

# POLITICI DE SĂNĂTATE

PENTRU  
MAI MULTE  
INFORMAȚII,  
SCANAȚI  
QR CODE-UL  
DE MAI JOS



## PREMIANȚI PENTRU VIAȚĂ

Interviu cu Isabela Tudorache, președinte Asociația Parent Project  
pentru Cercetare și Asistență în Distrofia Musculară

#ScoalaPacientilor



**DIAGNOSTIC  
ȘI TRATAMENT:  
PROVOCĂRI ȘI SOLUȚII**

[www.echitateinsanata.ro](http://www.echitateinsanata.ro)

# SUMAR

## decembrie

<b>01</b>	<b>REFORMĂ</b> <b>Isabela Tudorache:</b> Premianți pentru viață	<b>10</b>	<b>Hadi Rahimian:</b> Ne lipsesc protocoalele și mândria națională
<b>07</b>	Măsurile europene pentru dezvoltarea pieței de medicamente generice	<b>12</b>	<b>Călin Bumbuț:</b> Cadrul instituțional ETM, independent de orice interese particulare
<b>08</b>	Colaborarea public - privat: îmbunătățirea mediului de operare	<b>14</b>	Zilele UMF Iași - 138 de ani de învățământ medical superior
<b>10</b>	<b>Nicolae Fotin:</b> BREXIT-ul va încălca și mai mult agenda ANMDM	<b>MANAGEMENT</b>	
<b>14</b>	<b>Dan Dumitrescu:</b> Managementul fondurilor europene din Sănătate	<b>16</b>	<b>Dragoș Davițoiu:</b> „Ar trebui separată finanțarea salariilor de finanțarea actului medical”
<b>16</b>	<b>PHARMA NEWS INTL</b> Industria farma, la raport	<b>18</b>	<b>Victor Strâmbu:</b> Compartiment de urologie la „Carol Davila” - servicii complete pentru bolnavii nefrologi
<b>18</b>	<b>HEALTH NEWS INTL</b> Planul de acțiuni al Comisiei Europene pentru 2018 din „Programul de sănătate 2014-2020”	<b>ADVOCACY</b>	
<b>20</b>	<b>POLITICI NAȚIONALE</b> <b>Eugen Teodorovici:</b> Sănătatea, luată la bani mărunți	<b>50</b>	<b>Forumul European de la Gastein: „Sănătate în toate politicile”</b>
<b>22</b>	<b>Laszlo Attila:</b> „Statutul de asigurat trebuie să primeze, iar pacientul trebuie să aibă posibilitatea de a-și alege medicul”	<b>52</b>	<b>ASPTMR, la cea mai importantă conferință internațională privind tuberculoza</b>
<b>24</b>	<b>Emanuel Ungureanu:</b> „Sistemul nostru este letal pentru bolnavul cronic”	<b>53</b>	<b>Olga Cridland:</b> Asociația PAVEL: soluții și servicii pentru copiii și tinerii bolnavi de cancer
<b>26</b>	<b>Christian Rodseth:</b> Carta Albă - soluții pentru accesul la tratamente inovatoare al pacienților oncologici	<b>54</b>	<b>Radu Gănescu:</b> „Un dialog constant în Sănătate ar putea crește accesul la îngrijiri de calitate”
<b>28</b>	<b>Ruxandra Cernea:</b> O Românie a provocărilor pe drumul spre sănătate	<b>EDITORIAL</b>	
<b>30</b>	<b>EVENIMENT</b> Congresul Clubului Regal al Medicilor - ediția a III-a	<b>56</b>	<b>Cristian Bușoi:</b> „Cum vindicăm sistemul de sănătate din România”
<b>32</b>	<b>Vlad Aristide Prodan:</b> Psihiatrii, în căutarea rețetei perfecte: risc mai mic pentru profesie, grijă mai mare pentru pacienți	<b>57</b>	<b>Richard Constantinescu:</b> Iași. Amintiri din Marele Război
<b>35</b>	<b>Chirurgia cancerului mamar, încotro?</b>	<b>ȘTIINȚIFIC</b>	
		<b>58</b>	<b>Pași concreți pentru a preveni accidentul vascular cerebral în România</b>
		<b>60</b>	<b>Victor Radu:</b> Chirurgia peretelui abdominal, la granița dintre chirurgia generală și chirurgia plastică-reconstructivă
		<b>62</b>	<b>Alexandru Vlad Ciurea:</b> Activități neurochirurgicale de excelență
		<b>64</b>	„Weekend în familie”

**CONSILIUL ȘTIINȚIFIC**  
• Dr. **Cristina Gladys Al Jashi**, director medical Spitalul Clinic de Urgență Sf. Pantelimon  
• Prof. univ. dr. **Petru Armean**, Consilier personal - Cabinet ministru, Ministerul Sănătății  
• Prof. dr. **Leonard Azamfirei**, rector Universitatea de Medicină și Farmacie Tîrgu Mureș  
• Dr. **Cristina Berceanu**, director medical Neolife Medical Center  
• Dr. **Călin Boeru**, medic primar obstetrică-ginecologie  
• Farm. sp. dr. **Ioana Cacovean**  
• Dr. **Theodor Cebotaru**, șef secție Chirurgie cardiacă, Cardiac Center, Spitalul Monza  
• Dr. **Victor Gabriel Clătică**, Spitalul Universitar de Urgență Elias  
• Prof. univ. dr. **Alexandru Vlad Ciurea**, șef secție Neurochirurgie, Spitalul Sanador  
• Prof. dr. **Natalia Cucu**, profesor de biochimie, epigenetică Universitatea București, Departamentul de Genetică, Laboratorul de Epigenetică  
• Conf. univ. dr. **Ion Daniel**, șef Clinică Chirurgie Generală și de Urgență III, Spital Universitar de Urgență, București  
• Prof. univ. dr. **Carmen - Daniela Domnariu**, Facultatea de Medicină, Universitatea „Lucian Blaga” Sibiu  
• Conf. dr. **Doru Hergheliegiu**, director general Spitalul Sanador  
• Dr. **Dana Ionescu**, medic specialist dermatolog  
• Lect. univ. dr. **Gabriela Iorgulescu**, președinte Societatea Academică a Științelor Comportamentale din România  
• Prof. asociat dr. **Dana Jianu**, copreședinte Societatea Internațională de Medicină și Chirurgie Regenerativă  
• Dr. **Ștefan Jianu**, director general Centrul Medical ProEstetica  
• Dr. **Dan Jinga**, medic primar oncologie medicală  
• Dr. **Ion Luchian**, medic primar urologie, Spitalul Județean Ploiești  
• Asist. med. gen. lic. **Doina Carmen Mazilu**, președinte OAMGMAMR - Filiala București  
• Prof. univ. dr. **Florin Mihățan**, șef secție Pneumologie III, Institutul de Pneumoftiziologie „Marius Nasta”  
• Prof. dr. **Eugen Moța**, vicepreședinte Societatea Română de Nefrologie  
• Prof. dr. **Radu Negoescu**, m.o. Academia de Științe Medicale  
• Conf. dr. **Diana Loreta Păun**, consilier de stat Departamentul Sănătate Publică, Administrația Prezidențială  
• Prof. **Franco Piovella**, La Fondazione I.R.C.C.S. Policlinico San Matteo, Pavia, Italia  
• Dr. **Adriana Pistol**, director Centrul Național de Supraveghere și Control al Bolilor Transmisibile  
• Conf. univ. dr. **Daniela Pițigoi**, vicepreședinte Societatea Română de Epidemiologie  
• Prof. dr. **Doina Pleșca**, manager Spitalul Clinic de Copii „DR. V. GOMOIU”  
• Conf. dr. **Radu Florin Popa**, șef Clinica Chirurgie Vasculară, Spitalul Clinic de Urgență „Sf. Spiridon” Iași  
• Prof. dr. **Gabriel Prada**, președinte Societatea Română de Geriatrie și Gerontologie  
• Prof. dr. **Vasile Pușcas**, Universitatea „Babeș-Bolyai” Cluj-Napoca  
• Prof. dr. **Alexandru Rafila**, președinte Societatea Română de Microbiologie  
• Prof. dr. **Dorel Săndesc**, prorector Universitatea de Medicină și Farmacie „Victor Babeș” Timișoara  
• Prof. dr. ing. **Lăcrămioara Stoicu-Tivadar**, președinte Societatea de Informatică Medicală  
• Dr. **Daniela Vâlceanu**, Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfectionare în Domeniul Sanitar București  
• **Paul Vincke**, director general European Healthcare Fraud and Corruption Network  
• Acad. **Victor Voicu**, secretar general Academia Română

## POLITICI DE SĂNĂTATE

Sub auspiciile Equity in Health Institute

**Maria Vasilescu** – publisher  
maria.vasilescu@politicidesanata.ro  
**Alexandra Paiu** – director general  
Quinn - The Medicine Media  
alexandra.paiu@politicidesanata.ro  
**Roxana Maticiu** – redactor-șef  
roxana.maticiu@politicidesanata.ro  
**Valentina Grigore** – manager Școala Pacienților  
valentina.grigore@politicidesanata.ro  
**Dr. Inga Pasesc** – editor coordonator  
Republica Moldova  
**Colaboratori**  
Diana Trașcu, Amali Teodorescu, Andreea Moțoc  
**Foto:** Mihai Adam  
**Marketing&publicitate**  
office@politicidesanata.ro, 0040.723.524.837  
**Layout și prepress:** Alexandru Daniel Neculai  
**Corectură:** Evelin Ceciu / www.corectura.ro  
Adresa: str. Popa Soare nr. 20, sector 2, București

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

ISSN 2501-2576  
ISSN-L 2501-2576

Responsabilitatea pentru conținutul articolelor  
revine exclusiv autorilor.

Interviu cu **Isabela Tudorache**, președintele Asociației Parent  
Proiect pentru Cercetare și Asistență în Distrofia Musculară

# Premianți pentru viață

DE VALENTINA GRIGORE

Cu o frecvență de 1 la 3.500 de nou-născuți de sex masculin, distrofiile musculare de tip Duchenne și Becker (DMD/DMB) reprezintă cea mai frecventă boală gravă a copilului, cu o evoluție progresivă și necesitatea unei îngrijiri (paleative) multidisciplinare pe tot parcursul vieții. Este o boală relativ rară, devastatoare, în care copiii, născuți aparent perfect normali, degenerază treptat, devin invalizi în jurul vârstei de 7-9 ani, necesită scaun cu roțile, apoi aparat de respirație din cauza degenerării mușchilor scheletici și a diafragmei și mor din cauze respiratorii sau cardiace în jurul vârstei de 20 de ani. Deși se estimează existența unui număr de aproximativ 600 de copii

și tineri afectați de DMD/DMB în România, situația reală nu este cunoscută deoarece, la nivel național, nu există programe de asistență și cercetare în acest domeniu, spune Isabela Tudorache, președintele Asociației Parent Project pentru Cercetare și Asistență în Distrofia Musculară, ea însăși mama unui băiat cu boala Duchenne. Abia în ultimii doi ani, odată cu implicarea unor medici inimoși, neurologi pediatri, pneumologi, geneticieni, abordarea acestei maladii severe a început să se schimbe și să construim un management medical multidisciplinar real pentru copii. Dar pentru tinerii cu vârsta de peste 18 ani, situația este total descoperită”.

**Care sunt problemele cu care se confruntă pacienții cu boli neuromusculare – distrofii musculare din România?**

Cea mai mare problemă este sentimentul de singurătate și abandon. Un sentiment de coplesitoare singurătate al familiei în fața unei boli incurabile devastatoare, greu de înțeles prin complexitatea ei, atât pentru medici, cât și pentru comunitate - prieteni, rude, școală... Singurătate în fața unui sistem medical, social și educațional de multe ori inconsistent și incoerent, care seamănă mai mult cu un labirint decât cu un sistem de suport. După stabilirea diagnosticului, părinții află că în câțiva ani copilul lor va muri pentru că nu există niciun tratament. Află că trăiește până la cel mult 22 de ani, dacă nu intervine vreo problemă mai devreme, că, încet, încet, nu va mai putea merge, apoi nu va mai putea mișca mâinile, apoi nu va putea să respire fără aparate și apoi inima îi va ceda. Iar boala

asta genetică distruge încet toate fibrele musculare. Din acel moment al diagnosticului, o durere permanentă și devastatoare, care îți taie respirația ani la rând, îți va restructura viziunea asupra vieții, familiei, profesiei și absolut nimic nu va mai fi înțeles și simțit așa cum era înainte de acel moment.

Problemele cu care ne confruntăm sunt numeroase: diagnostic târziu din cauza lipsei de training specific pentru medicii de familie și pentru neurologii pediatri, tratamente direcționate greșit de diagnostice greșite, lipsa unui protocol național de îngrijire a distrofiilor DMD/DMB, lipsa unui management respirator care să inițieze suport respirator nocturn în faze precoce de apariție a problemelor respiratorii, lipsa unei evaluări profesionale a tipului de scaun rulant și lipsa unor scaune rulante adaptate acestui tip de boală, lipsa unor profesioniști care să explice, să asiste și să ajute familia în îngrijirea la domiciliu a copiilor și tinerilor, dar și la adaptarea

locuinței. Ca și cum toate acestea nu sunt de ajuns, nici măcar încadrarea în grad de dizabilitate nu e ceva coerent și unitar nici între județe, nici măcar în același județ. Uneori, copiii primesc gradul grav, alteleori, nu primesc. Învățământul adaptat și menținerea copilului într-o formă de învățământ sunt și ele o sursă permanentă de îngrijorare și de căutare de soluții din partea părinților.

În țara noastră, nu există vreo clinică de boli neuromusculare, pentru că în școala românească de neurologie există această lipsă de acțiune privind bolile musculare progresive de tip Duchenne și Becker: dacă nu există tratament, înseamnă că nu se poate face nimic. Asta, pentru că miologia nici nu există la noi ca specialitate sau specializare, iar boala e aruncată în domeniul neurologiei, deși sunt afectate celulele musculare, nu celulele sau centrii nervoși.

Distrofia musculară progresivă ajunge să afecteze sistemele locomotor, endocrin, respirator, postura e afec-



ată de scăderea capacității mușchilor de a mai susține coloana vertebrală, apoi sunt afectate sistemul respirator și inima. Pentru toate acestea, e nevoie de o echipă unitară, bine încheată, de medici specialiști, capabili să adapteze tratamentul de susținere la fiecare fază de evoluție a bolii. Ulterior, e nevoie de un sistem social de suport, care să ajute familia să reziste unor ani de eforturi fizice, materiale, financiare, emoționale, de adaptare și întreținere a copilului. Aceste resurse trebuie organizate în jurul familiei, în schimb, la noi familiile aieargă în jurul sistemului ca să obțină un minim de suport.

**Care sunt problemele cu care se confruntă președintele unei astfel de asociații de părinți?**

Noi suntem o asociație la firul ierbii, ivită spontan și bazată pe nevoia stringentă de progres în asistența unei situații dramatice, precum moartea iminentă a copiilor noștri. Nu avem capacitate financiară să plătim personal și birouri

copilului în faza terminală de boală, ceea ce face imposibilă orice altă activitate. Alteori, sunt atâtea probleme și nevoi cu care se confruntă familia, atâtea sperare, încât singurul lucru care ajunge să îi preocupe este rezolvarea acestor nevoi în mod punctual. Strâng bani pentru un tratament sau altul, mai degrabă în speranța apariției unui tratament, își fac asociații în numele copilului, pleacă din țară și renunță la gândul că pot schimba ceva în țară, în folosul fiecărui copil afectat de distrofie.

**Cum ar putea fi îmbunătățit accesul la tratament și la îngrijiri al bolnavilor?**

Avem nevoie ca persoanele de decizie să se angajeze într-o strategie (comună și) coerentă: să înființăm măcar un centru de boli neuromusculare în România, să promovăm și să implementăm un protocol de îngrijire și tratament pentru distrofia musculară DMD/DMB, protocol care să fie declanșat automat și să fie posibil de urmărit de orice medic, din orice colț de țară, după ce copilul a

cei cu afecțiuni neuromusculare care au nevoi similare nouă. Avem numeroase proiecte mai mari sau mai mici, pe care le realizăm mai mult singuri.

Am reușit implementarea unui proiect de formare a unei echipe multidisciplinare de medici la Craiova, prin care am susținut câte un stagiu de perfecționare pentru specialiști din domeniile: cardiologie pediatrică, pneumologie, pediatrie, recuperare și kinetoterapie, neurologie adulți. Am derulat, cu ajutorul unui sponsor, activități de kinetoterapie la domiciliu pentru copiii și tinerii DMD/DMB din localitate. Luna trecută, am început un alt proiect, datorită unui grant de la Ambasada Franței în România. Derulat prin colaborare cu specialiștii de la secția Neurologie pediatrică de la „Victor Gomoiu” și cu cei de la Centrul Regional de Genetică Medicală Dolj, proiectul se numește „Stop pasivității!” și va urmări popularizarea în țara noastră a standardelor de îngrijire acreditate internațional pentru DMD/DMB. Ca servicii directe

**„Consultarea și înglobarea opiniilor pacienților în proiectarea și finanțarea serviciilor medicale și sociale au stat la baza modernizării în toate țările pe care noi acum le admirăm. Asta ar fi inteligent să se întâmple și la noi.**

**Cine credeți că poate ști mai multe despre domeniu decât cel ce îl susține zilnic 24 de ore, 7 zile din 7, ani la rând?”**

pentru activitățile noastre, ne bazăm doar pe voluntariat: din partea părinților, care aleg să se implice în activități dedicate unui bine comun, și din partea medicilor, care ne susțin doar pentru că le pasă de durerea pe care o văd, repetat, în noi. De la începutul activității, am susținut informarea și formarea de specialiști în domeniu, dar de multe ori specialiștii pregătiți emigrează sau se orientează spre domenii ce par mai promițătoare. Familiile tinere, capabile de voluntariat, se orientează și ele spre plecarea din țară. Cei câțiva părinți dedicați care au înțeles că avem nevoie să construim un profil și o voce copiilor noștri, o voce capabilă să influențeze politicile de sănătate, ajung, inevitabil, la momentul de îngrijire continuă a

primit acest diagnostic. Ar fi necesară îmbunătățirea curriculei de formare a medicilor, a kinetoterapeuților, a pneumologilor și înființarea unei specializări în miologie. Formarea trebuie să fie practică și substanțială, nu formală și anacronică, de dragul de a bifa o activitate.

În ultimii doi, trei ani, s-au format câteva echipe de specialiști cu training în acest domeniu, dar e o mare nevoie de sprijin administrativ din partea spitalelor și a legiuitorilor pentru a putea găsi un cadru de funcționare.

**Care sunt proiectele asociației pe care o conduceți?**

Obiectivul nostru central este să susținem îmbunătățirea asistenței și serviciilor pentru toți pacienții cu DMD/DMB din România, precum și pentru

către pacienți și familii, ne dorim crearea unor noi grupuri de suport în București, Sibiu și Cluj-Napoca. Anual, organizăm o mare întâlnire națională cu pacienți, părinți, medici și cu alți specialiști implicați în asistarea copiilor noștri, sub forma unui seminar ce conține informații despre tratament și îngrijire, un dialog fără prejudecăți și bariere și o zonă de comunicare între toți cei interesați de un progres în acest domeniu. Totul depinde însă de găsirea unor surse de finanțare pentru aceste activități și de resursele noastre personale de timp și energie, ca să demonstrăm că pentru progres autentic e nevoie în primul rând de hotărâre, de implicare și de perseverență. Pentru că angajamentul și implicarea părinților sunt totale. 📌



## Măsuri europene pentru dezvoltarea pieței de medicamente generice

DE VALENTINA GRIGORE



Toate țările OECD văd în dezvoltarea pieței de medicamente generice o oportunitate pentru a crește eficiența cheltuielilor farma, dar multe nu exploatează întregul potențial al genericeilor, conform raportului Health at a Glance Europe 2017. Statisticile arată că, în 2015, vânzările de generice au reprezentat mai mult de trei sferturi din volumul total de medicamente vândute în America, Chile, Germania, Noua Zeelandă și Marea Britanie, însă mai puțin de un sfert în Luxemburg, Italia, Austria și Grecia.

Raportul notează că mai multe țări și-au extins eforturile pentru a încuraja vânzarea de generice de la declanșarea crizei economice din 2008 și au fost puse în aplicare stimulente financiare pentru medici, farmaciști și pacienți pentru a dezvolta această piață.

De exemplu, Franța (în 2009 și în 2012) a introdus un sistem de plăți pentru

performanță pentru medicii generaliști care prescriau medicamente generice, în timp ce în Japonia (în 2012), bonusurile financiare au contribuit, de asemenea, la creșterea numărului de generice în prescrierea totală.

Medicamentele generice sunt echivalente terapeutice ale produselor farmaceutice originale ale căror brevete au expirat. Conțin aceeași substanță activă ca produsul original, fiind echivalente din punctul de vedere al dozei, concentrației, căii de administrare, siguranței, eficacității și al indicațiilor terapeutice. „De obicei, un medicament generic este cu 20% - 90% mai puțin costisitor decât originalul. În plus, existența medicamentelor generice la prețuri mai mici scade prețul medicamentelor originale datorită competiției de pe piață, oferind pacienților acces la tratamentul farmaceutic la costuri scăzute” - Asociația Producătorilor de Medicamente Generice din România (APMGR).

### Evaluarea anuală a Comisiei Europene

Rapoartele europene arată că sistemele de sănătate trebuie să se îmbunătățească în termeni de eficiență. Angajamentul UE de a asigura echitatea accesului la asistență medicală este provocat de capacitatea financiară limitată a guvernelor de a acoperi cererea tot mai mare de servicii de asistență medicală. Medicamentele generice și biosimilare oferă cea mai mare oportunitate de a îmbunătăți accesul la medicamente sigure și eficiente.

Guvernele ar trebui să adopte politici privind medicamentele care să sprijine utilizarea de medicamente generice și biosimilare pentru a genera beneficiile susținute ale concurenței pe termen lung. Măsurile de reducere a riscurilor și a costurilor (cum ar fi prețurile externe de referință (ERP), licitațiile unice pentru câștigători, politicile de rambursare / compensare și reducerile de prețuri mandatate) pun în pericol siguranța furnizării medicamentelor și, în cele din urmă, sănătatea pacientului, după cum se subliniază în evaluarea Comisiei asupra situației din România.

Adrian van den Hoven, directorul general al Medicines for Europe, a comentat că „OCDE, Comisia Europeană și Consiliul European au subliniat importanța disponibilității la timp a medicamentelor generice și biosimilare pentru sistemele de sănătate. În acest sens, Medicines for Europe a elaborat un set de recomandări naționale pentru Franța, Italia, Olanda, Spania, Portugalia, Bulgaria și Irlanda în vederea ajutorării UE și a statelor membre să dezvolte politici eficiente care să sprijine accesul pacienților la medicamente.

Pentru a exploata pe deplin potențialul medicamentelor generice și biosimilare, guvernele europene ar trebui să încurajeze concurența pe baza a patru recomandări generale și a unor măsuri specifice țării:

- asigurarea unui mediu de piață previzibil pentru o aprovizionare stabilă de medicamente;
- implementarea de stimulente clare pentru a crește utilizarea medicamentelor generice și biosimilare;
- creșterea eficienței reglementării pentru a promova standarde înalte, reducând birocrăția. 📌



# COLABORAREA PUBLIC-PRIVAT:

## Îmbunătățirea mediului de operare

REVISTA POLITICI DE SĂNĂTATE, ÎN COLABORARE CU MINISTERUL PENTRU MEDIUL DE AFACERI, COMERȚ ȘI ANTREPRENORIAL, A ORGANIZAT MASA ROTUNDĂ CU TEMA „COLABORAREA PUBLIC-PRIVAT: ÎMBUNĂȚIREA MEDIULUI DE OPERARE”. ÎN CADRUL ACESTEI ÎNTÂLNIRI, MINISTRUL ILAN LAUFER, ALĂTURI DE REPREZENTANȚI AI GUVERNULUI ȘI PARLAMENTULUI ROMÂNIEI, ÎMPREUNĂ CU TOP CEO DIN INDUSTRIA FARMACEUTICĂ, A DISCUTAT DESPRE CREAREA UNUI MEDIU DE BUSINESS SĂNĂTOS, STABIL ȘI PREDICTIBIL DIN PUNCT DE VEDERE ECONOMIC ȘI LEGISLATIV, CAPABIL SĂ OFERE CADRUL DEZVOLTĂRII ȘI MULTIPLICĂRII AFACERILOR DIN DOMENIUL FARMACEUTIC. **DE ROXANA MATICIUC**



ÎN CADRUL ÎNTÂLNIRII, REPREZENTANȚII DOMENIULUI FARMACEUTIC AU DISCUTAT DESPRE:

- ▶ nevoia de a face un plan de afaceri bazat pe stabilitate și predictibilitate din punct de vedere economic și legislativ;
- ▶ stabilirea unei legislații de preț valabile pe termen lung (în ultimul an, legislația de preț s-a schimbat de trei ori);
- ▶ respectarea termenelor pentru aprobarea medicamentelor și stabilirea contractelor cost-volum;
- ▶ nevoia de a putea anticipa valoarea taxei clawback.

Contribuția companiilor farma este de sute de milioane de euro la PIB-ul României și de alte sute de milioane de euro regăsite în contribuții din taxe și impozite, printre acestea numărându-se și taxa clawback. Sectorul farmaceutic susține aproximativ 16.000 de locuri de muncă, directe sau indirecte, create prin relațiile cu furnizorii și producătorii de bunuri și servicii.



„Vrem să existe cât mai multe investiții în sectorul farma românesc și ne dorim ca o parte din produsele comercializate

pe piața autohtonă să fie fabricate în România, iar toți producătorii să aibă șanse egale atunci când participă la licitațiile pentru vânzarea produselor lor. Aveți tot sprijinul meu în susținerea inițiativelor ce vor aduce plusvaloare în economia românească, indiferent că vorbim de investiții ale unor companii multinaționale sau de ale celor cu capital românesc”, a declarat **ministrul Ilan Laufer**.



„Companiile care sunt pe piața din România se află aici pentru că pot face business. România a demonstrat, deci, că este o țară în care se poate face profit. Aș vrea să vedem cum putem face să investiți în România și să produceți, de exemplu, măcar o parte din insulină aici, în țară, și de aici să o vindem în afară. Aș face în așa fel încât să vă ajut și să vă încurajez să relocați o parte din producție către România, ca să reducem dependența de spațiul european”, a spus **Eugeniu Teodorovici, președintele Comisiei de buget-finanțe din Senat**.



„Sănătatea este elementul declanșator pentru dezvoltarea economică. Consider că punctul de plecare ar trebui să fie Strategia de sănătate publică, iar ceea ce trebuie să facem acum este să o aplicăm. Sunt foarte multe elemente acolo care ar trebui să constituie regulile după care să se desfășoare activitatea noastră de acum încolo. CNAS a avut în 2016 un buget de

circa 1,8 miliarde de euro pe care l-a acordat domeniului farma. Derulăm 14 programe naționale de sănătate la care au acces circa un milion de pacienți. Ne așteptăm ca sumele totale derulate pe aceste 14 programe să fie de un miliard de euro. N-am acceptat niciodată ușa închisă pe care am avut-o la Ministerul de Finanțe și de fiecare dată am încercat să vin cu o construcție prin care să găsim resurse, în altă parte, atunci când nu s-au înțeles prioritățile”, a declarat **vicepreședintele CNAS, Răzvan Vulcănescu**, în cadrul mesei rotunde.



„Într-adevăr, avem o piață mai reglementată pentru o parte din produse. Cealaltă parte nu prea este reglementată sau pentru ea nu avem deloc legislație, dacă ne uităm la suplimente sau la dispozitivele medicale. Avem nevoie de sprijin interministerial pentru problema integrării furnizorilor privați, în reglementarea finanțării alternative, de regândirea celorlalte surse de finanțare și de optimizarea legislației în domeniul

achizițiilor publice”, a completat **Laszlo Attila, președintele Comisiei pentru sănătate și familie din Senat**.



„Încercăm să eficientizăm activitatea tuturor departamentelor din ANMDM, inclusiv a celui pentru studii clinice. Vrem să venim în întâmpinarea dumneavoastră, să ne ridicăm la înălțimea așteptărilor dumneavoastră”, a declarat **vicepreședintele ANMDM, Alexandru Velicu**.



În urma discuțiilor purtate cu mediul de business farmaceutic, ministrul pentru Mediul de Afaceri a propus ca modul de lucru cu această industrie să fie unul consultativ, cu întâlniri regulate, în care să se discute problemele și să se găsească soluțiile necesare astfel încât statul român să poată ajuta marile companii să investească mai mult în România.

Interviu cu **dr. Nicolae Fotin**, președintele Agenției Naționale  
a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale (ANMDM)

# BREXIT-ul va încărcă și mai mult agenda ANMDM

ESTE PREȘEDINTELE UNEIA DINTRE CELE MAI IMPORTANTE INSTITUȚII DE PE  
TERITORIUL ROMÂNIEI, IAR ACUM, LA FINALUL CELUI DE-AL DOILEA AN DE  
MANDAT, SE POATE MÂNDRI CU O LISTĂ LUNGĂ DE REALIZĂRI ÎN CEEA CE PRIVEȘTE  
MEDICAMENTELE ȘI DISPOZITIVELE MEDICALE. MERITELE I-AU FOST RECUNOSCUTE  
CHIAR DE PREȘEDINTELE ROMÂNIEI, KLAUS IOHANNIS, PRIN DISTINCȚIA OFERITĂ -  
ORDINUL „MERITUL SANITAR” ÎN GRAD DE CAVALER.

DE ROXANA MATICIUC

**La începutul acestui an, ne-ați expus proiectele pentru 2017. Le puteți încadra la realizări acum, la sfârșit de an? Ce priorități sunt încă în așteptare?**

Orice început și orice sfârșit de an înseamnă autoevaluarea realizărilor în raport cu proiectele propuse și analiza priorităților pentru perioada următoare, care pentru noi nu va fi deloc ușoară. Dimpotrivă, va cere din partea tuturor disponibilitatea pentru și mai multă muncă. La o analiză rapidă a realizărilor, aș enumera:

- completarea legislației în vederea monitorizării stocurilor de medicamente în lanțul de distribuție;
- dublarea numărului de inspecții inopinate pentru verificarea respectării Regulilor de Bună Practică de Distribuție;
- dublarea numărului de medicamente incluse în planul anual de testare, pentru o supraveghere mai strictă a calității medicamentului în circuitul de pe piață;

- înregistrarea dispozitivelor medicale în baza națională de date;
- propunerea de completare a Legii 95/2006 în ceea ce privește reglementarea publicității dispozitivelor medicale, pentru care așteptăm observațiile din partea Comisiei Europene;
- continuarea, dar și îmbunătățirea activității de evaluare a tehnologiilor medicale prin modificarea și completarea criteriilor legale de evaluare, în sensul posibilității acordării, anumitor molecule esențiale pentru sănătatea publică, a unui punctaj care să asigure includerea necondiționată în Lista anexă la HG 720/2008.

Angajarea de noi specialiști, existând încă imposibilitatea ocupării celor 43 de posturi vacante, care se adaugă altor 30 posturi preluate de către Ministerul Sănătății, alături de soluționarea întârzierilor în aprobarea desfașurării studiilor clinice, se încadrează însă, în continuare, la priorități în așteptare!

**Ce măsuri ați luat, la nivel național, pentru ca pacienții să aibă parte de**

**tratamentul care le-a fost prescris, în condițiile în care, nu de puține ori, pe parcursul acestui an, au fost mai multe crize cauzate de medicamente lipsă?**

Problema deficitului de medicamente destinate unor afecțiuni (medicamente oncologice, vaccinuri, tuberculostatice și altele) a constituit în ultimii ani un subiect constant de dezbateră pentru autoritățile de profil la nivel național, european și internațional, preluat pe scară largă de media. Diferitele cauze de deficit au fost identificate de specialiști ca fiind: probleme de fabricație, lipsa de materie primă, nivelul ridicat al cererii, reduceri de preț și reduceri de cheltuieli, exportul paralel, politica producătorilor de „stocuri minime – just in time”, reglementările stricte impuse de Directiva medicamentelor falsificate (Directiva 62/2011/UE) și altele.

Articolul 81 din Directiva 2001/83/CE a fost transpus în legislația națională prin Art. 804 alin (2) din Legea 95/2006 republicată, conform căruia deținătorul unei autorizații de punere pe piață (DAPP)



pentru un medicament și distribuitorii angro ai acelui medicament au obligația de a asigura „stocuri adecvate și continue” din acel medicament către farmacii, astfel încât nevoile pacienților din România să fie acoperite, „în condițiile stabilite prin ordin al ministrului sănătății”. În acest context, a fost emis în România:

• **OMS 269/martie 2017** privind obligația de a asigura stocuri adecvate și continue de medicamente. DAPP și distribuitorii angro le revine obligația de a notifica ANMDM cu 10 zile lucrătoare înainte de efectuarea unei livrări intracomunitare, prin completarea declarației pe propria răspundere de respectare a

obligației de serviciu public. Pe pagina de internet a instituției se publică, în maximum 5 zile de la comunicarea notificării, datele de identificare ale medicamentului respectiv (denumire comercială / denumire comună internațională / formă farmaceutică / mărime ambalaj / cantitate / lot), realizând astfel, prin transparentizarea acestor date, posibilitatea intervenției farmaciilor, spitalelor, pacienților cu scopul de prioritizare în aprovizionarea pieței interne cu medicamente.

Modificarea în acest an a **OMS 1345/nov. 2016 privind raportarea zilnică a stocurilor și operațiunilor comerciale efectuate cu medicamentele de uz uman**

**de către distribuitorii angro, importatori, fabricanți și farmacii** astfel încât să fie asigurată cunoașterea de către autorități a realității pieței farmaceutice și baza pentru reevaluarea OMS 269/2017 privind obligația de serviciu public.

**Este al treilea an consecutiv în care, în cadrul ANMDM, funcționează Departamentul de „Evaluare a Tehnologiilor Medicale” (HTA). Care este rezultatul acestui departament, la final de an?**

La începutul anului, ne-am propus, desigur, să dezvoltăm în continuare activitatea HTA, activitate permanentă din 2014, care s-a materializat în șapte actualizări ale Listei medicamentelor

compensate și gratuite, anexa la HG 720/2008. Este vorba de 38 de medicamente nou-incluse în programele naționale de oncologie, de boli transmisibile, de diagnostic și tratament pentru boli rare, de diabet zaharat, precum și de alte medicamente care se adresează reumatologiei, hepatitelor cronice de etiologie virală B, C și D, cirozei hepatice, tratamentul recidivei hepatitei cronice VHB la pacienții cu transplant hepatic, precum și avizarea protocoalelor terapeutice pentru acestea, în contextul în care și acest departament întâmpină diverse provocări, generate în special de deficitul de personal specializat.

**La ce alte medicamente vor avea acces pacienții în regim de compensare și gratuitate, în perioada următoare?**

Departamentul de Evaluare a Tehnologiilor Medicale din cadrul Agenției s-a autosesizat și a evaluat cele nouă medicamente necesare în schemele terapeutice pentru tuberculoză, conform ghidurilor OMS de profil, și care nu sunt incluse în subprogramul de tratament al acestor bolnavi în România. În baza OMS 861/2014, cu criteriile de evaluare complete în sensul includerii medicamentelor TBC în lista de compensate, s-au întocmit rapoartele de evaluare și s-au emis deciziile de includere necondiționată în Lista de medicamente compensate și gratuite, anexa la HG 720/2008, pentru cele nouă denumiri comune internaționale (DCI). Urmează, așadar, ca Ministerul Sănătății să propună modificarea și completarea HG 720/2008, prin care aceste DCI se vor introduce în Programul Național de Boli Transmisibile, Subprogramul de tratament al bolnavilor cu tuberculoză.

**În ultimele luni, s-a scris foarte mult despre BREXIT și despre consecințele asupra țărilor europene. Din punctul dumneavoastră de vedere, putem vorbi despre un impact real al BREXIT-ului asupra României?**

Sigur că putem vorbi, Agenția deja resimțind acest impact prin creșterea numărului de cereri de a prelua încă de pe acum procedurile gestionate pînă de curînd de către UK. Astfel, Agenția va trebui să facă față și acestei provocări fără a se deturna de la îndeplinirea misiunii sale curente. La nivelul UE, se urmărește

crearea unui cadru de lucru care să permită o abordare coordonată pentru un transfer lin al responsabilităților Marii Britanii (UK) către statele membre rămase în Spațiul Economic European. O consecință logică a acestui proces o reprezintă noi eforturi cărora trebuie să le facă față ANMDM, alături de celelalte autorități naționale, pentru asigurarea **necesarului de instruire și resurse umane suplimentare**, în măsură să preia responsabilitățile redistribuite.

ANMDM va desfășura o activitate suplimentară pe toate ariile sale de competență (autorizare, farmacovigilență, inspecție farmaceutică, dispozitive medicale), în conformitate cu noile ghiduri procedurale adoptate la nivelul grupurilor și comitetelor de lucru ale organismelor europene de profil, prin consens sau, la cererea Grupului de coordonare BREXIT, prin vot majoritar.

În cadrul dezbaterilor la nivel european, s-au propus și s-au dezbătut mai multe scenarii în acest sens, analizându-se avantajele și dezavantajele fiecăruia. Este vorba despre un număr mare de proceduri de autorizare de punere pe piață (în cadrul procedurilor europene descentralizate și de recunoaștere mutuală) în care UK a fost desemnată ca Stat Membru de Referință (SMR) - respectiv 3.435 de proceduri, la care, în mod evident, trebuie făcută schimbarea SMR cu unul dintre Statele Membre Interesate (SMI). Astfel, o parte din volumul activității suplimentare va reveni parțial și ANMDM. În cazul celor 1.109 proceduri în care există un singur SMI, acesta va deveni noul SMR. În cazul celor 2.326 de proceduri în care sunt mai multe SMI, un scenariu posibil este distribuirea egală între state. Este astfel o oportunitate pentru statele mai puțin implicate pînă acum în această activitate ca România să-și asume un rol mai proeminent în cadrul Rețelei Europene de Reglementare a medicamentului. Dacă în primii ani de la aderare puteam justifica neimplicarea în procedura centralizată de evaluare și implicarea redusă ca SMR în procedurile europene, ulterior, lipsa acută de personal cu înaltă calificare a reprezentat cauza primordială. Chiar și în aceste condiții,

în ultimele luni specialiștii noștri s-au angajat deja în mai multe proceduri centralizate de evaluare, ceea ce oferă posibilitatea de a lucra în cadrul unei echipe multinaționale de evaluare.

**În domeniul dispozitivelor medicale (DM):**

- DM înregistrate în baza națională de date, ai căror reprezentanți autorizați pe teritoriul UE au sediul în UK, nu vor mai putea fi puse în funcțiune pînă când producătorul cu sediul în afara UE nu apelează la un alt reprezentant autorizat din UE care să efectueze în numele său toate formalitățile care preced punerea în funcțiune a DM. Toate înregistrările din baza națională de date vor fi revizuite pe baza noilor informații primite;
- Producătorii din UK nu vor mai putea aplica marcaj CE pe DM, pînă când nu vor avea un reprezentant autorizat cu sediul în UE. Toate înregistrările din baza națională de date vor fi revizuite pe măsură ce vor fi disponibile informații noi;
- Furnizorii de servicii cu sediul în UK nu vor mai putea presta în UE, ceea ce va necesita revizuirea bazei de date a ANMDM și în acest sens.

**În semn de recunoaștere și apreciere a activității dumneavoastră, ați primit o înaltă distincție din partea președintelui Klaus Iohannis, cu ocazia Zilei Naționale a României. Felicitări!**

Vă mulțumesc. Am avut, într-adevăr, deosebita onoare de a primi din partea președintelui României Ordinul „Meritul Sanitar” în grad de Cavaler – o înaltă distincție care, ca lider al ANMDM, mă obligă, desigur, atât pe mine, cât și pe colegii mei, la continuarea cu aceeași determinare a activității noastre pe toate ariile de competență ale Agenției. Vreau să profit de prilejul pe care mi-l oferiți pentru a mulțumi încă o dată tuturor autorităților statului și partenerilor Agenției care au susținut proiectul de țară în care ne-am implicat și care au înțeles că, indiferent de rezultatul final al votului, candidatura pentru relocarea EMA nu este goana după un trofeu, ci demonstrarea unei voințe de implicare totală și autodepășire. 🇷🇴



## POWERFUL SUBTLETY

Stop for a moment to think about your fight against cancer. Look at it differently. Take a new approach. Start mixing things up. We did.

To develop the Halcyon™ system, we considered all the possibilities—and the impossibilities—to design a patient-centered radiotherapy treatment system that's focused on the essentials your clinic needs to deliver a high quality of care.

We set out to rethink the way we approached radiotherapy, so you can redefine the way you fight cancer.

We can't wait to see what you achieve.

Learn more at [Varian.com/Halcyon](https://www.varian.com/halcyon)

Safety Information: Radiation may cause side effects and may not be appropriate for all cancers. 510(k) pending. CE marked. Not available in all markets. © 2017 Varian Medical Systems, Inc. Varian and Varian Medical Systems are registered trademarks, and Halcyon is a trademark of Varian Medical Systems, Inc.

**VARIAN**  
medical systems

# Managementul FONDURILOR EUROPENE din Sănătate

ÎN PERIOADA DE PROGRAMARE 2014-2020, DOMENIUL SĂNĂTATE BENEFICIAZĂ DE ALOCĂRI DEDICATE DIN FONDURILE EUROPENE STRUCTURALE ȘI DE INVESTIȚII. ASTFEL, PROGRAMELE OPERAȚIONALE AFERENTE PERIOADEI 2014-2020 PREVĂD ALOCĂRI SPECIFICE PENTRU ACEST DOMENIU ÎN MAI MULTE PROGRAME: PROGRAMUL OPERAȚIONAL REGIONAL, PROGRAMUL OPERAȚIONAL CAPITAL UMAN, PROGRAMUL OPERAȚIONAL COMPETITIVITATE, PROGRAMUL NAȚIONAL PENTRU DEZVOLTARE RURALĂ. DE DAN DUMITRESCU

Anumite domenii care vor fi sprijinite prin FESI reprezintă o premieră în finanțările nerambursabile din România. De exemplu, aproximativ 140 de milioane de euro (contribuție UE și contribuție națională) sunt alocate din POCU pentru implementarea de programe de screening al populației în domenii precum: tuberculoză, cancer de col uterin, cancer de sân, cancer colorectal, programe de îngrijire a gravidei și copilului, boli hepatice cronice secundare infecțiilor virale cu virusuri hepatitice B/D și C, boli cardiovasculare. Majoritatea programelor de screening include nu numai depistarea precoce, ci și diagnostic și tratament precoce.

Ghidurile solicitantului pentru aceste programe de screening au avut ca reper *Ghidurile Europene de Asigurare a Calității în programele de screening și prevăd ca activități eligibile, premergătoare măsurilor de depistare, diagnostic și tratament precoce, elaborarea de metodologii de screening, inclusiv prin acces la expertiza altor state membre, formarea personalului implicat în aceste programe, precum și campanii de conștientizare a persoanelor din grupul-țintă.*

În perioada imediat următoare, dar nu mai târziu de finalul anului curent, două proiecte de importanță națională, derulate de Institutul de Pneumoftizio-

logie „Marius Nasta”, *Consolidarea controlului tuberculozei în România prin creșterea competențelor profesioniștilor din domeniul TB și Organizarea de programe de depistare precoce (screening), diagnostic și tratament precoce al tuberculozei, inclusiv al tuberculozei latente, în valoare totală de aproximativ 18 milioane de euro, vor fi contractate, urmând ca la începutul anului 2018 să intre în implementare. Acestea reprezintă două surse prioritare de finanțare pentru programul de tuberculoză și vin în sprijinul bolnavilor din România.*

În discuțiile inițiate de Ministerul Sănătății cu promotorii proiectelor finanțate prin POCU, în marea majoritate instituții medicale publice, au fost evidențiate problemele care pot apărea în implementarea proiectelor nerambursabile generate de prevederile Legii nr. 153/2017, precum: imposibilitatea sau dificultăți în asimilarea funcțiilor din cadrul proiectelor cu finanțare nerambursabilă cu cele din cadrul instituțiilor medicale publice, remunerări diferențiate ale persoanelor care ocupă aceeași funcție pentru personalul angajat de solicitant în raport cu personalul angajat în ONG-uri și în organizații private.

Aceste situații ar fi putut avea drept consecințe migrarea personalului, care are competențe în



DAN  
DUMITRESCU,  
SECRETAR DE STAT  
ÎN MINISTERUL  
SĂNĂTĂȚII

domeniul managementului proiectelor europene, de la instituții publice către instituții private, precum și dificultăți în absorbția fondurilor nerambursabile, implicat în domeniul Sănătății, efortul bugetar al implementării acestor programe din bugetul de stat fiind incomparabil mai mare, necesitatea lansării acestor programe de screening fiind evidentă.

În acest context, Ministerul Sănătății, beneficiind de întreg suportul Ministerului Fondurilor Europene, prin ministrul Marius Nica, a inițiat modificarea Legii nr. 153/2017, principalele modificări fiind cele care prevăd salarizarea personalului angajat în afara organigramei, pe perioadă determinată, la tarifele orare prevăzute în cererile de finanțare și ghidul solicitantului, condiții generale și specifice aplicabile, precum și remunerarea personalului din

instituțiile și/ sau autoritățile publice nominalizate în echipele de proiecte finanțate din fonduri europene nerambursabile prin majorarea salariilor de bază, a indemnizațiilor de încadrare cu până la 50%, indiferent de numărul de proiecte în care este încadrat, nemaifiind necesar ca aceste cheltuieli de personal să fie eligibile și, implicit, rambursate din fonduri europene.

Această modificare este una benefică nu doar datorită faptului că persoanele implicate în proiectele cu finanțare europeană vor fi salariate apropiat de standardele europene și conform muncii depuse pentru buna desfășurare a acestor proiecte, dar și datorită faptului că odată cu această creștere salarială, cresc și contribuțiile pe care aceste persoane le varsă lunar la bugetul de stat, sub formă de contribuții. ■

# Industria farma, la raport

DE ROXANA MATICIUC

## Viiv începe studiile clinice cu preparate injectabile pentru prevenirea HIV la femei

Terapia cu medicamente injectabile împotriva virusului HIV de la Viiv Healthcare (compania rezultată din parteneriatul dintre GSK și Pfizer) ar putea oferi femeilor un nou mod de a se proteja și de a nu lua virusul HIV, de exemplu în cazul în care partenerul lor refuză să poarte prezervativul.

Specialistul în această afecțiune a început să recruteze femei active din Africa Subsahariană în studiul HPTN 084, care va examina dacă injecțiile administrate la fiecare două luni pot apăra împotriva răspândirii virusului, precum și administrarea zilnică de Truvada (emtricitabină și tenofovir disoproxil), o terapie de la Gilead cu profilaxie preexponere (PrEP).

## Bayer obține date clinice pentru a susține acordul cu Loxo de 1,5 miliarde de dolari

Bayer a raportat date pozitive despre larotrectinib, unul dintre cele două substanțe pentru cancer autorizate de Loxo Oncology într-o afacere de 1,5 miliarde de dolari luna trecută, la copiii cu o formă anume de cancer. Aceasta este prima parte dintr-un studiu clinic care trebuie raportat pentru larotrectinib. Bayer

a plătit deja un avans de 400 de milioane pentru cele două substanțe, chiar dacă datele provin dintr-un mic studiu care a inclus 24 de pacienți.

Inhibitorul TRK a atins o rată de răspuns generală de 93% la 17 pacienți evaluabili în cadrul studiului SCOUT, care a implicat copii cu cancer asociat cu fuziunea TRK, un semnal molecular legat de creșterea necontrolată a celulelor, care este evident într-o gamă largă de tumori, inclusiv fibrosarcomul infantil, cancerul tiroidian și diferite sarcoame de țesuturi moi, dar care reprezintă în mod colectiv mai puțin de 1% din toate cazurile de cancer.

## Noro Nordisk primește aprobarea FDA pentru ricalul lui Lilly, Trulicity

FDA a aprobat Ozempic GLP-1, de Novo Nordisk, administrat o dată pe săptămână, pentru diabetul de tip 2, creând un conflict de marketing cu rivalul Trulicity al lui Eli Lilly. Ozempic (semaglutid) a fost aprobat ca adjuvant al dietei și exercițiului pentru îmbunătățirea controlului zahărului din sânge la adulții cu diabet zaharat de tip 2, după un vot unanim al unui comitet consultativ al FDA, în octombrie.

EvaluatePharma a prezis că Ozempic ar putea deveni un produs de 2,2 miliarde de dolari până în 2022, în timp ce alți analiști cred că ar putea face mai bine și că va ajunge la 3 miliarde de dolari. Aceasta ar putea reprezenta o mare amenințare concurențială pentru Trulicity, unul dintre cele mai performante produse ale Lilly, vânzările crescând cu 135% până la 1,38 miliarde de dolari în primele nouă luni ale anului, în principal datorită avantajului său de dozare față de medicamentele GLP-1 zilnice, precum Victoza (liraglutidă).

## Joerg Moeller va fi șeful departamentului R&D de la Bayer

Bayer își modernizează structura, combinând toate unitățile de cercetare într-o singură divizie de R&D, care va fi condusă de Joerg Moeller, actualul șef de dezvoltare. Restructurarea înseamnă că Andreas Busch – actualul șef al departamentului de dezvoltare al companiei germane – se pregătește să plece din companie, el având deja o poziție de senior în Shire, unde va prelua funcția de șef al departamentului de R&D și Chief Scientific Officer.

Moeller, care a fost șeful diviziei farmaceutice Bayer din 2014, preia oficial noul rol la 1 ianuarie. El va supraveghea diviziunea consolidată de cercetare și dezvoltare care a adunat programele Bayer din domeniile: cardiologie, ginecologie, oftalmologie și hematologie, precum și oncologie, care a fost ridicată ca prioritate pentru companie atunci când a creat o unitate strategică de afaceri orientată spre cancer, la începutul acestui an.

## Mylan primește OK-ul din partea FDA pentru primul biosimilar pentru Herceptin

Mylan a devenit prima companie farmaceutică care a câștigat aprobarea americană pentru un biosimilar al anticorpului anticancer de la Roche, Herceptin. Biosimilarul - dezvoltat de Mylan și Biocon, numit Ogivri (trastuzumab-dkst) - a fost aprobat de FDA pentru cancerul de stomac și cancerul de sân HER2-pozitiv sau metastazat, cu aceleași indicații ca Herceptin, care au adus vânzări de aproape 7 miliarde de dolari anul trecut, din care 2,5 miliarde de dolari de pe piața americană.

În timp, Mylan păstrează tăcerea cu privire la planurile sale de comercializare, unii analiști au sugerat că vor începe să curgă veniturile din vânzarea acestui tratament începând cu anul 2019 - anul în care expiră brevetul american al Roche privind Herceptin.

## FDA aprobă schimbarea etichetei pentru medicamentul pentru inimă Repatha, de la Amgen

Autoritățile americane au aprobat Repatha de la Amgen ca primul inhibitor al PCSK9 pentru a preveni atacurile de inimă, accidente vasculare cerebrale și revascularizările coronariene la adulții cu boli cardiovasculare. Autoritatea de reglementare a extins utilizarea medicamentului pe baza datelor de la studiul FDF-271664, care a arătat că Repatha (evolocumab) a redus riscul de atac de cord cu 27%, riscul de accident vascular cerebral cu 21% și riscul de boală coronariană cu 22%.

„În ciuda tratamentului cu cea mai bună terapie curentă, mulți pacienți sunt încă la risc ridicat pentru evenimente cardiovasculare. Medicii au acum o nouă opțiune de tratament, aprobată de FDA, pentru a preveni evenimente cardiovasculare

prin reducerea drastică a colesterolului LDL cu Repatha”, a declarat Sean Harper, vicepreședinte executiv al departamentului R&D la Amgen.

## Sanofi încheie dezvoltarea vaccinului pentru Clostridium difficile

Sanofi a pus punct vaccinului experimental împotriva Clostridium difficile, după ce o analiză intermediară a unui studiu în stadiu târziu a concluzionat că este puțin probabil ca țintele-cheie să fie îndeplinite. Studiul de fază III Cdiffense este conceput pentru a testa eficacitatea și siguranța unui vaccin toxoid candidat într-o subpopulație cu risc de infecție cu Clostridium difficile.

Sanofi a declarat, pe baza analizei Comisiei Independente de Monitorizare a Datelor (IDMC), că a decis să întrerupă dezvoltarea clinică a vaccinului și că se va concentra pe șase proiecte importante în curs de dezvoltare, privind alte vaccinuri.

## Medicamentul de la Merck și cel de la Pfizer, Bavencio PD-L1, fuzionează în studiul de fază III

Fiind deja pe piața imuno-oncologică, Merck KGaA și inhibitorul PD-L1, Bavencio, de la Pfizer, au înregistrat un eșec în ceea ce privește studiul clinic în cancerul de stomac.

Bavencio (avelumab) nu a reușit să îmbunătățească supraviețuirea globală în comparație cu chimioterapia standard, atunci când a fost administrat ca tratament terț pentru pacienții cu cancer gastric avansat în studiul JAVELIN Gastric 300.

Medicamentul este deja aprobat ca tratament pentru cancerul cu celule Merkel și ca terapie de a doua linie pentru cancerul vezicii urinare (carcinom urothelial metastatic), dar Pfizer și Merck speră să adauge un flux constant de noi indicații pentru un produs care este văzut la fel de important pentru perspectivele de creștere ale ambelor companii.

## Heparina inhalată prezintă potențial în boala pulmonară

Veterană în subțierea sângelui, heparina se pare că este utilă și persoanelor cu probleme la plămâni. Într-un studiu făcut în Marea Britanie, s-a arătat că heparina a ajutat la îmbunătățirea respirației atunci când a fost inhalată de pacienți cu boală pulmonară obstructivă cronică (BPOC).

BPOC - un termen-umbrelă folosit pentru a descrie pierderea progresivă a funcției pulmonare și limitarea fluxului de aer din cauza condițiilor care includ emfizemul și bronșiolita - este diagnosticată în prezent în Regatul Unit la fiecare cinci minute, dar nu există niciun remediu sau tratament pentru stoparea agravării simptomelor.

Noua cercetare condusă de Universitatea din Portsmouth a arătat că heparina nebulizată a făcut o îmbunătățire semnificativă din punct de vedere clinic (mai mult de 10%) în funcția pulmonară, măsurată prin cantitatea de aer expirat forțat prin plămâni, într-o secundă după ce a fost absorbită cel mai adânc posibil. ☑

Dacă doriți să fiți la curent cu cele mai noi știri din industria farma, de acum vă puteți abona la newsletterul farma săptămânal. Pentru detalii, aveți la dispoziție adresa de e-mail: [office@politicidesanatate.ro](mailto:office@politicidesanatate.ro)

PLANUL DE ACȚIUNI AL COMISIEI  
EUROPENE PENTRU 2018 DIN

# „Programul de sănătate 2014-2020”

COMISIA EUROPEANĂ A ADOPTAT ÎN LUNA DECEMBRIE STRATEGIILE PROGRAMULUI DE SĂNĂTATE PENTRU ANUL 2018, CARE STABILEȘTE PRIORITĂȚILE ȘI ACȚIUNILE CARE TREBUIE ÎNTREPRINSE ÎN CURSUL ANULUI URMĂTOR. BUGETUL GLOBAL PENTRU ANUL 2018 ESTE PUȚIN PESTE 62 DE MILIOANE DE EURO, 64% DIN ACESTA FIIND ALOCAT GRANTURILOR, 24% PENTRU ACHIZIȚII PUBLICE ȘI 12% PENTRU ALTE ACȚIUNI, INCLUSIV PREMII. DE ROXANA MATICIUC



## Planul de acțiuni se va concentra pe domenii prioritare precum:

- ▶ sprijinirea rețelelor europene de referință pentru bolile rare și complexe (29% din buget);
- ▶ promovarea sănătății și prevenirea bolilor cronice și majore (15%);
- ▶ consolidarea pregătirii și a răspunsului la amenințările grave de sănătate transfrontaliere (15%);
- ▶ implementarea legislației UE privind dispozitivele medicale (7%).

În cadrul bugetului general operațional destinat granturilor, vor fi rezervate aproape 21 de milioane de euro pentru proiecte, iar rata maximă pentru cofinanțarea UE este de 60%. Cu toate acestea, procentul poate fi de până la 80%, dacă o propunere îndeplinește criteriile pentru o utilitate excepțională.

Vytenis Andriukaitis, comisarul pentru sănătate și siguranță alimentară, a declarat: „Salut adoptarea Programului de lucru 2018 din Programul pentru Sănătate 2014-2020. Bugetul nostru este relativ modest, dar intenționez să sprijin acțiuni care să aducă valoare adăugată Uniunii Europene, cum ar fi conectarea expertizelor privind bolile rare și pregătirea unei acțiuni bine puse la punct în cazul unei amenințări grave de sănătate transfrontaliere, ceea ce poate aduce o deosebită importanță sănătății și bunăstării cetățenilor europeni.”

## Premii

În planul de lucru sunt cuprinse și alocări bugetare rezervate premiilor pentru ONG-urile din Sănătate, sumă care se

ridică la 60.000 de euro. Proiectele acestor ONG-uri trebuie să se concentreze pe practicile și pe intervențiile care sprijină implementarea obiectivelor privind dezvoltarea durabilă în subiectele prioritare de sănătate alese de Grupul de coordonare privind promovarea sănătății, prevenția și managementul bolilor netransmisibile sau de Comitetul de Securitate în Sănătate.

Toate subvențiile pentru proiecte vor fi implementate prin intermediul unei cereri de propuneri, organizată și gestionată de Agenția Executivă pentru Consumatori, Sănătate, Agricultură și Alimentație (CHAFEA), care va fi lansată în prima jumătate a anului 2018.

Cu un buget total de aproape 450 de milioane de euro pentru perioada 2014-2020, Programul pentru Sănătate este principalul instrument financiar pentru coordonarea politicilor în domeniul sănătății și sprijină și completează eforturile statelor membre în vederea realizării priorităților majore ale Comisiei. Acest lucru se realizează prin urmărirea a patru obiective specifice:

- ▶ promovarea sănătății, prevenirea bolilor și promovarea mediilor de susținere pentru un stil de viață sănătos;
- ▶ să protejeze cetățenii de amenințările grave de sănătate transfrontaliere prin identificarea și dezvoltarea de abordări coerente și prin promovarea punerii în aplicare a acestora pentru o mai bună pregătire și coordonare în cazurile de urgență în materie de sănătate;
- ▶ sprijinirea consolidării capacității de sănătate publică și contribuția la sisteme de sănătate inovatoare, eficiente și durabile;
- ▶ facilitarea accesului cetățenilor UE la o asistență medicală mai bună și mai sigură, sporind accesul la expertiza medicală. 📌

# SĂNĂTATEA, luată la bani mărunți

DE ROXANA MATICIUC

**Luând Sănătatea ca business, cât de bune sunt investițiile pe care le facem, comparativ cu rezultatele pe care le avem?**

Eu am o idee mai veche pe zona de Sănătate. De exemplu, aș face un screening în rândul tuturor persoanelor cu vârsta între 0 și 18 ani pentru a ști exact ce tip de afecțiune au, fiecare, fie că vorbim despre dizabilități sau despre orice altă boală, pentru că vorbim despre un segment care reprezintă viitorul țării. Eu întotdeauna îmbin partea umană cu partea de business. Dacă știu problema, pot să investesc la timp pentru a o remedia.

Apoi, aș vrea să văd exact câți dintre acești pacienți pot fi tratați în țară și câți în străinătate, pentru că în funcție de acest lucru se poate stabili impactul bugetar. Și chiar dacă rezultă niște costuri foarte mari, pe termen lung avem de câștigat. Peste cinci-șapte-zece ani, pacientul este recuperat și devine o persoană care poate intra în câmpul muncii, iar o persoană activă reprezintă un avantaj pentru societate: gândește pozitiv, are un comportament bun cu cei din jur, poate că este chiar cap de familie.

Toate acestea sunt lucruri care nu pot fi cuantificate de cineva care este strict contabil. Chiar dacă am avea nevoie, de exemplu, de miliarde de lei, părerea mea este că nu ar trebui să conteze. În acel caz, ar trebui purtată o discuție dură cu cei de la Comisia Europeană, pentru a justifica depășirea deficitului bugetar: le comunicăm faptul că nu există nicio regulă națională sau internațională atunci când vine vorba de sănătatea

cetățenilor. Poate că sună populist, însă eu asta gândesc, o simt sută la sută și o spun public. Mai mult decât atât, faptul că o parte dintre aceste cazuri le rezolv în afara țării, pentru celelalte state europene înseamnă venituri care pleacă de la noi către ele, deci avem încă un element de negociere în acceptarea unui astfel de deficit, mai ales că sunt situații când, pentru o anumită perioadă și pentru un motiv clar, se poate depăși un nivel al deficitului.

**Dumneavoastră susțineți foarte mult dezvoltarea industriei locale. Ce se poate face în Sănătate, din acest punct de vedere?**

Din punct de vedere economic, eu am nevoie să produc în România ceea ce astăzi cumpăr din alte țări și, după ce satisfac nevoia internă, să export. Pot să fac acest lucru fie prin relocarea unor activități din afară, fie să merg pe ceea ce eu am deja în România: Cantacuzino, Antibiotice Iași, pentru care trebuie găsită o formă isteasă de a le finanța.

De asemenea, pentru cei care își mută producția în România, ca să îi ajutăm, putem pune taxa clawback cu aplicare diferențiată. Sau putem să le dăm înapoi acești bani pentru investiții. Măsurile pot fi nu doar fiscale, ci și de orice natură, cum ar fi posesia unor locații fără niciun fel de pretenție financiară din partea statului, asumarea pătrunderii pe anumite piețe neguvernamentale a ceea ce tu produci aici, în țară, sprijinirea unor împrumuturi necesare producției cu un anumit cost de finanțare, ca să poți ulterior să sprijini și partea de export. Deci Guvernul ar trebui să deschidă piața, să asigure finanțare pen-



**Interviu cu Eugen Teodorovici, președintele Comisiei pentru buget, finanțe, activitate bancară și piață de capital din Senatul României**

tru acea producție și să facă un parteneriat cu producătorul. Va trebui să fim atenți la limita pe care o impune Comisia Europeană față de ajutorul de stat și de astfel de probleme sensibile. Dar se poate face o schemă de colaborare văzând exact ce se produce în alte țări, de ce se produce acolo și nu la noi în țară, care sunt impedimentele, după care să le rezolvăm.

**Una dintre propunerile dumneavoastră este separarea bugetelor pentru mediul privat și pentru cel de stat. Cum ar arăta acest sistem?**

**„DIN PUNCT DE VEDERE ECONOMIC, EU AM NEVOIE SĂ PRODUC ÎN ROMÂNIA CEEA CE ASTĂZI CUMPĂR DIN ALTE ȚĂRI ȘI, DUPĂ CE SATISFAC NEVOIA INTERNĂ, SĂ EXPORT.“**

Cu scuzele de rigoare, vă spun că nu sunt un specialist pe zona de Sănătate și poate că termenii nu sunt cei mai potriviți. Din ce am înțeles, bugetul CNAS este de 6-7 miliarde de euro pe an. Din această sumă, o mare parte se duce către decontările din zona privată, unde se produc niște scurgeri de fonduri destul de clare. La privat, se face un abonament lunar, care nu este o asigurare medicală. Prin urmare, omul plătește acest abonament, dar atunci când sună pentru o programare, i se spune de multe ori că

fondurile din relația cu Casa nu se mai pot deconta și nu rămâne decât să-și plătească acea intervenție medicală. Deci iată cum pacientul plătește abonamentul medical și plătește și acea intervenție, în timp ce privatul decontează la Casa de Sănătate serviciile acordate aceluia pacient. Practic, se plătește de două ori intervenția. Din acest motiv, spun că ar fi bine ca banii CNAS-ului să se ducă strict în zona publică, iar în privat să existe clasicele asigurări medicale care să fie impozitate în Codul Fiscal. Pe modelul

RCA-ului clasic poate să fie și „RCA-ul pe sănătate”.

De asemenea, nu trebuie să mai acceptăm ca aceia care emit abonamentele medicale să facă și intervenția medicală. Acest lucru este o greșală. În sectorul auto, compania care te asigură nu este și compania care face și intervențiile. Trebuie separată această zonă. Ca să nu mai existe conflicte de interese. Dacă facem această separare a bugetului Casei, cred că vor rămâne între două și trei miliarde de euro în sistemul medical.

Alți bani care se pierd sunt în medicina muncii. Un angajator din domeniul public trebuie să facă acel control periodic de medicina muncii. Ca angajator, Parlamentul ar trebui să facă aceste analize tuturor celor 3.000 de angajați. A făcut cineva cuiva din Parlament, sau din oricare din ministerele acestei țări, vreun control? Dar centrele de medicina muncii au încasat banii, niște bani plătiți total aiurea. Poate că prestând cu adevărat aceste servicii, așa cum spune contractul, s-ar fi putut evita anumite boli.

În plus, avem 11.000 de medici de familie care, după zece ani de școală, eliberează trimiteri. Ca să poată presta și alt tip de activități, au nevoie de echipamente, iar Guvernul ar trebui să facă o schemă de finanțare, o schemă de ajutor de stat prin care să le asigure necesarul de dotare și pregătirea personalului angajat de medicul de familie. Banii nu se dau degeaba. Fiind o schemă de finanțare, banii se dau cu împrumut pentru un an sau trei, după cum le merge partea de business medical, după care rambursează.

**Care a fost propunerea pe care ați făcut-o pentru îmbunătățirea serviciului de ambulanță?**

Bucureștiul are un număr incredibil de mic de ambulanțe. Dacă se întâmplă ceva, o catastrofă, noi nu suntem în stare să asigurăm transportul către spital. Este incredibil. Este obligația ta, ca Guvern, să dotezi cu servicii de ambulanță măcar în orașele mari. Pentru un astfel de domeniu de importanță strategică pentru țară, poți să iei banii direct, fără să stai luni sau ani ca să achiziționezi ambulanțe. 📌

**INTERVIUL COMPLET  
POATE FI CITIT PE**

[www.politicidesanatate.ro](http://www.politicidesanatate.ro)

➔ **Interviu cu Laszlo Attila, președintele Comisiei pentru sănătate publică din Senat**

# „Statutul de asigurat trebuie să primeze, iar pacientul trebuie să aibă posibilitatea de a-și alege medicul”

DE ROXANA MATICIUC

**Care ar fi cele mai importante puncte care au fost bifate de către Comisia de sănătate din Senat pe parcursul acestui an?**

Aș începe cu faptul că, la ora actuală, Comisia funcționează în parametri absolut normali și corecți, iar acele priorități pe care ni le-am pus la începutul anului au fost bifate. Prima prioritate care a fost bifată s-a referit la reclădirea dialogului cu celelalte comisii, cu ministerul și cu alte instituții, cu asociațiile de pacienți, iar pentru a obține acest lucru am depus eforturi formidabile. În al doilea rând, consider că a fost o decizie corectă împărțirea sarcinilor între membrii comisiei. Mă onorează faptul că sunt președintele acestei comisii, dar și mai mult mă onorează relația cu colegii. Fiecare, pe specialitatea pe care o are, și-a făcut extrem de bine treaba. Practic, ne-am împărțit sarcinile.

Din punctul de vedere al activității Comisiei, în decursul unui an cred că am avut două inițiative legislative, în care decizia a fost luată cu majoritate, restul deciziilor fiind adoptate cu unanimitate, indiferent de culoare politică purtăm, și de fiecare dată am găsit acele argumente pe care și le-a însușit tot restul comisiei, indiferent cine a fost inițiatorul, și nu ne-am lăsat influențați de nimeni în aceste decizii.

Intenția este să creăm un cadru legislativ unui nou tip de finanțare prin care o infrastructură medicală să poată fi finanțată, chiar dacă există sau nu pacienți. Luăm exemplul marilor arși: cu toții, ne-am bucura să nu avem oameni afectați de arsuri, dar un centru pentru aceste cazuri trebuie să existe. Prin urmare, statul trebuie să determine care este

infrastructura pe care vrea să o mențină până la cel mai mic nivel și creează condițiile prin care finanțarea să fie asigurată. Propunerea aceasta vizează inclusiv spitalele județene: care să fie structura aceluși spital, până la nivelul medicului de familie, indiferent dacă are pacienți pe listă sau nu. Deci vorbim despre acel cadru legislativ pe care intenționăm să îl creăm ca să menținem și să asigurăm o stabilitate.

În curând, vom avea pe masa discuțiilor o altă inițiativă, care se referă la crearea

care să se potrivească. Așa cum a fost prezentată inițial, avea inclusiv probleme de constituționalitate și a trebuit să facem anumite compromisuri, inclusiv din punct de vedere legal. Aici mă refer la acel amendament pe care l-am formulat chiar eu, în care am spus că dacă cineva nu își vaccinează copilul și face boala infecțioasă, atunci părintele trebuie să plătească toate costurile aferente tratamentului. Până la urmă însă, am considerat că este mult mai important să treacă prin plenul Senatului chiar și fără acest

„CELE MAI MULTE PLÂNGERI SAU RECLAMAȚIILE AVEM ÎN PRIMUL RÂND DIN CAUZA DISPARIȚIEI PRODUSELOR IEFTINE ȘI A CELOR CARE NU AU ALTERNATIVĂ.”

cadruului legal, pentru ca și personalul medical care nu are contract cu Casa să poată elibera rețete, acte privind concedii medicale sau bilete de trimitere pentru persoanele asigurate. Statutul de asigurat al persoanei nu ar trebui să depindă de faptul că medicul are sau nu contract cu Casa, în condițiile în care acesta își desfășoară activitatea legal, în baza avizelor și a autorizărilor necesare pentru funcționare. Statutul de asigurat trebuie să primeze, iar pacientul trebuie să aibă posibilitatea de a-și alege medicul.

**În ce stadiu este acum legea vaccinării?**

Consider că a fost un succes acel semnal zdrobitor pe care l-a dat Senatul atunci când a votat legea. Am lucrat aproape patru săptămâni până am găsit acele formulări

amendament, decât să ne împiedicăm în el. Am renunțat pentru că s-a pus problema unei discuții de constituționalitate. Dar la momentul respectiv, înainte de a-l formula, m-am consultat cu cei din domeniu și mi s-a spus că nu există astfel de probleme de constituționalitate, chiar dacă în Constituție scrie că trebuie să asigurăm gratuitatea pentru copil. Această măsură coercitivă se adresează acelei persoane care are obligația de a asigura starea de sănătate a copilului. Acum, legea vaccinării este la Camera Deputaților.

Un alt domeniu în care am făcut pași importanți se referă la problema rezidențiatului. Intenționăm să reglementăm și să aducem modificări și în acest domeniu în cursul următorului an, foarte probabil odată cu Legea Sănătății.



**Care a fost evoluția noastră, ca țară, în acest an, în ceea ce privește accesul pacienților la medicamente?**

O problemă în care încă nu ne-am spus punctul de vedere este legată de accesul pacienților la medicamente. În acest an, într-adevăr, s-au făcut pași importanți privind includerea de noi molecule pe lista de compensate, prin care pacientul român să aibă acces la inovație. Încercăm să urgentăm adoptarea modificărilor legislative în acest domeniu.

**Sub ce formă se poate rezolva problema taxei clawback?**

Am discutat și o discutăm în continuare. Sunt câteva principii pe care trebuie să le rezolvăm și este foarte probabil ca soluționarea să vină după 1 ianuarie. Părerea mea este că trebuie să găsim acea

soluție care să fie suportabilă de către toți actorii din piață: pacient, furnizor, CNAS. În același timp, sunt câteva aspecte pe care trebuie să le mediem, de exemplu problema produselor utilizate în programele naționale cu circuit închis. Acolo, nu prea văd de unde ar putea proveni depășiri ale bugetelor, când ele sunt stabilite anual. Va trebui să găsim o formulă prin care cel care generează acele depășiri să plătească și să nu-i afecteze pe ceilalți, care s-au încadrat.

Cele mai multe plângeri sau reclamații le avem în primul rând din cauza dispariției produselor ieftine și a celor care nu au alternativă. O altă problemă este legată de evaluările finanțărilor moleculelor noi. Dacă nu se modifică bugetul Casei alocat medicamentelor, orice moleculă nouă va duce la depășiri și, implicit, la creșterea

clawback-ului, motiv pentru care intenția noastră este de a găsi acea resursă care să fie în afara sau pe lângă acest buget, dar în același timp să creăm și acel cadru pentru ca acel buget să poată asigura și finanțări multianuale. În această clipă, noi evaluăm molecule folosind hârtii emise de către alții. Când vom avea capacitatea de a vedea cu ochii noștri și a evalua un produs sau altul, atunci foarte probabil că va trebui să avem fondurile necesare fără a influența bugetul Casei. 📌

**INTERVIUL COMPLET  
POATE FI CITIT PE**

[www.politicidesanatate.ro](http://www.politicidesanatate.ro)

➔ **Interviu cu Emanuel Ungureanu, vicepreședintele Comisiei pentru Sănătate și familie din Camera Deputaților**

# „Sistemul nostru este letal pentru bolnavul cronic”

PREDĂ ISTORIA LA LICEU, ESTE NAVIGATOR MEDICAL PENTRU BOLNAVII CRONICI ȘI SE LUPTĂ ÎN FIECARE ZI PENTRU DREPTUL LA VIAȚĂ AL PACIENȚILOR DEPENDENȚI DE DIALIZĂ, DAR NU NUMAI. CÂNDVA, A FOST ȘI JURNALIST, UN MICROB CARE I-A RĂMAS ÎN SÂNGE ȘI SUB INFLUENȚA CĂRUIA TRANSMITE ȘI ACUM, PRIN TOATE CANALELE DE COMUNICARE, NEREGULILE DIN SISTEMUL DE SĂNĂTATE ROMÂNESC. DAR DINCOLO DE TOATE ACESTE, ESTE ȘI MEMBRU ÎN PARLAMENTUL ROMÂNIEI, O SLUJBĂ TEMPORARĂ, SPUNE EL, PRIN CARE SPERĂ SĂ SCHIMBE LEGEA TRANSPLANTULUI. DE ROXANA MATICIUC



**Cine este Emanuel Ungureanu?**

Sunt un om care a suferit foarte mult. De 16 ani mă ocup de niște copii și tineri dependenți de dializă și au fost niște ani cumpliți. Am lucrat un an și câteva luni ca asistent social la Institutul de Transplant din Cluj, însă eu m-am implicat atât de mult în viața acestor oameni încât am avut depresii, coșmaruri, din cauză că am mers cu ei până la groapă. Și poate că aici a fost o greșeală.

În 2007, am înființat Asociația pentru Solidaritate și Empatie „Claudia Safta”. Bazele asociației au fost puse în contextul în care pentru Claudia Safta, o fetiță de 17 ani care avea nevoie de un rinichi și care era pe moarte, a apărut un transplant care i-a grăbit sfârșitul. Pentru că transplantul renal, dacă nu-l faci la timp, ori nu-l mai poți face, ori îți face mai mult rău decât bine. Am o relație

foarte bună cu copiii mei, iubesc ceea ce fac, sunt și dascăl, predau istoria la liceu, am iubit întotdeauna oamenii și cred că din acest motiv am reușit să fiu bun la ceea ce fac.

**Cum ați reușit să vă împărțiți timpul liber, mai ales excursiile, între copiii de la școală și cei de la asociație?**

Cumva, am făcut un mix între cele două lumi, foarte mult timp. De exemplu, am fost la Auschwitz cu adolescenții mei și am luat și tineri care erau pe dializă. Acești tineri sunt dependenți de un aparat. La 48 de ore, merg să facă dializa, dar nu știu dacă se mai întorc. Faptul că ei au reușit să iasă din țară și că am putut să le aranjez dializa cu cardul european a fost extraordinar. Au ieșit niște prietenii extraordinare între adolescenții mei de la școală și cei din asociație. Din păcate, sunt singurul din țară care face acest lucru, care ia un grup foarte mare de tineri și îi mută în alt loc din țară.

**A fost greu să faceți acest lucru peste hotare?**

Lucrurile în străinătate sunt puțin mai specializate. De exemplu, în Creta am fost 70 de oameni din care peste 40 de copii erau pe dializă și unde am găsit un centru privat care se ocupă numai cu dializa de vacanță. Am fost primii români care au mers în vacanță și au făcut și dializa acolo. La 48 de ore veneau ambulanțele, îi luau de la hotel, îi duceau să își facă dializa, după care îi aduceau înapoi.

Din păcate, la noi în țară sistemul este letal pentru bolnavul cronic. Dacă nu mori din cauză că nu apuci să faci un transplant, mori cu infecțiile nosocomiale pe care le iei în spital sau mori din cauză că nefrologia pediatrică la noi este foarte slab dezvoltată. De exemplu, între Cluj și București nu există niciun nefrolog pediatru. Noi avem copii pe care îi dializăm la Cluj și care vin de la Satu Mare sau din Sibiu. Nefrologia pediatrică a intrat abia acum în curriculum ca specialitate de rezidențiat, dar a început fără metodologie, fără materie de parcurs, iar cei care au intrat în rezidențiat nu știau practic după ce să învețe.

**Cum ați hotărât să intrați în politică?**

Este o slujbă temporară. Nu sunt de meserie politician. Sunt profesor, asistent social și jurnalist. Dar un



deputat are o puternică componentă de reprezentare, iar eu intru foarte des în spitale cu camera, cu telefonul mobil și transmit pe pagina mea de facebook. Este modul meu de a comunica cu cei care m-au ales, cu cei care nu m-au ales.

**Vorbiți despre problemele din sistem ca și când ele ar trebui rezolvate, iar cineva ar trebui să se ocupe de soluționarea lor. Însă din poziția pe care o ocupați dumneavoastră, sunteți unul dintre cei care trebuie să facă ceva. Cu ce soluții veniți?**

Structural, sunt un „rezolvitor”. Ca asistent social, ți se prezintă o problemă pe care trebuie să o rezolvi, nu să o împingi mai departe la altcineva. Sistemul nostru legislativ este complet opus ideii de a rezolva vreo problemă. Primul lucru care mi s-a spus în Comisia de să-

nătate este că noi, de fapt, nu legiferăm și că de acest lucru se ocupă Guvernul, care nu trece, în principiu, decât ceea ce spun membrii lui. Noi am început să stăm la aceeași masă cu adevărat, să renunțăm la ideea de politicianism și să ajungem la un consens în urma unei analize pe care am făcut-o împreună pe problemele existente. În condițiile în care ziarul de campanie al PSD a fost, mai bine de jumătate, axat pe sănătate, din păcate, din cauza conjuncturii politice puține teme de sănătate au mai rămas în atenția publică. Prin urmare, nu s-au mai întâmplat lucruri cu adevărat semnificative pe zona de politici de sănătate.

**Înțeleg faptul că dumneavoastră lucrați bine în echipă, dar faceți și opoziție?**

Da, fac și opoziție pentru că merită, din mai multe puncte de vedere. Nu este normal ca tu, ca stat, să ai 5.500 de absolvenți de medicină și să scoți 4.000 de locuri la rezidențiat. Eu am explicat că de fapt noi, ca țară, școlarizăm de peste zece ani medici pentru alte țări. Paradoxul este că noi cheltuim 140 de milioane de euro anual pentru români care sunt tratați în afara granițelor, de multe ori tot de medici români în clinici străine, în condițiile în care un spital regional ar costa 150 de milioane de euro, după estimarea Băncii Mondiale. Deci noi cheltuim un spital regional în fiecare an și nu am fost în stare să facem unul timp de 27 de ani. Din păcate, oriunde te uiți, te lovești de rea-voință, de corupție și ticăloșie, avem ce critica de dimineața până seara. Problema este că timpul scurt pe care îl are un parlamentar de dimineața până seara nu și-l poate consuma doar criticând. Un parlamentar este dator să facă un serviciu comunității.

**Munca dumneavoastră de asistent social, pe care încă o faceți în mod voluntar, seamănă foarte mult cu cea de navigator medical.**

Navigatorul medical este o poveste care ar putea fi de succes, în sensul că sistemul medical ar avea mare nevoie, în acest haos birocratic, de oameni care să ia pacientul de mână și să-l conducă spre cea mai bună soluție pentru el, din punct de vedere medical. Din cauza faptului că medicii sunt supraîncărcați, navigatorul ar prelua și partea de comunicare sau ar facilita comunicarea dintre medic și pacient. Ne lovim însă de aceeași problemă: ministerul este de acord cu orice nu înseamnă bani în plus la buget. Pentru că asta înseamnă să mergi la Ministerul Educației, fiind în nomenclator trebuie să faci o curriculumă, să introduci o disciplină distinctă, să formezi profesori, iar toate acestea înseamnă o muncă de sistem care presupune și bani. Iar statul, pe Sănătate, din păcate tot timpul spune că nu are bani. ❏

**INTERVIUL COMPLET  
POATE FI CITIT PE**

[www.politicidesanatate.ro](http://www.politicidesanatate.ro)

➔ **Interviu cu Christian Rodseth,**  
Managing Director Janssen România

# Carta Albă

**- soluții pentru accesul la tratamente inovatoare al pacienților oncologici**



**ROMÂNIA SE SITUEAZĂ PESTE MEDIA UNIUNII EUROPENE ÎN CEEA CE PRIVEȘTE MORTALITATEA CAUZATĂ DE CANCER, CU PESTE 48.000 DE CAZURI/AN. DE ASEMENEA, EXISTĂ APROXIMATIV 78.000 DE PACIENȚI DIAGNOSTICAȚI CU ACEASTĂ AFECȚIUNE LA NIVELUL ȚĂRII NOASTRE. DE VALENTINA GRIGORE**

**➔** Studiile clinice și evaluările realizate de specialiști demonstrează că tratamentele inovatoare influențează pozitiv rata de supraviețuire a pacienților, aceasta fiind cu atât mai bună cu cât aceștia au acces mai rapid la ele. Soluții recomandate pentru îmbunătățirea accesului la tratament al pacienților oncologici români se regăsesc în „Carta Albă: Implementarea registrelor electronice de monitorizare – Provocări și soluții. Studiu de caz: Aplicabilitatea pentru

cancer”, lansată în luna noiembrie, la București. Documentul oferă informații despre politicile și strategiile dezvoltate la nivel european în lupta împotriva cancerului, modele care pot fi replicate și în România, potrivit lui Christian Rodseth, Managing Director Janssen România, compania farmaceutică a Johnson & Johnson și Administrator Johnson & Johnson Romania.

**Au pacienții români acces la terapiile inovatoare disponibile în restul Uniunii Europene?**

Ritmul rapid de dezvoltare și cercetare în cazul noilor opțiuni terapeutice în oncologie a adus beneficii importante pentru pacienții cu cancer, influențând pozitiv rata de supraviețuire și îmbunătățind calitatea vieții acestora. De exemplu, între anii 2000 și 2009, speranța de viață a crescut la nivel global cu aproximativ 1,74 ani, iar 73% din acest rezultat este atribuit medicamentelor inovatoare. Pacienții din România au acces limitat la

medicația inovatoare – dintre cele 62 de medicamente originale pentru cancer aprobate în perioada 2008-2015, doar șapte se regăsesc pe lista de compensate din România – potrivit unei analize realizate de Centrul pentru Inovație în Medicină în anul 2016 (InoMed). Așadar, în mod cert există în continuare nevoi neacoperite de tratament, în special pentru acele afecțiuni care au impact asupra unei populații mai restrânse de pacienți și în care aceștia fie au la dispoziție una-două opțiuni terapeutice, fie niciuna. Apreciem eforturile depuse în ultima perioadă de autoritățile din România, care au dus la diminuarea acestei diferențe față de restul țărilor din Uniunea Europeană, în ceea ce privește accesul la medicamente inovatoare. Anul acesta, au fost introduse 33 de molecule noi în Lista cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe

**„Statele europene care au implementat scheme de acces facilitat și infrastructura necesară registrelor electronice pentru monitorizarea medicamentelor inovatoare au înregistrat economii financiare importante în sistemele naționale de sănătate și un grad înalt de acces al pacienților la medicamente de nouă generație. Acestea au potențialul să genereze beneficii atât pentru autorități, cât și pentru profesioniștii din domeniul sănătății.”**

bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, precum și denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor care se acordă în cadrul programelor naționale de sănătate.

**Ce soluții vedeți pentru îmbunătățirea accesului la tratament? Care este obiectivul acestei Carte Albe?**

În contextul în care cancerul este a doua cea mai importantă cauză de deces, raportat la bolile netransmisibile, și se estimează că incidența sa va crește în următorii ani, dezvoltarea și punerea în practică ale unor strategii de control al acestei categorii de afecțiuni reprezintă direcții principale în lupta împotriva cancerului.

Problema asigurării tratamentelor accesibile pentru un număr ridicat de pacienți oncologici, în special a medicamentelor și tehnologiilor din domeniul sănătății, a devenit tot mai importantă pentru factorii de decizie din țările europene, inclusiv pentru cei din România, ca parte a preocupărilor legate de dezvoltarea unor strategii fezabile pentru prevenirea și controlul cancerului.

În cadrul proiectului care își propune facilitarea schimbului de experiență între țările europene pentru a identifica soluții pentru creșterea accesului pacienților la tratamente de ultimă generație, Carta Albă lansată de Collaborative Outcome Research Italia și Șerban & Musneci Associates România, cu sprijinul necondiționat al Janssen România, pune la dispoziția factorilor de decizie o serie de recomandări în ceea ce privește abordarea accesului la terapiile inovatoare pentru diverse forme de cancer, prin prezentarea experiențelor și soluțiilor implementate de alte țări europene.

**Cum pot fi implementate modelele de succes internaționale în practica românească?**

Carta Albă este un ghid de bune practici care oferă informații despre politicile și strategiile dezvoltate la nivel european în lupta împotriva cancerului. Un model de succes recunoscut ca având eficiență și aplicabilitate mărite în asigurarea accesului la inovație, într-un mod sustenabil, este cel al Italiei. Încă din anul 2006, Italia a implementat un sistem de scheme de acces facilitat (Managed Entry Agreements) care grupează atât acordurile de tip cost-volum/cost-volum-rezultat, cât și compensarea prin elaborarea de dovezi ale eficienței medicamentelor inovatoare sau alte tipuri de soluții. Aceste scheme presupun o împărțire a costurilor și a responsabilităților între companiile farmaceutice și casele de asigurări de sănătate sau autoritățile plătitoare. Folosite pentru prima dată în Marea Britanie în 2003, modelul schemelor de acces facilitat a fost ulterior preluat de alte țări europene, precum Italia, Belgia, Polonia, statele baltice și țări din Europa Centrală și de Est.

Implementarea acestor scheme de acces presupune dezvoltarea unor registre electronice de monitorizare a medicamentelor. Acestea au rolul de a genera rapoarte și analize complexe – de la date demografice și clinice specifice, la date financiare – asigurând trasabilitatea și transparența informațiilor din sistemul sanitar.

**Ce recomandări se regăsesc în Carta Albă?**

Carta Albă oferă recomandări cu privire la dezvoltarea unei platforme comune care să faciliteze dialogul deschis și relevant între factorii de decizie în

ceea ce privește introducerea în sistemul legislativ românesc a schemelor de acces facilitat și a registrelor de monitorizare electronică a medicamentelor. Acest lucru ar permite realizarea unor economii importante pentru sistemul național de sănătate, facilitând, în același timp, accesul îmbunătățit al cât mai multor pacienți la tratamente noi.

La nivel global, tendințele actuale reformează modelul de compensare a terapiilor oncologice inovatoare luând în considerare trei factori: nevoia ca accesul pe piață să fie gestionat pe baza unor modele noi, nevoia de a stabili un acord între plătitori și companiile producătoare și adoptarea de registre electronice pentru schemele partajate pentru o mai bună gestionare a complexității noilor tratamente și pentru a combina și integra prețuri bazate pe evidențe și date reale legate de eficiența medicamentelor. Pentru a susține introducerea unor scheme de acces facilitat, este deosebit de importantă implementarea unei strategii naționale integrate care să poată răspunde viitoarelor provocări, cum ar fi compensarea costului în baza dovezilor clinice, accesibilitatea și sustenabilitatea economică ale noilor terapii.

Documentul a fost redactat de experți în domeniul sănătății, inclusiv dintre cei care au dezvoltat și implementat schemele de acces facilitat în Italia: Prof. Nello Martini - Director de Cercetare și Dezvoltare în cadrul Collaborative Outcomes Research – CINECA, Italia, fost președinte al Agenției Medicamentului din Italia – AIFA; Maurizio Ortali - Manager de Proiect în cadrul CINECA; Marisa De Rosa - Director al Departamentului de Sisteme Medicale al CINECA; Immacolata Esposito - Manager de Proiect, Academia Națională de Medicină din Roma; Roberto Musneci - expert în domeniul farmaceutic, Senior Partner în cadrul Șerban & Musneci Associates și Dr. Nelia Petrache - medic, consultant senior în cadrul Șerban & Musneci Associates. Pentru elaborarea acestui document, experții au studiat inclusiv aplicabilitatea schemelor de acces facilitat și a registrelor electronice de monitorizare a medicamentelor în Europa Centrală și de Est, Carta Albă fiind editată cu sprijinul necondiționat al Janssen – compania farmaceutică a Johnson & Johnson România. 📌

➔ **Interviu cu Ruxandra Cernea** - Prancing and Patient Access Manager, Novartis România

# O Românie a provocărilor pe drumul spre sănătate

**Market access este mai mult decât o funcție, reprezintă chiar obiectivul final al activității dvs. Care sunt cele mai mari provocări în România, din punctul dvs. de vedere?**

În România, există mai multe tipuri de provocări. În primul rând, este vorba de o constrângere bugetară mai mare decât în alte țări europene, care se datorează subfinanțării generale a sistemului de sănătate, dar și restricțiilor specifice aplicabile bugetului dedicat medicamentelor. O altă provocare este lipsa de date epidemiologice și de registre de boală și de medicament. Această lipsă de date afectează, pe de o parte, posibilitatea pacientului de a fi tratat cu medicamentul potrivit, în momentul potrivit, iar pe de altă parte, înțelegerea mai bună a felului în care fondurile din sistemul sanitar sunt distribuite și cheluite.

O altă provocare majoră ține de lipsa de predictibilitate a sistemului. Atât procesul de obținere a prețurilor, cât și procesul de compensare sunt supuse unui grad mai mare de instabilitate prin modificări ale regulilor aplicabile, dar și sub aspectul respectării termenelor asumate, aceasta afectând atât accesul pacienților la medicamente, dar și politicile companiilor farmaceutice. Spre deosebire de alte țări, ca de exemplu Ungaria, România nu are un sistem de rambursare individuală per pacient, sistem care poate oferi acces mai rapid la tratament până la obținerea compensării prin sistemul național de asigurări sociale de sănătate.

**Comparând experiența dvs. profesională din România cu cea a colegilor din alte țări, cum vedeți**



lume. Pe lângă acest preț minim, companiile trebuie să plătească și taxa clawback, care induce o sarcină financiară suplimentară, greu sustenabilă și imprevedibilă de la un trimestru la altul. Introducerea de scheme de acces facilitat ar fi o soluție pe care alte țări au reușit să o aplice cu foarte mult succes și consider că poate fi adusă și în România. De asemenea, s-ar putea introduce concepte noi, cum ar fi o flexibilitate mai mare în stabilirea prețurilor pentru produsele necompensate.

**Cum considerați afirmația: „farma trebuie să pună cărțile pe masă și să fie mai transparentă în relația cu plătitorii”?**

În Europa, industria farmaceutică lucrează într-un mediu foarte reglementat, cu multe restricții din punct de vedere legal. Consider că aceste reglementări oferă un grad de transparență adecvat, considerabil mai ridicat decât în alte sectoare economice. Pe de altă parte,

**accesul pacienților români la tratament eficient și ce au făcut alte țări (și putem adapta și noi) pentru a răspunde nevoilor pacienților?**

Din păcate, pacienții din România nu au acces la fel de rapid la terapii inovatoare precum au pacienții din alte țări europene. Acest lucru este influențat de mai mulți factori. Majoritatea factorilor sunt cunoscuți și se lucrează la ameliorarea situației legislative, în vederea ridicării sau atenuării diverselor bariere administrative. Legislația de preț, prin care se impune un minim european, este primul obstacol obiectiv. Companiile preferă să întârzie lansarea unui medicament în România din cauza unui efect de domino care se poate propaga în întreaga

un parteneriat real cu autoritățile de sănătate la nivel local trebuie să se bazeze pe un dialog productiv și pe transparență din partea ambelor părți, pentru a putea discuta despre investițiile în cercetare-dezvoltare (ex., reducerea poverii birocratice pentru aprobarea studiilor clinice), cheltuielile de producție, dar și sustenabilitatea financiară a sistemului de sănătate, în contextul unui proces de rambursare rapid și predictibil.

**Care este proiectul de suflet al dvs., legat de o categorie de pacienți?**

Unul dintre proiectele mele de suflet s-a finalizat de curând cu accesul pacienților cu spondilită anchilozantă la o terapie biologică inovatoare, care poate să le schimbe viața și să le ofere o nouă șansă. 📌

## NEPTUNE 2, primul sistem complet închis de gestionare a deșeurilor chirurgicale, disponibil în România



Neptune 2, sistemul închis de gestionare a deșeurilor lichide și a fumului din timpul intervențiilor chirurgicale, este disponibil, în premieră în România, începând cu luna iunie 2017. Este unicul sistem de acest tip existent pe piața medicală. Neptune 2, adus de Stryker România, asigură colectarea și depozitarea eficientă a deșeurilor, eliminând, în același timp, riscul de expunere a personalului de sală și a pacientului la lichidele colectate în timpul intervențiilor chirurgicale.

Sistemul este alcătuit din două componente - stația de andocare Neptune (situată într-o cameră separată a unității medicale, în blocul operator, unde poate fi conectată la o sursă de apă rece și o scurgere) și o unitate mobilă, Neptune Rover - componenta mobilă de colectare. Roverul poate fi deplasat cu ușurință în diferite săli medicale (săli din blocul operator) unde este conectat, prin tubulatura de aspirație, la pacientul supus intervenției chirurgicale. Astfel, lichidul rezultat în urma manevrelor chirurgicale va fi aspirat direct în recipientele speciale ale unității mobile, fără a exista riscul de contaminare a cadrelor medicale. Fumul chirurgical poate fi evacuat de la locul intervenției chirurgicale prin tubulatura de fum conectată la filtrul de evacuare fum, instalat pe rover. După finalizarea procesului de colectare a secrețiilor lichide, roverul este anexat la dispozitivul de andocare Stryker, iar golirea deșeurilor lichide și curățarea recipientelor are loc în mod automat, în aproximativ trei minute.

### TEHNOLOGIE MEDICALĂ

Corporația Stryker este una dintre cele mai importante companii de tehnologie medicală din lume, având aproximativ 33.000 de angajați. „Compania Stryker este în România prin reprezentare directă din anul 1995 și oferă continuu medicilor și pacienților cele mai noi produse pentru protezarea de genunchi și șold, soluții pentru traumatismele de membru, bazin și coloană vertebrală, precum și aparatură de înaltă performanță, de la turnuri de artroscopie până la săli de operație integrate și roboți pentru chirurgia asistată”, a declarat Mihai Răduță, Country Manager Stryker România.

SRR  
Societatea Română de Reumatologie

**MANIFESTĂRI  
EXTRAARTICULARE  
ȘI COMORBIDITĂȚI  
ÎN BOLILE  
INFLAMATORII  
REUMATICE**

Secretariat organizatoric:  
Ella Congress&Events  
Tel. 021 3156511  
Persoană de contact: Roxana Tîlci  
roxana.tilci@ella.ro, 0743100267

8-9 februarie 2018  
Centrul Tinerimea Română, București

[www.ellacongress.ro/manifestari-extraarticulare](http://www.ellacongress.ro/manifestari-extraarticulare)



**CONF. UNIV.  
DR. DAN IOAN  
ULMEANU**

„Chirurgia minim invazivă este o opțiune terapeutică potrivită pentru multe situații. Avem profesioniști, avem echipamentele necesare, trebuie să avem puțin mai mult curaj în a oferi această opțiune pacienților noștri”.



**PROF. ASOC.  
DR. CĂTĂLIN  
COPĂESCU**

„Ponderas Academic Hospital deține un centru de educație multidisciplinar, unde chirurgii care participă la workshopuri fac antrenamente, pe simulatoare, inclusiv pe model animal anesteziat”.



**PROF. DR.  
VICTORIA ARAMĂ**

„Am discutat despre managementul infecțiilor materno-fetale. Consultațiile pe care le acord în cadrul Rețelei de sănătate «Regina Maria» sunt cu precădere pentru gravidele cu diverse infecții în sarcină și cred că este o temă de mare interes”.



**DR. HADI RAHIMIAN**

„Fătul este un pacient separat, nu face parte din mamă, deci trebuie tratat separat. Am efectuat o intervenție la nivelul inimii unui făt cu stenoză pulmonară severă și insuficiență cardiacă în săptămâna 27 de sarcină”.



**DR. DANA SAFTA**

„Anul trecut, a fost înființat departamentul ORL în Rețeaua de sănătate «Regina Maria», iar în prezent sunt peste 40 de medici ORL-iști, mulți, cuprinși în activitatea chirurgicală a specialității, ceea ce ne permite să fim preciși în diagnostic”.



**DR. MIHAELA OROS**

„În preambulul Congresului, a avut loc lansarea oficială a Centrului de Somnologie Pediatrică din cadrul Policlinicii Băneasa. Aceasta a fost urmată de un curs pre-Congres dedicat aspectelor participare din somnologie. Am avut invitați în cadrul congresului reputați medici din SUA și din Republica Moldova”.



# Congresul Clubului Regal al Medicilor - ediția a III-a



**CEA DE-A TREIA EDIȚIE A CONGRESULUI CLUBULUI REGAL AL MEDICILOR, CARE A AVUT LOC ÎN PERIOADA 12-14 OCTOMBRIE 2017 LA HOTEL NOVOTEL, A FOST, DE FAPT, O ÎNTĂLNIRE MULTIDISCIPLINARĂ CE A REUNIT PESTE 700 DE PERSOANE ÎN DISCUȚII GENERATE DE DIFERITE PATOLOGII. DE VALENTINA GRIGORE**



Organizat sub deviza „Împreună construim Excelența”, evenimentul, creditat EMC, s-a bucurat de participarea a 149 de lectori români și internaționali din zeci de specialități medicale și chirurgicale: obstetrică-ginecologie, imagistică, medicină de laborator, ortopedie, psihiatrie, gastroenterologie, ORL, oftalmologie, neurologie, neonatologie, pediatrie,

somnologie etc. În cele două zile de congres și una preliminară dedicată cursurilor pre-Congres, specialiștii au participat la 12 sesiuni și la două cursuri, iar discuțiile au beneficiat de aportul experților români și al celor din SUA, Austria și Republica Moldova.

*Management logistic și comunicare: Quinn the Medicine Media și revista Politici de Sănătate.*



**DR. SIMONA  
GRIGORUȚĂ**

„Subiectul pe care l-am realizat în echipă în această ediție a Congresului se referă la bolile inflamatorii intestinale - în special îmbunătățirea managementului bolilor acestor pacienți. Bolile inflamatorii afectează foarte mult tinerii. Cazurile care ajung la noi sunt adevărate provocări terapeutice cărora, până acum, am reușit să le facem față cu bine”.



**DR. IOANA  
PANAZAN**

„Mă bucur că se promovează în continuare ideea de multidisciplinaritate, pentru că toată patologia abordată de noi este multidisciplinară. Bolile inflamatorii intestinale vor rămâne un subiect de actualitate din toate punctele de vedere, al tuturor specialităților care le abordează. Cel care va descoperi cauza lor va câștiga, probabil, Nobelul pentru Medicină”.



**PROF. UNIV. DR.  
ALEXANDRU  
BLIDARU**

„Sesiunea pe care am condus-o a fost legată de afecțiunile mamare și au fost prezenți chirurghi, ginecologi, anatomopatologi, oncologi medicali, radioterapeuți, imagiști etc.”.



**CONF. UNIV. DR.  
FLORIN TURCU**

„Am participat la numeroase sesiuni. Au fost prezentări cu ultimele achiziții tehnologice, ceea ce mă bucură, pentru că am constatat că nu ne rupem de Europa Occidentală”.



**DR. ANDREI HAIDAR**

„În cadrul sesiunii Gastroenterologie, au fost contribuții foarte importante în imagistică, endoscopie și terapie endoscopică, precum și alternative la colonoscopie pentru cei care nu pot să o facă”.



**DR. ANDREEA  
ALEXANDRU**

„Sesiunea de laborator își are și ea partea bine stabilită printre celelalte sesiuni. Am avut lucrări despre noi abordări în diagnostic, despre prevalența rezistenței la antibiotice, despre calitatea în laborator”.



**DR. BOGDAN FLOREA**

„Se structurează un protocol articulat de abordare a pacientului cu epilepsie, de monitorizare și de tratament. Am discutat cum facem să nu pierdem cazuri de adevărată epilepsie și să nu diagnosticăm cazuri fals pozitive”.



**ȘEF DE LUCRĂRI DR.  
VICTOR TOMULESCU**

„Standardul ar trebui să fie, și la noi, în România, abordul minim invaziv în patologia colorectală și în patologia generală. Ponderas Academic Hospital este un spital de vârf, din acest punct de vedere”.

PSIHIATRII, ÎN CĂUTAREA REȚETEI PERFECTE

# RISC MAI MIC PENTRU PROFESIE, GRIJĂ MAI MARE PENTRU PACIENȚI

DE VLAD ARISTIDE PRODAN



Centrul Internațional de Conferințe din Sinaia a găzduit, în octombrie, cel de-al VI-lea Congres Național de Psihiatrie. Timp de patru zile, în cele trei săli au avut loc zeci de sesiuni, simpozioane, workshop-uri, cursuri, transmisiuni duplex cu reuniuni de profil. Peste 600 de specialiști, dintre care 80 de conferențieri de prestigiu din țară și din străinătate, au luat parte la cea mai mare manifestare științifică din România din domeniul psihiatriei și sănătății mintale. Evenimentul, prezidat de prof. dr. Cătălina Tudose, președintele Asociației Române de Psihiatrie și Psihoterapie (ARPP), a marcat și o premieră: participarea la lucrări a reprezentanților asociațiilor de pacienți.

## Neroia de reforme legislative și instituționale

Cu o Lege a Sănătății Mintale din 2002 (actualizată ulterior, dar cu norme de aplicare publicate abia anul trecut) și Centre de Sănătate Mintală înființate în baza unui ordin din 2006, deci înaintea intrării României în Uniunea Europeană, cu strategii naționale și ratificări de convenții internaționale care rămân adesea doar pe hârtie, nici nu este de mirare că reformele legislative și instituționale îi preocupă tot mai acut și profund pe specialiștii în psihiatrie din România. Ei au discutat pe această temă de-a lungul anului în asociațiile profesionale și în mediile în care lucrează, dar mai ales în cadrul acestui eveniment.

Congresul a fost deschis de reprezentantul Organizației Mondiale a Sănătății (OMS) în România, dr. Miljana Grbic, care le-a prezentat participanților articolele cele mai importante din Convenția ONU privind drepturile persoanelor cu dizabilități, adoptată în 2006 și deschisă spre semnare în 2007, „primul nou-tratat internațional pentru drepturile omului din noul mileniu”. Convenția, a spus reprezentanta OMS, aduce o schimbare de paradigmă în ce privește percepțiile, atitudinile și abordarea față de persoanele cu dizabilități, făcând trecerea, în cazul acestora, de la obiecte ale milei la subiecți cu drepturi, de la paternalism la autonomie, de la povară pentru societate la membri activi cu contribuție la comunitățile în care trăiesc.

Deși ratificată de șapte ani de România, noua convenție ONU este pusă lent în aplicare, fapt recunoscut, tot în deschiderea congresului, și de Gheorghe Păun, consilier al președintelui Autorității Naționale pentru Persoanele cu Dizabilități. „Discuțăm de persoanele cu dizabilități, dar, încă, știți că se eliberează certificate de încadrare în grad de handicap și se dau decizii de invaliditate. Și va trebui ca, într-un fel, termenii aceștia să fie reglementați, și asta ținând cont și de Convenția ONU privind drepturile persoanelor cu dizabilități. După cum știți, Convenția a fost aprobată din 2010, dar, ca în România și în toate domeniile, nu numai în dizabilitate, în sănătate și oriunde, de obicei se aprobă și după aceea foarte greu se pune în aplicare, ca și legea sănătății mintale (...)”, a spus Gheorghe Păun.

El a dat însă și o veste bună persoanelor cu dizabilități: „Din perspectiva Convenției, ceea ce este important, discutăm în primul rând de felul în care aceste persoane intră în sistem, și aici vorbim de evaluarea persoanelor. Ceea ce se dorește este să existe o evaluare unitară, centrată pe persoană, pe nevoile ei, și în funcție de asta să se vină cu servicii. (...) Sperăm că în următoarele două luni, așa este programul, va exista o hotărâre de guvern cu noile criterii privind evaluarea persoanelor cu dizabilități, vor fi niște criterii armonizate, inclusiv pe ce înseamnă

persoanele actuale încadrate în grad de invaliditate și cele în grad de handicap, iar în perspectivă imediată, inclusiv o unificare a sistemelor de evaluare (...).”

### Psichiatria și Justiția — relație complicată

„O relație complicată, marcată de absența unor servicii specializate în psihiatrie legală din cadrul spitalelor de psihiatrie, cărora li se solicită examinarea de urgență și în condiții speciale în vederea expertizării medico-legale, a atras atenția prof. dr. Cătălina Tudose.

În acest context, președintele ARPP a atenționat asupra unei probleme resimțite mai ales de medicii din spitale, și anume „inexistența unor servicii de asistență juridică destinate medicilor și pacienților, nu instituției ca atare”. „Practic, suntem singuri în rezolvarea acestor probleme”, a susținut prof. dr. Cătălina Tudose.

Același lucru l-a semnalat și direcționează Centrului Național de Sănătate Mintală și Luptă Antidrog, dr. Ileana Botezat-Antonescu, care a arătat, în intervenția de la Sinaia, că membrii personalului medical se simt „uneori în nesiguranță și solicită modificări ale legii care să le confere o mai mare certitudine psihologică și juridică”. Este vorba de Legea sănătății mintale nr. 487, din iulie 2002, și de Normele de aplicare a respectivului act, din aprilie 2016. „Vreau să vă subliniez că este extrem de dificil ca noi singuri, psihiatrii, să putem concepe și să putem scrie niște articole care să devină lege. De aceea, este indispensabilă colaborarea cu Ministerul Justiției, cel puțin, și cu alte instituții care sunt implicate în apărarea drepturilor persoanelor cu dizabilități. (...) Știu că lucrul e deosebit de dificil de realizat, dar mă bucur de sprijinul pe care l-am primit din partea generației mai tinere de psihiatri și îmi pun toată nădejdea în ei, bineînțeles noi fiindu-le alături”, a spus dr. Ileana Botezat-Antonescu. Printre articolele ce ridică probleme, aceasta le-a amintit pe cele legate de consimțământ și capacitate psihică, de reprezentantul convențional sau de internarea nevoluntară.

Propuneri de îmbunătățire a legislației au venit de la spitale de psihiatrie din întreaga țară și au fost sintetizate de un



PROF. DR. CĂTĂLINA TUDOSE - PREȘEDINTE ARPP

„Prezentarea mea, care știu că este critică, vine însă ca un apel către comunitatea psihiatrilor, membri ARPP, nemembri ARPP, membri ai altor organizații, să reușim să cădem într-un fel de acord asupra unor puncte generale de vedere. Pentru că în multe domenii sunt contradicții, teorii concurente (...). Nu trebuie să uităm că ne confruntăm cu resurse limitate, cu alte specialități care știu foarte bine sau au știut de mult să-și stabilească prioritățile. (...) Sigur că există și foarte multă inerție și dezamăgire, pentru că mulți dintre noi consideră că nu are rost, că nimic nu poate fi schimbat (...) Cred că ar fi posibil să ne construim puncte de vedere sau să propunem alternative și să acceptăm ceea ce majoritatea dintre noi consideră (...)

Cred că ne confruntăm cu probleme speciale în psihiatrie și trebuie să ne stabilim o identitate. La conferința de presă, un tânăr ziarist m-a întrebat: «Aveți o prezentare la congres: Identitatea psihiatriei românești. Și care e?» Tocmai asta e, că nu știu”.

grup al ARPP pentru Legislație și Drepturile Pacienților (ARPP-LDP). Acesta funcționează pe bază de voluntariat și este format din 18 membri, medici psihiatri și un psiholog. După cum a precizat dr. Iolanda Dumitrescu, managerul Spitalului de Psihiatrie „Eftimie Diamandescu” Bălăceanca, Legea Sănătății Mintale nr. 487 din 2002, republicată în 2012, are 72 de articole, 8 capitole, iar în legătură cu 35 de articole din 4 capitole, grupul ARPP-LDP, înființat în 2016, a făcut propuneri de modificare, completare sau clarificare, intenția fiind de a colabora în continuare cu ministerele Muncii și Protecției Sociale, Justiției, de Interne, dar și cu specialiști și organizații cu expertiză în domeniu. „În urma consultării dumneavoastră, a organizațiilor și asociațiilor profesionale și a experților în domeniu, încercăm să formulăm niște propuneri de modificare a legislației din domeniul psihiatriei astfel încât în final să fie niște riscuri cât mai mici pentru profesie și respectarea drepturilor pacienților într-o măsură cât mai mare, ținând cont și de Convenția pentru persoanele cu diza-

bilități, despre care a vorbit dr. Grbic anterior, care este noua direcție în care ar trebui să mergem ca asociație profesională, recomandată de OMS, iar România a aderat la ea de ceva vreme, din păcate foarte puțin implementată până la momentul de față”, a spus dr. Iolanda Dumitrescu.

La același subiect s-a referit punctual și dr. Dan Roșca, medic primar psihiatru la Spitalul Clinic de Psihiatrie „Prof. Dr. Alexandru Obregia” din Capitală, cu aproape 20 de ani de experiență medico-legală la INML, care a spus că, în opinia sa, „din păcate, Legea 487 are destule vicii de construcție care o fac să nu fie o lege bună. Ce ar însemna o lege bună? O lege care să aibă o terminologie foarte clară, foarte precis definită, o lege cu o coerență internă, asta înseamnă ca ea să nu se contrazică de la un articol la altul. O lege bună înseamnă să aibă și o coerență externă cu alte sisteme legislative din țara respectivă, dar și din alte țări. Dar o lege care are toate acestea nu este bună dacă nu poate fi aplicată”, a arătat dr. Roșca.

### O altă reformă stringentă. cea a centrelor de sănătate mintală

Centrele de Sănătate Mintală (CSM) au fost create prin Ordinul nr. 375 din 10 aprilie 2006, nu au personalitate juridică și buget propriu, sunt finanțate de la bugetul de stat. Specialiștii prezenți la congresul de la Sinaia au prezentat studii interne ce arată că CSM-urile din întreaga țară sunt subdotate cu personal atât la nivelul organigramei, cât și al gradului de ocupare și nu există o comunicare formală (proceduri – protocoale) cu secțiile de spital, cu serviciile de asistență socială, cu inspectoratele școlare.

Dr. Alexandru Paziuc, președintele Asociației de Psihiatrie Socială din România, a arătat că CSM poate și trebuie să joace un rol important în implementarea reformei în sănătate mintală. „Trebuie să ne raliem psihiatriei europene și a secolului 21, în care CSM trebuie să fie pivotul procesului de recuperare și reabilitare. Să fie centrul care trimite către spital acele situații ce nu pot fi rezolvate la nivel de CSM, care să se integreze în comunitate, să facă prevenție și, în același timp, să preia din spital acele cazuri pe care să le ajute să se integreze, să se reabiliteze psihosocial”, a spus acesta.

El a apreciat că reabilitarea psiho-socială reprezintă, practic, o încununare a eforturilor medicilor psihiatri de a readuce individul la o viață normală. „Dacă un chirurg se laudă cu un transplant sau cu scoaterea unui organ și rezolvarea unei situații, noi ar trebui să ne lăudăm cu reintegrarea socială a pacientului nostru”, a arătat dr. Alexandru Paziuc, care a accentuat necesitatea colaborării cu Ministerul Muncii și Protecției Sociale.

### Un congres național devenit... internațional

Sutelor de specialiști români li s-au alăturat, la cea de-a VI-a ediție a Congresului Național de Psihiatrie, profesori de prestigiu din Germania, Olanda, Israel, Italia, Portugalia, Spania, Grecia, Marea Britanie, Danemarca.

Congresul s-a remarcat prin desfășurarea zilnică de cursuri cu tematici foarte variate, precum neuroștiințe, suicidologie, psihoterapie psihanaliz-



ȘTEFAN BANDOL - PREȘEDINTE ASOCIAȚIA ARIPI, ASOCIAȚIA BENEFICIARILOR DE SERVICII DE SĂNĂTATE MINTALĂ

„Aș dori să remarc o noutate la acest Congres Național de Psihiatrie, care nu mai este exclusiv pentru psihiatri, ci adună, pentru prima oară, pe lângă psihiatri, și psihologi, asistenți sociali, și, ca o noutate, pe mine, ca reprezentant al pacienților și foștilor pacienți ai serviciilor de sănătate mintală. (...) Ceea ce vedem acum printre categoriile de participanți este un bun început pentru reforma în sănătate mintală, care este o eternă reformă la noi. Și se discută de reformă de vreo 15-18 ani. Din păcate, din ea lipsesc autoritățile, factorii decizionali”.



DR. ILEANA BOTEZAT-ANTONESCU - DIRECTOR, CENTRUL NAȚIONAL DE SĂNĂTATE MINTALĂ ȘI LUPTĂ ANTIDROG

„Nimic nu este static și e în puterea noastră să încercăm să schimbăm ceva, și știm din experiențele trecute că nu ne putem aștepta la schimbări majore. Cu toții, (...) cei care suntem implicați de mult în această reformă a sistemului de sănătate mintală știm că pașii mici sunt cei care ne pot aduce bucurii mari”.

tică și sistemică familială, psihiatrie legală, ADHD la adult. Unul dintre cursuri, cu tema „Provocări și dileme în consimțământ și capacitate”, a fost susținut și cu aprobarea de către reprezentanții Comitetului de Educație al Asociației Europene de Psihiatrie.

De asemenea, printr-o abordare inovativă, a fost transmisă în direct la Sinaia sesiunea „Cum putem schimba cursul schizofreniei”, susținută de prof. Robin Emsley (Africa de Sud), la Central European Schizophrenia Meeting, manifestare desfășurată la Varșovia, iar din sala nr. 1 a congresului a preluat legătura prof. Jose Manuel Olivares (Spania), care a vorbit despre tratamentul continuu prin noi abordări terapeutice în schizofrenie.

### Copiii și răstniciei — în centrul multor dezbateri

„Tulburarea de spectru autist - tulburarea de personalitate schizoidă, schizotipală – schizofrenia: o ipoteză genetică comună”, „Evoluția la vârstă adultă a pacienților cu ADHD”, „Aspecte clinice ale tulburărilor de adaptare școlară/ dificultăți școlare în tulburările psihice la copil și adolescent”, „Intervenția psihologului clinician în provocările integrării școlare”, „Aspecte ale intervenției în tulburările de învățare” au fost doar câteva dintre problemele discutate, timp de patru zile, de psihiatri și psihologi.

Nici bătrânii nu au fost uitați: simpozioul „Problemele de sănătate mintală ale vârstnicilor: care sunt nevoile percepute, cine poartă povara și ce trebuie schimbat la nivelul serviciilor” a încheiat congresul de la Sinaia. Un alt element important al manifestării a fost reprezentat de cursurile adresate tinerilor specialiști.

Conform anunțului făcut la finalul lucrărilor de președintele ARPP, prof. dr. Cătălina Tudose, ediția de anul viitor va avea loc la Timișoara, cel mai probabil în luna mai. Congresul Național de Psihiatrie 2017 a fost organizat de Asociația Română de Psihiatrie și Psihoterapie – ARPP. Aceasta este asociația profesională națională a psihiatrilor din România care are ca obiect dezvoltarea și perfecționarea tuturor activităților de bază din domeniul psihiatriei și sănătății mintale în România. 📍



# Chirurgia cancerului mamar, ÎNCOTRO?

TRATAMENTUL ACTUAL AL AFECȚIUNILOR MAMARE

DE VALENTINA GRIGORE

SOCIETATEA ROMÂNĂ DE CHIRURGIE A SÂNULUI ȘI ONCOLOGIE, ÎN PARTENERIAT CU UNIVERSITATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE „CAROL DAVILA” BUCUREȘTI, A ORGANIZAT CEA DE-A V-A EDIȚIE A CONFERINȚEI NAȚIONALE CU PARTICIPARE INTERNAȚIONALĂ DEDICATĂ CANCERULUI MAMAR, INTITULATĂ „CHIRURGIA CANCERULUI MAMAR, ÎNCOTRO? TRATAMENTUL ACTUAL AL AFECȚIUNILOR MAMARE”. LA CONFERINȚĂ, AU PARTICIPAT 50 DE SPEAKERI DIN EGIPT, GERMANIA, FRANȚA, GRECIA, ISRAEL, ITALIA, JAPONIA, MEXIC, POLONIA, TURCIA, UCRAINA ȘI ROMÂNIA, SPECIALIȘTI DE RENUME DIN DOMENIUL DIAGNOSTICULUI ȘI TRATAMENTULUI CANCERULUI MAMAR. PARTENER PRINCIPAL AL EVENIMENTULUI A FOST NEOLIFE MEDICAL CENTER.



În fiecare an, luna octombrie este dedicată prevenirii cancerului la sân, iar acțiunile desfășurate au rolul de a atrage atenția asupra acestei boli, cu accent pe diagnosticare precoce. „Organizăm anual, din 2012, acest eveniment în care vorbim despre diagnosticul și tratamentul cancerului mamar și, la fiecare ediție, avem invitați din multe centre recunoscute la nivel internațional pentru specializarea lor

deosebită în această afecțiune. În acest moment, intervenția chirurgicală rămâne o modalitate terapeutică esențială în cancerul mamar, indiferent de stadiul bolii”, a declarat prof. dr. Alexandru Blidaru, președintele Societății Române de Chirurgie a Sânelui și Oncologie.

Specialiștii au participat joi, în prima zi a Conferinței, la un curs de imagistică a sânelui, cu invitați din țară și din străinătate, în care s-a vorbit despre ecografia mamară, mamografie, RMN și chiar despre eventualul rol al RMN-ului mamar în screening. Tot în prima zi, a avut loc o sesiune specială de chirurgie estetică și reconstructivă live din sala de operație, dar și o sesiune de radioterapie și oncologie medicală. A doua zi a început cu lucrări legate de diagnosticul cancerului mamar și de experiența diverșilor chirurși oncologi și chirurși plasticieni în tratamentul cancerului mamar. „Scopul nostru este să tratăm la fel de bine ca în străinătate”, a afirmat prof. Alexandru Blidaru.

## Prevenirea neoplasmului glandei mamare

Deși, în acest moment, încă nu se cunoaște o modalitate de a preveni eficient apariția neoplasmului glandei mamare, este cert că diagnosticul precoce este o cale sigură de reducere a mortalității, precum și de tratament mult mai simplu și mai puțin agresiv. Cu cât depistarea bolii se face într-un stadiu mai puțin avansat, cu atât tratamentul este mai eficient, mai puțin mutilant și necesită un efort financiar mai redus. Astfel se poate îmbunătăți nu numai rata de supraviețuire, ci și calitatea supraviețuirii.

„Este indicat ca toate femeile, după vârsta de 25-30 de ani, să facă o ecografie mamară o dată pe an, o mamografie la 12-18 luni după vârsta de 40-45 ani, o ecografie abdominală și un examen citologic Babeș-Papanicolau o dată pe an. Aceste investigații de rutină sunt lucruri care pot schimba viața. În cazul în care în familie există istoric de cancer mamare sau genitale, atunci screeningul trebuie să înceapă mai devreme, sub îndrumarea specialistu-

lui, și poate include și testări genetice”, este recomandarea prof. dr. Alexandru Blidaru, medic primar chirurg, cu supraspecializare în chirurgie și ginecologie oncologică.

## Intervenții chirurgicale minim invazive

În prezent, femeile cu cancer de sân sunt supuse unor intervenții chirurgicale minim invazive – dovezile arată că se pot obține aceleași



rezultate bune în termeni de calitate a supraviețuirii prin intervenții cât mai puțin extinse. „Pacientele pot fi supuse unor intervenții cât mai mici atât la sân, cât și la axilă, ceea ce înseamnă o morbiditate minimă nu numai fizică, ci și emoțională. Știm cu toții că, din punct de vedere psihic, sânul este un organ extrem de important pentru o femeie. Dacă putem salva sânul, iar femeia se simte bine în pielea ei – o minte sănătoasă înseamnă o persoană sănătoasă”, a declarat prof. dr. Dan Hershko,

Departamentul de chirurgie al Shelba Medical Center, Israel. Același lucru este valabil și în cazul nodulilor limfatici, explică specialistul. Tendința era de a îndepărta toți nodulii limfatici axiali, ceea ce rezulta, în 50-60% din cazuri, cu limfedem, dureri semnificative și pierderea funcționalității mâinii, efecte care persistau ani întregi. Acestea încercau diferite tratamente, alte intervenții chirurgicale și nimic nu funcționa. „Dacă putem scuti femeile de aceste probleme și putem face operații mai mici, dacă putem personaliza tratamentul, precum radioterapia, chimioterapia sau homeoterapia, atunci vom obține rezultate excelente cu mai puțin. Aceasta este ultima tendință în chirurgia sânelui. Potrivit unor studii, se pare că în unele cazuri nu va mai trebui să intervenim chirurgical deloc”, a mai spus specialistul.

### Mastectomia, doar în 20% din cazuri



Ideea că la toată lumea trebuie efectuată mastectomie a trecut de mult. De altfel, în Europa Occidentală numai într-o proporție de sub 20% se mai face mastectomie, iar aceea, de obicei, este urmată imediat de reconstrucție. „În Institutul Oncologic

București, în secția pe care o conduc, operăm între 3.000 și 3.500 de paciente - din care, peste 1.000 de afecțiuni mamare. Încercăm să facem tot felul de intervenții chirurgicale în așa-numita chirurgie conservatoare, care păstrează sânul, și care trebuie urmată de radioterapie. Mai mult decât atât, există tehnici de chirurgie oncoplastică, la care se asociază principiile de chirurgie oncologică cu cele de chirurgie estetică, astfel încât rezultatele estetice să fie frumoase, dar rezultatele oncologice, în primul rând, să fie bune. Nu tot timpul se poate face așa ceva, nu tot timpul sânul poate fi păstrat și există destule situații în care boala este atât de extinsă, încât trebuie extirpat sânul în totalitate, deci este necesară mastectomia. Dar se pot face diferite tipuri de mastectomii care conservă mai mult sau mai puțin tegumentele care acoperă sânul. În astfel de cazuri, se poate face reconstrucția imediată. Este una dintre operațiile pe care le facem frecvent încă de 15-20 de ani, în care reconstruim sânul în cursul aceleiași intervenții chirurgicale”, a mai spus prof. Alexandru Blidaru, care, în timpul congresului, a prezentat tehnicile de reconstrucție imediată cu implant deconat de statul român. „Programul național este extraordinar, însă ar mai fi nevoie de câteva lucruri pentru a merge ca pe roate. Folosim prin diferite metode, sau pentru diferite tehnici chirurgicale, niște plase resorbabile sau parțial resorbabile, care încă nu sunt rambursate de Casa de Asigurări, dar sperăm că o să fie. De asemenea, de multe ori după reconstrucție rămâne o asimetrie mamară importantă și este necesară o intervenție de corecție pentru sânul controlateral, considerată, greșit din punctul meu de vedere, intervenție de chirurgie estetică. De fapt, este o problemă medicală pentru care femeia respectivă are tot dreptul să fie operată. Are o asimetrie mamară din cauza unei afecțiuni pe care a avut-o, nu este un moft să-și reducă dimensiunile sau să-și simetrizeze celălalt sân. Cred că această intervenție ar trebui să se facă în mod curent”, a atras atenția specialistul.



## Ministerul Sănătății susține costurile protezelor mamare

Prof. dr. Florian Bodog, ministrul Sănătății, invitat la Conferința organizată de Societatea Română de Chirurgie a Sânelui și Oncologie, este unul dintre

inițiatorii programului prin care costurile protezelor mamare necesare după operația de mastectomie sunt suportate de către stat, la ora actuală. „Minis-

terul Sănătății sprijină în continuare acest program. În cancerul de sân, unul dintre cancerele cu cea mai mare incidență de la noi din țară, avem nevoie de tratament în echipă. De asemenea, este nevoie de un diagnostic precoce al acestei afecțiuni, iar Minis-

terul Sănătății sprijină în acest sens programele de screening, pentru a obține în acest fel rezultate mai bune pentru pacienți”, a precizat Florian Bodog. În prezent, există 17 centre la nivel național care intră în programul de decontare a protezelor mamare.

### Terapii în cancerul mamar triplu negativ



Această formă de cancer are un prognostic extrem de rezervat și reprezintă o preocupare la nivel mondial, însă există terapii inovatoare în curs de standardizare. Cancerul mamar triplu negativ afectează, în general, populația tânără. „Media de vârstă a femeilor afectate de cancer mamar este de 50 de ani, însă aceste femei cu triplu negativ au, în general, în jur de 40 de ani. Aproximativ 10% dintre femeile cu cancer mamar dezvoltă această formă triplu negativă - aproximativ 700-750 de cazuri în România. Sunt însă femei tinere care și-au pierdut viața sau care nu răspund bine la tratament”, a atras atenția dr. Dan Jinga, medic primar oncologie, Neolife Medical Center.

În prezent, femeile afectate de această formă de cancer pot beneficia de terapia standard cu citostatice sau de terapii inovatoare, prin intermediul a diverse studii clinice care se desfășoară în anumite centre. „Medicamentele din studiile clinice încă nu au validarea ghidurilor clinice, dar sunt foarte aproape de a fi validate - în SUA, unele au fost deja validate, în vestul Europei au fost, urmează procesul treptat de validare și spre zona în care trăim, evident. În momentul în care statul îl va lua sub umbrela lui, nu va fi deloc greu, pentru că în momentul de față nu putem să spunem că ceea ce statul oferă nu ne este accesibil ca pacienți sau ca doctori. Problema este, însă, că procesul de validare a unei astfel de terapii este lung, anevoios, greoi

și legal, legislativ, în primul rând, și financiar, în al doilea rând”, a mai explicat specialistul.

### Experiența franceză - medicina «à la carte»



Dr. Ioana Kloos, medic oncolog la Spitalul „Saint Louise” din Paris, director de program la Laboratoarele Servier pentru dezvoltare clinică, ne-a oferit câteva detalii despre programul autorităților franceze în prevenirea și tratarea cancerului mamar. „Franța are un sistem de sănătate foarte robust, care ne dă acces atât la noi medicamente, cât și la un management foarte adaptat cazului pacientei respective. Aș putea vorbi de o medicină care este perfect «à la carte», care este foarte bine individualizată pentru fiecare pacientă”, a explicat dr. Ioana Kloos.

Potrivit acesteia, prin programul național de sănătate, la fiecare doi ani femeile pot face o mamografie și o ecografie mamară, care sunt citite de doi medici radiologi. Astfel, cele mai multe dintre cancerele de sân din Franța sunt descoperite într-un stadiu foarte precoce, iar în cazul acesta intervenția chirurgicală poate fi mult mai conservatoare. În majoritatea cazurilor, se realizează ganglionul-santinela, iar tratamentele adjuvante care urmează sunt mult mai bine definite. Problema chimioterapiei este analizată cu foarte mare finețe. „De exemplu, la Saint Louise, unde consult ca medic oncolog, identificăm extrem de clar pacientele care pot să aibă un beneficiu de pe urma chimioterapiei, ceea ce face că tratamentul să fie extrem de adaptat și, deci, mai puțin invaziv”, a mai spus dr.

Ioana Kloos. Potrivit acesteia, în Franța, luna octombrie este Octobru Rose - dedicată cancerului de sân, în care cele mai importante mesaje sunt: nu uitați să faceți mamografia la fiecare doi ani, mergeți la medicul ginecolog, acordați importanță sănătății dumneavoastră. „Prevenția secundară făcută în acest mod vă duce la un tratament mai puțin invaziv și cu o șansă de supraviețuire mult mai mare”.

### Controverse în radioterapie



Un alt subiect discutat în cadrul Conferinței naționale s-a legat de controversele care apar în cazul radioterapiei: utilizarea radioterapiei post-mastectomie la paciente cu tumori T1, T2 și 1-3 ganglioni invadați, radioterapia regională și utilitatea iradierii ganglionilor mamari

interni, radioterapia post-mastectomie în condițiile în care ganglionul-santinela este invadat tumoral și nu se completează limfodiseția axilară și radioterapia post-mastectomie în condițiile în care se utilizează tratament chimioterapic în stadiile clinice 1-2. „Trebuie să analizăm ce poate să aducă radioterapia în plus față de tratamentele sistemice care s-au dezvoltat foarte mult în ultima vreme și care fac ca rolul radioterapiei să fie din ce în ce mai mic în tratamentul pacienților cu cancer de sân puțin avansat”, a explicat dr. Liviu Stoleru, medic primar radioterapie, Centrul Medical Neolife.

Potrivit acestuia, radioterapia aduce în plus un beneficiu care la ora actuală este legat de iradiere pe volume mai mari, dar mai precise, care pot să ducă la avantaje în supraviețuirea liberă de boală și în supraviețuirea globală. Reacțiile adverse sunt cele clasice descrise, printre care și toxicitatea pulmonară, toxicitatea cardiacă, toxicitatea de al doilea cancer. „Nu trebuie să uităm un lucru: că tot ceea ce s-a raportat până acum în literatură provine din trialuri care au fost efectuate cu tehnici de radioterapie și cu aparatură care astăzi sunt depășite, deci practic trebuie făcute noi studii cu aparatură modernă și cu tehnicile actuale de tratament pentru a avea o imagine corectă. Se fac aceste studii la nivel mondial, însă marea problemă este că în momentul în care ele vor fi raportate, deja va fi prea târziu. Asta este marea problemă a studiilor randomizate: ele au un nivel de evidență foarte ridicat, însă în momentul în care ele apar, rezultatele nu mai sunt aplicabile pentru că tehnicile de tratament, modalitățile de tratament au evoluat, s-au schimbat. Pe de altă parte, dacă folosim acum un studiu mic cu tehnici moderne, ni se va spune că nu are suficientă putere și că trebuie să așteptăm un timp să treacă, să se valideze în timp rezultatele. Deci suntem într-un cerc vicios”, a atras atenția dr. Liviu Stoleru.

În privința pacienților, acestea trebuie să se implice mai mult în decizia terapeutică. „Cred că este foarte important ca ele să participe activ, să-și întrebe doctorul care sunt beneficiile, riscurile, care este toxicitatea asociată radioterapiei, pentru că până la urmă cel care decide dacă să facă sau să nu facă radioterapia, în baza informării pe care o face medicul, este strict pacientul. Totuși, ca o realitate, avem nevoie de mai multe aparate de radioterapie, pentru că în felul acesta și pacienții vor fi mai disponibili să facă radioterapie”, a explicat dr. Liviu Stoleru. ■

# NE LIPSESC protocoalele și mândria națională

**DR. HADI RAHIMIAN ESTE UNUL DINTRE PUȚINII SPECIALIȘTI ÎN MEDICINĂ FETALĂ DE LA NOI DIN ȚARĂ ȘI AUTORUL UNOR OPERAȚII INTRAUTERINE PE CARE NUMAI EL ȘTIE SĂ LE FACĂ ÎN ROMÂNIA. CONSULTĂ SUTE DE VIITOARE MAME ÎN FIECARE LUNĂ, DAR ÎȘI FACE TIMP ȘI PENTRU VOLUNTARIAT ÎN SPITALELE DE STAT, CA SĂ ÎI ÎNVEȚE ȘI PE ALȚI MEDICI SĂ SALVEZE VIAȚA BEBELUȘILOR AFLAȚI ÎNCĂ ÎN BURTA MAMEI. DE ROXANA MATICIUC**

**Se spune că medicina pediatrică este grea pentru că un copil este un pacient delicat și dificil. Cum ați ajuns să tratați pacienții care nici măcar nu au ieșit din burta mamei?**

În obstetrica patologică, sau medicina materno-fetală, așa cum se numește mai nou acest domeniu, se consideră că fătul este un alt pacient, distinct față de mamă, deci trebuie tratat separat. Eu m-am axat pe acest domeniu pentru că mai sunt foarte multe lucruri de făcut, de descoperit. Și nu doar la nivel de România, ci și la nivel mondial. Mi-a fost greu să mă decid pe ce vreau să mă axez, pentru că mereu apar lucruri noi, implementarea lor înseamnă să îți asumi riscuri, iar în România legislația nu este foarte clară în acest domeniu. Mi s-a întâmplat ca un făt să moară în burta mamei acum vreo 15 ani pentru că n-am găsit pe nimeni în România să-i facă o transfuzie intrauterină. Acesta a fost factorul declanșator care m-a făcut să merg mai departe pe medicina materno-fetală.

**Dumneavoastră, pe vremea aceea, profesând unde?**

Eram la Spitalul Cantacuzino. Dar ca să învăț acest domeniu cât mai bine, am mers în mai multe centre, pentru că nu există un singur loc unde să te învețe de toate. Eu știam deja să fac, de exemplu, amniocenteze, CVS (cariotip din vilozități coriale), făceam ecografii. Apoi am învățat cum să fac cordocenteză, după care am început să pun diverse șunturi pentru acumulări de lichid din cutia toracică, tratam bebelușii care nu puteau urina în mod

**„LA NIVEL DE MINISTER, NU AVEM TOATE PROTOCOALELE CARE NE TREBUIE. DACĂ VINE O PACIENTĂ ȘI NU EXISTĂ PROTOCOL PENTRU CE FAC, NU SUNT ACOPERIT.”**

normal intrauterin și din această cauză faceau o vezică foarte mare, motiv pentru care se pune un șunt vezico-amniotic sau toraco-amniotic.

După, am început cu fetoscoopiile. Asta presupune intrarea cu o cameră în cavitatea uterină, unde faci apoi diverse intervenții. Am început cu intervenții care se făceau pe anexele fătului, adică pe cordonul ombilical sau pe placentă, în special în sarcina generală pentru sindromul transfuzor - transfuzat: să coagulezi vasele de sânge care trec de la un făt la altul astfel încât să echilibreze circulația de sânge dintre cei doi feți. Au urmat intervențiile pe făt, cum este cea pentru hernie diafragmatică: se pune un balon în traheea copilului, iar balonul trebuie să rămână acolo până aproape de termen, când se scoate balonul, pentru ca după naștere copilul să fie operat, dar într-o condiție mult mai bună decât era înainte. Am făcut ulterior intervenții pe vezica urinară, tot intrauterin, stetosopic, pentru un sindrom de valvă posterioară. M-am apucat apoi de operații deschise, adică operații mielomeningocel, în care copilul trebuia scos afară parțial, operat și pus înapoi în burta mamei. Am făcut operații intrauterine și la cutia toracică, atunci când fătul prezenta diverse malformații ale plămânului care îi puteau pune în pericol viața. Acum, ne pregătim să punem pacemaker intrauterin. Deja



**Interviu cu dr. Hadi Rahimian, medic primar obstetrică-ginecologie**

am făcut două-trei intervenții pe cord intrauterin pentru stenoza de aortă, stenoza pulmonară și stăm destul de bine în această zonă, adică nu suntem foarte în urmă. Problema este că, în acest moment, noi suntem singurul centru care le face cam pe toate. Din câte știu, mai există unu sau două spitale de stat care fac doar fetoscopii, și doar pentru sindromul transfuzor-transfuzat, altceva nu.

Pe de altă parte, nu cred că trebuie să existe 200 de centre în România pentru așa ceva, pentru că sunt rare cazurile acestea, iar bolile sunt limitate și degeaba facem zece centre în care avem oameni să învețe, pentru că până ajung la curba de învățare, pierd cazurile, mor copiii și atunci ar fi mai bine să existe două-trei centre în România, dar să fie dotate cu aparatură și cu oameni care știu să lucreze.

**Spuneți mereu că este foarte importantă siguranța medicului. Cum stau lucrurile în România la acest capitol?**

La nivel de minister, nu avem toate protocoalele care ne trebuie. Dacă, de exemplu, vine o pacientă și nu există protocol pentru ceea ce fac, înseamnă că nu sunt acoperit. Eram în Anglia, când a venit o pacientă care a născut un copil de 4.350 de grame care a rămas cu umerii blocați, motiv pentru care a fost nevoie de niște manevre. Pacienta a vrut să dea medicul în judecată. Înainte de acest lucru însă, medicul a trecut

printr-o comisie formată pe loc și pe ai cărei membri nu-i cunoștea. Conform protocolului, dacă un copil are 4.500 de grame, trebuie să-i faci cezariană. Deci în acea situație medicul a fost absolvit, prin urmare nu a ajuns să fie dat în judecată. În România însă, oricând și oricine poate

**„NU ȘTIU CUM SE ÎNTÂMPLĂ ÎN ȚARA ASTA, CĂCI AM IMPRESIA CĂ TOATĂ LUMEA VREA SĂ SCAPE DE ELITE, SE FACE ASTFEL ÎNCÂT ELE SĂ NU STEA AICI. ȘI NU E VORBA DE BANI.”**

să te dea în judecată, iar tu, ca medic, în cei patru-cinci ani cât durează procesul, trebuie să te duci de fiecare dată la judecătoria, trebuie să ai un avocat și să faci o sumedenie de lucruri pentru ca la sfârșit să spună „pacientul nu a avut dreptate”. Păi nu puteam să scurtăm toate aceste lucruri? Totul este invers aici și asta este frustrant. Din acest motiv, medicii devin foarte prudenți. Decât să facă un lucru care este riscant, mai bine nu se bagă.

**Cine face aceste protocoale?**

Ar trebui să le facă comisia de ginecologie, la nivel de minister.

**Ați încercat să vorbiți cu cineva din minister?**

Cu cine să vorbesc? Ministrul Sănătății se schimbă din trei în trei luni,

comisiile sunt mereu în schimbare și ele, deci nu ai cu cine să vorbești.

**Comparând România cu alte țări, ce ați vrea să avem și noi, din ceea ce ați văzut în afară?**

Mândrie națională, în primul rând. Să știm că și noi, românii, suntem la fel de deștepți precum cei de afară. Să ne organizăm mai bine și să avem grijă de elitele noastre. Să nu mai plece atât de mulți medici în străinătate. Nu știu cum se întâmplă în țara asta, căci am impresia că toată lumea vrea să scape de elite, se face astfel încât ele să nu stea aici. Și nu cred că este neapărat vorba de bani. Contează și mediul, și oamenii cu care lucrezi. De exemplu, cunosc trei medici care lucrează la stat, pe un salariu mic, și care nu au vrut să vină la privat, dar fac tot ceea ce pot ca să ajute oamenii cât se poate de mult. Și nu înțeleg de ce nu sunt promovați acești medici.

Și așa mai transmite ceva Agenției Medicamentului: să încerce să aducă medicamente care sunt acreditate în toată Europa, însă la noi, în România, nu sunt și ne lipsesc. Și nu neapărat compensate,

măcar să le putem cumpăra. Eu, ca spital, am nevoie de unele medicamente pe care nu le pot folosi pentru că nu sunt acreditate în România, dar în alte țări sunt acreditate. De exemplu, betametazonă injectabil, care în România nu există și pe care nu o pot folosi.

**În ce cazuri ajută betametazona injectabil?**

Ajută în maturarea pulmonară la copiii prematuri. ■

**INTERVIUL COMPLET POATE FI CITIT PE**

[www.politicidesanatate.ro](http://www.politicidesanatate.ro)

# Cadrul instituțional ETM

## INDEPENDENT DE ORICE INTERESE PARTICULARE

ROMÂNIA ESTE UNA DINTRE PUȚINELE ȚĂRI CARE NU ARE UN SISTEM NAȚIONAL DE EVALUARE A TEHNOLOGIILOR MEDICALE (ETM), DEȘI COMISIA EUROPEANĂ ARE ÎN VEDERE ÎNTĂRIREA COLABORĂRII EUROPENE PENTRU ACEASTĂ ACTIVITATE. ACEASTA POATE FI EFECTUATĂ DE O ENTITATE SAU POATE FI ÎMPĂRȚITĂ ÎNTRE MAI MULTE ENTITĂȚI, DAR CARE SĂ COLABOREZE EFICIENT, IAR ORICE CADRU INSTITUȚIONAL HTA TREBUIE SĂ FIE - ȘI, TOTODATĂ, PERCEPUT CA - INDEPENDENT DE ORICE INTERESE PARTICULARE, ESTE DE PĂRERE DR. CĂLIN BUMBULUȚ, VICEPREȘEDINTE AL COLEGIULUI MEDICILOR DIN ROMÂNIA, ALES RECENT PREȘEDINTE AL UNIUNII EUROPENE A MEDICILOR DE FAMILIE, ENTITATE CARE DEȚINE PREȘEDINȚIA GRUPULUI DE FURNIZORI DE SĂNĂTATE AL GRUPULUI DE ACȚIUNE AL EUNETHTA. DE VALENTINA GRIGORE



**Veți fi președintele Uniunii Europene a Medicilor de Familie (UEMO) în perioada 2019- 2022. Care vor fi prioritățile dvs. în acest mandat?**

Delegația CMR, care a fost aleasă prin vot, va asigura președinția, secretariatul general și trezoreria UEMO. Programul nostru a întrunit voturile colegilor medici de familie din Uniunea Europeană. Prioritatea va fi recunoașterea medicinei de familie ca specialitate la nivel european, în acest moment 18 țări din 28 recunoscând-o. Este un anacronism faptul că medicina familiei este considerată ca o formare specifică sau calificare și nu ca o specialitate în Directiva nr. 36/2005. O altă prioritate este elaborarea unui document de poziție al UEMO privind vaccinarea. În mandatul actual al președinției italiene a UEMO, au fost abordate o serie de subiecte de interes precum eHealth, mHealth, evaluarea tehnologiilor medicale, valoarea medicinei de familie la nivel european, rezistența microbiană la antibiotice, codul de conduită în relația cu industria farmaceutică etc.; analiza tuturor

acestor subiecte trebuie continuată, în unele UEMO are documente de poziție și strategii, în altele trebuie elaborate. Această muncă nu se poate realiza decât în echipă, iar colegii mei din conducerea UEMO vor avea fiecare în sarcină unu sau mai multe dintre aceste subiecte.

**Cum poate fi ajutată medicina românească prin acest mandat?**

Alegerea noastră demonstrează și faptul că medicina românească este percepută ca valoroasă și că poate să ofere expertiză, cel puțin în câteva domenii-cheie. Faptul că medicii de familie români vor avea o voce puternică în cea mai reprezentativă organizație medicală europeană, recunoscută de către Comisia Europeană ca parte interesată în unele dintre procesele acesteia, nu poate decât să întărească și vocea medicilor de familie români în propria lor țară. Un sistem de sănătate cu o asistență primară puternică poate să ofere garanția acordării îngrijirilor necesare populației. Desigur că aspectul important al finanțării acestui sistem nu este în puterea noastră, fiind o decizie politică, dar vom folosi toate căile care ne stau la dispoziție, inclusiv activitatea de lobby pe care UEMO o desfășoară pe lângă organismele UE, pentru a corecta și

a susține finanțarea adecvată, nu numai în România. Țara noastră se află pe ultimul loc în UE, OECD și, probabil, în lume, ca procent alocat din PIB pentru Sănătate.

**Administrarea Big Data și eHealth reprezintă subiecte de interes deosebit. Ce va stipula documentul de poziție al UEMO în acest domeniu?**

Medicii de familie din Europa au ajuns să fie la fel de dependenți de sistemele informatice relevante și funcționale ca și de stetoscopul lor; accesul la informații privind sănătatea este necesar pentru a oferi cele mai bune servicii pacienților noștri. Sprijinim schimbul de date între profesioniștii din domeniul Sănătății care tratează același pacient. Valorile fundamentale ale medicinei de familie, cum ar fi continuitatea îngrijirii, egalitatea, accesibilitatea, confidențialitatea și îngrijirea coordonată, trebuie să fie susținute și nu compromise de către sistemele de eHealth. Deciziile privind eHealth trebuie să se bazeze pe cele mai bune cunoștințe medicale și să ia în considerare experiențele și nevoile pacientului și ale medicului. Toți profesioniștii din domeniul Sănătății trebuie să ia parte la un dialog deschis și continuu cu factorii de decizie privind viitoarele evoluții ale eHealth la



FOTO: BORO PR & COMMUNICATION

**Interviu cu dr. Călin Bumbuluț, președinte al Uniunii Europene a Medicilor de Familie**

lipsite de ambiguitate cu privire la conflictul de interese și prin aplicarea uniformă și transparentă a unor norme procedurale și decizionale bine definite și supuse controlului public.

Acum nu există o legătură în România între utilizarea procedurilor ETM și dezvoltarea ghidurilor clinice, îmbunătățirea calității, practicii sau programele naționale de sănătate. Fiecare instituție relevantă pentru sectorul medical are jurisdicție asupra unor seturi de date-cheie diferite. În prezent, Agenția Națională a Medicamentului și Dispozitivelor

Medicale este singura instituție publică cu competența de a efectua ETM, dar ea se limitează la evaluarea solicitărilor de includere a medicamentelor pe lista de compensare. Institutul Național de Sănătate Publică și Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Dezvoltare Profesională au o experiență limitată. CNAS este deținătoarea celor mai detaliate date de activitate din sectorul medical, dar nu cred că există dovezi că datele acestea sunt utilizate pentru procesul decizional din domeniul Sănătății. Totuși, în toate aceste instituții există persoane având competențe în domeniul ETM.

O problemă ridicată de Colegiul Medicilor din România este faptul că nu suntem considerați de către cei care decid ca parte interesată în procesul privind crearea unei structuri instituționale de ETM. Întrucât evaluarea tehnologiilor medicale acoperă și aspecte medicale și etice, susținem că CMR ar trebui consultat cel puțin în aceste subiecte. Speranța este înființarea unui cadru structurat pentru ETM, aceasta fiind o decizie politică. ■

toate nivelurile de conducere. Nu există soluții pentru eHealth care să cuprindă diversitatea problemelor pacienților fără implicarea medicului de familie. Tehnologiile informatice trebuie finanțate în mod corespunzător. Utilizarea datelor din sistemele informatice ale medicului de familie trebuie să aibă un temei juridic, acordul pacientului pentru datele personale și mai trebuie să respecte regulile de protecție a datelor. O atenție deosebită este necesar să fie acordată cerințelor terților privind obținerea datelor. Siguranța pacienților și securitatea datelor reprezintă fundamentul sistemelor eHealth.

**UEMO deține președinția Grupului de furnizori de sănătate al Grupului de acțiune al EUNETHTA. Cât de importantă este activitatea acestui grup pentru sistemele de sănătate?**

Evaluarea Tehnologiilor Medicale este un proces multidisciplinar de evaluare a aspectelor sociale, economice, organizaționale și etice cu privire la intervenții medicale sau la tehnologii medicale. Comisia Europeană are în vede-

re întărirea colaborării europene pentru ETM, EUNETHTA fiind la a treia „versiune”, iar președinția asigurată de UEMO Grupului de furnizori de îngrijiri de sănătate al Grupului de acțiune comună este importantă pentru toate sistemele de sănătate ale statelor membre UE și SEE.

**România și Grecia sunt țările care nu au un sistem național de ETM. Cum credeți că poate fi îmbunătățit acest aspect în cazul țării noastre? Avem specialiști pregătiți în domeniu?**

În ceea ce privește crearea unei structuri instituționale naționale a României pentru ETM, un aspect important este faptul că aceasta nu înseamnă sau nu impune crearea unei agenții de Evaluare a Tehnologiilor Medicale. Acest proces poate fi efectuat de o entitate sau poate fi împărțit între mai multe entități, dar care să colaboreze eficient. Orice cadru instituțional ETM trebuie să fie - și, totodată, să fie perceput ca - independent de orice interese particulare, prin modul de recrutare a personalului și implicarea experților, prin elaborarea unei strategii

# Zilelele UMF Iași

## 138 DE ANI DE ÎNVĂȚĂMÂNT MEDICAL SUPERIOR

STUDENȚI, CADRE DIDACTICE ȘI MEMBRI AI CONDUCERII UNIVERSITĂȚII DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE „GRIGORE T. POPA” IAȘI, REPREZENTANȚII CELORLALTE UNIVERSITĂȚI IEȘENE (PROF. UNIV. DR. CĂTĂLIN TĂNASE, PRORECTORUL UNIVERSITĂȚII „ALEXANDRU IOAN CUZA”, PROF. UNIV. DR. GHEORGHE SĂVUȚĂ, DECAN AL FACULTĂȚII DE MEDICINĂ VETERINARĂ USAMV, LECT. UNIV. DR. OANA SANDU, PRORECTOR AL UNIVERSITĂȚII DE ARTE „GEORGE ENESCU”), PRIMAR MIHAI CHIRICA, PROF. UNIV. DR. BOGDAN MALEON – DIRECTORUL BCU IAȘI ȘI REPREZENTANȚI AI INSTITUTULUI CULTURAL FRANCEZ (DIRECTOR VINCENT LORENZINI, OLIVIER DUMAS – COORDONATOR EVENIMENTE ȘI RALUCA VÎRLAN-BONDOR – RESPONSABIL DE PROIECTE CULTURALE ȘI COMUNICARE) AU SĂRBĂTORIT ÎMPREUNĂ ÎMPLINIREA A 138 DE ANI DE ÎNVĂȚĂMÂNT MEDICAL SUPERIOR LA IAȘI. DE VALENTINA GRIGORE



riu, rectorul UMF Iași, în deschiderea evenimentului. Dânsul ne-a oferit mai multe detalii despre momentele-cheie ale evenimentului.

**Care a fost tema acestei ediții a Zilelor UMF Iași?**

Anul acesta, majoritatea manifestărilor au stat sub semnul Centenarului Marii Uniri – a cărui proiecție are loc prin intermediul unui program complex, coordonat de Primăria Iași. Până la urmă, fie că sărbătorim Centenarul Marii Uniri, fie 138 de ani de învățământ medical superior la Iași, orice prilej de a ne onora trecutul și de a ne aduce aminte despre niște oameni și despre faptele lor ne îmbogățește și ne dă puterea să mergem mai departe. Pentru că, așa cum spunea Nicolae Iorga în celebrul

său discurs mobilizator din decembrie 1916, „în trecutul nostru, mulți oameni au suferit. Dacă suntem ceva, nu suntem prin biruința strămoșilor noștri, ci suntem ceva numai prin suferința lor. Toate puterile noastre nu sunt altceva decât jertfa lor, strânsă laolaltă și prefăcută în energie”.

**Care au fost cele mai importante momente ale evenimentului?**

Zilele UMF au debutat cu o conferință despre rolul pe care l-a jucat Iașiul în Marele Război, susținută de istoricul ieșean Cătălin Turliuc, cercetător principal la Institutul de Istorie „A.D. Xenopol” din Iași. A doua zi, a avut loc prelegerea intitulată „Imaginea medicului în societatea contemporană. Reprezentări sociale și provocări actuale”, susținută de cunoscutul sociolog

Vasile Dîncu, care se înscrie în seria Conferințelor Universității „Grigore T. Popa” – serie care a debutat în urmă cu două luni și care-și propune să aducă la UMF Iași personalități din diverse domenii. Am regăsit, cu bucurie și interes, în conferința domnului Dîncu o idee – un principiu și un deziderat, în același timp – pe care am transmis-o și eu, în repetate rânduri, comunității academice a UMF Iași: nevoia de a reaseza la locul său meritul statutului de medic în cadrul societății românești. În civilizațiile europene occidentale spre care aspirăm, medicul, cercetătorul și cadrul didactic universitar sunt repere în ierarhia socială. E un statut firesc, spre care trebuie să tindem și noi, însă nu ne putem aștepta să fim altfel priviți de societatea românească înainte ca noi înșine să ne vedem ca repere sociale.

„Războiul cere medicului, mai ales, să fie singurul care să poată îndulci calamitatea dezastrului, redând țării brațe ca s-o apere și inimă să bată pentru ea. Medicul, prin urmare, trebuie să pună în slujba Țării nu ceea ce-i ordonă autoritatea care-l conduce, ci ceea ce-i poruncește întreaga lui făptură, ca medic și ca fiu al Țării” – nota Mihai Ștefănescu-Galați, care, în timpul Marelui Război, a fost șef de ambulanță și de spital mobil. Este o personalitate a medicinei căzută într-o nedreaptă uitare. De aceea, am încercat să-i resuscităm memoria prin publicarea, la Editura Universității, a două volume semnate de medicul-scriitor, editate de dr. Richard Constantinescu, de la disciplina Istorie a Medicinii. Este vorba de „Memorii de război” și „Răniți și ranițe. Chirurgia marelui război”. Lansarea acestor două cărți a fost, de asemenea, un punct forte al manifestărilor dedicate Zilelor UMF Iași din acest an.

De Zilele Universității, am lansat și seria nouă a „Însemnărilor ieșene”, una dintre revistele-simbol ale Iașiului, înființată în 1936 de patronul nostru



spiritual - Grigore T. Popa, alături de Mihail Sadoveanu și de George Topîrcăanu. Primul număr al acestei noi serii - publicată sub egida UMF Iași, l-am dedicat tot Centenarului Marelui Război, prin dosarul tematic de la mijlocul revistei. Dr. Richard Constantinescu a scris despre întâmplări de pe front trăite de Grigore T. Popa; profesorul, dermatologul și scriitorul I. I. Mironescu a evocat zilele cumplite

din vremea teribilei conflagrații mondiale; cofondatorul urologiei românești, profesorul și publicistul Mihai Ștefănescu-Galați, a oferit cititorilor un fragment din amintirile sale de pe front, iar domnul profesor Eugen Târcoveanu a prezentat o expoziție inedită și un album dedicate Regelui Ferdinand al României.

**Care sunt proiectele cu care UMF Iași participă la Programul Centenar al Primăriei Municipiului Iași?**

Universitatea de Medicină și Farmacie „Grigore T. Popa” a colaborat cu Primăria Iași la realizarea Programului Centenar printr-o serie de evenimente care se vor desfășura în perioada decembrie 2017 – decembrie 2018. Putem menționa expoziția „Dr. Jean Clunet și Misiunea Militară Franceză” și expoziția foto-documentară

„Iașul medical în Marele Război”. În ceea ce privește cărțile, putem discuta despre editarea și publicarea volumelor semnate de Mihai Ștefănescu-Galați – „Amintiri din Marele Război” și „Răniți și ranițe. Chirurgia Marelui Război”, despre volumul „Grigore T. Popa – far al culturii românești” și despre opera „Nicolae Leon, Rectorul Unirii”. Dintre acestea, două au fost deja realizate și prezentate în cadrul Zilelor UMF 2017 – este vorba despre „Expoziția Dr. Jean Clunet și Misiunea Militară Franceză” și despre cele două volume de război ale medicului urolog Mihai Ștefănescu-Galați, urmând ca, în 2018, să finalizăm și celelalte proiecte.

„Amintiri din Marele Război” și „Răniți și ranițe. Chirurgia Marelui Război” au fost editate și prefațate de dr. Richard Constantinescu, autor și iatroistoriograf, de la disciplina Istoria Medicinii din cadrul UMF Iași, editor al operei de război a lui Mihai Ștefănescu-Galați. Iatroistoriograful a povestit despre efortul depus în a elucida anii nașterii și ai morții, dar și despre bucuria prilejuită de descoperirea unui medic valoros, a unui om vertical și a unui scriitor apreciat de însuși Garabet Ibrăileanu. ☑

➔ **Interviu cu  
dr. Dragoș Davițoiu,  
managerul  
Spitalului Clinic  
de Urgență „Sf.  
Pantelimon”**



# „AR TREBUI SEPARATĂ FINANȚAREA salariilor de finanțarea actului medical”

ȘTIA CĂ VA AJUNGE MEDIC DE CÂND AVEA ZECE ANI, IAR PASIUNEA PENTRU ȘTIINȚELE VIEȚII L-A TRANSFORMAT ÎN UNUL DINTRE CEI MAI APREȚIAȚI CHIRURGI DIN ROMÂNIA. A ALES CHIRURGIA GENERALĂ PENTRU CĂ ÎI OFEREA OCAZIA SĂ FACĂ OPERAȚII DIN CELE MAI DIVERSE ȘI SĂ INTERVINĂ CU PRECIZIE ATUNCI CÂND AVEA PE MASĂ O URGENȚĂ. CA SĂ AJUTE ȘI MAI MULT PACIENȚII, A DEVENIT MANAGER DE SPITAL ȘI ARE DEJA PLANURI MARI PENTRU PERIOADA URMĂTOARE. DE ROXANA MATCIUC



**Cine este Dragoș Davițoiu?**

În primul rând, sunt medic chirurg și este o meserie pe care o fac cu pasiune. Am ales-o din copilărie. Am fost atras mereu de științele naturale. Când eram copil, împăiam păsări. Nu știam atunci că o să dau la medicină, dar atracția către forma vie m-a caracterizat întotdeauna. Iar specialitatea de chirurgie generală am ales-o ca să pot să fac ceva cu mâna mea. Chirurgia îmbină foarte bine și frumos știința și manualitatea, iar acest lucru m-a atras.

**Care sunt cele mai frecvente operații pe care le faceți dumneavoastră?**

Din păcate, chirurgia oncologică, multe cancere, operații de tiroidă, chirurgia peretelui abdominal. Eu nu mai fac chirurgie de urgență de câțiva ani, deși este una dintre cele mai frumoase și mai grele chirurgii, dar este și cea mai solicitantă. Cred că zece ani de chirurgie de urgență te uzează cât 30 de ani în orice altă profesie. Este un stres teribil, dar este și foarte frumos și spectaculos actul chirurgical în sine.

**Acum sunteți manager, dar multă lume vă știe ca fiind un chirurg foarte bun. Cum de ați acceptat această funcție, despre care se știe că este cu totul diferită față de cea de medic?**

Este cu totul altceva, dar dacă te guvernează bunul-simț, în primul rând, măsura și știința lucrului cu oamenii, nu este atât de greu. Fiind chirurg, știu exact problemele cu care se confruntă sistemul sanitar, pentru că m-am confruntat și eu cu ele de-a lungul timpului. Și pentru că în mintea mea existau soluții, am vrut să merg și de partea cealaltă a baricadei, să văd dacă ele chiar sunt viabile, dacă pot fi puse în practică.

**Dacă tot vorbim despre problemele pe care le-ați observat fiind de cealaltă parte a baricadei și pe care acum ați vrea să le rezolvați, care ar fi aceste probleme?**

Să știți că multe nu au o rezolvare miraculoasă care să pună lucrurile pe făgașul normal. Lucrezi în niște constrângeri asumate, ca practician, și nu ai cum să faci altfel. Deși se adresează în primul rând pacientului, prin actul managerial, în Sănătate, lucrezi cu profesioniștii Sănătății, pe care trebuie să îi capacitezi, să îi mobilizezi și să îi faci să acționeze unitar. Aș vrea să le creez acestor profesioniști un program decent de

muncă și condiții decente: să îi scot din sfera preocupărilor pe partea materială legată de bani, de resurse, de timp, care îi macină suplimentar și care pun presiune suplimentară pe actul medical. Aceasta ar fi baza de la care trebuie pornit și abia apoi poți să pretinzi performanță.

**Acestea țin de buna pricepere a managerului de spital sau de fondul de finanțare?**

Cred că ambele sunt la fel de valabile. În ceea ce privește banii, sigur că întotdeauna se pot drămu mai bine, dar soluția cea mai bună ar fi să ne creștem câștigurile, adică să ne creștem realizarea contractului cu Casa.

Vă dau un exemplu pe actualul contract în care funcționăm: valoarea contractată de noi pe servicii medicale cu Casa este de aproximativ 4.400.000 de lei lunar și este suma maximă pe care puteam să o primim de la Casă. Din acești bani, 3.000.000 de lei merg pe salarii și rămânem cu 1.400.000 de lei. 500.000 de lei sunt contractele în derulare, adică servicii externalizate de laborator, spălătorie, pază, tomograf și rămânem cu 900.000 de lei, din care 300.000 sunt utilitățile: căldură, curent, apă, canal, gunoi etc. Mai rămân 600.000 de lei, din care trebuie să asigurăm medicamente, materiale sanitare, servicii pentru aparatură și toate cheltuielile curente ale spitalului. Oricât am drămu banii, nu se poate asigura în acest contract tot ceea ce trebuie. Și atunci, evident, trebuie mai mulți bani dedicați pacientului. Cum putem să facem asta? Doar îmbunătățind serviciile oferite (însă acest lucru înseamnă aparatură nouă, deci investiții) și contractând servicii suplimentare cu Casa, obținând astfel venituri suplimentare.

**Ce ați schimba, în sistemul de sănătate, pentru ca dumneavoastră, medicii, să puteți munci în condiții mai bune?**

În primul rând, pe actualul sistem de finanțare, medicii și pacienții sunt oarecum competitivi ca buget. Salariile sunt incluse în contractul cu Casa. Creșterile salariale sunt oferite pe act adițional, însă doar pentru vechii angajați, pentru că cei noi sunt plătiți din bugetul spitalului. Ar trebui separată finanțarea salariilor de finanțarea actului medical în sine, deci ar trebui scoase salariile din cheltuielile indirecte, și atunci poți avea o reprezentare mai clară a ceea ce înseamnă costuri alocate actului medical.

De asemenea, cred că este nevoie de o finanțare specială pentru activitatea medicală de urgență. Pentru că pacientul, după ce trece prin UPU, rămâne și este tratat în continuare în spital. Finanțarea spitalelor de urgență ar trebui să fie cu totul alta față de finanțarea unui spital de cronici, de exemplu. Aici, în urgență, se prezintă, în medie, 300 de pacienți pe zi. Trebuie să ai o finanțare pe măsură, pentru că nu poți să plătești un tarif pe caz ponderat la fel ca un spital care nu face urgență și care trimite mai departe orice pacient complicat sau complex. Noi suntem un spital unde se cam închide circuitul pacientului în sistemul sanitar.

**Managerii de spitale au o libertate oarecum limitată în a face modificări. Dacă ați avea libertate totală, ce ați schimba?**

Mi-aș eficientiza activitatea prin faptul că aș modifica structura de personal. Sunt zone cu personal excedentar pe care îmi este foarte greu să îl redistribui sau care nu are pregătirea necesară ca să fie redistribuit la nivelul municipiului București sau la nivel național, dacă mobilitatea ar permite. Aș renunța chiar la o parte din personalul medical de pe anumite secții unde adresabilitatea pacienților nu justifică numărul cadrelor medicale și unde nici nu putem crește adresabilitatea pentru a putea justifica schema de angajați. Însă eu funcționez în baza unui stat de funcții aprobat de Ministerul Sănătății și nu prea pot să fac mari modificări. Și aș mai avea nevoie de niște medici în plus pe ATI, pe gastroenterologie și radiologie.

**Ce vă lipsește din spital, din punctul de vedere al tehnologiei?**

Visul meu este să avem un angiograf cu care să putem face radiologie intervențională, cateterism cardiac și multe alte servicii pe care putem să le contractăm și care ne-ar crește mult finanțarea. Tehnologia cu care lucrăm acum este destul de învechită, cu trei-patru generații în urmă, radiologia trebuie renovată complet, sterilizarea trebuie renovată și re tehnologizată, aparatura din sălile de operații nu este cea mai nouă, avem multe lucruri în plan. ■

**INTERVIUL COMPLET  
POATE FI CITIT PE**

[www.politicesanatare.ro](http://www.politicesanatare.ro)

# Compartiment de urologie LA „CAROL DAVILA”

## - SERVICII COMPLETE PENTRU BOLNAVII NEFROLOGICI

O UNITATE MEDICALĂ CARE REZOLVĂ MAI BINE DE O TREIME DIN PATOLOGIA NEFROLOGICĂ A ȚĂRII, SPITALUL „CAROL DAVILA”, VA AVEA, DIN 2018, ȘI UN COMPARTIMENT DE UROLOGIE, BOLNAVII DE RINICHI URMÂND A BENEFICIA DE SERVICII COMPLETE. POTRIVIT PROF. UNIV. DR. VICTOR STRÂMBU, MANAGERUL SPITALULUI, ASTFEL DE INVESTIȚII SUNT POSIBILE ȘI DATORITĂ PRIMĂRIEI CAPITALEI, CARE SUSȚINE O PARTE IMPORTANTĂ DIN CHELTUIELILE UNITĂȚII. „CAROL DAVILA” ESTE, LA ORA ACTUALĂ, SINGURUL CENTRU DIN ȚARĂ DEDICAT PACIENȚILOR CU PATOLOGIE RENALĂ, ÎN SPECIAL CELOR DIALIZAȚI. „PACIENTUL VINE DUPĂ SERVICIUL MEDICAL”, AFIRMĂ VICTOR STRÂMBU. DE VALENTINA GRIGORE



**Spitalul Clinic de Nefrologie „Carol Davila” este în subordinea Primăriei Capitalei. Vă ajută acest lucru?**

Din fericire, în București situația este bună. Primăria ajută foarte mult spitalele. Fondurile de la Primărie sunt alocate, pe de o parte, pentru reparații și întreținerea spitalului, iar pe de altă parte, pentru utilități, gaze, apă, curent, ceea ce înseamnă o degrevare financiară foarte mare. Și atunci, rămân bani, din contractul cu Casa de Asigurări de Sănătate, pentru aprovizionare cu materiale sanitare și pentru cheltuielile cu personalul, ceea ce oferă un avantaj foarte mare. De asemenea, dacă vorbim de investiții, Spitalul „Carol Davila” este renovat, au fost făcute două corpuri noi de clădire, inițial de către Primăria Sectorului 1, după care, de Primăria Capitalei. În 2011, a fost creată Clinica de Chirurgie, care a adus plusvaloare spitalului, a întregit paleta de servicii medicale. La ora actuală, este singurul centru din țară dedicat pacienților cu patologie renală, în special celor dializați.

**În ciuda investițiilor, nu am putut să nu observ că încă există cozi, mici, ce-i drept. Cum putem scăpa de ele?**

Nu știu dacă se poate scăpa de cozi. Fără a supăra pe nimeni, Bucureștiul rezolvă mai bine de o treime din patologia țării. Acest spital are adresabilitate, este, practic, leagănul Nefrologiei. Place sau

nu place, pacientul vine după serviciul medical și după medic. Cadrele medicale sunt foarte bine cotate și normal că există adresabilitate. Și atunci ai cozi, cel puțin la începuturile de săptămână. Sunt oameni care vin din afara Bucureștiului, aproximativ 30%, care vin cu un bilet de trimitere către noi și ce să facem: să îi trimitem înapoi la Satu Mare? Nu! Sigur, este un neajuns, dar nu atât de mare, căci accesul la serviciile medicale de calitate este garantat în spital.

**Anul trecut, ați fost secretar de stat în Ministerul Sănătății. Preferați politicile de sănătate sau chirurgia?**

Eu am făcut Facultatea de Medicină, nu pe cea de director sau de ministru. Mie îmi place chirurgia. Vorba profesorului meu Florian Popa: „Să ferească Dumnezeu să vină medicul la spital ca la serviciu”. Noi nu venim la serviciu, noi nu avem un program fix, copiii nu știu când au crescut, așa e această meserie, și-o asumăm, o faci, îți place, indiscutabil. Prima dragoste este chirurgia, nu administrația. Administrația, sigur, o faci de voie, de nevoie. Medicina este mult mai veche decât ministerul, mai veche decât administrația. Și aproape de administrație și de managerii profesioniști - asta e o altă gogoasă. Un studiu american făcut la „John Hopkins” arată că rezultatele administrative cele mai bune se găsesc în spitalele conduse

de medici. Nu denigrez economiștii, categoric, dar medicul știe ce are nevoie și atunci e mult mai eficient. Sigur că lângă director trebuie să ai un economist care să știe cum se manevrează banii, un jurist care să-ți spună cum sunt legile, dar asta nu înseamnă că aportul medicului trebuie exclus.

**Ce urmează la Spitalul de Nefrologie?**

Ne propunem, sper chiar la anul, să facem un compartiment de urologie, pentru că trebuie să aducem și această specialitate în spital, și atunci chiar s-a închis cercul. Colegii urologi vor veni cu tehnici noi, activitatea compartimentului o să fie axată pe endourologie, deci intervenții minim invazive, și litotritie - spargerea calculilor renali cu un aparat special. Astfel, pacienții vor găsi aici absolut toate serviciile de care au nevoie.

Toate intervențiile care se practică în străinătate se fac și la noi. De exemplu, pentru abordul dializei peritoneale (un alt tip de dializă, față de hemodializă), se practică montarea laparoscopică a unor catetere speciale. Intervenția oferă avantajul unei vederi foarte bune și este minim invazivă. Sigur că e un pic mai scumpă, pentru că e vorba de o anestezie generală, dar nu trebuie să judecăm sănătatea în bani. Hai să facem ce este mai eficient pentru pacient, nu ce-i mai ieftin pentru noi.

**Cât de importantă este o echipă multidisciplinară în această patologie?**

Medicina este un lucru de echipă, chirurgia este un lucru de echipă, nefrologia trebuie să respecte aceleași reguli. Și nu atât nefrologia, cât patologia bolnavului nefrologic, care trebuie să aibă la capul lui nefrolog, cardiolog, diabetolog, chirurg, urolog. Pacientul nefrologic face aceleași boli ca restul populației. Sunt etape în tratamentul acestui pacient care trebuie respectate. În cazul bolnavilor neoplazici, cam 30% sunt pacienți nefrologici, iar 70% sunt pacienți de chirurgie generală. În patologia neoplazică, chirurgia este o etapă din tratament, în rest, noi trebuie să avem anatomopatologul care să ne spună ce formă de cancer este, trebuie să știm după aceea să-l trimitem la oncolog, care, în funcție de datele pe care le furnizăm, o să înceapă tratamentul. E nevoie de o revedere a chirurgului, oncologul hotărăște când se începe tratamentul. Totul este o muncă în echipă, nu merge cu lupul singuratic ...

**Sunteți și cadru didactic.**

**Cum poate fi îmbunătățit învățământul românesc? Dar perfecționarea cadrelor medicale?**

În funcție de instrucție, de învățământ, vom avea și specialiști pregătiți. Criza din Sănătate nu este o criză financiară, e o criză de personal și văd că nimeni nu se preocupă de acest

**Interviu cu  
prof. univ.  
dr. Victor  
Strâmbu,  
managerul  
spitalului  
„Carol Davila”**



lucru. Instrucția duce la atenuarea nemulțumirii actorilor din sistem, adică pacient, medic, administrație ... Cu cât ești mai instruit și cu cât comunică mai bine cu pacientul, cu atât o să ai mai puține probleme. Învățământul este piatra de hotar pe care trebuie să o aibă orice nație, când se distruge așa ceva, s-a distrus nația. În medicină nu înseamnă că dacă s-a terminat cu facultatea, s-a terminat și cu învățatul, cine crede așa ceva n-are ce căuta în acest domeniu. Dacă nu citești măcar o jumătate de oră pe zi specialitate, cred că nu e în regulă, fiindcă trebuie să te pui la punct, ai mijloace de informare gârlă. Știu că e scump să dai 500 de euro pe un abonament pe un an la un site de specialitate, dar trebuie să dai.

În ceea ce privește participarea la evenimente medicale, trebuie să existe un control ceva mai riguros al învățământului în procesul medical, fiindcă altfel devine o chestie formală. Și atunci luăm punctele de educație continuă de la Colegiul Medicilor, toate bune și frumoase, și ne luăm în continuare dreptul de liberă practică. Trebuie să participăm la congresele internaționale: măcar două pe an, unul pe o temă generală și unul pe o temă care te interesează personal. Știi că vin niște nume care mai spun ceva, ajungi cu cinci minute mai deștept, asta-i ideea principală, restul sunt vorbe.

**Că tot vorbim despre străinătate, care este diferența dintre sistemul românesc și cel din alte țări?**

Sistemul medical românesc oferă destul de multe, față de multe alte sisteme medicale, nu le-aș dori românilor să aibă un sistem medical britanic. Sistemul de urgență de pre-spital este cel mai bun din Europa, statistic vorbind, căci accesul la actul medical în pre-spital este super-scurt. Eu am văzut cum, în spitalele din străinătate, stau bolnavii câte 12 ore în camerele de gardă și nu se întâmplă nimic.

Nu suntem în „Dr. House” sau în „Anatomia lui Grey”, realitățile sunt altele, și nu numai la noi. La noi, se practică o medicină de calitate, față de banii pe care îi avem alocați, oamenii sunt superpregătiți. Să vă dau un exemplu concludent: 12.000 de cadre medicale sunt în străinătate și sunt pregătite în țara noastră. ☑



# Forumul european de la Gastein: „Sănătate în toate politicile”

ÎN ULTIMII ANI, FORUMUL EUROPEAN DE SĂNĂTATE DE LA GASTEIN (EHFG) A FOST RECUNOSCUT CĂ FIIND O INSTITUȚIE INDISPENSABILĂ ÎN DOMENIUL POLITICII EUROPENE DE SĂNĂTATE. PESTE 500 DE EXPERTI PARTICIPĂ ANUAL LA ACEST EVENIMENT CE SE ÎNTINDE PE DURATA A TREI ZILE ÎN LUNA OCTOMBRIE, AVÂND LOC ÎN VALEA GASTEIN DIN AUSTRIA. ANUL ACESTA, A AVUT LOC CEA DE-A 20-A EDIȚIE, CU TEMA „SĂNĂTATE ÎN TOATE POLITICILE”. PREȘEDINTELE NOU-ALES, DR. CLEMENS MARTIN AUER, A SPUS, ÎN DISCURSUL INTRODUCȚIV, CĂ „NU EXISTĂ CREATIVITATE FĂRĂ CONFRUNTARE”.

un forum deschis pentru ca toate părțile interesate de Sănătate să se angajeze critic, dar constructiv, în aspectele-cheie, de la detaliile ce țin de drepturile de autor pentru inovația medicală până la eforturile comune pentru a promova încrederea în instituțiile publice la toate nivelurile, atât în interiorul sistemului european de sănătate, cât și dincolo de el.

## Implicarea societății civile

Sănătatea în toate politicile trebuie să fie o relație reciproc avantajoasă. Cei care coordonează alte politici trebuie să convergă cu sectorul de sănătate pe obiective ce au fost agreate de toate părțile implicate. În același timp, cei ce iau decizii în Sănătate trebuie să identifice și să contribuie la obiectivele comune din alte sectoare. Avem nevoie de decizii politice clare și de un proces transparent referitor la ce implică aceste obiective comune. Societatea civilă trebuie implicată și, într-un domeniu atât de complex ca politicile de sănătate, UE trebuie să pună pacienții în centrul acestor politici. Structurile nu sunt clare, procesele au nevoie de îmbunătățiri, restructurări sunt necesare în multe state membre, iar pentru asta avem nevoie de critici constructive, de

**ANDREEA ANTONOVICI,**  
PUBLIC AFFAIRS, PLATFORMA EUROPEANĂ  
PENTRU SCLEROZĂ MULTIPLĂ,  
VICEPREȘEDINTE APAN ROMÂNIA  
SPECIALIZARE ÎN ECONOMIE DE SĂNĂTATE,  
UNIVERSITATEA ERASMUS ROTTERDAM



Forumul European de Sănătate de la Gastein (EHFG) pune la dispoziție o platformă ce facilitează schimbul de opinii și expertiză între actori-cheie la nivelul celor 28 de state membre ale Uniunii Europene, precum și țări din afara

Spațiului Economic European și cele 52 de țări ce fac parte din regiunea europeană a Organizației Mondiale a Sănătății.

Tema ediției de anul acesta a fost „Sănătate în toate politicile – un viitor mai bun pentru Europa”. Acum, mai mult ca niciodată, Gastein trebuie să rămână

curajul de a schimba structurile actuale și modul de luare a deciziilor.

Un exemplu în acest sens este valoarea lanțului alimentar, adesea dominat de interese economice, stimulente ce nu au nimic de a face cu îmbunătățirea sănătății publice. Educarea consumatorilor este esențială, însă nu trebuie subestimată cererea artificială creată de puterea pieței. Responsabilizarea populației pentru a o ajuta să facă alegerile corecte este importantă, însă cei ce iau deciziile la nivel politic trebuie să ajute, să ia decizii ce fac alegerile corecte ușor accesibile. Când ne construim cazul pentru sănătate în toate politicile, trebuie să luăm în considerare faptul că cercetarea și competențele de traducere a rezultatelor în cercetare sunt esențiale. Trebuie să facem conexiunile necesare între sănătate și mediu, muncă, educație și alte zone mult mai evidente și, totodată, trebuie să comunicăm aceste legături publicului larg mai bine. Pentru a avea un sistem de sănătate european funcțional, avem nevoie de echitate și de coeziune socială.

## Accesul la medicamente

În ceea ce privește accesul la medicamente, mesajul general a fost legat de faptul că medicamentele inovatoare nu înseamnă întotdeauna o calitate a vieții mai bună pentru pacienți. Participanții au cerut reglementări mai stricte pentru medicamentele inovatoare care intră pe piață: aceste medicamente trebuie să rezolve nevoile pacienților și să fie cu adevărat un pas înainte în metodele terapeutice abordate.

În plus, măsurile de prevenire necesită mai multe investiții și o mai bună absorbție a acestora, de la prevenție la diagnosticarea cât mai devreme, pentru a putea gestiona boala cât mai bine într-un stadiu incipient. Subvențiile de cercetare oferite de guverne, precum și celelalte instrumente de cercetare și dezvoltare, trebuie să fie mai eficiente și să direcționeze banii publici, totul ținând cont de efectele generate de intervalul de timp și de urgențele aferente.

Printre soluțiile discutate, au fost metodele diferite de stabilire a prețurilor pentru a sprijini accesul pacienților în țările cu venit mai mic, o mai mare utilizare a prețului de achiziție al farmaciilor (PPPs), precum și posibilitatea utilizării crowdfundingului pentru a sprijini cercetarea și dezvoltarea unor medicamente ce nu acoperă costurile companiilor biofarmaceutice.

În urma multiplelor discuții, s-a convenit că este necesară o colaborare mai strânsă între toți cei implicați în procesul de producere a medicamentelor, incluzând pacientul, pentru a avea un proces axat pe soluții și pentru a se evita învinuirea părților implicate.

## Drepturile de proprietate intelectuală

Ultima zi a Forumului de la Gastein a început cu o sesiune în care s-a discutat accesul la medicamente vitale și inovative. Prima parte s-a concentrat pe a răspunde la întrebări legate de drepturile de proprietate intelectuală – există o problemă reală sau nu?

Sistemul actual de proprietate intelectuală este potrivit pentru dezvoltarea de medicamente? Una dintre principalele provocări ale sistemului actual de sănătate este de a asigura accesul la medicamente eficiente și inovative la prețuri accesibile. Din păcate, sistemul actual nu funcționează cum trebuie, iar toate aceste probleme sunt resimțite de pacienți.

„PACIENȚII TREBUIE SĂ SE AFLE ÎN CENTRUL POLITICILOR ȘI SISTEMELOR DE SĂNĂTATE ȘI TOȚI CEI IMPLICAȚI ÎN PROCESUL DE LUARE A DECIZIILOR - NU NUMAI INDUSTRIA FARMACEUTICĂ - TREBUIE SĂ FACĂ MAI MULT!”

Ca reprezentant al unei organizații de pacienți atât la nivel european (Platforma Europeană pentru Scleroză Multiplă), cât și la nivel național (Asociația Pacienților cu Afecțiuni Neurodegenerative în România), pot spune că sunt diferențe majore între inovarea companiilor farmaceutice și accesul pacienților la produsul final. Pacienții ar trebui să fie în centrul sistemelor de sănătate, inovarea generează

creștere, dar ce facem atunci când există inovare, dar aceasta nu este în beneficiul pacientului?

Dezbaterea a subliniat o nepotrivire majoră între modelul de piață al industriei farmaceutice și mecanismul de stabilire a prețurilor, eficiența și accesul la medicamente inovative. Nathalie Moll, directorul general al Federației Europene a Industriei și Asociațiilor Farmaceutice (EFPIA), a lansat un apel la o colaborare mai strânsă între părțile implicate: „Trebuie să ieșim din aceste silozuri și să privim sistemele noastre de sănătate în ansamblu [...] Patentele nu sunt un instrument pentru a obține acces pe piață, iar drepturile de proprietate intelectuală promovează inovarea și stimulează cercetarea”.

Pe de altă parte, vocea pacientului, reprezentată de Diarmaid McDonald - Just Treatment UK, a subliniat că există o legătură clară între drepturile de proprietate intelectuală și prețuri. Vorbim despre inovare și despre cum acest lucru poate salva milioane de vieți, dar ce facem atunci când medicamentul este chiar acolo și pacientul știe că viața lui ar putea fi salvată, dar nu are acces la acel medicament? Este acesta modul în care inovarea generează creștere? Dreptul la viață este o loterie?

Comisia Europeană are puteri limitate în acest sens. Da, așa cum Martin Seychell, director general - adjunct DG SANTE, a spus, echilibrul este cheia, iar drepturile de proprietate intelectuală nu trebuie să fie privite în izolare. Dar ce înseamnă acest lucru? Comisia va publica un raport, până la sfârșitul anului 2017, legat de performanța sistemelor de sănătate, raport ce va fi însoțit de recomandări făcute Consiliului European. După publicarea rezultatelor, se va decide dacă și ce măsuri vor fi luate.

Aceste întâlniri și discuții sunt importante, dar avem nevoie ca toate părțile interesate să se alature discuțiilor, să vină cu dorința de a negocia și cu puterea de a genera schimbare. Întrebarea este cum putem transforma cuvintele în fapte? Cum putem obține mai multă transparență în procesul de cercetare și dezvoltare? Sistemul nostru de sănătate este pe cale de a se izbi de perete sau îl putem salva? Ca reprezentant a două organizații de pacienți ce luptă pentru aceeași cauză, sper ca eforturile noastre să poată duce la acces la medicamente inovative la prețuri accesibile, iar acesta să nu fie doar o altă utopie politică. ☑



PSIH. CĂTĂLINA CONSTANTIN, PREȘEDINTELE ASOCIAȚIEI PENTRU SPRIJINIREA PACIENȚILOR CU TUBERCULOZĂ MULTIDROG REZISTENTĂ (ASPTMR)

ȘTEFAN RĂDUȚ, VICEPREȘEDINTELE ASOCIAȚIEI PENTRU SPRIJINIREA PACIENȚILOR CU TUBERCULOZĂ MULTIDROG REZISTENTĂ (ASPTMR)

## ASPTMR, la cea mai importantă conferință internațională privind tuberculoza

DE VALENTINA GRIGORE

Reprezentanții societății civile din toată lumea au participat, în perioada 11 - 14 octombrie 2017, la cea mai importantă conferință internațională privind tuberculoza și sănătatea plămânului, cu tema „Accelerând spre eliminarea tuberculozei”, organizată în Mexic, de The Union (International Union Against tuberculosis and Lung Disease). Singurii din Europa care au primit burse de participare la acest eveniment medical au fost psih. Cătălina Constantin, președintele Asociației pentru Sprijinirea Pacienților cu Tuberculoză Multidrog Rezistentă (ASPTMR), și Ștefan Răduț, vicepreședintele Asociației.

Specialiștii prezenți la conferință au atras atenția că vaccinul antituberculoză, la care se lucrează în prezent, are ca scop prevenția bolii, prevenirea declanșării bolii la persoanele deja infectate și prevenirea recidivei. Vaccinul este cost-eficient pentru adolescenți și adulți și funcționează ca strategie în reducerea numărului de cazuri de tuberculoză doar completat cu alte măsuri care și-au dovedit eficiența: identificarea activă a cazurilor și tratarea lor corectă. În ceea ce privește situația României, există o mare îngrijorare la nivel global privind încetarea finanțării de la Fondul Global. „Nu avem legislație care să permită accesul la cele mai bune medicamente la prețuri convenabile, nu sunt bani pentru compensarea integrală a medicamentelor din grupul 5, nu avem mijloace suficiente de diagnostic rapid, inclusiv consumabile, nu avem logistică pentru aprovizionare continuă cu medicamentele necesare. Sunt multe întrebări, iar lipsa de răspunsuri și intervenții poate să ducă la o nouă epidemie de TB”, a atras atenția psih. Cătălina Constantin.

În prezent, se efectuează studii clinice pentru tratamentele de scurtă durată ale tuberculozei rezistente (TB MDR). Dacă un regim standard de tratament al TB MDR, recomandat de Organizația Mondială a Sănătății, durează aproximativ 24 de luni, se pare că în viitor există șanse reale ca regimul de tratament să scadă la 6-9 luni.

### Retragerea donatorilor internaționali

TB Europe Coalition (TBEC), cea mai mare organizație regională din zona Europei și a Asiei Centrale, a organizat un panel cu tema „Retragerea donatorilor internaționali”. Din panel a făcut parte și vicepreședintele ASPTMR, Ștefan Răduț, care a atras atenția că este un moment dificil pentru țările Europei de Est și pentru cele ale Asiei Centrale. „Dacă donatorii se vor retrage brusc, fără a securiza investițiile făcute până în prezent, este aproape sigur că pașii care s-au făcut în controlul tuberculozei în zonă se vor șterge și ne vom întoarce în urmă cu câțiva ani, când aveam un număr de pacienți foarte mare. Tuberculoza continuă să fie o problemă de sănătate publică în România. Chiar și cu ajutorul donatorilor externi, țara noastră continuă să aibă probleme serioase. Este foarte adevărat că, în ultimii ani, numărul de pacienți s-a înjumătățit, iar progresele făcute sunt notabile. Suntem conștienți că, la un moment dat, donatorii vor dispărea și România va trebui să-și rezolve singură problemele. Tocmai de aceea este necesară o lege a tuberculozei. Dacă nu vor mai exista donatori străini, statul român va trebui să preia finanțarea pe care o asigurau aceștia”, a declarat Ștefan Răduț.

## Asociația PAVEL

### SOLUȚII ȘI SERVICII PENTRU COPII ȘI TINERII BOLNAVI DE CANCER



APROXIMATIV 600 DE COPII SAU TINERI BOLNAVI DE CANCER ȘI FAMILIILE LOR PRIMESC ANUAL SERVICII SPECIALIZATE DIN PARTEA ASOCIAȚIEI PAVEL - UNA DINTRE PUȚINELE CARE AU GRIJĂ DE COPII. CANCERUL ESTE O BOALĂ NU NUMAI INVALIDANTĂ, CI ȘI CARE SĂRĂCEȘTE, CEEA CE ÎNSEAMNĂ CĂ BOLNAVII AU NEVOIE ATÂT DE ÎNGRIJIRI DE CALITATE, CÂT ȘI DE O SUSȚINERE FINANCIARĂ MAI BUNĂ, ATRAGE ATENȚIA OLGA CRIDLAND, PREȘEDINTELE ASOCIAȚIEI PAVEL. DE VALENTINA GRIGORE



### Care sunt greutățile cu care se confruntă Asociația?

Un prim obstacol este dat de criza medicamentelor și de birocrația legată de compensările analizelor. Ajungem să direcționăm sume foarte mari din fondurile Asociației (și așa, puține) pentru a ajuta familiile copiilor bolnavi cu bani pentru medicamente și analize. Copiii sunt însă cei care duc greul cel mai mare. Pe lângă faptul că ei părăsesc casa părintească, școala sau grădinița, prietenii de joacă, ei au de înfruntat efectele adverse ale medicamentelor, lipsa posibilității de a-și continua studiile lângă colegii lor, închiderea unui univers, practic. Intră într-o lume complet nouă, unde sunt departe de casă și de tot ceea ce cunoșteau.

### Ce ați schimba pentru a îmbunătăți viața bolnavilor?

Statul ar trebui să se implice diferit în susținerea familiilor care au copii cu afecțiuni severe, așa cum este și cancerul. Ar fi nevoie de o alocare specială de fonduri, mult mai mari, copiilor și tinerilor cu afecțiuni oncologice (dar și copiilor și tinerilor supraviețuitori, care au nevoie de ani pentru recuperare și reintegrare). Această boală este una care sărăcește. Chiar și familiile de condiție medie ajung să devină sărace la un timp după apariția bolii.

Sunt necesare mult mai multe fonduri, atât pentru tratamentul gratuit, complet și corect al tuturor copiilor și tinerilor cu boli oncologice (circa 5.000, la nivel de țară) ce presupune acoperirea tuturor medicamentelor necesare conform standardelor internaționale, cât și pentru suplimentele/medicamentele complementare în cazul afecțiunilor adiacente ce pot apărea pe tot parcursul bolii oncologice. De asemenea, e vital să existe gratuitate completă la toate investigațiile necesare, în perioada de tratament, dar și în perioada de circa cinci ani după finalizarea tratamentului, tuturor copiilor și tinerilor cu boli oncologice sau hematologice, cu vârste între 0 și 20 de ani.

Este necesar ca alocațiile destinate familiilor cu copii cu boli oncologice să fie cel puțin dublate, pentru îmbunătățirea hranei acelor copii și păstrarea unor diete recomandate, pentru asigurarea transportului către instituțiile medicale etc.

De asemenea, ar fi necesară o lege specială privind educația în

mediul de spital. În acest moment, legea prevede aprobarea unui profesor pentru a preda în spital în condiții extrem de restrictive și greu de atins. Pacienții care sunt internați pe termen lung au foarte mult de suferit din această cauză, iar copiii ajung să nu își mai termine studiile.

### Care sunt programele Asociației?

Asistența și consilierea socială, psihologică și juridică sunt vitale pentru studierea unui caz în amănunt, iar apoi părinții și copiii au nevoie de ajutor material, financiar sau de ședințe de consiliere susținute de un specialist. Asociația PAVEL a creat, în 1998, primul serviciu de găzduire gratuită în București a familiilor din provincie ce vin la tratament cu copilul lor, serviciu care funcționează și în prezent. De asemenea, a creat, în 2007, primul Centru de Servicii și Resurse, ce funcționează în Institutul Oncologic București, și primul (și singurul) Cancer Helpline (Telverde) - 0800 800 421. În sfera serviciilor, un proiect de impact este și Școala de Spital, pe care l-am implementat încă din 2011 și prin care, anul acesta, am derulat 15.000 de ore de lecții - matematică, limba română, istorie, limbi străine, muzică. În sfera serviciilor / programelor recreative, se numără taberele pentru copii și tineri, atelierile de terapie ocupațională (organizăm peste 500, anual), Onko Olimpiada (copiii au șansa de a deveni campioni europeni la anumite discipline). Asociația PAVEL, înființată în 1996, este prima asociație de părinți cu copii bolnavi de cancer, beneficiind, de-a lungul timpului, de ajutorul unei echipe de specialiști și voluntari, precum Eliza Nițescu.

### Care sunt nevoile Asociației?

În acest moment, avem o provocare legată de susținerea financiară a continuității Centrului de Resurse și Servicii PAVEL, în care funcționează psihologi, terapeuți, profesorii din Școala de Spital, asistenții sociali și restul de personal operațional din echipa Asociației PAVEL. De asemenea, o nevoie foarte mare ar fi posibilitatea de a ne desfășura activitatea într-un centru mai mare în București. Actualmente, avem trei birouri foarte mici ale personalului în Institutul Oncologic București și Institutul Clinic Fundeni. Viziunea noastră însă este să funcționăm la nivel național și să fim prezenți cu un punct de lucru în fiecare unitate oncologică de pediatrie din țară.



OLGA CRIDLAND, PREȘEDINTELE ASOCIAȚIEI PAVEL



# UN DIALOG CONSTANT în sănătate ar putea crește accesul la îngrijiri de calitate

DEBIROCRATIZAREA SISTEMULUI DE SĂNĂTATE, O FINANȚARE MAI BUNĂ A SĂNĂTĂȚII, POLITICI CENTRATE PE PACIENT ȘI UN DIALOG CONSTANT ÎNTRE TOȚI ACTORII DIN SISTEMUL DE SĂNĂTATE - ACESTE SUNT CÂTEVA DINTRE SOLUȚIILE CE POT CREȘTE ACCESUL LA ÎNGRIJIRI DE CALITATE PROPUSE DE PARTICIPANȚII LA CONFERINȚA REGIONALĂ „PATIENT — CENTRED ROUNDTABLE ON WORKING TOGETHER FOR ACCESSIBLE HEALTH”, ORGANIZATĂ DE COALIȚIA ORGANIZAȚIILOR PACIENȚILOR CU AFECȚIUNI CRONICE DIN ROMÂNIA (COPAC), ÎN COLABORARE CU PACT (PATIENT ACCESS PARTNERSHIP). DE VALENTINA GRIGORE



România este a doua țară din Europa (după Lituania) care organizează această conferință regională, a spus

dr. Stanimir Hasardzhiev, secretar general PACT, care a atras atenția că accesul la îngrijiri de calitate este cheia bunăstării populației și sănătății economice a unei țări. „PACT organizează astfel de discuții în diferite țări, pentru a încuraja dialogul constant pe teme de sănătate. În urma unor astfel de discuții, în Bulgaria au fost puse bazele unui organism consultativ alcătuit din reprezentanți ai tuturor mediilor: academic, politic, privat, universitar, medical etc., iar în Lituania a fost creată o platformă de dezbateri. România ar putea fi a treia țară din Europa care să instituie un astfel de dialog”, a declarat

dr. Stanimir Hasardzhiev, care a accentuat ideea că politicile de sănătate și strategiile de la Bruxelles trebuie implementate și în România.

În opinia lui Radu Gănescu, președinte COPAC, este nevoie de o colaborare concretă între actorii sistemului de sănătate. „Am văzut exemple la nivel european că împreună, creând o platformă de lucru, de dialog, de încercare a găsirii soluțiilor care să mulțumească pe toată lumea, vom putea să creștem cât de cât nivelul accesului în sistemul de sănătate românesc. (...) Din lipsa finanțării în Sănătate, din lipsa accesului la medicamente, din cauza migrației medicilor, din cauza tuturor acestor factori, avem un acces foarte instabil, foarte greoi, foarte

discriminator la îngrijire, ceea ce nu este nici în beneficiul nostru, ca pacienți, nici în cel al autorităților, nici în cel al medicilor”, a spus Radu Gănescu. El a atras atenția că principalele măsuri care ar trebui luate în sănătate sunt debirocratizarea sistemului medical, precum și alocarea unei finanțări mai mari pentru acest lucru, dar și realizarea unei transparențe a legislației.

România trebuie să urmeze trendul european în materie de politici de sănătate centrate pe pacient și care să asigure sustenabilitatea sistemului medical, a declarat și conf. dr. Diana Loreta Păun, consilier de stat, Administrația Prezidențială. „Faptul că România este membră UE îi aduce avantajul că poate beneficia de



„La un moment dat, mulți dintre noi vom deveni pacienți. Toți ar trebui să avem un aport și să creionăm premisele pentru un acces cât mai bun al pacienților la servicii medicale de calitate și medicamente. Este nevoie de discuții și de cooperare. Cred că din discuțiile avute astăzi am putea merge mai departe și am putea propune, oficial, crearea unui grup consultativ din care să facă parte toți actorii din sistemul de sănătate, care să găsească soluții la problemele întâmpinate de pacienții români, așa cum s-au găsit soluții și pentru sistemele de sănătate din alte țări. Noi, toți, suntem de acord. Întrebarea este dacă și autoritățile sunt de acord și vor să colaboreze cu un astfel de grup consultativ”.

**RADU GĂNESCU, PREȘEDINTE COPAC**

experiență, recomandări și poate învăța din exemplele de bune practici ale celorlalte state europene care au sisteme de sănătate performante”, este de părere specialistul, care a atras atenția că „dezbaterile la toate nivelurile și sinergia tuturor actorilor din domeniul sanitar sunt esențiale pentru succesul unui demers de o asemenea anvergură”.

## Implicarea pacienților și accesul la medicamente

Colaborarea cu toate părțile interesate și în special cu pacienții reprezintă o activitate de bază pentru Agenția Națională a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale (ANMDM). „Rezultatul muncii noastre se adresează pacienților. La nivelul Agenției, există deja trasate mai multe linii de colaborare, respectiv aspecte în care pacienții au fost implicați în luarea deciziilor, de exemplu procesul de evaluare a HTA, procesul de monitorizare a reacțiilor adverse, discontinuitățile la medicamente, de care vorbim în fiecare zi, toate, cum spuneam, au parte de implicarea pacienților”, a declarat dr. Nicolae Fotin, președintele ANMDM.

Acesta a atras atenția asupra situației în care, deși se autorizează multiple medicamente la nivelul Uniunii Europene, pacienții din România sau din țările estice nu au acces la ele. „Există la nivelul grupului de lucru al șefilor de agenții câteva proiecte, realizate împreună cu Comisia Europeană, în legătură cu creșterea accesibilității medicamentelor, atât pentru utilizarea off-label, cât și ca early access. Cu toate acestea, încă există o problemă nerezolvată, aceea de a avea acces unitar la nivel european la medicamentele autorizate prin procedură centralizată. Există discuții privind completarea sau modificarea regulilor din Directiva 83, care stabilesc obligațiile deținătorului de punere pe piață de medicamente: respectiv, deținătorii sunt obligați, în limita responsabilităților lor, să asigure medicamente. În practică, aceste medicamente ajung doar în două-trei țări din Europa. Astfel, avem terapii neacoperite pentru pacienții din România și atunci cred că, pe lângă implicarea pacienților, este necesară și implicarea autorităților până la nivel de Comisie”, a mai spus dr. Nicolae Fotin. ■



**DR. CRISTIAN BUȘOI:**

# „Cum vindecăm sistemul de sănătate din România”

DE VALENTINA GRIGORE

Cartea „Cum vindecăm sistemul de sănătate din România. Analiză, diagnostic și soluții concrete de reformă”, scrisă de europarlamentarul Cristian Bușoi, face o analiză a sistemului de sănătate din România începând cu anul 1990, punând în balanță sistemele occidentale, și propune soluții concrete pentru îmbunătățirea sistemului medical actual, pe trei paliere: pacienți, medici, investiții.

„Această carte aduce în spațiul public, pentru persoanele de decizie, pentru oamenii politici, pentru oamenii din sistem, o serie de informații importante despre cum merg lucrurile în alte sisteme de sănătate, despre ce nu merge în România și, mai ales, soluțiile ce pot fi aplicate sub forma unui pachet de reformă în sistemul de sănătate din România”, a declarat Cristian Bușoi.

„Sistemul de sănătate din România se confruntă cu numeroase vicisitudini, de

la deficitul de personal la subfinanțare și ineficiență în gestionarea banilor alocați, de la politizarea managementului de spital până la hățișul birocratic și lacunele legislative, cu o Lege a Sănătății care a suferit numeroase modificări începând cu anul apariției sale, 2006. Nevoia de reformă în domeniul sanitar este, fără îndoială, stringentă. Încercările de a găsi soluții nu sunt puține, însă provocarea este aceea de a găsi soluții concrete pentru a vindeca sistemul. Cartea domnului Bușoi răspunde, în final, acestei provocări. Avem nevoie de soluții pe termen mediu și pe termen lung, pentru că tot ceea ce ne dorim este un sistem sustenabil. Dincolo de a fi un bun cunoscător al sistemului de sănătate din România și, implicit, al problemelor



acestui, valoarea adăugată a acestei cărți este dată de specializarea autorului în ceea ce privește politicile europene în materie de sănătate, cărora le dedică un capitol aparte”, a declarat conf. dr. Diana Loreta Păun, consilier de stat al Departamentului de Sănătate Publică din cadrul Administrației Prezidențiale.

## Investiții slabe și lipsă de strategie

Autorul a subliniat că România investește, astăzi, cel mai puțin în Sănătate, în raport cu numărul de locuitori: doar 753 euro/capita, comparativ cu Austria - 3.673 euro/capita sau Germania - 3.613 euro/capita. Nici la procentul din PIB alocat Sănătății România nu stă mai bine: țara noastră alocă doar 4%, în timp ce Olanda alocă 9,9%, Franța, 9% și Germania, 8,6%.

„Pentru ca situația să se îmbunătățească, există câteva direcții de acțiune. Nu există o soluție magică. Astăzi, sistemul de sănătate românesc duce lipsă de o strategie și de un pact pe care să le agreeze toată lumea și pe care România să meargă înainte, indiferent de culoarea politică a guvernului. Țările vest-europene, ale căror sisteme de sănătate sunt luate de noi ca reper, reușesc să aibă performanțe nu doar datorită bugetelor și investițiilor pe care le fac, ci și pentru că și-au asumat cu mult curaj un plan și o strategie pe care le-au respectat, indiferent de schimbările politice din sistem”, a mai spus Cristian Bușoi.

La lansarea cărții doctorului Cristian Bușoi, au participat: consilierul prezidențial prof. dr. Diana Păun, prof. dr. Cristian Vlădescu, șeful Școlii Naționale de Sănătate Publică și Management Sanitar, Corina Pop, secretar de stat, Vasile Cepoi, fost ministru al Sănătății, Vasile Ciurchea, fost președinte al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, Răzvan Vulcănescu, actualul președinte CNAS, senator PNL acad. Leon Dănăilă, prof. dr. Radu Deac, președintele Agenției Naționale de Transplant, prof. dr. Virgil Păunescu, fost consilier prezidențial. ☒

DR. RICHARD CONSTANTINESCU, AUTOR, IATROISTORIOGRAF ȘI CADRU DIDACTIC LA UMF IAȘI, DISCIPLINA ISTORIA MEDICINEI



# Iași. Amintiri din Marele Război



Universitatea de Medicină și Farmacie „Grigore T. Popa” din Iași este, poate, singura instituție de învățământ medical superior din România care derulează un proiect multianual menit să evidențieze contribuția medicinei la Războiul pentru Reîntregirea Neamului și la Marea Unire. Proiectul face parte din Programul CENTENAR a Primăriei Municipiului Iași 2017-2020 și este coordonat de dr. Richard Constantinescu, autor, iatroistoriograf și cadru didactic la UMF Iași, disciplina Istoria Medicinii.

La 7 decembrie 2017, în deschiderea Zilelor Universității, în prezența autorităților locale și a comunității academice, dr. Richard Constantinescu a prezentat proiectele Universității – ce s-a realizat în cursul acestui an și ce se va organiza în cursul anului următor. În decembrie, au fost publicate, la Editura „Gr. T. Popa”, UMF Iași, în Colecția „Etica memoriei”, volumele „Răniți și ranițe. Chirurgia Marelui Război” și „Amintiri din Marele Război”, autor Mihai Ștefănescu-Galați (1874-1945) – îngrijite, cu note și studii introductive, de dr. Richard Constantinescu. Cărțile sunt ilustrate de Alexandra-Cecilia Ruja, studentă a Universității Naționale de Arte „George Enescu” din Iași.

„Războiul cere medicului, mai ales, să fie singurul care să poată îndulci calamitatea dezastrului, redând Țării brațe ca s-o apere și inimă să bată pentru ea.

Medicul, prin urmare, trebuie să pună în slujba Țării nu ceea ce-i ordonă autoritatea care-l conduce, ci ceea ce-i poruncește întreaga lui făptură, ca medic și ca fiu al Țării.”

Mihai Ștefănescu-Galați

## Răniți și ranițe. Chirurgia Marelui Război

„Richard Constantinescu reaprinde o flacără, pentru că medicul, profesorul, chirurgul, autorul de cărți Mihai Ștefănescu-Galați, în existența sa pământeană a adus lumină în multe zone și a aprins bucuria în numeroase inimi. (...) Editorul are meritul de a fi risipit confuzia nepermisă care exista în jurul datelor sale de naștere, respectiv de deces. (...)

Chirurgia de război este o chirurgie aspră. Nu s-a născut în clinici sau în tihna bibliotecilor, ci, pe câmpul de luptă, în urma confruntărilor aprige, cărora medicii trebuiau să le facă față. Dr. Ștefănescu-Galați, medic devotat și priceput, a oferit colegilor un manual practic, ușor de folosit și cu îndemnuri, pentru stadiul la care se afla medicina la acea vreme, bune de aplicat. (...)

„Răniți și ranițe. Chirurgia Marelui Război”, titlu potrivit ales de editor, ne propune să reflectăm la un timp al suferinței, al jertfei, și este un îndemn la neuitarea generației care și-a pus viața pentru un ideal, făurirea României întregite.”

Conf. dr. Radu-Florin Popa

„Primul medic secundar de clinică genito-urinară din București, al doilea ctitor al urologiei române, primul profesor de urologie de la Facultatea de Medicină din Iași, Mihai Ștefănescu-Galați s-a contopit cu medicina. Spunea cu mândrie, dar și cu tristețe, că a fost un amestec sufletesc prea adânc între el și specialitatea căreia i s-a dăruit: urologia. Considera spitalul ca pe o biserică în care «icoană e suferința, iar închinare, bunătatea».”

Richard Constantinescu

## Amintiri din Marele Război

„Cartea doctorului Mihai Ștefănescu-Galați conține în rezumat și parțial o istorie a războiului. Doctorul se amestecă în literatură, și nu fără succes. Știe să observe și știe să redea. Are umor și are spirit. Literatura sa are savoarea lucrurilor naturale, necăutate. Scrie cu spontaneitate, en causeur. Cartea se citește ca un roman. Te ține strâns în paginile ei.”

Garabet Ibrăileanu

„Îl admir pe Mihai Ștefănescu-Galați, dincolo de profesionalism și verticalitate, mai ales pentru faptul că și-a lăsat inima pe orice câmp de bătălie în care a luptat: al specialității sale – urologia – al cărei cofondator este în România, al educației, al leadershipului instituțional, dar și al conducerii militare.

Puținele date existente despre el îi oferă și o umbră de mister. A alergat mereu să facă

bine altora, mai degrabă decât sieși, iar asta nu convenea multora. În fața sa, mediocritatea era greu de susținut și, de aceea, grăbiții ce se zoreau să ajungă ușor sus, când s-au văzut în vârf, au încercat să-i facă nevăzut numele. Chiar dacă a lăsat sa-i fie trupul cenușă, după dispariția sa, ceilalți, «bine înstăriți la trup și la chimir», au lăsat doar scrum în urma lor. Încât, așa cum scria chiar Mihai Ștefănescu-Galați, în România medicală, la 1 iunie 1941: «Mai tare este vrednicia decât viclenia».

Richard Constantinescu

„Efortul dlui dr. Richard Constantinescu, care pune în lumină ctitorii Facultății de Medicină din Iași și îi readuce la viață, merită toată lauda noastră.”

Cătălin Botoșineanu, istoric





DR. RENICĂ DIACONESCU, PROF. DR. OVIDIU BĂJENARU ȘI DR. MARIUS GEANTĂ

# Pasi CONCREȚI

## PENTRU A PREVENI ACCIDENTUL VASCULAR CEREBRAL ÎN ROMÂNIA

ACCIDENTUL VASCULAR CEREBRAL (AVC) ESTE, ÎN ACEST MOMENT, A DOUA CAUZĂ DE MORTALITATE ÎN ROMÂNIA. DEȘI, ÎN FIECARE AN, 61.552 DE ROMÂNI SUFERĂ UN AVC ȘI ALȚI 252.774 SUPORTĂ CONSECINȚELE UNUI AVC SUFERIT ANTERIOR, ACCIDENTELE VASCULARE CEREBRALE CONTINUĂ SĂ FIE, DIN MULTE PUNCTE DE VEDERE, UN UCIGAȘ TĂCUT. ÎN CIUDA CIFRELOR ÎNGRIJORĂTOARE, DAR ȘI A REPETATELOR SEMNALE DE ALARMĂ TRASE DE SPECIALIȘTI DE-A LUNGUL TIMPULUI, STATUL ÎNCĂ NU A FĂCUT O PRIORITATE DIN PREVENȚIA ACESTEI BOLI, IAR STRATEGIA NAȚIONALĂ DE SĂNĂTATE 2014-2020 NU CONȚINE NICIUN FEL DE MĂSURI CONCRETE CARE SĂ POATĂ REDUCE, ÎN MOD EFICIENT, INCIDENȚA BOLII. DE VALENTINA GRIGORE



Anul acesta, pentru a marca Ziua Mondială de Luptă Împotriva Atacului Vascular Cerebral, Centrul de Inovație în Medicină a organizat, cu sprijinul Pfizer România și în parteneriat cu Societatea de Neurologie din România, o masă rotundă pentru a stimula dezbaterile în spațiul public a politicilor de prevenție și de reducere a riscurilor de AVC, explorând exemple de bune practici din alte țări de pe mapamond, pentru a identifica soluții potrivite sistemului de sănătate local. Organizarea acestui eveniment a fost posibilă cu ajutorul Comisiei pentru Sănătate din Senatul României, prin sprijinul extraordinar al dr. neurolog Renică Diaconescu, vicepreședintele Comisiei și șef al secției Neurologie a Spitalului Județean de Urgență Slatina, aducând la aceeași masă de discuție membri ai Parlamentului României, atât din Senat, cât și din Camera Deputaților,

reprezentanți ai Casei Naționale de Asigurări de Sănătate (CNAS), ai mediului academic și profesional, precum prof. dr. Ovidiu Băjenaru, președinte de onoare ad vitam al Societății de Neurologie din România, și dr. Marius Geantă, președintele Centrului pentru Inovație în Medicină, dar și reprezentanți ai asociațiilor de pacienți și delegați ai companiilor farmaceutice.

### Nevoie de îmbunătățire a intervenției post-AVC

În acest moment, conform statisticilor analizate de Societatea de Neurologie, bolile cerebro-vasculare au o prevalență mult mai mare în România decât în majoritatea țărilor lumii, țara noastră situându-se, an de an, pe unul dintre primele cinci locuri din lume din punctul de vedere al mortalității asociate acestor afecțiuni. Considerate de toți cei prezenți ca un semnal de alarmă, aceste analize indică, în același timp, nevoia îmbunătățirii timpilor de intervenție în cazul unui AVC, dar și a modalității de intervenție medicală.

Atât președintele Comisiei de Sănătate din Senatul României, dr. Laszlo Attila, cât și vicepreședintele acesteia, dr. Renică Diaconescu, au adus în discuție situații în care opțiunile de tratament disponibile pentru pacienți sunt limitate. Aceste situații sunt, mai degrabă, norma decât excepția, reliefând în mod acut nevoia existenței unui plan național pentru prevenția și tratamentul AVC. Astfel, dr. Diaconescu a subliniat în mod particular nevoia ca statul, prin toate organismele sale, să declare prioritare problema AVC și consolidarea unităților de urgențe neurovasculare, pentru a aduce o schimbare reală cu scopul reducerii numărului de decese asociate acestei boli.

La momentul actual, în România doar zece unități de intervenție de urgență în caz de AVC există la nivel național, dintre care patru în București. Așadar, un prim pas pentru a reduce prevalența AVC ar fi înființarea, în fiecare județ, a unei unități de stroke, astfel încât o persoană să poată primi ajutor specializat în mai puțin de o oră, indiferent de locul în care se află, și să poată beneficia de o intervenție de tromboliză, în cazul atacului vascular cerebral ischemic.

Completând această idee, dr. Băjenaru, reprezentant al Societății de Neurologie din România, a vorbit despre posibilitatea transformării orașelor-centre universitare în „centri regionali” de coordonare și sti-

mulare pentru intervenția rapidă în caz de AVC. În același context, pentru a le oferi specialiștilor, dar și statului, o mai bună imagine asupra pacienților care au suferit un AVC, devine vitală înființarea unui registru național de accidente vasculare cerebrale.

### Screening-ul pacienților cu fibrilație atrială

Un alt pas de o importanță crucială ar fi crearea unui context potrivit pentru screening-ul pacienților cu fibrilație atrială, unul dintre cei mai importanți, dar puțin cunoscuți, factori de risc pentru AVC. Specialiștii mondiali sunt de acord că un pacient cu fibrilație atrială este de cinci ori mai predispus să sufere un AVC decât cineva fără această afecțiune preexistentă. De exemplu, în cazul pacienților cu vârste de peste 65 de ani, identificarea din timp a semnelor fibrilației atriale ar permite tratarea acestora cu medicamente anticoagulante de ultimă generație, pentru a reduce costurile ACV și dizabilitatea asociată acestora.

### Prevenția AVC, un subiect neglijat în România

Participanții mesei rotunde au fost de acord că, deși majoritatea discuțiilor din spațiul public în legătură cu AVC se axează pe tema intervenției, un aspect la fel de important și des neglijat în România pentru reducerea mortalității îl reprezintă reducerea prevalenței factorilor de risc și prevenția producerii unui AVC. Datorită cunoștințelor și tehnologiilor medicale actuale, aproape 80% dintre accidente vasculare cerebrale pot fi prevenite. Cu toate acestea, la fiecare două secunde, undeva în lume, o persoană suferă un accident vascular cerebral, iar efectele acestuia conduc la un deces la fiecare cinci secunde. Dincolo de morbiditatea ridicată însă, povara AVC este considerabilă atât pentru bolnav, cât și pentru familie și sistemul public de asistență socială, în condițiile în care aproximativ jumătate dintre supraviețuitorii rămân cu o formă de handicap fizic sau cognitiv. Plecând de la studiul realizat de The

Economist Intelligence Unit, cu sprijinul Bristol Myers Squibb – Pfizer Alliance „Preventing stroke: Uneven progress”, un nou raport ce analizează politicile publice de prevenție a AVC în 20 de țări, participanții mesei rotunde au dezbătut atenția inegală care se acordă în cadrul sistemului de sănătate din România tratamentului, comparativ cu acțiunile de prevenție, dar și subfinanțarea îngrijirii AVC și cheltuirea ineficientă a banilor publici. În acest context, cei 12 membri ai Parlamentului au subliniat nevoia ca autoritățile responsabile din sistemul de sănătate să implementeze politici coerente de prevenție a bolii și de control al acesteia, în timp ce președintele CNAS și-a exprimat angajamentul față de un sistem de sănătate care să aibă în centrul său pacientul și care să investească mai mult în prevenție, în paralel cu consolidarea intervenției în stadiul acut.

### O lege a Sănătății pentru toți

Una dintre principalele concluzii ale dezbaterii a fost că Ministerul Sănătății, ca principal legislator în domeniul sănătății, trebuie să se implice mai mult și să prevadă organizarea și susținerea unui program național de prevenție a AVC. În acest moment, Ministerul a anunțat deja că, până la sfârșitul lui 2017, are în plan finalizarea de noi apeluri pentru programul de screening în vederea identificării pacienților cu factori de risc cardiovascular, program ce are ca scop reducerea morbidității și mortalității cardiovasculare. Incluziunea componentei de factori de risc pentru AVC ar fi foarte importantă.

Pentru a combate o boală atât de prevalentă precum AVC și, mai exact, pentru a reduce semnificativ incidența și impactul AVC, este nevoie de o atenție sporită pe zona de prevenție, dar mai ales de dezvoltarea unor strategii integrate și bine conectate la realitățile și posibilitățile de implementare din teren. Discuțiile publice, precum cea organizată de Centrul de Inovație în Medicină, cu sprijinul Pfizer România, reprezintă un prim pas important în direcția corectă privind conștientizarea, însă este nevoie imperioasă ca aceste discuții să aibă finalitate prin acțiunea autorităților. ■



Interviu cu **dr. Victor Radu**,  
medic primar chirurgie generală și laparoscopie avansată

# CHIRURGIJA PERETELUI ABDOMINAL

## LA GRANIȚA DINTRE CHIRURGIJA GENERALĂ ȘI CHIRURGIJA PLASTICĂ-RECONSTRUCTIVĂ

PASIONAT DE CHIRURGIJA PERETELUI ABDOMINAL ȘI AUTOR AL MAI MULTOR PREMIERE CHIRURGICALE ÎN ACEST DOMENIU, ÎN ROMÂNIA, MEDICUL VICTOR RADU REUȘEȘTE SĂ SCHIMBE CONCEPTUL DE TRATAMENT AL HERNIILOR ABDOMINALE, FĂCÂND TRECEREA DE LA SIMPLA ACOPERIRE A UNUI DEFECT CU O PLASĂ LA RECONSTRUCȚIA ARHITECTURII LOCALE ȘI IMPLICIT A RESTAURĂRII FUNCȚIONALITĂȚII PERETELUI ABDOMINAL.

DE ROXANA MATICIUC



**Cât de repede avansează știința în acest domeniu al chirurgiei peretelui abdominal?**

Putem vorbi despre două lucruri diferite: despre evoluție și despre revoluție. Putem să spunem că evoluția este firească în ceea ce privește progresul tehnologic, dar ceea ce este mai puțin firesc, și oarecum șochează, este revoluția tehnicilor chirurgicale, în sensul că au apărut noi procedee care îmbunătățesc radical rezultatul intervențiilor chirurgicale. Altfel spus, dacă până acum, pentru un orificiu herniar, adică o gaură în peretele abdominal, foloseam o plasă textilă care asemenea unui „petec” acoperea defectul, acum ne punem problema restabilirii anatomiei, deci facem ceea ce se cheamă reconstrucție de perete abdominal.

**Aceste proceduri reconstructive reprezintă o noutate în România?**

Da, ele sunt noutăți chirurgicale atât în România, cât și la nivel mondial. Vorbim despre procedee chirurgicale care au vârste fragede. Cea mai modernă tehnică de reconstrucție a peretelui abdominal a fost publicată în urma cu doar cinci ani și deja

aspiră la titlul de „gold standard”. Varianta tehnică minim invazivă, laparoscopică, a fost publicată în urmă cu doi ani și jumătate, iar eu am introdus-o în România în urmă cu un an și jumătate.

**Cu ce diferă această operație față de altele? Este o altă operație în sine sau este o tehnică în cadrul unei operații?**

Și o altă operație, și o altă tehnică. În primul rând, se lucrează în spații extrem de mici și de aceea este nevoie de un antrenament serios în ceea ce privește manualitatea. În al doilea rând, se lucrează între elemente anatomice importante și totodată delicate. Avem de evidențiat și de menajat structuri vasculare și nervoase pentru că scopul acestei operații este de a restabili, de a reconstrui arhitectura și de a reda funcționalitatea peretelui abdominal. Procedeele tradiționale asigură reintroducerea în cavitatea abdominală a organelor herniate, îi asigură o conținere a organelor herniate, dar pacientul nu va putea niciodată să aibă abilitățile funcționale ale musculaturii peretelui abdominal dinaintea afecțiunii primare, adică nu va putea să respire eficient, să tușească eficient, să facă eforturi fizice, să facă abdomene, să se screeamă etc.

**Care sunt avantajele pentru pacient, în urma noului tip de operație?**

Avantajele sunt multiple: în primul rând, vorbim despre restabilirea funcționalității. Recuperarea este extrem de rapidă. Pacientul se externează în prima zi post-operatorie. Disconfortul de care vorbim după operație – subliniez: disconfortul, nu durerea – este unul nesemnificativ în raport cu celelalte operații laparoscopice. Iar operațiile laparoscopice tradiționale de reparare a herniilor abdominale, în special a eventrațiilor, sunt dintre cele mai dureroase din cauza faptului că plasele se ancorează în peretele abdominal cu ajutorul unor agrafe. Ei bine, în această nouă tehnică chirurgicală nu se mai fixează plasa cu agrafe, nu mai există o agresiune asupra peretelui abdominal, astfel încât pacientul nu mai are durere, ci vorbim doar de un disconfort. Operația se



realizează în grosimea peretelui abdominal, iar plasa este strecurată asemenea unui sandvici între straturile musculare și astfel nu mai vine în contact cu intestinele. De aici rezultă două avantaje: cel al costului care se reduce substanțial, iar un al doilea mare avantaj este acela că, nemaivenind în contact cu intestinele, pacientul nu va dezvolta în timp aderențe și nici alte patologii secundare ce decurg din acestea.

**Cine este Victor Radu?**

Victor Radu este un chirurg care și-a propus încă de acum aproape zece ani să facă chirurgia peretelui abdominal cel mai bine cu putință. În acest sens, din dorința de dezvoltare, mi-am propus să obțin o acreditare solidă din partea unor foruri incontestabile și am reușit să obțin titlul de Chirurg de Excelență în chirurgia herniilor abdominale din partea societății americane Surgical Review Corporation. Ulterior, titlul a fost avansat către Master Surgeon. Odată cu obținerea acestei acreditări, m-am implicat în acreditarea Centrului de Excelență în Chirurgia Herniilor, unde sper să dezvolt atât abilitățile personale în folosul pacienților, cât și instruirea tinerilor chirurghi.

**Ce ar fi nevoie, din punct de vedere legislativ, comparativ cu alte țări, să adăugăm sau să îmbunătățim pentru**

**a face munca medicului mai ușoară?**

Cred că cea mai importantă măsură ar fi cea de re poziționare corectă pe scala socio-profesională a medicului. S-ar elimina astfel o mulțime de frustrări care există la ora actuală și medicii ar putea să se preocupe exclusiv de dezvoltarea profesională. Se va elimina, de asemenea, „goana” după pacienți și implicit concepul medicului „bun la toate”, adică priceput, dar la un nivel de competență bazal.

**În cadrul conferinței de la București, au fost și alți colegi din alte țări. Cu ce noutăți au venit?**

Conferința pe care am organizat-o, a V-a Conferință a Asociației Române de Chirurgie a Peretelui Abdominal a fost, zic eu, un mare succes. Și când spun lucrul acesta mă

bazez în primul rând pe faptul că a avea la finalul zilei sala aproape plină este mai mult decât găitor.

Un element extraordinar de important a fost prezența invitaților de o anvergură greu de descris în cuvinte. Numai dacă ne gândim că trei dintre ei sunt autori ai Ghidurilor Internaționale de Practică spune foarte multe. Este vorba de doctorul Jan F. Kukleta din Elveția, Filip Muysoms din Belgia și Ferdinando Agresta din Italia. Igor Belyansky este și un autor de procedeu și, mai mult decât atât, posibilitatea de a-l vedea în direct într-o operație demonstrativă pe autorul procedurii este un lucru de neimaginat, așa putea spune.

**Fiecare dintre noi, atunci când își atinge un obiectiv, îl caută pe următorul. Care este următorul dumneavoastră obiectiv, ce planuri aveți?**

Îmi doresc să dezvolt un centru de training. Se adresează în primul rând medicilor specialiști, dar și rezidenților de an mare, 5 și 6, și, desigur, medicilor primari. ■

**INTERVIUL COMPLET  
POATE FI CITIT PE**

[www.politicidesanatate.ro](http://www.politicidesanatate.ro)

# ACTIVITĂȚI neurochirurgicale DE EXCELENȚĂ

STUD. ANDREI ALEXANDRU MARINESCU, UMF „CAROL DAVILA” BUCUREȘTI  
PROF. DR. MSC. ALEXANDRU VLAD CIUREA, UMF „CAROL DAVILA” BUCUREȘTI, SPITALUL CLINIC SANADOR

➔ În cadrul Conferinței Naționale de Neuroștiințe cu Participare Internațională, care a avut loc la Iași, în perioada 19 - 22 octombrie 2017, s-au desfășurat și Zilele Medicale ale Spitalului Clinic de Urgență „Prof. Dr. N. Oblu”, marcând împlinirea a 45 de ani de la fondarea, în 1972, a primului spital de neurochirurgie din România. În deschiderea lucrărilor, Conferința a fost onorată de participarea oficialităților administrative ale județului Iași: Maricel Popa, președintele Consiliului Județean, reprezentanți ai Primăriei Iași, ai Direcției de Sănătate Publică și ai Casei Județene de Asigurări de Sănătate.

Lucrările științifice s-au ținut atât la Hotelul Ramada, cât și în cadrul Spitalului Clinic de Urgență „Prof. N. Oblu” Iași, unde au participat aproximativ 395 de specialiști (neurochirurgie, oftalmologie, neurologi, ATI, rezidenți, studenți etc.), reprezentanți ai Ministerului Sănătății, manageri ai instituțiilor publice și private din domeniul medical, companii farmaceutice și medici cu specializări diverse. Paleta conferinței a cuprins multiple teme de actualitate pentru neurochirurgi, neurologi, oftalmologi, radiologi, infecționiști, specialiști UPU, ATI, anatomie patologică etc. În această conferință, a existat și o secțiune special dedicată asistenților medicali, extrem de bine reprezentată. Manifestarea științifică a reunit prezentări de lucrări generale, originale, postere și, în mod special, activități practice de tip workshop



„CONFERINȚA  
A CUPRINS TEME  
DE ACTUALITATE  
PENTRU  
NEUROCHIRURGI,  
NEUROLOGI,  
OFTALMOLOGI,  
RADIOLOGI,  
INFECȚIONIȘTI,  
SPECIALIȘTI UPU,  
ATI ȘI MULȚI ALȚI.”

PROF. DR. MSC.  
ALEXANDRU VLAD CIUREA,  
UMF „CAROL DAVILA” BUCUREȘTI,  
SPITALUL CLINIC SANADOR

hands-on, care s-au desfășurat în cadrul spitalului. Cu ocazia acestui eveniment, o serie întreagă de personalități medicale neurochirurgicale și neurologice din Iași și din alte centre universitare au fost premiate cu „Diploma de Excelență” pentru activitatea desfășurată.

Prezentările și multiplele discuții purtate au fost urmărite în totalitate de un auditoriu extrem de interesat, ce a cuprins toate nivelurile medicale: de la studenți până la profesori și academicieni. Din afara Iașiului, au impresionat lucrările susținute de conf. dr. Horia Pleș (Timișoara), dr. Dan Teleanu (București) etc.

Consider că asemenea manifestări științifice reușesc, pe de o parte, să coaguleze întreaga elită neurochirurgicală din țară, dar și din specialitățile adiacente – neurologie, oftalmologie, ATI etc. – iar pe de altă parte, interacțiunea de idei, concepte, proiecte între echipele neurologice și neurochirurgicale de dincoace și de dincolo de Prut realizează o ridicare a performanțelor în domeniul neuroștiințelor, un domeniu atât de complex, dificil și în continuă evoluție. De asemenea, trebuie menționată adresabilitatea largă a acestei conferințe către rezidenții de neurologie, neurochirurgie, oftalmologie și, mai ales, către pătura cea mai avidă de informații medicale – studenții în medicină.

## Clinica „Prof. Dr. Nicolae Oblu”

Acest eveniment reprezintă un punct maxim de activitate a clinicii de neurochirurgie. Această personalitate



PREZIDIUL MULTIDISCIPLINAR DIN CADRUL ACTIVITĂȚILOR ȘTIINȚIFICE: DR. S.L. DAN TELEANU - NEUROCHIRURGIE, BUCUREȘTI; PROF. DR. CARMEN DOROBĂȚ - BOLI INFECȚIOASE, IAȘI; PROF. DR. ALEXANDRU VLAD CIUREA - NEUROCHIRURGIE, BUCUREȘTI; PROF. DR. DĂNUȚ COSTIN - OFTALMOLOGIE, IAȘI

medicală și neurochirurgicală – prof. dr. Nicolae Oblu – a fondat în urmă cu 45 de ani (1972), cu multe dificultăți pentru acea perioadă, o clinică nouă, destinată direct problemelor de neurochirurgie, înaintea Spitalului „Bagdasar-Arseni” din București (realizat în 1975). Din acest moment, toată regiunea Moldovei, de o parte și de alta a Prutului, și întreaga țară au putut beneficia de serviciile clinicii universitare de neurologie și neurochirurgie.

Clinica „Prof. Dr. Nicolae Oblu” s-a dezvoltat într-un mod impresionant, acoperind toate specialitățile neurochirurgicale moderne. Actualmente, clinica are ca elemente de vârf de necontestat microchirurgia neurovasculară (prof. dr. Ion Poeată), neuroendoscopia cerebrală, neuroendoscopia spinală (dr. Lucian Eva), metodele de embolizare vasculară cerebrală (dr. Dobrin Nicolae). Abordul tumorilor cerebrale și de bază a craniului este realizat de dr. Marius Dabija și de dr. Bogdan Iliescu. Tratamentul meningioamelor, embolizarea și aspirarea sunt realizate de dr. Dobrin Nicolae, iar



PROF. DR. NICOLAE OBLU

PROF. DR. ION POEATĂ  
ȘI DR. LUCIAN EVA

chirurgia spinală, cu toate facilitățile posibile, este responsabilitatea dr. Cezar Popescu. Nu trebuie neglijate specialitățile adiacente, adică neurologia (prof. dr. Liviu Pendefunda) și oftalmologia (prof. dr. Dănuț Costin).

Actualmente, Clinica de Neurochirurgie „Prof. Dr. Nicolae Oblu” a reușit, datorită Consiliului Județean Iași, să primească și să implementeze aparatură de vârf la standarde europene:

microscopul operatorii de înaltă tehnologie, radiologie mobilă C-arm pentru chirurgia spinală, aparate de monitorizare a nervilor cranieni, instrumentar neurochirurgical etc. Astfel, centrul de neurochirurgie din Iași, cu sprijinul elementelor de neuroștiințe pe care le-a cooptat, poate efectua pasul spre un „Centru de Excelență în Neuroștiințe”, fapt menționat de managerul spitalului, dr. Lucian Eva. ☑



#### VACCINAREA ȘI SARCINA

Motivele pentru care medicii recomandă vaccinarea în timpul sarcinii:

- asigură apărarea nou-născutului în primele luni de viață;
- asigură protecția împotriva unor boli ale copilului înaintea nașterii (rubeola);
- previne îmbolnăvirile mamei, ceea ce este important deoarece unii anticorpi se transmit prin placenta. Nou-născutul are o cantitate de anticorpi proveniți de la mamă, cantitate care persistă cinci-șase luni după naștere. Anticorpii protejează copilul și îi asigură un răspuns imun mai bun atunci când contractează anumite boli grave.

#### CU SAU FĂRĂ PAPANICOLAU ÎN CANCERUL CERVICAL

Dacă sunteți o femeie care a avut rezultate bune după mai multe serii de teste (pentru detectarea HPV și Babeș-Papanicolaou) pentru depistarea cancerului cervical, probabil ați putea aștepta cinci ani până la un nou test. Potrivit studiului, riscul de cancer cervical a scăzut cu fiecare combinație de teste efectuate la cinci ani ale căror rezultate au arătat că nu există nici HPV, nici celule anormale. Chiar și fără rezultatele testului Papanicolaou, testul HPV a detectat o scădere similară a riscului de cancer cervical, sugerând că doar acest test ar putea fi eficient în screening.

#### IMPORTANTA TESTĂRII PENTRU HEPATITA C

Dacă credeți că ați fost expus la virus, iată cinci motive pentru care ar trebui să vă testați:

1. Puteți avea boala, chiar dacă vă simțiți bine;
2. Testul este rapid și simplu - unele oferă rezultatul în doar 20 de minute. Dacă este negativ, dar există vreo posibilitate să fi fost expus la hepatita C în ultimele șase luni, trebuie să faceți testul din nou;
3. Vă puteți proteja familia și prietenii;
4. Tratatamentul poate inactiva sau chiar elimina virusul hepatitei C;
5. Tratatamentul inițiat devreme poate preveni instalarea cancerului hepatic sau a insuficienței hepatice.

# „Weekend în familie”

CEA DE-A ȘAPTEA EDIȚIE A EVENIMENTULUI „WEEKEND ÎN FAMILIE” (#WIF7), ORGANIZAT DE ASOCIAȚIA NAȚIONALĂ A HEMOFILICILOR DIN ROMÂNIA (ANHR) ÎN PERIOADA 24-26 NOIEMBRIE, A FOST DEDICATĂ FORMĂRII „REȚELEI DE PĂRINȚI”, CARE SĂ OFERE INFORMAȚII ȘI ASISTENȚĂ PACIENȚILOR CU HEMOFILIE ȘI APARTINĂTORILOR ACESTORA.



Prima zi a #Wif7 a fost dedicată unei dezbateri cu privire la obiectivele rețelei de părinți, idee care a apărut pentru prima dată în timpul ediției 2017 a Academiei de Hemofilie, din dorința membrilor de a ajuta și alți părinți cu copii care suferă de hemofilie.

#### Comunicare

În urma dezbaterii, părinții au stabilit obiectivele fundamentale care vor sta la baza rețelei:

- comunicarea informațiilor cu privire la hemofilie către un număr cât mai mare de pacienți;
- educarea bolnavilor și a familiilor acestora cu privire la boală;
- asumarea bolii și adoptarea unui stil de viață sănătos, în ciuda acesteia;
- adoptarea unei atitudini proactive cu privire la tratarea hemofiliei.

Pentru a-și atinge obiectivele, rețeaua de părinți trebuie să faciliteze comunicarea din-

tre medici și pacienți, să ceară și să ofere ajutor pentru părinții care au nevoie de membrii rețelei, se va implica în oferirea de informații cu privire la boală și tratament, educarea cu privire la cadrul legal asociat cu boala, promovarea unei atitudini proactive în ceea ce privește protejarea drepturilor pacienților, facilitarea comunicării dintre medici și pacienți, suport moral pentru pacienți și aparținători și formarea unei baze de date cu specialiști în hemofilie la care pacienții pot apela.

„Cel mai important lucru este să aflăm nevoile și problemele pacienților cu hemofilie din țară, pentru a ști cum îi putem ajuta”, a declarat Nicolae Oniga, președintele ANHR. De asemenea, s-a hotărât producerea unor «starter kit-uri» cu toate informațiile de care au nevoie familiile cu copii nou-diagnosticați cu hemofilie.

În timp ce adulții au fost ocupați cu planurile pentru înființarea rețelei de



părinți, copiii au participat la o mulțime de jocuri distractive și educative: competiția de storytelling, în cadrul căreia a fost premiat cel care a inventat cea mai bună poveste pe baza unor simboluri primite, și mișcarea în aer liber. Sâmbătă seara, cei mici au fost la biliard și bowling.

#### Sprijin pentru copiii bolnavi

Oricine poate ajuta un copil bolnav de hemofilie, cumpărând cartea „Testament pentru copilărie” scrisă de Rodica Oniga. Cartea costă 20 de lei, iar banii strânși din

vânzări vor fi donați copiilor din Asociația Națională a Hemofilicilor din România.

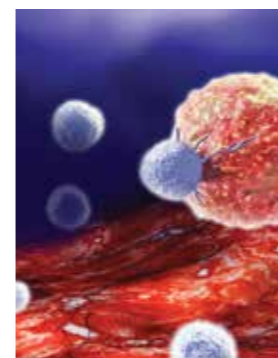
„Acești copii sunt niște năpăstuiți ai sortii și eu cred că în felul acesta îi pot ajuta cel mai bine. Este un testament și pentru copilăria lor, care a fost și este la fel de vitregă cum a fost și a mea. Doar motivele sunt diferite”, a spus autoarea lucrării „Testament pentru copilărie”. Hemofilia este o boală ereditară, caracterizată prin tulburări de coagulare a sângelui. Cei mai afectați sunt bărbații care moștenesc deficitul unui factor ce participă la coagularea sângelui, de la mamă. Mai exact, la orice lovitură sau zgârietură, bolnavul se confruntă cu o sângerare excesivă, fără tendința de sistare. În lipsa administrării unui tratament cu factor de coagulare pe care nu îl are organismul, pierderea de sânge poate fi foarte gravă. Mulți pacienți devin ne-deplasabili pentru că au articulațiile afectate sau au membrele amputate. În cazuri grave, hemoragia poate provoca decesul. ❏

## PROPUNERI LA LEGEA TRANSPLANTULUI



Asociația Transplantaților din România (ANT) a făcut o serie de propuneri la proiectul „Legea transplantului uman”. „Această lege trebuie să cuprindă și reglementări privind: monitorizarea stării posttransplant; instruirea și recunoașterea specializării medicilor care lucrează în zona de transplant și monitorizare a stării posttransplant; transparența activităților ANT; colectarea și transparența datelor despre numărul de donatori potențiali și reali, alocarea organelor, numărul de transplanturi efectuate, durata de viață a grefelor etc.; competențele și răspunderea ANT”, a declarat Gheorghe Tache. Legea ar trebui să mai prevadă recunoașterea stării de handicap grav pentru pacienții cu insuficiență funcțională de organ vital fază terminală, indiferent de modul de suplینire a funcției pierdute. De asemenea, s-a propus completarea criteriilor medico-psihosociale de încadrare în grad de handicap cu un capitol dedicat pacienților cu insuficiență funcțională de organ vital fază terminală, capitol în care, pe lângă funcționalitate, să se țină cont și de riscuri.

## WWW.IMUNO-ONCOLOGIE.RO



Imuno-oncologia oferă bolnavilor de cancer speranța unei rate mai bune de supraviețuire, comparativ cu terapiile clasice, și o calitate a vieții mai bună. O nouă imunoterapie este decontată, din luna mai a acestui an, pentru pacienții români care suferă de melanom, iar din luna noiembrie 2017, și pentru cei cu cancer pulmonar și renal, un moment important în ceea ce privește accesul pacienților la imunoterapie. Recent, a fost publicat în Monitorul Oficial ghidul terapeutic al medicamentului, ceea ce înseamnă că medicii pot prescrie gratuit imunoterapia pacienților eligibili. În acest context, Bristol-Myers Squibb, împreună cu Federația Asociațiilor Bolnavilor de Cancer din România, inițiază o campanie de educare și informare a pacienților români cu privire la riscurile cancerului pulmonar și accesul la tratamente oncologice inovatoare. Primul pas al campaniei este lansarea unei platforme dedicate pacienților – [www.imuno-oncologie.ro](http://www.imuno-oncologie.ro) – care explică pe înțelesul tuturor modul în care funcționează imuno-oncologia și care aduce noutăți în ceea ce privește tratamentul.



#### O TREIME DIN CANCERE POT FI PREVENITE

Cancerul pulmonar provoacă cele mai multe decese dintre toate cancerurile, din cauza agresivității bolii și a faptului că este depistat în stadii avansate. Cancerul pulmonar este responsabil pentru aproximativ 10.000 de decese, în 2016. Potrivit Organizației Mondiale a Sănătății, o treime din canceruri pot fi prevenite, iar jumătate dintre decese ar putea fi evitate prin prevenție și educarea populației. Succesul unei campanii de prevenție se bazează pe o informare corectă, iar diagnosticul rapid și accesul la tratamentul potrivit le-ar putea mări bolnavilor șansele de supraviețuire de la 11% la 55%.

#### DEPISTAREA HIV DINTR-O PICĂTURĂ DE SÂNGE

Testul autoadministrabil pentru depistarea HIV dintr-o singură picătură de sânge din deget este disponibil acum în farmaciile din România (și on-line, pe site-urile acestora). Fiecare kit de testare este furnizat împreună cu un prospect informativ despre test și despre utilizarea acestuia, dar și despre servicii de consiliere, puse la dispoziție de către personalul Uniunii Naționale a Organizațiilor Persoanelor Afectate de HIV/SIDA (UNOPA). Pentru efectuarea testului, sunt necesare doar o mostră de sânge din vârful degetului și o așteptare de 15 minute pentru rezultat.

#### TUMOR-BOARD, O ȘANȘĂ PENTRU PACIENȚII ONCOLOGICI

Tumor-board este un concept vechi în oncologie, care presupune participarea în decizia terapeutică a unui număr cât mai mare de medici implicați în diagnosticul și tratamentul cancerului – chirurgi, anatomopatologi, medici internști –, care se numesc oncologi medicali și radioterapeuți. „Decizia terapeutică este împărțită între toți acești specialiști pentru a oferi șansa fiecărui pacient de a avea tratamentul cel mai apropiat de nevoile lui, de boala pe care o are, de patologii asociate, de vârstă și așa mai departe”, explică dr. Dan Jinga, medic primar oncologie, Neolife.



Asociația Medicilor de  
Familie București-Ilfov  
(AMFB)

Ediția a XIV-a

# CONFERINȚA NAȚIONALĂ DE MEDICINA FAMILIEI

cu participare internațională

Echilibrul delicat între știință, artă și comunicare



[www.amf-b.ro](http://www.amf-b.ro)

28 martie:  
Curs pre-Conferință  
creditat EMC

29 martie -1 aprilie

## 2018

Crystal Palace Ballrooms  
BUCUREȘTI



Societatea Națională  
de Medicină de Familie  
(SNMF)

**neolife**  
medical center

## GRIJĂ ȘI RESPECT PENTRU PACIENT



## NEOLIFE MEDICAL CENTER IAȘI

- PET-CT
- Scintigrafie
- RMN
- Computer Tomografie
- Oncologie Medicală
- Hematologie

### În curând tratamente de radioterapie și radiochirurgie cu **TrueBeam STx** la Neolife Medical Center Iași

În curând, la Centrul Medical Neolife Iași, va fi instalat un nou accelerador liniar ultraperformant, **TrueBeam STx**, cu ajutorul căruia pacienții vor putea efectua tratamente de radioterapie și radiochirurgie stereotactică de mare precizie, la standarde internaționale.

Neolife Medical Center IAȘI  
B-dul Carol I nr. 56-56A  
Call Center 0232 930  
[www.iasi.neolife.ro](http://www.iasi.neolife.ro)

## Conferința Națională Alzheimer 2018

cu participare internațională

Ediția a 8-a, Actualități în domeniul demențelor

21 - 24 februarie

Willbrook Platinum Business & Convention Center,  
București, România

[www.alzcongres.ro](http://www.alzcongres.ro)

[facebook.com/ConferintaNationalaAlzheimer](https://facebook.com/ConferintaNationalaAlzheimer)



**Organizator:**  
Societatea Română  
Alzheimer



Management Eveniment:  
RALCOM EXHIBITIONS srl  
Tel.: +40 21 210 58 14, +40 210 65 40  
Fax: +40 21 212 27 02  
[www.ralcom.ro](http://www.ralcom.ro)

Masterclass



# PACIENTUL ROMÂN ȘI GUVERNANȚA INTELIGENTĂ

EDIȚIA A 4-A, 16-17 FEBRUARIE 2018, BUCUREȘTI

Proiect educațional, de networking și comunicare adresat liderilor celor mai importante / rocale / influente asociații de pacienți & ONG-uri din România

MARCA **QUINN**  
*The Medicine Maker*

și *Revista*  
**POLITICI  
DE SĂNĂTATE**  
*Dăm cuvântul specialiștilor*

ÎN COLABORARE CU



## Asociațiile de pacienți trebuie să fie informate și puternice

**Teme** →

- BARIERE ÎN COMUNICAREA CU AUTORITĂȚILE.  
DIALOGUL INTELIGENT
- CÂT TREBUIE IMPLICAT PACIENTUL ÎN DECIZIA CLINICĂ?
- HEALTH TECHNOLOGY ASSESMENT BASICS /  
COST-VOLUME/ NEGOCIERE... SAU NU?

### Plus

- Clinicieni Pacienți Industrie.  
Oportunități și controverse
- Pharma training: ce înseamnă și cum ajută pacientul – biotehnologia, biosimilarele, biologicele sau alte concepte (necunoscut pentru pacienți)?

### Plus

- New media/Social media – Ce trebuie să facă asociațiile de pacienți ca să conteze?
- Surse online corecte și fake news despre: prevenție, tratament, self management în bolile cronice/ Transparența datelor
- Etica colaborării cu companiile

### Participă

- Reprezentanți ai tuturor autorităților din Sănătate, renumiți specialiști în medicină & Jurnaliști de renume și consultanți de business

OFFICE@SCOALAPACIENTILOR.RO

#PatientJourney

#MakingChangeHappen

#PatientEmpowerment

#PatientInvolvement

www.politicidesanatare

www.scoalapacientilor.ro