

POLITICI DE SĂNĂTATE

Sub auspiciile Equity in Health Institute Romania

Septembrie 2013 • www.politicidesanatate.ro

➤ **Reforma spitalelor –
necesitate și opțiuni**

Conf. univ. dr. Dorin Ionescu,
director medical, Spitalul Monza,
Centru Cardiovascular



➤ **România – în topul celor mai
extinse piețe farmaceutice
din Europa de Est, până în 2016**

Makis Papataxiarchis,
Managing Director Johnson & Johnson Romania,
președinte ARPIM



**Cum se face un
business cu suflet**

Dr. Şükrü Bozluoğlu,
Președintele Consiliului Director Bozlu Holding



➤ **Dr. Cristian Bușoi,**
specialistul european
de la CNAS

Peteris Zilgalvis,

**Director Unit for Health & Well Being,
Comisia Europeană**

**Mai mulți bani
pentru eHealth,
din 2014**

organizare de
evenimente naționale
& internaționale
(dezbateri,
conferințe,
congrese)

Echipa
redacțională
și de organizare,
cu experiență de
peste 10 ani
în domeniu

Revistă
print
lunară

POLITICI DE SĂNĂTATE

Sub auspiciile Equity in Health Institute Romania

Singurul concept
complex
de comunicare
în domeniul Sănătății

website

consultanță
PR

comunicare
media

campanii
CSR &
advocacy

acces la cele
mai importante
și mai noi
informații
internaționale
în domeniul
Sănătății

traininguri unice în România
cu experți internaționali

Dacă doriți să publicați articole
sau să organizați un eveniment
în scopul îmbunătățirii sistemului
de sănătate din România,
puteți deveni parte a proiectului

POLITICI DE SĂNĂTATE



Maria Vasilescu

maria.vasilescu@politicidesanatate.ro

www.politicidesanatate.ro

SUMAR



EDITORIAL

Cui îi este frică de fișa electronică de sănătate? O poveste din America 4

REFORMA SĂNĂTĂȚII

Schimbarea minimă necesară. De ce e nevoie de ea? 6
Sustenabilitatea fiscală și asistența medicală în Marea Britanie 10
Ministerul Sănătății a lansat spre dezbatere publică cele mai importante
proiecte de acte normative care vizează reforma în Sănătate 14
Dr. Cristian Bușoi, specialistul european de la CNAS 16
sTragedia de Sănătate 18

INTERVIU

Peteris Zilgalvis: *Noul buget european pentru eHealth
este mai mare cu 30% pe an și mai ușor de accesat* 20

HEALTH ECONOMY

Impactul economic al eHealth pentru România 23

INTERVIU

Dr. Şükrü Bozluoğlu: *Cum se face un business cu suflet* 26

INOVAȚIE

Medicina personalizată în oncologie 30

LECȚIA DE HTA

Evaluarea tehnologiilor medicale în Anglia,
un model de urmat pentru România? 32
Tipuri de analize economice folosite în alegerea
unui program în domeniul sanitar 34

POLITICI FARMA

Makis Papataxiarchis: *România - în topul celor mai extinse
piețe farmaceutice din Europa de Est, până în 2016* 40

HEALTH ECONOMY

Impactul Directivei nr. 24/2011 asupra
sistemului sanitar din România 44

COMUNICARE

Implicarea pacientului în îngrijirile de sănătate 48
Comunicarea medic-pacient. Un lucru simplu care schimbă totul 50

ECHITATE

Asociația Transplantaților din România, în acțiune! 52

REFORMA SĂNĂTĂȚII

Reforma spitalelor - necesitate și opțiuni 54

POLITICI FARMA

Cercetătorii au făcut sistemul cardiovascular mai vizibil
și intervențiile chirurgicale, mai sigure 56

MANAGEMENT

Sistemul belgian de îngrijire a sănătății 58
Abilitatea de A NEGOCIA, parte a ADN-ului afacerii dumneavoastră 61
Spitalul Johns Hopkins, numărul 1 în clasamentul spitalelor din SUA 62
Inegalități în accesul populației la îngrijire medicală 64

CONSILIUL ȘTIINȚIFIC

- Prof. **Dr. Petru Armean**, decanul Facultății de Moașe și Asistență Medicală de la Universitatea de Medicină "Carol Davila"
- Dr. **Cristina Berceanu**, UMF Târgu Mureș
- Dr. **Ioana Bianchi**, Ministerul Sănătății
- 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 Hergelegiu**, 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 Români 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

Responsabilitatea conținutului articolelor
revine exclusiv autorilor.

Cui îi este frică de **fișa electronică de sănătate?**

O poveste din America



Maria Vasilescu

Chiar dacă este disponibilă pe scară largă de ani buni, fișa electronică de sănătate nu este utilizată de toți medicii din SUA (cel puțin, aceasta era situația în urmă cu vreo trei ani). Au fost enunțate probleme precum costurile mari de implementare și mentenanță, scăderea productivității medicului și beneficii clinice și financiare insuficiente. În SUA, medicii nu s-au grăbit să devină "digitali" și

foarte greu au renunțat la clasică fișă de hârtie. În ciuda milioanele de dolari investiți de statul american pentru motivarea medicilor, foarte mulți furnizori au ezitat.

Însă implementarea corectă a fișei electronice de sănătate - mai ales ca parte a unei soluții integrate cu management practic și servicii de comunicare cu pacientul - poate să îmbunătățească, făcând-o eficientă și profitabilă, activitatea medicală și în primul rând îngrijirea pacientului, susțin la unison specialiștii din lumea întreagă.

Cu un an înainte ca președintele Obama să transforme The Affordable Health Care for America Act în lege, acesta a stabilit Actul pentru Tehnologia Informației Medicale pentru sănătate clinică și economică (HITECH). HITECH ACT este o dispoziție de 19,2 miliarde de dolari a Actului American de Reconstrucție și Reinvestiții (the American Recovery and Reinvestment Act), semnat în februarie 2009. Actul are rolul de a încuraja largă adoptare a fișei electronice ca platformă de reducere a costurilor și de creștere a calității îngrijirilor în SUA.

Medicii beneficiau astfel de rambursarea de până la 44.000 de dolari din Medicare și de până la 65.000 de dolari din Medicaid pentru utilizare eficientă a fișei electronice, începând cu anul 2011. Utilizarea eficientă includea prescripția electronică, schimbul electronic de informații medicale ale pacientului și raportarea datelor clinice.

Ca să vină în ajutorul furnizorilor pentru a adopta fișa electronică, HITECH ACT a stabilit 60 de centre regionale în toată țara.

Departamentul pentru sănătate și servicii sociale a alocat 640 de milioane de dolari ca să finanțeze aceste centre, cerându-le să ofere asistență intensivă medicilor de familie, cu accent pe cabinetele mici și mijlocii. Acești furnizori livrează majoritatea serviciilor de îngrijire primară, însă aveau rata cea mai mică de absorbție a fișei electronice, din cauza resurselor puține de implementare, folosire și mentenanță ale sistemului. Un studiu a arătat că doar 4% dintre medici foloseau complet fișa electronică, în 2008.

Și se punea întrebarea: dacă fișa electronică reprezenta viitorul îngrijirilor medicale, de ce a fost atât de puțin populară?

În final, momentul a fost depășit, e adevărat, cu multă implicare, efort, resurse și consecvență din partea statului american, și s-a dovedit că implementarea cu succes a fișei electronice optimizează practica medicală, prezintă avantaje majore pentru îngrijirea pacientului și este profitabilă pentru medic.

Într-un studiu realizat de NEJM, o majoritate covârșitoare de medici a spus că folosirea dosarelor electronice îmbunătățește calitatea deciziilor clinice (82%), ajută la evitarea erorilor medicale (86%) și îmbunătățește furnizarea medicinii preventive (85%). (Source: Steve Lohr, "Most Doctors Aren't Using Electronic Health Records." New York Times, June 19, 2008.)

Fișa electronică ajută furnizorii de servicii să aibă un tablou clinic complet și exact al fiecărui pacient, astfel încât să poată lua cele mai bune decizii clinice. În plus, este profitabilă pentru medici și pentru întregul sistem, prin folosirea procedurilor eficiente. Se reduc, de asemenea, birocrăția și timpul pierdut cu proceduri administrative, precum și costurile.

Informatizarea sistemului de sănătate este viitorul, cu fișa electronică, cu card de sănătate, cu prescripție electronică... și în primul rând cu o strategie națională coerentă și inteligentă. Începuturile sunt dificile și nimeni nu a crezut că și în România lucrurile se vor întâmpla atât de greu. Președintele de atunci al CNAS spunea răspicat că informatizarea sănătății va fi finalizată în 2011... și iată că azi e un nou început. ●



**PERFECTIONARE
MEDICALA.RO HD**



In 2011

34 %

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

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

Pana in 2016 peste

52 %

din puncte vor fi obtinute on-line

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

www.perfectionaremedicala.ro



Schimbarea minimă necesară De ce e nevoie de ea?

Spitalele Clinice Județene de Urgență - Spitale regionale



Dr. Horia Cristian,
membru în Comisia pentru sănătate
și familie, Camera Deputaților

TRANSFORMAREA ANUL 2013

DESPRE FALIMENTUL SPITALELOR. DESPRE SCHIMBAREA MINIMĂ NECESARĂ CARE POATE EVITA ACEST FALIMENT.

Sistemul sanitar românesc are o particularitate: are o rată a internărilor în spital de 21.500 de internări/an/100.000 de locuitori, față de o rată de 10.000 în UE.

Aceasta atrage cheltuieli nenecesare (*) de peste 2,7 miliarde de lei/an din bugetul CNAS și pierderi nete în economie de peste 1 miliard de lei/an (**). Iar calitatea serviciilor este departe de a fi optimă.

Care este calitatea serviciilor, cum le apreciază pacienții, ce îi determină să meargă în spitale? Și marea întrebare: putem avea servicii mai bune la costuri mai mici?

Serviciile medicale sunt evaluate de consumator (pacient) prin accesibilitate, calitate și convenabilitate. Accesibilitate – cât de ușor este de obținut un serviciu medical. Calitate – cât de bune sunt serviciile, respectiv diagnosticul și tratamentul. Convenabilitate – care este raportul calitate/cost. În final, pacientul ar vrea să știe cât durează, cât costă și dacă primește garanție.

CARE ESTE GRADUL DE ACCESIBILITATE AL SERVICIILOR MEDICALE, CÂT DUREAZĂ SĂ PRIMEȘTI UN DIAGNOSTIC ȘI UN TRATAMENT?

Varianta I: dacă urmezi căile casei de asigurări, durează între 9 și 90 de zile:

- **ziua 1** – medicul de familie;
- **ziua 2** – casa de asigurări (adeverință);
- **ziua 3** – laborator care, din lipsă de fonduri, te programează peste 30 sau 60 de zile;
- **ziua 4** – imagistică pentru ecografie sau RX;
- **ziua 5** – medicul specialist;

- **ziua 6** – laborator pentru alte analize pe care nu le poate prescrie medicul de familie – te programează peste 30 sau 60 de zile;
- **ziua 7** – medicul specialist, care îți dă o recomandare de tratament către medicul de familie;
- **ziua 8** – medicul de familie, care îți scrie rețeta;
- **ziua 9** – în sfârșit la farmacie, să îți iei rețeta.

Variațiune: În loc să aștepti analizele, le poți plăti personal. Setul de analize decontat de casă cu 130,60 lei te costă 150 de lei, dar primești rezultatele a doua zi.

Varianta II: Te duci la urgență, unde ești consultat și ți se efectuează investigații. Aștepti la coadă câte 8-12 ore, dar merită, este mai rapid decât 9-90 de zile, chiar dacă nu te vede un specialist.

Varianta III: Te internezi în spital. Nu e chiar plăcut, durează 5 zile, dar beneficiezi imediat de analize și de medici specialiști, chiar dacă există și costuri informale.

Cât costă? Pacientul crede că serviciile medicale sunt gratuite. Dar nu este așa! Casa de asigurări plătește pentru pacient: în varianta I – 186 lei, în varianta a II-a – peste 500 de lei, iar în varianta a III-a – 1.400-1.800 de lei.

Primim garanție? În mod evident, nu. Astfel, pacienții știu, instinctiv că, dacă ar merge după regulile casei de asigurări, ar dura mult prea mult, ar fi zile și bani pierduți. Așa că merg la urgență sau se internează în spital, pentru că este rapid și există doctori buni, iar „spitalele au de toate”. Ca atare, pentru fiecare pacient internat necesar, casa de asigurări plătește mulți bani, deși rezultatul final e același: diagnosticul și rețeta.

Ne întorcem la întrebarea de la care am pornit: se poate mai bine și mai ieftin?

În loc să fim nevoiți să ne internăm în spital 5 zile, am putea să fim diagnosticați într-o singură zi corect, complet, utilizând aparatura performantă? Și, în plus, medicii ar avea salarii crescute cu 25%? Să vedem dacă se poate.

STUDIUL DE CAZ

SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚĂ TIMIȘOARA

Buget 2012 CJAS = 77.148.180 lei
Buget 2013 = 83.000.000 + 10% = 92.500.000 lei
(N.B. – în semestrul al II-lea poate primi cei 10% reținuți de ordonatorul de credite)
Venituri din prestații = 3.800.000 lei
Subvenții = 1.300.000 lei
TOTAL VENITURI = 97.600.000 lei

Spitalul Clinic Județean de Urgență Timișoara (SCUJT) tratează 42.000 de cazuri pe an, din care 17.000 intervenții chirurgicale cu anestezie și 5.000 de cazuri grave de medicină internă. Rămân 20.000 de cazuri pe an care se internează pentru diagnostic și tratament sau, cum ar spune bolnavii, „pentru toate analizele”.

TRANSFORMAREA

PROPUNEREA DE VALOARE CONSTĂ ÎN SCHIMBAREA MODELULUI DE BUSINESS, PRIN INDIVIDUALIZAREA A DOUĂ MODELE DISTINCTE:

- Spitalul, ca furnizor de soluții – diagnostic;
- Spitalul, ca furnizor de valoare adăugată – tratament.

Pentru a înțelege noul mod de funcționare, trebuie să abandonăm structura tradițională ambulator-spital, care nu de puține ori se comportă ca fiind în contradictoriu („schizoid”). Există o „rivalitate” greu de înțeles și greu de explicat, care alterează rolul spitalului în sine.

I. DIAGNOSTICUL

Ca să pot pune diagnosticul, am nevoie de știința medicilor, de analize de laborator și de imagistică, CT și RMN. Pot fi acestea disponibile în ambulator, în aceeași zi?

Vorbim de cele 42.000 de cazuri /an tratate în spitalul timișorean, din care 20.000 de cazuri vin pentru investigații și diagnosticare corecte.

Acești 20.000 vor „trece” în ambulator, pentru consult clinic, investigații de laborator și imagistice. Pentru ca această „trecere” să fie realizabilă, ea trebuie să fie „vândută”. Adică, cei doi actori principali ai actului medical, pacientul și medicul, să își dorească schimbarea.

Ce vrea pacientul?

Să beneficieze de un serviciu accesibil, de bună calitate și convenabil (raport preț/calitate). Cum în sănătate prima calitate și cea mai importantă este accesibilitatea, pacientul vrea diagnosticul cât mai repede.

Ce vrea medicul? Același lucru ca orice alt furnizor de servicii: să aibă instrumentele cu care să presteze serviciile cele mai bune și să fie plătit la justa valoare.

Putem face asta? Pentru ca diagnosticul să fie stabilit în aceeași zi, avem nevoie de resursa umană și tehnologică. Resursa umană înseamnă medici de toate specialitățile medicale, iar cea tehnologică –laboratorul și aparatura imagistică.

- 100 de medici și 150 de asistente;
- laborator;
- 2 CT: unul de 16 slice și unul de 128 slice sau flash;
- 2 RMN: unul de 1,5 T și unul de 3 T.

RESURSA UMANĂ

Cei 100 de medici și 150 de asistente vor fi organizați în echipe funcționale care vor include 5-6 medici de diferite specialități și 7-9 asistente medicale.

Sarcina echipelor este de a stabili diagnosticul în maximum 12 ore, utilizând analize de laborator, investigații imagistice încadrate într-un buget forfetar de 500 lei/pacient.

Având 20 de echipe clinice, acestea vor funcționa câte șase ore, în două ture, alternativ, dimineața și după-amiaza (zece echipe cli-

nice/tură). Fiecare echipă va avea un spațiu destinat în ambulator cuprinzând săli de așteptare, minimum trei cabinete de consultații, sala de discuții și analiză a cazurilor.

Fiecare echipă are „sarcina” de a diagnostica 1.000 de pacienți/an (în 232 de zile lucrătoare). Adică, în medie, 200 de pacienți/medic/an. Alocarea cazurilor se face fie pe bază de recomandare, fie aleator prin programare online de către medicul de familie. (N.B. – Se recomandă ca alocarea „la cerere” să nu depășească 30% din cazuri).

COSTURI

Medicii și asistentele care vor lucra în aceste echipe vor avea un spor salarial de 25%.

	Număr	Cost salarial lunar actual	+25%	Total/12 luni
Medici	100	5.429	6.787	8.144.400
Asistente	150	3.402	4.252,5	7.654.500
Total				15.798.900

COSTUL INVESTIGAȚIILOR

Tomografia computerizată

Pentru 20.000 de CT-uri pe an, este nevoie de minimum trei aparate cu full service. Spitalul are deja două, dintre care unul pentru urgențe și spital, al doilea util în ambulator. Sunt necesare încă 2 CT, unul „de uzură”, al doilea de cercetare, un 128 slice sau chiar un Somatom Flash, care să efectueze coronarografia.

*CT - 2 aparate= 1 CT 16 slice + 1 CT (124 slice / Flash) (per pacient = 135 lei)

CT 1

Cost = 240.000 euro – amortizare în 5 ani = 48.000 euro/an Full service = 48.000 euro/an

Cost fix anual = 96.000 euro = 412.000 lei /an (amortizare + full service, TVA inclus)

COST / PACIENT (20.000/an) = 20,6 lei /pacient

CT 2

Cost = 1.860.000 euro – amortizare în 5 ani = 372.000 euro/an Full service = 148.000 euro/an

Cost fix anual = 1.767.744 lei /an (amortizare + full service, TVA inclus)

Citit CT terți = 0

Total costuri la 20.000 examinări = 2.280.000 lei

La 20.000 pacienți = 114 lei/pacient

Total cost CT / pacient = cost CT1 + cost CT2= 135 lei/pacient

N.B. – un prieten radiolog îmi spunea că, dacă un CT (un segment) ar costa peste 80 de lei, este clar că ar avea o problemă majoră de costuri! Așadar, 135 de lei acoperă, ÎN MEDIE, și CT-urile cu substanța de contrast. Dar dacă ești manager adevărat, poți găsi SC și la 50 lei/fiolă.

Rezonanța magnetică

Pentru 20.000 de RMN-uri, este nevoie de două aparate, unul de 1,5 Tesla și unul de cercetare de 3 Tesla.

**RMN 2 aparate = 1 RMN 1,5T + 1 RMN 2,5T (per pacient = 197 lei)

RMN 1

Cost = 600.000 euro – amortizare în 5 ani = 120.000 euro /an Full service = 60.000 euro/an



Cost fix anual = 1.091.000 lei /an

Citit RMN terți = 0

La 20.000 pacienți = 50,5 lei/pacient

RMN 2

Cost = 1.800.000 euro – amortizare în 5 ani = 480.000 euro/an

Full service = 180.000 euro/an

Cost fix anual = 2.904.000 lei / an

Citit RMN terți = 0

Total costuri la 20.000 pacienți = 2.904.000 lei /an

La 20.000 pacienți = 146 lei/pacient

Total cost RMN = cost RMN1 + cost RMN2 = 197 lei/ pacient

Laborator

Suma de 200 de lei pentru fiecare pacient acoperă orice investigație de laborator. În realitate, costurile trebuie să fie mult mai mici, reactivii nu pot depăși 50 de lei pe un panel care acoperă 98% din toate analizele posibile. Costurile de personal sunt cuprinse deja în costurile generale ale spitalului, iar costurile de întreținere sunt cuprinse la capitolul întreținere.

N.B. – Ca să aveți o referință, analizele prescrise de medicul de familie sunt decontate de CJAS cu 136 de lei; ele costă în cabinetul medicului de familie 16 lei reactivii și 10 lei amortizarea aparatelor.

	Cost per caz	20.000 pacienți
Laborator	200	4.000.000
CT	135	2.700.000
RMN	197	3.940.000
Resursa umană		15.798.900
TOTAL		26.438.900

N.B. Cheltuielile de întreținere, curățenie etc. sunt prinse în bugetul spitalului.

Și, în final, este ceea ce vor pacienții? Da, pentru că primesc diagnosticul în maximum 12 ore, diagnosticul este de cea mai bună calitate, fiind dat de medici care lucrează în echipă.

II. TRATAMENTUL - SPITALIZAREA CONTINUĂ

După diagnosticarea celor 20.000 de cazuri, în ambulator, vor „rămâne” pentru internarea în spital 17.000 de cazuri chirurgicale și medicale (intervenționale) și 5.000 de cazuri grave de medicină internă, cazuri de medicină intuitivă care necesită diagnostic și tratament.

Secțiile clinice de medicină internă interdisciplinară

Secțiile clinice tradiționale – nefrologie, gastroenterologie, cardiologie, neurologie, diabet – se vor reorganiza în cinci clinici de medicină internă interdisciplinară coordonate de câte un profesor universitar sau conferențiar. Clinicile sunt formate din medici de toate specialitățile de interne aparținând clinicilor tradiționale reorganizate și din 3-4 chirurghi pentru fiecare clinică, din echipa de gardă.

Această organizare interdisciplinară asigură pacienților cel mai bun tratament posibil acordat în cel mai scurt timp. Pacienții cu urgențe majore beneficiază de o echipă interdisciplinară capabilă să diagnosticheze și să trateze rapid orice urgență medicală.

Cele cinci clinici vor trata cele 5.000 de cazuri grave de medicină

intuitivă cu multiple comorbidități, care de regulă vin prin urgență. Clinicile fac de gardă prin rotație, o dată la cinci zile.

Fiecare clinică tratează, în medie, 1.000 de cazuri pe an, cu o durată medie de spitalizare de șapte zile și maximă de zece zile. Cele 10.000 de zile de spitalizare sunt asigurate cu 35 de paturi/clinică. Prin reducerea numărului de paturi, se reconstituie spațiile necesare desfășurării activității curente. Din punctul de vedere al educației medicale, studenții sunt educați în modul tradițional în noile secții clinice, unde pot studia cazurile severe, complexe și pot deprinde competențe deosebite.

Secțiile clinice chirurgicale

Avem nevoie de o despărțire a chirurgiei în chirurgie de urgență și chirurgie programabilă.

Neurochirurgia, politrauma, urologia și chirurgia vasculară pot rămâne neschimbate inițial, având un număr relativ mic de cazuri anual.

Ortopedia trebuie să se reconstituie în compartimente de înaltă specializare: protezare, chirurgia genunchiului, chirurgia umărului, oncologia ortopedică. Astfel, medicii pot acumula un număr mare de operații dintr-un domeniu, dobândind experiență și competență.

Chirurgia generală trebuie să se redefiniească în compartimente cu înaltă specializare:

- chirurgia de urgență axată pe tratamentul urgențelor chirurgicale
- chirurgia programabilă supraspecializată pe domenii: chirurgie oncologică, chirurgia peretelui abdominal, chirurgie hepatică, chirurgie colonică, oncoplastică, ginecologică etc.

Departament de îngrijiri la domiciliu și îngrijiri paliative

Acest departament va beneficia de pregătirea superioară și de experiența personalului, dar mai ales de posibilitatea de a oferi aparate, dispozitive și mobilier specific, esențiale pentru o bună îngrijire. Paturile se împrumută pacienților pe perioada de îngrijire.

Pacienții cronici dependenți de îngrijiri

Un pacient hemiplegic sau tetraplegic, dependent de oxigenoterapie, în mod obișnuit este internat în spital, în secția de Terapie Intensivă. Doar în mod excepțional sunt secții specializate în România care asigură asistența acestor pacienți. Cât costă un asemenea pacient? Dacă este în Terapie Intensivă, minimum 500 de lei/zi. Adică 15.000 de lei/lună. Același pacient internat „la domiciliu”, beneficiind de condiții de supraveghere specială (asistentă medicală – 12 ore/zi, kinetoterapeut – minimum 2 ore/zi, logoped – 2 ore/săptămână, pat de spital, saltea antiescară, monitorizarea funcțiilor vitale, oxigenoterapie, fotoliu cu rotile) costă 7.500 de lei/ lună. În plus, pacientul se află acasă, în mijlocul familiei, iar expunerea la riscul infecției nosocomiale este zero.

Costul îngrijirii la domiciliu este la jumătate!

Paliatia

Un pacient în stadiu terminal, internat într-un spital de paliatie, primește zilnic terapie administrată per os (opioace) sau perfuzie. Interacțiunea cu personalul medical este de maximum 30-45 de minute în 24 de ore. Costul internării nu poate fi mai mic de 150 de lei/zi, adică 4.500 de lei/lună. Același pacient supravegheat la domiciliu de medic și asistentă costă maximum 1.600 de lei lunar.

Medicul vede 5 pacienți/zi și fiecare pacient la 2 zile, adică are în grijă 10 pacienți. Asistentă are în grijă 5 pacienți pe care îi vede zilnic. ÎNSEAMNĂ 1 medic + 2 asistente la 10 pacienți.

Cost / lună		
Salarii	12.223	12.223 lei
Leasing auto + benzină	2000 + 1000	3.000 lei
Cheltuieli materiale sanitare	1000	1.000 lei
TOTAL		15.223 lei
COST / PACIENT		1.522 lei

BUGETUL SPITALULUI CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚĂ

Venituri

Totalul veniturilor se reflectă mai jos. În dreptul CJAS (67.740.000) este diferența dintre bugetul alocat de 92.500.000 de lei și cheltuiala din ambulator – 26.438.900 de lei.

Surse de venit	Venit (lei)
CJAS	66.061.100
Proprii	3.800.000
Subvenții	1.300.000
Acțiuni sănătate	400.000
TOTAL	71.561.100

CHELTUIELI

Cheltuielile salariale sunt pentru 290 de medici (390 de angajați acum – 100, cei din ambulator); asistente 576 (726 angajate acum – 150, în ambulator) și personal auxiliar – 200 de angajați.

Categorii	Cheltuieli
Salarii	47.207.547
Energie	5.741.280
Apă	2.100.000
Hrană	3.100.000
Întreținere	4.879.000
Med + MS	15.644.000
TOTAL	78.240.000

N.B. – În cheltuieli nu sunt incluse cheltuielile cu reactivii și laboratorul, pentru că sunt incluse în cei 10.000.000 de lei din ambulator.

Există între venituri și cheltuieli o diferență de aproximativ 6.678.900 care trebuie recuperată.

REDUCERE ȘI OPTIMIZARE BUGETARĂ

1. Medicamente și materiale sanitare

Putem reduce bugetul de cheltuieli la medicamente și materiale sanitare cu aproximativ 30%, cu 4.744.000 lei, de la 15.644.000 lei la 10.900.000 lei, deoarece:

- cazurile de medicină internă sunt tratate în ambulator (aproximativ 48% din cazuri);
- se fac achiziții centralizate (influență 10% = 1.500.000 lei);
- se optimizează lista de medicamente utilizate în spital prin protocoale de terapie;
- se alocă fonduri din Programul Național de Sănătate ATI.

2. Energie

Se reduce costul cu energia cu 1.000.000 lei prin izolarea termică (în curs) și prin facturarea costurilor de climatizare către utilizatori (medici și pacienți care beneficiază de aparate de climă în birouri și în saloane).

3. Apă

Reducerea costurilor la apă cu 1.000.000 lei se realizează prin reducerea pierderilor și o reducere cu 48% a zilelor de internare în spital.

4. Hrană

Costurile cu hrana se reduc cu 1.650.000 lei prin reducerea zilelor de internare.

5. Întreținere

Reducerea cu 2.000.000 lei a costurilor cu întreținerea se realizează prin redimensionarea costurilor cu service-ul pentru aparatură (o parte inclus în cei 500 de lei din ambulator). Prin externalizarea serviciilor dispar costurile aferente atelierelor de întreținere.

6. Salarii

Reducerea cheltuielilor salariale cu 4.996.144 lei se poate face prin:

- **Înființarea unui departament separat de îngrijiri la domiciliu unde se realocă:**

- 10 medici	651.480 lei
- 50 asistente	2.041.200 lei
- 20 personal auxiliar	480.000 lei

- **Restructurarea a 28 de posturi cu studii superioare – 1.824.144 lei.**

Cheltuieli SCJUT	În prezent	Restructurat
Salarii	47.207.544	44.035.544
Energie	5.741.280	4.741.280
Apă	2.100.000	1.100.000
Hrană	3.100.000	1.650.000
Întreținere	4.879.000	2.879.000
Med + MS	15.644.000	10.900.000
		65.305.824

TOTAL VENITURI ȘI CHELTUIELI SCJUT

Venituri / cheltuieli

	Cheltuieli	Venituri
Ambulator	26.438.900	
Spital	65.305.824	
Total	91.744.724	92.500.000

Și, în final, toată lumea primește ceea ce își dorește:

- pacienții - diagnostice și tratamente de mai bună calitate, în cel mai scurt timp
 - medicii și asistentele - o creștere salarială de 25% pentru timpul cât muncesc în ambulator
 - nimeni nu „pleacă acasă”
 - spitalul nu dă faliment.
- Întrebarea pentru noi este:** „De ce nu se poate întâmpla asta azi?”. **Răspuns:** „Pentru că legea nu ne permite!”.
- Și atunci avem nevoie de schimbarea minimă necesară! În articolul viitor.

Sustenabilitatea fiscală și asistența medicală în Marea Britanie

Anita Charlesworth, Eurohealth, nr. 2/2013

INTRODUCERE

CHELTUIELILE CU SĂNĂTATEA ÎN REGATUL UNIT AL MARIII BRITANII (UK) sunt, în linii mari, asemănătoare cu media OCDE. UK a cheltuit 9,6% din Produsul Intern Brut (PIB) pe sănătate în 2010, față de 9,5% media OCDE. Acesta este rezultatul unei creșteri rapide a cheltuielilor în ultimul deceniu. În 2000, cheltuielile totale cu sănătatea în UK erau la 7% din PIB, sub media OCDE de 7,8%. Pe parcursul deceniului următor, cheltuielile au crescut în termeni reali și ca procent din PIB. Această creștere în cheltuieli de sănătate a fost alimentată de cheltuielile publice cu sănătatea, care au crescut de la 5,5% din PIB în 2000 la 8% din PIB în 2010. În același deceniu, cheltuielile private de sănătate au crescut de la 1,5% din PIB la doar 1,6% din PIB.

În 2010/11, creșterea rapidă a cheltuielilor de sănătate s-a oprit, iar cheltuielile în UK au scăzut în termeni reali pe parcursul ultimilor doi ani. În prezent, Serviciul Național de Sănătate (NHS) se confruntă cu o problemă bugetară, deoarece guvernul încearcă să reducă deficitul fiscal al UK. Dincolo de perioada curentă de austeritate, perspectiva pentru cheltuielile de sănătate este nesigură. Dar analiza cheltuielilor de sănătate estimate alături de estimările fiscale sugerează că UK se confruntă cu o problemă fiscală pe termen lung.

CHELTUIELILE PUBLICE DE SĂNĂTATE

CHELTUIELILE DE SĂNĂTATE AU REPREZENTAT, ÎN 2011/2012, 17,5% din totalul cheltuielilor guvernului din UK. Cheltuielile cu sănătatea au crescut rapid pe parcursul ultimilor trei decenii, de la 10%, creștere inițială din totalul cheltuielilor în

1978/1979. Creșterea rapidă a cheltuielilor de sănătate nu a fost însoțită de o povară fiscală mai mare. Mai degrabă, această creștere a fost posibilă datorită schimbării semnificative a structurii cheltuielilor publice. A existat o reducere semnificativă a procentului din PIB cheltuit pe unele servicii publice (cum ar fi apărare și locuințe) și a cheltuielilor cu ajutoarele sociale și procentul din PIB alocat plății dobânzilor. Această schimbare devine clară atunci când comparăm principalele domenii de cheltuieli publice din 1978/1979 cu cele din 2011/2012, după cum se poate vedea în **Figura 1**.

PERSPECTIVA CHELTUIELILOR DE SĂNĂTATE MAJORITATEA CHELTUIELILOR PUBLICE DE SĂNĂTATE DIN UK sunt făcute de către NHS-ul englezesc, în timp ce restul este cheltuit de către guvernele descentralizate din Scoția, Țara Galilor și Irlanda de Nord, pe serviciile lor de sănătate. NHS-ul din Anglia este supus unui plafon agregat al bugetului – Trezoreria UK stabilește un buget global fix pentru sănătate ca parte a ciclului de planificare a cheltuielilor guvernamentale (cunoscute drept referate de cheltuieli). În 2010, guvernul UK a anunțat planurile de cheltuieli pentru 2011/2012 până la 2014/2015 și în iunie 2013 a anunțat planurile pentru încă un an (2015/2016). Pentru perioada 2011/2012 până la 2014/2015, bugetul pe sănătate englez finanțat public este fix și va crește cu mai puțin de 0,5% pe an în termeni reali.

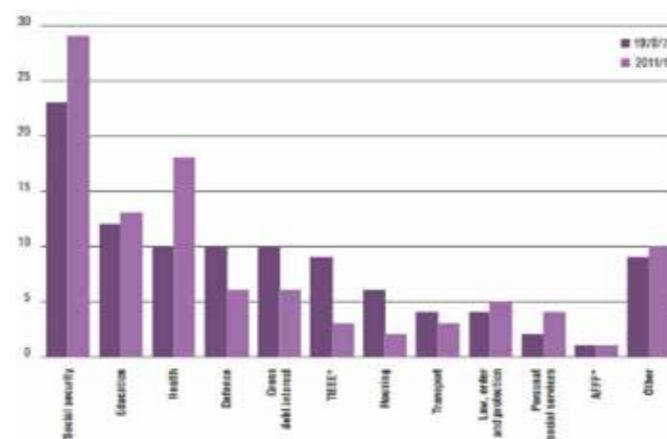


Figura 1



Cheltuielile cu protecția socială și dobânda datoriei sunt prognozate să crească cu mai mult de 2% pe an în termeni reali între 2010/2011 și 2017/2018.

Proгноza macroeconomică a guvernului UK vrea să reducă împrumutarea netă ajustată pentru ciclicitate de la 6% din PIB în 2011/2012 la 0,6% din PIB până în 2017/2018. Pentru asta este nevoie de o reducere a cheltuielilor totale ale guvernului de la 45,5% din PIB la 40,5% din PIB. Încasările vor contribui, de asemenea, la consolidarea fiscală. Încasările sunt prognozate să crească, dar cu o cantitate relativ mică, de la 37,5% din PIB la 38,3% din PIB. Odată cu creșterea dobânzii datoriei și a cheltuielilor cu protecția socială, cheltuielile guvernamentale privind serviciile publice vor continua să scadă în termeni reali dincolo de 2014/2015. Cheltuielile cu protecția socială și dobânda datoriei sunt prognozate să crească cu mai mult de 2% pe an în termeni reali între 2010/2011 și 2017/2018. Cheltuielile cu serviciile publice, care includ cheltuielile cu sănătatea, educația, poliția și transporturile, sunt prognozate să scadă cu peste 3% pe an în termeni reali pe aceeași perioadă.

Acest fapt pune presiune pe bugetul de sănătate. Trustul Nuffield a examinat impactul schimbărilor demografice, creșterea incidenței bolilor cronice și a costurilor de producție, ca presiune asupra cheltuielilor de sănătate. Această cercetare a arătat presiuni agregate asupra finanțării NHS-ului din Anglia ce continuă să crească cu aproximativ 4% pe an în termeni reali până în

2021/2022. Dacă finanțarea sănătății este menținută constant în termeni reali pe durata acestui deceniu, aceasta va avea ca efect un decalaj între presiunea pe bugetul sănătății și finanțarea disponibilă de aproximativ 44 miliarde £ (52 miliarde € la prețurile din 2010).

În sectorul spitalicesc putem examina contribuția relativă a factorilor demografici, a bolilor cronice și a costurilor de producție. Deceniul următor va avea parte de schimbări demografice semnificative. Populația Angliei este prognozată să crească cu 4 milioane de oameni de la 52,1 milioane în 2010 la 56,4 milioane în 2021. În plus, Anglia are o populație care îmbătrânește: în aceeași perioadă, pon-

Figure 2: Funding pressures on acute services in England attributable to population change and to the rising probability of admission for chronic conditions

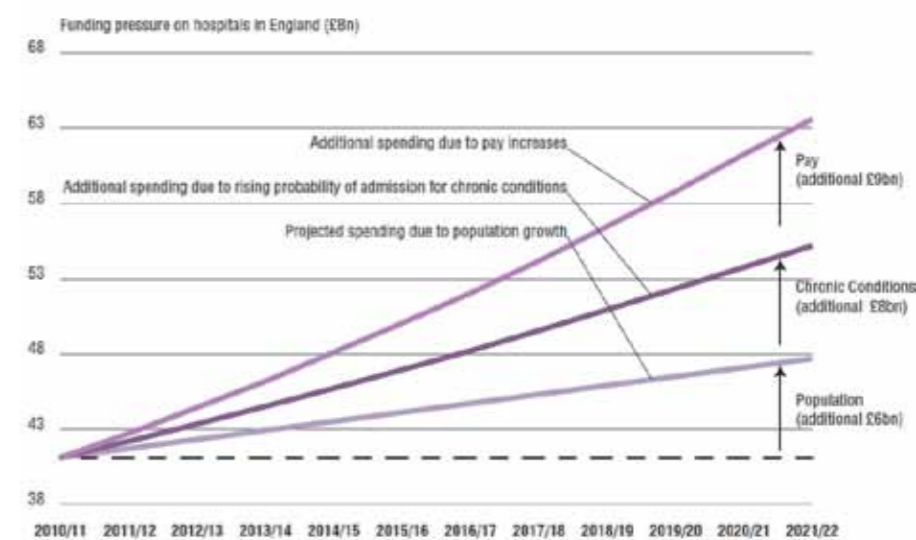


Figura 2

derea populației peste 65 de ani va crește de la 16% la 19%. Deși aceste schimbări sunt semnificative, pe durata deceniului următor se estimează că vor exercita o presiune de finanțare de puțin peste 1% pe an pentru îngrijirile oferite în spital (vezi Figura 2). Dacă tendințele recente din tratamentul și managementul bolilor cronice continuă, ar exista o presiune adițională de încă 1% pe an pentru îngrijirile oferite în spital. Efectul combinat al schimbărilor demografice și al creșterii internărilor pentru boli cronice produce o presiune de cerere asupra serviciilor acute din Anglia egală cu 3% pe an în termeni reali. Dacă presiunile de plată revin la tendințele istorice de dinaintea crizei economice (2% pe an în termeni reali), acestea ar adăuga încă 1% pe an la costurile spitalului.

Aceste estimări presupun că productivitatea NHS nu va crește de niciun fel. În 2002, guvernul UK a publicat o analiză a presiunilor asupra finanțării serviciului de sănătate din Anglia, comandată de către Sir Derek Wanless. Analiza a examinat presiunile asupra finanțării până în 2022/2023 și a dezvoltat trei scenarii cu privire la comportamentul sănătos, răspândirea factorilor de risc pentru boli cronice și productivitate. Scenariul de „angajament complet” presupunea o creștere a productivității între 2012/2013 și 2022/2023 de 3% pe an, în comparație cu creșterea productivității de 1,75% pe an în scenariul „adoptării încete”. Aceste presupuneri diferite despre productivitate, combinate cu diferite presupuneri despre cerere, duc la diferențe semnificative

PRESIUNILE ÎN UK SUNT PUȚIN MAI MICI, DAR FĂRĂ O REDUCERE EFICIENTĂ A COSTURILOR, OCDE PROGNOZEAZĂ O CREȘTERE A CHELTUIELILOR PUBLICE DE SĂNĂTATE CU 6,5% DIN PIB, LA 12,4% PÂNĂ ÎN 2060.

cheltuielilor publice de sănătate și ale îngrijirilor pe termen lung. Studiul OCDE arată că, în următorii 50 de ani, cheltuielile de sănătate și asistență socială vor împinge în sus cheltuielile publice.

în presiunea asupra finanțării sănătății. Tabelul 1 compară prognozele de presiune asupra finanțării pentru cele trei scenarii din analiza Wanless. Scenariul cu productivitate scăzută, cerere mare (adoptare încetă) are ca efect presiuni asupra finanțării sănătății ce sunt cu 2 puncte procentuale din PIB mai mari în 2022/2023 decât scenariul cu productivitate crescută, cerere mică (angajament complet).

SUSTENABILITATEA FISCALĂ PE TERMEN LUNG
ANALIZA WANLESS A EXAMINAT PRESIUNILE PÂNĂ ÎN 2022/2023. Pentru sustenabilitate fiscală trebuie să examinăm pe termen lung. Oficiul pentru Responsabilitatea Bugetului din UK (OBR) produce prognoze fiscale pe termen lung ce acoperă o perioadă de 50 de ani. Concluziile ultimei analize OBR spun că:

- Cheltuielile publice, excluzând cele cu dobânzile, sunt prognozate să crească de la 35,6% din PIB în 2016/2017 la 40,8% din PIB în 2061/2062;
- Cheltuielile publice de sănătate contribuie esențial la riscul presiunilor de cheltuire. Se așteaptă o creștere de cel puțin 2,3% din PIB până în 2061/2062, dar această așteptare este foarte sensibilă la presupuneri despre productivitate. Dacă productivitatea sectorului sanitar rămâne relativ mică, cheltuielile publice de sănătate ar putea crește cu încă 7,5% din PIB;
- Veniturile sunt prognozate să crească, dar cu o rată mai mică, de la 37,3% din PIB în 2013/2017 la 38,2% din PIB în 2061/2062;
- Odată cu creșterea presiunilor de cheltuire peste creșterea veniturilor, poziția fiscală totală se va deteriora. Datoria netă a sectorului public este prognozată la 74% din PIB în 2016/2017. Aceasta este prognozată să scadă la 57% din PIB la mijlocul anilor 2020, dar va crește rapid din nou până la 89% din PIB în 2061/2062;
- Dacă productivitatea sectorului de sănătate va rămâne mică, iar guvernul va crește finanțarea în concordanță cu presiunile (cu 3,6% pe an în termeni reali per capita), datoria netă a sectorului public va ajunge să depășească 200% din PIB la sfârșitul anilor 2050.

După cum am menționat, prognozele fiscale OBR pe termen lung ilustrează sensibilitatea cheltuielilor de sănătate ca procent din PIB la presupunerile despre productivitate. Figura 3 arată că, deși nu este realist să așteptăm ca

productivitatea sectorului de sănătate să ajungă la nivelul productivității medii din economie ca rezultat al ceea ce Baumol numea ipoteza „bolii costurilor”, dacă productivitatea în sănătate ar fi să crească cu 0,8% pe an, spre deosebire de zero, ar avea un impact substanțial asupra sustenabilității fiscale.

OCDE a creat prognoze pe termen lung ale cheltuielilor publice de sănătate și ale îngrijirilor pe termen lung. Studiul OCDE arată că, în următorii 50 de ani, cheltuielile de sănătate și asistență socială vor împinge în sus cheltuielile publice. Dacă țările implementează reforme pentru a reduce costurile, cheltuielile publice de sănătate vor crește cu 2,5% din PIB până în 2060, dar dacă presiunile pe costuri continuă în linie cu tendințele recente din cadrul OCDE, cheltuielile publice de sănătate ca pondere din PIB sunt prognozate să crească de la 5,5% din PIB între 2006 și 2010 la 11,8% în 2060. Presiunile în UK sunt puțin mai mici, dar fără o reducere eficientă a costurilor, OCDE prognozează o creștere a cheltuielilor publice de sănătate cu 6,5% din PIB la 12,4% până în 2060. De asemenea, analize OCDE au arătat că schimbările demografice sunt o componentă relativ mică a creșterii prognozate în cheltuielile publice de sănătate.

Cercetări recente din Fondul Regelui au examinat factorii care influențează cererea pentru servicii de sănătate și asistență socială pe o perioadă de 50 de ani. Cercetările au analizat o serie de prognoze pe termen mediu pentru sănătate. Acest fapt relevă incertitudinea asupra traiectoriei cheltuielilor pe termen lung. Totuși, după cum menționează Appleby pentru cheltuielile de sănătate ca pondere din PIB, „prognoza OBR cu cele mai mari cheltuieli sugerează că se va ajunge la 16,6% din PIB până în 2061/2062. Deși aceasta este de 2,4 ori mai mare decât prognoza OBR pentru cheltuielile din 2016/2017, trebuie menționat că acestea tot ar fi mai mici decât cheltuielile de sănătate ale SUA, din 2010”. ●

Figure 3: Impact on the proportion of GDP spent on health care under different assumptions of productivity growth

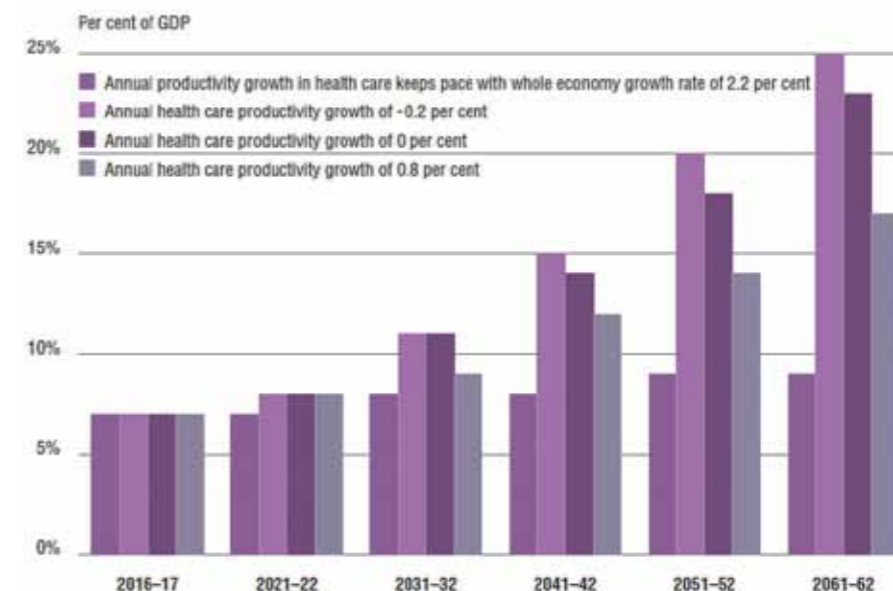


Figura 3

CONCLUZII

Cheltuielile de sănătate din UK sunt apropiate mediei OCDE. Rata de creștere a cheltuielilor s-a redus drastic drept răspuns la criza economică globală. Mai mult, cheltuielile de sănătate au scăzut în termeni reali în ultimii doi ani. UK a luat măsuri puternice pentru a frâna cheltuielile pe termen scurt, printre care limitări la cheltuielile publice pe sănătate ce presupun că cheltuielile de sănătate vor crește în linii mari odată cu inflația din economie până cel puțin în 2015. Guvernul a luat măsuri și pentru a reduce presiunile asupra costurilor, inclusiv limitări asupra cheltuielilor administrative și o politică națională cu privire la plata angajaților din sectorul public, pentru a plafona creșterea salariilor. De asemenea, încearcă să protejeze accesul la îngrijiri și calitatea serviciilor printr-un program de îmbunătățire a productivității NHS-ului. Deși se realizează economii, iar NHS-ul funcționează în bugetul alocat, nu există dovezi ale îmbunătățirii productivității. Dincolo de criza economică actuală, UK se confruntă cu o problemă ce ține de sustenabilitatea fiscală. Sănătatea este o componentă tot mai mare din totalul cheltuielilor publice. Cheltuielile pe sănătate (împreună cu pensiile) sunt sursa principală a creșterii pe termen lung a cheltuielilor publice. În prezent, sănătatea este prognozată să crească mai rapid decât încasările la bugetul de stat. Dimensiunile potențialului decalaj fiscal sunt puternic dependente de presupunerile despre tendința pe termen lung a ratei de creștere a productivității economice din sectorul serviciilor de sănătate.

Table 1: The 2002 Wanless Review Projections of English NHS Funding Pressures

	2002-03 ¹	2007-08	2012-13	2017-18	2022-23
Total health spending (percentage of money GDP)²					
Solid progress	7.7	9.4	10.5	10.9	11.1
Slow uptake	7.7	9.5	11.0	11.9	12.5
Fully engaged	7.7	9.4	10.3	10.6	10.6
Total NHS spending (£ billion, 2002-03 prices)					
Solid progress	68	96	121	141	161
Slow uptake	68	97	127	155	184
Fully engaged	68	96	119	137	154
Average annual real growth in NHS spending (percentage)³					
Solid progress	6.8	7.1	4.7	3.1	2.7
Slow uptake	6.8	7.3	5.5	4.0	3.5
Fully engaged	6.8	7.1	4.4	2.8	2.4

Tabel 1

Traducere: Răzvan Vâlceanu

Ministerul Sănătății a lansat spre dezbatere publică cele mai importante proiecte de acte normative care vizează **reforma în Sănătate**



Eugen NICOLĂESCU,
ministrul
Sănătății.

„De la începutul anului ne-am asumat reforma și faptul că anul 2013 este unul al schimbărilor în Sănătate. De altfel, o serie de direcții de reformă le-am anunțat încă din programul de guvernare. Este o reformă realizată de jos în sus, în care am avut numeroase consultări și discuții cu reprezentanții asociațiilor profesionale, ale pacienților, sindicatelor, ONG-urilor etc. Fac precizarea că mi-am asumat cu bună știință unele amânări de termene tocmai pentru a fi sigur că opiniile, observațiile și sugestiile partenerilor noștri de dialog au fost consultate. Astăzi, venim în fața dumneavoastră cu proiecte de lege corelate și coerente, care au ca scop schimbarea sistemului de Sănătate. Este important de subliniat faptul că, în afară de proiectul privind răspunderea civilă, celelalte sunt proiecte-pilot”, a declarat ministrul Sănătății, Eugen NICOLĂESCU.

Este vorba despre proiectul de lege privind salarizarea personalului medical și despre cel privind răspunderea civilă (malpraxis). De asemenea, vor fi lansate în dezbatere publică principiile pe care se va baza pachetul de servicii medicale de bază și proiectul de modificare a statutului spitalelor.

PROIECTUL DE LEGE PRIVIND SALARIZAREA CADRELOR MEDICALE ARE CA SCOP creșterea veniturilor medicilor și stoparea exodului medicilor. Proiectul pleacă de la principiul că, într-o unitate sanitară, singurii care aduc venituri în urma serviciilor realizate sunt medicii.

„În prezent există o grilă de salarizare bugetară în care este inclusă și prestația medicului, grilă anacronică și complet nemulțumitoare. În proiectul-pilot al legii vom scoate medicul din statutul de bugetar și îi vom oferi mai multe variante de lucru. Dacă optează să rămână în unitatea sanitară de stat și să muncească normă întreagă, atunci va avea posibilitatea, după orele de program, să realizeze consultații private în paturi private sau într-o cotă parte privată dintr-o secție a spitalului public. În acest fel, medicul va avea posibilitatea să realizeze venituri suplimentare în condiții optime de timp și de confort”, a mai spus ministrul Eugen NICOLĂESCU.

Conform proiectului de act normativ, cetățenii pot achita serviciile private ale medicilor din asigurările private încheiate sau plătind tarifele stabilite prin normele de lege.

Proiectul de lege care prevede modificarea statutului spitalelor dă posibilitatea acestor unități să devină instituții autonome, cu mai multă flexibilitate în asigurarea unui management eficient, astfel încât spitalele să devină competitive, iar medicii să fie plătiți după performanță.

Conform proiectului-pilot, spitalele se vor împărți în două categorii, unele de interes național (spitale regionale de urgență, spitale județene de urgență și institutele) și spitale de interes local (spitale municipale și orașenești).

Vor fi alese 12 unități medicale pentru implementarea proiectului-pilot, pentru care Guvernul își va asuma răspunderea prin HG.

„Sistemul sanitar are nevoie de manageri performanți, care să acționeze eficient și responsabil, în interesul pacienților, dar și al angajaților din subordine. Acest lucru va duce treptat la depolitizarea funcției de manager”, a precizat ministrul Sănătății, în cadrul unei conferințe de presă.

PROIECTUL PRIVIND RĂSPUNDEREA CIVILĂ (MALPRAXIS)

Principala modificare este instituirea obligatorie a unei proceduri care să aducă pe primul plan soluționarea amiabilă a litigiului, prin negociere directă între asigurat, asigurator și pacient.

Pacientul va beneficia de proceduri simplificate, de costuri reduse, precum și de garanția că, atunci când se va dovedi actul de malpraxis, va fi despăgubit de către asiguratorii.

De asemenea, noua lege le oferă medicilor o protecție reală din partea asiguratorilor în cazurile de malpraxis, ei fiind asigurați atât pentru daune materiale, cât și pentru daune morale.

În proiect a fost introdusă și clauza de anterioritate, astfel încât medicul să fie asigurat pentru incidente petrecute cu până la trei ani înaintea încheierii contractului de asigurare.

ELEMENTELE DEFINITORII ALE PACHETULUI DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ

În definirea pachetului de bază, MS încearcă să găsească un echilibru între nevoile individului și dreptul său la sănătate, pe de o parte, și obiectivul de a aduce eficiență în sistemul sanitar, pe de altă parte.

În acest sens, definirea pachetului de bază se face după următoarele principii:

- extinderea accesului populației la servicii sanitare de bază, incluzând aici și asigurați, și neasigurați;
- accentul pus pe prevenție;



- eficacitatea și cost-eficacitatea. Pachetul de bază va conține următoarele componente:
- Servicii preventive. Fiecare cetățean va avea acces la un set de servicii de evaluare a riscurilor sale de boală și la servicii de consiliere pentru a putea controla aceste riscuri;
- Servicii de urgență. Cetățenii vor beneficia de servicii de urgență prin creșterea acoperirii și a calității acestora, în cadrul ambulanței, serviciului SMURD, Centrelor de Permanență și al Unităților – Compartimentelor de Primiri Urgențe;
- Programe de sănătate. Se va asigura acces în totalitate pentru programele care se adresează principalelor probleme de sănătate ale populației: cancer, diabet, boli cardiovasculare / neurovasculare, transplant, boli rare etc.;
- Medicul de familie va avea un rol esențial în furnizarea de servicii din pachetul de bază;
- Ambulatoriul de specialitate va reprezenta domeniul de asistență medicală care va trebui să preia, gradual, cea mai mare parte din serviciile de sănătate furnizate actualmente în spital;
- Spital. Serviciile medicale oferite în cadrul spitalului vor fi eficientizate. ●

Sursa: www.ms.ro

Sistemul sanitar are nevoie de manageri performanți, care să acționeze eficient și responsabil, în interesul pacienților, dar și al angajaților din subordine.

Dr. Cristian Bușoi, specialistul european de la CNAS



Cardul de sănătate, creșterea transparenței și diminuarea risipei sunt principalele obiective ale președintelui CNAS, dr. Cristian Bușoi. După experiența de șase ani din Parlamentul European, implicându-se activ în cadrul Comisiei Parlamentului European pentru Mediu, Sănătate Publică și Siguranță Alimentară, dr. Cristian Bușoi s-a întors în țară în iunie 2013, când a fost numit președinte al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate (CNAS).

Raluca Boboc

PREȘEDINTELE CNAS, CRISTIAN BUȘOI A ANUNȚAT CĂ PÂNĂ LA SFÂRȘITUL ACESTUI AN VOR FI PRODUSE, la nivel național, 7,5 milioane de carduri de sănătate și că distribuția către casele județene de asigurări de sănătate va avea loc începând cu anul 2014, precum și stabilirea specificațiilor pentru cititoarele de carduri.

Cu alte cuvinte, cardul de sănătate este un instrument necesar în asigurarea unei transparențe reale la nivelul activității CNAS și a unei comunicări permanente cu populația, asigurații, media și cu instituțiile publice, precum și pentru creșterea eficienței în gestionarea fondurilor din asigurările publice de sănătate și reducerea cheltuiirii ineficiente a banului public în Sănătate.

„Cardul național electronic de sănătate este un proiect prioritar pentru Casa Națională de Asigurări de Sănătate, care aduce avantaje importante asiguraților. În același timp, acest proiect va contribui la creșterea transparenței și eficienței cheltuirii banului public în sistemul social al asigurărilor de sănătate”, a declarat dr. Cristian Bușoi, președintele CNAS.

Acest card permite pacienților să aibă acces la informații cum ar fi grupa sanguină, factorul RH, bolile majore de care suferă sau dacă aceștia doresc, în caz de deces, să-și doneze organele. Cardul va fi disponibil pe o perioadă de cinci ani și va constitui singura modalitate prin care un pacient poate să demonstreze că este asigurat.

Pe lângă creșterea gradului de transparență de la nivelul instituției, președintele CNAS pune accent pe îmbunătățirea relației cu medicii de familie, precum și pe o mai bună gestionare a programelor naționale prin care pacienților li se decontează anumite medicamente sau servicii medicale.

Cu toate contestațiile care au apărut cu privire la cardul electronic de sănătate, proiectul-pilot inițiat de președintele CNAS în județul Arad a constituit un real succes. 215.000 de carduri de sănătate au fost produse până la sfârșitul lunii iulie 2013, fiind astfel respectat termenul limită impus de dr. Bușoi.

Potrivit acestuia, „dacă partenerul proiectului, CN Imprimeria Națională SA, va tipări cardurile cel puțin în același ritm ca până acum, se estimează că până la sfârșitul acestui an vor fi produse cele 7,5 milioane de carduri de sănătate, conform contractului”.

Pe lista priorităților se află și clarificarea detaliilor în legătură cu metodologia aplicării taxei clawback pentru asigurarea fondurilor ce trebuie colectate și evitarea situațiilor în care unele sume sunt returnate producătorilor de medicamente. În plus, dr. Cristian Bușoi dorește să încheie procesul de transfer către ANAF al bazei de date cu datornicii la fondul de sănătate, pentru recuperarea sumelor datorate, și completarea fondului sistemului de asigurări de sănătate, precum și desființarea listei



EXISTĂ MULTE DEFICIENȚE ALE SISTEMULUI DE SĂNĂTATE, IAR CELE MAI MULTE SE POT REZOLVA PRINTR-O ACȚIUNE COMUNĂ A CASEI DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE ȘI A MINISTERULUI SĂNĂTĂȚII. SIGUR CĂ SUNT UNELE DETALII CARE ȚIN DOAR DE CNAS, IAR AICI MĂ REFER ÎN PRIMUL RÂND LA NEVOIA DE A FI MAI TRANSPARENTĂ ȘI MAI APROPIATĂ DE CETĂȚEAN, PENTRU CA CEI CARE CONTRIBUIE LA SISTEMUL NAȚIONAL DE SĂNĂTATE SĂ ȘTIE ÎN DETALIU CE SE ÎNTÂMPLĂ CU BANII LOR, CUM SUNT CHELTUIȚI ȘI CĂ SUNT CHELTUIȚI EFICIENT, A DECLARAT DR. CRISTIAN BUȘOI, DUPĂ CE PREMIERUL L-A PROPUȘ CA ȘEF AL CNAS.

de așteptare pentru aprobarea tratamentelor oncologice, listă care se întinde la o perioadă de până la trei luni.

Dr. Cristian Bușoi a subliniat importanța modificării și clarificării unor proceduri din contractul-cadru, care este valabil până la sfârșitul anului 2014, și a introducerii unei proceduri permanente de consultare publică privind contractul-cadru și normele de aplicare.

În plus, a discutat despre constituirea unei direcții de control și antifraudă în sistemul de asigurări publice de sănătate, care să lucreze în strânsă legătură cu celelalte instituții specializate ale statului român astfel încât să ajute la realizarea unui control eficient al furnizorilor de servicii medicale și să prevină și să descopere situațiile de alocare ineficientă sau de utilizare incorectă a fondurilor publice.

Dr. Cristian Bușoi și-a luat angajamentul să contribuie în transpunerea directivelor și a regulamentelor europene din domeniul sănătății, mai exact, să ajute la eficientizarea procesului de decontare a tratamentelor în străinătate prin simplificarea procedurilor, accelerarea analizei dosarelor și onorarea angajamentelor de plată față de sistemele de sănătate din



DR. CRISTIAN BUȘOI DOREȘTE SĂ ÎNCHEIE PROCESUL DE TRANSFER CĂTRE ANAF AL BAZEI DE DATE CU DATORNICII LA FONDUL DE SĂNĂTATE, PENTRU RECUPERAREA SUMELOR DATORATE

țările partenere, transpunerea directivei privind serviciile medicale transfrontaliere.

Pentru realizarea procesului de informatizare a CNAS, Bușoi a specificat că acesta va fi realizat atât din fondurile deja existente, cât și din cele care vor fi alocate începând cu anul 2014 – mai exact, sunt luate în vedere proiectul unui sistem informatic pentru gestionarea concediilor medicale și a biletelor de trimitere electronice, extinderea dosarului electronic al pacientului, proiectul unui sistem informatic pentru servicii de laboratoare, ambulanță și dispozitive medicale. Va fi, de asemenea, luat în considerare și un portal de interconectare al asiguraților de sănătate.

În ceea ce privește reorganizarea CNAS, în funcție de reîmpărțirea administrativ-teritorială, președintele CNAS a atras atenția asupra faptului că decizia va fi luată în urma unui referendum. În plus, a amintit că CNAS va participa activ la dezbaterile și la adoptarea deciziilor majore în domeniul sănătății, precum și la crearea unui cadru legislativ pentru introducerea asigurărilor private complementare de sănătate, care vor fi deductibile parțial din baza de impozitare.

Puteți citi un amplu interviu cu dr. Cristian Bușoi, președinte al CNAS, în ediția de octombrie a revistei Politici de Sănătate. ●

Au fost lansate mai multe propuneri de distribuție a cardurilor, CNAS urmând să hotărască cele mai potrivite variante pentru ca acestea să ajungă la pacienți

sTragedia de Sănătate



Horea Timiș, director executiv DSP Alba

Veșnica relansare a reformei în sănătate și efectele simțite de corpul medical le trăim ca un déjà vu continuu, de la un an la altul, încă de când am simțit sentimentul democrației, un fel de libertate, spun unii, iar alții - o condiție ce te clasifică în lumea civilizată.

iar o țară întreagă a început să se inflameze la aflarea acestei vești. Cred că este cel mai rațional și normal lucru pe care trebuie să îl învățăm: ca să primești servicii de calitate, trebuie să le plătești, și sănătatea costă oriunde în lumea asta. Nu putem aștepta de la guvern un sistem de sănătate occidental performant, dacă nu suntem educați că noi, poporul, suntem cei care plătim și care trebuie să ieșim în stradă nu să ne plângem de taxe, ci să avem maturitatea să susținem sistemul sanitar și să avem curajul politic să ni-l asumăm. DA, sistemul de sănătate trebuie finanțat, DA, sistemul de sănătate trebuie să ajungă la 6% din PIB. Apoi putem vorbi de strategie de sănătate, putem vorbi de servicii medicale de calitate la stat, putem să discutăm de mărirea salariilor corpului medical, al rezidenților, de dezvoltare a programelor de sănătate naționale, de spitale cu circuite corespunzătoare.

Atât timp cât România se zbate între 3-4% PIB alocat Sănătății, strategia pe Sănătate va fi de supraviețuire, iar performanța sistemului sanitar nu va crește prin politici de sănătate și nicio reformă nu va fi capabilă să învingă piața liberă a serviciilor medicale. Acesta este primul principiu sine qua non al sistemului medical din România. Pentru acesta este nevoie de putere și de consens politic, iar aici trebuie responsabilitate și educarea maselor. Adevărații specialiști în sănătate știu asta și nu pot fi mințiți, iar fiecare an pe care îl pierdem să pregătim terenul pentru 6% din

Suntem pe locul ultim în privința PIB-ului alocat Sănătății, undeva la 3,5, cu o creștere anul acesta de 4,4, dar diferența de bani a fost folosită pentru plata polițelor istorice la medicamente, nereflexându-se în calitatea serviciilor medicale.

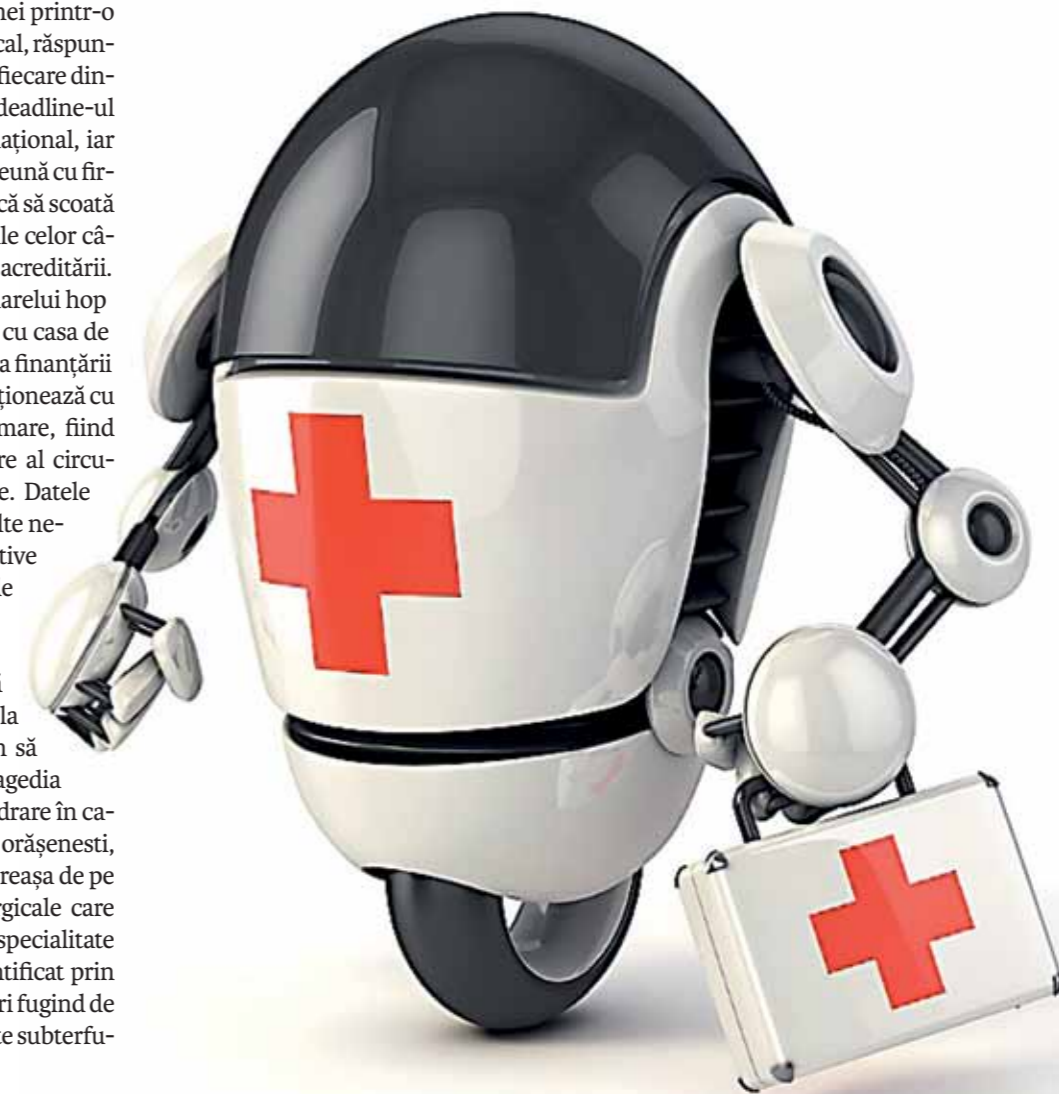
SĂ VEDEM CE NE RECOMANDĂ ÎN LUMEA CIVILIZATĂ A DEMOCRAȚIEI SĂNĂTĂȚII EUROPENE, cum ar fi suma alocată pentru cheltuielile în Sănătate pe cap de locuitor în jur de 600 de euro/an, în timp ce media europeană este în jur de 1.800 de euro, cam de trei ori mai mare. Iar noi suntem pe locul ultim în privința PIB-ului alocat sănătății, undeva la 3,5, cu o creștere anul acesta de 4,4, dar diferența de bani a fost folosită pentru plata polițelor istorice la medicamente, nereflexându-se în calitatea serviciilor medicale. Poate fi interpretat totuși un moment de start-up pentru Ministerul Sănătății. În timp ce țările europene au între 7% și 11% din PIB alocat sănătății și se confruntă cu o creștere a costurilor medicale fără precedent, cu un exod al medicilor și cu o luptă a maladiilor cronice pe fondul îmbătrânirii populației, noi ducem o luptă de supraviețuire și ne gândim cu stupoare la Directiva UE 24 care intră în vigoare din octombrie și permite ca orice asigurat să se trateze în orice țară europeană și să oblige statul să deconteze serviciile medicale. Deci despre ce vorbim? Vrem servicii occidentale și ne-am învățat să dăm exemplul AKH-ului, în loc să subliniem că suntem campioni ai supraviețuirii medicale, că avem cel mai performant serviciu de ambulanță din Europa la jumătate din banii alocați Sănătății, că avem niște eroi în fiecare spital care țin sistemul încă în picioare, și acesta este corpul medical românesc, atât de hulisit într-un atac fără precedent, în ultimii ani, în media. Medicul este începutul și sfârșitul, este vârful de piramidă în spatele căruia se creează sistemul care, în lipsa unei minime salarizări pe care o poate oferi statul, noi avem toți obligația și datoria unitară de a-i oferi un minim de RESPECT. Chiar dacă se discută creșterea veniturilor medicilor rezidenți și nu găsim 40 de milioane de euro în vistieria Ministerului Sănătății, eu zic că nici dublarea salariilor unui medic rezident nu va fi o soluție. Noul acord cu FMI a strecurat creșteri de taxe pentru sistemul sanitar,

PIB este un an mai puțin pentru copiii și pentru nepoții noștri ca ei să beneficieze de servicii de sănătate de calitate. În ultimii cinci ani ne-au plecat peste 10.000 de medici și, totuși, anul acesta a fost cea mai mare concurență la medicină din '90 încoace, un lucru care arată că medicina are viitor, în ciuda tuturor piedicilor, și că încă avem o școală de medicină recunoscută. Bazele unui sistem performant le avem.

A scăzut numărul național de paturi, am închis spitale, a scăzut durata medie de spitalizare, am relansat politici de sănătate, am copiat, adaptat și readaptat diferite modele de succes care nu prea au nimic în comun cu realitatea medicală românească, în afară de tentative efemere eșuate lamentabil la modul general. Atunci când tragem linie și întrebăm societatea și pacientul dacă simt efectele reformei printr-o creștere a calității actului medical, răspunsul îl știți și dumneavoastră, ca fiecare dintre noi. În curând, se apropie deadline-ul acreditării spitalelor la nivel național, iar mulți manageri de spitale, împreună cu firme acreditate și agreeate, încearcă să scoată din hârtii condițiile standard ale celor câtorva mii de obiective necesare acreditării. Aceasta, în speranța trecerii marelui hop și în perspectiva unui contract cu casa de asigurări, care să asigure liniștea finanțării când tot mai multe spitale funcționează cu autorizații cu plan de conformare, fiind depășite din punctul de vedere al circuitelor și al normelor europene. Datele generale se schimbă rapid, multe necunoscute și modificări legislative încep să își facă locul alterând, de la un an la altul, orice mimare de strategie pe termen mediu și lung. Acreditarea, împreună cu clasificarea, va mai scoate la suprafață din ceea ce nu vrem să vedem acum cu privire la sTragedia de Sănătate. Condițiile de încadrare în categoria a 4-a, pentru spitalele orășenești, cu cele două linii de gardă și, cireasa de pe tort, păstrarea secțiilor chirurgicale care condiționează medicul de specialitate ATI, un medic tot mai rar identificat prin spitalele orășenești, de multe ori fugind de la un spital la altul sau cu diferite subterfu-

Medicul este începutul și sfârșitul, este vârful de piramidă în spatele căruia se creează sistemul care, în lipsa unei minime salarizări pe care o poate oferi statul, noi avem toți obligația și datoria unitară de a-i oferi un minim de RESPECT.

gii legale de persoană fizică sau SRL specializat în închirierea lor, ne domină, dincolo de toate, realitatea medicală. Aceste aspecte ne domină încă realitatea medicală globală când vorbim de toată țara, nu doar de Capitală și de marile aglomerări urbane. Avem nevoie de o strategie tehnică județeană și, mai nou, regională în jurul marilor centre universitare care pot fi poli de dezvoltare medicală, dar acest lucru trebuie făcut odată cu acceptarea că medicina costă și că este nevoie nu de bugete de supraviețuire și politici de criză, ci de o responsabilitate și de o aliniere a finanțării la fel cu sistemele europene de sănătate cu care ne comparăm și unde tindem să ajungem. ●



Noul buget european pentru eHealth este mai mare cu 30% pe an și mai ușor de accesat



Peteris Zilgalvis, directorul Unit for Health and Well Being, Digital Agenda for Europe, DG Connect, Comisia Europeană

Interviu realizat de **Maria Vasilescu**

Atunci când se îmbolnăvesc, pacienții sunt ajutați de tehnologiile informatice să trateze boala mai eficient, atât printr-un acces mai mare la informație, cât și prin acces la îngrijiri medicale, chiar și de la distanță.

Ce înseamnă Agenda digitală pentru Europa - Inițiativa 2020?

Agenda digitală este o inițiativă-pilot a Comisiei Europene, mai exact este vorba despre politici care să faciliteze punerea digitalului în serviciul publicului și al economiei, adică în serviciul cetățenilor noștri. Printre alte domenii cărora se adresează această inițiativă este și sănătatea – în mod special, eHealth.

Cum pot tehnologiile informatice să oprească cetățenii să devină pacienți?

Tehnologiile informatice sunt importante atât în prevenția bolilor, cât și în vindecarea lor. În ceea ce privește prevenția, pacienții devin mai responsabili față de propria stare de sănătate. Aceștia pot folosi instrumente precum aplicațiile sau alte tehnologii, astfel încât să trăiască într-un mod sănătos. Atunci când se îmbolnăvesc, pacienții sunt ajutați de tehnologiile informatice să trateze boala mai eficient, atât printr-un acces mai mare la informație, cât și prin acces la îngrijiri medicale, chiar și de la distanță. În cazul afecțiunilor cronice, cum sunt diabetul, cele cardiovasculare, pacientul îl poate ajuta pe doctor prin aceste tehnologii, fiind proactiv și limitând durata spitalizării, acesta putând fi monitorizat și de acasă.

Cum se implementează corect o strategie națională de eHealth într-o țară ca România, unde este resimțită criza economică, iar resursele materiale sunt limitate?

Consider că este absolut necesar să alegeți soluțiile cele mai simple, dar cu un impact major asupra stării de sănătate a populației. O țară care poate fi luată drept exemplu ar putea fi Estonia, care a făcut foarte multe lucruri în ceea ce privește informatizarea sănătății alegând soluții ieftine, cum ar fi digitalizarea dosarelor pacienților - acest lucru ajutând la reducerea erorilor, asigurând, de asemenea, continuitatea îngrijirilor - sau prescripția electronică, care oferă transparență și scade costurile. Un alt aspect demn de luat în considerare ar fi modul în care sunt abordate bolile cronice și cum pot fi prevenite internările pacienților în spitale pe perioade îndelungate. Nu ar fi deloc o opțiune convenabilă să deții o tehnologie ICT costisitoare prin care să înlocuiești vizita la doctor. Într-o țară precum Danemarca, de exemplu, ei vor încerca să utilizeze astfel de tehnologii oricând pot reduce timpul pe care un pacient trebuie să-l petreacă la doctor, deoarece costurile sunt foarte ridicate. În țări precum România sau Estonia, prețul unei consultații nu este chiar atât de ridicat, de aceea trebuie să ne orientăm spre ceea ce îi face pe doctori să lucreze mai eficient și spre ce îi ajută pe pacienți să acționeze în cunoștință de cauză (to be empowered).

Cum sprijină Comisia Europeană țările din estul Europei pentru a înțelege, dezvolta și implementa programe eHealth?

Muncim împreună cu aceste state prin intermediul unor inițiative, cum ar fi Parteneriatul European pentru Inovare, precum și în rețeaua eHealth, pentru a fi siguri că deținem cele mai bune practici și că oferim informații de calitate cu privire la contextul actual; de asemenea, putem vorbi despre inițiativa privind programul-cadru, unde finanțăm cercetarea și desfășurarea acestuia; avem participanți atât din România, cât și din Estonia, Polonia, Letonia etc. și încercăm să încurajăm statele membre, incluzându-le pe cele noi, să se folosească de această oportunitate și de fondurile structurale, cum ar fi Fondul Social European. În Estonia, majoritatea proiectelor pe eHealth au fost finanțate prin acest fond. Astfel, în această perioadă încercăm să conectăm toate statele membre la infrastructura pan-europeană pentru transferarea registrelor digitale de sănătate și a prescripțiilor electronice atunci când cetățenii călătoresc sau atunci când turiștii vin în țara noastră.

Care este cea mai mare provocare pentru Europa în domeniul sănătății?

Cea mai mare provocare în domeniul sănătății o poate constitui faptul că devine din ce în ce mai scumpă, mai ales în aceste momente când societatea se confruntă cu schimbările demografice și, în același timp, cetățenii având din ce în ce mai multe așteptări de la sistemul de îngrijire a sănătății. Singura modalitate de a păstra același nivel este să ne folosim de tehnologie și să educăm cetățenii – astfel, aceștia vor avea grijă mai bine de propria sănătate, iar noi vom avea resurse suficiente pentru a trata oamenii.

În ceea ce privește securitatea dosarului electronic de sănătate, este un fapt că nu au încredere cetățenii în acest dosar electronic de sănătate. Cum credeți că putem rezolva această problemă? Cum putem garanta siguranța/arăta că este suficient de sigur?

Înainte de a le spune cetățenilor faptul că acest card electronic de sănătate este sigur și de a le cere să aibă încredere în noi, trebuie să ne asigurăm că acest lucru chiar se întâmplă. Trebuie să ne asigurăm, pe de o parte, că sistemul este sigur împotriva hackerilor etc. și, pe de altă parte, că regulile de utilizare trebuie să fie foarte clare – să se cunoască cine are acces la informațiile de pe card,

Există prevederi noi în noul buget? În cercetare și inovație – aspectele pe care operăm, vor fi mai mulți bani pentru eHealth, mai exact, noul buget european pentru eHealth este mai mare cu 30% pe an și mai ușor de accesat. Consider că este o veste bună pentru toată lumea și ne-am bucura să avem mai mulți participanți din România.

Punem accent și pe cooperarea internațională - mai exact, a fost semnat un „Memorandum of understanding on eHealth EU-USA”. Cele două obiective principale ale acestui memorandum constau în interoperabilitate și abilități în domeniul tehnologiilor ICT a forței de muncă (cererea este în creștere).



ÎNCERCĂM SĂ STABILIM ASPECTELE CE ȚIN DE INTEROPERABILITATE ALE CONNECTING EUROPE FACILITY, CARE ESTE INSTRUMENTUL DE FINANȚARE PENTRU REȚEAUA TRANS-EUROPEANĂ DE ENERGIE, TRANSPORT ȘI EHEALTH, MAI ALES CĂ VOM AVEA O INFRASTRUCTURĂ DIGITALĂ PENTRU DOSARELE MEDICALE ȘI PRESCRIPTIILE ELECTRONICE.

iar cetățenii trebuie să fie conștienți că nu trebuie să dea mai departe datele personale. În plus, ar trebui să existe o evidență a persoanelor care accesează dosarul electronic, motivul și momentul când acesta este accesat. După aceea putem coopera cu pacientul. În Estonia, au existat medici dați în judecată pentru că au accesat neautorizat dosarele unor pacienți. Este adevărat că este mai ușor să transferăm informațiile, în număr mare, în variantă digitală decât atunci când sunt pe hârtie, dar trebuie să fim convinși că sistemul este sigur, iar regulile sunt respectate.

Atunci când vorbim de proiecte, vorbim și de bani. Există oportunități financiare pentru România, de exemplu, pentru acțiuni specifice?

Vor fi noi oportunități pentru cercetare. Imediat cum va fi disponibil noul buget, care a fost adoptat la începutul lunii iulie, vor apărea și alte oportunități.

Ce puteți să ne spuneți despre directiva de îngrijiri medicale transfrontaliere? Care va fi impactul, în ceea ce privește bugetele naționale?

Această directivă reprezintă un pas foarte important deoarece stabilește, într-o formă legislativă, dreptul pacienților de a fi îngrijiți când se află într-o altă țară din Uniunea Europeană. Nu ar trebui să prezinte un impact major asupra bugetelor

naționale pentru că, în principiu, se face rambursarea sumei pe care o plătește țara dv. Cu alte cuvinte, mă refer la condițiile în care cetățenii români pleacă în altă țară să se trateze, acesta fiind un aspect pe care fiecare sistem ar trebui să-l gestioneze individual (regula este să se deconteze suma minimă). Ce depășește această sumă va fi suportat de către cetățeni, din buzunarul lor. Ce aduce în plus această directivă este telemedicina transfrontalieră, ceea ce ține de articolul 14, cu privire la eHealth. De asemenea, în cazul în care un pacient dorește să folosească telemedicina transfrontalieră și să consulte, de exemplu, specialiști din Ungaria sau din altă țară, acest serviciu va fi decontat doar dacă este decontat și în România. Cu toate acestea, pentru țări ca România această directivă ar putea să însemne și noi câștiguri, deoarece prin frumusețea locurilor sunt atrași turiști din Germania, de exemplu, sau din alte țări. Se poate ajunge, astfel, la un turism medical în sens pozitiv, dat fiind că unii turiști se pot îmbolnăvi. Astfel, putem vorbi de accesarea serviciilor de stomatologie sau a serviciilor care în România sunt mai ieftine decât în alte țări.

Ce priorități, din punct de vedere profesional, aveți pentru anul acesta?

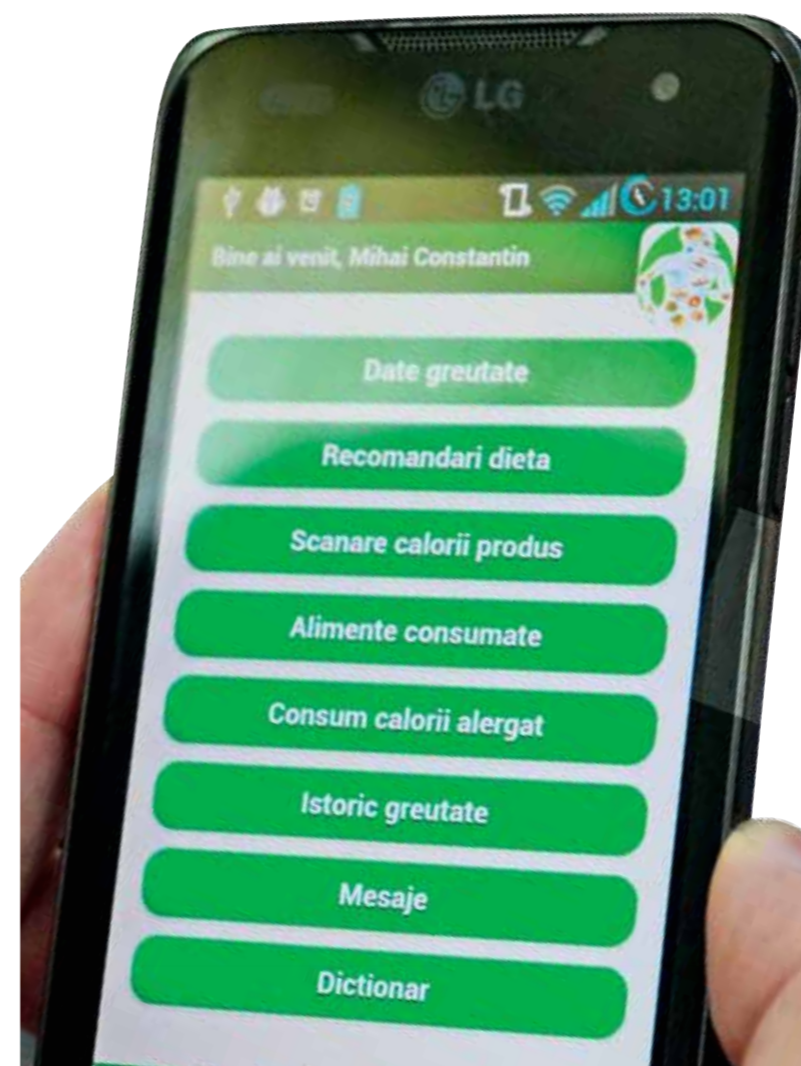
Avansăm spre adoptarea unei green paper, aceasta fiind politica Comisiei în ceea ce privește telemedicina și aplicațiile referitoare la sănătate. Aplicațiile se găsesc în cadrul magazinului online iTunes și în magazinele cu android. Încercăm, de asemenea, să stabilim un cadru legal de politici care să fie mai mult folosit pentru prevenție, fiind foarte util pentru persoanele care sunt bolnave sau pentru cele care sunt doar îngrijorate față de starea lor de sănătate, pentru a-și gestiona mai bine actualele sau viitoare probleme de sănătate. De asemenea, încercăm să stabilim aspectele ce țin de interoperabilitate ale Connecting Europe Facility, care este instrumentul de finanțare pentru rețeaua trans-europeană de energie, transport și eHealth, mai ales că vom avea o infrastructură digitală pentru dosarele medicale și prescripțiile electronice. Punem accent și pe cooperarea internațională - mai exact, a fost semnat un „Memorandum of understanding on eHealth EU-USA”. Cele două obiective principale ale acestui memorandum constau în interoperabilitate și abilități în domeniul tehnologiilor ICT a forței de muncă (cererea este în creștere). În plus, sistemele de sănătate vor avea nevoie de resurse, ceea ce constituie o oportunitate din punct de vedere economic deoarece Europa nu este singurul loc care se confruntă cu declinul demografic. Acest fenomen a afectat, de asemenea, China, SUA, Brazilia; Japonia este deja o țară bătrână. Acest lucru reprezintă un aspect demn de luat în considerare, dacă ne propunem să reformăm sistemele de sănătate folosind tehnologia, experiența și cunoștințele pe care le deținem, iar acest lucru va oferi posibilitatea creării de noi locuri de muncă în Europa. ●

Impactul economic al eHealth pentru România



Lăcrămioara Stoicu-Tivadar, președinte Societatea Română de Informatică Medicală

Pornim de la cifre concrete care ne indică potențialul aplicațiilor eHealth și pentru piața din România. La nivel global, în pofida crizei, piața aplicațiilor eHealth are o dinamică rapidă. La nivelul anului 2011 era în jur de 11 miliarde de dolari, iar prognoza pentru 2016 este de 27 de miliarde de dolari, adică o creștere anuală de aproape 20% (According to BCC Research study of March 2012). O componentă importantă în dinamizarea pieței o constituie aplicațiile mobile asociate urmării stării de sănătate, fie că e vorba de parametri vitali, nutriție fie de boli cronice. Noi afaceri pot fi dezvoltate în jurul utilizării tehnologiei wireless asociate cu echipamente medicale ce conduce la beneficii sociale și economice.



SE PRECONIZEAZĂ CĂ ÎN 2050 PERSOANELE ÎN VÂRSTĂ DE PESTE 60 DE ANI VOR DEPĂȘI 30% DIN POPULAȚIA EUROPEI, determinând un val în piață care a primit denumirea de Economie Argintie (Silver Economy). Schimbările la nivelul societății în aceste condiții sunt foarte mari și fiecare națiune trebuie să se organizeze din timp, proiectându-și o strategie pentru a face față acestei noi situații. Un prim pas este acela de a crea un forum în care toate părțile interesate să discute și să creeze o viziune și un cadru pentru noile servicii asociate cu economia țintită pe persoanele de vârstă 60+. Sunt țări europene care au demarat astfel de acțiuni, prin realizarea unor aplicații regionale pe acest domeniu; spre exemplu, în Franța cluster-ul SOLLAGE.

Piața pentru persoanele în vârstă se poate extinde cu aplicații de well-being focalizată pe utilizarea tehnologiilor wireless (aplicații mobile, echipamente și dispozitive specifice).

Astfel, aplicațiile de eHealth aduc beneficii la nivel personal pentru cetățeni, pacienți, medici, asistente, manageri din domeniul medical, dar și la nivelul instituțiilor de sănătate publică, al spitalelor etc. și de asemenea au impact economic benefic asupra companiilor. E nevoie însă ca aplicarea acestora să fie eficientă, corectă, efectivă, caz în care au ca rezultat reducerea erorilor, scurțarea zilelor de spitalizare, ceea ce conduce în mod natural la micșorarea costurilor.

În acest context, se pot identifica două defecte



Îi încurajez mereu pe studenți să folosească tehnologia pentru aplicații concrete evidențiind ceea ce este nou și spectaculos în tehnologie.

majorale ale abordării aplicațiilor de eHealth. Primul pornește de la dezvoltatorii aplicațiilor de eHealth. Este și aceasta o profesie care nu admite amatorism. Trebuie respectate reguli de dezvoltare specifică pentru aplicațiile eHealth. În primul rând, trebuie ținut cont de specificul publicului țintă: personal medical și pacienți/cetățeni. De foarte multe ori, în aplicațiile existente, este clar că proiectantul le-a realizat pe modul de gândire al unui programator, nu al unei persoane care o va folosi în mod curent. O primă recomandare este pentru cei care dezvoltă aplicații de acest gen, să își cunoască utilizatorii. În acest fel gradul de folosire crește, iar acceptarea și învățarea lucrului cu aplicația sunt mai rapide. Astfel, costurile poate mai ridicate determinate de prima fază se pot compensa cu beneficiile utilizării mai rapide și cu recomandările favorabile. În fond și în România recomandarea, începând de la un instalator și până la o universitate sau o companie, reprezintă încă o realitate. Se pare că, în mare, e o caracteristică latină, cel puțin și în Italia se practică cu succes.

O a doua abordare greșită este cea a unor manageri din instituții care nu implementează corect acest gen de aplicații. Obișnuiți cu un anumit flux al documentelor și al derulării activităților, aceștia vor forța aplicația să intre într-un tipar vechi, dublând volumul de muncă al angajaților care vor respinge cu certitudine folosirea aplicației noi și, mai mult, există pericolul ca ei să dezvolte o reacție negativă față de aplicații pe calculator, cu efecte pe termen lung.

Pentru a preveni acest gen de greșeli este nevoie de încurajare și de răspândirea educației focalizate pe aplicarea eHealth, locuri în care persoane de diverse specialități să poată să se formeze împreună, să învețe să fie profesioniști și să depășim astfel stadiul

de amatorism - inevitabil în orice evoluție - în acest domeniu. Îi încurajez mereu pe studenți să folosească tehnologia pentru aplicații concrete evidențiind ceea ce este nou și spectaculos în tehnologie. Să nu accepte în meseria lor soluții care să forțeze o tehnologie nouă să intre într-un management învechit. Spre exemplu, există soluții de gestiune a activității unor cabinete medicale/spitale care „copiază” tot ceea ce se face pe hârtie și reproduc pe calculator același lucru. Din punctul meu de vedere e complet greșit. O tehnologie nouă trebuie folosită cu toate atuurile ei pentru a dovedi că e ceva mai bun decât ceea ce a existat, că schimbarea nu înseamnă doar trecerea pe alt mediu, ci acel mediu chiar aduce eficiență și este un mod mai plăcut și mai sigur de a lucra. Poți să fii mai liniștit că acesta sesizează erorile din timp, te ajută să găsești mai ușor datele, poți găsi informații rapide despre teme de interes, ai la dispoziție multimedia (text, sunet, video). De asemenea, te poți interconecta cu alte aplicații și de aici, jucându-ne cu cuvintele, Internetul e limita...

Odată depășite neajunsurile amintite, o caracteristică ce ridică eficiența aplicațiilor și certifică beneficiile aplicării acestora este realizarea interoperabilității. În acest sens, referitor la comunicarea informației medicale, tendința este să se ajungă la un consens între CEN TC 251, care dezvoltă standardele la nivel european și organizația HL7, cu sediul principal în SUA, dar cu multe filiale în Europa. În România există aplicații software medicale care declară că au implementat standardul HL7. Nu există exemple concrete. Deocamdată nici nu este posibil, deoarece codurile LOINC care sunt utilizate în conexiune cu acest standard nu sunt traduse în românește. Se pot realiza hibrizi de aplicații care folosesc spre exemplu tehnologia XML și eventual codificare ICD10/CIM10, dar acestea sunt experimente și soluții locale.

Acesul la informația despre pacient la timp și în mod corect este esențial. Comunicarea între aplicații se realizează doar dacă acestea respectă standardele mai sus menționate. IHE (Integrating the Healthcare Enterprise) este o instituție care realizează anual o acțiune denumită Connectathon (anul acesta a fost în aprilie la Istanbul), în care câteva zile se lucrează efectiv (hands-on) pentru aplicarea standardelor, activitate care nu este foarte la îndemână și necesită antrenament și lucru la modul concret. România nu are încă filiale, dar are companii asociate individual la IHE.

O altă problemă curentă legată de interoperabilitate se referă la dispozitivele și echipamentele wireless utilizate în tot mai multe aplicații personale de supraveghere a



stării de sănătate. Există preocupare și în acest sens, Marea Britanie fiind unul din statele cu realizări în acest domeniu. Spre exemplu, UK's National Standards Body a inițiat în 2009 standardul BS8521 care definește protocoalele de teleasistență la nivelul semnalelor generate de către dispozitive. Acest standard va facilita interoperabilitatea dintre producători, fiecare unitate care respectă standardul putând comunica cu software-ul oricărei centrale de telemonitorizare care respectă acest standard la rândul lui. De asemenea un standard de referință este CEN ISO/IEEE 11073 Health informatics - Medical/health device communication standards. Asigurarea interoperabilității ridică în prezent probleme și de altă natură decât cea tehnologică, din diverse perspective. Se pune problema acută a securității informației despre pacient și a intimității datelor. Există acest echilibru subtil între acces și intimitate. Una dintre soluțiile pe care le recomand atunci când este vorba de acces din orice locație la datele pacienților este cea în care există un card al pacientului, un card al medicului, iar informația se găsește pe mai multe calculatoare în întreținerea mai multor furnizori diferiți, deci nu în același loc. Este periculos de-a dreptul ca o singură entitate - oricât de monitorizată ar trebui să fie - să aibă controlul asupra acestei informații sensibile. În acest cadru, fluxul de lucru este următorul:

- în momentul în care are o problemă, pacientul vine la medic, oriunde s-ar afla acesta, identificându-se cu cardul personal;
- medicul folosește cardul său personal pentru a putea intra în rețea și accesa datele pacientului, le vizualizează, face modificări dacă e cazul și apoi părăsește aplicația.

Atât trebuie să se vadă la nivelul medicului, acesta nu are alte griji.

În spate, există de fapt o bază de date ale pacienților, conținând nume și ID (în cazul României, se poate folosi ca identificator unic CNP) și care se actualizează mereu prin casele de asigurări. De asemenea, există o bază de date cu medicii înregistrați în sistem. Cardurile fiecăruia, medic și pacient, sunt niște chei cu care se poate accesa informația, ca și la bănci, atunci când și funcționarul bancar, și clientul au cheie și numai împreună pot accesa conținutul cutiei de valori. Informația despre pacient se poate afla în mai multe locații, pe mai multe servere. Există un index al acestor locații și astfel se identifică de unde se preia informația. Este un efort de programare care implică cunoștințe sofisticate, dar este realizabil și fiabil, fără a intra aici în mai multe amănunte. Sunt diverse niveluri de verificare și pe oricare din ele un intrus este identificat și eliminat din sistem. Se poate urmări de unde vine amenințarea și se poate elimina în viitor.

Din experiența grupului din care fac parte, instruirea medicilor, a personalului medical are cel mai mare succes atunci când este

Economic, se vor reduce costurile rezultate prin renunțarea la suprapuneri de servicii. Astfel, având acces la cele mai performante dintre aceste servicii, populația va fi mai sănătoasă.

SRIM ESTE O SOCIETATE DESCHISĂ, FĂRĂ ALTE INTERESE DE GRUP DECÂT CELE PROFESIONALE, ESTE MODERNĂ, EUROPEANĂ FIIND UN MEMBRU ACTIV AL FEDERAȚIEI EUROPENE DE INFORMATICĂ MEDICALĂ.

realizată tot de către colegi din domeniul medical.

Dl. prof. Gheorghe Mihalaș a fost președinte EFMI în mandatul 2006-2008 și vicepreședinte IMIA 2008-2010, iar acum este membru onorific al Consiliului, eu sunt secretar pe mandatul 2011-2015, iar din acest an, asistenta board-ului EFMI este tot din România, Mihaela Crișan-Vida.

În Europa, la ora actuală există o multitudine de soluții diverse de eHealth, cu beneficii pe plan local. Există însă un potențial extrem de mare în conectarea acestor soluții, cu beneficii economice și sociale pe termen lung. Economic, se vor reduce costurile rezultate prin renunțarea la suprapuneri de servicii. Astfel, având acces la cele mai performante dintre aceste servicii, populația va fi mai sănătoasă, ceea ce reprezintă un beneficiu social, care se va reflecta din nou ca între oglinzi paralele într-o economie mai performantă. ●

RoMedinf2013, congresul SRIM din anul 2013, va avea loc la București, între 24-25 octombrie 2013 și abordează subiectul Directivei 2011/24/EU relativ la drepturile pacienților la servicii transfrontaliere de îngrijire a sănătății, cu focalizare pe constituirea rețelei eHealth (eHealth network) prevăzute în articolul 14, o rețea de specialiști în eHealth la nivel național.

Prin organizarea conferinței **RoMedinf2013 cu tema Servicii și sisteme eHealth Europene - sustenabilitate economică și beneficii sociale**, SRIM dorește să își prezinte calitățile ce o recomandă ca un bun moderator care să reunească autoritățile, industria și lumea academică interesate în aplicarea eHealth (stakeholders) cu beneficii pentru toți participanții.

Ne dorim ca rețeaua eHealth să contribuie și la identificarea domeniilor medicale în care avem specialiști foarte buni, care pot atrage pacienți, pentru ca rambursările să fie din Europa spre țara noastră, cu intenția să identificăm în reglementările Directivei 2011/24 beneficiile pentru pacienți, medici, autorități, companii, lumea academică și societățile profesionale din România.

Cum se face un business cu suflet

Antreprenorul anului în Turcia, dr. Şükrü Bozluoçay (foto), are uşa biroului mereu deschisă. Este charismatic, pozitiv și zâmbește mereu. A făcut și face business de succes aproape în toată lumea, însă este preocupat în primul rând de a face bine oamenilor - angajaților sau pacienților. Un interviu-poveste de succes realizat la Istanbul de Maria Vasilescu



Sunteți președintele unui grup ce deține 18 companii și 10 branduri, toate activând în domeniul sănătății și al serviciilor tehnologice. Care companie este liderul grupului Bozlu?

Am depus mult efort în crearea fiecărei companii, totuși MNT este cea pe care o pot indica drept lider deoarece este cea mai veche dintre companii și reprezintă locomotiva grupului Bozlu. Nu este cea mai puternică societate a grupului din

punctul de vedere financiar, dar este compania-model care a dus la crearea celorlalte companii, de aceea are o semnificație specială pentru noi. Ideile care au reușit din MNT sunt temelia pentru celelalte companii ale noastre. MNT a fost fondată în 1989, businessul său principal fiind medicina nucleară, și a dus la multe premiere pentru industria medicinei nucleare turcești. Există peste 50 de centre aparținând MNT ce furnizează medicină nucleară și servicii de radioterapie în Turcia și în alte țări. Neolife este o filială a MNT ce activează în principal în imagistică, inclusiv radiologie, medicină nucleară și radioterapie. Aceste centre se află în instituții de sănătate publice și private, precum și în spitale universitare. MNT este o companie business to business (b2b), iar Neolife este brandul business to consumer (b2c) al MNT. Are un centru în Istanbul, al doilea va fi în România, iar al treilea va fi în Sankt Petersburg, Rusia. Se pare că vom avea o expansiune rapidă, de aceea MNT este specială pentru noi.

Comaniile grupului Bozlu sunt prezente în România și Moldova și aveți operațiuni în Orientul Mijlociu, Europa de Est și Africa de Nord. Ce alimentează această expansiune?

Bozlu este un grup de companii din domeniul sănătății ce sunt integrate vertical, iar preocuparea noastră principală a fost și va fi oncologia, deoarece, din nefericire, aceasta este „ciuma” epocii noastre, iar serviciile noastre sunt necesare în fiecare regiune pe care o vizităm. Avem și o companie care produce radiofarmaceutice, numele ei este

Monrol și deține facilități de producție internaționale în Dubai, Egipt, Kuweit și România, deocamdată. Iar pe viitor va avea și în Sofia, și în Varșovia. Creșterea acestei companii declanșează și intrarea noastră pe noi piețe.

Nu simțiți criza economică în companiile dumneavoastră?

Criza aduce oportunități pentru noi. Există niște factori care afectează cererea pentru oncologie. Deocamdată, acești factori cresc cererea pentru oncologie. Printre acei factori se numără: o durată de viață mai lungă, factori de mediu, oportunități de diagnosticare timpurie ce permit un diagnostic și un tratament timpurii. De asemenea, intrarea pe piața oncologiei este dificilă deoarece necesită foarte mult know-how, iar noi avem peste 20 de ani de experiență și know-how pe care îl îmbunătățim în permanență. În structura noastră integrată vertical avem și companii care vând aparate pentru radioterapie și servicii pentru aparatură (repararea, înnoirea aparatelor), ceea ce ne oferă un avantaj.

CRIZA ADUCE OPORTUNITĂȚI PENTRU NOI. EXISTĂ NIȘTE FACTORI CARE AFECTEAZĂ CEREREA PENTRU ONCOLOGIE. DEOCAMDATĂ, ACEȘTI FACTORI CRESC CEREREA PENTRU ONCOLOGIE.

MNT a fost fondată în 1989, businessul său principal fiind medicina nucleară, și a dus la multe premiere pentru industria medicinei nucleare turcești. Există peste 50 de centre aparținând MNT ce furnizează medicină nucleară și servicii de radioterapie în Turcia și în alte țări.

Aducem cea mai nouă tehnologie în România, însă oricine are resursele financiare necesare poate face asta. Ceea ce aducem noi în plus este experiența noastră de 25 de ani și know-how-ul.

Veți deschide în România un nou centru de tratament al cancerului sub brandul Neolife. Care credeți că va fi impactul în țară?

În ultimii zece ani am crezut și credem în ideea că oriunde ar fi o persoană pe acest pământ, acea persoană sau acel pacient are dreptul de a accesa cele mai recente servicii de diagnostic și tratament. Vă rog să nu interpretați cuvintele mele ca o acuză la adresa tratamentului din România, fiindcă nu este cazul. Aducem cea mai nouă tehnologie în România, însă oricine are resursele financiare necesare poate face asta. Ceea ce aducem noi în plus este experiența noastră de 25 de ani și know-how-ul. Acest lucru este important deoarece nou-veniții care investesc în România vor avea un nou nivel de competiție, ceea ce va duce la crearea unui mediu competitiv benefic pacientului. Oncologia este un domeniu multidisciplinar și necesită muncă în echipă, o echipă compusă din tehnicieni, doctori și fizicieni cu pregătire medicală. În centrele noastre depunem mult efort pentru a menține echipele la curent cu cele mai noi descoperiri și informații din domeniu. În viitor, acele resurse umane instruite în România vor putea lucra atât în sectorul public, cât și în cel privat, ceea ce este un beneficiu enorm pentru întreg domeniul. Unii oameni ne întreabă: de ce instruiți personal valoros și apoi îl lăsați să plece la competiție? Dar facem asta deoarece este în beneficiul tuturor, pe termen lung. Neolife va fi primul centru medical care va avea acreditare JCI, celelalte instituții care au acreditare JCI sunt spitalele foarte mari.

OPERÂND PE ASEMENEA PIEȚE DIVERSE, CUM VĂ ADAPTAȚI DIFERITELOR REGLEMENTĂRI DIN DOMENIU ALE ȚĂRILOR?

Reglementările în sănătate, chiar dacă se schimbă de la țară la țară, au același fundament. Există unele reglementări principale internaționale, dar fiecare țară interpretează aceste reguli în mod diferit și are și anumite aspecte istorice care afectează aceste reguli. În toate businessurile noastre luăm cele mai stricte standarde internaționale și pornim de acolo. Deși există interpretări diferite în țări diferite, când discuți cu autoritățile mereu se găsește un teren comun. De aceea pot spune că nu am avut probleme mari în această zonă.

EXISTĂ AGENȚI FARMACEUTICI NOI CE SE FOLOSESC ÎN PET ȘI VOR FI SPECIFICI ORGANULUI PERMIȚÂND SĂ VEZI CARE ESTE GRADUL DETERIORĂRII ORGANULUI, IAR ACESTE METODE DE IMAGISTICĂ VOR PERMITE O MAI BUNĂ PLANIFICARE A TRATAMENTULUI.

Care credeți că sunt cele mai mari provocări pe care le întâmpinați atunci când deschideți un centru nou, precum cel din România?

În România, rambursarea de la CNAS nu este la curent cu noutățile. Majoritatea tratamentelor folosesc tehnologie veche și acestea trebuie aduse la curent cu noile tratamente. Și deoarece România este membru UE, cred că se vor adapta rapid la noile sisteme. Știm că foarte mulți pacienți români se duc peste hotare pentru tratamente cu cea mai nouă tehnologie, dar știm și că trebuie să aducem tehnologia la ei. Deoarece, din punct de vedere economic, dacă un pacient merge peste hotare, alți 10 pacienți nu pot face acest lucru din motive economice.

În ce direcție vedeți piața medicinei nucleare, mergând în viitor?

Domeniul se dezvoltă foarte mult și se va dezvolta și mai rapid de acum încolo. Există agenți farmaceutici noi ce se folosesc în PET și vor fi specifici organului permițând să vezi care este gradul deteriorării organului iar aceste metode de imagistică vor determina o mai bună planificare a tratamentului. Astfel, va ajuta atât diagnosticării, cât și tratamentului. Există evoluții și la aparatele de medicină nucleară, de exemplu au fost combinate tomografia cu sistemul PET, rezultând aparatul PET CT. Au fost combinate sistemele MRI cu PET, rezultând PET MR. Iar în viitor vor exista sisteme cu toate aceste funcții într-un singur aparat. De asemenea, tratamentul va fi mult mai bine țintit. Pe lângă diagnosticare, medicina nucleară va putea fi folosită în tratament. Aceste aparate vor fi utilizate pentru tratament în următorii 5-10 ani.

Care sunt prioritățile dumneavoastră în România pentru următorii cinci ani?

Vom mai crea două facilități de producție pentru radiofarmaceutice în România. Una dintre ele va fi la Iași. Dacă este posibil, ne-ar face o deosebită plăcere să fim incluși în proiectele de parteneriat public-privat. Vom mai

Ușa mea este mereu deschisă și oricine poate intra să discute cu mine despre ideile sale și despre ceea ce simte.

deschide două sau trei centre Neolife în România. Și dorim să lucrăm împreună cu Guvernul României atât la proiecte PPP, cât și pentru furnizarea de servicii.

Veți deschide centrele și dacă parteneriatul public-privat nu va funcționa?

Mai avem o companie activă în România, numită Varinak, care vinde aparate. Plănuim o creștere a activității sale în România și vom mai avea o companie ce va distribui aparate medicale. Mai avem un proiect în București, în zona Militari, de clădiri rezidențiale (200 de apartamente). Acesta este doar un plan, deocamdată, și vom decide la sfârșitul anului. Suntem norocoși în toate proiectele noastre și avem o viziune pe termen lung. Intrăm în detaliile proiectelor și în partea de operațiuni a tuturor afacerilor noastre. Ori cunoaștem bine acel business, ori găsim persoanele care cunosc bine acel business și încercăm să avem o perspectivă corporatistă. De asemenea, punem accent pe proprietatea unui plan de a fi replicat în alte țări. Cele mai multe decizii sunt luate de profesioniști, așa că premiul de antreprenor al anului este câștigat de echipa din spatele nostru.

Ce fel de manager sunteți?

Deoarece businessul nostru a crescut mult în decursul anilor, peste 1.000 de angajați, este dificil acum să îi cunosc pe toți. Dar ușa mea este mereu deschisă și oricine poate intra să discute cu mine despre ideile sale și despre ceea ce simte. Aici contează mai mult mecanismul decât individul. Dacă plec pentru câțiva ani și sistemul funcționează în continuare, înseamnă că am făcut lucrurile cum trebuie. Oamenii ar trebui să aibă hobby-uri, altfel nu ar exista decât muncă și nu



cred că așa ar trebui să fie. Îmi place munca mea, dar nu îmi iubesc munca, așa că e nevoie de hobby-uri. Companiile pot fi vândute și cumpărate, ceea ce contează e ca oamenii să își hrănească sufletul și să aibă hobby-uri. Sunt implicat în artă din 1975 și cred că este bună pentru sănătatea mentală. Am peste 2.000 de opere de artă în colecția mea, însă nu le privesc din punctul de vedere al valorii lor financiare. ●

Vreau să adaug că suntem ocupați, deocamdată, cu o fabrică pe care am cumpărat-o în Pittsburg. Cu această companie sperăm să extindem MNT în Statele Unite. Poate anul viitor vom cumpăra o a doua fabrică. Avem planuri de extindere în Africa de Nord, Ucraina, Rusia și Belgia. La sfârșitul acestui an vom cumpăra o fabrică în Danemarca. De asemenea, avem oameni în Austria care negociază pentru o fabrică acolo.

Medicina personalizată în oncologie

Cancerul reprezintă o problemă de sănătate publică extrem de serioasă, în întreaga lume. Abordarea genomică are efecte în privința clasificării tumorilor, markerilor de prognostic, indicatorilor predictivi ai răspunsului la chimioterapie, dezvoltării de noi terapii și managementului susceptibilității la cancer, permițând tratamentul personalizat.



Dr. Cristina Berceanu
Director medical Neolife,
Centrul de Excelență în Oncologie

LITERATURA ȘTIINȚIFICĂ A ADUNAT NUMEROASE DATE PRIVIND MECANISMUL MOLECULAR AL CANCERULUI. Majoritatea testelor de diagnostic al neoplasmului se bazează pe aspectele celulare/tisulare, respectiv pe factorii fenotipici. Aceștia reprezintă însă expresia sau funcția unor anumite gene critice în anumite tipuri de cancer sau în majoritatea cancerelor.

Ca atare, domeniul oncologic a integrat de două decenii un domeniu extrem de sensibil, și anume testele genetice, identificarea genelor de risc, a modificărilor ADN ereditare sau nu, care pot da indicații privind cauzalitatea cancerului. Rezultatele studiilor epidemiologice au evidențiat însă faptul că aproximativ 15-20% din cazurile de cancer sunt cauzate de mutații în anumite gene care se identifică familial, la purtătorii acestor mutații. Această pondere mică se referă, deci, la cancerele familiale. Restul majoritar, de peste 80% din cazuri, îl reprezintă cancerele sporadice sau nefamiliale, care nu sunt asociate cu mutațiile identificate la membrii purtători de mutații de risc.

Ca atare, testele genetice țintite către mutațiile familiale nu sunt suficiente pentru a se diagnostica un anumit tip de cancer.

Cancerul este o boală complexă și este cauzat atât de factori genetici, respectiv de mutații sau modificări ale secvenței nucleotidice, în gene critice, cât și de factori ambientali. Factorii ambientali au fost recent admiși în tabloul complex al cauzelor moleculare în cancer. Studiile epidemiologice au indicat faptul că factorii ambientali (inclu-

Genomica este astăzi o știință extrem de avansată: (1) atât din punct de vedere tehnologic, ceea ce înseamnă că se pot aborda cu sensibilitate extraordinară și cu cost eficiență modificări subtile în genom, care se pot asocia cu anumite disfuncții metabolice, de expresie genică, ce pot avea rol de diagnostic în cancer, (2) cât și din punct de vedere conceptual.

LITERATURA DE SPECIALITATE ȚINE PASUL CERCETĂRII EPIDEMIOLOGICE DE TIPUL GWAS, CERCETĂRI GENOMICE ASOCIATIVE, CARE IAU ÎN CONSIDERARE RELAȚIA DINTRE GENE ȘI MEDIU, RESPECTIV CONDIȚIILE AMBIENTALE COMPLEXE CARE SUNT ASOCIATE UNEI SUSCEPTIBILITĂȚI DE BOALĂ.

zând dieta, stilul de viață, nutriția, obiceiurile precum fumatul, poluarea sau disruptorii endocrini recent recunoscuți drept carcinogeni), contribuie la dezvoltarea cancerelor.

Factorii ambientali influențează un nivel informațional ereditar, genomic, denumit informație epigenetică. Factorii epigenetici reprezintă interfața dintre gene și mediu. Factorii epigenetici implicați în cancerogenează sunt asociați cu un control transcriptomic, sau de genomică funcțională, defectuos: gene critice precum genele vitale sau housekeeping, deseori cu rol de tumorsupresori, sunt silențiate, iar protooncogenele sunt activate aberant.

Testele genomice de diagnostic trebuie să includă azi nu numai mutațiile în genele critice, respectiv genotipurile variabile asociate cu variațiile în secvență nucleotidică ADN, ci și testele transcriptomice, respectiv de funcție genică sau de expresie genică, alături de tradiționalele, azi, teste anatomopatologice ce vizează fenotipurile exprimate în celule sau țesuturi și identificate prin tehnici imunochimice / proteomice. De asemenea, testele privind factorii epigenetici (metilarea ADN, modificarea specifică a histonelor și a altor componente ale cromatinei, materialul genetic real uman) pot prezenta o importanță extraordinară mai cu seamă în identificarea timpurie a clonelor de celule oncogene și, în cazul în care s-a diagnosticat deja cancerul, în determinarea prognosticului, a evoluției canceroase.

Noi abordări recente completează tabloul analizelor genetice în cancer. Este vorba de țintirea unor mutații punctiforme, într-o singură nucleotidă, denumite SNP-uri (single nucleotide polymorphisms). Acestea nu sunt însă asociate cu o condiție patologică. Detectia lor nu înseamnă diagnostic, ci doar susceptibilitatea sau vulnerabilitatea indivi-



Personalizarea tratamentului este azi un deziderat extrem de intens cercetat, cu atât mai mult cu cât costurile tratamentelor general valabile s-au dovedit extrem de ridicate

dului, de altminteri sănătos, față de cancerogenează. Acestea sunt cu atât mai utile, cu cât s-a observat că prevalează în acest domeniu forma sporadică sau nefamilială de cancer. Literatura de specialitate ține pasul cercetării epidemiologice de tipul GWAS, cercetări genomice asociative, care iau în considerare relația dintre gene și mediu, respectiv condițiile ambientale complexe care sunt asociate unei susceptibilități de boală. Din aceste date procesate computațional, fiind aplicate pe grupuri-țintă extrem de largi ca număr de indivizi sau țintind numeroase gene sau loci genomici, sunt extrase importante informații relativ la identificarea locilor genomici sau a genelor de risc sau susceptibilitate. Abordarea acestora în algoritmi de genotipare complecși este azi un deziderat important din punct de vedere tehnologic. Numeroase companii adaptează tehnologia actuală pentru a elabora testere genetice sensibile și precise, dar și cost eficiente pentru a profila un cadru de susceptibilitate cât mai relevant pentru anumite boli, precum cancerule.

Susceptibilitatea este o formă de personalizare a diagnosticului în cancer. Un individ informat în ceea ce privește profilul său genetic de instabilitate, cunoscând punctele metabolice vulnerabile indicate de aceste teste genetice, își poate reconsidera dieta, stilul de viață, pentru a evita astfel boala sau, cu alte cuvinte, pentru a micșora riscul de boală.

Nu numai susceptibilitatea față de cancer poate fi abordată prin genotiparea mutațiilor punctiforme. Studiile farmacogenomice, la pacienții deja diagnosticați și pentru care se elaborează schemele de tratament, aceste profile genotipice pot oferi informații importante privind reactivitatea față de anumite medicamente. Personalizarea tratamentului este azi un deziderat extrem de intens cercetat, cu atât mai mult cu cât costurile tratamentelor general valabile s-au dovedit extrem de ridicate și acestea nefiind pe măsura efectelor scontate. Există persoane care dezvoltă rezistență la anumite citostatice, ca și persoane care nu le suportă, precum majoritatea pacienților transplantați, tratamentul cu imunosupresoare.

În concluzie, testele genetice sunt azi abordate într-un cadru mult lărgit de noul concept al mecanismului molecular, biologic al cancerului. În acest fel, biomarkerii genetici sunt destinați azi celor trei etape ale dezvoltării

canerului: faza în care putem evita, ca persoane sănătoase, cancerul, luând măsuri preventive, în funcție de profilul genetic de susceptibilitate sau de risc, faza de diagnostic, care poate fi optimizată prin testele epigenetice și de genomică funcțională, care indică timpuriu modificări incipiente oncogene, faza de recuperare, de pretratament, care poate fi optimizată și personalizată de asemenea printr-un profil farmacogenomic de reactivitate față de un anumit tratament.

Într-un laborator de genetică medicală, acești biomarkeri trebuie validați prin intermediul celor trei etape esențiale: validarea analitică, realizată de un specialist în biologie, chimie, genetică; validarea clinică, aplicată pe indivizii suspecți clinic, la care medicul a identificat clinic fenotipuri suspecte patologice - această etapă este abordată de ambii specialiști - atât de biochimisti și chimiști, cât și de medicii geneticieni sau de specialiștii în medicina de laborator; validarea medicală, care îi privește în pondere majoritară pe medici, prin faptul că efectul analizelor genetice, efectul utilizării biomarkerului, are repercusiuni benefice asupra pacientului. ●

TESTELE GENETICE ȚINTITE CĂTRE MUTAȚIILE FAMILIALE NU SUNT SUFICIENTE PENTRU A SE DIAGNOSTICA UN ANUMIT TIP DE CANCER.

SCHEMA TESTELOR GENOMICE ÎN CANCER

- **Testele SNP de genotipare a susceptibilității** (algoritmi de cca 5 gene): tehnici de PCR clasic și RFLP, secvențiere SNP, RTPCR, RFLP și invers blotting pe stripuri, sistem de diferențiere a TM;
- **Testele genetice de diagnostic:** detecția mutațiilor specifice precum Jak2 în leucemii mieloproliferative, kit-c în AML, BRCA1 și 2 în cancer de sân etc. (tehnici-MLPA, CGH, secvențiere, diferențiere pe baza TM, RTPCR);
- **Testele epigenetice de evidențiere a modificărilor epigenetice aberante care controlează defectuos expresia genică în cancer** - diagnostic timpuriu în cancerul de prostată, colon, plămân. Tehnici-RTPCR pentru metilarea ADN, cipuri de metilare ADN prin RTPCR;
- **Teste de genomică funcțională** (RTPCR pe cipuri de cca. 86 de gene);
- **Teste farmacogenomice bazate pe genotiparea SNP** - stripuri de invers blotting sau diferențiere TM.

Evaluarea tehnologiilor medicale În Anglia, un model de urmat pentru România?



Evaluarea Tehnologiilor Medicale (Health Technology Assessment) este o formă de cercetare în domeniul politicilor care examinează impactul pe termen scurt și lung al aplicării unor tehnologii medicale. Printre factorii-cheie evaluați se numără siguranța, eficiența, costul, raportul cost-eficiență, dar și implicațiile sociale, legale, etice și politice.

Răzvan Vâlceanu

structurat și care sunt elementele necesare unei bune evaluări. În Anglia, programul HTA este realizat de către National Institute for Health Research (Institutul Național pentru Cercetare în Sănătate). Acesta este un institut independent finanțat de Ministerul Sănătății englez, ce are ca scop principal finanțarea cercetărilor menite să îmbunătățească îngrijirile și sănătatea publică.

Cercetarea finanțată prin programul HTA influențează în mod direct organele de decizie din National Health Service (NHS). Programul comandă rapoarte independente de evaluare a tehnologiilor (Technology Assessment Reports - TAR) pentru a satisface nevoile Institutului Național pentru Sănătate și Excelență în Îngrijire (National Institute for Health and Care Excellence - NICE), dar și pe cele ale altor factori de decizie.

Deși NICE este cel care ia decizia printr-o comisie de evaluare, raportul TAR este un document justificativ important pentru comisie deoarece furnizează o evaluare independentă, fiabilă și riguroasă a beneficiilor, a dezavantajelor și a costurilor tehnologiilor respective.

Prin tehnologii medicale, programul HTA se referă la medicamente (antidepresive, antibiotice, contraceptive etc.), aparate (aparate auditive, aparate de dializă etc.), proceduri (tehnici chirurgicale, consiliere etc.), locația îngrijirii (spitale, clinici etc.) și teste (pentru cancer, BTS etc.). Programul investighează patru factori principali:

- Dacă tehnologia funcționează;
- Pentru cine funcționează;
- La ce cost;
- Cum este în comparație cu alternativele.

Nouă centre TAR sunt contractate de Ministerul Sănătății pentru a scrie rapoarte, contractele fiind gestionate de programul HTA. Centrele TAR sunt bazate în universități și centre universitare din întreaga țară.

Există trei feluri de rapoarte de evaluare:

1. Single Technology Assessment Report (STA) – evaluează

calitatea cercetării depuse de producător la NICE pentru evaluarea unui singur medicament sau aparat nou, atunci când primește autorizația inițială de intrare pe piață. Evaluarea este rapidă, raportul fiind produs în maximum opt săptămâni;

2. Multiple Technology Assessment Report (MTA) – identifică, evaluează și sintetizează cercetările din mai multe intervenții dintr-o anumită zonă medicală. De obicei, furnizează estimări asupra eficacității relative și a eficienței din punctul de vedere al costului pentru o gamă de intervenții. MTA sunt evaluări complexe ce necesită între 26 și 28 de săptămâni;

3. Diagnostic Assessment Report (DAR) – identifică, evaluează și sintetizează cercetările pentru una sau pentru mai multe tehnologii de diagnosticare. De obicei, furnizează estimări asupra eficacității relative și a eficienței din punctul de vedere al costului pentru tehnologii de diagnosticare. DAR sunt evaluări complexe și necesită 24 de săptămâni.

Rapoartele HTA de tip MTA și DAR iau forma unei lucrări de tip cercetare științifică ce va fi evaluată inter pares înainte de a fi publicată în jurnalul științific Health Technology Assessment, parte a NIHR Journals lansat în mai 2013. În același timp, STA sunt disponibile ca rapoarte de evaluare a dovezilor (ERG). Toate sunt accesibile pe site-ul programului.

Echipa de cercetători care va crea raportul este condusă de un cercetător-șef. Acesta își alcătuiește echipa și, printre atribuțiile sale, se numără:

- efectuarea studiului;
- gestionarea resurselor de cercetare într-un mod care maximizează șansele de finalizare cu fondurile disponibile;
- funcționarea de zi cu zi a studiului și gestionarea bugetului studiului;
- crearea și implementarea unor sisteme și proceduri corespunzătoare, care asigură calitatea corespunzătoare fiecărui



aspect al studiului;

- convocarea grupului de coordonare (dacă este cazul), atunci când există probleme care decurg din efectuarea sau din gestionarea studiului;
- sprijinirea grupului de coordonare (dacă este cazul);
- asigurarea unei bune comunicări între cercetători;
- elaborarea, aprobarea și trimiterea rapoartelor on-line către programul HTA, după cum este necesar;
- notificarea programului HTA asupra modificărilor la studiu;
- la finalizarea studiului: analizarea, scrierea, raportarea și diseminarea informațiilor rezultate;
- asigurarea că studiul este realizat în conformitate cu regulile de cercetare;
- asigurarea faptului că toate datele și documentația asociate cu studiul sunt ușor accesibile pentru inspecții independente și valide.

Cercetătorul-șef este responsabil de componența echipei sale astfel încât aceasta să fie adecvată pentru a-l ajuta la îndeplinirea cerințelor de mai sus. Echipele care participă la elaborarea rapoartelor iau parte și la întâlnirile comisiilor de evaluare NICE pentru a-și prezenta concluziile și pentru a răspunde la întrebări.

Rapoartele trebuie să fie cuprinzătoare și să conțină datele, metodele, rezultatele și concluziile finale, împreună cu informații de management, declarații de interese și orice alte informații referitoare la proiect până la data finalizării. Totuși, corpul principal de text, atât cât e posibil, trebuie să nu depășească 50.000 de cuvinte. ●

RAPORTUL TREBUIE SĂ CONȚINĂ:

- Pagină de titlu - aceasta include titlul cercetării, numele autorilor, instituțiile din care fac parte și declarația de interese;
- Abstract - această secțiune este folosită pentru bazele de date bibliografice și poate conține următoarele rubrici: Fond, Obiective, Design, Cadru, Participanți, Intervenții, Măsurători principale ale rezultatelor, Sursa datelor, Metode de revizuire, Rezultate, Concluzii, Detalii despre finanțare;
- Sumar științific - această secțiune furnizează o privire generală asupra metodelor și rezultatelor raportului;
- Sumar simplu - această secțiune este un sumar de maximum 250 de cuvinte, scris pe înțelesul cititorilor care nu au pregătire specializată (de exemplu, membri ai publicului)
- Cuprins;
- Glosar;
- Corpul raportului - acesta este corpul principal al raportului ce va include fondul problemei, evaluarea eficacității clinice, modelul economic (evaluarea eficacității economice) și evaluarea factorilor relevanți pentru NHS sau alt factor de decizie interesat;
- Concluzii și recomandări;
- Surse - această secțiune va cuprinde toate sursele de informare folosite;
- Anexe;
- Raportarea implicării publicului și a pacienților;
- Informații confidențiale.

Tipuri de analize economice folosite în alegerea unui program în domeniul sanitar

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

Într-o lume ideală, statul ar asigura în totalitate nevoile de îngrijiri de sănătate ale populației. Din păcate, acest deziderat nu e posibil, nici măcar teoretic. Chiar și dacă în prezent nevoile de îngrijiri ar fi acoperite integral, anul viitor ne vom afla într-un nou dezechilibru, fie el și parțial, deoarece nevoile cresc de la an la an.



INTRODUCERE

ECONOMIȘTII SANITARI SE CONFRUNTĂ PESTE TOT ÎN LUME CU ACEEAȘI PROBLEMĂ: cum să explice celor care decid asupra bugetului că, de cele mai multe ori, investiția în sănătate are drept consecință necesitatea unei suplimentări viitoare a cheltuielilor? Acest paradox (dacă ignorăm măsurile de profilaxie și de depistare precoce a afecțiunilor) are o explicație logică. Noile tehnologii introduse în practică sunt, de regulă, mai eficiente decât cele precedente. Eficacitatea înseamnă înainte de toate o prelungire a vieții. Numărul celor care vor supraviețui în anul următor va fi mai mare decât în anul în curs. Însă mai mulți pacienți supraviețuitori înseamnă costuri suplimentare necesare pentru tratarea bolnavilor cronici care, altfel, ar fi murit!

Starea de deficit financiar în Sănătate este în fapt o stare de normalitate, o multitudine de alți factori determinând o creștere a aș-

teptărilor de îngrijiri de sănătate, mult mai rapidă decât creșterea economică: accesul la informație, îmbătrânirea populației, medicina defensivă (de evitare a malpraxisului) care face ca medicul să trateze uneori în exces, impactul obiceiurilor de viață asupra epidemiologiei bolilor, inflația, creșterea costurilor de administrare, creșterea salariilor profesioniștilor etc.

Până la apariția crizei economice, creșterea medie a cheltuielilor în Sănătate în țările membre ale Organizației pentru Cooperare și Dezvoltare Economică (OECD) era de aprox. 4%, în condițiile în care creșterea medie a PIB-ului aceluiași țări era de numai 2%. Cu alte cuvinte, o mare parte a creșterii economice era direcționată către Sănătate, în detrimentul altor sectoare, pentru a acoperi nevoile suplimentare de îngrijiri. După apariția crizei, creșterea economică a fost cantonată în jurul cifrei 0 și, drept consecință, creșterea cheltuielilor cu Sănătatea a stagnat, apropiindu-se tot de 0! [1]

CRITERIILE DUPĂ CARE SE FACE ALEGEREA UNEI TEHNOLOGII

PRESIUNEA EXERCITATĂ DE DISCREPANȚA DINTRE CERERE ȘI RESURSELE FINANCIARE existente a determinat persoanele de decizie din Sănătate să facă o selecție a ofertelor de noi tehnologii medicale. Cei care se tem de procesul de evaluare a tehnologii-

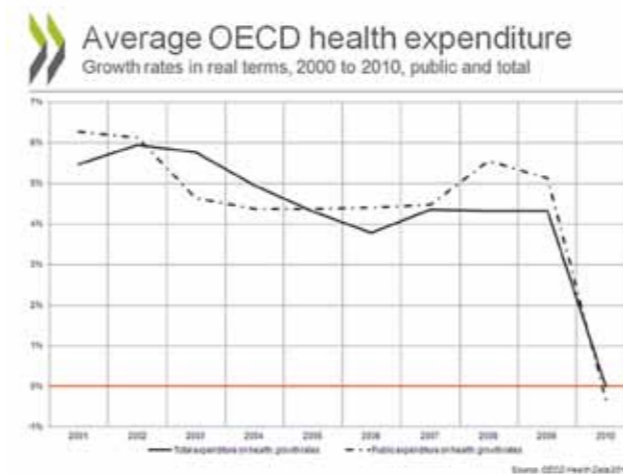


Figura 1 Cheltuielile medii cu Sănătatea în țările membre OECD în perioada 2000 - 2010

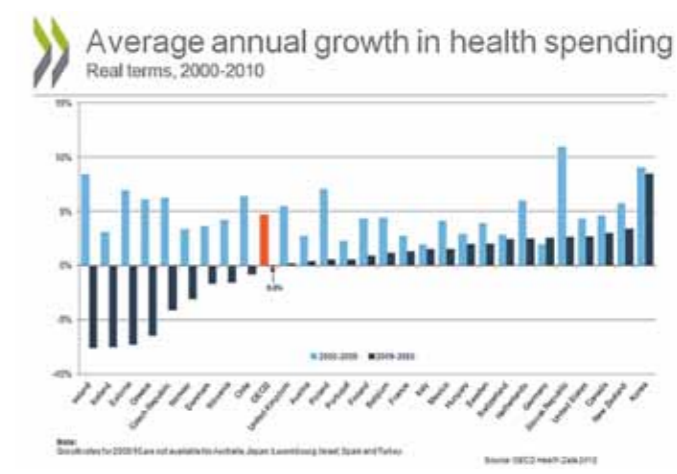


Figura 2 Creșterea medie anuală a cheltuielilor cu Sănătatea în țările membre ale OECD în perioada 2000 - 2010

Din cauza presiunilor economice, HTA s-a impus ca o necesitate, iar în prezent toate țările UE folosesc această evaluare, îndreptându-ne încet, încet către o standardizare a procedurilor, iar într-un viitor nu prea îndepărtat profilându-se chiar o colaborare la nivel european între organismele care evaluează noile tehnologii medicale.



Cea mai largă analiză este cea făcută din perspectiva societală, care ia în calcul toate costurile, dar și rezultatele de sănătate ale intervențiilor.

lor medicale (HTA – Health Technology Assessment) apreciază în mod eronat că principiul de bază este cumpărarea/finanțarea tehnologiei celei mai ieftine. În realitate, în luarea deciziei sunt apreciate o serie întregă de alte argumente, cum ar fi: avantajele pentru tratarea unei afecțiuni, inovația clinică, calitatea dovezilor, nivelul de cerere din partea medicilor, nivelul de cerere din partea pacienților. Impactul asupra bugetului și analizele economice sunt importante, oferă informații care nu pot fi ignorate, dar care nu reprezintă, niciodată, principalele criterii în luarea deciziei!

După o lungă ezitare, România pare a se alătura țărilor civilizate, introducând evaluarea tehnologiilor medicale în procesul de finanțare din bani publici a diverselor intervenții terapeutice. Deși criticabil din punct de vedere tehnic, ordinul ministrului sănătății prin care se încearcă introducerea unui asemenea mecanism de HTA interimar are meritul de a ne apropia de evaluarea economică care va atenua inechitățile generate de utilizarea unor medicamente în detrimentul altora.

Înainte de a discuta de costuri, trebuie să subliniem că introducerea noilor tehnologii – de exemplu, a noilor medicamente, este o necesitate. Cercetarea costă enorm, pentru un nou medicament fiind estimate investiții de aproximativ 1.000 de milioane de dolari USA care, evident, trebuie recuperate. Dacă toate țările lumii ar fi așteptat până când aceste noi medicamente s-ar fi ieftinit, probabil că astăzi nu am fi dispus de penicilină, de insulină, de digoxin, furosemid, de statine, de medicamentele anti HIV sau de cefalosporine, pentru simplul motiv că nu ar fi fost rentabilă investiția în cercetarea acestor medicamente!

În condițiile în care nu se întrevide o creștere a bugetului Sănătății pe termen scurt sau mediu, introducerea noilor tehnologii medicale – foarte scumpe, dar mai cost-eficace – se poate face doar dacă se are în vedere eliminarea tehnologiilor învechite, mai ieftine, dar cu o cost-eficacitate inferioară! Pentru a lua astfel de decizii însă, trebuie mai întâi să știm care este cost-eficacitatea fiecăreia în România!

Evaluarea tehnologiilor medicale este un proces care examinează dovezile disponibile pentru a forma o concluzie cu privire la meritele sau la rolul unei anumite tehnologii în ceea ce privește posibila utilizare și rambursare a acesteia în practica medicală curentă. Acest proces încumbă informații medicale, sociale, economice și etice, având drept obiectiv final împuternicirea persoanelor de decizie de a adopta politici de sănătate care să îndeplinească

ÎN CONDIȚIILE ÎN CARE NU SE ÎNTREVEDE O CREȘTERE A BUGETULUI SĂNĂTĂȚII PE TERMEN SCURT SAU MEDIU, INTRODUCEREA NOILOR TEHNOLOGII MEDICALE - FOARTE SCUMPE, DAR MAI COST-EFICACE - SE POATE FACE DOAR DACĂ SE ARE ÎN VEDERE ELIMINAREA TEHNOLOGIILOR ÎNVECHITE, MAI IEFTINE, DAR CU O COST-EFICACITATE INFERIOARĂ! PENTRU A LUA ASTFEL DE DECIZII ÎNSĂ, TREBUIE MAI ÎNTÂI SĂ ȘTIM CARE ESTE COST-EFICACITATEA FIECĂREIA ÎN ROMÂNIA!

cele mai înalte cerințe legate de siguranța, eficacitatea clinică și cost-eficacitatea lor.

Din cauza presiunilor economice, HTA s-a impus ca o necesitate, iar în prezent toate țările UE folosesc această evaluare, îndreptându-ne încet, încet către o standardizare a procedurilor, iar într-un viitor nu prea îndepărtat profilându-se chiar o colaborare la nivel european între organismele care evaluează noile tehnologii medicale. Art.15 al Directivei 24/2011 referitoare la drepturile pacienților privind îngrijirile de sănătate transfrontaliere a inclus chiar o prevedere în acest sens. [2] 1

TIPURI DE ANALIZE ECONOMICE
EXISTĂ MAI MULTE TIPURI de analize economice, însă toate au două elemente comune:

- presupun existența cel puțin a unei tehnologii de comparație, de regulă aceea care, dacă se va dovedi mai puțin cost-eficace, urmează a fi înlocuită de noua tehnologie;
- în analiză sunt evaluate atât costurile, cât și beneficiile (relevante).

Înainte de a le inventaria trebuie să precizăm că rezultatele aceluiași studii pot diferi major în funcție de perspectiva din care se face analiza. Astfel, punctul de vedere al diferiților actori poate diferi major, deși în cele din urmă au același obiectiv – îngrijirea bolnavilor.

Astfel, atât medicul, cât și pacienții își doresc întotdeauna tratamentul cel mai ef-

face, indiferent de costuri (perspectiva pacientului). Șeful de secție sau managerul spitalului însă trebuie să ia în considerare faptul că au un buget limitat și niște criterii de eficiență a cheltuirii banilor (perspectiva instituției). Adesea, cei doi se află în contradicție! La rândul ei, casa de asigurări de sănătate are de asemenea un buget în care să se încadreze (perspectiva terțului plătitor). Și directorul de spital se află într-o permanentă contradicție cu reprezentantul asiguratorului, în competiția pentru o mai bună finanțare. Ministerul Sănătății are o altă perspectivă (perspectiva guvernamentală). În calculele sale trebuie să ia în considerare atât cheltuieli dirijate către tratament, cât și prevenția – adesea aceasta dovedindu-se mai eficace! Cea mai largă analiză este cea făcută din perspectiva societală, care ia în calcul toate costurile, dar și rezultatele de sănătate ale intervențiilor. Rezultatele evaluărilor economice diferă în funcție de perspectivă, pentru că atât intrările, cât și ieșirile analizelor diferă! De aceea nu se pot face comparații decât între aceleași tipuri de analize abordate din aceeași perspectivă, fiecare având doar o anumită gamă de costuri relevante!

Analizele economice în domeniul tehnologiilor medicale se folosesc în multe situații, cum ar fi:

- Stabilirea nivelului de compensare;
- Negocierea prețului;
- Stabilirea listei de medicamente de uz spitalicesc;
- Dezvoltarea ghidurilor de practică;
- În marketing și pentru informarea medicului prescriptor.

Tipurile de analiză economică diferă în funcție de nivelul la care se iau deciziile, însă un mix al acestora poate fi folosit la orice nivel. În scop didactic vom atribui cea mai folosită analiză pentru fiecare nivel al deciziei sanitare. Să le luăm pe rând.

1. Analiza cost-beneficiu. În această analiză atât intrările (costurile), cât și ieșirile (beneficiile) se exprimă în unități monetare. Pare oarecum cinic să cuantifici bolile sau beneficiile tratamentelor în bani, în fond “sănătatea nu are preț!”. Totuși, acest compromis trebuie acceptat. Bugetele unei țări sunt aprobate de parlamentele naționale, iar parlamentarii, oameni cu diferite domenii de competență, au nevoie de o singură unitate de măsură – iar aceasta

este banul. Este natural că atunci când au de ales între finanțarea unei autostrăzi, comparativ cu alternativa finanțării unui program de sănătate de prevenție, să se întrebă: “Cât ne costă și ce beneficii vom avea?”. De aceea, studiile de tip cost-beneficiu în Sănătate pun accentul pe economiile pe care unele intervenții le pot genera – arătând că, pe fond, o cheltuială înseamnă de fapt o investiție și, în cele din urmă, o economie. Instituțiile financiare, cum sunt și casele de asigurări, sunt nevoite să pună accentul tot pe analize de tip cost-beneficiu. Unul dintre instrumentele folosite pentru a cuantifica valoarea monetară a unui beneficiu în sănătate este reprezentat de studiile de tip disponibilitatea de a plăti (willingness to pay - eng.), în care pacienții sunt chestionați privind suma maximă pe care ar fi dispuși să o plătească pentru a alege între două stări de sănătate. Analize cost-beneficiu simple se pot întâlni însă la tot pasul. Un exemplu preluat de pe www.gripa-vaccin.ro

Sunteți aici :: Costul gripei -- Calculator

Acest calculator va permite să calculați eficiența economică a vaccinării angajaților dumneavoastră.

Calculul ia în considerare:

- eficiența vaccinului (protecția asigurată de vaccinarea antigripală): 80%
- incidența gripei (procentul de oameni care se îmbolnăvesc de gripă în fiecare sezon): 10%
- numărul mediu de zile nelucrate în cazul îmbolnăvirii cu gripa: 10 zile

Se au în vedere doar pierderile legate de plata salariilor, fără a ține cont de costurile asociate cu:

- scăderea productivității, nerespectarea planurilor, neîndeplinirea obligațiilor, dezorganizarea producției
- plata orelor suplimentare sau angajarea de personal temporar

Numărul de angajați din companie:

Procentajul persoanelor vaccinate: %

Preț unitar vaccin: €

Salariu mediu/lună: €

Rezultatele vaccinării la cumpărarea a 24 vaccinuri

Efectul economic	Valoare
Numărul de zile pierdute în grupul persoanelor vaccinate	5
Numărul de zile pierdute în grupul persoanelor nevaccinate	6
Costul zilelor pierdute	162€
Costul cumpărării vaccinurilor	120€
Cheltuielile totale provocate de gripă în prezenta vaccinării	282€
Cheltuielile totale provocate de gripă în absența vaccinării	450€
Potențialele economisiri cu vaccinarea	168€
Numărul de zile de muncă câștigate	11

Figura 4. Exemplu de analiză cost-beneficiu folosită pentru argumentarea unei campanii de vaccinare la nivel micro.

Analiza costului bolii este un instrument care măsoară povara economică a uneia sau a mai multor boli asupra societății. Costul bolii este definit ca totalitatea resurselor cheltuite sau pierdute ca urmare a unei probleme de sănătate.

ne arată potențialele economii realizate cu vaccinarea. [3] Astfel de mici analize au intrat în arsenalul de promovare al diverșilor producători de medicamente și, încetul cu încetul, au început să-și facă loc și în România.

2. Analiza cost-minimizare și analiza cost-eficacitate practică. La nivelul spitalului/secției sau al unei comisii de specialitate a MSP, două analize economice oferă informații care pot argumenta o decizie. În cazul analizei cost-minimizare, decizia trebuie adoptată luând în considerare faptul că efectele intervenției sunt identice. Este cazul clasic al medicamentelor inovative care, după ce le-a expirat protecția patentului, se văd concurate de medicamentele-copii, așa-numite generice. Ieșirile (efectele clinice) fiind garantate a fi similare în mare măsură, ceea ce contează sunt intrările – respectiv costul medicamentelor. Introducerea prețurilor de referință reflectă tocmai analiza cost-minimizare. Analiza cost-eficacitate clinică se bazează pe faptul că rezultatele sunt exprimate în aceleași unități de măsură. De exemplu, dacă se dorește comparația între două medicamente antihipertensive, un end-point poate fi reprezentat de valorile tensiunii arteriale. Dacă se compară două hipocolesterolemizante, end-pointul poate fi nivelul scăderii valorilor serice ale colesterolului sau anii de viață salvați și așa mai departe.

3. Analiza cost-utilitate. Pentru Ministrul Sănătății, de exemplu, este dificil, dacă nu chiar imposibil, să dea prioritate unei intervenții sau alteia ale cărei beneficii sunt exprimate în unități de măsură diferite. Astfel, pentru a compara un program care asigură finanțarea unui medicament scump cu beneficiile aduse de dializă sau de un program de prevenție, cercetătorii au promovat o unitate de măsură care poate fi aplicată tuturor situațiilor. S-a ajuns astfel la o formă modificată a analizei cost-eficacitate clinică, în care rezultatele se măsoară în utilități. În esență, s-a considerat că ceea ce contează în final este beneficiul adus stării de sănătate – utilitatea. În acest scop, starea de sănătate a fost exprimată pe o scală de la 0 la 1 (1 fiind starea de perfectă sănătate), pacienții fiind evaluați înainte și după aplicarea intervenției. Câștigul calitativ în sănătate este astfel cuantificat. O altă unitate de măsură relevantă este reprezentată de anii de viață câștigați. Totuși, având în vedere că prelungirea în sine a vieții nu are relevanță dacă nu se înregistrează și un nivel calitativ rezonabil (de exemplu, menținerea în viață cu ajutorul "aparaturilor"), s-a acceptat o nouă unitate de măsură compozită - QALY (ani de viață ajustați calitativ), o combinație a celor două.

Există și alte tipuri de studii folosite în HTA, care însă nu sunt analize economice pentru că nu fac comparații (unul dintre criteriile de bază, așa cum am amintit deja). Un exemplu îl reprezintă

REALIZAREA ACESTOR TIPURI DE STUDII DE COST AL BOLII, PENTRU FIECARE TIP DE AFECȚIUNE CU IMPACT MAJOR ASUPRA SĂNĂTĂȚII POPULAȚIEI SAU CARE PRESUPUNE UN IMPACT ECONOMIC MAJOR, AR TREBUI SĂ FIE O PRIORITATE A AUTORITĂȚILOR.

studiile de cost al bolii.

Analiza costului bolii este un instrument care măsoară povara economică a uneia sau a mai multor boli asupra societății. Costul bolii este definit ca totalitatea resurselor cheltuite sau pierdute ca urmare a unei probleme de sănătate.

Aceste studii agregă și costuri pe care adesea nu le luăm în calcul, cum ar fi costul îngrijirii unui pacient de către familie sau pierderile pe care le înregistrează un pacient ca urmare a faptului că nu mai poate munci. De aceea cifrele totale sunt mari, adesea spectaculoase. Studiile de cost al bolii ne ajută să evaluăm mai corect povara pe care societatea o duce ca urmare a apariției, tratării și eventual a lipsei tratării unei afecțiuni și să le ierarhizăm din această perspectivă. Deși par ușor de realizat, în țara noastră astfel de studii au fost rareori efectuate deoarece este de notorietate faptul că datele de epidemiologie sunt culese inadecvat și uneori sunt aproape imposibil de găsit. În aceste condiții, cercetătorii sunt nevoiți să folosească multe informații aproximative sau extrapolări, ceea ce face ca în final valoarea studiului să scadă. Afirm cu orice ocazie că realizarea acestor tipuri de studii de cost al bolii, pentru fiecare tip de afecțiune cu impact major asupra sănătății populației sau care presupune un impact economic major, ar trebui să fie o prioritate a autorităților. Ele vor asigura minimul de informație necesară pentru a se trece la nivelul următor – evaluarea impactului noilor tehnologii medicale folosind date specifice României! ●

Notă: în numărul viitor vom trece în revistă două dintre analizele cele mai folosite în HTA – cost-utilitatea și analiza impactului bugetar, dar și în ce măsură aceste studii realizate în afara României pot fi folosite în luarea deciziilor din țara noastră.

BIBLIOGRAFIE

- [1] Policy strategies under austere conditions in European countries; the route to increasing value in health care. Niek Klazinga, ISPOR, Berlin, November 5th 2012
- [2] Directive 2011/24/eu of the European Parliament and of the Council of 9 March 2011 on the application of patients' rights in cross-border healthcare eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2011:088:0045:0065:EN:PDF. Accessed in 2011.
- [3] www.gripa-vaccin.ro - descărcat în anul 2011.



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

Parteneri:



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII



COLEGIUL MEDICILOR DIN ROMÂNIA



SUSȚINEM EDUCAȚIA ȘI INFORMAREA PACIENȚILOR PENTRU CĂ UN PACIENT EDUCAT ESTE UN PACIENT MAI SĂNĂTOS

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

1.900.000 persoane lunar
462 clinici și spitale, 118 orașe

242 Clinici medicale private (inclusiv cabinete medicale grupate)

220 Spitale de stat și private

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

Parteneri:



Makis Papataxiarchis: România – în topul celor mai extinse piețe farmaceutice din Europa de Est, până în 2016

Înainte de a veni în România, la sfârșitul anului 2010, unde este responsabil de consolidarea poziției Janssen, Makis Papataxiarchis, managing director Johnson & Johnson, a lucrat cu mai multe state din Europa, iar cea mai recentă poziție a sa a fost în cadrul organizației Janssen Grecia. Are experiență în gestionarea businessului în țări cu situații financiare dificile, Grecia și acum România, pe care o consideră o provocare ținând cont de faptul că populația este de două ori mai numeroasă, dar cu dificultăți comparabile. Ca președinte al ARPIM, contribuie la schimbarea prin care trece sistemul românesc.

Din momentul în care ați preluat noul dv. post, ce v-a impresionat cel mai mult în legătură cu piața farmaceutică din România?

Termenul de "piață" corespunde, în general, cu miliarde de euro, cu cifre financiare, cu vânzări și profit. Din moment ce noi operăm în domeniul sănătății, ar fi mai adecvat să ne referim la pacienți și la nevoile acestora, dat fiind că pe ei îi deservim. Cu toate acestea, dacă ar fi să vorbim despre piața farmaceutică din România într-un context comercial și juridic, nu este niciun secret pentru nimeni că avem de-a face cu un mediu dificil. Pe de-o parte, avem producătorii care se confruntă cu lipsa de predictibilitate și transparență a taxelor, a cadrului operațional

de afaceri și a celui legal; pe de altă parte, avem accesul întârziat la tratamente inovatoare. Revenind la nevoile pacienților, acest ultim aspect prezentat afectează populația României. Pentru mine, cel mai uimitor lucru pe care l-am observat a fost că angajații români sunt bine instruiți și pregătiți. Țara dv. deține o resursă extrem de valoroasă – oamenii săi.

Care considerați că este cea mai mare provocare cu care se confruntă piața farmaceutică din România?

În primul rând, trebuie să înțelegem contextul. Potrivit FMI, România este una dintre cele mai sărace țări din Europa de Est privind cheltuielile însumate pentru educație și sănătate, mai puțin de 500 de euro/persoană, spre deosebire de Cehia, cu 1.000 de euro/persoană. Indicatorii cheltuielilor de sănătate din România sunt printre cei mai scăzuți din UE, chiar înainte de Albania, Bulgaria și Macedonia. Media cheltuielilor cu medicamente în UE este de 349 de euro de persoană, în timp ce în România acestea reprezintă doar 164 de euro. Încă un indicator poate fi media speranței de viață a populației României, de 72,7 ani, care este cu cinci ani mai scăzută decât media europeană.

Piața farmaceutică din România prezintă toate caracteristicile unei piețe emergente, cu toate plusurile și minusurile aferente: un nivel scăzut al cheltuielilor alocate sănătății și medicamentelor, lipsa sustenabilității și – cel mai important – investițiile în sănătate sunt considerate mai degrabă un cost, decât o creare de bogăție. Potrivit previziunilor, se așteaptă ca piața farmaceutică să prezinte unele creșteri, mai exact o medie de 5-7% pentru următorii 5-7 ani.



trebuie să reflecte rolul important al îngrijirii primare și al prevenției. Într-un sistem eficient se pune accent, de asemenea, pe dezvoltarea infrastructurii și pe îmbunătățirea resursei umane disponibile, îmbunătățirea managementului, instruirii și educației. Astfel am putea asigura acces egal la servicii medicale pentru întreaga populație și accesul pacienților la medicamente.

Care sunt prioritățile mandatului dv. în calitate de președinte ARPIM?

Obiectivul principal al mandatului meu de președinte ARPIM este să asigur dezvoltarea contractului dintre industria farmaceutică și societate. Noi punem la dispoziția partenerilor și a pacienților noștri toate resursele, expertiza și experiența noastră. Vrem să creăm relații de încredere și să contribuim la un proces decizional

mai transparent în cadrul sistemului de sănătate. Astfel, ARPIM își dorește să își consolideze statutul de partener de încredere pentru toate părțile interesate, să asigure acces continuu la tratamente inovatoare și un sistem sanitar îmbunătățit, într-un mediu de afaceri etic și transparent. Așadar, agenda acestui mandat își propune să ofere o contribuție valoroasă tuturor părților interesate din sistemul de sănătate, adresându-ne nevoilor nesatisfăcute încă ale pacienților. Acest proces al valorii are loc în momentul în care aceste nevoi sunt abordate atât de către autorități, prin factorii de decizie – inclusiv politici, cât și de către industria farmaceutică, totul într-un mod în care sunt reconciliate constrângerile inerente pentru toate părțile.

Dacă ați fi un influent factor de decizie, care ar fi primele cinci schimbări la care v-ați gândi?

Ca președinte ARPIM (Asociația Română a Producătorilor Internaționali de Medicamente, n.r.), consider că sistemul medical românesc ar trebui să fie unul în care cetățenii să fie tratați cu respect și decență, într-un sistem caracterizat de calitate, eficiență și echitate, care să ofere o abordare sustenabilă și de durată. Las în seama factorilor de decizie români să decidă ce e mai bine pentru sistemul și pacienții din România, dar trebuie să subliniez că scopul nostru este să avem cetățeni români și pacienți care să trăiască mai sănătoși, mai fericiți și mai mult. Suntem aici pentru a oferi punctul nostru de vedere privind acțiunile pe care factorii de decizie doresc să le implementeze. Putem contribui nu doar ca experți, ci și ca parteneri de încredere. Având în vedere acest lucru, un sistem de sănătate eficient ar

Ca președinte ARPIM, consider că sistemul medical românesc ar trebui să fie unul în care cetățenii să fie tratați cu respect și decență, într-un sistem caracterizat de calitate, eficiență și echitate, care să ofere o abordare sustenabilă și de durată.

Care sunt cele mai importante realizări ca președinte ARPIM?

Ne concentrăm toate eforturile pentru a implementa toate aceste obiective. Ca rezultat, sunt încântat să vă spun că zbaterele noastre dau roade: pe 21 martie, ARPIM și Ministerul Sănătății au semnat un protocol care va ajuta la crearea unui context propice pentru un mai mare acces al pacienților români la tratamente. Acest protocol reprezintă

Mai mult decât produse și tratamente individuale, Janssen și Johnson&Johnson (compania-mamă) doresc să ofere soluții în ceea ce privește managementul bolii, inclusiv prin colaborarea cu entități publice și private pentru a monitoriza, preveni și gestiona sănătatea.

angajamentul celor două părți, pe termen mediu și lung. Sunt vizate cele patru probleme principale ale industriei medicamentelor inovatoare: directiva privind combaterea întârzierii plăților, actualizarea listei de medicamente compensate, metodologia de prețuri și taxa clawback. ARPIM va continua să muncească din greu și, împreună cu Ministerul Sănătății, va încerca să asigure materializarea prevederilor și soluțiilor identificate de comun acord.

Ce părere aveți despre relația dintre ARPIM și autoritățile române?

Pentru a avea un impact real asupra măsurilor legislative ce vizează piața farmaceutică, am stipulat în protocol condițiile în care se vor atinge aceste obiective, ceea ce înseamnă că ARPIM și Ministerul Sănătății vor avea întâlniri periodice. Ar trebui luate în considerare discuții anterioare implementării oricărui proiect de lege care ar putea avea impact asupra pieței farmaceutice. Avem încredere că autoritățile înțeleg necesitatea acestor consultări înainte de stabilirea normelor de bază, care vor avea impact asupra mediului de afaceri. Pentru a da un exemplu în ceea ce privește deschiderea colaborării noastre de până acum, aș vrea să subliniez că ARPIM și Ministerul Sănătății au lucrat împreună la implementarea directivei privind combaterea întârzierii plăților și că am realizat împreună un calendar care nu va pune presiune pe sistem pe durata aplicării directivei. Între ultimele două luni ale anului și începutul de ianuarie 2014, pacienții vor avea acces la tratamente inovatoare, care vor fi disponibile pentru prima dată în România prin reactualizarea listei de medicamente compensate, un proces care nu a mai avut loc de mai bine de șase ani. Pentru a menține un nivel cât mai ridicat al accesului la tratamente inovatoare, lista de medicamente compensate trebuie să fie reactualizată la fiecare 180 de zile. Acest lucru ar trebui să ofere măsura determinării noastre de a asigura cel mai bun tratament disponibil pacienților din România. De asemenea, încercăm să stabilim un parteneriat solid și productiv cu CNAS (Casa Națională de Asigurări de Sănătate) și AN-MDM (Agenția Națională a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale, n.r.), dat fiind că sunt ceilalți doi factori majori de luare a deciziilor din sistemul de sănătate.

Care sunt nevoile medicale majore ale pacienților din România din cadrul zonelor terapeutice pe care Janssen le acoperă? Ce inovații va aduce compania pe care o reprezentați?

Suntem mândri să spunem că dezvoltăm tratamente pentru pacienții noștri în cinci arii terapeutice importante: bolile cardiovasculare și metabolice, imunolo-

gie, boli infecțioase și vaccinuri, neuroștiințe și oncologie. Prin cercetare medicală amplă, soluțiile noastre pot atenua, limita progresia sau vindeca unele dintre cele mai grave boli ale lumii. În viitor vom putea folosi biomarkeri pentru testarea sângelui astfel încât să observăm boala de la primele stadii. Cunoștințele noastre despre boli și gene cresc în fiecare zi. Bazându-ne pe diagnosticul afecțiunii dv. în particular și pe profilul dv. genetic care este unic, am putea fi capabili să adaptăm medicamentele astfel încât să fie cât mai eficiente pentru dv. Fiecare pacient este unic și merită o abordare personalizată. Luați drept exemplu "formele inteligente" de administrare care cresc confortul pacientului și aderența la terapie, cum ar fi medicamentele cu acțiune prelungită.

Cum credeți că va evolua Janssen în următorii cinci ani? Câte produse vă așteptați să lansați?

Fiind o companie farmaceutică inovatoare, lansarea de noi produse este vitală pentru noi. Pe de-o parte, pentru dezvoltarea companiei înseși, pe de altă parte, mergând dincolo de aspectele comerciale, este vital pentru pacienții noștri, care așteaptă noi medicamente. Facem bani pentru a crea medicamente care salvează vieți, nu facem medicamente pentru a face bani. Luând cazul României, este foarte importantă reactualizarea listei medicamentelor compensate, care nu a mai fost actualizată din 2007. Aceasta, cu siguranță, va oferi baza lansării unor noi medicamente și, astfel, vom putea oferi pacienților noștri acces la cele mai recente tratamente. Mă refer aici nu numai la medicamen-

tele care tratează, dar și la cele care vindecă bolile. Să luăm, de exemplu, hepatita C. În România, avem o estimare de 700.000 de pacienți nediagnosticsați care ar putea beneficia de pe urma introducerii unor noi molecule care au rata de răspuns de peste 70%. Pentru a răspunde direct întrebării dv., plănuim să lansăm 7 produse Janssen cu 9 indicații în următorii 2 ani și 12 medicamente în total în următorii aproximativ 5 ani. Aceste medicamente se adresează nevoilor pacienților cu hepatită, schizofrenie, psoriazis, HIV și diferite tipuri de cancer.

Care considerați că sunt calitățile pe care trebuie să le aibă un lider?

Vă voi răspunde cu un set de cuvinte care dau un context și un conținut filozofiei mele de leadership: să stabilești o direcție clară, de viitor. Să oferi energie, motivație, inspirație, capacitatea de a gestiona schimbarea, să fii un bun mentor, să stabilești obiective și să le oferi oamenilor încredere. Dar nu este suficient. Avem nevoie de mai mult. Să ne concentrăm pe client și pe calitate, competență, cunoștințe, rațiune, viteză, simplitate, inițiativă, încredere, integritate, comunicare, angajament și autodisciplină. Consider că acum este în regulă.

Cât de puternic a fost afectată de criză piața europeană a medicamentelor inovatoare?

Bugetele naționale de sănătate din Europa sunt sub presiune din ce în ce mai mare. Acest lucru are impact în mai multe industrii, iar industria farmaceutică nu este o excepție, mai ales din cauza numeroaselor măsuri de austeritate introduse în întreaga Europă. În afară de acestea, facem un efort considerabil să ne ținem promisiunile față de angajații noștri, față de pacienți și față de toate părțile implicate. Prin dezvoltarea și creșterea accesului pacienților la noile medicamente care vor îmbunătăți sănătatea și calitatea vieții, industria farmaceutică bazată pe cercetare devine un punct-cheie pentru economia Europei. Este unul dintre cele mai performante sectoare de înaltă tehnologie din Europa. Este important să reținem că industria farmaceutică bazată pe cercetare poate ajuta jucând un rol important în reinstalarea creșterii economice de care avem atâta nevoie. Potrivit EFPIA (Federația Europeană a Industriilor și Asociațiilor Farmaceutice), în 2012 această industrie a investit aproximativ 30.000 de milioane de euro în cercetare și dezvoltare în Europa. Angajează în mod direct 700.000 de oameni și generează de trei sau patru ori mai multe locuri de muncă indirect, decât realizează în mod direct.

Cum vedeți evoluția pieței farmaceutice în următorii cinci ani?

România urmează să devină a treia cea mai mare piață farmaceutică din Europa Centrală și de Est, până în 2016. Acest lucru ne permite să spunem

că România este atractivă pentru producători. Există dificultăți, este adevărat. Ne confruntăm cu un mediu de afaceri puțin predictibil, nesustenabil și netransparent. Cu toate acestea, trebuie avute în vedere două motive deosebit de importante pentru a continua să investim în România: pacienții și angajații. Pe de altă parte, vorbim aici de o populație cu puțin peste 20 de milioane de locuitori cu nevoi de sănătate, nevoi legate de boli grave, o populație cu una dintre cele mai scăzute medii ale speranței de viață din Europa. Acesta este un factor adițional care trebuie luat în considerare pentru evoluția pieței farmaceutice.

Plănuim să lansăm 7 produse Janssen cu 9 indicații în următorii 2 ani și 12 medicamente în total în următorii aproximativ 5 ani. Aceste medicamente se adresează nevoilor pacienților cu hepatită, schizofrenie, psoriazis, HIV și diferite tipuri de cancer.

Care sunt beneficiile economice ale investiției în sănătate?

Ne dorim ca autoritățile din România să privească sănătatea ca pe o investiție și nu drept o cheltuială. Avem nevoie de o planificare pe termen mediu și pe termen lung, de a găsi modalități de finanțare public-private, pentru a asigura condiții mai bune pentru sănătatea populației. Acest mod de a vedea lucrurile va da un beneficiu atât direct, cât și indirect în: productivitate, dezvoltare financiară și creștere a PIB-ului. În plus, ne-am dori ca politicile publice din România să reflecte conceptul "Sănătatea este cea mai mare bogăție" – un concept definit și aplicat în majoritatea țărilor europene. Acest lucru ar crește speranța de viață, calitatea vieții și va îmbunătăți productivitatea economică. Tratatând bolile grave, nu numai că reintegrezi pacienții în mediul de lucru, dar și ajuți familiile lor să scape de greutate. ●

Interviu realizat de **Raluca Boboc**

Noi căutăm răspunsuri la unele dintre cele mai dificile întrebări din medicină. Credem că nimic nu este mai puternic decât colaborarea. Nu ar trebui să existe bariere în căutarea tratamentelor inovatoare. Colaborarea merge dincolo de noile tratamente. De la descoperirea timpurie la acces și distribuție, noi căutăm parteneri care își doresc aceleași lucruri ca și noi: rezultate mai bune pentru pacienții noștri. Suntem conduși de misiunea noastră, iar pacienții noștri ne inspiră. Colaborăm cu cei care luptă pentru asigurarea sănătății fiecărui om.

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



Viorel Rotilă

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

Urmare din numărul trecut

AVÂND ÎN VEDERE CĂ AUTORIZAȚIA PREALABILĂ POATE FI REFUZATĂ NUMAI DACĂ UN TRATAMENT ECHIVALENT din perspectiva eficienței poate fi obținut în România fără o întârziere semnificativă, într-o unitate sanitară ce are încheiat un contract cu sistemul de asigurări sociale de sănătate, este evident că efortul de adaptare la efectele anticipate ale acestei Directive trebuie să se concentreze pe demersul privitor la calitatea serviciilor medicale, acesta surclasând în eficiență eventualele bariere birocratice. Mai mult chiar, concentrarea demersurilor pe autorizarea prealabilă, fără a reforma sistemul din perspectiva Directivei, riscă să genereze semnificative efecte negative, determinând agravarea condițiilor de acordare a serviciilor medicale.

Având în vedere cele câteva demersuri oficiale de până acum, observăm tendința de a considera că toate serviciile medicale de care ar putea beneficia cetățenii români în străinătate sunt supuse autorizării prealabile, cu excepția medicinei de urgență. Dreptul statelor de a introduce autorizarea prealabilă este unul limitat la situații definite, neputând fi extins în niciun caz. În situația în care autoritățile din România vor cădea victime unei astfel de interpretări, vom asista la o transpunere greșită a prevederilor acesteia în legislația internă, riscând sancțiunile și efectele de rigoare. Regula în materie o constituie libertatea furnizării serviciilor medicale, corelativul fiind libertatea cetățenilor dintr-un stat membru de a beneficia de serviciile medicale acordate într-un alt stat. Sensul Directivei nr. 24/2011 este cel stabilit în mod repetat prin sentințele Curții: resortisanții UE pot beneficia de îngrijiri medicale într-un alt stat membru fără autorizație prealabilă și pot obține rambursare în conformitate cu tarifele statului în care au asigurare. În acest context, a reduce eforturile de adaptare a legislației la construirea unui sistem de autorizare prealabilă și a considera că prevederile sunt similare legislației actuale în domeniu reprezintă o dovadă de neînțelegere a sensului Directivei. Autorizarea prealabilă trebuie văzută ca o excepție de la regulă, împărțând soarta juridică a excepțiilor.

Chiar dacă am fi îndreptățiți să vorbim de prevalența autorizării prealabile, situația sistemului sanitar din România este într-atât de dramatică, încât numărul cazurilor care ar avea dreptul legal de a beneficia de tratament în străinătate, deci la autorizarea prealabilă, ar fi foarte mare. Spre exemplu, faptul că un spital nu are materialele și medicamentele necesare pentru acordarea tratamentului la care au dreptul pacienții ar putea fi invocat ca motiv pentru solicitarea autorizării prealabile.

Refuzul acordării autorizației prealabile invocând menținerea unei capacități de tratament sau a unei competențe medicale pe teritoriul național care este esențială pentru sănătatea publică poate fi considerat îndreptățit; el ridică însă o serie de dificultăți de aplicare. În primul rând, considerăm că statului îi revine sarcina probării unei astfel de situații. Apoi, aceste capacități de tratament trebuie să respecte condițiile de calitate având ca reper standardele europene în domeniu. Nu în ultimul rând, sunt importante și condițiile de acces la aceste capacități de tratament, orice disjunție între dreptul legal al cetățeanului și realitățile practice (spre exemplu, cumpărarea medicamentelor și a materialelor sanitare) putând fi invocată împotriva statului. De altfel, nerespectarea condițiilor de acces la serviciile medicale în parametrii legali credem că va constitui unul dintre motivele cel mai frecvent invocate, în lipsa unei reforme sanitare eficiente.

STABILIREA COSTURILOR REALE PENTRU SERVICIILE MEDICALE

DEMERSUL PENTRU STABILIREA COSTURILOR REALE AFERENTE SERVICIILOR MEDICALE ESTE OBLIGATORIU, pentru a putea vorbi de armonizarea legislației la prevederile Directivei nr. 24/2011. Orice ezitare în acest sens va afecta în mod semnificativ două paliere ale sistemului de sănătate:



- Spitalele, acestea riscând să fie puse în situația de a trata și pacienții proveniți din alte state membre la costuri subevaluate, fapt care le va accentua deficitul;
- Pacienții, care vor fi efectiv privați de posibilitatea de a se trata în străinătate cu rambursarea costurilor la niveluri acceptabile și care vor suferi toate influențele derivate din deficitul financiar al unităților sanitare.

Raportat la situația României, putem observa că stabilirea prețurilor serviciilor medicale la nivelul costurilor de piață poate determina la rândul-i fluxuri migratorii de pacienți din alte state membre, datorită prețurilor mai reduse, comparativ cu cele din propriul stat (prețuri determinate, în principiu, de costurile mai reduse cu forța de muncă). Cel puțin, în situația existenței unor liste de așteptare în statul membru de afiliere poate fi anticipată o astfel de fluctuație a adresabilității. O astfel de variantă ar putea fi una profitabilă pentru unitățile sanitare din România și pentru întregul sistem sanitar, prin contribuția la menținerea infrastructurii medicale.

Anticipăm însă că, pe termen mediu și lung, avantajul competitiv

Chiar dacă am fi îndreptățiți să vorbim de prevalența autorizării prealabile, situația sistemului sanitar din România este într-atât de dramatică, încât numărul cazurilor care ar avea dreptul legal de a beneficia de tratament în străinătate, deci la autorizarea prealabilă, ar fi foarte mare.

oferit de costul redus al forței de muncă (adică de salariile mici din sectorul sanitar) va dispărea, el determinând ivirea unui dezavantaj major: lipsa profesioniștilor din sistem. Având în vedere interpretarea de ansamblu a Directivei, lipsa profesioniștilor pentru anumite specializări (spre exemplu) generează efecte care nu pot fi blocate nici măcar de autorizarea prealabilă. Altfel spus, în absența posibilității unui tratament în țară, autorizarea tratamentului medical într-un alt stat devine obligatorie. Ceea ce conduce la obligația de a suporta costurile unor intervenții prestate în alte state.

EFFECTE POSIBILE ALE IMPLEMENTĂRII PREVEDERILOR PRIVITOARE LA TRANSPARENTĂ

INTRODUCEREA MECANISMELOR DE LUCRU LA VEDERE, transparent, prevăzute de Directivă va avea ca efect, odată cu creșterea gradului de încredere (acolo unde este cazul), sporirea cazurilor de malpraxis care ajung în fața instanțelor, a unităților sanitare și a instituțiilor medicale (inclusiv cele profesionale) nemaiputând îngreuna accesul la datele personale ce vizează starea de sănătate și tratamentul pacienților prin intermediul procedurilor proprii, fiind eliminată astfel opozabilitatea lor față de pacient. În măsura în care libertatea accesului pacientului la propriile informații medicale va fi realizată în mod efectiv, vom asista la o adevărată „revoluție” în abordarea malpraxisului, ale cărei efecte asupra unităților medicale și a salariilor pot fi întrucâtva compensate prin introducerea unui sistem eficient de asigurări de malpraxis. Cu observația însă că intervenția eficientă a asigurărilor va avea ca efect o creștere a costurilor primelor de asigurare, care vor avea un impact negativ semnificativ asupra veniturilor salariaților care sunt obligați să se asigure.

OPORTUNITĂȚI

ÎN ANSAMBLUL EFECTELOR ESTIMATE, o situație aparte o au cetățenii români care lucrează legal în alte state: în momentul în care se întorc în țară și accesează serviciile medicale, ei sunt în situația unor „pacienți migratori”, având în vedere faptul că aceștia sunt asigurați în statul în care lucrează. În măsura în care statul român va reuși să fie competitiv pe piața serviciilor medicale, acești cetățeni ar putea deveni o importantă sursă de venituri pentru sistemul de sănătate. Abordată în perspectivă, situația va cunoaște mai curând o accentuare, dacă avem în vedere faptul că în următoarea decadă mulți dintre lucrătorii români din străinătate vor dobândi statutul de pensionari în țările în care lucrează și cei mai mulți se vor întoarce în România. Este evident astfel faptul că pentru statul român una dintre oportunități o reprezintă tratamentul asigurat românilor care lucrează în mod legal în alte state ale UE, în cazul acestora tratamentul contra cost și rambursarea ulterioară a costurilor de către alte state putând contribui la o balanță pozitivă în ceea ce privește raportul dintre „exportul” și „importul” de pacienți. Două condiții sunt însă esențiale pentru reușita acestui proces: stabilirea costurilor reale pentru toate serviciile medicale și limitarea semnificativă a corupției adiacente acestui proces.

Compliance lingvistică a furnizorilor de servicii medicale va constitui o variabilă foarte importantă din perspectiva fluxului de pacienți. Unitățile sanitare care aplică o strategie de pregătire

COMPLIANȚA LINGVISTICĂ A FURNIZORILOR DE SERVICII MEDICALE VA CONSTITUI O VARIABILĂ FOARTE IMPORTANTĂ DIN PERSPECTIVA FLUXULUI DE PACIENȚI. UNITĂȚILE SANITARE CARE APLICĂ O STRATEGIE DE PREGĂTIRE A PERSONALULUI ÎN ACEST DOMENIU, CORELATĂ CU O SELECȚIE STRATEGICĂ A LIMBILOR, AR PUTEA AVEA UN AVANTAJ COMPETITIV.

a personalului în acest domeniu, corelată cu o selecție strategică a limbilor, ar putea avea un avantaj competitiv.

Societățile de asigurări ar putea cunoaște și ele un grad crescut de adresabilitate, dacă luăm în considerare faptul că se pot dezvolta următoarele tipuri de asigurări:

- pentru plata inițială a costurilor serviciilor medicale, până la primirea rambursării;
- pentru diferența dintre costurile serviciilor medicale și nivelul la care statul român le rambursează;
- împotriva riscului de nerambursare a costurilor medicale.

De asemenea, asigurările de sănătate centrate pe tratamentul în străinătate pot include posibilitatea demersurilor pentru rambursarea sumelor, prin crearea unor mecanisme flexibile de finanțare/decontare. Suplimentar, luăm în considerare posibilitatea dezvoltării unor servicii profesionale de consiliere și asistență/accompaniere a accesării serviciilor medicale din alt stat membru, care să includă și suportul lingvistic, care poate accelera procesul.

Faptul că Directiva folosește concepte de genul: mobilitatea pacienților, accesul la asistență medicală transfrontalieră, libera circulație a pacienților etc. este suficient pentru a vorbi cu îndreptățire de o interpretare mult mai amplă a acesteia, care să ia în discuție inclusiv bazele unui sistem de sănătate al UE. Chiar dacă intenția care a animat multe dintre statele occidentale în adoptarea acestui act normativ ține mai curând de crearea unui mecanism de acompaniament pentru libera circulație a lucrătorilor, fiind cumva parte a strategiei de luptă împotriva declinului demografic, efectele acestuia pot fi suficient de ample, existând șansa ca ele să depășească cu mult intențiile inițiale. ●

De asemenea, asigurările de sănătate centrate pe tratamentul în străinătate pot include posibilitatea demersurilor pentru rambursarea sumelor, prin crearea unor mecanisme flexibile de finanțare/decontare.



Organizator:
Societatea
Română de
Chirurgie
Cardiovasculară



În parteneriat cu:
Societatea de
Medici și
Naturaliști Iași

Management Congres:



Ralcom Exhibitions srl - Divizia Ralcom Medical
Tel.: +40 21 210 58 14, +40 21 210 65 40;
Fax: +40 21 212 27 02 • www.ralcom.ro



Al 9-lea Congres Național al Societății Române de Chirurgie Cardiovasculară

Simpozion Omagial
"180 de Ani ai Societății
de Medici și Naturaliști Iași"

Al 5-lea Simpozion al Asistenților
de Chirurgie Cardiovasculară,
ATI și Circulație Extracorporeală

Manifestări însoțite de
o expoziție medicală specializată

Iași, România

26 - 29 septembrie 2013

WWW.SRCCV.COM



SRML 2013

10 - 12 octombrie
Institutul Național de Statistică, București

Organizator

SRML
SOCIETATEA ROMÂNĂ DE
MEDICINA DE LABORATOR

Parteneri

SRGM
Societatea Română de
Genetică Medicală (SRGM)

Asociația Medicală Română
pentru Plasmafereză (AMRP)

AL 20-LEA CONGRES NAȚIONAL DE MEDICINĂ DE LABORATOR

Al 8-lea Congres Național al Asistenților Medicali de Laborator

Al 7-lea Simpozion de Imunopatologie

Al 3-lea Simpozion Național de Monitorizare a
Tratamentului și Toxicologie Clinică

A 2-a Conferință Națională „Plasmafereza terapeutică”

Tema

„Laboratorul medical în sistemul de sănătate”

Manifestări însoțite de expozițiile medicale specializate:



Ediția a 19-a



Ediția a 17-a

Implicarea pacientului în îngrijirile de sănătate

În studiul calitativ Eurobarometru au fost strânse opinii de la medici și pacienți cu privire la situația pacientului în asistența medicală. Au avut loc ample interviuri luate medicilor, asistentelor medicale și pacienților din 15 state membre, pentru a obține informații cu privire la experiența lor în ceea ce privește practica clinică. Această cercetare este una calitativă și, prin urmare, nu este reprezentativă pentru fiecare practician sau pacient din țările participante. Concluziile reflectă experiența și punctele de vedere ale celor care au luat parte la studiu.

Dr. Cristina Crintea

RELAȚIA DINTRE PACIENȚI ȘI PRACTICIENI DIN SĂNĂTATE ESTE CONSIDERATĂ A AVEA O INFLUENȚĂ DIRECTĂ ASUPRA CALITĂȚII ASISTENȚEI MEDICALE. Perspective noi sugerează că o abordare managerială a îngrijirilor care include implicarea pacientului este mai eficientă decât o abordare standard. Acest lucru este evident mai ales în managementul bolilor cronice (de exemplu, diabetul zaharat).

Cu toate acestea, "implicarea pacientului" nu este un concept bine definit și se suprapune, de multe ori, participării pacientului, responsabilizării pacientului, îngrijirii centrate pe pacient și angajamentului pacientului. Conceptul de implicare a pacientului se referă în mod specific la drepturile și avantajele pacienților, care ar trebui să dețină o poziție centrală în procesul de îngrijire. Beneficiile acestei implicări ar trebui să însemne un rezultat mai bun pentru pacient, ca urmare a interacțiunii îmbunătățite între furnizorul de servicii medicale și pacient.

Implicarea pacientului este mai mult decât disponibilitatea de a-i oferi informații sau de a-l „alfabetiza” în domeniul sănătății. Este vorba despre interacțiunea dintre pacient și furnizorul de asistență medicală și cuprinde o gamă largă de aspecte diferite.

Deși scopul general al acestei cercetări a fost de a explora opiniile cu privire la implicarea pacienților în sănătate, obiectivele detaliate ale cercetării au fost de a investiga:

- Opiniile generale asupra serviciilor de îngrijiri de sănătate;
- Percepția asupra responsabilității asistenței medicale;
- Încrederea și controlul pacientului;
- Înțelegerea asupra implicării pacientului;
- Beneficiile și riscurile implicării pacientului;



ÎN ACEST STUDIU, UN CONCEPT CUPRINZĂTOR A FOST ADOPTAT PENTRU A PERMITE CELOR CHESTIONAȚI SĂ-ȘI EXPRIME SPONTAN ELEMENTELE CARE AU CREZUT CĂ AR TREBUI SĂ FIE INCLUSE ÎN IMPLICAREA PACIENTULUI.

- Satisfacția privind implicarea pacientului;
- Gradul de implicare actuală a pacienților într-o serie de domenii ale asistenței medicale;
- Bariere și îmbunătățiri ale implicării pacientului.

CONCLUZIILE STUDIULUI

Termenul de "implicare a pacientului" nu a fost clar înțeles de către fiecare pacient sau practician și, de multe ori, a însemnat lucruri diferite pentru oameni diferiți. Pentru mulți

pacienți, termenul a fost un concept nebulos, care gravitează în jurul termenilor de trai sănătos și de responsabilitate pentru propria sănătate. Atât pentru practicieni, cât și pentru pacienți, a fost de multe ori echivalat cu respectarea recomandărilor medicului și a complianței la tratament. Implicarea pacientului a fost de multe ori înțeleasă de către pacienți ca fiind oferirea de informații de bază despre simptome, din partea personalului medical, și a fost mai puțin percepută ca o modalitate de promovare a unui dialog medic-pacient mai interactiv sau o oportunitate de feedback al pacientului.

În timp ce atât medicii, cât și pacienții vedeau beneficiile pentru pacienți ca pe o implicare și o creștere a responsabilității acestora față de sănătatea lor, beneficii concrete de implicare în procesul de îngrijiri nu s-au concentrat, în mod clar, nici în rândul profesioniștilor din domeniul sanitar, nici în cel al pacienților. De exemplu, percepția conform căreia o mai bună cooperare între personalul medical și pacient poate duce la obținerea unor rezultate mai bune în procesul de îngrijiri de sănătate a fost menționată doar de câțiva dintre cei chestionați.

Pentru practicieni, prin comunicare se înțelege ca pacienții să își descrie simptomele și să-i informeze cu privire la progresele/noutățile înregistrate pe toată durata tratamentului. Principalul obstacol în calea comunicării eficiente este reprezentat de timpul pe care fiecare medic îl are disponibil pentru a-l petrece cu pacientul său. Atât pacienții, cât și practicienii au descris că medicii nu au avut timp suficient pentru a explica opțiunile de tratament.

Alegerea a fost, de asemenea, un aspect-cheie în implicarea pacientului, pentru unii dintre cei chestionați. Alegerea a cuprins o serie de aspecte, printre care: capacitatea de a schimba medicul curant și posibilitatea de a cunoaște și de a alege tratamentele alternative. Alegerea, pentru practicieni, a fost văzută ca fiind mai problematică, unii dintre ei considerând că pacienții ar fi confuzi dacă li s-ar oferi și tratamente alternative sau că ar putea avea mai puțină încredere în tratamentul propus.

Deși Internetul se referă mai mult la conceptul de „alfabetizare” legat de sănătate decât la implicarea pacientului în sine, a fost considerat totuși a fi zona în care a avut loc dezvoltarea cea mai importantă, zona în care aproape toți pacienții au acces mai mare la informații cu privire la simptomele lor și la starea de sănătate (precum și opțiuni în ceea ce privește asistența medicală). Pacienții văd acest lucru ca fiind unul pozitiv, în timp ce practicienii au o atitudine ambivalentă față de acest subiect.

Practicienii consideră că unul dintre beneficiile "implicării pacientului" este acela că

Acest studiu calitativ și-a propus să exploreze ipoteza că există o înțelegere limitată în ceea ce privește implicarea pacientului și că principiile de bază nu pot fi uniforme înțelese, prin înțelegerea punctelor de vedere și a percepțiilor atât ale practicienilor, cât și ale pacienților, cu privire la această problemă.



pacienții sunt mai motivați și mai angajați, cu o înțelegere crescută. Pacienții au văzut beneficiile în faptul că au mai multe informații și opțiuni cu privire la tratament, iar acestea duc la un dialog mai deschis cu medicii, în care comunicarea va fi îmbunătățită și întrebările vor putea fi adresate.

Au existat unele diferențe generale care au apărut între diferitele tipuri de intervievați. Pacienții bolnavi cronic au avut tendința de a avea mai multă experiență în automonitorizare și în alte aspecte legate de boala proprie și, de multe ori, au avut o înțelegere mai concretă asupra implicării pacientului.

Descoperirile din acest studiu calitativ indică faptul că implicarea pacientului, în sensul centrării lui în procesul de îngrijiri de sănătate, pare greu de înțeles de către mulți profesioniști și pacienți din întreaga UE, căror le vine greu să fundamenteze conceptul în practica medicală reală. ●

Mulți pacienți au descris o relație tradițională "medic-pacient", în care medicul este văzut ca o persoană căreia nu îi adresezi întrebări și în fața căreia pacienții nu se simt confortabil oferind feedback. În cazul în care relația era de tipul client-furnizor, pacienților le-a fost mai ușor să ofere feedback. Asistentele medicale, în special cele din spitale, reprezintă categoria de personal medical cu care unii pacienți comunică eficient, comparativ cu medicii.

Comunicarea medic-pacient. Un lucru simplu care schimbă totul.



Dr. Nicolae Iordache
autor al cărții
IORDACHE,
Cine ești tu, doctore?,
consultant la
IordacheIordache T&D



Problema cu comunicarea este iluzia că aceasta a avut loc.
George Bernard Shaw

sfârșitul vizitei la medic. Este lesne de anticipat că multe dintre greșelile de diagnostic, lipsa aderenței pacienților la tratament și subminarea încrederii în medicul curant își au rădăcinile în ceea ce uneori pare un dialog al surzilor.

DE CE SE ÎNTÂMPLĂ ASTA?

1. Destul de probabil ca mulți medici să acuze lipsa de timp. Și dacă ar fi să ne gândim doar la spitalele publice, unde sunt din ce în ce mai puțini profesioniști care trebuie să facă față unui volum de muncă ridicat și în creștere (pacienți tot mai mulți per medic, plus birocrăția conexă), ar trebui să le dăm crezare. Însă în același timp mă văd silit să recunosc că nu durează mai mult să comunic bine decât să comunic prost;
2. Pentru că așa au fost învățați. În cadrul unei prelegeri recente, am lansat ideea de a lăsa pacienții timp de două minute să termine de expus de ce au venit și ce doresc ca medicul să facă pentru ei. A fost rumoare în sală, iar un medic, cu care am o relație de amicitie chiar, mi-a menționat că nu așa a fost învățat la semiologie. Atunci mi-am amintit și eu că profesorul ne cerea să preluăm cât mai devreme controlul discuției. Dar dacă profesorul s-a înșelat? Nu ar fi singurul lucru care să se fi dovedit greșit în cele ce am fost educați.
3. Pentru că medicii sunt prost plătiți. Trebuie să recunosc că în cele mai multe dintre cazuri acest aspect reprezintă o dramă și o rușine națională. Dar chiar și-așa, bunătatea nu costă. Și, per ansamblu, a fi din credință un om bun, fie și într-un mediu ostil, nu costă nimic.

DE CE ȘI-AR PUTEA DORI MEDICII SĂ COMUNICE MAI BINE?

1. Ar avea șansa, dacă asta îi interesează, să trateze mai bine pacienții: de exemplu, mai puține erori de diagnostic, mai mulți pacienți aderenți la tratament.
2. Și-ar crește reputația, ca o consecință, ceea ce s-ar putea traduce, cel mai probabil pe termen mediu, inclusiv într-o condiție economică relativ îmbunătățită.
3. Ar putea fi începutul părăsirii unei spirale descendent-negative (pacienții sunt tot mai obraznici, au pretenții tot mai mari, nu recunosc eforturile noastre, prin urmare ne purtăm ca atare) și intrarea într-o spirală ascendent-positivă. Comunicarea bună/pozitivă atrage după sine comunicare bună/pozitivă din partea celorlalți.

CÂTEVA CONCLUZII ALE UNOR CERCETĂRI PRIVIND COMUNICAREA MEDIC-PACIENT:

1. Pe parcursul anamnezei, doar 28% dintre pacienți au reușit să expună motivul pentru care s-au prezentat la medic fără ca medicul să redirecționeze dialogul.
 2. În medie, medicul i-a ascultat pe pacienți 23 de secunde fără să redirecționeze discuția.
 3. Pacienții care au fost lăsați să termine de expus motivele pentru care s-au prezentat la medic au consumat în medie doar 6 secunde în plus față de situațiile în care medicul a redirecționat dialogul.
 4. De asemenea, pacienții care nu au fost redirecționați de către medic au terminat ceea ce aveau de spus în cel mult 2,5 minute.
 5. Unul din cinci pacienți introduce o nouă problemă abia la sfârșitul consultației.
- Sunt doar câteva observații din studii referitoare la începutul și la

CE OPȚIUNI AU?

Majoritatea discuțiilor pe marginea comunicării medic-pacient se referă în principal la două aspecte. Cele mai populare se referă la comunicarea în cadrul interacțiunii cu pacientul și uneori cu aparținătorii acestuia. În plan secundar este comunicarea cu pacientul dependent într-o măsură sau alta de un singur medic, de exemplu pacientul cronic sau în relația pacient-medec de familie.

Comunicarea medic-pacient în trei etape:

- A. Înainte de a avea loc prima interacțiune medic-pacient (sau clinică-pacient);
- B. Pe întreaga durată a interacțiunii directe (consultație, internare, tratament);
- C. După ce pacientul a plecat de la medic cu rețeta sau cu biletul de externare.

Făcând asta, introducem în discuție niște etape care au un impact major asupra derulării comunicării medic-pacient așa cum este descrisă în mod tradițional. Să le luăm pe rând.

A. ÎNAINTE DE A AVEA LOC PRIMA INTERACȚIUNE MEDIC-PACIENT

Este o etapă în care medicul poate iniția controlat și, cel mai adesea, unidirecțional comunicarea către comunitatea pe care o deservește. Astfel, pacientul poate să afle despre medic o multitudine de informații: specialitate, domenii de interes profesional, echipamente din dotare, echipa cu care lucrează, locul unde poate fi găsit și cât de abordabil este, cum se poartă cu pacienții, cum arată, cum vorbește, cum își tratează pacienții etc. Această etapă este adeseori ignorată de către medici sau lăsată în afara oricărui control, pe seama răspândirii din gură în gură, foarte importantă în economia medicinei de-a lungul timpului, dar cu o relevanță în scădere în ziua de astăzi. În afara situațiilor monopoliste, pacienții au, deseori, șansa să aleagă. Medicii ar avea de câștigat dacă s-ar preocupa ca anumiți pacienți (în funcție de domiciliu, loc de muncă, patologie, vârstă, stil de viață, venit) să afle de ei și să îi prefere. Motivul capătă relevanță dincolo de interesul strict economic. Dacă pacientul a făcut o alegere informată și voluntară privitor la consultarea unui anumit medic, practic crește probabilitatea ca acesta să fie mulțumit de alegerea lui, să plece cu un capital de încredere mai mare în medic și, în consecință, să adere mai bine la tratament și să aibă rezultate mai bune.

B. PE ÎNTREAGA DURATĂ A INTERACȚIUNII DIRECTE

- Pacienții au nevoie ca medicii să stabilească mai mult contact vizual cu ei. Este din ce în ce mai greu de făcut asta, în contextul informatizării și tehnologizării medicinei de azi, de aceea medicii trebuie preveniți asupra riscului de a nu-și fi privit pacienții în față;
- A arăta empatie, înțelegere și interes pentru pacient în momentul dificil pe care îl traversează îl ajută mult pe acesta și poate fi un diferențiator major pentru medic în specialitățile în care pacientul are de ales;
- Medicii ar putea întreba pacientul care este cel mai important lucru pentru care au decis să vină la doctor și ce așteaptă ca acesta să facă pentru el. Și apoi să asculte 2,5 minute, iar dacă

medicului chiar îi pasă de pacient, probabil că nu i se vor părea zece minute.

- 80% din erorile medicale serioase au la bază comunicarea defectuoasă între cadrele medicale atunci când transferă pacienții dintr-o unitate sau secție în alta. Medicii ar putea alege să îmbunătățească acest aspect, cu beneficii importante pentru toți cei implicați;
- Comunicarea atentă a tratamentului de urmat către sfârșitul vizitei este o altă direcție de urmat. 40-80% din informația primită este uitată imediat, iar jumătate din ceea ce pacientul reține este incorect. O strategie bună ar fi dublarea informației transmise verbal de cea scrisă, on-line sau pe hârtie. O alta ar putea fi înputernicirea altor membri ai echipei: asistente, rezidenți, studenți, psihologi, asistenți social, acolo unde este cazul.
- Implicarea pacientului. Medicii ar trebui „să forțeze”, acolo unde este cazul, ca pacientul să le adreseze minimum trei întrebări la fiecare vizită și să fie implicat acolo unde poate să își exprime opinia cu privire la opțiunile de tratament.

Ne întrebăm de ce nu ascultă corect medicii. Probabil că răspunsul este mai simplu decât ne-am fi așteptat. Nu este confortabil. Pacientul va vorbi despre lucruri aparent fără vreo legătură, iar ascultătorul trebuie să le noteze și să facă un efort de ierarhizare și de a le interconecta. Este mult mai ușor ca aspectele relatate de pacient să fie tratate în ordinea în care au fost introduse în discuție, chiar dacă asta comportă și riscul de a trage concluzii greșite.

C. DUPĂ CE PACIENTUL A PLECAT DE LA MEDIC CU REȚETA SAU CU BILETUL DE EXTERNARE.

Această comunicare poate avea multiple roluri:

- Primirea de feedback în vederea îmbunătățirii serviciilor, de a clarifica posibile neînțelegeri și de a atenua impactul unor eventuale sentimente negative;
- Asigurarea că tratamentul este corect administrat pe termen lung;
- Menținerea medicului, a echipei sau a clinicii în topul preferințelor foștilor pacienți și ale comunității lor pentru revenire sau referințe.

PROVOCAREA

Propunerea noastră este oarecum surprinzătoare. În cartea „Cine ești tu, doctore?”, pe care am scris-o împreună cu Olivian Breda, am încurajat un anumit fel de egoism al medicului: grija față de renumele lui; noi i-am spus brand de doctor. Pentru că am văzut că asta funcționează, pentru că este un demers pe termen lung, pentru că este ca o stea călăuzitoare, pentru că seamănă cu mersul pe sârmă: odată căzut, o iei de la început, iar asta în cel mai bun caz. O bună comunicare (inclusiv în echipă, în branșă și în comunitate), alături de o excelentă pregătire profesională și de o atitudine potrivită față de cei care își pun speranța în medic, constituie ingredientele de bază ale unui brand bun de doctor. La care ar mai fi de adăugat generozitatea. Chiar dacă demersul construirii unui brand de doctor este unul egoist, generozitatea este cheia care descurie lacătele întâlnite în cale.

Asociația Transplantaților din România, în acțiune!

Am întâlnit odată, pe sălile unui spital unde există centru de transplant, o femeie. Era parcă fără vârstă și, în același timp, foarte bătrână. Stătea pe o bancă cu umerii căzuți, cu capul în piept, de parcă ducea în spate toate poverile lumii. M-am apropiat încet de ea și am salutat-o cu voce joasă, ca nu cumva mișcările și salutul meu să o năruie, apoi am întreat-o ce i s-a întâmplat. (Mă gândeam că poate o pot ajuta cu ceva sau măcar să o consolez.) A ridicat capul încet, încet, într-o mișcare continuă care parcă nu se mai termina. Când mișcarea s-a încheiat și ochii ei i-au întâlnit pe ai mei, a oftat adânc și cu obidă, iar din ochi au început să-i șiroiască domol lacrimi. Curios însă, ochii aceia nu exprimau durere sau, mai bine spus, nu exprimau numai durere, ci și altceva: speranță, bucurie, regret, recunoștință... un amalgam de sentimente care apăreau pe rând, dar și, parcă, toate împreună. M-am uitat un timp la acei ochi, hipnotizată de acele succesiuni

stroboscopice de sentimente. Nu azeam ce îmi spune. Îi vedeam doar ochii și nu reușeam să mă desprind de furtuna din ei. La un moment dat, nu știu cât timp trecuse, am scuturat capul și am spus: „Poftim?!”. Femeia s-a oprit brusc, mirată, și a zis: „Soțul meu se află în sală, pentru transplant. A făcut mulți ani dializă”. Am răspuns automat, fără să gândesc, că nu trebuie să plângă, că totul va fi bine și că dacă soțul este în sală, cu siguranță a scăpat de dializă pentru ani buni. ... Femeia s-a schimbat brusc privirea, iar privirea ei spunea că sunt un pic cam fără minte, apoi a deschis gura și, rar, cu înfinită durere în glas, a spus: „A trebuit să moară un om ca soțul meu să trăiască și noi să fim fericiți”. Și a început să plângă în hohote de se cutremura banca pe care stătea. Am rămas mult de vorbă cu acea femeie, după ce s-a oprit din plânsul năvalnic, dar tot timpul cât am discutat a plâns cu un ochi și a râs cu celălalt, precum împăratul din poveste.



Amali Teodorescu, vicepreședinte ATR

V-AM DEPĂNAT ACEASTĂ AMINTIRE CARE DE ATUNCIMĂ ÎNSOȚEȘTE PENTRU CĂ LA ACEA FEMEIE AM ÎNTÂLNIT cel mai limpede exprimate sentimentele pe care le trăim fiecare dintre noi, pacienți ce ne bucurăm de viață datorită generozității unui Donator, fie el Donator-Înger sau unul care continuă să trăiască și să se bucure de viață împreună cu noi.

În România sunt în jur de 2.500 de pacienți cu diferite grefe funcționale și care datorează Donatorului recunoștință și grijă față de viața lor și față de Darul primit. O parte dintre aceștia s-au unit și s-au organizat într-un grup cu personalitate juridică - **Asociația Transplantaților din România (ATR)** - pentru a proteja Darul de viață primit (de ei și de ceilalți ca ei), pentru a mulțumi medicilor, pentru a-și manifesta recunoștința față de Donatori și pentru a vorbi și celorlalți oameni despre gestul de maximă generozitate pe care un semen l-a făcut pentru ei. Și, nu în ultimul rând, pentru a crește șansele celor aflați pe listele de așteptare pentru a primi un organ funcțional.

Voluntarii explică oamenilor că „A dona” - organe, țesuturi, celule - este un gest care dă viață, dă viață din moarte, și în același timp face ca o parte din cel care a plecat spre lumea îngerilor să trăiască cu folos aici pe Pământ încă mulți ani.

Prin Campania „Spune DA! Susține donarea de organe” - ediția 2013 - **ediție desfășurată sub auspiciile Ministerului Sănătății** -, ATR a lucrat ca să conștientizeze publicul asupra gestului donării, asupra nobleții și generozității actului donării și, nu în ultimul rând, asupra legalității acestui gest. În același timp a atras în activitățile de informare instituții și persoane care prin specificul activității lor vin în contact cu mulți oameni și le pot transmite informații corecte despre actul donării: Biserica, medicul de familie,

ATR face aceste lucruri din 1996, iar de 5 ani, an de an, merge organizat, cu echipe mai mici sau mai mari de voluntari, în locuri publice și vorbește despre donare, Donatori și despre viața de DUPĂ TRANSPLANT.



Raluca Drăgan - 4 medalii de aur și 4 recorduri la jocuri. Înainte să se îmbolnăvească a fost campioană de juniori la suljiță.

Crucea Roșie, direcțiile de sănătate publică etc.

Mesajul adresat publicului de organizație este acela de a susține viața acceptând să fie Donatori atunci când organele proprii, sănătoase, de altfel, nu le vor mai fi de vreun folos.

În acest an, Campania „Spune DA! Susține donarea de organe.” a fost concepută într-un mod itinerant și a poposit în mai multe orașe: Constanța, Iași, Brașov, Craiova, București. În fiecare oraș, activitățile au fost structurate similar: **1. conferință de presă; 2. diseminare de material informativ și discuții directe cu publicul; 3. lansare de lampioane zburătoare** în memoria Donatorilor, a aceluia dintre noi care ne-au părăsit și a celor de pe listele de așteptare care nu au mai ajuns pe masa de operații. În toate orașele, voluntarii ATR au avut alături voluntari ai Societății Naționale de Cruce Roșie din România - filialele din orașele în care a poposit campania.

În afară de susținerea autorităților, feedbackul primit de la public a fost îmbucurător. Iată câteva exemple de replici și situații:

■ Bianca are 15 ani și a avut ideea de a strânge semnături de la persoane publice din lumea divertismentului pe un tricou inscripționat cu „Da donării de organe” și sigla ATR - tricou primit de la mătușa ei, care este membru ATR. La Constanța a returnat tricoul organizației pentru a-l scoate la licitație, iar banii obținuți să-i folosească în continuarea campaniei, alăturându-se ca voluntar.

■ În timpul lansării de lampioane la Mangalia, reacția unui domn aflat cu familia în vacanță, care l-a îmbrățișat pe unul dintre voluntari sărutându-l pe obraji și, cu lacrimi în ochi, spunându-i „Să vă dea Dumnezeu sănătate, că bună treabă mai faceți!”, spune mai mult decât am face-o noi cu alte cuvinte.

Inedit în cadrul activităților ediției 2013 a Campaniei „Spune DA! Susține donarea de organe” a fost întâlnirea cu studenții de la facultățile de Teologie și, respectiv, de Geografie ale Universității Valahia din Târgoviște. La finalul întâlnirii, unul dintre studenții la Teologie a declarat: „Nu știu dacă ACUM aș spune Da, sau Nu, dar cu siguranță am primit multe informații la care să mă gândesc.”

Campania, în această structură, va conti-

La această ediție a WTG au participat echipe din 149 de state, între care și România. Echipa alcătuită de Asociația Transplantaților din România a fost formată din trei competitori și un însoțitor și s-a întors acasă cu patru medalii de aur, dublate de patru recorduri ale jocurilor și o medalie de argint.

nua și în 2014, deoarece au rămas multe orașe în care ne-am fi dorit să fim și nu am reușit să ajungem.

Cu aceleași obiective, dar la nivel mondial, se desfășoară o manifestare care strânge pacienți în stare posttransplant din întreaga lume: World Transplant Games (WTG). Aceasta este o manifestare care se desfășoară din doi în doi ani, în anii impari, și care este organizată de World Transplant Games Federation (WTGF), în colaborare cu organizația membră din țara care găzduiește jocurile. Regula federației este că din fiecare stat nu poate fi membru decât o singură organizație de pacienți în stare posttransplant - organizație care formează echipa pentru jocuri. Asociația Transplantaților din România este membră WTGF din 1997.

În acest an, WTG au fost găzduite de Africa de Sud, la Durban, în perioada 28 iulie - 4 august 2013. Președintele WTGF, francezul Olivier Coustere, spunea înainte de începerea Jocurilor: „În întreaga lume nevoia de donare de organe este în creștere. Jocurile vor fi o trezire a publicului din indiferență”. Această afirmație evidențiază, o dată în plus, **nevoia și importanța manifestărilor publice ale pacienților în stare posttransplant** în procesul de conștientizare a societății cu privire la nevoia de organe și la beneficiile donării.

Logoul ediției a XIX-a a Jocurilor a fost promovat de organizația sud-africană, dar a fost acceptat și folosit și de alte organizații. Acesta a fost „**Dăruiește viață, fii un donator de organe**”.

Asociația Transplantaților din România și-ar dori să poată participa cu o echipă mai numeroasă, deoarece o asemenea participare schimbă mentalități și schimbă viața pacientului. Pentru a putea organiza o echipă numeroasă, **ATR are însă nevoie de sprijin financiar** și asta, pe de o parte, pentru a putea organiza în țară activități care să încurajeze mișcarea, sportul în rândul pacienților cu transplant, iar pe de altă parte, pentru plata taxelor de participare la jocuri și pentru transport.

În concluzie, ATR s-a implicat, se implică și se va implica în promovarea ideii de donare prin exemplul personal, viu, al membrilor săi. ●

În 27 septembrie 2013, Asociația Transplantaților din România organizează conferința națională anuală „Transplantul, pacientul în stare posttransplant și viața cotidiană a acestuia”, în cadrul căreia va fi prezentată retrospectiva campaniei „Spune DA! Susține donarea de organe” ediția 2013. Sunt invitați să participe: ministrul Sănătății, președintele CNAS, medici din centrele de transplant etc. Vor fi prezenți 150 de membri ATR și se vor dezbate probleme medicale, de tratament al stării posttransplant, de acces la transplant etc.

Reforma spitalelor - necesitate și opțiuni

Spitalul reprezintă un important pilon în funcționarea oricărui sistem de sănătate. Importanța este dată atât de poziția pe care o are această instituție în vârful piramidei furnizorilor de servicii medicale, cât și de costurile extraordinare pe care le presupune acest tip de instituție. Mai mult, spitalele sunt un loc important pentru formarea și dezvoltarea personalului medical, dar și locul unde se testează majoritatea tehnologiilor medicale noi.

**Conf. Univ.
Dr. Dorin Ionescu,**
Director Medical,
Spitalul Monza,
Centrul Cardiovascular

SISTEMUL MEDICAL EUROPEAN ESTE UNUL FOARTE DIVERS DIN PUNCTUL DE VEDERE AL ORGANIZĂRII și asigurării nevoilor de îngrijire, al definirii priorităților și modelelor de rezolvare. S-au cristalizat totuși câteva direcții și modele ce pot și trebuie adaptate pentru a crea un sistem de sănătate care să satisfacă nevoile de îngrijire, dar în același timp să fie sustenabil. Câteva direcții sunt asigurarea sănătății populației și medicina preventivă, diagnosticul precoce și managementul integrat al bolilor cronice, tratamentul și recuperarea rapidă pentru bolile acute, atât în spital, cât și în afara lui, și, nu în ultimul rând, creșterea calității serviciilor medicale și educația personalului, managementul corect al tratamentului medicamentos și introducerea cât mai rapidă în practica medicală a tehnologiilor medicale noi. Costurile îngrijirilor spitalicești au explodat în ultimii 50 de ani atât prin dezvoltarea de medicamente și de tehnici terapeutice noi și costisitoare, dar și prin diversificarea mijloacelor de diagnostic.

Tradițional, spitalul a reprezentat pentru români excelența în îngrijire, dar și unica soluție pentru rezolvarea problemelor medicale curente, nu numai cu adevărat majore. După 50 de ani în care medicina primară a fost cenușăreasa sistemului, iar ambulatoriul de specialitate – legat ombilical de spital, este foarte greu să convingi și să poți scoate în afara spitalului îngrijirile de bază și/sau cronice. Mai mult, lipsa unei viziuni coerente asupra sistemului nu a permis dezvoltarea unor modalități moderne și eficiente de îngrijire în afara spitalului, nu s-a creat și nu s-a consolidat, după caz, încrederea în medicina ambulatorie și nu s-au finanțat corespunzător tehnologiile medicale noi și moderne în afara spitalului.

Costurile îngrijirilor spitalicești au explodat în ultimii 50 de ani atât prin dezvoltarea de medicamente și de tehnici terapeutice noi și costisitoare, dar și prin diversificarea mijloacelor de diagnostic.

În lume, de peste 30 de ani se discută și se caută soluții pentru eficientizarea activității spitalelor prin reducerea costurilor cu îngrijirile spitalicești fără a face rabat la calitate, atât prin standardizarea îngrijirilor, cât și prin reducerea timpului petrecut în sectoarele de acțiune. Odată identificată problema și transformată în prioritate, au apărut și indicatorii de performanță care pot fi folosiți în compararea rezultatelor și în modularea proceselor. Situația spitalelor românești este una și mai dificilă, printr-un cumul de factori: preferința românilor pentru acest furnizor de servicii, absența alternativelor ambulatorii din punctul de vedere al resurselor și al competențelor profesionale, costurile infinite mai mari în ambulator din cauza unei decontări inechitabile și a lipsei de continuitate pe orizontală și verticală în furnizarea de servicii.

Au existat pași foarte importanți în restructurarea sistemului de îngrijiri medicale spitalicești, legat de organizarea și ierarhizarea acestora în funcție de competențe, formalizarea cooperării pe verticală, standardizarea și normarea personalului, dotarea spitalelor cu tehnologii medicale noi, evaluarea transparentă și unitară a performanțelor medicale și manageriale, standarde de cost și introducerea sistemului DRG ca instrument de plată și de acreditare pentru calitate și siguranță. Toți acești pași au dus la menținerea unui sistem spitalicesc funcțional, destul de eficient din punctul de vedere al rezultatelor medicale, dar total ineficient economic, fără perspectiva unei evoluții spontane, previzibile și rapide spre un sistem modern, suplu, adaptabil epocii și lumii moderne.

Principalele direcții pentru reforma spitalelor ar putea fi: definirea clară a rolului lor în sistemul de sănătate și ierarhizarea competențelor urmată de stabilirea unei dotări minime din punct de vedere tehnic și uman. Ca o consecință, vor apărea spitale de acțiune, de reabilitare și de cronici și pentru îngrijiri de lungă durată; spitale pentru îngrijiri de bază, intermediare și supraspecializate cu dotări diferite, dar într-o rețea ce permite concentrarea eficientă a resurselor. Cuantificarea nevoilor de spitalizare și îngrijire spitalicească permite calculul unor tarife decente și nor-

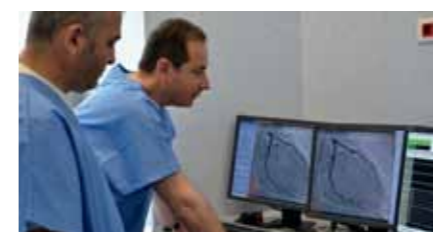
Plata corectă a forței de muncă este o pârghie pentru dezvoltarea sistemului de sănătate, a menținerii forței de muncă și a creșterii calității acesteia.



Spitalul Monza, Centru Cardiovascular
Str. Tony Bulandra, nr. 27 - Sector 2, Cod Poștal 021967 - București
Tel.: 031 225 25 00; Fax.: 031 225 25 80
www.spitalulmonza.ro

male, care să acopere costurile de funcționare a spitalelor, dar și celelalte nevoi ale sistemului, în general, îndeosebi cele legate de formarea personalului medical și de dotare continuă cu tehnologii medicale moderne adecvate fiecărei unități. Pe lângă aceste spitale va funcționa o întregă constelație de ambulatorii centrate pe medicii de familie și specialiști pentru bolile cronice, asigurând astfel monitorizarea activă a populației și o îmbătrânire cât mai sănătoasă. Serviciile de diagnostic și tratament necesare bolilor ce pot fi rezolvate ambulator vor fi disponibile cât mai aproape, din punct de vedere regional, și cât mai devreme, din punctul de vedere al nevoii identificate, iar decontarea serviciilor necesare și prestate va fi corectă ca valoare și volum.

Spitalele nu sunt singurele elemente ce trebuie reformate și repositionate pe tabla furnizorilor de servicii medicale, dar consumând mai mult de jumătate din resurse și implicând peste 40% din personalul medical sunt cheia de boltă a sistemului. Sigur că nu putem reforma numai spitalele, ci trebuie integrate într-un plan amplu, cât mai general, într-o strategie și cu o ierarhizare a direcțiilor de acțiune luând în calcul resursele disponibile și timpul necesar implementării măsurilor asumate.



Sistemul privat de îngrijiri medicale spitalicești este un segment foarte activ în ultimii 10 ani atât prin prisma volumului de activitate, cât și, sau mai ales, prin oferirea unei reale alternative moderne și corecte pentru spitalele publice. Apărute într-o lume în continuă schimbare și fără un orizont definit al sistemului de sănătate, spitalele private s-au dezvoltat și s-au orientat către servicii medicale de nișă și mai puțin către servicii medicale integrate. Spitalele private trebuie privite ca modele de organizare și funcționare, în care legile economiei reale funcționează, unde cererea și oferta sunt fenomene ce participă activ la viața spitalului și la stabilirea nevoii de îngrijire spitalicească. În acest context, spitalele private au cernut atent nevoia de îngrijire exprimată sau identificată, oferind o alternativă pentru ce înseamnă reducerea numărului și duratei internărilor. Fără a absolutiza sau a idealiza, putem spune că spitalele private aduc un mod de funcționare ce poate fi preluat și dezvoltat în sistemul public în ceea ce înseamnă reducerea nevoii de îngrijire medicală spitalicească și transferul ei coordonat către ambulatoriul de specialitate și medicina primară. Transferul se poate face doar în condițiile asigurării aceluiași grad de acoperire a accesului la resursele diagnostice și terapeutice, în aceleași condiții de finanțare sau cofinanțare pentru pacient și cu o formalizare suficient de clară a schemelor de îngrijire. Finanțarea corectă și sustenabilă a sistemului medical în general și mai ales a spitalelor este esențială pentru a nu crea premisele unui comportament incorect al furnizorilor de servicii, în vederea asigurării unor resurse minime necesare funcționării acestora. Standardele de cost și evaluarea costurilor, mai ales, sunt elemente ce periodic asigură feedbackul necesar reglării corecte a mecanismelor de finanțare. Respectul și evaluarea personalului medical sunt foarte importante în menținerea unui sistem de sănătate sănătos. Plata corectă a forței de muncă este o pârghie pentru dezvoltarea sistemului de sănătate, a menținerii forței de muncă și creșterii calității acesteia. Nu este singurul mecanism, dar este unul foarte important, mai ales în contextul actual, în care nu există un raport corect între costurile salariale medii în economie și în sănătate.

Un ultim aspect ce trebuie atins este cel al asigurărilor medicale private, suplimentare sau complementare, ce pot și trebuie să asigure acel plus de finanțare absolut esențial pentru evoluția sistemului. Din păcate, după aproape zece ani de sistem de asigurări de sănătate în România, încă nu avem o distribuție corectă a plătitorilor de asigurări medicale de sănătate, respectiv nu toți cetățenii plătesc, și nu avem o acoperire complementară și/sau suplimentară pentru serviciile din afara pachetului de bază sau pentru acces prioritara. Evident, acestea sunt două direcții de dezvoltare, nu sunt simple și nici lipsite de obstacole, mai ales că s-au conturat deja sisteme alternative ce drenează o mare parte din aceste resurse. ●

În concluzie, cred că sistemul spitalelor private poate fi o importantă sursă de inspirație pentru autoritățile medicale, este un important rezervor de informații medicale și economice pentru fundamentarea politicilor de sănătate și un model sănătos de dezvoltare a unor servicii medicale integrate pe verticală.

Cercetătorii au făcut sistemul cardiovascular mai vizibil și intervențiile chirurgicale mai sigure

Pentru a înțelege și a vedea sistemul cardiovascular mai bine, UE a finanțat Proiectul SCATH (cateterism inteligent), proiect care a dezvoltat noi imagini prin tehnici de detectare, de modelare mecanică și geometrică, fără radiații și alergii.

BOLILE CARDIOVASCULARE SUNT CAUZA CEA MAI FRECVENTĂ DE DECES ÎN UE. Abordarea minim invazivă și cu ajutorul cateterului a câștigat rapid în importanță la tratamentul acestor boli. Reducerea spitalizării și a recuperării rapide a pacientului este factorul major care conduce la succesul diagnosticului și al tratamentului. Posibilitatea de a trata pacienții fragili, care erau considerați inoperabili, constituie un alt argument important. Intervenția în sine este extrem de tehnică și de complexă ca urmare (printre altele) a accesului limitat și a vizualizării deficitare. Chiar și cei mai experimentați specialiști în medicina intervențională sunt provocați zi de zi. Tehnicile imagistice actuale expun pacienții și medicii la niveluri crescute ale radiațiilor, iar substanțele de contrast folosite pentru a îmbunătăți vizualizarea pot provoca reacții alergice.

TEHNICI NOI ÎN CAZUL ÎN CARE AR DEPINDE DE CERCETĂTORII din cadrul proiectului SCATH (finanțat de UE prin Programul Cadru 7), aceste probleme vor aparține în curând de domeniul trecutului. Ei au dezvoltat noi imagini prin tehnici de detectare, de modelare mecanică și geometrică, care, potențial, vor reduce dependența de tehnici bazate pe radiații și vor îmbunătăți potențialul de vizualizare și de înțelegere a sistemului cardiovascular.

Prin fuziunea cu datele senzoriale intraoperatorii, modelele vasculare 3D sunt calculate ca să se deformeze și să se adapteze în timp real, mimând bine forma actuală a vascularizației. Modelele inedite mecanice ale țesutului aortic validate experimental au fost dezvoltate ca să pună într-o nouă lumină relația dintre orientarea fibrei de colagen, stres, "înmuierea" țesuturilor și leziunile tisulare. Eforturile tehnice au permis transferul acestor informații în timp real pentru chirurg, oferind semnale de avertizare atunci când se apropie de regiunile periculoase sau atunci când se ating nivelurile critice de stres.

În strânsă colaborare cu partenerii medicali, a fost dezvoltată o platformă software dedicată furnizării tuturor acestor noi informații, orientată într-un mod intuitiv, accesibil chirurgilor.

ROBOȚII CARE MÂNUIESC CATETERUL ÎMPREUNĂ CU PROGRESLE ÎNREGISTRATE ÎN URMĂRIREA, MODELAREA ȘI ROBOTIZAREA ÎN MANIPULAREA CATETERULUI, SCATH instituie o platformă cuprinzătoare, care nu numai că s-ar putea simplifica, dar și îmbunătăți fiabilitatea și, astfel, siguranța procedurilor de cateterism, și care, de asemenea, ar putea fi de mare valoare în formarea generației actuale și viitoare a specialiștilor intervenționiști. Proiectul SCATH s-a desfășurat în șapte țări: Belgia, Spania, Elveția, Italia, Marea Britanie, Norvegia și Austria. ●

www.scath.net





AGENTIA
NATIONALA
DE PRESA
AGERPRES

24 DE ORE DIN 24

AGERPRES
DIN 1889

Istoria agenției începe în 1889, fiind una din primele instituții media de acest tip din Europa de Est. De-a lungul timpului, AGERPRES s-a remarcat și s-a impus atât în țară, cât și în străinătate, pentru acuratețea, echidistanța și promptitudinea informațiilor furnizate, pentru profesionalismul și seriozitatea echipei sale, pentru flexibilitatea și diversitatea gamei de servicii oferite.

calitate rigoare dinamism performanță

www.agerpres.ro

prezență majoră în informarea corectă a opiniei publice

- ȘTIRI INTERNE ONLINE
- ȘTIRI EXTERNE ONLINE
- ȘTIRI ECONOMICE ONLINE
- ȘTIRI SPORTIVE ONLINE
- ȘTIRI ÎN ENGLEZĂ ONLINE
- ROMANIA ȘI UNIUNEA EUROPEANĂ
- FOTO ONLINE
- MONITORIZARE
- MULTIMEDIA
- BAZA DE DATE AGERPRES


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

MONITORIZARE DE PRESĂ

Serviciile AGERPRES de monitorizare a presei scanează zilnic conținutul publicațiilor naționale, de la presa de informații generale și știri de agenție, la săptămânale și reviste de specialitate, pe baza cuvintelor sau propozițiilor cheie stabilite de client.

- RAPORTUL ZILNIC DE MONITORIZARE A PRESEI SCRISE**
include toate articolele apărute în presa centrală și/sau locală din ziua în curs, acestea fiind grupate după tema de interes definită de cuvintele cheie.
- RAPORTUL ZILNIC DE MONITORIZARE RADIO-TV**
include transcriptul integral sau rezumatul știrilor din domeniul de interes transmise la radio și Tv în ziua precedentă și, la cerere, captura audio/video aferentă.
- RAPORTUL ZILNIC DE MONITORIZARE ONLINE**
cuprinde articolele integrale (sau în rezumat) ce apar pe site-urile solicitate, fiind grupate după cuvintele cheie dorite.
- CLIPPING**
este un raport care conține articolele scanate din domeniul de interes. Acesta poate fi întocmit zilnic/săptămânal/pentru un anumit număr de zile.
- ANALIZA CANTITATIVĂ ȘI CALITATIVĂ**
oferă o imagine de ansamblu a reflectării în presă a domeniului monitorizat atât prin raportul între numărul total de articole din perioada analizată și distribuția pe fiecare publicație cât și prin conținutul numărului de articole pozitive/negative/neutre raportate la acea perioadă.
- MEDIA ALERT**
este un serviciu care are rolul de avertizare a clientului despre difuzarea unor știri ce ar putea afecta într-o manieră negativă imaginea acestuia.
- ANALIZA MEDIA ZILNICĂ / SĂPTĂMĂNALĂ / LUNARĂ**
constă în sinteza și evaluarea globală a actualității românești, în sinteze și corelarea interpretativă a principalelor evenimente. Cuprinde și o secțiune de anunțare a principalelor evenimente ale zilei curente.
- BAZA DE DATE**
vă pune la dispoziție toate rapoartele întocmite pe perioada monitorizării, acestea putând fi consultate oricând doriți, accesând pagina noastră de internet prin intermediul unui cont protejat.

24 DE ORE DIN



Sistemul belgian de îngrijire a sănătății

Dosar de Asigurări de Sănătate

Belgia are un sistem de îngrijire a sănătății mixt, public-privat, cu un sistem de colectare a contribuțiilor pentru sănătate și rambursare a serviciilor medicale organizat de stat, fonduri de asigurări administrate de societăți mutuale nonprofit, private, și furnizori privați de servicii de sănătate. Sistemul este organizat pe principiul solidarității sociale, afilierea la fondurile de asigurări de sănătate fiind obligatorie pentru toți cetățenii pentru a avea acces la servicii medicale, iar plata către furnizorii de servicii medicale este de tip „fee for service”.

DR. Cornelia Scărlătescu



CU O POPULAȚIE DE 10,6 MILIOANE DE LOCUITORI, BELGIA ESTE ÎMPĂRȚITĂ în cele două regiuni principale, Valonia și Flandra, care se diferențiază atât din punct de vedere economic, cât și al limbilor vorbite (franceza și olandeza).

Belgia alocă 10,2% din produsul intern brut pentru cheltuielile legate de sănătate, sistemul fiind finanțat în principal din contribuții atât ale angajatorului (3,8%), cât și ale angajatului (3,55% din venitul brut), precum și din contribuțiile obligatorii virate trimestrial de liber-profesioniști (7,35%). Pacienții finanțează 23,5% din cheltuielile din Sănătate fie prin plăți individuale, corespunzătoare tichetelor moderatoare (out-of pocket money), fie prin plata primelor de asigurare privată de sănătate. Guvernul acordă subvenții rezidenților cu venituri mici.

Sistemul de asigurări sociale de sănătate oferă o acoperire medicală largă, cuprinzătoare a populației, menținând posibilitatea de alegere liberă, de către asigurați, a furnizorilor și a medicilor. Pacienții își pot alege spitalul, medicul sau fondul de sănătate, neexistând un sistem de referință, dar au acces la serviciile medicale numai dacă sunt înrolați, obligatoriu, la una dintre societățile mutuale sau la casele de asigurări existente.

Este un sistem de asigurări sociale obligatorii care acordă un pachet de beneficii acoperitor pentru aproximativ 99% din populație. Sistemul se bazează pe principiul solidarității sociale, contribuțiile pentru sănătate fiind susținute de persoanele active, în funcție de venituri, iar serviciile medicale sunt acordate în funcție de necesități, inclusiv pentru persoanele dependente, pensionari sau persoanele fără ocupație.

The National Institute for Sickness and Disability supraveghează sistemul de sănătate transferând fondurile publice colectate de stat pentru sănătate către societățile mutuale nonprofit, private, care le administrează. Aproximativ 30% dintre belgieni au încheiată, suplimentar, o asigurare privată de sănătate.

National Institute for Sickness and Invalidity Insurance (INAMI/RIZIV) este un organism public nonguvernamental, subordonat Ministerului Afacerilor Sociale, care răspunde de organizarea generală și de managementul financiar al asigurărilor de sănătate. Mutualitățile (societățile mutuale) au în Belgia o istorie îndelungată, care începe încă din sec. al XIX-lea. Ele sunt organizații nonprofit, private, dar au o misiune de interes public.

Sunt organizate în special în funcție de afiliere religioasă sau politică, existând cinci alianțe naționale: National Alliance of Christian mutualities, National Union of Neutral mutualities, National Union of Socialist mutualities, the National Union of Liberal mutualities și the National Union of the Free and Professional mutualities. Există și un Fond Auxiliar, neutru, pentru cei care nu doresc o afiliere pe criterii religioase sau politice.

SOCIETĂȚILE MUTUALE CREȘTINĂ ȘI SOCIALISTĂ DOMINĂ PIATA BELGIANĂ, ACOPERIND APROXIMATIV 45% ȘI, RESPECTIV, 29% DIN POPULAȚIE.

Serviciile de îngrijire medicală în ambulator sunt achitate integral de asigurați, ulterior fiind rambursată, de către societatea mutuală sau casa de asigurări la care este afiliat asiguratul, contravaloarea serviciului, într-un procent mediu de 75% din valoarea acestuia, cu condiția de a se face dovada efectuării prestațiilor medicale.

Pentru serviciile de spitalizare, pacienții trebuie să plătească o sumă în acord cu statutul familial, statutul de angajare și durata spitalizării. Această sumă forfetară variază între 42,58 euro și 5,44 euro/zi (începând de la 1 ianuarie 2013). Serviciile de spitalizare nu sunt achitate de pacienți, exceptând sumele forfetare amintite.

Medicamentele sunt împărțite în șapte clase de rambursare, sistemul de sănătate promovează în special medicamentele generice. Pacienții sunt obligați să achite valoarea coplății care poate ajunge la 80%, statul acoperind diferența de 20-100% din costurile medicației în funcție de clasa căreia îi aparține medicamentul. Medicamentele de clasa A, considerate de risc vital, sunt acoperite 100% de sistemul de asigurări.

Există un plafon al coplăților pentru servicii medicale care este fixat în funcție de categoria socială, de venit și de vârsta asiguratului. Se numește Maximum a facturer (MaF) și este de trei tipuri: individual, social și în funcție de venituri per familie. Dacă valoarea tichetelor moderatoare (coplăților) suportate





de asigurat atinge plafonul stabilit de lege, într-un interval determinat (anul în curs sau pe durata a doi ani, în cazul bolilor cronice), fondul de asigurare de sănătate va rambursa integral valoarea serviciilor medicale efectuate ulterior atingerii plafonului.

Cei mai mulți medici, dentiști, farmaciști și fizioterapeuți sunt liber-profesioniști, independenți, și sunt plătiți într-un sistem de plată per serviciu, la aceleași tarife agreeate la nivel național.

Onorariile și prețurile serviciilor sunt negociate anual la nivel național între National Committee of Sickness Funds și reprezentanții furnizorilor. Există un nomenclator al serviciilor medicale care cuprinde peste 27 de capitole de servicii, tariful practicat și procentul de acoperire de către sistemul de asigurări. În Belgia, există libertatea de adresare directă către orice medic, inclusiv specialist, în orice clinică sau spital. De asemenea, pot fi consultați mai mulți medici pentru aceeași afecțiune. Nu a fost introdus încă dosarul medical electronic, acesta urmează să se implementeze începând cu 2014, astfel că centralizarea serviciilor medicale pentru asigurat este dificilă, iar medicul de familie nu are un rol atât de important ca în celelalte sisteme de îngrijire.

În concluzie, pentru pacienți, avantajele sistemului belgian de sănătate constau în acoperirea cvasitotală a serviciilor medicale din fonduri publice, organizarea acestuia pe principiul solidarității sociale, oferirea de servicii medicale de calitate, unul dintre domeniile de top recunoscute fiind Oncologia, întrucât Belgia este un bastion al cercetării în acest domeniu.

De asemenea, valoarea coplăților este redusă, există libera alegere a medicului și a fondului de asigurare de sănătate și libertatea de a efectua orice tratament solicitat, deoarece plata se face per serviciu medical efectuat și nu per capita. Accesul la sistemul de îngrijiri medicale este facil și echitabil inclusiv pentru rezidenții stabiliți în Belgia (începând cu 1 ianuarie 1998). Asigurările private de sănătate, în acest context, nu au o pondere importantă în sistemul belgian de asigurări, ele acoperă valoarea coplăților (tichetelor moderatoare) și a sumelor forfetare pe care trebuie să le achite pacienții sau cuprind



Administrațiile comunităților regionale (flamandă, franceză sau germană) sunt responsabile de programele de promovare a sănătății și de serviciile de profilaxie.

SPITALELE, CELE MAI MULTE PRIVATE, SUNT PLĂTITE ÎN ACORD CU O SCHEMĂ PROSPECTIVĂ RELAȚIONATĂ DE DIAGNOSTIC (SISTEM DRG). 60% DIN SPITALELE DIN BELGIA SUNT UNITĂȚI NONPROFIT, PRIVATE, ȘI 40% SUNT PUBLICE, EXCEPTÂND O MICĂ PARTE, ORGANIZATE CA SPITALE PRIVATE ORIENTATE SPRE PROFIT.

acoperiri pentru condiții superioare, de confort sau lux, pentru pacient.

Sistemul de sănătate belgian nu oferă însă stimulente de a controla costurile, astfel încât este susceptibil la abuzuri, supraconsumul serviciilor și consumabilelor, escaladarea costurilor și risipă prin cheltuieli nejustificate, inclusiv dezechilibrul acordării serviciilor medicale (excedent de paturi de spital și număr insuficient de paturi pentru îngrijirile pacienților cronici - long term care -) sau tensiuni între medicii din spitale, plătiți per serviciu efectuat, și administratorii bugetului general al spitalului. Introducerea dosarului medical al pacientului și accentuarea rolului medicului de familie în managementul de caz vor reduce fenomenul de „shopping around”, constând din accesarea de către pacienți a oricărui medic specialist, din orice clinică sau spital, solicitarea frecventă a consultațiilor tip second opinion sau solicitarea unor tratamente și investigații de ultimă generație medicului, direct de către pacient. ●



Abilitatea de A NEGOCIA, parte a ADN-ului afacerii dumneavoastră

SUNTEȚI O ORGANIZAȚIE NEGOCIATOARE? ORGANIZAȚIA DUMNEAVOASTRĂ ESTE ADAPTABILĂ, DESCHISĂ, FOCUSATĂ, capabilă de competiție și de supraviețuire într-un mediu competitiv? Scotwork vă poate ajuta să vă transformați afacerea.

Climatul economic curent își pune amprenta pe moralul angajaților? Scotwork poate să re-energizeze echipa, să-i schimbe mentalitatea într-una pozitivă și poate să o înarmeze cu noi instrumente, pentru a gestiona cu ușurință provocările.

Noi definim o ORGANIZAȚIE NEGOCIATOARE ca una care răspunde corect la o serie de întrebări:

Este negocierea în centrul afacerii? Abilitatea de a negocia este văzută ca o competență de bază, de care managerii au nevoie pentru a livra obiectivele organizației? Cultura organizațională încurajează discutarea deschisă a intereselor aflate în conflict? Managerii văd negocierea ca un mijloc prin care își pot atinge obiectivele prioritare în timp ce se aliniază cu nevoile celorlalte părți?

Cum arată un REZULTAT BUN? Angajații organizației înțeleg ce reprezintă un rezultat bun în departamentul lor?

Sunt recompensele pentru performanță aliniate cu atingerea unui rezultat bun? Sunt vânzătorii, cumpărătorii sau cei care implementează înțelegerea motivați și recompensați pentru livrarea celui mai bun rezultat pentru organizație? Sunt diferitele scheme de recompensare aliniate cu rezultatele așteptate?

Organizația apreciază crearea de valoare pe termen lung? Sunt furnizorii și clienții tratați ca parteneri? Beneficiile pe termen lung sunt anulate de performanțele pe termen scurt?

Informațiile și experiența sunt împărtășite în cadrul organizației? Se ține seama și de contextul general sau doar

de datele legate de rezultat? Există procese de colectare a informațiilor calitative legate de negociere, înregistrarea și transformarea lor în învățăminte și punerea lor la dispoziția angajaților?

Există un cadru general și un limbaj comun în negocieri? Pot diferite departamente să comunice în mod eficient despre negocierile lor? Există o înțelegere comună a procesului de negociere? Există un limbaj comun care să permită o evaluare și o raportare eficiente postnegociere?

Există un proces eficient de pregătire înainte de negocierile importante? Există procese de suport, consolidare, încurajare și aplicare a procesului de negociere?

Abilitățile de negociere sunt dezvoltate eficient? Urmează și managerii de top aceleași programe de dezvoltare a abilităților la fel ca subordonații? Se implică managerii în informarea eficientă a participanților înainte de curs, analizează ulterior cele întâmplare, stabilesc planuri de acțiune, pentru a aplica procesul și apoi să măsoare rezultatele?

Scotwork poate oferi servicii complete pentru a vă ajuta afacerea sau o divizie a acesteia să devină o organizație negociatoare eficientă: dezvoltarea abilităților, suport în aplicarea lor într-un mod consistent și oferirea de instrumente de analiză a procesului. ●

www.scotwork.ro



Spitalul Johns Hopkins, numărul 1 în clasamentul spitalelor din SUA

Unele spitale au mai multă experiență atunci când vine vorba despre grija pentru pacienții cu afecțiuni care pun în pericol viața acestora sau pentru cei cu afecțiuni rare. Oamenii care se confruntă cu astfel de probleme de sănătate au nevoie de orientare în acest sens. De aceea, US News & World Report publică anual clasamentul național al celor mai bune spitale din Statele Unite.

DR. Cristina Crintea

CLASAMENTUL ACOPERĂ APROAPE 5.000 DE CENTRE MEDICALE DIN SUA ȘI 16 SPECIALITĂȚI, de la oncologie la neurologie și neurochirurgie. Pentru a face parte din clasament, un spital a trebuit să aibă înscrise cel puțin șase din 16 specialități. Anul acesta, doar 18 spitale au fost prezente în acest top.

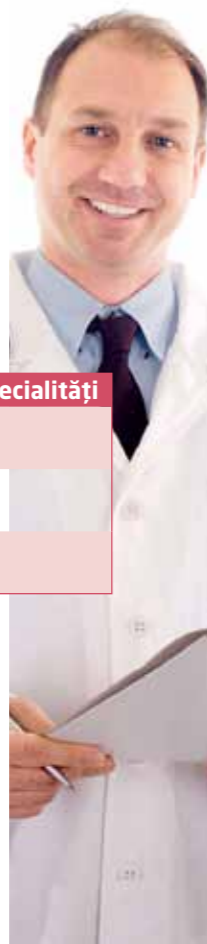
Spitalul Johns Hopkins din Baltimore „a recuperat” locul 1, după ce anul trecut a pierdut o domnie de 21 de ani în fața lui Massachusetts General Hospital din Boston

Loc	Spital	Puncte	Specialități
1	Johns Hopkins Hospital, Baltimore	30	15
2	Massachusetts General Hospital, Boston	29	16
3	Mayo Clinic, Rochester, Minn.	29	15

Spitalele care sunt clasificate la nivel național, în orice specialitate, au calificare și experiență în tratarea cazurilor celor mai complexe și mai solicitante.

Spitalele mai bine cotate într-o specialitate nu reprezintă neapărat cea mai bună alegere. Fiecare cotare evaluează spitalele în funcție de performanțele lor pe o gamă largă de condiții și proceduri.

Aceste clasamente reprezintă un



punct de plecare în informarea pacienților.

A fost examinată performanța fiecărui spital prin prisma diferitelor categorii de date. Unele dintre statistici provin de la MedPAR Medicare și Medicaid Services. Alte informații provin de la Asociația Americană a Spitalelor și de la organizațiile profesionale. Legătura cu calitatea și cu siguranța este evidențiată de unele date statistice utilizate, cum ar fi ratele de deces. Când se discută despre numărul de pacienți și raportul asistente medicale/pacient, această legătură este mai puțin evidentă, dar este totuși susținută de cercetări ample. Sondajul medicilor a jucat, de asemenea, un rol în cotarea spitalului privind reputația, deși a reprezentat mai puțin de o treime din punctajul fiecărui spital.

Fiecare candidat a primit un punctaj total de la 0 la 100, care a fost bazat pe patru elemente: reputația, rata de supraviețuire a pacienților, siguranța pacienților și factorii corelați cu îngrijirea pacienților, cum ar fi numărul de pacienți raportat la cel de asistente.

Reputația specialiștilor (32,5%). În fiecare an, 200 de medici de o anumită specialitate sunt selectați aleatoriu și li se solicită o listă a spitalelor pe care le consideră a fi cele mai bune din specialitatea lor, pentru soluționarea cazurilor complexe sau dificile. Cifra afișată este procentul mediu de răspuns al specialiștilor în 2011, 2012 și 2013.

Supraviețuirea (32,5%). Succesul unui spital în menținerea pacienților în viață a fost judecat prin compararea numărului de pacienți internați, cu anumite afecțiuni, care au murit în termen de 30 de zile de la internare în 2009, 2010 și 2011, cu numărul de pacienți aflați la risc de deces, având în vedere gradul de severitate al bolii. Spitalele au fost marcate cu puncte de la 1 la 10, 10 indicând cea mai mare rată de supraviețuire în raport cu alte spitale, iar 1, cea mai mică.



Siguranța pacienților (5%). Erorile medicale care apar în fiecare spital sunt estimate printr-un scor care reflectă cât de greu funcționează un spital pentru a preveni șase dintre tipurile de greșeli medicale extraordinare. Leziunile în momentele intervenției chirurgicale și sângerările majore postoperatorii sunt două exemple dintre cele șase categorii de erori medicale care au fost luate în considerare în evaluarea spitalelor.

Spitalul Johns Hopkins (SJH) este un spital universitar cu specialități medicale și chirurgicale acreditate de Comisia privind acreditarea serviciilor de reabilitare. SJH are 912 paturi și 46.573 de internări raportate în ultimul an. Au fost efectuate 23.382 de intervenții chirurgicale în cadrul spitalului și 35.024 de intervenții chirurgicale în ambulatoriu.

Evaluarea generală a spitalului rezultată din interpretarea chestionarelor de satisfacție administrate pacienților la externare arată următoarele:

- Mai mult de 77% dintre pacienți au făcut o evaluare bună a spitalului, valoare cu mult mai mare decât media pe stat (64%) și media națională (68%);
- 82% dintre pacienți vor recomanda acest spital familiei

și prietenilor. Aceste valori sunt mult peste media pe stat (67%) și media națională (70%).

SJH a obținut locul 1 pentru următoarele specialități (adulți): ORL, geriatrie, neurologie și neurochirurgie, reumatologie și urologie.

Clasarea Spitalului Johns Hopkins pe primul loc în top confirmă performanța greu de egalat și leadershipul de tradiție al acestei instituții. ●

SJH are 912 paturi și 46.573 de internări raportate în ultimul an. Au fost efectuate 23.382 de intervenții chirurgicale în cadrul spitalului și 35.024 de intervenții chirurgicale în ambulatoriu.

Inegalități în accesul populației la îngrijire medicală

Odată cu căderea comunismului, sistemul de sănătate din România se află într-un proces continuu de schimbare. Diminuarea treptată a resurselor financiare și umane alocate sistemului de sănătate, dispensare și unități spitalicești închise ori deteriorate și fără dotare tehnică, densitatea scăzută a forței de muncă din sănătate¹, trecerea unor părți a costurilor tratamentelor directe sau indirecte către beneficiar, "plata informală" ca metodă "tradițională", în paralel cu lipsa unei strategii care să răspundă nevoilor de sănătate ale populației, au avut ca rezultat o scădere a ofertei și a calității serviciilor medicale, limitând accesul unei categorii mari de populație la serviciile de sănătate, fără a respecta valori și principii prevăzute în normele comunitare și europene în materie², norme asumate de România atât în procesul de aderare la Uniunea Europeană (UE), cât și în calitate de stat membru.

Drd. Daniel Rădulescu,
Școala Doctorală SNSPA
Dr. Georgel Rădulescu,
Director cercetare-dezvoltare, Centrul Romilor
pentru Politici de Sănătate - Sastipen

INEGALITATEA ACCESULUI POPULAȚIEI LA SERVICIILE DE SĂNĂTATE DIN ROMÂNIA se manifestă în mai multe direcții, în principal în ceea ce privește diferențele foarte mari la nivelul dotării cu infrastructură și personal medical, respectiv farmaceutic. Dacă analizăm modul în care sistemul de sănătate distribuie resursele umane și financiare, observăm un decalaj puternic între județe și medii (urban și rural). În urban se regăsește 88,8% din numărul total al spitalelor publice, 91,7% din numărul total al cabinetelor de medicină de familie, 92,3% din centrele de diagnostic și tratament, 79,5% din totalul farmaciilor. În unitățile sanitare menționate anterior își desfășoară activitatea 88,6% din totalul medicilor, 89,9% din personalul sanitar mediu și 88,5% dintre farmaciști. Analizând densitatea personalului medical din urban și rural, în urban revin 35 de medici la 10.000 de locuitori, în rural sunt 6 medici la 10.000 de locuitori, accesul populației din rural, dar în special accesul persoanelor din zone defavorizate la asistența medicală de specialitate fiind foarte redus, în anumite comunități chiar inexistent.³ Din păcate, așa cum reiese din studii, cercetări care analizează accesul populației la servicii de sănătate și îngrijire medicală, România este țara care oferă o situație îngrijorătoare în ceea ce privește principalii indicatori ai stării de sănătate. Percepția cetățenilor față de sistemul de sănătate este una negativă, sistemul de sănătate din România nu evidențiază nicio calitate și, nu în ultimul rând, România se prezintă pe ultimul loc în UE privind cheltuielile publice pentru sănătate pe cap de locuitor, ceea ce confirmă faptul că sistemul de sănătate suferă de subfinanțare cronică,⁴ iar prăpastia dintre

autoritățile sanitare și nevoile de îngrijire ale populației se adâncește ireversibil.

Deși sistemul de sănătate nu este decât unul dintre determinanții sociali ai Sănătății, relația dintre disponibilitatea financiară alocată de guvern și starea de sănătate este mediată de o mulțime de factori. O serie de studii arată că țările în care finanțarea serviciilor de sănătate și a îngrijirii pe termen lung (ex. Franța, Suedia) este la nivel ridicat înregistrează procente scăzute de populație cu sănătate precară (proastă și foarte proastă) și o speranță de viață ridicată. În schimb, populația din țările unde ponderea cheltuielilor cu sănătatea și cu îngrijirea populației este scăzută se declară într-o proporție mai ridicată ca având o stare de sănătate precară și o speranță de viață sănătoasă redusă⁵. Analizând clasamentul privind cheltuielile cu Sănătatea în 12 state membre UE (Franța, Germania, Portugalia, Suedia, Marea Britanie, Spania, Ungaria, Bulgaria, Slovacia, Polonia și România), în anul 2005, am constatat că raportul World Health Organization din 2008, World statistics 2008, plasează România pe ultimul loc în ceea ce privește alocarea resurselor pentru îngrijirea populației.

Dacă, în anul 1990, România avea un sistem medical public, susținut financiar din bugetul de stat și gestionat de Ministerul Sănătății, iar toți cetățenii beneficiau de servicii sanitare în mod gratuit, în perioada tranziției, pe fondul unor condiții materiale precare generalizate la nivelul întregii țări, ulterior având la bază reforma în sănătate, metodologia de funcționare a serviciilor de sănătate, și asistența medicală a fost schimbată, serviciile medicale fiind acordate în baza contribuției la fondul de asigurări de sănătate.

Trecerea la un sistem de sănătate bazat pe asigurare socială de sănătate a reprezentat, din punctul de vedere al decidenților politici, un răspuns la problemele din sistemul de sănătate, fără a lua în calcul numeroasele analize, cercetări științifice ale sociologilor, antropologilor etc., care, printr-o mulțime de rapoarte, indicau nivelul de sărăcie în creștere al populației României. Așa cum arată un studiu efectuat de Ministerul Muncii, Familiei și Protecției Sociale privind sărăcia și incluziunea socială în România, în anul 2009, numărul persoanelor care au beneficiat direct de o formă de protecție socială a fost

În urban se regăsește 88,8% din numărul total al spitalelor publice, 91,7% din numărul total al cabinetelor de medicină de familie, 92,3% din centrele de diagnostic și tratament, 79,5% din totalul farmaciilor.

AȘA CUM ARATĂ UN STUDIU EFECTUAT DE MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI PROTECȚIEI SOCIALE PRIVIND SĂRĂCIA ȘI INCLUZIUNEA SOCIALĂ ÎN ROMÂNIA, ÎN ANUL 2009, NUMĂRUL PERSOANELOR CARE AU BENEFICIAT DIRECT DE O FORMĂ DE PROTECȚIE SOCIALĂ A FOST DE 9,729 MILIOANE, CEEA CE REPREZINTĂ 45,3% DIN POPULAȚIA ROMÂNIEI.

de 9,729 milioane, ceea ce reprezintă 45,3% din populația României. De asemenea, creșterea numărului de șomeri a fost accentuată în 2009: dacă la începutul anului 403.441 de șomeri erau înregistrați la agențiile județene de ocuparea forței de muncă drept șomeri, la 31 decembrie 2009 numărul șomerilor a fost de 709.383 de persoane, reprezentând o creștere gravă, de 305.942 de persoane⁶.

Dificultățile și schimbările economice prin care a trecut România (privatizări, închiderea fabricilor, pierderea locurilor de muncă ș.a.) au dus la deteriorarea accentuată a condițiilor de viață ale populației cu preponderență în rândul categoriilor vulnerabile. În această perioadă, s-a format o categorie importantă a cetățenilor care se află într-o instabilitate socio-economică. Aceștia se află în imposibilitatea de a accesa servicii de asistență medicală din cauza lipsei calității de asigurat social medical, statut obținut prin plata contribuției fie ca salariat, fie prin contribuție directă la fondul național unic de asigurări sociale de sănătate. De asemenea, întâlnim o altă categorie de cetățeni care, deși sunt asigurați, nu își permit costul tratamentelor și/sau accesarea serviciilor medicale performante. Astfel, schimbările din sistemul de sănătate au creat confuzie, frustrare, o percepție negativă în rândul unui segment important din populație față de serviciile oferite de sistemul de sănătate de stat, devenind tot mai vizibile punctele slabe, vulnerabilitățile din sistemul de sănătate, bazate pe imposibilitatea sistemului de sănătate de a acorda asistență medicală de calitate, indiferent de situația socială sau de zona geografică din care provine cetățeanul.

Luând în calcul literatura de specialitate, studii, cercetări care analizează satisfacția cetățenilor față de calitatea sistemului de sănătate⁷, se remarcă cu ușurință faptul că există o îngrijorare în rândul societății românești, o îngrijorare în ceea ce privește oferta serviciilor de sănătate și riscurile creșterii inegalităților în accesul la serviciile de sănătate, fenomen cu efecte pe termen lung asupra stării de sănătate a populației, care se află în contradicție cu principiul echității sociale prevăzut în legislația sanitară românească și europeană. Legislația românească a integrat valorile și principiile menționate în documentele europene, însă, cu toate acestea, accesul echitabil la asistența medicală de bună calitate este numai o promisiune instituționalizată și nu un drept al cetățeanului.

În momentul de față, din perspectiva accesului la serviciile de



sănătate asistăm la o împărțire a populației în două categorii: una care are acces la instituțiile medicale și medicație de calitate, atât în mediul public, cât și în mediul privat, pentru că are resurse și provine din zone geografice dezvoltate, pe de o parte, iar pe de altă parte, o categorie în creștere a populației cu dificultăți în accesarea serviciilor medicale primare și ambulatorii din cauza inexistenței medicilor și a unităților medicale publice din foarte multe zone geografice ale țării, în special din zona rurală.

Tranziția postdecembristă a atras după sine o criză a sistemului sanitar. În toată această perioadă starea de sănătate a populației s-a degradat progresiv, iar majoritatea indicatorilor demografici și de morbiditate înregistrați pentru România face ca unii analiști ai Organizației Mondiale a Sănătății (OMS) și UE să afirme că România stagnează, în ceea ce privește starea de sănătate a populației și performanțele sectorului sanitar,⁸ iar mecanismele create în cadrul reformei în sănătate din România au contribuit la limitarea accesului populației la serviciile de sănătate publică, în special a persoanelor care provin din categorii de populație defavorizate, sărace.

Starea de sănătate și nivelul de sărăcie se află într-un cerc vicios. Din perspectiva sănătății, sărăcia are ca efecte limitarea accesului la îngrijire medicală, vulnerabilitate la factori de risc ș.a.

Raportul privind sărăcia și incluziunea socială în România în anul 2009, realizat de Ministerul Muncii și Protecției Sociale, releva că în anul 2000 sărăcia absolută afecta circa 8 milioane de cetățeni din populația României,

ÎN ANUL 2000 SĂRĂCIA ABSOLUTĂ AFECTA CIRCA 8 MILIOANE DE CETĂȚENI DIN POPULAȚIA ROMÂNIEI, IAR 3 MILIOANE DE CETĂȚENI SE AFLAU ÎN SITUAȚIE DE SĂRĂCIE SEVERĂ.

iar 3 milioane de cetățeni se aflau în situație de sărăcie severă. De asemenea, raportul menționează că persoanele din mediul rural sunt cel mai afectate de sărăcie. Ponderele populației sărace din mediul rural în anul 2008 era de 77,7%. Ratele de sărăcie cele mai ridicate se înregistrează în rândul comunităților cu romi, în anul 2003 fiind săraci circa trei sferturi dintre romi.⁹

Proiecte, strategii și evaluări 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. În numărul următor vă vom prezenta informații cu privire la inegalitățile în accesul populației de etnie romă la îngrijire medicală și încercări de răspuns la unele întrebări arzătoare: care și unde sunt rezultatele implementării politicilor publice pentru romi în domeniul sănătății? Ce consecințe au avut aceste intervenții asupra comunităților de romi? ●

Continuarea în numărul viitor

BIBLIOGRAFIE

- 1 România are cea mai scăzută densitate a medicilor, Riscuri și inechități sociale în România, Administrația Prezidențială – Comisia Prezidențială pentru Analiza Riscurilor Sociale și Demografice.
- 2 Carta Drepturilor Fundamentale a Uniunii Europene, art. 33: „Oricine are dreptul la accesul la serviciile medicale preventive și dreptul de a beneficia de tratament medical”.
- 3 Institutul Național de Statistică, 2007, Anuarul Statistic al României, Activitatea unităților sanitare.
- 4 Riscuri și inechități sociale în România, Administrația Prezidențială – Comisia Prezidențială pentru Analiza Riscurilor Sociale și Demografice.
- 5 Riscuri și inechități sociale în România, Administrația Prezidențială – Comisia Prezidențială pentru Analiza Riscurilor Sociale și Demografice.
- 6 Raport privind sărăcia și incluziunea socială în România în anul 2009, Ministerul Muncii și Protecției Sociale, Direcția Programe Incluziune Socială.
- 7 Barometru de opinie privind serviciile în sănătate realizat în rândul populației din România, 2002, 2003, Centrul pentru Politici și Servicii de Sănătate: Anuarul Statistic al Ministerului Sănătății, 2003, 2004; Starea de sănătate a populației din România, INS, 2001; Riscuri și inechități sociale în România, Administrația Prezidențială – Comisia Prezidențială pentru Analiza Riscurilor Sociale și Demografice.
- 8 Calitatea vieții, XVII, p. 26, sinteză a cercetării „Lupta împotriva TBC în comunitățile cu romi din România”, autor, Ana Bleahu
- 9 Raport privind sărăcia și incluziunea socială în România în anul 2009, Ministerul Muncii și Protecției Sociale, Direcția Programe Incluziune Socială.

Raportul OMS privind sănătatea lumii în anul 2003 prezintă relația dintre sărăcie și starea de sănătate, sărăcie și indicatorii de sănătate. Având în vedere conceptul OMS de abordare a politicilor de sănătate, sărăcia este o sursă a marginalizării sociale, deoarece privează individul de drepturile sale fundamentale de a-și satisface nevoile primare (alimentație și igienă, îngrijire medicală, până la obținerea de medicamente esențiale).

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.

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

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

Revista

POLITICI DE SĂNĂTATE

vă invită la

Vreți să învățați
cum să gestionați
mai bine resursele?

Doriți să dobândiți
cunoștințe privind
elaborarea unor
modele eficiente
de furnizare a
serviciilor medicale?

Health Economics in Action - For Top Health Care Managers

Locurile
sunt limitate.
Înscrieți-vă
cât mai
curând!

Pentru detalii privind taxa
de participare vă rugăm
să trimiteți un e-mail la:
office@politicidesanatare.ro
www.politicidesanatare.ro

19-20 Septembrie 2013 București

PRIMUL MASTERCLASS INTERNAȚIONAL
de Health Economics si Health
Technology Assessment,
la nivel avansat,
din România

Vreți să știți cum să
construiți și aplicați
cele mai frecvent utilizate
metode de cost
eficacitate?

Vă interesează
managementul
riscului în domeniul
medical?

Cursul va fi susținut de doi renumiți specialiști în domeniu:



MALCOLM WHITFIELD

Professor of Health
Economics & Management,
Dean of Research,
Sheffield Hallam University
and Director of the Centre for
Health and social Care Research, UK



ZOLTAN KALO

Associate Professor of
Health Economics,
Director of Health
Economics Research Centre
at Eötvös Loránd University,
Hungary