

ΠΡΑΚΤΙΚΑ

10ου ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΥ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ
ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗ,
ΤΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΚΑΙ
ΤΙΣ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ 2014

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ,
ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ &
ΑΝΕΠΙΛΥΤΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ

ΑΘΗΝΑ 2015

Τίτλος:

**ΠΡΑΚΤΙΚΑ 100ΟΥ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΥ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ
ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗ, ΤΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΚΑΙ ΤΙΣ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ 2014
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ, ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ & ΑΝΕΠΙΛΥΤΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ**

Έκδοση του Τομέα Οικονομικών της Υγείας, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας

Συντονισμός, επιμέλεια, παραγωγή:

[Mindwork Business Solutions](#)

Συμβουλευτικές υπηρεσίες Ε.Π.Ε.

Μάρκου Μπότσαρη 10, 14561, Κηφισιά

Τηλ.: 210 6231305, Fax: 210 8014247, e-mail: info@mind-work.gr

Σύνταξη περιλήψεων: Φένια Γρηγοράκη, Αγγελική Τσέλιου, Φανή Μαυροειδή

Σχολιασμός: Λίνα Νικολοπούλου

Επιμέλεια κειμένων: Φανή Μαυροειδή

Σχεδιασμός-σελιδοποίηση, αρχείο e-book: Χριστίνα Δάλλα

Διαγράμματα: Γιώργος Κτενίδης

Εξώφυλλο: Αιμιλία Γεωργοπούλου

ISBN 978-618-82008-0-7

Αθήνα, 2015

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

III

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ 10ου ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

V

ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ, ΠΡΟΛΗΨΗ & ΕΓΚΑΙΡΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

1

Οι εμβολιασμοί των ενηλίκων

3

Οδικός Χάρτης για την Αντιμετώπιση του Σακχαρώδους Διαβήτη

7

Διαχείριση και έλεγχος της νοσηρότητας από αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια

10

Ηπατίτιδα C: Το πρόβλημα, οι διαστάσεις του και οι επιστημονικές απαντήσεις

13

Διαχείριση και οικονομική αξιολόγηση της ηπατίτιδας C

15

Έλεγχος και διαχείριση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας:

Οι τρέχουσες πρακτικές και η αναγκαιότητα βελτίωσής τους

18

ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ

21

Αποτίμηση των μεταρρυθμίσεων στην Υγεία, 2010-2014

25

Το Μνημόνιο και η υγειονομική μεταρρύθμιση: κέρδη και ζημιές

30

Πτυχές της υγειονομικής μεταρρύθμισης

31

Προκλήσεις του management στο νέο πρότυπο του μείγματος δημοσίου και ιδιωτικού τομέα υγείας:

Η νέα αγορά υπηρεσιών υγείας μετά τον ΕΟΠΠΥ

35

Η Επιτροπή Διαπραγμάτευσης

40

Υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας: Επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην ποιότητα

42

Η αλλαγή υποδείγματος μέσω καινοτόμων παρεμβάσεων επιδρά στην πολιτική υγείας

45

Η αξιοποίηση ηλεκτρονικών εφαρμογών στη χάραξη πολιτικής υγείας

49

Η ανάκτηση της θέσης της δημόσιας υγείας στην υγειονομική πολιτική

53

ΥΓΕΙΑ 2020

56

Looking forward for new perspectives in Health Policy and Health Reforms

58

ΦΑΡΜΑΚΟ & ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ

61

Σύγχρονες και εναλλακτικές τεχνικές τιμολόγησης και αποζημίωσης στην ιατρική και φαρμακευτική περίθαλψη

63

Η θέση της φαρμακευτικής βιομηχανίας στην εθνική πολιτική υγείας

67

Η διαχείριση της φαρμακευτικής καινοτομίας σήμερα και στο μέλλον

69

Βιολογικά & Βιο-ομοειδή: Κλινικά οφέλη και διαχειριστικά διλήμματα

74

ΑΝΘΡΩΠΙΣΤΙΚΗ ΚΡΙΣΗ

77

Δικαίωμα στην υγεία και δείκτες: Απειλή ή ευκαιρία;

79

Ασφάλιση, φτώχεια και κοινωνικές ανισότητες: Είναι εφικτή η καθολική ασφάλιση του πληθυσμού;

80

Η αντιμετώπιση της ανθρωπιστικής κρίσης: Η υγεία μετά τα μνημόνια

83

Υγεία και βιώσιμη οικονομική ανάπτυξη

86

Ο ΕΟΦ απαντά στις σύγχρονες προκλήσεις ως ο ρυθμιστικός φορέας του φαρμάκου

87

Το πεδίο παρέμβασης του Σώματος Επιθεωρητών Υγείας στον χώρο της υγείας

90

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΟΝΟΜΑΤΩΝ

93

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Στο 10ο Πανελλήνιο Συνέδριο για τη Διοίκηση, τα Οικονομικά και τις Πολιτικές Υγείας, με τίτλο «Υγεία 2020: από τη Ρητορική στην Τεκμηρίωση για το Μέλλον του Υγειονομικού Τομέα», συζητήθηκαν κατά κύριο λόγο οι πολιτικές που εφαρμόστηκαν τα τελευταία χρόνια και επιχειρήθηκε εποικοδομητική κριτική με στόχο την πρόοδο στον τομέα της Υγείας. Μετά από 10 χρόνια σημαντικής παρουσίας, το συνέδριο του Τομέα Οικονομικών της Υγείας της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας, που προσελκύει και δίνει βήμα σε όλους τους επιστήμονες του χώρου, αλλά και σε πολιτικούς, στελέχη του δημόσιου τομέα και κυβερνητικούς αξιωματούχους, επιχειρεί να κάνει ευρύτερα γνωστό το έργο του. Για τον λόγο αυτό, για πρώτη φορά, αποφασίσαμε να εκδώσουμε τα πρακτικά του συνεδρίου, που αναπτύσσονται σε τέσσερις άξονες:

- (1) Διαχείριση νοσημάτων, πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση,
- (2) Υγειονομική μεταρρύθμιση,
- (3) Φάρμακο και φαρμακευτική πολιτική, και
- (4) Ανθρωπιστική κρίση.

Πιστεύουμε ότι είναι εξαιρετικά σημαντικό για τη χώρα μας, ιδιαίτερα την περίοδο αυτή που οι ανατροπές στο πολιτικό σκηνικό προσδιορίζουν την αλλαγή και τις πολιτικές για τον υγειονομικό τομέα, να αποτυπώσουμε με αυτά τα πρακτικά τις επιστημονικές θέσεις του κορυφαίου αυτού συνεδρίου, τις προτάσεις πολιτικής που κατατέθηκαν και να επισημάνουμε τα χρονίζοντα ανεπίλυτα ζητήματα του τομέα υγείας, τα οποία χρήζουν αντιμετώπισης.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η έκδοση των Πρακτικών του 10ου Πανελληνίου Συνεδρίου για τη Διοίκηση, τα Οικονομικά και τις Πολιτικές της Υγείας 2014 πραγματοποιείται χάρη στις ευγενικές χορηγίες των εταιρειών:

Abbvie

MSD

Novartis Hellas

Pfizer Hellas

Roche Hellas

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ 10ου ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ ΕΠΙΣΤΟΛΗ ΠΡΟΣ ΤΟΝ ΥΠΟΥΡΓΟ ΥΓΕΙΑΣ

Τα συμπεράσματα από τις εργασίες του συνεδρίου, με εμπειριστατωμένο σχολιασμό, υποβλήθηκαν προς τον Υπουργό Υγείας, κύριο Παναγιώτη Κουρουμπλή, από τον Πρόεδρο της Οργανωτικής Επιτροπής του 10ου Πανελληνίου Συνεδρίου για τη Διοίκηση, τα Οικονομικά και τις Πολιτικές Υγείας, Καθηγητή Γιάννη Κυριόπουλο με τη μορφή επιστολής.

Αξιότιμε Κύριε Υπουργέ,

Με την επιστολή αυτή σας διαβιβάζω τα πρακτικά του 10ου Πανελληνίου Συνεδρίου για τη διοίκηση τα οικονομικά και τις πολιτικές της υγείας με τίτλο: “Υγεία 2020: Από τη ρητορική στην τεκμηρίωση για το μέλλον του υγειονομικού τομέα”, τα οποία εμπεριέχουν τα βασικά συμπεράσματα του συνεδρίου και τις προτάσεις πολιτικής για τα ανεπίλυτα ζητήματα.

Η κυβέρνηση έχει αναλάβει το πηδάλιο της χώρας σε μία ιστορική καμπή για την κοινωνία και την οικονομία. Οι πολιτικές περιστολής της δαπάνης για την υγεία έχουν –κατά κοινή ομολογία– εξαντλήσει τα όριά τους, ενώ η ρητορική και η δεοντολογική προσέγγιση εμφανίζονται ως μη παραγωγικές. Κατά συνέπεια, η θετικιστική και τεκμηριωμένη προσέγγιση σχεδιασμού και ελέγχου της μελλοντικής εξέλιξης του υγειονομικού τομέα στην πορεία προς το 2020 είναι το πρώτιστο ζητούμενο στην παρούσα συγκυρία.

Σε αυτό το πλαίσιο, η Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας (Τομέας Οικονομικών της Υγείας) με το 10ο Πανελλήνιο Συνέδριο επιχείρησε τη διατύπωση αξιολογικών ιδεών, κριτικών σκέψεων και τεκμηριωμένων προτάσεων, για την προώθηση διαρθρωτικών αλλαγών στον υγειονομικό τομέα -σε συνθήκες κρίσης- υπό το πρίσμα της (κοινωνικής) ισότητας, της (οικονομικής) αποδοτικότητας και της (ιατρικής) αποτελεσματικότητας.

Στο συνέδριο αυτό που οργανώνεται ανελλιπώς τα τελευταία 10 χρόνια και αποτελεί πλέον θεσμό στη χώρα μας, συμμετέχει, εκπροσωπείται και συνεισφέρει το σύνολο των εμπλεκομένων στη διαμόρφωση των θέσεων και την εισαγωγή στη συζήτηση, των ζητημάτων της υγειονομικής μεταρρύθμισης, η οποία προαπαιτεί την ανάπτυξη κλίματος εθνικής και κοινωνικής συναίνεσης και επιστημονικής τεκμηρίωσης.

Υπό το πρίσμα αυτό, το πρόγραμμα του συνεδρίου αναπτύχθηκε σε τέσσερις άξονες: (1) Διαχείριση νοσημάτων, πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση, (2) Υγειονομική μεταρρύθμιση, (3) Φάρμακο και φαρμακευτική πολιτική, και (4) Ανθρωπιστική κρίση.

Γενικά και εισαγωγικά ζητήματα του Συνεδρίου για την πολιτική υγείας

Η οικονομική κρίση, η οποία επιπολάζει τα τελευταία χρόνια στη χώρα, καθώς και οι επιπτώσεις της στην κοινωνία, την υγεία και την ιατρική περίθαλψη, έχει θέσει σε επανεξέταση το σύνολο των ζητημάτων της εθνικής πολιτικής υγείας και κυρίως της εξέλιξης και ανάπτυξης του υγειονομικού τομέα στην προσεχή περίοδο.

Τα οικονομικά της υγείας δύνανται και πρέπει να λειτουργήσουν ως εργαλείο ορθολογικής πρόσβασης και χρήσης των πόρων, και όχι ως εργαλείο περικοπών με απαραίτητη τη συμβολή της κλινικής επιστήμης με στοιχεία (Evidence-Based Medicine).

Διαπιστώθηκε ότι σήμερα, στη συζήτηση περί υγείας υπερισχύει η πλευρά της προσφοράς και δεν ακούγεται η πλευρά της ζήτησης, και αυτό πρέπει να αλλάξει. Επισημαίνεται η ανάγκη συνεργασίας όλων των εμπλεκομένων παραγόντων –ιατρών, συλλόγων ασθενών, βιομηχανίας και πολιτείας– για την πρόληψη, την καθολική πρόσβαση σε θεραπεία και την οικονομική βιωσιμότητα.

Τα δεδομένα για την Ελλάδα δείχνουν ότι το βιοτικό επίπεδο υποχωρεί χωρίς αντίστοιχη υποχώρηση του προσδόκιμου επιβίωσης. Ωστόσο, η κατακόρυφη μείωση των κοινωνικών δαπανών δεικνύει μελλοντική επίδραση στην υγεία.

Το σύστημα υγείας έχει σοβαρά οργανωτικά και λειτουργικά προβλήματα, όσον αφορά στην προσφορά υπηρεσιών υγείας, με αποτέλεσμα να υπάρχει μεγάλη ιδιωτική επιβάρυνση για τους ασθενείς. Ένα επιπλέον σοβαρό πρόβλημα συνιστά ο αριθμός των ανασφάλιστων ανέργων πολιτών. Επιπλέον, ενώ η χώρα σύμφωνα με τα στατιστικά στοιχεία παρέχει καθολική ασφάλιση υγείας, οι διαφορές της στην ασφαλιστική κάλυψη με κράτη της ΕΕ και ΟΟΣΑ είναι μεγάλες. Το κράτος πρόνοιας έχει διαπιστωθεί ότι δεν φτάνει σε αυτούς που έχουν πραγματική ανάγκη. Επομένως, πρέπει να υπάρξουν ουσιαστικές παρεμβάσεις για την καταπολέμηση των ανισοτήτων στην υγεία.

Στόχος πρέπει να είναι η καθολική κάλυψη της υγείας του πληθυσμού –με ισότητα πρόσβασης στις υπηρεσίες για όσους έχουν ανάγκη, δηλαδή υπηρεσίες καλής ποιότητας με προστασία από τον οικονομικό κίνδυνο.

Υπάρχει στενή και αμφίδρομη σχέση της οικονομίας με τις πολιτικές υγείας. Ο τομέας της υγείας είναι σημαντικός για την οικονομία και την καινοτομία. Για να επιτύχουμε βελτίωση της υγειονομικής περίθαλψης, αυτή πρέπει να είναι εστιασμένη στον άνθρωπο.

Οι πολιτικές καινοτομίας στην υγεία μπορούν να αποτελέσουν πυλώνα αναπτυξιακής πολιτικής.

Τα σημαντικότερα ζητήματα στην πολιτική υγείας και την ιατρική περίθαλψη είναι:

- (α) ο προϋπολογισμός για την υγεία και ο βαθμός κάλυψης των αναγκών των πολιτών
- (β) η ύπαρξη ελεγκτικών μηχανισμών του συστήματος
- (γ) οι πρακτικές του clawback και των επιστροφών
- (δ) η αποτελεσματική διαχείριση των πόρων με πρόσβαση στην καινοτομία και συνταγογράφηση των γενοσήμων
- (ε) η ανάγκη διασφάλισης της αποδοτικότητας του συστήματος μέσω ελέγχου των δαπανών και μεταρρυθμίσεων

Διαχείριση νοσημάτων, πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση

Επισημαίνεται η απουσία δράσεων πρόληψης και οργανωμένων προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου, όπως για παράδειγμα η πρόληψη για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Η αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων πληθυσμιακού ελέγχου έχει επαληθευτεί. Επομένως, χρειάζεται να ληφθούν περαιτέρω μέτρα σε αυτό τον τομέα για πρωτογενή και δευτερογενή πρόληψη.

Επίσης, τονίζεται η σημασία των εμβολιασμών, των οποίων ο περιορισμός μόνο στους πρώτους χρόνους της ζωής, δεν δημιουργεί ισχυρό ανοσολογικό φραγμό σε εθνικό επίπεδο. Τουναντίον, ο στόχος δύναται να επιτευχθεί με την επέκταση των εμβολιασμών στους ενήλικες και τις ομάδες υψηλού κινδύνου και αναμνηστικές δόσεις.

Ένα σημαντικό ζήτημα, το οποίο θίχτηκε στο Συνέδριο, αφορά τα χρόνια νοσήματα, μεταξύ των οποίων τα καρδιαγγειακά νοσήματα, τα οποία συνιστούν τη βασική προτεραιότητα πολιτικής υγείας σε διεθνές επίπεδο. Ωστόσο, η χώρα μας δεν διαθέτει επάρκεια στοιχείων τα οποία αφορούν τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια. Παρομοίως, υπάρχει επείγουσα ανάγκη για την κατάρτιση οδικού χάρτη για τα βασικά χρόνια νοσήματα. Το υπόδειγμα του οδικού χάρτη για τον Σακχαρώδη Διαβήτη μπορεί να αποτελέσει οδηγό. Με βάση αυτόν προτείνονται δράσεις που διαμορφώνονται σε τέσσερις άξονες: (α) πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση, (β) διαχείριση, αντιμετώπιση της νόσου και πρόληψη επιπλοκών, (γ) εκπαίδευση και ευαισθητοποίηση και (δ) αντιμετώπιση των επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης.

Σημαντικό ζήτημα ακόμη, αποτελούν οι νέες θεραπείες και τα νέα καινοτόμα φάρμακα σε νοσήματα όπως η ηπατίτιδα C, η εισαγωγή των οποίων αφενός επαναπροσδιορίζει τις ανάγκες των ασθενών και αφετέρου αλλάζει τις εκτιμήσεις για το μέλλον, με προοπτική για σημαντική μείωση του νοσολογικού φορτίου μέχρι το 2030· ωστόσο, τίθεται μείζον ζήτημα ως προς την ανεύρεση πόρων. Στις περιπτώσεις αυτές, οι διαπραγματεύσεις των ασφαλιστικών ταμείων και οι συμφωνίες επιμερισμού του κόστους, της αβεβαιότητας και του κινδύνου αποτελούν ισχυρό εργαλείο έγκαιρης και ισότιμης πρόσβασης στην καινοτομία της υγείας.

Υγειονομική μεταρρύθμιση

Από την αποτίμηση των μεταρρυθμίσεων στην υγεία την τελευταία τετραετία σημαντικότερες θεωρούνται:

- (α) Η σύσταση του ΕΟΠΥΥ και οι μεταρρυθμίσεις οι οποίες έγιναν με στόχο τον εξορθολογισμό των δαπανών, αλλά σε βάρος της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης. Η ίδρυση και λειτουργία του ΕΟΠΥΥ δημιούργησε μια νέα διάρθρωση του συστήματος και ένα νέο περιβάλλον στην αγορά υπηρεσιών

υγείας. Στην παρούσα συγκυρία, ο ΕΟΠΥΥ είναι αυτόνομος μόνο σε θεωρητικό επίπεδο, ενώ στην πραγματικότητα βρίσκεται μεταξύ πολιτείας, υπουργείων, δημόσιων και ιδιωτικών παρόχων του συστήματος υγείας. Κατά συνέπεια, συνιστάται να μετατραπεί σε έναν σύγχρονο ευρωπαϊκό ασφαλιστικό οργανισμό, ο οποίος να ρυθμίζει υπεύθυνα και αποτελεσματικά την αγορά και τη διανομή υπηρεσιών υγείας.

Παρά το γεγονός ότι προς την κατεύθυνση αυτή ιδρύθηκε το Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας, ως πλαίσιο ενιαίου συντονισμού δημόσιου και συμβεβλημένου ιδιωτικού τομέα, δεν έχει καλυφθεί ακόμη η ανάγκη για μια πολιτική υγείας η οποία στον σχεδιασμό της να μπορεί να συμπεριλαμβάνει και τον ιδιωτικό τομέα. Ο δημόσιος τομέας έχει τη δυνατότητα να μάθει πολλά από την άμεση και θετική αντίδραση του ιδιωτικού τομέα στη διαμορφούμενη κατάσταση, ο οποίος προσαρμόστηκε επιτυχώς στις νέες συνθήκες. Το Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ), και στο σύνολό της η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας έχουν ανάγκη ενίσχυσης με αναδιάρθρωση των λιγοστών διαθέσιμων πόρων.

(β) Η καθιέρωση της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης και η επένδυση στην ηλεκτρονική διακυβέρνηση και στις e-Health εφαρμογές θεωρούνται διέξοδος στη βιωσιμότητα των συστημάτων υγείας. Η ευρωπαϊκή πολιτική υγείας στην παρούσα συγκυρία έχει στραφεί στην ανάπτυξη ψηφιακών εφαρμογών, με σκοπό την αναζήτηση νέων οδών στις προκλήσεις των υγειονομικών συστημάτων και των επιδημιολογικών κρίσεων. Αυτή η κατεύθυνση της καινοτομίας δεικνύει τρόπους ανάπτυξης, οι οποίοι μπορούν να υποστηριχθούν από την κοινωνία μας.

Στο σημείο αυτό είναι χρήσιμο να τονισθεί, ότι η Ηλεκτρονική Διακυβέρνηση Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΗΔΙΚΑ) αναπτύσσει και υποστηρίζει εφαρμογές, όπως η ηλεκτρονική συνταγογράφηση, το Εθνικό Μητρώο Δικαιούχων Περίθαλψης, το σύστημα μισθοδοσίας για τα νοσοκομεία και το πληροφοριακό σύστημα νοσοκομείων ΑΣΚΛΗΠΙΟΣ, ενώ συμμετέχει επίσης στο ευρωπαϊκό έργο So-Health.

Το πληροφορικό σύστημα του ΕΟΠΥΥ αξιοποιεί τις υπηρεσίες της ΗΔΙΚΑ, και σε αυτό είναι συνδεδεμένοι όλοι οι πάροχοι ανοικτής και κλειστής περίθαλψης με τη χρήση διεπαφών (API). Σημαντική είναι η εφαρμογή του ηλεκτρονικού φακέλου ασφάλισης υγείας, ο οποίος θα δίνει δυνατότητα πρόσβασης στον προσωπικό του φάκελο σε κάθε ασφαλισμένο του ΕΟΠΥΥ.

Η χώρα μας έχει προχωρήσει σε αυτόν τον τομέα, ώστε να διεξάγεται πλέον συζήτηση για την αξιοποίηση των δεδομένων, τα οποία συλλέγονται από ιατρικούς φακέλους για άλλες δευτερεύουσες χρήσεις. Επ' αυτού ανακύπτουν δύο μεγάλα ζητήματα, αφενός η σημασιολογική διαλειτουργικότητα, καθώς επίσης η προστασία των προσωπικών δεδομένων και δικαιωμάτων, αφετέρου η σχετική νομοθεσία βρίσκεται υπό διαδικασία αναθεώρησης και εκσυγχρονισμού στην Ευρώπη.

Από πλευράς καθημερινής κλινικής πράξης, οι ηλεκτρονικές εφαρμογές στην υγεία υπηρετούν μια ολοκληρωμένη, ασθενοκεντρική, συνολική και συντονισμένη εξωνοσοκομειακή φροντίδα, στον αντίποδα της επικρατούσας νοσοκομειοκεντρικής φροντίδας.

Εν τούτοις, είναι απαραίτητο να διανυθεί ακόμη μεγάλη απόσταση και να γίνουν βήματα, όπως η δημιουργία ενός ενιαίου ιατρικού φακέλου, η ολοκλήρωση της ηλεκτρονικής διασύνδεσης των υπηρεσιών και της ψηφιοποίησης δεδομένων και διαδικασιών, και τελικώς της χρήσης των δεδομένων (Big Data) για τον σχεδιασμό της πολιτικής υγείας.

(γ) Τα μέτρα για μια ολοκληρωμένη πολιτική υγείας για την κάλυψη των ανασφάλιστων δεν αφορούν μόνο την τεχνικο-οικονομική διάσταση. Η “δωρεάν” υγεία είναι μια διοικητική σύμβαση· στην ουσία χρησιμοποιεί πόρους, οι οποίοι έχουν κόστος. Ο έλεγχος του κόστους αυτού είναι απαραίτητος, μπορεί δε να επιτευχθεί με διάφορα μέσα πέραν της τιμής των αγαθών. Η αξιοποίηση κινήτρων για τον καταναλωτή υπηρεσιών υγείας αποτελεί μια εναλλακτική προσέγγιση στον έλεγχο του κόστους της περίθαλψης.

Υπό το πρίσμα αυτό, αναδύεται η ανάγκη για βαθιές διαρθρωτικές αλλαγές. Η πολιτική επιμερισμού του κόστους στον ασθενή (patient cost - sharing strategy), στο πλαίσιο των δραματικών περικοπών των προϋπολογισμών για την υγεία, είναι αναπόφευκτο να εφαρμοστεί. Ωστόσο, δεν μπορεί να λύσει το πρόβλημα ελέγχου των δαπανών στο συνολικό προϋπολογισμό της υγείας. Πόροι μπορούν να εξοικονομηθούν μέσω της διαχείρισης της τεχνολογίας και της προσφοράς υπηρεσιών υγείας.

Η Ελλάδα χρειάζεται ένα μείγμα εργαλείων και τεχνικών παρεμβάσεων, το οποίου η υποστήριξη μπορεί να επιτευχθεί με τη συμβολή ριζοσπαστικών διαρθρωτικών αλλαγών στην αγορά του υγειονομικού τομέα: την εφαρμογή διαρθρωτικών αλλαγών με σκοπό την “αλλαγή παραδείγματος” και επίκεντρο την πρωτοβάθμια φροντίδα και τη δημόσια υγεία, την κάλυψη του συνόλου του πληθυσμού, την παροχή κινήτρων για βέλτιστη χρήση των υπηρεσιών υγείας και τη λειτουργία του συστήματος με επίκεντρο τον καταναλωτή.

Ως προς το πλαίσιο αυτό, η ενίσχυση των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας συνιστά μια δυναμική και ολοκληρωμένη πολιτική υγείας. Η ισχυρή πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας συνδέεται με καλύτερα αποτελέσματα στον τομέα της υγείας και μεγαλύτερες δυνατότητες συγκράτησης της δαπάνης. Η χώρα μας έχει χαμηλές επιδόσεις στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, η οποία χαρακτηρίζεται από μη ολοκληρωμένη, πλημμελώς συντονισμένη και ασυνεχή πολιτική υγείας. Αντιθέτως, η υφιστάμενη πολιτική υγείας εστιάζει περισσότερο στην ιατρική φροντίδα παρά στην πρόληψη, την αγωγή και την προαγωγή υγείας.

Επιπλέον, δεν βασίζεται στη διεπιστημονική συνεργασία και έχει υποστεί τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στη χώρα μας χρειάζεται την εισαγωγή νέας κουλτούρας, νέου εκπαιδευτικού και οργανωτικού προτύπου, τεχνικών και επικοινωνιακών δεξιοτήτων, καθώς και ουσιαστικής στήριξης εκ μέρους των επαγγελματιών υγείας. Παράλληλα, παραμένουν θεμελιώδεις αντιφάσεις του συστήματος παρά τις περικοπές, ενώ η μεταρρύθμιση του ΠΕΔΥ είχε ως αποτέλεσμα την αποδιοργάνωση των δομών.

Η αλλαγή υποδείγματος μέσω καινοτόμων παρεμβάσεων επιδρά στην πολιτική υγείας, καθώς οι εξελίξεις και οι καινοτομίες στη φαρμακευτική βιομηχανία σε πολλές περιπτώσεις έχουν βελτιώσει θεαματικά τα αποτελέσματα διαχείρισης της νόσου, συνδέονται, όμως, με σημαντική αύξηση του κόστους για τα συστήματα υγείας. Για τον λόγο αυτό, πρέπει να αναπτυχθεί η καινοτομία για να διαχειριστούμε την καινοτομία στην τεχνολογία.

Κρίσιμη για την πολιτική υγείας είναι, επίσης, η ενίσχυση της συνεργασίας μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα. Ο σωστός σχεδιασμός, η δημιουργία των κατάλληλων κινήτρων που προωθούν την καινοτομία και τις επενδύσεις μπορούν να εξασφαλίσουν τη βιωσιμότητα του φαρμακευτικού τομέα. Αποτελεί πλέον αναγκαιότητα, η συνεργασία της φαρμακοβιομηχανίας και των υγειονομικών αρχών που μπορεί να υλοποιηθεί μέσω έξυπνων τρόπων οργάνωσης συμφωνιών επιμερισμού του κινδύνου ανάμεσα στους παρόχους και τους χρηματοδότες των τεχνολογιών.

Από την πλευρά της, η χρήση της ιατρικής τεχνολογίας μπορεί να βελτιώσει σημαντικά την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και κατ'επέκταση να συρρικνώσει τις δαπάνες υγείας μειώνοντας την ανάγκη για νοσηλείες.

Ακόμη, ανοικτό ζήτημα αποτελεί η διαχείριση των δημόσιων νοσοκομείων, τα οποία αντιμετωπίζουν σοβαρά θεσμικά, διαρθρωτικά και λειτουργικά προβλήματα. Στο πλαίσιο αυτό εντάσσονται τα ζητήματα των ενοποιήσεων και των συγχωνεύσεων των νοσοκομείων, όπως και η μη επαρκής στελέχωση του προσωπικού από επαγγελματίες υγείας. Η εφαρμογή μεθόδων διαχείρισης ποιότητας στον νοσοκομειακό χώρο με στόχους τη βιωσιμότητα, την προσβασιμότητα και την ποιότητα, καθώς και την ενεργό συμμετοχή όλων των ειδικοτήτων του νοσοκομειακού προσωπικού, αποσκοπεί στη βελτίωση της αποτελεσματικότητας των δημόσιων νοσοκομείων.

Σημαντικός παράγοντας στη διαμόρφωση υγειονομικής πολιτικής αναδεικνύεται η ανάκτηση της θέσης της δημόσιας υγείας στην υγειονομική πολιτική. Έχει διαπιστωθεί η ακραία απουσία “αντίληψης” της δημόσιας υγείας στη χώρα μας και η επικράτηση μιας “διοικητικής” προσέγγισης του ζητήματος αυτού. Η κλινική ιατρική κείται στον αντίποδα της δημόσιας υγείας, με την έννοια ότι η δημόσια υγεία είναι ένα πολυσύνθετο, πολυεπιστημονικό αντικείμενο, που δεν ασκείται από γιατρούς κατά κύριο λόγο.

Η συνολική επαναπροσέγγιση της θέσης της δημόσιας υγείας προκρίνει τη δημιουργία και υποστήριξη νέων δομών, οι οποίες δύνανται να συνδέσουν στην πράξη, την έρευνα, την εκπαίδευση και τη μεθοδολογία. Ο συνδυασμός τους μέσα σε ένα ευρωπαϊκό πλαίσιο λειτουργίας δύνανται να διεκδικήσει ευρωπαϊκούς πόρους. Επιπλέον, είναι σημαντικό τα ζητήματα δημόσιας υγείας να προσεγγίζονται υπό μια πληθυσμιακή οπτική, θέτοντας στόχους, με σχεδιασμό για την επίτευξή τους και αξιολόγηση.

Η δημόσια υγεία αποτελεί επένδυση για τη διατήρηση και τη βελτίωση του ανθρώπινου κεφαλαίου της χώρας. Ειδικά υπό συνθήκες κρίσης, είναι απαραίτητο να τεθούν προτεραιότητες για τις πολιτικές υγείας, ώστε να θωρακιστούν η παροχή υπηρεσιών και η κατάσταση της υγείας του πληθυσμού, ιδιαίτερα των πιο ευάλωτων ομάδων του.

Επιπλέον, μια νέα πανευρωπαϊκή προσέγγιση συνίσταται στην κατεύθυνση κατά την οποία οι υπηρεσίες δημόσιας υγείας δίνουν έμφαση στα εργαλεία που εξασφαλίζουν έξοδο από την ευαλωτότητα –προσέγγιση η οποία προσδιορίζει την υγεία ως ικανότητα αυτοφροντίδας.

Φάρμακο και φαρμακευτική πολιτική

Είναι γεγονός ότι μια από τις σοβαρές επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης διαφαίνεται στη δημόσια φαρμακευτική δαπάνη, η οποία έχει μειωθεί δραματικά τα τελευταία χρόνια. Παράλληλα, διαπιστώνεται σημαντική δυσκολία πρόσβασης των ασθενών στα φάρμακα.

Ως εκ τούτου, αναδύεται η ανάγκη για μακροπρόθεσμο σχεδιασμό και για συμμετοχή όλων των φορέων του υγειονομικού κλάδου και των ασθενών στη διαμόρφωση των πολιτικών για την υγεία. Η αποδοτικότερη χρήση των διαθέσιμων πόρων κρίνεται επιτακτική, καθώς συνδράμει στην υποστήριξη της πολιτικής της ορθολογικής συνταγογράφησης φαρμάκων εκτός πατέντας, κυρίως γενοσήμων, με παράλληλη ενημέρωση του κοινού για κατεύθυνση σε θεραπευτικά ισοδύναμες, αλλά χαμηλότερου κόστους επιλογές, ώστε να απελευθερωθούν πόροι για τις νέες καινοτόμες θεραπείες.

Εξίσου απαραίτητη είναι η διαχείριση της φαρμακευτικής καινοτομίας. Έχει διαπιστωθεί ότι οι καινοτόμοι παράγοντες έχουν φέρει επανάσταση στις ογκολογικές θεραπείες και σε ασθένειες που μέχρι πρόσφατα θεωρούνταν ανίατες, καθιστώντας δυνατή τη μακροχρόνια επιβίωση των ασθενών, πλην όμως, επιφέρουν ταυτόχρονη επιβάρυνση των συστημάτων υγείας. Υπό το πρίσμα αυτό, χρειάζεται να εξευρεθεί μια ισορροπία ανάμεσα στην ανάγκη για καινοτόμες θεραπείες και στο κόστος για την οικονομία.

Οι συμφωνίες επιμερισμού του κινδύνου (MEA/PBRSA) είναι ένας εναλλακτικός μηχανισμός τιμολόγησης-αποζημίωσης που καθιστά δυνατή τη συνέχιση της έρευνας, παράλληλα με την κυκλοφορία των καινοτόμων φαρμάκων στην αγορά, για να περιοριστεί η αβεβαιότητα των πληρωτών. Με αυτόν τον τρόπο, επιτυγχάνεται η ταχύτερη πρόσβαση ασθενών σε καινοτόμες θεραπείες. Εξάλλου, οργανισμοί όπως ο EMA και ο FDA έχουν υιοθετήσει νέους όρους αδειοδότησης προσαρμοζόμενοι στα νέα δεδομένα. Συστήματα υποδομής όπως μητρώα, ηλεκτρονικοί φάκελοι υγείας, κλπ., είναι μεγάλης σημασίας για την αποτελεσματική συλλογή δεδομένων και την παρακολούθηση των συμφωνιών αυτών. Για τη λειτουργία τους σημαντική είναι η συνεργασία μεταξύ της βιομηχανίας και των ρυθμιστικών αρχών, και μέσω της μεταξύ τους διαπραγμάτευσης επιτυγχάνονται συμβιβαστικές λύσεις προς όφελος του ασθενή και της βιωσιμότητας του συστήματος. Πρακτικά, οι νέες αυτές προσεγγίσεις συνδέουν την αξία με την πληρωμή.

Στην Ελλάδα, ο ΕΟΠΥΥ είναι σε θέση να συμβάλει στο σύστημα συλλογής των απαραίτητων δεδομένων χρησιμοποιώντας τις βάσεις δεδομένων της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης.

Όσον αφορά τις κλινικές μελέτες που πραγματοποιούνται στην Ελλάδα, αυτές είναι λίγες συγκριτικά με την ΕΕ και για την ανάπτυξή τους χρειάζονται άμεσα νομοθετικές ρυθμίσεις.

Στο πεδίο των βιολογικών και βιο-ομοειδών παραγόντων, καίρια είναι τα ζητήματα της ανταλλαξιμότητας μεταξύ τους, αλλά και η κατάρτιση θεραπευτικών πρωτοκόλλων και μητρώων για κάθε παράγοντα.

Ανθρωπιστική κρίση

Για την αντιμετώπιση της ανθρωπιστικής κρίσης έχουν ληφθεί ορισμένα μέτρα, όπως αυτό της κάλυψης του ανασφάλιστου πληθυσμού. Η οικοδόμηση ολοκληρωμένου δημοσίου συστήματος πρόληψης, πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, περίθαλψης και αποκατάστασης, το οποίο παρέχει δωρεάν σε όλους, ελεύθερη, έγκαιρη και ισότιμη πρόσβαση σε ποιοτικές και αποτελεσματικές δημόσιες υπηρεσίες είναι στόχος της κυβέρνησης, μέσα από τον οποίο θα επιχειρήσει να απαντήσει στην ανθρωπιστική κρίση και στις ανάγκες των πολιτών. Η πρόταση απαιτεί πόρους και βαθιές διαρθρωτικές αλλαγές.

Αναμφίβολα υπάρχει μεγάλη ιδιωτική επιβάρυνση για τους ασθενείς. Ως απαραίτητη προϋπόθεση για την επίλυση του προβλήματος προαναφέρθηκε η αλλαγή του υποδείγματος χρηματοδότησης της υγείας και του προτύπου καλύψεων, το οποίο χρειάζεται να λειτουργεί σε 2 επίπεδα: (α) κάλυψη των βασικών ιατρικών αναγκών και (β) εκείνων με μεγαλύτερη ελαστικότητα. Η υλοποίηση της σύμπραξης ιδιωτικού-δημόσιου τομέα, συγκεκριμένα μεταξύ ιδιωτικής ασφαλιστικής αγοράς και ΕΟΠΥΥ, θα συμβάλει στην κοινωνική ισότητα και την οικονομική αποδοτικότητα του συστήματος υγείας.

Ευχαριστούμε θερμά για την προσοχή και παραμένουμε στη διάθεσή σας.

Με εκτίμηση,



Καθηγητής Πάννης Κυριόπουλος
Πρόεδρος

Εκ μέρους της Οργανωτικής Επιτροπής του 10ου Πανελληνίου Συνεδρίου για τη Διοίκηση, τα Οικονομικά και τις Πολιτικές Υγείας

ΑΞΟΝΑΣ Ι

ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ, ΠΡΟΛΗΨΗ & ΕΓΚΑΙΡΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η φαρμακευτική καινοτομία και οι νέες μέθοδοι διάγνωσης και πρόληψης των χρόνιων νοσημάτων έχουν επιφέρει ριζικές αλλαγές στο περιβάλλον αντιμετώπισης αυτών των παθήσεων. Αναγνωρίζεται ότι απαιτούνται νέες προσεγγίσεις από την πλευρά τόσο των επαγγελματιών υγείας όσο και των υπευθύνων για τις πολιτικές υγείας. Στο συνέδριο εξετάστηκαν διάφορες περιπτώσεις διαχείρισης νοσημάτων με τις ιδιαιτερότητές τους.

ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΙ

Στη στρογγυλή τράπεζα για τους εμβολιασμούς των ενηλίκων έγινε αρχικά αναφορά στη σημασία που έχουν οι αναμνηστικές δόσεις για τη δημόσια υγεία. Τονίστηκε ότι πέρα από τους προγραμματισμένους εμβολιασμούς, παιδιά και γονείς θα πρέπει να επανεμβολιάζονται σε ανύποπτο χρόνο, γιατί εάν περιοριστούμε στους εμβολιασμούς των πρώτων χρόνων της ζωής, δεν θα κατορθώσουμε ποτέ να δημιουργήσουμε ισχυρό ανοσολογικό φραγμό σε εθνικό επίπεδο. Στοιχεία παρουσιάστηκαν για τα εμβόλια και την ανοσοποίηση έναντι διαφόρων νοσημάτων:

- 1. Το εμβόλιο BCG κατά της φυματίωσης.** Η χώρα μας δεν πληροί τις προϋποθέσεις για διακοπή της χρήσης του εμβολίου. Στο μέλλον προβλέπεται η αντικατάσταση του BCG με ένα νέο αποτελεσματικό εμβόλιο, για το οποίο γίνονται παγκοσμίως προσπάθειες ανάπτυξης.
- 2. Το εμβόλιο της γρίπης.** Επισημάνθηκε χαμηλή εμβολιαστική κάλυψη στους επαγγελματίες υγείας που ωστόσο, είναι μεταξύ των πληθυσμιακών ομάδων που διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο από την εποχική γρίπη και πρέπει να κάνουν το εμβόλιο.
- 3. Το εμβόλιο κατά του πνευμονιόκοκκου** αφορά ιδιαίτερα ενήλικες άνω των 50 ετών και έχει ιδιαίτερη σημασία καθώς σημαντικό ποσοστό στελεχών πνευμονιόκοκκου είναι πολυανθεκτικά και απειλούν τη δημόσια υγεία.
- 4. Το εμβόλιο κατά του HPV** συνάγεται ότι είναι αποτελεσματικό σε νεότερες ηλικίες. Νεότερα στοιχεία για το εννεαδύναμο εμβόλιο το οποίο βρίσκεται σε ερευνητική φάση, αναφέρουν ότι εμφανίζει θετικά αποτελέσματα.
- 5. Το εμβόλιο κατά του έρπητα ζωστήρα** συνιστάται για όλα τα άτομα 60 ετών και άνω (χωρίς αντενδείξεις, όπως η ανοσοκαταστολή) και έχει θεαματικά

αποτελέσματα στην επίπτωση της νόσου, στη βαρύτητα των συμπτωμάτων, αλλά και στην αποτροπή της μεθερπητικής νευραλγίας.

ΟΔΙΚΟΣ ΧΑΡΤΗΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΣΔ

Το σύνολο προτεινόμενων δράσεων για την πρόληψη, την έγκαιρη διάγνωση και τη διαχείριση του σακχαρώδους διαβήτη στη χώρα μας, αλλά και για τη βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας υγείας στους ασθενείς περιλαμβάνει ο Οδικός Χάρτης για τον Σακχαρώδη Διαβήτη.

Έγινε αναφορά στην προετοιμασία για την εκπόνηση του κειμένου στην ημερίδα του Ελληνικού Δικτύου για την Αντιμετώπιση του Σακχαρώδους Διαβήτη τον Απρίλιο 2014, που διοργανώθηκε από την ΕΣΔΥ και τη Γνωμοδοτική Επιτροπή για τον Σακχαρώδη Διαβήτη. Παρουσιάστηκαν στοιχεία από την έρευνα που προηγήθηκε για την επιδημιολογία του ΣΔ, την αποτύπωση της τρέχουσας κατάστασης των υπηρεσιών υγείας και τις επιπτώσεις της κρίσης στην αντιμετώπιση της νόσου. Οι δράσεις που προτείνονται στον Οδικό Χάρτη διαμορφώνονται σε 4 άξονες: πρόληψη, έγκαιρη διάγνωση, διαχείριση/αντιμετώπιση της νόσου και πρόληψη επιπλοκών, και αντιμετώπιση των επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης.

Η στρογγυλή τράπεζα ολοκληρώθηκε με τις παρεμβάσεις των μελών του Ελληνικού Δικτύου για την Αντιμετώπιση του Διαβήτη, οι οποίοι επικεντρώθηκαν σε πρακτικά προβλήματα της διαχείρισης της νόσου.

ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑΣ ΑΕΕ

Τα Αγγειακά Εγκεφαλικά Επεισόδια αποτελούν την πρώτη αιτία θανάτου στην Ελλάδα, επιβαρύνοντας κλιμακούμενα το σύστημα υγείας τα τελευταία χρόνια· συνιστούν επομένως βασική προτεραιότητα της πολιτικής

υγείας. Με δεδομένη την εντεινόμενη πίεση στους προϋπολογισμούς της υγείας, προτείνεται η εφαρμογή οικονομικά αποδοτικών παρεμβάσεων με συγκεκριμένη στρατηγική και πληθυσμικούς στόχους.

Παρουσιάστηκαν στοιχεία για την επιδημιολογία των καρδιαγγειακών νοσημάτων στην Ελλάδα, την αντιμετώπιση της νόσου και την αποκατάσταση των ασθενών. Για τα προβλήματα που εντοπίζονται κυρίως στην ενδο-νοσοκομειακή φάση, ως λύση προτείνεται η ανάπτυξη εξειδικευμένων δομών. Ειδικότερα για τον κίνδυνο ΑΕΕ σε ασθενείς με κολπική μαρμαρυγή, επισημαίνεται ότι είναι υψηλός στην Ελλάδα, καθώς η συχνότητα της ΚΜ είναι αυξημένη. Έγινε αναφορά στη φαρμακευτική αντιμετώπιση στη χώρα μας και στην πρόληψη με τη χρήση των νεότερων αντιπηκτικών.

Από πλευράς του, ο ΕΟΠΥΥ καλύπτει όλο το φάσμα υπηρεσιών σε ασθενείς με ΑΕΕ: νοσηλεία, κάλυψη διαγνωστικών εξετάσεων και φαρμακευτικής δαπάνης μετά τη νοσηλεία, αλλά και νοσηλεία σε κέντρα αποκατάστασης/συνεδρίες αποκατάστασης κλπ. Επίσης, επεξεργάζεται μέτρα για διευκόλυνση του ασθενή με εγκεφαλικό.

ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ C

Τις επιστημονικές διαστάσεις της χρόνιας λοίμωξης από τον ιό της ηπατίτιδας C ανέλυσε στη διάλεξη του ο καθηγητής Ι.Σ. Κοσκίνας. Οι ομιλητές της στρογγυλής τράπεζας αναγνώρισαν ότι οι νέες θεραπείες για την ηπατίτιδα C διαμορφώνουν ένα νέο σκηνικό στην αντιμετώπιση της νόσου σε όλα τα επίπεδα: αλλάζουν την οπτική στα οικονομικά της υγείας· με αφορμή τις νέες θεραπείες επαναπροσδιορίζονται οι ανάγκες των ασθενών, αλλά ανακύπτει μείζον ζήτημα ανεύρεσης πόρων από τα ασφαλιστικά ταμεία για την αποζημίωσή τους· τέλος, αλλάζουν οι εκτιμήσεις για το μέλλον, με προο-

πτική για σημαντική μείωση του νοσολογικού φορτίου μέχρι το 2030, αν οι νεότερες και πλέον αποτελεσματικές θεραπείες συνδυαστούν με βελτίωση της θεραπευτικής κάλυψης.

Κοινή ήταν επίσης η επισήμανση της ανάγκης συνεργασίας όλων των εμπλεκόμενων παραγόντων –ιατρών, συλλόγων ασθενών, φαρμακευτικών εταιρειών, πολιτείας– για την πρόληψη, την καθολική πρόσβαση στη θεραπεία, τη μείωση της μετάδοσης και την υπέρβαση του στιγματισμού.

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

Η συζήτηση γύρω από τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας επικεντρώθηκε στην πρωτογενή και τη δευτερογενή πρόληψη, στις εξελίξεις στους φαρμακευτικούς παράγοντες, μέσα από το πρίσμα των οικονομικών και της πολιτικής για τον καρκίνο.

Η αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων πληθυσμιακού ελέγχου έχει επαληθευτεί, χρειάζεται επομένως να ληφθούν περαιτέρω μέτρα σε αυτό τον τομέα. Με αναγνωρισμένη την επιτυχία του εμβολίου κατά του HPV, απαραίτητη κρίνεται η εφαρμογή προγράμματος υποχρεωτικού εμβολιασμού σε αγόρια και κορίτσια στην εφηβεία, αλλά και ο υποχρεωτικός έλεγχος των γυναικών με συνδυασμό Pap Test και HPV DNA testing. Στον τομέα της θεραπείας, η αναστολή της αγγειογένεσης αποτελεί σημαντική στρατηγική, με δυσθεώρητο, ωστόσο, ύψος κόστους – άμεσου και έμμεσου, για την αντιμετώπιση των σημαντικών παρενεργειών.

Η οικονομική προσέγγιση της νόσου έγκειται σε παρέμβαση για εξασφάλιση της ασφαλιστικής κάλυψης του πληθυσμού, την αποζημίωση και την άρση εμποδίων κόστους, την εκπαίδευση των παρόχων, τη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας και τη βελτίωση της πρόσβασης στην πρόληψη και στη θεραπεία.

ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ

Οι εμβολιασμοί των ενηλίκων

Κανένας δεν ζημιώνεται, όλοι κερδίζουν

Πρόεδροι: Τζένη Κουρέα-Κρεμαστινού, Γεώργιος Σαρόγλου

Ομιλήτες: Αναστασία Μπαρμπούνη, Η αναγκαιότητα των αναμνηστικών δόσεων

Μάτα Τσικρικά, Αντιφυματικός εμβολιασμός

Αγορίτσα Μπάκα, Εμβολιασμός έναντι της γρίπης και του πνευμονιόκοκκου

Βασιλεία Κοντέ, Εμβολιασμός έναντι του HPV

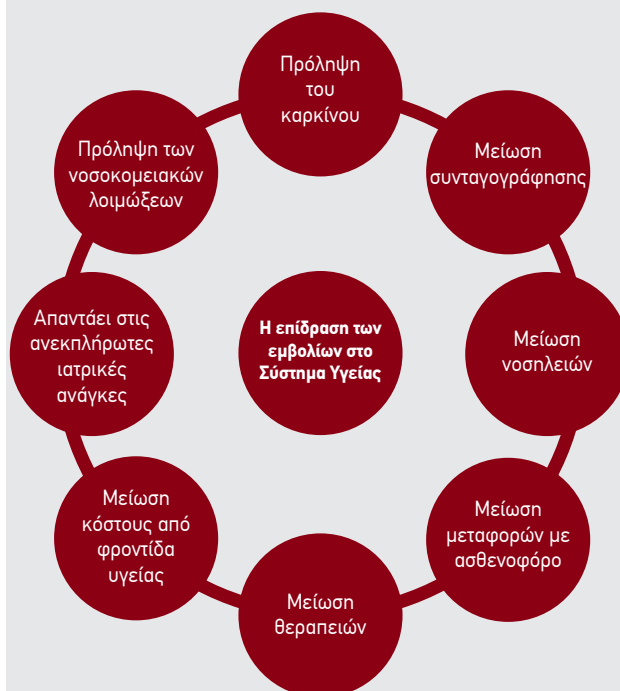
Γεώργιος Σαρόγλου, Εμβολιασμός έναντι του έρπητα ζωστήρα

Τα εμβόλια δεν αφορούν μόνο τα παιδιά, αλλά και τους ενήλικες, υπογράμμισε στην ομιλία της η κ. **Αναστασία Μπαρμπούνη**, Παιδίατρος, Επιμελήτρια Τομέα Δημόσιας και Διοικητικής Υγιεινής, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας. Η ανοσιακή απάντηση που αναμένεται όταν κάνουμε ένα εμβόλιο, εξήγησε η κ. Μπαρμπούνη, εξαρτάται από παράγοντες που σχετίζονται με το αντιγόνο και παράγοντες που σχετίζονται με τον ξενιστή, τον άνθρωπο που λαμβάνει το εμβόλιο. Οι παράγοντες που σχετίζονται με τον ξενιστή, δηλαδή, η πρωτογενής και η δευτερογενής ανοσιακή απάντηση είναι σημαντικοί για την κατανόηση του τρόπου που «λειτουργούν» τα εμβόλια.

Πρωτογενής είναι η απάντηση που έχουμε όταν ερχόμαστε σε επαφή, είτε φυσική είτε μέσω του εμβολίου, με ένα αντιγόνο και χαρακτηρίζεται από μια λανθάνουσα περίοδο, όπου τα κύτταρα μεταφέρουν το μήνυμα για την παραγωγή αντισωμάτων και η οποία μπορεί να διαρκέσει από 24 ώρες μέχρι 2 εβδομάδες, και την περίοδο της ενεργού βιοσύνθεσης αντισωμάτων, η οποία περιλαμβάνει 3 φάσεις, λογαριθμική αύξηση των αντισωμάτων, σταθεροποίηση των συγκεντρώσεων αντισωμάτων και μείωση των αντισωμάτων με την πάροδο του χρόνου.

Δευτερογενή ανοσιακή απάντηση έχουμε όταν ο οργανισμός εκτεθεί εκ νέου στο ίδιο αντιγόνο. Η απάντηση αυτή χαρακτηρίζεται από βραχύτερη λανθάνουσα περίοδο, γρηγορότερο ρυθμό σύνθεσης αντισωμάτων, υψηλότερο τίτλο αντισωμάτων και μακρύτερη παραμονή των αντισωμάτων στον ορό. Αυτός είναι ο στόχος των αναμνηστικών δόσεων εμβολιασμού, τόνισε η κ. Μπαρμπούνη, επισημαίνοντας ότι πέρα από τους προγραμματισμένους εμβολιασμούς, παιδιά και γονείς πρέπει να επανεμβολιάζονται σε ανύποπτο χρόνο, καθώς ο επανεμβολιασμός έχει σήμερα την ίδια σημασία με την κρυφομόλυνση του χτες στη διατήρηση της ισόβιας ανοσίας. Αν περιοριστούμε μόνο στους εμβολιασμούς των πρώτων χρόνων της ζωής, πρόσθεσε η ομιλήτρια, θα έχουμε διαπράξει μέγιστο ιατρικό σφάλμα, καθώς δεν θα κατορθώσουμε ποτέ να δημιουργήσουμε ισχυρό ανοσολογικό φραγμό σε εθνικό επίπεδο. Τα οφέλη από τον εμβολιασμό ενηλίκων είναι πολλαπλά, τόσο για τους ίδιους και για το κοινωνικό σύνολο, όσο και για την οικονομική ανάπτυξη, συμπλήρωσε η κ. Μπαρμπούνη.

ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΑΝΟΣΟΠΟΙΗΣΗΣ ΣΤΗ ΣΤΑΘΕΡΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ



Ο εμβολιασμός συνεισφέρει στη σταθερότητα του Συστήματος Υγείας.

Η κ. **Μάτα Τσικρικά**, Πνευμονολόγος-Φυματιολόγος, Ιατρός Δημόσιας Υγείας, ΚΕΕΛΠΙΝΟ, αναφέρθηκε στην ιστορία του εμβολίου BCG, στη σημερινή πολιτική εμβολιασμού κατά της φυματίωσης, αλλά και στις προσπάθειες ανάπτυξης ενός νέου αποτελεσματικού αντιφυματικού εμβολίου που γίνονται παγκοσμίως. Στόχος του BCG, σημείωσε η κ. Τσικρικά, είναι η ανάπτυξη κυτταρικής ανοσίας έναντι του μυκοβακτηριδίου της φυματίωσης και η προφύλαξη από νόσηση σε ενδεχόμενη

μόλυνση, η αποτελεσματικότητά του, ωστόσο, εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, όπως προβλήματα μεθοδολογίας και σχεδιασμού των μελετών, την ανοσολογική κατάσταση του εμβολιαζόμενου, το βαθμό έκθεσης στα περιβαλλοντικά μυκοβακτηρίδια, τη δυναμικότητα του στελέχους *M. bovis* του εμβολίου, αλλά και τα χαρακτηριστικά των εμβολιαζόμενων. Η αποτελεσματικότητά του αξιολογείται με βάση την προστασία που προσφέρει από την εμφάνιση διαφόρων μορφών της νόσου, τη διάρκειά της, τον έλεγχο της νόσου, την επίδραση του εμβολίου στη διασπορά των μυκοβακτηριδίων, τις παρενέργειές του και τη σχέση κόστους/οφέλους από τον εμβολιασμό.

Σύμφωνα με τις πρόσφατες οδηγίες του Π.Ο.Υ. κατά της φυματίωσης, υπογράμμισε η κ. Τσικρικά, η χώρα μας δεν πληροί τις προϋποθέσεις για διακοπή της χρήσης του εμβολίου, το οποίο εξακολουθεί να γίνεται στην ηλικία των 6 ετών. Για να διακοπεί η χρήση του εμβολίου σε μία χώρα, θα πρέπει αφενός να υπάρχει ένα αξιόπιστο σύστημα καταγραφής της φυματίωσης αφετέρου, είτε ο ετήσιος κίνδυνος μόλυνσης από φυματίωση να είναι πολύ μικρός (<0,1%), είτε η μέση ετήσια επίπτωση πνευμονικής φυματίωσης με θετικά πτύελα να είναι <5/100.000 πληθυσμού, είτε η μέση ετήσια επίπτωση φυματώδους μηνιγγίτιδας σε παιδιά κάτω των 5 ετών να είναι <1/10 εκατομμύρια πληθυσμού τα τελευταία 5 έτη.

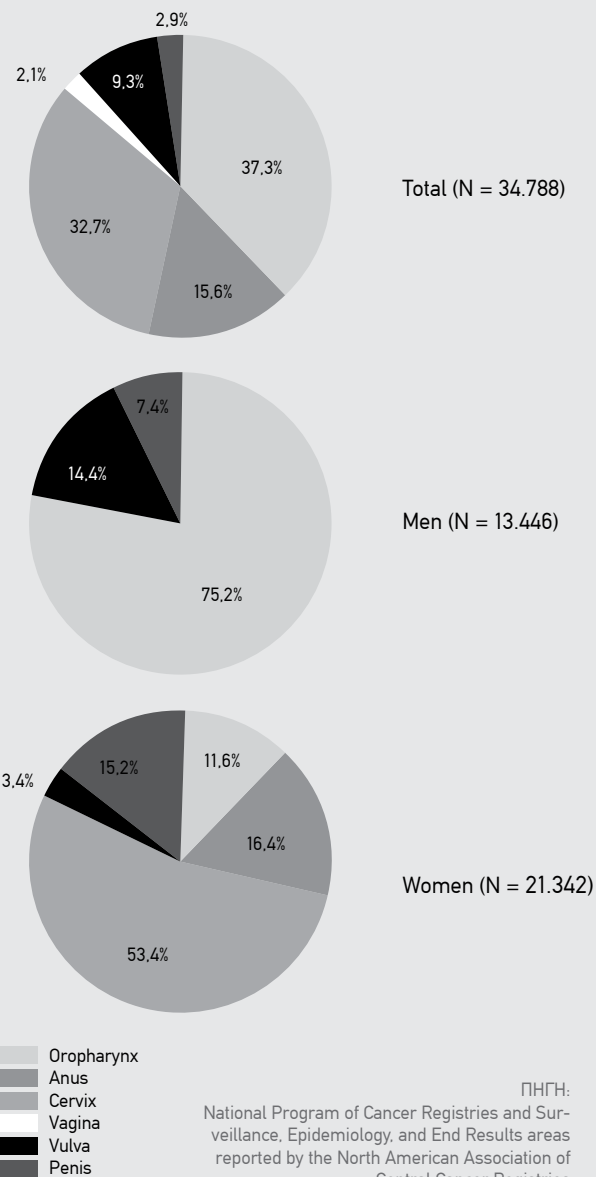
Η προοπτική για το μέλλον, επισήμανε η ομιλήτρια, είναι η αντικατάσταση του BCG με ένα νέο αποτελεσματικό εμβόλιο, για το οποίο καταβάλλονται σήμερα μεγάλες προσπάθειες σε 200 εργαστήρια παγκοσμίως. Η επόμενη γενιά εμβολίου, κατέληξε η κ. Τσικρικά, θα είναι ένα εμβόλιο ασφαλές, από σταθερό υλικό, εύκολα διαθέσιμο, χωρίς παρενέργειες, αποτελεσματικό, ποιοτικό, ανθρωποκεντρικό και ασθενοκεντρικό, δραστικό και οικονομικό.

Η κ. **Αγορίτσα Μπάκα**, Παιδιάτρος, ιατρός του ΚΕΕΛΠΝΟ, παρουσίασε αρχικά τις πληθυσμιακές ομάδες που διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο από την εποχική γρίπη και

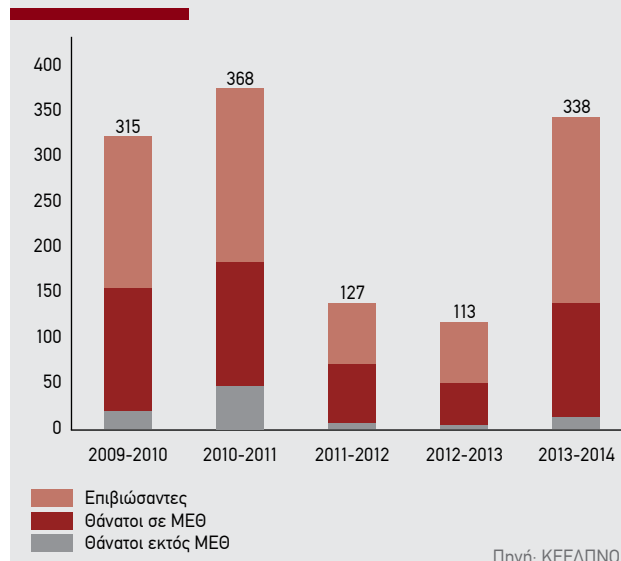
πρέπει να κάνουν το εμβόλιο, σύμφωνα με τις συστάσεις της Εθνικής Επιτροπής Εμβολιασμών. Σε αυτές τις ομάδες υψηλού κινδύνου νόσησης, τόνισε η κ. Μπάκα, συγκαταλέγονται και οι επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι ωστόσο, σύμφωνα με έρευνες, έχουν χαμηλή εμβολιαστική κάλυψη. Η γρίπη δεν είναι μια ήπια νόσος και η σημασία της δεν πρέπει να παραγνωρίζεται, υπογράμμισε, καθώς έχει σημαντικές επιπλοκές που φθάνουν έως το θάνατο, σε αντίθεση με τις ασήμαντες «επιπλοκές» του εμβολίου.

Σύμφωνα με τηλεφωνικές έρευνες που χρηματοδοτεί το ΚΕΕΛΠΝΟ, η εκτιμώμενη εμβολιαστική κάλυψη για

ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΕΩΝ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΩΝ ΜΕ HPV ΚΑΡΚΙΝΩΝ ΣΥΝΟΛΙΚΑ ΚΑΙ ΑΝΑ ΦΥΛΟ ΣΤΙΣ ΗΠΑ, 2009



ΣΟΒΑΡΑ ΚΡΟΥΣΜΑΤΑ ΓΡΙΠΗΣ ΚΑΙ ΘΑΝΑΤΟΙ, ΕΛΛΑΔΑ 2009-2014



Σοβαρά κρούσματα γρίπης και θάνατοι στην Ελλάδα την πενταετία 2009-2014.

Αριθμός νέων σχετιζόμενων με τον HPV καρκίνων, συνολικά και ανά φύλο στις Η.Π.Α., 2009.

το εμβόλιο της γρίπης στις ομάδες υψηλού κινδύνου είναι ιδιαίτερα χαμηλή, καθώς ακόμη και πέρσι που ήταν υψηλότερη από τα προηγούμενα χρόνια, ανήλθε σε μόλις 16%. Ο εμβολιασμός των επαγγελματιών υγείας σχετίζεται με σημαντική μείωση των περιστατικών γριπώδους συνδρομής, των εισαγωγών και της θνησιμότητας στους ασθενείς τους, επισήμανε η ομιλήτρια. Παρ' όλα αυτά, στη χώρα μας πέρσι εμβολιάσθηκε μόλις 5,5% των επαγγελματιών υγείας, ενώ το παράδοξο είναι ότι σε ηλεκτρονική έρευνα που διεξήχθη το 2012-13 στο πλαίσιο ευρωπαϊκού προγράμματος, 67% των επαγγελματιών υγείας απάντησαν ότι ο αντιγριπικός εμβολιασμός θα έπρεπε να είναι υποχρεωτικός στους επαγγελματίες υγείας με κλινικό έργο.

Στη συνέχεια, η κ. Μπάκα αναφέρθηκε στις κύριες κλινικές μορφές πνευμονιοκοκκικής νόσου, στο γεγονός ότι προσβάλλει συνήθως, τόσο παιδιά κάτω των 5 ετών, όσο και ενήλικες άνω των 50 ετών, καθώς και στην αντοχή που έχει αναπτυχθεί στα αντιβιοτικά, με τα στοιχεία να δείχνουν ότι παγκοσμίως περίπου 15-30% των στελεχών πνευμονιόκοκκου είναι ήδη πολυανθεκτικά. Αφού εξήγησε συνοπτικά τις διαφορές των δύο εμβολίων με άδεια κυκλοφορίας στην Ελλάδα, του 23δύναμου πολυσακχαριδικού και του 13δύναμου συζευγμένου εμβολίου, πρόσθεσε ότι τα ποσοστά εμβολιαστικής κάλυψης έναντι του πνευμονιόκοκκου σε άτομα άνω των 65 ετών είναι ακόμη χαμηλά στην Ευρώπη, ενώ στοιχεία για την Ελλάδα δεν υπάρχουν.

Η κ. **Βασιλεία Κοντέ**, Παιδίατρος Λοιμωξιολόγος, Γραφείο HIV Λοίμωξης & ΣΜΝ, ΚΕΕΛΠΝΟ, ανέφερε ότι υπάρχουν πάνω από 100 στελέχη του HPV, περίπου 40 προκαλούν λοιμώξεις στην πρωκτογεννητική περιοχή. Κάποια, κυρίως τα στελέχη 16 και 18, θεωρούνται υψηλού κινδύνου για προκαρκινικές αλλοιώσεις του τραχήλου, του κόλπου και του αιδοίου, αλλά και καρκίνους της πρωκτογεννητικής περιοχής και του στοματοφάρυγγα. Ορισμένα στελέχη προκαλούν καλοήθειες αλλοιώσεις

και κυρίως τα γνωστά κονδυλώματα. Οι HPV 6 και 11 είναι υπεύθυνοι για περίπου 90% αυτών των βλαβών. Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι ο πιο συχνός σχετιζόμενος με τον HPV καρκίνος στη γυναίκα. Ο HPV σχετίζεται με καρκίνους και στον ανδρικό πληθυσμό. Τα τελευταία χρόνια σημειώνεται αύξηση της επίπτωσης του καρκίνου του πρωκτού και του στοματοφάρυγγα και στα δύο φύλα.

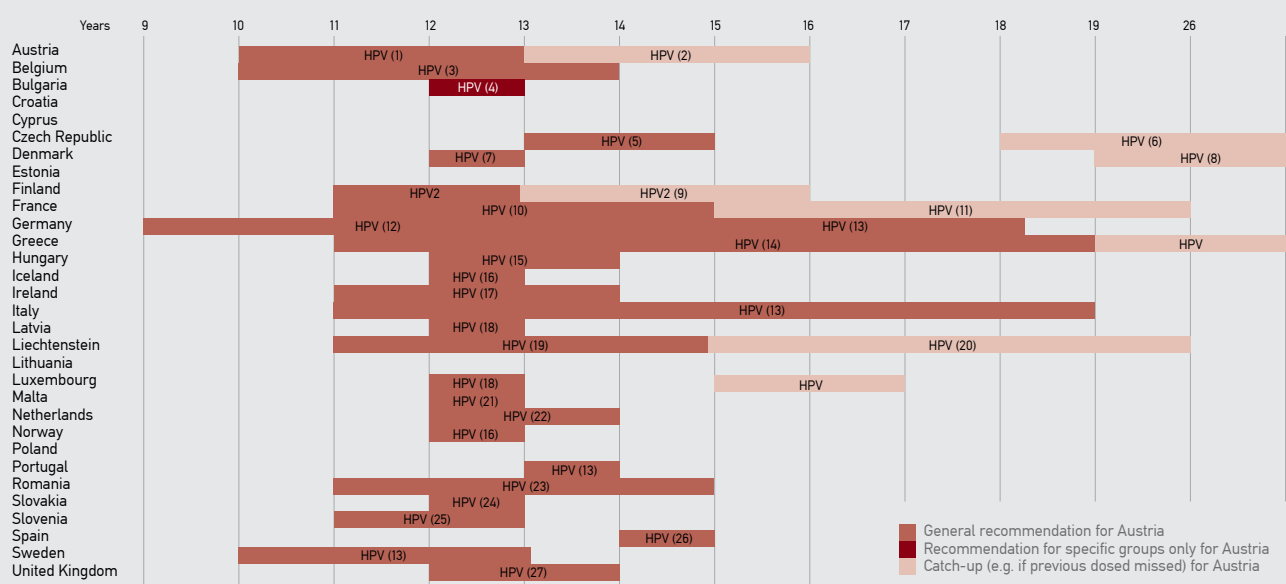
Τα εμβόλια κατά του HPV που διαθέτουμε σήμερα, το διδύναμο και το τετραδύναμο, προστατεύουν έναντι της μόλυνσης από τους τύπους 16 και 18. Επιπλέον το τετραδύναμο προσφέρει προστασία έναντι των τύπων 6 και 11. Έως τώρα χορηγούνταν με σχήμα 3 δόσεων, αλλά ο Ευρωπαϊκός Οργανισμός Φάρμακων ενέκρινε το 2014 τη χορήγηση του εμβολίου σε δύο δόσεις, με μεσοδιάστημα έξι μηνών, σε άτομα ηλικίας 9-13 ετών για το τετραδύναμο και κορίτσια 9-14 ετών για το διδύναμο.

Πάνω από 180 εκατομμύρια δόσεις έχουν γίνει παγκοσμίως. Η Συμβουλευτική Επιτροπή Ασφάλειας των Εμβολίων του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (GACVS) συνεχίζει να επιβεβαιώνει ότι το προφίλ οφέλους-κινδύνου των εμβολίων έναντι του HPV παραμένει ευνοϊκό. Η παρακολούθηση και αξιολόγηση των δεδομένων ασφάλειας είναι συνεχής. Το εμβόλιο κατά του HPV έχει λάβει άδεια σε πάνω από 100 χώρες παγκοσμίως. Στο Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών, που πρόκειται να επικαιροποιηθεί σύντομα, συνιστάται το εμβόλιο HPV σε κορίτσια ηλικίας 12-15 ετών αλλά και σε κορίτσια και γυναίκες ηλικίας 15-26 ετών, εάν δεν έχουν εμβολιαστεί στη συνιστώμενη ηλικία. Ωστόσο, τα ποσοστά εμβολιασμού στην Ελλάδα παραμένουν σε χαμηλά επίπεδα.

Από το 2011 η Αμερικανική Επιτροπή Εμβολιασμών συνιστά τον εμβολιασμό με HPV4 όλων των αγοριών 11-12 ετών και 13 έως 21 ετών εάν δεν έχουν προηγουμένως εμβολιασθεί, ενώ μπορεί να δοθεί σε άνδρες έως την ηλικία των 26 ετών. Εμβολιασμός ρουτίνας των αγοριών συνιστάται επίσης σε Αυστραλία και Αυστρία.

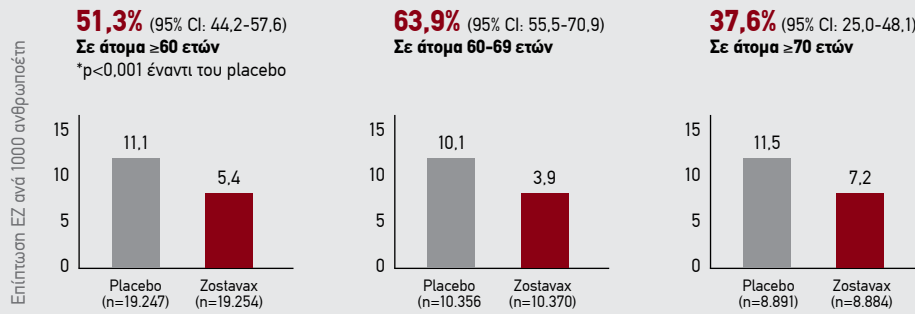
ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΥ ΕΝΑΝΤΙ ΤΟΥ HPV ΣΤΑ ΚΡΑΤΗ-ΜΕΛΗ ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗΣ ΕΝΩΣΗΣ

ΠΗΓΗ: ECDC, <http://vaccine-schedule.ecdc.europa.eu/Pages/Scheduler.aspx>



Συστάσεις εμβολιασμού έναντι του HPV στα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ (ΜΙΤΤ*) *MODIFIED INTENTION-TO-TREAT



Αποτελεσματικότητα στην επίπτωση της νόσου (modified intention-to-treat)

Τα HPV εμβόλια δεν συνιστώνται σε έγκυες γυναίκες. Η HIV λοίμωξη δεν αποτελεί αντένδειξη για εμβολιασμό.

Τέλος, η κ. Κοντέ μίλησε για τα νέα δεδομένα που παρουσιάστηκαν στην Αμερικανική Επιτροπή Εμβολιασμών για το 9δύναμο εμβόλιο, που πρόσφατα εγκρίθηκε από τον FDA.

Οι εργασίες της στρογγυλής τράπεζας ολοκληρώθηκαν με την ομιλία του κ. **Γεώργιου Σαρόγλου**, Ομότιμου Καθηγητή Παθολογίας-Λοιμώξεων ΕΚΠΑ, τέως Προέδρου ΚΕΕΛΠΝΟ, ο οποίος εξήγησε αρχικά ότι ο ιός της ανεμευλογιάς και του έρπητα ζωστήρα είναι ο ίδιος ιός, ο οποίος παραμένει ζωντανός στον οργανισμό και όταν μεγαλώσουμε προκαλεί έρπητα ζωστήρα. Το χαρακτηριστικό του έρπητα ζωστήρα, σημείωσε ο κ. Σαρόγλου, είναι το άλγος το οποίο προηγείται του εξανθήματος και γίνεται πιο έντονο με την εμφάνιση αυτού, ενώ οι ηλικιωμένοι μπορεί να παρουσιάσουν ακόμη και μετά την ίαση του εξανθήματος μεθερπητική νευραλγία (MEN), έναν πόνο –ουσιαστικά μια νευρίτιδα– που εμφανίζεται ακόμη και έναν ή δύο μήνες μετά το εξάνθημα και μπορεί να παραμείνει για μήνες έως χρόνια με σημαντικές επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής των ασθενών. Καθώς

η εμφάνιση του έρπητα ζωστήρα οφείλεται στη μείωση των αντισωμάτων που αναπτύσσονται λόγω της νόσησης ή της λήψης του εμβολίου της ανεμευλογιάς σε παιδική ηλικία με την πάροδο των ετών, η λύση είναι ο εμβολιασμός στο στάδιο αυτό με το εμβόλιο κατά του έρπητα ζωστήρα, υπογράμμισε ο ομιλητής.

Το εγκεκριμένο εμβόλιο κατά του έρπητα ζωστήρα είναι ένα λυοφιλοποιημένο σκεύασμα ζώντος, εξασθενημένου στελέχους VZV, του ίδιου στελέχους που χρησιμοποιείται στα εμβόλια κατά της ανεμευλογιάς, αλλά είναι τουλάχιστον 14 φορές πιο δραστικό. Το εμβόλιο για την πρόληψη του έρπητα ζωστήρα συνιστάται για όλα τα άτομα 60 ετών και άνω που δεν έχουν αντενδείξεις (το εμβόλιο αντενδείκνυται σε ενεργό ανοσοκαταστολή), συμπεριλαμβανομένων ατόμων με προηγούμενο επεισόδιο ζωστήρα ή ατόμων με χρόνιες παθήσεις, και στη χώρα μας χορηγείται από τον ΕΟΠΥΥ δωρεάν στις ηλικίες άνω των 60 ετών. Τα αποτελέσματα του εν λόγω εμβολίου, πρόσθεσε ο κ. Σαρόγλου, σε μια μεγάλη κλινική μελέτη που διεξήχθη στις ΗΠΑ ήταν θεαματικά όχι μόνο για την επίπτωση της νόσου αλλά και για τη βαρύτητα των συμπτωμάτων της, καθώς και για την αποτροπή σε μεγάλο ποσοστό της μεθερπητικής νευραλγίας.

ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ

Οδικός Χάρτης για την Αντιμετώπιση του Σακχαρώδους Διαβήτη

Ένα χρήσιμο εργαλείο για τη χάραξη πολιτικής

Πρόεδροι: Μαριάννα Μπενρουμπή, Αλέξιος Σωτηρόπουλος

Ομιλήτριες: Βασιλική Τσιάντου, Ελευθερία Καραμπλή

Σχολιαστές: Μέλη του Ελληνικού Δικτύου για την Αντιμετώπιση του Διαβήτη: Χρήστος Δαραμήλας, Γεώργιος Μαστοράκος, Σταύρος Μπούσμπουλας, Σταύρος Παππάς, Ηλίας Μυγδάλης, Αντώνης Μπατίκας, Αριστείδης Ράπτης

Οι ομιλήτριες κ. Βασιλική Τσιάντου και κ. Ελευθερία Καραμπλή παρουσίασαν τον Οδικό Χάρτη για την Αντιμετώπιση του Διαβήτη στην Ελλάδα¹, ένα σύντομο κείμενο προτάσεων, το οποίο μπορεί να αποτελέσει τη βάση για το σχεδιασμό πολιτικών και δράσεων για την πρόληψη, την έγκαιρη διάγνωση και τη διαχείριση του σακχαρώδους διαβήτη στη χώρα μας με σκοπό τη βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας υγείας σε ασθενείς με ΣΔ.

Η κ. **Τσιάντου**, Οικονομολόγος, Επιστημονική Συνεργάτιδα στον Τομέα Οικονομικών της Υγείας της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας, παρουσίασε το πρώτο μέρος της διαδικασίας της μεθοδολογίας που ακολουθήθηκε για την εκπόνηση του Οδικού Χάρτη για την Αντιμετώπιση του Σακχαρώδους Διαβήτη, καθώς και τα δεδομένα που οδήγησαν στην αναγκαιότητα ανάπτυξής του. Ο ΣΔ είναι ένα από τα συχνότερα χρόνια νοσήματα και μια από τις σημαντικότερες αιτίες πρόωρης θνησιμότητας. Λόγω των κοινωνικών και οικονομικών του προεκτάσεων απαιτεί συντονισμένη δράση σε πολλούς τομείς. Επομένως, η πρόληψη, η διάγνωση και η διαχείριση του ΣΔ είναι μείζονος σημασίας για τις καλύτερες εκβάσεις υγείας των ασθενών, αλλά και την εξοικονόμηση πόρων για το σύστημα υγείας.

Η σημασία των τριών αυτών αξόνων αναγνωρίστηκε στην ημερίδα του Ελληνικού Δικτύου για την Αντιμετώπιση του Σακχαρώδους Διαβήτη τον Απρίλιο 2014, η οποία διοργανώθηκε από την ΕΣΔΥ και τη Γνωμοδοτική Επιτροπή για τον Σακχαρώδη Διαβήτη.

Στην ημερίδα, ο ΣΔ αναδείχθηκε σε ζήτημα εθνικής προτεραιότητας και τέθηκαν οι βάσεις για τη διαμόρφωση του Οδικού Χάρτη για την αντιμετώπιση του Σακχαρώδη Διαβήτη στην Ελλάδα. Στη διαμόρφωσή του ελήφθησαν υπόψη τα δεδομένα από μια συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση για τον ΣΔ στην Ελλάδα², τα ερευνητικά δεδομένα μελετών, εθνικές πρωτοβουλίες και σχέδια δράσης, και η διεθνής εμπειρία. Το τελικό κείμενο προέκυψε κατόπιν συζήτησης με εμπειρογνώμονες της ιατρικής κοινότητας και εκπροσώπους των ασθενών.

¹ Το κείμενο έχει αναρτηθεί στη ιστοσελίδα του Ελληνικού Δικτύου για την Αντιμετώπιση του Διαβήτη:

http://www.greekdiabetesforum.gr/wp-content/uploads/2015/02/Οδικός_Χάρτης_Σακχαρώδη_Διαβήτη_Ελλάδα.pdf

² Τσιάντου Β, Καραμπλή Ε, Πάβη Ε, Κυριοπούλου Γ. Πρόληψη, Διάγνωση και Διαχείριση του ΣΔ στην Ελλάδα: μια βιβλιογραφική ανασκόπηση. Ελληνικά Διαβητολογικά Χρονικά 2014, 4.

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ - ΙΑΤΡΟΙ

Σύμφωνα με τις εκτιμήσεις των συμμετεχόντων ιατρών:

26,9% αναγκάστηκε να αλλάξει **διατροφικές συνήθειες** που επηρέασαν αρνητικά την πορεία της ασθένειας.

22,9% των ασθενών αναγκάστηκε να **τροποποιήσει ή να διακόψει τη φαρμακευτική του αγωγή** εξαιτίας οικονομικών λόγων.

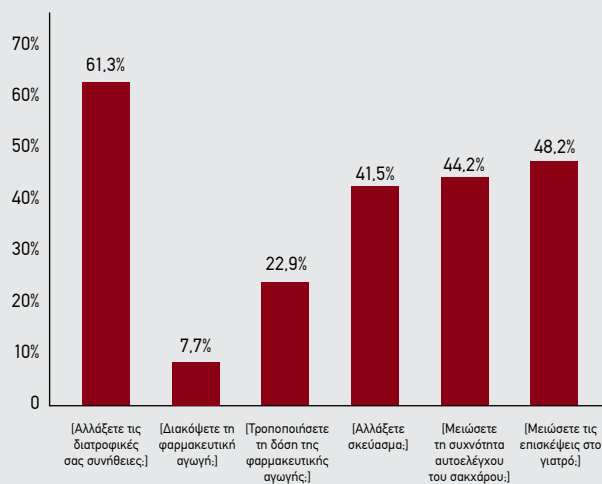
Σημαντικότερες αιτίες τροποποίησης/διακοπής της αγωγής

- Υψηλές συμπληρωμές των ασθενών για φάρμακα
- Απώλεια ασφαλιστικής κάλυψης
- Δυσκολία πρόσβασης σε γιατρό για συνταγογράφηση
- Δυσκολία πρόσβασης σε γιατρό για παρακολούθηση

Πηγή: Tsiantou V, Karampli E, Zavras D, Athanasakis K, Pavi E, Kyriopoulos J. "Physicians estimation regarding the impact of recession on patient adherence to treatment in diabetes type 2 in Greece" ISPOR 17th Annual European Congress, 2014, Amsterdam, The Netherlands

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ - ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Τον τελευταίο χρόνο εξαιτίας της οικονομικής κρίσης αναγκαστήκατε να:



Πηγή: Τομέας Οικονομικών της Υγείας, ΕΣΔΥ (μη δημοσιευμένα στοιχεία)

Τα δεδομένα της μελέτης του Τομέα Οικονομικών της Υγείας της ΕΣΔΥ σχετικά με εκτιμήσεις των ιατρών για τα αίτια τροποποίησης/διακοπής της αγωγής από τους ασθενείς με διαβήτη και οι αντίστοιχες απαντήσεις των ασθενών.

Στη σχετική έρευνα για την εκπόνηση του κειμένου του Οδικού Χάρτη διαπιστώθηκε ο αυξανόμενος επιπολασμός της νόσου στην Ελλάδα και η απουσία δράσεων πρόληψης και οργανωμένων προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου για την έγκαιρη διάγνωση της. Από οικονομικής πλευράς, διαπιστώθηκε ότι η χρήση των υπηρεσιών υγείας και το κόστος είναι μεγαλύτερα για τους μη ρυθμισμένους ασθενείς, με τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης να είναι σοβαρές για τους ασθενείς με ΣΔ. Τέλος, η κ. Τσιάντου επισήμανε την ανάγκη για εκπαίδευση ασθενών και επαγγελματιών υγείας όσον αφορά στην πρόληψη επιπλοκών, αλλά και την ανάγκη για ενημέρωση και εκπαίδευση των ασθενών για την αυτοδιαχείριση της ασθένειας.

Στη συνέχεια, η κ. **Καραμπλή**, Οικονομολόγος της Υγείας, Ερευνήτρια στον Τομέα Οικονομικών της Υγείας, ΕΣΔΥ, παρουσίασε τις δράσεις που περιλαμβάνονται στον Οδικό Χάρτη για την Αντιμετώπιση του Σακχαρώδη Διαβήτη, ο οποίος διαμορφώνεται σε τέσσερις κύριους άξονες.

Ο πρώτος άξονας, που στοχεύει στην αποτελεσματικότερη πρόληψη της νόσου, περιλαμβάνει μία σειρά δράσεων που αφορούν στην προώθηση της υγιεινής διατροφής και της σωματικής άσκησης σε διαφορετικές ομάδες-στόχους, αλλά και στον γενικό πληθυσμό αξιοποιώντας διαφορετικούς διαύλους μετάδοσης των μηνυμάτων.

Ο δεύτερος άξονας περιλαμβάνει δράσεις που αφορούν στην έγκαιρη διάγνωση του διαβήτη, ένα πεδίο που παρουσιάζει σήμερα στη χώρα μας αρκετά προβλήματα, καθώς οι περισσότεροι ασθενείς διαγιγνώσκονται σε προχωρημένο στάδιο της νόσου. Οι δράσεις του άξονα αυτού διακρίνονται σε δύο ομάδες, αυτές που αποσκοπούν στην έγκαιρη ανίχνευση της νόσου από τους επαγγελματίες υγείας και στην εφαρμογή ολοκληρωμένων προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου και αυτές που απευθύνονται στα άτομα που παρουσιάζουν υψηλό κίνδυνο για την εμφάνιση ΣΔ ώστε να μπορούν να αναγνωρίζουν τα συμπτώματα.

Ο τρίτος άξονας αποσκοπεί στη βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας στους ασθενείς και περιλαμβάνει δράσεις για την ενδυνάμωση του ανθρώπινου δυναμικού (εκπαίδευση ιατρών και νοσηλευτών ώστε να ανταποκρίνονται στις ανάγκες των ασθενών με μια πιο «ασθενοκεντρική» προσέγγιση, αλλά και άλλων επαγγελματιών υγείας προκειμένου να δημιουργηθούν διεπιστημονικές ομάδες για τη φροντίδα των ασθενών), για την ενδυνάμωση των ίδιων των ασθενών με σκοπό την εκπαίδευσή τους ώστε να μάθουν να διαχειρίζονται πιο υπεύθυνα την ασθένειά τους, και δράσεις με στόχο τη βέλτιστη οργάνωση του υγειονομικού τομέα.

Ο τέταρτος άξονας, τέλος, περιλαμβάνει προτάσεις για την αντιμετώπιση των επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης, επιπτώσεις που είναι πολύ σημαντικές για την πρόσβαση μιας ομάδας ασθενών στη φροντίδα υγείας, τόσο σε φάρμακα όσο και σε υπηρεσίες υγείας.

Κλείνοντας την ομιλία της, η κ. Καραμπλή αναφέρθηκε στα αποτελέσματα της αξιολόγησης των δράσεων του Οδικού Χάρτη για τον Διαβήτη από τους εμπλεκόμενους φορείς (συλλόγους ασθενών & επιστημονικές εταιρείες). Το γεγονός ότι όλες οι προτεινόμενες δράσεις αξιολογήθηκαν ως αναγκαίες, αν και ορισμένες θεωρήθηκαν λιγότερο εφικτές ενώ κάποιες άλλες κρίθηκαν ως υψηλότερης προτεραιότητας στην παρούσα συγκυρία, δείχνει ότι ο Χάρτης μπορεί να αξιοποιηθεί ως εργαλείο για τη χάραξη πολιτικής, κατέληξε η κ. Καραμπλή.

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΕΠΙΠΤΩΣΕΩΝ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ

1. Μέτρα κοινωνικής πολιτικής για τη μείωση της ανεργίας και την προστασία του εισοδήματος και την άρση των ανισοτήτων.
2. Συνεργασία με κοινωνικά ιατρεία, φαρμακεία, παντοπωλεία και μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς για την εξασφάλιση της πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας και φαρμακευτική αγωγή.
3. Μείωση της φορολογίας σε τρόφιμα υψηλής διατροφικής αξίας ώστε να είναι εύκολα προσβάσιμα από το σύνολο του πληθυσμού και αντίστοιχα αύξηση της φορολογίας σε τρόφιμα χαμηλής διατροφικής αξίας.
4. Προώθηση του εθελοντισμού και της συνεργασίας μεταξύ των κοινωνικών ομάδων με σκοπό τη δημιουργία ενός δικτύου το οποίο θα λειτουργεί ως δίκτυο ασφαλείας για τις πιο ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού.

Τη συζήτηση που ακολούθησε συντόνισε ο κύριος **Α. Σωτηρόπουλος**, πρόεδρος της ΕΔΕ, ο οποίος, αφού έκανε ένα σύντομο σχόλιο για τις προσπάθειες που γίνονται για καταγραφή δεδομένων στην Ελλάδα και για την πρόληψη που πρέπει να ξεκινά από την παιδική ηλικία, έδωσε το λόγο στον κ. Σταύρο Παππά.

Ο κ. Παππάς τόνισε την αναγκαιότητα ανάληψης ευθύνης δράσης οργανωμένα και σε εθνικό επίπεδο από όλους τους φορείς όσον αφορά στην πρόληψη, η οποία περιλαμβάνει την ανίχνευση ατόμων υψηλού κινδύνου, την εκτίμηση του σακχάρου νηστείας στο πλαίσιο check up και την παρέμβαση. Επισήμανε επίσης ότι η αντιμετώπιση πρέπει να βασίζεται σε θεραπευτικούς στόχους και να δίνονται τα κατάλληλα κίνητρα για την επίτευξή τους και αναφέρθηκε στην αναγκαιότητα της άμεσης ένταξης των διαβητολογικών κέντρων και ιατρείων στα νοσοκομεία, αλλά και της εκπαίδευσης και μετεκπαίδευσης των γιατρών που ασχολούνται με τον διαβήτη.

Ο κ. Ηλίας Μυγδάλης εστίασε στην ανάγκη παρακολούθησης των ασθενών με προδιαβήτη και στο θέμα της παιδικής παχυσαρκίας, δύο σημαντικών παραγόντων στον τομέα της πρόληψης. Η πρόληψη στοιχίζει πολύ λιγότερο από τη νόσο, υπογράμμισε ο κ. Μυγδάλης, ενώ στη συνέχεια ο κ. Σταύρος Μπούσμπουλας αναφέρθηκε στη μεγάλη σημασία της πρόληψης από την παιδική ηλικία με εστίαση στην παχυσαρκία, την ευαισθητοποίηση των γονέων, τον ρόλο του υπουργείου Παιδείας και τη συνεργασία με επιστημονικούς φορείς. Η υποχρεωτική εφαρμογή θεραπευτικών πρωτοκόλλων θα μειώσει τα λάθη στη διάγνωση, σημείωσε ο κ. Μπούσμπουλας.

Στη συνέχεια, τον λόγο έλαβε ο κ. Αντώνης Μπατίκας, από την πλευρά των γενικών γιατρών ΠΦΥ, ο οποίος πρόσθεσε ότι δύο απαραίτητα εργαλεία για πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση είναι η ατομική κάρτα υγείας και ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού. Ο κ. Χρήστος Δαραμήλας, Πρόεδρος Πανελλήνιας Ομοσπονδίας Σωματείων - Συλλόγων Ατόμων με ΣΔ, αναφέρθηκε στη σημασία συμπερίληψης στον Οδικό Χάρτη πρόσθετων δράσεων για την πρόληψη στους ήδη πάσχοντες και την αποτροπή επιπλοκών. Η κατοχύρωση των δικαιωμάτων των ασθενών είναι αναγκαία, επισήμανε, ενώ πρέπει επίσης να ληφθούν υπόψη και οι προσδοκίες των πασχόντων και των οικογενειών τους και οι ευθύνες του κράτους για τη διαρκή εκπαίδευση των ασθενών, αλλά και των εκπαιδευτικών και των παιδιών στα σχολεία.

Τέλος, ο κ. Αριστείδης Ράπτης, από την Ελληνική Ομοσπονδία για τον Διαβήτη, επικεντρώθηκε στο κομμάτι της διαχείρισης της νόσου, αναφέροντας ότι τα διαβητολογικά κέντρα και ιατρεία είναι αρκετά αλλά δεν

διαθέτουν διεπιστημονικές ομάδες για τον ΣΔ, ενώ στον τομέα της εκπαίδευσης είναι αναγκαία η πρόσληψη ειδικού προσωπικού ιδιαίτερα για τα παιδιά με ΣΔ τύπου 1. Ο κ. Ράπτης μίλησε επίσης για την ανάγκη μηδενικής συμμετοχής των ασθενών στην ινσουλίνη και τη σημασία της απλοποίησης των διαδικασιών στη χορήγηση

κοινωνικών παροχών. Κλείνοντας τις εργασίες της στρογγυλής τράπεζας, ο κ. Σωτηρόπουλος αναφέρθηκε στην ανάγκη συνεργασίας μεταξύ πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας, η οποία μπορεί να συμβάλει ουσιαστικά στην πρόληψη, τη διάγνωση και την αντιμετώπιση της νόσου.

ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ

Διαχείριση και έλεγχος της νοσηρότητας από αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια

Προτάσεις για αποτελεσματική αντιμετώπιση και διαχείριση της δεύτερης κατά σειρά αιτίας θανάτου στη χώρα μας

Πρόεδροι: Νίκος Μανιαδάκης, Δήμος Κατρίτσας

Ομιλητές: Κωνσταντίνος Βέμμος, Αγγειακά Εγκεφαλικά Επεισόδια στην Ελλάδα σήμερα. Μια ρεαλιστική προσέγγιση

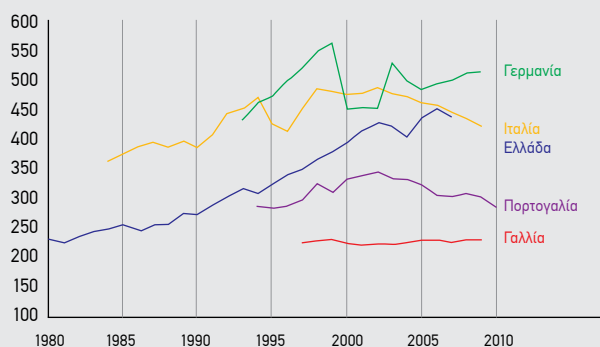
Γεώργιος Ανδρικόπουλος, Κίνδυνος Αγγειακού Εγκεφαλικού και Κολπική Μαρμαρυγή: Ορθολογική αντιμετώπιση στο πλαίσιο της οικονομικής κρίσης

Κώστας Αθανασάκης, Καρδιαγγειακή νοσηρότητα: ένα μείζον ζήτημα (και) για τα οικονομικά της υγείας

Κωνσταντίνος Ζαχαρόπουλος, Οι παροχές του ΕΟΠΥΥ σε ασφαλισμένους με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο

Ο **Κωνσταντίνος Βέμμος**, Ιατρός Παθολόγος, στην ομιλία του για τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια στην Ελλάδα σήμερα, διαπίστωσε ότι στην Ελλάδα δεν έχουμε επάρκεια στοιχείων για τα εγκεφαλικά επεισόδια. Ξέρουμε σίγουρα ότι έχουν αυξηθεί λόγω της γήρανσης του πληθυσμού. Στην Ελλάδα αποτελούν πλέον την πρώτη αιτία θανάτου· αλλά και στην Ευρώπη η χώρα μας έρχεται πρώτη ως προς το ποσοστό θνητότητας από αυτά.

ΕΞΙΤΗΡΙΑ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΓΙΑ ΑΓΓΕΙΑΚΑ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΑ ΕΠΕΙΣΟΔΙΑ ΑΝΑ 100.000



ΠΗΓΗ: WHO/Europe, European HFA Database, July 2012

450 ασθενείς ανά 100.000 πληθυσμού νοσηλεύονται για αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια ετησίως στη χώρα μας.

Για την προνοσοκομειακή φάση, τα στοιχεία δείχνουν ότι ο χρόνος που μεσολαβεί από την εκδήλωση του επεισοδίου μέχρι την άφιξη στο νοσοκομείο είναι μάλλον ικανοποιητικός: στο πρώτο τρίωρο προσέρχεται το 60% περίπου των ασθενών.

Τα προβλήματα εμφανίζονται κατά κύριο λόγο στην ενδονοσοκομειακή φάση. Πληθυσμιακή μελέτη που διεξήχθη σε δύο φάσεις στην ίδια περιοχή, δείχνει ότι η ετήσια επίπτωση δεν έχει την τάση να μειωθεί, επομένως δεν κάνουμε σωστή αντιμετώπιση στην οξεία φάση. Για

τη βελτίωση των στοιχείων, θα πρέπει: να αναπτυχθούν τα «primary stroke centers» να αναπτυχθούν κάποια νοσοκομεία μόνο με σχετικές μονάδες· και να αποκαταστηθούν κάποια άλλα ως προς τη δυνατότητά τους να αντιμετωπίζουν εγκεφαλικά. Καθοριστικό ρόλο παίζουν τα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών και είναι πολύ σημαντικό η θεραπεία θρομβόλυσης να παρέχεται στα πρώτα 90 λεπτά. Τα περισσότερα εγκεφαλικά επεισόδια σήμερα νοσηλεύονται σε απλούς γενικούς θαλάμους. Σε χώρες όπως η Σουηδία, τα εγκεφαλικά επεισόδια που νοσηλεύονται σε ειδικά οργανωμένες μονάδες αυξημένης φροντίδας φτάνουν πλέον το 90%.

Σχετικά με την αποκατάσταση στην Ελλάδα, τα φτωχά στοιχεία που υπάρχουν δείχνουν ότι αυτή είναι ελλιπής, δεν τηρούνται τα κριτήρια επιλογής και χρονικής διάρκειας, δεν υπάρχει έλεγχος της ποιότητας και της αποτελεσματικότητάς της. Όσον αφορά το κόστος, στην Ελλάδα το 11% των συνολικών δαπανών υγειονομικής περίθαλψης αφορά τα εγκεφαλικά και ιδιαιτέρως την ενδονοσοκομειακή φάση. Τα κόστη ανέβηκαν δραματικά μεταξύ 2006-2009 και η συνολική επιβάρυνση από τη νόσο είναι μεγάλη.

Ο κύριος Βέμμος πρότεινε τις παρακάτω δράσεις για τη βελτίωση της εικόνας που παρουσιάζει η διαχείριση των εγκεφαλικών στη χώρα μας:

ΑΝΑΓΚΑΙΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ & ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

- 1. Οργάνωση σε εθνικό επίπεδο**
- 2. Μείωση της προνοσοκομειακής καθυστέρησης**
 - Ενημέρωση του πληθυσμού και εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας
 - Βελτιστοποίηση της μεταφοράς μέσω ΕΚΑΒ
- 3. Τηλεϊατρική στην υπηρεσία των ΤΕΠ-Μονάδων**

Στόχοι:

 - Σωστή μεταφορά ασθενών σε ειδικά κέντρα
 - Προεπιλογή ασθενών για θεραπευτικές παρεμβάσεις
- 4. Ανάπτυξη & οργάνωση Μονάδων Οξέων Εγκεφαλικών**
 - Εφαρμογή της θρομβόλυσης σε >20% των ασθενών
 - Μηχανικές ενδοαυλικές συσκευές επαναιμάτωσης
- 5. Ανάπτυξη κέντρων αποκατάστασης και βοήθειας στο σπίτι**

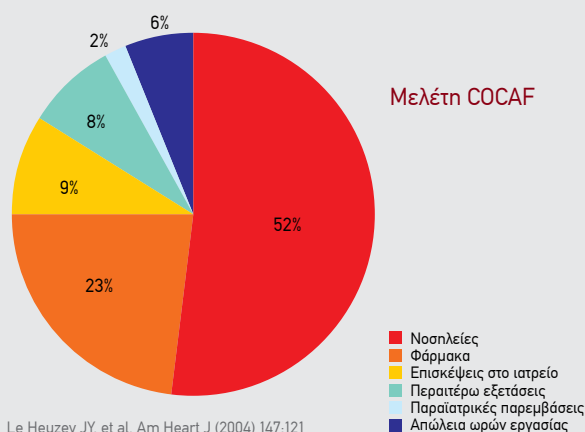
Στη συνέχεια, τον λόγο πήρε ο Διευθυντής της Καρδιολογικής Κλινικής του Ερρίκος Ντυνάν Hospital Center, **Γεώργιος Ανδρικόπουλος**, με θέμα «Κίνδυνος Αγγειακού Εγκεφαλικού και Κολπική Μαρμαρυγή: Ορθολογική αντιμετώπιση στο πλαίσιο της οικονομικής κρίσης». Ο κύριος Ανδρικόπουλος διαπίστωσε ότι η Ελλάδα «γηράσκει καρδιαγγειακά πάσχουσα» και παρουσιάζει αυξημένη θνησιμότητα από εγκεφαλικό. Στην Ελλάδα η κολπική μαρμαρυγή είναι αυξημένη, αυξημένος επομένως είναι και ο κίνδυνος εγκεφαλικού.

Το κόστος του εγκεφαλικού από μαρμαρυγή είναι μεγαλύτερο, γιατί η πρόγνωση της νόσου είναι χειρότερη: χαρακτηρίζεται από μεγαλύτερη θνησιμότητα αλλά και από νοσηρότητα και αναπηρίες στην επιβίωση. Το κόστος ανεβαίνει όμως πολύ και λόγω της «τεχνητής διόγκωσης υπηρεσιών».

Ο κύριος Ανδρικόπουλος εξήγησε την αύξηση τους κόστους περιγράφοντας την υπέρβασή του ανά στάδιο: όταν οι ασθενείς με κολπική μαρμαρυγή εκδηλώσουν τα συμπτώματα δεν έχουν πρόσβαση στα δύο πιο αποτελεσματικά για την περίπτωση τους φάρμακα, (μέχρι πρόσφατα) στη φλεκαϊνίδη και στη βουτιλίδη, γιατί το μὲν είναι υπερβολικά φθινό, το δε υπερβολικά ακριβό! Η ανάταξη του ασθενούς επιχειρείται, λοιπόν, με αμιωδαρόνη, που όμως ανατάσσει στο δεύτερο με τρίτο εικοσιτετράωρο επιβαρύνοντας το ΕΣΥ με αυξημένο κόστος νοσηλείας. Στη συνέχεια, ο αναταγμένος ασθενής που θα συνεχίσει να αντιμετωπίζει προβλήματα στην καθημερινότητά του θα ζητήσει κατάλυση (ablation) της κολπικής μαρμαρυγής, ωστόσο θα έχει λίγες πιθανότητες να είναι ένας από τους 500 περίπου τυχερούς που θα λάβουν αυτή τη θεραπεία στην Ελλάδα ετησίως. Εξάλλου, εν μέσω κρίσης, δεν θα έχει πρόσβαση στα πολύτιμα εργαλεία που προσφέρει η τεχνολογία για την περίπτωση του. Και όμως, το ύψος της συμμετοχής του ασθενή παραμένει δυσθεώρητο, ειδικά για τα σημερινά δεδομένα, λόγω της περιστολής των δαπανών για την υγεία.

Από την άλλη, στον τομέα της πρόληψης των εγκεφαλικών, τα δεδομένα είναι καλύτερα, καθώς στην Ελλάδα χορηγούνται πλέον τα καινούργια αντιπηκτικά, τα οποία εξασφαλίζουν μακροπρόθεσμα σημαντική μείωση του συνολικού κόστους.

ΜΕΙΖΟΝΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΚΟΛΠΙΚΗΣ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗΣ



Κόστος της θεραπείας της κολπικής μαρμαρυγής.

Ο **Κώστας Αθανασάκης**, Επιστημονικός Συνεργάτης του Τομέα Οικονομικών της Υγείας της ΕΣΔΥ, ξεκίνησε την παρουσίασή του με θέμα «Καρδιαγγειακή νοσηρότητα: ένα μείζον ζήτημα (και) για τα οικονομικά της υγείας», επισημαίνοντας ότι η συρρίκνωση του κοινωνικού κράτους και η αντιπαράβολή του με τις αυξανόμενες δαπάνες της υγείας θα είναι το μεγάλο πρόβλημα που θα αντιμετωπίσουν τα ευρωπαϊκά συστήματα υγείας στο μέλλον. Τα τελευταία χρόνια έχουν επέλθει σημαντικές μειώσεις στις δαπάνες υγείας, τόσο στα φάρμακα, όσο και στην πρόληψη. Ο κύριος Αθανασάκης αναφέρθηκε στο κριτήριο κόστους-αποτελεσματικότητας και εστίασε στην εφαρμογή των αρχών της οικονομικής αξιολόγησης στο πεδίο της καρδιολογίας στη χώρα μας.

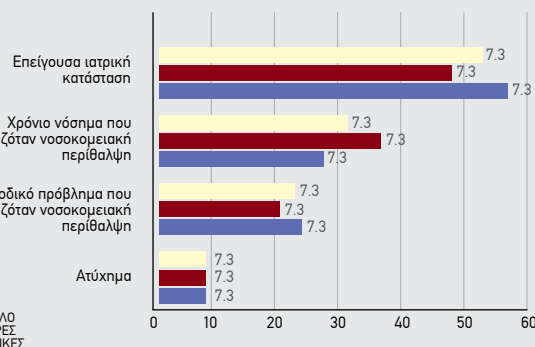
Για τον σκοπό αυτό, χρησιμοποίησε τρία case studies για ισάριθμους κινδύνους: υπέρταση, δυσλιπιδαιμία και κολπική μαρμαρυγή. Στην Ελλάδα, η υπέρταση κοστίζει περί τα 3 δισ. ευρώ ετησίως και η μελέτη που έγινε για τη σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας έδειξε ότι η φαρμακευτική θεραπεία της υπέρτασης συνοδεύεται από εξαιρετικά ευνοϊκούς δείκτες κόστους-χρησιμότητας. Ως προς τη δυσλιπιδαιμία, ο κύριος Αθανασάκης αναφέρθηκε στο παράδειγμα των κατευθυντηρίων οδηγιών που εξέδωσε το National Institute of Clinical Excellence (2008, αναθεώρηση 2014) για την οικονομική αξιολόγηση των παρεμβάσεων αντιμετώπισης της νόσου. Παρατήρησε ότι οι οδηγίες αυτές δέχθηκαν πολλές αντιδράσεις καθώς τοποθετούσαν χαμηλότερα το όριο έναρξης της θεραπείας. Ως προς την κολπική μαρμαρυγή, τόνισε ότι το βάρος των εγκεφαλικών επεισοδίων για το σύστημα υγείας και την κοινωνία είναι πολύ μεγάλο και είναι επιτακτική ανάγκη να αναιρέσουμε τους παράγοντες κινδύνου.

Καταλήγοντας, ο κ. Αθανασάκης επισήμανε ότι τα καρδιαγγειακά νοσήματα αποτελούν τη βασική προτεραιότητα πολιτικής υγείας διεθνώς και απασχολούν τους υπεύθυνους λήψης αποφάσεων. Σύμφωνα με μελέτες, οικονομικά αποδοτικές είναι συνήθως οι παρεμβάσεις με συγκεκριμένη στρατηγική και πληθυσμούς στόχους, ενώ η υποτίμηση του κινδύνου έχει αντίθετα αποτελέσματα.

ΛΟΓΟΙ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ - 2011

Ποιος ήταν ο λόγος/οι της εισαγωγής σας σε Δημόσιο ή Ιδιωτικό νοσοκομείο;

Ποσοστό (%) επί του δείγματος ατόμων που είχαν εισαχθεί σε Δημόσιο ή Ιδιωτικό νοσοκομείο



Τα τελευταία χρόνια το ποσοστό των ασθενών με χρόνια νόσημα που εισάγονται στα νοσοκομεία επειδή είναι αρρυθμιοστοι σημείωσε δραματική αύξηση.

Αυτές καθίστανται πιο κρίσιμες, καθώς στο νέο περιβάλλον που διαμορφώνεται ως προς το κοινωνικό κράτος, οι πιέσεις στους προϋπολογισμούς υγείας αναμένεται να ενταθούν. Σε αυτό το σημείο τα οικονομικά της υγείας μπορούν και πρέπει να λειτουργήσουν ως εργαλείο ορθολογικής πρόσβασης και χρήσης των πόρων και όχι ως εργαλείο περικοπών, με απαραίτητη τη συμβολή της κλινικής επιστήμης με στοιχεία.

Για τις «Παροχές του ΕΟΠΥΥ σε ασφαλισμένους με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο», μίλησε ο **Κωνσταντίνος Ζαχαρόπουλος**, Δρ, Ορθοπαιδικός Χειρουργός, Γενική Διεύθυνση Οργάνωσης και Αγοράς Υπηρεσιών Υγείας του ΕΟΠΥΥ. Ο κύριος Ζαχαρόπουλος επισήμανε ότι τα εγκεφαλικά αποτελούν τη δεύτερη αιτία θανάτου παγκοσμίως – και στη χώρα μας. Εξάλλου, το 75% των επιζώντων αναπτύσσουν αναπηρία που ελαττώνει δραστικά την ικανότητά τους για εργασία. Οι σωματικές, συναισθηματικές και πνευματικές εκδηλώσεις της ανικανότητας που προκαλούν τα εγκεφαλικά τα φέρνουν στην τρίτη θέση των αιτίων πρόκλησης ανικανότητας, μετά τα νεοπλάσματα και τη στεφανιαία νόσο.

Στις παροχές του ΕΟΠΥΥ σε ασθενείς με εγκεφαλικά περιλαμβάνονται η νοσηλεία σε δημόσια νοσοκομεία ή σε ιδιωτικές κλινικές με συμμετοχή 30% ή 50%, και η κάλυψη των απαραίτητων διαγνωστικών εξετάσεων και της φαρμακευτικής δαπάνης μετά τη νοσηλεία. Καλύπτεται επίσης η κλειστή νοσηλεία σε κέντρα αποκατάστασης (ΚΑΑ), αλλά και συνεδρίες αποκατάστασης στο πλαίσιο ανοιχτής νοσηλείας στα ίδια κέντρα. Ο ΕΟΠΥΥ χορηγεί επίσης φυσικοθεραπείες και λογοθεραπείες, καθώς και τα ορθοπαιδικά και άλλα ιατροτεχνολογικά βοηθήματα που βοηθούν τον ασθενή να επιστρέψει στις δραστηριότητές του. Ο κύριος Ζαχαρόπουλος τόνισε ότι για τον ΕΟΠΥΥ η πρόληψη είναι η καλύτερη θεραπεία για τα εγκεφαλικά, γι' αυτό και καλύπτει τόσο τη φαρμακευτική δαπάνη για τη ρύθμιση των παραγόντων κινδύνου όσο και τον σχετικό προληπτικό έλεγχο.

Κλείνοντας, ο κύριος Ζαχαρόπουλος τόνισε ότι, στη δύσκολη συγκυρία, στόχος του ΕΟΠΥΥ είναι να διευκολύνει τον ασθενή με εγκεφαλικό στην προσπάθειά του να προμηθευτεί το απαραίτητο για την αποκατάστασή του υλικό· και επεξεργάζεται μέτρα που περιλαμβάνουν την εύκολη πρόσβαση στην ΠΦΥ, το πλήρες δίκτυο ειδικοτήτων και την ηλεκτρονική συνταγογράφηση όλων των πρόσθετων παροχών.

Παίρνοντας τον λόγο στο τέλος των εισηγήσεων, ο κύριος Ανδρικόπουλος χαρακτήρισε θετικά, μέτρα όπως τα Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια (ΚΕΝ) και η ηλεκτρονική συνταγογράφηση και αρνητικά, κάποια άλλα όπως το clawback. Ο Αναπληρωτής Κοσμήτορας της ΕΣΔΥ Νίκος Μανιαδάκης αναφέρθηκε σε πρόσφατη υπουργική απόφαση, σύμφωνα με την οποία οι ιδιωτικές κλινικές θα λαμβάνουν χρηματοδότηση από τον ΕΟΠΥΥ βάσει ποιοτικών χαρακτηριστικών. Επισήμανε δε ότι σε άλλες χώρες όπου επίσης εφαρμόζονται μέτρα διασφάλισης του προϋπολογισμού, όπως το clawback, ενισχύονται παράλληλα τα διαρθρωτικά μέτρα. Απευθυνόμενος στον κύριο Ζαχαρόπουλο, ο Δήμος Κατρίτσης, Επίτιμος Διευθυντής Καρδιολογίας, St. Thomas' Hospital, London, England, Διευθυντής Καρδιολογικού Τομέα στην Ευρωκλινική Αθηνών και Visiting Professor, City University του Λονδίνου, επισήμανε ότι στην Ελλάδα έχουμε την αίσθηση ότι δεν υπάρχει καμία αξιολόγηση ως προς την οικονομική ανταπόδοση και την κατανομή των πόρων του ΕΟΠΥΥ. Ο κύριος Ζαχαρόπουλος απάντησε ότι η ηλεκτρονική συνταγογράφηση βοηθάει σε αυτή την κατεύθυνση και ότι τα δεδομένα που παρέχει θα αξιοποιηθούν από τον ΕΟΠΥΥ. Ο κύριος Μανιαδάκης συμπλήρωσε πως αποτελεί ευχάριστη είδηση ότι μόλις ολοκληρώθηκε ο οικονομικός και κλινικός έλεγχος στον ιδιωτικό τομέα από ανεξάρτητες ελεγκτικές εταιρείες και ότι αυτός ο έλεγχος θα επεκταθεί και στον δημόσιο τομέα.

ΔΙΑΛΕΞΗ

Ηπατίτιδα C: Το πρόβλημα, οι διαστάσεις του και οι επιστημονικές απαντήσεις

Η νόσος συνιστά μια σημαντική πρόκληση για τη δημόσια υγεία με βαριές επιπτώσεις στη θνητότητα, τη νοσηρότητα και το κόστος

Πρόεδρος: Αλκιβιάδης Βατόπουλος

Ομιλητής: Ιωάννης Σ. Κοσκίνης

Στη Διάλεξή του, ο κ. **Ι.Σ. Κοσκίνης**, Καθηγητής Παθολογίας-Ηπατολογίας, Β' Παθολογική Κλινική Ιατρικής Σχολής, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Αθηνών, εξέτασε όλες τις πλευρές της χρόνιας λοίμωξης από τον ιό της ηπατίτιδας C.

Στην Ελλάδα νοσεί το 1-2% του γενικού πληθυσμού, ενώ στους χρήστες τοξικών ουσιών το ποσοστό φθάνει το 45-60%. Καθώς η μετάδοση της ηπατίτιδας C γίνεται κυρίως παρεντερικά (με το αίμα, π.χ. μολυσμένες βελόνες, σύριγγες, ξυραφάκια, κλπ.), η συχνότερη αιτία σήμερα νέων μολύνσεων από τον ιό είναι η χρήση ουσιών ενδοφλεβίως. Υψηλό κίνδυνο μόλυνσης διατρέχουν επίσης οι ασθενείς με συλλοίμωξη HIV. Άτομα υψηλού κινδύνου είναι και οι μεταγισθέντες προ του 1990, καθώς δεν υπήρχε τότε τρόπος ελέγχου του αίματος. Σήμερα, οι μεταγίσεις είναι απολύτως ασφαλείς και με τον μοριακό έλεγχο (ανίχνευση του HCV-RNA) ο κίνδυνος μόλυνσης είναι 1/500.000. Η μετάδοση του ιού με τη σεξουαλική επαφή σε μονογαμικά ζευγάρια είναι 1% και η μετάδοση από οροθετική μητέρα στο νεογνό 5%. Δεν μεταδίδεται με την κοινωνική επαφή και τα κουνούπια.

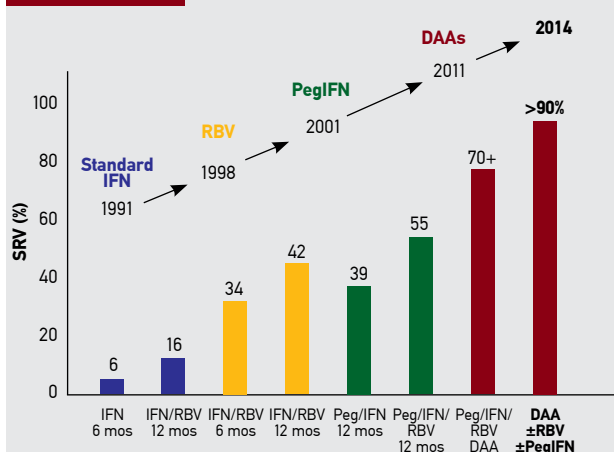
Στον τομέα της θεραπείας τα τελευταία χρόνια έχει συντελεστεί μια επανάσταση: η ηπατίτιδα C είναι η μοναδική χρόνια ιογενής νόσος που θεραπεύεται.

Με τα φάρμακα που διαθέτουμε η επίτευξη «μόνιμης ιολογικής ανταπόκρισης» (SVR), δηλαδή, την κάθαρση του ιού, ο ασθενής έχει το ίδιο προσδόκιμο επιβίωσης με τον γενικό πληθυσμό.

Σε ασθενείς, όμως, με προχωρημένη νόσο –κίρρωση– μειώνονται μεν οι επιπλοκές και η εξέλιξη της κίρρωσης, αλλά παραμένει ο κίνδυνος ανάπτυξης ηπατοκυτταρικού καρκίνου. Γι' αυτό, «θα πρέπει να θεραπεύουμε τους ασθενείς με ηπατίτιδα πριν φθάσουν στο στάδιο της κίρρωσης», τόνισε ο κ. Κοσκίνης. Στο διάγραμμα παρουσιάζεται η εξέλιξη των φαρμακευτικών θεραπειών.

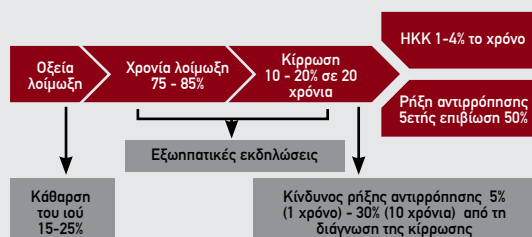
Υπάρχουν ωστόσο, εμπόδια στην αντιμετώπιση της νόσου, μεταξύ άλλων, η ελλιπής διάγνωση και το κόστος

Η ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΗΜΕΡΑ



Η πρώτη γενιά φαρμάκων (ιντερφερόνη και ριμπαβιρίνη) είχε αποτελεσματικότητα 55%. Τα νέα από του στόματος αντι-ικά φάρμακα (DAAs) που κυκλοφορούν την τελευταία 4-ετία, (στοχεύοντας σε διαφορετικά σημεία του ιού και εμποδίζοντας τον πολλαπλασιασμό του) συνδυάζονται με το κλασικό σχήμα ιντερφερόνης και ριμπαβιρίνης ή και μεταξύ τους. Με τα νέα αυτά θεραπευτικά σχήματα επιτυγχάνεται ποσοστό κάθαρσης του ιού (SVR) άνω του 90%, χωρίς σοβαρές παρενέργειες και με σύντομο χρονικό διάστημα θεραπείας (3 μήνες).

HCV ΠΡΟΟΔΕΥΤΙΚΑ ΕΞΕΛΙΣΣΟΜΕΝΗ ΝΟΣΟΣ



Chen SL, Morgan TR. Int J Med Sci 2006;3:47-52

Η φυσική πορεία της Ηπατίτιδας C.

της θεραπείας. Προκύπτει έτσι η ανάγκη, τη θεραπεία να λαμβάνουν κατά προτεραιότητα οι ασθενείς με προχωρημένη ίνωση/κίρρωση και εκείνοι με σοβαρές συννοσηρότητες. Ευκτέον θα ήταν να λαμβάνουν τα νέα φάρμακα και οι ασθενείς σε πρώιμο στάδιο νόσου, επίσης, για λόγους δημόσιας υγείας (μεταδοτικότητα), ποιότητας ζωής και μακροπρόθεσμου κόστους στην οικονομία. Σήμερα, ένας στους 5 ασθενείς λαμβάνει θεραπεία.

Όλοι οι παράγοντες, ιατροί, σύλλογοι ασθενών, φαρμακευτικές εταιρείες, πολιτεία είναι ανάγκη να συνεργαστούν για την πρόληψη, την πρόσβαση στη θεραπεία από όλους, τη μείωση της μετάδοσης και την υπέρβαση του στιγματισμού. Σημαντικός είναι ο ρόλος της κυβέρνησης στην αναγνώριση της ηθικής & κοινωνικής της ευθύνης, αλλά και τη χρηματοδότηση των θεραπειών – ακόμη και μέσω ειδικών συμφωνιών με εταιρείες.

ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ

Διαχείριση και οικονομική αξιολόγηση της ηπατίτιδας C

Πώς θα καταστεί δυνατή η πρόσβαση στις νέες καινοτόμες θεραπείες και η διεύρυνση του καλυπτόμενου πληθυσμού στις παρούσες οικονομικές συνθήκες;

Πρόεδροι: Γιώργος Παπαθεοδωρίδης, Κυριάκος Σουλιώτης

Ομιλητές: Κώστας Αθανασάκης, "HepEconomics": Cost-effective, indeed. But how can we pay for it?

Γιώργος Καλαμίτσας, Οι ασθενείς που ζουν με ηπατίτιδα C περιμένουν χρόνια, πρόσβαση αυτών στις καινούργιες θεραπείες: mission (im)possible

Βάνα Σύψα, Ηπατίτιδα C: Εκτιμήσεις του μελλοντικού φορτίου νοσηρότητας και θνησιμότητας και προοπτικές περιορισμού του στην Ελλάδα

Χαρά Κανή, Πολιτικές αποζημίωσης φαρμάκων για την ηπατίτιδα C

Τα νέα φάρμακα για την ηπατίτιδα C αλλάζουν την οπτική στα οικονομικά της υγείας, επισήμανε στην ομιλία του ο κ. **Κώστας Αθανασάκης**, Οικονομολόγος Υγείας, Επιστημονικός Συνεργάτης, Τομέα Οικονομικών της Υγείας, ΕΣΔΥ. Η νόσος έχει μεγάλο φορτίο νοσηρότητας άρα και οικονομικό φορτίο.

Τα τελευταία χρόνια, τα φάρμακα για την ηπατίτιδα C εξελίχθηκαν και η σχέση κόστους – αποτελεσματικότητας των θεραπειών βελτιώθηκε σημαντικά. Όμως σήμερα, με τα DAAs το σκηνικό έχει αλλάξει άρδην: τα φάρμακα αυτά οδηγούν σε σχεδόν 100% ίαση και υπάρχει η ανάγκη να επιλεγούν από τα ασφαλιστικά ταμεία τα πιο αποτελεσματικά ως προς το κόστος μεταξύ αυτών, νομιμοποιώντας την αποζημίωσή τους.

Ωστόσο, φαίνεται να ανακύπτει ένα πρωτόγνωρο πρόβλημα: τα συστήματα ασφάλισης αδυνατούν να αντεπεξέλθουν στην αυξημένη ζήτηση, σε συνδυασμό με

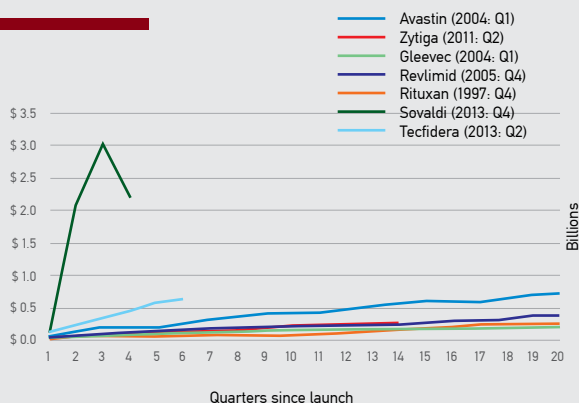
το αυξημένο κόστος των νέων θεραπειών. Έχουμε έτσι, ένα παράδοξο στην κλινική πρακτική: πριν από τα νέα φάρμακα (2012) είχαμε το φαινόμενο του «patient warehousing», όπου οι ασθενείς δεν λάμβαναν θεραπεία εν αναμονή καλύτερης. Σήμερα (2014) έχουμε το «secondary warehousing»: υπάρχουν τα εξαιρετικά αποτελεσματικά DAAs, αλλά πάλι οι ασθενείς δεν μπορούν να πάρουν θεραπεία γιατί τα ασφαλιστικά ταμεία αδυνατούν να καλύψουν το κόστος καθιστώντας απαραίτητη την προτεραιοποίηση ως προς το ποιος θα λάβει θεραπεία, βάσει κλινικών ή άλλων κριτηρίων.

Στο πλαίσιο των οικονομικών της υγείας, τα νέα δεδομένα θα μας αναγκάσουν να βρούμε λύσεις διαχείρισης του κόστους της θεραπείας της χρόνιας ηπατίτιδας C, με δύο προαπαιτούμενα: τη λειτουργία του συστήματος ασφάλισης εντός προϋπολογισμού και την κάλυψη των αναγκών.

Σε αυτή την κατεύθυνση, ο κ. Αθανασάκης έθεσε προς συζήτηση τις ακόλουθες προτάσεις: α) τον ορισμό ενός προϋπολογισμού για τη χρόνια ηπατίτιδα C, για δεδομένο χρονικό διάστημα (από πόρους τόσο της Υγείας όσο και κοινωνικούς), β) την αξιοποίηση των καινούργιων σχημάτων αποζημίωσης για να καταστούν οι θεραπείες προσιτές (πρωτίστως συμφωνίες όγκου-τιμής, αλλά και συμφωνίες επιμερισμού του κινδύνου και portfolio agreements), όλα στη βάση διαφανών διαδικασιών με συμμετοχή όλων των εμπλεκόμενων μερών της αγοράς του φαρμάκου.

Σχολιάζοντας το θέμα της διαπραγμάτευσης των ασφαλιστικών ταμείων (ΕΟΠΥΥ) για τα νέα φάρμακα, ο κ. **Κυριάκος Σουλιώτης**, Επίκουρος Καθηγητής Πολιτικής Υγείας στο Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, παρατήρησε: «Είναι σημαντικό ο σχεδιασμός πριν από τη διαπραγμάτευση να γίνει με ορίζοντα τουλάχιστον πενταετίας και με συγκεκριμένο πληθυσμό-στόχο ασθενών που θα λάβουν τις καινούργιες θεραπείες. Αν υπάρχουν ξεκάθαροι όροι αναφοράς στη διαπραγμάτευση και διασφαλίζεται εκ των προτέρων η σταθερότητα του περιβάλλοντος αποζημίωσης σε βάθος χρόνου, είναι σαφές ότι όλες οι πλευρές θα προσέλθουν στο τραπέζι με διαφορετική "συνεργατική" προσέγγιση προς όφελος της ατομικής υγείας των ασθενών αλλά και, πολλαπλασιαστικά, της δημόσιας υγείας».

SELECTED SPECIALTY DRUGS, QUARTERLY U.S. SALES, BY QUARTERS SINCE LAUNCH



Source: Marc Schoenenbaum, ISI Group
Published on Drug Channels (<http://www.DrugChannels.net>) on October 29, 2014.

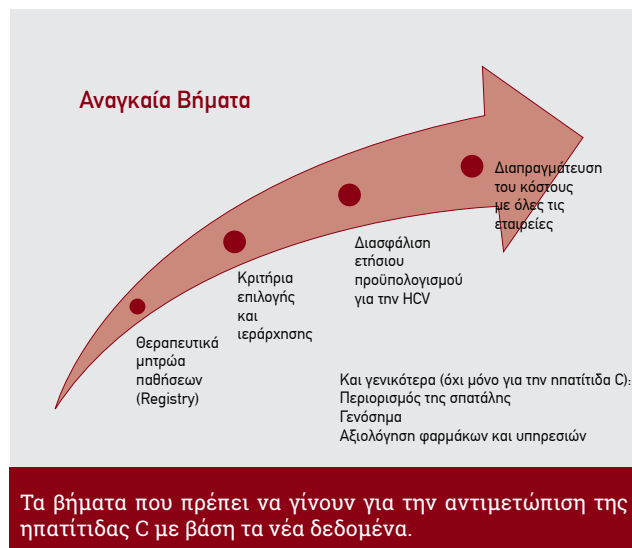
Η εντυπωσιακή άνοδος των πωλήσεων ενός νέου αντι-HCV φαρμάκου έναντι ειδικών φαρμάκων που είχαν σημειώσει μεγάλη επιτυχία στο παρελθόν (πωλήσεις ανά τρίμηνο από την κυκλοφορία τους σε δισ. δολάρια).

Η ηπατίτιδα C συνιστά τεράστιο πρόβλημα της δημόσιας υγείας με περίπου 165.000 ασθενείς στην Ελλάδα, με τους περισσότερους να μην το γνωρίζουν, τόνισε ο κ. **Γιώργος Καλαμίτσης**, Πρόεδρος του Συλλόγου Ασθενών Ήπατος Ελλάδος «Προμηθέας». Οι παρεμβάσεις που θα γίνουν για τη θεραπεία θα πρέπει να αφορούν όλους αυτούς, πρόσθεσε.

Μέχρι σήμερα χρησιμοποιούνται η ιντερφερόνη & η ριμπαβιρίνη, που έχουν πλεονεκτήματα αλλά και σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες (κατάθλιψη, κόπωση, γριπώδης σύνδρομο, διαβήτης), με αποτέλεσμα οι ασθενείς να αντιδρούν στη θεραπεία. Χωρίς όμως θεραπεία, η νόσος προοδεύει σε σοβαρότερα στάδια, αυξάνονται οι μολύνσεις τροφοδοτώντας έναν φαύλο κύκλο.

Η έλευση των νέων θεραπειών σήμανε μια νέα πραγματικότητα για τους ασθενείς με χρόνια ηπατίτιδα C, κάνοντας δυνατή την ίαση σε ποσοστό σχεδόν 100%, και μάλιστα σε πολύ σύντομο διάστημα 8-12 εβδομάδων, ενώ με την ιντερφερόνη απαιτείτο περίπου 1 χρόνος με πολύ μικρότερο ποσοστό επιτυχίας. Επιπλέον, τα νέα φάρμακα δίνουν ελπίδες ακόμη και για εκρίζωση της νόσου και για τη θεραπεία ασθενών μέχρι τώρα αποκλεισμένων ή που είχαν αποτύχει με τα προηγούμενα σχήματα.

Στην Ελλάδα, το Υπουργείο Υγείας και ο ΕΟΦ υποδέχθηκαν με μεγάλη επιφυλακτικότητα τα νέα φάρμακα, ενώ ο ΕΟΠΥΥ έθεσε ιδιαίτερα στενά κριτήρια, με αποτέλεσμα τον πρώτο χρόνο από την έγκριση από τον ΕΜΑ, να τα έχουν λάβει μόλις 250 ασθενείς. Οι φορείς υποστηρίζουν ότι τα φάρμακα αυτά αποτελούν απειλή για το σύστημα υγείας λόγω υψηλού κόστους. Ο κ. Καλαμίτσης παρουσίασε υπολογισμούς τόσο σε απόλυτους αριθμούς, όσο και σε ποσοστό ασθενών που θα λάμβαναν σε ένα χρόνο τις νέες θεραπείες, καταλήγοντας ότι μάλλον το σχήμα ιντερφερόνης-ριμπαβιρίνης είναι αυτό που αποτελεί απειλή για τους προϋπολογισμούς των ταμείων.



Κλείνοντας ο κ. Καλαμίτσης επισήμανε τις επιπτώσεις που θα είχε η απόφαση να χορηγούνται τα νέα φάρμακα μόνο σε ασθενείς στο μεγαλύτερο στάδιο κίρρωσης και έθεσε προ των ευθυνών τους τους αρμόδιους.

Κλείνοντας ο κ. Καλαμίτσης επισήμανε τις επιπτώσεις που θα είχε η απόφαση να χορηγούνται τα νέα φάρμακα μόνο σε ασθενείς στο μεγαλύτερο στάδιο κίρρωσης και έθεσε προ των ευθυνών τους τους αρμόδιους. Σε τέτοια περίπτωση οφείλονται εξηγήσεις σε όσους νόσησαν

εξαιτίας του συστήματος υγείας (π.χ. από μεταγγγίσεις, ιατρικά λάθη)· στους χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών που νόσησαν λόγω απουσίας μέτρων πρόληψης· στις γυναίκες που αποφασίζουν να μην κάνουν παιδιά εξαιτίας της ηπατίτιδας C· σε αυτούς που απέτυχαν σε προηγούμενη θεραπεία και βρίσκονται στο στάδιο κίρρωσης· στους ΧΕΝ που αρνούνται να ξεκινήσουν θεραπεία με το φόβο της υποτροπής.

Η κ. **Βάνα Σύψα**, Επίκουρη Καθηγήτρια Επιδημιολογίας και Προληπτικής Ιατρικής, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, στην ομιλία της αναφέρθηκε στο τι περιμένουμε για την ηπατίτιδα C στην Ελλάδα τα επόμενα χρόνια και με ποιους τρόπους μπορούμε να περιορίσουμε το φορτίο νοσηρότητας (κυρίως στα προχωρημένα στάδια ίνωσης, την κίρρωση και τον καρκίνο) και θνησιμότητας.

Αυτό μπορεί να γίνει μέσω της πρόληψης και της θεραπείας. Όσον αφορά την πρόληψη, ο έλεγχος του αίματος στις αιμοδοσίες εκτιμάται ότι έχει αποδώσει 80% μείωση της επίπτωσης της μετά από μεταγγιση ηπατίτιδας· περιορισμός της μετάδοσης μεταξύ χρηστών ενδοφλέβιων ναρκωτικών έχει επιτευχθεί σε μερικές χώρες, αν και όχι στην Ελλάδα. Όσον αφορά τη θεραπεία, το τοπίο έχει αλλάξει ριζικά με τη μακροχρόνια ιολογική ανταπόκριση που έχουν επιτύχει οι νέες θεραπείες σε 90-95% των ασθενών.

Η δυσκολία ανάσχεσης της μετάδοσης μεταξύ χρηστών σε επίπεδο πρόληψης, και σε επίπεδο θεραπείας, το ποσοστό αδιάγνωστων περιστατικών και οι φραγμοί στην πρόσβαση στα φάρμακα, συνιστούν εμπόδια στον έλεγχο του νοσολογικού φορτίου. Όμως, όταν η θεραπευτική κάλυψη είναι χαμηλή, το όφελος των νέων θεραπειών σε επίπεδο δημόσιας υγείας είναι μικρό, σχολίασε η κ. Σύψα.

Σήμερα στην Ελλάδα, ο επιπολασμός της ηπατίτιδας C είναι 1,5%, ενώ οι νέες μολύνσεις ετησίως ανέρχονται σε 3.500. Βάσει αυτών των δεδομένων, η κ. Σύψα παρουσίασε τη μεθοδολογία εκτίμησης του μελλοντικού φορτίου της νόσου. Για να γίνουν προβλέψεις για το μέλλον, η ομιλήτρια έθεσε κάποιες παραδοχές (αποτελεσματικότητα της θεραπείας, ποσοστό ασθενών που λαμβάνει θεραπεία ετησίως και δράσεις πρόληψης) και διατύπωσε διάφορα σενάρια.

Αναλύοντας τα πέντε σενάρια, η κ. Σύψα κατέληξε στο ότι οι νεότερες και πλέον αποτελεσματικές θεραπείες (DAAs) μπορούν να οδηγήσουν σε σημαντική μείωση του νοσολογικού φορτίου μέχρι το 2030, μόνο αν συνδυαστούν με βελτίωση της θεραπευτικής κάλυψης. Καθώς δύσκολα είναι εφικτή η χορήγηση των νέων θεραπειών σε όλους τους διαγνωσμένους ασθενείς, για τη μείωση του νοσολογικού φορτίου ως ένα βαθμό, οι θεραπείες θα πρέπει να δοθούν τουλάχιστον σε άτομα με προχωρημένο στάδιο ίνωσης (F3-F4).

Ο κ. **Γιώργος Παπαθεοδωρίδης**, Αναπληρωτής Καθηγητής Παθολογίας-Γαστρεντερολογίας, ανέφερε σχετικά, πως «σήμερα, ένα 20% των φορέων γνωρίζει ότι έχει ηπατίτιδα C και ένα ακόμη μικρότερο ποσοστό (της τάξης του 10%) έχει λάβει θεραπεία. Ακόμη και αν η θεραπεία ήταν 100% αποτελεσματική σε ατομικό επίπεδο, το ποσοστό αυτό δεν είναι επαρκές για να επιφέρει σημαντική βελτίωση των δεικτών δημόσιας υγείας».

Η κ. **Χαρά Κανή**, Αναπληρώτρια Προϊσταμένη Τμήματος Φαρμακευτικής Πολιτικής, Διεύθυνση Φαρμάκου ΕΟΠΥΥ, παρουσίασε το περιβάλλον που διαμορφώνεται γύρω από τις νέες θεραπείες για την Ηπατίτιδα C και

	SVR	Θεραπευτική κάλυψη	Στάδιο ίνωσης
Σενάριο Α βασικό σενάριο	65%-90%	~2000/έτος	Ανεξαρτήτως σταδίου
Σενάριο Β βασικό & πρόληψη	65%-90%	~2000/έτος 10% μείωση στις νέες μολύνσεις/έτος (2013-2020)	Ανεξαρτήτως σταδίου
Σενάριο Γ αύξηση SVR	μέχρι 95%	~2000/έτος	≥F2
Σενάριο Δ αύξηση SVR & στοχευμένα σε F3 & F4	μέχρι 95%	3000/έτος το 2015-2016 2000/έτος το 2017-2030	≥F3
Σενάριο Δ αύξηση SVR & % που παίρνει θεραπεία	μέχρι 95%	Προοδευτική αύξηση μέχρι 4πλάσιο αριθμό το 2030 σε σχέση με το 2012 (~8000/έτος)	≥F1
Τα σενάρια για τη μείωση του νοσολογικού φορτίου στην Ελλάδα.			

συνίσταται στις προσδοκίες των ασθενών, την ιατρική ανάγκη, τους διαθέσιμους πόρους και τις ευκαιρίες που δημιουργεί η καινοτομία.

Τα νέα, καινοτόμα φάρμακα για την Ηπατίτιδα C στοχεύουν σε εξειδικευμένα μη δομικά στοιχεία του ιού (πρωτεΐνες). Ο ΕΟΠΥΥ εξετάζει και έχει μελετήσει, τι προσφέρουν τα φάρμακα την ηπατίτιδα C σε προστιθέμενη θεραπευτική αξία.

Διαπιστώνεται ότι έχουν υψηλή προστιθέμενη αξία ως προς μη καλυπτόμενες ιατρικές ανάγκες, υψηλή σχετική αποτελεσματικότητα (συγκριτικά με προηγούμενα φάρμακα) και στηρίζονται σε ισχυρά στοιχεία από μεγάλες πολυκεντρικές μελέτες. Δηλαδή μεταξύ διαφόρων φαρμάκων που πρέπει να χρηματοδοτηθούν από τον προϋπολογισμό του ΕΟΠΥΥ, τα φάρμακα για την ηπατίτιδα C παίρνουν υψηλή βαθμολογία. Ωστόσο, παρά την αποτελεσματικότητά τους, έχουν μεγάλη επίδραση στον προϋπολογισμό.

Στον πίνακα (δεξιά) παρουσιάζεται η προσέγγιση άλλων ευρωπαϊκών χωρών και πώς εντάσσουν στο ασφαλιστικό τους σύστημα νέα φάρμακα για την ηπατίτιδα C.

Στις προτάσεις για την κάλυψη των νέων αντι-HCV φαρμάκων στην Ελλάδα, περιλαμβάνονται μητρώο για την Ηπατίτιδα C με βάση την ηλεκτρονική συνταγογράφηση, τους μηχανισμούς προέγκρισης, τη διάθεση από φαρμακεία του Οργανισμού.

Κλείνοντας η κ. Κανή επισήμανε ότι, αν και τα νέα φάρμακα δεν έχουν ακόμη τιμολογηθεί, μέχρι στιγμής

ο ΕΟΠΥΥ έχει αποζημιώσει 310 ασθενείς βάσει κριτηρίων, με στόχο όμως, με την ολοκλήρωση της διαδικασίας να τα λαμβάνουν όλοι όσοι τα χρειάζονται.

ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗ ΝΕΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ C

Ευρωπαϊκοί Οργανισμοί HTA

Γερμανία (IQWiG)

Προστιθέμενη αξία μόνο σε πρωτοθεραπευόμενους ασθενείς με γονότυπο 2

Γαλλία (HAS)

Σημαντική προστιθέμενη αξία (ASMR2) σε όλους τους ασθενείς με ηπατίτιδα C, εκτός από τους πρωτοθεραπευόμενους με γονότυπο 3, όπου είναι μέτρια προστιθέμενη αξία (ASMR3)

Αγγλία (NICE-preliminary draft)

Προστιθέμενη αξία με περιορισμούς (μόνο σε πρωτοθεραπευόμενους με γονότυπο 1, σε ασθενείς με γονότυπο 3 που έχουν λάβει θεραπεία και έχουν κίρρωση και σε ασθενείς με γονότυπο 2 που έχουν λάβει θεραπεία ή είναι πρωτοθεραπευόμενοι και δεν μπορούν να λάβουν ιντερφερόνη)

Σκωτία (SMC)

Προστιθέμενη αξία σε ασθενείς με γονότυπο 2 και γονότυπο 3

Ολλανδία

Προστιθέμενη αξία

ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ

Έλεγχος και διαχείριση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας: Οι τρέχουσες πρακτικές και η αναγκαιότητα βελτίωσής τους

Η αποδοτικότητα της πρωτογενούς και δευτερογενούς πρόληψης, και των θεραπευτικών επιλογών, τώρα και στο μέλλον

Πρόεδροι: Γεώργιος Κρεατσάς, Μαίρη Γείτονα

Ομιλήτες: Ευσταθία Πανοτοπούλου-Φλαμπουράρη, HPV και γυναικολογικός καρκίνος

Θεόδωρος Αγοραστός, Πρωτογενής και δευτερογενής πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας

Χρίστος Παπαδημητρίου, Συστηματική θεραπεία του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας: Ο ρόλος της αγγειογένεσης στο μοριακό και κλινικό επίπεδο

Αναστάσης Σκρουμπέλος, Οικονομικά και πολιτική του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας

Στην ομιλία της με θέμα «HPV και γυναικολογικός καρκίνος», η **Ευσταθία Πανοτοπούλου-Φλαμπουράρη**, Μοριακή Ιολόγος, Τμήμα Ιολογίας, Γενικό Αντικαρκινικό-Ογκολογικό Νοσοκομείο Αθηνών «Άγιος Σάββας», αναφέρθηκε στην επιδημιολογία της HPV λοίμωξης και στα μέτρα πρόληψης και έγκαιρης διάγνωσης.

Συγκεκριμένα, τόνισε ότι ο HPV συνδέεται με την εμφάνιση πολλών νοσημάτων, κυρίως δε με τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας (κατά σχεδόν 100%). Περιέγραψε τη συχνότητα και τη διάρκεια της HPV λοίμωξης σε άνδρες και γυναίκες, και παρατήρησε ότι, στις γυναίκες, τα στοιχεία δείχνουν μικρή αύξηση μετά την ηλικία των 45 ετών.

Η λοίμωξη μπορεί να επιβιώσει έως και 15 χρόνια, μέχρι είτε να υποστραφεί είτε να μεταπηδήσει στο στάδιο των προκαρκινικών αλλοιώσεων (περίπου 15%). Το 2% του αρχικού πληθυσμού θα μεταβεί στο στάδιο του καρκίνου κάτι που εξαρτάται αποκλειστικά από τον τύπο του ιού.

Η HPV λοίμωξη περιλαμβάνει 180 περίπου στελέχη του ιού. 13 είναι οι υπότυποι που συνδέονται με τη δημιουργία καρκίνου. Η κυρία Πανοτοπούλου περιέγραψε τα δεδομένα που αφορούν την κατανομή των HPV τύπων στον καρκίνο του κόλπου και του αιδοίου, και αναφέρθηκε στη μεγάλη εξάπλωση των γεννητικών κονδυλωμάτων. Τόνισε ότι, από τη στιγμή που εφαρμόζονται προγράμματα πληθυσμιακού ελέγχου, παρατηρείται δραματική μείωση του ποσοστού των θανάτων από τον καρκίνο του τραχήλου. Συγκεκριμένα, η πρόληψη μπορεί να τους περιορίσει κατά περισσότερο από 90%.

Τα εργαλεία για ασφαλέστερη πρόγνωση και αντιμετώπιση είναι το απλό τεστ κατά Παπανικολάου σε συνδυασμό με το HPV DNA testing. Την εικόνα συμπληρώνουν το HPV RNA testing, η ανίχνευση πρωτεϊνών και

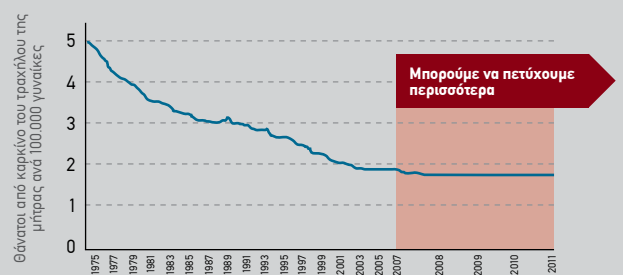
οι κυτταρικές δοκιμές. Στην επιλογή παίζει ρόλο η ποιότητα του ελέγχου, η σωματική-ψυχολογική επίπτωση του στη γυναίκα και το κόστος του.

Καταλήγοντας, η κυρία Πανοτοπούλου πρότεινε τα μέτρα που θα πρέπει να ληφθούν: ενημέρωση του πληθυσμού για τα αίτια και τις επιπτώσεις της λοίμωξης, εφαρμογή προγράμματος υποχρεωτικού εμβολιασμού σε αγόρια και κορίτσια στην εφηβεία και υποχρεωτικός έλεγχος των γυναικών με συνδυασμό Pap Test και HPV DNA testing.

ΘΑΝΑΤΟΙ ΑΠΟ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΣΤΙΣ Η.Π.Α., 1975-2011

- Διαδεδομένη χρήση του Pap test, ριζική μείωση στους θανάτους από καρκίνο
- Ο αριθμός των θανάτων παρέμεινε αμετάβλητος το διάστημα 2007-2011

Καμία γυναίκα δεν πρέπει να πεθαίνει από καρκίνο του τραχήλου
Ο προσυμπτωματικός έλεγχος έχει ως αποτέλεσμα λιγότερους θανάτους



ΠΗΓΗ: National Cancer Institute, 2014

Στοιχεία για τους θανάτους από καρκίνο του τραχήλου στις Η.Π.Α., 1975-2011.

Στη συνέχεια, τον λόγο πήρε ο **Θεόδωρος Αγοραστός**, Καθηγητής Μαιευτικής-Γυναικολογίας του ΑΠΘ και Πρόεδρος της Ελληνικής HPV Εταιρείας, ΓΝΘ Ιπποκράτειο, ο οποίος μίλησε για την «Πρωτογενή και δευτερογενή πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας». Ξεκίνησε με τη διαπίστωση ότι όλοι οι ενεργοί σεξουαλικά άνδρες και γυναίκες είναι δυνάμει φορείς του HPV κάποια στιγμή στη ζωή τους, όπως υποστηρίζουν πρόσφατες μελέτες.

Σήμερα, έχουμε στα χέρια μας το εμβόλιο κατά του HPV, το πρώτο εμβόλιο εναντίον καρκίνου και το HPV test, το πρώτο μοριακό τεστ για πληθυσμιακό έλεγχο. Στο εμβόλιο βασίζεται ουσιαστικά η πρωτογενής πρόληψη με αποτελεσματικότητα για προκαρκινικές αλλοιώσεις οφειλόμενες στους τύπους 16 και 18 σχεδόν 100%. Τα βραχυπρόθεσμα αποτελέσματα της πρωτογενούς πρόληψης, όπως η ελάττωση του επιπολασμού του ιού και των κονδυλωμάτων, έχουν επιτευχθεί, διαπιστώνει ο κύριος Αγοραστός. Ως προς τα μεσοπρόθεσμα αποτελέσματα, δηλ. την ελάττωση των προκαρκινικών αλλοιώσεων, φαίνεται ότι και αυτές έχουν περιοριστεί έως και στο μισό. Το εμβόλιο δεν φαίνεται να συνδέεται με παρενέργειες που θα το καθιστούσαν μη ασφαλές. Ωστόσο, παρά την αύξηση των ποσοστών ενημέρωσης, ο γυναικείος πληθυσμός στην Ελλάδα φαίνεται ακόμη να το φοβάται.

Ο κύριος Αγοραστός υποστήριξε ότι η εφαρμογή του νέου εννεα-δύναμου εμβολίου θα μπορούσε να μειώσει τα ποσοστά εμφάνισης του καρκίνου του τραχήλου τόσο, ώστε αυτός να πέσει από την 3η θέση που κατέχει σήμερα στη 19η, ακόμη και να εκλείψει πρακτικά. Περνώντας στη δευτερογενή πρόληψη, δηλαδή στον προληπτικό έλεγχο, υποστήριξε ότι το HPV DNA test υπερτερεί σαφώς έναντι του Pap test και είναι θέμα χρόνου να το υποκαταστήσει πλήρως, καθώς το επιπλέον όφελος από τη διενέργεια και των δύο τεστ (Pap test και HPV DNA test co-testing) είναι ελάχιστο.

ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΠΟ ΕΥΡΩΠΑΪΚΕΣ ΚΑΙ ΑΜΕΡΙΚΑΝΙΚΕΣ ΜΕΛΕΤΕΣ

	Ευαισθησία	Ειδικότητα
HPV test	96%	92%
Κυτταρολογική εξέταση	53%	97%

Cuzick et al, IJC 2008

Οι μελέτες δείχνουν ότι το HPV DNA test έχει συντριπτικά μεγαλύτερη ευαισθησία σε σχέση με το Pap test.

Αυτό άλλωστε συμφωνεί και με τις πρόσφατες οδηγίες που εξέδωσε ο WHO. Σημείωσε δε ότι στον αποκλειστικό έλεγχο με HPV DNA test, αυτό θα επαναλαμβάνεται ανά 5 έτη σε περίπτωση αρνητικού τεστ. Αναφέρθηκε στη δυνατότητα HPV DNA test με αυτολήψη (self-sampling) και επισήμανε ότι το εμβόλιο αποδεικνύεται αποτελεσματικό και στον καρκίνο του πρωκτού· το ίδιο μάλιστα αναμένεται και για τον καρκίνο του στοματοφάρυγγα, αφού και για τους δύο ενοχοποιείται κυρίως ο υποτύπος 16 του HPV.

Με θέμα «Συστηματική θεραπεία του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας: Ο ρόλος της αγγειογένεσης στο μοριακό και κλινικό επίπεδο» μίλησε ο **Χρίστος Παπαδημητρίου**, Παθολόγος-Ογκολόγος, Αναπληρωτής Καθηγητής της Ιατρικής Σχολής Αθηνών, Υπεύθυνος Ογκολογικής Μονάδας στη Β' Χειρουργική Κλινική ΕΚΠΑ

του Αρεταίειου Νοσοκομείου. Ο κύριος Παπαδημητρίου ξεκίνησε με την παραδοχή ότι ο μεταστατικός καρκίνος του τραχήλου έχει πολύ κακή συμπτωματολογία και επιβίωση, αναφέρθηκε στις πρωτεΐνες του HPV που ευνοούν την αγγειογένεση και υποστήριξε ότι σημαντική θεραπευτική στρατηγική αποτελεί η αναστολή της αγγειογένεσης. Από τους συνδυασμούς που χρησιμοποιούνται τα τελευταία χρόνια αποτελεσματικότερος είναι αυτός της πακλιταξέλης με τη σισπλατίνη, όπως άλλωστε επιβεβαίωσε και μια σειρά μελετών του Gynecologic Oncology Group.

Εστιάζοντας στις αντιαγγειογενετικές μελέτες, μίλησε για την αποτελεσματικότητα ενός βιολογικού παράγοντα: του μονοκλωνικού αντισώματος Bevacizumab, που αδρανοποιεί τον αγγειακό ενδοθηλιακό αυξητικό παράγοντα και χορηγήθηκε σε γυναίκες με εκδηλωμένο μεταστατικό καρκίνο του τραχήλου που είχαν ήδη λάβει χημειοθεραπείες. Ο παράγοντας αυτός φαίνεται ότι, χωρίς να είναι κυτταροτοξικός, είχε την καλύτερη ανταπόκριση αλλά και τη μεγαλύτερη επιβίωση. Αλλά και η χορήγηση του Pazopanib, ενός μορίου που αναστέλλει την αγγειογένεση, είχε αντίστοιχα αποτελέσματα. Και τα δύο παραδείγματα αποδεικνύουν ότι ο παράγοντας κατά της αγγειογένεσης είναι ωφελιμότερος από άλλες στοχευμένες θεραπείες. Αλλά και η προσθήκη του Bevacizumab στον αποτελεσματικότερο συνδυασμό πακλιταξέλης και σισπλατίνης έχει ιδιαίτερα θετικά αποτελέσματα: αυξάνει την επιβίωση των γυναικών μέχρι την πρόοδο της νόσου, καθώς και τη συνολική επιβίωση.

Το ύψος του κόστους, ωστόσο, είναι δυσθεώρητο. Πέρα από το ύψος των ίδιων των χορηγούμενων θεραπειών, υπάρχουν και σημαντικές παρενέργειες, όπως τα συρίγγια και η υπέρταση, που η αντιμετώπισή τους αυξάνει το συνολικό κόστος. Παρ' όλα αυτά, η αύξηση της συνολικής επιβίωσης οδηγεί σε μια οριακή σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας. Αυτή η σχέση μπορεί να εξορθολογιστεί ακόμη περισσότερο, εφόσον μειωθεί η τιμή του φαρμάκου, ελαττωθεί η δοσολογία ή εισαχθούν νεότερες και φθηνότερες αντιαγγειογενετικές θεραπείες.

«Οικονομικά και πολιτική του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας» ήταν το θέμα της ομιλίας του **Αναστάση Σκρουμπέλου**, Health Economics Manager της Roche Hellas και Εξωτερικού Επιστημονικού Συνεργάτη του Τομέα Οικονομικών της Υγείας της ΕΣΔΥ.

ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ: ΤΟ ΠΡΟΣ ΕΠΙΛΥΣΗ ΖΗΤΗΜΑ

Critical Disconnect between Research/Discovery and Delivery of Care



Μεταξύ της ανακάλυψης και ανάπτυξης μιας θεραπείας/παρέμβασης και της παροχής της στους ασθενείς παρεμβάλλεται μια ασυνέχεια στην ακολουθία, στα όρια της οποίας αναπτύσσεται η αγορά υπηρεσιών υγείας η οποία επιχειρεί, με εργαλεία της οικονομικής θεωρίας και της επιχειρησιακής έρευνας, την ισότιμη αποτελεσματική και αποδοτική κατανομή των ωφελειών στον πληθυσμό.

Ο κύριος Σκρουμπέλος υποστήριξε ότι, βάσει μελετών, οι δείκτες επίπτωσης και θνησιμότητας φαίνεται να εξαρτώνται από το οικονομικό και κοινωνικό επίπεδο, αλλά υπάρχουν και σημαντικές γεωγραφικές ανισότητες στο εσωτερικό της χώρας. Η επίδοση του ελληνικού συστήματος υγείας δεν είναι ικανοποιητική.

Η δική μας παρέμβαση θα πρέπει να αφορά στην ασφαλιστική κάλυψη του πληθυσμού, την αποζημίωση και την άρση εμποδίων κόστους και χρόνου, τη διασφάλιση της προσφοράς των υπηρεσιών υγείας, τη βελτίωση της πρόσβασης στην πρωτογενή και δευτερογενή πρόληψη και στη θεραπεία και ανακουφιστική φροντίδα.

Το εμβόλιο έναντι του HPV δείχνει να έχει πολύ καλή σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας, ωστόσο αυτή η εικόνα αναθεωρείται, εάν δεν καταφέρουμε να εμβολιάσουμε το 70% τουλάχιστον του πληθυσμού-στόχου (κορίτσια 12-14 ετών). Στην Ελλάδα το ποσοστό αυτό φτάνει μόλις το 33% και μάλιστα χωρίς να χορηγούνται όλες οι δόσεις. Η σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας βελτιώνεται σημαντικά αν στον εμβολιασμό συμπεριληφθούν και τα οφέλη που προκύπτουν από την πρόληψη και άλλων τύπων καρκίνου σχετιζόμενων με τον HPV. Η διενέργεια του εμβολίου εξαρτάται από τα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά των χρηστών, ενώ καθοριστικό ρόλο παίζει και το αν η μητέρα διενεργεί προσυμπτωματικό έλεγχο.

Μελέτες για την αποδοτικότητα του προσυμπτωματικού ελέγχου δείχνουν ότι το HPV DNA test είναι οικονομικά αποδοτικό και υπερτερεί σημαντικά έναντι της κυτταρολογικής εξέτασης (Pap test) ως πρωταρχική μέθοδος προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Αλλά και εδώ η χρήση εξαρτάται από παράγοντες όπως η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, το εισόδημα και η απασχόληση.

Σχετικά με τις νέες θεραπευτικές παρεμβάσεις, πρόσφατες μελέτες για το Bevacizumab δείχνουν σημαντική αποτελεσματικότητα έναντι της καθιερωμένης κλινικής πρακτικής, γεγονός που εισάγει την αντιμετώπιση του διηθητικού καρκίνου σε μια νέα εποχή.

Κλείνοντας την ομιλία του, ο κύριος Σκρουμπέλος τόνισε ότι θα πρέπει να αυξηθεί η εμβολιαστική κάλυψη σε ποσοστά άνω του 70% και ότι αυτό θα επιτευχθεί με την εισαγωγή προγραμμάτων εμβολιασμού στα σχολεία, την ευρεία ενημέρωση, και την υπενθύμιση και πρόσκληση του πληθυσμού-στόχου. Όσο για τον προσυμπτωματικό έλεγχο, αυτός θα πρέπει να ενισχυθεί αντίστοιχα με την υιοθέτηση σχετικού εθνικού προγράμματος το οποίο θα περιλαμβάνει ως πρωταρχική μέθοδο το HPV DNA test και θα μεριμνά για τη βέλτιστη συμμόρφωση του πληθυσμού-στόχου. Πλήρης θα πρέπει να είναι, τέλος, η ασφαλιστική κάλυψη για τις παρεμβάσεις που θα υιοθετηθούν στις οποίες η πρόσβαση δεν θα περιπλέκεται λόγω εμποδίων κόστους και χρόνου ενώ ειδική μέριμνα θα πρέπει να ληφθεί για τον ανασφάλιστο πληθυσμό.

ΑΞΟΝΑΣ II

ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ

Η αποτίμηση των μεταρρυθμίσεων που συντελέστηκαν τα τελευταία χρόνια, η ανάλυση των χαρακτηριστικών και των επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης είχαν κεντρικό ρόλο στο συνέδριο. Επιπλέον, κατατέθηκαν από τους ειδικούς επιστήμονες, τους κοινωνικούς εταίρους και πολιτικούς διαφορετικών ιδεολογικών προελεύσεων και συζητήθηκαν προτάσεις για περαιτέρω μεταρρυθμίσεις και «αλλαγή του υποδείγματος» στην πολιτική της υγείας.

ΑΠΟΤΙΜΗΣΗ ΤΩΝ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΕΩΝ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Από μια αποτίμηση των μεταρρυθμίσεων στην υγεία την τελευταία τετραετία δεν θα μπορούσε να λείπει η σύσταση του ΕΟΠΥΥ, συμφώνησαν οι συμμετέχοντες στη στρογγυλή τράπεζα. Οι μεταρρυθμίσεις υιοθετήθηκαν με στόχο τον εξορθολογισμό των δαπανών που όμως έγινε ακόμη και σε βάρος της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης. Αν και δημιουργήθηκε το Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ), η ΠΦΥ έχει ανάγκη ενίσχυσης με αναδιάταξη των λιγοστών διαθέσιμων πόρων. Ζητούμενο της πολιτικής για την υγεία αποτελεί ο γενικός συντονισμός και η ικανοποίηση του πολίτη στα οποία πρέπει να εστιάσει η πολιτική ηγεσία.

Με το βλέμμα στο μέλλον των μεταρρυθμίσεων και της διακυβέρνησης της υγείας, παρουσιάστηκαν η πλατφόρμα «Health in Action» (μια πρωτοβουλία του υπουργείου Υγείας σε συνεργασία με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, την Task Force, το γερμανικό υπουργείο Υγείας), καθώς και η επένδυση στην ηλεκτρονική διακυβέρνηση και στις e-Health εφαρμογές, ως διέξοδος στη βιωσιμότητα των συστημάτων υγείας. Οι πολιτικές καινοτομίες στην υγεία μπορούν να αποτελέσουν πυλώνα αναπτυξιακής πολιτικής.

ΤΟ ΜΝΗΜΟΝΙΟ ΚΑΙ Η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ: ΚΕΡΔΗ ΚΑΙ ΖΗΜΙΕΣ

«Οι μεταρρυθμίσεις –και όχι μόνο στην υγεία– θα ήταν πολύ καλύτερο να είχαν γίνει χωρίς μνημόνια και χωρίς πίεση», υποστήριξε ο πρώην υπουργός Υγείας, Άδωνις Γεωργιάδης. Οι σημαντικότερες μεταρρυθμίσεις των προηγούμενων κυβερνήσεων, κατά τον π. υπουργό ήταν η καθιέρωση της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, η δημιουργία του ΕΟΠΥΥ, τα μέτρα για κάλυψη των ανασφάλιστων, η ενοποίηση και οι συγχωνεύσεις των νοσοκο-

μείων. Το κοινωνικό αίτημα πάντως, με το οποίο όλοι οι παράγοντες του τομέα της υγείας συμφωνούν, είναι ότι η υγεία ως κοινωνικό και δημόσιο αγαθό πρέπει να παρέχεται σε όλους.

ΠΤΥΧΕΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗΣ

Η πολιτική **επιμερισμού του κόστους στον ασθενή** (patient cost-sharing strategy), στο πλαίσιο των δραματικών περικοπών των προϋπολογισμών για την υγεία, είναι αναπόφευκτο να εφαρμοστεί. Ωστόσο, δεν μπορεί να λύσει το πρόβλημα ελέγχου των δαπανών στον συνολικό προϋπολογισμό της υγείας. Πόροι μπορούν να εξοικονομηθούν μέσω της διαχείρισης της τεχνολογίας και της προσφοράς υπηρεσιών υγείας.

Η «δωρεάν» υγεία είναι μια διοικητική σύμβαση στην ουσία χρησιμοποιεί πόρους που έχουν κόστος. Ο έλεγχος του κόστους αυτού είναι απαραίτητος, μπορεί δε να επιτευχθεί με διάφορα μέσα πέραν της τιμής των αγαθών. Η αξιοποίηση κινήτρων για τον καταναλωτή υπηρεσιών υγείας αποτελεί μια **εναλλακτική προσέγγιση στον έλεγχο του κόστους της περίθαλψης**.

Η Ελλάδα χρειάζεται ένα μείγμα εργαλείων και τεχνικών παρεμβάσεων το οποίο να υποστηρίξει **ριζοσπαστικές διαρθρωτικές αλλαγές στην αγορά του υγειονομικού τομέα**. Η μεταρρύθμιση που πρότείνει ο καθηγητής Κυριόπουλος συνίσταται στην εφαρμογή διαρθρωτικών αλλαγών με σκοπό την «αλλαγή παραδείγματος» και επίκεντρο την πρωτοβάθμια φροντίδα και τη δημόσια υγεία· την κάλυψη του συνόλου του πληθυσμού, την παροχή κινήτρων για βέλτιστη χρήση των υπηρεσιών υγείας και τη λειτουργία του συστήματος με επίκεντρο τον καταναλωτή.

Ο έλεγχος της αποδοτικότητας των δαπανών που αφιερώνονται στην υγειονομική περίθαλψη αφορά όχι μόνο χώρες σε οικονομική κρίση, αλλά και χώρες με υψηλά

εισοδήματα, όπως εκείνες με πλούτο από πρώτες ύλες. Τα υψηλά εισοδήματα των χωρών αυτών μπορεί να βελτιώσουν την κατάσταση της υγείας του πληθυσμού αν χρησιμοποιηθούν με **μακροπρόθεσμο προγραμματισμό και ως επένδυση στο ανθρώπινο κεφάλαιο**.

ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ ΤΟΥ MANAGEMENT ΣΤΟ ΝΕΟ ΠΡΟΤΥΠΟ ΤΟΥ ΜΕΙΓΜΑΤΟΣ ΔΗΜΟΣΙΟΥ & ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ ΥΓΕΙΑΣ

Η ίδρυση και λειτουργία του ΕΟΠΥΥ δημιούργησε μια νέα διάρθρωση του συστήματος και ένα νέο περιβάλλον στην αγορά υπηρεσιών υγείας. Αυτή τη στιγμή ο ΕΟΠΥΥ είναι αυτόνομος μόνο θεωρητικά, ενώ στην πραγματικότητα βρίσκεται μεταξύ πολιτείας - υπουργείων και δημόσιων και ιδιωτικών παρόχων του συστήματος υγείας. Αυτό που χρειάζεται, κατά τον πρόεδρό του, είναι να μετατραπεί σε έναν σύγχρονο ευρωπαϊκό ασφαλιστικό οργανισμό, που θα ρυθμίζει υπεύθυνα και αποτελεσματικά την αγορά και τη διανομή υπηρεσιών υγείας.

Δεδομένου ότι η αγορά υγείας είναι διχασμένη με έναν ανυπερέβλητο φραγμό μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα, θα πρέπει να βρεθούν λύσεις για τη μεταξύ τους συνεργασία. Αν και σε αυτή την κατεύθυνση ιδρύθηκε το Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας, ως πλαίσιο ενιαίου συντονισμού δημόσιου και συμβεβλημένου ιδιωτικού τομέα, δεν έχει καλυφθεί ακόμη η ανάγκη για μια πολιτική υγείας που στον σχεδιασμό της θα συμπεριλαμβάνει και τον ιδιωτικό τομέα. Εξάλλου, ο δημόσιος τομέας μπορεί να μάθει πολλά από την άμεση και θετική αντίδραση του ιδιωτικού τομέα στη διαμορφούμενη κατάσταση, ο οποίος προσαρμόστηκε επιτυχώς στις νέες συνθήκες.

Φλέγον ζήτημα αποτελεί επίσης, η διαχείριση των δημόσιων νοσοκομείων τα οποία αντιμετωπίζουν σοβαρά θεσμικά, διαρθρωτικά και λειτουργικά προβλήματα. Μια λύση είναι η εφαρμογή μεθόδων διαχείρισης ποιότητας στον νοσοκομειακό χώρο με στόχους τη βιωσιμότητα, την προσβασιμότητα και την ποιότητα. Για τον σκοπό αυτό απαιτείται ενεργός συμμετοχή όλων των ειδικότητων του νοσοκομειακού προσωπικού.

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΔΙΑΠΡΑΓΜΑΤΕΥΣΗΣ ΤΟΥ ΕΟΠΥΥ

Ο νέος στη χώρα μας θεσμός της Επιτροπής Διαπραγμάτευσης έχει αποκλειστική αρμοδιότητα τη διεξαγωγή διαπραγμάτευσης για λογαριασμό του ΕΟΠΥΥ. Η Επιτροπή δεν κάνει πολιτική, αποτελεί ένα εργαλείο για τη διεκδίκηση καλύτερου αποτελέσματος από αυτό που μας προσφέρεται εκούσια από την άλλη πλευρά. Η Επιτροπή θα πρέπει να στηριχθεί θεσμικά και οικονομικά ώστε να επιτευχθεί πλήρης αξιοποίησή της.

ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ: ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ

Σκοπός του εργαστηρίου ήταν η συστηματοποίηση της εμπειρίας των συμμετεχόντων από τις ευρωπαϊκές μελέτες για την ΠΦΥ. Παρουσιάστηκε η έρευνα PHAMEU,

η οποία εξέτασε τα χαρακτηριστικά της ΠΦΥ ως προς τη δομή, τις διαδικασίες και τα αποτελέσματα. Διέκρινε τις χώρες σε υψηλής, μεσαίας και χαμηλής επάρκειας ΠΦΥ. Η ισχυρή ΠΦΥ συνδέεται με καλύτερα αποτελέσματα στον τομέα της υγείας και μεγαλύτερες δυνατότητες συγκράτησης της δαπάνης, όμως η Ελλάδα έχει χαμηλή επάρκεια ΠΦΥ. Η έρευνα QUALICOPC εξέτασε παραμέτρους όπως η συνέχεια, ο συντονισμός και το εύρος κάλυψης των υπηρεσιών, συγκρίνοντας τα στοιχεία για την Ελλάδα με εκείνα άλλων χωρών.

Η ελληνική ΠΦΥ δεν είναι ολοκληρωμένη και επαρκώς συντονισμένη, ούτε συνεχής· εστιάζει περισσότερο στην ιατρική φροντίδα παρά στην προαγωγή της υγείας· δεν βασίζεται στη διεπιστημονική συνεργασία και έχει υποστεί τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης, έδειξε η QUALICOPC. Η ΠΦΥ στην Ελλάδα χρειάζεται νέα κουλτούρα, νέο εκπαιδευτικό και οργανωτικό μοντέλο, τεχνικές και επικοινωνιακές δεξιότητες, καθώς και ουσιαστική στήριξη των υγειονομικών. Διαπιστώθηκε επίσης, ότι παραμένουν θεμελιώδεις αντιφάσεις του συστήματος παρά τις περικοπές, ενώ η μεταρρύθμιση του ΠΕΔΥ είχε ως αποτέλεσμα την αποδιοργάνωση των δομών. Δεν μπορούμε να μιλάμε για ΠΦΥ, αν το σύστημά της δεν εστιάζει στην πρόληψη, την αγωγή και την προαγωγή υγείας.

Η ΑΛΛΑΓΗ ΥΠΟΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΜΕΣΩ ΚΑΙΝΟΤΟΜΩΝ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΩΝ ΕΠΙΔΡΑΣΤΗΝ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ

Οι εξελίξεις και οι καινοτομίες στη φαρμακευτική βιομηχανία σε πολλές περιπτώσεις έχουν βελτιώσει θεματικά τα αποτελέσματα διαχείρισης της νόσου, συνδέονται όμως με σημαντική αύξηση του κόστους για τα συστήματα υγείας. Για τον λόγο αυτό, πρέπει να αναπτύξουμε καινοτομία για να διαχειριστούμε την καινοτομία στην τεχνολογία.

Κρίσιμη για την πολιτική υγείας είναι και η ενίσχυση της συνεργασίας μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα. Ο κωστός σχεδιασμός, η δημιουργία των κατάλληλων κινήτρων που θα προωθούν την καινοτομία και τις επενδύσεις μπορούν να εξασφαλίσουν τη βιωσιμότητα του φαρμακευτικού τομέα. Αποτελεί πλέον αναγκαιότητα η συνεργασία της φαρμακοβιομηχανίας και των υγειονομικών αρχών και μπορεί να υλοποιηθεί μέσω έξυπνων τρόπων οργάνωσης συμφωνιών επιμερισμού του κινδύνου ανάμεσα στους παρόχους και τους χρηματοδότες των τεχνολογιών.

Από την πλευρά της, η χρήση της ιατρικής τεχνολογίας μπορεί να βελτιώσει σημαντικά την ΠΦΥ και κατ'επέκταση να συρρικνώσει τις δαπάνες υγείας μειώνοντας την ανάγκη για νοσηλείες.

Η ΑΞΙΟΠΟΙΗΣΗ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΩΝ ΕΦΑΡΜΟΓΩΝ ΣΤΗ ΧΑΡΑΞΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η ευρωπαϊκή πολιτική υγείας έχει στραφεί σήμερα στην ανάπτυξη ψηφιακών εφαρμογών αναζητώντας καινούργιους τρόπους να απαντήσει στις προκλήσεις των υγειονομικών συστημάτων και τις επιδημιολογικές κρίσεις. Μέσα από τον δρόμο αυτό της καινοτομίας, ανα-

ζητά την ανάπτυξη. Και στην ελληνική κοινωνία υπάρχουν δυνάμεις που πιστεύουν σε αυτή τη λύση.

Η Ηλεκτρονική Διακυβέρνηση Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΗΔΙΚΑ) αναπτύσσει και υποστηρίζει εφαρμογές όπως η ηλεκτρονική συνταγογράφηση, το Εθνικό Μητρώο Δικαιούχων Περίθαλψης, το σύστημα μισθοδοσίας για τα νοσοκομεία και το πληροφοριακό σύστημα νοσοκομείων ΑΣΚΛΗΠΙΟΣ, ενώ συμμετέχει επίσης στο ευρωπαϊκό έργο So-Health.

Το πληροφορικό σύστημα του ΕΟΠΥΥ αξιοποιεί τις υπηρεσίες της ΗΔΙΚΑ, και σε αυτό είναι συνδεδεμένοι όλοι οι πάροχοι ανοικτής και κλειστής περίθαλψης με τη χρήση διεπαφών (API). Σημαντική είναι η εφαρμογή του ηλεκτρονικού φακέλου ασφάλισης υγείας, ο οποίος θα δίνει δυνατότητα πρόσβασης στον προσωπικό του φάκελο σε κάθε ασφαλισμένο του ΕΟΠΥΥ.

Η χώρα μας έχει προχωρήσει τόσο σε αυτόν τον τομέα, που συζητάμε πλέον για την αξιοποίηση των δεδομένων που συλλέγονται από ιατρικούς φακέλους για άλλες δευτερεύουσες χρήσεις. Επ' αυτού ανακύπτουν δύο μεγάλα ζητήματα, η σημασιολογική διαλειτουργικότητα και η προστασία των προσωπικών δεδομένων και δικαιωμάτων —όσον αφορά το δεύτερο, η σχετική νομοθεσία βρίσκεται υπό διαδικασία αναθεώρησης και εκσυγχρονισμού στην Ευρώπη.

Από πλευράς καθημερινής κλινικής πράξης, οι ηλεκτρονικές εφαρμογές στην υγεία υπηρετούν μια ολοκληρωμένη, ασθενο-κεντρική, συνολική, συντονισμένη εξωνοσοκομειακή φροντίδα, στον αντίποδα της επικρατούσας νοσοκομειο-κεντρικής φροντίδας.

Η ΑΝΑΚΤΗΣΗ ΤΗΣ ΘΕΣΗΣ ΤΗΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ

Οι φορείς δημόσιας υγείας δεν λειτουργούν όπως πρέπει. Διαπιστώνεται ακραία απουσία «αντίληψης» της δημόσιας υγείας στην Ελλάδα και η επικράτηση μιας «διοικητικής» προσέγγισης. Η κλινική ιατρική είναι «εχθρός» της δημόσιας υγείας, με τη έννοια ότι η δημόσια υγεία είναι ένα πολυσύνθετο, πολυεπιστημονικό αντικείμενο, που δεν ασκείται από γιατρούς κατά κύριο λόγο.

Για να επαναπροσεγγίσουμε συνολικά τη δημόσια υγεία θα πρέπει να δημιουργηθούν και να υποστηριχθούν νέες δομές, να συνδεθούν στην πράξη η έρευνα, η εκπαίδευση και η μεθοδολογία. Και όλα τα παραπάνω, να λειτουργούν στο ευρωπαϊκό πλαίσιο, διεκδικώντας ευρωπαϊκούς πόρους. Επιπλέον είναι σημαντικό τα ζητήματα δημόσιας υγείας να προσεγγίζονται υπό μια πληθυσμιακή οπτική, θέτοντας στόχους, με απαραίτητο τον σχεδιασμό και την αξιολόγηση.

Η δημόσια υγεία αποτελεί επένδυση για τη διατήρηση και βελτίωση του ανθρώπινου κεφαλαίου της χώρας. Ειδικά υπό συνθήκες κρίσης, είναι απαραίτητο να τεθούν προτεραιότητες για τις πολιτικές υγείας ώστε να θωρακιστούν η παροχή υπηρεσιών και η κατάσταση της υγείας του πληθυσμού, ιδιαίτερα των πιο ευάλωτων ομάδων του.

Μια νέα προσέγγιση πανευρωπαϊκά, συνίσταται σε υπηρεσίες δημόσιας υγείας που θα δίνουν έμφαση στα εργαλεία που εξασφαλίζουν έξοδο από την ευαλωτότητα (που προσδιορίζει την υγεία ως ικανότητα αυτοφροντίδας).

ΥΓΕΙΑ 2020 – ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΜΕ ΤΟΝ ΥΠΟΥΡΓΟ ΥΓΕΙΑΣ, Μ. ΒΟΡΙΔΗ

Στη στρογγυλή τράπεζα που ασχολήθηκε με το στίγμα της πολιτικής για την Υγεία της κεντρικής διοίκησης, έγινε συζήτηση μεταξύ του υπουργού Υγείας, Μάκη Βορίδη, και εκπροσώπων των κοινωνικών εταίρων (ΠΙΣ, ΙΣΑ, ΣΦΕΕ, ΠΕΦ, ΠΑΣΙΔΙΚ, ΣΕΚ), με συντονιστές τον καθηγητή Γιάννη Κυριόπουλο και τον δημοσιογράφο Νίκο Φελέκη. Μέσα από τις παρεμβάσεις των εκπροσώπων των φορέων τέθηκαν πολλά από τα σημαντικότερα ανοικτά ζητήματα της υγείας. Συζητήθηκε ο προϋπολογισμός για την υγεία του 2015 και κατά πόσο μπορεί να καλύψει αξιόπιστα τις ανάγκες των πολιτών, η ύπαρξη ελεγκτικών μηχανισμών του συστήματος, οι πρακτικές του clawback και των επιστροφών, η συνταγογράφηση των γενοσήμων.

Ο υπουργός τόνισε την ανάγκη διασφάλισης της αποδοτικότητας του συστήματος μέσω ελέγχου των δαπανών και μεταρρυθμίσεων, ενώ αναφέρθηκε σε όσες έχουν ήδη πραγματοποιηθεί. Από την πορεία του προϋπολογισμού του υπουργείου Υγείας αλλά και της γενικής κυβέρνησης, θα εξαρτηθούν οι περισσότερες από τις αλλαγές που τέθηκαν στη συζήτηση από τους κοινωνικούς εταίρους.

ΝΕΕΣ ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ ΣΤΗΝ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΣΤΙΣ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ*

Στην κεντρική ομιλία της τελετής έναρξης του συνεδρίου εκφράστηκε η οπτική του γραφείου του Π.Ο.Υ. Ευρώπης, από τους εκπροσώπους του, κυρίους Wim Van Lerberghe και Silviu Domente. Τονίστηκε η στενή και αμφίδρομη σχέση της οικονομίας με τις πολιτικές υγείας και το πόσο σημαντικός για την οικονομία και την καινοτομία είναι ο τομέας της υγείας.

Για να επιτύχουμε βελτίωση της υγειονομικής περίθαλψης, αυτή πρέπει να είναι εστιασμένη στον άνθρωπο. Καίριας σημασίας για τον Π.Ο.Υ., είναι η καθολική κάλυψη της υγείας του πληθυσμού —με ισότητα πρόσβασης στις υπηρεσίες για όσους τις έχουν ανάγκη—, υπηρεσίες καλής ποιότητας και προστασία από τον οικονομικό κίνδυνο.

Σε αυτή την κατεύθυνση, ο Π.Ο.Υ. παρέχει τεχνογνωσία ως σύμβουλος του υπουργείου Υγείας και εκπονεί μελέτες με σκοπό να συμβάλει στην υιοθέτηση βιώσιμων μεταρρυθμίσεων στην υγεία.

* Looking forward for new perspectives in health policy and health reforms

ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ

Αποτίμηση των μεταρρυθμίσεων στην Υγεία, 2010-2014

Αποδίδουν οι μεταρρυθμίσεις στην Υγεία; Λόγος και αντίλογος, επόμενα βήματα, διορθωτικές κινήσεις

Πρόεδροι: Περικλής Βασιλόπουλος, Ελπίδα Πάβη

Ομιλητές: Δημήτρης Κοντός, Η Μεταρρύθμιση του ΕΟΠΥΥ: το πλαίσιο οργάνωσης και λειτουργίας του μεγάλου αγοραστή

Χρυσόστομος Γούναρης, Το παρόν και το μέλλον των μεταρρυθμίσεων στο χώρο της υγείας

Κυριάκος Σουλιάτης, Η κοινωνική ασφάλιση υγείας πριν και μετά τον ΕΟΠΥΥ: μια ψύχραιμη ματιά βασισμένη στους αριθμούς

Νίκος Πολύζος, Διαχείριση και Χρηματοδότηση Υπηρεσιών Υγείας στην Κρίση: μια μάχη χωρίς τέλος

Νίκος Μανιαδάκης, Αποτίμηση των μεταρρυθμίσεων στο φάρμακο την περίοδο 2012-2014

Λευτέρης Θηραίος, Ηλεκτρονική διακυβέρνηση και ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας

Παραμβάσεις: Αγγελική Αγγέλη, Νίκος Μανιός, Νίκος Μαρουδιάς, Μποδοσάκης-Πρόδρομος Μερκούρης, Σωτήρης Ζώτος, Μάμας Θεοδώρου, Ανδρέας Πολυνείκης

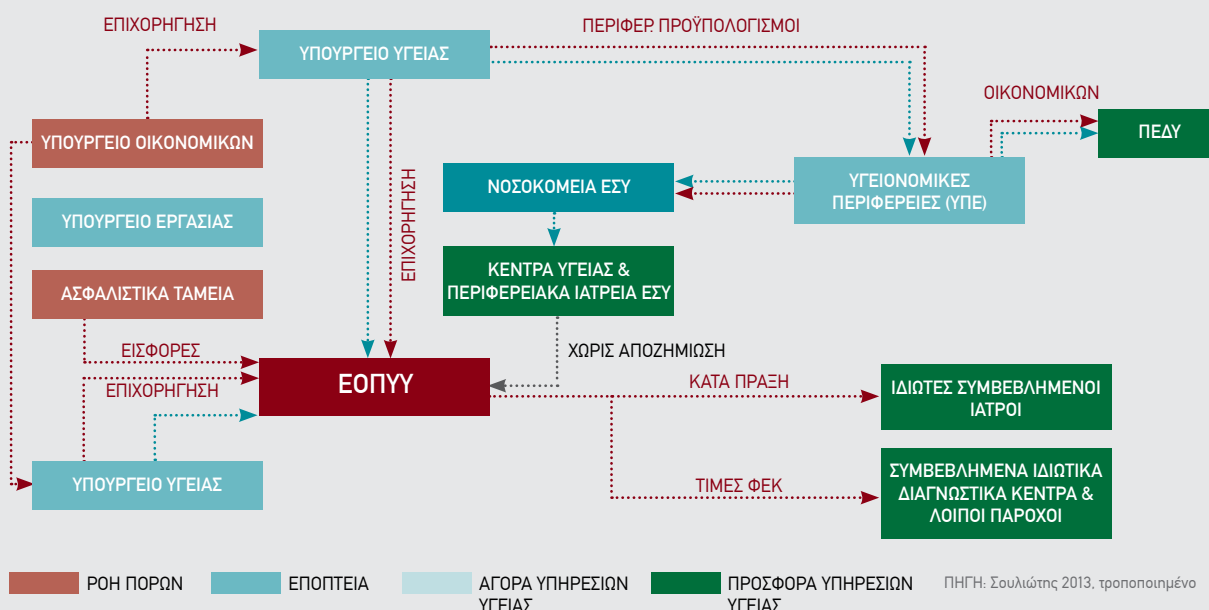
Τη συνεδρία άνοιξε ο Πρόεδρος του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ), **Δημήτρης Κοντός**, που μίλησε με θέμα «Η Μεταρρύθμιση του ΕΟΠΥΥ: το πλαίσιο οργάνωσης και λειτουργίας του μεγάλου αγοραστή». Ο κύριος Κοντός είπε ότι βασικές μεταρρυθμίσεις στην υγεία τα τελευταία χρόνια είναι η σύσταση του ίδιου του ΕΟΠΥΥ, η μετατροπή του, το 2014, σε αγοραστή υπηρεσιών υγείας και η δημιουργία του Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δικτύου Υγείας (ΠΕΔΥ).

Αναφέρθηκε στα βασικά χαρακτηριστικά —και τα προβλήματα— του οργανισμού: η ίδρυσή του ήταν μια γενναία πολιτική απόφαση, που ωστόσο δεν συνοδευόταν από επιχειρησιακό σχέδιο και οικονομική μελέτη. Ο

Οργανισμός φέρει τα οικονομικά βάρη των ταμείων από τα οποία προήλθε· οι εργαζόμενοι δεν έχουν ενιαία οργανωσιακή κουλτούρα και, τέλος, το εγχείρημα συνδέθηκε με τις μνημονιακές υποχρεώσεις της χώρας και με πολιτικές περικοπών.

Σήμερα, ο ΕΟΠΥΥ υπηρετεί τέσσερις ρόλους: επιτελικό, στρατηγικό, ρυθμιστικό και διαπραγματευτικό. Σημαντική μεταρρύθμιση αποτελεί και η νέα, πιο λιτή και ευέλικτη, οργανωτική δομή του οργανισμού. Ο ΕΟΠΥΥ δεν δημιουργεί νέα ελλείμματα, ενώ επιδιώκει να βάλει σε τάξη τους προϋπολογισμούς, τις πληρωμές και τις συνεργασίες με τους παρόχους. Παράλληλα, ενισχύει τους ελεγκτικούς μηχανισμούς, στοχεύει σε ενιαίες

Η ΔΟΜΗ ΤΗΣ ΑΓΟΡΑΣ ΣΗΜΕΡΑ



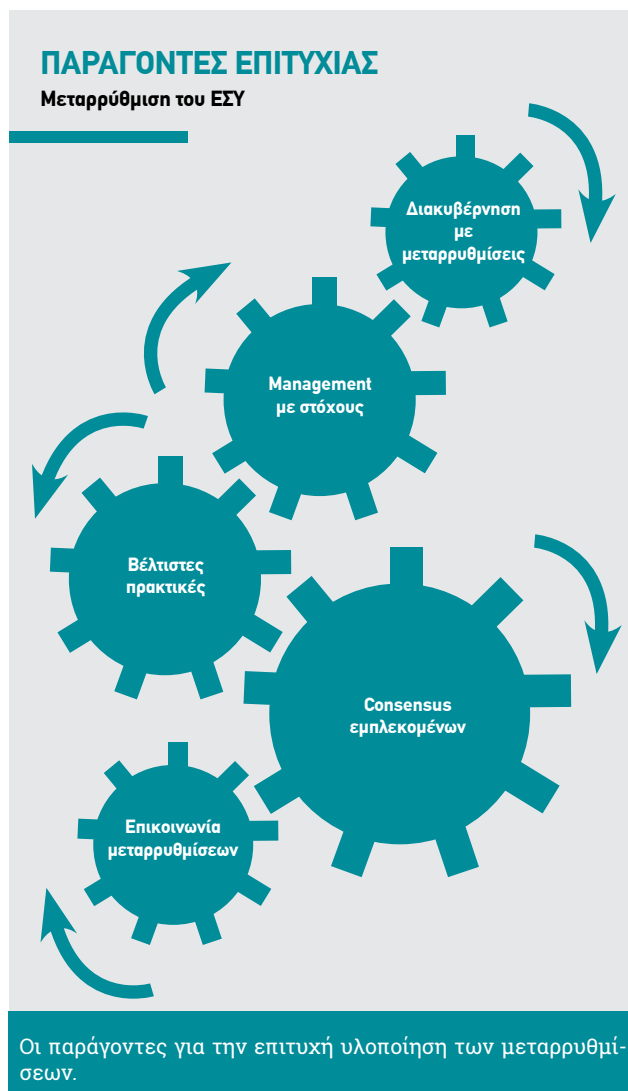
Στη δομή της αγοράς υγείας σήμερα ο ΕΟΠΥΥ κατέχει κεντρική θέση.

διαδικασίες και κριτήρια αξιολόγησης σε δημόσιο και ιδιωτικό τομέα, θέτει τον Νέο Ενιαίο Κανονισμό Παροχών σε διευρυμένη διαβούλευση και διαμορφώνει το Νέο Πλαίσιο Συμβάσεων με παρόχους κατόπιν συστηματικής διαπραγμάτευσης.

Ο κύριος Κοντός αναφέρθηκε στον εκσυγχρονισμό των διαδικασιών για την αποζημίωση παροχών και την καθολική εφαρμογή ηλεκτρονικών συναλλαγών. Τόνισε ότι αποτελεί υποχρέωση και δικαίωμα του ΕΟΠΥΥ να έχει ασφαλιστικό φάκελο υγείας για κάθε ασφαλισμένο του. Αναφερόμενος στη διαμόρφωση κανονιστικού πλαισίου, χαρακτήρισε ιστορικής σημασίας την πρόσφατη υπουργική απόφαση που για πρώτη φορά ορίζει συνταγογραφικές οδηγίες, με άμεσο αποτέλεσμα να μειωθούν οι δαπάνες για τις διαγνωστικές εξετάσεις που χρεώνονται στον ΕΟΠΥΥ.

Τελειώνοντας, περιέγραψε το στρατηγικό όραμα του Οργανισμού, που περιλαμβάνει τη διασφάλιση της βιωσιμότητάς του, την αγορά και διανομή υπηρεσιών με βάση ποιοτικά κριτήρια, την ενίσχυση του διαπραγματευτικού ρόλου του, την εφαρμογή κλειστών προϋπολογισμών, και την ουσιαστική ενεργοποίηση του ρόλου της ιδιωτικής ασφάλισης.

Το παρόν και το μέλλον των μεταρρυθμίσεων στον χώρο της υγείας, ήταν το θέμα της ομιλίας του **Χρυσόστομου Γούναρη**, Υποδιοικητή της 1ης Υγειονομικής Περιφέρειας Αττικής, Επικεφαλής της Πρωτοβουλίας «Υγεία εν Δράσει» ("Health in Action").



Ο κύριος Γούναρης περιέγραψε το «Health in Action», την πλατφόρμα διακυβέρνησης των μεταρρυθμίσεων στην υγεία, που αποτελεί πρωτοβουλία του Υπουργείου Υγείας, σε συνεργασία με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, την Task Force, το γερμανικό Υπουργείο Υγείας και εμπειρογνώμονες από διάφορες χώρες. Η στρατηγική ατζέντα του περιλαμβάνει: τη διασφάλιση της ποιότητας του συστήματος υγείας και της οικονομικής του βιωσιμότητας, τη μετάπλαση του μοντέλου διανομής των υπηρεσιών υγείας με τον ασθενή στο επίκεντρο, την ενίσχυση της δημόσιας υγείας, τη βελτίωση των νοσοκομειακών υπηρεσιών και την επένδυση στην υγεία για την ανάκαμψη της οικονομίας.

Ο κύριος Γούναρης ανέδειξε τη σημασία της σταθεροποίησης της οικονομικής λειτουργίας του ΕΣΥ (βραχυπρόθεσμα), της ανάπτυξης ενός νέου μοντέλου χρηματοδότησης (μεσο-μακροπρόθεσμα), της ανάπτυξης του τομέα της υγείας και της αλλαγής κουλτούρας (μακροπρόθεσμα). Σημείωσε ότι, μέχρι σήμερα, έχει μειωθεί το λειτουργικό κόστος και το κόστος της φαρμακευτικής δαπάνης, μέσω των υγειονομικών περιφερειών υποστηρίζεται ένα ολοκληρωμένο σύστημα πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας κι έχει γίνει πολύ μεγάλη προσπάθεια για την καταπολέμηση των ανισοτήτων· ο ΕΟΠΥΥ έχει επίσης σημειώσει πρόοδο στην κατεύθυνση της διοικητικής του αναδιοργάνωσης, ενώ βήματα προόδου έχουν καταγραφεί και ως προς τους μηχανισμούς ελέγχου και τη μέτρηση της απόδοσης του συστήματος. Κάποια ζητήματα, ωστόσο, όπως η εξασφάλιση των πόρων και η ορθολογική κατανομή τους, οι αποζημιώσεις, η διαφάνεια και η καταπολέμηση της διαφθοράς, απαιτούν περαιτέρω προσπάθεια.

Στους μελλοντικούς στόχους του Health in Action περιλαμβάνονται η ολοκλήρωση του δικτύου πρωτοβάθμιας φροντίδας, η ανάπτυξη του συστήματος των Ομοιογενών Διαγνωστικών Ομάδων (DRG), η συνέχιση της προσπάθειας ενδυνάμωσης του ΕΟΠΥΥ, η ανάπτυξη βιώσιμου δικτύου προστασίας απέναντι στους πολίτες· αλλά και νέοι τομείς, όπως η ενίσχυση της αυτονομίας των νοσοκομείων, η ανάπτυξη βιώσιμου χρηματοδοτικού συστήματος, η συνεχής προσπάθεια βελτίωσης της ποιότητας και η ανάπτυξη του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα.

Στη συνέχεια, το λόγο πήρε ο **Κυριάκος Σουλιώτης**, Επίκουρος Καθηγητής Πολιτικής Υγείας στο Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, Επιστημονικός Συνεργάτης - Επισκέπτης Καθηγητής της Ιατρικής Σχολής Αθηνών, ο οποίος μίλησε με θέμα «Η κοινωνική ασφάλιση υγείας, οι οποίοι και μετά τον ΕΟΠΥΥ: μια ψύχραιμη ματιά βασισμένη στους αριθμούς». Ανατρέχοντας στην προ-ΕΟΠΥΥ εποχή και τους μύθους που την περιβάλλουν, ο κύριος Σουλιώτης επιχειρήσε να περιγράψει την πραγματική εικόνα ως προς μια σειρά από παραμέτρους βάσει των οποίων αξιολογείται το σύστημα.

Συγκεκριμένα, επισήμανε ότι, λόγω της κρίσης, αναδείχθηκαν προβλήματα πρόσβασης τα οποία προϋπήρχαν του ΕΟΠΥΥ. Περιέγραψε ένα σύστημα με χαμηλά αντανακλαστικά, υψηλές δαπάνες και αδυναμία κάλυψης των αναγκών προ κρίσης. Βάσει στοιχείων του 2009, διαπίστωσε ότι υπήρχαν μεγάλες αποκλίσεις της κατά κεφαλήν δαπάνης ανά ασφαλιστικό ταμείο. Εξάλλου, οι ίδιοι οι πολίτες, που προτιμούσαν τον ιδιώτη γιατρό κατά πάνω από 40%, υπέδειξαν την απομάκρυνση από το σύστημα του ΙΚΑ. Ο ΕΟΠΥΥ δεν είναι προϊόν μνημονιακών δεσμεύσεων, υποστήριξε ο κύριος Σουλιώτης, γιατί

ΜΥΘΟΙ ΚΑΙ ΑΛΗΘΕΙΕΣ

1. Πριν τον ΕΟΠΥΥ, το σύστημα κάλυπτε καλύτερα τις ανάγκες υγείας των πολιτών
2. Ήταν πιο αποτελεσματικό στη διαχείριση των πόρων
3. Ικανοποιούσε σε μεγαλύτερο βαθμό το κριτήριο της ισότητας
4. Σεβόταν περισσότερο τις προτιμήσεις των πολιτών
5. Ο ΕΟΠΥΥ ήταν μια διαρθρωτική αλλαγή, ο σχεδιασμός της οποίας αποδίδεται στην ευρύτερη (περιοριστική) διαχείριση της μνημονιακής περιόδου
6. Περιορίσε σε μεγάλο βαθμό το πακέτο παροχών που παρέχεται υπό ασφαλιστική κάλυψη
7. Ευθύνεται για τον μεγάλο αριθμό των ανασφάλιστων
8. Έχει αποτύχει σε επίπεδο οργάνωσης
9. Δεν κατάφερε να συγκρατήσει τις δαπάνες
10. **Αν δεν ισχύουν τα παραπάνω, τότε η νέα πραγματικότητα είναι ιδανική!**

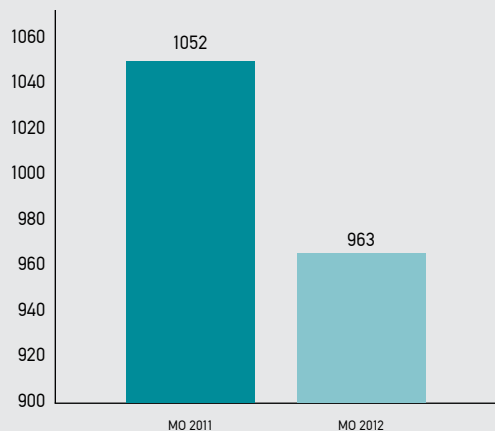
η ιδέα ενιαίου συστήματος με αποτελεσματικότερη διαχείριση προϋπήρχε.

Ως προς το πακέτο παροχών, αν σε κάποιους ο ΕΟΠΥΥ το περιορίσε, για άλλους, όπως οι ασφαλισμένοι του ΟΓΑ, δεν ισχύει το ίδιο, ενώ σημαντική τομή αποτελεί και το δικαίωμα συνταγογράφησης σε γιατρούς που δεν ανήκουν στον ασφαλιστικό οργανισμό. Ο ΕΟΠΥΥ προφανώς και δεν ευθύνεται για την αύξηση των ανασφάλιστων, ενώ ο έλεγχος που ασκείται πλέον στις συνταγογραφίες φανερώνει ότι δεν έχει αποτύχει ούτε σε επίπεδο οργάνωσης. Στοιχεία, όπως η μείωση κατά 40% στις ακριβές απεικονίσεις, αποδεικνύουν ότι ο ΕΟΠΥΥ κατάφερε να περιορίσει σημαντικά τις δαπάνες, ενώ εκσυγχρονίστηκε και το ελεγκτικό έργο.

Παραμένουν ωστόσο πολλά προβλήματα: στην Ελλάδα έχουμε τη μεγαλύτερη μείωση στις κοινωνικές δαπάνες στον ΟΟΣΑ· τρίτος και ισχυρός πυλώνας παραμένει το ιδιωτικό χρήμα το οποίο στερούνται σήμερα οι πολίτες· η δαπάνη για την υγεία είναι κάτω από το 5% του ΑΕΠ, με αντίστοιχο μνημονιακό στόχο 6%· διαπιστώνουμε τριπλασιασμό της συμμετοχής των πολιτών στο κόστος των φροντίδων, και σημαντικό αποκλεισμό στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, τη στιγμή που οι νοσηλευόμενοι ασθενείς αυξάνονται διαρκώς. Αυτά τα προβλήματα και κάποιες χαμένες ευκαιρίες είχαν ως αποτέλεσμα τη χαμηλότερη ικανοποίηση από το κοινωνικό κράτος, τη χαμηλότερη εμπιστοσύνη στην κυβέρνηση και στο πολιτικό σύστημα. Ο κύριος Σουλιώτης πρόετρεψε να αποφορτιστεί ιδεολογικά ο τομέας της υγείας και όλες οι πλευρές να συνεργαστούν για τον σωστό σχεδιασμό του συστήματος.

Για τη «Διαχείριση και Χρηματοδότηση Υπηρεσιών Υγείας στην Κρίση: μια μάχη χωρίς τέλος», μίλησε ο **Νίκος Πολύζος**, Καθηγητής του Τμήματος Κοινωνικής Διοίκησης και Πολιτικής Επιστήμης του ΔΠΘ. Η σχέση της δημόσιας υγείας και των αντίστοιχων δαπανών την προηγούμενη δεκαετία ήταν πολύ κακή και μάλιστα χωρίς την αναμενόμενη αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης, ήταν η πρώτη διαπίστωση του κυρίου Πολύζου. Στη διάρκεια της κρίσης έγιναν πολλά σε τομείς όπως οι τιμές των φαρμάκων και των ιατροτεχνολογικών προϊόντων, οι λειτουργικές δαπάνες και οι αποζημιώσεις των παρόχων υγείας, αλλά ελάχιστα ως προς τους μισθούς των επαγγελματιών υγείας και την αναδιοργάνωση των υπηρεσιών. Η όποια πρόοδος μεταξύ 2010-2012 αποδίδεται στη δημιουργία εικόνας και γνώσης (diagnosis),

ΜΕΣΟ ΚΟΣΤΟΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΑΝΑ ΑΣΘΕΝΗ, 2012 VS 2011



Μέσο κόστος νοσηλείας ανά ασθενή τα έτη 2011 και 2012.

στην ανάπτυξη προνοητικότητας (foresightness), στην εμπέδωση εποπτείας και επίβλεψης (oversightness), και στην εκπαίδευση ενόρασης (insightness) των στελεχών με χαρακτηριστικά ηγεσίας.

Οι παρεμβάσεις αυτό το διάστημα εστίασαν στις ηλεκτρονικές εφαρμογές και στην περιστολή των δαπανών. Το ESY.net έχει σχεδιαστεί ώστε να παρέχει οικονομικά και λειτουργικά στοιχεία κατά νοσοκομείο, κρίνεται όμως απαραίτητη η βελτίωσή του. Εμπόδια στην εφαρμογή των πολιτικών υγείας στάθηκαν οι πιέσεις επαγγελματιών και κοινωνικών ομάδων, η χαμηλή ανταπόκριση της κεντρικής διοίκησης στον σχεδιασμό και η καθυστέρηση των μεταρρυθμίσεων με κύρια ευθύνη κεντρικών και τοπικών εξουσιών. Ο κύριος Πολύζος αναγνώρισε ότι ο ΕΟΠΥΥ αποτελεί τη σημαντικότερη μεταρρύθμιση μετά το ΕΣΥ· ωστόσο η αύξηση του όγκου των νοσοκομειακών υπηρεσιών και η ανυπαρξία πολιτικών σε κάποιους τομείς χρήζουν ιδιαίτερης προσοχής.

Προκειμένου η Νέα Δημόσια Διοίκηση να αντιμετωπίσει τις σημερινές προκλήσεις —υψηλή ανεργία και φτώχεια, χαμηλές δημόσιες δαπάνες για τον ΕΟΠΥΥ, απουσία σφαιρικών προϋπολογισμών κ.ά.—, θα πρέπει να επενδύσει στον στρατηγικό σχεδιασμό των πολιτικών, στη διοίκηση αποτελεσμάτων σε προγράμματα ή υπηρεσίες, στη διοίκηση ολικής ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, στην ηλεκτρονική διακυβέρνηση, στη μέτρηση της συγκριτικής απόδοσης μονάδων και στον έλεγχο τους, στην κατάρτιση και παρακολούθηση προϋπολογισμών και e-procurement, και στη σύνδεση των αμοιβών προσωπικού με την απόδοσή του. Κατέληξε δε λέγοντας ότι η πολιτική ηγεσία πρέπει να εστιάσει στο συντονισμό του έργου και την ικανοποίηση του πολίτη.

Μια αποτίμηση των μεταρρυθμίσεων στο φάρμακο την περίοδο 2012-2014 επιχείρησε ο Αναπληρωτής Κοσμήτορας, Διευθυντής και Καθηγητής Τομέα Αρχών Οργάνωσης και Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας της ΕΣΔΥ, **Νίκος Μανιαδάκης**. Η φαρμακευτική δαπάνη, που είχε φτάσει σε δυσθεώρητα επίπεδα την προηγούμενη δεκαετία, αποτελεί δύσκολη εξίσωση και καθορίζεται από

διάφορους παράγοντες, όπως είναι οι τιμές των φαρμάκων. Αυτές συνήθως ρυθμίζονται με αναφορά στις άλλες χώρες, κάτι που αποβαίνει εις βάρος των οικονομικά ασθενέστερων χωρών. Σημαντική παράμετρος είναι η κάλυψη: ποιους καλύπτει, τι φάρμακα καλύπτει και ποιο το επίπεδο του copayment. Οι περισσότερες χώρες εφαρμόζουν συνδυασμούς από θετικές λίστες με συστήματα εσωτερικών τιμών αναφοράς. Σε αυτή την κατεύθυνση έγινε ένα δειλό βήμα και στη χώρα μας, όμως δεν ολοκληρώθηκε. Βασική αδυναμία αποτελεί και το γεγονός ότι οι πολιτικές αποζημίωσης στην Ελλάδα δεν συνδέονται με πολιτικές και τεκμήρια αξιολόγησης τεχνολογίας υγείας, όπως συμβαίνει στην υπόλοιπη Ευρώπη.

Ως προς τον στόχο της φαρμακευτικής δαπάνης, ο κύριος Μανιαδάκης υποστήριξε ότι από τις μέχρι τώρα προτάσεις λείπει η τεκμηρίωση. Σε ό,τι αφορά την τιμολόγηση, εστιάζουμε στη μείωση των τιμών, χωρίς να λαμβάνουμε υπόψη την αποζημίωση που βασίζεται στην αξιολόγηση της τεχνολογίας. Πολλά συστήματα υγείας στον κόσμο ασκούν έλεγχο στη συνταγογράφηση, δίνοντας, μεταξύ άλλων, κίνητρα στους γιατρούς ώστε να συνταγογραφούν με συγκεκριμένο τρόπο: στη χώρα μας πρέπει να καταβληθεί μεγάλη προσπάθεια και στο κομμάτι αυτό. Πάρα πολλά είναι τα πρωτόκολλα που πρέπει να «ανεβάσουμε» και λείπουν οι απαραίτητες δομές για την υποστήριξη της διαδικασίας. Τέλος, λείπει και ο μηχανισμός αξιοποίησης των στοιχείων που συλλέγει το σύστημα για τη βελτίωση της λήψης των αποφάσεων (analytics). Παρά τις προσπάθειες που έχουν γίνει, η απόσταση που μας χωρίζει από τις προηγμένες χώρες είναι μεγάλη, κατέληξε ο κύριος Μανιαδάκης.

Ηλεκτρονική διακυβέρνηση και ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας, ήταν το θέμα της ομιλίας του **Λευτέρη Θηραίου**, Γενικού Ιατρού – WHO NCD/PHC Consultant και Γενικού Γραμματέα της Ιατρικής Εταιρείας Αθηνών.

Ο κύριος Θηραίος επισήμανε ότι δύο είναι οι βασικές προκλήσεις στην υγεία σήμερα: η βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, προκειμένου να ικανοποιηθούν οι αυξανόμενες απαιτήσεις των πολιτών για πρόσβαση και ποιότητα στην παρεχόμενη περίθαλψη και

φροντίδα, καθώς και ο έλεγχος των δαπανών υγείας, σε μια περίοδο με πιέσεις στους δημόσιους προϋπολογισμούς, συνεχώς αυξανόμενο κόστος διαχείρισης των χρόνιων νοσημάτων, αλλά και επιτάχυνσης της εισόδου νέων τεχνολογιών.

Για την αντιμετώπισή τους, έχουν αναπτυχθεί σε ευρωπαϊκό επίπεδο πολιτικές ηλεκτρονικών υπηρεσιών υγείας (e-Health), που στοχεύουν στη μετάβαση από ένα μοντέλο ασυντόνιστης και επεισοδιακής (κατά κρίσεις) νοσοκομείο-κεντρικής φροντίδας, σε μια ασθενο-κεντρική, συνολική και συντονισμένη εξωνοσοκομειακή φροντίδα. Τα τελευταία χρόνια, στο πλαίσιο της «κλινικής διακυβέρνησης», το φάσμα δηλαδή των δραστηριοτήτων που απαιτούνται για να βελτιωθεί η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας σε ένα σύστημα υγείας, με όρους αποτελεσματικής διαχείρισης των προβλημάτων υγείας των ασθενών και αποδοτικής χρήσης των πόρων, αναπτύχθηκαν εργαλεία για τον εξορθολογισμό της δαπάνης και τον προσδιορισμό του κόστους διαχείρισης των νοσημάτων, αλλά και για την πρόσβαση στα δεδομένα υγείας και την αποτελεσματική διαχείρισή τους, όπως το ESY.net, τα Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια (KEN/DRGs), αλλά και το σύστημα της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, στο οποίο εντάσσονται, κατά προτεραιότητα, τα θεραπευτικά πρωτόκολλα για τα πιο συχνά νοσήματα και καταστάσεις υγείας.

Αναφερόμενος στα επόμενα βήματα, ο κύριος Θηραίος έκανε λόγο για μεγάλες προκλήσεις, όπως η διαμόρφωση πλαισίου ανάπτυξης και εφαρμογής των θεραπευτικών πρωτοκόλλων, η ενσωμάτωση ενός συνοπτικού ιατρικού ιστορικού (patient summary) στην εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, η ανάπτυξη Ατομικού Ηλεκτρονικού Φακέλου Ασθενή για την ΠΦΥ, η δημιουργία Μητρώου Δεδομένων Ασθενών, διασυνδεδεμένου με τα θεραπευτικά πρωτόκολλα, αλλά και η ανάπτυξη κλινικών πρωτοκόλλων σε διασύνδεση με τα KEN/DRGs – και όλα αυτά ενταγμένα σε ένα εθνικό πλαίσιο διαλειτουργικότητας, το οποίο θα ικανοποιεί τις πρόσφατες ευρωπαϊκές προδιαγραφές. Καταλήγοντας, ο κύριος Θηραίος δήλωσε πεπεισμένος ότι η επένδυση σε e-Health εφαρμογές μπορεί να δώσει διέξοδο στη βιωσιμότητα των συστημάτων υγείας και στην εφαρμογή πολιτικών καινοτομίας, και να αποτελέσει πυλώνα αναπτυξιακής πολιτικής.

Στην παρέμβασή της, η **Αγγελική Αγγέλη**, External Affairs Director της AstraZeneca, υποστήριξε ότι κοινός τόπος των μεταρρυθμίσεων ήταν ο εξορθολογισμός που έγινε ακόμη και σε βάρος της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης. Το ερώτημα είναι: πώς και οι διοικούντες δεν διέγνωσαν αυτόν τον κίνδυνο; Και ποιες είναι οι διορθωτικές κινήσεις και τα επόμενα βήματα; Στον τομέα των φαρμάκων, η σημασία της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης είναι μεγάλη, όμως ο όγκος των στοιχείων που συλλέγεται δεν μπορεί να αξιοποιηθεί παραγωγικά. Ως προς τον έλεγχο του όγκου της συνταγογράφησης, καταβάλλονται προσπάθειες, δεν είναι όμως αρκετές, ενώ οι μέθοδοι που επιστρατεύτηκαν στις πολιτικές των τιμών και της αποζημίωσης δημιούργησαν σοβαρές στρεβλώσεις στην αγορά.

Για τον **Νίκο Μανιό**, Ιατρό Διευθυντή ΕΣΥ και Υπεύθυνο Τομέα Υγείας του ΣΥΡΙΖΑ, το ζητούμενο είναι να αναδιαταχθούν οι λιγιστοί πόροι και να ενισχυθεί η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, να διαμορφωθεί μια ολοκληρωμένη πολιτική τιμολόγησης και να αντιμετωπιστούν οι ανισότητες που διαρκώς εντείνονται.

ΒΑΡΟΣ ΧΡΟΝΙΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ

Κόστος:

• **Άμεσο** (>70% δαπανών υγείας)

• **Έμμεσο**
(παραγωγικότητα, οικογένεια & φροντιστές)

Οι πάσχοντες με χρόνια νοσήματα απορροφούν το 78% της συνολικής δαπάνης για την υγεία



ΠΗΓΗ: Medical Expenditure Panel Survey, 1998

Δυσβάσταχτο είναι το βάρος των χρόνιων νοσημάτων.

Ο **Νίκος Μαρουδιάς**, Συντονιστής Διευθυντής του Νοσοκομείου «Αγία Όλγα», επισήμανε ότι λείπουν τα κέντρα χρονίως πασχόντων, τα κέντρα πρωτοβάθμιας φροντίδας και τα νοσοκομεία ογκολογικών ασθενών τελικού σταδίου. Υποστήριξε δε ότι μόνο η βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών μπορεί να συμβάλει στη συγκράτηση του ρυθμού αύξησης των δαπανών υγείας.

Ο **Μποδοσάκης-Πρόδρομος Μερκούρης**, Πρόεδρος της Ελληνικής Εταιρείας Γενικής Ιατρικής (ΕΛ.Ε.ΓΕ.ΙΑ.), αναγνώρισε ότι η μόνη πραγματική μεταρρύθμιση τα τελευταία χρόνια ήταν ο ΕΟΠΥΥ, που παρουσιάζει ωστόσο σοβαρά προβλήματα και υποστήριξε ότι η διοικητική και οικονομική υπαγωγή των μονάδων πρωτοβάθμιας στις μονάδες δευτεροβάθμιας ήταν η χειρότερη πρωτοτυπία της Ελλάδας.

Ο **Μάμας Θεοδώρου**, Αναπληρωτής Καθηγητής Πολιτικής Υγείας του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου, αποτίμησε αρνητικά τη λειτουργία του ΕΟΠΥΥ: οι αλλαγές έγιναν με βίαιο τρόπο και τελικά αυτοί που υπέφεραν

ήταν οι ίδιοι οι δικαιούχοι. Τόνισε ότι πρέπει να καλυφθεί το έλλειμμα ενημέρωσης σχετικά με τις παροχές υγείας και κατέληξε ότι, καθώς το σημερινό σύστημα δεν πληροί τις βασικές προϋποθέσεις ενός δημόσιου συστήματος υγείας, χρειάζεται άμεσα ένας αποτελεσματικός μηχανισμός διόρθωσης.

Τέλος, ο **Σωτήρης Ζώτος**, Υποδιοικητής της 1ης ΥΠΕ Αττικής, υπενθύμισε ότι το σύστημα υγείας δεν έχει εκτίμησης στη χώρα μας ούτε την περίοδο προ κρίσης. Από το 1983 έως το 2004 δεν υπήρχαν στοιχεία, ούτε πολιτικές αξιολόγησης και τεκμηρίωσης για επόμενες παρεμβάσεις. Το «ανύπαρκτο» και «προβληματικό» ΠΕΔΥ, με τους μισούς πλέον γιατρούς στο λεκανοπέδιο της Αττικής, εξετάζει και παρακολουθεί 250.000 ανθρώπους το μήνα. Αναγνώρισε ωστόσο ότι δεν έχουν αντιμετωπιστεί επί της ουσίας το σύστημα προμηθειών και το θέμα της εκπαίδευσης, και κατέληξε ότι χωρίς κοινωνική συναίνεση καμία μεταρρύθμιση δεν μπορεί να ευοδωθεί.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Το Μνημόνιο και η υγειονομική μεταρρύθμιση: κέρδη και ζημίες

Υπό πίεση αλλά αναγκαίες οι μεταρρυθμίσεις που έγιναν στην υγεία

Ομιλητής: Άδωνις Γεωργιάδης

Συντονιστές: Μπάμπης Παπαδημητρίου, Πάνος Γκούμας

Η συζήτηση για το Μνημόνιο και την υγειονομική μεταρρύθμιση βάσει του προγράμματος του συνεδρίου θα γινόταν μεταξύ δύο πρώην υπουργών Υγείας, του κ. Ανδρέα Λοβέρδου και του κ. Άδωνι Γεωργιάδη. Λόγω της απουσίας του κ. Λοβέρδου, ο κύριος Γεωργιάδης έκανε μια αρχική τοποθέτηση για τα αποτελέσματα των μεταρρυθμίσεων που έγιναν στον υγειονομικό τομέα λόγω των δεσμεύσεων της χώρας απέναντι στα Μνημόνια και στη συνέχεια ακολούθησαν σχόλια και ερωτήσεις των συντονιστών και του κοινού.

Τη θέση του ότι οι μεταρρυθμίσεις –και όχι μόνο στην υγεία– θα ήταν πολύ καλύτερο να είχαν γίνει χωρίς μνημόνια και χωρίς πίεση, καθώς η ανάγκη για αυτές είχε ήδη αναγνωριστεί από πολλές προγενέστερες κυβερνήσεις, εξέθεσε ο κ. Γεωργιάδης. Ένα παράδειγμα μεταρρύθμισης η οποία θα είχε γίνει πολύ πιο ομαλά, δίνοντας χρόνο για προσαρμογή σε όλους τους εμπλεκόμενους ήταν αυτή της ΠΦΥ με τη μετάβαση στο ΠΕΔΥ.

Ο κ. Γεωργιάδης επισήμανε ότι μεγάλο μερίδιο του χρέους της χώρας αναλογεί στον τομέα της υγείας, λόγω της σπατάλης επί σειρά ετών. Στη συνέχεια, συνόψισε τις μεταρρυθμίσεις που πραγματοποιήθηκαν το τελευταίο διάστημα, αξιολογώντας τις ως ιδιαίτερα σημαντικές για το σύστημα υγείας της χώρας με κυριότερη την καθιέρωση της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης. Το μέτρο θεσπίστηκε και υλοποιήθηκε έπειτα από πολλές αναβολές λόγω των αντιδράσεων των φορέων των φαρμακοποιών και των ιατρών –όπως επισήμανε– και παρότι η εφαρμογή του έγινε πολύ βιαστικά, έχει αποδειχθεί ως το «απόλυτο εργαλείο» για τον έλεγχο των δαπανών στα φάρμακα. Η αποτελεσματικότητα της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης σε συνδυασμό με τα θεραπευτικά πρωτόκολλα πρόκειται να αυξηθεί σταδιακά, καθώς θα υπάρχει η δυνατότητα για αναδρομικό έλεγχο, υπογράμμιζε.

Σημαντικό μέτρο χαρακτήρισε ο κ. Γεωργιάδης, τον ορισμό πλαφόν στη συνταγογράφηση, το οποίο είχε ως αποτέλεσμα εντυπωσιακή μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης, ενώ σε συνδυασμό της με το clawback επιτεύχθηκε μείωση των διαγνωστικών εξετάσεων κατά 60%. Η δημιουργία του ΕΟΠΥΥ (αν και το έργο στον οργανισμό δεν έχει ακόμη ολοκληρωθεί), τα μέτρα για κάλυψη των ανασφάλιστων όσον αφορά τα επείγοντα περιστατικά στα νοσοκομεία και τα φάρμακα αποτελούν μερικές ακόμη μεταρρυθμίσεις μεγάλης σημασίας για την υγεία, υποστήριξε. Αναγνώρισε ότι δημιουργήθηκαν προβλήματα στους παρόχους υπηρεσιών υγείας λόγω της

«βίαιης προσαρμογής» στις αλλαγές που έγιναν υπό την πίεση του Μνημονίου. Αλλά ένα εμπόδιο στις μεταρρυθμίσεις δημιουργήθηκε από το περιβάλλον χρεοκοπίας της χώρας που προκάλεσε την έκρηξη του αριθμού των ανασφάλιστων. Σε αυτό το σημείο αναφέρθηκε στο ζήτημα της κάλυψης της περίθαλψης των ανασφάλιστων, η οποία αντιμετωπίστηκε με υπουργικές αποφάσεις.

Η ενοποίηση και συγχωνεύσεις των νοσοκομείων είναι ένα μέτρο που ο κ. Γεωργιάδης αναγνώρισε ότι δεν ολοκλήρωσε στη διάρκεια της θητείας του, αλλά είναι σημαντικό να προχωρήσει εξοικονομώντας πόρους για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και την πρόληψη, που είναι αναγκαίοι.

Στα σχόλια και τις ερωτήσεις που ακολούθησαν, πρώτος ο κ. Γκούμας επισήμανε ότι στόχος της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης δεν είναι μόνο η μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης, αλλά και της πολυφαρμακίας, που όμως δεν έχει επιτευχθεί.

Στο κρίσιμο ερώτημα που έθεσε ο δημοσιογράφος κ. Παπαδημητρίου, γιατί δεν έγιναν νωρίτερα οι μεταρρυθμίσεις στην Υγεία και χρειάστηκε να φθάσει το κράτος σε κατάσταση ανέχειας για να ξεκινήσουν, ο κ. Γεωργιάδης παρατήρησε ότι στη χώρα μας οι αλλαγές γίνονται πάντα εκ των υστέρων και δεν γίνεται πρόβλεψη για το μέλλον.

Στη συνέχεια η συζήτηση στράφηκε στη σχέση του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα της υγείας και στους πόρους με τους οποίους μπορούν να εξοικονομηθούν πόροι για τη δημόσια υγεία ώστε να αναβαθμιστεί και ποιοτικά.

Σε ερώτηση του κοινού για τις διαδικασίες αξιολόγησης των διοικήσεων των νοσοκομείων και τις επιπτώσεις τους στη συνέχεια της διοίκησης των νοσοκομείων, ο κ. Γεωργιάδης απάντησε ότι έχει γίνει προσπάθεια για την τήρηση των κριτηρίων, ωστόσο οι νοοτροπίες αλλάζουν δύσκολα. Πρόσθεσε τέλος, ότι οι μεταρρυθμίσεις στην υγεία θα έπρεπε να έχουν γίνει με ταχύτερο ρυθμό, και επέριψε και ευθύνες στους συνδικαλιστές και στον λαό για τις αντιστάσεις που προέβλεπαν.

Κλείνοντας, οι συντονιστές με αφορμή σχόλιο από το κοινό, πως η υγεία αποτελεί κοινωνικό και δημόσιο αγαθό, διαπίστωσαν ότι όλοι, ομιλητής και συμμετέχοντες, συμφωνούν σε αυτό και ότι η υγεία ως τέτοιο αγαθό πρέπει να παρέχεται σε όλους.

ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ

Πτυχές της υγειονομικής μεταρρύθμισης

Aspects of health care reforms

Εναλλακτικές λύσεις εξοικονόμησης πόρων και αντιμετώπισης των ζητημάτων του υγειονομικού τομέα

Πρόεδροι: Άρης Σισσούρας, Γιάννης Μπολέτης

Ομιλητές: Howard Bailit, Patient Cost Sharing: Effective Strategies

Dennis Heffley, Using consumer incentives to control resource costs in a 'free' health care system

John Kyriopoulos, Elias Kyriopoulos & Tryfon Beazoglou, Healthcare services in Greece: Critical Issues and required reforms

Marina-Selini Katsaiti, Are natural resources bad for health?

Ο κύριος **Howard Bailit**, Επίτιμος Καθηγητής, Department of Community Medicine, School of Medicine, University of Connecticut Health Center, μίλησε για την πολιτική επιμερισμού του κόστους στον ασθενή και υποστήριξε ότι στο πλαίσιο των δραματικών περικοπών των προϋπολογισμών για την υγεία, είναι αναπόφευκτο να εξεταστεί η μέθοδος αυτή.

Ο κ. Bailit προσδιόρισε τον όρο «cost-sharing at the point-of-service» ως την πληρωμή από τον ασθενή τμήματος της παρεχόμενης σε αυτόν υπηρεσίας, στο σημείο όπου αυτή παρέχεται (ιατρείο, εργαστήριο κλπ.). Στη συνέχεια ανέφερε τις μεθόδους επιμερισμού του κόστους που ισχύουν στις ΗΠΑ: deductibles/ακάλυπτο ποσό, co-payments/συμπληρωμές, co-insurance/συνασφάλιση, maxima/υπηρεσίες εκλογής για τις οποίες ορίζεται ένα ποσό πέραν του οποίου ευθύνεται ο ασθενής & non-covered benefits/υπηρεσίες που δεν καλύπτονται σε καμία περίπτωση. Επιπλέον, υπάρχει μια οροφή για τις πληρωμές out-of-pocket για τα άτομα που υφίστανται «καταστροφικά γεγονότα» πέραν της οποίας λαμβάνουν δωρεάν περίθαλψη. Τέλος, η ιδιωτική ασφάλιση λειτουργεί συμπληρωματικά στην κοινωνική ασφάλιση ή στα προγράμματα των οργανισμών παροχής υγείας στις ΗΠΑ.

Οι στόχοι του επιμερισμού του κόστους είναι η χρηματοδότηση της περίθαλψης, η διασφάλιση της ίσης πρόσβασης στην περίθαλψη και η ενίσχυση της χρήσης των οικονομικά αποδοτικότερων υπηρεσιών. Επιπλέον, επιτυγχάνεται σημαντικός έλεγχος στο επίπεδο προσφοράς των υπηρεσιών, π.χ. της γεωγραφικής κατανομής τους, της χρήσης της τεχνολογίας, κλπ.

Στην Ευρώπη ο μέσος όρος των δαπανών που επιβαρύνουν απευθείας τον ασθενή είναι 13-17%, ενώ στην Ελλάδα το ποσοστό κυμαίνεται σε 40-50% των συνολικών δαπανών για την υγεία, δηλαδή πολύ υψηλότερο από τον μ.ό. των χωρών του ΟΟΣΑ. Ο κ. Bailit σχολίασε ότι το στοιχείο αυτό αποτελεί έναν περιορισμό του συστήματος στην Ελλάδα, καθώς δεν υπάρχει έλεγχος της επιβάρυνσης ως προς τις εισοδηματικές κατηγορίες, τις ασθένειες ή τις υπηρεσίες.

Αποτελέσματα ερευνών στις ΗΠΑ σχετικά με το cost-sharing έδειξαν ότι η εφαρμογή του μειώνει τη χρήση όλων των υπηρεσιών υγείας (αδιακρίτως αξίας), η χρήση κάποιων υπηρεσιών επηρεάζεται περισσότερο ανάλογα με την τιμή τους και άλλες είναι αλληλένδετες (π.χ. η μείωση της χρήσης φαρμάκων στη σχιζοφρένεια

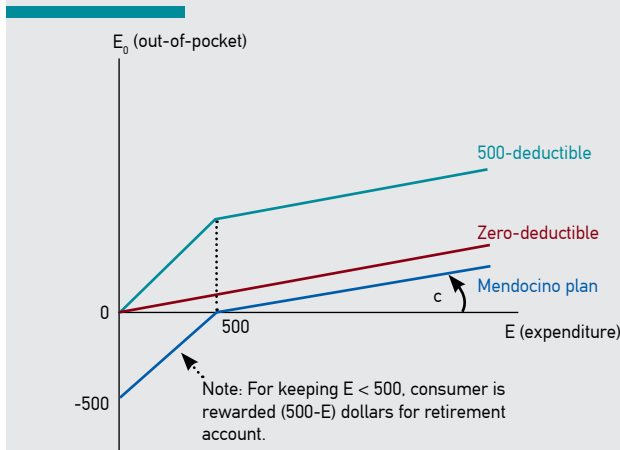
είναι αντιστρόφως ανάλογη με τις νοσηλείες). Ο αντίκτυπος του επιμερισμού κόστους στην υγεία είναι περιορισμένος για το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού (υψηλά και μεσαία εισοδήματα), αλλά είναι καθοριστικός για τους φτωχούς ασθενείς – σχετίζεται με αύξηση της θνητότητας κατά 10% σε άτομα με καρδιαγγειακά προβλήματα.

Για τον επιμερισμό του κόστους η ζήτηση είναι σημαντική: όσον αφορά την κατανομή του πληθυσμού, το 15% των ασθενών με σοβαρά προβλήματα υγείας απορροφούν το 80% των δαπανών. Στο συνολικό προϋπολογισμό, λοιπόν, της υγείας, το cost-sharing δεν μπορεί να λύσει το πρόβλημα ελέγχου των δαπανών: η διαχείριση της τεχνολογίας και των άλλων ζητημάτων προσφοράς υπηρεσιών υγείας είναι αυτή που μπορεί να εξοικονομήσει πόρους και αυτή η παρατήρηση έχει ιδιαίτερη σημασία για την Ελλάδα, σύμφωνα με τον κ. Bailit.

Σε ερώτηση του κοινού για το ποια είναι τα σημαντικότερα co-payments που πρέπει να παρακολουθεί ένα σύστημα υγείας, ο κ. Bailit απάντησε ότι πρέπει να υπάρχει σφαιρικός έλεγχος που μπορεί να επιτευχθεί μέσω μιας ηλεκτρονικής βάσης δεδομένων για την παρακολούθηση των συναλλαγών (co-payments ανά ασθενή, ιατρείο, νοσοκομείο κλπ.) και τη συνολική διαχείριση του συστήματος. Χωρίς αυτό το σύστημα, η εφαρμογή του cost-sharing δεν θα έχει αποτέλεσμα, τόνισε.

Ο κ. **Dennis Heffley**, Καθηγητής, Department of Economics, School of Liberal Arts and Sciences, University of Connecticut, στην ομιλία του «Αξιοποίηση κινήτρων για τον καταναλωτή με σκοπό τον έλεγχο του κόστους πόρων σε ένα "δωρεάν" σύστημα περίθαλψης» αναφέρθηκε σε ζητήματα που αφορούν το σύστημα υγείας των ΗΠΑ αλλά έχουν ενδιαφέρον και για την Ελλάδα, ξεκινώντας από κάποια δεδομένα που είναι κοινώς γνωστά: α) Δεν υπάρχει «δωρεάν» υγεία: το μηδενικό κόστος του συστήματος συνιστά μια διοικητική απόφαση, ενώ στην πραγματικότητα το σύστημα υγείας χρησιμοποιεί πόρους που έχουν κόστος (π.χ. απαιτούνται εργασία, υλικά, εξοπλισμός κλπ.) και είναι απαραίτητη η ανεύρεση χρηματοδότησής του. β) Από χώρα σε χώρα, ή και μεταξύ μικρότερων περιοχών, σε διαφορετικές χρονικές περιόδους, το κόστος της περίθαλψης διαφέρει σημαντικά. Αυτό αντανακλά διαφορετικά δημογραφικά χαρακτηριστικά, συνήθειες του πληθυσμού, εισοδήματα και επομένως δεν είναι σκόπιμο να ψάχνουμε για το «σωστό» κόστος. γ) Ένα «δωρεάν» σύστημα περίθαλψης δεν αναιρεί την ανάγκη για έλεγχο του

VISUAL COMPARISON OF INSURANCE PLANS



Σύγκριση ασφαλιστικών προγραμμάτων (Πρόγραμμα Mendocino έναντι κλασικού προγράμματος ασφάλισης).

κόστους, το αντίθετο, έχει αρνητικές επιπτώσεις στο σύστημα. δ) Η τιμή δεν είναι το μόνο μέσο για να επιτευχθεί ισοζύγιο προσφοράς και ζήτησης – πολλές φορές αυτό επιτυγχάνεται χάρη στα άλλα μέσα, π.χ. συν-ασφάλιση, κόστος χρόνου, ποιότητα, διάφορα ατομικά χαρακτηριστικά των ασθενών κλπ.

Μια παρατήρηση που προκύπτει από την παραπάνω ανάλυση σχετικά με το ελληνικό σύστημα είναι ότι αν και επίσημα το κόστος περίθαλψης είναι δωρεάν, αυτή στοιχίζει στον ασθενή χρόνο (μεγάλη αναμονή για περίθαλψη) και «παραπληρωμές», λόγω του ότι στην πραγματικότητα η περίθαλψη έχει κόστος. Επιπλέον, ο ομιλητής επισήμανε ότι δεν υπάρχει εύκολη λύση, με την παρούσα κατάσταση της οικονομίας στην Ελλάδα, για βελτίωση της ποιότητας της περίθαλψης, καθώς αυτή θα μείωνε την προσφορά και κατά συνέπεια θα επιδείνωνε τις υπάρχουσες ελλείψεις.

Εξετάζοντας εναλλακτικές προσεγγίσεις στον έλεγχο του κόστους της περίθαλψης, ο κ. Heffley παρουσίασε το πρόγραμμα «Mendocino» που εφαρμόστηκε τη δεκαετία 1970 σε επαρχία της Καλιφόρνιας, σχολιάζοντας ότι θα μπορούσε να εξεταστεί για εφαρμογή σε εθνικό επίπεδο στη χώρα μας. Το πρόγραμμα αυτό χρησιμοποιώντας τα ασφάλιστρα που κατέβαλαν οι εργαζόμενοι μιας επιχείρησης, τους προσέφερε κίνητρα ώστε να μειώσουν τη χρήση υπηρεσιών υγείας και να υιοθετήσουν πιο υγιεινό τρόπο ζωής χωρίς να θυσιάσουν την ασφαλιστική τους κάλυψη. Το πρόγραμμα λειτούργησε με επιτυχία για ένα διάστημα, στον αντίποδα των συμβατικών μεθόδων ασφάλισης οι οποίες αποδυναμώνουν το κίνητρο αποφυγής των κινδύνων (ηθικός κίνδυνος *ex ante*), ενώ ενισχύουν την υπερβολική χρήση της ασφάλισης σε περίπτωση ασθένειας (ηθικός κίνδυνος *ex post*).

Η εικόνα της ιατρικής περίθαλψης στην Ελλάδα σήμερα ήταν το θέμα που εξέτασαν ο καθηγητής **Γιάννης Κυριόπουλος**, ο **Ηλίας Κυριόπουλος** (Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας) και ο καθηγητής **Τρύφων Μπεαζόγλου** (University of Connecticut Health Center). Στους συνέδρους απευθύνθηκε ο κύριος Γιάννης Κυριόπουλος· αρχικά περιέγραψε το περιβάλλον στον υγειονομικό τομέα, όπου η οικονομική κρίση έχει σοβαρές επιπτώσεις, με αποτέλεσμα η χώρα να βιώνει την σπανιότητα των πόρων και να απαιτούνται πειστικά αλλαγές με σκοπό

τη βελτίωση της αποδοτικότητας και της ισότητας του συστήματος. Στη συνέχεια ανέλυσε τα βασικά προβλήματα του συστήματος (βλ. διαγράμματα).

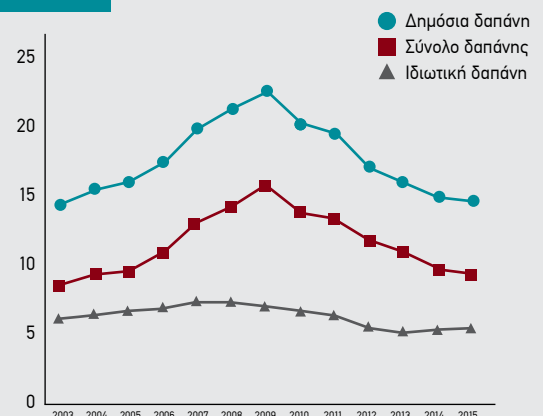
Οι επιπτώσεις της υπερβάλλουσας ζήτησης νοσοκομειακής περίθαλψης, που προκύπτει από τα αριθμητικά στοιχεία, είναι ο μεγάλος χρόνος αναμονής για υπηρεσίες, εκτεταμένες παράπλευρες πληρωμές εις βάρος των οικογενειακών προϋπολογισμών, ανεπαρκής εξοπλισμός και προμήθειες, άνιση πρόσβαση και ποιότητα υπηρεσιών, και ενίσχυση του ενδημικού στη χώρα μας πατερναλισμού του συστήματος.

Ο κ. Κυριόπουλος ανέφερε τρεις εκδοχές μεταρρυθμίσεων και προέκρινε την τελευταία: την εφαρμογή διαρθρωτικών αλλαγών με σκοπό την «αλλαγή παραδείγματος» και επίκεντρο την πρωτοβάθμια φροντίδα και τη δημόσια υγεία· παράλληλα, την κάλυψη του συνόλου του πληθυσμού, την παροχή κινήτρων για τη βέλτιστη χρήση των υπηρεσιών υγείας, τον περιορισμό του πατερναλισμού και τη διεύρυνση των επιλογών των καταναλωτών. Στη συνέχεια ανέλυσε τα βήματα για την εφαρμογή των απαιτούμενων μεταρρυθμίσεων, τονίζοντας ότι θα πρέπει να είναι μεγάλης έκτασης, διαρθρωτικού χαρακτήρα και να αντιμετωπιστούν σε βάθος χρόνου. Με-ρικές από τις μεταρρυθμίσεις που πρότείνει:

- δημιουργία ανεξάρτητης επιτροπής με σκοπό την ολοκλήρωση του υγειονομικού συστήματος δημόσιου, κοινωνικού και ιδιωτικού τομέα και την άσκηση πολιτικής, ιδιαίτερα ως προς την ιδιωτική δαπάνη υγείας,
- προσδιορισμός συνολικού σφαιρικού προϋπολογισμού, λαμβάνοντας υπ' όψιν την ιδιότυπη κατανομή των πηγών χρηματοδότησης στην Ελλάδα,
- προτεραιοποίηση των καλυπτομένων υπηρεσιών με δεδομένο τους σπάνιους πόρους,
- προσδιορισμός επιπέδου φτώχειας ώστε να έχουν και οι φτωχοί ίση πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας,
- ορισμός αναλογικής κλίμακας εισοδήματος σε σχέση με το όριο της φτώχειας.

ΒΑΣΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ

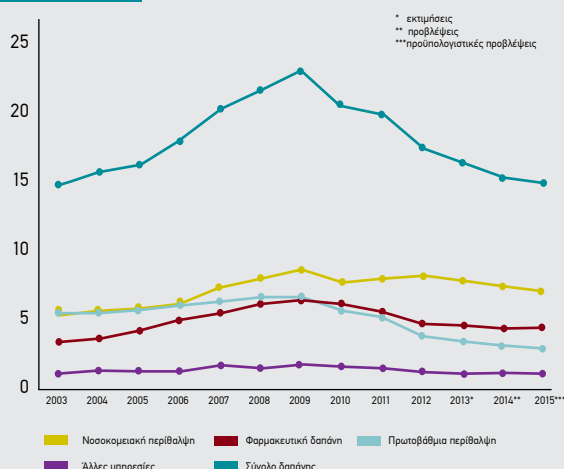
Εξέλιξη της δαπάνης υγείας 2003-2015



Η εξέλιξη της δαπάνης για την υγεία το διάστημα 2003-2015 είναι στο σύνολό της πτωτική, εξαιτίας της δημόσιας δαπάνης, καθώς η ιδιωτική παραμένει σταθερή.

ΒΑΣΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ

Εξέλιξη της δαπάνης υγείας κατά είδος 2003-2015



Η Ελλάδα εμφανίζεται «πρωταθλήτρια σε ένα υπερ-νοσοκομειακό σύστημα» με την κατά κεφαλήν νοσοκομειακή δαπάνη να αγγίζει το 47% (έναντι 33% στις χώρες του ΟΟΣΑ). Αντίθετα παρουσιάζεται κατάρρευση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, παρά το ότι ο στόχος της πολιτικής για την υγεία ήταν ο αντίστροφος.

Τα τελευταία σημεία αναλύθηκαν σε σχέση με τον προϋπολογισμό, και με βάση τα στοιχεία αυτά προτάθηκε μια αναδιανομή των πόρων από τις διαφορετικές πηγές χρηματοδότησης του συστήματος αναλογικά, με βάση τις κλίμακες εισοδήματος. Ο κ. Κυριόπουλος υποστήριξε ότι πρέπει να υπάρχει πλήρης υγειονομική κάλυψη των ανασφάλιστων, σχολιάζοντας ότι πρόκειται για μια πολιτική απόφαση.

Για την υλοποίηση των μεταρρυθμίσεων επισημάνθηκε η ανάγκη δημιουργίας στατιστικών σειρών παρακολούθησης και αξιολόγησης της περίθαλψης –για να γνωρίζει η κεντρική διοίκηση τη συνολική εικόνα–, καθώς και τεχνικών προσαρμογών και πολιτικών τροποποιήσεων, πλήρους διαφάνειας στη διοίκηση και τη διαχείριση.

Οι μεταρρυθμίσεις αυτές αναμένεται να βελτιώσουν την ισότητα και τη δίκαιη κατανομή των βαρών (μέσω της αναλογικής κλίμακας), την απόδοση και τον καταμερισμό των πόρων (μέσω του ελεγχόμενου εσωτερικού ανταγωνισμού – έλεγχος από τους πολίτες), να

βελτιώσουν την κλινική ποιότητα μέσω του ανταγωνισμού, να μειώσουν το κόστος του χρόνου αναμονής, τις παράτυπες πληρωμές και να αυξήσουν τη δυνατότητα επιλογών.

Το συμπέρασμα στο οποίο κατέληξε ο κ. Κυριόπουλος ήταν ότι χρειάζεται ένα μείγμα εργαλείων και τεχνικών παρεμβάσεων για να υποστηρίξουν ριζοσπαστικές δι-αρθρωτικές αλλαγές στην ατελή αγορά του υγειονομικού τομέα. Δηλαδή, εφαρμογή του υποδείγματος βάσει του «παιγνίου μηδενικού αθροίσματος»: ό,τι πληρώνουν τα ανώτερα οικονομικά στρώματα μέσω των ιδιωτικών πληρωμών, να εντάσσεται στο σύστημα ώστε να ωφελούνται οι φτωχοί, επ' ωφελεία της κοινωνικής συνοχής και της παραγωγικής διαδικασίας. Για να γίνει αυτό χρειάζεται ένα νέο μοντέλο, με θεμέλιο την πρωτοβάθμια φροντίδα και όλοι οι πόροι να κατευθυνθούν σε αυτή. Κατά συνέπεια απαιτείται περιορισμός του νοσοκομειακού & τεχνολογικού τομέα. Έτσι θα έχουμε ένα σύστημα προσιτό, δίκαιο και αποτελεσματικό, βάσει των αρχών της ισότητας και της ελευθερίας.

Ο κ. Χρήστος Λιονής, σχολιάζοντας τις παρεμβάσεις που εισηγήθηκε ο κ. Κυριόπουλος για τους φτωχούς, πρότεινε να αντιμετωπίζονται στη χώρα μας όχι μόνο βάσει της «ορθόδοξης», αλλά και βάσει της «προτε-σταντικής» προσέγγισης. Ιδιαίτερα για τους ανασφάλιστους που έχουν τη δυνατότητα να εργαστούν, να δοθεί η δυνατότητα από τους επαγγελματίες υγείας για «self-management» (αυτοδιαχείριση), να ελέγχουν δηλ. την υγεία τους και όχι να είναι παθητικοί μέτοχοι στις υπηρεσίες υγείας. Επίσης, να ενθαρρυνθεί η απασχόληση με οποιαδήποτε μορφή εργασίας. Να κατακτήσουμε έτσι, αυτό που υποστηρίζεται στην Ευρώπη, ότι η υγεία δεν είναι το άθροισμα που υποστηρίζει ο Π.Ο.Υ., αλλά η ικανότητα αυτοδιαχείρισης και αυτοφροντίδας.

Το θέμα που εξετάζει στην παρουσίασή της με τίτλο «Are natural resources bad for health?» η κ. Marina-Selini Katsaiti, Department of Economics and Finance, College of Business and Economics, United Arab Emirates University, είναι ο αντίκτυπος που έχει ο πλούτος από πρώτες ύλες στις δαπάνες και στις εκβάσεις στην υγεία του πληθυσμού.

Η ομιλήτρια αναφέρθηκε σε μερικούς κοινούς τόπους, όπως, ότι: «πλουσιότερος σημαίνει υγιέστερος», χώρες με αφθονία σε πρώτες ύλες μπορούν να επενδύσουν το υψηλό τους εισόδημα στην υγειονομική περίθαλψη, και ότι ειδικότερα οι χώρες που εξαρτώνται από μη ανανεώσιμες πρώτες ύλες πρέπει να έχουν έναν μακροπρόθεσμο προγραμματισμό για την επένδυση των εισοδημάτων τους στο ανθρώπινο κεφάλαιο.

RESOURCE DEPENDENCE AND HEALTHCARE QUANTITY AND HEALTH STATUS (SUMMARY OF CORE RESULTS)

Health measure	Type of resources		
	Hydrocarbon	Mineral	Agricultural
Per capita health spending	--	Increase	Increase
Public spending % GDP	Reduce	Increase	Increase
Life expectancy	--	--	Improve
Diabetes rates	Improve	--	Improve
Obesity (BMI)	Improve	--	--

Note: Based on the marginal effect estimates of resources on various health measures in highly resource dependent countries. (--) denotes insignificant

Συνοπτικά ευρήματα: Συσχέτιση της εξάρτησης από πόρους και της ποσότητας παρεχόμενης υγειονομικής περίθαλψης και της κατάστασης της υγείας του πληθυσμού σε χώρες πλούσιες σε πρώτες ύλες.

Ωστόσο, παρατηρείται ότι χώρες με υψηλή εξάρτηση από ορυκτές πρώτες ύλες, έχουν υψηλά ποσοστά φτώχειας, χαμηλό προσδόκιμο ζωής, υψηλή νεογνική θνησιμότητα και η κατάσταση της υγείας είναι χειρότερη συγκριτικά με χώρες παρόμοιου εισοδήματος.

Το ερώτημα που έθεσαν οι ερευνητές της μελέτης, είπε η κ. Katsaiti, ήταν, πώς ενώ υπάρχουν μεγάλα εισοδήματα από τις πρώτες ύλες, το προσδόκιμο ζωής στις χώρες αυτές είναι χαμηλό; Επίσης, το κατά πόσο ισχύει η αρνητική συσχέτιση μεταξύ εσόδων από πρώτες ύλες και δαπάνες για την υγεία / εκβάσεις της υγείας, αν ληφθούν υπ' όψιν ιστορικά και γεωγραφικά χαρακτηριστικά.

Οι ερευνητές μελέτησαν τα παραπάνω στοιχεία βάσει δύο παραμέτρων: τη βελτίωση του προσδόκιμου ζωής & την κατάσταση των χρόνιων νοσημάτων. Στο δείγμα 118 χωρών που ερευνήθηκε, τις κατηγοριοποίησαν ανάλογα

με την προέλευση των πρώτων υλών: αγροτική παραγωγή, υδρογονάνθρακες, ορυκτά.

Ενώ οι δαπάνες για την υγεία (κατά κεφαλήν και σε ποσοστό του ΑΕΠ) αυξάνονται στις χώρες με υψηλά εισοδήματα από υδρογονάνθρακες, το αποτέλεσμα στους δείκτες της υγείας είναι μηδενικό, ενώ στις χώρες με αγροτική παραγωγή υπάρχει βελτίωση αναλογικά με τα εισοδήματα. Δηλαδή, η αρχική υπόθεση αρνητικής συσχέτισης δεν επαληθεύτηκε, ωστόσο, η μελέτη διαπίστωσε ότι τα υψηλά εισοδήματα στις χώρες που ερευνήθηκαν μπορεί να οδηγήσουν σε βελτίωση της κατάστασης της υγείας του πληθυσμού. Η κ. Katsaiti σχολίασε ότι οι υπεύθυνοι για τη λήψη αποφάσεων θα πρέπει να προβληματιστούν με τα παραπάνω αποτελέσματα και γενικότερα να ελέγχουν την αποδοτικότητα των δαπανών για την υγειονομική περίθαλψη.

ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ

Προκλήσεις του management στο νέο πρότυπο του μείγματος δημοσίου και ιδιωτικού τομέα υγείας: Η νέα αγορά υπηρεσιών υγείας μετά τον ΕΟΠΥΥ

Αναδιάρθρωση και συνεργασία με στόχο την ανάπτυξη

Πρόεδροι: Άρης Σισσούρας, Ανδρέας Καρταπάνης

Ομιλητές: Απόστολος Λέτσιος, Η περίπτωση του δημόσιου νοσοκομείου

Χρήστος Ζηλίδης, Η περίπτωση του αποκεντρωμένου περιφερειακού συστήματος υγείας

Βασίλης Μπαρδής, Προσαρμογές του management στον ιδιωτικό τομέα

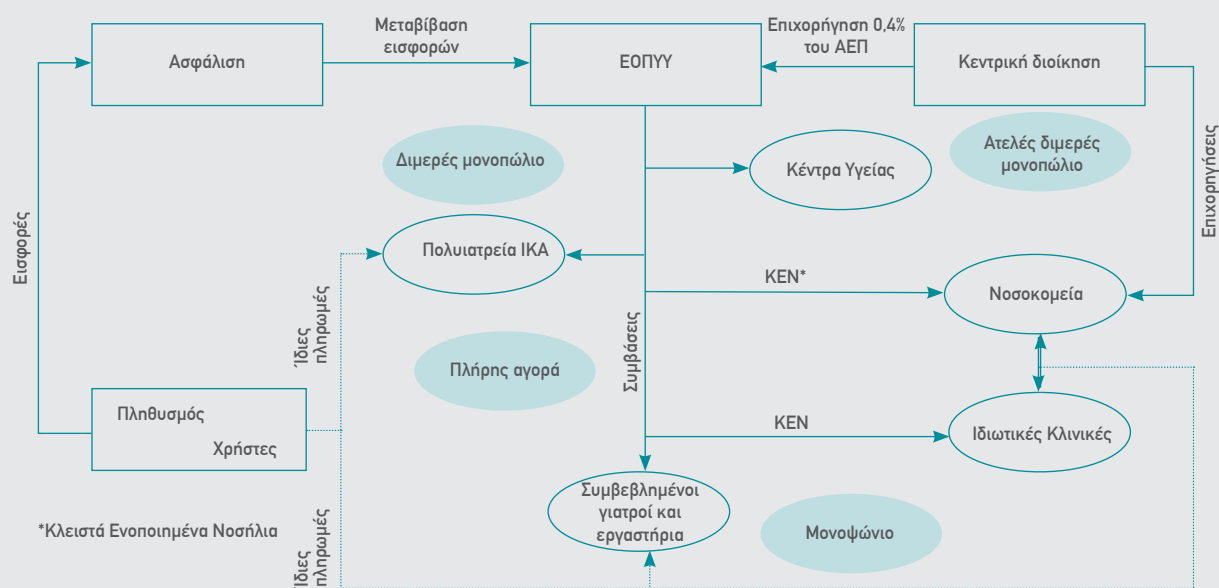
Δημήτρης Κοντός, Ο ΕΟΠΥΥ ως ο κεντρικός ρυθμιστικός παράγοντας στη διαχείριση του νέου προτύπου του μείγματος δημοσίου και ιδιωτικού τομέα

Προλογίζοντας τους ομιλητές, ο κ. **Άρης Σισσούρας**, Ομότιμος Καθηγητής στο Πανεπιστήμιο Πατρών, παρουσίασε συνοπτικά τη διάρθρωση του συστήματος υγείας και τη μορφή της αγοράς υπηρεσιών υγείας μετά τη δημιουργία και λειτουργία του ΕΟΠΥΥ και αναφέρθηκε στις προκλήσεις που η καινούργια αυτή πλατφόρμα παροχής υπηρεσιών υγείας δημιουργεί για το management. Η συνεργασία δημόσιου και ιδιωτικού τομέα είναι απαραίτητη, τόνισε, το ζήτημα ωστόσο είναι η σωστή και

ορθολογική διαχείρισή του, στην οποία ο ΕΟΠΥΥ κατέχει θέση-κλειδί μεταξύ των παρόχων.

Ο κ. **Απόστολος Λέτσιος**, Διοικητής του Γενικού Νοσοκομείου Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας», ξεκίνησε την ομιλία του τονίζοντας ότι ένα από τα πλέον φλέγοντα ζητήματα στο χώρο της υγείας σήμερα είναι το θέμα των δημοσίων παρόχων υπηρεσιών υγείας, των δημοσίων νοσοκομείων. Είναι αναγκαία, συνέχισε ο ομιλητής, η αναθεώρηση των στρατηγικών και των μεθόδων management

Η ΜΟΡΦΗ ΤΗΣ ΑΓΟΡΑΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕΤΑ ΤΟΝ ΕΟΠΥΥ



Πηγή: Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Αναδιοργάνωση του δικτύου παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, www.esdy.edu.gr/default.aspx?page=toy_meletes_toy, 2012

Το σύστημα υγείας και η αγορά υπηρεσιών υγείας όπως διαμορφώνονται μετά τη δημιουργία & λειτουργία του ΕΟΠΥΥ δημιουργούν προκλήσεις για τη διοίκηση ιδιωτικού & δημόσιου τομέα.

έτσι ώστε να αντιμετωπισθούν οι σημερινές αντινομίες του συστήματος, καθώς και η εισαγωγή εργαλείων τύπου «κίνητρα-αντικίνητρα» για την άρση των στρεβλώσεων που επικρατούν στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (ανισότητα, προσβασιμότητα, ποιότητα υπηρεσιών). Καμία αναδιάρθρωση ωστόσο δεν μπορεί να είναι αποτελεσματική, εάν το κέντρο του ενδιαφέροντός μας δεν είναι το δημόσιο νοσοκομείο, το οποίο θα πρέπει να προσφέρει υψηλού επιπέδου υπηρεσίες και να γίνει ανταγωνιστικό.

Οι διοικήσεις των δημόσιων νοσοκομείων καλούνται σήμερα να αντιμετωπίσουν σοβαρά θεσμικά, διαρθρωτικά και λειτουργικά προβλήματα. Πρόκληση και αναγκαιότητα για τις διοικήσεις των νοσοκομείων είναι να προσπαθήσουν να αντιμετωπίσουν τα χρόνια αυτά προβλήματα με την εφαρμογή μεθόδων διαχείρισης ποιότητας (quality management) στον νοσοκομειακό χώρο, οι οποίες θα διασφαλίζουν ότι οι παρεχόμενες υπηρεσίες πληρούν συγκεκριμένες προδιαγραφές και καλύπτουν τις διαρκώς μεταβαλλόμενες ανάγκες των ασθενών. Στο πλαίσιο αυτό, απαιτούνται «νέες» μέθοδοι λειτουργίας των νοσοκομείων που θα επιτυγχάνουν συγχρόνως τρεις επιμέρους στόχους: βιωσιμότητα, προσβασιμότητα και ποιότητα.

Η σημερινή εικόνα των δημόσιων νοσοκομείων είναι ανάγκη να αναμορφωθεί με έναν τρόπο συστηματικό και καινοτόμο, τόνισε ο ομιλητής. Για να μπούμε στον σωστό δρόμο για τη βελτίωση της ποιότητας απαιτείται η ενεργός συμμετοχή όλων των ειδικοτήτων του νοσοκομειακού προσωπικού. Το νέο μοντέλο διοίκησης νοσοκομείων πρέπει να είναι «από κάτω προς τα πάνω», δηλαδή να μην λέει η διοίκηση στο προσωπικό πώς να βελτιώσει τη δουλειά του, αλλά το αντίστροφο, επισημά- νει ο κ. Λέτσιος.

Τα μεθοδολογικά εργαλεία που θα χρησιμοποιηθούν για την υλοποίηση του έργου αυτού περιλαμβάνουν την καταγραφή και τον εντοπισμό των εργασιών που έχουν προστιθέμενη αξία για τους ασθενείς, τη δημιουργία συστημάτων επικοινωνίας του προσωπικού, καθώς και την εφαρμογή μεθόδων 5-Steps και Lean (εξάλειψη

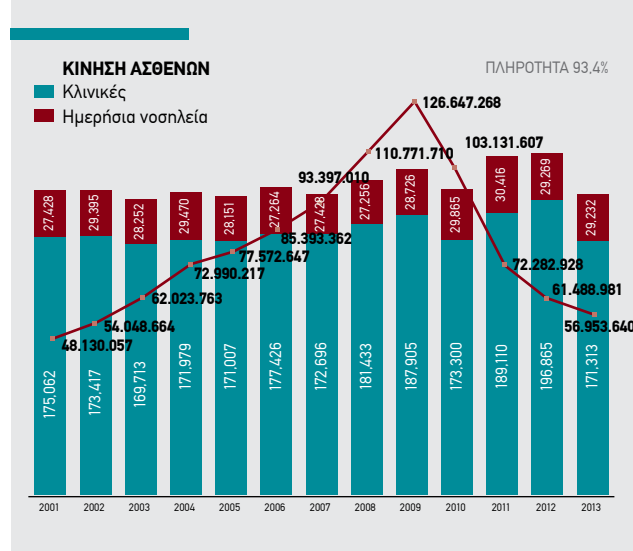
αχρήστων) για την αναδιοργάνωση βασικών μονάδων του νοσοκομείου. Η εφαρμογή της μεθόδου Lean στην εφοδιαστική αλυσίδα του Γενικού Νοσοκομείου Πατρών, κατέληξε ο ομιλητής, είχε θεαματικά αποτελέσματα, τα οποία δείχνουν ότι η εφαρμογή νέων μεθόδων οργάνωσης και λειτουργίας μπορεί να οδηγήσει σε σημαντικές βελτιώσεις, υπό την προϋπόθεση ότι θα υπάρχει ενεργός συμμετοχή όλου του προσωπικού και το υπάρχον θεσμικό πλαίσιο θα αναμορφωθεί στην κατεύθυνση της διεύρυνσης της αυτονομίας των Διοικήσεων των Νοσοκομείων.

Μετά την ομιλία του κ. Λέτσιου, τέθηκαν ερωτήσεις από το ακροατήριο. Στην ερώτηση σε ποιο βαθμό μπορεί το δημόσιο νοσοκομείο να κάνει άνοιγμα προς τα έξω, προς τον ιδιωτικό τομέα, ο κ. **Καρταπάνης**, Γενικός Διευθυντής του Ομίλου «Υγεία», απάντησε ότι το βασικό πρόβλημα στη χώρα μας είναι ότι η κυβέρνηση δεν ενέταξε ποτέ τον ιδιωτικό τομέα στο ΕΣΥ, το έβλεπε πάντα σαν κάτι «διαφορετικό», παρά το γεγονός ότι σύμφωνα με τα στοιχεία καλύπτει 45% της πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης. Το δημόσιο νοσοκομείο δεν μπορεί να κάνει κανένα άνοιγμα προς τα έξω μόνο του, υπογράμμισε ο κ. Καρταπάνης, καθώς τα πάντα εξαρτώνται από την κεντρική διοίκηση.

Η επόμενη ερώτηση που τέθηκε ήταν αν θα υπάρξουν συνέπειες για τα στελέχη προμηθειών δημόσιων νοσοκομείων που πραγματοποίησαν στο παρελθόν άχρηστες αγορές και ποιες θα είναι αυτές. Στην ερώτηση απάντησε ο κ. Λέτσιος, αναφέροντας ότι στις διαδικασίες αυτές δεν εμπλέκεται ένα μόνο γραφείο προμηθειών, το οποίο είναι μόνο ένας κρίκος στην αλυσίδα. Η διαδικασία ξεκινάει από το διαμορφωτή της δαπάνης, τον χρήστη, τον γιατρό και καταλήγει στη διοίκηση, περνώντας από όλα τα τμήματα, χωρίς να υπάρχει έλεγχος, διαφάνεια, επικοινωνία. Δυστυχώς, η εφοδιαστική αλυσίδα είναι χρονοβόρα και παράγει μεγάλα στοκ, κατέληξε ο κ. Λέτσιος.

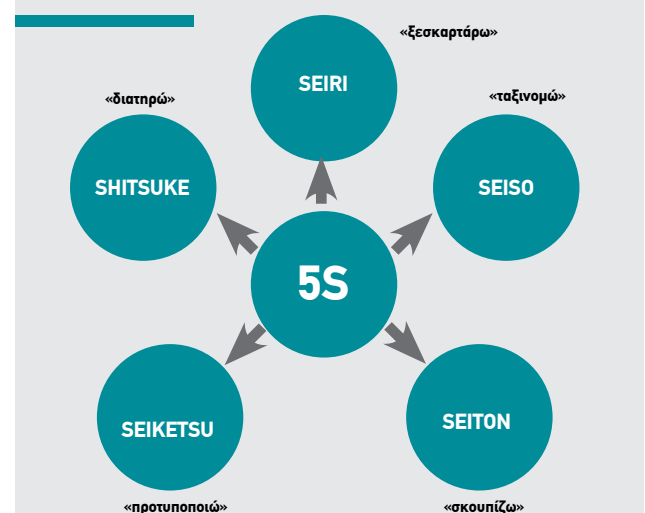
Ο κ. **Χρήστος Ζηλίδης**, Καθηγητής Κοινωνικής Ιατρικής και Επιδημιολογίας στο ΤΕΙ Θεσσαλίας, αναφέρθηκε στον ρόλο των περιφερειακών διοικήσεων υγείας στην αγορά υπηρεσιών υγείας. Η αγορά υγείας είναι

ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ ΔΑΠΑΝΩΝ ΣΤΟ ΠΓΝΠ



Το γενικό σύνολο των δαπανών στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών.

ΕΠΕΞΗΓΗΣΗ ΤΗΣ ΜΕΘΟΔΟΥ ΤΩΝ 5 ΒΗΜΑΤΩΝ



Η μέθοδος των πέντε βημάτων & εξάλειψης αχρήστων.

δυναμική, τόνισε ο κ. Ζηλίδης, με έναν ανυπέρβλητο φραγμό μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα. Η μόνη θύρα επικοινωνίας είναι μέσω της κοινωνικής ασφάλισης, η οποία συνάπτει συμβάσεις με τον ιδιωτικό τομέα, η φύση ωστόσο των συμβάσεων αυτών δεν επιφέρει καμία συνεργασία και συντονισμό του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα. Αποτέλεσμα αυτής της έλλειψης συνεργασίας είναι ότι ο ιδιωτικός τομέας δεν εντάσσεται με κάποιο συγκεκριμένο ρόλο στη συνολική εθνική στρατηγική υγείας, παρά το γεγονός ότι αναπτύσσεται συνεχώς. Στην πραγματικότητα, υπογράμμισε ο ομιλητής, η Ελλάδα έχει σήμερα το υψηλότερο ποσοστό ιδιωτικών δαπανών στον ευρωπαϊκό χώρο και ένα από τα υψηλότερα παγκοσμίως, με ποσοστό σχεδόν 34% καταγεγραμμένων ιδιωτικών δαπανών, το οποίο μάλιστα στην πρωτοβάθμια φροντίδα φθάνει στο απίστευτο 62%.

Το Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας που ιδρύθηκε το 2014, επιχειρεί να αντιμετωπίσει το πρόβλημα της έλλειψης συνεργασίας δημόσιου και ιδιωτικού τομέα, καθιερώνοντας ένα πλαίσιο ενιαίου συντονισμού δημόσιου και συμβεβλημένου ιδιωτικού τομέα, όπου οι ΔΥΠΕ αναλαμβάνουν ρόλο στον σχεδιασμό, την ανάπτυξη, τη διοίκηση, τον συντονισμό και την αξιολόγηση των τοπικών δικτύων ΠΦΥ. Με τον νόμο αυτό, επισήμανε ο κ. Ζηλίδης, θεσμοθετείται για πρώτη φορά ενιαίος συντονισμός και ενιαία διοίκηση δημόσιων και ιδιωτικών μονάδων στο πλαίσιο του ΕΣΥ. Βασικός στόχος του νέου μοντέλου είναι η συμπληρωματικότητα στην κάλυψη των αναγκών υγείας του πληθυσμού. Οι απαραίτητες προϋποθέσεις για να λειτουργήσει, είναι (α) η περιφερειακή εκτίμηση των αναγκών, (β) ο σχεδιασμός για την κάλυψη αυτών των αναγκών, (γ) η σύναψη συμβάσεων με βάση τον σχεδιασμό και επιπλέον, (δ) η περιφερειακή κατανομή των πόρων με βάση τις ανάγκες, (ε) η περιφερειακή διαχείριση των πόρων, (ε) ένα σύστημα ποιότητας και σύστημα αξιολόγησης των αποτελεσμάτων, καθώς και (στ) ελεγκτικός μηχανισμός και μηχανισμός κυρώσεων, ώστε να εξασφαλιστεί η λειτουργία του συστήματος σύμφωνα με τις προδιαγραφές.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΤΟ 2011 ΣΕ ΠΟΣΟΣΤΟ ΤΟΥ ΑΕΠ

	Εκατ. ευρώ	(%)	(%) ΑΕΠ
Δημόσιες	12.419,6	66,1	5,96%
Ιδιωτικές	6.360,5	33,9	3,05%
ΣΥΝΟΛΟ	18.780,1	100	9,01%

ΠΙΝΑΚΑΣ 2. ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΤΟ 2011 ΑΝΑ ΤΟΜΕΑ

	Δημόσιες	Ιδιωτικές	Σύνολο
Νοσοκομειακή	5736,0	1696,3	7432,3
(%)	77,2	22,8	
Εξωνοσοκομειακή	1830,6	3008,8	4839,4
(%)	37,8	62,2	
Φάρμακα και υλικά	4288,6	1543,4	5832,0
(%)	73,5	26,5	
Λοιπά	564,4	112,0	676,4
(%)	83,4	16,6	
ΣΥΝΟΛΟ	12.419,6	6.360,5	18.780,1
(%)	66,1	33,9	

Στη σημερινή πραγματικότητα ωστόσο, με το σύνολο των ρυθμίσεων αυτών, το δημόσιο σύστημα μαζί με τον συμβεβλημένο ιδιωτικό τομέα καλύπτει μόλις το 37,8% των πόρων για την ΠΦΥ και το 77,8% των πόρων για τη νοσοκομειακή φροντίδα υγείας. Καθώς δεν είναι δυνατόν, κατέληξε ο κ. Ζηλίδης, να μείνει εκτός πολιτικού σχεδιασμού το 62,2% των πόρων για την ΠΦΥ που καλύπτονται από την αμιγώς ιδιωτική αγορά υπηρεσιών υγείας πρέπει να αρχίσουμε πλέον να σκεφτόμαστε μια πολιτική υγείας που θα συμπεριλαμβάνει στον σχεδιασμό της και μια πολιτική «ρύθμισης» της αγοράς, έτσι ώστε να εξυπηρετεί αποτελεσματικότερα και αποδοτικότερα τις ανάγκες υγείας, κατά τρόπο συμπληρωματικό με τον δημόσιο τομέα.

Κάνοντας ένα σύντομο σχόλιο στην ομιλία του κ. Ζηλίδης, ο κ. Σισσούρας υπογράμμισε τη σημασία της μέτρησης των περιφερειακών αναγκών υγείας. Είμαστε η μόνη σχεδόν χώρα που δεν μετρά το υγειονομικό προφίλ της περιφέρειας, ανέφερε ο κ. Σισσούρας, ωστόσο η μέτρηση αυτή θα επέτρεπε την ορθολογική κατανομή των πόρων με βάση τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού.

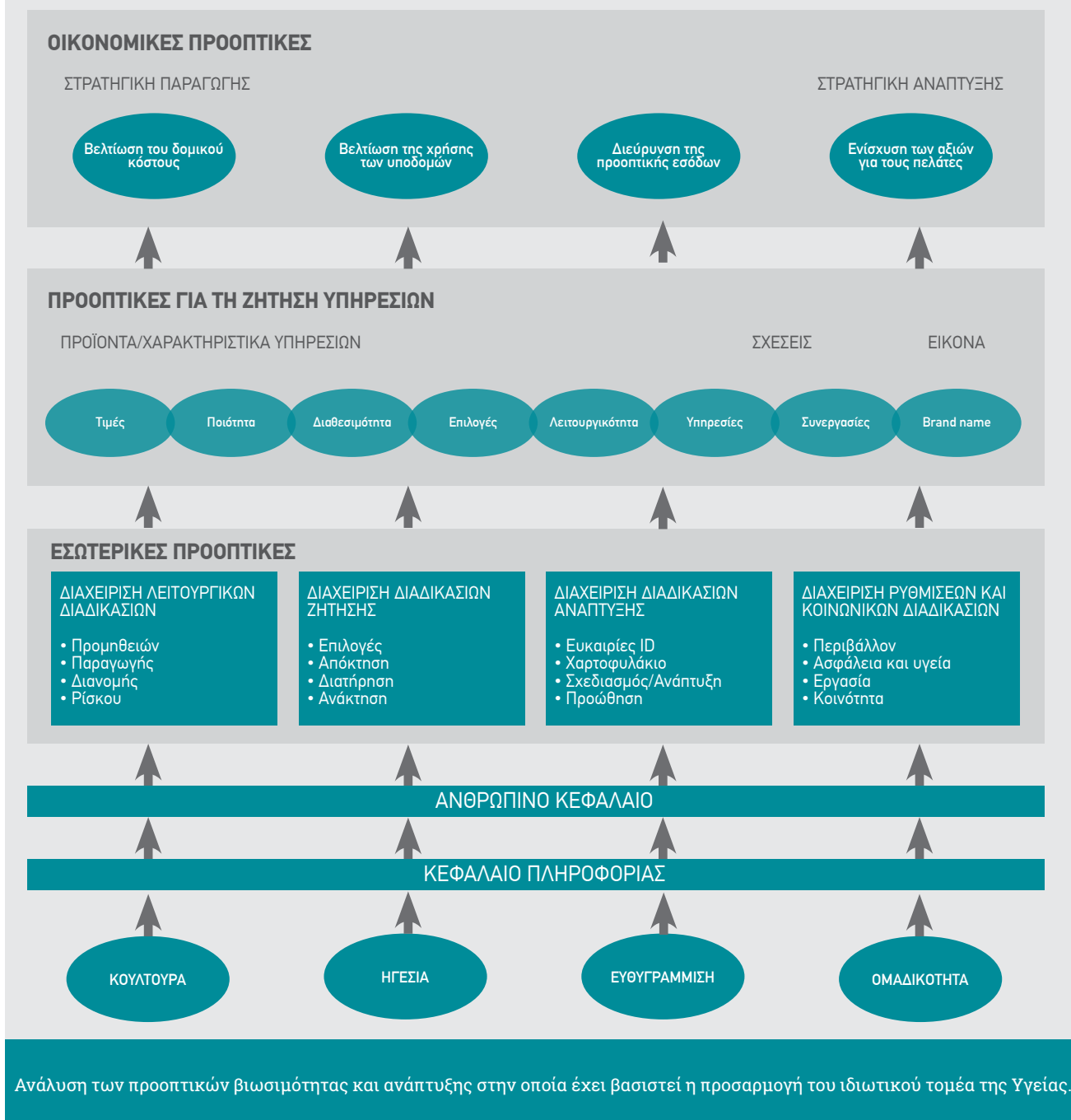
Ο κ. **Βασίλης Μπαρδής**, Γενικός Επιχειρησιακός και Διοικητικός Διευθυντής του Ομίλου Ιατρικών Αθηνών και Πρόεδρος ΣΕΚ, τονίζοντας ότι ο ιδιωτικός τομέας λειτουργεί συμπληρωματικά κι όχι ανταγωνιστικά με τον δημόσιο τομέα, ανέλυσε τους βασικούς λόγους αναγκαιότητας προσαρμογής του ιδιωτικού τομέα, τα κύρια σημεία της προσαρμογής αυτής, καθώς και τις προοπτικές βιωσιμότητας και ανάπτυξης.

Ο ιδιωτικός τομέας, επισήμανε ο κ. Μπαρδής, χαιρέτισε εξ αρχής ανοιχτά τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ, καθώς και τα ΚΕΝ και μάλιστα ζήτησε να ισχύσει η νομοθεσία των ΚΕΝ και για τον ιδιωτικό τομέα, κάτι που δεν έγινε. Οι εφαρμογές και οι στόχοι στον δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα είναι ίδιοι, συνέχισε, με τη μεγάλη διαφορά ότι στον ιδιωτικό τομέα δεν υπάρχει ο χρόνος, η πολυτέλεια να λαμβάνονται αποφάσεις καθυστερημένα όταν η κατάσταση είναι εκρηκτική. Οι βασικοί λόγοι της αναγκαιότητας άμεσης προσαρμογής του ιδιωτικού τομέα ήταν η διαθεσιμότητα των ιδιωτικών και των δημόσιων πληρωμών, η διαφοροποίηση του φορολογικού συστήματος, η διαφοροποίηση των διαδικασιών του τραπεζικού συστήματος αλλά και της κοινωνικής ασφάλισης, και η μη προσαρμογή του νομικού πλαισίου. Κύρια σημεία της προσαρμογής του ιδιωτικού τομέα ήταν ο επιχειρησιακός προγραμματισμός με αξιολόγηση του εξωτερικού περιβάλλοντος, ο οργανωτικός επανασχεδιασμός της δομής και των παρεχόμενων υπηρεσιών, η ανάπτυξη μεθόδων κοστολόγησης και τιμολόγησης των παρεχόμενων υπηρεσιών και οι διαδικασίες εσωτερικού ελέγχου.

Υπογραμμίζοντας τις δυσκολίες που συνάντησε ο ιδιωτικός τομέας κατά την προσαρμογή του και αναλύοντας τις προοπτικές του, ο κ. Μπαρδής τόνισε ότι ακόμη και να πετύχεις τη βιωσιμότητα, αν δεν δημιουργήσεις προϋποθέσεις ανάπτυξης δεν έχεις μέλλον. Ευτυχώς, πρόσθεσε, η υπάρχουσα τεχνογνωσία και οι μελέτες βοήθησαν τον ιδιωτικό τομέα να δει με ποιον τρόπο μπορεί να κάνει τις κοστολογήσεις του και να αναπτύξει σενάρια και διαδικασίες τιμολογιακής πολιτικής.

Ο ιδιωτικός τομέας, κατέληξε ο ομιλητής, αντέδρασε άμεσα και θετικά στη διαμορφούμενη κατάσταση προσαρμοζόμενος επιτυχώς στις νέες και διαφορετικές συνθήκες, κάτι που αποδεικνύεται από τη μέχρι σήμερα βιωσιμότητά του, χρησιμοποίησε το σύγχρονο

ΑΝΑΛΥΣΗ ΠΡΟΟΠΤΙΚΩΝ ΒΙΩΣΙΜΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ



management και εκδήλωσε αναπτυξιακή εξωστρέφεια, με αποτέλεσμα τη διατήρηση των θέσεων εργασίας, και δημιούργησε την απαιτούμενη οικονομική ισορροπία εσόδων-δαπανών σε ένα δύσκολο κλίμα, που ενδεχομένως θα ήταν πολύ καλύτερο αν ο δημόσιος τομέας είχε λάβει τα ίδια αυτά μέτρα.

Τέλος, ο κ. **Δημήτρης Κοντός**, Πρόεδρος του ΕΟΠΥΥ, αναφέρθηκε στον ρυθμιστικό ρόλο που έχει ο ΕΟΠΥΥ στη διαχείριση του νέου προτύπου του μείγματος δημόσιου και ιδιωτικού τομέα. Ο ρόλος του ΕΟΠΥΥ στο νέο περιβάλλον υπηρεσιών υγείας, δήλωσε ο κ. Κοντός, είναι σημαντικός και κρίσιμος, καθώς αποτελεί τον έναν από τους δύο πυλώνες του δημόσιου συστήματος υγείας, είναι ο αγοραστής υπηρεσιών υγείας, ενώ ο δεύτερος

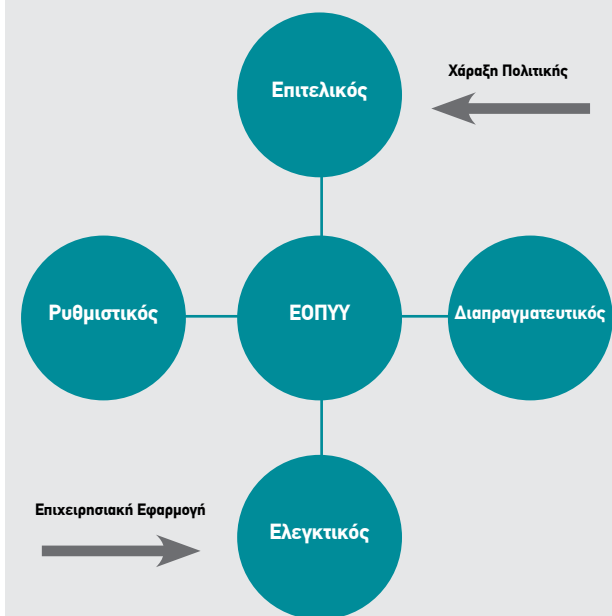
πυλώνας είναι τα δημόσια νοσοκομεία, τα κέντρα υγείας και οι μονάδες υγείας ΠΕΔΥ που παράγουν και διανέμουν υπηρεσίες υγείας. Θεωρητικά, συνέχισε, ο ΕΟΠΥΥ είναι αυτόνομος, αλλά στην πραγματικότητα βρίσκεται στη μέση, μεταξύ πολιτείας - υπουργείων και δημόσιων και ιδιωτικών παρόχων του συστήματος υγείας.

Αναφερόμενος στον προϋπολογισμό του ΕΟΠΥΥ για το 2015, σε σύγκριση με το 2013 και το 2014, ο Πρόεδρος του ΕΟΠΥΥ επισήμανε ότι γενικά υπάρχει μεγάλη σταθερότητα, καθώς τα βασικά μεγέθη των δαπανών παραμένουν στα ίδια επίπεδα με τα δύο προηγούμενα έτη. Ασφαλώς, πρόσθεσε, υπάρχουν δύο βασικές παραδοχές για τον προϋπολογισμό, η πρώτη ότι πρέπει να είναι ισοσκελισμένος, καθώς ο ΕΟΠΥΥ δεν μπορεί να ξοδεύει

περισσότερα από αυτά που διαθέτει, και η δεύτερη ότι η αποζημίωση των παρόχων έχει μεγάλη σημασία για την επιβίωση των επαγγελματιών υγείας.

Στη συνέχεια, ο κ. Κοντός, ανέλυσε τον νέο ρόλο του ΕΟΠΥΥ, που είναι επιτελικός, ρυθμιστικός, διαπραγματευτικός και ελεγκτικός, με κύριο στόχο ωστόσο, την πρόληψη και όχι την καταστολή, και περιέγραψε το στρατηγικό όραμα του ΕΟΠΥΥ, που είναι να καταστεί ένας σύγχρονος διαπραγματευτικός, ρυθμιστικός οργανισμός. Για να γίνει αυτό, εξήγησε, απαιτείται σταθερή χρηματοδοτική βάση η οποία να διασφαλίζει τη βιωσιμότητα, εφαρμογή κριτηρίων αποτελεσματικότητας, αποδοτικότητας και ποιότητας στην αγορά και διανομή υπηρεσιών υγείας· εφαρμογή κλειστών προϋπολογισμών· ενίσχυση του διαπραγματευτικού του ρόλου· συγκράτηση των δαπανών ώστε να αποφύγουμε να καταφύγουμε στο clawback· εφαρμογή ενιαίου πλαισίου κριτηρίων ποιότητας σε δημόσιο και ιδιωτικό τομέα, καθώς και ουσιαστική ενεργοποίηση του ρόλου της ιδιωτικής ασφάλισης ως συμπληρωματικής στην κοινωνική ασφάλιση. Ο ΕΟΠΥΥ δεν πρέπει να αποτελεί απλώς ένα ταμείο εισπραξης εισφορών και πληρωμής δαπανών, υπογράμμισε στο τέλος της ομιλίας του ο κ. Κοντός, αλλά πρέπει να μετατραπεί σε ένα σύγχρονο ευρωπαϊκό ασφαλιστικό οργανισμό, που θα ρυθμίζει υπεύθυνα και αποτελεσματικά την αγορά και διανομή υπηρεσιών υγείας.

Ο ΝΕΟΣ ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΕΟΠΥΥ



Ο ΕΟΠΥΥ είναι κοινωνικός ασφαλιστικός οργανισμός με ισχυρή κρατική παρέμβαση.

ΔΙΑΛΕΞΗ

Η Επιτροπή Διαπραγμάτευσης

Ένα πολύτιμο θεσμικό όργανο στη διάθεση του ΕΟΠΥΥ για την αποτελεσματική διαχείριση των συμβάσεων

Πρόεδρος: Βίκυ Παπανικολάου

Ομιλητής: Αθανάσιος Βοζίκης

Με θέμα «Ο θεσμός της Επιτροπής Διαπραγμάτευσης: Πρώτος απολογισμός, όραμα και προκλήσεις» μίλησε ο Πρόεδρος της, Επίκουρος Καθηγητής του Τμήματος Οικονομικής Επιστήμης του Πανεπιστημίου Πειραιώς, **Αθανάσιος Βοζίκης**. Η Επιτροπή Διαπραγμάτευσης, που συστάθηκε το 2013 και στελεχώθηκε στις αρχές του 2014, αποτελεί μνημονιακή υποχρέωση και, ως τέτοια, συναντά αντιστάσεις. Στόχος της «να διαπραγματεύεται με όλους τους συμβαλλόμενους παρόχους τις αμοιβές τους, τους όρους των συμβάσεων του Οργανισμού, τις τιμές των ιατροτεχνολογικών υλικών και φαρμάκων, καθώς και να εισηγείται στο Δ.Σ. του ΕΟΠΥΥ τη διατήρηση ή την τροποποίηση όλων των ανωτέρω».

Η Επιτροπή έχει αποκλειστική αρμοδιότητα ως προς τη διεξαγωγή διαπραγμάτευσης για λογαριασμό του ΕΟΠΥΥ. Η διαπραγμάτευση αφορά όλους τους παρόχους, χωρίς διακρίσεις ως προς τα ποσά, το προμηθευόμενο είδος ή την ποσότητα και καταλαμβάνει συγκεκριμένες θεματικές: τις αμοιβές των παρόχων, τους όρους των συμβάσεων, τις τιμές υλικών και φαρμάκων. Αποτελείται από πέντε υποεπιτροπές: Ιατρικών Υπηρεσιών, Κλινικών, Διαγνωστικών, Ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού και Φαρμάκου. Το έργο της ενισχύεται από μια Ομάδα Υποστήριξης στελεχών του ΕΟΠΥΥ, συντονιζόμενη από τη Διεύθυνση Συμβάσεων και το Τμήμα Διαπραγμάτευσης του ΕΟΠΥΥ, αλλά και από εμπειρογνώμονες και διάφορους φορείς στην Ελλάδα και το εξωτερικό.

Επιχειρώντας έναν πρώιμο απολογισμό, ο κύριος Βοζίκης είπε ότι η Επιτροπή έχει αναλάβει 19 συμβάσεις, 7 από τις οποίες έχουν ήδη ολοκληρωθεί· έχουν πραγματοποιηθεί 15 τακτικές συνεδριάσεις και πάνω από 60 συνεδριάσεις των υπο-επιτροπών με τους παρόχους. Παράλληλα, η Επιτροπή ασχολείται με ζητήματα που θα κάνουν αποδοτικότερο το έργο της. Τέτοια είναι, μεταξύ άλλων, το site και το πληροφοριακό της σύστημα, το πρόγραμμα ενίσχυσης της τεχνογνωσίας της και η συμμετοχή σε δράσεις του «Health in Action».

Η Επιτροπή Διαπραγμάτευσης γίνεται αφορμή για μια σειρά από βελτιώσεις που περιλαμβάνουν τις συμβάσεις «νέου τύπου», τη διαφάνεια, τον εξορθολογισμό της δαπάνης υγείας, την αξιοποίηση και ενσωμάτωση νέων εργαλείων αποζημίωσης προμηθευτών, τα κίνητρα για τη βελτίωση των υπηρεσιών, την αμοιβαία οικονομική ασφάλεια για τα συμβαλλόμενα μέρη και τη δυνατότητα μακροπρόθεσμου σχεδιασμού για τον ΕΟΠΥΥ.

Παρ' όλα αυτά, η Επιτροπή δεν έχει στηριχθεί ούτε αξιοποιηθεί όσο χρειάζεται. Είναι εκτεθειμένη στο δυσμενές

πολιτικο-οικονομικό περιβάλλον και στην καχυποψία των προμηθευτών έναντι του ΕΟΠΥΥ. Αντιμετωπίζει δυσκολίες λόγω της ιδιαίτερης «κουλτούρας» των προμηθευτών, που διαπραγματεύονται παράλληλα σε πολλαπλά επίπεδα. Το νομικό πλαίσιο είναι ανεπαρκές, το ίδιο και η ελληνική εμπειρία σε παρόμοιες διαδικασίες. Την ίδια στιγμή, η Επιτροπή δεν υποστηρίζεται θεσμικά και οικονομικά, ενώ απαιτεί προσωπικές θυσίες από το δυναμικό της, που έχει πλέον συρρικνωθεί δραματικά.

Αναφερόμενος στα επόμενα βήματα, ο κύριος Βοζίκης έκανε λόγο για την ολοκλήρωση των διαπραγματεύσεων που βρίσκονται σε εξέλιξη, τη δημιουργία αποθετηρίου γνώσης για τους επόμενους, την αναμόρφωση και ενδυνάμωση της Επιτροπής, την ολοκλήρωση του νομοθετικού πλαισίου με στόχο την καλύτερη υποστήριξη του έργου της, τις επαφές της με αντίστοιχους οργανισμούς σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες για τη χάραξη στρατηγικών, την εκπόνηση μελετών για την αγορά υγείας, τη συνεργασία της με άλλους φορείς που θα υλοποιήσουν τις συμφωνίες και την εμπέδωσή της ως οργάνου ανεξάρτητου, αξιόπιστου και αποτελεσματικού.

ΕΡΓΟ ΤΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ ΔΙΑΠΡΑΓΜΑΤΕΥΣΗΣ

Η διαπραγμάτευση και τυχόν αναθεώρηση των ισχυουσών τιμών αποζημίωσης στην παροχή υπηρεσιών υγείας, νοσηλείας, ιατρικών εξετάσεων, θεραπειών στα υπαγόμενα πρόσωπα - δικαιούχους.

Η διαπραγμάτευση τιμολογιακής πολιτικής και συμφωνιών κάθε είδους, ως προς τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, με γνώμονα το συμφέρον του Οργανισμού και των δικαιούχων του.

Η διαπραγμάτευση με τους αρμόδιους φορείς και επιχειρήσεις, ποσοστού έκπτωσης στην αποζημίωση υγειονομικού υλικού, ιατρικού και ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού.

Η διαπραγμάτευση ποσοστού έκπτωσης στην αποζημίωση της τιμής του φαρμάκου με τους αρμόδιους φορείς, αναλογικά με τον όγκο στις πωλήσεις, λαμβανομένων υπόψη και κριτηρίων όπως, η φερεγγυότητα του παρασκευαστή, η δραστηριότητα, η αξιοπιστία, η ποσότητα κυκλοφορίας του στην αγορά, το κλινικό όφελος, η θεραπευτική αξία, η αποτελεσματικότητα, η τιμή κλπ.

Η συνεργασία με αρμόδιους φορείς σε διεθνές επίπεδο (όργανα της Ευρωπαϊκής Ένωσης, διεθνείς οργανισμούς, ομόλογες της Επιτροπές κλπ.)

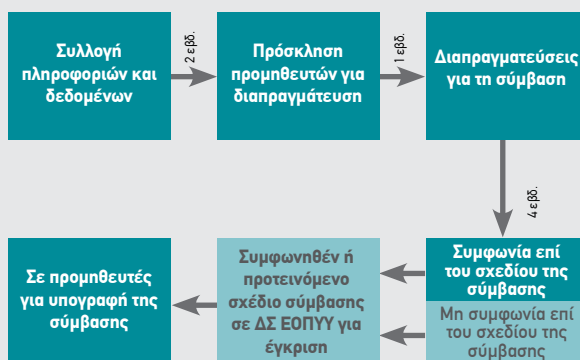
Το έργο της νεοσυσταθείσας Επιτροπής Διαπραγμάτευσης του ΕΟΠΥΥ.

Στις «αιρετικές» προτάσεις της Επιτροπής περιλαμβάνονται οι συμβάσεις με δημόσια νοσοκομεία, με το ΠΕΔΥ και με στρατιωτικά νοσοκομεία, η αποφασιστική συμμετοχή στην υλοποίηση της εθνικής πολιτικής για το φάρμακο και στη διαδικασία αξιολόγησης της ιατρικής τεχνολογίας, η δημιουργία και στελέχωση τεχνικής γραμματείας, αλλά και η μετεξέλιξη της Επιτροπής Διαπραγμάτευσης σε ανεξάρτητη Επιτροπή. Η Επιτροπή δεν κάνει πολιτική, αποτελεί εργαλείο, τόνισε ο κύριος Βοζίκης. Η διαπραγμάτευση είναι απλά μια στρατηγική για τη διεκδίκηση καλύτερου αποτελέσματος από αυτό που μας προσφέρεται εκούσια από την άλλη πλευρά, κατέληξε.

Την ευχή ότι γρήγορα θα ενδυναμωθεί και δεν θα μείνει αναξιοποίητο το θεσμικά ισχυρό αυτό όργανο εξέφρασε η πρόεδρος της συνεδρίας, **Βίκυ Παπανικολάου**, Δρ Κοινωνικής Ψυχολογίας, Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας της ΕΣΔΥ. Στη συζήτηση που ακολούθησε, ο κύριος Βοζίκης, απαντώντας σε σχετικές ερωτήσεις του κοινού, διευκρίνισε ότι το νομοθετικό υπόβαθρο μιας σύμβασης περνάει και από τη νομική επιτροπή του ΕΟΠΥΥ· τυχόν ελλείψεις τεχνογνωσίας στα ειδικότερα πεδία των συμβάσεων καλύπτονται χάρη στην Ομάδα Υποστήριξης του ΕΟΠΥΥ· τα μέλη της Επιτροπής πραγματοποιούν συναντήσεις με εκπροσώπους των ομάδων παρόχων πριν από τη διαπραγμάτευση· ο ΕΟΠΥΥ είναι υποχρεωμένος να παρουσιάσει ένα σχέδιο σύμβασης μέχρι το σημείο που έχει συμφωνηθεί με τους εκπροσώπους των παρόχων, αλλά στη συνέχεια οι συμβάσεις γίνονται σε ατομικό επίπεδο· η Επιτροπή δεν έχει τη δυνατότητα

να προσκαλέσει εταιρείες με στόχο τη συμφωνία για κάποια φαρμακευτική ουσία, είναι ωστόσο εντυπωσιακό και ελπιδοφόρο ότι οι εταιρείες έρχονται στην Επιτροπή· σχετικά, τέλος, με την «κουλτούρα» των παρόχων στην οποία είχε αναφερθεί, διευκρίνισε ότι οι παράλληλες διαπραγματεύσεις γίνονται στο επίπεδο των εκπροσώπων των φορέων και των θεσμών που λαμβάνουν αποφάσεις στον χώρο της υγείας.

ΤΑ ΣΤΑΔΙΑ ΤΗΣ ΔΙΑΠΡΑΓΜΑΤΕΥΣΗΣ (ΓΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ)



Η Επιτροπή έχει αποκλειστική αρμοδιότητα ως προς τη διεξαγωγή διαπραγμάτευσης για λογαριασμό του ΕΟΠΥΥ.

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ

Υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας: Επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην ποιότητα

Τα δεδομένα για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και πώς μπορούν να αξιοποιηθούν: Έρευνες και πράξη

Συντονιστές: Χρήστος Λιονής, Τάκης Παναγιωτόπουλος

Ομιλητές: Willemijn Schäfer, Wienke Boerma

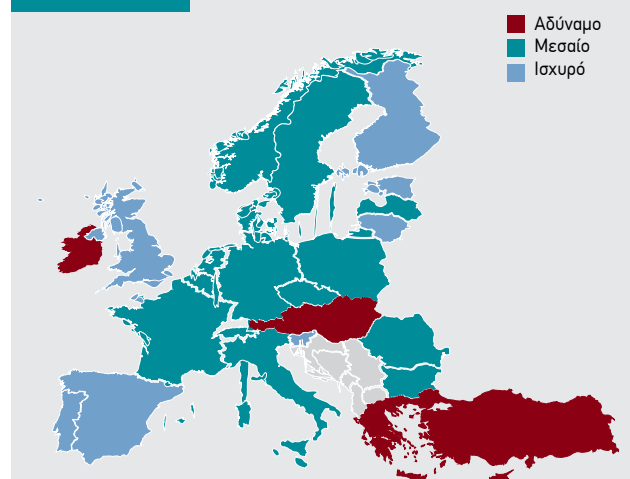
Παραμβάσεις: Αντώνης Κουφάκης, Γιάννης Μπασκόζος, Ειρήνη Οικονομίδου, Θεοφάνης Ρηγάτος, Χρήστος Ζηλίδης

Η συστηματοποίηση της εμπειρίας των συμμετεχόντων είναι ο σκοπός αυτού του εργαστηρίου, τόνισε ο Τάκης Παναγιωτόπουλος πριν να δώσει τον λόγο στον **Wienke Boerma**, Senior Researcher and Consultant, Netherlands Institute for Health Services Research. Ο κύριος Boerma παρουσίασε τις σημερινές προκλήσεις στον χώρο της φροντίδας υγείας και περιέγραψε τις απαιτούμενες προσαρμογές: εστίαση στον ασθενή έναντι της ασθένειας· έμφαση σε προληπτικές και πληθυσμιακές προσεγγίσεις· ανακατανομή καθηκόντων μεταξύ των λειτουργιών της υγείας· καλύτερος συντονισμός, ανανέωση των διαδικασιών και σε κάποιες περιπτώσεις ελαστικοποίηση των ορίων μεταξύ πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας· καλύτερη χρήση των δεδομένων και των τεχνολογικών εξελίξεων· και αντίστοιχη προσαρμογή της εκπαίδευσης ιατρών και νοσηλευτών. Αναφερόμενος στην έρευνα PHAMEU (2008-2011), ο κύριος Boerma είπε ότι αυτή εξέτασε αρχικά τα χαρακτηριστικά της ΠΦΥ ως προς τη δομή, τις διαδικασίες και τα αποτελέσματα. Σε αυτά τα χαρακτηριστικά, τα μέλη της ερευνητικής ομάδας αντιστοίχησαν 100 περίπου δείκτες μέτρησης της επάρκειας της ΠΦΥ. Η έρευνα, που διεξήχθη σε 31 ευρωπαϊκές χώρες, διέκρινε μεταξύ χωρών με υψηλή, μεσαία και χαμηλή επάρκεια ΠΦΥ, και η Ελλάδα ανήκει στην τελευταία κατηγορία.

Η έρευνα έδειξε ακόμη ότι η ισχυρή ΠΦΥ συνδέεται με καλύτερα αποτελέσματα στον τομέα της υγείας, μεγαλύτερες δυνατότητες συγκράτησης της δαπάνης, πολιτική και αξιακή σταθερότητα. Αναφερόμενος στην έρευνα QUALICOPC, την οποία, στην Ελλάδα, συντόνισε ο Χρήστος Λιονής, είπε ότι αυτή διεξήχθη σε 34 χώρες (26 της ΕΕ), και αφορούσε 7.000 γενικούς ιατρούς και 70.000 ασθενείς.

Ο κύριος Boerma επισήμανε ότι τα στοιχεία είναι απαραίτητα σε διεθνές αλλά και σε εθνικό επίπεδο, καθώς μπορεί να επηρεάσουν τη διαμόρφωση πολιτικών, ενώ απαιτούν εξελιγμένα πληροφοριακά συστήματα και ερευνητική υποδομή. Στρατηγικές, όπως η ενίσχυση της πλευράς του ασθενούς, η τήρηση ηλεκτρονικών αρχείων και η καλύτερη οργάνωση των υπηρεσιών εκτός εργάσιμων ωρών, αλλά και πρωτοβουλίες σε ατομικό επίπεδο από την πλευρά των γιατρών μπορεί να αποδειχθούν αποτελεσματικές στην ενίσχυση της ΠΦΥ.

ΙΣΧΥΡΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ



ΠΗΓΗ: Kringos et al, 2011

Αποτελέσματα της έρευνας PHAMEU σε 31 ευρωπαϊκές χώρες για την επάρκεια της ΠΦΥ (υψηλή, μεσαία και χαμηλή).

Στη συνέχεια, τον λόγο πήρε η **Willemijn Schäfer**, Researcher/PhD Candidate, Department of International and Migrant Health, International Comparative Health Services Research, Netherlands Institute for Health Services Research. Η κυρία Schäfer, αναφέρθηκε στα ευρήματα της έρευνας QUALICOPC βάσει παραμέτρων, όπως η συνέχεια, ο συντονισμός και το εύρος κάλυψης των υπηρεσιών, και συνέκρινε τα στοιχεία που ισχύουν για την Ελλάδα με χώρες όπως η Γερμανία, η Ιταλία, η Ολλανδία, η Φινλανδία και ο Καναδάς. Στην Ελλάδα, το ποσοστό των ασθενών χωρίς προσωπικό γενικό ιατρό είναι σχετικά υψηλό φτάνοντας το 20%· σε περισσότερες από τις μισές επισκέψεις, οι ιατροί δεν έχουν στη διάθεσή τους το ιστορικό του ασθενή· πάνω από το 30% των ασθενών δηλώνουν ότι ο γενικός ιατρός τους δεν τους γνωρίζει προσωπικά, ενώ οι περισσότεροι πιστεύουν ότι υπάρχει μεγάλο περιθώριο βελτίωσης των υπηρεσιών. Όσον αφορά τον συντονισμό της φροντίδας υγείας, σε περίπτωση επίσκεψης σε άλλον ιατρό, δεν υπάρχει

αντίστοιχα μεταφορά των πληροφοριών για τον ασθενή, παρά τη φαινομενική συνεργασία μεταξύ των γενικών ιατρών· ωστόσο η ενημέρωση του γενικού ιατρού σχετικά με το αποτέλεσμα της επίσκεψης σε ιατρό άλλης ειδικότητας κρίνεται ικανοποιητική. Σχετικά με το εύρος των παρεχόμενων υπηρεσιών, στην Ελλάδα ο γενικός ιατρός αποτελεί την πρώτη επαφή των ασθενών σπανιότερα απ' ό,τι σε άλλες χώρες· είναι όμως σε θέση να προσφέρει ευρύ φάσμα τεχνικών διαδικασιών (π.χ. μικροεπεμβάσεις) και ο ρόλος του στην πρόληψη είναι ισχυρός. Σε αυτό συμφωνούν, άλλωστε, και τα ευρήματα για τις εξελίξεις στην ΠΦΥ κατά την εικοσαετία 1993-2012.

Στη δευτερολογία του, ο κύριος Βοετμα επιχείρησε μια αποτίμηση των δεδομένων που ισχύουν για την Ελλάδα, βάσει των ερευνών που προαναφέρθηκαν και της έκθεσης του Π.Ο.Υ. για την Ελλάδα. Τα στοιχεία αυτά μαρτυρούν ότι για την ΠΦΥ στη χώρα μας διαφαίνεται προοπτική βελτίωσης· ο γενικός/οικογενειακός ιατρός θα πρέπει να ενισχύσει τον ρόλο του ως «ιατρού πρώτης επαφής»· η συνέχεια της ΠΦΥ είναι ανεπαρκής, κυρίως λόγω της ελλιπούς ανταλλαγής πληροφοριών· η ΠΦΥ είναι ανεπαρκώς δομημένη συνολικά, κυρίως λόγω διοικητικών και οικονομικών προβλημάτων (συμπεριλαμβανομένης και της έλλειψης κινήτρων). Άλλες διαπιστώσεις αφορούν τη μη επαρκώς προσδιορισμένη ΠΦΥ, που δεν διακρίνει σαφώς τους ρόλους και τους όρους πρόσβασης· το νοσοκομειοκεντρικό / ιατροκεντρικό μοντέλο· τη διαδεδομένη ιδιωτική συμμετοχή των ασθενών και τις συνακόλουθες ανισότητες· τα στρεβλά κίνητρα και τον υπερκαταναλωτισμό· τον κατακερματισμό της διοίκησης και της χρηματοδότησης· την ασυνέχεια των πολιτικών υγείας· τον υπερπληθυσμό των ειδικών ιατρών· την ανάπτυξη της οικογενειακής/γενικής ιατρικής σε επαγγελματικό επίπεδο και σε επίπεδο κατάρτισης· και την έλλειψη αξιόπιστων στοιχείων προς αξιοποίηση στο management και τις πολιτικές υγείας.

Με θέμα «Το Ευρωπαϊκό πρόγραμμα QUALICOPC: Αξιολόγηση της ποιότητας, ισότητας και κόστους των Υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα», μίλησε ο **Χρήστος Λιονής**, Καθηγητής Γενικής Ιατρικής και Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στο Τμήμα Ιατρικής του Πανεπιστημίου Κρήτης.

ΤΟ QUALICOPC ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Σχεδιασμός και συμμετέχοντες

- Το Εργαστήριο Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής του Πανεπιστημίου Κρήτης σε συνεργασία με την Ελληνική Εταιρεία Γενικής Ιατρικής (ΕΛΕΓΕΙΑ) εκπροσώπησε την Ελλάδα στο πρόγραμμα.
- Στην έρευνα συμμετείχαν 7 γενικοί ιατροί/συντονιστές, ένας για κάθε ΥΠΕ.



Η ταυτότητα του προγράμματος QUALICOPC στην Ελλάδα.

Σχετικά με την ελληνική ΠΦΥ, ο κύριος Λιονής ανέφερε ότι δεν είναι ολοκληρωμένη και επαρκώς συντονισμένη, ούτε συνεχής· ότι εστιάζει περισσότερο στην ιατρική φροντίδα παρά στην προαγωγή της υγείας· ότι δεν βασίζεται στη διεπιστημονική συνεργασία και ότι έχει υποστεί τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης.

Στην έρευνα QUALICOPC από την Ελλάδα συμμετείχαν 220 γενικοί ιατροί και 2.000 χρήστες υπηρεσιών ΠΦΥ, ενώ τα πρώτα αποτελέσματά της θα τεθούν υπόψη της ελληνικής πολιτικής ηγεσίας και των κομμάτων. Βάσει των στοιχείων, οι ασθενείς δεν χρησιμοποιούν υπηρεσίες eHealth· οι ιατροί δέχονται κατά μέσον όρο 30 επισκέψεις την ημέρα (κατόπιν προσυνεννόησης μόνο σε ποσοστό 10%)· σπανίως η πρώτη επίσκεψη συνοδεύεται από πληροφορία από το ιατρικό αρχείο του ασθενούς· από την άλλη, οι ιατροί προσφέρουν υπηρεσίες ακόμη και χωρίς αποζημίωση αν χρειαστεί· οι ιατροί γράφουν παραπεμπτικά, ωστόσο η πληροφορία δεν επιστρέφει σε αυτούς· οι γενικοί ιατροί δεν αντιμετωπίζουν πλέον συχνά κάποια νοσήματα και υστερούν ως προς τη σχετική ενημέρωση, ενώ δεν καλλιεργούνται επαρκώς και οι τεχνικές τους δεξιότητες. Από την πλευρά των ασθενών, τα στοιχεία δείχνουν ότι οι επισκέψεις είναι συχνές και συνήθως αφορούν τη συνταγογράφηση. Οι ασθενείς δηλώνουν ικανοποιημένοι από τον χρόνο που τους αφιέρωσε ο γενικός ιατρός και από τη συμπεριφορά του. Οι προσδοκίες τους περιλαμβάνουν τη σαφή και κατανοητή διάγνωση, την ευγενική συμπεριφορά του ιατρού, την προετοιμασία του βάσει ιατρικού φακέλου και την ολιστική προσέγγιση της υγείας τους· ακόμη, οι ασθενείς θέλουν να γνωρίζουν ποιος είναι ο ιατρός που θα τους δει, να τους αφιερώσει χρόνο και να διατηρήσουν μαζί του τακτική επαφή. Και ο κύριος Λιονής κατέληξε ότι χρειαζόμαστε νέα κουλτούρα, νέο εκπαιδευτικό και οργανωτικό μοντέλο, τεχνικές αλλά και επικοινωνιακές δεξιότητες, καθώς και ουσιαστική στήριξη των υγειονομικών.

Με παρέμβαση συμμετείχε στη συζήτηση ο **Αντώνης Κουφάκης**, Προϊστάμενος της Διεύθυνσης Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Ο κύριος Κουφάκης επισήμανε θεμελιώδεις αντιφάσεις του συστήματος που διαιωνίζονται, παρά τις περικοπές· η χώρα παραμένει πρωταθλήτρια στις μαγνητικές και αξονικές τομογραφίες· πρωτόκολλα που εκπονήθηκαν δεν έχουν ακόμη εφαρμοστεί· μέτρα όπως το εισιτήριο των 5 ευρώ δεν απέδωσαν τα αναμενόμενα και δημιούργησαν μεγάλο διοικητικό κόστος· οι προμήθειες ως επί το πλείστον βασίζονται ακόμη στις απευθείας αναθέσεις· ο τρόπος λειτουργίας είναι συγκεντρωτικός και γραφειοκρατικός. Στο παρελθόν (1997, 2004) έγιναν προσπάθειες να θεσπιστεί ένα πλαίσιο με σύγχρονα χαρακτηριστικά, δεν προχώρησε όμως η υλοποίησή του. Η πρόσφατη ίδρυση του ΕΟΠΥΥ και του ΠΕΔΥ προϋποθέτουν μηχανισμούς και εργαλεία για να αποδώσουν. Παρεμβάσεις, όπως η απλοποίηση των διαδικασιών, η απελευθέρωση επαγγελματιών και η δημιουργία νέων δομών (π.χ. οι Μονάδες Ημερήσιας Νοσηλείας) απαιτούν ξεκάθαρο θεσμικό πλαίσιο για να αποφευχθούν παλιές δυσλειτουργίες.

Στη συνέχεια, τον λόγο πήρε ο **Γάβριελ Μπασκόζος**, Αντιπρόεδρος του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου και Υπεύθυνος του Τομέα Υγείας του ΣΥΡΙΖΑ. Ο κύριος Μπασκόζος επισήμανε ότι η μεταρρύθμιση του ΠΕΔΥ είχε ως αποτέλεσμα την αποδιοργάνωση των δομών που προϋπήρχαν στα αστικά κέντρα, τη διακοπή της συνέχειας στη φροντίδα των χρόνιως πασχόντων, την υποκατάσταση υπηρεσιών ΠΦΥ από νοσοκομειακές υπηρεσίες

υψηλότερου κόστους, την ταλαιπωρία και την αυξημένη επιβάρυνση των πολιτών. Η έλλειψη κρίσιμων ειδικοτήτων στις μονάδες του ΠΕΔΥ και η διάλυση των εργαστηρίων του ευθύνονται για την ανεξέλεγκτη μεταφορά δημόσιων πόρων στον ιδιωτικό τομέα. Θα υποστηριχθεί επαρκώς από γιατρούς το ΠΕΔΥ; Θα προχωρήσει ταυτόχρονα η Μονάδα Οικογενειακής Ιατρικής; Ποιος θα είναι ο οικογενειακός γιατρός τον 21ο αιώνα; Θα αναπροσανατολιστεί η πανεπιστημιακή εκπαίδευση ούτως ώστε να υποστηριχθεί ο νέος σχεδιασμός; Δεν μπορούμε να μιλάμε για ΠΦΥ, αν το σύστημά της δεν εστιάζει στην πρόληψη, την αγωγή και την προαγωγή υγείας, κατέληξε ο κύριος Μπασκόζος.

Ακολούθησε η κυρία **Ειρήνη Οικονομίδου**, Γενική Ιατρός, Διευθύντρια Κέντρου Υγείας Νέας Καλλικράτειας. Πολύ σημαντική για την ΠΦΥ η επιχειρούμενη ενοποίηση Κέντρων Υγείας και Πολυϊατρείων στο πλαίσιο του ΠΕΔΥ, διαπίστωσε η κυρία Οικονομίδου. Φέρνοντας το παράδειγμα της Ν. Καλλικράτειας, υποστήριξε ότι στην Ελλάδα δεν εφαρμόζεται εθνικό πρόγραμμα προσυμπτωματικού ελέγχου και οι γενικοί ιατροί σπανίζουν στις δομές των πολυ-ιατρείων του πρώην ΙΚΑ. Τέλος, αναφέρθηκε στην πτώση της αυτοεκτίμησης όσον αφορά το επίπεδο υγείας και της χρήσης των δομών ΠΦΥ τα τελευταία χρόνια.

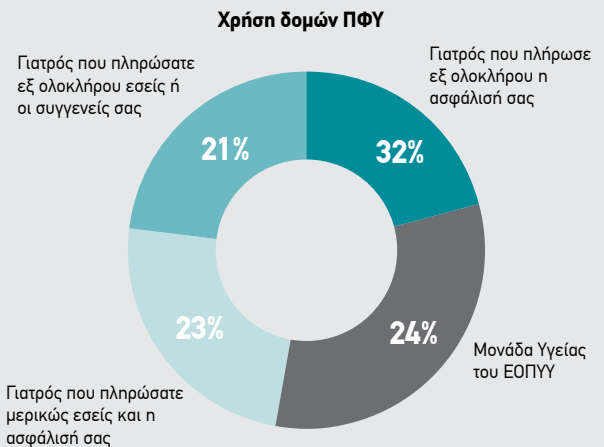
Ο **Χρήστος Ζηλίδης**, Καθηγητής Κοινωνικής Ιατρικής και Επιδημιολογίας στο ΤΕΙ Θεσσαλίας, επισήμανε, ότι βασική παρενέργεια της οικονομικής κρίσης αποτελεί η μεγάλη αύξηση του ποσοστού ανεργίας και ειδικά της μακροχρόνιας, η οποία συνδέεται με την απώλεια ασφαλιστικών δικαιωμάτων και συνεπώς μείωση της πρόσβασης σε υπηρεσίες ΠΦΥ. Ο κύριος Ζηλίδης παρουσίασε στοιχεία σύμφωνα με τα οποία, μετά τις περικοπές, οι δημόσιες δαπάνες για ΠΦΥ, φτάνουν μόλις το 0,82% του ΑΕΠ (1,5 δις.) ενώ οι ιδιωτικές είναι σχεδόν διπλάσιες και το ποσοστό τους στη συνολική δαπάνη για ΠΦΥ (62,2%) υψηλότερο από οποιαδήποτε άλλη χώρα. Διατύπωσε την άποψη, ότι με δεδομένη την ανεπάρκεια των δημόσιων πόρων και την οικονομική κρίση, λανθασμένα επελέγη η γενίκευση της κατά πράξη πληρωμής στον ΕΟΠΥΥ, γιατί συνεπάγεται μεταφορά πόρων στον ιδιωτικό τομέα και μείωση της αποδοτικότητας των δημοσίων μονάδων υγείας. Στο ερώτημα, κατά πόσον οι

εξελίξεις αυτές επηρέασαν την κλινική αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών ΠΦΥ, παρατήρησε ότι δεν μπορεί να υπάρξει άμεσα τεκμηριωμένη απάντηση, αλλά έμμεσα, υπάρχουν στοιχεία που συνηγορούν ότι πιθανότατα την επηρέασε αρνητικά.

Στην Ελλάδα δεν λείπουν ούτε τα δεδομένα ούτε οι προτάσεις, και πρέπει να προχωρήσουμε στη σύνθεσή τους, υποστήριξε ο κύριος Λιονής, και επισήμανε ότι οι ιατρικές σχολές δεν αφιέρωσαν λίγο χρόνο στην αλλαγή του προγράμματος σπουδών και την προσαρμογή του στη φτώχεια, παραμένοντας βαθιά παραδοσιακές και στον λόγο και στην πράξη. Σχετικά με τη διαφθορά στο χώρο της υγείας η απάντηση είναι η ουσιαστική και απαρύγκλιτη λειτουργία των θεσμών, επισήμανε, τέλος, ο κύριος Παναγιωτόπουλος.

ΧΡΗΣΗ ΔΟΜΩΝ ΠΦΥ

(ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2012-ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ 2013)



ΠΗΓΗ: ΕΘΝΙΚΗ ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ, 2013

Πληρωμές των δομών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ

Η αλλαγή υποδείγματος μέσω καινοτόμων παρεμβάσεων επιδρά στην πολιτική υγείας Paradigm shift through innovative interventions: Implication on Health Policy

Η καινοτομία κάνει τις χώρες πιο υγιείς

Πρόεδροι: **Νίκος Μανιαδάκης**, Δημήτρης Κούβελας

Ομιλητές: **Νίκος Μανιαδάκης**, Ανάγκη για νέα προσέγγιση στην αποτίμηση της αξίας στην Ανοσο-ογκολογία: Η περίπτωση του μεταστατικού μελανώματος

Erik Nordkamp, Securing a viable sector to ensure a healthier Greece

Erica Whittaker, What can we do when resources are scarce

Θανάσης Λοπατατζίδης, Η βιοϊατρική τεχνολογία επιδρά στην κλινική πράξη & κατευθύνει την πολιτική υγείας

Στην Ελλάδα προσπαθούμε πολλές φορές να επανεφεύρουμε τον τροχό, δήλωσε ο κ. **Νίκος Μανιαδάκης**, Αναπληρωτής Κοσμήτορας, Διευθυντής και Καθηγητής στον Τομέα Αρχών Οργάνωσης και Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας της ΕΣΔΥ, αντί να μαθαίνουμε, να ακούμε και να συμβουλευόμαστε ανθρώπους που έχουν τεράστια εμπειρία στον τομέα που μας ενδιαφέρει. Το ίδιο συνέβη και με τα φάρμακα, πρώτα φθάσαμε τις φαρμακευτικές δαπάνες σε δυσθεώρητα ύψη και στη συνέχεια τις μειώσαμε κατά το απίστευτο ποσοστό του 60%, μείωση που δεν θα μπορούσε παρά να έχει καταστροφικές συνέπειες για όλους, εταιρείες, ασθενείς και το σύστημα υγείας. Κατορθώσαμε βέβαια να διορθώσουμε πολλά από τα λάθη που κάναμε, αλλά έχουμε ακόμη να αντιμετωπίσουμε αρκετές προκλήσεις.

Ο καρκίνος επιβαρύνει τα συστήματα υγείας και τις οικονομίες πολύ περισσότερο από κάθε άλλη ασθένεια. Οι εξελίξεις και οι καινοτομίες στη φαρμακευτική βιομηχανία έχουν βελτιώσει σε πολλές περιπτώσεις θεαματικά τα αποτελέσματα στη διαχείριση της νόσου, συνδέονται όμως με σημαντική αύξηση του κόστους για τα συστήματα υγείας.

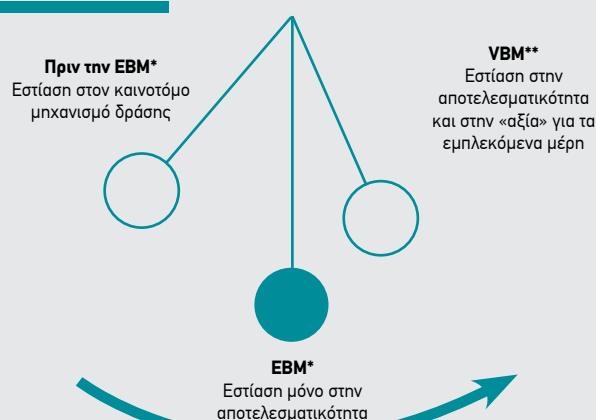
Οι προκλήσεις που αντιμετωπίζουμε σήμερα στη διαχείριση των ασθενών είναι πολλές: τα συστήματα υγείας να μπορέσουν να προσφέρουν στους ασθενείς άμεση και ισότιμη πρόσβαση στις θεραπείες· εμείς να δημιουργήσουμε τις απαραίτητες δομές στα συστήματα υγείας ώστε να «ταιριάζουμε» τη σωστή θεραπεία με τους κατάλληλους ασθενείς και να μεγιστοποιήσουμε την αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητά μας.

Ο κ. Μανιαδάκης υπογράμμισε την ανάγκη μιας νέας προσέγγισης στην αποτίμηση της αξίας των νέων καινοτόμων ανοσο-ογκολογικών φαρμάκων – όχι αποκλειστικά από ογκολογική άποψη.

Οι ανοσο-ογκολογικές θεραπείες έχουν τη δυνατότητα να αλλάξουν ριζικά τη θεραπεία του καρκίνου. Ωστόσο,

τα προφίλ ασφάλειας και αποτελεσματικότητας των θεραπειών αυτών διαφέρουν από τις καθιερωμένες θεραπείες και, καθώς οι τρέχουσες μετρήσεις έκβασης ως δείκτες αξίας δεν αξιολογούν επαρκώς τις νέες θεραπείες, απαιτείται η διερεύνηση νέων προσεγγίσεων. Οι παραδοσιακές προσεγγίσεις για τη μέτρηση της αποτελεσματικότητας θεραπειών, όπως η ενδιάμεση επιβίωση των ασθενών, δεν είναι οι πλέον ενδεδειγμένες για τις ανοσοθεραπείες, όπου η αποτελεσματικότητα μετριέται καλύτερα με τη μέση επιβίωση που δείχνει το συνολικό όφελος του φαρμάκου.

Η ΕΞΕΛΙΞΗ ΣΤΗ ΛΗΨΗ ΑΠΟΦΑΣΕΩΝ ΣΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ



*EBM: Evidence-based medicine, ιατρική βάσει τεκμηρίων

**VBM: Value-based medicine, ιατρική βάσει αξίας

Oncology Drug Development and Value-based Medicine, B. Huber, and J. Doyle, Quintiles

Η εξέλιξη στη λήψη αποφάσεων στη διαχείριση του καρκίνου.

Η αξιολόγηση των εκβάσεων και της μακροπρόθεσμης επιβίωσης με βάση την ποιότητα ζωής, τη διάρκεια και τη διατήρηση των θεραπευτικών εκβάσεων και το κλινικό και κοινωνικό όφελος μπορεί να είναι ιδιαίτερα χρήσιμη, ενώ απαραίτητη είναι και η διερεύνηση τρόπων βελτίωσης της πρόσβασης των ασθενών σε καινοτόμες αντικαρκινικές θεραπείες, ολοκλήρωσε την ομιλία του ο κ. Μανιαδάκης.

Η Ελλάδα έχει σημειώσει πρόοδο όσον αφορά στη δημιουργία συνθηκών βιωσιμότητας για την καινοτομία, ώστε να είναι προσιτή και να μπορεί να καλυφθεί από το σύστημα υγείας, απαιτείται όμως ακόμη πολλή δουλειά, δήλωσε ο κ. **Erik Nordkamp**, Πρόεδρος του Συνδέσμου Φαρμακευτικών Βιομηχανιών Αμερικής που εδρεύουν στην Ελλάδα-LAWG και Πρόεδρος και Διευθύνων Σύμβουλος της Pfizer Hellas A.E.

Η ύπαρξη ενός σταθερού, προβλέψιμου, εμπορικού περιβάλλοντος είναι απαραίτητη για τη δημιουργία ενός σταθερού κλίματος που θα προσελκύσει τις επενδύσεις, υπογράμμισε ο ομιλητής, εξηγώντας ότι η συνεργασία βιομηχανίας και πολιτείας είναι καίριας σημασίας για την επίτευξη βραχυπρόθεσμων και μακροπρόθεσμων στόχων και οι διαδικασίες τιμολόγησης και αποζημίωσης πρέπει να είναι διαφανείς ώστε να αισθάνονται οι κατασκευαστές ασφαλείς.

Ο φαρμακευτικός τομέας ενισχύει σημαντικά την ελληνική οικονομία, καθώς προσφέρει θέσεις εργασίας σε άτομα υψηλής εξειδίκευσης, ενώ επιπλέον αυξάνει την εγχώρια παραγωγή και τις εξαγωγές. Επομένως, η δημιουργία ενός φιλικού προς την R&D (έρευνα και ανα-

πτυξη) περιβάλλοντος με τα σωστά κίνητρα και συνθήκες μπορεί να προσελκύσει περισσότερες επενδύσεις στην Ελλάδα και να δημιουργήσει νέες ευκαιρίες εργασίας. Το κλειδί είναι η δημιουργία συνεργασιών, τόνισε ο ομιλητής, συνεργασιών μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα, πολυεθνικών και εγχώριων εταιρειών, αλλά και μεταξύ εταιρειών και εγχώριων ερευνητικών ιδρυμάτων.

Κλείνοντας, ο κ. Nordkamp επισήμανε ότι η βιωσιμότητα του φαρμακευτικού τομέα μπορεί να διασφαλιστεί αρκεί να υπάρχει σωστός σχεδιασμός με πρόβλεψη των αποτελεσμάτων, δημιουργία των κατάλληλων κινήτρων που θα προωθούν την καινοτομία και τις επενδύσεις και αυξημένη συνεργασία δημόσιου και ιδιωτικού τομέα.

Με την εξασφάλιση της πρόσβασης των ασθενών στα κατάλληλα φάρμακα σε σταθερή βάση και τη χρήση των πλέον πρόσφατων επιστημονικών μεθόδων ώστε να διασφαλιστεί η χορήγηση της βέλτιστης θεραπείας σε κάθε ασθενή, τόνισε ο ομιλητής, η Ελλάδα θα καταστεί πιο υγιής χώρα.

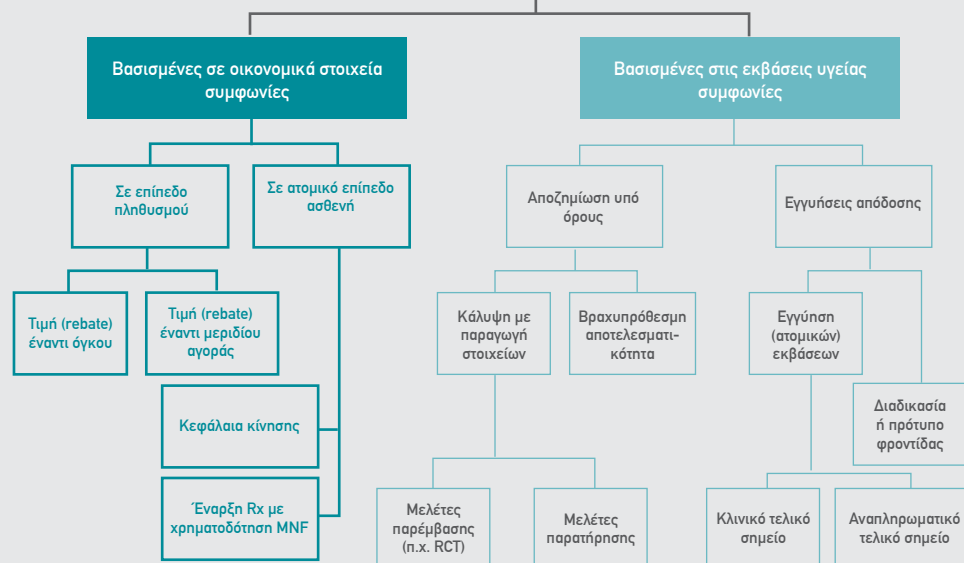
Ζούμε σε μια εποχή που ο τομέας της υγείας αντιμετωπίζει πολλαπλές προκλήσεις, καθώς αφενός η γήρανση του πληθυσμού δημιουργεί επιπρόσθετες πιέσεις στα οικονομικά της υγείας, αφετέρου η οικονομική κρίση που βιώνουν σήμερα οι χώρες της ευρωζώνης δημιουργεί ένα κλίμα όπου είναι απαραίτητη η συγκράτηση των δαπανών, επισήμανε στην ομιλία της η κ. **Erica Whittaker**, VP, Head of Market Access-Europe, UCB. Υπάρχουν ωστόσο επιλογές, ακόμη κι όταν οι πόροι είναι περιορισμένοι, τόνισε, υπογραμμίζοντας την ανα-

ΣΥΜΦΩΝΙΕΣ ΕΠΙΜΕΡΙΣΜΟΥ ΤΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

«Σχήματα πρόσβασης ασθενών»
«Συμβόλαιο τιμής-όγκου»
«Καινοτόμος τιμολόγηση»

Βασισμένες στην απόδοση συμφωνίες τιμολόγησης μεταξύ πληρωτών και βιομηχανίας

«Βασισμένη στις εκβάσεις τιμολόγηση»
«Εγγύηση αποτελεσματικότητας»



Αυξημένο όφελος για όλους

Μία από τις επιλογές για τη συγκράτηση των δαπανών όσον αφορά τη φαρμακευτική δαπάνη είναι η συμφωνίες επιμερισμού του κινδύνου. Εδώ παρουσιάζονται οι δύο τύποι.

γκαιότητα συνεργασίας της φαρμακοβιομηχανίας και των υγειονομικών αρχών προκειμένου να διασφαλιστεί η πρόσβαση των ασθενών σε καινοτόμες θεραπείες που βελτιώνουν τη ζωή τους.

Μία από τις επιλογές που έχουμε, συνέχισε η κ. Whittaker, είναι οι συμφωνίες επιμερισμού του κινδύνου, που δημιουργούν αξία για όλα τα εμπλεκόμενα μέρη, ασθενείς, πληρωτές και φαρμακευτικές εταιρείες. Οι συμφωνίες αυτές διακρίνονται σε δύο τύπους, τις συμφωνίες που βασίζονται σε οικονομικά στοιχεία και αυτές που βασίζονται στις εκβάσεις υγείας, με τις δεύτερες να αποφέρουν μεγαλύτερα οφέλη τόσο για τους ασθενείς, όσο και για τους πληρωτές και τις φαρμακευτικές εταιρείες, σημείωσε η ομιλήτρια, παραθέτοντας παραδείγματα τέτοιων συμφωνιών σε χώρες όπως η Γερμανία, το Ηνωμένο Βασίλειο, η Γαλλία και η Ισπανία.

Ωστόσο, σε περιπτώσεις ιδιαίτερα ακριβών θεραπειών απαιτείται ακόμη μεγαλύτερη καινοτομία, κατέληξε η κ. Whittaker, επομένως θα πρέπει να συνεχίσουμε να αναζητούμε νέα μοντέλα συμφωνιών τιμολόγησης, ώστε να διασφαλίσουμε την πρόσβαση των ασθενών σε καινοτόμα φάρμακα.

Η υγεία στη χώρα μας βρίσκεται σήμερα σε μια εξαιρετικά δύσκολη συγκυρία, δήλωσε ο κ. **Θανάσης Λοπατατζίδης**, Σύμβουλος Διοίκησης του Ομίλου Βιοϊατρική, και το πρώτο που χρειάζεται να βρούμε είναι το στίγμα μας στο καινούργιο περιβάλλον που διαμορφώνεται με ταχείς ρυθμούς, ώστε να μπορέσουμε να ανακαλύψουμε καινοτόμες λύσεις στα προβλήματα που μας απασχολούν. Διάφορα συστήματα υγείας έχουν εφαρμόσει καινοτόμες λύσεις σε πολλούς τομείς, επιτυγχάνοντας σημαντική μείωση του κόστους θεραπειών και δημιου-

ρώντας τους πόρους που είναι απαραίτητοι για τη βιωσιμότητα του συστήματος.

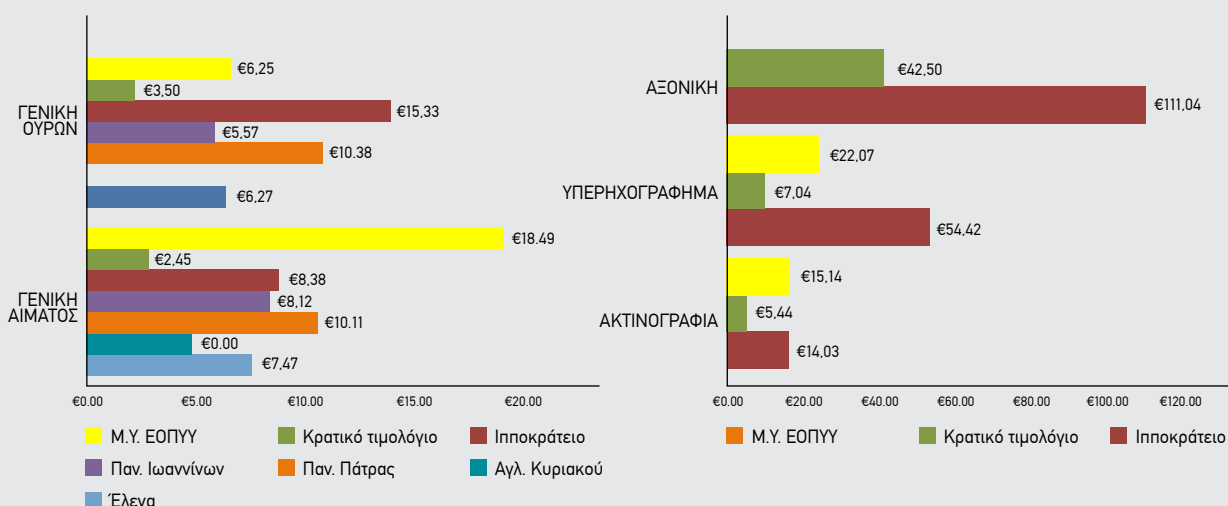
Η ιατρική τεχνολογία έχει οδηγήσει σήμερα σε σημαντική αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης· πρακτικά αυτό σημαίνει ότι καλούμαστε να αντιμετωπίσουμε πιο περίπλοκα προβλήματα σε μεγαλύτερες ηλικίες. Στη χώρα μας, σε αυτό έχει συντείνει σημαντικά και το ασφαλιστικό σύστημα, που ήταν ένα από τα καλύτερα χρηματοδοτούμενα στον κόσμο και οι ηλικιωμένοι δαπανούσαν σημαντικά ποσά των εισοδημάτων τους για παροχές υγείας.

Το γεγονός ότι στο σύστημά μας υπάρχει μεγάλη ιδιωτική δαπάνη μάς έδωσε τη δυνατότητα να εισαγάγουμε νέες τεχνολογίες αρκετά γρήγορα και με ανάλογη ευκολία. Ωστόσο, στον τομέα της βιοϊατρικής τεχνολογίας, ενώ οι ανάγκες των πολιτών μεσαίων και υψηλών εισοδημάτων έχουν καλυφθεί σε μεγάλο βαθμό λόγω της καλής πρόσβασης υπηρεσιών στον ιδιωτικό τομέα, οι ανάγκες των πολιτών μικρότερων εισοδημάτων που χρησιμοποιούν το δημόσιο σύστημα δεν έχουν καλυφθεί ικανοποιητικά.

Τα συστήματα αποζημίωσης διαδραματίζουν θεμελιώδους σημασίας ρόλο στην εισαγωγή ιατρικής τεχνολογίας στο σύστημα υγείας, τόνισε ο κ. Λοπατατζίδης, και η χώρα μας χρειάζεται να εφαρμόσει πιο καινοτόμες μεθόδους αποζημίωσης απ' ό,τι σήμερα – αν και θα πρέπει να αναγνωρίσουμε ότι πετύχαμε κάποια συγκράτηση των δαπανών, οι οποίες είχαν ξεφύγει.

Καθώς ωστόσο έχουμε ένα σπάταλο και κακά οργανωμένο σύστημα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, αρκετές μελέτες έχουν δείξει ότι πολλά περιστατικά που θα

ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΔΑΠΑΝΩΝ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΩΝ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ



- Κόστος επαρχιακού νοσοκομείου για εξετάσεις 6 μηνών: 1.539.349 €
- Κόστος ιδίων εξετάσεων σε εργαστήριο αναφοράς: 241.620 €
- Όφελος: 84%
- Δαπάνη αγοράς αντιδραστηρίων 2011: 181 εκ. €
- Με εξωτερική ανάθεση: 38,25 εκ. €

Μελέτες Ε.Σ.Δ.Υ., Κυριόπουλος et al. , 2007, Μανιαδάκης et al. , 2010. Υφαντόπουλος Γ. 2013.

μπορούσαν να αντιμετωπιστούν σε εξωνοσοκομειακό περιβάλλον, εισάγονται στο νοσοκομείο με συνέπειες για το κόστος, την εξυπηρέτηση και την ποιότητα ζωής του ασθενή.

Στη συνέχεια, ο ομιλητής αναφέρθηκε με παραδείγματα στις βιοτεχνολογικές εξελίξεις που μπορούν να βελτιώσουν σημαντικά την ΠΦΥ και κατ' επέκταση να συρρικνώσουν τις δαπάνες υγείας μειώνοντας την ανάγκη για νοσηλείες, τονίζοντας ότι τα συστήματα υγείας που έχουν καλύτερη ΠΦΥ έχουν και μειωμένες δαπάνες.

Κλείνοντας τη ομιλία του ο κ. Λοπατατζίδης επισήμανε ότι, η επένδυση στην εκπαίδευση και στην αξιολόγηση είναι αυτή που θα δημιουργήσει τις προϋποθέσεις για τη βελτίωση του συστήματος υγείας προς όφελος των πολιτών.

Μετά την ολοκλήρωση των ομιλιών, το λόγο έλαβε ο κ. Μανιαδάκης αναφέροντας ότι η τεχνολογία μάς βοηθάει μεν να βελτιώσουμε τη διαγνωστική ικανότητα και την αποτελεσματικότητά μας, αλλά επειδή έχει κόστος, θα πρέπει για να βρεθούν νέοι τρόποι συνεργασίας μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα, μέσα από έξυπνες συμφωνίες και συνεργασίες, προκειμένου να μπορέσουμε να βελτιώσουμε το αποτέλεσμα για τους ασθενείς με μειωμένους πόρους.

Στην ερώτηση πώς μπορούν να εφαρμοστούν οι συμφωνίες επιμερισμού του κινδύνου στην Ελλάδα, η κ. Whittaker έδωσε διάφορα παραδείγματα, λέγοντας ότι υπάρχουν αρκετοί τρόποι εφαρμογής των συμφωνιών αυτών και πάντα μπορεί να βρεθεί ένας τρόπος να προσρμοστούν στο εκάστοτε σύστημα, εφόσον φυσικά το επιθυμούν και τα δύο μέρη.

Σε ερώτημα σχετικά με τη χρήση ηλεκτρονικών εφαρμογών, ο κ. Λοπατατζίδης υπογράμμισε ότι για να έχει μια εφαρμογή πραγματική αξία, πρέπει να ανταποκρίνεται στις ανάγκες των χρηστών, επομένως αν οι χρήστες δεν είναι εξοικειωμένοι με την τεχνολογία σε μεγάλο βαθμό, θα πρέπει να συνεχίσουμε να αναπτύσσουμε αυτήν την τεχνολογία, αλλά παράλληλα να βρούμε κάτι που θα έχει μεγαλύτερη αξία για εκείνους γιατί αυτό που δημιουργούμε, το δημιουργούμε για να λύσουμε πρακτικά προβλήματα των ασθενών.

Συνοψίζοντας τις εργασίες της συνεδρίας, ο κ. Μανιαδάκης επισήμανε ότι δύο σημεία στα οποία δόθηκε μεγάλη έμφαση από όλους τους ομιλητές είναι η καινοτομία που πρέπει να αναπτύξουμε για να διαχειριστούμε την καινοτομία στην τεχνολογία, καθώς και η συνεργασία μεταξύ δημοσίου και ιδιωτικού τομέα και η εύρεση έξυπνων τρόπων οργάνωσης συμφωνιών επιμερισμού του κινδύνου ανάμεσα στους παρόχους και τους πληρωτές των τεχνολογιών.

ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ

Η αξιοποίηση ηλεκτρονικών εφαρμογών στη χάραξη πολιτικής υγείας

Ψηφιακή απάντηση στις προκλήσεις του υγειονομικού μας συστήματος

Πρόεδροι: Χριστίνα Παπανικολάου, Δημήτρης Κοντός

Ομιλήτες: Αθηνά Τριανταφυλλίδη, Ο ρόλος της ΗΔΙΚΑ Α.Ε. στην αξιοποίηση ηλεκτρονικών εφαρμογών στη χάραξη πολιτικής της υγείας

Γιώργος Αγγούρης, Η καταγραφή και διαχείριση δεδομένων ωφελεί τον ασφαλισμένο του ΕΟΠΥΥ

Ζωή Κολίτση, Χρήση δεδομένων υγείας για την προαγωγή της έρευνας και τη χάραξη πολιτικής υγείας

Θεόδωρος Βοντετσιάνος, Τα οικονομικά οφέλη της κλινικής εφαρμογής της ολοκληρωμένης φροντίδας

Η κ. **Αθηνά Τριανταφυλλίδη**, Προϊσταμένη Δ/σης Λειτουργίας & Υποστήριξης Συστημάτων στην Ηλεκτρονική Διακυβέρνηση Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΗΔΙΚΑ), αναφέρθηκε στις εφαρμογές της ΗΔΙΚΑ στον χώρο της υγείας, που συνίστανται στην ανάπτυξη, συντήρηση και υποστήριξη της εφαρμογής της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, του Εθνικού Μητρώου Δικαιούχων Περίθαλψης, του συστήματος μισθοδοσίας για τα νοσοκομεία και του πληροφοριακού συστήματος νοσοκομείων ΑΣΚΛΗΠΙΟΣ. Επιπλέον, η ΗΔΙΚΑ βρίσκεται σήμερα σε φάση ολοκλήρωσης ενός διαγωνισμού για την ανάπτυξη Ενιαίου Πληροφοριακού Συστήματος για την υποστήριξη των Επιχειρησιακών Λειτουργιών Μονάδων του ΕΣΥ, ενώ συμμετέχει επίσης στο ευρωπαϊκό έργο So-Health.

Η ηλεκτρονική συνταγογράφηση, επισήμανε η κ. Τριανταφυλλίδη, αν και αρχικά φτιάχτηκε σαν ένας τρόπος κοστολόγησης και μείωσης των δαπανών, αυτή τη στιγμή μετεξελιίσεται με πόρους του ΕΣΠΑ σε ένα εργαλείο που θα παρέχει αξιόπιστη και σημαντική πληροφόρηση στην πρωτοβάθμια υγεία. Ο τεράστιος όγκος πληροφοριών που υπάρχει σε αυτό το εθνικό σήμερα σύστημα θα μπορούσε να αξιοποιηθεί από πολλούς επιστημονικούς φορείς, αλλά και από το Υπουργείο Υγείας για τη χάραξη πολιτικής.

Το Εθνικό Μητρώο Δικαιούχων Περίθαλψης (ΑΤΛΑΣ) πέτυχε την ενοποίηση των μητρώων 29 φορέων και τομέων κοινωνικής ασφάλισης και παρέχει τη δυνατότητα ηλεκτρονικής online ενημέρωσης τροποποίησης ασφαλιστικής ικανότητας και online διασύνδεσης με την Ηλεκτρονική Συνταγογράφηση, τον ΕΟΠΥΥ και τα Νοσοκομεία, συνέχισε η κ. Τριανταφυλλίδη, ενώ η εφαρμογή μισθοδοσίας αποτελεί ένα πλήρες κεντρικό σύστημα που καλύπτει την πλειονότητα νοσοκομείων και υγειονομικών φορέων.

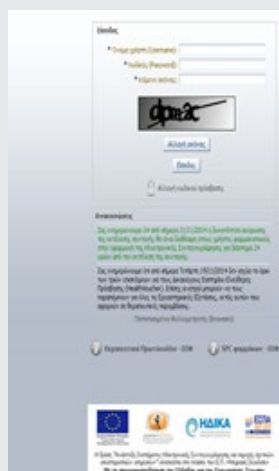
Το Πληροφοριακό Σύστημα Νοσοκομείων ΑΣΚΛΗΠΙΟΣ περιλαμβάνει έναν σημαντικό αριθμό μεγάλων νοσοκομείων και προσφέρει διασύνδεση όλων των εφαρμογών ώστε να διασφαλίζεται η ταχεία, έγκυρη και απρόσκοπτη ροή πληροφορίας, διασύνδεση με οποιοδήποτε ιατρικό, εργαστηριακό ή άλλο πληροφοριακό σύστημα με αμφίδρομη ανταλλαγή πληροφοριών, διασύνδεση με συστήματα αυτόματου κλεισίματος ραντεβού, με την Ηλεκτρονική Συνταγογράφηση, το ΕΚΑΠΤΥ, αλλά και τον ΕΟΠΥΥ για αποστολή στοιχείων κοστολόγησης ανοικτής και κλειστής περίθαλψης.

Αναφερόμενη στο ευρωπαϊκό έργο So-Health, στο οποίο συμμετέχει η ΗΔΙΚΑ, η κ. Τριανταφυλλίδη εξήγησε ότι

ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗ

Η ΜΕΓΑΛΥΤΕΡΗ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΕΦΑΡΜΟΓΗ

- 43.000 ιατροί
- 11.900 φαρμακεία
- 5.500.000 συνταγές/μήνα
- 2.000.000 παραπεμπτικά/μήνα
- 2.900.000 ασφαλισμένοι/μήνα

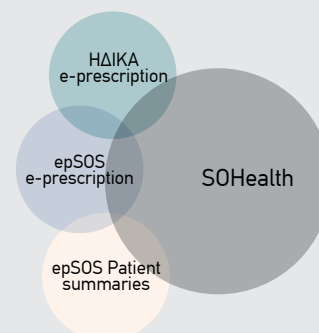


Η εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης.

ΕΡΓΟ SO-HEALTH

Υποστήριξη πολιτικών με θέμα τη διαλειτουργικότητα της ηλεκτρονικής Υγείας, προς τη δημιουργία πιλοτικών υπηρεσιών, που θα εστιάζουν σε τέσσερις νέες υπηρεσίες-σενάρια:

- Συνοπτικό Ιατρικό Ιστορικό (Patient Summary - PS)
- Διασυνοριακές Υπηρεσίες (Cross Border Services - CBS)
- Συγκατάθεση Ασθενούς (Patient Consent - PC)
- Πρόσβαση Ασθενούς στα Δεδομένα του (Patient Access - PA)



Το ευρωπαϊκό έργο So-Health εισάγει την ευρωπαϊκή τεχνολογία στην ελληνική πραγματικότητα.

ουσιαστικά εισάγει την ευρωπαϊκή τεχνογνωσία στην ελληνική πραγματικότητα μέσω της εφαρμογής της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης. Το έργο επικεντρώνεται στην ανάπτυξη μιας νέας υπηρεσίας ιατρικού ιστορικού που θα παρέχει όλες τις απαραίτητες πληροφορίες για τη φαρμακευτική αγωγή που λαμβάνει ο ασθενής, επιτρέποντας την ασφαλή πρόσβαση στα δεδομένα, τόσο από τους επαγγελματίες υγείας, όσο και από τον ίδιο τον ασθενή. Αξιοποιώντας την τεχνογνωσία αυτή, κατέληξε η ομιλήτρια, η ΗΔΙΚΑ ξεκίνησε ήδη, στο πλαίσιο της επέκτασης της Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης, τη δημιουργία μιας Υπηρεσίας Συνοπτικού Ιατρικού Ιστορικού βάσει των ευρωπαϊκών προδιαγραφών.

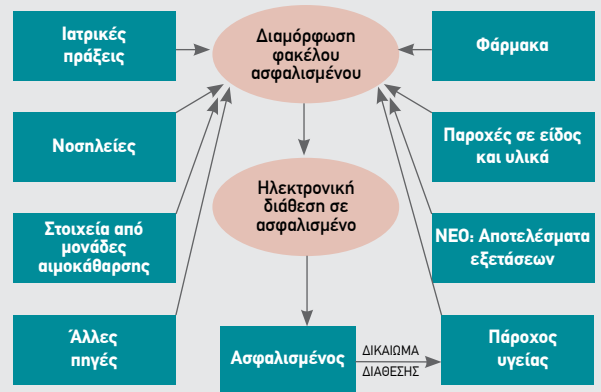
Ο κ. **Γιώργος Αγγούρης**, Προϊστάμενος στη Διεύθυνση Πληροφορικής του ΕΟΠΥΥ, δήλωσε ότι σήμερα με το πληροφορικό σύστημα του ΕΟΠΥΥ είναι συνδεδεμένοι όλοι οι πάροχοι ανοικτής και κλειστής περιθαλψής με τη χρήση API, γεγονός που εξασφαλίζει την απρόσκοπτη επικοινωνία τους. Αντίστοιχα, ο ΕΟΠΥΥ διασυνδέεται με την ΗΔΙΚΑ για την ανταλλαγή και άντληση στοιχείων, ενώ υπάρχει επικοινωνία και με τους φορείς κοινωνικής ασφάλισης για την επικαιροποίηση στοιχείων. Αφού εξήγησε πώς λειτουργεί η Ηλεκτρονική Καταγραφή και Διαχείριση Κινήσεων Ασφαλισμένων του ΕΟΠΥΥ, ο κ. Αγγούρης περιέγραψε τη διαδικασία που ακολουθείται σε περίπτωση νοσηλείας, εκτέλεσης παρακλινικών εξετάσεων και συνταγών φαρμάκων και ανέφερε τα πλεονεκτήματα του ηλεκτρονικού φακέλου ασφάλισης υγείας.

Ο ηλεκτρονικός φάκελος ασφάλισης υγείας παρέχει στοιχεία σε πραγματικό χρόνο (real time), πλήρη στοιχεία ασφαλιστικού φακέλου ασθενούς, δυνατότητα ελέγχου της εφαρμογής των κατευθυντήριων οδηγιών και των ιατρικών πρωτοκόλλων, επιδημιολογικά στοιχεία ανά περιοχή, δυνατότητα σχεδιασμού της ΠΦΥ & ΔΦΥ ανά περιοχή ανάλογα με τις ανάγκες και δυνατότητα στατιστικών δεδομένων παροχών με σχέση όγκου-κόστους.

Παρουσιάζοντας στη συνέχεια την εφαρμογή, εξήγησε ότι η λειτουργία θα γίνεται σε ασφαλές περιβάλλον και με τη χρήση κωδικών πρόσβασης και η αναζήτηση θα γίνεται με τη χρήση του ΑΜΚΑ και την επιλογή του επιθυμητού χρονικού διαστήματος, ενώ με την ενεργοποίηση της επιθυμητής επιλογής θα εμφανίζεται η ανάλογη πληροφορία σε πλήρη ανάλυση. Η ενημέρωση και η αποτύπωση των στοιχείων θα γίνεται σε πραγματικό χρόνο, και θα υπάρχει αντιστοίχιση ιατρικής πράξης με ημερομηνία εκτέλεσης.

Με την έναρξη λειτουργίας της εφαρμογής, συνέχισε ο κ. Αγγούρης, κάθε ασφαλισμένος θα έχει δυνατότητα πρόσβασης στον προσωπικό του Φάκελο Ασφάλισης Υγείας και επομένως θα είναι δυνατός ο «αυτοέλεγχος» για τυχόν χρεώσεις για υπηρεσίες που δεν έχουν πραγματοποιηθεί, ενώ ο ασφαλισμένος θα μπορεί επιπλέον να λαμβάνει προσωπικά μηνύματα και υπηρεσίες από τον ΕΟΠΥΥ και να ενημερώνεται για τις χρεώσεις που έχουν γίνει για την κάλυψη των ιατροφαρμακευτικών αναγκών του. Από την άλλη, ο ΕΟΠΥΥ, διαθέτοντας το σύνολο των κινήσεων ασφαλισμένων, ιατρών και παρόχων, μπορεί να ενεργοποιήσει τη χρήση εργαλείων ανάλυσης κινδύνου, με τα οποία αποτυπώνεται η συνολική και ανά άξονα «συμπεριφορά» τους σε πραγματικό χρόνο, και να εφαρμόσει συνδυαστικούς μηχανογραφικούς ελέγχους για την καταγραφή αποκλίνουσας συμπεριφοράς. Το επόμενο στοίχημα για τον ΕΟΠΥΥ,

ΦΑΚΕΛΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ



Ο ηλεκτρονικός φάκελος ασφάλισης υγείας παρέχει στοιχεία σε πραγματικό χρόνο.

κατέληξε ο ομιλητής, είναι να δημιουργήσει στοχευμένους ελέγχους, σε περιπτώσεις που πραγματικά διαφαίνεται παραβατικότητα, εκμεταλλευόμενος το σύνολο των διαθέσιμων πόρων και μεγιστοποιώντας το αναμενόμενο αποτέλεσμα.

Το γεγονός ότι έχουμε πλέον αρχίσει να συζητάμε για επαναληπτική χρήση της πληροφορίας που συλλέγεται από ιατρικούς φακέλους για τον σχεδιασμό και τη βελτίωση των υπηρεσιών και για ερευνητικούς σκοπούς δείχνει ότι ωριμάζουμε ως χώρα, δήλωσε η κ. **Ζωή Κολίτση**, Δρ., Εμπειρογνώμων Ηλεκτρονικής Υγείας, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης. Στην Ελλάδα, υπογράμμισε η κ. Κολίτση, έχουμε κάνει κάποιες προόδους στην ολοκλήρωση της φροντίδας, αλλά έχουμε ακόμη μπροστά μας την πρόκληση του συνδυασμού και της επαναχρησιμοποίησης δεδομένων από τον ένα χώρο στον άλλο.

Σύμφωνα με την Ειδική έκθεση του Ευρωβαρόμετρου 359 (*Attitudes on Data Protection and Electronic Identity in the European Union*, June 2011), οι ασθενείς εμπιστεύονται τους γιατρούς τους και τους φορείς υπηρεσιών υγείας, αλλά θεωρούν τα ιατρικά τους δεδομένα άκρως προσωπικά και σε καμία περίπτωση δεν θα επέτρεπαν να διακινηθούν αυτά ελεύθερα. Όταν λοιπόν επιθυμούμε να αξιοποιήσουμε τα δεδομένα του ιατρικού φακέλου για άλλες δευτερεύουσες χρήσεις (παροχή νέων υπηρεσιών στους πολίτες, βελτίωση των υπηρεσιών υγείας, την καλύτερη εκμετάλλευση των πόρων κλπ.) αντιμετωπίζουμε δύο μεγάλες προκλήσεις, τη σημασιολογική διαλειτουργικότητα και την προστασία των προσωπικών δεδομένων και δικαιωμάτων.

Όσον αφορά τη διασυνδεδεμένη φροντίδα, στόχος είναι να γίνει καταχώρηση της πληροφορίας μία φορά και να μπορεί να αναγνωσθεί από πολλούς διαφορετικούς χρήστες που θα την μετατρέψουν σε χρήσιμο για την εργασία τους δεδομένο· ωστόσο ένα σημαντικό ζήτημα υπό συζήτηση στην Ευρώπη είναι ο τρόπος κωδικοποίησης της κλινικής πληροφορίας. Επιπλέον, συνέχισε η κ. Κολίτση, μία ακόμη πρόκληση που αντιμετωπίζουμε είναι η πρόσβαση σε ένα σύνολο ιατρικών δεδομένων από διαφορετικούς χρήστες για διαφορετικούς σκοπούς σε σχέση με τις αρχικές επιθυμίες του ασθενή. Αν πρόκειται για προσωπικά δεδομένα, η νομοθεσία εί-

να σαφής: πρέπει να υπάρχει ισχυρή νομική βάση για τα χειριστούμε, η οποία περιλαμβάνει και τη συγκατάθεση του ασθενή, και απαιτείται πολύ υψηλός βαθμός ασφάλειας. Αν τα δεδομένα δεν είναι προσωπικά, αν έχει γίνει ανωνυμοποίησή τους έτσι ώστε να μην είναι δυνατή η αναγνώριση του ασθενή, τα δεδομένα αυτά βρίσκονται εκτός του κανονισμού περί προστασίας προσωπικών δεδομένων και σε αυτή την περίπτωση τα νομικά θέματα που υφίστανται είναι πνευματικής ιδιοκτησίας, χρήσης και εκμετάλλευσης.

Κλείνοντας την ομιλία της, η κ. Κολίτση ανέφερε ότι η Ευρώπη βρίσκεται σήμερα σε μια διαδικασία αναθεώρησης και εκσυγχρονισμού της νομοθεσίας για την προστασία προσωπικών δεδομένων και σύντομα αναμένεται η υιοθέτηση ενός γενικού κανονισμού με άμεση εφαρμογή σε όλες τις χώρες, ο οποίος θα αντικαταστήσει και στην Ελλάδα την παλιά Οδηγία περί Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων.

Τέλος, ο κ. **Θεόδωρος Βοντετσιάνος**, Επιστημονικός Υπεύθυνος στην Ειδική Τηλεϊατρική Μονάδα του ΓΓΝΘΑ «Η Σωτηρία», αναφέρθηκε στη χρήση των ψηφιακών μέσων από την πλευρά του κλινικού ιατρού και τη χρησιμότητά τους στην καθημερινή κλινική πράξη. Οι οργανισμοί ACO (Accountable Care Organizations), εξήγησε, έχουν ως στόχο τη συντονισμένη φροντίδα, η οποία καταλήγει σε ουσιαστικά αποτελέσματα που αξιολογούν όχι τον όγκο αλλά την αξία των υπηρεσιών.

Το νόημα της ολοκληρωμένης φροντίδας, εξήγησε ο κ. Βοντετσιάνος, είναι να μεταβούμε από την ασυντόνιστη και επεισοδιακή (κατά κρίσεις) νοσοκομειο-κεντρική φροντίδα στην ασθενο-κεντρική, συνολική, συντονισμένη, εξωνοσοκομειακή φροντίδα. Αντί δηλαδή να έχουμε αναγνώριση/αποζημίωση του όγκου των υπηρεσιών και πελατειακή σχέση ασφαλιστικού οργανισμού/φορέα παροχής φροντίδας να έχουμε αναγνώριση/αποζημίωση αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών και συνεργατική σχέση (partnership) με μοίρασμα του κινδύνου.

Για να υπάρξει ολοκληρωμένη φροντίδα, πρόσθεσε ο κ. Βοντετσιάνος, θα πρέπει να επικεντρωθούμε όχι στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της ασθένειας, αλλά στη βελτίωση της λειτουργίας του ασθενή, της γενικής κατάστασης της υγείας του. Απαραίτητη προϋπόθεση γι' αυτό είναι η κινητοποίηση του κλινικού προσωπικού και η οικοδόμηση της προσωπικής σχέσης και της εμπιστοσύνης θεραπευτή-ασθενή ώστε να υπάρχει συμμόρφωση του ασθενή και συνεργασία.

Στη συνέχεια, περιέγραψε την πρωτοβουλία EIP on AHA, μια πρωτοβουλία της Ευρωπαϊκής Επιτροπής που ενθαρρύνει τη διεπιστημονική συνεργασία μεταξύ δημόσιου, ακαδημαϊκού, ιδιωτικού, βιομηχανικού και ασφαλιστικού τομέα για την ανάπτυξη και την εφαρμογή καινοτόμων υπηρεσιών ιατρικής και κοινωνικής φροντίδας, και αναφέρθηκε στην ελληνική πραγματικότητα και τη δημιουργία της επιστημονικής εταιρείας «Ελληνικό Δίκτυο EIP on AHA», με στόχο να συντονιστούν οι αποσπασματικές αλλά αξιέπαινες πιλοτικές προσπάθειες που ήδη γίνονται σε διάφορες περιφέρειες της χώρας μας, να υπάρξει συντονισμός και κοινή παρουσία στο ευρωπαϊκό γίγνεσθαι και να αναπτυχθούν επίσημες στοχευμένες συνεργασίες με άλλες περιφέρειες της Ευρώπης.

Παρά την οικονομική κρίση που βιώνουμε, είπε καταλήγοντας ο κ. Βοντετσιάνος, υπάρχουν ακόμη δυνάμεις

ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΔΙΚΤΥΟ EIP ON AHA

Αρχικοί συμμετέχοντες



Το ελληνικό Δίκτυο EIP on AHA ιδρύθηκε το 2014.

στην ελληνική κοινωνία που πιστεύουν ότι η καινοτομία αποτελεί τη λύση.

Μετά την ολοκλήρωση των ομιλιών ακολούθησε συζήτηση, όπου τέθηκαν ερωτήσεις από το ακροατήριο. Απαντώντας σε ερώτηση σχετικά με το πόσο έγκυρα είναι τα δεδομένα υγείας των ασθενών, από τη στιγμή που πολλοί γιατροί γράφουν εικονικές διαγνώσεις προκειμένου να δικαιολογηθούν κάποιες ιατρικές εξετάσεις για τους ασθενείς τους, η κ. Κολίτση τόνισε τα δεδομένα υγείας μπορούν να προκύψουν μόνο από τον ιατρικό φάκελο όπου καταγράφονται από τους γιατρούς για σκοπούς της παροχής υπηρεσιών υγείας, ενώ ο Πρόεδρος του ΕΟΠΥΥ κ. Κοντός συμπλήρωσε ότι ο παραρτηματικός φάκελος δεν έχει σχέση με το ιατρικό ιστορικό του ασθενή που συντάσσει ο γιατρός και δεν πρέπει να συγχέεται ο ασφαλιστικός φάκελος με τον ιατρικό.

Στην ερώτηση αν πρέπει να ανησυχούμε για θέματα παρεμβάσεων και ελέγχου των ηλεκτρονικών δεδομένων και αν υπάρχει κίνδυνος προσβολής της προστασίας δεδομένων από ασφαλιστικές εταιρείες, η κ. Κολίτση απάντησε ότι, όταν υπάρχει συγκεντρωμένη κάπου πληροφορία με ευαίσθητα δεδομένα, ιδιαίτερα όταν η πληροφορία αυτή υπάρχει σε διαφορετικά συστήματα που δι- ασυνδέονται, υπάρχει πάντα ο κίνδυνος κάτω από κάποιες συνθήκες να γίνει διαρροή. Αυτό που μπορούμε να κάνουμε είναι να αποτιμήσουμε τον κίνδυνο, να λάβουμε τα κατάλληλα μέτρα και να ενημερώσουμε τους πολίτες για τον κίνδυνο και τα μέτρα που έχουμε λάβει. Με αυτόν τον τρόπο ελαχιστοποιούμε τον κίνδυνο.

Σε επόμενη ερώτηση, που τέθηκε προς την ΗΔΙΚΑ, αν μπορεί να ξέρει σε πραγματικό χρόνο το ασφαλιστικό ταμείο πόσες ιατρικές πράξεις έχει κάνει ένας συγκεκριμένος τομέας δύο διαφορετικών νοσοκομείων, ώστε να γίνει εφικτή η αμοιβή κατά πράξη και η ποιοτική αξιολόγηση των μονάδων υγείας, η κ. Τριανταφυλλίδη απάντησε ότι από τη στιγμή που υπάρχουν πληροφοριακά συστήματα, η πληροφορία μπορεί να παραχθεί. Για συγκεκριμένα δεδομένα, πρόσθεσε, υλοποιείται σήμερα στο υπουργείο ένα σύστημα που θα συγκεντρώσει όλη αυτή την πληροφόρηση από όλα τα νοσοκομεία της χώρας.

Κλείνοντας τις εργασίες της συνεδρίας, ο κ. **Κοντός** αναφέρθηκε στην αξιοποίηση του πλούτου ηλεκτρονικών εφαρμογών στον χώρο της υγείας. Υπάρχουν πολλά συστήματα, πολλές εφαρμογές, υπογράμμισε, αλλά το πρόβλημα είναι ότι σε αρκετές υπάρχει αλληλοεπικάλυψη. Η πρόκληση που αντιμετωπίζει το υπουργείο είναι να επιτευχθεί διασύνδεση, διαλειτουργικότητα, ώστε να μην αλληλοεπικαλύπτονται οι εφαρμογές, να μην δαπανάται χρόνος και να μπορεί να αξιοποιηθεί η πληροφορία στο μέγιστο δυνατό.

Τέλος, η κ. **Παπανικολάου**, Γενική Γραμματέας Δημόσιας Υγείας, Υπουργείο Υγείας, επισήμανε ότι δεν είναι τυχαίο που η ευρωπαϊκή πολιτική υγείας έχει στραφεί

σήμερα στην ανάπτυξη ψηφιακών εφαρμογών. Οι λόγοι είναι πολιτικοί, εξήγησε, γιατί πρέπει να βρούμε καινούργιους τρόπους να απαντήσουμε στις προκλήσεις των υγειονομικών συστημάτων και τις επιδημιολογικές κρίσεις. Δεν είναι τυχαίες ούτε οι μεταρρυθμίσεις που γίνονται σε άλλες χώρες, σε χώρες που αναπτύσσουν με τον καλύτερο τρόπο τέτοιες εφαρμογές, ούτε ότι η Ευρώπη αναζητά μέσα από αυτό το δρόμο μια αναπτυξιακή πλευρά. Η αναπτυξιακή αυτή πλευρά έρχεται μέσα από τη δημιουργία και τη λειτουργία τέτοιων οικοσυστημάτων, χώρων που δεν είναι απλά φόρουμ ιδεών, αλλά παράγουν δράσεις και στους οποίους συναντιούνται και συνομιλούν πολλοί εταίροι.

ΕΙΔΙΚΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΗ ΕΙΣ ΜΝΗΜΗΝ ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ ΤΡΙΧΟΠΟΥΛΟΥ

Η ανάκτηση της θέσης της δημόσιας υγείας στην υγειονομική πολιτική

Η εθνική στρατηγική για τη δημόσια υγεία: η ταυτότητα, τα χαρακτηριστικά και το μέλλον της στα χρόνια της Κρίσης

Πρόεδρος: Αλκιβιάδης Βατόπουλος

Εισηγητές: Αλέξης Μπένος, Ελένη Γελαστοπούλου, Τάκης Παναγιωτόπουλος, Θεόδωρος Κωνσταντινίδης, Χρήστος Λιονής

Ομιλήτρια: Χριστίνα Παπανικολάου

Τη συνεδρία άνοιξε ο **Αλέξης Μπένος**, Καθηγητής Υγιεινής, Κοινωνικής Ιατρικής & Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του ΑΠΘ. Ο κύριος Μπένος αρχικά αναφέρθηκε στον Δημήτριο Τριχόπουλο, τη μνήμη του οποίου τιμούσε η συνεδρία, και είπε πως αυτό που βοήθησε όσους συνεργάστηκαν μαζί του ήταν η επιδημιολογική σκέψη και η εφαρμογή της επιδημιολογικής έρευνας στην πράξη της δημόσιας υγείας.

Σήμερα δεν υπάρχει λόγος να μιλούμε για δημόσια υγεία, το δημόσιο σύστημα καταρρέει και ζούμε την αποκορύφωση του ιδιωτικού, του ατομικού επισήμανε ο ομιλητής. Για να επαναπροσεγγίσουμε συνολικά τη δημόσια υγεία, θα πρέπει κατ' αρχάς να οριστούν διαδικασίες και λειτουργίες για την καταγραφή των δεδομένων μας. Να δημιουργηθούν και να υποστηριχθούν νέες δομές δημόσιας υγείας που θα συνιστούν την απάντηση και παρέμβαση της Πολιτείας σε ενδεχόμενους κινδύνους. Οι δομές δημόσιας υγείας στην κοινότητα θα πρέπει να είναι ενταγμένες στην ΠΦΥ. Έμφαση πρέπει ακόμη να δοθεί στην έρευνα για τη δημόσια υγεία και στους μηχανισμούς που θα την υποστηρίζουν. Το σημαντικό είναι η υλοποίηση των προγραμμάτων δημόσιας υγείας, δηλαδή η σύνδεση της έρευνας, της εκπαίδευσης, και της μεθοδολογίας στην πράξη.

Στη συνέχεια, τον λόγο πήρε η **Ελένη Γελαστοπούλου**, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Υγιεινής, Εργαστήριο Υγιεινής Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Πατρών, που μίλησε με θέμα «Δημόσια Υγεία – Quo vadis? Εστιάζοντας στις πιο ευάλωτες ομάδες πληθυσμού». Η κυρία Γελαστοπούλου υποστήριξε ότι το κράτος οφείλει να εξασφαλίζει το δικαίωμα κάθε ανθρώπου να απολαμβάνει το υψηλότερο δυνατό επίπεδο ψυχικής και σωματικής υγείας, και ότι η δημόσια υγεία αποτελεί επένδυση για τη διατήρηση και βελτίωση του ανθρώπινου κεφαλαίου της χώρας.

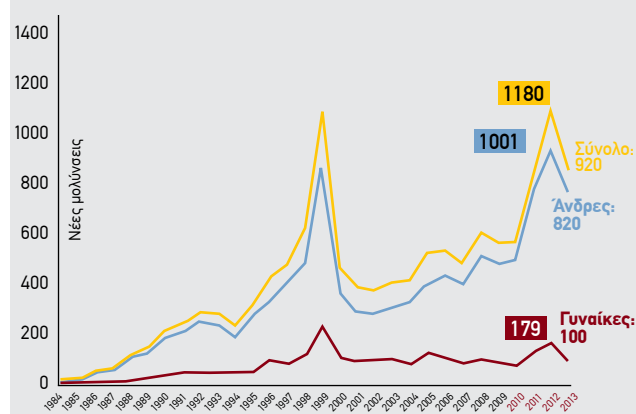
Αναφερόμενη στο Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία 2008-2012, διαπίστωσε ότι, μετά από έξι χρόνια ύφεσης και άγριας λιτότητας, η κρίση στο σύστημα υγείας παραμένει έντονη. Η κρίση επιδρά τόσο στην παροχή υπηρεσιών υγείας όσο και στην κατάσταση της υγείας του πληθυσμού, ιδιαίτερα των πιο ευάλωτων ομάδων του (βλέπε τα στοιχεία για την επιδημία του HIV/AIDS). Οι περικοπές και η ανεργία συνδέονται με αυξημένη συχνότητα αυτοκτονιών, ανθρωποκτονιών, καρδιαγγειακών νοσημάτων, κατάχρησης αλκοόλ και ναρκωτικών, θνησιμότητας από μεταδοτικά νοσήματα, ψυχικών διαταραχών. Σύμφωνα με μελέτες, οι άνθρωποι αυτοβαθ-

μολογούν την υγεία τους ως κακή-πολύ κακή. Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δοθεί στην ψυχική υγεία. Δραματική αύξηση καταγράφει η μείζων κατάθλιψη και ο αυτοκτονικός ιδεασμός, αύξηση παρουσιάζουν οι απόπειρες αυτοκτονίας, ενώ η αυξομείωση της αυτοκτονικότητας δείχνει να παρακολουθεί την αυξομείωση της ανεργίας.

Η κυρία Γελαστοπούλου στάθηκε στο έργο των David Stuckler και Sanjay Basu, «Η οικονομία του σώματος. Γιατί η λιτότητα σκοτώνει», που υποστηρίζει ότι οι άνθρωποι δεν αρρωσταίνουν ούτε πεθαίνουν αναπόφευκτα, επειδή η οικονομία δεν πάει καλά: οι μεγάλες οριζόντιες περικοπές σε ζωτικά προγράμματα κοινωνικής προστασίας είναι αυτές που μπορεί να αποβούν θανάσιμες. Και, καταλήγοντας, αναφέρθηκε στις προτεραιότητες για τις πολιτικές υγείας: εθνική στρατηγική για τη δημόσια υγεία, ενίσχυση της πρόληψης, της αγωγής και της προαγωγής της υγείας, ισότιμη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, ενδυνάμωση των πολιτών στη διαδικασία λήψης αποφάσεων, αναδιάρθρωση του συστήματος περίθαλψης προς την ΠΦΥ και αύξηση των κονδυλίων για τη δημόσια υγεία.

Η ΕΠΙΔΗΜΙΑ ΤΟΥ HIV/AIDS ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Επίπτωση 2013: 8,3 νέα περιστατικά ανά 100.000 πληθυσμού



ΠΗΓΗ: ΚΕΕΛΠΝΟ, 2014

Σημαντική αύξηση παρουσιάζει η μετάδοση του HIV/AIDS, ενώ η μικρή μείωση μετά το 2013 πρέπει να ερμηνευθεί με επιφύλαξη.

Ο **Τάκης Παναγιωτόπουλος**, Καθηγητής του Τομέα Υγείας του Παιδιού της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας, ξεκίνησε με μιαν αναφορά στη βαθιά γνώση των βιολογικών μηχανισμών που είχε ο Δ. Τριχόπουλος, την οποία συνδύαζε με την επιδημιολογική/πληθυσμιακή οπτική. Και συνέχισε διαπιστώνοντας ότι οι φορείς δημόσιας υγείας δεν λειτουργούν όπως πρέπει. Αναφέρθηκε σε κρίσιμα θεσμικά ζητήματα, όπως η ακραία απουσία «αντίληψης» της δημόσιας υγείας στην Ελλάδα, η εκπαίδευση-σταδιοδρομία νέων επαγγελματιών υγείας, οι θεσμοί δημόσιας υγείας σε κεντρικό και περιφερειακό-τοπικό επίπεδο, και υπογράμμισε την ανάγκη για μεγάλης εμβέλειας συστηματικό σχέδιο οικοδόμησης θεσμών δημόσιας υγείας.

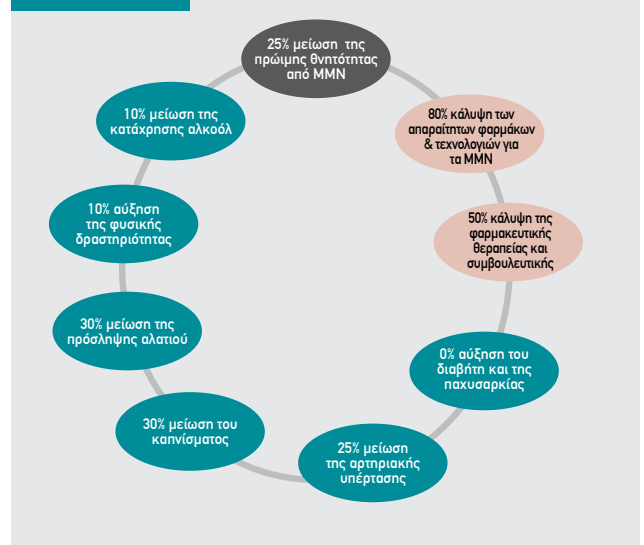
Παραδείγματα που σχετίζονται με τον υποχρεωτικό προληπτικό έλεγχο των παιδιών αποτελούν ένδειξη ότι η προσέγγιση της δημόσιας υγείας στη χώρα μας δεν είναι ουσιαστική, αλλά διοικητική. Το «υπερκαταναλωτικό» σχήμα εμβολιασμού του παιδικού πληθυσμού στην Ελλάδα σε σχέση με τις υπόλοιπες ευρωπαϊκές χώρες, οι «ανεκτικές» προς την παχυσαρκία καμπύλες αύξησης που περιλαμβάνονται στο Βιβλιάριο Υγείας του Παιδιού και άλλα ακόμη, αναδεικνύουν την ανυπαρξία πρακτικής για τη συστηματική αξιολόγηση με βάση τα ελληνικά επιδημιολογικά δεδομένα, και τα μεγάλα κενά στην πολιτική δημόσιας υγείας.

Αναφερόμενος στη δημοσιοποίηση προσωπικών στοιχείων γυναικών για HIV το 2012, που προκάλεσε την αντίδραση της UNAIDS και άλλων διεθνών οργανισμών, ο κ. Παναγιωτόπουλος είπε ότι αυτή η αντιμετώπιση δεν καταστρατηγεί μόνο τα ατομικά δικαιώματα, αλλά αποδεικνύεται και ακραία αναποτελεσματική: οι άνθρωποι κλείνονται στην ιδιωτικότητα τους, ενώ ο ιός συνεχίζει να μεταδίδεται. Έκρινε ότι το κρίσιμο ζήτημα είναι πως –για θεσμικούς λόγους– ο Έλληνας υπουργός υγείας δεν είχε έγκυρη επιστημονική γνώμοδοτηση. Τέλος, επισήμανε ότι και οι 9 μεγάλοι στόχοι που έθεσε ο Π.Ο.Υ. για τα μη μεταδιδόμενα νοσήματα επιβάλλουν πληθυσμιακή οπτική, καθορισμό στόχων, σχεδιασμό για την επίτευξή τους και αξιολόγηση – την προσέγγιση, δηλαδή, που ενδείκνυται για όλα τα ζητήματα δημόσιας υγείας.

Ο κύριος **Θεόδωρος Κωνσταντινίδης**, Ειδικός Ιατρός Εργασίας, Καθηγητής της Ιατρικής Σχολής του ΔΠΘ, επιχειρώντας να αντικρούσει βασικά επιχειρήματα του Αλέξη Μπένου, επικαλέστηκε το παράδειγμα των εύφορων τεναγών των Φιλιππων κατά τον Μεσοπόλεμο. Για την αντιμετώπιση της ελονοσίας στην περιοχή, οι (μη αριθρούς) κυβερνήσεις του Ελευθερίου Βενιζέλου αποφάσισαν την αποξήρανση των ελών, ούτως ώστε να αποδοθούν κλήροι στον γεωργικό πληθυσμό. Έτσι, από τη μία ασκούσαν κοινωνική πολιτική και από την άλλη οδηγούσαν στη μεταβολή του δημονοσολογικού προβλήματος, καθώς τα περιστατικά της ελονοσίας πρακτικά μηδενίστηκαν.

Στοιχεία όπως αυτά φανερώνουν ότι υπήρχαν πολιτικές δημόσιας υγείας στον Μεσοπόλεμο οι οποίες μάλιστα διακονούσαν ένα πρόσθετο ζήτημα: αυτό της υγιεινής και ασφάλειας στην εργασία, καθώς όσοι νοσούσαν και έπαψαν να νοσούν δεν ήταν απλώς κάτοικοι, αλλά και εργαζόμενοι στις περιοχές αυτές. Αποδεικνύουν ακόμη ότι η δημόσια υγεία είναι ένα πολυσύνθετο, πολυεπιστημονικό αντικείμενο, που δεν ασκείται από γιατρούς κατά κύριο λόγο. Άλλωστε, το επίτευγμα που οδήγησε στον περιορισμό των περισσότερων θανάτων ήταν η τουαλέτα, όπως υποστήριζε ο αείμνηστος

ΟΙ ΣΤΟΧΟΙ ΤΟΥ ΠΑΓΚΟΣΜΙΟΥ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥ ΥΓΕΙΑΣ ΓΙΑ ΤΑ ΜΗ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΕΩΣ ΤΟ 2025



Οι 9 στόχοι του Π.Ο.Υ. για τα μη μεταδιδόμενα νοσήματα έως το 2025 με εφαρμογή σε εθελοντική βάση.

Δημήτριος Τριχόπουλος, κάτι που συνιστά παράδειγμα πολιτικής δημόσιας υγείας αλλά όχι ιατρικό. Η κλινική ιατρική είναι εχθρός μας στη δημόσια υγεία, κατέληξε ο κύριος Κωνσταντινίδης.

Ο **Χρήστος Λιονής**, Καθηγητής Γενικής Ιατρικής και Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Κρήτης, επισήμανε ότι η δημόσια υγεία καλείται να υπηρετήσει μόνο τεκμηριωμένες πρακτικές και πολιτικές. Ένα από τα κρίσιμα ζητήματα στα οποία οφείλει να στραφεί είναι το σύνδρομο της ευαλωτότητας.

Η δημόσια υγεία δεν οφείλει απλώς να αποτυπώσει και να περιγράψει τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης, αλλά και να αναστοχαστεί και να δομήσει τη δική της θεωρία, εντάσσοντας στα θεωρητικά πρότυπα που χρησιμοποιεί τους νέους προσδιοριστές οι οποίοι διαμορφώνονται στο πλαίσιο της φτώχειας.

Τρέχουσες μελέτες στο Πανεπιστήμιο της Κρήτης εξετάζουν τον παράγοντα της ευδαιμονίας (wellness), ο οποίος αποδεικνύεται καθοριστικός για τη διαμόρφωση της καλής υγείας. Από το 2009, μια ομάδα διανοητών στο Άμστερνταμ επιχείρησε να επαναπροσδιορίσει την υγεία ως ικανότητα αυτοφροντίδας, που εξαρτάται από το πολιτιστικό, κοινωνικό και άλλο περιβάλλον, και να αποδείξει ότι η απώλεια αυτής της ικανότητας ταυτίζεται με την αρρώστια. Σύμφωνα με τις μετρήσεις του Πανεπιστημίου Κρήτης, πιο επιρρεπείς στο σύνδρομο της ευαλωτότητας αναδεικνύονται οι γυναίκες, οι διαζευγμένοι, οι ηλικιωμένοι που ζουν μακριά από τα παιδιά τους και οι άνθρωποι χαμηλού μορφωτικού επιπέδου.

Η δημόσια υγεία δεν οφείλει απλώς να αποτυπώσει και να περιγράψει τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης, αλλά και να αναστοχαστεί και να δομήσει τη δική της θεωρία, εντάσσοντας στα θεωρητικά πρότυπα που χρησιμοποιεί τους νέους προσδιοριστές οι οποίοι διαμορφώνονται στο πλαίσιο της φτώχειας.

Τρέχουσες μελέτες στο Πανεπιστήμιο της Κρήτης εξετάζουν τον παράγοντα της ευδαιμονίας (wellness),

«FRAILITY» (ΕΥΑΛΩΤΟΤΗΤΑ): ΜΙΑ ΠΡΟΚΛΗΣΗ ΓΙΑ ΤΗ ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ

Τι είναι;

- Η **ευαλωτότητα** αποτελεί παθολογική κατάσταση, κατά την οποία το άτομο γίνεται πιο επιρρεπές στην εξάρτηση και τη θνητότητα, όταν εκτεθεί σε κάποιον παράγοντα πίεσης (πιο διαδεδομένη μεταξύ των ατόμων > 60 ή 65 ετών)
- Η ευαλωτότητα μπορεί να εμφανιστεί ως **αποτέλεσμα διαφόρων ασθενειών, ιατρικών και ψυχολογικών προβλημάτων**.
- Δεν αποτελεί νόσο, αλλά σύνδρομο, στενά συνδεδεμένο με αρνητικές για την υγεία επιπτώσεις, εξάρτηση (μη-αυτονομία) και δυσλειτουργίες στις καθημερινές δραστηριότητες.
- Δεν πρόκειται για πάγια κατάσταση, αλλά για **εν εξελίξει διαδικασία**.

ΣΤΑΔΙΑ ΤΗΣ ΕΥΑΛΩΤΟΤΗΤΑΣ



Ο ορισμός και τα στάδια της ευαλωτότητας.

ο οποίος αποδεικνύεται καθοριστικός για τη διαμόρφωση της καλής υγείας. Από το 2009, μια ομάδα διανοητών στο Άμστερνταμ επιχείρησε να επαναπροσδιορίσει την υγεία ως ικανότητα αυτοφροντίδας, που εξαρτάται από το πολιτιστικό, κοινωνικό και άλλο περιβάλλον, και να αποδείξει ότι η απώλεια αυτής της ικανότητας ταυτίζεται με την αρρώστια. Σύμφωνα με τις μετρήσεις του Πανεπιστημίου Κρήτης, πιο επιρρεπείς στο σύνδρομο της ευαλωτότητας αναδεικνύονται οι γυναίκες, οι διαζευγμένοι, οι ηλικιωμένοι που ζουν μακριά από τα παιδιά τους και οι άνθρωποι χαμηλού μορφωτικού επιπέδου.

Ισότιμη πρόσβαση, ολοκληρωμένες υπηρεσίες, συντονισμός, εστίαση στην οικογένεια και στον ασθενή, δέσμευση για την ασφάλεια του ασθενή και την ποιότητα των υπηρεσιών αποτελούν τους πυλώνες της ΠΦΥ στο πλαίσιο ενός ολοκληρωμένου συστήματος υγείας, όπως αυτή περιγράφεται από μια κίνηση που συνδιαμορφώθηκε τα τελευταία χρόνια από εκπροσώπους της οικογενειακής ιατρικής και παιδίατρους στις ΗΠΑ. Στην Ελλάδα, ωστόσο, και στην παρούσα δυσμενή συγκυρία οφείλουμε να στραφούμε και στις ευρωπαϊκές πηγές, τα προγράμματα HORIZON 2020, τα οποία, στο πεδίο της υγείας, κάνουν λόγο για ολοκληρωμένη φροντίδα, εστι-

αση στον ασθενή και αυτοδιαχείριση, καλώντας τις υπηρεσίες δημόσιας υγείας και τους ερευνητές να δώσουν έμφαση στα εργαλεία που εξασφαλίζουν έξοδο από την ευαλωτότητα.

Συνοψίζοντας, ο κύριος Λιονής τόνισε ότι το ζητούμενο είναι μια δημόσια υγεία αναστοχασμένη, που θα λειτουργεί στο ευρωπαϊκό πλαίσιο, θα διεκδικεί ευρωπαϊκούς πόρους, θα διαμορφώσει το δικό της λόγο και θα έχει ουσιαστική παρουσία.

Η **Χριστίνα Παπανικολάου**, Ιατρός Βιοπαθολόγος, Γενική Γραμματέας Δημόσιας Υγείας, υπενθύμισε ότι παραμένει αναλλοίωτο και προκλητικό το χάσμα σε ό,τι αφορά το επίπεδο υγείας μεταξύ των ανεπτυγμένων χωρών και του Τρίτου κόσμου. Τόνισε ότι, πριν από οποιαδήποτε συζήτηση, θα πρέπει να ορίσουμε το περιεχόμενο της δημόσιας υγείας και να εξετάσουμε ποιο είναι το ευρωπαϊκό περιβάλλον εντός του οποίου κινούμαστε.

Για την Ευρώπη το διακύβευμα είναι πώς διαμορφώνονται οι ανάγκες της δημόσιας υγείας έναντι αφενός του επιδημιολογικού προφίλ που έχει αλλάξει δραματικά σε όλη την ήπειρο, με κύρια χαρακτηριστικά τη γήρανση του πληθυσμού και τα συνακόλουθα χρόνια νοσήματα και την πολυνοσηρότητα, και αφετέρου της δημοσιονομικής κρίσης. Στο πλαίσιο αυτό, οι ευρωπαϊκές χώρες προσπαθούν να μετακινήσουν το βάρος από το νοσοκομιοκεντρικό μοντέλο προς την ΠΦΥ.

Οι διαρθρωτικές αλλαγές έχουν διττή στόχευση: να αξιοποιηθούν κατά το δυνατόν καλύτερα οι περιορισμένοι πόροι και να αναβαθμιστεί η ποιότητα της φροντίδας. Σημαντικό ζητούμενο, επίσης, είναι τα ψηφιακά εργαλεία και οι καινοτομίες να τεθούν στη διάθεση τόσο του συστήματος όσο και των ασθενών, ειδικότερα των χρόνιων. Η κυρία Παπανικολάου τόνισε ότι χρειαζόμαστε μια σταθερή, διαχρονική πολιτική δημόσιας υγείας, η οποία να μεταφράζεται σε προτεραιότητες, σε μετρήσιμους στόχους, σε σχέδια και σε παρακολούθηση της υλοποίησής τους. Αναγνώρισε ότι υπάρχουν προβλήματα, όμως επισήμανε πως, όταν μπήκαμε στην κρίση, το σύστημα υγείας ήδη νοσούσε. Χρειάστηκε σε λίγα μόνο χρόνια να γίνουν ακόμη και βίαιες μεταρρυθμίσεις, κάποιες από αυτές αναγκαίες. Ορισμένες δεν ολοκληρώθηκαν, άλλες έγιναν έτσι ώστε να μη θιγούν συμφέροντα, την ίδια στιγμή που η έλλειψη στοιχείων δυσχέραινε τη διαπραγμάτευση με τους δανειστές. Αν καταφέραμε να μη φτάσουμε στην έσχατη φτώχεια είναι γιατί συνεχίζουμε να επικαλούμαστε ευρωπαϊκές πολιτικές που μας προστατεύουν. Οφείλουμε να συνεχίσουμε να βλέπουμε τα πράγματα με ψυχραιμία και με τεκμηρίωση, αυτή είναι, άλλωστε η μεγαλύτερη απόδοση τιμής στη μνήμη του Δημήτρη Τριχόπουλου, είπε καταλήγοντας η κυρία Παπανικολάου και συμπλήρωσε ότι υπάρχει περιθώριο να ξανατεθούν όλα σε συζήτηση.

ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ

ΥΓΕΙΑ 2020

Συζήτηση με τον υπουργό Υγείας

Πρόεδροι: Γιάννης Κυριόπουλος, Νίκος Φελέκης

Ομιλητής: Μάκης Βορίδης

Στη στρογγυλή τράπεζα πάνω στο στίγμα της πολιτικής υγείας της κεντρικής διοίκησης, έγινε συζήτηση μεταξύ του υπουργού Υγείας **Μάκη Βορίδη** και εκπροσώπων των κοινωνικών εταίρων (ΠΙΣ, ΙΣΑ, ΣΦΕΕ, ΠΕΦ, ΠΑΣΙΔΙΚ, ΣΕΚ), με συντονιστές τον καθηγητή **Γιάννη Κυριόπουλο** και τον δημοσιογράφο **Νίκο Φελέκη**.

Τη συζήτηση άνοιξε το ερώτημα του κ. Φελέκη, αναφορικά με την υπόθεση για νέα κυβέρνηση μετά τις επερχόμενες –κατά τα φαινόμενα– εκλογές, και το πώς θα συγκεραστούν οι διαφορετικές πολιτικές υγείας έτσι ώστε να υπάρχει μια συνέχεια σε στον κρίσιμο τομέα της υγείας. Ο υπουργός σχολίασε ότι πρέπει να υπάρχουν διαφορετικές επιλογές πολιτικών, καθώς στηρίζονται σε διαφορετικές ιδεολογίες και πολιτικές κατευθύνσεις, και αυτό είναι αποδεκτό. Η συζήτηση καθίσταται ανορθολογική όταν γίνονται προτάσεις χωρίς να τεκμηριώνονται, και αυτές απομακρύνουν από τα πραγματικά προβλήματα.

Παρέμβαση έκανε στη συνέχεια ο κ. **Μιχάλης Βλασταράκος**, πρόεδρος του Πανελλήνιου Ιατρικού Συλλόγου, ο οποίος έθεσε τα σημαντικότερα ανοικτά ζητήματα της υγείας: τον επαναπροσδιορισμό της ΠΦΥ μέσα από τα διεθνή πρότυπα και βάση των ελληνικών δεδομένων, τη διαχείριση των χρόνιων νοσημάτων και την πολυνοσηρότητα σε συνάρτηση με τη βιωσιμότητα των συστημάτων ασφάλισης –ιδίως του ΕΟΠΥΥ–, τη φαρμακευτική πολιτική, την αξιοποίηση του ανθρώπινου κεφαλαίου, τη σύμπραξη δημόσιου-ιδιωτικού τομέα κλπ. Επίσης εξέθεσε τις προτάσεις του ΠΙΣ και επισημαίνοντας ότι ο προϋπολογισμός για την υγεία το 2015 προβλέπεται να είναι κάτω του 4,5% του ΑΕΠ, έθεσε το κύριο ερώτημά του: Μπορεί να υπάρχει αξιόπιστο σύστημα υγείας που να εξυπηρετεί τους πολίτες με τον προβλεπόμενο προϋπολογισμό;

Ο υπουργός σχολίασε ότι όλοι οι εμπλεκόμενοι στην υγεία ζητούν αύξηση του προϋπολογισμού, αλλά και ότι το ίδιο συνέβαινε όταν το διαθέσιμο ποσό ήταν υπερδιπλάσιο. Επισήμανε, λοιπόν, ότι το πρώτο που θα πρέπει να διασφαλιστεί με τους σημερινούς διαθέσιμους πόρους, είναι η αποδοτικότητα του συστήματος. Για να γίνει αυτό θα πρέπει πρώτα να ελέγξουμε συστηματικά τη δαπάνη, έτσι θα διαπιστώσουμε εάν και σε ποιους τομείς υπάρχει ανάγκη ενίσχυσης του προϋπολογισμού. Λόγω της κατάρρευσης των δημόσιων οικονομικών εφαρμόστηκαν επιθετικές οριζόντιες περικοπές, όπως το clawback και τα rebates. Για να αποδώσουν αυτές, ήταν απαραίτητες οι διαρθρωτικές παρεμβάσεις που έγιναν στην υγεία: η δημιουργία του ΕΟΠΥΥ, η εισαγωγή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, η πολιτική για τα γενόσημα, οι κατευθυντήριες οδηγίες. Ο κ. Βορίδης τόνισε ότι παρότι αρχικά προκάλεσαν πολλές αντιδράσεις στους εμπλεκόμενους φορείς, μόλις οι μεταρρυθ-

μίσεις άρχισαν να λειτουργούν, άρχισαν να γίνονται και αποδεκτές.

Το ζήτημα του προϋπολογισμού σχολίασε και ο κ. **Κυριόπουλος**, αναφέροντας ότι πρέπει να δούμε το πώς καταρτίζεται αλλά και να αναθεωρηθεί η άποψη ότι ο προϋπολογισμός μπορεί να γίνει μόνο με κρατικοποίηση της ασφάλισης. Το ελληνικό σύστημα υγείας έχει το πλεονέκτημα να στηρίζεται σε τρεις περίπου ίσες πηγές χρηματοδότησης (κράτος, ασφάλιση, ιδιωτικός τομέας) και αυτό πρέπει να εξεταστεί με μια νέα ματιά. Ωστόσο, η απότομη προσαρμογή του επιπέδου του προϋπολογισμού από τα 23 στα 16 δις, αποτέλεσε ένα σοκ για το σύστημα που θα χρειαστούν δεκαετίες για να ξεπεραστεί. Μακροπρόθεσμη βελτίωση μπορεί να προέλθει από αύξηση της απασχόλησης και με αύξηση των εσόδων από τη φορολογία, και πιο άμεσα από φόρους σε τσιγάρο, αλκοόλ, κλπ., που έχουν και θετικό υγειονομικό αντίκτυπο. Ένα μάθημα που πρέπει να πάρουμε από τις ΗΠΑ είναι μια νέα προσέγγιση: καταμερισμό του κόστους με καταμερισμό του οφέλους.

Σε ερώτημα του προέδρου του ΙΣΑ, **Γιώργου Πατούλη**, γιατί δεν υπήρχαν ελεγκτικοί μηχανισμοί τόσα χρόνια, παρότι ο επιστημονικός κόσμος ήταν σύμφωνος, ο υπουργός απάντησε ότι τώρα εφαρμόζονται σχετικά μέτρα με μεγάλη ταχύτητα, παρά τις δύσκολες συνθήκες. Αναφορικά με την απασχόληση γιατρών στην περιφέρεια (ιδίως τα νησιά) και την ανάγκη ενίσχυσής της, ο κ. Βορίδης δήλωσε ότι πιστεύει πως οι αμοιβές δεν είναι ελκυστικές, γι' αυτό «θα πρέπει να αναθεωρηθεί το ενιαίο μισθολόγιο για τους γιατρούς».

Στα σχόλια σχετικά με τις πρακτικές του clawback και των επιστροφών από τους εκπροσώπους της ΠΑΣΙΔΙΚ κ. **Βουγιούκα** και του ΣΦΕΕ κ. **Φρουζή**, ο υπουργός απάντησε ότι το σύστημα του clawback δεν θα καταργηθεί θεσμικά. Ο στόχος όμως της κυβέρνησης είναι να επιτύχει μέσω της εφαρμογής ελεγκτικών μηχανισμών, των κατευθυντηρίων οδηγιών, κλπ., να μην υπάρχει υπέρβαση των κλειστών προϋπολογισμών, και τότε, στην πράξη, να μην ενεργοποιείται το clawback. Με την πορεία του προϋπολογισμού του Υπουργείου συνδέεται και η εξέταση τροποποίησης στο καθεστώς της συνταγογράφησης για πρωτότυπα και γενόσημα φάρμακα με την εμπορική επωνυμία και όχι με τη δραστική ουσία, που θεωρείται ιδιαίτερα ζημιογόνος για τα ελληνικά γενόσημα από τη φαρμακοβιομηχανία.

Ο κ. **Πενταφράγκας**, εκπρόσωπος της ΠΕΦ, σχολίασε ότι οι μνημονιακοί στόχοι είναι σε λάθος κατεύθυνση. Αναφέρθηκε σε πρόσφατη μελέτη που δείχνει ότι με εξορθολογισμό της χρήσης των φαρμάκων, μπορεί να επιτευχθεί μείωση των δαπανών κατά 8%, αλλά παρατήρησε ότι το υπουργείο έχει μειώσει τις δαπάνες χωρίς να

πετύχει εξορθολογισμό της κατανάλωσης. Στη συνέχεια ζήτησε από τον υπουργό να σχολιάσει την απόφαση του ΣτΕ για τη συνταγογράφηση των γενοσήμων, καταθέτοντας την πρόταση της ΠΕΦ οι γιατροί να έχουν τη δυνατότητα να συνταγογραφούν το γενόσημο της προτίμησής τους. Η απάντηση του κ. Βορίδη ήταν ότι εάν επιτευχθούν οι στόχοι αναφορικά με τις δαπάνες στην υγεία, θα ανοίξει αυτή η συζήτηση.

Ο κ. **Φρουζής** σχολίασε την υιοθέτηση του κλειστού προϋπολογισμού/υπέρβασης, και των μέτρων του clawback & της επιστροφής υπογραμμίζοντας ότι έχουν αρνητικές επιπτώσεις στρατηγικά, καθώς αποθαρρύνουν τις μεταρρυθμίσεις και τη διεκδίκηση του υπουργείου Υγείας ώστε να λάβει περισσότερους πόρους από τον γενικό προϋπολογισμό. Σχολιάζοντας ο κ. Βορίδης ότι

και αυτό το θέμα άπτεται του προϋπολογισμού, δήλωσε ότι είναι αισιόδοξος για αυτόν του 2015, γιατί ήδη φέτος έχει μειωθεί σημαντικά η υπέρβαση της φαρμακευτικής δαπάνης. Ωστόσο, ο προϋπολογισμός του Υπουργείου Υγείας εξαρτάται από τον συνολικό προϋπολογισμό της κυβέρνησης.

Κλείνοντας, ο καθηγητής κ. **Κυριόπουλος**, δήλωσε ότι απολογείται για την απουσία των «χρηστών» των υπηρεσιών υγείας από το συνέδριο με αποτέλεσμα να μην έχουν συζητηθεί δύο σημαντικά θέματα: η κάλυψη των ανασφάλιστων και ένα σημαντικό πρόβλημα του συστήματος υγείας, που τεκμηριώνουν και στοιχεία του ΟΟΣΑ, ότι δηλαδή, στη χώρα παρατηρείται υποκατάσταση μεταξύ νοσοκομειακής και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης.

ΔΙΑΛΕΞΗ

Looking forward for new perspectives in Health Policy and Health Reforms

Νέες προοπτικές στην πολιτική υγείας: η υγεία ως επένδυση για την ανάπτυξη

Πρόεδροι: Γιάννης Κυριόπουλος, Άρης Σισσούρας, Ελπίδα Πάβη

Ομιλητές: Wim Van Lerberghe, Silviu Domente

Στην κεντρική ομιλία της επίσημης τελετής έναρξης του συνεδρίου εκφράστηκε η οπτική του Γραφείου του Π.Ο.Υ. Ευρώπης, από τους εκπρόσωπους του, κύριο **Wim Van Lerberghe** Senior Advisor Health Systems in Greece, WHO/Europe, και Dr. **Silviu Domente**, Health Systems Analyst, WHO/Europe.

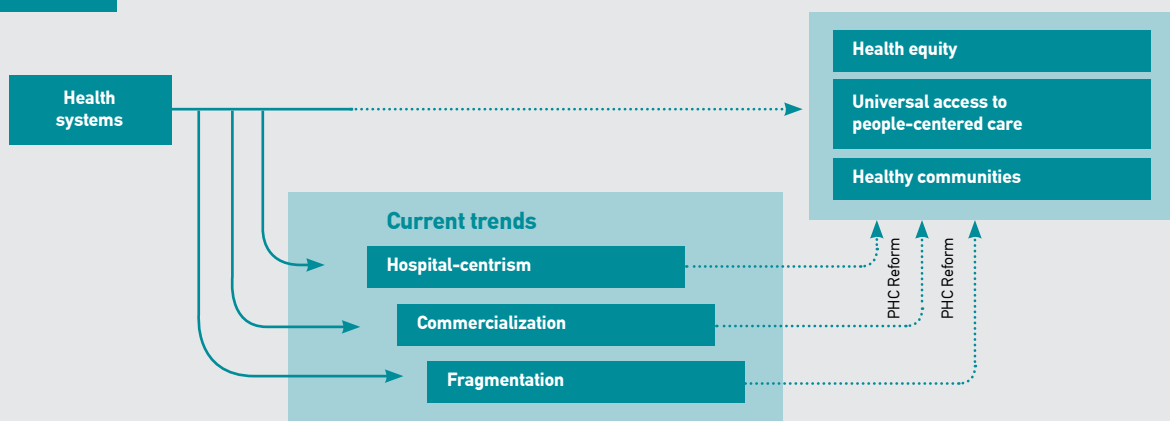
Ο Dr. Domente, που εκφώνησε την ομιλία, αναφέρθηκε στη στενή σχέση της οικονομίας με τις πολιτικές υγείας, την οποία ο WHO αναγνώρισε τη δεκαετία του '90, όταν δημιουργήθηκε η ειδική επιτροπή μακροοικονομικών και υγείας και παρήχθη η πρώτη έκθεση το 2001. Η παραδοσιακή επικρατούσα άποψη παλαιότερα ήταν ότι η υγεία είναι ένα δευτερεύον προϊόν της οικονομικής ανάπτυξης, αλλά μετά την έκθεση αυτή και κατά τη διάρκεια της έρευνας που έγινε, τα στοιχεία αποκάλυψαν ότι η σχέση μεταξύ οικονομίας και υγείας είναι αμφίδρομη: και η υγεία επηρεάζει την οικονομία, καθώς η επένδυση στην υγεία δεν βελτιώνει μόνο την υγεία των ανθρώπων αλλά συνεισφέρει και στην οικονομική ανάπτυξη.

Σύμφωνα με στοιχεία, 92% των αυξανόμενων επενδύσεων στην υγεία σχετίζονται με την ανάπτυξη και το ΑΕΠ. Ο τομέας της υγείας είναι πολύ σημαντικός για την οικονομία, ως εργοδότης και ως καταναλωτής, καθώς και ως μείζων φορέας καινοτομίας. Ο Dr. Domente επισήμανε ότι η οικονομική ανάπτυξη είναι απαραίτητο να συνοδεύεται από επενδύσεις στην υγεία, αν θέλουμε να βελτιώνεται το προσδόκιμο ζωής.

Ωστόσο, οι επενδύσεις πρέπει να γίνονται στη σωστή κατεύθυνση, να υπερνικούνται οι περιορισμοί του συστήματος και να λαμβάνονται υπ' όψιν διάφορες παράμετροι όπως οι προσδοκίες των ασθενών και των επαγγελματιών υγείας. Ο ομιλητής αναφέρθηκε στη χαμηλή ικανοποίηση των ασθενών στην Ελλάδα και στο «ελληνικό παράδοξο», με χαρακτηριστικό παράδειγμα το ότι η χώρα μας, ενώ έχει τον μεγαλύτερο αριθμό γιατρών σε ορισμένες ειδικότητες, ο χρόνος αναμονής των ασθενών είναι πολύ υψηλός.

Η άποψη των εμπειρογνομόνων του Π.Ο.Υ. Ευρώπης, τόνισε ο Dr. Domente, είναι ότι για να επιτύχουμε βελ-

HEALTH SYSTEMS DO NOT “GRAVITATE” TO THE ESTABLISHED OBJECTIVES



Οι περιορισμοί του υγειονομικού συστήματος επιβραδύνουν την πορεία προς τους στόχους της ισότητας, της καθολικής πρόσβασης στις υπηρεσίες και της υγείας του πληθυσμού.

τίωση της υγειονομικής περίθαλψης, αυτή πρέπει να είναι εστιασμένη στον άνθρωπο. Η καθολική κάλυψη της υγείας του πληθυσμού παγκοσμίως είναι καίριας σημασίας· για τον Π.Ο.Υ. αυτό δεν σημαίνει μόνο ασφαλιστική κάλυψη για όλους, αλλά και ισότητα πρόσβασης στις υπηρεσίες για όσους τις έχουν ανάγκη, υπηρεσίες καλής ποιότητας και προστασία από τον οικονομικό κίνδυνο – δηλαδή, το κόστος της περίθαλψης να μην επιβαρύνει την τσέπη του ασθενή. Ο Dr. Domente, υπογράμμισε

τη σημασία που έχει η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας σε αυτή τη στρατηγική.

Ο Dr. Domente έκλεισε την ομιλία του με αναφορά στην προσφορά του Π.Ο.Υ. στα κράτη μέσα από τις λειτουργίες του. Ειδικότερα στην Ελλάδα, ο Οργανισμός παρέχει τεχνογνωσία ως σύμβουλος του υπουργείου Υγείας και εκπονεί μελέτες με σκοπό να συμβάλει στην υιοθέτηση βιώσιμων μεταρρυθμίσεων στην υγεία.

ΑΞΟΝΑΣ III

ΦΑΡΜΑΚΟ & ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ

Η αναγκαιότητα εφαρμογής σύγχρονων εναλλακτικών τεχνικών τιμολόγησης των νέων προϊόντων, της αξιολόγησης τεχνολογιών υγείας, των συμφωνιών επιμερισμού του κινδύνου αναγνωρίζεται από όλους τους παράγοντες που εμπλέκονται στο φάρμακο: φαρμακοβιομηχανία, ασφαλιστικούς οργανισμούς, κοινωνικούς εταίρους, υπουργείο. Η φαρμακευτική καινοτομία αναδείχθηκε στο συνέδριο ως σημαντική ευκαιρία για την υγεία και την οικονομία της χώρας.

ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ & ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΕΣ
ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΤΙΜΟΛΟΓΗΣΗΣ

Η ανάγκη αξιολόγησης των νέων προϊόντων πριν από την ολοκλήρωση μελετών που δίνουν στιβαρές αποδείξεις για την αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα τους σε σχέση με το κόστος, οδήγησε στην υιοθέτηση νέων όρων αδειοδότησης από τον EMA & τον FDA. Οι νέες προσεγγίσεις στην τιμολόγηση, την αποζημίωση και τη διαχείριση της αβεβαιότητας –κυρίως οι συμφωνίες επιμερισμού του κινδύνου (MEAs)– παρά τα δομικά τους προβλήματα, ευνοούν την αγορά δημιουργώντας κίνητρα λόγω της σύνδεσης της αξίας με την πληρωμή. Για τις MEAs είναι απαραίτητη η αποτίμηση της αξίας των φαρμάκων βάσει στοιχείων που έχουν συλλεχθεί σε πραγματικές συνθήκες. Ο ΕΟΠΥΥ είναι σε θέση να συμβάλει στο σύστημα συλλογής αυτών των δεδομένων.

Γενικότερα, μέσω των σύγχρονων τεχνικών τιμολόγησης στόχος για το σύστημα υγείας αποτελεί η αποδοτικότερη χρήση των διαθέσιμων πόρων με διατήρηση της πρόσβασης σε νέες θεραπείες· για τη χώρα, απώτερος στόχος είναι να καλλιεργήσει μια κουλτούρα καινοτομίας και ανάπτυξης χρησιμοποιώντας τις βάσεις δεδομένων της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, ώστε η Ελλάδα να αποτελέσει πρότυπο σε αυτό τον τομέα.

Η ΘΕΣΗ ΤΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ
ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΘΝΙΚΗ
ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ

Οι εκπρόσωποι της φαρμακευτικής βιομηχανίας της χώρας αναφέρθηκαν στη δραματική μείωση της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης τα τελευταία χρόνια και στη δυσκολία πρόσβασης στα φάρμακα η οποία συνδέε-

ται με τη διείσδυση των γενοσήμων. Θα πρέπει να υποστηριχθεί μια πολιτική συνταγογράφησης φαρμάκων εκτός πατέντας και κυρίως γενοσήμων με παράλληλη ενημέρωση του κοινού, και οι ασθενείς να κατευθύνονται σε θεραπευτικά ισοδύναμες, αλλά χαμηλότερου κόστους επιλογές. Από τους κοινωνικούς εταίρους που συμμετείχαν στη συζήτηση, εκφράστηκε το αίτημα για συμμετοχή των ασθενών στη διαμόρφωση των πολιτικών για την υγεία αλλά και η ανάγκη για διαφορετική κατανομή των ιατρικών ειδικοτήτων, με έμφαση στους οικογενειακούς ιατρούς. Από πλευράς πολιτικής υγείας, κατατέθηκε η άποψη ότι θα πρέπει να γίνεται πιο μακροπρόθεσμος σχεδιασμός και σε αυτόν να συμμετέχουν όλοι οι φορείς του υγειονομικού κλάδου.

Η ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ
ΚΑΙΝΟΤΟΜΙΑΣ ΣΗΜΕΡΑ ΚΑΙ
ΣΤΟ ΜΕΛΛΟΝ

Καινοτόμοι παράγοντες έχουν φέρει επανάσταση στις ογκολογικές θεραπείες, καθιστώντας δυνατή τη μακροχρόνια επιβίωση των ασθενών αυτών, που όμως έχει μία «παρενέργεια», την επιβάρυνση των συστημάτων υγείας. Επομένως πρέπει να βρεθεί μια ισορροπία ανάμεσα στην ανάγκη για καινοτόμες θεραπείες και στο κόστος για τις οικονομίες.

Οι συμφωνίες επιμερισμού του κινδύνου (MEA/PBRSA) είναι ένας εναλλακτικός μηχανισμός τιμολόγησης-αποζημίωσης που καθιστά δυνατή τη συνέχιση της έρευνας, παράλληλα με την κυκλοφορία των καινοτόμων φαρμάκων στην αγορά, για να περιοριστεί η αβεβαιότητα των πληρωτών. Έτσι, επιτυγχάνεται η ταχύτερη πρόσβαση ασθενών σε καινοτόμες θεραπείες. Συστήματα υποδομής όπως μητρώα, ηλεκτρονικοί φάκελοι υγείας, κλπ. είναι μεγάλης σημασίας για την αποτελεσματική συλλογή δεδομένων και τη παρακολούθηση των MEAs· για τη

λειτουργία τους σημαντική είναι η συνεργασία μεταξύ της βιομηχανίας και των συστημάτων υγείας (και ρυθμιστικών αρχών) μέσω της μεταξύ τους διαπραγμάτευσης επιτυγχάνονται συμβιβαστικές λύσεις προς όφελος του ασθενή.

Το σύστημα του Ιταλικού Οργανισμού Φαρμάκου (AIFA), αποτελεί υπόδειγμα εφαρμογής των συμφωνιών επιμερισμού κινδύνου στην Ευρώπη, το οποίο βασίζεται σε ένα διασυνδεδεμένο ηλεκτρονικό σύστημα (web-based πλατφόρμα) παρακολούθησης όλων των σχετικών δεδομένων: μητρώων ασθενών, στοιχείων ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, θεραπευτικών πρωτοκόλλων κλπ.

ΒΙΟΛΟΓΙΚΑ & ΒΙΟ-ΟΜΟΕΙΔΗ

Τα βιολογικά φαρμακευτικά προϊόντα διαφέρουν ουσιωδώς σε σχέση με τα χημικά φάρμακα ως προς το μοριακό μέγεθος, τον τρόπο παρασκευής —χρησιμοποιούνται ζωντανοί οργανισμοί στη σύνθεσή τους—, και αποτελούν καινοτομία των τελευταίων ετών. Έτσι, η ανάπτυξη των βιο-ομοειδών (biosimilars) μετά τη λήξη της πατέντας ενός βιολογικού παράγοντα, συνιστά προσιπάθεια δημιουργίας αντιγράφου του χωρίς να υπάρχει η έννοια του γενοσήμου. Οι ιδιαιτερότητες αυτές των βιολογικών και των βιο-ομοειδών προϋποθέτουν ένα διαφορετικό θεσμικό πλαίσιο και διαδικασίες όσον αφορά τη συνταγογράφηση και τη φαρμακοεπαγρύπνηση, το οποίο προβλέπεται από την ελληνική και την ευρωπαϊκή νομοθεσία. Ειδικές είναι και οι πολιτικές αποζημίωσης των βιο-ομοειδών φαρμάκων στην Ε.Ε. και στην Ελλάδα, όπου σημαντικό ρόλο παίζει η αξιολόγηση τεχνολογιών υγείας. Καίρια είναι τα ζητήματα της ανταλλαξιμότητας βιολογικού και βιο-ομοειδούς αλλά και η κατάρτιση θεραπευτικών πρωτοκόλλων και μητρώων για κάθε παράγοντα.

ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ

Σύγχρονες και εναλλακτικές τεχνικές τιμολόγησης και αποζημίωσης στην ιατρική και φαρμακευτική περίθαλψη

Προτεραιότητα στην αξία του φαρμάκου για τη δημόσια υγεία

Πρόεδροι: Γιάννης Υφαντόπουλος, Ελπίδα Πάβη

Ομιλητές: Panos Kanavos, The role of RWE in value assessment

Παναγιώτα Λίτσα, Επίδραση των τεχνικών της τιμολόγησης και της αποζημίωσης στη φαρμακευτική περίθαλψη του ΕΟΠΥΥ

Αντώνης Καρόκης, Χτίζοντας ένα αποτελεσματικό και αποδοτικό σύστημα υγείας

Κώστας Αθανασάκης, Εναλλακτικές μέθοδοι αποζημίωσης και τιμολόγησης της τεχνολογίας υγείας. Πού βρισκόμαστε σήμερα;

Elias Carayannis, End-User Innovation in Evidence-Based Medicine: The Quadruple / Quintuple Innovation Helix Context

Ο κ. **Panos Kanavos**, Reader in International Health Policy, Department of Social Policy, Deputy Director, LSE Health, UK, ανέφερε στην ομιλία του ότι το πλαίσιο στο οποίο κινούμαστε έχει αλλάξει δραματικά τα τελευταία 10-15 χρόνια. Ενώ προηγουμένως οι υπεύθυνοι λήψης αποφάσεων εξέταζαν την ασφάλεια και τη δραστηριότητα προϊόντων, πλέον εξετάζουν την αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα σε σχέση με το κόστος. Η μετάβαση ωστόσο, συνέχισε ο κ. Kanavos, από τη δραστηριότητα στην αποτελεσματικότητα είναι σχίσμα οξύμωρο, γιατί μερικές φορές δεν μπορούμε να έχουμε αποτελεσματικότητα όταν ένα καινούργιο προϊόν μπαίνει στην αγορά. Οι γνώσεις μας για ένα προϊόν ή μια θεραπεία αυξάνονται όσο το προϊόν ή η θεραπεία χρησιμοποιείται στην αγορά, με αποτέλεσμα πολλές τεχνολογίες να αξιολογούνται αρκετά χρόνια αφού έχουν πάρει την άδεια κυκλοφορίας.

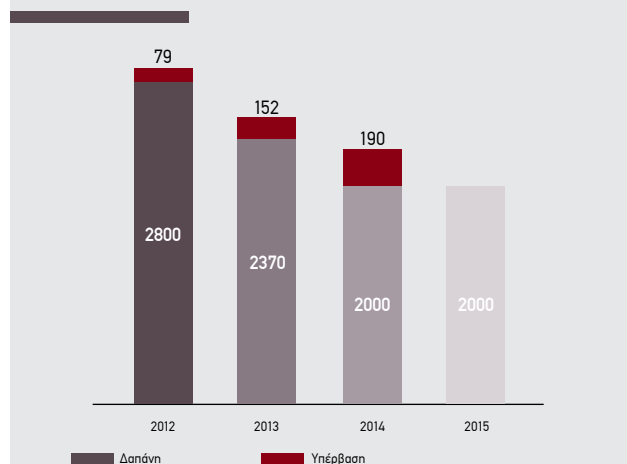
Το επιθυμητό θα ήταν η χορήγηση της άδειας να συμπίπτει σχεδόν με την αξιολόγηση τεχνολογιών υγείας, συμπλήρωσε ο ομιλητής, αναφέροντας κάποιες πρόσφατες αρκετά ενδιαφέρουσες εξελίξεις στο ζήτημα αυτό, όπως την προσαρμοστική αδειοδότηση από τον Ευρωπαϊκό Οργανισμό Φαρμάκων (EMA), την ταχεία έγκριση ενός προϊόντος στις ΗΠΑ από τον FDA, καθώς και την άδεια υπό όρους και την αδειοδότηση υπό εξαιρετικές περιπτώσεις από τον EMA. Με τα εργαλεία αυτά, δήλωσε ο κ. Kanavos, προσπαθούμε να φέρουμε λίγο πιο νωρίς την αδειοδότηση καινοτόμων τεχνολογιών, με την προοπτική να συλλεχθούν περαιτέρω αποδεικτικά στοιχεία από τη χρήση του στον πραγματικό κόσμο (Real World Evidence, RWE). Τα αποδεικτικά στοιχεία που χρησιμοποιούνται είναι από τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες κλινικές μελέτες, μελέτες παρατήρησης και συστηματικές μελέτες, καθώς και στοιχεία από κλινικούς εμπειρογνώμονες, αλλά και στοιχεία που υποβάλλουν οι ασθενείς, χωρίς αυτά να «ιεραρχούνται» ανάλογα με την προέλευσή τους.

Η αποτίμηση της αξίας των φαρμάκων με βάση στοιχεία που έχουν συλλεχθεί σε πραγματικές συνθήκες είναι απαραίτητη σε πολλές περιπτώσεις, συνέχισε ο ομιλητής. Η συγκέντρωση πραγματικών στοιχείων σε πραγματικές συνθήκες συμβάλλει στον προσδιορισμό της αξίας των θεραπειών και τη λήψη αποφάσεων σχετικά

με την κάλυψή τους και συχνά αποτελεί τμήμα συμφωνιών επιμερισμού του κινδύνου. Οπωσδήποτε, κατέληξε ο κ. Kanavos, πρόκειται για μια τεχνική που είναι αναγκαίο να εφαρμοστεί στην Ελλάδα.

Η κ. **Παναγιώτα Λίτσα**, Φαρμακοποιός, MSc, Διευθύντρια Διεύθυνσης Φαρμάκου, ΕΟΠΥΥ, δήλωσε ότι, καθώς ο ΕΟΠΥΥ οφείλει αφενός να εξασφαλίζει την πλήρη, ισότιμη και ποιοτική περίθαλψη των ασφαλισμένων και όσων απώλεσαν την ασφαλιστική ικανότητα, αφετέρου να τηρεί κλειστό ετήσιο προϋπολογισμό φαρμακευτικής περίθαλψης, απαιτείται η βέλτιστη αξιοποίηση των διαθέσιμων πόρων. Οι εφαρμοζόμενες μέχρι σήμερα τεχνικές τιμολόγησης και αποζημίωσης, που έχουν ένα σαφώς καθορισμένο και ανελαστικό πλαίσιο, έφεραν αποτελέσματα, αλλά ίσως έχουν πλέον εξαντλήσει τα περιθώρια απόδοσής τους, υπογράμμισε η ομιλήτρια, συνεπώς απαιτείται η δημιουργία ενός εξελιγμένου συστήματος τιμολόγησης/αποζημίωσης, όπου από την

ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΣΤΗ ΔΑΠΑΝΗ



Επίδραση των υφιστάμενων τεχνικών τιμολόγησης και αποζημίωσης στη φαρμακευτική δαπάνη.

ΜΙΑ ΒΑΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ 11 ΕΚΑΤΟΜΜΥΡΙΩΝ ΧΡΗΣΤΩΝ



Η βάση δεδομένων του ελληνικού συστήματος ηλεκτρονικής συνταγογράφησης συνδυάζει με μοναδικό τρόπο όλους σχεδόν τους παρόχους, ασθενείς και υπηρεσίες στην ίδια πλατφόρμα.

τιμολόγηση/αποζημίωση με βάση μόνο τα δεδομένα άλλων χωρών θα περάσουμε στη δημιουργία ενός συστήματος αποζημίωσης με βάση την προστιθέμενη αξία του φαρμάκου στη δημόσια υγεία της χώρας και τη δυνατότητα πληρωμής.

Τα κριτήρια για την αξιολόγηση θεραπειών θα μπορούσαν να είναι η σοβαρότητα της νόσου και οι ανάγκες δημόσιας υγείας, η αποτελεσματικότητα και η ασφάλεια, η σύγκριση με άλλες θεραπείες και η επίδραση στον προϋπολογισμό. Με βάση αυτά τα στοιχεία, θα μπορεί να ληφθεί η απόφαση εάν θα αποζημιωθεί μια θεραπεία και να καθορισθεί η τιμή της. Προϋποθέσεις για την εφαρμογή αυτού του μοντέλου είναι η επιλογή του φορέα που θα αξιολογεί τις θεραπείες, ο καθορισμός κριτηρίων και διαδικασίας αξιολόγησης και η ύπαρξη ενός συστήματος συλλογής πραγματικών δεδομένων. Οι δύο πρώτες προϋποθέσεις είναι, φυσικά, θέματα πολιτικής απόφασης, επισήμανε η κ. Λίτσα, ωστόσο στο σύστημα συλλογής πραγματικών δεδομένων ο ΕΟΠΥΥ μπορεί να βοηθήσει, καθώς διαθέτει ήδη στοιχεία για τη φαρμακευτική περίθαλψη μέσω της επεξεργασίας των στοιχείων των συνταγών στην ΚΜΕΣ, ενώ ετοιμάζει παράλληλα και τον ασφαλιστικό φάκελο ΕΟΠΥΥ, στον οποίο θα υπάρχουν στοιχεία για το συνολικό κόστος της ιατρικής περίθαλψης, καθώς και μητρώα συγκεκριμένων ασθενειών που θα παρέχουν επιπλέον πληροφορίες.

Απαιτείται ευελιξία και χρήση νέων τεχνικών τιμολόγησης και αποζημίωσης, κατέληξε η κ. Λίτσα, καθώς και εκμετάλλευση των διαθέσιμων δεδομένων και εξέλιξη των βάσεων δεδομένων σε ισχυρά εργαλεία για την εκτίμηση της αξίας των φαρμάκων και την παρακολούθηση εφαρμογής εξειδικευμένων συμφωνιών. Μόνον έτσι θα καταστεί δυνατή η αποδοτικότερη χρήση των διαθέσιμων πόρων με συνέχιση της προσπάθειας σε νέες θεραπείες, υπογράμμισε η ομιλήτρια.

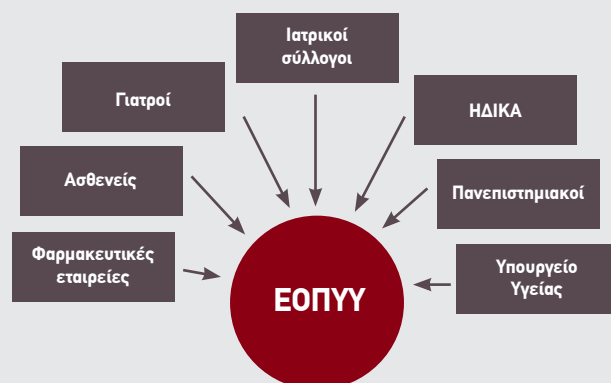
Στη συνέχεια, ο κ. **Αντώνης Καρόκης**, Διευθυντής Εταιρικών Υποθέσεων, MSD, παρέθεσε στοιχεία για το πώς

φτάσαμε στη σημερινή κατάσταση, αναφέροντας ότι στα χρόνια της λιτότητας η Ελλάδα ήταν η χώρα του ΟΟΣΑ στην οποία μειώθηκε περισσότερο από κάθε άλλη, η δαπάνη υγείας ανά κάτοικο και το ΑΕΠ της χώρας ανά κάτοικο. Αυτό φάνηκε σε πολλές διαστάσεις της υγείας, αλλά πολύ περισσότερο στη δαπάνη στα φάρμακα, καθώς η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη την τελευταία πενταετία υποδιπλασιάστηκε, τόσο στο κομμάτι που αφορά στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, όσο σε αυτό που αφορά στους νοσοκομειακούς προϋπολογισμούς. Η τεράστια αυτή μείωση της δαπάνης έγινε με μία σειρά μέτρων που αφορούσαν την τιμολόγηση, τη συμμετοχή των ασθενών, τη συνταγογράφηση δραστικής ουσίας, αλλά και το clawback και το rebate.

Ωστόσο, τόνισε ο ομιλητής, η συνδυαστική εφαρμογή αυτών των μέτρων, όσο δικαιολογημένη κι αν ήταν σε συνθήκες κρίσης, δεν μπορεί να συνεχίσει να αποτελεί τον κορμό της πολιτικής υγείας και στο μέλλον. Πρέπει πλέον να σκεφτούμε λίγο διαφορετικά, λαμβάνοντας υπόψη ότι το κόστος της υγείας δημιουργείται κυρίως από τις ασθένειες κι όχι από τη χρήση υπηρεσιών υγείας. Δεν έχουν όλοι οι ασθενείς το ίδιο μέσο κόστος, υπογράμμισε ο κ. Καρόκης, καθώς οι χρόνιες νόσοι ευθύνονται για σημαντικά μεγαλύτερο βαθμό δαπανών υγείας. Επομένως, το κλειδί είναι να εμποδίσουμε τους ασθενείς να φθάσουν σε μεγάλα στάδια βαρύτητας νόσου. Είναι ανάγκη να αναπτυχθούν προγράμματα διαχείρισης νόσων σε ορισμένους τομείς προτεραιότητας και να εστιάσουμε στη βασισμένη σε αποδείξεις ιατρική και στην αξιολόγηση τεχνολογιών υγείας. Η καινοτομία και η συνεργασία μπορούν να βελτιώσουν τις εκβάσεις και να μειώσουν τις δαπάνες υγείας, συμπλήρωσε ο ομιλητής.

Αναφερόμενος στην ευρεία δυνατότητα χρήσης των μελετών παρατήρησης στην αξιολόγηση τεχνολογιών υγείας και στην αναζήτηση κατάλληλων τρόπων αντιμετώπισης των ασθενειών, ο κ. Καρόκης επισήμανε ότι η Ελλάδα θα μπορούσε να καταστεί ένα διεθνές κέντρο μελετών παρατήρησης, καθώς έχει ένα ανταγωνιστικό πλεονέκτημα: η βάση δεδομένων ηλεκτρονικής συνταγογράφησης που διαθέτει συνδυάζει στην ίδια πλατφόρμα με μοναδικό τρόπο όλους τους γιατρούς, τους

ΟΙ ΕΞΥΠΝΕΣ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΕΣ ΜΠΟΡΟΥΝ ΝΑ ΒΕΛΤΙΩΣΟΥΝ ΤΗ ΔΙΑΚΥΒΕΡΝΗΣΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ



Η καινοτομία και η συνεργασία μπορούν να βελτιώσουν τις εκβάσεις και να μειώσουν τις δαπάνες στην Υγείας.

φαρμακοποιούς και τους ασθενείς και μπορεί να καταγράψει φαρμακευτική κατανάλωση, χρήση ιατρικών υπηρεσιών και χρήση διαγνωστικών υπηρεσιών.

Τον λόγο έλαβε στη συνέχεια ο κ. **Κώστας Αθανασάκης**, Επιστημονικός Συνεργάτης του Τομέα Οικονομικών της Υγείας της ΕΣΔΥ, ο οποίος τόνισε ότι η λειτουργία των συστημάτων υγείας εντός ασφυκτικών οικονομικών πλαισίων επιβάλλει τη λήψη αποφάσεων ορθολογικής κατανομής των (σπάνιων) υγειονομικών πόρων.

Αναφερόμενος στο ρυθμιστικό πλαίσιο για την Αξιολόγηση Τεχνολογιών Υγείας (HTA), ο κ. Αθανασάκης επισημάνει ότι, αν και έχουν γίνει πολλά βήματα, τα τελευταία δύο χρόνια τον αρχικό ενθουσιασμό έχει διαδεχθεί ο προβληματισμός, καθώς υπάρχουν αρκετές δυσκολίες εφαρμογής. Η διαδικασία λήψης απόφασης στο πλαίσιο HTA, πρόσθεσε ο ομιλητής, περιλαμβάνει μια σειρά παραμέτρων, δεν είναι απλά μια οικονομική αξιολόγηση. Το ζήτημα είναι πώς μπορεί να ποσοτικοποιηθεί η βαρύτητα των παραμέτρων αυτών και να ενταχθεί σε μια «αλγοριθμική» διαδικασία της απόφασης. Η πρόοδος είναι μικρή και οι δυσκολίες μεγάλες, υπογράμμισε ο κ. Αθανασάκης, και η δημόσια διαβούλευση στο NICE δεν έχει ακόμη επιτύχει ομοφωνία. Θεμελιώδης μεταβλητή της διαδικασίας αυτής είναι η αβεβαιότητα, η οποία σημαίνει καθυστέρηση και κοινωνικό κόστος, κόστος υγείας κ.ο.κ.

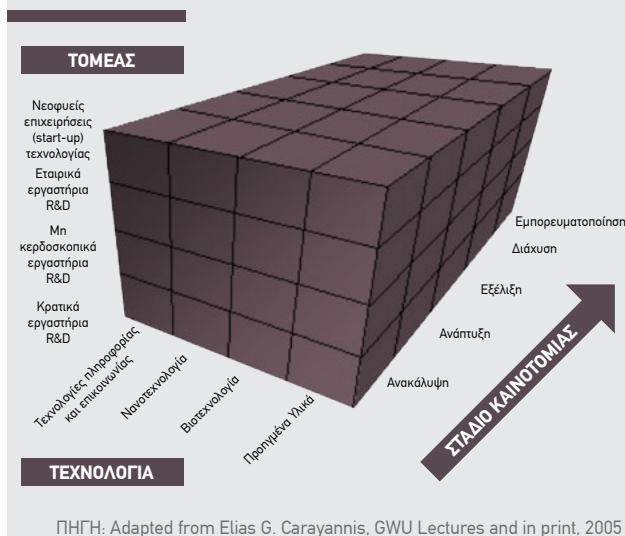
Η λύση προέκυψε από τα σχήματα διαχείρισης του κινδύνου και αποζημίωσης βάσει απόδοσης, σχήματα τα οποία προσπαθούν να ενσωματώσουν την αβεβαιότητα. Ωστόσο, αν και αρχικά υπήρξε μεγάλη πρόοδος και υιοθέτηση των σχημάτων αυτών από τα συστήματα υγείας, σήμερα φαίνεται να υπάρχει κάμψη καθώς ο ρυθμός υιοθέτησής τους μειώνεται. Τα σχήματα αυτά πέρα από τα θετικά τους, έχουν και κάποια αρνητικά σημεία που πρέπει να αντιμετωπιστούν, όπως η αμφισβήτηση ως προς τα αποτελέσματα, το μεγάλο διαχειριστικό κόστος και το πεδίο εφαρμογής.

Παρ' όλα αυτά, οι νέες προσεγγίσεις στην τιμολόγηση, την αποζημίωση και τη διαχείριση της αβεβαιότητας, συνέχισε ο ομιλητής, «ήρθαν για να μείνουν». Παρά τα δομικά τους προβλήματα, είναι ελκυστικές για τον τρίτο πληρωτή και ευνοούν την αγορά, δημιουργώντας κίνητρα λόγω της σύνδεσης της αξίας με την πληρωμή. Η κατεύθυνση της έρευνας θα είναι, στο μέλλον, η άρση των βασικών τους περιορισμών. Κλείνοντας, ο κ. Αθανασάκης υπογράμμισε ότι στην Ελλάδα υπάρχει δεδηλωμένη πρόθεση εφαρμογής της Αξιολόγησης Τεχνολογιών Υγείας, είναι εφικτό να γίνει, και το σύστημα αυτό διαθέτει πλεονεκτήματα, αν και η δυνητική εφαρμογή του θέτει πάρα πολλά ερωτήματα.

Οι εργασίες της στρογγυλής τράπεζας ολοκληρώθηκαν με την ομιλία του κ. **Elias Carayannis**, Professor of Science, Technology, Innovation and Entrepreneurship and Director of Research, European Union Research Center, School of Business, The George Washington University, Washington, DC. Στόχος μας είναι να εξετάσουμε τις προκλήσεις και να προσπαθήσουμε να αναπτύξουμε τις κατάλληλες λύσεις, δήλωσε ο κ. Carayannis, και γι' αυτό πρέπει να σκεφτόμαστε και να διερευνούμε τρόπους για να επαναπροσδιορίσουμε τα προβλήματα που αντιμετωπίζουμε.

Είναι ανάγκη, τόνισε, αφενός να περιοριστεί η «αμυντική» ιατρική, αφετέρου να βελτιστοποιηθεί η προληπτική ιατρική με χρήση βασισμένων σε γενετικά στοιχεία διαγνωστικών μεθόδων, με σκοπό τη δημιουργία ενός

Ο ΚΥΒΟΣ ΤΗΣ ΚΑΙΝΟΤΟΜΙΑΣ



ΠΗΓΗ: Adapted from Elias G. Carayannis, GWU Lectures and in print, 2005

Ο «κύβος της καινοτομίας» παρουσιάζει τη σχέση μεταξύ διαφορετικών τομέων τεχνολογιών αιχμής με τις διαδικασίες ανάπτυξης και διάχυσης της καινοτομίας.

«χάρτη» αναμενόμενων νόσων στη ζωή ενός ατόμου και την ανάπτυξη εξατομικευμένων προληπτικών ιατρικών συστάσεων και στρατηγικών που αφορούν στον τρόπο ζωής.

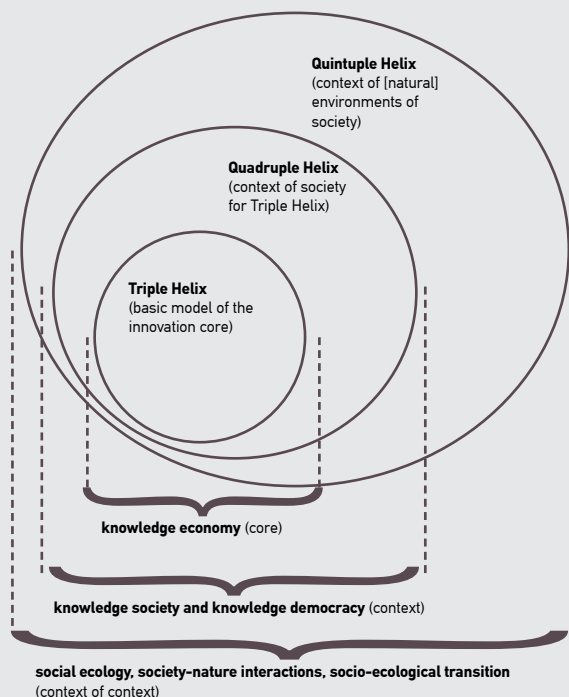
Επιπλέον, σημείωσε ο κ. Carayannis, θα πρέπει να αλλάξει ο τρόπος που βλέπουμε την ιατρική, αναγνωρίζοντας την ανταποδοτικότητα της ως επένδυση, μέσω της βελτίωσης της ποιότητας ζωής και της παράτασης της παραγωγικής ζωής που προσφέρει στον άνθρωπο. Η καινοτομία προσφέρει μεγάλες ευκαιρίες, αλλά ενέχει και δυσκολίες, υπογράμμισε, τονίζοντας ότι είναι ανάγκη να βρούμε τρόπους να συνδέσουμε τα δεδομένα από τις διαφορετικές χώρες.

Στη συνέχεια, ο κ. Carayannis αναφέρθηκε στην τριπλή, την τετραπλή και την πενταπλή έλικα της καινοτομίας, εξηγώντας ότι η τριπλή έλικα εστιάζει στις πολιτικές και τις πρακτικές του κράτους, του πανεπιστημίου και της βιομηχανίας (τον πυρήνα της καινοτομίας), ενώ η τετραπλή έλικα εστιάζει τόσο σε αυτές της τριπλής, όσο και στις κοινωνικές πρωτοβουλίες και άλλες δράσεις που συμβάλλουν στη βελτίωση της αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας των πολιτικών και πρακτικών του κράτους, του πανεπιστημίου και της βιομηχανίας. Η πενταπλή έλικα, συνέχισε ο ομιλητής, προσθέτει στην τετραπλή τη διάσταση του περιβάλλοντος, προκειμένου να διασφαλιστεί ότι οι προαναφερθείσες πολιτικές, πρακτικές και πρωτοβουλίες είναι πράγματι ορθές, διατηρήσιμες και περιεκτικές.

Βασικός μας στόχος, κατέληξε ο κ. Carayannis, πρέπει να είναι η καλλιέργεια μιας κουλτούρας που θα «αγκαλιάζει» τη διαχείριση της γνώσης και τη συνεργασία που οδηγούν στην καινοτομία.

Συνοψίζοντας όσα είπαν οι ομιλητές, ο κ. **Γιάννης Υφαντόπουλος**, Καθηγητής Διοικητικής Επιστήμης και Δημοσίου Δικαίου, Σχολή Οικονομικών και Πολιτικών Επιστημών, Τμήμα Πολιτικής Επιστήμης και Δημόσιας Διοίκησης, τόνισε ότι οι τεκμηριωμένες πολιτικές υγείας βασίζονται στα ποιοτικά και συγκρίσιμα δεδομένα και όχι στους μέσους όρους. Το μήνυμα είναι, συμπλήρωσε,

Η ΤΡΙΠΛΗ, Η ΤΕΤΡΑΠΛΗ ΚΑΙ Η ΠΕΝΤΑΠΛΗ ΕΛΙΚΑ ΤΗΣ ΚΑΙΝΟΤΟΜΙΑΣ



Σχηματοποίηση των πρακτικών, των δράσεων και του περιβάλλοντος ανάπτυξης της καινοτομίας.

ότι πρέπει να ακολουθήσουμε μια αναπτυξιακή πορεία και να χρησιμοποιήσουμε τις βάσεις δεδομένων, ώστε η Ελλάδα να αποτελέσει ένα καλό πρότυπο και για άλλες χώρες.

Στο ερώτημα αν μπορεί μια πολιτική διεύρυνσης της χρήσης των γενοσήμων να τεθεί σε μια διαδικασία ΗΤΑ στο πλαίσιο εξοικονόμησης πόρων για το ελληνικό σύστημα υγείας, ο κ. Κανανος απάντησε πως όλοι γνωρίζουμε ότι η διείσδυση των γενοσήμων στη χώρα μας είναι πολύ χαμηλή, περίπου 25% σε όγκο (συνταγές), τη στιγμή που σε πολλές άλλες ευρωπαϊκές χώρες φθάνει το 75%. Το θέμα, ωστόσο, στη χώρα μας είναι κυρίως η μικρή αποδοχή των γενοσήμων από γιατρούς και ασθενείς, παρά το ότι η ποιότητά τους είναι πολύ καλή· οπότε για να αυξηθεί η χρήση γενοσήμων στη χώρα μας, πρόσθεσε, πρέπει ουσιαστικά να ξαναδούμε τα κίνητρα που δίνονται σε γιατρούς και φαρμακοποιούς, πώς συμπεριφέρονται οι ασθενείς και γενικά όλο το πλαίσιο της πολιτικής για το γενόσημο.

Απαιτείται, συμπλήρωσε κ. Carayannis, εντατική εκπαίδευση και ενημέρωση για να αυξηθεί η χρήση των γενοσήμων, ώστε να αλλάξει η λανθασμένη επικρατούσα αντίληψη ότι είναι φτηνότερα και κατώτερα ποιοτικά φάρμακα.

Η κ. Λίτσα, απαντώντας σε ερώτηση αν υπάρχει επιτροπή για την αξιολόγηση θετικής λίστας, δήλωσε πως υπάρχει επιτροπή που αποφασίζει αν θα αποζημιωθεί ή όχι κάποιο φάρμακο, αλλά επειδή δεν υπάρχουν στη χώρα μας τα κατάλληλα εργαλεία για την αξιολόγηση, χρησιμοποιούνται οι αξιολογήσεις που έχουν γίνει στο FDA, στο EMA, καθώς και οι αξιολογήσεις από τη Γαλλία και τη Γερμανία. Φυσικά, συμπλήρωσε, απώτερος στόχος είναι από τα κριτήρια αξιολόγησης θετικής-αρνητικής λίστας να περάσουμε στην αξιολόγηση ΗΤΑ.

Τη συζήτηση που ακολούθησε σχετικά με το ποιοι φορείς θα συμμετέχουν στην ΗΤΑ και ποιος θα είναι ο ρόλος τους, έκλεισε ο κ. Κανανος λέγοντας πως η διαλειτουργικότητα και η συνεργασία είναι δύο πολύ σημαντικά στοιχεία δημοκρατίας και πρέπει να επεκταθούν, προκειμένου να έχουμε ένα καλό αποτέλεσμα.

DEBATE

Η θέση της φαρμακευτικής βιομηχανίας στην εθνική πολιτική υγείας

Η ανάγκη για εξορθολογισμένες και συντονισμένες παρεμβάσεις μακράς πνοής στον τομέα του φαρμάκου

Συντονιστές:

Πάυλος Παπαδόπουλος, Αιμιλία Σταθάκου

Ομιλητές:

Κωνσταντίνος Φρουζής, Θεόδωρος Τρύφων

Ερωτήσεις-Παρεμβάσεις:

Νίκος Δέδες, Ιωάννης Μακρυγιάννης, Κώστας Αλεξανδρόπουλος, Κατερίνα Φαμέλη, Μποδοσάκης-Πρόδρομος Μερκούρης

Τη συνεδρία άνοιξε ο **Κωνσταντίνος Φρουζής**, Πρόεδρος του ΣΦΕΕ, Αντιπρόεδρος & Γενικός Διευθυντής της Novartis Hellas. Ο κύριος Φρουζής επικαλέστηκε δημοσιεύματα στον Τύπο που περιγράφουν τη δυσκολία πρόσβασης στις θεραπείες για τους καρκινοπαθείς και τους οροθετικούς, τη συρρίκνωση της φαρμακευτικής περιθάλψης και για το 2015, τον περιορισμό των απεικονιστικών εξετάσεων, τις υπέρογκες δαπάνες του ΕΟΠΥΥ εκτός προϋπολογισμού για τα διαγνωστικά εργαστήρια, τις ελλείψεις φαρμάκων στα νοσοκομεία. Συμπλήρωσε ότι η κατά κεφαλήν δημόσια φαρμακευτική δαπάνη έπεσε κάτω από τα 170 ευρώ το 2014, τη στιγμή που ο μέσος όρος στις χώρες του ΟΟΣΑ είναι 322 ευρώ. Αυτό αντιπροσωπεύει το 80% του προβλήματος στην Ελλάδα, υποστήριξε ο κύριος Φρουζής. Επισήμανε ότι η πρόσβαση στα φάρμακα είναι δυσχερής, δεν ενθαρρύνεται η διείσδυση των γενοσήμων με ανταγωνιστικές τιμές, ενώ βήματα προς τα πίσω αναμένονται και στην καινοτομία: τέτοιοι παράγοντες αποθαρρύνουν, εντέλει, τις επενδύσεις στη χώρα μας. Ορθά υπάρχει η λογική του κλειστού προϋπολογισμού φαρμάκου, σημείωσε ο κύριος Φρουζής· αλλά ο τρόπος με τον οποίο προκύπτει, τον καθιστά μη βιώσιμο.

Ο Πρόεδρος του ΣΦΕΕ υπενθύμισε ότι έχει κατατεθεί πρόταση τιμολόγησης, που στόχο έχει την εξοικονόμηση πόρων, δίνει χώρο στα καινοτόμα φάρμακα να υπάρξουν και την ευκαιρία στα γενόσημα να είναι βιώσιμα και μετά το 2012· τόνισε, ωστόσο, ότι θα είναι καταστροφικό το να ενθαρρύνουμε την έγκριση φαρμάκου εκτός ενδείξεων (off-label). Πρόταση έχει επίσης κατατεθεί για πολύ συγκεκριμένα θεραπευτικά πρωτόκολλα και μητρώα προς ένα ορθότερο σύστημα συνταγογράφησης. Δεν αποδίδουν οι εξάμηνες «ατζέντες», χρειάζονται συνομιλητές με θητεία μεγαλύτερη των 2-3 χρόνων, κατέληξε ο κύριος Φρουζής· αυτό πρέπει να είναι το μέλημα όποιου αναλάβει τα ηνία της υγείας στη χώρα μας το επόμενο διάστημα.

Στη συνέχεια, τον λόγο πήρε ο **Θεόδωρος Τρύφων**, Πρόεδρος της Πανελλήνιας Ένωσης Φαρμακοβιομηχανίας, Αντιπρόεδρος και Συνδιευθύνων Σύμβουλος του ομίλου ELPEN. Η δυνατότητα χρηματοδότησης θα είναι περιορισμένη και τα επόμενα χρόνια, πρέπει λοιπόν να σταματήσουμε να μιλούμε με όρους κρίσης, είπε ο κύριος Τρύφων. Το τελευταίο διάστημα, μας ενδιέφερε περισσότερο η ανταπόκρισή μας στις απαιτήσεις της Τρόικας παρά η ουσία, κι έτσι διαρθρωτικά μέτρα για το φάρμακο δεν εφαρμόστηκαν. Τα νέα φάρμακα που μπαίνουν στο

σύστημα πρέπει να αξιολογούνται από μια μόνιμη επιτροπή ως προς την καινοτομία τους. Θα πρέπει οι ασθενείς να κατευθύνονται σε θεραπευτικά ισοδύναμες, αλλά χαμηλότερου κόστους και συμμετοχής επιλογές. Οι δαπάνες στην υγεία πρέπει να αντιμετωπιστούν συνολικά και ανά περιοχή, όχι με μεμονωμένες οριζόντιες παρεμβάσεις. Απαιτείται μια πολιτική που θα κατευθύνει στη συνταγογράφηση φαρμάκων εκτός πατέντας και κυρίως γενοσήμων· αλλά και μια εκστρατεία με τη συμμετοχή του ΕΟΦ, του ΠΦΣ, του Υπουργείου και της φαρμακοβιομηχανίας, που θα εξηγήι απλά και με παραδείγματα τι είναι το ουσιαστικό όμοιο φάρμακο.

ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΓΕΝΟΣΗΜΩΝ (BRANDED GENERICS)

ΙΑΤΡΟΣ	ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΟΣ	ΑΣΘΕΝΗΣ-ΚΟΙΝΟ
Στόχοι φαρμακευτικής δαπάνης / γενοσήμων	Στόχοι φαρμακευτικής δαπάνης / γενοσήμων	Ενίσχυση της εμπιστοσύνης στα γενόσημα φάρμακα
Συνταγογράφηση και με εμπορική ονομασία	Εξουδετέρωση των κινήτρων χορήγησης ακριβότερων επιλογών	Διασφάλιση της ποιότητας
Σύστημα ανταμοιβών	Απομείωση / κατάργηση του rebate για τα γενόσημα	Οικονομικό όφελος από τη χρήση των γενοσήμων
Ενημέρωση για την ύπαρξη ισοδύναμων οικονομικότερων θεραπευτικών επιλογών	Bonus βάσει της αξίας των γενοσήμων σε σχέση με τη συνολική αξία των φαρμάκων που χορηγήθηκαν Άρση της υποχρέωσης χορήγησης του φθηνότερου γενοσήμου	

Προτάσεις της ΠΕΦ για μια πολιτική υποστήριξης των γενοσήμων.

Η ελληνική βιομηχανία είναι σε θέση να καλύψει το 70% των αναγκών της ΠΦΥ και το 50% των νοσοκομειακών αναγκών. Όλα αυτά πρέπει να ενταχθούν στο πλαίσιο μιας συνολικότερης πολιτικής, με συνέπεια και διάρκεια, αλλά και επί της ουσίας σύμπραξη δημόσιου-ιδιωτικού τομέα. Η ελληνική φαρμακοπαραγωγή θα είναι παρούσα, δήλωσε ο κύριος Τρύφων. Και κατέληξε

ότι, εάν το μεγαλύτερο μέρος των εκτός πατέντας φαρμάκων παραχθούν στην Ελλάδα το επόμενο διάστημα, θα ωφεληθούν τόσο τα ταμεία και οι ασθενείς, όσο και η βιομηχανία.

Στη συζήτηση που ακολούθησε και συντόνισαν οι δημοσιογράφοι **Αιμιλία Σταθάκου** και **Παύλος Παπαδόπουλος**, ο κύριος Φρουζής, αναφερόμενος στο μέλλον των επενδύσεων επισήμανε ότι, σήμερα, όπως και προ κρίσης, δεν υπάρχουν τα κίνητρα: σταθερότητα, φυσιολογικό φορολογικό σύστημα, ανταμοιβή στην παραγωγή, τις εξαγωγές και την καινοτομία. Ο κύριος Τρύφων από την πλευρά του, επισήμανε ότι η ελληνική φαρμακοβιομηχανία έχει οριστεί από την κυβέρνηση αλλά και από ανεξάρτητες μελέτες, τομέας προτεραιότητας που θα μπορούσε να συνεισφέρει στην έξοδο της Ελλάδας από την κρίση τα επόμενα χρόνια.

Στην παρέμβασή του, ο Πρόεδρος της «Θετικής Φωνής», **Νίκος Δέδες**, επέστησε την προσοχή στην αποσπασματικότητα των πολιτικών για την υγεία, στη μη συμμετοχή των ασθενών στη διαμόρφωσή τους, αλλά και στο γεγονός ότι δεν υπάρχει συνεργασία όλων των εταίρων προς αυτή την κατεύθυνση. Οι συνθήκες για τους ασθενείς δυσχεραίνουν συνεχώς: η πρόσβαση στα φάρμακα έχει γίνει δυσκολότερη, η συμμετοχή του ασθενούς πολύ υψηλότερη. Όποιος συμμετέχει σε τραπέζι διαπραγμάτευσης το 2015 θα πρέπει να προτείνει τη συμμετοχή και των ασθενών, κατέληξε ο κύριος Δέδες. Η απάντηση είναι η κατά το δυνατόν ενιαία εκπροσώπηση των ασθενών, απάντησε ο κύριος Φρουζής. Σε συνθήκες περικοπών, υπάρχουν ενδεχομένως και συμφέροντα που δεν ευνοούν τη συνεργασία όλων των εμπλεκόμενων για μια κοινή λύση, αλλά αυτό πρέπει να ξεπεραστεί, συμπλήρωσε ο κύριος Τρύφων.

Ποτέ δεν είχαμε συγκεκριμένη εθνική πολιτική για το φάρμακο, σχολίασε ο Γενικός Γραμματέας του Πανελληνίου Φαρμακευτικού Συλλόγου, **Ιωάννης Μακρυγιάννης**, κι έτσι φτάσαμε στο σημείο, με την οικονομική κρίση, το 50% των φαρμακείων της χώρας να αντιμετωπίζουν πρόβλημα επιβίωσης. Οι φαρμακοποιοί είναι η πλέον στοχοποιημένη ομάδα επαγγελματιών της υγείας, δήλωσε ο κύριος Μακρυγιάννης και εστίασε σε προβλήματα, όπως η μη συμμετοχή των φαρμακοποίων στον σχεδιασμό για τα γενόσημα, οι συνεχείς μειώσεις των τιμών και οι ελλείψεις. Όλοι οι εμπλεκόμενοι φορείς πρέπει να σχεδιάσουν από κοινού την πολιτική φαρμάκου, κατέληξε. Κατά 80%-90% η ατζέντα μας είναι κοινή, απάντησε ο κύριος Φρουζής, ενώ η κυρία Σταθάκου διερωτήθηκε αν χρειαζόμαστε και τα 11.000 υπάρχοντα φαρμακεία. Ο κύριος Μακρυγιάννης απάντησε πως υπεράριθμοι επιστήμονες υπάρχουν σε όλους τους κλάδους: η συρρίκνωση ενός κλάδου τη στιγμή που οι πραγματικές ανάγκες παραμένουν αναλλοίωτες, αν δεν αυξάνονται κιόλας, δεν είναι αυτονόητη, υποστήριξε. Εξορθολογισμός αλλά και κατανάλωση αυτών που παράγουμε έναντι εκείνων που εισάγουμε είναι η απάντηση, υποστήριξε ο κύριος Τρύφων και συμπλήρωσε ότι η συνέργεια της βιομηχανίας με το φαρμακείο είναι ιδιαίτερα κομβική.

Τον λόγο πήρε στη συνέχεια ο **Κωνσταντίνος Αλεξανδρόπουλος**, Γενικός Γραμματέας του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου, ο οποίος επισήμανε ότι η πρόσβαση των

ασθενών στην κατάλληλη φαρμακευτική περίθαλψη, η συμμετοχή τους στο κόστος του φαρμάκου και το συνολικό ύψος της φαρμακευτικής δαπάνης είναι κρίσιμα ζητήματα στη φαρμακευτική πολιτική. Υπάρχει ανάγκη δημιουργίας αρχείων ασθενών και ασθενειών, πρωτοκόλλων και κατευθυντηρίων οδηγιών για τις θεραπείες, αλλά και ανάγκη αύξησης της χρήσης των γενοσήμων. Καταλήγοντας, ο κύριος Αλεξανδρόπουλος πρότεινε νέα συμφωνία μεταξύ των εταίρων, στη βάση τεκμηριωμένων στοιχείων, για να αντιμετωπιστεί το πρόβλημα της παροχής σωστής περίθαλψης, εντός των οικονομικών δυνατοτήτων και σε βάθος χρόνου. Η αύξηση της χρήσης των γενοσήμων εναπόκειται κυρίως στους γιατρούς, παρατήρησε η κυρία Σταθάκου, και ο κ. Αλεξανδρόπουλος σχολίασε ότι η παραοικονομία είναι εκείνη που καθορίζει τον τομέα των γενοσήμων στις μέρες μας.

Ο Ελληνικός Οργανισμός Φαρμάκων πολύ συχνά προσκαλεί σε συζήτηση τους εμπλεκόμενους, και επενδύει στον συγκροτημένο και ρεαλιστικό σχεδιασμό, υποστήριξε η Α' Αντιπρόεδρός του, **Κατερίνα Φαμέλη**. Τον τελευταίο χρόνο, με μικρές αριθμητικά δυνάμεις, έχει καταφέρει να τιμολογήσει 1.200 νέα γενόσημα και 500 νέα πρωτότυπα προϊόντα, ενώ έχει προχωρήσει και στην έγκριση εθνικών αδειών, καλύπτοντας τα κενά περασμένων ετών. Ο ΕΟΦ επιχειρεί να ενδυναμωθεί σε προσωπικό εστιάζοντας και στη βελτίωση των συνθηκών εκπαίδευσής του, με στόχο η χώρα μας να γίνει χώρα αμοιβαίων και αποκεντρωμένων διαδικασιών, και να αυξήσει το οικονομικό όφελος για όλους τους εμπλεκόμενους. Εννοείται πως η βιομηχανία θέλει έναν ισχυρό ΕΟΦ, σχολίασε ο κύριος Φρουζής, θέλει όμως να δει και χρονοδιαγράμματα και ένα πολύ απλούστερο σύστημα τιμολόγησης. Ο ΕΟΦ δεν είναι οικονομικά ανεξάρτητος, είπε ο κύριος Τρύφων, και αναγνώρισε ότι έχουν γίνει βήματα προόδου, απαιτείται όμως σταθερότητα για να εξελιχθούν.

Η συνεδρία έκλεισε με την παρέμβαση του **Μποδοσάκη-Πρόδρομου Μερκούρη**, Προέδρου της Ελληνικής Εταιρείας Γενικής Ιατρικής (ΕΛ.Ε.ΓΕ.ΙΑ.). Στη χώρα μας υπάρχουν 62.000 ειδικοί ιατροί, τη στιγμή που, βάσει των opinion leader της Ελλάδας και της Ευρώπης, χρειαζόμαστε 20.000 ειδικούς και 7.000 οικογενειακούς ιατρούς, τόνισε ο κύριος Μερκούρης. Η μεγάλη αύξηση των γιατρών ρίχνει το επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών. Εστιάζοντας στα πρωτόκολλα, τα οποία είχαν επικαλεστεί οι προηγούμενοι ομιλητές, επισήμανε ότι αυτά δεν αποδίδουν στην πολυνοσηρότητα. Η φαρμακοβιομηχανία, αφού ομονοήσει, πρέπει να αρθρώσει αυτόνομο πολιτικό λόγο, να προτείνει λύσεις και να τις δημοσιοποιεί ευρέως ώστε να τις επιβάλει. Πράγματι, χρειάζεται πενταετές σχέδιο μεταρρύθμισης στην υγεία, αλλά πρέπει να το διεκδικήσει σύσσωμος ο υγειονομικός κλάδος. Πού είναι οι δομές της συνεχιζόμενης ιατρικής εκπαίδευσης; διερωτήθηκε ο κύριος Μερκούρης: ο ΣΦΕΕ και η ΠΕΦ είναι οι μόνοι που δίνουν τους απαραίτητους πόρους. Από το 2015 θα έχουμε την ευκαιρία να λύσουμε κάποια θέματα από κοινού με τους εταίρους μας, απάντησε ο κύριος Φρουζής. Μια Γενική Γραμματεία Φαρμάκου με υποομάδες για την αποζημίωση και για την τιμολόγηση ήταν το σχήμα που πρότεινε ο κύριος Τρύφων, κλείνοντας τη συνεδρία.

ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ

Η διαχείριση της φαρμακευτικής καινοτομίας σήμερα και στο μέλλον

Το κόστος των καινοτόμων θεραπειών οδηγεί στην υιοθέτηση νέων διαχειριστικών εργαλείων

Πρόεδροι: **Νίκος Μανιαδάκης, Πάρις Κοσμίδης**

Ομιλητές: **Παναγιώτης Παναγιωτίδης**, Η κλινική συνεισφορά και οι προκλήσεις της καινοτομίας

Jens Grueger, Η διαχείριση της καινοτομίας και συμφωνίες ελεγχόμενης εισόδου

Entela Xoxi, Η εμπειρία της Ιταλίας στην εφαρμογή συμφωνιών ελεγχόμενης εισόδου. Προσ απαιτούμενα, προκλήσεις και το όφελος για το σύστημα υγείας και τους ασθενείς

Κατερίνα Μυλωνά, Η κοινή ευθύνη στη διαχείριση της καινοτομίας

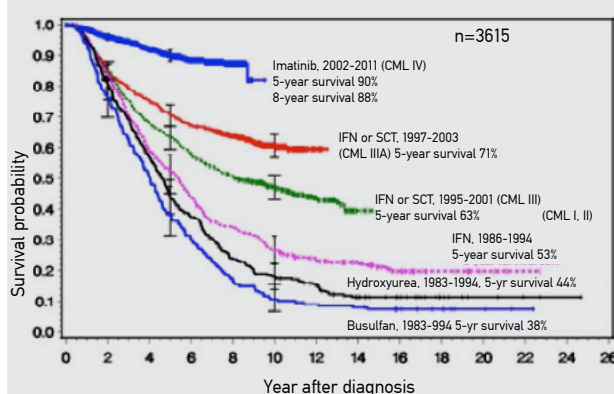
Ο κ. **Νίκος Μανιαδάκης**, Αναπληρωτής Κοσμήτορας, Διευθυντής και Καθηγητής στον Τομέα Αρχών Οργάνωσης και Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας, ΕΣΔΥ, αναφέρθηκε στο θέμα της προηγούμενης συνεδρίας, που εξέτασε τους τρόπους διαχείρισης της καινοτομίας ως προς την αποτελεσματικότητά της για τους ασθενείς αλλά και την αποδοτικότητά της που αφορά αυτούς που χρηματοδοτούν το σύστημα υγείας· οι συμφωνίες επιμερισμού του κινδύνου είναι ένας από τους τρόπους που συζητήθηκαν. Ο κ. Μανιαδάκης στη συνέχεια παρουσίασε τον συμπροεδρεύοντα κ. **Πάρι Κοσμίδη**, Παθολόγο-Ογκολόγο, Διευθυντή Β' Παθολογικής-Ογκολογικής Κλινικής, ΔΘΚΑ «Υγεία» και τους ομιλητές της στρογγυλής τράπεζας. Αναφέρθηκε ειδικότερα στη συμμετοχή του ιταλικού ΕΟΦ (IFA) στη συνεδρία αυτή και στο γεγονός ότι αποτελεί πρότυπο λειτουργίας για το ελληνικό Υπουργείο, ως προς τον ρόλο του, όχι μόνο στην έγκριση αλλά και στην τιμολόγηση νέων φαρμάκων, στην αξιολόγηση νέων τεχνολογικών και στη σύναψη συμφωνιών επιμερισμού του κινδύνου.

Ο κ. **Παναγιώτης Παναγιωτίδης**, Καθηγητής Αιματολογίας ΕΚΠΑ στην Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. Λαϊκό, ξεκινώντας την ομιλία του είπε ότι αποδεδειγμένα η καινοτομία συνεισφέρει στην κλινική πράξη, αλλά υπάρχουν και προκλήσεις.

Τα τελευταία 20 χρόνια έχουν γίνει επαναστατικές ανακαλύψεις φαρμάκων που έχουν αλλάξει τις θεραπευτικές επιλογές. Δύο τέτοια παραδείγματα καινοτόμων φαρμάκων που ανέτρεψαν την αντιμετώπιση αιματολογικών νοσημάτων και άλλαξαν την επιβίωση των ασθενών είναι το rituximab (1997) και το imatinib (2001).

Η μακροχρόνια πλέον επιβίωση των ασθενών αυτών, επιβαρύνει τα συστήματα υγείας, σχολίασε ο κ. Παναγιωτίδης: π.χ. οι ασθενείς με Χρόνια Μυελογενή Λευχαιμία πρέπει να παίρνουν καθημερινά, εφ' όρου ζωής μια αγωγή από του στόματος, με μηνιαίο κόστος ανά ασθενή 1.900-2.300 €. Από το 2001 χορηγείται το πρώτο σκεύασμα στην κατηγορία αυτή των φαρμάκων, το imatinib που είναι ένας TKI (Tyrosine Kinase Inhibitor), για την bcr-abl. Η επιβίωση των ασθενών με ΧΜΛ υπό αγωγή με imatinib βελτιώθηκε θεαματικά, όπως φαίνεται και στο σχήμα. Τόσο το imatinib όσο και τα νεότερα σκευάσματα πρέπει να λαμβάνονται καθημερινά και σε περίπτωση παράλειψης ή μείωσης της δόσολογίας, η πρόγνωση των ασθενών αυτών είναι πολύ χειρότερη.

IMPROVEMENT OF SURVIVAL OF CML BY THERAPY 1983-2011



ΠΗΓΗ: German CML Study Group

Η 5ετής επιβίωση ασθενών με Χρόνια Μυελογενή Λευχαιμία με το imatinib είναι σήμερα 90% συγκριτικά με τον αντίστοιχο υγιή πληθυσμό, ενώ το 1994 το ποσοστό αυτό ήταν 38%.

Καίριο ρόλο στην αποτελεσματική θεραπεία της ΧΜΛ έπαιξε και η ύπαρξη ενός εξαιρετικού biomarker, του bcr-abl, που όχι μόνο δίνει τη διάγνωση της νόσου, αλλά και μας πληροφορεί για την μοριακή ανταπόκριση της νόσου κατά τη διάρκεια αγωγής: η μέτρηση επιπέδων bcr-abl (με ειδική προτυπωμένη τεχνική σε επιλεγμένα εργαστήρια), χρειάζεται μόνο μία απλή αιμοληψία από τον ασθενή. Μετρώντας τα επίπεδα bcr-abl γνωρίζουμε αν πρέπει να τροποποιηθεί η αγωγή ή και αν έχουμε άριστη ανταπόκριση στην περίπτωση που τα επίπεδα bcr-abl δεν ανιχνεύονται πια καθόλου στον ασθενή μας. Μέσω κλινικών μελετών, πρόσφατα αποδείχθηκε ότι, έπειτα από τουλάχιστον 3 χρόνια θεραπείας, στους ασθενείς με ΧΜΛ που επιτυγχάνεται βαθιά μοριακή ανταπόκριση, υπάρχει η δυνατότητα διακοπής της καθημερινής αγωγής χωρίς να επανεμφανιστεί η ΧΜΛ! Το φαινόμενο αυτό της σχεδόν ίασης σε ένα χρόνιο νόσημα, περιγράφεται ως «functional cure» και η πρώτη φορά που επιτυγχάνεται είναι στη χρόνια μυελογενή λευχαιμία, με τους TKIs. Πέρα από το θεραπευτικό όφελος, η διακοπή της θεραπείας σημαίνει τεράστια εξοικονόμηση πόρων για τους ασφαλιστικούς φορείς.

Στη συνέχεια, ο κ. Παναγιωτίδης, ανέφερε παραδείγματα καινοτόμων «εξωπραγματικών» σκευασμάτων με πολλαπλούς μηχανισμούς δράσης, των οποίων η αποτελεσματικότητα αποδεικνύεται από κλινικές μελέτες, π.χ. τεχνητά μόρια μονοκλωνικών αντισωμάτων με διπλή ειδικότητα, τροποποιημένα T-λεμφοκύτταρα που αναγνωρίζουν και σκοτώνουν νεοπλασματικά κύτταρα, κλπ.

Σε αυτό το περιβάλλον, ο FDA χορήγησε άδεια πριν από την ολοκλήρωση των κλινικών μελετών σε ορισμένα από τα παραπάνω καινοτόμα φάρμακα, με ταχείες διαδικασίες. Γενικότερα, τόσο ο αμερικανικός όσο και ο ευρωπαϊκός οργανισμός (EMA) προβαίνουν σε γρήγορη έγκριση φαρμάκων που σώζουν ζωές σε νοσήματα όπου υπάρχει θεραπευτικό κενό.

Συνοψίζοντας, ο κ. Παναγιωτίδης τόνισε τη συνεισφορά των νέων σκευασμάτων στην επιβίωση των ασθενών και στη διατήρηση μιας καλής ποιότητας ζωής. Ανέφερε ότι οι κλινικές μελέτες που διερευνούν τη χρησιμότητα των νέων σκευασμάτων είναι πολλές, ωστόσο στην Ελλάδα θα πρέπει να συμμετέχουμε περισσότερο – τόσο σε πλήθος μελετών όσο και σε αριθμό ασθενών που συμμετέχουν σε αυτές. Τέλος, παρατήρησε ότι το κόστος αυτών των καινοτόμων φαρμάκων αλλά και των ειδικών διαγνωστικών εξετάσεων είναι τεράστιο και δεν το αντέχει καμία οικονομία, άρα πρέπει να βρεθεί μια ισορροπία ανάμεσα στην ανάγκη καινοτόμων θεραπειών και στο κόστος για τις οικονομίες.

Ο κ. **Jens Grueger**, VP, Head of Global Pricing & Market Access, F. Hoffmann - La Roche, διευκρίνισε ότι η ομιλία του βασίζεται στο έργο της ομάδας εργασίας της ISPOR στην οποία συμμετείχε και είχε ως αντικείμενο τις συμφωνίες ελεγχόμενης εισόδου/επιμερισμού του κινδύνου. Έδωσε τον ορισμό των managed entry/performance-based risk-sharing arrangements (MEA/PBRSA), που είναι συμφωνίες οι οποίες δεν περιλαμβάνουν μια καθορισμένη τιμή για ένα σκεύασμα· η ενδεχόμενη αποζημίωση για το σκεύασμα στηρίζεται στις εκβάσεις των ασθενών που το έλαβαν. Οι συμφωνίες αυτές είναι δυνατό να επιταχύνουν την πρόσβαση ασθενών σε καινοτόμες θεραπείες, μειώνοντας παράλληλα την αβεβαιότητα των πληρωτών και ανοίγοντας έναν προβλέψιμο δρόμο για τη βιομηχανία.

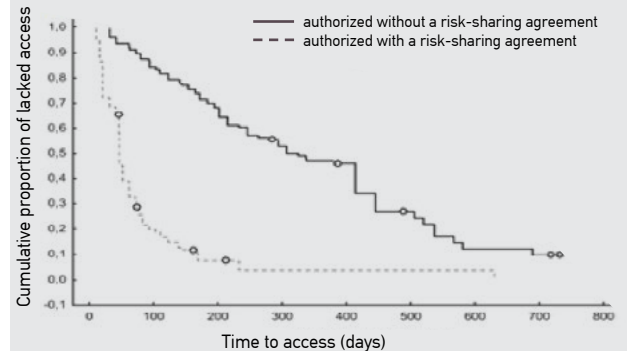
Οι MEA/PBRSA έχουν διαδοθεί την τελευταία δεκαετία για λόγους που συνδέονται με τη φαρμακευτική καινοτομία· οι καινοτόμες θεραπείες ενέχουν αβεβαιότητα (αυτή αφορά κυρίως τους πληρωτές του συστήματος): λόγω των ταχέων διαδικασιών έγκρισης δεν υπάρχουν μακροχρόνια αποτελέσματα από μελέτες· υπάρχουν υποομάδες ασθενών οι οποίοι είναι άγνωστο πώς θα ανταποκριθούν, κλπ. Έτσι, οι συμφωνίες αυτές, εξήγησε ο κ. Grueger, είναι ένας τρόπος συνέχισης της έρευνας παράλληλα με την κυκλοφορία των καινοτόμων φαρμάκων στην αγορά για να περιοριστεί η αβεβαιότητα.

Ο σχεδιασμός των συμφωνιών επιμερισμού του κινδύνου διέπεται από ορισμένα κριτήρια ώστε να λαμβάνονται οι σωστές αποφάσεις με στόχο το όφελος των ασθενών και τον περιορισμό της ζημίας.

Σύμφωνα με τα στοιχεία της έρευνας που παρουσίασε ο ομιλητής, οι ρυθμιστικές αρχές και οι πληρωτές αντιμετωπίζουν διαφορετικά την αβεβαιότητα ως προς την καινοτομία: οι πρώτες αναγνωρίζουν τα θεραπευτικά οφέλη της, αντίθετα οι πληρωτές δείχνουν προκατάληψη.

KAPLAN-MEIER ANALYSES OF TIME TO REGIONAL PATIENT ACCESS

Introduction of MEAs has accelerated patient access in Italy



A median of 83.7 days for the access of products with risk sharing agreements vs. 342.7 days for products without risk sharing agreements

Source: Russo P, Mennini FS, Siviero P, Rasi G. "Time to market and patient access to new oncology products in Italy: a multistep pathway from European context to regional health care providers". *Annals of Oncology* 21: 2081–2087, 2010

Η εφαρμογή MEAs επιτάχυνε σημαντικά την πρόσβαση των ασθενών σε καινοτόμες θεραπείες στην Ιταλία: από κατά μ.ό. περίπου 1 χρόνο χωρίς τις συμφωνίες επιμερισμού κινδύνου, σε λιγότερο από 3 μήνες.

Στο περιβάλλον αυτό, ο όρος αβεβαιότητα λαμβάνει δύο διαστάσεις: ως προς την τιμή, όπου η βιομηχανία πρέπει να κάνει «εκπτώσεις» λόγω της αβεβαιότητας των εκβάσεων των θεραπειών· και ως προς τη χρήση του φαρμάκου, η οποία λαμβάνει μια νέα διάσταση με τις εξατομικευμένες θεραπείες. Επομένως, πρέπει να βρεθούν τρόποι παρακολούθησης των αποτελεσμάτων και προσδιορισμού τιμών ανάλογα με τη χρήση σε υποομάδες ασθενών, θεραπευτικούς συνδυασμούς κλπ.

Αν και οι συμφωνίες επιμερισμού του κινδύνου υιοθετούνται με ενθουσιασμό, είπε ο κ. Grueger, η εφαρμογή τους προκαλεί απογοήτευση, καθώς απαιτείται υποδομή που συχνά απουσιάζει. Η συλλογή των δεδομένων και η παρακολούθηση των συμφωνιών διευκολύνεται σε συστήματα όπου λειτουργούν μητρώα, αυστηρά κριτήρια για ηλεκτρονικούς φακέλους υγείας, για τη συνταγογράφηση κ.ά. Ένα παράδειγμα αποτελεσματικής εφαρμογής των συμφωνιών επιμερισμού κινδύνου είναι το σύστημα της Ιταλίας (βλ. διάγραμμα).

Στο μέλλον οι συμφωνίες MEA/PBRSA θα αποκτήσουν μεγαλύτερη σημασία, πιθανώς θα συνδυαστούν και με άλλες μεθόδους όπως το «value-based reimbursement», όμως θα πρέπει να μειωθεί η απόσταση μεταξύ των προσδοκιών των ρυθμιστικών αρχών και των πληρωτών.

Κλείνοντας την ομιλία του, ο κ. Grueger επισήμανε ότι έχει μεγάλη πρακτική σημασία η συνεργασία μεταξύ της βιομηχανίας και των συστημάτων υγείας ώστε να δημιουργηθούν αποδοτικές υποδομές παρακολούθησης της χρήσης των φαρμάκων και των εκβάσεων των ασθενών.

Η κυρία **Entela Xoxi**, Drug Product Registries Scientific Administrator, Agenzia Italiana del Farmaco-AIFA, παρουσίασε στην ομιλία της την εμπειρία της Ιταλίας στην εφαρμογή συμφωνιών ελεγχόμενης εισόδου. Περιέγρα-

ψε την παράλληλη πορεία ανάπτυξης και αξιολόγησης του φαρμάκου στην Ιταλία, με πρώτο επίπεδο αξιολόγησης τεχνολογιών υγείας τη διαδικασία των ΜΕΑς και των μητρώων (registries).

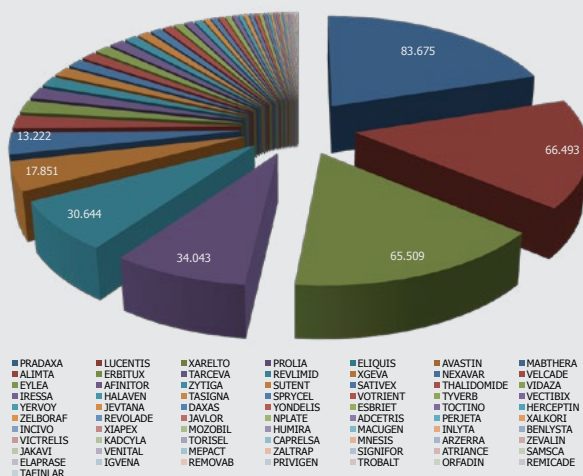
Η κ. Χοχί αναφέρθηκε στους κανονισμούς που έχει δημιουργήσει ο EMA για ταχεία πρόσβαση σε φάρμακα, πρακτική που συνεχίζεται και ανανεώνεται. Για τις κατηγορίες φαρμάκων όπως τα προϊόντα βιοτεχνολογίας, οι νέες δραστικές ουσίες για ορισμένες θεραπευτικές κατηγορίες, τα ορφανά φάρμακα, η παρακολούθηση των στοιχείων οφέλους-κινδύνου συνεχίζεται και μετά την κυκλοφορία τους. Για τον σκοπό αυτό χρησιμοποιούνται εργαλεία ποιοτικής αξιολόγησης. Η κ. Χοχί ανέφερε τις βασικές αρχές της ιταλικής πολιτικής με στόχο αφενός να επιτυγχάνονται καλύτερες εκβάσεις και αφετέρου να ελέγχεται το κόστος. Στη συνέχεια, ανέλυσε την εφαρμογή των ΜΕΑς στη χώρα της και την προσέγγιση του ιταλικού οργανισμού φαρμάκου που επικεντρώνεται στη διαχείριση α) των επιπτώσεων στον προϋπολογισμό, β) της αβεβαιότητας που σχετίζεται με το κλινικό όφελος και την αποτελεσματικότητα και γ) της χρήσης για βέλτιστες εκβάσεις.

Τα δεδομένα συγκεντρώνονται σε μια ενιαία web-based πλατφόρμα που συνίσταται στα μητρώα του AIFA. Πρόκειται για δυναμικά εργαλεία που λειτουργούν σε εθνικό επίπεδο και τίθενται σε εφαρμογή αμέσως μετά την κυκλοφορία νέων φαρμάκων (στη διάθεση των ιατρών & φαρμακοποιών), με ορισμένο σκοπό και χρόνο ζωής έτσι ώστε να μετρούν την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα των φαρμάκων σε πραγματικές συνθήκες, εφαρμόζοντας τις διαδικασίες των ΜΕΑς.

Η κ. Χοχί ανέλυσε τη δομή των μητρώων και τόνισε ότι ο οργανισμός φροντίζει να επικοινωνεί και να λαμβάνει υπ' όψιν τα αιτήματα των χρηστών του συστήματος (ιατροί, φαρμακοποιοί). Το 2013 ήταν μια σημαντική χρονιά για τα μητρώα του AIFA καθώς προστέθηκε το σύστημα πιστοποίησης περιφερειών και διοικητικού προσωπικού υπηρεσιών υγείας (health managers).

Στη συνέχεια η ομιλήτρια περιέγραψε τις εργασίες ανανέωσης του συστήματος στην κατεύθυνση μιας πιο λεπτομερούς ασθενειο-κεντρικής παρακολούθησης, εκπαίδευσης όσον αφορά θέματα ασφάλειας και ελαχιστοποίησης κινδύνων, ενισχυμένου ποιοτικού ελέγχου, ελέγχων και διασταυρώσεων φορολογικών κωδι

E-TREATMENTS (PATIENTS)



128 Total Registries (therapeutic indications)

11 Prescription Plans (PP)

117 Standard Monitoring Registries (SMR) with or not RS schemes

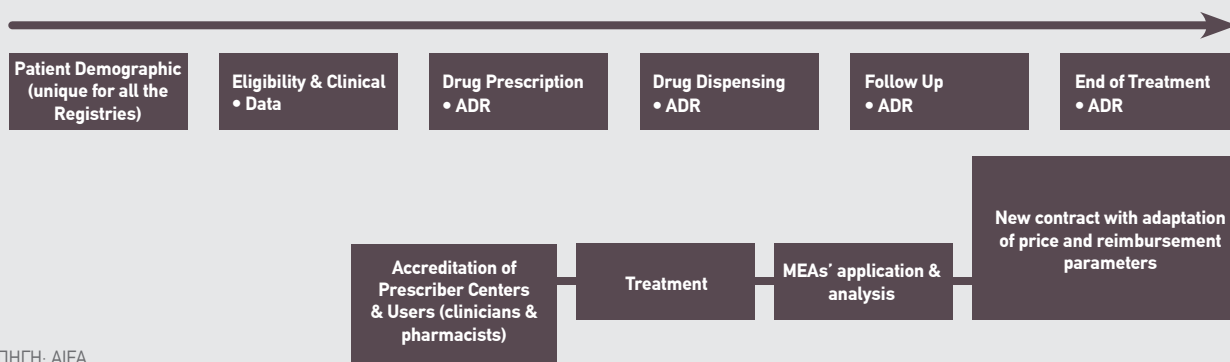
Πηγή: AIFA

Το σύστημα είναι δομημένο γύρω από μια μοναδική φόρμα ασθενή, έτσι μπορούν να παρακολουθούνται τα δεδομένα από πολλαπλές θεραπείες συνδεδεμένες με ένα άτομο. Τα μητρώα του AIFA είναι 128, για αντίστοιχες ενδείξεις.

κών κ.ά., που είναι εξαιρετικά σημαντικά για την εφαρμογή των αλγορίθμων και τη λειτουργία των ΜΕΑς.

Συνοψίζοντας, η κ. Χοχί ανέφερε τους στόχους αυτής της «επανάστασης» που ξεκίνησε τον Ιανουάριο 2013, και είναι πρωτίστως η παρακολούθηση της κατάλληλης χρήσης (αποζημίωσης) και εφαρμογής των ΜΕΑς. Ωστόσο, η συνύπαρξη της «παλιάς» και της «νέας» προσέγγισης θέτει μια πρόκληση: να υιοθετηθεί η καινοτομία χωρίς να χαθεί η συνέχεια του συστήματος. Θα απαιτηθεί χρόνος για την απαραίτητη αλλαγή κουλτούρας, από ένα καθαρά διαχειριστικό σε ένα εργαλείο που παράγει τεκμηρίωση.

CRITERIA E & O: ALL MANDATORY FUP CONTROLS: TEMPORALLY RANGE



ΠΗΓΗ: AIFA

Η δομή των μητρώων του AIFA. Ο ιατρός μπορεί να συμπληρώσει τη φόρμα ανεπιθύμητων ενεργειών (ADR) σε κάθε φάση της συνταγογράφησης-χορήγησης του φαρμάκου.

Η κ. **Κατερίνα Μυλωνά**, Επιστημονική Σύμβουλος στη Διοίκηση του ΕΟΠΥΥ και Επιστημονική Συνεργάτης ΕΣΔΥ, ανέλυσε τους όρους και τις προϋποθέσεις υπό τους οποίους καλούμαστε να διαχειριστούμε την καινοτομία στην υγεία, στη χώρα μας και σε ευρωπαϊκό επίπεδο.

Αφού περιέγραψε το οικονομικό πλαίσιο με δεδομένα τη σπανιότητα των πόρων και την αύξηση των δαπανών για την υγεία, η ομιλήτρια επικεντρώθηκε στο ζήτημα της εισαγωγής καινοτόμων και ακριβών φαρμάκων.

Αν δεχθούμε ότι αντιμετωπίζουμε την υγεία ως πολύτιμο αγαθό και ότι προσπαθούμε να καταπολεμήσουμε τις ανισότητες, μένει να απαντήσουμε στο ερώτημα ποιες επιλογές κάνουμε για να καλύψουμε τις ανάγκες της περίθαλψης, στο πλαίσιο των πεπερασμένων πόρων που διαθέτουμε. Οι βασικές επιλογές που πρέπει να γίνουν αφορούν το ποιοι θα έχουν πρόσβαση, με ποια κριτήρια και προϋποθέσεις, ποιες θεραπείες και τεχνολογίες θα αποζημιώνονται.

Όλα τα παραπάνω, επισήμανε η κ. Μυλωνά, μας οδηγούν στο να επανεξετάσουμε τον ρόλο της κοινωνικής ασφάλισης, που είναι να καλύπτει την αβεβαιότητα όταν υπάρχει νόσος και ειδικότερα με σοβαρές οικονομικές επιπτώσεις για τον ασθενή. Επιπλέον, το κράτος πρέπει να αποφασίσει τι είδους πολιτική υγείας ακολουθεί στα καινοτόμα φάρμακα και να προσδιορίσει από πού θα αποδεσμεύσει τους σημαντικούς πόρους. Μια λύση θα αποτελούσε μια υγιής πολιτική γενοσήμων, με ενεργό συμμετοχή των ιατρών και των ασθενών στην εφαρμογή της – κάτι που μέχρι στιγμής, το κράτος δεν έχει κάνει, παρατήρησε η κ. Μυλωνά.

Η έλευση των καινοτόμων θεραπειών έχει διαμορφώσει μια νέα πραγματικότητα που δεν είχαμε φανταστεί (π.χ. ίαση κάποιων νοσημάτων αλλά με δυσθεώρητο κόστος)· από τη στιγμή όμως που λαμβάνεται η απόφαση να καλύπτονται καινοτόμες θεραπείες πρέπει να οριστεί μια εύλογη τιμή και κάλυψη αυτών.

Όσον αφορά τον τρόπο αποζημίωσης, η ομιλήτρια επισήμανε ότι φαίνεται να επικρατεί η «tailor-made» προσέγγιση, δηλαδή, προσαρμοσμένη στην κάθε θεραπευτική κατηγορία, σκεύασμα, πληθυσμό κλπ. Αντίθετα, η τιμολόγηση με οριζόντιο τρόπο, δεν επιβραβεύει την καινοτομία, δημιουργεί αντικίνητρο στη βιομηχανία για R&D, και αν την εξετάσουμε από την πλευρά των πληρωτών, οδηγεί σε αποζημίωση θεραπειών που τελικά δεν είναι αποτελεσματικές.

Η κυρία Μυλωνά τόνισε ότι η πρόκληση σήμερα είναι να διαμορφώσουμε τους εναλλακτικούς μηχανισμούς τιμολόγησης-αποζημίωσης με επίκεντρο το όφελος του ασθενή. Για τον σκοπό αυτό πρέπει να έχουμε δομημένα, αξιόπιστα στοιχεία, και να ξεπεραστεί το ζήτημα της επικοινωνίας των εταίρων (ρυθμιστικές αρχές, πληρωτές, φορέας HTA), οι οποίοι μέσω της μεταξύ τους διαπραγμάτευσης θα πρέπει να καταλήγουν σε συμβιβαστικές λύσεις.

Πρόσθεσε ότι η καινοτομία θέτει ορισμένα ηθικά ζητήματα: ανατρέπει το status quo, επιφέρει αβεβαιότητα, φόβο, ελπίδα, έτσι, πρέπει ως κοινωνία να θέσουμε το πλαίσιο, να την αντιμετωπίσουμε με ωριμότητα, με δεδομένο τους διαθέσιμους πόρους.

Κλείνοντας, η κ. Μυλωνά επισήμανε ότι τα σχέδια εισόδου ασθενών σε καινοτόμες θεραπείες πρέπει να διέπονται από ένα ξεκάθαρο πλαίσιο που να διέπεται από διαφάνεια, ενώ στη συζήτηση θα πρέπει να εμπλέξουμε ασθενείς και ιατρούς.

STAKEHOLDERS' ASSESSMENTS OF A NEW DRUG'S VALUE

REGULATORS	PAYORS	HTA BODY
Concerned about the risks and benefits compared with the standard of care	Care about the total cost impact on their patient population	Want to know whether the incremental benefits of a new drug can justify its costs
Require randomized control trials and "hard" clinical end-points directly related to the progression of the disease		
Κάθε εταίρος αξιολογεί από την πλευρά του την τιμή ενός νέου φαρμάκου.		

Στη συζήτηση που ακολούθησε τις ομιλίες, από το προεδρείο πρώτος ο κ. **Μανιαδάκης**, σχολίασε ότι σήμερα στην Ελλάδα τίθεται το ερώτημα κατά πόσο το μητρώο πρέπει να είναι ανεξάρτητο ή να ενταχθεί στο σύστημα συνταγογράφησης, και ρώτησε την κ. Χοχί τι προτείνει με βάση την ιταλική εμπειρία.

Η κ. Χοχί υποστήριξε ότι ένα ενιαίο σύστημα είναι καλύτερο, επισημαίνοντας ότι η συλλογή στοιχείων αποτελεί μια χρονοβόρα και επίπονη διοικητική διαδικασία. Για να μπου οι βάσεις ενός συστήματος διαχείρισης MEAs είναι απαραίτητο να συγκεντρώνονται στοιχεία από τις ρυθμιστικές αρχές, τους πληρωτές, το εθνικό σύστημα υγείας, το Υπουργείο. Έτσι, μέσα από το σύστημα, έπειτα από 24, 36 μήνες μπορούν να ληφθούν στοιχεία όχι μόνο για την αποτελεσματικότητα αλλά και για την ασφάλεια των θεραπειών. Σε συνδυασμό με τα στοιχεία του συστήματος φαρμακοεπαγρύπνησης μπορούν να εξαχθούν και ενδιαφέροντα συμπεράσματα, μακροπρόθεσμα, ακόμη και για σπάνιες νόσους, ανέφερε η κ. Χοχί.

Ο κύριος Κοσμίδης, έθεσε ένα ερώτημα προς όλους σχετικά με τη διαπραγμάτευση της τιμής στις ανοσοθεραπείες στον καρκίνο, που ανήκουν στις καινοτόμες θεραπείες (ειδικότερα αναφέρθηκε σε συγκεκριμένο καινοτόμο φάρμακο που στοιχίζει 8.000 €/μήνα). Υπάρχουν διαφορετικές προσεγγίσεις ανάλογα με το εάν ένα φάρμακο πρόκειται να χορηγηθεί διά βίου, για ορισμένο διάστημα ή ως θεραπεία συντήρησης αόριστης διάρκειας ανάλογα με τις ανάγκες του ασθενή;

Ο κ. Grueger απάντησε ότι σε κάθε περίπτωση εξετάζονται τα κριτήρια του αντίκτυπου της καινοτόμου θεραπείας στον προϋπολογισμό και την κοινωνία. Όταν εισάγονται νέα αντικαρκινικά φάρμακα, αυτά χορηγούνται πρώτα σε ασθενείς προχωρημένου σταδίου, με μικρό προσδόκιμο ζωής και εδώ η επιβάρυνση στον προϋπολογισμό είναι περιορισμένη. Σε επόμενο στάδιο, χορηγούνται σε πιο πρώιμα στάδια καρκίνου ή επικουρικά – αυτό έγινε και με την τρασουζουμάμπη. Παρατηρήθηκε λοιπόν, ότι η τιμή του φαρμάκου σε μεταστατικούς ασθενείς θεωρήθηκε αρχικά υψηλή, αλλά όταν χορηγήθηκε επικουρικά σε ασθενείς χαμηλότερου σταδίου, με καλύτερες εκβάσεις, η ίδια τιμή αυτή κατέληξε να θεωρείται σωστή. Ο κ. Κοσμίδης ρώτησε εάν οι εταιρείες δέχονται τη διαπραγμάτευση για μείωση των τιμών. Πάντοτε γίνεται διαπραγμάτευση τιμών στις ευρωπαϊκές χώρες, είπε ο κ. Grueger. Αυτό που λαμβάνεται υπ' όψιν είναι η ποιότητα των κλινικών δεδομένων που αποδεικνύουν το όφελος για τον ασθενή. Σε αυτή τη βάση συ-

ζητείται η κατάλληλη τιμή. Το σημαντικό είναι να υπάρχουν δεδομένα για να συζητηθούν, και εδώ υπεισέρχονται συστήματα όπως το ιταλικό. Όταν πρόκειται για μακροχρόνιες θεραπείες, η προσέγγιση της Ιταλίας που εξετάζει το συνολικό κόστος ανά ασθενή και όχι το μηνιαίο κόστος της θεραπείας μπορεί να δώσει λύση.

Στην ερώτηση του κ. Κοσμίδη για το πώς γίνονται οι διαπραγματεύσεις στη χώρα της, η κ. Χοχί, απάντησε πως

τα δεδομένα είναι απαραίτητα για τη διαπραγμάτευση, έτσι εάν δεν είναι διαθέσιμα (π.χ. όταν η σχετική μελέτη είναι υπό εξέλιξη) ανατρέχουν στα ηλεκτρονικά μητρώα της Ιταλίας, τα οποία είναι μοναδικά στην Ευρώπη. Επέστησε, τέλος, την προσοχή στο ότι η διαπραγμάτευση της τιμής δεν επικεντρώνεται στην οικονομική διάσταση της θεραπείας, αλλά στο κλινικό προφίλ οφέλους-κινδύνου.

ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ

Βιολογικά & Βιο-ομοειδή: Κλινικά οφέλη και διαχειριστικά διλήμματα

Η καινοτομία δημιουργεί την ανάγκη για ένα νέο ρυθμιστικό πλαίσιο

Πρόεδροι: **Κυριάκος Σουλιώτης, Αικατερίνη Αλεξίου-Χατζάκη**

Ομιλητές: **Νίκος Καραμάνος**, Η συμβολή της Βιοτεχνολογίας στην Υγεία: Η επιστήμη και η νομοθεσία για τα βιολογικά και βιο-ομοειδή φάρμακα
Χαρά Κανή, Αποζημίωση βιο-ομοειδών φαρμάκων

Ο κ. **Νίκος Καραμάνος**, καθηγητής Βιοχημείας και Οργανικής Βιοχημικής Ανάλυσης στο Πανεπιστήμιο Πατρών, μίλησε για τη βιοτεχνολογία και την εφαρμογή της στη φαρμακευτική βιομηχανία.

Αρχικά αναφέρθηκε στις διαφορές μεταξύ χημικών και βιολογικών φαρμακευτικών προϊόντων, οι οποίες οφείλονται στο μοριακό μέγεθος, στον τρόπο παρασκευής, στη σύνθεση (στα βιολογικά φάρμακα χρησιμοποιούνται ζωντανοί οργανισμοί), και την εξειδίκευσή τους ως προς τον στόχο, καθώς και στον τρόπο που προσεγγίζεται ο σχεδιασμός τους και πρόσθεσε ότι τα βιολογικά φάρμακα χρησιμοποιούνται όλο και περισσότερο.

Στη συνέχεια περιέγραψε τις μετα-μεταφραστικές τροποποιήσεις των πρωτεϊνών, κύριο συστατικό των βιολογικών φαρμάκων, τονίζοντας τη σημασία τους για τη βιολογική δραστηριότητα και την κλινική αποτελεσματικότητα του τελικού προϊόντος. Περιέγραψε τη διαδικασία παρασκευής προϊόντων βιοτεχνολογίας, η οποία βασίζεται σε κυτταρικές σειρές: από τα βακτήρια παρασκευάζονται κυρίως ινσουλίνες, από τους ζυμομύκητες αυξητικοί παράγοντες και από κύτταρα θηλαστικών τα μονοκλωνικά αντισώματα. Η διαδικασία παραγωγής των βιολογικών φαρμάκων είναι πολύ εξειδικευμένη, ακριβής, με συνεχείς επαληθεύσεις καθώς η παραμικρή μεταβολή στις συνθήκες παραγωγής μπορεί να έχει αντίκτυπο στη δραστηριότητα του προϊόντος.

Αλλαγές στη διαδικασία παραγωγής	→	Αλλαγές στις ιδιότητες
Αλλαγές στην καθαρότητα (προσμίξεις)	→	Αλλαγές στην ανοσογονικότητα
Αλλαγές στη γλυκοζυλίωση	→	Αλλαγές στη βιολογική δραστηριότητα και την ανοσογονικότητα
Αλλαγές σε ουσίες συνδεδεμένες με το προϊόν	→	Αλλαγές στις φαρμακολογικές ιδιότητες
Οι αλλαγές στη δομή της πρωτεΐνης ή/και στη σύσταση του είναι δυνατό να αλλοιώσουν τις βιολογικές ιδιότητες, την αποτελεσματικότητα και την ασφάλεια του προϊόντος.		

Όταν λήγουν οι πατέντες των βιολογικών φαρμάκων αναπτύσσονται τα βιο-ομοειδή (biosimilars), που ορίζονται ως μια προσπάθεια δημιουργίας «αντιγράφου» ενός βιολογικού φαρμάκου από μια άλλη εταιρεία. Δεν υπάρ-

χει εδώ η έννοια του γενοσήμου, υπογράμμισε ο κ. Καραμάνος, καθώς η αναπαραγωγή ακριβούς αντιγράφου του βιολογικού προϊόντος δεν είναι δυνατή: σε αυτή την περίπτωση, επισήμανε ότι οι διαφορετικές διαδικασίες δημιουργούν διαφορετικό προϊόν.

Περιγράφοντας το θεσμικό πλαίσιο για τα βιο-ομοειδή, ο κ. Καραμάνος διευκρίνισε ότι οι ρυθμιστικές αρχές αναγνωρίζουν πως δεν μπορεί να χρησιμοποιείται για τα βιολογικά φάρμακα το ίδιο σύστημα έγκρισης με εκείνο των γενοσήμων. Όσον αφορά τη συνταγογράφηση των βιο-ομοειδών κρίνεται απαραίτητο να γίνεται βάσει της εμπορικής τους ονομασίας, με σκοπό την ασφάλεια της θεραπείας και τη διασφάλιση της απόδοσης των ανεπιθύμητων συμβάντων στο σωστό φάρμακο στο πλαίσιο της φαρμακοεπαγρύπνησης. Είναι επίσης σαφές στις αρμόδιες αρχές ότι η αυτόματη υποκατάσταση βιολογικού παράγοντα με βιο-ομοειδές δεν συνιστάται, καθώς υπάρχει κίνδυνος μεταβολής της ανταπόκρισης του ασθενούς στη θεραπεία και εμφάνισης ανεπιθύμητων ενεργειών. Οι διαδικασίες αυτές, προβλέπονται στο πλαίσιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης, και σταδιακά έχουν ενταχθεί και στην ελληνική νομοθεσία.

Η κ. **Χαρά Κανή**, Φαρμακοποιός στο Τμήμα Σχεδιασμού και Παρακολούθησης Χορήγησης Φαρμάκων ΕΟΠΥΥ, μίλησε για τις πολιτικές αποζημίωσης των βιο-ομοειδών φαρμάκων.

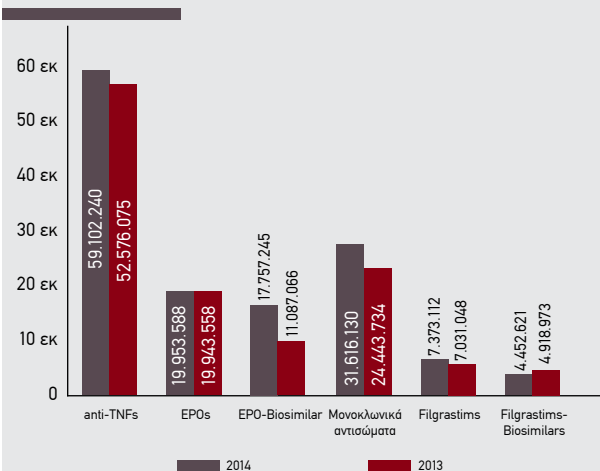
Το κανονιστικό πλαίσιο για την αξιολόγηση των βιο-ομοειδών φαρμάκων, όρισε πρώτος ο Ευρωπαϊκός Οργανισμός Φαρμάκων (EMA), εγκρίνοντας το πρώτο βιο-ομοειδές το 2006. Αναφερόμενη στο εθνικό νομικό πλαίσιο, η κ. Κανή υπογράμμισε ότι τα βιο-ομοειδή αντιμετωπίζονται ως πρωτότυπα φάρμακα ως προς την τιμολόγηση, τη συνταγογράφηση με τη δραστητική ουσία και την εξαίρεση από διαγωνιστικές διαδικασίες.

Έδωσε στη συνέχεια τον ορισμό του βιο-ομοειδούς κατά Π.Ο.Υ., τονίζοντας ότι για τα βιο-ομοειδή απαιτείται «εκτεταμένη μελέτη συγκρισιμότητας» με το αντίστοιχο βιοτεχνολογικό προϊόν. Η κ. Κανή επισήμανε ότι δεν είναι όλα τα βιο-ομοειδή ίδια και διέκρινε τρεις γενιές και αντίστοιχες κατηγορίες ανάλογα με τη δράση τους, καταλήγοντας στο συμπέρασμα ότι ούτε η αντιμετώπισή τους κανονιστικά μπορεί να είναι ίδια.

Σήμερα υπάρχουν κίνητρα ανάπτυξης των βιο-ομοειδών, καθώς πολλά βιολογικά προϊόντα αναμένεται να χάσουν προστασία της πατέντας γύρω στο 2020· δυνη-

ΔΙΕΙΣΔΥΣΗ ΣΤΗΝ ΑΓΟΡΑ (ΕΛΛΑΔΑ)

Διάγραμμα σύγκρισης Α' εξαμήνου 2013-2014 για βιολογικά που έχουν χάσει την πατέντα ή θα τη χάσουν μέχρι το 2020.



Διείσδυση βιο-ομοειδών στην ελληνική αγορά το πρώτο εξάμηνο 2013-2014.

τικά δημιουργείται μια μεγάλη αγορά στην Ευρώπη περί τα 25 δισ. ευρώ. Η διείσδυση των βιο-ομοειδών διαφέρει ανάλογα με τη χώρα· στην Ελλάδα ειδικότερα, υπάρχουν διαφορές ανάλογα με τη κατηγορία του προϊόντος. Μια αγορά με προοπτική εξοικονόμησης πόρων είναι αυτή των αντικαρκινικών παραγόντων.

Η κ. Κανή αναφέρθηκε στη συνέχεια στους περιορισμούς που υπάρχουν στη διείσδυση των βιο-ομοειδών και αφορούν: την παραγωγική διαδικασία (απουσία προβλεψιμότητας και σταθερότητας), την κανονιστική διαδικασία (υπάρχουν ακόμη ασάφειες), την προστασία πατεντών (σχετικά με χαρακτηριστικά/διαδικασίες των βιολογικών φαρμάκων και περιπλέκουν τους χρόνους παράτασης της προστασίας), την απουσία κινήτρων (για ιατρούς, ασθενείς, ασφαλιστικούς οργανισμούς), τη μη υποκατάσταση (ορίζεται από την εθνική νομοθεσία, εξαρτάται από τις ενδείξεις κ.ά.), το πρωτότυπο προϊόν.

Σημαντικό ζήτημα αποτελεί η αξιολόγηση τεχνολογιών υγείας σε σχέση με τα βιο-ομοειδή, και εκκρεμεί ανάπτυξη σχετικών προϋποθέσεων από τα ευρωπαϊκά δίκτυα. Εξάλλου, ακόμη δεν έχουν καθοριστεί πολιτικές αποζημίωσης των βιο-ομοειδών στην Ευρώπη, με την εξαίρεση της Γαλλίας.

Καταλήγοντας σε ορισμένα συμπεράσματα, η κ. Κανή, είπε ότι η εγκαθίδρυση της αξίας των βιο-ομοειδών είναι μια μακροχρόνια διαδικασία, η οποία απαιτεί συναίνεση όλων των εμπλεκόμενων φορέων (ιατρών, ασθενών, φαρμακοποιών και ασφαλιστικών ορ-

γανισμών). Ωστόσο, καθώς η ανταλλαξιμότητά τους δεν έχει εγκατασταθεί, θα οδηγηθούμε αρχικά, σε μοντέλα ανταγωνισμού τιμής. Η αύξηση της διείσδυσης των βιο-ομοειδών, όμως, οδηγεί σε μεγαλύτερη μείωση τιμών, με αποτέλεσμα να μπορούν να δοθούν περισσότερα κονδύλια σε νέες καινοτόμες θεραπείες, μέσω διαδικασιών διαπραγμάτευσης.

Στη συζήτηση που ακολούθησε και σε παρατήρηση από το κοινό ότι υπάρχει ασάφεια σε σχέση με την ανταλλαξιμότητα των βιο-ομοειδών, η κ. Κανή απάντησε ότι η ανταλλαξιμότητα δεν ισχύει προς το παρόν σε ευρωπαϊκό επίπεδο, ωστόσο κάποιες χώρες συλλέγουν στοιχεία για να το εξετάσουν.

Ο κ. Σουλιώτης επισήμανε την ανάγκη να γίνει συζήτηση με την επιστημονική κοινότητα σχετικά με τη χρήση των βιο-ομοειδών σε πρωτοθεραπευόμενους ασθενείς, παρατηρώντας ότι η διαφορά τιμής σε αυτά τα φάρμακα δεν είναι ανάλογη με εκείνη μεταξύ πρωτοτύπου και γενοσήμου φαρμάκου, άρα το οικονομικό όφελος δεν θα είναι μεγάλο.

Ο καθηγητής κ. Καραμάνος έθεσε ορισμένους προβληματισμούς για το πώς θα ορίζεται ο πρωτοθεραπευόμενος ασθενής –αν είναι χρόνιος ασθενής, αν είναι ενεργός– και πώς θα αντιμετωπίζονται τα ζητήματα του προφίλ ανοσογονικότητας, του ιστορικού αυτών των ασθενών σε περίπτωση μετάβασης (switch) από βιολογικό παράγοντα σε βιο-ομοειδές.

Η κ. Κανή αναφέρθηκε στο μοντέλο της Γαλλίας, επισημαίνοντας ότι ορίζονται δικλείδες ασφαλείας για τον ασθενή (ευθύνη του θεράποντα ιατρού, φαρμακοποιού, registries) και ότι υπάρχει διαφορετική αντιμετώπιση ανάλογα με την κατηγορία βιο-ομοειδούς. Από τη στιγμή που διαπιστώνεται μέσω μελετών ότι η αποτελεσματικότητα είναι παρόμοια, και η επιστημονική κοινότητα θέλει να δοκιμάσει τον παράγοντα, πρέπει να μπορεί να το κάνει, σχολίασε η κ. Κανή. Στόχος, τόνισε, είναι να εξοικονομηθούν πόροι και να καταστεί δυνατή η θεραπεία περισσότερων ασθενών. Ο κ. Καραμάνος συμπλήρωσε ότι θα πρέπει οι ιατρικές εταιρείες να καταρτίσουν οδηγίες για το πώς θα γίνεται το μητρώο (registry) για κάθε παράγοντα ανάλογα με την κατηγορία, και ότι αυτό δεν θα είναι απλό.

Ο κ. Τρόντζας, από την πλευρά των κλινικών ιατρών και απαντώντας στον προβληματισμό του κ. Καραμάνου σχετικά με τη συνταγογράφηση βιο-ομοειδών, διευκρίνισε ότι έχουν βρεθεί λύσεις και ότι ήδη εφαρμόζεται αλγόριθμος· ειδικότερα, για να συνταγογραφηθεί κανείς έναν αντι-TNF παράγοντα, πρέπει να ενταχθεί σε θεραπευτικό πρωτόκολλο, που λειτουργεί στο πλαίσιο της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης και να πληρούνται ορισμένα κριτήρια. Το ίδιο θα γίνει και για το επόμενο βιο-ομοειδές που θα ενταχθεί στα θεραπευτικά πρωτόκολλα. Το ζήτημα των registries είναι διαφορετικό.

ΑΞΟΝΑΣ IV

ΑΝΘΡΩΠΙΣΤΙΚΗ ΚΡΙΣΗ

Η δραματική πτώση του ΑΕΠ στην Ελλάδα είχε άμεσες επιπτώσεις στο εθνικό σύστημα υγείας, όξυνε τις κοινωνικές ανισότητες και ενέτεινε το πρόβλημα των ανασφάλιστων. Αναλύθηκαν οι ελλείψεις και οι αδυναμίες του συστήματος που οδήγησαν στην ανθρωπιστική κρίση. Κοινή ήταν η παραδοχή ότι η ανθρωπιστική κρίση χρήζει άμεσης αντιμετώπισης και κατατέθηκαν προτάσεις για μια νέα, ολιστική προσέγγιση.

ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ & ΔΕΙΚΤΕΣ

Το δικαίωμα στην υγεία αποτελεί μια πυρηνική αξία στην οποία στηρίχθηκε η δημιουργία του κράτους πρόνοιας. Η χρήση δεικτών που συνδυάζουν την επιστημονική εγκυρότητα με τον σεβασμό στις θεμελιώδεις αξίες (δείκτες από τις κοινωνικές και οικονομικές επιστήμες, ειδικοί δείκτες, ποσοτικοί και ποιοτικοί, αντικειμενικοί και υποκειμενικοί) συνιστούν ευκαιρία και όχι απειλή για τα ανθρώπινα δικαιώματα. Το δικαίωμα στην υγεία απειλούν η άγνοια και η έλλειψη εκπαίδευσης στις βασικές έννοιες των ανθρωπίνων δικαιωμάτων ως κοινών παρονομαστών κάθε επιστημονικής εξέλιξης, ως εγγενών ορίων προστασίας της νομικής θέσης του ατόμου και ως συνισταμένης της ίδιας της έννοιας της υγείας.

ΑΣΦΑΛΙΣΗ, ΦΤΩΧΕΙΑ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΑΝΙΣΟΤΗΤΕΣ

Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα έχει σοβαρά οργανωτικά και λειτουργικά προβλήματα όσον αφορά στην προσφορά υπηρεσιών υγείας, με αποτέλεσμα να υπάρχει μεγάλη ιδιωτική επιβάρυνση για τους ασθενείς. Ένα επιπλέον, συγκυριακό, πρόβλημα για το σύστημα συνιστά ο αριθμός των ανασφάλιστων νέων πολιτών. Επιπλέον, ενώ η Ελλάδα σύμφωνα με τα στατιστικά στοιχεία παρέχει καθολική ασφάλιση υγείας, οι διαφορές της στην ασφαλιστική κάλυψη με κράτη της ΕΕ & ΟΟΣΑ είναι μεγάλες. Το κράτος πρόνοιας έχει διαπιστωθεί ότι είναι κατά 30% αναποτελεσματικό, καθώς δεν φτάνει σε αυτούς που έχουν πραγματική ανάγκη. Επομένως θα πρέπει να υπάρξουν ουσιαστικές κρατικές παρεμβάσεις για την καταπολέμηση των ανισοτήτων στην υγεία.

Ως απαραίτητη προϋπόθεση για την επίλυση του προβλήματος αναφέρθηκε η αλλαγή του μοντέλου χρημα-

τοδότησης της υγείας και του μοντέλου καλύψεων, το οποίο πρέπει να λειτουργεί σε 2 επίπεδα: α) κάλυψη των βασικών ιατρικών αναγκών και β) εκείνων με μεγαλύτερη ελαστικότητα. Η υλοποίηση της σύμπραξης ιδιωτικού-δημόσιου τομέα, συγκεκριμένα μεταξύ ιδιωτικής ασφαλιστικής αγοράς και ΕΟΠΥΥ, θα συμβάλει στην κοινωνική ισότητα και την οικονομική αποδοτικότητα του συστήματος υγείας. Διαπιστώθηκε επίσης, ότι σήμερα, στη συζήτηση περί υγείας υπερισχύει η πλευρά της προσφοράς και δεν ακούγεται η πλευρά της ζήτησης, και αυτό πρέπει να αλλάξει.

Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΣΤΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ

Η απάντηση του ΣΥΡΙΖΑ στα προβλήματα του χώρου της υγείας —που προϋπήρχαν των μνημονίων αλλά εντάθηκαν με την κρίση— είναι η οικοδόμηση ολοκληρωμένου δημοσίου συστήματος πρόληψης, ΠΦΥ, περίθαλψης και αποκατάστασης, που θα παρέχει δωρεάν σε όλους, ελεύθερη, έγκαιρη και ισότιμη πρόσβαση σε ποιοτικές και αποτελεσματικές δημόσιες υπηρεσίες. Η προσέγγιση, που βρισκόταν στο επίκεντρο της διακήρυξης της Alma Ata και δίνει στην ΠΦΥ καίριο ρόλο, πρέπει να επικαιροποιηθεί και να υλοποιηθεί προκειμένου να απαντήσει στην ανθρωπιστική κρίση και στις ανάγκες των πολιτών. Όσον αφορά τις αυξημένες ανάγκες ψυχιατρικής φροντίδας σήμερα, η προσέγγιση του ΣΥΡΙΖΑ προσανατολίζεται στην πρόληψη και προϋποθέτει ένα εναλλακτικό σύστημα πρωτοβάθμιας φροντίδας ψυχικής υγείας με βάση την κοινότητα, διατηρώντας τον στόχο της απο-ιδρυματοποίησης. Υποστηρίζεται, επίσης, ένα νέο παράδειγμα και στη διοίκηση του συστήματος υγείας, το οποίο θα αίρει βασικές παθογένειες, όπως η κομματοκρατία, η πελατειακή αντίληψη στη διαχείριση των νοσοκομείων ή η ενδοτικότητα στις πιέσεις συγκεκριμένων συμφερόντων.

ΥΓΕΙΑ & ΒΙΩΣΙΜΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ

Προσδόκιμο επιβίωσης, αύξηση του πληθυσμού, διαχείριση φυσικών πόρων και οικολογική συνείδηση στην Ελλάδα και τον κόσμο ήταν τα θέματα που αναλύθηκαν. Τα δεδομένα για την Ελλάδα δείχνουν ότι το βιοτικό επίπεδο υποχωρεί χωρίς αντίστοιχη υποχώρηση του προσδόκιμου επιβίωσης· ωστόσο, η κατακόρυφη μείωση των κοινωνικών δαπανών θα εκφραστεί αργά ή γρήγορα στην υγεία. Επίσης, παρά τα τεράστια κοινωνικοοικονομικά και πολιτικά προβλήματα που αντιμετωπίζουμε σήμερα, η Ελλάδα εξακολουθεί να ανήκει στο 1 δισεκατομμύριο του πληθυσμού των πλούσιων χωρών και από αυτή τη θέση οφείλει να εξετάσει τα κρίσιμα ζητήματα της κλιματικής αλλαγής και των επιπτώσεών της προσαρμόζοντας τον ρυθμό ανάπτυξής της.

ΤΟ ΕΡΓΟ ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥ ΦΑΡΜΑΚΟΥ & ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΟΣ ΕΠΙΘΕΩΡΗΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Σύντομος απολογισμός του έργου του ΕΟΦ έγινε από τον απερχόμενο πρόεδρο του οργανισμού. Παρά την αριθμητική ανεπάρκεια σε προσωπικό, ο ΕΟΦ αναβαθμίστηκε όσον αφορά το σύστημα τιμολόγησης των φαρμάκων,

προσπαθώντας να άρει τις στρεβλώσεις του παρελθόντος, ενώ επιτεύχθηκε και επιτάχυνση των εγκριτικών διαδικασιών. Μείζον ζήτημα αποτελεί η διασφάλιση της διαφάνειας και αξιοπιστίας του ΕΟΦ στο οποίο συμβάλλουν η ψηφιοποίηση δεδομένων και διαδικασιών καθώς και η ηλεκτρονική διασύνδεση των υπηρεσιών. Ως προς τον έλεγχο της αγοράς, θέματα αιχμής συνιστούν σήμερα, η διακίνηση αναβολικών και τα ψευδεπίγραφα φάρμακα, κυρίως στο διαδίκτυο. Τέλος, λίγες είναι οι κλινικές μελέτες που πραγματοποιούνται στην Ελλάδα συγκριτικά με την Ε.Ε. και για την ανάπτυξή τους χρειάζονται άμεσα νομοθετικές ρυθμίσεις.

Εκπρόσωποι του σώματος επιθεωρητών υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας (ΣΕΥΥΠ) περιέγραψαν το πεδίο δράσης του σώματος και τους τρόπους με τους οποίους οι παρεμβάσεις του συμβάλλουν στη βελτίωση των υπηρεσιών υγείας. Σκοπός του ΣΕΥΥΠ, υπογραμμίστηκε, είναι η καταπολέμηση της διαφθοράς στον χώρο της υγείας.

ΔΙΑΛΕΞΗ

Δικαίωμα στην υγεία και δείκτες: Απειλή ή ευκαιρία;

Η δημόσια υγεία αποτελεί επένδυση για το ανθρώπινο κεφάλαιο μιας χώρας

Πρόεδρος: Γιώργος Κουλιεράκης

Ομιλήτρια: Τίνα Γκαράνη-Παπαδάτου

Κεντρικό θέμα της ομιλίας της κ. **Τίνας Γκαράνη-Παπαδάτου**, Νομικού, Επιστημονικής Συνεργάτιδας της ΕΣΔΥ, ήταν η σχέση της οικονομικής και κοινωνικής ανάπτυξης με τα ανθρώπινα δικαιώματα και η σημασία μέτρησης και ποσοτικοποίησης των δικαιωμάτων αυτών με τη χρήση των αντίστοιχων δεικτών.

Οι έννοιες της οικονομικής και της κοινωνικής ανάπτυξης δεν βάδιζαν πάντα παράλληλα, ανέφερε η κ. Γκαράνη. Αν και αποτελούσαν και οι δύο βασικούς στόχους των Ηνωμένων Εθνών από το 1945, ήταν στόχοι ξεχωριστοί και ενίοτε αντιτιθέμενοι, ενώ συχνά γινόταν δεκτό ότι τα ανθρώπινα δικαιώματα έπρεπε να παραμεριστούν προκειμένου να υπάρξει ανάπτυξη και πως όταν αυτή θα ερχόταν, τότε θα υπήρχε περιθώριο για την «πολυτέλεια της ιδεολογίας». Οι απόψεις αυτές επικράτησαν μέχρι περίπου το 1990, οπότε και άρχισε να σημειώνεται μια αλλαγή παραδείγματος, με αποτέλεσμα την ενσωμάτωση της προστασίας των ανθρωπίνων δικαιωμάτων στην πολιτική μεγάλων διεθνών οργανισμών. Οι λόγοι που οδήγησαν σε αυτή την αλλαγή ήταν μια σειρά ζητημάτων, που κατέδειξαν τη στενή και συμπληρωματική σχέση των πολιτικών υγείας με τα δικαιώματα του ανθρώπου.

Έκτοτε, αυτή η αλλαγή παραδείγματος άρχισε σταδιακά να παίρνει σάρκα και οστά με τη μετάβαση πολλών κρατών στο κράτος δικαίου και τη συνταγματική κατοχύρωση δικαιωμάτων, όπως η υγεία, η εκπαίδευση, η ασφάλιση και η εργασία.

Το δικαίωμα στην υγεία δεν είναι το δικαίωμα κάποιου να είναι υγιής, υπογράμμισε η ομιλήτρια, αλλά δικαίωμα συμμετοχής σε ένα σύστημα προστασίας που παρέχει ίσες ευκαιρίες να είναι κάποιος υγιής. Το δικαίωμα στην υγεία αποτελεί μια πυρηνική αξία στην οποία στηρίχθηκε μεταπολεμικά η δημιουργία του κράτους πρόνοιας και η παραβίασή του συνιστά μια αργή, βαθιά διάβρωση της κοινωνικής αλληλεγγύης και της κοινωνικής δικαιοσύνης.

Αναφέροντας ως παραδείγματα καταστάσεων παραβίασης των ανθρωπίνων δικαιωμάτων το δικαίωμα πρόσβασης των ασθενών στα βασικά φάρμακα και την παρηγορητική αγωγή ασθενών τελικού σταδίου, η κ. Γκαράνη παρέθεσε στη συνέχεια τη σημασία της χρήσης δεικτών που συνδυάζουν την επιστημονική εγκυρότητα

με τον σεβασμό στις θεμελιώδεις αξίες: ειδικών δεικτών, δεικτών από τις κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις, ποσοτικών και ποιοτικών δεικτών, αντικειμενικών και υποκειμενικών δεικτών. Σήμερα, η Υπατη Αρμοστεία αποδέχεται τριών ειδών δείκτες, τους δομικούς, τους δείκτες διαδικασίας και τους δείκτες έκβασης.

Τα δικαιώματα του ανθρώπου, οι αρχές της βιοηθικής και οι δείκτες συναντήθηκαν στην προσπάθεια διαμόρφωσης των στόχων ανάπτυξης της χιλιετίας, η οποία όμως στην πορεία έχασε ένα μέρος του προσανατολισμού των δικαιωμάτων, καθώς οι δείκτες της χιλιετίας παρέκαμψαν τη βασισμένη σε δικαιώματα προσέγγιση της φτώχειας και υιοθέτησαν την προσέγγιση της Παγκόσμιας Τράπεζας διαμορφώνοντας επιχειρησιακούς δείκτες και συγκριτική αξιολόγηση. Αν είχε τεθεί ένα πλαίσιο ανάπτυξης βασισμένο στα ανθρώπινα δικαιώματα, οι στόχοι της χιλιετίας θα είχαν πιθανώς παραγάγει καλύτερα αποτελέσματα, τόνισε η ομιλήτρια.

Στην ελληνική πραγματικότητα, σύμφωνα με το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία 2008-2012, ο σχεδιασμός εθνικής πολιτικής δημόσιας υγείας πρέπει να στοχεύει σε επιδιώξεις «οι οποίες δεν θα προγραμματίζονται απλώς, αλλά θα ελέγχονται για την εφαρμογή τους και πολύ περισσότερο θα αξιολογούνται για την αποτελεσματικότητά τους». Αυτή η αποτελεσματικότητα δεν προσμετράται μόνο με όρους κόστους, αλλά και με όρους δικαιωμάτων, ελευθεριών και μη διακριτικής μεταχείρισης, υπογράμμισε η κ. Γκαράνη, αναφερόμενη στη συνέχεια στις ιδιαίτερα σημαντικές συστάσεις της Εθνικής Επιτροπής για τα Δικαιώματα του Ανθρώπου, όπως τη σύσταση σύμφωνα με την οποία τα μέτρα λιτότητας οδηγούν σε καταρράκωση θεμελιωδών δικαιωμάτων, παραβάσεις διεθνών και ευρωπαϊκών κανόνων.

Στο πλαίσιο ενός υγιούς σκεπτικισμού, κατέληξε η κ. Γκαράνη, οι δείκτες συνιστούν ευκαιρία και όχι απειλή για τα ανθρώπινα δικαιώματα. Αυτό που συνιστά πραγματική απειλή δεν είναι η εξέλιξη μεθοδολογιών όπως οι δείκτες, αλλά η άγνοια και η έλλειψη εκπαίδευσης στις βασικές έννοιες των ανθρωπίνων δικαιωμάτων ως κοινών παρονομαστών κάθε επιστημονικής εξέλιξης, ως εγγενών ορίων προστασίας της νομικής θέσης του ατόμου και ως συνισταμένης της ίδιας της έννοιας της υγείας.

ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ

Ασφάλιση, φτώχεια και κοινωνικές ανισότητες: Είναι εφικτή η καθολική ασφάλιση του πληθυσμού;

Οι ανισότητες στην υγεία είναι «ηθική αδικία» και πρέπει να καταπολεμηθούν

Πρόεδροι: **Χαράλαμπος Οικονόμου, Αντώνης Παπαγιαννίδης**

Ομιλητές: **Μιλτιάδης Νεκτάριος**, Η χρηματοδότηση της υγείας και η ασφάλιση: Σύμπραξη δημόσιου-ιδιωτικού τομέα στην ασφάλιση υγείας
Αντιγόνη Λυμπεράκη, Η συσχέτιση φτώχειας και υγείας σε γυναίκες και άνδρες στην τρίτη ηλικία
Γιάννης Υφαντόπουλος, Κοινωνικές και υγειονομικές ανισότητες στην Ευρωπαϊκή Ένωση

Παραμβάσεις: **Απόστολος Δόλγερας, Ανδρέας Πολυνεικής, Γιώργος Σκουτέλης**

Ο κ. **Μιλτιάδης Νεκτάριος**, Καθηγητής του Πανεπιστημίου Πειραιώς, αναφέρθηκε σε δύο μεγάλα προβλήματα που έχουν δημιουργηθεί σταδιακά στη ζήτηση υπηρεσιών υγείας. Το πρώτο είναι ενδημικό του συστήματος υγείας της χώρας και αφορά στην επιβάρυνση των ατόμων και των νοικοκυριών για τις ιδιωτικές πληρωμές υπηρεσιών υγείας, η οποία είναι η μεγαλύτερη μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ. Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα, εξήγησε, δεν έχει σταθεροποιηθεί θεσμικά και υπάρχουν σοβαρά οργανωτικά και λειτουργικά προβλήματα όσον αφορά στην προσφορά υπηρεσιών υγείας, με αποτέλεσμα να υπάρχει μεγάλη ιδιωτική επιβάρυνση και οι ασθενείς να έχουν το μεγαλύτερο βάρος των δαπανών αφού νοσήσουν. Το δεύτερο πρόβλημα είναι συγκυριακό και αναφέρεται στους περίπου 1.500.000 ανασφάλιστους άνεργους πολίτες, καθώς και στα εξαρτώμενα μέλη των οικογενειών τους.

Η υλοποίηση ενός καινοτόμου σχήματος σύμπραξης (ΣΔΙΤ) του ΕΟΠΠΥ και της ιδιωτικής ασφαλιστικής αγοράς, στη βάση της σχετικής διεθνούς εμπειρίας, θα μπορούσε να οδηγήσει στην οριστική αντιμετώπιση των εν λόγω προβλημάτων. Στην Ελλάδα, συνέχισε ο κ. Νεκτάριος, ο ιδιωτικός τομέας υγείας είναι αναλογικά ο ισχυρότερος στην ΕΕ, γεγονός που προσφέρει πολλές δυνατότητες. Η εφαρμογή ενός μοντέλου σύμπραξης

δημόσιου και ιδιωτικού τομέα, ενός πλαισίου συνεργασίας ΕΟΠΠΥ-ιδιωτικού τομέα θα είχε σημαντικά μικρο- και μακρο- οικονομικά οφέλη, μεταξύ των οποίων ο εκσυγχρονισμός, η ενίσχυση των υποδομών, ο έλεγχος των δημόσιων δαπανών υγείας, η αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών και η απαλλαγή των πολιτών από το μεγαλύτερο μέρος των ιδιωτικών πληρωμών. Τα αναμενόμενα αποτελέσματα, κατέληξε ο ομιλητής, βελτιώνουν τόσο την κοινωνική ισότητα όσο και την οικονομική αποδοτικότητα του συστήματος υγείας της χώρας.

Η κ. **Αντιγόνη Λυμπεράκη**, Καθηγήτρια Οικονομικών στο Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών, διερεύνησε το ερώτημα «Πληρώνουν οι υγιείς ή οι ασθενείς για την περίθαλψη;». Επικαλούμενη τα δεδομένα της Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE), επισήμανε ότι η σχέση αιτιότητας μεταξύ εισοδήματος και υγείας είναι αμφίδρομη, δηλαδή και το εισόδημα επηρεάζει την υγεία (πρόσβαση σε υπηρεσίες, τρόπος ζωής, περιβάλλον), αλλά και η υγεία το εισόδημα (δυνατότητα εργασίας, ψυχολογία). Αναφερόμενη στις δαπάνες υγείας, σχολίασε ότι ενώ το ζητούμενο της ασφάλισης υγείας είναι να εξασφαλίζει τη χρηματοδότηση της υγείας από τους υγιείς, στην Ελλάδα χρηματοδοτείται, «out-of-pocket» και εκ των υστέρων,

ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΩΝ ΙΔΙΩΤΙΚΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ 2009: 6,5 ΔΙΣ. €

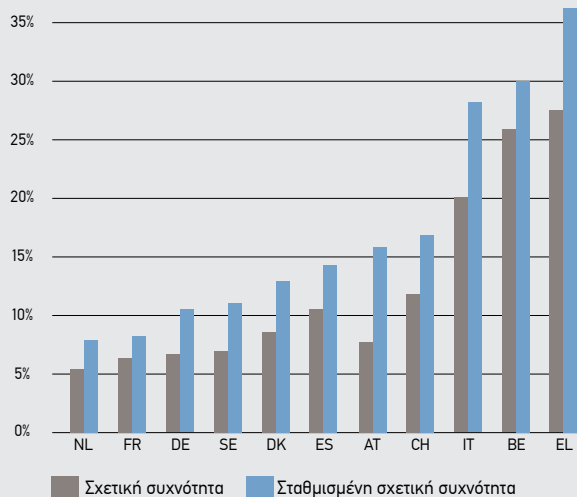
	Β'βάθμια περίθαλψη	Α'βάθμια περίθαλψη	Οδοντιατρικά	Φάρμακα	Ιατρικά είδη
%	18%	30%	29%	18%	5%
Ποσό (εκατ. €)	1166	2000	1900	1200	300

ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΩΝ ΙΔΙΩΤΙΚΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ 2012: 5,1 ΔΙΣ. €

	Β'βάθμια περίθαλψη	Α'βάθμια περίθαλψη / Οδοντιατρικά	Φάρμακα / Ιατρικά είδη
%	27%	42%	31%
Ποσό (εκατ. €)	1390	2100	1620

Κατανομή των ιδιωτικών δαπανών υγείας στην Ελλάδα το 2009 και το 2012.

ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΚΑΤΑΣΤΡΟΦΙΚΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ (≥5% ΤΟΥ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΟΣ)



Συχνότητα καταστροφικών δαπανών (≥5%) στην Ευρώπη: η υψηλότερη τιμή καταγράφεται στην Ελλάδα, που σημαίνει ότι την υγεία την πληρώνουν οι ασθενείς.

από τους ίδιους τους ασθενείς. Η σύγκριση της μέσης ετήσιας δαπάνης για υπηρεσίες υγείας και του μεριδίου στο οικογενειακό εισόδημα των νοικοκυριών στην Ολλανδία, τη Γαλλία και την Ελλάδα, συνέχισε η ομιλήτρια, δείχνει ότι τα ποσά στην Ελλάδα είναι υψηλότερα και λιγότερο ελαστικά προς το εισόδημα. Το ενδιαφέρον στη σύγκριση αυτή με τη Γαλλία και την Ολλανδία, πρόσθεσε η κ. Λυμπεράκη, είναι ότι η μεγαλύτερη διαφορά παρατηρείται στο φτωχότερο 20%.

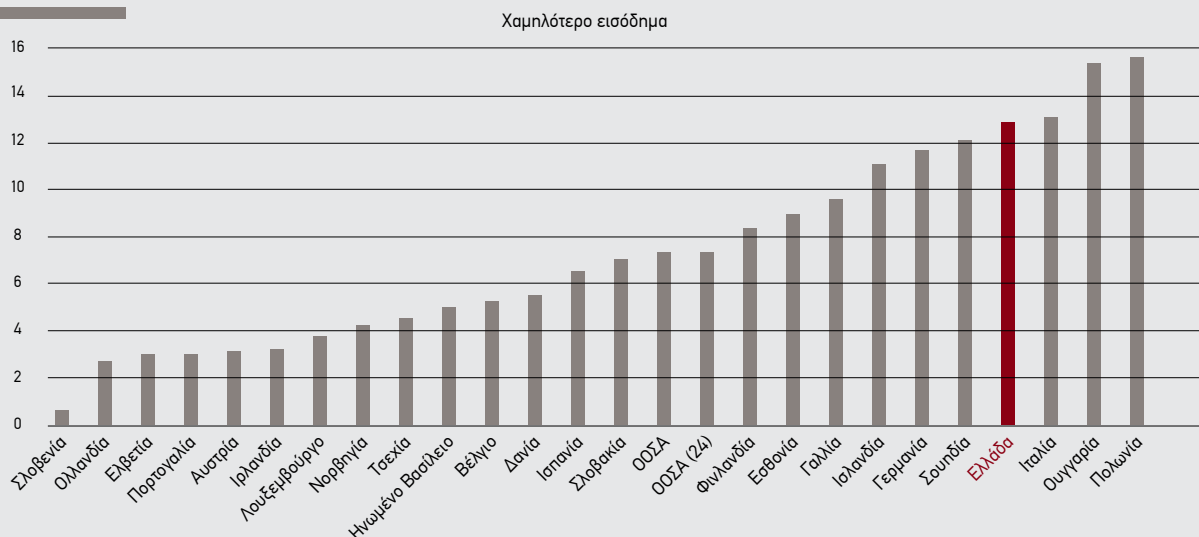
Όσον αφορά στη συχνότητα των καταστροφικών δαπανών (>5% του οικογενειακού εισοδήματος), συμπλήρωσε,

η ανάλυση των στοιχείων της SHARE δείχνει ότι η συχνότητα μεγάλων πληρωμών είναι υψηλότερη στην Ελλάδα, που σημαίνει ότι υπάρχει πρόβλημα ασφάλισης. Ήδη προ κρίσης, η κατάσταση ήταν προβληματική, καθώς επιβάρυνε τους φτωχότερους και τους ασθενείς, δήλωσε η ομιλήτρια. Η αρχιτεκτονική και η λογική του υφιστάμενου συστήματος οδηγεί σε ταχύτατη αύξηση των δαπανών και σε χαμηλή ικανοποίηση λόγω της αίσθησης αδυναμίας και εξάρτησης. Ουσιαστικά, κατέληξε η κ. Λυμπεράκη, στη συζήτηση περί υγείας υπερισχύει η πλευρά της προσφοράς και δεν ακούγεται η πλευρά της ζήτησης, αλλά ειδικά σήμερα, που οι δημοσιονομικοί παράγοντες δεσπόζουν, είναι πλέον καιρός να ακουστεί και η φωνή των χρηστών.

Ο κ. Γιάννης Υφαντόπουλος, Καθηγητής Διοικητικής Επιστήμης και Δημοσίου Δικαίου στη Σχολή Οικονομικών και Πολιτικών Επιστημών, περιέγραψε στην ομιλία του το τοπίο των κοινωνικών ανισοτήτων στην Ευρώπη και την Ελλάδα, εστιάζοντας στην ανισότητα της υγείας σε σχέση με την υγειονομική ανισότητα, χρησιμοποιώντας μακροοικονομικά και μικροοικονομικά στοιχεία. Ο κ. Υφαντόπουλος παρουσίασε τα στατιστικά δεδομένα των τελευταίων δεκαετιών ως προς τις διάφορες κοινωνικές παραμέτρους, επισημαίνοντας ότι η οικονομική κρίση είναι υπεύθυνη για τη θεαματική αύξηση των ανισοτήτων τα τελευταία χρόνια. Ξεκινώντας από τις οικονομικές ανισότητες, ο κ. Υφαντόπουλος επισήμανε ότι είναι πολύ ενδιαφέρον το γεγονός ότι τα στοιχεία των μελετών δείχνουν πως την περίοδο των οικονομικών κρίσεων παρατηρείται μια εκθετική αύξηση της ανισότητας και συγκέντρωση του πλούτου στα υψηλότερα εισοδηματικά κλιμάκια. Είναι εμφανές ότι σε περιόδους κρίσης η μέση αστική τάξη τείνει να ενταχθεί στους φτωχούς και οι πλούσιοι γίνονται πλουσιότεροι, σχολίασε ο ομιλητής. Η ανισότητα ωστόσο, δεν είναι παντού ίδια, συμπλήρωσε ο κ. Υφαντόπουλος, καθώς οι αναλύσεις δείχνουν πως υπάρχουν διάφορες τάσεις και μοτίβα.

Αναφερόμενος στην καθολική ασφάλιση υγείας, ο ομιλητής σχολίασε ότι αν και σύμφωνα με τα στατιστικά

ΑΚΑΛΥΠΤΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΓΙΑ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ



Αν και όλες οι χώρες της ΕΕ και του ΟΟΣΑ, σύμφωνα με τις στατιστικές, έχουν καθολική ασφάλιση υγείας, οι μικροοικονομικές αναλύσεις δείχνουν ότι υπάρχουν μεγάλες διαφορές στην ασφαλιστική κάλυψη.

στοιχεία όλες οι χώρες της ΕΕ και του ΟΟΣΑ, συμπεριλαμβανομένης της Ελλάδας, έχουν καθολική ασφάλιση υγείας, οι μικροοικονομικές αναλύσεις δείχνουν ότι υπάρχουν μεγάλες διαφορές στην ασφαλιστική κάλυψη. Εξετάζοντας τις ανισότητες υγείας, ανέφερε ότι στις ανατολικές χώρες διαπιστώνεται μεγάλη ανισότητα στο προσδόκιμο επιβίωσης ανά εκπαιδευτική κατηγορία, η οποία οφείλεται και συνδέεται κυρίως με την οικονομική ανισότητα. Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, συνέχισε ο ομιλητής, οι ανισότητες δεν είναι οικονομικό φαινόμενο και ιδιαίτερα οι ανισότητες υγείας αποτελούν «ηθική αδικία» και γι' αυτόν το λόγο θα πρέπει να υπάρξουν ουσιαστικές κρατικές παρεμβάσεις για την καταπολέμησή τους. Δυστυχώς, κατέληξε ο κ. Υφαντόπουλος, η Ελλάδα ανήκει στις χώρες που έχουν ελάχιστη έως μηδενική ανταπόκριση στην καταπολέμηση των ανισοτήτων αυτών.

Στην παρέμβασή του σχετικά με «Το ΓεΣΥ και 25 χρόνια προσπαθειών για την εισαγωγή του», ο Επιστημονικός Συνεργάτης του Ευρωπαϊκού Πανεπιστημίου Κύπρου, κ. **Ανδρέας Πολυνεικής**, περιέγραψε την προσπάθεια μεταρρύθμισης του κυπριακού Γενικού Συστήματος Υγείας (ΓεΣΥ), που προβλέπει τη σύμπραξη Δημόσιου και Ιδιωτικού τομέα, η εφαρμογή του ωστόσο παραμένει ακόμη ζητούμενο, παρά το γεγονός ότι έχει ήδη νομοθετηθεί. Στην Κύπρο, οι «out of pocket» πληρωμές είναι ακόμη μεγαλύτερες από αυτές στην Ελλάδα, φθάνοντας το 55%, δήλωσε ο κ. Πολυνεικής, και το σημερινό σύστημα υγείας αντιμετωπίζει μια σειρά προβλημάτων όπως η συνεχής αύξηση των δαπανών, οι μεγάλες λίστες αναμονής στον δημόσιο τομέα, οι υψηλές ιδιωτικές δαπάνες, η ανεξέλεγκτη ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών και κυρίως ο κίνδυνος του πολίτη για οικονομική καταστροφή.

Για την επίλυση των προβλημάτων αυτών σχεδιάστηκε το ΓεΣΥ, ένα σύστημα που φέρνει τον δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα «κάτω από την ίδια ομπρέλα» σε μια ανταγωνιστική μορφή, καθώς ο πολίτης θα μπορεί να επιλέξει ποιον από τους δύο θα χρησιμοποιήσει, είναι υποχρεωτικό και καθολικό και εμπεριέχει την κοινωνική αλληλεγγύη καθώς οι χρήστες θα πληρώνουν ανάλογα με το εισόδημά τους. Οι λόγοι που δεν έχει εφαρμοστεί το ΓεΣΥ μέχρι τώρα είναι δυστυχώς πολλοί, επισήμανε ο κ. Πολυνεικής, πολιτικοί, οικονομικοί, ανάμειξη εμπλεκόμενων συμφερόντων, έλλειψη εξειδικευμένου προσωπικού, οι αδυναμίες του υπουργείου υγείας κ.ά. Σήμερα, κατέληξε ο ομιλητής, το μνημόνιο υποχρεώνει το κράτος να προχωρήσει στην εφαρμογή του ΓεΣΥ, αλλά με τους δικούς του όρους και με τόσο ταχείς ρυθμούς που αναμένεται να οδηγήσουν σε αποτυχία.

Απαντώντας στο κεντρικό ερώτημα της συνεδρίας, ο κ. **Γιώργος Σκουτέλης**, Δρ Νεφρολόγος, Αττικό Κέντρο Αιμοδιύλισης, είπε ότι η κοινωνική ασφάλιση είναι επιφύλαξη, τόσο για την ασφάλιση υγείας όσο και για την ασφάλιση γήρατος. Όσον αφορά στην ασφάλιση υγείας, εξήγησε, απαραίτητη προϋπόθεση είναι να αλλάξει το μοντέλο χρηματοδότησης της υγείας και το μοντέλο καλύψεων, ώστε οι βασικές ανάγκες να καλύπτονται από τη φορολογία και όχι από τις ασφαλίσεις και οι συμπληρωματικές από τη συμμετοχή των ιδιωτών. Αναφερόμενος στην ασφάλιση γήρατος, ο κ. Σκουτέλης δήλωσε ότι

δεν πρέπει να έχουμε αυταπάτες ούτε να υποκρινόμαστε ότι οι ανισότητες προέκυψαν στο ελληνικό σύστημα μετά την κρίση, καθώς προϋπήρχαν και κατά την περίοδο της ευμάρειας. Η λύση είναι η κάλυψη δύο επιπέδων, συνέχισε ο ομιλητής, κοινωνική σύνταξη ανάλογα με τις δυνατότητες της οικονομίας και καθαρά ανταποδοτική σύνταξη βάσει των εισφορών και του χρόνου ασφάλισης με ταυτόχρονη αναδιάρθρωση των κατωτέρων ορίων των φορέων.

Τέλος, ο κ. **Απόστολος Δόλγερας**, Ειδικός Επιστήμων του Τομέα Οικονομικών της Υγείας της ΕΣΔΥ, παρατήρησε ότι οφείλουμε να ασφαλίζουμε κάθε άνθρωπο σύμφωνα με τις ανάγκες του και κάθε άνθρωπος πρέπει να πληρώνει για την ασφάλιση αυτή ανάλογα με τις δυνατότητές του. Η ασφαλιστική κάλυψη οφείλει να αναπτύσσεται σε δύο επίπεδα, των βασικών ιατρικών αναγκών και των αναγκών με μεγαλύτερη ελαστικότητα, υποστήριξε ο κ. Δόλγερας, τονίζοντας ότι, αν θέλουμε να μεταρρυθμίσουμε ένα σύστημα, θα πρέπει να ξεκινήσουμε από εκείνες τις ανάγκες που είναι ουσιαστικότερες και απειλούν τη ζωή, τη σωματική ή την ψυχική ακεραιότητα των ατόμων. Το σύστημά μας έχει ακόμη πολλά προβλήματα, όπως διπλές αμοιβές και μεγάλη σπατάλη πόρων, κατέληξε ο κ. Δόλγερας, επομένως αν θέλουμε να το μεταρρυθμίσουμε, θα πρέπει να μεταρρυθμιστεί και ο τρόπος που αυτό λειτουργεί.

Στη συζήτηση που ακολούθησε, απαντώντας στο ερώτημα μήπως η εφαρμογή μιας συνεργασίας δημόσιου-ιδιωτικού τομέα και η «πακετοποίηση» των ιδιωτικών δαπανών υγείας σε ασφαλιστικό προϊόν οδηγήσει σε διπλό ασφαλιστρο, ο κ. Νεκτάριος δήλωσε ότι πριν από την υλοποίηση μιας τέτοιας συνεργασίας θα πρέπει να γίνει επανασχεδιασμός των πακέτων κάλυψης του πληθυσμού και σαφής διαχωρισμός των παροχών, όπως έγινε στη Γαλλία, ώστε να μην πληρώνει ο πολίτης διπλό ασφαλιστρο για τις ίδιες παροχές.

Στη συνέχεια, ο κ. Υφαντόπουλος, απαντώντας σε ερωτήσεις σχετικά με το κράτος πρόνοιας, υπογράμμισε ότι όλες οι οικονομικές και κοινωνικές μελέτες δείχνουν ότι όσο μεγαλύτερες είναι οι κοινωνικές δαπάνες τόσο μικρότερη είναι η ανισότητα. Το κράτος πρόνοιας έχει ευεργετική επίδραση στη βελτίωση της υγείας, δήλωσε ο κ. Υφαντόπουλος, ωστόσο το δικό μας κράτος πρόνοιας έχει διαπιστωθεί ότι σε ποσοστό 30% είναι αναποτελεσματικό, καθώς δεν φτάνει σε αυτούς που έχουν πραγματική ανάγκη.

Τέλος, η κ. Λυμπεράκη αναφέρθηκε στη θετική επίδραση της παγκοσμιοποίησης που αναδεικνύει τους αριθμούς, τις επιδόσεις και τις ανισότητες που υπάρχουν και πιέζει τις κυβερνήσεις να λάβουν μέτρα για την καταπολέμησή τους. Παγκοσμιοποίηση δεν σημαίνει ότι οι κοινωνικές δαπάνες πρέπει να γίνονται με δανεικά, συνέχισε η κ. Λυμπεράκη, μπορούν να κοπούν προνόμια των μέσων κατηγοριών, προνόμια τα οποία εξάλλου δεν δικαιούνται. Στην Ελλάδα, από τις κοινωνικές μεταβιβάσεις που γίνονται στο όνομα των φτωχών, το μεγαλύτερο μερίδιο πάει στη μέση της κατανομής, ενώ αξίζει να σημειωθεί ότι η υψηλότερη εισοδηματική κατηγορία λαμβάνει με απόλυτους αριθμούς μεγαλύτερο ποσό χρημάτων από τους φτωχότερους, τόνισε η κ. Λυμπεράκη, κάτι που είναι καιρός πλέον να σταματήσει.

ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ

Η αντιμετώπιση της ανθρωπιστικής κρίσης: Η υγεία μετά τα μνημόνια

Καθολική πρόσβαση, ολιστική προσέγγιση, ενίσχυση των δημοσίων δομών: η πρόταση της αξιωματικής αντιπολίτευσης για την υγεία

Πρόεδροι: **Γιάννης Κυριάπουλος, Γιώργος Ντουινιάς**

Ομιλητές **Γιάννης Μπασκόζος**, Γενική αποτίμηση της τρέχουσας κατάστασης και οι άξονες της πρότασης του ΣΥΡΙΖΑ

Αλέξης Μπένος, Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας: Πυλώνας του νέου συστήματος υπηρεσιών υγείας

Χρήστος Μαντάς, Η πολιτική για την Ψυχική Υγεία

Ανδρέας Ξανθός, Το νέο μοντέλο διοίκησης των νοσηλευτικών ιδρυμάτων

Η συνεδρία άνοιξε με την ομιλία του **Γιάννη Μπασκόζου**, Αντιπροέδρου του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου και Υπεύθυνου του Τομέα Υγείας του ΣΥΡΙΖΑ, με θέμα «Γενική αποτίμηση της τρέχουσας κατάστασης και οι άξονες της πρότασης του ΣΥΡΙΖΑ». Προβλήματα στον χώρο της υγείας υπήρχαν και πριν από τα μνημόνια, αναγνώρισε ο κύριος Μπασκόζος· η κρίση, όμως, προσέθεσε τεράστια αύξηση των ανασφάλιστων και φτώχεια, με τραγικές επιπτώσεις στο επίπεδο τόσο της υγείας του πληθυσμού όσο και των υπηρεσιών υγείας. Οι δήθεν μεταρρυθμίσεις αναγκάζουν τους πολίτες να εγκαταλείψουν τη φροντίδα υγείας τους και προωθούν τη νεοφιλελεύθερη, αγοραία αναδιοργάνωση του χώρου της υγείας.

Η απάντηση του ΣΥΡΙΖΑ είναι η οικοδόμηση ολοκληρωμένου δημοσίου συστήματος πρόληψης, πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, περιθαλψής και αποκατάστασης, που θα παρέχει δωρεάν σε όλους ελεύθερη, έγκαιρη και ισότιμη πρόσβαση σε ποιοτικές και αποτελεσματικές δημόσιες υπηρεσίες, τόνισε ο κ. Μπασκόζος· και συμπλήρωσε ότι οι άμεσες παρεμβάσεις που έχουν περιγραφεί στην πρόσφατη ΔΕΘ αποτελούν δέσμευση. Η υλοποίηση αυτών των μέτρων προϋποθέτει χορήγηση ηλεκτρονικής κάρτας υγείας, διάσωση, στήριξη και αναβάθμιση των δημόσιων νοσοκομείων, άμεση στελέχωση των δομών ΠΦΥ στην προοπτική ολοκληρωμένου δημόσιου συστήματος, συμβάσεις με αυτοαπασχολούμενους, κατάρτιση των «χαρτασιών» για τις υπηρεσίες υγείας, νέο «κοινωνικό συμβόλαιο» με τους λειτουργούς της υγείας για αντιμετώπιση της διαφθοράς και της συναλλαγής. Με βάση την πορεία της επαναδιαπραγμάτευσης του δημόσιου χρέους, ο ΣΥΡΙΖΑ θα εγγυηθεί την αύξηση των δημοσίων δαπανών για την υγεία, με προοπτική τον μέσο όρο των ανεπτυγμένων χωρών της ΕΕ.

Αναφερόμενος στις παρεμβάσεις στον χώρο του φαρμάκου, ο κ. Μπασκόζος έκανε λόγο για άμεση αναβάθμιση του ΕΟΦ και του ΙΦΕΤ, για προώθηση αξιοποίησης εγχώρια παραγομένων, ποιοτικά ελεγχόμενων γενοσήμων φαρμάκων, για εξορθολογισμό της φαρμακευτικής δαπάνης με μείωση της οικονομικής επιβάρυνσης των ασθενών, και για προστασία και αξιοποίηση των αυτοαπασχολούμενων φαρμακοποιών με στόχο τη διασφάλιση πανελλαδικού δικτύου διάθεσης φαρμάκων. «Θέλουμε ένα κράτος-εγγυητή της ισότιμης πρόσβασης όλων στο θεμελιώδες αγαθό της υγείας», κατέληξε ο κ. Μπα-

σκόζος· και συμπλήρωσε ότι ο ΣΥΡΙΖΑ θα επιδιώξει την ανοιχτή δημόσια διαβούλευση, με φορείς και επιστήμονες, προκειμένου η τελική διαμόρφωση της προγραμματικής του πρότασης να εξυπηρετεί αποτελεσματικότερα τα λαϊκά συμφέροντα.

Στη συνέχεια, το λόγο πήρε ο **Αλέξης Μπένος**, Καθηγητής Υγιεινής, Κοινωνικής Ιατρικής & Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του ΑΠΘ, ο οποίος μίλησε με θέμα «Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας: Πυλώνας του νέου συστήματος υπηρεσιών υγείας». Ζούμε ακόμη με το μηχανιστικό-επιστημολογικό μοντέλο για την υγεία, παρατήρησε ο κύριος Μπένος, τη στιγμή που, από το 1978, διατυπώνεται το νέο παράδειγμα, το οποίο προτάσσει την ολιστική βιο-ψυχο-κοινωνική προσέγγιση της υγείας και τον κομβικό ρόλο της ΠΦΥ.

Αυτή η προσέγγιση, που βρισκόταν στο επίκεντρο της διακήρυξης της Alma Ata και πρέπει πλέον να επικαιροποιηθεί και να υλοποιηθεί, διέπεται από τα εξής χαρακτηριστικά: πληθυσμιακή προσέγγιση, καθολική πρόσβαση, διεπιστημονική Ομάδα Υγείας, συνεχή σχέση της Ομάδας Υγείας με άτομα, οικογένειες, κοινότητα, και ουσιαστική εμπλοκή του τοπικού πληθυσμού στον σχεδιασμό και την αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας. Μετά από τη «χαμένη» δεκαετία του 1980, το 1993 η Παγκόσμια Τράπεζα και το πρόγραμμά της «Investing in Health», που εισήγαγε τους όρους κόστους-αποτελέσματος, έφερε το τέλος της διακήρυξης της Άλμα Άτα. Σήμερα, η αναθεώρηση της κρατούσας προσέγγισης κρίνεται πλέον επιβεβλημένη διεθνώς, τόνισε ο κ. Μπένος· και παρουσίασε τις αντιπροτάσεις του ΣΥΡΙΖΑ στο σχέδιο νόμου της κυβέρνησης, οι οποίες προϋποθέτουν ένα γενικό σύστημα υγείας κεντρικά χρηματοδοτούμενο, απελευθερωμένο από τους κανόνες και τις λειτουργίες της αγοράς, και βασισμένο σε επιστημονικά τεκμηριωμένες και ελεγχόμενες δράσεις.

Με την ΠΦΥ στο επίκεντρο αυτού του συστήματος, η πρόταση του ΣΥΡΙΖΑ περιλαμβάνει: Κέντρα Υγείας στις πόλεις, ιατρεία γειτονιάς, διοικητική αυτοδυναμία δομών ΠΦΥ, συντονισμό & ενοποίηση δομών με την Τοπική Αυτοδιοίκηση, λειτουργική διασύνδεση με νοσοκομειακές δομές. «Με βάση την ολιστική προσέγγιση της Άλμα Άτα καλούμαστε να απαντήσουμε στην ανθρωπιστική κρίση και τις ανάγκες των πολιτών· το στοίχημα

ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΜΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΟΡΓΑΝΩΣΗ & ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΗΣ ΠΦΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ

Σχέδιο Νόμου	Alma Ata
• Οικογενειακός ιατρός ανεξαρτήτως ειδικότητας	• Κέντρο υγείας αγροτικού ή αστικού τύπου, διεπιστημονική ομάδα υγείας
• Λίστα ασθενών	• Πληθυσμός ευθύνης σαφώς οριζόμενος
• Πιστωτική κάρτα υγείας	• Εκτίμηση αναγκών υγείας - κοινωνικοί προσδιοριστές της υγείας - κάρτα υγείας - αρχείο υγείας
• Ανώτατο ετήσιο όριο κατανάλωσης	• Ελεύθερη πρόσβαση πληθυσμού
• Καμία πρόβλεψη	• Εμπλοκή του τοπικού πληθυσμού στο σχεδιασμό και την αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας
• Καμία πρόβλεψη	• Εξασφάλιση της συνέχειας στις υπηρεσίες υγείας

Οι αντιπροτάσεις του ΣΥΡΙΖΑ στο Σχέδιο Νόμου του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

αυτό δεν είναι του ΣΥΡΙΖΑ, αλλά ολόκληρης της κοινωνίας», κατέληξε ο κ. Μπένος.

Ο Επίκουρος Καθηγητής στην Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων και Βουλευτής του ΣΥΡΙΖΑ, **Χρήστος Μαντάς**, μίλησε με θέμα «Η πολιτική για την ψυχική υγεία». Ο χώρος της ψυχικής υγείας, σε επίπεδο τόσο νοσηρότητας όσο και υπηρεσιών, φέρει τα σαφή σημάδια της μνημονιακής πολιτικής: οι ανάγκες έχουν αυξηθεί ενώ οι δομές βρίσκονται στα όρια, σχολίασε ο κύριος Μαντάς. Η υπεράσπιση του δικαιώματος στην υγεία αποκτά σήμερα κεντρική σημασία και για την αποκατάστασή του κρίνεται απαραίτητη η ανατροπή της πολιτικής λιτότητας.

Η στρατηγική προσέγγιση του ΣΥΡΙΖΑ αφορά τον κορμό της κοινότητας, και είναι προσανατολισμένη στην πρόληψη και στην πρωτοβάθμια φροντίδα ψυχικής υγείας. Τα δε μέτρα που προτίθεται να λάβει στον τομέα αυτόν περιλαμβάνουν: τη διασφάλιση της καθολικής πρόσβασης, της ολιστικής θεραπευτικής αντιμετώπισης των ψυχικά ασθενών και της θεραπευτικής συνέχειας· τη συγκρότηση ισχυρών τομέων ψυχικής υγείας ανά διοικητική ή συγκροτημένη υγειονομική περιφέρεια, εκτός των αστικών κέντρων Αθήνας και Θεσσαλονίκης, έτσι ώστε η μετακίνηση προς το κέντρο να περιοριστεί σε εξειδικευμένες μόνο υπηρεσίες· τη νέα συμφωνία με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή για την εξασφάλιση κονδυλίων και χρόνου, που θα επιτρέψουν την αλλαγή παραδείγματος στην αντιμετώπιση των ψυχικά πασχόντων· την αναπροσαρμογή του συστήματος των ψυχιατρικών εφημεριών, με άξονα την αναλογική συμμετοχή όλων των τομεοποιημένων μονάδων ψυχικής υγείας· την αποσυμφόρηση των ψυχιατρικών κλινικών, που προϋποθέτει την εξάλειψη των επικουρικών κλινών (ράντζων) και τη δημιουργία τμημάτων οξέων περιστατικών· τη διασφάλιση της λειτουργίας των δομών ΑΜΚΕ ψυχικής υγείας και των αντίστοιχων θέσεων εργασίας, με προοπτική ενσωμάτωσής τους σε ένα δημόσιο κοινωνικό σύστημα υπηρεσιών ψυχικής υγείας· τη συνολική επανεξέταση του πεδίου των ιδιωτικών ψυχιατρικών κλινικών, με στόχο τη συρρίκνωση των αναγκών σε ιδιωτικές ψυχιατρικές κλίνες· την ανάληψη πρωτοβουλιών για την πλήρη διασφάλιση των ανθρωπινων δικαιωμάτων όλων των ψυχικά ασθενών και την αυξημένη συμμετοχή τους στα κέντρα λήψης των αποφάσεων.

τη διατήρηση των υφιστάμενων δομών και την ενίσχυσή τους με μονάδες παιδιών και εφήβων, μονάδες βραχείας νοσηλείας για αυτιστικά παιδιά και ενήλικες, και μονάδες παρέμβασης στην κρίση.

Το νέο μοντέλο διοίκησης των νοσηλευτικών ιδρυμάτων ήταν το θέμα της ομιλίας του Ιατρού και Βουλευτή του ΣΥΡΙΖΑ, **Ανδρέα Ξανθού**. Οι παρεμβάσεις των τελευταίων χρόνων στο σύστημα υγείας διέπονταν από τη νεοφιλελεύθερη λογική του περιορισμού του δημόσιου συστήματος υγείας, της διασφάλισης ελάχιστων υπηρεσιών στον πολίτη από το κράτος και τα ασφαλιστικά ταμεία, και της ολιγοπωλιακής αναδιάρθρωσης της αγοράς υπηρεσιών υγείας.

Το σχέδιο που επεξεργάζεται ο ΣΥΡΙΖΑ προϋποθέτει ένα νέο παράδειγμα και στη διοίκηση του συστήματος υγείας, το οποίο θα αίρει βασικές παθογένειες, όπως η κομματοκρατία, η πελατειακή αντίληψη στη διαχείριση των νοσοκομείων ή η ενδοτικότητα στις πιέσεις συγκεκριμένων συμφερόντων. Το σύστημα υγείας δεν μπορεί να εξαρτάται αποκλειστικά από τον Υπουργό. Πρέπει να δημιουργηθούν συμβούλια επιλογής των διοικητών νοσοκομείων και άλλων οργανισμών, με πλειοψηφική συμμετοχή των θεσμικών παραγόντων του νοσοκομείου, αλλά και συμμετοχή των εκπροσώπων της τοπικής κοινωνίας. Στόχος, η ισχυρή και θεσμοθετημένη δέσμευση του εκάστοτε διοικητή έναντι του κοινωνικού ελέγχου. Απαιτείται δημοκρατικότερο και πιο συμμετοχικό διοικητικό μοντέλο στα νοσοκομεία και δημοκρατικός προγραμματισμός των υπηρεσιών υγείας στη λογική του «από τα κάτω» σχεδιασμού. Απαιτείται εντέλει νέο επιστημονικό, εργασιακό και κοινωνικό ήθος στο σύστημα υγείας, τόνισε ο κ. Ξανθός.

Οι απαραίτητες στοχευμένες παρεμβάσεις θα αφορούν την άρση της ιατροκεντρικής-νοσοκομειοκεντρικής λογικής του συστήματος, την επιβράβευση της συλλογικής προσπάθειας, τη δημιουργία κινήτρων, την απαξίωση της διαφθοράς. Όλα αυτά θα πρέπει να σχεδιαστούν στη βάση της αμφίδρομης επικοινωνίας και της ανοιχτής διαβούλευσης, της δημόσιας δέσμευσης, της ανατροφοδότησης και των διαδοχικών προσεγγίσεων που θα λαμβάνουν υπόψη την κριτική της κοινωνίας. Απαιτούνται ιεράρχηση, κοινωνικές συμμαχίες, και πολιτική αξιοπιστία. Ο ΣΥΡΙΖΑ έχει άλλες προτεραιότητες, αξιακές, κοσμοθεωρητικές, ιδεολογικές και προγραμματικές, που εστιάζουν στη διασφάλιση της ισότητας στον χώρο της δημόσιας περίθαλψης· η υγεία συνδέεται με την ίδια την ουσία της Δημοκρατίας, κατέληξε ο κ. Ξανθός.

Η συζήτηση που ακολούθησε, και την οποία συντόνισαν ο Καθηγητής **Πάννης Κυριόπουλος** και ο Επιμελητής του Τομέα Επαγγελματικής και Βιομηχανικής Υγιεινής της ΕΣΔΥ, **Γιώργος Ντουνιάς**, επικύρωσε να απαντήσει στις ερωτήσεις που είχαν υποβληθεί κατά τη διάρκεια των παρουσιάσεων, μέσω της ηλεκτρονικής εφαρμογής που χρησιμοποιήθηκε στο συνέδριο.

Στην ερώτηση αν θα υπάρχει δυνατότητα επιλογής ιδιωτικής ή κρατικής ασφάλισης, ο κ. Μπασκόζος απάντησε ότι το ερώτημα δεν υφίσταται για τον ΣΥΡΙΖΑ, καθώς η ισότητα και η καθολικότητα της πρόσβασης απαιτούν την κρατική χρηματοδότηση του δημόσιου συστήματος υγείας. Η λογική της δημόσιας κοινωνικής ασφάλισης είναι η λογική της Αλληλεγγύης, βασικός πυρήνας της πολιτικής του ΣΥΡΙΖΑ, συμπλήρωσε.

Η στροφή της εκπαίδευσης από το νοσοκομείο στην ΠΦΥ, καθώς και η δημοκρατική και συνεργατική λειτουργία των νοσοκομείων θα βοηθήσουν σταδιακά στην

«εκθρόνιση» της ιατρικής αυθεντίας, ήταν η απάντηση του κ. Μπένου σε σχετική ερώτηση.

Στο ερώτημα πώς θα εξασφαλιστούν η ΠΦΥ και τα μικρά επαρχιακά νοσοκομεία σε νησιωτικές και ακριτικές περιοχές, και ποια κίνητρα θα δοθούν στους επαγγελματίες της υγείας για τη στελέχωσή τους, ο κ. Ξανθός απάντησε ότι γίνεται ήδη προσπάθεια να καταγραφούν οι επείγουσες ανάγκες. Δεν είναι δυνατόν να αφήνουμε απομακρυσμένες περιοχές, αυξημένου τουριστικού ενδιαφέροντος στα χέρια ανειδίκευτων γιατρών, τόνισε ο κ. Ξανθός. Για τον σκοπό αυτό, χρειάζονται κίνητρα επισημονικά, αναβάθμισης, αξιοπρεπούς εργασίας, σε συνεργασία και με την τοπική αυτοδιοίκηση. Πρέπει επίσης να υπάρξει ανακατανομή των δημοσίων δαπανών και αναπροσανατολισμός πόρων από τον επιχειρηματικό τομέα στις δημόσιες δομές.

Στο ερώτημα πώς θα ανταποκριθεί ο σχεδιασμός του ΣΥΡΙΖΑ για την υγεία στις αυξημένες ανάγκες ψυχιατρικής φροντίδας που καταγράφονται σήμερα, ο κ. Μαντάς απάντησε ότι, χωρίς να εγκαταλειφθεί ο στόχος

της απο-ιδρυματοποίησης, πρέπει να υπάρξει ένα εναλλακτικό σύστημα ψυχικής υγείας με βάση την κοινότητα. Το κατά πόσον τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας θα ενταχθούν στα κατά τόπους Κέντρα Υγείας Αστικού Τύπου αποτελεί σήμερα αντικείμενο συζήτησης διεθνώς· προς το παρόν, η ομάδα ψυχικής υγείας του ΣΥΡΙΖΑ προτείνει αυτά να αποτελέσουν τον πυρήνα του νέου συστήματος.

Οι πολιτικοί σχηματισμοί ωφελούνται από συζητήσεις όπως αυτή, γιατί δοκιμάζουν τις ιδέες τους και είτε τις τροποποιούν είτε τις ενισχύουν, σχολίασε ο κ. Κυριόπουλος· αλλά και το κοινό και οι επιστήμονες έχουν να ωφεληθούν, καθώς φωτίζονται κάποιες «γκρίζες» περιοχές. Η επιλογή του κατάλληλου προτύπου και ο εντοπισμός του σημείου ισορροπίας των προτάσεων που διακινούνται αποτελούν σπουδαία πρόκληση και παράγοντα βελτίωσης του συστήματος, με βασικό αποδέκτη τους ίδιους τους πολίτες, συμπλήρωσε. Αυτό που πρέπει να εξασφαλιστεί επειγόντως είναι η πρόσβαση όλων στις υπηρεσίες υγείας, τόνισε κλείνοντας τη συνεδρία ο κ. Ντουνιάς.

ΔΙΑΛΕΞΗ

Υγεία και βιώσιμη οικονομική ανάπτυξη

Πληθυσμιακή αύξηση, διαχείριση πόρων και οικολογική συνείδηση, στην Ελλάδα και τον κόσμο

Πρόεδροι: **Ελπίδα Πάβη, Χρήστος Λιονής, Τίνα Γκαράνη-Παπαδάτου**Ομιλητής: **Μανόλης Κογεβίνας**

Ο Καθηγητής της ΕΣΔΥ και Διευθυντής του Κέντρου Ερευνών Περιβαλλοντικής Επιδημιολογίας (CREAL) της Βαρκελώνης, **Μανόλης Κογεβίνας**, στην ομιλία του κατά την τελετή λήξης του συνεδρίου, ξεκίνησε με μια ιστορική αναδρομή: το 1800, ο μέσος όρος του προσδόκιμου ζωής βρισκόταν κάτω από τα 40 έτη σε ολόκληρο τον κόσμο. Αντιθέτως, σήμερα, οι διαφορές μεταξύ των χωρών είναι κάτι περισσότερο από αισθητές, ως προς τόσο το εισόδημα όσο και το προσδόκιμο επιβίωσης, αν και τα δύο δεν συμπορεύονται πάντα. Ανισότητες υπάρχουν και στο εσωτερικό κάθε χώρας. Εξετάζοντας τους στόχους της χιλιετίας, διαπιστώνουμε σημαντική πρόοδο, αλλά και τεράστια κενά: ενώ το 2012 πολύ περισσότεροι άνθρωποι σε σχέση με το 1990 είχαν πλέον πρόσβαση σε ασφαλές πόσιμο νερό, αυτό δεν θεωρείται ακόμη δεδομένο για δισεκατομμύρια άλλους. Εξάλλου, 2,5 δισεκατομμύρια άνθρωποι στερούνται ακόμη βασικών εγκαταστάσεων υγιεινής.

Τα δεδομένα για την Ελλάδα δείχνουν ότι το βιοτικό επίπεδο υποχωρεί χωρίς αντίστοιχη υποχώρηση του προσδόκιμου επιβίωσης: ωστόσο, η κατακόρυφη μείωση των κοινωνικών δαπανών θα εκφραστεί αργά ή γρήγορα στην υγεία. Τα στοιχεία για την πληθυσμιακή αύξηση, που προβλέπουν ότι, το 2100, τα 9 από τα 11, πλέον, δισεκατομμύρια του παγκόσμιου πληθυσμού θα συγκεντρωθούν στην Ασία (5 δις.) και την Αφρική (4 δις.), θέτουν σημαντικά ζητήματα επιβίωσης, κατανάλωσης ενέργειας και τροφής. Η αύξηση του πληθυσμού δεν οφείλεται στην αύξηση της γεννητικότητας, αλλά στην αύξηση του προσδόκιμου ζωής, σημείωσε ο κύριος Κογεβίνας.

Στο δεύτερο μέρος της ομιλίας του, ο κ. Κογεβίνας αναφέρθηκε στα κρίσιμα ζητήματα της κλιματικής αλλαγής και στις μελλοντικές επιπτώσεις τους. Το Intergovernmental Panel on Climate Change διαβλέπει διάφορα σενάρια για την αύξηση της θερμοκρασίας στον πλανήτη: ένα περιγράφει τη δραματική, 4 βαθμών και άνω, αύξηση της θερμοκρασίας το 2100, ενώ ένα άλλο, που προϋποθέτει έλεγχο των οικονομιών και μείωση της χρήσης ενέργειας και πόρων, θα οδηγήσει σε μικρή μόνο αύξηση 1-2 βαθμών. Αναφερόμενος στη διατροφή, ο κύριος Κογεβίνας παρατήρησε ότι παντού διαπιστώνεται αύξηση της κατανάλωσης κρέατος, η οποία, πέρα από τις ασθένειες με τις οποίες συνδέεται, είναι ακριβή και αντιοικολογική: η κτηνοτροφική παραγωγή προκαλεί περισσότερα αέρια θερμοκηπίου από τη βιομηχανία ή τα αυτοκίνητα.

Ως προς την παγκόσμια κατανάλωση ορυκτών καυσίμων, το βασικό πρόβλημα που αντιμετωπίζουμε είναι η αύξηση της ζήτησης από τα 3 δισεκατομμύρια των μεσαίας ανάπτυξης χωρών που αλλάζουν ταχύτατα. Το πρόβλημα είναι, αφενός, πώς θα καλυφθεί η αυξανόμενη ζήτηση και, αφετέρου, πώς αυτή θα επιδράσει στο περιβάλλον. Η υπερβολική κατανάλωση πόρων ανά κάτοικο στις πλούσιες χώρες θα πρέπει άμεσα να περιοριστεί, συμπέρανε ο κύριος Κογεβίνας. Όσο για τη χώρα μας, παρά τα τεράστια κοινωνικοοικονομικά και πολιτικά προβλήματα που αντιμετωπίζουμε σήμερα, εξακολουθεί να ανήκει στο 1 δισεκατομμύριο του πληθυσμού των πλούσιων χωρών. Ας δούμε λοιπόν τη χώρα μας και τον κόσμο από μία ευρύτερη προοπτική και ας εξετάσουμε τρόπους αλλαγής του ρυθμού ανάπτυξης.

ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ

Ο ΕΟΦ απαντά στις σύγχρονες προκλήσεις ως ο ρυθμιστικός φορέας του φαρμάκου

Επένδυση στον ΕΟΦ, επένδυση στη σωστή λειτουργία της αγοράς

Πρόεδροι: **Δημήτρης Λιντζέρης, Δημήτρης Κούβελας**

Ομιλητές: **Δημήτρης Λιντζέρης**, Το έργο και οι στόχοι του ΕΟΦ

Ελευθερία Νικολαΐδη, Διαδικασία τιμολόγησης φαρμάκου

Γιώργος Αϊσλάιτνερ & Μαρία Ορφανού, Εγκριτικές διαδικασίες φαρμάκου

Παντελία Γκούρα, Έλεγχος της αγοράς και πρόσβαση στα φάρμακα

Ευγενία Φούζα-Σταυροπούλου, Κλινικές μελέτες

Γιάννης Καραφύλλης, Ηλεκτρονική διασύνδεση υπηρεσιών

Ο ΕΟΦ είναι η αρμόδια επιστημονική αρχή και ο ρυθμιστικός φορέας στον νευραλγικό τομέα του φαρμάκου και ασκεί τις αρμοδιότητές του με επιστημονική επάρκεια και ισονομία, δήλωσε ο κ. **Δημήτρης Λιντζέρης**. Ο απερχόμενος Πρόεδρος του ΕΟΦ, κάνοντας ένα σύντομο απολογισμό, αναφέρθηκε στην επιστημονική επάρκεια του ανθρώπινου δυναμικού του Οργανισμού και σχολίασε ότι το πρόβλημα στον τόπο μας δεν είναι η έλλειψη νόμων, αλλά η εφαρμογή τους, τονίζοντας ότι ο ίδιος κατά τη θητεία του κινήθηκε με γνώμονα την εφαρμογή των νόμων και την αναβάθμιση του Οργανισμού. Επιδίωξε να του προσδώσει αποτελεσματικότητα και εξωστρέφεια. Υποστήριξε επίσης, ότι η Πολιτεία οφείλει να εμπλουτίσει τον οργανισμό με το αναγκαίο προσωπικό και να δώσει στον ΕΟΦ όλες τις αρμοδιότητες που αφορούν το φάρμακο.

Στο θέμα της τιμολόγησης των φαρμάκων, ο κ. Λιντζέρης δήλωσε πως αποτελεί μια από τις κρίσιμες αρμοδιότητες του Οργανισμού. Ο ΕΟΦ δεν νομοθετεί, υλοποιεί την τιμολόγηση με τρόπο επιστημονικό, δίκαιο και πρώτιστα διαφανή. Τον τελευταίο χρόνο η διαφάνεια εφαρμόστηκε με πλήρη αποτύπωση της διαδικασίας τιμολόγησης με διαύγεια και σαφήνεια, με αναρτήσεις των τιμών στην ιστοσελίδα του ΕΟΦ, τόνισε. Ο ΕΟΦ εκπλήρωσε τη νομοθετημένη αρμοδιότητά του που είναι να επεξεργάζεται και να εισηγείται τις τιμές των φαρμάκων. Στο Υπουργείο Υγείας λειτουργεί Επιτροπή Κοινωνικών Εταίρων στην οποία συμμετέχουν παράγοντες της αγοράς, εκπρόσωποι του κράτους και επιστήμονες που ορίζονται από τον υπουργό Υγείας. Η επιτροπή αυτή έχει γνωμοδοτικό ρόλο, δεν έχει καμία νομοθετημένη αρμοδιότητα να εισηγείται ή να αποφασίζει για τις τιμές. Δυστυχώς, το τελευταίο διάστημα ο τρόπος λειτουργίας της Επιτροπής Τιμών δεν τιμά κανέναν, τόνισε ο ομιλητής και πρέπει άμεσα να επανορθωθεί.

Ο τρόπος που γίνεται τώρα η τιμολόγηση, ο τρόπος της διαφάνειας με τον οποίο αναρτώνται οι τιμές, έφερε στην επιφάνεια πολλές στρεβλώσεις που σημειώθηκαν στο παρελθόν, υπογράμμισε ο πρόεδρος του ΕΟΦ, όπως παραδείγματος χάριν ότι υπάρχουν γενόσημα με το ίδιο προϊόν αναφοράς, που το ένα έχει τιμή 85% του προϊόντος αναφοράς, άλλο έχει τιμή στο 60% και άλλο στο 30%. Η ανισορροπία της αγοράς είναι προφανής, επισήμανε ο κ. Λιντζέρης, προσθέτοντας ότι είχε ζητήσει

από το Υπουργείο Υγείας να υπάρξει υπουργική απόφαση που να θέτει συγκεκριμένους κανόνες, οι οποίοι θα εφαρμοστούν για όλα τα φάρμακα από τον ΕΟΦ.

Ένας δεύτερος τομέας στον οποίο ο Οργανισμός είχε αποτέλεσμα ήταν η επιτάχυνση των εγκριτικών διαδικασιών. Η καθυστέρηση των εγκρίσεων σημαίνει απώλεια εσόδων για το κράτος, σημείωσε ο Πρόεδρος του ΕΟΦ, αναφέροντας ότι ο Οργανισμός έχει ολοκληρώσει τα θέματα των εθνικών εγκρίσεων του 2012. Επιπλέον, στον τομέα ελέγχων της αγοράς και στο θέμα της αντιμετώπισης των ελλείψεων και της διασφάλισης της επάρκειας των φαρμακευτικών προϊόντων στην ελληνική αγορά, ο ΕΟΦ προχώρησε σε παρεμβάσεις σε όλη την αλυσίδα της διακίνησης φαρμάκων. Σημείωσε δε σημαντική επιτυχία με την αποκάλυψη κυκλώματος παράνομης διακίνησης φαρμάκων. Επισήμανε, στο θέμα της αντιμετώπισης των ελλείψεων, ότι ο Οργανισμός χρειάζεται την ενεργό συμμετοχή των φαρμακοποιών μέσω της διαδικτυακής εφαρμογής που τίθεται σε λειτουργία. Στον τομέα των κλινικών μελετών δεν υπάρχει κάποια εγκριτική εκκρεμότητα στον ΕΟΦ, αλλά ούτε και από την πλευρά της Επιτροπής Δεοντολογίας, πρόσθεσε. Κλείνοντας την ομιλία του, ο κ. Λιντζέρης τόνισε ότι επένδυση στον ΕΟΦ σημαίνει ορθολογική λειτουργία της αγοράς και αύξηση των εσόδων του κράτους.

Η κ. **Ελευθερία Νικολαΐδη**, Φαρμακοποιός MSc, PhD, Προϊσταμένη στο Τμήμα Τιμολόγησης, Διεύθυνση Διοικητικών Υπηρεσιών και Ελέγχου Προϊόντων, ΕΟΦ, αναφέρθηκε στους στόχους του νομοθετικού πλαισίου τιμολόγησης, που είναι καταρχήν ο έλεγχος και η περιστολή της φαρμακευτικής δαπάνης, η τήρηση των προβλεπόμενων χρονοδιαγραμμάτων τιμολόγησης και ανατιμολόγησης, ο σαφής καθορισμός κριτηρίων τιμολόγησης / ανατιμολόγησης, η προστασία των προϊόντων αναφοράς για τα οποία είναι σε ισχύ η πατέντα δραστικής ουσίας ή η περίοδος προστασίας των δεδομένων τους, η ενίσχυση της ελληνικής φαρμακοβιομηχανίας και η διατήρηση της ομαλής κυκλοφορίας των φαρμάκων στην ελληνική αγορά προκειμένου να μην εμφανίζονται ελλείψεις.

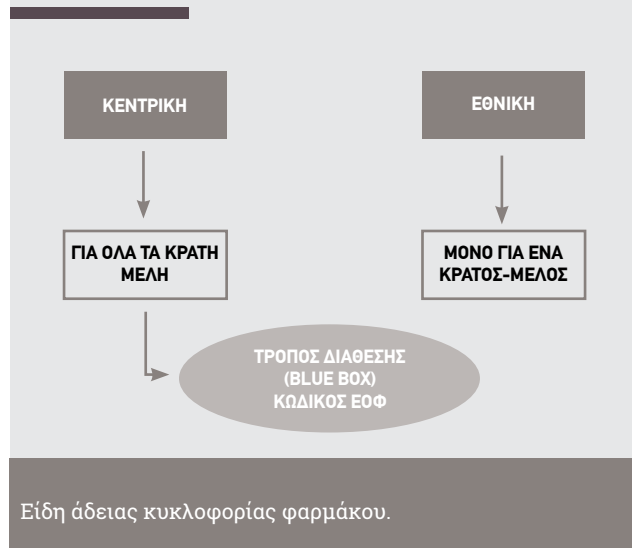
Η κ. Νικολαΐδη περιέγραψε τη διαδικασία τιμολόγησης φαρμάκου, το ισχύον νομοθετικό πλαίσιο τιμολόγησης, τις προϋποθέσεις και τον τρόπο καθορισμού τιμής στην

(ανα)τιμολόγηση προϊόντων αναφοράς υπό προστασία και χωρίς προστασία, βιολογικών / βιοτεχνολογικών / βιο-ομοειδών προϊόντων και ορφανών προϊόντων, καθώς και τον τρόπο ανεύρεσης τιμών φαρμακευτικών προϊόντων στις χώρες της ΕΕ. Επιπλέον, αναφέρθηκε στην τιμολόγηση νέων γενοσήμων προϊόντων και στην ανατιμολόγηση γενοσήμων, αλλά και ελληνικών παραγομένων προϊόντων και στη συνέχεια παρουσίασε το έργο, τις αρμοδιότητες και τα αποτελέσματα του Τμήματος Τιμολόγησης της Διεύθυνσης Διοικητικών Υπηρεσιών και Ελέγχου Προϊόντων του ΕΟΦ, το οποίο συστάθηκε το Νοέμβριο του 2013.

Αναφερόμενη στη διασφάλιση της διαφάνειας και αξιοπιστίας του Οργανισμού, εξήγησε τις διαδικασίες δημόσιας διαβούλευσης, καθώς και το έργο της ειδικής επιτροπής χαρακτηρισμού μοναδικών προϊόντων αναφοράς, της ειδικής επιτροπής χαρακτηρισμού ελληνικών παραγομένων προϊόντων και της ειδικής γνωμοδοτικής επιτροπής για την αξιολόγηση τυχόν συνεπειών από τη διακοπή κυκλοφορίας φαρμάκων στην ελληνική αγορά από τους κατόχους αδειών κυκλοφορίας για λόγους μη συσχετιζόμενους με θέματα ασφάλειας, ποιότητας και αποτελεσματικότητας (αλλά κυρίως για επιχειρηματικούς λόγους), καθώς και από την εν γένει έλλειψη στην αγορά προϊόντων απαραίτητων για τη δημόσια υγεία.

Η κ. **Μαρία Ορφανού**, Φαρμακοποιός, ΕΟΦ, και ο κ. **Γιώργος Αϊσλάιτνερ**, Φαρμακοποιός, Αξιολογητής του ΕΟΦ, αναφέρθηκαν στις ισχύουσες εγκριτικές διαδικασίες φαρμάκου. Η κ. Ορφανού ανέπτυξε τη νομοθεσία για τις εγκρίσεις φαρμακευτικών προϊόντων και περιέγραψε τις διαδικασίες που ακολουθούνται. Σε περίπτωση που γίνεται αίτηση για την έγκριση κυκλοφορίας ενός φαρμάκου σε ένα μόνο κράτος, εξήγησε η ομιλήτρια, ακολουθείται η εθνική διαδικασία, ενώ εάν γίνει μία ενιαία αίτηση για την κυκλοφορία του φαρμάκου σε όλες τις χώρες της ΕΕ εφαρμόζεται η κεντρική διαδικασία μέσω του Ευρωπαϊκού Οργανισμού Φαρμάκου (EMA). Εάν πάλι ένα φάρμακο έχει εγκριθεί σε ένα κράτος-μέλος της ΕΕ και στη συνέχεια γίνει αίτηση για την έγκριση κυκλοφορίας του και σε άλλες χώρες της ΕΕ, εφαρμόζεται η αμοιβαία διαδικασία και η χώρα στην οποία έχει λάβει την αρχική έγκριση αναλαμβάνει ρόλο κράτους μέλους αναφοράς, ενώ εάν κατατεθεί αίτηση για άδεια κυκλοφορίας σε περισσότερα από ένα κράτη μέλη η διαδικασία που ακολουθείται ονομάζεται αποκεντρωμένη.

ΕΙΔΗ ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ ΦΑΡΜΑΚΟΥ



Στη συνέχεια, ο κ. Αϊσλάιτνερ, αναπληρωτής εκπρόσωπος του ΕΟΦ στην CHMP, αφού αναφέρθηκε στο νομικό και ρυθμιστικό πλαίσιο που διέπει την κυκλοφορία φαρμάκων, έκανε μια επισκόπηση των διαδικασιών που καταλήγουν στην άδεια κυκλοφορίας και περιέγραψε πιο αναλυτικά την κεντρική κοινοτική διαδικασία για τη χορήγηση άδειας σε φαρμακευτικά προϊόντα. Στη συνέχεια μίλησε για τις επιτροπές του EMA, για τον αξιολογητικό ρόλο και τις διαιτησίες της CHMP, καθώς και για την επιτροπή φαρμακοεπαγρύπνησης (PRAC) και την αλληλεπίδρασή της με τη CHMP και την ομάδα συντονισμού των αμοιβαίων και αποκεντρωμένων διαδικασιών (CMDh).

Η κ. **Παντελία Γκούρα**, Χημικός MSc, Προϊσταμένη της Διεύθυνσης Ελέγχου Παραγωγής & Κυκλοφορίας Προϊόντων του ΕΟΦ, αφού περιέγραψε τα τρία βήματα της διαδικασίας ελέγχου της αγοράς, την έναρξη ελέγχου, την αξιολόγηση και τη λήψη μέτρων, επισήμανε ότι τα θέματα αιχμής σήμερα στον έλεγχο της αγοράς είναι η διακίνηση αναβολικών, τα ψευδεπίγραφα φάρμακα στη νόμιμη αλυσίδα διακίνησης, αλλά και τα φάρμακα στην παράνομη αλυσίδα διακίνησης και το ηλεκτρονικό εμπόριο.

Η χρήση του διαδικτύου αυξάνει σημαντικά τη δυσκολία στη διερεύνηση της παράνομης διακίνησης φαρμάκων, τόνισε η ομιλήτρια. Προκειμένου να αντιμετωπίσουμε τα νέα αυτά δεδομένα, συνέχισε η κ. Γκούρα, θα πρέπει να υπάρξει στρατηγικός σχεδιασμός και όχι αντίδραση μόνο όταν προκύψει το πρόβλημα, να πείσουμε για την αξία και την αναγκαιότητα των ελέγχων προκειμένου να εντοπισθούν ή να αποτραπούν παράνομες δραστηριότητες, να διασφαλίσουμε ότι υπάρχουν οι κατάλληλες νομοθετικές ρυθμίσεις, καθώς και οι πόροι για την εφαρμογή τους σε έμφυχο και άψυχο δυναμικό, αλλά και να οργανώσουμε εκστρατείες ενημέρωσης σε συνεργασία με τις αρμόδιες αρχές των κρατών μελών της ΕΕ για την αφύπνιση και την ενημέρωση του κοινού. Σε κάθε περίπτωση απαιτείται συντονισμός και συνεργασία όλων των διαθέσιμων δυνάμεων που εμπλέκονται και μπορούν να συνεισφέρουν, τόσο σε εθνικό όσο και σε διεθνές επίπεδο, κατέληξε η ομιλήτρια.

Η κ. **Ευγενία Φούζα-Σταυροπούλου**, Φαρμακοποιός, Αν. Προϊσταμένη στη Διεύθυνση Φαρμακευτικών Μελετών και Έρευνας του ΕΟΦ, ανέπτυξε τις προοπτικές, τα προβλήματα και τις λύσεις στο ζήτημα των κλινικών μελετών. Αφού παρουσίασε κάποια στοιχεία για τις κλινικές δοκιμές στην Ελλάδα και στην ΕΕ, τόνισε ότι η ανάπτυξη

ΨΕΥΔΕΠΙΓΡΑΦΟ ΦΑΡΜΑΚΟ (FALSIFIED MEDICINAL PRODUCT)

Κάθε φάρμακο με ψευδή παρουσίαση:

- της ταυτότητάς του, συμπεριλαμβανομένης της συσκευασίας και της επισήμανσής του, του ονόματός του ή της σύνθεσής του όσον αφορά οποιοδήποτε από τα συστατικά, συμπεριλαμβανομένων των εκδόχων και της περιεκτικότητας των εν λόγω συστατικών,
- της προέλευσής του, συμπεριλαμβανομένου του παραγωγού του, της χώρας παραγωγής του, της χώρας προέλευσής του ή του κατόχου της άδειας κυκλοφορίας του ή
- του ιστορικού του, συμπεριλαμβανομένων των αρχείων και των εγγράφων τεκμηρίωσης που σχετίζονται με τους διαύλους διακίνησης που χρησιμοποιήθηκαν.

Η διακίνηση ψευδεπίγραφων φαρμάκων είναι ένα από τα θέματα αιχμής ως προς τον έλεγχο της αγοράς.

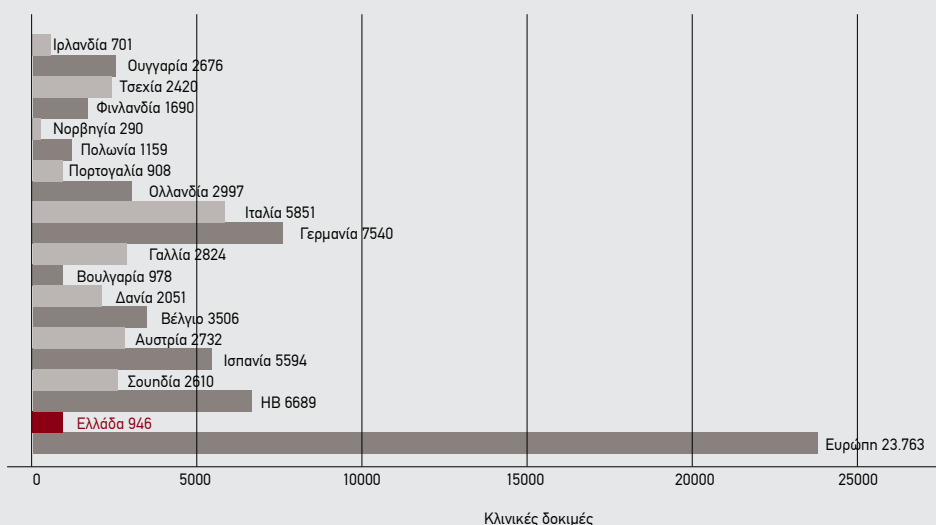
κλινικών μελετών στην Ελλάδα απαιτεί άμεσες ενέργειες όσον αφορά στις νομοθετικές ρυθμίσεις που πρέπει να γίνουν, την ενίσχυση του Τμήματος Κλινικών Δοκιμών του ΕΟΦ και την ενίσχυση της Εθνικής Επιτροπής Δεοντολογίας. Στην Ελλάδα, επισήμανε η κ. Φούζα, δυστυχώς διεξάγονται λίγες κλινικές μελέτες σε σύγκριση με άλλες χώρες της ΕΕ.

Για να αλλάξει αυτό, απαιτείται μακροχρόνιος σχεδιασμός, σταθερότητα, σαφήνεια, απλοποίηση του νομοθετικού πλαισίου και ενιαία τήρηση διαδικασιών, δημιουργία εθνικού μητρώου κλινικών μελετών και ερευνητών, δημιουργία ανά νοσοκομείο μητρώου κλινικών μελετών και διαδικτυακή γνωστοποίηση στο ευρύ κοινό, κατάρτιση και υιοθέτηση ενός σχεδίου ενημέρωσης των ασθενών, της κοινωνίας και των αρμόδιων φορέων για τα οφέλη των κλινικών μελετών στην οικονομία και στην υγεία, ανάπτυξη της ιδέας της κλινικής έρευνας στα νοσοκομεία, καθώς και εθνικός σχεδιασμός για την καινοτομία και την επιχειρηματικότητα. Τέλος, ολοκληρώνοντας την ομιλία της, η κ. Φούζα αναφέρθηκε στον νέο Κανονισμό για τις Κλινικές Μελέτες που εγκρίθηκε από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, καθώς και στη βάση δεδομένων και το μητρώο κλινικών δοκιμών που διεξάγονται στην ΕΕ.

Ο κ. **Πάννης Καραφύλλης**, Β' Αντιπρόεδρος του Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων, μίλησε για την ηλεκτρονική διασύνδεση των υπηρεσιών, περιγράφοντας τα τρέχοντα προγράμματα του ΕΟΦ, όπως τη δοκιμαστική εφαρμογή που ετοιμάζεται για tablet και κινητά για την κίτρινη κάρτα με σκοπό την άμεση καταγραφή των ανεπιθύμητων ενεργειών, το πρόγραμμα ηλεκτρονικής διακίνησης εγγράφων, την ψηφιοποίηση της νομικής βάσης, καθώς και την ψηφιοποίηση της διαδικασίας αδειοδότησης φαρμάκων. Στη συνέχεια, αναφερόμενος στις κλινικές μελέτες, δήλωσε ότι ο ΕΟΦ σχεδιάζει ένα πρόγραμμα ψηφιοποίησης και των κλινικών μελετών. Στο πλαίσιο της διαφάνειας, πρόσθεσε ο κ. Καραφύλλης, έχουν προκηρυχθεί τα συνέδρια εσωτερικού, ενώ σχεδιάζονται βελτιώσεις και για τα συνέδρια εξωτερικού, ενώ επιπλέον θα αναβαθμιστεί το site του οργανισμού και θα γίνει πιο χρηστικό, περιλαμβάνοντας όλες τις απαραίτητες πληροφορίες που θα αυξήσουν τη ενημέρωση και την αξιοπιστία του ιστότοπου.

Οι εργασίες της συνεδρίασης έκλεισαν με το σύντομο σχόλιο του κ. **Δημήτρη Κούβελα**, εκπροσώπου του ΕΟΦ στην CHMP, ο οποίος υπογράμμισε τη σημασία της ενίσχυσης της παρουσίας του ΕΟΦ στην Ευρωπαϊκή Ένωση και της αυξημένης συνεργασίας του οργανισμού με τον EMA.

ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΔΟΚΙΜΕΣ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ (ΜΑΪΟΣ 2004-ΜΑΪΟΣ 2014)



Στην Ελλάδα διεξάγονται λίγες κλινικές μελέτες συγκριτικά με άλλες χώρες της Ε.Ε.

ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ

Το πεδίο παρέμβασης του Σώματος Επιθεωρητών Υγείας στον χώρο της υγείας

Πώς ένας ελεγκτικός θεσμός μπορεί να συμβάλει στον εκσυγχρονισμό και εξορθολογισμό του χώρου της υγείας

Πρόεδρος: **Σταύρος Ευαγγελάτος**

Ομιλητές: **Γεώργιος Μπελής**, Κύριοι άξονες του σχεδίου για την καταπολέμηση της διαφθοράς στο χώρο της υγείας

Κωνσταντίνος Μαυρίκης, Διαχειριστικοί-οικονομικοί έλεγχοι σε νοσοκομειακές μονάδες

Αναστάσιος Σαλτερής, Διαχειριστικοί-οικονομικοί έλεγχοι σε νοσοκομειακές μονάδες: Η περίπτωση των συμβάσεων παροχής υπηρεσιών

Μαρία Αδαμοπούλου, Η συμβολή των ελέγχων του σώματος επιθεωρητών υγείας σε εποπτευόμενους φορείς που παρέχουν υπηρεσίες Π.Φ.Υ. στον ιδιωτικό τομέα για την τήρηση της διαφάνειας, της νομιμότητας και της δημόσιας υγείας

Δημήτριος Περδετζόγλου, Έλεγχος του σώματος επιθεωρητών υγείας σε ιδιωτικά φαρμακεία για τήρηση κανόνων υγιεινής, χορήγηση ληγμένων ιδιοσκευασμάτων και παράνομη διακίνηση ναρκωτικών

Αγνή Τριανταφυλλίδου, Εικονικές συνταγογραφήσεις

Ευαγγελία Κουνάδη, Η συμβολή των ελέγχων του σώματος επιθεωρητών υγείας σε εργαστήρια της χώρας με μηχανήματα υψηλής τεχνολογίας σε δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς

Γαρυφαλλιά-Στέλλα Νιώτη, Η σημασία των ελέγχων στις μονάδες ψυχικής υγείας στην συγκυρία της κρίσης.

Η συμβολή της ελεγκτικής διαδικασίας στον σχεδιασμό και τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών από το σύστημα ψυχικής υγείας

Το Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας (Σ.Ε.Υ.Υ.Π.), ως ελεγκτικός θεσμός, αποβλέπει στον εκσυγχρονισμό της δημόσιας διοίκησης και αποτελεί σημαντική προσπάθεια χάραξης ορθολογικής πολιτικής υγείας, που τεκμηριώνεται μέσω της αποτελεσματικότητας, της αποδοτικότητας και της διασφάλισης ποιότη-

τας των παρεχομένων υπηρεσιών. Η συνεδρία αυτή, δίνοντας βήμα σε εκπροσώπους του θεσμού, επιχειρήσε να περιγράψει το πεδίο δράσης του Σ.Ε.Υ.Υ.Π. και να αναδείξει τον τρόπο με τον οποίο οι παρεμβάσεις του συμβάλλουν στη βελτίωση των υπηρεσιών υγείας.

EYPETHPIO ONOMATON

B

- Bailit, Howard - Professor Emeritus, Department of Community Medicine, School of Medicine, University of Connecticut Health Center 31
- Beazoglou, Tryfon - Professor Emeritus, Department of Cranofacial Sciences, School of Dental Medicine, University of Connecticut Health Center 31
- Boerma, Wienke - Senior Researcher and Consultant, Netherlands Institute for Health Services Research 42, 43

C

- Carayannis, Elias - Professor of Science, Technology, Innovation and Entrepreneurship and Director of Research, European Union Research Center, School of Business, The George Washington University, Washington, DC 63, 65, 66

D

- Domente, Silviu - Health Systems Analyst, WHO/Europe 23, 58, 59

G

- Grueger, Jens - VP, Head of Global Pricing & Market Access, F. Hoffmann - La Roche 69, 70, 72

H

- Heffley, Dennis - Professor, Department of Economics, School of Liberal Arts and Sciences, University of Connecticut 31, 32

K

- Kanavos, Panos - Reader in International Health Policy, Department of Social Policy, Deputy Director, LSE Health, UK 63, 66
- Katsaiti, Marina-Selini - Assistant Professor, Department of Economics and Finance, College of Business and Economics, United Arab Emirates University 31, 33, 34

N

- Nordkamp, Erik - Πρόεδρος Συνδέσμου Φαρμακευτικών Βιομηχανιών Αμερικής που εδρεύουν στην Ελλάδα - LAWG, Pfizer Hellas A.E. 45, 46

S

- Schäfer, Willemijn - Researcher/PhD Candidate, Department international and migrant health, International Comparative Health Services Research, Netherlands Institute for Health Services Research 42

V

- Van Lerberghe, Wim - Professor, Director of Health System Governance and Service Delivery, WHO 23, 58

W

- Whittaker, Erica - VP, Head of Market Access - Europe, UCB 45, 46, 47, 48

X

- Xoxi, Entela - Drug Product Registries Scientific Administrator, AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco) 69, 70, 71, 72, 73

A

- Αγγέλη, Αγγελική - External Affairs Director, AstraZeneca 25, 28
- Αγγούρης, Γιώργος - Προϊστάμενος, Διεύθυνση Πληροφορικής, ΕΟΠΥΥ 49, 50
- Αγοραστός, Θεόδωρος - Καθηγητής Μαιευτικής-Γυναικολογίας, ΑΠΘ, Πρόεδρος, Ελληνικής HPV Εταιρείας, ΓΝΘ Ιπποκράτειο 18, 19
- Αδαμοπούλου, Μαρία - Ιατρός, Σώμα Επιθεωρητών Υγείας 90
- Αθανασάκης, Κώστας - Επιστημονικός Συνεργάτης, Τομέας Οικονομικών της Υγείας, ΕΣΔΥ 10, 11, 15, 63, 65
- Αϊσλάιτνερ, Γιώργος - Φαρμακοποιός, Αξιολογητής, Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων 87, 88
- Αλεξανδρόπουλος, Κώστας - Γενικός Γραμματέας Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου 67, 68
- Αλεξίου-Χατζάκη, Αικατερίνη - Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης 74
- Ανδρικόπουλος, Γεώργιος - Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής, Ερρίκος Ντυνάν Hospital Center 10, 11, 12

B

- Βασιλόπουλος, Περικλής - Δημοσιογράφος-Αντιπρόεδρος Ένωσης Πολιτών για την ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ 25
- Βατόπουλος, Αλκιβιάδης - Καθηγητής Μικροβιολογίας, Διευθυντής Τομέα Μικροβιολογίας, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας 13, 53
- Βέμμος, Κωνσταντίνος - Παθολόγος, Stroke Medicine, MD, PhD, FESO, Συνεργάτης της Hellenic Cardiovascular Research Society 10
- Βλασταράκος, Μιχάλης - Πρόεδρος, Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος 56
- Βοζίκης, Αθανάσιος - Επίκουρος Καθηγητής, Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης, Πανεπιστήμιο Πειραιώς, Πρόεδρος της Επιτροπής Διαπραγμάτευσης ΕΟΠΥΥ 40, 41
- Βοντετσιάνος, Θεόδωρος - Επιστημονικός Υπεύθυνος, Ειδική Τηλεϊατρική Μονάδα ΓΝΝΘΑ «Η Σωτηρία» 49, 51
- Βορίδης, Μάκης - Υπουργός Υγείας 23, 56, 57
- Βουγιούκας, Γιώργος - Πρόεδρος Πανελληνίου Συνδέσμου Ιατρικών Διαγνωστικών Κέντρων 56

Γ

- Γείτονα, Μαίρη - Επίκουρη Καθηγήτρια Οικονομικής Ανάλυσης Κοινωνικής Πολιτικής & Οικονομικών της Υγείας, Τμήμα Κοινωνικής

και Εκπαιδευτικής Πολιτικής, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου 18
Γελαστοπούλου, Ελένη - Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Εργαστήριο Υγιεινής, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Πατρών 53
Γεωργιάδης, Άδωνις - Βουλευτής 21, 30
Γκαράνη-Παπαδάτου, Τίνα - Νομικός, Επιστημονικός Συνεργάτης, ΕΣΔΥ 79, 86
Γκούμας, Πάνος - Καθηγητής Ωτορινολαρυγγολογίας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Πατρών 30
Γκούρα, Παντελία - Χημικός MSc., Προϊσταμένη Διεύθυνσης Ελέγχου Παραγωγής & Κυκλοφορίας Προϊόντων, Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων 87, 88
Γούναρης, Χρυσόστομος - Υποδιοικητής, 1η Υγειονομική Περιφέρεια Αττικής, Επικεφαλής, Πρωτοβουλία «Υγεία εν Δράσει», Υπουργείο Υγείας 25, 26

Δ

Δαραμήλας, Χρήστος - Βιολόγος, MSc, Εκπαιδευτής σε συσκευές υποστήριξης υγείας, Πρόεδρος Πανελληνίας Ομοσπονδίας Σωματείων-Συλλόγων Ατόμων με Σακχαρώδη Διαβήτη 7, 8
Δέδες, Νίκος - Πρόεδρος Συλλόγου «Θετική Φωνή» 67, 68
Δόλγερας, Απόστολος - Ειδικός Επιστήμων του Τομέα Οικονομικών της Υγείας της ΕΣΔΥ 80, 82

Ε

Ευαγγελάτος, Σταύρος - Γενικός Επιθεωρητής, Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας, Υπουργείο Υγείας 90

Ζ

Ζαχαρόπουλος, Κωνσταντίνος - Δρ, Ορθοπαιδικός Χειρουργός, Γενική Δ/νση Οργάνωσης και Αγοράς Υπηρεσιών Υγείας, ΕΟΠΥΥ 10, 12
Ζηλίδης, Χρήστος - Καθηγητής Κοινωνικής Ιατρικής και Επιδημιολογίας, ΤΕΙ Θεσσαλίας 35, 36, 37, 42, 44
Ζώτος, Σωτήρης - Υποδιοικητής, 1η ΥΠΕ Αττικής 25, 29

Θ

Θεοδώρου, Μάμας - Αναπληρωτής Καθηγητής, Τμήμα Πολιτικής Υγείας, Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Λευκωσία 25, 29
Θηραίος, Λευτέρης - Γενικός Ιατρός, 2ο ΠΕΔΥ - Κέντρο Υγείας Βάρης, WHO NCD/PHC Consultant και Γενικός Γραμματέας της Ιατρικής Εταιρείας Αθηνών 25, 28

Κ

Καλαμίτσης, Γιώργος - Πρόεδρος, Σύλλογος Ασθενών Ήπατος Ελλάδος «Προμηθέας» 15, 16
Κανή, Χαρά - Φαρμακοποιός, MSc, PhD, Αναπληρώτρια Προϊσταμένη Τμήματος Φαρμακευτικής Πολιτικής, Διεύθυνση Φαρμάκου ΕΟΠΥΥ 15, 16, 17, 74, 75
Καραμάνος, Νίκος - Καθηγητής Βιοχημείας και Οργανικής Βιοχημικής Ανάλυσης, Πανεπιστήμιο Πατρών 74, 75
Καραμπλή, Ελευθερία - Οικονομολόγος της Υγείας, Ερευνήτρια, Τομέας Οικονομικών της Υγείας,

Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας 7, 8
Καραφύλλης, Γιάννης - Β' Αντιπρόεδρος, Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων 87, 89
Καρόκης, Αντώνης - Διευθυντής Εταιρικών Υποθέσεων, MSD 63, 64
Καρταπάνης, Ανδρέας - Γενικός Διευθυντής, Όμιλος «Υγεία» 35, 36
Κατρίτσης, Δήμος - Επίτιμος Διευθυντής Καρδιολογίας, St Thomas' Hospital, London, England - Διευθυντής Καρδιολογικού Τομέα, Ευρωκλινική Αθηνών & Visiting Professor, City University, London, UK 10, 12
Κογεβίνας, Μανόλης - Διευθυντής, Κέντρο Ερευνών Περιβαλλοντικής Επιδημιολογίας (CREAL) Βαρκελώνη, Καθηγητής, ΕΣΔΥ 86
Κολίτση, Ζωή - Δρ, Εμπειρογνώμων ηλεκτρονικής υγείας, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης 49, 50, 51
Κοντέ, Βασιλεία - Παιδίατρος Λοιμωξιολόγος, Γραφείο HIV Λοίμωξης & ΣΜΝ, ΚΕΕΛΠΝΟ 3, 5, 6
Κοντός, Δημήτρης - Πρόεδρος ΕΟΠΥΥ 25, 26, 35, 38, 39, 49, 51, 52
Κοσκίνας, Ιωάννης - Καθηγητής Παθολογίας-Ηπατολογίας, ΕΚΠΑ, Β' Παθολογική Κλινική Ιατρικής Σχολής Αθηνών, Γ.Ν.Α. Ιπποκράτειο 2, 13
Κοσμίδης, Πάρις - Παθολόγος - Ογκολόγος, Διευθυντής Β' Παθολογικής-Ογκολογικής Κλινικής, ΔΘΚΑ «Υγεία» 69, 72, 73
Κούβελας, Δημήτρης - Εργαστήριο Φαρμακολογίας Ιατρικό Τμήμα, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης 45, 87, 89
Κουνάδη, Ευαγγελία - Δρ Φυσικός Νοσοκομείων - Ακτινοφυσικός Ιατρικής, Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας, Υπουργείο Υγείας 90
Κουρέα-Κρεμαστινού, Τζένη - Πρόεδρος, Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕΕΛΠΝΟ), Ομότιμη Καθηγήτρια, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας 3
Κουφάκης, Αντώνης - Προϊστάμενος Διεύθυνσης Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Υπουργείο Υγείας 42, 43
Κρεατσάς, Γεώργιος - Καθηγητής Μαιευτικής-Γυναικολογίας, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Διευθυντής, Β' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική, Αρεταίειο Νοσοκομείο 18
Κυριόπουλος, Γιάννης - Ομότιμος Καθηγητής Οικονομικών της Υγείας, Τομέας Οικονομικών της Υγείας, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας 7, 21, 23, 31, 32, 33, 47, 56, 57, 58, 83, 84, 85
Κυριόπουλος, Ηλίας - Οικονομολόγος 31, 32
Κωνσταντινίδης, Θεόδωρος - Ειδικός Ιατρός Εργασίας, Καθηγητής Ιατρικής Σχολής, ΔΠΘ 53, 54

Λ

Λέτσιος, Απόστολος - Διοικητής, Γενικό Νοσοκομείο Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας» 35, 36
Λιντζέρης, Δημήτρης - Πρόεδρος Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων 87
Λιονής, Χρήστος - Καθηγητής Γενικής Ιατρικής και Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Κρήτης 33, 42, 43, 44, 53, 54, 55, 86
Λίτσα, Παναγιώτα - Φαρμακοποιός, MSc, Διευθύντρια Διεύθυνσης Φαρμάκου, ΕΟΠΥΥ 63, 64, 66
Λοπατατζίδης, Θανάσης - Σύμβουλος Διοίκησης, Όμιλος Βιοϊατρική 45, 47, 48

Λυμπεράκη, Αντιγόνη - Καθηγήτρια Οικονομικών,
Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και
Πολιτικών Επιστημών 80, 81, 82

M

Μακρυγιάννης, Ιωάννης - Φαρμακοποιός, Γενικός
Γραμματέας Πανελληνίου Φαρμακευτικού
Συλλόγου 67, 68

Μανιαδάκης, Νίκος - Αναπληρωτής Κοσμήτορας,
Διευθυντής και Καθηγητής, Τομέας Αρχών
Οργάνωσης και Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας,
Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας 10, 12, 25, 27, 28,
45, 46, 47, 48, 69, 72

Μανιός, Νίκος - Ιατρός, Διευθυντής ΕΣΥ, Υπεύθυνος
Τομέα Υγείας ΣΥΡΙΖΑ 25, 28

Μαντάς, Χρήστος - Ψυχίατρος, Επίκουρος Καθηγητής
Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων -
Βουλευτής 83, 84, 85

Μαρουδιάς, Νίκος - Συντονιστής Διευθυντής ΕΣΥ,
Κωνσταντοπούλειο Γ.Ν. Νέας Ιωνίας-Πατησίων
«Αγία Όλγα» 25, 29

Μαστοράκος, Γεώργιος - Συντονιστής Διευθυντής ΕΣΥ,
Κωνσταντοπούλειο Γ.Ν. Νέας Ιωνίας-Πατησίων
«Αγία Όλγα» 7

Μαυρίκης, Κωνσταντίνος - Επιθεωρητής, Τομέας
Διοικητικού-Οικονομικού Ελέγχου, ΣΕΥΥΠ,
Υπουργείο Υγείας 90

Μερκούρης, Μποδοσάκης-Πρόδρομος - Πρόεδρος
Ελληνικής Εταιρείας Γενικής Ιατρικής (ΕΛΕΓΕΙΑ)
25, 29, 67, 68

Μπάκα, Αγορίτσα - Παιδιάτρος, Επιστημονικός
Συνεργάτης του ΚΕΕΛΠΝΟ 3, 4, 5

Μπαρδής, Βασίλης - Γενικός Επιχειρησιακός &
Διοικητικός Διευθυντής, Όμιλος Ιατρικού
Αθηνών, Πρόεδρος ΣΕΚ 35, 37

Μπαρμπούνη, Αναστασία - Παιδιάτρος, Επιμελήτρια,
Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας 3

Μπασκόζος, Γιάννης - Αντιπρόεδρος Πανελληνίου
Ιατρικού Συλλόγου, Μέλος Πολιτικής
Γραμματείας ΣΥΡΙΖΑ, Υπεύθυνος Τομέα Υγείας
42, 43, 44, 83, 84

Μπατίκας, Αντώνης - Γενικός/Οικογενειακός Ιατρός,
Γενικός Γραμματέας-Ταμίας Ελληνικής
Εταιρείας Γενικής Ιατρικής ΕΛΕΓΕΙΑ 7, 8

Μπελής, Γεώργιος - Επιθεωρητής, Σώμα Επιθεωρητών
Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας, Υπουργείο
Υγείας 90

Μπένος, Αλέξης - Καθηγητής Υγιεινής, Κοινωνικής
Ιατρικής & Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας,
Α.Π.Θ. 53, 83, 84

Μπενρουμπή, Μαριάννα - Διευθύντρια ΕΣΥ, Γ.Ν.Α.
«Ο Ευαγγελισμός-Οφθαλμιατρείο Αθηνών-
Πολυκλινική» 7

Μπολέτης, Γιάννης - Καθηγητής Νεφρολογίας ΕΚΠΑ,
Διευθυντής Νεφρολογικής Κλινικής Γ.Ν. Λαϊκό
31

Μπούσμπουλας, Σταύρος - Διευθυντής Παθολογικής
Κλινικής Γ.Ν. Νίκαιας 7, 8

Μυγδάλης, Ηλίας - Συντονιστής Διευθυντής, Β'
Παθολογική Κλινική και Διαβητολογικό Κέντρο,
Ν.Ι.Μ.Τ.Σ., Παθολόγος, Δρ Πανεπιστημίου
Αθηνών 7, 8

Μυλωνά, Κατερίνα - Επιστημονική Σύμβουλος,
Διοίκηση ΕΟΠΥΥ & Επιστημονική Συνεργασία
ΕΣΔΥ 69, 72

N

Νεκτάριος, Μιλτιάδης - Καθηγητής, Πανεπιστήμιο
Πειραιώς 80, 82

Νικολαΐδη, Ελευθερία - Φαρμακοποιός Msc, PhD,
Προϊσταμένη, Τμήμα Τιμολόγησης, Διεύθυνση
Διοικητικών Υπηρεσιών και Ελέγχου Προϊόντων,
ΕΟΦ 87

Ντουνιάς, Γιώργος - Επιμελητής, Τομέας
Επαγγελματικής και Βιομηχανικής Υγιεινής,
ΕΣΔΥ 83, 84, 85

E

Ξανθός, Ανδρέας - Ιατρός, Βουλευτής 83, 84, 85

O

Οικονομίδου, Ειρήνη - Γενικός Ιατρός, Διευθύντρια
Κέντρου Υγείας Αστικού Τύπου Νέας
Καλλικράτειας 42, 44

Οικονόμου, Χαράλαμπος - Αναπληρωτής Καθηγητής,
Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και
Πολιτικών Επιστημών 80

Ορφανού, Μαρία - Φαρμακοποιός, Εθνικός Οργανισμός
Φαρμάκων 87, 88

P

Πάβη, Ελπίδα - Δρ, Επιμελήτρια Εθνικής Σχολής
Δημόσιας Υγείας 7, 25, 58, 63, 86

Παναγιωτίδης, Παναγιώτης - Καθηγητής Αιματολογίας,
Α' Προπαιδευτική Κλινική Πανεπιστημίου
Αθηνών, Γ.Ν. Λαϊκό 69, 70

Παναγιωτόπουλος, Τάκης - Καθηγητής, Τομέας Υγείας
του Παιδιού, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας
42, 44, 53, 54

Πανοτοπούλου-Φλαμπουράρη, Ευσταθία - Μοριακή
Ιολόγος, Τμήμα Ιολογίας, Γενικό Αντικαρκινικό-
Ογκολογικό Νοσοκομείο Αθηνών «Άγιος Σάββας»
18

Παπαγιαννίδης, Αντώνης - Δημοσιογράφος 80

Παπαδημητρίου, Μπάμπης - Δημοσιογράφος 30

Παπαδημητρίου, Χρίστος - Παθολόγος-Ογκολόγος,
Αναπληρωτής Καθηγητής, Ιατρική Σχολή,
ΕΚΠΑ, Υπεύθυνος Ογκολογικής Μονάδας,
Β' Χειρουργική Κλινική ΕΚΠΑ, Αρεταίειο
Νοσοκομείο 18, 19

Παπαδόπουλος, Παύλος - Δημοσιογράφος 67, 68

Παπαθεοδωρίδης, Γιώργος - Αναπληρωτής
Καθηγητής, Διευθυντής Πανεπιστημιακής
Γαστρεντερολογικής Κλινικής, Γ.Ν.Α. Λαϊκό,
Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ 15, 16

Παπανικολάου, Βίκυ - Δρ Κοινωνικής Ψυχολογίας,
Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας, Εθνική Σχολή
Δημόσιας Υγείας 41

Παπανικολάου, Χριστίνα - Δρ Κοινωνικής Ψυχολογίας,
Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας, Εθνική Σχολή
Δημόσιας Υγείας 49, 52, 53, 55

Παππάς, Σταύρος - Παθολόγος, Διευθυντής Συντονιστής
του Τμήματος Εσωτερικής Παθολογίας,
Διευθυντής Γ' Παθολογικής Κλινικής και
Διαβητολογικού Κέντρου, Γ.Ν. Νίκαιας «Άγιος
Παντελεήμων», Πρόεδρος Ινστιτούτου Μελέτης,
Έρευνας και Εκπαίδευσης για τον Σακχαρώδη 7, 8

Πατούλης, Γιώργος - Πρόεδρος, Ιατρικός Σύλλογος
Αθηνών, Πρόεδρος ΚΕΔΕ, Δήμαρχος Αμαρουσίου
56

Πενταφράγκας, Βασίλης - Εντεταλμένος Σύμβουλος,
Πανελλήνια Ένωση Φαρμακοβιομηχανίας -
Υπεύθυνος εταιρικών υποθέσεων ELPEN 56
Περδετζόγλου, Δημήτριος - Δρ Φαρμακοποιός, Σώμα
Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας,
Υπουργείο Υγείας 90
Πολύζος, Νίκος - Αναπληρωτής Καθηγητής του
τμήματος Κοινωνικής Διοίκησης και Πολιτικής
Επιστήμης Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Θράκης
25, 27
Πολυνείκης, Ανδρέας - Επιστημονικός Συνεργάτης
Ευρωπαϊκού Πανεπιστημίου Κύπρου 25, 80, 82

Ρ

Ράπτης, Αριστείδης - Πρόεδρος Ελληνικής
Ομοσπονδίας για το Διαβήτη 7, 8, 9
Ρηγάτος, Θεοφάνης - Ιατρός Ωτορινολαρυγγολόγος,
ΕΟΠΥΥ 42

Σ

Σαλτερής, Αναστάσιος - Επιθεωρητής, Σώμα
Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας,
Υπουργείο Υγείας 90
Σαρόγλου, Γεώργιος - Ομότιμος Καθηγητής Παθολογίας
- Λοιμώξεων ΕΚΠΑ, τέως Πρόεδρος ΚΕΕΛΠΝΟ
3, 6
Σισσούρας, Άρης - Ομότιμος Καθηγητής, Πανεπιστήμιο
Πατρών 31, 35, 37, 58
Σκουτέλης, Πώργος - Δρ Νεφρολόγος, Αττικό Κέντρο
Αιμοδιύλισης 80, 82
Σκρουμπέλος, Αναστάσης - Health Economics Man-
ager, Roche Hellas, Εξωτερικός Επιστημονικός
Συνεργάτης Τομέα Οικονομικών της Υγείας,
Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας 18, 19, 20
Σουλιώτης, Κυριάκος - Επίκουρος Καθηγητής
Πολιτικής Υγείας, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου
15, 25, 26, 27, 74, 75
Σταθάκου, Αιμιλία - Δημοσιογράφος 67, 68
Σύψα, Βάνα - Επίκουρη Καθηγήτρια Επιδημιολογίας και
Προληπτικής Ιατρικής, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ 15,
16
Σωτηρόπουλος, Αλέξιος - Πρόεδρος, Ελληνική
Διαβητολογική Εταιρεία, Διευθυντής ΕΣΥ,
Παθολόγος-Διαβητολόγος & Γενικός Ιατρός, Γ΄
Παθολογικό Τμήμα & Διαβητολογικό Κέντρο, Γ.Ν.
Νίκαιας Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων» 7, 8, 9

Τ

Τριανταφυλλίδη, Αθηνά - Προϊσταμένη Δ/σης
Λειτουργίας & Υποστήριξης Συστημάτων στην
Ηλεκτρονική Διακυβέρνηση Κοινωνικών
Ασφαλίσεων (ΗΔΙΚΑ) 49, 51
Τριανταφυλλίδου, Αγνή - Β΄ Επιθεωρήτρια Σ.Ε.Π.Υ.,
Υπουργείο Υγείας 90
Τρόντζας, Παναγιώτης - Πρόεδρος Ελληνικής
Ρευματολογικής Εταιρείας & Επαγγελματικής
Ένωσης Ρευματολόγων Ελλάδος 75
Τρύφων, Θεόδωρος - Πρόεδρος Πανελλήνιας Ένωσης
Φαρμακοβιομηχανίας, Αντιπρόεδρος ELPEN 67,
68
Τσιάντου, Βασιλική - Οικονομολόγος, Επιστημονική
Συνεργάτιδα, Τομέας Οικονομικών της Υγείας,
Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας 7, 8
Τσικρικά, Μάτα - Πνευμονολόγος-Φυματιολόγος, Ιατρός
Δημόσιας Υγείας, ΚΕΕΛΠΝΟ 3, 4

Υ

Υφαντόπουλος, Πάννης - Καθηγητής Διοικητικής
Επιστήμης και Δημοσίου Δικαίου, Σχολή
Οικονομικών και Πολιτικών Επιστημών, Τμήμα
Πολιτικής Επιστήμης και Δημόσιας Διοίκησης
47, 63, 65, 80, 81, 82

Φ

Φαμέλη, Κατερίνα - Α΄ Αντιπρόεδρος ΕΟΦ 67, 68
Φελέκης, Νίκος - Δημοσιογράφος 23, 56
Φούζα-Σταυροπούλου, Ευγενία - Φαρμακοποιός - Αν.
Προϊσταμένη, Διεύθυνση Φαρμακευτικών
Μελετών και Έρευνας, Εθνικός Οργανισμός
Φαρμάκων 87, 88, 89
Φρουζής, Κωνσταντίνος - Πρόεδρος ΣΦΕΕ,
Αντιπρόεδρος & Γενικός Διευθυντής, Novartis
Hellas 56, 57, 67, 68

10ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ για τη διοίκηση, τα οικονομικά και τις πολιτικές της ΥΓΕΙΑΣ 2014

ΤΑ ΠΡΑΚΤΙΚΑ

Στα Πρακτικά του 10ου Πανελληνίου Συνεδρίου, του ετήσιου κορυφαίου συνεδρίου για τα οικονομικά και τις πολιτικές υγείας της χώρας, αποτυπώνονται οι επιστημονικές θέσεις και οι προτάσεις πολιτικής που κατατέθηκαν και επισημαίνονται τα χρονίζοντα ανεπίλυτα ζητήματα του τομέα της υγείας, τα οποία χρήζουν επείγουσας αντιμετώπισης. Στο συνέδριο διατυπώθηκαν πολλές ιδέες, σκέψεις και προτάσεις για την προώθηση διαρθρωτικών αλλαγών υπό το πρίσμα της κοινωνικής ισότητας, της οικονομικής αποδοτικότητας και της ιατρικής αποτελεσματικότητας. Πιστεύουμε ότι είναι εξαιρετικά σημαντικό τώρα που οι ανατροπές στο πολιτικό σκηνικό σηματοδοτούν αλλαγή και στις πολιτικές που αφορούν τον υγειονομικό τομέα, να γνωστοποιήσουμε στους ιθύνοντες, με τούτα τα πρακτικά, τις θέσεις του κορυφαίου αυτού συνεδρίου.