reglementare locale și să consolideze activitățile de consolidare a supravegherii locale în țările în care studiile clinice sunt efectuate în prezent. ●

http://www.ema.europa.eu/ema/index.jsp?curl=pages/news_and_events/news/2013/04/news_detail_001758.jsp&mid=WC0b01ac058004d5c1

Explorarea participării pacienților la reducerea riscurilor privind siguranța în serviciile de îngrijiri în sănătate

Existența legilor și a declarațiilor privind drepturile pacienților nu determină, în mod automat, îngrijiri mai sigure, dar pot ajuta la îmbunătățirea pacienților. Pacienții își vor putea gestiona mai bine sănătatea și vor putea să participe la eforturile de îmbunătățire a siguranței privind serviciile de sănătate. Acest raport prezintă o imagine de ansamblu asupra influențelor legale privind siguranța pacienților și explorează relația dintre drepturile pacienților, participarea acestora și

siguranța pacienților. Raportul oferă o sinteză a studiilor privind implicarea pacientului, cu exemple detaliate din Bulgaria, Franța, Țările de Jos, Polonia și Portugalia. Se subliniază necesitatea de a consolida un continuum de informații între diferitele niveluri de asistență, incluzând experiențe ale pacienților, health literacy și implicare. Acesta oferă recomandări cu privire la macro, mezo și microfurnizarea serviciilor de sănătate. Raportul va ajuta la identificarea unor modalități eficiente de a construi așteptări realiste și informate privind îngrijirile în sănătate, încurajând în același timp pacienții să fie vigilenți și informați, asigurând astfel standarde maxime de siguranță. ●

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/185779/e96814.pdf



Publicații internaționale



În această rubrică, revista Politici de sănătate vă prezintă lunar cele mai prestigioase publicații externe din domenii precum politici de sănătate, managementul spitalelor, sănătate publică și pharma. Împreună cu prezentarea acestor jurnale vă vom explica și modalitățile de abonare la acestea.

Primele două jurnale pe care le vom prezenta, Health Policy and Planning și European Journal of Public Health, aparțin renumitelor Oxford Journals. Acestea sunt publicate de către Oxford University Press, care publică doar jurnale de cea mai înaltă calitate și livrează cercetările sale către un public pe cât se poate de larg. Oxford University Press se mândrește ca fiind atât parte, cât și partener în comunitatea academică. Ca departament al Universității din Oxford, se bazează pe o moștenire de cercetare de prestigiu și o înțelegere profundă a nevoilor cercetătorilor și a cadrelor universitare.



Health Policy and Planning are ca scop îmbunătățirea proiectării, implementării și evaluării politicilor de sănătate în țări cu venituri mici și medii, prin intermediul unui forum ce publică cercetări de calitate superioară și idei originale. Acesta se adresează unui public format din cercetători din domeniul politicilor de sănătate și al sănătății publice, dar și celor care practică. Este publicat de trei ori pe an, apărând o dată la două luni.



European Journal of Public Health este o revistă multidisciplinară din domeniul sănătății publice, ce publică contribuții de la medicină socială, epidemiologie, cercetarea serviciilor de sănătate, management, etică și legislație, economie de sănătate, științe sociale și sănătate de mediu. Acesta oferă un forum de discuții și dezbateri pe probleme actuale de sănătate publică internațională, cu accent pe regiunea europeană.

Accesul se poate face prin intermediul site-ului www.oxfordjournals.org. jurnalele putând fi căutate după nume. Odată ajunși pe pagina jurnalului, în stânga sus există categoria „subscriptions”, de unde utilizatorul se poate abona. În funcție de varianta aleasă (abonat corporate, instituțional

sau personal), prețul diferă. Pentru Health Policy and Planning abonamentul corporate este de 736 euro pentru varianta fizică și online, abonamentul instituțional este de 589 euro pentru varianta fizică și online, iar cel personal, 237 de euro. În cazul European Journal of Public Health, pe lângă variantele

corporate, instituțional și personal, mai există o categorie pentru membri ai Asociației Europene a Sănătății Publice la 36 de euro pentru varianta fizică, 854 de euro pentru varianta fizică și online în cazul corporate, 682 de euro varianta fizică și online pentru abonații instituționali și 606 euro pentru abonații personali.

Corupția și proasta gestionare a banilor, principalele cauze pentru problemele financiare ale sistemului de sănătate

Revista **Politici de sănătate** ia lunar pulsul sistemului de sănătate din România, încercând să ofere o imagine asupra funcționalității acestuia și să genereze posibile soluții pentru desfășurarea eficientă a proceselor la toate nivelurile.

Scopul lucrării

Îmbunătățirea capacității de funcționare a sistemului de sănătate din România.

Obiective

Prezentul sondaj analizează opinia personalului medical cu privire la starea sistemului de sănătate din România.

Metodologie

Studiul s-a bazat pe un chestionar aplicat pentru 200 de persoane, prin e-mail, în perioada aprilie-mai 2013. Este o analiză cantitativă de tip descriptiv. Chestionarul conține 16 întrebări cu complement simplu sau multiplu. Chestionarele incomplete sau incorect completate au fost eliminate. S-a păstrat un număr final de 136 de chestionare completate corect. Studiul a avut o rată de răspuns de 68%.

Introducerea datelor și procesare

Baza de date a fost construită în Access Microsoft Office și procesată cu SPSS. Baza de date a conținut 136 de chestionare.

Rezultate

92% dintre chestionați sunt de genul feminin; 82% sunt medici, iar 8% sunt farmaciști, vârsta medie fiind de 46 de ani.

Cei mai mulți dintre subiecți consideră că proasta gestionare a banilor (48,48%) și corupția (49,5%) reprezintă principalele cauze pentru problemele financiare ale sistemului de sănătate.

94% dintre subiecți consideră că nevoile pacienților trebuie să reprezinte prioritatea nr. 1 pentru MS. Același răspuns a fost primit la întrebarea "Care considerați că ar trebui să fie prioritatea nr. 1 pentru CNAS?" (95%).

Concluzii

- Trebuie realizată o mai bună informare a personalului medical despre toți actorii din sistemul de sănătate din România.
- Publicațiile de specialitate reprezintă o sursă importantă de informare a actorilor din sistem.
- Proasta gestionare a banilor (48,48%) și corupția (49,5%) reprezintă principalele cauze pentru problemele financiare ale sistemului de sănătate.
- MS rămâne un actor important în sistemul de sănătate, din punctul de vedere al subiecților. Aceștia consideră că
- dacă Guvernul României ar trebui să aloce bani unei singure instituții din domeniul sănătății, aceasta ar fi MS.
- 67,67% dintre cei chestionați consideră că reducerea altor cheltuieli ale statului și redirecționarea banilor către sănătate ar fi modalitatea prin care
- s-ar obține mai mulți bani pentru sănătate.
- UMF este actorul care îndeplinește cel mai bine rolul pentru care a fost creat.
- Prioritatea numărul 1 pentru MS și CNAS ar trebui să fie reprezentată de împlinirea nevoilor pacienților.

Revista Politici de sănătate vă invită să fiți participanți activi în evaluarea noastră lunară a sistemului de sănătate. Așteptăm să ne trimiteți sugestiile privind temele pe care doriți să le analizăm în cadrul revistei noastre.

Puteți vedea toate detaliile acestui sondaj pe www.politicidesanatate.ro



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:





Equity in Health Institute Romania

Redefinirea bugetelor pentru a include echitatea
în sănătate și promovarea sănătății

*...să visezi,
să lupți, să speri...
considerăm
că o dezbatere
despre un
Sistem European
de Sănătate
Publică
poate începe..”*

Leadership

Fausto Felli, președinte EHINST

Maria Vasilescu, președinte EHINST Romania

Dr. Cornelia Scarlatescu, vicepreședinte EHINST Romania

Dr. Cristina Berteanu, vicepreședinte EHINST Romania

www.ehinst.net

www.politicidesanatate.ro

