NR. 26 • MAI 2017 • SUB AUSPICIILE EQUITY IN HEALTH INSTITUTE

Produs al QUINN The Medicine Media

POLITICI DE SĂNĂTATE

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

dr. Miljana Grbic,
reprezentantă a
Organizației Mondiale a Sănătății în România

MAI BOGAȚI ȘI MAI BOLNAVI

ASPTMR

„PRIVEȘTE-MĂ PRIN OCHII MEI!"

CONCURS CU PREMII PENTRU JURNALIȘTI ȘI BLOGGERI - EDIȚIA A II-A

ASOCIAȚIA PENTRU SPRIJINIREA PACIENȚILOR CU TUBERCULOZĂ MULTIDROG REZISTENTĂ – ASPTMR ORGANIZEAZĂ CEA DE-A DOUA EDIȚIE A CONCURSULUI CU PREMII PENTRU JURNALIȘTI ȘI BLOGGERI „PRIVEȘTE-MĂ PRIN OCHII MEI!". DE VALENTINA GRIGORE

„Unul dintre cele mai importante lucruri pe care le putem face este să aducem în atenția publicului, dar şi a celor ce pot decide alocarea resurselor necesare pentru lupta împotriva TB, aspecte legate de existența acestei boli, a pericolului pe care îl prezintă şi a modului cum trăiesc pacienții experiența bolii", a anunțat Cătălina Constantin, preşedinte ASPTMR, motivația concursului. Concursul organizat de ASPTMR se adresează tuturor jurnaliştilor și bloggerilor, studenților la jurnalism sau la științe ale comunicării, dar şi studenților facultăților de imagine şi regie de film şi TV care doresc să realizeze un material audio-video sau scris pentru campania de luptă împotriva tuberculozei.

Teme de concurs

Materialele audio, video şi cele scrise (testimonial, reportaj, documentar sau orice altă formă care se încadrează în jurnalismul audio-vizual) vor fi analizate pe baza relevanței pentru temă, a impactului mesajului, a corectitudinii informațiilor şi a impactului estimat asupra publicului. Toate materialele înscrise în concurs, indiferent de tipul lor (reportaj, interviu, anchetă, documentar etc.), vor fi jurizate în cadrul a trei teme:

- **Tuberculoza privită prin ochii unui pacient**
- **Politicile statului în susținerea pacientului cu tuberculoză**
- **Tuberculoza și excluderea socială.**

Contact cu pacienții

Pentru realizarea materialelor audio-video şi scrise, organizatorii pot facilita contactul jurnaliştilor cu pacienți sau cu foşti pacienți dispuşi să fie intervievați, să participe la filmări sau să contribuie în orice alt mod la producerea acestora. Pentru suport în contactarea pacienților vă puteți adresa domnului Ştefan Răduț, la numărul de telefon 0720.15.61.58, sau prin e-mail, la adresa office@asptmr.ro.

Regulament

Formularul de înscriere poate fi descărcat de pe site-ul www.asptmr.ro. Înscrierea în concurs se poate face trimițând prin poştă formularul completat, împreună cu materialul audio, video sau scris, pe adresa ASPTMR. Acestea mai pot fi depuse direct la ASPTMR, adresa Şos. Panduri nr. 29, bl P2A, sc.1, et.2, ap. 11, sector 5, Bucureşti (pe plic va fi trecută mențiunea: Pentru concursul „Priveşte-mă prin ochii mei!"). Formularul şi materialul realizat pot fi trimise şi prin e-mail, la adresa office@asptmr.ro (cu mențiunea că prin e-mail nu se pot transmite materiale audio, video sau scrise mai mari de 20 MB).

Data-limită pentru înscrierea participanților şi primirea materialelor este 20 mai 2017, ora 18.00. Materialele înscrise în concurs pot fi publicate în perioada 13 aprilie - 20 mai. Toți participanții înscrişi în concurs vor fi anunțați pe www.asptmr.ro.

Jurizare şi premii

Câştigătorii vor fi selecționați de o comisie de jurizare formată din reprezentanți ai ASPTMR şi TB Europe Coalition (Coaliția Europeană de Luptă împotriva Tuberculozei). Preşedintele comisiei de jurizare este, la fel ca la ediția din 2016 a concursului, domnul Jonathan Stillo. Premiile vor fi înmânate personal câştigătorilor, în cadrul unei conferințe de presă ce va avea loc la o dată stabilită ulterior. Toți participanții la concurs vor primi o diplomă de participare care confirmă implicarea într-un proiect de jurnalism cu maximă importanță în domeniul social şi al sănătății publice. Vor fi selectați şase câştigători, iar fiecare premiu va avea o valoare de 1.000 de lei (impozabili).

PARTENERI COMUNICARE

QUINN The Medicine Media

Revista POLITICI DE SĂNĂTATE

ŞCOALA PACIENȚILOR

SUMAR

mai

REFORMA

04 „De la pacienți îmi iau toată puterea“

08 Sănătatea, sub lupa noii conduceri a CNAS

12 Mai bogați și mai bolnavi

16 Proiect de lege pentru „Dreptul la viață”

18 Implementarea legislației europene de mediu va îmbunătăți viața cetățenilor

20 Solidaritatea, un stimulent foarte puternic pentru o îngrijire medicală de calitate

MANAGEMENT

22 Datoria României este să folosească fondurile europene

24 Servicii medicale private, în premieră, pe ambele maluri ale Prutului

26 Institutul Clinic Fundeni, bilanțul unui management performant

28 Provocările unui manager de spital public: lipsa de specialiști pentru echipamentele moderne și birocrația

30 Investițiile în sănătate: factor inhibitor sau catalizator al creșterii economice?

EVENIMENT

32 Uscăciunea vaginală afectează una din două femei - soluții non-hormonale pentru ameliorarea simptomelor

34 Optimizarea managementului diabetului zaharat de tip 2 pentru pacientul din România

36 Recuperarea post-AVC

EDITORIAL

38 Grigore T. Popa, omagiat, la Iași, la 125 de ani de la naștere

ȘTIINȚIFIC

40 Pfizer Research&Development - Călătoria Ipotezei către Rezultat

42 Patient engagement, următoarea etapă a medicinei moderne

44 Screeningul, accesul la studii clinice și la terapii țintite - priorități în managementul bolii canceroase

46 Studiul Endeavor: Noile terapii cresc supraviețuirea pacienților cu mielom multiplu

48 Vaccinurile, victimele propriului lor succes

50 Inovația din domeniul radioterapiei și tratamentul personalizat

52 Depistarea precoce și nutriția personalizată – esențiale în managementul bolii canceroase

54 Medicina de familie, o struțo-cămilă capitalisto-comunistă

56 Manifestarea bolii Alzheimer ar putea fi întârziată cu 10 ani

POLITICI FARMA

58 „Acesta este dezideratul: să facem un HTA românesc”

61 MS Nurse PROfessional - curs scleroză multiplă pentru asistenți medicali

INOVAȚIE

62 MEDinISRAEL 2017 inima inovației medicale

64 Proprietatea datelor trebuie menținută la nivelul pacientului

66 Primul masterclass internațional de îngrijiri paliative

CONSILIUL ȘTIINȚIFIC

- Dr. **Cristina Gladys Al Jashi,** director medical Spitalul Clinic de Urgență Sf. Pantelimon
- Prof. univ. dr. **Petru Armean,** Consilier personal – Cabinet ministru, Ministerul Sănătății
- Prof. dr. **Leonard Azamfirei,** rector Universitatea de Medicină și Farmacie Tîrgu Mureș
- Dr. **Cristina Berteanu,** 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

- Dr. **Fausto Felli,** președinte Equity in Health Institute

- Conf. dr. **Doru Herghelegiu,** 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

- Dr. **Mircea Olteanu**, președinte Asociația Spitalelor din România

- Prof. univ. dr. **Florin Mihălțan,** șef secție Pneumologie III, Institutul de Pneumoftiziologie „Marius Nasta”
- Prof. dr. **Eugen Moța,** vicepreședinte Societatea Română de Nefrologie
- Prof. dr. **Radu Negoescu,** m.o. Academia de Științe Medicale
- Conf. dr. **Diana Loreta Păun,** consilier de stat Departamentul Sănătate Publică, Administrația Prezidențială
- Prof. **Franco Piovella,** La Fondazione I.R.C.C.S. Policlinico San Matteo, Pavia, Italia
- Dr. **Adriana Pistol,** director Centrul Național de Supraveghere și Control al Bolilor Transmisibile
- Conf. univ. dr. **Daniela Pițigoi,** vicepreședinte Societatea Română de Epidemiologie
- Prof. dr. **Doina Pleșca,** manager Spitalul Clinic de Copii „DR. V. GOMOIU”
- Conf. dr. **Radu Florin Popa,** șef Clinica Chirurgie Vasculară, Spitalul Clinic de Urgențe „Sf. Spiridon” Iași
- Prof. dr. **Gabriel Prada**, președinte Societatea Română de Geriatrie și Gerontologie
- Prof. dr. **Vasile Pușcaș,** 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 Vălceanu,** Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București
- **Paul Vincke,** director general European Healthcare Fraud and Corruption Network
- Acad. **Victor Voicu,** secretar general Academia Română

- Prof. dr. **Mihai Voiculescu,** președinte Asociația Română pentru Studiul Ficatului, Institutul Clinic Fundeni

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 Maticiuc – redactor-șef
roxana.maticiuc@politicidesanatate.ro
Valentina Grigore – manager Școala Pacienților
valentina.grigore@politicidesanatate.ro
Dr. Inga Pasecinic – editor coordonator
Republica Moldova
Colaboratori
Diana Trașcu, Amali Teodorescu, Andreea Moțoc
Foto: Mihai Adam
Marketing&publicitate
office@politicidesanatate.ro, 0040.723.524.837
Layout și prepress: Alexandru Daniel Neculai
Corectură: 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 CONF. DR. CORINA POP, SECRETAR DE STAT ÎN MINISTERUL SĂNĂTĂȚII

„De la pacienți îmi iau toată puterea"

CU ZECI DE ORE PE LUNĂ LUCRATE PESTE PROGRAM, CU O VIAȚĂ ÎMPĂRȚITĂ ÎNTRE PACIENȚI ȘI OBLIGAȚIILE DE LA MINISTER, SECRETARUL DE STAT CORINA POP ESTE DESCRISĂ DE MINISTRUL SĂNĂTĂȚII CA FIIND OMUL CARE MUNCEȘTE CÂT ȘAPTE LA UN LOC. ARE FAMILIA PLECATĂ DE MULT PESTE HOTARE ȘI AR FI PUTUT SĂ ÎI URMEZE EXEMPLUL. ÎNSĂ A ALES SĂ RĂMÂNĂ ÎN ȚARĂ, SĂ LUPTE PENTRU SERVICII DE SĂNĂTATE MAI BUNE PENTRU PACIENȚI, IAR ACUM, PENTRU EI, COORDONEAZĂ REFORMA SISTEMULUI SANITAR DIN ROMÂNIA. DE ROXANA MATICIUC

Care sunt cele mai importante proiecte finanțate cu fonduri rambursabile sau nerambursabile?

Cele mai importante fonduri străine nerambursabile sunt cele care vin în principal din fonduri europene, pe mai multe axe, mai sunt fondurile norvegiene acordate de statul norvegian printr-un mecanism bilateral de cooperare și fondurile guvernului elvețian. Mai există fondurile rambursabile. Unul singur este important, împrumutul de reformă de la Banca Mondială de 250 de milioane de euro, negociat în urmă cu câțiva ani, care reprezintă baza proiectului de reformă a sistemului de sănătate din România.

Cum ar putea cei interesați să găsească informații și să înțeleagă mecanismele europene? Poate că mulți ar vrea să se implice, dar nu știu cum.

E ceva foarte interesant. Comisia Europeană pune la dispoziție, prin alte programe, traininguri pentru cei care vor să învețe să acceseze fonduri europene. În plus, există cel puțin un help desk la Ministerul Fondurilor Europene, unde medici care ar vrea să devină promotori ar putea să învețe. Mai mult, sunt sigură că oricare dintre doctori ar veni să mă întrebe pe mine sau echipa mea de consilieri care face proiecte pe fonduri sau pe cei de la unitatea de implementare a proiectelor, despre un proiect anume, referitor la cum să acceseze fondurile, să participe în proiecte, cu siguranță ar găsi un răspuns. N-am refuzat, de când sunt la minister, niciun doctor care a vrut să inițieze sau care a vrut să știe despre un proiect.

Care a fost ultimul proiect pe care l-ați regretat că nu s-a realizat din cauză că nu au fost bani europeni sau că nu au fost accesate cum trebuie aceste fonduri europene?

Regret în continuare, și sper să nu fie un eșec până la capăt, că nu am reușit anul trecut să inițiez mai repede proiectele pe screening pe care sper să le realizez, pe care sper să le inițiez anul acesta. Îmi doream ca de anul trecut screeningul să înceapă și, de asemenea, mai sunt două proiecte importante care sper să se realizeze. Unul este legat de o **anchetă de prevalență** care nu a mai fost realizată din anul 2007 în România și care este extrem de importantă pentru sănătatea publică pentru că reprezintă baza – evidence base – pentru politicile de sănătate, adică de ce boli suferă în realitate românii, pentru a ști să facem politicile de sănătate conform morbidității și riscului de mortalitate pe următorul deceniu. Al doilea este cel referitor la DRG, la sistemul de plată al serviciilor de sănătate valabil în momentul de față în România, care obligatoriu are nevoie de o actualizare. Anul trecut, am făcut mari eforturi pentru finanțare, pentru inițiere, însă nu am reușit. Anul acesta, sper că o să avem o finanțare complexă, o parte din Banca Mondială și o parte din fonduri europene nerambursabile, pentru a iniția un proiect care să dureze cel puțin doi ani. Acest proiect presupune **inițial o „curățare" a sistemului DRG actual**, apoi un proces de colectare de date referitoare la DRG-uri, apoi de analiză, ulterior de evaluare și, în final, de propunere a unui nou sistem, adică **actualizarea sistemului de plată, care este fundamentul pentru reforma pe care dorim să o facem**. Astea sunt cele două proiecte importante pe care mi le doresc imens.

Spitalele regionale fac parte din proiectul de reformă negociat cu Comisia Europeană. Care este stadiul lor, în acest moment?

Poate că este momentul să explic mai întâi ce înseamnă condiționalitatea și neîndeplinirea condiționalității ex-ante pe Sănătate, ca să se înțeleagă mai bine care este rolul spitalelor regionale și cum au devenit ele de interes. Comisia Europeană, în exercițiul 2014-2020, propune României o sumă importantă de bani cu condiția să știe exact pe ce se cheltuiesc. Fondurile europene se acordă numai pe proiecte care au la bază strategii și planuri naționale. Astfel, în 2012 și în 2013 a fost negociată pe program operațional regional o sumă de peste șase sute de milioane de euro

pe care România poate să o acceseze nerambursabil, dar pe care Comisia, împreună cu autoritățile române, a hotărât că va fi cheltuită în două feluri: medicina primară, împreună cu serviciile ambulatorii și spitalele regionale. Întărirea serviciilor de asistență primară înseamnă doctori de familie, asistente comunitare și ambulatorii de specialitate. În momentul în care dovedim că am făcut ce am promis în legătură cu medicina primară, avem 150 de milioane de euro, bani europeni pentru construcția a trei spitale regionale. La acești 150 de milioane, Comisia a fost de acord ca noi, România, să contribuim cu o cofinanțare de 50%. În concluzie, avem 300 de milioane de euro pentru construirea a trei spitale regionale, dar acești bani nu pot fi folosiți decât cu condiția să facem ceea ce am promis pe partea de primary care, ambulatorii și reabilitarea unităților de primiri urgențe, acolo unde este cazul.

Dar, în 2013 la negociere, Comisia a zis că vom putea accesa acești bani numai dacă îndeplinim o condiție care se numește în „bruxelleză" condiționalitate, iar condiționalitatea avea mai multe planuri, unul dintre ele fiind elaborarea Strategiei Naționale de Sănătate. Această Strategie s-a și realizat, a fost aprobată prin hotărâre de guvern și a fost singura dintre părțile de condiționalitate care a putut să fie îndeplinită în timpul guvernului Ponta. Însă mai erau două puncte importante care nu au putut fi îndeplinite și care au revenit de îndeplinit guvernului de tehnocrați condus de Dacian Cioloș. Unul dintre ele era **elaborarea unui plan de monitorizare a implementării strategiei**. Altfel spus, cum facem noi să vedem dacă implementăm, sau nu, strategia pe care tocmai am aprobat-o. Planul a fost realizat la sfârșitul anului 2016. Celălalt punct era **evaluarea serviciilor și a nevoilor din sănătate**. Acest lucru ar putea să se numească Master Plan sau plan regional de servicii. Când am venit în minister, în decembrie 2015, a fost prima sarcină care mi s-a dat, extrem de dificilă. Ne-am apucat imediat de ea, am început o negociere cu DG Regio, în mod special, dar și cu DG Sante, referitor la ce aveam de făcut și a reieșit în final că avem de realizat opt planuri regionale de servicii, pentru cele opt regiuni considerate a le avea România. Aceste planuri urmau să evalueze, pe de o parte, nivelul de servicii din momentul de față din fiecare regiune și, pe de altă parte, nevoile, adică de ce are nevoie regiunea, care e morbiditatea pe regiune, care sunt nevoile pentru tuberculoză, pentru maternități, pentru pediatrie, pentru alte diverse specialități, pentru medicina primară, câte comune sunt fără doctor de familie, câți doctori sunt neangajați, adică planuri extrem de laborioase. Munca aceasta a durat până la sfârșitul anului, iar condiționalitatea a fost considerată oarecum îndeplinită, deși nu am primit nicio scrisoare în sensul acesta. Însă în ultima întâlnire cu Comisia, din decembrie, ne-a asigurat că în urma self–assessment-ului, adică în urma propriei noastre evaluări pe care am trimis-o Comisiei, se consideră condiționalitatea îndeplinită cu cele două documente importante: planurile regionale de servicii și un plan pentru monitorizarea și evaluarea implementării Strategiei.

În luna ianuarie însă, surpriză! Deși noi făcusem exact ceea ce ni s-a recomandat și ce am negociat, ni s-a spus, inițial informal, după care formal, că nu este considerată ca fiind îndeplinită condiționalitatea până când nu dovedim, cu elaborarea unor noi documente că vom duce la îndeplinire ceea ce am promis prin planurile regionale de servicii. Astfel că în momentul de față lucrăm la niște planuri de acțiune, la reactualizarea roadmap-

ului astfel încât să dovedim Comisiei că tot ce am promis anul trecut prin planurile regionale se va implementa în următorii ani, începând chiar cu anul acesta. Prin urmare, am început cu cele trei regiuni în care se vor construi spitalele de urgență, adică cea de Nord-Est, cu capitala la Iași, Regiunea de Sud-Vest, cu capitala la Craiova, și Regiunea de Nord-Vest cu capitala la Cluj-Napoca. Și mai mult, am promis Comisiei anul trecut că, începând cu 2018, elaborăm master-planuri regionale de servicii medicale pentru regiunile considerate istorice. Ne ajută și o echipă de experți români pasionați și dedicați, împreună cu un consultant plătit printr-un grant de la Banca Europeană de Investiții, pentru ca, în paralel cu elaborarea studiilor de fezabilitate, să putem decide cum va funcționa rețeaua de spitale din jurul spitalului regional. Pentru acest lucru trebuie să facem:

➲ **modificări legislative referitoare la categoriile de spitale,** la plata per serviciu, la numărul de paturi, numărul de servicii, cum considerăm departamentele medico-chirurgicale sau secțiile, deci modificări legislative multiple;

➲ **vizite în teritoriu,** în fiecare județ, pentru a valida necesitatea existenței spitalelor mici. Trebuie să decidem dacă își găsesc utilitatea în această rețea.

Mai mult, odată cu remodelarea rețelei de spitale, **trebuie să apară în oferta de servicii de sănătate** serviciile ambulatorii, adică o parte din ceea ce numim astăzi servicii în spitalizare de zi. În acest moment, aceste servicii se fac în condiții improprii, adică în spitale de urgență. De exemplu, pentru o endoscopie, trebuie să urci până la ultimul etaj îmbrăcat în civil ca să faci o investigație care, în mod normal, se poate face în ambulatoriu, adică nu în internarea continuă.

Cine este Corina Pop?

Se poate să nu răspund? E foarte greu să vorbesc despre mine și aș prefera să rămân modestă până la capăt. Mă tem de orice fel de apariție publică, mă tem de orice poză în ziare sau pe internet, declarațiile mele sunt strict profesionale, în privința profesiei mele de bază și în calitate de secretar de stat. M-am ferit mereu ca atunci când dai un search pe numele meu să se știe ceva despre mine. Sunt internistă, părinții mei sunt medici amândoi și sunt plecați în străinătate. Sunt căsătorită de mulți ani, am un soț care mă susține în toate proiectele și doi copii pe care îi ador. Am avut șansa imensă să descopăr un maestru, un profesor și un doctor unic, elev, la rândul lui, al celui mai mare profesor român de medicină internă – prof. Brukner, care mi-a deschis ochii către o lume absolut fabuloasă: medicina internă. Am făcut și a doua specialitate, gastroenterologie. M-am aplecat apoi puțin spre problemele de sănătate publică și am făcut cursul de management de la Școala Națională. Nu mai știu care a fost motivul, dar soarta întotdeauna face lucrurile într-un fel și uite că am ajuns să fiu propusă secretar de stat în guvernul tehnocrat.

„NIMIC NU TE OBLIGĂ SĂ VII LA UN DOCTOR CARE SE POARTĂ URÂT CU TINE, CARE NU E ATENT (...) CONSTRUIEȘTE-ȚI O RELAȚIE ÎN CARE SĂ FII EGAL CU DOCTORUL TĂU."

Aveți o privire de ansamblu în legătură cu ceea ce se întâmplă cu programele de Sănătate, cu fondurile externe, cu banii de care dispunem, dar sunteți în același timp și româncă, cetățean al acestei țări. Ce ați schimba, dacă ați putea?

Realmente, aș face schimbări în materie de servicii de sănătate. Reforma a venit pe sufletul meu. În iarna lui 2015, când ministrul Achimaș m-a chemat la minister, l-am întrebat ce o să fac, eram foarte emoționată. Mi-a zis că noi doi o să facem reformă și am râs, așa, în gândul meu: adică, el un ginecolog și eu o internistă, ce reformă să facem noi? Și iată că realmente asta fac de un an. Mă lupt, pentru că eu cred că reforma este necesară. Nu pentru că Europa ne-o impune, ci pentru că este nevoie de ea pentru doctori și pentru pacienți.

Un lucru pe care nu cred că am să pot să-l fac, dar pe care mi l-aș dori este recăpătarea statutului social al doctorului, a poziției sociale, statutul de respect de care se bucura mama mea când era doctoriță în România. De 20 de ani, și în mod special în ultimii 10 ani, profesia de doctor a devenit mai mult de rușine decât de mândrie. Mi-aș dori ca medicii să își recapete poziția socială, să fie ei inima comunității și cred în continuare că în orașele mici, în orașele universitare și în orașele din țară sunt doctori care reprezintă ceva în comunitatea lor.

Iar pacienților ce le-ați spune?

Ce le spun deja pacienților mei este: 1) să aibă încredere și 2) să își construiască o relație personală cu doctorii în care au încredere. Le spun mereu pacienților care pleacă de la mine către alte specialități: ți-l recomand pe doctorul acesta, colegul meu, dar rămâi la el numai dacă simți că poți să ai încredere, dacă nu, îți ofer altă variantă. Încearcă să îți găsești o cale de comunicare personală cu doctorii. Schimbă-l, dacă nu îți place de el. Legea îți permite să faci asta. Nu îți place de gastroenterologul, de chirurgul la care ești, schimbă-l. Nimic nu te obligă să vii la un doctor care se poartă urât cu tine, care nu e atent, care te umilește, care te privește cu superioritate, care crede că el e Dumnezeu și că tu ești un sclav. Construiește-ți o relație în care să fii egal cu doctorul tău dar nici să nu îl tratezi cu răutate, adică el să aibă grijă de tine, iar tu să îl amenințți că suni la linia verde. Nu cred că aceasta este soluția. Eu de la pacienți îmi iau toată puterea. ✚

INTERVIUL COMPLET POATE FI CITIT PE

www.politicidesanatate.ro

International Society of Regenerative Medicine and Surgery

Societatea Internationala de Medicina si Chirurgie Regenerativa

ISRMS
International Society of Regenerative Medicine and Surgery
Societatea Internationala de Medicina si Chirurgie Regenerativa
SIMCR

CREDITE EMC

CONGRESUL INTERNAȚIONAL „O PROVOCARE A SECOLULUI 21: MEDICINA REGENERATIVĂ – CERCETARE ȘI APLICAȚII CLINICE”

A 2-A EDIȚIE, 14-17 IUNIE 2017, BUCUREȘTI

SOCIETATEA INTERNAȚIONALĂ DE MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE REGENERATIVĂ – SIMCR

Sub egida:
Academiei Române

Institutul de Biologie si Patologie Celulară "Nicolae Simionescu" (IBPC)

Facultatea de Biologie - Universitatea Bucureşti (PCBE)

UMF "Carol Davila"

Colegiul Medicilor din Municipiul Bucureşti

Facultatea de Medicină Veterinară Bucureşti

ProEstetica Hospital

CURS INTERNAŢIONAL TEORETIC SI PRACTIC:

TEHNICI DE VALIDARE A IZOLĂRII CELULELOR STEM DERIVATE DIN ŢESUT ADIPOS ŞI EVALUAREA DIFERENŢIERII LOR"
coordonat de Prof. Agneta şi Dan Simionescu (14-15 iunie 2017, IBPC, PCBE)

SESIUNI CONGRES:

• CERCETARE ŞTIINŢIFICĂ • CHIRURGIE PLASTICĂ • HEMATOLOGIE • CHIRURGIE • ORTOPEDIE • STOMATOLOGIE • CARDIOLOGIE • MEDICINĂ VETERINARĂ (16-17 iunie 2017, IBPC).

SPEAKERI

Prof. Dan Simionescu, Prof. Agneta Simionescu, Acad. Maya Simionescu, Dr. Dana Jianu, Prof. Eckhard Alt, Prof. Dr. Marieta Costache, Prof. Lina Badimon, Dr. Marco Liccardo, Dr. Alice Ceacăreanu, Prof. Dr. Adrian Streinu Cercel, Prof. Dr. Ştefan Constantinescu, Prof. Dr. Alexandru Blidaru, Prof. Dr. Oana Coman, Conf. Univ. Dr. Daciana Brănişteanu, Conf. Dr. Iuliana Ionaşcu, Prof. Dr. Virgil Păunescu, Prof. Dr. Hab. Mugurel Rusu

Sponsori: BioMedMol, Carrefour, CATENA, SERVIER, PIRAEUS BANK

Parteneri:

Parteneri media: Revista Politici de Sănătate, Radio România, Jurnal de Sănătate, TONICA, ESLAS, ProEstetica, MEDICALĂ, ROMEDIC, eVa.ro, Scoala Pacientilor

www.isrms.eu

INTERVIU CU CONF. UNIV. DR. MARIAN BURCEA, PREȘEDINTE CNAS

SĂNĂTATEA, sub lupa noii conduceri a CNAS

CU O EXPERIENȚĂ DE MAI BINE DE 12 ANI PETRECUȚI ÎN SISTEMUL DE ASIGURĂRI SOCIALE DE SĂNĂTATE, MEDICUL OFTALMOLOG MARIAN BURCEA A ALES SĂ ÎȘI ASUME O RĂSPUNDERE ȘI MAI MARE: PĂRĂSEȘTE FOTOLIUL DE DIRECTOR GENERAL-ADJUNCT ÎN CADRUL CAS AOPSNAJ PENTRU A PRELUA FRÂIELE CONDUCERII CASEI NAȚIONALE DE SĂNĂTATE. DUPĂ NUMAI DOUĂ LUNI DE LA ÎNVESTIREA ÎN FUNCȚIE, ARE DEJA O LUNGĂ LISTĂ DE PRIORITĂȚI ȘI PROBLEME PE CARE ȘI-A PROPUS SĂ LE REZOLVE. CARE SUNT PLANURILE PE TERMEN SCURT ȘI MEDIU, AFLAȚI DIN MATERIALUL DE MAI JOS. DE ROXANA MATICIUC

Care sunt prioritățile mandatului dumneavoastră în calitate de președinte al CNAS?

Am preluat acest mandat gândindu-mă la necesitatea de a pune cetățeanul, pacientul, în centrul preocupărilor sistemului de sănătate din România. De aceea, eu percep CNAS drept un liant în întărirea legăturii dintre furnizorii şi beneficiarii serviciilor de sănătate.

În acest moment, am ca prioritate **semnarea şi derularea contractelor cost-volum/cost-volum-rezultat,** în scopul creşterii accesului asiguraților cu afecțiuni grave la tratamente inovatoare.

O altă prioritate este **dezvoltarea programelor naționale** și continuarea celor existente prin alocarea unor fonduri suplimentare, precum şi **debirocratizarea accesului la tratament** al pacienților din programele naționale, în conformitate cu prevederile programului actual de guvernare. După cum știți, recent, CNAS a renunțat la birocrația aprobării unor tratamente scumpe prin intermediul comisiilor de experți, iar acum suntem în perioada de monitorizare a efectelor acestei măsuri.

O preocupare permanentă pentru mine, în perioada mandatului, o va constitui **eficientizarea utilizării fondurilor** de care dispune instituția, în beneficiul asiguraților, cu ajutorul sistemelor informatice gestionate de CNAS, în condițiile optimizării permanente a acestor sisteme.

Nu în ultimul rând, în condițiile în care programul de guvernare prevede elaborarea unei noi legi a sănătății, îmi voi aduce contribuția, alături de Ministerul Sănătății, la partea din proiectul acestei legi care se referă la CNAS. Actuala lege a sănătății datează din anul 2006, iar de atunci a acumulat sute de modificări şi completări. În aceste condiții, este evident necesară o lege mai clară, adecvată situației actuale din sistemul sanitar.

Consider că şi în ceea ce priveşte **Contractul-cadru şi normele de aplicare ale acestuia** este nevoie de modernizare – să ținem cont permanent de practica medicală curentă şi de nevoile în schimbare ale asiguraților. Spre exemplu, trebuie acordată o importanță mai mare finanțării medicinei din ambulatoriu, inclusiv serviciilor paraclinice, în concordanță cu strategia guvernamentală din domeniul sanitar. Aşa cum spuneam şi la început, preocuparea majoră a CNAS este starea de sănătate a asiguraților, coroborată cu creşterea încrederii acestora în sistemul asigurărilor sociale de sănătate.

Există tratamente aprobate în regim de urgență de Agenția Europeană a Medicamentului. Cum pot ajunge aceste tratamente la pacienți, pe diferite arii terapeutice, mai ales acolo unde de 20 de ani nu au mai apărut tratamente noi?

> „LE TRANSMIT MEDICILOR PRESCRIPTORI CĂ AU O RĂSPUNDERE FAȚĂ DE PACIENȚI ȘI CĂ DACĂ RESPECTĂ CRITERIILE DIN PROTOCOALELE TERAPEUTICE, NU AU DE CE SĂ SE TEAMĂ."

Agenția Europeană pentru Medicamente (EMA) face evaluări pentru punerea pe piață a medicamentelor, nu pentru includerea în sistemele de rambursare ale statelor Uniunii Europene. Includerea medicamentelor în listele de compensare din România se face în baza evaluării ANMDM, care

stabileşte, totodată, modul în care un nou tratament poate fi compensat (adică necondiționat sau condiționat de existența unui contract cost-volum/cost-volum-rezultat şi a unui protocol de prescriere).

Referitor la taxa clawback, cum vedeți evoluția acestui mecanism, având în vedere faptul că inițial era provizoriu, iar acum face referire la un buget stabilit în 2012? Sunt prevăzute modificări?

Referitor la taxa clawback, o consider un instrument necesar pentru ținerea sub control a consumului rațional de medicamente. Însă orice mecanism este perfectibil, iar taxa clawback nu face excepție. De aceea, CNAS, în parteneriat cu ministerele Sănătății, respectiv al Finanțelor Publice, a demarat dialogul cu reprezentanții industriei farmaceutice pentru identificarea unui mecanism al contribuției care să răspundă pe termen mediu şi lung principiilor de transparență, predictibilitate şi sustenabilitate.

Care este bugetul pe 2017 în ceea ce privește contractele cost-volum? Înțelegem că încă sunt medicamente care nu au populație eligibilă publicată. Ce face Ministerul Sănătății în colaborare cu CNAS pentru rectificarea situației?

CNAS a fost autorizată prin Legea Bugetului de Stat pe anul 2017 să încheie contracte în limita creditelor de angajament de 3,09 miliarde lei pentru medicamentele care fac obiectul contractelor cost-volum/cost-volum-rezultat. Aici, lucrurile sunt într-o schimbare rapidă, se lucrează intens – spre exemplu, ne aflăm în etapa finală a procesului de pregătire a reluării şi extinderii prescrierii tratamentului fără interferon pe aria terapeutică hepatita cronică virală C, astfel ca prescrierea să se reia de la 1 mai 2017.

Există în cadrul CNAS o listă cu medicii desemnați care au o altă specialitate în afară de diabet (în general MF) și care, conform protocolului, pot prescrie medicație în Programul Național de Diabet?

Conform normelor de realizare a Programului Național de Diabet, tratamentul specific se inițiază de către medicul specialist diabetolog sau de către medicul cu competență/atestat în diabet şi poate fi continuat, pe baza scrisorii medicale, de către medicii desemnați. Medicii desemnați sunt medici specialişti (medicină internă, medicină de familie) nominalizați de Casele de Asigurări de Sănătate, în situația în care există un deficit la nivel județean de medici diabetologi, sau cu competență în diabet, nutriție şi boli metabolice. Deci această desemnare se face la nivel județean, în funcție de necesitățile locale.

Care este calendarul pentru negocierile cost–volum care vor urma acum, după finalizarea negocierilor pe hepatită?

Despre calendarul viitoarelor negocieri, ceea ce vă pot spune în acest moment este că vor urma noi negocieri, în acest an, în funcție de fondurile care vor fi disponibile, de populația eligibilă, dar şi de criteriile de stabilire a priorităților pentru tratamentele care vizează bolile cu impact major, conform Strategiei guvernamentale în Sănătate.

Există o alocare a creditelor de angajament pentru contractele cost-volum pe arii terapeutice?

Creditele de angajament au fost alocate global prin Legea Bugetului de Stat pe acest an. Mecanismul este următorul: pe baza creditelor de angajament, se inițiază procesul de negociere cu deținătorii autorizațiilor de punere pe piață, prin urmare nu avem cum să ştim dinainte rezultatul negocierilor aferent fiecărui medicament.

Plănuiți ca în viitorul apropiat să trimiteți experți de la CNAS la training pe HTA?

Evaluarea tehnologiilor medicale nu intră în sfera de competență a CNAS, dar dacă la un moment dat vom considera necesar sau dacă vom fi cooptați de alte instituții în evaluarea anumitor tehnologii medicale, nu excludem această posibilitate. Deocamdată însă, nu avem nimic concret în plan, în această privință.

Aveți în vedere crearea unui fond sau a unei linii de buget pentru medicamentele care nu sunt pe lista de compensate? (medicamente pe care unii pacienți, de exemplu, le cumpără din Bulgaria)

Legislația în vigoare în acest moment nu ne permite un asemenea lucru. Rolul CNAS este să asigure accesul nediscriminatoriu la un pachet de bază de medicamente, adică la acele medicamente aflate pe listele de compensare. Ideea ca CNAS să deconteze medicamente care nu sunt pe listele de compensare ar prezenta riscuri de hazard moral. Pe de o parte, n-ar mai fi un acces nediscriminatoriu, de vreme ce unii pacienți ar putea să deconteze şi medicamente aflate în afara listelor de compensare, pe de altă parte, de ce ar mai exista o asemenea listă, dacă am deconta și medicamente care nu se regăsesc pe listă? Și care medicament neaflat pe listă ar fi decontabil, și care nu?

CNAS trebuie să se încadreze într-un anumit buget în ceea ce privește banii pentru medicamente. Având în vedere nevoia de a ține „costul" sub control, nu există riscul unor contradicții, dacă ne gândim că în cazul unor medicamente protocoalele de cost trec drept protocoale terapeutice?

Nu există „protocoale de cost", aşa că nu văd cum ar fi posibil să apară asemenea contradicții. Până la urmă, scopul tuturor protocoalelor terapeutice este de a găsi soluția terapeutică optimă încadrabilă în contextul clinic al pacientului, prin stabilirea unor criterii obiective. Chiar dacă în tratarea

„ACTUALA LEGE A SĂNĂTĂȚII DATEAZĂ DIN ANUL 2006. ÎN ACESTE CONDIȚII, ESTE EVIDENT NECESARĂ O LEGE MAI CLARĂ, ADECVATĂ SITUAȚIEI ACTUALE DIN SISTEMUL SANITAR."

anumitor boli avem constrângeri bugetare care ne obligă să etapizăm tratamentul, aceasta nu înseamnă că aceste criterii de etapizare nu sunt obiective – spre exemplu, la hepatita cronică C avem drept criteriu medical obiectiv stadiul fibrozei.

După desființarea comisiilor din Casele Județene de Sănătate, s-a instalat o panică în rândul medicilor, semnalată de altfel și de către ministrul Sănătății, Florian Bodog, care întârzie tratamentul pacienților. Aveți în vedere un plan de comunicare la nivel național prin care să lămuriți problema și să mai liniștiți puțin apele?

Deja s-au luat măsuri de explicare a noilor proceduri prin intermediul Caselor Județene şi de comunicare către medici a modului de prescriere a tratamentelor care, anterior datei de 1 martie, necesitau avizele comisiilor de experți de la nivelul caselor teritoriale de asigurări de Sănătate sau de la nivelul CNAS. Vom insista în această privință, dacă este cazul. Şi prin intermediul dvs. le transmit medicilor prescriptori că au o răspundere față de pacienți şi că dacă respectă criteriile din protocoalele terapeutice, transpuse de noi în formularele de prescriere, nu au de ce să se teamă.

Care este stadiul actual al dosarelor electronice de sănătate, la şase luni după introducerea obligativității acestui instrument informatic?

Numărul dosarelor electronice de sănătate inițiate a crescut de la cca 6 milioane la 11 milioane. Similar a crescut și numărul instituțiilor medicale conectate la DES, ajungând astăzi la aproape 11.400 – din care, aproape 10.400 de cabinete de medicină de familie și 377 de spitale. În același timp, s-au transmis și s-au stocat în sistemul DES circa 170 de milioane de documente medicale de diverse tipuri și s-au înregistrat peste 60.000 de consultări ale sumarului de urgență. Peste 24.000 de medici au contribuit cu informații la dosarele electronice de sănătate. Estimăm că în perioada următoare numărul dosarelor electronice de sănătate nu va mai crește într-un ritm la fel de rapid ca în ultimele șase luni, deoarece s-au constituit deja dosarele pentru pacienții care au nevoie frecvent de servicii medicale. Pentru CNAS, constituie însă o preocupare extinderea raportării în DES și la alte categorii de furnizori de servicii medicale decât cele care transmit la ora actuală date în acest sistem informatic, astfel încât dosarele de sănătate să fie cât mai complete. Din păcate, continuă să fie contestată și la ora actuală norma legală referitoare la obligativitatea constituirii DES și a transmiterii datelor medicale către acest sistem informatic. Din punctul de vedere al CNAS, dacă dosarele electronice nu vor fi complete, acest sistem informatic nu își va atinge scopul nici pentru pacient, nici pentru medicii curanți, dar nici pentru acuratețea informațiilor depersonalizate extrase din DES care vor sta, în viitor, la definirea politicilor de sănătate. Ar fi ca și cum, de exemplu, într-o foaie de observație a unui pacient dintr-un spital s-ar consemna doar o parte din medicația administrată pacientului sau nu s-ar menționa operația efectuată în cursul internării.

INTERVIU CU DR. MILJANA GRBIC, REPREZENTANTĂ A ORGANIZAȚIEI MONDIALE A SĂNĂTĂȚII ÎN ROMÂNIA

Mai bogați și mai bolnavi

Care sunt principalele probleme de sănătate la nivel mondial?

Dacă vorbim despre provocările globale de sănătate, trebuie să spunem că lumea s-a schimbat, de la începutul acestui secol. La nivel mondial, populația este din ce în ce mai numeroasă și îmbătrânită. De asemenea, vedem că bolile netransmisibile le-au întrecut pe cele transmisibile și au devenit cel mai mare criminal din lume. Ne confruntăm cu presiuni economice și financiare care influențează foarte mult sănătatea. Schimbările climatice, migrația, conflictele armate sunt prezente peste tot în lume și au un impact destul de mare asupra sănătății populației. Cea mai mare parte a populației globale trăiește în orașe, deci vorbim despre populație urbană. **Oamenii trăiesc mai mult, asta e adevărat, dar sunt mai bolnavi**, ceea ce înseamnă că nu au calitatea vieții pe care ne-am dori să o aibă. Sistemele și serviciile de sănătate trebuie să fie reformate pentru a răspunde nevoilor unei populații îmbătrânite și care crește numeric.

Interesant este că **foametea persistă în paralel cu faptul că lumea a devenit mai grasă.** Este contradictoriu. Se estimează că 800 de milioane de persoane suferă de foamete cronică, dar, în același timp, există țări în care mai mult de 70% din populația adultă este obeză. De asemenea, vedem marketingul global al mâncării nesănătoase ce duce la boli netransmisibile. Hrana de proastă calitate și lipsa activității fizice sunt factori majori de risc ce duc la boli netransmisibile.

În același timp, avem ceea ce numim „un moment unic în istorie", pentru că **avem progres economic, numai că acesta favorizează bolile, în loc să le reducă.** Și social media a devenit o nouă voce și e o forță considerabilă, însă avem prea puține instrumente pentru a ne apăra, pentru a ghida conținutul social media. Asta înseamnă că atunci când citim ceva, orice, pe internet, nu avem nicio siguranță în privința corectitudinii informației. Avem nevoie de mai multe norme în această privință, de autoritate, de instrumente și de metode care pot să controleze acuratețea conținutului pe care îl accesăm online.

De asemenea, în secolul al XXI-lea ne confruntăm cu noi patogeni umani: SARS, virusuri gripale: H5N1, H7N9 și MERS coronavirus. În același timp, vedem reapariția unor boli uitate, precum Ebola, Zika, febra galbenă. Acestea sunt boli pe care le-am văzut demult, iar acum reapar și devin importante și în zilele noastre.

Ceea ce este interesant e că lumea e mai bogată decât la începutul secolului, dar în același timp avem țări bogate cu cetățeni foarte săraci. **70% din săracii lumii trăiesc în țări cu venituri mijlocii și mari,** ceea ce, din nou, e o contradicție foarte interesantă. Acest lucru se întâmplă din cauza faptului că inechitățile în privința sănătății prevalează și chiar dacă țările sunt bogate, nu toată lumea are același acces la serviciile de sănătate și nu toată lumea poate obține servicii medicale de aceeași calitate. De asemenea, vedem conflicte armate, atacuri teroriste, vedem o criză a refugiaților și migranților care, de asemenea, are impact asupra Europei și, desigur, toate au o legătură cu sănătatea noastră.

Care sunt, din punctul dumneavoastră de vedere, provocările din sistemul de sănătate la nivel regional?

În privința provocărilor regionale, de exemplu, între 30% și 40% dintre cancerele din regiunea europeană a OMS apucă să se răspândească înainte să fie diagnosticate. De asemenea, vorbim despre boli psihice în regiunea noastră care nu sunt diagnosticate la timp. În regiunea europeană a OMS, speranța de viață la naștere a crescut de la 73,9 ani în anul 2000 la 77,5 ani în 2014, dar ultimii ani de viață sunt întotdeauna marcați de boli. De asemenea, toate țările din regiunea noastră au redus mortalitatea maternă, dar nu toate în mod egal. Și mortalitatea infantilă a scăzut. O altă caracteristică a regiunii noastre este violența interpersonală. Această violență este a treia cea mai importantă cauză a mortalității. Deci, avem 15.000 de omucideri anual. Apoi, avem violența de gen: 25% dintre femei sunt afectate de violența partenerului intim. Avem rate mari ale mortalității din accidentele rutiere, în regiunea noastră, și aproape că ratăm atingerea obiectivului pe care l-am stabilit, de a scădea cu 50% numărul morților din evenimente rutiere până în 2020.

Un alt punct interesant e legat de **consumul de alcool în regiunea noastră, care e cel mai mare pe cap de locuitor**. Epide-

mia de obezitate este și aceasta o problemă: 21% dintre bărbații și 24% dintre femeile de peste 18 ani sunt obezi.

De asemenea, nu reușim să ne îndeplinim angajamentele din **Convenția**-cadru **OMS** pentru **controlul tutunului**, deci trebuie să acționăm cu mai multă forță în acest sens. 1,5 milioane de decese din regiunea noastră, adică 16% din total, sunt cauzate de factori de risc din mediul înconjurător.

În regiunea noastră, speranța de viață a femeilor diferă în țările membre cu până la 15 ani, ceea ce înseamnă că în unele țări femeile pot trăi până la 80 de ani, iar în alte țări, până la 65 de ani. De vină sunt aceste inechități din domeniul sănătății și cauzele principale ale acestora sunt sociale, economice, de gen și de mediu. Am calculat și cât costă aceste inechități de sănătate. Costul lor economic este de 15% din costul sistemelor de asigurări de sănătate și de 20% din costul sistemelor de sănătate din țările cu venituri mijlocii și mari. E important de spus că aceste inechități pot fi evitate. Trebuie doar să intervenim cu politici care țintesc cauzele lor principale, adică acele cauze sociale, economice, de gen și de mediu.

Ați declarat recent că medicii prescriptori ar trebui să-și schimbe comportamentul pentru a reduce fenomenul rezistenței la antibiotice. Care ar trebui să fie atitudinea lor în legătură cu această problemă?

Vedem, din păcate, că prima și a doua linie de antimicrobiene nu mai funcționează, ceea ce înseamnă că intrăm într-o așa-numită „eră post-antibiotice", când observăm că unele boli pe care le credeam uitate ucid din nou. Vorbim, de exemplu, despre pneumonie, tuberculoză, pentru că microorganismele au devenit rezistente la medicamentele pe care le folosim în tratament.

Medicii ar trebui să prescrie medicamente doar atunci când este realmente nevoie. Pe de altă parte, pacienții nu ar trebui să ia pastile în urma unor lecturi de pe internet sau să apeleze la automedicație cu un tratament prescris pentru o altă persoană, sau cu pastile rămase de la un tratament anterior.

Depresia a fost în acest an tema aleasă pentru Ziua Mondială a Sănătății. Considerați că România este afectată de depresie?

La nivel european, între 3,8% și 6,3% din populație suferă de depresie, iar

România este la media de 5% la această boală și la 3,7% la anxietate. Când vine vorba despre depresie, în general aceasta este subdiagnosticată și parțial netratată, iar asta este din cauza stigmatizării și a discriminării. Oamenii care suferă de această afecțiune, de obicei, nu merg să ceară ajutorul deoarece le este frică de stigmatizare și de discriminare. De aceea am avut campania „Deppresion let's talk". Era o chemare adresată tuturor categoriilor: pacienți, familii, prieteni, angajați din sistemul sanitar, instituții, autorități, pentru a investi mai mult în reducerea stigmatizării și pentru a-i face pe oameni să acceseze mai ușor serviciile medicale și să primească tratament la timp. 75% din totalul persoanelor care suferă de depresie în regiunea noastră nu primesc tratament adecvat. Când discutăm de depresie, trebuie subliniat faptul că aceasta poate fi o cauză a sinuciderilor, iar acestea pot fi prevenite cu un tratament psihologic potrivit și cu medicamente antidepresive.

Debutul primului episod de depresie nu poate fi prevenit total, dar într-o oarecare măsură, un stil de viață echilibrat, cu suficient somn, o dietă echilibrată și exerciții regulate pot ajuta la prevenirea depresiei. Dezvoltarea unui episod complet de depresie poate fi prevenită cu tratament psihologic. Printre cei care s-au recuperat din depresie, o recădere a depresiei poate fi prevenită cu tratament psihologic sau antidepresive.

Putem constata însă faptul că în regiunea Uniunii Europene guvernele nu investesc suficient în sănătatea mentală. Fondurile alocate pot varia între mai puțin de 1% din bugetul statului în țările cu venituri scăzute și 5% în țările medii și dezvoltate. Un alt aspect important este faptul că dacă nu se iau măsuri din timp împotriva acestei boli, atunci totul devine foarte scump. Costul global în tratarea depresiei este de peste un trilion de dolari americani în fiecare an. Acesta survine faptului că depresia nu este prevenită și tratată corespunzător. Un trilion de dolari este o sumă foarte mare și se datorează scăderii productivității, pensiilor de dizabilitate pe care le primesc bolnavii în stadii avansate, deci lipsa investițiilor în prevenire și tratare generează nu doar probleme bolnavilor, ci și costuri suplimentare sistemelor financiare și de sănătate ale statelor.

Investițiile în bugetul de sănătate în ceea ce privește sănătatea mentală sunt foarte scăzute în multe țări. Un studiu recent al OMS a estimat că, la nivel global, depresia și bolile provenite din anxietate depășește 1 trilion de euro în fiecare an din cauza pierderilor de productivitate și a unui procent mai mare de persoane care beneficiază de prestații sociale sau de pensii de invaliditate.

„FOAMETEA PERSISTĂ ÎN PARALEL CU FAPTUL CĂ LUMEA A DEVENIT MAI GRASĂ. AVEM PROGRES ECONOMIC, NUMAI CĂ ACESTA FAVORIZEAZĂ BOLILE, ÎN LOC SĂ LE REDUCĂ."

Între cei afectați de depresie, ne referim în special la bătrâni sau la tineri?

Oricine poate fi afectat de această boală, fie că este din grupuri vulnerabile – tineri, adolescenți, femei care tocmai au născut, femei aflate la menopauză –, fie că este din alte categorii, toată lumea poate fi afectată, chiar și cei din afara grupurilor vulnerabile.

Care sunt obiectivele și prioritățile dumneavoastră în această perioadă?

Anul acesta, avem o multitudine de activități. Chiar săptămâna trecută, am finalizat un eveniment la nivel înalt referitor la imunizare. Creșterea vaccinării în România este un aspect foarte important și lucrăm îndeaproape cu Ministerul Sănătății și cu Institutul Național de Sănătate Publică, dar și cu medicii de familie, comunitățile locale și cu oricine este implicat în această acoperire largă, inclusiv cu societatea civilă, care este foarte importantă în propagarea mesajului și pentru a invita părinții la discuții cu privire la siguranța vaccinării.

Nimeni nu trebuie să creadă că vaccinurile nu sunt sigure. Desigur, fiecare copil trebuie asistat de medicul de familie în procesul vaccinării și aceștia vor acorda sau nu permisiunea de a fi vaccinat. Însă când vorbim de vaccinuri, în general, trebuie să fim convinși că acestea sunt sigure. Avem evenimente care urmează să aibă loc lunile următoare pe tema mortalității infantile și a mortalității maternale din România. Acestea sunt la un nivel mai ridicat decât în alte state, deci vom lucra mai mult în această arie și vom oferi traininguri, instrumente de prevenire, și vom încerca să ajungem cu servicii medicale specifice la cât mai mulți oameni. Apoi vom avea un eveniment în luna iunie, la care vom vorbi despre poliomielită.

În România, 92% din totalul cheltuielilor se datorează bolilor netransmisibile. Din acestea, spre exemplu, bolile cardiovasculare sunt pe primul loc, cu o proporție de 58%. Așadar, mortalitatea din cauze cardiovasculare are unul dintre cele mai ridicate niveluri din Uniunea Europeană. Ne vom concentra pe prevenția cancerului, deoarece este știut faptul că prevenția și screeningul cancerului sunt importante pentru România. Când vorbim despre boli netransmisibile, trebuie să ne referim și la factorii de risc, cum ar fi tensiunea ridicată, diabetul, lipsa activității fizice, obezitatea, consumul de alcool și de tutun. WHO va continua să lucreze pe partea de tuberculoză cu Institutul „Marius Nasta", Ministerul Sănătății, Fundația Romanian Angel Appeal și cu alți parteneri. Conform studiului Sisteme de Sănătate în Tranziție, în sistemul de sănătate din România există inegalități în ceea ce privește accesul la asistența medicală în zonele rurale, pentru grupurile socioeconomice cum ar fi pensionarii, șomerii, lucrătorii independenți și agricultori, populația de etnie romă și femeile. Un alt aspect pe care ne vom concentra este acela al **inegalităților geografice**, întrucât vedem un **nivel mai ridicat al mortalității în sud** decât în alte părți ale țării.

Dar, ca un aspect pozitiv, pot să subliniez că România are o strategie bună în Sănătate pentru 2014-2020. Aceasta recunoaște provocările majore, cuprinde măsuri de abordare a acestor provocări, însă nu am văzut vreo evaluare a implementării acestei strategii până acum, deci și acesta ar putea fi un domeniu de interes pentru următoarele luni.

Asociația Echitate în Sănătate

Institutul Național
de Hematologie Transfuzională
"Prof. dr. C.T. Nicolau" București

CAMPANIA

PICĂTURA DE VIAȚĂ

Și tu poți salva o viață. Donează sânge!

Parteneri media

Revista Politici de Sănătate

Școala Pacienților
Portal profesionist de știri medicale pentru pacienții cronici

www.echitatateinsanatate.ro

➲ INTERVIU CU DR. RENICĂ DIACONESCU, VICEPREȘEDINTELE COMISIEI PENTRU SĂNĂTATE, SENATUL ROMÂNIEI, ȘEFUL SECȚIEI NEUROLOGIE A SPITALULUI JUDEȚEAN DE URGENȚĂ SLATINA

Proiect de lege pentru „Dreptul la viață”

DE ROXANA MATICIUC

Dumneavoastră aveți un proiect de suflet, o inițiativă legislativă pentru care vă luptați. Despre ce pacienți este vorba?

„Dreptul la viață” se numește proiectul și este adresat, în general, oamenilor tineri care suferă o intervenție chirurgicală după un accident vascular hemoragic și urmează o recuperare ani întregi sau poate că ajung într-o stare vegetativă. Și aici începe marea problemă, pentru că spitalele nu pot să-i găzduiască. Va fi o inițiativă legislativă pe care o vom lansa în luna mai și probabil că vor fi lângă noi foarte mulți aparținători ai unor astfel de cazuri sau care au trecut prin astfel de situații și n-au găsit rezolvare.

Nu există un program pentru astfel de cazuri. Uneori, stau câte doi sau trei ani și trăiesc din mila sau din bunăvoința unor medici care îi „ascund” pur și simplu prin spitale, încercând tot felul de tertipuri, transferându-i dintr-o secție în alta sau din terapie intensivă la neurologie, cum a fost cazul nostru.

Să înțeleg că inițiativa a plecat de la o nevoie concretă?

Da, am avut un caz, băiatul unui medic din Slatina, care, după o intervenție, a plecat în Germania și de acolo a venit, după costuri uriașe de recuperare, în stare vegetativă și nu se găseau soluții de găzduire a acestui tânăr. L-am cazat la noi, în Spitalul Județean Slatina, în terapia acută a neurologiei, dar, din păcate, astfel de cazuri cu infecții intraspitalicești nu poți să le ții la un loc cu ceilalți. Și atunci am dezafectat un salon de la o altă secție. Dar acest bolnav nu merge pe o recuperare normală. El este intubat, are sondă de alimentație prin gastrostomă, are sondă urinară. Deci îi trebuie o îngrijire aproape de terapie intensivă. De aceea vreau să propun un program național și un registru național pentru astfel de cazuri, să se aloce în fiecare spital județean cel puțin cinci, șase paturi sau un compartiment fie în cadrul secției, fie la terapie intensivă, fie la neurologie. Dar, după estimările mele, și acum, la Congresul de Neurologie, vom înainta o lucrare științifică făcută de noi pe o statistică de 13.000 de pacienți în 10 ani. Vom arăta că astfel de cazuri sunt destul de importante și că pun în dificultate secțiile de urgență, pentru că nu pot fi ținuți acolo, având în vedere costul foarte mare. Fără un program național, acești pacienți nu pot fi îngrijiți. Mai ales că nu poți să-i decuplezi și nu poți să hotărăști că, gata, îi lași să moară și îi decuplezi de la aparate. A fost cazul unui copil din Franța care a ajuns până la Curtea de Justiție a Uniunii Europene. Medicii voiau să-i întrerupă alimentația la cererea unei rude. După părerea mea, lunar, la nivel național, sunt peste 100 de pacienți care mor din cauza lipsei de perspectivă.

Ați vorbit până acum de copii și de tineri.

Vorbim despre AVC hemoragic care apare prin malformație vasculară sau prin anevrism și care apare la vârste mai tinere. Dar acest lucru nu exclude persoanele în vârstă. Sunt oameni care suferă un AVC la 70-80 de ani, ajung într-o stare vegetativă și familiile nu doresc să îi abandoneze, și, atunci, ca medic, ești pus în mare dificultate: ce faci, unde îi trimiți? Astfel de cazuri trebuie reglementate printr-o lege.

Există șanse de recuperare a unui asemenea pacient? Să iasă din starea vegetativă și să se refacă?

Foarte rar, dar nu ai dreptul să nu-l lași să trăiască și tocmai din acest motiv numesc această inițiativă „Dreptul la viață”.

Ați făcut o estimare a costurilor per pacient? Ce fonduri ar fi necesare pentru acest program?

Am făcut o estimare și fondurile nu sunt foarte mari. Am comparat chiar și cheltuielile care au fost în alte țări pentru astfel de cazuri. Cred că am rămas singura țară care nu acordă atenție acestui caz.

Ce alte proiecte mai sunt în atenția Comisiei de Sănătate din Senat?

Noi ne dorim să începem implementarea acelui program de prevenție cardiovasculară pe care l-am trecut și în programul de guvernare, dar care încă nu a luat startul.

Sunt foarte multe proiecte de care ne ocupăm, pentru că, din fericire, foarte mulți dintre noi, cei din Comisie, suntem implicați în actul medical. Așa cum ați văzut, majoritatea lucrează și este un lucru benefic pentru că venim cu informațiile de jos. Până acum, în vechiul sistem, cred că în Comisia de Sănătate nici nu erau medici. Acum însă, fiecare dintre noi vine pe o anumită specializare și, cumulând,

oferim o imagine corectă și concretă a situației medicinei românești. Și dacă vorbim despre proiecte, pe neurologie s-a lansat un program, în urmă cu doi ani, pentru AVC, dar, din păcate, a rămas pe hârtie. Astfel de unități nu s-au putut crea, deși ar fi fost foarte simplu. Majoritatea spitalelor județene sunt dotate cu tomograf, medicamentele există, specialiști sunt și sunt foarte bine pregătiți, deci se poate implementa.

Iar acest lucru de cine depinde?

Depinde de Ministerul Sănătății. Și am discutat și cu profesorul Ovidiu Băjenaru, și cu profesorul Dafin Mureșanu să facem presiuni ca astfel de unități să apară măcar în fiecare spital județean. Este trist că am rămas în urmă cu acest lucru. Sunt multe de făcut și cred că s-a pierdut foarte mult timp. Nu există o asociație, nu sunt luați în evidență, nu există un registru cu astfel de cazuri. Lucrurile au fost neglijate.

Cum vedeți propunerea noului guvern de mărire a salariilor din Sănătate?

Au fost foarte multe inadvertențe pe care a trebuit să le corectăm, mai ales la sporurile care s-au dat medicilor. N-au fost gândite după un anumit plan, ci în funcție de cine a vrut și cine n-a vrut să ia sporul, în funcție de specializare. Erau specializări care luau sporuri până la 75% sau chiar până la100% și altele care nu primeau deloc, și s-au încetățenit de-a lungul timpului, dar fără să aibă o logică. Domnul ministru a înțeles și a prorogat termenul de implementare a sporurilor. Probabil că vor fi discutate și de noi în comisie, pentru că noi propunem un alt sistem de acordare a acestor bani: și pe verticală, și pe orizontală. Pe verticală înseamnă că într-un fel vei plăti medicul dintr-un spital orășenesc și într-un alt fel pe cel din spitalul de urgență județean sau pe cel dintr-o clinică universitară. Apoi, pe orizontală ar trebui să conteze gravitatea sau pericolul la care te expui în fiecare specializare. Nu poți să faci pentru chirurgie plastică sau arși sporuri de 100%, iar pentru terapia acută de neurologie, unde bolnavul este grav, trebuie să-l aspiri, să-l alimentezi, să nu dai niciun spor.

INTERVIU CU ADINA IOANA VĂLEAN, PREȘEDINTELE COMISIEI PENTRU MEDIU, SĂNĂTATE PUBLICĂ ȘI SIGURANȚĂ ALIMENTARĂ A PARLAMENTULUI EUROPEAN

Implementarea legislației europene de mediu va îmbunătăți viața cetățenilor

DE VALENTINA GRIGORE

Mediul, calitatea apei, utilizarea resurselor, sănătatea publică sunt doar câteva dintre domeniile care ar trebui să fie prioritare pentru orice națiune. Deși România a înregistrat unele progrese, acestea sunt doar la nivel legislativ. Care sunt măsurile pe care ar trebui să le implementeze țara noastră și ce riscă dacă nu o face, ne-a explicat europarlamentarul Adina Vălean, primul român ales președinte al unei comisii în Parlamentul European.

Care sunt prioritățile dvs. în calitate de președinte al Comisiei pentru Mediu, Sănătate Publică și Siguranță Alimentară?

Calitatea de președinte al Comisiei pentru Mediu, Sănătate Publică și Siguranță Alimentară (ENVI) a Parlamentului European este o funcție care mă onorează și, totodată, îmi aduce nenumărate responsabilități. Comisia ENVI se ocupă de o vastă arie de domenii politice, precum gestionarea deșeurilor și a resurselor, calitatea aerului și a apei, protecția biodiversității, ca să numesc doar o parte. Alături de colegii mei de comisie, mă angajez în promovarea unei Europe sustenabile și eficiente din punctul de vedere al utilizării resurselor.

Lupta împotriva schimbărilor climatice constituie nucleul activității comisiei noastre și rămâne un punct central pe agenda acestei legislaturi. Comisia ENVI se angajează, de asemenea, să propună soluții pentru problemele de sănătate publică și de siguranță alimentară care au impact asupra cetățenilor europeni.

Care este programul de lucru al Comisiei pentru anul în curs?

Comisia ENVI desfășoară anual schimburi de opinie cu Comisia asupra programului de lucru și asupra priorităților pentru anul în curs, iar anul acesta am solicitat indicarea obligatorie a țării de proveniență a cărnii în mâncarea procesată și în alte alimente, punerea în aplicare a Regulamentului privind materialele și obiectele destinate să vină în contact cu produsele alimentare, reînnoirea Strategiei UE privind alcoolul, revizuirea Directivei privind țesuturile și celulele umane

sigure pentru transplant și a Regulamentului privind terapiile avansate în linie cu principiul donației neplătite. Am solicitat propuneri legislative privind rezistența antimicrobiană și prospectele însoțitoare pentru produsele farmaceutice, precum și o propunere legislativă privind un sistem european pentru evaluarea tehnologiei medicale (HTA).

Raportul din februarie 2017 al Comisiei Europene a notat elemente îngrijorătoare privind politica de mediu a României. Cât de importante sunt acțiunile de mediu?

La 10 ani de la aderarea la Uniunea Europeană, România a înregistrat progrese privind performanțele de mediu, însă acestea sunt mai mult la nivel legislativ. Deși legislația României reflectă în mod corect cerințele de mediu convenite la nivelul UE, punerea în aplicare a acestora este problematică și aici aș menționa lipsa planificării, a coordonării și a unei finanțări adecvate.

Legislația de mediu europeană, dacă este pusă în aplicare, va îmbunătăți viața cetățenilor europeni. Trebuie sporită calitatea apei și a aerului, a ratelor de reciclare și protecția naturii. România trebuie să perfecționeze gestionarea deșeurilor și a apelor urbane reziduale în vederea îndeplinirii obiectivelor UE până la expirarea termenelor finale stabilite în Tratatul de aderare, dar și protecția și gestionarea siturilor Natura 2000. De asemenea, este necesară consolidarea administrației publice pentru o mai bună coordonare și creștere a capacității administrative a autorităților și a agențiilor implicate în punerea în aplicare a legislației UE.

Activitatea României este caracterizată de rata de reciclare extrem de scăzută (5%), de rata de compostare ușor crescută (11%) și de rata mare de depozitare a deșeurilor (82%). Pentru a atinge obiectivul pentru 2020, care presupune reciclarea a 50% din deșeurile municipale, România va trebui să investească masiv în acest domeniu până la termenul-limită. Altminteri, i se vor iniția alte proceduri de infringement, pe lângă cele șapte pe care le are deja în tratarea deșeurilor.

Atrag atenția guvernanților, dar și întregii clase politice din România, asupra politicii de mediu a țării noastre și îi încurajez să utilizeze eficient și cu perseverență fondurile alocate de UE, pentru a putea face față acestor provocări și pentru a spori coordonarea propriilor mecanisme administrative.

Cum priviți intenția Regatului Unit de retragere din UE? Ce măsuri ar trebui luate în planul sănătății, mediului și siguranței alimentare?

Alături de Comisie și de Consiliu, Parlamentul European, în calitatea sa de reprezentant european al cetățenilor UE ales prin scrutin universal, va juca un rol esențial de-a lungul acestui proces anevoios.

Pe parcursul negocierilor cu Regatul Unit, sunt de părere că trebuie să fim atenți să ne asigurăm ca relația UE cu Regatul Unit să fie în continuare constructivă, spre beneficiul cetățenilor și al companiilor. Regatul Unit este un partener de încredere și este util să avem o relație pozitivă pe mai departe, asigurându-ne că drepturile cetățenilor români (comunitatea românească din Regat numărând peste 234.000 de persoane) și din restul UE, aflați pe teritoriu britanic, sunt respectate.

O problemă deosebită pe care o implică retragerea Regatului Unit din UE este relocarea Agenției Europene pentru Medicamente (EMA). Cred cu tărie că pe parcursul acestei relocări este vital

„DEȘI LEGISLAȚIA ROMÂNIEI REFLECTĂ ÎN MOD CORECT CERINȚELE DE MEDIU CONVENITE LA NIVELUL UE, PUNEREA ÎN APLICARE A ACESTORA ESTE PROBLEMATICĂ."

să nu pierdem specialiștii și să nu avem sincope în funcționarea agenției. Criteriile în baza cărora se va face relocarea EMA vor trebui să asigure continuitatea funcționării acesteia și alegerea noii locații trebuie făcută cu atenție, deoarece, în contextul amenințărilor teroriste din ultima vreme, trebuie garantată securitatea funcționarilor EMA. În plus, sunt de părere că mutarea agenției trebuie să dea un semnal de solidaritate statelor membre și să întărească flancul estic al UE. Suntem martorii unor evoluții politice care poate reprezenta o amenințare la adresa proiectului european prin mișcările politice naționaliste din anumite state membre. O serie de state membre, printre care și România, și-au manifestat interesul de găzduire a sediului EMA, iar eu voi susține și voi promova, din poziția de președintă a comisiei ENVI, candidatura țării mele.

Cum poate rezolva România problema accesului la medicamente?

Această problemă este foarte complexă și, din păcate, nu există o soluție miraculoasă. Pentru a simplifica, voi sublinia cel mai important aspect care limitează accesul la medicamente în România și anume subfinanțarea sistemului de sănătate. În România, pentru anul bugetar 2017, Sănătății i-au fost alocate 37,4 miliarde de lei, însemnând 4,6% din PIB. Nu aș compara suma, ci numai procentul pe care alte state membre l-au cheltuit, conform Eurostat, la capitolul sănătate publică în 2014. Aici mă refer la țări precum Franța, cu 11,1%, din PIB, și Germania, cu 11%.

Este nevoie de un dialog productiv între toți actorii implicați, atât la nivel național, cât și la nivel european. Insist asupra nevoii de a avea resurse mai importante la nivelul bugetului alocat Sănătății, deoarece trebuie să facem din Sănătate o prioritate reală, nu numai la nivel discursiv.

Pe lângă activitatea din cadrul Parlamentului European, în ce alte activități mai sunteți implicată?

Sunt și membru al Delegației pentru relațiile cu Statele Unite ale Americii. Anterior, am făcut parte din Comisia pentru Industrie, Cercetare și Energie, unde proiectele mele s-au axat pe telecomunicații și energie, dar și pe cercetare și inovație.

Cred în beneficiile unor relații strânse între UE și SUA și de aceea particip la reuniunile TLD (Transatlantic Legislators Dialogue), implicându-mă de asemenea în negocierile pentru TTIP (Parteneriatul Transatlantic pentru Comerț și Investiții), pe ale cărui beneficii le-am susținut încă de la început. Am fost aleasă în boardul Forumului European pentru Internet, precum și în boardul platformei knowledge-4innovation, datorită angajamentului meu puternic față de economia digitală, antreprenoriat și inovare. Nu în ultimul rând, sunt copreședinte al Forumului pentru mobilitate și societate, în cadrul căruia promovez competitivitatea industriei auto europene.

INTERVIU CU EXCELENȚA SA THOMAS BAEKELANDT, AMBASADORUL REGATULUI BELGIEI LA BUCUREȘTI

SOLIDARITATEA, un stimulent foarte puternic pentru o îngrijire medicală de calitate

DE VALENTINA GRIGORE

Sistemul de sănătate din Belgia este unul extrem de bine pus la punct, în care solidaritatea și mutualitatea sunt cuvintele de bază. Aceste două concepte par însă să nu funcționeze foarte bine atunci când ajung în contact cu sistemul românesc de sănătate. Excelența Sa Thomas Baekelandt, ambasadorul Regatului Belgiei la București, consideră că avem de învățat unii de la alții și că, de fapt, cea mai mare problemă a României este finanțarea.

Un om înțelept a spus că nivelul de civilizație al unei țări poate fi măsurat prin modul în care are grijă de persoanele sărace, vârstnice și bolnave. Din acest punct de vedere, ce părere aveți despre sistemul de sănătate din România?

Acum descopăr sistemul de sănătate din România, deoarece avem diferite organizații neguvernamentale belgiene are derulează activități aici de 25 de ani. Sistemul românesc a evoluat mult, dar, ca să fim sinceri, în continuare nu răspunde tuturor standardelor, comparativ cu sistemul belgian de sănătate. Iar aceasta este din cauza faptului că, în Belgia, avem o lungă tradiție a unui sistem medical bazat pe solidaritate, în timp ce România a avut, după cel de-Al Doilea Război Mondial, un regim cu o perspectivă diferită asupra sistemului de sănătate. Profesioniștii din sistemul de sănătate românesc au o pregătire de înaltă calitate. Sunt atât de buni, încât emigrează în alte țări europene. Ceea ce ne oferă o idee asupra modului în care sistemul românesc de sănătate trebuie schimbat. Guvernul român s-a confruntat în permanență cu această problemă – să determine medicii și asistentele medicale să rămână în România, să ofere servicii mai bune. Însă cred că pentru România problema este cea a finanțării.

Care sunt punctele forte ale sistemului belgian de sănătate?

Sistemele de sănătate din Vestul Europei au tradiții diferite. În Germania, Austria, Franța, Belgia și Olanda, sănătatea este finanțată din contribuțiile angajaților și angajatorilor. În alte țări vest-europene, precum Suedia, Marea Britanie, finanțarea este bazată pe o taxă generală. Toate aceste sisteme au la bază principiul solidarității. Un aspect clasic al sistemului belgian de sănătate este acela că finanțarea se face din contribuțiile celor care muncesc, iar managementul plăților din sistemul sanitar este atribuit unor organizații de ajutor mutual – înființate, de obicei, de grupuri religioase sau sociale. Două sau trei dintre aceste asociații de ajutor mutual din Belgia încearcă să implementeze același sistem și în România. Ajutorul mutual se găsește însă mai mult la sate, unde locuiesc oameni bătrâni. Aceste asociații încearcă să ofere îngrijiri medicale de bază persoanelor din mediul rural. Este un sistem democratic, bazat pe o solidaritate reală: îți cunoști și îți ajuți vecinul. Este un stimulent foarte puternic pentru o îngrijire medicală de calitate.

De ce credeți că în România nu funcționează atât de bine astfel de asociații?

Țările noastre au istorii diferite. Biserica Catolică a avut acces în Parlament, unde a apărat interesele acestor asociații religioase. În România, Biserica nu a avut reprezentanți în Parlament, care să fi putut ajuta partidele politice cu fundament religios să obțină fonduri pentru proiecte sociale. Sunt sigur că România nu trebuie să copieze sistemul belgian de sănătate, însă se poate inspira din această noțiune de solidaritate.

> „AVEȚI MEDICI BUNI, FURNIZORI EXCELENȚI, OAMENI INTELIGENȚI – PROBLEMELE SUNT SISTEMUL, ADMINISTRAREA ACESTUIA, DAR ȘI FINANȚAREA."

Cum se fac plățile medicale în Belgia?

Până de curând, plățile se făceau pe intervenția în sine. De exemplu, pentru o lucrare dentară stomatologul este plătit o anumită sumă din fondul de ajutorare mutuală. Iar această modalitate de plată are un efect negativ, pentru că

ne confruntăm cu umflarea facturii. Uneori, medicul are tendința să găsească prea multe boli, deoarece este plătit pe intervenție. Acesta este costul zilnic. Apoi, mai există costuri de investiție: avem nevoie de spitale, plățile în acest caz nu se pot face pe intervenție. Înainte, spitalele erau finanțate în funcție de numărul de zile în care un pacient stătea internat și de îngrijirea de care beneficia. Fiecare boală, fiecare intervenție au fost catalogate astfel încât spitalul să primească mai mult sau puțin. Din nou, apare pericolul umflării serviciilor medicale oferite.

Acest gen de finanțare a serviciilor medicale are riscuri. Însă managementul nu doarme, de aceea există reduceri atunci când se constată astfel de situații de supraconsum. Este o discuție ce trebuie purtată cu responsabilii din sectorul medical, cu medicii, cu reprezentanții spitalelor, deoarece ei întotdeauna vor veni cu o factură umflată. În Belgia, avem negocieri importante pentru astfel de situații. Trebuie să știi foarte bine de ce se plâng, trebuie să fii foarte atent în faza de negociere.

Care sunt principalele proiecte de sănătate belgiene derulate în România?

ONG-uri din Belgia colaborează cu diferite ONG-uri din România. Unul dintre ele este chiar Crucea Alb-Galbenă, altul este The Open Network, care derulează proiecte la sate în numeroase domenii, inclusiv în sănătate. Activitatea acestor ONG-uri trebuie să fie corelată cu autoritățile locale și cu organizațiile similare românești.

Ar putea fi îmbunătățită colaborarea dintre cele două țări în sectorul medical?

Cu siguranță, da. În plan general, câteva lucruri sunt importante în Europa în acest moment. Unul este Brexitul, care se simte în discuțiile politice din interiorul Uniunii Europene. Dezvoltarea economică a țărilor din UE arată că multe persoane simt că au rămas în urmă. Integrarea europeană are o lipsă, și anume o politică europeană socială. De exemplu, mulți români muncesc în alte țări europene nu doar pentru un salariu mai bun, ci și pentru servicii mai bune, inclusiv sociale, uneori pentru o educație mai bună pentru copiii lor. Asta ne arată în ce domenii trebuie să investească România pentru a-și ține oamenii în țară sau pentru a-i determina să se întoarcă din străinătate. Unul dintre sectoarele în care ar fi necesare mai multe investiții este sănătatea. Este dificil de explicat de ce pentru anumite servicii de sănătate guvernul român preferă unități medicale din Viena. Este o solidaritate europeană frumoasă, dar și un indicator că mai sunt multe de făcut. România este cea mai săracă țară din UE. Evident, nu se vede acest lucru în București, Cluj, Sibiu sau Iași, ci în alte zone ale țării. Aveți poluri ale sărăciei unde este neapărat nevoie de o soluție pentru acordarea de îngrijiri de sănătate. Sunt ONG-uri din Belgia pregătite să remedieze aceste aspecte. Însă putem, de asemenea, să învățăm multe din realitatea românească. Aveți medici buni, furnizori de servicii de sănătate excelenți, aveți oameni inteligenți – deci puteți face singuri multe lucruri. Problemele sunt sistemul, administrarea acestuia, dar și finanțarea. ✚

Datoria României este să folosească fondurile europene

FONDURILE EUROPENE NERAMBURSABILE, INDIFERENT DE SURSA LOR DE PROVENIENȚĂ, AU FOST ȘI VOR FI UN AJUTOR IMPORTANT PE CARE UNIUNEA EUROPEANĂ ÎL ACORDĂ STATULUI ROMÂN. PRIN URMARE, AVEM OBLIGAȚIA SĂ NE FOLOSIM TOATE PÂRGHIILE LEGALE PENTRU O CÂT MAI BUNĂ ȘI MAI EFICIENTĂ ABSORBȚIE ȘI UTILIZARE A ACESTOR FINANȚĂRI. DE DAN DUMITRESCU, SECRETAR DE STAT MINISTERUL SĂNĂTĂȚII

Într-o perioadă, am făcut parte din echipa Ministerului Fondurilor Europene. Poate că acesta este unul dintre motivele pentru care subiectul accesării fondurilor nerambursabile în domeniul sănătății este unul care mie îmi este foarte apropiat și despre care cred cu tărie că poate fi utilizat cu succes ca posibilitate de finanțare a sistemului medical, sistem medical ce are nevoie și de o altă sursă de finanțare, suplimentară bugetului de stat.

În acest sens, în urma strânsei colaborări între cele două ministere (Ministerul Sănătății și Ministerul Dezvoltării Regionale, Administrației Publice și Fondurilor Europene) și urmând linia programului de guvernare asumat, am reușit până acum să închidem cu succes un apel de proiecte dedicate creșterii competențelor cadrelor medicale, în valoare de 85 de milioane de euro, bani care vor fi utilizați doar de instituțiile din subordinea sau coordonarea Ministerului Sănătății pentru formarea și instruirea medicilor și asistentelor medicale.

Ca noutate față de apelurile anterioare, în acest an am inclus pe lista beneficiarilor eligibili o categorie care până acum a fost un pic neglijată, din acest punct de vedere – cea a medicilor rezidenți.

În același timp, am reușit să definitivăm două ghiduri de finanțare, unul deja apărut în dezbatere publică, celălalt în procedură de aprobare pentru programul de screening. Acesta din urmă este un program de testare populațională, la care vor avea acces membrii comunităților defavorizate și membrii grupurilor vulnerabile. În urma finalizăriii acestor apeluri de proiecte, Institutul de Ocrotire a Mamei și Copilului „Alfred Rusescu" va efectua testări și analize prenatale și preconcepționale, iar Institutul de Pneumoftiziologie „Marius Nasta" va efectua investigații pentru diagnosticarea rapidă a infecției tuberculoase. Aceste două proiecte vor avea o finanțare substanțială, ele putând beneficia de aproximativ 15 milioane de euro, fonduri nerambursabile.

Conform calendarului de lucru aprobat la începutul acestui an, mai avem în lucru pentru perioada imediat următoare trei ghiduri de screening în domeniul oncologiei.

O altă sursă de finanțare pe care am identificat-o împreună cu echipa din cadrul Ministerului Sănătății și pe care am utilizat-o cu succes, fapt dovedit și de rata mare de absorbție de aproape 93% până în acest moment, o reprezintă Mecanismul Financiar Norvegian.

Instrumentul de finanțare al Mecanismului Norvegian este o sursă de finanțare foarte apreciată la nivelul beneficiarului, deoarece acesta oferă mai multe posibilități și o gamă mai largă de cheltuieli eligibile. Cea mai importantă diferență între acest mecanism și celelalte mecanisme financiare cu fonduri nerambursabile este procentul crescut pe care orice beneficiar îl poate folosi pentru achiziționarea de echipamente necesare desfășurării și implementării proiectelor. Procentul admis este de 50%, față de doar 10% în cazul celorlalte programe operaționale disponibile în acest moment.

Programul pune accent pe asistența medicală primară, inclusiv pe asistența pentru copii și bătrâni, și se adresează nevoilor specifice ale grupurilor minoritare, cu accent pe populația rromă. În același timp, contribuie la consolidarea asistenței medicale primare în termeni de cantitate și calitate a serviciilor oferite.

Prin intermediul Granturilor Norvegiene 2009-2014, Regatul Norvegiei a acordat Ministerului Sănătății un grant în valoare de 22.603.999,85 euro, la care se adaugă o cofinanțare națională de 3.988.941,15 euro pentru măsuri care vizează îmbunătățirea sănătății publice și reducerea inegalităților în domeniul sanitar. Acest program se derulează începând cu 16 ianuarie 2014 și până la 31 decembrie 2017.

A doua fază a programului se va derula între 2017 și 2024 și va avea o valoare de aproximativ 40 de milioane de euro, finanțare europeană. Va fi implementat de Ministerul Sănătății, în parteneriat cu Institutul Național de Sănătate Publică (NIPH) și cu Directoratul Norvegian de Sănătate (HDIR), dar și de alte entități din subordinea Ministerului Sănătății, care și-au arătat capacitatea de a gestiona cu succes astfel de proiecte în perioada anterioară.

În final, aș vrea să subliniez încă o dată importanța acestor finanțări externe și importanța pe care accesarea lor o are pentru România și pentru sistemul medical. Sistemul medical românesc are datoria să folosească aceste oportunități de finanțare externă la întregul lor potențial, pentru îmbunătățirea stării de sănătate a populației și creșterea calității actului medical în toate formele sale.

INTERVIU CU CLAUDIU TRONCIU, GENERAL MANAGER NEOLIFE ROMÂNIA ȘI MOLDOVA

Servicii medicale private, în premieră, pe ambele maluri ale Prutului

DE ROXANA MATICIUC

Cum a evoluat piața radioterapiei în România?

În ultima perioadă, piața radioterapiei din România a crescut atât prin creșterea numărului de pacienți tratați, cât și prin accesul acestora la servicii medicale superioare tehnologic și profesional prin mărirea numărului de acceleratoare liniare moderne. Din păcate, anumite sisteme de radioterapie din sistemul public, depășite moral și fizic, nu mai sunt funcționale. Din fericire, această lipsă a fost cu succes suplinită de sistemul privat, prin creșterea accesului pacienților români la tratamente superioare de tip IMRT, care le-au înlocuit pe cele de tip 2D și 3D; valoarea de decontare a noilor tratamente a generat, de asemenea, o creștere în valoare absolută a pieței de radioterapie.

Ce planuri de business aveți în calitate de manager general la nivel de România și Moldova?

Roadele strategiei noastre de dezvoltare în România au început să se arate nu numai în domeniul radioterapiei, ci și în cel al medicinei nucleare, în cel al imagisticii, în cel al policlinicii. Neolife Medical Center București, dotat cu două acceleratoare Varian extrem de competitive, cu un sistem de brahiterapie și cu unul de radiochirurgie, cu un departament solid de medicină nucleară (PETCT și Gamma camera) și de imagistică (RMN, CT, radiologie digitală, mamografie cu tomosinteză), cu o secție de endoscopie și cu o policlinică dotate complet, a reușit să își dovedească valoarea atingând în 2016 o cifră de afaceri de 26 de milioane de lei. Dacă în 2014 vedeam un break even la cinci ani, acum suntem mult mai optimiști, plasându-l în cursul acestui an financiar. Centrul din Iași, plasat într-o locație frumoasă din Copou, a început deja activitatea prin departamentul de medicină nucleară (PET CT și scintigrafie) și prin cel de imagistică (CT și RMN). Următorul pas este, bineînțeles, dezvoltarea radioterapiei. În Republica Moldova suntem prezenți din 2011, externalizând departamentul Imagistică al spitalului privat Medpark. Suntem în acest moment în plin proces de autorizare a departamentului Medicină nucleară. Ne putem mândri că am fost primul operator medical privat care a lansat servicii de PET CT în zona Moldovei, de ambele maluri ale Prutului. Dorința noastră este, bineînțeles, de a continua politica de investiții în domeniul oncologiei, atât în diagnostic, cât și în tratament.

Dacă ar fi să facem o comparație între România și Republica Moldova, unde sunt cele mai mari perspective de dezvoltare?

Analizând din toate punctele de vedere - social, economic, politic -, România este superioară la capitolul oportunități de dezvoltare în domeniul serviciilor medicale. Este mai multă stabilitate, politică și economică, adresabilitatea este mai mare, există programe clare, legat de diagnosticarea și tratamentul pacienților oncologici, în timp ce Republica Moldova încă încearcă să se desprindă cu mare greutate de blocajele monopolului de stat. Din fericire, există voință chiar la nivel de vârf, în guvern, pentru a face ceva pozitiv în acest sens.

Cum ar arăta un bilanț al Neolife, de la venirea companiei în România și până în prezent?

Compania a început analiza pieței în 2009. În 2012, a investit într-un departament de medicină nucleară, într-un spital privat oncologic. Apoi, în 2014, a lansat cu succes Neolife Medical București, printr-o investiție de 12 milioane de euro, completată în 2016 de un nou accelerator liniar și un RMN performant. În 2016, am lansat și Neolife Medical Center Iași, urmând ca în 2017 să tăiem panglica pentru departamentul Radioterapie. Proiecte, cu siguranță, vor mai fi, dar prefer să le menționez pe măsură ce vor deveni certitudini.

Cadrul legislativ din România îi oferă mediului privat condițiile necesare pentru dezvoltare?

În mare parte, da. În special, în domeniul oncologiei, unde tratamentele, fiind extrem de scumpe, pacientul are nevoie de suportul statului. Există însă anumite restricții impuse, care fac ca tratamentul în sistemul public să devină mai scump, din cauza plăților informale, decât tratamentul oferit în privat (unde, de exemplu, nu poți lua nicio coplată de la pacient). Există însă un real progres în ceea ce privește decontările efectuate de Casele Județene.

INTERVIU CU DR. CARMEN ORBAN, MANAGER AL INSTITUTULUI CLINIC FUNDENI

Institutul Clinic Fundeni, bilanțul unui management PERFORMANT

DE ROXANA MATICIUC

Ce ar putea fi schimbat sau îmbunătățit la nivel legislativ pentru ca spitalele să o ducă mai bine?

Ar trebui să se facă o analiză a infrastructurii spitalelor din țară. Consider că risipim banul public dacă începem să renovăm sau să remodernizăm secții pe structuri care nu se mai pretează noilor condiții. Degeaba investim să modernizăm pe o infrastructură veche, pe circuite și instalații vechi, deoarece nu vom respecta toate condițiile și normele europene de acreditare.

Care este viziunea dumneavoastră cu privire la alocarea de fonduri către spitale?

Repet, cred că dacă s-ar centraliza totul, iar la nivel național s-ar construi niște spitale noi care să aibă atât dotarea corespunzătoare și infrastructura necesară, cât și resursa umană corespunzătoare, atunci pe termen lung lucrurile vor arăta mult mai rentabil. Spun acest lucru deoarece există spitale care au, spre exemplu, computer tomograf sau RMN, dar nu au personal medical sau asistente de noapte, sau substanță de contrast, adică nu există un flux continuu pe acea zonă. În aceste condiții, ar trebui să ne orientăm către spitale mari, care au tot, începând cu resursa umană și actul medical corespunzător, până la echipa medicală completă și dotarea corespunzătoare. Și atunci venim și cu finanțarea necesară.

Dacă veți face o analiză pe ultimii 20 de ani, nu știu câte spitale noi, de stat, s-au făcut în România. Un spital nou ar putea să includă toate spitalele de pe platforma Fundeni și, de ce nu, și alte spitale. Adică, m-aș orienta puțin și către Vest, spre exemplu în Austria, unde merge toată lumea. Acolo este un spital foarte mare și, pe lângă acesta, încă trei-patru spitale și atât. La noi în țară și în București, există multe. Cred că ar trebui să finanțăm exact acolo unde trebuie. Spun asta pentru că sunt pacienți care, după ce s-au plimbat pe la trei-patru spitale, spitale care și-au încasat banii de la Casa Națională de Asigurări, ajung să fie tratați în final într-un alt spital care nu-și recuperează banii, pe motiv că a fost depășit contractul cu Casa, ceea ce nu este deloc echitabil.

Referitor la problema colmatării spitalelor cu pacienți, credeți că medicina primară ar trebui să ocupe un rol mai important? Ați simțit la Spitalul Fundeni o astfel de problemă?

Spitalul Fundeni este un caz particular și, dacă vorbim de strategia națională, nu l-aș lua ca reper. În general, patologia care se adresează Institutului Clinic Fundeni este o patologie extrem de grea. Sunt cazuri complicate, cu comorbidități, cazuri pe care foarte mulți spun că nu le pot rezolva. În aceste condiții, aș putea spune că peste 70% din adresabilitatea către spitalul nostru este constituită din provincie. Sunt, într-adevăr, și orașe mici, cu spitale foarte bune, de unde foarte rar sunt pacienți transferați. Asta ne bucură.

Care vă sunt planurile pentru viitorul apropiat și pentru cel îndepărtat?

Dacă până acum reușeam să fac ceva și să fiu mândră, în ultimii ani nu se mai vede. Nu fac decât să cârpesc pe o infrastructură foarte veche. Țara și lumea medicală sunt zbuciumate de atâtea probleme, pacienții sunt din ce în ce mai mulți și cu afecțiuni din ce în ce mai grave, și sunt din ce în ce mai nemulțumiți, personalul medical este din ce în ce mai saturat, încât am ajuns într-un cerc vicios în care nu văd lucruri care m-ar putea motiva să merg mai departe. Până acum,

am făcut multe lucruri frumoase și faptul că vedeam pacienții mulțumiți ne făcea și pe noi să mergem mai departe.

Vă gândiți să vă întoarceți spre ATI și să lăsați partea de management?

Deja, încet, încet, m-am întors. Deja, în fiecare dimineață la ușa mea sunt din ce în ce mai mulți pacienți care îmi cer sfaturi pe probleme medicale, lucru care mă onorează. Nu m-am desprins deloc de partea medicală, probabil că îmi voi continua menirea.

Avem acest guvern care spune că va mări salariile și că va aduce îmbunătățiri sistemului. Se simte ceva în atitudinea personalului medical?

Da. În ultima vreme, se simte o reîntoarcere a personalului medical, atât asistente, cât și medici, către spitalele de stat, chiar dacă în personalul vechi simți uzura și de multe ori oamenii sunt triști și spun că s-au săturat și că vor în privat. Totuși, sunt mulți care au plecat în privat și se întorc la spitalele de stat. Este un semnal pozitiv, din punctul meu de vedere, dar ar trebui fructificat ca atare.

Pe parte administrativă însă, lucrurile stau dramatic. Am scos de nenumărate ori posturi de jurist sau alte posturi, însă la spital salariile sunt mici, deci nu vine nimeni. În condițiile actuale, tuturor le este frică să semneze o hârtie fără să fie supervizat juridic. Deci lucrurile nu stau echitabil pe parte medicală și pe parte de personal TESA.

Din Fundeni lipsesc materiale, medicamente sau alte resurse?

Până acum, cred că toată lumea știe și aceasta a fost și mândria mea, la Fundeni găsești de toate. Și ca reper, până acum nu am spus niciodată cifre, pot să vă spun că bugetul lunar de medicamente la venirea mea în spital era de 300.000 de lei. Bugetul actual pentru medicamente este de 1.900.000 de lei lunar, în condițiile în care vorbim exact de aceeași finanțare alocată spitalului. Vorbim aici și de salarii, și de sporuri, și de numărul mare de personal medical care a fost angajat în ultima perioadă în acest spital, și, când spun acest ultim lucru, spun peste 400 de oameni, totul fiind acoperit din același buget.

Deci, este adevărat ce se spune: bani în sănătate există, dar trebuie gestionați mai bine?

Eu așa am considerat mereu și niciodată nu am văzut banul ca fiind o mare problemă. Soluția este cheltuirea banului centralizat și gândirea structurată pe ceea ce înseamnă servicii medicale. Cred că acum a venit momentul adevărului și factorii de decizie ar trebui să se așeze la o masă și să hotărască: facem spitale regionale, metropolitane, cu ce personal le populăm, cu ce le dotăm, cui se adresează și cine va lucra în ele.

Dacă un manager v-ar întreba cum ar putea să preia rețeta dumneavoastră, ce ați spune?

Am fost la foarte multe conferințe și consider că toți managerii au ceva de la care poți învăța. La mine, soluția a venit din gândul că oricând în patul acela poate să ajungă un apropiat. Și au și fost. De fapt, când eu am fost încercată cu unul dintre copiii mei și am văzut neajunsurile sistemului, mi-am făcut o promisiune că voi încerca să schimb ceva. În continuare încerc și nu mi-am pierdut speranța, însă am obosit.

Știați de la început că aveți abilități de manager?

Eu am remarcat în viață că dacă știi matematică, poți să fii un medic bun. Apoi, am înțeles că dacă ești un medic bun, poți deveni un om bun. Ulterior, am mai crescut și am înțeles că dacă ești un anestezist, înseamnă că ești într-adevăr un medic bun. Dacă ești un anestezist bun, atunci poți să faci orice. Deci cred că anestezistul este cel care stă pe cuțit, la granița dintre viață și moarte, are provocări tot timpul, de orice fel, trebuie să aibă stăpânire de sine, dorință și voință de muncă. Dacă face acest lucru, poate face orice.

Cine este Carmen Orban?

Carmen Orban este mamă și medic.

Știu că unul dintre copii v-a călcat deja pe urme, este tot medic anestezist. Ce sfaturi îi dați?

Să fie mai bună decât mine și să înțeleagă că munca nu e chiar totul.

Ce ar lipsi sistemului de sănătate din România? Au fost nenumărate discuții referitoare la bani europeni pe care îi avem sau nu, strategii naționale pe care le avem sau nu, avem programe de prevenție, de screening. Ce program național ați vrea să vedeți înfăptuit?

Din punctul meu de vedere, totul pleacă de la prevenție și educație. Trebuie să începem din școli să educăm copiii, să îi învățăm ce înseamnă un stil de viață sănătos. Am avut chiar eu, împreună cu ministerul, activități prin școli. Am făcut de Ziua Mondială a Sănătății un eveniment prin care am învățat copiii ce înseamnă un stil de viață sănătos, în care le-am spus clar că atât sportul, alimentația, care sunt absolut esențiale, cât și gândirea sunt importante. Aceasta face parte dintr-un stil de viață sănătos. Și i-am învățat să aibă empatie pentru aproapele lor. Atâta timp cât te gândești și la tine, și la cel de lângă tine, și i-am învățat pe copii să dăruiască copiilor bolnavi câte ceva, lucrurile se schimbă.

Mai mult, dacă învățăm copiii de mici ce înseamnă o igienă, ce înseamnă un stil de viață sănătos, cu siguranță, putem să ne gândim apoi la ceea ce înseamnă prevenție. Trebuie să ne educăm, să mergem la controale medicale și să creștem generații de oameni sănătoși. Din nefericire, trăim într-un moment în care avem o generație de oameni bolnavi. Patologia este din ce în ce mai grea, ne confruntăm cu boli extrem de rare, cazuri depășite, oameni care vin pe picioare cu cancere cu metastaze multiple, la vârste fragede... este șocant. Și asta vine doar din cultură. De unde am dus o viață cu anumite restricții în timpul regimului comunist, imediat după am avut acces și libertăți la diverse lucruri tentante, pe care le-am luat fără să gândim, iar consecințele se simt acum. Prin urmare, ar trebui să începem să ne educăm generațiile viitoare ce trebuie să facă și cum ar trebui să se îngrijească și atunci prevenția este un element esențial.

Medicina primară ar degreva foarte mult din spitale, dacă ar reuși să preia analize astfel încât pacienții să nu mai trebuiască internați în spitale doar pentru investigații medicale, inclusiv pacienții care necesită intervenții chirurgicale. Trebuie găsită calea legală prin care pacientul să se interneze strict pentru investigații preoperatorii. În acest fel, scurtezi foarte mult durata de spitalizare, costurile, decolmatezi spitalele. Deci există soluții, dar toate trebuie să fie planuri pe termen lung. Dar trebuie să începem de la copii și să ne gândim și la bătrânii noștri, cărora trebuie să le asigurăm un trai decent. Au început să se miște lucrurile, inclusiv pe partea de medicină paliativă. Lucrurile încă se mișcă greu, însă este o gură de oxigen, un lucru bun care se întâmplă. ✚

INTERVIU CU DR. ANCA LIDIA KAJANTO, MANAGERUL INSTITUTULUI ONCOLOGIC „PROF. DR. ALEXANDRU TRESTIOREANU" BUCUREȘTI (IOB)

Provocările unui manager de spital public:

LIPSA DE SPECIALIȘTI PENTRU ECHIPAMENTELE MODERNE ȘI BIROCRAȚIA

DE VALENTINA GRIGORE

Deși mulți specialiști migrează în sistemul medical privat, uneori sunt și excepții, dr. Anca Lidia Kajanto fiind una dintre ele. După 10 ani de activitate la conducerea unei clinici private, dr. Kajanto a preluat, în decembrie 2016, conducerea Institutului Oncologic „Prof. Dr. Alexandru Trestioreanu" București (IOB), convinsă că va putea eficientiza activitatea instituției medicale, în ciuda numeroaselor probleme din sistemul medical, mai mult sau mai puțin cunoscute.

Sunteți manager al IOB de la sfârșitul lui 2016. Care sunt cele mai mari provocări pentru un manager de spital de stat?

Vin dintr-un mediu unde puteam să fac multe lucruri, dar în spitalul public sunt limitată, ca manager. Pentru partea de organizare trebuie să cer aprobarea ministerului pentru fiecare etapă; personalul este plătit după o grilă stabilită de Ministerul Sănătății și nu pot recompensa suplimentar performanța angajaților, atât din compartimentul administrativ, cât și în plan medical. În timp ce în mediul privat personalul este plătit în funcție de competență și, mai ales, în funcție de eficiență, într-un spital public toată lumea este plătită la fel, singura diferență fiind gradul profesional. Un angajator privat nu își poate permite să mențină un medic care tratează puțini pacienți, pe când în spațiul public ești obligat să îl păstrezi. De asemenea, sunt secții care nu-și fac indicatorii asumați prin contractul cu Casa de Sănătate, dar care, din diverse motive, nu pot fi reorganizate.

Cum ar putea fi implementată experiența mediului privat într-un spital public?

Vin după 10 ani de privat și pot să vă spun că nici acolo lucrurile nu stau pe roze, pentru că privatul a împrumutat, în parte, modelul de la stat. Singurul lucru bun este că încearcă să-și facă un buget echilibrat și să controleze achizițiile: orice echipament este cumpărat prin negociere directă cu furnizorii. În schimb, la stat achizițiile se fac prin licitații electronice, depersonalizate, care sunt realizate într-un cadru

legislativ complicat și, astfel, apar foarte multe probleme și întârzieri. Ca dovadă, vin teancuri de contestații, lucru care nu se întâmplă în privat.

Pe de altă parte, în mediul privat se muncește mai mult, medicii sunt plătiți după indicatori de performanță, la fel și personalul mediu. În ceea ce privește personalul de suport, nu sunt mari diferențele de salariu, însă celor din privat le este teamă că pot fi schimbați mai ușor.

Oncologia este un program bine susținut de stat (față de alte afecțiuni), însă există încă foarte multe probleme.

La Programul Național de Chimioterapie stăm destul de bine, pentru că avem un istoric și pentru că există bugete, dar stăm foarte prost la Programul Național de Radioterapie, unde, în primul rând, nu avem o rețea de radioterapie la nivel național. În al doilea rând, program național de radioterapie s-a realizat numai pentru pacienții tratați în regim de spitalizare de zi. În IOB, pacienții care sunt internați stau în pat, iar Casa de Sănătate nu decontează regimul hotelier. Se cheltuie mult mai mulți bani cu un pacient care stă în pat în regim de spitalizare continuă, pentru că de la Casă se decontează o sumă fixă pentru întregul episod de spitalizare. Astfel, pentru o cură de radioterapie de 5 săptămâni nu primesc mai mult de 3.000 de lei. În schimb, dacă același tratament s-ar realiza în regim de spitalizare de zi, suma s-ar putea dubla sau tripla chiar, pentru că plata este prin tarif pe ședință. Deoarece, în medie, sunt 20 de ședințe de radioterapie, chiar 35 în cazul cancerului de prostată, acest sistem de plată este mai rentabil. Acesta este și motivul pentru care s-au dezvoltat atât de mult rețelele private, ceea ce nu este un lucru rău, însă acestea ar trebui dezvoltate în jurul unor centre de excelență sau al unor centre metodologice precum institutele oncologice. Pentru pacienți, este bine că au o alternativă: să meargă în privat. Însă pacientul grav, cu numeroase complicații și comorbidități, sau cel aflat în faza terminală tot în sistemul public va ajunge.

În acest context, cât de important este proiectul cu Banca Mondială?

Acest proiect va permite achiziționarea de echipamente performante, însă este nevoie și de personal ultraspecializat, formarea medicilor fiind un proces de lungă durată. Iar salariul maxim al unui medic specialist ajunge, în prezent, la 3.000 de lei în sistemul public, pe când la privat acesta poate fi în jur de 4.500 de lei, la care se adaugă diverse bonusuri pentru performanță. Medicii vor prefera să lucreze în privat pentru că acolo au echipamente performante, proceduri clare de lucru și nu sunt obligați să facă partea de birocrație, atât de des întâlnită în sistemul public. În privat, pentru completarea dosarului medical al pacientului există softuri specializate, personal dedicat care se ocupă de completarea documentelor medicale, iar medicii doar supervizează.

Revenind la proiect, problema noastră este că nu vom avea specialiștii care să lucreze cu acele echipamente. Fizicienii, de exemplu, care sunt cei mai importanți în radioterapie, sunt și cel mai prost plătiți. Încerc acum să aduc din privat doi experți, să-i conving să se întoarcă la stat, pentru a putea face upgrade-ul echipamentelor.

Care sunt planurile dvs. pentru IOB în perioada următoare?

Îmi propun să dezvolt fluxurile de pacienți pe Oncologie, să actualizez diversele proceduri operaționale, pentru ca bolnavii să nu mai stea la coadă. Aș vrea să dezvolt o recepție medicală, adică exact ce am avut în privat, un centru de informare a pacientului etc. Aș vrea să avem o stație de diluție, pentru a putea optimiza prepararea tratamentului de chimioterapie. De asemenea, trebuie să reorganizez partea hotelieră, pentru că pe pacient îl interesează și condițiile hoteliere, și dacă mâncarea este bună. Din chestionare reiese că pe pacienți îi interesează dacă le-a acordat atenție medicul sau asistenta, dacă au fost bine primiți încă de la recepție etc. Tocmai de aceea, încercăm să implementăm în toate cabinetele sistemul cu bonuri de ordine de la ambulatoriu. De asemenea, vreau să separăm partea de spitalizare de zi de cea continuă. Peste tot pe unde am fost în străinătate, aceste fluxuri sunt total separate și nu se intersectează pacienții, investigațiile sunt separate. În plus, mi-aș dori ca toate analizele de laborator să se realizeze aici, iar asta înseamnă să avem echipamentele necesare. Aici este o altă diferență față de mediul privat, unde toate echipamentele se iau în comodat, pe când la stat este nevoie de licitație, acord-cadru etc., cu toate complicațiile care decurg de aici.

Pacienții oncologici sunt suprainvestigați, dar până să se ajungă la o decizie terapeutică corectă este prea târziu. Deși oncologia este o specialitate care necesită muncă de echipă și decizia terapeutică trebuie luată în echipă, foarte rar pacienții sunt consultați într-un TUMOR BOARD. Sper să putem implementa acest sistem și în Institut, iar pacientul să primească o decizie corectă și chiar o a doua opinie tot la noi în spital, chiar și de la specialiști externi, prin sistemul de telemedicină.

„UN ANGAJATOR PRIVAT NU ÎȘI POATE PERMITE SĂ MENȚINĂ UN MEDIC CARE TRATEAZĂ PUȚINI PACIENȚI, PE CÂND ÎN SPAȚIUL PUBLIC EȘTI OBLIGAT SĂ ÎL PĂSTREZI."

Va exista posibilitatea efectuării testelor genetice în cadrul Institutului?

Îmi doresc să fac aceste investigații genetice, iar IOB-ul are un departament de cercetare. Din păcate, cercetătorii trăiesc doar din proiectele lor, salariile fiindu-le asigurate de Ministerul Cercetării. Institutul pune la dispoziție spațiile și partea de utilități. Nu avem bani pentru dotarea laboratoarelor de cercetare. Încercăm să aplicăm la niște proiecte, însă este foarte greu din cauza birocrației, care este tipic românească, și nu din cauza finanțatorului extern.

Cum s-a simțit, la nivelul IOB, desființarea comisiilor de specialitate ale Casei de Sănătate?

Destul de greu, deoarece medicii din teritoriu sunt mult mai reticenți să prescrie medicamente. Mulți pacienți au început să vină către Institut pentru a primi continuitate la tratamentele inițiate în teritoriu sau pentru inițieri. Noi am implementat un sistem cu o evidență distinctă pe toate tipurile de medicamente cu aprobare, însă a funcționat destul de greu. Un alt impediment este aprovizionarea deficitară a farmaciilor cu circuit închis cu aceste molecule care, în mare parte, iau calea exporturilor paralele și, astfel, nu sunt onorate comenzile, deși există contracte și acorduri-cadru. ✚

INVESTIȚIILE ÎN SĂNĂTATE:

FACTOR INHIBITOR SAU CATALIZATOR AL CREȘTERII ECONOMICE?

AȘTEPTĂRILE SOCIALE FAȚĂ DE FELUL ÎN CARE SISTEMELE DE SĂNĂTATE RĂSPUND NEVOILOR SUNT ÎN CONTINUĂ CREȘTERE. O PARTE DIN TEMELE CAMPANIEI BREXIT A FOST ÎN JURUL FINANȚĂRII NHS (SISTEMUL NAȚIONAL DE SĂNĂTATE), CAMPANIA ELECTORALĂ DIN STATELE UNITE A AVUT O COMPONENTĂ SEMNIFICATIVĂ DE DEZBATERI FAȚĂ DE OBAMACARE, IAR PRINTRE IDEILE PREZENTE ÎN RECENT-ÎNCHEIATELE ALEGERI PARLAMENTARE DIN OLANDA, SĂNĂTATEA A REPREZENTAT UN PUNCT IMPORTANT.

ALEXANDRU M. ROTAR
CERCETĂTOR DOCTORAND ÎN „COMPARAȚIE INTERNAȚIONALĂ ÎN EVALUAREA TEHNOLOGIILOR MEDICALE ȘI CALITATEA ÎNGRIJIRILOR DIN SĂNĂTATE", ACADEMIC MEDICAL CENTER – UNIVERSITATEA DIN AMSTERDAM, DEPARTAMENTUL DE MEDICINĂ SOCIALĂ, OLANDA.

Cu ceva ani în urmă, la scurt timp după ce a fost ales, fostul premier britanic Tony Blair a declarat în Parlamentul Britanic că ***„nu există niciun dubiu că statisticile publicate arată o asociere între venit, inegalitate și starea de sănătate precară"***[1].

Investiția în sănătate nu este doar una de dorit, dar și o esențială prioritate pentru multe țări. În condițiile în care Europa se confruntă cu o îmbătrânire a populației, creșterea prevalenței bolilor cronice și o creștere a pacienților cu multiple co-morbidități, nevoia de a acorda prioritate sănătății pe agenda publică este una crescută.

Comparativ cu restul țărilor din Uniunea Europeană, România se află, din punctul de vedere al **venitului, inegalității și stării de sănătate,** la coada clasamentului. În ceea ce privește venitul, România are, conform Fondului Monetar Internațional, cel mai mic PIB/cap de locuitor după Bulgaria[2] și procentul cel mai mic din PIB alocat sănătății[3] . **Inegalitatea** din punctul de vedere al **venitului** este, de asemenea, una dintre cele mai ridicate, în rând cu Bulgaria, Grecia, Lituania, Letonia și Portugalia, cu un coeficient GINI de 0.33[4] (figura 1).

Mai mult decât atât, **inegalitatea** în ceea ce privește accesul la servicii de sănătate, măsurată de Organizația pentru Dezvoltare și Cooperare Economică (OECD) prin ***nevoia neacoperită pentru examinări medicale cauzată de motive financiare, geografice sau timp de așteptare, în funcție de venit,*** se află printre cele mai ridicate și cu diferențe mari în funcție de

venit (figura 2)[3]. În ceea ce privește **starea de sănătate**, România se situează printre țările cu cele mai crescute rate de mortalitate, cea mai scăzută speranță de viață și cei mai puțini ani de viață trăiți sănătos. În ambele cazuri, România se situează departe de media europeană[3].

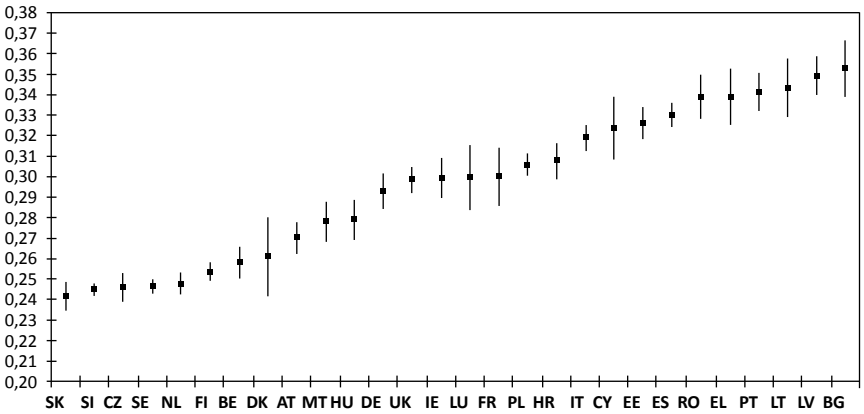
Din punctul de vedere al finanțării, sănătatea este una dintre cheltuielile publice, iar acestea trebuie aranjate în sistemul de cheltuieli bugetare în așa fel încât fiecare să își poată atinge potențialul maxim și să stimuleze creșterea economică a țării.

În 2013, Reeves a arătat, printr-un studiu care a inclus 25 de țări UE, faptul că **investițiile în sănătate sunt printre cele mai profitabile dintre cheltuielile guvernamentale,** fiind depășite doar de educație. Mai mult decât atât, analiza sa oferă indicii că investiția guvernamentală în sănătate **poate avea efecte pe termen scurt**, ceea ce oferă o probabilitate crescută de recuperare[5]. **Concret, pentru fiecare unitate monetară investită în sănătate se obțin două.**

OECD consideră că **sistemele de sănătate trebuie să fie mai eficiente, accesibile și flexibile**[3]. Pentru ca sistemul de sănătate din România să se dezvolte în această direcție, este nevoie de un set de politici integrate care să aibă, ca țintă, cauzele stării de sănătate scăzute (în comparație cu Uniunea Europeană): **venitul, inegalitatea, finanțarea sănătății și nevoia neacoperită.** Venitul poate crește sustenabil doar în prezența unei creșteri economice inclusive. Fundamentală pentru reducerea inegalităților este investiția în educație[6], iar pentru îmbunătățirea stării de sănătate este necesară creșterea finanțării care să reducă nevoia neacoperită și să crească eficiența finanțării actuale a accesului la servicii și a vitezei și flexibilității de adopție a tehnologiilor noi (ex., servicii informatice integrate, registre de boală/pacienți/medicament, telemedicină, terapii noi etc.).

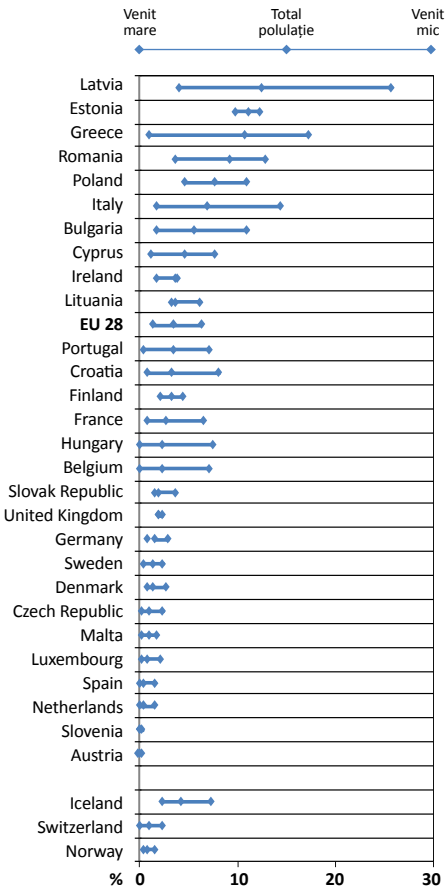
Cu toate acestea, investiția în sănătate nu a părut că reprezintă o prioritate. Tradițional, România nu a investit la fel de mult în acest domeniu ca alte țări europene, dar atenția față de sistemul de sănătate din România, a publicului și a guvernanților, este în creștere. În ultimii ani, sistemul de sănătate se află într-un proces de schimbare, cu reforme implementate în diverse arii. Un semn l-a reprezentat dezvoltarea și adoptarea,

FIGURA 1



Notă: no bottom ot top coding was applied
Sursă: Comisia Europeană, cross-sectional EU-SILC 2013 UDB August 2015
Comisia Europeană, Social Situation Monitor

FIGURA 2



Sursă: OECD/EU (2016), Health at a Glance: Europe 2016

sub forma unei hotărâri de guvern (nr. 1.028/2014), a Strategiei Naționale de Sănătate 2014-2020, care oferă o direcție de acțiune pe diferite arii prioritare în sistemul medical, dar neimplementată sau dezvoltată în continuare. Totuși, în 2017 a existat și o creștere de buget în sumă absolută. Cu toate acestea, procentul din PIB alocat Sănătății este relativ constant, spre deosebire de majoritatea țărilor UE. În medie, acestea au crescut nivelul PIB-ului alocat Sănătății cu 13% în perioada 2005-2015. Într-adevăr, există și țări care au scăzut în aceeași perioadă (ex., Croația, Ungaria, Grecia, Potugalia), dar cheltuiau în 2015 între 6,6% și 8,9% din PIB pentru sănătate[7].

Finanțarea crescută și adoptarea unei strategii pe termen mediu și pe termen lung reprezintă cheia dezvoltării sistemului de sănătate. Strategia Națională de Sănătate reprezintă un punct de plecare pentru investiții, dar, complementar ei, este nevoie de un mediu predictibil și de planuri de acțiune sectoriale, cu monitorizare continuă și mecanisme de feedback asupra rezultatelor. Doar așa investițiile în sănătate vor avea o rată de recuperare sigură și cu un indice pozitiv. ✚

---

[1] Angus Deaton - Health, Inequality, and Economic Development, Journal of Economic Literature, Vol. XLI March 2003) pp. 113–158
[2] http://statisticstimes.com/economy/european-countries-by-gdp-per-capita.php
[3] OECD/EU (2016), *Health at a Glance: Europe 2016 – State of Health in the EU Cycle,* OECD Publishing, Paris. http://dx.doi.org/10.1787/9789264265592-en
[4] http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1050&intPageId=1870&langId=en
[5] Reeves et al. - Does investment in the health sector promote or inhibit economic growth?, Globalization and Health 2013, 9:43 http://www.globalizationandhealth.com/content/9/1/43
[6] http://evonomics.com/joseph-stiglitz-inequality-unearned-income/
[7] OECD Health Statistics 2016; Eurostat Database; WHO, Global Health Expenditure Database, http://dx.doi.org/10.1787/888933429258

USCĂCIUNEA VAGINALĂ afectează una din două femei

SOLUȚII NON-HORMONALE PENTRU AMELIORAREA SIMPTOMELOR

DE VALENTINA GRIGORE

DR. ALMERIA IONESCU

La vârsta menopauzei, uscăciunea din zona intimă este cauzată de producția din ce în ce mai scăzută a hormonilor sexuali feminini (printre care, estrogen). În vagin se produce mai puțin lichid vaginal, iar mucoasa vaginală și tegumentul vulvar devin mai subțiri și mai sensibile. Însă tabloul uscăciunii vaginale este cunoscut și femeilor mai tinere, de exemplu după operațiile uterine sau ovariene, în timpul sarcinii și alăptării, în timpul administrării „pilulei contraceptive” sau pur și simplu din cauza stresului. De asemenea, chimioterapia, radioterapia și medicamentele administrate pentru tratamentul cancerului pot avea ca efect advers uscăciunea vaginală. Simptomele afecțiunii pot apărea nu numai în timpul actului sexual sau după acesta, ci și în timpul unor activități banale, precum mersul pe jos sau cu bicicleta ori când femeile poartă haine strâmte. Uneori, uscăciunea vaginală este percepută ca o senzație pulsatilă sau o presiune în interiorul vaginului.

DR. **IRIS M. SCHMIDTS-WINKLER**

UNA DIN DOUĂ FEMEI RESIMTE SIMPTOME ALE USCĂCIUNII (ARIDITĂȚII) VAGINALE: MÂNCĂRIMI, IRITAȚII, DURERI ȘI CHIAR SÂNGERĂRI ÎN ZONA VAGINALĂ.

DEȘI USCĂCIUNEA VAGINALĂ APARE LA 45% DINTRE FEMEILE AFLATE LA MENOPAUZĂ, EA AFECTEAZĂ ȘI FEMEILE MAI TINERE.

USCĂCIUNEA VAGINALĂ POATE AVEA UN IMPACT SEMNIFICATIV ASUPRA CALITĂȚII VIEȚII FEMEILOR, MAI ALES ASUPRA ACTIVITĂȚII SEXUALE ȘI ASUPRA VIEȚII DE CUPLU.

Campanie de educare pentru femei

În ciuda numeroaselor simptome resimțite și a efectelor negative asupra calității vieții, multe femei preferă să sufere în tăcere, considerând subiectul tabu. Un studiu internațional a arătat că mai puțin de 30% dintre femeile care efectuează un control ginecologic raportează simptome de uscăciune vaginală. „Cu cât este mai agravată situația, cu atât este mai depășită ca tratament, care ar putea funcționa doar pe scurtă durată sau deloc. Este nevoie de o campanie de educare pentru ca femeile să ajungă mai des la ginecolog. Nu vorbim numai de femeile de vârsta a treia, aflate în decada aceea de vârstă în care intră la menopauză. Uscăciunea vaginală, sau atrofia vaginală, nu este neapărat legată de menopauză, poate să apară și la altă vârstă”, a atras atenția dr. Almeria Ionescu, medic primar obstetrică-ginecologie la Spitalul Clinic de Urgență „Sf. Pantelimon”.

Vagisan - prima cremă fără hormoni împotriva uscăciunii vaginale

Femeile care se confruntă cu simptome precum senzație de uscăciune, prurit, senzație de rană/iritație, arsuri sau dureri în zona vaginală trebuie să discute deschis cu medicul și să ceară informații despre terapiile existente. Adesea, femeile asociază simptomele cu infecții tabu și încearcă să se autotrateze, provocând, de cele mai multe ori, înrăutățirea simptomelor.

Pentru femeile aflate la menopauză, tratamentul hormonal rămâne terapia standard. Totuși, specialiștii North American Menopause Society susțin că terapiile non-hormonale, precum lubrifianții și hidratantele vaginale, sunt mai indicate ca terapii de primă linie.

„Tratamentele non-hormonale pentru uscăciunea vaginală sunt indicate și femeilor aflate la premenopauză, dar și celor care sunt sub terapie antiestrogenică pentru cancerul de sân. Pe piață există numeroase produse non-hormonale (majoritatea, geluri pe bază de apă) pentru ameliorarea simptomelor uscăciunii vaginale. Însă cele mai noi produse, precum Vagisan MoistCream – Cremă hidratantă vaginală (prima cremă fără hormoni împotriva uscăciunii vaginale), au proprietăți hidratante și nutritive pentru mucoasa vaginală și pielea din zona genitală externă”, a declarat dr. Iris M. Schmidts-Winkler, consultant medical ginecologie în cadrul companiei Dr. August Wolff din Bielefeld, Germania.

Crema poate fi aplicată în interiorul vaginului cu un aplicator și este recomandată pentru folosirea pe termen lung. Dacă este necesar, crema poate fi aplicată și înaintea contactului sexual, inclusiv de către femeile care vor să rămână însărcinate (Vagisan nu afectează motilitatea spermatozoizilor). Vagisan MoistCream – Cremă hidratantă vaginală este disponibilă în farmacii și poate fi cumpărată fără prescripție medicală.

Management logistic & Comunicare:
Revista Politici de Sănătate

Optimizarea managementului diabetului zaharat de tip 2 pentru pacientul din România

REGISTRUL NAȚIONAL PENTRU DIABET, PROTOCOLUL TERAPEUTIC, PROGRAMUL DE SCREENING AL DIABETULUI DE TIP 2, EDUCAȚIA TERAPEUTICĂ, MONITORIZAREA, ACCESUL LA TRATAMENT ȘI CONSTITUIREA UNUI GRUP DE SPECIALIȘTI CARE SĂ ELABOREZE O STRATEGIE PENTRU ÎMBUNĂTĂȚIREA CALITĂȚII VIEȚII BOLNAVILOR - ACESTEA SUNT CÂTEVA DINTRE CONCLUZIILE GRUPULUI DE LUCRU „OPTIMIZAREA MANAGEMENTULUI DIABETULUI ZAHARAT DE TIP 2 PENTRU PACIENTUL DIN ROMÂNIA", ORGANIZAT LA MINISTERUL SĂNĂTĂȚII DE REVISTA POLITICI DE SĂNĂTATE. DE VALENTINA GRIGORE

Grupul de lucru a avut drept scop elaborarea unui plan național multianual de acțiune în domeniul politicilor de sănătate pentru optimizarea managementului diabetului zaharat de tip 2, diagnostic precoce și acces la tratament, monitorizare și prevenție secundară. Temele abordate de specialiștii prezenți au fost: diagnostic precoce – screening, monitorizare (teste HBA1c) și prevenție secundară (complicații μ și M vasculare), acces la tratament – standarde terapeutice, noile protocoale terapeutice – mod de implementare, actualizare și studii.

La dezbatere au participat, alături de ministrul Sănătății, prof. univ. Florian Bodog, și dr. Corina Pop, secretar de stat în MS, reprezentanți ai comisiei de specialitate din Ministerul Sănătății, ai Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, ai Societății Române de Diabet, Nutriție și Boli Metabolice, ai Federației Asociațiilor Diabeticilor din România, ai asociațiilor de pacienți cronici/cu diabet și ai mediului academic.

Manifestarea a continuat dezbaterile inițiate la București

în septembrie 2016, în cadrul conferinței „Strategii prioritare în managementul diabetului zaharat de tip 2; diagnostic timpuriu și acces la tratament eficient – priorități politice", organizată de Revista Politici de Sănătate, cu sprijinul AstraZeneca. În urma conferinței, au fost definitivate, sub forma unui document oficial, direcțiile prioritare în setarea unei strategii pe termen lung în domeniul politicilor de sănătate dedicate managementului diabetului zaharat în România.

CONCLUZII

„Registrul Național pentru Diabet va începe în 2018, urmând a fi demarat cu ajutorul granturilor norvegiene", a anunțat conf. dr. Corina Pop, secretar de stat în Ministerul Sănătății. Specialiștii au solicitat ca Registrul să fie localizat la Institutul Paulescu, nu la Institutul de Sănătate Publică. „Trebuie ordin de ministru și creat un departament în cadrul Institutului Paulescu, cu altă salarizare decât DRG, care să coordoneze toată treaba asta bugetat din proiect", a recomandat prof. dr. Aurel Babeș, președinte al Comisiei de diabet zaharat, nutriție și boli metabolice din Ministerul Sănătății. „Unul dintre elementele esențiale în crearea acestui registru este acordul medicului și al pacientului ca datele personale să fie incluse în registru", a afirmat dr. Cristian Andriciuc, director, Federația Asociațiilor Diabeticilor din România.

În privința accesului la tratament, desființarea comisiilor de specialitate de la nivelul Caselor de Sănătate a dus la scăderea prescrierii, medicii motivând că este prea mare responsabilitatea. „Protocolul național de prescriere a medicamentelor în care intră clasele noi de medicamente inovative trebuie simplificat. Ghidurile de tratament trebuie actualizate de specialiștii în diabet, în colaborare cu reprezentanți ai companiilor farmaceutice", a afirmat prof. univ. dr. Cristian Serafinceanu, președintele Societății Române de Diabet, Nutriție și Boli Metabolice.

„Programul de screening al diabetului zaharat se va realiza din fonduri europene și din fonduri ale Ministerului Sănătății", a anunțat ministrul Sănătății, prof. univ. dr. Florian Bodog, și ar putea fi făcut prin rețeaua de medicină de familie. Ar trebui făcută o legătură între baza de date care va rezulta din screening la populațiile cu risc și sistemul SIUI - a fost de părere prof. univ. dr. Cristian Serafinceanu. De asemenea, cei 2,5 milioane de pacienți diagnosticați cu prediabet ar trebui să constituie populația-țintă, a recomandat prof. univ. dr. Gabriela Radulian, șef secție Clinică II Diabet, Nutriție și Boli Metabolice din cadrul Institutului Național de Diabet, Nutriție și Boli Metabolice „Prof. dr. N.C. Paulescu".

Sumele alocate de CNAS pentru hemoglobina glicată nu sunt cheltuite, deoarece laboratoarele nu fac analiza din cauza costurilor mici decontate de CNAS (20 de lei). „Pentru ca CNAS să modifice costul de decontare a analizei, comisia de specialitate a Ministerului Sănătății trebuie să realizeze o fundamentare a costului real. De asemenea, medicii de familie ar trebui să poată prescrie hemoglobina glicată", a explicat dr. Oana Costan, CNAS.

În privința scrisorii medicale, dr. Daciana Toma, medic primar, coordonatorul grupului de diabet zaharat, nutriție și boli metabolice din cadrul Societății Naționale de Medicina Familiei, a recomandat ca la un pacient cu diabet controlat aceasta să fie valabilă un an, nu șase luni, cum este pentru toată lumea. De asemenea, potrivit dr. Cornelia Bala, șef lucrări, membru al Comisiei de diabet zaharat, nutriție și boli metabolice, educația terapeutică ar trebui inclusă ca procedură terapeutică cu 11 puncte.

PROF. UNIV. DR. **CRISTIAN SERAFINCEANU**

PROF. DR. **AUREL BABEȘ**

DR. **CRISTIAN ANDRICIUC**

DR. **DACIANA TOMA**

DR. **ANCA PANTEA STOIAN**

PROF. UNIV. DR. **GABRIELA RADULIAN**

Recuperarea post-AVC

→ **STRATEGII EFICIENTE ÎN MANAGEMENTUL SPASTICITĂȚII DE MEMBRU SUPERIOR**

→ **INJECȚIILE CU TOXINA BOTULINICĂ POT ÎMBUNĂTĂȚI VIAȚA BOLNAVILOR**

ACCIDENTUL VASCULAR CEREBRAL (AVC) ÎN ROMÂNIA APROAPE EGALEAZĂ INFARCTUL DE MIOCARD DIN PUNCTUL DE VEDERE AL NUMĂRULUI DE CAZURI, IAR UNA DINTRE COMPLICAȚIILE SALE ESTE SPASTICITATEA DE MEMBRU SUPERIOR, CARE SE RĂSFRÂNGE ASUPRA CALITĂȚII VIEȚII PACIENTULUI PE MAI MULTE PLANURI: INDIVIDUAL, FAMILIAL, PROFESIONAL ȘI SOCIAL. STANDARDUL DE AUR ÎN TRATAMENTUL SPASTICITĂȚII ÎL REPREZINTĂ BLOCURILE NEUROLITICE ȘI, ÎN SPECIAL, BLOCURILE CU TOXINA BOTULINICĂ. DE VALENTINA GRIGORE

REPREZENTANȚII PACIENȚILOR

DR. **RAREȘ TRIȘCĂ,**
DR. **MARIUS TANASĂ,**
MIRELA VOICU,
MARIA VASILESCU

Îngrijirea post-AVC necesită o echipă multidisciplinară care să asigure, pe de o parte, un tratament personalizat, bazat pe cele mai recente tehnici din domeniu, iar pe de alta, recuperarea medicală - este concluzia mesei rotunde „Recuperarea post-AVC-Strategii eficiente în managementul spasticității de membru superior", organizată de revista Politici de Sănătate sub auspiciile Comisiei pentru Sănătate şi Familie din Camera Deputaților, cu sprijinul Ipsen.

Conform European Cardiovascular Disease Statistics, România are cea mai mare mortalitate prin accident vascular cerebral din Europa, fiind depășită doar de Bulgaria. „Este necesară o abordare integrată a afecțiunilor cardiovasculare, de la prevenție, tratament și până la asigurarea calității vieții celor diagnosticați", a declarat conf. univ. dr. Diana Loreta Păun, consilier de stat, departamentul Sănătate Publică, Administrația Prezidențială. Toate aceste măsuri necesită o implicare comună a autorităților, a profesioniștilor din Sănătate și a pacienților. „Comisia pentru Sănătate și Familie este deschisă către propunerile de modificări legislative care să îmbunătățească accesul pacienților la tratament", a declarat conf. univ. dr. Florin Corneliu Buicu, preşedintele Comisiei pentru Sănătate şi Familie, Camera Deputaților. „Așteptăm propunerile celor implicați pentru îmbunătățirea sau, mai bine zis, updatarea strategiilor, care să se reflecte într-o calitate mai bună a vieții pacienților", a completat dr. Rareș Trișcă, secretar de stat în Ministerul Sănătății.

Impact dramatic asupra vieții pacienților

Aproape jumătate dintre pacienții care au suferit un AVC se confruntă cu spasticitate de membru superior - o condiție cronică asociată cu simptome precum contracturi musculare, slăbiciune musculară, deficit senzorial și coordonare deficitară. Injecțiile locale cu toxina botulinică, alături de terapia fizică, pot aduce îmbunătățiri substanțiale în viața bolnavilor cu spasticitate.

„Terapia pentru spasticitate este extrem de importantă pentru funcționalitatea pacientului și pentru calitatea vieții acestuia. Trebuie definit cadrul legal în care anumiți pacienți pot beneficia de această terapie", a atras atenția prof. univ. dr. Bogdan O. Popescu, vicepreşedintele Comisiei de specialitate Neurologie din Ministerul Sănătății, preşedinte ales al Societății de Neurologie din România. „În momentul de față, standardul de aur în tratamentul spasticității îl reprezintă blocurile neurolitice și, în special, blocurile cu toxină botulinică", a declarat prof. univ. dr. Mihai Berteanu, preşedintele Comisiei de specialitate Medicină Fizică și de Reabilitare din Ministerul Sănătății.

CONF. UNIV. DR.
FLORIN CORNELIU BUICU

CONF. UNIV. DR.
DIANA LORETA PĂUN

DR. **RAREŞ TRIŞCĂ**

PROF. UNIV. DR.
OVIDIU BĂJENARU

PROF. UNIV. DR.
BOGDAN O. POPESCU

PROF. UNIV. DR.
MIHAI BERTEANU

CONF. UNIV. DR.
ADRIAN BIGHEA

„Toxina botulinică este un medicament cu prescripție care se administrează în spital și de către medici cu experiență", a menționat dr. Marius Tanasă, consilier, Agenția Națională a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale (ANMDM). „Noi, de cinci ani, tot reiterăm, la minister, proiecte, programe clare de instituire a unor competențe pentru medici. Pentru că a administra toxină botulinică nu se reduce la a lua toxina și a injecta-o. Eu chiar mâine termin cursul de terapia distoniilor și spasticității, pe care îl fac prin UMF, dar este un curs de cunoaștere, el nu are o finalitate printr-o competență. Ar avea, dacă Ministerul ar recunoaște competența", a atras atenția prof. univ. dr. Ovidiu Băjenaru, preşedinte de Onoare „ad vitam" al Societății de Neurologie din România, şeful Clinicii de Neurologie, Spitalul Universitar de Urgență Bucureşti.

Perspectiva pacienților

Sechelele după AVC, care înseamnă nu numai tulburări motorii, ci și de limbaj, psihologice, degradare cognitivă spre demență, sunt o altă mare problemă. „Ce facem cu pacientul după ce se externează? Reabilitarea pacientului cu AVC este extrem de costisitoare", a atras atenția Valentin Anei, preşedinte al Societății Române de Prevenirea şi Recuperarea Medicală a Persoanelor cu Accident Vascular Cerebral. „În general, pacienții sunt persoane tinere. Și sunt o mulțime de dizabilități invizibile peste care acestor persoane tinere le este foarte greu să treacă. Prin urmare, chiar dacă există recuperare neurologică, partea de sprijin și de suport neurologic este foarte importantă", a declarat Cristina Vlădău, vicepreşedinte al Asociației Pacienților cu Afecțiuni Neurodegenerative din România (APAN România).

„E o mare problemă că, din nefericire, mulți pacienți nu au acces la ceea ce înseamnă pentru mine sănătate. Poate că și noi, ca societate civilă, trebuie să ne implicăm mai mult", a afirmat Radu Gănescu, preşedinte al Coaliției Organizațiilor Pacienților cu Afecțiuni Cronice (COPAC).

Există viață după AVC

Tocmai pentru a veni în sprijinul pacienților, Societatea Română de Reabilitare Medicală a lansat www.postavc.ro. Motto-ul acestui proiect este „Există viață după accidentul vascular cerebral". „Informațiile de acolo sunt adresate exclusiv celor care au trecut printr-un accident vascular cerebral și familiilor lor. Pacienții și familiile lor pot afla unde trebuie să meargă, de ce acte au nevoie pentru diverse dosare pe care le au de depus pe la diverse ministere, cine îi poate evalua etc.", a declarat conf. univ. dr. Adrian Bighea, vicepreşedintele Comisiei de specialitate medicină fizică și de reabilitare din Ministerul Sănătății, preşedintele Societății Române de Reabilitare Medicală.

Grigore T. Popa, omagiat, la Iași, la 125 de ani de la naștere

DE OTILIA BĂLINIȘTEANU

La Universitatea de Medicină și Farmacie „Grigore T. Popa" din Iași au avut loc joi, 4 mai 2017, manifestări menite a celebra 125 de ani de la nașterea patronului spiritual al acestei instituții de învățământ superior – anatomistul Grigore T. Popa: proiecția filmului „Grigore T. Popa – anatomia unui caracter" (realizat de Oana Lazăr, TVR Iași), vernisajul de fotografii și documente „Permanența Grigore T. Popa", ce au aparținut savantului, conferința „Grigore T. Popa – dragostea în interbelic" – desprinsă din corespondența dintre soții Grigore și Florica Popa și lansarea volumului *Pericolul neisprăviților*. Toate aceste manifestări l-au avut ca vector pe dr. Richard Constantinescu, cel care, de ani buni, sapă după prețioasa moștenire lăsată viitorimii de Grigore T. Popa, scormonind arhivele, căutându-i descendenții, salvând obiectele și documentele ce i-au aparținut și, cel mai important, publicându-i opera.

Născut pe 1 mai 1892, în Șurănești Vasluiului, Grigore T. Popa a fost una dintre cele mai strălucite minți ale României interbelice, perioadă în care spiritul său fecund a zămislit o operă publicistică și științifică pe care alții ar fi făurit-o în decenii de viață. Format în spiritul Școlii profesorilor Ioan Cantacuzino și Francisc Rainer, a primit, în 1925, o bursă Rockefeller, pe o durată de trei ani, la universități de prestigiu din SUA și Marea Britanie. Întreaga activitate i-a fost marcată de spiritul său neîngrădit, impregnat puternic de ideile cu care se întorsese din America. A militat pentru drepturi și libertăți, apăsând pe cuvinte în situații delicate, intrând în repetate rânduri în conflict cu noua ideologie ce-și făcea, perfid, loc în societatea postbelică.

„SĂ FACI CE ZICE POPA E UN *RISC*. SĂ FACI CE-A FĂCUT POPA E O *JERTFĂ*."

RICHARD CONSTANTINESCU (N. 1974)

MEDIC, AUTOR, IATROISTORIOGRAF, CADRU DIDACTIC LA UNIVERSITATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE „GRIGORE T. POPA" DIN IAȘI, DISCIPLINA ISTORIA MEDICINEI;

DOCTOR ÎN ISTORIA MEDICINEI CU TEZA „GRIGORE T. POPA – MEDIC-SCRIITOR ȘI PUBLICIST";

COORDONATOR AL „FOTOTECII MEDICINEI ROMÂNEȘTI";

TRAINER AUTORIZAT *COMUNICARE ÎN SĂNĂTATE*;

EDITOR ȘI REDACTOR DE CARTE, COORDONATOR DE COLECȚII, PUBLICIST, REALIZATOR DE EMISIUNI RADIO-TV, SPEAKER.

Grigore T. Popa a fost unul dintre acei intelectuali care, în epoci extrem de complicate, în care se auzeau tot felul de cântece de sirenă, a rămas un democrat inflexibil. (...) A fost un om deasupra vremurilor, a subliniat, în fața publicului prezent în Aula „George Emil Palade" a UMF Iași, scriitorul Liviu Antonesei, cel care a prefațat volumul *Pericolul neisprăviților*.

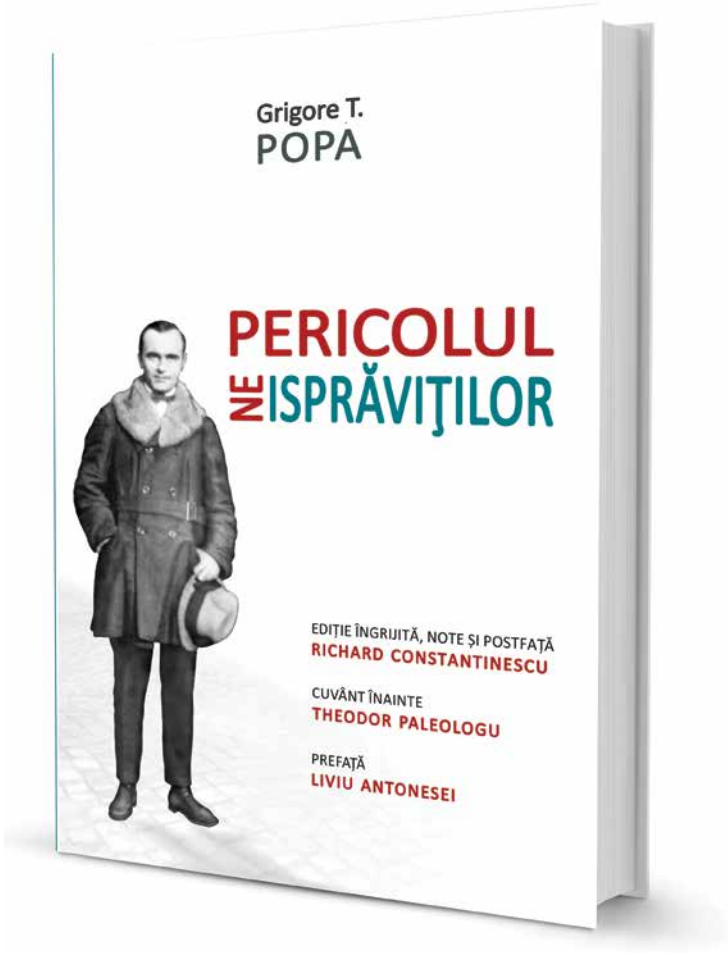
Lansată în fața unui auditoriu format din universitari medicinești ieșeni, pasionați de istoria medicinei și descendenți ai familiei anatomistului, lucrarea continuă seria de autor inițiată, în 2014, de Richard Constantinescu, prin publicarea volumului *Jurnalul unui savant român în America*. Ambele cărți, apărute în condiții grafice de excepție, redau publicului larg un autor plin de substanță, din păcate prea puțin cunoscut, ale cărui texte, deși vin din perioada interbelică, sunt azi la fel de actuale.

În scrierile sale, apare aceeași dezamăgire că, spre deosebire de ce a văzut în Statele Unite, la noi nici atunci, dar m-aș teme că nici acum, lucrurile nu merg nici pe meritocrație, nici pe cinste. Pur și simplu, îl citești pe Popa și vezi că toate se aplică și în ziua de azi. Citesc foarte multă istorie și tare-mi pare Europa asemănătoare cu cea care era în 1938-1939, a remarcat, în același cadru, și prof. univ. dr. Ostin Mungiu.

Dincolo de personalitatea rigidă a savantului a stat, însă, surprinzător poate pentru noi, cei de azi, un om cald, un tip sensibil și blând, care și-a iubit soția, pe Florica (născută Cernătescu, nepoata lui Petru Poni), cea care, așa cum mărturisea, i-a fost nu doar iubită și prietenă, ci și „parteneră de intelect".

M-am obișnuit destul de greu cu apelative de tipul „bicu" (de la bunicul) sau „tăticu´", așa cum semna cărțile poștale pe care le trimitea familiei, din America. Dar i-am descoperit și latura aceasta de om de familie, de soț îndrăgostit și, fragmentar, vi-l prezint și dumneavoastră, a explicat, în deschiderea conferinței, Richard Constantinescu.

Asta a fost, de fapt, ideea centrală a prelegerii „Grigore T. Popa – dragostea în interbelic", pe care Richard Constantinescu a susținut-o, însoțind-o de imagini și de documente inedite din arhiva personală, toate, menite a ne aduce aproape și o altă fațetă, total neștiută, a



„Salut această pietate a dr. Richard Constantinescu față de Grigore T. Popa. Capacitatea de a admira este ea însăși admirabilă. Dacă alți oameni ar face la fel cu alte mari figuri din trecutul nostru, mult mai bine ar fi. Ceea ce făptuiește dl Constantinescu prin această colecție este o formă de igienă spirituală."

THEODOR PALEOLOGU

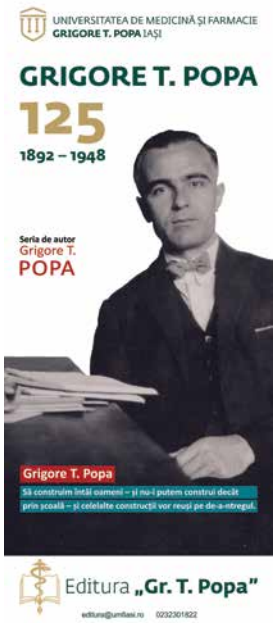
genialului Grigore T. Popa. Reproduc aici un fragment dintr-o scrisoare pe care Grigore i-o scria Floricăi, de la Chicago, pe 7 noiembrie 1925:

De-abia acum bag eu seama că nu ți-am scris despre odaia mea; stai să-ți fac planul. Cred că e destul de explicit. Dacă-ți pare cam încurcat pe unele locuri, apelează la domnul inginer Aurel, care te poate încurca mai tare. (...) Acuma, dragă Florică, vezi că cunoști locuința mea. De cheie n-ai nevoie, fiindcă ție toate ușile-ți vor fi deschise oricând de-a dreptul la mine. Vezi de vino cât mai des și rămâi cât mai mult. Odaia mea nu e elegantă, dar e comodă. Are tot ce-i trebuie și mă simt bine în ea. Un singur lucru nu-mi place: e pustiu fără tine.

Eforturi precum cele pe care neobosit le întreprinde Richard Constantinescu, puse în slujba memoriei noastre culturale și științifice, sunt, azi, din ce în ce mai rare, deși, într-o epocă așa de surprinzător de asemănătoare celei în care a trăit Grigore T. Popa (1892-1948), ne sunt atât, atât de necesare. Vestea bună este că seria volumelor din colecția dedicată marelui anatomist va continua să se îmbogățească, răspunzând, așa cum sublinia Richard Constantinescu, „necesității unei reașezări a scrierilor lui Grigore T. Popa în reflecția contemporană". ✚

„Om de știință remarcabil, biolog de vârf, medic, filosof, literat, Grigore T. Popa ocupă astăzi locul ce-l merită în panteonul personalităților neamului. Iar dlui dr. Richard Constantinescu îi revine meritul de a fi contribuit la acest efort de re-edificare."

ADRIAN NECULAU



„Grigore T. Popa a fost una dintre puținele personalități ale epocii care a asumat riscante atitudini publice antitotalitare și cea mai puțin dispusă să accepte compromisuri și de aceea trebuia să fie distrus."

MIRCEA ANGHELESCU

Pfizer Research&Development

CĂLĂTORIA IPOTEZEI CĂTRE REZULTAT

O COMPANIE FARMACEUTICĂ CE PROMOVEAZĂ INOVAŢIA SE BAZEAZĂ PE UN ELEMENT FUNDAMENTAL: UN NUCLEU SOLID, REPREZENTAT DE CĂTRE DEPARTAMENTUL DE RESEARCH&DEVELOPMENT (R&D - CERCETARE ŞI DEZVOLTARE). PENTRU PFIZER, DEPARTAMENTUL R&D ESTE CEL MAI IMPORTANT VECTOR DE INOVAŢIE, INOVAŢIE CE ESTE DIRECŢIONATĂ SĂ RĂSPUNDĂ NEVOILOR TERAPEUTICE DIVERSE ATÂT ALE PACIENŢILOR, CÂT ŞI ALE PROFESIONIŞTILOR DIN SISTEMUL SANITAR.

DR. SERGIU MOSOIA – DIRECTOR MEDICAL PFIZER ROMANIA

Pentru ca inovaţia să ajungă însă la pacient, sub forma unei soluţii terapeutice (medicament/vaccin), trebuie să existe o premisă de cercetare, o ipoteză ce trebuie identificată şi ulterior validată. Călătoria ipotezei către rezultatul final – medicamentul – poate dura 10-12 ani şi presupune două etape majore: preclinică şi clinică. Faza preclinică poate dura între 1 şi 6 ani şi presupune identificarea unor New Chemical Entities (NCE – Entitate Chimică Nouă)[2]; acestea trec prin foarte multe etape foarte stricte de testare in vitro şi in vivo (pe model animal), înainte de a se califica pentru a doua etapă majoră a cercetării – testarea pe subiecţi umani: la acest nivel, din aproximativ 10.000 de NCE 250 au un nivel de activitate promiţător asupra unei „ţinte" biologice, susţinând astfel ipoteza de cercetare pentru o anumită afecţiune/boală, şi numai 1-2 dintre cele 250 de NCE ajung în această fază. Testarea pe subiecţi umani se face prin intermediul studiilor clinice. Aceasta este o etapă critică, ce poate avea o durată de 6-7 ani.[2-7]

Studiile clinice pot fi intervenţionale (sau experimentale) sau non-intervenţionale (sau observaţionale). Pentru studiile intervenţionale, există clasificări multiple, în funcţie de:[3-7]

• tipul de studiu propriu-zis: farmacologie, terapeutic explorator, terapeutic de confirmare, terapeutic de utilizare – fiecare dintre acestea poate oferi un anumit tip de informaţie;

• faza de dezvoltare:

Faza I: are o durată de câteva luni; în această fază, medicamentul este administrat pentru prima dată la un grup de voluntari sănătoşi (numărul poate varia între 20 şi 100); acestea sunt cu precădere studii de farmacologie – sunt evaluate atât siguranţa şi tolerabilitatea medicamentului, în general, cât şi siguranţa intervalului de dozare, prin administrare unică sau multiplă; de asemenea, sunt evaluate farmacocinetica (sunt obţinute date esenţiale pentru evaluarea interacţiunilor medicamentoase) şi farmacodinamica (sunt obţinute date privind potenţiala eficacitate, acesta fiind însă un obiectiv secundar în studiile din această fază); această fază a fost asociată cu o rată de succes de 63,2%.[3-7]

Faza a II-a: aceasta este considerată faza de cercetare, în care medicamentul este evaluat în continuare pentru siguranță şi direct, ca obiectiv primar, pentru eficacitate (beneficiu terapeutic – cel mai frecvent tip de studiu desfăşurat este cel terapeutic explorator); de asemenea, este determinată doza pentru studiile de Faza a III-a; această fază poate dura de la câteva luni la aproximativ doi ani; în această fază, sunt înrolați pacienți, nu voluntari sănătoşi. Numărul de pacienți incluşi în studiile din Faza a II-a este mai mare, comparativ cu cel din Faza I (poate ajunge la câteva sute), şi, spre deosebire de aceasta, medicamentul este administrat unei populații relativ omogene (datorită selecției ce include criterii limitative de includere în studiu şi de monitorizare aproape permanentă); Faza a II-a este decisivă pentru confirmarea ipotezei inițiale/desfăşurarea programului clinic, în general: rata de succes este cea mai scăzută dintre cele patru faze ale programului clinic, numai 30,7% dintre medicamentele experimentale ajungând în studiile de Faza a III-a.[3-7]

Faza a III-a. Poate dura între 1 şi 4 ani şi se adresează unui grup de pacienți ce poate ajunge la câteva mii sau mai mult; în această fază, sunt confirmate eficacitatea / beneficiul terapeutic, sunt monitorizate intensiv evenimentele adverse ce apar la intervalul de dozaj stabilite în Faza a II-a, sunt comparate eficacitatea/beneficiul terapeutic cu cele ale terapiilor existente, sunt explorate atât utilizarea medicamentului în diferite stadii ale afecțiunii pentru care a fost dezvoltat / studiat inițial, cât şi utilizarea sa la populații diferite de pacienți. Rata de succes poate varia în această fază între 25-30% şi 58,1% – cu toate acestea, este cea de-a doua fază (după Faza a II-a) asociată cu cea mai mică rată de succes; eşecul în această fază presupune anularea programului de cercetare şi dezvoltare, din cauza infirmării ipotezei inițiale. Din punctul de vedere al costurilor, un eşec în această fază poate atinge valori considerabile.[3-9]

S-a estimat, de asemenea, că pentru fiecare miliard de dolari SUA investiți în R&D, numărul de autorizări ale medicamentelor inovatoare s-a redus cu aproximativ 50% după fiecare 9 ani.[8]

În urma datelor obținute din programul preclinic şi din programul clinic (studiile de faze I-III), sunt demarate procedurile de autorizare a medicamentului, aceasta fiind făcută de către autoritățile competente (pentru Statele Unite: Food and Drug Administration – FDA; pentru Uniunea Europeană: European Medicines Agency – EMA).

„CĂLĂTORIA IPOTEZEI CĂTRE REZULTATUL FINAL – MEDICAMENTUL – POATE DURA 10-12 ANI ŞI PRESUPUNE DOUĂ ETAPE MAJORE: PRECLINICĂ ŞI CLINICĂ."

Faza a IV-a. Include toate studiile ce nu au fost considerate obligatorii pentru autorizarea medicamentului, acestea având drept obiectiv obținerea de date complementare (de exemplu, date de siguranță suplimentare, interacțiuni medicamentoase in extenso). Aceste studii pot include, de asemenea, un număr foarte mare de pacienți (de ordinul miilor) ce au o afecțiune pentru ameliorarea / vindecarea căreia a fost dezvoltat medicamentul, iar aceştia se înrolează voluntar.[3-7]

Având în vedere cele de mai sus, călătoria ipotezei către rezultatul aşteptat (medicamentul) de către pacient nu este uşoară, ci un drum anevoios în care succesul nu reprezintă neapărat regula, ci, de foarte multe ori, din păcate, excepția, costurile eşecului fiind în primul rând lipsa unei alternative terapeutice eficiente.

Pfizer îşi îmbunătățeşte însă permanent capabilitățile necesare, astfel încât o terapie inovatoare să ajungă la pacienți în cel mai scurt timp (tehnic) posibil. Există 96 de programe de R&D pe care Pfizer le desfăşoară la nivel global în acest moment. Acestea includ 62 de New Molecular Entities (NME – Entități Moleculare Noi), 26 de programe de extindere a indicațiilor pentru medicamente deja autorizate şi 8 programe de dezvoltare pentru biosimilare.[1]

România este inclusă în mod tradițional, de peste o decadă, pe harta globală Pfizer R&D: în țara noastră se desfăşoară, la momentul redactării acestui articol, 30 de studii clinice intervenționale de faze II-IV (un număr semnificativ) în următoarele arii terapeutice: cardiologie, boli metabolice – diabet, gastroenterologie, imunologie şi inflamație, neurologie, oncologie. Aceste studii reprezintă o contribuție deloc neglijabilă la fundamentul ştiințific pe baza căruia vor fi autorizate şi vor ajunge la pacienți medicamentele de mâine.

De asemenea, pe lângă proiectele de cercetare clinică menționate mai sus, Pfizer dispune de o platformă online (detaliile – modul de acces se pot găsi pe site-ul Pfizer accesând adresa http://www.pfizer.com/research/rd_partnering/investigator_initiated_research), prin care colaborează cu investigatori la nivel global şi în care se pot încărca diverse proiecte de cercetare inițiate de către aceştia; accesul este gratuit, iar acestea sunt evaluate de către o comisie şi, eventual, acceptate pentru finanțare. ✚

REFERINȚE:

[1] www.pfizer.com

[2] http://www.fdareview.org/03_drug_development.php
https://www.fda.gov/ForPatients/Approvals/Drugs/ucm405382.htm
https://www.fda.gov/ForPatients/Approvals/Drugs/ucm405658.htm

[3] ICH E8 EMA, adopted 1998, disponibil la: http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Scientific_guideline/2009/09/WC500002877.pdf

[4] https://www.fda.gov/forpatients/clinicaltrials/types/default.htm

[5] Types of Study in Medical Research - DeutschesÄrzteblatt InternationalDtschArzteblInt 2009; 106(15) 262–8, disponibil la https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2689572/pdf/Dtsch_Arztebl_Int-106-0262.pdf

[6] ClinicalDevelopmentSuccessRates 2016 - Biomedtracker Report, disponibil la: https://www.bio.org/sites/default/files/Clinical%20Development%20Success%20Rates%202006-2015%20-%20BIO,%20Biomedtracker,%20Amplion%202016.pdf

[7] https://www.fda.gov/forpatients/approvals/drugs/ucm405622.htm

[8] Phase III Trial Failures: Costly, But Preventable, disponibil la: https://www.parexel.com/files/5014/7274/5573/ACT_Article.pdf

[9] Examination of ClinicalTrialsCosts Report 2014 – ASPE, disponibil la https://aspe.hhs.gov/system/files/pdf/77166/rpt_erg.pdf

➲ INTERVIU CU **DR. LENY CABAN,** MEDIC PRIMAR HEMATOLOGIE, INSTITUTUL CLINIC FUNDENI

PATIENT engagement,

URMĂTOAREA ETAPĂ A MEDICINEI MODERNE

TENDINȚA MEDICINEI MODERNE ESTE DE A TRECE DE LA MODELUL PATERNALIST LA CEL ÎN CARE PACIENTUL ESTE PARTE A ECHIPEI DE ÎNGRIJIRE, ESTE INFORMAT ȘI IMPLICAT. ESTE „PATIENT ENGAGEMENT" IMPLICAREA/ RESPONSABILIZAREA PACIENTULUI ÎN VIITORUL MEDICINEI? ESTE PUȚIN MAI GREU DE TRADUS ACEASTĂ SINTAGMĂ, „PATIENT ENGAGEMENT". CUM O COMENTAȚI? DE ROXANA MATICIUC

Într-adevăr, asistăm în ultimul timp la o schimbare majoră a atitudinii față de pacient, existând o tendință din ce în ce mai puternică de centrare a sistemului medical pe necesitățile acestuia. Această schimbare de atitudine s-a răsfrânt, desigur, și asupra rolului pe care pacientul însuși îl joacă în desfășurarea actului medical. Dacă până nu de mult pacientul avea doar un rol pasiv, de ascultare și executare necondiționată a recomandărilor medicale, în prezent are posibilitatea și dreptul de a participa activ la luarea deciziilor medicale.

Această participare implică însă aspecte mult mai profunde, care nu sunt încă pe deplin rezolvate. Este vorba, în principal, de informare, de conștientizare și de responsabilizare. Pentru a lua o decizie corectă, pacientul trebuie să fie foarte bine informat asupra diagnosticului, prognosticului, metodelor de investigație, alternativelor terapeutice și rezultatelor estimate, asupra impactului pe care toate acestea îl vor avea asupra vieții personale etc. De cele mai multe ori, acest lucru este destul de dificil de realizat din diverse motive (experiența și capacitatea de comunicare a medicului; nivelul de educație sau capacitatea de înțelegere a pacientului; timpul disponibil pentru comunicarea acestor informații – poate unul dintre motivele cele mai importante ale eșecului comunicării; existența unor materiale informative etc.).

Cred că tocmai la aceste aspecte se referă sintagma „patient engagement" și cred, de asemenea, că este mult mai ușor de tradus decât de pus în practică. Și, da, cred că acesta reprezintă următoarea etapă de evoluție a medicinei moderne.

Care este rolul medicului specialist în informarea pacienților cu LMC? De ce este important ca pacienții să înțeleagă mai bine această afecțiune?

Faptul că pacienții au nevoie de informații este un lucru evident pe care îl constatăm zilnic în practica medicală. Aceste informații sunt extrem de necesare pentru luarea unei decizii corecte, responsabile, referitor la desfășurarea actului medical.

Un diagnostic de cancer este un diagnostic devastator, care afectează nu numai persoana implicată, ci și familia acestuia și pe toți cei apropiați. Ca urmare, pacienții și cei apropiați acestora au nevoie de mult mai multe cunoștințe pentru a înțelege ce se întâmplă, pentru a învăța, pe de o parte, cum să își accepte și să își controleze boala, iar pe de altă parte, cum să îi sprijine și să îi ajute pe cei dragi aflați în suferință.

Clădirea unei relații medic-pacient, bazată pe încredere și respect, reprezintă una dintre condițiile asigurării reușitei actului medical. Leucemia mieloidă cronică este un neoplasm care în marea majoritate a cazurilor are o evoluție îndelungată, astfel încât există premisa consolidării de-a lungul timpului a acestei relații de colaborare. Medicul curant este partenerul din echipă care ar trebui să ofere informațiile cele mai avizate, raportate la particularitățile fiecărui pacient; de asemenea, el este cel care poate îndruma pacientul în selectarea informațiilor provenite din alte surse.

Rolul tehnologiei în viața pacienților a crescut enorm în ultimii ani. Cât de importantă este realizarea unor site-uri profesioniste, responsabile, de informare și ce recomandări faceți în acest sens pacienților cu LMC?

Într-adevăr, odată cu creșterea accesului la tehnologiile informatice, asistăm în ultimul timp la o avalanșă de informații accesibile pe diverse mijloace de comunicare, în special servicii social-media.

În cazul leucemiei mieloide cronice, există mai multe site-uri serioase cu informații pentru pacienți, dar, din nefericire, ele sunt aproape în totalitate editate în limba engleză. Există însă un site care m-a impresionat în mod plăcut și pe care, atât ca medic, dar și ca președinte al Asociației Pacienților cu Neoplazii Mieloproliferative „MIELOPRO", îl recomand tuturor pacienților cu care vin în contact: www.mycmllife.ro. Acest site are mai multe calități: este extrem de clar și complex, conține informații verificate medical și, nu în ultimul rând, este în limba română, ceea ce reprezintă un mare avantaj pentru pacienți. De asemenea, profit de ocazie să subliniez activitatea Asociației „MIELOPRO", care se preocupă de creșterea nivelului de cunoștințe al pacienților cu neoplazii mieloproliferative cronice prin intermediul site-ului său, www.mielopro.ro, dar și prin editarea de materiale informative și prin organizarea de sesiuni educaționale în cadrul conferințelor sale; Asociația „MIELOPRO" este și membră a FABC (Federația Asociațiilor Bolnavilor de Cancer), CML Advocates Network și ECPC (Coaliția Europeană a Pacienților cu Cancer).

Cât de ușor își poate găsi un pacient diagnosticat cu LMC informații despre boala cu care se confruntă?

Aici trebuie să facem o diferență: dacă pacientul este tânăr, el este de obicei cunoscător al limbii engleze și utilizator de internet, și, atunci, să zicem, accesul la o cantitate mai mare de informații este mai ușoară; problema apare în cazul pacienților vârstnici, care nu cunosc limba engleză și care nu au nici abilitatea de a utiliza tehnologia IT– pentru aceștia există puține posibilități de obținere a informațiilor în limba română on-line și și mai puține prin materiale informative de altă natură. Cred că aici este locul unde pot interveni asociațiile de pacienți, prin editarea de materiale informative și prin organizarea de evenimente educaționale pentru pacienți.

În ceea ce privește pacienții cu LMC, există o discrepanță la nivel european în ceea ce privește accesul pacienților la tratamente eficiente și la informație medicală de calitate. Cum se pot îmbunătăți acestea pentru pacienții români?

Dacă ne referim strict la pacienții cu LMC, din punctul de vedere al accesului pacienților la tratamente eficiente, nu putem spune că există o discrepanță față de pacienții celorlalte state europene; avem în acest moment acces la toate moleculele utilizate la nivel european. Dacă ne referim la accesul la informația medicală de calitate pentru pacienți, aici avem într-adevăr o deficiență destul de serioasă, care ar trebui remediată cât mai rapid; acest lucru nu se poate însă realiza fără o strânsă cooperare între autorități, diverși furnizori de servicii de sănătate, asociații de pacienți.

INTERVIUL COMPLET POATE FI CITIT PE

www.politicidesanatate.ro

Screeningul, accesul la studii clinice și la terapii țintite – priorități în managementul bolii canceroase

AGLOMERAȚIE, LISTE DE AȘTEPTARE, DAR ȘI MEDICI SUPRASOLICITAȚI - ACESTEA SUNT PROBLEMELE SISTEMULUI MEDICAL VĂZUTE PRIN OCHII DR. DANA LUCIA STĂNCULEANU, MEDIC PRIMAR ONCOLOGIE MEDICALĂ, ȘEF SECȚIE ONCOLOGIE MEDICALĂ ÎN CADRUL INSTITUTULUI ONCOLOGIC BUCUREȘTI.

DE VALENTINA GRIGORE

Care sunt problemele cu care se confruntă bolnavii de cancer din România?

Cu aglomerația, în primul rând. Mulți pacienți, puțini medici, pacientul stă la coadă sau are o programare la un interval de timp poate mai mare decât ar trebui. Din punctul de vedere al controlului și al urmăririi, discutăm de un număr mare de pacienți care au nevoie de tomografii, RMN, scintigrafii, PET-CT etc. Este foarte greu să discuți de tomografii la 3 luni sau la 6 luni. Alte probleme sunt lipsa de informare față de studii clinice, dar și accesul pacienților la aceste studii clinice, care se face greoi pentru că, pe de o parte, pacientul nu este informat, pe de altă parte nu există o evidență a studiilor clinice în sensul locului în care se desfășoară sau care sunt acele studii clinice care ar trebui sau i s-ar potrivi pacientului. Deci ar fi nevoie de o evidență și de o informare mai bune.

Cât de importantă este depistarea bolii în stadiu cât mai incipient?

Depistarea bolii în stadii incipiente este importantă, dar, ca să putem să o facem, populația trebuie să fie informată cu privire la riscul de boală, factori de risc, dar și cu privire la măsurile minime de prevenție. Referitor la depistare, sigur că putem discuta despre campanii de screening, ținând cont de segmentul populațional căruia i se adresează campania respectivă. O campanie de screening trebuie să aibă nu numai mijloacele de catagrafiere a populației și de găsire a celor aflați la risc, ci și mijloacele care să absoarbă toată acea populație cu leziuni ce ar trebui tratate. Tot acest screening ar trebui să fie o mașinărie continuă și perpetuă pentru populația aflată la risc.

Dar este suficient?

Este mult mai bun acum decât era înainte, în sensul că accesul la terapiile țintite este fără listă de așteptare, este imediat, dar totul este perfectibil. Avem o accesibilitate mare la terapii țintite, dar încă mică, dacă e să comparăm cu țările din jurul nostru. În rest, nu discutăm de terapiile deja aprobate, de liste de așteptare sau de acces întârziat la tratament, ci mai degrabă de numărul redus de medici oncologi raportat la un milion de locuitori.

Cât este de importat tratamenul personalizat pentru un pacient bolnav de cancer?

Toate tratamentele sunt conform ghidurilor, conform protocoalelor în cadrul cărora discutăm de molecule rambursate de Casa Națională de Asigurări de Sănătate. Ghidurile sunt cele europene și toată lumea se raportează la acestea. Problema este a concordanței dintre protocolul de rambursare și ghidurile naționale și de cât de mult dorim să rambursăm din tratamentul pe care îl primește pacientul sau pe care ar trebui să-l primească.

Ideea de tratament personalizat este aceea de a adresa pacientului tratamentul de care are nevoie. Aceasta ar presupune inclusiv rambursarea analizelor moleculare, genetice Din nefericire pentru oncologie, ar însemna rambursarea a mai multor metode de biologie moleculară, de analize care presupun determinări genice sau biologie moleculară, ca să poți aplica o terapie țintită unui pacient. Aceste determinări genice sunt rambursate, deocamdată, compensator de către firmele de medicamente care promovează o anumită terapie țintită.

Nutriția este esențială pentru bolnavul de cancer. Avem specialiști?

Asta este o problemă importantă pentru că a fi oncolog nu înseamnă că te pricepi la toate. Și atunci ar trebui să existe specialiști care să discute despre nutriție, însă aceștia lipsesc sau nu au o pregătire specifică într-un centru specializat. Nici la privat nu prea există medici specializați în nutriția pacientului oncologic. Aceasta ar însemna ca personalul care se ocupă de îngrijirea pacientului oncologic să fie supraspecializat. Cu alte cuvinte, sunt necesare cursuri de pregătire în nutriție și boli metabolice ale pacientului oncologic. Revenind, pacientul oncologic este un pacient complex, care are nevoie de o îngrijire multidisciplinară în cadrul unei echipe supraspecializate.

REZULTATELE STUDIULUI DESCHIS DE EVALUARE A ADMINISTRĂRII REPATHA® (EVOLOCUMAB), UN STUDIU PE TERMEN LUNG (CU O DURATĂ DE PATRU ANI) NU A IDENTIFICAT NOI PROBLEME DE SIGURANȚĂ

Rezultatele OSLER-1, studiu deschis de evaluare Repatha® (evolocumab), cel mai lung studiu clinic cu un inhibitor de PCSK9 derulat până în prezent, au fost publicate în JAMA Cardiology

Rezultatele studiului arată că Repatha, adăugat la tratamentul standard (SOC - standard of care), a determinat reducerea cu 57% a valorii medii a LDL-colesterolului după 4 ani de tratament, fără a fi identificate probleme de siguranța sau anticorpi neutralizanți cu expunere cumulativă.[1]

"Pentru pacienții cu boli cardiovasculare, reducerea constantă a nivelului LDL-C este o componentă importantă în tratarea acestei boli cronice" a spus Dr. Michael J. Koren, Centrul de Cercetare Clinică Jacksonville. "Aceste rezultate reconfirmă faptul că asocierea Repatha la tratamentul cardiovascular standard poate genera reduceri suplimentare, susținute, ale LDL-C în decursul câtorva ani, fără a creşte riscul pentru pacienții care continuă să se confrunte cu nivele crescute de colesterol."

Studiul de extensie în regim deschis OSLER-1 (OLE) a înrolat 1.324 dintre cei 1.650 (80,2%) de pacienți eligibili care au terminat faza a 2a a studiului principal . OSLER-1 a evaluat durabilitatea efectului de reducere a LDL-C şi frecvența evenimentelor adverse (EA) asociate terapiei pe termen lung cu Repatha. Odată inițiată terapia, 79 % din pacienți au continuat să administreze tratamentul Repatha, durata de expunere medie fiind de 44 de luni. Pacienții care au finalizat perioada de evaluare de patru ani au obținut o valoare mediană a LDL-C de 60 mg/dL.[1]

"Reducerea în siguranță a nivelului LDL-C pe termen lung este un obiectiv important al tratamentului, având în vedere că mulți pacienți cu nivel crescut de colesterol se vor confrunta cu unul sau mai multe evenimente cardiovasculare pe parcursul vieții" a spus Dr. Sean E. Harper, Vicepreşedinte Executiv Cercetare şi Dezvoltare în cadrul Amgen. "Aceste date provenite din monitorizarea pe termen lung ne reafirmă convingerea că Repatha este un instrument valoros în managementul boliilor cardiovasculare."

Analiza nu a identificat probleme noi de siguranță pe parcursul monitorizării prelungite, şi a raportat apariția EA la 52,6% din pacienții tratați cu Repatha şi cu tratamentul standard în timpul anului patru, comparativ cu 79,3% în timpul primului an. Ratele EA analizate la nivelul grupului care primeşte Repatha şi tratament standard comparativ cu grupul care primeşte exclusiv tratamentul standard au fost de 2,8% față de 4,0% pentru diabet zaharat cu debut recent, de 0,4% comparativ cu 0% pentru evenimente neurocognitive, şi de 4,7% comparativ cu 8,5% pentru evenimente la nivelul sistemului muscular. Proporția de pacienți care au întrerupt Repatha din cauza EA a fost de 0,5% în anul patru şi de 2,8% în primul an. În plus, nu a existat niciun caz de apariție a anticorpilor neutralizați la pacienții tratați şi au fost înregistrate doar patru cazuri de apariție a anticorpilor de legare tranzitorii.[1]

///

Bolile cardiovasculare sunt cauza principală a mortalității în întreaga lume.[2] În SUA, sunt aproximativ 11 milioane de oameni cu boala cardiovasculară aterosclerotică (ASCVD - atherosclerotic cardiovascular disease) şi/sau hipercolesterolemie familială care au niveluri necontrolate de LDL-C - peste 70 mg/dL, în pofida taratmentelor cu statine, sau cu alte terapii hipolipemiante.[3,4]

Formatul studiului OSLER-1
OSLER-1 (**O**pen Label **S**tudy of **L**ong **TER**m Evaluation Against LDL-C 1) este un studiu deschis de extensie cu Repatha, un inhibitor al pro-protein-convertazei subtilisin/kexină tip 9 (PCSK9). Studiul a fost desfăşurat în 192 de centre din 18 țări.

Pacienții au fost eligibili pentru înrolare în studiul OSLER-1 după finalizarea unuia dintre studiile principale de fază 2 fără a prezenta EA severe care ar fi impus întreruperea tratamentului. În primul an, pacienții au fost selectați aleatoriu în raport de 2:1 fie pentru tratamentul cu Repatha în doză de 420 mg, administrat lunar în asociere cu tratamentul standard, fie pentru a primi exclusiv tratamentul standard. Parametrii lipidici, siguranța şi tolerabilitatea au fost evaluate la fiecare 12 săptămâni.

Obiectivul principal al acestei analize este de a evalua dacă reducerile LDL-C cu Repatha persistă în rândul diferitelor populații pe o durată lungă de timp. Obiectivul secundar include evaluarea EA, a anticorpilor anti-medicament (ADA – Anti-drug antibody), şi a factorilor care contribuie la întreruperea tratamentului.

Despre Repatha® (evolocumab)
Repatha® (evolocumab) este un anticorp uman monoclonal care inhibă pro-protein-convertaza subtilisin/kexină tip 9 (PCSK9). Repatha se leagă de PCSK9 şi inhibă legarea PCSK9 circulant de receptorul lipoproteinelor cu densitate mică (LDLR), prevenind degradarea LDLR mediată de PCSK9 şi permițând astfel refacerea LDLR pe suprafața celulelor hepatice. Prin inhibarea legării PCSK9 la LDLR, Repatha creşte numărul de receptori LDLR disponibili pentru eliminarea LDL din sânge, scăzând astfel nivelurile de LDL-C[5].

///

Referințe
1. Koren, Michael J. et al. Long-Term LDL-Lowering Efficacy, Persistence, and Safety of Evolocumab in Chronic Treatment of Hypercholesterolemia: Results up to 4 years from the Open-Label OSLER-1 Extension Study. JAMA Cardiol. doi:10.1001/jamacardio.2017.0747. **2.** World Health Organization. Cardiovascular diseases (CVDs) fact sheet. http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/ Accessed August 2016. **3.** Amgen Data on File. **4.** Centers for Disease Control and Prevention. Vital signs: prevalence, treatment, and control of high levels of low-density lipoprotein cholesterol. United States, 1999–2002. **5.** Repatha® U.S. Prescribing Information. Amgen.

Amgen Romania SRL
Bucharest Business Park,
Şos. Bucureşti - Ploieşti, nr. 1A, clădirea A, etaj 2,
Sector 1, Cod 013681, București, România
Tel: +40 21 527 3 000, Fax: +40 21 527 3 001
medinfo-romania@amgen.com; www.biotechnologybyamgen.ro

SC-RO-AMG145-00211

AMGEN®
Cardiology

INTERVIU CU PROF. UNIV. DR. DANIEL CORIU, DIRECTORUL CENTRULUI DE HEMATOLOGIE ȘI TRANSPLANT MEDULAR DIN INSTITUTUL CLINIC FUNDENI

Studiul Endeavor:

NOILE TERAPII CRESC SUPRAVIEȚUIREA PACIENȚILOR CU MIELOM MULTIPLU

Pacienții cu mielom multiplu – un cancer agresiv – au o nouă șansă la viață. Deși boala nu se vindecă, ea poate fi ținută sub control. Studiul Endeavor a demonstrat că pacienții tratați cu o nouă terapie trăiesc mai mult față de pacienții cu tratament clasic. Prof. univ. dr. Daniel Coriu, directorul Centrului de Hematologie și Transplant Medular din Institutul Clinic Fundeni, ne-a vorbit despre importanța studiilor clinice și despre accesibilitatea pacienților români la noua terapie.

Mielomul multiplu este extrem de agresiv. Cum se manifestă și câți români suferă din cauza acestei boli?

Dintre bolile hematologice, mielomul multiplu este a doua, ca frecvență, după limfom. În România, în fiecare an diagnosticăm 650–700 de cazuri noi. În Institutul Clinic Fundeni, unde avem un departament specializat în diagnosticul și tratamentul mielomului multiplu și o echipă dedicată care se ocupă numai de această boală, în ultimul an am avut 120 de cazuri noi. În momentul de față, în centrul nostru sunt aproximativ 550 de pacienți cu mielom multiplu. Mielomul multiplu este un cancer, o proliferare malignă a plasmocitelor (forma finală a limfocitelor B) – acele celule care în mod normal ar fi trebuit să producă anticorpi. În mielomul multiplu, plasmocitele suferă o mutație și devin plasmocite maligne. Drept consecință, toate oasele vor fi infitrate cu plasmocite, devenind astfel foarte moi și friabile. Oasele se pot rupe cu ușurință, vor apărea fracturi sau leziuni litice osoase foarte dureroase.

Cum trebuie să acționăm la primele semne de boală?

Mielomul multiplu este asimptomatic pentru o perioadă lungă. Asta poate să însemne 10–15 ani. Chiar dacă se descoperă întâmplător, la acel moment nu este nevoie de intervenție terapeutică. Mielomul multiplu va fi tratat doar când devine activ, adică atunci când există semne de leziuni tisulare. Semnele de boală activă sunt: anemia, leziunea osoasă, boala renală, hipercalcemia. Mielomul multiplu nu se vindecă, acest lucru trebuie explicat foarte clar de la început pacientului. Va trebui să încercăm să găsim un fel de echilibru între boală și organism. Se intervine cu prima linie terapeutică numai când boala devine activă. Prima linie terapeutică conține, în România, un inhibitor de proteazom tip bortezomib, după care se face autotransplantul medular. Însă boala o să revină. Obiectivul nostru este să o ținem sub control cât se poate de mult, intervalul liber de recădere poate fi de la câteva luni la câțiva ani. Avem pacienți care au primit transplant acum cinci ani și care încă sunt într-o condiție foarte bună fără niciun tratament.

Din păcate, mulți pacienți recad o dată, de două ori sau de mai multe ori, noi intervenim cu a doua linie, cu a treia linie de tratament, chiar cu a patra. Din nefericire, intervalul liber de tratament se scurtează până când, la un moment dat, boala devine refractară și nu prea mai avem soluții terapeutice. Acum câțiva ani, supraviețuirea la 3 ani era foarte mică – puțin peste 40%, iar la 5 ani aproximativ, 35%. În ultimii 10–15 ani, au fost făcute progrese uimitoare. Avem autotransplantul medular și noile molecule, astfel încât am ajuns la o supraviețuire la 3 ani de 75%, iar la 5 ani, peste 50%. Lucrurile sunt într-o dinamică pozitivă, mai ales atunci când avem șansa să folosim aceste medicamente noi.

> „LA SFÂRȘITUL ACESTUI AN, PACIENȚII ROMÂNI AR PUTEA AVEA ACCES LA NOUA TERAPIE ALE CĂREI REZULTATE POZITIVE AU FOST DEMONSTRATE DE STUDIUL ENDEAVOR."

Cum poate fi îmbunătățit accesul pacienților la aceste medicamente noi?

Din nefericire, în România singurul medicament aprobat până recent a fost bortezomib. Abia în urmă cu două luni a fost aprobat pentru rambursare și talidomida, dar numai în prima linie la pacienții vârstnici. În țările dezvoltate,

pacienții au acces la cel puțin alte cinci molecule, și aici vorbim de generația a doua de inhibitori de proteazom (carfizomib, ixazomib), imunomodulatori (talidomidă, lenalidomidă, pomalidomidă) și de anticorpii monoclonali. Acestea sunt cele mai eficiente medicamente la care pacienții din vestul Europei au acces. Din fericire, pentru bolnavi o șansă extraordinară o reprezintă studiile clinice. O parte dintre pacienții noștri au beneficiat de aceste medicamente prin studii clinice.

De ce sunt atât de importante aceste studii clinice?

Orice medicament care există pe piață este rezultatul unor studii clinice. Potrivit FDA din Statele Unite ale Americii și EMA – Agenția Europeană a Medicamentului, un medicament intră pe piață numai dacă studiile clinice demonstrează un rezultat pozitiv. Trebuie să rugăm pacienții să intre în studii clinice care înseamnă, pe de o parte, acces gratuit la medicamente noi, iar pe de altă parte o monitorizare foarte bună a pacientului, pentru că probele biologice ale celor din studiile clinice sunt trimise și analizate într-un centru de referință european, nu local. La finalul studiului, putem să analizăm rezultatele și să spunem dacă medicamentul A este mai bun decât medicamentul B. Având echipe dedicate, am avut șansa să putem înrola pacienții în studii clinice.

Cât de importante sunt rezultatele studiului Endeavor pentru pacienții care suferă de mielom multiplu?

Endeavor a comparat „head-to-head" vechea terapie, care însemna bortezomib plus dexametazonă, cu o nouă terapie – carfilzomib plus dexametazonă. Carfilzomibul este rudă cu bortezomibul, dar este mai eficient și mai puțin toxic, este o moleculă mai nouă. În ceea ce înseamnă supraviețuirea liberă de progresie, rezultatul a fost clar în favoarea brațului carfilzomib cu dexametazonă – 18,7 luni, față de 9,5 luni, în celălalt braț. Potrivit analizei pe supraviețuire, publicată în februarie 2017, pacienții cu noua terapie – carfilzomib plus dexametazona – trăiesc mai mult față de pacienții tratați cu terapia veche. Diferența este de aproape 7,5 luni – clar ne încurajează să folosim această nouă terapie. Un aspect foarte important este că populația căreia i se adresează acest studiu este reprezentată de pacienți care au avut cel puțin o linie de terapie anterioară, adică au recăzut cel puțin o dată.

Cum pot accesa pacienții astfel de studii clinice?

Pentru mulți pacienți, aceste studii clinice reprezintă o șansă la viață. Însă trebuie să existe centre dedicate. Nu orice spital sau orice medic poate să conducă un studiu clinic. Lucrurile sunt foarte bine stabilite din punct de vedere legal, există Agenția Națională a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale, care este responsabilă de aceste studii clinice, care selectează investigatorii și spitalele care pot desfășura astfel de studii. Trebuie să înțelegem că studiile clinice sunt esențiale pentru progresul medicinei. În ceea ce ne privește, avem în jur de 40 de pacienți înrolați în studii clinice cu carfilzomib.

În ceea ce privește această nouă terapie ale cărei rezultate pozitive au fost demonstrate de studiul Endeavor, avem speranța că în acest an toți pacienții ar putea avea acces la ea.

SC-RO-CARFILZOMI-00075

INTERVIU CU CONFERENȚIAR DOCTOR MIHAI CRAIU, MEDIC PRIMAR PEDIATRU, SUPRASPECIALIZARE PNEUMOLOGIE PEDIATRICĂ, ȘEF DISCIPLINĂ II INSMC „ALESSANDRESCU - RUSESCU", UNIVERSITATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE „CAROL DAVILA" BUCUREȘTI

VACCINURILE, victimele propriului lor succes

DE VALENTINA GRIGORE

România are prea puțini medici pediatri, iar aceștia ajung să fie blamați, pe nedrept, de efectele negative ale vaccinării defectuoase din România – așa percep puținii specialiști rămași situația din pediatria românească. Despre criza vaccinurilor și cât de bine răspunde proiectul de Lege a Vaccinării problemelor actuale ne-a vorbit conferențiar doctor Mihai Craiu, medic primar pediatru, supraspecializare pneumologie pediatrică, Șef Disciplină II INSMC „Alessandrescu – Rusescu", Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila" București.

Care sunt provocările pediatriei românești, la momentul de față?

Numărul din ce în ce mai mic al medicilor pediatri. S-au închis secții de pediatrie. De exemplu, la Spitalul Județean Tulcea nu mai există pediatri pentru a putea asigura buna funcționare a secției. Am văzut rezultatele unui chestionar anonim făcut în 2016 printre studenții din anul VI. Din păcate, nu vrea aproape nimeni să urmeze o specialitate pediatrică, iar această problemă se regăsește la nivel internațional. Motivele? În primul rând, s-a schimbat profilul de comunicare în medicină, oamenii își cunosc mult mai bine drepturile, sunt mult mai informați, mai activi, câteodată și un pic mai agresivi. Din păcate, o atmosferă mai inconfortabilă pentru medic este dublată și de venituri salariale mai mici față de alte specialități în care există un grad de confort mai înalt. Rata de burn-out la specialitățile pediatrice este mult mai mare decât la aceleași specialități ale adultului. Specialiștii, care sunt și-așa puțini, sunt deseori blamați pentru unele aspecte legate de dificultățile din sistemul medical. Iar multe instanțe negative sunt mai degrabă legate de un sistem disfuncțional decât de acțiunea inadecvată a pediatrilor.

Pentru că ați adus vorba de vaccinare, cum poate fi combătută reticența părinților?

Vorbind deschis, transparent despre fapte. Iar acestea sunt foarte clare, în marea lor majoritate. Primul despre care aș vorbi este articolul Wakefield - studiul care a adus în lumea științifică suspiciunea că ar putea să existe o legătură între vaccinul trivalent (rubeolă-rujeolă-oreion) și autism. Autoritățile medicale ale Regatului Unit (General Medical Council) au dovedit că dr. Wakefield, care între timp a rămas fără drept de liberă practică, a încălcat numeroase reglementari etice și a falsificat un studiu științific, în ideea de a obține beneficii materiale.

A doua realitate este că rujeola acum, în România, produce 4,5 decese la o

mie de pacienți. În România, vaccinarea antirujeolică a produs în ultimii 28 de ani, de la Revoluție încoace, zero decese. Ce trebuie să alegem ca risc, în condițiile actuale din România?

Sincer vorbind, există vreo legătură între autism și vaccinare?

Putem să vorbim în acest moment despre autism ca spectru de boli și orice fel de alt act medical. Ceea ce trebuie spus cu voce tare este că dacă ar exista o legătură cauză-efect între orice și efectul numit autism, atunci de ce această afecțiune apare, dintr-o sută de copii care dezvoltă autism, la 70-75 de băieți și 25-30 de fete, atâta timp cât sunt vaccinați toți la fel? Realitatea, sugerată și de studii genetice, arată că tulburările globale de spectru autist sunt rezultatul unei „sensibilități" a creierului, (de aceea autismul este de circa șase ori mai des întâlnit la copiii care au un frate autist decât la cei care au un frate fără autism, indiferent de statutul vaccinal al copilului mai mare), care este „agresat" într-un moment nu foarte fericit, în fazele inițiale ale dezvoltării cerebrale, probabil in utero. O să vedeți că în familiile în care există copii cu tulburări de spectru autist mai sunt și alte sensibilități emoționale, depresive, sau genialitate – o formă extremă a autismului.

Anul trecut, a fost publicat un studiu obstetrical făcut asupra femeilor care au născut copii aparent sănătoși și s-a urmărit serologia pentru diverse virusuri care ar fi putut să afecteze sarcina. S-a constatat că există o corelație semnificativă între infecția cu virusuri herpetice în timpul sarcinii și apariția ulterioară a tulburării de spectru autist. Vorbim de o infecție herpetică recentă dovedită cu sânge din cordonul ombilical, fără a putea spune că mama a avut o problemă cândva înainte de sarcină. De asemenea, trebuie să spunem cu voce tare că există copii autiști care nu au fost vaccinați.

Răspunde proiectul de lege a vaccinării nevoilor societății românești?

Proiectul inițial de lege, așa cum a fost discutat în grupul de experți la dispoziția ministrului Sănătății, are responsabilități la trei categorii de nivele.

1. Statul își asumă că asigură vaccinuri certificate calitativ, aduse la vreme, conform calendarului național (eventual, și un stoc suficient) și își asumă facilitarea diagnosticului și tratamentul tuturor copiilor care dezvoltă efecte adverse grave.

2. Medicul vaccinator trebuie să facă pregătiri periodice și are sarcina de a completa în Registrul Național de Vaccinare (RENV), pentru o evidență riguroasă.

3. Părinții – legea, care se dorește a fi o armonizare a legislației românești cu ce se întâmplă în celelalte țări din Uniunea Europeană, conține prevederi care, în primul rând, dau dreptul categoric al părintelui de a alege. Cei care nu doresc vaccinarea urmează a fi consiliați, fiind chemați până la momentul în care copiii vor frecventa o unitate școlară. Copiii sunt evaluați pentru a vedea dacă sunt apți de a fi vaccinați. Dacă au o contraindicație medicală, copiii nu vor fi vaccinați! În acest moment, se creează cadrul legal al vaccinării.

Ce se întâmplă cu părinții care nu vor să-și vaccineze copiii?

În cazul în care părinții refuză vaccinarea fără a avea vreun argument și duc copiii nevaccinați în colectivitate, cred că ar trebui să prevaleze dreptul constituțional la viață al copiilor care frecventează colectivitatea. Dacă unul dintre ei are imunodeficiență și un copil nevaccinat vine cu pojar la școală, iar copilul cu imunodeficiență face complicații letale, se poate spune că pacientul nevaccinat l-a omorât. Aici sunt aduse în discuție niște posibile consecințe legale legate de un copil nevaccinat care induce grave alterări ale stării de sănătate sau ale vieții altui copil care nu a putut fi vaccinat sau care avea contraindicație de vaccinare. În această situație, cred că trebuie să discutăm și despre vina morală a părinților care se opun nejustificat vaccinării. Drepturile tale încetează în momentul în care îmi faci mie sau copilului meu un rău, chiar dacă pare involuntar.

„IMUNITATEA DE GRUP SE MENȚINE ÎNTR-O COLECTIVITATE NUMAI DACĂ 95% SAU MAI MULT DINTRE MEMBRII COLECTIVITĂȚII SUNT VACCINAȚI PENTRU CEVA."

Trebuie spus că imunitatea de grup se menține într-o colectivitate numai dacă 95% sau mai mult dintre membrii colectivității sunt vaccinați pentru ceva. Or, în România, sigur vaccinarea de rubeolă-rujeolă-oreion este semnificativ sub 90%. De aceea a apărut epidemia.

Proiectul de lege a vaccinării își dorește să europenizeze cadrul legal al unor obligații cetățenești, atât ale părinților, cât și ale statului. Există exemple punitive în Europa: ungurii, sârbii și croații au amendă pentru cei care refuză vaccinarea. În Franța și în Belgia există prevederi care merg până la condamnare penală cu muncă în folosul comunității. Și există și modelul australian, care nu permite copiilor să meargă la școală dacă nu au carnetul de vaccinare la zi.

Cum ar arăta o campanie eficientă de promovare a vaccinurilor pe social media?

Există niște tentative chiar eficiente, aș spune, pentru că au venit și au demontat niște mituri. A fost, de exemplu, campania pe social media a Coaliției pentru o Românie Sănătoasă, care a prezentat postere cu boli. Părinții ar trebui să știe, pe lângă prezumatele efecte adverse ale vaccinului, ce face boala. În momentul acesta, vaccinurile sunt în ingrata poziție de a fi victimele propriului lor succes. Părinții de acum nu au mai văzut poliomielită și atunci cred că nu mai există. Boala încă există, în Africa și în Asia de Sud- Est, dar și în Ucraina, și generează, încă, anual, mii de morți. OMS încearcă să eradicheze boala la nivel mondial. Alte boli grave (difterie, tuse convulsivă) s-au estompat semnificativ ca incidență. Acestea trebuie readuse în discuție, nu pentru a speria lumea, ci pentru a înțelege publicul profan că sunt aici, lângă noi. Dacă aș fi responsabil în domeniul sănătății, aș încuraja părintele unui copil care a murit din cauză că nu a fost vaccinat și care a făcut o boală gravă să își spună povestea, dacă dorește. Există numeroase astfel de exemple în străinătate. O societate poate supraviețui într-o stare bună de sănătate dacă se respectă reguli de către toți jucătorii implicați și dacă există o doză de bunătate și de altruism în fiecare dintre noi. Cu suspiciune și încrâncenare, nu vom putea progresa. ✚

INTERVIU CU JULIA SHEEHY – CHAN, DIRECTOR REGIONAL PENTRU AFACERI GUVERNAMENTALE LA VARIAN MEDICAL SYSTEMS INTERNATIONAL AG

Inovația din domeniul radioterapiei și tratamentul personalizat

JULIA SHEEHY – CHAN ESTE DIRECTOR REGIONAL PENTRU AFACERI GUVERNAMENTALE LA VARIAN MEDICAL SYSTEMS INTERNATIONAL AG, RESPONSABIL DE REGIUNEA MIDDLE EAST, INDIA ȘI AFRICA. JULIA SHEEHY – CHAN ESTE, ACTUALMENTE, VICEPREȘEDINTE AL COMITETULUI PENTRU SĂNĂTATE AL DITTA – GLOBAL DIAGNOSTIC IMAGING, HEALTHCARE IT & RADIATION THERAPY TRADE ASSOCIATION, ORGANIZAȚIE NONPROFIT CE REPREZINTĂ COMPANIILE CARE ACTIVEAZĂ ÎN DOMENIUL IMAGISTICII, RADIOTERAPIEI, DIAGNOSTICULUI ȘI SERVICIILOR IT MEDICALE. DE VALENTINA GRIGORE

Radioterapia constituie o componentă esențială a tratamentului pacienților cu cancer, dar, din păcate, în România infrastructura de radioterapie este mult subdimensionată, bolnavii de cancer având acces limitat la servicii de radioterapie de calitate, la nivelul standardelor europene. Julia Sheehy – Chan, vicepreședinte al DITTA (Asociația Internațională a Producătorilor din domeniul Imagisticii de diagnostic, Radioterapiei și de IT

medical), consideră că echipamentele moderne de radioterapie permit accesul pacienților la tratamente personalizate de înaltă calitate, așa cum este prevăzut în ghidurile internaționale.

Numărul cazurilor de cancer este în continuă creștere. Putem face față acestei provocări?

Sistemele de sănătate din toată lumea se confruntă cu provocări complexe date de incidența în creștere a cancerului. Unul dintre motive este faptul că boala este diversă, fiecare pacient este unic. Când auzim cuvântul „cancer" pare simplu, dar, de fapt, sunt o mie de tipuri diferite de boală. Alt motiv care solicită sistemele de sănătate este durata mare necesară tratamentului și nevoia de echipe interdisciplinare, medici de specialități diferite fiind implicați în tratamentul fiecărui pacient, chiar dacă vorbim de o singură boală. Din păcate, în prezent sistemele de sănătate sunt atât de fragmentate, există segmentarea în departamente, ceea ce presupune că medicii din diferite discipline trebuie să colaboreze foarte bine.

Care sunt principalele probleme cu care se confruntă bolnavii de cancer?

Cred că este foarte dificil pentru pacienți să navigheze prin sistemul de sănătate. De multe ori, se întâmplă ca aceștia să nu fie consultați în deciziile legate de îngrijirea lor și, de aceea, acestea nu sunt foarte bine înțelese de către pacienți. Astfel, din cauza faptului că nu sunt implicați în procesul medical decizional, există riscul să nu beneficieze de tratamentul optim pentru ei. Când ești deja bolnav și iei medicamente, faci chimioterapie sau suferi o intervenție chirurgicală, este dificil de integrat tot ce îți spune medicul în cele câteva minute de consultație.

50–60% dintre pacienții bolnavi de cancer ar trebui să beneficieze de radioterapie, însă echipamentele sunt învechite. Cât de importantă este calitatea aparaturii?

Radioterapia este esențială în tratamentul cancerului. Însă în multe țări, România făcând parte dintre acestea, unele echipamente sunt vechi și uzate moral. De exemplu, sunt spitale în România în care încă funcționează aparate vechi de radioterapie cu cobalt, depășite, comparativ cu aparatele moderne, acceleratoarele liniare. Dacă echipamentele sunt vechi, realizăm, mai degrabă, ceea ce se numește îngrijire paliativă, nu se obțin rezultate curative reale care să ajute pacientul să treacă la nivelul următor de îngrijire. Toți pacienții trebuie să aibă acces la echipamente moderne, dar acestea sunt puține și, astfel, rezultatul tratamentului este influențat dramatic.

Numărul scăzut al centrelor de radioterapie reprezintă un aspect care necesită atenția autorităților, acestea trebuind să se asigure că la nivel local există centre specializate și, de asemenea, că acestea pot fi conectate informatic cu alte centre mai mari de tratament, astfel încât să existe posibilitatea schimbului de experiență și a consultării, în cazul unor cazuri mai dificile. Din fericire pentru România, există o finanțare semnificativă pentru radioterapie, prin proiectul cu Banca Mondială. Cu acești bani, vor fi achiziționate echipamente performante, acceleratoare liniare de ultimă generație. Astfel, nu numai că din ce în ce mai mulți pacienți vor avea acces la tratament, ci vor fi și înlocuite echipamentele vechi cu unele de o calitate ridicată, la nivelul standardelor europene.

Se discută din ce în ce mai des despre asistență medicală bazată pe valoare. Care sunt principiile acestui tip de îngrijire?

Sunt trei principii majore care par foarte simple, dar sunt greu de implementat. Unul dintre ele este îngrijirea centrată pe pacient. Din păcate, sistemele de sănătate nu respectă întotdeauna acest principiu. De cele mai multe ori, este vorba numai despre cantitate: câte CT-uri pot face astăzi? Asistența medicală bazată pe valoare propune schimbarea acestui sistem, unde accentul se pune pe pacient, nu doar pe tratamentele pe care i le aplici.

A doua parte a îngrijirii centrate pe pacient este tratamentul personalizat: nu trebuie să tratăm pe toată lumea în același mod, ci trebuie să ne gândim că fiecare tumoră este diferită, deci fiecare are nevoie de o soluție unică.

Un alt principiu al îngrijirii bazate pe valoare este îngrijirea integrată, care înseamnă să eliminăm această fragmentare a sistemului de sănătate, să avem comunicare și colaborare, și o consistență a calității, respectând standardele internaționale.

Cum pot fi aplicate aceste principii radioterapiei?

Radioterapia este parte a acestei soluții. Există componente diferite și în ceea ce privește sistemul de sănătate, dar și din punctul de vedere al îngrijirii pacientului. Radioterapia este însă cea care permite eliminarea unora dintre aceste diferențe, ea făcând parte din tratamentul personalizat. Înainte de a începe radioterapia, scanezi organismul pentru a vedea tumora și mai apoi stabilești cum o tratezi. Cu ajutorul echipamentelor moderne de radioterapie, poți aplica o cantitate mai mare de radiație zonei dense a tumorii și o cantitate extrem de mică zonelor învecinate, cu organe vitale. În radioterapia modernă, totul este extrem de precis și de aici provine și ideea de tratament personalizat.

„ÎN RADIOTERAPIA MODERNĂ, TOTUL ESTE EXTREM DE PRECIS ȘI DE AICI PROVINE ȘI IDEEA DE TRATAMENT PERSONALIZAT."

Este important de știut că au fost obținute progrese importante în protejarea țesutului sănătos și a organelor aflate la risc. Inovația în domeniul radioterapiei respectă principiile asistenței medicale bazate pe valoare.

Ca vicepreședinte al DITTA, cum vedeți radioterapia la nivel mondial?

Resursa umană este una dintre cele mai mari provocări pe care le avem la nivel mondial. În România sunt profesioniști extrem de talentați, însă una dintre problemele cu care se confruntă autoritățile este numărul mic de medici. De multe ori, din cauza salarizării, cadrele medicale trec în sectorul privat. Din fericire, soluțiile software permit acum unui centru să acceseze expertiza altuia, iar asta ridică nivelul serviciilor medicale.

Noi încercăm să sporim dialogul cu autoritățile astfel încât pacienții din țările care au un proiect finanțat de Banca Mondială să beneficieze de cele mai noi soluții în materie de echipamente și dispozitive medicale. ✚

INTERVIU CU PROF. DR. JOHN IONESCU, FONDATOR ȘI DIRECTOR ȘTIINȚIFIC AL CLINICII SPECIALE NEUKIRCHEN (GERMANIA)

DEPISTAREA PRECOCE ȘI NUTRIȚIA PERSONALIZATĂ

– ESENȚIALE ÎN MANAGEMENTUL BOLII CANCEROASE

DE VALENTINA GRIGORE

Simpozionul „Noutăți terapeutice în oncologie", susținut de prof. dr. John Ionescu la București, a adus o serie de elemente noi privind atât diagnosticul precoce al bolilor neoplazice, cât și alegerea personalizată a chimioterapiei sau a unui tratament complementar de susținere metabolică și imunologică. Prof. dr. John Ionescu este imunolog de renume internațional specializat în medicină integrativă, fondator și director științific al Clinicii Speciale Neukirchen (Germania), cu activități didactice la Capital University în Washington DC, USA (1999-2006), la Donau Universität Krems (Austria) din 2007 și la UMF „Carol Davila" București, din 2015.

Cancerul a devenit maladia secolului al XXI-lea. Cât de importantă este depistarea precoce a acestei boli?

Pentru un terapeut, este esențial să poată surprinde o asemenea evoluție într-un stadiu cât mai incipient, pentru a putea interveni cât mai curând în acest proces. Testele pe care le avem la ora actuală ne permit depistarea în sângele pacienților a unor structuri caracteristice celulelor tumorale care

pot fi evidențiate în anumite celule albe circulante (monocite). Aceste monocite au capacitatea de a ingera fracțiuni de membrană sau structuri intracelulare tumorale, facilitând ulterior identificarea acestora. Prin izolarea monocitelor circulante se pot identifica structurile produse în celulele tumorale, cum ar fi anumite proteine sau enzime specifice de tipul ketolazelor sau pyruvat-kinazelor, puternic exprimate în tumorile maligne. Expresia acestor markeri este direct proporțională cu volumul tumorii, iar diagnosticul precoce menționat aici poate fi confirmat ulterior prin testele clasice histologice, serologice sau imagistice (PET-CT).

Testele necesare depistării precoce a cancerului pot fi efectuate și în România?

Actualmente, testele amintite nu se pot efectua în România, ci în laboratoare specializate din Germania, cu care colaborăm de mai mulți ani. Pacienților care ne vin din România pentru stadializarea bolii și pentru o terapie de suport după cicluri de chimioterapie sau radioterapie li se efectuează aceste teste pentru documentarea stadiului bolii, iar apoi li se recomandă o gamă de preparate antitumorale active contra celulelor tumorale circulante. PET-CT-ul evidențiază structuri tumorale bine definite care pot fi văzute cu ochiul liber. Testele menționate detectează mult mai devreme prezența celulelor canceroase, deci într-un stadiu incipient, când șansele unei terapii sunt mult mai mari.

Care este, din experiența dumneavoastră, cea mai bună abordare a pacientului cu cancer?

Abordarea personalizată, inclusiv nutriția personalizată, este covârșitor de importantă în terapia

bolii canceroase. Din păcate, nu se fac nici una, nici alta. În cazul chimioterapiei, pacientul ajunge la Institutul Oncologic din Bologna, la cel din Paris sau din Viena, sau din Cluj-Napoca cu o formă tumorală bine definită, precum un cancer pulmonar sau colorectal, iar colegii, pe baza studiilor făcute la centrul X din America, îi recomandă o terapie recentă făcută pe lotul american. De fapt, ei recomandă un preparat care, datorită heterogenității celulelor tumorale, a redus masa tumorală numai la o anumită proporție din pacienții lotului respectiv, nu la toți. Pentru a prescrie o terapie eficace, este nevoie de o testare personalizată, pe care noi o recomandăm tuturor pacienților. Printr-o metodă cu totul specială, se sortează din sângele pacientului celulele tumorale circulante și se pun în contact cu 50 de chimioterapii actuale și cu o altă serie de preparate antitumorale naturale, iar apoi se constată care dintre chimioterapeutice și care dintre produsele naturale testate elimină o proporție mai mare de 80% din celulele tumorale circulante. Numai acei compuși intră în discuție pentru terapie. Aceeași tehnologie evaluează numărul de celule tumorale circulante și arată dacă terapia pe care o aplici pacientului reduce numărul acestora până la zero, așa cum observăm în cazurile de succes. Abia atunci putem spune că am învins tumora, nu când au rămas peste 40% celule viabile care, din cauza celulelor stem tumorale, se refac rapid prin heterogenitatea genetică incredibilă de care dau dovadă.

Când vor ajunge și în România aceste tehnologii?

Până în prezent, nu am putut ajuta pacienții din România decât în urma unei vizite la clinica noastră din Germania, unde prelevăm și prelucrăm probele de sânge într-un interval de 12 ore. Vestea bună este că din luna iunie a anului 2017 inițiem o cooperare între Clinica Specială Neukirchen (Germania) și Centrul de Radioterapie Neolife din București, dotat cu o imagistică ultramodernă, prin care putem urmări evoluția unei tumori de la dimensiunea inițială și până la dispariția ei în urma tratamentului A sau B, sau C. Scopul colaborării este de a asocia o metodă antitumorală clasică cu un pachet complementar de susținere metabolică și cu o dietă antitumorală personalizată.

Ce este dieta antitumorală? Care este rolul ei?

Dieta antitumorală are o importanță covârșitoare atât înainte, cât și după orice fel de terapie (chirurgie, radioterapie, chimioterapie), întrucât numai acest tip de dietă însoțită de anumite suplimente alimentare este în stare, pe termen lung, să schimbe terenul metabolic din corp care conduce la formarea tumorii. Distrugerea unei tumori prin eliminare radio- sau chimioterapeutică nu schimbă nimic în economia corpului, care rămâne mai departe slăbit, intoxicat cu substanțele nocive care au condus la apariția tumorii și suprimat imunologic prin chimioterapia aplicată. Asocierea acestui teren cu o serie de greșeli alimentare grave, precum excesul de carbohidrați, carne roșie, consumul de alcool etc., creează condiții optime reactivării celulelor stem tumorale rămase în corp și metastazării acestora. De exemplu, carbohidrații din pâine sau din pastele făinoase se transformă în intestin în glucoză, care este principala sursă de energie a celulelor canceroase. Glucoza ajunsă în sânge este preluată de 20 de ori mai repede de celulele tumorale decât de celulele normale și folosită pentru creșterea și multiplicarea acestora. Ca atare, reducerea carbohidraților simpli din dietă și introducerea unor elemente terapeutice care să conducă la scăderea nivelului de glucoză în sânge (precum anumite preparate contra diabetului de tip 2) determină reducerea proliferării tumorale. În mod similar, în cazul în care dorim să pregătim pacientul pentru chimioterapie sau radioterapie, procesul de reducere a glucozei înainte de intervenție este deosebit de important. Acest obiectiv se poate realiza printr-un post de două până la trei zile, însoțit numai cu sucuri de legume, sau printr-o terapie adjuvantă cu elemente care scad glucoza din sânge. Scăzând glucoza, crești eficiența radioterapiei sau a chimioterapiei. Celulele tumorale lipsite de glucoză devin mult mai sensibile la efectele acestor terapii.

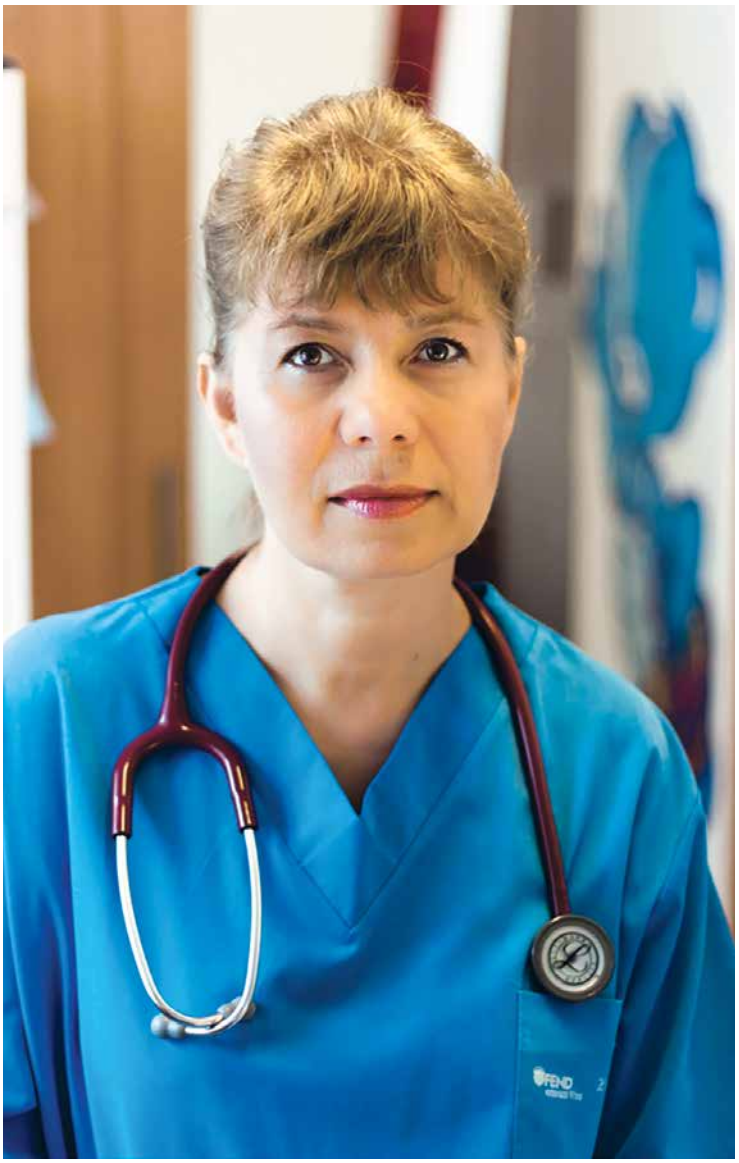
Care ar fi regulile unei diete pentru bolnavii de cancer?

O persoană care a fost diagnosticată cu cancer trebuie să respecte câteva reguli de bază, cum ar fi scăderea consumului de carbohidrați simpli (dulciurile, făinoasele, fructele dulci etc). Prima schimbare esențială este să înlocuiești metabolismul carbohidrat al tumorilor, deci aportul de glucoză, cu un suport energetic pe care tumora să nu îl poate folosi, dar pe care îl poate folosi corpul, precum lipidele, anumiți aminoacizi și proteinele vegetale din legume, deci nu orice fel de proteine. De exemplu, consumarea zilnică a unei porții de carne roșie dublează riscul de cancer mamar, însă riscul scade dacă mănânci această porție doar de două ori pe săptămână. Laptele și produsele lactate sunt extrem de periculoase în cancerul de prostată și în leucemii, dar cel mai mare pericol îl reprezintă carbohidrații simpli. Aportul de zinc pe care orice terapeut neinformat îl dă pacientului este o altă greșeală frecventă. Suplimentarea cu zinc crește rapid proliferarea celulelor canceroase, întrucât zincul este un element-cheie în enzimele responsabile pentru replicarea acizilor nucleici în aceste celule. Tocmai cerealele sunt bogate în zinc și activează creșterea tumorală. Din păcate, pacientul pleacă acasă de la institutul oncologic din Franța sau de la cel din Germania sau din România fără niciun fel de indicație privind nutriția ulterioară acestor terapii care au costat zeci de mii de euro și al căror efect poate fi ușor anihilat prin greșeli alimentare de genul celor menționate mai sus.

„ÎN IUNIE 2017, INIȚIEM O COOPERARE ÎNTRE CLINICA SPECIALĂ NEUKIRCHEN ȘI CENTRUL DE RADIOTERAPIE NEOLIFE DIN BUCUREȘTI, DOTAT CU O IMAGISTICĂ ULTRAMODERNĂ."

INTERVIU CU DR. VALERIA HERDEA, MEDIC PRIMAR, MEDICINĂ GENERALĂ, MEDICINĂ DE FAMILIE CU PROFIL PEDIATRIE

Medicina de familie, o struţo-cămilă capitalisto-comunistă



ACTUALUL PROGRAM DE GUVERNARE PUNE MEDICINA PRIMARĂ LA BAZA SISTEMULUI DE SĂNĂTATE DIN ROMÂNIA. ÎNSĂ EA TREBUIE MODIFICATĂ DIN TEMELII, PENTRU CA MODELUL ECONOMIC SĂ FUNCŢIONEZE PE TERMEN LUNG. CUMPĂRAREA CABINETELOR ŞI DOTAREA LOR CU APARATURĂ SE NUMĂRĂ PRINTRE PRIMELE MĂSURI CARE AR PUTEA MOTIVA ŞI ÎNDREPTA SPRE PERFORMANŢĂ MEDICII DE FAMILIE. DE ROXANA MATICIUC

Care este cea mai mare problemă cu care vă confruntaţi atât în medicina de familie, cât şi în ceea ce priveşte pediatria?

Problema cea mai serioasă a întregului sistem medical din România, indiferent de specialitatea luată în discuţie, este reprezentată de pierderea încrederii populaţiei în corpul medical.

Care credeţi că este cauza?

Sunt cauze multiple, începând cu schimbările sociale prin care a trecut România ultimilor 29 de ani şi terminând cu privaţiunile pe care le-a cunoscut corpul medical în toată această perioadă. Populaţia are nevoie de stabilitate, siguranţă. Medicina a trecut prin toate schimbările posibile. În 1999, la 1 octombrie, am intrat în relaţie de furnizor de servicii medicale cu Casa de Asigurări de Sănătate. Medicina primară a fost prima care a acceptat provocarea. Din păcate, tranziţia s-a făcut fără niciun fel de pregătire prealabilă. De la o zi la alta, am devenit manageri şi medici în acelaşi timp.

După 18 ani, în ciuda eforturilor depuse de către toți medicii de familie din țară, pentru a oferi asistență medicală de calitate pacienților, pentru a ne dota singuri cabinetele medicale sau a ține pasul cu multiplele impuneri contractuale: programe informatice, rețeta electronică, implementate tot pe efortul financiar al medicului de familie, de a susține practic un întreg sistem medical, cabinetul de medicină de familie încă a rămas un mixaj- o „struțo-cămilă capitalisto-comunistă"-, avem pacienții noștri, dar nu suntem proprietari ai cabinetelor. **Medicina de familie este teoretic „practica privată"**, suntem manageri din punctul de vedere al obligațiilor fiscale, dar fără perspectiva unei dezvoltări adevărate a praxisului. Capitaliști, la impozitare, îngrădiți, la capitolul libertate profesională.

Ce ar trebui schimbat pentru ca medicii de familie să poată face performanță?

1. Dotarea modernă a cabinetelor medicale: ecografe, EKG, microanalizoare. Un viitor cost-eficient pentru sistemul medical românesc rămâne investiția în modernizarea cabinetului medicului de familie pentru a permite lărgirea paletei de servicii și degrevarea spitalelor. Luptăm pentru reducerea consumului de antibiotice. O hemogramă, proteină C reactivă, un exudat se pot face și în cabinet. În loc să trimiți omul să alerge cu copilul bolnav pe drumuri, pentru investigații, o parte din acele probleme s-ar rezolva pe loc.

2. Plătim redevențe uriașe (6.800ron/an, în cazul nostru). Dacă aceste sume ar fi folosite la reparații de către Primărie, ar fi în regulă. Costurile igienizării anuale efectuate de către noi ating 10.000 și 15.000 de lei. Linoleumul ignifug trebuie schimbat la doi-trei ani.

3. Problema cumpărării cabinetelor medicale: spațiile cu destinație de cabinete medicale au costuri precum spațiile comerciale din mall: 800-900 de euro/mp. Sunt spații în care se desfășoară activitate medicală, cu caracter social și umanitar (îngrijim persoane asigurate și neasigurate). Destinațiile nu se vor putea schimba nici după cumpărare.

Ne plângem că cei mai mulți medici care pleacă în afara țării sunt medicii de familie. **Facilitarea cumpărării cabinetelor în care își desfășoară activitatea, recunoașterea valorii sociale a muncii depuse ar fi un prim pas spre reducerea exodului medicilor.** Nu poți investi în ceva care mâine s-ar putea să nu fie al tău. Procesul de cumpărare al cabinetelor trenează de ani buni, timp în care primăriile și-au primit redevența.

Ce s-ar putea face la nivel legislativ?

O analiză corectă de cost-eficiență a sistemului de medicină primară ar fi esențială: cât costă îngrijirea unui pacient la mine în cabinet și cât costă la nivel de spital. Ce este mai avantajos? Să sprijini cabinetele pentru a avea dotări moderne, echipă medicală lărgită, să fim într-adevăr gatekeeperi, să fac prevenție și parte curativă sau să trimit pacientul într-un spital? Ca practician de medicină primară, sunt de părere că ar fi esențială înțelegerea acestui concept: un sistem medical național puternic înseamnă investiție majoritară și prioritară în medicina primară, astfel încât 80-85% din pacienți să primească îngrijiri la medicul de familie, iar spitalul să rămână pentru medicina de vârf, urgențe majore, cazuri grave.

Vaccinarea este un subiect controversat în ultima vreme și care a dat naștere unor lungi discuții.

Asociația Română pentru Educație Pediatrică în Medicina de Familie (AREPMF) - organizație profesională a medicilor de familie cu practică majoritar pediatrică susține și recomandă vaccinarea, ca măsură de prevenție înalt eficientă. Ultimii ani au adus în primplan reducerea acoperirii vaccinale, proces care are la bază cauze multiple: de la populație transfrontalieră, migranți, aprovizionarea inconstantă cu vaccinuri la refuz vaccinal. Avem în derulare „o criză a vaccinurilor". De anul trecut, din aprilie, nu avem vaccin tetravalent, din noiembrie nu am avut hexavalent, au fost și perioade în care au lipsit o lună și jumătate, două, vaccinul rujeolă-rubeolă-oreion. Ne aflăm în plină epidemie de rujeolă (24 de decese, peste 5.000 de cazuri de rujeolă). Avem promisiunea fermă a domnului ministru al Sănătății că se va relua aprovizionarea constantă cu vaccinuri. În București, nu avem o mașină frigorifică pentru transport de vaccinuri. Aspectul birocratic, stufos, greoi, legat de procesul vaccinal, este demotivant pentru orice medic de familie.

Are medicul de familie prea multe de făcut? Medici de alte specialități spun că medicul de familie trebuie să depisteze multiple boli în stare incipientă.

Cu toții ar trebui să facem prevenție, indiferent de specialitate. Ar trebui ca prevenția să fie criteriu de calitate al activității medicale. Pacientul are nevoie să primească informația corectă, clară, pe înțelesul său. Fiecare om devine partener la îngrijirea propriei stări de sănătate, dacă înțelege riscurile.

Cine este Valeria Herdea?

Un om simplu, ca toți oamenii. Soție, mamă a trei copii, bunică a patru nepoți. Copiii mei sunt astăzi, toți trei, medici tineri în România. Cât despre AREPMF, asociație profesională a medicilor de familie cu practică majoritar pediatrică, a fost înființată în 2014. Avem la bază doi piloni: unul dedicat dezvoltării profesionale a echipei medicului de familie, iar altul este „Școala Familiei Mele" dedicat educației copilului și familiei. Am fondat AREPMF împreună cu o echipă de colegi, medici de familie din întreaga țară. Sunt oameni puternici, creativi, pasionați, implicați. Împreună, am scos în acest an „Îndreptarul pentru vaccinare în cabinetul medicului de familie". Profesionalismul, respectul față de om, încrederea în capacitatea fiecăruia de a-și aduce contribuția la repoziționarea corectă în societate a corpului medical sunt doar câteva dintre reperele fundamentale ale AREPMF.

„UN PRIM PAS ÎN A-I STIMULA PE MEDICI SĂ INVESTEASCĂ AR FI CUMPĂRAREA CABINETELOR. NU POȚI INVESTI ÎN CEVA CARE MÂINE S-AR PUTEA SĂ NU FIE AL TĂU."

INTERVIUL COMPLET POATE FI CITIT PE

www.politicidesanatate.ro

INTERVIU CU PROF. UNIV. DR. CĂTĂLINA TUDOSE, PREŞEDINTELE SOCIETĂŢII ROMÂNE ALZHEIMER, COORDONATORUL CENTRULUI MEMORIEI, SPITALUL CLINIC DE PSIHIATRIE „PROF. DR. AL. OBREGIA"

Manifestarea bolii Alzheimer ar putea fi întârziată cu 10 ani

Care este situaţia României, comparativ cu alte ţări europene, în ceea ce priveşte îngrijirea pacienţilor cu Alzheimer?

România nu are un plan naţional pentru demenţă, adică nu are o strategie prin care să se realizeze o planificare cu privire la dezvoltarea de servicii specifice pentru asistenţa medico-socială a acestei categorii de pacienţi. Dificultatea vine din faptul că îngrijirea persoanelor care ajung să prezinte simptomatologia clinică deteriorativă din boala Alzheimer presupune intervenţii complexe. Pe măsură ce boala evoluează, îngrijirea trebuie să fie adaptată stadiului evolutiv şi nevoilor diferite ale pacientului; acestea pot fi intervenţii medicale, psihologice, de susţinere socială, intervenţii la domiciliu, în comunitate, asistenţă juridică etc., până la stadiul final al bolii, care presupune o îngrijire de tip Nursing Home.

În 2014, noi am lansat Strategia pentru dezvoltarea unui Plan Naţional pentru Demenţă şi încă sperăm că el va fi adoptat de Guvernul României. Este un proiect amplu, care propune reunirea factorilor de decizie cu profesioniştii din domeniu, cu reprezentanţii pacienţilor şi familiilor lor, pentru a stabili, în măsura bugetului de care România poate dispune, etapele de dezvoltare a asistenţei medico-sociale

pentru demență. Majoritatea țărilor europene are adoptat un plan național pentru demență, inclusiv Bulgaria, Serbia, țări cu situații socio-economice asemănătoare României; desigur, acest lucru nu presupune înființarea unor servicii sofisticate, dar există o preocupare constantă, un plan de lucru.

Cine a lucrat la acest plan ?

Este elaborat la inițiativa Societății Române Alzheimer, împreună cu membrii Alianței Alzheimer. Noi am lansat în 2014 și o platformă online, pe care acum avem o petiție semnată deja de aproape 4.000 de persoane; ne dorim ca problema demenței, respectiv a tulburărilor neurodegenerative, să ajungă pe agenda politică.

Ceea ce noi, în România, am putea deja să facem ar fi să dezvoltăm, la nivel național, servicii de tip Centrul Memoriei, adică niște centre specializate în diagnosticul precoce al tulburărilor neuro-cognitive și în care să funcționeze o echipă multidisciplinară – neuropsihologi, psihiatri, neurologi, geriatri, asistenți sociali. Costurile ar fi modeste, chiar mici. Și aceasta ar trebui să constituie o politică de sănătate, nu să rămână veșnice proiecte-pilot, așa cum este Centrul memoriei din București, care continuă să funcționeze prin sistem de voluntariat. Deși și-a dovedit pe deplin eficiența, serviciul nu a fost preluat în sistemul sanitar. Ar trebui să fie o decizie politică, similară cu acelea care s-au stabilit pentru asistența copilului.

Care este incidența acestei boli?

În general, după 65 de ani, aproximativ 5% din populație va dezvolta o tulburare neurodegenerativă, de obicei de tip demență în boala Alzheimer. Din 5 în 5 ani prevalența practic se dublează, astfel că după vârsta de 90 de ani 40-45% dintre persoane vor suferi de demență. Nu există un studiu epidemiologic în România, dar prin analogie cu valorile prevalenței din alte țări, ea fiind o valoare relativ constantă, la noi în țară ar fi aproximativ 300.000 de persoane cu demență de tip Alzheimer.

Spuneați despre prevenție. Se poate face prevenție pentru această boală?

Da, se poate face. Acum sunt foarte multe informații care vin din cercetare. În domeniul tulburărilor neurodegenerative se știe tot mai mult. În primul rând, trebuie menținut un pat vascular cât mai sănătos, deci trebuie prevenite bolile cardiovasculare, ceea ce presupune prevenirea tulburărilor metabolice – dislipidemii, diabet zaharat, ateroscleroză. S-a identificat ca fiind cel mai sensibil interval decada a cincea de vârstă, adică între 45 și 55 de ani. În această perioadă, prevenția hipertensiunii, a diabetului, a dislipidemiilor este esențială pentru scăderea semnificativă a numărului de persoane suferinde de demență după 65 de ani.

Există o componentă genetică determinantă pentru apariția bolii Alzheimer?

Nu, dacă vorbim despre forma comună a bolii. Trebuie precizat însă că boala Alzheimer este de două feluri. Există un număr foarte redus de cazuri la care transmiterea este dominant genetică, dar imensa majoritate, 97-98% din cazuri, o reprezintă forma sporadică, forma cu debut tardiv, de obicei după 60-65 de ani, cu evoluție îndelungată, care nu are transmitere genetică directă și la care au fost identificați factori de risc de natură genetică, nespecifici pentru boala Alzheimer, dar sugestivi pentru neurodegenerare.

Pe de altă parte, cercetătorii neuropatologi, cei care studiază post-mortem modificările anatomo-patologice cerebrale, au ajuns recent la concluzii tulburătoare pentru întreaga lume medicală; pe cohorte populaționale largi, ei au constatat că la **aproximativ 30% dintre persoanele care în viață nu au avut niciun fel de tulburări cognitive, existau leziuni neuropatologice caracteristice pentru demența avansată din boala Alzheimer**. Cu alte cuvinte, există și persoane care luptă cu boala, care funcționează bine d.p.d.v. cognitiv, deși au leziuni grave la nivel cerebral. De aceea este foarte mare interesul actual al cercetătorilor pentru descifrarea mecanismelor prin care această apărare e posibilă. Sunt noțiuni noi, cum ar fi rezerva cognitivă, densitatea sinaptică, care ar explica întârzierea declanșării demenței cu 5-10 ani.

Pentru că noua guvernare pregătește până la final de an o nouă lege a sănătății, cum v-ar plăcea să arate noul proiect?

Din punctul nostru de vedere, **un prim pas ar fi crearea serviciilor de prim diagnostic, centre de memorie**, ceea ce ar presupune existența câte unui centru specializat de diagnostic la comunitate de 500.000 – 700. 000 de locuitori. Ar fi nevoie de trei jumătăți de normă, pentru început, și de un spațiu care să cuprindă două sau trei camere, niște calculatoare și, sigur, cel puțin trei specialiști înalt calificați în domeniu: un psihiatru, un neurolog și un neuropsiholog.

Un alt aspect, care de această dată ține de Ministerul Educației, se referă la **calificarea personalului** și la planificarea forței de muncă. Este un aspect deficitar, atât calitativ, cât și numeric. De exemplu, la noi, un asistent medical care termină pregătirea nu are nicio supraspecializare; repartizat într-o unitate de psihiatrie sau de geriatrie, se califică la locul de muncă. În alte țări, specializarea în psihiatrie pentru un asistent medical durează trei ani.

A treia direcție ar fi aceea de **creare a unor standarde minime de îngrijire și stabilirea unui profil medico-social al instituțiilor sau al serviciilor care instituționalizează vârstnicii cu tulburări psihice**. Acest lucru înseamnă o colaborare între Ministerul Sănătății și Ministerul Muncii pentru crearea de servicii integrate, bineînțeles, cu o finanțare combinată a acestor servicii.

„ÎN 2014, AM LANSAT O STRATEGIE ÎN SPERANȚA CĂ EA VA FI ADOPTATĂ DE GUVERNUL ROMÂNIEI. MAJORITATEA ȚĂRILOR EUROPENE ARE ADOPTAT UN PLAN NAȚIONAL PENTRU DEMENȚĂ."

INTERVIUL COMPLET POATE FI CITIT PE

www.politicidesanatate.ro

➲ INTERVIU CU **DR. VLAD NEGULESCU**, ȘEFUL DEPARTAMENTULUI DE EVALUARE A TEHNOLOGIILOR MEDICALE DIN CADRUL ANMDM

„Acesta este dezideratul: să facem un HTA românesc”

DE ROXANA MATICIUC

Cine ar trebui să știe în România ce înseamnă HTA, având în vedere că foarte mulți profesioniști o confundă cu hipertensiunea arterială?

Inclusiv eu, când am auzit prima oară acest acronim, fix la hipertensiunea arterială m-am gândit. Eram încă în facultate. Ulterior, am aprofundat subiectul și viața m-a adus la HTA, eu neavând niciun fel de intenție vreodată, nici măcar în viitorul îndepărtat, să lucrez în acest domeniu.

Cam toți trebuie să știe despre ce este vorba. În țările Uniunii Europene, toți specialiștii știu ce înseamnă Health Technology Assessment pentru că fiecare dintre

ei, de la medicul practician până la factorii de decizie politică, trebuie să știe să facă o evaluare în domeniul medical. La noi, deocamdată tehnologia medicală este redusă, din păcate, doar la nivelul medicamentelor, dar HTA este un proces mult mai complex. Cuprinde atât device-urile medicale, cât și procedurile terapeutice, fie că vorbim de cele medicale, fie că vorbim de cele chirurgicale. Dar avem promisiuni că se va dezvolta și în alte arii.

Ce înseamnă aceste promisiuni? Există un plan concret pentru extinderea evaluării și pentru dispozitivele medicale?

Va fi o persoană responsabilă cu dispozitivele medicale. Există un proiect sponsorizat de Banca Mondială și un consorțiu care a câștigat acest proiect. Urmează să se facă trainingurile și să se stabilească ceea ce se numește capacity building, adică o construcție administrativă în domeniul dispozitivelor medicale.

Cât de greu v-a fost să începeți munca în acest domeniu?

Mie nu mi-a fost foarte greu, în ceea ce privește evaluarea tehnologiilor medicale, și aici mă refer strict la medicamente. Eu sunt medic primar de farmacologie clinică, membru al Catedrei de Farmacologie Clinică în cadrul Universității de Medicină și Farmacie Clinică „Carol Davila", am citit multe în domeniul respectiv pentru că m-a pasionat, neavând nicio intenție de a intra în sistemul administrativ. Mentorii mei în această specialitate de nișă au fost dl acad. prof. dr. Victor A. Voicu și regretatul meu prieten dl conf. dr. Liviu Ioan Miclea. Două modele de profesionalism și eleganță pedagogică cum doar în cărți mai citești. Ulterior, s-a creat o oportunitate de a intra în Ministerul Sănătății când a fost creată unitatea de evaluare a tehnologiilor medicale (cred că dintr-o lipsă acută de personal specializat). Mi-a fost însă mai greu cu sistemul administrativ, cu procedurile de operare standard ale sistemului administrativ, care sunt destul de greoaie.

Pe interferon free sunt medicamente care au dat rezultate foarte bune. În același timp, ele sunt comparate cu cele cu interferon. Cum vedeți această comparație între medicamentele bătrâne și cele de nouă generație?

Aici a existat un gap, cel puțin la nivelul României. Practic, atunci când am început să evaluăm medicamentele pentru hepatită cronică interferon free, pe lista de medicamente compensate și gratuite standardul de aur era considerat interferonul. Bineînțeles că este o greșeală, pentru că nu prea poți să compari. Noi am sărit din schemă câteva linii terapeutice pe care Europa le introdusese. România nu a avut acces la aceste medicamente pentru că nu au intrat în listă. Fără discuție, nu prea avem cum să comparăm medicamentele interferon free cu interferonul în sine.

Sunt pacienți care spun că nu au acces suficient de rapid la inovație. Care ar fi cauzele?

În primul rând, este constrângerea financiară. România nu are suficienți bani pentru sistemul de asigurări de sănătate și, pe de altă parte, legislația este destul de greoaie. Noi am creat un sistem de introducere a acestor medicamente, dar el este deficitar în ceea ce privește inovația. Practic, la ora actuală, dacă avem un medicament care vindecă, așa cum este cazul hepatitei C, la care am reușit cât de cât să introducem condiționat, nu avem instrumentele legislative necesare ca să le introducem și în sistemul de compensare. Ar trebui să existe o altă legislație, o altă metodologie de evaluare a tehnologiilor medicale, cea adevărată, de data aceasta, și împreună cu factorii politici să găsim rapid metodele prin care medicamentele inovatoare să ajungă efectiv în practica terapeutică. Din punctul meu de vedere, ar fi extrem de eficient să creăm aceste registre naționale de medicamente în care poți să urmărești evoluția unui medicament, dar și evoluția pacienților care sunt tratați cu aceste medicamente, urmând să existe o evaluare la șase luni, la un an, în care sistemul medical să tragă niște concluzii. Să spună fie că da, într-adevăr eficiența medicamentului este foarte bună și reușim să compensăm în continuare, fie că nu se dovedește a fi atât de eficient cât a fost în studiile de preautorizare, și atunci se poate face o renegociere de preț între producător și plătitor, care, de obicei, este CNAS, dar și Ministerul Sănătății.

Deci este important să se pună accentul și pe colectarea de date reale?

Da. Eu insist acum pe studii de real life. Chiar pregătim metodologia de colectare de date reale pe baza cărora să facem evaluările și să tragem niște concluzii. Există totuși destule limitări în ceea ce privește studiile nonintervenționale, colectarea de date reale. Standardul de aur la ora actuală este dat de studiile randomizat-controlate, acele RCT (Randomised Clinical Trial) pe care toate companiile le fac ca studii de preautorizare, iar aici este o chestie tehnică care ține de detaliu. Avem câteva limitări, nu foarte puține, la studiile de real world data, dar este extrem de important să vedem cam care este viața unui medicament în practica terapeutică uzuală.

HTA este clar o metodă prin care s-au introdus medicamente pe lista de compensate. Dar ce noutăți sau ce schimbări ar mai putea fi introduse în acest sistem de HTA, având în vedere cerințele și nevoile actuale?

Totul trebuie schimbat. Absolut totul. Ordinul 861, metodologia de evaluare a acestor molecule trebuie schimbată complet, din rădăcină. Trebuie să trecem pe un HTA adevărat, în care să facem cuantificarea eficienței, să vedem care sunt costurile, să facem o analiză a beneficiului clinic adițional sau să facem o analiză de cost-eficiență, în funcție de ceea ce se dorește. Noi trebuie să schimbăm această tehnologie și să ne pregătim pentru un HTA adevărat.

Ce se întâmplă cu medicamentele pentru boli cronice care sunt pe cost-volum? Sunt pacienți care au nevoie de acele medicamente pentru o viață întreagă, însă contractele cost-volum sunt pe un an.

Aici trebuie să schimbăm două sisteme legislative. O dată, Ordinul 861 de acordare a includerii condiționate și ordinul pe care se bazează CNAS în momentul în care încheie contractele cost-volum. Și am mai avut o problemă, în momentul în care am făcut impactul bugetar: sunt medicamente la care impactul bugetar scade în al doilea an de administrare sau în al treilea an, pentru că ele au nevoie de doză de încărcare, deci în primul an în care ai nevoie de o cantitate suplimentară de medicament, și impactul bugetar este diferit. Noi am avut o problemă cu evaluarea acestui impact bugetar, pentru că bugetul CNAS sau al Ministerului Sănătății se face pe un an, nu pe cinci ani. Logic ar fi să creăm un impact bugetar pe trei sau pe cinci ani. Cam același lucru este și pe contractele cost-volum. Ar trebui să facem

o schimbare astfel încât aceste contracte să se încheie pe o perioadă mai lungă, mai mare de un an.

Pentru ce categorii de pacienți s-ar mai putea rezolva să aibă parte de medicamente compensate, în afară de cele orfane sau de boli rare, și mă refer aici la cei care sunt non-responsive?

Avem un draft de modificare a Ordinului 861 care a fost în transparență decizională, a fost și dezbatere publică în cadrul Ministerului Sănătății, care prevede o modificare atât pentru bolile rare, cât și pentru medicamente care reprezintă singura alternativă terapeutică. Și nu mă refer la o anumită patologie, mă refer la un stadiu evolutiv al unei patologii, care nu se încadrează între cele două categorii și între care medicamentul despre care vorbim reprezintă singura alternativă terapeutică, așa cum a fost și în cadrul epilepsiei la pacienții care erau farmaco-rezistenți la terapia clasică.

Eu am făcut această modificare legislativă astfel încât să pot da acces în sistemul de rambursare acestor medicamente. O altă soluție de rezolvare pentru această categorie de pacienți, așa cum este în multe țări europene, este să se acorde tratament gratuit prin evaluarea case by case.

Ne puteți da cumva un termen până la care va fi gata noua legislație care va permite introducerea de noi medicamente inovatoare pe lista de compensate?

Eu sper ca anul acesta să reușim să facem. Din păcate, suntem patru oameni în departamentul de HTA la evaluarea propriu-zisă, mai avem și un economist care ne ajută în ceea ce privește calcularea impactului bugetar, deci clar avem nevoie de mai mulți oameni în acest domeniu. Cel mai optimist termen ar fi undeva în toamnă, să facem o metodologie pe care ulterior să o prezentăm Ministerului Sănătății și să încercăm să îi convingem că într-adevăr metodologia aceasta este cea care trebuie.

Vecinii noștri bulgari își evaluează medicamentele după un sistem de HTA propriu. Credeți că am avea vreo șansă să facem un HTA românesc care să răspundă nevoilor noastre?

Sigur că da, acesta este și dezideratul, să facem un HTA românesc, numai că vecinii bulgari s-au inspirat foarte mult de la HTA-ul românesc. Ei aveau un echivalent al comisiei de transparență. Au și venit în România, am discutat personal cu ei Ordinul 861, au fost foarte interesați, au preluat o parte din metodologia noastră, dar au și părțile lor proprii, în continuare. N-aș putea spune că în domeniul HTA bulgarii sunt mai avansați decât noi, dar au ceva în plus față de noi: niște analize farmaco-economice pe care le fac. I-am întrebat de unde își iau datele în ceea ce privește costurile directe și indirecte. Au evitat puțin subiectul, astfel că nu sunt foarte convins că fac bulgarii ceea ce trebuie, dar cert este că există dorință, există oameni care sunt implicați și, cu siguranță, vor reuși să ducă lucrul acesta prin forțe proprii, așa cum și România încearcă să facă.

Ce proiecte sunt în lucru la departamentul de HTA în această perioadă?

Departamentul de evaluare a tehnologiilor medicale se ocupă cu următoarele lucruri la ora actuală: evaluarea propriu-zisă - și aici numărul de molecule începe să scadă de la lună la lună, pentru că deja producătorii au înțeles legislația, reușesc să-și calculeze punctajul și văd dacă au șanse de a intra cel puțin condiționat pe lista de medicamente compensate sau gratuite. Ne ocupăm de protocoalele terapeutice care vin de la comisiile Ministerului Sănătății. Din păcate, terminologia nu este pe deplin înțeleasă în ceea ce privește protocolul terapeutic, iar acestea sunt protocoale de prescriere și decontare. Plătitorul trebuie să știe exact pe ce dă banii, iar comisia de specialitate face aceste protocoale de prescriere și decontare a medicamentelor, acesta fiind al doilea aspect de care se ocupă Departamentul de Evaluare a Tehnologiilor Medicale. Al treilea lucru cu care ne ocupăm este să dezvoltăm metodologia de colectare de date reale. Al patrulea lucru este să încercăm să schimbăm metodologia de evaluare a tehnologiilor medicale astfel încât să intrăm și noi în rândul țărilor europene.

Câte persoane ar trebui angajate pentru ca evaluarea medicamentelor să fie făcută într-un ritm normal?

Ar trebui să fim undeva la 20 de persoane. Ca să facem un HTA adevărat pe medicamente. Pentru că procesul de HTA nu se limitează la introducerea acestor medicamente pe listă. Ele trebuie ulterior să fie evaluate în acțiune, să vedem dacă există într-adevăr un beneficiu terapeutic adițional, dacă se justifică un cost pentru un medicament. Practic, în Ordinul 861 avem o prevedere prin care noi facem periodic evaluarea medicamentelor deja existente în liste. Cam asta ar trebui să facă și departamentul de HTA, cu un număr mai mare de oameni.

Dacă ați avea posturi disponibile și banii alocați, ați avea oamenii pe care să îi aduceți aici?

Din păcate, nu, și asta este o problemă. Aș reuși să fac rost de vreo cinci-șase oameni, nu de 15. De aceea trebuie să co-optăm toți specialiștii care există în diverse universități din România. Putem să lucrăm foarte bine în sistem de teleconferință, de videoconferință cu colegii noștri din țară.

Ce vă lipsește ca să-i puteți angaja măcar pe cei cinci oameni pe care îi aveți în minte, pregătiți pe partea aceasta de HTA?

Este foarte greu să scoți posturile la concurs. Avem o constrângere financiară. Ministerul Sănătății ar trebui să aprobe angajarea acestor oameni. O altă problemă este dorința acestor oameni de a veni să lucreze pe HTA. Salariile nu sunt la un nivel competitiv față de cele din companiile farmaceutice și atunci evident că pe piața forței de muncă, dacă există cerere, vor alege companiile farmaceutice. Deci există un cerc vicios pe care ar trebui să-l rupem.

În acest moment, proiectele pe care le avem, la un număr atât de mic de oameni, sunt practic imposibil să le facem într-un timp rezonabil. Dacă avem protocoalele terapeutice, atunci tot departamentul de HTA își oprește activitatea în evaluare pentru că noi trebuie să citim, să avizăm protocoalele terapeutice fără de care pacienții nu pot să beneficieze de medicamentele pe care tocmai le-am evaluat. De exemplu, în această perioadă, timp de zece zile eu am blocat activitatea complet, pentru că ne-au venit un număr mare de protocoale terapeutice de la comisiile de specialitate. Degeaba ai pus medicamentele în lista de medicamente compensate și gratuite, dacă tu nu vii cu protocoalele de prescriere și decontare. Cu doar patru oameni, este practic imposibil. ✚

MS Nurse PROfessional

– curs scleroză multiplă pentru asistenți medicali

MS NURSE PROFESSIONAL SAU ASISTENT MEDICAL SM ESTE UN PROGRAM DE INSTRUIRE DE TIP E-LEARNING CARE SE ADRESEAZĂ ASISTENȚILOR MEDICALI CE ÎȘI ÎNCEP CARIERA SAU DORESC SĂ SE SPECIALIZEZE ÎN DOMENIUL SCLEROZEI MULTIPLE.

Programul este coordonat de Platforma Europeană pentru Scleroză Multiplă (EMSP), în colaborare cu Organizația Internațională a Asistenților Medicali pentru Scleroză Multiplă (IOMSN) și Reabilitarea în Scleroza Multiplă (RIMS). Programul este tradus până în prezent în 10 limbi și poate fi accesat în 13 țări. Peste 4.000 de asistente medicale sunt înscrise la acest program/curs online. Programul este disponibil gratuit și poate fi accesat în limba română.

Programul Asistent Medical SM este elaborat de experți de prim rang din domeniul SM și oferă cinci module cuprinzătoare și interactive. Fiecare modul se axează pe diferitele aspecte ale SM, formând împreună un curriculum fundamental de instruire: înțelegerea sclerozei multiple, prezentarea clinică, diagnostic și evaluare, tratament, îngrijire și suport. Fiecare modul este alcătuit dintr-o serie de sub-subiecte, cu text descriptiv, pentru care există referințe complete și opțiuni „click-on" care oferă informații suplimentare pentru aprofundare (ilustrații, grafice și clipuri video care vin în sprijinul experienței de învățare).

Cât timp durează acest program?

Timpul mediu de finalizare a acestui program este de aproximativ 30 – 35 de ore de studiu, ore ce pot fi gestionate conform programului propriu. La finalul fiecărui modul, se solicită rezolvarea unui test online, pentru care trebuie obținut un punctaj de promovare de cel puțin 75% pentru a fi eligibil în vederea obținerii certificatului.

De ce este recomandat?

Acest program a fost creat pentru a oferi sprijin în dezvoltarea cunoștințelor și competențelor corespunzătoare în calitate de asistent medical SM. La finalizarea cu succes a programului, se obține un fundament solid în toate zonele de asistență medicală în SM și se poate avansa pe calea informării care duce la statutul de Asistent Medical SM recunoscut, cu rol de susținător și intermediar pentru pacienți / familii, de educare medicală, de gestionare a simptomelor și a tratamentului. Programul poate fi accesat gratuit la www.msnursepro.org.

Detalii și informații despre acest curs online sunt oferite în România de către Asociația Pacienților cu Afecțiuni Neurodegenerative (www.afectiuni-neurodegenerative.ro, email info@afectiuni-neurodegenerative.ro).

Despre Platforma Europeană pentru Scleroza Multiplă

EMSP este o organizație-umbrelă ce acționează pentru îndeplinirea obiectivelor societăților pentru scleroza multiplă înființate la nivel național. În prezent, EMSP are 40 de membri din 35 de țări din Europa. Obiectivul organizației este îmbunătățirea calității vieții tuturor persoanelor afectate de SM prin acces la un tratament adecvat și la susținerea necesară.

Despre Asociația Pacienților cu Afecțiuni Neurodegenerative

APAN România reprezintă comunitatea care oferă tuturor persoanelor afectate de bolile neurodegenerative posibilitatea de a-și trăi viața la cel mai înalt potențial și de a asigura sprijinul de care au nevoie până când un tratament va fi, în cele din urmă, găsit. Misiunea asociației este să ofere acces la informații inovatoare, să educe toate părțile interesate cu privire la nevoile persoanelor cu afecțiuni neurodegenerative și să îmbunătățească / faciliteze accesul echitabil la tratament și la terapii de înaltă calitate, pentru îmbunătățirea calității vieții.

INTERVIU CU ANGELA W. RABINOVICH, DIRECTOR AL DEPARTAMENTULUI LIFE SCIENCE , INSTITUTUL ISRAELIAN PENTRU EXPORT

MEDinISRAEL 2017
INIMA INOVAȚIEI MEDICALE

DE VALENTINA GRIGORE

Cea de-a 4-a ediție internațională a expoziției MEDinISRAEL, care a avut loc, în perioada 6–7 martie 2017, la Tel Aviv, s-a bucurat de participarea a mii de profesioniști din Sănătate de pe tot Globul. În cadrul expoziției au fost prezentate cele mai noi tehnologii din domeniul Sănătății, precum dispozitive portabile şi aplicații pentru telefoane mobile, instrumente de diagnosticare on-line, realitate virtuală pentru pregătire, tratament şi recuperare, soluții pentru eficiența activității spitalelor. Mai multe informații despre expoziție ne-a oferit Angela W. Rabinovich, director al departamentului Life Science din cadrul Institutului israelian pentru Export.

Cum a apărut MEDinISRAEL?

Prima ediție a avut loc în 2012. Am vrut să aducem în Israel contactele de afaceri pe care ni le-am făcut de-a lungul anilor, să le arătăm spitalele noastre. De exemplu, participanții MEDinISRAEL vizitează spitale și clinici pentru a vedea tehnologiile care funcționează în aceste unități medicale. Aceasta a fost ideea originară, să încercăm să promovăm cât mai bine abilitățile noastre, să ne impresionăm partenerii de afaceri și pe cei care vor să colaboreze cu noi.

Ediția din 2017 ne-a depășit așteptările în materie de companii participante. Am crescut numărul pavilioanelor B2B deoarece, dacă la nivelul expozițional am avut 110 companii participante, alte 200 de companii s–au înscris pentru a face cunoștință cu participanții nivelului

B2B. Am echipat mai mult de 40 de hotspoturi pentru a permite companiilor să se cunoască. Au fost mai mult de 800 de participanți de pe tot Globul, din peste 60 de țări, aparținând întregului ecosistem al îngrijirilor de sănătate. Am înțeles că pentru a avea o afacere de succes trebuie să ai conexiuni la nivel guvernamental cu persoane care coordonează proiecte specifice, să înțelegi ce vrea să facă fiecare țară în domeniul Sănătății, fie că este vorba de îmbunătățirea sănătății femeilor și a copiilor, întâlnită în anumite țări, fie de lupta cu boli cronice, obezitate – probleme cu care se confruntă multe alte țări. Numai atunci vom fi capabili să ajutăm producătorii noștri să-și direcționeze eforturile pe proiecte specifice necesare în anumite țări. De asemenea, aducem oameni din spitale – chiar dacă nu sunt cumpărători direcți ai echipamentelor medicale – care ne pot ajuta să înțelegem cum funcționează sistemul, cum funcționează fluxul de producție și cum pot fi implementate noile tehhnologii în țările lor.

În Israel, tehnologia și inovația reprezintă lucruri obișnuite, însă în alte țări trebuie să explicăm mai mult specialiștilor și pacienților care sunt beneficiile acestora. Care sunt principalele mesaje pe care ar trebui să le diseminăm?

Aș menționa două aspecte importante. Timp de mulți ani, Israel a fost recunoscută ca o țară a startup-urilor și am constatat de multe ori că startup-urile lasă impresia a ceva ce nu este suficient de matur sau a ceva nefinalizat. La MEDinISRAEL am încercat să punem la un loc industria și spitalele și să discutăm, în cadrul conferințelor, despre cum inovația întâlnește medicina practică. În mod clar, inovația nu are sens dacă nu poate fi aplicată și chiar credem că Israelul este o sursă de încredere pentru inovația practică în medicina de astăzi, pentru varietatea de sisteme de sănătate, fie că acestea sunt din țări dezvoltate, fie că sunt din țări în curs de dezvoltare.

Un alt aspect, care are foarte mare legătură cu primul, este abilitarea pacienților – chiar unul dintre panelurile manifestării are ca temă Patient Empowerment. În medicina de astăzi, poți aduce tehnologii de top, însă nu are sens fără implicarea pacienților, fără conștientizare. Aceasta este, în multe cazuri, datoria Guvernului, a furnizorilor de servicii medicale – nu numai să furnizeze servicii de tratament, ci și să informeze pacienții despre ce pot face diferitele tehnologii, despre avantajele unor tratamente medicale specifice sau despre ce tratamente pot aplica în propriile case. În mod cert, pentru a beneficia de avantajele inovației trebuie în primul rând să vorbești cu oamenii, să-i determini să aibă încredere în medici care sunt dispuși să folosească aceste tehnologii. Însă aici discutăm și despre cunoștințele profesioniștilor din sistemul medical, în domenii precum chirurgia, diagnosticul, tratamentul, reabilitarea etc.

Care este cea mai mare provocare pentru acest domeniu al tehnologiilor medicale?

Una dintre cele mai mari provocări este ca industria tehnologiilor medicale să răspundă legislației – o parte esențială a comercializării cu succes a produselor. În multe cazuri, inovația înseamnă să aduci ceva diferit, ceva care nu este neapărat făcut „ca la carte", ceva ce este de nișă. De exemplu, dacă vorbim de medicina personalizată, agentul de reglementare trebuie să înțeleagă cum poate fi catalogată fiecare companie, din punctul de vedere al legislației, drept utilă și sigură pentru pacienți. Agentul de reglementare trebuie să dezvolte instrumente pentru a cataloga aceste tehnologii. Și, în multe cazuri, implementarea acestor tehnologii este amânată pentru a avea o imagine clară în această piață specifică. Ne-am confruntat cu această provocare acută acum aproximativ 10 ani, când am luat contact prima oară cu telemedicina și cu IT-ul medical. Acum vorbim despre același fel de provocare în domeniul securității cibernetice, care nu este, încă, reglementată. În multe cazuri, tehnologiile inovatoare sau companiile care livrează produse „explozive" au dificultăți în a găsi finanțare deoarece, atâta timp cât legislația nu este clară, nu se știe cum vor fi implementate aceste tehnologii sau dacă își vor demonstra utilitatea. Inovația vine cu riscuri, iar cel mai mare risc este reglementarea. Altă provocare este implementarea noilor tehnologii și trainingul permanent al profesioniștilor din spitale, pentru a putea folosi aceste tehnologii și pentru a vedea realele beneficii în termeni de eficiență, procesare și furnizarea de servicii pentru mai multe persoane în același timp.

DELEGAȚIE CONDUSĂ DE PROF. UNIV. DR. FLORIAN BODOG

• La expoziția **MEDINISRAEL** a participat și o delegație română condusă de ministrul Sănătății, prof. univ. dr. Florian Bodog. Cu această ocazie, demnitarul român a avut o întâlnire bilaterală cu omologul său israelian, Ya`akov Litzmann. De asemenea, ministrul Florian Bodog s-a întâlnit cu grupuri de investitori din Israel, în vederea stabilirii unor căi de colaborare în domeniul medical.

Aveți planuri pentru România?

Vedem sistemul românesc de sănătate ca pe un partener al industriei, dar și al sistemului de sănătate israelian. Am început să colaborăm, având deja sprijin guvernamental în România, pentru construcția de spitale, înnoirea unor platforme de servicii medicale. Cred că Israelul poate fi o sursă de încredere pentru împărtășirea cunoștințelor și a tehnologiilor medicale. Sperăm că vom putea conștientiza industria noastră, referitor la potențialul comercial al României. ✚

INTERVIU CU VICTOR NEGRESCU, EUROPARLAMENTAR, MEMBRU ÎN COMISIA DE BUGET, PARLAMENTUL EUROPEAN

Proprietatea datelor

TREBUIE MENȚINUTĂ LA NIVELUL PACIENTULUI

DE ROXANA MATICIUC

Cum stă România la capitolul securitate cibernetică, în comparație cu alte țări?

Din punctul de vedere al mediului privat, România excelează în acest sens. Din punctul de vedere al actorilor publici, există ceva probleme, dar și zone unde ne mișcăm bine. Foarte important este că avem competențele. Cred că România ar putea fi un lider european în materie de securitate cibernetică, dacă vorbim strict despre competențele pe care le avem în țară. Ce ne lipsește este capacitatea de a pune toți acești actori împreună. Pentru că, deși am reușit, de exemplu, să avem cel mai mare antivirus la nivel mondial, în același timp sistemul

nostru public este deseori atacat de hackeri din alte țări și datele noastre pot fi luate fără ca noi să știm.

Dacă ne uităm la rapoartele serviciilor secrete din România, vedem că ele vorbesc de sute sau chiar de mii de atacuri care sunt exercitate asupra sistemului public din România. Ele răspund eficient astăzi, dar este important să investim mai mult și să colaborăm mai mult pentru a evita ca aceste riscuri să reprezinte o gravă problemă pentru siguranța României.

Ce costă mai mult astăzi, să construim o rețea care să fie foarte sigură sau să ne apărăm față de cei care ne atacă sistemele informatice și tehnologiile?

Este important să găsim un echilibru. Nu putem avea rezultate dacă nu vorbim de prevenție, dar și de combatarea celor care într-adevăr ne atacă sistemele. Iar România, în raport cu Europa, nu are un sistem foarte bine organizat de siguranță cibernetică. Actorii lucrează izolat, independent, și nu colaborează suficient pentru a face în așa fel încât aceste criminalități pe internet să fie combătute. Un exemplu simplu pe care pot să vi-l dau este dificultatea companiilor din domeniul securității cibernetice în a interacționa cu poliția, în a identifica acești infractori. Nu colaborează suficient și cred că aici trebuie să deschidem ușa către o mai bună relație între mediul privat și mediul public.

Care sunt acum îngrijorările în ceea ce privește securitatea cardului de sănătate, dosarul electronic de sănătate? Sunt date confidențiale la care pacienții se tem că ar putea avea acces persoane neautorizate.

Noi trebuie să cerem mai multe lucruri actorilor publici, chiar dacă și eu sunt, la rândul meu, un ales, cred că trebuie să cerem actorilor publici să fie transparenți în modul în care înregistrează aceste date, cum sunt ele păstrate, cine se ocupă de ele, cine le procesează, pentru că, în definitiv, sunt datele noastre. Dar, din punctul de vedere al securității, nu cred că există probleme. Foarte clar este că această colectare a datelor va continua și va fi extinsă și în România, și la nivel internațional. Este foarte important ca proprietatea asupra datelor noastre să fie menținută la nivelul pacientului, pentru că el este proprietarul datelor sale. În consecință, el trebuie să fie capabil să transfere acele date acolo unde și le dorește, de exemplu de la un medic la altul sau din mediul privat către mediul public.

În cadrul unei conferințe în Israel, s-a vorbit despre un pericol foarte mare în ceea ce privește cardul de sănătate. Dacă atunci când este atacat un card bancar se poate depista foarte ușor de unde au fost retrași banii sau de unde au fost făcute cumpărăturile, în cazul cardului de sănătate pericolul este mult mai mare, având în vedere că s-ar putea cumpăra foarte ușor medicamente la care, altfel, acea persoană răufăcătoare nu ar avea acces sau ar putea beneficia de servicii foarte scumpe, incluse în asigurarea de sănătate.

Da, există în continuare aceste dificultăți, de aceea eu susțin demersul gândit în ultima perioadă de autorități de a avea un card de sănătate integrat cu cardul de identitate. Estonia este un exemplu în acest sens. Toate datele unei persoane sunt ținute pe un sistem securizat, parte a cărții de identitate. Mai mult decât atât, este securizat și de un cod personal, și de un sistem personal mobil pe care îl ai alături de tine. În consecință, trebuie să securizăm mai bine aceste date și, mai ales, să asociem datele acestea aflate pe card și cu persoana respectivă. Pe cardul de sănătate din România, trebuie să o spun, cu tristețe, nu avem nici măcar poza persoanei. În consecință, este foarte greu de identificat beneficiarul cu proprietarul acestui card.

Ne dorim această informatizare, tehnologizare în sănătate,dar, când ajungem să o avem, ne este frică de hackeri, de posibile fraude. Ce ar trebui să ne dorim, până la urmă: să continuăm să mergem în direcția aceasta sau mai bine nu?

Trebuie un echilibru între protecția vieții private și partea de evoluție tehnologică, dar mai ales trebuie multă informare. Cetățenii trebuie să fie conștienți de ceea ce se întâmplă, de evoluțiile tehnologice, cum vor fi afectați, cum sunt conservate datele. Transparența cred că va genera și un plus de susținere pentru acest demers de tehnologizare a sistemului medical. Dar nu trebuie să avem excese. Eu sunt partizanul modernizării infrastructurii medicale. Cred că aceasta oferă foarte multe oportunități.

Știu că activitatea dumneavoastră de europarlamentar este foarte intensă la Bruxelles. Care sunt principalele îngrijorări și teme de discuție în ceea ce privește securitatea cibernetică?

La Bruxelles, principala problemă este legată de datele personale. Avem o directivă privind menținerea datelor personale și cum ar trebui acestea să fie gestionate, iar aceasta îi interesează în mod direct pe pacienți. Practic, noi am introdus, mai ales grupul meu politic, Grupul Social-Democrat din Parlamentul European, o serie de amendamente care asigură o mai bună protecție a datelor personale, o mai mare transparență. Prin urmare, directiva invită actorii care mențin aceste date, inclusiv actorii publici, să angajeze persoane specializate să gestioneze datele în deplin acord cu o serie de principii și, mai ales, să informeze pacienții, ceea ce este un lucru foarte, foarte important.

Pe lângă acest lucru, avem o agenție specializată pe nume ENISA (n.red. - European Union Agency for Network and Information Security), care se ocupă de securitatea cibernetică și care va fi implicată și în acest proces de protecție a datelor, extrem de important pentru pacienții din România. Practic, această agenție europeană se va ocupa, împreună cu partenerii internaționali, de protejarea datelor pacienților din toată Europa. În consecință, discuția este una foarte amplă și atinge domeniul medical pentru că astăzi datele reprezintă aurul în medicină. Aștept din partea actorilor din România, din domeniul medical, să vină cu idei, cu inputuri, cu soluții, cu amendamente la dezbaterile care au loc la nivelul instituțiilor europene, pentru că eu, ca ales în Parlamentul European, îmi doresc ca actorii din România să fie mai relevanți la Bruxelles și vocea lor să fie auzită, mai ales în acest domeniu medical-IT, despre care cred eu că reprezintă un etalon pentru economia românească.

INTERVIUL COMPLET POATE FI CITIT PE

www.politicidesanatate.ro

Primul masterclass internațional de îngrijiri paliative

FUNDAȚIA HOSPICE CASA SPERANȚEI, PROMOTORUL CONCEPTULUI DE ÎNGRIJIRI PALIATIVE ÎN ROMÂNIA, FONDATĂ ÎN 1992 LA BRAȘOV, A DEVENIT ÎN CEI 25 DE ANI DE EXISTENȚĂ UN REPER PENTRU PREGĂTIREA ÎN DOMENIUL ÎNGRIJIRILOR PALIATIVE A PERSONALULUI MEDICAL, ATÂT ÎN ROMÂNIA, CÂT ȘI ÎN EUROPA DE EST.

DE ȘEF LUCRĂRI DR. LAURENȚIU SIMION

ANIVERSAREA A 25 DE ANI DE ACTIVITATE A FUNDAȚIEI HOSPICE CASA SPERANȚEI ÎN ROMÂNIA A PRILEJUIT VIZITA **ALTEȚEI SALE REGALE CHARLES, PRINȚUL DE WALES,** LA CENTRUL ORGANIZAȚIEI DIN BUCUREȘTI.

Fundația Hospice Casa Speranței organizează programe de pregătire adresate atât medicilor, menționând aici atestatul în îngrijiri paliative, un program de masterat în îngrijiri paliative, precum și cursuri on-line de îngrijiri paliative, cât și asistenților medicali și altor categorii de personal implicat în medicina paliativă.

Ca o completare a programelor educaționale desfășurate până în prezent, Fundația Hospice Casa Speranței a organizat la Brașov, în perioada 3-7 aprilie 2017, cu sprijin financiar din partea Angelini Pharmaceuticals România, primul masterclass internațional de îngrijiri paliative, eveniment la care au fost prezenți, în calitate de formatori, experți americani în îngrijire paliativă cunoscuți și apreciați la nivel internațional, cum ar fi prof. Frank Ferris, prof. Daniel Hinshaw sau dr. Jane Hinshaw.

Cursul interactiv în limba engleză a permis celor aproximativ 40 de participanți, medici, asistenți medicali, psihologi și alți profesioniști din domeniul îngrijirilor paliative abordarea celor mai interesante și actuale teme din paliație, cum ar fi:

- rolul opioidelor în tratamentul durerii în cancer și în afecțiuni non-neoplazice;
- provocările procesului de comunicare cu pacientul și cu familia acestuia;
- evaluarea statusului nutrițional, mecanismele anorexiei și casexiei, nutriția parenterală a pacienților neoplazici;
- managementul simptomelor neurologice;
- managementul dispneei în cancer;
- autoîngrijirea profesionistului din domeniul îngrijirilor paliative;
- consilierea familiilor în perioada de doliu;
- managementul simptomelor paraneoplazice;
- îngrijirea spirituală a pacienților;
- facilitarea deciziilor dificile.
- managementul simptomelor rar întâlnite în îngrjirea paliativă;

Agenda cursului a inclus, de asemenea, trei sesiuni journal club, în care participanții au avut ocazia de a prezenta și de a supune dezbaterii în grup de articole științifice din domeniul oncologiei și îngrijirilor paliative, articole publicate recent și care prezintă interes pentru activitatea clinică zilnică. Colegiul Medicilor din România a creditat cursul cu 21 de credite E.M.C. Coordonatorul echipei care a organizat acest eveniment a fost conf. dr. Daniela Moșoiu, director de educație și dezvoltare la Hospice Casa Speranței și profesor asociat al Universității „Transilvania" Brașov.

Pentru creșterea nivelului de calitate a serviciilor de paliație prin educație, toate sesiunile masterclass-ului au fost filmate, iar materialele video vor putea fi accesate online, gratuit, exlusiv pentru scopuri educaționale, non-profit, de pe www.studiipaliative.ro.

Luptând împotriva bolilor grave

La **Bristol-Myers Squibb**, angajamentul nostru pentru dezvoltarea de medicamente noi este la fel de intens ca şi dorinţa pacientului de a lupta împotriva bolilor grave.

Cercetătorii noştri muncesc zi de zi pentru a descoperi o nouă generaţie de tratamente în:

- Imuno-oncologie
- Cancer
- Boli auto-imune
- Fibroze
- HIV/SIDA
- Afecţiuni cardiovasculare
- Hepatită

MLTRO16NP06256-01
Data pregătirii materialului: septembrie 2016
Data punerii pe piaţă: septembrie 2016

Bristol-Myers Squibb
împreună putem învinge!

Gala

Ediția a V-a
7 iulie 2017

„Premiile de Excelență în Asistență Medicală" 2017

Ordinul Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România

ORGANIZATOR
ORDINUL ASISTENȚILOR MEDICALI GENERALIȘTI, MOAȘELOR ȘI ASISTENȚILOR MEDICALI DIN ROMÂNIA (OAMGMAMR), FILIALA MUNICIPIULUI BUCUREȘTI.

„Asistenţii medicali sunt cel mai mare grup de furnizori de servicii din Sănătate – suntem 160.000 de asistenţi medicali în România, dintre care peste 23.000 numai în București. O sursă de putere pentru asistenţii medicali este statutul de expert oferit de experienţa și de cunoștinţele profesionale, prin care ei pot promova prevenţia, pot face educaţie pentru sănătate și pot oferi servicii de îngrijire specifice. Conceptul Concursului «Premiile de Excelenţă în Asistenţă Medicală» se bazează pe dorinţa de a reînvia și de a întări, în conștiinţa membrilor organizaţiei, principiile și valorile profesiilor de asistent medical generalist, moașă și asistent medical."

Asis. med. gen. lic.
DOINA CARMEN MAZILU,
președinte OAMGMAMR
– Filiala București

MANAGEMENT LOGISTIC ȘI COMUNICARE

QUINN The Medicine Media

Revista Politici de Sănătate

Școala Pacienților

500 DE PARTICIPANȚI

Dacă doriți să deveniți sponsor sau partener media, vă rugăm să trimiteți e-mail pe adresa:
ALEXANDRA.PAIU@POLITICIDESANATATE.RO

WWW.OAMMRBUC.RO