

POLITICI DE SĂNĂTATE

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



Sorina Pinteș,
ministrul Sănătății

**„CONSTRUIREA SPITALELOR
REGIONALE REPREZINTĂ
UN OBIECTIV MAJOR”**

Gala Premiilor de Excelență în Asistență Medicală

Ediția a VI-a 6 iulie 2018



ORGANIZATOR



OAMGMAMR - FILIALA
MUNICIPIULUI BUCUREȘTI

CRYSTAL PALACE
BALLROOMS

MANAGEMENT LOGISTIC

Revista
**POLITICI
DE SĂNĂTATE**
Dăm cuvântul specialiștilor

BY
QUINN
The Medicine Media

www.oammrbuc.ro

SUMAR

martie

- REFORMA SĂNĂTĂȚII**
- 01 **Sorina Pinteau:** „Construirea spitalelor regionale reprezintă un obiectiv major“
- 08 **Attila Fejer:** Oportunități în accesul la inovație
- 10 **Răzvan Vulcănescu:** Noul contract-cadru, schimbări majore în sănătatea românească
- 13 **TALTZ (Ixekizumab),** primul produs Lilly în sfera dermatologiei pentru tratamentul psoriazisului moderat/sever
- 14 **Acces la informații inedite** din pharma fără PIN, doar cu PI! Buletinele π. Legal π. Global π
- 16 **Alexandru Velicu:** Dezideratul ANMDM: să aibă propria lege
- 18 **Teodor Blidaru:** „Nu există viziune susținută prin politici coerente“
- 20 **Dan Octavian Alexandrescu:** „Problema este că noi lucrăm tot timpul sub presiune“
- 22 **Bolile reumatice INFLAMATORII:** un model de patologie în care aplicarea principiilor de management asigură nu numai succesul terapeutic, ci și utilizarea eficientă a resurselor
- POLITICI EUROPENE**
- 24 **Cristian Bușoi:** „De la Bruxelles, România nu pare în stare să construiască cele trei spitale regionale“
- POLITICI NAȚIONALE**
- 26 **Levente Vass:** „În sistemul sanitar nu există piață liberă“
- 28 **Robert Negoită:** „Este nevoie să reducem diferențele economice și sociale dintre regiuni“
- 30 **Victor Negrescu:** „Nu vom deține șefia Uniunii Europene, ci pe a unei instituții“
- EXCELENȚĂ MEDICALĂ**
- 32 **Cancerul nu este o sentință**
- 34 **Alina Tănase:** „Am făcut peste 200 de transplanturi pe an“
- 36 **Raluca Ioana Teleanu:** Neurologul pediatru, între sistemul medical și pacient
- 38 **Liana Gheorghe:** „Primul venit, primul servit“
- MANAGEMENT**
- 40 **Leonard Azamfirei:** „Simularea medicală este o tehnică de învățare, nu o expoziție de tehnologie“
- 42 **Adriana Nica:** Transplant medular la SUUB
- 44 **Carmen Orban:** „Deja simt un boicot la nivel administrativ“
- 46 **Bogdan Fănuță:** „Legea achizițiilor publice afectează sistemul sanitar“
- EVENIMENT**
- 48 **Autoritățile și jurnaliștii,** alături de pacienți
- 52 **Lipsa tratamentelor inovative și stigma - principalele probleme ale pacientului cu epilepsie**
- 54 **Fețele tuberculozei.** Boala nu ocolește pe nimeni
- CAMPANII**
- 56 **„Virusul hepatitic C, depistat la 6% dintre persoanele testate**
- 58 **Tratament fără interferon pentru toți pacienții cu hepatita C**
- 60 **Irina Chirițoiu:** Pot fi soluționate amiabil litigiile cu vânzătorii din alte țări?
- ADVOCACY**
- 62 **Chimioterapia cu insulină - terapie revoluționară în tratamentul cancerului**
- 63 **Cercetarea, prioritară în domeniul serviciilor de sănătate și al sistemelor de sănătate**
- 64 **Erorile de diagnostic, principala problemă în siguranța pacienților din 2018**

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 Mures
- 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, Spitalului Monza
- Dr. **Victor Gabriel Clătici**, 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 Mihăițan**, șef secție Pneumologie III, Institutul de Pneumofiziologie „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@politicidesanatate.ro
Alexandra Paiu - director general
Quinn - The Medicine Media
alexandra.paiu@politicidesanatate.ro
Roxana Maticiu - redactor-șef
roxana.maticiu@politicidesanatate.ro
Valentina Grigore - manager Școala Pacienților
valentina.grigore@politicidesanatate.ro
Dr. Inga Pasesc - editor coordonator
Republica Moldova
Colaboratori
Amali Teodorescu, Andreea Moțoc
Foto: Mihai Adam
Marketing&publicitate
office@politicidesanatate.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

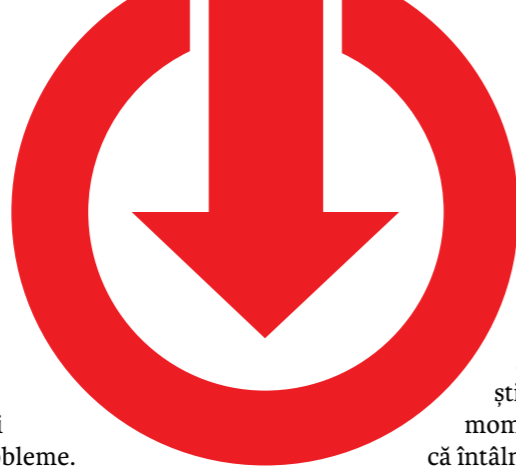
ISSN 2501-2576
ISSN-L 2501-2576

Responsabilitatea pentru conținutul articolelor
revine exclusiv autorilor.

Interviu cu **Sorina Pinte**, ministrul Sănătății

„Construirea SPITALALELOR REGIONALE reprezintă un obiectiv MAJOR”

DE ROXANA MATICIUC



Din punctul de vedere al managerului de spital, ajuns acum ministru al Sănătății, care sunt neajunsurile sau problemele cu care v-ați confruntat și pe care acum vă doriți să le rezolvați?

Este adevărat, de-a lungul timpului m-am confruntat cu o mulțime de probleme. Însă, înainte de toate, aș vrea să spun că nu există nicăieri în lume un sistem de sănătate perfect. Cu siguranță că și alte țări se confruntă cu diverse neajunsuri. Ca manager de spital, o parte dintre problemele cu care m-am confruntat au fost cauzate de necesitatea corelării multitudinii de reglementări existente astăzi în Legea Sănătății. Din 2006 și până în prezent, au apărut foarte multe modificări în Lege și este nevoie de multă atenție ca să te poți descurca în hățișul de reglementări. Tocmai de aceea, consider absolut necesară o nouă lege a Sănătății, așa cum, de altfel, prevede și programul de guvernare. De asemenea, este necesară o organizare mai clară a sistemului de sănătate din România pentru aplicarea în mod unitar a legislației, lucru care, deocamdată, nu funcționează, iar lucrurile nu merg așa cum ar trebui. Însă, în primul rând, este nevoie de oameni care să miște totul și să facă sistemul de sănătate cât mai performant. Și chiar avem resursa umană necesară, dar nu ne folosim de ea cât ar trebui.

Mandatul meu este până în 2020. Un mandat scurt, în care, eventual, putem crea noua politică de sănătate. Însă reforma sistemului necesită continuitate în aplicarea unei strategii foarte clare, pentru a ajunge la rezultatele dorite. De când am preluat funcția de ministru, am observat că multe dintre problemele cu care ne confruntăm zi de zi în sistem nu ar trebui să existe, pentru că ele nu sunt cauzate de lipsa de fonduri sau de lipsa unor reglementări foarte clare. Ar putea fi evitate, uneori, cu un management de calitate sau cu o altă abordare.

Dar aș vrea să amintesc că s-au făcut și lucruri bune în sistem și că se fac în continuare. Până la urmă, trebuie să încercăm să schimbăm și din mers ce nu merge. Nu putem stopa totul și să o luăm de la capăt, trebuie să avem grijă de tot ceea ce avem bun în sistem.

„Soluțiile concrete refuză să apară”

De când ați preluat mandatul, ați participat deja la o serie de evenimente și conferințe de presă unde ați răspuns întrebărilor venite din partea jurnaliștilor. Din punctul dumneavoastră de vedere, agenda zilei, creată de jurnaliști, cuprinde cu adevărat teme majore de discuție?

În general, da, pentru că societățile non-guvernamentale care organizează diverse evenimente și întâlniri, precum și jurnaliștii specializați în domeniul sănătății știu foarte bine care sunt problemele momentului. În general, am observat că întâlnirile și conferințele sunt axate pe probleme de actualitate, pe identificarea unor soluții. Însă, din păcate, nu am constatat că se caută cu adevărat soluții. Se dezbate problemele, dar soluțiile concrete refuză să apară. În general, se așteaptă rezolvarea lor la Ministerul Sănătății, de către oficialii de aici, de către politic. Să nu uităm că, până la urmă, sănătatea este a tuturor. Eu am mari așteptări de la astfel de întâlniri la care sunt invitată. De exemplu, la întâlnirile cu asociațiile de pacienți, aceștia vin cu probleme punctuale și propun și soluții. În conferințe, se discută mai mult generalități: că ar trebui să facem, că ar trebui să ne implicăm... dar o facem de pe margine. Ar fi de preferat ca la astfel de evenimente, după ce este semnalată problema, să existe și propuneri pentru soluționarea ei, din partea celor prezenți.

De exemplu, toată lumea spune că avem nevoie de legi ale Sănătății. Eu am spus cod de legi și îmi place că a fost preluată această sintagmă, pentru că, într-adevăr, avem nevoie de un cod de legi. Însă n-a venit nimeni cu o propunere foarte clară. Discutăm pentru că trebuie. Se așteaptă soluții din partea ministerului și evident că le vom oferi, dar eu aș vrea să ofer soluții bazate și pe o largă dezbateră publică, pentru că sănătatea este a tuturor. Am cerut astfel de propuneri și încă le aștept, am lansat niște invitații, dar, din păcate, nu am avut niciun rezultat până în acest moment. Invitațiile au fost adresate unor instituții private care, cu siguranță, ar putea veni cu propuneri de soluții pentru problemele cu care s-au confruntat de-a lungul timpului. Și din nou vă voi da ca exemplu asociațiile de pacienți, ai căror membri cunosc foarte bine problematica bolii lor, astfel încât cele mai multe vin și cu soluții. Bineînțeles, unele poate că sunt nefezabile, dar este un capăt de ață, este un început de care trebuie să ne legăm și să mergem înainte.

În încercarea de a identifica soluții pentru diversele probleme din sistem, trebuie să ținem cont și de nivelul de finanțare pe care îl avem în acest moment, pentru că o parte din bani sunt risipiți și va trebui să găsim soluții să eficientizăm utilizarea lor. Eu caut aceste soluții împreună cu echipa mea și sunt convinsă că le vom găsi, dar în momentul în care le vom aplica, bineînțeles că vor fi discuții. Mi-aș dori să avem o amplă dezbateră pe tema gestionării fondurilor din sistem și pe cea a legilor Sănătății.

La ce ne va folosi faptul că vom avea noi legi, dacă oricum nu le aplicăm?

Avem reguli în sistem, dar ele sunt ignorate de multe ori pentru că nu sunt urmate de măsuri coercitive, în cazul în care nu se respectă. Scopul unor astfel de măsuri nu este acela de a aplica amenzi, ci de a determina responsabilii să respecte aceste reguli. Intenționez să modific indicatorii de performanță care nu mai sunt relevanți pentru sistemul de sănătate actual și nici nu mai permit o evaluare corectă a managerilor de spitale.

Pe ce anume v-ați dori să se pună accentul în spațiul public?

Modul de combatere, de exemplu, al infecțiilor asociate actului medical, modul în care raportăm infecțiile asociate actului medical. Sunt foarte multe probleme arzătoare pe care ar trebui să le discutăm și pe care le discut în conferințele la care particip. Un alt subiect care cred că ar trebui supus mai mult atenției este necesitatea vaccinării, cu riscurile nevaccinării. Mi-aș dori ca mai multe voci avizate să fie prezente în spațiul public cu aceste subiecte.

„România are nevoie de o nouă lege a transplantului”

Ați declarat recent că veți respecta planul de guvernare, mai ales că o parte din el este scris de dumneavoastră. Care este această parte la care ați făcut referire și care sunt cele mai importante lucruri de pe „to do list”?

Aplicarea Programului de guvernare PSD-ALDE în domeniul Sănătății va duce, cu siguranță, la îmbunătățirea sistemului de sănătate. În primul rând, legile Sănătății sunt un prim pas în normalizarea sistemului. Apoi, **demararea unor programe regionale de screening**, care însumează 177 de milioane de euro din fonduri europene, au o importanță majoră în depistarea precoce a unor afecțiuni cu impact major asupra sănătății publice. Vorbim despre șapte mari programe de screening care vizează tuberculoza, cancerul de col uterin, cancerul de sân, mama și copilul, hepatita, afecțiunile cardiovasculare, cancerul colorectal. Este foarte important că toate aceste programe de screening au incluse dotări cu aparatura necesară efectuării serviciilor specifice fiecărei patologii. Prevenția și tratamentul precoce ale acestor afecțiuni cu incidență ridicată aduc imense beneficii populației și determină scăderea costurilor în sistemul de sănătate. **Construirea spitalelor regionale** reprezintă un obiectiv major. Chiar dacă pentru unii acest obiectiv pare imposibil de atins, eu sunt convinsă că aceste spitale se vor construi. Este extraordinar că pentru o parte din aceste spitale

beneficiem și de finanțare de la Uniunea Europeană. De asemenea, avem în vedere **reabilitarea, modernizarea, dotarea și, acolo unde este necesar, chiar extinderea a 150 de ambulatorii de specialitate**, pentru care accesăm fonduri europene. Beneficiem de finanțare europeană și pentru reabilitarea a **peste 40 de Unități de Primiri Urgențe (UPU)**. Nu în ultimul rând, vom continua dotările în unitățile din sistemul public de sănătate cu aparatură de înaltă performanță, necesară pentru investigații și tratament. Acestea sunt cele mai importante lucruri la care lucrăm în prezent, pentru că programul de guvernare urmărește să pună în centrul sistemului de sănătate pacientul, acolo unde îi este, de fapt, locul. Dorim să asigurăm accesul populației la servicii medicale de calitate. Acest program de guvernare nu este doar pentru Partidul Social Democrat, este pentru întreaga populație a României.

Și totuși, opoziția spune că de la Bruxelles se vede că România nu este în stare să construiască spitalele regionale și că este foarte aproape să piardă cele 150 de milioane de euro. De ce credeți că avem această imagine?

Este adevărat, sunt întârzieri și, categoric, nerespectarea termenelor ridică semne de întrebare, este și normal. Dar am recuperat destul de mult din aceste întârzieri și eu cred că în trimestrul al patrulea vom putea depune proiectele pentru semnare. Din câte știu, suntem singura țară din Europa care are un proiect atât de mare în implementare, construirea în paralel a trei spitale regionale. Este un proiect ambițios, dar, până la urmă, dacă nu gândim ambițios, nu vom putea realiza decât pe măsura gândirii noastre. Eu aștept sprijin în îndeplinirea programului de guvernare și din partea opoziției, pentru că este un plan bun pentru Sănătatea din România.

Care sunt proiectele de care vă ocupați în prezent și ce măsuri urmează să luați în perioada imediat următoare?

Implementarea programului de guvernare reprezintă în sine agenda mea zilnică. Asigurarea medicamentelor necesare pacienților este o preocupare permanentă. Dorim să eliminăm discontinuitățile în aprovizionare. Știți bine ce probleme sunt în acest moment. De asemenea, România are nevoie de o nouă lege a transplantului, pentru că este nevoie de transparență în acest domeniu. Trebuie să regândim puțin această activitate medicală, astfel încât cei care au nevoie să poată beneficia de transplantul care le poate salva viața.

Spuneam la începutul mandatului meu că îmi doresc să schimb mentalități. Mi-am păstrat aceeași dorință, pentru că avem nevoie de asta, și m-am convins tot mai mult de acest lucru după două luni de minister. Sunt conștientă că această schimbare necesită timp, nu se poate realiza peste noapte. Însă în fiecare zi mai facem un mic pas. 📌



☞ **Interviu cu
dr. Attila Fejer,
director
general
Eli Lilly
România**

Oportunități în accesul la inovație

DE VALENTINA GRIGORE

☞ **Ați prezentat recent rezultatele programului de studii clinice „UNCOVER” în care au fost înrolați 3866 de pacienți cu psoriazis moderat/ sever din 17 țări. Care sunt concluziile acestei cercetări?**

Conform rapoartelor globale asupra psoriazisului emise de OMS și IFPA, boala are o etiologie necunoscută, în care particularități ale sistemului imunitar joacă un rol important; poate afecta, în medie, 2-3% din populație, estimându-se că la nivel global ar exista peste 125 de milioane de cazuri. Psoriazisul are un impact substanțial asupra organismului persoanelor afectate, crescând riscul altor boli asociate (cardiovasculare, de metabolism, inflamatorii, psihice), determinând limitări funcționale (artrita psoriazică) și scăzând calitatea vieții. Leziunile existente la nivelul pielii sunt asociate cu simptome de prurit și durere care afectează negativ starea emoțională

și fizică a pacienților, precum și abilitățile lor ocupaționale și de relaționare, existând o legătură statistică dovedită între exacerbările de simptome din psoriazisul moderat-sever și scăderea indicilor de calitate a vieții. Agenții biologici disponibili anterior și utilizați pentru tratarea psoriazisului își pierd treptat din eficacitate, pacienții fiind nevoiți să schimbe periodic terapia. Studiile „UNCOVER” au demonstrat că TALTZ (ixekizumab; anticorp monoclonal ce neutralizează citokina pro-inflamatoare IL-17A, produsă în exces de limfocitele T-helper și responsabilă de apariția plăcilor psoriazice) poate constitui un tratament eficient pentru pacienții netratați sau tratați anterior cu agenți biologici, eficacitate care se menține în timp (demonstrată în studii până la trei ani de la inițierea terapiei).

România este (abia) cea de-a 30-a țară în care a devenit disponibil TALTZ, cel mai nou produs Lilly cu rezultate deose-

bite în tratamentul psoriazisului moderat/sever. Este mai greu pentru un astfel de produs să intre pe piața românească sau legislația este mai greoaie decât în alte țări? Cum ați schimba acest aspect?

Credem că principiile care guvernează sistemul de asigurări sociale de sănătate în general și adoptarea noilor tehnologii de tratament, în particular, prin mecanismele de asigurare a populației cu medicamente, trebuie să plece de la premisa că cetățenii țărilor membre UE au aspirații comune legate de accesul la noile produse și servicii determinate ale unei stări de sănătate mai bune. Credem că în special țările din Europa de Est, recent intrate în selectul club european, ar trebui să își propună obiective legate de accelerarea investițiilor în sistemele sociale destinate bunăstării cetățenilor și de țintirea valorilor medii ale UE la indicatorii din domeniile sanitar și social.

Revenind la modul în care un produs de ultimă oră al tehnologiei medicale moderne – cum ar fi ixekizumab – poate intra în sfera de cuprindere a sistemului de asigurare a populației cu medicamente, trebuie remarcat progresul care a fost realizat în ultimii trei ani la nivelul Ministerului Sănătății și al ANMDM, odată cu legiferarea sistemului de evaluare a tehnologiilor medicale actual (ETM/HTA). Pe de o parte, s-a plecat de la premisa că stadiul incipient de dezvoltare a pieței nu va permite derularea unor studii și analize ETM locale, inclusiv din cauza costului și duratei lor, generând o așteptare prea lungă a pacienților, pe de altă parte, s-a asumat o circumstanță firească, anume că experiența europeană acumulată deja în sisteme cu tradiție în domeniul ETM poate fi preluată, adaptată și utilizată facil pe plan local. Există un orizont de așteptare, deoarece produsele trebuie să fie acceptate și compensate mai întâi în 50% din statele UE, însă timpul este incomparabil mai mic față de trecut și, în plus, se oferă garanția deciziilor luate de majoritatea statelor membre.

Prin urmare, în viziunea noastră, sistemul ETM actual a corespuns realităților locale din 2014 și a beneficiat de ajustări pe parcurs, cum au fost, spre exemplu, introducerea terapiei fără interferon în hepatite și a remediilor deficitare în sfera tuberculozei, adresarea unor priorități europene legate de medicamentele orfane și a celor dedicate bolilor rare.

În particular, privind accesul mai rapid la produse de tip ixekizumab, adevărate avansuri terapeutice în categoriile lor, sugestiile ar fi legate, pe de o parte, de luarea în calcul a introducerii unui punctaj special pentru medicamentele care demonstrează statistic superioritate în eficacitate clinică și/sau siguranță față de terapiile compensate în prezent, și, pe de altă parte, de reforma sistemelor de preț și de claw-back, în așa fel încât producătorii în domeniul terapeutic să fie stimulați să-și desfășoare și să concureze cu produsele lor pe piață.

Eli Lilly este partener al Federației Internaționale a Asociațiilor Pacienților cu Psoriazis. Cum funcționează colaborarea companiei cu asociațiile de pacienți? Ce programe aveți (la nivel global și în România) pentru asociațiile de pacienți?

În majoritatea arilor terapeutice în care activează, Lilly se implică în proiecte

care au ca scop general creșterea beneficiilor oferite utilizatorilor care au nevoie de noile sale terapii și, din acest motiv, derulează parteneriate cu asociațiile de profil. Exemple relevante includ proiecte globale de evaluare, informare și educare asupra impactului social al bolii – cum este cel cu Federația Internațională a Asociațiilor cu Psoriazis [ifpa-pso.com], precum și proiecte locale, de studiu și informare medicală destinate practicienilor și de creștere a gradului de conștientizare și de acțiune asupra implicațiilor și complicațiilor bolii, destinate pacienților și publicului larg; în țară, aceste activități sunt derulate în parteneriat cu Societatea Română de Dermatologie [srd.ro], Asociația Dermatologilor din Moldova, Uniunea Dermatologilor Leșeni și asociațiile bolnavilor cu psoriazis.

Aveți un portofoliu vast de produse. Care sunt prioritățile companiei pentru perioada/anii următori și în ce domenii?

Eli Lilly, la nivel global, se definește ca o companie bazată pe cercetarea și dezvoltarea de produse medicamentose noi, rezultate în urma progresului

„ELI LILLY A FOST DESEMNAȚĂ NO. 1 ÎNTRE «CELE MAI ETICE COMPANII», ÎN 2018, ÎN DOMENIUL FARMACEUTIC.”

Sursa: www.ethisphere.com

tehnologic de ultima oră; din acest motiv, cercetarea reprezintă „centrul vital” al companiei. Investiția în cercetare și dezvoltare a fost menținută la un nivel ridicat timp de mai mulți ani – la peste 20% din venituri –, rezultatul fiind unul dintre cele mai promițătoare portofolii de produse din industrie, cu zeci de molecule ce pot deveni medicamente în diverse arii terapeutice, cum ar fi oncologia, diabetul, dermatologia, reumatologia, bolile care implică sistemul imunitar, boala Alzheimer. Aproximativ o treime din studiile clinice derulate la nivel mondial se desfășoară în Europa, regiune unde Lilly și-a dublat investițiile în ultimul deceniu, ajungând la aproximativ 450 de milioane de euro/an – aspect care va continua cu prioritate, în funcție de posibilitățile de extindere ale fiecărei țări.

Auzim deseori afirmații critice la adresa „Farma”. Studiile clinice sunt o componentă esențială a cercetării și dezvoltării de medicamente. În opinia dvs., cum pot fi încurajați oamenii să participe la studii clinice? Are societatea încredere în „Farma”?

În baza dictonului hipocratic „primum non nocere”, siguranța pacienților este pe primul loc [anm.ro/raporteaza-o-reactie-adversa]. Încrederea pacienților de a deveni parteneri ai Lilly în cercetarea fundamentală – ca proces complex și necesar în descoperirea unor medicamente mai eficiente – vine din comportamentul etic în general și din transparența studiilor, în special, în tot ceea ce privește obiectivele, riscurile și rezultatele lor. Lilly a fost prima companie din industrie care și-a asumat încă din 2002 publicarea rezultatelor studiilor de faze „II, III, IV”, indiferent dacă rezultatele erau favorabile sau nu (de ex., pe site-ul [clinicaltrials.gov], unde apar și cele de faza „I” începând cu 2009), plecând de la premisa că rezultatele nefavorabile ajută la progresul științific general și cresc încrederea societății în astfel de demersuri. De menționat că orice studiu derulat în țară și în UE se supune revizuirii și aprobării prealabile ale autorităților de reglementare – în cazul nostru, ANMDM, ca filtru esențial pentru protecția cetățeanului, și se publică, din 2004, pe [clinicaltrialsregister.eu] (pentru produsele autorizate de punere pe piață în UE). Transparența nu se oprește aici, ci se dezvoltă continuu, inclusiv prin adoptarea standardelor și codurilor etice ale industriei din SUA/UE și prin implementarea legislației locale de raportare publică a tuturor transferurilor de valoare ce au loc între Lilly și profesioniștii din Sănătate [arpim.ro/cod-de-transparenta]. În acest context, pacienții, autoritățile și societatea în ansamblu pot avea încredere că Lilly va depune toate eforturile spre a păstra integritatea și independența medicului în luarea deciziei de utilizare a celui mai potrivit remediu pentru fiecare pacient – aspect fundamental al unui sistem medical modern – și că Lilly, împreună cu industria farmaceutică, va continua eforturile pentru a descoperi noi soluții în sprijinul celor suferinzi [efpia.eu/ we-wont-rest# | lillyforbetter | www.lilly.com | www.lillypad.eu | www.eli-lilly.ro] ☞



➔ **Interviu cu Răzvan Vulcănescu, președinte CNAS**

Noul contract-cadru, schimbări majore în sănătatea românească

DE ROXANA MATICIUC



Care sunt principalele noutăți/modificări ale contractului-cadru și ale normelor de aplicare?

Față de contractul-cadru și normele de aplicare pe anul 2017, a căror aplicabilitate a fost prelungită și pentru trimestrul I al anului 2018, noile acte normative cuprind o serie de prevederi care vizează creșterea accesului persoanelor asigurate la medicamente și servicii medicale, debirocratizarea și realizarea transparenței activității furnizorilor de servicii medicale, dar și disciplina contractuală a acestora. Sunt foarte multe noutăți, este imposibil să le rezumi în doar câteva cuvinte. De exemplu, am reorganizat pachetele de servicii medicale – cel minimal și cel de bază –, am introdus servicii noi, dar și tipuri de servicii noi, cum ar fi cele în scop diagnostic-caz, am creat premisele pentru încurajarea depistării persoanelor cu hepatite cronice sau cu afecțiuni oncologice.

Când vor intra în vigoare aceste schimbări?

Actele normative menționate intră în vigoare la 1 aprilie, însă nu toate prevederile acestora vor fi aplicate imediat, avem unele prevederi care vor fi aplicate de la 1 iulie, altele se vor aplica din anul 2019, deoarece este necesară o perioadă de pregătire pentru trecerea la noile reguli. Spre exemplu, de la 1 iulie nu va mai exista condiția ca farmacia sau furnizorul de servicii paraclinice să fie în contract cu aceeași casă de asigurări ca și medicul care a prescris rețeta ori biletul de trimitere la analize, asiguratul va putea ridica medicamentele și își va putea face investigațiile oriunde în țară, dar avem nevoie de acest interval de trei luni pentru a efectua modificările necesare în platforma informatică.

Ați menționat mai devreme schimbări în disciplina contractuală. Ne puteți detalia?

Medicii prescriptori vor avea obligația generală să respecte protocoalele terapeutice de prescriere a medicamentelor. Pentru medicamentele care necesită prescriere pe bază de protocol terapeutic, dar acesta nu a fost aprobat prin ordin al ministrului Sănătății și al președintelui CNAS, până la elaborarea și aprobarea protocolului în condițiile legii, prescrierea se face cu respectarea indicațiilor, a dozelor și a contraindicațiilor din rezumatul caracteristicilor produsului, RCP, în limita competenței medicului prescriptor. Înce-

„Există o tendință a instituțiilor publice din toată lumea, din toate timpurile, ca din cauza munților de documente care trebuie soluționate să nu mai zărească oamenii din spatele datelor și rapoartelor. Una din principalele mele ținte în actuala funcție este să mă asigur că CNAS este în contact permanent cu pacienții, cu realitatea, că are o atitudine umană.“

„Începând cu noul contract, am introdus spre decontare servicii noi destinate igienei dentare, în special la copii. În acest sens, am reușit să creștem și finanțarea acestui domeniu de asistență cu aproape 30%.“

pând cu 1 iulie 2018, medicii prescriptori vor trebui să respecte avertizările Sistemului Informatic al Prescripției Electronice (SIPE), precum și informațiile puse la dispoziție pe pagina web a CNAS referitoare la faptul că medicamentul respectiv se prescrie cu respectarea protocoalelor terapeutice sau, după caz, că este un produs biologic.

Au fost revizuite sancțiunile aplicabile furnizorilor, în sensul diminuării/extinderii gradualității, pentru o mai bună corelare cu gravitatea neîndeplinirii obligațiilor contractuale. Totuși, s-au introdus și sancțiuni noi. Astfel, spitalul care nu eliberează prescripția medicală necesară la externarea asiguratului va fi sancționat cu reținerea sumei de 200 de lei pentru fiecare caz externat la care s-a constatat nerespectarea obligației. O sancțiune similară se aplică și în cazul furnizorilor din asistența medicală ambulatorie pentru specialități clinice, inclusiv celor de medicină fizică și de reabilitare.

Prin noul contract-cadru se introduc tarife unitare pentru consultațiile de urgență la domiciliu și activitățile de transport sanitar neasistat, iar pentru furnizorii de servicii de îngrijiri medicale și/sau paliative la domiciliu se introduce valoarea de contract. Modul de derulare a activității furnizorilor de îngrijiri medicale și/sau paliative la domiciliu în relație contractuală cu CAS a fost revizuit, introducându-se o serie de condiții suplimentare de calitate și de transparență, dar și dispoziții tranzitorii vizând adaptarea la noile condiții. Spre exemplu, acești furnizori vor avea obligația de a transmite zilnic caselor de asigurări de sănătate contravaloarea serviciilor de îngrijiri efectuate în ziua anterioară, în relație contractuală cu acestea.

Se vorbește foarte mult despre accesul pacientului la tratamente eficiente și mai puțin despre o problemă spinoasă: liberul acces al pacienților la tratament. Aveți în vedere măsuri în acest sens?

Posibilitatea ca asiguratul să-și ridice medicamentele de la oricare farmacie din țară după 1 iulie este o măsură care liberalizează accesul la tratamente. Dar nu este singura. În același sens, putem menționa și posibilitatea ca pacienții cu diagnostic oncologic confirmat, aflați în Programul național de oncologie, să se poată prezenta fără bilet de internare pentru spitalizarea continuă.

Ce proiecte cu finanțare europeană aveți acum în derulare și care este termenul lor de implementare?

CNAS a obținut de la Comisia Europeană o finanțare de aproape un milion de euro pentru proiectul informatic Open Source Healthcare Insurance Gateway for EESSI (OSHIG). În contextul în care la nivelul UE se urmărește renunțarea la schimbul de documente pe suport de hârtie între instituțiile din statele membre din domeniul securității sociale, în favoarea documentelor electronice, transmise prin intermediul unei platforme unice de comunicare informatică, EESSI, scopul proiectului OSHIG este de a conecta platforma informatică a CNAS (PIAS) cu cea europeană. Termenul de implementare a proiectului este decembrie 2019, iar costul total este de 1.247.534 de euro, din care 935.651 de euro finanțare europeană și 311.883 de euro contribuția CNAS. Care este avantajul acestui proiect: asigurații care au nevoie de asistență medicală în străinătate nu vor mai avea de așteptat până când se efectuează schimbul interinstituțional de corespondență referitoare la situația lor. Practic, toate documentele care în prezent se transmit prin poștă dintr-o țară în alta, între CNAS și instituțiile omoloage, vor putea ajunge aproape instantaneu la destinație, cu costuri foarte mici, prin intermediul platformei informatice EESSI.

Care sunt noutățile privind Dosarul Electronic de Sănătate, odată cu implementarea Regulamentului UE de protecție a datelor personale, GDPR?

Pe de o parte, la DES vor fi conectați toți ceilalți furnizori care nu au fost incluși până acum, dar sunt în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate. Pe de altă parte, vom face o verificare amănunțită a conformității acestui sistem informatic cu noul Regulament.

Spuneți, la un moment dat, că vă doriți să dezvoltați conceptul de data mining. La ce se referă acest proiect și cum ar putea fi el pus în practică?

Conceptul de data mining se referă la extragerea de date sintetice relevante dintr-un noian de informații, în cazul nostru din sutele de milioane de informații acumulate în ultimii ani în sistemele informatice gestionate de CNAS. Spre exemplu, ne va permite optimizarea procesului de luare

a deciziilor, deoarece acestea se vor baza pe informații și pe cifre clare, nu pe estimări statistice cu marje de eroare. Utilizând datele respective, se pot stabili priorități pentru investiții, se pot face studii de cost-eficiență sau de farmacovigilență, se pot iniția acte normative și se pot desfășura acțiuni de control etc.

Sunt mii de pacienți, dar și medici care așteaptă cu interes noul contract cvr pentru tratamentul fără interferon al hepatitei cronice C. Când vor începe negocierile și ce modificări se prevăd față de contractul actual?

Noi am început deja demersurile de pregătire a negocierilor pentru noua etapă de contractare și sperăm ca viitoarele contracte să cuprindă mai mulți pacienți decât cele actuale. Vorbesc la plural deoarece,

„Pentru Sănătate este nevoie de o mai bună finanțare, dacă vrem ca sistemul sanitar să corespundă exigențelor asiguraților. Este o condiție necesară, dar nu și suficientă: la fel de important e ca fondurile să fie utilizate eficient, să nu se risipească.“

deși toată lumea a înțeles că avem un singur contract, în actuala etapă sunt, de fapt, în derulare patru contracte, care au ca țintă un total de 12.000 de pacienți. Deocamdată, este prematur să dăm amănunte despre viitoarele contracte, dar aș reaminti că ținta de 12.000 de pacienți din actuala etapă, mult mai ambițioasă decât cea din prima etapă, s-a conturat după ce în prima etapă au fost cuprinși 5.860 de pacienți aflați în stadiile cele mai avansate ale bolii.

Legat de protocoalele cu asociațiile de pacienți despre care ați vorbit la masterclassul Școala Pacienților: ce aduc nou și cum îi ajută pe pacienți?

Aceste protocoale vor viza atât urmărirea modului de implementare a prevederilor din contractul-cadru și din normele acestuia, cât și derularea în comun de campanii de conștientizare și prevenție. Pe de o parte, noutățile vor ajunge mai ușor la pacienți prin intermediul asociațiilor, pe de altă parte, problemele observate de pacienți în aplicarea noii legislații vor putea ajunge la noi în mod sistematic și vor putea fi corectate mult mai rapid.

Pe agenda publică este, de câteva săptămâni, problema legislației fiscale pentru persoanele care au venituri independente. Care va fi, mai exact, procedura?

În cazul persoanelor care realizează venituri din activități independente, din drepturi de proprietate intelectuală, din asocierea cu o persoană juridică, contribuabil potrivit titlurilor II, III din Codul Fiscal sau Legii nr. 170/2016, din cedarea folosinței bunurilor, din activități agricole, silvicultură și piscicultură, din investiții și venituri din alte surse, calitatea de asigurat și dreptul la pachetul de servicii medicale de bază se acordă, pentru o perioadă de 12 luni, calculată de la data depunerii declarației unice, și încetează dacă nu se depune o nouă declarație până la termenul prevăzut în Codul fiscal pentru perioada următoare.

Persoanele care nu realizează venituri și nu sunt exceptate de la plata contribuției dobândesc calitatea de asigurat pentru o perioadă de 12 luni prin depunerea declarației unice, indiferent de data depunerii acesteia, calitate care încetează dacă nu se depune o nouă declarație pentru perioada următoare.

În cazul persoanelor care realizează venituri din salarii și asimilate salariilor, calitatea de asigurat și dreptul la pachetul de bază se acordă de la data începerii raporturilor de muncă/serviciu și încetează în termen de trei luni de la data încetării raporturilor de muncă/serviciu.

Pentru anul 2018, se reglementează că persoanele fizice care realizează venituri din activități independente, cedarea folosinței bunurilor, agricultură, silvicultură, piscicultură, asociere cu persoane juridice, investiții și alte surse își păstrează calitatea de asigurat până la termenul de depunere a declarației unice (15 iulie), astfel încât să beneficieze în continuare de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale. ☑



TALTZ (Ixekizumab).

PRIMUL PRODUS LILLY ÎN SFERA DERMATOLOGIEI PENTRU TRATAMENTUL PSORIAZISULUI MODERAT/SEVER

PACIENȚII ROMÂNI CU PSORIAZIS MODERAT/SEVER AU ACCES GRATUIT LA UN NOU TRATAMENT BIOLOGIC. TALTZ (IXEKIZUMAB), ADUS ÎN ROMÂNIA DE COMPANIA LILLY, ESTE, POTRIVIT STUDIILOR CLINICE EXTINSE DERULATE PÂNĂ ÎN PREZENT, O SOLUȚIE RAPIDĂ ȘI EFICACE PENTRU TRATAMENTUL PSORIAZISULUI MODERAT/SEVER. DE VALENTINA GRIGORE



Impactul social major al psoriazisului este reflectat de studii și evaluări ale unor prestigioase instituții internaționale. Raportul „The Economist Intelligence Unit” (EIU), publicat în martie 2017, arată că gradul general de conștientizare a suferințelor asociate psoriazisului este scăzut; percepția comună este că avem de-a face cu „mâncărimi ale pielii”, nu cu o condiție medicală de tip autoimun, cu implicații serioase și pe termen lung, inclusiv în ceea ce privește gradul de stigmatizare și discriminare asociat psoriazisului. Pacienții cu psoriazis pot prezenta o incidență crescută a unor suferințe asociate, precum bolile de inimă, diabetul, bolile articulare și altele.

Noul TALTZ (Ixekizumab) este primul produs Lilly în sfera dermatologiei și poate fi eliberat în regim compensat, prin prescripție medicală emisă de medicul

specialist dermatolog, în conformitate cu reglementările legale în vigoare. „Lilly are o prezență de peste 25 de ani în România. Programul nostru intensiv de cercetare și dezvoltare se bazează pe o înțelegere mai profundă a bolilor autoimune – cum este psoriazisul – și a rolurilor pe care le au diferitele tipuri de celule ale sistemului imunitar și factori imunitari implicați în aceste boli devastatoare. TALTZ (Ixekizumab) este un medicament care poate aduce un beneficiu real persoanelor ce trăiesc cu simptomele potențial debilitante ale psoriazisului”, a declarat dr. Attila FEJER, director general Lilly România.

„La nivel mondial, de la prima înregistrare din 2016 până acum, peste 23.000 de pacienți cu psoriazis au fost tratați cu TALTZ (Ixekizumab). România este cea de-a 30-a țară în care această nouă terapie biologică este acum disponibilă”, a reliefat

Timothy ASHBY, Senior Director Dermatology Lilly International.

„Portofoliul Lilly – inclusiv în domeniul dermatologiei – conține multe produse noi, din care șapte sunt în studii de fază III, 8 în studii de fază II și 21 de produse sunt în studii de fază I. Dezvoltarea unui medicament cum este TALTZ (Ixekizumab) durează aproximativ zece ani, investiția ridicându-se la peste 2,5 miliarde de dolari”, a arătat Ilya YUFFA, President and General Manager Lilly International, Italy Hub.

TALTZ a fost aprobat de Agenția Europeană a Medicamentului ca terapie de primă linie, ceea ce înseamnă că pacienții cu psoriazis sever pot fi tratați din start cu acest medicament inovator, potrivit lui Stefan Wilhelm, Sr. Medical Adviser, Global Medical Affairs.

Rezultatele sunt extrem de bune. „Vă puteți aștepta ca jumătate dintre pacienții dvs. să obțină curățarea completă după un an de terapie. Aproximativ 40% obțin rezultate în primele 12 săptămâni de terapie”, a completat Martin Dossenbach, International Area Leader - Dermatology.

Parteneriatul cu dermatologia românească

Pentru a veni și mai mult în sprijinul pacienților și profesioniștilor din domeniu, Lilly a inițiat parteneriate cu Societatea Română de Dermatologie, Asociația Dermatologilor din Moldova și cu Uniunea Dermatologilor Ieșeni. Scopul parteneriatelor menționate este de a susține medicii prin demersuri multidisciplinare care vizează patologia psoriazică, de a identifica nevoile percepute în rândul medicilor care tratează psoriazisul și de a concepe un „ghid de conduită terapeutică” menit să-i ajute pe specialiști în contextul actual.

Un alt demers susținut de Lilly este proiectul „Automanagementul bolii psoriazice”, derulat de Asociația Pacienților cu Afecțiuni Autoimune (APAA). „Proiectul se dorește o completare a ceea ce înseamnă tratamentul medicamentos și se adresează nevoii acute de informații și instrumente pentru o mai bună înțelegere și evaluare, astfel încât pacientul să înțeleagă ce înseamnă boala, cum poate să reacționeze sau ce decizii să ia în anumite situații”, a declarat Rozalina LĂPĂDATU, președinta APAA. ☑

Acces la informații inedite din pharma fără PIN, doar cu PI! Buletinele π. Legal π. Global π



BULETINELE π - LEGAL π

Pentru a nu pierde o informație din care ai putea câștiga!

Nu este un secret pentru nimeni că, în materie de legislație, în mai toate domeniile, România se prezintă ca un tărâm extrem de stufos.

Din păcate, Sănătatea, în ansamblul ei, nu face excepție.

Acest newsletter vă oferă, în primul rând, o sinteză săptămânală a actelor supuse dezbaterii societății, prin procesul de transparență decizională.

De la ordine de ministru, norme de aplicare a unor legi, până la proiecte de legi inițiate în domeniul sănătății – toate sunt incluse în Legal π.

De asemenea, buletinul săptămânal informează asupra stadiului în Parlament al unor propuneri legislative sau al unor proiecte de lege din domeniul sănătății sau în legătură cu acesta.

Cititorii pot înțelege succint ce a stat la baza depunerii inițiativei legislative, care este stadiul acesteia, perspectivele adoptării.

Totodată, sunt prezentate și analizate actele emise de guvern în domeniul sănătății (sau în cele conexe acestuia), cum ar fi ordonanțele simple, proiectele de lege, ordonanțele de urgență, și ajunse în dezbateri, în comisii sau în plen, în forul legislativ.

Un accent deosebit este pus pe urmărirea procesului legislativ, pentru a veni în sprijinul companiilor interesate fie și de o cât de mică predictibilitate posibilă.

Legal π nu este un buletin de culise din domeniul sănătății, dar este cu siguranță un puzzle legislativ extrem de util pentru orice companie sau manager din industria pharma și din sănătate, în general.

BULETINELE π - GLOBAL π

Global π este o lume pharma animată de ultimele noutăți inedite, incitante sau extrem de utile, prin efectele lor, pentru compania sau spitalul, sau organizația ta.

Și asta, pentru că, nu mai e un secret pentru nimeni, ba chiar a devenit un clișeu, într-o lume atât de globalizată, orice tuse cât de mică dintr-un colț al Planetei se aude aproape instant în celălalt capăt al Globului.

Și Global π este, asemenea Legal π, un puzzle, dar unul informațional global, în care, conștienți de lipsa cronică de timp a fiecăruia dintre noi, ne străduim ca, în cele câteva rânduri de prezentare a fiecărui articol, să sintetizăm elementele-cheie de noutate și interes.

Unul dintre abonați chiar ne-a spus că acest newsletter, cu linkuri din presa mondială în limba engleză sau franceză, este ca o bătaie amicală pe umăr: „Hei, prietene, citești tu multe, dar ia vezi, nu cumva ai scăpat ceva important? Aproape imposibil să nu...”.

SE DIFUZEAZĂ ABONAȚILOR ÎN FIECARE VINERI DIMINEAȚA, LA 08:00.

Acces la informații inedite din pharma fără PIN, doar cu PI!

Buletinele π. Legal π. Global π

Pentru a nu pierde o informație din care ai putea câștiga!

**Un produs marca Politici de Sănătate,
pentru Pharma Industry**

***Pentru abonamente, ne puteți trimite un mail la adresa
office@politicidesanatate.ro**

🗣️ **Interviu cu dr. Alexandru Velicu, președintele ANMDM**

Dezideratul ANMDM: să aibă propria lege

A PRELUAT CONDUCEREA ANMDM LA ÎNCEPUTUL ACESTUI AN ȘI, ÎN DOAR TREI LUNI, A FĂCUT UN ADEVĂRAT MARATON AL ÎNTĂLNIRILOR CU REPREZENTANȚII DIN DOMENIUL FARMACEUTIC PENTRU A PUNEA ÎMPREUNĂ CU EI PROBLEMELE ȘI PENTRU A CONSTRUI SOLUȚIILE. CARE SUNT ACESTE, PUTEȚI CITI ÎN INTERVIUL DE MAI JOS. DE ROXANA MATICIUC



În ultima lună, în România, s-a vorbit intens despre problema imunoglobulinelor. Unde începe și unde se termină responsabilitatea ANMDM în această privință și ce măsuri pot fi luate pe termen lung?

Având experiența celei de-a doua jumătăți a anului trecut, în care agenția s-a implicat în gestionarea situației imunoglobulinelor, am considerat oportun să invit reprezentanții ai deținătorilor de autorizație de punere pe piață și ai distribuitorilor de imunoglobuline, pentru a discuta despre respectarea termenelor asumate în cadrul discuțiilor avute la guvern, în urma cărora s-a suspendat taxa claw-back pentru produsele din plasmă pentru o perioadă de doi ani. Am constatat că doar un singur distribuitor și-a respectat angajamentul, oferind, totodată, o proiecție a cantităților de imunoglobuline care urmează să fie aduse în acest an. La întâlnire au participat doamna ministru Sorina Pinte, domnul secretar de stat Octavian Alexandrescu și directorul Unifarm, domnul Adrian Ionel.

Pe termen scurt, o soluție o reprezintă colectarea de plasmă într-un centru național, urmând ca produsul finit re-

zultat în urma procesului de prelucrare de către un producător european să se întoarcă la pacienții români. Pe termen lung, o soluție necesară este înființarea unui centru național de colectare și procesare, astfel încât să se asigure disponibilitatea permanentă pe piață a imunoglobulinelor.

În urma Legii 153, salariile angajaților Agenției au scăzut. Pe de altă parte, atractivitatea unui loc de muncă în industria farma este foarte mare. Ce soluții ar fi pentru a nu pierde specialiștii, mai ales că ANMDM se confruntă cu o lipsă de personal și cu blocarea posturilor?

Lipsa cronică de personal de specialitate, precum și posibilitățile legale restrânse în ceea ce privește ocuparea prin concurs a posturilor vacante au reprezentat în ultimii ani o problemă constantă pentru agenție. Mai mult, specialiștii de aici (farmaciști, biologi, chimiști, ingineri, medici – ordinea este aleatorie) se confruntă cu o problemă de inechitate, în condițiile unei munci echivalente. Evident că atracția financiară venită din partea companiilor de profil este mare, în schimb argumentele care au stat la baza formării tuturor specialiștilor rămân puternice: participările la comitetele științifice, precum și la grupurile de lucru coordonate de către EMA, dar și accesul la cursuri interne și internaționale de formare și dezvoltare profesională.

Un alt subiect intens dezbătut de societatea civilă este lipsa medicamentelor. Pe site-ul ANMDM, există un astfel de indicator, denumit „lipsă medicamente”. Care sunt cel mai des menționate reclamații și ce soluții ați găsit pentru ele?

Încă de la înființare, adresa de e-mail lipsamedicament@anm.ro a devenit un punct de referință, un

instrument aflat la îndemâna oricui de a sesiza lipsa unui medicament de pe piață. Solicitățile venite din partea pacienților, a farmaciștilor, precum și din partea medicilor au fost tratate cu prioritate, iar agenția a răspuns în cel mai scurt timp, oferind informații clare cu privire la disponibilitatea medicamentului în România. Pentru fiecare medicament, am identificat motivul care a stat la baza discontinuității (comercial sau de fabricație) și am sesizat Ministerul Sănătății. Totodată, comunicarea cu deținătorii de autorizații de punere pe piață poate duce la o rezolvare parțială a problemei.

Știu că aveți în lucru Legea Agenției. Care va fi rolul acestei legi, ce domenii va reglementa și când credeți că va fi gata?

Legea Agenției Naționale a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale reprezintă un deziderat pe termen lung, dar care cred că poate fi atins. Până atunci, sunt multe alte elemente pe care trebuie să le reglementăm, fie că vorbim de sporuri, regim de finanțare, statut de subordonare etc. Din punctul nostru de vedere, și mai ales că agenția veghează la respectarea sănătății publice, element de siguranță națională, considerăm că rolul nostru nu poate fi contestat. Spre exemplu, contribuim deja la crearea legislației secundare aferente studiilor clinice, ce va avea impact anul viitor, o dată cu implementarea regulamentului european în domeniu, precum și la o serie de alte acte normative ce țin de inspecție farmaceutică, evaluare-autorizare medicamente, farmacovigilență, evaluarea tehnologiilor medicale și altele.

Anul viitor vom prelua președinția Consiliului Uniunii Europene. Care sunt acțiunile prioritare până atunci și care sunt evenimentele pe care România va trebui să le organizeze în acea perioadă?



România și-a asumat organizarea unei serii de evenimente pe perioada președinției Consiliului Uniunii Europene, în ianuarie-iunie 2019. Partea ce revine în responsabilitatea Ministerului Sănătății, prin intermediul ANMDM, se referă la realizarea unor întâlniri informale ale comitetelor științifice EMA și la întâlniri specifice unei președinții UE, cum ar fi cea a șefilor de agenții – HMA (Heads of Medicines Agencies) și a grupurilor de lucru ale acestora. Până atunci, creionăm contextul unei bune organizări atât administrative, cât și științifice, ținând cont de experiența acumulată prin participarea specialiștilor noștri la astfel de evenimente, începând cu aderarea la UE.

Care sunt prioritățile dumneavoastră pe termen lung și ce planuri sau proiecte aveți pentru viitorul apropiat?

Prioritățile noastre sunt legate de consolidarea statutului instituției, ca autoritate națională competentă pentru patru domenii de activitate: medicamente, dispozitive medicale, studii clinice și evaluarea tehnologiilor medicale. În același timp, urmărim realizarea unei comunicări eficiente cu toate părțile interesate și mă bucur să pot afirma că, în numai trei luni, de când sunt președintele agenției, s-au înregistrat progrese însemnate pe această linie. Vreau să subliniez aici întâlnirile realizate în cursul lunii martie cu asociațiile producătorilor și importatorilor

de medicamente – ARPIM, APMGR, RASCI, PRIMER – pentru a identifica împreună soluții concrete la situațiile întâlnite în activitatea curentă și pentru a tinde către un parteneriat strategic cu aceștia. În perioada imediat următoare, vom avea întâlniri cu distribuitorii români de medicamente. Toate aceste întâlniri au ca scop asigurarea disponibilității permanente a medicamentelor pe piața din România. 📌

**INTERVIUL COMPLET
POATE FI CITIT PE**

www.politicidesanatate.ro

🗣️ **Interviu cu Teodor Blidaru, președintele Federației Asociațiilor Studenților în Medicină din România**

„Nu există viziune susținută prin politici coerente”

DE ROXANA MATICIUC

Ești președintele Federației Asociațiilor Studenților în Medicină din România (FASMR). Ce reprezintă pentru tine această funcție și ce vrei să realizezi împreună cu asociația pe care o conduci?

Onoarea de a reprezenta studenții mediciști din România este pentru mine o oportunitate de a fi vocea colegilor mei și de a contribui la schimbarea pe care noua generație de medici și-o dorește. Indiferent de domeniu, sunt convins că aspirăm cu toții să punem umărul la modelarea societății în care trăim. De foarte multe ori, este greu să facem acest lucru singuri, însă, prin puterea exemplului, sper să pot dovedi că împreună putem face diferența.

FASMR are ca obiectiv reprezentarea intereselor comune a peste 25.000 de studenți mediciști, însă, în realitate, raza de acoperire a programelor și a acțiunilor pe care federația le întreprinde este mult mai largă și vizează redarea în cel mai prompt și elaborat mod a viziunii tinerilor în fața universităților din care fac parte aceștia, precum și în fața instituțiilor statului și a factorilor decizionali din România.

Misiunea noastră însă nu are o natură statică, ci se adaptează contextului actual și încearcă să lărgescă permanent viziunea asupra contribuției pe care studenții o pot aduce în societate. În anul 2018, direcțiile principale de lucru, pe lângă apărarea drepturilor studenților, sunt examenul de rezidențiat, vaccinarea, educația sanitară și combaterea obiceiurilor nesănătoare, precum fumatul. Federația este o școală și ne propunem să dovedim că studenții la medicină nu sunt simpli voluntari, ci piloni de susținere socială în formare.

Mobilitatea studenților este foarte mare și este chiar dorit ca medicii să aibă experiență internațională. Ar fi bine pentru noi, însă, dacă ei s-ar întoarce acasă după ce termină stagiile de pregătire. Cum am putea realiza acest deziderat?

Cu părere de rău, trebuie să recunosc faptul că peste jumătate dintre colegii mei își propun să practice în străinătate. Soluția nu este să ni se interzică să plecăm, cum se discuta în spațiul public anul trecut, ci să existe aici beneficiile pe care le avem în alte țări europene. Pe lângă salarii decente, poate că mai important este mediul în care lucrăm. Ne dorim spitale moderne, intervale de lucru normale și resurse pentru a practica medicina așa cum se practică în

țările vestice. În zilele noastre, medicina pe care o practicăm evoluează continuu, în toate părțile lumii. Așa cum am menționat, FASMR își propune să formeze o nouă generație de medici, într-un context propice. Considerăm experiența internațională ca fiind un factor necesar în procesul nostru educațional. Astfel, federația asigură oportunitatea pentru peste 300 de studenți, anual, pentru a face practică în instituții de top din străinătate. Consider că soluția cea mai bună este să încurajăm tinerii să plece, să învețe și să experimenteze medicina din orice colț al lumii. Însă cel mai important nu este să rămâi acolo, ci să te întorci și să aplici aici ce ai învățat. Suntem un mic procent care facem asta și ne dorim să facem asta, dar aplicarea acestei strategii la nivel mare va fi posibilă numai când ceea ce am menționat mai sus, cu privire la sistemul sanitar din România, va fi valabil.

Ești student în anul al IV-lea. Ce ai vrea să faci când vei termina facultatea?

Deși încă nu pot să spun că m-am hotărât asupra unei specialități medicale, au fost mai multe ramuri în care m-aș vedea practicând, precum ortopedia sau radiologia, însă mai am doi ani de experimentat. Ce pot să spun sigur este faptul că îmi doresc să rămân în țară pe termen lung, deși iau în calcul un stagiul de practică în străinătate, la un moment dat. Îmi doresc să merg să învăț și să aplic ceva inovativ aici, orice specialitate aș alege.

De asemenea, mai sunt două lucruri pe care îmi doresc să le fac când voi termina facultatea. În primul rând, îmi doresc să rămân în mediul universitar și să contribui la educația medicală și la formarea viitorilor studenți și, în al doilea rând, îmi doresc să mă implic în administrarea sistemului sanitar.

Cum arată medicina viitorului?

Din punctul meu de vedere, medicina viitorului este tot ceea ce încapă în conceptul de eHealth. Așa cum vremurile și societatea se schimbă, la fel se schimbă și domeniul sănătății. Noi încercăm să fim un vârf de lance în inovație și să aducem concepte noi la nivel de țară. Fie că e vorba de inițiative locale, fie că e vorba de inițiative naționale, încercăm să aducem tehnologia în prim-plan pentru studenții mediciști din România.



Aceasta este o direcție relativ nouă pentru noi la nivel național, dar există deja centre locale care o implementează cu succes, cum este la Cluj-Napoca, unde, în cadrul Universității de Medicină și Farmacie „Iuliu Hațieganu”, au loc două inițiative de eHealth. Prima se referă la Asociația Studențească de Antreprenariat, care a organizat workshop-uri și competiții cu scopul de a susține și de a dezvolta startup-uri de eHealth. A doua este un Hackathon, în care studenții, împărțiți în echipe, au provocări de rezolvat, într-un timp limitat, să găsească o soluție implementabilă și astfel să pornească proiecte sau startup-uri. La București, în Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila”, curentul încă este în dezvoltare, dar la congresul internațional studențesc de anul trecut au fost evenimente dedicate eHealth-ului. De la senzori, aplicații pe telefon, soluții web, telemedicină, prevenție și tratament, eHealth-ul este un concept extins cu o mulțime de posibilități, pe care actualii studenți la medicină, plini de idei creative și dornici să rezolve punctual probleme din sistemul de sănătate, îl îmbrățișează.

Cum vedeți voi, studenții, actualele politici de sănătate din România?

Din perspectiva studenților, care nu iau contact în mod direct cu administrarea sistemului de sănătate sau cu situația salarizării medicilor, politica de sănătate din România este puțin neclară. Nu învățăm în facultate despre conceptul de politici de sănătate și foarte mulți proaspăt absolvenți nu înțeleg sistemul și modul în care un spital funcționează, în primele luni de rezidențiat. Din punctul meu de vedere și din perspectiva interacțiunilor avute cu instituții, asociații medicale și de pacienți, domeniul sănătății în țara noastră este într-un balans continuu, în momentul de față, oscilând când spre lucruri ce tind să arate o îmbunătățire, precum susținerea prevenției, noul program de vaccinare sau creșterile salariale pe care sperăm să le vedem din această primăvară, când spre lucruri ce scot la iveală în mod repetat diversele nereguli din sistem. Nu considerăm că există o viziune pe termen lung, sustenabilă, susținută prin politici coerente, iar acest lucru se reflectă, din păcate, în motivația scăzută a tinerilor medici de a practica în țară. 📌

🗣️ **Interviu cu dr. Dan Octavian Alexandrescu, secretar de stat în Ministerul Sănătății**

„Problema este că noi lucrăm tot timpul sub presiune”

„PENTRU STABILIREA UNEI METODOLOGII OPTIME DE CALCUL AL PREȚURILOR, TREBUIE SĂ FIE GĂSITĂ SOLUȚIA DE ECHILIBRU ÎNTRE INTERESELE PACIENȚILOR, REPREZENTATE DE CĂTRE NOI, ADMINISTRAȚIA CENTRALĂ ȘI INTERESELE ECONOMICE ALE PRODUCĂTORILOR, DISTRIBUITORILOR ȘI FARMACIȘTILOR.” DE ROXANA MATICIUC

➡️ **La început, subsecretar de stat, iar acum, secretar de stat cu atribuții în politica medicamentului. Care este politica de guvernare în ceea ce privește medicamentele de la noi din țară?**

Obiectivul principal pe care mi l-am propus din această poziție este acela de a găsi varianta optimă pentru ca oamenii să aibă acces la medicamentele necesare, iar de aici, dialogul poate pleca în mai multe direcții.

Structura „Direcția Politica Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale” din cadrul Ministerului Sănătății reglementează printre altele și prețul medicamentelor. De aici, pot apărea diverse situații-problemă. În prezent, suntem printre statele europene cu cel mai mic preț la medicamente, ca urmare a constrângerilor bugetare mai mari în România, față de celelalte țări ale Uniunii Europene. Acest lucru face ca producătorii de medicamente, și aici vorbim atât de producătorii de medicamente inovatoare, cât și de cei de medicamente generice, să fie ezitanți în abordarea pieței românești, întrucât piețele Uniunii Europene sunt interconectate. Prin urmare, o modificare apărută în România determină reculuri economice și în alte țări, iar în ceea ce privește medicamentele, România este



țară de referință pentru alte zece state membre ale UE.

Care sunt cel mai des punctate probleme de către reprezentanții industriei farmaceutice?

Sunt două probleme majore exprimate: în primul rând, prețul mic al medicamentelor și apoi taxa clawback mare, în proporție de aproximativ 20%, iar de aici se nuanțează diferențele dintre industria producătoare de medicamente inovatoare și cea producătoare de generice. Dacă producătorii de medicamente inovatoare sunt mai interesați de prețul de referință în funcție de care se calculează prețul produselor acestora în România, întrucât acesta poate să influențeze prin efect de domino prețul din țările care utilizează România ca referențiere, producătorii de medicamente generice sunt interesați mai mult de taxa clawback, întrucât medicamentele generice sunt mult mai ieftine, iar o suprataxare face ca, la un moment dat, să devină nerentabile economic.

Aveți în plan modificări care să schimbe această situație?

Suntem de acord că trebuie să modificăm strategia de prețuri și lucrăm la acest lucru. Am început deja consultările cu grupurile de interese pe o nouă propunere de metodologie de calcul al prețului medicamentului. Mai mult decât atât, în scurt timp vor începe consultările într-un grup tehnic de lucru pentru reglementarea taxei clawback. Aici, discuția se va purta împreună cu reprezentanții ai Ministerului de Finanțe, ai Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și cu reprezentanții ai pieței farmaceutice și vom căuta o soluție viabilă împreună. Taxa clawback este foarte importantă pentru sustenabilitatea finanțării sistemului sanitar. Trebuie, în schimb, să regândim modul de calculare și aplicare astfel încât să devină, în primul rând, predictibilă. De fapt, aceasta este principala problemă reclamată: nepredictibilitatea, și mai puțin valoarea taxei.

Referitor la legislația de preț, care ar fi variantele pentru schimbarea ei?

O variantă ar fi existența a două cataloage de preț: unul public, pentru referențiere externă, și un catalog de rambursare, unde prețurile ar putea fi negociate direct între producător și statul român. Negocierea s-ar putea face pe modelul contractelor cost-volum pentru me-

dicamentele cele mai scumpe, sau pentru medicamentele cu cel mai mare volum de vânzări. Contractele ar putea fi făcute pe o perioadă de doi-trei ani, pentru ca producătorii să aibă această predictibilitate de care au nevoie, iar pacienții să beneficieze la timp de tratamentul adecvat.

Pentru calculul prețului de decontare, mai există și varianta de negociere pe portofoliu. Acest model de negociere presupune ca un producător care are pe piață un număr mare de produse medicamentoase și care deține o cotă de piață sensibil mai mare decât alții să fie invitat la discuții. În aceste situații, se negociază prețul de decontare pentru întregul portofoliu, astfel încât, în cazul în care producătorul ar introduce noi molecule sau ar ridica prețul la altele, să se încadreze în același buget prin auto-

~~~~~  
**„MEDICAMENTELE CARE VOR TRECE PE TERITORIUL ROMÂNIEI VOR AVEA O SERIE ȘI UN NUMĂR UNIC. ATUNCI VA FI O TRASABILITATE CLARĂ.”**  
~~~~~

reglare, diminuând prețul unor molecule sau chiar eliminând unele molecule din portofoliu. Drept urmare, ar fi decizia sa de a diminua sau de a majora prețurile medicamentelor, atât timp cât se încadrează în același buget.

Prin urmare, soluții sunt, dar avem nevoie de timp ca să le putem gândi în detaliu și pentru a realiza analiza de impact asupra fiecăreia. **Problema este că noi lucrăm tot timpul sub presiune, mereu apare câte o situație de urgență care cere resurse și timp, iar subiectul medicamentelor este unul sensibil – dacă nu le ai, se poate muri.**

Ce soluții ați găsit pentru exportul paralel?

Exista, la un moment dat, propunerea să facem achiziții centralizate pentru toate medicamentele, un SEAP al medicamentelor. Astfel, toate comenzile ar fi centralizate, iar din momentul în care o farmacie plasează o comandă în sistem, procesarea sa fie rapidă și în cel

mult 24 de ore să primească obligatoriu produsele.

Cert este că multe dintre aceste probleme se vor rezolva începând cu 2019, când vom implementa o Directivă Europeană cu privire la serializarea medicamentelor. Practic, toate medicamentele care vor ajunge pe teritoriul României vor avea o serie și un număr unic, iar acest lucru se va implementa în toate țările din Uniunea Europeană. Abia atunci vom avea o trasabilitate foarte clară a medicamentelor, de la lansarea acestora pe piață, până la beneficiar.

Mai sunt și alte proiecte la care lucrați acum?

Am modificat și Legea Farmaciei, care este acum la Camera Deputaților. Am propus schimbarea inspecțiilor de autorizare și control în spiritul descentralizării și am propus delegarea de atribuții în acest domeniu și în teritoriu, nu numai central. Propunerea noastră este ca farmaciile să fie autorizate pe baza inspecțiilor de autorizare făcute de personalul îndreptățit din cadrul DSP-urilor. Pe partea de supraveghere și control, pentru a închide circuitul medicamentului, s-a propus ca toate controalele să fie efectuate de către inspectorii Agenției Naționale a Medicamentului și Dispozitivelor Medicale.

Considerăm că nu se justifică angajarea de personal suplimentar la minister pentru a acoperi toată țara, când există Direcțiile de Sănătate Publică (DSP-urile), pârghiile ministerului în teritoriu, care pot face acest lucru, mai ales că actuala viziune a ministrului este ca DSP-urile să fie reorganizate în așa fel încât structura ministerului să se regăsească în DSP-uri.

Cine este Octavian Alexandrescu?

Sunt căsătorit, am un băiețel, profesez ca medic primar chirurgie generală la Spitalul Municipal din Urziceni, orașul meu natal, iar în acest moment, din poziția de secretar de stat, încerc prin tot ceea ce fac să găsesc soluții pentru ca pacientul român să beneficieze de dreptul fundamental la sănătate, prin asigurarea accesului nerestricționat la medicamentele necesare. 📌

INTERVIUL COMPLET POATE FI CITIT PE

www.politicidesanatate.ro



Datele Organizației Mondiale a Sănătății arată că afecțiunile reumatismale reprezintă cauza de boală cel mai frecvent raportată în populația adultă. Trei boli reumatismale cu mecanism imuno-inflamator, poliartrita reumatoidă, spondilita anchilozantă și artropatia psoriazică, cumulează o prevalență de până la 3% din populația generală, estimându-se afectarea prin aceste boli severe a peste o jumătate de milion de locuitori în România. Impactul major al acestor boli asupra persoanelor bolnave, dar și asupra societății în ansamblu, rezultă din caracterul lor progresiv, care în lipsa unui tratament eficace determină distrucție articulară ireversibilă, cu deformări articulare permanente, constituind în lumea civilizată cea mai frecventă cauză de handicap locomotor, după accidente de circulație.

De altfel, unul dintre miturile medicale larg răspândite, acela că „reumatismul nu omoară”, nu se aplică acestor boli. Este de multă vreme cunoscut faptul că pacienții cu poliartrită reumatoidă prezintă o rată a mortalității de peste două ori mai mare, comparativ cu populația generală (1), în principal din cauza riscului de boli cardiovasculare: infarct miocardic și moarte subită (2). Recent, s-a putut demonstra că riscul crescut de deces prin boală cardiovasculară este legat de activitatea și de severitatea poliartritei reumatoide (3) și că poate fi redus prin controlul eficient al inflamației, printr-o terapie remisivă agresivă care să țintească remisiunea bolii (4).

Managementul bolilor reumatice de tip inflamator a înregistrat progrese majore în ultimele decenii. Evidențierea timpurie a leziunilor osteo-articulare prin tehnici imagistice moderne și descoperirea unor biomarkeri care facilitează identificarea rapidă a bolii au condus la aplicarea unei strategii terapeutice agresive și la inițierea terapiei remisive imediat după precizarea diagnosticului. În formele severe de boală, care nu răspund la tratamentul convențional, utilizarea terapiei biologice a schimbat atât de mult evoluția afecțiunii, încât a permis multor pacienți o viață normală, lipsită de dureri și de deformări articulare.

Bolile reumatice INFLAMATORII:

UN MODEL DE PATOLOGIE ÎN CARE APLICAREA PRINCIPILOR DE MANAGEMENT ASIGURĂ NU NUMAI SUCCESUL TERAPEUTIC, CI ȘI UTILIZAREA EFICIENTĂ A RESURSELOR

Eficacitatea remarcabilă a terapilor biologice a impus introducerea lor rapidă în practica medicală, fiind rambursate de toate sistemele de asigurări, presiunea exercitată de costurile ridicate ale acestora ducând la mecanisme variate de reglementare pentru o utilizare judicioasă a medicației biologice. Între acestea, un loc privilegiat îl ocupă protocoalele terapeutice, care prevăd condițiile pe care trebuie să le îndeplinească un pacient pentru a beneficia de terapie biologică. Fundamentul științific al acestora îl reprezintă întotdeauna datele medicinei bazate pe dovezi, reflectate de recomandările internaționale existente, între care cele ale EULAR (Liga Europeană împotriva Reumatismului) fiind esențiale (5).

Aceste recomandări au la bază un principiu fundamental al managementului, în general, și al managementului medical, în particular, respectiv principiul eficienței și eficacității. Dacă eficiența exprimă o relație de cauzalitate între efecte (rezultate) și eforturi (cheltuieli) și urmărește maximizarea rezultatelor în condițiile unui consum minim de resurse, eficacitatea exprimă gradul în care o activitate satisface o necesitate și realizează obiectivele urmărite (6,7). În folosirea terapilor la care am făcut

referire, eficacitatea este, fără îndoială, mult mai importantă decât eficiența, întrucât obținerea efectului dorit, așteptat (ameliorarea stării de sănătate a pacientului beneficiar al unui asemenea tratament, într-un interval de timp rezonabil) este prioritară raționalizării cheltuielilor solicitate de acestea. Folosirea unor soluții terapeutice doar pentru că sunt ieftine nu asigură un control riguros al bolii tratate și nu permite obținerea răspunsului optim urmărit din punct de vedere medical. De altfel, folosirea unor mijloace terapeutice ineficace este, probabil, cea mai condamnată dintre formele de ineficiență, banii fiind cheltuiți fără a aduce beneficiile necesare și posibil de obținut. De aceea, atât clinicienii, cât și persoanele de decizie din sistemele de sănătate au datoria de a implementa împreună acele metode terapeutice eficace, care să fie la limita acceptabilă a eficienței.

Aplicând aceste principii de management, recomandările europene (5) și protocoalele naționale pentru bolile reumatice (8) au ca obiectiv principal controlul strict al bolii (definit operațional prin obținerea remisiunii), o abordare strategică de adaptare a terapiei la particularitățile evolutive ale bolii și

pacientului, monitorizarea permanentă a gradului de activitate a bolii și ajustarea sau modificarea schemei terapeutice în funcție de răspunsul obținut. Din acest punct de vedere, utilizarea în România, începând cu 2015, a unui număr crescut de preparate biologice, prin includerea lor în lista de medicamente compensate și gratuite, a reprezentat un progres major, dând medicului posibilitatea de a alege varianta optimă a terapiei, inclusiv la acei pacienți cu forme foarte agresive de boală, care nu răspund sau care prezintă efecte adverse grave la terapiile anterior administrate.

Pentru o mai bună evaluare pe termen lung a eficienței și siguranței terapilor biologice la pacienții din România, a fost instituit, începând cu 2013, Registrul Român de Boli Reumatice, o aplicație digitală care include toți pacienții cu boli reumatice tratați cu medicamente biologice, o realizare remarcabilă a comunității de reumatologi din țara noastră (9). Acest registru contribuie semnificativ la cunoașterea datelor legate de evoluția bolii sub tratament. Recent, pe baza datelor colectate, experții ai Registrului, ai Societății Române de Reumatologie și ai Societății Române de Farmacoeconomie au realizat o analiză de impact financiar a protocoalelor introduse în 2017 asupra Fondului Unic de Asigurări de Sănătate. Analiza a fost efectuată pentru un interval de 6 luni (1 martie – 31 august 2017), luând drept termen de comparație perioada similară a anului 2016 (anterioară introducerii noilor protocoale), și a luat în calcul numărul de pacienți din Registru pentru care în perioada de raportare au fost înregistrate vizite ce au condus la decizii ale medicului curant privind terapia biologică.

Calculul de cost a utilizat suma decontată de CNAS pentru fiecare terapie biologică, conform CANAMED în vigoare la data respectivă. Pentru a permite o comparație corectă a celor două perioade, pentru cele patru categorii de conduită terapeutică identificate, inițieri, continuări, switch și tapering (în condițiile în care unele dintre acestea au scheme de încărcare, care evident implică cheltuieli mai mari în prima perioadă), costul terapilor a fost anualizat, în sensul că, din punctul de vedere al costurilor, s-a estimat că respectiva terapie va fi continuată timp de un an; aceeași estimare a fost aplicată în mod similar celor două perioade comparate din 2017 și 2016.



PROF. DR. RUXANDRA IONESCU,
UMF „CAROL DAVILA”, PREȘEDINTELE SOCIETĂȚII ROMÂNE DE REUMATOLOGIE, PREȘEDINTELE REGISTRULUI ROMÂN DE BOLI REUMATICE



CONF. DR. MARIAN SORIN PAVELIU,
CATEDRA DE FARMACOLOGIE ȘI FARMACOECONOMIE, UNIVERSITATEA „TITU MAIORESCU”, PREȘEDINTELE SOCIETĂȚII ROMÂNE DE FARMACOECONOMIE



CONF. DR. CĂTĂLIN CODREANU,
UMF „CAROL DAVILA”, PREȘEDINTELE ALES AL SOCIETĂȚII ROMÂNE DE REUMATOLOGIE, VICEPREȘEDINTELE REGISTRULUI ROMÂN DE BOLI REUMATICE

Rezultatele studiului au arătat că, luând în considerare numai costurile medicamentoase, introducerea noilor protocoale terapeutice pentru afecțiunile reumatice (8) s-a materializat în perspectiva unei economii aduse Fondului Unic de Asigurări de Sănătate de aproximativ 52 de milioane de lei, reprezentând o reducere cu aproximativ 15% a efortului bugetar proiectat pentru o perioadă de 12 luni. În perspectivă, este utilă continuarea studiului urmărind perioade mai lungi, precum și extinderea analizei prin efectuarea de studii ale impactului bugetar care să includă și eventualele economii

realizate din bugetele furnizorilor de servicii, respectiv: reducerea numărului de internări legate de aceste boli reumatice, scăderea cheltuielilor apărute din cauza reacțiilor adverse, a numărului de vizite în ambulatoriu, scăderea numărului zilelor de concediu medical sau a numărului de pensionări.

Previzibil, în analiza de impact bugetar, pe lângă costurile directe ale medicației biologice și ale celor indirecte legate de boală, includerea va determina o reducere și mai mare a costurilor, luând în calcul posibilitatea optimizării cheltuielilor legate de asistența medicală a pacienților care anterior noilor protocoale nu aveau alternativă terapeutică, după epuizarea celor patru molecule biologice disponibile ca tratament anterior anului 2015.

Studiul realizat demonstrează beneficiile existenței unui registru de boală (9), fiind, după știința noastră, prima analiză disponibilă public a impactului bugetar al terapilor biologice utilizate pentru reumatologie în România. Studiul evidențiază nu numai impactul favorabil pe care l-a avut introducerea unor protocoale terapeutice bazate pe recomandările științifice europene (5,8) în obținerea unui control mai bun al bolii și creșterea calității actului medical la pacienți cu forme grave de boli reumatice, dar și perspectiva reducerii costurilor din partea Fondului Unic de Asigurări de Sănătate, contribuind astfel la o gestionare optimă a resurselor sistemului de sănătate în domeniul bolilor reumatice. ■

1. Wolfe F et al, *Arthritis Rheum* 1994;37:481-494
2. Maradit-Kremers H, et al. *Arthritis Rheum* 2005;52:402-411
3. Holmqvist M, et al. *Ann Rheum Dis* 2017;76:1642-1647
4. Myasoedova E, et al. *Ann Rheum Dis* 2016;75:560-565
5. Smolen JS, et al. *ARD, Published online first: 06 March 2017. doi:10.1136/annrheumdis-2016-210715*
6. Verboncu I. (2013) – *Management. Eficacitate, performanțe, Editura Universitară, București, p.64-84*
7. Drucker P. (2007) – *Despre decizie și eficacitate, Editura Meteor Press, București, p.176*
8. *Ordinul MS CNAS nr. 192/142/2017 Monitorul Oficial nr. 152/2017*
9. *Codreanu C, et al, Farmacia 2014; 62: 1089-1096*

„De la Bruxelles, România nu pare în stare să construiască cele 3 spitale regionale”

PARLAMENTAR EUROPEAN ȘI UNUL DINTRE PRINCIPALII LIDERI AI OPOZIȚIEI DE LA NOI DIN ȚARĂ, **CRISTIAN BUȘOI** ACUZĂ GUVERNUL DE INCOMPETENȚĂ ÎN REZOLVAREA PROBLEMELOR LEGATE DE MEDICINA DE FAMILIE, MEDICINA AMBULATORIE, SPITALELE REGIONALE ȘI RISIPIREA BANILOR EUROPENI. SOLUȚIILE PE CARE LE PROPUNE, ÎN INTERVIUL URMĂTOR. DE ROXANA MATICIUC

În calitate de fost președinte al CNAS și de eurodeputat specialist pe probleme de Sănătate, cum credeți că ar trebui făcut în cazul următorului contract cost-volum- rezultat pentru hepatita C, având în vedere cerințele medicilor prescriptori și nevoile pacienților din România?

Esențial este ca noul contract să fie negociat și semnat la timp, astfel încât să nu mai existe sincope în asigurarea tratamentului bolnavilor. Între primul și al doilea contract cost – volum – rezultat a existat o pauză de șapte luni în care bolnavii nu au avut acces la terapie. La fel de important este ca noul contract să țină cont de sugestiile medicilor, ale pacienților și ale asociațiilor de pacienți, care doresc, pe bună dreptate, mai multe molecule eligibile și acces la terapia fără interferon pentru toți pacienții cu viremie detectabilă. O politică de sănătate responsabilă ar fi ca autoritățile să ia în calcul fondurile de care dispun pentru tratamentul hepatitei C și să comunice firmelor care au tratamentul prețul pe care îl pot susține. Astfel, pacientul ar avea acces la tipul de tratament care i se potrivește cel mai bine.

Comparativ cu alte state membre ale Uniunii Europene, ce ne puteți spune despre bugetul Sănătății în

România și despre strategia de folosire a acestui buget?

România investește cel mai puțin în Sănătate, în raport cu numărul de locuitori, cu aproximație 750 de euro per pacient. Spre comparație, Germania și Austria investesc câte 3.600 de euro per pacient, iar Danemarca și Luxemburg, peste 4.000 de euro. Orice indicatori am urmări, bugetul pe care țara noastră îl alocă Sănătății este cel mai mic din UE. Și mai trist este că și aceste resurse limitate pe care le avem nu sunt gestionate și direcționate eficient. Medicina de familie, care reprezintă prima ușă pe care o deschid pacienții, nu este finanțată corespunzător și nici responsabilizată îndeajuns. Medicina ambulatorie se află în aceeași situație. Avem o politică farmaceutică populistă și ineficientă. Și, poate cel mai revoltător, nu reușim să profităm de banii gratis pe care ni-i dă Uniunea Europeană pentru modernizarea sistemului de sănătate. Astăzi suntem în situația de a pierde banii pentru spitalele regionale, ceea ce dovedește un dezinteres total față de Sănătate al actualului Guvern. La Comisia Europeană și în Parlamentul European, se vorbește cu surprindere și dezamăgire despre faptul că România nu a fost interesată să atragă 150 de milioane de euro pentru construirea spitalelor regionale. Cei în mână cărora se află acum decizi-

ile ar trebui să lase la o parte orgoliile și să organizeze la Ministerul Sănătății un grup de specialiști fără culoare politică, pentru ca acest proiect să fie dus la bun final. Este un proiect important pentru România și pentru români.

Pe agenda fiecărei zile există măcar un subiect care face referire la o posibilă epidemie de gripă, rujeolă etc. Este România pregătită pentru orice fel de epidemie? Cum se întâmplă în alte state membre?

România nu este pregătită să facă față niciunei epidemii. În România, nu există nici campanii de informare despre importanța vaccinării și nici

suficiente stocuri de vaccin. Când există vaccin antigripal, nu există antirujeolic. Când există antirujeolic, nu avem BCG și tot așa. Faptul că legea vaccinării conține inclusiv sancțiuni pentru părinții care refuză să își vaccineze copiii demonstrează cât de gravă este situația în care a ajuns România și subliniază incompetența și neputința autorităților.

Care sunt prioritățile dumneavoastră pentru următoarea perioadă?

Voi continua să investesc pricepere și energie în Sănătate. Accesul la servicii medicale de calitate trebuie să fie egal pentru toți pacienții din Uniunea

Europeană. Voi continua să promovez și să mă implic activ, în calitatea mea de copreședinte, în acțiunile Grupului Friends of the Liver, care luptă împotriva bolilor ficatului. În România, una din zece persoane a suferit o dată în viață de hepatită, conform rapoartelor medicilor specialiști. În ciuda răspândirii rapide a bolilor hepatice, încă nu s-a făcut suficient pentru stimularea și sporirea accesului pacienților la tratamente adecvate. Misiunea Grupului este să ajute statele membre UE să-și organizeze și să dezvolte servicii eficiente de prevenire a infecțiilor cu viruși hepatici și să garanteze că programul Orizont

2020 asigură suficiente fonduri pentru cercetare, în scopul descoperirii unor tratamente inovatoare pentru bolile ficatului. Lupta împotriva bolilor cardiovasculare reprezintă, de asemenea, un punct important de pe agenda mea. 4,7% dintre românii cu vârsta de peste 35 de ani suferă de insuficiență cardiacă. Este o cifră îngrijorătoare. Pentru reducerea incidenței bolii și scăderea numărului de decese, avem nevoie nu numai de medicamente inovative, dar și de campanii susținute de screening, în special în zonele defavorizate, care pot fi finanțate cu bani europeni.

Cum se vede de la Bruxelles situația în care este România cu Spitalul Metropolitan București, cu cele din sectoarele 3 și 6 și cu spitalele regionale pentru care există finanțare externă? Ce recomandări aveți în legătură cu acest proiect al României?

De la Bruxelles, România nu pare în stare să construiască cele trei spitale regionale, pentru care avem 150 de milioane de euro, bani europeni. După cum vă spuneam și puțin mai devreme, la Comisia Europeană și în Parlamentul European se vorbește cu surprindere despre faptul că România nu este interesată de acești bani importanți pentru sănătatea și viața românilor. Cât despre spitalele promise bucureștenilor de actuala administrație, desigur că orice investiție în sănătate este bine-venită. Susțin orice proiect fezabil, pentru că Bucureștiul, care reprezintă un hub de Sănătate, are nevoie de spitale noi, moderne, cu personal medical bine pregătit. Prioritar pentru mine este ca în sectoarele 3 și 6 ale Capitalei să fie construite spitale, ideal, după modelul ONE STOP: investigații, diagnostic, tratament și recuperare medicală. Atât eu, cât și colegii mei consilieri în cadrul Primăriei Generale susținem aceste proiecte. Este, de asemenea, nevoie de un spital etalon pentru România, în București. Avem însă mari dubii că actuala conducere a Primăriei Capitalei este în stare să ducă la bun sfârșit aceste proiecte. 📌

INTERVIUL COMPLET
POATE FI CITIT PE

www.politicidesanatate.ro



➔ **Interviu cu dr. Levente Vass, medic urolog, secretarul
Comisiei pentru Sănătate și Familie din Camera Deputaților**

„În sistemul sanitar nu există piață liberă”

**„EȘECUL PIEȚEI ȘI MONOPOLURILE
SUNT OMNIPREZENTE”**

DE ROXANA MATICIUC

Cine este Levente Vass?
Este medic primar urolog, medic specialist de sănătate publică și management sanitar, a doua specialitate. Mi-am făcut masteratul în management sanitar între anii 2000 și 2003, la Budapesta, am terminat facultatea la Tg. Mureș, timp de 12 ani am fost asistent universitar de urologie, am fost directorul medical al spitalelor din Târgu Mureș timp de doi ani, în 2007 și 2008, și am fost consilierul domnilor miniștri Cseke Attila și Ladislau Ritli între anii 2010 și 2012, iar acum sunt parlamentar, deputat UDMR de Mureș, secretarul Comisiei de Sănătate din Camera Deputaților.

Până în 2010, când am ajuns la Ministerul Sănătății, nu am avut ocazia să folosesc toată terminologia și toate noțiunile pe care le-am învățat în străinătate. Ca director medical, în 2007-2008 mă bazam pe experiența mea de fost conducător al unor asociații studențești: era important să știu să interrelaționez cu

oamenii, cu șefii de secții, să explic problemele și să găsim soluții la ele, pentru că, în spital, mereu era ceva de rezolvat. În 2010 însă, lucrurile s-au schimbat. Lucrând în Ministerul Sănătății, am putut să folosesc toate cunoștințele macroeconomice și macro-sanitare pe care le-am învățat la începutul anilor 2000 și erau de actualitate imediată. Este drept că acolo a început mai devreme reforma sistemului sanitar, astfel că experiența lor mi-a fost de folos aici, în țară.

Ce politici de sănătate credeți că lipsesc din România, în momentul de față?

Toată lumea vorbește despre conceptul conform căruia **pacientul trebuie să fie în centrul actului medical**, dar nimeni nu definește ce presupune acest lucru. Un exemplu este propunerea mea legislativă, inițiativă semnată și de colegii mei, care spune că pacientul care nu vrea să stea la rând la un ambulator public pentru o consultație de specialitate, sau din varii motive nu vrea să se

vadă că are boala respectivă și decide să meargă la un medic privat, să aibă dreptul să primească rețeta compensată și de la medicul care lucrează în privat. Tot de aici, să primească biletul de trimitere compensat către o investigație suplimentară de CT sau RMN sau chiar către un alt medic de specialitate.

În acest moment sistemul neglijează pacientul care trebuie să meargă înapoi la medicul de familie pentru un bilet de trimitere către o altă investigație. Problema este că medicul de familie, ca să poată scrie acea rețetă compensată, trebuie să deconteze consultația chiar dacă nu o face, după care se eliberează rețeta compensată sau un bilet de trimitere cu care iarăși trebuie să meargă pacientul nostru la un medic din sistemul public, ca să primească un bilet de trimitere la RMN. Sunt circuite incluse artificial, care nu pot fi, nu ar trebui să fie justificate prin lipsa fondurilor. Și iată cum un astfel de proiect bine înțeles și susținut de colegi ar putea să rezolve această problemă.

Știu că aveți o propunere și pentru descongestionarea ambulatoriilor din spitale. Care ar fi soluția?

Dezvoltarea ambulatoriilor private, cu ajutorul medicilor care termină facultatea. Dacă pacienții nu au aproape de ei, în cartierele în care locuiesc, cabinete de pediatrie, de dermatologie etc., iar medicul de familie nu mai este după-amiază, o să se ducă la urgență. Crearea posibilității ca ei să meargă la acest medic tânăr, amabil, având interesul și elanul să cunoască și mai mult pacientul, să îi explice mai mult, va descongiona serviciile de urgență, va scădea numărul internărilor făcute fără rost.

Ambulatoriile publice și private ar trebui susținute financiar mai mult. Asta ar trebui să fie o strategie chiar forțat susținută de cei care decid. Cititor de card, program de evidență, semnătură electronică, o asistentă să ajute, pe acestea nu le poți pretinde de la medicul din ambulator, fără o remunerare corect stabilită. Listele de programări la ambulatoriile spitalelor

publice sunt artificial „ținute la un număr rezonabil de mic”, profitându-se de faptul că pacientul necăjit nu poate aștepta săptămâni întregi pentru un diagnostic și un tratament. În consecință, asiguratul este împins către privat, fără să recunoască oficial cineva această stare de fapt. **Propunerea noastră legislativă** ar putea fi un prim pas. Medicii tineri să fie invitați să amenajeze un cabinet pe specialitatea lor. CASMB nu face contracte zi de zi pentru că, susțin ei, sunt prea mulți urologi sau prea mulți ginecologi, psihiatri, nu mai au bani să contracteze consultații. Există contractul-cadru, dar ar putea să le ofere, după evaluarea cabinetului, posibilitatea unui contract subsecvent pentru biletele de trimitere, pentru rețete compensate, ca și pentru concediile medicale, astfel ajutând medicii care doresc deservirea completă a pacientului.

Ar mai fi o problemă: **protecția consumatorului ar trebui să se sesizeze pentru că unele consultații în privat sunt la prețuri aberante**, chiar dacă prin-

cipial stabilirea prețului la consultații ar fi dreptul medicului. Cu specificul aparte al sistemului sanitar, medicul respectiv poate reprezenta un monopol. Dacă avem un sistem public bazat pe solidaritate și pe asigurați, atunci ar fi obligația noastră să deservim pacientul respectiv. Dacă în sistemul public este listă de așteptare, atunci la fel cum la medicamente statul impune un preț maxim, ar trebui să reglementeze în mod natural această problemă, ea ținând și de protecția consumatorului, pentru că acel pacient a plătit serviciile respective, asigurările.

Dacă nu se poate rezolva această problemă din sistemul public de sănătate, ar trebui fie ca medicii să nu fie lăsați să plece în privat, fie să aibă voie să meargă, dar la prețuri accesibile și pentru pacientul sărac.

Adică, medicul care lucrează la stat să nu aibă voie să lucreze și la privat?

Ar fi o variantă de decizie politică. O decizie politică grea, recunosc. Însă, dacă nu se face acest pas, ar trebui să reglementăm măcar în parte dreptul medicului de a stabili un preț exorbitant pentru consultații. Când nevoia-cererea crește, în principiu pe o piață liberă cresc și prețurile. Dar în **sistemul sanitar nu există piață liberă, iar eșecul pieței și monopolurile sunt omniprezente**. Dacă

nevoile pacienților cresc, înseamnă că sistemul nu este în stare să rezolve această problemă. Pentru asta, nu pacientul/asiguratul este de vină, ci sistemul. Administratorii sistemului sanitar sunt obligați astfel să intervină și să reglementeze!

Dacă aș mai putea să fac ceva, aș trimite lunar 100-150 de tineri la cursuri de management sanitar, finanțate de stat. Să meargă să vadă cum e sistemul, să avem oameni din ce în ce mai mulți care să se priceapă la sistem, să avem cât mai mulți gândire comună în ceea ce privește conceptele, observațiile noastre macro-sanitare.

Sunt un optimist din fire și sunt în mijlocul vieții mele profesionale. Am încredere că o să putem face un sistem complet funcțional și la noi în țară și încă vreau să lucrez la asta. ■

**INTERVIUL COMPLET
POATE FI CITIT PE**

www.politicidesanatate.ro

„ESTE NEVOIE SĂ REDUCEM DIFERENȚELE economice și sociale dintre regiuni”

DINCOLO DE A CONDUCE O PRIMĂRIE DE SECTOR, ROBERT NEGOIȚĂ ESTE PREȘEDINTE AL ASOCIAȚIEI MUNICIPIILOR DIN ROMÂNIA, PREȘEDINTE AL DELEGAȚIEI ROMÂNIEI LA COMITETUL EUROPEAN AL REGIUNILOR ȘI RAPORTOR AL PROGRAMULUI COSME, FUNCȚII CARE ÎI ASIGURĂ O MARE VIZIBILITATE ÎN SPAȚIUL EUROPEAN. CARE SUNT MODELELE DE DEZVOLTARE ECONOMICĂ PE CARE LE IMPLEMENTEAZĂ ÎN ROMÂNIA ȘI CUM VEDE EL ÎMBUNĂȚĂȚIREA SERVICIILOR MEDICALE, ÎN INTERVIUL CE URMEAZĂ. DE ROXANA MATICIUC



Sunteți raportor pentru programul COSME, un instrument important al UE de susținere a IMM-urilor. Este important ca aceste programe să fie cunoscute și accesate pentru crearea locurilor de muncă și pentru a crește economia României. Ce ați făcut sau ce faceți în acest sens?

În calitate de președinte al Delegației României la Comitetul European al Regiunilor și de raportor al programului COSME, cred că este important să prezint oportunitățile pe care acesta le oferă și să susțin dezvoltarea antreprenorială la nivel local și regional și, implicit, crearea de noi locuri de muncă. Este nevoie să reducem diferențele economice și sociale dintre regiuni, iar pentru asta trebuie să ne implicăm intens în promovarea și implementarea de proiecte utile.

Anul trecut, am prezentat în Finlanda, la Rovaniemi, proiectul de raport privind viitorul programului destinat întreprinderilor mici și mijlocii. Ideile în jurul cărora mi-am construit analiza au fost acelea că e nevoie de implicarea activă a autorităților locale și regionale în susținerea mediului de afaceri pentru accesarea programelor de absorbție a fondurilor europene destinate dezvoltării economice și sociale, dar și de promovarea parteneriatului public-privat. În ace-

te moduri, putem să atingem două scopuri majore: creșterea economică durabilă și ocuparea forței de muncă. De altfel, în țară am avut întâlniri cu reprezentanții IMM-urilor pentru a analiza dificultățile pe care le întâmpină și pentru a căuta împreună soluții.

Ce fel de proiecte au fost depuse pentru accesarea celor 2,3 miliarde de euro?

Programul COSME are un buget de 2,3 miliarde de euro și este principalul instrument al Uniunii Europene de susținere a competitivității IMM-urilor. În urma desemnării mele ca raportor, Asociația Municipiilor din România a elaborat proiectul „Viitorul programului COSME după 2020: perspectiva autorităților locale și regionale”, care are în vedere următoarele aspecte:

- evaluarea programului COSME la nivelul statelor membre UE;
- identificarea nevoilor specifice de dezvoltare ale diferitelor tipuri de IMM-uri;
- identificarea nevoilor curente de finanțare a capitalului propriu pentru IMM-uri și start-up-uri, dar și modul în care ar putea fi abordate prin intermediul COSME sau al unui program ulterior;
- modul în care programul COSME contribuie la promovarea antreprenoriatului și a internaționalizării IMM-urilor la nivel regional și local, prin evidențierea de bune practici.

Proiectul a fost aprobat cu unanimitate de voturi de membrii Comisiei, urmând ca avizul final să fie adoptat de către membrii CoR, în cadrul sesiunii plenare a Comitetului Regiunilor de la începutul acestui an.

Cum poate fi îmbunătățit modul de implementare a programelor UE destinate creșterii competitivității întreprinderilor și întreprinderilor mici și mijlocii?

Am semnat, în calitate de președinte al Asociației Municipiilor din România, alături de Ilan Laufer, ministrul pentru Mediul de Afaceri, Comerț și Antreprenoriat, Florin Jianu, președinte al Consiliului Național al Întreprinderilor Private Mici și Mijlocii din România, și Sergiu Oprescu, președinte



al Asociației Române a Băncilor, în luna iulie a anului 2017, un protocol cu Consiliul Național al Întreprinderilor Private Mici și Mijlocii din România și cu Asociația Română a Băncilor. Scopul protocolului este acela de a susține inițiativele și programele care contribuie la dezvoltarea economică a României și la menținerea unui dialog continuu și aplicat între finanțatori, investitori și administrația publică.

Prin acest protocol, urmărim dezvoltarea de afaceri la nivel local prin așa-numitele „HUB-uri” sau „incubatoare de afaceri”, precum și promovarea exporturilor și aplicarea conceptului „smart administration” prin digitalizarea serviciilor publice și e-guvernare.

Comisarul european Corina Crețu a spus că sunteți un exemplu de bune

practici în ceea ce privește accesarea fondurilor europene. Care sunt principalele proiecte pe care le-ați derulat cu astfel de fonduri?

Una dintre prioritățile mele după ce am fost ales primar al sectorului 3 a fost reabilitarea termică a blocurilor. Din anul 2012 și până în prezent, am reabilitat aproximativ 1.200 de blocuri atât prin accesarea de fonduri europene, cât și prin programul local. Acest lucru a transformat Primăria Sectorului 3 în campioană națională la capitolul reabilitare termică, reușind să accesăm 85% din fondurile europene disponibile, alocate anvelopării termice în exercițiul financiar 2007 – 2014. De exemplu, chiar în prima lună a acestui an, am finalizat lucrările la alte 14 blocuri ce fac parte din proiectele pe fonduri eu-

ropene „Creșterea eficienței energetice a blocurilor de locuințe din Sectorul 3” - FE 22 și FE 36. Sper ca până la sfârșitul acestui an să începem lucrările la alte 300. Îmi doresc ca la final de 2018 să pot spune că am reabilitat termic 1.500 de blocuri, de când sunt primar al sectorului 3.

Care sunt proiectele Primăriei Sectorului 3 în ceea ce privește Sănătatea?

În anul 2013, am semnat un protocol între Primăria Sectorului 3 și Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila” din București. Prin acest proiect, am pus la dispoziție Facultății de Medicină o clădire în care își desfășoară activitatea în acest moment Facultatea de Stomatologie. În urma acestui protocol, vom demara un proiect de colaborare prin care sperăm ca cel puțin 10.000 de persoane care se află în baza de date a Direcției Generale de Asistență Socială și Protecția Copilului Sector 3 să beneficieze anual de consultații și tratamente stomatologice.

Aruncând o privire retrospectivă peste 2017, care sunt cele mai mari realizări din acest an?

Principalele domenii de interes public în care am investit anul trecut au fost educația, aici amintesc construirea de săli de sport, reabilitarea termică și, nu în ultimul rând, implementarea conceptului „smart city”. De asemenea, am inaugurat Cinematograful Gloria și am continuat proiectul Hala Laminor. Aici, dezvoltăm un proiect benefic pentru comunitatea locală și revitalizăm o zonă strategică a sectorului 3. Un alt obiectiv important al anului 2017 a fost aprobarea Strategiei de Digitalizare a Primăriei Sectorului 3.

Ce priorități aveți pentru viitorul apropiat?

În ceea ce privește educația, în anul 2018 punem accent pe construirea de săli de sport la școlile din sector unde nu există și acolo unde avem teren. Până acum, ne-am concentrat pe reabilitarea și modernizarea unităților școlare, de acum, ne îndreptăm atenția spre construirea de săli de sport. De asemenea, mi-am propus să reabilitez în acest an încă 300 de blocuri, astfel încât să ajungem la 1.500. O atenție deosebită o voi acorda și parcului „Pantelimon”, ca acesta să arate la fel ca parcurile „Alexandru Ioan Cuza” și „Titan”. 📌



📍 **Interviu cu Victor Negrescu, ministrul delegat pentru Afaceri Europene**

„Nu vom deține șefia Uniunii Europene, ci pe a unei instituții”

În prima jumătate a anului viitor, România va deține Președinția rotativă a Consiliului Uniunii Europene. Suntem pregătiți să facem față unei asemenea răspunderi?

Asumarea Președinției Consiliului Uniunii Europene de către România este, fără îndoială, un moment important pentru viitorul parcurs al țării noastre în cadrul proiectului comunitar. În ultimele luni, pregătirea preluării Președinției a înregistrat evoluții semnificative pe toate palierele

sale. N-o spun eu, ci au făcut-o deja, public, omologii mei din Finlanda și Croația, care au vizitat Bucureștiul, la invitația noastră, pentru a demara în mod oficial dialogul sectorial în vederea elaborării programului comun de lucru al Trio-ului de Președinții din care facem parte.

Noi am realizat deja o primă formă a agendei de acțiuni pe care le vom organiza pe durata celor șase luni, în toată țara, și am finalizat deja trei runde de consultare internă privind identificarea tematicilor de interes ale mandatului. Vreau să

subliniez că acest proces de elaborare a priorităților agendei Președinției este unul transparent, prin care am oferit tuturor celor interesați oportunitatea de a se pronunța asupra tematicilor pe care le consideră cele mai importante. După ce am consultat ministerele și instituțiile publice, dar și reprezentanții României din Comitetul Economic și Social European, Comitetul European al Regiunilor și Parlamentul European, toate tematicile rezultate au fost supuse dezbaterii, recent, în cadrul Forumului „EU-RO 2019”.

Urmează o nouă rundă de consultare interinstituțională, după care documentul rezultat va fi validat de Guvern și de Parlament. Am lansat și site-ul de prezentare a pregătirilor pentru preluarea Președinției României la Consiliul Uniunii Europene, www.romania2019.eu, utilizând în exclusivitate competențele structurii pe care o gestionez, dar și programul-pilot „Voluntari ai Președinției României la Consiliul Uniunii Europene”, care se va desfășura în perioada 1 aprilie – 30 iunie 2018.

Avem o strategie de comunicare pentru perioada în care vom deține Președinția Consiliului Uniunii Europene?

Am și început implementarea ei, printr-o amplă campanie de evenimente publice dedicate promovării Președinției României la Consiliul Uniunii Europene. Am avut parte de săli pline și de dezbateri foarte dinamice atât în Capitală, cât și la Cluj, Iași, Sibiu, Pitești sau Slatina. Vom ajunge,

în perioada următoare, și în alte zone ale țării, dar profit de ocazie pentru a le explica foarte clar și cititorilor dumneavoastră că noi nu vom deține șefia Uniunii Europene, ci pe a unei instituții care reprezintă interesele statelor membre. Președinția trebuie să acționeze ca un mediator imparțial, concentrându-se pe prezentarea de propuneri de compromis, capabile să conducă la adoptarea de poziții comune ale statelor membre. Îmi face plăcere să amintesc în context și de logo-ul Președinției, care este rezultatul unui concurs pe care l-am organizat în colaborare cu Ministerul Educației Naționale.

Din experiența altor state, care sunt cele mai importante domenii care vor fi în centrul atenției Uniunii Europene în acea perioadă?

Una dintre provocările majore va fi cadrul financiar multianual, alta va fi Brexit-ul, dar va trebui să lucrăm la toate dosarele prioritare. Pe scurt, obligațiile concrete ale unei Președinții a Consiliului Uniunii Europene se traduc în asigurarea resurselor necesare pentru prezidarea la Bruxelles a reuniunilor ministeriale și a peste 150 de grupuri de lucru de la nivelul Consiliului. În acest format se negociază 200–300 de dosare legislative pe parcursul a peste 1.600 de întâlniri formale și informale.

Care sunt problemele pe care România trebuie să le rezolve până la 1 ianuarie 2019?

Cei care vor arăta de ce e în stare România sunt funcționarii publici care vor participa la toate reuniunile despre care vorbeam. De aceea, este foarte important să fie foarte bine pregătiți. Am constatat că acea generație de funcționari publici care au muncit din greu pentru a duce țara în Uniunea Europeană nu se mai regăsește astăzi, din păcate, în sistemul public. O parte lucrează în mediul privat, alții s-au întreprat către instituțiile europene sau au ieșit la pensie. Astăzi ne aflăm în situația în care trebuie să reclădim acest corp de elită al funcționarilor publici specializați în afaceri europene.

Care sunt proiectele din domeniul Sănătății care trebuie puse la punct până la început de 2019, dar și pe ce ar trebui să ne axăm în timpul mandatului?

Logica pe care mergem e să axăm prioritățile noastre pe nevoile cetățeanului, să încercăm să convingem partenerii noștri europeni că politicile europene trebuie să meargă mai mult în direcția interese-

lor manifestate de cetățeni. Din păcate, în acest moment responsabilitatea de a organiza sistemele de educație și serviciile de asistență medicală revine guvernelor statelor membre, iar Uniunea Europeană are doar rolul de a veni în completarea politicilor naționale. Eu cred că acest moment trebuie fructificat și, în contextul discuțiilor despre viitorul Europei, poate ar trebui să gândim și asemenea politici publice. Promovăm intensificarea dialogului și a sinergiilor dintre statele membre, iar Ministerul Sănătății, responsabil de promovarea tematicilor în domeniu, a propus, în contextul primului semestru din 2019, subiecte precum identificarea mecanismelor care să le permită pacienților europeni o mobilitate completă în interiorul Uniunii, asigurarea accesului egal la medicamente, cu accent pe identificarea unei soluții la problema exporturilor paralele sau pe controlul integrat al cancerului, prin consolidarea programelor populaționale de screening pentru cancer și consolidarea registrelor de cancer.

În afara de a fi o obligație ca stat membru al Uniunii Europene, ce altceva mai reprezintă pentru România preluarea acestei președinții? Cum ne poate ajuta / transforma?

Președinția Consiliului Uniunii Europene este un exercițiu ce va putea propulsa imaginea de țară, așa cum vă spuneam și anterior, prezentând o Românie europeană, dinamică și profesionistă. Estimăm că 30.000 de invitați vor veni în țara noastră în prima jumătate a anului viitor, iar acest interval de vizibilitate ocazionat de exercitarea mandatului reprezintă o oportunitate ce merită valorificată pentru a promova atât cultura și tradițiile românești, cât și capacitatea noastră de inovare și resursele creative. Acesta a fost și unul dintre motivele pentru care am luat hotărârea de a organiza evenimente din calendarul oficial în toată țara. De asemenea, dacă ne vom achita cu profesionalism de sarcinile pe care le vom avea pe durata celor șase luni, credibilitatea câștigată în rândul partenerilor ne va ajuta în promovarea, la nivel european, a dosarelor prioritare pentru noi. 📍

**INTERVIUL COMPLET
POATE FI CITIT PE**

www.politicedesanatate.ro

CENTRUL MEDICAL NEOLIFE:

Cancerul nu este o sentință

CÂND ESTE VORBA DE CANCER, OBSTACOLELE CARE TREBUIE DEPĂȘITE SUNT MULTE. DIAGNOSTICUL POATE FI PERCEPUT CA O SENTINȚĂ. EXISTĂ ATÂTA GREUTATE ÎN ACEST CUVÂNT, DATĂ DE CĂTRE SOCIETATE SAU DE CELELALTE PERSOANE, ÎNCÂT BOLNAVII AJUNG SĂ FIE DESCUMPĂNIȚI, DEZNĂDĂJDUIȚI, LIPSIȚI DE SPERANȚĂ. EXISTĂ, ÎNSĂ, RESURSE PENTRU A FACE FAȚĂ BOLII ȘI TRATAMENTULUI ȘI, MAI IMPORTANT, PENTRU A GĂSI ȘI CONSTRUI UN NOU ECHILIBRU, O NOUĂ VIAȚĂ. CENTRUL MEDICAL NEOLIFE A VENIT ÎN SPRIJINUL PACIENȚILOR CU O SESIUNE DE INFORMARE ASUPRA NOILOR METODE DE TERAPIE. MEDICI ONCOLOGI, RADIOTERAPEUȚI, PSIHOLOGI, KINETOTERAPEUȚI ȘI NUTRIȚIONIȘTI AU EXPLICAT CELOR PREZENȚI CÂT DE IMPORTANTĂ ESTE ABORDAREA MULTIDISCIPLINARĂ A ACESTEI BOLII. DE VALENTINA GRIGORE

La 30 de ani, Andreea a fost diagnosticată cu cancer limfatic în stadiul IV. „Nu ne gândim niciodată că ni s-ar putea întâmpla nouă. Dar, ce faci atunci când te lovește direct în moalele capului? Soluția e una singură: trebuie să lupți. Trebuie să te hotărăști rapid dacă vrei să trăiești sau să mori. Eu m-am hotărât că vreau să trăiesc. Mai întâi, să aflu care este cauza bolii, iar apoi să lucrez asupra ei. Atunci când ai nevoie de sprijin, cu siguranță îl găsești”, a spus Andreea.

Radioterapia, o armă împotriva cancerului

Medicii Centrului Medical Neolife sunt alături de pacienți pe parcursul întregii lupte și le înțeleg toate durerile. „Cancerul nu trebuie privit ca o condamnare”, a atras atenția dr. Ana Băncilă, medic specialist radioterapie, care le-a vorbit pacienților despre cât de mult a evoluat tehnologia. „Radioterapia modernă înseamnă, în primul rând, folosirea unor doze mari în formațiunea tumorală și protejarea mult mai bună a organelor sănătoase din jur. Ceea ce se traduce, pentru pacienți, în mai puține reacții adverse pe perioada tratamentului”, a mai explicat specialistul. După termina-

rea tratamentului, efectul radiațiilor va continua. Efectele acestui tratament sunt cumulative și este dificil de spus cât de bune sunt rezultatele înainte de încetarea completă a tratamentului, după ce reacțiile adverse și inflamarea țesuturilor se opresc.

Tipurile de radioterapie sunt radioterapia externă (sursa de radiații este la distanță de tumoră) și brahiterapia sau radioterapia internă (montarea unor aplicatori radioactivi în contact cu formațiunea tumorală; ea poate fi HDR sau LDR). Radioterapia externă ce se poate efectua în Clinica Neolife este 3D-CRT, IMRT, Stereotaxie și Radiochirurgie. Scopul radioterapiei externe este curativ (+/- concomitent cu chimioterapia) sau paliativ (de exemplu, cu scopul de a ameliora durerile din metastazele osoase).



„Când vorbim despre abordare multidisciplinară, ne referim la prevenție, diagnostic, tratament și recuperare. Tocmai de aceea, ne-am dorit să aducem în fața pacienților medici imagiști, oncologi, hematologi, kinetoterapeuți, psihologi și nutriționiști. Este un cumul de factori care duc la

vindecarea pacientului. Și, mai ales, ne-am dorit să aducem pacienți care s-au vindecat, pacienți care să le dea curaj și încredere celor aflați în tratament. Pentru că toți au în comun o singură poveste: lupta împotriva cancerului.”

Dr. Cristina Berceanu,
director medical Neolife



„Facem în așa fel încât pacienții români să fie tratați la același nivel cu cei din alte țări. De exemplu, când vine vorba despre radioterapie, trebuie spus că, actualmente, aceasta își propune să fie extrem de precisă. Truebeam STx, cu ajutorul căruia tratăm pacienții la Neolife, este un echipament cu care s-au lăudat toate clinicile de top din lume, în momentul când l-au instalat. Costul unui tratament cu ajutorul acestei tehnologii, în altă țară, este în jur de 10.000 de euro. La noi, tratamentul se efectuează în colaborare cu Casa Națională de Asigurări, deci pentru pacient este gratuit.”

Dr. Claudiu Tronciu,
manager general Centrul Medical Neolife

Atitudinea terapeutică

Astfel de întâlniri sunt benefice atât pentru pacienți, cât și pentru personalul medical. „Sala a interacționat, s-au pus întrebări, s-a discutat despre factori de risc suplimentari, cum ar fi obezitatea sau fumatul. De asemenea, pacienții au nevoie să fie informați referitor la atitudinea terapeutică. Trebuie să știe ce au de făcut după stabilirea diagnosticului. Odată ce diagnosticul este primit, ceea ce contează în primul rând este un tratament corect, rapid, cu toate mijloacele existente în medicină, în oncologie, în mod particular. Medicamentele se dezvoltă continuu. Dar nu numai medicamentele, ci și tehnicile medicale. Suntem într-o clinică unde se pune accentul pe tehnologie revoluționară”, a declarat dr. Dan Jinga, medic primar oncolog.

Grup de suport

În toată această luptă, pacienții sunt sprijiniți și de psihologi, care joacă un rol extrem de important. Psihologul Adrian Calomfirescu a pus bazele unui grup de sprijin și este un ghid pentru pacienți



astfel încât aceștia să găsească resursele și mecanismele de protecție pozitivă în fața tuturor elementelor pe care le înfruntă în această boală. „Terapia de grup poate fi organizată în mai multe moduri, unul dintre acestea este grupul de suport, prin care ceilalți membri ai grupului formează o mică comunitate, bazată pe aceleași experiențe și probleme. De multe ori, ajută să știi că nu ești singura persoană care se confruntă cu o astfel de experiență. Grupul creează un mediu în care se poate discuta despre cancer și unde fiecare membru are ceva de oferit care poate să-i ajute pe ceilalți”, a afirmat psihologul Adrian Calomfirescu.

„E important să te trezești dimineața și să te bucuri că te-ai trezit. E important să faci lucruri care îți plac. Noi, oamenii mari, suntem atât de serioși și de ocupați, încât e foarte greu să spunem Stop joc! și să facem lucruri care ne bucură”, a spus Theodora Păslaru, diagnosticată cu cancer de sân, cel mai frecvent tip de cancer la femeile europene. Potrivit statisticilor internaționale, 1 din 8 femei va dezvolta cancer de sân, pe parcursul vieții. Aproximativ 20% - 25% din cazuri apar la femei cu vârsta sub 50 de ani (în 5% din cazuri, chiar sub 35 de ani), iar 75% dintre femei nu prezintă istoric familial.

Diagnosticarea precoce a bolii, înainte de apariția semnelor clinice, înseamnă un tratament mai puțin agresiv și mai ieftin, dar și creșterea ratei de supraviețuire. ☑

🗣️ **Interviu cu conf. univ. dr. Alina Tănase,**
președintele Societății Române de Transplant Medular

„Am făcut peste 200 de transplanturi pe an”

LA JOHNS HOPKINS SE DIAGNOSTICHEAZĂ 200 DE LEUCEMII ACUTE ȘI SE FAC 200 DE TRANSPLANTURI. ÎN ROMÂNIA, DIAGNOSTICĂM 700 DE LEUCEMII ACUTE ȘI FACEM CAM 70 DE TRANSPLANTURI, IAR LISTELE DE AȘTEPTARE SUNT DE CÂTEVA LUNI. DE MAI BINE DE DOI ANI, ȘI ÎN ROMÂNIA SE FACE HAPLOTRANSPLANT, CEEA CE ÎNSEAMNĂ CĂ, TEORETIC, AM PUTEA SALVA TOȚI PACIENȚII BOLNAVI DE LEUCEMIE. CE NE ÎMPIEDICĂ ÎNSĂ, ÎN INTERVIUL DE MAI JOS. DE ROXANA MATICIUC

Haplotransplantul este unul dintre cele mai importante progrese ale științei pentru bolnavii de leucemie. De cât timp se face și în România?

Din 2013, de când registrul donatorilor a devenit funcțional, am început să facem cu donator neînrudit, iar 2015 a fost primul an în care am făcut un haplotransplant, ceea ce înseamnă un transplant de la un donator jumătate compatibil.

Este o procedură care a crescut enorm în ultimii ani în Europa pentru că, de fapt, marea limitare a acestei proceduri este că nu găsești în timp util un donator compatibil cu tine. În momentul în care s-a pus la punct protocolul prin care poți să faci transplant, chiar dacă ai doar jumătate compatibilitate cu donatorul, a explodat pur și simplu procedura de haplotransplant, pentru că toți avem în jurul nostru un donator. Noi luăm jumătate din gene de la mama și jumătate de la tata și dăm jumătate din genele noastre copiilor noștri. La fel și sora sau fratele, sau toate rudele apropiate pot fi testate.

Împreună cu profesorul Ștefan Ciurea de la MD Anderson și cu profesorul Gabriel Ghiaur de la Johns Hopkins Baltimore, am reușit să fac primul haplotransplant, iar acum pacienta respectivă s-a căsătorit și este foarte bine.

Există o listă de așteptare pentru tratamentul acestui tip de pacienți?

Da, este o listă de câteva luni. Și spre deosebire de transplantul de organ, unde boala îți permite să stai o perioadă mai lungă, bolile hematologice, mai ales leucemiile acute, sunt boli pe care trebuie să le transplantezi într-un interval scurt, când boala este într-o stare bună de a fi transplantată. „Scurtă” înseamnă cam trei luni.

Cum se poate crea șansa ca mai mulți pacienți să poată fi tratați? Și mă refer atât la nevoia financiară, cât și la cea legislativă.

Sigur că trebuie dezvoltat ceea ce facem noi aici. Profesorul Ghiaur a spus că diagnostichează 200 de leucemii acute și face 200 de transplanturi. Noi, în România, diagnosticăm 700 de leucemii acute și facem cam 70 de transplanturi. Dar nu este ușor. Nu poți să deschizi mâine un centru și să fie funcțional, în primul rând pentru că trebuie personal care să știe despre ce este vorba, iar asta este o meserie pe care o înveți și în care ai nevoie de experiență, pentru că este în joc viața omului. Dar sunt tot felul de proceduri. Până să ajungi la haplotransplant, poți să faci autotransplant și poate că dacă am avea mai multe centre mai mici care ar prelua autotransplantul, care presupune proceduri relativ ușoare, spunem noi, după experiența pe care o avem, poate că atunci ar fi mai bine.

Ar fi spitalele private o soluție?

Da, ar putea fi, dar pacienții sunt grei și nu știu dacă un centru privat și-ar

asuma pacienți atât de complicați. Dar în primul rând trebuie să fie într-un spital mare. Nu poți să faci transplant într-o locație izolată pentru că trebuie să fii conectat rapid cu orice fel de imagistică, de investigație, de laborator, terapie intensivă, cu orice fel de altă consultație.

În România, statul rambursează pentru un autolog 88.000 de lei, iar pentru un allogeneic 162.000 de lei. Aceste sume sunt foarte mici față de cât se decontează un transplant în străinătate. De exemplu, în Statele Unite este jumătate de milion de dolari, deci diferența este enormă. În Europa, la Regensburg, costă 250.000 de dolari. În România, ni se decontează 20.000 de dolari, bani care înseamnă doar medicamente și

materiale sanitare, pentru că așa este făcut programul.

Ce planuri aveți acum?

Planurile sunt să dezvoltăm această relație internațională, să putem avea acces la studii împreună cu colegii din străinătate. Deja, împreună cu colaboratorii noștri din Statele Unite, am reușit să încheiem și să dăm drumul în Institutul Clinic Fundeni unor mici studii, astfel încât să avem o procedură cât de cât pentru orice pacient care are nevoie de ajutor.

Un ideal pe care sper să îl ating în următorii ani este să acredităm european centrul. Aceasta este o procedură complicată, în sensul că am nevoie să dispun de toate facilitățile pe care le are un centru din Europa de Vest, pentru a

aplica aceleași reguli și aceleași protocoale ca ei, dar cred că este fezabil. Trebuie, însă, să găsim pe cineva care să fie implicat în toată această treabă, pentru că este, de fapt, un management al calității care poate că ține mai puțin de medici și mai mult de capacitatea de a pune pe hârtie absolut orice pas din tot acest proces complicat și complex.

Din punctul de vedere al politicilor de sănătate, de ce ați mai avea nevoie pentru ca pacienții să aibă acces mult mai mare la astfel de servicii de sănătate?

Cred că ar trebui să încercăm să facem mai multe evenimente de educație medicală, pentru ca și colegii hematologi, în primul rând, să știe când să trimită pacientul către transplant. Sunt boli la care de la diagnostic trebuie să te

gândești la transplant, să iei legătura cu medicul de transplant și să începi să îi cauți un donator. Dacă pierzi momentul și aștepti să treacă luni și să tratezi mai întâi boala, în momentul în care ai obținut un răspuns al bolii, nu mai ai timp să cauți donator.

Pe de altă parte, pentru ca noi să creștem, în calitate de centru, și să putem face proceduri, ar trebui ca pacientul să se reîntoarcă la medicii hematologi pentru controalele obișnuite, pentru că noi, în acest moment, preluăm pentru controale toți pacienții cu allotransplant. Și sigur că, având din ce în ce mai multe transplanturi, avem și din ce în ce mai multe controale.

Cred că ar fi bine să încercăm să avem o atitudine unitară în țară, motiv pentru care am și încercat să construim Societatea Română de Transplant. Nu suntem foarte multe centre, și dacă reușim să facem o politică de transplant pe care să o implementăm cu toții, atunci ar fi mult mai bine decât să avem protocoale separate și colaborări separate.

Un alt aspect ar mai fi faptul că pentru transplantul autolog noi înghețăm celulele, pentru că nu poți să i le pui pacientului imediat după ce a făcut chimioterapie. Între recoltare și transplant este întotdeauna o perioadă de o lună, două, în funcție de statusul bolii. Iar aceste celule le ținem în azot lichid. Cu cât mai multe recolte, cu atât avem mai multe tancuri cu azot lichid. Și cred că ar fi bine pentru București să nu facem mai multe bănci de celule în mai multe locuri. Cred că ar fi bine pentru noi toți să avem o bancă mare de celule, chiar și pentru sudul țării, și să se deschidă mai multe centre mici de transplant, iar celulele să vină în condiții absolut standardizate (manipularea celulelor vii trebuie să fie făcută cu niște reguli foarte stricte, cu niște criterii clare de acreditate).

Aveți finanțare pentru această bancă mare, care să deservească mai multe centre?

Nu. Deocamdată, este doar o idee, care sper să devină realitate. 🗣️

**INTERVIUL COMPLET
POATE FI CITIT PE**

www.politicidesanatate.ro



FOTO: ALEXANDRU IONESCU

🗣️ **Interviu cu dr. Raluca Ioana Teleanu, șef secție Neurologie pediatrică, Spitalul Clinic de Copii „Dr. Victor Gomoiu”**

Neurologul pediatru, între sistemul medical și pacient

COPII CU EPILEPSIE, COPII CU BOLI NEUROMUSCULARE, MII DE PROBLEME. CÂTE POT FI REZOLVATE ȘI CUM, NE SPUNE UN OM CARE CAUTĂ SOLUȚII ATUNCI CÂND SISTEMUL PARE SĂ NU AIBĂ. DE VALENTINA GRIGORE



Care este cauza pentru care nu avem suficienți specialiști în neurologie pediatrică și cum poate fi remediat acest aspect?

Este un mare deficit de locuri de muncă. Formăm oameni în fiecare an, problema este ce perspectivă le oferim când termină rezidențiatul. O parte dintre ei aleg să plece, deși se formează în România. Aici nu există o piață de muncă deschisă, în care să poată alege să se ducă unde vor, iar cei care vor să muncească la un nivel mai profesionist aleg orașele mari, centrele universitare. Cumva, de aici cred că vine lipsa.

Sunt foarte multe județe care nu au centre specializate sau spitale de pediatrie. Câți copii cu epilepsie sau cu probleme neuromusculare ajung la dumneavoastră din alte județe?

Cred că peste jumătate dintre copiii care sunt internați la noi sunt din alte județe sau chiar din afara țării. De exemplu, am avut un pacient venit din Bulgaria, avem pacienți care sunt plecați la muncă în străinătate și vin cu copiii de acolo, din Spania, Anglia etc.

Câți copii cu epilepsie există în România?

Asta e problema noastră: nu avem statistici pe foarte multe boli, pe epilepsie cu atât mai puțin, pentru că oamenii nu vor să se știe de boala asta. În România, conștientizarea acestei boli este foarte redusă și chiar dacă, în primă instanță, oamenii acceptă diagnosticul, fac față cu greu stigmatului social și nu spun că sunt bolnavi învățătorilor, profesorilor, nici măcar medicilor de familie. Avem doar date statistice extrase din numărul de internări, care arată că sunt peste 500.000 de bolnavi, adulți și copii. Să știi o boală cât de cât bine, înseamnă să ai un registru de pacienți.

Au copiii cu epilepsie acces la tratament, așa cum se întâmplă în alte țări?

Aici iar este o mare problemă, pentru că există companii farmaceutice ce retrag de pe piață anticonvulsivante originale (nu există un generic). Este dramatic să nu dai o șansă unui copil să continue un tratament care merge sau, în anumite situații, să inițiezi un tratament care i s-ar potrivi, dar care nu mai este de actualitate în România.

Care este situația copiilor cu epilepsie farmaco-rezistentă?

Problema apare atunci când ai mai puține medicamente pe piață, pentru că ai mai puține alternative din care poți alege ceva ce i s-ar potrivi copilului. Medicația nu este la nivelul la care există în Europa Occidentală, clar nu avem oferta asta de medicamente dintre care am putea alege. Uneori, părintele vine cu o indicație dată de undeva dintr-un centru internațional de unde a cerut o a doua părere, iar noi trebuie să introducem în tratament un medicament la care nu avem acces în țară. Însă dacă știm că asta îi dă copilului acces la o altă viață, cu siguranță merită să încercăm.

Soluții?...

Ar trebui să găsim o cale să încurajăm companiile să aducă medicație, nu să se retragă. Acești copii nu sunt chiar atât de mulți și nu implică niște costuri atât de mari. Avem părinți care pleacă în Bulgaria, în Ungaria, adică în țări care sunt ca noi, cumva, și își aduc de acolo medicație, chiar oameni care își comandă din Germania, Spania sau Austria și plătesc, din păcate, medicamentele.

Ați derulat un proiect de înregistrare pe timp de noapte pentru copiii cu epilepsie. Care sunt rezultatele?

Printr-un parteneriat al Asociației Neurocare cu Fundația Vodafone România, în cadrul programului Mobile for good am reușit să implementăm o soluție de telemedicină și să finanțăm dotarea secției noastre cu aparatură de înaltă performanță, și am început să facem înregistrări electroencefalografice de noapte. Am cumpărat două electroencefalografe și viața noastră s-a schimbat net după acel moment. Proiectul nu a însemnat doar aparatură, ci și posibilitatea de a școli oameni, lucru foarte important, căci degeaba ai aparatul, dacă nu ai specialiști care să-l folosească. În anul următor, am cumpărat un sistem EEG ambulator (holter EEG) prin programul Connecting for Good. Pot spune că suntem pionieri în această zonă. Sunt copii care realmente nu suportă spitalizarea sau copii cu autism și epilepsie care nu tolerează să stea închiși într-o cameră o noapte, chiar și într-o secție care le este familiară, iar cu ajutorul aparaturii îi putem lăsa să plece acasă. Pacientul ia casca și aparatul acasă și a doua zi vedem înregistrarea EEG. Un alt avantaj este dat de faptul că înregistrările pot fi validate în centrele de excelență din

Occident, ceea ce pentru noi înseamnă mult. Beneficiile acestei tehnologii sunt multiple: identificarea cu mai multă precizie a focarului epileptic, copilul putând fi trimis spre evaluare prechirurgicală în vederea excizării zonei de focar, metodă care poate aduce vindecarea, individualizarea tratamentului, ceea ce duce la creșterea calității vieții copilului și la limitarea diagnosticului fals de epilepsie și a implicațiilor lui sociale.

Ne punem mari speranțe în ideea că vom lucra într-un spital modern, unde vom avea mult mai mult de oferit pacienților. Spitalul Clinic de Copii „Dr. V. Gomoiu” se extinde cu o clădire nouă, de 6 etaje, în care vor fi și specialități chirurgicale și, lucru esențial pentru noi, o secție de ATI. Este de neconceput să nu ai în spital, lângă o secție de neurologie, una de terapie intensivă. În plus, vom avea un aparat

~~~~~  
**„ESTE DE NECONCEPUT SĂ NU AI ÎN SPITAL, LÂNGĂ O SECȚIE DE NEUROLOGIE, UNA DE TERAPIE INTENSIVĂ.”**  
 ~~~~~

de RMN, cu ajutorul căruia vom putea face investigații performante copiilor. Am cerut sprijin pentru a putea face un compartiment de electroencefalografie. În momentul în care faci înregistrări de noapte, îți trebuie personal pentru asta și trebuie să școlarizezi oamenii care vor face doar asta.

O altă patologie cu care vă luptați este distrofia musculară Duchenne. Cum poate deveni această boală o prioritate pe agenda publică?

Cred că am făcut multe progrese în domeniul distrofiei musculare Duchenne. Sper ca prin programul național de boli rare, copiii să beneficieze de testare genetică completă în România. Însă de-abia după testare începe greul. Acești copii au nevoie de o abordare multidisciplinară și, din fericire, am reușit să pornim o echipă multidisciplinară care să îi îngrijească. Însă mai avem de lucru în acest domeniu. Sunt mari deficiențe la aparatura pe parte de pneumologie, pe

parte respiratorie. Neurologii din țară cunosc managementul corect al bolii, problema este organizarea acestei echipe multidisciplinare: cardiolog, pneumolog, endocrinolog, psiholog, asistent social etc. Pentru noi, a fost mai simplu pentru că lucrăm într-un spital de pediatrie.

Problema de care ne izbim este că ei sunt bine până la vârsta adolescenței, când își dau seama de ce boală suferă. De abia atunci suportul psihologic și emoțional trebuie întărit, dar, de multe ori, părinții sunt obosiți de câte lucruri trebuie să gestioneze.

Cât de importante sunt îngrijirile paliative?

Sunt esențiale pentru copiii cu boli cronice, în general. Cred că sunt multe progrese făcute pe zona de îngrijiri paliative, problema este că trebuie să școlim mai mulți oameni care să răspundă corect și adaptat nevoilor pacientului. Pacienții sunt nevoiți să meargă într-un loc la kinetoterapie, în altul la logopedie, la terapie ocupațională și la multe altele. Când sunt nevoiți să plimbe copiii în atâtea locuri în fiecare zi, părinții sunt epuizați, pe când dacă ar avea un loc în care să le poată face pe toate, ar avea alt acces la astfel de servicii. De multe ori, părinții renunță la a duce copiii în fiecare zi la kinetoterapie, pentru că realmente nu pot face acest lucru.

În 2010 ați înființat, alături de medici și de asistente medicale, Asociația Neurocare. Care a fost motivația?

Logo-ul nostru este „Fii alături de noi pentru viață!”. Noi dăm, în felul nostru, așa modest, câteodată, acces la viață oamenilor. Tinerii de la noi din secție pot pleca la congrese, conferințe, unde se specializează, învață tehnici noi pe care le aplică tot în beneficiul pacienților. Suntem toți voluntari în asociație și încercăm să găsim soluții atunci când pare că sistemul nu are.

Aveți proiecte și cu asociațiile de pacienți/de părinți?

De când am înființat această asociație, milităm pentru a-i organiza pe părinți în asociații, pentru că ei reprezintă o forță și o voce. Asociațiile de părinți reușesc să determine o schimbare pentru că au propriile lor povești de viață și nu pot fi bănuite de nimic altceva decât de dorința de a-și vedea copiii sănătoși. 📌

➤ **Interviu cu prof. dr. Liana Gheorghe,**
medic primar gastroenterolog, Institutul Clinic Fundeni

„Primul venit, primul servit”

„PROTOCOLUL CARE A FOST ELABORAT DE CĂTRE COMISIILE MINISTERULUI SĂNĂTĂȚII ȘI CNAS ESTE UN PROTOCOL IMPERFECT, CU RESTRICȚII, NECLARITĂȚI, AMBIGUITĂȚI CARE AU GENERAT TEAMA DE A PRESCRIE ÎN RÂNDUL POTENȚIALILOR MEDICI PRESCRIPTORI, ÎNDEOSEBI DIN CENTRE MAI MICI, FĂRĂ EXPERIENȚĂ.” DE ROXANA MATICIUC

➔ **În specialitatea dumneavoastră, care sunt principalele probleme cu care se confruntă sistemul de sănătate românesc și ce se poate face din punctul de vedere al politicilor de sănătate?**

Sunt în mod cert câteva direcții clare în care se poate opera mai bine. Una dintre aceste direcții este domeniul infecțiilor virale B, C și D. Organizația Mondială a Sănătății a lansat o strategie, ambițioasă privind eliminarea la nivel mondial a infecțiilor virale B, C, și D. Este un proiect global de macro-eliminare la care fiecare țară trebuie să-și aducă contribuția printr-un proiect de țară de micro-eliminare. Sunt țări care și-au stabilit deja o strategie națională pentru atingerea acestui deziderat până în 2030, altele în care acest proiect este în construcție; din păcate, România nu este nici în prima și nici în a doua categorie. În România avem una dintre cele mai mari rate de prevalență a infecțiilor virale C, B și D din Europa. Cu toate acestea, avem la îndemână tratamente antivirale care pot elimina infecția virală C cu o rată de succes de 97-100% în 12 săptămâni sau pot controla prin administrare pe termen lung hepatita B, eliminând astfel o sursă de mortalitate importantă din societatea românească. Tratănd un număr mare de pacienți infectați, chiar dacă pe termen scurt costurile sunt însemnate, pe termen lung vom obține un câștig economic formidabil prevenind progresia către stadiile

terminale ale bolilor hepatice – ciroza hepatică și cancerul hepatic a căror terapie costă cu mult mai mult. Eradicarea sau controlul viral la nivel individual este de natură să conducă la controlul transmiterii infecțiilor în societate. O altă direcție în care avem nevoie de o politică sanitară articulată este screeningul populațional pentru infecțiile virale B, C și D și tratarea imediată a pacienților depistați pozitiv.

Ce le-ați spune medicilor din țară care, atunci când întâlnesc situații ieșite din tiparul protocolului, nu mai prescriu tratament pacienților de frica unor controale ulterioare?

Protocolul care a fost elaborat de către comisiile Ministerului Sănătății și CNAS este un protocol imperfect, cu restricții, neclarități, ambiguități care au generat teama de a prescrie în rândul potențialilor medici prescriptori, îndeosebi din centre mai mici, fără experiență. De exemplu, în protocolul de evaluare a pacientului pre-tratament figurează investigații costisitoare, pe care multe dintre spitalele din țară nu le fac și care, mai mult, nu schimbă decizia terapeutică. Aceste investigații, repet, fără nicio utilitate în decizia terapeutică (pacientul primea tratament indiferent dacă ele erau pozitive sau negative), ar fi trebuit plătite de către pacient. Mulți doctori, de jenă, renunțau să le sugereze acest lucru pacienților și chiar dacă pacientul respectiv, din punctul meu de vedere, se califica perfect și merita să fie tratat și vindecat,

mulți dintre colegii noștri refuzau să se implice în recomandarea tratamentului. Din acest motiv insist și recomand ca **aceste protocoale să fie revizuite, clarificate și aliniate protocoalelor europene.** Aceste protocoale nu ar trebui elaborate de niște comisii ci de către societățile profesioniștilor în domeniu, astfel încât să nu mai conțină recomandări controversate, inutile și costisitoare și, uneori, în disonanță cu recomandările societăților internaționale.

Având în vedere că au fost discuții multiple privind costul tratamentului, exemple de pacienți care fără recomandarea medicului și-au luat tratamente din India sau exemplul vecinilor noștri din Republica Moldova care tratează cu generice, pentru noul contract cvr, care ar fi soluția?

Nu banii au fost problema pentru aceste derapaje. Gândiți-vă că am tratat în contractul anterior aproape 7.000 de pacienți, iar în contractul actual, 12.000



„O ASTFEL DE
SCHIMBARE POLITICĂ
VA OPRI COMENZILE
DE GENERICE DIN
REPUBLICA MOLDOVA,
INDIA, BANGLADESH
ETC. PENTRU
SUME ÎNTRE 1.000 ȘI
2.000 DE EURO.”

de pacienți. Deci nu costul este problema, ci gândirea acestor protocoale. Politica noastră contractuală a fost una restrictivă. Prin legislația cost-volum- rezultat am fost forțați să alegem un singur regim terapeutic care nu întotdeauna se potrivește tuturor pacienților. În al doilea rând, absolut inechitabil, terapia a fost

restrânsă la pacienții cei mai bolnavi (cu gradele F3, F4 de fibroză, adică preciroză și ciroză). Pacienții neeligibili pentru tratament ne adresează frecvent întrebarea „adică nu sunt suficient de bolnav, trebuie să aștept să am ciroză, F2 nu este suficient?”. Ce să îi răspund? Eu trebuia să îi răspund, nu cei care au decis lucrul acesta, ceea ce este din nou incorect. Prin urmare, ar trebui ridicate restricțiile și toți pacienții să fie tratați pe criteriul „primul venit, primul servit”.

O astfel de schimbare politică va opri comenzile de generice din Republica Moldova, India, Bangladesh etc. pentru sume între 1.000 și 2.000 de euro. Aceste generice sunt aduse prin import personal, neoficial, iar mulți pacienți și le procură fără aviz și fără investigațiile medicale necesare. De aici ia naștere un enorm pericol, al rezistenței virale, greu sau imposibil de tratat.

Care este modelul unui stat european pe care ne-am dorit să îl urmăm?

Modelul cel mai liberal în Europa este reprezentat de două țări: Franța și Germania: toși pacienții infectați și viremici sunt tratați imediat și toate medicamentele aprobate FDA și EMA sunt disponibile și rambursate.

A fost mereu o dispută: gastroenterologi sau infecționiști. Până la urmă, cine ar trebui să îi trateze pe bolnavii care au hepatita C?

Situația este foarte diferită în variate țări. În România, atât gastroenterologii, cât și infecționiștii au drept de prescripție. Infecționiștii privesc tratamentul ca pe unul de eliminare virală, gastroenterologii se adresează complexității bolii, în special în formele avansate de boală hepatică datorate infecțiilor virale. Având în vedere că până acum în România s-au tratat în special formele foarte severe de boală cu probleme specifice (complicații, referarea pacienților pentru lista de transplant hepatic, profilaxia sângerării variceale, programe de supraveghere pentru cancer etc.) mi s-a părut corectă recomandarea ca pacientul cu ciroză decompensată să fie tratat de specialistul gastroenterolog, cu experiență în acest domeniu. În rest, toți ceilalți pacienți, cu grade de fibroză sub-ciroțice, poți fi tratați atât de gastroenterolog, cât și de către infecționist. Mai mult, eu aș vedea chiar lărgirea numărului centrelor care pot trata acești pacienți (deocamdată suntem limitați la câteva centre din țară). După eradicarea infecției virale C pacienții cu fibroză ușoară sau moderată pot rămâne în grija anuală a medicului de familie. Se discută, în anumite state din SUA sau în Australia, ca **medicul de familie să poată prescrie aceste tratamente pentru Fo, F1 și F2.** Din toate punctele de vedere ar fi mai bine să se întâmple acest lucru, însă nu știu dacă la noi în țară medicul de familie și-ar putea lua și această răspundere având în vedere, mai ales, interacțiunile medicamentoase ale antiviralelor la persoanele în vârstă, cu numeroase comorbidități și comedicații (așa cum este populația infectată cu virus C în România). ❏

INTERVIUL COMPLET
POATE FI CITIT PE

www.politicidesanatate.ro

TÎRGU MUREȘ ARE PRIMUL ȘI SINGURUL CENTRU DE SIMULARE MEDICALĂ ACREDITAT INTERNAȚIONAL DIN ROMÂNIA

„Simularea medicală este o tehnică de învățare, nu o expoziție de tehnologie”

DE ROXANA MATICIUC

În cadrul Universității de Medicină și Farmacie (UMF) Tîrgu Mureș, aveți Centrul de Simulare și Abilități Practice, primul și singurul centru acreditat internațional din România. Care sunt dotările acestui centru și cum ajută el studenții la medicină?

Centrul de Simulare și Abilități Practice din cadrul UMF Tîrgu Mureș a fost înființat în anul 2012, cu scopul de a crea noi oportunități de învățare pentru studenți în vederea dezvoltării abilităților practice folosind simulatoare medicale. Centrul este organizat în trei departamente: „Basic Skills”, „Medical Simulation” și „Pacient standardizat”, dispunând de peste 40 de simulatoare medicale de bază care reproduc fidel corpul uman. Astfel, studenții exersează manevrele medicale până ajung să le execute corect. Peste 17.000 de studenți au fost instruiți, de la înființare și până în prezent, în cadrul Centrului desfășurându-și activitatea și disciplina Simulare aplicată în medicină.

În luna decembrie 2017, Centrul de Simulare și Abilități Practice a fost acreditat de către Comitetul de Acreditare Instituțională al Societății Europene de Simulare în Domeniul Medicinii drept centru de pregătire în simularea medicală în perioada 2018-2022, acesta fiind primul și singurul centru acreditat internațional din România.

Unul dintre obiectivele pe care vi le-ați propus pentru mandatul 2016-2020 este o strategie de reformă curriculară stabilită în baza planului

strategic de dezvoltare a Universității. Ce presupune, punctual, această strategie? Ați început implementarea ei?

Planul managerial al mandatului 2016-2020 stă sub semnul „Viziunii și acțiunii”, un obiectiv strategic extrem de important fiind reforma curriculară de substanță în învățământul medico-farmaceutic tîrgumureșean implementată cu succes în Universitate în anul 2016, cu scopul de a schimba metodele educaționale prin promovarea interacțiunii cu studenții, de a standardiza evaluarea și învățarea continuă, precum și de a stimula gândirea clinică și analiza critică.

Anul 2018 este anul în care reforma curriculară se va generaliza la nivelul tuturor programelor de studii, anul în care abordarea formală, acolo unde ea mai există, va fi înlocuită de schimbările de fond. Până acum, am creat o serie de mecanisme administrative, am început și vom continua să lucrăm la reinstruirea tuturor cadrelor didactice, dar în paralel se impun evaluarea și revizuirea în detaliu a conținutului procesului de învățământ, pentru a-l face cu adevărat adecvat fiecărui program de studiu și în consens cu realitățile actuale ale nevoii de cunoaștere pe care le au profesiile medico-farmaceutice.

Care sunt proiectele prioritare ale acestui mandat?

Alături de reforma curriculară, internaționalizarea Universității reprezintă un alt obiectiv strategic, iar deschiderea internațională nu se referă doar la relația cu studenții internaționali sau la relațiile cu studenții și cadrele didactice din cele 91 de universități partenere, ci și la atragerea

unui număr cât mai mare de profesori performanți din universități mari din străinătate, care să lucreze pe termen lung la UMF Tîrgu Mureș.

La nivel național, ERASMUS+ reprezintă programul cu cel mai mare succes, Universitatea noastră situându-se pe prima poziție între universitățile de medicină și farmacie din țară în ceea ce privește atragerea de fonduri pentru mobilități internaționale. Anual, circa 400 de studenți pleacă cu burse ERASMUS în Germania, Franța, Belgia, Italia, Spania, Portugalia, Ungaria, Turcia, Polonia.

În luna ianuarie 2018, am avut o întâlnire cu ministrul afacerilor externe al României, domnul Teodor-Viorel Meleşcanu. Discuțiile s-au axat pe identificarea modalităților concrete de colaborare între cele două instituții, în vederea încurajării multiculturalismului și multilingvismului în lume și a promovării unei educații în spiritul înțelegerii interculturale. Recentul parteneriat cu Ministerul Afacerilor Externe, singurul de acest fel la nivel național, va transforma Universitatea într-un actor important și pe plan diplomatic, în susținerea concretă a intereselor României la nivel global.

Există, la nivel de universitate, o corelare practică între numărul de locuri la anumite specialități medicale și cererea/nevoia din spitalele și clinicile din țară?

Unul dintre cele mai importante atuuri ale UMF Tîrgu Mureș în privința rezidențiatului îl reprezintă oportunitatea oferită studenților de a-și continua pregătirea în specialitate, în



Interviu cu prof. univ. dr. Leonard Azamfirei, rectorul UMF Tîrgu Mureș

centrul universitar Tîrgu Mureș existând aproximativ 1.600 de rezidenți care se pregătesc în 44 de specialități medicale.

În 2017, UMF Tîrgu Mureș a fost desemnată centru universitar național responsabil de elaborarea subiectelor de concurs pentru cei peste 6.800 de absolvenți ai facultăților de medicină, medicină dentară și farmacie, fapt ce a reprezentat, pe de-o parte, o formă de recunoaștere a rezultatelor academice și de cercetare la nivelul universităților de profil din țară și, pe de altă parte, o responsabilitate extrem de mare asumată de Universitate, întregul proces desfășurându-se, cu contribuția celorlalte centre medicale tradiționale, în condiții de securitate ridicate. În centrul universitar Tîrgu Mureș, s-au înscris la concurs aproximativ 600 de candidați. La

nivel național, au fost scoase la concurs aproape 4.000 de locuri și posturi.

Care este profilul ideal al studentului la medicină? Cât la sută dintre studenții mai corespund acestui ideal?

În anul 2017, cei aproximativ 1.600 de candidați la UMF Tîrgu Mureș au trecut printr-o admitere dificilă și diferită, cu întrebări la prima vedere, care le-a pus la încercare nu doar cunoștințele, ci și capacitatea de integrare a informațiilor și puterea de sinteză. De altfel, UMF Tîrgu Mureș are o bibliografie de admitere la biologie diferită de celelalte centre universitare, înlocuind manualele clasice de biologie cu un textbook utilizat la admiterea în universitățile din SUA, acesta cuprinzând, alături de informațiile specifice de anatomie și fiziologie,

noțiuni de biochimie, biofizică, biologie celulară, genetică, prezentate într-un mod integrativ.

Programul de studiu Medicină, linia română, a înregistrat în ultimul an cea mai mare concurență dintre universitățile mari de medicină din țară, calculată după numărul de candidați raportat la numărul de locuri bugetate, și anume 4,23 candidați pe un loc. Astfel, a crescut dificultatea admiterii și, în același timp, a crescut calitatea celor admiși la UMF Tîrgu Mureș. ■

**INTERVIUL COMPLET
POATE FI CITIT PE**

www.politicidesanatate.ro

🗣️ **Interviu cu dr. Adriana Nica, manager Spitalul Universitar de Urgență București**

Transplant medular la SUUB

DE ROXANA MATICIUC

Aveți deja mai bine de un an de când sunteți la conducerea Spitalului Universitar de Urgență. Cu ce vă mândriți până acum?

De când am preluat conducerea Spitalului Universitar de Urgență București, de la 1 februarie 2017, am încercat, împreună cu colegii mei, pentru că niciodată nu poți să faci nimic de unul singur, să aducem normalitatea în acest spital, în sensul că ne-am axat pe standarde de calitate atât pentru personal, cât și pentru pacienți. Fiecare pacient primește un chestionar în care își exprimă satisfacția sau insatisfacția cu care a fost tratat în spitalul nostru. Din fericire pentru noi, numărul chestionarelor nesatisfăcătoare este undeva foarte jos, ca scală, și chiar mă pot mândri cu această realizare.

Conduceți un spital universitar care pregătește mii de studenți. Care este efortul financiar pe care îl face spitalul pentru acest lucru și cât de mari sunt eforturile pe care le depuneți dumneavoastră, medicii?

Facem eforturi, într-adevăr, pentru că atât studenții, cât și rezidenții beneficiază de intensă atenție a unui cadru universitar. Neavând responsabilitatea actului medical, ei nu pot face nimic fără supraveghere, iar noi, cadrele didactice, alocăm mai mult de 10% din timpul nostru din spital activității cu studenții și cu medicii rezidenți. Gândiți-vă că pentru noi, ca medici specialiști sau primari, sunt suficiente unul sau două teste ca să ne putem face o idee asupra unui diagnostic. În cazul lor însă, ca să îi ajutăm să înțeleagă, să poată să pună un diagnostic și să facă în același timp un diagnostic diferențial facem mai multe analize medicale, de sânge, radiologice, iar acestea se traduc în costuri. Deci costurile există.

Care sunt nevoile acestui spital, având în vedere că este și unul de urgență?

Fiind spital de urgență și localizat oarecum în centrul orașului, adresabilitatea este extrem de mare. Dacă la început spitalul deservea populația din sectoarele 5 și 6, pe măsură ce anii au trecut și spitalul s-a modernizat, s-a perfecționat, s-a mărit, adresabilitatea este din ce în ce mai mare.

Din păcate, în România lipsește adresabilitatea către medicina de familie și către medicina de ambulator. Pacienții nu au decât un pol de adresabilitate: spitalul de urgență, fie că vorbim despre Universitar, Floreasca, fie de alte spitale. Evident că și costurile sunt mai mari, pentru că trebuie să avem mai multe linii de gardă, iar cheltuiala cu activitatea medicală este mare.

Din fericire pentru noi, spitalul dispune de acțiuni prioritare susținute de Ministerul Sănătății pe anestezie și terapie intensivă, sunt Programele Naționale susținute de CASMB (boli neurologice, pe dializă cronică, prematuri și malnutriți, boli cardiovasculare etc.). În luna decembrie, față de luna noiembrie, fondul de salarii a crescut cu 50% numai din cauza faptului că sărbătorile au fost în timpul săptămânii și au fost plătite dublu, plus zilele de sâmbătă și duminică, plătite și ele dublu. Crescând numai salariile, fără a crește și tariful pe caz rezolvat și pe procedură de la CASMB, s-a creat un dezechilibru, însă noi sperăm că de anul acesta Casa Națională va ține cont de creșterea salarială și va crește TCP-ul.

Salut inițiativa Ministerului Sănătății de a cumpăra CT și RMN pentru spitalele județene. Noi sperăm ca în felul acesta să nu mai primim atât de multe solicitări din teritoriu pentru a efectua investigații imagistice de felul acesta, iar pacienții respectivi să

fie investigați și tratați acolo, la nivelul spitalelor județene, de către colegii noștri, astfel încât la noi să ajungă doar cazurile extrem de grave și nu cazuri cărora noi să le punem mai întâi un diagnostic.

Care sunt proiectele și investițiile pe care le-ați planificat pentru acest an?

Îmi doresc să redeschid blocul operator central de la etajul al doilea, pentru ca activitatea chirurgicală să se desfășoare doar acolo și nu pe fiecare etaj, așa cum se întâmplă acum. Secția de terapie intensivă este la etajul al doilea, în prezent sălile de operație sunt de la etajul al treilea în sus și este foarte greu să ai control asupra pacienților din terapie intensivă, care nu trebuie lăsați nesupravegheați.

Lipsește buncărul pentru radioterapie

O altă problemă ar fi că noi avem o secție de chimioterapie, dar nu avem radioterapie. Există niște fonduri acordate prin OUG pentru construirea unui buncăr de radioterapie, pentru că sunt bolnavi cu diverse afecțiuni neoplazice care necesită atât radioterapie, cât și chimioterapie și este neplăcut să îi trimitem într-un alt centru. A fost făcut un proiect tehnic, dar licitația a fost anulată. Când am preluat mandatul de management, am vrut să văd despre ce este vorba și am găsit multiple omisiuni în caietul de sarcini. În plus, mai avem două probleme: una este legată de traseul apelor contaminate, iar a doua este că nu aveam suficientă putere electrică la nivelul spitalului. Acum, proiectul este în faza de reactualizare și avem un parteneriat cu cei de la Universitatea Tehnică de Construcții.

Îmi doresc, de asemenea, să pot dota cu aparatură medicală și cu paturi o aripă a spitalului care a fost supusă unui amplu proces de renovare și consolidare și care este făcută mai mult în stil hotelier, iar atunci probabil că o



să avem și câteva saloane ca în străinătate, unde, cu avizul consiliului de administrație, putem să introducem și o taxă, în acest fel crescându-ne și veniturile proprii. Bineînțeles că vorbim doar de câte o rezervă de acest fel pe fiecare etaj, nu în toată aripa, dar acolo vor fi saloane cu două, maximum trei paturi pentru spitalizarea pacienților.

Centru pentru cancerul de sân

Există, de asemenea, un centru pentru cancerul de sân în cadrul Spitalului Universitar și ne dorim cât mai repede să obținem avize de la DSP pentru transplantul de măduvă osoasă în cadrul secției de hematologie.

Cine este Adriana Nica?

Mi-am dorit să fac medicină de când eram foarte mică. Funcția de manager poate să vină și să treacă. În primul rând, sunt medic primar ATI, sunt cadru didactic la UMF „Carol Davila” București. Din postura de manager, vreau să fac lucruri pe care unii dintre colegii mei poate și-au dorit să le facă și n-au reușit, poate nu s-au gândit la ele, astfel încât să pot spune cu mândrie, peste câțiva ani, că acest lucru s-a făcut în perioada în care eu, împreună cu echipa mea managerială, am fost la conducerea Spitalului Universitar.

Ce lipsește din sistemul sanitar, la nivel de țară?

Cu siguranță centrele de paliativitate pentru bolnavii aflați în stadiu terminal al bolii. Datorită faptului că suntem spital de urgență, aici ajunge un număr mare de pacienți, unii dintre aceștia sunt cu boli cronice în stadiu final, iar decompensarea acestora i-a adus în spital. Din păcate pentru astfel de pacienți, nu se mai poate face aproape nimic. Fiind la capătul resurselor, ei sunt intubați, sunt cuplați la ventilatorul mecanic și nu mai pot fi niciodată decuplați de la acesta până când, fiziologic, viața lor s-a încheiat. Acești bolnavi ar trebui internați în niște centre speciale de paliativitate și nu într-o secție de terapie intensivă a unui spital de urgență. 📌

**INTERVIUL COMPLET
POATE FI CITIT PE**

www.politicidesanatate.ro



U Interviu cu
dr. Carmen
Orban, manager
al Institutului
Clinic Fundeni

„Deja simt un boicot la nivel administrativ”

DACĂ ÎN SISTEMUL DE SĂNĂTATE PERSONALUL MEDICAL ÎȘI AȘTEAPTĂ LEFURILE MĂRITE, COLEGII LOR, ANGAJAȚI TESA, PAR SĂ BOICOTEZE ACTIVITATEA DIN SPITALE, MAI ALES CĂ MULȚI DINTRE EI PRIMESC MINIMUL PE ECONOMIE DUPĂ MAI BINE DE ZECE ANI DE MUNCĂ. ÎN TIMP CE MULȚI MANAGERI EVITĂ ACEST SUBIECT, MANAGERUL SPITALULUI FUNDENI, CARMEN ORBAN, ÎL ADUCE PE AGENDA DEZBATERILOR URGENTE, SPUNÂND CĂ ATUNCI CÂND NU AI LA DISPOZIȚIE TOT CE ÎȚI TREBUIE PENTRU UN ACT MEDICAL CORECT, ÎNSEAMNĂ PROSTITUȚIE MEDICALĂ. CARE SUNT SOLUȚIILE, ÎN INTERVIUL URMĂTOR. DE ROXANA MATICIUC

Din punctul de vedere al fondurilor alocate spitalelor, cum apreciați situația în momentul de față?

A fi manager în ziua de astăzi este o provocare aproape de inconștiență, pentru că bugetele nu au crescut, dar au crescut sporurile salariale, care trebuie să fie susținute tot din bugetele spitalelor. Noi, aici, facem o medicină ultraperformantă, iar costurile sunt foarte mari,

ca atare este un mers pe sârmă din partea echipei manageriale pentru a păstra un echilibru într-un act medical corect, atât din perspectiva pacientului, cât și din perspectiva personalului medical.

Dacă a fi manager la stat este în mare parte un risc asumat, ar putea fi mediul privat o soluție alternativă bună?

Aici trebuie să luăm în calcul două aspecte. În ceea ce mă privește, cred că valoarea și experiența mea managerială în acest spital de stat greu ar aduce beneficii imense în privat, iar pentru mine ar fi o mare provocare. Cred că toată experiența acumulată, plus dorința mea de a face ceva ultraperformant, ultramodern și ultracorect, într-un final se va concretiza în ceva extraordinar de profitabil. Dacă privim, în schimb, aspectul global, adică diferența între medicina de stat și medicina privată, cred că întotdeauna lucrurile trebuie să meargă în paralel. Aș da un exemplu banal: decât cozi imense la radioterapie în spitalele de stat și riscuri de morți iminente la pacienții grav bolnavi, mi se pare normal ca privatul să dezvolte centre de radioterapie ultramodern și să preia cât mai mulți bolnavi, astfel încât fiecare pacient să aibă dreptul la sănătate.

Un alt aspect esențial: dacă există proceduri medicale care se fac la noi în țară numai în sistem privat, mi se pare corect ca statul să ofere posibilitatea privatului să trateze acești pacienți, în loc să îi trimitem în altă țară pe baza celebrului formular.

Care sunt proiectele care vă fac să spuneți că încă aveți lucruri de spus în acest spital?

Beneficiem în curtea acestui institut de două blocuri de locuințe pentru medici rezidenți, pe care institutul le-a căpătat într-o stare deplorabilă. Aș dori ca prin diverse forme, fie fonduri europene, fie chiar un teledon, să reușesc să reabilitez acele blocuri, astfel încât rezidenții spitalului să aibă un ajutor și să se poată simți aproape de spital. Cred că, în acest fel, dezvoltarea lor ca medici specialiști și medici primari va fi mult mai bună.

Avem, de asemenea, câteva proiecte mari cu Banca Mondială, extrem de importante pentru profilul spitalului, dar mai ales pentru pacienții care se adresează acestui spital, proiecte care sunt accesate și care sper ca anul acesta și anul viitor să se finalizeze. Unul dintre ele se referă la o extindere a secției de te-

rapie intensivă cu un departament foarte mare de ATI pentru insuficiență hepatică. Cu toții știm că, la nivel național, deși Institutul Clinic Fundeni beneficiază de trei secții de terapie intensivă mari, ele sunt permanent „colmate” și facem cu greu față tuturor solicitărilor. Mai mult, problema majoră este faptul că post-operatorul este tot timpul plin, motiv pentru care și programul operator este mult

pe partea de achiziții, cred că aș fi managerul-rachetă, cred că aș putea să conduc cinci spitale deodată și chiar aș fi mult mai liniștită.

Personalul administrativ are o mare frustrare că muncește foarte mult și nu câștigă pe măsură. Sunt lucruri care în scurt timp se vor răsfrânge asupra noastră, a conducerii spitalului, iar pe termen lung, lucrurile se răsfrâng asupra per-

„EU NU AM FOST NICIODATĂ AFILIATĂ POLITIC, ÎN CIUDA TUTUROR VORBELOR SAU DORINȚELOR UNORA SAU ALTORA, DAR ÎNTOTDEAUNA AM PRIMIT FELICITĂRI.”

diminuat în fiecare zi. Un alt proiect imperios este acela de a construi un spital nou pe platforma Fundeni.

Aveți un punct de vedere din partea Ministerului Sănătății în această privință?

Cred că autoritățile au înțeles urgența acestui demers și cred că vor căuta soluții. Nu am întâmpinat un răspuns negativ, dimpotrivă, toată lumea a părut atentă la ceea ce spun și dornică să găsească soluții potrivite. Îmi place să cred că atunci când am semnalat ceva, toți factorii decidenți, indiferent de culoarea politică, au înțeles că niciodată nu am exagerat și că este o problemă care, mai devreme sau mai târziu, se va dovedi gravă. Ca atare, de obicei, am primit răspunsuri pozitive.

Din punctul de vedere al politiciilor de sănătate, ce ați schimba, ce ați completa pentru ca sistemul medical să meargă spre mai bine?

Aspectul îngrijorător pe care vreau să îl subliniez, odată cu creșterea salarială, este faptul că personalul TESA nu a avut parte de creșteri salariale, ca atare, eu deja simt un boicot la nivel administrativ. De fiecare dată când mă interesez la administrativ din ce motiv nu s-a terminat o licitație sau de ce nu avem „X” lucru, întotdeauna mi se spune că au foarte mult de lucru, că nu fac față, în condițiile în care le-am pus la dispoziție absolut tot ce și-au dorit. Acest domeniu administrativ, din punctul meu de vedere, este cel mai periculos. Dacă mie, ca manager, mi-ar lua cineva de pe cap răspunderea

sonalului medical și asupra pacientului, pentru că **degeaba ești un medic foarte bun, degeaba te chinui să gestionezi lucrurile corect, dacă nu ai cu ce lucra. Deci atât timp cât nu ai la dispoziție tot ce îți trebuie pentru un act medical corect, înseamnă prostituție medicală, lucru cu care eu nu am fost niciodată de acord.**

În România de astăzi, avem o listă lungă cu manageri de spitale numiți politic. Dumneavoastră rezistați de mulți ani în această funcție. Sunteți sau ați fost susținuți politic?

Nu, eu nu am fost niciodată afiliată politic, în ciuda tuturor vorbelor sau dorințelor unora sau altora. Mai mult decât atât, de fiecare dată când a fost un partid politic nou la conducere, nu m-am simțit dorită, dar de fiecare dată când a plecat persoana respectivă de la conducerea ministerului, întotdeauna am primit felicitări. Nu am avut afiliere sau susținere politică vreodată, dar, pe de altă parte, nici nu mi-au făcut ceva vreodată. Cred că știți că, la nivel de minister, managerul are un contract de management cu ministrul Sănătății și se fac niște evaluări anuale. De fiecare dată, am luat punctajul maxim, indiferent că sunt sau nu persoană agreeată sau agreeabilă. Important este să îmi fac treaba. ■

**INTERVIUL COMPLET
POATE FI CITIT PE**

www.politicidesanatate.ro

➔ **Interviu cu dr. Bogdan Fănuță, managerul Spitalului Județean Craiova**

„Legea achizițiilor publice afectează sistemul sanitar”

SPITALUL JUDEȚEAN DE URGENȚĂ (SJU) CRAIOVA ESTE UNITATEA MEDICALĂ CU CEL MAI MARE NUMĂR DE PATURI LA NIVEL NAȚIONAL. APROXIMATIV 72.000 DE PACIENȚI PE AN SUNT TRATAȚI AICI. UN ADEVĂRAT FURNICAR. SPITALUL DEȚINE TOATE SECȚIILE PE CARE LE POATE AVEA O UNITATE MEDICALĂ. AICI SUNT TRIMISE CAZURILE CELE MAI GRAVE DIN TOATĂ OLȚENIA ȘI TOT AICI MULTE DINTRE PROBLEME ÎȘI AȘTEAPTĂ REZOLVAREA. CLINICA DE CHIRURGIE CARDIOVASCULARĂ ȘI CARDIOLOGIE INTERVENȚIONALĂ URMEAZĂ SĂ ÎȘI DESCHIDĂ UȘILE ÎN APROXIMATIV O LUNĂ. ÎNTRE TIMP, SE LUCREAZĂ ȘI LA EXTINDEREA UNITĂȚII DE PRIMIRI URGENȚE (UPU). IAR DE CURÂND, MINISTERUL SĂNĂTĂȚII A FĂCUT AICI INVESTIȚII-RECORD ÎN APARATURĂ MEDICALĂ. DR. BOGDAN FĂNUȚĂ, MANAGERUL SPITALULUI JUDEȚEAN CRAIOVA, VORBEȘTE DESPRE CE A ÎNSEMNAT RENOVAREA ÎNTREGULUI SPITAL, DAR ȘI DESPRE PROBLEMELE DE CARE MEDICII ȘI PACIENȚII SE LOVESC ÎN CONTINUARE. DE ANA MARIA PREDILĂ

SJU Craiova este cel mai mare spital monobloc din țară și, inevitabil, un spital greu de manageriat. Care au fost cele mai mari provocări în cei patru ani de mandat?

Este cel mai mare spital din țară. Are 1.600 de paturi. Media externărilor este de aproximativ 6.000 de pacienți pe lună. Sunt aproape 10.000 de spitalizări de zi în fiecare lună și 400 de prezențări zilnice în UPU. Sunt foarte multe provocări. Cea mai mare provocare a fost realizarea unor condiții hoteliere decente pentru pacienți. De cele mai multe ori, nemulțumirile pacienților nu au fost legate de lipsa unor medicamente sau de amânarea unor intervenții chirurgicale, ci de condițiile hoteliere. De aici au pornit primele provocări ale mandatului meu de patru ani.

Ce ați reușit să faceți, din acest punct de vedere?

Lucrurile se pot vedea acum. A fost făcută renovare în spital, așa cum nu

fusesse niciodată. Au fost luate toate secțiile, la rând, au fost renovate grupurile sanitare, schimbate caloriferele. Totul s-a schimbat. Niciodată nu se făcuse o renovare pe fiecare secție. Acum, după trei ani și jumătate, încă se lucrează, sperăm ca până la sfârșitul acestui an să terminăm cu totul. O altă provocare a fost construcția și dotarea cu aparatură a Centrului de cardiologie intervențională și chirurgie cardiovasculară. Știm bine ce înseamnă să iei un pacient cu infarct miocardic, să îl pui în elicopter și să îl trimiți la București sau în alte centre universitare, când starea lui este foarte gravă și fiecare minut contează. De aceea, construcția acestei clinici în Craiova este foarte importantă. În urmă cu două săptămâni, a fost făcută recepția clădirii. În curând, vom obține toate autorizațiile, iar clinica va putea deveni funcțională.

Se lucrează și la extinderea UPU. Care o să fie schimbarea, pentru medici și pentru pacienți?

Acum, UPU funcționează pe mai puțin de 800 de metri pătrați. Fiind cea mai mare unitate de primiri urgențe din țară, și-a dovedit ineficiența din punctul de vedere al circuitelor. Nu este suficient spațiu. Sunt pacienți care stau cu orele în Urgență, pentru că nu avem cum să îi primim. Acum, se lucrează la extinderea UPU cu încă 3.600 de metri pătrați. Pe lângă aceste spații, se fac și un bloc operator de urgență, două săli de operație, care vor prelua toate urgențele, astfel încât să se intervină cât mai repede. Lucrările ar trebui să fie gata, cu totul, anul viitor.

Una dintre cele mai mari nemulțumiri ale pacienților este legată de aglomerația și de timpul îndelungat de așteptare din UPU. Peste 55% la sută dintre pacienții care se tratează la SJU Craiova sunt urgențe. Ce rezolvare ar putea exista?

Există o problemă în toată țara, din acest punct de vedere. Problema este că una este o urgență medicală reală și alta consideră pacientul că este urgență.



Niciodată o urgență precum un infarct miocardic, un edem pulmonar sau o plagă înjunghiată nu o să aștepte cu orele. În acele cazuri, se intervine imediat. Atunci când e un accident cu trei-patru victime, toți medicii din UPU se ocupă de asta. Însă toți pacienții (cu durere de cap, tensiune) vor să fie văzuți imediat. Bolnavii trebuie să înțeleagă că și medicii sunt oameni. Dacă ar exista mai multă înțelegere din partea tuturor, atât medici cât și pacienți, lucrurile ar putea merge mai bine.

Anul trecut, spitalul a primit sume-record de la Ministerul Sănătății pentru dotarea cu aparatură. În ce secții au fost făcute dotări?

Anul trecut, s-a început cu o finanțare de la Consiliul Județean Dolj de aproximativ 9 milioane de lei. Din acești bani, a fost achiziționat angiograful pentru Clinica de cardiologie intervențională și chirurgie cardiovasculară și a fost realizată dotarea cu paturi și alte echipamente necesare clinicii. Pe lângă această finanțare, am mai primit bani de la MS – 19 milioane de lei – bani care au fost investiți, în special, în secțiile de terapie intensivă. Aici nu se mai investește de foarte mult timp, făceam față cu greu nevoilor, din punctul de vedere al aparaturii. Acum, suntem capabili să tratăm cum trebuie pacienții. Am adus și opt aparate de anestezie noi. Am adus și

două CT-uri noi, un RMN. S-a lucrat la extinderea clădirii în care se află morga, prosectura și s-au adus echipamente. S-au făcut investiții în centrala electrică a spitalului. Consiliul Județean a investit cam 18 milioane de euro.

Am înțeles că SJU Craiova are, în medie, 6.000 de pacienți externati pe lună. Dintre aceștia, CAS decontează banii doar pentru 4.000. Practic, aceeași sumă de bani se împarte la toți pacienții care sunt tratați în spital. Cum se răsfrânge asta asupra pacienților?

Este o mare problemă a sistemului. Pacienții nu pot fi refuzați la internare. Există în legislație posibilitatea programării, dar este complicat. Noi acum avem terminate programările pentru CT, RMN pentru următoarele șase luni. Gândiți-vă ce înseamnă să aștepte atât un pacient. Practic, noi tratăm lunar în jur de 1.500 de pacienți pentru care nu primim bani și, ca să îi putem trata, consumăm din fondurile alocate pentru ceilalți pacienți. Din această cauză, scade calitatea actului medical. Din 2.000 de lei, cât primim pentru un pacient, 70% sunt cheltuieli de personal. De aici, apar probleme în ceea ce privește partea de aprovizionare. Acum, ni se invalidează unele servicii medicale pentru că pacienții ajung în Urgență, sunt internați și nu au cardul de sănătate. La externare, nu au cardul. Ce putem să facem, să trimitem pacientul sau aparținătorii acasă, la sute de kilometri?!

În ultimii doi ani, au dispărut multe medicamente din România. Întâlniți probleme în momentul în care faceți achizițiile?

Da. Și în momentul în care nu sunt dispărute de pe piață avem probleme. Legea achizițiilor publice afectează sistemul sanitar. Ce se întâmplă nu e corect, din punct de vedere medical. De exemplu, a apărut un medicament nou pe piață și vreau să îl cumpăr acum, pentru că acum îmi trebuie, iar cea mai rapidă modalitate de a-l achiziționa este negocierea rapidă... asta înseamnă să reușesc să îl cumpăr cel mai devreme în... trei săptămâni. Sistemul achizițiilor publice nu mai trebuie să plece de la ideea că suntem hoți. Cred că trebuie să fie un sistem lax, dar pentru care să răspunzi, să poți să justifici de ce a trebuit să cumperi peste noapte un medicament pentru un bolnav. ☒



Autoritățile și jurnaliștii, alături de pacienți

ZECI DE PACIENȚI VENIȚI DIN TOATĂ ȚARA AU AVUT OCAZIA SĂ STEA DE VORBĂ CU REPREZENTANȚII AUTORITĂȚILOR, ÎN CADRUL CELEI DE-A 4-A EDIȚII A MASTERCLASS ȘCOALA PACIENȚILOR, ORGANIZATĂ PE 16 ȘI 17 FEBRUARIE 2018 DE REVISTA POLITICI DE SĂNĂTATE, ÎN COLABORARE CU „COPAC” ȘI CU ASOCIAȚIA ECHITATE ÎN SĂNĂTATE. DE VALENTINA GRIGORE

În prima zi a evenimentului, care a avut loc la sediul Agenției Naționale a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale, alături de pacienți au fost conf. dr. Diana Loreta Păun - consilier de stat, Administrația Prezidențială, Sorina Pintea - ministrul Sănătății, dr. Alexandru Velicu - președintele ANMDM, Răzvan Vulcănescu - președintele CNAS, conf. univ. dr. Corneliu Florin Buicu - președintele Comisiei pentru Sănătate și Familie din Camera Deputaților, dr. Emanuel Gabriel Botnariu - membru al Comisiei pentru sănătate publică din Senat, Romana Furtună - consilierul ministrului Sănătății pentru relația cu asociațiile de pacienți și ONG-urile, Dan Octavian Alexandrescu - secretar de stat în MS și dr. Vlad Negulescu - șeful Departamentului de Evaluare a Tehnologiilor Medicale din cadrul ANMDM. Reprezentanții autorităților și-au dovedit deschiderea față de problemele cu care se confruntă pacienții din România, oferind, pe alocuri, răspunsuri punctuale la situațiile menționate.

Reprezentanții asociațiilor de pacienți care au participat la prima zi a evenimentului au atras atenția că este nevoie de colaborare, de comunicare și de găsirea

urgentă a unor soluții pentru îmbunătățirea problemelor din sistemul de sănătate românesc.

- **Dan Răican, președintele Asociației Anti-parkinson:** peste 8.000 de bolnavi de Parkinson sunt nevoiți să cumpere un medicament esențial din alte țări. Cum poate fi reintrodus pe piața românească?
- **Gheorghe Tache, președintele Asociației Transplantaților din România:** numărul donatorilor de organe a scăzut dramatic în 2017. Este nevoie de o analiză de fond la Agenția Națională de Transplant, la centrele de transplant și la coordonatorii acestei activități.
- **Iulian Petre, director executiv UNOPA:** în cadrul programului de tratament al HIV/SIDA derulat de MS, anticipăm că în câteva luni vor fi întreruperi în mai multe județe: spitalele nu au bugete și nu pot să facă stocuri de medicamente.
- **Cristian Andriciuc, Federația Asociațiilor Diabeticilor din România:** bolnavii de diabet au la dispoziție un număr prea mic de teste de glicemie; educația terapeutică, pentru care există personal calificat, nu este recunoscută/retribuită ca profesie; medicamente esențiale au dispărut de pe piață din motive de preț; este nevoie de un registru național de diabet.

• **Ileana Ștefan, Asociația Pacienților cu Epilepsie din România:** O problemă majoră sunt medicamentele - accesul la terapiile noi este greu sau deloc, o parte din medicamente a fost retrasă; automat, pacienții au întrerupt tratamentul, starea lor de sănătate s-a deteriorat; în ultimii zece ani, nu am mai avut acces la niciun

medicament inovator în ceea ce privește epilepsia. Avem pacienți care își procură medicamente din banii lor, dar nu toți își pot permite asta.

• **Dragoș Zaharia, Asociația de Scleroză Multiplă din România:** din cauza întârzierii achizițiilor publice, pacienții din Târgu Mureș și Timișoara nu primesc medicamente; sunt doar 11 centre unde se prescrie tratament, iar aglomerația este foarte mare - este nevoie de mai multe centre de tratament.

• **Deși Csaba, APSCO:** trebuie sprijinită asistența psihosocială a bolnavilor de cancer (cel puțin jumătate dintre pacienți au nevoie de asistență psihosocială). Psihologii clinicieni din spitalele publice sunt excluși din rândul personalului medical și nu vor intra în grila de mărire salarială din martie - ce soluții se prevăd pentru aceștia?

• **Ștefan Răduț, ASPTMR:** ne confruntăm cu multe probleme similare cu ale colegilor de la UNOPA. Ce putem face noi, ca asociații de pacienți, să schimbăm mentalitățile profesioniștilor din Sănătate?

• **Rodica Molnar, ASCOTID Târgu Mureș:** tratamentul copiilor insulino-dependenți - nu avem suficienți medici de specialitate în spitale, nu avem medici pediatri pregătiți să facă față acestor copii; trebuie introdus și sistemul modern de tratament prin senzorii de glicemie, pentru 3.600 de copii; ne dorim să facem parte din comisiile de specialitate ale MS, măcar în calitate de observatori.

• **Sorin Grădinaru, Asociația Copilul meu, inima mea:** defectele cardiace la nou-născuți sunt probleme din ce în ce mai des întâlnite - avem undeva la 1.200 de copii care se nasc anual cu astfel de defecte, din care 700 au nevoie de intervenții chirurgicale. 200-300 sunt rezolvate la Târgu Mureș, restul sunt, în general, pe misiuni din străinătate. Unii părinți fac eforturi financiare pentru a pleca în străinătate. De cele mai multe ori, în străinătate aceeași problemă este rezolvată prin tehnici mai puțin invazive și cu mai puține complicații, în timp ce la noi se operează pe cord deschis. Nu putem apela la formularul de la CNAS, deoarece intervenția se poate efectua și la noi, prin altă tehnică, dar cu riscuri mai mari. Cum putem corecta această problemă, vorbind strict din punctul de vedere al Evaluării Tehnologiilor Medicale?

• **Cristina Vlădău, APAN România:** pe scleroză multiplă există, la nivel european, 17 terapii, în România sunt numai 6. Pacienții sunt cam aceiași ca număr, din punct de vedere financiar nu va influența major sistemul. Dar atâta timp cât există doar terapii de linia întâi și terapii de linia a treia, toate cele de linia a doua nu există în România. La ce se mai inventează terapii, dacă noi nu avem acces la ele? Pe contract cost-volum, noi suntem niște pacienți cronici, niciun tratament de genul acesta nu va intra în negociere. Există vreo portiță prin care noi să avem acces la astfel de terapii?



CONF. DR. DIANA LORETA PĂUN,
CONSILIER DE STAT ADMINISTRAȚIA
PREZIDENȚIALĂ

„Egalitatea de șanse privind accesul la asistența medicală este o responsabilitate a celor care fac politicile de sănătate. Totuși, responsabilizarea pacientului presupune și asumare din partea acestuia. Educația este extrem de importantă pentru sănătate, începând de la cele mai fragede vârste și continuând pe tot parcursul vieții. Acest proiect nu putea avea un titlu mai bun decât Școala Pacienților”.



SORINA PINTEA, MINISTRUL SĂNĂTĂȚII

„Sunteți principalii mei colaboratori în misiunea de a pune pacientul acolo unde îi este locul - în centrul sistemului de sănătate. În ultimele zile, am făcut un inventar al comisiilor de specialitate vizavi de patologii cu un foarte mare număr de cazuri. În prima fază, vom propune ca asociațiile de pacienți să participe la aceste comisii în calitate de observatori. Suntem preocupați pentru introducerea noilor tratamente inovative, dar totodată trebuie să fim realiști. Bugetul este atât cât este și trebuie să ne gândim la fiecare specialitate în parte. Trebuie să fim foarte echilibrați atunci când luăm o decizie. Atunci când schimbăm un protocol și aducem ceva nou, trebuie să ne gândim la binele mai multor pacienți. Pentru toate problemele pe care le-ați ridicat aici, veți primi un răspuns”.



DR. ALEXANDRU VELICU, PREȘEDINTE ANMDM

„Sunt mândru că putem fi gazda celei de-a 4-a ediții a Masterclass Școala Pacienților. Agenția este deschisă spre comunicare proactivă cu asociațiile de pacienți, cu care urmează să încheiem un protocol în vederea stabilirii unui parteneriat pentru identificarea problematicilor specifice asociației și soluțiilor concrete pentru rezolvarea acestora, precum și pentru promovarea unui mediu etic, corect și transparent la nivelul comunicării”.



RĂZVAN VULCĂNESCU, PREȘEDINTE CNAS

„Ne dorim ca asociațiile de pacienți să constituie o verigă de legătură între noi și pacienți, care să funcționeze în ambele sensuri: nu doar ca prin intermediul asociațiilor să aflăm problemele cu care se confruntă pacienții în tratarea afecțiunilor de care suferă, ci, tot prin intermediul lor, să transmitem pacienților noutățile din sistemul asigurărilor sociale de sănătate. Invit asociațiile de pacienți să contribuie în mod constructiv la

îmbunătățirea reglementărilor din sistemul de asigurări sociale de sănătate și să semnaleze caselor de asigurări de sănătate neregulile pe care le observă la furnizorii de medicamente, servicii și dispozitive medicale. Avem, în momentul de față, două acte normative ce reglementează domeniul sănătății. Îmi doresc ca prin intermediul protocoalelor cu asociațiile de pacienți să urmărim implementarea lor.”



**ROMANA FURTUNĂ,
CONSILIER AL MINISTERULUI SĂNĂTĂȚII
PENTRU RELAȚIA CU ASOCIAȚIILE DE
PACIENȚI ȘI ONG-URILE**

„Ceea ce au în comun asociațiile pacienților și actuala conducere a Ministerului Sănătății este faptul că pun pacientul și problemele sale în centrul preocupărilor lor. De aceea, de acum, de la începutul mandatului doamnei ministru Sorina Pinte, vocea asociațiilor de pacienți nu este doar auzită, ci va fi și ascultată. Consultarea asociațiilor de pacienți atunci când se iau decizii pe partea de sănătate medicală, pe zona lor de interes și reprezentare, este foarte importantă. Iar acțiunile de informare și prevenție pe care dvs. le veți iniția vor fi susținute de Ministerul Sănătății”.

**DR. VLAD NEGULESCU,
ȘEF DEPARTAMENT EVALUAREA
TEHNOLOGIILOR MEDICALE, ANMDM**

„Ne menținem deschiderea față de necesitățile și dorințele dvs. și v-aș propune să ne întâlnim, măcar pe partea de HTA, cel puțin o dată pe lună. Trebuie să fiți partenerii noștri în Evaluarea Tehnologiilor Medicale. Suntem în prima linie atât în ceea ce privește autorizarea medicamentelor, cât și în ceea ce privește recomandarea de a fi introduse pe listele de compensate și gratuite. Avem un număr de medicamente care au fost evaluate și care sunt în așteptare pentru a fi introduse în listă, tocmai a fost semnat de către noul ministru al Sănătății acest proiect de hotărâre de guvern prin care sunt introduse 16 molecule, din care 9 pentru tuberculoză multidrog și extensiv rezistentă. Acest proiect va intra în curând spre aprobare în ședință de Guvern. În așteptare mai avem un număr de aproape 12 molecule care vor face obiectul unei noi propuneri de HG de modificare și completare a listei de compensate și gratuite. În ceea ce privește epilepsia, la ora actuală avem în evaluare un medicament inovator pentru tratamentul acestei boli, colaborăm cu Ministerul Sănătății să obținem prețul la acest medicament. Noi terminăm evaluarea într-un timp cât mai scurt, astfel încât să putem introduce pe lista de compensate și gratuite, după mulți ani, un medicament inovator pentru tratamentul epilepsiei”.



**CONF. UNIV. DR. CORNELIU FLORIN BUCU,
PREȘEDINTE COMISIA PENTRU SĂNĂTATE
ȘI FAMILIE, CAMERA DEPUTAȚILOR**

„Doamna ministru Sorina Pinte arată deschidere către pacienți și îmi doresc ca în Guvern să poată promova multe dintre elementele bune cu care a venit. Legat de partea de registre, este adevărat că acestea sunt necesare. Dar dacă am avea dosarul electronic de sănătate al pacientului, prin interogarea acestuia ar putea fi generate foarte simplu multe dintre aceste registre. Este adevărat că pentru anumite patologii există lucruri specifice suplimentare care, probabil, nu sunt în momentul de față în DES, dar s-ar putea rezolva.”



**DR. EMANUEL GABRIEL BOTNARIU,
MEMBRU COMISIA PENTRU SĂNĂTATE
PUBLICĂ, SENAT**

„Vrem ca anul 2018 să fie o relansare a sistemului de sănătate. Comisia de Sănătate Publică are o deschidere extraordinară pentru a prelua informațiile de la dvs. și pentru a crea presiune, prin colegii din Executiv, asupra sistemului, realizând astfel un cadru legal adecvat tuturor nevoilor dvs. Asociațiile de pacienți ar trebui să reprezinte o voce unitară a sistemului, chiar dacă vorbim de boli diferite. Îmi doresc să primesc de la dvs. informații utile, care să ne ajute în procesul legislativ. Ne-am propus ca termen luna decembrie a anului 2018 în care, împreună, să putem face o primă lectură la întreaga Lege a Sănătății. În prezent, se lucrează în comisiile de specialitate. Vrem să ieșim cu un pachet legislativ în care să intre Legea Sănătății, Legea Sănătății Mintale, Drepturile Pacienților. Se va introduce un capitol special în Legea Sănătății privitor la informatizarea sistemului - partea de soft - registre, dosare electronice, dar și protecția lor.”



Industria și asociațiile de pacienți

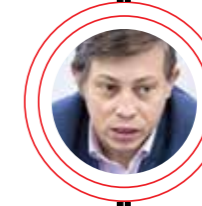
Industria farmaceutică are foarte multe proiecte în derulare cu asociațiile de pacienți, însă, potrivit reprezentanților farma, este nevoie de o integrare a tuturor eforturilor pentru a se ajunge la un rezultat, la un țel comun. „Cuvintele-cheie sunt «strategii pe termen lung», «planuri multianuale». Mai este un aspect care trebuie subliniat: nu există dialog decât de ambele părți. Până nu înțelegem foarte bine necesitățile și urgențele de ambele părți, vom veni cu soluții care se vor opri, din păcate, la jumătatea drumului. Buna intenție este una, eficiența este alta. Cred că este un punct de vedere corect și practic de la care aș dori să se deruleze, în continuare, colaborarea cu asociațiile de pacienți. Toată această colaborare trebuie privită firesc, natural, nu putem unii fără ceilalți, industria nu poate dezvolta proiecte în laboratoare fără input-ul dvs., fără a se preocupa de impactul din punct de vedere social, economic. Este limpede pentru toată lumea: pentru un proiect pe termen lung, orice pas trebuie început acum. Cred că avem resursa necesară, cred că sunt oameni, organizații, organisme, industria, cine vreți dvs., care se pot dedica, în mod separat, acestei ținte: planul pe termen lung”, a declarat Irina Berechet, Corporate Affairs Manager AstraZeneca.

Companiile farma apreciază nevoia discuțiilor cu asociațiile de pacienți. „Mă bucur să constat că sunt din ce în ce mai multe asociații de pacienți implicate în a apăra drepturile pacienților. Este adevărat că de multe ori partenerii dvs. de discuție se schimbă destul de des. Nevoia de predictibilitate există, într-adevăr, din toate părțile. Cred că este necesar cumva să mai adunăm inițiativele, pentru că pe diferite arii terapeutice se fac multe activități pe același lucru. De exemplu, registrele de pacienți sunt necesare pe multe arii și poate că, adunându-se inițiativele într-una mai mare, ar putea avea un impact mai puternic. Sunt multe probleme de descifrat, iar soluții există. Trebuie doar să comunicăm direct și sincer”, a susținut și Ioana Nainer, Patient Engagement, Advocacy & CSR Lead, Janssen România.



**Concluzii
MARIA VASILESCU,
FONDATOR ȘCOALA PACIENȚILOR**

„Pacienți puternici - Pacienți informați - Pacienți responsabili. Maladia lor sau a celor apropiați nu i-a oprit să fie generoși cu ceilalți pacienți și să le ofere sprijin și informare. De multe ori, liderii asociațiilor de pacienți fac ceea ce sistemul nu face pentru cei aflați în suferință. «Călătoria» este una plină de greutate, însă aceștia reușesc cumva, printr-o putere interioară nebanuită, să zâmbescă, să învețe, să comunice, să-și ceară drepturile și să meargă mai departe. Pentru ei organizăm în fiecare an această întâlnire care mă emoționează de fiecare dată și, poate, stând de vorbă cu autoritățile, cu medicii, cu jurnaliștii, aceștia vor găsi mai multe resurse și rezolvări pentru fiecare pacient în parte.”



RADU GĂNESCU, PREȘEDINTE COPAC

„Din păcate, și la asociațiile de pacienți, resursa umană este o problemă. Avem nevoie de oameni pe care să-i putem pregăti, avem nevoie de timp și avem nevoie ca oamenii să fie dedicați cauzei pe care o susțin. Ajutorul venit din partea autorităților către asociațiile de pacienți pentru a se putea dezvolta, prin diverse întâlniri sau proiecte, este esențial pentru educarea pacienților și pentru a-i transforma pe aceștia în reali parteneri de dialog cu reprezentanții instituțiilor statului.”

MEET THE PRESS



Cea de-a doua zi a Masterclass Școala Pacienților, organizată cu sprijinul Primăriei Municipiului București la ARCUB, a adus în fața asociațiilor de pacienți câțiva dintre cei mai cunoscuți și activi jurnaliști din Sănătate.

Timp de două ore, Diana Brâncuș (TVR), Liliana Cureau (Pro TV), Valentina Grigore (revista Politici de Sănătate/Școala Pacienților), Dana Lascu (Doctorul ziei/Evenimentul Zilei), Dan Mihalache (Viața Medicală), Emanuela Schweninger (TVR) și Adriana Turea (Radio România Actualități) au răspuns unor întrebări esențiale din partea pacienților: cum pot aduce schimbarea asociațiile de pacienți, prin intermediul mass-media? New media/social media – ce trebuie să facă asociațiile de pacienți ca să conteze? Rezultatul acestei sesiuni a fost cel scontat: o colaborare mult mai bună între presă și asociațiile de pacienți, totul, în scopul îmbunătățirii calității vieții celor afectați de boli cronice.

MASTERCLASS ȘCOALA PACIENȚILOR, EDIȚIA A 4-A, A FOST ORGANIZATĂ CU SPRIJINUL:





LIPSA TRATAMENTELOR INOVATIVE ȘI STIGMA – principalele probleme ale pacientului cu epilepsie

APROXIMATIV 100.000 DE PERSOANE CU EPILEPSIE REFUZĂ SĂ DECLARE BOALA, PREFERÂND SĂ ÎȘI CUMPERE SINGURE MEDICAMENTELE, FIE CĂ LE GĂSESC ÎN ROMÂNIA SAU ÎN ALTE ȚĂRI. IAR ACEST LUCRU SE ÎNTÂMPLĂ DIN CAUZA DISCRIMINĂRII LA CARE SUNT SUPUSE ÎN MEDIUL ȘCOLAR, PROFESIONAL SAU ÎN VIAȚA DE ZI CU ZI – AU ATRAS ATENȚIA PARTICIPANȚII LA CONFERINȚA „ÎMPREUNĂ SUNTEM MAI PUTERNICI DECÂT EPILEPSIA”. EVENIMENTUL, CARE A AVUT LOC ÎN 26 MARTIE, CU OCAZIA PURPLE DAY – ZIUA MONDIALĂ A EPILEPSIEI, A FOST ORGANIZAT DE REVISTA POLITICI DE SĂNĂTATE ȘI ASOCIAȚIA PACIENȚILOR CU EPILEPSIE DIN ROMÂNIA. DE VALENTINA GRIGORE



Potrivit datelor oficiale, alte 200.000 de persoane primesc tratament rambursat prin Casa Națională de Asigurări de Sănătate. „În România, CNAS finanțează medicamentele și serviciile medicale necesare persoanelor cu epilepsie. Majoritatea acestor persoane pot duce o viață normală, dar trebuie ajutate nu doar de medici, ci și de oamenii din jur. Respingerea sau chiar blamul social nu fac altceva decât să creeze anxietate și depresie pentru persoanele cu epilepsie, care vor agrava starea în care acestea se află”, a declarat președintele CNAS, Răzvan Vulcănescu, cu ocazia Purple Day.

Din păcate, „în fiecare an dispar medicamente, nu mai avem nicio moleculă originală, nu mai avem produse noi de peste 12 ani – pe piață sunt numai generice, care nu pot susține o terapie pe termen lung. Medicamentele folosite de pacienți se găsesc din ce în ce mai greu și cu sincope care pot dura luni bune. Nu există niciun fel de predicție referitor la ce se poate întâmpla, ceea ce dăunează pacienților”, a atras atenția dr. Ioana Mîndruță, medic primar neurologie, coordonatorul subprogramului Epilepsie farmacorezistentă.



Anumite forme de epilepsie la copii se pot vindeca.

Nici la copiii cu epilepsie, situația nu este mai bună: nu se știe exact numărul bolnavilor, iar părinții se ferec să declare boala în fața medicului de familie, tot din cauza stigmatizării. De aceea, este important să existe o educație sanitară pentru familie și pentru public, în general. „Un copil epileptic ar trebui să facă, în mod normal, o electroencefalogramă de zi și, obligatoriu, de noapte, un examen imagistic și, de ce nu, o testare genetică, inaccesibilă, din păcate, nu numai în România, ci și în multe alte state europene”, a atras atenția dr. Raluca Ioana Teleanu, medic primar neurologie pediatrică, șef secție Neurologie pediatrică în cadrul Spitalului Clinic de Copii „Dr. Victor Gomoiu”. Specialistul a explicat că anumite forme de epilepsie la copii se pot vindeca, cu condiția să fie diagnosticate la timp, corect și să beneficieze de tratament adecvat.

„Sunt alături de pacienții care suferă de epilepsie și mă voi preocupa ca aceștia să aibă un acces mai bun la tratament. Însă trebuie să conștientizăm faptul că avem lângă noi oameni care au nevoie de mai mult decât tratament. Pacienții care se confruntă cu această afecțiune nu trebuie să mai fie stigmatizați și marginalizați.”



SORINA PINTEA, MINISTRUL SĂNĂTĂȚII



Bolnavii se confruntă cu intoleranța și cu prejudecățile publice.

În afară de lipsa aproape constantă a medicamentelor, care duce la deteriorarea stării de sănătate a pacienților, un obstacol major cu care se confruntă bolnavii este stigmatizarea, generată de percepția greșită a societății față de persoanele care suferă de epilepsie. „Persoana bolnavă este considerată, la modul general, inaptă, fără a se face o diferențiere asupra particularităților diagnosticului fiecăruia. Pacienții se confruntă cu discriminarea determinată de lipsa de cunoștințe, intoleranță, prejudecăți. Pur și simplu, sunt împiedicați să trăiască o viață normală în societate, sunt obligați să își ascundă diagnosticul”, a declarat Ileana Ștefan, director executiv ASPERO.



Peste 70% dintre pacienți vindecați prin tehnici microchirurgicale.

Aproximativ 30% dintre persoanele cu epilepsie dezvoltă rezistență la tratament, iar acestea pot fi tratate, în doar câteva centre din toată țara, prin programul național de chirurgie a epilepsiei. „70 de pacienți sunt tratați în subprogramul de tehnici microchirurgicale. Acest program a început în 2012, finanțarea lui a crescut în fiecare an până în 2016, după care a început să scadă. În 2018, suntem mai jos decât în 2017, este o lungă listă de așteptare. Rezultatele acestui program arată că peste 70% dintre pacienți au fost vindecați, nu mai au crize în urma explorării cu electrozi intracranieni și a operării focarului epileptic. Programul asigură și o altă etapă, mult mai bine finanțată – cea de neurostimulare pentru pacienții care nu au șanse chirurgicale. În prezent, 30% dintre pacienți pot avea o reducere cu peste 50% a frecvenței crizelor, prin neurostimulare. Ambele părți ale programului sunt însă indisolubil legate de prezența terapiilor asociate. Cum terapiile inovative nu pătrund în niciun fel în România, este foarte dificil să asigurăm continuitatea tratamentului, chiar și pentru pacienții care sunt ameliorați de procedurile chirurgicale”, a explicat dr. Ioana Mîndruță.



Fetele tuberculozei. Boala nu ocolește pe nimeni

12 PORTRETE ALE UNOR OAMENI ÎI PRIVESC ZI DE ZI PE CEI CARE TREC PE LÂNGĂ PARCUL CIȘMIGIU DIN CAPITALĂ. SUNT PORTELE UNOR PACIENȚI SAU FOȘTI PACIENȚI CU TUBERCULOZĂ CARE ȘI-AU ASUMAT LUPTA PENTRU REDUCEREA STIGMATIZĂRII BOLNAVILOR ȘI PENTRU APROBAREA LEGII TUBERCULOZEI. POTRIVIT STATISTICILOR, ROMÂNIA ESTE ȚARA MEMBRĂ A UNIUNII EUROPENE CU CELE MAI MULTE CAZURI NOI DE TUBERCULOZĂ ÎNREGISTRATE. INCIDENȚA BOLII ESTE DE 5,5 ORI MAI MARE DECÂT ÎN UE ȘI DE 1,9 ORI MAI MARE DECÂT ÎN REGIUNEA OMS EUROPA. ANUAL, ÎN ROMÂNIA MOR 1.100 DE PERSOANE DIN CAUZA TUBERCULOZEI. DE VALENTINA GRIGORE



Asociația pentru Sprijinirea Pacienților cu Tuberculoză Multidrog Rezistentă (AS-PTMR), împreună cu jurnalista Paula Rusu, a organizat, în 24 martie, evenimentul de marcare a Zilei Mondiale de Luptă Împotriva Tuberculozei, care s-a alăturat celorlalte 47 de evenimente similare derulate la nivel mondial, în care s-au luminat în roșu, culoarea de luptă împotriva tuberculozei, clădiri-simbol din toată lumea. Cele 48 de evenimente au fost organizate de membri ai Stop TB Partnership, organizație mondială cu sediul la Geneva.

În Capitală, a fost luminată în roșu clădirea Primăriei Municipiului București, iar pe trotuarul de vizavi a avut loc expoziția foto „Fetele tuberculozei. Boala nu ocolește pe nimeni”.

„Pentru acele persoane care provin din medii defavorizate, care nu au un venit sau care trăiesc din ajutorul social, este complicat să urmeze un tratament

de șase luni cu efecte adverse fără să primească hrană adecvată. Acesta este doar unul dintre motivele pentru care este bine-venită legea tuberculozei, prin care ne dorim ca acești oameni să aibă parte de sprijin social pe durata tratamentului, astfel încât să fie ajutați să se vindece și să redevină membri activi ai societății”, a afirmat Ștefan Răduț — vicepreședinte ASPTMR, una dintre fețele expoziției de la Cișmigiu.

În anul 2017, în România au fost înregistrate 12.347 de cazuri de tuberculoză (cazuri noi și recidive), din care, peste 370 de cazuri cu forme rezistente la tratamentul cu antibiotic (MDR) și extins-rezistente (XDR). TB-MDR pune probleme serioase în controlul acestei boli: dacă tuberculoza sensibilă la tratamentul cu antibiotice se vindecă în România în proporție de peste 86%, cea rezistentă are șanse de vindecare reduse, de sub 40%. Apariția rezistenței la medicamentele antituberculoase majore transformă TB

dintr-o boală vindecabilă într-una greu curabilă (TB-MDR) sau chiar incurabilă.

„Pentru a putea discuta despre scăderea semnificativă a numărului de pacienți cu forme rezistente de tuberculoză avem nevoie, în primul rând, de acces la diagnostic rapid și apoi de tratament corect, complet și continuu, de abordarea tuberculozei în toate direcțiile în care aceasta afectează pacientul și familia lui. Pentru accesul la tratamentul corect, primul pas a fost făcut când a fost aprobată completarea listei de medicamente cu molecule esențiale pentru tratarea tuberculozei rezistente. Mai rămâne doar problema asigurării continuității tratamentului, iar acest lucru se poate face printr-o finanțare corectă a Programului Național. Pe de-o parte, suplimentarea bugetului poate fi avută în vedere cu ocazia rectificărilor bugetare. Pe de altă parte, parteneriatele public-private pot fi o posibilă soluție pentru rezolvarea problemei finanțării”, a declarat și Cătălina Constantin, președinte ASPTMR.

Legea tuberculozei

Legea tuberculozei cuprinde o serie de măsuri care susțin pacienții români și răspunde nevoilor acestora din mai multe puncte de vedere:

- Finalizarea tratamentului/ vindecarea bolii: principala reglementare se referă la protecția socială, respectiv susținerea financiară a pacienților cu TB și TB-MDR până la finalizarea tratamentului.



- Concediu medical pentru pacienții cu TB-MDR pe toată durata terapeutică;
- O abordare integrată a tratamentului pacienților, prin acces la medicamentele necesare, la servicii psihologice și de asistență socială.

Sprijinul autorităților

Ministrul Sănătății, Sorina Pintea, a dat asigurări că lupta împotriva tuberculozei va continua. „Ca ministru al Sănătății, urmăresc să asigur un acces cât mai bun la diagnosticare și tratament corect pentru toți pacienții afectați de această boală. Doresc astăzi să salut activitatea societății civile, care are un rol activ în prevenirea răspândirii tuberculozei și în modul în care populația percepe această afecțiune”, a declarat Sorina Pintea. Conf dr. Florin Buicu, președintele Comisiei de Sănătate din Camera Deputaților (cameră decizională), spunea în urmă cu o lună că sunt șanse ca legea tuberculozei să fie votată în Parlamentul României până la finalul sesiunii parlamentare.

Tot pe 24 martie, Institutul de Pneumoftiziologie „Marius Nasta” împreună cu experții Programului Național de Prevenire, Supraveghere și Control al TB, a anunțat lansarea unui proiect în valoare de aproximativ trei milioane de euro - „Consolidarea controlului TB în România prin creșterea competențelor profesioniștilor din domeniul TB” (finanțat de Uniunea Europeană prin Programul Operațional Capital Uman).

„24 martie 2018 vine și cu alte vești bune: legea de control al TB a fost revizuită și transmisă către Parlament, toate medicamentele necesare tratării tuturor formelor de TB sunt incluse pe lista de medicamente esențiale, în contractul-cadru a fost inclusă recompensarea medicilor de familie în vederea asigurării tratamentului sub directă observație, finanțarea guvernamentală atât de necesară controlului TB este completată prin proiectele din fonduri internaționale (18 milioane de euro contractate și încă 10 milioane de euro în plan de a fi contractate)”, au afirmat inițiatorii proiectului. 📌

REZULTATELE CAMPANIEI DE DEPISTARE A HEPATITEI C, DERULATĂ DE ASOCIAȚIA ECHITATE ÎN SĂNĂTATE

Virusul hepatitic C,

DEPISTAT LA 6% DINTRE PERSOANELE TESTATE

ASOCIAȚIA ECHITATE ÎN SĂNĂTATE A DERULAT, ÎN PERIOADA 15 IANUARIE – 28 FEBRUARIE, O CAMPANIE DE DEPISTARE A VIRUSULUI HEPATITIC C LA PACIENȚII INTERNAȚI ÎN ȘAPTE DINTRE CELE MAI MARI SPITALE DIN BUCUREȘTI ȘI DIN ȚARĂ: SPITALUL UNIVERSITAR DE URGENȚĂ MILITAR CENTRAL „DR. CAROL DAVILA”, SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚĂ ILFOV, SPITALUL CLINIC DE URGENȚĂ „SFÂNTUL PANTELIMON”, SPITALUL CLINIC DE URGENȚĂ „BAGDASAR ARSENI”, SPITALUL UNIVERSITAR DE URGENȚĂ BUCUREȘTI, INSTITUTUL CLINIC FUNDENI ȘI SPITALUL MUNICIPAL PLOIEȘTI. DE VALENTINA GRIGORE

Campania inițiată de Asociație a avut drept scop depistarea, în faze incipiente, a infecției cu virusul hepatitic C și prevenirea răspândirii acestui virus. 70% dintre persoanele cu hepatită C nu prezintă simptome. Depistată din timp, hepatita C se poate vindeca și pot fi prevenite cazurile grave de boală, precum ciroza hepatică sau cancerul hepatic, afecțiuni produse de acest virus.

„Până la introducerea de către Ministerul Sănătății a programelor naționale de screening, este important să se realizeze testarea gratuită a pacienților, în vederea depistării precoce a infecției. Este nevoie de campanii de screening pe trei componente: campanii de stradă, în farmacii și în spitale. Astăzi, în România, avem acces la scheme de tratament ce vindecă infecția cu virus hepatitic C. Rezultatele pe care le-am avut în anul 2016 cu privire la aceste scheme de tratament sunt deosebite: peste 5.700 de oameni s-au vindecat în proporție de 99,32%”, a declarat **prof. univ. dr. Adrian Streinu-Cercel**.

Pentru buna desfășurare a campaniei, Asociația Echitate în Sănătate a distribuit gratuit în cele șapte spitale partenere

peste 17.000 de kituri pentru depistarea VHC, dar și materialele consumabile necesare testării: seringi, alcool sanitar, comprese sterile. De asemenea, Asociația a pus la dispoziția unităților sanitare în care s-a desfășurat campania pliante cu informații despre modul în care se poate preveni răspândirea acestui virus și despre traseul pe care trebuie să îl parcurgă persoana depistată ca fiind purtătoare a VHC, pentru stabilirea diagnosticului și începerea tratamentului.

În cadrul campaniei pentru depistarea VHC, au fost testate 16.964 de persoane, iar rezultatele au fost evaluate pe gen și grupe de vârstă (18-40 / 40-60 / 60+), cu respectarea confidențialității datelor medicale. Rezultatele campaniei au evidențiat că 6% (1.013 persoane) dintre pacienții testați sunt purtători ai virusului hepatitic C. Pondereea cea mai mare de persoane depistate pozitiv la testare a revenit grupei de vârstă 60+.

„România încă nu are un plan național implementat pentru prevenirea hepatitelor virale, pentru creșterea ratelor generale de screening și a accesului la tratament, deși în cazul infecției cu virusul hepatitic C înregistrăm cea mai ridicată

rată de prevalență din Europa, de 2,54%. Aproximativ 600.000 de persoane sunt potențial afectate. Dintre acestea, doar 16% sunt diagnosticate și doar aproximativ 0,6% sunt tratate”, a declarat **prof. dr. Anca Trifan**, președinte executiv al Societății Române de Gastroenterologie și Hepatologie.

Aproximativ 10% din cele 12 milioane de persoane care se estimează a fi infectate cu virusul hepatitic C din întreaga Europă sunt din România. Țara noastră ocupă locul 4 ca rată a mortalității cauzate de afecțiunile hepatice: 44,5 decese la sută de mii de locuitori, potrivit unui studiu realizat de Asociația Europeană a Pacienților cu Afecțiuni Hepatice (ELPA).

Terapii inovatoare

În ultimii trei ani, România a făcut progrese importante în ceea ce privește accesul pacienților la tratament. Din noiembrie 2015, în urma unui contract cost-volum-rezultat încheiat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, timp de un an, 6.000 de pacienți aflați în faza cea mai avansată de boală, stadiul de fibroză F4, au avut acces la terapii inovatoare. După mai bine de 6 luni de la finalizarea acestui contract, în 2017, alți peste 12.000 de pacienți cu hepatită C au acces la tratament fără interferon, în cadrul unor contracte care vor expira în mai, anul acesta. În cadrul contractului care încă se află în derulare, beneficiază de tratament pacienții a căror fibroză este în stadiile F3, F4 și F2 cu anumite comorbidități, precum și pacienții care suferă de ciroză hepatică decompensată cu virusul hepatitic C.

Asociația Pacienților cu Afecțiuni Hepatice din România (APAH-RO) a solicitat Casei Naționale de Asigurări

CE ESTE HEPATITA C?
» ESTE O BOALĂ VINDECABILĂ! «
Hepatita virală C este cauzată de infecția cu virusul hepatitic C (VHC) care determină INFLAMAȚIA ȘI LEZAREA FICATULUI
70% dintre persoanele care suferă de Hepatita C NU PREZINTĂ SIMPTOME EVIDENTE!
CUM SE TRANSMITE HEPATITA C?
Hepatita C este o boală transmisibilă
Virusul hepatitic C este un virus cu transmitere sanguină care SUPRAVIEȚUIEȘTE ÎN SÂNGELE USCAT PÂNĂ LA 3 LUNI

MODALITĂȚI DE TRANSMITERE

- TATUAJE
- SERINGI CONTAMINATE
- TRATAMENTE COSMETICE, MANICHIURĂ, PEDICHIURĂ
- PERIUTA DE DINȚI
- CABINETE STOMATOLOGICE
- PIERCING
- TRANSMITERE DE LA MAMĂ LA FĂT PRIN CONTACT SEXUAL

FOARTE RAR

NU SE TRANSMITE PRIN

- AER, STRĂNUT, TUȘE
- IMBRĂȚISĂRI
- TĂCĂMUR, VESELĂ, PAHARE
- SĂRUT
- APĂ SAU ALIMENTE
- FOLOSIREA TOALETELOR

REZULTATELE POZITIVE DEPISTATE ÎN TIMPUL TESTĂRII, EVALUATE PE GEN ȘI PE GRUPE DE VÂRSTĂ:

- 18 - 40 de ani 167 de persoane, dintre care 90 de bărbați și 77 de femei;
- 40 - 60 de ani 369 de persoane, dintre care 148 de bărbați și 221 de femei;
- 60+ 477 de persoane, dintre care 206 bărbați și 271 de femei.

Chiar dacă infecția cu virus C este o problemă de sănătate publică în țara noastră - peste 600.000 de persoane fiind infectate cu VHC -, cazurile noi sunt depistate, cel mai adesea, întâmplător.

de Sănătate și Ministerului Sănătății ca, în cadrul noului contract cost-volum-rezultat, să ia în considerare accesul la tratamentul fără interferon pentru toți pacienții care suferă de hepatita C, indiferent de stadiul în care se află.

„Este un nonsens să avem tratamente de ultimă generație în țara noastră, dar să nu le folosim. În același timp, noile modificări legislative ar trebui să cuprindă contracte multianuale, astfel încât să fie mai multă predictibilitate și să nu mai avem întreruperi de luni întregi în asigurarea tratamentului”, spune președintele asociației, Marinela Debu.

Modalități de transmitere

Hepatita C se transmite, cel mai adesea, prin instrumentarul nesterilizat folosit pentru tatuaje, piercing, tratamente cosmetice, manichiură, pedichiură, tratamente stomatologice. O importantă categorie la risc o reprezintă

consumatorii de droguri injectabile, conform statisticilor, peste 50% dintre aceștia fiind purtători ai VHC. Virusul hepatitic C supraviețuiește în sângele uscat, pe instrumentarul contaminat, până la 3 luni. Estimările specialiștilor arată că vârful epidemiei de hepatită C în

România va fi atins în jurul anului 2020, din cauza acumulării pacienților infectați înainte de anul 1989 cu persoanele nou-infectate prin utilizarea de droguri intravenoase, piercing sau tatuaje. ❏

CUM POATE FI PREVENITĂ TRANSMITEREA HEPATITEI C?
» CU MĂSURI CORECTE DE PREVENȚIE «
NU EXISTĂ YACCIN ÎMPOTRIVA HEPATITEI C
CE STABILEȘTE TESTUL DE SÂNGE?
Determină DOAR dacă pacienții este sau nu purtător de virus hepatitic C, NU STABILEȘTE STADIUL BOLII
Dacă virusul este nedetectabil, E BINE CA TESTUL SĂ FIE REPETAT ANUAL
Dacă virusul este detectabil, E BINE CA TESTUL SĂ FIE REPETAT ANUAL

CE AI DE FĂCUT DACĂ TESTUL DETECTEAZĂ VIRUSUL HEPATITIC C?

PASUL 1 DEPISTARE VIRUS
PASUL 2 MEDIC infecționist sau gastroenterolog
PASUL 3 INVESTIGAȚII pentru stabilirea stadiului bolii
PASUL 4 TRATAMENT GRATUIT asigurat de CNAS

DEPISTATĂ LA TIMP, HEPATITA C SE POATE VINDECA, PREVENIND ASTFEL CAZURILE GRAVE DE BOALĂ, PRECUM CIROZA HEPATICĂ SAU CANCERUL HEPATIC

ÎN ANUL 2017, 99,32% VINDECAȚI
DINTRE PACIENȚII TRATAȚI PENTRU INFECȚIE VHC

INFECȚIA CU HEPATITA C ESTE TRATABILĂ ȘI VINDECABILĂ!

AI NEVOIE DE ÎNDRUMARE?
Până la data de 15 martie 2018, în intervalul oraș 10 - 18, consultați Asociația Echitate în Sănătate să stea la dispoziție, la numărul de telefon 0729.252.433.

DEPISTAREA TIMPURIE ESTE CHEIA SUCCESULUI LA TRATAMENT!



Tratament fără interferon pentru toți pacienții cu hepatita C

MEDICII GASTROENTEROLOGI ȘI INFECȚIONIȘTI DIN CENTRELE DE PRESCRIERE A TRATAMENTELOR FĂRĂ INTERFERON AU SOLICITAT INCLUDEREA ÎN TRATAMENT A TUTUROR BOLNAVILOR CU HEPATITĂ C, INDIFERENT DE GRADUL DE FIBROZĂ. „UN BOLNAV NETRATAT CORESPUNZĂTOR DE LA PRIMUL SEMN DE BOALĂ CREȘTE NUMĂRUL PERSOANELOR INFECTATE ANUAL CU HEPATITA C”, AU MOTIVAT SPECIALIȘTII CARE AU PARTICIPAT LA CEA DE-A DOUA SERIE A ÎNTĂLNIRILOR ORGANIZATE DE ASOCIAȚIA ECHITATE ÎN SĂNĂTATE, ÎN LUNA FEBRUARIE A ACESTUI AN, ÎN CADRUL CAMPANIEI NAȚIONALE „POLITICI SUSTENABILE ÎN MANAGEMENTUL HEPATITEI C. DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT: PROVOCĂRI ȘI SOLUȚII”. ATÂT REPREZENTANȚII CASELOR JUDEȚENE DE SĂNĂTATE, CÂT ȘI MEDICII PRESCRIPTORI AU SUBLINIAT OBIECTIVUL COMUN DE A ASIGURA ACCESUL TUTUROR PACIENȚILOR ELIGIBILI LA TRATAMENTELE FĂRĂ INTERFERON. DE VALENTINA GRIGORE



În prima etapă a campaniei, care a avut loc în anul 2017, Asociația Echitate în Sănătate a facilitat dialogul dintre reprezentanții Ministerului Sănătății, CNAS și medicii prescriptori ai tratamentului fără interferon, prin organizarea unor sesiuni de dezbateri în toate cele 11 centre din țară în care se prescrie acest tip de terapie. După modificarea, la începutul acestui an, a protocolului în baza căruia se prescrie tratamentul fără interferon, ținând cont de propunerile medicilor, AES a organizat o a doua serie de întâlniri, la care au participat medicii și reprezentanții ai caselor

de sănătate din Galați, Iași, Timișoara, Cluj, Constanța, București (Institutul Clinic Fundeni și Institutul „Matei Bals”) și Craiova.

Propunerile medicilor prescriptori:

- să fie incluși în tratamentul fără interferon toți bolnavii de hepatita C, indiferent de stadiul de fibroză. Medicii au solicitat să fie schimbată denumirea de „tratamentul hepatitei cronice” în „tratamentul infecției cu virus”;
- să fie tratate toate femeile aflate la vârsta fertilă (30 - 35 de ani), indiferent de stadiul fibrozei;

- să fie tratați toți medicii care au FO, nu doar cei care intră în contact direct cu pacientul - ar trebui scoasă din protocol precizarea „în contact direct cu pacientul”; de asemenea, ar trebui să fie eliminată diferențierea medic pensionar/medic în activitate;
- să fie introduse în protocol toate terapiile disponibile pentru tratamentul hepatitei C, astfel încât medicul să decidă ce prescrie în beneficiul pacientului;
- să se țină cont, în prescrierea tratamentului, de cel mai mare scor obținut fie prin fibroscan, fie prin fibromax: fibromaxul nu este cea mai bună metodă pentru sta-

- dializarea unei hepatite, iar de rezultatul fibroscan, care este o metodă foarte bună, nu se ține cont. De asemenea, ar trebui inclus fibrotestul la stabilirea stadiului de fibroză pe baza căruia pacientul beneficiază sau nu de tratament;
- să fie scos din protocol fibromaxul și să fie adăugat un test similar celui folosit în Franța (APRI), care nu costă nimic spitalul, bolnavul sau sistemul de sănătate;
- medicii au solicitat înființarea unei comisii pentru cazuri speciale, ai cărei specialiști să dea lămuriri în cazuri punctuale;

- avizul medicului infecționist sau gastroenterolog trebuie să fie suficient pentru prescrierea tratamentului. În continuare, sunt foarte mulți medici de alte specialități care nu vor să își dea avizul pentru ca pacientul să înceapă terapia;
- trebuie făcută testare în masă, prin medicii de familie, cu raportare unică pe bază de CNP (pacienții se plimbă de la un medic la altul și își tot repetă analizele);
- medicii au mai solicitat să primească pe e-mail o schemă detaliată cu pașii pe care trebuie să îi urmeze pentru prescrierea tratamentului. ☑

„Comisia de specialitate din Ministerul Sănătății a revizuit protocoalele terapeutice de prescriere a tratamentelor și sperăm ca noua formă a acestor protocoale să fi clarificat nelămuririle care s-au format. Deși limitele financiare ne-au impus să etapizăm tratamentul fără interferon în funcție de stadiul fibrozei pacienților, în primul contract cost-volum-rezultat am reușit să tratăm 5.800 de pacienți, iar în actualul contract în derulare, care se încheie la sfârșitul lunii aprilie, avem o țintă de 12.000 de pacienți”.

RĂZVAN VULCĂNESCU,
președinte CNAS

„Primul testat, primul tratat. Nu mai sunt pacienți cu F3 sau cu F4, ca atare, în mod obligatoriu, trebuie să se coboare spre FO. Altfel spus, orice persoană care este depistată cu infecție replicativă cu virusul hepatitic C trebuie să fie tratată imediat. Dacă îl fac nedetectabil, adică îl vindec virusologic, bolnavul nu mai transmite virusul. Prin urmare, veți vedea că se va prăbuși curba în următorul an și jumătate”.

PROF. DR. ADRIAN STREINU-CERCEL,
manager Institutul de Boli Infecțioase „Matei Bals”

„Trebuie căutate cât se poate de bine toate cirozele care există pe teritoriul României, pentru că, teoretic, am putea să le tratăm pe toate cu acest protocol. Termenul-limită al actualului contract ar trebui prelungit, iar în următorul contract ar trebui să fie tratați toți pacienții, indiferent de stadiul fibrozei, și să existe mai multe variante terapeutice - adică, toate formulele terapeutice aprobate pe plan internațional -, iar opțiunea recomandată pacientului să fie aleasă de medic”.

PROF. DR. MIRCEA DICULESCU,
medic primar gastroenterologie și medicină internă, șeful Centrului de Gastroenterologie și Hepatologie, Institutul Clinic Fundeni

„Aceste schimbări ne-ar alinia și pe noi la legislația europeană, pentru că niciunde în lume nu mai există restricțiile de fibroză, sau impunerea alegerii prin protocol, deci administrativ, a unui anumit tratament pentru un anumit tip de pacient. Acest lucru face parte din liberalismul actului medical”.

PROF. DR. LIANA GHEORGHE, medic primar gastroenterologie și hepatologie, Centrul de Gastroenterologie și Hepatologie, Institutul Clinic Fundeni

Pot fi soluționate amiabil litigiile cu vânzătorii din alte țări?

PIAȚA ACHIZIȚIILOR ONLINE A CRESCUT EXPONENȚIAL ÎN ULTIMII ANI, ATÂT PE PLAN NAȚIONAL, CÂT, MAI ALES, EUROPEAN. MULTĂ LUME PREFERĂ SĂ CUMPERE PRODUSE SAU SERVICII DE PE SITE-URI DIN AFARA ȚĂRII, UNDE EXISTĂ O DIVERSITATE MAI MARE ȘI, CEL PUȚIN LA PRIMA VEDERE, O CALITATE MAI BUNĂ. ÎNSĂ, NU DE PUȚINE ORI, CONSUMATORII ROMÂNI CARE AU CUMPARAT DIFERITE PRODUSE DE PE SITE-URI DIN ALTE ȚĂRI ALE UNIUNII EUROPENE AU CONSTATAT CĂ ACESTEA NU CORESPUND REALITĂȚII. ÎN ASTFEL DE CAZURI, EXPERTII CENTRULUI EUROPEAN AL CONSUMATORILOR DIN ROMÂNIA (ECC ROMÂNIA) SUNT SINGURII CARE POT AJUTA LA RECUPERAREA PREJUDICIULUI. DE VALENTINA GRIGORE



ECC România are deja o experiență de câțiva ani pe piața achizițiilor online. Care sunt competențele Centrului?

La 1 ianuarie 2008, Centrul European al Consumatorilor din România (ECC România) s-a alăturat rețelei ECC-Net pentru a-i sprijini pe cetățenii UE în domeniul achizițiilor transfrontaliere. ECC România, ca parte a Rețelei Centrelor Europene ale Consumatorilor, are competență numai în soluționarea pe cale amiabilă a litigiilor transfrontaliere de consum, respectiv acele litigii ivite ca urmare a achiziționării de către un consumator rezident în România a unor produse/servicii defectuoase de la un comerciant cu sediul într-un stat membru al UE, altul decât România, precum și acele litigii ivite ca urmare a achiziționării de către un consumator rezident într-un alt stat membru al UE a unor produse/servicii defectuoase de la un comerciant cu sediul în România. ECC România este cofinanțată de Comisia Europeană și de Guvernul României, prin Autoritatea Națională pentru Protecția Consumatorilor (ANPC), și funcționează în cadrul Autorității.

Fiind o rețea de 30 de centre naționale, ECC-Net se străduiește să asigure o comunicare și relații de lucru eficiente între centre. Fiecare centru își propune să-și îmbunătățească în mod constant calitatea serviciilor și să-și crească vizibilitatea în mod individual, dar și colectiv, ca o rețea unită, care lucrează ca un întreg.

ECC-Net are și un rol suplimentar, acela de a sprijini îmbunătățirea politicilor și a legislațiilor. În acest scop, centrele colaborează cu autorități de la nivel național și al UE, prin identificarea de chestiuni critice privind drepturile consumatorilor și anticiparea de evoluții necesare ale proceselor legislative. Astfel, ECC-Net contribuie la consolidarea cadrelor legislative naționale și a cadrului UE, precum și la implementarea legislației privind consumatorii.

În ce domenii vă puteți implica?

Centrul European al Consumatorilor din România se poate implica în orice domeniu ce vizează achiziții transfrontaliere, inclusiv în cel al achizițiilor de medicamente sau echipamente/dispozitive medicale. În primele trei luni ale anului, sesizările îndreptate împotriva operatorilor de transport aerian și cele vizând comerțul

online au fost în top. Reclamațiile vizând drepturile pasagerilor în transportul aerian au fost legate, în principal, de întârzieri și anulări ale zborurilor și refuzul companiilor aeriene de a acorda compensațiile stabilite prin legislația europeană, dar și de probleme cu bagajele, cazuri în care cel mai important aspect reclamat a fost modul de calcul al compensațiilor pentru pierderea, întârzierea sau deteriorarea bagajelor. În privința contractelor la distanță, cei mai mulți consumatori s-au plâns de faptul că produsele nu au fost livrate, au fost livrate cu întârziere ori parțial sau au fost livrate produse defecte ori care nici măcar nu au fost comandate.

Care țări au cele mai mari probleme?

Cele mai multe reclamații primite de la consumatorii rezidenți în România au vizat comercianții din Ungaria, Marea Britanie, Germania, Franța, Spania și Italia. De cealaltă parte, cele mai multe reclamații ale unor consumatori din alte state membre împotriva comercianților din România au provenit din Bulgaria, Italia, Franța, Ungaria, Irlanda și Belgia.

Cum sunt soluționate cazurile care ajung la ECC? Câți consumatori și-au recuperat prejudiciul?

În primele trei luni ale anului curent, ECC România a instrumentat 568 de solicitări, dintre care 181 de solicitări, redirecționate de comisiariatele județene și regionale pentru protecția consumatorilor, 304 solicitări primite direct de la consumatorii români și 83 de solicitări primite de la consumatorii rezidenți în alte state membre ale UE, plus Norvegia și Islanda, prin intermediul altor centre din rețeaua ECC Net.

Centrul European al Consumatorilor

Interviu cu Irina Chirițoiu, director al Centrului European al Consumatorilor din România (ECC România)

Rețeaua Centrelor Europene ale Consumatorilor (ECC-Net) include 30 de centre din toate cele 28 de state membre ale UE, Islanda și Norvegia. Centrele oferă informații, consiliere și asistență gratuite și personalizate consumatorilor care au probleme cu tranzacțiile transfrontaliere efectuate într-o altă țară din cadrul rețelei.

În esență, ECC România contribuie la o mai bună cunoaștere și o mai bună utilizare de către consumatori a drepturilor lor în calitate de cetățeni europeni, pentru a putea beneficia la maximum de piața internă a Europei.

Misiunea ECC România este de a se asigura că legislația comercială transfrontalieră este înțeleasă și respectată în mod adecvat. Astfel, acesta este un proces în ambele sensuri, deoarece ne propunem să creștem nivelul de informare cu privire la drepturile consumatorilor și în rândul comercianților. Practic, îi ajutăm să se asigure că produsele, serviciile și practicile lor respectă toate cerințele legale atunci când lucrează cu profesioniști din străinătate.

online au fost în top. Reclamațiile vizând drepturile pasagerilor în transportul aerian au fost legate, în principal, de întârzieri și anulări ale zborurilor și refuzul companiilor aeriene de a acorda compensațiile stabilite prin legislația europeană, dar și de probleme cu bagajele, cazuri în care cel mai important aspect reclamat a fost modul de calcul al compensațiilor pentru pierderea, întârzierea sau deteriorarea bagajelor. În privința contractelor la distanță, cei mai mulți consumatori s-au plâns de faptul că produsele nu au fost livrate, au fost livrate cu întârziere ori parțial sau au fost livrate produse defecte ori care nici măcar nu au fost comandate.

Celelalte probleme reclamate de consumatori au vizat domeniul garanțiilor produselor – lipsa măsurilor reparatorii, lipsa reacțiilor din partea comercianților; servicii turistice – lipsa facilităților prezentate la momentul rezervării, refuzul restituirii depozitului de garanție; închirierea autovehiculelor – creșterea prețurilor fără o informare prealabilă a consumato-

online au fost în top. Reclamațiile vizând drepturile pasagerilor în transportul aerian au fost legate, în principal, de întârzieri și anulări ale zborurilor și refuzul companiilor aeriene de a acorda compensațiile stabilite prin legislația europeană, dar și de probleme cu bagajele, cazuri în care cel mai important aspect reclamat a fost modul de calcul al compensațiilor pentru pierderea, întârzierea sau deteriorarea bagajelor. În privința contractelor la distanță, cei mai mulți consumatori s-au plâns de faptul că produsele nu au fost livrate, au fost livrate cu întârziere ori parțial sau au fost livrate produse defecte ori care nici măcar nu au fost comandate.

Care este domeniul cu cele mai mari nevoi de implicare a Centrului?

Nu există doar un singur domeniu în care intervenția Centrului European al Consumatorilor să fie importantă, pentru că discutăm de o piață unică europeană în care consumatorul, actorul principal, beneficiază de acces la o gamă vastă de bunuri și servicii și are nevoie de garanția că drepturile sale vor fi protejate, atunci când călătorește cu avionul, își rezervă o cameră de hotel, închiriază o mașină sau face o achiziție online dintr-un alt stat membru al UE, plus Norvegia și Islanda. ■



Chimioterapia cu insulină

TERAPIE REVOLUȚIONARĂ ÎN TRATAREA CANCERULUI

LUPTA BOLNAVILOR CU CANCERUL POATE FI UȘURATĂ, DE ACUM, PRINTR-O METODĂ REVOLUȚIONARĂ DE TRATAMENT. CHIMIOTERAPIA CU INSULINĂ ESTE UN PROCEDEU PE CARE MEDICII DIN TURCIA AU ÎNCEPUT SĂ ÎL APLICE CU SUCCES ÎN 80 LA SUTĂ DINTRE CANCERELE AVANSATE. TERAPIA CARE OMOARĂ CELULELE CANCEROASE SE BAZEAZĂ PE FOLOSIREA GLUCOZEI, COMBINATĂ CU DIETĂ KETOGENICĂ, HIPERTERMIE, OXIGEN HIPERBARIC ȘI SPORT.



Oana a fost diagnosticată cu cancer la sân acum mai bine de opt ani. De atunci, a fost internată pentru tratament la Institutul Oncologic din Capitală și în mai multe clinici din străinătate. A cheltuit sute de mii de euro. Medicii însă i-au spus că nu mai are șanse de vindecare. A ajuns, prin intermediul unor cunoștințe, la singura clinică din Turcia care folosește acest tip de tratament. „Când am venit aici, cu greu mă mai

puteam ridica din pat, din iulie nu mă mai puteam mișca aproape deloc”, spune pacienta.

Reacțiile adverse, aproape inexistente

La aproape două luni de când a început tratamentul, vede deja care sunt primele rezultate. „Fizic, mă simt incomparabil mai bine, sunt convinsă că și psihicul contează foarte mult în terapie”, a mai spus Oana.



„Majoritatea pacienților noștri sunt cazuri de cancer în stadiile 3 și 4, cu metastaze, pe care medicii din alte clinici îi trimit acasă. Eu nu accept acest lucru. (...) Ceea ce facem noi aici nu este doar terapie cu insulină, ci un fel de oncologie integrată. Ce înseamnă acest lucru? În centru, avem celula canceroasă, iar primul pas în tratament este dieta ketogenică, pentru că nu poți înfrânge cancerul doar folosind chimioterapie. Așa că am combinat dietă, medicamente de suport, doze mici de insulină în chimioterapie, hipertermie, pentru că, după cum știm, căldura este un inamic al celulelor canceroase, oxigen hiperbar, sport. Doar așa poate fi înfrânt cancerul, combinând metodele.” **Prof. dr. Bülent Berkarda**

Prof. dr. Bülent Berkarda, fost rector al Universității Istanbul, unul dintre renumiții medici oncologi din Turcia, este cel care a dezvoltat această metodă de tratament și medicul care s-a ocupat de schema de tratament a Oanei. Spune că metoda folosită combină logica și experiența de peste 60 de ani pe care o are în tratarea cancerului.

Rezultate spectaculoase

În 80 la sută dintre cazuri, celulele canceroase au dispărut după trei luni de tratament cu insulină. La clinică, sunt tratați peste 1.000 de pacienți pe an, iar costurile întregului tratament, care durează trei luni, sunt cuprinse între 60.000 și 100.000 de euro. Metoda folosită de către cei doi medici nu este însă nouă. Ea a fost descoperită în Mexic, în anii '70. Rezultatele ei sunt însă incontestabile: mii de pacienți vindecați, oameni care au primit o a doua șansă la viață. **(M. D.)**



„Pacientul începe terapia flămând, glicemia trebuie să fie sub o anumită valoare, iar celulele tumorale devin foarte sensibile. Așa că noi le trimitem ceea ce le place lor cel mai mult: glucoză. Astfel că obținem o eficacitate crescută.” **Mehmet Salih, specialist oncolog**



CERCETAREA, prioritară în domeniul serviciilor de sănătate și al sistemelor de sănătate

CONFORM CELOR MAI RECENTE DATE, PÂNĂ ÎN ANUL 2050 MAI MULT DE O TREIME DIN POPULAȚIA UNIUNII EUROPENE (UE) VA AVEA VÂRSTA PESTE 60 DE ANI, IAR BOLILE CRONICE VOR PROVOCA PÂNĂ LA 70 DE MILIOANE DIN DECESELE GLOBALE ANUALE. **DE DR. DIANA DULF ȘI MĂDĂLINA POP**



Problemele provocate de îmbătrânirea populației și de presiunile financiare continue cu care se confruntă sistemele de sănătate necesită, așadar, soluții inovatoare pentru a organiza serviciile de sănătate într-o manieră echitabilă și eficientă.

Costul tratamentului și al îngrijirii pacienților care suferă de boli cronice este estimat la peste un trilion de euro pe an în țările UE și se preconizează creșterea lor în cea de-a doua jumătate a secolului.

Statisticile pentru România nu sunt mai îmbucurătoare decât situația la nivel global. Specialiștii estimează că, până în 2050, populația va avea o scădere de 15%, urmând să ajungă la 11 milioane de locuitori în 2060. Pentru a putea influența aceste tendințe, este nevoie de o abordare intersectorială în ceea ce privește sănătatea populației și, implicit, organizarea sistemului de sănătate. În cadrul întâlnirii de consultare la nivel național privind cercetarea, ca prioritate în domeniul serviciilor

de sănătate și al sistemelor de sănătate, organizată la Cluj-Napoca de către Departamentul de Sănătate Publică al Universității Babeș-Bolyai, au fost identificate mai multe priorități de cercetare la nivel național și european, printre care se numără:

- necesitatea cercetării și a inovării în subdomeniul forței de muncă în sănătate și creșterea capitalului resurselor umane disponibile în sistemul sanitar;
- neconcordanța dintre nevoile sistemului de sănătate și dezvoltarea resursei umane din domeniul medical, pe de o parte, și responsabilitatea universităților de medicină și, implicit, a Ministerului Educației, pe de altă parte;
- nevoia dezvoltării unei axe de finanțare, specifică cercetării și inovării, în domeniul sistemelor de sănătate;
- îmbunătățirea medicinii primare;

- accesul egal la serviciile de sănătate și restructurarea spitalelor neamenajate;
- importanța investiției în educația specialiștilor din sănătate;
- restructurarea activităților efectuate de către personalul medical;
- nevoia de inovație la nivel de colectare, centralizare și transferul datelor din sistemul de sănătate, într-un mod eficient.

Astfel de priorități vor fi identificate și în cadrul unor activități similare desfășurate în țările partenere ale proiectului (18 țări din UE, plus Israel și Canada). Un ultim proces de consultare se va organiza online, mai apoi stabilindu-se prioritățile finale care vor alcătui Agenda de cercetare în domeniul serviciilor și al sistemelor de sănătate pentru următorii ani, la nivel european.

Activitatea de consultare face parte din proiectul TO-REACH - Transferul inovațiilor organizaționale pentru servicii și sisteme de sănătate reziliente, eficiente, echitabile, accesibile, durabile și cuprinzătoare (Transfer of Organisational Innovations for Resilient, Effective, Equitable,

Accessible, Sustainable and Comprehensive Health Services and Systems), finanțat de Uniunea Europeană prin programul Orizont 2020, având ca scop stabilirea priorităților de cercetare pentru viitor, bazate pe nevoile și problemele reale ale sistemului de sănătate al fiecărei țări membre UE. **■**

PENTRU
MAI MULTE
DETALII LEGATE
DE PROIECT,
PUTEȚI ACCESA
SITE-UL OFICIAL
TO-REACH.

ERORILE DE DIAGNOSTIC, PRINCIPALA PROBLEMĂ ÎN SIGURANȚA PACIENȚILOR DIN 2018

INSTITUTUL ECRI (EMERGENCY CARE RESEARCH INSTITUTE) PLASEAZĂ ERORILE DE DIAGNOSTIC PE PRIMUL LOC ÎN RAPORTUL „TOP 10 PROBLEME ÎN SIGURANȚA PACIENȚILOR DIN 2018”. CONFORM NUMEROASELOR STUDII PUBLICATE, APROXIMATIV 1 DIN 20 DE ADULȚI ESTE VICTIMA UNEI ERORI DE DIAGNOSTIC ÎN FIECARE AN. ACESTE ERORI ȘI ÎNTĂRZIERI DE DIAGNOSTIC POT DUCE LA TRATAMENTE INCOMPLETE, ANALIZE REPETATE, PROCEDURI INUTILE ȘI VĂTĂMAREA PACIENTULUI. DE DR. DIANA TURCU



„Erorile de diagnostic sunt din ce în ce mai frecvente și pot genera consecințe grave. Multe decese survenite în timpul spitalizării, considerate a fi evoluția naturală a unei boli, ar putea fi atribuite, de fapt, erorilor de diagnostic”, a declarat Gail M. Horvath, analist pentru siguranța pacienților în cadrul ERCI. În raport, ERCI recomandă folosirea unor instrumente și algoritmi pentru eliminarea tiparelor cognitive care pot duce la erori medicale. În situațiile în care au loc erori sau omisiuni medicale, se pot folosi diferite căi de colectare a acestor date, în vederea dezvoltării unor metode non-punitive de învățare.

Institutul ECRI, cunoscut în trecut drept Institutul pentru Medicina de Urgență, a contribuit în ultimii 50 de ani la creșterea calității serviciului medical pentru pacienți în toată lumea. Activitatea Institutului are la bază siguranța pacientului, raportarea și analiza incidentelor medicale, precum și elaborarea de recomandări pentru eliminarea acestui tip de probleme. ECRI este un centru de practici bazate pe dovezi sub autoritatea Agenției pentru Calitate și Cercetare în Sănătate din Statele Unite ale Americii. Acesta funcționează în baza unui program obligatoriu de raportare a erorilor și a situațiilor de omitere din Pennsylvania.

România - educație și training

Problema erorilor de diagnostic este urmărită atent și în România. Grupul de lucru HIS_RO din Iași, coordonat de prof. univ. dr. Traian Mihăescu, este la curent cu noutățile din acest domeniu și militează pentru îmbunătățirea sistemului de sănătate prin educație și training. Echipa ieșeană își propune să creeze un cadru ce favorizează elaborarea de protocoale și acțiuni în vederea abordării principalelor probleme în siguranța pacienților cu care se confruntă sistemul medical. Grupul de lucru HIS_RO, participant la proiectul European ISTEW 2013-2015 și, ulterior, la prima Conferință Europeană privind Erorile de Diagnostic (Rotterdam 2016), dorește să-și aducă contribuția la îmbunătățirea științifică a sistemului de sănătate (Healthcare Improvement Science – HIS). Mai multe detalii despre activitatea grupului HIS_RO sunt disponibile online pe pagina www.ispro.ro.

Prorocări și așteptări

Un studiu din SUA ne arată că, la fiecare 100 de internări, 25,1 dintre pacienți sunt vătămați. Această rată nu s-a schimbat în ultimii cinci ani. Printre provocările care fac ca acțiunea în domeniul siguranței pacienților să fie deosebit de urgentă se numără așteptările tot mai mari ale publicului, îmbătrânirea demografică



„În pofida beneficiilor evidente ale medicinei moderne, există o conștientizare din ce în ce mai mare a

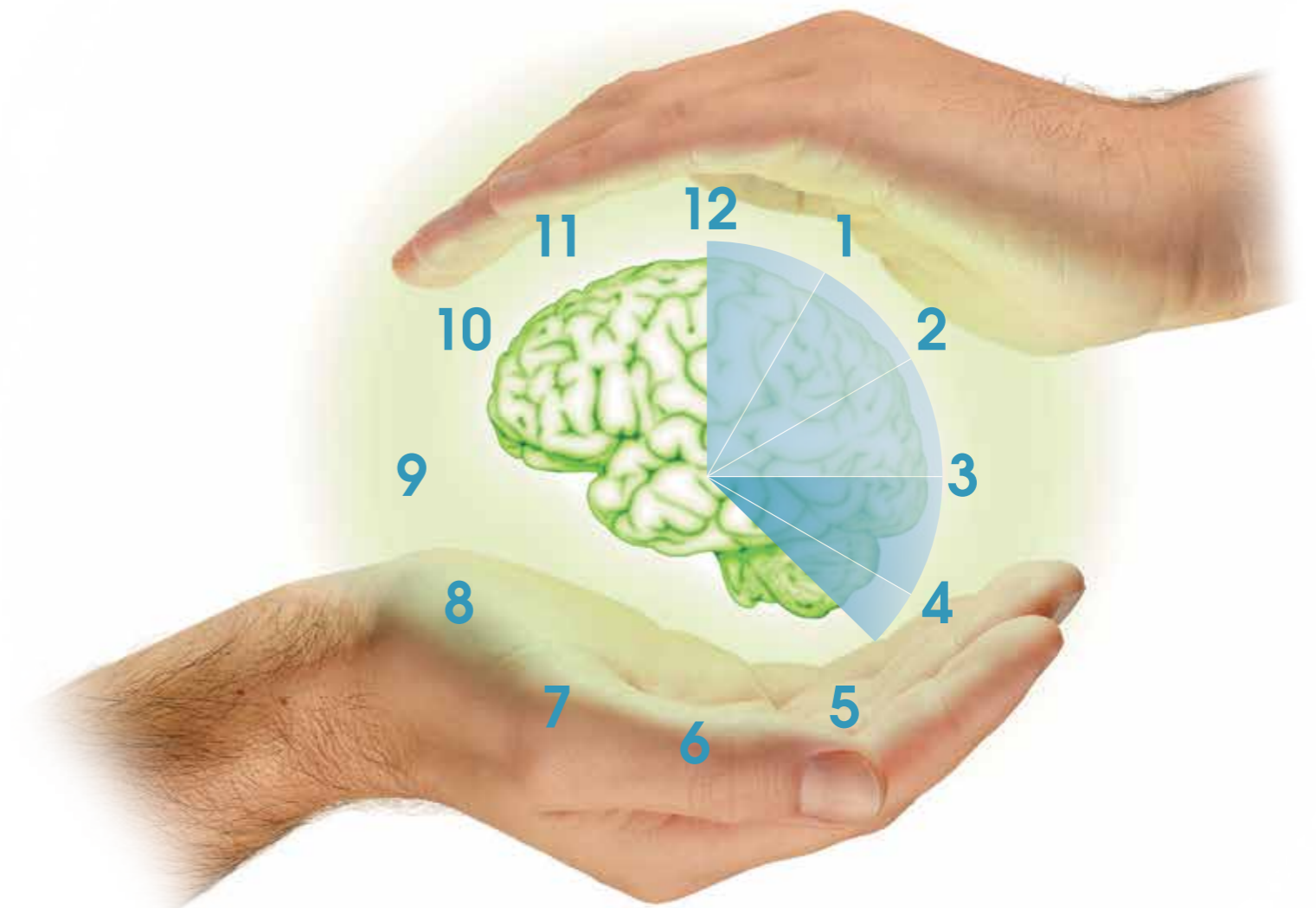
faptului că intervențiile medicale pot provoca, uneori, pacienților vătămări care pot fi evitate. Siguranța pacienților reprezintă un aspect tot mai îngrijorător în sistemele de asistență medicală din întreaga lume. Unu din zece pacienți internați în spitale a fost vătămat în mod neintenționat și în jur de 50% din aceste cazuri puteau fi evitate dacă lecțiile din trecut ar fi fost învățate. Ca atare, calitatea serviciilor medicale devine o prioritate, în aceeași măsură pentru furnizorii de servicii de sănătate, manageri, pacienți, terțul plătitor, cât și pentru instituțiile/organizațiile guvernamentale”

Prof. univ. dr. Traian Mihăescu, coordonatorul grupului HIS_RO

și progresele medicinei. Don Berwick, fostul președinte și CEO al Institutului de Îmbunătățire a Sănătății, a precizat că toate cadrele medicale au două joburi: în primul rând, să ofere cel mai bun tratament, iar în al doilea rând, să-și îmbunătățească constant cunoștințele și metodele de îngrijire a pacienților. 📌



Singurul tratament aprobat de FDA și EMEA pentru accidentul vascular cerebral ischemic acut. După 4,5 ore efectele AVC devin ireversibile!



Carența de fier

este cea mai răspândită deficiență nutrițională din lume.

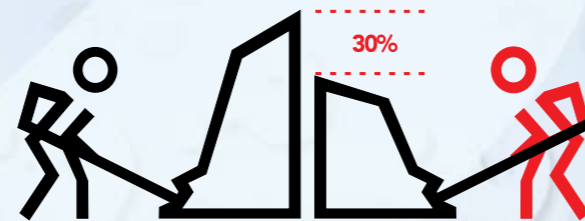
(Sursa: Organizația Mondială a Sănătății)

Știați că ... ?



Fierul este esențial pentru o **inimă sănătoasă** și o viață activă.

Jankowska EA, von Haehling S, Anker SD, Macdougall IC; Iron deficiency and heart failure: diagnostic dilemmas and therapeutic perspectives; Eur Heart J. 2013Mar;34(11):816-26. doi: 10.1093/eurheart/ehs224. Epub 2012 Oct. 25.



Conform OMS, **productivitatea și performanța** în muncă sunt reduse cu **30%** la femeile și bărbații cu **deficit de fier**.

Radlowski EC, Johnson RW. Perinatal iron deficiency and neurocognitive development. Front Hum Neurosci. 2013;7:1-11

Fierul susține forța vieții.
Acordați atenție carenței de fier.

Mai multe detalii  carentadefier.ro

Acest material educațional este destinat publicului larg. Nr. aprobare ANMDM: 23291E/13.06.2017

Vifor Pharma este lider mondial în domeniul inovării, dezvoltării, fabricării și comercializării produselor farmaceutice destinate tratării deficitului de fier. Compania are, de asemenea, o gamă variată de medicamente eliberate cu și fără rețetă medicală. Vifor Pharma, cu sediul la Zurich, Elveția, beneficiază de o prezență globală în creștere și de o vastă rețea de filiale și parteneri în întreaga lume. Pentru mai multe informații despre Vifor Pharma vă rugăm vizitați paginile www.viforpharma.com și www.viforpharma.ro sau contactați-ne la adresa Office.Romania@viforpharma.com



Vifor Pharma Romania S.R.L.
The Office, Clădirea A
Bd. 21 Decembrie 1989, nr. 77,
camera 6.5 400604 Cluj-Napoca

Tel. +40 264 449 556
Fax +40 264 550 230

Email: office.romania@viforpharma.com
Medinfo_Romania@viforpharma.com
Web: www.viforpharma.com



De 10 ani

alături de laboratoarele de analize medicale din Romania

A&A
pro diagnostic

În cei 10 ani de activitate, A&A PRO DIAGNOSTIC s-a remarcat prin calitatea produselor oferite, acoperirea întregii țări cu ajutorul echipei de vânzări, suportul tehnic oferit de către personal de specialitate, dar și prin faptul că este importator și distribuitor al unor renumiți producători de echipamente și reactivi pentru diagnostic in vitro.

Portofoliul de produse oferite de A&A PRO DIAGNOSTIC include echipamente, reactivi și consumabile pentru următoarele categorii:

- Biochimie • Coagulare • Electroforeza • Electroliti / ISE
- Grupe sangvine • Hematologie • Imunologie
- Microbiologie • Point of Care • Serologie • Teste rapide
- Turbidimetrie • Urini

Bd. George Cosbuc 50, sector 5, Bucuresti
Tel: 021 336 20 34 | Fax: 021 321 20 56 | Mobil: 0725 214 563
E-mail: info@prodiagnostic.eu
www.prodiagnostic.eu

„Toate substanțele sunt otrăvuri; nu e una care să nu fie otrăvă. Doza corectă e cea care diferențiază otrava de remediu.“

PARACELSUS - PĂRINTELE TOXICOLOGIEI



CONFERINȚĂ NAȚIONALĂ CU PARTICIPARE INTERNAȚIONALĂ



IMPACTUL XENOBIOTICELOR ASUPRA SĂNĂTĂȚII

ABORDAREA MULTIDISCIPLINARĂ A EVOLUȚIEI TERAPIEI
ȚINTITE PENTRU SIGURANȚA PACIENTULUI

A 3-A EDIȚIE, 17-18 MAI 2018, PALATUL PARLAMENTULUI

Sub auspiciile Comisiei pentru Sănătate Publică, Senat, și sub egida Secției de Toxicologie (afiliată EUROTOX) a Societății de Științe Farmaceutice din România și a Asociației de Psihofarmacoterapie și Științe Cognitive (APSC)

17 MAI 2018,
SEDIUL NEOLIFE MEDICAL
CENTER

CURS: Provocări actuale privitoare
la intoxicația cu pesticide pentru
profesioniștii din Sănătate - o abordare
interdisciplinară.

Ecotoxicologie &
Toxicologie Alimentară

18 MAI 2018,
PALATUL PARLAMENTULUI,
SALA „AVRAM IANCU“

- ♦ Politici și strategii în promovarea siguranței xenobioticelor – aspecte legislative, tehnice, administrative;
- ♦ Siguranța xenobioticelor și farmacovigilența;
- ♦ Terapii țintite în boli cronice.

DETALII PRIVIND TAXA DE PARTICIPARE ȘI MODALITĂȚI DE ÎNSCRIERE: alexandra.paiu@politicidesanatare.ro

MANAGEMENT
LOGISTIC & COMUNICARE

Revista
**POLITICI
DE SĂNĂTATE**
Dăm cuvântul specialiștilor