



**PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al
Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății” Cod
SIPOCA 13**

**“ANALIZA COMPREHENSIVĂ A SITUAȚIEI ACTUALE
A PROGRAMELOR NAȚIONALE DE SĂNĂTATE PUBLICĂ
ȘI EVALUAREA NEVOILOR ACESTORA LA NIVELUL
AGENȚIEI NAȚIONALE DE TRANSPLANT”**

MODULUL 5

**Autor - Cedent:
Prof. Dr. POPESCU IRINEL**



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII



ACADEMIA ROMÂNĂ

Competența face diferența! Proiect selectat în cadrul Programului Operațional Capacitate Administrativă cofinanțat de Uniunea Europeană, din Fondul Social European

**PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al
Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății”**

Cod SIPOCA 13

CUPRINS

INTRODUCERE	4
CAPITOLUL I.....	8
SITUAȚIA ACTUALĂ	9
I.1. Scurt istoric	18
I.2. Activitatea de transplant tisular	19
I.3. Evaluarea activității de transplant hepatic ca și program relevant pentru programul național de transplant	29
I.3.1 Generalități	29
I.3.2 Lista de Așteptare pentru Transplantul Hepatic	39
I.3.3 Transplantul de ficat de la donator aflat în moarte cerebrală	40
I.3.4 Transplantul hepatic cu fragment de la donator viu.....	44
I.3.5 Recidiva VHB posttransplant	46
I.3.6 Recidiva VHC posttransplant	47
CAPITOLUL II	49
ANALIZA PRIVIND PERCEPȚIA ÎN TERITORIU A MODALITĂȚII DE IMPLEMENTARE ȘI DESFĂȘURARE A PROGRAMULUI NAȚIONAL DE TRANSPLANT	50
II.1 Chestionare privind desfășurarea Programului Național de Transplant	50
II.2 Rezultatele analizei răspunsurilor primite din teritoriu la chestionarul trimis cu privire la desfășurarea Programului Național de Transplant	70



**PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al
Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății”
Cod SIPOCA 13**

CAPITOLUL III	75
ELEMENTE DE STRATEGIE PRIVIND ÎMBUNĂTĂȚIREA PROGRAMULUI NAȚIONAL DE TRANSPLANT	76
CONCLUZII	78
BIBLIOGRAFIE	80



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII



ACADEMIA ROMÂNĂ



**PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al
Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății”
Cod SIPOCA 13**

INTRODUCERE



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII



ACADEMIA ROMÂNĂ



**PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al
Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății”
Cod SIPOCA 13**

Organizarea și finanțarea sănătății este una din sarcinile cele mai dificile ale oricărui guvern. De aceea nu se poate spune că există un model ideal, de-a lungul timpului fiind încercate mai multe soluții, fiecare cu avantajele și dezavantajele sale.

În România, Ministerului Sănătății îi revin, prin lege, cele mai multe atribuții legate de organizarea și finanțarea sănătății. O dată cu înființarea Casei Naționale de Asigurări de Sănătate (CNAS), însă, o parte din atribuțiile pe care le avea Ministerul, legate de finanțarea actului medical, au fost preluate de CNAS. În această categorie (a finanțării asigurate de CNAS) au intrat în primul rând actele terapeutice.

În sarcina Ministerului Sănătății a continuat să rămână în primul rând profilaxia bolilor (vaccinările, screening-ul) și unele activități medicale speciale (legate, de exemplu, de utilizarea unor înalte tehnologii, așa cum ar fi chirurgia robotică). Majoritatea activităților pe care Ministerul Sănătății le finanțează în continuare au fost organizate sub forma unor programe de sănătate. Premizele de la care s-a plecat sunt următoarele:

- în fiecare în aceste programe se finanța un număr predictibil de activități medicale (cu caracter profilactic sau curativ);
- aceste activități se adresau unui număr predictibil de bolnavi;
- costurile anuale puteau, în acest fel, să fie relativ bine estimate, astfel încât finanțatorul să poată acoperi costuri reale, permițând buna funcționarea a programului.

Activitatea de transplant de organe și țesuturi îndeplinea multe dintre trăsăturile necesare unei activități medicale ce putea fi organizată și finanțată printr-un program național. Ba chiar mai mult, ideea finanțării prin sistemul DRG a transplantului (care a fost luată în considerare și studiată) ar fi condus la o finanțare total insuficientă, ceea ce, desigur, nu ar fi permis desfășurarea acestei activități atât de necesară pentru țara noastră.



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII



ACADEMIA ROMÂNĂ

**PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al
Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății”
Cod SIPOCA 13**

Putem, spune, deci, că programul național de transplant s-a născut dintr-o reală necesitate și are menirea să asigure desfășurarea la parametri optimi a unei activități medicale deosebit de complexe și care implică mai multe etape:

- identificarea donatorului într-o unitate acreditată;
- obținerea acordului familiei pentru prelevarea unui anumit număr de organe și țesuturi;
- deplasarea echipelor de prelevare la locul respectiv;
- operațiunea de prelevare multiorgane și multițesuturi;
- transportul organelor și țesuturilor prelevate în unitățile în care se va face transplantul sau (în cazul țesuturilor) în unitățile în care vor fi depozitate în bănci speciale;
- operația de transplant propriu-zisă (de foarte multe ori și în special în cazul ficatului, o operație deosebit de complexă, necesitând o anestezie și o terapie intensivă per- și postoperatorie la fel de complexe);
- urmărirea pacienților posttransplant pentru tot restul vieții, cu monitorizarea titrului de imunosupresie și a oricărei medicații specifice, precum și cu evaluarea biologică periodică a pacientului transplantat.

Organizarea tuturor acestor etape are toate caracteristicile unei activități medicale complexe, a cărei organizare și finanțare nu putea fi făcută decât pe baza unui program național de sănătate.

Trebuie subliniat de la bun început, însă, că dacă, teoretic, organizarea activității de transplant sub forma unui program național de sănătate era menită să asigure o funcționare optimă a activității de transplant, problemele care s-au ivit pe parcursul celor aproximativ 15 ani de când funcționează programul, ne-au convins că, dacă cerințele programului nu sunt respectate întocmai, pot să apară disfuncționalități foarte mari, cu consecințe total nedorite asupra rezultatelor. La asemenea disfuncționalități vom încerca să ne referim în cursul acestei



**PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al
Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății”
Cod SIPOCA 13**

monografii, cu speranța că factorii de decizie (dintre care în primul rând Ministerul Sănătății) vor lua măsurile necesare pentru remediere.



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII



ACADEMIA ROMÂNĂ



**PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al
Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății”
Cod SIPOCA 13**

CAPITOLUL I



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII



ACADEMIA ROMÂNĂ

**PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al
Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății”
Cod SIPOCA 13**

SITUAȚIA ACTUALĂ

Programul Național de transplant (PNT) este reglementat în prezent prin HG nr. 155/2017 și OMS nr. 377/2017 privind Normele tehnice. Programul gestionează întreaga activitate de transplant din România, cu excepția medicației post transplant care este gestionată de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate (CNAS). Fondurile provin de la Bugetul de Stat și încearcă să acopere toate etapele lanțului de transplant.

Programul are următoarea structură:

1. Subprogramul de transplant de organe, țesuturi și celule de origine umană;
2. Subprogramul de transplant de celule stem hematopoietice de la donatori neînrudii;
3. Subprogramul de fertilizare in vitro și embriotransfer.

Obiectivele Programului sunt:

1. creșterea numărului de donatori vii, de donatori aflați în moarte cerebrală, precum și de donatori fără activitate cardiacă;
2. coordonarea activităților de transplant;
3. asigurarea investigațiilor paraclinice pentru potențialii donatori, receptori de organe, țesuturi și celule de origine umană;
4. asigurarea supleerii fiziologice a organelor aflate în insuficiență cronică ireversibilă și/sau înlocuirea țesuturilor nefuncționale prin transplant de organe, țesuturi și/sau celule de origine umană;
5. evaluarea periodică a pacienților transplantați și a donatorilor vii;

**PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al
Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății”
Cod SIPOCA 13**

6. crearea și gestionarea unei baze de date informatice pe teritoriul României privind persoanele fizice care și-au dat acceptul pentru a dona celule stem hematopoietice;
7. tratamentul infertilității cuplului.

În această lucrare ne vom ocupa numai de Subprogramul de transplant de organe, țesuturi și celule de origine umană. În acest sens, Unitatea de Asistență tehnică și management este Agenția Națională de Transplant (ANT).

Activitățile cuprinse în cadrul acestui Subprogram sunt următoarele:

1. identificarea, diagnosticarea, declararea morții cerebrale și menținerea în condiții fiziologice a potențialilor donatori aflați în moarte cerebrală;
2. realizarea testării paraclinice a potențialilor donatori, inclusiv a donatorilor aflați în moarte cerebrală menținuți în condiții fiziologice precum și testarea paraclinică a receptorilor;
3. testarea compatibilității cross-match donator/receptor;
4. realizarea prelevării de organe, țesuturi și/sau celule de origine umană de la donator viu, precum și de la donator în moarte cerebrală;
5. procesarea și stocarea grefelor;
6. realizarea procedurii de transplant;
7. coordonarea activității de transplant;
8. evaluarea periodică a bolnavilor care au beneficiat de transplant și a donatorilor vii postdonare;
9. promovarea donării de organe, țesuturi și/sau celule de origine umană.

În cadrul activităților specifice a fost introdusă și coordonarea activității de transplant:

1. coordonarea prelevării organelor și/sau țesuturilor și/sau celulelor de origine umană de la donator viu sau decedat;

**PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al
Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății”
Cod SIPOCA 13**

2. deplasarea internă și/sau externă pentru organizarea acțiunilor de coordonare, a echipelor operatorii, precum și a organelor, țesuturilor și celulelor de origine umană prelevate în vederea efectuării procedurilor de transplant;
3. organizarea acțiunilor de instruire a coordonatorilor locali, precum și a consfăturilor periodice;
4. campanii și evenimente pentru promovarea donării de organe, țesuturi și celule de origine umană și a activității de transplant;
5. servicii funerare pentru donatorii cadavru, inclusiv transportul acestora la locul de înmormântare.

Coordonarea activităților de transplant de organe, țesuturi sau celule de origine umană prevăzute în cadrul subprogramului se realizează după cum urmează:

- a) la nivel național, de către Agenția Națională de Transplant, cu operaționalizare prin Serviciul de Ambulanță București Ilfov al Municipiului București și al Județului Ilfov;
- b) la nivel regional, prin oficii regionale de transplant organizate conform prevederilor art. 3¹ din OG nr. 79/2004 pentru înființarea Agenției Naționale de Transplant, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 588/2004, cu modificările și completările ulterioare;
- c) la nivelul unităților spitalicești autorizate să desfășoare activități de prelevare și/sau de transplant, prin coordonatorii de transplant desemnați în condițiile legii.

Beneficiarii Programului sunt:

1. pentru donatorii de organe, țesuturi și celule de origine umană: donatori (vii și decedați) de organe, țesuturi și celule de origine umană;
2. pentru efectuarea procedurilor de transplant: persoane care au domiciliul în România și au calitatea de asigurat în conformitate cu prevederile art. 222 alin. (1) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și

**PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al
Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății”
Cod SIPOCA 13**

completările ulterioare sau nu realizează venituri din muncă, pensie sau alte surse și îndeplinesc unul dintre următoarele criterii:

- 2.1. au indicație pentru un transplant de organ (cord, ficat, rinichi, plămâni*1), pancreas);
- 2.2. au indicație de transplant de celule stem hematopoietice; 106
- 2.3. prezintă deteriorări osoase și instabilități ligamentare;
- 2.4. mării arși;
- 2.5. au leziuni de cornee;
3. pentru efectuarea consultațiilor posttransplant:
 - 3.1. bolnavii care au beneficiat de transplant care necesită evaluare periodică;
 - 3.2. donatorii vii care necesită evaluare periodică postdonare. Transplantul de organe, țesuturi sau celule de origine umană se realizează în limita fondurilor aprobate cu această situație.

În situația în care numărul bolnavilor care au indicație de transplant de organe, țesuturi sau celule de origine umană este mai mare decât numărul de transplanturi de organe, țesuturi sau celule de origine umană posibil de efectuat, unitățile de specialitate întocmesc liste de așteptare.

Notă: *1) transplantul pulmonar se efectuează la bolnavii cu insuficiență pulmonară consecutivă emfizemului pulmonar, hipertensiunii pulmonare, fibrozei chistice și fibrozei pulmonare.

În acest sens, există indicatori de evaluare fizici și de eficiență:

1. indicatori fizici:
 - 1.1. număr donatori vii testați imunologic și virusologic: 1.468;
 - 1.2. număr receptori testați imunologic și virusologic: 4.000;
 - 1.3. număr testări compatibilitate cross-match: 3.000;
 - 1.4. număr diagnosticări morți cerebrale și menținere în condiții fiziologice a donatorilor - cadavru (inclusiv testare): 420;
 - 1.5. număr acțiuni de coordonare: 3.100;

**PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al
Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății”**

Cod SIPOCA 13

- 1.6. număr estimat de transplanturi ce urmează a fi efectuate, pe tipuri:
 - 1.6.1. transplant hepatic: 150;
 - 1.6.2. transplant renal: 312;
 - 1.6.3. transplant de cord: 25;
 - 1.6.4. transplant pancreatic și transplant de celule pancreatice: 12;
 - 1.6.5. transplant pulmonar: 3;
 - 1.6.6. transplant de CSH:
 - 1.6.6.1. număr de proceduri de autotransplant: 150;
 - 1.6.6.2. număr de proceduri de allotransplant: 85;
 - 1.6.7. transplant os și tendon: 730;
 - 1.6.8. transplant piele: 83;
 - 1.6.9. transplant de cornee: 40;
- 1.7. număr consultații evaluare periodică a pacienților transplantați:
 - 1.7.1. transplant renal: 8.250;
 - 1.7.2. transplant hepatic: 1.700;
 - 1.7.3. transplant cord: 276;
 - 1.7.4. transplant pulmonar: 9;
 - 1.7.5. autotransplant sau allotransplant de CSH: 800;
- 1.8. număr consultații postdonare a donatorului de CSH: 60;
2. indicatori de eficiență:
 - 2.1. cost mediu estimat/testare donatori: 1.800 lei;
 - 2.2. cost mediu estimat/testare receptori: 1.800 lei;
 - 2.3. cost mediu estimat/testare compatibilitate cross-match: 855 lei;
 - 2.4. cost mediu estimat/menținere în condiții fiziologice a donatorilor în moarte cerebrală și testarea acestora: 13.140 lei;
 - 2.5. cost mediu estimat/acțiune coordonare: 1.000 lei;

**PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al
Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății”**

Cod SIPOCA 13

- 2.6. cost mediu estimat/transplant hepatic: 232.239 lei;
- 2.7. cost mediu estimat/transplant renal: 66.278 lei;
- 2.8. cost mediu estimat/estimat transplant cord: 129.605 lei;
- 2.9. cost mediu estimat/transplant pancreas și celule pancreatice: 83.980 lei;
- 2.10. cost mediu estimat/transplant pulmonar: 390.000 lei;
- 2.11. cost mediu estimat/transplant celule stem hematopoietice - autolog: 88.499 lei;
- 2.12. cost mediu estimat/transplant celule stem hematopoietice - allogenic: 162.602 lei;
- 2.13. cost mediu estimat/transplant os-tendon: 4.200 lei;
- 2.14. cost mediu estimat/transplant piele: 4.200 lei;
- 2.15. cost mediu estimat/transplant de cornee: 1.920 lei;
- 2.16. cost mediu estimat/evaluare periodică a bolnavilor care au beneficiat de transplant:
 - 2.16.1. transplant renal: 1.800 lei/bolnav care a beneficiat de transplant evaluat;
 - 2.16.2. transplant hepatic: 1.288 lei/ bolnav care a beneficiat de transplant evaluat;
 - 2.16.3. transplant cord: 1.747 lei/ bolnav care a beneficiat de transplant evaluat;
 - 2.16.4. transplant pulmonar: 2.500 lei/ bolnav care a beneficiat de transplant evaluat;
 - 2.16.5. transplant de CSH: 4.000 lei/ bolnav care a beneficiat de transplant consultat;
 - 2.16.6. postdonare a donatorilor de CSH înrudiți: 1.400 lei/consultație.

- 3. indicatori de rezultat: procent de bolnavi care au beneficiat de transplant recuperați pe tip de transplant: 90%;

Cheltuielile eligibile în cadrul Programului sunt următoarele:

- 1. medicamente;
- 2. materiale sanitare, reactivi, materiale de laborator necesare pentru:
 - 2.1. testarea receptorilor și a potențialilor donatori;
 - 2.2. prelevarea organelor, țesuturilor sau celulelor de origine umană;
 - 2.3. efectuarea procedurilor de transplant de organe, țesuturi sau celule umane;

**PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al
Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății”
Cod SIPOCA 13**

- 2.4. evaluarea postransplant a bolnavilor și donatorilor.
3. dezinfectanți;
4. materiale pentru curățenie;
5. cheltuieli cu prestările de servicii pentru:
 - 5.1. efectuarea investigațiilor paraclinice în scopul:
 - 5.1.1. testării receptorilor și a potențialilor donatori;
 - 5.1.2. monitorizării evoluției postransplant;
 - 5.1.3. evaluării periodice a bolnavilor care au beneficiat de transplant;
 - 5.1.4. evaluării periodice a donatorilor vii postdonare.
 - 5.2. tipărirea sau multiplicarea de rapoarte, formulare tipizate și materiale informative;
 - 5.3. servicii funerare pentru donatorii - cadavru, inclusiv transportul acestora la locul de înmormântare;
 - 5.4. servicii de cazare hoteliere (spălătorie, hrană, curățenie) acordate pe perioada spitalizării bolnavului care a beneficiat de transplant sau donatorului;
 - 5.5. întreținerea și exploatarea aparaturii medicale din laboratoarele de investigații paraclinice, săli de operații dedicate activităților de transplant, secțiile ATI*1), echipamente IT și a mijloacelor de comunicare;
 - 5.6. abonamente pentru convorbiri la telefonul fix și/sau mobil pentru coordonatorii de transplant și pentru persoanele responsabile cu identificarea potențialilor donatori aflați în moarte cerebrală, diagnosticarea morții cerebrale și menținerea în condiții fiziologice a potențialilor donatori;
 - 5.7. transport intern a echipelor operatorii, pentru probe și pentru organe, țesuturi și celule umane prelevate în vederea efectuării procedurilor de transplant;
6. piese de schimb pentru aparatura medicale din laboratoarele de investigații paraclinice, săli de operații dedicate activităților de transplant, secțiile ATI*2), echipamente IT și a mijloacelor de comunicare;

**PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al
Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății”
Cod SIPOCA 13**

7. furnituri de birou;
8. deplasări interne: cheltuieli cu transportul, cazarea și diurna personalului propriu, taxe drum pentru:
 - 8.1. acțiuni de coordonare;
 - 8.2. participarea la instruirii periodice interne ale coordonatorilor de transplant, doar cu aprobarea Agenției Naționale de Transplant.
9. carburanți pentru autovehiculele din dotare;
10. organizarea de campanii și evenimente pentru promovarea donării de organe, țesuturi și celule de origine umană și a activității de transplant;
11. cheltuieli pentru achiziționarea de către Serviciul de ambulanță București - Ilfov al municipiului București și al județului Ilfov a brățărilor de identificare a donatorilor decedați.
12. cheltuieli de personal și/sau cheltuieli cu bunuri și servicii pentru contracte de prestări servicii sau contracte de antrepriză, încheiate în temeiul Codului civil, după caz, conform prevederilor art. 52 din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru personalul medical care realizează:
 - 12.1. coordonarea activităților de transplant;
 - 12.2. activitatea de menținere în condiții fiziologice a donatorilor aflați în moarte cerebrală;
 - 12.3. prelevarea de organe, țesuturi și/sau celule de origine umană;
 - 12.4. realizarea testărilor paraclinice a potențialilor donatori, precum și a receptorilor;
 - 12.5. realizarea procedurii de transplant;
 - 12.6. activitatea de monitorizare post-transplant în secția de ATI a donatorului și a bolnavului care a beneficiat de transplant.

**PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al
Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății”
Cod SIPOCA 13**

Notă: *1) și *2) în cazul cheltuielilor prevăzute la punctele 5.5 și 6 finanțarea acestora se va realiza din bugetul subprogramului proporțional cu gradul de utilizare a acestora pentru activitățile de transplant și numai în condițiile prezentării bazei de repartizare a cheltuielilor comune funcționării echipamentelor medicale pe activitățile desfășurate la nivelul laboratorului de investigații paraclinice, sălii de operație, secției de ATI.

Criteriile de selecție a unităților care implementează Programul sunt următoarele:

1. unitățile sanitare publice care dețin acreditarea pentru activitățile de donare, testare, evaluare, prelevare, conservare, distribuire, transport și transplant, în condițiile prevăzute de actele normative în vigoare;
2. unitățile sanitare private care dețin acreditarea pentru activitățile de donare, testare, evaluare, prelevare, conservare, distribuire, transport și transplant pot derula activități în cadrul subprogramului numai în condițiile în care serviciile medicale care fac obiectul finanțării excedează capacității furnizorilor publici de servicii medicale, conform prevederilor din Titlul II, art. 52 din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare;
3. unități sanitare publice care realizează coordonarea, desemnate la propunerea ANT.

În acest sens, au fost selecționate peste 50 unități sanitare care pot derula PNT de organe, țesuturi și celule de origine umană.

**PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al
Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății”
Cod SIPOCA 13**

I.1. Scurt istoric

PNT a apărut în anul 2001 în cadrul OMS nr. 536/2001 și prevedea un număr de 45 de proceduri de transplant de organ (inimă, ficat, rinichi).

Necesitatea introducerii activității de transplant în cadrul Programelor Naționale de Sănătate a apărut din cauza imposibilității calculării costurilor acestei activități de către CNAS. Din calculele CNAS, costul unei proceduri de transplant solid era aproximativ 5000 dolari. PNT a permis decontarea unor sume mai apropiate față de realitate, având în vedere că sistemul de decontare este complet diferit față de cel al CNAS, și anume prin facturi.

De-a lungul anilor, Programul a suferit numeroase modificări. Începând cu anul 2010 au fost introduse inclusiv proceduri de transplant tisular. De asemenea, în aceeași perioadă au fost introduse și cheltuieli care să acopere și coordonarea de transplant, inclusiv transportul organelor și țesuturilor prelevate.

Începând cu anul 2014, în cadrul PNT au apărut și Subprogramul privind transplantul medular de la donatori neînruțiți, precum și Subprogramul de fertilizare in vitro, subprograme care au micșorat substanțial bugetul alocat Subprogramului Național de Transplant de organe, țesuturi și celule.

Inițial, Programul era anual, din anul 2010 el devenind un program pe doi ani, cu modificări și completări periodice dacă era nevoie.

Sumele alocate pentru fiecare procedură în parte au fost sume calculate de către instituțiile care derulau programul și care în mod normal trebuiau să acopere cheltuielile efectuate de spital pentru procedurile de transplant.

Ministerul Sănătății a acceptat aceste calcule și le-a decontat anual, în funcție de raportări.



**PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al
Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății”**

Cod SIPOCA 13

I.2. Activitatea de transplant tisular

Activitatea de transplant tisular reprezintă o componentă aparte a Programului Național de Transplant. Deși România este o țară europeană cu un sistem sanitar care ar trebui integrat în cadrul celorlalte sisteme sanitare din Europa, trebuie remarcat faptul că în România la ora actuală există o singură bancă de țesuturi și anume os-tendon la Spitalul Colentina. Aceasta nu îndeplinește condițiile de acreditare, dar a fost acreditată printr-un Ordin de ministru cu plan de conformare.

Paradoxal este faptul că încă din anul 2006 România a beneficiat de un Program PHARE finanțat de către Comisia Europeană datorită căruia România ar fi trebuit să aibă la ora actuală 4 bănci regionale multi-țesut. În următoarele rânduri vom prezenta o scurtă analiză a modului în care s-a desfășurat acest Program în România, aceasta fiind o situație emblematică din punctul nostru de vedere pentru disfuncționalitățile majore care au existat, de-a lungul timpului în PNT.

Proiectul necontractat PHARE 2006/018-147.03.11 - Sprijin pentru autoritățile de sănătate din România pentru implementarea directivelor Uniunii Europene privind băncile de sânge - unitățile de transfuzie - din spitale și utilizarea terapeutică a țesuturilor și celulelor umane

Ministerul Sănătății în calitate de Autoritate de Implementare trebuie să implementeze proiectul mai sus menționat.

Prin neimplementarea acestui proiect, România nu și-a putut armoniza activitatea în domeniul *băncilor de sânge - unitățile de transfuzie - din spitale și utilizarea terapeutică a țesuturilor și celulelor umane* cu celelalte state din Uniunea Europeană (UE). De asemenea România se află în situația de a i se aplica procedura de infringement (încălcare) pentru domeniul *utilizarea terapeutică a țesuturilor și celulelor umane*.

Prin implementarea acestui proiect s-ar fi asigurat o creștere a calității asistenței medicale de specialitate și a unor soluții terapeutice moderne, cu adânc răsunet în starea de sănătate a



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII



ACADEMIA ROMÂNĂ

**PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al
Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății”
Cod SIPOCA 13**

populației, care n-ar mai fi fost nevoită să se adreseze unor bănci de țesuturi și celule și clinici specializate din alte țări.

Acest proiect nu a fost contractat la Ministerul Finanțelor Publice până la termenul limită impus de Comisia Europeană, de 30 noiembrie 2008.

În conformitate cu prevederile lit b) alin(1) art. 1 din Ordonanța nr. 11 din 26 august 2009 privind alocarea de la bugetul de stat a fondurilor necesare pentru contractarea și implementarea proiectelor necontractate din fondurile Programului PHARE, *Ordonatorii principali de credite ai autorităților publice centrale cu rol de autorități de implementare/beneficiari ai proiectelor PHARE includ în bugetele proprii la liniile bugetare "Programe PHARE și alte programe cu finanțare nerambursabilă", sume necesare și pentru încheierea de contracte de servicii, de achiziții de bunuri și executări de lucrări, inclusiv costurile legate de relansarea procesului de achiziție, în vederea implementării proiectelor componentelor necontractate din fondurile alocate prin Programul PHARE, pentru care nu au fost identificate alte surse de finanțare.*

Ținând cont de Ordonanța nr. 11 /2009 în anul 2010, Ministerul Sănătății a inițiat Hotărârea de Guvern nr. 1185/2010.

Prin Hotărârea Guvernului nr. 1185/2010 privind aprobarea sumei necesare Ministerului Sănătății pentru contractarea și implementarea componentelor necontractate din proiectul PHARE 2006/018-147.03.11 au fost alocate fonduri pentru achiziția de echipamente și achiziția de asistență tehnică pentru cele două componente, respectiv *băncile de sânge - unitățile de transfuzie - din spitale și utilizarea terapeutică a țesuturilor și celulelor umane.*

Prin Hotărârea de Guvern nr. 735/2011 de modificare a Hotărârii Guvern nr.1185/2010 privind aprobarea sumei necesare Ministerului Sănătății pentru contractarea și implementarea componentelor necontractate din proiectul PHARE 2006/018-147.03.11, s-a introdus subcomponenta „construcție /amenajare spațiu pentru componenta *utilizarea terapeutică a țesuturilor și celulelor umane*. De asemenea s-au introdus și auditările achizițiilor pentru cele două componente: *băncile de sânge - unitățile de transfuzie - din spitale și utilizarea terapeutică*



**PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al
Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății”
Cod SIPOCA 13**

a țesuturilor și celulelor umane, cu subcomponentele: echipamente și asistență tehnică”. Datorită apariției cu întârziere a Hotărârii de Guvern nr. 735/2011 (iulie 2011) precum și a unor aspecte de natură administrativă, până la sfârșitul anului 2011 sumele alocate nu au fost utilizate.

Prin adresa nr. 1558/CV/02.03.2012 Ministerul Afacerilor Europene, pentru proiectul PHARE 2006/018-147.03.11 concluzionează următoarele:

- ❖ Ținând cont că obiectivul fișei de proiect PHARE 2006/018-147.03.11 *Sprijin pentru autoritățile de sănătate din România pentru implementarea directivelor UE privind băncile de sânge - unitățile de transfuzie - din spitale și utilizarea terapeutică a țesuturilor și celulelor umane* nu poate fi considerat îndeplinit dacă nu se contractează și implementează toate componentele, Ministerul Sănătății trebuie să continue procesul de contractare și implementare a componentelor necontractate.
- ❖ Este necesar ca Ministerul Sănătății să întreprindă demersurile necesare în vederea includerii în bugetul de stat a sumelor necesare în fișa de proiect mai sus menționată.

Prin Hotărârea de Guvern nr.1065/2013, activitatea „Achiziția deconstrucției și dotări cu echipamente ale celor 4 bănci de țesuturi și celule umane,, la București, Iași, Târgu Mureș și Timișoara a fost estimată cu suma de 15.003 mii lei. Pentru această activitate a fost necesară realizarea unui Studiu de Fezabilitate, contractat în trimestrul IV 2014, cu termen de realizare decembrie 2014, în sumă de 120 mii lei. Studiul de Fezabilitate a estimat că suma necesară pentru construcția și dotarea celor 4 bănci de țesuturi și celule umane este de 22.239 mii lei cu TVA și nu doar 15.003 mii lei cât s-a aprobat în anul 2013 prin Hotărârea de Guvern nr. 1065.

Prin HG nr. 1065/2013 privind aprobarea sumei necesare Ministerului Sănătății pentru contractarea și implementarea componentelor necontractate din proiectul PHARE 2006/018-147.03.11, au fost aprobate sumele de bani pentru activitățile rămase necontractate din acest proiect, respectiv:



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII



ACADEMIA ROMÂNĂ

**PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al
Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății”**

Cod SIPOCA 13

Nr ert	Scopul alocării fondurilor	Fondurile alocate -mii lei-	Anul 2013 – mii lei-	Anul 2014 – mii lei-	Anul 2015 – mii lei-
1	Achiziție de echipamente pentru componenta "Bănci de sânge"	9.244	10	5.015	4.082
2	Auditarea achizițiilor componenteii "Bănci de sânge"		0	0	137
3	Achiziția de asistență tehnică pentru componenta "Bănci de sânge"	4.438	0	0	4.438
4	Achiziție de construcții și dotări cu echipamente ale celor 4 bănci de țesuturi și celule umane	15.186	0	7.501,5	7.501,5
5	Auditarea achiziției pentru componenta "Țesuturi și celule umane "		0	0	183
6	Achiziție de asistență tehnică pentru componenta "țesuturi și celule umane"	3.094	0	0	3.094
	TOTAL	31.962	10	12.516,5	19.435,5

Deoarece rezultatul studiului de fezabilitate a fost comunicat în luna decembrie a anului 2014, iar proiectul de modificare a HG 1065/2013 a fost aprobat în luna decembrie 2014, activitatea de Achiziție de construcții și dotări cu echipamente ale celor 4 bănci de țesuturi și celule umane la București, Iași, Târgu Mureș și Timișoara a fost estimată la suma de 14.883 mii lei (15.003-120=14.883).

Hotărârea nr. 1168 din 29 decembrie 2014 pentru modificarea anexei la Hotărârea Guvernului nr. 1.065/2013 privind aprobarea sumei necesare Ministerului Sănătății pentru

**PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al
Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății”**

Cod SIPOCA 13

contractarea și implementarea componentelor necontractate din proiectul PHARE 2006/018-147.03.11.

Nr. crt.	Scopul alocării fondurilor	Total fonduri alocate - mii lei -	2013 - mii lei -	2014 - mii lei -	2015 - mii lei -
1.	Achiziție de echipamente pentru componenta ”Bănci de sânge”	9.244	10	0	9.097
2.	Auditarea achizițiilor componentei ”Bănci de sânge” (asistență tehnică și echipamente)		0	0	137
3.	Achiziție de asistență tehnică pentru componenta ”Bănci de sânge”	4.438	0	0	4.438
4.	Achiziție de construcții și dotări cu echipamente ale celor 4 bănci de țesuturi și celule umane pentru componenta ”Țesuturi și celule umane”	15.186	0	120	14.883
5.	Auditarea achiziției pentru componenta ”Țesuturi și celule umane” (asistență tehnică și construcții și dotări cu echipamente ale celor 4 bănci de țesuturi și celule umane)		0	0	183
6.	Achiziție de asistență tehnică pentru componenta ”Țesuturi și celule umane”	3.094	0	0	3.094
Total		31.962	10	120	31.832

**PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al
Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății”
Cod SIPOCA 13**

Menționăm că procedura de achiziție a acestei activități, Achiziție de construcții și dotări cu echipamente ale celor 4 bănci de țesuturi și celule umane a continuat, iar la data de 5 august 2015 a avut loc deschiderea ofertelor pentru Achiziția de construcții și dotări cu echipamente ale celor 4 bănci de țesuturi și celule umane pentru componenta "Țesuturi și celule umane". Până la ora de închidere a depunerii de oferte, respectiv ora 12.00 nu a fost înregistrată nicio ofertă pentru această achiziție. Astfel, pe cale de consecință, s-a impus suplimentarea sumei pentru Achiziția de construcții și dotări cu echipamente ale celor 4 bănci de țesuturi și celule umane pentru componenta "Țesuturi și celule umane" cu 7.356 mii lei ($22.239-14.883=7.356$).

În concuzie, în anul 2015 a fost alocată suma de 31.832 mii lei, din care s-au cheltuit efectiv 5.553 mii lei, astfel:

- Pentru componenta "Bănci de sânge" s-a realizat activitatea Achiziție de echipamente, care a fost estimată pentru anul 2015 la suma de 9.097 mii lei, iar în urma realizării procedurii de achiziție publică această activitate a fost contractată cu suma totală de 5.553 mii lei, prin semnarea următoarelor contracte subsecvente: **Contractul subsecvent nr.32/04.06.2015 la Acordul cadru nr. 29/04.06.2015, Contractul subsecvent nr.33/04.06.2015 la Acordul cadru nr. 30/04.06.2015 și Contractul subsecvent nr.34/04.06.2015 la Acordul cadru nr. 31/04.06.2015.** Cele trei contracte subsecvente s-au finalizat la data de 31.12.2015.

Ca urmare a celor menționate mai sus, s-a obținut o economie de 3.544 mii lei.

Pentru componenta "Bănci de sânge" au rămas de achiziționat Achiziția de asistență tehnică estimată cu suma de 4.438 mii lei și Auditarea achizițiilor efectuate pentru componenta bănci de sânge în valoare de 137 mii lei .

- Pentru componenta "Țesuturi și celule umane" nu s-a realizat în anul 2015 nici una dintre activitățile prevăzute, respectiv Achiziția de asistență tehnică estimată în sumă de 3.094 mii lei, nici Achiziția de construcții și dotări cu echipamente ale celor 4 bănci de țesuturi și celule umane la București, Iași, Târgu Mureș și

**PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al
Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății”
Cod SIPOCA 13**

Timișoara estimată cu suma de 14.883 mii lei și nici auditarea acestor achiziții, estimată cu suma de 183 mii lei.

Băncile de țesuturi și celule umane ar trebui să se realizeze în următoarele amplasamente:

- în incinta Institutului Clinic Fundeni; Sos. Fundeni, nr.258, Sect.2, București;
- în incinta Spitalului Clinic Județean de urgențe ”Sf. Spiridon”; B-dul Independenței, nr.1, Iași, jud. Iași;
- în incinta Spitalului Clinic Județean Mureș; Str. Gh. Marinescu, nr.3, Târgu Mureș, jud. Mureș;
- în incinta Spitalului Clinic Județean de Urgență Timișoara B-dul Iosif Bulbuca Nr.10, Timișoara.

Precizăm că prin realizarea activității Achiziție de echipamente pentru componenta bănci de sânge, s-a obținut o economie de 3.544 mii lei. Pentru monitorizarea Achiziției de echipamente pentru componenta ”Bănci de sânge”, ulterior s-a bugetat pentru anul 2017 și estimat suma de 9 mii lei. De asemenea, suplimentarea necesară activității Achiziție de construcții și dotări cu echipamente ale celor 4 bănci de țesuturi și celule umane pentru componenta ”Țesuturi și celule umane” s-a realizat și din economia menționată mai sus, respectiv componenta bănci de sânge, astfel că suma efectiv de suplimentat, a fost de 3.821 mii lei pentru Achiziție de construcții și dotări cu echipamente ale celor 4 bănci.

Astfel, în anul 2016, în luna aprilie, a fost aprobată Hotărârea de Guvern nr. 296/2016, prin care s-au aprobat Ministerului Sănătății sumele necesare pentru contractarea și implementarea componentelor rămase necontractate din Proiectul PHARE 2006/018-147.03.11.

PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății”

Cod SIPOCA 13

Nr. crt.	Scopul alocării fondurilor	Total fonduri alocate - mii lei-	2016 - mii lei -	2017 - mii lei -
1.	Servicii de auditare a achizițiilor componentei ”Bănci de sânge” (asistență tehnică și echipamente)	146	0	137
2.	Servicii de monitorizare a Echipamentelor achiziționate la componenta ”Bănci de sânge”		9	0
3.	Servicii de asistență tehnică pentru componenta ”Bănci de sânge”	4.438	0	4.438
4.	Lucrări de construcții și dotări cu echipamente ale celor 4 bănci de țesuturi și celule umane pentru componenta ”Țesuturi și celule umane”	22.422	22.239	0
5.	Servicii de auditare a achiziției pentru componenta ”Țesuturi și celule umane” (asistență tehnică și construcții și dotări cu echipamente ale celor 4 bănci de țesuturi și celule umane)		0	183
6.	Servicii de asistență tehnică pentru componenta ”Țesuturi și celule umane”	3.094	3.094	0
Total		30.100	25.342	4.758

**PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al
Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății”**

Cod SIPOCA 13

În luna august 2016, ca urmare a rectificării bugetare a fost alocată Ministerului Sănătății suma necesară continuării implementării acestui proiect. Ulterior acestei rectificări au fost demarate procedurile de achiziție pentru cele două componente prevăzute în Hotărârea de Guvern nr. 296/2016. Precizăm că procedurile de achiziție nu s-au finalizat până în luna noiembrie 2016, motiv pentru care, pentru continuarea implementării proiectului Phare 2006/018-147.03.11 s-a propus modificarea Hotărârii de Guvern în acest sens.

În luna aprilie 2017 s-a aprobat Hotărârea de Guvern nr. 271/2017 pentru modificarea Hotărârii Guvernului nr. 296/2016 privind aprobarea sumei necesare Ministerului Sănătății pentru contractarea și implementarea componentelor rămase necontractate din Proiectul PHARE 2006/018-147.03.11.

Nr. crt.	Scopul alocării fondurilor	Total fonduri alocate - mii lei-	2017 - mii lei -	2018 - mii lei -
1.	Servicii de auditare a achizițiilor componentei ”Bănci de sânge” (asistență tehnică și echipamente)	146	0	137
2.	Servicii de monitorizare a Echipamentelor achiziționate la componenta ”Bănci de sânge”		9	0
3.	Servicii de asistență tehnică pentru componenta ”Bănci de sânge”	4.438	4.438	0
4.	Lucrări de construcții și dotări cu echipamente ale celor 4 bănci de țesuturi și celule umane pentru componenta ”Țesuturi și celule umane”	22.422	22.239	0

**PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al
Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății”**

Cod SIPOCA 13

5.	Servicii de auditare a achiziției pentru componenta ”Țesuturi și celule umane” (asistență tehnică și construcții și dotări cu echipamente ale celor 4 bănci de țesuturi și celule umane)		0	183
6.	Servicii de asistență tehnică pentru componenta ”Țesuturi și celule umane”	3.094	3.094	0
Total		30.100	29.780	320

Pentru derularea achiziției de servicii de asistență tehnică, pentru componenta ”bănci de sânge”, Unitatea de Implementare și Coordonare Programe a înaintat Serviciului de investiții și achiziții Caietul de sarcini și a întocmit Referatul de necesitate.

Pentru componenta ”utilizarea terapeutică a țesuturilor și celulelor umane” Unitatea de Implementare și Coordonare Programe a trimis Caietul de sarcini aferent achiziției de Lucrări de construcții și dotări cu echipamente ale celor 4 bănci de țesuturi și celule umane, Agenției Naționale de Transplant în vederea includerii observațiilor Serviciului de investiții și achiziții.

La rectificarea bugetară preconizată în luna august 2017, s-a solicitat de către Unitatea de Implementare și Coordonare Programe **bugetarea** Hotărârii de Guvern nr. 271/2017.

Bugetarea a fost aprobată în toamna anului 2017, ceea ce s-a dovedit, însă, a fi prea târziu, practic nemaexistând timpul necesar pentru derularea procedurii de achiziție publică.

Ca urmare, este necesară elaborarea unei noi Hotărâri de Guvern, pentru ca sumele respective să fie alocate pe anul 2018.

În concluzie, după 12 ani din momentul în care Comisia Europeană a aprobat fondurile pentru construirea acestor patru bănci multițesut, ele încă nu există. Bani de la Comisia



PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății”

Cod SIPOCA 13

Europeană au fost deja pierduți, România este obligată să aloce suma necesară din bugetul propriu, dar aceste bănci nu au fost construite până acum.

Trebuie remarcat că în momentul de față activitatea de transplant de piele în România este blocată, ceea ce înseamnă ca nu se poate asigura tratamentul marilor arși pe teritoriul României. Transplantul de os-tendon se efectuează cu sprijinul unei bănci care nu îndeplinește criteriile de acreditare, iar transplantul de cornee se poate efectua numai cu cornee proaspătă sau de import.

Romania este, în acest moment, singura țară europeană care nu are nicio bancă multțesut la standarde europene.

I.3. Evaluarea activității de transplant hepatic ca și program relevant pentru programul național de transplant de organe

I.3.1. Generalități

În continuare dorim să facem o analiză a transplantului hepatic ca și transplant emblematic pentru întreaga activitate de transplant de organ solid. Aceasta întrucât, modul în care se desfășoară acest program poate fi extrapolat cu ușurință și la celelalte programe de transplant de organe solide; dintre acestea, singurul cu adevărat activ este programul de transplant renal, care este însă mai ușor de derulat și de finanțat.

Transplantul hepatic este cel mai scump și cel mai complex ca și procedură chirurgicală. Problemele cu care se confruntă acest tip de transplant și care vor fi reliefate în continuare sunt valabile și pentru celelalte tipuri de transplant de organ solid (inimă, rinichi, pancreas).

Activitatea de transplant hepatic presupune o supra-specializare și o curbă de învățare de lungă durată a medicilor chirurghi, anesteziști și gastroenterologi ce trebuie efectuată în centre medicale dedicate.



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII



ACADEMIA ROMÂNĂ



PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății”

Cod SIPOCA 13

La momentul actual majoritatea intervențiilor sunt efectuate în regim de urgență de către echipe dedicate alcatuite din 10 medici și 5 asistenți medicali.

Echipele medicale sunt în permanență “on-call” în sistem de voluntariat, activitate neremunerată sau minim remunerată ce se desfășoară în afara programului normat de lucru.

În anul 2013 această activitate s-a concretizat în 985.5 ore de transplant hepatic (excluzând orele aferente recoltării de grefe hepatice) ceea ce corespunde la 14782.5 ore de voluntariat neremunerate și nerecunoscute.

Istoria transplantului hepatic în România a început în anul 1997 și a cunoscut o creștere exponențială a numărului de pacienți transplantați anual. La momentul actual Institutul Clinic Fundeni reprezintă cel mai important centru de transplant hepatic, cu peste 90% din intervențiile efectuate anual. În toată această perioadă activitatea a fost susținută de către medicii institutului în regim de voluntariat (activitate neremunerată). Începând din anul 2016 s-a deschis al doilea centru de transplant hepatic la Spitalul “Sf. Spiridon” din Iași.

Transplantul hepatic reprezintă o intervenție chirurgicală care se desfășoară în regim de urgență și care nu poate fi programată. Programul Național de Transplant se derulează continuu 365 de zile pe an, 24 de ore pe zi. Doar transplantul living related este o operație care uneori poate fi programată. Totuși, și în acest caz, sunt situații de urgență, cum ar fi insuficiența hepatică acută de diverse etiologii (hepatită virală, intoxicațiile cu ciuperci, cu paracetamol, boala Wilson, post-operatorii sau post-traumatice, non funcția primară a ficatului post-transplant hepatic), în care transplantul living related se desfășoară în regim de urgență, întreaga evaluare a donatorului înrudit și efectuarea intervenției chirurgicale efectuându-se în majoritatea cazurilor în sub 24 de ore de la momentul prezentării.

În perioada preoperatorie medicul anestezist, ca parte a **echipei multidisciplinare**, este implicat activ în evaluarea potențialului primitor de greaf hepatică, stabilirea severității bolii hepatice și gradul de prioritate al transplantului hepatic, precum și stabilirea riscului anestezic al



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII



ACADEMIA ROMÂNĂ



**PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al
Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății”
Cod SIPOCA 13**

pacientului în funcție de complicațiile bolii hepatice și patologiile asociate. Mai mult, pacienții cu un grad ridicat de severitate al bolii hepatice (insuficiența hepatică acută, insuficiența hepatică cronică acutizată) sunt îngrijiți în secții dedicate de terapie intensivă în vederea susținerii funcțiilor vitale și optimizarea statusului funcțional până în momentul efectuării transplantului.

În momentul în care se anunță existența unui potențial donator, se stabilește **echipa chirurgicală de recoltare** care în cazul transplantului de ficat este compusă din minim 2 chirurghi supraspecializați în acest tip de intervenție chirurgicală, la care se adaugă 1 asistent medical. Această echipă se va deplasa (cu avion, elicopter, ambulanță) la spitalul unde se află donatorul și, sincronizându-se cu celelalte echipe de recoltare (rinichi, cord, plămâni, cornee, oase, tegumete), va preleva grefa hepatică. **De cele mai multe ori recoltarea se realizează în cursul nopții, fiind condiționată de programul de zbor.**

Coordonatorul național de transplant furnizează datele necesare despre donator (grupul de sânge, vârsta, sexul, cauza de deces, investigațiile paraclinice la momentul actual, necesarul de suport vasopresor și inotrop) centrelor medicale (Gastro-enterologie și Medicală) în vederea consultării **listelor de așteptare**. Se selectează potențialii receptori (cel mai frecvent în număr de doi) pe baza gradului de prioritizare și a criteriile de alocare a grefei acceptate de toate centrele mari, de referință în transplantul hepatic din Europa și America. După evaluarea macroscopică a grefei de către chirurgul care realizează recoltarea (consistența și aspectul macroscopic al grefei, dimensiunea acesteia, anatomia pediculului hepatic) se decide care receptor va beneficia de transplant. Această decizie are la bază pe de o parte gravitatea bolii receptorului, starea lui la momentul transplantului iar pe de altă parte caracteristicile grefei. Decizia este multidisciplinară, anestezico-chirurgicală și gastro-enterologică. În timpul recoltării coordonatorii echipelor chirurgicale și anestezice de transplant sunt în legătură permanentă cu echipa de recoltare, atât pentru a finaliza alegerea receptorului, cât și pentru a stabili managementul intervenției de transplant în funcție de momentul clampării arterei aorte (cross-clamping) și de ora de sosire a



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII



ACADEMIA ROMÂNĂ

**PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al
Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății”
Cod SIPOCA 13**

grefei în spital. Odată stabilită ora de începere a operației, chirurgul și anestezistul principal își anunță fiecare echipele de medici și asistenți (“on call”).

Datorită timpului foarte scurt în care grefa hepatică este viabilă din momentul recoltării intervențiile chirurgicale sunt efectuate în regim de urgență și implică mobilizarea rapidă a personalului medical care sunt în permanență ”on-call” la domiciliu 24 ore/zi, 7 zile/ săptămână. Peste 50% din aceste intervenții chirurgicale sunt efectuate în afara programului de lucru (Figura I.1).

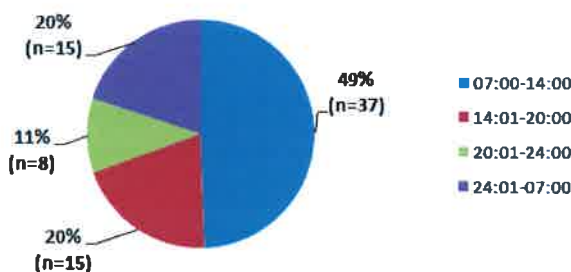


Figura I.1. Ora începerii transplantului hepatic (anul 2012)

Mai mult, 16% dintre acestea au fost efectuate în timpul zilelor de weekend și sărbători legale (Figura I.2).

PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății”

Cod SIPOCA 13

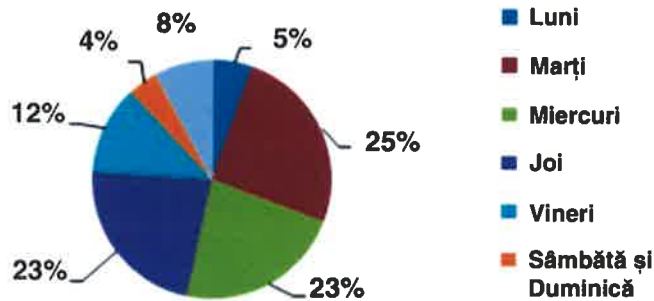


Figura 1.2. Ziua săptămânii în care a fost efectuat transplantul hepatic

Echipele chirurgicale de transplant sunt compuse din operator principal (chirurg de transplant hepatic), ajutor (chirurg specialist) și minim 2 chirurghi (în diverse stadii de pregătire profesională). Echipele sunt completate de un asistent medical instrumental și doi asistenți medicali circulanți. Echipele anestezice sunt alcătuite dintr-un coordonator (medic primar sau medic specialist A.T.I.), 3 medici rezidenți și o asistentă medicală. La aceste echipe se adaugă un medic gastroenterolog care participă în echipa decizională privind alocarea grefei și care efectuează ecografiile intraoperatorii. **Intervenția de transplant hepatic durează în medie 6-8 ore, dar în situații grave poate să se prelungească și 10-12 ore.**

Pentru exemplificare, în cazul echipei A.T.I., toată această activitate s-a concretizat la nivelul anului 2012 în efectuarea a 630,5 ore de intervenție chirurgicală (26,2 zile de activitate medicală continuă). Ținând cont de dimensiunea echipei anestezice implicate în transplant hepatic, **la nivelul anului 2012 s-au înregistrat 3175,5 ore de voluntariat efectuat de echipa medicală a Clinicii A.T.I. Fundeni.**

Anul 2013 a reprezentat apogeul activității de transplant în Institutul Clinic Fundeni cu 122 de intervenții chirurgicale efectuate la 120 de pacienți (110 cu ficat de la donator în moarte cerebrală și 12 cu hemificat de la donator viu). Acest lucru a însumat un număr de 985,5 ore

PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății”

Cod SIPOCA 13

de activitate medicală, adică echivalentul a 41 de zile calendaristice. Dintre acestea doar 13.9% au fost efectuate în timpul orelor normale de program.

Recordul intervențiilor este deținut de 6 intervenții chirurgicale în decurs de 32 de ore. Prima intervenție a început la ora 05:10 în data de 26 febr 2013 și cel de-al șaselea transplant a fost finalizat la ora 14:10 în data de 27 febr 2013 (Figura I.3). Din punct de vedere al echipelor anestezice au fost implicați un număr de 5 medici primari, 3 medici specialiști, 15 medici rezidenți și 5 asistente medicale.

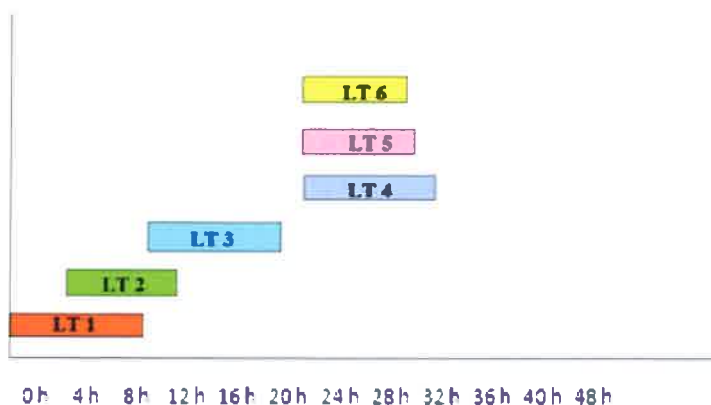


Figura I.3. Recordul Institutului Clinic Fundeni în transplant hepatic

Evoluția post-transplant poate să necesite oricând reintervenții de urgență, acestea fiind realizate tot de echipa anestezico-chirurgicală care a efectuat intervenția principală, deoarece de cele mai multe ori sunt necesare tehnici de transplant.

După cum s-a văzut în cele relatate anterior, activitatea de transplant presupune **mobilizarea multor echipe de medici și asistenți specializați în acest domeniu**. Aceste echipe sunt coordonate de chirurgul și anestezistul principal, care sunt conectați cu echipa de recoltare

**PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al
Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății”
Cod SIPOCA 13**

și care trebuie să ia decizii importante nu doar în timpul transplantului propriu-zis, ci și anterior acestuia (NB recoltările se fac mai ales noaptea).

Activitatea de transplant este o activitate ‘de tip "on-call", echipa de transplant, conform unei programări, este la dispoziția programului de transplant indiferent de zi sau oră. De exemplu chirurgul operator principal 2 săptămâni pe lună lucrează în regim "on-call", deci 2 week-end-uri pe lună nu poate să plece din localitate și nu poate să desfășoare activități în timpul liber care să-i afecteze capacitatea de muncă. Activitatea "on-call" nu este aplicabilă în programul de transplant (nu există cadrul legal), motiv pentru care ea nu poate fi contabilizată și nici plătită (nu se poate face pontaj).

Activitatea de transplant necesită **supraspecializare** în acest domeniu, prelungind anii de pregătire profesională și selectând medicii capabili să facă această performanță. Anestezia pentru transplantul hepatic reprezintă o supraspecializare a medicilor anesteziști așa cum este reglementată și în curricula UEMS – EBA. Din punct de vedere practic, anesteziștii implicați în această subspecialitate sunt nevoiți să parcurgă o curbă lungă de învățare a ceea ce înseamnă particularitățile acestei intervenții chirurgicale. Postoperator pacienții sunt îngrijiți în secții dedicate de către personal specializat (medici, asistenți medicali) în rezerve izolate datorită riscului crescut de infecție.

În afară de performanța în sine a actului anestezico-chirurgical, intervenția de transplant presupune și un efort fizic și psihic considerabil mai mare raportat la marea majoritate a intervențiilor chirurgicale. Acest lucru poate fi un factor de risc suplimentar pentru bolile profesionale (patologie cardiacă asociată unui stres crescut, patologia aparatului osteo-articular). Cu toate acestea nu există nici o diferență salarială între un chirurg sau anestezist de transplant și un altul care își desfășoară activitatea într-un spital județean și care practică o anestezie sau chirurgie de mică anvergură.

PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății”

Cod SIPOCA 13

În majoritatea țărilor din Europa de Vest și Statele Unite ale Americii activitatea profesională a medicilor și asistenților medicali implicați în transplantul hepatic este remunerată în conformitate cu gradul profesional și rolul îndeplinit în echipa multidisciplinară.

Conform datelor existente în literatură, plata unui **profesionist în Brazilia implicat în prelevarea de organe este 1322 US\$ și de 3223 US\$ pentru un profesionist implicat în efectuarea transplantului hepatic, costurile fiind estimate per intervenție chirurgicală.**

De asemenea datele publice privind salarizarea medicilor transplantologi din Statele Unite ale Americii relevă faptul că plata orală este în medie de 50 \$ / oră ceea ce duce la un venit suplimentar de 7800-11000 \$/lună (Figura I.4).

Venitul mediu al unui chirurg transplantolog in SUA (\$)

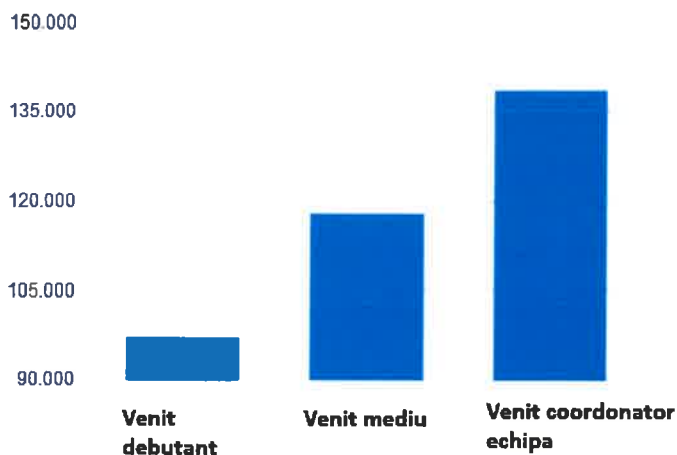


Figura I.4. Venituri medii ale unui chirurg transplantolog în SUA (3)

**PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al
Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății”
Cod SIPOCA 13**

În Europa salarizarea în domeniul transplantului variază de la o țară la alta. De exemplu în Germania salariul unui chirurg de transplant hepatic este de 100,000 - 120,000 E (de aproximativ 10 ori mai mare decât în România), dar Germania este o țară în care salarizarea în transplant este considerată de chirurghi neatractivă, motiv pentru care în ultimii ani s-a înregistrat o scădere dramatică a numărului de chirurghi de transplant prin reorientarea profesională spre alte domenii ale chirurgiei sau ale învățământului unde salariile pot fi chiar duble).

În prezent, personalul medical implicat în programul de transplant din cadrul Institutului Clinic Fundeni beneficiază de o retribuție suplimentară din fonduri speciale alocate de către Ministerul Sănătății, fonduri ce nu fac parte efectivă din fondurile decontate pe procedurile de transplant. **Această retribuție reprezintă o compensație necorespunzătoare gradului de complexitate și implicat de răspundere asociat acestei activități, sumele lunare acordate**

Monthly Liver Transplant Surgeon Pay Statistics in New York

Average Monthly Liver Transplant Surgeon Salary in New York	\$7,871 - \$11,806
Starting Monthly Liver Transplant Surgeon Salary in New York	\$6,482 - \$9,723
Top Monthly Liver Transplant Surgeon Salary in New York	\$9,260 - \$13,890

propriu-zise fiind aproximativ echivalentul unei gărzi efectuate într-o zi de weekend.

Concluzii:

- transplantul hepatic este considerat cea mai complexă intervenție chirurgicală din chirurgia generală, atât din punct de vedere tehnic, cât și din punct de vedere al managementului pre-, intra- și post-operator și care are un caracter de urgență (neprogramat);

PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății”

Cod SIPOCA 13

- echipele de transplant (anesteziști, chirurghi, gastroenterologi) necesită o pregătire specială, atât teoretică, dar mai ales practică, iar acest lucru se traduce printr-o curbă de învățare lungă într-un centru dedicat;
- cu cât tehnica chirurgicală este mai complexă, cu atât și morbiditatea post-operatorie este mai mare. Monitorizarea post-transplant presupune personal cu experiență care trebuie să deceleze la timp complicațiile și să inițieze terapiile eficiente, deci obligatoriu îngrijirea acestor pacienți în centre dedicate, cu un nivel înalt de experiență;
- activitatea de transplant este o activitate performantă care se diferențiază de celelalte intervenții chirurgicale și care trebuie recunoscută ca o specialitate aparte, remunerată adecvat, ținând cont atât de performanța actului medical, cât și de timpul alocat acestei proceduri.
- echipele specializate în transplantul hepatic sunt reduse ca număr (în România sunt doar 4 chirurghi care pot realiza intervenția de transplant hepatic), motiv pentru care nu pot funcționa pe sistemul gărzilor (singurul mod de funcționare acceptat în unitățile medicale de stat). Singurul sistem viabil pentru activitatea de transplant este “on-call”, dar pentru acest lucru trebuie elaborate norme și normative legale care să permită pe de o parte pontarea și plata corespunzătoare atât a orelor de muncă efective, cât și a perioadei în care medicii și asistenții sunt la dispoziția programului de transplant.
- salariul unui chirurg de transplant în Romania este de 5000 Ron pe lună, nefiind posibilă nici o comparație cu salariile din America (457,000 \$ pe an sau 38,083 \$ pe lună), iar activitatea de transplant este neremunerată.

**PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al
Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății”
Cod SIPOCA 13**

I.3.2 Lista de Așteptare pentru Transplantul Hepatic

Tratamentul actual al bolii hepatice terminale este reprezentat de transplantul hepatic. Acesta se poate efectua fie cu ficat întreg – de la donator aflat în moarte cerebrală, fie cu hemificat drept (în cazul adulților) sau stâng (în cazul copiilor < 50kg) de la donator în viață.

Indiferent ce tip de transplant urmează să primească, pacientul care are nevoie de un transplant trebuie să se afle pe lista de așteptare.

În România lista de așteptare este centralizată la nivelul Agenției Naționale de Transplant, acolo unde sunt raportați toți pacienții care au nevoie de un transplant. În momentul înregistrării de către medicul desemnat, pacientul primește un cod (cod CUIANT) care îl va însoți pe pacient permanent – în perioada de așteptare și după transplant.

Înregistrarea pe lista de așteptare reprezintă doar o primă etapă.

Procesul de evaluare a candidaților la transplant hepatic începe după stabilirea indicației de transplant. Imediat după aceasta, i se prezintă pacientului Consimțământul Informat în vederea parcurgerii investigațiilor necesare includerii pe lista de așteptare.

Evaluarea este conform unor proceduri standardizate, este complexă și de durată.

Cuprinde:

- evaluarea hepatologică propriu-zisă pentru stabilirea severității bolii și a prognosticului;
- teste de laborator;
- evaluare cardiologică;
- imagistică hepatică (CT/ RMN);
- investigații de tub digestiv (EDS, colonoscopie);
- evaluare pulmonară/pneumologică;
- evaluare infecțioasă;
- evaluare neurologică;



**PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al
Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății”
Cod SIPOCA 13**

- evaluare psihologică/psihiatrică;

O serie de investigații nu pot fi realizate în instituția acreditată pentru efectuarea transplantului, fiind necesară deplasarea pacientului în alte spitale (ex: evaluarea cardiologică, evaluarea pneumologică, ginecologică, stomatologică, etc).

În prezent, toate acestea nu sunt parte a Programului Național de Transplant. Evaluarea potențialului candidat la transplant este apanajul medicului internist/hepatolog sau gastroenterolog, iar decontarea către unitatea sanitară se face prin programul DRG și nu prin Programul de Transplant.

De asemenea în perioada de așteptare pacienții aflați pe lista de așteptare sunt bolnavi foarte gravi care necesită spitalizări lungi și repetate, tratamente complexe și foarte scumpe. Întrucât mulți pacienți așteaptă un timp mai îndelungat pe lista de așteptare, o parte dintre investigațiile efectuate la înregistrare trebuie repetate. Nici după ce sunt înregistrați pe lista de așteptare, decontarea tratamentului și investigațiilor acestor pacienți către unitatea spitalicească nu se face prin Programul de Transplant ci tot prin DRG.

Mulți dintre ei decedează în perioada de așteptare.

Propunem ca Programul de Transplant să fie extins și să cuprindă și pacienții aflați pe lista de așteptare.

I.3.3 Transplantul de ficat de la donator aflat în moarte cerebrală

Transplantul cu ficat întreg de la donator aflat în moarte cerebrală a reprezentat prima modalitate de efectuare a transplantului hepatic, iar în țările europene, inclusiv în România, continuă să reprezinte cea mai frecvent utilizată modalitate de transplant. De altfel, această metodă oferă cele mai bune rezultate pe termen lung, cu supraviețuiri de peste 70% la 10 ani în majoritatea centrelor. Pentru că transplantul reprezintă cea mai eficientă metodă de tratament a pacienților cu boli hepatice în stadiul terminal, oferind posibilitatea reinsertiei sociale și



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII



ACADEMIA ROMÂNĂ

**PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al
Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății”
Cod SIPOCA 13**

profesionale complete postoperator, în prezent există o discrepanță crescută între numărul de organe disponibile și numărul pacienților aflați pe lista de așteptare. Deși această discrepanță este prezentă peste tot la nivel mondial, în România aceasta este și mai marcată întrucât rata de donare continuă să fie una din cele mai scăzute din Uniunea Europeană. În plus, în România, după ce în anii 2013-2014 rata de donare a crescut, începând din 2015 aceasta a început să scadă. În aceste condiții, propunem:

- Inițierea și desfășurarea unor campanii mediatice (în mass-media și social-media) cu scopul de a explica publicului avantajele/beneficiile donării de organe.

Mai mult, ca urmare a discrepanței crescute între necesarul de organe și numărul redus de grefe disponibile, în ultimii ani, în întreaga lume (și în România) au fost acceptate pentru transplantare și grefe marginale, provenind de la donatori vârstnici (peste 70 de ani), cu steatoză hepatică. Chiar și în aceste condiții, în majoritatea centrelor nu se acceptă pentru transplantare hepatică organele care prezintă un grad de steatoză macroveziculară de peste 40%. Acest parametru nu poate fi apreciat decât prin examinare histo-patologică extemporanee a ficatului donatorului. Efectuarea acestei investigații trebuie să se desfășoare într-un interval cât mai scurt de timp, astfel încât, atunci când ficatul poate fi folosit pentru transplant să poată fi implantat într-un interval optim (nu mai mult de 6-8 ore de la momentul recoltării). Pentru obținerea unui rezultat histologic de cât mai mare acuratețe într-un interval cât mai scurt de timp, ar fi necesar:

- Achiziționarea în Departamentul de Anatomie Patologică a dispozitivelor necesare efectuării în condiții optime a examenului extemporaneu;
- desemnarea unui medic anatomopatolog și a unui tehnician de laborator care să efectueze această activitate atunci când se impune, chiar și în afara programului de lucru și remunerarea în concordanță a acestora pentru activitatea desfășurată.

Totodată, transplantul de ficat, fiind cea mai complexă intervenție chirurgicală din sfera Chirurgiei Generale, pe lângă beneficiile indubitabile pe care le oferă, implică și o serie de riscuri ce trebuie conștientizate de către pacienții ale căror afecțiuni pot necesita un transplant hepatic.

**PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al
Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății”**

Cod SIPOCA 13

În acest sens, în perioada postoperatorie imediată, din cauza ratei înalte de complicații postoperatorii (circa 50% din pacienți dezvoltă o complicație) este necesară deseori o spitalizare mai îndelungată (în medie de 21 de zile), iar pe termen lung este necesară o monitorizare riguroasă (lunar în primul trimestru post-transplant, trimestrial în următoarele nouă luni și semestrial ulterior). Această monitorizare pe termen lung urmărește evaluarea periodică a funcției hepatice și ajustarea dozei terapiei imunosupresoare (care se efectuează pe tot restul vieții acestor pacienți). Pentru a crește complianța pacienților la transplant și la regimul terapeutic și de evaluare periodică, considerăm utilă elaborarea și publicarea unei broșuri cu informații pentru pacienți (care să le fie oferită gratuit celor aflați pe lista de așteptare) și care să cuprindă date referitoare la:

- Indicațiile transplantului hepatic;
- Modalitățile de transplant disponibile;
- Beneficiile transplantului;
- Riscurile procedurii și ale recurenței afecțiunii pentru care s-a efectuat transplantul;
- Programul de monitorizare post-transplant;
- Necesitatea terapiei imunosupresoare și efectele adverse ale acesteia.

Pentru a fi obținute rezultate optime prin transplant, este recomandabil ca prelevarea organelor de la donatorul aflat în moarte cerebrală să se efectueze cât se poate de rapid după declararea morții cerebrale, pentru a scădea riscul de stop cardiac al donatorului, ceea ce ar duce la imposibilitatea prelevării și pierderea unei grefe hepatice. În plus, după efectuarea prelevării, este recomandabil ca grefa hepatică să fie implantată la receptor în maximum 6-8 ore, pentru a evita eșecul operației de transplant hepatic (non-funcție primară). Ca urmare, adeseori, prelevarea și operația de transplant la receptor se efectuează în afara programului medicilor implicați în această activitate. În acest context, se impune:

PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății”

Cod SIPOCA 13

- crearea cadrului legislativ care să prevadă că personalul medical implicat în activitatea de transplant de ficat să poată desfășura activitate în afara programului normal;
- remunerarea corespunzătoare a acestei activități

În ceea ce privește evoluția postoperatorie, pacienții transplantați pot dezvolta complicații postoperatorii (colecții intraabdominale, tromboza acută de arteră hepatică, etc) care beneficiază de tratament prin radiologie intervențională. Întrucât acest tratament trebuie instituit în urgență imediată, se impune:

- crearea cadrului legislativ care să prevadă că un medic cu competență în radiologia intervențională să poată desfășura activitate în afara programului normal;
- remunerarea corespunzătoare a acestei activități.

Data fiind necesitatea controalelor post-transplant repetate (adeseori lunar sau trimestrial), în scopul ajustării dozelor de medicamente imunosupresoare, monitorizării grefei hepatice, administrării de imunoglobulină umană anti-virus hepatitic B, în prezent este necesară internarea pacienților în Secția de Transplant Hepatic pentru efectuarea acestor investigații și a tratamentului menționat. Deși o parte din aceste investigații se pot efectua prin Internare de zi, atunci când este necesară o investigație imagistică precum tomografia computerizată, examinarea prin rezonanță magnetică sau scintigrafia este obligatorie internarea continuă a pacienților, pentru ca serviciile să poată fi decontate. În plus, întrucât nu se pot efectua două internări de zi în cursul aceleiași luni calendaristice, dacă pacientul necesită repetarea investigațiilor de laborator într-un interval mai scurt de timp, este necesar să se efectueze o Internare continuă pentru reevaluarea pacientului în cursul aceleiași luni. Aceste aspecte administrative determină supraaglomerarea nejustificată a Secției de Transplant Hepatic cu pacienți a căror stare de sănătate nu necesită internarea continuă și care pot efectua aceste investigații în regim de ambulatoriu. Ca urmare, s-ar impune:

**PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al
Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății”**

Cod SIPOCA 13

- înființarea unui Ambulatoriu de specialitate în care să fie monitorizați pacienții transplantați hepatic;
- crearea cadrului legal prin care pacienții să poată efectua analizele de laborator și investigațiile imagistice în regim ambulatoriu și decontarea acestor investigații prin programul de transplant, fără a mai fi necesară internarea continuă a acestor pacienți.

I.3.4 Transplantul hepatic cu fragment de la donator viu.

La nivel mondial și național ne aflăm într-o mare criză de organe disponibile de la donator în moarte cerebrală. În condițiile penuriei de organe, transplantul cu fragment hepatic de la donator viu este o soluție pentru creșterea numărului de grefe disponibile.

Un alt avantaj al utilizării acestei tehnici constă în extinderea indicațiilor de transplantare oferind o șansă în plus pacienților care nu pot să fie înscriși pe lista de așteptare pentru transplant cu ficat întreg de la donator în moarte cerebrală.

Prima etapă în realizarea acestui tip de transplant o reprezintă identificarea potențialului donator pentru care există un protocol de investigații obligatorii (vezi protocolul de transplant de la donator în viață – site ANT protocol living) care evident necesită un suport financiar considerabil, în plus, din experiența noastră și cea internațională s-a dovedit că cel mult 1 din 4 posibil donatori ajung până la actul donării, restul fiind excluși de la donare pe parcursul investigațiilor. Subliniem cu această ocazie faptul că aceste costuri considerabile ca urmare a investigațiilor posibililor donatori în prezent sunt rambursate prin programul național bazat pe DRG și nu fac parte integrantă a programului de transplant, așa cum ar fi normal.

În acest context propunem ca soluție integrarea investigațiilor acestor pacienți într-un subcapitol al programului de transplant cu dezvoltarea unor soluții de tip “internare de zi” care să poată cuprinde inclusiv investigații imagistice specifice acestui protocol (necesită protocoale

**PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al
Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății”
Cod SIPOCA 13**

imagistice diferite față de investigarea imagistică hepatică obișnuită, cum ar fi tomografie computerizată cu volumetrie hepatică pe segmente, reconstrucții tridimensionale, colangio-RMN cu substanță de contrast etc.). Aceasta soluție ar degreva spitalul de ocuparea unui loc necesar bolnavilor ținând cont de faptul că donatorii sunt persoane în condiții de perfectă sănătate și nu necesită internare continuă.

Etape de transplant propriu-zis (vezi protocolul sus menționat) constă în:

- prelevarea fragmentului hepatic de la donatorul viu care din punct de vedere chirurgical nu poate fi asimilat unei hepatectomii standard și ar trebui inclus în procedurile specifice de transplant hepatic prin particularitățile conforme cu protocolul de transplant;
- după efectuarea hepatectomiei totale la primitor urmează implantarea propriu-zisă a fragmentului hepatic prelevat de la donatorul viu (vezi același protocol).

Ceea ce considerăm important de menționat este faptul evident că operația de transplant cu ficat de la donator în viață presupune utilizarea în paralel a două săli operatorii cu tot personalul aferent (două echipe operatorii, două echipe anestezice, două echipe de asistenți etc.) ceea ce mărește costurile față de o procedură de transplant cu ficat întreg și presupune în același timp existența faptică a acestor elemente implicate în operația de transplant.

În cazul transplantului pediatric cu ficat de la donator viu există o limitare legiferată prin care doar chirurgul pediatric este abilitat să efectueze orice tip de intervenție chirurgicală pediatrică, dar nu există în momentul de față niciun chirurg pediatru cu competență în transplantul hepatic. Astfel este pus sub semnul întrebării existența programului de transplant pediatric. În absența unei posibilități legale de colaborare cu chirurgii pediatrici, pacienții care au indicație de transplant și vârsta sub 16 ani nu mai pot beneficia de această procedură. Propunem că până la apariția unei subspecialități pediatriche de chirurgie de transplant ca legiuitorul să modifice cadrul legal pentru a permite continuarea acestor tipuri de intervenții de către personalul specializat –



**PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al
Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății”
Cod SIPOCA 13**

un exemplu elocvent în acest sens îl constituie necesitatea efectuării anastomozei arteriale de către un microchirurg specializat.

Spre deosebire de transplantul cu ficat întreg incidența complicațiilor postoperatorii după utilizarea fragmentului hepatic este mai mare, tratamentul acestora ducând în multe cazuri până la reintervenții chirurgicale, cea mai de temut constituind-o retransplantul.

În acest context se justifică necesitatea unor fonduri suplimentare spre deosebire de transplantul standard.

I.3.5 Recidiva VHB posttransplant

Incidența infecției VHB (coinfecției VHD) rămâne foarte ridicată în România, fiind principala indicație de transplant hepatic. Ideal este ca toți acești pacienți să prezinte viremie VHB nedetectabilă la momentul transplantării pentru a reduce la maxim riscul reapariției infecției post-transplant, dar acest lucru se întâmplă relativ rar în practica curentă.

Posttransplant în lipsa terapiei antivirale, rata de recidivă este foarte ridică – 80-90%, de aceea pacientul transplantat hepatic necesită tratament profilactic al recidivei VHB, cu atât mai mult la cei cu viremie ridicată VHB pretransplant.

Deși există un consens în ceea ce privește necesitatea profilaxiei recidivei, nu există un protocol standard. Sunt utilizate diverse scheme – antiviral, asociere de antivirale sau antiviral cu imunoglobuline antiVHB.

Protocolul din programul Institutului Clinic Fundeni se realizează prin asocierea Lamivudinei cu imunoglobulinele antiVHB, această combinație fiind cea mai eficientă.

Probleme în realizarea acestui protocol s-au constatat la nivel de achiziție/aprovizionare în contextul fondurilor insuficiente.

De asemenea au existat pacienți cu virus rezistent la Lamivudina, programul de recidivă posttransplant hepatic neavând un antiviral alternativ.



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII



ACADEMIA ROMÂNĂ

PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății”

Cod SIPOCA 13

Propuneri:

- includerea programului anti-recidivă VHB într-un program posttransplant nou creat ce include monitorizarea și tratamentul tuturor pacienților transplantați;
- fonduri adecvate pentru achiziționarea Ig antiVHB pentru realizarea de titruri 500 UI/mL în cazul pacienților recent transplantați (până la 3 luni), la cei cu viremie ridicată pretransplant (peste 500.000 copii), la cei cu replicare activă (peste 500.000 copii) reapărută post-transplant, și de 200 UI/ml pentru restul pacienților;
- determinarea încărcăturii virale VHB și VHD (ADN VHB și ARN VHD) periodică posttransplant (la 6 luni) sau ori de câte ori este considerată necesară de către medicul curant;
- includerea pe lista de agenți antivirali VHB de medicamente alternative precum Entecavir, Adefovir sau Tenofovir.

I.3.6 Recidiva VHC posttransplant

Toți pacienții care la momentul transplantului aveau infecție activă VHC recidivează posttransplant. În prezent există posibilități terapeutice curative în ceea ce privește virusul C. În era DAA (direct acting antiviral).

În prezent în România, prevenirea recidivei reinfecție VHC se face fie tratând pacientul în perioada de așteptare (conform protocolului CNAS), fie după diagnosticarea reinfecției VHC după transplant prin programul de tratament al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate (<http://www.cnas.ro>) cu *Harvoni* (combinația Ledipasvir+Sofosbuvir).

Din păcate doar 50 pacienți reinfectați posttransplant au acces la tratament după transplant. După ce se va epuiza acest număr de pacienți, cei care vor fi diagnosticați ulterior nu vor mai beneficia de tratament.

**PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al
Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății”
Cod SIPOCA 13**

Propunem ca tratamentul antiviral sa fie accesibil permanent printr-un program similar celui care se adreseaza profilaxiei recidivei VHB, astfel:

- tratament antiviral conform ghidurilor terapeutice(1) în vigoare pretransplant pentru toți pacienții cu ciroză hepatică VHC eligibili pentru tratament, înscriși pe lista de așteptare;
- tratament antiviral cu Ledipasvir+Sofosbuvir pentru toți pacienții transplantați și reinfectați VHC posttrasplant.



**PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al
Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății”
Cod SIPOCA 13**

CAPITOLUL II



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII



ACADEMIA ROMÂNĂ

**PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al
Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății”
Cod SIPOCA 13**

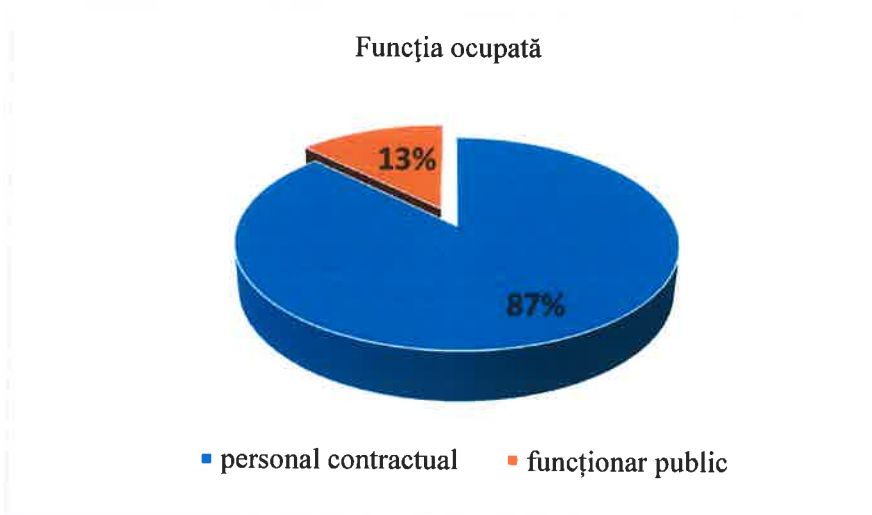
**ANALIZA PRIVIND PERCEPȚIA ÎN TERITORIU A
MODALITĂȚII DE IMPLEMENTARE ȘI DESFĂȘURARE
A PROGRAMULUI NAȚIONAL DE TRANSPLANT**

S-a utilizat metoda chestionarelor directe adresate personalului medical cu studii superioare și medii implicat efectiv în derularea programului național de transplant (PNT).

Am obținut 42 de chestionare completate, de la respondenți care acoperă toate tipurile de transplant de organe, țesuturi și celule de pe întreg teritoriul României.

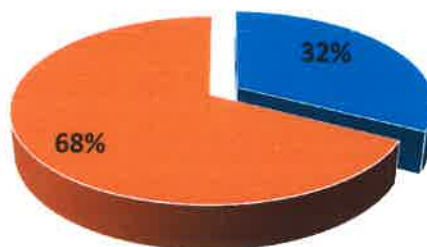
**II.1 Chestionare privind desfășurarea Programului Național de
Transplant**

Rezultatele chestionarelor sunt redată în continuare:



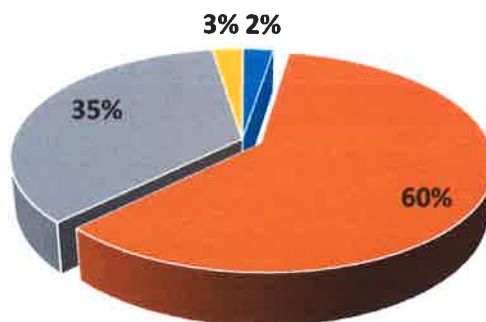
**PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al
Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății”
Cod SIPOCA 13**

Din ce categorie de personal faceți parte



■ funcție de conducere ■ funcție de execuție

Categoria de vârstă

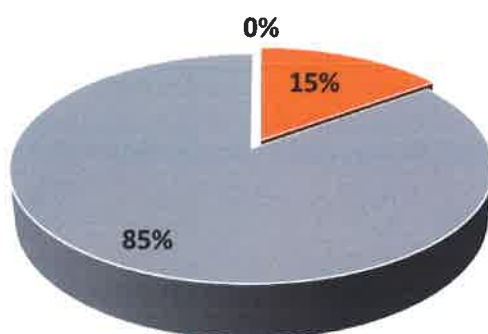


■ 18-30 ani ■ 31-45 ani ■ 46-60 ani ■ peste 60 ani

**PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al
Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății”**

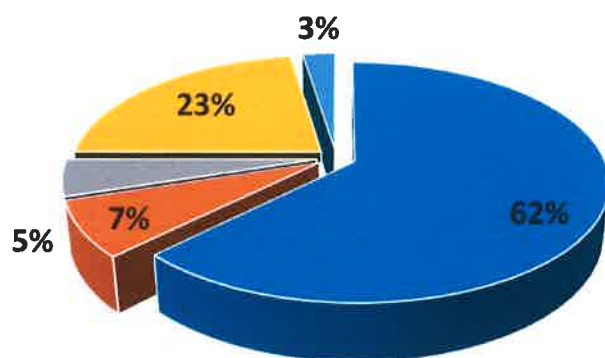
Cod SIPOCA 13

Nivelul studiilor



- liceal
- postliceal
- superior (licență, studii postuniversitare, doctorat)

Profilul formării profesionale de bază

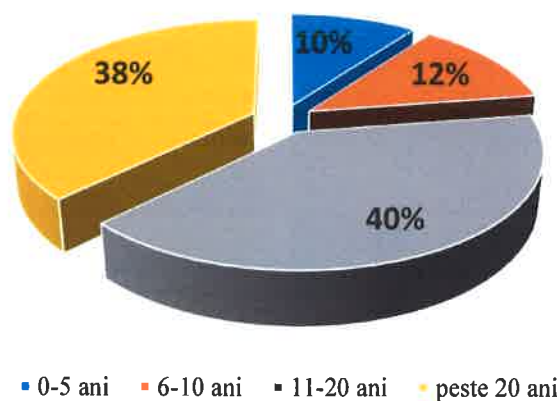


- medic
- economist
- jurist
- asistent medical
- biolog

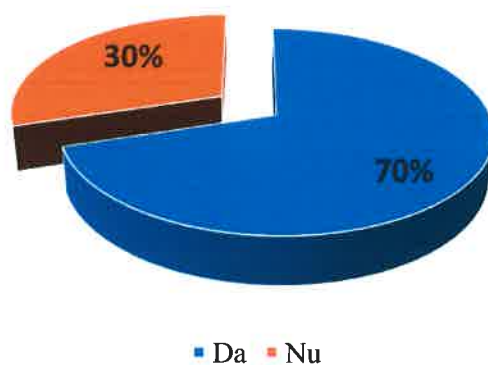
**PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al
Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății”**

Cod SIPOCA 13

Vechimea în funcție



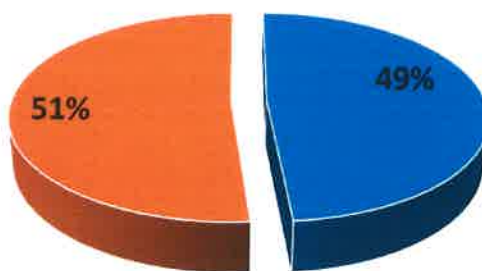
Ați avut o contribuție activă în realizarea activităților
din cadrul PNSP



**PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al
Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății”**

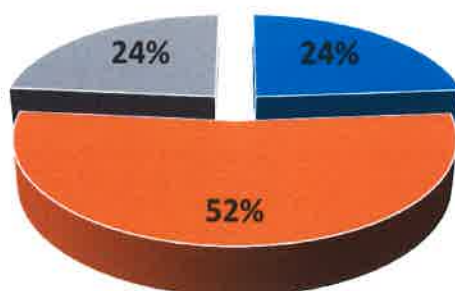
Cod SIPOCA 13

Au fost planificate activități care nu au putut fi realizate



■ Da ■ Nu

Activitățile PNSP au fost realizate cu mai multe resurse financiare decât cele alocate

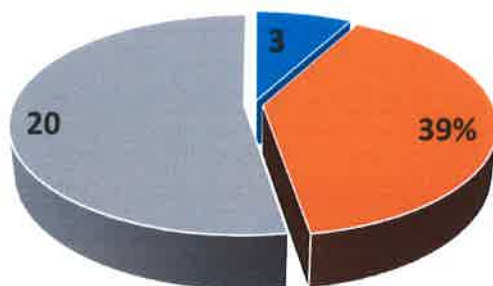


■ Da ■ Nu ■ NS/NR

**PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al
Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății”**

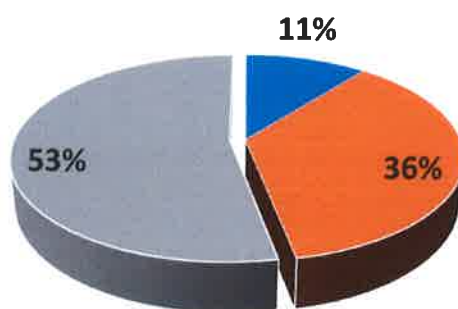
Cod SIPOCA 13

Considerați că reglementările care privesc acest
PNSP sunt



■ prea simple ■ adecvate ■ prea multe

Cum sunteți informați despre actele normative
aplicabile PNSP

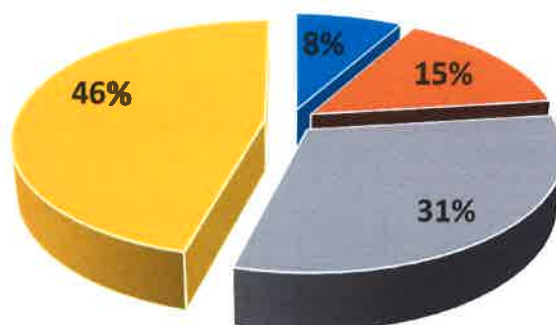


■ din MOF
■ site-ul Ministerului Sănătății
■ transmitere de Ministerul Sănătății către unitățile de specialitate

**PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al
Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății”**

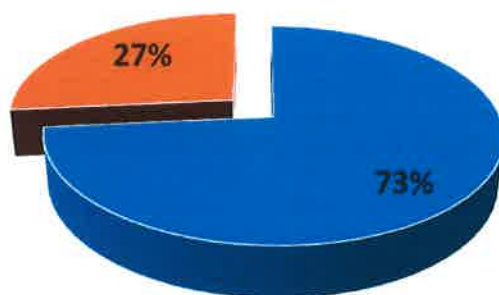
Cod SIPOCA 13

Care sunt canalele utilizate pentru transmiterea /
solicitarea datelor și informațiilor



■ poșta ■ curier ■ fax ■ e-mail

Cum se realizează prelucrarea datelor și informațiilor
din PNSP

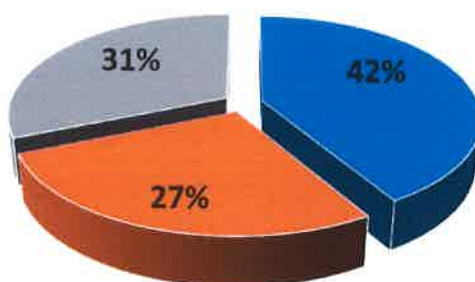


■ manual ■ automatizat

**PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al
Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății”**

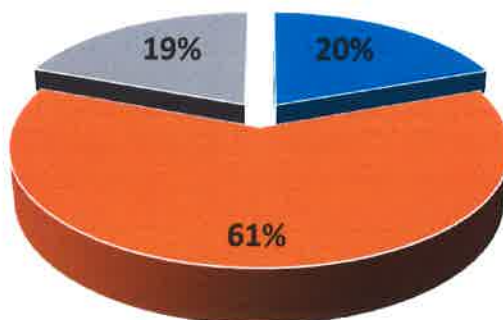
Cod SIPOCA 13

Care este suportul informațional utilizat pentru evidența,
prelucrarea și stocarea datelor PNSP



- hârtia
- informatic (hard-disc, CD/DVD, dispozitive de memorie, et)
- program informatic

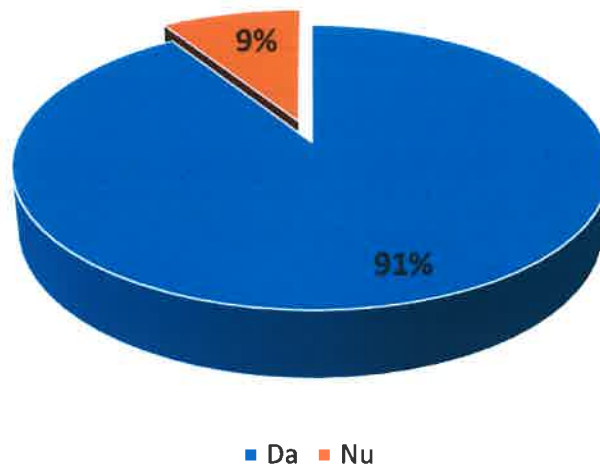
Considerați că datele și informațiile colectate, stocate,
prelucrate și raportate în PNSP sunt



- insuficiente
- adecvate
- prea multe

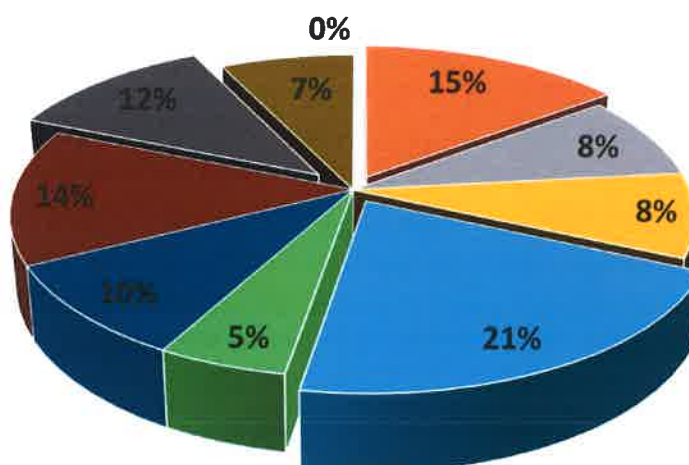
**PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al
Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății”
Cod SIPOCA 13**

Documentele sunt înregistrate și păstrate în mod
adekvat, astfel încât să fie disponibile cu promptitudine,
pentru a fi examinate de către cei în drept



**PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al
Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății”
Cod SIPOCA 13**

PNSP implementat în unitatea dvs. a fost supus activităților de audit public /control organizate de

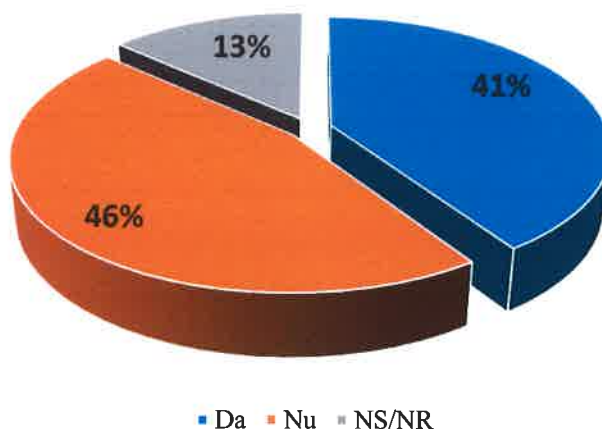


- structura proprie de audit public
- structura de audit public a ordonatorului principal de credite
- structura de control a ordonatorului principal de credite
- structura de control a direcției de sănătate publică
- Curte de Conturi
- structura proprie de audit public
- structura de audit public a ordonatorului principal de credite
- structura de control a ordonatorului principal de credite
- structura de control a direcției de sănătate publică
- Curte de Conturi

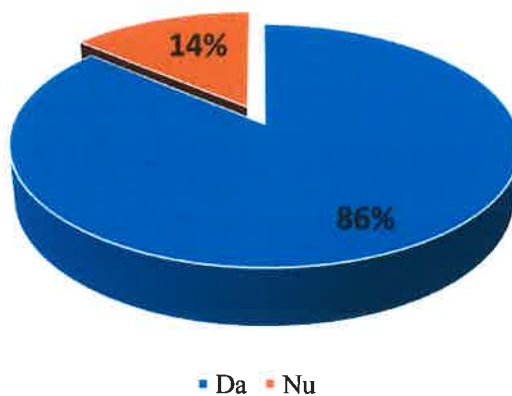
**PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al
Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății”**

Cod SIPOCA 13

Ați avut suficiente date disponibile pentru
fundamentarea realistă a proiectului de buget al PNSP



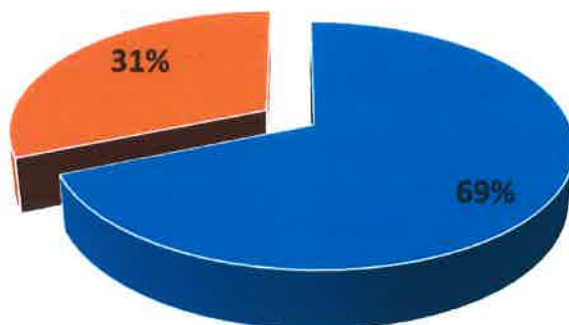
Au fost întârzieri în alocarea bugetului PNSP



**PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al
Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății”**

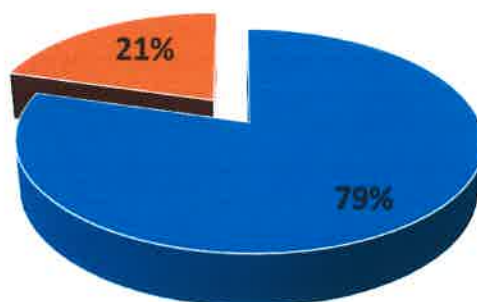
Cod SIPOCA 13

Au fost întârzieri în aprobarea bugetului PNSP de către
ordonatorul principal de credite



■ Da ■ Nu

Au fost întârzieri în finanțarea cheltuielilor efectuate în
cadrul PNSP

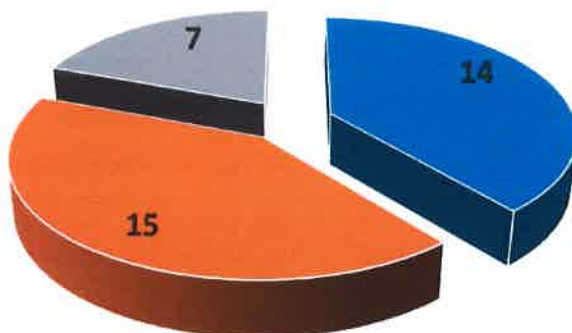


■ Da ■ Nu

PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății”

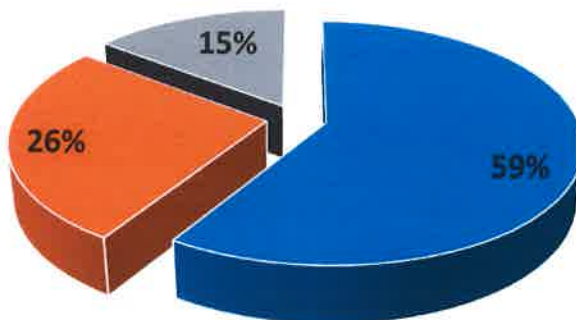
Cod SIPOCA 13

Bugetul alocat este corespunzător pentru realizarea activităților PNSP



■ Da ■ Nu ■ NS/NR

Există activități direct legate de PNSP care nu sunt bugetate în cadrul PNSP

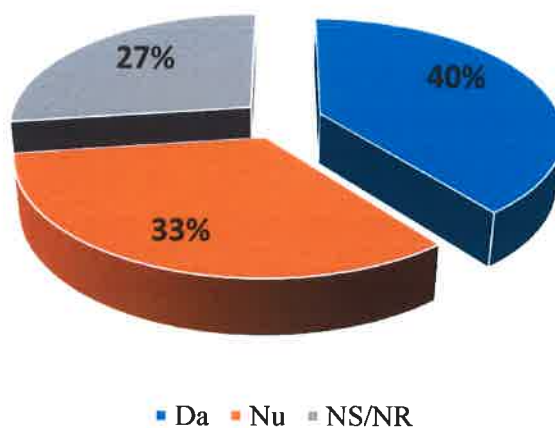


■ Da ■ Nu ■ NS/NR

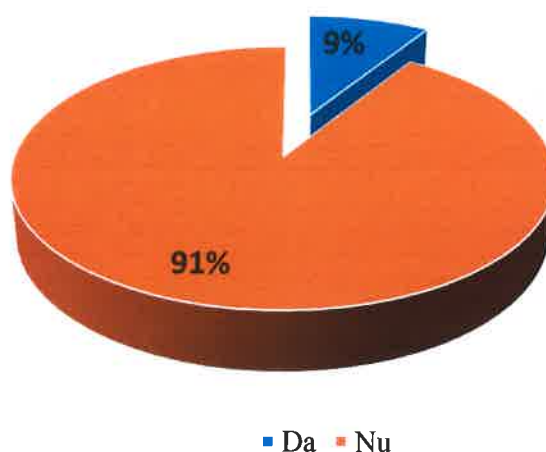
**PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al
Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății”**

Cod SIPOCA 13

Au fost disponibilizate fonduri din bugetul PNSP



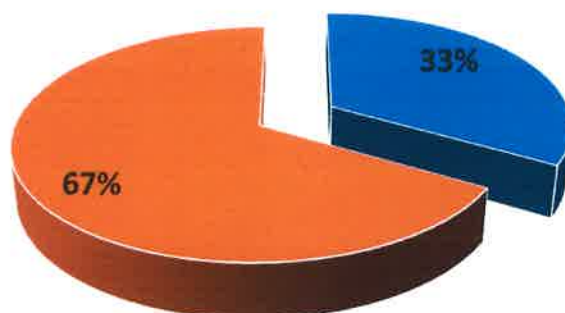
Ați avut dificultăți în numirea coordonatorului PNSP



**PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al
Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății”**

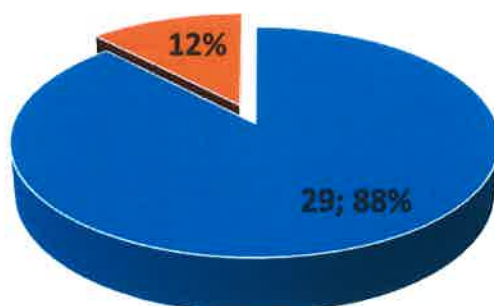
Cod SIPOCA 13

Ați avut o contribuție activă în desemnarea
coordonatorului PNSP



■ Da ■ Nu

Sunteți mulțumit de performanța coordonatorului
PNSP

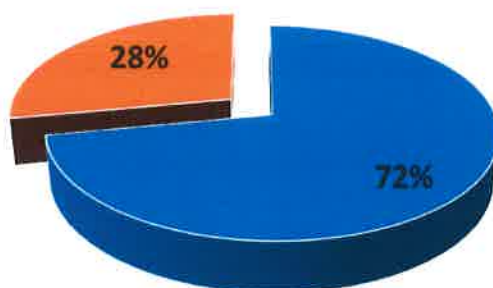


■ Da ■ Nu

**PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al
Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății”**

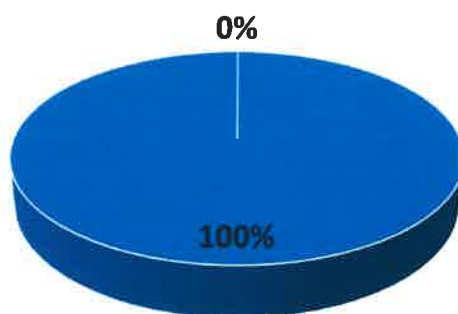
Cod SIPOCA 13

Sunteți mulțumit de contribuția echipei de management
din cadrul unității de asistență tehnică și management la
implementarea PNSP



■ Da ■ Nu

Considerați utilă integrarea tuturor serviciilor medicale
legate de transplant într-un program de coordonare
unic (indiferent de sursa de finanțare)

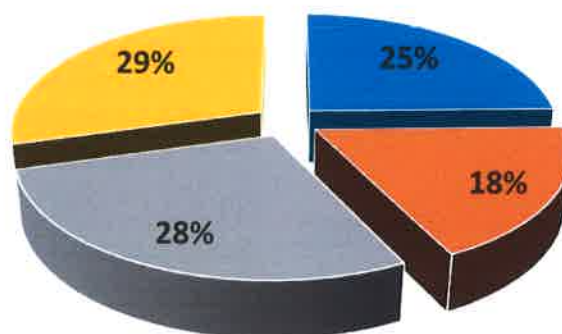


■ Da ■ Nu

**PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al
Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății”**

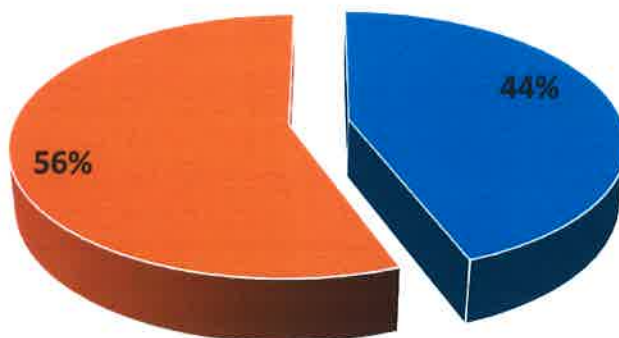
Cod SIPOCA 13

Considerați că PNSP a avut suficiente resurse umane în
domeniul



- managementului PNSP ■ implementării PNSP
- managementului PNSP ■ implementării PNSP

Considerați că pregătirea resurselor umane care participă
la managementul/implementarea activităților incluse în
PNSPS este adecvată

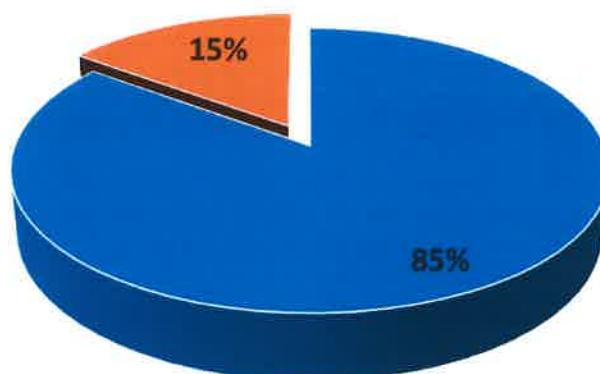


- Da ■ Nu

**PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al
Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății”**

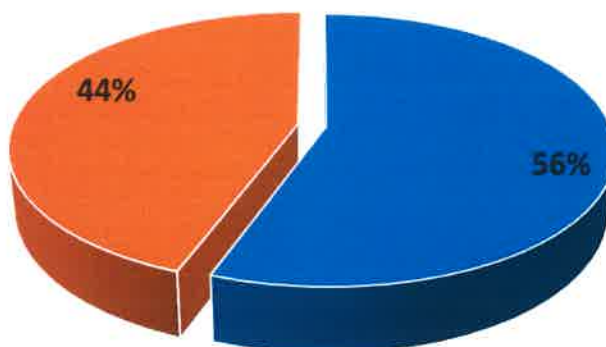
Cod SIPOCA 13

În cazul unui răspuns afirmativ, vă rugăm să precizați
dacă instruirile / cursurile au fost utile



■ Da ■ Nu

În cadrul unității dvs. se organizează instruirii pentru
personalului desemnat să desfășoare activități în cadrul
PNSP

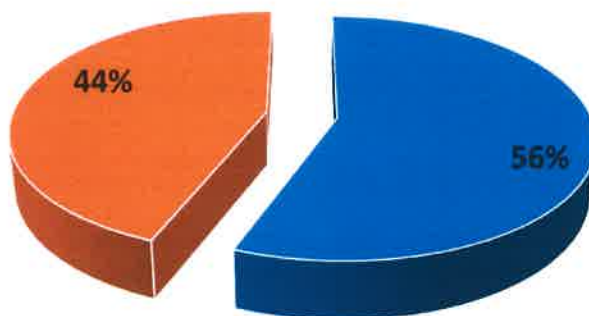


■ Da ■ Nu

**PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al
Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății”**

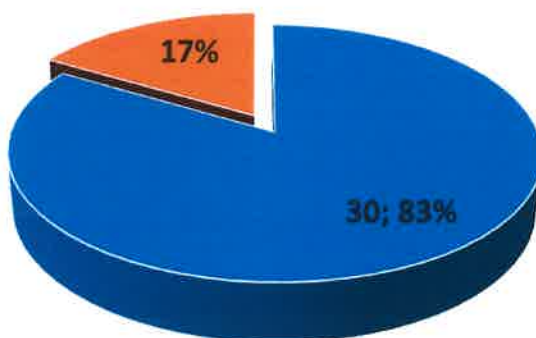
Cod SIPOCA 13

Ați avut o contribuție activă în stabilirea și aprobarea
infrastructurii necesare pentru derularea PNSP



■ Da ■ Nu

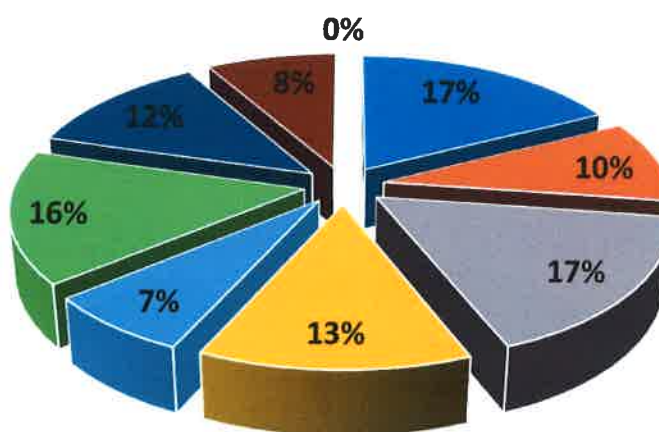
Considerați că unitatea dvs. deține infrastructura necesară
pentru implementarea PNSP



■ Da ■ Nu

**PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al
Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății”
Cod SIPOCA 13**

Care sunt, în opinia dvs., principalele dificultăți pe care instituția le
întâmpină în derularea PNSP



- birocrăția sistemului instituțional
- organizarea internă inadecvată a structurilor implicate în implementarea PNSP
- constrângeri de timp
- lipsa resurselor umane cu expertiză în managementul PNSP
- expertiză juridică, medicală și economică limitată
- resurse financiare limitate/insuficiente
- lipsa unui program informatic de colectare, prelucrare, stocare și raportare date
- atitudine neparticipativă a unor persoane cu atribuții în implementarea PNSP
- alte și anume

**PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al
Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății”
Cod SIPOCA 13**

II.2 Rezultatele analizei răspunsurilor primite din teritoriu la chestionarul trimis cu privire la desfășurarea Programului Național de Transplant

Puncte tari:

1. Există o rețea națională de spitale implicate în identificarea și declararea donatorilor aflați în moarte cerebrală.
2. Există spitale acreditate pentru activitatea de transplant, acreditare care s-a făcut în baza unor criterii europene și acceptate de Comisia Europeană.
3. Există o recunoaștere și o finanțare a coordonării de transplant (inclusiv transportul), lucru care ar fi imposibil de decontat de către CNAS prin DRG.
4. Există o evaluare a costurilor privind fiecare activitate de transplant, ceea ce ar trebui să permită o decontare corectă a cheltuielilor efectuate de către fiecare unitate în parte.
5. Există indicatori de eficiență și de calitate, care ar trebui să fie respectați de către fiecare instituție implicată în derularea Programului.
6. Programul acoperă toate activitățile de transplant prevăzute în cadrul Directivelor europene, ajutând la implementarea acestor Directive în legislația românească.
7. Programul ar trebui să reprezinte un stimulent pentru spitalele din teritoriu, faptul că se regăsesc în acest Program fiind o dovadă a nivelului înalt de competență profesională.
8. Există la nivel central o expertiză necesară organizării întregii activități de transplant.

**PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al
Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății”**

Cod SIPOCA 13

Puncte slabe:

1. Decontarea se face prin facturi prezentate de spitale și care pot cuprinde numai materiale, medicamente și servicii enumerate în Program.
2. Cheltuielile efectuate nu au nicio legătură cu indicatorii de eficiență și calitate, nefiind posibilă o corelare între aceste două capitole. Se creează situație paradoxală ca un spital să nu facă nicio procedură de transplant, dar în același timp să cheltuiască toți banii **legal** datorită faptului că procedurile de achiziție au fost efectuate corect. Nu există nici o posibilitate legală de a recupera banii în această situație.
3. Indicatorii fizici sunt estimativi, în același timp reprezentând și ținte de atins pentru instituțiile care derulează Programul. Depășirea lor nu atrage după sine și mărirea fondurilor alocate.
4. Indicatorii de eficiență nu au fost reactualizați, prezentând multe neconcordanțe privind natura cheltuielilor. De asemenea nu au fost actualizați în concordanță cu evoluția prețurilor.
5. Sistemul de calcul impus de Ministerul de Finanțe care ia în calcul stocurile a produs practic o blocare a finanțării întregului sistem, pentru că un calcul al acestor stocuri corelat cu existența lor reală este practic imposibil, având în vedere faptul că nu există niciun material sau medicament specific numai activității de transplant. Practic ele pot fi folosite pentru orice altă activitate medicală, în primul rând pentru a nu expira, lucru interzis de către legislația fiscală în vigoare. Mai pe scurt, spitalele rămân cu stocuri fictive, a căror valoare este scăzută de către MS din finanțarea pe care trebuie să o primească în anul următor. Se intră într-un cerc vicios, astfel încât spitalele primesc din ce în ce mai puțini bani, activitatea de

PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății”
Cod SIPOCA 13

transplant devenind o povară pentru fiecare manager din cauza datoriilor care se acumulează.

6. Modalitatea de calcul a indicatorilor de eficiență (în special pentru transplant hepatic) aplicată de către MS se bazează pe sumele decontate de către MS și numărul de proceduri efectuate. Nu s-a luat niciodată în calcul faptul că spitalele sunt nevoite să acopere din venituri proprii diferența de bani între costul real și cel decontat de MS. Diferența este semnificativă la transplantul hepatic, unde costul real este de 359.000 lei/procedură, în timp ce Programul decontează numai 230.000 lei/procedură.
7. Deși legislația prevede plata coordonatorilor de transplant precum și a persoanelor responsabile cu identificarea potențialilor donatori, acest lucru nu se întâmplă la ora actuală nici măcar în 50% din spitalele acreditate pentru activitatea de declarare a morții cerebrale. Cauzele sunt reprezentate de alocarea de fonduri insuficiente. Insuficiența acestor fonduri provine din faptul că MS nu ia în calcul la finanțare existența acestor salarii, nu se pot plăti salarii cu valoarea stocurilor care teoretic acoperă diferența, precum și/sau faptul că serviciile de RUNOS și contabilitate ale spitalelor nu știu cum să calculeze aceste salarii și atunci preferă să nu le plătească.
8. Rectificările bugetare nu țin niciodată cont de indicatorii fizici, având un singur sistem de calcul și anume cheltuirea în totalitate a fondurilor alocate până în acel moment pe baza facturilor trimise către MS sau a angajamentelor bugetare.
9. Există spitale care preferă să treacă, cheltuielile efectuate în cadrul PNT (din cauza dificultăților de decontare) în cadrul altor Programe cum ar fi Programul Național de Terapie Intensivă sau venituri proprii.
10. Scăderea continuă a personalului medical implicat în derularea procedurilor de transplant cuprinse în Program, fie din cauza pensionării unor specialiști și a lipsei

**PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al
Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății”
Cod SIPOCA 13**

de interes a celor care le-au luat locul, fie din cauza descurajării celor care lucrează prin numeroasele piedici pe care le au de întâmpinat, precum și faptul că nu sunt plătiți.

11. Deși prevederile legale în vigoare obligă plata chirurgilor implicați în această activitate în afara programului de lucru, aceasta nu se face sau se face cu sume derizorii (de exemplu 500 lei/lună pentru 5 transplanturi).
12. Programul prevede doar anumite materiale, medicamente și servicii care pot fi decontate și care sunt absolut insuficiente pentru derularea unei asemenea activități. Practic transplantul ar trebui să beneficieze de absolut toate materialele, medicamentele și serviciile disponibile în cadrul unui sistem medical coerent. Faptul că ceea ce poate fi decontat pe Program este limitat și reper absolut importante nu intră în această categorie face practic imposibilă o decontare corectă în cadrul PNT.
13. Programul nu cuprinde și evidența pacienților transplantați, aceștia fiind în evidența CNAS care plătește tratamentul lor. Lipsa unei evidențe clare a acestor pacienți la nivel național face practic imposibilă estimarea rezultatelor acestui program, având drept consecință imediată minimalizarea lui la nivelul decidenților.
14. Programul alocă fondurile la nivelul unității sanitare indiferent câte tipuri de activități derulează instituția respectivă. Ca urmare, la nivelul fiecărui spital implicat apar discuții uneori vehemente privind repartizarea acestor fonduri și de obicei șeful de secție cel mai influent obține cei mai mulți bani deși nu îi poate justifica.
15. ANT propune Programul către MS care îl acceptă, dar nu îl aplică în conformitate cu propunerile făcute de ANT, fără a da explicații.

**PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al
Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății”
Cod SIPOCA 13**

16. Deși ANT este unitate națională de management pentru PNT de organe, țesuturi și celule, ANT este singura unitate de management din cadrul tuturor Programelor Naționale care nu este plătită pentru această activitate.
17. Programul nu este stimulant nici pentru medici și nici pentru spitale. Sistemul greoi și confuz de decontare îndeamnă managerii să iasă din Program, iar neplata personalului medical implicat duce la o cascadă a refuzului specialiștilor de a mai lucra în cadrul PNT.

Amenințări

Programul riscă să intre în colaps din mai multe motive:

1. Sistemul de finanțare și decontare impus de Ministerul de Finanțe.
2. Deficitul de informare la nivelul societății civile privind oportunitatea și beneficiile activității de transplant.
3. Goana după audiențe/senzațional a unor mijloace mass-media care prezintă practic numai nerealizările Programului, eludând cu bunăștiință realizările și beneficiile acestui Program Național.
4. Lipsa de comunicare sistematică între autoritățile centrale și locale privind managementul acestui Program Național.
5. Monitorizarea neadecvată a fondurilor financiare repartizate, precum și imposibilitatea sancționării celor care le-au cheltuit nejustificat.
6. Procesul birocratic greoi de achiziție a materialelor și medicamentelor care poate duce la renunțarea participării la Program.
7. Lipsa de informare și de colaboare a medicilor de familie, precum și refuzul acestora de a participa la cursuri de instruire pe transplant, ceea ce ar putea îmbunătăți substanțial rata de acceptare a donării.



**PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al
Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății”
Cod SIPOCA 13**

CAPITOLUL III



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII



ACADEMIA ROMÂNĂ

**PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al
Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății”
Cod SIPOCA 13**

ELEMENTE DE STRATEGIE PRIVIND ÎMBUNĂTĂȚIREA PROGRAMULUI NAȚIONAL DE TRANSPLANT

În urma experienței acumulate de-a lungul celor 16 ani de derulate a PNT precum și a evaluării opiniilor celor direct implicați în program considerăm că pot fi formulate o serie de propuneri care ar putea duce, în viitor, la îmbunătățirea activității de transplant în România:

1. Modificarea de esență a sistemului de decontare și anume decontarea **PE PROCEDURA**.
2. Stabilirea unor costuri corecte actualizate și personalizate la nivelul fiecărei instituții sanitare pentru fiecare procedură de transplant evidențiată în cadrul Programului.
3. Plata să se facă în funcție de realizarea indicatorilor fizici în maxim 30 zile de la data raportării.
4. ANT să poată gestiona PNT prin angajarea de personal suficient, iar Unitatea de Management să fie platită pentru această activitate.
5. PNT să devină stimulant pentru spitale și medici prin avantajele financiare pe care ar trebui să le ofere și prestigiul prezenței în Program.
6. Recredibilizarea activității de transplant după “demonizarea” ei de către fosta conducere a MS în cursul anului 2016.
7. Elaborarea unei noi legi a transplantului care să facă referire clară la modalitatea de gestionare și derulare a PNT și care să includă în acest Program și monitorizarea pacienților post transplant.
8. Gestionarea PNT de către ANT și includerea în legislație a finanțării acestei activități în funcție de performanță și indicatori.



**PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al
Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății”**

Cod SIPOCA 13

9. Includerea în cadrul finanțării pe Program a evaluării posibilităților primitori, precum și a evaluării tuturor donatorilor în cadrul donării de la donator viu.
10. Reglementarea prin lege a tuturor cheltuielilor efectuate pentru evaluarea periodică a pacienților transplantați.
11. Recunoașterea activității de transplant ca o specializare distinctă având ca și consecințe privind remunerarea corespunzătoare a întregului personal implicat. Atât remunerarea cât și decontarea cheltuielilor efectuate trebuie să se facă la un nivel corespunzător, ținând cont de nivelul acestor costuri și cheltuieli la nivel european.



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII



ACADEMIA ROMÂNĂ



**PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al
Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății”
Cod SIPOCA 13**

CONCLUZII

Considerăm că situația actuală a activității de transplant din România este critică, anul 2017 continuând trendul descendent care a început în a doua parte a anului 2016. Practic, funcționează la parametri satisfăcători (deși semnificativ reduși față de anii anteriori) doar trei programe de transplant (două de transplant renal și unul de transplant hepatic). Transplantul cardiac funcționează la cote de avarie iar transplantul pulmonar nu s-a realizat, deși a fost o condiție cerută de Eurotransplant pentru a mai accepta candidați români în programele europene.

Această situație ar trebui să impună măsuri rapide și eficiente care să fie luate în cel mai scurt timp și care ar trebui să înceapă prin conștientizarea de către MS a faptului că dacă situația actuală va continua se va ajunge poate ajunge chiar la dispariția acestei activități în România. Recunoașterea specialității, plata corespunzătoare având în vedere calitatea și importanța muncii depuse a personalului implicat, precum și preluarea gestionării acestui Program de către ANT ar trebui să fie prioritățile MS pentru ca această activitate să supraviețuiască în România.

În același timp, ar trebuie reluate campaniile mediatice pentru creșterea numărului de donatori iar personalul din marile spitale încurajat și ajutat să-și desfășoare activitatea în condiții corespunzătoare.

Evoluția PNT până în anul 2015 a arătat că se pot obține progrese, chiar în condițiile dificile din România, cu condiția ca autoritățile să acorde sprijinul necesar acestui program. Altfel, așa cum arătam și anterior, există pericolul ca populația României să rămână descoperită într-unul dintre cele mai sensibile sectoare ale asistenței medicale; menționăm că în cazul transplantului, tratamentul în străinătate nu constituie o alternativă viabilă întrucât, pe lângă costurile deosebit de ridicate, bolnavii din România ar trebui acceptați pe liste de așteptare (ceea ce se dovedește a fi din ce în ce mai dificil) și ar trebui să locuiască în preajma spitalului din



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII



ACADEMIA ROMÂNĂ



**PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al
Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății”
Cod SIPOCA 13**

străinatate cu multe luni de zile înainte de transplant, ceea ce ar implica o și mai mare creștere a costurilor.

De aceea pledăm pentru măsuri energice care să redea României un program de transplant adaptat nevoilor populației din această țară (de notat că necesitățile au fost întotdeauna mai mari decât numărul de donatori disponibil și numărul de procedee efectuate).

**Autor – Cedent:
Prof. Dr. Popescu Irinel**



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII



ACADEMIA ROMÂNĂ



**PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al
Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății”
Cod SIPOCA 13**

BIBLIOGRAFIE

1. **Hotărârea Guvernului nr. 561/2001** pentru aprobarea programelor de sănătate, finanțate în anul 2001 din bugetul Ministerului Sănătății și Familiei și din bugetul Fondului de asigurări sociale de sănătate
2. **ORDIN MS/CNAS Nr. 536/458 din 3 august 2001** pentru aprobarea Normelor metodologice privind execuția, raportarea și controlul programelor de sănătate în anul 2001, MONITORUL OFICIAL NR. 568 din 12 septembrie 2001
3. **Hotărârea Guvernului nr. 41/2002** privind derularea programelor finanțate din bugetul Ministerului Sănătății și Familiei și din bugetul Fondului de asigurări sociale de sănătate în anul 2002
4. **ORDIN MSF/CNAS Nr. 85/65 din 13 februarie 2002** pentru aprobarea subprogramelor de sănătate și a Normelor metodologice privind finanțarea, raportarea și controlul indicatorilor prevăzuți în programele, respectiv în subprogramele de sănătate finanțate din bugetul Ministerului Sănătății și Familiei și din bugetul Fondului de asigurări sociale de sănătate în anul 2002, MONITORUL OFICIAL NR. 176 din 13 martie 2002
5. **ORDIN MSF/CNAS Nr. 551/189 din 23 iulie 2002** privind modificarea și completarea Ordinului ministrului sănătății și familiei și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 85/65/2002 pentru aprobarea subprogramelor de sănătate și a Normelor metodologice privind finanțarea, raportarea și controlul indicatorilor prevăzuți în programele, respectiv în subprogramele de sănătate finanțate din bugetul Ministerului Sănătății și Familiei și din bugetul Fondului de asigurări sociale de sănătate în anul 2002
6. **Hotărârea Guvernului nr. 169/2003** privind organizarea și finanțarea programelor de sănătate în anul 2003



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII



ACADEMIA ROMÂNĂ



**PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al
Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății”**

Cod SIPOCA 13

7. **ORDIN MSF/CNAS Nr. 248/149 din 21 martie 2003 pentru aprobarea subprogramelor de sănătate în anul 2003**

8. **ORDIN MSF/CNAS Nr. 1064/851 din 19 noiembrie 2003** privind modificarea și completarea Ordinului ministrului sănătății și familiei și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 248/149/2003 pentru aprobarea subprogramelor de sănătate în anul 2003

9. **ORDIN MSF/CNAS Nr. 1209/907 din 22 decembrie 2003** pentru modificarea și completarea Ordinului ministrului sănătății și familiei și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 248/149/2003 pentru aprobarea subprogramelor de sănătate în anul 2003

10. **Hotărârea Guvernului nr. 1.498/2003** privind unele măsuri pentru asigurarea continuității tratamentului bolnavilor cuprinși în programele de sănătate finanțate din bugetul Ministerului Sănătății și din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate

11. **ORDIN MS/CNAS Nr. 172/113 din 18 februarie 2004** pentru aprobarea derulării programelor și subprogramelor de sănătate finanțate din bugetul de stat și din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate în anul 2004

12. **ORDIN MS/CNAS Nr. 1403/553 din 1 noiembrie 2004** privind modificarea și completarea Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 172/113/2004*) pentru aprobarea derulării programelor și subprogramelor de sănătate finanțate din bugetul de stat și din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate în anul 2004

13. **ORDIN MS/CNAS Nr. 1659/605 din 15 decembrie 2004** privind modificarea Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 172/113/2004 pentru aprobarea derulării programelor și subprogramelor de sănătate finanțate din bugetul de stat și din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate în anul 2004



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII



ACADEMIA ROMÂNĂ



**PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al
Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății”**

Cod SIPOCA 13

14. **ORDIN MS/CNAS** Nr. 1682/611 din 21 decembrie 2004 privind modificarea și completarea Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 172/113/2004 pentru aprobarea derulării programelor și subprogramelor de sănătate finanțate din bugetul de stat și din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate în anul 2004

15. **LEGE** Nr. 511 din 22 noiembrie 2004 Legea bugetului de stat pe anul 2005

16. **ORDIN MS** Nr. 10 din 12 ianuarie 2005 pentru aprobarea derulării programelor și subprogramelor de sănătate finanțate din bugetul de stat în anul 2005

17. **ORDIN** Nr. 202 din 15 martie 2005 privind modificarea și completarea Ordinului ministrului sănătății nr. 10/2005 pentru aprobarea derulării programelor și subprogramelor de sănătate finanțate din bugetul de stat în anul 2005

18. **ORDIN** Nr. 755 din 12 iulie 2005 privind modificarea și completarea Ordinului ministrului sănătății nr. 10/2005 pentru aprobarea derulării programelor și subprogramelor de sănătate finanțate din bugetul de stat în anul 2005

19. **ORDIN MS/CNAS** Nr. 55/42 din 3 februarie 2005 pentru aprobarea derulării programelor și subprogramelor de sănătate finanțate din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate în anul 2005

20. **LEGE** Nr. 379 din 15 decembrie 2005, Legea bugetului de stat pe anul 2006

21. **ORDIN MS** Nr. 86 din 6 februarie 2006 pentru aprobarea derulării **programelor și** subprogramelor de sănătate finanțate din bugetul de stat în anul 2006

22. **ORDIN MS** Nr. 544 din 18 mai 2006 privind modificarea și completarea Ordinului ministrului sănătății nr. 86/2006 pentru aprobarea derulării programelor și subprogramelor de sănătate finanțate din bugetul de stat în anul 2006

23. **HOTĂRÂRE** Nr. 292 din 21 martie 2007 pentru aprobarea programelor naționale de sănătate în anul 2007



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII



ACADEMIA ROMÂNĂ



**PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al
Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății”
Cod SIPOCA 13**

24. ORDIN MS/CNAS Nr. 570/116 din 29 martie 2007 pentru aprobarea Normelor tehnice privind implementarea, evaluarea și finanțarea programelor naționale de sănătate, responsabilitățile în monitorizarea și controlul acestora, detalierea pe subprograme și activități, indicatorii specifici, precum și unitățile sanitare prin care se derulează acestea în anul 2007

25. Hotărârea Guvernului nr. 357/2008 pentru aprobarea programelor naționale de sănătate în anul 2008

26. Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 574/269/2008 pentru aprobarea Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate în anul 2008

27. Hotărârea Guvernului nr. 367/2009 pentru aprobarea programelor naționale de sănătate în anul 2009

28. ORDIN MS/CNAS Nr. 417/431 din 31 martie 2009 pentru aprobarea Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate în anul 2009

29. HOTĂRÂRE Nr. 261 din 31 martie 2010 privind aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anul 2010

30. ORDIN MS/CNAS Nr. 264/407 din 1 aprilie 2010 pentru aprobarea Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate în anul 2010

31. HOTĂRÂRE Nr. 1388 din 28 decembrie 2010 privind aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anii 2011 și 2012

32. ORDIN MS/CNAS Nr. 1591/1110 din 30 decembrie 2010 pentru aprobarea Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate pentru anii 2011 și 2012

33. HOTĂRÂRE Nr. 124 din 27 martie 2013 privind aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anii 2013 și 2014

34. ORDIN MS Nr. 422 din 29 martie 2013 privind aprobarea Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate publică pentru anii 2013 și 2014



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII



ACADEMIA ROMÂNĂ



**PROIECT „Îmbunătățirea capacității de planificare strategică și management al
Programelor Naționale de Sănătate Publică (PNSP) finanțate de Ministerul Sănătății”
Cod SIPOCA 13**

35. Hotărârea Guvernului nr. 206/2015 privind aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anii 2015 și 2016
36. ORDIN MS Nr. 386/2015 din 31 martie 2015 privind aprobarea Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate publică pentru anii 2015 și 2016
37. Hotărârea Guvernului nr. 155/2017 privind aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anii 2017 și 2018
38. ORDIN MS Nr. 377/2017 din 30 martie 2017 privind aprobarea Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate publică pentru anii 2017 și 2018*)
39. <http://www.cpmc.org/advanced/liver/patients/topics/finance.html>. Accesat în 22.01.2018
40. Pontes M, Neri ED, Fonteles M, et al. The cost of liver transplantation at a university hospital in Brasil. Rec Assoc Med Bras 2010; 56 (3): 322-6.
41. <http://salarygenius.com/ny/1/salary/liver-transplant-surgeon-salary>. Accesat în 23.01.2018
42. ELITA consensus statements on the use of DAAs in liver transplant candidates and recipients. Coordinators: Luca S. Belli , Christophe Duvoux. Panel of experts (in alphabetical order): Marina Berenguer, Thomas Berg, Audrey Coilly, Isabelle Colle, Stefano Faggioli, Saye Khoo, Georges Philippe Pageaux, Massimo Puoti, Didier Samuel, Mario Strazzabosco, Journal of Hepatology, sept 2017, vol 67, 585-602.



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII



ACADEMIA ROMÂNĂ

BENEFICIAR: MINISTERUL SĂNĂTĂȚII
ADRESA: MUNICIPIUL BUCUREȘTI, SECTOR 1, COD 010024, STRADA CRISTIAN POPIȘTEANU NR. 1-3
WEBSITE: www.ms.ro
MATERIAL GRATUIT

Competența face diferența!

Proiect selectat în cadrul Programului Operațional Capacitate Administrativă cofinanțat de Uniunea Europeană, din Fondul Social European

Titlul proiectului: „ÎMBUNĂTĂȚIREA CAPACITĂȚII DE PLANIFICARE STRATEGICĂ ȘI
MANAGEMENT AL PROGRAMELOR NAȚIONALE DE SĂNĂTATE PUBLICĂ (PNSP) FINANȚATE DE
MINISTERUL SĂNĂTĂȚII” COD SIPOCA 13

Editorul materialului: Profesor Doctor POPESCU IRINEL

Data finalizare: 15.02.2018

Conținutul acestui material nu reprezintă în mod obligatoriu poziția oficială
a Uniunii Europene sau a Guvernului României