

PRIORITĂȚI DE ACȚIUNE LA NIVELUL CASEI NAȚIONALE DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE



Interviu cu
Adrian GHEORGHE -
Președintele CNASS
(Casa Națională de
Asigurări de Sănătate)

Data nașterii:
03/09/1985

Cetățenie: română,
britanică

EXPERIENȚA PROFESIONALĂ

● 01/2021 – ÎN PREZENT – Președinte Casa Națională de Asigurări de Sănătate

● 12/11/2018 – ÎN PREZENT – Londra, Regatul Unit, SENIOR HEALTH ECONOMIST – IMPERIAL COLLEGE LONDON

În cadrul proiectului R4HC-MENA (Research for Health in Conflict, <https://r4hc-mena.org>) din Iordania, Liban, Turcia și Palestina:

-proiectare și implementare activități de dezvoltare a capacității în domeniul economiei sănătății.

-contribuții tehnice și de conducere pentru efectuarea cercetărilor în domeniul sănătății cu partenerii consorțiului R4HC, în special în domeniile cancerului și al sănătății mintale.

În cadrul J-IDEA (Institutul Abdul Latif Jameel pentru analiza bolilor și urgențelor <https://www.imperial.ac.uk/jameel-institute>): derulare cercetări privind finanțarea internațională a urgențelor epidemiologice.

Coordonare specializarea "Finanțarea serviciilor de sănătate" pentru modulul de economie a sănătății din cadrul Masterului Global de Sănătate Publică.

● 05/10/2015 – 09/09/2018 – Oxford, Regatul Unit HEALTH ECONOMIST (CONSULTANT, apoi SENIOR CONSULTANT ÎNCEPÂND CU IULIE 2017) – OXFORD POLICY MANAGEMENT LTD

Coordonare, dezvoltare și contribuție la achiziționarea și implementarea proiectelor în domeniile finanțării sănătății, consolidării sistemelor de sănătate și politicii sociale.

Coordonarea implicării părților interesate la nivel de proiect și echipă (de exemplu, seminarii tehnice), precum și prezentări ale clienților în timpul implementării proiectului.

Proiecte selectate:

-Evaluarea fezabilității introducerii unui sistem național de asigurări de sănătate (Manager de proiect, Malawi, GiZ 2016);

-Evaluarea spațiului fiscal pentru sănătate în vederea elaborării strategiei de finanțare a sănătății pe țară (Manager de proiect, Camerun, Banca Mondială 2017);

-Estimarea costului serviciilor de îngrijire perinatală în două regiuni din Uzbekistan (Manager de proiect, Uzbekistan, UNICEF; 2017);

-Dezvoltarea, conducerea și livrarea unui program de creștere a capacității instituționale pentru finanțarea sănătății pe bază de rezultate (Coordonator de program; Nigeria, Banca Mondială 2017-2018).

-Estimarea costurilor asociate implementării planurilor strategice din sectorul sănătății folosind OneHealth Tool (UCSF, Ghana 2015; și Swaziland, Banca Mondială 2016).

-Dezvoltarea unui cadru instituțional pentru evaluarea tehnologiei sănătății (Expert tehnic; România, Banca Mondială 2016-2018);

-Evaluarea performanțelor financiare și clinice ale unor spitale publice selectate (Expert tehnic; România, Banca Mondială 2016-2017);

-Evaluarea raportului cost-beneficiu pentru un program de sănătate maternă și reproductivă, utilizând abordări de marketing social și de francizare socială (Expert tehnic; Pakistan, DFID 2015-2016);

-Estimarea costului inacțiunii pentru combaterea poluării aerului în Ulaanbaatar (Expert tehnic; Mongolia, UNICEF 2017);

-Dezvoltarea și pilotarea unei metodologii pentru a determina rentabilitățile economice și sociale pe termen lung ale investițiilor în copii (Uniunea Europeană, Eurochild 2016-2017).

● 01/07/2016 – 01/12/2016 – București, România CONSILIER – SECRETARIATUL GENERAL AL GUVERNULUI (DETAȘAT LA CABINETUL MINISTRULUI SĂNĂTĂȚII)

Elaborare, în consultare cu Unitatea de Politici Publice, a planurilor regionale de servicii de sănătate ca parte a îndeplinirii condiționalității României către Comisia Europeană, aprobate prin Ordinul nr. 1376/2016, publicat în Monitorul Oficial, Partea I nr. 988 din 8 decembrie 2016.

Contribuție tehnică la dezvoltarea mecanismului de feedback al pacientului și la planul național de paturi.

● 17/05/2013 – 30/09/2015 – Londra, Regatul Unit RESEARCH FELLOW – LONDON SCHOOL OF HYGIENE & TROPICAL MEDICINE

Elaborare și realizare studii de evaluare a costurilor și economice în domeniile anemiei cu deficit de fier, îngrijirii ochilor, meningitei criptococice, tuberculozei, malariei la femeile gravide.

Coordonare a patru cercetări în realizarea unei sinteze globale a sarcinii economice a bolilor netransmisibile în țările cu venituri mici și medii.

Dezvoltarea secțiunii de finanțare a sănătății pentru Comisia Lancet pentru viitorul sănătății din Africa Subsahariană; dezvoltarea conținutului tehnic și organizarea și gestionarea consultărilor cu părțile interesate (aprilie-septembrie 2015).

Lector seminar modul de evaluare economică din cadrul Masterului de Politici de sănătate, planificare și finanțare organizat de LSHTM în colaborare cu London School of Economics.

EDUCAȚIE ȘI FORMARE PROFESIONALĂ

- 01/10/2010 – 01/10/2013 – Edgbaston, Birmingham, Regatul Unit
DOCTORAT ÎN ECONOMIA SĂNĂTĂȚII – Universitatea din Birmingham
- 28/09/2009 – 01/09/2010 – Edgbaston, Birmingham, Regatul Unit
MASTER ÎN ECONOMIA SĂNĂTĂȚII ȘI POLITICI DE SĂNĂTATE – Universitatea din Birmingham
- 01/10/2004 – 15/09/2009 – LICENȚĂ ÎN FARMACIE – Universitatea de Medicină și Farmacie "Carol Davila", București, România
- 01/10/2005 – 01/08/2008 – LICENȚĂ ÎN MANAGEMENT – Universitatea "Hyperion", București, România

DISTINCȚII ONORIFICE ȘI PREMII

- 01/04/2020- Non-Resident Fellow – Center for Global Development
- 01/03/2018- Marshall Memorial Fellow – German Marshall Fund of the United States
- 01/02/2014- Aspen Fellow – Aspen Institute România

Reporter: Domnule Președinte, coordonați de foarte scurt timp o instituție de importanță strategică din sectorul sanitar românesc.

- Cu ce gânduri porniți la drum în această nouă provocare?

Adrian GHEORGHE: În sens larg, cu speranță și prudență. Speranță pentru că este un început, din câteva puncte de vedere importante: un guvern aflat la început de mandat; un ciclu de doi ani, 2021-2022, fără alegeri; și o conștientizare a nevoii de investiții și reformă în sănătate publică, în particular, și în sistemul de sănătate, în general, ca urmare a pandemiei Covid-19. Este o oportunitate reală pentru un început decisiv de reșezare a principalelor instrumente de finanțare a sănătății în România. Prudență pentru că suntem departe de a fi depășit pandemia, contextul macroeconomic rămâne dificil și au mai fost oportunități de „reset” și reconstrucție în trecut (criza financiară de la finalul deceniului trecut) care au fost fructificate cel mult parțial; în plus, cred că va fi nevoie de multă coordonare inter-instituțională într-o vreme în care vor fi multe priorități.

Într-un registru mai personal, tot cu speranță și prudență. Speranța că voi putea valorifica măcar o parte din experiența și pregătirea pe care le am. Prudență, în sensul că preiau responsabilitatea pentru un sistem complicat, cu multă istorie.

2 R: Având în vedere pregătirea dvs. profesională, ex-

pertiza și experiența dobândite, atât în domeniul economiei sanitare, cât și al administrației și politicilor sanitare, am dori să obținem de la dvs. o opinie avizată privind starea actuală a sistemului sanitar din România.

- În primul rând, vă rog să împărtășiți cu cititorii noștri, câteva dintre realizările dvs. profesionale.

AG: Am avut șansa profesională de a fi lucrat în sisteme de sănătate din țări foarte diverse, din multe regiuni (Europa, Asia Centrală, Asia de Sud, Africa sub-Sahariană, Orientul Mijlociu, Oceania). De asemenea, prin pozițiile profesionale ocupate la London School of Hygiene & Tropical Medicine și Imperial College London am avut șansa de a fi lucrat direct cu lideri globali în sănătate publică și economia sistemelor de sănătate, precum Peter Piot, Kara Hanson, Kalipso Chalkidou sau Katharina Hauck. Pe plan național, în 2016 am fost consilier al ministrului sănătății și m-am ocupat de mecanismul de feedback al pacientului și de planurile regionale de servicii de sănătate. Cred că am o experiență profesională de nivel internațional și din mai multe perspective – academic, consultanță, administrație publică – destul de rară pentru acest punct al carierei și care poate fi valoroasă într-un context potrivit.

- De ce Marea Britanie? Și de ce iarăși România?

Când am început să mă interesez despre conceptul de „economia sănătății”, în anii 2007-2008, înțelegeam doar foarte vag ce însemna, dar am fost curios. Am reușit să vorbesc zece minute la telefon, printr-o cunoștință a mamei mele, cu un român care lucra în domeniul farmaco-economiei în Statele Unite și mi-a spus că dacă vreau să studiez mai departe, în Europa, să merg în Marea Britanie sau în Olanda. Am ajuns în Marea Britanie la University of Birmingham și, ulterior, printr-o succesiune de oportunități profesionale, am rămas în continuare în acea țară. Am revenit în România, și în 2016 (și acum, la începutul lui 2021), pentru că mi s-a părut că se deschid niște ferestre de oportunitate în care se poate face un progres pe care cunoștințele, atitudinea și experiența mea, atât cât sunt ele, l-ar putea susține. Îmi doresc să aplic și în România profesia pentru care m-am pregătit.

R: Domnule Președinte, chiar dacă coordonați CNASS de puțin timp, ați deținut funcții importante în administrația sanitară (inclusiv consilier al ministrului Sănătății) și sunteți un bun cunoscător al sistemului sanitar românesc.

- Per ansamblu, cum apreciați nivelul de dezvoltare, organizare și funcționare a sistemului sanitar din România?

AG: Cred că acest nivel este corespunzător nivelului de dezvoltare socio-economică al țării, reflectat de indicatori macro precum PIB per capita sau Human Development Index. Din punct de vedere al dezvoltării, cred că este un sistem mai degrabă antreprenorial – în absența unei viziuni de sistem clare, asumate, acceptate și stabile în timp, fiecare dintre noi (de la pacient, trecând prin furnizori de servicii medicale și autorități publice locale, și până la ministru) s-a descurcat cum a știut mai bine. Un model de organizare mai degrabă ierarhic și opac, în care



principiul autonomiei se materializează, în principal, la nivel declarativ, a întreținut ani buni acest model antreprenorial care acum face planificarea centrală foarte dificilă, dacă nu imposibilă – atât tehnic, cât și politic.

- *Considerați că avem un sistem eficace și eficient?*

AG: În absența unui cadru de performanță național al sistemului de sănătate, comparațiile cu alte sisteme de sănătate sunt principalul unghi din care putem răspunde la întrebare, în acest moment. Această limitare este una majoră în opinia mea, mai ales din perspectiva CNAS: mi se pare inacceptabil că sunt prea puține surse credibile de date pentru a aprecia în mod obiectiv măsura în care Fondul contribuie la obiectivele sistemului, cu precădere pe teritoriul rezultatelor, de exemplu în aria mortalității evitabile sau a calității vieții. Din perspectiva internațională cred că avem, în ansamblu, mai degrabă un sistem rezonabil de eficient și eficace; totuși, mă aștept la variații foarte largi ale eficienței și eficacității, atât în interiorul, cât și de-a lungul palielilor de servicii, geografiei, gradientului socio-economic.

- *Ce elemente esențiale considerați că lipsesc?*

AG: Mai presus de orice, de priorități asumate. Nu totul poate fi o prioritate și niciunei priorități nu îi poate lipsi asumarea îndeplinirii unui rezultat, a unei ținte din perspectiva decidentului. Programele Naționale de Sănătate desfășurate de CNAS au costul mediu per bolnav drept unic indicator de eficiență. Cum știm dacă aceste programe salvează pacienții cu cancer sau țin diabetul sub control? Nu știm sigur, mai mult din anecdote ale pacienților și medicilor. Lăsând la o parte, pentru o secundă, registrele de boală, necesare, dar nu și suficiente, aici cred că este nevoie de mai multă dezbateră, analiză și comunicare, cu pacienți și medici în centrul demersului, pentru a agree direcțiile în care se cheltuiesc banii publici astfel încât să fie atinse rezultatele scontate. A le da tuturor câte puțin, fără a rezolva problema cuiva, nu poate conduce la performanță, sau în niciun caz la performanță măsurată prin comparația indicatorilor absoluți cu valorile din alte țări ale Uniunii Europene; e o luptă pierdută din start.

Apoi, este nevoie și de un cadru de stimulare, măsurare și monitorizare a performanței în sănătate, cum menționam mai sus. Există modele internaționale din care ne putem inspira, nu e nevoie să inventăm nimic, ci doar să ne asumăm că ne interesează subiectul.

Se ridică și problema coordonării între instituțiile centrale cu rol în sănătate, care poate fi mult îmbunătățită.

Nu în cele din urmă, cred că este nevoie și de încredere mai mare în date. Volumul datelor nu e o problemă, avem date, însă cea mai mare parte a datelor din sistemul de sănătate, în special cele cu caracter medical, sunt autoraportate și trec doar prin verificări minimale. Cultura datelor, atât cât există, este și ea o problemă: datele sunt folosite în principal pentru a depista greșeli și a pedepsi, deseori cu consecințe legale; rareori, aproape deloc, ele sunt folosite pentru a ghida, fundamenta propuneri sau recompensa realizările pozitive. Oamenii din sistem au prea puține motivații să raporteze corect și foarte multe motivații să raporteze defensiv, astfel încât să evite problemele. Cu astfel de date se lucrează foarte greu la momentul articulării unei decizii, pur și simplu e nevoie de multe perspective analitice încruciate pentru a îți face o idee rezonabilă despre orice subiect.

- *Care sunt elementele pozitive și fundamentele pe care sistemul sanitar românesc se poate dezvolta și eficientiza?*

AG: Tradiția școlii de medicină, infrastructura publică de servicii medicale distribuită relativ uniform din punct de vedere spațial și un istoric de centralizare a deciziilor de politică publică sunt elemente pe care se poate construi, nu neapărat în sensul perpetuării lor (de exemplu, decizii hiper-centralizate), ci în sensul că aceste elemente ar putea facilita un efort coordonat de transformare. Însă și aceste elemente fundamentale sunt în continuă transformare, la rândul lor: producem mulți absolvenți de medicină pe cap de locuitor, însă majoritatea pleacă direct în alte țări; infrastructura medicală se dezvoltă foarte inegal și speculativ; și deciziile sunt luate la centru, însă majoritatea cu puțină consultare și puțină aplecare spre implementarea efectivă, ceea ce le erodează permanent credibilitatea.

R: *Noua funcție pe care o dețineți, aceea de Președinte al CNASS, poate fi considerată pentru dvs. o nouă provocare profesională și managerială.*

- *Care au fost principalele probleme cu care v-ați confruntat, în calitate de președinte al CNASS?*

AG: Pe plan extern, nu neapărat o problema ci mai degrabă o provocare continuă în această perioadă a reprezentat-o menținerea comunicării foarte strânse cu Ministerul Sănătății și Ministerul Finanțelor, atât pe fondul adoptării legii bugetului cât și pe cel al elaborării măsurilor de control al pandemiei. Pe plan intern, cu un dialog insuficient de articulat, atât între structurile CNAS, cât și între CNAS și Casele de Asigurări de Sănătate (CAS). Dincolo de videoconferințe regulate, în două luni am fost în vizită la cinci CAS-uri și m-am întâlnit, în București, cu alți câțiva Directori Generali; voi continua să călătoresc în teritoriu în perioada următoare.

- *Care considerați că ar fi prioritățile la început de an 2021 pentru instituția pe care o conduceți?*

AG: Prioritatea imediată este noul Contract-cadru, alături de normele metodologice. De asemenea, realizarea tranziției de la regulile de finanțare din starea de urgență/alertă înapoi la prevederile din Contractul-cadru, în special pentru spitale. În plan organizatoric, motivarea resursei umane în acest context dificil și acoperirea golurilor de capacitate – unele istorice, altele mai recente.

- *Și, care ar fi prioritățile de acțiune, pe termen mediu? În acest context, ce premise ar trebui să existe pentru ca aceste priorități de acțiune să poată fi puse în aplicare?*

AG: Pe termen mediu, cred că relația dintre cetățeni și CNAS trebuie să se îmbunătățească decisiv în sensul creșterii încrederii reciproce. Din partea CNAS, încrederea în vocea cetățeanului ca partener, nu doar ca beneficiar; din partea cetățeanului, încrederea în procesele CNAS ca decident, nu doar ca plătitor. Pe un plan mai concret și tehnic, cred că regândirea finanțării spitalelor trebuie abordată prioritar, nu doar pentru că aici este dirijat un volum important de resurse, dar și în contextul spitalelor regionale și al transformărilor pe care acestea le vor aduce.

- Cât de mult, și în ce sens, contextul actual pandemico-epidemic interferă cu planurile de acțiune la nivelul instituției pe care o conduceți și coordonați?

AG: Contextul determinat de Covid-19 a afectat, în principal, resursa umană, atât în planul disponibilității fizice pentru cei care s-au îmbolnăvit, dar și al disponibilității mentale ca urmare a uzurii acumulate în ultima perioadă. Avem, din martie 2020, mai bine de un an de modificări legislative importante și frecvente (precum decontarea cheltuielilor spitalelor, prelucrarea unui număr mare de concedii medicale, finanțarea activităților de vaccinare și monitorizare a pacienților cu Covid-19), care au întins capacitatea și au limitat spațiul pentru reformă, pentru acțiuni de amploare.

R: Performanța, transparența și predictibilitatea reprezentată trei dintre problemele sistemului sanitar românesc pe care dvs. le aveți în vedere pentru mandatul actual.

- Cum credeți că pot fi atinse aceste obiective?

AG: Legat de performanță, am indicat mai sus principalele elemente pe care le am în vedere. Legat de transparență și predictibilitate, cred că CNAS își poate asuma un rol mai ferm, și întrucâtva mai vizibil, de a comunica proactiv cu ceilalți componenți ai sistemului de sănătate, în principal cu publicul larg, și de a participa la setarea agendei, nu doar de a aștepta să implementeze sau să fie interpelat. Am făcut un prim pas pe linia comunicării cu publicul larg: am crescut frecvența prelucrării sesizărilor venite prin telefon, email și direct, atât la CNAS, cât și la toate CAS-urile din țară, până la nivel săptămânal (înainte erau centralizate lunar); am identificat temele curente și am actualizat „Intrebările frecvente” de pe site-ul CNAS astfel încât să reflecte momentul martie 2021. Această listă de întrebări

frecvente nu mai fusese actualizată din 2014. De asemenea, am făcut publică agenda mea de întâlniri externe. Sunt pași mici, dar îi văd ca prime elemente ale unui semnal mai amplu și important de deschidere. În întâlniri cu parteneri externi, precum organizații profesionale medicale și organizații de pacienți, am anunțat intenția mea de a ne întâlni cu regularitate la intervale de aproximativ 45 zile pentru a nu discuta numai în situații de urgență și pentru a avea bazele unui dialog constructiv, de durată. Am avut deja o primă „a doua” astfel de întâlnire și voi continua.

- Credeți că la finalul mandatului, vom putea aprecia pozitiv activitatea instituției dvs. și prin prisma celor trei obiective?

AG: Sunt obiective care au rolul să îmi ghideze acțiunile; spre exemplu, și raportul de activitate pe anul 2020 va conține câteva elemente noi în acest sens. Echipa mea este sensibilizată la ele, le discutăm des și asta ne ajută să le păstrăm în vizor. Îmi doresc să rămână ceva în acest sens, măcar ca premise pentru mandatul viitoarei conduceri.

R: Ați dori să adăugați altceva, poate un răspuns la o întrebare neadresată în acest interviu?

AG: Am fost întrebat, destul de des, “cât credeți că veți rezista?”. Mi se pare o întrebare pertinentă, având în vedere istoricul poziției și faptul că am venit din altă țară pentru a o prelua, dar cred că mă gândesc la ea mai puțin sau mai rar decât s-ar presupune. Nu abordez fiecare zi ca și cum ar fi ultima, mă concentrez pe ce am de făcut.

Vă mulțumim pentru amabilitatea de a răspunde întrebărilor noastre.