



Sănătatea ca Investiție pe Termen Lung

Raportul Comisiei pentru Sănătate a
Camerei de Comerț Americane din România

Noiembrie 2022

Pregătit de IQVIA România

Cuprins

+	Introducere și obiectivele raportului	2
+	Importanța investiției în sănătate	5
+	Politici eficiente	16
+	1 Prevenție	18
+	2 Screening	21
+	3 Inovația în sănătate	28
+	4 Aderența pacientului	32
+	5 Asistența medicală bazată pe valoare	37
+	Optimizare costuri	42
+	1 Infrastructura medicală	44
+	2 Potențialul generat de pierderea exclusivității	59
+	3 Eficientizarea costurilor bazată pe tehnologie	62
+	4 Posibilități de digitalizare în domeniul sănătății și potențial de reducere costuri	65
+	Opțiuni de finanțare	70
+	1 Schimbare sistemică	72
+	2 Fonduri pentru inovare	74
+	3 Fonduri UE	78
+	4 Modele alternative de finanțare	80
+	Rolul industriei în calitate de contribuitor-cheie	83
+	Apel la acțiune	89

Introducere și obiectivele raportului

Raportul și-a propus să evalueze starea actuală a sistemului de sănătate din România și să genereze perspective pentru optimizarea acestuia



Investiția în sănătate trebuie să se afle pe **agenda strategică** a fiecărui guvern și a devenit o necesitate absolută pentru a asigura o **creștere economică durabilă și pe termen lung**

Impactul investițiilor întârziate sau insuficiente în domeniul sănătății duce la creșterea indirectă a costurilor privind sănătatea, precum și **scăderea pe termen lung a productivității muncii și a produsului intern brut**

Investițiile în sănătate au devenit o necesitate absolută pentru a asigura o creștere economică durabilă și pe termen lung

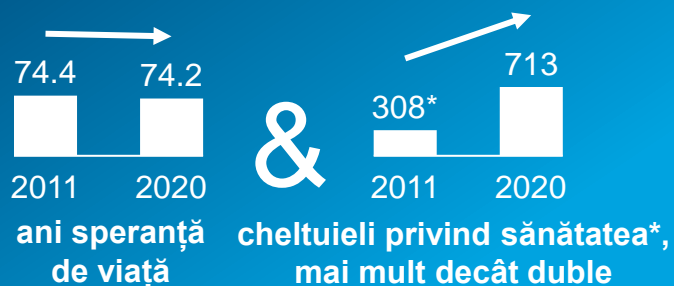


Importanța investiției în sănătate

Deși a înregistrat un progres semnificativ, sistemul de sănătate din România are nevoie în continuare de o strategie de investiții cuprinzătoare

Rezumatul secțiunii

Sistemul de sănătate din România a înregistrat **progrese notabile** în ultimul deceniu



Cu toate acestea, România este prinsă într-un **cerc vicios** de



Înrăutățirea tendințelor demografice

- Îmbătrânirea populației: **creșterea cu 4 ani** a vârstei medii, într-un deceniu
- Rata de dependență a persoanelor vârstnice: **creștere de 26%** față de 2010
- Populație activă bolnavă



Cheltuieli cu sănătatea

- Nevoi de sănătate în creștere
- Al 2-lea cel mai mic nivel al cheltuielilor cu sănătatea pe cap de locuitor din UE: **€661 (RO) vs. €3104 (UE)** în 2019
- Presiune în creștere asupra sistemului



Scoring slab în comparație cu media UE

- Speranță de viață: **73 ani (RO) vs. 80 ani (UE)**
- Mortalitate evitabilă (la 100.000): **208 (RO) vs. 92 (UE)**
- Mortalitate infantilă (la 1.000): **5,6 (RO) vs. 3,3 (UE)**
- Acces la asistență medicală, diagnosticare și tratament



Sistem de sănătate

- **Sistem foarte centrat pe spital**, cu cheltuieli relativ mari pentru spitale și asistență medicală primară subtilizată

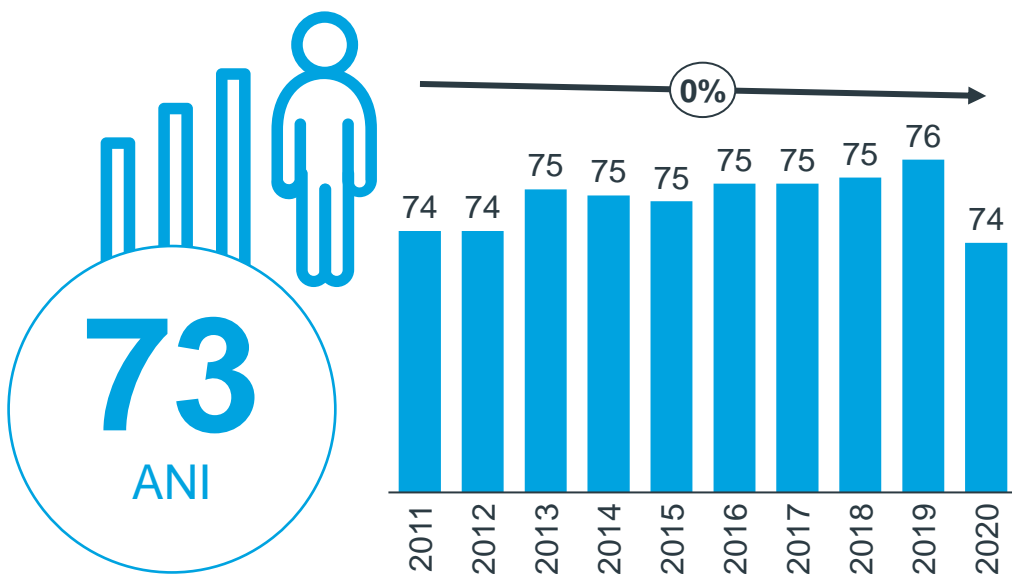


Pentru a inversa tiparul, avem nevoie de schimbări structurale – investiții sporite în domeniul sănătății, dublate de strategii cuprinzătoare pentru a direcționa aceste investiții către domeniile care au cel mai mare impact

Covid-19 a readus speranța de viață la nivelul din 2009, dar cheltuielile pentru sănătate pe cap de locuitor continuă să crească

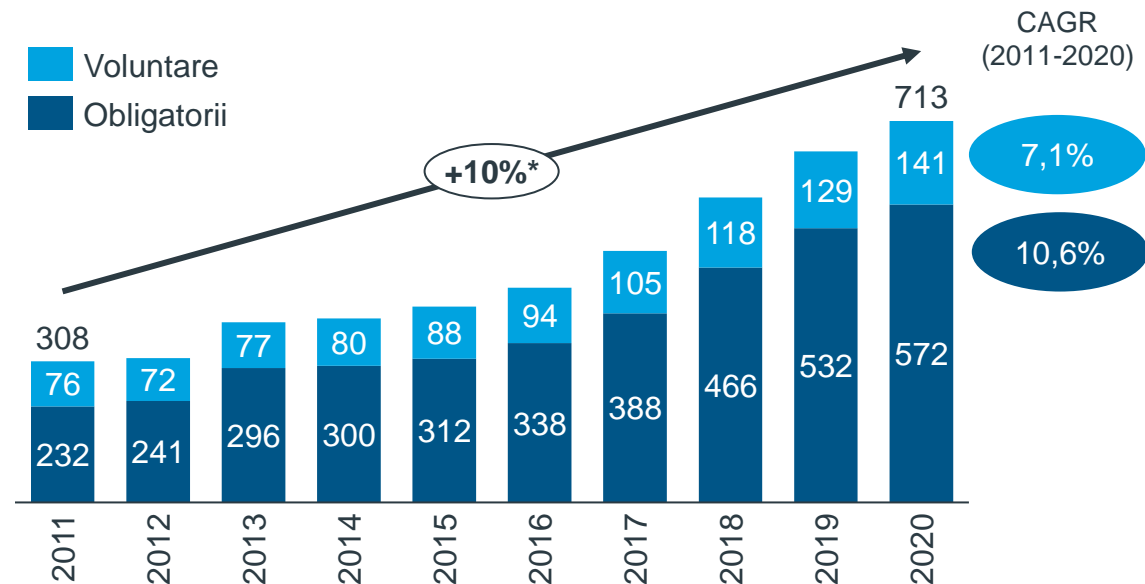
Speranța de viață și cheltuielile pentru sănătate în România

Speranța de viață la naștere, ani



Speranța de viață la naștere a fost de 74 de ani în 2010 și a crescut la 76 în 2019, dar a înregistrat o scădere în 2020, determinată de Covid-19

Cheltuielile pe cap de locuitor pentru sănătate (PPC EUR)



Cheltuielile totale pentru sănătate pe cap de locuitor au crescut substanțial în ultimii ani

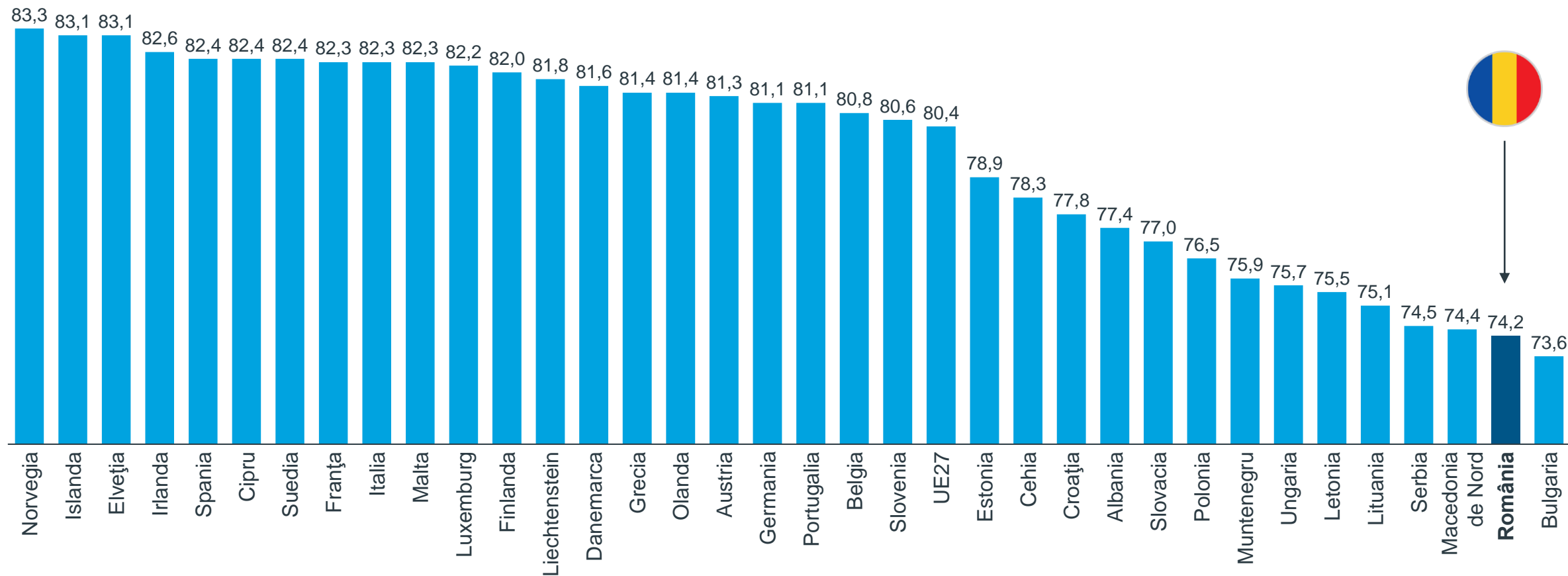
Note: CAGR - Rata medie anuală de creștere; Voluntare – asigurări voluntare și plăți directe; Obligatorii – guvern și asigurări obligatorii

Sursă: The World Bank, World Development Indicators; OECD

În continuare, comparativ cu restul UE, există un decalaj de recuperat privind sănătatea și speranța de viață

Speranța de viață în RO vs. UE

Speranța de viață la naștere, ani, 2020



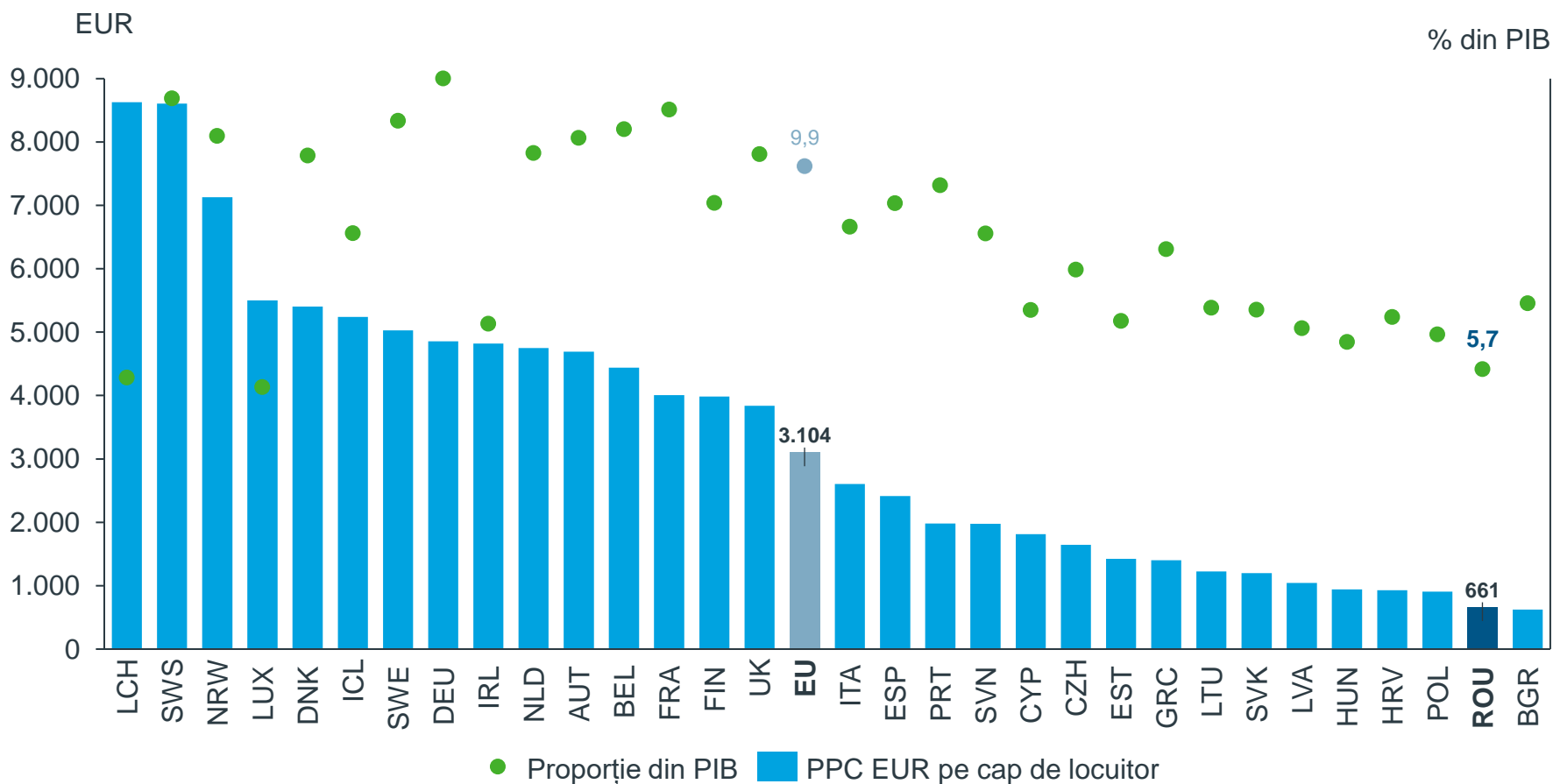
Sursă: Eurostat

Sănătatea ca Investiție pe Termen Lung

Pentru a reduce acest decalaj și a atinge cel puțin media UE sunt necesare investiții suplimentare în sănătate

Cheltuielile pentru sănătate în RO vs. UE (1/2)

Cheltuielile pe cap de locuitor pentru sănătate (PPC EUR) și % din PIB, 2019



Cheltuielile pe cap de locuitor rămân relativ scăzute

EUR 661

versus media UE de

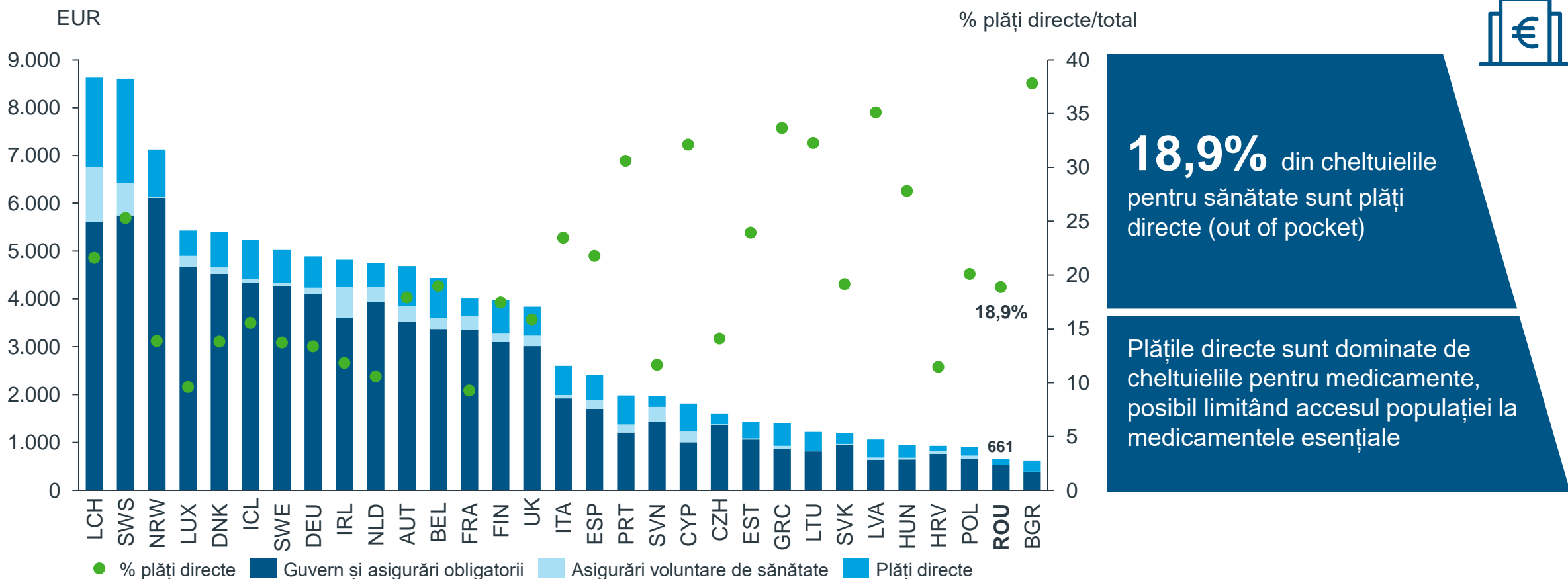
EUR 3104

Sursă: Eurostat
Sănătatea ca Investiție pe Termen Lung

... iar finanțarea acestor investiții prin plăți directe suplimentare are un potențial limitat

Cheltuielile pentru sănătate în RO vs. UE (2/2)

Cheltuielile pe cap de locuitor pentru sănătate (PPC EUR) și % plăți directe din totalul cheltuielilor, 2019



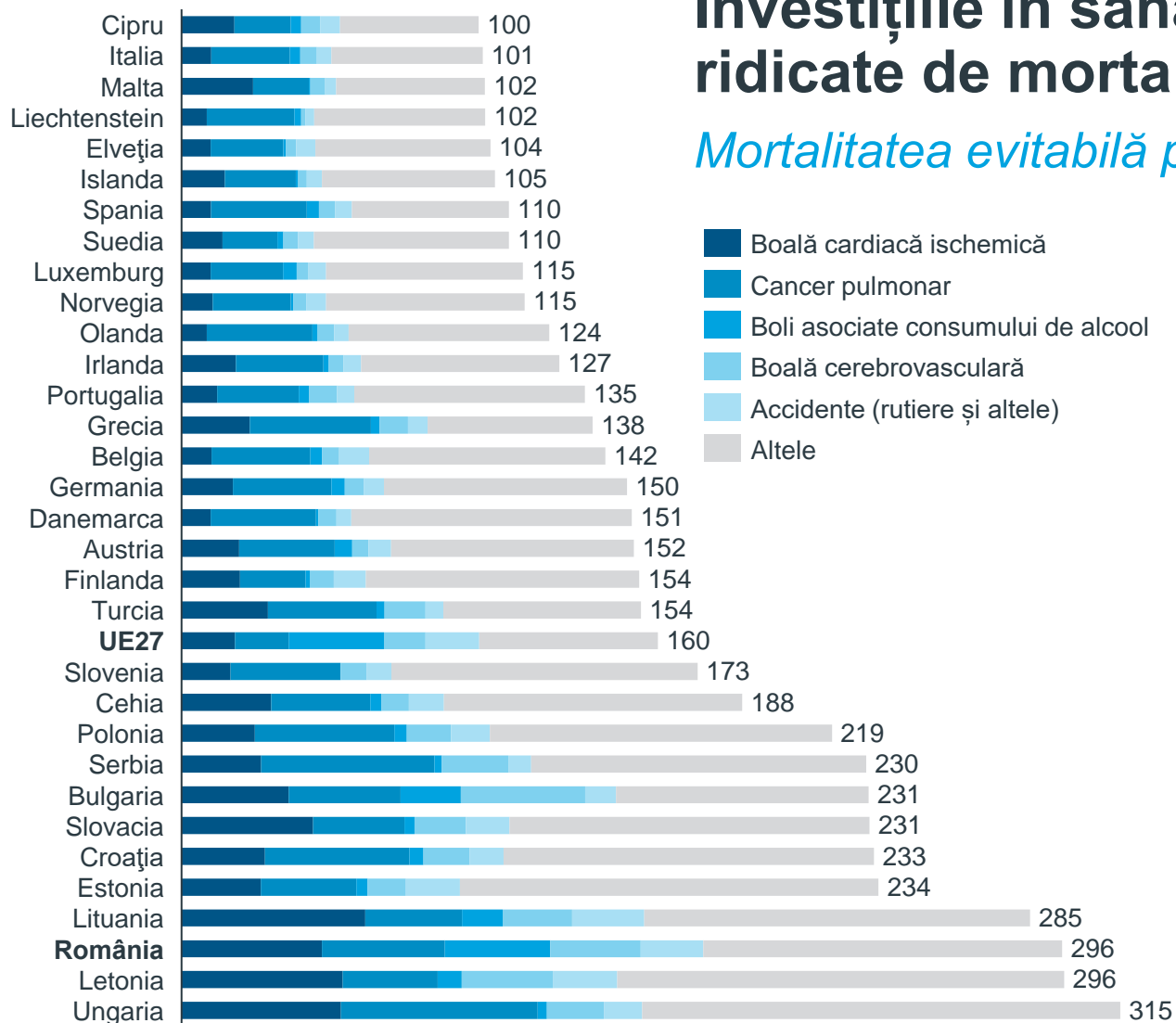
18,9% din cheltuielile pentru sănătate sunt plăți directe (out of pocket)

Plățile directe sunt dominate de cheltuielile pentru medicamente, posibil limitând accesul populației la medicamentele esențiale

Sursă: Eurostat
Sănătatea ca Investiție pe Termen Lung

Investițiile în sănătate pot ajuta la reducerea ratei ridicate de mortalitate evitabilă prin prevenție

Mortalitatea evitabilă prin prevenție în RO vs. UE



- Rata mortalității evitabile prin prevenție a fost a treia cea mai ridicată din UE în 2019, subliniind necesitatea de a îmbunătăți promovarea sănătății și prevenția bolilor
- Principalele cauze ale mortalității evitabile prin prevenție sunt **boala cardiacă ischemică, cancerul pulmonar și bolile cauzate de consumul de alcool**

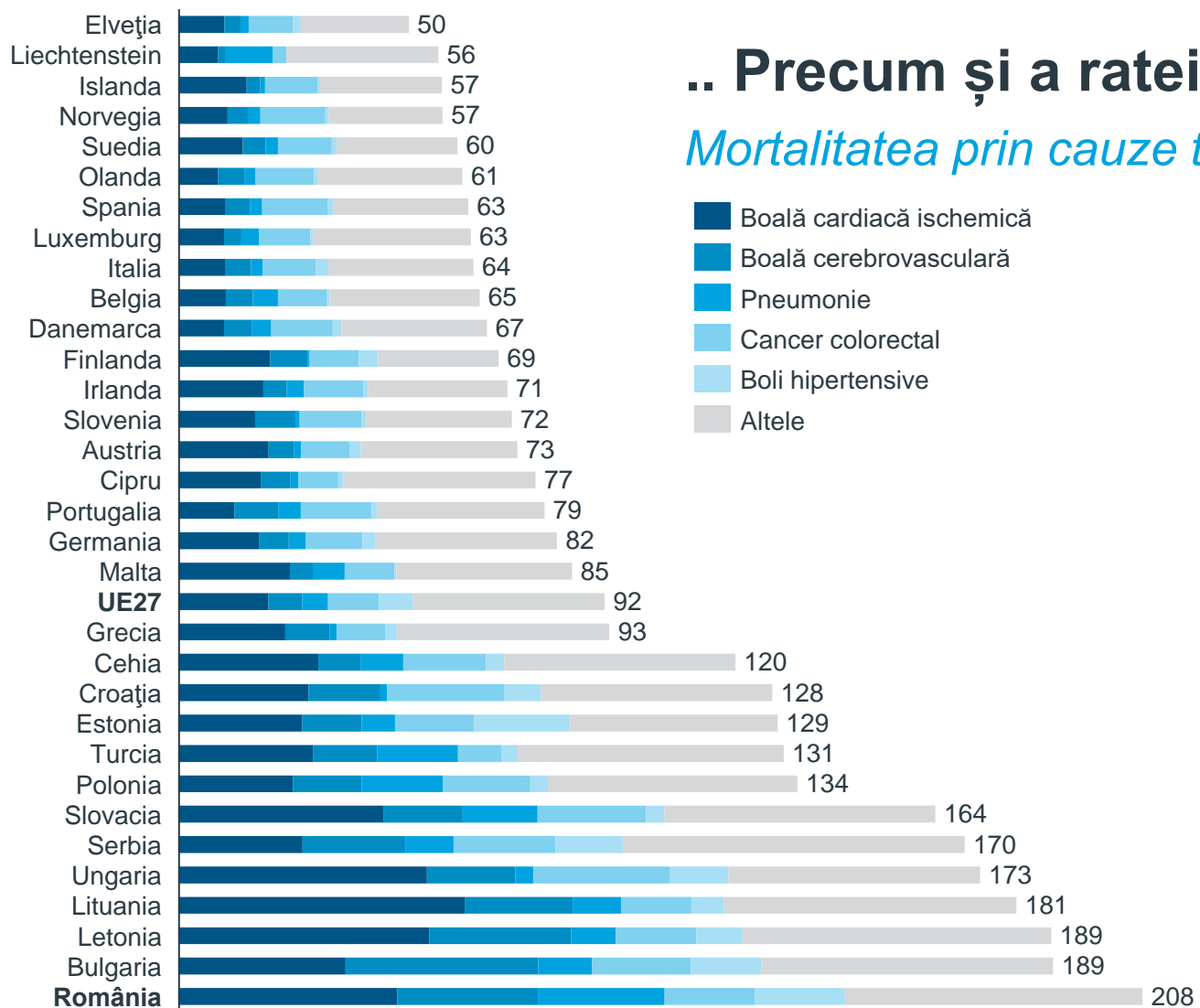
La **10%**, supraviețuirea în cazul cancerului pulmonar este în continuare sub **media UE de 15%**

Mortalitatea evitabilă prin prevenție la 100.000 de locuitori și principalele cauze ale mortalității*, 2019**

*Mortalitatea evitabilă prin prevenție este definită ca decesul care poate fi evitat în principal prin intervenții de sănătate publică și de prevenție primară

** Sau cele mai recente date disponibile

Sursă: Eurostat, OECD



.. Precum și a ratei mortalității prin cauze tratabile

Mortalitatea prin cauze tratabile în RO vs. UE*

- În ciuda creșterii cheltuielilor pentru sănătate, rata mortalității prin cauze tratabile este cea mai mare dintre țările europene
- Deficiențele majore în ceea ce privește capacitatea sistemului de sănătate de a oferi populației un tratament adecvat și în timp util sunt demonstrate de ratele ridicate ale mortalității prin cauze tratabile, asociate **bolilor cardiace ischemice, accidentelor vasculare cerebrale, pneumoniei și cancerului colorectal**

Boală cardiacă ischemică este
de 2 ori mai mare comparativ cu
media UE

Mortalitatea prin cauze tratabile la 100.000 de locuitori și principalele cauze ale mortalității*, 2019**

* Mortalitatea prin cauze tratabile este definită ca decesul care poate fi evitat în principal prin intervenții de asistență medicală, inclusiv screening și tratament

Sursă: Eurostat, OECD

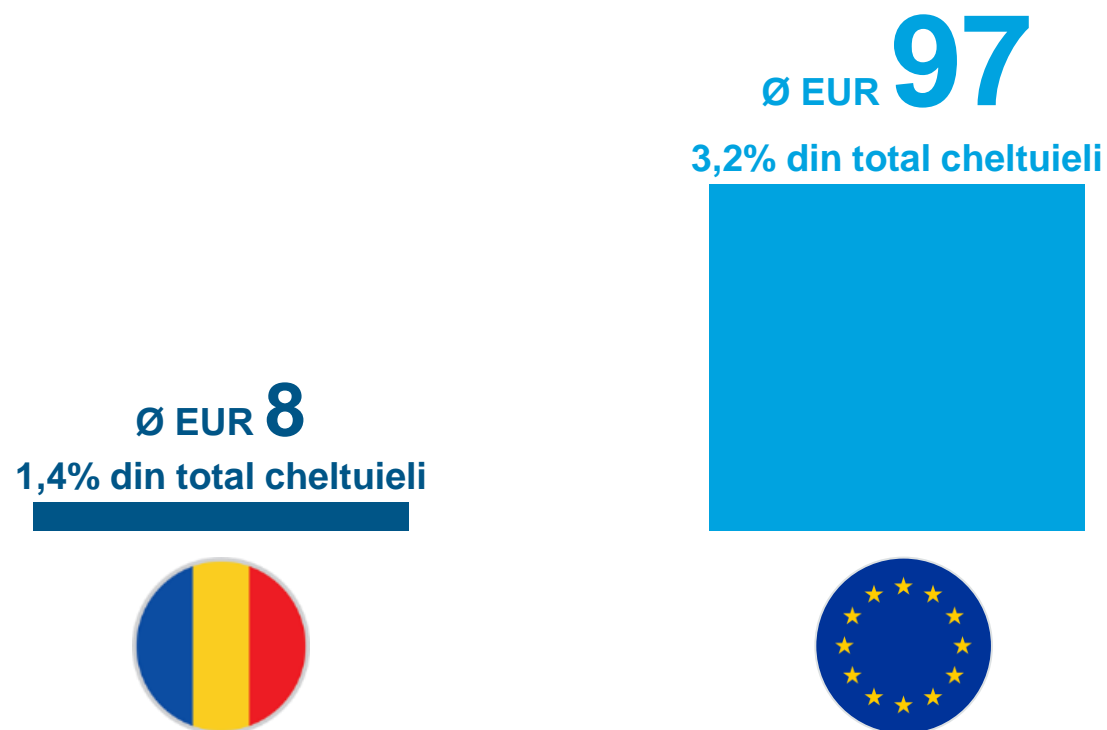
Deși prevenția joacă un rol major, aceasta rămâne subdezvoltată în cadrul sistemului de sănătate național și al strategiei de investiții din România

Cheltuieli pentru prevenție în RO vs. UE

O parte semnificativă a **deceselor ar putea fi prevenită** prin abordarea factorilor de risc comportamentali și prin consolidarea prevenției primare

- Îmbunătățiri în prevenția și tratamentul bolilor cardiovasculare (BCV) sunt posibile și ar putea avea un impact semnificativ asupra sănătății populației
- În 2018, au fost introduse noi programe de screening pentru cancer, BCV și tuberculoză, dar frecvența controalelor preventive rămâne scăzută

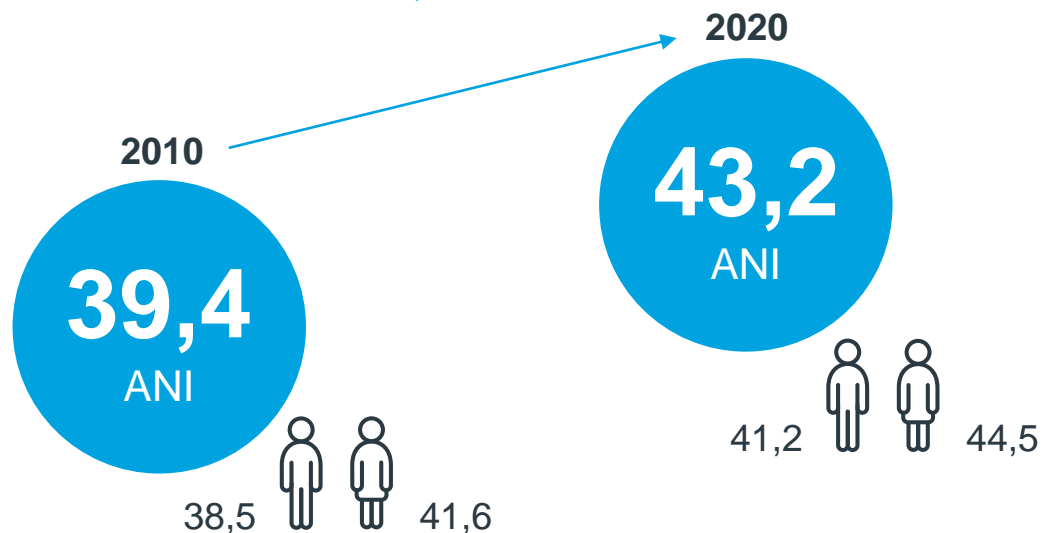
Cheltuielile medii anuale pentru prevenție pe cap de locuitor, 2020



O prevenție timpurie este și mai importantă în contextul îmbătrânirii populației, pentru a limita pierderile economice

Îmbătrânirea populației

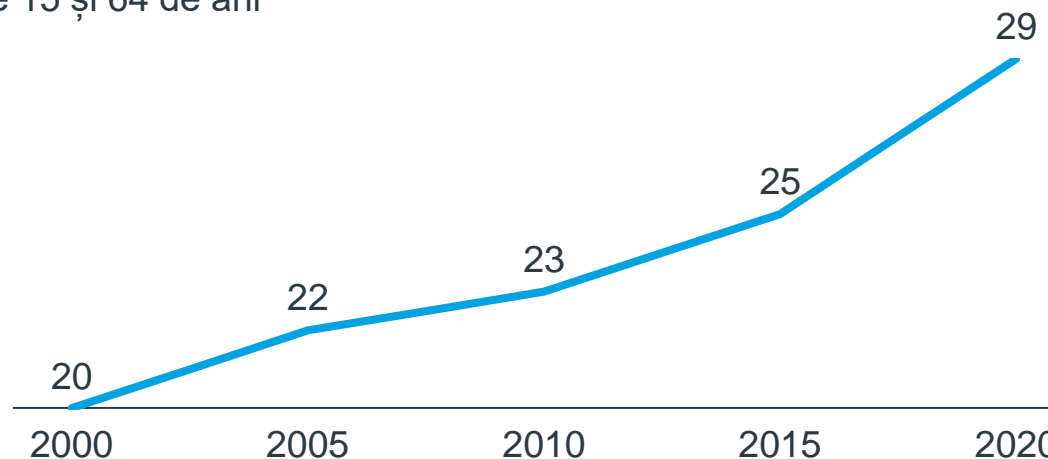
Vârsta medie a populației



Vârsta medie a populației României este în continuă creștere

Raportul de dependență pentru vârstnici

măsoară raportul dintre numărul de persoane cu vârsta peste 64 de ani la 100 de persoane cu vârsta cuprinsă între 15 și 64 de ani

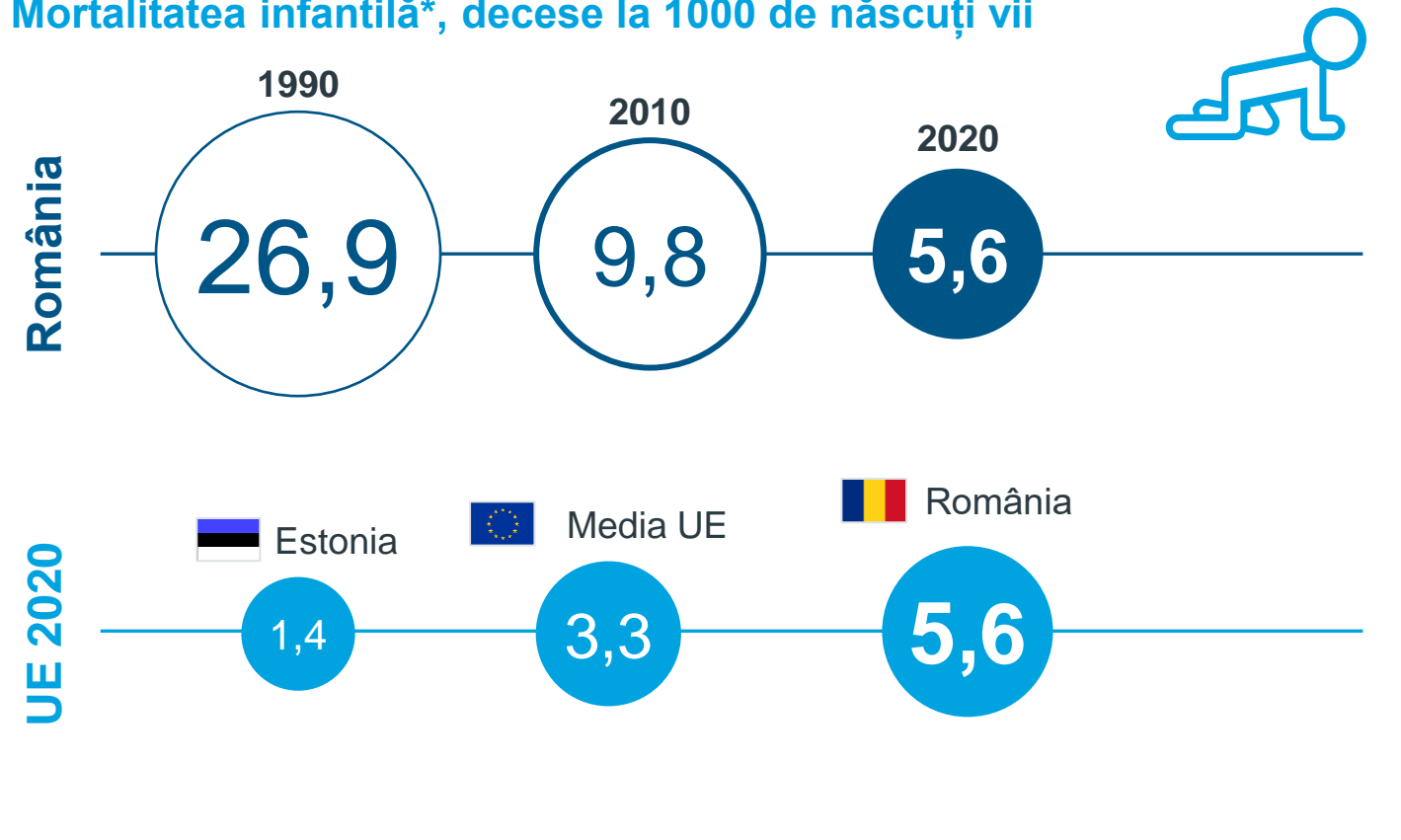


Populația ce a atins vârsta de pensionare va continua să crească, contribuind la potențiale pierderi economice

În plus, reducerea în continuare a mortalității infantile ar avea un impact durabil asupra indicatorilor de dezvoltare economică

Mortalitatea infantilă în RO vs. UE

Mortalitatea infantilă*, decese la 1000 de născuți vii



- Mortalitatea infantilă în România a scăzut constant în ultimii 30 de ani
- Cu toate acestea, în 2020, este în continuare cea mai ridicată rată a mortalității infantile din UE
- Practicile de îngrijire prenatală și programele de screening/prevenție de la o vârstă foarte fragedă au potențialul de a reduce și mai mult rata mortalității

- Acest lucru va avea un efect durabil asupra dezvoltării economice a țării prin îmbunătățirea situației demografice

*Copii care au decedat înainte de a împlini vârsta de un an

Sursă: Eurostat

Sănătatea ca Investiție pe Termen Lung

Politici efficiente

Propunem câteva exemple de măsuri și politici necesare pentru a genera economii de cost și, potențial, pentru a salva vieți

Rezumat



Îmbunătățirea **calității asistenței medicale** și sănătății pacienților

Exemplu: 1 din 6 decese cauzate de cancerul de prostată și 1 din 4 cauzate de cancerul pulmonar pot fi evitate doar prin screening, iar 200.000 de decese la nivel UE ar putea fi evitate printr-o mai bună aderență a pacienților



Abordarea **cheltuielilor ineficiente privind sănătatea**

Exemplu: screening-ul eficace al bolilor cardiovasculare poate reduce costurile anuale asociate deceselor premature cu 230 de mil EUR

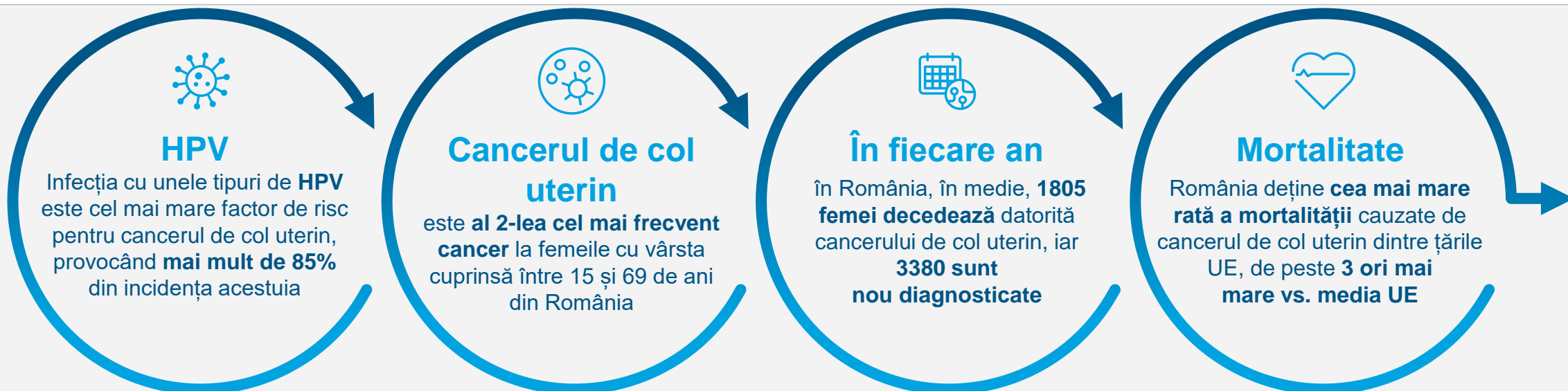
Prevenție

Cea mai cost-eficientă metodă de a obține o sănătate bună este adesea prin prevenirea apariției bolii cât mai devreme posibil

Studiu de caz: HPV în România

- O **provocare în creștere**, atât la nivel global, cât și în România, este creșterea deceselor cauzate de cancer
- **Cancerul este un factor principal** al ratei ridicate de decese influențabile prin tratament
- **Cancerul de col uterin este printre puținele tumori maligne** care ar putea fi eliminate la nivel global prin **imunizarea** (neutră de gen) împotriva tulpinilor oncogene de HPV, agentul infecțios cu transmitere sexuală care provoacă cele mai multe tipuri de cancer* cu această topografie
- România a demarat cea de-a doua campanie de vaccinare împotriva HPV în 2020, dar **numărul de doze disponibile este încă insuficient** pentru întreaga populație țintă de adolescente (și potențial băieți)
- Succesul programului depinde de angajamentul autorităților, **de implicarea medicilor de familie și de implementarea unei comunicări eficiente în rândul populației pentru a stimula răspândirea unui comportament pozitiv privind vaccinarea**

EXEMPLU: CANCER DE COL UTERIN



*Cancerul de col uterin, precum și alte tipuri de cancer cauzate de HPV, inclusiv unele tipuri de cancer al gurii și gâtului și unele tipuri de cancer ale zonelor anale și genitale

Sursă: Eurostat, National Cancer Plan, CancerWorld Press Article

Sănătatea ca Investiție pe Termen Lung

O vaccinare pe scară largă împotriva HPV are cel mai mare potențial atât privind rezultatele medicale cât și privind reducerea costurilor

Studiu de caz: HPV în Bulgaria

Estimarea costurilor economice pentru diferite alternative pe o perioadă de un an




€11mil

Vaccinarea pe scară largă a fetelor, inclusiv costurile pentru vaccinuri și administrarea acestora

Vaccinare

€48mil

Include costul minim al tratamentului pentru pacienți în fiecare etapă și pierderile economice cauzate de moartea prematură

Comportament pasiv

Comparativ cu comportamentul pasiv, vaccinarea împotriva HPV este estimată să genereze

€37mil în

economii de cost pentru sistemul de sănătate

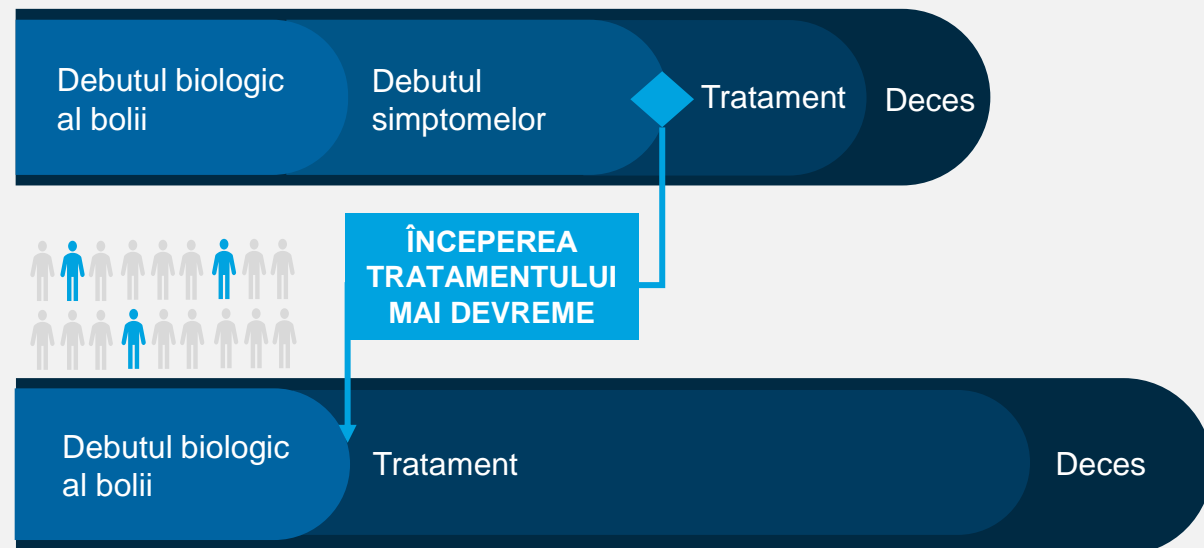
Screening

Diagnosticarea și tratamentul în timp util prin programe de screening la nivelul întregii populații sunt esențiale pentru o populație sănătoasă

Designul programelor de screening

SCREENING-UL POATE AVANSA ȘI REVOLUȚIONA SĂNĂTATEA...

Scopul screening-ului este de a identifica persoanele dintr-o populație aparent sănătoasă și de a oferi un tratament timpuriu



... PRIN PROGRAME BINE CONCEPTE



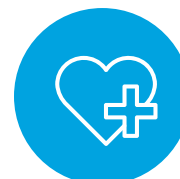
Participare → Screening-ul de succes depinde de o bună acoperire și participare
Studiu de caz 1: Cancer colorectal SP



Prevenție → Identificarea pacienților cu risc ridicat și screening-ul permit o mai bună prevenție
Studiu de caz 2: Boli cardio-vasculare în UK



Precizie → Biomarkerii și testarea genomică sunt esențiale pentru precizia screening-ului
Studiu de caz 3: Cancerul de prostată RO



Prioritizare → Programele de screening de succes se concentrează pe cauzele principale ale mortalității
Studiu de caz 4: Cancer pulmonar RO

Programe multiple de screening sunt deja planificate pentru implementare în Planul Național de Cancer

Un screening de succes, cu o rată de participare de 72%, a generat economii de ~100 mil euro și o scădere a incidenței cu 16%

Studiu de caz 1: Screening-ul cancerului colorectal în SP



CAZ: SPANIA, ȚARA BASCILOR PROGRAMUL DE SCREENING AL CANCERULUI COLORECTAL



Țara Bascilor are o populație de
2,2 milioane



Ținta pentru screening au fost
586.700 rezidenți



72%
rată de participare

-16% scădere a incidenței
cancerului colorectal

-26% scădere a mortalității
cauzate de cancer colorectal

EUR 93 Milioane
economii nete datorate reducerii
costurilor de tratament și
prevenirii pierderilor economice
prin salvarea de vieți

Programul de screening

- Un software specific a fost conectat cu dosarele medicale și registrele de cancer
- Au fost trimise invitații prin poștă împreună cu un kit de test FIT* și cod de identificare individualizat
- Centrele de Sănătate Primară au consolidat informațiile, au colectat kit-urile și au organizat colonoscopii pentru cazurile pozitive

* FIT este un test imunochimic pentru fecale utilizat pentru depistarea cancerului intestinal

În UK, un program de screening și prevenție a BCV a detectat 700 000 de persoane cu risc ridicat și a ajutat la diagnosticarea a 175 000 de pacienți

Studiu de caz 2: Screening-ul cardio-vascular în UK



CAZ: UK, NHS

PROGRAMUL DE SCREENING AL BOLILOR CARDIOVASCULARE



Persoane între
40 și 74 ani
eligibile pentru screening*



15,7mil populația totală
eligibilă (2015-2020)



£48mil cheltuieli pe an
pentru controalele de
sănătate ale NHS (2019)

700mii persoane cu
risc ridicat de BCV detectate

175mii pacienți
diagnosticați cu hipertensiune
arterială, **35mii** cu diabet
tip 2 și **11mii** cu BCR***

£141mil câștig net din
perspectivă societală (£2,93
pentru fiecare £1 cheltuit)



CAZ: PROGRAMUL DE SCREENING
"TOTUL PENTRU INIMA TA"
(DURATĂ: 2020-2023)



Obiectiv:

- Instruire **900 medici familie**
- Derularea unei campanii
educaționale și screening pentru
165.000 pacienți (50% din
grupuri vulnerabile)



Buget: **~€4mil**



Program inițiat și implementat prin
colaborarea mai multor parteneri**

Povara insuficienței cardiace cronice în România:
230 mil EUR costurile anuale asociate deceselor
premature

*Persoanele cu vârsta cuprinsă între 40 și 74 de ani fără condiții preexistente; ** Institutul Național de Sănătate Publică (INSP), Societatea Română de Cardiologie (SRC), Asociația Română de Promovare a Sănătății (ARPS), Institutul de Urgență pentru Boli Cardiovasculare și Transplant Târgu Mureș, Institutul de Boli Cardiovasculare Timișoara, Coaliția Organizațiilor Pacienților cu Boli Cronice din România (COPAC);*** BCR – boala cronică de rinichi
Sursă: Review of NHS Health Check - How effective is the NHS Health Check?; Articol științific - Burden of Chronic Heart Failure in Romania
Sănătatea ca Investiție pe Termen Lung

În România, screening-ul pentru al 2-lea cel mai frecvent cancer la bărbați este planificat pentru 2024, estimându-se economii de cost importante

Studiu de caz 3: Screening-ul cancerului de prostată în RO



CAZ: ROMÂNIA

PROGRAMUL DE SCREENING PENTRU CANCERUL DE PROSTATĂ

2.900

bărbați diagnosticați
anual cu cancer

2.300

bărbați decedază din cauza
cancerului de prostată, conducând la 3
ani de viață pierduți la 1.000 de bărbați

65%

dintre cazurile de cancer de
prostată sunt diagnosticate
în **stadiul IV**

Screening-ul și tratamentul
precoce al cancerului sunt
de 10x mai ieftine
decât tratamentul pentru
stadiul IV

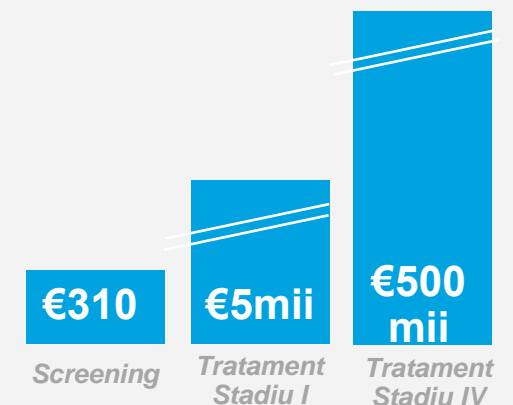


1 din 6

decese ar putea fi prevenite
prin **screening-ul țintit al
cancerului de prostată**

Screening-ul cancerului de prostată la nivel național în România este planificat pentru 2024. Pentru a avea succes, programul ar trebui să:

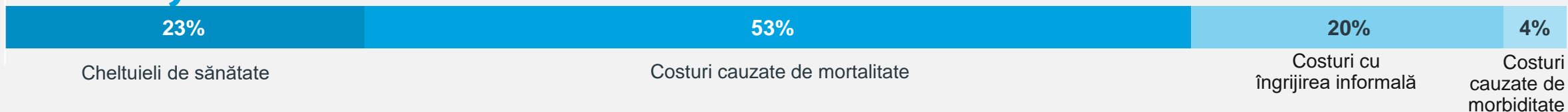
- ▶ Vizeze bărbații **predispuși la cancerul de prostată**
- ▶ Includă un **test de sânge** și a **scanare RMN** înainte de o biopsie invazivă pentru a asigura un diagnostic mai bun al cancerelor agresive, reducând în același timp supra diagnosticarea
- ▶ Includerea **testării genomice** pentru o diagnosticare de acuratețe



Consiliul UE încurajează screening-ul pentru un set mai larg de boli, inclusiv pentru cancerul pulmonar care este principala cauză de deces prin cancer

Studiu de caz 4: Screening-ul cancerului pulmonar în RO

€18,8mld se cheltuie anual pentru cancerul pulmonar la nivel UE



Povara cancerului pulmonar în România

Cancerul pulmonar este responsabil pentru:

- 4% din totalul deceselor din România
- 72 mii episoade de spitalizare pe an
- 10% este rata de supraviețuire după 5 ani a pacienților cu cancer pulmonar (față de 15 % media UE)
- 10 ani din viață pierduți prematur la 1000 de adulți



Screening cancer pulmonar pentru a reduce mortalitatea cu 25%

Pe baza mai multor studii la scară largă, screening-ul cu LDCT* poate reduce mortalitatea cu aproape 25%, prin detectarea cancerului pulmonar într-un stadiu incipient atunci când este realizat în rândul fumătorilor/ sau ex-fumători de ambele sexe în intervalul de vârstă 50-80 de ani



Consiliul UE solicită punerea rapidă în aplicare a programelor de depistare a cancerului pulmonar

după o analiză cuprinzătoare a dovezilor care afirmă că există o bază științifică solidă pentru introducerea, în statele membre UE, a unor programe de screening pentru depistarea cancerului pulmonar și salvarea de vieți



Testarea genetică este o parte esențială a screening-ului cancerului pulmonar

evaluând riscul genetic al unei persoane de a avea cancer pulmonar și furnizând informații valoroase despre mutațiile genetice și astfel conducând la cele mai bune tratamente

Notă: LDCT - tomografia computerizată cu doză mică

Sursă: Economic burden of cancer across the European Union: a population-based cost analysis. The Lancet Oncology, Genetic Testing for Lung Cancer Risk, NELSON Study

Sănătatea ca Investiție pe Termen Lung

Între timp, fără un program eficient de screening la nivel național, ratele de screening din România sunt cu mult sub media UE

Inegalitatea privind cancerul

CANCER DE SÂN: Femei care au auto-raportat că nu au avut niciodată examen mamar prin radiografie (% ,2019)



CANCER COLORECTAL: Persoane care au auto-raportat că nu au avut niciodată test de screening colorectal (% ,2019)



CANCER DE COL UTERIN: Femei care au auto-raportat că nu au avut niciodată test de frotiu cervical* (% ,2019)



Lipsa programelor de screening la nivel național, derulate la scară largă, precum și conștientizarea limitată a screening-ului în rândul populației au creat un decalaj uriaș între România și UE în ceea ce privește cancerul de sân, colorectal și de col uterin

Nota:*Test Papanicolau

Source: Cancer Inequality Registry

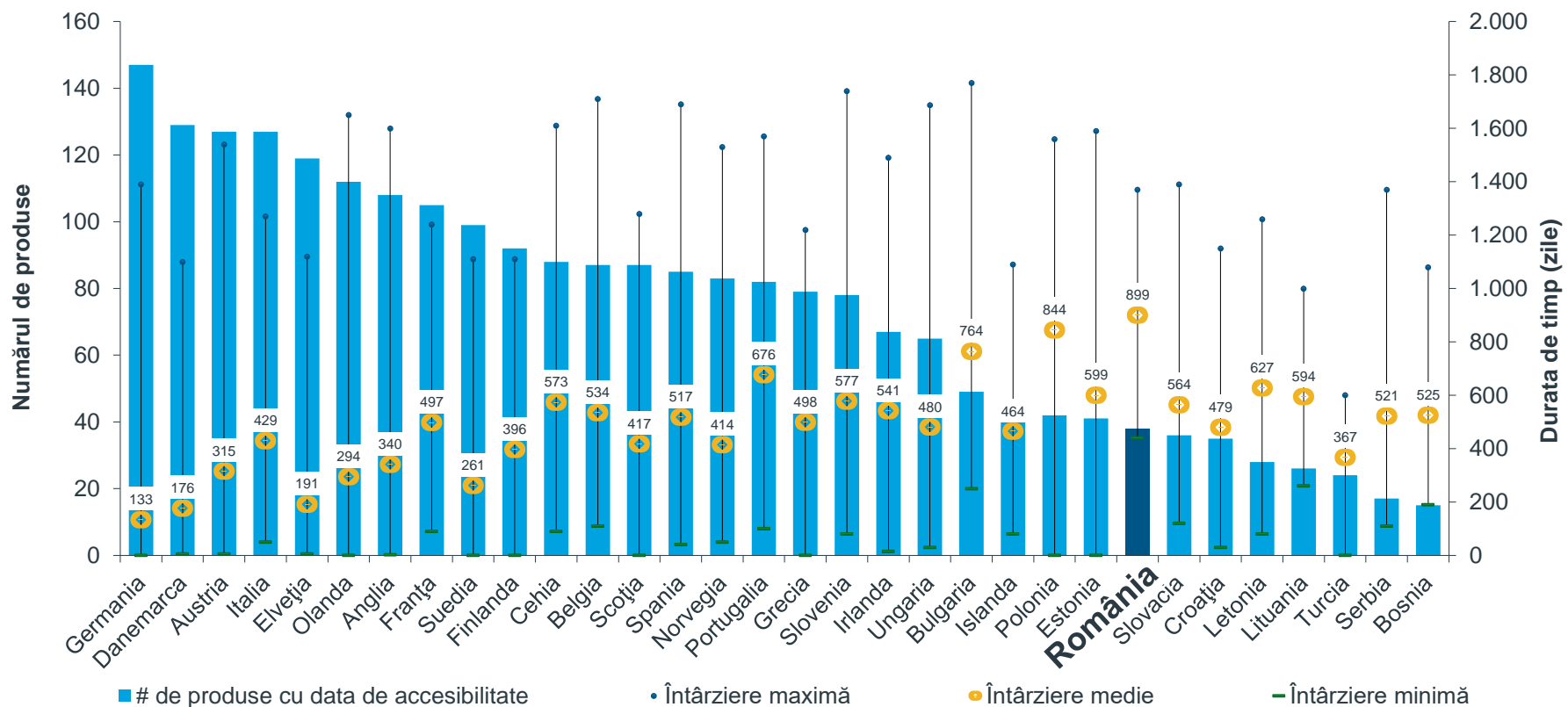
Sănătatea ca Investiție pe Termen Lung

Inovația în sănătate

România are o rată scăzută de disponibilitate a medicamentelor inovatoare, precum și cel mai lung timp până la disponibilitate

Accesul la medicamente inovatoare

Numărul de zile până la disponibilitate pentru medicamentele inovatoare (2021)



- România are în continuare o **rată scăzută de disponibilitate** a medicamentelor, precum și cel mai lung **timp până la disponibilitate** de 899 de zile în medie
- Timpul până la disponibilitate este definit ca numărul de zile de la data obținerii autorizației de piață EMA pentru un medicament și data la care acesta devine disponibil pentru pacienți, dată care, pentru majoritatea țărilor, coincide cu adăugarea medicamentului pe lista de rambursare

Terapiile celulare revoluționează medicina de precizie, începând cu oncologia, dar România rămâne în urmă

Exemplu: Terapia celulară și genică

Începând cu oncologia, terapiile celulare și genice

au inițiat o **revoluție în medicina de precizie** (MP) folosind înțelegerea genomică avansată a progresiei bolii pentru a facilita terapii țintite și pentru a permite **fiecărui pacient să primească cel mai înalt grad de personalizare**

În România sunt aprobate 2 terapii celulare și genice, începând cu anul 2020. Doar un **număr limitat de pacienți** au accesat aceste terapii. Pentru a asigura că pacienții au acces la cele mai bune tratamente, **sistemele de sănătate din România** trebuie adaptate și reformate



FINANȚARE → Terapiile cu preț ridicat se dovedesc a fi o provocare pentru sistemele de sănătate cu bugete mai mici



INFRASTRUCTURĂ → Pregătirea și aprobarea centrelor de terapie celulară și genică reprezintă o povară atât pentru autorități, cât și pentru companiile farmaceutice



RESURSE UMANE → Pentru a administra terapia celulară, un centru are nevoie de personal medical și paramedical cu abilități specifice

Tehnologia PET-CT, precum și alte tehnologii avansate de imagistică revoluționează medicina de precizie

Exemplu: PET CT-uri

Tomografia cu emisie de pozitroni (PET)

precum și alte **tehnologii avansate de imagistică** revoluționează **medicina de precizie** și **oncologia de precizie** prin capacitatea lor de a identifica arii care sunt mai susceptibile de a răspunde la terapiile țintite și de a ajuta medicii să ofere **tratamente mai de impact**

În România există **15 dispozitive de scanare PET** în 9 județe și pentru a valorifica multiplele beneficii ale acestui instrument imagistic inovator, Ministerul Sănătății a stabilit un **Program Național anual pentru PET-CT**, dar în 2022 programul este limitat la doar 12 mii de pacienți cu cancer și epilepsie



FINANȚARE → Prețul mai mare al dispozitivelor și procedurilor și discrepanțele regionale semnificative fac accesul la acest diagnostic să fie încă inegal



INFRASTRUCTURĂ → Simplificarea procesului de aplicare și o creștere a cererii vor contribui la îmbunătățirea ratei de utilizare a PET-CT



RESURSE UMANE → Există un deficit mare de radiologi la nivelul UE și, cu 12,3 radiologi la 100 de mii de persoane, România se situează chiar sub media UE

Aderența Pacientului

Aderența scăzută subminează rezultatele farmacoterapiei și implică costuri semnificative pentru sistemele de sănătate

Aderența pacienților la tratament în UE

“Medicamentele nu funcționează la pacienții care nu le iau”

C. Everett Koop, Chirurg american

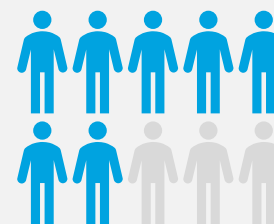


Impactul neaderenței pacienților la nivelul UE

194.500 decese anual în UE din cauza greșelilor și lipsei de aderență în administrarea medicamentelor prescrise

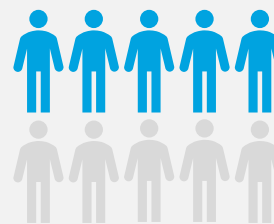
€1,25 miliarde anual este costul pentru neaderența la tratament, în Uniunea Europeană

Magnitudinea neaderenței este mai mare decât cea percepută, *Studiu de caz privind diabetul în UE*



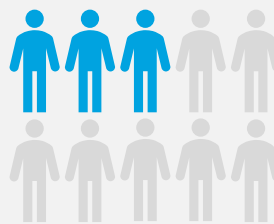
7 DIN 10

pacienți inițiați cu medicamente pentru diabet își vor ridica prima rețetă



PÂNĂ LA 5

pacienți care ridică rețeta își iau medicamentele în mod regulat



DOAR 3

dintre aceștia vor continua să-și ia medicamentele pe un termen de 2 ani

Actorii cheie din industria sănătății au un mare potențial de a schimba acest lucru, abordând factorii de neaderență la fiecare nivel

Factorii care conduc la o aderență scăzută



Factori ce privesc sistemul de sănătate

- **Factori privind medicii**, inclusiv calitatea interacțiunii pacient-medice
- **Factori privind accesul la tratament**, inclusiv tipul plătitorului, rambursarea medicamentelor



Factori ce privesc boala

- **Experiența pacientului cu boala**, durata îmbolnăvirii pacientului, aderența acestuia la alte medicamente
- **Comorbidități**, atât prezența cât și numărul de comorbidități



Factori ce privesc tratamentul

- **Experiența pacientului cu medicamentul**, inclusiv efecte secundare, aderența în trecut
- **Coprescripții**, inclusiv numărul și tipul medicamentelor prescrise concomitent



Factori ce privesc pacientul

- **Comportament și convingeri**, inclusiv uitare/neglijență, preferințe ale pacientului
- **Educație**, inclusiv un nivel scăzut de alfabetizare privind sănătatea



Factori socio-economici

- **Stabilitatea gospodăriei**, inclusiv starea civilă, copiii, situația financiară
- **Nivelul de activitate**, inclusiv abonare la cluburi sportive

Toți actorii principali din sănătate ar trebui să sprijine aderența la tratament:

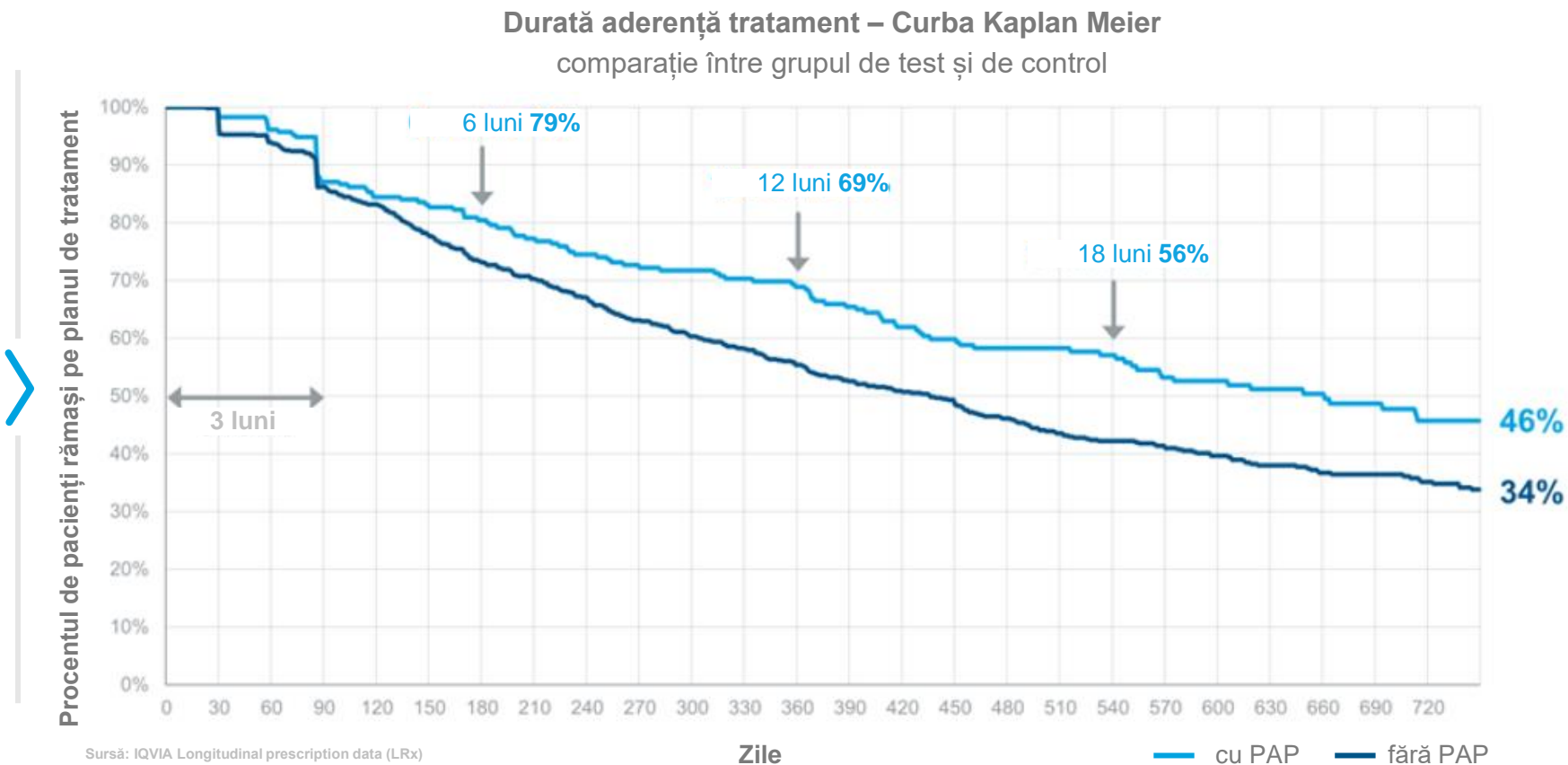
Prestatorii de servicii medicale pot avea un impact ridicat prin comunicarea față în față, în ciuda timpului limitat pentru consultări. De asemenea și asistenții medicali și farmaciștii, pot avea un rol consultativ mai mare

Sistemul public și companiile farmaceutice pot să susțină implementarea programelor de aderență pentru pacienți, în terapiile cu cel mai mare impact

O modalitate eficientă de a ajuta pacienții să rămână aderenți la planul de tratament sunt Programele de Aderență pentru Pacienți

Exemplu: Program de Aderență pentru Pacienți (PAP)

- O companie farmaceutică cu un tratament pentru indicații multiple a înscris aproximativ **500 de pacienți într-un PAP** și a folosit o tehnologie inovatoare pentru a trimite pacienților **memento-uri digitale personalizate** ajutându-i să-și respecte planul de tratament
- După cum se vede în grafic, **69%** dintre pacienții din grupul de test versus **55%** din grupul de control, au rămas pe tratament la un an de la începerea acestuia, iar **46% vs. 34%** dintre pacienți au rămas pe tratament la 2 ani



Note: O curbă Kaplan-Meier afișează atât acei participanți care au avut evenimentul, cât și durata în studiu a acelor participanți care nu au avut încă evenimentul. Axa x arată timpul, iar axa y arată proporția de pacienți care au avut sau nu evenimentul.

Sursa: IQVIA

Sănătatea ca Investiție pe Termen Lung

Dar există mai multe modalități care pot sprijini aderența, de exemplu un simplu apel telefonic de urmărire se poate dovedi a fi foarte eficient

Exemplu: Serviciu Nou de Medicină (SNM)

SNM se adresează deciziei pacienților de fi aderenți la un medicament (care este adesea luată în primele 2 săptămâni)...



Pacientului i se prescriu medicamente pentru **astm și BPOC, hipertensiune arterială, diabet de tip 2** sau ia terapii anticoagulante



Farmaciiștii care fac parte din SNM revin cu un **apel telefonic** după 7-14 zile



Farmaciiștii revin din nou cu **apel telefonic** 2-3 săptămâni mai târziu

3-5 săptămâni

.. prin oferirea de consultații în farmaciile comunitare (costul SNM este de £25 per farmacist)

12.000 farmacii

5,7mil consultări

278.700 mai mulți QALY

Și obținând deja rezultate remarcabile în aderență și economii de cost

11% mai mulți pacienți aderenți la terapie

£75,4mil economii pe termen scurt

£517mil economii pe termen lung



Asistența medicală bazată pe valoare

Provocările sistemului de sănătate actual conduc des la rezultate scăzute pentru pacienți, astfel că atenția ar trebui îndreptată către valoarea adusă acestora

Asistență medicală bazată pe valoare

SISTEMUL ACTUAL DE SĂNĂTATE ESTE DEFICITAR

- **Rezultate** – rezultatele în materie de sănătate variază foarte mult între țări și chiar în interiorul țărilor (de exemplu, ratele de reoperare în urma intervenției chirurgicale de înlocuire a șoldului în Germania sunt de 18 ori mai mari în spitalele cu cele mai slabe performanțe comparat cu spitalele cele mai bune)
- **Costuri** – la nivel UE, **costurile privind sănătatea cresc mai rapid decât creșterea PIB-ului**, iar între 10% și 34% din costurile cu sănătatea sunt cheltuite inefficient din cauza asistenței medicale necorespunzătoare
- În plus, **România este în urma altor țări din regiune** la majoritatea indicatorilor de sănătate, și este deficitară privind inițiative de prevenție a bolilor și de diagnosticare timpurie

Asistența medicală bazată pe valoare are potențialul de a oferi reziliența necesară și a sprijini evoluția sistemului de sănătate actual prin:

- (1) Achiziția bazată pe valoare
- (2) Medicina personalizată sau de precizie

FACTORI DETERMINANȚI > REZULTATE



COLABORARE - colaborare mai bună cu pacienții pentru a înțelege ce este important pentru aceștia



GUVERNANȚĂ - asigurarea guvernancei și a resurselor administrative necesare



DIGITALIZARE - utilizarea digitalizării, a analizei datelor pentru a sprijini luarea de decizii mai bune



FINANȚARE ȘI ACHIZIȚII - trecerea de la activitate la rezultate, de exemplu prin introducerea schemelor de acces facilitat („managed entry agreements”)



PACIENȚI – economii de cost, experiență și rezultate îmbunătățite, acces la tratament



PLĂTITOR - controlul costurilor și reducerea riscului financiar



PRESTATOR - eficiență operațională, calitatea serviciilor, tratamente inovatoare

Pentru a maximiza beneficiile asistenței medicale bazate pe valoare, plătitorii trebuie, de asemenea, să adopte achizițiile bazate pe valoare

Achiziții bazate pe valoare

Procesele actuale de achiziții NU sprijină asistența medicală bazată pe valoare

Produsele medicale, inclusiv dispozitivele, consumabilele și echipamentele, sunt achiziționate în principal pe baza **costurilor de achiziție up-front** și se concentrează adesea pe **economii pe termen scurt** și nu răspund nevoilor pacienților, ci sunt dependente de **aspecte organizaționale** (de exemplu, stimulente nealiniate etc.)

70%

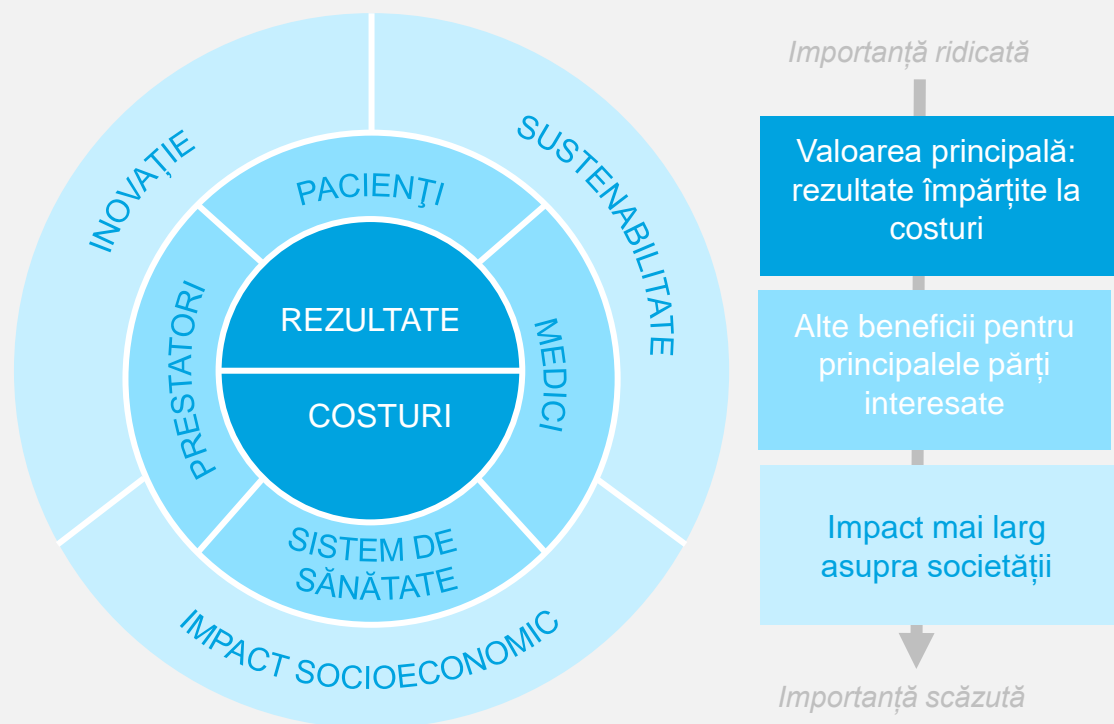
din vânzările de tehnică medicală trec printr-un proces de achiziții publice



70%

dintre deciziile luate în aceste cazuri sunt stabilite pe baza prețului

În 2014, UE a adoptat o nouă **directivă privind achizițiile publice** pentru a încuraja o perspectivă mai holistică și conceptul de **Achiziție Bazată pe Valoare** este în linie cu această nouă direcție



Asistența medicală bazată pe valoare trebuie completată cu medicina personalizată, ambele având în focus valoarea generată pentru pacient

Medicină personalizată și asistență medicală bazată pe valoare

Datele și analizele care fac parte integrantă din **medicina personalizată** vor contribui la validarea **valorii livrate** și la definirea și îmbunătățirea modelului potrivit de rambursare

Medicina personalizată va crește în continuare, ca urmare a disponibilității unor date de înaltă calitate pe termen lung și utilizate pentru a modela, planifica și direcționa terapiile cu o precizie mai mare



Asistența medicală bazată pe valoare ar recompensa spitalele și prestatorii pentru a ajuta pacienții să-și îmbunătățească sănătatea, să reducă efectele bolilor cronice și să ajute pacienții să trăiască o viață mai sănătoasă

Abordarea bazată pe valoare va stimula în continuare companiile să dezvolte **soluții personalizate de medicină**, cum ar fi medicamente personalizate, monitorizarea rezultatelor dietei și exercițiilor fizice, îmbunătățirea prevenirii bolilor

- **Medicina personalizată** are scopul de a oferi pacientului potrivit, tratamentul potrivit, la momentul potrivit, avansând de la modelele 'universale' care nu mai funcționează la cele personalizate
- Pentru cele care urmează să fie introduse în România, Ministerul Sănătății va trebui **să definească și să implementeze** modalități rapide de evaluare și rambursare pentru **imunoterapii, medicamente personalizate și teste genetice** (dintre care unele sunt cuprinse în Planul Național de Cancer) și **să ia în considerare modelul bazat pe valoare**

Sistemele de tip DRG reprezintă o metodă practică de sprijinire a asistenței medicale bazată pe valoare

Exemplu: Grupuri de diagnostic (DRG)



Plată per serviciu

Este modelul tradițional de plată în sistemul de servicii medicale în care prestatorii și medicii sunt recompensați pentru fiecare serviciu prestat

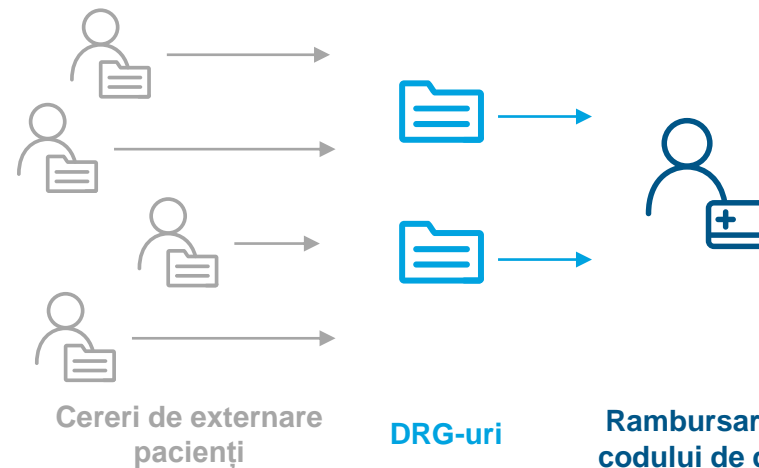


Grupuri de diagnostic

Abordare bazată pe valoare

Prestatorii și medicii sunt recompensați pentru rezultatele pozitive ale pacienților, mai degrabă decât pentru volumul serviciilor furnizate

Abordare bazată pe DRG-uri



- Prestatorii colectează cererile de externare și le clasifică în grupuri **omogene, reprezentative din punct de vedere clinic**
- Sistemul DRG impune apoi plătorilor să efectueze **rambursări pe baza codului de diagnostic**, indiferent de serviciile prestate sau de durata șederii, și anume o plată DRG tipică acoperă toate costurile asociate cu o ședere în spital de la momentul internării până la externare

Optimizare costuri

Alocarea fondurilor existente ar putea fi optimizată iar economii de cost ar putea fi realizate prioritizând patru arii

Rezumat

Există mai multe potențiale surse de optimizare a costurilor pentru a sprijini strategiile specifice și pentru a susține creșterea investițiilor în sănătate



Infrastructură medicală

- Înțelegerea ineficiențelor și creșterea transparenței costurilor pot ajuta la identificarea ariilor de optimizare costuri, de exemplu:
 - Personalul medical se confruntă cu o distribuție fragmentată și cu migrație
 - Îngrijirea în ambulatoriu reprezintă 19% din costurile totale cu sănătatea în România, versus 30% în UE, conducând la o îngrijire primară redusă
 - Numărul de dispozitive medicale este scăzut comparativ cu UE și mult subutilizat



Pierderea exclusivității

- În următorii 4-5 ani există o schimbare de paradigmă într-o perioadă în care un număr semnificativ de produse își vor pierde exclusivitatea
- Reducerea costurilor ca urmare a pierderii exclusivității poate duce la resurse eliberate care pot fi realocate pentru a crește accesul pacienților la tratament



Tehnologie

- Datorită tehnologiei, economiile ar putea fi realizate și printr-o eficiență îmbunătățită, de exemplu:
 - Un studiu UE estimează că adoptarea de soluții tehnologice și AI în sistemele de sănătate europene ar putea duce la €212 miliarde economii anuale
 - Un studiu din UK privind rentabilitatea prostatectomiei radicale asistată robotic (RARP) în cancerul de prostată localizat estimează economii de £1800 per pacient



Digitalizare

- Maturitatea digitală în domeniul sănătății în România este evaluată ca fiind “subdezvoltată”, înregistrând un decalaj față de Europa de Vest
- O serie de politici dedicate sănătății digitale au fost adoptate în Europa în ultimii ani dar România a rămas în urmă

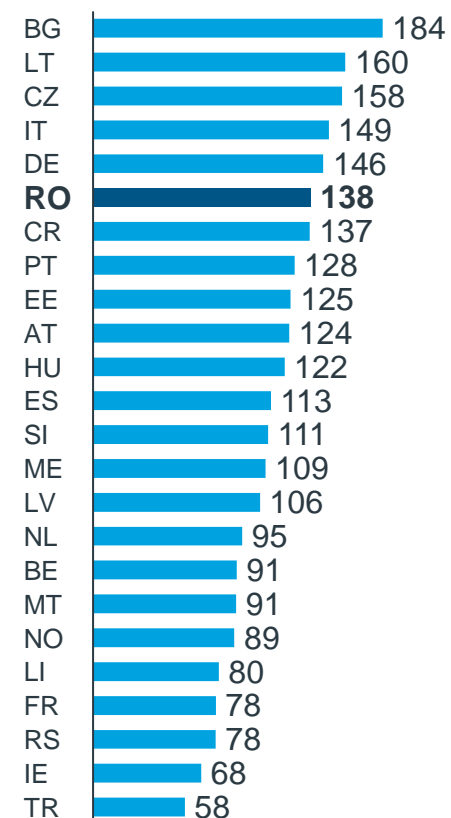
Infrastructura medicală

Distribuția inegală a medicilor, pe specialitate și grupă de vârstă, creează o presiune suplimentară pentru sistemul de sănătate

Personalul medical per specialitate: RO vs. UE

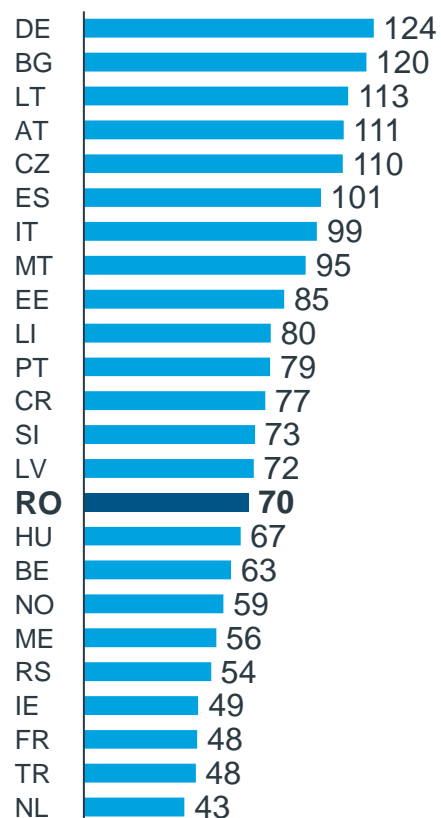
Specialiști*

la 100.000 de locuitori, 2020



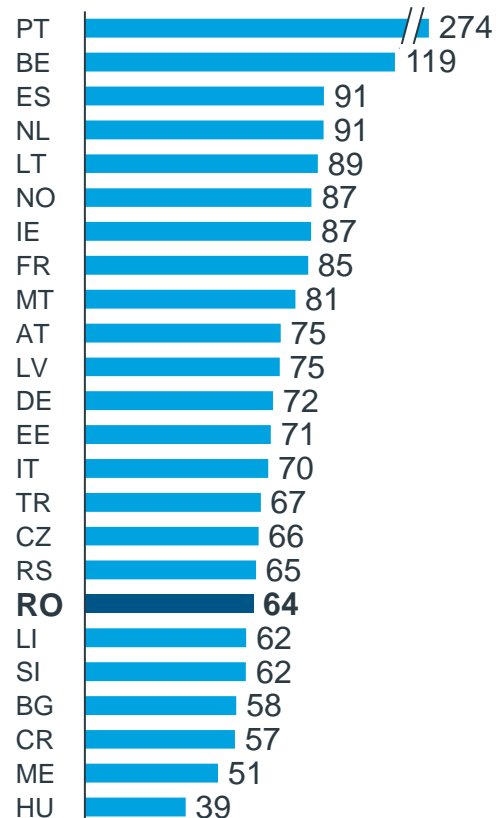
Specialiști chirurgie**

la 100.000 de locuitori, 2020

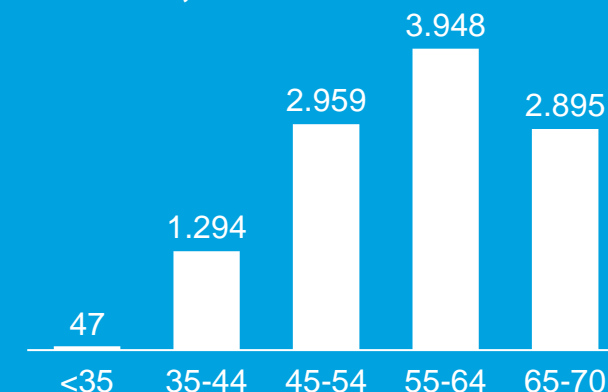


Medici de familie

la 100.000 de locuitori, 2020



Medici de familie, în funcție de vârstă***, 2020



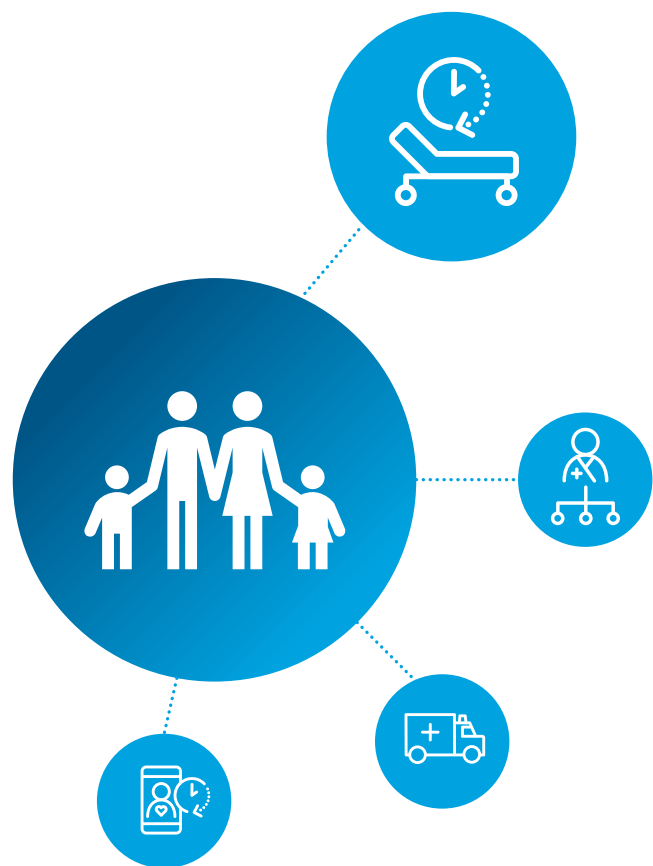
România are, de asemenea, o forță de muncă în curs de îmbătrânire; de exemplu, estimările arată că România va pierde ~18% din actualii medici de familie în următorii 10 ani din cauza pensionării celor care au în prezent vârsta de peste 55 de ani, iar forța de muncă mai tânără este insuficientă pentru a îi înlocui

Note: *Include medici specializați în diagnosticul și tratamentul ne-chirurgical al tulburărilor și bolilor fizice, de ex. specialiști în medicină internă, cardiologie, oncologie și radiologie; ** Include medicii specializați în chirurgie, adică specialiști în chirurgie generală, chirurgie neurologică, anestezie sau medicina accidentelor și de urgență; ***Analiza acoperă cca 90% din populația de medici de familie din România

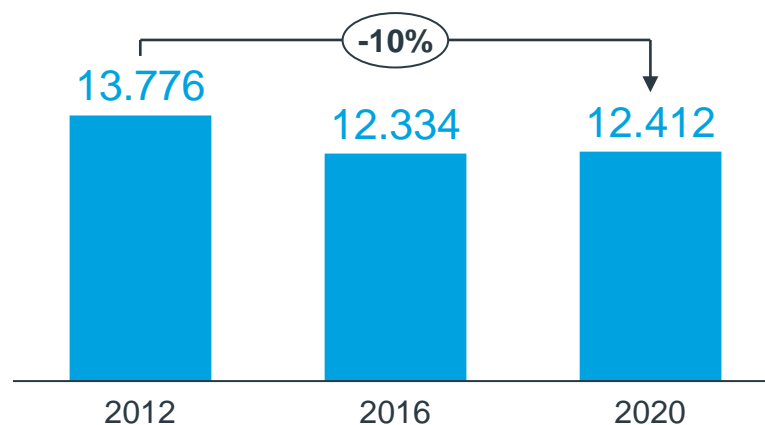
Sursă: Eurostat, IQVIA, UNICEF

Asistența spitalicească rămâne dominantă, în principal din cauza îngrijirii primare și ambulatorii slabe, cauzând costuri ridicate inutile

Personalul medical: Raportul dintre specialiști și medici de familie



Numărul de medici de familie



Raportul dintre specialiști și medicii de familie, 2020



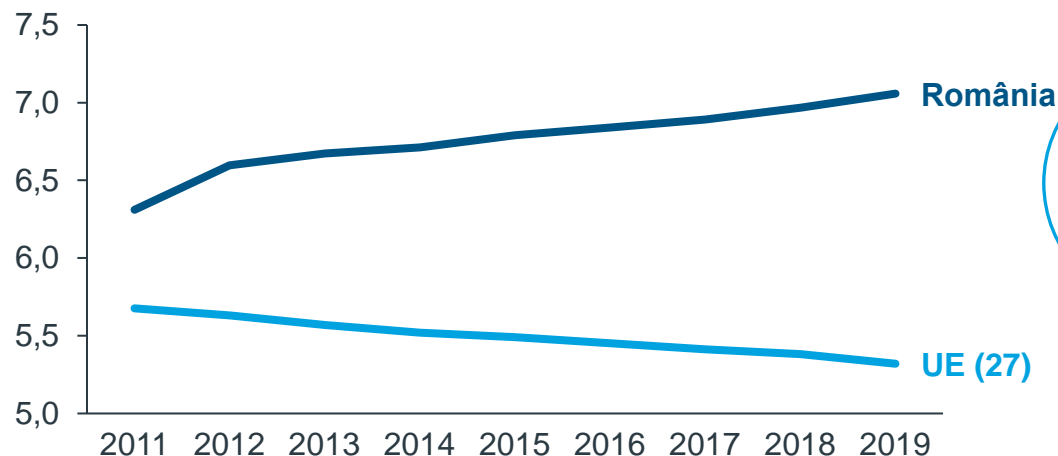
Medicii de familie ar trebui să acționeze ca *gardienii* (“gatekeepers”) sistemului de sănătate, fiind primul punct de contact

O concentrare mai scăzută a medicilor de familie, lipsa disponibilității și, adesea, stimulente necorespunzătoare conduc la un **sistem de îngrijire primară slab** și, prin urmare, la o **dependență ridicată față de îngrijirea în regim de spitalizare**

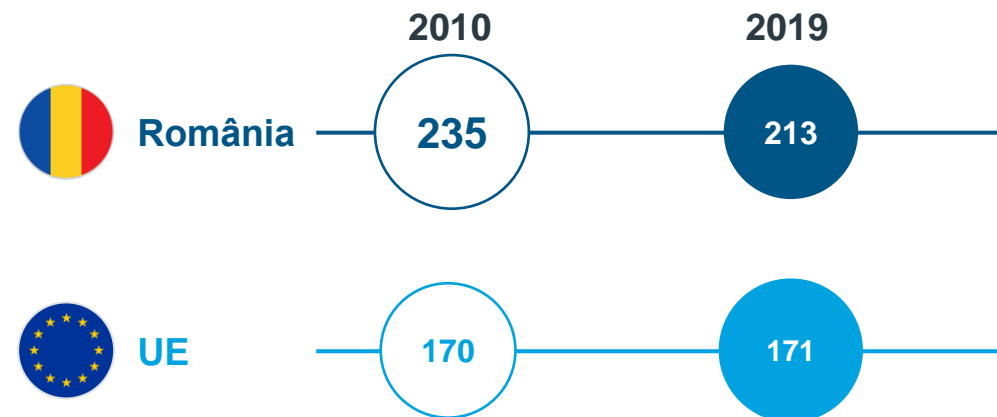
Spitalizările sunt adesea rezultatul ocolirii de către pacienți a asistenței medicale primare

Infrastructura spitalicească: Numărul de paturi și externările din spital

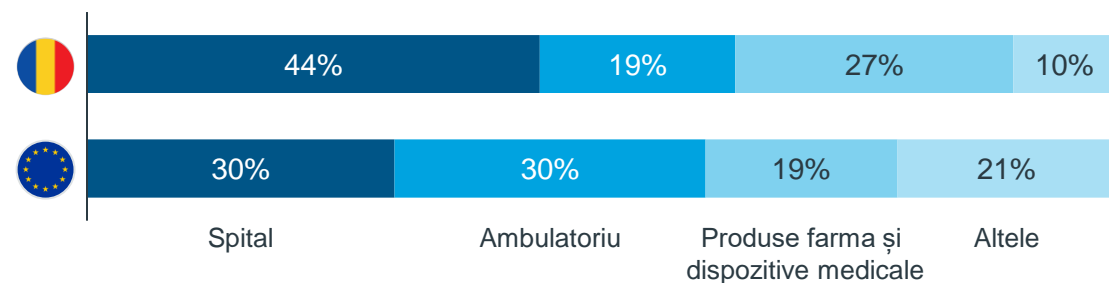
Numărul de paturi din spital la 1000 de locuitori



Externări anuale din spitale la 1000 de locuitori



Cheltuieli privind sănătatea, 2019

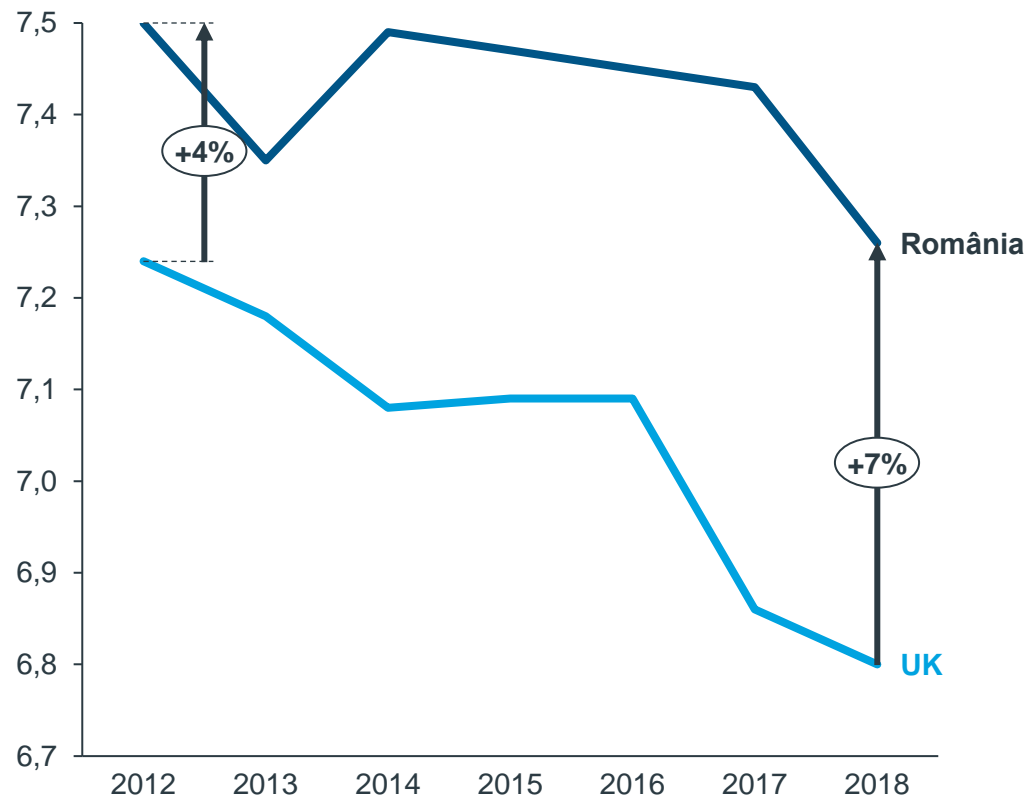


- România este pe locul 4 în UE în ceea ce privește numărul de paturi din spitale, și locul 2 privind externările pe cap de locuitor, în 2019
- Comparativ cu costurile de îngrijire în ambulatoriu, costurile de îngrijire în spital ocupă **de două ori mai mult** din cheltuielile totale (44% față de 19%). În contrast, în UE acestea sunt egale
- Spitalizările sunt adesea rezultatul ocolirii de către pacienți a asistenței medicale primare

Deși România a redus durata medie de spitalizare privind îngrijirea curativă, aceasta este mai mare decât ale unor țări din Vestul Europei

Infrastructura spitalicească: Durata spitalizării

Durata medie de spitalizare (număr mediu de zile)

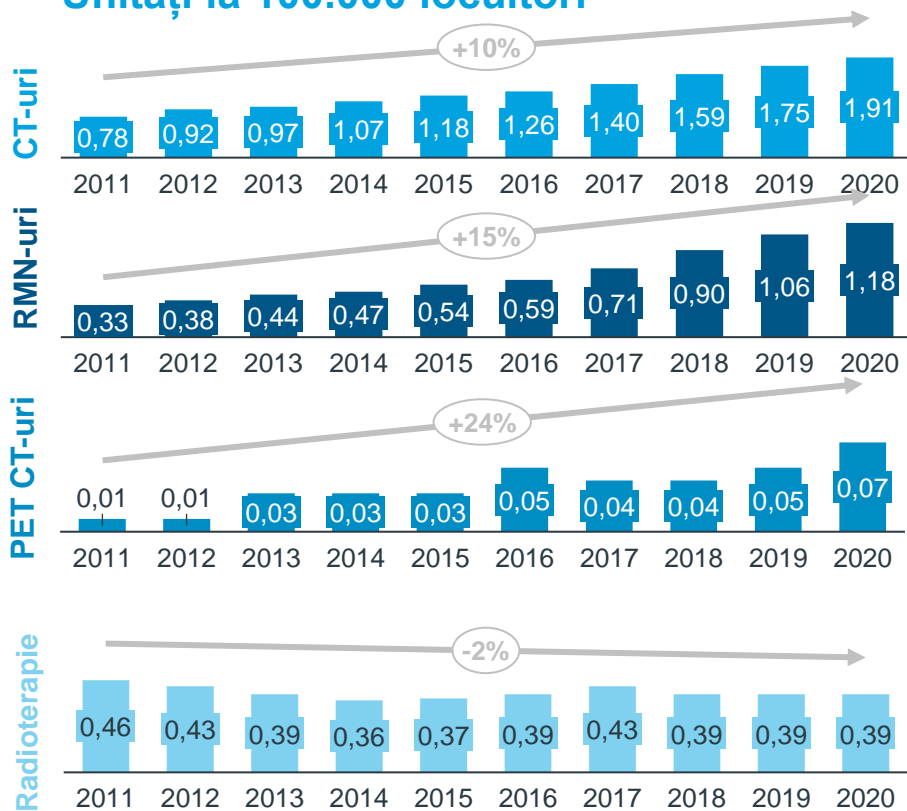


- Deși s-a înregistrat o **scădere a duratei medii de spitalizare a pacienților**, România mai are încă de lucru pentru a elimina decalajul în comparație cu **țările din Vestul Europei, de exemplu comparativ cu durata medie a șederii în UK**
- Optimizarea și reducerea duratei de spitalizare îmbunătățește rezultatele financiare, operaționale și clinice prin scăderea costurilor de îngrijire a unui pacient, atât a costurilor administrative și a celor privind consumabilele, cât și a cheltuielilor de personal. În același timp, poate îmbunătăți rezultatele pacienților prin minimizarea riscului de afecțiuni dobândite în spital

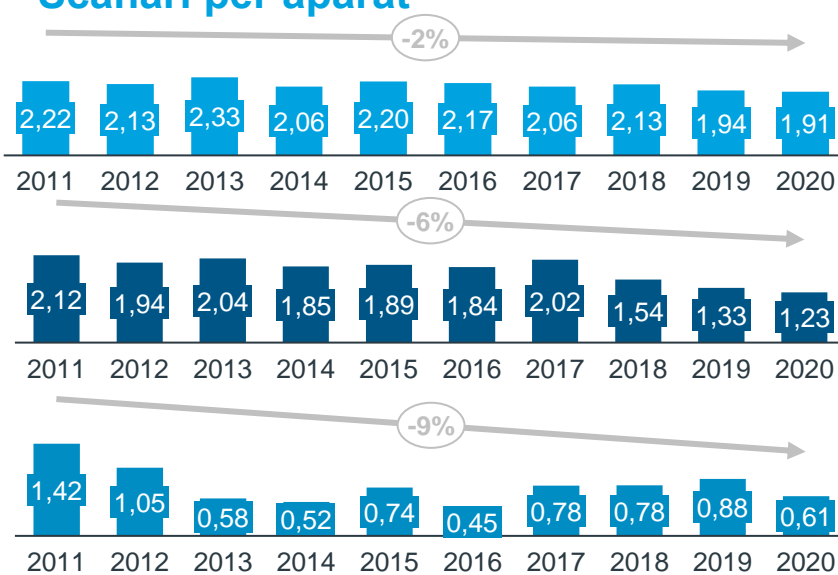
În ceea ce privește tehnologia medicală, România se află pe un trend pozitiv, crescând accesul la anumite dispozitive medicale

Tehnologie medicală

Unități la 100.000 locuitori



Scanări per aparat



Datele nu sunt disponibile

- Scanerile de tomografie computerizată (CT-uri), unitățile de imagistică prin rezonanță magnetică (RMN-uri), scanerile tomografice cu emisie de pozitroni (PET-uri) au devenit mai accesibile începând cu 2011, aspect ce a redus presiunea asupra unităților individuale, iar scanările per unitate au scăzut
- Unitățile de echipamente de radioterapie nu au cunoscut aceeași tendință și sunt încă sub valorile recomandate*
- În plus, distribuția regională disproporționată a tuturor unităților reprezintă o altă provocare la adresa accesibilității generale

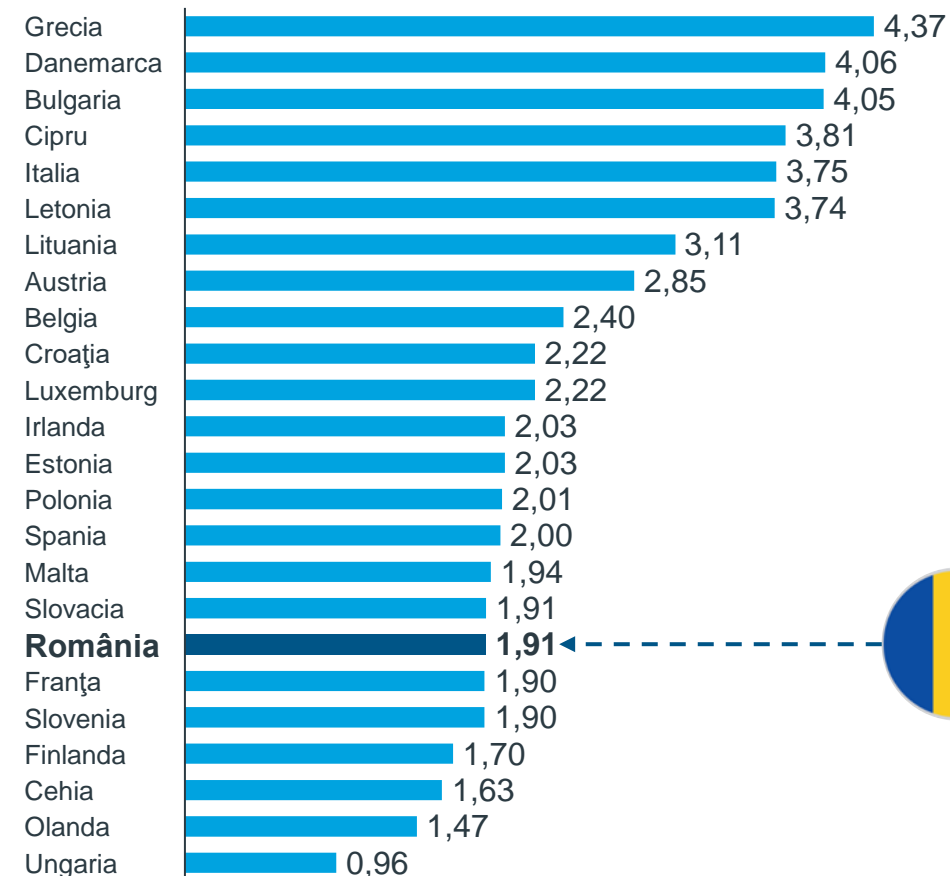
*Societatea Europeană de Radiații și Oncologie (ESTRO) recomandă 1 accelerador liniar / 200.000 de locuitori

Sursă: Eurostat – Units in hospital and ambulatory providers, Journal of Medical and Radiation Oncology - "Reimbursement of radiotherapy services in Romania" study

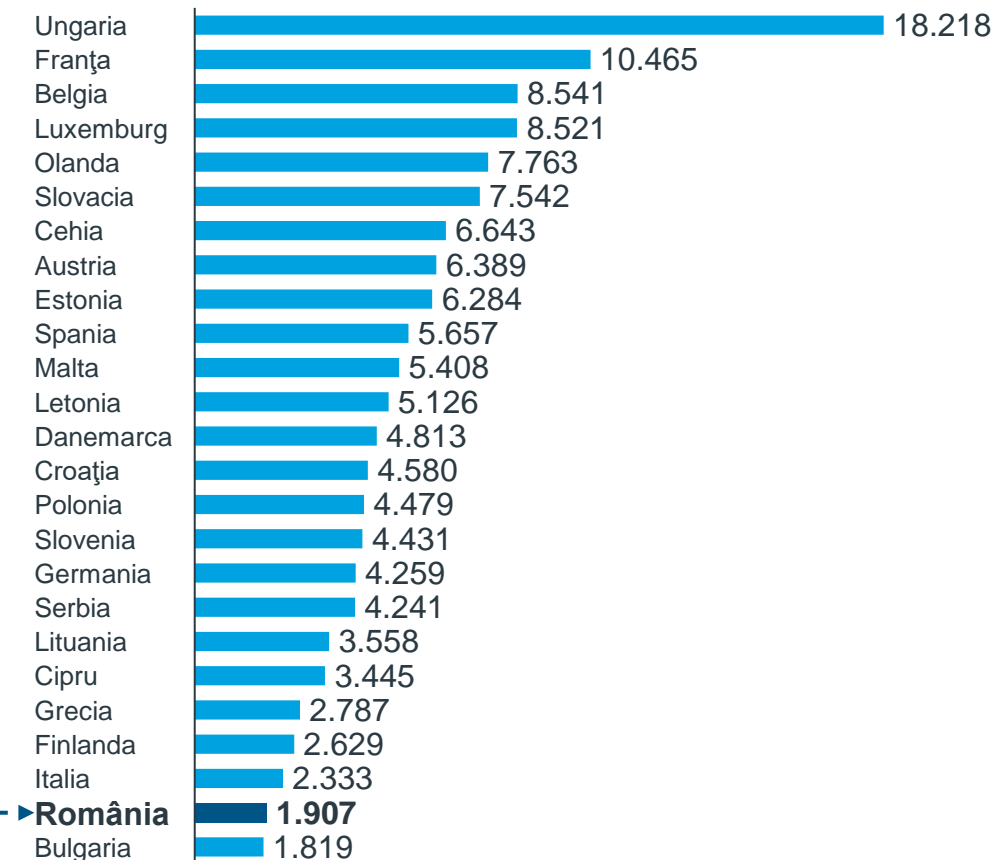
Numărul de unități CT este scăzut comparabil cu UE și acestea rămân mult subutilizate în România

Tehnologie medicală: Unități CT în UE vs. România

Unități CT la 100.000 locuitori, 2020*



Tomografiile per aparat, 2020*

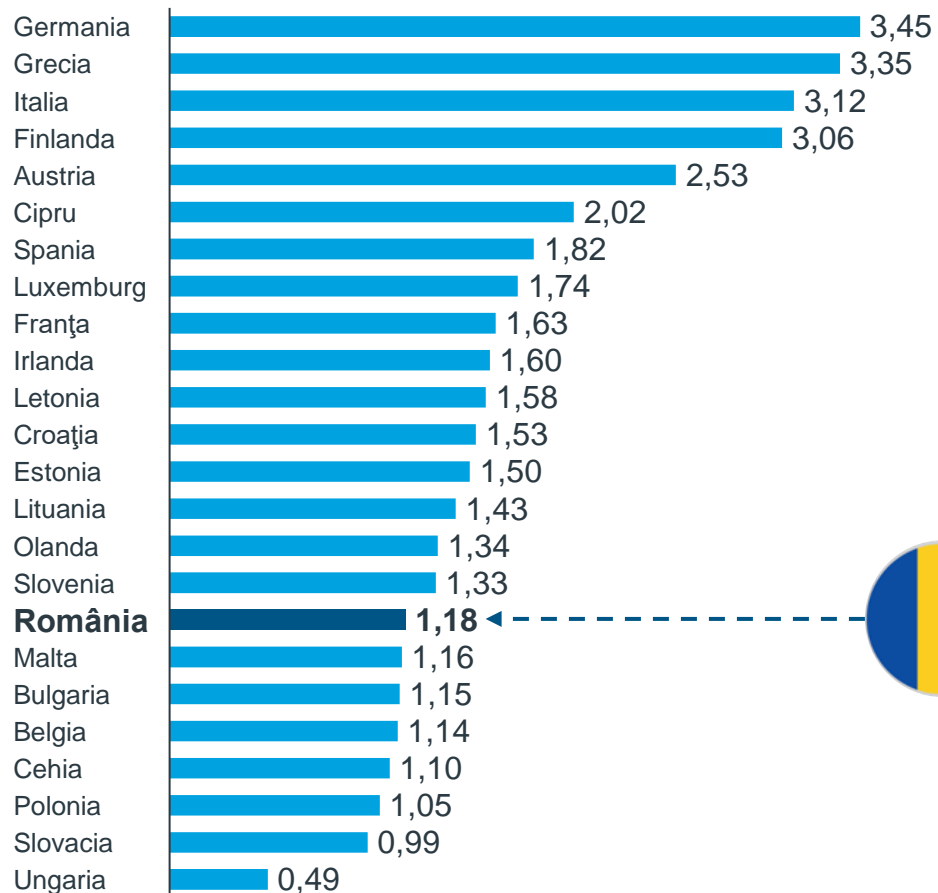


Sursă: Eurostat – Units in hospital and ambulatory providers

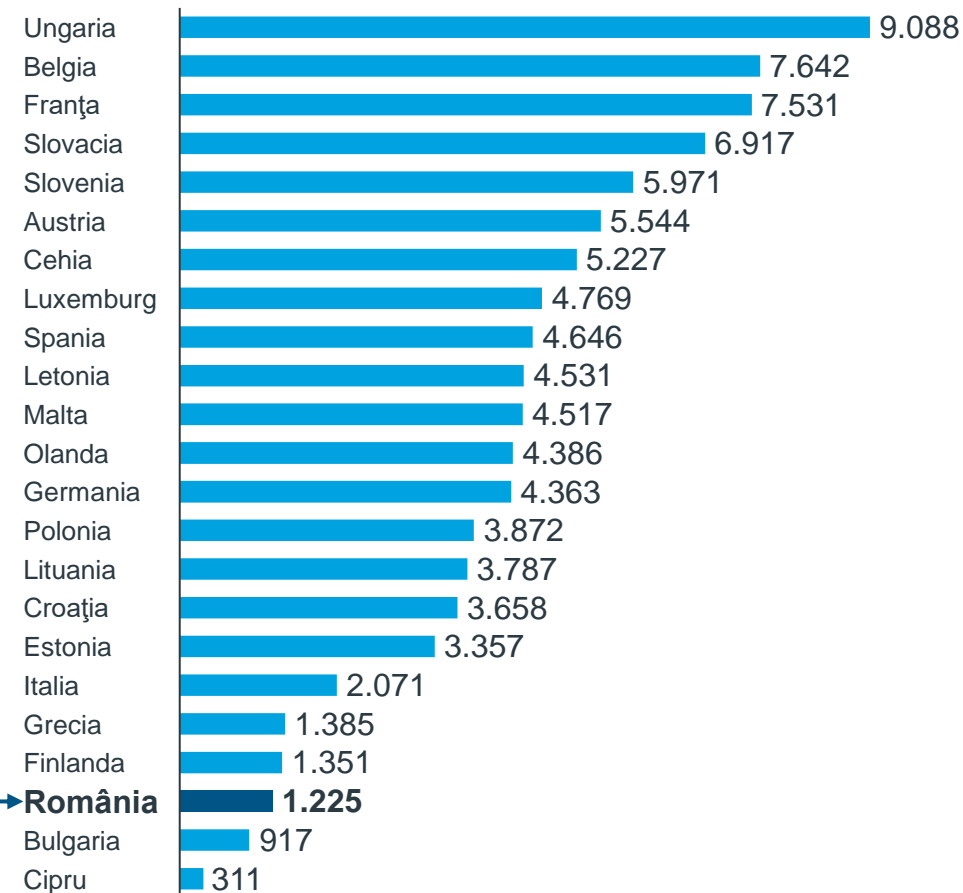
Similar, unitățile RMN sunt disponibile într-un număr limitat și au o rată de utilizare scăzută în comparație cu țările UE

Tehnologie medicală: Unități RMN în UE vs. România

Unități RMN la 100.000 locuitori, 2020*



Scanări RMN per aparat, 2020*

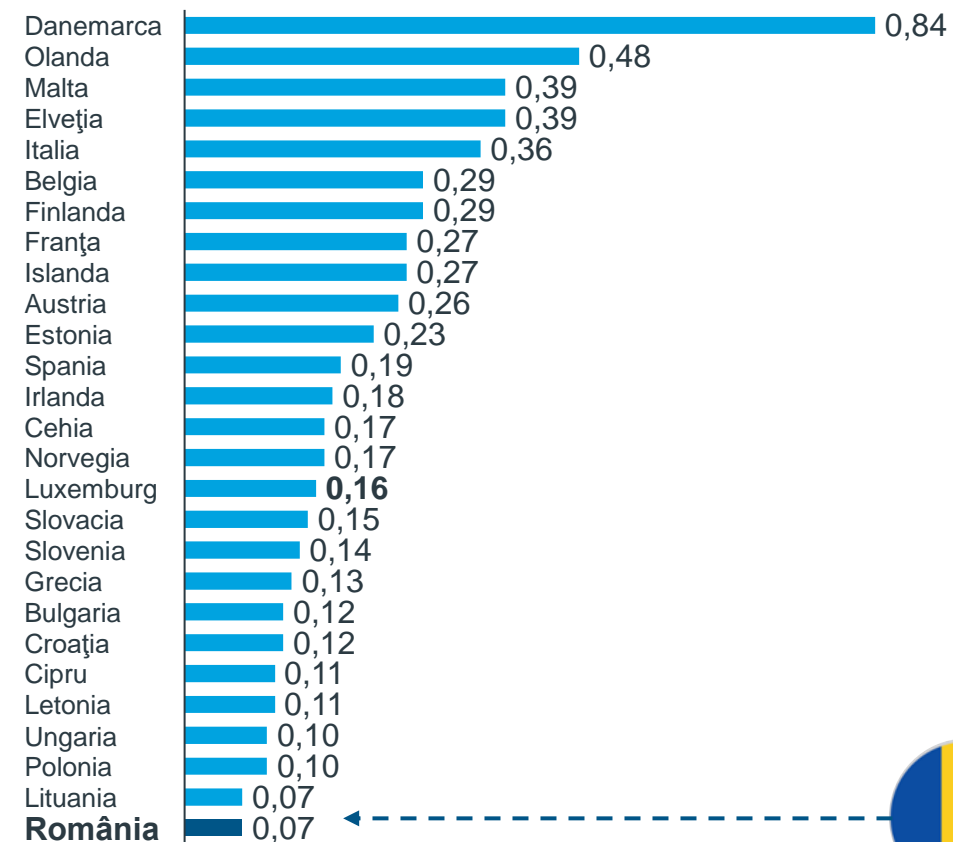


Sursă: Eurostat – Units in hospital and ambulatory providers

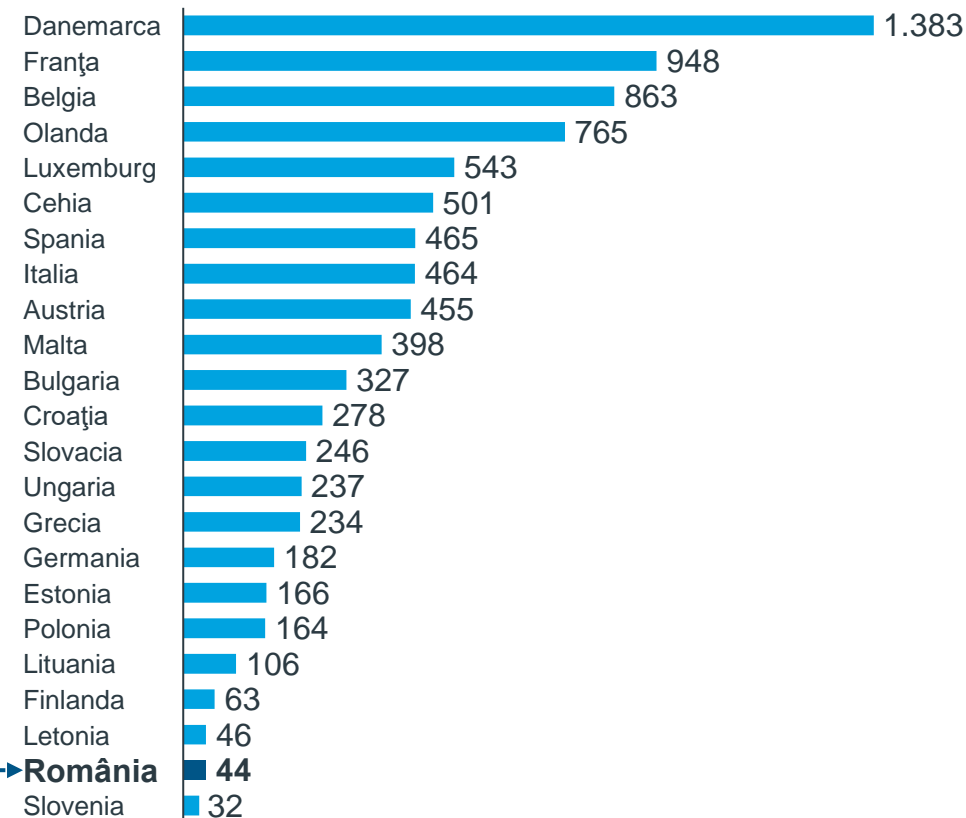
România are cea mai mică rată de unități PET la 100 000 locuitori și a doua cea mai mică utilizare per unitate din UE

Tehnologie medicală: Unități PET în UE vs. România

Unități PET la 100.000 locuitori, 2020*



Scanări PET per aparat, 2020*

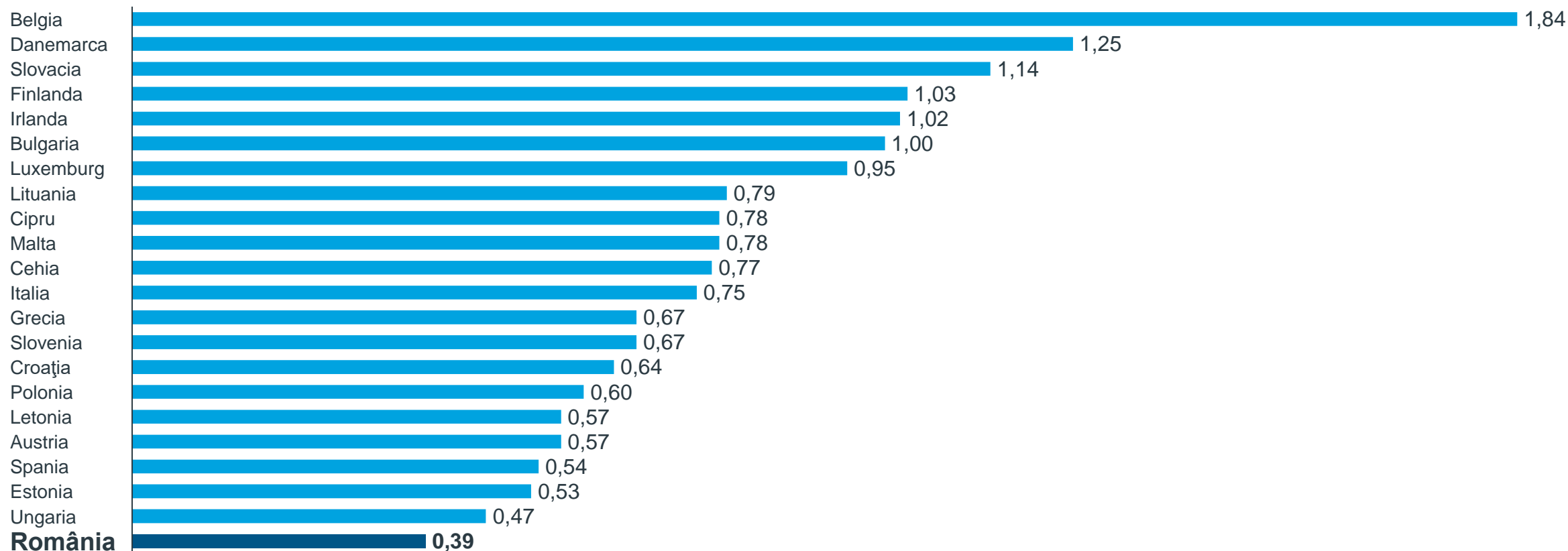


Sursă: Eurostat – Units in hospital and ambulatory providers

România are cea mai mică rată de unități de radioterapie la 100 000 de locuitori

Tehnologia medicală: Unități radioterapie în UE vs. România

Unități de radioterapie la 100.000 de locuitori, 2020*



Sursă: Eurostat – Units in hospital and ambulatory providers





Sănătatea ca Investiție pe Termen Lung

În UK, mecanisme obligatorii de management al costurilor la nivel național stimulează spitalele să obțină o transparență crescută și să genereze valoare

Studiu de caz: Creșterea transparenței costurilor în UK (1/3)



> **Toate organizațiile NHS** trebuie să realizeze **colectarea anuală a costurilor**, pe baza unor ghiduri de cost stabilite în prealabil

- 
 Tranziția de la costuri de referință la un sistem hibrid de costuri la nivel de pacient și costuri colectate agregat, pentru a ajunge în următorii ani la o colectare costurilor la nivel de pacient completă
- 
 Sprijinirea dezvoltării de noi modele de îngrijire medicală și reducerea variațiilor în utilizarea resurselor
- 
 Analiza comparativă a furnizorilor de servicii medicale
- 
 Utilizarea datelor colectate, atât la nivel național, cât și la nivel de furnizor pentru:
 - identificarea de bune practici privind eficiența operațională și clinică
 - sprijinirea deciziilor privind tariful național și altor analize de preț
 - Înțelegerea relației dintre caracteristicile furnizorului, caracteristicile pacientului și costuri

Implementarea transparenței și analizei la nivelul mecanismelor de cost reprezintă un factor important pentru optimizarea costurilor

Studiu de caz: Creșterea transparenței costurilor în UK (2/3)



Mecanismul de costuri la nivel de spital a fost implementat în peste 260 de organizații NHS din UK

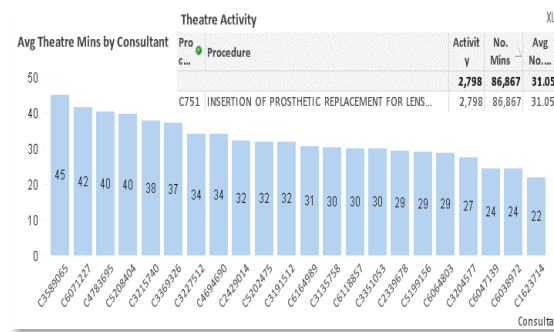
Sistem de costuri la nivel de pacient (PLICS)

- Colectarea și analiza de informații la nivel de pacient
- Descompunerea fiecărei facturi a pacientului pentru fiecare spitalizare, dobândind o mai bună înțelegere asupra **costurilor la nivel de grupuri de resurse și a utilizării acestora pe perioada spitalizării**



Raportare integrată pe linie de servicii

- Monitorizarea **eficienței financiare a deciziilor clinice**
- Implementarea **situațiilor bugetare lunare și a rapoartelor de analiză per linie de servicii**
- Înțelegerea **profitabilității diferitelor servicii** furnizate, posibilitatea de a detalia per activitate la nivel de individ



Analiză comparativă

- Compararea performanței financiare și operaționale între organizații la nivel de țară pentru a **identifica și a comunica cele mai bune practici clinice și financiare**
- Identificare de cohorțe de pacienți potriviți pentru studiile clinice



Noul mecanism de costuri a contribuit la îmbunătățirea profitabilității prin optimizarea întregului parcurs al pacientului

Studiu de caz: Creșterea transparenței costurilor în UK (3/3)



Noul program de calcul al costurilor a ajutat la înțelegerea parcursului pacientului în domeniul sănătății

- Sistemul de costuri la nivel de pacient (PLICS) a fost utilizat pentru a schimba paradigma costurilor către o nouă abordare care analizează **costurile la nivelul întregului parcurs al pacientului**
- Sistemul permite realizarea unei *analize de sensibilitate* - **modul în care creșterea costurilor de diagnosticare poate reduce durata șederii** și poate îmbunătăți profitabilitatea generală a serviciului medical
- Au fost instituite sisteme de **monitorizare a testelor de diagnosticare**; analize relevante se derulează în prezent în jurul variațiilor clinice observate

O mai bună planificare a externării

Reducerea duratei de ședere



Testare pentru diagnostic timpurie

Introducerea unui nou standard de diagnostic în UK a asigurat un timp mai rapid pentru diagnosticare și un parcurs optimizat al pacientului

Studiu de caz: Standard de diagnosticare mai rapidă



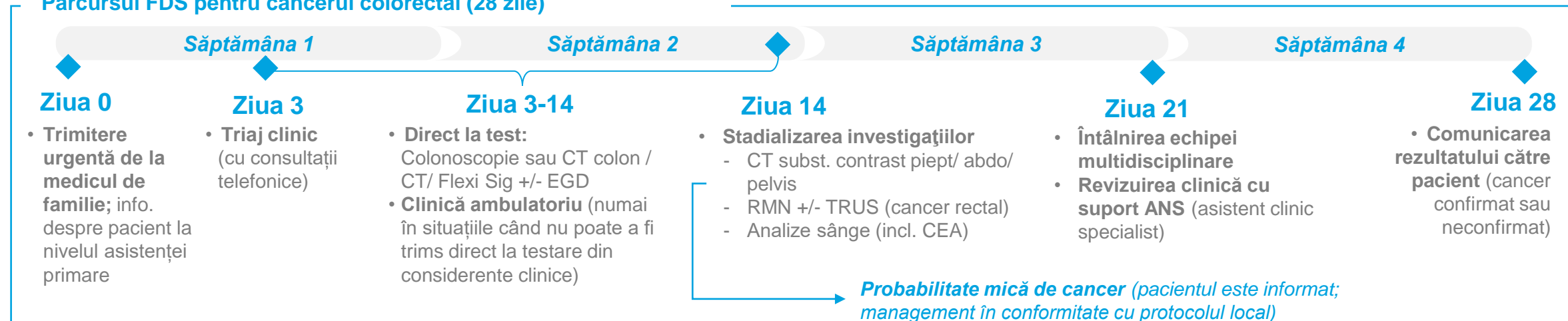
- În 2021, NHS a introdus **Faster Diagnosis Standard (FDS)**
- FDS subliniază importanța primirii unui diagnostic mai rapid sau a excluderii cancerului și definește **un interval de 28 de zile** pentru a face acest lucru posibil
- **64% dintre pacienți** au fost diagnosticați sau li s-a exclus diagnosticul de cancer în decurs de 28 de zile de la stabilirea suspiciunii de cancer*



Beneficiile Faster Diagnosis Standard :

- **Pacienți** – mai bine informați, o experiență mai bună, anxietate redusă și potențial de supraviețuire îmbunătățit
- **Clinicieni** – colaborare mai eficientă între asistența medicală primară și cea secundară pentru a asigura trimeri cu un nivel mai ridicat de calitate
- **Sisteme** – număr de cereri mai redus în clinicile ambulatorii, întârziere mai redusă a îngrijirii medicale, performanță îmbunătățită

Parcursul FDS pentru cancerul colorectal (28 zile)



* Rezultate la ianuarie 2022; EGD - Esofago-Gastro-Duodenoscopie; TRUS - ecografia transrectală; CEA - antigen carcinoembrionar

Sursă: NHS, Cancer Research UK

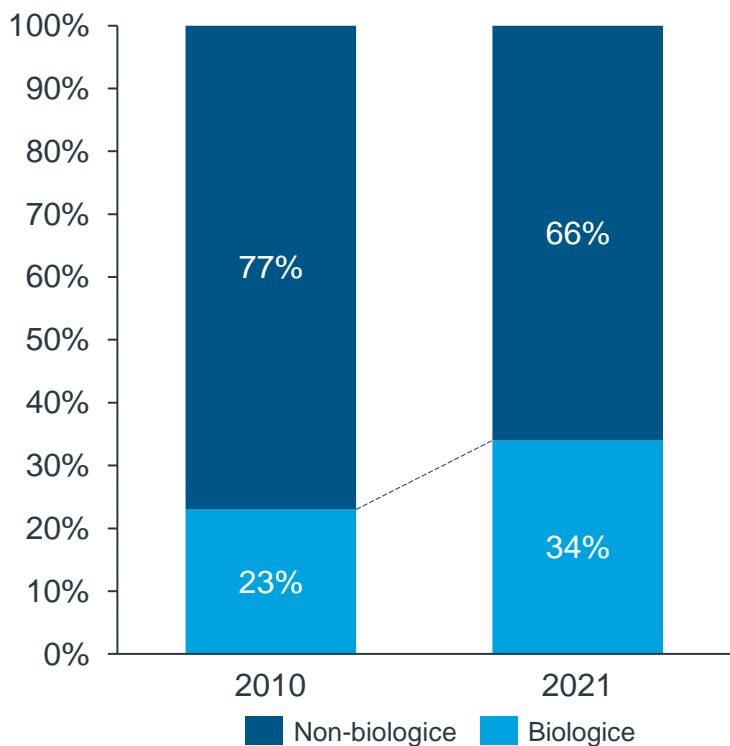
Sănătatea ca Investiție pe Termen Lung

Potențialul generat de pierderea exclusivității

Previțiunile privind pierderea exclusivității și potențialul de economisire rezultat vor genera o schimbare de paradigmă în următoarea perioadă

Analiză privind pierderea exclusivității (1/2)

Pondere costuri în piața totală de medicamente cu prescripție în UE (%)

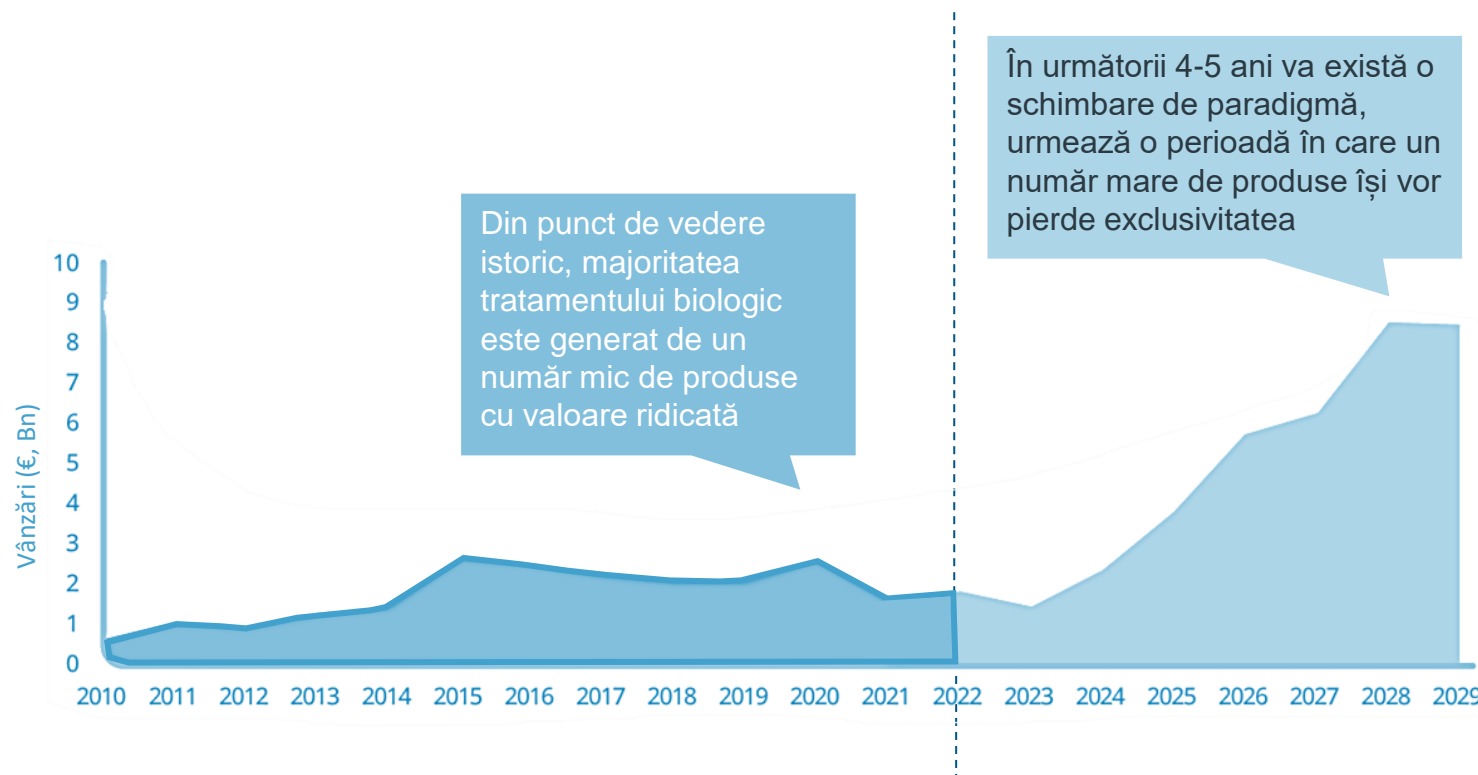


* Biologice cu prescripție în 23 de țări europene

Sursă: IQVIA

Sănătatea ca Investiție pe Termen Lung

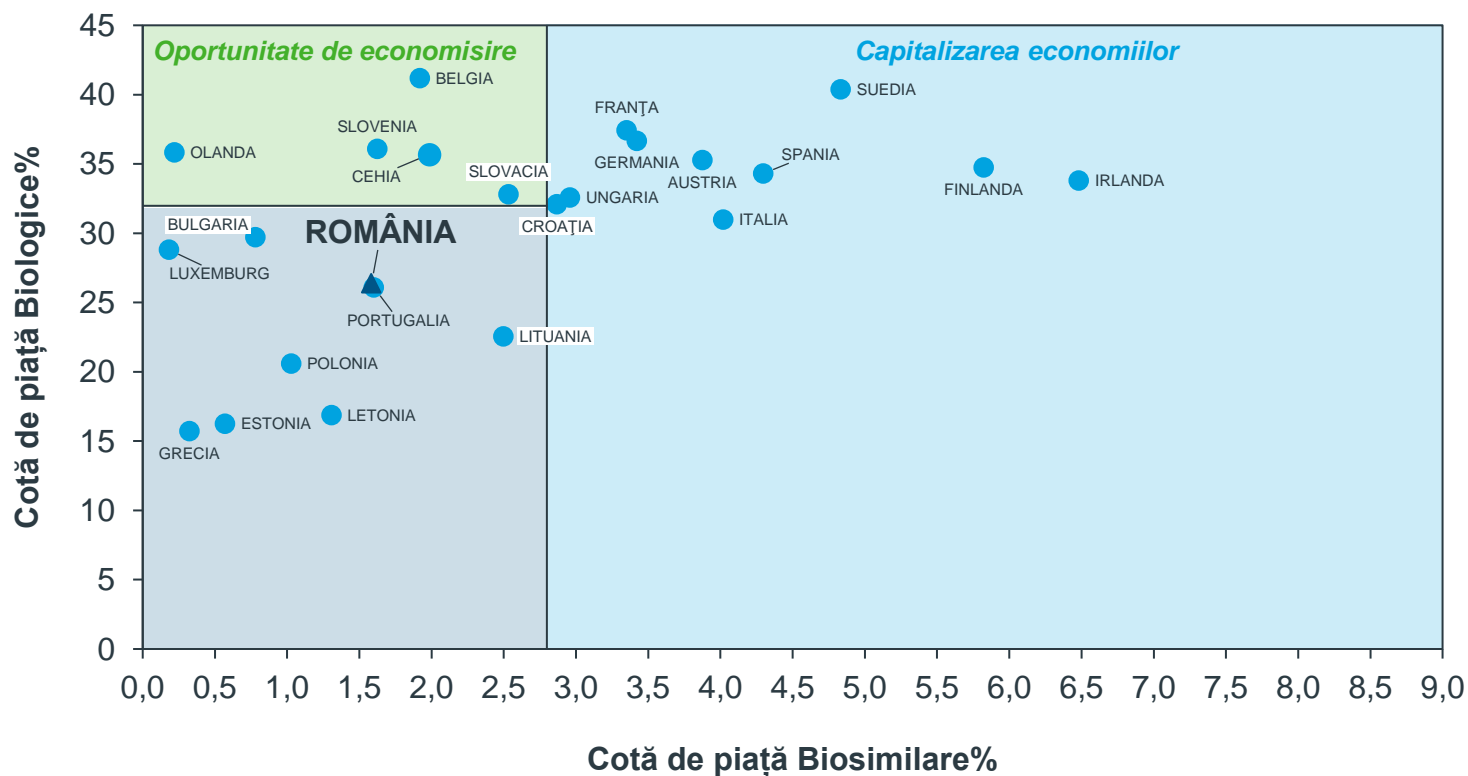
Pierderea exclusivității pentru biologice, prognoză*



În următorii 5 ani, România ar putea valorifica oportunități semnificative de economisire monitorizând potențialele pierderi de exclusivitate

Analiză privind pierderea exclusivității (2/2)

Utilizarea biosimilarelor în UE, 2021



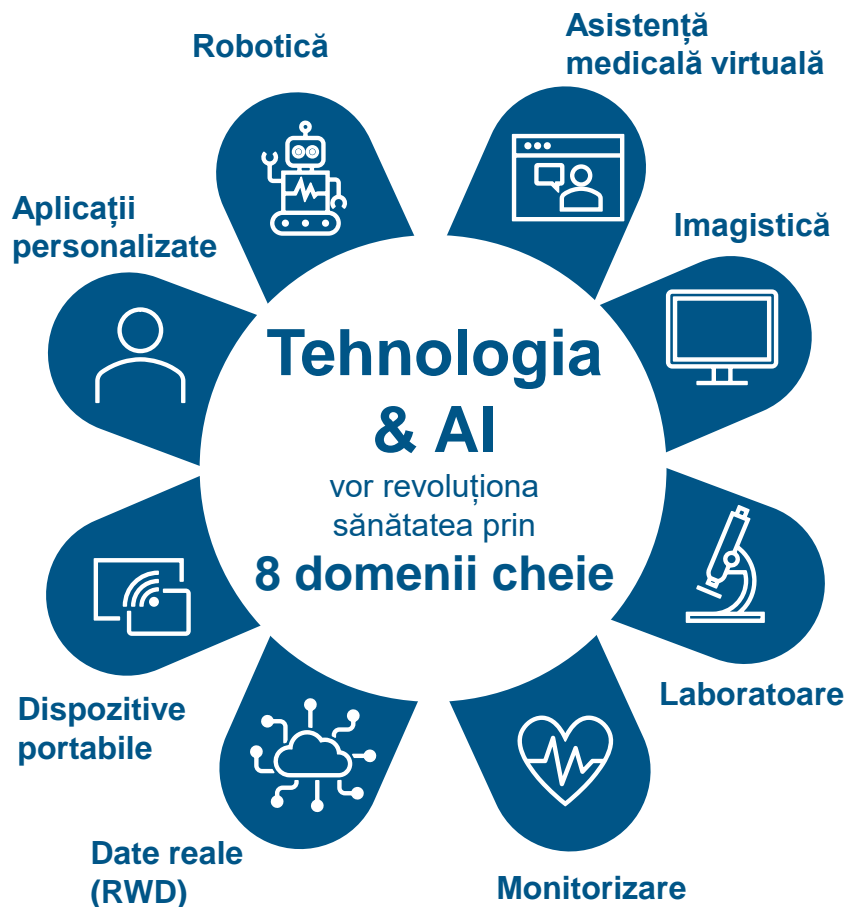
- România are o creștere substanțială a utilizării medicamentelor biologice în ultimii ani (peste 25% cotă de piață în 2021), în timp ce adoptarea biosimilarelor rămâne una dintre cele mai scăzute din UE
- Dacă această creștere continuă, este important să se monitorizeze potențiale pierderi de exclusivitate preconizate în următorii ani
- În următorii 5 ani, ar putea exista oportunități semnificative de economisire care să fie valorificate

Notă: Datele nu au fost disponibile pentru Cipru, Danemarca și Malta. Pentru Estonia, Grecia și Luxemburg au fost disponibile doar date de retail; pentru Olanda au fost disponibile doar date de spital.

Eficientizarea costurilor bazată pe tehnologie

Soluțiile tehnologice/AI pot îmbunătăți eficiența și capacitatea personalului medical generând astfel economii de cost

Impactul tehnologiei și al AI în UE



Potențialul impact al tehnologiei și al AI în sistemele de sănătate europene



€ **€171-212 mld**
în economii de cost anuale*

380-403 mii
vieți pot fi salvate anual

1,7-1,9 mil
ore pot fi eliberate anual

Pentru a debloca întregul potențial al tehnologiei și al AI, sistemele de sănătate trebuie să aducă îmbunătățiri într-o serie de domenii:

- **Date** – îmbunătățirea calității, confidențialității și interoperabilității datelor pentru a sprijini soluțiile tehnologice
- **Cadru de reglementare** – stabilirea de direcții privind aplicarea și interpretarea reglementărilor existente pentru a include aspecte tehnologice și abordări noi pentru a răspunde cerințelor tehnice
- **Cadru organizatoric și financiar** – investiții substanțiale pentru infrastructură, digitalizare, tehnologii, programe de educare etc.

*inclusiv costul de oportunitate privind timpul personalului medical
AI – Inteligență artificială

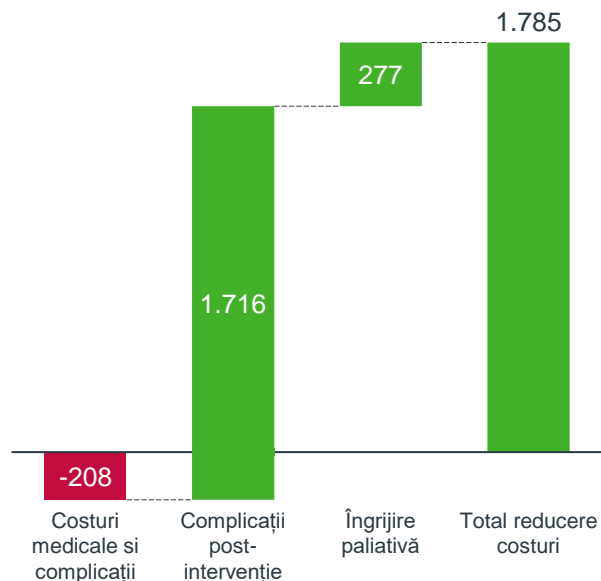
Un studiu din UK evidențiază beneficiile implementării chirurgiei robotice în cancerul de prostată localizat

Studiu de caz: Eficiență costuri generată de Prostatectomia Radicală Asistată Robotică (RARP) 

Impactul Prostatectomiei Radicale Asistată Robotice (RARP) în cancerul de prostată localizat

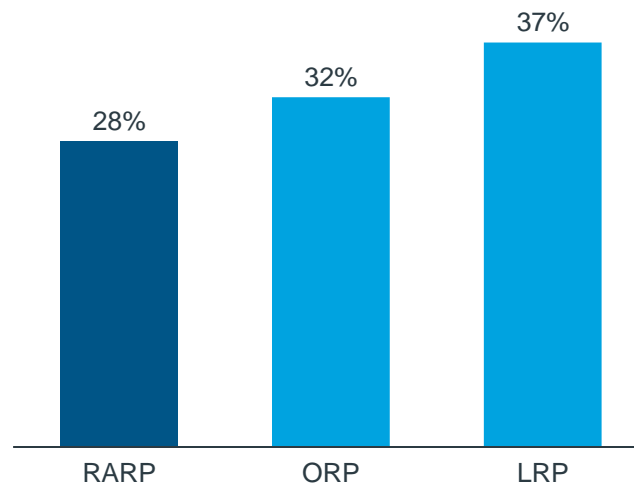
Eficiență costuri

Eficiență costuri RARP versus LRP per pacient (£)



Risc BCR scăzut

Riscul de recurență biochimică al RARP, ORP și LRP



Creștere QALY

Ani de viață ajustați în funcție de calitatea vieții (QALY) ai RARP, ORP și ORP

Prostatectomie radicală asistată robotic (RARP)

7,9

Prostatectomie radicală deschisă (ORP)

7,8

Prostatectomie asistată laparoscopic (LRP)

7,7

Notă: RARP - Prostatectomie radicală asistată robotic; LRP - prostatectomie asistată laparoscopic; ORP - prostatectomie radicală deschisă; BCR - Risc recurență biochimică; QALY - ani de viață ajustați în funcție de calitatea vieții

Sursă: Cost-effectiveness of Robotic-Assisted Radical Prostatectomy for Localized Prostate Cancer in the UK, 2022

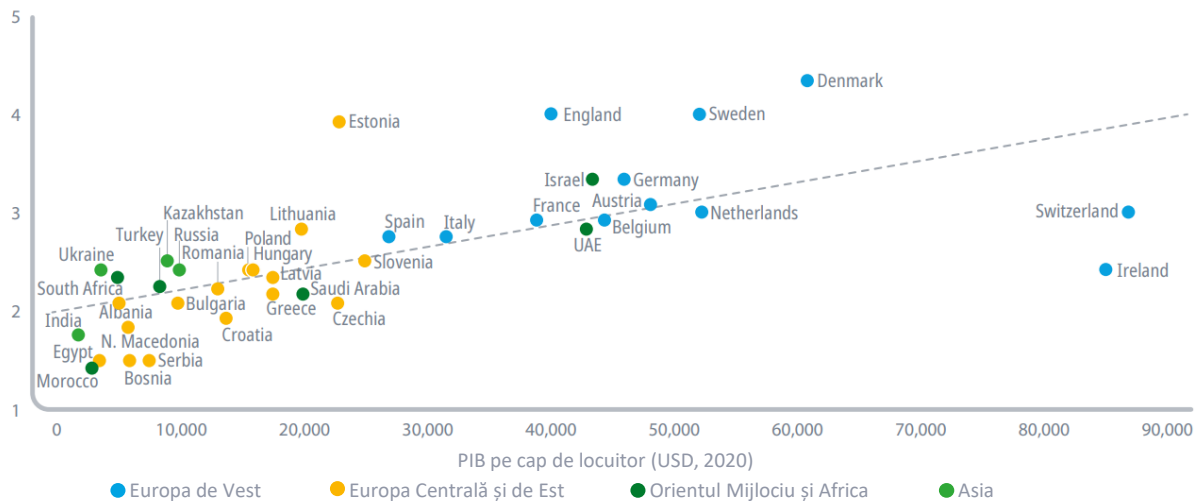
Sănătatea ca Investiție pe Termen Lung

Posibilități de digitalizare în domeniul sănătății și potențial de reducere costuri

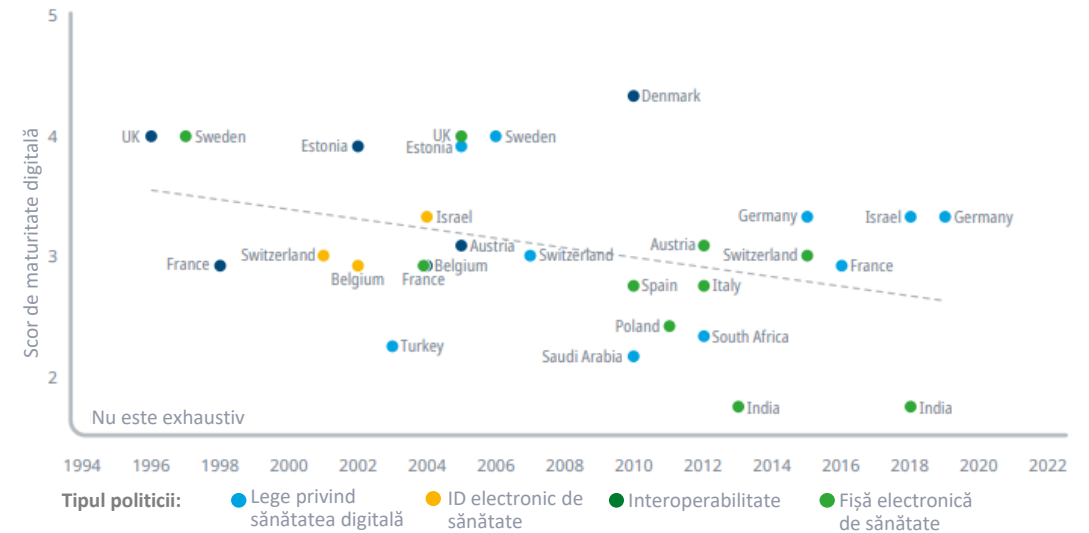
Maturitatea digitală în domeniul sănătății în România este evaluată ca fiind “subdezvoltată”, înregistrând un decalaj față de Europa de Vest

Scorul privind maturitatea sistemului digital de sănătate din România

Scorul maturității sistemului de sănătate digital *, 2020



Introducerea de politici digitale în sănătate, 2020



- România are un scor de maturitate digitală de 2,1 din 5 și se află în urma Europei de Vest
- O serie de legi dedicate sănătății digitale au fost adoptate în Europa în ultimii ani, dar în România nu au fost adoptate încă politici privind ID-ul electronic de sănătate, interoperabilitate sau fișe electronice de sănătate
- Digitalizarea la scară largă necesită un mediu cultural, politic, economic și legislativ puternic pentru a stabili un cadru stabil și bine-susținut

IQVIA utilizează un index de maturitate care ia în considerare natura complexă a sistemelor de sănătate, de la inițiativele unei țări până la infrastructura și punerea sa în aplicare. Metodologia de notare: Experți interni IQVIA au fost intervievați și chestionați cantitativ și calitativ privind 12 elemente componente ale unui sistem de sănătate digital (politici, finanțare, guvernanța datelor, instituții, registrele electronice de sănătate, standarde de date, interoperabilitate, omics, tele-sănătate, inteligență artificială, utilizarea informațiilor, studii virtuale). Media tuturor celor 12 elemente constituie scorul general de maturitate al sistemului de sănătate digital al unei țări.
Sursă: IQVIA, IQVIA 2021 White Paper “Switching on the Lights”

Inițiativele UE care facilitează schimbul de date și designul unor sisteme de sănătate digitale pot contribui la reducerea decalajului

Spațiul European de Date pentru Sănătate



Inițiativa Spațiului European de Date pentru Sănătate

(2019-2025)

urmărește să faciliteze schimbul de date de sănătate între țările membre, privind tratamentul, sănătatea publică, cercetarea și inovarea, elaborarea de politici



Prin intermediul **fișelor medicale electronice, al datelor medicale provenite de la aplicații și dispozitive medicale și al registrelor de date medicale**, Spațiul European de Date pentru Sănătate va avea un impact pe toate nivelurile, pentru toate părțile implicate



Împuternicirea **indivizilor** să aibă control asupra datelor lor de sănătate



Accesul **medicilor** la datele de sănătate relevante



Ajutarea **autorităților** în accesarea datelor medicale relevante neidentificabile



Facilitarea accesului **cercetătorilor** la date medicale neidentificabile



€5,5mld

în economii de cost pentru UE pe parcursul a peste 10 ani datorită unui acces mai bun și schimb de date în domeniul sănătății

€5,4mld

în economii de cost pentru UE pe parcursul a peste 10 ani datorită unei utilizări mai bune a datelor medicale pentru cercetare, inovare și elaborarea de politici de sănătate

20-30%

creșterea suplimentară a pieței de sănătate digitală

În calitate de stat membru al UE, România se poate alinia mai bine la inițiativa Spațiului European de Date pentru Sănătate pentru a își consolida ecosistemul de date medicale, a accelera interconectivitatea cu alte state membre și a debloca potențialul de creștere și de economii de costuri

Digitalizarea în domeniul sănătății este un factor important care poate facilita economisirea, îmbunătățirea accesului la tratament și a eficienței

Inițiativele de digitalizare și beneficiile acestora



Rețetă digitală

- Economii de cost și timp atât pentru pacient, cât și pentru medic
- Transparență și colectarea datelor



Recomandare digitală

- Acces mai facil la specialiști
- Reorientarea vizitelor la Medici de familie/ asistență primară, permițând o mai bună îngrijire în ambulatoriu și reducerea spitalizărilor



Telemedicină

- Facilitarea accesului la servicii medicale, altfel dificil acolo unde există dezechilibre regionale și/sau a resurse limitate; Accesul la asistență medicală în contextul pandemiei
- Managementul și controlul regulat al bolilor cronice



Fisă de pacient electronică

- Un acces mai bun și de calitate la istoricului complet al pacienților
- Claritate mai bună privind parcursul pacientului



Analiză date

- Identificarea pacienților cu risc ridicat
- Prevenirea bolilor folosind analize predictive
- Economii de cost și eficiență sporită, prin analiza datelor de pacient



Monitorizare de la distanță și senzori

- Monitorizarea bolilor cronice
- Reducerea ratei mortalității prin cauze tratabile

Digitalizarea în domeniul sănătății va conduce la:

- Politici de sănătate mai bune, elaborarea lor bazată-pe-dovezi
- Un diagnostic și un tratament mai bun
- Aderență mai mare a pacientului la tratament
- Îmbunătățirea siguranței pacienților
- Continuitatea îngrijirii medicale și îmbunătățirea eficienței în sănătate
- Oportunități mai bune pentru cercetare și dezvoltare

Pentru digitalizarea sănătății în România este necesară prezența a 5 piloni de bază

Piloni Sănătate Digitală



Design strategie

- Identificarea nevoilor și cerințelor în materie de sănătate
- Definirea a ceea ce ar trebui să includă întregul spectru de sănătate digitală (pe termen scurt, mediu și lung)
- Definirea surselor de date, a rezultatelor și a analizelor
- Implicarea strategică a principalelor părți interesate strategice
- Elaborarea unei Hărți Digitale privind sănătatea până în 2030



Baza legislativă

- Introducerea fișei electronice a pacienților și rolului acesteia în sănătate
- Modificări legislative care descriu drepturi & responsabilități și stabilesc cadrul IT
- Protecția datelor și drepturile de proprietate asupra datelor
- Revizuirea textelor juridice existente pentru a asigura compatibilitatea/ coerența



Infrastructura IT

- Infrastructura tehnică generală
- Data Warehouse și Data Lake
- Software backbone
- Definiții și standarde pentru baze de date
- Baza de date de tip cloud
- Criptarea și anonimizarea datelor
- Instrumente/hardware periferice (de exemplu, carduri de plastic, cititoare etc.)



Integrarea sistemelor

- Interfețe între diverse sisteme și baze de date
- Identificatori unici (UID) pentru a asigura compatibilitatea datelor
- Clarificarea responsabililor și a responsabilităților
- Interoperabilitate - Capacități tehnologice îmbunătățite pentru a sprijini interoperabilitatea sistemelor; consensul internațional privind formatele care urmează să fie adoptate



Educație

- Educație continuă pentru profesioniștii din domeniul sănătății; formare și reconversie profesională
- E-learning
- Actualizări ale ghidurilor clinice pentru a include soluții digitale



Deși unele inițiative sunt deja în vigoare, o implementare cu succes necesită un efort cuprinzător combinând toți pilonii, împreună cu campanii educaționale și de informare pentru o adaptare rapidă la sistemul de sănătate digital

Opțiuni de finanțare

Există, de asemenea, o serie de opțiuni pentru reformarea modelului general de finanțare a sănătății pe termen lung

Rezumat

Există mai multe opțiuni pentru a reforma modelul general de finanțare a sănătății pe termen lung



Modelul de finanțare publică vs. privată

- Presiunea asupra finanțării sănătății nu este o provocare doar pentru România și există multiple exemple despre modul în care alte țări o abordează:
 - Multipli jucători publici și privați
 - Sistem complet privat
 - Sistem privat în completarea sistemului public



Fonduri pentru inovare

- Introducerea unui fond specific pentru inovarea în domeniul sănătății ar putea asigura un acces mai rapid și mai la tratament
- Fondurile pentru inovare pot fi direcționate către:
 - Toate medicamentele/ dispozitivele medicale inovatoare
 - Anumite arii terapeutice
 - Anumiți pacienți



Fondurile UE

- Mobilizarea fondurilor UE pentru finanțarea reformelor structurale:
 - Cel mai recent **pachet de redresare și reziliență** privind COVID-19: oportunitate unică de **2,5 miliarde EUR** pentru România
 - Fondul **EU4Health** - **5,1 miliarde EUR** pentru statele membre ale UE




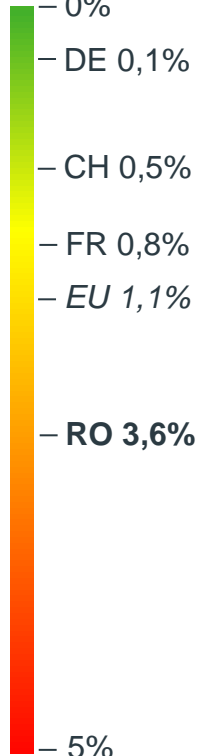


Surse de finanțare suplimentare

- Încurajarea surselor suplimentare pentru finanțarea sănătății, de exemplu:
 - Asigurare voluntară de sănătate
 - Abonamente medicale
 - Coplată
 - Cont de economii pentru sănătate
 - Reajustarea scutirilor privind contribuțiilor

Schimbare sistemică

Presiunea asupra finanțării sănătății nu este doar o provocare pentru România – există multiple exemple despre modul în care alte țări o abordează

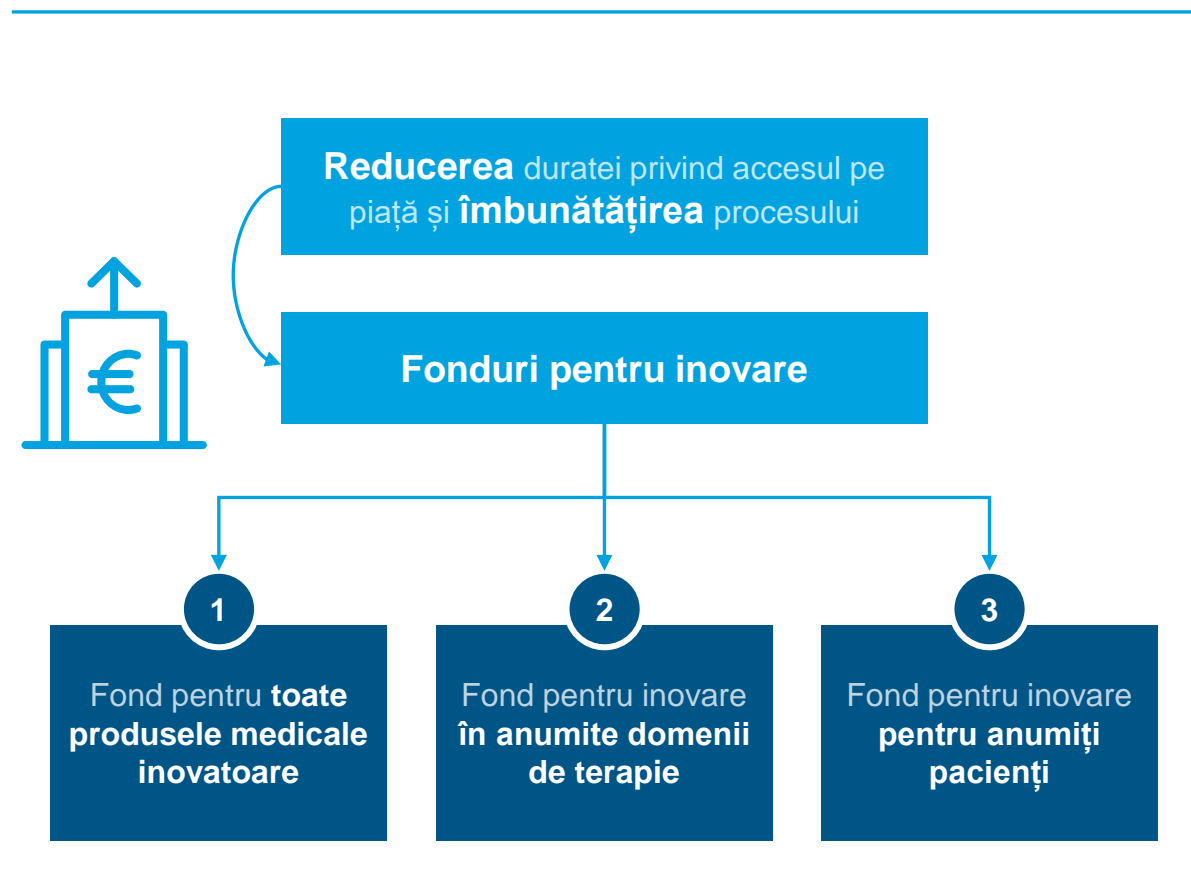
Exemple de modele de finanțare în alte țări

Țară	Tip sistem	Răspuns la provocările privind finanțarea	Accesibilitate	Nevoi nesatisfăcute
	Multipli jucători publici și privați	<ul style="list-style-type: none"> Număr mare de plătitori privați și publici Pacienții pot alege între privat și public (odată privat, dificil de revenit la public) Sistemul de plăți s-a reformat pentru a elimina inegalitățile dintre sectorul privat și cel public, deoarece pacienții din privat erau mai profitabili pentru medici 	<p>Germania - 0,5% nevoi nesatisfăcute</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Pacienții au dreptul de a alege plătitorul (privat sau public) × Preferința pentru pacienți privat versus public 	 <p>– 0% – DE 0,1% – CH 0,5% – FR 0,8% – EU 1,1% – RO 3,6% – 5%</p>
	Sistem complet privat	<ul style="list-style-type: none"> Prin intermediul asigurării obligatorii de sănătate, pacienții au acces direct la toate nivelurile de îngrijire cu timpi minimi de așteptare Contribuțiile sunt determinate de piața privată Guvernul reglementează îndeaproape sistemul și subvenționează asistența medicală pentru persoanele cu venituri mici pentru a asigura accesibilitatea 	<p>Elveția - 1,3% nevoi nesatisfăcute</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Toți cetățenii au acces la asistență medicală privată × Contribuții obligatorii mai mari 	
	Sistem privat în completarea sistemului public	<ul style="list-style-type: none"> Asigurări private introduse pentru a o completa pe cea publică – finanțare suplimentară pentru sistem Angajatorii contribuie suplimentar la sistemul privat Șomerii sau persoanele dezavantajate din punct de vedere social au garantat în continuare accesul la asistență medicală 	<p>Franța - 1% nevoi nesatisfăcute</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Toți cetățenii și străinii au acces la asistență medicală × Timpi lungi de așteptare 	

Fonduri pentru inovare

Introducerea unui fond specific pentru inovare în sănătate ar putea asigura un acces mai rapid și mai ușor la tratament

Tipuri de fonduri pentru inovare și posibile surse de finanțare



Posibile surse de finanțare pentru fonduri pentru inovare

Fonduri guvernamentale dedicate

Fonduri de redresare ale UE



Mai multe țări din Europa servesc drept exemplu de fonduri pentru inovare introduse cu succes în ultimii ani

Fonduri pentru inovare existente (1/2)

Scotia dispune de un nou fond dedicat medicamentelor, cu scopul de a îmbunătăți accesul la medicamente orfane, ultra-orfane și pentru faza terminală

Țara Galilor a pus în aplicare un Noul Fond de Tratament pentru a accelera accesul la medicamentele nou aprobate în toate ariile de tratament



Italia a instituit două fonduri inovatoare pentru a accelera accesul pacienților și pentru a sprijini rambursarea produselor inovatoare în domenii terapeutice specifice

În ultimii ani, mai multe țări din Europa au implementat cu succes Fonduri pentru Inovare

Fonduri pentru inovare existente (2/2)

Inovarea are potențialul de a aduce economii substanțiale & rezultate mai bune pentru pacienți

Iar fondurile inovatoare le pot debloca prin accelerarea accesului la terapii inovatoare nou aprobate

Noile medicamente împotriva cancerului din SUA au redus, în perioada 1997-2013, numărul de zile petrecute în spital și, prin urmare, **costul tratamentului cu \$5mld**



Dezvoltarea de statine pentru a trata colesterolul ridicat a redus cca. 28 mii decese și 41 mii atacuri de cord în 2008 în Europa

+\$433mld
câștig net
(valoarea socială generată din anii suplimentari de viață minus costul de tratament)



	 Țara Galilor	 Italia	 Scoția
Scop	Țara Galilor a înființat Fondul pentru Tratamente Noi , pentru a accelera accesul la medicamentele nou aprobate	Italia a instituit fonduri pentru a accelera accesul pacienților și pentru a sprijini rambursarea produselor inovatoare	Scoția a creat Fondul pentru Medicamente Noi pentru a îmbunătăți accesul la medicamente orfane, ultra-orfane și pentru faza terminală
Terapii acoperite	Toate terapiile noi	Dedicat în principal produselor VHC și produselor oncologice	Medicamente licențiate orfane, ultra-orfane și pentru faza terminală
Timp	Perioada 2017-2021	Perioada 2015-2019	Perioada 2015-2018
Finanțare	£80mil pe parcursul a 5 ani, pe lângă bugetul provizoriu pentru NHS Wales	€500mil finanțate inițial dintr-o contribuție a statului și din resursele Planului Național de Sănătate și încă €500mil ca parte din cheltuielile naționale pentru sănătate	Finanțat dintr-o parte a reducerii acordate guvernului scoțian de către companiile farmaceutice. Fondurile alocate au însumat £138mil

Notă: VHC - Virusul hepatitei C

Sursă: IQVIA; Lichtenberg - How cost-effective are new cancer drugs in the U.S.?; Grabowski - The large social value resulting from use of statins warrants steps to improve adherence and broaden treatment

Sănătatea ca Investiție pe Termen Lung

Fonduri UE

În următorii cinci ani sunt disponibile mai multe fonduri UE pentru România

Pachete de finanțare UE

Surse de Finanțare UE Centralizate

Programul UE pentru Sănătate

 **Perioadă:**
2021-2027

 **Buget:**
€5,1 mld

Arii de interes:

- Consolidarea capacități de pregătire și răspuns
- Prevenirea și promovarea sănătății pentru populația în curs de îmbătrânire
- Transformarea digitală
- Accesul grupurilor vulnerabile la servicii medicale

Surse de Finanțare UE Alocate României

Planul de redresare și reziliență

 **Perioadă:**
2020-2026


 **Buget:**
€2,5 mld
pentru
sănătate

Arii de interes:

- Investiții în infrastructura spitalicească modernă pentru a asigura siguranța pacienților (pilon Reziliență Economică și Socială; € 2mld)
- Dezvoltarea unui sistem integrat de e-Sănătate (pilon Tranziție Digitală; €470mil)



Programul Orizont Europa/ Cluster Sănătate

 **Perioadă :**
2021-2027

 **Buget:**
€8,2 mld

Arii de interes:

- Inițiative inovatoare în domeniul sănătății
- Parteneriatul global în domeniul sănătății
- Evaluarea riscurilor chimice
- ERA pentru sănătate
- Boli rare
- Rezistență anti-microbiană
- Medicină personalizată
- Pregătirea în pandemie

Programul Operațional pentru Sănătate

 **Perioadă:**
2021-2027

 **Budget:**
€4,1 mld

Arii de interes:

- Spitale regionale
- Tratamentul cancerului
- screening-ul populației
- Pacienți critici cu patologii cerebrovas. acută
- Pacienți critici neonatal
- Institutul Cantacuzino
- Genomică
- Diagnostic precoce și tratament
- Boli neuro rare pediatrice
- Măsuri pentru diagnostic precoce /tratament post, neo, antenatal
- Obs. Național de Date Medicale
- Redimensionare și standardizare sistem informatic CNAS

Modele alternative de finanțare

Există, de asemenea, o serie de mecanisme suplimentare pentru finanțarea cheltuielilor de îngrijire a sănătății

Surse de finanțare suplimentare

Contribuții

Ajustarea modelului actual de scutiri pentru contribuțiile la sănătate



Abonamente medicale

Extinderea utilizării abonamentelor medicale



Asigurări voluntare de sănătate (AVS)

Extinderea utilizării asigurărilor voluntare de sănătate



Coplată

Introducerea contribuțiilor personale pentru compensarea diferenței dintre valoarea reală a serviciului medical și suma rambursată de FNUASS



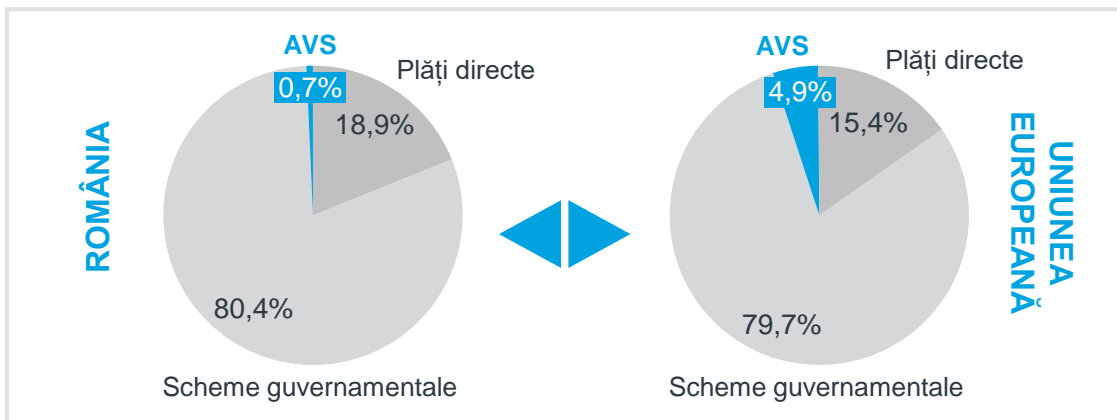
Conturi de economii în domeniul sănătății (CES)

Introducerea conturilor speciale de economii deținute de o persoană fizică pentru a fi utilizate pentru cheltuieli medicale

Asigurările voluntare de sănătate și conturile de economii pentru sănătate au crescut continuu în Europa și SUA

Asigurări voluntare de sănătate și conturi de economii pentru sănătate

ASIGURĂRI VOLUNTARE DE SĂNĂTATE (AVS)



- > În timp ce cheltuielile AVS în România sunt foarte limitate (0,7%), acestea au crescut; potrivit unui sondaj recent* **aproape 40% dintre respondenți au declarat că sunt mai interesați de AVS**
- > În majoritatea țărilor UE, AVS joacă un rol marginal, dar ponderea sa în totalul cheltuielilor cu sănătatea în UE a crescut în ultimii ani, până la 5% în 2019. La nivel global, există 41 de țări care înregistrează o cotă AVS de peste 5%

*Sondajul UNSAR-IRES intitulat Percepția riscului și cultura privind asigurările în România, realizat în mai 2022 în rândul a 1.000 de respondenți cu vârste cuprinse între 18 și 50 de ani, folosind metoda CATI (Computer Assisted Telephone Interviewing)

Sursă: OECD, WHO, UNSAR (The National Assoc. of Insurance & Reins. Companies in RO), IRES (RO Instit. for Evaluation & Strategy), Devenir Research

Sănătatea ca Investiție pe Termen Lung

CONTURI DE ECONOMII PENTRU SĂNĂTATE (CES)

Studiu de caz: CES în Statele Unite (2021)

30mil Conturi CES » **63mil** persoane vizate » **\$82mld** active deținute

Contribuabilii cu venituri de peste 200.000 de dolari sunt... **10x** ... mai probabil să solicite avantaje fiscale în temeiul conturilor CES

- > **CES**-urile sunt conturi speciale de economii deținute de o persoană fizică utilizate pentru cheltuieli de sănătate și pot fi deductibile fiscal 100% până la o sumă maximă stabilită de lege
- > CES au fost puse în aplicare în China, Singapore, SUA și Africa de Sud, cu rezultate diferite și rămân mai atractive pentru persoanele cu venit ridicat
- > Implementarea CES poate fi mai puțin fezabilă în țările în care rata șomajului este ridicată, iar ratele de economisire și veniturile salariale medii sunt scăzute

Rolul industriei în calitate de contribuitor-cheie

Industria este, de asemenea, un partener ferm în acest proces și este gata să contribuie la schimbare

Rezumat

Industria este, de asemenea, un partener ferm în acest proces și contribuie în mod constant prin:

Contribuția directă la cheltuielile publice



Companiile farmaceutice și de dispozitive medicale reprezintă

29% din totalul cheltuielilor cu sănătatea în România

Crearea de locuri de muncă



Peste **369.000 de persoane** sunt angajate în prezent în domeniul sănătății în România

35.000 de persoane sunt angajate de către industria farmaceutică din România

Contribuția studiilor clinice



~ **72mil EUR** valoarea totală de piață a SC

& 19,7mil EUR contribuția directă la bugetul de stat



690 SC-uri începute în 2015-2019

8988 pacienți înscriși doar într-un singur an (2019)

SC-urilor se așteaptă să aibă o **creștere mai mare** în viitor, cu un număr mai mare de pacienți înrolați, ca urmare a modificărilor legislative recente

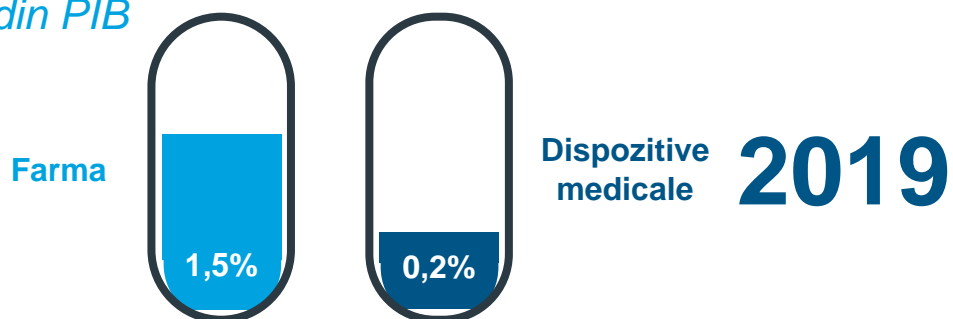
Studiile clinice (SC), impact suplimentar prin:

- oferirea de acces pacienților la cele mai noi terapii inovatoare
- crearea de locuri de muncă, educarea și menținerea motivației medicilor
- crearea de venituri suplimentare pentru medici
- generarea de contribuții fiscale la bugetul de stat
- transfer de tehnologie și know-how

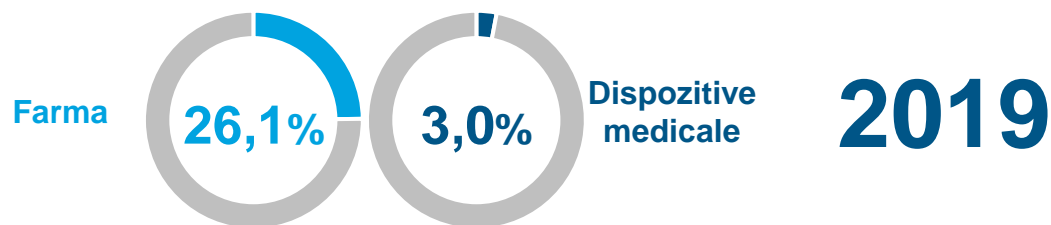
Companiile farmaceutice și de dispozitive medicale reprezintă 29% din totalul cheltuielilor cu sănătatea în România

Contribuția directă la cheltuielile publice

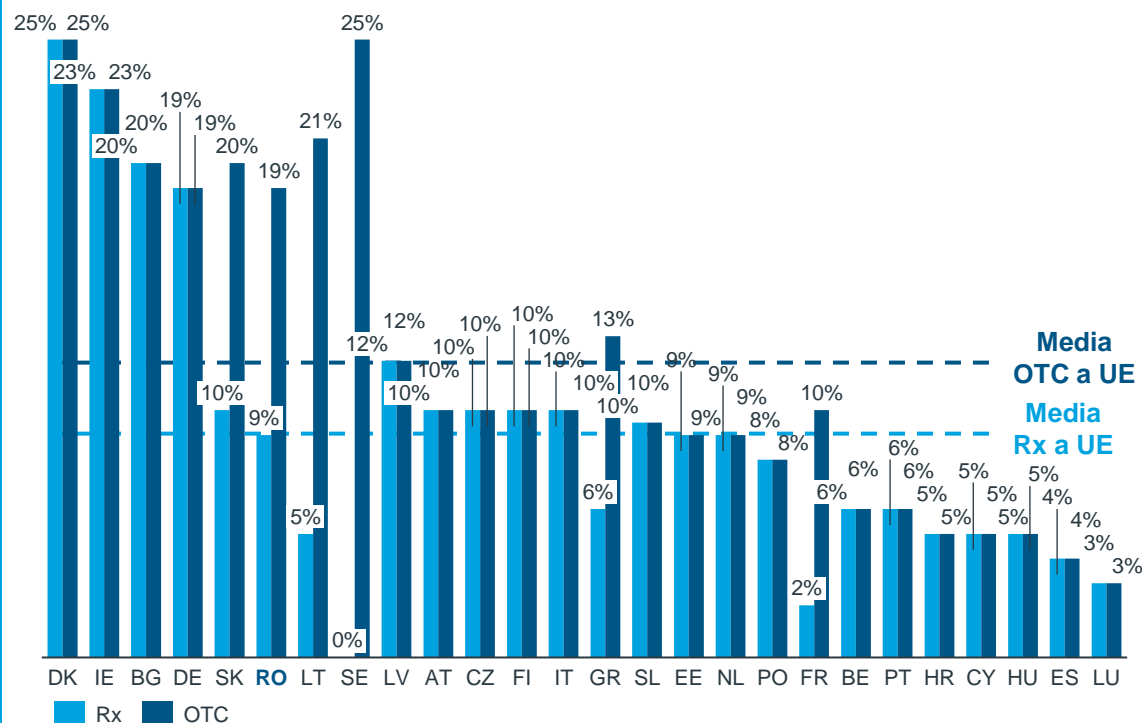
Cheltuielile cu produse farma și dispozitive medicale ca % din PIB



Cheltuielile cu produse farma și dispozitive medicale ca % din cheltuielile pentru sănătate



Cotele de TVA aplicabile medicamentelor (2021)



Sursă: OECD Pharmaceutical spending 2020, The Pharmaceutical Industry in Figures 2021, Exort.gov

Realizarea studiilor clinice are o contribuție importantă la sistemul de sănătate aducând beneficii precum economii de cost și acces la tratament

Contribuția prin studii clinice (1/2)

➤ **98 Studii clinice**
au fost inițiate în 2019
 (692 au fost inițiate în 5 ani, 2015-2019)

➤ **8.988 pacienți**
Înscriși în SC-urile românești,
 începute în 2019

➤ **9,4 mil EUR**
economii pentru CNAS datorită
 celor 4.543 de pacienți cu BCV și boli oncologice care au beneficiat de tratament gratuit prin SC-uri pentru studiile începute în 2019

➤ **341.000 EUR**
economii pentru CNAS datorită
 celor 6.561 de pacienți testați gratuit prin SC pentru studiile începute în 2019



Acces la un tratament de calitate superioară pentru pacienți (molecule inovatoare)



Acces la investigații paraclinice de înaltă calitate pentru pacienți



Beneficii pentru sistemul public de sănătate (reducerea costurilor de rambursare ale CNAS)



Educație și dezvoltare profesională



Contribuție la economia națională (inclusiv impozitele aferente)



Transfer de tehnologie și know-how



Oportunități de angajare



Creștere fonduri spitalele publice



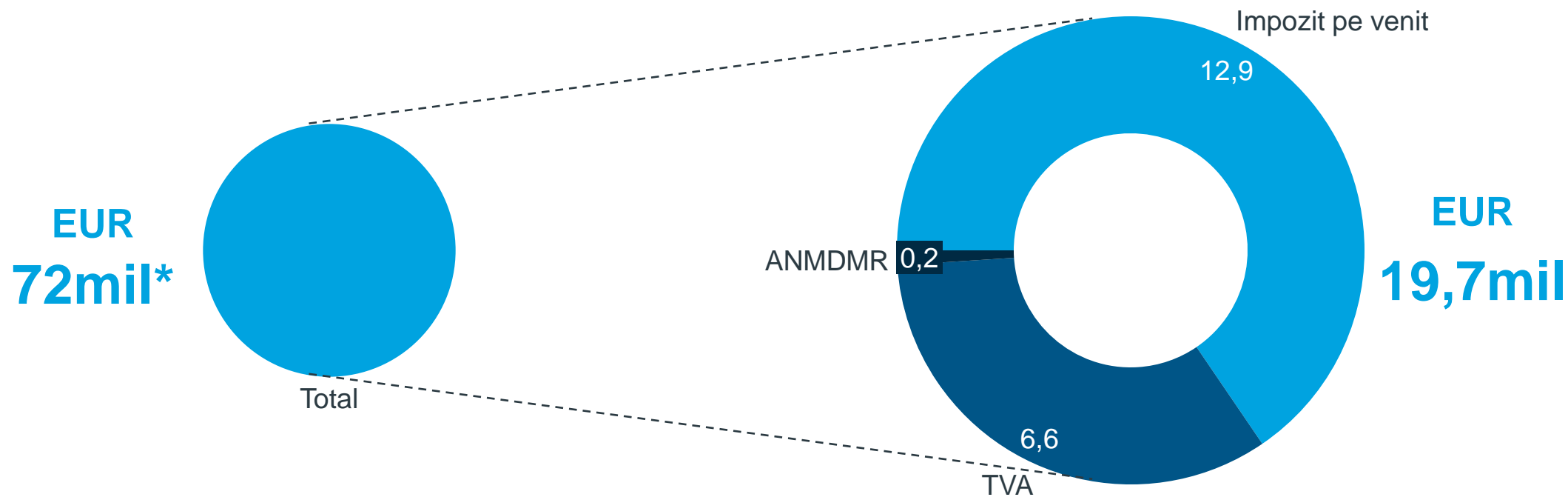
Retenție personal medical

Industria studiilor clinice contribuie direct sau indirect la bugetul de stat cu peste un sfert din veniturile generate

Contribuția prin studii clinice (2/2)

Valoarea totală estimată a studiilor clinice, 2019, mil EUR

Contribuția totală la autorități/ buget de stat estimată, 2019, mil EUR



Notă: *Valoarea totală a cercetării și dezvoltării în domeniul sănătății în 2019 este de 75 de milioane de euro (raportul EFPIA); ANMDMR – Agenția națională pentru medicamente și dispozitive medicale

Sursă: IQVIA analysis and estimations based on market insights, clinicalstudies.gov, ANMDMR - public reports, CRO public financial statements (latest published 2018)

Sănătatea ca Investiție pe Termen Lung

În plus, amploarea și evoluția industriei contribuie la creșterea numărului de locuri de muncă

Crearea de locuri de muncă



mai mult de

369.000

persoane

reprezintă personalul medical angajat în România

și

35.000 persoane

sunt angajate în industria farma din Romania



Angajarea lucrătorilor cu înaltă calificare în sectorul farmaceutic conduce, de asemenea, la **contribuții fiscale mai mari**

- Toate funcțiile din cadrul companiilor farmaceutice
- Organizații de cercetare clinică
- Distribuitori produse farmaceutice

Apel la acțiune

Am identificat 11 apeluri la acțiune, axate pe politici eficiente, optimizare de costuri și oportunități de finanțare..

Rezumatul apelurilor la acțiune

Politici Eficiente



- 1 Investiție în Prevenție și Screening:** Realizarea unor intervenții eficiente în domeniul sănătății publice pentru a reduce factorii de risc și rata mortalității din cauze prevenibile și tratabile
- 2 Stabilizare a dinamicii forței de muncă:** Organizarea de programe pentru a motiva tinerii medici să rămână în România și pentru a adresa disparitățile regionale
- 3 Focus pe rezultate:** Trecerea la modele de plată care recompensează rezultatele versus volume – Asistență medicală bazată pe Valoare
- 4 Îmbunătățire a aderenței pacientului:** Sprijinirea dezvoltării programelor de aderență pentru pacienți și introducerea de recomandări pentru îmbunătățirea aderenței

Optimizare Costuri



- 5 Dezvoltare servicii de ambulatoriu:** Consolidarea furnizării de asistență medicală în ambulatoriu
- 6 Realocare economii din pierderea exclusivității:** Reinvestirea economiilor din pierderea exclusivității și reducerea timpului de acces la terapii inovatoare
- 7 Implementare sănătate digitală:** Instituirea unei *Hărți Digitale* care să cuprindă o viziune clară, prioritățile și etapele principale până în 2025
- 8 Suport pentru creșterea accesului la dispozitive medicale:** Continuarea punerii în aplicare a inițiativelor de creștere a accesului pacienților la dispozitive medicale





















Opțiuni de Finanțare



- 9 Canalizare fonduri UE în sănătate:** Prioritizarea și canalizarea investițiilor în sănătate prin absorbția fondurilor UE disponibile: Fondurile pentru Redresare și Reziliență, Programul EU pentru Sănătate, etc.
- 10 Înființare fond dedicat pentru inovație:** Lansarea unui fond dedicat inovației în sănătate pentru a stimula accesul timpuriu al pacienților la medicamente și terapii inovatoare
- 11 Stimulare opțiuni suplimentare de finanțare:** Sprijinirea și încurajarea opțiunilor suplimentare de finanțare

Apel la acțiune (1/4)
























Strategii de punere în practică a apelului la acțiune

Apel la acțiune	Strategii	Efort de implementare	Impact
 <p>1. Investiție în Prevenție și Screening</p>	<p>A Dezvoltarea de programe de prevenție și creșterea nivelului de cunoștințe cu privire la principalii factori de risc, implicând toate părțile interesate</p>		
	<p>B Dezvoltarea și consolidarea de programe de vaccinare și de intervenții care să vizeze combaterea tipurilor de cancer prevenibile prin vaccinare (HPV și hepatita B), de exemplu, dezvoltarea unui proces adecvat de aprovizionare cu stocuri, o mai bună gestionare a programului de vaccinare, extinderea accesului la grupuri eligibile (băieți, femei adulte)</p>		
	<p>C Optimizarea capacității de gestionare și implementare a programelor de screening existente</p>		
	<p>D Dezvoltarea și implementarea de noi programe de screening cuprinzătoare care să asigure accesul la teste de diagnosticare adecvate, stimulente pentru performanța screening-ului și măsurarea rezultatelor</p>		
	<p>E Implementarea intervențiilor pentru diagnosticare mai rapidă pentru a scurta stadiile inițiale ale călătoriei pacientului; ex: intervenții pentru consolidarea accesului la investigații/teste paraclinice</p>		
 <p>2. Stabilizarea Dinamicii Forței de Muncă</p>	<p>A Asigurarea de programe pentru a stimula personalul medical să deservească regiuni insuficient deservite și a atenua astfel disparitățile regionale</p>		
	<p>B Înființarea de centre de resurse comune* pentru a aborda disparitățile regionale</p>		
	<p>C Sprijinirea parteneriatelor public/privat pentru investiția în educația medicală</p>		
	<p>D Reevaluarea de organigrame de personal la nivel de spital pentru a crea noi poziții și a atrage personal medical</p>		

Notă: Shared resource centers




















Apel la acțiune (2/4)

Strategii de punere în practică a apelului la acțiune

Apel la acțiune	Strategii	Efort de implementare	Impact
 <p>3. Focus pe Rezultate</p>	<p>A Identificarea și standardizarea rezultatelor ce prezintă relevanță pentru pacienții cu o anumită afecțiune sau pentru pacienții dintr-un anumit segment și să definească modul de măsurare a rezultatelor</p>		
	<p>B Investiția în sisteme IT interoperabile pentru a colecta și compara rezultatele intern/ extern și pentru a stabili comunități de învățare pentru împărtășirea de noi informații</p>		
	<p>C Implementarea de stimulente și a mod de rambursare în linie cu rezultatele definite</p>		
	<p>D Implementarea de scheme de acces facilitat (<i>managed entry agreements</i>)</p>		
 <p>4. Îmbunătățirea Aderenței Pacientului</p>	<p>A Susținerea dezvoltării Programelor de Aderență pentru Pacienți prin încurajarea medicilor și pacienților să susțină/ să se înscrie în astfel de programe</p>		
	<p>B Asigurarea accesului optim la teste pentru pacienți, din fonduri publice (ex: biomarkeri, teste moleculare), astfel încât Programele de Aderență pentru Pacienți să se poată concentra pe aderență versus testare</p>		
	<p>C Introducerea unor recomandări care să încurajeze recenzii medicale mai frecvente pentru a identifica oportunitățile de reducere a polifarmaciei și pentru a se asigura că medicamentele funcționează optim în combinație</p>		
 <p>5. Dezvoltarea Serviciilor de Ambulatoriu</p>	<p>A Accesarea costurilor la nivel de pacient și realizarea unei analize comparative la nivel național, la nivel de spital etc.</p>		
	<p>B Continuarea reducerii spitalizărilor și realocarea resurselor cheltuite inefficient către îngrijirea în ambulatoriu</p>		
	<p>C Introducerea unei monitorizări transparente a costurilor și realizarea de analize comparative între spitale</p>		




Apel la acțiune (3/4)

Strategii de punere în practică a apelului la acțiune

Apel la acțiune	Strategii	Efort de implementare	Impact
 6. Realocarea Economiiilor din Pierderea Exclusivității	<p>A Monitorizarea pierderilor de exclusivitate preconizate în următorii ani pentru identificarea posibilele oportunități de economisire</p> <p>B Estimarea și planificarea impactului bugetar potențial ca urmare a pierderii exclusivității și realocarea economiilor către nevoile de inovare în domeniul sănătății</p>	 	 
	<p>A Reglementarea și promovarea utilizării tele-medicinei și a serviciilor conexe</p> <p>B Implementarea mai rapidă a fișelor electronice pentru a sprijini politicile de sănătate, pentru a le alina la procesul-de-decizie bazat-pe-dovezi și la principiile medicinei bazate-pe-rezultat</p> <p>C Elaborarea de seturi de standarde comune care să permită interoperabilitatea sistemelor digitale pentru transparentizarea datelor medicale și încurajarea schimbului de date</p> <p>D Modernizarea și operaționalizarea sistemelor pentru a permite dezvoltarea medicinei bazată-pe-valoare</p> <p>E Implementarea registrelor de pacienți pentru a facilita accesul la date și transparența datelor</p>	    	    
 7. Implementarea Sănătății Digitale	<p>A Continuarea intervențiilor care permit pacienților să aibă un acces mai bun la investigațiile realizate cu dispozitive medicale</p> <p>B Optimizarea traseului pacientului de la diagnostic la monitorizare prin creșterea utilizării dispozitivelor medicale</p>	 	 
	<p>8. Suport pentru Creșterea Accesului la Dispozitive Medicale</p>		

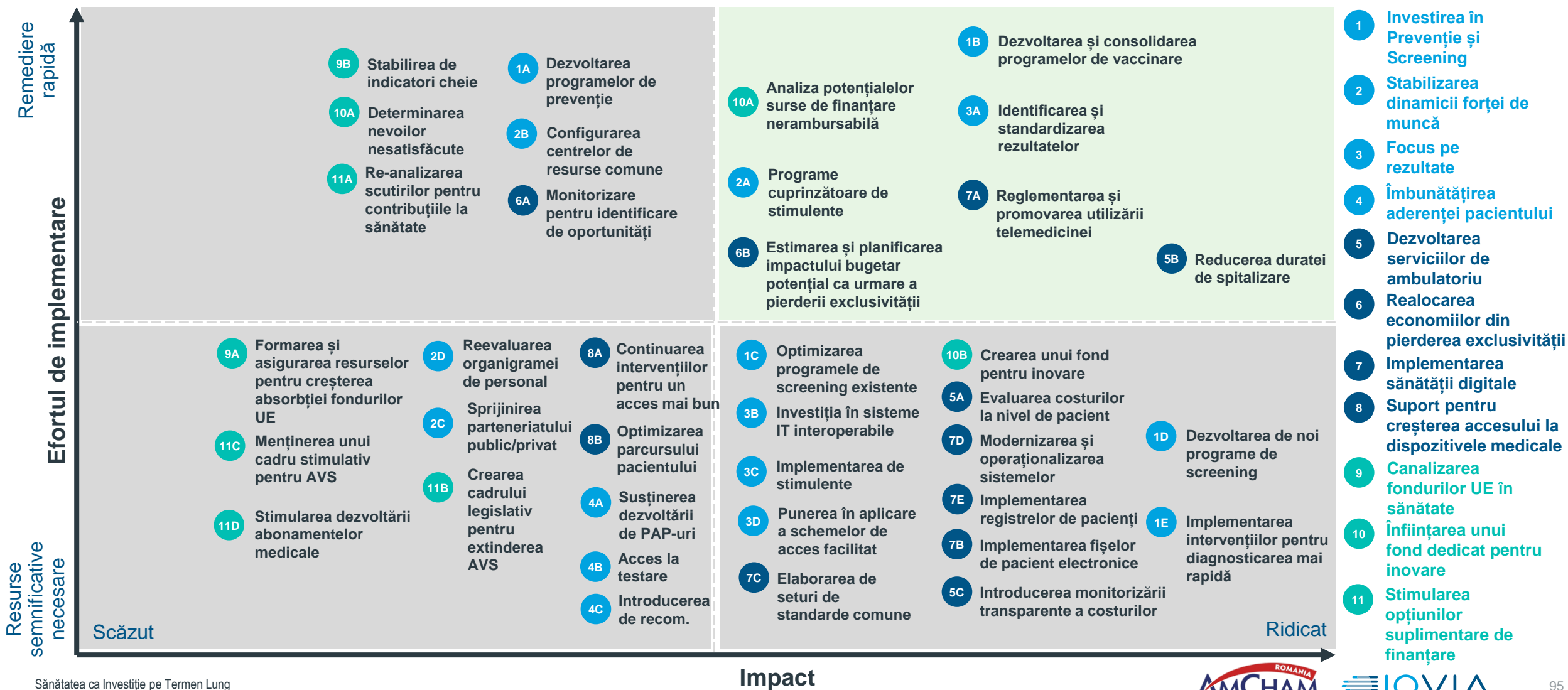
Apel la acțiune (4/4)

Strategii de punere în practică a apelului la acțiune

Apel la acțiune	Strategii	Efort de implementare	Impact
 <p>9. Canalizarea Fondurilor UE în Sănătate</p>	<ul style="list-style-type: none"> A Formarea și asigurarea resurselor necesare pentru a spori absorbția fondurilor UE, de exemplu, experți UE, experți financiari și tehnici, atât la nivel central, cât și la nivel local B Stabilirea de indicatori cheie de performanță pentru autoritățile de management al fondurilor și dezvoltarea de stimulente în linie cu indicatorii definiți 	<p>●</p> <p>●</p>	<p>●</p> <p>●</p>
 <p>10. Înființarea unui Fond dedicat pentru Inovare</p>	<ul style="list-style-type: none"> A Analizarea potențialelor surse de fonduri externe nerambursabile, în special din UE, care pot fi direcționate către înființarea unui fond pentru inovare B Determinarea nevoilor nesatisfăcute și prioritizarea inițiativelor privind accesul la tratamente și tehnologii inovatoare, de exemplu, selecția terapiilor prioritare, a grupurilor de pacienți, a tehnologiilor inovatoare C Crearea unui fond de inovare pentru finanțarea inițiativelor prioritare pentru un acces mai rapid al pacienților la medicamente inovatoare 	<p>●</p> <p>●</p> <p>●</p>	<p>●</p> <p>●</p> <p>●</p>
 <p>11. Stimularea Opțiunilor Suplimentare de Finanțare</p>	<ul style="list-style-type: none"> A Re-analizarea modelului de scutiri pentru contribuțiile de sănătate și asigurarea unei împărțiri mai echitabile a poverii impozitelor colectate B Crearea unui cadru legislativ pentru extinderea utilizării asigurării voluntare de sănătate (AVS) și în spitalele de stat C Menținerea unui cadru stimulativ pentru persoanele care sunt dispuse să plătească o asigurare suplimentară pentru serviciile medicale care nu se rambursează din fonduri publice, prin creșterea deductibilității fiscale pentru asigurările voluntare de sănătate D Stimularea dezvoltării abonamentelor medicale prin asigurarea unui cadru legislativ clar, lipsit de ambiguitate, flexibil și stimulativ 	<p>●</p> <p>●</p> <p>●</p> <p>●</p>	<p>●</p> <p>●</p> <p>●</p> <p>●</p>

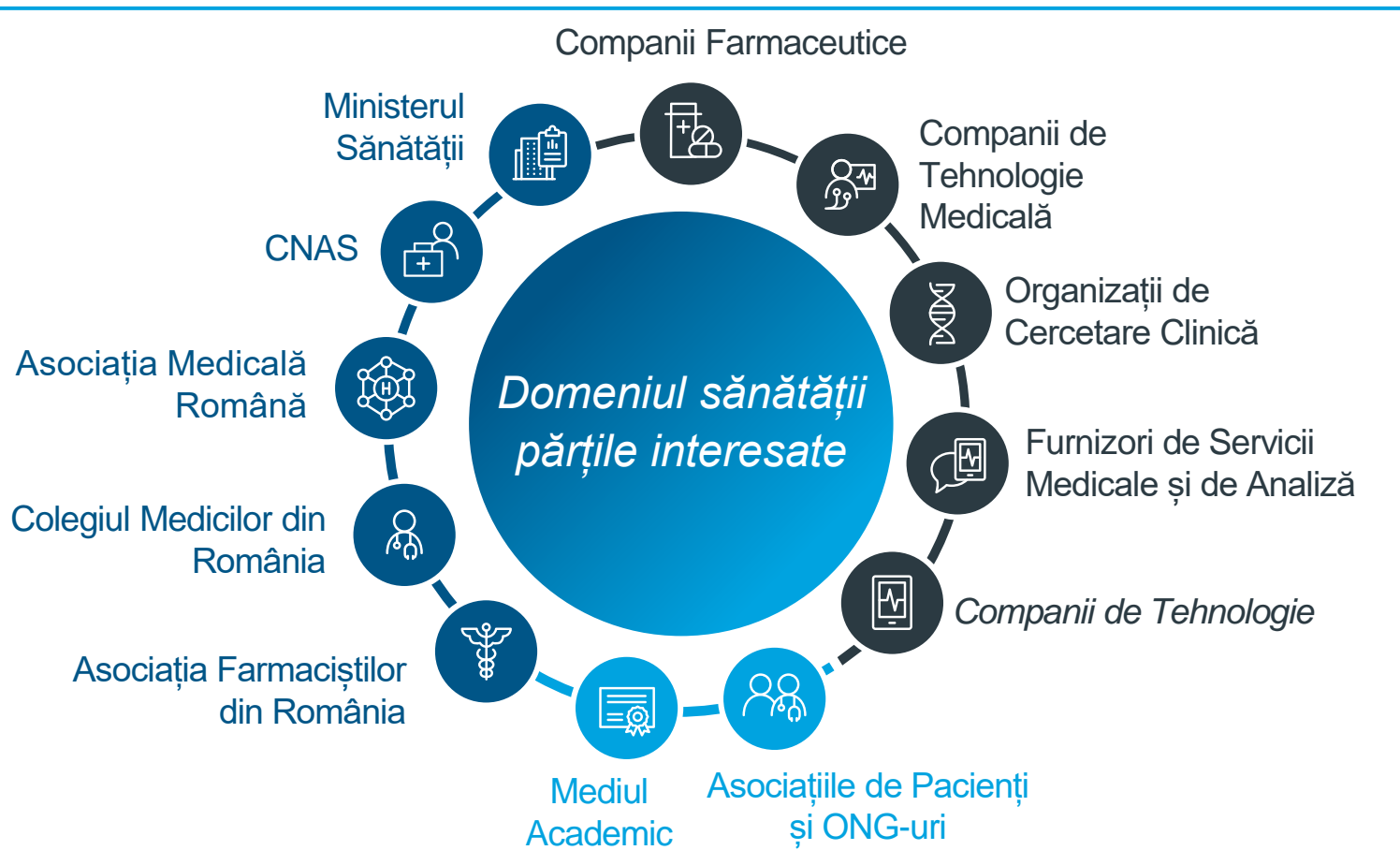
Strategiile recomandate pot fi prioritizată în funcție de efortul necesar pentru implementarea lor și de impactul pe care îl generează

Prioritizarea strategiilor



Aceste inițiative strategice pot fi implementate cu succes prin efortul combinat al tuturor actorilor-cheie din sănătate

Parteneriat public-privat pentru dezvoltarea sistemului de sănătate



Sănătatea este un sector complex care necesită o abordare holistică și capacități și resurse diverse

Prin combinarea eforturilor diferiților experți – proiectele inovatoare și inițiativele strategice pot fi puse în aplicare cu succes



*Acest raport a fost comisionat de Camera de Comerț Americană din România,
finanțat de AstraZeneca, Bristol Myers Squibb, CEBIS, Janssen Companiile Farmaceutice ale Johnson & Johnson, MSD,
Medtronic, Pfizer și Sofmedica
și reprezintă o activitate independentă de cercetare desfășurată de către IQVIA*



Vă mulțumim!

