

POLITICI DE SĂNĂTATE

Sub auspiciile Equity in Health Institute Romania

Octombrie 2013 • www.politicidesanatate.ro



Europa conectată

◀ **Adina Ioana Vălean,**
vicepreședinte al Grupului ALDE, membru
în Comisia pentru industrie, cercetare
și energie, Parlamentul European



PET/CT sau cum poți transforma un COST într-o INVESTIȚIE

◀ **Dr. Claudiu Tronciu**
CEO Neolife, Centrul de Excelență
în Oncologie



Pacientul român trebuie să dispună de servicii medicale de calitate la el în țară

◀ **Carmen Drăgan,**
președinte Spitalul Monza



**Terapiile anticoncurențiale
ale doctorului Bogdan Chirițoiu**

SĂNĂTATEA FEMEII WOMEN'S HEALTH

PROVOCĂRI ALE TRECUTULUI & OPORTUNITĂȚI PENTRU VIITOR

Prima ediție, noiembrie 2013, București

MOTIVATIE:

În 2010, Organizația Mondială a Sănătății a publicat raportul intitulat "Women and Health: today's evidence, tomorrow's agenda", evidențind problemele de sănătate specifice femeilor și fetelor, precum și nevoia de strategii inovatoare și de noi modele de livrare a serviciilor medicale. În România nu există o autoritate dedicată sănătății femeilor.

SCOPUL CONFERINȚEI:

- Informare, educare și diseminare a celor mai noi informații privind sănătatea femeii (fizică și mentală, în ipostazele de femeie-mamă-profesionist-responsabil de îngrijirea familiei) – Demontarea miturilor;
- Prezentarea unor povești/femei de succes care sprijină aceste idei;
- Crearea unei platforme care să propună și să urmărească implementarea la nivel de autorități a unor politici naționale de sănătatea femeii.

PUBLICUL-ȚINTĂ:

Autorități, medici specialiști, asociații de pacienți, ONG-uri, femei din mediul de business și educațional, publicul larg.

CE NU ESTE ACEST EVENIMENT?

Un eveniment/mișcare/manifestare feministă.

PARTENER MEDIA:



ORGANIZATOR:

**POLITICI
DE SĂNĂTATE**

Persoană de contact:
Cornelia Scărlătescu, manager de proiect
cornelia.scarlatescu@politicidesanatate.ro
0040-735-908-455



EDITORIAL

Cetățeanul global sau democratizarea medicinei 4

REFORMA SĂNĂTĂȚII

Spania - Cum se face o strategie pentru prevenirea bolilor cronice 6

Ministerul Sănătății caută soluții pentru finanțarea sistemului sanitar... 8

INTERVIU

Terapiile anticoncurențiale ale doctorului Bogdan Chirițoiu 10

Cseke Attila: *Fondurile structurale europene, singura soluție pentru o infrastructură medicală performantă* 15

Bogdan Jansen: *Certificările ISQua și Joint Commission International, pe agenda scurtă a Co.N.A.S.* 18

..... 18

RESURSE UMANE

Ce angajăm, omul sau CV-ul? 21

INTERVIU

Adina Ioana Vălean: *Europa conectată* 22

LECȚIA DE HTA

Principalele analize economice utilizate în evaluarea medicamentelor și transferabilitatea acestora în România 24

Evaluarea tehnologiilor medicale în Franța, un model de urmat pentru România? 28

Health economics in action for Top Health Care Managers 31

..... 31

POLITICI FARMA

Piața medicamentelor generice: Provocări și tendințe 32

Raport conferință International Health Forum 2013 35

Farma vinde doar niște pilule albe? Trenduri în comunicare 36

HEALTH ECONOMY

Tutunul, la control, și ce vom fuma în Europa sau istoria Directivei 37/2001 38

Finanțarea serviciilor de îngrijire a sănătății - opțiuni pentru Europa 40

..... 40

MANAGEMENT

Carmen Drăgan: *Pacientul român trebuie să dispună de servicii medicale de calitate la el în țară* 42

..... 42

Gheorghe Iana: *Până la sfârșitul anului, vom reuși să dăm CASMB o poziție credibilă în relația cu asigurații* 46

PET/CT sau cum poți transforma un cost într-o investiție 48

Cât de inechitabile sunt asigurările private de sănătate? 52

Integrarea politicilor de sănătate cu viziunea și leadership-ul - o perspectivă de explorat 54

Medicina personalizată - noi perspective pentru pacientul român 57

Performanța medicilor și a sistemului sanitar 58

..... 58

ECHITATE

Integrarea serviciilor sociale în serviciile de îngrijire la domiciliu - Fundația Crucea Alb Galbenă România 60

Inegalități în accesul populației de etnie romă la îngrijire medicală 62

Abuzul asupra copilului din perspectiva medicală, pedagogică și psihologică 66

..... 66

CONSILIUL ȘTIINȚIFIC

- Prof. Dr. **Petru Armean**, decanul Facultății de Moașe și Asistentă Medicală de la Universitatea de Medicină "Carol Davila"
- Dr. **Cristina Berceanu**, UMF Târgu Mureș
- Dr. **Ioana Bianchi**, consultant independent
- Dr. **Călin Boeru**, manager, Spitalul de Obstetrică și Ginecologie, Ploiești
- Farm. sp. dr. **Ioana Cacovean**, președinte Patronatul Farmaciștilor din România
- Dr. **Theodor Cebotaru**, Spitalul Monza
- Dr. **Victor Gabriel Clătici**, Spitalul Universitar de Urgență Elias
- Prof. dr. **Natalia Cucu**, profesor de biochimie, epigenetică la Universitatea București, Departamentul de Genetică, Laboratorul de Epigenetică
- Conf. dr. **Carmen Domnariu**, Universitatea de Medicină "Lucian Blaga" Sibiu
- **Fausto Felli**, președinte Equity in Health Institute
- Conf. dr. **Doru Herhelegiu**, director general spitalul Sanador
- Dr. **Dana Ionescu**, director medical Spitalul Colentina
- Conf. dr. **Florin Mihăltan**, președinte Societatea Română de Pneumologie
- Prof. Dr. **Eugen Mota**, Președinte Societatea Română de Nefrologie
- **Stejărel Olaru**, secretar de stat la Departamentul pentru Românii de Pretutindeni
- Dr. **Mircea Olteanu**, președinte Asociația Spitalelor din România
- Dr. **Diana Loreta Păun**, director Institutul Național de Endocrinologie
- Prof. **Franco Piovella**
- Dr. **Adriana Pistol**, director general Institutul Național de Sănătate Publică
- Dr. **Daniela Pițigoi**, vicepreședinte Societatea Română de Epidemiologie
- Prof. **Doina Pleșca**, decan Facultatea de Medicină UMF "Carol Davila"
- Conf. dr. **Gabriel Prada**, președinte Societatea Română de Gerontologie și Geriatrie
- Prof. **Vasile Puscaș**, Universitatea "Babeș-Bolyai" Cluj-Napoca
- Conf. dr. **Alexandru Rafila**, președinte Societatea de Microbiologie
- **Lăcrămioara Stoicu-Tivadar**, președinte Societatea de Informatică Medicală
- Dr. **Daniela Vâlceanu**, Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar
- **Paul Vincke**, președinte European Healthcare Fraud and Corruption Network
- Prof. **Victor Voicu**, președinte Societatea Română de Farmacologie, Terapeutică și Toxicologie
- Prof. **Mihai Voiculescu**, șeful Clinicii de Medicină Internă, Spitalul Fundeni

POLITICI DE SĂNĂTATE

Sub auspiciile Equity in Health Institute Romania

Maria Vasilescu – Publisher
maria.vasilescu@politicidesanatate.ro

Cornelia Scărlătescu – Managing Partner

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

Răzvan Vâlceanu – redactor
razvan.valceanu@politicidesanatate.ro

Raluca Boboc – redactor
raluca.boboc@politicidesanatate.ro

Colaboratori
Diana Trascu, Amali Teodorescu, Andreea Motoc

Marketing&publicitate
office@politicidesanatate.ro

Layout și prepress:
textus ex machina

Corectură:
www.corectura.ro

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

Cetățeanul global sau democratizarea medicinei



Maria Vasilescu



Se pare că Medicare și Medicaid (adică asigurările pentru populația mai săracă, dar nu foarte săracă, și pentru persoanele în vârstă) nu sunt suficiente, foarte mulți neavând acces nici măcar la acestea două. "Sistemul de sănătate american este un business", a spus un reprezentant al unui ONG din Minneapolis. Se vorbește despre spitalul viitorului, despre inovație și tehnologie, despre medicina personalizată, alăptarea la sân (în condițiile în care în SUA nu există concediu de maternitate, dar există cameră specială la locul de muncă în care poți să faci rezerve de lapte pentru bebelușul de acasă), obezitate (sau cum să facem comunitatea să alerge la maraton).

Marile spitale, aflate și în topul U.S. News & World Report, livrează calitate maximă, iar pacientul este "găzduit" și îngrijit în condiții SF - pentru România, cel puțin. Centrul de simulare de la etajul 8 al Spitalului Mayo Clinic a fost construit grație unei donații de șapte milioane de dolari, însă studenții mediciști au posibilitatea să nu greșescă pe pacient, ci pe niște "domni" de cauciuc în valoare de 80.000 de dolari fiecare, cu organe

Despre trecerea puterii de la spital, medic sau îngrijitor la pacient se vorbește tot mai mult în SUA. Discursul politic este axat pe importanța pacientului (a cetățeanului) și implicarea acestuia în decizia clinică. Acest fapt este legat și de transformarea medicinei prin inovație radicală - inovația digitală a accesului la informație online. Sărăcia din SUA, numărul mare al imigranților, în special de culoare, au condus la crearea lui Obamacare sau The Affordable Care Act, ce își propune să crească accesul populației la îngrijiri de sănătate, amânată pentru moment din lipsa bugetului.

copii fidele după cele reale. Dacă endoscopia este greșit realizată, auzi inclusiv cum pacientul-manechin tușește sau țipă de durere. Studenții exersează în condiții de stres maxim, la fel ca în sălile de operații, iar camerele de filmat aflate peste tot sunt martorii reacțiilor și acțiunilor studenților mediciști.

Poporul organizează sistemul în America, spun reprezentanții Departamentului de Sănătate de la Washington, pentru că în democrație oamenii participă la decizie. Cel mai provocator lucru la nivel politic este cum să îți balanța între grupurile de interese, pentru binele comun.

Individul este unic și el contează cel mai mult: libertatea de

exprimare, libertatea religiilor, libertatea presei (nu există presă aparținând statului, ci doar comercială), libertatea de asociere ("It's all about money and taxes"). Regula este ca mai întâi să se scrie în lege și după aceea să se facă politicile, iar judecătorii sunt numiți pe viață, pentru a fi evitat orice act de corupție. Președintele SUA nu are voie să aibă inițiative legislative, dar poate să facă lobby într-un sens sau altul. Lui Obama i s-a reproșat, de exemplu, în ceea ce privește Obamacare, că a fost prea academic în exprimare, prea științific, și nu l-a înțeles poporul. Este foarte important cum realizezi campania de awareness (și asta s-a văzut și la noi, în trecut, cum (nu) s-a comunicat pe diferite soluții de e-health propuse de autoritățile de la București).

În SUA nu există sistem public de sănătate. Aceasta aparține exclusiv privatului, iar guvernul este întotdeauna partener cu companiile private. În ceea ce privește standardele de îngrijiri, ele nu sunt stabilite de guvern, ci de asociații profesionale: ele fac schimb de informații pentru bune practici, realizează codurile de etică, susțin campanii de comunicare, votează care ar trebui să fie legislația în domeniu.

În SUA nu este nimic centralizat. Există 50 de sisteme legale, fiecare stat e condus de un guvernator și are câte un departament al sănătății. Obamacare sau The Affordable Care Act nu face reforma sănătății, ci a asigurărilor private de sănătate, în sensul că asiguratorii nu mai au voie să lase pe dinafară pe nimeni, conform unor reglementări federale. La 1 octombrie, acest act a intrat în vigoare. Gurile rele spun că nu va rezolva problema inechității și a accesului tuturor la servicii de îngrijiri. Rămâne de văzut. Până una-alta, în SUA s-a dezvoltat o zonă extrem de importantă a ONG-urilor, care chiar lucrează spre binele

Sănătatea femeii este o preocupare majoră a SUA, existând comisii și comitete dedicate acestui subiect în aproape fiecare departament de sănătate sau asociație. S-a făcut mult advocacy sau lobby în acest sens, femeile punând presiune pe guvern pentru implementarea unor politici naționale și regionale de sănătatea femeii.



comunității defavorizate, iar asociațiile de imigranți sunt și ele foarte active și hotărâte să obțină un maxim de drepturi de la țara unde au visat să ajungă. Deja de la a doua generație nu se mai recunosc ca fiind somalezi, ci americani. Și comunitățile de Native Americans sunt foarte active. Șeful de trib indian pe care l-am întâlnit se luptă cu drogurile și cu criminalitatea în rezervații, cu răspândirea HIV și cu îndepărtarea de tradiție și de ritualuri a tinerilor.

Dar oamenii/liderii sunt activi, fac voluntariat și lucrurile se schimbă. Sunt pro-activi și asta înseamnă că vor să aibă viitor, chiar dacă au făcut greșeli, și-au învățat lecțiile, de cele mai multe ori, prin suferință. ●



Cum se face o strategie pentru prevenirea bolilor cronice

Bolile cronice sunt principala cauză a mortalității și morbidității din Europa, iar cercetările sugerează că unele dintre condițiile complexe, precum diabetul și depresia, vor impune o povară și mai mare în viitor. Bolile cronice au și implicații economice. Ele diminuează salariile, veniturile, productivitatea muncii și determină creșterea pensionării anticipate și a invalidității. Spania a încercat să creeze o strategie de reacție la bolile cronice, care să răspundă la schimbările care privesc nevoile sociale și de sănătate, determinate de creșterea cronicizării bolilor și a limitării activității, prin asigurarea calității, siguranței, continuității asistenței, echității și participării sociale.

Cristina Critea, adaptare după www.msssi.gob.es

DIN DECEMBRIE 2010, CONSILIUL UNIUNII EUROPENE (CONSILIUL EPSCO) a invitat statele membre să „dezvolte politici centrate pe pacient pentru promovarea sănătății, prevenirea primară și secundară, precum și tratamentul și îngrijirea bolilor cronice, în colaborare cu factorii de decizie și, mai ales, cu organizațiile de pacienți”.

În planurile lor strategice, toate regiunile autonome au implementat proiecte și programe de îngrijire a persoanelor cu boli cronice sau sunt în curs de dezvoltare a strategiilor de îngrijire a pacienților cu boli cronice.

MISIUNEA

STABILIREA UNUI SET DE OBIECTIVE ȘI DE RECOMANDĂRI PENTRU SISTEMUL NAȚIONAL DE SĂNĂTATE DIN SPANIA care va ghida organizarea serviciilor pentru îmbunătățirea stării de sănătate a populației și a factorilor determinanți ai acesteia.

VIZIUNEA

ADAPTAREA SISTEMULUI NAȚIONAL DE SĂNĂTATE DIN SPANIA pentru a putea răspunde la schimbările care privesc nevoile sociale și de sănătate, determinate de creșterea cronicizării bolilor și a limitării activității, prin asigurarea calității, siguranței, continuității asistenței, echității și participării sociale.

OBIECTIVELE GENERALE

REDUCEREA PREVALENȚEI BOLILOR CRONICE și reducerea mortalității premature a pacienților cu boli cronice prin prevenirea deteriorării capacității funcționale și a complicațiilor asociate și prin îmbunătățirea calității vieții pacienților și a îngrijitorilor acestora.

PRINCIPIILE DIRECTOARE

- Oamenii sunt în centrul Sistemului Național de Sănătate din Spania, atât din punct de vedere individual, cât și social;
- Luăm în considerare perspectiva asupra ciclului vieții și determinanții sociali ai sănătății;

- Luăm în considerare toate bolile și limitările cronice ale activității;
- Asistența medicală primară este nucleul îngrijirii pacientului cu afecțiuni cronice de sănătate și limitări ale activității;
- Trebuie să existe continuitatea îngrijirilor, evitarea fragmentării, duplicării și îmbunătățirea comunicării și a coordonării;
- Profesioniștii din sistemul de sănătate trebuie să împartă responsabilitatea în ceea ce privește îngrijirile de sănătate și trebuie să utilizeze corespunzător resursele sociale și de sănătate pentru toți cetățenii.

LINIILE STRATEGICE DE DEZVOLTARE PROMOVAREA SĂNĂTĂȚII

Obiectivul 1

Încurajarea unei abordări intersectoriale în promovarea sănătății aplicând principiul „Sănătate în toate politicile”.

Obiectivul 2

Facilitarea participării sociale în ierarhizarea, dezvoltarea, monitorizarea și evaluarea politicilor de sănătate în legătură cu abordarea bolilor cronice.

Obiectivul 3

Promovarea și consolidarea formării persoanelor și comunității în scopul promovării unui stil de viață independent.

În Spania, Ministerul Sănătății și Serviciile Sociale au dezvoltat strategii pentru îngrijirile acordate în cazul unora dintre bolile cu cea mai mare povară: cancer, boala cardiacă ischemică, accident vascular cerebral, diabet zaharat, sănătate mintală, îngrijiri paliative, boli pulmonare obstructive cronice și boli rare.



PREVENIREA BOLILOR CRONICE CARE LIMITEAZĂ ACTIVITĂȚILE

Obiectivul 4

Reducerea prevalenței factorilor de risc care determină apariția sau progresia condițiilor de sănătate și limitarea cronică a activității.

Obiectivul 5

Reducerea leziunilor și a accidentelor, cauze ale bolilor cronice și ale limitărilor cronice ale activității.

Obiectivul 6

Detectarea, diagnosticarea și începerea precoce a tratamentului bolilor cronice.

Obiectivul 7

Prevenirea, la pacienții cu afecțiuni cronice de sănătate, a pierderilor funcționale, a complicațiilor asociate bolii lor, precum și a apariției unor boli noi.

CONTINUITATEA ÎNGRIJIRILOR

Obiectivul 8

Asigurarea îngrijirilor, într-un mod adecvat, de către profesioniștii care pot răspunde cel mai bine nevoilor pacienților.

Obiectivul 9

Asigurarea continuității asistenței medicale, evitând duplicarea intervențiilor și facilitarea tranziției între nivelurile de asistență.

Obiectivul 10

Asigurarea continuității îngrijirilor persoanelor care necesită asistență socială și de sănătate, promovând integrarea acestora la nivel structural și organizatoric.

REORIENTAREA SERVICIILOR DE ÎNGRIJIRE A SĂNĂTĂȚII

Obiectivul 11

Identificarea în fiecare pacient a gradului de nevoie și facilitarea furnizării de intervenții specifice, adaptate la orice nevoie.

**ÎN PLANURILE
LOR
STRATEGICE,
TOATE
REGIUNILE
AUTONOME AU
IMPLEMENTAT
PROIECTE
ȘI PROGRAME
DE ÎNGRIJIRE A
PESOANELOR
CU BOLI
CRONICE SAU
SUNT ÎN CURS
DE DEZVOLTARE
A STRATEGIILOR
DE ÎNGRIJIRE A
PACIENȚILOR CU
BOLI CRONICE.**

Obiectivul 12

Asigurarea intervențiilor eficiente, sigure, durabile și proporționale de sănătate, bazate pe cele mai bune dovezi științifice disponibile.

Obiectivul 13

Optimizarea tratamentului farmacologic la pacienții cu tratamente cronice, cu o atenție specială pentru pacienții cu tratamente polimedicaționale.

ECHITATE ÎN SĂNĂTATE ȘI TRATAMENT EGAL

Obiectivul 14

Reducerea inegalităților în materie de sănătate, cu accent special pe inegalitățile de gen.

Obiectivul 15

Îmbunătățirea accesului (disponibilitate, accesibilitate și acceptare) la sistemele sociale și de sănătate și optimizarea proceselor de îngrijire, în scopul obținerii de rezultate echitabile în diferite grupuri sociale.

Obiectivul 16

Eliminarea oricărei discriminări sau a oricărui tratament inegal al pacienților.

CERCETARE ȘI INOVARE

Obiectivul 17

Promovarea cercetării care să permită o înțelegere mai profundă a mecanismelor care influențează geneza bolilor cronice și limitările cronice de activitate, cu scopul de a stabili cele mai eficiente strategii de intervenție

Obiectivul 18

Promovarea inovării tehnologice, evaluarea și utilizarea practică, rațională și bazată pe dovezi, în scopul susținerii întregului proces care vizează bolile cronice.

Obiectivul 19

Încurajarea inovării în servicii și în modele de organizare pentru a facilita schimbări ale modelului de livrare de servicii de sănătate și sociale, în legătură cu boli cronice

Obiectivul 20

Promovarea inovării în procesul de evaluare, planificare și furnizarea de servicii în scopul asigurării echității, eficienței și durabilității tratamentului pacienților cu boli cronice. ●

Ministerul Sănătății caută soluții pentru finanțarea sistemului sanitar

Ministrul sănătății, Eugen Nicolăescu, a declarat că instituția pe care o coordonează a luat decizia să gestioneze absolut toate programele naționale, iar finanțarea, indiferent de sursă, să fie asigurată de Casa Națională de Asigurări de Sănătate (CNAS).

MINISTRUL SĂNĂTĂȚII A DISCUTAT, ÎN CADRUL UNEI DEZBATERI CARE A AVUT LOC LA BUCUREȘTI, DESPRE O NOUĂ LEGE PENTRU MEDICII REZIDENTI, cu mărirea numărului de centre de rezidențiat și reintroducerea internatului, pentru o perioadă de doi ani, precum și posibilitatea de a obține dreptul de practică pentru anumite module. De asemenea, el a subliniat că dorește ca examenele de rezidențiat, respectiv de specializare, să fie organizate la nivel național.

Noua lege-pilot pentru salarizarea medicilor ar viza scoaterea profesiei de medic din sistemul bugetar și introducerea

unei grile de salarizare proprii personalului medical. Acesta ar urma să primească și stimulente pentru performanță. În plus, pacientul ar avea posibilitatea alegerii medicului, în sistemul public, iar medicul și echipa care-l asistă vor încasa o parte din contravaloarea serviciilor medicale prestate la cererea pacienților în regim privat. Proiectul-pilot urmează a se desfășura în 12 spitale, care vor fi comunicate ulterior.

Statutul spitalelor publice urmează a fi și el pus în discuție. Acestea vor fi împărțite în două categorii, de interes național și local, al căror proprietar unic va fi statul sau comunitatea

Nu mai știm ce finanțează Casa, ce finanțăm noi. Dăm permanent vina unii pe alții. Pentru că tot vorbim de simplificare managerială. Iar eu, la minister, voi avea manageri naționali pe fiecare program în parte. Trebuie să introducem ordine. Probabil, într-un an-doi vom avea registre naționale de sănătate pe patologii. Vrem să finanțăm programe de la cap la coadă, cum ar fi cel de cancer, de la depistare până la paliativ.

Eugen Nicolăescu, ministrul sănătății

locală. Ele urmează a fi transformate în entități juridice autonome, plătitoare de TVA, capabile să contracteze împrumuturi bancare și să se susțină, pe cont propriu, din punct de vedere economic. Cu alte cuvinte, spitalele vor beneficia de deducerea TVA, aferentă achizițiilor, și, astfel, de scăderea costurilor și de majorarea lichidităților. S-a discutat, de asemenea, despre legea malpraxisului și despre pachetul de servicii medicale de bază.

Ministrul a precizat în cadrul unei întâlniri la Oradea că, până la sfârșitul anului, ministerul va organiza un grup de lucru împreună cu Asociația Municipiilor și Orașelor și cu Colegiul Medicilor, pentru a stabili care trebuie să fie obiectivele pe care trebuie să le atingă medicina școlară și medicina comunitară. După ce se vor stabili toate aceste obiective, împreună cu ceilalți, se vor stabili și instrumentele de realizare, plecând de la realitatea că în prezent un elev sau un student poate să primească servicii medicale de două ori, cu o singură asigurare medicală, a subliniat ministrul sănătății.

“El este pe o listă de medic de familie, dar în același timp primește multe servicii medicale și de la un medic școlar, ceea ce nu este corect. Și atunci trebuie să departajăm: ce servicii medicale obține ca asigurat în medicina de familie și ce obține ca elev, astfel încât ele să nu se suprapună și să nu consumăm bani de două ori pentru același serviciu. Trebuie să facem ordine”, a precizat Eugen Nicolăescu.

Ministrul sănătății și-a exprimat încrederea că, până în vara anului viitor, se vor finaliza aceste demersuri, astfel încât din anul școlar următor, adică 2014-2015, “lucrurile să fie clarificate”. Nicolăescu a spus că s-a decis formarea unui colectiv care să arate clar care sunt obiectivele, cum pot fi ele atinse, care vor fi instrumentele pentru a atinge aceste obiective.

“Am avut câteva discuții pe medicina școlară și pe cea dentară. A rămas aici să facem un colectiv care să ne spună până la urmă foarte clar care sunt obiectivele medicinei școlare, cum pot fi ele atinse, care vor fi instrumentele pe care le vom avea la dispoziție ca să le atingem. Am convenit cu cei care reprezintă medicina școlară să facem această trecere în revistă și în final să găsim soluții până la sfârșitul anului, iar anul următor, în prima parte, împreună cu MEN, care se ocupă de partea de învățământ superior, să găsim care sunt acele modificări legislative necesare ca să putem atinge obiectivele pe care ni le-am propus”, a mai spus demnitarul.

Într-o conferință de presă susținută în luna septembrie, ministrul Eugen Nicolăescu a declarat că a identificat, împreună cu reprezentanții Coaliției profesioniștilor din Sănătate, mai multe soluții pentru a rezolva unele dintre revendicările angajaților din sistem.

“Am convenit că putem să creștem finanțarea sistemului sa-

“Avem încă, noi înșine, o serie de nedumeriri, motiv pentru care vrem să obținem păreri sau căi noi de perfecționare a proiectelor de legi. A fost o discuție utilă, interesantă, cu multe chestii concrete, iar la unele din întrebările noastre am primit și răspunsuri care ne-au dat o serie de direcții pentru viitor.”

nitare ca să ajungem la 6% și din alte surse. Am identificat încă patru alte canale. Urmează să le aprofundăm, să le analizăm cu mai mult profesionalism și, în final, toate să meargă să fie apreciate de către Guvern. Am identificat multe soluții la problemele pe care coaliția le-a ridicat, avem pentru o mare parte dintre ele termene și modalități de realizare. Chiar dacă nu pot fi rezolvate imediat, ne-am propus anumite etape prin care să ajungem la soluționare și avem un singur punct în divergență, a cărui rezolvare nu depinde numai de Ministerul Sănătății.

Am convenit că acest obiectiv (6% din PIB) trebuie să îl atingem conform programului de guvernare în 2016, dar până atunci nu trebuie să se aștepte și este nevoie să se facă o listă de priorități a modului în care se vor aloca procente în fiecare an ca să se ajungă la acest stadiu”, a declarat Nicolăescu.

Potrivit demnitarului, vor fi găsite trei căi de soluționare prin care să se statueze în Legea 95 că personalul medical nu face parte din categoria funcționarilor publici și că nu poate fi asimilat acestei categorii.

“(…) Există probleme din practică pe care medicii mi le-au sesizat referitoare la confidențialitatea convorbirilor dintre pacient și medic, care trebuie protejate de data aceasta și, să fie clar, prin lege, sub atenționarea de sancționare, dacă nu se respectă prevederea legală. Eventual, să facem o modificare a Codului Penal, la care iarăși trebuie să avem un punct de vedere al Ministerului Justiției în ceea ce înseamnă că interceptările convorbirilor telefonice dintre medic și pacient nu pot fi utilizate în afara cadrului legal”, a afirmat ministrul. ●

Sursă: Agerpres

Ministrul a precizat că în cazul în care Guvernul va acorda indexări salariale în anul 2014, personalul sanitar ar trebui să aibă prioritate și, totodată, acordarea indexării să se facă în procente mai mari pentru personalul cu salarii mai mici și în procente mai mici pentru personalul cu leafă mai mare.



Terapiile anticoncurențiale ale doctorului Bogdan Chirițoiu

Bogdan Chirițoiu, medicul și doctorul în economie de la Consiliul Concurenței, și -a început mandatul în 2009, diagnosticând dur tarele pieței concurențiale medicale din România și aplicând sistemului terapii considerate radicale, de multe ori "dureroase". A reușit Bogdan Chirițoiu să normalizeze parametrii vitali ai pieței farmaceutice și ai sectorului medical? Răspunsul la această întrebare, din interviul în exclusivitate acordat Revistei Politici de Sănătate.

Interviu realizat de **Cornelia Scărlătescu**

Una dintre preocupările Consiliului Concurenței vizează sectorul medical și piața farmaceutică, în special. Care au fost direcțiile în care Consiliul Concurenței s-a implicat pentru a asigura o competitivitate echilibrată în acest sector, în cursul mandatului Dvs?

În ultimii ani, Consiliul Concurenței a derulat patru investigații în sectorul farmaceutic, având ca obiect interdicția de export și import de medicamente. În ceea ce privește analiza concentrațiilor economice, lista este mai lungă: Preluarea de către SC Sensiblu SRL a 24 de farmacii aparținând SC Farmaplanet Grup SRL, operațiune ce a ridicat îngrijorări de natură concurențială și, ca urmare, SC Sensiblu SRL și-a asumat angajamentul de a transfera activitatea dintr-o localitate (Bleji, jud. Prahova). De asemenea tot Sensiblu, în 2012, a preluat 90 de farmacii aparținând SC News Quality Pharma SRL. Cazuri importante au fost și concentrările economice realizate prin dobândirea controlului de către SC Fresenius Nephrocare România SRL asupra SC Renamed Medical Service II SRL, SC Renamed Dialcare SRL, SC Renamed Nefrodial SRL și SC Renamed Nefrodiamed SRL și, respectiv, prin dobândirea de către Fresenius Medical Care Beteiligungsgesellschaft a controlului unic asupra SC Nefromed SRL. Și în aceste cazuri au existat îngrijorări de natură concurențială, însă au fost înlăturate prin asumarea de angajamente atât structurale, cât și comportamentale de către Fresenius. Astfel, Fresenius s-a angajat ca, într-un an, să cesioneze clinicile de dializă deținute de către Renamed în localitatea Oradea și de către Nefromed în localitatea Botoșani și să prelungească durata contractelor

de furnizare a produselor, încheiate cu clinicile de dializă terțe existente în Sibiu și Neamț, în măsura în care acestea își exprimau acordul în acest sens, și, de asemenea, s-a angajat să raporteze Consiliului Concurenței prețurile practicate.

Licitațiile centralizate naționale, licitațiile din spitale au fost deseori contestate în privința modului în

care au fost desfășurate, existând suspiciuni de elaborare a caietului de sarcini în favoarea unor anumite firme sau carteluri. Care au fost recomandările CC în privința asigurării unor condiții de participare echidistante la aceste licitații și impulsionării accesului unui număr cât mai mare de participanți, inclusiv companii mici și mijlocii?

Eficiența procesului de achiziție publică depinde de tipul de licitație folosit (deschisă, închisă, electronică), dar și de modul în care licitația este construită și desfășurată. Elaborarea unor caracteristici precise ale procesului de ofertare competitiv poate avea o influență puternică asupra eficienței rezultatului. De exemplu, numărul ofertanților poate fi redus dacă este elaborat caietul de sarcini într-un mod restrictiv, eliminându-se posibile produse concurente, în situația în care licitația este organizată pe

ÎN GENERAL, PENTRU A REDUCE RISCUL CA AGENȚII ECONOMICI SĂ SE ÎNȚELEAGĂ ÎN CADRUL LICITAȚIILOR, ACESTE TREBUIE PROIECTATE ȘI REALIZATE ASTFEL ÎNCÂT SĂ FIE INDEPLINITE TREI CRITERII MAJORE:

- reducerea barierelor la intrare și creșterea numărului de participanți, adică atunci când se stabilesc condițiile de participare în cadrul unei licitații, procesul de selecție în sine nu trebuie să împiedice firmele să depună oferte prin introducerea unor condiții care nu sunt relevante pentru achiziție, cum sunt experiența similară sau situația financiară, și/sau care să conducă la eliminarea agenților economici din alte zone geografice;
- reducerea transparenței și a schimbului de informații. Un grad ridicat de transparență în ceea ce privește tranzacțiile de piață poate facilita încheierea de înțelegeri anticoncurențiale. Acest aspect este cel mai probabil în cazul licitațiilor deschise, în cadrul cărora participanții pot comunica în cadrul procesului de ofertare;
- reducerea frecvenței oportunităților de achiziție. Încheierea unor înțelegeri anticoncurențiale este facilitată în cazul în care firmele concurente se întâlnesc în mod frecvent în cadrul procedurilor de achiziție. Prin schimbarea mării și a momentului în care sunt organizate licitațiile, autoritățile contractante pot încuraja membrii cartelului să se înșele între ei. Reducerea numărului de oportunități în care firmele concurente se întâlnesc poate reduce oportunitățile de sancționare a membrilor cartelului și poate facilita concurența. Acest lucru se poate realiza, de exemplu, prin organizarea unui număr mai mic de licitații, dar pentru cantități mai mari de produse. Organizarea licitațiilor după un anumit program prestabilit și pentru aceleași cantități de produse poate facilita schemele de ofertare prin rotație.



denumire comercială și nu pe DCI, precum și în situația în care un agent economic trebuie să ofere toate produsele din caietul de sarcini și nu poate să ofere doar loturile de produse pe care le poate comercializa. Același efect apare și în cazul în care anunțul de intenție și/sau de participare la licitație nu este promovat suficient sau timpul pentru depunerea ofertelor este foarte scurt. Nu există un model de organizare a licitațiilor care să se potrivească perfect fiecărui tip de licitație, autoritățile contractante trebuie să proiecteze licitații în funcție de situația specifică.

Listele de medicamente compensate constituie un „subiect fierbinte” în piața medicală din România. Cum a acționat CC pentru a face transparente criteriile de includere a medicamentelor inovative și generice în lista compensatelor și pentru evitarea discriminării unor companii?

În ceea ce privește legislația națională în vigoare, care reglementează criteriile generale de includere, neinclușare sau excludere în Listă, există un consens general la nivelul industriei farmaceutice cu privire la faptul că acestea sunt transparente și nediscriminatorii. Cu toate acestea, legislația în vigoare, respectiv HG nr. 720/2008, nu prevede criteriile în baza cărora medicamentele care îndeplinesc criteriile generale de includere în Listă sunt introduse într-una din cele trei subliste și, prin urmare, nu există transparență cu privire la procesul de stabilire a gradului de compensare de care poate beneficia un anumit medicament. Lipsa unor criterii transparente, în baza cărora să se ia decizia de includere a medicamentelor într-o anumită sublistă de compensare, conduce nu doar la imposibilitatea agenților economici de a putea aprecia în ce măsură un medicament poate fi apt să fie inclus într-o sublistă, ci și la imposibilitatea verificării ulterioare a deciziei Ministerului Sănătății, prin prisma respectării sau nu a acestor criterii. Implicit, există șanse reduse de reușită în cazul contestării deciziei Ministerului Sănătății. Lipsa acestor criterii contravine prevederilor Directivei Consiliului 85/105/CEE. Prin urmare, Consiliul Concurenței a propus ca Mi-

ÎN CEEA CE PRIVEȘTE TERMENUL LEGAL DE EMITERE A DECIZIILOR CU PRIVIRE LA INCLUDEREA UNEI DCI PE LISTĂ, EXISTĂ UN CONSENS GENERAL LA NIVELUL INDUSTRIEI FARMACEUTICE CU PRIVIRE LA RESPECTAREA TERMENULUI DE 90 DE ZILE DE CĂTRE MINISTERUL SĂNĂTĂȚII.

nisterul Sănătății să facă publice criteriile folosite la stabilirea celor trei subliste și a gradului de compensare a medicamentelor incluse în acestea, precum și să le includă în legislația relevantă, pentru a crea certitudinea legală, a asigura transparența necesară și a înlătura posibilitatea unei aplicări discriminatorii a criteriilor. În ceea ce privește termenul legal de emiteră a deciziilor cu privire la includerea unei DCI pe Listă, există un consens general la nivelul industriei farmaceutice cu privire la respectarea termenului de 90 de zile de către Ministerul Sănătății. Cu toate acestea, compensarea efectivă a unei DCI noi se face de la data publicării în Monitorul Oficial a hotărârii de guvern prin care se aprobă Lista și nu de la data primirii deciziei de includere de la MS. Consiliul Concurenței a propus compensarea automată a unui medicament după emiterea de către Ministerul Sănătății a unei decizii favorabile de includere în Listă. De asemenea, pentru creșterea gradului de transparență a întregului proces de includere a unei DCI pe Listă, propunem publicarea de către Ministerul Sănătății pe site-ul instituției atât a deciziilor individuale de includere în Listă, cât și a proiectului de Listă, în conformitate cu legislația în vigoare în domeniul transparenței decizionale. Referitor la căile de atac disponibile agenților economici în cazul unei decizii negative din partea Ministerului Sănătății, legislația în vigoare prevede posibilitatea depunerii unei contestații la secretariatul Comisiei naționale de transparență-organism în cadrul Ministerului Sănătății, în termen de zece zile de la primirea deciziei. Comisia națională de transparență nu are putere de decizie, având doar rolul de a aviza propunerile comisiilor de specialitate și de a le transmite spre aprobare ministrului sănătății. Legislația nu prevede cu claritate organismul competent să analizeze contestația, ci doar faptul că aceasta se depune la secretariatul Comisiei. În măsura în care analiza contestației se face tot de către Comisia națională de transparență, se poate conchuziona, prin prisma jurisprudenței Curții Europene de Justiție, că legislația națională nu prevede căi de atac de natură a asigura o protecție ju-

Comisia națională de transparență nu are putere de decizie, având doar rolul de a aviza propunerile comisiilor de specialitate și de a le transmite spre aprobare ministrului sănătății.

ridica veritabilă agenților economici interesați. Consiliul Concurenței a propus legiferarea unor căi de atac disponibile agenților economici în sensul celor prevăzute de Directivă și consacrate de jurisprudența comunitară, respectiv acordarea prerogativelor de analiză și soluționare a contestațiilor împotriva deciziilor nefavorabile ale Ministerului Sănătății, cu privire la includerea unei DCI în Listă, unui organism independent cu funcții judiciare.

Ați derulat proiecte de anchetare sectorială a pieței farmaceutice din perspectiva consumului de medicamente inovative și generice. Care au fost concluziile studiilor și recomandările CC?

În 2011 am finalizat investigația sectorială (analiză a pieței) privind modul de funcționare a sistemului de distribuție a medicamentelor din România, în care am făcut o serie de recomandări de modificare a cadrului legislativ. Pot să vă spun că sunt foarte mulțumit de colaborarea cu instituțiile din domeniu: Casa Națională de Asigurări de Sănătate și Ministerul Sănătății. În urma analizelor efectuate în cadrul anchetei sectoriale pe piața farmaceutică, a rezultat că gradul de penetrare a medicamentelor generice pe piață este destul de redus. Ca urmare, noi am propus introducerea unui sistem de referențiere a prețurilor în cazul acestor medicamente, cel puțin în cazurile în care există mai multe medicamente cu aceeași DCI, iar propunerea noastră a fost preluată de Ministerul Sănătății. Introducerea acestor măsuri ar putea conduce, pe de o parte, la reducerea cheltuielilor statului cu aceste medicamente și, pe de altă parte, la promovarea medicamentelor generice pe măsură ce acestea intră pe piață, și astfel la promovarea concurenței prin preț care, pe termen lung, va conduce inclusiv la scăderea prețurilor medicamentelor inovative. Pentru a evita influențarea prescrierii anumitor medicamente în detrimentul altora în funcție de „cadourile” primite de la companiile producătoare, prin Decizia nr. 43/27.09.2010, Consiliul Concurenței a recomandat Ministerului Sănătății elaborarea, în legislația secundară, a unor Norme care să definească sintagmele cadouri, avantaje în bani sau în natură care au o „valoare simbolică” și „care nu sunt costisitoare”, prevăzute la art. 797 alin.(1) și 805 alin. (1) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății.

Care au fost acțiunile întreprinse de CC privitoare la reducerea și controlul costurilor în sectorul sanitar?

Considerăm că Bugetul asigurărilor de sănătate poate fi folosit într-un mod eficient prin încurajarea consumului de medicamente generice și printr-o mai bună reglementarea achizițiilor publice. Am făcut o serie de recomandări:

- licitațiile naționale (reducerea costurilor ofertării pentru stimularea participării unui număr mare de ofertanți; cerințe de participare care nu limitează concurența; desfășurarea cu regularitate a procedurilor de licitație, pentru încurajarea participării medicamentelor noi);
- licitațiile organizate de spitale (reducerea barierelor la intrare; reducerea transparenței și a schimbului de informații, reducerea frecvenței oportunităților de achiziție, creșterea consecințelor participării la licitații cu oferte trucate; specificații tehnice la cel mult nivel DCI -dacă este posibil, chiar și ATC4, ofertare pe loturi);
- eliberarea medicamentelor prin farmacii cu circuit deschis (control mai riguros al medicamentelor prescrise și eliberate);
- listele de medicamente compensate (criterii de includere făcute publice și incluse în legislație, pentru evitarea discriminărilor; compensarea automată a unui medicament după emiterea de către Ministerul Sănătății a unei decizii favorabile de includere în Listă; legiferarea unor căi de atac pentru soluționarea contestațiilor, prin crearea unui organism independent cu funcții judiciare).

Ce recomandări a avut Consiliul Concurenței în privința retailului farmaceutic și care au fost principalele probleme pe care le-ați identificat în acest domeniu?

Consiliul Concurenței a avizat cu condiție proiectul de Lege a farmaciei, care prevedea menținerea criteriului demografic la înființarea de farmacii. Criteriul demografic presupune că înființarea unei farmacii se face în funcție de numărul de locuitori, respectiv: în București o farmacie la 3.000 de locuitori, în orașele reședință de județ - o farmacie la 3.500 de locuitori, iar în alte orașe - o farmacie la 4.000 de locuitori. Consiliul Concurenței a avizat criteriul demografic pentru o perioadă limitată deoarece reprezintă o barieră la intrarea pe piață, limitează numărul farmaciilor active pe piață, iar reducerea concurenței implică reducerea beneficiilor pentru consumatorii finali, pacienții din România. Noi considerăm că soluția este încurajarea accesului în zonele rurale, nu

împiedicarea accesului la nivel urban. De asemenea, am identificat posibile soluții pentru încurajarea înființării farmaciilor în mediul rural, respectiv: diferențierea marjelor în funcție de localizarea farmaciei; elaborarea unei scheme de asistență financiară cu scopul de a asigura furnizarea de servicii farmaceutice în zone care, altfel, ar avea dificultăți în ceea ce privește atragerea lor, introducerea unui program-pilot pentru înființarea de farmacii mobile, pentru zonele rurale greu accesibile.

Care este punctul Dumneavoastră de vedere referitor la aplicarea taxei de clawback în prezent? Care au fost recomandările sau acțiunile CC în această privință?

Consiliul Concurenței s-a implicat activ în ceea ce privește taxa clawback în sensul aplicării unui formule care să nu conducă la distorsiuni ale pieței din punct de vedere concurențial, purtând un dialog constant, încă din anul 2009, atât cu industria farmaceutică, cât și cu instituțiile implicate (Ministerul Sănătății și CNAS). Principalele propuneri ale autorității au vizat eliminarea TVA din baza de calcul a valorii la care se aplică taxa clawback, încurajarea consumului de medicamente generice prin taxarea diferențiată, corelarea termenilor de plată a taxei cu termenele de plata ale CNAS.

Ne puteți da câteva date concrete privind numărul anchetelor sectoriale finalizate sau în curs de desfășurare și al investigațiilor desfășurate în cursul primelor șase luni în domeniul medical?

În ultimii ani, am finalizat trei investigații privind limitarea exporturilor și importurilor de medicamente și o investigație privind punerea în practică a unei concentrări economice înainte de obținerea unei autorizații din partea CC. Am aplicat amenzi în valoare de aproximativ 14,44 milioane de euro: Bayer, Sintofarm și distribuitorilor acestora – 51,52 milioane lei, adică aproximativ 12 milioane de euro, pentru încheierea unor înțelegeri anticoncurențiale privind interzicerea exportului de produse, Baxter și distribuitorilor acesteia: 5.993.657 de lei, aproximativ 1.389.157 de euro – pentru încheierea unei înțelegeri anticoncurențiale privind interzicerea exportului de produse, Baxter Belupo Croația și distribuitorului acesteia în România, SC A&G MED TRADING SRL: 1.877.992 de lei (aproximativ 435.264 euro) - pentru încheierea unei înțelegeri anticoncurențiale privind interzicerea exportului de produse, Belupo Labormed Pharma pentru punerea în practică a unei concentrări economice înainte de obținerea unei autorizații din partea CC: 467.081 de lei (108.623 de euro) De asemenea, am finalizat, fără a aplica sancțiuni, investigația privind o posibilă încălcare a Legii Concurenței de către membrii Asociației Distribuitorilor și Importatorilor de Medicamente (ADIM) și cei ai Asociației Distribuitorilor de Medicamente din România (ADMR). Această investigație a fost declanșată în luna octombrie 2008 ca urmare a deciziei companiilor de a sista livrările de medicamente către spitale și farmacii. Conform reprezentanților celor două asociații, această decizie se datora refuzului Minis-

terului Sănătății de a ajusta prețul medicamentelor în funcție de evoluția cursului valutar. Având în vedere că Ministerul Sănătății a dat curs solicitărilor distribuitorilor de produse farmaceutice de actualizare a cursului de schimb conform prevederilor legale și nu au mai fost sesizate acțiuni similare ale acestora, Consiliul Concurenței a decis să nu aplice sancțiuni în acest caz. Cu toate acestea, i-a avertizat pe reprezentanții celor două asociații că operatorii economici concurenți trebuie să își desfășoare activitățile în mod independent și, ca urmare, îi vom monitoriza cu mare atenție, pentru a vedea dacă respectă regulile de concurență. Anul acesta am declanșat două investigații sectoriale: una privind piața farmaceutică din România, în cadrul căreia vom analiza care este gradul actual de penetrare a medicamentelor generice, precum și schimbarea modelului clasic de distribuție, iar cea de a doua se referă la serviciile de asistență medicală. ●

BOGDAN CHIRIȚOIU

**STUDII:**

- Academia de Studii Economice București
- Doctorat in Economie, specializare in Relații Economice Internaționale
- London School of Economics and Political Science (LSE)
- Master in Științe Politice, Central European University (CEU) Budapesta
- Facultatea de Medicină, Universitatea Carol Davila București
- Doctor Medic

EXTRAS DIN EXPERIENȚA PROFESIONALĂ:

- Președinte - Consiliul Concurenței
- Consilier de Stat - Administrația Prezidențială
- Șeful delegației României - Comitetul de Politici Economice al Uniunii Europene
- Consultant al Delegației Comisiei Europene pentru programul Europa, Global Consulting & Expertize
- Expert pe Politici Publice

Fondurile structurale europene, singura soluție pentru o infrastructură medicală performantă

Interviu cu Cseke Attila

Vicepreședinte al Comisiei pentru administrație publică, amenajarea teritoriului și echilibrul ecologic, Camera Deputaților, UDMR, ministru al sănătății (decembrie 2009 - august 2011)



Care au fost principalele provocări ale mandatului dvs. în funcția de ministru al sănătății?

Una dintre provocările majore cu care m-am confruntat a fost aceea de a aduce sistemul de sănătate, în ceea ce privește finanțarea, pe linia de plutire, mai ales după datoriile acumulate în 2009 care au afectat bugetul sănătății pe anul 2010. Cu toate acestea, consider că cea mai mare provocare a fost aceea de a nu mai vorbi în timpul mandatului de ministru de «greaua moștenire». Este una dintre cele mai simple metode folosite de mulți lideri din România în a se degreva de responsabilități, aceea de a da vina pe alții pentru situația dintr-un sistem, în cazul de față – cel sanitar.

Descentralizarea spitalelor din anul 2010 a fost cea mai importantă măsură de reformă implementată în timpul mandatului meu. A transfera 85% din spitale, până atunci aflate în managementul statului, către autoritățile administrației publice locale nu a fost ușor de realizat și a părut puțin «nebunatic», în condițiile în care ministrul practic transfera din puterile proprii, inclusiv pe plan politic, către autoritățile locale. Rezultatele în multe localități arată însă că a fost o decizie nu numai demult așteptată, dar și foarte bună, care a crescut implicarea comunităților locale și a dus la condiții de infrastructură și servicii medicale mai bune în majoritatea spitalelor din România.

Eu cred cu tărie că un ministru trebuie să arate că poate avea rezultate mai bune decât predecesorii, nu să se plângă încontinuu de moștenirea lăsată de alții. Pentru a progresa trebuie să punem accent pe prezent și pe viitor, folosindu-ne de lecțiile învățate în trecut. Ne ocupăm de prezent și de viitor, nu de trecut.

Ce a însemnat pentru dvs., din punct de vedere profesional, această experiență în domeniul sănătății? Ați schimbat ceva în acest moment?

A fi ministrul sănătății a fost, în același timp, o provocare și o experiență extraordinară pentru mine. Am învățat enorm din această funcție și am întâlnit oameni deosebiți, dorind să accentuez cuvântul «oameni». Din punctul meu de vedere, adevăratul profesionist este bine pregătit nu numai din punct de vedere profesional. Acesta știe cum să abordeze pacientul, folosindu-și latura umană. Cred în continuare că avem oameni valoroși, profesioniști cu ajutorul cărora să punem bazele acestui sistem de sănătate, mult criticat uneori.

În ceea ce privește distribuția cardurilor de sănătate, dezbaterile încă nu este finalizată. Cum credeți că ar trebui rezolvată această problemă îndelung disputată?

Introducerea cardurilor de sănătate este esențială pentru o mai bună funcționare a sistemului medical românesc. În forma inițială a Legii privind reforma în domeniul sănătății nr. 95/2006, în art. 338 era stipulat faptul că până la sfârșitul anului 2007 urma să fie implementat proiectul privind cardurile de sănătate. Adevărul este că, până în anul 2010, nu s-a întreprins nimic în acest sens și eu cred că actualii și viitorii lideri politici, care decid, trebuie să se concentreze pe punerea în aplicare a sistemului și nu pe dezbateri politice sterile despre cine și cât a făcut pentru implementarea cardului de sănătate. Cardul de sănătate trebuie introdus și distribuit cât mai rapid posibil, orice alte dezbateri fiind ineficiente și de prisos.

Cel mai rău lucru care se poate întâmpla, în ceea ce privește reforma în sistemul de sănătate, ar fi să nu se facă nimic. Chiar dacă am avea cel mai performant sistem medical, tot ar trebui încontinuu să îl îmbunătățim și este evident că în cazul sistemului sanitar românesc, este foarte mult de făcut și mai puțin de discutat și dezbătut. Sigur, faptele necesare presupun și decizii câteodată foarte radicale, care pot fi dureroase, ceea ce în multe situații nu mulți conducători și le asumă.

În legătură cu restructurarea spitalelor: aceasta a fost o preocupare a mandatului dvs. și ați luat chiar anumite măsuri concrete. În prezent se discută tot despre reforma spitalelor. Cum credeți că trebuie această continuitate de către autoritățile din prezent?

Simplu: privind realitatea în față și acționând fără demagogie. Sunt și voi fi partener, inclusiv din opoziție politică, la măsurile necesare și corecte.

Restructurarea sistemului spitalicesc trebuie să continue cu axarea pe unitățile de paturi care au capacitate administrativă și de resurse umane pentru a interveni în cazurile urgente, cu explicarea limitelor profesionale ale spitalelor mai mici și, desigur, cu ceea ce a fost motivul demisiei mele din fruntea Ministerului Sănătății. Mă refer la creșterea obligatorie a finanțării acordate sistemului medical, în speță spitalelor, care duc, nu singure, e adevărat, greul sistemului. Ce nu se poate, însă, este ca finanțarea spitalelor să se reducă, în loc să crească.

Ca ministru al sănătății ați fost foarte deschis și implicat în problema necesității investirii fondurilor structurale în sănătate. Cum se poate totuși debloca această problemă, cum se poate face funcțional acest aspect vital pentru finanțarea sănătății?

Este o chestiune cardinală. Dacă vrem să avem infrastructură medicală performantă în tot mai multe localități din România, singura soluție este dată de fondurile structurale europene. Nu am avut parte de sume semnificative în perioada bugetară europeană 2007–2013 și ne-a lipsit foarte mult această posibilitate. Oricum, nu are vreun sens să căutăm vinovații, dar, în mod evident, trebuie să învățăm din greșelile trecutului. E obligația României să negocieze pentru perioada 2014–2020 fonduri structurale semnificative pentru sănătate.

Sunteți în momentul de față membru al Comisiei pentru administrație publică, amenajarea teritoriului și echilibru ecologic și foarte activ pe această zonă. Care sunt problemele pe care le abordați în cadrul acestei comisii privind influența mediului asupra sănătății?

Răspunsul ar trebui să fie ușor, pentru o țară membră a Uniunii Europene, dar în cazul nostru este foarte greu de formulat. O mare parte a clasei politice și a societății nu înțelege conexiunile și influențele mediului asupra sănătății. Noi acționăm doar dacă se întâmplă ceva grav, până atunci a avea politici și acțiuni preventive este considerat de mai toată lumea ca fiind inutil. Uitați-vă ce resurse financiare sunt alocate de orice guvern acțiunilor preventive și cât celor reactive. Trebuie să spunem și să impunem o viziune preventivă și nu reactivă. Este foarte greu, dar în asemenea chestiuni se văd adevărații conducători care au strategii cu posibile efecte pozitive pe anumite domenii.

Cu ce mesaje mergeți în teritoriu către zona de business, astfel încât oamenii de afaceri să fie responsabili în luarea deciziilor economice privind mediul și sănătatea populației?

Un pas uriaș în a înțelege interdependența mediului–sănătate ar fi să observăm cum mediul poate afecta sănătatea individului și ce consecințe are acest fapt asupra economiei unei țări. Abordarea societăților scandinave asupra acestei problematice este definitorie. Acolo, sănătatea este privită ca un patrimoniu al națiunii, căci dacă nu sunt oamenii sănătoși nu are cine să producă dezvoltare economică. Un om cu probleme medicale neglijează inevitabil mediul înconjurător



LECȚIA ÎNVĂȚATĂ E CLARĂ PENTRU MINE: TREBUIE SĂ NE FACEM O LISTĂ CU DOMENIILE CELE MAI IMPORTANTE ȘI SĂ LUPTĂM PENTRU ELE, IAR SĂNĂTATEA, ÎN MOD CERT, TREBUIE SĂ SE REGĂSEASCĂ ÎNTRE PRIMELE LOCURI.

Noi acționăm doar dacă se întâmplă ceva grav, până atunci a avea politici și acțiuni preventive este considerat de mai toată lumea ca fiind inutil.

și dispune de capacitate mult mai redusă de producție, în comparație cu o persoană sănătoasă. Trebuie să înțelegem ce înseamnă a avea oameni sănătoși și necesitatea de a investi într-o societate sănătoasă, ca motor de progres al oricărei societăți.

Pe lângă implicarea activă în cadrul Comisiei pentru administrație publică, amenajarea teritoriului și echilibru ecologic, în ce alte acțiuni sunteți implicat? La nivel regional, național?

Proiectul regionalizării este ceea ce mă preocupă în mod deosebit, pentru a cărui reușită va fi hotărâtoare o dezbateră sinceră, fără sentimentalisme și influențe politice. De asemenea, transpunerea formelor de descentralizare și la alte sisteme decât cel sanitar este un crez politic și administrativ puternic pe care îl urmăresc.

În luna septembrie, revista Politici de Sănătate a organizat primul masterclass internațional de Health Economics și Health Technology Assessment, „Health Economics in Action - For Top Health Care Managers”, iar unul dintre lectori a fost un renumit specialist din Ungaria, Zoltan Kalo. Ce lecții credeți că ar trebui să învețe România de la Ungaria, la acest capitol, unde Ungaria pare să stea destul de bine?

Fondurile structurale pentru sănătate negociate de Ungaria și care au fost disponibile în perioada 2007–2013 pentru îmbunătățirea infrastructurii sistemului sanitar din țara vecină au depășit 1,2 miliarde de euro. Noi am avut mai puțin de 200 de milioane de euro. Ei reprezintă o țară cu suprafața de 2,5 ori mai mică decât cea a României. Cred că ghiciți efectul produs, ce au putut ei să facă și ce oportunități de dezvoltare am avut noi.

Ați mai veni la conducerea Ministerului Sănătății? Sunteți interesat de postul de europarlamentar? Veți candida?

Niciodată nu am urmărit vreo funcție, la niciun nivel administrativ, fie el local, județean, fie național. Din acest punct de vedere, nu m-am schimbat. Dar recunosc că îmi plac provocările administrative și profesionale, altfel nu aș fi acceptat nominalizarea pentru funcția de ministru al sănătății, în decembrie 2009. În ceea ce privește o eventuală candidatură la europarlamentare, azi nu mă văd într-o asemenea ipostază. ●

Interviu realizat de **Raluca Boboc**

Certificările ISQua și Joint Commission International, pe agenda scurtă a Co.N.A.S.

Înființată în octombrie 2008, Comisia Națională de Acreditare a Spitalelor (Co.N.A.S.) are ca principal scop coordonarea procesului de evaluare standardizată a calității serviciilor furnizate de spitale. Președintele Co.N.A.S., medicul Bogdan Jansen, explică procedurile de acreditare și prioritățile instituției pe care de curând o conduce, precum și cauzele situației dificile din sistemul de sănătate.

Maria Vasilescu



Hotărât să își ducă misiunea la bun sfârșit, președintele Co.N.A.S., doctorul Bogdan Jansen, atenționează pe șefii unităților sanitare cu paturi:

“Nu cheltuiți bugetul alocat de ordonatorul principal de credite pe consultanță pentru întocmirea dosarelor de evaluare (!)”

Care sunt strategiile pe termen scurt și pe termen lung ale Co.N.A.S.?

Împreună cu echipa de management, am schițat un master plan pentru perioada 2013 – 2017, cu anumite priorități pentru intervalul 2013 – 2014.

Ne preocupă, în mod deosebit, creșterea nivelului de expertiză și de profesionalism al personalului, creșterea gradului de transparență și de comunicare cu toți factorii interesați, dezvoltarea unor parteneriate cu principalele organizații de profil din țară și din străinătate.

Dorim să întărim și colaborările cu Colegiul Medicilor din România, Ordinul Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România, CNAS. Pe plan extern, vrem să aprofundăm relațiile cu instituțiile omoloage și cu organizațiile de profil, astfel încât Co.N.A.S. să fie, la rândul său, certificată de instituții recunoscute pe plan internațional, cum sunt, de exemplu: ISQua din Irlanda și Joint Commission International, din Statele Unite, două dintre cele mai titrate organizații de profil din lume.

În ce constau, mai exact, procedurile de acreditare a unităților sanitare cu paturi și cât durează, efectiv, tot procesul?

Din momentul inițierii corespondenței între unitatea sanitară și Co.N.A.S., până la emiterea certificatului de acreditare, pot trece chiar și patru ani.

Etapile procesului de evaluare/acreditare se pot înscrie pe o perioadă mai lungă, ținând cont că între inițierea procedurii și definitivarea evaluării/acreditării pot să treacă mai mulți ani.

În prima etapă, unitatea sanitară care solicită acreditarea își alege anul și trimestrul în care dorește să primească vizita comisiei de evaluare. Vă dau un exemplu: unitatea sanitară optează, în anul 2011, ca inițierea procedurii de evaluare să înceapă în trimestrul al III-lea al anului 2014 (!), prin urmare, după trei ani.

Odată cu solicitarea de înscriere în programatorul trimestrial/anual și cu transmiterea acceptului de către Co.N.A.S., începe “faza de birou”. Între Co.N.A.S. și unitatea sanitară intervine o “etapă de corespondențe” care constă, de regulă, într-o serie de întrebări și răspunsuri, se solicită unele documente suplimentare, se specifică cerințele logistice de care trebuie să dispună unitatea sanitară, uneori intervin solicitări de devansare sau de amânare a vizitei de evaluare etc.

În anul în care este programată vizita de evaluare, cu minimum 30 de zile lucrătoare înainte de trimestrul planificat, unitatea sanitară transmite fișa de “autoevaluare” și achită taxa de acreditare. Aceste două elemente sunt obligatorii, iar dacă nu sunt îndeplinite cumulativ, instituția noastră nu începe procedura de selecție a evaluatorilor care vor constitui “comisia de evaluare” și care vor efectua “vizita de evaluare” la data stabilită.

Cine sunt evaluatorii?

Evaluatorii fac parte din corpul colaboratorilor externi ai Co.N.A.S. și, pentru a fi trimiși în misiune de evaluare, se aplică o procedură de selecție, se semnează un contract de prestări de servicii cu clauze și obligații de ambele părți, cu termene și penalități etc. Am luat măsuri clare și fără echivoc privind eliminarea situațiilor de incompatibilitate a evaluatorilor selectați în comisiile de evaluare, raportat atât la unitatea sanitară cu paturi evaluată, cât și la activitatea sa la angajatorul de bază, astfel încât colaborarea cu noi să nu încalce prevederile legale aplicabile corpului evaluatorilor Co.N.A.S.

După stabilirea “comisiei de evaluare”, unitatea sanitară în cauză este înștiințată de componența nominală a echipei și cu data exactă la care se va efectua vizita, astfel încât să pregătească logistica solicitată de procedurile de evaluare, iar echipa Co.N.A.S. să se încadreze în programul normat al vizitei. În baza unor motive bine întemeiate, unitatea sanitară are dreptul să recuze unul sau mai mulți membri. Pentru asemenea situații, ca de altfel și pentru orice altă situație neprevăzută, Comisia Națională de Acreditare a Spitalelor are în permanență pregătite rezerve din rândul evaluatorilor.

La data stabilită, echipa noastră se prezintă la unitatea sanitară și, în funcție de numărul de paturi trecute în “autorizația de funcționare”, vizita de evaluare poate să dureze între trei și cinci zile, iar echipele de evaluatori vor avea între doi și șapte membri. Imediat după efectuarea “vizitei de evaluare”, comisia întocmește “proiectul raportului de evaluare”, în care se consemnează neconformitățile și se transmite unității sanitare pentru eventuale observații. După ce se primesc răspunsurile și observațiile unității respective, “comisia de evaluare” analizează și elaborează “raportul de evaluare”. La finalul analizei, se emite “raportul de acreditare” și se încadrează unitatea sanitară într-unul dintre cele patru niveluri de acreditare.

FĂRĂ SĂ VREAU SĂ SCUZ SAU SĂ ACUZ PE CINEVA, ÎN PERIOADA VIZITEI COMISIEI DE EVALUARE TOTUL POATE SĂ SCLIPEASCĂ ȘI SĂ FIE ÎN PERFECTĂ ORDINE, DAR A DOUA ZI SE POATE ÎNTÂMPLA UN INCIDENT NEFERICIT, FĂRĂ LEGĂTURĂ CU ATRIBUȚIILE SAU CU PARAMETRII EVALUĂRII.

2015 este, conform legii, anul când trebuie să se încheie primul ciclu al acreditărilor unităților sanitare cu paturi.

Câte unități sanitare au fost acreditate și câte sunt în proces de acreditare?

Din păcate, în ultimele două luni, procesul de evaluare/acreditare a fost blocat, din varii motive, iar acum ne străduim să recuperăm întârzierile. La acest moment, din cele aproximativ 500 de unități sanitare cu paturi înscrise în evidențele noastre (cifra se modifică lunar, datorită apariției unor unități private, unele unități publice se comasează, se redeschid o parte din cele închise în 2010–2011 etc.), au fost evaluate și acreditate 77, care au primit grade diferite de încredere, 70% dintre ele fiind acreditate la nivelul maxim.

RECOMANDĂRILE PREȘEDINTELUI JANSEN

- din momentul trimiterii scrisorii de intenție către Co.N.A.S., vă rog să pregătiți cu atenție documentele solicitate;
- nu subestimați procesul de evaluare/acreditare și nici capacitatea comisiilor de evaluare;
- atenționați, din timp, ordonatorul principal de credite, când este planificată acreditarea unității pe care o conduceți, faceți demersurile necesare pentru includerea taxei de acreditare în buget și folosiți fondurile alocate conform destinației acestora;
- nu cheltuiți bugetul alocat de ordonatorul principal de credite pe consultanță pentru întocmirea dosarelor de evaluare (!). Dacă vă preocupați din timp, nu sunt greu de întocmit și, în niciun caz, nu reclamă angajarea unor “consultanți” externi; puteți apela oricând la colegii din Co.N.A.S., fără costuri (!), prin corespondență pe info@conas.gov.ro, fax, telefonic etc.;
- echipa de management este cea care trebuie să se implice direct în pregătirea documentelor solicitate de Co.N.A.S., nu diverși “consultanți” externi, mai ales că mulți dintre dumneavoastră au absolvit curul de evaluatori Co.N.A.S.;
- informați-vă permanent în legătură cu evoluția procesului de evaluare/acreditare și apreciați în cunoștință de cauză efectele unei evaluări cu neconformități; consultați periodic www.conas.gov.ro pentru noutăți specifice procesului de acreditare;
- primul ciclu al acreditării are o structură preponderent “birocratică”, ușor de îndeplinit pentru o echipă responsabilă și bine documentată. Pregătiți-vă de pe acum pentru ciclul al doilea, care începe în 2016; atunci, evaluatorii Co.N.A.S. vor verifica dacă s-au implementat regulamentele, normele, ghidurile de practică, protocoalele sau măsurile dispuse în documentele prezentate și evaluate în primul ciclu al acreditării;
- nu neglijați faptul că personalul Co.N.A.S. vă este partener și colaborator în procesul de acreditare;
- anterior vizitei de evaluare, vă rog să solicitați expertiza noastră, dacă aveți nelămuriri sau dificultăți în abordarea standardelor; nu uitați, aveți la dispoziție o adresă operativă de e-mail pentru toate întrebările tehnice, la info@conas.gov.ro;
- în esență, acest prim ciclu al procesului de acreditare ține foarte mult de atitudinea față de cunoașterea elementelor supuse evaluării, indiferent dacă suntem cadre medicale, economiști sau ingineri.

Apreciați că până la sfârșitul anului 2015 veți finaliza procesul de evaluare a spitalelor din țară?

Dacă nu intervin elemente neprevăzute în următorii ani, am convingerea că vom reuși să evaluăm toate unitățile medicale din țară.

Ca să-i liniștesc pe managerii care solicită "amânarea evaluării", motivând lucrări de reabilitare, reparații sau diverse modificări de structură, vreau să le spun că pregătirea unității sanitare pentru primul ciclu de acreditare se raportează într-o foarte mică măsură la aspectul fizic al clădirilor și reclamă mai mult aspecte care țin de cunoașterea și aplicarea legislației, normelor, procedurilor și a regulamentelor din domeniu.

Atrag atenția să nu se facă confuzie între atribuțiile instituțiilor care coordonează și controlează unitățile sanitare, din punct de vedere medico-sanitar sau medico-legal, și responsabilitățile, conferite prin lege, Co.N.A.S.

Pentru a preîntâmpina situații-limită, în master planul nostru am prevăzut și vizite inopinate la unitățile acreditate până acum, pe toată perioada celor cinci ani, cât este valabil certificatul de acreditare. De asemenea, vom apela la onestitatea echipelor de management solicitând autoevaluări semestriale.

Între 2005 și 2011 ați fost managerul Spitalului Clinic "Caritas", un spital cu tradiție, fiind unul dintre cele mai vechi din București. Ce a însemnat pentru dvs. închiderea spitalului?

Din nefericire, în primăvara anului 2011 s-au unit "gospodarii din sistem" și, printr-o acțiune-fulger, au distrus munca zecilor de generații de profesioniști formați de-a lungul vremii la Caritas. Pe 1 aprilie 2011, ca o păcăleală, au închis brutal ușa în nas unei populații de peste 430.000 de locuitori (!), lăsând sectorul 3 al Capitalei fără cea mai importantă unitate sanitară, spulberând realizările remarcabile ale unui colectiv care-și pusese toată dăruirea și toată priceperea în folosul comunității.

Spitalul a fost închis abuziv și ilegal, fără vreo explicație logică, el nefiind în niciuna din situațiile pentru care Guvernul Boc, prin ministrul Cseke, a închis peste noapte 68 de spitale, respectiv nu avea niciun fel de datorii, nici la bugetul de stat, nici către furnizorii privați, practic cu zero arierate din 2006 până în 2011 (!), adresabilitatea creștea an de an (20.000 de pacienți externati/an), 2.300 de nașteri/an, 3 clinici universitare cu activitate didactică intensă, 438 de paturi, 470 de angajați.

Contractul de închiriere cu proprietarii era valabil până în iunie 2015 (!), farmacia și magazia de materiale sanitare erau bine aprovizionate, nu am avut reclamații de la pacienți, nu am avut conflicte cu sindicatele din domeniu, iar spitalul funcționa fără sincope vizibile.

Când a fost necazul de la maternitatea Giulești, am preluat 22 de bebeluși și mamele lor. Atunci am fost apreciați și laudați, iar toată lumea a zis "ce bine că există Caritasul!"; de câte ori era nevoie de anumite medicamente, spitale cu pretenții apelau la noi, aveam parteneriate cu Ministerul Sănătății, CNAS, Co.N.A.S. etc., pe diverse proiecte, colectivele de cercetare și cadrele didactice erau implicate în studii clinice și au contribuit la alcătuirea câtorva ghiduri de practică folosite și astăzi în tot sistemul sanitar din România. ●

CUM CARACTERIZAȚI SISTEMUL DE SĂNĂTATE DIN ROMÂNIA?

Sistemul, în ansamblul său, ca de altfel întreaga economie, s-a deteriorat imediat după ianuarie 2009, deși în intervalul 2001-2008 se înregistraseră progrese remarcabile în domeniul medico-sanitar, ca de altfel în toate domeniile de activitate.

Din nefericire însă, între 2009 și 2012 s-au depreciat multe dintre condițiile care pot contribui la revigorarea sistemului de sănătate, începând cu baza de colectare a taxelor și a impozitelor și terminând cu starea fizică a clădirilor în care funcționează prestatorii de servicii medicale.

Din fericire, "luminița de la capătul tunelului" a început să se vadă în zona unităților sanitare private, care reprezintă o alternativă pentru o anumită categorie de pacienți, iar dacă ar deveni autosustenabile, ar degreva sistemul de stat de plata unor servicii concurențiale, iar CNAS și-ar orienta bugetul strict pentru finanțarea serviciilor medicale cuprinse în pachetul de bază.



"SISTEMUL SANITAR ESTE CA UN PORTAVION AVARIAT, PE CARE CEI CARE DECID AZI SE STRĂDUIESC SĂ-L REPARÉ ÎN LARGUL MĂRII, IAR AVIOANELE STAU ÎN AER CU COMBUSTIBILUL LA LIMITA DE AVARIE ȘI AȘTEAPTĂ SĂ SE REMEDIEZE DEFECȚIUNEA."

Ce angajăm, omul sau CV-ul?



Olga Bocan
Field&HR Manager

ConSeco deține o îndelungată experiență în derularea proiectelor de recrutare în care are ca parteneri companii farmaceutice și din domeniul FMCG. Din această perspectivă, poate veni în întâmpinarea unor întrebări care cu siguranță sunt în mintea atât a angajatorilor, cât și a potențialilor candidați.



CE ANGAJĂM, DE FAPT?

Ne este suficientă experiența acumulată și practic angajăm numai CV-ul și nu persoana în integralitatea comportamentului ei?

SUNT NECESARE RECOMANDĂRILE ȘI SUNT ELE TRANSPARENTE 100%?

Iată două puncte pe care ConSeco dorește să le clarifice cu mențiunea că în fond și la urma urmei fiecare angajează ceea ce i se potrivește la momentul respectiv. Acest punct merită însă precizarea că fiecare hotărâre de angajare trebuie însoțită și de asumarea ei, indiferent dacă respectiva colaborare se încheie sau nu după trei luni. Recomandarea noastră ar fi să fie aplicat și un exit interviu, ale cărui rezultate să fie examinate îndeaproape.

Să răspundem punctual întrebărilor de mai sus:

EXPERIENȚA ȘI CUNOȘTINȚELE NU SUNT SUFICIENTE

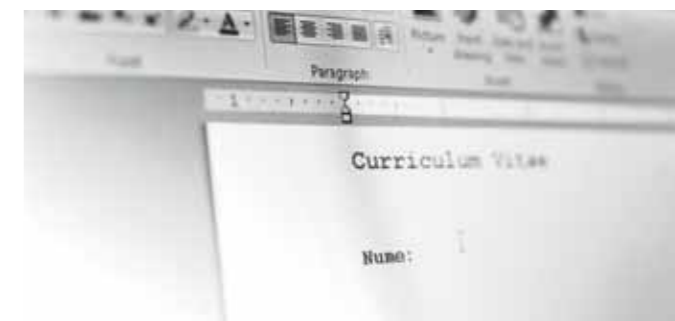
Din experiența ConSeco, cazul cel mai fericit este al celor care au și experiență și care se și potrivesc culturii organizaționale care îi recrutează. La polul opus se află doar CV-urile "fabricate" și al căror conținut se potrivește perfect cu cel al anunțului de recrutare. Pentru că este cert: sunt cazuri, nu puține, în care CV-urile sunt falsificate.

Rămân însă de potrivit, ca piese ale puzzle-ului, puncte importante ale fiecărei relații angajat-angajator: cât este de implicat? de loial? ce îl motivează? cum lucrează în echipă? ce stil de lucru îl caracterizează?

Sunt întrebări la care un departament de resurse umane, capabil și coerent în decizii, poate răspunde oricând.

De-a lungul experienței în recrutare, ConSeco a întâlnit și situații în care nici măcar specialistul în resurse umane nu știa cu exactitate ceea ce caută.

Dacă ne rezumăm la ce funcții a deținut și la ce cunoștințe a dobândit până în momentul recrutării, riscăm să semnăm un contract cu un angajat despre care nu știm mai nimic și care ne poate oferi surprize "inedite". CV-ul este, de fapt, numai o



interfață a noastră și deseori nu ne este o carte de vizită completă. În acest sens, avem exemple de manageri neadaptati stilului din companie, personal de execuție demotivat și, cu toate acestea, mai sunt întrebări de genul: "De ce nu performăm?"

RECOMANDĂRILE, DOAR DIN SURSE DE ÎNCREDERE

Și da, și nu, depinde de sursa utilizată. Recomandările strânse de la surse verificate de recruiter (ConSeco are propria rețea utilizată la toate nivelele ierarhice) sunt benefice. Facem o precizare: dacă sursa nu este verificată, recomandarea nu este sigură 100%. De ce se întâmplă așa ceva? Pentru că în afara gradului de subiectivism pe care îl deținem toți, sunt cazuri reale în care recomandări excelente au fost date pentru un angajat de care doreau să se debaraseze sau invers, referințe extrem de proaste au fost "oferite" din partea unor manageri cărora le era amenințată funcția sau care aveau pur și simplu o problemă de dialog și de management cu resursa umană.

Concluzionând, orice proces de recrutare dorit a se desfășura profesional, ireproșabil, este un "concurs" de obiectivism, transparență și, mai ales, intuiție. Sunt trei indicatori absolut obligatorii pe care ConSeco dorește a-i aplica de fiecare dată. Este o rețetă de succes care are ca rezultate angajați de lungă durată în companii pentru și cu care lucrează eficient.

Vrem să credem că prin acești trei markeri ai recrutării suntem și noi, ConSeco, o parte din mâna destinului fiecărui candidat care apelează la noi. ●

Europa conectată



Interviu cu **Adina Ioana Vălean**, vicepreședinte al Grupului ALDE (Alianța Liberalilor și Democraților pentru Europa), membru în Comisia pentru industrie, cercetare și energie, Parlamentul European

Miliardul de euro destinat infrastructurii europene de telecomunicații poate fi utilizat în scopul compatibilizării sistemelor de eHealth și eGovernment ale României cu cele din Europa.

În 2011 ați fost selectată „Cel mai influent deputat din Parlamentul European”, conform unui raport realizat de votewatch.eu. Care au fost/sunt principalele acțiuni ale mandatului dvs. în Parlamentul European?

Am fost surprinsă, dar și foarte bucuroasă să primesc un asemenea titlu. Este important faptul că există o organizație care ne monitorizează activitatea și comportamentul la vot. Sunt mândră că un membru liberal din România a condus, în calitate de raportor, dosare legislative importante în domeniul energiei și telecomunicațiilor. De la scăderea prețurilor la roaming pentru voce, sms și date, până la facilitarea accesului la finanțare pentru proiecte de infrastructură energetică, toate sunt rezultatele unei activități intense de consultare, dezbateri și negociere de luni, uneori chiar ani. Mă bucur că valorile liberale sunt susținute pentru impactul lor legislativ pozitiv.

În momentul de față faceți parte din Comisia pentru industrie, cercetare și energie. Care sunt cele mai recente subiecte dezbătute în cadrul Comisiei?

În Comisia de industrie se dezbate în paralel până la 30 de dosare legislative pe o arie largă de tematică, de la finanțarea proiectelor de cercetare până la agenda digitală. În prezent, sunt raportorul Parlamentului European pe un dosar care va cere statelor membre să notifice către Comi-

sie proiectele de infrastructură energetică pentru a putea identifica mai ușor lipsa conexiunilor în piața internă. De asemenea, mă ocup de două opinii legislative pe sistemul European eCall, care urmează a fi implementat în 2015 și care va permite o îmbunătățire substanțială a accesului cetățenilor la serviciile medicale de urgență. Acest sistem presupune instalarea unui aparat în fiecare autovehicul, care, în caz de accident, va transmite în mod automat dispeceratul pentru apeluri de urgență datele privind locul și numărul de pasageri aflați în mașină, la momentul impactului. Ca urmare a localizării exacte și extrem de rapide a posibilelor victime, estimările arată că vor fi salvate 2.500 de vieți, anual, la nivel european.

Care ar trebui să fie politicile autorităților în industrie și energie, pe termen lung, ținând cont de faptul că acestea, precum și schimbările climatice pot afecta sănătatea populației, la nivel global?

Pe termen lung, creșterea economică este singura posibilitate de dezvoltare și principala sursă de bunăstare la nivelul populației. E de-ajuns să ne uităm la statele cele mai dezvoltate ale lumii și ne vom da seama că evoluția se bazează pe stabilitate economică, un sistem investițional onest și corect și o legislație predictibilă. Programele de investiții inteligente, exploatarea propriilor resurse și accesul la resurse noi, creșterea performanței și a eficienței

conglomeratelor industriale, toate trebuie încurajate și susținute cu politici publice coerente care să asigure un mediu de investiții atractiv. Trebuie avute în vedere considerente legate de schimbările climatice, de protecția mediului, a patrimoniului național, a proprietății private, precum și considerente legate de patrimoniul cultural, de tradițiile locale. România se poate înscrie pe acest făgaș de dezvoltare armonioasă și durabilă, dacă reușim să găsim această balanță între creștere economică și sustenabilitate.

În legătură cu „Mecanismul de conectare a Europei”, planul adoptat de Comisia Europeană, în valoare de 30 de miliarde de euro, menit să îmbunătățească rețelele de transport, energie și pe cea digitală din Europa: dat fiind că europenii se confruntă cu actuala criză economică, ce face din această investiție drept unul dintre cele mai bune lucruri implementate în acest moment?

În mod evident, criza actuală – eu aș numi-o criză de încredere în capacitatea sistemului economic de a rămâne competitiv pe termen lung – a redus drastic apetitul băncilor de a finanța activitatea economică. Acestea au fost mai preocupate de a găsi soluții pentru datoriile suverane ale statelor sau cele proprii. Astfel, acum asistăm la un declin al competitivității și dezvoltării prin investiții în industria europeană, cauzat de lipsa de lichidități. De aceea, noul mecanism pentru infrastructura europeană propune o nouă paradigmă de finanțare, în care sunt atrase lichiditățile marilor organisme private de investiții pe termen lung, cum sunt fondurile private de pensii și asigurări de sănătate. Prin garantarea de către BEI – Banca Europeană de Investiții a riscului emiterii unor obligațiuni sau credite pentru proiecte majore de infrastructură, proiectele devin atractive pentru acești investitori privați, care dispun de lichidități suficiente, dar prea puțin valorificate. Altfel spus, atragem bani privați pentru proiecte de interes comun, relaxând astfel presiunea pe bugetele subțiate de măsuri ineficiente de austeritate.

Ce înseamnă, concret pentru România, acest „Mecanism de conectare a Europei”? Care sunt avantajele de care vor beneficia cetățenii României?

Până în acest moment, discutăm de 16 proiecte românești calificate pe lista proiectelor de interes comun european, în domeniul energiei. În mod similar, axele prioritare de transport ce traversează România sunt și ele incluse în lista finanțării pentru transport. Cu alte cuvinte, România poate beneficia de un mix generos de granturi, credite și instrumente financiare inovatoare, pe care le

descriam mai sus, pentru a-și moderniza și completa infrastructura. Dacă vorbim de posibilele proiecte privind sănătatea, trebuie să vă spun că miliardul de euro destinat infrastructurii europene de telecomunicații poate fi utilizat în scopul compatibilizării sistemelor de eHealth și eGovernment ale României cu cele din Europa.

Pe lângă activitatea întreprinsă în cadrul Parlamentului European, în ce alte activități mai sunteți implicată? Care sunt planurile dvs.?

De mai bine de un an, sunt copreședinte al Forumului pentru Automobil și Societate, alături de președintele Grupului Conservatorilor din Parlamentul European, precum și de alți doi deputați europeni reprezentanți ai celorlalte grupuri politice mari, PPE și S&D. În cadrul forumului, discutăm lunar problematica importantă pentru industria automobilelor, precum și influența acesteia asupra societății. De câteva luni, sunt tot mai implicată și în dezbaterile cu privire la noul acord comercial cu Statele Unite, care, dacă va fi adoptat, va deschide cele două piețe către noi produse și servicii, intensificând astfel competitivitatea industriei transatlantice la nivel global. Pe mai departe, îmi doresc să continui ce am început acum șapte ani. Aș vrea să găsim, împreună cu industria românească și cu guvernul de la București, canale mai bune de comunicare între români și reprezentanții lor la Bruxelles. Asta îi ajută, pe de-o parte, pe cei de acasă să înțeleagă cu ce ne ocupăm, dar ne ajută și pe noi să le susținem nevoile și așteptările. Ce se întâmplă la Bruxelles ne afectează direct și e important să lucrăm împreună pentru identificarea și promovarea interesului național.

În prezent, PNL deține trei portofolii importante: CNAS, Ministerul Sănătății și șefia Comisiei de sănătate din Senat. În calitate de femeie și de om politic, de ce considerați că are nevoie sistemul de sănătate din România pentru a fi reformat?

Cred că noul pachet de reformă propus de ministrul sănătății, săptămâna trecută, este un pas bun către schimbarea situației. Sistemele de sănătate se confruntă în multe state ale lumii cu probleme de eficiență și, mai ales, de finanțare. Ce ne-a lipsit nouă multă vreme, în România, a fost vederea de ansamblu. Trebuie să stabilim unde vrem să ajungem, ca să putem identifica ce e de făcut. Dacă dezideratul este să avem servicii de calitate și ieftine, atunci ar trebui să înțelegem și să adoptăm sistemele care s-au dovedit performante în alte state. Vreau să cred că se fac pași în direcția bună, chiar dacă poate mai încet decât ne-am dori. ● (R.B.)

Principalele analize economice utilizate în evaluarea medicamentelor și transferabilitatea acestora în România

În numărul precedent, am trecut în revistă un cadru general al evaluării tehnologiilor medicale (ETM - health technology assessment, în engleză). În rândurile care urmează mă voi opri asupra a două dintre analizele amintite în recentul ordin 724/2013 al Ministerului Sănătății, care vizează evaluarea medicamentelor, chiar dacă în fapt acestea au doar un rol pur informativ, respectiv la studiile de cost-utilitate și la analiza impactului bugetar¹. În final, voi trece în revistă câteva dintre dificultățile care pot fi întâlnite în utilizarea studiilor efectuate în alte țări sau la nivel internațional în cazul în care se va dori folosirea acestora în condițiile specifice României.



Conf. univ. dr. **Marian Sorin Paveliu**,
Universitatea Titu Maiorescu București,
Facultatea de Medicină, Disciplina Farmacologie
și Farmacoeconomie

ANALIZA COST-UTILITATE

ÎN FIECARE AN APAR NOI MEDICAMENTE. HOPUL CEL MARE PENTRU ORICARE PRODUS nou odată înregistrat este să acceadă la o formă de finanțare publică – respectiv, să fie inclus într-un program de sănătate sau pe o listă de compensare parțială sau totală. Să ne imaginăm că bugetul alocat medicamentelor este constant în valori absolute și că eventualele costuri ale noilor medicamente exced acest buget. Decizia de introducere pe lista de compensare va conduce inevitabil la reducerea sumelor cheltuite pentru alte medicamente. Se pune problema care medicamente vor trebui să fie înlăturate sau a căror finanțare să fie diminuată? Și pe ce criterii? Un răspuns se încearcă a se da prin intermediul comparațiilor făcute pe baza studiilor de cost-utilitate.

În esență, studiile de cost-utilitate sunt doar o variantă a studiilor de cost-eficacitate clinică. În acestea din urmă, costurile sunt raportate la câștigurile exprimate în unități de măsură naturale, de exemplu, nivelul scăderii valorilor tensiunii arteriale, ani de viață salvați, kilograme pierdute în greutate, scăderi ale colesterolului seric etc. Pentru că este aproape imposibil să faci comparații privind eficacitatea când unitățile de măsură diferă, s-a apelat la o unitate de măsură identică pentru toate intervențiile – QALY (quality adjusted life years – ani de viață ajustați din punct de vedere calitativ), studiile fiind denumite de cost-utilitate. Așa se face că aceste studii s-au generalizat, mai toate analizele economice făcând apel la calcularea costurilor și a numărului de QALY câștigați.

Termenul de QALY a fost utilizat pentru prima dată în 1976 de către Zeckhauser și Shepard, dar conceptul a fost introdus de Klarman & asociații în 1968, când s-a făcut pentru prima oară o evaluare a eficacității dializei³. Pliskin et al. (1980)⁴ l-au definit în forma pe care îl folosim astăzi, completând astfel teoria utilității prin aplicarea ei la intervențiile medicale. Conceptul și teoria în acest domeniu s-au impus relativ dificil. Într-o lucrare publicată în 1992 s-au numărat doar 51 de studii care au folosit această unitate de măsură pe parcursul întregului an⁵. După ce QALY a fost acceptat ca unitate de măsură standard, numărul de lucrări bazate pe acesta a crescut exponențial, în prezent fiind anual publicate sute sau chiar mii de studii de cost-utilitate.⁶

Inițial, s-a considerat că parametrul cel mai bun de comparare a beneficiilor ar putea fi perioada de viață câștigată. Totuși, luând exemplul extrem al unui pacient care poate fi ținut în viață ani și chiar zeci de ani cu ajutorul aparatelor, fără să aibă o activitate cerebrală, s-a ajuns la concluzia că trebuie să se facă o corecție – calitatea vieții prelungite.

Weinstein și Stason au descris QALY ca fiind o măsură a rezultatelor în sănătate (outcomes) care apreciază **calitatea vieții asociată stărilor de sănătate cu care este ajustat timpul de supraviețuire.**

Calitatea vieții într-o anumită stare de sănătate este cuantificată prin valoarea pe care indivizii o acordă diferitelor stări de sănătate. Astfel, un an de sănătate perfectă este valorizat cu 1, în timp ce moartea iminentă se apreciază cu 0. Pentru a judeca calitatea vieții, sunt luați în considerare factori cum ar fi mobilitatea, durerea, depresia și capacitatea de autoîngrijire.

Deși modalitățile de determinare a utilității sunt variate și cu grade de complexitate diferite – pentru uz didactic ne vom limita la a ne referi strict la una dintre metodele cele mai facile de apreciere a acesteia – scara vizuală. Cu acest instrument grafic, pacientul este rugat să indice cum apreciază starea lui de sănătate pe o scală de la 0 la 1 (0 la 100). După ce s-a aplicat tratamentul pacientului, i se cere din nou să-și aprecieze starea de sănătate în noile condiții. Plecând de la premisa că există o îmbunătățire, putem calcula câștigul în calitate. Această valoare (utilitatea) se înmulțește cu perioada de supraviețuire. Putem să ne imaginăm că un pacient cu o formă de cancer care ar fi supraviețuit un an cu tratamentul A ar fi avut o calitate a vieții de 0,5, ceea ce ar însemna 0,5 QALY (1 x 0,5). Un nou tratament B ar putea conduce la o creștere a calității vieții în primul an de la 0,5 la 0,7 (1 x 0,7 = 0,7 QALY) și o creștere a supraviețuirii cu încă un an, de data aceasta, să presupunem, la o calitate a vieții de 0,6 (1 x 0,6 = 0,6 QALY). În total, cu tratamentul B pacientul va aduna 1,3 QALY față de numai 0,5 QALY cu tratamentul A. În total, vom calcula un câștig de 0,8 QALY în urma aplicării tratamentului B, comparativ cu A.

Dacă vom calcula și o diferență a costurilor suplimentare survenite ca urmare a aplicării noului tratament, vom putea calcula ICER (Incremental cost-effectiveness ratio – rata de creștere a cost-eficacității) adică suma cheltuită pentru câștigarea unui QALY în plus. **Cu acest indicator putem face comparația între oricare dintre intervențiile medicale,** indiferent dacă este vorba de o intervenție chirurgicală, de o procedură precum dializa sau de un medicament și, implicit, putem face comparație între rezultatele diferitelor medicamente.

În practică însă, realizarea unui studiu de cost-utilitate este destul de dificilă. Variabilele luate în calcul sunt numeroase, atât în ceea ce privește costurile presupuse și specifice fiecărei stări de sănătate

În esență, studiile de cost-utilitate sunt doar o variantă a studiilor de cost-eficacitate clinică. În acestea din urmă, costurile sunt raportate la câștigurile exprimate în unități de măsură naturale, de exemplu, nivelul scăderii valorilor tensiunii arteriale, ani de viață salvați, kilograme pierdute în greutate, scăderi ale colesterolului seric etc.

REALIZAREA UNUI STUDIU DE COST-UTILITATE ESTE DESTUL DE DIFICILĂ. VARIABILELE LUATE ÎN CALCUL SUNT NUMEROASE, ATÂT ÎN CEEA CE PRIVEȘTE COSTURILE PRESUPUSE ȘI SPECIFICE FIECĂREI STĂRI DE SĂNĂTATE ȘI FIECĂRUI PACIENT, CÂT MAI ALES DATORITĂ FAPTULUI CĂ ANALIZA TREBUIE SĂ SE EXTINDĂ LA NIVELUL UNEI ÎNTREGI POPULAȚII.

și fiecărui pacient, cât mai ales din cauza faptului că analiza trebuie să se extindă la nivelul unei întregi populații. Dacă la un pacient determinat putem calcula simplu valoarea ICER, nu același lucru îl putem face când este vorba de diferiți pacienți, cu vârste și speranțe de viață diferite, de exemplu.

Fără a intra în amănunte, specialiștii în economie sanitară apelează la diverse programe și tehnici de modelare. În programe specializate se introduc diferite valori absolute ale costurilor și câștigurilor în sănătate și probabilități de apariție a unor evenimente, obținând în final ICER-ul specific intervenției respective.

Din comparația ICER-ului a două intervenții medicamentoase pot surveni patru posibilități:

- produsul nou este mai scump, dar efectele sunt inferioare celui clasic – decizia este simplă – produsul nou va fi respins de la finanțare;
- produsul nou este mai ieftin și are efecte superioare celui clasic – indubitabil, produsul nou va fi preferat;
- produsul nou este mai ieftin, însă are rezultate inferioare trata-



mentului clasic (situație rar întâlnită în practică);

- produsul nou este mai scump decât cel clasic, dar are efecte superioare (situația cea mai frecventă).

În aceste două ultime situații este necesară calcularea ICER-ului. Țări diferite au praguri diferite pentru valoarea unui QALY suplimentar câștigat în funcție de care să se considere că un tratament este suficient de cost-eficace pentru a merita finanțarea publică. Marea Britanie, spre exemplu, de regulă acceptă fără restricții acele medicamente care demonstrează un ICER cu o valoare de sub 20.000 £ față de comparatorul său.⁸

În realitate, deși pragul pentru un QALY câștigat este cvasicunoscut, nicio țară din lume nu îl declară sau nu-l include într-un act normativ, el având mai degrabă un rol orientativ.

OMS a încercat să armonizeze diversitatea valorilor-prag din țări diferite recomandând o valoare egală cu venitul pe cap de locuitor al produsului intern brut pentru ca un produs să fie acceptat și un maxim de trei ori această valoare, peste care recomandă ca produsul să fie respins de la finanțarea publică, fiind cost ineficace!⁹ Această recomandare a OMS, deși probabil corectă și concordantă cu pragurile din multe țări, poate crea mari probleme în justificarea deciziilor din țara noastră. Astfel, un produs care are un ICER de £20.000 în Marea Britanie probabil că va fi acceptat la finanțare, în timp ce în România această valoare se apropie de pragul la care, îndubitabil, nu ar trebui compensat. Multe dintre produsele deja finanțate de CNAS se confruntă cu această dilemă, fapt semnalat și de experții NICE în urmă cu 2 ani!¹⁰ Probabil că unul dintre motivele pentru care introducerea evaluării economice a medicamentelor nu este privită cu ochi buni de industria farma este tocmai necesitatea reevaluării unor medicamente pentru care CNAS plătește în prezent mii și chiar sute de mii de milioane de euro anual și pentru care, pentru a putea fi rambursate, ar fi nevoie de reduceri substanțiale ale prețurilor!

Toate aceste informații și probabilități sunt, de asemenea, agregate într-un model care oferă dimensiunea finală a efortului financiar suplimentar. Dacă administratorul bugetului nu va lua în considerare capacitatea sa de a suporta noile cheltuieli, un dezechilibru major este aproape sigur, iar consecințele sunt dintre cele mai neplăcute: adesea se ajunge ca pentru a acoperi nevoile de tratament cu noul medicament să fie lăsate neacoperite cheltuieli cu medicamente care au trecut proba timpului, care sunt mai ieftine și acoperă nevoile a mult mai multor pacienți. De aceea, analiza impactului bugetar a devenit o informație oferită în paralel, aparent auxiliară studiului de cost-eficacitate, dar cu o importanță adesea chiar mai mare. AIB stă la baza programelor curative de sănătate (nu în țara noastră încă), cei care decid politica sanitară stabilind încă de la început care este suma suplimentară pe care o poate disponibiliza către noul tratament, determinând numărul maxim de pacienți care poate fi tratat cu suma alocată. Astfel, apare necesitatea dezvoltării unor protocoale de tratament care să prevadă modalitatea prin care se va face accesul pacienților la noua tehnologie și, implicit, apariția listelor de așteptare.

AIB este, de regulă, un studiu elaborat și furnizat de către producător și arareori este acceptat spre publicare în revistele științifice, fiind particularizat pentru fiecare țară și situație și, de



aceea, de un mai mic interes științific general. Datele care influențează major rezultatele sunt cele de epidemiologie și costurile specifice fiecărui sistem în parte, iar rezultatele au o mică relevanță pentru efectuarea de comparații între țări. Însăși structura sistemului sanitar influențează rezultatele (spre exemplificare, un pacient cu boala Alzheimer a cărui viață este prelungită cu un medicament antidementiv va avea asociate costuri specifice într-o țară bogată, care finanțează îngrijirea în cămine de bolnavi specializate, și costuri extrem de mici în România, unde asemenea facilități sunt rarism și suportate doar în mică măsură din bugetul asigurărilor sociale). AIB reprezintă și cea mai importantă bază de negociere între terțul plătit, de exemplu asiguratorul, și producător, adesea fundamentând scheme de împărțire a riscului sau contracte de discount în funcție de volum. Astfel, contractele de finanțare iau în calcul și posibilitatea apariției unui număr mai mare de pacienți decât cel estimat sau a unor cheltuieli suplimentare, caz în care sunt prevăzute și reduceri ale sumelor decontate. De asemenea, unele contracte iau în calcul rata de succes, condiționând o parte a rambursării și de rezultatele obținute. Astfel, terțul plătit își ia măsuri față de o eventuală și previzibilă subevaluare a impactului bugetar estimat de producător.

OMS A ÎNCERCAT SĂ ARMONIZEZE DIVERSITATEA VALORILOR-PRAG DIN ȚĂRI DIFERITE RECOMANDÂND O VALOARE EGALĂ CU VENITUL PE CAP DE LOCUITOR AL PRODUSULUI INTERN BRUT PENTRU CA UN PRODUS SĂ FIE ACCEPTAT ȘI UN MAXIM DE TREI ORI ACEASTĂ VALOARE, PESTE CARE RECOMANDĂ CA PRODUSUL SĂ FIE RESPINS DE LA FINANȚAREA PUBLICĂ, FIIND COST INEFICACE!

Atât pentru studiile de cost-utilitate, cât și pentru analiza impactului bugetar, cei care decid adoptă ghiduri de elaborare astfel încât informațiile din dosarul înaintat autorităților să fie întocmite după aceleași reguli și având la bază același set de date.

Condiția de bază pentru succesul acestor evaluări este însă transparența totală, pentru a da posibilitatea tuturor competitorilor de a analiza corectitudinea datelor oferite și a premiselor de la care se pleacă, adesea contestațiile conducând la amânarea nedorită a unei decizii favorabile.

TRANSFERABILITATEA STUDIILOR DE COST-UTILITATE

STUDIILE INTERNAȚIONALE EFECTUATE ÎN DOMENIUL EVALUĂRII EFICACITĂȚII ȘI COST-EFICACITĂȚII aspiră la generalizare – adică la recunoașterea lor în toate țările. Dacă în cazul eficacității nu pot fi găsite decât rarism argumente care să justifice respingerea rezultatelor în țări diferite, în ceea ce privește cost-eficacitatea lucrurile sunt total diferite. În situațiile în care generalizarea este inacceptabilă, se pune întrebarea în ce măsură studiul este măcar transferabil, modificând doar parametrii specifici țării respective.

Deși **prin ordinul 724/2013 au fost solicitate date privind studiile de cost-eficacitate clinică, acestea nu pot avea decât un caracter orientativ.** Cercetătorii au convenit de multă vreme că transferabilitatea rezultatelor studiilor realizate în alte jurisdicții pot fi influențate de o serie întreagă de factori, printre care se numără cei demografici, caracteristicile epidemiologice, diferențele existente între structura și modul în care serviciile medicale sunt oferite populației, prețurile medicamentelor și serviciilor medicale etc. Există câteva propuneri ale cercetătorilor de aplicare a unor algoritmi care să determine în ce măsură studiile din alte țări sunt transferabile (Welte, Boulenger), însă este suficient să ne limităm la diferențele existente în domeniul costurilor, ca să ne dăm seama că un studiu efectuat în condițiile specifice României nu are cum să conducă la aceleași rezultate precum la cele efectuate în alte țări, având în vedere cheltuielile cu sănătatea disproporționat de mici din țara noastră.^{11,12} Este adevărat, în unele țări transferarea datelor se poate face doar efectuându-se mici adaptări. Este cazul țărilor care au sisteme sanitare comparabile din punctul de vedere al resurselor și al practicii medicale. Apreciez însă că autoritățile trebuie să se îndrepte cât mai rapid către solicitarea de a li se pune la dispoziție studii de cost-eficacitate clinică efectuate folosind datele specifice țării noastre, atât pentru corectitudinea comparațiilor, cât și pentru evidențierea diferențelor între practica medicală din țara noastră și cea din țările avansate economic. Astfel, vom căpăta informații suplimentare asupra direcțiilor spre care trebuie să se îndrepte încercările de restructurare a sistemului de îngrijiri de sănătate din România. ●

CONCLUZII

Ordinul 724/2013 ar fi trebuit să reprezinte un pas înainte pe calea introducerii ETM în România. Din păcate, acest moment a fost ratat, iar stabilirea unui echilibru echitabil între ceea ce ne putem permite și ceea ce reprezintă doar un lux rămâne în continuare dreptul rezervat al celor care decid politic, pe criterii mai degrabă subiective. **Oricâte minusuri ar avea studiile de cost-eficacitate, ele au menirea de a scoate la suprafață acele produse care sunt disproporționat de scumpe raportat la beneficii, într-un sistem care se află de multă vreme într-o stare de marcată insuficiență financiară.** Pe de altă parte, în absența unor studii de analiză a impactului bugetar făcute unitar, ratăm încă o dată șansa unor negocieri cu producătorii, negocieri care ar putea aduce economii substanțiale bugetului asigurărilor sociale de sănătate. Totuși, în măsura în care factorul politic va dori cu adevărat să se preocupe de aspectele de sustenabilitate și de eficacitate ale tratamentelor rambursate în România, cele mai multe studii vor trebui efectuate de la zero, ținând cont de particularitățile țării noastre, atât de îndepărtate de realitățile din țările dezvoltate economic la care se raportează studiile internaționale publicate.

BIBLIOGRAFIE

1. Ordinul nr. 724/2013 pentru aprobarea criteriilor de evaluare a tehnologiilor medicale, a documentației care trebuie depusă de solicitanți, a instrumentelor metodologice utilizate în procesul de evaluare și a metodologiei de evaluare privind includerea, extinderea indicațiilor sau neincluderea medicamentelor în Lista cu denumiri comune internaționale ale medicamentelor de care beneficiază asigurații, pe bază de prescripție medicală, cu sau fără contribuție personală Publicat în Monitorul Oficial, Partea I nr. 339 din 10.06.2013.
2. Zeckhauser R.J., Shepard D.S., „Where now for saving lives?.” Law and contemporary problems, 1976, 40(4), 5-45.
3. Klarman, Fransis, Rosenthal, Cost effectiveness analysis applied to the treatment of chronic renal disease. Medical Care, 1968, 6, 48-54.
4. Pliskin, Joseph S., Donald S. Shepard, Milton C. Weinstein, Utility Functions for Life Years and Health Status, Operations Research, 1980, 28, 206-24.
5. Gerard K., Cost-utility in practice: a policy maker's guide to the state of the art. Health Policy 1992, 21, 249-79.
6. Sassi F., Calculating QALYs, comparing QALY and DALY calculations. Health Policy Plan., 2006, 21(5), 402-8.
7. Weinstein MC, Stason WB. Foundations of costeffectiveness analysis for health and medical practices. N Engl J Med 1977;296:716-21.
8. Cleemput I, Neyt M, Thiry N, De Laet C, Leys M. Using threshold values for cost per quality-adjusted life-year gained in healthcare decisions. Int J Technol Assess Health Care. 2011 Jan;27(1):71-6. Epub 2011 Jan 25.
9. Organizația Mondială a Sănătății. Cost-effectiveness thresholds descărcat de la adresa: http://www.who.int/choice/costs/CER_thresholds/en/.
10. F. Ruiz, R. Lopert, K. Chalkidou, (NICE Internațional) Technical Assistance in Reviewing the Content and Listing Processes for the Romanian Basic Package of Health Services and Technologies, Final report and Recommendations: Next Steps, January 2012, descărcat de la <http://www.ms.gov.ro/upload/Ministerul%20Sanatatii%20nice%20Romania%20final%20report.doc>.
11. S Knies, AJHA Ament, SMAA Evers, JL Severens The transferability of economic evaluations. Testing the model of Welte Value in Health 2009; 12 (5): 730-738.
12. Transferability of Economic Evaluations Across Jurisdictions: ISPOR Good Research Practices Task Force Report Michael Drummond et al. Volume 12 • VALUE IN HEALTH Number 4 • 2009.

Evaluarea tehnologiilor medicale în Franța, un model de urmat pentru România?

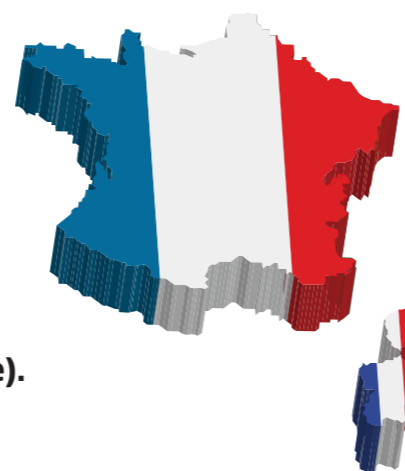
În Franța, condițiile generale ale sistemului de compensate (atât medicamente, cât și dispozitive medicale) se stabilesc prin lege și sunt puse în aplicare la nivel național de către organismele guvernamentale. Atunci când autorizația de comercializare este acordată fie de către Agenția Europeană a Medicamentelor, fie de către Agenția Națională pentru Siguranța Medicamentelor și a produselor medicale (ANSM), compania trebuie să aplice pentru rambursare pe liste pentru a obține finanțare de la asigurarea obligatorie de sănătate (în franceză, assurance maladie obligatoire).

Răzvan Vâlceanu

EXISTĂ DOUĂ LISTE PENTRU MEDICAMENTE: UNA PENTRU MEDICAMENTE COMPENSATE cu rețete prescise de farmacii (Liste des Spécialités remboursables aux Assurés Sociaux) și una pentru medicamente din spital (Liste des Spécialités agréées aux collectivités). Un produs poate fi pe ambele liste.

Din anul 2004, medicamentele din spital pot fi trecute pe două liste suplimentare: medicamente furnizate pacienților în sistem ambulatoriu (liste retrocession) și medicamente costisitoare, disponibile doar în spital și care sunt facturate asigurării de sănătate pe lângă taxele de spitalizare (liste T2A). Pentru dispozitive medicale există o singură listă: lista de produse și servicii medicale compensate (liste des produits et prestations remboursables).

Însă pentru a înțelege mai bine sistemul de evaluare a tehnologiilor medicale din Franța trebuie mai întâi să observăm care sunt actorii-cheie din acest proces și cum interacționează între ei.



FACTORII DE DECIZIE

SISTEMUL FRANCEZ ÎȘI ÎMPARTE FACTORII DE DECIZIE ÎN DOUĂ GRUPURI DE STRUCTURI. Primul grup este cel al structurilor de evaluare a tehnologiilor medicale, iar cel de-al doilea este cel al structurilor care determină compensarea.

STRUCTURILE DE EVALUARE A TEHNOLOGIILOR MEDICALE DIN FRANȚA SUNT:

Haute Autorité de Santé (HAS)

Autoritatea Națională pentru Sănătate franceză a fost înființată de guvernul francez în august 2004, cu scopul de a reuni sub un singur acoperiș o serie de activități menite să îmbunătățească calitatea îngrijirilor oferite pacienților și pentru a garanta echitatea în sistemul de sănătate. Activitățile acestei autorități sunt diverse. Ele variază de la evaluarea medicamentelor, a dispozitivelor și a procedurilor medicale, publicarea unor îndrumări și până la acreditarea organizațiilor de sănătate (spitale, clinici etc.) și certificarea medicilor. Toate aceste activități se bazează pe experiența științifică riguros dobândită de experții săi de-a lungul timpului. De asemenea, organizația se ocupă cu furnizarea de informații și cu formarea personalului în ceea ce privește problemele de calitate. HAS nu este o autoritate guvernamentală, ci un organism public independent ce se bucură de autonomie financiară. Legea mandatează HAS să efectueze activități specifice pe care le raportează guvernului și parlamentului. Aceasta menține legătura cu agențiile guvernamentale

de sănătate, fondurile de asigurări de sănătate, organismele de cercetare, uniuni ale cadrelor medicale și asociații ale pacienților.

Commission de la Transparence

Comisia pentru transparență este comisia științifică din cadrul HAS formată din medici, farmaciști, specialiști în metodologie și epidemiologie care evaluează medicamentele ce au obținut autorizația de piață, în cazul în care producătorul dorește includerea lor pe lista de medicamente compensate.

Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé (CNEDiMTS)

Comisia națională de evaluare a dispozitivelor și a tehnologiilor medicale este comisia HAS care are rolul de a oferi consultanță științifică cu privire la utilitatea, eficacitatea și folosirea adecvată a dispozitivelor medicale. Opinia comisiei este utilizată pentru a evalua beneficiul medical furnizat de un dispozitiv nou sau de o tehnologie medicală nouă și îmbunătățirea situației medicale după utilizarea acestora. Această opinie este luată în considerare pentru stabilirea ratei de compensare aplicate de către asiguratorii din sănătate și a prețului de vânzare stabilit de către administrație. Opiniile experților și recomandările stabilite de comisie contribuie la implementarea bunelor practici de utilizare a medicamentelor și a dispozitivelor medicale.

Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM)

Agenția Națională pentru Siguranța Medicamentelor și a produselor medicale a fost creată prin lege la 29 decembrie 2011 și are sarcina de a confirma siguranța medicamentelor și a dispozitivelor medicale. Ea a înlocuit, de la 1 mai 2012, vechea agenție AFSSAPS, preluând toate atribuțiile, drepturile și obligațiile acesteia. Agenția are rolul de a supraveghea siguranța produselor medicale destinate uzului uman pe întreaga lor durată de viață. Acestea includ: medicamente, produse biologice, vaccinuri, dispozitive medicale, dispozitive pentru diagnosticarea in vitro, produse cosmetice, produse



pentru tatuaje etc. Agenția evaluează siguranța folosirii, eficacitatea și calitatea acestor produse. De asemenea, efectuează controlul și testarea de laborator a acestor produse, inspecții la locul de producție a acestora și supraveghează publicitatea făcută produselor medicale.

STRUCTURILE CARE DETERMINĂ COMPENSAREA SUNT:

Ministerul Sănătății

Ministerul Sănătății francez decide dacă un medicament sau un dispozitiv medical va fi trecut pe lista produselor compensate, iar UNCAM decide nivelul compensării.

Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM)

Aceasta este echivalentul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și reunește sub acoperișul său cele trei fonduri de asigurare de sănătate obligatorii din Franța: fondul general, fondul pentru profesia agricolă și fondul pentru profesiile independente. După cum am menționat mai sus, aceasta decide nivelul compensărilor aprobate de către Ministerul Sănătății francez.

Comité Economique des Produits de Santé (CEPS)

Comitetul Economic al Produselor de Sănătate stabilește prețul medicamentelor și dispozitivelor medicale după ce negociază cu companiile farmaceutice. Acest comitet este unul interministerial, compus din membri ai Ministerului Sănătății și muncii, Ministerului Economiei și finanțelor, Consiliul concurenței francez, UNCAM și reprezentanți ai asiguratorilor privați.

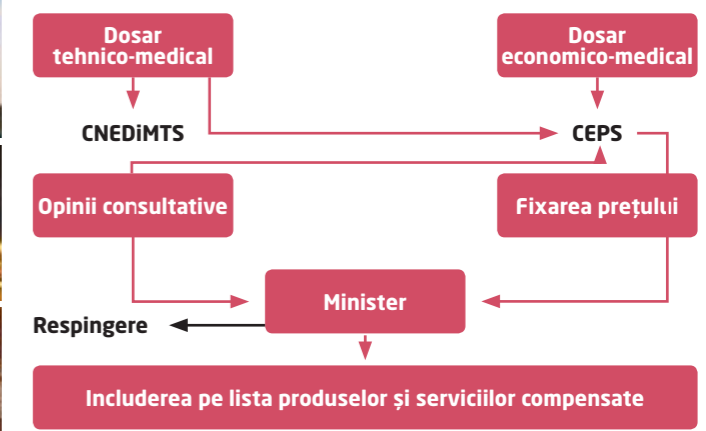
PROCESUL EVALUAREA TEHNICĂ

Aceasta este efectuată de către HAS, care găzduiește Comisia pentru transparență, în cazul medicamentelor, și de către Comisia națională de evaluare a dispozitivelor și tehnologiilor medicale, în cazul dispozitivelor medicale.

Comisiile furnizează o opinie în legătură cu:

- Beneficiul medical furnizat (Service Médical Rendu - SMR): evaluează dacă medicamentul sau dispozitivul ar trebui compensat

EVALUAREA UNUI DISPOZITIV MEDICAL



și care ar putea fi nivelul compensării;

- Îmbunătățirea beneficiului medical furnizat (Amélioration du Service Médical Rendu - ASMR): furnizează o bază pentru stabilirea prețului în comparație cu alternativele;
- Populația-țintă care este eligibilă pentru tratament în schema de compensare.

În unele cazuri, comisiile recomandă limitarea compensării pentru anumite indicații, unele grupuri de pacienți sau o acordă doar atunci când este prescrisă de un medic specialist sau când pacientul se prezintă în conformitate cu un anumit test. Comisiile solicită, de asemenea, angajamentul companiei de a efectua studii pentru evaluarea eficacității uzului în viața reală după admiterea la compensare.

Beneficiul medical sau valoarea terapeutică (SMR) a unui produs este bazat pe cinci criterii:

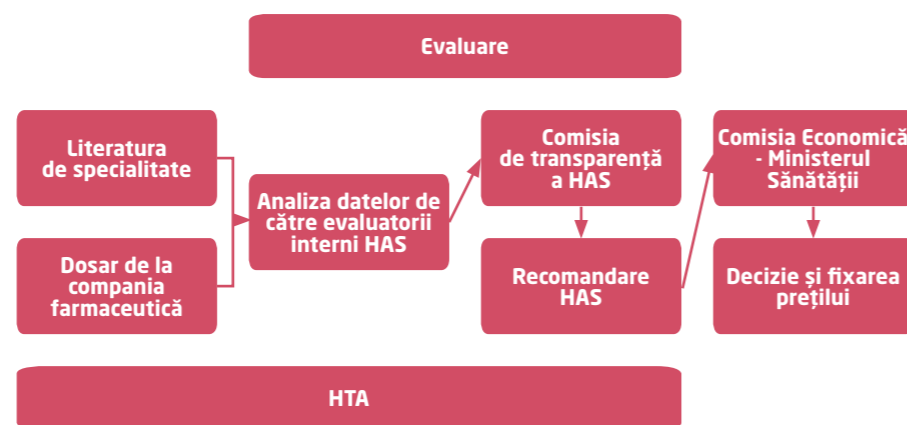
- Eficacitatea și siguranța sa;
- Poziția în strategia terapeutică și existența sau absența unor alternative terapeutice;
- Severitatea bolii;
- Tip de tratament: preventiv, curativ sau simptomatic;
- Impactul asupra sănătății publice.

În funcție de aceste criterii, comisia evaluează beneficiul medical furnizat și acordă unul dintre calificativele: major, important, moderat, slab, insuficient pentru a justifica compensarea. Medicamentele ce primesc insuficient sunt însoțite de recomandarea de a nu fi puse pe lista compensatelor, însă decizia finală este luată de către Ministerul Sănătății.

Îmbunătățirea beneficiului medical (ASMR) este rezultatul unei evaluări comparative între un produs nou și produse sau terapii deja existente. Cu excepția produselor care sunt primele din clasa lor, evaluarea este făcută prin comparație cu produse farmaceutice din aceeași clasă ce se află deja pe lista compensată. Există cinci calificative pentru ASMR: îmbunătățire majoră, îmbunătățire importantă, îmbunătățire semnificativă, îmbunătățire minoră și fără îmbunătățire.

Dosarele furnizate evaluatorilor HAS trebuie să conțină date tehnice, clini-

EVALUAREA UNUI MEDICAMENT



ce și economice despre produsele (medicamente, dispozitive sau proceduri) ce se doresc a fi incluse pe lista compensatelor. Evaluatorii HAS vor folosi, pe lângă datele furnizate de către compania producătoare, date obținute din alte surse relevante de specialitate (literatură de specialitate, date liber accesibile ale altor organe HTA din Europa, precum EUnetHTA, NIHR Journals Library - HTA etc.). ●



La fel ca în Anglia, autoritățile franceze pun la dispoziția publicului larg rapoartele lor de evaluare. Tot ce ai nevoie pentru a le accesa este o conexiune la Internet și cunoștințe de limba franceză, respectiv engleză. Împreună cu rețeaua EUnetHTA, această transparență din partea autorităților străine poate ajuta la dezvoltarea proceselor HTA în țări precum România, unde lipsa banilor și a accesului facil la date îngreunează procesul.



MASTERCLASS

Health economics in action for Top Health Care Managers

Cristina Crintea

Evenimentul organizat de revista Politici de Sănătate a reunit factori de decizie din Ministerul Sănătății, Casa Națională de Asigurări de Sănătate, manageri de spital, profesioniști din industria farmaceutică.

LECTORII, MALCOLM WITHFIELD, PROFESOR DE ECONOMIE SANITARĂ ȘI MANAGEMENT, DIRECTOR AL CENTRULUI DE SĂNĂTATE ȘI ASISTENȚĂ SOCIALĂ, DIRECTOR DE CERCETARE LA UNIVERSITATEA SHEFFIELD HALLAM, MAREA BRITANIE, ȘI ZOLTAN KALO, director al Centrului de Cercetare în Economie Sanitară, Departamentul de politici de sănătate și economie sanitară de la Eötvös Loránd University, Budapesta, au livrat un curs extrem de interesant, atât ca informație, cât și ca standard de predare.

Gazda evenimentului a fost Spitalul Monza.

DE CE UN ASTFEL DE MASTERCLASS?

ECONOMIA SANITARĂ ȘI A ÎNGRIJIRILOR DE SĂNĂTATE A CÂȘTIGAT O TOT MAI MARE IMPORTANȚĂ în domeniul politicilor de sănătate și de gestionare a sănătății în ultimii 20 de ani, un accent punându-se, mai ales acum, în timpul recesiunii economice globale. Medicii sunt instruiți să își îngrijească pacienții și să le dea tratamentele de care au nevoie, indiferent de impactul asupra organizației în care lucrează sau asupra sistemului de sănătate. În realitate însă, atunci când se lucrează cu resurse limitate și cererea este aproape infinită, alegerile trebuie să fie făcute cu privire la modul în care se vor distribui aceste resurse. Acest lucru nu se referă doar la resurse financiare sau bugetare, ci și la modul în care este folosit timpul. Medicii iau decizii de zi cu zi cu privire la pacienți, care să fie primul preluat, care sunt tratamentele care trebuie folosite și cum trebuie să fie livrate serviciile de sănătate.

Masterclass-ul „Health economics in action” a explorat unele dintre principiile economiei sanitare și tehnicile care îi pot ajuta pe clinicieni și manageri să ia în considerare modul de evaluare clinică și de efectuare a unei analize cost-eficacitate a modalităților de lucru, a diferitelor tratamente, căi clinice sau modele de furnizare a serviciilor, pentru a-i ajuta să își optimizeze munca, în limita resurselor disponibile.

Profesorul Whitfield a oferit exemple cu privire la modul în care tehnicile economiei sanitare pot fi folosite la diferite niveluri în furnizarea serviciilor de sănătate, și anume:

- la nivelul politicilor de sănătate: în cazul în care deciziile sunt luate cu privire la rambursarea tratamentelor și a serviciilor;

- la nivelul politicilor clinice: prin elaborarea de ghiduri clinice și protocoale de către organismele profesionale naționale;
- la nivelul comisiilor: atunci când cumpărătorii din sistemul de sănătate dezvoltă specificații pentru fiecare tip de serviciu pe care doresc să îl cumpere în numele pacienților;
- la nivelul furnizorilor de servicii: în cazul spitalelor sau al altor furnizori de servicii clinice, se au în vedere cele mai eficiente metode de organizare a furnizării de servicii;
- la nivelul clinicienilor: se aplică atunci când echipele de clinicieni au în vedere cele mai bune tratamente, medicamente, tehnici chirurgicale, teste de diagnostic etc. pentru tratarea pacienților.

Un accent deosebit a fost pus pe modul în care trebuie gândiți vectorii de cost sau costurile asociate diverselor tratamente sau metode de lucru și modul de a identifica principalele beneficii atât pe termen scurt, cât și pe termen lung. Au fost date exemple de studii care au abordat în mod diferit problemele de sănătate, axându-se pe modul de alocare a resurselor, în locul eficienței tehnice.

Profesorul Kalo a arătat participanților (pas cu pas) modul de dezvoltare a unei analize cost-eficacitate și de comparare a costurilor și efectelor a două tratamente diferite, de-a lungul timpului. ●



Cursanții au fost ghidați, pas cu pas, prin procesul de analiză a datelor, al interpretării rezultatelor și al executării analizei datelor. Discuțiile care s-au purtat au vizat cel mai bun mod de folosire a rezultate-

lor cu scopul obținerii rambursării costurilor tratamentelor și posibilitatea de a implementa cota de risc, în cazul în care rezultatele sunt neconcludente. Ultima sesiune a programului a reflectat asupra tuturor tehnicilor economiei sanitare utilizate în timpul workshop-ului și asupra potențialului aplicării economiei sanitare în România.

Piața medicamentelor generice: Provocări și tendințe



INTERVIU CU **DRAGOȘ DAMIAN**, PREȘEDINTELE ASOCIAȚIEI PRODUCĂTORILOR DE MEDICAMENTE GENERICE DIN ROMÂNIA

În România, medicamentele generice reprezintă numai o treime dintr-o piață de aproape 12 miliarde de lei pe an, restul de 70% reprezentând vânzări de medicamente originale. În plus, consumul de medicamente generice a fost în scădere în ultimii ani: dacă în 2007 se utilizau în România 258 de milioane de cutii de medicamente, în 2011 numărul acestora a scăzut la 214 milioane, o scădere cu 17% în valoare absolută. În comparație cu celelalte state membre ale Uniunii Europene, România se află pe locul 7 la utilizarea de medicamente generice, însă fără încurajarea tratamentelor alternative, ar putea coborî pe locul 15 în acest top - o situație îngrijorătoare pentru o țară cu buget pentru sănătate limitat.

Cum considerați că ar putea contribui sectorul farmaceutic la reformarea sistemului de sănătate românesc?

Sectorul farmaceutic poate oferi soluții prin încurajarea utilizării medicamentelor generice, în acest mod se oferă pacienților șansa de a beneficia de tratamente de calitate la prețuri accesibile. Încurajarea consumului medicamentelor generice ar trebui să fie o prioritate pentru autorități întrucât ar duce atât la o alocare mai eficientă a resurselor bugetare, cât și la o creștere a bunăstării pacienților. Economii anuale înregistrate în sistemele de sănătate ale UE, unde 50% din volumele de medicamente consumate sunt generice, au fost de 18-20 de miliarde de euro.

Care este explicația pentru consumul redus de medicamente generice în România?

În primul rând, medicamentele generice sunt foarte puțin cunoscute de către pacienții români. Puțini știu ca medicamentele generice și cele originale sunt echivalente din punctul de vedere al siguranței și al eficacității, dar au o diferență semnificativă de preț – medicamentele generice sunt cu până la 90% mai ieftine decât cele originale. Pe de altă parte, medicii și farmaciile informează insuficient pacienții asupra existenței corespondentului generic. În plus, reglementările în vigoare blochează accesul pe piață al medicamentelor generice și determină chiar dispariția de pe piață a unor medicamente.

Puteți să ne dați câteva exemple de reglementări nefavorabile industriei de medicamente generice?

Una dintre aceste reglementări este mecanismul de stabilire a prețurilor. Din cauza acestui mecanism, medicamentele generice au ajuns să aibă cele mai mici prețuri (dacă nu chiar cel mai mic) din Europa. Practic, prin mecanismul de referințiere, produsele generice trebuie să fie cele mai ieftine din 12 țări de referință și, în plus, prețul genericelor trebuie să fie cel mult 65% din prețul local al medicamentului inovator. Mai mult, sustenabilitatea medicamentelor generice este periclitată de legătura continuă a prețului genericelor de prețul medicamentelor inovatoare. Această legătură de preț ar trebui să fie eliminată după ce brevetul produsului inovator expiră sau după o perioadă predeterminată, permițând astfel pieței libere să lucreze în favoarea statului și a pacienților. Un alt obstacol este termenul oficial de plată până la care statul este obligat

să ramburseze sumele cheltuite cu medicamentele compensate. Acesta este printre cele mai lungi din Europa, depășind 300 de zile. Termenul de plată stipulat în contractul-cadru actual este de 210 zile, iar, conform legii de transpunere a Directivei 7/2011 privind combaterea plăților întârziate, acest termen ar trebui să fie redus până la 60+30 de zile. Oscilând, la momente diferite, între prescrierea pe marcă și pe DCI, permițând sau nu substituirea la nivel de farmacie, sistemul dezavantajează medicamentele generice, care sunt recomandate de către medici și farmaciști într-o proporție mult mai mică față de medicamentele originale. Taxa clawback este un alt exemplu. Formula ei de calcul nu a fost modificată până în prezent, în ciuda numeroaselor critici aduse de industrie. Calculată pe baza unui buget de referință care nu ia în considerare consumul real de medicamente, taxa reprezintă o povară fiscală distribuită neuniform: producătorii plătesc impozite pe veniturile distribuitorilor și ale farmaciilor. În plus, atât producătorii de generice, cât și cei de inovatoare sunt supuși aceleiași taxe, în ciuda impactului diferit asupra marjelor și prețurilor de vânzare ale producătorilor.

Care este rolul medicilor în prescrierea medicamentelor generice?

Medicii pot să aleagă liber dacă să elibereze o rețetă bazată pe DCI sau pe marcă, fără să fie nevoiți să țină evidențe pentru a doua opțiune (cum se întâmplă acum). Noi propunem prescriere pe DCI, cu posibilitatea ca medicul să specifice o marcă, combinată cu o țintă valorică pentru prescrierea de generice – de exemplu, 60-80%. Aceasta se va traduce în plăți mai mici ale statului pe rețetele compensate, în timp ce pacientul va plăti mai puțin pe medicamentele prescrise necompensate integral. Din punct de vedere valoric, efectul anual estimat al adoptării unei ținte de 80% prescriere medicamente generice ar însemna: economii de 30,5 milioane de euro/an pentru stat și de 67,3 milioane de euro/an pentru pacienți, conform calculului din studiul independent efectuat de KPMG, la solicitarea APMGR.

Care sunt măsurile propuse pentru a fi implementate la nivel de farmacie?

Eliberarea obligatorie de generice la nivelul farmaciilor pentru rețetele DCI sau substituirea medicamentelor inovatoare cu cele generice pentru rețetele pe marcă ar completa măsura propusă la nivel de medic. Dacă pentru rețetele



pe marcă farmacia poate doar să propună substituirea, pentru rețetele pe DCI farmacia poate să influențeze în mare măsură decizia cumpărătorului. Măsurile elaborate pentru a asigura absorbția genericelor, adresate medicilor și farmaciilor, necesită monitorizare. Însă această monitorizare s-a dovedit ineficientă dacă nu este urmată de sancțiuni în caz de neconformare și de stimulente în caz de depășire a țintelor. Efectul cumulat al implementării măsurilor la medic și farmacist și al monitorizării prescrierilor din punctul de vedere al conformării la țintele de prescriere/eliberare este estimat a aduce economii de 100 de milioane de euro pe an, conform studiului realizat de KPMG.

Ce măsuri ar ajuta la intrarea mai rapidă a medicamentelor generice pe piață și la o competiție liberă între producătorii de produse asemănătoare?

Statul ar trebui să se asigure că noile medicamente generice pot să intre pe piață cât mai repede după expirarea brevetelor medicamentelor inovatoare. Cu o întârziere medie de 270 de zile pentru aprobarea statutului de preț și de compensare, România este departe de media europeană. Intrarea pe piață a medicamentelor generice echivalente creează un mediu mai competitiv, iar prețul mai mic duce la o mai mare accesibilitate a pacienților la tratamente care, astfel, sunt dificil de plătit.

Totodată, eliminarea mecanismului legării continue a prețului genericelor la 65% din prețul medicamentelor inovatoare, pe termen nedefinit, ar avea un efect avantajos

Eliminarea mecanismului legării continue a prețului genericelor la 65% din prețul medicamentelor inovatoare, pe termen nedefinit, ar avea un efect avantajos și pentru stat, și pentru pacienți, întrucât prețurile s-ar reduce datorită competiției crescute între producătorii de produse asemănătoare.

și pentru stat, și pentru pacienți întrucât prețurile s-ar reduce datorită competiției crescute între producătorii de produse asemănătoare. Această legătură este însă menținută pe termen nelimitat, acționând ca un inhibitor pentru competiția liberă între produse similare.

Cum afectează taxa de clawback producătorii de medicamente generice și care sunt soluțiile propuse de APMGR în acest sens?

Creșterea consumului de medicamente aduce venituri crescute pentru toate entitățile din lanțul de aprovizionare producători-distribuitori-farmacii. Cu toate acestea, în România doar producătorii trebuie să plătească o taxă de clawback pe acest venit suplimentar, ceea ce reprezintă un paradox: genericele sunt sancționate pentru creșterea vânzărilor, deși acestea determină economii la bugetul de stat. Studiul KPMG arată că până la 22% din taxele plătite de către un producător sunt, de fapt, taxe pe veni-



CARE SUNT URMĂTOARELE ACTIVITĂȚI ȘI PLANURI ALE APMGR?

APMGR a semnat în luna aprilie a acestui an un protocol cu Ministerul Sănătății pentru încurajarea folosirii medicamentelor generice, ca măsură de creștere a accesului la tratament farmaceutic al pacienților români. Acesta prevede cooperarea pentru implementarea unei politici eficiente de prețuri, pentru revizuirea formei actuale a taxei de clawback și pentru o aplicare diferențiată a acesteia, odată cu introducerea de noi medicamente inovative pe lista de medicamente compensate. Protocolul mai stipulează elaborarea, până la sfârșitul anului 2013, a unor politici de încurajare a prescrierii medicamentelor generice și biosimilare la medic și farmacie, inclusiv prin impunerea unor cote minime de prescriere. APMGR și-a onorat acest angajament, punând la dispoziția factorilor de decizie studiul independent realizat de KPMG și rezultatele acestuia.

Mecanismul taxei de clawback trebuie să fie schimbat pentru a permite fiecărei entități din lanțul de aprovizionare să plătească taxe doar pe propriul ei venit.

turile partenerilor săi din lanțul de aprovizionare. Atunci când sunt combinate cu reduceri – un producător trebuie să plătească 37% din prețul aprobat pentru a avea acces la piață –, situația devine nesustenabilă. Mecanismul taxei de claw-back trebuie să fie schimbat pentru a permite fiecărei entități din lanțul de aprovizionare să plătească taxe doar pe propriul ei venit. Concret, propunerile APMGR sunt: calcularea taxei pentru producători în raport cu prețul de vânzare al producătorului, scoaterea din baza de calcul a taxei a adaosurilor farmaciștilor și distribuitorilor, calcularea taxei doar pentru tratamente ambulatorii și excluderea de la taxa clawback a medicamentelor sub 30 de lei.

Care sunt măsurile care ar contribui la eliminarea barierelor investiționale pentru producătorii locali de generice?

Actualul cadru legislativ nu ajută deloc producătorii locali care doresc să investească în producția locală de noi medicamente generice. Această situație s-ar putea schimba dacă s-ar introduce o garanție de preț pentru transferurile de tehnologie pe o perioadă limitată, acest preț fix urmând a fi calculat pe baza condițiilor de piață de la începerea proiectului. Spre exemplu, în Regatul Unit statul negociază cu producătorii de farmaceutice nivelul de profit pentru fiecare nou produs dezvoltat. Efectul unor astfel de măsuri ar crește predictibilitatea rezultatului proiectului și ar încuraja acest tip de investiții. În plus, ar fi avantajos și pentru stat – crescând investițiile în activități de C&D cu valoare adăugată mare, s-ar plăti și impozite mai mari –, și pentru pacienți – medicamentele produse local ar fi mai accesibile datorită

costurilor potențial mai scăzute.

Pe lângă aceste probleme, stimulente fiscale pentru activități de C&D din legislația românească, în practică, nu sunt aplicabile în industria farmaceutică din cauza interpretării date unor criterii de calificare. Pentru a fi aplicabilă, legislația trebuie amendată pentru a include toate modelele de afaceri din industria farmaceutică. La nivel european, astfel de activități sunt puternic sprijinite. În Marea Britanie există chiar și un stimulent fiscal pentru industria farmaceutică, o cotă de impozitare redusă pentru producția locală cu valoare adăugată mare. ●

Raport conferință International Health Forum 2013



Conferința, organizată de Asociația Producătorilor de Medicamente Generice din România (APMGR), a analizat soluțiile necesare pentru construcția unui sistem de sănătate sustenabil, care să asigure creșterea disponibilității tratamentelor farmaceutice accesibile pentru pacienții români, precum și perspectivele de dezvoltare ale industriei farmaceutice din România.

În deschiderea conferinței au luat cuvântul Vasile Cepoi, consilier al prim-ministrului Victor Ponta, Eugen Nicolăescu, ministru al sănătății, și Varujan Vosganian, ministru al economiei. Aceștia au subliniat că în cazul consumului de medicamente generice este necesară o abordare preferențială, mai ales în contextul actualei crize economice. Genericele ar trebui văzute ca fiind o soluție cost-eficientă de a crește accesul pacienților la tratamente de ultimă generație. În schimb, producătorii de medicamente generice se confruntă cu o serie de bariere, printre care au fost amintite: mecanismul de stabilire a prețurilor, termenele de plată, mecanismele de prescriere și de eliberare ale medicamentelor, cât și taxa clawback. Sunt necesare măsuri pentru a elimina aceste bariere, astfel încât să se asigure creșterea accesului pe piață al medicamentelor generice și realizarea unei taxe clawback diferențiate.

● **Dragoș Damian, președintele APMGR**, a prezentat rezultatele unui studiu privind beneficiile aduse de medicamentele generice, realizat de KPMG, la solicitarea APMGR. În cadrul acestui studiu au fost analizate măsurile adoptate de alte state din Uniunea Europeană pentru încurajarea consumului de medicamente generice, care a adus beneficii pentru pacienți, autorități și producători. El a subliniat că „industria producătoare de medicamente generice poate contribui substanțial la reducerea costurilor sistemului de sănătate publică și, implicit, la creșterea accesului la tratament al pacienților. Multe

dintre statele europene cu sisteme de sănătate sustenabile au adoptat deja măsuri concrete de încurajare a consumului de medicamente generice, cu rezultate optime pentru pacienți și buget.

● **Paul Fleming, director, British Generic Manufacturers Association**, a vorbit despre impactul pozitiv pe care îl are mediul de reglementare asupra accesului pacienților la medicamente în Marea Britanie. El a arătat că folosirea medicamentelor generice a dus la un control mai bun al costurilor în industria farmaceutică, prin creșterea competiției pe piață. Astfel, reducerea costurilor la medicamente a ajutat la creșterea numărului de pacienți care beneficiază de tratament.

● **Cristian Bușoi, președinte CNAS**, a subliniat cât de importantă este lupta antifraudă și cum informatizarea completă a sistemului de sănătate va rezolva această problemă. Cardul electronic de sănătate reprezintă un avantaj atât pentru pacient, cât și pentru sistem. Acesta va stoca date care în situații-limită vor fi extrem de utile și vor reduce nivelul fraudei (nu vor mai fi consultații fictive). De asemenea, el a amintit despre termenele de plată și cum CNAS a început să efectueze plățile pentru medicamente, dar și despre noua listă de medicamente compensate și gratuite.

● **Nicos Rossides, CEO Medochemie**, a subliniat importanța existenței unei strategii în mediul online, mai ales datorită faptului că rețelele de socializare vor deveni principalul canal de comunicare dintre companiile farmaceutice și consumatori.

● **Peters Bergvist, Vice President Central South-East Europe, ACTAVIS**, a vorbit despre nevoia unor parteneriate între industria farmaceutică și părțile implicate: autoritățile de reglementare (la nivel local și UE); parteneri (medici, farmacii și distribuitori); grupuri de pacienți (privind creșterea accesului la medicamentele generice). ●

DIN CULISELE POLITICILOR EUROPENE DEZBĂTUTE LA BRUXELLES:

Tutunul, la control, și ce vom fuma în Europa sau istoria Directivei 37/2001

În luna decembrie, anul trecut, Comisia Europeană prezenta un proiect ambițios de amendare a cadrului legislativ european în domeniul tutunului (Directiva 37/2001). În 8 octombrie a.c., în cadrul sesiunii plenare de la Strasbourg, Parlamentul European a votat o nouă legislație privind produsele din tutun care prevede, din 2022, interzicerea la comercializare a țigărilor mentolate și respingerea Amendamentului care propunea vânzarea țigărilor electronice numai în farmacii.

MD PhD **Mihaela Staicu**

NEGOCIERILE ÎN DOMENIUL REGLEMENTĂRIILOR CONSUMULUI DE TUTUN S-AU DERULAT ÎN PARALEL, ÎN PARLAMENTUL EUROPEAN ȘI ÎN CADRUL CONSILIULUI UE (GUVERNELE ȚĂRILOR MEMBRE UE). Momentul cel mai așteptat a fost votul Parlamentului din plen.

Care au fost, concret, principalele mize ale propunerii legislative și cum se traduc ele, dacă se vor aplica în practică și când, pentru consumatorii de tutun?

Desigur că aici vorbim de foarte multe aspecte, de la obiectivele de protecție a sănătății cetățeanului UE până la ingredientele, arome, competitivitate externă și interesele de natură economică pe care le implică directiva.

Toate erau importante și toate aveau implicațiile lor în cadrul propunerii. Însă aici ne vom opri, pe scurt, la numai trei măsuri care se impun.

Interzicerea unor arome caracteristice și, respectiv, interzicerea mentolului.

Propunerea Comisiei a fost aceea ca viitoarele țigarete (căci numai la acestea se referă) să nu mai aibă gustul, mirosul, aroma caracteristice altor produse, cum ar fi cacao, vanilie și, mai ales, mult-căutatul gust/miros de mentol.

Comisia UE era de părere că țigaretile trebuie să aibă „gustul și forma tutunului”, pentru a nu fi atractive în special în rândul tinerilor (acesta este și obiectivul său – descurajarea fumatului, prioritar în rândul tinerilor).

Consiliul a decis (cu majoritate calificată și cu opoziția a pa-

PROPUNEREA COMISIEI ESTE ACEEA CA VIITOARELE ȚIGARETE SĂ NU MAI AIBĂ GUSTUL, MIROSUL, AROMA CARACTERISTICE ALTOR PRODUSE, CUM AR FI CACAO, VANILIE ȘI, MAI ALES, MULT-CĂUTATUL GUST/MIROS DE MENTOL.

tru țări UE, între care și România) să se interzică aromele caracteristice, dar cu o perioadă tranzitorie de doi ani și mai lungă de cinci ani în cazul mentolului, după adoptarea viitoarei directive (posibilă fie în decembrie, fie în anul 2015).

Comisia ENVI a Parlamentului a mers pe aceeași linie și este de acord cu interzicerea aromelor, dar poziția sa nu este reprezentativă. În această privință, compromisul va fi probabil jucat de Parlament, deoarece opinia Consiliului este deja publică.

Avertismentele de sănătate de pe suprafețele principale ale pachetelor de țigarete, extinse

Acestea sunt în strânsă legătură cu dimensiunile pachetelor de țigarete, implicit cu forma acestora și cu prezentarea produselor din tutun; un element esențial de marketing și de branding, prin care produsele din tutun pot să fie mai mult sau mai puțin „atractive”. Aici miza era mare.

Comisia și-ar fi dorit așa-numitele „pachete generice”, uniformizate, fără



o diferențiere între mărcile/brandurile industriei de profil, dar, înțelegând că ar fi creat un scandal prea mare cu privire la dreptul și protecția mărcilor (deși în Australia s-au aplicat pachetele generice cu avertismente de sănătate pe o suprafață de 100%), a recurs la o propunere cu 75%.

După negocieri complicate, Consiliul a ajuns la 65%.

În ceea ce privește Parlamentul European, Comisia de sănătate ar fi solicitat, de asemenea, 100%, dar tot din cauza opoziției unor țări și mai ales a industriei (nu doar a tutunului, ci și a celor induse – producătorii de ambalaje) a decis să susțină poziția propusă de Comisia Europeană pentru 75%. De menționat că, în prezent, avertismentele de sănătate au o proporție de aproximativ 50% din suprafața pachetelor de țigarete.

Interzicerea țigaretelor cu un diametru mai mic de 7,5 mm, de tip „slim”.

Aceasta a fost și este o adevărată provocare de compromis între instituțiile UE și între țările Uniunii (în Consiliu). În propunerea sa inițială, Comisia a menționat interzicerea acestora, din aceleași motive, că sunt atractive și înșelătoare pentru tineri, mai ales pentru tinerele doamne, în debutul fumatului. Adică, prin faptul că sunt subțiri creează impresia că sunt mai mici, mai puțin nocive, implicit „mai sănătoase” și mai tentante pentru viitorii fumători. Probabil că așa și este, din punct de vedere psihologic sunt mai interesante, mai „sexy” și mai atractive pentru fumătorii tineri, dar nu trebuie să uităm că

libertatea de alegere a cetățeanului este drept suveran și fundamental în Uniune, câștigat cu greu de Europa demult.

Consiliul a fost divizat, la această chestiune. În final, în poziția sa, Consiliul a decis (din cauza faptului că nu ar fi avut majoritatea țărilor UE de partea sa) că țigaretile slim nu trebuie interzise.

Au mai fost și alte mize importante, cum ar fi comerțul ilicit, **trasabilitatea produselor din tutun sau țigaretile electronice.** Cu privire la acestea din urmă, UE trebuia să se decidă dacă acestea sunt un mod mascat de a continua fumatul sau un tratament de substituție necesar pentru tabagiști și abandonarea fumatului, care nu este deloc ușoară.

Dar despre aspectele privind legislația UE în domeniul tutunului vom putea discuta într-o ediție viitoare. Vom mai discuta și despre alte subiecte în domeniul sănătății comunitare, la fel de interesante, dar care probabil nu au aceeași „aromă caracteristică” precum tutunul. Cum ar fi, spre exemplu, viitorul program de sănătate al UE 2014–2020, piața dispozitivelor medicale în Uniune sau, fiindcă tot este vorba despre bani, viitoarea directivă care reglementează prețurile produselor farmaceutice și rambursarea costurilor acestora. Multe probleme interesante se dezbate la nivelul UE în domeniul sănătății și asupra cărora vreau să vă îndrept interesul, să vă atrag privirile în cadrul edițiilor viitoare! ●

Comisia UE este de părere că țigaretile trebuie să aibă „gustul și forma tutunului”, pentru a nu fi atractive în special în rândul tinerilor (acesta este și obiectivul său – descurajarea fumatului, prioritar în rândul tinerilor).

Finanțarea serviciilor de îngrijire a sănătății – opțiuni pentru Europa

Modalitatea de generare a unor venituri suficiente pentru plata îngrijirilor de sănătate a devenit o preocupare serioasă pentru aproape toți factorii de decizie europeni. Soluția ar putea fi într-o carte ce examinează avantajele și dezavantajele acordurilor de finanțare existente, în prezent, în uz în Europa.

EDITORI: MOSSIALOS E., DIXON A., FIGUERAS J., KUTZIN J.

ACEASTĂ TEMĂ ESTE ABORDATĂ DINTR-O PERSPECTIVĂ TRANȘNĂȚIONALĂ, TRANSDISCIPLINARĂ. Sunt evaluate meritele relative ale principalelor metode de creștere a resurselor, inclusiv impozitarea, forme sociale, voluntariat și sisteme de asigurare, precum și plata cu coplata. Capitolele scrise de cei mai importanți analiști ai politicilor de sănătate revizuiesc dovezi și experiențe recente atât din Europa de Est, cât și din Europa de Vest. Introducerea prezintă aspecte conceptuale legate de finanțare și o privire de ansamblu asupra principalelor avantaje și dezavantaje ale fiecărei metode de finanțare.

Factorii de decizie europeni au acordat în mare parte obiectivele de bază pe care orice sistem de sănătate ar trebui să le urmărească. Lista este izbitor de simplă: accesul universal pentru toți cetățenii, îngrijiri eficiente pentru rezultate mai bune, utilizare eficientă a resurselor, servicii de înaltă calitate și reacții de răspuns la îngrijirile pacienților. Este o formulă care rezonază în întregul spectru politic și care, în diverse configurații, uneori inventive, a jucat un rol în campaniile electorale europene cele mai recente.

Totuși, acest consens clar poate fi observat numai la nivel politic abstract, neexistând aceeași convergență și în plan concret. Acest lucru nu este, desigur, un fenomen nou în sectorul sănătății. Națiuni diferite, cu istorii diferite, culturi și experiențe politice au construit, de ceva timp, diverse aranjamente instituționale de finanțare și furnizare a asistenței medicale.

Diversitatea de configurații ale sistemelor de sănătate care s-au

OMS VREA SĂ SE ASIGURE CĂ LUAREA DECIZIILOR ÎN SĂNĂTATEA PUBLICĂ SE BAZEAZĂ DIN CE ÎN CE MAI MULT PE DOVEZI A CEEA CE FUNCȚIONEAZĂ ȘI CE NU, ÎNTR-UN ANUMIT CONTEXT SOCIO-ECONOMIC, POLITIC ȘI CULTURAL.

dezvoltat duce, în mod natural, la întrebări cu privire la avantajele și dezavantajele inerente diferitelor aranjamente și la întrebări de genul care abordare este "mai bună" sau chiar "cea mai bună", date fiind un anumit context și un set de priorități politice. Aceste preocupări s-au intensificat în ultimul deceniu, când factorii de decizie politică au încercat să îmbunătățească performanțele sistemului de sănătate. Aceste preocupări au fost urmate de valul reformelor sistemelor de sănătate, la nivel european.

Căutarea unor avantaje a declanșat – în politica de sănătate, ca și în medicina clinică – o atenție sporită dedicată bazei de informații și încercarea de a depăși cel puțin o parte a divergențelor instituționale existente, prin elaborarea politicilor de sănătate bazate pe dovezi.

OMS vrea să se asigure că luarea deciziilor în sănătatea publică se bazează din ce în ce mai mult pe dovezi a ceea ce funcționează și ce nu, într-un anumit context socio-economic, politic și cultural. Există tot mai multe dovezi cu privire la impactul dat de metodele diferite de finanțare. Această carte explorează modalități de creștere a veniturilor și implicațiile alegerii fiecărui mecanism de finanțare sau a unui

Elias Mossialos,
Professor of Health Policy, Director London School of Economics and Political Science



mix de mai multe mecanisme. Diferite mecanisme sunt judecate în funcție de diverse criterii, unul dintre ele fiind impactul asupra echității. Cât de departe vrem ca povara de plată să cadă asupra celor săraci sau bolnavi? Dovezile indică faptul că, în creșterea veniturilor, mecanismele de piață au limitări. Privatizările pot implica pierderea echității și accesului (tarifele utilizate sunt un instrument de politică contondent!).

În realizarea acestui studiu, Observatorul European al Sănătății a atras academicieni și consultanți care să își exprime abilități conceptuale, dar și factorii de decizie pentru redarea experienței și pentru a oferi perspective asupra politicilor de sănătate eficiente, precum și pentru a ajuta în luarea unor decizii, într-un mod mai ușor și mai bine informat. Îmbunătățirea mecanismelor de strângere de fonduri necesare oferirii unei asistențe medicale decente este valoroasă pentru toată lumea.

Cartea nu oferă planuri sau modele, dar analizează critic dovezile cu privire la efectele diferitelor metode de finanțare. Volumul oferă atât perspective teoretice, cât și dovezi empirice ale finanțării sistemelor de sănătate din Europa. Această publicație acoperă evoluțiile până în toamna anului 2000.

În **capitolul introductiv** sunt analizate câteva dintre metodele de finanțare a sistemelor de sănătate, tendințele cheltuielilor, de asemenea sunt prezentați câțiva dintre factorii care afectează atât cheltuielile, cât și veniturile. Totodată, sunt prezentate unele dintre avantajele și dezavantajele principalelor metode de finanțare a sistemelor de sănătate. Aceste metode și modul în care ele sunt aplicate în diferite țări sunt analizate în capitolele următoare. Capitolele 2-11 abordează metode de colectare a veniturilor, examinează în profunzime experiența privind finanțarea sistemelor de sănătate într-o anumită regiune. Există, de asemenea, capitole privind finanțarea îngrijirilor pe termen lung și alocarea resurselor.

În **capitolul 2**, Evans analizează impozitarea și alternativele sale. Indiferent de metoda dominantă de colectare a veniturilor, impozitarea joacă un rol important în finanțarea îngrijirilor de sănătate în multe țări europene.

În **capitolul 3**, Normand și Busse explorează modul în care asigurările sociale de sănătate au evoluat și evaluează variantele existente în Europa de Vest. Ei analizează de ce și cum diferă asigurările sociale de sănătate de alte modele de finanțare a sănătății.

În **capitolul 4**, Preker, Jakab și Schneider analizează recenta implementare a asigurărilor sociale de sănătate în țările UE. Rapiditatea cu care asigurările sociale de sănătate au fost introduse în mediul economic și social face ca acestea să devină subiectul unei evaluări atente. Cu toate că asigurările private de sănătate nu reprezintă un mijloc dominant de finanțare a sistemului de îngrijire a sănătății în Europa, extinderea acestora continuă și găsec rezonanță politică și ideologică.

În **capitolul 5**, Maynard și Dixon se concentrează pe experiența privind asigurările private de sănătate din Australia, Chile, Elveția și Statele Unite, țări în care acestea au fost promovate (nu întotdeauna cu succes) ca o sursă majoră de venituri.

În **capitolul 6**, Mossialos și Thomson iau în considerare rolul asigurărilor voluntare de sănătate în cadrul Uniunii Europene, ca sursă suplimentară de venituri.

În **capitolul 8**, Lewis se concentrează pe plățile informale din UE. Ea prezintă date privind dimensiunea și domeniul de aplicare și oferă explicații de ce s-au dezvoltat și au continuat. **Capitolul 9** (Mills și Bennett) tratează, la fel, finanțarea sistemelor de sănătate și se concentrează, de data aceasta, pe experiența țărilor cu venituri mici și mijlocii din Europa.

În **capitolul 10**, Wittenberg, Sandhu și Knapp examinează preocupările cu privire la modul de finanțare a îngrijirilor pe termen lung, pentru persoanele în vârstă.

Mergând dincolo de finanțarea sistemelor de sănătate – de colectare a veniturilor și punere în comun a fondurilor – Rice și Smith (**capitolul 11**) se concentrează pe alocarea resurselor. În cele din urmă, în **capitolul 12**, sunt sintetizate și analizate dovezile care privesc diferitele forme de finanțare. ● (Cristina Critea)

Cartea încearcă să răspundă, în acest moment, în care așteptările sistemelor de sănătate sunt în creștere, la întrebarea centrală cu care se confruntă guvernele: „Cum ar trebui să fie finanțat sistemul nostru de sănătate?”.

Carmen Drăgan, președintele Spitalului Monza:

Pacientul român trebuie să dispună de servicii medicale de calitate la el în țară

Cu toate că este un avocat de succes, Carmen Drăgan a ales să conducă un important business în sistemul medical privat - Spitalul Monza, Centru de Excelență în Chirurgia Cardiovasculară. Proiectul a cucerit-o încă de la început și, de atunci, trăiește cu entuziasm fiecare etapă a lui.



Cum s-a născut ideea creării Spitalului Monza la București? De ce au fost interesați investitorii italieni să vină la București cu un spital specializat pe boli cardiovasculare? Care este povestea Grupului Policlinico di Monza?

Ideea creării Spitalului Monza – Centru de Excelență în Chirurgia Cardiovasculară la București i-a aparținut Domnului M. De Salvo, patronul acestui spital, care, împreună cu familia sa, deține încă zece spitale din Italia, ce formează grupul medical „Policlinico di Monza”. Motivația de a investi în România a crescut de-a lungul anilor, în urma creării unui parteneriat cu medicina din țara noastră, în cadrul căruia tinerii medici români au beneficiat de cursuri de formare și de perfecționare profesională în spitalele grupului italian.

Așa a început Dl. De Salvo să descopere profesionalismul medicilor români și, în același timp, nivelul de pregătire și de competență al școlilor medicale pe care aceștia le-au urmat în România.

Mai mult decât atât, Grupul Policlinico di Monza are în jur de 3.000 de angajați, dintre care 300 sunt români. Sunt profesioniști bine cotați, extrem de apreciați atât în Italia, cât și în alte țări europene, în primul rând pentru școala românească pe care au urmat-o. Din păcate, plecarea lor în străinătate reprezintă o mare pierdere pentru România. Este absolut necesar să li se dea medicilor tineri și talentați ocazia de a profesa la ei acasă și nu în Occident. Așa s-a născut ideea creării Spitalului Monza.

Cum ați prezenta Spitalul Monza, în câteva cuvinte?

Spitalul Monza este rezultatul unui proiect de anvergură, conceput la nivelul standardelor europene, unde medici cu o vastă experiență profesională sunt susținuți de o tehnologie de avangardă. Spitalul se întinde pe o suprafață de 8.000 mp, având 9 etaje și o capacitate de 140 de paturi. Dispunem de două grupuri operatorii cu opt săli de operații, două terapii intensive, o unitate de îngrijire a pacienților coronarieni, patru

ÎN GRUPUL POLICLINICO DI MONZA LUCREAZĂ ÎN JUR DE 3.000 DE ANGAJAȚI, DINTRE CARE 300 SUNT ROMÂNI.



etaje dedicate internărilor, două săli de hemodinamică, o sală de fizioterapie complet utilată, un departament tehnologic de radiologie și de numeroase cabinete ambulatorii.

Personalul este bine instruit să acorde o atenție deosebită modului de comunicare cu pacientul, informarea corectă, completă, dar și apropierea umană făcând parte din „tratarea zilnic acordată acestuia.

Ce aduce nou și de ce beneficii au parte pacienții care aleg să se trateze la dvs.?

Un nou sistem de îngrijiri medicale, în care îmbinăm două culturi organizaționale, două modele diferite, cel românesc și cel italian, dar care au la bază același principiu: pacientul, în centrul atenției! Preocuparea continuă pentru siguranța și confortul pacientului și rezolvarea problemelor sale de sănătate prin servicii complete: diagnostic-tratament-recuperare. Pacientul român trebuie să dispună de servicii medicale de calitate la el în țară. Foarte mulți pacienți români se tratează în spitalele italiene. Bolnavii cu grave afecțiuni cardiologice, care necesită intervenții chirurgicale complexe, nu trebuie să mai plece în Italia sau în spitalele din Germania sau Austria, ei au acum în țară o alternativă la serviciile medicale din Occident.

TEHNOLOGIA VIITORULUI

S-a investit enorm în tehnologia de ultimă generație, examenele medicale cuprinzând toată aria de diagnostic cardiologic, de la electrocardiografie la electrocardiogramă, monitorizare Holter de 24 de ore, Ecocardiografie Doppler transtoracică și ecocardiografie transesofagiană. Ultimele metode de abordare, folosite în colaborare cu Departamentul de imagistică, sunt tomografia computerizată și rezonanța magnetică cardiacă, atât morfologică, cât și cea care studiază perfuzia miocardică, procedură întâlnită în puține centre din România. Mulțumită unor CT și RM performante, se pot efectua examene foarte rapide, care permit scanarea cordului în câteva secunde, cu o doză de iradiere redusă.

Aparatele pot procesa imagini de rezoluție înaltă, permițând astfel o diagnosticare rapidă și corectă.

Căror categorii de pacienți vă adresați? Cum poate accesa serviciile dvs. o persoană cu venituri medii sau mici?

Ne adresăm acelei categorii de pacienți căreia i se adresează toți furnizorii de servicii medicale private din România, care funcționează în prezent. Percepția potrivit căreia serviciile furnizate de un spital privat sunt inaccesibile este eronată.

România este o țară în care se simte nevoia unei campanii de reeducare și reorientare a populației către prevenție și diagnostic.



Tarifele noastre se înscriu într-o zonă medie a veniturilor populației. Pacienții care emigrau către spitalele din Uniunea Europeană au acum alternativă la ei acasă. Nu este ușor să te transferi într-o altă țară pe care, de cele mai multe ori, nu o cunoști sau nu-i cunoști limba, într-un moment de slăbiciune trupească și sufletească, să stai departe de casă și de familia ta. În ceea ce privește pacienții cu venituri mici sau foarte mici, asigurați în sistem public, aceștia pot accede, în anumite condiții, la serviciile noastre medicale în baza contractului încheiat de spital cu Casa Națională de Asigurări de Sănătate.

La sfârșitul lunii octombrie, va intra în vigoare Directiva 24/2011. Din acel moment, și pacienții străini vor fi interesați să beneficieze de serviciile Spitalului Monza. Care credeți că va fi impactul acestei directive asupra Spitalului Monza ?

Până la acea dată, politicile de sănătate din România s-au bazat pe subevaluarea tarifelor medicale plătite de CNAS furnizorilor de servicii. Pentru pacienții români care vor dori să beneficieze de asistență medicală transfrontalieră, această subevaluare se va traduce printr-o rambursare redusă a costurilor. Practic, va exista o diferență consistentă dintre prețul real al unui serviciu medical furnizat, într-un stat membru, și prețul oficial, mult subevaluat, al aceluiași serviciu furnizat în țara noastră.

Din acest punct de vedere, directiva va aduce beneficii pacienților români cu posibilități financiare. În aceste condiții, pacientul va fi descurajat să apeleze la sistemul medical din țara vecină.

Pentru noi, intrarea în vigoare a Directivei 24 poate reprezenta un avantaj. Pe de o parte, Spitalul Monza ar putea beneficia de un fenomen de retenție a pacienților români care, descurajați de decontarea mică din partea CNAS, nu vor mai migra către spitalele din Occident, în timp ce pacienții străini pot găsi în spitalul nostru o calitate înaltă a serviciului medical

Vrem să dezvoltăm Centrul, să lărgim și să diversificăm aria serviciilor medicale, în așa fel încât să devenim un centru de referință nu doar pentru România, ci și pentru toată zona Balcanilor. Atunci când cineva se gândește la afecțiuni ale inimii, să se gândească la Spitalul Monza!

CARE SUNT OBIECTIVELE PROFESIONALE ÎN URMĂTORII DOI ANI LA CONDUCEREA ACESTUI SPITAL?

Dezvoltarea departamentului de chirurgie cardiovasculară la copii. Am efectuat deja prima operație pe cord și continuăm. Din informațiile Ministerului Sănătății, se nasc anual, în România, 1.000-1.500 de copii cu malformații cardiace. Dintre cei care necesită corecții chirurgicale pe cord, doar mai puțin de o treime sunt operați în România. Este mai mult decât un obiectiv, este o dorință, încercăm să venim în întâmpinarea părinților care se confruntă cu aceste probleme grave! Un alt obiectiv este de a mări numărul cadrelor medicale care lucrează în spital, avem un număr de aproximativ 130 și vrem să ajungem la 300 de angajați. Obiectivul permanent este acela de a forma noi cadre, pe care le trimitem la specializări în Italia, la spitalele din grup. Vrem să dezvoltăm Centrul, să lărgim și să diversificăm aria serviciilor medicale în așa fel încât să devenim un centru de referință nu doar pentru România, ci și pentru toată zona Balcanilor. Atunci când cineva se gândește la afecțiuni ale inimii, să se gândească la Spitalul Monza!

efectuat în condiții de maximă siguranță și la un tarif de câteva ori mai mic decât în propria țară. Privită din acest punct de vedere, Directiva europeană ne este favorabilă. Sigur, însă, că lucrurile nu pot fi privite într-o manieră atât de simplistă, iar factorii de luat în seamă sunt mulți.

Spitalul Monza este parte a mai multor campanii sociale. Cum ajută Spitalul Monza comunitatea?

Spitalul Monza și-a propus să intre pe piața serviciilor medicale din România promovând o serie de campanii menite "să convingă" populația care suferă de boli cardiovasculare să recurgă la metode de diagnostic și tratament punând la dispoziție o structură modernă, aparatură high-tech și medici care să-i răspundă la orice necesitate medicală. Este îngrijorător faptul că, deși tehnologia din domeniul medical a ultimelor decenii a evoluat, bolile cardiovasculare încă reprezintă prima cauză de mor-



talitate în lume. Cu atât mai mult în România, o țară în care se simte nevoia unei campanii de reeducare și reorientare a populației către prevenție și diagnostic, în care majoritatea cazurilor ajung pe masa chirurgicală când este prea târziu, când riscul operator este foarte mare. Pe acest principiu, am promovat efectuarea de investigații radiologice pe care le-am oferit gratuit și diverse pachete de evaluare a hipertensiunii arteriale. Cel mai important proiect susținut este cel realizat în colaborare cu doamna Alexandra Dinu (foto sus) și Pro TV, în care am oferit micuților consultații cardiologice și ecocardiografii gratuite pentru depistarea afecțiunilor cardiace congenitale, în special la copiii care practică sport de performanță. Sper ca mesajul nostru să fie auzit și să reușim să îmbunătățim calitatea cât mai multor vieți în rândul pacienților cardiovasculari. ●

Interviu realizat de **Raluca Boboc**

Am promovat efectuarea de investigații radiologice pe care le-am oferit gratuit și diverse pachete de evaluare a hipertensiunii arteriale. Cel mai important proiect susținut este cel realizat în colaborare cu doamna Alexandra Dinu și Pro TV, în care am oferit micuților consultații cardiologice și ecocardiografii gratuite pentru depistarea afecțiunilor cardiace congenitale, în special la copiii care practică sport de performanță.



PROF. UNIV. DR. GHEORGHE IANA:

Până la sfârșitul anului, vom reuși să dăm CASMB o poziție credibilă în relația cu asigurații



Profesor și reputat specialist în radiologie și imagistică medicală, prof. univ. dr. Gheorghe Iana este, din ianuarie 2013, președinte - director general al Casei de Asigurări de Sănătate București (CASMB). Ca priorități imediate, și-a propus simplificarea procesului de eliberare a documentelor solicitate de asigurați și creșterea nivelului de transparență a CASMB.

CU TOATE CĂ REGIONALIZAREA ESTE ÎNCĂ ÎN STADIUL DE PROIECT, NEFIIND SIGUR NICI CÂND SE VA ÎNIȚIA sau dacă se va iniția și nici cum va arăta noua structură administrativă a României, subiectul reorganizării caselor de asigurări de sănătate continuă să fie în centrul atenției.

„Discuțiile privind reorganizarea caselor de asigurări de sănătate trebuie să fie privite în strânsă legătură cu modificările preconizate la nivel administrativ-teritorial, în speță, cu regionalizarea. Există disfuncționalități, dar și beneficii în funcționarea caselor județene. Cred că la nivelul celor care decid trebuie făcută o analiză serioasă a activităților, nu puține, care se derulează prin casele de sănătate și un raport judicios între nevoia de personal și volumul de activitate”, afirmă prof. univ. dr. Gheorghe Iana.

CASMB ȘI-A MODIFICAT STRUCTURA

CASMB A PRELUAT CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE A MINISTERU-

LUI TRANSPORTURILOR, Construcțiilor și Turismului (CASMTC). Profesorul Iana consideră că „preluarea CASMTC a necesitat un volum de muncă determinat, în special, de însușirea activităților care se desfășurau prin CASMTC. De exemplu: existau contracte în derulare cu documente de plată emise, dar scadente după încetarea funcționării Casei Transporturilor. Deși, în momentul de față, preluarea Casei s-a încheiat, din punctul de vedere al integrării personalului și activităților, încă se lucrează la nivelul documentelor cu termene viitoare”.

BIROU UNIC DE RELAȚII CU ASIGURAȚI

CASMB ARE UN SPECIFIC GENERAT DE NUMĂRUL MARE DE ASIGURAȚI, DAR ȘI DE FAPTUL CĂ NU ARE UN SEDIU PROPRIU nici până în prezent, funcționând în mai multe sedii închiriate. Președintele-director general al CASMB consideră că acesta este motivul pentru care nu poate fi asigurată, în condiții acceptabile, desfășurarea activității de relații cu publicul.

Astfel, s-a decis înființarea Biroului unic de relații cu asigurații, având drept scop simplificarea procesului de eliberare a documentelor solicitate de asigurați și, astfel, reducerea timpului de așteptare.

„Am găsit foarte multe probleme nerezolvate care au generat un volum suplimentar de activități, dar și un grad de nemulțumire a asiguraților. Într-un interval atât de scurt, nu putem spune că am reușit să rezolvăm toate aceste probleme, dar considerăm că, până la sfârșitul anului, vom reuși să dăm Casei de Asigurări de Sănătate a Municipiului București o poziție credibilă în relația cu asigurații”, a precizat profesorul Iana.

COLABORĂRI CU INSTITUȚIILE STATULUI

CASMB COLABOREAZĂ CU INSTITUȚIILE STATULUI ABILITATE SĂ DESFĂȘOARE ACTIVITĂȚI DE INVESTIGARE a modului în care farmaciile își desfășoară activitatea și își onorează obligațiile asumate.

Alte soluții, pentru simplificarea procesului de eliberare a documentelor solicitate de asigurați, ar putea fi perfecționarea sistemului informatic cu introducerea registraturii unice și de gestiune a documentelor, precum și alocarea de resurse umane suplimentare pentru a descongiona Biroul de relații publice

DEȘI, ÎN MOMENTUL DE FAȚĂ, PRELUAREA CASEI S-A ÎNCHEIAT, DIN PUNCTUL DE VEDERE AL INTEGRĂRII PERSONALULUI ȘI ACTIVITĂȚILOR, ÎNCĂ SE LUCREAZĂ LA NIVELUL DOCUMENTELOR CU TERMENE VIITOARE

„Colaborăm în bune condiții cu instituțiile statului abilitate să desfășoare activități de investigare a evenimentelor, punându-le la dispoziție atât documente, cât și expertiza specialiștilor noștri”, a afirmat președintele-director general CASMB.

REFORMA SPITALELOR ȘI PACHETUL DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ

FOST MANAGER AL UNUIA DINTRE CELE MAI MARI SPITALE DIN CAPITALĂ, SPITALUL UNIVERSITAR DE URGENȚĂ DIN BUCUREȘTI, prof. univ. dr. Gheorghe Iana consideră că „reforma spitalelor trebuie făcută rapid și să devină funcțională odată cu pachetul serviciilor medicale de bază”. „Pachetul de servicii medicale de bază este o necesitate și, de aceea, consider că introducerea lui cât mai urgentă va genera beneficii pentru asigurați și va modifica, în sens pozitiv, relația medic-pacient”, a adăugat el. ● (Raluca Boboc)

PROF. UNIV. DR. GHEORGHE IANA

- Președinte în exercițiu al Societății de Radiologie și Imagistică Medicală (2011 - 2015)
- Director, Spitalul Universitar de Urgență din București (2006-2009)
- Medic primar în radiologie și imagistică medicală, șef catedră UMF
- Doctor în medicină
- Master la UMF "Carol Davila" București, în domeniul managementului sănătății publice și al serviciilor de sănătate

PET/CT sau cum poți transforma un COST într-o INVESTIȚIE



Dr. Claudiu Tronciu
CEO Neolife, Centrul de Excelență în Oncologie

Viteza alarmantă cu care ia amploare fenomenul cancerului a impus o rigoare ridicată în diagnosticul și metodele de tratament ale acestor cazuri complexe. Fiecare pacient necesită o abordare complexă și personalizată prin intermediul unui studiu meticolos al celor mai noi tehnologii și metode integrate de diagnostic și tratament. PET (Positron Emission Tomography - Tomografie cu emisie de pozitroni) și PET/CT (Computed Tomography - Tomografie computerizată) au schimbat algoritmul de diagnostic în oncologie.

SISTEMELE DE SĂNĂTATE DIN ÎNTREAGA LUME AU APROBAT RAMBURSAREA PENTRU PET ȘI PET/CT efectuate pentru a stabili stadiul cancerului pulmonar non-microcelular și pentru diagnosticul diferențial al nodulilor pulmonari solitari, pentru că investigațiile s-au dovedit cost-eficiente (și-au dovedit eficiența investițională). Indicațiile adiționale acoperite de sistemele de sănătate din Statele Unite și din Uniunea Europeană includ stabilirea stadiilor cancerelor de tract gastrointestinal, a cancerului de sân, a cancerului renal și a altor cancere genitourinare, a limfomului malign, melanomului și a cancerelor de cap și gât. De asemenea, se rambursează examinarea privind răspunsul la tratamentul cancerului de sân.

Pentru noi indicații se lucrează la mai multe evaluări economice pe baza a trei abordări:

1. Analiza cost-eficiență;
2. Analiza cost-utilitate;
3. Analiza cost-beneficiu,

pentru că într-o lume cu resurse financiare limitate, factorii implicați în rambursare cer o apreciere riguroasă privind beneficiul economic.

CUM SE RAMBURSEAZĂ ÎN EUROPA ȘI ÎN SUA?

PET/CT REPREZINTĂ UNA DINTRE MODALITĂȚILE IMAGISTICE MEDICALE cu răspândirea cea mai rapidă în întreaga lume. În 2009 s-au instalat în Statele Unite aproximativ 2.000 de scanere PET/CT, iar în Europa – aproximativ 350. Considerând o populație de aproximativ 307 milioane în Statele Unite și de 830 de milioane în Europa, rezultă că în America s-au instalat de 6 ori mai multe scanere decât în întreaga Europă, dar pentru o populație reprezentând doar o treime.

ÎN CANCERUL MAMAR, NODULII LIMFATICI METASTATICI POT FI DETECTAȚI ÎNAINTE CA SCHIMBĂRILE STRUCTURALE ȘI CA NODULII SANTINELĂ SĂ POATĂ FI LOCALIZAȚI.

Pe baza numărului de pacienți, costurile pentru PET și PET/CT scad concomitent cu creșterea numărului de examinări realizate. În Europa, rambursarea examinărilor PET și PET/CT variază semnificativ, în funcție de sistemele de sănătate respective. În Germania, de exemplu, costurile examinării se situează în medie între 600 și 1.000 de euro, suma pentru producția și livrarea substanței radiofarmaceutice fiind de aproximativ 180-260 de euro per scanare. Într-un studiu recent realizat în Marea Britanie, s-au menționat prețuri între 635 și 1.300 de lire sterline. În Statele Unite, rambursarea furnizată prin programul Medicare pentru investigațiile realizate la pacienții cu spitalizare continuă sau la cei în regim ambulator costă 855,43 dolari pentru investigație și 97,40 dolari pentru interpretare. În plus, în anumite condiții, se pot rambursa costuri adiționale pentru producția radiofarmaceuticelor.

CUM FUNCȚIONEAZĂ PET? MODIFICĂRILE FUNCȚIONALE, BIOCHIMICE ȘI METABOLICE PRECED CU MULT SCHIMBĂRILE ANATOMICE. Ca urmare, vizualizarea proceselor biochimice în bolile organismului poate fi făcută cu succes înainte ca schimbările anatomice



CT (tomografia computerizată), MR (rezonanța magnetică) și X-ray (radiația Röntgen) furnizează date despre structura organelor, răspunzând întrebării „Cum arată?“, însă PET (Positron Emission Tomography) răspunde întrebării „Cum funcționează?“.

să fie detectate. Cea mai comună moleculă traser PET este FDG (fluorodeoxiglucoză, produsă de anul trecut și în România de către compania Monrol Eczacibasi). Deoarece este un analog al glucozei, participă la procesele metabolismului glucidic, care furnizează energie celulei vii. În cele mai multe boli oncologice, tumorile cresc mai repede decât țesuturile sănătoase și, de aceea, cer mai multă glucoză, consumând-o într-un proces de glicoliză anaerobă. Astfel, aceste tumori sunt „marcate“ cu ¹⁸F și, prin scanarea de către complexul de detectoare, rezultă un fel de „hartă tridimensională a metabolismului glucidic“. Beneficiul major este că tumorile și metastazele cu activitate metabolică înaltă pot fi detectate în faze timpurii, ghidând tratamentul și reducând costurile datorate abordării tardive sau neadecvate a patologiei oncologice.

Nodulii limfatici sunt raportați ca fiind metastatici pe CT numai atunci când mărimea lor este mai mare de 15-20 mm. În cancerul mamar, nodulii limfatici metastatici pot fi detectați înainte ca schimbările structurale și ca nodulii santinelă să poată fi localizați. Cu o simplă scanare PET, medicii pot decide dacă există metastaze, de ce mărime și cât de multe/dimensiunile și numărul acestora, fapt care îmbunătățește în mod dramatic managementul pacientului.

AVÂND ÎN VEDERE BENEFICIILE ADUSE DE INVESTIGAREA PET/CT, PROBABIL CĂ RETICENȚA DIN PARTEA UNOR MEDICI DE A LUA ÎN CONSIDERAȚIE ACEASTĂ METODĂ DE DIAGNOSTIC VA DISPĂREA.

PET ȘI ONCOLOGIA
SCANAREA PET ÎȘI DOVEDEȘTE COST-EFICIENȚA ÎN ONCOLOGIE DEOARECE POATE:

1. Să elimine procedurile invazive, cum ar fi biopsia, prin confirmarea sau infirmarea cancerului.
2. Să elimine unele proceduri chirurgicale care nu sunt necesare, fiind posibilă caracterizarea țesuturilor și localizarea tumorilor.
3. Să localizeze, prin scanarea întregului organism, metastaze necunoscute anterior acestei investigații, contribuind la stabilirea stării pacientului, oricând este nevoie.
4. Să elimine multe teste, deoarece sensibilitatea și specificitatea PET sunt mult mai ridicate în PET decât în orice altă modalitate de diagnostic.
5. Să îmbunătățească eficiența în timp a terapiei prin abordarea timpurie, datorită detectării schimbărilor funcționale înaintea celor anatomice.

În prezent, în multe țări cu standarde medicale ridicate, PET a devenit un element de bază în oncologie, diagnosticarea devenind mai rapidă și mai eficientă, salvând bani, timp și, cel mai important, VIEȚI.

Deși aplicarea cea mai frecventă a examinării PET/CT se regăsește în oncologie într-un procent de 97%, o putem regăsi și în infecții într-un procent de 2% și în cardiologie – 1%.

În cancerul pulmonar non-microcelular (NSCLC), PET/CT aduce/ofere cea mai mare acuratețe în stabilirea stadiului tumorii. Îmbunătățirea importantă este rezultatul corelării integrate a caracteristicilor anatomice cu afectarea funcționalității, evidențiindu-se infiltrația focalizată a peretelui toracic, invazia mediastinului și diferențiindu-se tumora de atelectazie. Deși mediastinoscopia a rămas procedura standard pentru stabilirea stadiului nodulilor mediastinali, PET/CT s-a dovedit a fi o tehnică de stabilire a stadiului foarte sensibilă și poate determina chiar și localizarea precisă a unui nodul limfatic solitar, concluzionând astfel clasificarea precisă N1 sau N2. De asemenea, PET/CT poate releva metastaze nesuspicionabile extratoracice ale țesuturilor moi sau musculoscheletale în situații în care alte metode imagistice au eșuat să demonstreze metastaze la distanță. Studiile au demonstrat că PET/CT a generat modificarea managementului tratamentului la 30% din pacienții cu NSCLC.

SITUAȚIA ÎN ROMÂNIA & CONCLUZII

ȘI ÎN ROMÂNIA EXISTĂ UN PROGRAM DESFĂȘURAT ÎN ANII PRECEDENȚI DE CĂTRE MINISTERUL SĂNĂTĂȚII, prin care se asigurau gratuit investigații PET/CT pentru 2.500 de pacienți. De anul acesta, procedura a devenit mai facilă, acest program fiind preluat de casele de asigurări, numărul pacienților fiind dublat, scanarea PET/CT realizându-se în cele 4 centre private din țară: Brașov, București, Constanța și Oradea. În curând, un nou centru de medicină nucleară se va deschide și în București, în cadrul clinicii NEOLIFE.

Având în vedere beneficiile aduse de investigarea PET/CT, probabil că reticența din partea unor medici de a lua în considerare această metodă de diagnostic va dispărea.

Acuratețea stabilirii stadiului, a confirmării acestuia și evaluarea promptă a terapiei conduc inevitabil la modificări bine-venite în managementul pacientului. Astfel, PET/CT se asociază și cu realizarea unei economii, prin evitarea efectuării de examinări imagistice adiționale și de proceduri invazive și prin ajutorul adus clinicianului în optimizarea deciziei terapeutice.

PET/CT prezintă o importanță specială/crucială, vitală în managementul cancerului, în mod special în detectarea metastazelor oculte

Data Evidence Based/Dovezile bazate pe date științifice continuă să se acumuleze în privința utilității PET/CT în practica clinică drept metodă imagistică profundă, cu aplicații în expansiune în domeniul oncologic variate. ●

RECURENȚA LOCALĂ, INTRATORACICĂ SAU LA DISTANȚĂ ESTE DETECTATĂ CU SUCCES PRIN PET/CT

Este posibilă, prin această modalitate, distincția între formațiunile maligne și modificarea de structură apărută post-operator. Rezecția chirurgicală provoacă cicatrici și deformări anatomice care pot masca modificările precoce cauzate de extensia tumorii. De asemenea, pneumonia indusă de radioterapie poate provoca modificări „mass-like/in masă”.

PET/CT poate ajuta și în managementul mezoteliomului pleural malign. În acest caz, examinarea este utilă în aprecierea extinderii revărsatului pleural, a posibilei implicări a nodurilor limfatici și a infiltrării parenchimului pulmonar și a peretelui toracic. De asemenea, are un rol important în diagnosticul metastazelor la distanță și în evaluarea răspunsului la tratament.

Cancerul de sân beneficiază, de asemenea, de PET/CT în restadializare și în depistarea metastazelor la distanță. Totuși, în screeningul și diagnosticul tumorilor mamare primare, costurile PET/CT nu permit o aplicare pe scară largă.

În cancerul esofagian și gastric, PET/CT aduce un beneficiu major în privința stadializării. În determinarea metastazelor, evaluarea dimensiunii tumorii și a implicării nodurilor limfatici, investigația are o sensibilitate mai mare de peste 30%. Pe de altă parte, detectarea cancerului gastric depinde de tipul histologic. După realizarea diagnosticului, PET/CT poate fi folosit pentru deter-

minarea profunzimii invaziei tumorii primare și pentru evaluarea expansiunii nodale a bolii, incluzând metastazele la distanță. Utilitatea acestei tehnici în cancerul esofagian este cea mai evidentă în evaluarea răspunsului la chimioterapie.

Informațiile integrate PET/CT pot fi de mare importanță în stadializarea și restadializarea cancerului colo-rectal, în detectarea metastazelor la distanță și cu mare sensibilitate în detectarea recurenței metastazelor hepatice. Depistarea precoce a metastazelor hepatice marchează benefic managementul pacientului, oferind șansa la chimioterapie neoadjuvantă și rezecția tumorii, studiile demonstrând că strategia terapeutică a fost influențată pozitiv la 20-35% dintre pacienți.

Evaluarea loco-regională a cancerului de cap și gât este extrem de complexă prin definiție. PET/CT oferă posibilitatea distingerii mai facile a ganglionilor limfatici cu captare normală de FDG de cei care, deși au dimensiune normală, conțin, de fapt, celule maligne. Astfel, este posibilă definirea cu mai multă acuratețe a stadiului N1. În cele mai multe cazuri, procedurile standard de tratament sunt chirurgia extensivă și radioterapia.

În contextul cancerului tiroidian în care celulele agresive își pierd abilitatea de a capta iod, PET/CT s-a dovedit valoroasă pentru precizarea localizării metastazelor și în diferențierea tumorii de țesutul cicatricial,

prevenind intervenții inutile. În cazul tumorilor iod negative, PET/CT detectează cu mai multă acuratețe afecțiunea, sensibilitatea fiind exprimată la 93%.

Melanomul malign și metastazele sale acumulează FDG într-o manieră intensă. Mai multe studii și meta-analize au raportat că sensibilitatea și specificitatea FDG/PET în detectarea melanomului recurent se situează între 70 și 100%. Cu excepția creierului, FDG/PET poate localiza cu succes metastaze și micrometastaze situate în locuri neobișnuite, care pot scăpa modalităților convenționale. Astfel, PET/CT ar trebui efectuată nu numai la pacienții programați pentru intervenție chirurgicală, în vederea excluderii metastazelor oculte, dar și pentru a realiza o excizie cât mai puțin invazivă posibil.

Evaluarea limfomului Hodgkin sau non Hodgkin este de mare importanță pentru alegerea unui tratament optim. PET/CT este modalitatea recomandată pentru a oferi încredere în identificarea și localizarea leziunii. În același timp, reperarea locului optim pentru biopsie se poate determina prin PET/CT. Este vitală diferențierea între limfomul încă viabil și țesutul necrotic sau fibrosat. În timpul monitorizării răspunsului la tratament, se poate evidenția o creștere neașteptată a acumulării FDG în unele sau în toate zonele afectate de boală, sugerând transformarea unui limfom cu grad redus de agresivitate într-un limfom cu grad crescut.



Tehnologie de ultimă generație în radiochirurgie și radioterapie (IMRT, IGRT, SBRT și RapidArc)



DE CE ESTE TRUEBEAM CEL MAI BUN?

- **Este mai exact:** realizează o mai bună focalizare a tratamentului de administrare a dozei iradiației.
- **Este mai rapid:** reduce durata sesiunilor.
- **Furnizează un proces de tratament cu o performanță îmbunătățită:** număr de sesiuni reduse. Este o tehnologie care oferă opțiuni de radioterapie și de radiochirurgie integrate pe aceeași platformă într-o modalitate mai facilă pentru pacient.

neolife
medical center

Tradiție internațională și know-how
de peste 25 de ani
în diagnosticarea și tratarea cancerului

- Brahiterapie și chimioterapie • PET CT • Gamma camera
- Mamograf digital cu tomosinteză • Radiografie digitală

Cât de inechitabile sunt asigurările private de sănătate?

În încercarea de a reforma serviciile de sănătate, multe țări europene caută soluții alternative de finanțare și de extindere a acoperirilor în sănătate prin folosirea modelelor competitive pentru asigurările obligatorii, introducerea fondurilor private și a asigurărilor voluntare de sănătate sau adoptarea conturilor de economii medicale.



Dr. Cornelia Scărlătescu
Managing Partner
Politici de Sănătate

“ACOPERIREA UNIVERSALĂ ÎN SĂNĂTATE ESTE SIMBOLUL RESPONSABILITĂȚII UNUI GUVERN, datorită de a avea grijă de cetățeni, de toți cetățenii săi. Acoperirea universală este cea mai înaltă expresie a dreptății și echității”, a declarat Dr. Margaret Chan, director general OMS, la cea de-a 55-a Conferință World Health.

Acoperirea universală și-a câștigat susținerea în special acum trei ani, când OMS lansa, la Conferința ministerială de la Berlin, World Health report 2010: Health Systems Financing the path to Universal Coverage. Organizații guvernamentale și nonguvernamentale, instituțiile de sănătate publică la nivel global au îmbrățișat conceptul, considerat unul dintre principalele obiective de dezvoltare în agenda “post MDG”.

Deși multe țări europene au adoptat acoperirea universală în politicile de sănătate, 19 milioane de persoane încă experimentează plățile informale sau personale pentru serviciile de îngrijire și mai mult de 6 milioane de persoane au devenit paupere din cauza cheltuielilor medicale. În special bolnavii cronici înfruntă bariere în accesarea serviciilor medicale continue și de înaltă calitate, din cauza constrângerilor financiare, serviciile fiind acordate cu întârziere sau incomplet.

Acoperirea universală presupune responsabilitatea guvernelor de a finanța public serviciile de sănătate, dar și de a controla și rezolva deficiențele în cheltuirea banului public – în special cheltuielile pentru stabilirea diagnosticului, de spitalizare sau cele legate de consumul de medicamente.

Multe țări caută soluții alternative de finanțare și de extindere a acoperirilor în sănătate prin folosirea modelelor competitive pentru asigurările obligatorii, dezvoltarea asigurărilor voluntare de sănătate sau introducerea conturilor de economii medicale.

■ **ASIGURĂRILE VOLUNTARE DE SĂNĂTATE (AVS)** nu au constituit principala cale de finanțare în nicio țară care a adoptat acoperirea universală. Scopul principal al dezvoltării lor este acela de a elibera presiunea fiscală din sectorul de sănătate, prin transferul acoperirii unor servicii de la sistemul public către fondurile private finanțate fie individual, fie de către angajatori. Există, la nivel global, doar 15 țări în care asigurările voluntare acoperă mai mult de 10% din cheltuielile totale din sănătate și două dintre acestea se află în Europa. Asiguratorii preferă sau oferă prime de asigurare mai avantajoase clienților sănătoși, pentru a evita antiselecția riscurilor. Aceasta face dificilă accesarea

asigurărilor private de către bătrâni, bolnavii cu boli cronice sau de către cei cu dizabilități. Primele de asigurare voluntară de sănătate nu sunt corelate cu venitul personal. Segmentul de populație sărac plătește prime care reprezintă un procent mare din venitul propriu, spre deosebire de cei cu venituri ridicate. Un aspect important îl reprezintă modul în care asigurările voluntare acoperă deficitul sistemului de asigurări obligatorii. În privința acestui aspect, politicile publice joacă un rol important, deoarece structurarea dizarmonică a asigurărilor obligatorii va exacerba segmentarea riscurilor, inechitatea socială, va permite ca alocarea resurselor publice să fie atrasă în favoarea asiguraților privați și va eșua în a stabili aranjamentele instituționale adecvate pentru acoperirea nevoilor sistemului de sănătate.

Prin acoperirile oferite, dispersia riscurilor și plata primelor în avans, scopul unei asigurări private este de a proteja financiar, de a conferi securitate în cazul producerii unui eveniment asigurat. Însă structura acoperirilor oferite, nivelul primelor de asigurare (dependente de vârstă, sex și de starea de sănătate și, prin urmare, dezavantajoase pentru bătrâni, bolnavii cronici, persoanele cu dizabilități sau persoanele cu venituri scăzute) și calitatea și structura serviciilor pot face ca asigurările private să nu constituie opțiunea majoră a populației.

Măsurarea eficienței lor este reprezentată de procentul asigurărilor voluntare din totalul cheltuielilor private pentru servicii de sănătate. Asigurările voluntare de sănătate reprezintă aproximativ 25% din cheltuielile private pentru sănătate, chiar în țări dezvoltate, cum sunt Germania (asigurări substitutive), Franța, Slovacia (asigurări complementare pentru coplățile obligatorii), Irlanda (asigurări suplimentare) sau Olanda (asigurări complementare pentru servicii excluse în sistemul public). Cheltuielile de tip “out-of pocket money” – plăți personale – pentru serviciile medicale reprezintă aprox. 75% din cheltuielile private în sănătate, ceea ce arată că AVS nu au reușit să acopere deficitul sistemului public de asigurări și să ofere protecția dorită.

Tipul de deficit al sistemului de asigurări public pe care asiguratorii aleg să îl acopere este, de asemenea, relevant. Există deficiențe cum ar fi serviciile medicale de nivel de performanță și calitate reduse sau costisitoare, care ar fi util de soluționat prin produsele de asigurare. De exemplu, prescripțiile de medicamente pentru pacienții din ambulatoriu sunt cea mai frecventă cauză a împovărării financiare în sănătate (Vork et al. 2009) și, cu toate acestea, asiguratorii rar dezvoltă produse care să acopere costurile medicamentelor (Thomson et al. 2009).

Studiile arată că în Germania și în Franța, de exemplu, calitatea

acoperirilor oferite de asigurările private (generozitatea beneficiilor) a înregistrat un declin în ultimii cinci ani.

Asigurările private sunt contestate și din punctul de vedere al echității în folosirea serviciilor de sănătate (din cauza scurtcircuitării listelor de așteptare, serviciile medicale sunt deturnate de la acordarea asistenței celor în nevoie către cei cu asigurări private), în finanțarea sistemului de sănătate (facilitățile fiscale oferite încurajează segmentul persoanelor cu venituri ridicate să contribuie cu prime substanțiale exclusiv în fondurile private de sănătate, privând fondurile publice de sume importante și suplimentând, astfel, presiunea financiară în sistemul de stat), dar și în privința eficienței utilizării resurselor în sănătate. De asemenea, nu s-a demonstrat că au efect asupra eficienței actului medical.

Multe dintre efectele negative sunt legate de tipul politicilor de sănătate, de lipsa înțelegerii modului în care AVS interacționează cu sistemul de sănătate, de eșecul alinierii și integrării AVS cu acoperirile obligatorii, de lipsa stimulentei acordate asiguratorilor în a contribui la îndeplinirea obiectivelor politicilor de sănătate naționale. Sunt necesare dorința și capacitatea guvernelor de a reglementa legislativ piața de asigurări pentru a securiza protecția financiară și introducerea unui sistem coerent, permanent de monitorizare și evaluare a acestei piețe.

■ **CONTURILE DE ECONOMII MEDICALE.** Din cauza incertitudinii momentului producerii îmbolnăvirii, severității sau costurilor implicate de serviciile medicale, protecția financiară este mult mai bine securizată de asigurările de sănătate, implicând plata obligatorie în avans a primelor și risk-pooling (acumularea riscurilor), decât de conturile personale de economii medicale. Acest sistem de finanțare a sănătății este folosit doar în unele țări și numai în asocieri cu celelalte forme de asigurare.

Deși cei care au introdus sistemul au mizat pe capacitatea lui de a-i motiva pe oameni să fie mai responsabili cu sănătatea lor și cu costurile medicale, datele au demonstrat că oamenii nu știu să distingă între cheltuieli utile sau mai puțin utile – și aceasta se aplică la toate tipurile de servicii medicale, inclusiv la rețetele de medicamente.

Obligația de a plăti din buzunar serviciile medicale are ca efect reducerea sau renunțarea la accesarea serviciilor medicale, în special de către păturile sociale defavorizate, cu efecte negative asupra indicatorilor de morbiditate și mortalitate.

■ **COMPETIȚIA ÎN ASIGURĂRILE DE SĂNĂTATE OBLIGATORII** (case de asigurări multiple) nu produce o creștere a performanței în cadrul sistemului de sănătate în termeni de protecție financiară, echitate, eficiență și calitate, comparativ cu modelul de casă de asigurări unică. Cheltuielile implicate de sistemele în care există case de asigurări multiple (multiple payers systems) sunt crescute prin multiplicarea costurilor de înregistrare, de achiziționare a polițelor, de monitorizare și raportare. Mai mult, un procent major din cheltuielile totale sunt administrative și de management în defavoarea direcționării lor către servicii medicale, ca în sistemele de single payer (casă de asigurări de sănătate unică).

De aceea, tranziția de la o singură casă de asigurări la case multiple, aflate în competiție, poate avea beneficii minore și cheltuieli de operare crescute, mai ales dacă nu au existat anterior fonduri de sănătate multiple și experiență în reglementarea concurenței între asiguratorii.

Competiția necesită însă un set complet de condiții și o informare comparativă asupra performanțelor asiguratorilor și furnizorilor de

EXISTĂ PATRU TIPURI DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE, ÎN FUNCȚIE DE MODUL ÎN CARE INTERACȚIONEAZĂ CU SISTEMUL PUBLIC.

■ **Asigurări substitutive** - acoperă persoanele excluse sau pe cele care vor să iasă din sistemul obligatoriu de asigurări de sănătate (exemplu, Germania). În Germania persoanele cu venituri de peste 48.000 euro/an se pot sustrage plăților către sistemul public, optând exclusiv pentru o acoperire voluntară.

■ **Asigurări complementare (servicii)** - acoperă serviciile excluse sau doar parțial acoperite de către sistemul obligatoriu de asigurări de sănătate (exemple: Danemarca, Ungaria, Olanda).

■ **Asigurări complementare (coplăți obligatorii)** - acoperă sumele obligatorii (coplățile) pe care asiguratul trebuie să le achite în nume propriu pentru accesarea serviciilor de îngrijire (Franța, Slovenia).

■ **Asigurări suplimentare** - oferă acces prioritar la serviciile de sănătate, prin eludarea listelor de așteptare, oferă condiții de confort sporit sau posibilitatea de alegere a medicului ori a furnizorului de servicii medicale (ex., Irlanda, Polonia, Suedia, Marea Britanie).

servicii medicale și ar trebui bazată pe preț și pe calitate mai mult decât pe selecția riscului. Selecția riscurilor implică faptul că asiguratul va fi interesat de asigurarea persoanelor cu o stare de sănătate mai bună decât media corespunzătoare vârstei și va respinge sau va face dificilă și costisitoare acceptarea persoanelor cu boli cronice, afecțiuni preexistente, dizabilități sau a celor în vârstă.

Țările cu capacitate scăzută sau fără istoric de reglementare legislativă a competiției în asigurări vor considera o provocare dificilă să concretizeze designul politicilor de sănătate și să supravegheze folosirea transparentă a fondurilor publice de către asiguratorii privați.

■ **SUNT NECESARE INFORMAȚII SUBSTANȚIALE** privind costurile și riscurile individuale de sănătate (pentru o reducere efectivă a riscurilor), date comparative actualizate permanent asupra calității furnizorilor de servicii medicale (pentru contractele strategice) și date despre performanța și beneficiile acordate de asigurator (pentru protecția și mobilitatea asiguratului), ceea ce presupune un sistem IT complex și unificat, astfel încât să permită obținerea datelor în vederea raportării lor și reducerii riscurilor. ●

Cheltuielile de tip “out-of pocket money” – plăți personale – pentru serviciile medicale reprezintă aprox. 75% din cheltuielile private în sănătate, ceea ce arată că AVS nu au reușit să acopere deficitul sistemului public de asigurări și să ofere protecția dorită.

Integrarea politicilor de sănătate cu viziunea și leadership-ul - o perspectivă de explorat

Kenneth A. Rethmeier,

DrPH, Consultant & Expert in Leadership Development, President, The Rethmeier Group, LLC, Bermuda Run, North Carolina, USA

Katarzyna Czabanowska,

PhD, Assistant Professor, Department of International Health Faculty of Health, Medicine & Life Sciences, CAPRI, Maastricht University, & LEPHIE Program Director

Daniela Popa,

MD, MSPH, Lecturer, International Health, Faculty of Health, Medicine & Life Sciences, Maastricht University



BACKGROUND

ÎN ULTIMII 20 DE ANI, EUROPA A FOST MARTORA UNOR SCHIMBĂRI SOCIO-POLITICE, FINANCIARE ȘI CULTURALE SEMNIFICATIVE, care afectează în mod dramatic organizarea, finanțarea și gestionarea sistemelor sale de sănătate. Înainte și după aderarea la UE în 2007, România și, în special, rețeaua sa de sănătate au fost supuse unei reforme progresive în strânsă legătură cu trecerea de la economia planificată de stat la economia de piață, schimbare apărută în mai toate sistemele din Europa de Est și Centrală aflate în tranziție. 1,2 Organizația Mondială a Sănătății (OMS) a condus mereu înnoitoare politici de sănătate și o viziune pentru viitor a asistenței medicale în Europa 3. Ca urmare, dinamica acestor evenimente a poziționat România către noi perspective și oportunități de a face față schimbărilor care au un impact asupra politicilor privind îngrijirile de sănătate. 4,5,6 Principalele modificări subliniate de o gamă largă de surse includ:

- trecerea de la un singur pacient și/nevoile sale medicale la o perspectivă populațională, acest fapt datorându-se tendințelor majore epidemiologice – îmbătrânirea populației, afecțiunile induse de stilul de viață și apariția bolilor transmisibile la rate alarmante;
- evoluție accentuată a inițiativelor care pledează pentru promovarea sănătății și a bunăstării;
- recunoașterea a înecităților asociate cu subgrupuri populaționale diverse și economic diferite și cum ar putea fi satisfăcute nevoile lor de sănătate;
- legătura dintre determinanții stării de sănătate proveniți din surse

sociale și legate de mediu;

- Schimbările populaționale produc rapoarte de dependență nesustenabile, corelate cu provocări economice care determină o cerere mai mare pentru îngrijirile de sănătate cu resurse limitate;
- Un model al migrării personalului medical din zonele defavorizate din punct de vedere economic din Europa la cele care oferă oportunități mai bune, pentru salarii mai mari și locuri de muncă stabile.

În plus, revoluția din 1989 și căderea Cortinei de Fier au adus multe schimbări în Europa Centrală și de Est. Aceste schimbări nu au fost puse foarte ușor în aplicare sau nu au fost bine primite de populație. Sistemul de sănătate și liderii în acest domeniu a trebuit, de asemenea, să se adapteze foarte rapid la multe schimbări drastice, care, uneori, au avut loc peste noapte. Trecerea de la un mediu comunist și un stil de „conducere de sus în jos” la un stil de leadership orientat spre piață și capitalist a pus multe probleme liderilor vechi și noi ai sistemului îngrijirilor de sănătate. În scopul de a satisface nevoile unor reforme realizate într-un ritm rapid în sistemul actual, un nou stil de conducere trebuie să fie imaginat și pus în aplicare în aceste țări, inclusiv în România.

Pentru a răspunde acestor provocări, OMS a produs, împreună cu alte organizații, un cadru cuprinzător, o viziune agresivă „Sănătate 2020” pentru sănătate și bunăstare și o serie de inițiative strategice în jurul cărora noi politici de sănătate continuă să evolueze.

Prin urmare, scopul acestui articol este de a oferi un model practic conceput pentru a deschide un dialog între părțile implicate în cre-

area de politici de sănătate și liderii de sănătate, pentru a crea baza unui set unic de competențe de conducere, pentru transformarea cu succes a acestei politici de sănătate într-o realizare a unei viziuni care promovează o populație sănătoasă.

POLITICA DE SĂNĂTATE, VIZIUNEA ȘI LEADERSHIP-UL IMPLEMENTAREA, CU SUCCES, A POLITICILOR DE SĂNĂTATE DE BAZĂ, menite să promoveze sănătatea și bunăstarea, este cel mai bine realizată de către liderii care prezintă combinația potrivită de cunoștințe unice de conducere, abilități și comportamente. În acest scop, liderii vor fi chemați să exerseze trei mari tipuri de politici de sănătate corelate cu domeniul de competență. Acestea sunt:

- capacitatea și capabilitatea de a înțelege inferențele cauzale corelate cu experiența populațiilor privind nivelul problemelor de sănătate pe care îl au, stabilirea realistă a priorităților privind nevoile de sănătate și recunoașterea implicațiilor și esenței politicilor specifice pentru sănătate, adaptate condițiilor locale;
- traducerea politicilor de sănătate în programe de tip inițiative-cheie, pentru a oferi cele mai bune rezultate populației vizate de aceste inițiative;
- capacitatea de a aplica procese riguroase de măsurare și de utilizare a unor instrumente care să asigure rezultate cost-eficiente și capabile să atingă viziunea.

În cazul în care există coerență și angajament care să aducă aceste competențe la viață de către liderii inspirați și vizionari din domeniul îngrijirilor de sănătate, persoane cu capacitate, capabilitate și încredere că vor putea satisface nevoile binelui comun, în ciuda oricăror provocări de ordin politic și/sau financiar, o viziune privind sănătatea și bunăstarea poate reprezenta un rezultat realizabil.

Să explorăm modul în care aceste domenii de competență se potrivesc în context mai larg. Următorul model, figura 1, ilustrează relațiile dintre punctul de plecare al unei politici de sănătate și se încheie cu rezultatul dorit. După cum se poate vedea cu ușurință, modelul propus de politica de sănătate stabilește un cadru de referință și forța motrice atât pentru viziunea definită, cât și definirea simultană a

competențelor de leadership necesare. Dinamica între viziunea viitorului și competențele de leadership ilustrează modul în care aceste două componente trebuie să se „hrănească” una pe cealaltă pentru a crea un sentiment de aliniere pentru potențialul succes. Având în vedere această aliniere, competențele, viziunea și conducerea traduc viziunea în strategii și inițiative practice, “intenția strategică”, urmată de “execuție”, ducând la un “Rezultat” dorit.

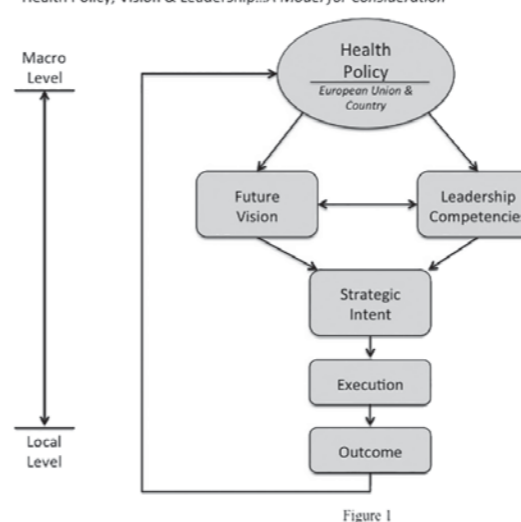
Accentul cel mai critic al acestui model cade pe definirea, articularea și exercitarea unui subset specific de competențe de leadership pentru a asigura cel mai mare potențial pentru succes. De fapt, credem că aceste competențe sunt aditive sau complementare la un set mai generic, aplicabil competențelor de leadership. Un exemplu recent adus pentru susținerea acestui argument este reprezentat de punctul culminant al unui studiu de trei ani care a constatat în crearea unui model de competență în leadership în domeniul Sănătății Publice, model cunoscut sub numele de Leadership pentru Sănătate Publică în Europa (LEPHIE)⁷. LEPHIE este format din nouă domenii de competență aplicabile în orice mediu legat de serviciile de îngrijire a sănătății.

În acest articol, propunem alte trei domenii de competență suplimentare, concepute pentru transformarea politicii de sănătate în acțiune. Acestea sunt enumerate mai jos, cu o scurtă descriere:

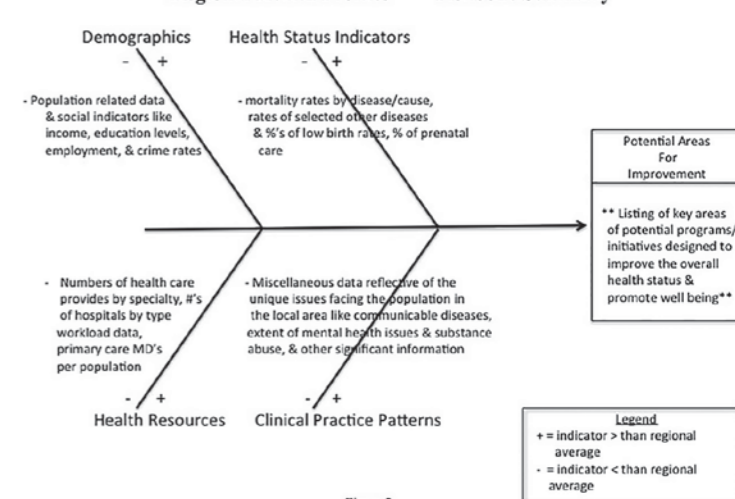
Înțelegerea implicațiilor și esenței politicilor de sănătate în sensul identificării nevoilor locale de sănătate sau a lacunelor prin:

- exercitarea competenței de coordonare a unei evaluări comprehensive a nevoilor comunității privind sănătatea din aria sa de muncă;
- colectarea și compilarea datelor, cum ar fi datele demografice, resursele locale de sănătate, indicatorii disponibili ai stării de sănătate, precum și modelele de practică medicală care să demonstreze comportamentul pacientului/furnizorului⁸;
- urmărirea colectării datelor, prin prezentarea acestora într-un format “os de pește”, preluat din cadrul instrumentelor de îmbunătățire a calității și utilizat pentru a ajuta la organizarea și prezentarea unei imagini care să spună o poveste despre cum potențialele îmbunătățiri/promovări ale stării de sănătate ar putea fi urmărite. (A se vedea figura 2);
- un bun exemplu al acestui tip de abordare ar apărea, într-un

Health Policy, Vision & Leadership...A Model for Consideration



Regional Health Profiles — “Fishbone Summary”



mod clar, realizând o analiză sumară a nevoilor privind starea de sănătate a unei comunități ipotetice din România. Afișarea datelor, însoțită de capacitatea noastră de a vedea alinierea unor modele extrem de interesante din cele patru categorii, ne poate ajuta să vedem rezultatele. Analiza și evaluarea oportunităților noastre, de asemenea ipotetice, ar oferi cinci domenii pentru care nevoile de sănătate sunt deosebit de presante și au nevoie de atenție: decese premature datorate bolilor cardiovasculare, sănătatea mamei și copilului, boli transmisibile ale copilăriei, neoplasme și bolile aparatului digestiv la adulți. Diagrama os de pește facilitează analiza unei cantități mari de date, cu interdependențe aparent complexe, nu neapărat vizibile, fără ajutorul unui mod ordonat de prezentare a datelor;



corespunzătoare, precum și ale altor resurse comunitare, pentru a genera energie și angajamentul pentru producerea unor rezultate semnificative;

■ menținerea metodologiilor eficiente de monitorizare și de celebrare a succeselor pot produce modificări ale indicatorilor de sănătate și/sau a altor măsuri de succes.

Luată împreună, aceste trei domenii de competență de conducere reflectă o nouă direcție pentru liderii care doresc să facă o diferență în comunitățile lor și care doresc să facă parte din minunata oportunitate de a promova sănătatea și bunăstarea.

OBSERVAȚII DE ÎNCHEIERE ȘI UN APEL PENTRU LEADERSHIP

ÎN REZUMAT, SUCCESUL LIDERILOR DIN SĂNĂTATE DIN UE, DE ACUM ȘI DIN TOT SECOLUL 21, va depinde de învățarea unui nou set de competențe și de dobândirea unui set divers de instrumente, în scopul de a transforma viziunea de sănătate și bunăstare într-o realitate pentru zonele lor, locale, de responsabilitate. În cazul în care aceste eforturi vor fi inițiate de-a lungul multor țări, toată lumea va vedea rezultate cu sens și impact și va avea sentimentul că munca în acest sens a fost importantă. În concluzie, sistemul nostru fundamental de valori este că liderii din îngrijirile de sănătate sunt cei mai buni atunci când îi ajută pe alții să:

- vadă viziunea lor;
- creadă că programele și inițiativele în care ei cred sunt cel mai bine concepute pentru a satisface nevoile de sănătate ale populației;
- se angajeze și să insiste în eforturile lor de a realiza la nivel colectiv ceea ce ei pot realiza.

Acestea sunt esența și implicațiile conexiunilor dintre politicile de sănătate și leadership pentru secolul 21. Apelul la leadership este acum. ●

REFERINȚE BIBLIOGRAFICE

1. Vlădescu C, Scintee G, Olsavsky V, Allin S and Mladovsky P. Romania: Health system review. Health Systems in Transition, 2008; 10(3): 1-172.
2. Bara AC, Heuvel WJA van den, Maarse JAM (2002). Reforms of Health Care System in Romania. Croatian Medical Journal 43(4):446-452
3. World Health Organization Regional Office Europe. HEALTH 2020 Leadership for health and well-being in 21st century Europe. Available at http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/health2020_ngocal/en/#
4. Stuckler D, Basu S, McKee M. Public Health in Europe: Power, Politics and Where Next?. Public Health Review, Vol. 32, No. 1, 213-242
5. European Health Alliance. EU Health systems common values and principles recognized. Available at <http://www.epha.org/spip.php?article2369>
6. European Public Health Association. 10 Statements on the Future of Public Health in Europe. EUPHA report 2004-1 available at http://www.cdc.gov/nceh/ehs/ephil/Resources/EUPHA_10_Statements.pdf
7. Czabanowska K, Smith T, de Jong N, Fieldsend G, Lohrman C, O'Connor S, Johnson D, Michelsen K, Mundy T, Rethmeier KA, Stankunas M, Sauliene S, Sumska L, Fahy N, Whitfield M. Leadership for Public Health in Europe. Nominal Plan. Maastricht: Maastricht University; 2013.
8. The Hospital Association of Pennsylvania. A Guide for Assessing and Improving Health Status: Community...planting the seeds for good health. The Hospital Association of Pennsylvania; 1993, 1-32.
9. Siu A, McGlynn EA, Morgenstern H, Beers MH, Carlisle DM, Keeler EB, Beloff J, Curtin K, Leaning J, Perry BC, Selker HP, Weisasser W, Wiesenthal A, Brook RH. Choosing Quality of Care Measures Based on the Expected Impact of Improved Care on Health. HSR Health Services Research, 27:5, December 1992, 619-650

■ aceste date, în contextul mai larg al unei viziuni europene asupra unei populații sănătoase, reprezintă fundația pentru efortul creator al liderului și al echipei sale pentru constituirea unei viziuni vibrante și energizante pentru zona de servicii oferite la nivel local;

■ în plus, folosind rezultatele evaluării nevoilor de sănătate ale comunității și noua viziune pentru a ajuta la stabilirea priorităților publicului-țintă și pentru identificarea celor mai bune rezultate se bazează pe investiții în inițiative de promovare a sănătății și/sau pe rezolvarea problemelor de sănătate existente.

Translatarea politicii de sănătate și a viziunii rezultate, în programe sau inițiative semnificative, prin:

■ utilizarea rezultatelor evaluării nevoilor comunității privind starea de sănătate, urmate de proiectare și de dezvoltarea unui document de planificare strategică, a stabilit obiective realiste în scopul obținerii de rezultate semnificative;

■ utilizarea unui cadru, precum nivelurile de prevenire, pentru selectarea publicului-țintă potențial, precum și eforturile de îmbunătățire a stării de sănătate se bazează pe impactul așteptat al acestor inițiative. În acest caz, există trei niveluri de prevenire: terțiară – boli existente, secundară – depistarea precoce și tratamentul și primară – care vizează factorii de risc, pentru a preveni boala. Ideal, inițiativele care vizează prevenirea primară ar putea duce la o stare mult mai bună de sănătate și rezultate cost-eficiente, prin comparație cu prevenția secundară sau terțiară;

■ este nevoie ca liderii din sănătate să își exercite eforturile creative și inovatoare pentru a descoperi resurse de finanțare optime, pentru a sprijini inițiativele preferate;

■ oferă posibilitatea stabilirii de măsuri semnificative de performanță pentru a testa rezultatele inițiativelor și marcarea progresului spre viziunea locală privind starea de sănătate.

Obținerea unor rezultate reale de impact, reunind o echipă multidisciplinară a sistemului de sănătate, pentru a executa cu precizie:

■ potrivirea capacităților sistemului de sănătate local, a capacității, precum și reunirea finanțărilor și a resurselor limitate, pentru punerea în aplicare a planurilor și a inițiativelor proiectate;

■ triajul și motivarea membrilor echipei de îngrijire de sănătate

Medicina personalizată - noi perspective pentru pacientul român

Studiile arată că, dacă femeile diagnosticate cu cancer de sân ar efectua un test genetic înainte de a începe tratamentul, s-ar face cu 34% mai puțină chimioterapie. În plus, peste 17.000 de accidente vasculare cerebrale ar putea fi prevenite anual, dacă s-ar efectua un test genetic care să evalueze răspunsul pacientului la terapia cu anticoagulante. Totodată, s-ar economisi anual aproximativ 600 de milioane \$ dacă pentru pacienții cu cancer colorectal metastazic s-ar testa statusul mutațional al genei KRAS înainte de începerea tratamentului.

Luând în considerare cele de mai sus, dezbaterile din cadrul evenimentului organizat de Personal Genetics au avut ca punct comun ideea că "investiția corectă în sănătate ar reduce substanțial costurile tratamentelor medicale".

Chiar dacă este un concept nou în România, "medicina personalizată și medicina preventivă reprezintă o adevărată provocare, dar și o necesitate, generate de problemele financiare cu care se confruntă sistemul medical românesc. Un sistem de prevenție care să aibă la bază testarea genetică poate genera în anumite patologii scăderea substanțială a cheltuielilor bugetare", a declarat Ariadna Avram, CEO Personal Genetics, în deschiderea conferinței.

În cadrul conferinței au luat cuvântul acad. prof. dr. Laurențiu Popescu, președintele Secției de Științe Medicale a Academiei Române, prof. dr. Ștefan Constantinescu, Institutul de Cercetare a Cancerului Ludwig, de Duve Institute, Universite Catholique de Louvain, Bruxelles, prof. dr. Dafin Mureșanu, președintele Societății Române de Neurologie, prof. dr. Vasile Astărăstoae, președintele Colegiului Medicilor din România, Gabor Sztaniszlav, Country Manager Amgen România.

***Prof. dr. Ștefan Constantinescu, Institutul de Cercetare a Cancerului Ludwig, de Duve Institute, Universite Catholique de Louvain, Bruxelles**, a prezentat importanța tratamentelor personalizate. Cu cât îmbătrânim, cu atât crește numărul mutațiilor la nivelul fiecărui corp, iar acestea, la rândul lor, colaborează diferit cu mutațiile care duc la formarea cancerului. Tocmai de aceea este necesar ca fiecare persoană să beneficieze de un tratament personalizat.

***Prof. dr. Dafin Mureșanu, președintele Societății Române de Neurologie**, a dorit să evidențieze ce înseamnă mai exact medicina bazată pe dovezi și medicina personalizată. Ceea

ce i se reproșează medicinei bazate pe dovezi este că acționează statistic. Cu toate acestea, există o șansă mai mare de control, în acest caz, mai ales din punctul de vedere al costurilor. În ceea ce privește medicina personalizată, avantajul ar fi că are în centru individul, abordând personal fiecare pacient. Cu toate acestea, este un concept destul de controversat când vine vorba de definirea costurilor.

***Prof. dr. Vasile Astărăstoae, președintele Colegiului Medicilor din România**, a abordat problema medicinei personalizate din punct de vedere etic. El a afirmat că nu

tot ce ține de dezvoltare, din punct de vedere științific, este și moral. Medicina personalizată poate fi costisitoare și, în același timp, poate duce la inechități din punct de vedere social. De asemenea, el a observat lipsa reglementărilor în ceea ce privește utilizarea informației genetice, ceea ce ar putea duce la încălcări ale autonomiei pacienților.

***Gabor Sztaniszlav, Country Manager Amgen România**, a subliniat importanța medicinei personalizate în rândul persoanelor cu cancer la colon, care beneficiază de tratament. Cu ajutorul medicinei personalizate, fiecare pacient poate fi tratat în funcție de propriile nevoi, ținându-se cont de reacțiile adverse pe care le poate avea. ● (Raluca Boboc)



În cadrul conferinței "Medicina personalizată - noi perspective pentru pacientul român", a fost inaugurat oficial primul Centru privat de genetică medicală din România, Personal Genetics, o investiție de peste două milio-

oane de euro. Personal Genetics este un centru de genetică medicală umană înființat în anul 2011. Domeniile principale de expertiză sunt: biologie moleculară, citogenetică, array CGH și secvențiere Next Generation. Laboratorul de genetică medicală din cadrul Personal Genetics este acreditat conform standardului EN ISO 15189:2007 și asigură prin activitatea echipei sale de specialiști, a liniei tehnologice și a facilităților de care dispune un diagnostic genetic avansat și responsabil, acoperind patologii diverse: ginecologice, pediatrie, oncologice, hematologice, neurologice, oftalmologice, endocrinologice.

Performanța medicilor și a sistemului sanitar

În acest an, Ministerul Sănătății a elaborat un proiect de lege privind plata medicilor în funcție de performanță, care va fi implementat experimental, în primele șase luni ale anului viitor, în 12 spitale. Prin acesta se urmărește stimularea serviciilor medicale de calitate. Proiectul a declanșat o serie de discuții care însă sunt departe de dezbaterile care au avut loc pe plan internațional în ultimele două decenii, în legătură cu plata în funcție de performanță a serviciilor medicale.

Dr. Mircea Olteanu, medic primar, doctor în științe medicale, președintele Asociației Spitalelor din România

PROBLEMA PLĂȚII MEDICILOR ÎN FUNCȚIE DE PERFORMANȚĂ ȘI PEDEPSIREA LOR PENTRU GREȘELI are o istorie de 4000 de ani. În anul 1700 î.Ch., Codul lui Hammurabi cuprindea 9 legi (215-223) referitoare la practica medicală, din care le menționez pe cele referitoare la cost (legea 215), acces (legea 217-218) și calitate (legea 218). Preocuparea pentru calitatea și costul serviciilor medicale a continuat și sunt documente care atestă această grijă cel puțin în câteva țări, din care voi menționa Franța (1775) – "Maison Leclaire" (Paris) și Marea Britanie (contracte de performanță în secolele 16-18).

Preocuparea pentru introducerea unor stimulente financiare pentru calitatea serviciilor medicale s-a accentuat la sfârșitul secolului 20 și a continuat în acest secol. De fapt, această preocupare constituie numai unul dintre elementele plății medicilor pentru serviciile furnizate, existând numeroase alte metode de plată. Studiile consacrate acestor aspecte au fost elaborate de institute specializate din numeroase țări, dar și de organizații internaționale (OMS, Institutul Băncii Mondiale pentru Sănătate, Populație, Nutriție, Rand Corporation, OECD etc.).

Sistemele de plată ale medicilor sunt multiple și toate au ca obiectiv atât stimularea calității, a siguranței și a eficienței, cât și aprecierea efortului depus de medici pentru furnizarea unui astfel de serviciu. Un aspect complet ignorat până în prezent în România este plata medicilor pe baza unei "scale de valori relative, în funcție de consumul de resurse". Despre acest sistem am aflat la începutul anilor '90 și am furnizat materiale unui economist de la Institutul de Igienă și Sănătate Publică (Cornelia Tesliuc), care a scris un articol pe care l-am publicat în Nr. 2/1995 al revistei Spitalul Modern. În esență, este vorba de a plăti medicii ținând seama și de specificul specialității, care poate avea diferențe legate de efortul fizic și intelectual necesar.

Introducerea plății în funcție de performanță în mai multe țări din Europa, America și Africa a fost criticată dur în special în primul deceniu al acestui secol. Acest sistem de stimulente financiare a fost considerat un atac la principiile de etică și profesionalism medical. S-a sugerat chiar că acest sistem duce la înlocuirea Jurământului lui Hipocrate cu un alt "jurământ". Studiile au arătat clar că acest sistem

de plată poate avea efecte perverse și poate transforma medicina într-o afacere comercială. Printre cei care inițial s-au pronunțat împotriva a fost Donald Berwick ("The Toxicity of Pay for Performance"), dar au fost și numeroase societăți medicale din sfera de etică și morală și din cea a profesionalismului medical, îndeosebi privind cele patru principii fundamentale: excelența, umanismul, responsabilitatea și altruismul. Aceste principii au fost dezvoltate în "Carta profesionalismului medical din secolul 21" (publicată în 2002), care a fost adoptată de peste 90 de asociații profesionale din diverse țări. Curând după aceea, am propus din partea ASR și Colegiului Medicilor din România să adopte această cartă, dar nu a fost acceptată.

PROBLEMELE RIDICATE DE PLATA ÎN FUNCȚIE DE PERFORMANȚĂ AU FOST:

1. Lipsa probelor privind siguranța și avantajele pacienților;
2. Definiția inadecvată a calității;
3. Măsurarea inadecvată a calității;
4. Atribuirea inadecvată a responsabilității pentru îmbunătățirea calității, unele dintre măsurile luate în funcție de performanță fiind eronat atribuite medicilor (coordonarea îngrijirilor, determinanții sociali ai sănătății);
5. Potențiale efecte adverse atât asupra medicilor, cât și asupra pacienților;
6. Potențiale efecte adverse asupra societății;
7. Lipsa unei structuri de monitorizare a efectelor adverse.

ARGUMENTELE ÎMPOTRIVA PLĂȚII ÎN FUNCȚIE DE PERFORMANȚĂ POT FI SINTETIZATE ASTFEL:

1. Efectul asupra motivației de a lucra în sănătate, care poate fi erodată;
2. Se bazează pe un set de indicatori care îl poate face pe medic să neglijeze aspectele neremunerate, concentrându-se pe cele remunerate și chiar să ducă la raportări false sau la alte reacții (de exemplu, promovarea operațiilor cezariene etc.);



personalului. Aceasta presupune ca furnizorul să aibă un mecanism intern de evaluare a costurilor.

Clasificarea spitalelor în cinci categorii nu ține seamă de acest concept fundamental. De aceea, același serviciu costă diferit, în funcție de categoria spitalului, ceea ce nu se întâmplă în nicio țară. Spitalele terțiare primesc o finanțare mai bună deoarece tratează cazuri complexe, care nu pot fi tratate în spitalele primare sau secundare. De asemenea, se aplică conceptul volum-calitate, care duce la concentrarea unor cazuri în unele spitale (rețele de îngrijiri). Pentru multe specialități este calculat numărul de cazuri pe care un medic trebuie să le îngrijească pentru a-și menține competența.

Literatura consacrată acestui subiect este extrem de vastă, iar în ultimii ani au apărut

3. Costurile ascunse ale plății în funcție de performanță sunt mai complexe și se referă la costuri emoționale, costuri tehnice și altele;

Aceste aspecte negative au fost studiate și dovedite în mai multe țări unde s-au aplicat sistemele de plată în funcție de performanță.

Treptat însă, au apărut soluții care să anihileze potențialele efecte adverse și care să respecte principiile eticii medicale și ale profesionalismului medical. Studiile și documentele care promovează astfel de sisteme de plată oferă soluții practice celor care doresc să le implementeze. Ele necesită însă existența unor precondiții și a unor indicatori de calitate și cost pentru toate serviciile furnizate, iar implementarea să facă parte dintr-o strategie de îmbunătățire a calității și siguranței serviciilor. Aceasta presupune existența unor structuri de management, precum:

- Managementul performanței;
- Managementul clinic;
- Managementul calității și siguranței îngrijirilor medicale;
- Managementul riscului și al erorii;
- Managementul costurilor;
- Managementul culturii organizației.

Acum există indicatori pentru toate serviciile medicale, dar implementarea lor poate implica costuri importante. De aceea este necesară selectarea unor indicatori care să poată fi implementați fără costuri exagerate.

Un exemplu relativ simplu pentru folosirea unor stimulente îl constituie aplicarea unui principiu folosit în majoritatea țărilor dezvoltate. Este vorba de publicarea de către asiguratorii a unui manual privind costul mediu al serviciilor medicale la nivel național. Dacă furnizorul reușește să ofere serviciul sub costul mediu pe țară, asiguratorul plătește prețul mediu, iar diferența rămâne furnizorului, care poate da prime

chiar manuale pentru implementarea sistemelor de plată pentru performanță și publicații cu indicatorii ce pot fi utilizați. De o deosebită importanță sunt studiile publicate de OMS, Banca Mondială (Institutul "Sănătate, Nutriție, Populație") și două institute din SUA (Institute of Medicine și Agency for Healthcare Research and Quality AHRQ). AHRQ a publicat în septembrie 2013 o importantă lucrare dedicată sistemelor de măsurare a calității serviciilor medicale, "Health IT-Enabled Quality Measurement", care conține modalități practice ce pot fi implementate pentru măsurarea unor multiple aspecte ale calității serviciilor medicale.

Sistemele de plată a medicilor sunt multiple, dar toate au în comun creșterea calității, siguranței și eficienței serviciilor medicale, o mai bună coordonare și integrare a acestor servicii. În acest context, o deosebită preocupare a organizațiilor menționate a constat în sistemele de plată pentru bolile cronice, care consumă cea mai mare parte din bugetul sănătății în toate țările.

Cercetările efectuate până în prezent privind calitatea și siguranța serviciilor medicale au demonstrat faptul că siguranța și calitatea serviciilor medicale sunt proprietăți ale sistemului sanitar. ●

INDICATORII FOLOSIȚI ÎN SPITALELE DIN ÎNTREAGA LUME SE REFERĂ LA TREI COMPONENTE ALE ORGANIZAȚIEI, DESCRISE DE DONABEDIAN: STRUCTURĂ, PROCES, REZULTAT.

Atribuțiile organizației
("Structură")
Caracteristici fizice
Management
Executive leadership
Responsabilitățile consiliului
Cultura organizației
Structura organizației
Managementul informației
Stimulente

➔ **Proces de îngrijire**
Diagnostic
Tratament

➔ **Rezultat**
Morbiditate
Mortalitate
Calitatea serviciului

Sursa: "Promoting quality: the health-care organization from management perspective", International Journal for Quality in Health Care - vol. 19, nr. 6.

Integrarea serviciilor sociale în serviciile de îngrijire la domiciliu - Fundația Crucea Alb Galbenă România



Măriuca Ivan
Director general
al Fundației Crucea
Alb Galbenă România

Fundația Crucea Alb Galbenă România (CAGR) este unul dintre pionierii în dezvoltarea serviciilor de îngrijiri socio-mediceale la domiciliu și are o activitate de peste 17 ani. Alături de partenerii belgieni cu care și-a început activitatea, CAGR a învățat ce înseamnă profesionalismul, respectul pentru pacient și eficiența serviciilor de îngrijire la domiciliu.



ÎN PERIOADA 2007 – 2012, FUNDAȚIA CRUCEA ALB GALBENĂ, A FOST DESEMNATĂ, DE CĂTRE UNITED WAY, cea mai bună organizație finanțată. Între 2008 și 2009, proiectul "Îngrijiri medicale la domiciliu" a fost declarat model de bună practică de către Fundația Principeasa Margareta. Datorită excelenței, proiectul a fost premiat și de Colegiul Medicilor, în cadrul Galei din anul 2010.

Ca o recunoaștere a calității serviciilor furnizate, Primăria Municipiului București, cu susținerea Consiliului General, a creat împreună cu CAG primul centru-pilot de îngrijiri la domiciliu care aduce ca noutate îngrijirile paliative și terapia durerii, servicii efectuate de o echipă multidisciplinară. Pe 21 mai 2011, a fost inaugurat noul sediu al centrului-pilot din Bd. Regina Maria nr. 21, cu participarea domnului primar general, prof. dr. Sorin Oprescu, a reprezentanților Fundației Crucea Alb Galbenă Flandra și a multor personalități ale vieții publice medicale și politice din țară și din străinătate.

În prezent, derulăm **9 programe** în care sunt îngrijiti la domiciliu, lunar, aproximativ **750 de pacienți**. O echipă formată din **17 asistenți medicali**,

SE PROMOVEAZĂ EDUCAȚIA PENTRU SĂNĂTATE, UN STIL DE VIAȚĂ ACTIV ȘI SĂNĂTOS, ACOLO UNDE ESTE POSIBIL, METODE DE REDUCERE A STRESULUI ȘI STIMULAREA INTERACȚIVITĂȚII SOCIALE

2 medici, 4 kinetoterapeuți, 5 asistenți sociali, 2 îngrijitori oferă servicii la cele mai înalte standarde, confirmând statutul de nr. 1 în domeniul îngrijirilor socio-mediceale la domiciliu. Fiecare membru al echipei încearcă să depășească simpla relație terapeutică profesionist - pacient și să construiască un angajament pe termen lung cu pacienții folosind metode de lucru inovatoare și curajoase, bazate pe dovezi științifice. Pacientul are nevoie de îngrijire individualizată, iar serviciile medicale trebuie completate (dacă este nevoie) de servicii sociale și de recuperare. Asistentul social devine, astfel, membru important al echipei de intervenție și este responsabil de identificarea și a celorlalte nevoi ale pacientului, altele decât cele medicale. Asistentul social nu se limitează la identificarea nevoilor, ci găsește soluțiile cele mai potrivite pentru rezolvarea situației medico-sociale a pacientului. Lucrul în echipa CAGR are cele mai bune rezultate pentru pacient datorită unei bune comunicări între membrii echipei, dublată de o bună cunoaștere a rolului și a responsabilităților fiecărui membru al echipei, a limitelor, dar și a punctelor tari. Se promovează educația pentru sănătate, un stil de viață activ și sănătos, acolo unde este posibil, metode de reducere a stresului și stimularea interactivității sociale, în așa fel încât, tot mai mulți pacienți să trăiască armonios și confortabil în propriile case.

Fundația Crucea Alb Galbenă încearcă să creeze un astfel de model de bună practică, echipa multidisciplinară colaborând, pentru a îmbunătăți calitatea vieții beneficiarilor săi. Toate activitățile CAGR sunt supervizate și monitorizate de către directorul general, doamna Măriuca Ivan, pentru a crea un model de bună practică ce poate fi preluat la nivel național.

Concret, pacienții noștri pot beneficia de servicii medicale

efectuate la domiciliu, ce sunt recomandate de medicii specialiști sau de medicul de familie, precum: măsurarea parametrilor fiziologici (tensiune arterială, puls, respirație, temperatură), administrarea medicamentelor, pansamente, îngrijirea stomelor, a fistulelor, a tuburilor de dren, a canulei traheale, recoltarea analizelor etc. (mai multe informații despre servicii puteți găsi pe www.cag.ro). Ne propunem ca în viitorul apropiat să putem oferi și servicii de îngrijire la domiciliu persoanelor vârstnice, efectuate de îngrijitoare, care să includă toaleta, schimbare de scutece absorbante, menaj, supraveghere etc.

Pe lângă activitatea principală, aceea de a fi alături de oameni prin serviciile oferite, Fundația Crucea Alb Galbenă, prin intermediul doamnei Măriuca Ivan, director general, este membru fondator și vicepreședinte al Alianței pentru Sănătate din România, organizație care reprezintă atât drepturile pacienților, cât și pe cele ale furnizorilor de servicii medicale, încercând să crească profesionalismul în sistemul de sănătate românesc. Alături de Alianță, CAGR întreține o corespondență permanentă cu casele de asigurări și cu Ministerul Sănătății, venind cu propuneri

de modificări legislative sau pentru metodologii de lucru, toate acestea având ca scop revigorarea sistemului de sănătate românesc și creșterea calității serviciilor pentru pacienți.

CAGR este, de asemenea, membru fondator al Organizației Home Care Europe, organizație non-profi, care încearcă să promoveze exemple de bune practici în rândul țărilor europene și să identifice surse alternative de finanțare pentru serviciile de îngrijire la domiciliu din fiecare țară membră. Furnizând servicii individualizate pentru fiecare pacient, asigurăm un nivel de confort și pentru membrii familiei. Serviciile noastre sunt flexibile și adaptate nevoilor pacienților. Cei mai mulți dintre pacienții noștri doresc să rămână în propriile case până la final, iar noi suntem alături de ei. ●

Pacienții noștri pot beneficia de servicii medicale efectuate la domiciliu, ce sunt recomandate de medicii specialiști sau de medicul de familie, precum: măsurarea parametrilor fiziologici, administrarea medicamentelor, pansamente, îngrijirea stomelor, a fistulelor, a tuburilor de dren, a canulei traheale, recoltarea analizelor etc.

Inegalități în accesul populației de etnie romă la îngrijire medicală

Odată cu căderea regimului comunist în România, situația romilor, atât la nivel național, cât și la nivel european, a suscitată un interes tot mai ridicat, mai cu seamă datorită internaționalizării problemelor grave cu care se confruntă acest grup etnic.

Drd. Daniel Rădulescu,

Școala Doctorală SNSPA

Dr. Georgeta Rădulescu,

Director cercetare-dezvoltare, Centrul Romilor pentru Politici de Sănătate - Sastipen

Continuarea în numărul viitor

„PROBLEMATICA ROMILOR” A APĂRUT PE AGENDA INTERNAȚIONALĂ MAI DEGRABĂ CA O ÎNGRIJORARE! (Gugliemo and Waters, 2005), ceva ce ar putea destabiliza echilibrul geo-politic al Europei, toate programele pentru romi vizând în primul rând stoparea valului migrator, presiuni asupra României de a semna tratate

internaționale pentru respectarea drepturilor omului, în special ale minorităților, programe financiare de susținere a organizațiilor neguvernamentale care să formeze o societate civilă puternică.

Încă din 1992, un studiu sociologic al Institutului pentru Cercetarea Calității Vieții, „Țigani, între ignorare și îngrijorare”, atrăgea atenția asupra sărăciei care guvernează comunitatea de romi și a necesității intervenției statului pentru îmbunătățirea situației acestora. Domeniul sănătății romilor este analizat în acest studiu din care

reiese că etnia romilor se confruntă cu probleme de sănătate grave. Romii au cea mai scăzută durată a vieții, cel mai mare procent de mortalitate infantilă (3,1%). Organizarea familială la romi are o puternică specificitate. Caracteristic este tipul extins de familie, în care conviețuiesc mai multe generații. Numărul mediu de persoane dintr-o încăpere este 6,6, adică mai mult decât dublu față de dimensiunea medie a familiei pe întreaga țară (3,1). Romii se căsătoresc extrem de devreme, mai ales fetele (vârsta medie a soției la prima căsătorie este de 17 ani, față de 22,5 ani, cât este în cazul populației majoritare, dar și al băieților). Numărul de copii din familiile de romi este cel puțin dublu, în raport cu familiile populației majoritare.³

ÎN ANUL 2001, ÎN RAPORTUL „LA PERIFERIA SOCIETĂȚII – ROMII ȘI SERVICIILE PUBLICE ÎN ROMÂNIA”, autoarea⁴ menționa faptul că speranța de viață a romilor este semnificativ mai mică decât cea a populației majoritare, iar adulții și copiii romi au serioase probleme de sănătate. În acest sens, autoarea recomandă colectarea, procesarea și distribuirea unor informații corecte în legătură cu nevoile comunităților cu romi în domeniul asistenței medico-sanitare, precum și analizarea și monitorizarea permanentă a accesului romilor la serviciile de asistență medico-sanitară. În același timp, recomanda factorilor de decizie ca problematica sănătății romilor să fie privită din perspectiva abordării integrate, prin căutarea de soluții pentru problemele locative, de asigurare a serviciilor multiple, de educație, de acces pe piața muncii și de protecție socială (Zoon, 2001, 143).

Cinci ani mai târziu, un studiu realizat de Organizația Doctors of the World USA în România⁵ releva faptul că romii se confruntă cu sărăcia extremă și cu complexul problematic ce derivă din aceasta. Conform raportului citat, mortalitatea și incidența bolilor în rândul romilor sunt sensibil mai ridicate decât în rândul restului populației. Astfel, speranța de viață în rândul romilor este cu 10 ani mai redusă decât pentru restul populației, iar incidența cazurilor de TBC, HIV/SIDA și hepatită virală este disproporționat de mare în rândul romilor din Europa Centrală și de Est, stare cauzată,

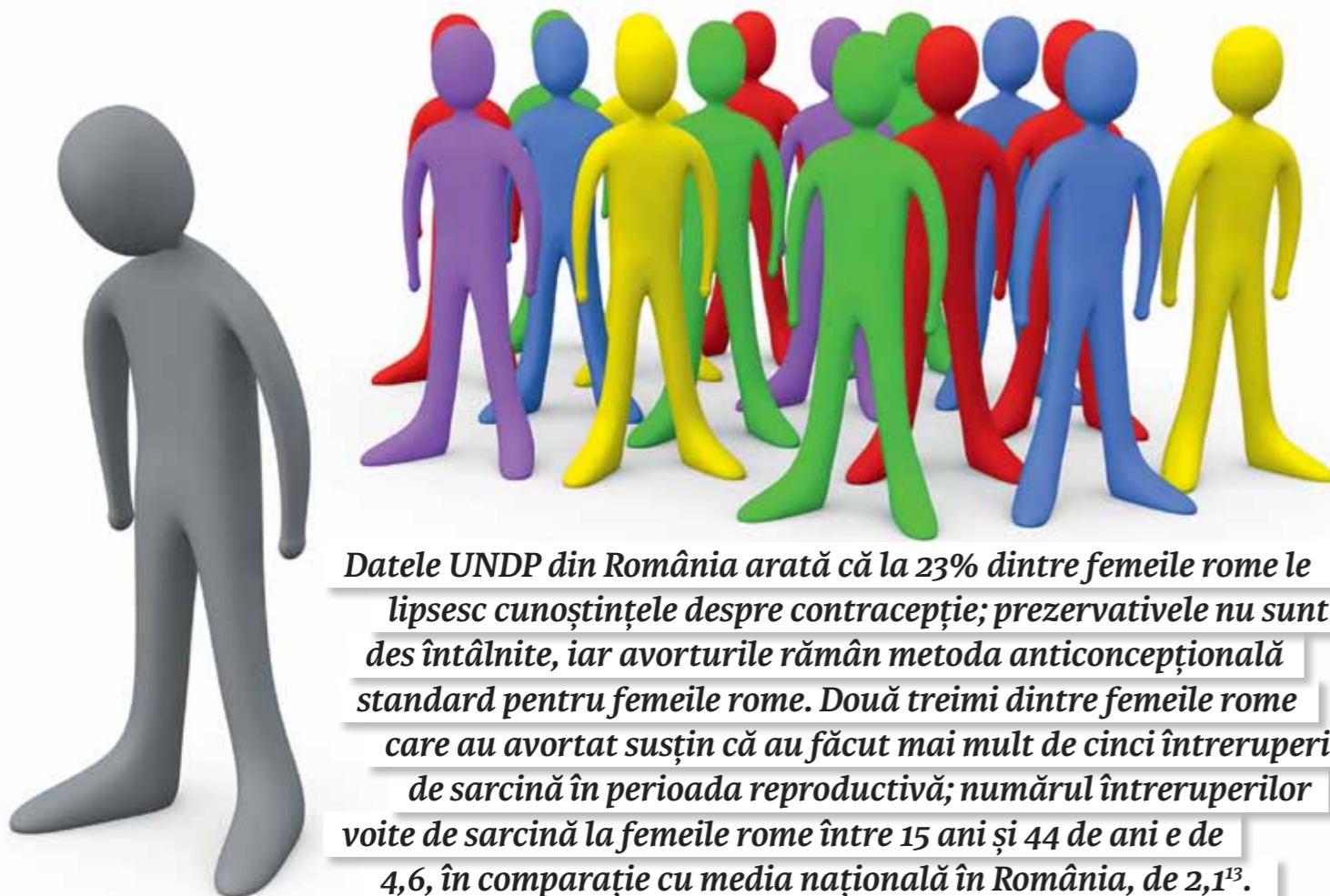
Indicii mari de mortalitate infantilă sunt în strânsă corelație cu indicatorii de reproducere pentru femeile rome. România, în general, are o rată a mortalității la naștere mai mare de câteva ori față de celelalte țări din regiune¹⁰.

întreținută și agravată de sărăcie, discriminare și intoleranță culturală. Rata sărăciei în cazul populației de romi este estimată ca fiind cu mult sub media națională⁶, rata mortalității fiind barometrul firesc al condițiilor de viață precare. O mare parte a populației de romi nu deține cărți de identitate⁷, aceasta cauzând dificultăți atât în eventualitatea unor angajări, cât și în accesul la asistență socială, servicii educaționale și medicale.

SĂRĂCIA ȘI EXCLUDEREA SOCIALĂ AFECTEAZĂ INDICATORII DE SĂNĂTATE A ROMILOR, care sunt semnificativ mai slabi decât cei ai populației majoritare. Condițiile de viață proaste ale romilor în România duc frecvent la curenți de vitamine, malnutriție, anemie, distonie și rahitism. Aceste condiții afectează romii la o scară disproporțional de mare față de populația majoritară. Puținele studii indică o medie a speranței de viață pentru romi de 63-64 de ani, față de 70 de ani pentru românii majoritari.⁸ Mortalitatea infantilă este de patru ori mai mare la populația de romi.⁹ Datele UNDP indică și faptul că mai mult de 40% dintre copiii familiilor de romi din România sunt prost hrăniți, la limita înfometării.

PENTRU A LĂMURI PRĂPASTIA ÎN CAZUL SĂNĂTĂȚII REPRODUCTIVE ȘI A COPIILOR, mai trebuie spus că indicatorii de sănătate a romilor sunt îngrijorători și în privința bolilor infecțioase, în special tuberculoza (TBC). România are cea mai mare incidență TBC din Europa Centrală și de Est¹⁴ și cel mai mare număr de cazuri noi de TBC pediatric în fiecare an, din toată Europa¹⁵. În acest context, populațiile care au fost marginalizate frecvent, precum romii, sunt afectate disproporțional de problemele serviciilor de sănătate. Conform Organizației Mondiale a Sănătății (WHO), numărul cazurilor noi de TBC la romii din București este evaluat la 1.023,7/100.000 în 2001¹⁶.

PROBLEMELE DE SĂNĂTATE ALE ROMILOR SUNT LEGATE DIRECT DE CONDIȚIILE PROASTE DE VIAȚĂ, care includ lipsa apei potabile, a mâncării și a grupurilor sanitare, evacuări din locurile de reședință și lipsa de acces la educație și pregătire profesională. Actualul sistem de sănătate, inclusiv asigurările, creează dificultăți romilor care caută ajutor pentru problemele de sănătate. În plus, mulți medici din România cer bani pentru tratament, chiar și în cazul celor care au asigurări, iar cei mai mulți pacienți romi nu își permit să plătească. Mai mult, când romii apelează la ajutor medical, de multe ori sunt refuzați din cauza prejudecăților și a regulamentelor administrative ambigue,



Datele UNDP din România arată că la 23% dintre femeile rome le lipsesc cunoștințele despre contracepție; prezervativele nu sunt des întâlnite, iar avorturile rămân metoda anticoncepțională standard pentru femeile rome. Două treimi dintre femeile rome care au avortat susțin că au făcut mai mult de cinci întreruperi de sarcină în perioada reproductivă; numărul întreruperilor voite de sarcină la femeile rome între 15 ani și 44 de ani e de 4,6, în comparație cu media națională în România, de 2,1¹³.

FACTORII CARE CONTRIBUIE LA RATA ÎNALTĂ A MORTALITĂȚII INFANTILE PRINTRE ROMI POT FI MALNUTRIȚIA, FUMATUL ÎN TIMPUL SARCINII, PRIMA NAȘTERE LA O VÂRSTĂ FRAGEDĂ, MAI MULTE NAȘTERI PENTRU O PERSOANĂ DECÂT MEDIA, COMBINAȚI CU UN NIVEL EDUCAȚIONAL SCĂZUT¹¹. RATA FERTILITĂȚII PENTRU FEMEILE ROME DIN ROMÂNIA ESTE DE DOUĂ ORI MAI MARE DECÂT CEA A FEMEILOR ROMÂNCE, 2,6 ȘI, RESPECTIV, 1,2.¹²

care permit aplicarea lor în mod discriminatoriu.¹⁷

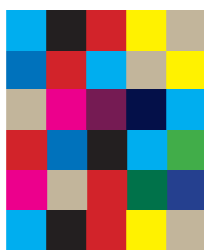
În concluzie, rezultatele analizelor științifice din perioada 1992–2000 au reprezentat o bază analitică solidă, care a demonstrat că problemele minorității romilor se înscriu într-un cerc vicios de exclusiune socială. Faptul că mai bine de 50% dintre copiii romilor nu merg la școală pentru că nu au o situație economică decentă îi lasă fără o calificare, astfel că nu pot obține venituri, nu pot contribui la fondul de asigurări de sănătate și, astfel, cercul exclusiunii sociale se închide¹⁸.

Dezideratele tuturor politicilor publice adresate populației de etnie romă din România sunt îmbunătățirea situației romilor (Strategia Guvernului României de îmbunătățire a situației romilor¹⁹, HG 430/2001), reducerea sărăciei și a exclusiunii sociale (Programul Național Antisărăcie și de Promovare a Incluziunii sociale²⁰), promovarea susținută a unei societăți coezive și inclusive (Memorandumul Comun de Incluziune Socială²¹) și promovarea politicilor active de incluziune socială a romilor (Deceniul de incluziune a romilor 2005–2015²²), toate aflate în legătură cu Planul Național de Dezvoltare 2007–2013²³.

ALĂTURI DE OCUPARE, LOCUIRE ȘI EDUCAȚIE, SĂNĂTATEA ESTE UNUL DINTRE DOMENIILE PRIORITARE ÎN DOCUMENTELE DE POLITICI PUBLICE adresate procesului de îmbunătățire a situației romilor din România. Factorii de decizie responsabili de realizarea planurilor de măsuri în domeniul sănătății au planificat acțiuni menite să contribuie la îmbunătățirea stării de sănătate a populației de etnie romă bazate pe principiul egalității de șanse și al non-discriminării, însă în practică, în continuare, pacienții de etnie romă întâmpină dificultăți atunci când se adresează serviciilor de sănătate publică.

Cu toate acestea, după două decenii de strategii, politici de incluziune, programe și proiecte a căror implementare a mobilizat resurse importante, intelectuale și materiale, minoritatea romilor continuă să existe într-un cerc vicios de exclusiune

Situația minorității romilor din România a atras atenția instituțiilor internaționale și a coincis cu lansarea diferitelor proiecte/programe/strategii având ca scop îmbunătățirea nivelului de viață al celei mai sărace minorități din Europa.



ÎN RELAȚIA CU PACIENȚII ROMI, STEREO-TIPURILE ȘI PREJUDECĂȚILE PERSONALULUI MEDICAL AU UN ROL IMPORTANT ÎN PROCESUL DE ÎNGRIJIRE MEDICALĂ.

socială²⁴ și să aibă în continuare probleme atunci când accesează serviciile de sănătate publică.

Drept consecință, un raport de documentare realizat de organizația Centrul Romilor pentru Politici de Sănătate-Sastipen, cu privire la accesul romilor la serviciile de sănătate publică²⁵, scoate în evidență faptul că romii continuă să se confrunte cu bariere în ceea ce privește accesul la servicii de sănătate. Discriminarea pacienților pe criterii etnice este o practică în unitățile spitalicești din România, dovada fiind creșterea numărului de cazuri de îngrijire a accesului romilor la serviciile de sănătate, semnalate Consiliului Național pentru Combaterea Discriminării.

Așadar, după ce proiectele, strategiile și evaluările concentrate pe romi din multiple direcții – autorități române, reprezentanți ai societății civile și, nu în ultimul rând, organisme internaționale – au analizat în detaliu și au abordat pluridisciplinar problematica romilor, avem toată îndreptățirea să ne întrebăm: care și unde sunt rezultatele implementării politicilor publice pentru romi în domeniul sănătății? Ce consecințe au avut aceste intervenții asupra comunităților de romi? ●

BIBLIOGRAFIE

- R. Guglielmo, Waters, Migrating towards minority status: shifting European policy towards roma, Jurnal of Common Market Studies, vol. 43, 2005.
- C. Zamfir, E. Zamfir, Țiganii, între ignorare și îngrijorare, Ed. Sigma, 1992 (update „Romii din România”, 1998, apoi, în 2001, în Raportul Băncii Mondiale de lansare a Decadei Incluziunii Romilor).
- C. Zamfir, E. Zamfir, Țiganii, între ignorare și îngrijorare, Ed. Sigma, 1992.
- Zoon Inna, 2001. La periferia societății – Romii și serviciile publice în România. Centrul de Resurse pentru Comunitățile cu romi. 87-88.
- Mercury Research, Tuberculosis partnership project Romania, București, 2006.
- United Nations Development Programme – Avoiding the Dependency Trap, A Regional Human Development Report, The Roma in Central and Eastern Europe, Bratislava, 2002.
- C. Zamfir, M. Preda, Politici sociale în România, Ed. Expert, București, 1999, pag. 335.
- Mercury Research, Tuberculosis partnership project Romania, București, 2006.
- Braham, M. De neatins: o cercetare asupra populației rome din Europa Centrală și de Est. Geneva: UNHCR, 1993.
- Population Action International. Index de risc reproductiv. http://www.populationaction.org/resources/publications/worldofdifference/rr_2_risktable_frameset.htm
- Centrul Rom de Presă <http://www.romapage.hu/muzeum/1997tol/engrsk39.htm>
- UNDP, 2002.
- Ibid.
- WHO. Control global al tuberculozei. 2003: <http://www.who.int/gtb/publications/globrep/pdf/region/europe.pdf>
- Prezentare powerpoint Ziuă Mondială de Luptă Împotriva TBC. Romanian NTP, martie 2002, înmănată la DOW în timpul vizitei pe teren.
- WHO, 2003.
- Zoon, I. La margini: Romii și serviciile publice în România, Bulgaria și Macedonia. Institutul pentru o Societate Deschisă, 2001.
- M. Preda, C. Zamfir, Caracteristici ale incluziunii sociale specifice pentru populația de romi din România, romii în România, București, 2002.
- HG nr. 430, 25 aprilie 2001, publicată în Monitorul Oficial nr. 252, 16 mai 2001.
- Concept de către Comisia guvernamentală antisărăcie și promovare a incluziunii sociale – CASPIS –, se constituie într-un document complex care își propune „un program de construcție socială în direcția unei societăți europene” având un întreg capitol – cap. 14 – destinat reducerii sărăciei și excluderii sociale a romilor. Planul a fost adoptat prin H.G. 892/2002, fiind conceput după modelul stabilit de Consiliul European în 2000 pentru planurile naționale ale statelor membre și actualizat în 2006 pentru perioada 2006–2008, în perspectiva aderării la UE.
- Vezi http://sas.mmsr.ro/proiecte_externephp?id=21
- Informații disponibile la adresa <http://www.romadecade.org/> și la www.anr.gov.ro
- Fondul Social European/FSE și Fondul European de Dezvoltare Regională al UE/FEDER.
- C. Zamfir, M. Preda, Romii în România, Ed. Expert, București, 2002.
- Raport de documentare privind lezarea dreptului la demnitate personală și îngrijirea accesului unui număr de trei femei de etnie romă la serviciile oferite de Secția Obstetrică-ginecologie a Spitalului Orășenesc Târgu Neamț, www.sastipen.ro.

Asociația Spitalelor din România a fost solicitată să informeze spitalele din România și medicii din spitale despre mai multe conferințe ce vor avea loc în lunile următoare și care sunt de mare interes:

1. A 2-a Conferință Europeană a Spitalelor, organizată de cele mai importante organizații europene din domeniu:

- European Hospital and Healthcare Federation (HOPE);
- Europe an Association of Hospital Managers (EAHM);
- European Association of Senior Physicians (AEMH);

Conferința va avea loc la **Düsseldorf, pe 22 noiembrie 2013.**

Temele principale vor fi:

- Implementing the EU Directive on patients' rights;
 - Innovation access in Europe's hospitals;
- Costul participării este de 165 EUR (incluzând și vizita MEDICA 2013).
Detalii, pe www.medica.de/EHC2 .

2. La Düsseldorf, în perioada 22-23 noiembrie 2013, va avea loc MEDICA 2013 – cea mai mare expoziție de tehnologie medicală la care participă peste 4.500 de expozanți, iar numărul vizitatorilor internaționali de obicei depășește 135.000 din peste 80 de țări.
Detalii, pe <http://www.medica-tradefair.com/>.

3. Al 24-lea Congres al EAHM (European Association of Hospital Managers) va avea loc în perioada 28-29 noiembrie 2013, la Luxemburg, având o temă deosebită: „Hospital Management in Times of Crisis Constraints. Challenges and Opportunities”.

Congresul este organizat de „Federation des Hopitaux Luxembourgeois” (FHL), sub patronajul EAHM. Pe data de 27 noiembrie 2013 este prevăzut un program precongres, iar pe 30 noiembrie 2013 un program social.
Detalii, pe www.eahm-luxembourg2013.lu

Președinte ASR

Dr. Mircea Olteanu
Medic primar
Doctor în științe medicale

CONFERINȚA-DEZBATERE

Abuzul asupra copilului din perspectiva medicală, pedagogică și psihologică

16 OCTOMBRIE 2013, PALATUL PARLAMENTULUI



Societatea Academică a Științelor Comportamentale din România își propune să devină un liant între lumea academică, publicul larg, autorități, instituții, publicul profesionist din domeniul medical, ONG-uri și mass-media, în ceea ce privește aspecte legate de științele comportamentale.

ÎN URMA UNOR STUDII LA NIVEL NAȚIONAL, S-A CONSTATAT CA FIIND NECESARĂ EDUCAREA LA NIVEL SOCIAL, prin informare și prin înțelegerea fenomenului de abuz asupra copilului. Propusă ca o reacție la această deficiență de informare, reuniunea propusă de Societatea Academică a Științelor Comportamentale reprezintă o invitație deschisă adresată tuturor specialiștilor implicați în problematica copiilor abuzați (asistenți sociali, medici de familie, medici stomatologi, psihologi, polițiști, specialiști angajați ai diferitelor departamente), reușind să reunească o parte importantă a elitei medicale și cei mai reprezentativi factori decizionali în această direcție. Astfel, ne dorim ca împreună să punem bazele unei colaborări în vederea elaborării unei legi și metodologii legate de abuzul asupra copiilor, de la mecanisme de identificare și raportare până la sancțiuni și modalități de rezolvare a cazurilor de abuz.

În România sunt insuficiente legislația și metodologia necesare identificării și prevenției din perspectiva medicală, pedagogică și psihologică a violenței sau neglijenței asupra copiilor, deoarece statul roman nu beneficiază de instrumentele necesare aplicării acestora.

În urma cercetărilor și a documentației făcute de-a lungul anilor în conceperea unicului curs din România adresat viitorilor medici stomatologi, dar și medicilor în general, Dr. Gabriela Iorgulescu, președinte-fondator al Societății Academice a Științelor Comportamentale din România și Șef de lucrări în cadrul Universității de Medicină și Farmacie "Carol Davila" din București, a identificat o serie de aspecte, un circuit în serie, sau mai corect un scurcircuit în serie, în ceea ce privește logistica medicală și de identificare a diverselor forme de abuz asupra copilului, cu ajutorul pedagogilor.

Pe lângă această constatare a necesității pregătirii adecvate a categoriilor importante din viața copilului, s-a constatat o altă pro-

blemă, aceea a incapacității înregistrării unei fișe complete standardizate, înregistrată la nivel național. Astfel, o identificare corectă a unor eventuale suspiciuni legate de vreo formă de abuz este insuficientă fără posibilitatea înregistrării acesteia.

În acest context, dr. Gabriela Iorgulescu își propune să evidențieze punctele esențiale care lipsesc din sistemul nostru de sănătate

și prevenție asupra copilului, pentru ca mai apoi să fie înregistrate ca amendamente la Legea Sănătății. De asemenea, se vor propune și completări la legea nr. 272/2004, în ceea ce privește protecția și promovarea dreptului copilului:

- Consultul obligatoriu (medical și stomatologic);
- Instruirea medicilor, studenților la medicină și a pedagogilor cu privire la identificarea formelor de abuz în cabinet, grădinițe și școli;
- Fișa clinică standardizată și înregistrarea statistică la nivel național;
- Monitorizarea pe o perioadă îndelungată a victimelor, dar și a celor care abuzează, la ieșirea din detenție;
- Înăsprirea pedepselor de complicitate și neraportarea oricărei forme de abuz, în funcție de gravitate (de la amenzi foarte mari până la închisoare).

Ca o concluzie în urma cercetărilor și aplicabilității acestor amendamente în cele mai importante țări dezvoltate din lume, dr. Gabriela Iorgulescu a identificat metoda prin care se poate închide acest cerc vicios, și anume realizarea unui program complet de monitorizare, cum ar fi poliția pentru cei care abuzează și asistență psihologică pentru o perioadă îndelungată, atât pentru agresori, cât mai ales pentru victimă, având în vedere faptul că maltratarea copilului este o afecțiune ciclică, deoarece o mare parte a copiilor abuzați ajung în rândurile celor care abuzează.

Evenimentul este realizat în parteneriat cu Fundația Salvați Copiii, Comisia pentru sănătate și familie din Camera Deputaților, Ministerul Tineretului și Sportului, Colegiul Medicilor din România, Colegiul Psihologilor din România și Uniunea Națională a Asociațiilor Stomatologice. ●



MEDIA KOMPASS INSTITUTE

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



AGENTIA
NATIONALA
DE PRESA
AGERPRES

24 ORE DIN ORDIN



STIRI
INTERNE
ONLINE

STIRI
EXTERNE
ONLINE

STIRI
ECONOMICE
ONLINE

STIRI
SPORTIVE
ONLINE

STIRI IN
ENGLEZA
ONLINE

ROMANIA SI
MUNDUL
EUROPEAN

FOTO
ONLINE

MONITORIZARE

MULTIMEDIA

BAZA
DE DATE
AGERPRES

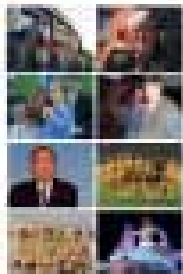
AGERPRES

din 1888

Intota agentiei incepe in 1888, fiind una din primele institutii media de anuar tip din Europa de Est. Din-a lungul timpului, AGERPRES s-a remarcat si s-a impus atat in tara, cat si in strairate, pentru acuratețea, actualitatea și profesionalismul informațiilor furnizate, pentru profesionalismul și seriozitatea echipelor sale, pentru flexibilitatea și diversitatea gamei de servicii oferite.

calitate rigoare abilitate performanță
www.agerpres.ro

PRESENTE
MAJORITY
INFORMAREA
CATEGORIA
OFICIAL
PUBLICA



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



MONITORIZARE DE PRESA

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

RAPORTUL ZILNIC DE MONITORIZARE A PRESEI SCRISE

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

RAPORTUL ZILNIC DE MONITORIZARE RADIO-TV

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

RAPORTUL ZILNIC DE MONITORIZARE ONLINE

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

CLIPPING

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

ANALIZA CANTITATIVA ȘI CALITATIVA

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

MEDIA ALERT

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

ANALIZA MEDIA ZILNICĂ / SAPTĂMÂNALĂ / LUNARĂ

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

BAZA DE DATE

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

24



24