

11ο

ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ
ΣΥΝΕΔΡΙΟ

για τη διοίκηση,
τα οικονομικά
και τις πολιτικές της

ΥΓΕΙΑΣ

2015

Η ΑΝΑΖΗΤΗΣΗ ΕΝΟΣ ΝΕΟΥ ΣΧΕΔΙΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ

Φορέας Επιστημονικής
Υποστήριξης Συνεδρίου:



Τομέας Οικονομικών της Υγείας

ΠΡΑΚΤΙΚΑ

11ου ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗ,
ΤΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΚΑΙ ΤΙΣ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ
ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ 2015

ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΕΣ, ΕΠΙΚΑΙΡΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ
& ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ

ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ: MINDWORK

ΑΘΗΝΑ 2016

ΠΡΑΚΤΙΚΑ

11ου ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗ,
ΤΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΚΑΙ ΤΙΣ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ
ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ 2015

ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΕΣ, ΕΠΙΚΑΙΡΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ
& ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ

ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ: MINDWORK

ΑΘΗΝΑ 2016

**ΠΡΑΚΤΙΚΑ 11ου ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗ, ΤΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΚΑΙ ΤΙΣ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
Η ΑΝΑΖΗΤΗΣΗ ΕΝΟΣ ΝΕΟΥ ΣΧΕΔΙΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ
ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΕΣ, ΕΠΙΚΑΙΡΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ & ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ**

Έκδοση του Τομέα Οικονομικών της Υγείας, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας

<http://2015.healthpolicycongress.gr>

Επιμέλεια, παραγωγή:

Mindwork Business Solutions

Συμβουλευτικές υπηρεσίες Ε.Π.Ε.

Μάρκου Μπότσαρη 10, 14561, Κηφισιά

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

Συντονισμός, επιμέλεια έκδοσης: Αγγελική Τσέλιου

Κείμενα: Φένια Γρηγοράκη, Φανή Μαυροειδή, Αγγελική Τσέλιου

Σχολιασμός: Λίνα Νικολοπούλου

Σχεδιασμός-σελιδοποίηση, αρχείο e-book: Χριστίνα Δάλλα

Διαγράμματα: Γιώργος Κτενίδης

Εξώφυλλο: Αιμιλία Γεωργοπούλου

ISBN: 978-618-82008-2-1

Αθήνα, 2016

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	5
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	6
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ & ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	7
ΕΠΑΝΑΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ & ΑΝΑΣΥΓΚΡΟΤΗΣΗ ΤΟΥ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ	12
Χαιρετισμός του Υπουργού Υγείας	18
Δημόσια υγεία: Η αναγκαιότητα επανασχεδιασμού και ανασυγκρότησης	19
Το μέλλον των συστημάτων υγείας: Αναθεωρώντας την πολιτική υγείας και τις εκβάσεις	21
Πολιτική και οικονομία της δημόσιας υγείας	24
Διοίκηση υπηρεσιών υγείας: Πολιτικές, χρηματοδότηση και ανθρώπινοι πόροι	28
Η ανασυγκρότηση των υπηρεσιών υγείας σε συνθήκες περιορισμού των πόρων	32
Η στροφή στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στο επίκεντρο: “Now More Than Ever” (WHO)	36
Προς ένα νέο σχέδιο για την υγεία και την ιατρική περίθαλψη	42
Ασφάλιση υγείας: Η επικαιρότητα της καθολικής κάλυψης του πληθυσμού	47
Διαχείριση και έλεγχος μειζόνων παραγόντων κινδύνου για την υγεία	51
Η εθνική στρατηγική για την ηλεκτρονική υγεία: Ο ρόλος της ΗΔΙΚΑ	55
Η εφαρμογή Πολυκριτηριακής Ανάλυσης Αποφάσεων (MCDA) στην Αξιολόγηση Τεχνολογιών Υγείας	57
Είναι δυνατή η δημιουργία Οργανισμού Αξιολόγησης της Τεχνολογίας Υγείας υπό τις παρούσες συνθήκες στην Ελλάδα;	59
Η προοπτική ανάπτυξης του υγειονομικού τομέα στην Ελλάδα	66
Η αναζήτηση κοινής συνισταμένης για τη λήψη αποφάσεων στην πολιτική της υγείας	71
ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ & ΕΛΕΓΧΟΣ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ	75
Διαχείριση και έλεγχος των μειζόνων χρόνιων νοσημάτων	77
Διαχείριση και έλεγχος των μειζόνων χρόνιων νοσημάτων: Η περίπτωση της ηπατίτιδας C	81
Καρδιακή ανεπάρκεια: Αναζητώντας λύσεις για τον περιορισμό του φορτίου νοσηρότητας	84
Πρόγραμμα «ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΗΣ»: Παρέμβαση για την αντιμετώπιση της επιδημίας HIV/AIDS	
σε Χρήστες Ενδοφλέβιων Ναρκωτικών στην Αθήνα	87
Πολιτική και διαχείριση του καρκίνου στην Ελλάδα: Το «ταξίδι» της ασθενούς με καρκίνο του μαστού	89
ΒΙΟΪΑΤΡΙΚΗ & ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙΝΟΤΟΜΙΑ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΗ	94
Πολιτικές για τη διαχείριση της φαρμακευτικής καινοτομίας στην Ελλάδα	97
Καινοτομία στην υγεία: Η αξία της ιατρικής τεχνολογίας για τους ασθενείς, τους ιατρούς και την ασφάλιση υγείας	103
Η αξία του ελέγχου για μεταλλάξεις BRCA στη διαχείριση του καρκίνου των ωοθηκών	105
Προσέγγιση της αξίας της ανοσο-ογκολογίας και η πρόσβαση στην καινοτομία	109
Η προσέγγιση της κλινικής φαρμακολογίας στην πολιτική του φαρμάκου	112
Διακύμανση συναλλαγματικών ισοτιμιών, εξωτερική τιμή αναφοράς και τιμολόγηση φαρμάκων	114
Γενόσημα φάρμακα: Αλήθειες, ψεύδη και τεκμηριωμένες πολιτικές	116
Η ΕΠΙΚΑΙΡΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ & ΟΙ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΗΣ	119
Η υγεία και η περίθαλψη του ελληνικού πληθυσμού υπό συνθήκες οικονομικής κρίσης	121
Μετακίνηση πληθυσμών: Έλεγχος και διαχείριση προβλημάτων υγείας	126
Η Ελλάδα αντιμέτωπη με την προσφυγική κρίση: Η περίπτωση της Λέσβου	131
Οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην ψυχική υγεία	133
Η επικαιρότητα και η προτεραιότητα για τα δικαιώματα των ασθενών	135
Ανάπτυξη, εργασία και υγεία	140
ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΟΝΟΜΑΤΩΝ	142

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Στο 11ο Πανελλήνιο Συνέδριο για τη Διοίκηση, τα Οικονομικά και τις Πολιτικές της Υγείας (10-12 Δεκεμβρίου 2015), που είχε τίτλο «Η αναζήτηση ενός νέου σχεδίου για την υγεία και την ιατρική περίθαλψη», διακεκριμένοι επιστήμονες από το χώρο της υγείας και της οικονομίας, ηγετικά στελέχη της φαρμακευτικής βιομηχανίας, εκπρόσωποι της Πολιτείας και το σύνολο των αρμόδιων κοινωνικών εταίρων κατέθεσαν τεκμηριωμένες απόψεις και προτάσεις για τις διαρθρωτικές αλλαγές και το μέλλον της Υγείας στη χώρα μας.

Προκειμένου να αποτυπωθεί και να αξιοποιηθεί αποτελεσματικότερα το πλούσιο υλικό που συγκεντρώθηκε στη διάρκεια της διοργάνωσης, ο Τομέας Οικονομικών της Υγείας της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας επιχειρεί να το καταγράψει συστηματικά, εκδίδοντας, για δεύτερη συνεχή χρονιά, τα Πρακτικά του Συνεδρίου, που οργανώνονται σε τέσσερις θεματικούς άξονες:

1. Επανασχεδιασμός & ανασυγκρότηση του υγειονομικού τομέα
2. Διαχείριση & έλεγχος νοσημάτων
3. Βιοϊατρική και φαρμακευτική καινοτομία & πολιτική
4. Η επικαιρότητα της οικονομικής κρίσης & οι συνέπειές της

Η παρούσα έκδοση φιλοδοξεί, με την αναλυτική περιγραφή των δεδομένων και των προτάσεων που διακινήθηκαν στο πλαίσιο του Συνεδρίου, να αναδείξει τις προτεραιότητες για τη δημόσια υγεία, να παρουσιάσει τις πρόσφατες επιστημονικές εξελίξεις και να εστιάσει στις προοπτικές ανάπτυξης του υγειονομικού τομέα. Πιστεύουμε ότι μια τέτοια καταγραφή θα ενισχύσει το επιστημονικό αποτύπωμα του 11ου Συνεδρίου, και μπορεί να αποδειχθεί εργαλείο πολύτιμο για την ανασυγκρότηση του χώρου της υγείας στην παρατεταμένα δυσχερή οικονομική, πολιτική και κοινωνική συγκυρία.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η έκδοση των Πρακτικών του 11ου Συνεδρίου
για τη Διοίκηση, τα Οικονομικά και τις Πολιτικές της Υγείας 2015
πραγματοποιείται χάρη στις ευγενικές χορηγίες των εταιρειών:

AbbVie

ELPEN

MSD

Roche Hellas

11ο ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗ, ΤΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΚΑΙ ΤΙΣ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ 2015

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ & ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Το Συνέδριο ανέδειξε τις προτεραιότητες της πολιτικής, καθώς και προτάσεις αναβάθμισης του συστήματος υγείας:

- Εθνική στρατηγική μακράς πνοής
- Εθνικό σχέδιο για την υγεία με ξεκάθαρες προτεραιότητες
- Αναδιοργάνωση του συστήματος με επίκεντρο την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ), καθολική πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, δημόσια υγεία και ενσωμάτωση της καινοτομίας
- Δομικές αλλαγές του συστήματος υγείας, εξορθολογισμό της διοικητικής διάρθρωσης, αποτελεσματική διαχείριση, ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού του και ανάκτηση της χαμένης αξιοπιστίας
- Χάραξη ενός σχεδίου για το μέλλον στον τομέα των ανθρώπινων πόρων: εκπαίδευση, αλλαγή κουλτούρας και προαγωγή της διεπιστημονικής συνεργασίας των επαγγελματιών υγείας
- Εκπαίδευση και αλλαγή κουλτούρας των ασθενών
- Ένα νέο υπόδειγμα χρηματοδότησης και λειτουργίας του συστήματος υγείας με βάση τις επιλογές των ασθενών
- Ενίσχυση της αναπτυξιακής δυναμικής του υγειονομικού τομέα
- Συνεργασία δημόσιου και ιδιωτικού τομέα σε ένα ενιαίο σύστημα
- Επένδυση στην καινοτομία και την ηλεκτρονική υγεία

ΕΠΑΝΑΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ & ΑΝΑΣΥΓΚΡΟΤΗΣΗ ΤΟΥ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ

Σύμφωνα με τα διεθνή δεδομένα, η φτώχεια συνδέεται με αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα. Οι οικονομικές κρίσεις επιδρούν στην ψυχική υγεία, προκαλώντας ατομική, κοινωνική και συστηματική νοσηρότητα. Η κακή ψυχική υγεία είναι αποτέλεσμα μιας σειράς συμπτωμάτων της κρίσης. Δεδομένου ότι τώρα γνωρίζουμε τις επιπτώσεις της λιτότητας των τελευταίων ετών στο υγειονομικό σύστημα, είναι απαραίτητο να προλάβουμε τα αρνητικά αποτελέσματα στο μέλλον. Εντούτοις, η οικονομική κρίση δεν δημιούργησε, αλλά επέτεινε προϋπάρχοντα προβλήματα του υγειονομικού τομέα.

Η Ελλάδα είναι πρωταθλήτρια στις ανισότητες: πρώτη στην Ευρώπη σε παχύσαρκα παιδιά και στο κάπνισμα, ενώ η απόδοσή της στην πρόληψη είναι πτωχή. Αν και η κατανάλωση καπνού αποτελεί την πρώτη από τις αιτίες θανάτου που μπορούν να προληφθούν, λαμβάνει διαστάσεις επιδημίας. Παρ' όλα αυτά, το προσδόκιμο ζωής παρουσιάζει σταθερά -μικρή- βελτίωση με το κάπνισμα, τη χρήση αλκοόλ και τα ατυχήματα να πα-

ρουσιάζουν μείωση. Η παραπάνω εικόνα εμφανίζεται, όμως, αντεστραμμένη στις ευάλωτες κοινωνικά και οικονομικά ομάδες. Η παχυσαρκία έχει αυξηθεί, η ψυχική νοσηρότητα έχει επιδεινωθεί και η εικόνα για τα καρδιαγγειακά νοσήματα αναμένεται επίσης να επιδεινωθεί τα επόμενα χρόνια.

Ωστόσο, σήμερα, έχουμε στη διάθεσή μας τεκμηριωμένες παρεμβάσεις πρόληψης, που δεν περιορίζονται στην ενημέρωση, αλλά επενδύουν στην αγωγή συμπεριφοράς και κρίνονται πολύ αποτελεσματικές με αξιολογικά κριτήρια κόστους-οφέλους, ιδιαίτερα σε περιόδους οικονομικής κρίσης, όπως αυτή που διανύουμε. Ειδικότερα, η άσκηση και η διατροφή είναι καθοριστικές όσον αφορά τον έλεγχο των παραγόντων κινδύνου, καθώς επηρεάζουν σημαντικά τον καρδιαγγειακό κίνδυνο, αλλά και την πρόληψη και την έκβαση του καρκίνου. Η πληθυσμιακή εκτίμηση κινδύνου δίνει τη δυνατότητα καθορισμού προτεραιοτήτων και μπορεί να αποτελέσει τη βάση του σχεδιασμού και να παρέχει πλαίσιο ικανοποιητικής διαχείρισης για χρόνια και έκτακτα προβλήματα που απειλούν τη δημόσια υγεία.

Μελέτη για την ισχύ της ΠΦΥ στην Ευρώπη κατατάσσει το ελληνικό σύστημα στη χειρότερη θέση, σε όλες

τις διαστάσεις του. Οι καταναλωτές κάνουν την ίδια αξιολόγηση. Η κατακερματισμένη παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης απέχει πολύ από τη φροντίδα υγείας, με αποτέλεσμα να γίνεται διαχείριση της αρρώστιας και όχι της υγείας. Είναι απαραίτητο να στοχεύσουμε στην καθολική κάλυψη της υγείας και την τοποθέτηση της ΠΦΥ στο επίκεντρο. Καθολική κάλυψη υγείας σε πρωτοβάθμιο επίπεδο δεν υπάρχει, γιατί στην πράξη δεν υπάρχει ελεύθερη πρόσβαση στις δομές της ΠΦΥ, τη φαρμακευτική περίθαλψη και τις παρακλινικές εξετάσεις. Το ΠΕΔΥ υποχρηματοδοτείται, είναι υποστελεχωμένο και αντιμετωπίζει οργανωτικά προβλήματα. Επιπλέον, από το ΠΕΔΥ απουσιάζουν στοιχεία που προβλέπονταν στον ιδρυτικό του νόμο, όπως το σημείο πρώτης επαφής του ασθενούς, ο οικογενειακός γιατρός, η ομάδα υγείας, το σύστημα παραπομπής και ο ηλεκτρονικός ιατρικός φάκελος.

Η ΠΦΥ οφείλει να γίνει μοχλός πολιτικής και κοινωνικής ανάπτυξης, να είναι ενιαία και συντονισμένη, ολοκληρωμένη, συνεχής και κοινωνικά ελεγχόμενη. Βασική προτεραιότητα είναι η αναμόρφωση των δομών του συστήματος υγείας, τόσο στο κέντρο όσο και στην περιφέρεια, καθώς και το κατάλληλα εκπαιδευμένο, εξειδικευμένο στη δημόσια υγεία, προσωπικό.

Η συνέχεια του συστήματος και η βελτίωση του συντονισμού των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας για τους ασθενείς επιβάλλουν μεταρρυθμίσεις στο επίπεδο του συστήματος παραπομπών, της σχέσης εργασίας και του τρόπου αμοιβής των γιατρών. Η ΠΦΥ οφείλει να διακρίνεται από τον ασθενοκεντρικό χαρακτήρα, την ολιστική προσέγγιση και την ανάληψη ευθύνης για την υγεία του ασθενούς. Κρίσιμος είναι επίσης ο ρόλος της τεχνολογίας και της διασύνδεσης των δομών, ο καθορισμός των «μονοπατιών» φροντίδας για κάθε νόσημα, η αναβάθμιση της συνεργασίας του δημόσιου με τον ιδιωτικό τομέα και η διαμόρφωση ενιαίων πρωτοκόλλων θεραπειών, υπηρεσιών και διαδικασιών.

Σημαντική είναι η αλλαγή κουλτούρας στην εκπαίδευση, την έρευνα και την κλινική άσκηση. Πρέπει να αναπτυχθεί νέο οργανωσιακό και λειτουργικό μοντέλο στην ΠΦΥ. Σημαντικά είναι: η αποτελεσματική εκπαίδευση στην πρωτοβάθμια φροντίδα, στην κατανόηση της ολοκληρωμένης προσέγγισης του ασθενούς, στην εκμάθηση των κλινικών δεξιοτήτων και εργαλείων που χρειάζεται ο γιατρός της ΠΦΥ, αλλά και στην πιο ορθολογική χρήση των διαθέσιμων κλινικών πόρων και στη χρήση της τεχνολογίας, η διεπαγγελματική συνεργασία, η αγωγή υγείας και η αλλαγή της συμπεριφοράς των ασθενών σχετικά με τη φροντίδα (αυτοφροντίδα), καθώς και η συμπονετική και πνευματική φροντίδα στο πλαίσιο μιας εστιασμένης στον ασθενή προσέγγισης.

Η βιωσιμότητα του ΕΣΥ βρίσκεται σε κίνδυνο, εξαιτίας πολλών ελλείψεων. Παρ' όλα αυτά, υπάρχει περιθώριο για αναμόρφωση, αλλά προϋπόθεση είναι η επιλογή διοικήσεων με τρόπο και κριτήρια που θα διασφαλίζουν την επάρκειά τους. Θα πρέπει να αξιοποιηθούν εξειδικευμένα στελέχη στο management, τεχνοκρατικά εργαλεία και τεχνοκράτες και να λαμβάνεται υπόψη η γνώμη των εργαζομένων σε κάθε βαθμίδα του. Απαιτείται συντονισμός, συνεχής αξιολόγηση δομών και επαγγελματιών, μέτρηση του κλινικού αποτελέσματος, διαχείριση ασθενειών, πολιτικές προαγωγής υγείας, θεραπευτικά κλινικά πρωτόκολλα, προτυποποίηση με υιοθέτηση δεικτών ποιότητας, ιατρική της συλλογικότητας, διαρκής συνεχιζόμενη εκπαίδευση, κλινική

και διοικητική υπευθυνότητα με πληροφορική παντού και διασύνδεση της οικονομικής με την κλινική πληροφορία κ.ο.κ.

Για την ενίσχυση της δημόσιας υγείας απαιτούνται εθνικά σχέδια δράσης, μητρώα ασθενών, σχέδια πρόληψης των χρόνιων παθήσεων, έλεγχος της υγειονομικής κατάστασης και παροχή υγειονομικής φροντίδας στις ευάλωτες ομάδες. Απαιτείται, ακόμη, προώθηση της ενοποίησης και διασύνδεσης των νοσοκομείων και πραγματική αποκέντρωση, με την κατανομή των αρμοδιοτήτων στους διοικητές των υγειονομικών περιφερειών.

Η χρηματοδότηση της υγείας κρίνεται ανεπαρκής, ο οικονομικός προγραμματισμός θα πρέπει να αναπροσαρμοστεί και να κατανέμεται βάσει των δεδομένων (επιδημιολογικών, δημογραφικών κ.ά.) κάθε περιοχής, και το ιατρικό προσωπικό να ενισχυθεί με κίνητρα οικονομικά και επαγγελματικά. Χρειάζεται ένας ολοκληρωμένος υγειονομικός χάρτης που θα καταγράφει τις ανάγκες και τις υφιστάμενες υπηρεσίες. Ένα σύγχρονο μοντέλο χρηματοδότησης και λειτουργίας του συστήματος υγείας θα πρέπει να έχει ως βάση τις επιλογές των ασθενών και να επενδύει στην ανάπτυξη των ανθρώπινων πόρων και την αλλαγή κουλτούρας, με ικανό management και επιτελείο εργαζομένων. Κρίσιμες βελτιώσεις συνιστούν ο στρατηγικός σχεδιασμός των πολιτικών (policies), η υιοθέτηση μεθόδων μέτρησης των αποτελεσμάτων που θα εστιάζουν στις πραγματικές εκβάσεις και η έγκαιρη δράση, η διοίκηση ολικής ποιότητας, η ηλεκτρονική διακυβέρνηση με απλούστευση των διαδικασιών, η μέτρηση της συγκριτικής απόδοσης των μονάδων και ο έλεγχός τους, η κατάρτιση και παρακολούθηση προϋπολογισμών και ηλεκτρονικών προμηθειών, και η σύνδεση των αμοιβών του προσωπικού με την απόδοσή του.

Οι συμπράξεις δημόσιου και ιδιωτικού τομέα μπορούν, υπό προϋποθέσεις, να αποτελέσουν την απάντηση στο πρόβλημα των τεράστιων αναγκών και των ελάχιστων διαθέσιμων πόρων. Ο ιδιωτικός τομέας θα μπορούσε, θεωρητικά, να καλύψει τις ακάλυπτες, σήμερα, ανάγκες στην υγεία, χρηματοδοτώντας το σύστημα και κατευθύνοντάς το στη βελτίωση της ποιότητας και της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών. Στο πλαίσιο του επανασχεδιασμού της πολιτικής υγείας, επίσης, μπορεί να προσδιοριστεί κατάλληλο «μείγμα» ιδιωτικής και κοινωνικής ασφάλισης, για το πώς θα μπορούσε να μοιραστεί αποτελεσματικά μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα το κόστος της κάλυψης του πληθυσμού.

Η διαφοροποίηση υπηρεσιών μέσω της υποκατάστασης ή και της μείωσης κλινών και της αλλαγής χρήσης δομών συμβάλλει στην αναβάθμισή τους, στον περιορισμό του κόστους, σε αυξημένη ικανοποίηση και σε καλύτερα κλινικά αποτελέσματα. Η προώθηση της ενοποίησης και της διασύνδεσης των νοσοκομείων (συμπλέγματα νοσοκομείων, δίκτυα νοσοκομείων, ξενώνες φροντίδας ασθενών τελικού σταδίου, κλινικά κέντρα αναφοράς, ενοποιήσεις δομών, ολοκληρωμένα δίκτυα ΠΦΥ κ.ά.) κρίνεται απαραίτητη, αλλά απαιτεί αξιολόγηση και μετρήσεις, ώστε να αντλήσουμε τα καλύτερα στοιχεία από κάθε οργανισμό, η ενοποίηση να είναι ουσιαστική και να διέπεται από ενιαία οργανωσιακή κουλτούρα και στρατηγικό σχεδιασμό. Μείζονες μεταρρυθμίσεις επιχειρούνται χωρίς προετοιμασία και δημόσιο διάλογο, και οι παρεμβάσεις είναι αποσπασματικές και πολλάκις καταστροφικές.

Στην Ελλάδα της κρίσης πληρώνουμε για εισφορές και (αρκετοί) για ιδιωτική ασφάλιση. Στο επίκεντρο βρίσκεται η νοσοκομειακή περίθαλψη, τη στιγμή που το σύγχρονο μοντέλο εστιάζει στην πρωτοβάθμια περίθαλψη. Σημαντικό ποσοστό του πληθυσμού είναι σήμερα ανασφάλιστο, λείπουν ωστόσο τα ακριβή στοιχεία.

Ο ΕΟΠΥΥ πάσχει λόγω της υστέρησης εσόδων και του όγκου των ληξιπρόθεσμων οφειλών του – την ίδια στιγμή, όμως, ο όγκος των παροχών του είναι μεγάλος. Η δημιουργία του ΕΟΠΥΥ ήταν σημαντική τομή, ο ρόλος του όμως δεν υπηρετείται αποτελεσματικά, καθώς θα όφειλε να διαπραγματεύεται ως ανεξάρτητος φορέας, τόσο με τα νοσοκομεία και το δημόσιο σύστημα, όσο και με τον ιδιωτικό τομέα. Απαιτείται ανακατανομή των πόρων στο εσωτερικό του, χρειάζονται νέες συμβάσεις και κάλυψη των αναγκών υγείας στο σύνολο της χώρας, καθώς και αναδιάρθρωση του ΠΕΔΥ.

Η ηλεκτρονική συνταγογράφηση έχει λειτουργήσει ως εργαλείο ορθολογικής χρήσης των φαρμάκων, έχει συμβάλει στη μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης και αποτελεί υποβοηθητικό εργαλείο στην άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος. Υπάρχουν, ωστόσο, ελλείψεις στην ηλεκτρονική συνταγογράφηση που εκκρεμούν, όπως η εισαγωγή περισσότερων θεραπευτικών πρωτοκόλλων ή των ελληνικών κατευθυντηρίων οδηγίων, και η εφαρμογή του συστήματος κατάταξης ICPC2. Αναμένεται αναβάθμισή της με απλούστευση των εργασιών για το χρήστη, καθώς και ταχύτερη ενσωμάτωση θεραπευτικών πρωτοκόλλων, αλλαγών και βελτιώσεων.

Στην Ελλάδα την τελευταία πενταετία καταγράφεται μαζική αποεπένδυση, οι δυνατότητες, ωστόσο, για ανάπτυξη στο χώρο της υγείας είναι τεράστιες και αφορούν, ενδεικτικά, την ανάπτυξη κλινικών μελετών, την παραγωγή γενοσήμων για εξαγωγή, την έρευνα, την ανάπτυξη των νοσοκομείων, των ηλεκτρονικών υπηρεσιών αλλά και του ιατρικού τουρισμού.

Για την αύξηση των επενδύσεων στον τομέα της υγείας απαιτείται η συνεργασία βιομηχανίας και πολιτείας και σχεδιασμός μακράς πνοής για τη συμμετοχή του φαρμακευτικού κλάδου στην οικονομική ανάπτυξη της χώρας. Απαιτείται η αναγνώριση και η επιβράβευση της καινοτομίας και η παροχή κινήτρων για επενδύσεις. Θα πρέπει ο δημόσιος και ο ιδιωτικός τομέας να λειτουργήσουν συμπληρωματικά και να υπάρξει αναγνώριση του υγιούς ιδιωτικού τομέα. Σε κάθε περίπτωση, ένας χάρτης συνεργασίας ιδιωτικού και δημόσιου τομέα κρίνεται απαραίτητος και θα προσφέρει αισθητή ελάφρυνση του βάρους που σηκώνει σήμερα ο δημόσιος τομέας.

Οι συνεργασίες δημόσιου-ιδιωτικού τομέα μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την αντιμετώπιση των τρεχουσών και των μελλοντικών προκλήσεων, να προωθήσουν την καινοτομία, να εστιάσουν στις ευκαιρίες που υπάρχουν σήμερα, όπως η ψηφιακή υγεία και η δημιουργία πραγματικών δεδομένων, να συμβάλουν στη μείωση των δαπανών.

ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΑΙ ΕΛΕΓΧΟΣ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ

Η διαχείριση και ο έλεγχος των μειζόνων χρόνιων νοσημάτων είναι εξαιρετικής σημασίας. Το νοσολογικό προφίλ των σύγχρονων κοινωνιών έχει αλλάξει και το προσδόκιμο ζωής έχει αυξηθεί. Απαιτείται, συνεπώς, διαφορετική υποδομή, προσανατολισμένη στη διαχείριση χρόνιων παθήσεων, οι οποίες απορροφούν ολοέ-

να και μεγαλύτερο μέρος της δαπάνης υγείας σε όλα τα συστήματα υγείας σήμερα.

Οι ελλείψεις στην αντιμετώπιση των εγκεφαλικών επεισοδίων είναι αισθητές στο δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα. Η αποκατάσταση είναι ανεπαρκής για τους περισσότερους ασθενείς και η συνολική οικονομική επιβάρυνση μεγάλη. Είναι απαραίτητο να μειωθεί η προ-νοσοκομειακή καθυστέρηση, να βελτιωθεί η μεταφορά μέσω ΕΚΑΒ και να αξιοποιηθούν τα εργαλεία τηλεϊατρικής, να οργανωθούν μονάδες οξέων εγκεφαλικών και να δημιουργηθούν κέντρα αποκατάστασης των ασθενών και υπηρεσίες βοήθειας στο σπίτι.

Η καρδιακή ανεπάρκεια είναι η ταχύτερα αυξανόμενη σε συχνότητα εμφάνισης καρδιαγγειακή νόσος, με αρκετά υψηλή θνησιμότητα και με υψηλά ποσοστά εισαγωγής στο νοσοκομείο. Η δημιουργία κέντρων καρδιακής ανεπάρκειας, η καλύτερη εκπαίδευση γιατρών και ασθενών, οι νέες καινοτόμες θεραπείες, καθώς και η έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση των καρδιαγγειακών παραγόντων κινδύνου θα μπορούσαν να μειώσουν σημαντικά την επιβάρυνση της νόσου.

Η Ελλάδα κατέχει την πρώτη θέση σε νοσοκομειακή δαπάνη για τον σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, καθώς το 93% του κόστους αφορά τις επιπλοκές του. Την ίδια στιγμή, η πρόληψη μένει στο περιθώριο.

Η υπέρταση ευθύνεται σήμερα για το 50% των καρδιοπαθειών, των εγκεφαλικών επεισοδίων και των περιπτώσεων καρδιακής ανεπάρκειας. Θεμελιώδης για την αντιμετώπισή της είναι και η σημασία της πρόληψης, η οποία σχετίζεται κυρίως με την παχυσαρκία και τον σύγχρονο τρόπο ζωής.

Στην Ελλάδα, οι φορείς του ιού HCV ανέρχονται στο 1,9% του πληθυσμού, αλλά μόνο ένας στους τέσσερις γνωρίζει ότι πάσχει από τη νόσο και, από τους ασθενείς με διάγνωση, μόνο οι μισοί λαμβάνουν θεραπεία. Οι στόχοι του WHO για την ηπατίτιδα Β και C περιλαμβάνουν μείωση του αριθμού νέων μολύνσεων κατά περίπου 90% μέχρι το 2030 και μείωση της θνησιμότητας κατά 65%. Από την πλευρά της οικονομικής αποδοτικότητας, οι νέες θεραπείες κρίνονται αποτελεσματικές, η υψηλή, όμως, ζήτηση δεν επιτρέπει στους περιορισμένους προϋπολογισμούς υγείας να ανταποκριθούν άμεσα – γεγονός που δεν συμβαίνει μόνο στην Ελλάδα.

Η αποτύπωση της διαδρομής της ασθενούς με καρκίνο του μαστού από τη στιγμή της εμφάνισης των πρώτων συμπτωμάτων και ενδείξεων, τη διάγνωση, τη θεραπεία και μέχρι το τέλος αυτής, έδειξε ότι τα ποσοστά πρώτης προσέγγισης του προβλήματος και τακτικού ελέγχου με μαστογραφία είναι πολύ χαμηλά. Επίσης, έδειξε ότι οι ασθενείς με καρκίνο μαστού βρίσκονται αντιμέτωποι με υψηλά ποσοστά καταστροφικής δαπάνης, ενώ η εμπειρία αποδεικνύει ότι η αξιοπρέπεια της ασθενούς, δυστυχώς, «αγοράζεται». Πρέπει να βελτιωθεί ο προσυμπτωματικός έλεγχος και χρειάζεται ενημέρωση και εκπαίδευση των γυναικών για να εντοπίζουν εγκαίρως και να αξιολογούν τα συμπτώματα.

ΒΙΟΪΑΤΡΙΚΗ & ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙΝΟΤΟΜΙΑ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΗ

Η φαρμακευτική καινοτομία αποτελεί την κινητήρια δύναμη πίσω από τις εξελίξεις στη βιοϊατρική επιστημονική έρευνα διεθνώς και έχει οικονομικά, κοινων-

νικά οφέλη και οφέλη με όρους υγείας. Υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις ότι συμβάλλει στην αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης, τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών και της παραγωγικότητας στην εργασία.

Σήμερα, όσον αφορά τις αποφάσεις αποζημίωσης των διαθέσιμων φαρμακευτικών προϊόντων, η αξιολόγηση τεχνολογίας υγείας παρέχει επαρκή θεωρητικά και εμπειρικά δεδομένα, ενώ το σύνολο των οργανισμών αξιολόγησης τεχνολογίας υγείας διεθνώς συνεκτιμά και άλλα κριτήρια πέραν της σχέσης κόστους-αποτελεσματικότητας.

Ο εξορθολογισμός των φαρμακευτικών δαπανών είναι αποδεκτός, η οριζόντια περικοπή τους όμως συνιστά τεχνική οικονομικού ελέγχου. Για τη βιωσιμότητα του συστήματος, καθίσταται επιτακτική η επανεξέταση και αναθεώρηση των προϋπολογισμών, αλλά και των πόρων που δαπανώνται στα επιμέρους κέντρα κόστους, προκειμένου, μέσω δομημένων διαδικασιών, να γίνει ανακατανομή των πόρων στις δράσεις, τις παρεμβάσεις και τις θεραπείες, οι οποίες έχουν αποδεδειγμένα προστιθέμενα οφέλη με όρους προσδόκιμου επιβίωσης και ποιότητας διαβίωσης.

Η προσήλωση στην άμεση μείωση του κόστους δημιουργεί ένα φαύλο κύκλο, με αποτέλεσμα χαμηλότερες θεραπευτικές επιδόσεις – που συνεπάγονται μείωση της παραγωγικότητας και αποδοτικότητας λόγω της ασθένειας, και άρα περαιτέρω ανάγκη μείωσης του κόστους και συγκράτησης των δαπανών. Η καινοτομία αποτελεί μέρος της λύσης, καθώς συνιστά επένδυση για τη βελτιστοποίηση της παροχής υγειονομικής φροντίδας στους ασθενείς, επιτυγχάνοντας καλές εκβάσεις υγείας και ποιότητας ζωής, βελτιώνοντας την παραγωγικότητα και την αποδοτικότητα.

Οι νέες διαγνωστικές γονιδιακές εξετάσεις μπορούν να βοηθήσουν να στοχεύσουμε τις νέες θεραπείες που έχουμε στη διάθεσή μας, με τρόπο κλινικά αποτελεσματικό και οικονομικά αποδοτικό. Οι ανοσοθεραπείες είναι δραστηριότητες σε μεγάλη σειρά νεοπλασμάτων. Οι θεραπείες αυτές απαιτούν άλλου είδους μοντέλα τιμολόγησης και αποζημίωσης, καθώς απευθύνονται σε επιλεγμένους ασθενείς και είναι ακριβές. Στη χώρα μας δεν διαθέτουμε Αξιολόγηση Τεχνολογιών Υγείας (HTA), ώστε οι καινοτόμες θεραπείες να εισαχθούν στοχευμένα στο σύστημα. Υπάρχει ανάγκη ανάπτυξης συστημάτων αξιολόγησης της καινοτομίας, για τη λήψη αποφάσεων που θα οδηγούν στην ορθολογική χρήση φαρμάκων και ιατροτεχνολογικών προϊόντων και τον εξορθολογισμό των δαπανών. Γι' αυτό η δημιουργία οργανισμού Αξιολόγησης Τεχνολογίας Υγείας είναι απαραίτητη και στη χώρα μας. Μπορεί να αποτελέσει τη γέφυρα ανάμεσα στα στοιχεία της κλινικής έρευνας και την τεκμηριωμένη λήψη αποφάσεων στην καθ' ημέρα πράξη. Με τη βοήθειά της, καθίσταται δυνατή η πρόσβαση των ασθενών σε καινοτόμα προϊόντα και νέες τεχνολογίες.

Η σύναψη επίσημων συμφωνιών επιμερισμού του κινδύνου (Managed Entry Agreements – MEAs), με διαφανείς διαδικασίες μεταξύ των πληρωτών και των παραγωγών τεχνολογίας, μπορεί να εξασφαλίσει ότι οι συμβαλλόμενοι θα μοιράζονται την αβεβαιότητα και το ρίσκο.

Παρά τη σημαντική μείωση της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης στην περίοδο 2009-2014, η συνολική

φαρμακευτική δαπάνη εξακολουθεί να είναι συγκριτικά υψηλή. Την ίδια στιγμή, σύμφωνα με τα διαθέσιμα στοιχεία, το μερίδιο των γενόσημων φαρμάκων παραμένει χαμηλό, παρά τα μέτρα και τις εξαγγελίες. Η αύξηση του μεριδίου των γενόσημων παραμένει εθνικός στόχος, τόσο για την ανάπτυξη, όσο και για την αποδέσμευση πόρων για την καινοτομία. Εντούτοις, ο τρόπος υπολογισμού της συμμετοχής των ασθενών δεν ευνοεί την υποκατάσταση προς τα γενόσημα, ενώ συχνά γιατροί και φαρμακοποιοί επιλέγουν, για διαφορετικούς λόγους, πρωτότυπα, νεότερα και πιο δαπανηρά φάρμακα.

Η ΕΠΙΚΑΙΡΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΗΣ

Τα ευρήματα έρευνας σχετικά με τη διαχρονική εξέλιξη του αυτοαναφερόμενου επιπέδου υγείας του ελληνικού πληθυσμού επιβεβαιώνουν την άμεση συσχέτιση της πτώσης του βιοτικού επιπέδου και των εισοδημάτων με αρνητικές επιπτώσεις στην ψυχολογική κατάσταση και στο αυτοαναφερόμενο επίπεδο υγείας του πληθυσμού. Θεματική αύξηση παρουσιάζουν οι μη εκφραζόμενες ανάγκες ιατρικής περίθαλψης για οικονομικούς λόγους το 2015, σε σύγκριση με το 2011. Το αυτοαναφερόμενο επίπεδο υγείας είναι καλύτερο όσο αυξάνεται το ύψος του εισοδήματος.

Το αυτοαναφερόμενο επίπεδο υγείας καταγράφει σταθερή πτωτική τάση από το 2002 έως το 2011, ενώ το 2015 φαίνεται να σταθεροποιείται και να αυξάνεται. Αυτό πιθανόν υποδηλώνει ότι η πτώση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού δεν επιδεινώνεται στα χρόνια της κρίσης – εικόνα την οποία έρχεται να ενισχύσει και η βελτίωση του προσδόκιμου ζωής την ίδια περίοδο. Ωστόσο, ιδιαίτερα ανησυχητική είναι η αύξηση του ποσοστού των νοικοκυριών που κινδυνεύουν με οικονομική κατάρρευση σε περίπτωση που παρουσιαστεί ένα πρόβλημα υγείας.

Το προσφυγικό είναι το μεγαλύτερο ζήτημα που αντιμετωπίζει αυτή τη στιγμή η Ελλάδα, αλλά και η Ευρώπη. Ωστόσο, η σημερινή κρίση έχει ιδιαίτερα χαρακτηριστικά και τείνει να εξελιχθεί σε διαρκή απειλή για τη δημόσια υγεία. Η διαχείρισή της προϋποθέτει εθνικό σχεδιασμό, προσεκτική καταγραφή και μελέτη των δεδομένων, καθώς και υιοθέτηση καλών πρακτικών σε επίπεδο βελτίωσης των συνθηκών υγιεινής και παροχής ΠΦΥ, εντοπισμού των περιπτώσεων που απαιτούν επείγουσα και ειδική παρέμβαση και παροχής ψυχοκοινωνικής υποστήριξης.

Η σύγκλιση βιοηθικής και ανθρωπίνων δικαιωμάτων είναι πολύ σημαντική σε πλαίσιο έλλειψης οικονομικών πόρων. Η κατοχύρωση και προώθηση των δικαιωμάτων των ασθενών έχει ως αποτέλεσμα ο ασθενής να αντιμετωπίζεται σφαιρικά στο πλαίσιο της κατακερματισμένης ιατρικής γνώσης, επηρεάζει τη διαγνωστική και θεραπευτική φροντίδα και τη διαδικασία αποκατάστασης, λειτουργεί ως εργαλείο διάκρισης του τι είναι τεχνικά εφικτό και τι ηθικά επιτρεπτό, και αναπτύσσει την έννοια της εμπιστοσύνης, που είναι ιδιαίτερα σημαντική στα κοινωνικά συστήματα.

Είναι απαραίτητο να προκύψουν συναινέσεις. Στη χώρα μας, η φωνή των ασθενών – αλλά και των πολιτών – πρέπει να ακούγεται στην κεντρική κυβέρνηση.

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ

- Μπορείτε να δείτε τα βίντεο των εισηγήσεων και των συζητήσεων του Συνεδρίου, όπου αυτά είναι διαθέσιμα, πατώντας το εικονίδιο  δίπλα στο όνομα του ομιλητή ή στον τίτλο της εισήγησης.
- Όλα τα βίντεο είναι αναρτημένα στον ιστότοπο του Συνεδρίου: <http://2015.healthpolicycongress.gr/παρουσιάσεις/>
- Οι τίτλοι των συμμετασχόντων, τόσο στις περιγραφές των συνεδριών όσο και στο Ευρετήριο Ονομάτων που ακολουθούν, αφορούν την επαγγελματική/επιστημονική τους ιδιότητα κατά την περίοδο διεξαγωγής του Συνεδρίου (10-12 Δεκεμβρίου 2015) και ενδέχεται να έχουν τροποποιηθεί.

ΑΞΟΝΑΣ Ι

ΕΠΑΝΑΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ & ΑΝΑΣΥΓΚΡΟΤΗΣΗ ΤΟΥ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ

Κοινό αίτημα του συνόλου των εμπλεκομένων στη συζήτηση για την υγεία είναι η αναδιοργάνωση του συστήματος με επίκεντρο την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και τη δημόσια υγεία. Η αύξηση της χρηματοδότησης του δημόσιου συστήματος είναι απαραίτητη, χρειάζονται όμως και διαρθρωτικές αλλαγές. Μια εθνική στρατηγική μακράς πνοής, η οποία θα στοχεύει στην ανάπτυξη του υγειονομικού τομέα, οφείλει να εστιάσει στην καθολική πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και στην πρόληψη, να διερευνήσει τις δυνατότητες που αναδύονται από τις συμπράξεις δημόσιου και ιδιωτικού τομέα, να επενδύσει στην καινοτομία και στην ηλεκτρονική υγεία, να διαχειριστεί αποτελεσματικά το ανθρώπινο δυναμικό και να κερδίσει ξανά την εμπιστοσύνη των πολιτών.

ΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΥΠΟΥΡΓΟΥ ΥΓΕΙΑΣ

Το νέο σχέδιο για την υγεία χρειάζεται όραμα, μεθοδικότητα, διάλογο, κοινωνική συναίνεση και πολιτική αξιοπιστία. Το σύστημα πρέπει να αναδιοργανωθεί με επίκεντρο την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) και τη δημόσια υγεία, και τα φορολογικά έσοδα της χώρας να επενδυθούν με κοινωνικές προτεραιότητες. Βασικοί τομείς παρέμβασης είναι η καθολική πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, και η ενίσχυση της διαφανούς διακυβέρνησης και αξιοπιστίας διοίκησης του συστήματος. Απαιτείται σχέδιο, συστράτευση των πιο υγιών δυνάμεων, τόσο του υγειονομικού τομέα όσο και της κοινωνίας, αλλά και χρηματοδότηση. Εάν επιθυμούμε σύγκλιση με τις ευρωπαϊκές προδιαγραφές, ενίσχυση της κοινωνικής συνοχής, ανθρώπινη αξιοπρέπεια την ώρα της ανάγκης, ενίσχυση του κύρους των θεσμών και της δημοκρατίας, δεν μπορούμε να ακολουθούμε τριτοκοσμική τροχιά στις δημόσιες δαπάνες υγείας.

ΕΝΑΡΚΤΗΡΙΑ ΟΜΙΛΙΑ – ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ: Η ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΕΠΑΝΑΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ ΚΑΙ ΑΝΑΣΥΓΚΡΟΤΗΣΗΣ

Η Δημόσια Υγεία αποτελεί θεμελιώδη προϋπόθεση για τη διατήρηση και βελτίωση της υγείας του πληθυσμού, και ύψιστη προτεραιότητα για την ΕΕ. Η όποια προσπάθεια ανασυγκρότησης θα πρέπει να εφαρμοστεί σε περιβάλλον ασφυκτικό, που επιβάλλει τη θέση προτεραιότητων: αντιμετώπιση του φορτίου της ασθένειας, αξιολόγηση των επιδόσεων του συστήματος υγείας για την αποτροπή της θνησιμότητας, εξασφάλιση και στους αδυνάτους της πρόσβασης στη φροντίδα υγείας, αντιμετώπιση των ζητημάτων που προκύπτουν από τη

μετακίνηση των πληθυσμών. Η πολιτική υγείας οφείλει να κατατείνει στον εξορθολογισμό της διοικητικής διάρθρωσης, στη διαχείριση των μειζόνων παραγόντων κινδύνου και στην ενδυνάμωση των επαγγελματιών υγείας.

ΤΟ ΜΕΛΛΟΝ ΤΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ: ΑΝΑΘΕΩΡΩΝΤΑΣ ΤΗΝ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΙΣ ΕΚΒΑΣΕΙΣ

Το μέλλον της υγείας στηρίζεται στη «συνεργατική νοημοσύνη», που είναι ανθρωποκεντρική, ενιαία, βασισμένη σε στοιχεία και προσανατολισμένη στη δράση.

Οι τέσσερις βασικές προσεγγίσεις-διαστάσεις στα συστήματα υγείας αφορούν: 1) την υγεία κατά τον κύκλο της ζωής, 2) τις διαδικασίες της υγειονομικής περίθαλψης, 3) την αλληλεπίδραση με την καινοτομία-τεχνολογία και 4) τους ανθρώπους (συναισθήματα, πεποισθήσεις, συμπεριφορές).

Η 1η προσέγγιση επιτρέπει να εξετάζουμε την υγεία και τις επιδράσεις μεταξύ των γενεών, να εστιάζουμε σε κρίσιμες περιόδους της ζωής (για παρέμβαση ή πρόληψη) και να μελετάμε τις συσσωρευτικές επιπτώσεις των γεγονότων της ζωής.

Όσον αφορά τη 2η προσέγγιση, το ζητούμενο είναι να επικεντρωθούμε στο αποτέλεσμα για τον ασθενή: στο τέλος της διαδρομής, πόση αξία (=υγεία) κερδίζουμε ανά μονάδα κόστους;

Η πρόσβαση στην πλήρη αλυσίδα της αξίας των καινοτόμων τεχνολογιών (3η διάσταση) είναι αναγκαία όχι μόνο για τους επαγγελματίες, αλλά και για τους πολίτες.

Όσο για την 4η διάσταση, τους ανθρώπους, το επίπεδο

ενεργοποίησης των πολιτών επηρεάζει άμεσα το είδος των συστημάτων υγείας που μπορούμε να έχουμε. Δεν είναι δυνατό να έχουμε σύγχρονους, εξελιγμένους οργανισμούς με μη ενεργούς πολίτες.

Υπάρχουν, ωστόσο, άλλες δύο διαστάσεις που πρέπει να ληφθούν υπόψη:

Η πρώτη αφορά το διεθνές περιβάλλον. Δεδομένου ότι τώρα γνωρίζουμε τις επιπτώσεις της λιτότητας των τελευταίων ετών στο υγειονομικό σύστημα, είναι απαραίτητο να προλάβουμε τα αρνητικά αποτελέσματα στο μέλλον.

Η δεύτερη διάσταση αφορά τη διακυβέρνηση. Οφείλουμε να δούμε πώς σκέφτεται κάθε κατηγορία εμπλεκόμενων φορέων (επαγγελματίες της υγείας, managers, πανεπιστημιακοί, ειδικοί της τεχνολογίας, κοινωνικοί εταίροι, επιχειρηματίες, επενδυτές, δημοσιογράφοι, πολιτικοί) για το σύστημα και το μέλλον του, ώστε να το διαχειριστούμε αποτελεσματικά.

ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑ ΤΗΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η οπτική της δημόσιας υγείας πρέπει να κυριαρχήσει και να γίνει ευρύτερα γνωστή. Για να είναι βιώσιμο, το δημόσιο σύστημα υγείας θα πρέπει να εξασφαλίσει το 6% του ΑΕΠ, χρειάζονται όμως και σημαντικές διαρθρωτικές αλλαγές. Βασική προτεραιότητα είναι η αναμόρφωση των δομών του, τόσο στο κέντρο όσο και στην περιφέρεια, καθώς και το κατάλληλα εκπαιδευμένο, εξειδικευμένο στη δημόσια υγεία προσωπικό.

Η ΠΦΥ οφείλει να γίνει μοχλός πολιτικής και κοινωνικής ανάπτυξης, να είναι ενιαία και συντονισμένη, ολοκληρωμένη και συνεχής, δημόσια και κοινωνικά ελεγχόμενη. Το εθνικό πρωτοβάθμιο σύστημα υγείας που διαθέτουμε πρέπει να λειτουργήσει αποτελεσματικότερα και να ενταθούν οι στοχευμένες, κάθετες παρεμβάσεις, όπου η ανάγκη είναι μεγαλύτερη.

Σύμφωνα με τα διεθνή δεδομένα, η φτώχεια συνδέεται με αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα. Στην Ελλάδα, παρ' όλα αυτά, το προσδόκιμο ζωής παρουσιάζει σταθερά -μικρή, έστω- βελτίωση, το κάπνισμα, η χρήση αλκοόλ και τα ατυχήματα παρουσιάζουν μείωση. Ωστόσο, η παραπάνω εικόνα εμφανίζεται αντεστραμμένη στις ευάλωτες κοινωνικά και οικονομικά ομάδες. Επιπλέον, έχει αυξηθεί η παχυσαρκία, έχει επιδεινωθεί η ψυχική νοσηρότητα και η εικόνα για τα καρδιαγγειακά νοσήματα αναμένεται επίσης να επιδεινωθεί τα επόμενα χρόνια.

Σε αυτό το περιβάλλον, η πληθυσμιακή εκτίμηση κινδύνου δίνει τη δυνατότητα καθορισμού προτεραιοτήτων, αποτελεί τη βάση του σχεδιασμού και παρέχει πλαίσιο ικανοποιητικής διαχείρισης για χρόνια και έκτακτα προβλήματα που απειλούν τη δημόσια υγεία.

Εργαλείο χρήσιμο για την προληπτική εξέταση και παρακολούθηση της υγείας των παιδιών, ειδικότερα, αποτελεί το νέο Ατομικό Δελτίο Υγείας Μαθητή (ΑΔΥΜ), το οποίο τέθηκε σε ισχύ το σχολικό έτος 2014-15, αν και δεν έχει εφαρμοστεί με τον απαιτούμενο επιχειρησιακό σχεδιασμό ως πρόγραμμα δημόσιας υγείας.

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ: ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ, ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΚΑΙ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΙ ΠΟΡΟΙ

Η βιωσιμότητα του ΕΣΥ βρίσκεται σε κίνδυνο, εξαιτίας πολλών ελλείψεων. Παρ' όλα αυτά, υπάρχει βάση να στηρίξει την αναγκαία αναμόρφωση του μέχρι σήμερα εφαρμοζόμενου μοντέλου διοίκησης. Κάτι τέτοιο προϋποθέτει την επιλογή διοικήσεων με τρόπο και κριτήρια που θα διασφαλίζουν την επάρκειά τους, καθώς και την παροχή από πλευράς της Πολιτείας υψηλού βαθμού ελευθερίας στις διοικήσεις αυτές. Για τη βελτίωση του συστήματος, θα πρέπει ακόμη να αξιοποιηθούν εξειδικευμένα στο management στελέχη, και να λαμβάνεται υπόψη η γνώμη των εργαζομένων σε κάθε βαθμίδα του.

Οι συμπράξεις δημόσιου και ιδιωτικού τομέα μπορούν, υπό προϋποθέσεις, να αποτελέσουν την απάντηση στο πρόβλημα των τεράστιων αναγκών και των ελάχιστων διαθέσιμων πόρων. Ο ιδιωτικός τομέας θα μπορούσε, θεωρητικά, να καλύψει τις ακάλυπτες, σήμερα, ανάγκες στην υγεία, χρηματοδοτώντας το σύστημα και κατευθύνοντάς το στη βελτίωση της ποιότητας και της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών.

Ωστόσο, τα πρόσφατα στοιχεία για τον ιδιωτικό τομέα στον κλάδο της υγείας γεννούν ερωτηματικά σχετικά με το μέλλον και τη βιωσιμότητά του. Με την ασκούμενη πολιτική, μόνο μερικές εταιρείες μπορεί να επιβιώσουν. Θα πρέπει ο δημόσιος και ο ιδιωτικός τομέας να λειτουργήσουν υπό άλλο πρίσμα, στα όρια της ευθύνης τους και συμπληρωματικά, αλλά και να υπάρξει αναγνώριση του υγιούς ιδιωτικού τομέα.

Η αγορά εργασίας σήμερα δίνει έμφαση στην ποιότητα, και στη χρήση των συστημάτων κοινωνικής δικτύωσης, περιορίζοντας το διαχωρισμό μεταξύ ενεργητικής και παθητικής αναζήτησης εργασίας. Το ευέλικτο περιβάλλον, η εξατομίκευση, η κοινή χρήση των πληροφοριών, η χρήση νέων τρόπων συνεργασίας και επικοινωνίας, η δυνατότητα ανάληψης ηγετικής θέσης, η διαρκής εκπαίδευση, και η κατά βούληση μάθηση και διδασκαλία θα είναι τα βασικά χαρακτηριστικά της εργασίας του μέλλοντος.

Η ΑΝΑΣΥΓΚΡΟΤΗΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΥ ΤΩΝ ΠΟΡΩΝ

Για την ενίσχυση της δημόσιας υγείας απαιτούνται εθνικά σχέδια δράσης, μητρώα ασθενών, σχέδια πρόληψης των χρόνιων παθήσεων, ελέγχου της υγειονομικής κατάστασης και παροχής υγειονομικής φροντίδας στις ευάλωτες ομάδες. Απαιτείται, ακόμη, προώθηση της ενοποίησης και διασύνδεσης των νοσοκομείων, και πραγματική αποκέντρωση, με την κατανομή των αρμοδιοτήτων στους διοικητές των υγειονομικών περιφερειών.

Ένα σύγχρονο μοντέλο χρηματοδότησης και λειτουργίας του συστήματος υγείας θα πρέπει να έχει ως βάση τις επιλογές των ασθενών, και να επενδύει στην ανάπτυξη των ανθρώπινων πόρων και την αλλαγή κουλτούρας, με ικανό management και επιτελείο εργαζομένων.

Κρίσιμες βελτιώσεις συνιστούν ο στρατηγικός σχεδιασμός των πολιτικών (policies), η διοίκηση αποτελεσμάτων σε προγράμματα ή υπηρεσίες, η διοίκηση ολικής ποιότητας, η ηλεκτρονική διακυβέρνηση με απλούστευση των διαδικασιών, η μέτρηση της συγκριτικής απόδοσης των μονάδων και ο έλεγχός τους, η κατάρτιση και παρακολούθηση προϋπολογισμών και ηλεκτρονικών προμηθειών, και η σύνδεση των αμοιβών του προσωπικού με την απόδοσή του.

Η διαφοροποίηση υπηρεσιών μέσω της υποκατάστασης, και/ή της μείωσης κλινών και της αλλαγής χρήσης δομών συμβάλλει στην αναβάθμισή τους, στον περιορισμό του κόστους, σε αυξημένη ικανοποίηση και σε καλύτερα κλινικά αποτελέσματα. Οι συγχωνεύσεις νοσοκομείων κρίνονται απαραίτητες, αλλά απαιτούν αξιολόγηση και μετρήσεις, ώστε να πάρουμε τα καλύτερα από κάθε οργανισμό, η ενοποίηση να είναι ουσιαστική, και να διέπεται από ενιαία οργανωσιακή κοουλτούρα και στρατηγικό σχεδιασμό.

Η ΣΤΡΟΦΗ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟ ΕΠΙΚΕΝΤΡΟ: “NOW MORE THAN EVER” (WHO)

Καθολική κάλυψη υγείας σε πρωτοβάθμιο επίπεδο δεν υπάρχει, γιατί στην πράξη δεν υπάρχει ελεύθερη πρόσβαση στις δομές της ΠΦΥ, τη φαρμακευτική περίθαλψη, και τις παρακλινικές εξετάσεις. Το ΠΕΔΥ, ήδη από την ίδρυσή του, βρίσκεται αντιμέτωπο με την υποχρηματοδότηση, την υποστελέχωση και σημαντικά οργανωτικά προβλήματα.

Σήμερα, είναι απαραίτητο να στοχεύσουμε στην καθολική κάλυψη της υγείας, την αναζήτηση της αξίας στη φροντίδα και την τοποθέτηση της ΠΦΥ στο επίκεντρο. Η συνέχεια του συστήματος και η βελτίωση του συντονισμού των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας για τους ασθενείς επιβάλλουν μεταρρυθμίσεις στο επίπεδο του συστήματος παραπομπών, της σχέσης εργασίας και του τρόπου αμοιβής των γιατρών. Η ΠΦΥ πρέπει να διακρίνεται από τον ασθενοκεντρικό χαρακτήρα, την ολιστική προσέγγιση και την ανάληψη ευθύνης για την υγεία του ασθενούς. Κρίσιμος είναι επίσης ο ρόλος της τεχνολογίας και της διασύνδεσης των δομών, και ο καθορισμός των «μονοπατιών» φροντίδας για κάθε νόσημα.

Προϋπόθεση για να αναπτυχθεί η ΠΦΥ είναι οι απόφοιτοι των ιατρικών σχολών να επιλέξουν συνειδητά ειδικότητες που την υποστηρίζουν – ιδιαιτέρως δε τη γενική οικογενειακή ιατρική. Η εκπαίδευση στην πρωτοβάθμια φροντίδα θα πρέπει να περιλαμβάνει την πρακτική σε Κέντρα Υγείας, την κατανόηση της ολοκληρωμένης προσέγγισης του ασθενή, την εκμάθηση των κλινικών δεξιοτήτων και εργαλείων που χρειάζεται ο γιατρός της ΠΦΥ, αλλά και την πιο ορθολογική χρήση των διαθέσιμων κλινικών πόρων. Επίσης, υπάρχει ανάγκη επιμόρφωσης των γιατρών σε θέματα ψυχολογίας, ώστε να αξιοποιούν το εργαλείο της «παρακινητικής συνέντευξης» στην τροποποίηση της συμπεριφοράς των ασθενών, καθώς και στη συμπνευτική φροντίδα. Σημαντική μπορεί να είναι η συμβολή της ερευνητικής γενικής ιατρικής σε όλα τα επίπεδα.

Ο γιατρός πρέπει να ξανακερδίσει τον ασθενή, ο οποίος σήμερα τον αμφισβητεί, όπως αμφισβητεί και άλλες μορφές εξουσίας. Την ίδια στιγμή, όμως, η πρα-

κτική της αποκλειστικής απασχόλησης και η μισθωτή εργασία έχουν ως αποτέλεσμα την παντελή έλλειψη κινήτρων και οδηγούν τους γενικούς ιατρούς σε αδιεξορία.

ΠΡΟΣ ΕΝΑ ΝΕΟ ΣΧΕΔΙΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ

Οι απόψεις και οι προτάσεις των θεσμικών φορέων του χώρου της υγείας (Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων, Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος, Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδος, Πανελλήνια Ένωση Φαρμακοβιομηχανίας, Πανελλήνιος Σύνδεσμος Ιατρικών Διαγνωστικών Κέντρων, Σύνδεσμος Ελληνικών Κλινικών, Πανελλήνια Ομοσπονδία Σωματείων-Συλλόγων Ατόμων με Σακχαρώδη Διαβήτη, ιατρική ακαδημαϊκή κοινότητα) αναπτύσσονται σε τρεις βασικούς άξονες: 1) δομικές και λειτουργικές ελλείψεις του συστήματος υγείας (αναδόμηση των πυλώνων του και ανάκτηση της χαμένης αξιοπιστίας, συνεργασία δημόσιου-ιδιωτικού τομέα, χρηματοδότηση κ.λπ.)· 2) μέτρα που πρέπει να ληφθούν για την υποστήριξη και την ενίσχυση της αναπτυξιακής δυναμικής του φαρμακευτικού κλάδου· και 3) κάλυψη των αναγκών των ασθενών και αναβάθμιση του ρόλου τους στο σύστημα υγείας.

ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΥΓΕΙΑΣ: Η ΕΠΙΚΑΙΡΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΚΑΘΟΛΙΚΗΣ ΚΑΛΥΨΗΣ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ

Το νοσολογικό προφίλ των σύγχρονων κοινωνιών έχει αλλάξει και το προσδόκιμο ζωής έχει αυξηθεί. Απαιτείται, συνεπώς, διαφορετική υποδομή, προσανατολισμένη στη διαχείριση χρόνιων παθήσεων, οι οποίες απορροφούν ολοένα και μεγαλύτερο μέρος της δαπάνης υγείας σε όλα τα συστήματα υγείας σήμερα.

Στην Ελλάδα της κρίσης πληρώνουμε και για εισφορές και (αρκετοί) για ιδιωτική ασφάλιση. Στο επίκεντρο βρίσκεται η νοσοκομειακή περίθαλψη, τη στιγμή που το σύγχρονο μοντέλο εστιάζει στην πρωτοβάθμια περίθαλψη. Σημαντικό ποσοστό του πληθυσμού είναι σήμερα ανασφάλιστο, λείπουν ωστόσο τα ακριβή στοιχεία.

Ο ΕΟΠΥΥ, που χρηματοδοτείται από τις ασφαλιστικές εισφορές και τη διαρκώς μειούμενη κρατική επιχορήγηση, πάσχει λόγω της υστέρησης εσόδων και του όγκου των ληξιπρόθεσμων οφειλών του – την ίδια στιγμή, όμως, ο όγκος των παροχών του είναι μεγάλος. Η δημιουργία του ΕΟΠΥΥ ήταν σημαντική τομή, ο ρόλος του όμως δεν υπηρετείται αποτελεσματικά, καθώς θα όφειλε να διαπραγματεύεται ως ανεξάρτητος φορέας, τόσο με τα νοσοκομεία και το δημόσιο σύστημα, όσο και με τον ιδιωτικό τομέα.

Η μετάβαση σε ένα σύστημα εθνικής ασφάλισης υγείας, το οποίο θα δίνει έμφαση στην πρόληψη και την ΠΦΥ, και θα χρηματοδοτείται εξ ολοκλήρου από τον κρατικό προϋπολογισμό, θα μπορούσε, υπό προϋποθέσεις, να εξασφαλίσει καθολική και ισότιμη κάλυψη, αποδοτικότερη διαχείριση του συστήματος και καλύτερο έλεγχο του κόστους.

Αν, πάντως, επιλέξουμε να διατηρήσουμε το υπάρχον σύστημα, θα πρέπει να το υποστηρίξουμε οικονομικά, διοικητικά και οργανωτικά. Απαιτείται ανακατανομή των πόρων στο εσωτερικό του, χρειάζονται νέες συμ-

βάσεις και κάλυψη των αναγκών υγείας στο σύνολο της χώρας, αναδιάρθρωση του ΠΕΔΥ και διυπουργικός συντονισμός, τόσο για την ολοκληρωμένη καταγραφή των ομάδων του πληθυσμού με προβλήματα πρόσβασης, όσο και για τη διασφάλιση της καθολικής πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας.

Σε κάθε περίπτωση, ένας χάρτης συνεργασίας ιδιωτικού και δημόσιου τομέα κρίνεται απαραίτητος, και θα προσφέρει αισθητή ελάφρυνση του βάρους που σηκώνει σήμερα ο δημόσιος τομέας.

ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΑΙ ΕΛΕΓΧΟΣ ΜΕΙΖΟΝΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Παράγοντες κινδύνου, όπως η παχυσαρκία, το κάπνισμα και το αλκοόλ, συνδέονται με υψηλή νοσηρότητα και θνησιμότητα. Ωστόσο, σήμερα, έχουμε στη διάθεσή μας τεκμηριωμένες παρεμβάσεις πρόληψης, που δεν περιορίζονται στην ενημέρωση, αλλά επενδύουν στην αγωγή συμπεριφοράς και κρίνονται πολύ αποτελεσματικές με αξιολογικά κριτήρια κόστους-οφέλους, ιδιαίτερα σε περιόδους οικονομικής κρίσης, όπως αυτή που διανύουμε.

Ειδικότερα, η άσκηση και η διατροφή είναι καθοριστικές όσον αφορά τον έλεγχο των παραγόντων κινδύνου, καθώς επηρεάζουν σημαντικά τον καρδιαγγειακό κίνδυνο, αλλά και την πρόληψη και την έκβαση του καρκίνου (μαστός, παχέος εντέρου, ενδομητρίου, προστάτη κ.λπ.). Γι' αυτό και σε όλο τον κόσμο οι συστάσεις αφορούν την κατανάλωση φρούτων, λαχανικών και προϊόντων ολικής άλεσης, τον περιορισμό των προϊόντων ζωικής προέλευσης και την καλή τους ποιότητα, και το συνδυασμό με φυσική άσκηση.

Η κατανάλωση καπνού αποτελεί την πρώτη από τις αιτίες θανάτου που μπορούν να προληφθούν, παρ' όλ' αυτά, μόνο το 2-3% των καπνιστών καταφέρνουν να κόψουν το τσιγάρο κάθε χρόνο. Στην Ελλάδα, το κάπνισμα έχει διαστάσεις επιδημίας, αφορά νεαρές ηλικίες, είναι μη λοιμώδες, αλλά μεταδοτικό στα παιδιά. Απαραίτητη κρίνεται η εκπαίδευση και ευαισθητοποίηση του νοσηλευτικού προσωπικού σχετικά με τη διακοπή του, δεδομένου ότι ο ρόλος του λειτουργού υγείας επεκτείνεται και στις παρεμβάσεις εκείνες που έχουν σκοπό τη διατήρηση και προαγωγή της υγείας.

Το αλκοόλ είναι ο τρίτος σημαντικότερος παράγοντας κινδύνου για πτωχή υγεία παγκοσμίως. Η χρήση του μπορεί να οδηγήσει σε τοξικές επιδράσεις σε όργανα και ιστούς, σε δηλητηρίαση και σε εξάρτηση. Το αλκοόλ συνδέεται με υψηλά ποσοστά θνησιμότητας, καθώς συσχετίζεται με κακοήγη νεοπλασμάτα, εγκεφαλικά επεισόδια και κίρρωση του ήπατος. Για να είναι αποτελεσματικές, οι διεθνείς και εθνικές στρατηγικές για τη μείωση του αλκοόλ οφείλουν να συνδυαστούν με επένδυση στην αλλαγή της ατομικής συμπεριφοράς.

Η ΕΘΝΙΚΗ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΥΓΕΙΑ: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΗΔΙΚΑ

Οι βασικότερες εφαρμογές που έχει αναπτύξει η Ηλεκτρονική Διακυβέρνηση για την Κοινωνική Ασφάλιση (ΗΔΙΚΑ) στο χώρο της υγείας, περιλαμβάνουν την ηλεκτρονική συνταγογράφηση, αλλά και τις εφαρμογές «Ασκληπιός» για την ανάπτυξη, τη συντήρηση και την υποστήριξη του πληροφοριακού συστήματος, και την

εφαρμογή της μισθοδοσίας για τα νοσοκομεία.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα πρόσφατης έρευνας, η ηλεκτρονική συνταγογράφηση έχει λειτουργήσει ως εργαλείο ορθολογικής χρήσης των φαρμάκων, έχει συμβάλει στη μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης και αποτελεί υποβοηθητικό εργαλείο στην άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος.

Σήμερα, οι προτεραιότητες για την αναβάθμισή της περιλαμβάνουν την απλούστευση των εργασιών για το χρήστη, την ταχύτητα στην ενσωμάτωση θεραπευτικών πρωτοκόλλων, αλλαγών και βελτιώσεων, και τις φιλικές οθόνες χρήσης.

Παράλληλα, η ΗΔΙΚΑ αναπτύσσει νέες εφαρμογές και υπηρεσίες, και αναβαθμίζει το ρόλο της στο εθνικό στρατηγικό πλαίσιο για την ηλεκτρονική υγεία, με τη συμμετοχή της στο Εθνικό Συμβούλιο Διακυβέρνησης Ηλεκτρονικής Υγείας (ΕΣΔΗΥ) και με τον ορισμό της ως Εθνικού Σημείου Επαφής για τη Διασυννοιακή Υγεία (NCP).

Στόχος της ΗΔΙΚΑ είναι να αποκτήσει μεγαλύτερη εξωστρέφεια, συμμετέχοντας σε ευρωπαϊκά προγράμματα ως εταίρος με τεχνογνωσία και αναπτύσσοντας συνέργειες με άλλες δομές, υπουργεία, την ελληνική, αλλά και την ευρωπαϊκή αγορά ιατρικής πληροφορικής, ώστε να υπάρξει ολιστική προσέγγιση και στρατηγικός σχεδιασμός.

Η ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΟΛΥΚΡΙΤΗΡΙΑΚΗΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ ΑΠΟΦΑΣΕΩΝ (MCDA) ΣΤΗΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Στο πλαίσιο πειραματικής μελέτης περίπτωσης σχετικά με την ένδειξη μεταστατικού ορθοκολικού καρκίνου, η ομάδα ερευνητών του LSE Health and Department of Social Policy, η οποία τη διεξήγαγε, έθεσε σε εφαρμογή το μοντέλο MCDA, με σκοπό την ανάπτυξη εναλλακτικής μεθοδολογικής προσέγγισης για την εκτίμηση της αξίας, η οποία θα συνέβαλλε στην αποτελεσματικότερη κατανομή των πόρων.

Το μοντέλο MCDA αφορά την ολική κατάταξη διαφόρων επιλογών (φαρμάκων, τεχνολογιών κ.λπ.), βάσει αξιολόγησης της ανταπόκρισής τους σε συγκεκριμένους στόχους. Η μέθοδος που αναπτύχθηκε περιελάμβανε πέντε στάδια ανάλυσης της απόφασης: 1) Δόμηση προβλήματος - Εγκατάσταση/ίδρυση πλαισίου απόφασης, 2) Κατασκευή μοντέλου - Κατασκευή κριτηρίων, 3) Αξιολόγηση μοντέλου - Βαθμολόγηση, στάθμιση επιλογών, 4) Εκτίμηση μοντέλου - Εκμαίευση προτιμήσεων και 5) Σχέδιο δράσης - Εφαρμογή των αποτελεσμάτων.

Βάσει των αποτελεσμάτων της συγκεκριμένης εφαρμογής, προκύπτει ότι η προσέγγιση του MCDA δύναται να παρέχει βελτιωμένη πληρότητα (λόγω του πλήθους των κριτηρίων), ευελιξία και διαφάνεια. Παρ' όλ' αυτά, θα πρέπει να δοθεί προσοχή στις θεωρητικές βάσεις του μοντέλου, έτσι ώστε τα αποτελέσματα να είναι ουσιαστικά και οι συστάσεις αποφάσεων ισχυρές.

ΕΙΝΑΙ ΔΥΝΑΤΗ Η ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥ ΗΤΑ ΥΠΟ ΤΙΣ ΠΑΡΟΥΣΕΣ ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ;

Σήμερα, η δημιουργία οργανισμού Αξιολόγησης Τε-

χνολογίας Υγείας (HTA) στην Ελλάδα είναι απαραίτητη και δεν επιβάλλεται απλώς από τους οικονομικούς μας εταίρους. Ένα τέτοιο εγχείρημα δεν απαιτεί ιδιαίτερα πολυάριθμο προσωπικό – άλλωστε η χώρα διαθέτει επάρκεια ανθρώπινου δυναμικού, και άτομα με τις απαιτούμενες δεξιότητες και γνώσεις – ούτε ιδιαίτερα μεγάλα κεφάλαια, ενώ υπάρχουν ήδη μελέτες και κατευθυντήριες οδηγίες που μπορούν να χρησιμεύσουν ως βάση.

Η δραματική αύξηση της διαφοράς στη μέση τιμή ανάμεσα στο 10% των φθηνότερων και το 10% των ακριβότερων φαρμάκων υποδηλώνει την ανάγκη ανάπτυξης συστημάτων αξιολόγησης της καινοτομίας, για τη λήψη αποφάσεων που θα οδηγούν στην ορθολογική χρήση των φαρμάκων και τον εξορθολογισμό των δαπανών.

Η HTA είναι απαραίτητη και στον τομέα των ιατροτεχνολογικών προϊόντων, παρά τις αυξημένες δυσκολίες που παρουσιάζει η εφαρμογή της εδώ σε σχέση με την αξιολόγηση των φαρμάκων.

Η HTA μπορεί να αποτελέσει τη γέφυρα ανάμεσα στα στοιχεία της κλινικής έρευνας και στην τεκμηριωμένη λήψη απόφασης στην καθ' ημέρα πράξη. Με τη βοήθειά της, καθίσταται δυνατή η είσοδος των καινοτόμων φαρμάκων και η πρόσβαση των ασθενών στη νέα τεχνολογία, αλλά και η ανάπτυξη συνεργειών που θα συμβάλουν στην ισορροπία μεταξύ αποτελεσματικότητας και αποδοτικής χρήσης των πόρων.

Οι καλές πρακτικές για τη λειτουργία ενός οργανισμού HTA περιλαμβάνουν, σύμφωνα με τον ΠΟΥ και την ΕΕ, τη συνεργασία με άλλους οργανισμούς, τη δημιουργία ισχυρών δεσμών με τους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής, την ανεξαρτησία και διαχείριση των συγκρούσεων συμφερόντων, την ενίσχυση των ικανοτήτων των εργαζομένων στον οργανισμό, τη χρήση ορθών πρακτικών, τη διαφάνεια και τη μεταφορά των ευρημάτων από τη μία χώρα στην άλλη με τις απαραίτητες προσαρμογές. Την ίδια στιγμή, η σύναψη επίσημων συμφωνιών επιμερισμού του κινδύνου (Managed Entry Agreements – MEAs), με διαφανείς διαδικασίες, μεταξύ των πληρωτών και των παραγωγών τεχνολογίας μπορεί να εξασφαλίσει ότι οι συμβαλλόμενοι θα μοιράζονται την αβεβαιότητα και το ρίσκο.

Σε ένα τέτοιο πλαίσιο, ο ΕΟΦ καλείται να αναλάβει κεντρικό ρόλο: προτείνει δε διαδικασίες που αφορούν τόσο τον στρατηγικό σχεδιασμό όσο και κάποιες ειδικές παραμέτρους των προγραμμάτων HTA, όπως η συγκρότηση διεπιστημονικής ομάδας εργασίας, ο καθορισμός των εμπλεκόμενων φορέων και του πλαισίου της μεταξύ τους συνεργασίας, και η εκπαίδευση του προσωπικού τους με ζητούμενο την υψηλότερη επισημονική εξειδίκευση.

Η ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΤΟΥ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Στην Ελλάδα την τελευταία πενταετία καταγράφεται μαζική αποεπένδυση, οι δυνατότητες, ωστόσο, για ανάπτυξη στο χώρο της υγείας είναι τεράστιες και αφορούν, ενδεικτικά, την ανάπτυξη κλινικών μελετών, την παραγωγή γενεοσήμων για εξαγωγή, την έρευνα, την ανάπτυξη των νοσοκομείων, αλλά και του ιατρικού τουρισμού.

Η ελληνική φαρμακοβιομηχανία, παρά τις δυσμε-

νείς συνθήκες, εξακολουθεί να αναπτύσσει εξωστρέφεια και καινοτομία, παραμένοντας ανταγωνιστική, ποιοτική και δυναμική. Ειδικεύεται στην ανάπτυξη και παραγωγή επώνυμων γενεοσήμων και πρωτότυπων φαρμάκων άριστης ποιότητας, συμβάλλοντας σημαντικά στην ελληνική οικονομία. Ωστόσο, από την πολιτική πλευρά, δεν υπάρχει καμία αναπτυξιακή προσπάθεια για τη φαρμακοβιομηχανία.

Στις απαιτούμενες ενέργειες για τη διατήρηση και την αύξηση των επενδύσεων στον τομέα της υγείας περιλαμβάνονται, μεταξύ άλλων, η άμεση αποπληρωμή των χρεών του δημοσίου, η συνεργασία βιομηχανίας και Πολιτείας, ο σχεδιασμός μακράς πνοής για τη συμμετοχή του φαρμακευτικού κλάδου στην οικονομική ανάπτυξη της χώρας, η αναγνώριση και επιβράβευση της καινοτομίας, και η παροχή κινήτρων για επενδύσεις.

Οι συνεργασίες δημόσιου-ιδιωτικού τομέα μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την αντιμετώπιση των τρεχουσών και μελλοντικών προκλήσεων, αλλά και να προσφέρουν στην καινοτομία, να εστιάσουν στις ευκαιρίες που υπάρχουν σήμερα, όπως η ψηφιακή υγεία και η δημιουργία πραγματικών δεδομένων, να συμβάλουν στη μείωση των επανανοσηλεύσεων και στην εξοικονόμηση δαπανών. Για να λειτουργήσουν, όμως, στην Ελλάδα, απαιτείται ευρύτερη συζήτηση, κατανόηση των κινδύνων και οφελών, υιοθέτηση μεθόδων μέτρησης των αποτελεσμάτων που θα εστιάζουν στις πραγματικές εκβάσεις και έγκαιρη δράση.

Στο πλαίσιο αυτό, το πρόγραμμα Horizon 2020, που αποτελεί οικονομικό εργαλείο για την προώθηση της καινοτομίας στην ΕΕ, θα μπορούσε να κινητοποιήσει τον δημόσιο τομέα, ώστε να κάνει άνοιγμα στον ιδιωτικό, στο πεδίο της Έρευνας και Ανάπτυξης.

Η ΑΝΑΖΗΤΗΣΗ ΚΟΙΝΗΣ ΣΥΝΙΣΤΑΜΕΝΗΣ ΓΙΑ ΤΗ ΛΗΨΗ ΑΠΟΦΑΣΕΩΝ ΣΤΗΝ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η έρευνα με τίτλο «Τι συμβαίνει με την υγεία στην Ελλάδα σήμερα; Μια προσέγγιση της πολιτικής για την υγεία, από όλους για όλους» εντάσσεται στην προσπάθεια της Ομάδας Σκέψης «Πολιτική Υγείας» του Ελληνικού Συλλόγου Αποφοίτων του LSE να συνεισφέρει στον δημόσιο διάλογο και να αναδείξει μείζονα ζητήματα τα οποία αντιμετωπίζει ο χώρος της υγείας.

Η διαδικασία βασίστηκε στη διεξαγωγή μελέτης μέσω ερωτηματολογίου κλειστού τύπου, το οποίο καταγράφει τις απόψεις των βασικών εμπλεκόμενων και εταίρων στον τομέα της υγείας. Στο δείγμα συμμετείχαν εκπρόσωποι των θεσμικών φορέων του χώρου της υγείας, του πολιτικού χώρου, της ελληνικής και διεθνούς ακαδημαϊκής κοινότητας, της πολυεθνικής και εγχώριας φαρμακοβιομηχανίας, των διοικήσεων νοσοκομείων, της ιατρικής κοινότητας και συλλόγων ασθενών.

Τα αποτελέσματα παρουσιάζουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον, καθώς διαφαίνονται ισχυρές συγκλίσεις απόψεων μεταξύ των εταίρων όσον αφορά πολιτικές που αδυνατούσαν να εφαρμοστούν μέχρι σήμερα στη χώρα μας: την ενίσχυση της διείσδυσης των γενεοσήμων, τη σύμπραξη δημοσίων και ιδιωτικών νοσοκομείων σε επίπεδο παροχής υπηρεσιών, την εισαγωγή ενός συστήματος αξιολόγησης των γιατρών για το κλινικό

τους έργο και την ανάγκη σταθερότητας στις διοικητικές θέσεις των νοσοκομείων.

Με αφορμή τα αποτελέσματα της έρευνας, πολιτικοί και εμπειρογνώμονες διατυπώνουν απόψεις και προτάσεις για θέματα, όπως η πρόσβαση στις δομές υγεί-

ας, η αποδοτικότητα των εφαρμοζόμενων μέτρων πολιτικής υγείας, η κατανομή των πόρων, η διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού και η λειτουργία των νοσοκομείων, το έλλειμμα διαφάνειας και η ανάγκη για στρατηγικό σχεδιασμό μακράς πνοής στο χώρο της υγείας.

ΕΠΙΣΗΜΗ ΕΝΑΡΞΗ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

Χαιρετισμός του Υπουργού Υγείας*

Προς την αναδιοργάνωση του συστήματος Υγείας: η δύσκολη συγκυρία απαιτεί ισχυρή πολιτική βούληση.

Προεδρείο: Άρης Σισσούρας, Γιάννης Κυριόπουλος, Ελπίδα Πάβη

Ομιλητής: Ανδρέας Ξανθός, Υπουργός Υγείας 

* Το κείμενο που ακολουθεί αποτελεί απόδοση των βασικών σημείων της ομιλίας του κυρίου Υπουργού.

Η συγκυρία που διανύουμε είναι εξαιρετικά δυσχερής, αλλά η κοινωνία μάς έδωσε την εντολή να διαχειριστούμε με δικαιότερο τρόπο τα βάρη αυτής της περιόδου.

Σε ένα πλαίσιο δυσμενές και δεχόμενοι πιέσεις που φτάνουν, συχνά, στα όρια του πολιτικού εκβιασμού, θέλουμε να είμαστε κατά το δυνατόν σοβαροί, προετοιμασμένοι, με διάθεση ενίσχυσης της κοινωνικής συνοχής και εδραίωσης ενός κλίματος δικαίου στη χώρα. Το προηγούμενο σχέδιο για την υγεία, αν θεωρήσουμε ότι υπήρχε, διεπόταν από νεοφιλελεύθερες εμμονές. Το νέο σχέδιο χρειάζεται όραμα, μεθοδικότητα, διάλογο, κοινωνική συναίνεση και πολιτική αξιοπιστία.

Λαμβάνοντας υπόψη τους συσχετισμούς, επιδιώκουμε ο σχεδιασμός μας να έχει κοινωνικό πρόσημο. Πιστεύουμε ότι το σύστημα πρέπει να αναδιοργανωθεί με επίκεντρο την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) και τη δημόσια υγεία. Μόνον έτσι, η πολιτική υγείας θα είναι πραγματικά δημοκρατική και θα αφορά ισότιμα το σύνολο του πληθυσμού. Σήμερα, εκκρεμούν δύο κρίσιμες μεταρρυθμίσεις: η πρώτη αφορά το κράτος και τη δημόσια διοίκηση, και η δεύτερη, το φορολογικό σύστημα. Πρέπει να πείσουμε τους πολίτες ότι αξίζει να συμβάλουν, ανάλογα με τις δυνάμεις τους, στα φορολογικά έσοδα της χώρας. Αυτά θα επενδυθούν με κοινωνικές προτεραιότητες, ώστε να δημιουργηθεί ο δημοσιονομικός χώρος για την ενίσχυση της κοινωνικής πολιτικής και της δημόσιας περίθαλψης.

Μετά την αστάθεια του προηγούμενου διαστήματος, η επόμενη χρονιά πιστεύουμε ότι θα είναι καλύτερη. Στον προϋπολογισμό του 2016 έχει ήδη αποτυπωθεί η «μεροληψία» υπέρ της δημόσιας περίθαλψης, καθώς θέλουμε να ενισχύσουμε τις δημόσιες δομές. Βασικοί τομείς παρέμβασης είναι η καθολική πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, και η ενίσχυση της διαφανούς διακυβέρνησης και αξιόπιστης διοίκησης του συστήματος. Όμως η βιώσιμη χρηματοδότηση είναι το κρίσιμότερο ζήτημα, καθώς οι δημόσιες δαπάνες υγείας είναι πολύ χαμηλές, σε τροχιά απόκλισης, μάλιστα, από τις ευρωπαϊκές, κάτι που μας δίνει σημαντικό διαπραγματευτικό επιχείρημα: εάν θέλουμε σύγκλιση με τις ευρωπαϊκές προδιαγραφές, ενίσχυση της κοινωνικής συνοχής, ανθρώπινη αξιοπρέπεια την ώρα της ανάγκης, ενίσχυση του κύρους των θεσμών και της δημοκρατίας, δεν μπορούμε να ακολουθούμε τριτοκοσμική τροχιά στις δημόσιες δαπάνες υγείας.

Είναι σημαντικό να ανακαλούμε τον αξιακό χαρακτήρα του Εθνικού Συστήματος Υγείας, την έμπνευση των αρχών της δεκαετίας του 1980, την ελπίδα που έγινε σε μεγάλο βαθμό πραγματικότητα - στη συνέχεια, όμως, προέκυψαν μεταλλάξεις. Σήμερα, καλούμαστε να είμαστε πιο συγκεκριμένοι και συνεπείς ως προς τα λόγια και τα έργα.

Πρόθεσή μας είναι, πολύ σύντομα, να παρουσιάσουμε ένα συνολικό σχέδιο για την αναδιοργάνωση της ΠΦΥ, το οποίο θέλουμε να αποτελέσει σημαντική μεταρρυθμιστική τομή. Και αυτό, γιατί πιστεύουμε στο νέο υπόδειγμα, που υπερβαίνει την κουλτούρα της αγοράς και περιλαμβάνει την ολιστική φροντίδα υγείας του ασθενή, την πρόληψη, την αγωγή υγείας, όλο το φάσμα υπηρεσιών, μέχρι τη θεραπεία και την αποκατάσταση.

Για να τα καταφέρουμε, απαιτείται σχέδιο, συστράτευση των πιο υγιών δυνάμεων, τόσο του υγειονομικού τομέα όσο και της κοινωνίας, και χρηματοδότηση. Σε αυτήν την προσπάθεια, θεωρούμε την Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας θεσμικό μας σύμβουλο. Στην Ευρώπη, υπάρχουν επίσης καλές πρακτικές. Θα είμαστε πάντα ανοικτοί στο διάλογο με τους κοινωνικούς εταίρους και με τους θύλακες της επιστημονικής γνώσης.

Σας ευχαριστώ.

ΕΝΑΡΚΤΗΡΙΑ ΟΜΙΛΙΑ

Δημόσια υγεία: Η αναγκαιότητα επανασχεδιασμού και ανασυγκρότησης

Οι όροι και οι προϋποθέσεις για ένα ολοκληρωμένο σύστημα δημόσιας υγείας.

Προεδρείο: Γιάννης Κυριόπουλος, Γιώργος Ντουνιάς

Ομιλητής: Γιάννης Μπασκόζος 

Την εναρκτήρια ομιλία της διοργάνωσης εκφώνησε ο Γενικός Γραμματέας Δημόσιας Υγείας του Υπουργείου Υγείας, **Γιάννης Μπασκόζος**.

Ο κύριος Μπασκόζος αναφέρθηκε στον ορισμό Winslow (1923) για τη δημόσια υγεία ([Εικόνα 1](#)) και επεσήμανε ότι, παρόλο που έχει γίνει σημαντική πρόοδος, ακόμη και σήμερα προηγμένες κοινωνίες δεν επιτελούν πλήρως τα όσα ο ορισμός αυτός υποδεικνύει.

Η Δημόσια Υγεία αποτελεί θεμελιώδη προϋπόθεση για τη διατήρηση και βελτίωση της υγείας του πληθυσμού, και ύψιστη προτεραιότητα για την ΕΕ (Europe 2020 Strategy). Οφείλει δε να εστιάζει στους μείζονες παράγοντες κινδύνου εν μέσω παγκόσμιας οικονομικής κρίσης και στη συνακόλουθη επιδείνωση των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων. Η χάραξη πολιτικής για τη δημόσια υγεία προϋποθέτει την άντληση τεκμηρίων από την επιδημιολογία, τη δημογραφία, τις συμπεριφορικές επιστήμες, τις επιστήμες Υγείας κ.ά.

Παρά κάποιες αξιολογες νομοθετικές πρωτοβουλίες και την επάρκεια ανθρώπινων πόρων, το σύστημα δημόσιας υγείας στη χώρα μας υστερεί, υπέρ του συστήματος νοσοκομειακής περίθαλψης: μόνο το 1,35% της συνολικής δαπάνης υγείας προορίζεται για την πρόληψη και τη δημόσια υγεία (έναντι 2,9% κατά μέσο όρο στις χώρες του ΟΟΣΑ).

Η όποια προσπάθεια ανασυγκρότησης θα πρέπει να εφαρμόζεται σε περιβάλλον ασφυκτικό, το οποίο καθορίζεται από την περιστολή δαπανών για τη φροντίδα υγείας, την κατάρρευση των υφιστάμενων δομών, καθώς και τις έκτακτες συνθήκες που διαμορφώνει η μεγάλη εισροή στη χώρα μας μεταναστών και προσφύγων.

Σύμφωνα με τους δείκτες, η αυξητική τάση του προσδόκιμου ζωής που καταγραφόταν τις τελευταίες δεκαετίες δείχνει να επιβραδύνεται τα τελευταία χρόνια. Κύριες αιτίες θανάτου είναι η ισχαιμική καρδιοπάθεια (22,2%), τα εγκεφαλικά επεισόδια (18,5%), ο καρκίνος της τραχείας, των βρόγχων και του πνεύμονα (5,8%), οι λοιμώξεις του κατώτερου αναπνευστικού (4,8%) και η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (4,1%).

Μείζονες παράγοντες κινδύνου αποτελούν το κάπνισμα, η κατάχρηση οινοπνευματωδών, η ανεπαρκής κατανάλωση ψαριού, φρούτων και λαχανικών, η υπερκατανάλωση κόκκινου κρέατος, η έλλειψη φυσικής άσκησης, η παχυσαρκία αλλά και οι κοινωνικοί προσ-

διοριστές της υγείας (ανεργία, φτώχεια, κοινωνικός αποκλεισμός, συνθήκες εργασίας, φυσικό περιβάλλον, υγιεινή).

Σε αυτό το πλαίσιο, οι προτεραιότητες που διαγράφονται είναι η αντιμετώπιση του φορτίου της ασθένειας, η αξιολόγηση των επιδόσεων του συστήματος υγείας για την αποτροπή της θνησιμότητας, η εξασφάλιση και στους αδυνάτους της πρόσβασης στη φροντίδα υγείας, η αντιμετώπιση των ζητημάτων που προκύπτουν από τη μετακίνηση των πληθυσμών.

Ως εκ τούτου, η πολιτική υγείας οφείλει να κατατείνει:

α) στον εξορθολογισμό της διοικητικής διάρθρωσης. Κάτι τέτοιο προϋποθέτει την αναμόρφωση, επικαιροποίηση και μεταρρύθμιση του νομοθετικού πλαισίου άσκησης και εφαρμογής της δημόσιας υγείας, την αποκέντρωση, αλλά και την ισχυροποίηση της

Ο ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

«Δημόσια Υγεία είναι η επιστήμη και η τέχνη να προλαμβάνεται η νόσος, να επιμηνύεται η ζωή, να προάγεται η φυσική υγεία και η αποδοτικότητα του ανθρώπου, μέσα από την οργανωμένη προσπάθεια της κοινωνίας για την εξυγίανση του περιβάλλοντος, τον έλεγχο των λοιμωδών νόσων, την εκπαίδευση κάθε ατόμου στην ατομική υγιεινή, την οργάνωση των ιατρικών και νοσηλευτικών υπηρεσιών υγείας για την πρώιμη διάγνωση και προληπτική θεραπεία των νόσων, και την ανάπτυξη μιας "κοινωνικής μηχανής" που να εξασφαλίζει σε κάθε άτομο ένα επίπεδο ζωής ικανό για τη διατήρηση της υγείας του.»

Winslow, 1923

Εικόνα 1: Ο ορισμός της Δημόσιας Υγείας από τον Charles-Edward Amory Winslow (1877-1957).

Διεύθυνσης Δημόσιας Υγείας (σημειωτέον ότι προβλέπεται να ξεκινήσει άμεσα η λειτουργία Εθνικού Συμβουλίου Δημόσιας Υγείας εντός του Υπουργείου Υγείας).

β) στη διαχείριση των μειζόνων παραγόντων κινδύνου: ποιοι παράγοντες είναι τροποποιήσιμοι και πώς μπορούμε να τους επηρεάσουμε, πώς θα εξασφαλιστεί η καθολική πρόσβαση σε ένα αναβαθμισμένο σύστημα ΠΦΥ, ποια μέτρα θα ληφθούν σε επίπεδο τόσο πρωτογενούς όσο και δευτερογενούς πρόληψης. Στο σημείο αυτό, ο κύριος Μπασκόζος στάθηκε σε μια σειρά από επίκαιρα ζητήματα που χρήζουν ειδικής μέριμνας: το εθνικό πρόγραμμα εμβολιασμών, η εκπόνηση Εθνικού Σχεδίου Δράσης για την υγεία προσφύγων και μεταναστών, η αντιμετώπιση των εξαρτήσεων και των συν-

δεόμενων με αυτές παθήσεων και θανάτων, το θέμα της ψυχικής υγείας που τελευταία παίρνει ανησυχητικές διαστάσεις, αλλά και εκείνο των δημοσιονομικών μέτρων με βάση τα οποία θα ασκείται η πολιτική δημόσιας υγείας και

γ) στην ενδυνάμωση των επαγγελματιών υγείας, με το βλέμμα στραμμένο σε όσους δεν ανήκουν στο αμιγώς ιατρικό προσωπικό, αλλά και με έμφαση στη χρηματοδότηση του συστήματος.

Για να υλοποιηθούν όλα αυτά, χρειάζονται συγκεκριμένες δράσεις και πολλή δουλειά. Πάνω από όλα, όμως, χρειάζεται η δέσμευση και η στράτευση όλων όσοι ξέρουν, μπορούν και θέλουν, κατέληξε ο κύριος Μπασκόζος.

ΔΙΑΛΕΞΗ

Το μέλλον των συστημάτων υγείας: Αναθεωρώντας την πολιτική υγείας και τις εκβάσεις (The future of health systems: Reconsidering health policy and outcomes)

Το μέλλον της υγείας στηρίζεται στη «συνεργατική νοημοσύνη»: ανθρωποκεντρική, ενιαία, βασισμένη σε στοιχεία και προσανατολισμένη στη δράση.

Προεδρείο: Άρης Σισσούρας, Ελπίδα Πάβη

Ομιλητής: Constantino Sakellarides 

Η επίσημη τελετή έναρξης του συνεδρίου άνοιξε με την κεντρική ομιλία του Ομότιμου Καθηγητή Πολιτικής Υγείας της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας της Πορτογαλίας, **Constantino Sakellarides**, ο οποίος εκτίμησε ότι ο τρόπος προσέγγισης των μεταρρυθμιστών της υγείας είναι επιφανειακός, αποσπασματικός, με ελάχιστους πόρους και περιορισμένη αντίληψη του συστήματος. Με αφετηρία τη διαπίστωση αυτή, παράγοντες της βιομηχανίας, κυρίως, ζήτησαν από τους πανεπιστημιακούς να δημιουργήσουν ένα σύστημα για την καλύτερη «συνεργατική νοημοσύνη» (collaborative intelligence) όσον αφορά τα συστήματα υγείας.

Το ερώτημα το οποίο θέτει η μελέτη που παρουσιάστηκε αφορά το κατά πόσον είναι δυνατή η επεξεργασία ενός συστήματος –που ονομάστηκε «collaborative intelligence»– το οποίο θα είναι ανθρωποκεντρικό, βασισμένο σε στοιχεία, ενιαίο και με στόχο την κινητοποίηση για δράση – συστατικά που αποτελούν το μέλλον των συστημάτων υγείας.

Οι ερευνητές επέλεξαν ορισμένες παθήσεις-δείκτες, βάσει των οποίων δημιούργησαν προφίλ δράσης και τα γνωστοποίησαν σε όλους τους εμπλεκόμενους: πολίτες-ασθενείς, παρόχους υγείας, βιομηχανία, δημόσιο. Τα προφίλ αυτά είναι ειδικά, ανάλογα με τον αποδέκτη: οι δείκτες συνοψίστηκαν σε συνάρτηση με 6 διαστάσεις και αποσκοπούν στο να παρακινήσουν τους εμπλεκόμενους σε δράση.

Οι τέσσερις βασικές διαστάσεις που περιγράφουν τα συστήματα υγείας είναι: 1) η υγεία κατά τον κύκλο της ζωής, 2) οι διαδικασίες της υγειονομικής περίθαλψης, 3) η αλληλεπίδραση με την καινοτομία-τεχνολογία, 4) οι άνθρωποι (συναισθήματα, πεποιθήσεις, συμπεριφορές). Επιπλέον, λαμβάνεται υπ' όψιν (5) το περιβάλλον (σε εθνικό και διεθνές επίπεδο) και (6) η διακυβέρνηση.

Ο κύριος Sakellarides επεσήμανε ότι τα προφίλ δράσης που προκύπτουν από το παραπάνω σύστημα είναι

πολλά. Εδώ παρουσίασε ένα ειδικό προφίλ για το κοινό του συνεδρίου, όπως είπε, πάντοτε με απώτερο σκοπό την κινητοποίηση για δράση.

Η προσέγγιση βάσει του κύκλου της ζωής (1η διάσταση) έχει το πλεονέκτημα ότι επιτρέπει να εξετάσουμε την υγεία και τις επιδράσεις μεταξύ των γενεών, να εστιάσουμε σε κρίσιμες περιόδους της ζωής (για παρέμβαση ή πρόληψη) και να δούμε τις συσσωρευτικές επιπτώσεις των γεγονότων της ζωής.

Ένα παράδειγμα «κρίσιμης περιόδου», είναι η φτώχεια στην παιδική ηλικία: ο κίνδυνος φτώχειας και αποκλεισμού δεν είναι σημαντικός μόνο γιατί τα παιδιά υποφέρουν τη δεδομένη χρονική στιγμή, αλλά και γιατί το χρόνιο στρες που δημιουργείται επηρεάζει τη λειτουργική τους μνήμη και τη δυνατότητα εκμάθησης όσο μεγαλώνουν. Ένα άλλο παράδειγμα είναι η επίπτωση της άνοιας, ειδικότερα στην Ευρώπη, η οποία ανέρχεται σε ποσοστά 33% στους άνδρες και 46% στις γυναίκες άνω των 90, και πρέπει να βρεθούν τρόποι αντιμετώπισης αυτού του διαρκώς επιδεινούμενου φαινομένου. Όσον αφορά το συσσωρευτικό αποτέλεσμα των γεγονότων της ζωής, τίθεται το ερώτημα πώς είναι η υγεία μας και ποιο είναι το προσδόκιμο υγιούς ζωής μετά τα 65 έτη. Διαπιστώνονται, λοιπόν, διαφορές μεταξύ πλουσιότερων και φτωχότερων χωρών. Έτσι, στη Σουηδία, το προσδόκιμο μετά τα 65 είναι 14,5 έτη, ενώ στην Ελλάδα, 6,6 και στην Πορτογαλία, 5,4. Αυτό δεν σημαίνει μόνο περισσότερα υγιή χρόνια για τους κατοίκους των πλουσιότερων χωρών, αλλά και μικρότερη επιβάρυνση από νόσους στα συστήματα υγείας τους, ενώ στις φτωχότερες χώρες η υγεία κοστίζει πιο ακριβά.

Η 2η διάσταση, αφορά τις διαδικασίες της υγειονομικής περίθαλψης. Όπως παρατήρησε ο κύριος Sakellarides, ο τρόπος που αντιμετωπίζουμε την περίθαλψη είναι με ξεχωριστή διαχείριση των νοσοκομείων, των κέντρων υγείας, της μακροχρόνιας

φροντίδας. Ο τρόπος αυτός είναι μακριά από τη λογική του ασθενή, ο οποίος αναζητεί μιαν άνετη μετάβαση από τον έναν φορέα στον άλλο. Αυτό που θα έπρεπε να διαχειριζόμαστε είναι η διαδικασία μετάβασης, η διαδρομή μεταξύ των οργανισμών περίθαλψης και το τελικό αποτέλεσμα. Χρειάζεται, λοιπόν, να επικεντρωθούμε στο αποτέλεσμα για τον ασθενή: στο τέλος της διαδρομής πόση αξία (=υγεία) κερδίζουμε ανά μονάδα κόστους; Ως παράδειγμα, ο κύριος Sakellarides ανέφερε ότι η θνησιμότητα από πνευμονία σε νοσοκομεία της νότιας Πορτογαλίας είναι διπλάσια συγκριτικά με την υπόλοιπη χώρα. Πρέπει να απαντηθεί επομένως το ερώτημα, για ποιον λόγο συμβαίνει αυτό.

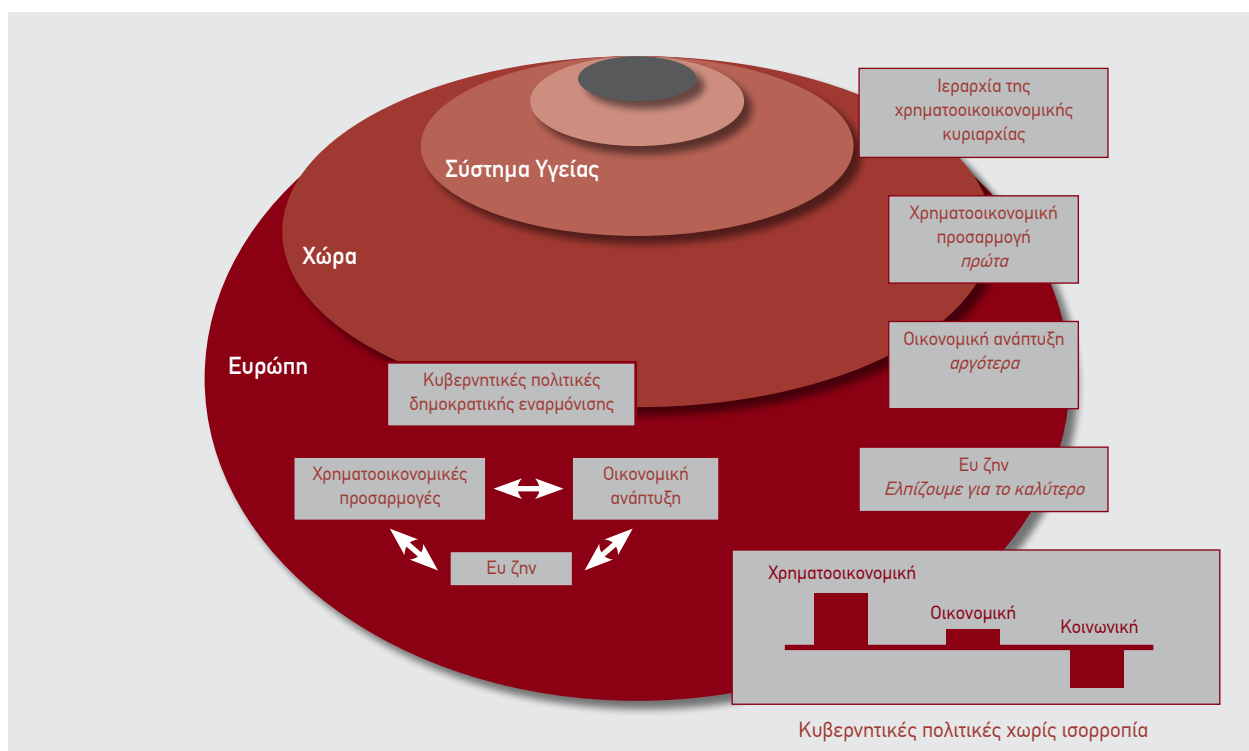
Όσον αφορά την 3η διάσταση, την καινοτομία που συνδέεται με την τεχνολογία, με την οποία αλληλεπιδρά ο καθένας μας στην πορεία της ζωής, ο κύριος Sakellarides παρατήρησε ότι δεν υπάρχει λόγος να μην έχουμε πρόσβαση σε όλα τα στοιχεία της αλληλεπίδρασης αυτής, όπως συμβαίνει σήμερα. Μία από τις τεχνολογίες αιχμής είναι το καινοτόμο φάρμακο, το οποίο συνήθως εξετάζεται υπό το πρίσμα της χρηματοδότησης, της συνταγογράφησης και της χρήσης. Πιο συγκεκριμένα, στο παράδειγμα των από στόματος αντιδιαβητικών φαρμάκων που παρέθεσε ο ομιλητής, η δαπάνη στην Πορτογαλία την διετία 2007-2013 τριπλασιάστηκε. Ωστόσο, δεν είναι γνωστό εάν το όφελος των ασθενών από τα φάρμακα αυτά επίσης τριπλασιάστηκε, ή κατά πόσον αυξήθηκε. Πρέπει να απαντηθεί, λοιπόν, το ερώτημα γιατί έγινε αυτή η επένδυση. Η πρόσβαση στην πλήρη αλυσίδα της αξίας των καινοτόμων τεχνολογιών είναι αναγκαία όχι μόνο για τους επαγγελματίες αλλά και για τους πολίτες, υπογράμμισε ο κύριος Sakellarides. Επιπλέον, εξετάζοντας την πλήρη αλυσίδα της αξίας της καινοτομίας, μπορούμε να εστιάσουμε σε κάθε στάδιο ξεχωριστά ή σε ένα πιο πρώιμο στάδιο, προλαβαίνοντας τις εξελίξεις. Αυτό ισχύει για τις τιμές των νέων φαρμάκων, όπου το

κράτος μπορεί να διαπραγματευτεί έγκαιρα με τη βιομηχανία.

Οι άνθρωποι αποτελούν την 4η διάσταση των συστημάτων υγείας, που συχνά δεν λαμβάνονται υπ' όψιν ως παράμετρος. Μπορούμε να έχουμε το σύστημα που μας επιτρέπει η κουλτούρα μας, είτε χαρακτηριστικά ο κύριος Sakellarides. Θεωρητικά, εδώ έχουμε να κάνουμε με «health literacy» (αλφαριθμητισμό στην υγεία), ή για ενεργοποίηση του ασθενή σε 4 φάσεις: τη συνειδητοποίηση του προβλήματος, τις γνώσεις, την ανάληψη δράσης, και, τέλος, την εμπειρία από τη λήψη αποφάσεων και τη διατήρησή της. Το επίπεδο ενεργοποίησης των πολιτών επηρεάζει άμεσα το είδος των συστημάτων υγείας που μπορούμε να έχουμε. Δεν είναι δυνατό να έχουμε σύγχρονους, εξελιγμένους οργανισμούς με μη ενεργούς πολίτες. Ο κύριος Sakellarides περιέγραψε τις σημερινές βασικές δομές στην υγεία (ιδιώτης γιατρός-ασθενής, και δημόσιο νοσοκομείο-γραφειοκρατία-ασθενείς) και επεσήμανε την έλευση μιας νέας μορφής περίθαλψης, των ιδιωτικών οργανισμών υγείας. Το ζητούμενο για την επόμενη πενταετία είναι να βρεθεί μια ισορροπία μεταξύ αυτών (Εικόνα 2).

Οι δύο τελευταίες διαστάσεις που ανέπτυξε ο κύριος Sakellarides είναι το εθνικό-διεθνές περιβάλλον και η διακυβέρνηση. Ως προς το πρώτο, παρατήρησε ότι, τα τελευταία 30 χρόνια, οι οικονομίες από παραγωγικές μεταμορφώνονται σε χρηματοοικονομικές και έχουν διαφορετικό χαρακτήρα. Η κυριαρχία των χρηματοοικονομικών πολιτικών έναντι της ανάπτυξης της οικονομίας και της υγείας-ποιότητας ζωής δημιουργεί ανισορροπία και δυστυχία. Δεδομένου ότι τώρα γνωρίζουμε τις επιπτώσεις της λιτότητας των τελευταίων ετών στο υγειονομικό σύστημα, είναι απαραίτητο να προετοιμαστούμε για το μέλλον και να προλάβουμε τα αρνητικά αποτελέσματα, τόνισε ο ομιλητής.

Όσον αφορά τη διακυβέρνηση, ο κύριος Sakellarides



Εικόνα 2: Ιεράρχηση των πολιτικών υπό την κυριαρχία της χρηματοοικονομικής οικονομίας.

έδωσε δύο παραδείγματα για το πώς μπορεί να αναλυθεί η διάσταση αυτή ώστε να προκαλέσει δράση. Συνήθως στην ανάλυση οι «εμπλεκόμενοι φορείς» (stakeholders) θεωρούνται δεδομένοι και δεν ασχολούμαστε μαζί τους, ενώ στην πραγματικότητα ο καθένας έχει τους δικούς του σκοπούς, αντιλήψεις κ.λπ. Είναι απαραίτητο να δούμε πώς σκέφτεται η κάθε κατηγορία (επαγγελματίες της υγείας, managers, πανεπιστημιακοί, ειδικοί της τεχνολογίας, κοινωνικοί εταίροι, επιχειρηματίες, επενδυτές, δημοσιογράφοι, πολιτικοί) για το σύστημα και το μέλλον του, ώστε να το διαχειριστούμε. Στη μεταρρύθμιση της ΠΦΥ στην Πορτογαλία, για παράδειγμα, όπου ανατέθηκαν με συμβάσεις μεγάλα τμήματα της οικονομίας με αρκετή αυτονομία, αρχικά οι αντιδράσεις της πλειονότητας των εμπλεκόμενων φορέων ήταν θετικές. Οι μόνοι που αντέδρασαν αρνητικά ήταν οι διοικητικοί του συστήματος υγείας, καθώς απώλεσαν τις εξουσίες τους. Με την αλλαγή κυβέρνησης, η μεταρρύθμιση αυτή είχε μικρότερη υποστήριξη, ο ρυθμός της επιβραδύνθηκε, έχασε σταδιακά την υποστήριξη των φορέων και δεν έφτασε ποτέ στους πολίτες. Προκειμένου η μεταρρύθμιση να προχωρήσει και να φτάσει στους τελικούς αποδέκτες, θα πρέπει να ερευνηθούν οι απόψεις των φορέων (stakeholders) και να επιλυθούν τα προβλήματα.

Η «συλλογική νοημοσύνη» συνίσταται στο να πάμε από τα σχέδια επί χάρτου στην πράξη, τόνισε ο κύριος Sakellarides. Χρειαζόμαστε «συλλογική νοημοσύνη» που να είναι ανθρωποκεντρική, βασισμένη στις

αξίες, ενιαία και να ενεργοποιεί την κοινότητα, ώστε να σκέφτεται και να αποτελεί μέρος μιας διαδικασίας αλλαγών.

Το θεωρητικό υπόβαθρο του «Συστήματος Συνεργατικής Νοημοσύνης στην Υγεία» - Ενδεικτική βιβλιογραφία:

- **Collective intelligence**
Glenn, J. (2013), "Collective Intelligence and an Application by The Millennium Project". *World Future Review* 5(3), 235–243.
- **Knowledge brokering**
Lavis JN., Permanand G., BRIDGE Study Team (2014). "A way to approach knowledge brokering: the BRIDGE framework and criteria". Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- **Visual thinking**
Visual Thinking Centre for Teaching, Vanderbilt University, <http://cft.vanderbilt.edu> (accessed on 24th January 2015).
- **Metaphoric language**
Ottali, VC, Rerstrom RA (2010). "Metaphor and Persuasive Communication: A multifunctional approach". *Social and Personality Psychology Compass* 4(9), 783-794.

ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ

Πολιτική και οικονομία της δημόσιας υγείας

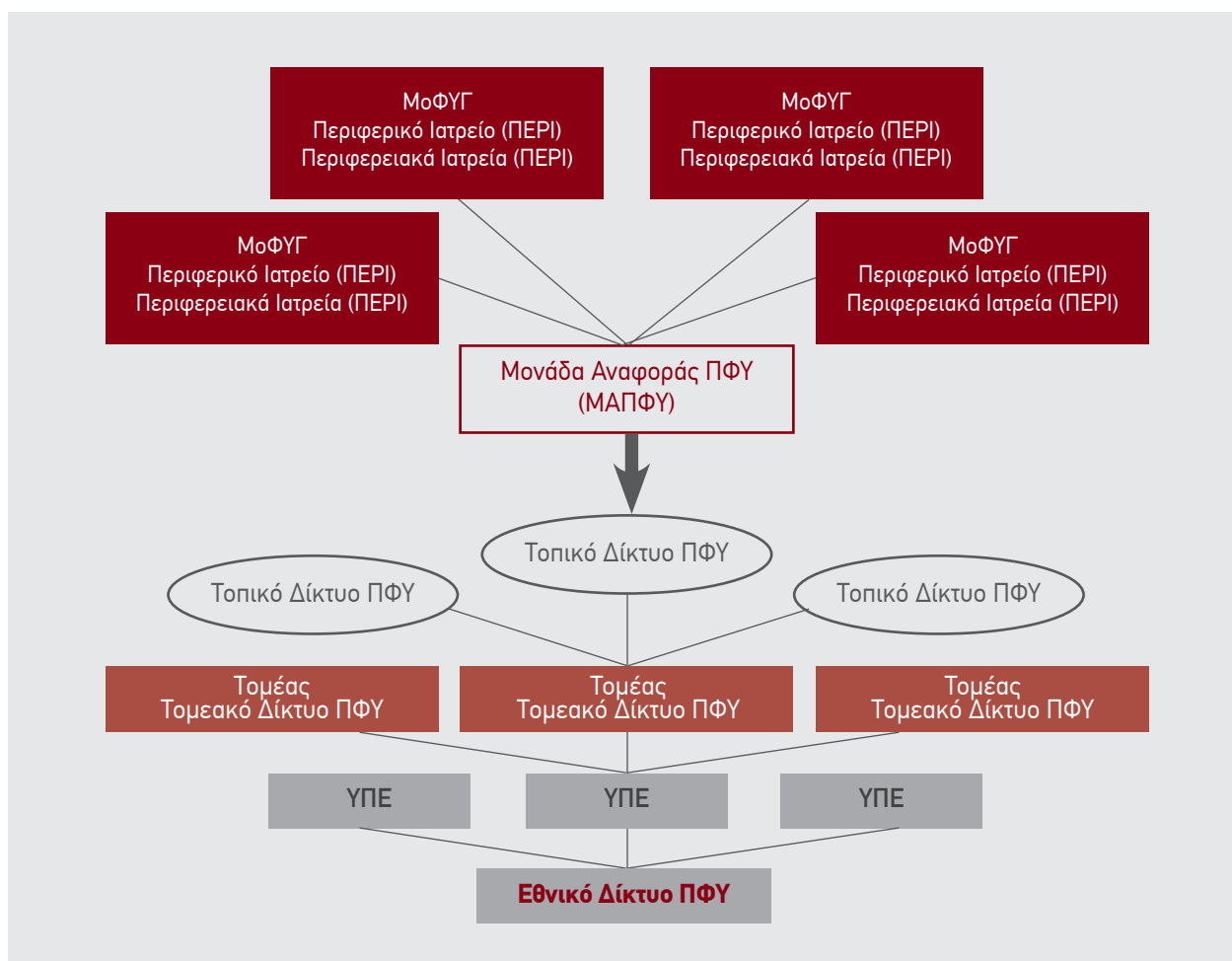
Ένα αποτελεσματικό σύστημα δημόσιας υγείας είναι αναγκαίο για την υλοποίηση των κατάλληλων πληθυσμιακών παρεμβάσεων.

Προεδρείο: Δώρα Σταύρου, Ελπίδα Πάβη

Ομιλητές: Αλέξης Μπένος, Η πρόκληση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας: Αν όχι σήμερα, τότε; 
Γιάννης Τούντας, Προτεραιότητες δημόσιας υγείας σε περίοδο οικονομικής κρίσης 
Αθηνά Λινού, Εκτίμηση κινδύνων-αναγκών και διαχείριση απειλών δημόσιας υγείας 
Τάκης Παναγιωτόπουλος, Το νέο Ατομικό Δελτίο Υγείας Μαθητή και ο δύσκολος δρόμος της δημόσιας υγείας «βάσει τεκμηρίωσης» 

Στην παρουσίασή του, που άνοιξε τη συνεδρία, ο Καθηγητής Υγιεινής, Κοινωνικής Ιατρικής & Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, **Αλέξης Μπένος**, υποστήριξε ότι η νεοφιλελεύθερη παγκοσμιοποίηση και η επιβολή των μνημονίων λιτότητας στοχοποιούν την εργασία, το κράτος κοινωνικής πρόνοιας και το δημόσιο. Η ανά-

γκη για φροντίδα υγείας αναδεικνύεται σήμερα πρώτη αιτία χρεοκοπίας, τόσο στη χώρα μας όσο και διεθνώς. Στην πραγματικότητα, επικρατεί αυτό που ο Julian Tudor Hart αποκάλεσε “The inverse care law”: οι υπηρεσίες υγείας απευθύνονται σε νέους, υγιείς και πλούσιους, τη στιγμή που οι οικονομικοί φραγμοί περιορίζουν ολοένα και περισσότερο την πρόσβαση



Εικόνα 3: Η Μονάδα Φροντίδας Υγείας Γειτονιάς θα αποτελεί το λειτουργικό κύτταρο της ολοκληρωμένης παροχής υπηρεσιών.

σε υπηρεσίες υγείας των ηλικιωμένων, των ανέργων και των φτωχών. Η υποχρηματοδότηση των δημόσιων υπηρεσιών υγείας είναι κυρίως υπεύθυνη για την πολιτική απαξίωσης και δυσφήμισης των δημόσιων υπηρεσιών, για την πολιτική συρρίκνωσης του ανθρωπίνου δυναμικού και για τη διευρυνόμενη πολιτική ιδιωτικοποίησης. Η πρωτοβάθμια περίθαλψη λειτουργεί ως υβριδικό σύστημα χρηματοδότησης και οργάνωσης, και προσεγγίζει την υγεία ως εμπορεύσιμο αγαθό. Κύρια χαρακτηριστικά της, η αναποτελεσματική και νοσοκομειοκεντρική λειτουργία, η συνταγογραφική, κυρίως, διαχείριση των χρόνιων νοσημάτων, η δαιδαλώδης ποικιλία των εργασιακών σχέσεων, η αναπαραγωγή του πελατειακού και σημαντικά ιδιωτικοποιημένου συστήματος λειτουργίας, η προκλητή ζήτηση υπηρεσιών, η σπατάλη πόρων και λειτουργιών. Αλλά και οι μεταρρυθμίσεις των τελευταίων χρόνων σχεδιάστηκαν με παλιά και αναποτελεσματικά υλικά, και πλέον η επαναδιατύπωση της ΠΦΥ κρίνεται αναγκαία. Στο πλαίσιο Ομάδας Εργασίας επιφορτισμένης με την κατάρτιση σχετικής πρότασης, και εκκινώντας από το επιχείρημα ότι η υγεία αποτελεί κοινωνικό δικαίωμα, περιγράφηκαν τα χαρακτηριστικά που θα πρέπει να διέπουν την ΠΦΥ στην Ελλάδα: ενιαία και συντονισμένη, ολοκληρωμένη και συνεχής, δημόσια και κοινωνικά ελεγχόμενη. Το δίκτυο ΠΦΥ θα πρέπει να αναπτύσσεται σε δύο επίπεδα: το πρώτο θα περιλαμβάνει τις Μονάδες Φροντίδας Υγείας Γειτονιάς (ΜοΦΥΓ) στο αστικό περιβάλλον και τα περιφερειακά ιατρεία στο αγροτικό περιβάλλον· το δεύτερο, τις Μονάδες Αναφοράς ΠΦΥ (ΜΑΠΦΥ), για παραπομπή σε εξετάσεις και σε ιατρεία επιμέρους ειδικοτήτων ([Εικόνα 3](#)).

Η ΜοΦΥΓ θα έχει διεπιστημονική σύνθεση, καθώς θα απαρτίζεται από επισκέπτη υγείας/νοσηλεύτη, κοινωνικό λειτουργό, γιατρό Γενικής Ιατρικής ή/και Παθολόγο, Παιδίατρο και διοικητική υποστήριξη. Απαραίτητη προϋπόθεση, η δημιουργία Ενιαίου Ηλεκτρονικού Αρχείου Υγείας Πληθυσμού, που θα υποστηρίζει την εγγραφή του πληθυσμού στις Μονάδες Φροντίδας Υγείας Γειτονιάς κάθε περιοχής και τη διαδικασία των παραπομπών, και θα λειτουργεί ως βασικός μηχανισμός ελέγχου της ποιότητας του συστήματος. Το σχεδιασμό και τη λειτουργία των Μονάδων Γειτονιάς θα ελέγχει και η Τοπική Συνέλευση για την Υγεία. Για να γίνει η ΠΦΥ μοχλός πολιτικής και κοινωνικής ανάπτυξης, είναι απαραίτητη η στελέχωση των δομών της επαρχίας, μια πολιτική ανάπτυξης του ανθρωπίνου δυναμικού (εκπαίδευση, έρευνα) και ο σχεδιασμός της ανάπτυξης της ΠΦΥ στις πόλεις, κατέληξε ο κύριος Μπένος.

Η φτώχεια, πρώτη αιτία αρρώστιας και θανάτου για την Κοινωνική Ιατρική, αποτελεί παγκόσμιο φαινόμενο, επεσήμανε στην εισήγησή του ο Καθηγητής Ιατρικής, Υπεύθυνος του Κέντρου Μελετών Υπηρεσιών Υγείας της Ιατρικής Σχολής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, **Γιάννης Τούντας**. Οι μηχανισμοί που εξηγούν τη σύνδεσή της με την υποβάθμιση της υγείας του πληθυσμού έχουν να κάνουν με την άμεση επίπτωση στη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα (μείωση του προσδόκιμου ζωής), με την επίδραση σε συμπεριφορές που σχετίζονται με την υγεία και με την επίδραση στην αποδιοργάνωση των συστημάτων υγείας.

Στην Ελλάδα, προς το παρόν, το προσδόκιμο ζωής συνεχίζει να παρουσιάζει σταθερά -μικρή, έστω-, βελτίωση. Έχει όμως επιδεινωθεί η ψυχική νοσηρότητα, ιδιαίτερα όσον αφορά τις αγχώδεις διαταραχές και την

κατάθλιψη, κάτι που συνδέεται και με την αύξηση των αυτοκτονιών (αν και η τελευταία, σε απόλυτους αριθμούς, είναι μάλλον μικρή). Για τα καρδιαγγειακά νοσήματα αναμένεται επιδείνωση τα επόμενα χρόνια, καθώς ενισχύονται οι προδιαθεσικοί παράγοντες. Στα λοιμώδη νοσήματα, παρατηρήθηκε αύξηση της μετάδοσης του ιού του AIDS, όταν σταμάτησε το πρόγραμμα χορήγησης δωρεάν συρίγγων στους χρήστες. Υπήρξαν, επίσης, εστίες αναζωπύρωσης νοσημάτων, όπως η φυματίωση ή ο ιός του Δυτικού Νείλου, αλλά, χάρη στην αποτελεσματική παρέμβαση του ΚΕΕΛΠΙΝΟ, οι εστίες αυτές τέθηκαν γρήγορα υπό έλεγχο.

Όσον αφορά τους προδιαθεσικούς παράγοντες, το κάπνισμα παρουσιάζει σταθερή μείωση στη χώρα μας από το 2006, χάρη τόσο στην αντικαπνιστική πολιτική του Υπουργείου Υγείας, όσο και στην ωρίμαση της αντίληψης των κινδύνων από πλευράς των πολιτών. Η μείωση αυτή συνεχίστηκε και στην κρίση, λόγω των οικονομικών περιορισμών, με ταχύτερο μάλιστα ρυθμό. Στη διατροφή, από την άλλη, παρατηρούμε ότι, ενώ περισσότεροι Έλληνες τρώνε στο σπίτι, έχει περιοριστεί η κατανάλωση υγιεινών προϊόντων (φρούτων, λαχανικών και δημητριακών), τη στιγμή που η κατανάλωση κόκκινου κρέατος και γαλακτοκομικών παρέμεινε σταθερή. Επιπλέον, όσοι τρώνε εκτός σπιτιού προτιμούν το φτηνό, κακής ποιότητας φαγητό. Ο περιορισμός που διαπιστώνεται (για οικονομικούς κυρίως λόγους) στη φυσική άσκηση, σε συνδυασμό με την κακή διατροφή, συνδέεται με την αύξηση της παχυσαρκίας, ιδιαίτερα της παιδικής. Στην κατανάλωση αλκοόλ καταγράφεται μείωση, στα τροχαία ατυχήματα επίσης. Ωστόσο, η παραπάνω εικόνα εμφανίζεται αντεστραμμένη στις ευάλωτες κοινωνικά και οικονομικά ομάδες, που αντιδρούν στην κρίση υποβαθμίζοντας την προτεραιότητα της προστασίας της υγείας τους.

Το δημόσιο σύστημα υγείας υποχρηματοδοτείται και υποστελεχώνεται. Είναι απαραίτητο να εξασφαλίσει το 6% του ΑΕΠ, χρειάζονται όμως και σημαντικές διαρθρωτικές αλλαγές, καθώς και ανασχεδιασμός όλου του νοσοκομειακού χάρτη, με συγχωνεύσεις κλινικών, τμημάτων, ακόμη και νοσοκομείων. Χρειάζεται ακόμη να δοθεί προτεραιότητα στην ΠΦΥ και την πρόληψη. Στην Ελλάδα, από το 1983 έχει επιλεγεί το μοντέλο των Κέντρων Υγείας και σήμερα το ΠΕΔΥ είναι το εθνικό πρωτοβάθμιο σύστημα υγείας που διαθέτουμε. Οφείλουμε να επιδιώξουμε την καλύτερη δυνατή λειτουργία του, όχι την αντικατάστασή του από ένα νέο σύστημα. Η έννοια της οικογενειακής ιατρικής θα πρέπει να περάσει μέσω των κέντρων υγείας και του ΠΕΔΥ. Θα πρέπει, επίσης, να παραμεριστεί η οριζόντια λογική παροχών που επικράτησε στη μεταπολεμική Ευρώπη και να ενταθούν οι στοχευμένες, κάθετες παρεμβάσεις, εκεί όπου η ανάγκη παρουσιάζεται αυξημένη. Αυτό που πρέπει να προσέξουμε είναι οι ανισότητες, ο πολλαπλάσιος δηλαδή κίνδυνος για την πιο ευάλωτη μερίδα του πληθυσμού, υπογράμμισε κλείνοντας ο κύριος Τούντας.

Στη συνέχεια, το λόγο πήρε η Καθηγήτρια και Διευθύντρια του Εργαστηρίου Υγιεινής, Επιδημιολογίας και Ιατρικής Στατιστικής της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών, και Πρόεδρος του Ινστιτούτου Προληπτικής, Περιβαλλοντολογικής και Εργασιακής Ιατρικής «Prolepsis», **Αθηνά Λινού**, η οποία μίλησε για την εκτίμηση και διαχείριση των κινδύνων που απειλούν τη δημόσια υγεία. Η πληθυσμιακή εκτίμηση δίνει τη δυνατότητα καθορισμού προτεραιοτήτων, αποτελεί τη βάση του σχεδιασμού, παρέχει πλαίσιο ικανο-

ποητικής διαχείρισης εκτάκτων προβλημάτων και αποδεικνύεται ιδιαίτερα χρήσιμη σε περιόδους οικονομικής κρίσης. Οι απειλές διακρίνονται σε έκτακτες (φυσικές καταστροφές, μαζικά ατυχήματα, επιδημίες, μετακίνηση πληθυσμών, βία κ.ά.) και διαρκείς (επαναλαμβανόμενες επιδημίες, κλιματική αλλαγή, ρύπανση, παχυσαρκία, κοινωνικές συνθήκες και επικίνδυνες συμπεριφορές, κ.ά.). Η εκτίμηση κινδύνου για τη δημόσια υγεία θα λάβει υπόψη τον πληθυσμό που κινδυνεύει, την αναμενόμενη επίπτωση και τον επιπολασμό του κινδύνου, και την αναμενόμενη θνησιμότητα.

Η παιδική παχυσαρκία ανήκει στους διαρκείς κινδύνους και, βάσει των σημερινών δεδομένων για τη χώρα μας, αφορά πληθυσμό περίπου 500.000 παιδιών. Τα νοσήματα που συνδέονται με την παχυσαρκία (καρδιαγγειακά, καρκίνος κ.ά.) είναι πολλά, αλλά μακροχρόνια. Το κόστος όμως είναι τεράστιο, και έχει να κάνει με τις σχετικές παροχές υπηρεσιών υγείας, την απώλεια παραγωγικότητας, την απώλεια ετών ζωής και τη θνησιμότητα. Αν δεν ληφθούν μέτρα σε επίπεδο ΠΦΥ για την παχυσαρκία, το οικονομικό βάρος για τις επόμενες γενιές θα είναι δυσβάσταχτο. Είναι χαρακτηριστικό ότι το κόστος βελτίωσης της κατηγορίας ενός παιδιού ως προς το Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) (από παχύσαρκο σε υπέρβαρο/από υπέρβαρο σε κανονικό) υπολογίζεται σε περίπου 1.400 ευρώ/έτος· ωστόσο, το

ετήσιο κόστος αντιμετώπισης προβλημάτων υγείας για κάθε παχύσαρκο ή υπέρβαρο άτομο υπολογίστηκε στην Αμερική και την Αυστραλία σε περισσότερα από 4.000 ευρώ.

Στην περίπτωση του έκτακτου κινδύνου, όπως το προσφυγικό, ένα αποτελεσματικό σχέδιο αντιμετώπισης θα πρέπει να λάβει υπόψη τις ανάγκες σε προσωπικό (λειτουργοί υγείας και υποστηρικτικό προσωπικό) και σε υποδομές (ιατρεία, φάρμακα, τεχνολογικά υλικά, επικοινωνία προς τον ιατρικό κόσμο και τον γενικό πληθυσμό). Θα απαιτούσε, ακόμη, να γνωρίζουμε τον αριθμό, την ηλικία και το φύλο των προσφύγων, τη διάρκεια παραμονής τους στη χώρα και την κατάσταση της υγείας τους κατά την είσοδο. Λόγω της προσφυγικής ιδιότητας των εισερχομένων, υπάρχουν και ειδικότερες ανάγκες που πρέπει να αντιμετωπιστούν και που αφορούν την εμβολιαστική τους κάλυψη, την ψυχική υγεία τους, ενδεχόμενα σωματικά τραύματα, νόσους σχετιζόμενες με τις συνθήκες διαβίωσης, αλλά και ανάγκες σε διαμεσολαβητές και διερμηνείς. Όλα αυτά έχουν κόστος, ωστόσο το όφελος θα ήταν μεγάλο, τόσο για τον μετακινούμενο πληθυσμό όσο και για τον πληθυσμό υποδοχής.

Η αντιμετώπιση κάθε κινδύνου για τη δημόσια υγεία προϋποθέτει σχεδιασμό και προγραμματισμό, ετοιμότητα, καθορισμό προτεραιοτήτων, εκτίμηση των ανα-

ΒΑΘΜΟΛΟΓΗΣΗ ΣΥΣΤΑΣΕΩΝ

(Σύστημα American Academy of Pediatrics)

Ποιότητα της τεκμηρίωσης	Ισχύς της σύστασης	
	Σαφής υπεροχή οφέλους ή κινδύνου	Ισορροπία οφέλους/ κινδύνου
A. Καλά σχεδιασμένες τυχαιοποιημένες και διαγνωστικές μελέτες σε κατάλληλους πληθυσμούς	(1) Ισχυρή σύσταση	(3) Δυνητική επιλογή της σύστασης
B. Τυχαιοποιημένες μελέτες με μεθοδολογικούς περιορισμούς ή πολλές μελέτες παρατήρησης που συμφωνούν μεταξύ τους		
C. Αναλυτικές μελέτες παρατήρησης (σειρών ή ασθενών-μαρτύρων)		
D. Μη αναλυτικές μελέτες, γνώμη ειδικών ή εμπειρογνομόνων	(3) Δυνητική επιλογή της σύστασης	
X. Εξαιρετικές καταστάσεις, όπου για διάφορους λόγους δεν είναι δυνατόν να διεξαχθούν μελέτες και υπάρχει σαφής υπεροχή ωφέλειας ή κινδύνων	(1) Ισχυρή σύσταση	(2) Απλή σύσταση
		(-) Δεν γίνεται σύσταση

Ισχύς σύστασης: (1) Ισχυρή σύσταση, (2) Απλή σύσταση, (3) Δυνητική επιλογή της σύστασης, (-) Δεν γίνεται σύσταση

Πηγή: Pediatrics 2004; 114:874-7

Εικόνα 4: Το σύστημα αξιολόγησης που χρησιμοποιήθηκε ήταν αυτό της Αμερικανικής Ακαδημίας Παιδιατρικής.

γκών και επικοινωνία, συνόψισε ολοκληρώνοντας την παρουσίασή της η κυρία Λινού.

Τον κύκλο των παρουσιάσεων έκλεισε ο Καθηγητής της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας (Τομέας Υγείας του Παιδιού), **Τάκης Παναγιωτόπουλος**, ο οποίος αναφέρθηκε στο νέο Ατομικό Δελτίο Υγείας Μαθητή (ΑΔΥΜ) που ξεκίνησε να εφαρμόζεται το 2014.

Τα μεγάλα προβλήματα δημόσιας υγείας στη χώρα μας είναι, στη βάση τους, προβλήματα λειτουργίας των θεσμών, τόνισε ο κύριος Παναγιωτόπουλος. Το παλαιό ΑΔΥΜ, που εφαρμόστηκε από τα μέσα της δεκαετίας του 1980, ήταν μια ευκαιρία να εξετάζονται οι μαθητές κάθε λίγα χρόνια και αυτό αποτελούσε, για την εποχή του, καλή προσέγγιση. Στην πορεία, προέκυψαν πολυάριθμες βεβαιώσεις υγείας για σχολική χρήση, χωρίς επιστημονική τεκμηρίωση, εκτίμηση κόστους, συντονισμό στην εφαρμογή και αξιολόγηση – με λίγα λόγια, χωρίς τα κριτήρια και τις προϋποθέσεις πληθυσμιακών/μαζικών προγραμμάτων. Τα προβλήματα του παλαιού ΑΔΥΜ περιλαμβάνουν τους ασαφείς ιατρικούς στόχους, τη γραφειοκρατική αντιμετώπιση, την ελάχιστη συμβολή του στην επικοινωνία του ιατρικού προσωπικού με το σχολείο, την αυξημένη πίεση στην αρχή της σχολικής χρονιάς για τη συμπλήρωσή του, την υποτίμηση της σημασίας του ιατρικού ιστορικού και τη δεοντολογικά αμφίβολη τήρηση ενός φύλλου καταγραφής ιατρικών ευρημάτων στο σχολείο.

Το νέο ΑΔΥΜ, που τέθηκε σε εφαρμογή το σχολικό έτος 2014-15, αποτελείται από δύο φύλλα: στο πρώτο καταγράφονται τα κύρια προβλήματα που, σύμφωνα με το γιατρό (και τους γονείς), πρέπει να γνωρίζει το σχολείο, με σκοπό την υποστήριξη του παιδιού· το δεύτερο φύλλο, το “check list” της ιατρικής εξέτασης, παραμένει στο αρχείο του γιατρού. Το νέο ΑΔΥΜ έχει πλέον αντικαταστήσει όλες τις υπόλοιπες ιατρικές βεβαιώσεις και χρησιμεύει: ως εργαλείο προληπτικής εξέτασης και παρακολούθησης της υγείας των παιδιών, ως συστηματικό και δομημένο ιατρικό ιστορικό, ως μέσο για την ουσιαστική επικοινωνία οικογένειας-σχολείου-μονάδας υγείας/παιδιάτρου, ως μέθοδος διερεύνησης τυχόν αναπτυξιακών προβλημάτων ή προβλημάτων συμπεριφοράς, ως ευκαιρία για τακτικό έλεγχο της κατάστασης εμβολιασμού των παιδιών, και ως αφορμή για αγωγή υγείας και υποστήριξη της οικογένειας και του παιδιού σε κρίσιμα ζητήματα.

Η επιτροπή που συγκροτήθηκε για την αναμόρφωση του ΑΔΥΜ αξιολόγησε μια σειρά από προληπτικές εξετάσεις βάσει της υπάρχουσας επιστημονικής τεκμηρίωσης, μελέτησε την πρακτική σε άλλες χώρες και έλαβε υπόψη το καθιερωμένο πλαίσιο άσκησης της ιατρικής στη χώρα μας. Τέλος, οι συστάσεις για προληπτικές εξετάσεις βαθμολογήθηκαν ως προς την ποιότητα της τεκμηρίωσής τους και την ισχύ της σύστασης ([Εικόνα 4](#)).

Ωστόσο, το νέο ΑΔΥΜ δεν εφαρμόστηκε με τον απαιτούμενο επιχειρησιακό σχεδιασμό ως πρόγραμμα δημόσιας υγείας, δεν ακολούθησε την απαραίτητη ευ-

ρύτερη δημόσια συζήτηση για τη ρηξικέλευθη λογική του και οι έλεγχοι που αντικαταστάθηκαν από το νέο ΑΔΥΜ (π.χ. οφθαλμολογική εξέταση και οδοντιατρικός έλεγχος στην Α΄ Δημοτικού) δεν καλύφθηκαν από ολοκληρωμένα προγράμματα πρόληψης.

Η οπτική της δημόσιας υγείας πρέπει να κυριαρχήσει και να γίνει ευρύτερα γνωστή, δήλωσε συμπερασματικά ο κύριος Παναγιωτόπουλος. Βασική προτεραιότητα είναι η αναμόρφωση των δομών δημόσιας υγείας, τόσο στο κέντρο όσο και στην περιφέρεια, καθώς και το κατάλληλα εκπαιδευμένο, εξειδικευμένο στη δημόσια υγεία προσωπικό, κατέληξε.

Στη συζήτηση που ακολούθησε, ο κύριος Μπένος υποστήριξε ότι, για να λειτουργήσει το σύστημα που περιέγραψε στην εισήγησή του, θα πρέπει να καταγραφούν οι υπάρχουσες διάσπαρτες δημόσιες δομές και το προσωπικό που τις υποστηρίζει χωρίς την εμπλοκή ιδιωτικών δομών. Η ηλεκτρονική καταχώριση θα πρέπει να γίνεται με ταυτόχρονη διασφάλιση του ιατρικού απορρήτου εντός του δημοσίου συστήματος υγείας. Η προτεινόμενη αναδιοργάνωση με βάση τη λειτουργική αναδιάρθρωση της ΠΦΥ είναι ρεαλιστική και μπορεί να γίνει σήμερα, εφόσον η πολιτική βούληση εξασφαλίσει την απαραίτητη χρηματοδότηση, υποστήριξε ο κύριος Μπένος.

Απαντώντας σε σχετική ερώτηση, ο κύριος Τούντας ενημέρωσε ότι το κάπνισμα έχει περιοριστεί σε όλες τις ηλικίες, ιδιαιτέρως δε στον ανδρικό πληθυσμό. Όσο για την πρόγνωση των επιδημιολογικών δεδομένων, υποστήριξε ότι αυτή θα εξαρτηθεί από την εξέλιξη της κρίσης. Σχετικά με τα δεδομένα για την ψυχική υγεία, ειδικότερα, ο κύριος Τούντας διευκρίνισε ότι, μετά το 2013, η επιδείνωση περιορίζεται, κάτι που δείχνει προσαρμογή στα νέα δεδομένα και μπορεί να λειτουργήσει προστατευτικά.

Η ανά εξάμηνο ιατρική εξέταση στο σχολείο δεν έχει τεκμηριωμένο όφελος ώστε να αξίζει τη μεγάλη δαπάνη της, απάντησε ο κύριος Παναγιωτόπουλος σε σχετική ερώτηση. Απαιτείται συντονισμός, και λεπτομερής καταγραφή θετικών και αρνητικών εκβάσεων στον πληθυσμό αναφοράς για ένα αποτελεσματικό πρόγραμμα δημόσιας υγείας.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) ορίζει ότι, για να γίνει γενικός προληπτικός έλεγχος στον πληθυσμό, θα πρέπει να υπάρχει συγκεκριμένο νόσημα, συχνό και σοβαρό, και η θεραπεία να αποδίδει αποδεδειγμένα καλύτερα πριν από την εκδήλωση των συμπτωμάτων, συμπλήρωσε η κυρία Λινού.

Προτεραιότητες σήμερα είναι η ύπαρξη συστήματος Δημόσιας Υγείας, η ύπαρξη δομών και κατάλληλα εκπαιδευμένου προσωπικού, καθώς και τα επιχειρησιακά σχέδια δράσης που αυτό θα υλοποιεί, συνόψισε η Δ/ντρια Δημόσιας Υγείας ΕΣΥ, Υπουργείο Υγείας, Δώρα Σταύρου, που συντόνισε τη συνεδρία από κοινού με την Επιμελήτρια Τομέα Οικονομικών της Υγείας της ΕΣΔΥ, Ελπίδα Πάβη.

ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ

Διοίκηση υπηρεσιών υγείας: Πολιτικές, χρηματοδότηση και ανθρώπινοι πόροι*

Ένα σύγχρονο σύστημα υγείας έχει ανάγκη από νέες αντιλήψεις και συμπεριφορές.

Προεδρείο: Θανάσης Παπαμίχος, Νίκος Καρβούνης

Ομιλητές: Απόστολος Λέτσιος, Διοίκηση δημόσιου νοσοκομείου: Παρελθόν, παρόν... και μέλλον; 
Βασίλειος Μπαρδής, Σύμπραξη δημόσιου και ιδιωτικού τομέα: Σύγχρονες πρακτικές διοίκησης δημόσιων μονάδων υγείας 
Θεόδωρος Τόλλης, Εργαλεία και στελέχωση μονάδων υγείας: Μια σύγχρονη προσέγγιση
Πασχάλης Μπουχώρης, Αλλαγή κουλτούρας διοίκησης δημόσιου και ιδιωτικού τομέα υγείας 

* Με τη συνεργασία της Ελληνικής Εταιρείας Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας

Στην εισαγωγική του τοποθέτηση, ο **Θανάσης Παπαμίχος**, Πρόεδρος της Ελληνικής Εταιρείας Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας, CEO, Accurate Health Auditing & Consulting USA LL και εκ των συντονιστών της συνεδρίας, παρατήρησε ότι το σημερινό νομικό πλαίσιο διοίκησης των μονάδων υγείας δεν υποστηρίζει την ευέλικτη προώθηση των διαδικασιών, αλλά προάγει τη γραφειοκρατία. Την ίδια στιγμή, οι εργαζόμενοι εξακολουθούν να υφίστανται ανελαστικές εργασιακές σχέσεις και να στερούνται κινήτρων για να κάνουν την εργασία τους πιο αποδοτική. Όσοι είναι επιφορτισμένοι με την αποτελεσματική αξιοποίηση των πόρων των μονάδων υγείας θα πρέπει να έχουν ειδικευση στο management υγείας, και να επιλέγονται με βάση τα ουσιαστικά προσόντα τους, να απασχολούνται με συμβόλαιο ορισμένου χρόνου, να αξιολογούνται περιοδικά με βάση προκαθορισμένους στόχους και να ανταμείβονται ανάλογα με την αποτελεσματικότητά τους.

Τα νοσοκομεία πρέπει να γίνουν αυτόνομες λειτουργικές μονάδες, με σύγχρονη διοίκηση, με πραγματικούς προϋπολογισμούς, και σύγχρονα πρότυπα λογιστικής και χρηματοοικονομικής διαχείρισης, ώστε να υπάρξει εξοικονόμηση πόρων, υποστήριξε ο κύριος Παπαμίχος. Βέβαια, η αυτόνομή τους θα πρέπει να αφορά τον τρόπο με τον οποίο διοικούνται και όχι τους υγειονομικούς στόχους, που θα πρέπει να καθορίζονται σε τοπικό ή περιφερειακό επίπεδο. Απαιτείται management με στόχους, σχέδιο δράσης, κανόνες διαφάνειας, αξιολόγηση, έλεγχο και λογοδοσία, αλλά και πιο ευέλικτες εργασιακές σχέσεις, κατέληξε ο συντονιστής της συνεδρίας.

Ο Διοικητής Γενικού Νοσοκομείου Πατρών, **Απόστολος Λέτσιος**, πραγματοποίησε μια ιστορική αναδρομή στο θέμα των διοικήσεων των νοσοκομείων, ξεκινώντας από το 1953 και φτάνοντας έως τις μέρες μας.

Ως σημαντικότερους σταθμούς στην πορεία αυτή, ο κύριος Λέτσιος ανέφερε το νόμο του 1953 «Περί οργάνωσης της ιατρικής αντιλήψεως», την οργάνωση του Εθνικού Συστήματος Υγείας το 1983, και τις πρώτες προσπάθειες αποκέντρωσης και καθιέρωσης περιφερειακών συστημάτων υγείας, οι οποίες ξεκίνησαν το 2001 και συνεχίζονται έως σήμερα.

Όπως σχολίασε ο ομιλητής, οι σχετικοί διαδοχικοί νόμοι, από διαφορετικές κυβερνήσεις αλλά ενίοτε και από την ίδια κυβέρνηση, θεσπίστηκαν χωρίς σταθερή στόχευση και πολλές φορές με παλινωδίες σε ό,τι αφορά τον αριθμό, τη σύσταση και τις αρμοδιότητες των περιφερειακών συστημάτων και των διοικήσεων των νοσοκομείων, προδίδουν δε προχειρότητα στο σχεδιασμό, και έλλειψη μακροπρόθεσμης στρατηγικής και πραγματικής βούλησης για αποκέντρωση.

Πρόσφατα, μάλιστα, κατεγράφη περαιτέρω οπισθοδρόμηση, καθώς, αφενός, ο αριθμός των υγειονομικών περιφερειών μειώθηκε από 17 σε 7 (Ν. 3527/2007) και, αφετέρου, επιχειρήθηκε η μετάθεση των αρμοδιοτήτων τους στην τοπική αυτοδιοίκηση (Ν. 3852/2010).

Όπως τόνισε ο κύριος Λέτσιος, αν και υπήρξε αρχικά ο σχεδιασμός για αποκέντρωση, η απόλυτη εξάρτηση από την κεντρική εξουσία και η αδυναμία αυτοτελούς χρηματοδότησης είχαν τελικά ως αποτέλεσμα οι διοικήσεις των υγειονομικών περιφερειών να καταστούν υπηρεσίες με διεκπεραιωτικό, συμβουλευτικό και ατελή εποπτικό ρόλο, χωρίς αποφασιστικές αρμοδιότητες.

Το τελευταίο τολμηρό εγχείρημα για συνενώσεις/συγχωνεύσεις των νοσοκομείων, το οποίο εισήχθη με τον Ν. 4052/2012, παραμένει ατελές, δημιουργώντας επιπλέον προβλήματα στη διοίκηση του συστήματος και, κατ' επέκταση, στις προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας.

Ως εκ τούτου, η βιωσιμότητα του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) βρίσκεται σε κίνδυνο, εξαιτίας πολλών ελλείψεων (μεταξύ άλλων, έλλειψη σύγχρονων προτύπων διοίκησης και οργάνωσης, ξεπερασμένες δομές και μέθοδοι οργάνωσης και λειτουργίας των νοσοκομείων, έλλειψη συντονισμού και συνεργασίας μεταξύ του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα, μη εξασφάλιση της συνέχειας της ιατρικής φροντίδας, ελλείψεις στα συστήματα οικονομικής διαχείρισης, οικονομικού προγραμματισμού και διασφάλισης ποιότητας, έλλειψη αξιολογήσεων, έλλειψη νοσηλευτικού και παραϊατρικού προσωπικού κ.ά.).

Παρ' όλα αυτά, υπογράμμισε ο κύριος Λέτσιος, το ΕΣΥ για πάνω από 60 χρόνια κατάφερε να προσφέρει υπη-

ρεσίες υγείας με τη μορφή κοινωνικού αγαθού, με σκοπό την καθολική κάλυψη του πληθυσμού, βελτιώνοντας ουσιαστικά τους δείκτες υγείας της χώρας σε σημαντικό βαθμό.

Συνεπώς, υπάρχει αρκετά ισχυρή βάση, ικανή να στηρίξει την αναγκαία αναμόρφωση του μέχρι σήμερα εφαρμοζόμενου μοντέλου διοίκησης. Υπάρχουν, επίσης, λαμπρά παραδείγματα βέλτιστων πρακτικών τα οποία θα πρέπει να γενικευθούν, καθώς και μέθοδοι οι οποίες συνέβαλαν όχι απλώς στον εξορθολογισμό των δαπανών, αλλά και στην αλλαγή της εργασιακής κουλτούρας, με την ανατροπή του ιεραρχικού μοντέλου διοίκησης και τη συμμετοχή των εργαζομένων όλων των επιπέδων στη διαμόρφωση των αποφάσεων.

Προϋποθέσεις, ωστόσο, για την αναμόρφωση αυτή θα είναι η επιλογή διοικήσεων με τρόπο και κριτήρια που θα διασφαλίζουν την επάρκειά τους στην εφαρμογή ενός σύγχρονου και αποτελεσματικού μοντέλου διοίκησης, καθώς και η παροχή από πλευράς της Πολιτείας υψηλού βαθμού ελευθερίας στις διοικήσεις αυτές.

Στη συνέχεια, ο λόγος δόθηκε στο κοινό για ερωτήσεις και ο οικονομολόγος της υγείας, Σπύρος Μανιάτης, ρώτησε τον ομιλητή τι άποψη έχει σχετικά με τους λόγους για τους οποίους, ενώ η διεθνής βιβλιογραφία και η εκπαίδευση από τα τέλη της δεκαετίας του 1940 έχουν κρίνει απαραίτητη την αξιοποίηση εξειδικευμένων στο management των νοσοκομείων στελεχών, οικονομολόγων δηλαδή της υγείας, αυτό δεν συμβαίνει στη χώρα μας, παρά το γεγονός ότι όλοι θεωρούν απαραίτητη την τεχνογνωσία τους. Ο κύριος Λέτσιος απάντησε ότι, εάν υπήρχε πολιτική βούληση, θα μπορούσαν να έχουν γίνει κάποια βήματα προς την κατεύθυνση αυτή, αλλά επί του παρόντος δεν προβλέπονται τέτοιες θέσεις στους οργανισμούς υγείας. Η απόφαση ενσωμάτωσης της χρήσης αυτών των στελεχών στην οργάνωση των νοσοκομείων είναι κεντρική και πρέπει να ληφθεί από το υπουργείο, εξήγησε. Είναι κρίμα που τα στελέχη αυτά, κατέληξε ο κύριος Λέτσιος, μένουν αναξιοποίητα, καθώς θα μπορούσαν να βοηθήσουν σημαντικά με τις γνώσεις και την εμπειρία τους το σύστημα υγείας.

Ακολούθησε ερώτηση του επιχειρησιακού διευθυντή του Mediterranean Hospital, Κώστα Στεργιόπουλου, σχετικά με το πώς εννοεί ο ομιλητής ένα μοντέλο διοίκησης με συμμετοχή των εργαζομένων. Καταρχάς, το μοντέλο διοίκησης που εφαρμόζεται σήμερα είναι το ιεραρχικό, απάντησε ο κύριος Λέτσιος, ένα μοντέλο στο οποίο η αποτελεσματικότητα αποτελεί την καλύτερη βαθμίδα της πυραμίδας, με την οποία δεν ασχολείται κανείς. Οι μόνοι που ασχολούνται με αυτό το θέμα και τους αφορά είναι οι άνθρωποι που εργάζονται σε αυτό το επίπεδο, οπότε, αν τους ζητήσουμε τις απόψεις τους σχετικά με τη δουλειά τους, μπορούμε να βελτιώσουμε τις διαδικασίες. Ένας διοικητής και, ακόμη περισσότερο, ένας υπουργός βρίσκονται μακριά από το σημείο όπου παράγονται οι υπηρεσίες υγείας. Για να βελτιώσεις ένα σύστημα, θα πρέπει οι εργαζόμενοι σε κάθε επίπεδο να συμμετέχουν, να έχουν γνώμη, η γνώμη τους να λαμβάνεται υπόψη και με βάση αυτή να χτίζονται κάποια πράγματα στη δομή της οργάνωσης. Αυτό, βέβαια, επεσήμανε, δεν ισχύει μόνο για τον δημόσιο τομέα αλλά και για τον ιδιωτικό.

Στη συνέχεια, το λόγο πήρε ο Γενικός Επιχειρησιακός & Διοικητικός Διευθυντής του Ομίλου Ιατρικού Αθηνών και Πρόεδρος ΔΣ του Συνδέσμου Ελληνικών Κλινικών (ΣΕΚ), **Βασίλειος Μπαρδής**, επισημαίνοντας

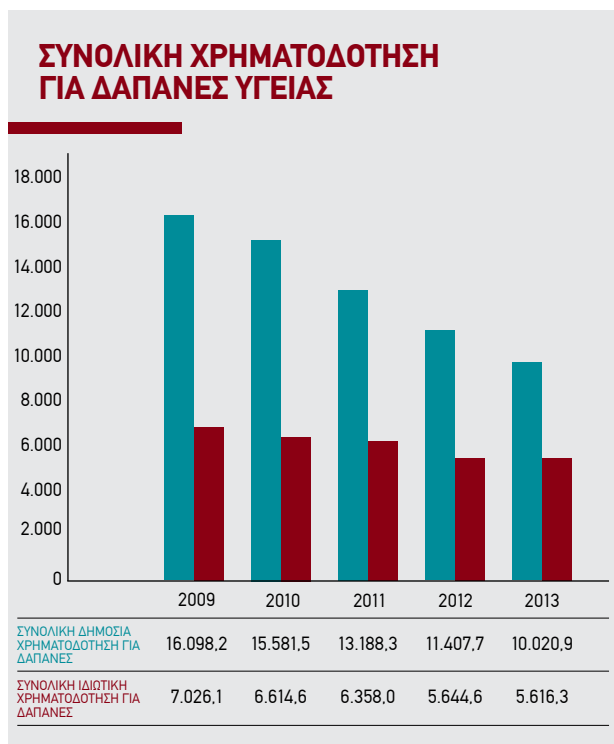
αρχικά ότι η πρώτη αναφορά σύμβασης μεταξύ δημόσιου και ιδιώτη στην Ελλάδα ανάγεται στο 330 π.Χ. και αφορά την ανάθεση από το Δήμο Ερετριαίων σε έναν ιδιώτη «εργολάβο» της αποξήρανσης της λίμνης του Δήμου, με αντάλλαγμα τη δεκαετή εκμετάλλευση των εδαφών. Η σύμβαση αυτή, συνέχισε ο ομιλητής, περιελάμβανε λεπτομερώς τις υποχρεώσεις της πόλης και του ιδιώτη, και βρέθηκε στα μέσα του 19ου αι. χαραγμένη σε μαρμάρινη πλάκα.

Σήμερα ωστόσο, τόνισε ο κύριος Μπαρδής, ενώ σε διεθνές επίπεδο οι συμπράξεις δημόσιου και ιδιωτικού τομέα (ΣΔΙΤ) αφορούν συνεργασίες για τη δημιουργία υποδομών και παροχής υπηρεσιών, και χαρακτηρίζονται από την κατανομή του κινδύνου και την ανταμοιβή (το όφελος) των συνεργαζόμενων φορέων, στην Ελλάδα θεωρούνται «ιδιωτικοποίηση σε βάρος των πολιτών». Παρ' όλα αυτά, πάνω από το ένα τρίτο της συνολικής χρηματοδότησης του συστήματος υγείας στην Ελλάδα αφορά ιδιωτική χρηματοδότηση, ενώ στις δαπάνες υγείας οι ιδιωτικές πληρωμές υπερβαίνουν αυτές της κοινωνικής ασφάλισης ([Εικόνα 5](#)).

Οι ΣΔΙΤ μπορούν να αποτελέσουν την απάντηση στο πρόβλημα των τεράστιων αναγκών και των ελάχιστων διαθέσιμων πόρων, καθώς παρέχουν ευκαιρίες για επενδύσεις, ελαφρύνουν τον κρατικό προϋπολογισμό, αξιοποιούν τους πόρους της ΕΕ, συμβάλλουν στην υιοθέτηση νέων τεχνολογιών και στη μεταφορά τεχνογνωσίας, αξιοποιούν την πληθώρα των γιατρών, καταπολεμούν την ανεργία, αξιοποιούν άλλες επιστήμες συναφείς με την υγεία, βελτιώνουν το σύστημα υγείας εξασφαλίζοντας τη βιωσιμότητά του και βελτιώνουν τις υπηρεσίες προς τον πολίτη, κάτι που αποτελεί άλλωστε κομβικό στόχο των ΣΔΙΤ.

Στη Γερμανία, χώρα στην οποία εφαρμόζεται με επιτυχία η πρακτική των ΣΔΙΤ, οι τιμές αποζημίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών είναι κοινές μεταξύ δημόσιων και ιδιωτικών νοσοκομειακών μονάδων, η αποζημίωση γίνεται μέσω συστήματος «Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων» (KEN/DRGs), οι τιμές των DRGs καταρτίζονται από μη κρατικά, μη κερδοσκοπικά ινστιτούτα και απαγορεύεται οποιαδήποτε άλλη πληρωμή από τον ασθενή πέρα από τα προβλεπόμενα. Ο κύριος Μπαρδής τόνισε ιδιαίτερα το γεγονός ότι, σε ετήσια βάση, ο ιδιώτης υποχρεούται να δημοσιεύει, μαζί με τον οικονομικό απολογισμό, και ποιοτικό απολογισμό, στον οποίο αναφέρονται όλα τα δεδομένα λειτουργίας, σε επίπεδο γιατρού, ώστε ο πολίτης να μπορεί να σχηματίσει άμεση αντίληψη για τη λειτουργία, το κόστος, και την ποιότητα υπηρεσιών και προσωπικού.

Τέλος, ο κύριος Μπαρδής υπογράμμισε ιδιαίτερα τη σημασία του εθνικού στρατηγικού σχεδιασμού υγείας, με πενταετή χρονικό ορίζοντα, ως προϋπόθεση για την επιτυχία του όλου εγχειρήματος. Παρουσίασε, επίσης, ορισμένα προαπαιτούμενα για την επιτυχή συνεργασία δημόσιου και ιδιωτικού τομέα, όπως, μεταξύ άλλων, η θέσπιση κανόνων λειτουργίας και κριτηρίων αξιολόγησης, η οργάνωση των μονάδων υγείας, σύμφωνα με τις υπάρχουσες ανάγκες, ο καθορισμός ανώτατου ορίου δαπανών υγείας ανά έτος από τη Βουλή, η θέσπιση ενιαίου φορέα χρηματοδότησης υπηρεσιών υγείας, η κατάρτιση και εφαρμογή εθνικών πρωτοκόλλων παροχής υπηρεσιών υγείας, η εφαρμογή DRGs για το σύνολο του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα, καθώς και η δημιουργία εθνικής βάσης δεδομένων για την παροχή υπηρεσιών υγείας.



Εικόνα 5: Συνολική χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας στην Ελλάδα, 2009-2013.

Σε σχόλιο του κοινού ότι τα δύο σημαντικότερα εμπόδια για τις ΣΔΙΤ είναι η απουσία ελέγχων και η έλλειψη κοινωνικής αποδοχής, ο κύριος Μπαρδής τόνισε ότι απαραίτητη προϋπόθεση για να αλλάξει η κατάσταση είναι να σταματήσει η δημόσια διοίκηση να θεωρείται «προίκα» τού εκάστοτε κυβερνώντος κόμματος. Στην ερώτηση με ποιον τρόπο πιστεύει ότι μπορεί να επιτευχθεί η απαραίτητη αλλαγή της κουλτούρας διοίκησης του τομέα υγείας, απάντησε ότι όλες οι ελλείψεις που υπάρχουν μπορούν δυνητικά να καλυφθούν. Σήμερα στην Ελλάδα, εξήγησε, ο ιδιωτικός τομέας έχει τη δυνατότητα να καλύψει τις ακάλυπτες ανάγκες στην υγεία όχι παίρνοντας χρήματα από το δημόσιο, αλλά χρηματοδοτώντας το σύστημα και κατευθύνοντάς το στη βελτίωση της ποιότητας και της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών, με το κόστος που πρέπει. Αν προσπαθήσουμε να δημιουργήσουμε τέτοιου είδους συστήματα, θα αντιληφθούμε ότι θα επιλυθούν αυτομάτως πολλές παθογένειες του συστήματος υγείας, όπως στις προμήθειες και την υπερσυνταγογράφηση, καθώς δεν θα υπάρχει πλέον το «κενό» στο σύστημα, το οποίο τις επιτρέπει.

Επόμενος ομιλητής ήταν ο Εκτελεστικός Διευθυντής της ICAP Employment Solutions, **Θεόδωρος Τόλλης**, ο οποίος ανέφερε αρχικά ότι η κατανομή των διαφόρων μορφών εργασίας έχει παραμείνει σχετικά σταθερή στην Ευρώπη κατά την τελευταία εικοσαετία.

Οι καινούργιες προσεγγίσεις που υπάρχουν σήμερα στο χώρο της επιλογής στελεχών, μεσαίων στελεχών, ανθρώπων πρώτης γραμμής, στις αξιολογήσεις, τις εκπαιδεύσεις κ.λπ. δίνουν πολύ μεγάλη έμφαση στην ποιότητα των ανθρώπων, η οποία δεν αξιολογείται πλέον με βάση τις συστατικές επιστολές όπως παλαιότερα, αλλά με βάση την κινητικότητα τους στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης, στην παρουσίαση του εργασιακού τους βίου στα μέσα αυτά. Τούτες τις παραμέτρους εξετάζουν όσοι κάνουν πλέον την επιλογή στελεχών.

Τα νέα χαρακτηριστικά στην αγορά εργασίας είναι η εστίαση στην ποιότητα, η έμφαση στη χρήση των συστημάτων κοινωνικής δικτύωσης, αλλά και ο περιορισμός του διαχωρισμού μεταξύ ενεργητικής και παθητικής αναζήτησης εργασίας, δεδομένης της αύξησης της κινητικότητας.

Οι νέες τάσεις που διαμορφώνουν το μέλλον της εργασίας σχετίζονται με τις νέες συμπεριφορές (που διαμορφώνονται από τα κοινωνικά μέσα και το διαδίκτυο), τις νέες τεχνολογίες, την αξιοποίηση της νέας γενιάς και την εκπαίδευσή της ώστε να ανταποκριθεί στις μελλοντικές απαιτήσεις, την κινητικότητα και την παγκοσμιοποίηση.

Ολοκληρώνοντας την ομιλία του, ο κύριος Τόλλης παρουσίασε τις 7 αρχές που θα χαρακτηρίζουν τον εργαζόμενο στο άμεσο μέλλον: ευέλικτο περιβάλλον εργασίας, εξατομίκευση της εργασίας, κοινή χρήση των πληροφοριών, χρήση νέων τρόπων συνεργασίας και επικοινωνίας, δυνατότητα ανάληψης ηγετικής θέσης, διαρκής εκπαίδευση και κατά βούληση μάθηση και διδασκαλία. Όλα αυτά, βέβαια, αποτελούν στοιχεία μιας κουλτούρας η οποία διδάσκεται κυρίως στο εξωτερικό, κατέληξε ο κύριος Τόλλης.

Τελευταίος πήρε το λόγο ο Γενικός Διευθυντής του Ομίλου ΙΑΣΩ, **Πασχάλης Μπουχώρης**, ο οποίος υπογράμμισε την ανάγκη να λειτουργήσουν οι θεσμοί όπως απαιτείται στο πλαίσιο ενός σύγχρονου και ευνομούμενου κράτους, και να παταχθούν η κομματοκρατία, ο νεποτισμός και η διαφθορά. Η ανάγκη για κάθαρση, συνέχισε ο ομιλητής, είναι σήμερα επιβεβλημένη περισσότερο από ποτέ και η κάθαρση προϋποθέτει κατάργηση της επιλεκτικής δημοκρατίας. Η δημοκρατία απαιτεί, τόνισε, ισηγορία, ισονομία και ισοκρατία. Πρόσθετα γνωρίσματα της δημοκρατικής λειτουργίας είναι η δημοσιότητα όλων των δημόσιων λειτουργιών, η διαφάνεια των δημόσιων δεδομένων και η διαβούλευση πριν από τη λήψη αποφάσεων.

Ο κύριος Μπουχώρης επεσήμανε ότι ο τομέας της υγείας δεν αντέχει άλλους πειραματισμούς. Χρειάζεται ένα νέο σχέδιο εθνικής πολιτικής και μια προσέγγιση θετικιστική και τεκμηριωμένη. Τα στοιχεία των τελευταίων μηνών για τον ιδιωτικό τομέα στον κλάδο της υγείας γεννούν πολλά ερωτηματικά σχετικά με το μέλλον και τη βιωσιμότητά του (**Εικόνα 6**). Με την ασκούμενη πολιτική, μόνο μερικές εταιρείες μπορεί να επιβιώσουν. Περισσότερες πιθανότητες έχουν όσες θα προσελκύσουν ασθενείς από το εξωτερικό και λιγότερες αυτές που θα συνεχίσουν να προσφέρουν ποιτικές και εξειδικευμένες υπηρεσίες.

Στο πλαίσιο αυτό, θα πρέπει, μεταξύ άλλων, να λειτουργήσουν οι θεσμοί και οι ανεξάρτητες ή οι ρυθμιστικές αρχές, να επιδειχθεί από όλους διορατικότητα και να γίνει κατανοητό το γεγονός ότι ο τομέας της υγείας έχει να αντιμετωπίσει και απρόβλεπτα γεγονότα. Θα πρέπει, συνέχισε ο ομιλητής, οι φορείς του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα να λειτουργήσουν υπό άλλο πρίσμα, στα όρια της ευθύνης τους και συμπληρωματικά, αλλά και να υπάρξει επιτέλους αναγνώριση του υγιούς ιδιωτικού τομέα.

Ο κύριος Μπουχώρης επεσήμανε, τέλος, ορισμένες προϋποθέσεις που θα συμβάλουν στη βιωσιμότητα του ιδιωτικού τομέα, αλλά και στη βελτίωση της παρεχόμενης περίθαλψης συνολικά:

- Εκχώρηση υπηρεσιών σε τρίτους και αποδαιμονοποίηση του «outsourcing», το οποίο, υπό κανόνες,

είναι δημιουργικό.

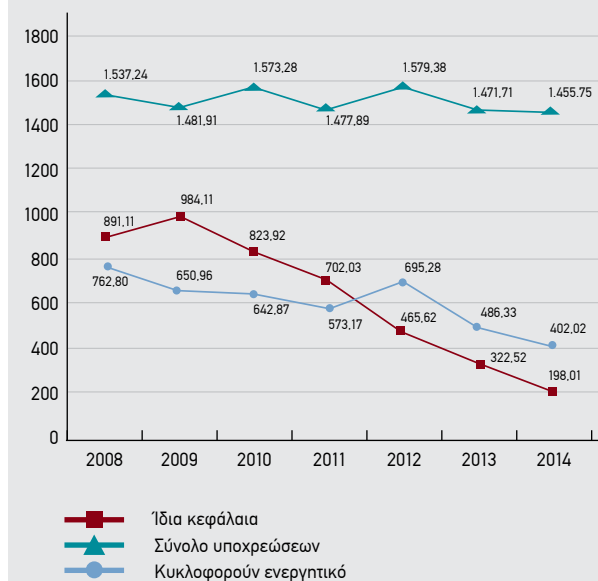
- Αναλυτική δημοσιοποίηση των πληρωμών ανά πάροχο.
- Θέσπιση ελέγχων και ελεγκτικών μηχανισμών.
- Σαφείς και εφαρμόσιμοι νόμοι, που να μην απαιτούν ερμηνευτικές εγκυκλίους και να μην εμπεριέχουν ακατανόητους νομικούς ή άλλους όρους, και κατάργηση των νόμων που βρίσκονται σε αχρησία.
- Σαφές επιχειρησιακό σχέδιο για όλους τους φορείς υγείας.
- Ισολογισμοί και απολογισμοί βασισμένοι στα διεθνή πρότυπα.
- Ο ΕΟΠΥΥ να ανακτήσει το ρόλο του και να αρθεί στο ύψος των περιστάσεων.
- Αξιόπιστα στοιχεία και λειτουργία με αναλυτικούς προϋπολογισμούς βάσει προγραμμάτων.
- Άμεση εφαρμογή των «κλειστών ενοποιημένων νοσηλίων» (DRGs), με περίοδο πιλοτικής εφαρμογής και μεθόδους προσαρμογής κατά το πρότυπο χωρών της ΕΕ.
- Προώθηση του ιατρικού τουρισμού, τον οποίο μόνο ο ενωμένος ιδιωτικός τομέας μπορεί να στηρίξει οργανωμένα και μεθοδικά.
- Πάταξη της γραφειοκρατίας.

Με την ολοκλήρωση της ομιλίας του κυρίου Μπουχώρη, το λόγο έλαβε ο Ομότιμος Καθηγητής του Πανεπιστημίου Πατρών, **Άρης Σισσούρας**, αναφέροντας ότι πρέπει πλέον να αναγνωριστεί ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα στη δημόσια υγεία, η οποία δεν παρέχεται σήμερα μόνο από τον δημόσιο τομέα. Πρέπει να αποδεχθούμε πλέον το γεγονός, συνέχισε, ότι έχουμε ένα μεικτό σύστημα παροχής υγείας και χρειαζόμαστε αυτό που οι περισσότερες χώρες έχουν, ένα ρυθμιστικό πλαίσιο του συστήματος αυτού, που θα ελέγχει αφενός τον τρόπο λειτουργίας του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα, αφετέρου τις σχέσεις μεταξύ τους. Κανονικά,

επεσήμανε ο κύριος Σισσούρας, ο ρυθμιστικός αυτός ρόλος ανήκει στον ΕΟΠΥΥ.

Απαντώντας σε ερώτηση του κυρίου Σισσούρα σχετικά με το πώς βλέπει ο ιδιωτικός τομέας τη συνεργασία του με τον δημόσιο τομέα και ποια ισοδύναμα μπορούν να προσφέρουν, ο κύριος Μπουχώρης είπε πως δεν πρέπει να υπάρχει διαχωρισμός δημόσιου και ιδιωτικού τομέα· τα προβλήματα είναι τέτοια, που πρέπει να είμαστε όλοι ενωμένοι χωρίς κανέναν διαχωρισμό, προκειμένου να αντιμετωπίσουμε την παρούσα δύσκολη συγκυρία.

ΕΙΣΗΓΜΕΝΟΙ ΟΜΙΛΟΙ ΚΛΑΔΟΥ ΥΓΕΙΑΣ



Εικόνα 6: Εισηγμένοι στο ΧΑ όμιλοι κλάδου υγείας, 2008-2014.

ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ

Η ανασυγκρότηση των υπηρεσιών υγείας σε συνθήκες περιορισμού των πόρων

Μπορούν να γίνουν σε σύντομο χρόνο οι αλλαγές που δεν έγιναν στη διάρκεια δεκαετιών; Οι παθογένειες, οι λύσεις και καλές πρακτικές.

Προεδρείο: Ανδρέας Καρταπάνης, Παναγιώτης Πρεζεράκος

Ομιλητές: Νίκος Πολύζος, Διασυνδέσεις ή πραγματικές συγχωνεύσεις; Το σχέδιο 2011 στο ΕΣΥ και η εφαρμογή τού 2012 και κατόπιν

Βασίλης Κοντοζαμάνης, Η εμπειρία των μεταρρυθμίσεων στο σύστημα υγείας ως οδηγός για έναν νέο σχεδιασμό
Όλγα Οικονόμου, Πρόκληση ανάπτυξης ενός σύγχρονου και ευέλικτου δικτύου υπηρεσιών υγείας με τεχνοκρατικά κριτήρια, ως απάντηση στην οικονομική κρίση

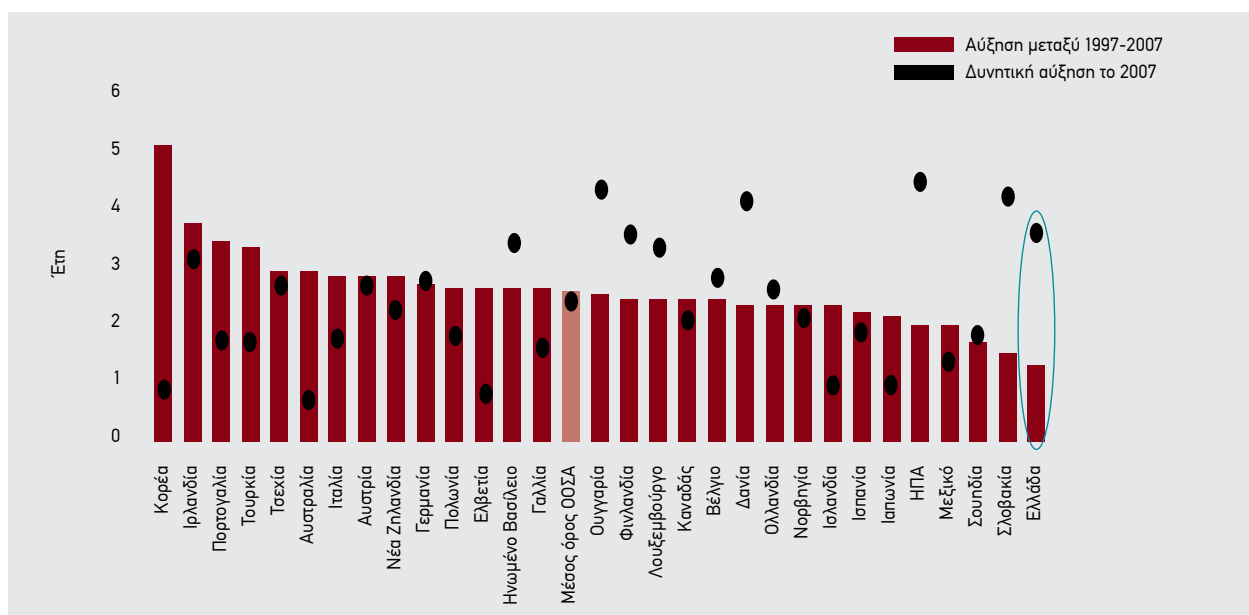
Παναγιώτης Μινογιάννης, Πολιτικά διδάγματα και διοικητικές προκλήσεις στη διαφοροποίηση υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα: Η περίπτωση του Κέντρου Ημερήσιας Νοσηλείας «Κούρκουλος»

Ο Καθηγητής Διοίκησης-Οργάνωσης Υ.Υ., Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, **Νίκος Πολύζος**, παρατήρησε αρχικά ότι, παρά τον μεγάλο ετήσιο ρυθμό αύξησης των δαπανών υγείας στην Ελλάδα κατά την περίοδο 1997-2007, ο οποίος ήταν μεταξύ των υψηλότερων παγκοσμίως και αρκετά πάνω από τον μέσο όρο του ΟΟΣΑ, η αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης ήταν μικρότερη από αυτήν που θα μπορούσε να είχε επιτευχθεί με μια αποδοτικότερη χρήση των πόρων (Εικόνα 7).

Αφού παρουσίασε τους παράγοντες που επηρέασαν τις δαπάνες της δημόσιας φροντίδας υγείας (τιμές των φαρμάκων και των ιατροτεχνολογικών προϊόντων, μισθοί των επαγγελματιών υγείας, αποζημιώσεις στους παρόχους υγείας, λειτουργικές δαπάνες) και τις αλλαγές που έγιναν σε αυτούς με κύριο ζητούμενο την αναδιοργάνωση των παρεχόμενων υπηρε-

σιών, ο κύριος Πολύζος αναφέρθηκε συνοπτικά στις παρεμβάσεις που πραγματοποιήθηκαν κατά την περίοδο 2010-2012 στα νοσοκομεία και στο ασφαλιστικό σύστημα. Στα νοσοκομεία, σημείωσε, οι κυριότερες παρεμβάσεις αφορούσαν τα μηχανογραφικά συστήματα, τα συστήματα προμηθειών, και τα συστήματα οικονομικής διαχείρισης και διοίκησης. Δυστυχώς, όμως, δεν δόθηκε μεγάλο βάρος στο κομμάτι της ποιότητας και της αποτελεσματικότητας, έστω και αν έγινε προσπάθεια όσον αφορά την ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας.

Ιδιαίτερη αναφορά έκανε ο ομιλητής στο ΕΣΥ.net, το σύστημα συλλογής στατιστικών δεδομένων μονάδων υγείας, ένα σημαντικά χρήσιμο εργαλείο που παρέχει οικονομικά και λειτουργικά στοιχεία ανά νοσοκομείο (π.χ. έσοδα, εισπράξεις, δαπάνες, αγορές, πληρωμές,



Εικόνα 7: Η αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης μεταξύ 1997-2007, στην Ελλάδα, ήταν μικρότερη από αυτή που θα ήταν δυνατή με την αποδοτικότερη χρήση των δαπανών υγείας.

τρέχουσες υποχρεώσεις, στοιχεία για τις εισαγωγές, τις ημέρες νοσηλείας, τα χειρουργεία, τις εξετάσεις και τους εξωτερικούς ασθενείς). Το νέο ESY.net πρέπει να αναβαθμιστεί, τόνισε ο ομιλητής, καθώς έχουν ήδη περάσει 3-4 έτη από τη δημιουργία του, και να θεωρακιστεί τεχνικά για να γίνει καλύτερο, να παράγει, δηλαδή, περισσότερους δείκτες και (κυρίως) εκθέσεις, μηνιαίες και ετήσιες, από τις υγειονομικές περιφέρειες και τα νοσοκομεία, οι οποίες καλό θα ήταν να δημοσιεύονται στις ιστοσελίδες των ίδιων των φορέων.

Αναφερόμενος στα Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια (KEN), επεσήμανε ότι, σύμφωνα με αξιολογήσεις, από τα 700 KEN που υπάρχουν στα ελληνικά νοσοκομεία, χρησιμοποιούνται τα 300 περίπου, με το 80% εξ αυτών να έχουν καλές κοστολογήσεις (με βάση και αντίστοιχες δημοσιεύσεις). Επομένως, τα KEN θα πρέπει να αναθεωρηθούν, όπως γίνεται σε όλα τα συστήματα υγείας του εξωτερικού, επεσήμανε ο ομιλητής.

Ο κύριος Πολύζος παρουσίασε, στη συνέχεια, συνοπτικά τους στόχους της περιόδου 2010-2012, υπογραμμίζοντας ότι, σε σημαντικό βαθμό, αυτοί επιτεύχθηκαν. Οι προτάσεις για το μέλλον σχετικά με τις προσπάθειες συγχώνευσης και αναδιοργάνωσης περιλαμβάνουν την εφαρμογή των ενιαίων οργανισμών 85 (και όχι 135) δημόσιων νοσοκομείων ΕΣΥ, την οριστική συνένωση ομοειδών κλινικών, εργαστηρίων και μονάδων σε νοσοκομεία που γειτνιάζουν, την οριστική συγχώνευση ομοειδών δραστηριοτήτων, την ορθολογική κατανομή προσωπικού και άλλων πόρων, την ανάπτυξη ισχυρών ΤΕΠ/ΤΕΙ και την καθιέρωση κλινικής διακυβέρνησης στις μονάδες υγείας. Ο ομιλητής κατέθεσε επίσης τις προτάσεις του για το ανθρώπινο δυναμικό, και την αναδιοργάνωση του υπουργείου Υγείας και των εποπτευόμενων φορέων.

Ο κύριος Πολύζος στάθηκε, τέλος, σε επτά σημεία που θεωρεί βασικά για μια νέα δημόσια διοίκηση: στρατηγικός σχεδιασμός των πολιτικών (policies), διοίκηση αποτελεσμάτων σε προγράμματα ή υπηρεσίες, διοίκηση ολικής ποιότητας παρεχόμενων υπηρεσιών, ηλεκτρονική διακυβέρνηση με απλούστευση διαδικασιών μέσω και του διαδικτύου, μέτρηση συγκριτικής απόδοσης μονάδων (benchmarking) και έλεγχος αυτών, κατάρτιση και παρακολούθηση προϋπολογισμών και ηλεκτρονικών προμηθειών, και, τέλος, σύνδεση αμοιβών προσωπικού με την απόδοσή του.

Το λόγο πήρε στη συνέχεια ο Σύμβουλος Πολιτικής και Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας, **Βασίλης Κοντοζαμάνης**, ο οποίος αρχικά τόνισε την κοσμογονία αλλαγών που συντελέστηκε από το 2009 και έπειτα, καθώς, σε πολύ σύντομο χρονικό διάστημα, έπρεπε να πραγματοποιηθούν αλλαγές που αναβάλλονταν επί δεκαετίες. Άλλες από τις αλλαγές αυτές ήταν μικρές, όπως η δημοσίευση των ισολογισμών των νοσοκομείων και η εφαρμογή της αναλυτικής λογιστικής, και άλλες ήταν μεγάλες, όπως ο επαναπροσδιορισμός του ρόλου του ΕΟΠΥΥ και η μεταρρύθμιση στο σύστημα ΠΦΥ που ψηφίστηκε το 2014, εξήγησε ο ομιλητής.

Αναφερόμενος στο τι πρέπει να γίνει από εδώ και πέρα, ο κύριος Κοντοζαμάνης υπογράμμισε ότι, παρά τους περιορισμένους πόρους, δεν πρέπει να εστιάζουμε στην κρίση, αλλά να επικεντρώσουμε τις προσπάθειές μας στη δημιουργία ενός νέου υποδείγματος χρηματοδότησης και λειτουργίας του συστήματος υγείας. Τα σύγχρονα μοντέλα έχουν ως βάση τις επιλογές των ασθενών και ένα τέτοιο μοντέλο θα πρέπει να υιοθετήσουμε και στη χώρα μας προκειμένου να

καταστεί το σύστημα υγείας βιώσιμο. Σημαντικό ρόλο σε αυτήν την προσπάθεια, συνέχισε ο ομιλητής, μπορούν να διαδραματίσουν τα DRGs (KEN), τα οποία αποτελούν πολύ χρήσιμο εργαλείο για την αποτύπωση του πραγματικού κόστους του συστήματος υγείας.

Είναι απαραίτητο, επίσης, να εφαρμοστεί μια στρατηγική ανάπτυξης των ανθρώπινων πόρων και διαφορετικής κουλτούρας στο σύστημα υγείας, με ικανό management και επιτελείο εργαζομένων. Το ανθρώπινο δυναμικό «έχει γεράσει» και χρειάζομαστε επεργόντως νοσηλευτές αλλά και γιατρούς, πρόσθεσε, καθώς το τεράστιο κύμα συνταξιοδότησης της τελευταίας διετίας έχει ως αποτέλεσμα ελλείψεις σε βασικές ειδικότητες της ιατρικής. Αυτό φαίνεται και από τη μεγάλη διαφυγή των νέων επιστημόνων στο εξωτερικό, λόγω της τεράστιας αναμονής στις ειδικότητες, συμπλήρωσε ο ομιλητής και υπογράμμισε τη σημασία χάραξης ενός σχεδίου για το μέλλον στον τομέα των ανθρώπινων πόρων.

Ο πυλώνας της δημόσιας υγείας πρέπει να ενισχυθεί με εθνικά σχέδια δράσης, με τα μητρώα ασθενών, με ένα σχέδιο πρόληψης των χρόνιων παθήσεων και ελέγχου της υγειονομικής κατάστασης, και παροχής υγειονομικής φροντίδας στους μετανάστες και τους πρόσφυγες που εισέρχονται στη χώρα, καθώς και με την προώθηση της ενοποίησης και διασύνδεσης των νοσοκομείων.

Η συσσωρευμένη εμπειρία, τόνισε ο κύριος Κοντοζαμάνης, θα πρέπει να αποτελέσει οδηγό για το σχεδιασμό ενός νέου συστήματος υγείας, προκειμένου να αντιμετωπιστούν πολλά ζητήματα που ήδη αποτελούν ή θα αποτελέσουν πρόκληση στο μέλλον, όπως, μεταξύ άλλων: η διαχείριση των μεγάλων αριθμών μεταναστών, η σύμπραξη δημόσιου και ιδιωτικού τομέα, η εύρεση νέων χρηματοδοτικών μοντέλων για την αντιμετώπιση του γερασμένου τεχνικού εξοπλισμού, η φροντίδα του γηράσκοντος πληθυσμού, αλλά και η προώθηση του ιατρικού τουρισμού και η προσέλκυση κλινικών μελετών στη χώρα μας.

Ο κύριος Κοντοζαμάνης υπογράμμισε, τέλος, τη σημασία της πραγματικής αποκέντρωσης του συστήματος υγείας, ώστε να μην περνούν όλες οι αρμοδιότητες από τον υπουργό Υγείας, αλλά να κατανέμονται στους διοικητές των υγειονομικών περιφερειών.

Επόμενη εισηγήτρια ήταν η Διευθύντρια Φαρμακευτικού Τμήματος ΓΝΑ «Γιώργος Γεννηματάς», πρώην Διοικήτρια Διασυνδεδεμένων Νοσοκομείων «Σισμανόγλειο-Αμαλία Φλέμινγκ», και Αντιπρόεδρος της Ελληνικής Επιστημονικής Εταιρείας Οικονομίας & Πολιτικής της Υγείας, **Όλγα Οικονόμου**.

Η κυρία Οικονόμου επεσήμανε αρχικά ότι, για την ικανοποίηση των στόχων ενός συστήματος υγείας, το σύστημα οφείλει να αναδιατάσσεται και να αναπροσαρμόζεται, καθώς τα νέα επιτεύγματα της επιστήμης και της τεχνολογίας δεν εξυπηρετούνται από την παλαιά δομική αντίληψη των συστημάτων υγείας, ούτε από τη διασπορά των υγειονομικών δυνάμεων χωρίς σχεδιασμό.

Στη διεθνή πρακτική, έχουν πραγματοποιηθεί πολλές παρεμβάσεις για την ανασυγκρότηση των υπηρεσιών υγείας, όπως συμπλέγματα νοσοκομείων, δίκτυα νοσοκομείων, ξενώνες φροντίδας ασθενών τελικού σταδίου, κλινικά κέντρα αναφοράς, ενοποιήσεις δομών, ολοκληρωμένα δίκτυα ΠΦΥ κ.ά. Από τη δεκαετία του '90, σε πολλά ευρωπαϊκά κράτη παρατηρήθηκε μια τά-

ση μείωσης του αριθμού των γενικών νοσοκομείων και στροφή προς σύγχρονα μοντέλα ιατρικής φροντίδας. Στην Ελλάδα, έγινε προσπάθεια να μειωθούν τα νοσοκομεία, κυρίως στον ψυχιατρικό τομέα (αποασυλοποίηση, μετατροπή ψυχιατρικών μονάδων, π.χ., σε κέντρα υγείας), αλλά παρατηρήθηκε και δημιουργία κάποιων γενικών νοσοκομείων, κυρίως στην περιφέρεια, και αύξηση των Κέντρων Υγείας ακόμη και σε περιοχές με μεγάλο αριθμό νοσοκομείων.

Αφού αναφέρθηκε στις παθογένειες του συστήματος υγείας στη χώρα μας, η ομιλήτρια παρέθεσε εντυπωσιακά στοιχεία για συγχωνεύσεις που έγιναν σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες στο πλαίσιο της αναδιοργάνωσης του συστήματος και της βελτίωσης των υπηρεσιών υγείας. Σύμφωνα με την κυρία Οικονόμου, ιδιαίτερα κρίσιμες για την επιτυχία των συγχωνεύσεων είναι η εξασφάλιση ότι οι εμπλεκόμενοι θα στηρίξουν τη δράση, η επικέντρωση στη δημιουργία αξίας, η σωστή προετοιμασία και η εφαρμογή, αναλυτικά και με ακρίβεια.

Η κυρία Οικονόμου εξήγησε γιατί ορισμένες συγχωνεύσεις αποτυγχάνουν και τόνισε ότι υπάρχουν δύο καίρια συστατικά επιτυχίας των συγχωνεύσεων νοσοκομείων: η αδιαμφισβήτητη ορθολογική στρατηγική και το αποτελεσματικό management πριν και μετά τη συγχώνευση.

Κλείνοντας την ομιλία της, η κυρία Οικονόμου υπογράμμισε ότι τα εθνικά συστήματα υγείας σε όλο τον κόσμο αναθεωρούνται, καθώς οι καινοτομίες που έρχονται στα φάρμακα, στις τεχνολογίες υγείας και στις επεμβατικές πράξεις κοστίζουν. Για να μπορέσουν τα συστήματα υγείας να αντιμετωπίσουν αυτό το κόστος, πρόσθεσε, χρειάζονται αναθεώρηση, χρήση τεχνοκρατικών εργαλείων και αξιοποίηση τεχνοκρατών.

Τέλος, ο Γενικός Διευθυντής του Ωνάσειου Καρδιοχειρουργικού Κέντρου, **Παναγιώτης Μινογιάννης**, αναφέρθηκε στο παράδειγμα της μετατροπής του βου Ογκολογικού Ι.Κ.Α. σε Κέντρο Ημερήσιας Νοσηλείας (ΚΗΝ) «Κούρκουλος» και στα διδάγματα που αποκόμισε από την εμπειρία του αυτή.

Η διαφοροποίηση υπηρεσιών μέσω της υποκατάστασης και/ή μείωσης κλινών, και της αλλαγής χρήσης δομών συμβάλλει στην αναβάθμισή τους, στον περιορισμό του κόστους, σε αυξημένη ικανοποίηση και σε καλύτερα κλινικά αποτελέσματα, σημείωσε ο κύριος Μινογιάννης στην αρχή της ομιλίας του. Ο σχεδιασμός της, βέβαια, είτε στον ιδιωτικό είτε στον δημόσιο τομέα, καθώς και μέσω συμπράξεων, απαιτεί εκτίμηση των αναγκών, εμπορικό και στρατηγικό σχεδιασμό, συνέχεια και συνέπεια στην επίτευξη στόχων, καθώς και μια συνολική αναθεώρηση της χρηματοδότησης και παραγωγής των υπηρεσιών υγείας, η οποία μπορεί να επιτευχθεί με διαφοροποιημένες συμβάσεις από πλευράς ΕΟΠΥΥ.

Αφού παρέθεσε το ιστορικό μετατροπής του βου Ογκολογικού ΙΚΑ σε ΚΗΝ «Κούρκουλος», ο ομιλητής επεσήμανε ότι τέτοιες διαφοροποιημένες υπηρεσίες έχουν θετικές επιπτώσεις, τόσο στο σύστημα όσο και στον ασθενή. Η εμπειρία από το ΚΗΝ «Κούρκουλος» προσέφερε πολύτιμα μαθήματα.

Επενδυτική χρηματοδότηση μπορεί να υπάρξει, αν εκμεταλλευτούμε τα ΕΣΠΑ, αν προσεγγίσουμε στοχευμένα και όχι αποσπασματικά δυνητικούς δωρητές και χορηγούς, και αν δημιουργήσουμε μέσω δωρεών «ταμεία προίκας» για τα νοσοκομεία, όπου τα αποθεματικά επενδύονται στις χρηματαγορές και οι υπεραξίες

που δημιουργούνται επενδύονται στο νοσοκομείο.

Όσον αφορά στη διοικητική αυτοτέλεια, την επάρκεια και τη συνέχεια, είναι σαφές ότι δεν θα πρέπει να χρειάζονται 100 υπογραφές και έγκριση από το υπουργείο για το παραμικρό. Τα σενάρια είναι τρία, υποστήριξε ο κύριος Μινογιάννης: να έχουμε διοικητική αυτοτέλεια στα νοσοκομεία, ώστε να συγχωνευθούν ανάλογα με τις ανάγκες (σενάριο δύσκολο να εφαρμοστεί στην Ελλάδα), ή κεντρικές αποφάσεις συγχωνεύσεων και διαφοροποίησης δομών, και μετά διοικητική αυτοτέλεια (σενάριο πιο ρεαλιστικό, αλλά που σαφώς απαιτεί ολοκληρωμένο σχεδιασμό), ή μετατροπή των ΥΠΕ σε trusts, με τα νοσοκομεία να υπάγονται σε αυτές (επίσης δύσκολο να εφαρμοστεί στη χώρα μας).

Για τη διαφοροποίηση της χρηματοδότησης και την εισροή νέου χρήματος, είπε ο κύριος Μινογιάννης, απαιτείται αλλαγή αποζημίωσης μέσω DRGs ανάλογα και με τον τύπο φροντίδας, συμβάσεις με ασφαλιστικές εταιρείες για ασφαλισμένους ιδιώτες και δημιουργία νέων ροών χρήματος, αλλά και συμπράξεις μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα για καλύτερη και πιο αποδοτική χρήση των δομών που υπάρχουν.

Η ανάγκη, από την άλλη, για συνεχή αξιολόγηση δομών και επαγγελματιών, συμπλήρωσε, σημαίνει ότι χρειαζόμαστε ισοσκελισμένους απολογισμούς, μέτρηση του κλινικού αποτελέσματος, αποφυγή νοσοκομειακών νοσηλείων μέσω διαχείρισης ασθενειών, πολιτικών προαγωγής υγείας κ.ο.κ., θεραπευτικά κλινικά πρωτόκολλα συγκρίσιμα με τα διεθνή, σταθερότητα και προτυποποίηση με υιοθέτηση δεικτών ποιότητας, ισορροπία μεταξύ «αρτηριοσκλήρωσης» και ευελιξίας, και αναγνώριση εξαιρέσεων, ιατρική της συλλογικότητας με ιατρικά συμβούλια και ενδοκλινικές ενημερώσεις, εκπαίδευση clinical case managers και έναρξη κλινικής διαχείρισης με πλήρη αποδοχή από την ιατρική αλλά και τη διοικητική κοινότητα, κλινική υπευθυνότητα με πληροφορική παντού και διασύνδεση της οικονομικής με την κλινική πληροφορία.

Τέλος, αναφερόμενος στον επιχειρησιακό σχεδιασμό των εγχειρημάτων αυτών, ο κύριος Μινογιάννης παρατήρησε ότι η συνένωση νοσοκομείων δεν είναι απλά η ενοποίηση δύο οργανισμών «στα χαρτιά», αλλά, αντιθέτως, απαιτεί αξιολόγηση και μετρήσεις, ώστε να πάρουμε τα καλύτερα από κάθε οργανισμό και να ενοποιηθούν πραγματικά, αποκτώντας ενιαία οργανωσιακή κουλτούρα και ενιαίο στρατηγικό πλάνο.

Στη συζήτηση που ακολούθησε, ο Αναπληρωτής Καθηγητής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου και εκ των συντονιστών της συνεδρίας, **Παναγιώτης Πρεζεράκος**, σχολίασε αρχικά ότι, παράλληλα με τις συγχωνεύσεις των νοσοκομείων, που είναι απαραίτητες, θα πρέπει να προχωρήσει και η βελτίωση του συστήματος ΠΦΥ. Όλοι αναγνωρίζουμε τις βελτιώσεις που έχουν ήδη γίνει στο σύστημα υγείας, συνέχισε, αλλά δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι η υγεία δεν είναι αυθύπαρκτη, είναι υποσύστημα ενός ευρύτερου συστήματος και σχετίζεται με πολλά άλλα υποσύστημα, όπως η παιδεία. Ο πιο σημαντικός παραγωγικός συντελεστής μέσα στο σύστημα υγείας, επεσήμανε ο κύριος Πρεζεράκος, είναι το ανθρώπινο δυναμικό, που, αυτή τη στιγμή, είναι αριθμητικά περιορισμένο και, ως εκ τούτου, επαγγελματικά εξουθενωμένο. Παρά την οικονομική κρίση και την περιορισμένη οικονομική δυνατότητα του κοινού, ωστόσο, βλέπουμε πολλούς ανθρώπους να περιορίζουν τις δαπάνες τους, προκειμένου να πληρώσουν τα δίδακτρα για μεταπτυχιακούς τίτλους σπουδών σε

αντικείμενα που, πολλές φορές, δεν έχουν αντίκρισμα στην ελληνική αγορά εργασίας. Υπάρχει, λοιπόν, έλλειψη συντονισμού και σύνδεσης της παραγωγής επιστημόνων υγείας με την αγορά εργασίας, με αποτέλεσμα η μικρή και με περιορισμένες οικονομικές δυνατότητες Ελλάδα να παράγει σε ορισμένες περιπτώσεις καλά καταρτισμένους επιστήμονες υγείας, που τους παίρνουν έτοιμους στη συνέχεια άλλες πλούσιες χώρες, τόνισε ο κύριος Πρεζεράκος.

Στη συνέχεια, το λόγο έλαβε ο έτερος συντονιστής της συνεδρίας, Διευθύνων Σύμβουλος ΔΘΚΑ «Υγεία ΑΕ», **Ανδρέας Καρταπάνης**, ο οποίος, απαντώντας σε σχετική ερώτηση που τέθηκε από το κοινό, ανέφερε πως ένα σύστημα το οποίο έπρεπε να είχε αποδώσει από την πρώτη στιγμή που δημιουργήθηκε η κοινωνική ασφάλιση στην Ελλάδα, σήμερα έχει καταστήσει απωθητικό για όλους και κατηγορείται – δικαίως ή αδικώς. Το τελευταίο διάστημα, πρόσθεσε, υπάρχει έντονη κινητικότητα στην ιδιωτική περίθαλψη, λόγω του ότι βαριά περιστατικά δεν μπορούν να καλυφθούν επαρκώς στα δημόσια νοσοκομεία, όπου υπάρχει έλλειψη υλικών. Δυστυχώς, ο δημόσιος τομέας χαρακτηρίζεται από παθολογίες που δεν έχουν ακόμη αντιμετωπιστεί, συμπλήρωσε, αναφέροντας ότι σε πολλές κλινικές του ΕΣΥ μπορείς να συναντήσεις 3-4 διευθυντές και να μην έχουν επιμελητή να εφημερεύσει. Στον ιδιωτικό τομέα δεν υπάρχουν συγχωνεύσεις με την έννοια που υπάρχουν στον δημόσιο τομέα, υπάρχουν μόνο εξαγορές. Στον δημόσιο τομέα, οι προσπάθειες συγχωνεύσεων συναντούσαν ανέκαθεν εμπόδια, πρόσθεσε. Αναφερόμενος σε προσωπική του εμπειρία, μίλησε για την προσπάθεια που είχε ξεκινήσει πριν από μια δεκαπενταετία περίπου να δημιουργηθεί ένας χάρτης των κλινικών που υπήρχαν στα νοσοκομεία όλης της Αθήνας, προκειμένου να μελετηθεί η κατανομή

και η επάρκειά τους για την κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού. Οι προτάσεις που προέκυψαν για μεταφορές ορισμένων κλινικών από κάποια νοσοκομεία σε άλλα προκειμένου να καλύπτονται καλύτερα οι ανάγκες του πληθυσμού, συνάντησαν σθεναρή αντίδραση και άρνηση· κανείς δεν ήθελε να μετακινηθεί. Ακόμη και αυτή η προσπάθεια που γίνεται σήμερα κάποια μικρά νοσοκομεία να μετακινηθούν και κάποια άλλα να κλείσουν, επειδή αυτό χρειάζεται, είναι πολύ σημαντική, τόνισε ο κύριος Καρταπάνης.

Ανταποκρινόμενος σε σχετικό σχόλιο που έγινε από το ακροατήριο, ο κύριος Πρεζεράκος επεσήμανε ότι οι αντιδράσεις που συναντούν οι όποιες προτάσεις για αλλαγές και συγχωνεύσεις στον νοσοκομειακό τομέα, τόσο από τους εργαζομένους σε αυτόν όσο και από τους εξυπηρετούμενους-χρήστες, οφείλονται ουσιαστικά στην έλλειψη ενός εθνικού σχεδίου για την υγεία και στο γεγονός ότι ακόμη δεν έχουν ξεκαθαριστεί οι προτεραιότητες στο χώρο αυτόν.

Τη σκυτάλη πήρε ο Ομότιμος Καθηγητής του Πανεπιστημίου Πατρών, **Άρης Σισσούρας**, λέγοντας ότι στις συμπράξεις δημόσιου-ιδιωτικού τομέα μπορούμε να πάρουμε παράδειγμα από χώρες όπως η Πορτογαλία, που τα έχουν πάει πολύ καλά. Απευθυνόμενος κατόπιν στον κύριο Καρταπάνη, ανέφερε ότι και ο ιδιωτικός τομέας κάνει συγχωνεύσεις. Έστω και αν αυτές γίνονται για λόγους αγοράς, πραγματοποιούνται κατόπιν ορθολογικής μελέτης, όπου λαμβάνεται υπόψη η συμπληρωματικότητα και άλλες προϋποθέσεις, οι οποίες περιλαμβάνονται και στα μοντέλα που χρησιμοποιούνται για τις συγχωνεύσεις του δημόσιου τομέα. Οι γνώσεις και οι καλές πρακτικές πρέπει να συλλέγονται και να κωδικοποιούνται ώστε να είναι διαθέσιμες και για τους επόμενους, τόνισε ο κύριος Σισσούρας, κλείνοντας τις εργασίες της στρογγυλής τράπεζας.

ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ

Η στροφή στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στο επίκεντρο: “Now More Than Ever” (WHO)*

Προτάσεις για το ρόλο του οικογενειακού γιατρού, την εκπαίδευση και την ενεργό συμμετοχή των γενικών ιατρών για την εξέλιξη της ειδικότητας.

Προεδρείο: Ρένα Οικονομίδου, Αντώνης Μπατίκας

Ομιλήτες: Σοφία Δημοπούλου, Η ΠΦΥ στην Ελλάδα σήμερα 

Ζωή Τσίμτσιου, Παραδείγματα συστημάτων ΠΦΥ. Τι γίνεται στο εξωτερικό; 

Ευάγγελος Φραγκούλης, Μεταρρυθμίζοντας την ΠΦΥ από τη σκοπιά της ελληνικής γενικής ιατρικής. Θέσεις και τεκμηρίωση 

Αθηνά Τατσιώνη, Ο ρόλος της ακαδημαϊκής γενικής ιατρικής στην ανάπτυξη της ΠΦΥ 

Χρήστος Λιονής, Η ΠΦΥ μπροστά στην πρόκληση της οικονομικής και κοινωνικής κρίσης: Προκλήσεις, αδυναμίες και δυνατότητες 

Σχολιαστής: Μποδοσάκης-Πρόδρομος Μερκούρης 

* Με τη συνεργασία της Ελληνικής Εταιρείας Γενικής Ιατρικής (ΕΛΕΓΕΙΑ)

Πρώτη πήρε το λόγο η **Σοφία Δημοπούλου**, MSc, Συντονίστρια, Διευθύντρια, Κέντρο Υγείας Κασσάνδρειας Χαλκιδικής, η οποία ανέφερε ότι η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) καλύπτει μεγάλο κομμάτι διαχείρισης της υγείας του πληθυσμού. Στην ερώτηση «Υπάρχει ΠΦΥ στην Ελλάδα σήμερα;», απάντησε ανεπιφύλακτα «Όχι». Για να τεκμηριώσει την απάντησή της, η κυρία Δημοπούλου διευκρίνισε ότι, από τους τρεις βασικούς πυλώνες που απαρτίζουν την ΠΦΥ: α) αγωγή-προαγωγή, και άρα πρόληψη και προάσπιση της υγείας, β) διάγνωση, περίθαλψη και θεραπεία, και γ) παρακολούθηση, αποκατάσταση και κοινωνική επανένταξη ή τελική φροντίδα, η πρωτοβάθμια περίθαλψη στην Ελλάδα ασχολείται μόνο με τον δεύτερο (δηλαδή με τη διάγνωση, την πρώτη αντιμετώπιση, την επείγουσα ή όχι παραπομπή, τη θεραπεία, την παρακολούθηση και τη συνταγογράφηση), και υπογράμμισε την ασυνέχεια του συστήματος.

Η κρίση, ωστόσο, είχε ως αποτέλεσμα καινοτομίες στο σύστημα, παραδέχτηκε η κυρία Δημοπούλου, με σημαντικότερες τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ, την ηλεκτρονική συνταγογράφηση και το Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ). Το τελευταίο, περιλαμβάνει: τα Κέντρα Υγείας Αγροτικού Τύπου, τα Κέντρα Υγείας Αστικού Τύπου και τις πρώην Μονάδες Υγείας ΕΟΠΥΥ (πρώην ΙΚΑ). Δεν περιλαμβάνει όμως δομές οι οποίες ανήκουν επίσης στην ΠΦΥ, όπως τα τακτικά εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, τα ιδιωτικά ιατρεία και πολυϊατρεία, τα ιδιωτικά εργαστήρια, τα δημοτικά ιατρεία, τα ΤΕΠ, το ΕΚΑΒ, το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι», οι μονάδες ψυχικής υγείας κ.λπ. Επιπλέον, οι υπηρεσίες αυτές δεν έχουν καμία επίσημη διασύνδεση μεταξύ τους, δεν υπάρχει οργανωμένο σύστημα παραπομπών στη δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια πε-

ρίθαλψη, ούτε και αντίστοιχη αναφορά προς την πρωτοβάθμια. Ολοκληρώνοντας την περιγραφή του ΠΕΔΥ, η κυρία Δημοπούλου αναφέρθηκε στην «πανσπερμία» ιατρικών ειδικοτήτων και ειδών απασχόλησης των ιατρών του συστήματος.

Καταθέτοντας και την προσωπική της εμπειρία, η ομιλήτρια επεσήμανε ότι, από την ίδρυσή του, το ΠΕΔΥ αντιμετωπίζει μεγάλα λειτουργικά προβλήματα σε καθημερινή βάση, από τα πιο απλά έως τα πιο σύνθετα: α) υποχρηματοδότηση, με συνέπεια δυσκολίες στις προμήθειες, στα λειτουργικά έξοδα των μονάδων, στην αποπληρωμή της υπερωριακής εργασίας, β) υποστελέχωση, λόγω των αθρόων συνταξιοδοτήσεων και των μετακινήσεων όλων των κατηγοριών των εργαζομένων, γ) οργανωτικά προβλήματα, λόγω της απουσίας σχεδίου πρόληψης, αγωγής-προαγωγής της υγείας, αλλά και λόγω της σπανιότητας των υπηρεσιών αποκατάστασης και κοινωνικής επανένταξης, της έλλειψης υπηρεσιών επισκέψεων στο σπίτι κ.ά.

Επιπλέον, από το ΠΕΔΥ απουσιάζουν κάποια στοιχεία που ωστόσο προβλέπονταν στον ιδρυτικό του νόμο, όπως το σημείο πρώτης επαφής του ασθενή, ο οικογενειακός γιατρός, αλλά και η ομάδα υγείας, το σύστημα παραπομπής και ο ηλεκτρονικός ιατρικός φάκελος. Τον ιατρικό φάκελο υποκαθιστά κατά κάποιο τρόπο η ηλ. συνταγογράφηση και τα ηλ. παραπεμπτικά, τα οποία, αναγνώρισε η κυρία Δημοπούλου, αποτέλεσαν τομή στο σύστημα. Υπάρχουν, ωστόσο, ορισμένες ελλείψεις στην ηλ. συνταγογράφηση, που εκκρεμούν από την έναρξη της λειτουργίας της, όπως η εισαγωγή των θεραπευτικών πρωτοκόλλων (παρότι αυτά έχουν εκπονηθεί) ή των ελληνικών κατευθυντηρίων οδηγιών, και η εφαρμογή του συστήματος κατάταξης ICPC2. Δυσλειτουργία δημιουργεί στο σύστημα ο περιορισμός

της ηλ. συνταγογράφησης ορισμένων φαρμάκων (π.χ. φάρμακα για την άνοια) μόνο από «ειδικούς γιατρούς», με αποτέλεσμα, στις απομακρυσμένες περιοχές όπου δεν υπάρχουν οι αντίστοιχες ειδικότητες, οι ασθενείς να μην μπορούν να εξυπηρετηθούν.

Η κυρία Δημοπούλου κατέληξε στο ότι δεν υπάρχει καθολική κάλυψη υγείας σε πρωτοβάθμιο επίπεδο, γιατί στη πράξη δεν υπάρχει ελεύθερη πρόσβαση στις δομές της ΠΦΥ, ούτε στη φαρμακευτική περίθαλψη, ούτε στις παρακλινικές εξετάσεις. «Το βασικό πρόβλημα στην παρούσα συγκυρία συνίσταται στην ύπαρξη ανισορροπίας μεταξύ προσφοράς και ζήτησης, η οποία δε μπορεί να αρθεί, λόγω της δραματικής μείωσης των ιδιωτικών πληρωμών και παραπληρωμών», είπε η ομιλήτρια. Και έκλεισε την παρουσίασή της με το γενικό συμπέρασμα ότι η κατακερματισμένη παροχή υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης απέχει πολύ από τη Φροντίδα Υγείας, με αποτέλεσμα να γίνεται «κυρίως διαχείριση της αρρώστιας και όχι της υγείας».

Στη συνέχεια, η **Ζωή Τσίμτσιου**, Επιμελήτρια Α΄ Γενικής Ιατρικής, ΚΥΑΤ Ευόσμου Θεσσαλονίκης, MSc, PhD, Επιστημονικός Συνεργάτης Εργαστηρίου Υγιεινής, Ιατρική Σχολή, ΑΠΘ, παρουσίασε διαφορετικά συστήματα οργάνωσης της ΠΦΥ από το εξωτερικό. Δεν υπάρχει ιδανικό μοντέλο οργάνωσης της ΠΦΥ, γι' αυτό και γίνονται συνεχώς προσπάθειες βελτίωσης, είπε η κυρία Τσίμτσιου. Το σύστημα υγείας κάθε χώρας, εξάλλου, αναπτύσσεται και εξελίσσεται ακολουθώντας τις ιδιαίτερες κοινωνικές, πολιτικές, οικονομικές και πολιτισμικές συνθήκες. Στην Ελλάδα δεν προτείνεται να υιοθετηθεί άκριτα κάποιο σύστημα άλλης χώρας, αλλά να εκμεταλλευθεί την εμπειρία που υπάρχει και να αναζητήσει στοιχεία για την ανασυγκρότηση του εθνικού συστήματος υγείας.

Η ομιλήτρια παρουσίασε τις διαφορές στα μοντέλα οργάνωσης της ΠΦΥ, βάσει του συστήματος παραπομπών, της σχέσης εργασίας και του τρόπου αμοιβής των γιατρών. Όσον αφορά την πρώτη, υπάρχουν δύο συστήματα παραπομπών: α) το σύστημα όπου κεντρικό

ρόλο παίζει ο Γενικός Ιατρός (ΓΙ, η επιλογή του είναι υποχρεωτική για τον ασθενή), ως πρώτη επαφή με το σύστημα υγείας, που ανοίγει το δρόμο για πιθανή επαφή με γιατρούς άλλων ειδικοτήτων (το σύστημα της Μ. Βρετανίας κ.ά.), και β) το σύστημα όπου η επιλογή για πρόσβαση σε γιατρό κάθε ειδικότητας είναι ελεύθερη, αν και τα τελευταία χρόνια διαπιστώνεται η τάση να παρέχονται οικονομικά κίνητρα στους ασθενείς για να επιλέξουν ΓΙ (το σύστημα της Γερμανίας, Γαλλίας κ.ά.). Το πλεονέκτημα του πρώτου είναι ότι εξασφαλίζει συνέχεια στο σύστημα (υπό το συντονισμό του ΓΙ), ενώ το δεύτερο δίνει περισσότερες επιλογές στον ασθενή.

Ως προς τη σχέση εργασίας, τα μοντέλα οργάνωσης διακρίνονται σε αυτό που στηρίζεται σε συμβεβλημένους ιδιώτες γιατρούς (δηλαδή όχι πλήρους απασχόλησης) και ακολουθείται από την πλειονότητα των ευρωπαϊκών χωρών, και στο σύστημα όπου η παροχή υπηρεσιών υγείας γίνεται σε δημόσιες δομές (όπως τα Κέντρα Υγείας) και εφαρμόζεται από λίγες χώρες. Τέλος, ως προς τον τρόπο αμοιβής, υπάρχουν τρία μοντέλα: αμοιβή ανά επίσκεψη/ιατρική πράξη (fee for service), που εφαρμόζεται στις χώρες της Κεντρικής Ευρώπης κυρίως, αμοιβή κατά κεφαλήν (capitation), δηλαδή αμοιβή ανάλογα με τον αριθμό των ασθενών που εγγράφονται στη λίστα κάθε γιατρού και βάσει κάποιων χαρακτηριστικών τους, και, τέλος, το μεικτό σύστημα, όπου ο γιατρός αποζημιώνεται, σε κάποιο ποσοστό, βάσει του αριθμού ασθενών στη λίστα του και, στο υπόλοιπο ποσοστό, ανά επίσκεψη.

Η κυρία Τσίμτσιου παρουσίασε στη συνέχεια παραδείγματα κινήτρων που προσφέρονται στους ιδιώτες συμβεβλημένους γιατρούς, με σκοπό τη βελτίωση των υπηρεσιών τους, τα οποία είχαν μεγάλη επιτυχία ως προς την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών ([Πίνακας 1](#) & [Πίνακας 2](#)).

Συνοψίζοντας, η κυρία Τσίμτσιου τόνισε ότι οι γιατροί της ΠΦΥ στις ευρωπαϊκές χώρες είναι κατά βάση συμβεβλημένοι ιδιώτες -όχι αποκλειστικής απασχόλησης- και, προκειμένου να ενεργοποιούνται για να γίνουν καλύτεροι, ελέγχεται η αποτελεσματικότητά τους (τήρηση του συμβολαίου τους, επίτευξη στόχων), ενώ τους παρέχονται οικονομικά κίνητρα.

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΚΙΝΗΤΡΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΛΥΤΕΡΗ ΑΠΟΔΟΣΗ ΣΤΗΝ ΠΦΥ

Quality and Outcomes Framework (QOF), 2004, Μ. Βρετανία - Επιβράβευση για επίτευξη στόχων που σχετίζονται με:

- το κλινικό έργο -ρύθμιση χρονίων νοσημάτων- (π.χ. ΣΝ, ΚΑ, ΑΕΕ, ΑΥ, ΣΔ, ΧΑΠ, Επιληψία, Υποθυρεοειδισμός, Καρκίνος, ΒΑ, Καταθλιψη, Κολπική μαρμαρυγή, Παχυσαρκία)
- την οργάνωση του ιατρείου (π.χ. ιατρικός φάκελος, εκπαιδευτικό υλικό για τους ασθενείς)
- την ικανοποίηση των ασθενών
- πρόσθετες υπηρεσίες (πρόληψη).

Πίνακας 1: Το QOF ορίζει για τους συμβεβλημένους γιατρούς ΠΦΥ στη Μεγάλη Βρετανία ορισμένους ποιοτικούς στόχους, που αντιστοιχούν σε πόντους και χρηματική αμοιβή.

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΚΙΝΗΤΡΑ

Λιθουανία, 2004

- Προγράμματα πρόληψης καρκίνου (μαστού, τραχήλου μήτρας, προστάτη)
- Αμοιβή ΓΙ έως 290 ευρώ για έγκαιρη διάγνωση καρκίνου.
- 2008, 12% της αμοιβής του ΓΙ προέρχεται από την απόδοσή του (pay for performance).

(π.χ. % ασθενών στο σύνολο των εγγεγραμμένων που προσήλθαν τουλάχιστον 1 φορά ετησίως για προληπτικό έλεγχο, νοσηλείες σε ασθενείς με χρόνια νοσήματα)

Πίνακας 2: Τα οικονομικά κίνητρα που δόθηκαν στη Λιθουανία συνδέθηκαν με τη συμμετοχή των ασθενών στον προσυμπτωματικό έλεγχο καρκίνων ή χρονίων νοσημάτων.

Οι μεταρρυθμιστικές τάσεις στην Ευρώπη επικεντρώνονται, σήμερα, στην παρακίνηση ασθενών να εγγραφούν σε λίστες ΓΠ, στην οργάνωση σε ομαδικά ιατρεία, στην ενίσχυση της μεικτής μεθόδου αμοιβής (που φαίνεται να πλεονεκτεί έναντι της αμοιβής ανά επίσκεψη) και –ιδιαίτερα σημαντικό– στην επένδυση σε ηλεκτρονικές δομές (ηλεκτρονικός φάκελος ασθενούς, ηλεκτρονικό σύστημα παραπομπών προκειμένου να υπάρχει διασύνδεση της ΠΦΥ με τη δευτεροβάθμια και την τριτοβάθμια, επικοινωνία γιατρών). Απώτερος στόχος όλων αυτών, είπε η κυρία Τσίμτσιου, είναι η συνέχεια του συστήματος και η βελτίωση του συντονισμού των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας για τους ασθενείς.

Ο **Ευάγγελος Φραγκούλης**, MD, MSc, Γενικός Ιατρός, Γενικός Γραμματέας της Ελληνικής Ένωσης Γενικής Ιατρικής, Αν. Αρχίατρος, ΕΔΟΕΑΠ, εξέθεσε τις απόψεις της ΕΛΕΓΕΙΑ και της Ένωσης Γενικών Πατρών σχετικά με τη μεταρρύθμιση της ΠΦΥ.

Στόχο της μεταρρύθμισης του συστήματος υγείας στην Ελλάδα θα πρέπει να αποτελεί ο αναπροσανατολισμός στις θεμελιώδεις αξίες της ΠΦΥ από τις οποίες αποκλίνει: την ισότητα, την καθολική πρόσβαση του πληθυσμού σε ανθρωποκεντρική φροντίδα, και την αποφυγή του νοσοκομειοκεντρικού χαρακτήρα, της εμπορευματοποίησης και του κατακερματισμού.

Αναφερόμενος στις στρεβλώσεις του ελληνικού συστήματος υγείας, ο ομιλητής επεσήμανε ότι, με σχεδόν 2,5 εκατομμύρια ανασφάλιστους, η κάλυψη του πληθυσμού πλέον απέχει πολύ από το να είναι καθολική. Το σύστημα δεν ανταποκρίνεται στις ανάγκες, κυρίως λόγω οικονομικής στενότητας, με συνέπεια οι σημερινές αδιάγνωστες ασθένειες να οδηγούν σε κακή υγεία αύριο. Η κατανομή των πόρων αποδεικνύει

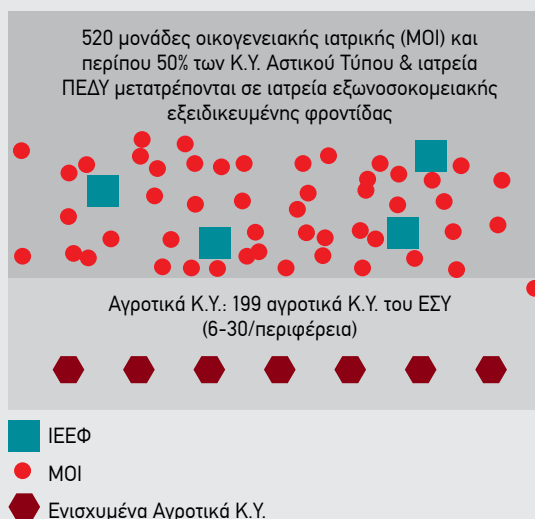
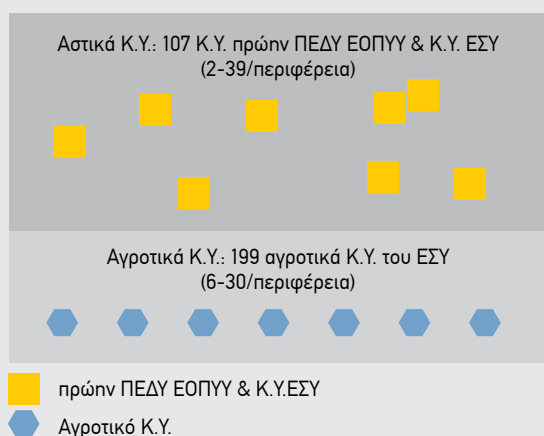
τον νοσοκομειοκεντρικό χαρακτήρα του συστήματος και τον προσανατολισμό όχι στην προάσπιση της υγείας, αλλά στην αντιμετώπιση της ασθένειας. Η εξωνοσοκομειακή δαπάνη υγείας, μάλιστα, σύμφωνα με μελέτη της ΕΣΔΥ, δέχτηκε το μεγαλύτερο πλήγμα κατά την κρίση. Διαπιστώνονται επιπλέον, υπερκατανάλωση υψηλής τεχνολογίας, διαγνωστικών εξετάσεων και φαρμάκων, πληθωρισμός γιατρών ειδικοτήτων, έλλειψη γενικών γιατρών και νοσηλευτών, υψηλότερες ίδιες πληρωμές –«πάνω» και «κάτω από το τραπέζι»–, και χαμηλή δημόσια δαπάνη για την υγεία. Η προαγωγή υγείας είναι πτωχή με υψηλό επιπολασμό ανθυγιεινών τρόπων ζωής: η Ελλάδα είναι πρώτη στην Ευρώπη σε παχύσαρκα παιδιά, στο κάπνισμα και με πτωχή απόδοση στην πρόληψη.

Μελέτη για την ισχύ της ΠΦΥ στην Ευρώπη κατατάσσει το ελληνικό σύστημα στη χειρότερη θέση, σε όλες τις διαστάσεις του (δομή και διαδικασίες), ενώ και οι καταναλωτές κάνουν την ίδια αξιολόγηση.

Η ανάγκη για αλλαγή, διαπίστωσε ο κύριος Φραγκούλης, σηματοδοτήθηκε από την ψήφιση του νόμου για το πρωτοβάθμιο εθνικό δίκτυο υγείας (ΠΕΔΥ) (Φεβρουάριος 2014), που σκιαγραφεί ένα μελλοντικό σύστημα ΠΦΥ βασισμένο στην οικογενειακή ιατρική και στοχεύει στην καθολική κάλυψη του πληθυσμού. Το όραμα των εμπνευστών του ΠΕΔΥ περιελάμβανε τη λειτουργία δικτύου Μονάδων Οικογενειακής Ιατρικής στα αστικά κέντρα, στελεχωμένων από οικογενειακούς γιατρούς, όπως και μετεξέλιξη μέρους των πρώην ιατρείων ΙΚΑ σε μονάδες εξωνοσοκομειακής εξειδικευμένης φροντίδας (Εικόνα 8). Δυστυχώς, εκκρεμούν ακόμα ο τελικός σχεδιασμός και η ψήφιση των εφαρμοστικών διατάξεων του νόμου.

Ο κύριος Φραγκούλης εξέθεσε στη συνέχεια το όραμα

ΜΕΤΑΜΟΡΦΩΣΗ ΤΟΥ ΥΠΑΡΧΟΝΤΟΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΣΕ ΔΙΚΤΥΟ ΠΦΥ ΚΑΘΟΛΙΚΗΣ ΚΑΛΥΨΗΣ Η ΠΡΟΤΑΣΗ ΤΗΣ ΟΜΑΔΑΣ ΤΕΧΝΙΚΗΣ ΒΟΗΘΕΙΑΣ ΤΟΥ ΠΟΥ



Πηγές: Υπουργείο Υγείας, 2014

Εικόνα 8: Ο αστικός πληθυσμός (8,2 εκ.) θα εγγραφεί σε ένα δίκτυο 5.000 συμβεβλημένων οικογενειακών γιατρών. Ο αγροτικός πληθυσμός (2,5 εκ.) θα εξυπηρετείται από 213 Κ.Υ. που συνεχίζουν να παρέχουν ΠΦΥ, με προσπάθεια αναβάθμισης των υπηρεσιών.

των Ελλήνων γενικών γιατρών για την ΠΦΥ, που συνοψίζεται σε 3 στόχους:

- Πρώτος, η καθολική κάλυψη της υγείας, η οποία χάθηκε στην Ελλάδα την τελευταία πενταετία και οι φορείς της Γενικής Ιατρικής δηλώνουν ενεργό συμμετοχή στην ανάκτησή της.
- Δεύτερος, η αναζήτηση της αξίας στη φροντίδα, δηλαδή των βέλτιστων αποτελεσμάτων στην υγεία ενός ασθενούς ως προς το κόστος που δαπανήθηκε για αυτά. Για να επιτευχθεί αυτό, είναι αναγκαία η αλλαγή στον τρόπο οργάνωσης, μέτρησης και αποζημίωσης των υπηρεσιών υγείας με εστίαση στις ανάγκες του ασθενούς. Σε αυτό το πλαίσιο, η πρόληψη και η έγκαιρη διάγνωση είναι δυνατόν να αποτρέψουν πολύπλοκες και ακριβές θεραπείες στο μέλλον, να φέρουν ταχύτερη ανάρρωση και λιγότερες επιπλοκές, εξοικονομώντας πόρους για παρεμβάσεις αλλαγής του τρόπου ζωής οι οποίες τώρα ελλείπουν.
- Τρίτος, η τοποθέτηση της ΠΦΥ στο επίκεντρο. Η ομάδα ΠΦΥ βρίσκεται στον πυρήνα, και δρα σαν κόμβος συντονισμού και δικτύωσης με εξωτερικούς συνεργάτες και δομές. Ο οικογενειακός γιατρός λειτουργεί σαν πλοηγός για το ασθενή όταν αυτός χρήζει φροντίδας σε άλλα επίπεδα του συστήματος. Η ΠΦΥ πρέπει να διακρίνεται από τον ασθενοκεντρικό χαρακτήρα, την ολιστική προσέγγιση και την ανάληψη ευθύνης για την υγεία του ασθενούς.

Κρίσιμα στοιχεία για ενδυνάμωση της ΠΦΥ, πρόσθεσε ο κύριος Φραγκούλης, είναι η αύξηση της χρηματοδότησης και της πρόσβασης σε αυτήν, η αναμόρφωση των μεθόδων αποζημίωσης των γιατρών, η μετακίνηση φροντίδας από τα νοσοκομεία προς την ΠΦΥ και η αλλαγή του μίγματος δεξιοτήτων των λειτουργιών της.

Όσον αφορά τον οικογενειακό γιατρό, αυτός αποτελεί το σημείο εισόδου και πρώτης επαφής του ασθενούς με το σύστημα: τον παραπέμπει σε ανώτερα επίπεδα φροντίδας –εξωνοσοκομειακή εξειδικευμένη φροντίδα και νοσοκομείο–, με το παραπεμπτικό να είναι υποχρεωτικό, και συντονίζει τη φροντίδα. Ο ασθενής θα πρέπει να επιλέγει ο ίδιος ελεύθερα το γιατρό του, ενώ απαραίτητη είναι και η δημιουργία λίστας ασθενών.

Σε αυτό το σύστημα, κρίσιμος είναι ο ρόλος της τεχνολογίας και της διασύνδεσης των δομών, και ο καθορισμός των «μονοπατιών» φροντίδας για κάθε νόσημα. Για το συντονισμό της ομάδας υγείας, οικογενειακού γιατρού και ειδικών, απαραίτητα είναι και τα κοινά πρωτόκολλα και καθορισμένες ενδείξεις παραπομπής, πρόσβαση στο ίδιο πληροφοριακό σύστημα. Η πληροφοριακή πλατφόρμα και ο Ηλεκτρονικός Ιατρικός Φάκελος πρέπει να αποτελούν τα εργαλεία μέτρησης, αναφοράς και σύγκρισης των αποτελεσμάτων για βελτίωση του συστήματος και ελάττωση του κόστους.

Οι θέσεις της ΕΛΕΓΕΙΑ αναδεικνύουν την ανάγκη για αξιοπρεπή και ενιαία μέθοδο αποζημίωσης των γιατρών που αναλαμβάνουν ρόλο οικογενειακού γιατρού –είτε αυτοί προέρχονται από το δημόσιο σύστημα, είτε είναι συμβεβλημένοι ιδιώτες– και προτείνει ένα μικτό σύστημα βασισμένο κύρια στο capitation, αλλά με επιπρόσθετα στοιχεία πάγιας αποζημίωσης, pay-for-performance (P4p) και κατά πράξη. Το επίπεδο αποζημίωσης του οικογενειακού γιατρού πρέπει επίσης να βρίσκεται σε άμεση συνάρτηση με τις ευθύνες που αναλαμβάνει βάσει συμβολαίου με ξεκάθαρα καθορι-

σμένες υποχρεώσεις και στόχους.

«Έχουμε τόσα δεδομένα υπέρ της οργανωμένης ΠΦΥ που είναι πλέον εγκληματικό να μην την εφαρμόζουμε», είπε χαρακτηριστικά ο κύριος Φραγκούλης κλείνοντας την ομιλία του.

Τρίτη πήρε το λόγο η Επίκουρη Καθηγήτρια του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, **Αθηνά Τατσιώνη**, η οποία παρατήρησε ότι μοιάζει οξύμωρο να συζητάμε για την ακαδημαϊκή γενική ιατρική σε μια χώρα όπου, όπως ειπώθηκε από τους προηγούμενους ομιλητές, δεν υπάρχει ΠΦΥ. Και διευκρίνισε ότι στην παρουσίασή της θα επιχειρούσε να αναφερθεί στο πώς η ακαδημαϊκή γενική ιατρική μπορεί να συμβάλει στην κάλυψη των κενών που προαναφέρθηκαν, σε δύο τομείς: την εκπαίδευση και την έρευνα.

Προϋπόθεση για να αναπτυχθεί η ΠΦΥ είναι οι απόφοιτοι των ιατρικών σχολών να επιλέξουν συνειδητά ειδικότητες που την υποστηρίζουν –κατεξοχήν τη γενική οικογενειακή ιατρική. Οι φοιτητές, προπτυχιακά, θα πρέπει να γνωρίζουν τα βασικά χαρακτηριστικά της ΠΦΥ, δηλαδή ότι θα αποτελούν την πρώτη επαφή του ασθενή με το σύστημα υγείας, ότι η φροντίδα που θα παρέχουν θα είναι συνεχής, μακροχρόνια, αλλά και ολοκληρωμένη. Επίσης, ότι θα είναι υπεύθυνοι για το συντονισμό των επαγγελματιών και των υπολοίπων υπηρεσιών φροντίδας. Ωστόσο, υπάρχουν πολλοί ανασταλτικοί παράγοντες στην επιλογή της γενικής ιατρικής, παρατήρησε η κυρία Τατσιώνη. Στην Ελλάδα, ειδικότερα, αυτοί περιλαμβάνουν τις συνθήκες εργασίας των γιατρών στα Κέντρα Υγείας· τα επικριτικά σχόλια για την ΠΦΥ, τόσο των γιατρών όσο και της κοινωνίας ευρύτερα, που εκθειάζουν την αυξημένη εξειδίκευση· το εκτεταμένο εύρος των γνώσεων που χρειάζεται να έχει ο γιατρός της ΠΦΥ, κάτι που συχνά προκαλεί φόβο στους νέους γιατρούς· την πεποίθηση ότι η ενασχόληση με την ΠΦΥ πιθανόν να είναι αναρίθμητη (π.χ. μόνο συνταγογράφηση, πολύ απλά περιστατικά). Στα παραπάνω έρχεται να προστεθεί και η απουσία κέντρων εκπαίδευσης των φοιτητών για την ΠΦΥ.

Χρειάζεται, λοιπόν, προσαρμογή των προγραμμάτων σπουδών των πανεπιστημίων σε προπτυχιακό επίπεδο, δηλαδή μια εκπαιδευτική προσέγγιση που να βασίζεται στην επικέντρωση του ενδιαφέροντος στον ασθενή, ως πρόσωπο και όχι ως νόσημα, όπως γίνεται μέχρι τώρα. Οι φοιτητές θα πρέπει να εκπαιδευτούν στις κλινικές δεξιότητες που χρειάζονται οι γιατροί της ΠΦΥ. Δεδομένου ότι η εργασία σε ομάδα είναι προϋπόθεση στην ΠΦΥ, θα πρέπει να εκπαιδευτούν ώστε να λειτουργούν αποτελεσματικά ως μέλη μιας ομάδας μαζί με επαγγελματίες από άλλα πεδία. Η εκπαίδευση θα πρέπει να γίνεται σε δομές ΠΦΥ και όχι σε νοσοκομεία. Επίσης, θα πρέπει οι φοιτητές να υποστηριχθούν ώστε να συμμετέχουν σε μεταφραστική έρευνα, με έμφαση στην εφαρμογή της επιστημονικής γνώσης στην κλινική πράξη, που αποτελεί και το κατεξοχήν πεδίο έρευνας στην ΠΦΥ.

Η κυρία Τατσιώνη ανέλυσε περαιτέρω τι θα πρέπει να περιλαμβάνει η εκπαίδευση των φοιτητών που θα κατευθυνθούν στην πρωτοβάθμια φροντίδα, τονίζοντας την πρακτική σε Κ.Υ., την κατανόηση της ολοκληρωμένης προσέγγισης του ασθενή, την εκμάθηση κλινικών δεξιοτήτων και εργαλείων που χρειάζεται ο γιατρός της ΠΦΥ, αλλά και την πιο ορθολογική χρήση των διαθέσιμων κλινικών πόρων. Επομένως, πολύ σημαντική είναι η κλινική άσκηση στην κοινότητα, σε δομές ΠΦΥ. Ζητούμενο είναι και η συμμετοχή των ίδιων των φοι-

τητών σε ερευνητικά προγράμματα και στη μεταφραστική έρευνα για την ΠΦΥ, με την παροχή κινήτρων.

Σίγουρα, μια ιατρική σχολή δεν προορίζεται να εκπαιδεύσει ιατρούς γενικής ιατρικής ή γιατρούς ΠΦΥ, επεσήμανε η κυρία Τατσιώνη, ούτε όλοι οι φοιτητές θα επιλέξουν αυτή την επαγγελματική πορεία. Είναι όμως πολύ σημαντικό, όταν η εκπαίδευση για την ΠΦΥ περάσει στα προγράμματα των σχολών, όλοι οι γιατροί να κατανοούν καλύτερα τι σημαίνει ΠΦΥ, και να είναι πιο δεκτικοί στο ρόλο της και στο πώς παρέχεται.

Όσον αφορά το ρόλο της ακαδημαϊκής γενικής ιατρικής στην ανάπτυξη της έρευνας για την ΠΦΥ, η κυρία Τατσιώνη θέλησε να εστιάσει σε ένα πεδίο που χαρακτηρίσει πολλά υποσχόμενο σε διεθνές επίπεδο. Παρουσιάζοντας τα ερευνητικά στάδια που ακολουθεί μια ανακάλυψη, η ομιλήτρια κατέληξε ότι η ερευνητική γενική ιατρική μπορεί να παίξει σημαντικό ρόλο στη μεταφραστική έρευνα που συνίσταται στην αξιολόγηση παρεμβάσεων, έτσι ώστε οι κατευθυντήριες οδηγίες που έχουν προκύψει από μια σειρά ερευνητικών σταδίων να εφαρμοστούν στην κλινική πρακτική.

Συγκεκριμένα, ο ρόλος της ερευνητικής γενικής ιατρικής είναι να αναπτύξει ερευνητικά πρωτόκολλα με σκοπό τη βελτίωση της φροντίδας υγείας, διασφαλίζοντας την ποιότητα, την ασφάλεια, την προσβασιμότητα, την ισότητα και ένα λογικό κόστος. Η ακαδημαϊκή κοινότητα μπορεί να είναι εκείνη που θα διευκολύνει τη συζήτηση, την ανταλλαγή θεωριών και την πρόταση λύσεων στον τομέα της μεταφραστικής έρευνας.

Επίσης, η ερευνητική γενική ιατρική (ΓΙ) θα μπορούσε να παίξει σημαντικό ρόλο στη βελτίωση της λειτουργίας των μονάδων ΠΦΥ, παρέχοντας τα εργαλεία στους γενικούς γιατρούς, εκπαιδεύοντας τους επαγγελματίες υγείας στο πλαίσιο ερευνητικών προγραμμάτων και καταθέτοντας προτάσεις για το σχεδιασμό των δομών της ΠΦΥ· τέλος, αναπτύσσοντας προγράμματα ολοκληρωμένης φροντίδας (για ασθενείς με πολλαπλή νοσηρότητα και σύνθετα προβλήματα).

Σε επίπεδο μεταπτυχιακό και ειδικότητας, η ακαδημαϊκή ΓΙ μπορεί να επιτελέσει έναν επιπλέον εκπαιδευτικό ρόλο, συντονίζοντας δίκτυα έρευνας ΠΦΥ. Ένα μεγάλο ερώτημα, παρατήρησε η κυρία Τατσιώνη, είναι ποιος

συντονίζει την έρευνα στην ΠΦΥ, που τώρα γίνεται από κάθε πανεπιστήμιο ή έδρα ΓΙ ξεχωριστά. Ανέφερε ορισμένα παραδείγματα από το εξωτερικό, όπως το Netherlands Institute for Health Services Research, το National Institute for Clinical Excellence (UK), και το Agency for Healthcare Research and Quality (US), τα οποία συνεργάζονται με πανεπιστημιακά ιδρύματα, θέτουν το πρόγραμμα και τις προτεραιότητες, αλλά και κατανέμουν τους πόρους ώστε να έχουν τα επιθυμητά αποτελέσματα.

Στη συνέχεια, το λόγο πήρε ο **Χρήστος Λιονής**, Καθηγητής Γενικής Ιατρικής και Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Κρήτης. Ο ομιλητής δήλωσε την πρόθεσή του να καταθέσει προτάσεις για το μέλλον της ΠΦΥ και τόνισε ότι στη χώρα μας θα πρέπει να λάβουμε τα μηνύματα του παρελθόντος για να προχωρήσουμε προς το μέλλον, αν θέλουμε να καλύψουμε την τεράστια απόσταση ανάμεσα στην Ελλάδα και την υπόλοιπη Ευρώπη στον τομέα της ΠΦΥ.

Ο κύριος Λιονής επεσήμανε ότι πρέπει να συμφωνηθεί πως όλοι μιλούν για το ίδιο πράγμα όταν αναφέρονται στην ΠΦΥ, δηλαδή για θεμελιώδεις έννοιες και όρους σχετικά με τα χρόνια νοσήματα και τη συννοσηρότητα, που δεν έχουν περιληφθεί στη συζήτηση για τη μεταρρύθμιση της ΠΦΥ. Όσον αφορά τη διαχείριση των χρόνιων νοσημάτων, τόνισε τη σημασία της αξιολόγησης των συμπτωμάτων, στην οποία επανέρχονται σήμερα οι ερευνητές στην Ευρώπη. Η ΓΙ δεν πρέπει να παρασύρεται από τη μεθοδολογία, την ορολογία και την τέχνη των άλλων ειδικοτήτων, υπογράμμισε ο κύριος Λιονής, αλλά οφείλει να αναπτύξει δικές της και να τεκμηριώσει την αποτελεσματικότητά της.

Επιπλέον, επεσήμανε ότι, παρά την πολλή συζήτηση για την εστίαση στον ασθενή, στην Ελλάδα αυτό δεν έχει γίνει πράξη. Αναφέρθηκε στο παράδειγμα των βασικών αρχών οι οποίες εφαρμόζονται και συζητούνται στην Αμερική, και λαμβάνουν υπ' όψιν τους διαφόρους επαγγελματίες υγείας που συνεργάζονται με τον γενικό γιατρό (**Εικόνα 9**).

Στη συνέχεια, ο κύριος Λιονής αναφέρθηκε στο θεωρητικό υπόβαθρο της ΓΙ και τόνισε την ανάγκη για ανανέωσή του. Όσον αφορά τη θεωρία για τη διαχείριση των χρόνιων νοσημάτων, εντόπισε την απουσία του στοιχείου της αυτοφροντίδας, το οποίο εναπόκειται στους γενικούς γιατρούς να περιγράψουν. Έλλειμμα υπάρχει και στις παρεμβάσεις πρόληψης στην ΠΦΥ, στις οποίες οι γιατροί δεν έχουν εκπαιδευτεί. Υπάρχει επίσης ανάγκη επιμόρφωσης των γιατρών σε θέματα ψυχολογίας, ώστε να αξιοποιήσουν το εργαλείο της «παρακινητικής συνέντευξης» στην τροποποίηση της συμπεριφοράς των ασθενών.

Σχετικά με τις απόψεις των ασθενών, ο ομιλητής παρουσίασε τα αποτελέσματα έρευνας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Κρήτης και της ΕΛΕΓΕΙΑ για την ποιότητα των υπηρεσιών ΠΦΥ, τονίζοντας ότι οι ασθενείς θέλουν «να καταλαβαίνουν τι εννοεί ο γιατρός», «ο γιατρός να είναι ευγενικός», να τηρούνται τα ραντεβού κ.ο.κ. Οι γενικοί γιατροί οφείλουν να προωθήσουν τα ζητήματα αυτά στο Υπουργείο.

Όσον αφορά το υγειονομικό προσωπικό, ο κύριος Λιονής επεσήμανε ότι, παρά τις δηλώσεις των πολιτικών περί επένδυσης στο ανθρώπινο δυναμικό του συστήματος υγείας, οι γιατροί εμφανίζουν το φαινόμενο του «burnout», σε όλες τις βαθμίδες, και αυτό είναι επιτακτική ανάγκη να αντιμετωπιστεί. Τόνισε, επίσης, ότι



Εικόνα 9: Οι τεχνικές που είναι απαραίτητες στον γενικό γιατρό, αλλά δεν διδάσκονται στις ιατρικές σχολές της χώρας.

δεν υφίσταται αυτό που λέγεται «ομάδα υγείας»· αντίθετα, οι επαγγελματίες υγείας απλώς συνυπάρχουν σε πολυεπιστημονικές ομάδες και όχι διεπιστημονικές. Για να αλλάξει αυτό, χρειάζεται εκπαίδευση των γιατρών σε προπτυχιακό επίπεδο.

Η επιδημιολογία των νοσημάτων έχει αλλάξει, είπε ο κύριος Λιονής, και οι μελέτες αναφέρονται σε μεγάλο βαθμό στην πολλαπλή νοσηρότητα, ενώ από τους ερευνητές διαπιστώνεται η ανάγκη για κατευθυντήριες οδηγίες που να τη λαμβάνουν υπ' όψιν. Οι Έλληνες γενικοί γιατροί θα πρέπει να κάνουν σχετική πρόταση στο ΚΕΣΥ. Ωστόσο, οι κατευθυντήριες οδηγίες δεν έχει νόημα να εφαρμοστούν, αν πρώτα δεν έχουν αξιολογηθεί, τόνισε ο ομιλητής. Η αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών για τη βελτίωση της ποιότητας της ΠΦΥ πρέπει να γίνεται με βάση 10 δείκτες, υποστήριξε ο κύριος Λιονής, και πρέπει να τους δημιουργήσουμε εδώ, στην Ελλάδα, για να έχουμε αποτελέσματα. Εξάλλου, ο έλεγχος της φαρμακευτικής δαπάνης πρέπει να στηριχθεί σε αλλαγή της συνταγογραφικής πρακτικής.

Όσον αφορά την εκπαίδευση, ο ομιλητής τόνισε την ανάγκη για νέα προπτυχιακά προγράμματα σπουδών και για λειτουργία πανεπιστημιακών ΚΥ, ώστε οι γενικοί γιατροί να αποκτήσουν την κουλτούρα και τις δεξιότητες που χρειάζονται, με σημαντική εστίαση στη «συμπονετική φροντίδα», που επίσης πρέπει να διδάσκεται. Στο ερευνητικό πεδίο, ο κύριος Λιονής αναφέρθηκε σε μελέτες του Πανεπιστημίου Κρήτης και υποστήριξε ότι τα ελληνικά πανεπιστήμια πρέπει να έχουν παρουσία στο ευρωπαϊκό γίγνεσθαι. Με ιδιαίτερη χαρά, αναφέρθηκε στην έγκριση και χρηματοδότηση από την Ε.Ε. πρότασης του Πανεπιστημίου Κρήτης και εταίρων του, για το επίκαιρο πρόβλημα της μετανάστευσης και τη δημιουργία μονάδων ΠΦΥ για την υποδοχή μεταναστών σε 8 περιοχές της Ευρώπης, υπογραμμίζοντας την ανάγκη συνεισφοράς του πανεπιστημίου σε φλέγοντα ζητήματα της κοινωνίας.

Κλείνοντας την ομιλία του, ο κύριος Λιονής συνόψισε ότι χρειαζόμαστε μια περισσότερο συστημική προσέγγιση στη γενική ιατρική, και ότι πρώτα πρέπει να αλλάξουμε τη συμπεριφορά/πρακτική του υγειονομικού και μετά του ασθενούς. Εξέφρασε την αντίθεσή του στο να ξεκινήσει τώρα η αξιολόγηση των γενικών ιατρών· αυτό θα πρέπει να γίνει όταν δοθούν σε όλους τα

απαραίτητα εργαλεία, είπε. Και κατέληξε με μια αναφορά στον αείμνηστο Δημήτριο Τριχόπουλο, που είχε πει ότι «έχουμε χάσει τον ασθενή», με την έννοια ότι ο ασθενής αμφισβητεί τον γιατρό όπως και άλλες μορφές εξουσίας, επομένως οι γιατροί θα πρέπει να τον «ξανακερδίσουν».

Τελευταίος έλαβε το λόγο ως σχολιαστής ο Πρόεδρος ΔΣ της ΕΛΕΓΕΙΑ, **Μποδοσάκης-Πρόδρομος Μερκούρης**, ο οποίος ξεκίνησε γλαφυρά λέγοντας ότι έχει, δυστυχώς, το δυσάρεστο καθήκον να προσγειώσει τους ομιλητές και το κοινό στη σκληρή πραγματικότητα, μετά τα όσα ωραία ακούστηκαν. Ο κύριος Μερκούρης αναφέρθηκε στις δεκαετίες μη εκπληρωμένων προσδοκιών και αθέτησης προεκλογικών υποσχέσεων από μέρους των κυβερνήσεων. Υπογράμμισε ότι, παρόλο που ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού έχει θεσπιστεί από το 1983, στην πραγματικότητα δεν εφαρμόστηκε ποτέ. Έκανε αυστηρή κριτική στην αντιπαράθεση ορισμένων ειδικοτήτων με την ειδικότητα των γενικών γιατρών, όσον αφορά τη συνταγογράφηση και τη χρήση ιατρικής τεχνολογίας. Επεσήμανε το μεγάλο κύμα μετανάστευσης των Ελλήνων γιατρών στο εξωτερικό, χαρακτηρίζοντάς το ντροπή για τη χώρα μας, ενώ στη συνέχεια τόνισε ότι η πρακτική της αποκλειστικής απασχόλησης και η μισθωτή εργασία οδηγούν τους γενικούς γιατρούς σε παντελή έλλειψη κινήτρων και, τελικά, σε αδιαφορία. Τάχθηκε υπέρ του συστήματος αμοιβής *per capita*, κυρίως για τους οικογενειακούς γιατρούς. Επεσήμανε ότι τα συστήματα του εξωτερικού δεν είναι «*prêt-à-porter*» και ότι απαιτείται προσαρμογή τους προκειμένου να εφαρμοστούν αποτελεσματικά στη χώρα μας. Και για να υπογραμμίσει τον τεράστιο ρόλο του γιατρού της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, ο κύριος Μερκούρης αναρωτήθηκε: «Θα πάρει ποτέ ένας γενικός γιατρός Νόμπελ;» για να απαντήσει ο ίδιος: «Ιατρικής όχι. Ελπίζω όμως να πάρει Νόμπελ Ειρήνης».

Στη συζήτηση παρενέβη ο Διευθυντής του ΚΥ Αρεόπολης, Αργύρης Μαριόλης, σχολιάζοντας ότι αυτό που χρειάζεται η ΓΙ είναι αλλαγή της κουλτούρας των ανθρώπων που εργάζονται σε αυτή μέσω της εκπαίδευσης. Από τα 202 ΚΥ της χώρας, γνωρίζουμε ότι ελάχιστα είναι αποδοτικά και γι' αυτό δεν φταίει μόνο ο εκάστοτε υπουργός· θα πρέπει να δούμε και το στελεχιακό δυναμικό που υπάρχει, συμπλήρωσε.

ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ

Προς ένα νέο σχέδιο για την υγεία και την ιατρική περίθαλψη

Διοικητική και δημοσιονομική αναδιοργάνωση, διαφάνεια και αξιοπιστία του συστήματος, τόνωση της εγχώριας επιχειρηματικότητας και συμμετοχή στη λήψη των αποφάσεων, τα βασικά αιτήματα των φορέων υγείας.

Προεδρείο: Κάκη Μπαλή, Γιάννης Κυριόπουλος

Παραμβάσεις: Αθανάσιος Γιαννόπουλος, Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕΕΛΠΝΟ)
 Μιχαήλ Βλασταράκος, Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος (ΠΙΣ)
 Πασχάλης Αποστολίδης, Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδος (ΣΦΕΕ)
 Βασίλης Πενταφράγκας, Πανελλήνια Ένωση Φαρμακοβιομηχανίας (ΠΕΦ)
 Γεώργιος Βουγιούκας, Πανελλήνιος Σύνδεσμος Ιατρικών Διαγνωστικών Κέντρων (ΠΑΣΙΔΙΚ)
 Βασίλειος Μπαρδής, Σύνδεσμος Ελληνικών Κλινικών (ΣΕΚ)
 Χρήστος Δαραμήλας, Πανελλήνια Ομοσπονδία Σωματείων-Συλλόγων Ατόμων με Σακχαρώδη Διαβήτη (ΠΟΣΣΑΣΔΙΑ)
 Παναγιώτης Γκούμας, Ιατρικό Τμήμα Πανεπιστημίου Πατρών

Στη στρογγυλή τράπεζα είχε προσκληθεί να συμμετάσχει ως κεντρικός ομιλητής ο Υπουργός Υγείας Ανδρέας Ξανθός, ο οποίος δεν κατάφερε να παραστεί λόγω έκτακτης υποχρέωσης. Η συνεδρία διεξήχθη κανονικά, ενώ οι θέσεις και τα ερωτήματα των εκπροσώπων καταγράφηκαν, με τη συνεργασία των φορέων, στη μορφή που ακολουθεί, προκειμένου να τεθούν υπ' όψιν του Υπουργού.

ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ ΤΩΝ ΘΕΣΕΩΝ ΤΩΝ ΦΟΡΕΩΝ

Οι απόψεις και οι προτάσεις των φορέων συγκλίνουν, όπως φαίνεται παρακάτω, σε τρεις βασικούς τομείς: στις δομικές και λειτουργικές ελλείψεις του συστήματος υγείας, στα μέτρα που πρέπει να ληφθούν για το φάρμακο και τη βιομηχανία, στο ρόλο και την αντιμετώπιση των ασθενών.

Για την ανάκτηση της χαμένης αξιοπιστίας του συστήματος, κρίνεται απαραίτητη η αναβάθμιση των υπηρεσιών με γνώμονα την ασφάλεια και την ποιότητά τους, η βελτίωση του συντονισμού μεταξύ των οργανισμών και δομών υγείας, η μακροπρόθεσμη και ξεκάθαρη στοχοθεσία, η πλήρης ψηφιοποίηση και επανατροφοδότηση του συστήματος, καθώς και η ενίσχυση του διαισθητικού της Πολιτείας με τους κοινωνικούς εταίρους και την ιατρική ακαδημαϊκή κοινότητα, σε πνεύμα εθνικής συνεννόησης.

Όσον αφορά την αναδόμηση των πυλώνων του συστήματος, έμφαση δίνεται στην ανασυγκρότηση της ΠΦΥ και την εξασφάλιση ισότιμης πρόσβασης σε όλους τους πολίτες, στην ενίσχυση της πρόληψης σε όλες τις πληθυσμιακές και ηλικιακές κατηγορίες, και στην αναβάθμιση του ρόλου του ΕΟΠΥΥ.

Οι φορείς εστιάζουν επίσης στη χρησιμότητα ενός ολοκληρωμένου υγειονομικού χάρτη που θα καταγράφει τις ανάγκες και τις υφιστάμενες υπηρεσίες, στην

αναβάθμιση της συνεργασίας του δημόσιου με τον ιδιωτικό τομέα, και στη διαμόρφωση ενιαίων πρωτοκόλλων θεραπείας, υπηρεσιών και διαδικασιών.

Η χρηματοδότηση της υγείας κρίνεται ανεπαρκής, ο οικονομικός προγραμματισμός θα πρέπει να αναπροσαρμοστεί, ώστε να κατανέμεται βάσει των δεδομένων (επιδημιολογικών, δημογραφικών κ.ά.) κάθε περιοχής, και το ιατρικό προσωπικό να ενισχυθεί με κίνητρα οικονομικά και επαγγελματικά.

Για την υποστήριξη και την ενίσχυση της αναπτυξιακής δυναμικής του φαρμακευτικού κλάδου, οι φορείς συμφωνούν ότι απαιτείται περιβάλλον σταθερότητας, ρύθμιση του τρόπου αποπληρωμής των οφειλών του Δημοσίου προς τις εταιρείες, ενθάρρυνση και ενίσχυση της καινοτομίας, αύξηση της διείσδυσης των γενεσιών στην αγορά, αξιολόγηση όλων των αποζημιούμενων φαρμάκων, ορθολογική χρήση και έλεγχος του όγκου της συνταγογράφησης.

Υπό το πρίσμα μιας ασθενοκεντρικής προσέγγισης, οι φορείς εστιάζουν στην κάλυψη των θεραπευτικών αναγκών των ασθενών, στη συμμετοχή των φορέων των ασθενών στα κέντρα λήψης αποφάσεων, στην εκπαίδευση των χρονίως πασχόντων και στη δημιουργία ειδικού φορέα για την αντιμετώπιση των ζητημάτων που τους αφορούν.

Ακολουθούν οι θέσεις των φορέων αναλυτικά.

ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ ΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΣ

ΠΡΟΕΔΡΟΣ Δ.Σ. ΚΕΝΤΡΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ

Η Υγεία έχει πολλά να κερδίσει από μια ορθολογική οικονομική πολιτική. Είναι γνωστό ότι το εθνικό σύστημα υγείας είναι ιατροκεντρικό. Το ζητούμενο, ωστόσο, είναι να γίνουν νέοι σχεδιασμοί που θα αρθρωθούν πάνω στο υφιστάμενο σύστημα, με σκοπό να βελτιώσουν τη σημερινή εικόνα. Η στρατηγική του ΚΕΕΛΠΝΟ επικεντρώνεται στην πρόληψη των νοσημάτων, κάτι που θα μπορούσε να βοηθήσει προς αυτή την κατεύθυνση.

Ερωτήσεις προς τον Υπουργό Υγείας:

- Τι μπορεί να γίνει με το σημαντικό κόστος των τροχαίων ατυχημάτων που δεν καλύπτεται από τις ασφαλιστικές, καταλήγοντας να επιβαρύνει τον κρατικό προϋπολογισμό;
- Το ¼ της αιμοδοσίας αφορά τον ιδιωτικό τομέα, αλλά παρασκευάζεται στις δημόσιες μονάδες. Τι μπορεί να γίνει και με αυτό το κόστος, που επιβαρύνει τον δημόσιο προϋπολογισμό χωρίς στη συνέχεια να του επιστρέφεται;

ΜΙΧΑΗΛ ΒΛΑΣΤΑΡΑΚΟΣ

ΠΡΟΕΔΡΟΣ Δ.Σ. ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ

Στη σημερινή εποχή της κρίσης, εκείνο που χρειάζεται, για να μεταβούμε σε ένα νέο Σχέδιο για την Υγεία, είναι να στεριώσουμε το παλιό, διότι είναι στα όρια της κατάρρευσης και ακολούθως να το αντικαταστήσουμε με ένα καινούργιο που θα βασίζεται στα κάτωθι:

- Αξιοπιστία της δημόσιας διοίκησης
- Επαρκή χρηματοδότηση
- Ολοκληρωμένο υγειονομικό χάρτη που θα καταγράφει τις ανάγκες και τις υφιστάμενες υπηρεσίες
- Δόμηση της ΠΦΥ, με δυνατότητα ισότιμης πρόσβασης όλων των πολιτών
- Αστικά Κέντρα Υγείας που θα εφημερεύουν επί 24ώρου βάσεως, προκειμένου να αποσυμφορηθούν τα νοσοκομεία
- Μεταφορά των πόρων για την υγεία από τα ασφαλιστικά ταμεία στον ΕΟΠΥΥ, που παρακρατούνται παρανόμως
- Στελέχωση των νοσοκομείων της χώρας με επαρκές προσωπικό (τα κενά είναι 6.000 μόνιμο ιατρικό προσωπικό και 21.000 μόνιμο νοσηλευτικό προσωπικό)
- Ηλεκτρονικοποίηση του συστήματος, ώστε να παρακολουθούνται όλες οι υπηρεσίες υγείας
- Θεραπευτικά και διαγνωστικά πρωτόκολλα
- Επιστημονικά και όχι λογιστικά κριτήρια στη λειτουργία του ιατρού.
- Η μετάβαση σε ένα νέο σύστημα Υγείας πρέπει να γίνει μέσα από συνεννόηση της Πολιτείας με τους κοινωνικούς φορείς.

Ερώτηση προς τον Υπουργό Υγείας:

Δεδομένου πως αποτελεί πεποίθηση ότι μέσα από τη συναίνεση και τη συνεννόηση μπορούμε να βρούμε βιώσιμες λύσεις και τη στιγμή που η Πολιτεία σχεδιάζει να φέρει σχέδιο νόμου για την ΠΦΥ, γιατί δεν έχετε καλέσει να μετášουν στην επιτροπή του Υπουργείου για την ΠΦΥ οι κοινωνικοί φορείς και ιδιαίτερα ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος;

ΠΑΣΧΑΛΗΣ ΑΠΟΣΤΟΛΙΔΗΣ

ΠΡΟΕΔΡΟΣ Δ.Σ. ΣΥΝΔΕΣΜΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΩΝ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ

Γνωρίζουμε όλοι ότι η χώρα μας βρίσκεται σε μεγάλη πίεση, και έχει λίγο χρόνο και βαριές υποχρεώσεις. Προφανώς υπάρχουν και μεγάλες αλλαγές οι οποίες θα έπρεπε να γίνουν έτσι κι αλλιώς. Ο τομέας της Υγείας είναι κατεξοχήν τομέας στον οποίο πρέπει να βρεθούν νέες ισορροπίες. Βρίσκεται στον πυρήνα της κοινωνικής πολιτικής και είναι μέτρο για την ποιότητα ζωής των πολιτών. Στην Υγεία μετράει η κοινωνία τι χάθηκε με την κρίση, αλλά και αν καλυτερεύει η κατάσταση.

Ο κλάδος του Φαρμάκου σε όλο αυτό το δύσκολο διάστημα στάθηκε στο πλευρό της κοινωνίας, αποσβώντας πολλές φορές ακραίους κινδύνους για το αναφαίρετο δικαίωμα των πολιτών στην πρόσβαση σε φάρμακα και θεραπείες. Το έπραξε, μάλιστα, παρά το γεγονός ότι, εξαιτίας των οφειλών του Δημοσίου, οι εταιρίες του κλάδου αντιμετωπίζουν αυξανόμενα προβλήματα, τα οποία δεν μπορούν να ξεπεραστούν από την αναπτυξιακή τους δυναμική. Τόσο το συνολικό ύψος των οφειλών του Δημοσίου, που ξεπερνά το 1,3 δισ. ευρώ, όσο και το γεγονός ότι οι φαρμακευτικές εταιρείες αντιμετωπίζονται αρνητικά σε σύγκριση με άλλους παρόχους και βρίσκονται 14 μήνες πίσω στην εκτέλεση πληρωμών, δημιουργούν επικίνδυνη ασφυξία στην αγορά. Συνθήκη η οποία είναι ακόμη δυσχερέστερη με τα capital controls, ιδιαίτερα για τις εταιρείες που παράγουν και στην Ελλάδα, καθώς εντείνονται οι απαιτήσεις για προπληρωμές στα υλικά που εισάγονται.

Περιμέναμε ότι η Πολιτεία θα προχωρούσε στα αναγκαία βήματα, ώστε σταδιακά να δημιουργηθεί ένα περιβάλλον σταθερότητας, προβλέψιμο και με λιγότερη αβεβαιότητα, με ρυθμισμένο τον τρόπο αποπληρωμής των οφειλών του Δημοσίου προς τις εταιρείες, με σταθερά οργανωμένη συνεργασία. Αντ' αυτού, προκρίνονται ρυθμίσεις που αποτελούν «παγκόσμια πρωτοτυπία σε αντικίνητρα», αποθαρρύνοντας πλήρως τις επενδύσεις, καθώς και την εισαγωγή στη χώρα μας της καινοτομίας που παράγει το Φάρμακο.

Η εφαρμογή του μέτρου του clawback για την ενδο-νοσοκομειακή φαρμακευτική δαπάνη είναι πραγματικά «δηλητηριώδης» και όχι «θεραπευτική», και εκτιμούμε ότι θα αυξήσει ανεξέλεγκτα και τη συνολική δαπάνη. Κάτι που σίγουρα δεν χρειάζεται η χώρα, δεν αντέχει το σύστημα Υγείας, αλλά και δεν μπορεί να επιδιώκει η Πολιτεία. Ούτε ο κλάδος μας, ο οποίος επενδύει σε υγιή λειτουργία.

Με όλα αυτά τα δεδομένα, εκτιμούμε ότι τώρα είναι η στιγμή για την επιδίωξη από την Πολιτεία ευρείας συνεργασίας, με στόχο την επίλυση των επειγόντων προβλημάτων, αλλά και το σχεδιασμό ενός οδικού χάρτη, ώστε να διασφαλίζεται η πρόσβαση των ασθενών στη θεραπεία τους, και η αναπτυξιακή δυναμική του δευτέρου σε εξαγωγές κλάδου της χώρας.

Ερώτηση προς τον Υπουργό Υγείας:

Με ποιον τρόπο θα δημιουργηθεί αυτό το σταθερό περιβάλλον συνεργασίας, ώστε να επαναφέρουμε την ανάπτυξη και να στηρίξουμε/ενισχύσουμε την απασχόληση στον κλάδο;

ΒΑΣΙΛΗΣ ΠΕΝΤΑΦΡΑΓΚΑΣ

ΕΝΤΕΤΑΛΜΕΝΟΣ ΣΥΜΒΟΥΛΟΣ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΑΣ ΕΝΩΣΗΣ

ΦΑΡΜΑΚΟΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑΣ

Σχετικά με τις απόψεις που συχνότατα δημοσιοποιούνται από πολλούς ενδιαφερομένους για τον κλάδο του φαρμάκου, περί κρατικοδίαιτης επιχειρηματικότητας και δήθεν προστασίας της Ελληνικής Φαρμακοβιομηχανίας, είναι απαραίτητο να επισημανθούν τα εξής δεδομένα:

Το φάρμακο είναι από τη φύση του αγαθό, παρόλα αυτά, από τη στιγμή που χάνει την πατέντα προστασίας του, αντιμετωπίζεται συνειδητά –σε παγκόσμια κλίμακα– ως εμπόρευμα. Έτσι, όπως κάθε εμπόρευμα, χαρακτηρίζεται πλέον από τρεις συνιστώσες: την ταυτότητά του, την τιμή και την ποιότητα. Αυτοί ήταν και οι άξονες των πολιτικών παρεμβάσεων τα τελευταία χρόνια, οι οποίες, επενδυμένες την κατάλληλη ρητορική, επιχειρούν στην ουσία να αποδομήσουν τόσο την εγχώρια παραγωγή, όσο και την αλυσίδα διανομής.

Από το 1992 και μετά, στη φαρμακευτική αγορά προστατεύεται μια συγκεκριμένη κατηγορία φαρμάκων, αυτή των πρωτοτύπων φαρμάκων. Ο υψηλός ρυθμός διείσδυσης των νέων πρωτοτύπων φαρμάκων (υψηλότερος σε σχέση με άλλες πλουσιότερες χώρες, ακόμη και στην περίοδο του μνημονιακού «εξορθολογισμού» της αγοράς) είναι αποτέλεσμα της μακράς στρατηγικής ενίσχυσης της συνταγογράφησης και κατανάλωσης όλων των ακριβότερων –προστατευόμενων– θεραπειών, χωρίς μάλιστα να προβλέπεται η αξιολόγησή τους.

Αντί, λοιπόν, η προσπάθεια των αρχών να επικεντρωθεί στην αξιολόγηση όλων των φαρμάκων που αποζημιώνονται, στην ορθολογική τους χρήση και στον έλεγχο του όγκου, ώστε να προκύψουν σημαντικές και βιώσιμες εξοικονομήσεις, όλες οι πρόσφατες αποφάσεις επικεντρώνονται στη λογιστική μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης, αμιγώς μέσω τιμολογιακών πολιτικών, με ιδιαίτερη στόχευση τα παλαιότερα και οικονομικότερα ελληνικά φάρμακα.

Όντως σε κάποιες χώρες της Ευρώπης κυκλοφορούν κάποια παλαιότερα φάρμακα σε φθηνότερες τιμές, είναι όμως εφικτό να παραχθούν στη χώρα μας σε αυτές τις χαμηλότερες τιμές; Είναι αδύνατο με το υφιστάμενο ρυθμιστικό πλαίσιο, το φορολογικό καθεστώς, τα απίστευτα υψηλά λειτουργικά κόστη, με rebate και clawback 25%, σε περιβάλλον μηδενικής ρευστότητας, με συσσωρευμένα χρέη και συνεχή «κουρέματα», την ίδια στιγμή που οι φαρμακοβιομηχανίες αναγκάζονται να πληρώνουν με μετρητά τις πρώτες ύλες.

Αυτό που θεωρούμε ότι δικαιούμαστε και το ζητάμε είναι πολύ απλά να αξιολογηθεί και να αναγνωριστεί κάθε προστιθέμενη αξία από όπου και αν προέρχεται. Ας σταματήσει επιτέλους ο αποπροσανατολισμός με τις τιμές των φαρμάκων. Το 15% του όγκου των φαρμάκων που αποζημιώνονται έχουν τιμές χαμηλότερες από ένα πακετάκι τσίχλες.

Ερωτήσεις προς τον Υπουργό Υγείας:

- Πώς θα ενισχυθούν άμεσα –το πρώτο τρίμηνο του 2016– οι υπηρεσιακοί φορείς που ασχολούνται με το φάρμακο (ΕΟΦ, Υπηρεσία Φαρμάκων του Υπουργείου, Φαρμακευτική Διεύθυνση του ΕΟΠΥΥ);
- Πώς θα βελτιωθεί ο συντονισμός των υπηρεσιών;

- Πότε θα δοθούν στη δημοσιότητα τα στοιχεία κατανάλωσης, για να διαπιστωθεί με διαφάνεια η προέλευση των δαπανών και ποιος ωφελείται από την ανακατανομή των μεριδίων της φαρμακευτικής αγοράς;

ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΒΟΥΓΙΟΥΚΑΣ

ΠΡΟΕΔΡΟΣ Δ.Σ. ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΥ ΣΥΝΔΕΣΜΟΥ ΙΑΤΡΙΚΩΝ

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΩΝ ΚΕΝΤΡΩΝ

Όποιο και αν είναι το νέο σχέδιο για την Υγεία και την Ιατρική περίθαλψη, πρέπει να ξεκινήσει από τον κεντρικό πυλώνα που στηρίζει το κάθε σύστημα υγείας, που είναι η ΠΦΥ και η σωστή λειτουργία της. Η ουσία του όλου θέματος, που αφορά τη σωστή λειτουργία της ΠΦΥ, όπως και κάθε άλλης δραστηριότητας, βρίσκεται στη βελτίωση του συστήματος μέσω του υγιούς ανταγωνισμού, ο οποίος είναι η κινητήριος δύναμη της ανάπτυξης και της προόδου, και που πηγάζει από την ελευθερία της ατομικής πρωτοβουλίας, την ελευθερία σκέψης και δράσης, σε ένα πλαίσιο κανόνων που ισχύουν για όλους ανεξαιρέτως. Με κεντρικό πυρήνα αυτή την αδιαμφισβήτητη αλήθεια, θα περιγράψω με σύντομο τρόπο την οργάνωση και λειτουργία της ΠΦΥ, η οποία είναι η βάση όπου εδράζεται κάθε Εθνικό Σύστημα Υγείας, εντός του οποίου συνεργάζονται ο δημόσιος και ο ιδιωτικός τομέας υγείας, όπου ο ένας συμπληρώνει και καλύπτει τον άλλον, και οι πολίτες έχουν ισότιμη πρόσβαση και δυνατότητα ελεύθερης επιλογής ιατρού και μονάδας υγείας. Αυτό το σύστημα υγείας οφείλει να είναι απλό, αποτελεσματικό και ωφέλιμο, και να στοχεύει, κατά πρώτο λόγο, στην πρόληψη και, κατά δεύτερο λόγο, στην αποκατάσταση της υγείας, δηλαδή στη διάγνωση της βλάβης και, στη συνέχεια, στη θεραπεία της.

Οι προϋποθέσεις για τη σωστή οργάνωση και εύρυθμη λειτουργία της ΠΦΥ είναι:

- Πλήρης ηλεκτρονική μηχανογράφηση του συστήματος των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας
- Εφαρμογή διαγνωστικών και θεραπευτικών πρωτοκόλλων
- Συνεργασία των εθνικών δομών παροχής υπηρεσιών υγείας, δημοσίων και ιδιωτικών
- Εφαρμογή συστήματος πρόληψης σε όλες τις ηλικίες και ομάδες πληθυσμού
- Δημιουργία ηλεκτρονικής κάρτας υγείας για όλους τους πολίτες.

Σε όλα τα μήκη και πλάτη της Γης, οι κοινωνίες προόδουσαν όταν υπήρχε η ελευθερία της πρωτοβουλίας του ατόμου, που έχει σαν αποτέλεσμα τη συνεχή βελτίωση μέσω της άμιλλας και του υγιούς ανταγωνισμού.

Ερώτηση προς τον Υπουργό Υγείας:

Η Κυβέρνηση πρέπει να σέβεται τα χρήματα των φορολογουμένων, να τα προστατεύει (να μην τα σπαταλά) και να τα χρησιμοποιεί επ' ωφελεία του κοινωνικού συνόλου. Εάν, λοιπόν, το κόστος λειτουργίας της ιδιωτικής ΠΦΥ, όπως λένε όλες οι μελέτες, είναι μικρότερο και ποιοτικά πολύ καλύτερο συγκριτικά με ό,τι προσφέρει ο δημόσιος τομέας, γιατί το Κράτος δεν αναβαθμίζει τη συνεργασία του με τις ιδιωτικές μονάδες παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ, φυσικά με συγκεκριμένους όρους και προϋποθέσεις;

ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ ΜΠΑΡΔΗΣ

ΠΡΟΕΔΡΟΣ Δ.Σ. ΣΥΝΔΕΣΜΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΩΝ ΚΛΙΝΙΚΩΝ

Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα, αλλά και τα συστήματα στην Ευρώπη αναπτύσσονται σε ένα συνεχώς μεταβαλλόμενο περιβάλλον πολιτικών και θεσμικών μεταρρυθμίσεων, τεχνολογικών και δημογραφικών αλλαγών, μεταβολών που συμβαίνουν στον τρόπο ζωής, αλλά και αλλαγών στη συσχέτιση των δυνάμεων της αγοράς.

Οι παραπάνω εξελίξεις ανέδειξαν και κατέστησαν αναγκαία την εισαγωγή ιδεών και διοικητικών εργαλείων που μέχρι σήμερα χρησιμοποιούσε μόνο ο ιδιωτικός τομέας, στον ιδιαίτερα δαπανηρό και συχνά μη αποτελεσματικό δημόσιο τομέα.

Βασικό εργαλείο του management είναι ο Στρατηγικός και Επιχειρησιακός Σχεδιασμός, για την υλοποίηση του οποίου απαιτείται η χάραξη Εθνικής Πολιτικής για την Υγεία:

- Η ύπαρξη εθνικής συνεννόησης, που θα αποτρέπει από αναίτιες διαφοροποιήσεις σε σύντομα χρονικά διαστήματα, τροποποιώντας σκοπούς και στόχους.
- Οι ξεκάθαροι, συγκεκριμένοι σκοποί και στόχοι συνολικά για το σύστημα, με περιφερειακή και νομαρχιακή προσαρμογή, για την πρόληψη και για όλα τα επίπεδα φροντίδας υγείας.
- Η διασύνδεση, οι ρόλοι και τα όρια λειτουργίας όλων των εμπλεκόμενων στο σύστημα, δημόσιων και ιδιωτικών, παρόχων και προμηθευτών.
- Η κοινωνική ασφάλιση, με ενεργό ρόλο στη λειτουργία και τις αποζημιώσεις των παρόχων του συστήματος, και όχι με ρόλο παρατηρητή.
- Ο οικονομικός προγραμματισμός με βάση τις υπάρχουσες δυνατότητες, με περιφερειακή και νομαρχιακή κατανομή αυτού, με βάση τα επιδημιολογικά κ.λπ. δεδομένα, τόσο της κάθε περιοχής όσο και των μονάδων της, ώστε τα «χρήματα» να ακολουθούν τον ασθενή.
- Τα ενιαία για όλους τους παρόχους πρωτόκολλα παροχής υπηρεσιών και διαδικασιών.
- Η ύπαρξη κριτηρίων:
 - ελέγχου (διοίκησης, κόστους, πρωτοκόλλων παροχής)
 - αξιολόγησης των προδιαγεγραμμένων ενεργειών.
- Η διασφάλιση της ασφάλειας και της ποιότητας στην παροχή των υπηρεσιών.
- Η επανατροφοδότηση του συστήματος.
- Κύρια, όμως, η εμπιστοσύνη των πολιτών και των εργαζομένων στο σύστημα.

Ερώτηση προς τον Υπουργό Υγείας:

Ενδιαφέρει το Υπουργείο Υγείας η σύνδεση της αποζημίωσης με την ποιότητα και την αποτελεσματικότητα της παρεχόμενης υπηρεσίας, για το σύνολο των παρόχων δημόσιου και ιδιωτικού τομέα;

ΧΡΗΣΤΟΣ ΔΑΡΑΜΗΛΑΣ

ΠΡΟΕΔΡΟΣ Δ.Σ. ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΑΣ ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑΣ

ΣΩΜΑΤΕΙΩΝ-ΣΥΛΛΟΓΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ

Οι άνθρωποι με διαβήτη, σύμφωνα με στοιχεία της International Diabetes Federation, απορροφούν το 12% των πόρων υγείας. Καθώς η αντιμετώπιση των επιπλοκών της νόσου αντιπροσωπεύει το μεγαλύτερο μέρος αυτού του κόστους (9%), θα πρέπει το Σύστημα Υγείας να δώσει ιδιαίτερη έμφαση στην πρόληψη και την αποτροπή τους. Συγκεκριμένα προτείνουμε:

- **100% Κάλυψη των θεραπευτικών αναγκών**
Πάγιο αίτημά μας είναι τα ασφαλιστικά ταμεία να παρέχουν 100% κάλυψη των θεραπευτικών αναγκών των πασχόντων. Μελέτη της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας αποδεικνύει ότι μια μείωση της συμμετοχής που καταβάλλουν οι χρόνια πάσχοντες στη φαρμακευτική δαπάνη, αφενός μπορεί να επιφέρει σημαντικά κλινικά οφέλη με τη συμμόρφωση των ασθενών, αφετέρου αποτελεί μια επένδυση για το σύστημα υγείας, με απόδοση της τάξης του 123%.
- **Έλεγχο στην ποιότητα και καταλληλότητα**
Απαιτείται πλήρης έλεγχος από την Πολιτεία στην ποιότητα και καταλληλότητα των συνταγογραφούμενων ιατροτεχνολογικών προϊόντων, με στόχο τη διασφάλιση της υγείας των πασχόντων και την εξοικονόμηση πόρων στο σύστημα υγείας.
- **Θεσμοθέτηση της εκπαίδευσης**
Για τη επιτυχή αντιμετώπιση και την καλή ρύθμιση του Σακχαρώδη Διαβήτη (ΣΔ), η Ομοσπονδία μας οργάνωσε και πραγματοποιεί, με τη συνεργασία της Ελληνικής Ενδοκρινολογικής Εταιρείας, εκπαιδευτικά μαθήματα για τον ΣΔ, από τις αρχές του 2015, σε πολλές πόλεις. Σκοπός είναι να φτάσουν σε κάθε γωνιά της χώρας μας, όπου υπάρχουν άνθρωποι με διαβήτη!
- **Συμμετοχή των φορέων των πασχόντων στα κέντρα λήψης αποφάσεων**
Η συμμετοχή μας σε επιτροπές θα μας δώσει τη δυνατότητα να περιγράψουμε τις εμπειρίες μας από την επαφή μας με το σύστημα υγείας, να γνωστοποιήσουμε τα αρνητικά και θετικά σχόλια, να δηλώσουμε το βαθμό ικανοποίησής μας από τις παρεχόμενες υπηρεσίες, να συμμετέχουμε στον ορισμό προτύπων ποιότητας, να αξιολογήσουμε την ποιότητα των υπηρεσιών που χρησιμοποιήσαμε, και να βοηθήσουμε στο σχεδιασμό, στην εφαρμογή, στην παρακολούθηση και την αξιολόγηση όλων των δράσεων και επιλογών που αφορούν την υγεία μας.
- **Δημιουργία ειδικής υπηρεσίας για τους χρόνια πάσχοντες**

Επανελλημένως έχουμε επισημάνει την απουσία ειδικής υπηρεσίας για τις χρόνιες παθήσεις, που θα είναι αρμόδια για τη διασφάλιση αποτελεσματικής ιατρικής περίθαλψης, βασισμένης στις κατευθυντήριες επιστημονικές οδηγίες που ισχύουν για κάθε πάθηση και σε οικονομοτεχνικά στοιχεία με βάση τη σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας. Η υιοθέτηση της πρότασης αυτής θα συνεισέφερε σημαντικά στην εξοικονόμηση πόρων για το σύστημα υγείας και στην καλύτερη ποιότητα ζωής ενός μεγάλου ποσοστού του ελληνικού πληθυσμού.

σμού που έρχεται σε άμεση και καθημερινή επαφή με τις υπηρεσίες δημόσιας υγείας.

Ο κύριος Δαραμήλας επέλεξε να μην απευθύνει ερώτηση στον Υπουργό Υγείας.

ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ ΓΚΟΥΜΑΣ

ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ, ΠΡΩΗΝ ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΠΑΤΡΩΝ

Οι ιατρικές σχολές της χώρας μας δεν έχουν ενεργό θεσμική συμμετοχή στο Εθνικό Σύστημα Υγείας. Υφίσταται η Σύνοδος των Προέδρων των επτά Ιατρικών Σχολών της χώρας που πρέπει να εισηγούνται για τη διαμόρφωση, την οργάνωση –πλην της προπτυχιακής

και μεταπτυχιακής ιατρικής εκπαίδευσης– και εφαρμογή σωστών πολιτικών. Η Σύνοδος των Προέδρων δεν είναι θεσμικό όργανο, είναι όμως έγκυρο, πλήρως δημοκρατικό και αντιπροσωπευτικό. Δεν υπάρχει στερεή διασύνδεση μεταξύ των δύο Υπουργείων, Υγείας και Παιδείας.

Ερώτηση προς τον Υπουργό Υγείας:

Ερωτάται ο κύριος Υπουργός τι σκοπεύει να πραγματοποιήσει ως προς τα ως άνω θέματα (π.χ. τοποθέτηση άμισθου Υποδιοικητή Ακαδημαϊκών Υποθέσεων στα Νοσοκομεία που διαθέτουν Πανεπιστημιακές Κλινικές, αντιστοιχία βαθμίδων Πανεπιστημιακών Ιατρών και Ιατρών ΕΣΥ, κ.λπ.);

ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ

Ασφάλιση υγείας: Η επικαιρότητα της καθολικής κάλυψης του πληθυσμού

Κάλυψη ανασφαλιστών και χρηματοδότηση του ΕΟΠΥΥ: απαραίτητος ο επανασχεδιασμός, συμπληρωματική η σχέση του δημόσιου με τον ιδιωτικό τομέα.

Προεδρείο: Μιλτιάδης Νεκτάριος, Αντώνης Παπαγιαννίδης

Ομιλητές: Γιώργος Βελιώτης, Ο συμπληρωματικός ρόλος της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας 
Ξενοφών Κοντιάδης, Σκέψεις για το μέλλον της ασφάλισης υγείας 
Δημήτρης Κοντός, Η πρόκληση της καθολικής κάλυψης του πληθυσμού σε συνθήκες οικονομικής ύφεσης 

Σχολιαστής: Γιώργος Κουτρουμάνης 

Την εμπειρία και τα στοιχεία από τις μελέτες της INTERAMERICAN περιέγραψε στην εισήγησή του ο Γεν. Διευθυντής Ζωής & Υγείας του Ομίλου Interamerican και Πρόεδρος της Επιτροπής Υγείας, Insurance Europe, **Γιώργος Βελιώτης**. Στην Ευρώπη επικρατούν δύο μοντέλα κοινωνικής ασφάλισης, το σύστημα Beveridge (βάσει φόρων) και το σύστημα Bismarck (βάσει εισφορών). Και τα δύο σχεδιάστηκαν με δεδομένο ότι ο μέσος όρος ζωής δεν ξεπερνούσε τα 65 έτη. Ωστόσο, στην Ευρώπη σήμερα προσεγγίζει ήδη τα 80 έτη και συνεχώς αυξάνεται. Οι πόροι δεν επαρκούν πλέον για να καλύψουν και τη σύνταξη και την υγεία, αποκαλύπτοντας το κενό μεταξύ δημόσιας και ιδιωτικής ασφάλισης. Το επίπεδο υγείας κάθε χώρας συνδυάζεται με την οικονομική ανάπτυξη. Το βασικό μοντέλο υγείας αλλάζει για να παρακολουθήσει τη μεταβολή του προφίλ της ασθένειας: παλαιότερα, επικρατούσαν περισσότεροι οι λοιμώξεις, ενώ τα τελευταία 20-30 χρόνια, τα καρδιαγγειακά νοσήματα. Έχουμε, όμως, μπει πλέον στην εποχή των χρόνιων παθήσεων, ενώ το επόμενο μοντέλο θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη καρκίνους, εκφυλιστικές και νευρολογικές παθήσεις (όπως η άνοια, η νόσος Αλτσχάιμερ κ.λπ.). Αυτές οι αλλαγές απαιτούν διαφορετική υποδομή, προσανατολισμένη στη διαχείριση χρόνιων παθήσεων, οι οποίες απορροφούν ολοένα και μεγαλύτερο μέρος της δαπάνης υγείας σε όλα τα συστήματα υγείας σήμερα. Κάθε μοντέλο οφείλει να προσαρμόζεται στις ανάγκες και το νομικό πλαίσιο μιας χώρας. Σήμερα, ως προς τον τρόπο πληρωμής, καταγράφεται διεθνώς στροφή από την αμοιβή κατά πράξη στην ενιαία συνολική πληρωμή για τη διαχείριση μιας πάθησης και των επιπλοκών της (**Εικόνα 10**).

Στην Ελλάδα πληρώνουμε διπλά, παρατήρησε ο κύριος Βελιώτης: και για εισφορές και (αρκετοί από εμάς) για ιδιωτική ασφάλιση. Στο επίκεντρο βρίσκεται η νοσοκομειακή περίθαλψη, τη στιγμή που το σύγχρονο μοντέλο εστιάζει στην πρωτοβάθμια περίθαλψη. Η διείσδυση της ιδιωτικής ασφάλισης βρίσκεται σε χαμηλά επίπεδα σε σχέση με το ποσοστό της ιδιωτικής δαπάνης για την υγεία. Αυτό που λείπει είναι το σωστό πλαίσιο και ο σχεδιασμός που θα λάβει υπόψη τους δη-

μόσιους και τους ιδιωτικούς πόρους, ώστε να καταπολεμηθεί η σπατάλη. Οι πολίτες αναζητούν καλύτερες και οικονομικότερες υπηρεσίες, και καλύτερη πρόσβαση, όμως η οικονομική συγκυρία δεν ευνοεί. Η συνεργασία του δημόσιου με τον ιδιωτικό τομέα κρίνεται απαραίτητη. Υπάρχουν αρκετά επιτυχημένα μοντέλα από τα οποία μπορούμε να αντλήσουμε πολύτιμες πληροφορίες. Βασικές προϋποθέσεις για αποτελεσματικό σχεδιασμό είναι η κοινή αντίληψη, το κοινό όραμα και οι στόχοι, η ανοικτή επικοινωνία και η εμπιστοσύνη, η στοχοπροσήλωση, η δέσμευση για το αποτέλεσμα και η μέτρηση των αποτελεσμάτων, και, τέλος, η κατάλληλη μηχανογραφική υποδομή που θα επιτρέψει τη λειτουργία του νέου μοντέλου. Ένας χάρτης συνεργασίας ιδιωτικού και δημόσιου τομέα θα προσφέρει αισθητή ελάφρυνση του βάρους που σήμερα σηκώνει ο δημόσιος τομέας, κατέληξε ο κύριος Βελιώτης.

Τη σκυτάλη πήρε ο Καθηγητής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου, **Ξενοφών Κοντιάδης**, ο οποίος υποστήριξε ότι η αναζήτηση αυτοαναφορικών λύσεων αμιγώς εντός του συστήματος ασφάλισης αποτελεί επιλογή αργής, αλλά σταθερής υπονόμευσης και απαξίωσης του.

Η κρίση δεν δημιούργησε, αλλά επέτεινε ένα προϋπάρχον πρόβλημα. Η κρίση συρρίκνωσε τα έσοδα από εισφορές και αύξησε τις κοινωνικές δαπάνες, τη στιγμή που η οικονομική δυσπραγία οδηγούσε σε μείωση της χρηματοδότησης. Μείζονες μεταρρυθμίσεις επιχειρούνται χωρίς προετοιμασία και δημόσιο διάλογο, και οι παρεμβάσεις είναι αποσπασματικές και γι' αυτό καταστροφικές, τόσο για την ασφαλιστική συνείδηση όσο και για τη διαγενεακή αλληλεγγύη.

Για την αντιμετώπιση του ασφαλιστικού δεν θα είναι αποτελεσματικές οι συνεχιζόμενες μειώσεις των παροχών και οι αυξήσεις των ορίων ηλικίας.

Ο κύριος Κοντιάδης, επιχειρώντας να περιγράψει τα βασικά χαρακτηριστικά της υφιστάμενης κατάστασης, ανέφερε ότι σημαντικό ποσοστό, άνω του 25%, είναι σήμερα ανασφαλιστο· υπάρχει ένας (νεαρός) ασφαλιστικός οργανισμός, ο ΕΟΠΥΥ, ο οποίος χρηματοδοτείται από τις ασφαλιστικές εισφορές και την κρατική

επιχορήγηση, δυστυχώς, όμως, η υστέρηση των εσόδων του ανέρχεται σήμερα στα 2 δισ. ευρώ, ενώ σε άλλα τόσα αντιστοιχούν και οι ληξιπρόθεσμες οφειλές του· η κρατική χρηματοδότηση ακολουθεί φθίνουσα πορεία και δεν μπορούμε να προβλέψουμε πότε θα αναστραφεί η καθοδική πορεία της οικονομίας και της αγοράς εργασίας, επομένως η προοπτική αύξησης των εσόδων του ΕΟΠΥΥ παραμένει αρνητική.

Ποιες είναι οι εναλλακτικές; Αυτή τη στιγμή υπάρχουν τρία μοντέλα ασφάλισης:

- Η κοινωνική ασφάλιση υγείας, που εξασφαλίζει μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα στην παροχή προστασίας έναντι του κινδύνου κάλυψης αυξημένων δαπανών υγείας, και είναι πιο αξιόπιστη ως προς την εξασφάλιση των παροχών. Από την άλλη, δεν προσφέρει καθολική κάλυψη, καθώς η ασφάλιση συνδέεται με το επαγγελματικό status. Η βιωσιμότητα του μοντέλου απειλείται από τη δημογραφική γήρανση, την οικονομική κρίση και την αυξημένη ανεργία.
- Η εθνική ασφάλιση υγείας, που εξασφαλίζει καθολική και ισότιμη κάλυψη, ανεξαρτήτως

εισοδηματικών προδιαγραφών, αποδοτικότερη διαχείριση του συστήματος και καλύτερο έλεγχο του κόστους. Η βιωσιμότητα του μοντέλου αυτού επίσης απειλείται σε περιόδους δημοσιονομικής κρίσης, με κίνδυνο το βάρος της δαπάνης να μετατοπίζεται στους ασθενείς.

- Το υπολειμματικό φιλελεύθερο μοντέλο, που παρέχει στους σχετικά εύπορους τη δυνατότητα υγειονομικής κάλυψης με ιδιωτικούς πόρους. Εδώ, υπάρχει ο κίνδυνος επιλογής ασφαλισμένων, ενώ η κρατική παρέμβαση περιορίζεται στην κάλυψη συγκεκριμένων ευπαθών ομάδων.

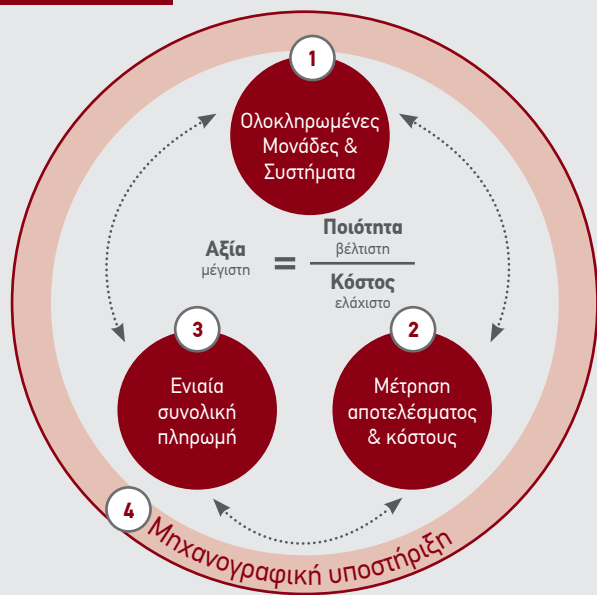
Η προσαρμογή στα σημερινά μακροοικονομικά δεδομένα προϋποθέτει τη μετάβαση σε ένα σύστημα εθνικής ασφάλισης υγείας, το οποίο θα χρηματοδοτείται εξ ολοκλήρου από τον κρατικό προϋπολογισμό και θα αποσκοπεί στην καθολική και ισότιμη κάλυψη του πληθυσμού, με έμφαση στην πρόληψη και την ΠΦΥ. Μια τέτοια μετάβαση θα συνεπαγόταν κατάργηση της ασφαλιστικής εισφοράς υπέρ του κλάδου υγείας, και μειώνοντας το κόστος εργασίας, θα ενίσχυε την απασχόληση. Θα σήμαινε, επίσης, μείωση του διοικητικού κόστους. Οι προϋποθέσεις για να επιτύχει αυτό το μοντέλο, υπό τις παρούσες συνθήκες, είναι να ελεγχθεί η προκλητή ζήτηση, με την κατοχύρωση αντικινήτρων και την επέκταση του μοντέλου των συμφωνιών αποζημίωσης, βάσει όγκου, σε όλους τους παρόχους· να καθοριστούν σφαιρικοί προϋπολογισμοί ανά περιοχή και να ενδυναμωθεί το ελεγκτικό έργο. Η μεγάλη δυσκολία αφορά την κάλυψη των δαπανών κατά τη μεταβατική περίοδο. Αν, όμως, δεν επιχειρηθεί η γενναία μεταρρύθμιση στη χρηματοδότηση του συστήματος, θα οδηγηθούμε σε περαιτέρω αποδόμηση του ΕΣΥ και στη διολίσθηση προς ένα υπολειμματικό φιλελεύθερο σύστημα, υπογράμμισε ο κύριος Κοντιάδης.

Τον κύκλο των εισηγήσεων έκλεισε ο πρώην Πρόεδρος του ΕΟΠΥΥ, **Δημήτρης Κοντός**, ο οποίος επιχείρησε να αναδείξει το πρόβλημα της καθολικότητας της ασφαλιστικής κάλυψης, προτείνοντας ταυτόχρονα λύσεις για την αντιμετώπισή του. Ο κύριος Κοντός αναφέρθηκε στους βασικούς σταθμούς της εξέλιξης του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης, που περιλαμβάνουν την ασφάλιση των αγροτών, τη δημιουργία του ΙΚΑ και την επέκτασή του στη δεκαετία του 1980, και την ανάπτυξη του ΕΣΥ. Μέχρι τώρα, διασφαλιζόταν η καθολικότητα της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας. Σήμερα, τα τμήματα του πληθυσμού σε κίνδυνο είναι οι ανασφάλιστοι, οι άποροι, οι μετανάστες, και όσοι αντιμετωπίζουν εμπόδια πρόσβασης (οικονομικά, γεωγραφικά κ.λπ.). Μεγάλο πρόβλημα στη χώρα μας συνεχίζει να συνιστά η έλλειψη στοιχείων. Τη συγκυρία επιβαρύνουν περαιτέρω δείκτες, όπως η ανεργία και ο κίνδυνος φτώχειας. Βάσει πρόσφατων στοιχείων, συνάγουμε ότι οι ανασφάλιστοι Έλληνες ξεπερνούν σήμερα το 1 εκατομμύριο. Τα χαρακτηριστικά της κρίσης στην υγεία περιλαμβάνουν την υποχρηματοδότηση (η συνεισφορά του κράτους στον ΕΟΠΥΥ έχει πέσει πλέον κάτω από το 20%), την απασφάλιση του πληθυσμού, τη διεύρυνση των ανισοτήτων στην πρόσβαση και τις χαμηλές επιδόσεις του δημόσιου συστήματος υγείας, σε όρους αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας.

Ο όγκος των παροχών του ΕΟΠΥΥ είναι τεράστιος. Το παράδοξο όμως είναι ότι υπάρχουν άνθρωποι που υπερκαταναλώνουν, τη στιγμή που άλλοι δεν έχουν πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας (**Εικόνα 11**).

Εμπόδιο πρόσβασης αποτελεί και η συμμετοχή στα

Η ΣΗΜΕΡΙΝΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΑΠΑΙΤΕΙ ΕΝΑ ΝΕΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ



Πολλαπλασιαστές αξίας

- Περίθαλψη ομάδων ασθενών με παρόμοιες ανάγκες
- Παροχή υπηρεσιών από ομάδες υγείας
- Μέτρηση αποτελεσμάτων
- Επιβράβευση για τη βελτίωση της αξίας
- Ομογενοποίηση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης (Γενική ιατρική - Άλλες ειδικότητες)

Εικόνα 10: Στο νέο μοντέλο που διαμορφώνεται κεντρικό ρόλο διαδραματίζει η αξία η οποία εκφράζει τη σχέση (βέλτιστης) ποιότητας-(ελάχιστου) κόστους.

φάρμακα, που, από το 15,7 κατά μέσο όρο το 2012, έχει ανέλθει στο 25,8 το 2014 και 2015. Με πρόσφατες νομοθετικές ρυθμίσεις, πάντως, οι ανασφάλιστοι έχουν πρόσβαση τόσο στην ΠΦΥ και στη νοσοκομειακή περίθαλψη, όσο και στη φαρμακευτική περίθαλψη.

Δεν πρέπει να γίνει άμεσα άλλη μεταρρύθμιση, τόνισε ο κύριος Κοντός. Αντ' αυτού, είναι απαραίτητο να υποστηριχθεί, οικονομικά, διοικητικά και οργανωτικά, το υπάρχον σύστημα, για να αποδώσει περισσότερο και καλύτερα. Απαιτείται ανακατανομή των πόρων εντός του συστήματος. Χρειάζονται νέες συμβάσεις και κάλυψη των αναγκών υγείας στο σύνολο της χώρας, αναδιάρθρωση του ΠΕΔΥ και διυπουργικός συντονισμός (με συμμετοχή των υπουργείων Οικονομικών, Υγείας, Εργασίας, Μεταναστευτικής Πολιτικής), για την ολοκληρωμένη καταγραφή των ομάδων του πληθυσμού που έχουν προβλήματα πρόσβασης και για τη διασφάλιση της καθολικής πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας.

Στην παρέμβασή του, ο Ειδικός Σύμβουλος σε Θέματα Ασφάλισης, πρώην Υπουργός Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, **Γιώργος Κουτρουμάνης**, παρατήρησε ότι, στον τομέα της υγείας, η χώρα μας παρουσιάζει σημαντική υστέρηση ως προς την εφαρμογή των απαραίτητων αλλαγών για αποτελεσματικότερη αξιοποίηση των πόρων και καλύτερες υπηρεσίες. Πρέπει να δούμε πώς θα καλυφθούν όσοι είναι εντελώς ανασφάλιστοι και αυτοί που, παρ' ότι ασφαλισμένοι, δεν έχουν πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Η δημιουργία του ΕΟΠΥΥ ήταν πολύ σημαντική τομή, ο ρόλος του όμως δεν υπηρετείται αποτελεσματικά. Θα όφειλε να διαπραγματεύεται ως ανεξάρτητος φορέας, τόσο με τα νοσοκομεία και το δημόσιο σύστημα όσο και με τον ιδιωτικό τομέα. Στην ουσία, δεν υπάρχει ανταγωνισμός, ώστε να εξασφαλιστεί καλύτερη ποιότητα με χαμηλότερο κόστος. Είναι υποκρισία να μιλάμε για δωρεάν υγεία, τη στιγμή που τα μισά τα πληρώνει ο ίδιος ο χρήστης των υπηρεσιών. Κρίσιμο θέμα είναι, επίσης, η ανάπτυξη των επαγγελματικών ταμείων, που, αν και θεσμοθετημένα από το 2002, δεν αναπτύχθηκαν όσο έπρεπε. Οι παροχές θα ήταν βέβαια συμπληρωματικές, αλλά θα ήταν πολύ οικονομικότερες από αυτές που προσφέρουν σήμερα τα ιδιωτικά συμβόλαια. Η ασφαλιστική αγορά μπορεί να αναπτυχθεί επίσης στην ίδια κατεύθυνση, δημιουργώντας ταυτόχρονα θέσεις εργασίας. Αυτά θα έπρεπε να έχουν δρομολογηθεί εδώ και καιρό, αλλά το πολιτικό σύστημα δεν φάνηκε ώριμο, ώστε να συγκροστεί με συμφέροντα που είχαν αναπτυχθεί επί σειρά ετών στον συγκεκριμένο τομέα.

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΜΩΝ ΧΩΡΙΣ ΣΥΜΒΕΒΛΗΜΕΝΟ ΓΙΑΤΡΟ
ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ	18
ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ-ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑ	10
ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ	4
ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗ	13
ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΑ	22
ΓΕΝΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ	10
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑ	3

Εικόνα 11: Ελλείψεις σε βασικές κλινικές ειδικότητες συμβεβλημένων γιατρών, ενδεικτική αναφορά.

Σήμερα, είναι απαραίτητη η καταγραφή των αναγκών και ο συντονισμός. Κατά προτεραιότητα θα πρέπει να ολοκληρωθούν –αλλά και να αξιολογηθούν– οι μεταρρυθμιστικές προσπάθειες που έχουν ήδη ξεκινήσει, κατέληξε ο κύριος Κουτρουμάνης.

Συνοψίζοντας τα όσα ανέφεραν οι εισηγητές, ο Καθηγητής του Πανεπιστημίου Πειραιά, **Μιλιτιάδης Νεκτάριος**, εκ των συντονιστών της στρογγυλής τράπεζας, παρατήρησε ότι είναι πολύ σημαντική η σύγκλιση απόψεων που διαπιστώνεται στο πλαίσιο της συνεδρίας, και που αφορά την ανάγκη να προσδιοριστεί το κατάλληλο «μείγμα» ιδιωτικής και κοινωνικής ασφάλισης, πώς δηλαδή θα μοιραστεί αποτελεσματικά μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα το κόστος της κάλυψης του πληθυσμού, στο πλαίσιο του επανασχεδιασμού της πολιτικής υγείας. Ο ιδιωτικός τομέας μπορεί να παίξει ρόλο σε επίπεδο τόσο ομαδικών όσο και ατομικών ασφαλίσεων, όπως συμβαίνει και σε άλλες χώρες. Αυτό άλλωστε είναι το ενδιαφέρον νέο στοιχείο που προκύπτει από τη συζήτηση, ότι και εμείς επιτέλους αποκτούμε «πρόσβαση» στις εξελίξεις στον τομέα αυτόν. Το δεύτερο συμπέρασμα αφορά την κάλυψη των ανασφάλιστων: εδώ η πρόταση είναι ένα ομαδικό ασφαλιστήριο με στόχο την ελαχιστοποίηση του κόστους, μέσω διαγωνιστικής διαδικασίας, με τον ΕΟΠΥΥ στο ρόλο του αγοραστή υπηρεσιών.

Στη συνέχεια, ο λόγος δόθηκε στο κοινό. Ο κύριος Δημήτρης Πατσάκης τοποθετήθηκε υπέρ της συμπληρωματικής ασφάλισης και παρατήρησε ότι δεν είναι μη έχοντες όλοι οι ανασφάλιστοι. Θα πρέπει να υπάρχουν εισοδηματικά κριτήρια στις συμμετοχές των δαπανών υγείας, με δεδομένο ότι ισόποσα εισοδήματα δεν καλύπτουν με τον ίδιο τρόπο τις ανάγκες εκείνου που ζει μόνος και του οικογενειάρχη που φέρνει στο σπίτι του τον μοναδικό μισθό.

Στην κουβέντα για την ιδιωτική ασφάλιση αποκρύπτεται το στοιχείο του κέρδους, παρατήρησε ο κύριος Γιώργος Λαδόπουλος. Αν ο ΕΟΠΥΥ δεν μπορεί να καλύψει το σύνολο της ασφαλιστικής ανάγκης, τότε ας ζητήσει μεγαλύτερη χρηματοδότηση. Στην Αμερική, όπου ο ιδιωτικός τομέας έχει πολύ μεγαλύτερη συμμετοχή, το ποσοστό ανασφάλιστων φτάνει το 25%. Σε τελική ανάλυση, το ρίσκο της επένδυσης στον ιδιωτικό τομέα (βλ., π.χ., την περίπτωση «Ασπίς Πρόνοια») θα κληθεί να το καλύψει το κράτος. Ο κύριος Νεκτάριος σχολίασε ότι, όσον αφορά την κερδοσκοπία, η απάντηση βρίσκεται στο opportunity cost της χρησιμοποίησης του κεφαλαίου, καθώς απαιτούνται τεράστιοι όγκοι κεφαλαίων για να λειτουργήσουν οι ασφαλιστικές εταιρείες. Στην Ελλάδα, υπάρχει ήδη ένας πολύ ισχυρός ιδιωτικός τομέας παροχής υπηρεσιών υγείας. Η συμμετοχή του και στην ασφαλιστική κάλυψη πρέπει να αντιμετωπιστεί με ευρύτητα πνεύματος.

Σε ερώτηση για το ρόλο του ΕΟΠΥΥ, ο κύριος Κοντός επιβεβαίωσε ότι ο οργανισμός, εδώ και διόμισι χρόνια, έχει πάψει να είναι παραγωγός υπηρεσιών υγείας, παραμένοντας αμιγώς αγοραστής. Δήλωσε, επιπλέον, ότι είναι χρέος μας να καλύψουμε τους ανασφάλιστους, γι' αυτό και προέχει να εξασφαλίσουμε ακριβή στοιχεία σχετικά με τη δαπάνη που τους αφορά, ώστε να στραφούμε και σε ευρωπαϊκά προγράμματα και σε διεθνή funds για να συμπληρώσουμε την κρατική χρηματοδότηση.

Ο κύριος Βελιώτης παρατήρησε ότι, στο μέλλον, η έμφαση θα δίνεται στην πρωτοβάθμια περίθαλψη. Αν δεν προσδιοριστεί το “minimum package” δεν μπορεί να

ξεκινήσει η συζήτηση για το ρόλο του ιδιωτικού και του δημόσιου τομέα. Δεν τίθεται θέμα κερδοσκοπίας του ιδιωτικού τομέα, αλλά βιωσιμότητας και αποτελεσματικότητας, συμπλήρωσε.

Υπάρχουν πολλά στα οποία συμφωνήσαμε, σχολίασε ο κύριος Κοντιάδης: ότι πρέπει να προσαρμόσουμε στα σημερινά δεδομένα και όχι να προσαρμόσουμε τα δεδομένα σε θεωρητικά μοντέλα· ότι πρέπει να ενισχυθεί η ΠΦΥ· ότι πρέπει να καλυφθούν σχεδόν 1.200.000 ανασφάλιστοι· ότι το δημόσιο δεν μπορεί να καλύψει τα πάντα και επιβάλλεται να δούμε με πολύ πιο συστηματικό τρόπο το ρόλο του ιδιωτικού τομέα· ότι οι μεταρρυθμίσεις δεν είναι αυτοσκοπός· ότι ο ΕΟΠΥΥ πρέπει να παίξει τον πραγματικό του ρόλο ως αγοραστής, δηλαδή να διαπραγματευθεί. Από την άλλη, διευκρίνισε ο κύριος Κοντιάδης, οι προτάσεις διαφο-

ροποιούνται ως προς την εξασφάλιση της χρηματοδότησης, που αποτελεί και το μεγαλύτερο πρόβλημα για τον ΕΟΠΥΥ αυτή τη στιγμή. Και σημείωσε ότι ο ίδιος υποστηρίζει τη μετάβαση, υπό προϋποθέσεις, σε ένα εθνικό σύστημα ασφάλισης, με άμεση χρηματοδότηση από τον κρατικό προϋπολογισμό.

Η συζήτηση έχει ισχυρή πολιτική διάσταση και «λεφτά δεν υπάρχουν», ούτε προβλέπεται να υπάρξουν στο ορατό μέλλον. Για το λόγο αυτόν, είναι απαραίτητο το προϊόν του προβληματισμού να βρίσκει πρόσβαση στην κοινή γνώμη, προκειμένου να ωριμάσει η πρόσληψη των αποφάσεων της δημόσιας εξουσίας – διαφορετικά θα ανακυκλώνουμε απορίες και αδιέξοδα, σχολίασε κλείνοντας τη συνεδρία ο έτερος συντονιστής της, ο δημοσιογράφος **Αντώνης Παπαγιαννίδης**.

ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ

Διαχείριση και έλεγχος μειζόνων παραγόντων κινδύνου για την υγεία*

Παχυσαρκία, κάπνισμα και αλκοόλ συνδέονται με υψηλή νοσηρότητα και θνησιμότητα, αλλά μπορούν να περιοριστούν με τις κατάλληλες παρεμβάσεις σε ατομικό και εθνικό επίπεδο.

Προεδρείο: Κωνσταντίνος Κοτροκόης, Γιώργος Κουλιεράκης

Ομιλητές: Μιχάλης Καλοειδής, Προτεραιότητα ως επιλογή αναπροσανατολισμού της πολιτικής δημόσιας υγείας

Δημήτρης Χανιώτης, Διατροφή και φυσική δραστηριότητα

Ελένη Σταματοπούλου, Επιπτώσεις του καπνίσματος στη δημόσια υγεία

Χριστίνα Σπυράκη, Χρήση και κατάχρηση οινόπνευματών

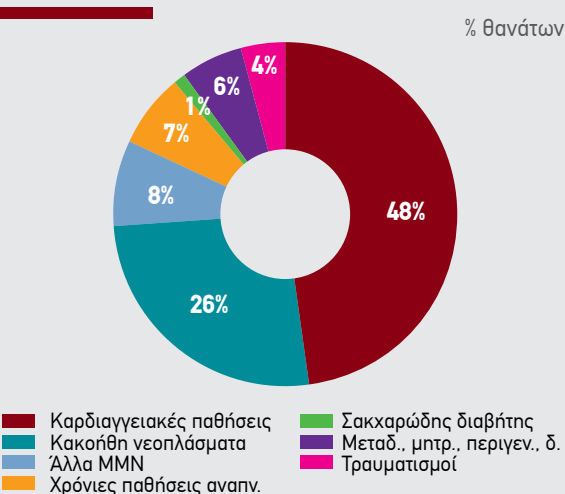
* Με τη συνεργασία της Επιστημονικής Εταιρείας Αποφοίτων Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας

Τη συνεδρία άνοιξε ο **Μιχάλης Καλοειδής**, MD, MSc, Γενική και Κοινωνική Ιατρική/Δημόσια Υγεία, ΠΕΔΥ, ΕΣΥ. Υπάρχουν πολλοί προσδιοριστές που αφορούν όχι το στενά ιατρικό κομμάτι της περίθαλψης και της φαρμακολογίας, αλλά τις κοινωνικοοικονομικές συνθήκες, την οικογένεια, την κοινότητα κ.λπ., και έχουν άμεση επίδραση σε αυτό που ονομάζουμε «υγεία», παρατήρησε ο κύριος Καλοειδής. Οι υπηρεσίες υγείας αντιπροσωπεύουν μόνο το 10%, τη στιγμή που το υπόλοιπο πλαίσιο καθορίζεται από τον τρόπο ζωής, συμπεριφοράς, γενετικούς παράγοντες κ.ά. Για το φάσμα αυτό των προσδιοριστών μπορούμε να διαμορφώσουμε πολιτικές πρόληψης και να παρέμβουμε θετικά. Ως προς τις αιτίες θανάτου, τα καρδιαγγειακά νοσήματα κατέχουν την πρώτη θέση, αν και στις φτωχότερες χώρες τις πρώτες θέσεις κατέχουν ακόμη τα λεγόμενα μεταδοτικά νοσήματα. Η πρωτογενής πρόληψη αφορά τη φάση πριν από την έναρξη της νόσου, ενώ η δευτερογενής πρόληψη αφορά τη φάση του προσυμπτωματικού ελέγχου, μετά την έναρξη της νόσου. Παράγοντες κινδύνου, όπως το κάπνισμα, οι λανθασμένες διατροφικές συνήθειες, η παχυσαρκία, η κατάχρηση αλκοόλ και η έλλειψη φυσικής δραστηριότητας, συναρτώνται κυρίως με μη μεταδιδόμενα νοσήματα (καρδιαγγειακά, κακοήγη νεοπλασμάτα κ.ά.) και επιφέρουν θάνατο, αναπηρία ή υποβάθμιση της ποιότητας ζωής. Για την άσκηση των πολιτικών υγείας υπάρχουν δείκτες που μετρούν το φορτίο ασθένειας: DALYs (Disability Adjusted Life Years), YLLs (Years of Life Lost from mortality) και YLDs (Years of healthy life Lost due to Disability). Τα τελευταία χρόνια αλλάζει το νοσολογικό προφίλ και καταγράφεται γήρανση του πληθυσμού. Στην Ελλάδα, οι παράγοντες κινδύνου που προαναφέρθηκαν έχουν πολύ υψηλό επιπολασμό (Εικόνα 12).

Μόνο το κάπνισμα παρουσιάζει μικρή μείωση, στους άνδρες κυρίως. Στην παχυσαρκία, όμως, τα Ελληνόπουλα κατέχουν δυστυχώς τα πρωτεία. Σήμερα μπορούμε πλέον να μιλάμε για τεκμηριωμένες παρεμβάσεις, που κρίνονται ιδιαίτερα αποτελεσματικές με αξιολογικά κριτήρια κόστους-οφέλους. Τέτοιες παρεμβάσεις θεωρούνται από τον ΠΟΥ: για το κάπνισμα, οι νομικές παρεμβάσεις για χώρους χωρίς καπνό, οι

φόροι, τα προγράμματα αγωγής υγείας, η απαγόρευση διαφήμισης και προώθησης: για το αλκοόλ, οι φόροι, ο περιορισμός ή η απαγόρευση διαφήμισης και προώθησης: για τη διατροφή, η αντικατάσταση με ακόρεστα λίπη, η ελάττωση της πρόσληψης αλατιού και, για τη φυσική δραστηριότητα, η υλοποίηση προγραμμάτων άσκησης. Αυτές οι πρακτικές πρόληψης μπορούν να περιορίσουν, σύμφωνα με στοιχεία του ΠΟΥ, τα καρδιαγγειακά νοσήματα, τα αγγειακά εγκεφαλικά και τον σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 ακόμη και κατά 80%, και τους καρκίνους μέχρι 40%. Οι προτεραιότητες στην υγεία θα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη τις ανάγκες, την αποδοτικότητα και τη σπασιμότητα των πόρων, και τις κοινωνικοοικονομικές

ΑΙΤΙΕΣ ΘΑΝΑΤΟΥ ΕΛΛΑΔΑ



WHO 2014

Εικόνα 12: Και στη χώρα μας, τις πρώτες θέσεις στις αιτίες θανάτου κατέχουν οι καρδιαγγειακές παθήσεις και τα κακοήγη νεοπλασμάτα.

ανισότητες. Πρέπει να γίνουν παρεμβάσεις όχι απλά ενημέρωσης, αλλά αγωγής συμπεριφοράς, κατέληξε ο κύριος Καλοειδής. Σε ερώτηση σχετικά με την ενίσχυση των προγραμμάτων πρόληψης, ο ομιλητής τόνισε ότι η εποχή που διανύουμε προσφέρεται περισσότερο για κάτι τέτοιο, διότι η ανάγκη είναι μεγαλύτερη, λόγω της σπανιότητας των πόρων.

Στη συνέχεια, το λόγο πήρε ο Καθηγητής του ΤΕΙ Αθήνας, **Δημήτρης Χανιώτης**. Η υγεία διαμορφώνεται από τον τρόπο ζωής (διατροφικά πρότυπα, κάπνισμα, άσκηση κ.λπ.) και από τις συνθήκες διαβίωσης (μεταφορές, κοινωνικά εφόδια, φυσικό και ψυχοκοινωνικό περιβάλλον). Οι παγκόσμιες αιτίες θανάτου περιλαμβάνουν την κακή διατροφή/δυσθρεψία, που συνυπάρχουν με τη φτώχεια, το γήρας και την πείνα, αλλά και με την παχυσαρκία, την καθιστική ζωή, το κάπνισμα, τις αγχώδεις διαταραχές και την κατάθλιψη. Την ίδια εικόνα συναντούμε τα τελευταία χρόνια και στη χώρα μας, όπου, λόγω της οικονομικής κρίσης, περίπου το 70% των νοικοκυριών κάνουν περικοπές στην κατανάλωση ειδών διατροφής και καταφεύγουν σε φθηνές-ανθυγιεινές επιλογές.

Η διατροφή και η φυσική δραστηριότητα, παρατήρησε ο κύριος Χανιώτης, είναι αλληλένδετες στη διαμόρφωση του ενεργειακού ισοζυγίου και στη διατήρηση υγιούς σωματικού βάρους, ενώ παράλληλα παίζουν καθοριστικό ρόλο στην εκδήλωση χρόνιων μη μεταδοτικών νοσημάτων («νοσήματα φθοράς»). Οι διεθνείς συστάσεις φυσικής δραστηριότητας για τους ενήλικες είναι τουλάχιστον 150 λεπτά μέτριας έντασης ή 75 λεπτά έντονης έντασης συνολικά τις περισσότερες ημέρες της εβδομάδας (π.χ. γρήγορο βάδισμα, jogging κ.λπ.)· στα παιδιά και στους εφήβους τουλάχιστον 1 ώρα δραστηριότητας μέτριας ή έντονης έντασης κάθε ημέρα. Από την έλλειψη της τροφής, όμως, οδηγηθήκαμε στην υπερκατανάλωση, επεσήμανε ο ομιλητής. Η υπερβολική κρεοφαγία και ιδιαίτερα τα επεξεργασμένα προϊόντα κρέατος, η κατανάλωση φθηνών προϊόντων με «κενές» θερμίδες

και το έτοιμο/γρήγορο φαγητό είναι από τους πλέον επιβαρυντικούς παράγοντες. Το ζητούμενο είναι η ισορροπημένη διατροφή (**Εικόνα 13**) αλλά και το σωστό θερμιδικό προφίλ.

Σε όλο τον κόσμο, οι συστάσεις αφορούν την κατανάλωση φρούτων, λαχανικών και προϊόντων ολικής άλεσης, τον περιορισμό των προϊόντων ζωικής προέλευσης και την καλή τους ποιότητα, και το συνδυασμό με φυσική άσκηση. Ο κύριος Χανιώτης εξήρε το πρότυπο της μεσογειακής διατροφής και τόνισε τη σημασία των φυτικών ινών. Περιέγραψε το ελαιόλαδο ως «τρόφιμο-αποκάλυψη», καθώς, ως χυμός, περιέχει λιπίδια αλλά και πολλά φυτοθεραπευτικά συστατικά, απαραίτητα για την καλή μας υγεία. Τα ψάρια και τα θαλασσινά, ειδικά σε μια θαλασσινή χώρα όπως η Ελλάδα, θα πρέπει να αποτελούν μέρος του καθημερινού μας διαιτολογίου. Σημασία έχει και η χρωματική εναλλαγή των φρούτων και των λαχανικών που επιλέγουμε, καθώς αυτή μας εξασφαλίζει περισσότερα αντιοξειδωτικά συστατικά. Βέβαια, η μεσογειακή διατροφή είναι ένας ολόκληρος τρόπος ζωής, που έχει να κάνει με την εξωστρέφεια και την κοινωνική ζωή στη φύση.

Η μελέτη Interheart, που διεξήχθη σε 52 χώρες, έδειξε ότι η άσκηση και η διατροφή παίζουν καθοριστικό ρόλο στον έλεγχο των παραγόντων κινδύνου – μάλιστα η διατροφή φαίνεται να ελέγχει το 50% των παραγόντων καρδιαγγειακού κινδύνου. Εξίσου σημαντική είναι η συνεισφορά του διπτύχου αυτού και στην πρόληψη αλλά και στην έκβαση του καρκίνου, όπως στον καρκίνο του μαστού, του παχέος εντέρου, του ενδομητρίου, του προστάτη κ.λπ., ανεξαρτήτως σωματικού βάρους. Οι συστάσεις για τον έλεγχο των παραγόντων κινδύνου της Ευρωπαϊκής Καρδιολογικής Εταιρείας συνοψίζονται στη συμμετρική αλυσίδα ενός αριθμού «υγείας» 0-3-5-140-5-3-0, όπου: 0=χωρίς κάπνισμα, χωρίς παχυσαρκία, χωρίς διαβήτη· 3=φυσική δραστηριότητα με βάδισμα 3 χιλιόμετρα την ημέρα και LDL (κακή) χοληστερίνη λιγότερο από 3 mmol/L (<115 mg%)· 5=κατανάλωση 5 μερίδων από φρούτα και λαχανικά (σαλάτες) την ημέρα και ολική χοληστερίνη λιγότερο από 5 mmol/L (<190mg%)· και 140=Αρτηριακή Πίεση λιγότερο από 140 mmHg. Κλείνοντας, ο κύριος Χανιώτης επεσήμανε ότι ύπουλος εχθρός και απειλή για την υγεία μας είναι και το αλάτι (ιδιαίτερα δε το «κρυφό»), ο περιορισμός του οποίου σε ποσότητες κάτω από 5 γραμμάρια την ημέρα, (δηλ. μέχρι ένα κουταλάκι του γλυκού), σύμφωνα με τον ΠΟΥ, θα αποτρέψει την απώλεια 2,5 εκ. ανθρώπινων ζώων το χρόνο από νοσήματα που σχετίζονται με την υπερκατανάλωση αλατιού.

Ακολουθώντας, η **Ελένη Σταματοπούλου**, MSc ΕΣΔΥ, Λειτουργός Δημόσιας Υγείας, Νοσηλεύτρια, Εκπαιδευτικός, Μέλος Primary Care Respiratory Society UK (PCRS-UK), Επιστημονική Εταιρεία Αποφοίτων, ΕΣΔΥ, επεσήμανε στην έναρξη της παρουσιάσής της ότι το κάπνισμα είναι χρόνια νόσος και αποτελεί παγκόσμια επιδημία σύμφωνα με τον ΠΟΥ. Μάλιστα, η κατανάλωση καπνού αποτελεί την πρώτη από τις αιτίες θανάτου που μπορούν να προληφθούν. Η Ελλάδα, το 2009, είχε το υψηλότερο ποσοστό καπνιστών στην ΕΕ, ενώ ο αντικαπνιστικός νόμος που ψηφίστηκε με έναρξη ισχύος την ίδια χρονιά δεν φαίνεται να είχε αποτελέσματα. Το 38,1% των εφήβων στη χώρα μας είναι καπνιστές, την ίδια στιγμή, όμως, φαίνεται πως η ενημέρωση συνδέεται με τη μείωση του καπνίσματος. Σε αυτό βοηθάει επίσης ο περιορισμός του καπνίσματος σε χώρους εκπαίδευσης, ενώ, από την άλλη, τα προγράμματα Αγωγής Υγείας με θέμα το κάπνισμα έχουν



Εικόνα 13: Όλα όσα πρέπει να περιλαμβάνει μια ισορροπημένη διατροφή.

περιορισμένη επιτυχία.

Το κάπνισμα οδηγεί στην απώλεια 12 υγιών χρόνων ζωής, ελαττώνει τη διάρκεια της ζωής κατά 8 χρόνια, ευθύνεται για περισσότερους από 10.000 πρώιμους θανάτους στη χώρα μας ετησίως και θα αποτελέσει την αιτία για 450 εκ. θανάτους παγκοσμίως τα επόμενα 50 χρόνια. Ενοχοποιείται για θανάτους από καρκίνο του πνεύμονα (80%), χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ, 80%) και στεφανιαία νόσο (17%). Επιπλέον, το κάπνισμα επιδεινώνει τις επιπλοκές στους ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη.

Οι επιπτώσεις του καπνίσματος διακρίνονται σε πρωτογενείς, δηλαδή βλάβες που προκαλούνται στον ίδιο τον καπνιστή, δευτερογενείς, όπως είναι το παθητικό κάπνισμα, που ευθύνεται για υψηλά ποσοστά θανάτου σε συζύγους και παιδιά καπνιστών, αλλά και τριτογενείς, που έχουν να κάνουν με τις συνέπειες από τους καπνιστικούς ρύπους στα ρούχα, το δέρμα και το περιβάλλον του καπνιστή.

Η νικοτίνη δρα πυροδοτώντας την έκκριση ντοπαμίνης, με αποτέλεσμα το αίσθημα ικανοποίησης που συνδέεται με το κάπνισμα, ενώ η ελάττωσή της οδηγεί σε σύνδρομο στέρησης (Εικόνα 14).

Χαρακτηριστικό είναι ότι μόνο το 2-3% των καπνιστών καταφέρνουν να κόψουν το τσιγάρο κάθε χρόνο.

Ως προς τους τρόπους διακοπής, θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη το ιστορικό, η κλινική εξέταση, η έκταση της καπνιστικής εξάρτησης (κλίμακα Fagerström). Η διακοπή του καπνίσματος έχει δύο σκέλη, το συμβουλευτικό και το φαρμακευτικό. Ο ρόλος του λειτουργού υγείας δεν περιορίζεται στη θεραπευτική παρέμβαση, αλλά επεκτείνεται και στις παρεμβάσεις εκείνες που έχουν σκοπό τη διατήρηση και προαγωγή της υγείας. Σύμφωνα με τη μελέτη Stamatopoulou et al. (2014), μόνο το 8% των επαγγελματιών υγείας έχουν λάβει εκπαίδευση για τη διακοπή του καπνίσματος. Οι δύο κύριοι λόγοι για τους οποίους οι νοσηλευτές δεν θεωρούν ότι είναι ικανοί να παρέχουν συμβουλές είναι η έλλειψη χρόνου (σε ποσοστό 77%) και η έλλειψη εκπαίδευσης (σε ποσοστό 78%). Οι καπνιστές διακρίνονται σε αυτούς που επιθυμούν να διακόψουν το κάπνισμα, σε εκείνους που δεν είναι πρόθυμοι να διακόψουν και σε πρώην καπνιστές που

το διέκοψαν πρόσφατα. Στην προσπάθεια αυτή σημαντικό ρόλο παίζει η ενίσχυση των κινήτρων. Πάντως, έχει αποδειχθεί ότι η ενημέρωση από έναν επαγγελματία υγείας αυξάνει την πιθανότητα διακοπής ακόμη και κατά 15%. Τα οφέλη στην επιβίωση όσον αφορά τη διακοπή καπνίσματος είναι 3 χρόνια στην ηλικία των 60, 6 χρόνια στην ηλικία των 50, 9 χρόνια στην ηλικία των 40 και 10 χρόνια στην ηλικία των 30.

Συμπερασματικά, το κάπνισμα στην Ελλάδα έχει διαστάσεις επιδημίας, αφορά νεαρές ηλικίες, είναι μη λοιμώδης, αλλά μεταδοτικό στα παιδιά. Χρειάζεται η εκπαίδευση και ευαισθητοποίηση του νοσηλευτικού προσωπικού για τη διακοπή του καπνίσματος. Η αγωγή υγείας αποτελεί κοινωνικό ζητούμενο, καθώς η επιρροή της στη κοινωνία την καθιστά μέσο άσκησης εκπαιδευτικής πολιτικής, κατέληξε η κυρία Σταματοπούλου.

Τη συνεδρία έκλεισε η **Χριστίνα Σπυράκη**, Γενική Ιατρός, Γενικό Νοσοκομείο Αργολίδας. Το αλκοόλ επηρεάζει όλα τα όργανα του σώματος, λειτουργεί κατασταλτικά για το κεντρικό νευρικό σύστημα και απορροφάται ταχέως από το στομάχι και το λεπτό έντερο, περιέγραψε εισαγωγικά η κυρία Σπυράκη. Μεταβολίζεται στο ήπαρ, αλλά μόνο εν μέρει και η περίσσεια αλκοόλης κυκλοφορεί σε όλο το σώμα. Ο βαθμός επίδρασης του αλκοόλ καθορίζεται από παράγοντες, όπως η ηλικία, η φυλή ή η εθνικότητα, η φυσική κατάσταση, η ποσότητα τροφής που καταναλώθηκε νωρίτερα, η ταχύτητα κατανάλωσης, η χρήση ναρκωτικών ή φαρμάκων με συνταγή και το οικογενειακό ιστορικό αλκοολισμού. Η χρήση του μπορεί να οδηγήσει σε τοξικές επιδράσεις σε όργανα και ιστούς, σε δηλητηρίαση, που επηρεάζει την αντίληψη, την κρίση, τη μνήμη, τη συμπεριφορά και σε εξάρτηση, όταν διαταράσσεται ο έλεγχος ως προς τη χρήση αλκοόλ. Η κυρία Σπυράκη διαχώρισε τη χρήση από την κατάχρηση αλκοόλ, και παρατήρησε ότι η έκταση της βλάβης που η τελευταία μπορεί να προκαλέσει εξαρτάται όχι μόνο από την ποσότητα, αλλά και από το πρότυπο λήψης και την ποιότητα του αλκοόλ.

Το αλκοόλ είναι ο τρίτος σημαντικότερος παράγοντας κινδύνου για πτωχή υγεία παγκοσμίως, καθώς σχετίζεται με 200 νόσους, διαταραχές ή βλάβες, όπως αυτές καταγράφονται στο ICD-10. Μεταξύ αυτών, συνδέεται συχνά με την αλκοολική γαστρίτιδα και το γαστρικό έλκος, την κίρρωση του ήπατος, καρδιαγγειακά νοσήματα, κακοήγη νεοπλασμάτα και ψυχιατρικά νοσήματα, αλλά έχει και κοινωνικές επιπτώσεις: διατάραξη οικογενειακών σχέσεων, εργασιακά και οικονομικά προβλήματα, κοινωνικό στιγματισμό. Τα ειδικά προβλήματα που μπορεί να δημιουργήσει το αλκοόλ αφορούν τους κινδύνους για την κύηση και το θηλασμό, την παραβατική συμπεριφορά, τα τροχαία ατυχήματα.

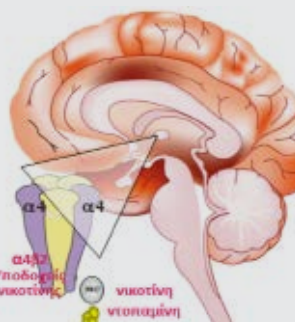
Το αλκοόλ συνδέεται με υψηλά ποσοστά θνησιμότητας: 2,5-3,3 εκατομμύρια άνθρωποι χάνονται κάθε χρόνο λόγω του αλκοόλ (5,6% επί των θανάτων παγκοσμίως) και πολλοί από αυτούς είναι νέοι. Κύριες αιτίες θανάτου που σχετίζονται με το αλκοόλ είναι τα κακοήγη νεοπλασμάτα, τα εγκεφαλικά επεισόδια και η κίρρωση του ήπατος.

Τα μέτρα πρόληψης σε ατομικό επίπεδο έχουν να κάνουν με την αποφυγή χρήσης αλκοόλ με κενό στομάχι, κατά την εργασία, σε συνδυασμό με φάρμακα και πριν από την οδήγηση. Οι στρατηγικές ελέγχου του αλκοόλ σε εθνικό επίπεδο περιλαμβάνουν τον ποιοτικό έλεγχο της παραγωγής αλκοολούχων ποτών, την απα-

Η νικοτίνη συνδέεται στους α4β2 νικοτινικούς υποδοχείς της ακετυλχολίνης και πυροδοτεί την έκκριση ντοπαμίνης.^{1-3,5}

Αυτό έχει ως αποτέλεσμα το αίσθημα ικανοποίησης που σχετίζεται με το κάπνισμα.^{1-3,5}

Η ελάττωση των επιπέδων της νικοτίνης στον εγκέφαλο οδηγεί στο σύνδρομο της στέρησης από τη νικοτίνη.^{1,4,5}



1. Jarvis MJ. BMJ2004; 328:277-279.
2. Dani JA, Harris RA. Nature Neuroscience 2005; 8Q1465-1470.
3. Coe JW et al. J Med Chem 2005; 48Q 3474-3477.
4. West R, Shiffman S., Smoking cessation. Fast Facts. Indispensable guides to clinical practice. Health Press, Oxford 2004.
5. Κουρέα 2013, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας

Εικόνα 14: Οι μηχανισμοί δράσης της νικοτίνης στον εγκέφαλο.

γόρευση πώλησής τους σε νέους και την απαγόρευση της οδήγησης υπό την επήρεια αλκοόλ. Σε ευρωπαϊκό επίπεδο, έχει αναπτυχθεί το σχέδιο δράσης για τη μείωση της βλαπτικής χρήσης του αλκοόλ 2012-2020.

Οι διεθνείς και εθνικές στρατηγικές για τη μείωση του αλκοόλ πρέπει να συνδυαστούν με ταυτόχρονη αλλαγή της ατομικής συμπεριφοράς προκειμένου να είναι αποτελεσματικές, κατέληξε η κυρία Σπυράκη.

Στη συζήτηση που ακολούθησε, ο Επιστημονικός Συνεργάτης του Τομέα Διατροφής και Βιοχημείας της ΕΣΔΥ, και εκ των συντονιστών της συνεδρίας, **Κωνσταντίνος Κοτροκόης**, υπογράμμισε τις ευεργετικές ιδιότητες του κόκκινου κρασιού σε ελεγχόμενη χρήση (2 ποτήρια για τους άνδρες, 1 ποτήρι για τις γυναίκες, ημερησίως), λόγω μιας αντιοξειδωτικής πολυφαινόλης, της ρεσβερατρόλης, που αυτό περιέχει και η οποία αναστέλλει την οξείδωση της LDL in vitro, καθώς και τη συσσώρευση των αιμοπεταλίων (το κόκκινο κρασί την περιέχει σε πενταπλάσια ποσότητα από το λευκό).

Ο κύριος Πατσάκης παρατήρησε ότι η υπερκατανάλωση αλκοόλ αφορά δυστυχώς και τις πολύ νεαρές ηλικίες, κάτω των 18 ετών και σχολίασε ότι όλα είναι θέμα κουλτούρας. Σύμφωνα με πρόσφατη μελέτη του ΚΕΘΕΑ, το 94% των παιδιών 14-18 ετών έχει κάνει χρήση

αλκοόλ και το ¼ αυτών κάνει κατάχρηση αλκοόλ εβδομαδιαίως, υπερθεμάτισε η κυρία Σπυράκη.

Ο Πρόεδρος Εποπτών Δημόσιας Υγείας, Πρόεδρος του Συμβουλίου Ένταξης Μεταναστών του Δήμου Κορυδαλλού και Αντιπρόεδρος του ΕΔΔΥΠΠΥ, **Γιώργος Μακρυνός**, παρατήρησε ότι στην περίοδο της κρίσης έχουμε μείωση του καπνίσματος και του αλκοόλ, και αυτό είναι ενθαρρυντικό. Θετικό ρόλο έχει παίξει, και ως έχει απαξιωθεί, η απαγόρευση του καπνίσματος στους κοινόχρηστους χώρους, καθώς και η μείωση της αγοραστικής δύναμης. Από την άλλη, όσον αφορά την παχυσαρκία, ενώ υπάρχουν περιστατικά δυσθρεψίας στα παιδιά, έχει παρατηρηθεί παράλληλα αύξηση της παχυσαρκίας λόγω της φτώχειας.

Η κυρία Αθανασία Σταματοπούλου τοποθετήθηκε στη συζήτηση τονίζοντας ότι θα ήταν χρήσιμο για όλη την εκπαιδευτική κοινότητα να συγκεντρωθούν σε μία έκδοση οι μείζονες παράγοντες κινδύνου για την υγεία.

Τέλος, σχετικά με την πρόληψη και την ενημέρωση στα σχολεία, που κρίνεται βέβαια απαραίτητη, η κυρία Ελένη Σταματοπούλου διευκρίνισε ότι είχε διανεμηθεί σχετικό υλικό από το Υπουργείο Υγείας, αλλά αυτό δεν αξιοποιήθηκε όπως έπρεπε από τους εκπαιδευτικούς.

ΔΙΑΛΕΞΗ

Η εθνική στρατηγική για την ηλεκτρονική υγεία: Ο ρόλος της ΗΔΙΚΑ

Η ΗΔΙΚΑ αναβαθμίζεται χάρη στη συμμετοχή της στο Εθνικό Συμβούλιο Διακυβέρνησης Ηλ. Υγείας και στον ορισμό της ως Εθνικού Σημείου Επαφής για τη Διασυννοριακή Υγεία.

Προεδρείο: Γιάννης Κυριόπουλος, Γιώργος Στεφανόπουλος

Ομιλητής: Αναστάσιος Τάγαρης 

Ο Πρόεδρος και Διευθύνων Σύμβουλος της ΗΔΙΚΑ ΑΕ, **Αναστάσιος Τάγαρης**, απευθύνθηκε στο Συνέδριο με ομιλία που είχε ως θέμα το ρόλο, το αντικείμενο, τους σκοπούς και το σχεδιασμό της ΗΔΙΚΑ, καθώς και το πώς αυτή εντάσσεται στην εθνική στρατηγική για την ηλεκτρονική υγεία.

Ο κύριος Τάγαρης αναφέρθηκε στις βασικότερες εφαρμογές που έχει αναπτύξει η Ηλεκτρονική Διακυβέρνηση για την Κοινωνική Ασφάλιση στο χώρο της υγείας, με ναυαρχίδα αυτή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, αλλά και τις εφαρμογές «Ασκληπιός», που περιλαμβάνουν την ανάπτυξη, τη συντήρηση και την υποστήριξη του πληροφοριακού συστήματος, και την εφαρμογή της μισθοδοσίας για τα νοσοκομεία. Η ΗΔΙΚΑ έχει αρκετή εμπειρία στη διαλειτουργικότητα και διασύνδεση των εφαρμογών με API, ώστε οι χρήστες, γιατροί και φαρμακοποιοί, να μπορούν να χρησιμοποιούν και εφαρμογές τρίτων, για να έχουν πρόσβαση στα δεδομένα, επεσήμανε ο κύριος Τάγαρης. Υπάρχουν πολλά τέτοια παραδείγματα, όπως η διασύνδεση με το σύστημα του ΕΟΠΥΥ, η διασύνδεση με το πληροφοριακό σύστημα του ΑΜΚΑ, με το σύστημα «ΑΤΛΑΣ» (για την ασφαλιστική ικανότητα) και με τη βάση δεδομένων του ΕΟΦ.

Στη συνέχεια, ο κύριος Τάγαρης ανακοίνωσε νέες εφαρμογές και υπηρεσίες που αναπτύσσει η ΗΔΙΚΑ αυτό το διάστημα: όσον αφορά την ηλεκτρονική συνταγογράφηση, την ενσωμάτωση νέων θεραπευτικών πρωτοκόλλων και την προσθήκη παραμέτρων, όπως ο έλεγχος χρόνου διάρκειας μιας αγωγής και η ενημέρωση των ασθενών μέσω SMS ή/και email για επισκέψεις σε γιατρούς, εκτελέσεις συνταγών, αλλά και τη δημιουργία εθνικού διαδικτυακού συστήματος για ιατρικά ραντεβού (που θα αφορά ιδιώτες γιατρούς, ιατρεία ΠΕΔΥ και πρωτοβάθμια εξωτερικά ιατρεία κρατικών νοσοκομείων). Όσον αφορά τον ηλεκτρονικό ιατρικό φάκελο πρωτοβάθμιας υγείας, τη δυνατότητα διαχείρισης της επίσκεψης σε γιατρό και την ενσωμάτωση του συνοπτικού ιστορικού υγείας ασθενή - που, όπως παρατήρησε ο κύριος Τάγαρης, είναι εξαιρετικά σημαντική και έγινε σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες του ευρωπαϊκού προγράμματος eρSOS. Ο ασθενής θα έχει δυνατότητα πρόσβασης σε όλα τα δεδομένα του (π.χ. συνταγές, διαγνώσεις, εξετάσεις). Ο κύριος Τάγαρης τόνισε, επίσης, τη σημασία της συγκατάθεσης του ασθενή προκειμένου τρίτοι (όπως φαρμα-

κοποιοί ή γιατροί) να αποκτούν πρόσβαση στο ιατρικό του ιστορικό ή τον φάκελο, δυνατότητα η οποία προστέθηκε στην εφαρμογή. Επίσης, ο ασθενής θα μπορεί να ορίσει ποιος θα βλέπει τα στοιχεία του για κάθε κατηγορία δεδομένων. Δεδομένου ότι η πρόσβαση στα στοιχεία θα γίνεται ηλεκτρονικά από όλους τους ενδιαφερομένους, η έντυπη συνταγή προβλέπεται σύντομα να καταργηθεί, καθώς δεν έχει πλέον λόγο ύπαρξης, είπε ο κύριος Τάγαρης.

Όσον αφορά το ρόλο της ΗΔΙΚΑ στο εθνικό στρατηγικό πλαίσιο για την ηλεκτρονική υγεία, ο ομιλητής είπε ότι αυτός έχει αναβαθμιστεί με τη συμμετοχή της στο Εθνικό Συμβούλιο Διακυβέρνησης Ηλεκτρονικής Υγείας (ΕΣΔΗΥ) που ιδρύθηκε πολύ πρόσφατα, ενώ θεσμικά και λειτουργικά η ΗΔΙΚΑ αναβαθμίζεται και με τον ορισμό της ως Εθνικού Σημείου Επαφής για τη Διασυννοριακή Υγεία (NCP).

Στόχος είναι η ΗΔΙΚΑ να αποκτήσει μεγαλύτερη εξωστρέφεια, να συμμετέχει σε ευρωπαϊκά προγράμματα ως εταίρος με τεχνογνωσία, την οποία μπορεί να μοιραστεί με τους Ευρωπαίους· επίσης, να διαχειρίζεται υπηρεσίες διασφάλισης προτύπων και απόδοσης πιστοποιητικών λειτουργικής επάρκειας για ιατρικό λογισμικό το οποίο «συνεργάζεται» με τα API της ΗΔΙΚΑ. Ένα ακόμη εργαλείο που προσφέρει η ΗΔΙΚΑ είναι το σύστημα επιχειρηματικής ευφυΐας που χρησιμοποιεί στατιστικά μοντέλα για την εξαγωγή συμπερασμάτων σχετικά με την άσκηση πολιτικής. Ο πολίτης έρχεται στο επίκεντρο της ηλ. υγείας, τόνισε ο κύριος Τάγαρης, μέσω της ενημέρωσης που λαμβάνει και με τη δύναμη που αποκτά εφόσον θα ορίζει ο ίδιος ποιος θα έχει πρόσβαση στα δεδομένα του. Γενικότερα, πρόσθεσε, η ΗΔΙΚΑ επιδιώκει συνέργειες με άλλες δομές, υπουργεία, την ελληνική αλλά και την ευρωπαϊκή αγορά ιατρικής πληροφορικής, ώστε να υπάρχει ολιστική προσέγγιση και στρατηγικός σχεδιασμός.

Ο κύριος Τάγαρης ανέφερε τα πλεονεκτήματα που συνεπάγεται η συμμετοχή της ΗΔΙΚΑ στο ΕΣΔΗΥ, χάρη στην τεχνογνωσία της σε θέματα διαλειτουργικότητας, διαχείρισης μητρώων, προτύπων, με την κατάθεση προτάσεων για κρίσιμα έργα του τομέα της ηλ. Υγείας, αλλά και με τον καθορισμό προτεραιοτήτων για ευρωπαϊκά έργα (διασυννοριακή υγεία, ιατρικός τουρισμός). Στο πλαίσιο του ιατρικού τουρισμού, ο ομιλητής παρατήρησε ότι θα μπορούσε να εξεταστεί ένα

σύστημα που θα ενσωματώνει κάποια ιατρικά δεδομένα για τους πρόσφυγες.

Ως Εθνικό Σημείο Επαφής για τη διασυνοριακή υγεία (National Contact Point - NCP), η ΗΔΙΚΑ αναλαμβάνει ρόλο διαμεσολαβητή με τα άλλα κράτη μέλη της ΕΕ. Το NCP στην πράξη θα καταστήσει δυνατές εργασίες, όπως η εκτέλεση συνταγών από το ένα κράτος στο άλλο και η πρόσβαση στο συνοπτικό ιατρικό ιστορικό, εντός του Ευρωπαϊκού Πλαισίου Διαλειτουργικότητας (ReEIF) μεταξύ των εθνικών δικτύων.

Η συμμετοχή, εξάλλου, της ΗΔΙΚΑ σε ευρωπαϊκά προγράμματα –όπως το Connecting Europe Facility (CEF) που αφορά το πλαίσιο διαλειτουργικότητας, το Horizon 2020, που αφορά ερευνητικά έργα και καινοτομία, και το EESSI το οποίο αγγίζει το κομμάτι της κοινωνικής ασφάλισης με σκοπό την αποζημίωση των Ευρωπαίων πολιτών σε κάθε κράτος μέλος– ενισχύει την εξωστρέφεια της εταιρείας και τις ευρωπαϊκές συνεργασίες στο χώρο της ηλεκτρονικής υγείας, τόνισε ο ομιλητής. Ένας σημαντικός τομέας όπου η ΗΔΙΚΑ μπορεί να μειώσει το κόστος περίθαλψης είναι αυτός του ιατρικού τουρισμού και πάνω σε αυτό το θέμα διερευνά τέσσερα σενάρια χρήσης: παροχή έκτακτων υπηρεσιών υγείας σε τουρίστες, εκλεκτικές υπηρεσίες υγείας, προγραμματισμένη αντιμετώπιση χρόνιων παθήσεων και, τέλος, προγραμματισμένη ή έκτακτη αντιμετώπιση Ελλήνων του εξωτερικού. Εκτός του οικονομικού οφέλους, οι υπηρεσίες αυτές ενισχύουν και το τουριστικό προφίλ της χώρας, υπογράμμισε ο κύριος Τάγαρης.

Κλείνοντας την εισήγησή του, ο ομιλητής παρουσίασε τα αποτελέσματα έρευνας που πραγματοποίησε η ΗΔΙΚΑ στο πλαίσιο του συνεδρίου eHealth Forum 2015, στις 3 και 4 Δεκεμβρίου 2015, προκειμένου να εκτιμή-

σει τις εντυπώσεις των συνέδρων για την ηλεκτρονική συνταγογράφηση¹. Προτεραιότητες αναβάθμισης της ηλ. συνταγογράφησης θεωρήθηκαν η απλούστευση των εργασιών για το χρήστη, η ταχύτητα στην ενσωμάτωση των θεραπευτικών πρωτοκόλλων, αλλά και αλλαγών και βελτιώσεων, και η φιλικότητα των οθονών χρήσης (Εικόνα 15). Ο κύριος Τάγαρης αναγνώρισε ότι υπάρχει καθυστέρηση στην ενσωμάτωση αλλαγών στην εφαρμογή, η οποία οφείλεται στον όγκο, αλλά και στο ότι πρόκειται για σημαντικές αλλαγές που απαιτούν χρόνο. Όπως ανέφερε ο ομιλητής, στη μεγάλη πλειονότητά τους οι σύνεδροι συμφώνησαν ότι η ηλεκτρονική συνταγογράφηση έχει λειτουργήσει ως εργαλείο ορθολογικής χρήσης των φαρμάκων –πολύ και πάρα πολύ τη βαθμολόγησε το 55,5%, μέτρια το 30,8%, ενώ οι αρνητικές απαντήσεις συγκέντρωσαν ποσοστό μόλις 11,7%. Επίσης, υψηλό ποσοστό (άνω του 80%) πιστεύει ότι η ηλ. συνταγογράφηση έχει συμβάλει στη μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης και ότι αποτελεί υποβοηθητικό εργαλείο στην άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος (84,4%).

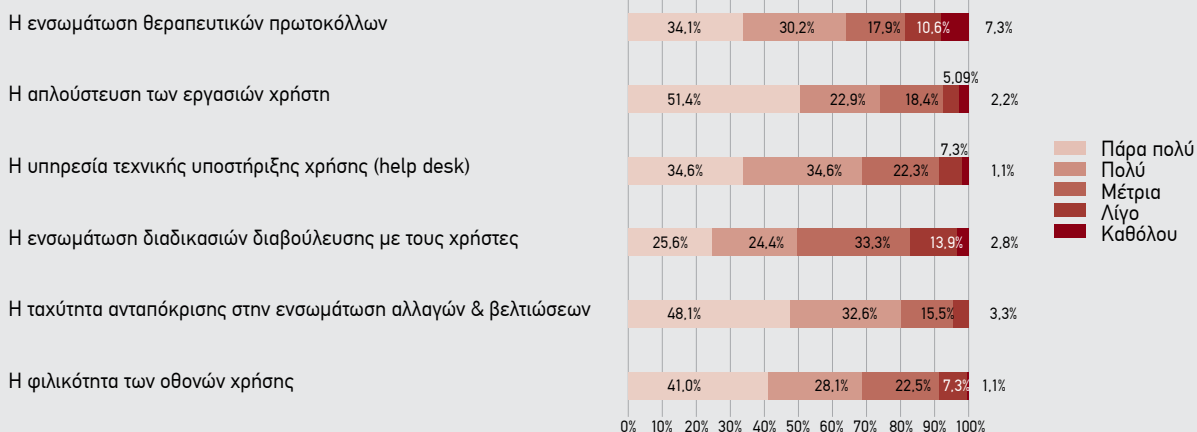
Οι δυνατότητες της εφαρμογής, όπως δημιουργία νέας συνταγής, ενσωμάτωση θεραπευτικών πρωτοκόλλων, ταχύτητα συστήματος και χρόνος καταχώρισης συνταγής, βαθμολογήθηκαν πάνω από το μέτριο. Στο κατά πόσον οι χρήστες είναι ικανοποιημένοι από την υπηρεσία υποστήριξης χρηστών (help desk), οι απαντήσεις ήταν θετικές (45,5%), αν και πολλοί δεν εξέφρασαν άποψη (30%).

Τέλος, ως προς την πρόσβαση στο ιστορικό συνταγών/εξετάσεων και την απευθείας ενημέρωση μέσω SMS/email για τις συνταγές/επισκέψεις που εκτελούνται στον ΑΜΚΑ των ασφαλισμένων, επιβεβαιώθηκε ότι η πλειονότητα των ερωτηθέντων επιθυμούν αυτές τις υπηρεσίες (72,4% και 88%, αντίστοιχα).

1 Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε 182 συνέδρους του eHealth Forum 2015 από την εταιρεία Mindview.

ΠΟΙΟ ΑΠΟ ΤΑ ΑΚΟΛΟΥΘΑ ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΠΩΣ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΕΙ ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΑ ΑΝΑΒΑΘΜΙΣΗΣ ΤΗΣ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗΣ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣ;

Βαθμολογήστε την προτεραιότητα:
Καθόλου 1 - Πάρα πολύ 5



Εικόνα 15: Στην έρευνα για την ηλ. συνταγογράφηση τέθηκαν ερωτήματα για την εφαρμογή μετά τα τρία χρόνια λειτουργίας της και οι εντυπώσεις του κοινού ήταν συνολικά θετικές.

ΔΙΑΛΕΞΗ

Η εφαρμογή Πολυκριτηριακής Ανάλυσης Αποφάσεων (MCDA) στην Αξιολόγηση Τεχνολογιών Υγείας

Το μοντέλο MCDA, που ήδη εφαρμόζεται με επιτυχία σε άλλα επιστημονικά πεδία, είναι καινοτόμο και μπορεί να αποδειχθεί ιδιαίτερα χρήσιμο στη λήψη αποφάσεων σχετικά με την κατανομή των πόρων στο χώρο της Υγείας.

Προεδρείο: Βασιλική Τσιάντου, Ηλίας Κυριόπουλος

Ομιλητής: Άρης Αγγελής

Ξεκινώντας της ομιλία του, ο Άρης Αγγελής, Research Officer, LSE Health and Department of Social Policy, London School of Economics and Political Science, διεκρίνισε ότι θα παρουσιάσει μια πειραματική μελέτη περίπτωσης σχετικά με την ένδειξη μεταστατικού ορθοκολικού καρκίνου (metastatic colorectal cancer, mCRC). Η μελέτη αυτή υλοποιήθηκε στο πλαίσιο του ερευνητικού project Advance-HTA, το οποίο έχει λάβει χρηματοδότηση από το FP7 της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, και στοχεύει στην προώθηση και την ενίσχυση των μεθοδολογικών εργαλείων και πρακτικών που σχετίζονται με την εφαρμογή και την υλοποίηση της αξιολόγησης της τεχνολογίας υγείας (HTA). Πρόκειται για κοινοπραξία αποτελούμενη από 13 μέλη, της οποίας ηγείται το London School of Economics - LSE Health.

Περιγράφοντας τα κίνητρα για την εκπόνηση της μελέτης, ο κύριος Αγγελής ανέφερε πως η οικονομική αξιολόγηση δεν καλύπτει επαρκώς ορισμένες διαστάσεις της αξίας, πως υπάρχουν αυξανόμενες ενδείξεις ότι οι υπεύθυνοι λήψης αποφάσεων επιδιώκουν ευρύτερη αξιολόγηση από την οικονομική και πως διαφορετικοί φορείς αποδίδουν και διαφορετικές αξιολογικές κρίσεις στα υπό εξέταση κριτήρια. Η μελέτη, λοιπόν, επεδίωκε να εντοπίσει τα πρόσθετα οφέλη που πρέπει να ενσωματωθούν, τον τρόπο με τον οποίο πρέπει να καθοριστεί η σχετική σημασία τους και τους stakeholders των οποίων οι προτιμήσεις θα πρέπει να λαμβάνονται υπ' όψιν.

Στόχος της ήταν η ανάπτυξη εναλλακτικής μεθοδολογικής προσέγγισης για την εκτίμηση της αξίας, βάσει ενός περιεκτικού και διαφανούς μοντέλου-πλαίσου (ώστε να ξεπεραστούν τα προηγούμενα μειονεκτήματα), η οποία θα συνέβαλλε στην πιο αποτελεσματική κατανομή των πόρων.

Το MCDA είναι ένας τρόπος προσέγγισης αλλά κι ένα «σετ» τεχνικών με σκοπό την ολική κατάταξη διαφόρων επιλογών (φαρμάκων, τεχνολογιών κ.λπ.), βάσει αξιολόγησης της ανταπόκρισής τους σε συγκεκριμένους στόχους. Αποτελεί ιδανικό εργαλείο για την ανάλυση σύνθετων προβλημάτων με πολλαπλούς, και

ενδεχομένως αντικρουόμενους μεταξύ τους, στόχους. Έχει την ικανότητα να «διασπά» ένα σύνθετο πρόβλημα στα επιμέρους συστατικά του, να μετρά σε ποιο βαθμό κάθε επιλογή καλύπτει τους εκάστοτε στόχους και να σταθμίζει αυτούς τους στόχους, καθώς και να ανασυνθέτει τα επιμέρους στοιχεία σε ένα όλον που αποδίδει τη συνολική εικόνα και εκφράζει την ολική κατάταξη της επιλογής.

Το συγκεκριμένο μεθοδολογικό πλαίσιο του MCDA που αναπτύχθηκε (Advance Value Framework) περιλαμβάνει τα εξής στάδια ανάλυσης της απόφασης:

1. Δόμηση προβλήματος - Εγκατάσταση/ίδρυση πλαισίου απόφασης
2. Κατασκευή μοντέλου - Κατασκευή κριτηρίων
3. Αξιολόγηση μοντέλου - Βαθμολόγηση, στάθμιση επιλογών
4. Εκτίμηση μοντέλου - Εκμαίευση προτιμήσεων
5. Σχέδιο δράσης - Εφαρμογή των αποτελεσμάτων

Στην υπό εξέταση πειραματική μελέτη περίπτωσης, το πρώτο στάδιο, της δόμησης του προβλήματος, αφορούσε: α) το πρόβλημα απόφασης: ποια θεραπεία για mCRC να καλύψουμε· β) το στόχο της ανάλυσης: αξιολόγηση (και κατάταξη) της συνολικής αξίας βιολογικών θεραπειών δεύτερης γραμμής για τον mCRC, αφού προηγηθεί η χημειοθεραπεία με οξαλιπλατίνη (θεραπεία πρώτης γραμμής). Για το σκοπό αυτόν υιοθετήθηκε το πεδίο εφαρμογής των technology appraisals (TA) του NICE· γ) τους υπεύθυνους λήψης αποφάσεων.

Το δεύτερο στάδιο, της κατασκευής του μοντέλου, αφορούσε μια διαδικασία τριών φάσεων για την επιλογή κριτηρίων: συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με την εκτίμηση της αξίας στο πλαίσιο της HTA, διαβούλευση με εμπειρογνώμονες εντός και εκτός του Advance-HTA, και δραστηριότητες διάδοσης. Από τη διαδικασία αυτή θα προέκυπτε ένα γενικό δέντρο αξίας (generic value tree) αποτελούμενο από ομάδες κριτηρίων και υποκριτηρίων. Τα κριτήρια επελέγησαν πριν από τον εντοπισμό των επιλογών που θα διερευνούνταν και διακρίνονταν σε πέντε γενικές κατηγορίες (και αυτές με τη σειρά τους

σε υποκατηγορίες): φορτίο νοσηρότητας, θεραπευτική αποτελεσματικότητα, ασφάλεια χρήσης, καινοτομία, κοινωνικοοικονομικές επιπτώσεις.

Στη συνέχεια, το γενικό δέντρο αξίας έπρεπε να προσαρμοστεί στη συγκεκριμένη ένδειξη (mCRC). Για να επιτευχθεί αυτό, έπρεπε να συγκριθούν οι διαθέσιμες επιλογές, έτσι ώστε το εξειδικευμένο για τη νόσο δέντρο αξίας να καταφέρει να αποτυπώσει, σε ολικό βαθμό, τις διαφορές στην αξία αυτών των θεραπειών (Cetuximab, Panitumumab, και Aflibercept σε συνδυασμό με χημειοθεραπεία).

Τα κριτήρια και τα χαρακτηριστικά θα πρέπει να πληρούν μια σειρά από προϋποθέσεις: να είναι ουσιαστικά/στοιχειώδη, κατανοητά, να μην πλεονάζουν, να είναι συνοπτικά και ανεξάρτητα προτίμησης.

Όσον αφορά το τρίτο στάδιο, της αξιολόγησης του μοντέλου, οι προτιμήσεις των εμπλεκόμενων φορέων, μέσω ενός workshop, χρησιμοποιήθηκαν ως βάση των αξιολογικών κρίσεων. Στο workshop έλαβαν μέρος 13 συμμετέχοντες: ιατροί ογκολόγοι, φαρμακοποιοί, οικονομολόγοι υγείας, εμπειρογνώμονες HTA και ασθενείς.

Ο κύριος Αγγελής παρατήρησε ότι υπάρχει ποικιλία τεχνικών MCDA σχετικά με την αξιολογική κρίση και την εκμείευση προτιμήσεων. Η τεχνική MACBETH που χρησιμοποιήθηκε εδώ αφορά τη δημιουργία συναρτήσεων αξίας που θα βαθμολογήσουν έμμεσα τις διαθέσιμες επιλογές.

Στο τέταρτο στάδιο, της εκτίμησης του μοντέλου, συνεκτιμήθηκαν οι βαθμολογίες και τα βάρη των κριτηρίων, και έγινε η ανάλυση των αποτελεσμάτων. Στο πλαίσιο του workshop έγινε η επικύρωση του δέντρου αξίας και ορισμένα κριτήρια εξαιρέθηκαν επειδή ήταν άσχετα ή μη θεμελιώδη, αναγνωρίστηκαν οι συναρτήσεις αξίας για τα διαφορετικά κριτήρια, κατανεμήθηκαν τα σχετικά βάρη εντός και μεταξύ των ομάδων των κριτηρίων, και αναδείχθηκε η συνολική βαθμολογική αξία κάθε θεραπείας.

Το δέντρο αξίας προσαρμόστηκε βάσει των νέων στοιχείων και το αποτέλεσμα ήταν ένας πίνακας/πλέγμα αποφάσεων προτιμήσεων, που εκφράζει διαφορές στην αξία κατά μήκος του φάσματος κάθε κριτηρίου/ιδιότητας. Οι αποφάσεις προτίμησης μετατρέπονταν σε μια συνάρτηση αξίας, βάσει αριθμητικής κλίμακας με δύο επίπεδα αναφοράς (το 0 αποδιδόταν στο χαμηλότερο επίπεδο και το 100 στο υψηλότερο). Οι επιλογές, στη συνέχεια, αξιολογούνταν έμμεσα, μέσω της συνάρτησης αξίας που θα μετέτρεπε την απόδοση των επιλογών ως προς τα κριτήρια σε αριθμητική βαθμολογία.

Παρόμοια προσέγγιση υιοθετήθηκε και για την περίπτωση της στάθμισης, από την οποία προέκυψε ένα ιστόγραμμα που περιέγραφε τη σημαντικότητα των κριτηρίων, με ρητά βάρη για κάθε κριτήριο.

Αναφερόμενος στο πέμπτο στάδιο, ο κύριος Αγγελής υποστήριξε ότι ο δείκτης αξίας που προκύπτει από τη διαδικασία MCDA έχει πιο ολιστικό χαρακτήρα. Αν τον αξιοποιήσουμε ως μετρικό οφέλους και ενσωματώσουμε το κόστος αγοράς, θα μας βοηθήσει να εξαγάγουμε αναλογίες κόστους-οφέλους, που με τη σειρά τους θα μπορούσαν να αποτελέσουν τη βάση για την κατανομή πόρων.

Όσον αφορά την ένδειξη mCRC, η μελέτη ανέδειξε το Cetuximab ως τη θεραπεία με τη μεγαλύτερη αξία

αλλά και με το χαμηλότερο κόστος αγοράς, ενώ τρίτη επιλογή αναδείχθηκε το Aflibercept σε συνδυασμό με FOLFIRI – πρώτη στην αξιολόγηση βάσει NICE. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι στο μοντέλο MCDA η συνολική αξία του Aflibercept σε συνδυασμό με FOLFIRI επηρεάστηκε σε μεγάλο βαθμό από το συνδυασμό της κακής απόδοσης σε ό,τι αφορά τις ανεπιθύμητες ενέργειες τετάρτου βαθμού με το σχετικά μεγάλο βάρος της επιλογής.

Συμπερασματικά, ο κύριος Αγγελής στάθηκε στο γεγονός ότι το MCDA μπορεί να δημιουργήσει μια πιο ολιστική μετρική αξία. Στη συνέχεια, η ενσωμάτωση του κόστους μπορεί να παραγάγει μέτρηση της αποτελεσματικότητας, με τη συμμετοχή πρόσθετου κόστους ανά μονάδα πρόσθετης αξίας. Συνολικά, η προσέγγιση του MCDA παρέχει βελτιωμένη πληρότητα (λόγω του πλήθους των κριτηρίων), ευελιξία και διαφάνεια. Παρ' όλ' αυτά, θα πρέπει να δοθεί προσοχή στις θεωρητικές βάσεις του MCDA, έτσι ώστε τα αποτελέσματα να είναι ουσιαστικά και οι συστάσεις αποφάσεων ισχυρές.

Η ομάδα αντλεί εμπειρία και τεχνογνωσία από τη συνεργασία της με φορείς HTA σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες και προσβλέπει στην εφαρμογή του μοντέλου σε πραγματικές συνθήκες, κατέληξε ο ομιλητής.

Στη συζήτηση που ακολούθησε, ο **Ηλίας Κυριόπουλος**, PhD Candidate, Department of Social Policy, London School of Economics and Political Science, ρώτησε τον ομιλητή αν στη βιβλιογραφία υπάρχουν άλλες μέθοδοι υπολογισμού της αξίας. Υπάρχουν τέτοιες τεχνικές, πολύ πιο περίπλοκες, που όμως πιθανότατα δεν αποδίδουν σημαντικά οφέλη στην ουσία, απάντησε ο κύριος Αγγελής. Το MCDA έχει ήδη εφαρμοστεί σε άλλους τομείς με επιτυχία, πρόσφατα όμως δοκιμάζεται και στο πεδίο της HTA.

Σε ερώτηση σχετικά με το λογισμικό που εφαρμόζει την προσέγγιση MACBETH (M- MACBETH), ο κύριος Αγγελής απάντησε ότι αυτό είναι πολύ εύχρηστο και φιλικό προς τους χρήστες, από τους οποίους επιδιώκουμε να εκμειεύσουμε προτιμήσεις. Ο ομιλητής υποστήριξε ότι πιο αποτελεσματικές, σε κάθε περίπτωση, είναι οι έμμεσες τεχνικές, που συμπεριλαμβάνουν συναρτήσεις αξίας.

Καινοτομικό χαρακτήρισε το μοντέλο ο Καθηγητής **Πάννης Κυριόπουλος**. Η μονοδιάστατη προσέγγιση της cost-effectiveness δεν αποδίδει όταν τα φαινόμενα είναι πολυπαραγοντικά. Η πολυκριτηριακή ανάλυση είναι το επόμενο βήμα μετά την κλασική προσέγγιση, υποστήριξε ο κύριος Κυριόπουλος. Υπογράμμισε τη σημασία των προτιμήσεων των εμπλεκόμενων φορέων στη διαδικασία και δήλωσε την πρόθεσή του, από κοινού με τους επιστημονικούς του συνεργάτες, να είναι οι πρώτοι που θα εφαρμόσουν κάτι τέτοιο στην Ελλάδα.

Το λόγο πήρε στη συνέχεια η Χειρουργός θώρακος, κυρία Αθανασιάδου, η οποία παρατήρησε ότι το NICE εστιάζει στην εξατομίκευση, ενώ εδώ έχουμε να κάνουμε με γενίκευση, και ότι από την πολυπαραγοντική «ανάγνωση» του μοντέλου MCDA λείπει η πρόγνωση. Από το NICE δανειστήκαμε το πεδίο εφαρμογής της μελέτης, εξήγησε ο κύριος Αγγελής. Όσο για το στοιχείο της πρόγνωσης, αυτό θα όφειλε να ληφθεί υπόψη σε ένα πλαίσιο λήψης κλινικών αποφάσεων, αλλά εδώ πρόκειται για το πλαίσιο της αξιολόγησης τεχνολογίας υγείας, διευκρίνισε ο ομιλητής κλείνοντας τη συνεδρία.

ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ

Είναι δυνατή η δημιουργία Οργανισμού Αξιολόγησης της Τεχνολογίας Υγείας υπό τις παρούσες συνθήκες στην Ελλάδα;*

Οι ειδικοί υπάρχουν και οι συνθήκες είναι ώριμες, παρά τις προκλήσεις.

Προεδρείο: Νίκος Μανιαδάκης, Βαγγέλης Γεωργίου

Ομιλητές: Κώστας Αθανασάκης, Μπορούμε να φτιάξουμε ένα «NICE» στην Ελλάδα. Θέλουμε;

Γιώργος Παππούς, Αξιολόγηση της τεχνολογίας υγείας στον τομέα των ιατροτεχνολογικών προϊόντων.

Υπάρχουσες συνθήκες και προοπτικές

Δημήτρης Πανταζής, Προϋποθέσεις και περιορισμοί για την ανάπτυξη ενός αποτελεσματικού συστήματος HTA στη χώρα μας

Λευτέρης Θηραίος, Η αναγκαιότητα της αξιολόγησης της τεχνολογίας υγείας για την αποτελεσματική εφαρμογή εργαλείων κλινικής διακυβέρνησης

Πέτρος Χρήστου, Managed entry agreements (MEAs): Τι μας διδάσκει η ευρωπαϊκή και διεθνής εμπειρία

Ειρήνη Σκαραγκά, Βασιλική Κουτραφούρη, Αξιολόγηση της Τεχνολογίας Υγείας: Η προσέγγιση του ΕΟΦ

* Με τη συνεργασία της Ελληνικής Επιστημονικής Εταιρείας Φαρμακοοικονομίας

Λαμβάνοντας πρώτος το λόγο, ο Επιστημονικός Συνεργάτης του Τομέα Οικονομικών της Υγείας της ΕΣΔΥ, **Κώστας Αθανασάκης**, αναγνώρισε ότι έχει συζητηθεί εκτενώς στην Ελλάδα η δημιουργία ενός Οργανισμού Αξιολόγησης της Τεχνολογίας Υγείας και πρόσθεσε ότι θα προσπαθήσει να απαντήσει στο ερώτημα κατά πόσο αυτό είναι εφικτό.

Στη διάρκεια της ομιλίας του, ο κύριος Αθανασάκης εξέτασε ένα προς ένα τα δυνητικά εμπόδια στην ανάπτυξη διαδικασιών αξιολόγησης τεχνολογίας υγείας (Health Technology Assessment – HTA) στην Ελλάδα, θέτοντας τα εξής ερωτήματα: α) Υπάρχει επάρκεια πόρων (δυναμικό) για την υποδομή; β) Υπάρχει επάρκεια δεξιοτήτων και γνώσεων; γ) Υπάρχουν προϋποθέσεις οικονομικής βιωσιμότητας του εγχειρήματος; δ) Υπάρχει οδικός χάρτης αναφορικά με το πώς πρέπει να αναπτυχθεί ένας οργανισμός HTA; ε) Υπάρχουν κατευθυντήριες οδηγίες αναφορικά με τη διεξαγωγή των αξιολογήσεων; Η απάντηση του ομιλητή σε όλα τα παραπάνω ερωτήματα ήταν καταφατική, καθώς, όπως υποστήριξε βασισμένος σε στοιχεία, ένα τέτοιο εγχείρημα δεν απαιτεί ιδιαίτερα πολυάριθμο προσωπικό, η χώρα διαθέτει επάρκεια ανθρώπινου δυναμικού (το οποίο θα μπορούσε να αντληθεί από ήδη υπάρχουσες δομές, όπως ο ΕΟΠΥΥ, ο ΕΟΦ, το ΕΚΑΠΤΥ, το ΙΦΕΤ κ.ά.), αλλά και άτομα με τις απαιτούμενες δεξιότητες και γνώσεις. Εξάλλου, το εγχείρημα δεν απαιτεί ιδιαίτερα μεγάλα κεφάλαια, ενώ υπάρχουν ήδη μελέτες και κατευθυντήριες οδηγίες που μπορούν να χρησιμεύσουν ως βάση.

Ο κύριος Αθανασάκης κατέληξε στο συμπέρασμα ότι τα βασικά εμπόδια που περιγράφονται στη βιβλιογραφία είναι μάλλον εύκολο να υπερνικηθούν, ακόμα και με τις παρούσες συνθήκες στη χώρα, και ότι, συνεπώς, η συζήτηση οφείλει να προχωρήσει στο «διά ταύτα»

και να εστιάσει στην ανάπτυξη συνεργασίας μεταξύ των εμπλεκόμενων μερών, στο πλαίσιο των προτεραιοτήτων της χώρας. Ο ομιλητής υπογράμμισε, επίσης, ότι η HTA είναι μια διαδικασία επιθυμητή και όχι κάτι που απλά μας επιβάλλεται από τους οικονομικούς μας εταίρους. Και συνόψισε λέγοντας ότι η διαδικασία ανάπτυξης HTA στην Ελλάδα μπορεί να είναι σταδιακή και να περιλαμβάνει τη σύσταση ενός ειδικού για το σκοπό αυτόν φορέα, από ήδη υπάρχουσες (και εν μέρει σχολάζουσες) δυνάμεις, με ορίζοντα ανάπτυξης την πενταετία, με ρόλο αρχικά συμβουλευτικό και μετέπειτα ρυθμιστικό, και με εργαλεία, αρχικά, κάποιες απλούστερες προσεγγίσεις και προοδευτική σύγκλιση με το πρότυπο της MCDA.

Ο Διευθύνων Σύμβουλος του Εθνικού Κέντρου Αξιολόγησης της Ποιότητας και Τεχνολογίας στην Υγεία (ΕΚΑΠΤΥ), **Γιώργος Παππούς**, επικεντρώθηκε στην αξιολόγηση της τεχνολογίας υγείας στον τομέα των ιατροτεχνολογικών προϊόντων (Ι/Π), ξεκινώντας από τις διαφορές στην αξιολόγηση μεταξύ Ι/Π και φαρμάκων. Καταρχάς, πολλά Ι/Π είναι διαγνωστικά, όπως π.χ. η PET CT, καθιστώντας δύσκολο τον προσδιορισμό της συμμετοχής της διάγνωσης στη θεραπεία και την ποσοτικοποίησή της, επιπλέον υπάρχουν Ι/Π με πολλαπλές εφαρμογές. Δυσκολίες υπάρχουν στη διενέργεια κλινικών μελετών στα Ι/Π λόγω των συνεχών αναβαθμίσεων των μηχανημάτων. Πολύ σημαντικός παράγοντας στα Ι/Π είναι η αλληλεπίδραση μηχανήματος/χειριστή: ο χρήστης χρειάζεται χρόνο για να αξιοποιήσει στο έπακρο τις δυνατότητες του μηχανήματος και να έχει τα βέλτιστα αποτελέσματα. Επιπλέον, υπάρχουν μια σειρά από προϋποθέσεις που συνδέονται με τη χρήση των Ι/Π, όπως η εκπαίδευση εξειδικευμένου προσωπικού, οι εγκαταστάσεις και η εισαγωγή νέων πρακτικών. Συγκριτικά με το φάρμα-

κο, στα Ι/Π υπάρχει δυσκολία σύγκρισης με τις υφιστάμενες τεχνολογίες, καθώς συχνά δεν υπάρχουν μελέτες για τις προηγούμενες τεχνολογίες. Τέλος, σημαντικές είναι οι δυσκολίες στην κοστολόγηση των Ι/Π, καθώς υπάρχει μεγάλη διαφοροποίηση τιμών ανά χώρα και δεν υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία (οι τιμές είναι «κρυφές»).

Στη συνέχεια, ο ομιλητής παρουσίασε τη σύσταση του ΠΟΥ για την αξιολόγηση των τεχνολογικών προϊόντων υγείας και την τοποθέτησή τους στο περιβάλλον των υπηρεσιών υγείας, η οποία στηρίζεται σε τρεις άξονες: την αξιολόγηση τεχνολογιών υγείας, το κανονιστικό πλαίσιο και τη διαχείριση των τεχνολογιών υγείας. Όσον αφορά το κανονιστικό πλαίσιο, ισχύουν σήμερα οδηγίες για τα Ι/Π, και πρόκειται να εισαχθεί ένας νέος κανονισμός με μεγαλύτερες απαιτήσεις ως προς την τεκμηρίωση της αποτελεσματικότητάς τους. Σε ορισμένες χώρες, οι απαιτήσεις αυτές συνδέονται με την αδειοδότηση των Ι/Π, ενώ η διασύνδεσή τους με το σύστημα προμηθειών στα κράτη μέλη της ΕΕ σύντομα θα καταστεί υποχρεωτική, με τη θέση σε ισχύ της σχετικής οδηγίας. «Το φθηνότερο προϊόν, το πληρώνουμε τελικά πολύ ακριβά», επεσήμανε ο κύριος Παππούς, σχολιάζοντας το γεγονός ότι οι προμήθειες Ι/Π στην Ελλάδα γίνονται με μοναδικό κριτήριο το κόστος.

Η διαχείριση της τεχνολογίας υγείας είναι επίσης σημαντική στην ΗΤΑ και περιλαμβάνει την αγορά, την εγκατάσταση, την εκπαίδευση, τη συντήρηση, τις συμβάσεις, την παρακολούθηση των δυσμενών περιστατικών κ.ά. (Εικόνα 16).

Στην αξιολόγηση των τεχνολογιών υγείας θα πρέπει να απαντάμε σε ορισμένα ερωτήματα, επεσήμανε ο κύριος Παππούς, που αφορούν την τεχνική απόδοση του μηχανήματος και τη δραστηριότητά του, ενώ για την ΗΤΑ αυτή καθαυτή, τίθενται τα ερωτήματα της αποτελεσματικότητας, της καταλληλότητας και της εφαρμογής των τεχνολογιών.

Ο ομιλητής παρουσίασε, στη συνέχεια, τις συστάσεις του ΠΟΥ για καλές πρακτικές στους οργανισμούς ΗΤΑ: μεταξύ άλλων, τη συνεργασία με άλλους οργανισμούς, τη δημιουργία ισχυρών δεσμών με τους υπεύθυνους

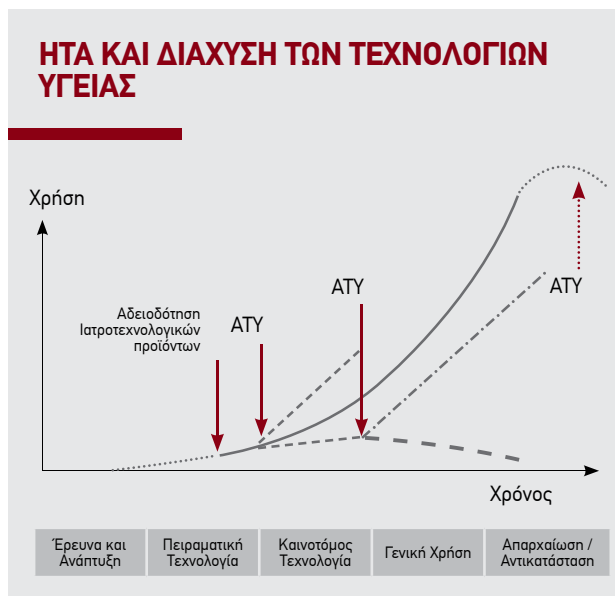
χάραξης πολιτικής, την ανεξαρτησία και διαχείριση των συγκρούσεων συμφερόντων, την ενίσχυση των ικανοτήτων των εργαζομένων στον οργανισμό, τη χρήση ορθών πρακτικών και τη διαφάνεια.

Μία ακόμη πρακτική στην ΗΤΑ, που προβλέπεται και από σχετική Οδηγία της ΕΕ, είναι η μεταφορά των ευρημάτων από τη μία χώρα στην άλλη, η οποία πρέπει να γίνεται λαμβάνοντας υπ' όψιν ουσιαστικές διαφορές ως προς τα επιδημιολογικά περιβάλλοντα, το φυσικό περιβάλλον, τους οικονομικούς πόρους και τη χρηματοδότηση της υγειονομικής φροντίδας, την πολιτισμική αποδοχή των παρεμβάσεων, την αποδοτικότητα και την ισότητα, την ικανότητα συντήρησης της τεχνολογίας, τις υποδομές, τις δεξιότητες του ανθρώπινου δυναμικού, το κανονιστικό περιβάλλον και το βιοτικό επίπεδο των επαγγελματιών υγείας. Για να γίνει αξιόπιστα και σωστά αυτή η προσαρμογή χρειάζομαστε δεδομένα: επιδημιολογικά, σχετικά με τις ανάγκες των ασθενών (που λαμβάνονται από τα νοσοκομεία και τον ΕΟΠΥΥ), δεδομένα που προκύπτουν από τα μητρώα ασθενειών και ιατροτεχνολογικά (όπως αναλύσεις στα νοσοκομεία και τον εγκατεστημένο εξοπλισμό), ώστε να γίνεται μια «in vino» ανάλυση και διαρκής παρακολούθηση των τεχνολογιών. Βασική υποδομή για την αξιολόγηση των Ι/Π είναι το μητρώο που έχει δημιουργήσει το ΕΚΑΠΤΥ και περιλαμβάνει το σύνολο των προϊόντων αυτών στην Ελλάδα.

Κλείνοντας, ο κύριος Παππούς επιβεβαίωσε ότι υπάρχει ανάγκη για έναν οργανισμό ΗΤΑ στην Ελλάδα, και ότι τα πράγματα είναι ώριμα για τη δημιουργία του, εντάσσοντας σε αυτόν και τα Ι/Π. Θα πρέπει να αποτελείται από δημόσιους οργανισμούς σε συνεργασία με την επιστημονική κοινότητα, τον ΕΟΠΥΥ. Θα πρέπει, επίσης, να συμμετέχουν οι ασθενείς και η βιομηχανία. Ο οργανισμός οφείλει να συμμετέχει στο EuNetHTA, να λειτουργεί σε προκαθορισμένο πλαίσιο διαφάνειας, ανεξαρτησίας και ακεραιότητας. Ωστόσο, θα πρέπει να ξεκαθαριστεί και να αναπτυχθεί περαιτέρω το νομικό πλαίσιο λειτουργίας του, ώστε να αξιοποιούνται τα αποτελέσματα της ΗΤΑ και να υπάρχει μηχανισμός ελέγχου και ενστάσεων. Τέλος, η εξασφάλιση οικονομικών και ανθρώπινων πόρων φαίνεται να είναι εφικτή και μπορεί να γίνει με ευέλικτους τρόπους, παρατήρησε ο κύριος Παππούς.

Ο Διευθύνων Σύμβουλος του Ινστιτούτου Φαρμακευτικής Έρευνας & Τεχνολογίας (ΙΦΕΤ ΑΕ), **Δημήτρης Πανταζής**, ξεκίνησε από την παρουσίαση της γενικής εικόνας για να προχωρήσει στις τεχνικές λεπτομέρειες για την ΗΤΑ. Η αξιολόγηση τεχνολογίας υγείας είναι ένας σύνθετος μηχανισμός, που αφορά διάφορες διαστάσεις της πραγματικότητας και αρκετούς ανθρώπους, παρατήρησε. Περιγράφοντας τη γενική εικόνα, επεσήμανε τη θέση της Ελλάδας στο δυσμενές οικονομικό περιβάλλον, την ένταση της οικονομικής κρίσης ιδίως στον ευρωπαϊκό νότο, την κρίση αξιών, την κοινωνική κρίση. Στην Ελλάδα η βαθιά κρίση αγγίζει και το πολιτικό σύστημα, έτσι ο κρατικός μηχανισμός είναι αναποτελεσματικός και «εξαρτημένος», η γραφειοκρατία είναι τεράστια και όλα αυτά δημιουργούν ασταθές περιβάλλον για την ανάπτυξη. Ο κύριος Πανταζής αναρρωτήθηκε εάν, μέσα σε αυτό το πλαίσιο, είναι δυνατό να φτιάξει κανείς κάτι που έχει απαιτήσεις, όπως ένας οργανισμός ΗΤΑ.

Στη συνέχεια, εξέφρασε τις αμφιβολίες του για την ύπαρξη έμπειρου ανθρώπινου δυναμικού στο οποίο θα μπορούσε να στηριχθεί ένας οργανισμός ΗΤΑ στη χώρα.



Εικόνα 16: Ο τρόπος εισαγωγής των τεχνολογιών υγείας στο σύστημα υγείας.

ρα, ενώ επεσήμανε ότι δεν υπάρχουν ούτε υποδομές. Σημαντικό ζήτημα είναι, επίσης, η απουσία αποτελεσματικού και σταθερού συστήματος αποζημίωσης των φαρμάκων, ενώ στις άλλες χώρες υπάρχει πλήθος εργαλείων για το σκοπό αυτόν. Όμως πίσω έχουν μείνει και οι κλινικές μελέτες που συνδέονται με την κλινική αξιολόγηση του φαρμάκου. Ο κύριος Πανταζής παρατήρησε, επίσης, ότι από τη χώρα μας απουσιάζουν οι απαραίτητες διαδικασίες για την αξιολόγηση διαφόρων κατηγοριών προϊόντων, αλλά και η επεξεργασία των δεδομένων, ώστε αυτά να γίνουν χρήσιμη πληροφορία για τη λήψη αποφάσεων και για την πολιτική υγείας.

Η HTA αφορά πρώτα απ' όλα τους ασθενείς, την κυβέρνηση και φορείς όπως ο ΕΟΦ, ο ΕΟΠΥΥ κ.λπ., την ακαδημαϊκή κοινότητα και τη βιομηχανία. Σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες υπάρχει σχετική εμπειρία, και θα πρέπει να αναρρωτηθούμε γιατί στην Ελλάδα δεν έχουμε ακόμη ξεκινήσει, τη στιγμή που υπάρχει επισημονικό προσωπικό.

Οι φαρμακευτικές δαπάνες την τελευταία δεκαετία είναι πολύ υψηλές στα χρόνια νοσήματα, αυξάνονται ακόμη περισσότερο στις ηλικίες άνω των 65 λόγω της πολυνοσηρότητας, αλλά μεγάλες ανάγκες για καινοτόμες και ακριβές θεραπείες προκύπτουν και για νεότερα άτομα με αυτοάνοσα νοσήματα. Στο σημείο αυτό ο ομιλητής επεσήμανε με έμφαση τη δραματική αύξηση της διαφοράς στη μέση τιμή ανάμεσα στο 10% των φθηνότερων και το 10% των ακριβότερων φαρμάκων (Εικόνα 17), που υποδηλώνει και την ανάγκη να αναπτύξουμε συστήματα αξιολόγησης της καινοτομίας για τη λήψη αποφάσεων που θα οδηγούν στην ορθολογική χρήση των φαρμάκων, και τον εξορθολογισμό των φαρμακευτικών δαπανών.

Ο κύριος Πανταζής έκανε, στη συνέχεια, μια ιστορική αναδρομή στην πορεία της HTA σε άλλες χώρες, με πρώτη τη Μ. Βρετανία, όπου το 1999 ιδρύθηκε το NICE, αλλά και τοπικοί οργανισμοί, π.χ. στην Ουαλία και τη Σκωτία. Η πολυπλοκότητα του έργου των οργανισμών αυτών φαίνεται από την ποικιλία των κριτηρίων, τους διαφορετικούς χρόνους αξιολόγησης και τη δυσκολία

να καταλήξουν σε ένα αποτέλεσμα για ένα σκεύασμα, με αποτέλεσμα να υπάρχουν διαφορετικές συστάσεις για το ίδιο φάρμακο από ομοειδείς οργανισμούς της ίδιας χώρας (Ηνωμένο Βασίλειο).

Ως προς την ανάγκη δημιουργίας ενός οργανισμού HTA στην Ελλάδα, ο κύριος Πανταζής υποστήριξε ότι πρέπει να βρεθεί τρόπος να δημιουργηθεί ένας οδικός χάρτης για τη σύστασή του, με δεδομένες τις δυσκολίες ελέγχου της φαρμακευτικής δαπάνης. Η εμπειρία των άλλων χωρών μπορεί να βοηθήσει ώστε να συντομεύσουμε το χρόνο δημιουργίας του στην Ελλάδα. Το Υπουργείο Υγείας θα πρέπει να συγκαλέσει εκπροσώπους συλλόγων ασθενών, της ακαδημαϊκής κοινότητας, του ΕΟΠΥΥ και του ΕΟΦ, που θα καταγράψουν τις απαραίτητες ενέργειες για την κατάρτιση ενός σχεδίου δράσης. Κατά τη γνώμη του ομιλητή, τα βήματα αυτά θα ήταν: να αναπτυχθεί άμεσα μια κρίσιμη μάζα εξειδικευμένου προσωπικού γύρω από τα θέματα της HTA, να αναπτύξουμε άμεσα «δεσμούς» και να αναζητήσουμε τεχνογνωσία από αντίστοιχους φορείς της Ευρώπης, να επιλεγούν τα θέματα και οι διαδικασίες που θα μπορούσαν να αποτελέσουν τη βάση πάνω στην οποία θα αναπτυχθεί το όλο project, και να θεθούν ξεκάθαροι κανόνες διαφάνειας στις διαδικασίες λήψης αποφάσεων για την αξιολόγηση των καινοτόμων φαρμάκων.

Προκειμένου να επιταχυνθούν οι διαδικασίες στις παρούσες συνθήκες περικοπών, ο ΕΟΦ θα μπορούσε να αναλάβει κεντρικό ρόλο, μαζί με τις θυγατρικές του εταιρείες και την ακαδημαϊκή κοινότητα, σε συνεργασία με αντίστοιχους ευρωπαϊκούς φορείς και το ευρωπαϊκό δίκτυο HTA. Έτσι, θα τροφοδοτηθεί με στοιχεία την Επιτροπή Διαπραγμάτευσης του ΕΟΠΥΥ, η οποία χρειάζεται αξιολογήσεις για να καταλήξει σε συμφωνίες με τις εταιρείες για την αποζημίωση φαρμάκων. Βέβαια, άμεσα θα μπορούσαν να γίνουν και ορισμένες πιο απλές ενέργειες, πρότεινε ο κύριος Πανταζής: και ανέφερε το παράδειγμα εργασίας αγγλικού Πανεπιστημίου που αξιολογεί σημαντικά φάρμακα σε μεγάλες θεραπευτικές κατηγορίες στη βάση της κλινικής αποτελεσματικότητας.

Ο κύριος Πανταζής κατέληξε στο συμπέρασμα ότι πρέπει να ανοίξουμε το δρόμο για τη δημιουργία ενός οργανισμού HTA αλλάζοντας τρόπο σκέψης, εφόσον ο μέχρι τώρα έχει αποδειχθεί αναποτελεσματικός, και κάνοντας ολοκληρωμένες παρεμβάσεις στο σύστημα.

Ο Γενικός Ιατρός, WHO NCD/PHC Consultant, Γενικός Γραμματέας της Ιατρικής Εταιρείας Αθηνών, **Λευτέρης Θηραίος**, αναφέρθηκε στη διαδικασία ανάπτυξης των εργαλείων κλινικής διακυβέρνησης και στο ρόλο της αξιολόγησης τεχνολογίας υγείας.

Τα τελευταία χρόνια, στο πλαίσιο μιας δέσμης διαρθρωτικών αλλαγών, έχουμε αρχίσει να αναπτύσσουμε μέτρα, είπε ο κύριος Θηραίος, όπως η δημιουργία μηχανισμών ελέγχου (ESY.net, KEN/DRGs κ.ά.), ενοποιημένων πολιτικών για τη χρηματοδότηση του συστήματος υγείας και της ΠΦΥ ή ολοκληρωμένων πολιτικών για το φάρμακο, με βασική επιδίωξη, πέρα από την επίτευξη του στόχου της συγκράτησης της δημόσιας δαπάνης υγείας, να δοθεί έμφαση στην αύξηση των δεικτών ποιότητας της παρεχόμενης υγειονομικής φροντίδας. Στο επίκεντρο αυτών των παρεμβάσεων βρίσκεται η ανάπτυξη εργαλείων ηλεκτρονικής κλινικής διακυβέρνησης, είτε για τον εξορθολογισμό της δαπάνης και του κόστους διαχείρισης των νοσημάτων (όπως τα θεραπευτικά πρωτόκολλα, τα μητρώα



Εικόνα 17: Η μέση τιμή του 10% των ακριβότερων φαρμάκων το 2003 ήταν 50πλάσια από εκείνη των φθηνότερων φαρμάκων. Το 2008 η δαπάνη για τα ακριβότερα φάρμακα ήταν 500 φορές μεγαλύτερη, σύμφωνα με μελέτη του IMS.

δεδομένων ασθενών), είτε για πρόσβαση στα δεδομένα υγείας και την αποτελεσματική διαχείρισή τους (όπως το Patient Summary και ο Ατομικός Ηλεκτρονικός Φάκελος Ασθενή).

Η προβληματική αυτή εστιάζει στην τεκμηριωμένη με βάση τις ενδείξεις άσκηση της φροντίδας (EBM), τόνισε ο κύριος Θηραίος. Οι ενδείξεις που χρησιμοποιούνται οφείλουν να είναι οι καλύτερες δυνατές, δηλαδή αυτές που προκύπτουν από συστηματική έρευνα, κυρίως από μετα-αναλύσεις και τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες μελέτες (RCTs), βάσει των οποίων πολλοί οργανισμοί έχουν αναπτύξει κατευθυντήριες κλινικές οδηγίες.

Σε αυτό το πλαίσιο, παρατήρησε ο ομιλητής, η αξιολόγηση τεχνολογίας υγείας (HTA) μπορεί πράγματι να αποτελέσει γέφυρα ανάμεσα στα στοιχεία της κλινικής έρευνας και στην τεκμηριωμένη λήψη απόφασης στην καθ' ημέρα πράξη, δηλαδή, στα ευρήματα των μελετών και τα «real world data», που στη χώρα μας είναι διαθέσιμα μέσα από τις εφαρμογές της ΗΔΙΚΑ και του ΕΟΠΥΥ. Με τη βοήθεια της HTA, μπορεί να καταστεί δυνατή η είσοδος των καινοτόμων φαρμάκων και η πρόσβαση των ασθενών στη νέα τεχνολογία, βάσει δεδομένων όπως το φορτίο της νόσου, η αναγκαιότητα ένταξης ενός φαρμάκου και η διαθεσιμότητα των πόρων (Εικόνα 18). Με τα παραπάνω εργαλεία αναπτύσσονται συνέργειες, ώστε στην κλινική πράξη να βρεθεί η ισορροπία ανάμεσα στην αποτελεσματικότητα και την αποδοτική χρήση των πόρων, τόνισε ο κύριος Θηραίος.

Στη συνέχεια, ο ομιλητής ανέλυσε πώς, σε αυτό το περιβάλλον, αναπτύσσουμε θεραπευτικά πρωτόκολλα στην Ελλάδα, δηλαδή δέσμη οδηγιών διάγνωσης

και θεραπείας μιας νόσου, με βάση τα πορίσματα και την κλινική εφαρμογή της ιατρικής επιστήμης. Αναφέρθηκε στους αρχικούς στόχους, στα προβλήματα που υπήρξαν, αλλά και στην αναγκαιότητα ενσωμάτωσης των πρωτοκόλλων στις ηλεκτρονικές εφαρμογές υγείας. Κεντρικό ρόλο στις διαδικασίες αυτές έχει η Εθνική Επιτροπή παρακολούθησης της φαρμακευτικής δαπάνης και της εφαρμογής των θεραπευτικών πρωτοκόλλων, στην οποία συμμετέχουν όλοι οι εμπλεκόμενοι φορείς (ΕΟΦ, ΕΟΠΥΥ, ΗΔΙΚΑ, ΙΕΑ), υπό την Προεδρία του Γενικού Γραμματέα Δημόσιας Υγείας. Σε αυτό το πλαίσιο, η ενσωμάτωση των πρωτοκόλλων στην ηλ. συνταγογράφηση γίνεται σήμερα με τρόπο τεκμηριωμένο, με τη συνεργασία των επιστημονικών ιατρικών εταιρειών, με κατά προτεραιότητα ψηφιακή ανάπτυξη πρωτοκόλλων για συνήθη νοσήματα και καταστάσεις, με κριτήρια επιδημιολογικής συχνότητας (επιπολασμός και επίπτωση), τόσο στην πρωτοβάθμια όσο και στη δευτεροβάθμια περίθαλψη. Οι γιατροί μπορούν να συμβουλευονται τα πρωτόκολλα μέσω του ιστοτόπου του Υπουργείου Υγείας, αλλά και να συμμετέχουν στη διαβούλευση.

Η εφαρμογή των πρωτοκόλλων παρουσιάζει προκλήσεις, όπως η επανεξέταση της μεθοδολογίας ανάπτυξής τους –ο κύριος Θηραίος επεσήμανε σχετικά ότι, με πρωτοβουλία της Ιατρικής Εταιρείας Αθηνών, σε συνεργασία με επιστημονικές εταιρείες, το NICE και ευρωπαϊκές εταιρείες, σύντομα θα καταθέσουν ένα «κείμενο συμφωνίας»-, η επικαιροποίησή τους, η ανάπτυξη διαδικασιών ισχυρής επιστημονικής συναίνεσης, με τη συμμετοχή και άλλων επαγγελματιών υγείας και ενώσεων ασθενών, αλλά και η ανάπτυξη μηχανισμού ελέγχου της εφαρμογής των πρωτοκόλλων (δείκτες audit). Όλα τα παραπάνω θα πρέπει να διασυνδεθούν με ηλεκτρονικές εφαρμογές, όπως το patient summary, ο ατομικός ηλ. φάκελος ασθενή, τα μητρώα δεδομένων ασθενών (patient registries), σε ένα εθνικό πλαίσιο διαλειτουργικότητας.

Κρίσιμο έργο, σημείωσε ο ομιλητής, είναι η εισαγωγή κλινικών πρωτοκόλλων (clinical pathways) στα νοσοκομεία, η διασύνδεσή τους με τα πληροφοριακά συστήματα των νοσοκομείων και με τα DRGs, έτσι ώστε να συνυπολογίζονται όχι μόνο τα φάρμακα αλλά και τα ιατροτεχνολογικά προϊόντα στο κόστος νοσηλείας. Επίσης, σημαντική είναι η εφαρμογή των μητρώων δεδομένων ασθενών, που έχει ήδη ξεκινήσει από τον ΕΟΠΥΥ, έτσι ώστε να μιλάμε για αποτελεσματική κλινική διαχείριση, τεκμηριωμένη υποστήριξη της λήψης κλινικών αποφάσεων, σχεδιασμό των πόρων του συστήματος υγείας, και ενδυνάμωση και προετοιμασία των ασθενών να διαχειριστούν τη νόσο και την υγεία τους.

Ο κύριος Θηραίος διατύπωσε την άποψη ότι, όσον αφορά την ενσωμάτωση της HTA, θα πρέπει να είναι διακριτός ο τρόπος με τον οποίο αναπτύσσονται τα θεραπευτικά πρωτόκολλα βάσει τεκμηρίωσης, από τη μία πλευρά, και η διαδικασία αξιολόγησης και αποζημίωσης της τεχνολογίας, από την άλλη (Εικόνα 19).

Είναι κρίσιμης σημασίας να βρούμε έναν «βηματισμό» στην επικαιροποίηση των πρωτοκόλλων και στην ενσωμάτωση ιδίως νέων φαρμάκων, ώστε αυτό να γίνεται έγκαιρα και ο πολίτης να έχει πρόσβαση σε αυτά, υπογράμμισε ο κύριος Θηραίος.

Κλείνοντας, επεσήμανε ότι όλα τα παραπάνω οφείλουν να στοχεύουν στο όφελος του ασθενή, μιας και η άσκηση της ιατρικής σήμερα χαρακτηρίζεται από αλλαγές, όπως η προσωποποιημένη φροντίδα υγείας,

Η ΗΤΑ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΣΥΜΒΑΛΕΙ ΣΤΟΝ ΚΑΛΥΤΕΡΟ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟ ΤΟΥ ΑΠΟΔΕΚΤΟΥ ΚΛΙΝΙΚΟΥ ΟΦΕΛΟΥΣ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟ ΚΟΣΤΟΣ ΤΟΥ

Κλινική σημασία της νόσου	- Φορτίο της νόσου - Ανικανοποίητη ιατρική ανάγκη - Προτεραιότητα υγειονομικής περίθαλψης
Θεραπευτική αξία του προϊόντος	- Δραστικότητα (κλινική σημασία του μεγέθους δράσης, κατάλληλα μέσα σύγκρισης & καταληκτικά σημεία, χρονικό πλαίσιο) - Ασφάλεια και Ανοχή - Θέση του φαρμάκου στη θεραπεία της νόσου
Σχέση αξίας - τιμής	- Επίπτωση στη θνητότητα, τη νοσηρότητα και την ποιότητα ζωής - Οικονομική αποτελεσματικότητα στην τιμή-στόχο - Αξία κατά τη χρήση (δραστικότητα έναντι αποτελεσματικότητας)
Οικονομικά προστιτό προϊόν	- Επίπτωση στον προϋπολογισμό - Κίνδυνος χρήσης του φαρμάκου εκτός ενδείξεων / ακατάλληλης χρήσης

Εικόνα 18: Η αξιοποίηση των παραπάνω δεδομένων μέσω της HTA καθιστά δυνατή την είσοδο καινοτόμων φαρμάκων στο σύστημα υγείας και την πρόσβαση των ασθενών στη νέα τεχνολογία.

που εστιάζει στις ξεχωριστές ανάγκες κάθε ασθενή και τις στάσεις (attitudes) του ασθενή απέναντί στην ασθένειά του, το δικαίωμα επιλογής και συμμετοχής των ασθενών στις θεραπευτικές αποφάσεις, η ανάγκη προστασίας των προσωπικών δεδομένων των ασθενών και η ισότιμη πρόσβασή τους στην καινοτομία.

Ο Government Affairs and Market Access Head, UCB Greece, **Πέτρος Χρήστου**, παίρνοντας το λόγο, διαπίστωσε ότι υπάρχει ομοφωνία στους ομιλητές ως προς την ωριμότητα του συστήματος στην Ελλάδα για τη δημιουργία ενός οργανισμού αξιολόγησης της τεχνολογίας υγείας, με κάποιες λιγότερο ή περισσότερο αισιόδοξες εκτιμήσεις για το πόσο κοντά βρισκόμαστε σε αυτή. Περιέγραψε ορισμένα βασικά χαρακτηριστικά και προκλήσεις για την HTA, τα οποία ισχύουν στο διεθνές περιβάλλον και στη χώρα μας: οι περιορισμένοι προϋπολογισμοί, η διαρκώς εξελισσόμενη τεχνολογία, οι προσδοκίες των ασθενών από αυτήν, οι οποίες πρέπει να βρεθεί τρόπος να ικανοποιηθούν· η αγωνία του παραγωγού της τεχνολογίας να αποδείξει την αξία της και να πετύχει την ασφαλιστική κάλυψη· τα ίδια τα δεδομένα, που συχνά δεν επαρκούν για να ληφθούν αποφάσεις εντός του υφιστάμενου κανονιστικού πλαισίου, με συνέπεια την καθυστέρηση της λήψης αποφάσεων και της πρόσβασης του ασθενή στην τεχνολογία· αλλά και η αρνητική ανατροφοδότηση του παραγωγού της τεχνολογίας σε αυτό το περιβάλλον, με συνέπεια να υπάρχει αντικίνητρο για επενδύσεις σε νέους τομείς όπου παρατηρούνται ελλείψεις.

Ωστόσο, «ουδέν κακόν αμιγές καλού», είπε χαρακτηριστικά ο ομιλητής: η λύση για τις παραπάνω προκλήσεις είναι η σύναψη επίσημων συμφωνιών με διαφανείς διαδικασίες μεταξύ των πληρωτών και αυτών που παράγουν τεχνολογίες, έτσι ώστε να μοιραστούν την αβεβαιότητα και το ρίσκο. Ο κύριος Χρήστου ανέφερε τους τύπους των συμφωνιών, που μπορεί να

είναι συμφωνίες τιμής-όγκου, υπό συνθήκη αποζημίωση κ.λπ. Επίσης, αναφέρθηκε στην ορολογία που χρησιμοποιείται για τις διαφορετικές συμφωνίες, με τη φράση «managed entry agreements (MEAs)» να έχει καθιερωθεί ως όρος-ομπρέλα.

Στη συνέχεια, ο ομιλητής ανέλυσε τις σχέσεις μεταξύ όσων εμπλέκονται στην τεχνολογία υγείας, η οποία, όπως είπε, έχει ως στόχο την παραγωγή κάποιας αξίας, που διαφέρει ανάλογα με τον εμπλεκόμενο.

Από τη διεθνή εμπειρία αναγνωρίζονται τρεις κατηγορίες MEAs, βάσει των στόχων που θέτουν: α) του ελέγχου της επίπτωσης στον προϋπολογισμό, β) της διαχείρισης της αβεβαιότητας ως προς το τι μπορεί να προσφέρει η νέα τεχνολογία, και γ) του ελέγχου της χρησιμοποίησης και της πρόσβασης στην τεχνολογία. Επιστημονικά, οι MEAs ταξινομούνται σε δύο κατηγορίες: στις αμιγώς οικονομικές συμφωνίες (αφορούν το κόστος της θεραπείας, εκπτώσεις, όρια δαπάνης κ.ά.) και στις συμφωνίες που συνδέονται με τα μετρήσιμα αποτελέσματα της τεχνολογίας που έχει επιλεγεί – κατηγορία που προσελκύει όλο και περισσότερο το ενδιαφέρον. Οι συμφωνίες που καθορίζουν επιτεύξιμα αποτελέσματα, τα μετρούν και τα αποζημιώνουν θεωρούνται η απόλυτα “win-win” λύση, υποστήριξε ο κύριος Χρήστου.

Ο ομιλητής ανέφερε παραδείγματα και περιέγραψε εν συντομία συμφωνίες μεταξύ ευρωπαϊκών κρατών και φαρμακευτικών εταιρειών σε διάφορους θεραπευτικούς τομείς. Οι τύποι αμιγώς οικονομικών συμφωνιών που χρησιμοποιούνται είναι τα price-volume agreements (συμφωνίες τιμής-όγκου), με δυνατότητα συνδυασμού με άλλους τύπους και το budget capping (κλειστός προϋπολογισμός). Όσον αφορά τις συμφωνίες της κατηγορίας βάσει μετρήσιμων αποτελεσμάτων (outcomes-based payments), ο κύριος Χρήστου παρατήρησε ότι είναι καλύτερο να χρησιμοποιείται μια παράμετρος που ήδη μετρούσαμε, επομένως να μπορεί

ΔΙΑΚΡΙΤΟΣ ΡΟΛΟΣ ΘΠΣ ΑΠΟ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗ/ΗΤΑ

ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗ/ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ (ΗΤΑ)			
Θεραπευτικά Πρωτόκολλα Συνταγογράφησης (ΘΠΣ)	Αξιολόγηση Προϊόντος	Διαπραγμάτευση	Απόφαση Αποζημίωσης/Οδηγίες Συνταγογράφησης
Θέσπιση κανόνων ορθής κλινικής πρακτικής	Αξιολόγηση σχετικής αποτελεσματικότητας και/ή αποδοτικότητας του φαρμάκου	Σύναψη συμφωνιών εισόδου νέων φαρμάκων στην αγορά (εφόσον απαιτηθεί)	Αποζημίωση και/ή οδηγίες συνταγογράφησης με βάση την αξία των φαρμάκων
Αρμόδια Ιατρική Εταιρεία (έγκριση από ΚΕΣΥ)	Ειδική επιτροπή ή φορέας εμπειρογνομόνων	Επιτροπή Διαπραγμάτευσης ΕΟΠΥΥ	ΕΟΠΥΥ
Κλινικό όφελος του φαρμάκου	Πρόταση αξίας του φαρμάκου	Οικονομική αποδοτικότητα φαρμάκου	Πορίσματα αξιολόγησης και/ή συμφωνίες διαπραγμάτευσης
- Έγκριση φαρμάκου (SPC, EPAR κ.λπ.) - Κλινικές μελέτες - Επιδημιολογικά δεδομένα - Ακάλυπτη ιατρική ανάγκη Μετα-αναλύσεις ή Διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες κ.λπ. μπορούν να λαμβάνονται υπόψη εφόσον υπάρχουν ή έχουν ανανεωθεί αντίστοιχα.	Value Dossier Φαρμάκου ανά νόσημα (ένδειξη): - Φορτίο νόσου - Ακάλυπτη ανάγκη - Οφέλη φαρμάκου - Οικονομική αποδοτικότητα Θεραπευτικά Πρωτόκολλα	- Αναφορά ΑΤΥ σχετικά με την αξία και την αποδοτικότητα του φαρμάκου - Μελέτη επίδρασης στον προϋπολογισμό (BIA) και/ή του ΕΟΠΥΥ	- Για τα φάρμακα που δεν αποτελούν αντικείμενο διαπραγμάτευσης βάσει του SPC τους ή των ΘΠΣ - Για τα φάρμακα που αποτελούν αντικείμενο διαπραγμάτευσης βάσει της εκάστοτε συμφωνίας

Εικόνα 19: Διαδικασίες ανάπτυξης θεραπευτικών πρωτοκόλλων, αξιολόγησης και αποζημίωσης της τεχνολογίας υγείας.

άμεσα να αξιοποιηθεί. Σε αυτό τον τύπο συμφωνίας, τίθεται ο στόχος για την επιδιωκόμενη αποτελεσματικότητα, ενώ για την πληρωμή υπάρχουν δύο σενάρια (προκαταβολικά ή μετά την ολοκλήρωση των θεραπειών). Μεταξύ των παραδειγμάτων που ανέφερε ο ομιλητής ήταν και η συμφωνία της UCB με το ισπανικό κράτος: η εταιρεία, θεωρώντας ότι μπορεί έγκαιρα να δείξει την αποτελεσματικότητα του φαρμάκου της για τη ρευματοειδή αρθρίτιδα, δεσμεύεται στους πληρωτές να μην πληρώσουν για 12 εβδομάδες θεραπείας ή, εάν πληρώσουν, να τους επιστραφεί το κόστος σε περίπτωση που το αποτέλεσμα σε αυτό το διάστημα δεν είναι ικανοποιητικό (δηλαδή, αν ο ασθενής δεν αποκρίνεται στη θεραπεία).

Οι χώρες που αποφασίζουν να υιοθετήσουν αυτές τις συμφωνίες χρειάζονται κάποια εργαλεία –βάσεις δεδομένων, μητρώα ασθενών, μετεγκριτικές μελέτες οικονομικής επίπτωσης και on-line συστήματα–, επεσήμανε ο κύριος Χρήστου· και σχολίασε ότι και στην Ελλάδα δεν έχουμε μεγάλη απόσταση από αυτά, πάντοτε, βέβαια, μέσα στο τοπικό περιβάλλον και τις προκλήσεις που αυτό θέτει.

Τα ευρωπαϊκά κράτη κάνουν είτε συμφωνίες επίδρασης στον προϋπολογισμό είτε ένα μίγμα συμφωνίας που εξετάζει και την επίπτωση στους ασθενείς. Ωστόσο, δεν υπάρχουν στεγανά, παρατήρησε ο κύριος Χρήστου, «προσαρμόζουμε τη συμφωνία στις ανάγκες μας» και κάθε συνδυασμός είναι δυνατός. Ο θεραπευτικός τομέας με τη μεγαλύτερη εφαρμογή MEAs στην Ευρώπη είναι μέχρι στιγμής η ογκολογία, αλλά προοδευτικά οι συμφωνίες επεκτείνονται και σε άλλους τομείς, όπως η νευρολογία, η ανοσολογία κ.λπ.

Συμπερασματικά, ο κύριος Χρήστου έθεσε το ερώτημα εάν υπάρχουν πλεονεκτήματα των συμφωνιών επιμερισμού του κινδύνου. Η απάντηση είναι καταφατική: για τους πληρωτές, που παρέχουν πρόσβαση στη νέα τεχνολογία στους ασθενείς, αλλά μοιράζονται το κόστος με τους παραγωγούς, περιορίζεται η επίδραση στον προϋπολογισμό και «χτίζονται» επιπλέον στοιχεία, ώστε να διαχειριστούν την αβεβαιότητα για την κλινική αποτελεσματικότητα· για τους παραγωγούς, που αποκτούν πρόσβαση στην αγορά, το προϊόν τους χρησιμοποιείται με τον καλύτερο τρόπο, σε στοχευμένους πληθυσμούς· για τους πολίτες και την κοινωνία, υπάρχει επίσης όφελος από τη χρήση μιας υποσχόμενης τεχνολογίας, από τις περισσότερες διαθέσιμες επιλογές· με τις MEAs, τέλος, επιτυγχάνεται και ανατροφοδότηση στην καινοτομία.

Τα ζητήματα τα οποία πρέπει να λαμβάνουν υπ' όψιν τα μέρη που συνάπτουν τις συμφωνίες θα μπορούσαν να περιγραφούν ως εξής: οι πληρωτές να εξετάζουν το κόστος εφαρμογής των MEAs και λύσεις για το τι θα συμβεί με τη νέα τεχνολογία/φάρμακο όταν οι συμφωνίες λήξουν· οι παραγωγοί να εξετάζουν το ενδεχόμενο αποτυχίας της τεχνολογίας, με το κόστος που κάτι τέτοιο θα συνεπάγεται και τους περιορισμούς εφαρμογής, και να υπολογίζουν τη γραφειοκρατία· οι ασθενείς/η κοινωνία, να υπολογίζουν πιθανούς περιορισμούς στην πρόσβαση, να αντιμετωπίζουν το ενδεχόμενο αποτυχίας της θεραπείας, τα ζητήματα προστασίας των προσωπικών δεδομένων και, τέλος, το ενδεχόμενο απόσυρσης ενός φαρμάκου μετά τη λήξη της συμφωνίας.

Τι έχουμε μάθει από την εφαρμογή των MEAs; Ο κύριος Χρήστου συνόψισε τις απαντήσεις στα εξής:

- Να κρατάμε τις συμφωνίες απλές και να λαμβάνουμε υπ' όψιν θέματα που ήδη μετράμε.
- Να σχεδιάζουμε και να συνδυάζουμε τον τύπο της συμφωνίας με τα σημερινά προβλήματα.
- Να γνωρίζουμε ότι κάποιες συμφωνίες χρειάζονται προετοιμασία για να αποδώσουν.
- Να λαμβάνουμε υπ' όψιν την εμπιστευτικότητα ορισμένων δεδομένων και να υπάρχει εμπιστοσύνη μεταξύ των μερών.

Τελευταία ομιλήτρια της στρογγυλής τράπεζας ήταν η **Ειρήνη Σκαραγκά**, Τμήμα Αξιολόγησης Φαρμάκων Ανθρώπινης Χρήσης, ΕΟΦ. Η κυρία Σκαραγκά παρατήρησε ότι η αξιολόγηση της τεχνολογίας υγείας αποτελεί γέφυρα επικοινωνίας μεταξύ του κόσμου της έρευνας, των τεκμηριωμένων ευρημάτων και εκείνων που διαμορφώνουν τις πολιτικές υγείας.

Κάνοντας μια αναδρομή στην ιστορία της HTA στην Ευρώπη, η ομιλήτρια ανέφερε ότι χώρες, όπως η Γαλλία, το Ηνωμένο Βασίλειο, η Σουηδία και η Ολλανδία, ήδη από τη δεκαετία του 1970, άρχισαν να εφαρμόζουν διαδικασίες και προγράμματα βάσει επιστημονικών προτύπων, για να αποφασίσουν ποιες τεχνολογίες υγείας θα κάλυπταν τα συστήματα υγείας τους. Οι διαδικασίες αρχικά αφορούσαν μόνο τις παρεμβάσεις υγείας και στη συνέχεια επεκτάθηκαν στους μηχανισμούς λήψης αποφάσεων, είπε η κυρία Σκαραγκά.

Η χρήση της HTA προέκυψε ως ανάγκη για την κατάλληλη διαχείριση και για την κάλυψη των αυξανόμενων υγειονομικών αναγκών, με άλλα λόγια, την πρόσβαση σε αποτελεσματικές και καινοτόμες θεραπείες, με δεδομένους τους περιορισμένους πόρους. Η εφαρμογή των HTA επιδιώκει να απαντήσει σε πλήθος ερωτημάτων, επεσήμανε η κυρία Σκαραγκά. Αυτά σχετίζονται με την επιστημονική τεκμηρίωση –αποτελεσματικότητα της υπό αξιολόγηση τεχνολογίας υγείας–, με τον πληθυσμό των ασθενών που καλύπτει η εκάστοτε παρέμβαση, με τις παραμέτρους κόστους και αποδοτικότητας, και με τα ευρήματα της συγκριτικής αποτελεσματικότητας σε σχέση με τις υπάρχουσες εναλλακτικές θεραπείες.

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, οι HTA, πέρα από τις κλασικές παραμέτρους αξιολόγησης που σχετίζονται με την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα, προσφέρουν πιο σφαιρική προσέγγιση, καθώς συνυπολογίζουν την αποδοτικότητα, ηθικά και δοντολογικά ζητήματα, ζητήματα αποδοχής και πρόσβασης των ασθενών, και τις ευρύτερες κοινωνικές συνέπειες, παρατήρησε η κυρία Σκαραγκά.

Στη συνέχεια, η ομιλήτρια αναφέρθηκε ενδεικτικά σε ορισμένες από τις παραμέτρους που μπορεί να περιόρισουν την εφαρμογή των HTA, με δομικά χαρακτηριστικά τους περιορισμένους διαθέσιμους πόρους και την ανεπαρκή χρηματοδότηση, την ελλιπή οργάνωση των συστημάτων υγείας και την έλλειψη συντονισμού των εμπλεκόμενων φορέων. Τροχοπέδη στην εφαρμογή των HTA είναι η άγνοια, η έλλειψη ενδιαφέροντος και η εξειδικευμένου προσωπικού. Επιπλέον, μεθοδολογικοί παράγοντες, όπως η έλλειψη κατάλληλων μελετών και προτυποποιημένων μεθόδων ανάλυσης, μπορεί να επηρεάσουν την ποιότητα και την επιστημονική εγκυρότητα των ευρημάτων. Τέλος, η αξία των HTA υποτιμάται, λόγω της μη επίκαιρης εφαρμογής των αποτελεσμάτων, αλλά και της δυσκολίας γενίκευσης και καθολικής εφαρμογής τους, επεσήμανε η κυρία Σκαραγκά.

Η υλοποίηση των HTA βασίζεται στη συνεργασία διαφόρων φορέων, και τα τελευταία χρόνια υπάρχει αυξανόμενο ενδιαφέρον για την ανάπτυξη σχέσεων συνεργασίας μεταξύ των ρυθμιστικών αρχών, των HTA και των φορέων που είναι υπεύθυνοι για την ασφαλιστική κάλυψη της υγειονομικής φροντίδας στις ευρωπαϊκές χώρες. Η ομιλήτρια αναφέρθηκε στα οφέλη που θα αποδώσουν αυτές οι συνεργασίες: καλύτερη πρόσβαση σε θεραπείες, βελτίωση της αποδοτικότητας των τεχνολογιών υγείας, βελτίωση των δεδομένων που αξιολογούνται και ενίσχυση της διαφάνειας στις διαδικασίες λήψης αποφάσεων, τόνισε.

Στη συνέχεια, η κυρία Σκαραγκά, εστιάζοντας στις συνθήκες και τις προϋποθέσεις υλοποίησης των HTA στην Ελλάδα, παρατήρησε ότι η εφαρμογή τους δεν αποτελεί μόνο απαίτηση του «μνημονίου», αλλά και ένα βήμα για μετατροπή των αποφάσεων υγείας από «πολιτικές πυροσβεστικού χαρακτήρα» σε διαφανείς, επιστημονικά τεκμηριωμένες και αποτελεσματικές διαδικασίες.

Οι διαδικασίες που προτείνονται από τον ΕΟΦ αφορούν τόσο τον στρατηγικό σχεδιασμό όσο και κάποιες ειδικές παραμέτρους των προγραμμάτων των HTA. Ως προς το γενικό πλαίσιο, βασικός άξονας είναι η συγκρότηση διεπιστημονικής ομάδας εργασίας με σκοπό τον στρατηγικό σχεδιασμό για την ανάπτυξη των HTA στην Ελλάδα. Επίσης, προτείνεται να καθοριστεί η δομή και να αποσαφηνιστεί η σημασία των HTA στη διαμόρφωση πολιτικών υγείας (αν θα έχουν γνωμοδοτικό ή πιο ουσιαστικό ρόλο στη λήψη των αποφάσεων): να οριστούν οι εμπλεκόμενοι φορείς και να αποσαφηνιστεί το πλαίσιο συνεργασίας, με διακριτούς ρόλους για τους φορείς: τέλος, να εκπαιδευτεί το προσωπικό των φορέων που θα εμπλέκονται στις διαδικασίες αξιολόγησης, έτσι ώστε να έχουν υψηλότερη επιστημονική εξειδίκευση. Ως προς το ειδικό πλαίσιο λειτουργίας ενός οργανισμού HTA, η κυρία Σκαραγκά επεσήμανε ότι είναι απαραίτητο να οριστούν το αντικείμενο και οι παράμετροι αξιολόγησης, η μεθοδολογία που θα ακολουθείται, διαδικασίες τόσο για την τελική εφαρμογή των αποτελεσμάτων όσο και για τη λήψη αποφάσεων πολιτικής υγείας.

Κλείνοντας, η κυρία Σκαραγκά αναφέρθηκε στην

εμπειρία της από τη συνάντηση του HTA Network, όπου συζητήθηκαν απόψεις και πρακτικές διαφόρων ευρωπαϊκών χωρών για την εφαρμογή και το μέλλον των HTA. Στο επίκεντρο της συζήτησης ήταν οι όροι “reuse” και “implementation”, με αφορμή τις δυσκολίες που συναντούν οι χώρες στην εφαρμογή και στη χρήση αποτελεσμάτων από HTA άλλων χωρών. Παρά τις δυσκολίες γενίκευσης και καθολικής εφαρμογής των αποτελεσμάτων, υπάρχει ομοφωνία για το όφελος από την κοινή χρήση τους. Οι διαδικασίες αυτές τείνουν να επεκταθούν από το χώρο αξιολόγησης του φαρμάκου και σε αυτόν των ιατροτεχνολογικών προϊόντων. Τέλος, μια νέα ιδέα έχει εμφανιστεί, η μετατροπή του ρόλου των HTA σε διαδικασίες που ενεργοποιούν την καινοτομία στο χώρο της υγείας, είπε ολοκληρώνοντας την παρουσίασή της η κυρία Σκαραγκά.

Στη συνέχεια, ο Αναπληρωτής Κοσμήτορας, Διευθυντής και Καθηγητής του Τομέα Αρχών Οργάνωσης και Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας της ΕΣΔΥ, **Νίκος Μανιαδάκης**, από το προεδρείο, παρατήρησε ότι υπάρχει κανονιστικό πλαίσιο που προβλέπει στοιχειώδεις διαδικασίες για αξιολόγηση τεχνολογιών υγείας στη χώρα μας (αφορά τη σύσταση της θετικής λίστας), αλλά δεν εφαρμόζεται.

Ακολουθώντας, το λόγο πήρε η Επιμελήτρια Τομέα Οικονομικών της Υγείας της ΕΣΔΥ, **Ελπίδα Πάβη**, για να κάνει τρεις επισημάνσεις: πρώτον, διευκρίνισε ότι ο όρος «τεχνολογίες υγείας» περιλαμβάνει μεγάλη γκάμα «προϊόντων», όχι μόνο ιατρικές συσκευές και φάρμακα, αλλά και άλλους τύπους παρεμβάσεων, όπως, για παράδειγμα, προγράμματα προαγωγής της υγείας και προγράμματα πρόληψης· δεύτερον, υπογράμμισε τη σημασία της προσαρμογής των όποιων HTA υιοθετηθούν στην Ελλάδα· και, τρίτον, παρατήρησε ότι η αρμοδιότητα για την HTA και η κατάρτιση επιχειρησιακού πλάνου θα πρέπει να ανατεθεί σε κάποιον φορέα και όχι σε μια επιτροπή, και πως αυτός ο φορέας οφείλει να είναι πραγματικά ανεξάρτητος.

Ακολούθησε ζωνρή και ενδιαφέρουσα συζήτηση, με ερωτήσεις από το κοινό και με συμμετοχή, μεταξύ άλλων, του Προέδρου του ΣΦΕΕ, **Πασχάλη Αποστολίδη** και της Προέδρου του ΕΟΦ, **Κατερίνας Αντωνίου**.

ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ

Η προοπτική ανάπτυξης του υγειονομικού τομέα στην Ελλάδα

Η υγεία αποτελεί τομέα με τεράστιες δυνατότητες ανάπτυξης, για να έχουμε, όμως, τα επιθυμητά αποτελέσματα θα πρέπει να γίνουμε πιο εξωστρεφείς.

Προεδρείο: Γιάννης Πετράκης, Νίκος Μανιαδάκης

Ομιλητές: Νίκος Βέττας, Αναπτυξιακές προοπτικές και δημοσιονομικοί περιορισμοί

Jamie Burrows, Public-private partnerships: the new middlemen for health care and life science companies

Βασίλης Κάτσος, Ο αναπτυξιακός ρόλος της ελληνικής φαρμακοβιομηχανίας

Jim Sage, What is it going to take: Basic principles for investment in healthcare sector

Γιάννης Υφαντόπουλος, HORIZON 2020: Ευκαιρία για καινοτομία στην υγεία

Η οικονομική κρίση που βιώνουμε την τελευταία πενταετία έχει επηρεάσει όλους τους τομείς οικονομικής δραστηριότητας και ο τομέας της υγείας δεν αποτελεί εξαίρεση, καθώς έχει υποστεί σοβαρές δημοσιονομικές παρεμβάσεις και περιορισμούς. Το ζητούμενο τώρα είναι να μπορέσει η χώρα μας να ξαναμπει σε αναπτυξιακή τροχιά και η υγεία είναι ένας τομέας με σοβαρές προοπτικές ανάπτυξης, δήλωσε ο Αναπληρωτής Κοσμήτορας, Διευθυντής και Καθηγητής του Τομέα Αρχών Οργάνωσης και Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας της ΕΣΔΥ, **Νίκος Μανιαδάκης**, προλογίζοντας ως συντονιστής τη στρογγυλή τράπεζα.

Στην Ελλάδα, την τελευταία πενταετία, καταγράφεται μαζική αποεπένδυση, διαπίστωσε στην έναρξη της ομιλίας του ο Γενικός Διευθυντής IOBE, Καθηγητής Οικονομικού Πανεπιστημίου Αθηνών, **Νίκος Βέττας**. Αξίζει να σημειωθεί, εξήγησε ο κύριος Βέττας, ότι το 2008 η Ελλάδα αφιέρωσε σε επενδύσεις περίπου το 24% του ΑΕΠ, ενώ σήμερα επενδύει μόλις το 11% ενός πολύ μικρότερου ΑΕΠ (Εικόνα 20). Οι δυνατότητες, ωστόσο, για ανάπτυξη στο χώρο της υγείας είναι τεράστιες, επεσήμανε ο ομιλητής, αναφέροντας ενδεικτικά την ανάπτυξη κλινικών μελετών, την παραγωγή γενεοσήμων για εξαγωγή, την έρευνα, την ανάπτυξη των νοσοκομείων και του ιατρικού τουρισμού.

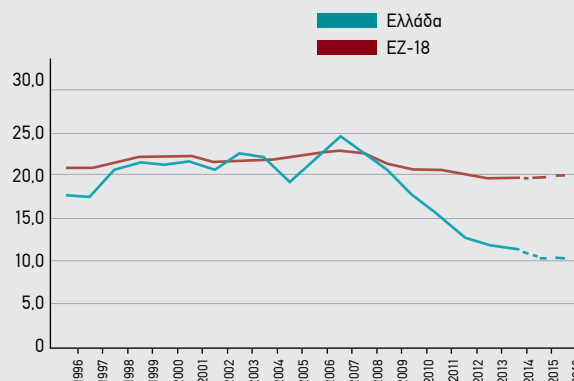
Η δημοσιονομική προσαρμογή που εφαρμόστηκε στη χώρα μας ήταν αναγκαία, συνέχισε ο Καθηγητής, αλλά πραγματοποιήθηκε κυρίως μέσα από μια βαθιά ύφεση. Ουσιαστικά, επιλέξαμε να φτωχύνουμε αντί να αλλάξουμε, υπογράμμισε, καθώς, εκτός των άλλων, έλειπε η ευρεία συναίνεση για τις απαραίτητες αλλαγές.

Παραθέτοντας αρκετά συγκριτικά στοιχεία για το ΑΕΠ, τις επενδύσεις, την ανεργία, το δημοσιονομικό έλλειμμα, τις δαπάνες και τα έσοδα του δημοσίου, επεσήμανε ότι κάθε ευρώ που δαπανά η χώρα μας σε μεταβιβαστικές πληρωμές από το δημόσιο στα νοικοκυριά έχει τη χαμηλότερη αποτελεσματικότητα σε όλες τις χώρες του ΟΟΣΑ. Οι δαπάνες υγείας, δημόσιες και ιδιωτικές, ως ποσοστό του ΑΕΠ, είναι σήμερα λίγο πιο κάτω από τον μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ, καθώς μειώθηκαν σημαντικά το διάστημα 2009-2013 – και μια μεγάλη συνιστώσα της μείωσης αυτής ήταν το φάρμακο.

Η κρίση δημιούργησε σοβαρές προκλήσεις στον τομέα της υγείας. Οι δημογραφικές εξελίξεις αυξάνουν τη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας και φάρμακα, ενώ, επιπλέον, επηρεάζουν άμεσα το δείκτη εξάρτησης του πληθυσμού, καθώς ο μισός περίπου πληθυσμός της Ελλάδας συντηρείται από τον υπόλοιπο μισό και η αναλογία αυτή εμφανίζει αυξητικές τάσεις, προμηνύοντας επιδείνωση της κατάστασης και πιέσεις στα συστήματα ασφάλισης και υγείας. Περαιτέρω πίεση στα συστήματα υγείας αναμένεται να ασκηθεί και λόγω της αύξησης του αριθμού ασθενών με σοβαρές και χρόνιες παθήσεις, καθώς και από τις εξελίξεις στην ιατρική τεχνολογία και βιοτεχνολογία, με την ανακάλυψη νέων θεραπειών που είναι ακριβότερες.

ΕΠΕΝΔΥΣΕΙΣ

ΑΚΑΘΑΡΙΣΤΟΣ ΣΧΗΜΑΤΙΣΜΟΣ ΠΑΓΙΟΥ ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ (ΩΣ % ΤΟΥ ΑΕΠ)



Πηγές: Eurostat/European Economic Forecast, Autumn 2015, European Economic Forecast

Εικόνα 20: Μείωση του ποσοστού του ΑΕΠ που αφιερώνει η Ελλάδα σε επενδύσεις.

Πάντως, η κυριότερη πρόκληση για τον τομέα της υγείας είναι η προσπάθεια των κυβερνήσεων για τον εξορθολογισμό και τη μείωση των δαπανών υγείας-φαρμάκου, και για την έγκριση νέων θεραπειών-φαρμάκων με βάση την αποτελεσματική σχέση κόστους-οφέλους.

Προτεραιότητες της πολιτικής σήμερα θα πρέπει να είναι η δημιουργία ενός αποτελεσματικού και σε αναπτυξιακή κατεύθυνση ταμείου δημόσιας περιουσίας, οι περαιτέρω προσαρμογές στο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης και το φορολογικό σύστημα, καθώς και η ενίσχυση του εκπαιδευτικού συστήματος και της καινοτομίας, που, δυστυχώς, κάνουν σήμερα βήματα προς τα πίσω. Αν η χώρα μας δεν επενδύσει σε ανθρώπινο κεφάλαιο υψηλής προστιθέμενης αξίας, δεν έχουμε μέλλον, δήλωσε ο κύριος Βέττας.

Και κατέληξε λέγοντας ότι το θετικό σενάριο για τη χώρα μας είναι να επιτευχθεί βαθμιαία αύξηση της σαφήνειας και της συναίνεσης, νέες επενδύσεις, στροφή στην εξωστρεφή παραγωγή και θετική αλληλεπίδραση με τις βελτιώσεις που λαμβάνουν χώρα στο επίπεδο της ΕΕ. Το αρνητικό σενάριο προβλέπει έλλειψη ικανότητας για την υλοποίηση μεταρρυθμίσεων, χαμηλή ρευστότητα και επενδύσεις, παρατεταμένη αβεβαιότητα, εξωτερικές επιδράσεις.

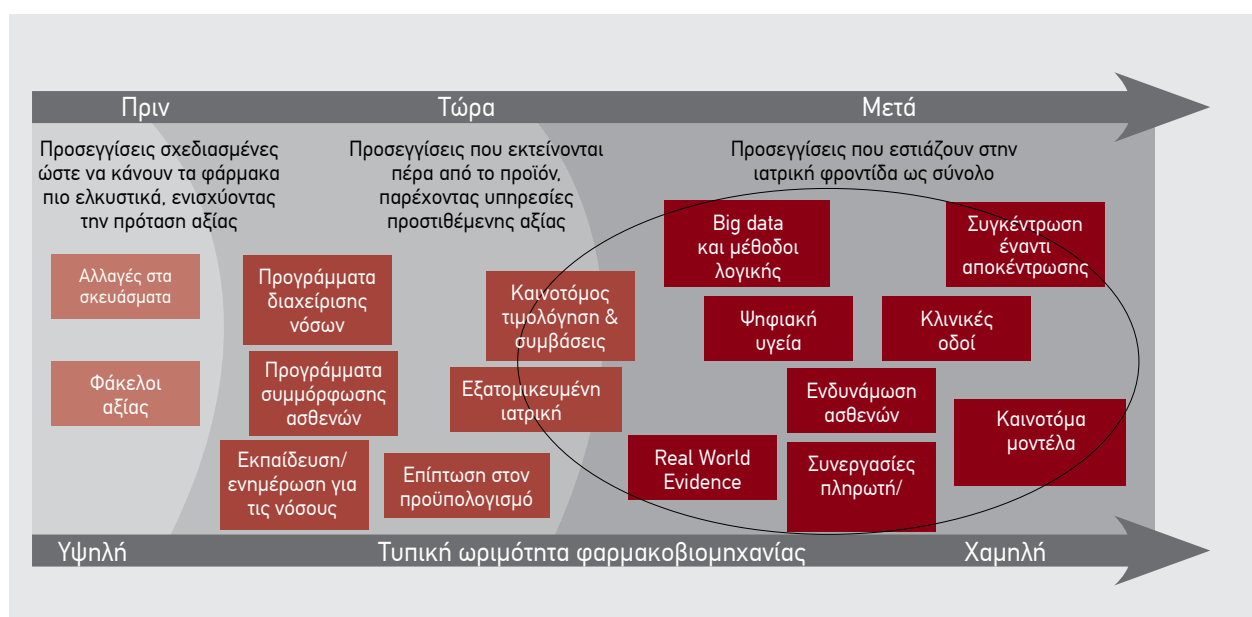
Τη σκυτάλη έλαβε ο **Jamie Burrows**, EMEIA Advisory Centre (EAC) for Life Sciences, Ernst & Young, ο οποίος αναφέρθηκε στις συνεργασίες δημόσιου και ιδιωτικού τομέα υγείας, και στο σημαντικό πρόβλημα που δημιουργεί το γεγονός ότι το δημόσιο αντιμετωπίζει την καινοτομία με κλειστούς προϋπολογισμούς.

Οι κύριοι ανασταλτικοί παράγοντες για την ανάπτυξη συνεργασιών δημόσιου-ιδιωτικού τομέα στην υγεία είναι η αυξανόμενη έλλειψη πόρων, το έλλειμμα εμπιστοσύνης που χαρακτηρίζει τη φαρμακοβιομηχανία και ευρύτερα τον ιδιωτικό τομέα στα περισσότερα συστήματα υγείας, και το γεγονός ότι οι νέες στρατηγικές πρόσβασης στην αγορά οδηγούν σε μικρές μόνο βελτιώσεις όσον αφορά την πρόσβαση και τη βελτίωση της υγείας των ασθενών.

Η κυριότερη πρόκληση που αντιμετωπίζουν σήμερα όλα σχεδόν τα συστήματα υγείας, εξήγησε ο κύριος Burrows, είναι ο ολοένα αυξανόμενος περιορισμός των πόρων. Προμηθευτές, ασθενείς και παρασκευαστές καλούνται να αντιμετωπίσουν τρεις δυσάρεστες αλήθειες: πρώτον, ότι οι καινοτόμες τεχνολογίες υγείας δεν μπορούν να συμβαδίσουν με τη ζήτηση που υπάρχει από τους ασθενείς· δεύτερον, ότι, αν δεν αυξηθούν οι προϋπολογισμοί υγείας, οι τιμές δεν μπορούν να αυξηθούν χωρίς σημαντικούς συμβιβασμούς· και, τρίτον, ότι το σημερινό μοντέλο περίθαλψης δεν είναι βιώσιμο και με βάση τις προβλέψεις η κατάσταση μάλλον θα επιδεινωθεί.

Από την άλλη, οι κυριότεροι παράγοντες που διευκολύνουν την ανάπτυξη συνεργασιών δημόσιου-ιδιωτικού τομέα είναι η χρήση πραγματικών δεδομένων (RWD), η αυξημένη τάση για επιμερισμό του κινδύνου με κοινό στόχο τη βελτίωση της υγείας των ασθενών, καθώς και η τάση της φαρμακοβιομηχανίας να «πλησιάσει» περισσότερο τους ασθενείς και τα δεδομένα, ξεφεύγοντας από την παραγωγή αποκλειστικά φαρμάκων (Εικόνα 21).

Οι συνεργασίες δημόσιου-ιδιωτικού τομέα μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την αντιμετώπιση των τρεχουσών και μελλοντικών προκλήσεων, και να συμβάλουν στην καινοτομία. Τα τρία κυριότερα στοιχεία που χαρακτηρίζουν τις συνεργασίες δημόσιου-ιδιωτικού τομέα, σημείωσε ο κύριος Burrows, είναι ότι πρόκειται για μακροχρόνιες συμφωνίες, ότι η πλευρά του ιδιωτικού τομέα αναλαμβάνει σημαντικό μέρος του κινδύνου και ότι η ανταμοιβή είναι άμεσα συνδεδεμένη με τα αποτελέσματα. Οι συνεργασίες αυτές, συνέχισε, δεν χρειάζεται να περιορίζονται στις υποδομές, όπως συνέβαινε στο παρελθόν. Τα συστήματα υγείας θα μπορούσαν να εστιάσουν στις ευκαιρίες που υπάρχουν σήμερα, όπως η ψηφιακή υγεία και η δημιουργία πραγματικών δεδομένων, αλλά και να χρησιμοποιήσουν τις συνεργασίες δημόσιου-ιδιωτικού τομέα, έτσι ώστε να επιφέρουν μείωση στις νοσοκομειακές επανεισαγωγές και εξοικονόμηση των δαπανών.



Εικόνα 21: Η φαρμακοβιομηχανία παρουσιάζει την τάση να πάει «πέρα από το φάρμακο», πλησιάζοντας περισσότερο τα δεδομένα και τους ασθενείς.

Βέβαια, προκειμένου μοντέλα όπως οι συνεργασίες δημόσιου-ιδιωτικού τομέα να λειτουργήσουν στην Ελλάδα, υπάρχει ανάγκη για ευρύτερη συζήτηση, στην οποία θα συμμετάσχουν περισσότερα μέρη, για κατανόηση των κινδύνων και οφελών που προκύπτουν από τις συνεργασίες δημόσιου-ιδιωτικού τομέα σε διαφορετικά πλαίσια, για την υιοθέτηση μεθόδων μέτρησης των αποτελεσμάτων που θα εστιάζουν στις πραγματικές εκβάσεις, για έγκαιρη δράση και όχι αναμονή να συμβούν τα πράγματα μόνα τους.

Επόμενος ομιλητής ήταν ο Πρόεδρος και Διευθύνων Σύμβουλος της Pharmathen, και Αντιπρόεδρος της Πανελλήνιας Ένωσης Φαρμακοβιομηχανίας (ΠΕΦ), **Βασίλης Κάτσος**, ο οποίος ξεκίνησε λέγοντας ότι προφανώς κάτι κάνουμε λάθος, αφού, μετά από επτά χρόνια κρίσης και προσπάθειας ανάκαμψης της ελληνικής οικονομίας, ελάχιστοι είναι σήμερα οι τομείς που έχουν την επάρκεια να αναπτύξουν εξωστρέφεια και καινοτομία, και να αποτελέσουν νησίδες αντίστασης στη δυσχερή οικονομική κατάσταση που βιώνουμε.

Ωστόσο, η ελληνική φαρμακοβιομηχανία, παρά τα όσα έχουν συμβεί και παρά τα αντιαναπτυξιακά μέτρα που έχουν ληφθεί, εξακολουθεί να αναπτύσσει εξωστρέφεια και καινοτομία, και αποτελεί εθνικό κεφάλαιο που παραμένει άκρως ανταγωνιστικό, ποιοτικό και δυναμικό. Πρόκειται για έναν κλάδο, πρόσθεσε, που ειδικεύεται στην ανάπτυξη και παραγωγή επώνυμων γενοσήμων προϊόντων και πρωτότυπων φαρμάκων άριστης ποιότητας, συμβάλλει τα μέγιστα στην ελληνική οικονομία και απασχολεί σήμερα πάνω από 11.000 εργαζομένους, με το 60% εξ αυτών να αποτελεί προσωπικό υψηλής εξειδίκευσης.

Είναι ένας από τους ελάχιστους κλάδους στη χώρα που δραστηριοποιούνται σε επίπεδο επενδύσεων, κερδίζοντας στο εξωτερικό, καθώς το ελληνικό φάρμακο αποτελεί το δεύτερο βιομηχανικό εξαγωγίμο προϊόν μας. Οι επιχειρήσεις του φαρμακευτικού τομέα, συνέχισε ο κύριος Κάτσος, χαρακτηρίζονται από εξωστρέφεια και ανταγωνιστικότητα, και η ελληνική φαρμακοβιομηχανία παρουσιάζει έντονη ερευνητική δραστηριότητα, με ενίσχυση ερευνητικών προγραμμάτων και με ουσιαστικές κλινικές μελέτες που παράγουν τεχνογνωσία "made in Greece". Η ελληνική φαρμακοβιομηχανία, επεσήμανε ο Αντιπρόεδρος της ΠΕΦ, αντιστοιχεί σε έσοδα 2,8 δισ. ευρώ ή 1,5% του ΑΕΠ, καθώς κάθε ευρώ που δαπανάται για ελληνικά φάρμακα φέρνει 3,42 ευρώ πίσω στην ελληνική οικονομία.

Το πόσο υγιής είναι ο κλάδος φαίνεται από το γεγονός ότι, αυτή τη στιγμή, έχει τη δυνατότητα να καλύψει πάνω από το 70% του συνόλου των φαρμακευτικών αναγκών της πρωτοβάθμιας περίθαλψης και πάνω από το 50% του συνόλου των αναγκών της νοσοκομειακής περίθαλψης.

Από την άλλη, συνέχισε ο ομιλητής, πριν από την κρίση είχαμε, πράγματι, υψηλή φαρμακευτική δαπάνη, η οποία είδαμε να διορθώνεται βίαια από το 2008 έως σήμερα, κάτι που μας πήγε από το ένα άκρο στο άλλο, καθώς έγινε χωρίς σχεδιασμό και στρατηγική, και με πίεση υλοποίησης, με τιμολογιακές παρεμβάσεις και όχι με θεσμικές αλλαγές. Η διείσδυση των γενοσήμων στην ελληνική αγορά ήταν 18% το 2008 και ανήλθε σε 21% το 2015. Η αύξηση είναι αμελητέα και αποδεικνύεται περίτρηνα η αποτυχία της πολιτικής που εφαρμόστηκε, τη στιγμή μάλιστα που έχει σημειωθεί 60% μείωση στις τιμές.

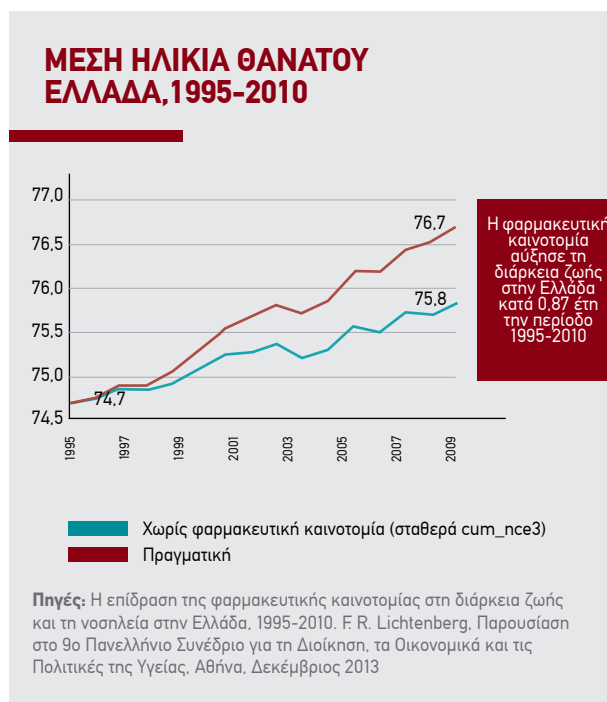
Από την πολιτική πλευρά, δεν υπάρχει καμία αναπτυξιακή προσπάθεια για τη φαρμακοβιομηχανία, παρά μόνον υποσχέσεις για υποστήριξη, υπογράμμισε ο κύριος Κάτσος. Η ομαλή χρηματοδότηση του συστήματος και η καθολική ηλεκτρονική διαχείριση του κλάδου υγείας, πρόσθεσε, είναι απαραίτητες προϋποθέσεις για την εύρυθμη λειτουργία του συστήματος.

Σε αντίθεση με άλλους κλάδους στους οποίους τα τελευταία χρόνια παρατηρείται αποεπένδυση, στην ελληνική φαρμακοβιομηχανία βλέπουμε επενδύσεις και αποτέλεσμα στην καινοτομία. Ο κλάδος δεν θα πρέπει να τιμωρηθεί για την ευρωστία του, η οποία ουσιαστικά προέρχεται από τη διεισδυτικότητα των προϊόντων στο εξωτερικό. Δεν πρέπει να πολεμάμε αντί να αξιολογούμε μια νησίδα ανάπτυξης σε μια εποχή αποανάπτυξης, είπε χαρακτηριστικά ο κύριος Κάτσος. Η ελληνική φαρμακοβιομηχανία δεν είναι το πρόβλημα, αλλά η λύση στο πρόβλημα, κατέληξε.

Ακολούθησε η ομιλία του Προέδρου και Διευθύνοντος Συμβούλου της Pfizer Hellas, **Jim Sage**. Στόχος της Ελλάδας θα πρέπει να είναι η επιστροφή της οικονομίας σε ρυθμούς ανάπτυξης και η ανάπτυξη εξαρτάται από τις επενδύσεις, συμφώνησε ο κύριος Sage. Σε αυτή την κατεύθυνση, η φαρμακοβιομηχανία αποτελεί πολύτιμη και απαραίτητη συνιστώσα.

Στο πρόσφατο παρελθόν, έχουμε παραδείγματα από άλλες χώρες παρόμοιου μεγέθους που αντιμετώπιζαν αντίστοιχες οικονομικές δυσκολίες και κατάφεραν να επιστρέψουν σε ρυθμούς ανάπτυξης, επομένως δεν πρόκειται για κάτι ανέφικτο. Ο πρόεδρος της Pfizer Hellas αναφέρθηκε στην αξία της επένδυσης στον φαρμακευτικό τομέα, στο σημερινό επίπεδο των επενδύσεων στην Ελλάδα και την ανταποδοτικότητά του, καθώς και στους τρόπους διατήρησης και μελλοντικής αύξησης του τρέχοντος επιπέδου επενδύσεων.

Η επένδυση στον τομέα της υγείας και τον φαρμακευτικό τομέα συνδέεται στενά με τη βελτίωση της υγείας, είναι επομένως εξαιρετικά σημαντικό να



Εικόνα 22: Οι επενδύσεις στην καινοτομία αυξάνουν το προσδόκιμο ζωής και βελτιώνουν την ποιότητα ζωής.

συνεχίσουμε να επενδύουμε στην καινοτομία. Οι επενδύσεις στην καινοτομία έχουν επιτύχει πολύ σημαντικά αποτελέσματα όσον αφορά την παράταση και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών, εξήγησε ο ομιλητής (Εικόνα 22). Υπάρχουν, ασφαλώς, αρκετές ακάλυπτες ανάγκες ακόμη, το ελπιδοφόρο ωστόσο είναι ότι υπάρχουν και καινοτομίες που υπόσχονται να δώσουν λύσεις.

Ο φαρμακευτικός τομέας αποτελεί πυλώνα οικονομικής ανάπτυξης, καθώς η υγεία συνδέεται με την οικονομική ευμάρεια σε μια κυκλική τροχιά αλληλεπίδρασης, συνέχισε ο κύριος Sage. Ο τρόπος ζωής, η εκπαίδευση, η ιατρική περίθαλψη, το εισόδημα και το περιβάλλον συμβάλλουν στην καλύτερη υγεία των ανθρώπων, η οποία, με τη σειρά της, οδηγεί σε παραγωγικότητα και δημιουργία κεφαλαίου, άρα σε μεγαλύτερη οικονομική ευμάρεια, και η οικονομική ευμάρεια βελτιώνει τους παράγοντες που συμβάλλουν στην καλύτερη υγεία.

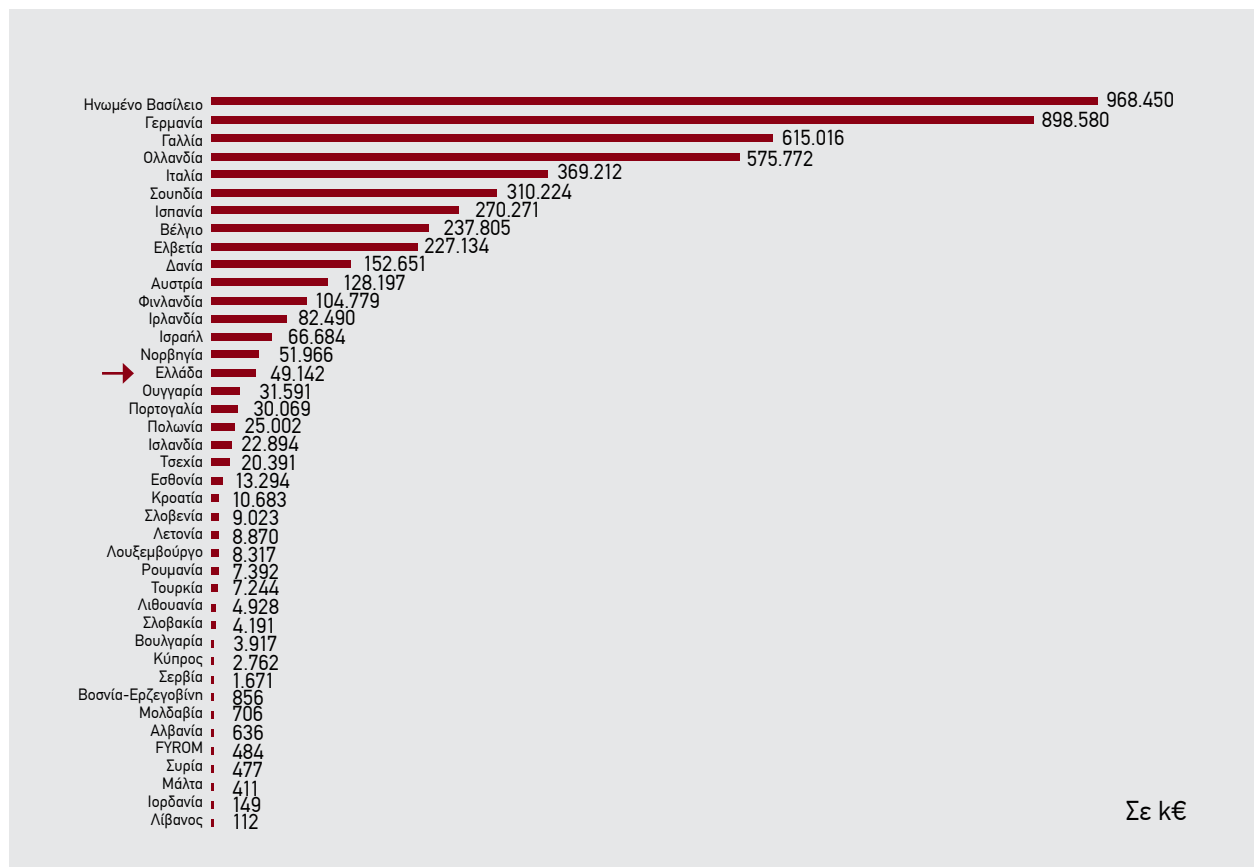
Ο κλάδος της Έρευνας και Ανάπτυξης παρέχει εξαιρετικές ευκαιρίες ανάπτυξης, οι συνθήκες ωστόσο στην Ελλάδα δεν είναι ευνοϊκές για ανάλογες επενδύσεις, σημείωσε ο ομιλητής. Η χαμηλή ανταποδοτικότητα των επενδύσεων του φαρμακευτικού τομέα στη χώρα μας τις καθιστά όλο και πιο ασύμφορες. Ωστόσο, αξίζει να σημειωθεί ότι, από πλευράς ανθρώπινου δυναμικού υψηλής εξειδίκευσης, η Ελλάδα υπερτερεί σε σύγκριση με πολλές άλλες χώρες.

Οι απαιτούμενες ενέργειες για να διατηρήσουμε και να αυξήσουμε τις επενδύσεις στον τομέα της υγείας είναι η άμεση αποπληρωμή των χρεών του δημοσίου, η συ-

νεργασία βιομηχανίας και Πολιτείας, η ανάπτυξη ενός εθνικού πολυετούς σχεδίου για τον τρόπο που μπορεί να συμβάλει ο φαρμακευτικός κλάδος στην οικονομική ανάπτυξη της χώρας, η ανάπτυξη συστημάτων για την αναγνώριση και επιβράβευση της καινοτομίας, η δημιουργία ενός περιβάλλοντος φιλικού για την Έρευνα & Ανάπτυξη και τη βιομηχανία, με τα σωστά κίνητρα και τις κατάλληλες συνθήκες, η ενθάρρυνση της συνεργασίας με εγχώρια ερευνητικά ινστιτούτα (π.χ. κλινικά ερευνητικά κέντρα, πανεπιστημιακές ιατρικές σχολές, νοσοκομεία), καθώς και η παροχή κινήτρων για επενδύσεις, τόνισε κλείνοντας την παρουσίασή του ο κύριος Sage.

Τέλος, το λόγο έλαβε ο Καθηγητής Διοικητικής Επιστήμης και Δημοσίου Δικαίου, της Σχολής Οικονομικών και Πολιτικών Επιστημών, Τμήμα Πολιτικής Επιστήμης και Δημόσιας Διοίκησης, **Γιάννης Υφαντόπουλος**, ο οποίος δήλωσε ότι η χώρα μας κατέχει μια ενδιάμεση και όχι χαμηλή θέση (19η μεταξύ 27 ευρωπαϊκών χωρών) στην καινοτομία. Σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες της ΕΕ, έχουμε τις χαμηλότερες δαπάνες, συμπλήρωσε, αλλά, ενώ διαθέτουμε πολύ λίγα, έχουμε πολύ καλό ανθρώπινο δυναμικό.

Από την άλλη, το 2014 διαθέσαμε 0,83% του ΑΕΠ στην Έρευνα & Τεχνολογία, εξήγησε ο Καθηγητής, ποσοστό μεγαλύτερο από αυτό του 2009. Ενώ οι άλλες χώρες φαίνεται να συρρικνώνουν τις δαπάνες τους σε αυτόν τον κλάδο, πρόσθεσε, εμείς παρουσιάζουμε αύξηση, κάτι που δείχνει την ανάγκη μας για ανάπτυξη. Μέσα σε κλίμα γενικής ύφεσης, η Ελλάδα παρουσιάζει σταθερότητα, ακόμη και στοιχειώδη βελτίωση, μόνο στον



Εικόνα 23: Συμμετοχή των χωρών της ΕΕ, συμπεριλαμβανομένης της Ελλάδας, σε ευρωπαϊκά ερευνητικά προγράμματα, 2007-2013.

κλάδο της Έρευνας & Τεχνολογίας. Ωστόσο, από πλευράς καινοτομίας και αποδοτικότητας, η επιχειρηματική δραστηριότητα στην Ελλάδα δεν συνιστάται.

Η πρόκληση για τη χώρα μας, συνέχισε ο κύριος Υφαντόπουλος, είναι να μπορέσουμε να βελτιώσουμε την κατάσταση, ώστε να προσελκύσουμε επενδύσεις, να γίνουμε πιο εξωστρεφείς και να βελτιώσουμε τους δείκτες καινοτομίας.

Αναφερόμενος στη συνέχεια στο Horizon 2020, δήλωσε ότι πρόκειται για ένα οικονομικό εργαλείο που προωθεί την καινοτομία στην ΕΕ. Εστιάζει στη μετατροπή των επιστημονικών εξελίξεων σε καινοτόμα αγαθά και υπηρεσίες, που έχουν τη δυνατότητα να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά κοινωνικές προκλήσεις, όπως η αποδοτικότητα των πόρων, η γήρανση και η κλιματική αλλαγή, και να διασφαλίσουν την ανταγωνιστικότητα της Ευρώπης.

Στα προηγούμενα προγράμματα, επεσήμανε ο κύριος Υφαντόπουλος, η χώρα μας είχε πάει αρκετά καλά όσον αφορά την απορροφητικότητα (Εικόνα 23). Τους περισσότερους πόρους από τα προγράμματα απορρόφησαν η Κρήτη και η Αθήνα, και οι συνεργασίες των επιστημόνων με όλα τα κέντρα ήταν εκτεταμένες. Τώρα, το νέο μοντέλο το οποίο η ΕΕ μας καλεί να υιοθετήσουμε είναι η συνεργασία του δημόσιου τομέα με τον ιδιωτικό, κάτι που στη χώρα μας απαιτεί την υπερπήδηση πολλών εμποδίων.

Οι καινοτομίες του Horizon είναι ότι προσφέρει σημαντική ερευνητική ελευθερία στην προσέγγιση και ανάλυση, με έμφαση στις καινοτόμες ιδέες και λύσεις, ευρύτερα θεματικά πεδία με οριζόντιες διεπιστημονικές συνεργασίες, έμφαση στην ανάλυση των προσδοκώμενων επιπτώσεων (Impact Analysis), καθώς και ενισχυμένη συλλογική διακυβέρνηση μέσω των διαφόρων ομάδων Horizon και συνεργασιών μεταξύ των διευθύνσεων της ΕΕ.

Κινητήριες δυνάμεις του Horizon είναι, κατά κύριο λόγο, η μέγιστη αξιοποίηση των πόρων έρευνας, και η αξιοποίηση και ουσιαστική εμπλοκή της βιομηχανίας των μικρομεσαίων επιχειρήσεων, η βιώσιμη ανταγωνιστικότητα, καινοτομία και ανάπτυξη, η πρόσβαση στη χρηματοδότηση, η ανάπτυξη νέων γνώσεων και δεξιοτήτων και νέων τεχνολογιών, τα μέτρα για την αντιμετώπιση του χάσματος μεταξύ έρευνας και καινοτομίας, και η στρατηγική προσέγγιση της διεθνούς συνεργασίας. Τέλος, πυλώνες του Horizon αποτελούν η αριστεία στην επιστήμη, η καθοδήγηση και συμμετοχή της βιομηχανίας στην έρευνα, οι κοινωνικές και υγειονομικές προκλήσεις.

Με το Horizon 2020, η ΕΕ μάς θέτει μια νέα πρόκληση, κατέληξε ο ομιλητής: να πείσουμε τον δημόσιο τομέα να κάνει άνοιγμα στον ιδιωτικό όσον αφορά την Έρευνα & Ανάπτυξη - μια πρόταση διεπιστημονικής

και διατομεακής συνεργασίας.

Με την ολοκλήρωση των ομιλιών, το λόγο έλαβε ο κύριος Μανιαδάκης, ο οποίος παρατήρησε ότι, ενώ υπάρχουν ιδέες, είναι εμφανές πως η χώρα μας πάσχει στην εφαρμογή. Το πρόβλημα είναι ότι είμαστε εσωστρεφείς, σχολίασε ο κύριος Υφαντόπουλος, φέρνοντας ως παράδειγμα το γεγονός ότι στα πανεπιστήμιά μας δεν κάνουμε ξενόγλωσσα μεταπτυχιακά. Στον κλάδο της έρευνας, ελπίζουμε ότι θα δημιουργηθεί ένας πιο σύγχρονος νόμος, που θα περιλαμβάνει ερευνητικά πάρκα και συνεργασίες, πρόσθεσε, τονίζοντας τη σημασία που έχει για τη χώρα μας το να πείσουμε τους φοιτητές μας να παραμείνουν εδώ και να αναζητήσουν τις ευκαιρίες που υπάρχουν.

Σε ερώτηση του κοινού προς τον κύριο Sage σχετικά με τα κύρια εμπόδια για τις επενδύσεις της φαρμακοβιομηχανίας στη χώρα μας, ο ομιλητής απάντησε πως οι σημαντικότεροι ανασταλτικοί παράγοντες για την εισροή επενδύσεων στην Ελλάδα είναι η φορολογία, το εκθρικό ως προς την επιχειρηματικότητα περιβάλλον, και η ανυπαρξία οργάνωσης και σχεδιασμού.

Στην ερώτηση ποιοι είναι οι παράγοντες επιτυχίας ή αποτυχίας των συνεργασιών δημόσιου-ιδιωτικού τομέα, ο κύριος Burrows απάντησε ότι ο κύριος παράγοντας είναι ο ορθός ή μη επιμερισμός του κινδύνου μεταξύ των ετέρων μιας συνεργασίας.

Σε επόμενη ερώτηση σχετικά με τις υψηλές τιμές γενοσήμων στην Ελλάδα, το λόγο έλαβε ο Πρόεδρος της ΠΕΦ, Θεόδωρος Τρύφων, ο οποίος δήλωσε ότι τα γενοσήμα είχαν πάντα τιμές συνδεδεμένες με τα off-patent και τα πρωτότυπα φάρμακα, και αποτελούσαν την οικονομικότερη λύση. Υπάρχουν γενόσημα που είναι ακριβά σε σχέση με άλλες χώρες της Ευρώπης, συνέχισε ο κύριος Τρύφων, αλλά αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι στις άλλες χώρες παρείχαν κίνητρα και αύξησαν τη διείσδυση στην αγορά, με αποτέλεσμα να μειωθούν οι τιμές. Αυτό στην Ελλάδα δεν έγινε, τόνισε.

Θα πρέπει να αντιληφθούμε, παρατήρησε ο κύριος Βέττας, ότι για τα επόμενα 15 χρόνια η χώρα μας θα κινείται με περιορισμό το εξωτερικό ισοζύγιο της χώρας, δηλαδή τις εισαγωγές και εξαγωγές· και, εφόσον οι εξωτερικές αγορές δεν μας δανείζουν όπως παλαιότερα, θα πρέπει να αυξήσουμε τις εξαγωγές, να γίνουμε πιο εξωστρεφείς σε πολλούς κλάδους, πιο καινοτόμοι και πιο ανταγωνιστικοί διεθνώς, και να προσελκύσουμε άμεσες ξένες επενδύσεις.

Ο κύριος Κάτσος υποστήριξε ότι η όλη συζήτηση για τις ακριβές τιμές των γενοσήμων στην Ελλάδα σε σύγκριση με άλλες χώρες είναι άτοπη, καθώς οι συνθήκες είναι διαφορετικές και δεν υπάρχουν ίσοι όροι. Το πρόβλημα στη χώρα μας δεν είναι οι τιμές των γενοσήμων, αλλά η απουσία πολιτικού σχεδιασμού, επεσήμανε κλείνοντας τη συνεδρία ο κύριος Κάτσος.

ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ

Η αναζήτηση κοινής συνισταμένης για τη λήψη αποφάσεων στην πολιτική της υγείας*

Τι συμβαίνει με την πολιτική υγείας στην Ελλάδα σήμερα;
Οι τάσεις, οι προτάσεις και οι αποκλίσεις.

Προεδρείο: Ξένια Καπόρη, Κώστας Αθανασάκης

Ομιλητές: Μαρία Ξυτάκη, Εισαγωγική ομιλία 

Θάνος Μπαλασόπουλος & Λαμπρινή Παπαγεωργίου, Τι συμβαίνει με την υγεία στην Ελλάδα σήμερα; Μια προσέγγιση της πολιτικής για την υγεία, από όλους για όλους 

Συντονιστές συζήτησης: Νίκος Φελέκης, Αναστασία Τσιβγούλη

Σχολιαστές: Ανδρέας Λοβέρδος, Μάριος Σαλμάς, Κώστας Μπαργιώτας, Γιάννης Κυριόπουλος, Δημήτρης Κοντός
Συζήτηση 

* Με τη συνεργασία του Ελληνικού Συλλόγου Αποφοίτων του London School of Economics and Political Science - Ομάδα Σκέψης «Πολιτική Υγείας»

Το όραμα και τη δράση του Ελληνικού Συλλόγου Αποφοίτων του London School of Economics and Political Science παρουσίασε η Πρόεδρος του, **Μαρία Ξυτάκη**, στην εισαγωγική ομιλία της συνεδρίας. Ο Ελληνικός Σύλλογος Αποφοίτων του LSE δημιουργήθηκε το 1992 και είναι από τους πλέον ενεργούς συλλόγους αποφοίτων στην Ελλάδα. Στις εκδηλώσεις του προσκαλούνται και συμμετέχουν σημαντικές προσωπικότητες από τον πολιτικό, τον ακαδημαϊκό και τον επιχειρηματικό ελληνικό και διεθνή χώρο. Βασικό μέλημα του Συλλόγου είναι να βοηθά τα μέλη του στην επαγγελματική τους κατάρτιση και αποκατάσταση, και να τους δίνει βήμα για να εκφράσουν τις θέσεις τους σε κρίσιμα και επίκαιρα ζητήματα. Οι «Ομάδες Σκέψης» που δημιουργήθηκαν πριν από 3 χρόνια και αφορούν θεματικές, όπως Οικονομία & Ανάπτυξη, Πολιτική & Κοινωνία, Ιστορία & Διεθνείς Σχέσεις, Μέσα Ενημέρωσης, Επικοινωνία & Τεχνολογία, επιδιώκουν την αξιοποίηση του πλούσιου δυναμικού των μελών του Συλλόγου και τη συμμετοχή τους στον δημόσιο διάλογο, προκειμένου να επηρεάσουν τη λήψη αποφάσεων για θέματα σχετικά με την κοινωνία, την οικονομία και την πολιτική. «Πιστεύω ακράδαντα ότι η συμβολή όλων μας, στο βαθμό που μπορεί ο καθένας, είναι υψίστης σημασίας για τον τόπο μας», είπε χαρακτηριστικά η κυρία Ξυτάκη. Κλείνοντας, έδωσε τη σκυτάλη στη **Λαμπρινή Παπαγεωργίου** και τον **Θάνο Μπαλασόπουλο**, Μέλη του Συλλόγου και της Ομάδας Σκέψης «Πολιτική Υγείας», τους οποίους συνεκάρη για την αξιολογή και ομαδική δουλειά τους στο πλαίσιο της έρευνας που διεξήγαγαν στο πεδίο της πολιτικής υγείας.

Τα μέλη της Ομάδας Σκέψης «Πολιτική Υγείας» δραστηριοποιούνται ενεργά στο χώρο της υγείας, αλλά έχουν εμπειρία σε διαφορετικούς τομείς, όπως η έρευνα, η βιομηχανία και η εφαρμογή πολιτικών, εξήγησε εισαγωγικά η κυρία Παπαγεωργίου. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα τη σφαιρική προσέγγιση και περιγραφή των αποτελεσμάτων. Το περιβάλλον της υγείας είναι εξαιρετικά ασταθές τα τελευταία χρόνια, υποστήριξαν οι ομιλητές, καθώς επηρεάζεται δραματικά από τις δυ-

σμενείς οικονομικές και δημοσιονομικές συνθήκες, υπόκειται σε συνεχείς μεταρρυθμίσεις, χαρακτηρίζεται από διαρθρωτικές στρεβλώσεις, θεσμικές αδυναμίες και οργανωτικές αρρυθμίες, εμφανίζει χαμηλές επιδόσεις και καθίσταται μακροπρόθεσμα μη βιώσιμο. Σε αυτό το πλαίσιο, σκοπός της έρευνας ήταν η ενεργός συνδρομή στον δημόσιο διάλογο για τη βελτίωση του συστήματος, μέσω της ανάδειξης και ανάλυσης κρίσιμων θεμάτων κοινωνικής πολιτικής και πολιτικής υγείας. Η διαδικασία βασίστηκε στη διεξαγωγή μελέτης μέσω ερωτηματολογίου κλειστού τύπου, που κατέγραψε τις απόψεις των βασικών εμπλεκομένων και εταίρων στον τομέα της υγείας: εκπροσώπων του πολιτικού χώρου, ορισμένοι από τους οποίους έχουν διατελέσει Υπουργοί Υγείας, εκπροσώπων των θεσμικών φορέων, διακεκριμένων εκπροσώπων της ελληνικής και διεθνούς ακαδημαϊκής κοινότητας, ανώτερων στελεχών της πολυεθνικής και εγχώριας φαρμακοβιομηχανίας, διοικήσεων νοσοκομείων, εκπροσώπων της ιατρικής κοινότητας και συλλόγων ασθενών.

Περνώντας στην περιγραφή των αποτελεσμάτων, οι ομιλητές παρατήρησαν ότι, ως προς την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος θεωρεί κακή την πρόσβαση στις υπηρεσίες και τη διαχείριση των διαθέσιμων πόρων, και μέτρια την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας. Η εικόνα των ερωτηθέντων ως προς τα δημόσια νοσοκομεία, είναι επίσης από μέτρια έως κακή. Ο αριθμός των νοσοκομείων και των γιατρών κρίνεται υψηλός, σε αντίθεση με τον αριθμό των νοσηλευτών που κρίνεται ανεπαρκής. Κύριες αιτίες για τις μεγάλες λίστες αναμονής στις δημόσιες δομές αναδείχθηκαν η έλλειψη υγειονομικού και διοικητικού προσωπικού, και η αναποτελεσματική διοικητική οργάνωση.

Για την αντιμετώπιση των προβλημάτων αυτών, το 74% τάσσεται υπέρ της σύμπτυξης δημόσιου και ιδιωτικού τομέα. Οι περισσότεροι, επίσης, συμφωνούν να υπάρχει αξιολόγηση των γιατρών, τόσο ως προς το κλινικό τους έργο (93%) όσο και ως προς την οικονομική επιβάρυνση που προκαλούν στο σύστημα υγείας (77%). Σε

ποσοστό 68% το δείγμα υποστηρίζει την άρση της μονιμότητας των γιατρών του ΕΣΥ, όσον αφορά, όμως, τις διοικητικές θέσεις, η συντριπτική πλειονότητα (92%) απαντά ότι υπάρχει ανάγκη σταθερότητας, βάσει αξιολόγησης και ανεξάρτητα από τις πολιτικές αλλαγές. Σχολιάζοντας την απάντηση του 75% των ερωτηθέντων ότι τα άτομα που λαμβάνουν αποφάσεις πολιτικής από διοικητικές θέσεις του χώρου της υγείας δεν είναι επαρκώς εκπαιδευμένα, ο κύριος Μπαλασόπουλος υπογράμμισε ότι είναι απαραίτητος ο διαχωρισμός της διοίκησης από το κομματικό κράτος. Κατά 68% οι ερωτηθέντες απάντησαν ότι οι σύλλογοι ασθενών πρέπει να συμμετάσχουν στη διαδικασία λήψης αποφάσεων για την υγεία. Στην ερώτηση αν επαρκούν οι πόροι για τη βιωσιμότητα του ΕΣΥ, το 82% των συμμετεχόντων απάντησαν αρνητικά, ωστόσο ένας στους δύο πολιτικούς υποστηρίζει ότι το σύστημα είναι βιώσιμο (Εικόνα 24). Δεν κατανέμονται ορθά οι δημόσιοι πόροι για την υγεία, απαντά το 94%, και το 41% πιστεύει ότι, εάν αυτό συνέβαινε, τότε το σύστημα θα ήταν βιώσιμο. Οι περισσότεροι θα ήθελαν το μεγαλύτερο ποσοστό της χρηματοδότησης (30%) να διοχετευθεί στην ΠΦΥ, ακολουθούν η φαρμακευτική περίθαλψη, τα προγράμματα πρόληψης και η νοσοκομειακή περίθαλψη (καθένα από 20%), και η ψυχική υγεία (10%). Όσον αφορά τη συμμετοχή των ασφαλισμένων στην αγορά των φαρμάκων βάσει εισοδηματικών κριτηρίων, μικρό προβάδισμα έχουν αυτοί που συμφωνούν έναντι εκείνων που διαφωνούν. Οι συμμετάσχοντες, σε ποσοστό 70%, απαντούν ότι πρέπει να υπάρχει επιλογή για ιδιωτική ασφάλιση έναντι της υποχρεωτικής δημόσιας ασφάλισης.

Σχετικά με το φάρμακο, το 68% συμφωνεί ότι θα πρέπει να αυξηθεί η διείσδυση των γενοσήμων στην

ελληνική αγορά, και το 92% ότι η τιμολόγηση των καινοτόμων φαρμάκων πρέπει να ρυθμίζεται από το κράτος. Για την αποζημίωσή τους από τους φορείς κοινωνικής ασφάλισης δεν θα πρέπει να λαμβάνεται υπ' όψιν αποκλειστικά η οικονομική παράμετρος (83%), αλλά και παράγοντες όπως η κλινική αποτελεσματικότητα, η ύπαρξη ή μη εναλλακτικών θεραπευτικών επιλογών, και το κοινωνικό όφελος.

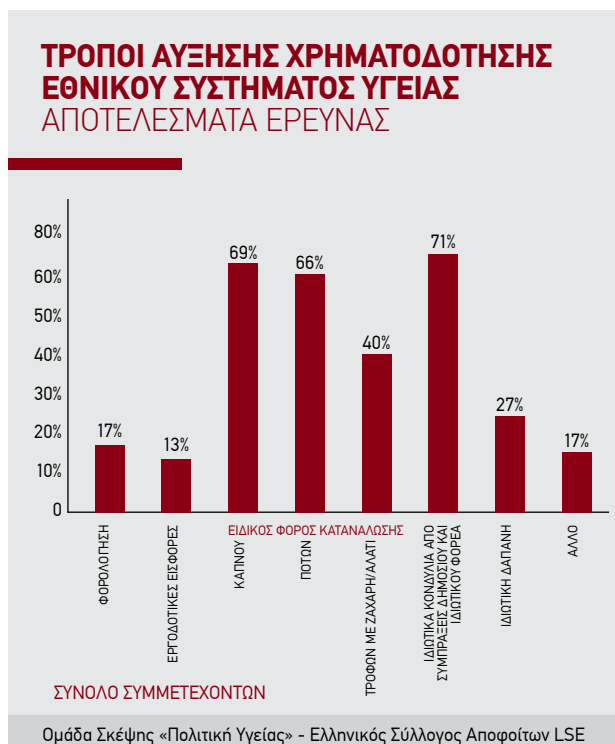
Συνοψίζοντας τα αποτελέσματα της έρευνας, η κυρία Παπαγεωργίου παρατήρησε ότι ένα βιώσιμο σύστημα υγείας θα προϋπέθετε, σύμφωνα με τους ερωτηθέντες, τον εξορθολογισμό των δαπανών, την ορθή ανακατανομή των πόρων, την επένδυση στο ανθρώπινο κεφάλαιο και την τεκμηριωμένη λήψη των αποφάσεων.

Σκοπός της έρευνας ήταν να αναδειχθούν τα σημεία σύγκλισης, σχολίασε συμπερασματικά ο κύριος Μπαλασόπουλος. Η Ευρώπη είναι μπροστά και πρέπει να την ακολουθήσουμε, να βρεθούν κοινές πολιτικές, που δεν θα αλλάζουν με κάθε αλλαγή του πολιτικού σκηνικού (τα τελευταία 5 χρόνια έχουν αλλάξει σχεδόν 10 Υπουργοί Υγείας, σημείωσε). Υπάρχει πολύ μεγάλο πρόβλημα στην εφαρμογή των μεταρρυθμίσεων. Στην Ελλάδα επικρατούν τα "health politics" έναντι του "health policy", και γι' αυτό ευθύνονται το κράτος και οι κομματικοί μηχανισμοί, κατέληξε ο ομιλητής.

Στην εισαγωγική παρέμβασή του, στη συζήτηση που ακολούθησε, ο δημοσιογράφος **Νίκος Φελέκης**, ορμώμενος από τη διαπίστωση ότι σε 5 χρόνια έχουν αλλάξει σχεδόν 10 Υπουργοί Υγείας, σχολίασε ότι ο χώρος της υγείας είναι νοσογόνος. Η συνάδελφός του, **Αναστασία Τσιβγούλη**, παρατήρησε ότι χρήματα σήμερα δεν υπάρχουν και, όταν υπήρχαν, δεν ξέραμε πώς να τα αξιοποιήσουμε. Και απηύθυνε στους προσκεκλημένους το ερώτημα τι πιστεύουν ότι πρέπει να γίνει για να αρθούν οι ανισότητες στο χώρο της υγείας.

Η απαξίωση του συνόλου του πολιτικού συστήματος έχει στερήσει από τον Έλληνα την ικανότητα της διάκρισης, παρατήρησε ο πρώην Υπουργός Υγείας, Κοινοβουλευτικός Εκπρόσωπος της Δημοκρατικής Συμπαράταξης, **Ανδρέας Λοβέρδος**. Το σύστημα υγείας δεν έχει καταφέρει να ηρεμήσει, γιατί είχε σταθερά τον κοινωνικό χώρο, παρωθούμενο από πολιτικές δυνάμεις, απέναντί του. Ο κύριος Λοβέρδος πρότεινε τη συνένωση των υπουργείων Υγείας και Εργασίας (του «πελάτη» με τον «πάροχο»). Αν οι πόροι για την Υγεία περνούν απευθείας στον ΕΟΠΥΥ, ο οργανισμός θα διαπραγματεύεται με καλύτερους όρους, σημείωσε. Υποστήριξε, επίσης, ότι ένα καλύτερα εξοπλισμένο ΕΚΑΒ θα εξασφαλίζει περισσότερη μεταφορά και λιγότερη παραμονή στο νοσοκομείο.

Σε χώρες όπως οι ΗΠΑ και η Μεγάλη Βρετανία, υπάρχει κράτος και δημόσια υγεία· εδώ, οι υπουργοί τοποθετούνται με κριτήρια πολιτικών ισορροπιών, επεσήμανε ο Βουλευτής της Νέας Δημοκρατίας, πρώην Αναπληρωτής Υπουργός Υγείας και Επίκουρος Καθηγητής της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών, **Μάριος Σαλμάς**. Πρόσθεσε ότι το σύστημα δεν θέλει άλλες μεταρρυθμίσεις, πρέπει να «ηρεμήσει», ώστε να γνωρίζουν και οι επενδυτές τους κανόνες με τους οποίους θα επιχειρούν. Η άρση των ανισοτήτων δεν είναι δουλειά του Υπουργού Υγείας αλλά του Υπουργού Οικονομικών. Με αφορμή τις προτάσεις του κυρίου Λοβέρδου, ο κύριος Σαλμάς διαφώνησε ως προς τη συνένωση των δύο υπουργείων και αντιπρότεινε τη δημιουργία ενιαίου λογαριασμού υγείας στην ΤτΕ, όπου



Εικόνα 24: Οι περισσότεροι πιστεύουν ότι η χρηματοδότηση του ΕΣΥ μπορεί να ενισχυθεί με ιδιωτικά κονδύλια από συμπράξεις δημοσίου και ιδιωτικού φορέα, και με την αύξηση των «φόρων της αμαρτίας».

θα πιστώνονται τόσο οι εισφορές όσο και η φορολογία. για να πληρώνονται, με αλληλόχρεους λογαριασμούς, οι προμηθευτές των νοσοκομείων και του ΕΟΠΥΥ.

Πρέπει να αντιμετωπιστούν οι ελλείψεις του συστήματος, γιατί αλλιώς έχουμε διαρροή πόρων, ήταν η άποψη που διατύπωσε ο **Κώστας Μπαργιώτας**, Βουλευτής, Υπεύθυνος του Τομέα Υγείας του Ποταμιού. Το σύστημα είναι απαρχαιωμένο, ιδιαίτερα όσον αφορά τη διοίκηση. Οι τοποθετήσεις είναι κομματικές, από τις διοικήσεις των ελληνικών νοσοκομείων λείπει η εξειδίκευση στον τομέα της υγείας, η δυνατότητα αξιοποίησης των ψηφιακών εργαλείων και η αξιοπιστία των μηχανισμών τους. Η μεταβολή αυτής της εικόνας θα δώσει λύση και στο θέμα των ανισοτήτων. Τα νοσοκομεία μπορούν να παραμείνουν υπό δημόσιο έλεγχο, θα πρέπει όμως να μεταβούν σε ένα καθεστώς διοικητικής αυτονομίας με δικούς τους προϋπολογισμούς.

Ο Καθηγητής **Γιάννης Κυριόπουλος** παρατήρησε ότι η Ελλάδα είναι πρωταθλήτρια κόσμου στις ανισότητες: 28 δείκτες αξιολόγησης του ΠΟΥ (χρήσης, ανταποκρισιμότητας, κατάστασης υγείας) συνδέονται με το εισόδημα και τη μόρφωση, καθορίζονται δηλαδή ταξικά - όλοι οι δείκτες χρηματοδοτικής δικαιοσύνης είναι εις βάρος των μη προνομιούχων - και είμαστε πρώτοι στους παράγοντες κινδύνου που δεν ελέγχονται, όπως το μεταβολικό σύνδρομο. Χρειαζόμαστε διαφορετικό χρηματοδοτικό σχήμα, το οποίο θα αξιοποιεί χρήματα από τον προϋπολογισμό, τις εισφορές και τους «φόρους αμαρτίας», αντιμετωπίζοντας παράλληλα τις παράτυπες παραπληρωμές. Έτσι, θα σχηματιστεί ένας κλειστός σφαιρικός προϋπολογισμός για την υγεία, στο πλαίσιο του οποίου θα δοθούν ίσα ασφαλιστικά δικαιώματα στους ανασφάλιστους. Το 8% των χρονίως πασχόντων απειλούνται με πτώχευση λόγω δαπανών θεραπειών, σημείωσε ενδεικτικά ο κύριος Κυριόπουλος.

Ότι ο πολίτης σε μειονεκτική θέση είναι εκτεθειμένος και ευάλωτος υποστήριξε ο πρώην Πρόεδρος ΕΟΠΥΥ, **Δημήτρης Κοντός**. Υπάρχουν νησίδες σπατάλης στο σύστημα υγείας, παρά τους περιορισμένους πόρους του. Ο ΕΟΠΥΥ δεν «βλέπει» τον ασθενή που αποζημιώνει, το ΠΕΔΥ δεν παρακολουθεί την πορεία του, το Νοσοκομείο επίσης παύει να ασχολείται μαζί του μετά το χειρουργείο. Οι τρεις αυτοί πυλώνες του συστήματος υγείας θα πρέπει να συνεργαστούν, και να έχουν κοινή θέαση των ασθενών και των προβλημάτων. Κατ' αυτόν τον τρόπο, θα πάψει και ο ΕΟΠΥΥ να αποζημιώνει άναρχα. Για να γεφυρωθούν οι ανισότητες, δεν απαιτούνται μείζονες μεταρρυθμίσεις, αλλά στοχευμένες και συντονισμένες μεταρρυθμιστικές πρωτοβουλίες στα τρία αυτά επίπεδα. Η δυσκολία μέχρι σήμερα οφείλεται στο ότι κάθε οργανισμός και υπουργείο «είναι χώρα μέσα στη χώρα μας», σχολίασε χαρακτηριστικά ο κύριος Κοντός.

Απαντώντας στο θέμα των διοικητών που έθιξε ο κύριος Μπαργιώτας, ο κύριος Λοβέρδος υπογράμμισε τον ιδιαίτερα απαιτητικό ρόλο τους, ο οποίος προϋποθέτει, πέρα από την εξειδίκευση, και διοικητικές-διαχειριστικές δεξιότητες. Στο χώρο της δημόσιας υγείας, όπου οι πόροι είναι περιορισμένοι, τα ικανά στελέχη δεν θα πρέπει να αλλάζουν με τις κυβερνήσεις, τόνισε. Όσο για την ψηφιοποίηση του συστήματος υγείας, που επίσης έθεσε ο κύριος Μπαργιώτας, αυτή δεν είναι επιταγή μέχρι τώρα, γιατί το σύστημα είναι κατακερματισμένο και γιατί χρειάζεται ένας Υπουργός που θα εξαντλήσει την τετραετία. Με το θέμα της ψηφιοποίησης συνδέεται και το ζήτημα του ενός αγορα-

στή για λογαριασμό όλων των νοσοκομείων, ο οποίος θα αποθήκευε σε μία αποθήκη, κάτι που θα είχε ως αποτέλεσμα πολύ καλύτερη εικόνα των οικονομικών της υγείας, είπε ο κύριος Λοβέρδος. Ωστόσο, και αυτή η προσπάθεια συναντά ισχυρή αντίδραση και δεν θα υλοποιηθεί ποτέ.

Το σύστημα υγείας έχει τεράστιο πρόβλημα διαφάνειας σε όλα τα επίπεδα, όχι μόνο ως προς τους διοικητές του, επεσήμανε ο κύριος Μπαργιώτας, και απαιτείται εκσυγχρονισμός και εξειδίκευση για την ανανέωσή του.

Οι φορείς του δημοσίου, όπως ο ΕΟΠΥΥ, ο ΕΟΦ και η ηλεκτρονική διακυβέρνηση, έχουν αρκετά καλή απόδοση, παρά την κρίση, διαφώνησε ο κύριος Κυριόπουλος. Το πολιτικό σύστημα δυσκολεύεται να κατανοήσει και να παρακολουθήσει τις παραγωγικές δυνάμεις και την κοινωνία. Δεν μπορούμε να συνεχίσουμε με νοσοκομεία που εξαρτώνται απολύτως από το κράτος. Οι δημόσιες επιχειρήσεις θα πρέπει να αποκτήσουν επιχειρησιακή αυτονομία. Το σύστημα χρειάζεται μικρή ώθηση ανταγωνισμού για να προχωρήσει, συμπλήρωσε.

Σκόπιμα συγκόουσε το κρατικό με το δημόσιο στη συζήτηση για τη σύμπραξη δημόσιου και ιδιωτικού τομέα, παρατήρησε ο κύριος Μπαργιώτας. Όμως παρόμοιες ιδεοληψίες η κοινωνία, όπως δείχνει και η έρευνα, τις έχει στο μεταξύ ξεπεράσει.

Το σύστημα υγείας χρειάζεται να αυτονομηθεί από το πολιτικό σύστημα, ούτως ώστε, στο όνομα της κοινωνίας, να ολοκληρώσει ένα πρόγραμμα, σχολίασε ο κύριος Κυριόπουλος.

Ο κύριος Σαλμάς παρενέβη λέγοντας ότι, πριν από το 2010, Υπουργός Υγείας ήταν, εν αγνοία του, ο Υπουργός Εργασίας. Οι τιμές των φαρμάκων έβγαιναν στο Υπουργείο Εμπορίου και ο ΕΟΦ υπαγόταν στο Υπουργείο Εργασίας. Τώρα, αυτές οι αρμοδιότητες έχουν περιέλθει στο Υπουργείο Υγείας, ενώ και η ηλεκτρονική διακυβέρνηση έχει σημειώσει θεαματική πρόοδο. Όσο για τα ίσα ασφαλιστικά δικαιώματα, είπε ο κύριος Σαλμάς απευθυνόμενος στον κύριο Κυριόπουλο, σήμερα 12.000 ανασφάλιστοι έχουν τη δυνατότητα να παίρνουν φάρμακα.

Οι τεχνικές διευθετήσεις που έγιναν και είναι θετικές στο επίπεδο του micromanagement δεν απαντούν στο ερώτημα γιατί το 39% των πολιτών δηλώνουν ότι δυσκολεύονται να έχουν πρόσβαση στο σύστημα υγείας, απάντησε ο κύριος Κυριόπουλος. Το σύστημα υγείας δεν έχει δώσει απαντήσεις στις νέες ανάγκες, πρόσθεσε.

Άλλο management και άλλο manager, σχολίασε παίρνοντας το λόγο ο Ομότιμος Καθηγητής του Πανεπιστημίου Πατρών, **Άρης Σισσούρας**. Αυτό που χρειαζόμαστε είναι δομές και μηχανισμοί διοίκησης. Το σύστημα υγείας δεν έχει εστιάσει στους βασικούς πυλώνες του τα τελευταία 35 χρόνια. Η συνεργασία δημόσιου-ιδιωτικού τομέα είναι πραγματικότητα, αυτό που πρέπει να αναζητηθεί είναι το ρυθμιστικό πλαίσιο - και αυτό θα πρέπει να το αναλάβει ο ΕΟΠΥΥ.

Νοσήματα που σχετίζονται με την εργασία φαίνεται από τη διεθνή βιβλιογραφία να απορροφούν μέχρι και το 1,5% του ΑΕΠ στις ανεπτυγμένες χώρες, και αυτό αφορά φάρμακα, νοσηλείες και συντάξεις, παρατήρησε ο **Θεόδωρος Κωνσταντινίδης**, Ειδικός Ιατρός Εργασίας, Καθηγητής Ιατρικής ΔΠΘ, Πρόεδρος, Γεν. Διευθυντής ΕΛ.ΙΝ.Υ.Α.Ε. Η ανάπτυξη ενός κλάδου ασφάλισης επαγγελματικού κινδύνου προφανώς θα μείωνε το σχετικό κόστος για τα ασφαλιστικά ταμεία.

Κάτι τέτοιο ανήκει στη δικαιοδοσία του Υπουργείου Εργασίας, απάντησε ο κύριος Σαλμάς, αν και οι εταιρείες έχουν εξαντλήσει τη φοροδοτική τους ικανότητα.

Ο κύριος Δημήτρης Μπαλασόπουλος έθεσε το ερώτημα κατά πόσον το πολιτικό προσωπικό είναι διατεθειμένο να κάνει έστω τα 50 μεγαλύτερα νοσοκομεία ανώνυμες εταιρείες με μέτοχο το Δημόσιο.

Αν ένας υπουργός υγείας λάμβανε αυτή την πρωτοβουλία, το αποτέλεσμα θα ήταν να ανοίξει μια συζήτηση περί «εμπορευματοποίησης του αγαθού της υγείας» και η προσπάθεια θα υπονομευόταν, απάντησε ο κύριος Λοβέρδος. Θα ήταν προτιμότερο ο υπουργός να μην προχωρήσει σε συγχωνεύσεις νοσοκομείων, ακόμη και εκεί όπου αυτές κρίνονται απαραίτητες, και να εστιάσει στη συντόμευση της διάρκειας παραμονής των ασθενών στα νοσοκομεία, να βελτιώσει τη μεταφορά μέσω ΕΚΑΒ και να θέσει τέλος στα λαϊκιστικά μέτρα που αφορούν τα νοσοκομεία, όπως η κατάργηση της συμμετοχής των 5 ευρώ για την επίσκεψη σε αυτά.

Το λόγο πήρε στη συνέχεια ο κύριος Γεώργιος Γεωργακόπουλος, στέλεχος του Υπουργείου Υγείας, ο οποίος επεσήμανε ότι μεταρρύθμιση είναι η προσπάθεια αλλαγής των δομικών συστατικών του συστήματος. Και το θεμελιώδες πρόβλημα του ΕΣΥ είναι η διοικητική και οργανωτική του ανεπάρκεια, υποστήριξε. Πρέπει, λοιπόν, το Υπουργείο και οι υγειονομικές περιφέρειες (που τώρα ασκούν ρόλο απλώς γραφειοκρατικό) να αυτονομηθούν από τον κομματικό μηχανισμό, για να σχεδιάσουν και να υλοποιήσουν τεχνοκρατικές μεταρρυθμίσεις.

Το σύστημα που περιέγραψε ο κύριος Γεωργακόπουλος είναι κρατικό, και παραπέμπει στο βρετανικό ή το σοβιετικό σύστημα υγείας, απάντησε ο κύριος Κυριόπουλος· όμως οι Έλληνες, εδώ και 50 χρόνια, ζητούν διαφορετικά πράγματα: θέλουν να έχουν επιλογές, και αγοράζουν την αξιοπρέπεια και το σεβασμό με το 40% της δαπάνης. Η φύση των ανταλλαγών στο χώρο της υγείας στη χώρα μας σκιαγραφεί ένα σύστημα παρόμοιο με το αμερικανικό, και θα πρέπει κάποια στιγμή οι πολίτες να εισακουστούν, συμπλήρωσε.

«Θεωρείτε ότι το πολιτικό σύστημα έχει ωριμάσει τόσο, ώστε να τρέξει μπροστά και να αποφύγει την ατμομηχανή που έρχεται;», ρώτησε το πάνελ ο κύριος **Βασίλης Πενταφράγκας**, Εντεταλμένος σύμβουλος Πανελλήνιας Ένωσης Φαρμακοβιομηχανίας. Αν όχι, θα πρέπει να οριστεί ο χρόνος ωρίμασης και οι διαδικασίες, γιατί δεν υπάρχει άλλη διέξοδος. Τα προβλήματα της δημόσιας διοίκησης μεταφέρονται στον ιδιωτικό τομέα, τη στιγμή που περιμένουμε επενδυτές και ανάπτυξη, παρατήρησε.

Από το ελληνικό σύστημα λείπει η στοχοθεσία μακράς πνοής, υποστήριξε ο κύριος Μπαργιώτας. Πρέπει να αλλάξουν πράγματα στα νοσοκομεία και να συγχωνευθούν, είπε, απαντώντας στον κύριο Λοβέρδο. Οι συζητήσεις αυτές είναι απαραίτητες ανεξάρτητα από τις αντιδράσεις, αν και η παρούσα κυβέρνηση δεν προτίθεται μάλλον να κάνει μεταρρυθμίσεις, πρόσθεσε.

Πρέπει να ανασυγκροτηθεί και να αυτονομηθεί η διοίκηση, να υπάρξει στοιχειώδης συνεννόηση ώστε να αποφευχθούν οι συνεχείς αλλαγές, να δοθούν περισσότερα χρήματα στον ΕΟΠΥΥ, και να γίνουν οι κατάλληλες διορθωτικές κινήσεις βάσει του αριθμού των πολυιατρείων και των κέντρων υγείας, υποστήριξε ο κύριος Σαλμάς. Αυτόνομες διοικήσεις στα νοσοκομεία σημαίνουν χρήματα που θα πληρώνουν οι πολίτες από την τσέπη τους και αλλαγές στο ιατρικό προσωπικό, κατέληξε.

Με τη σημερινή κυβέρνηση οι αυταπάτες λαμβάνουν τέλος και αυτό είναι πολύ θετικό, σχολίασε ο κύριος Λοβέρδος. Δεν έχει αρθεί, ωστόσο, η αυταπάτη περί τεχνοκρατών, ενώ η πολιτική εμπειρία είναι πολύ διαφορετική. Άλλο μεγάλο πρόβλημα είναι η ανατροπή από τον εκάστοτε υπουργό όλων όσα έχουν επιχειρήσει οι προκάτοχοί του.

Κλείνοντας τη συνεδρία, ο κύριος Κυριόπουλος συνεχάρη την κυρία Παπαγεωργίου και τον κύριο Μπαλασόπουλο για την έρευνα που παρουσίασαν, και εξέφρασε την πεποίθηση ότι αυτός είναι ο κόσμος που έρχεται και έχει τη δυνατότητα, αν παραμείνει στη χώρα, να την αλλάξει.

ΑΞΟΝΑΣ II

ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ & ΕΛΕΓΧΟΣ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ

Σήμερα, η ιατρική έχει στη διάθεσή της εξελιγμένα εργαλεία και καλές πρακτικές για την πρόληψη και την αποτελεσματική αντιμετώπιση μειζόνων νοσημάτων, όπως τα καρδιαγγειακά νοσήματα και ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2, αλλά και η ηπατίτιδα C, το AIDS και ο καρκίνος του μαστού. Απαιτούνται, ωστόσο, νέες προσεγγίσεις από την πλευρά των επαγγελματιών υγείας και της Πολιτείας, προκειμένου τα εργαλεία αυτά να υιοθετηθούν από το σύστημα υγείας και να αξιοποιηθούν στην καθ' ημέρα ιατρική πράξη.

ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΑΙ ΕΛΕΓΧΟΣ ΤΩΝ ΜΕΙΖΟΝΩΝ ΧΡΟΝΙΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ

Τα δεδομένα για την αντιμετώπιση των εγκεφαλικών επεισοδίων στη χώρα μας είναι περιορισμένα, ωστόσο οι ελλείψεις είναι αισθητές τόσο στον δημόσιο όσο και στον ιδιωτικό τομέα, η αποκατάσταση ανεπαρκής για τους περισσότερους ασθενείς και η συνολική οικονομική επιβάρυνση από τη νόσο μεγάλη. Είναι απαραίτητο να μειωθεί η προ-νοσοκομειακή καθυστέρηση, να βελτιωθεί η μεταφορά μέσω ΕΚΑΒ και να αξιοποιηθούν τα εργαλεία τηλεϊατρικής, να οργανωθούν μονάδες οξέων εγκεφαλικών, και να δημιουργηθούν κέντρα αποκατάστασης των ασθενών και υπηρεσίες βοήθειας στο σπίτι.

Η καρδιακή ανεπάρκεια είναι η ταχύτερα αυξανόμενη σε συχνότητα εμφάνισης καρδιαγγειακή νόσος, με αρκετά υψηλή θνησιμότητα και με υψηλά ποσοστά εισαγωγής στο νοσοκομείο. Η δημιουργία κέντρων καρδιακής ανεπάρκειας, η καλύτερη εκπαίδευση γιατρών και ασθενών, οι νέες καινοτόμες θεραπείες, καθώς και η έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση των καρδιαγγειακών παραγόντων κινδύνου θα μπορούσαν να μειώσουν σημαντικά την επιβάρυνση της νόσου.

Η Ελλάδα κατέχει την πρώτη θέση σε νοσοκομειακή δαπάνη για τον σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, καθώς το 93% του κόστους αφορά τις επιπλοκές του. Την ίδια στιγμή, η πρόληψη μένει στο περιθώριο. Η αντιμετώπιση του σακχαρώδη διαβήτη 2 περιλαμβάνει έγκαιρο εντοπισμό των ασθενών με προδιαβήτη, ορθολογική εξατομικευση στόχων και θεραπείας, σύζευξη της βελτίωσης της υπεργλυκαιμίας με μείωση της καρδιαγγειακής νοσηρότητας και θνησιμότητας, επίτευξη ευγλυκαιμίας χωρίς υπογλυκαιμίες και χωρίς αύξηση (ή με μείωση) του σωματικού βάρους, καθώς και αναστολή της εξελικτικής επιδείνωσης της νόσου.

Η υπέρταση ευθύνεται σήμερα για το 50% των καρδιοπαθειών, εγκεφαλικών επεισοδίων και περιπτώσεων καρδιακής ανεπάρκειας. Η μέθοδος που προκρίνεται τελευταία για τη διάγνωση της υπέρτασης είναι η 24ωρη καταγραφή της αρτηριακής πίεσης, ωστόσο για να γενικευθεί η χρήση της πρέπει να μειωθεί το κόστος της. Θεμελιώδης για την αντιμετώπισή της είναι και η σημασία της πρόληψης, η οποία σχετίζεται κυρίως με την παχυσαρκία και τον σύγχρονο τρόπο ζωής.

ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΑΙ ΕΛΕΓΧΟΣ ΤΩΝ ΜΕΙΖΟΝΩΝ ΧΡΟΝΙΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ: Η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ C

Στην Ελλάδα, οι φορείς του ιού HCV ανέρχονται στο 1,9% του πληθυσμού, αλλά μόνο ένας στους τέσσερις γνωρίζει ότι πάσχει από τη νόσο και, από τους ασθενείς με διάγνωση, μόνο οι μισοί λαμβάνουν θεραπεία.

Η διάγνωση συνίσταται σε μια απλή εργαστηριακή αιματολογική εξέταση, όμως οι νέες θεραπείες, ιδιαίτερα ασφαλείς και αποτελεσματικές και με ελάχιστες ανεπιθύμητες ενέργειες, έχουν πολύ υψηλό κόστος, με αποτέλεσμα η πρόσβαση των ασθενών σε αυτές να καθίσταται δυσχερής.

Ένας ακόμη παράγοντας που επηρεάζει την πρόσβαση στα νέα φάρμακα είναι οι περιορισμοί που θέτει ο ΕΟΠΥΥ. Οι ασθενείς καταγγέλλουν ότι τα κριτήρια για τη χορήγηση των θεραπειών είναι αμφιλεγόμενα και ορισμένες φορές δεν τηρούνται, αλλά και η ενημέρωση των θεραπόντων ιατρών είναι σε κάποιες περιπτώσεις ελλιπής. Για την άρση αυτών των προβλημάτων απαιτείται πολιτική βούληση, ενώ σημαντική κρίνεται και η στενή συνεργασία γιατρών-ασθενών ώστε οι τελευταίοι να μη διακόψουν τη θεραπεία.

Ο επιπολασμός της νόσου στους χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών έχει αυξηθεί πολύ κατά την τελευταία δεκαετία στη χώρα μας, κάτι που επηρεάζει και την κατανομή των γονοτύπων του ιού. Το μελλοντικό φορτίο της νόσου εξαρτάται από τις νέες μολύνσεις, αλλά και τις νέες θεραπείες, που, αν συνδυαστούν με διευρυμένη κάλυψη, μπορούν να οδηγήσουν σε σημαντική μείωση των περιστατικών κίρρωσης και θανάτων από ηπατίτιδα C. Οι στόχοι του WHO για την ηπατίτιδα B και C περιλαμβάνουν μείωση του αριθμού νέων μολύνσεων κατά περίπου 90% μέχρι το 2030 και μείωση της θνησιμότητας κατά 65%. Αυτό προϋποθέτει παρεμβάσεις στον πληθυσμό των Χρηστών Ενδοφλέβιων Ναρκωτικών, αύξηση της διάγνωσης και διεύρυνση της πρόσβασης στη θεραπεία.

Από την πλευρά της οικονομικής αποδοτικότητας, οι νέες θεραπείες κρίνονται αποτελεσματικές, η υψηλή, όμως, ζήτηση δεν επιτρέπει στους περιορισμένους προϋπολογισμούς υγείας να ανταποκριθούν άμεσα - και αυτό δεν συμβαίνει μόνο στην Ελλάδα. Για τη

βέλτιστη διαχείριση του νοσήματος, απαιτείται πλουραλιστική προσέγγιση, με ενσωμάτωση πραγματικών δεδομένων στη διαδικασία αναλύσεων και αποφάσεων, ανάπτυξη προβλέψεων για τα νέα κλινικά εργαλεία που θα εισέλθουν στην αγορά και εστίαση σε τυχόν ζητήματα ανισοτήτων στην πρόσβαση.

ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ: ΑΝΑΖΗΤΩΝΤΑΣ ΛΥΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟ ΤΟΥ ΦΟΡΤΙΟΥ ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑΣ

Η θεραπεία της καρδιακής ανεπάρκειας με φάρμακα του νευροορμονικού άξονα έχει βελτιώσει σημαντικά την πορεία της νόσου και η θνητότητα φαίνεται να έχει μειωθεί στο 50%, αλλά το κόστος –που διογκώνεται, κατά κύριο λόγο, από τη νοσηλεία– έχει εκτοξευθεί.

Προκειμένου να περιοριστεί το κόστος των επανανοσηλείων, πρέπει να δοθεί έμφαση στην καλή και έγκαιρη διάγνωση, την κατάλληλη προσέγγιση της θεραπείας και τη χρηματοδότηση της έρευνας.

Ως προς τη διάγνωση της καρδιακής ανεπάρκειας και την παρακολούθηση της ανταπόκρισης του ασθενούς στη θεραπεία, η χρήση βιοδεικτών, όπως τα νατριουρητικά πεπτιδικά BNP και NT-proBNP, κρίνεται πιο αποτελεσματική. Ανάλυση κόστους της νόσου βάσει στοιχείων από το ΠΓΝ «Αττικόν» για 200 περίπου ασθενείς έδειξε ότι, για ένα μέσο νοσοκομείο στην Ελλάδα, η χρήση του δείκτη NT-proBNP στη διάγνωση και τη διαφοροδιάγνωση θα περιόριζε τον αριθμό των νοσηλείων, και θα μείωνε τη διάρκεια και το κόστος τους. Και αυτό, διότι θα συνέβαλλε στον περιορισμό των παρακλινικών εξετάσεων και του κόστους από την πρώτη νοσηλεία, καθώς και των επανεισαγωγών, οι οποίες επηρεάζονται και από την καλύτερη πρόγνωση της νόσου χάρη στο δείκτη NT-proBNP.

Σημαντικός είναι επίσης ο ρόλος του ενημερωτικού σημειώματος εξόδου, της συμμόρφωσης του ασθενούς στα φάρμακα και της ποιότητας ζωής του, καθώς και της επιμόρφωσης των γιατρών με μικρότερη εμπειρία, σε μικρότερες θεραπευτικές μονάδες.

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΗΣ: ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΔΗΜΙΑΣ HIV/AIDS ΣΕ ΧΡΗΣΤΕΣ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΣΤΗΝ ΑΘΗΝΑ

Το πρόγραμμα παρέμβασης για την αντιμετώπιση του HIV σε Χρήστες Ενδοφλέβιων Ναρκωτικών (XEN), «ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΗΣ», που σύμφωνα με το UNAIDS αποτελεί παράδειγμα καλής πρακτικής για την αντιμετώπιση του HIV στους XEN, είναι ένα συνδυασμένο πρόγραμμα (STTR) με στοιχεία πρωτογενούς, δευτερογενούς και τριτογενούς πρόληψης, το οποίο βασίστηκε στη μέθοδο respondent driven sampling (RDS). Στόχοι του «ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΗ» ήταν ο έλεγχος των XEN για anti-HIV στη μητροπολιτική περιοχή της Αθήνας, η παροχή πρόληψης, θεραπείας και φροντίδας σύμφωνα με τις διεθνείς συστάσεις, και η μείωση της επίπτωσης του HIV-1 στους XEN.

Οι 5 κύκλοι του προγράμματος (Αύγουστος 2012-Δεκέμβριος 2013) απέδωσαν πάνω από 7.000 ερωτη-

ματολόγια και δείγματα αίματος, προερχόμενα από 3.320 μοναδικά άτομα, 263 από τα οποία συμμετείχαν σε όλους τους κύκλους – γεγονός που αναβάθμισε το πρόγραμμα σε προοπτική μελέτη.

Στη διάρκεια του προγράμματος, μειώθηκε η επίπτωση κατά 78%-88%, περιορίστηκε η ενέσιμη χρήση υψηλού κινδύνου, αυξήθηκε η παροχή διαγνωστικού ελέγχου για HIV, βελτιώθηκε σημαντικά η σύνδεση με υπηρεσίες που προσφέρουν φροντίδα και θεραπεία για τον HIV, αυξήθηκε η χρήση των υπηρεσιών υποκατάστασης οπιοειδών (OST) και μειώθηκε σημαντικά το μέγεθος των δικτύων κινδύνου. Από την άλλη, δεν αυξήθηκε η παροχή βελονών-συρίγγων (NSP), δεν παρατηρήθηκαν αλλαγές στη σεξουαλική συμπεριφορά υψηλού κινδύνου, και δεν βελτιώθηκε το πρόβλημα της έλλειψης στέγης μεταξύ των XEN.

ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ: ΤΟ «ΤΑΞΙΔΙ» ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Η έρευνα που πραγματοποίησε ο Τομέας Οικονομικών της Υγείας της ΕΣΔΥ σε συνεργασία με τον Πανελλήνιο Σύλλογο Γυναικών με Καρκίνο Μαστού «Άλμα Ζωής» βασίστηκε στη μεθοδολογία του «ταξιδιού του ασθενούς» (patient journey), που έχει υιοθετηθεί πρόσφατα στο πλαίσιο της μετάβασης των συστημάτων υγειονομικής φροντίδας προς μια ασθενοκεντρική προσέγγιση. Σκοπός της έρευνας ήταν η αποτύπωση της διαδρομής της ασθενούς με καρκίνο του μαστού από τη στιγμή της εμφάνισης των πρώτων συμπτωμάτων και ενδείξεων, τη διάγνωση, τη θεραπεία και μέχρι το τέλος αυτής.

Όπως έδειξε η έρευνα, τα ποσοστά πρώτης προσέγγισης του προβλήματος και τακτικού ελέγχου με μαστογραφία είναι πολύ χαμηλά. Οι θεραπείες περιλαμβάνουν τη χειρουργική αντιμετώπιση, τις χημειοθεραπείες, τις ακτινοθεραπείες, τις πρόσθετες θεραπείες με βιολογικούς παράγοντες και την ιατρική παρακολούθηση. Το ποσοστό των γυναικών που υφίστανται ολική μαστεκτομή κρίνεται υπερβολικά υψηλό, καθώς αρκετές περιπτώσεις θα μπορούσαν να αντιμετωπιστούν με ογκεκτομή και αποκατάσταση.

Ως προς το κόστος των θεραπειών, τρεις στις τέσσερις γυναίκες κάλυψαν μέρος των εξόδων με ίδιες πληρωμές, ενώ οικονομική επιβάρυνση φαίνεται να υπέστη και το οικογενειακό περιβάλλον τους. Παρά τους περιορισμούς ως προς το δείγμα που θέτει η ίδια η μεθοδολογία της έρευνας, τα στοιχεία δείχνουν ότι οι ασθενείς βρίσκονται αντιμέτωποι με υψηλά ποσοστά καταστροφικής δαπάνης, τη στιγμή, μάλιστα, που η εμπειρία αποδεικνύει ότι η αξιοπρέπεια της ασθενούς, δυστυχώς, «αγοράζεται».

Κατά τη διάρκεια του «ταξιδιού», οι γυναίκες καλούνται να αντιμετωπίσουν τις ψυχολογικές και σωματικές επιπτώσεις της ασθένειας, να προσαρμοστούν στη νέα κατάσταση, αλλά και να επαναπροσδιορίσουν τις σχέσεις τους. Υπάρχουν περιθώρια βελτίωσης του προσυμπτωματικού ελέγχου, αλλά χρειάζεται ενημέρωση και εκπαίδευση των γυναικών για να εντοπίζουν εγκαίρως και να αξιολογούν τα συμπτώματα. Υπάρχει ανάγκη για καθοδήγηση των γυναικών στο σύστημα υγείας, από την πρώτη επίσκεψη μέχρι τη διάγνωση, και για ψυχολογική υποστήριξη τους σε όλη τη διάρκεια της διαδρομής.

ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ

Διαχείριση και έλεγχος των μειζόνων χρονίων νοσημάτων

Προκλήσεις στην αντιμετώπιση των μειζόνων χρονίων νοσημάτων, νέες θεραπευτικές προσεγγίσεις και προτάσεις για την καλύτερη οργάνωση των σχετικών υπηρεσιών υγείας.

Προεδρείο:

Κωνσταντίνος Γουργουλιάνης, Δημήτρης Μπούμπας

Ομιλητές:

Κωνσταντίνος Βέμμος, Διαχείριση και έλεγχος των εγκεφαλικών επεισοδίων στην Ελλάδα σήμερα

Ιωάννης Παρίσης, Σύγχρονη θεώρηση της καρδιακής ανεπάρκειας: Επίδραση στην πρόγνωση και το κόστος

Αλέξιος Σωτηρόπουλος, Η σημασία της έγκαιρης αναζήτησης και αποτελεσματικής αντιμετώπισης του σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2

Γεώργιος Στεργίου, Η υπέρταση στην Ελλάδα: Τρέχουσα κατάσταση - αναμενόμενη εξέλιξη - στρατηγική αντιμετώπισης

Τα δεδομένα για την αντιμετώπιση των εγκεφαλικών επεισοδίων στη χώρα μας είναι περιορισμένα, δήλωσε στην αρχή της ομιλίας του ο **Κωνσταντίνος Βέμμος**, Παθολόγος, Stroke Medicine, Συνεργάτης Hellenic Cardiovascular Research Society, MD, PhD, FESO. Ωστόσο, τα στοιχεία από τέσσερις μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί την τελευταία 20ετία στην Ελλάδα και τα ευρωπαϊκά δεδομένα δείχνουν ότι υπάρχει μεγάλη οικονομική επιβάρυνση σε άμεσο και έμμεσο κόστος.

Η συνολική οικονομική επιβάρυνση από τα εγκεφαλικά επεισόδια στην ΕΕ ανέρχεται σε 106 δισ. ανά έτος, αντιστοιχώντας στο 9% των συνολικών δαπανών υγειονομικής περίθαλψης, επεσήμανε ο ομιλητής. Στην

Ελλάδα, το ποσοστό επί των συνολικών δαπανών υγειονομικής περίθαλψης ανέρχεται σε 11% και σε περίπου 250 ευρώ ανά κάτοικο.

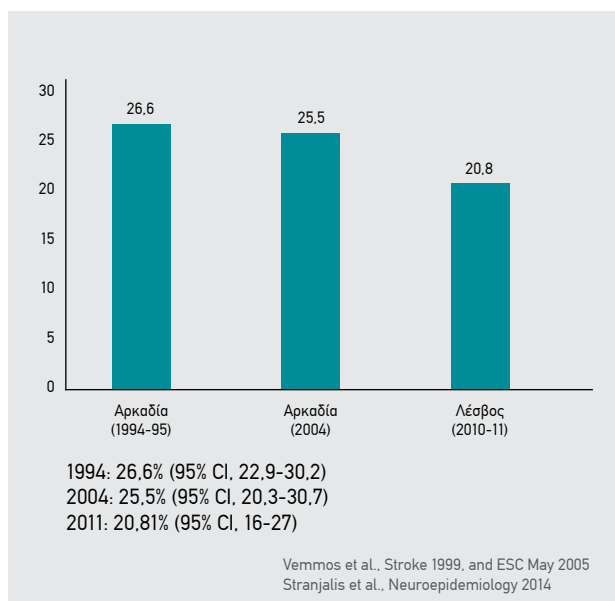
Ο κύριος Βέμμος διαπίστωσε ότι η ετήσια επίπτωση της νόσου στην Ελλάδα είναι «ικανοποιητική», δεν φαίνεται ωστόσο να μειώνεται περαιτέρω. Δυστυχώς, τόνισε ο ομιλητής, η χώρα μας κατέχει και μια θλιβερή πρωτιά στην Ευρωζώνη, καθώς έχει τη μεγαλύτερη θνητότητα πρώτου μηνός λόγω μη επαρκούς θεραπείας στην οξεία φάση (**Εικόνα 25**).

Σήμερα, αποδεδειγμένα ωφέλιμες θεραπείες στην οξεία ενδοεγκεφαλική φάση, συνέχισε, είναι η νοσηλεία σε ειδική μονάδα εγκεφαλικών (29% μείωση θνητότητας και βαριάς αναπηρίας), η χορήγηση ασπιρίνης (μείωση υποτροπών και θανάτων σε 13 στους 1.000 ασθενείς), η χορήγηση θρομβόλυσης (39% μείωση αναπηρίας) και η ενδοαυλική αφαίρεση του θρόμβου με ειδικές συσκευές-καθετήρες σε βαριά εγκεφαλικά (1 στους 5 ασθενείς που θεραπεύονται γίνεται καλά).

Στην Ελλάδα, ωστόσο, οι Μονάδες Αυξημένης Φροντίδας Εγκεφαλικών είναι ελάχιστες, μη πιστοποιημένες και με λίγα κρεβάτια, θρομβολυτική αγωγή χορηγείται σε άγνωστα ποσοστά (κάτω του 2%), σε μερικά νοσοκομεία και όχι όλο το 24ωρο, ενώ μηχανική θρομβεκτομή εφαρμόζεται επιλεκτικά σε μερικά ιδιωτικά νοσοκομεία.

Ο κύριος Βέμμος επεσήμανε ότι η πλειονότητα των ασθενών κάνει αποκατάσταση κατ' οίκον, με έναν φυσιοθεραπευτή και όχι με την ομάδα ειδικών που απαιτείται, ενώ πολλοί ασθενείς δεν έχουν ούτε καν φυσιοθεραπευτή. Το κόστος της οικονομικής επιβάρυνσης της οικογένειας, συμπλήρωσε, δεν μπορεί να υπολογιστεί, ενώ επιπλέον δεν εφαρμόζονται κριτήρια για τη χρονική διάρκεια της αποκατάστασης, και δεν υπάρχει κανένας έλεγχος της ποιότητας και αποτελεσματικότητάς της.

Συνοψίζοντας την κατάσταση στην αντιμετώπιση των



Εικόνα 25: Θνητότητα πρώτου μήνα (28 ημέρες) σε τρία ελληνικά μητρώα καταγραφής.

εγκεφαλικών επεισοδίων στη χώρα μας, ανέφερε ο ομιλητής, διαπιστώνεται απουσία οργανωμένου σχεδίου σε εθνικό επίπεδο, έλλειψη οργάνωσης κατά την προ-νοσοκομειακή φάση, έλλειψη ειδικών κέντρων για τη διαχείριση των εγκεφαλικών επεισοδίων και ανυπαρξία θεραπευτικών πρωτοκόλλων στα νοσοκομεία. Η κατάσταση είναι η ίδια στον δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα, συμπλήρωσε ο κύριος Βέμμος, η αποκατάσταση είναι ανεπαρκής για τους περισσότερους ασθενείς και η συνολική οικονομική επιβάρυνση από τη νόσο είναι μεγάλη.

Όπως επεσήμανε ο κύριος Βέμμος, είναι απαραίτητο να μειωθεί η προ-νοσοκομειακή καθυστέρηση, με ενημέρωση του πληθυσμού, να γίνει εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας και βελτιστοποίηση της μεταφοράς μέσω ΕΚΑΒ, αλλά και να τεθεί η τηλεϊατρική στην υπηρεσία των ΤΕΠ-Μονάδων, με στόχο τη σωστή μεταφορά των ασθενών σε ειδικά κέντρα και την προεπιλογή ασθενών για θεραπευτικές παρεμβάσεις. Τέλος, πρόσθεσε, είναι αναγκαίο να οργανωθούν μονάδες οξέων εγκεφαλικών, ώστε να υπάρχει δυνατότητα πρώιμης επαναγγείωσης και πρόληψης των υποτροπών, καθώς και να δημιουργηθούν κέντρα αποκατάστασης των ασθενών που έχουν υποστεί εγκεφαλικό και υπηρεσίες βοήθειας στο σπίτι.

Απαντώντας σε ερώτηση σχετικά με το τι θα μπορούσε να γίνει για να αυξηθούν τα εξαιρετικά χαμηλά ποσοστά θρομβόλυσης στη χώρα μας, ο ομιλητής δήλωσε ότι η θρομβόλυση στα εγκεφαλικά επεισόδια δεν είναι απλή υπόθεση. Πρέπει να γίνεται από εκπαιδευμένα άτομα που να έχουν εμπειρία και να γνωρίζουν τις επιπλοκές, εξήγησε, και απαιτεί ιδιαίτερα αυξημένη φροντίδα, καθώς ο ασθενής χρειάζεται παρακολούθηση τουλάχιστον τα δύο πρώτα εικοσιτετράωρα με μόνιτορ. Η θρομβόλυση δεν ενδείκνυται για όλους τους ασθενείς, συμπλήρωσε, υπάρχουν κριτήρια επιλογής τα οποία δεν είναι γνωστά γενικά στους γιατρούς των νοσοκομείων.

Στη συνέχεια, ο **Ιωάννης Παρίσης**, Αναπληρωτής Καθηγητής Καρδιολογίας ΕΚΠΑ, Β' Καρδιολογική Κλινική, ΠΓΝ «Αττικόν», αναφέρθηκε στην καρδιακή ανεπάρκεια, η οποία στις επόμενες δεκαετίες εκτιμάται ότι θα εξελιχθεί σε πανδημία. Πρόκειται για την ταχύτερα αυξανόμενη σε συχνότητα εμφάνισης καρδιαγγειακή νόσο, επεσήμανε ο κύριος Παρίσης, γεγονός που οφείλεται κυρίως στην επιδείνωση των συνηθειών των ανθρώπων όσον αφορά τον τρόπο ζωής και στη γήρανση του πληθυσμού.

Η καρδιακή ανεπάρκεια είναι μια νόσος με αρκετά αυξημένη θνητότητα, πρόσθεσε ο ομιλητής, καθώς πρακτικά οι μισοί ασθενείς αποβιώνουν εντός της πρώτης πενταετίας από τη διάγνωση, παρά τις σημαντικές προόδους που έχουν επιτευχθεί τόσο στη φαρμακευτική, όσο και στην παρεμβατική θεραπεία των ασθενών.

Τα τελευταία χρόνια, η νόσος συνδέεται και με ιδιαίτερα υψηλά ποσοστά εισαγωγών στο νοσοκομείο. Η καρδιακή ανεπάρκεια αποτελεί το πιο συχνό αίτιο νοσηλείας σε ασθενείς άνω των 65 ετών στις ανεπτυγμένες χώρες, με το χρόνο νοσηλείας ανά επεισόδιο να κυμαίνεται από 5 έως 10 ημέρες. Η παρατεταμένη νοσηλεία συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο θανάτου και επιδείνωσης της καρδιακής ανεπάρκειας που οδηγεί σε επανεισαγωγές. Στην Ευρώπη, τα ποσοστά επανεισαγωγής κυμαίνονται από 24% στις 12 εβδομάδες έως 44% στο 1 έτος μετά το εξιτήριο.

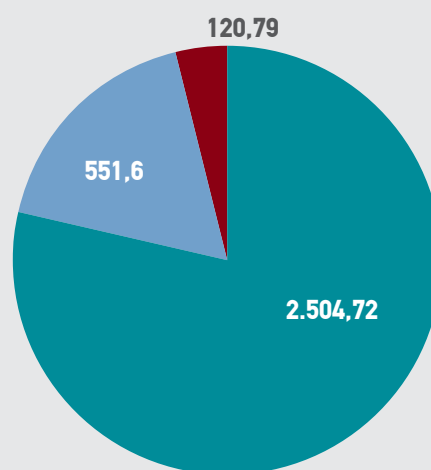
Η καρδιακή ανεπάρκεια προκαλεί σημαντική οικονομική επιβάρυνση στην κοινωνία. Στην Ευρώπη, το συνολικό κόστος της νόσου αντιστοιχεί στο 0,69-2,7% των συνολικών δαπανών υγείας, με τις εισαγωγές στο νοσοκομείο να ευθύνονται για το 60-70% του άμεσου κόστους. Τα έμμεσα κόστη αντιστοιχούν σε περίπου 40% των συνολικών σχετικών με την καρδιακή ανεπάρκεια δαπανών.

Επίδραση τόσο στην πρόγνωση όσο και στο κόστος έχουν ορισμένοι δείκτες της νόσου, οι οποίοι επηρεάζουν τη διάρκεια νοσηλείας ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια και πρέπει, επομένως, να αξιοποιηθούν. Για να γίνει όμως αυτό, απαιτείται η δημιουργία κέντρων καρδιακής ανεπάρκειας και καλύτερη εκπαίδευση των γιατρών, ακόμη και στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, επεσήμανε ο κύριος Παρίσης. Ασφαλώς, συμπλήρωσε, καλύτερη διαχείριση των ασθενών και καλύτερη επιβίωση μπορεί να επιτευχθεί σε εξειδικευμένα ιατρεία καρδιακής ανεπάρκειας.

Η αντιμετώπιση της νόσου σήμερα γίνεται με αποτελεσματικό, ως προς το κόστος, τρόπο, με φάρμακα όπως η ιβαπραδίνη, αλλά γίνονται έρευνες και για νέες θεραπείες που θα μειώσουν περαιτέρω τις εισαγωγές σε νοσοκομείο. Σε επιλεγμένους ασθενείς με προχωρημένη νόσο προτείνεται πλέον, ως τελική θεραπεία, η συσκευή υποβοήθησης αριστερής κοιλίας, η οποία συνδέεται με καλή επιβίωση.

ΚΟΣΤΟΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΓΙΑ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ: ΜΕΛΕΤΗ ΣΕ ΕΝΑ ΚΕΝΤΡΟ

Μέσο κόστος ανά ασθενή: €3.177,12



Parissis J et al., Int J Cardiol 2014

Εικόνα 26: Αποτίμηση του κόστους ενός επεισοδίου ενδονοσοκομειακής νοσηλείας για καρδιακή ανεπάρκεια στο Νοσοκομείο «Αττικόν».

Η καρδιακή ανεπάρκεια προκαλεί σημαντική οικονομική επιβάρυνση και στο ελληνικό σύστημα κοινωνικής ασφάλισης και στην οικονομία της χώρας, κυρίως λόγω των συχνών, μεγάλης διάρκειας και δαπανηρών νοσηλείων (Εικόνα 26).

Σύμφωνα με τα διαθέσιμα στοιχεία, οι ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια χρειάζονται πολύ συχνά ενδο-νοσοκομειακή νοσηλεία και έχουν υψηλή ετήσια θνητότητα, χειρότερη από αρκετούς τύπους καρκίνου, σημείωσε ο κύριος Παρίσης. Πρόκειται για μια σοβαρή και απειλητική για τη ζωή νόσο, και η ελληνική πολιτεία θα έπρεπε να την αντιμετωπίζει, όσον αφορά στην αποζημίωση, όπως τον καρκίνο, συμπλήρωσε, καθώς κάτι τέτοιο θα μπορούσε να οδηγήσει σε σημαντική εξοικονόμηση πόρων από τις νοσηλείες.

Η καλύτερη εκπαίδευση γιατρών και ασθενών με στόχο τη βελτιωμένη συμμόρφωση με τις κατευθυντήριες οδηγίες και τη φαρμακευτική αγωγή, οι νέες καινοτόμες θεραπείες, καθώς και η έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση των καρδιαγγειακών παραγόντων κινδύνου θα μπορούσαν να μειώσουν σημαντικά την επιβάρυνση της νόσου, κατέληξε ο κύριος Παρίσης.

Στην ερώτηση σχετικά με το πόσα ιατρεία καρδιακής ανεπάρκειας υπάρχουν στη χώρα μας και σε ποιο στάδιο θα πρέπει να απευθύνονται οι ασθενείς σε αυτά, ο κύριος Παρίσης απάντησε ότι, δυστυχώς, τα ιατρεία αυτά είναι λίγα. Ωστόσο, τα τελευταία χρόνια, γίνεται προσπάθεια να δημιουργηθεί ένα ηλεκτρονικό δίκτυο καρδιακής ανεπάρκειας, όπου θα καταχωρίζονται στοιχεία για τους ασθενείς από πολλά νοσοκομεία της περιφέρειας, κάτι που δεν υπήρχε μέχρι σήμερα στην Ελλάδα. Όσο για το ποιοι ασθενείς θα χρειαστούν τις υπηρεσίες των ιατρείων αυτών, μεγάλη σημασία έχει το λειτουργικό στάδιο του ασθενούς. Για παράδειγμα, όταν ο ασθενής φθάσει σε λειτουργική κλάση III, εξήγησε, θα πρέπει να αντιμετωπιστεί από νοσοκομειακό γιατρό, καθώς μπορεί να οδηγηθεί σε προχωρημένη καρδιακή ανεπάρκεια και να χρειαστεί πιο παρεμβατικές θεραπείες. Σε λειτουργική κλάση I και II, ο ασθενής μπορεί να αντιμετωπίζεται από ιδιώτη γιατρό, ο οποίος, σε συνεργασία με το ιατρείο καρδιακής ανεπάρκειας, θα προσπαθήσει να τον διατηρήσει στη λειτουργική κλάση που βρίσκεται.

Ερωτηθείς σχετικά με την αποδοτικότητα του δικτύου διασύνδεσης των κεντρικών με τα περιφερειακά νοσοκομεία προκειμένου να υπάρχει καλύτερη οργάνωση και συντονισμός στη διαχείριση χρόνιων νόσων, ο κύριος Παρίσης απάντησε ότι, πριν από την ηλεκτρονική καταγραφή που ξεκίνησε πρόσφατα, είχε δημιουργηθεί ένα μητρώο που συνέδεσε επιλεγμένα νοσοκομεία με ιδιώτες γιατρούς της περιοχής, με αμοιβαία ανταλλαγή απόψεων και ασθενών, ανάλογα με τις ανάγκες της νόσου των τελευταίων. Τα πρώτα αποτελέσματα της προσπάθειας αυτής αναμένονται σύντομα και μπορούν να βοηθήσουν στην ανάδειξη της βέλτιστης στρατηγικής για τη διασύνδεση όχι μόνο των νοσοκομείων μεταξύ τους, αλλά και με την ιδιωτική περίθαλψη, σημείωσε ο ομιλητής.

Ο **Αλέξιος Σωτηρόπουλος**, Παθολόγος-Διαβητολόγος, ΓΝ Νίκαιας-Πειραιά, MD, PhD, ξεκίνησε την ομιλία του κάνοντας σύντομη ιστορική αναδρομή και αναφέροντας πως, σύμφωνα με τις παγκόσμιες προβλέψεις, εκτιμάται ότι ο διαβήτης θα αυξηθεί κατά 55% από το 2007 έως το 2025. Ο επιπολασμός του σακχαρώδη διαβήτη 2 είναι υψηλός και στην Ελλάδα, υπογράμμισε, καθώς, σύμφωνα με μελέτη της Ελληνικής Διαβητο-

γικής Εταιρείας που πραγματοποιήθηκε το 2014, εκτιμάται ότι ανέρχεται σε 11%.

Όπως επεσήμανε ο ομιλητής, τα άτομα υψηλού κινδύνου για εμφάνιση σακχαρώδη διαβήτη πρέπει να ελέγχονται με γλυκόζη πλάσματος νηστείας και με καμπύλη ανοχής στη γλυκόζη εάν οι τιμές τους βρίσκονται στην «γκρίζα ζώνη». Στη χώρα μας, συνέχισε, έχουμε υψηλά ποσοστά προδιαβητικών, οι οποίοι είναι σημαντικό να εντοπίζονται, ούτως ώστε με παρεμβάσεις στον τρόπο ζωής -έλεγχος βάρους, διατροφή, άσκηση- να προλαμβάνεται ο σακχαρώδης διαβήτης και να μειώνονται οι επιπλοκές του, οι οποίες ξεκινούν νωρίς στην εξέλιξη της νόσου.

Η ρύθμιση του σακχαρώδη διαβήτη 2 αποτελεί πρόκληση παγκοσμίως και στη χώρα μας (Εικόνα 27), καθώς λιγότεροι από τους μισούς ασθενείς είναι ρυθμισμένοι, με αποτέλεσμα την αύξηση των επιπλοκών της νόσου και, αντίστοιχα, των δαπανών για την αντιμετώπισή τους. Όσον αφορά το κόστος αντιμετώπισης του σακχαρώδη διαβήτη, το 93% αφορά τις επιπλοκές του, ενώ ένα πολύ μικρό μέρος αφορά τα φάρμακα.

Από τη διεθνή βιβλιογραφία προκύπτει ότι η ρύθμιση του διαβήτη επιδρά στο κόστος της νόσου, μέσω της μείωσης των αναγκών παρακολούθησης των ασθενών και του περιορισμού της συχνότητας εμφάνισης των επιπλοκών. Κυρίαρχο ρόλο στην επίτευξη του γλυκαιμικού στόχου (ρύθμιση) διαδραματίζει η συμμόρφωση του ασθενή στην προτεινόμενη θεραπευτική αγωγή, ενώ από τους βασικούς παράγοντες που επιδρούν αρνητικά στη συμμόρφωση των ασθενών είναι το κόστος της θεραπείας. Η προσπάθεια μετακύλισης ενός ποσοστού του κόστους στον ασθενή, ως μέτρο για τη συγκράτηση της φαρμακευτικής δαπάνης, σε αρκετές περιπτώσεις αποδεικνύεται πως λειτουργεί αντίστροφα, καθώς δημοσιευμένες μελέτες τεκμηριώνουν ότι το κόστος της φαρμακευτικής θεραπείας αποτελεί σημαντικό εμπόδιο πρόσβασης στην ιατροφαρμακευτική περίθαλψη.

ΣΤΟΧΟΙ ΓΙΑ ΤΗ ΡΥΘΜΙΣΗ ΤΗΣ HbA1C ΚΑΙ ΠΟΣΟΣΤΑ ΑΡΡΥΘΜΙΣΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Το 54% των ατόμων με ΣΔτ2 στην Ελλάδα θεωρούνται αρρυθμιστά (HbA1c <7,0%)



Athanasakis K. et al., Diabetes Medicine 2010; 27:679-684
Liatis et al., Exp Clin Endocrinol Diabetes 2009

Εικόνα 27: Η ρύθμιση του σακχαρώδη διαβήτη αποτελεί πρόκληση και στην Ελλάδα.

Οι σημαντικότερες προκλήσεις στην αντιμετώπιση του σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, επεσήμανε ο ομιλητής, είναι η μείωση της συχνότητας της νόσου (έγκαιρος εντοπισμός των ασθενών με προδιαβήτη), η ορθολογική εξατομίκευση στόχων και θεραπείας, η σύζευξη της βελτίωσης της υπεργλυκαιμίας με μείωση της καρδιαγγειακής νοσηρότητας και θνησιμότητας, η επίτευξη ευγλυκαιμίας χωρίς υπογλυκαιμίες και χωρίς αύξηση (ή με μείωση) του σωματικού βάρους, καθώς και η αναστολή της εξελικτικής επιδείνωσης της νόσου (αποτελεσματική αντιμετώπιση).

Ο κύριος Σωτηρόπουλος παρατήρησε ότι στην Ελλάδα δαπανώνται τα περισσότερα διαθέσιμα χρήματα για την αντιμετώπιση του διαβήτη στη νοσοκομειακή φροντίδα, ενώ η πρόληψη μένει στο περιθώριο. Σύμφωνα με πρόσφατη έκθεση του ΟΟΣΑ, η χώρα μας κατέχει την πρώτη θέση σε νοσοκομειακή δαπάνη, ενώ ταυτόχρονα βρίσκεται στην τελευταία θέση στις επενδύσεις για πρόληψη, στην οποία διαθέτει το 3% των συνολικών πόρων, τη στιγμή που ο μέσος ευρωπαϊκός όρος είναι 6%. Επιπλέον, η χώρα μας παρουσιάζει σημαντική υστέρηση στις εξωνοσοκομειακές δαπάνες, κατέχοντας την προτελευταία θέση. Παρόμοια επίδοση έχουμε και στη μακροχρόνια φροντίδα υγείας, για την οποία διαθέτουμε μόλις το 1% των πόρων, όταν ο μέσος ευρωπαϊκός όρος είναι 10%, επεσήμανε ολοκληρώνοντας την ομιλία του ο κύριος Σωτηρόπουλος.

Ο **Γεώργιος Στεργίου**, Καθηγητής Παθολογίας-Υπέρτασης, Κέντρο Υπέρτασης STRIDE-7, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Γ' Παθολογική Κλινική, Νοσοκομείο «Σωτηρία», τόνισε ότι η υπέρταση, το συχνότερο χρόνιο πρόβλημα στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, έχει μεγάλη σημασία για τον κλινικό γιατρό, καθώς αποτελεί ισχυρό και τροποποιήσιμο παράγοντα κινδύνου για καρδιαγγειακά νοσήματα. Η υπέρταση, τόνισε ο ομιλητής, πλήττει περίπου το 30% των ενηλίκων και το 50% των ηλικιωμένων, και ευθύνεται για το 50% των καρδιοπαθειών, εγκεφαλικών και περιπτώσεων καρδιακής ανεπάρκειας, το 13% του συνόλου των θανάτων, αλλά και το 40% των θανάτων στους διαβητικούς ασθενείς.

Τα ποσοστά ρύθμισης της υπέρτασης είναι χαμηλά στη χώρα μας, όπως και στις περισσότερες χώρες του κόσμου. Στον Καναδά έχουν επιτευχθεί τα καλύτερα ποσοστά ρύθμισης, με πάνω από το 50% των υπερτασικών ασθενών να έχουν καλή ρύθμιση, ανέφερε ο κύριος Στεργίου. Όσον αφορά το κόστος, το 10% των δαπανών για την υγεία σχετίζεται με την υπέρταση και τις επιπλοκές της.

Στην Ευρώπη, ένας στους δύο πεθαίνει από καρδιαγγειακό νόσημα, υπογράμμισε ο κύριος Στεργίου, συχνότητα που δείχνει πόσο σημαντικοί είναι οι τροποποιήσιμοι παράγοντες που αυξάνουν τον καρδιαγγειακό κίνδυνο, μεταξύ των οποίων και η υπέρταση. Θα πρέπει να σημειωθεί επίσης, συμπλήρωσε ο ομιλητής, ότι στη χώρα μας η επίπτωση των καρδιαγγειακών επεισοδίων έχει αυξηθεί σε σύγκριση με τις προηγούμενες δεκαετίες, ενώ σε χώρες της δυτικής και βόρειας Ευρώπης, στη Βόρειο Αμερική και στην Ιαπωνία έχει μειωθεί.

Επιπλέον, υπογράμμισε ο κύριος Στεργίου, στην παρούσα δυσμενή οικονομική συγκυρία, ο κίνδυνος για καρδιαγγειακά νοσήματα έχει αυξηθεί ακόμη περισσότερο, καθώς η κρίση αποτελεί ανεξάρτητο παράγοντα καρδιαγγειακού κινδύνου, με τα καρδιαγγειακά επεισόδια να αυξάνονται όσο μειώνεται το κατά κεφαλήν εισόδημα.

Δυστυχώς, συνέχισε ο ομιλητής, μέχρι σήμερα δεν υπήρχε καμία δημοσιευμένη μελέτη στην Ελλάδα που να δείχνει τι ακριβώς συμβαίνει στη χώρα μας με τα καρδιαγγειακά νοσήματα. Η πρώτη σχετική μελέτη, η Ε.ΜΕ.ΝΟ., ανέδειξε τα υψηλά ποσοστά παχυσαρκίας στη χώρα μας, τα οποία συνδέονται με αυξημένα ποσοστά υπέρτασης, δυσλιπιδαιμίας, διαβήτη και στεφανιαίας νόσου. Όσον αφορά την υπέρταση, η έρευνα έδειξε ότι 40% των υπερτασικών ασθενών παραμένουν αδιάγνωστοι, 15% έχουν διάγνωση αλλά δεν λαμβάνουν θεραπεία, 27% λαμβάνουν θεραπεία αλλά δεν είναι ρυθμισμένοι, και μόνο 18% λαμβάνουν θεραπεία και είναι καλά ρυθμισμένοι.

Σύμφωνα με μια θεωρητική πρόβλεψη, επεσήμανε ο ομιλητής, εφόσον οι παράγοντες κινδύνου παραμείνουν ως έχουν, έως το 2030 θα έχουμε 15-20% αύξηση στα καρδιαγγειακά επεισόδια. Στη χώρα μας, τόνισε, υπάρχει δραματική αύξηση των τροποποιήσιμων παραγόντων κινδύνου, η οποία αναμένεται να οδηγήσει σε ακόμη μεγαλύτερη «επιδημία» καρδιαγγειακής νόσου τα επόμενα χρόνια. Τα δεδομένα αυτά, συνέχισε, καθιστούν αναγκαία αφενός την ανάλυση καταμερισμού κινδύνου και πρόβλεψης του οφέλους επιλεκτικών παρεμβάσεων, αφετέρου το σχεδιασμό στοχευμένων στρατηγικών δημόσιας υγείας.

Η μεθοδολογία αντιμετώπισης της υπέρτασης, ανέφερε ο κύριος Στεργίου, είναι γνωστή, ωστόσο υπάρχει δυσκολία στη διάγνωσή της, με τη συνήθη μέτρηση της αρτηριακής πίεσης στο ιατρείο ή στο σπίτι να δίνει συχνά ψευδή αποτελέσματα ή να συγκαλύπτει περιπτώσεις. Η μέθοδος που προκρίνεται τελευταία για να τεθεί η διάγνωση της υπέρτασης είναι η 24ωρη καταγραφή της αρτηριακής πίεσης, την οποία υιοθετεί και ο βρετανικός οργανισμός NICE. Ωστόσο, αναζητούνται τρόποι να μειωθεί το κόστος αυτής της μεθόδου, ώστε να γενικευθεί η χρήση της.

Τέλος, ο ομιλητής αναφέρθηκε στις επιλογές θεραπείας και τη θεραπευτική στρατηγική που συνιστούν οι ευρωπαϊκές οδηγίες για τη ρύθμιση της υπέρτασης, οι οποίες, σημείωσε, είναι αρκετά περίπλοκες για τους μη ειδικούς γιατρούς της ΠΦΥ, καθώς και στη θεμελιώδη σημασία της πρόληψης, η οποία σχετίζεται κυρίως με την παχυσαρκία και τον σύγχρονο τρόπο ζωής.

Σε ερώτηση που ακολούθησε σχετικά με το κόστος της 24ωρης καταγραφής της αρτηριακής πίεσης, ο κύριος Στεργίου απάντησε ότι, κατ' αρχάς, τα ασφαλιστικά ταμεία στις περισσότερες χώρες δεν την αποζημιώνουν. Σε μοντέλα που χρησιμοποιούνται στα φαρμακεία, η 24ωρη καταγραφή στοιχίζει περίπου 40 ευρώ. Το κόστος των συσκευών είναι αδικαιολόγητα ακριβό και γίνονται προσπάθειες να συμπίεστεί, ώστε το κόστος της εξέτασης να πέσει κάτω από τα 40 ευρώ στην ΠΦΥ, συμπλήρωσε ο ομιλητής, κλείνοντας τη συνεδρία.

ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ

Διαχείριση και έλεγχος των μειζόνων χρόνιων νοσημάτων: Η περίπτωση της ηπατίτιδας C

Η πρόκληση της πρόσβασης των ασθενών στις νέες αποτελεσματικές θεραπείες.

Προεδρείο: Γεώργιος Παπαθεοδωρίδης, Ιωάννης Κοσκίνης

Ομιλητές: Σπήλιος Μανωλακόπουλος, Αντιμετώπιση χρόνιας ηπατίτιδας C

Γιώργος Καλαμίτσης, Θεραπεία άκρως αποτελεσματική - Πρόσβαση άκρως προβληματική

Βάνα Σύψα, Ηπατίτιδα C στην Ελλάδα: Επιδημιολογικά δεδομένα και προβλέψεις για το φορτίο της νόσου

Κώστας Αθανασάκης, Οικονομικά και πολιτική υγείας στην ηπατίτιδα C σήμερα: Ένας «ευχάριστος πονοκέφαλος» για το σύστημα υγείας

Ο Γαστρεντερολόγος, Αναπληρωτής Καθηγητής της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών, **Σπήλιος Μανωλακόπουλος**, ανέπτυξε στην ομιλία του την κλινική διάσταση της ηπατίτιδας C, αναφερόμενος αρχικά στην ανακάλυψη του ιού το 1990, ως αποτέλεσμα της τεράστιας προόδου που επιτεύχθηκε στη μοριακή βιολογία και τη βιοχημεία. Στη συνέχεια, παραθέτοντας συνοπτικά τα χαρακτηριστικά του ιού HCV, επεσήμανε ότι η λοίμωξη από τον HCV αποτελεί σοβαρό πρόβλημα δημόσιας υγείας, καθώς αφορά 170 εκ. ανθρώπους παγκοσμίως, με ορισμένες χώρες, όπως η Αίγυπτος, να εμφανίζουν ιδιαίτερα υψηλά ποσοστά λοίμωξης στον γενικό πληθυσμό.

Τα άτομα με χρόνια λοίμωξη από τον ιό της ηπατίτιδας C κινδυνεύουν να αναπτύξουν κίρρωση, ηπατική ανεπάρκεια και καρκίνο ήπατος 20-30 έτη μετά τη μόλυνση, ενώ, παρά την πρόοδο που έχει επιτευχθεί, οι νέες λοιμώξεις ανέρχονται σε περίπου 3-4 εκατομμύρια ετησίως. Στην Ελλάδα, οι φορείς του ιού ανέρχονται σε 150.000 άτομα περίπου, αντιστοιχώντας στο 1,9% του πληθυσμού. Ωστόσο, παρά τον αυξημένο αριθμό HCV ασθενών, μόνο ένας στους τέσσερις γνωρίζει ότι πάσχει από τη νόσο και ότι μπορεί να τη μεταδώσει. Αλλά και από τους ασθενείς που έχουν διάγνωση, μόνο οι μισοί περίπου λαμβάνουν θεραπεία.

Αφού αναφέρθηκε στους τρόπους μετάδοσης του ιού, ο κύριος Μανωλακόπουλος μίλησε για τους παράγοντες που επιδεινώνουν την εξέλιξη της χρόνιας HCV, την ασυμπτωματική, «σιωπηλή» πορεία της νόσου και τη μείωση της ποιότητας ζωής που επιφέρει η χρόνια ηπατίτιδα C.

Η διάγνωση είναι πολύ εύκολη, γρήγορη και διόλου ακριβή, καθώς συνίσταται σε μια απλή εργαστηριακή αιματολογική εξέταση. Αναφερόμενος στην εξέλιξη των θεραπευτικών σχημάτων στο πέρασμα του χρόνου, ο ομιλητής σημείωσε ότι κύριος στόχος της αντιικής αγωγής σήμερα είναι η ιολογική κάθαρση, δηλαδή

η μακροχρόνια ιολογική ανταπόκριση (SVR) που ορίζεται από τη μη ανιχνευσιμότητα του ιού στο αίμα 3 έως 6 μήνες μετά τη διακοπή της θεραπείας.

Το ευχάριστο είναι ότι οι νέες θεραπείες έχουν άριστο προφίλ ασφάλειας με ελάχιστες ανεπιθύμητες ενέργειες και είναι πολύ αποτελεσματικές. Το πρόβλημα ωστόσο, συνέχισε ο ομιλητής, είναι το υψηλό κόστος τους, το οποίο οδήγησε στην εφαρμογή κριτηρίων για τη χορήγησή τους. Η πρόκληση που καλούμαστε να αντιμετωπίσουμε σήμερα, κατέληξε ο κύριος Μανωλακόπουλος, δεν είναι η ιατρική διαχείριση του θέματος, αλλά η πρόσβαση των ασθενών στα νέα, ιδιαίτερα αποτελεσματικά φάρμακα.

Στη συνέχεια, το λόγο έλαβε ο Ψυχολόγος, Πρόεδρος του Συλλόγου Ασθενών Ήπατος Ελλάδος «Προμηθέας», **Γιώργος Καλαμίτσης**, ο οποίος αναφέρθηκε στην πρόσβαση των ασθενών στις νέες πολύ αποτελεσματικές θεραπείες του HCV. Τα φάρμακα αυτά έχουν προσελκύσει πολύ μεγάλο ενδιαφέρον, επεσήμανε ο ομιλητής, καθώς είναι τόσο αποτελεσματικά που προσφέρουν τη δυνατότητα να θεραπευθούν σχεδόν όλοι οι ασθενείς. Ωστόσο, συνέχισε, δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι οι ηπατίτιδες εξακολουθούν να αποτελούν μία από τις βασικότερες αιτίες θανάτου παγκοσμίως, συγκρινόμενες με άλλα λοιμώδη νοσήματα, όπως ο HIV, η φυματίωση και η ελονοσία. Αξίζει να σημειωθεί ότι ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ανακοίνωσε πρόσφατα πως, αν αθροιστούν οι θάνατοι από την ηπατίτιδα B και C, είναι περισσότεροι από τους θανάτους από τον HIV ([Εικόνα 28](#)). Το γεγονός αυτό καταδεικνύει ότι η ηπατίτιδα αποτελεί πολύ σοβαρό πρόβλημα δημόσιας υγείας, η αντιμετώπιση του οποίου απαιτεί ολιστική προσέγγιση και όχι μεμονωμένες προσπάθειες.

Στη σύγκριση που γίνεται συχνά του HCV με τον HIV, υπογράμμισε ο κύριος Καλαμίτσης, ο HIV διαθέτει το πλεονέκτημα ότι συνοδεύεται από ένα συναισθηματικό και αξιακό φορτίο που υποχρεώνει τις κυβερνήσεις

ανά τον κόσμο να ασχοληθούν με την αντιμετώπισή του, με αποτέλεσμα μεγαλύτερες χρηματοδοτήσεις σε σύγκριση με την ηπατίτιδα C.

Στην Ελλάδα, συνέχισε ο ομιλητής, η αντιμετώπιση του HIV είναι πολύ καλή, με καθολική κάλυψη των οροθετικών ασθενών και μηδενική συμμετοχή στα φάρμακα. Στην ηπατίτιδα, αν και η συμμετοχή στα φάρμακα είναι μηδενική, η πρόσβαση των ασθενών σε αυτά δεν είναι δυστυχώς καθολική, παρά το γεγονός ότι οι ετήσιοι θάνατοι από τη νόσο υπερβαίνουν κατά πολύ αυτούς από HIV.

Η ανακάλυψη των νέων τόσο αποτελεσματικών φαρμάκων, που υπόσχονταν θεραπεία για σχεδόν όλους τους ασθενείς σε μικρό χρονικό διάστημα, δημιούργησε αρχικά αισθήματα ευφορίας στην κοινότητα των ασθενών. Αυτά, όμως, γρήγορα υποχώρησαν, καθώς στη συνέχεια ο ΕΟΠΥΥ έθεσε τέτοιους περιορισμούς στην πρόσβαση των ασθενών στις νέες θεραπείες, που αυτές θα μπορούσαν να θεωρηθούν «παρηγορητικού χαρακτήρα».

Ο κύριος Καλαμίτης ήταν ιδιαίτερα επικριτικός όσον αφορά την εφαρμογή κριτηρίων για τη χορήγηση των νέων θεραπειών από τον ΕΟΠΥΥ, τα οποία όπως τόνισε είναι αμφιλεγόμενα και στερούνται επιστημονικού υπόβαθρου· αλλά και όσον αφορά την τήρηση των κριτηρίων αυτών από τον ΕΟΠΥΥ, καθώς υπάρχουν αρκετές καταγγελίες στο Σύλλογο για αδικαιολόγητες απορρίψεις ασθενών που εντάσσονται στα κριτήρια αυτά.

Ωστόσο, υπάρχουν και ασθενείς που αντιμετωπίζουν επιπλέον περιορισμούς στην πρόσβασή τους στη θεραπεία. Έχουν γίνει αρκετές καταγγελίες από ασθενείς που έχουν απωλέσει την ασφαλιστική τους κάλυψη, αλλά και από ασθενείς με ασφαλιστική κάλυψη πρόνοιας, σύμφωνα με τις οποίες, ενώ η νομοθεσία τους επιτρέπει την πρόσβαση στις θεραπείες και εμπίπτουν στα κριτήρια του ΕΟΠΥΥ, η διαδικασία δεν προχωράει ώστε να πάρουν τα φάρμακα που χρειάζονται, λόγω ελλειπών ενημέρωσης των θεραπόντων ιατρών.

Το κόστος σε καιρό κρίσης αποτελεί φυσικά τεράστιο εμπόδιο, επεσήμανε ο ομιλητής, ωστόσο η σχέση αποτελεσματικότητας-κόστους των νέων θεραπειών είναι δεδομένη. Για να υπάρξει λύση, πρέπει να υπάρξει πολιτική βούληση, τόνισε ο κύριος Καλαμίτης. Και ανέφερε ότι άλλες χώρες που αντιμετωπίζουν επίσης

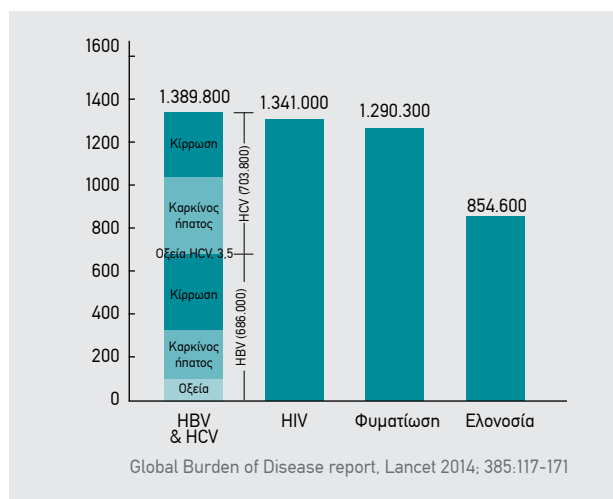
οικονομικά προβλήματα διαπραγματεύθηκαν με τη φαρμακοβιομηχανία επιτυγχάνοντας καλύτερες τιμές, με αποτέλεσμα να βελτιώσουν σημαντικά την πρόσβαση των ασθενών στις νέες θεραπείες.

Η Επίκουρη Καθηγήτρια Επιδημιολογίας και Προληπτικής Ιατρικής του ΕΚΠΑ, **Βάνα Σύψα**, μίλησε για το φορτίο και την επίπτωση της νόσου, αναφέροντας ότι ένας από τους κύριους λόγους που η ηπατίτιδα C συνεχίζει να αποτελεί θέμα συζήτησης είναι το ότι, αν και η μετάδοση μέσω μετάγγισης έχει περιοριστεί επιτυχώς στις ανεπτυγμένες χώρες, η αργή εξέλιξη της νόσου έχει ως αποτέλεσμα αυξημένο αριθμό ασθενών με κίρρωση και καρκίνο, αλλά και θανάτων, ενώ η μετάδοση του ιού συνεχίζεται αμείωτη σε Χρήστες Ενδοφλέβιων Ναρκωτικών (ΧΕΝ). Ο κυριότερος, ωστόσο, λόγος είναι το ότι, παρά τις νέες αποτελεσματικές θεραπείες, υπάρχουν ακόμη σημαντικοί φραγμοί στη διάγνωση και στη θεραπεία των ασθενών (Εικόνα 29).

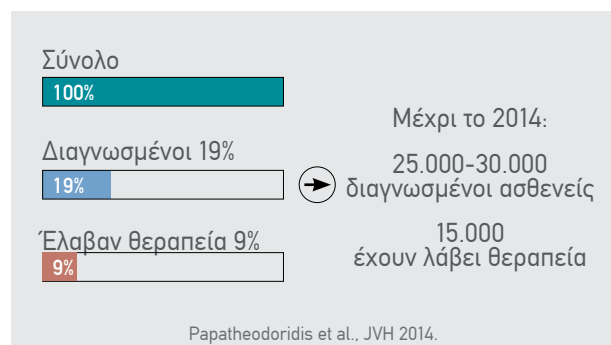
Στην Ελλάδα, εκτιμάται ότι υπάρχουν περίπου 150.000 ασθενείς με χρόνια ηπατίτιδα C, σημείωσε η ομιλήτρια, αριθμός στον οποίο προστίθενται 3.700 νέες λοιμώξεις ετησίως. Ο επιπολασμός της νόσου στη χώρα μας, πρόσθεσε η κυρία Σύψα, είναι σχετικά υψηλός σε σχέση με άλλες ευρωπαϊκές χώρες, ενώ εκτιμάται ότι 7 στις 10 νέες διαγνώσεις ηπατίτιδας C το διάστημα 1992-2004 αφορούσαν ΧΕΝ. Ο επιπολασμός της νόσου στους χρήστες έχει αυξηθεί πολύ κατά την τελευταία δεκαετία, με το 70% των χρηστών να μολύνονται από τον ιό μέσα στα πρώτα δύο χρόνια ενδοφλέβιας χρήσης.

Στη συνέχεια, η ομιλήτρια αναφέρθηκε στα χαρακτηριστικά των ασθενών στην Ελλάδα και στην κατανομή των γονοτύπων του ιού: τα επόμενα χρόνια στη χώρα μας αναμένεται να είναι κυρίαρχος ο γονότυπος 3, που συνδέεται με τη μετάδοση μέσω ενδοφλέβιας χρήσης ναρκωτικών. Το προφίλ της επιδημίας στην Ελλάδα χαρακτηρίζεται από συνεχιζόμενη μετάδοση σε χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών, υψηλό ποσοστό ασθενών με προχωρημένο στάδιο ίνωσης F3-F4 (32%), και μεγάλο ποσοστό αδιάγνωστων περιπτώσεων και διαγνωσμένων ασθενών που δεν έχουν λάβει θεραπεία.

Το μελλοντικό φορτίο της νόσου εξαρτάται από τις νέες μολύνσεις (επίπτωση), αλλά και τη θεραπεία (ποια θα είναι η αποτελεσματικότητα των θεραπειών στο μέλλον, και πόσοι ασθενείς θα διαγνωστούν και θα λάβουν θεραπεία), τόνισε η κυρία Σύψα. Οι προβλέψεις σχετικά με τη θεραπεία εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από την παράμετρο της θεραπευτικής κάλυψης των ασθενών, η οποία δεν μπορεί να εκτιμηθεί παρά μόνο με βάση υποθετικά σενάρια. Σύμφωνα με τα σενάρια αυτά, οι νέες θεραπείες σε συνδυασμό με αρκετά διευρυμένη θεραπευτική κάλυψη θα μπορούσαν



Εικόνα 28: Θάνατοι από HCV, HBV, HIV, φυματίωση και ελονοσία παγκοσμίως, το 2013.



Εικόνα 29: Διάγνωση και θεραπεία του HCV στην Ελλάδα.

να οδηγήσουν σε σημαντική μείωση των περιστατικών κίρρωσης, αλλά και των θανάτων από ηπατίτιδα C.

Οι στόχοι του WHO για την ηπατίτιδα B και C περιλαμβάνουν, αφενός, μείωση στον αριθμό νέων μολύνσεων κατά περίπου 90% μέχρι το 2030, αφετέρου, μείωση της θνησιμότητας κατά 65% – στόχος που προϋποθέτει, όμως, μια πολύ διευρυμένη θεραπευτική κάλυψη. Προκειμένου να επιτευχθούν αυτοί οι στόχοι του WHO, τόνισε η κυρία Σύψα, είναι απαραίτητες οι παρεμβάσεις στον πληθυσμό των ΧΕΝ για τον περιορισμό της μετάδοσης (αυξημένη διανομή συρίγγων), η αύξηση της διάγνωσης (κατά 90% κατά τον WHO) και η μείωση των φραγμών στην πρόσβαση στη θεραπεία (ο στόχος που έχει τεθεί από τον WHO είναι το 2030 να λαμβάνει θεραπεία το 80% των ασθενών).

Τον κύκλο των ομιλιών της Στρογγυλής Τράπεζας έκλεισε ο Επιστημονικός Συνεργάτης του Τομέα Οικονομικών της Υγείας της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας, **Κώστας Αθανασάκης**, ο οποίος αναφέρθηκε στα οικονομικά δεδομένα και στο έδαφος άσκησης πολιτικής. Ο κύριος Αθανασάκης εξήγησε ότι οι νέες αγωγές της ηπατίτιδας C έχουν δημιουργήσει ένα πρωτόγνωρο ζήτημα στα οικονομικά και την πολιτική υγείας, καθώς, λόγω της αποτελεσματικότητάς τους στην ίαση ενός χρόνιου νοσήματος, έχουν αποδειχθεί οικονομικά αποδοτικές. Η υψηλή, όμως, ζήτηση δεν επιτρέπει στους περιορισμένους προϋπολογισμούς υγείας να ανταποκριθούν άμεσα.

Αφού αναφέρθηκε στον ιδιαίτερα ενδιαφέροντα τρόπο που προσεγγίζει το NICE τις νέες θεραπείες για την ηπατίτιδα C, παρατήρησε ότι το πρόβλημα της αποζημίωσης των νέων θεραπειών απαντά και σε πολλές άλλες χώρες όπου τα συστήματα υγείας προσπαθούν να αντεπεξέλθουν παράγοντας επιστημονικό παράδειγμα. Το πρόβλημα που αντιμετωπίζουμε σήμερα με την ηπατίτιδα C αναμένεται να το αντιμετωπίσουμε στο μέλλον και σε άλλους τομείς, σε πολλά νοσήματα για τα οποία θα αποκτήσουμε πολύ καλές θεραπευτικές επιλογές, που, λόγω της δημογραφικής γήρανσης και της υψηλής ζήτησης, τα συστήματα υγείας θα δυσκολεύονται να παράσχουν.

Για τη βέλτιστη διαχείριση του νοσήματος και με το βλέμμα στραμμένο στο άμεσο μέλλον, χρειαζόμαστε ένα σχέδιο όσον αφορά τις προτεραιότητές μας για τη νόσο. Στο πλαίσιο αυτό, απαιτείται να υιοθετήσουμε πλουραλιστική προσέγγιση, να ενσωματώσουμε πραγματικά δεδομένα στη διαδικασία των αναλύσεων και των αποφάσεων, να κάνουμε προβλέψεις (κατά το δυνατό) για τα νέα κλινικά εργαλεία που θα εισέλθουν στην αγορά και, βεβαίως, να εστιάσουμε σε τυχόν ζητήματα ανισοτήτων στην πρόσβαση. Το θετικό είναι ότι προσπάθειες βελτίωσης της πρόσβασης των ασθενών στη θεραπεία καταβάλλονται και από την πλευρά των φαρμακευτικών εταιρειών, πρόσθεσε ο ομιλητής.

Η αντιμετώπιση της θεραπευτικής πρόσβασης στη χρόνια ηπατίτιδα C αποτελεί «γενική δοκιμή» των συστημάτων υγείας διεθνώς, για ζητήματα που θα αντιμετωπίσουν σε μεγαλύτερη κλίμακα στο μέλλον, υπογράμμισε ο κύριος Αθανασάκης. Οι μέχρι στιγμής αντιδράσεις είναι ενθαρρυντικές, αλλά πολλά απομένουν να γίνουν ακόμα, ίσως και σε κεντρικό επίπεδο, στο πλαίσιο της ΕΕ. Βασικός στόχος όλων είναι η έγκαιρη πρόσβαση στην κατάλληλη θεραπεία με όρους ισότητας, κάτι που θα μπορούσε να αποφέρει κλινικά αλλά και οικονομικά οφέλη.

Σε ερώτηση σχετικά με το συνολικό κόστος και τη διάρκεια της αντικής θεραπείας, ο κύριος Μανωλακόπουλος εξήγησε ότι η συνολική διάρκεια θεραπείας με τα καινούργια φάρμακα είναι 3 μήνες, αν και υπάρχουν ορισμένοι υποπληθυσμοί ασθενών που μπορεί να χρειαστούν και λιγότερο χρόνο. Η όλη θεραπεία είναι από του στόματος, με ένα, δύο ή τέσσερα δισκία, χωρίς χρήση ενέσιμης ιντερφερόνης. Η νέα θεραπεία είναι πολύ απλή, πολύ ασφαλής, πολύ σύντομη, και ουσιαστικά εκριζώνει τον ιό και επιφέρει ίαση. Όσον αφορά το κόστος, τα πολύ καινούργια φάρμακα, που διαθέτουμε εδώ και μερικούς μήνες, δεν έχουν ακόμη τιμολογηθεί και η τιμή τους υπολογίζεται με βάση τη νομοθεσία και τις τιμές που έχουν σε άλλες χώρες της ΕΕ. Τα ακριβώς προηγούμενα φάρμακα, τα οποία επίσης είναι καινούργια (καθώς οι εξελίξεις στον τομέα είναι τόσο γρήγορες που τα θεραπευτικά σχήματα αλλάζουν σχεδόν κάθε έξι μήνες), τα έχουμε στη διάθεσή μας εδώ και έναν χρόνο και κοστίζουν περίπου 35.000-45.000 ευρώ για τους τρεις μήνες θεραπείας.

Σε ερώτηση σχετικά με το τι θα πρότεινε να κάνει ένας ασθενής ο οποίος έχει αποκλειστεί λόγω κριτηρίων του ΕΟΠΥΥ από τη νέα αντική θεραπεία, ο κύριος Καλαμίτσας απάντησε πως, σε τέτοιες περιπτώσεις, ο Σύλλογος Ασθενών προτείνει στους ασθενείς να έχουν στενή συνεργασία με το γιατρό τους και να μην αποθαρρύνονται από μια αρνητική απάντηση, καθώς, αν διακόψουν κάθε θεραπεία, μπορεί να θέσουν σε κίνδυνο τη ζωή τους. Όσον αφορά τη νομοθετική ρύθμιση για την αυτοχρηματοδότηση της θεραπείας από κάποιους ασθενείς, ο κύριος Καλαμίτσας απάντησε ότι δεν υπάρχει δυνατότητα για κάτι τέτοιο στην Ελλάδα. Τους τελευταίους μήνες, βέβαια, έχει παρατηρηθεί ασθενείς σε απόγνωση να αγοράζουν γενόσημα μέσω του διαδικτύου από άλλες χώρες, τα οποία δεν γνωρίζουμε αν είναι εξίσου αποτελεσματικά. Σίγουρα, πάντως, οδηγούν σε οικονομική αφαίμαξη του ασθενή, καθώς το κόστος τους ανέρχεται στις 2.000-3.000 ευρώ.

Σε ερώτηση σχετικά με την αδικία που υφίσταται ο τालαιπωρούμενος ψυχικά και σωματικά ασθενής περιμένοντας τότε θα πέσει η τιμή και θα συμφωνήσει το κράτος προκειμένου να λάβει τη θεραπεία που χρειάζεται, ο κύριος Αθανασάκης απάντησε ότι σε μια διαδικασία κατανομής πόρων δεν υπάρχει δίκαιο και άδικο: κάθε θεραπεία που παρέχεται σε κάποιον σημαίνει στέρηση της θεραπείας από κάποιον άλλο. Αυτό θα συμβαίνει όσο υπάρχει οικονομικό πρόβλημα, το θέμα είναι να διασφαλίσει το σύστημα ότι αυτοί που έχουν την υψηλότερη προτεραιότητα, βάσει των κριτηρίων που έχουν τεθεί, θα είναι και οι πρώτοι που θα λάβουν θεραπεία. Σε ερώτηση του Προεδρείου αν (με τα σημερινά δεδομένα και υποθέτοντας ότι δεν υπήρχε ζήτημα διαπραγμάτευσης) έχει δοθεί στο Υπουργείο χρονοδιάγραμμα, όσον αφορά το κόστος και τον αριθμό των ασθενών, που θα μπορούσε να υιοθετηθεί, αλλά και αν υπάρχει κάποιος ουσιαστικά αρμόδιος για να παραλάβει κάτι τέτοιο, ο κύριος Αθανασάκης απάντησε ότι ενδεχομένως να είμαστε σε καλό δρόμο. Και αυτό γιατί ο ΕΟΠΥΥ, πριν από 6-7 μήνες περίπου, ζήτησε τη βοήθεια της ΕΣΔΥ, δηλαδή ενδιαφέρθηκε να τη συμβουλευθεί πάνω στο θέμα αυτό – κάτι που συνηθίζεται στο εξωτερικό αλλά όχι και στη χώρα μας. Ασφαλώς, ένα τέτοιο χρονοδιάγραμμα δεν είναι καθόλου δύσκολο να καταρτιστεί, αλλά απαιτεί πολλή δουλειά και δεν μπορούμε να το κάνουμε αν δεν μας ζητηθεί, κατέληξε ο κύριος Αθανασάκης.

ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ

Καρδιακή ανεπάρκεια: Αναζητώντας λύσεις για τον περιορισμό του φορτίου νοσηρότητας

Έγκαιρη διάγνωση, αξιοποίηση των δεικτών, κατάλληλη θεραπεία, χρηματοδότηση της έρευνας προτείνονται για τη μείωση του κόστους και της νοσηρότητας της Κ.Α.

Προεδρείο: Δημήτρης Λαζόπουλος

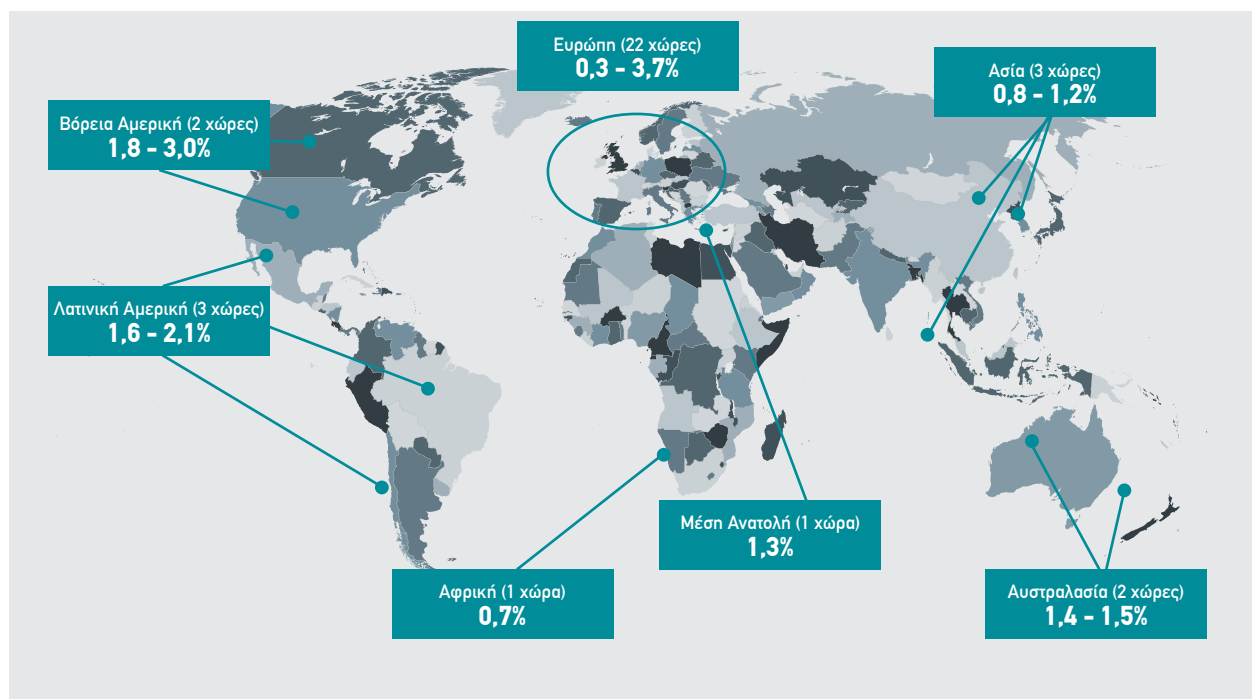
Ομιλητές: Χριστίνα Χρυσοχόου, Καρδιακή ανεπάρκεια. Τρόποι μείωσης κόστους επανανοσηλείων 
Κώστας Αθανασάκης, Τα οικονομικά της καρδιακής ανεπάρκειας στην Ελλάδα: Αναλύοντας το κόστος ανά επεισόδιο νοσηλείας και τους προσδιοριστικούς παράγοντες 

Στην παρουσίασή της, η **Χριστίνα Χρυσοχόου**, Επιμελήτρια Α' Καρδιολογίας, Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική ΙΓΝΑ, παρατήρησε ότι η καρδιακή ανεπάρκεια αποτελεί μία από τις πιο συχνές αιτίες νοσηλείας στις ανεπτυγμένες χώρες, καθώς απασχολεί το 1-2% του ενήλικα πληθυσμού και ο επιπολασμός της αυξάνει θεαματικά στην τρίτη ηλικία: ένα στα δέκα άτομα παρουσιάζει κάποια μορφή κλινικής ανεπάρκειας. Παρόλο που η θεραπεία με φάρμακα του νευροορμονικού άξονα έχει βελτιώσει σημαντικά την πορεία της καρδιακής ανεπάρκειας και η θνητότητα φαίνεται να έχει μειωθεί στο 50%, το κόστος, ειδικά κατά τους τελευταίους μήνες της ζωής του ασθενούς, έχει εκτοξευθεί και υπολογίζεται πως τα επόμενα χρόνια θα αυξηθεί, με σημαντικές επιπτώσεις, άμεσα και έμμεσα, στο κό-

στος υγείας ([Εικόνα 30](#)).

Αναλύσεις κόστους δείχνουν ότι η μερίδα του λέοντος ανήκει στη νοσηλεία, επομένως είναι απαραίτητο να περιοριστεί το κόστος των επανανοσηλείων. Για να συμβεί αυτό, το κόστος θα πρέπει να περιγραφεί βάσει παραμέτρων που σχετίζονται με τον ίδιο τον ασθενή, με το θεραπευτικό ίδρυμα και με το σύστημα υγείας.

Τα εργαλεία διάγνωσης της καρδιακής ανεπάρκειας δεν είναι πάντα αποτελεσματικά. Η χρήση βιοδεικτών, όπως τα νατριουρητικά πεπτίδια BNP και NT-proBNP, είναι πιο αποτελεσματική τόσο στη διάγνωση της καρδιακής ανεπάρκειας, ειδικά όταν και τα δύο είναι διαθέσιμα, όσο και στην παρακολούθηση της ανταπόκρισης του ασθενούς στη θεραπεία. Σύμφωνα με μελέ-



Εικόνα 30: Η καρδιακή ανεπάρκεια ευθύνεται για νοσηλείες, ως πρώτη διάγνωση, σε ποσοστό που αγγίζει σε κάποιες χώρες και το 4%.

τες, μια θεραπεία βασισμένη στο NT-proBNP, ειδικά σε ηλικίες κάτω των 75 ετών, είναι ικανή να μειώσει το κόστος της νοσηλείας, των ενδεχόμενων επισκέψεων στα εξωτερικά ιατρεία και των επανανοσηλείων, να αυξήσει το διάστημα μεταξύ δύο νοσηλείων, και να βελτιώσει τη νοσηρότητα και την επιβίωση του ασθενούς. Η αποτελεσματικότητα της συμβουλευτικής μετά την έξοδο από το νοσοκομείο φαίνεται πως δεν έχει αποδειχθεί, σε αντίθεση με τη συμμόρφωση στα φάρμακα και με τις παραμέτρους ποιότητας ζωής των ασθενών. Ειδικότερα, η συμμόρφωση στη θεραπεία, τόσο με β-αποκλειστές όσο και με νευροορμονική αγωγή, φαίνεται να ακολουθεί αύξουσα τάση (σήμερα στο 60%).

Πολύ σημαντικό για τον ασθενή με καρδιακή ανεπάρκεια είναι το ενημερωτικό σημείωμα εξόδου, που θα πρέπει να δίνει έμφαση στα σημεία που χρήζουν προσοχής, και θα παραπέμπει σε ιατρείο καρδιακής ανεπάρκειας και στην ιστοσελίδα του ασθενούς που προσφέρει η Ελληνική Καρδιολογική Εταιρεία.

Σχετικά με την τηλεϊατρική, πρόσφατη μελέτη έδειξε ότι αυτή είναι ικανή να μειώσει τη θνητότητα των 30 ημερών, αλλά όχι και τη θνητότητα μακροπρόθεσμα.

Όσο για τα δεδομένα που έχουν να κάνουν με τα θεραπευτικά ιδρύματα, αυτά δείχνουν ότι πρέπει να στοχεύσουμε στην επιμόρφωση των γιατρών με μικρότερη εμπειρία, σε μικρότερες θεραπευτικές μονάδες.

Καταλήγοντας, η κυρία Χρυσόχοου υπογράμμισε ότι έμφαση θα πρέπει να δοθεί στην καλή και έγκαιρη διάγνωση, την κατάλληλη προσέγγιση της θεραπείας και τη χρηματοδότηση της έρευνας.

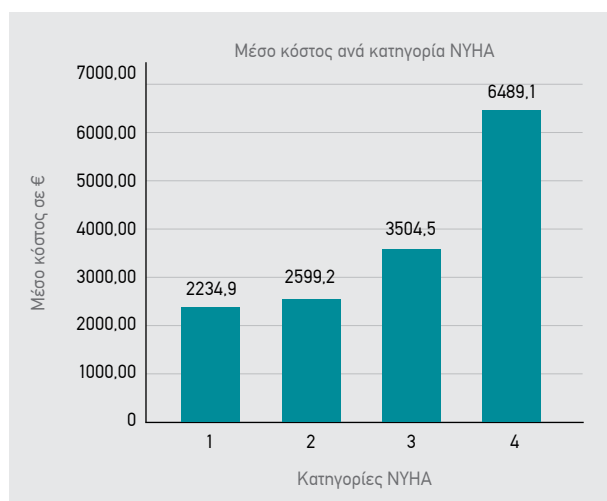
Τη σκυτάλη πήρε ο **Κώστας Αθανασάκης**, Επιστημονικός Συνεργάτης, Τομέας Οικονομικών της Υγείας, ΕΣ-ΔΥ, ο οποίος μίλησε για τα οικονομικά της καρδιακής ανεπάρκειας στην Ελλάδα. Ο ομιλητής επεσήμανε ότι τα ζητήματα νοσηλείων στην Ελλάδα συνεπάγονται και ζητήματα κόστους. Συγκεκριμένα, ομάδα ερευνητών, μεταξύ των οποίων και ο κύριος Αθανασάκης, πραγματοποίησε ανάλυση «κόστους της νόσου» χρησιμοποιώντας στοιχεία από το ΠΓΝ «Αττικόν» για 200 περίπου ασθενείς. Η ανάλυση αφορούσε ουσιαστικά το «κόστος επεισοδίου» βάσει δεικτών νοσηλείας. Τα στοιχεία κοστολογήθηκαν σύμφωνα με τους αντίστοιχους επίσημους καταλόγους τιμών κυρίως του ΕΟΠΥΥ.

Σύμφωνα με την καταγραφή, οι περισσότεροι ασθενείς ήταν άνδρες, που ανήκαν κυρίως στις κατηγορίες βαρύτητας νόσου NYHA II και III. Η μελέτη έδειξε ότι οι ημέρες νοσηλείας είναι κατά μέσον όρο 9,5 με στατιστικά σημαντικές διακυμάνσεις, ανάλογα με την κατηγορία βαρύτητας, ενώ τα βαρύτερα περιστατικά παραμένουν στο νοσοκομείο για 20 ημέρες. Το κόστος που μετρήθηκε ανά ασθενή, υπολογίζοντας τη νοσηλεία, τα φάρμακα και τις εργαστηριακές εξετάσεις, ήταν 3.177 ευρώ ανά επεισόδιο. Ενδιαφέρον είχε η ανάλυση των μεταβλητών, με τους κλινικούς δείκτες να εμφανίζουν στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα: η κατηγορία βαρύτητας της νόσου και το κλάσμα εξώθησης παίζουν μεγάλο ρόλο στη διακύμανση του κόστους. Στις μονοπαραγοντικές αναλύσεις, παρατηρήθηκε ότι οι ημέρες νοσηλείας έχουν επίπτωση στο κόστος· πολύ σημαντικός προσδιοριστικός παράγοντας του κόστους αναδείχθηκε το NT-proBNP, αλλά και κάποιοι κλινικοί παράγοντες, όπως η κρεατινίνη, ο ρυθμός και το κλάσμα εξώθησης. Τα πολυπαραγοντικά

μοντέλα, επίσης, έδειξαν με συνέπεια και με συστηματικό τρόπο ότι το NT-proBNP, η κρεατινίνη, αλλά και η κατηγορία NYHA επηρεάζουν στατιστικά σημαντικά το κόστος.

Τα δεδομένα από αυτή την οικονομική ανάλυση ήταν πολύ διαφωτιστικά και στο μέλλον μπορούν να αξιοποιηθούν για τη δημιουργία προγνωστικών μοντέλων σχετικά με το τι συνεπάγεται η παραμονή του ασθενούς στο νοσοκομείο, με βάση τις βασικές μεταβλητές κατά την εισαγωγή του, τόνισε ο κύριος Αθανασάκης. Πρόσθεσε, επίσης, ότι από την ομάδα της μελέτης ζητήθηκε μια οικονομική ανάλυση πάνω στο νέο πρότυπο που εισάγεται στις υπηρεσίες περίθαλψης, σύμφωνα με το οποίο ο ασθενής εξετάζεται στο σημείο επαφής με το σύστημα υγείας (συνήθως το σημείο αυτό είναι το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών).

Το NT-proBNP είναι ένας δείκτης που έχει βρεθεί ότι επηρεάζει την πρόγνωση του ασθενούς και έχει ήδη ενσωματωθεί στις κλινικές οδηγίες. Έτσι, η μελέτη διερεύνησε κατά πόσο η μέτρησή του και η αξιοποίηση του αποτελέσματος στην κλινική απόφαση θα είχε οικονομικό όφελος. Ο κύριος Αθανασάκης και οι συνεργάτες του δημιούργησαν ένα οικονομικό μοντέλο με τη μορφή «δέντρου αποφάσεων», βασίζοντας την κλινική απόφαση στη χρήση ή μη της τιμής του NT-proBNP. Ως προς το κόστος, έλαβαν τις τιμές του ΕΟΠΥΥ και χρησιμοποίησαν υπόδειγμα κλινικής διαχείρισης από ένα Experts' Panel. Βρήκαν ότι για ένα μέσο νοσοκομείο στην Ελλάδα, η χρήση του δείκτη στη διάγνωση και τη διαφοροδιάγνωση θα είχε πολλαπλά οφέλη όσον αφορά τις αποφευκθείσες νοσηλείες, τη μείωση της διάρκειας νοσηλείας και, κατά συνέπεια, του κόστους. Αναφορικά με το κόστος, αποδείχθηκε ότι, με τη χρήση του δείκτη, μειώνονται οι παρακλινικές εξετάσεις, το κόστος από την πρώτη νοσηλεία, καθώς και οι επανεισαγωγές, οι οποίες αποτελούν το μείζον πρόβλημα στην ΚΑ. Ο ομιλητής σημείωσε ότι η καλύτερη πρόγνωση χάρη στο δείκτη συνδέεται με μείωση των επανεισαγωγών. Συμπερασματικά, οι σχέσεις κόστους-αποτελεσματικότητας που προκύπτουν από την έρευνα δείχνουν ότι η εξέταση αυτή μπορεί να είναι αποδοτική.



Εικόνα 31: Το κόστος ανά επεισόδιο οξείας απορρύθμισης καρδιακής ανεπάρκειας στην Ελλάδα είναι σημαντικό και εξαρτάται από μια σειρά δημογραφικών/κλινικών δεδομένων.

Εξάλλου, το κόστος της ΚΑ έχει υπολογιστεί με μεγάλη ακρίβεια στην Ελλάδα, όλα τα ευρήματα της μελέτης επιβεβαιώνουν τη διεθνή βιβλιογραφία και συμφωνούν με τη γενικότερη τάση της διαχείρισης του νοσήματος ([Εικόνα 31](#)).

Τα αποτελέσματα μελετών των οικονομικών της υγείας θα πρέπει να αξιοποιούνται στην οικονομική διαχείριση από όλους, με δεδομένη τη στενότητα των πόρων, ήταν το συμπέρασμα του κυρίου Αθανασάκη. Οι γιατροί θα πρέπει να αναλάβουν επιπλέον καθήκοντα εκτός από τα θεραπευτικά, δηλαδή έναν διαχειριστικό ρόλο τόσο των ασθενών όσο και των κλινικών, παρατήρησε ο ομιλητής.

Ο προεδρεύων, κύριος **Δημήτρης Λαζόπουλος**, για να δώσει, όπως είπε, ένα αισιόδοξο μήνυμα στο τέλος της συνεδρίας, αναφέρθηκε σε μια έρευνα που έχει πραγματοποιηθεί στους κατοίκους της Ικαρίας, οι οποίοι

συγκатаλέγονται στους πληθυσμούς με επίπεδο επιβίωσης πάνω από τον μέσο όρο παγκοσμίως. Κάλεσε την κυρία Χρυσοχόου να παρουσιάσει μερικά συμπεράσματα της παραπάνω έρευνας, εν είδει συμβουλών προς αποφυγή της κακής ποιότητας ζωής. 1% του πληθυσμού της Ικαρίας είναι υπέργρηροι, άνω των 90 ετών, ενώ στην υπόλοιπη Ελλάδα και την Ευρώπη το αντίστοιχο ποσοστό είναι 0,3%, ανέφερε η κυρία Χρυσοχόου. Η ιδιαιτερότητα της Ικαρίας, που είναι απομονωμένο νησί, συνοψίζεται στο ότι αποτελεί μια εικόνα της Ελλάδας της δεκαετίας του 1960: οι άνθρωποι έχουν μάθει να ζουν «με λιγότερα και για λιγότερα», οπότε δεν υπάρχει στρες στην καθημερινότητα για την απόκτηση περισσότερων υλικών αγαθών· περπατούν πολύ και δεν χρησιμοποιούν αυτοκίνητο· η διατροφή τους περιλαμβάνει ό,τι παράγει η φύση κάθε εποχή του χρόνου. Γενικότερα, τρώνε και ζουν συννετά, και χαίρονται τη ζωή, τόνισε η κυρία Χρυσοχόου.

ΔΙΑΛΕΞΗ

Πρόγραμμα «ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΗΣ»: Παρέμβαση για την αντιμετώπιση της επιδημίας HIV/AIDS σε Χρήστες Ενδοφλέβιων Ναρκωτικών στην Αθήνα

Η στοχευμένη και επιστημονικά τεκμηριωμένη δράση στα δίκτυα των χρηστών της πρωτεύουσας αποδίδει καρπούς

Προεδρείο: Παναγιώτα Τουλούμη, Κώστας Αθανασάκης

Ομιλητής: Άγγελος Χατζάκης

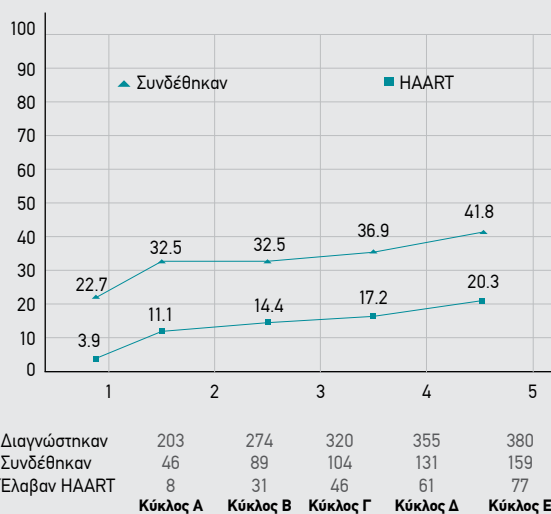
Στην ομιλία του ο **Άγγελος Χατζάκης**, Καθηγητής Επιδημιολογίας και Προληπτικής Ιατρικής, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ, αναφέρθηκε στο πρόγραμμα παρέμβασης για την αντιμετώπιση του HIV σε Χρήστες Ενδοφλέβιων Ναρκωτικών (XEN), που πραγματοποιήθηκε από τον Αύγουστο 2012 μέχρι και τον Δεκέμβριο 2013 στην Αθήνα. Η μελέτη χρηματοδοτήθηκε από το ΕΣΠΑ (2007-2013), και διεξήχθη από το Πανεπιστήμιο Αθηνών και τον ΟΚΑΝΑ, με την υποστήριξη του Συλλόγου Οροθετικών Ελλάδας «Θετική Φωνή», της ΜΚΟ PRAKSIS, της Ελληνικής Επιστημονικής Εταιρείας Έρευνας AIDS και Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων, και του ερευνητικού προγράμματος The Transmission Reduction Intervention Project (TRIP).

Τα πρώτα περιστατικά εκδηλώθηκαν τον Ιανουάριο του 2011, αλλά η επιδημία επιβεβαιώθηκε λίγο αργότερα, και τον Ιούλιο της ίδιας χρονιάς δηλώθηκε στο Early Warning System του EMCDDA από την τότε πρόεδρο του ΟΚΑΝΑ, κυρία Μένη Μαλλιώρη. Βασικό χαρακτηριστικό της επιδημίας, όπως περιγράφηκε ήδη από τον Σεπτέμβριο του 2011, ήταν τα πολλαπλά δίκτυα μετάδοσης, κάποια από τα οποία, μάλιστα, είχαν εισαχθεί από το εξωτερικό (Αφγανιστάν/Ιράν, Βουλγαρία/Ρουμανία). Ο «ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΗΣ» τέθηκε σε εφαρμογή τον Αύγουστο του 2012 και στόχευε, πρωτίστως, στον έλεγχο των XEN για anti-HIV στη μητροπολιτική περιοχή της Αθήνας, στην παροχή πρόληψης, θεραπείας και φροντίδας, όπως ορίζουν οι διεθνείς συστάσεις (WHO/UNODC/UNAIDS και EMCDDA/ECDC), και στη μείωση της επίπτωσης του HIV-1 στους XEN. Δευτερεύοντες στόχοι ήταν να εκτιμηθεί ο επιπολασμός του HIV σε XEN κατά τη διάρκεια του προγράμματος, να αποσαφηνιστούν τα επιδημιολογικά, δημογραφικά, συμπεριφορολογικά, κοινωνικά και ιολογικά χαρακτηριστικά της επιδημίας στους XEN στην Αθήνα, να περιγραφούν τα φυλογενετικά και κοινωνικά δίκτυά τους, και να βελτιωθεί η διασύνδεση των XEN με προγράμματα υποκατάστασης και κλινικές για τη φροντίδα τους.

Ο «ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΗΣ» είναι ένα συνδυασμένο πρόγραμμα (STTR) με στοιχεία πρωτογενούς, δευτερογενούς και τριτογενούς πρόληψης. Βασίστηκε στη μέθοδο

respondent driven sampling (RDS) και η διαδικασία είχε ως εξής: ο υποψήφιος εξεταζόταν για το αν πληρούσε τα κριτήρια συμμετοχής, και στη συνέχεια έδινε τη συγκατάθεσή του για συνέντευξη και λήψη αίματος. Στο τέλος, λάμβανε το πρωτογενές κίνητρο (5 ευρώ), καθώς και 3 αριθμημένα κουπόνια για την προσέλευση νέων υποψηφίων, σύριγγες, προφυλακτικά και ενημερωτικά φυλλάδια. Μετά από 3 ημέρες, ο χρήστης έπαιρνε τα αποτελέσματα του HIV test (με το κίνητρο των επιπλέον 3 ευρώ), και, εφόσον ήταν θετικός, παραπεμπόταν σε προγράμματα υποκατάστασης και σε μονάδες αντιρετροϊκής θεραπείας.

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΗΣ» ΣΩΡΕΥΤΙΚΗ ΑΝΑΛΟΓΙΑ ΧΡΗΣΤΩΝ



Εικόνα 32: Πολύ ικανοποιητικά ήταν τα αποτελέσματα του «ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΗ» ως προς τη σύνδεση με την περίθαλψη και την έναρξη αντιρετροϊκής θεραπείας.

Οι 5 κύκλοι του προγράμματος (Αύγουστος 2012 - Δεκέμβριος 2013) απέδωσαν πάνω από 7.000 ερωτηματολόγια και δείγματα αίματος, προερχόμενα από 3.320 μοναδικά άτομα, 263 από τα οποία συμμετείχαν και στους 5 κύκλους. Κατά μέσο όρο επρόκειτο για άνδρες χρήστες (85%), από το σύνολο της μητροπολιτικής περιοχής της Αθήνας, αρκετοί από τους οποίους (16%) ήταν μετανάστες. Περίπου ένας στους δύο είχε ιστορικό φυλακίσεων και πολλοί είχαν περάσει από προγράμματα υποκατάστασης, τα οποία όμως είχαν εγκαταλείψει. Κύρια ουσία χρήσης ήταν η ηρωίνη (πάνω από 80%). Ο επιπολασμός της λοίμωξης HIV/AIDS ήταν 15,1% και δεν άλλαξε στη διάρκεια των πέντε κύκλων του προγράμματος.

Οι παράγοντες κινδύνου μετάδοσης του HIV, που εξετάστηκαν σε δύο φάσεις, φαίνεται ότι συνδέονται με το νεαρό της ηλικίας, το χαμηλό επίπεδο μόρφωσης, την έλλειψη στέγης, το ιστορικό φυλάκισης, το μέγεθος του δικτύου με άλλους ΧΕΝ και τη συχνότητα χρήσης, κ.ά. Ειδικότερα, για τις γυναίκες, ο αριθμός των ερωτικών συντρόφων αύξανε σημαντικά τον κίνδυνο.

Από την καμπύλη επίπτωσης της νόσου, φαίνεται ότι, μετά την ολοκλήρωση του «ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΗΣ», η δήλωση νέων κρουσμάτων παραμένει χαμηλή.

Ο αριθμός αναπαραγωγής, που υπολογίστηκε με μεθόδο βασιζόμενη σε μοριακά δεδομένα, φαίνεται να έπεσε από το 3 σε επίπεδα χαμηλότερα της μονάδας.

Στη διάρκεια εφαρμογής του προγράμματος, παρατηρήθηκε ότι αυξήθηκε η χρήση ενδοφλέβιας κοκαΐνης, περιορίστηκε η ενδοφλέβια χρήση ήδη από τον δεύτερο κύκλο, περιορίστηκε αισθητά η κοινή χρήση συρρίγγων, ενώ η χρήση προφυλακτικού και άλλες παράμετροι της σεξουαλικής συμπεριφοράς έμειναν

αμετάβλητες. Όσον αφορά την οικονομική αποτελεσματικότητα του προγράμματος, ο «ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΗΣ» μείωσε την επίπτωση κατά 88% κι έγινε πρόληψη 2.000 λοιμώξεων. Σε 5 χρόνια, έγινε εξοικονόμηση €15 από φροντίδα και αντιρετροϊκή θεραπεία για κάθε €1 που δαπανήθηκε στην πρόληψη.

Εξαιρετικές ήταν και οι επιδόσεις του προγράμματος σε επίπεδο αποδοχής από τους χρήστες.

Συμπερασματικά, σημαντικό ρόλο για τον σωστό σχεδιασμό του προγράμματος έπαιξαν τα προκαταρκτικά δεδομένα. Η δειγματοληψία ήταν τέτοια που επιτύχανε τη γρήγορη ανταπόκριση και συμμετοχή των ΧΕΝ, ενώ η συμμετοχή σε 5 κύκλους όχι μόνο αύξησε τη συμμετοχή, αλλά και αναβάθμισε το πρόγραμμα σε προοπτική μελέτη. Στη διάρκεια του προγράμματος, η επίπτωση μειώθηκε κατά 78%-88%, επετεύχθη μείωση της ενέσιμης χρήσης υψηλού κινδύνου, αυξήθηκε η παροχή διαγνωστικού ελέγχου για HIV, βελτιώθηκε σημαντικά η σύνδεση με υπηρεσίες που προσφέρουν φροντίδα και θεραπεία για τον HIV (Εικόνα 32), αυξήθηκε η χρήση των υπηρεσιών υποκατάστασης οπιοειδών (OST) και μειώθηκε σημαντικά το μέγεθος των δικτύων κινδύνου. Από την άλλη, δεν αυξήθηκε η παροχή βελονών-συρίγγων (NSP), δεν παρατηρήθηκαν αλλαγές στη σεξουαλική συμπεριφορά υψηλού κινδύνου, και δεν βελτιώθηκε το πρόβλημα της έλλειψης στέγης μεταξύ των ΧΕΝ. Σύμφωνα με το UNAIDS, ο «ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΗΣ» αποτελεί παράδειγμα καλής πρακτικής για την αντιμετώπιση του HIV στους ΧΕΝ (World Aids Day, 2014, 2015).

Το πρόγραμμα θα μπορούσε να εφαρμοστεί και σε άλλα λοιμώδη νοσήματα, εφόσον ο πληθυσμός-στόχος είναι οικονομικά ευάλωτος, επεσήμανε απαντώντας σε σχετική ερώτηση ο κύριος Χατζάκης.

ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ

Πολιτική και διαχείριση του καρκίνου στην Ελλάδα: Το «ταξίδι» της ασθενούς με καρκίνο του μαστού

Η πρόσφατη έρευνα του Τομέα Οικονομικών της Υγείας της ΕΣΔΥ σε συνεργασία με τον Πανελλήνιο Σύλλογο Γυναικών με Καρκίνο Μαστού «Άλμα Ζωής» αποτυπώνει με ενάργεια τη σημερινή πραγματικότητα ως προς την αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού στη χώρα μας και προβληματίζει την ογκολογική κοινότητα.

Προεδρείο: Γιάννης Βαρθαλίτης, Κλεοπάτρα Γαβριλίδου

Ομιλήτριες: Βασιλική Τσιάντου, Το ταξίδι των γυναικών με καρκίνο του μαστού: Από τις πρώτες ενδείξεις έως τη διάγνωση 
Ελπίδα Πάβη, Καρκίνος μαστού: Ιχνηλατώντας τα μονοπάτια από τη διάγνωση στη θεραπεία 

Σχολιαστές: Χρίστος Παπαδημητρίου, Γιάννης Κυριόπουλος, Σοφία Νικολαΐδου

Η συνεδρία άνοιξε με την παρουσίαση της Εξωτερικής Συνεργάτιδας – Ερευνήτριας, του Τομέα Οικονομικών της Υγείας, ΕΣΔΥ, **Βασιλικής Τσιάντου**. Περιγράφοντας το θεωρητικό πλαίσιο της έρευνας «Το ταξίδι των γυναικών με καρκίνο του μαστού», που διεξήγαγε ο Τομέας Οικονομικών της Υγείας της ΕΣΔΥ σε συνεργασία με το «Άλμα Ζωής», η κυρία Τσιάντου παρατήρησε ότι ο καρκίνος του μαστού είναι ο πιο συχνός καρκίνος στον γυναικείο πληθυσμό και η πρώτη αιτία θανάτου από νεοπλασματική νόσο. Στην Ελλάδα, το 2012, αναφέρθηκαν 4.934 νέες περιπτώσεις καρκίνου του μαστού, ενώ το ίδιο έτος, παγκοσμίως, κατεγράφη αύξηση κατά 20% στον αριθμό των νέων περιστατικών και κατά 14% στη θνησιμότητα έναντι του 2008.

Σκοπός της έρευνας ήταν η αποτύπωση του ταξιδιού των γυναικών με καρκίνο του μαστού, από τη στιγμή της εμφάνισης των πρώτων συμπτωμάτων και ενδείξεων, τη διάγνωση, τη θεραπεία και μέχρι το τέλος αυτής, προκειμένου να καταγραφούν η διαδικασία και τα κριτήρια επιλογής δημόσιου ή ιδιωτικού παρόχου φροντίδας υγείας, γιατρού και θεραπευτικής επιλογής, οι ψυχολογικές επιπτώσεις και τυχόν εμπόδια στην πρόσβαση των ασθενών στις υπηρεσίες υγείας. Η κυρία Τσιάντου επεσήμανε ότι η μεθοδολογία της αποτύπωσης του «ταξιδιού του ασθενούς» (patient journey) έχει υιοθετηθεί πρόσφατα, στο πλαίσιο της μετάβασης των συστημάτων υγειονομικής φροντίδας προς μια ασθενοκεντρική προσέγγιση. Αποτελεί κατάλληλο εργαλείο, καθώς μπορεί να διερευνήσει την ύπαρξη καθυστερήσεων στα διάφορα στάδια της παρεχόμενης φροντίδας υγείας και τη σχέση τους με τους κοινωνικούς προσδιοριστές.

Η κυρία Τσιάντου περιέγραψε τη μεθοδολογία της έρευνας, η οποία διενεργήθηκε με τη χρήση ποιοτικών (προσωπικών συνεντεύξεων) και ποσοτικών (ερωτηματολόγιο) εργαλείων, και το δείγμα, το οποίο περιε-

λάμβανε 19 γυναίκες για την ποιοτική έρευνα και 252 γυναίκες στην ποσοτική έρευνα ([Εικόνα 33](#)).

Επεσήμανε δε ότι, πριν από τη δική τους διάγνωση, οι περισσότερες γυναίκες είχαν στο στενό ή ευρύτερο περιβάλλον τους περιστατικά καρκίνου (μαστού ή άλλου). Όσο για την αντίληψή τους για τη νόσο, αυτή ήταν συνυφασμένη με το θάνατο.

Οι περισσότερες γυναίκες δεν είχαν αντιμετωπίσει πρόβλημα με το στήθος τους (67,10%). Τις περισσότερες από τις μισές παρακαλούθουσε γιατρός πριν από τη διάγνωση (ο γυναικολόγος τους, ως επί το πλείστον). Οστόσο το 53% δεν είχε κάνει ποτέ υπέρηχο μαστών και το 36% ποτέ μαστογραφία. Η έρευνα έδειξε ότι η συνεργασία με γιατρό σε σταθερή βάση για τον έλεγχο του στήθους επηρεάζει τη συχνότητα των προληπτικών εξετάσεων, αλλά στη μαστογραφία παίζει επίσης ρόλο η ηλικία και η οικογενειακή κατάσταση. Μία στις τρεις γυναίκες ανέφερε ότι πριν από τη διάγνωση αντιμετώπισε εμπόδια πρόσβασης σε γιατρό για ψηλάφηση και υπέρηχο, και μία στις τέσσερις, εμπόδια πρόσβασης για μαστογραφία. Τέτοια εμπόδια ήταν το βεβαρυμένο πρόγραμμα, η αμέλεια και το υψηλό κόστος της εξέτασης. Για το 70% των γυναικών, την αρχή του «ταξιδιού» σηματοδότησε ο εντοπισμός κρίσιμου συμπτώματος, συνηθέστερα η ψηλάφηση όγκου, η οποία και τις κινητοποίησε να αναζητήσουν φροντίδα υγείας. Το διάστημα που μεσολάβησε μέχρι να απευθυνθούν σε γιατρό είναι 35 ημέρες στην περίπτωση του κρίσιμου συμπτώματος και μόνο 4 σε περίπτωση ευρήματος σε προληπτικό έλεγχο. Πιθανά εμπόδια σύμφωνα με τις γυναίκες στη φάση αυτή ήταν η λίστα αναμονής για ραντεβού (17,1%), το γεγονός ότι δεν υπήρχε η ειδικότητα στον τόπο διαμονής (14,7%) και ότι η υπηρεσία υγείας βρισκόταν σε μεγάλη απόσταση από τον τόπο κατοικίας (12,3%). Πρώτα, απευθύνθηκαν κυρίως σε γυναικολόγο ή χειρουργό μαστού, στο

ιδιωτικό τους ιατρείο. Από την επίσκεψη στο γιατρό μέχρι τη διερεύνηση της πιθανότητας καρκίνου, μεσολαβούσαν κατά μέσον όρο 18 ημέρες. Οι μισές γυναίκες προχώρησαν σε επιβεβαίωση της διάγνωσης με βιοψία, ενώ για τις υπόλοιπες η επιβεβαίωση έγινε απευθείας στο χειρουργείο. Τα αποτελέσματα της βιοψίας ελήφθησαν κατά μέσο όρο σε 4 ημέρες στον ιδιωτικό τομέα και στις διπλάσιες στον δημόσιο. Τέσσερις στις 5 γυναίκες θεωρούν ότι ενήργησαν όσο γρήγορα έπρεπε. Το 3,8% των γυναικών που πιστεύουν ότι δεν ενήργησαν αρκετά γρήγορα επικαλέστηκε οικονομικούς λόγους.

Η ανακοίνωση της διάγνωσης αποτελεί αναπάντεχο πλήγμα για όλες τις γυναίκες και σηματοδοτεί την αρχή ενός «ταξιδιού», παρατήρησε συμπερασματικά η κυρία Τσιάντου. Κατά τη διάρκειά του, οι γυναίκες καλούνται να αντιμετωπίσουν τις ψυχολογικές και σωματικές επιπτώσεις της ασθένειας, να προσαρμοστούν στη νέα κατάσταση, αλλά και να επαναπροσδιορίσουν τις σχέσεις τους. Υπάρχουν περιθώρια βελτίωσης του προσυμπτωματικού ελέγχου, αλλά χρειάζεται ενημέρωση και εκπαίδευση των γυναικών για να εντοπίζουν εγκαίρως και να αξιολογούν τα συμπτώματα. Υπάρχει ανάγκη για καθοδήγηση των γυναικών στο σύστημα υγείας, από την πρώτη επίσκεψη μέχρι τη διάγνωση, και για ψυχολογική υποστήριξή τους καθ' όλη τη διάρκεια του «ταξιδιού», κατέληξε η κυρία Τσιάντου.

Στη σύντομη συζήτηση που ακολούθησε, ο Πρόεδρος της Εταιρείας Ογκολόγων Παθολόγων Ελλάδος, **Πάννης Βαρθαλίτης**, εκ των συντονιστών της συνεδρίασης, επεσήμανε ότι η πραγματικότητα που περιέγραψε στην παρουσίασή της η κυρία Τσιάντου προβληματίζει την ογκολογική κοινότητα.

Η έρευνα αυτή αποδεικνύει την κατάρρευση του συστήματος υγείας, σχολίασε ο Καθηγητής Γενικής Ιατρικής και Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Κρήτης, **Χρήστος Λιονής**. Η γεωγραφική απόσταση δεν είναι η μόνη που επιδεινώνει σημαντικά την κατάσταση. Οι αντιλήψεις για

τον προσυμπτωματικό έλεγχο είναι εντελώς διαφορετικές στις γυναίκες των αγροτικών περιοχών σε σχέση με τις κατοίκους των αστικών κέντρων. Επιπλέον, ο γιατρός της πρώτης επαφής δεν αποτελεί, δυστυχώς, και την πηγή ενημέρωσης.

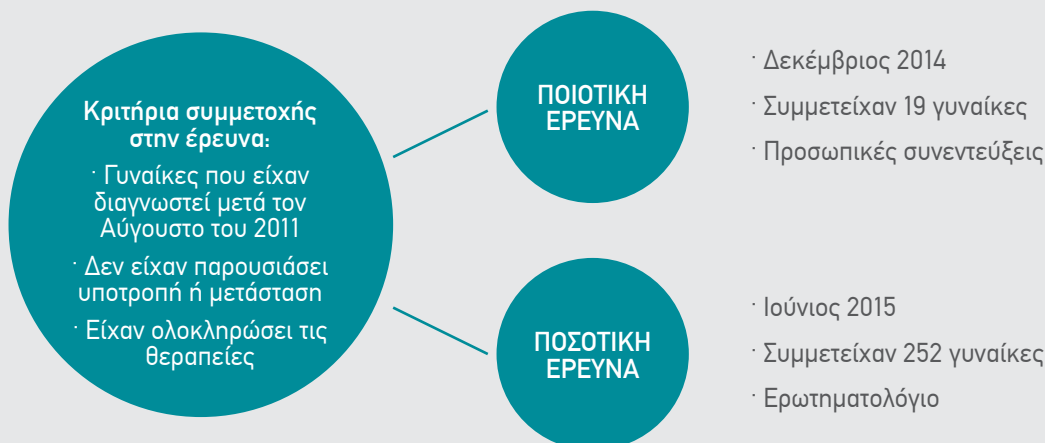
Τα ποσοστά πρώτης προσέγγισης του προβλήματος και τακτικού ελέγχου με μαστογραφία είναι πολύ χαμηλά, παρατήρησε ο κύριος Βαρθαλίτης, με αποτέλεσμα να διαπιστώνουμε τους καρκίνους πολύ αργά. Επίσης, η πρώτη επαφή στην πλειονότητα των περιστατικών είναι με μη ειδικό γιατρό. Σε άλλα συστήματα υγείας, όταν εντοπίζεται κάποιο πρόβλημα, οι γυναίκες απευθύνονται σε γενικό γιατρό, απάντησε η κυρία Τσιάντου. Στην Ελλάδα, οι γυναίκες επισκέπτονται κατά μέσο όρο τρεις γιατρούς από τον εντοπισμό του συμπτώματος μέχρι τη διάγνωση.

Στη συνέχεια, το λόγο πήρε η Επιμελήτρια Τομέα Οικονομικών της Υγείας της ΕΣΔΥ, **Ελπίδα Πάβη**, DDS, MPH, PhD, η οποία παρουσίασε το δεύτερο μέρος των αποτελεσμάτων της έρευνας, που αφορούν τα στάδια από τη διάγνωση ως τη θεραπεία, διευκρινίζοντας ότι οι δύο παρουσιάσεις αποτελούν μια «πρώτη ανάγνωση» των αποτελεσμάτων, που σκοπό έχει να ανοίξει τη συζήτηση σχετικά με τα δεδομένα που προέκυψαν.

Οι υπηρεσίες υγείας που συνήθως αξιοποιεί η ασθενής με καρκίνο του μαστού περιλαμβάνουν τη χειρουργική αντιμετώπιση, τις χημειοθεραπείες, τις ακτινοθεραπείες, τις πρόσθετες θεραπείες με βιολογικούς παράγοντες και την ιατρική παρακολούθηση, χωρίς αυστηρά καθορισμένη σειρά. Σε όλα, πάντως, τα στάδια η ασθενής έχει ανάγκη υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

Από το δείγμα της έρευνας, το 23,4% του δείγματος υποβλήθηκε μόνο σε ογκεκτομή, ενώ οι υπόλοιπες σε μαστεκτομή, μερική ή ολική. Για να επιλέξουν χειρουργό επισκέφθηκαν, κατά μέσο όρο, 2 γιατρούς. Το 57% χειρουργήθηκε σε ιδιωτικό νοσοκομείο. Η επιλογή του νοσοκομείου καθορίστηκε, σε συντριπτικό ποσοστό (84,1%), από το πού χειρουργούσε ο γιατρός

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ



τον οποίον είχαν επιλέξει. Ρόλο στην επιλογή έπαιξαν επίσης το κατά πόσον η δομή διέθετε εξειδικευμένη ογκολογική μονάδα ή μονάδα μαστού (29,8%), ο χρόνος μέχρι το χειρουργείο (17,5%), και το χρηματικό ποσό που θα έπρεπε να καλυφθεί ιδιωτικά (9,5%). Επτά στις δέκα ασθενείς έκαναν χημειοθεραπεία μετά το χειρουργείο, και οι μισές από αυτές επέλεξαν για το σκοπό αυτόν το νοσοκομείο στο οποίο είχαν χειρουργηθεί. Σχεδόν 20% των ασθενών έκαναν θεραπεία με ενδοφλέβιες εγχύσεις ή βιολογικό παράγοντα, και, από αυτές, οι περισσότερες επέλεξαν το νοσοκομείο όπου είχαν κάνει και τις χημειοθεραπείες. Το 68% των ασθενών έκαναν ακτινοθεραπείες, οι περισσότερες δε μετά τις χημειοθεραπείες. Ρόλο στην επιλογή του νοσοκομείου σε αυτή τη φάση έπαιξαν ο γιατρός της επιλογής τους αλλά και η ποιότητα του μηχανήματος.

Στη φάση της παρακολούθησης, το 79% δήλωσε ότι λαμβάνει ορμονοθεραπεία, και επισκέπτεται, κατά σειρά προτίμησης, τον ογκολόγο, το γυναικολόγο (η πλειονότητα στο ιδιωτικό του ιατρείο) και το μαστολόγο. Για την παρακολούθηση, χαμηλό ποσοστό των ασθενών δήλωσαν ότι αντιμετώπισαν προβλήματα πρόσβασης σε γιατρό και σε εξετάσεις, λόγω, κυρίως, του υψηλού κόστους και της έλλειψης χρόνου.

Όσον αφορά στα έξοδα για τη θεραπεία τους από τη διάγνωση μέχρι τη συμμετοχή τους στην έρευνα, χρήση του ασφαλιστικού ταμείου έκανε το 91%. Περίπου τρεις στις τέσσερις ασθενείς δήλωσαν ότι, ανεξαρτήτως της χρησιμοποίησης του ασφαλιστικού τους Ταμείου ή/και τυχόν ιδιωτικής ασφάλισης, κάλυψαν μέρος των εξόδων με ίδιες πληρωμές (Εικόνα 34). Ποσοστό 23% των γυναικών αξιοποίησαν την ιδιωτική τους ασφάλιση. Το 73,3% του δείγματος κάλυψε τις ίδιες πληρωμές από το εισόδημά του/το οικογενειακό εισόδημα, ωστόσο το 10% αναγκάστηκε να δανειστεί ή να εκποιήσει περιουσιακά στοιχεία. Πολλές γυναίκες πλήρωσαν για βοήθεια στο σπίτι την οποία προηγουμένως δεν χρειάζονταν, ενώ ορισμένες από αυτές είδαν μείωση του εισοδήματός τους ή παραιτήθηκαν από την εργασία τους.

Στο 35% των περιπτώσεων, συγγενικά πρόσωπα χρειάστηκε να διακόψουν προσωρινά την εργασία τους και, στο 28,5%, χρειάστηκε να μετακομίσουν στον τόπο κατοικίας της ασθενούς, για να βοηθήσουν.

Σχετικά με τη συνολική διαδρομή τους από το πρώτο εύρημα μέχρι και τη θεραπεία, το 69% των γυναικών θεωρεί ότι έλαβε εγκαίρως ιατρική φροντίδα, όμως το 31% θεωρεί ότι θα μπορούσε να έχει λάβει ιατρική φροντίδα λίγο ή πολύ νωρίτερα, εντοπίζοντας τις μεγαλύτερες καθυστερήσεις στα στάδια μέχρι τη διάγνωση.

Συνοψίζοντας, η κυρία Πάβη διατύπωσε μια σειρά από ερωτήματα: Πού σταματά η δυνατότητα επιλογής γιατρού και εισόδου στο σύστημα υγείας, και πού αρχίζει η σύγχυση για τις γυναίκες με καρκίνο του μαστού; Σε ποιο βαθμό ένα σύστημα υγείας μπορεί να παρακολουθεί την κρίσιμη για το «ταξίδι» τεχνολογία; Πρέπει να δοθεί μεγαλύτερη έμφαση στα κέντρα μαστού για εξειδικευμένη και σφαιρική αντιμετώπιση της νόσου; Ως προς τις δαπάνες που συνδέονται με τον καρκίνο του μαστού, ποιος είναι ο ρόλος της κοινωνικής ασφάλισης και του συστήματος υγείας; Τι μπορεί να γίνει στις περιπτώσεις ασθενών χαμηλότερου εισοδήματος; Κλείνοντας την παρουσίασή της, η κυρία Πάβη τόνισε πόσο σημαντικό είναι ένα εθνικό πρόγραμμα προ-συμπτωματικού ελέγχου που θα περιλαμβάνει και τον

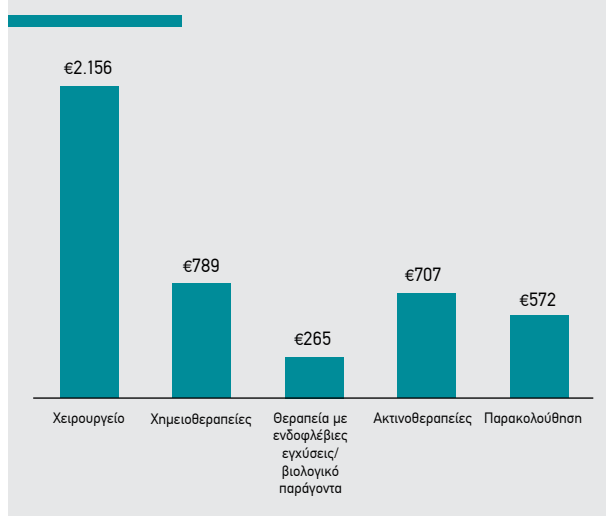
έλεγχο για τον καρκίνο του μαστού.

Στη συζήτηση που ακολούθησε, ο κύριος Βαρθαλίτης παρατήρησε ότι προκαλεί εντύπωση το ποσοστό των γυναικών που έκαναν ολική μαστεκτομή, τη στιγμή που το πρόβλημα αντιμετωπίζεται εξίσου αποτελεσματικά με ογκεκτομή και αποκατάσταση, αλλά και το πολύ χαμηλό ποσοστό των γυναικών που αντιμετωπίστηκαν σε ειδικά κέντρα. Αυτά τα ποσοστά είναι πράγματι εντυπωσιακά για το 2015, σχολίασε και η Πρόεδρος ΔΣ του Πανελληνίου Συλλόγου Γυναικών με Καρκίνο Μαστού «Άλμα Ζωής», Κλεοπάτρα Γαβριηλίδου, έτερη συντονίστρια της συνεδρίας. Και παρατήρησε ότι η άγνοια και οι προκαταλήψεις έχουν συχνά ως αποτέλεσμα την καθυστερημένη διάγνωση, ενώ η διάγνωση σε αρχικά στάδια μπορεί να αποτρέψει την ολική μαστεκτομή, κάτι που είναι σημαντικό για την αντιμετώπιση της ασθένειας σε ψυχολογικό επίπεδο.

Εντυπωσιασμένος με την έρευνα δήλωσε ο Καθηγητής ΕΚΠΑ, Ογκολογική Μονάδα Αρεταίειου Νοσοκομείου, **Χρίστος Παπαδημητρίου**, καθώς αυτή αναδεικνύει με σαφήνεια κάποια συμπεράσματα που οφείλουν να κινητοποιήσουν την ογκολογική κοινότητα. Είναι απαράδεκτο, εν έτει 2015, να λέμε ότι μια γυναίκα θα ανακαλύψει τον καρκίνο του μαστού από την αυτοεπι-λάφηση. Αυτό συνέβαινε αρκετές δεκαετίες πριν. Τον καρκίνο μαστού πρέπει να τον προσεγγίζουμε αισιόδοξα, καθώς είναι το πλέον ιάσιμο από τα κακοήγη νεοπλασμάτα, με πενταετή επιβίωση που αγγίζει το 90%, δηλαδή 9 στις 10 γυναίκες θα ιαθούν. Αυτό οφείλεται στην πρόοδο που αφορά την έγκαιρη διάγνωση και τον προσυμπτωματικό έλεγχο. Για το λόγο αυτόν, ο πρώτος γιατρός που θα πρέπει να κάνει τη διάγνωση είναι ο ακτινοδιαγνώστης, κατά την ετήσια μαστογραφία. Επιπλέον, έχουν γίνει σημαντικά βήματα στη θεραπεία, χάρη στην αναγνώριση της βιολογίας της νόσου, δηλαδή των τύπων και υποτύπων του καρκίνου μαστού. Το χειρουργείο κάνει μόνο διάγνωση και σταδιοποίηση, δεν θεραπεύει· αυτό επιτυγχάνεται στη συνέχεια, με τη χημειοθεραπεία και την ορμονοθεραπεία. Είναι,

ΚΟΣΤΟΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Άμεσες πληρωμές (μέσος όρος) ανά στάδιο θεραπείας



Εικόνα 34: Ανάλυση του μέσου κόστους των πληρωμών «από την τσέπη» των ασθενών, από τη διάγνωση μέχρι και την παρακολούθηση.

λοιπόν, σημαντικό να τονιστεί ο ρόλος της προληπτικής μαστογραφίας και να αποσυνδεθεί η νόσος από το φόβο του θανάτου.

Ο Ομότιμος Καθηγητής του Τομέα Οικονομικών της Υγείας της ΕΣΔΥ, **Γιάννης Κυριόπουλος**, έδωσε συγκαρτητήρια στους ερευνητές και συνεργάτες της Σχολής για τη σημαντική αυτή έρευνα, που είναι πραγματικά καινοτόμος και ριζοσπαστική για τη χώρα μας, κατά το ότι, αντί να προσεγγίσει το ζήτημα από την πλευρά της προσφοράς και της ασφάλισης, το προσεγγίζει για πρώτη φορά από την πλευρά των ασθενών. Η μέθοδος αυτή έχει επιπλέον και μια ανθρωπιστική διάσταση, παρατήρησε και συνέστησε να αξιοποιηθεί και σε άλλα νοσήματα. Υπάρχει, βέβαια, ένα μεθοδολογικό πρόβλημα που αφορά τον περιορισμό ως προς το δείγμα, το οποίο προέρχεται κυρίως από αστικά στρώματα, καθώς δεν μπορούμε να πάμε σε γενικό πληθυσμό. Ωστόσο, κάποιες εκτιμήσεις μπορεί να γίνουν εμμέσως και για το σύνολο του πληθυσμού: διαβάζοντας τα αποτελέσματα της έρευνας, αντιλαμβανόμαστε ότι ακόμη και τα αστικά στρώματα έρχονται αντιμέτωπα με υψηλά ποσοστά καταστροφικής δαπάνης, η οποία στα χρόνια νοσήματα γενικά φτάνει σήμερα το 8%. Επομένως, βρισκόμαστε στον πυρήνα ενός σημαντικού προβλήματος με ψυχοκοινωνικές διαστάσεις, αλλά και αντιμετώπι με ένα φαινόμενο απάνθρωπης ανισότητας. Από τον Τομέα Οικονομικών της Υγείας έχει υποβληθεί ένα μεθοδολογικά αξιολογημένο και οικονομικά τεκμηριωμένο πρόγραμμα εθνικού προϋπολογιστικού ελέγχου, που περιλαμβάνει τρεις καρκίνους και δύο αγγειακά νοσήματα, και μπορεί να υποστηριχθεί από τον κρατικό προϋπολογισμό ακόμη και υπό δυσμενείς οικονομικές συνθήκες, όπως η παρούσα συγκυρία, συμπλήρωσε ο κύριος Κυριόπουλος.

Το λόγο πήρε στη συνέχεια η συγγραφέας, **Σοφία Νικολαΐδου**, η οποία δήλωσε ότι, πριν να νοσήσει η ίδια, δεν μπορούσε να φανταστεί «πόση σιωπή σκεπάζει το νόσημα». Παρατήρησε ότι η αξιοπρέπεια της ασθενούς δυστυχώς «αγοράζεται» και ότι η χημειοθεραπεία είναι μάθημα ανεξίτηλο: η ίδια αντιμετωπίζει τώρα πια τη ζωή με χαμόγελο, επιλέγοντας την «επιλεκτική κώφωση» για τα προβλήματα της καθημερινότητας. Ο καρκίνος μαστού πλήττει τη γυναικεία υπόσταση σε όλα τα συμβολικά επίπεδα, υποστήριξε η κυρία Νικολαΐδου. Έκανε, επίσης, λόγο για την άγνοια σχετικά με τη νόσο που εξακολουθεί να επιδεικνύει τμήμα του πληθυσμού, και αναφέρθηκε στο χαρακτηριστικό παράδειγμα γονέα μαθητή σε σχολείο κεντρικής περιοχής της Θεσσαλονίκης, ο οποίος φοβήθηκε πως, όταν η δασκάλα, ασθενής με καρκίνο του μαστού, επιστρέψει στα καθήκοντά της, τα παιδιά θα κολλήσουν τη νόσο. «Δεν υπάρχουν ασθένειες, υπάρχουν ασθενείς», υποστήριξε τέλος η κυρία Νικολαΐδου, και αυτό πρέπει να γίνει συνείδηση στην ιατρική κοινότητα.

Στη συζήτηση παρενέβη και η Διευθύντρια Φαρμακευτικού Τμήματος ΓΝΑ «Γιώργος Γεννηματάς», **Όλγα Οικονόμου**, η οποία περιέγραψε την εμπειρία της, ως «συνταξιδιώτης» γυναικών με καρκίνο του μαστού στο προσωπικό και το επαγγελματικό της περιβάλλον. Η κυρία Οικονόμου σχολίασε πόσο σημαντική είναι η απλή και εύκολη πρόσβαση της ασθενούς στα φάρμακα, αλλά και πόσο σημαντικό είναι να κάνουν οι γιατροί πιο εύκολο το ταξίδι της ασθενούς καθοδηγώντας την αποτελεσματικά, ειδικά στην αρχή. Επεσήμανε τη σημασία της δημιουργίας εξειδικευμένων κέντρων μαστού και έθεσε το ζήτημα της αποκατάστασης ως βασική παράμετρο, τόσο στην οικονομική του διά-

σταση όσο και σε αυτήν την προσβασιμότητας για τις ασθενείς. Το «ταξίδι» πρέπει να γίνει ευκολότερο, κατέληξε η κυρία Οικονόμου.

Ο κύριος Κυριόπουλος επανήλθε στο θέμα της ιδιωτικής δαπάνης αποκαλύπτοντας ότι, σύμφωνα με την εν λόγω έρευνα, το 47,3% των γυναικών του δείγματος υφίσταται καταστροφικές δαπάνες.

Στη συνέχεια, ο λόγος δόθηκε στο κοινό και η χειρουργός θώρακος, κυρία **Αθανασιάδη**, σχολίασε ότι η Ελληνίδα ασθενής έχει μεν επιλογές, αλλά απευθύνεται σε λάθος γιατρούς. Δεν υπάρχουν μαστολόγοι, παρά μόνο γενικοί χειρουργοί με εξειδίκευση στη χειρουργική του μαστού, επεσήμανε. Άρα πρώτα πρέπει να αλλάξουμε τη νοοτροπία του κόσμου και μετά να καταγγείλουμε αυτούς τους χειρουργούς. Άλλο σημείο που χρήζει παρέμβασης είναι το εξαιρετικά υψηλό ποσοστό των μαστεκτομών. Σημαντική είναι επίσης η εκπαίδευση των γιατρών στην αντιμετώπιση του ασθενούς που μαθαίνει ότι έχει νεόπλασμα. Πρέπει να σταματήσει να αποκαλείται «επάραιτη νόσος» ο καρκίνος στη χώρα μας, καθώς η νοοτροπία παίζει ρόλο ακόμη και στην έκβαση της νόσου, παρατήρησε η κυρία Αθανασιάδη.

Στην Ελλάδα συζητείται πολύ ότι ο γιατρός δεν ασχολείται με την πρόληψη, είπε ο Καθηγητής Γενικής Ιατρικής και Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Κρήτης, Χρήστος Λιονής, παίρνοντας το λόγο. Στην πραγματικότητα, υπάρχει έλλειμμα εκπαίδευσης και δεξιοτήτων, καθώς τέτοια θέματα δεν συζητούνται στις ιατρικές σχολές, και η προτρεπτική συνέντευξη (motivational interview) αποτελεί άγνωστο κανόνα. Τα προγράμματα σπουδών πρέπει να αλλάξουν και να συμπεριλάβουν την τέχνη της ενσυναίσθησης, είπε ο κύριος Λιονής.

Σε σχετική ερώτηση του κοινού, ο κύριος Κυριόπουλος απάντησε ότι δεν πρέπει να σταθούμε στον αριθμό των κέντρων μαστού ή στην εξειδίκευση των γιατρών για την αντιμετώπιση της νόσου, τη στιγμή που οι προηγούμενοι «φραγμοί» (ο γενικός γιατρός, η νοσηλεύτρια, η ίδια η ασθενής και, βέβαια, ο απεικονιστικός έλεγχος) δεν λειτουργούν αποτελεσματικά. Γι' αυτό δεν απαιτούνται πολλά χρήματα, πρέπει όμως να γίνει αντιληπτό ότι κάτι τέτοιο αποτελεί προτεραιότητα. Απαραίτητη όμως είναι και η πολιτική αρετή να εμπνεύσεις τους επαγγελματίες υγείας και τις γυναίκες, κάτι που συνδέεται με την αξιοπιστία του συστήματος υγείας και αποτελεί το μεγάλο διακύβευμα σήμερα στη χώρα μας, καθώς συμπαρασύρει και την εμπιστοσύνη στην άσκηση κλινικής ιατρικής. Στο ερώτημα «Ποιες πολιτικές θα πρέπει να εφαρμοστούν για να μειωθούν οι ιδιωτικές πληρωμές», ο κύριος Κυριόπουλος απάντησε ότι, παρά τη μείωση των εισοδημάτων και της δημόσιας δαπάνης για την υγεία, έχει αυξηθεί σημαντικά το κόστος τόσο των φαρμακευτικών όσο και -παραδόξως- των νοσοκομειακών ιδιωτικών πληρωμών. Το άθροισμά τους, δε, αποδεικνύει τη δραματική μείωση της δαπάνης, δημόσιας και ιδιωτικής, για την ΠΦΥ, με λίγα λόγια, την «εξάχνωση» της ίδιας της ΠΦΥ ως προς τη δομή, τη λειτουργία και τις δραστηριότητες. Το παράδοξο είναι ότι η αύξηση της νοσοκομειακής δαπάνης δεν οφείλεται στην αύξηση των νοσηλίων, αλλά αφορά τις αμοιβές των γιατρών, του δημοσίου και του ιδιωτικού τομέα. Αυτό συμβαίνει επειδή, με τη μείωση της δημόσιας δαπάνης, μειώνεται και η προσφορά, οπότε η ζήτηση υπερχειλίζει και προκαλεί την αύξηση των τιμών. Αυτό έρχεται να

προσθεθεί στη ραγδαία αποασφάλιση, που αφορά όχι μόνο τους ανασφάλιστους, αλλά σε σημαντικό ποσοστό και τους ασφαλισμένους. Βιώνουμε, δηλαδή, μια πρωτοφανή στη μεταπολεμική ιστορία κοινωνική παλινδρόμηση σε καιρό ειρήνης.

Τη μερίδα του λέοντος στις καταστροφικές δαπάνες την έχει το χειρουργείο, διευκρίνισε η κυρία Πάβη, απαντώντας σε σχετική ερώτηση.

Επανερχόμενη στο θέμα της αξιοπρέπειας που, δυστυχώς, είναι εύκολο να απολεσθεί στα δημόσια νοσοκομεία, η κυρία Νικολαΐδου αναφέρθηκε στις μεγάλες καθυστερήσεις αλλά και στις σημαντικές ελλείψεις σε βασικά υλικά. «Λόγω γνωριμιών υπήρξα από τους πιο προνομιούχους χρήστες τέτοιων υπηρεσιών στη χώρα», δήλωσε ο κύριος Κυριόπουλος. Και συμπλή-

ρωσε ότι, ακόμη και έτσι, η κατάσταση ήταν δραματική. Παίζει πάντα ρόλο ποιοι γιατροί και νοσηλευτές εμπλέκονται, σε κάποιες περιπτώσεις το χαμόγελο δεν χρειάζεται να το «αγοράσει» ο ασθενής, απάντησε η κυρία Οικονόμου. Οι άνθρωποι μπορεί να αποδίδουν, αλλά η δομή συνθλίβει, παρατήρησε η κυρία Νικολαΐδου.

Στην Ελλάδα επιβάλλεται, διά νόμου, η πολυεπιστημονική προσέγγιση του αρρώστου (ογκολογικό συμβούλιο), επεσήμανε ο κύριος Βαρθαλίτης. Μόλις προσέλθει η ασθενής με καρκίνο του μαστού, πρέπει κανονικά να αντιμετωπιστεί από τον ειδικό χειρουργό, τον ειδικό ογκολόγο, τον ακτινολόγο και τον παθολογοανατόμο. Δυστυχώς, όμως, οι νόμοι δεν εφαρμόζονται, όπως άλλωστε δείχνει και η έρευνα αυτή, σχολίασε κλείνοντας τη συνεδρία ο κύριος Βαρθαλίτης.

ΑΞΟΝΑΣ ΙΙΙ

ΒΙΟΪΑΤΡΙΚΗ & ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙΝΟΤΟΜΙΑ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΗ

Η επένδυση στην καινοτομία έρχεται να δώσει την απάντηση στον φαύλο κύκλο που δημιουργεί η προσήλωση στην άμεση μείωση του κόστους, καθώς έχει οικονομικά, κοινωνικά οφέλη και οφέλη με όρους υγείας. Οι νέες τεχνολογίες είναι, βέβαια, ακριβές και η εφαρμογή τους προϋποθέτει συχνά την ύπαρξη κατάλληλων υποδομών στο σύστημα υγείας, ωστόσο αρκετές από αυτές μπορούν να αποδειχθούν οικονομικά αποδοτικές. Παράλληλα, μια σύγχρονη φαρμακευτική πολιτική οφείλει να αξιοποιήσει την κλινική φαρμακολογία, να αναθεωρήσει τις τρέχουσες πρακτικές τιμολόγησης φαρμάκων και να ενθαρρύνει την αύξηση της διείσδυσης των γενοσήμων.

ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΚΑΙΝΟΤΟΜΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Η φαρμακευτική καινοτομία αποτελεί την κινητήρια δύναμη πίσω από τις εξελίξεις στη βιοϊατρική επιστημονική έρευνα διεθνώς, κι έχει οικονομικά, κοινωνικά οφέλη και οφέλη με όρους υγείας. Υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις ότι συμβάλλει στην αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης, στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών και της παραγωγικότητας στην εργασία.

Η εστίαση του ενδιαφέροντος αποκλειστικά στο κόστος, χωρίς να λαμβάνεται υπόψη το πραγματικό όφελος των καινοτόμων φαρμάκων, οδηγεί σε υποεκτίμηση της πραγματικής τους αξίας, καθώς το όφελος, συχνά, δεν μπορεί να αποτιμηθεί πριν από την πάροδο μεγάλου χρονικού διαστήματος. Παρ' όλα αυτά, η τεκμηρίωση της πραγματικής αξίας τους με όρους θεραπευτικής και οικονομικής αποδοτικότητας κρίνεται αναγκαία.

Σήμερα, όσον αφορά τις αποφάσεις αποζημίωσης των διαθέσιμων φαρμακευτικών προϊόντων, η αξιολόγηση τεχνολογίας υγείας παρέχει επαρκή θεωρητικά και εμπειρικά δεδομένα, ενώ το σύνολο των οργανισμών αξιολόγησης τεχνολογίας υγείας διεθνώς συνεκτιμά και άλλα κριτήρια πέραν της σχέσης κόστους-αποτελεσματικότητας.

Στο πλαίσιο αυτό, ο εξορθολογισμός των φαρμακευτικών δαπανών είναι αποδεκτός, η οριζόντια περικοπή τους όμως συνιστά τεχνική οικονομικού ελέγχου. Για τη βιωσιμότητα του συστήματος, καθίσταται επιτακτική η επανεξέταση και αναθεώρηση των προϋπολογισμών, αλλά και των πόρων που δαπανώνται στα επιμέρους κέντρα κόστους, προκειμένου, μέσω δομημένων διαδικασιών, να γίνει ανακατανομή των πόρων στις δράσεις, τις παρεμβάσεις και τις θεραπείες οι οποίες έχουν αποδεδειγμένα προστιθέμενα οφέλη

με όρους προσδόκιμου επιβίωσης και ποιότητας διαβίωσης.

Η υπέρβαση των περιορισμών της αξιολόγησης τεχνολογίας υγείας απαιτεί την ανάπτυξη συμπληρωματικών πολιτικών ως προς την επιβάρυνση των ασθενών και την έγκαιρη πρόσβαση, αλλά και περισσότερα εργαλεία. Απαραίτητη είναι η πλουραλιστική προσέγγιση στην εν γένει φαρμακευτική πολιτική.

ΚΑΙΝΟΤΟΜΙΑ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ: Η ΑΞΙΑ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ, ΤΟΥΣ ΙΑΤΡΟΥΣ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΥΓΕΙΑΣ

Η προσήλωση στην άμεση μείωση του κόστους δημιουργεί έναν φαύλο κύκλο με αποτέλεσμα χαμηλότερες θεραπευτικές επιδόσεις – κάτι που συνεπάγεται μείωση της παραγωγικότητας και αποδοτικότητας λόγω της ασθένειας, και άρα περαιτέρω ανάγκη μείωσης του κόστους και συγκράτησης δαπανών. Η καινοτομία αποτελεί μέρος της λύσης στο φαύλο αυτόν κύκλο, καθώς συνιστά επένδυση για τη βελτιστοποίηση της παροχής υγειονομικής φροντίδας στους ασθενείς, επιτυγχάνοντας καλές εκβάσεις υγείας και ποιότητας ζωής, και βελτιώνοντας την παραγωγικότητα και την αποδοτικότητα.

Η στρατηγική της εταιρείας Medtronic, πρώτης στο χώρο των εμφυτεύσιμων συσκευών για ευρύ φάσμα νοσημάτων, περιλαμβάνει τη βελτιστοποίηση των κλινικών αποτελεσμάτων, τη διεύρυνση της πρόσβασης των ασθενών στα συστήματα υγείας και τις ιατρικές τεχνολογίες, και τη βελτιστοποίηση της σχέσης κόστους-αποτελεσματικότητας. Για να τα επιτύχει, εστιάζει στις ολοκληρωμένες λύσεις, επιδιώκει την πρόσβαση σε παγκόσμιο επίπεδο και επιστρατεύει την καινοτομία, δίνοντας έμφαση στη σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας, συνιστώντας καθοριστική για την

αφομοίωση της καινοτομίας από το σύστημα και την αποζημίωσή της από τους ασφαλιστικούς φορείς.

Η ΑΞΙΑ ΤΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ ΓΙΑ ΜΕΤΑΛΛΑΞΕΙΣ BRCA ΣΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΩΝ ΘΩΡΑΚΩΝ

Ο καρκίνος των ωοθηκών είναι από τις συχνότερες μορφές καρκίνου και από τις βασικότερες αιτίες θανάτου στις γυναίκες, στην Ελλάδα και διεθνώς. Μετά το χειρουργείο, οι περισσότερες ασθενείς υποτροπιάζουν και το ελεύθερο νόσου διάστημα μειώνεται προϊόντος του χρόνου. Η συνεργασία μεταξύ ερευνητών και κλινικών γιατρών, καθώς και η θεραπεία των ασθενών από ειδικούς γυναικολόγους ογκολόγους είναι κρίσιμες για καλύτερες μακροχρόνιες εκβάσεις.

Το 2011, τα αποτελέσματα μιας μελέτης έδειξαν ότι περίπου 25% των ασθενών με καρκίνο των ωοθηκών έφεραν τουλάχιστον μία παθολόγο μετάλλαξη σε ένα από τα 12 γονίδια προδιάθεσης, η δε πλειονότητά τους έφερε μεταλλάξεις στα γονίδια BRCA1 και 2. Η μεγάλη επανάσταση έχει συντελεστεί με τις στοχευμένες θεραπείες, καθώς υπάρχουν νέα φάρμακα στα οποία έχουν ιδιαίτερα καλή ανταπόκριση οι ασθενείς με μεταλλάξεις στα γονίδια αυτά.

Στις διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες συστήνεται έλεγχος για τις συγκεκριμένες μεταλλάξεις σε όλες ανεξαιρέτως τις ασθενείς με καρκίνο των ωοθηκών. Ωστόσο, στη χώρα μας, μέχρι στιγμής, ο έλεγχος αυτός δεν αποζημιώνεται από την κοινωνική ασφάλιση, όπως συμβαίνει στις περισσότερες χώρες του εξωτερικού.

Η ευρύτερη υιοθέτηση της εξέτασης BRCA θα συντελέσει στην πρόληψη αρκετών νέων περιπτώσεων καρκίνου των ωοθηκών και του μαστού ετησίως, και επομένως στη μείωση του υψηλού κόστους αντιμετώπισης από την πλευρά του συστήματος υγείας. Οι νέες διαγνωστικές γονιδιακές εξετάσεις μπορούν να μας βοηθήσουν να στοχεύσουμε τις νέες θεραπείες που έχουμε στη διάθεσή μας, με τρόπο κλινικά αποτελεσματικό και οικονομικά αποδοτικό.

Η ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΑΞΙΑΣ ΤΗΣ ΑΝΟΣΟ-ΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΙ Η ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΣΤΗΝ ΚΑΙΝΟΤΟΜΙΑ

Ανεξάρτητα από τον όγκο και την ύπαρξη ή μη μεταλλάξεων, οι ανοσοθεραπείες είναι δραστικές σε μεγάλη σειρά νεοπλασμάτων, διεγείροντας την άμυνα του οργανισμού εναντίον των καρκινικών κυττάρων. Οι μελέτες δείχνουν ότι τα μονοκλωνικά αντισώματα έχουν θεαματικά αποτελέσματα όσον αφορά την αύξηση της συνολικής επιβίωσης των ασθενών, την ανταπόκριση στη θεραπεία, τη διάρκεια και την ανταπόκριση αυτής και την ποιότητα ζωής του ασθενούς μακροπρόθεσμα.

Οι θεραπείες αυτές είναι, βέβαια, ακριβές και η αξιολόγησή τους εγείρει ζητήματα, καθώς απευθύνονται σε επιλεγμένους ασθενείς και απαιτούν άλλου είδους μοντέλα τιμολόγησης και αποζημίωσης. Οι νέες τεχνολογίες απαιτούν, επίσης, την ύπαρξη των κατάλληλων υποδομών στο σύστημα υγείας, ώστε να διασφαλισουμε ότι η θεραπεία θα δοθεί στους σωστούς ασθενείς, να παρακολουθήσουμε τα αποτελέσματα της θεραπείας,

και να χρησιμοποιήσουμε αυτή την πληροφορία για να αυξήσουμε την αποτελεσματικότητα και να μειώσουμε την αβεβαιότητα, προκειμένου το κράτος να υπογράψει συμφωνίες επιμερισμού του κινδύνου με τους κατασκευαστές. Ωστόσο, η εντυπωσιακή παράταση του προσδόκιμου ζωής και η βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών καθιστούν τις θεραπείες αυτές οικονομικά αποδοτικές.

Η πρόσβαση των ασθενών σε νέα αντικαρκινικά φάρμακα εξαρτάται από τη χώρα προέλευσής τους. Οι πολίτες της ΕΕ δεν είναι ισότιμοι και υπάρχουν μεγάλες διαφορές από χώρα σε χώρα, οι οποίες μεταφράζονται σε αντίστοιχα μεγάλες διαφορές στα ποσοστά επιβίωσης. Στη χώρα μας, οι ασθενείς έχουν πρόσβαση σε καινοτόμα φάρμακα τα οποία δεν είναι διαθέσιμα σε άλλες χώρες, αλλά δεν διαθέτουμε Αξιολόγηση Τεχνολογιών Υγείας, ώστε οι θεραπείες να εισαχθούν στο συστημα.

Η ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΦΑΡΜΑΚΟΛΟΓΙΑΣ ΣΤΗΝ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΟΥ

Η κλινική φαρμακολογία είναι απαραίτητο συμβουλευτικό εργαλείο για τον καθορισμό της πολιτικής φαρμάκου. Πρωταρχικός στόχος της είναι η αξιολόγηση των δράσεων των φαρμάκων και η εφαρμογή των νεότερων ερευνητικών φαρμακολογικών δεδομένων στην κλινική πράξη, ώστε να εξασφαλίζεται η βέλτιστη χρήση τους και να αποφεύγονται οι αλληλεπιδράσεις τους.

Πρόκειται για ιατρική ειδικότητα που προάγει την τεκμηριωμένη ιατρική και την ορθολογική συνταγογράφηση, μέσω της οποίας ο γιατρός μπορεί να επιλέγει την αποτελεσματικότερη και ασφαλέστερη θεραπεία για κάθε ασθενή εξατομικευμένα.

Ο πρότυπος κατάλογος βασικών φαρμάκων του ΠΟΥ χαρακτηρίζει «ουσιώδη» (essential) τα φάρμακα που ικανοποιούν τις ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης της πλειονότητας του πληθυσμού, και ορίζει ότι αυτά θα πρέπει να είναι διαθέσιμα οποιαδήποτε στιγμή, σε επαρκείς ποσότητες, στις κατάλληλες δοσολογικές μορφές και σε προσιτή τιμή. Στη χώρα μας, δυστυχώς, υπάρχουν τεράστιες ελλείψεις σε βασικά φάρμακα, ενώ σε κάποιες κατηγορίες, όπως για παράδειγμα στα αναλγητικά, διαπιστώνεται περίσσεια φαρμάκων.

ΔΙΑΚΥΜΑΝΣΗ ΣΥΝΑΛΛΑΓΜΑΤΙΚΩΝ ΙΣΟΤΙΜΙΩΝ, ΕΞΩΤΕΡΙΚΗ ΤΙΜΗ ΑΝΑΦΟΡΑΣ ΚΑΙ ΤΙΜΟΛΟΓΗΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

Η εξωτερική τιμή αναφοράς (EPR) είναι από τις πιο διαδεδομένες μεθόδους στην ΕΕ για τον καθορισμό των τιμών των προστατευόμενων από πατέντα φαρμάκων. Το EPR ορίζει ότι η τιμή ενός φαρμάκου σε μια χώρα καθορίζεται με βάση τις αντίστοιχες τιμές στις λεγόμενες «χώρες αναφοράς» (το «καλάθι»).

Σύμφωνα με μελέτη του King's College, μεγαλύτερη διακύμανση των συναλλαγματικών ισοτιμιών οδηγεί, κατά μέσο όρο, σε μείωση των τιμών των φαρμάκων που υπολογίζονται με βάση το EPR, χωρίς πραγματική αιτία, όπως θα ήταν η παραγωγή, το κόστος, οι ανάγκες, η δυνατότητα πληρωμής κ.λπ. Και αυτό μπορεί

μεν να εξοικονομεί πόρους για τη δημόσια υγεία, επηρεάζει όμως τους υπόλοιπους εμπλεκόμενους στον τομέα της υγείας και του φαρμάκου.

Δεδομένης της δημοτικότητας και της σχετικής απλότητας του συστήματος EPR, είναι απίθανο να εγκαταλειφθεί η χρήση του, τουλάχιστον μεσοπρόθεσμα. Θα μπορούσε, ωστόσο, να υποστεί κάποιες προσαρμογές, όπως για παράδειγμα μια πιο ισορροπημένη επιλογή μεταξύ των χωρών με υψηλές και χαμηλές τιμές για τον καθορισμό του «καλαθιού».

ΓΕΝΟΣΗΜΑ ΦΑΡΜΑΚΑ: ΑΛΗΘΕΙΕΣ, ΨΕΥΔΗ ΚΑΙ ΤΕΚΜΗΡΙΩΜΕΝΕΣ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ

Παρά τη σημαντική μείωση της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης στην περίοδο 2009-2014, η συνολική φαρμακευτική δαπάνη εξακολουθεί να είναι συγκριτικά υψηλή. Την ίδια στιγμή, σύμφωνα με τα διαθέσιμα στοιχεία, το μερίδιο των γενοσήμων φαρμάκων παραμένει χαμηλό, παρά τα μέτρα και τις εξαγγελίες. Ο τρόπος υπολογισμού της συμμετοχής των ασθενών δεν ευνοεί την υποκατάσταση προς γενόσημα, ενώ συχνά γιατροί και φαρμακοποιοί επιλέγουν, για διαφορετικούς λόγους, πρωτότυπα, νεότερα και πιο δαπανηρά φάρμακα. Η εθνική πολιτική για την αύξηση της διείσδυσης των γενοσήμων κρίνεται απαραίτητη, τόσο για την ανάπτυξη, όσο και για την αποδέσμευση πόρων για την καινοτομία.

ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ

Πολιτικές για τη διαχείριση της φαρμακευτικής καινοτομίας στην Ελλάδα

Η τεκμηρίωση της πραγματικής αξίας των καινοτόμων φαρμάκων με όρους θεραπευτικής και οικονομικής αποδοτικότητας είναι αναγκαία στο πλαίσιο της δημοσιονομικής προσαρμογής.

Προεδρείο: **Αθανάσιος Βοζίκης, Μάριος Κοσμίδης**

Ομιλητές: **Ελπίδα Πάβη**, Η επίδραση της φαρμακευτικής καινοτομίας στην ιατρική περίθαλψη και την οικονομία της υγείας 
Νάντια Μπουμπουχαιοπούλου, Δαπάνη υγείας, φαρμακευτική δαπάνη και καινοτομία 
Κώστας Αθανασάκης, Διαχείριση, έλεγχος και αξιολόγηση της καινοτομίας στην υγεία 
Κατερίνα Μυλωνά, Η πρόσβαση σε καινοτόμες θεραπείες σε συνθήκες κλειστών προϋπολογισμών στην Ελλάδα 
Riccardo Canevari, Ethical responsibility to improve access for Greek patients 

Προλογίζοντας τις ομιλίες, ο **Μάριος Κοσμίδης**, Αντιπρόεδρος ΣΦΕΕ, Υπεύθυνος για θέματα ΕΟΠΥΥ - Λίστας Αποζημίωσης-Clawback, Πρόεδρος ΔΣ και Διευθύνων Σύμβουλος Win Medica, επεσήμανε ότι η δραματική μείωση του ανθρώπινου υλικού και των οικονομικών πόρων στα χρόνια της κρίσης μάς αναγκάζει να επανεξετάσουμε τη χρήση των πόρων και την αξιολόγησή της. Η αύξηση της δαπάνης που προκύπτει από την καινοτομία αντισταθμίζεται από τη μείωση άλλων δαπανών, ιδιαίτερα στη νοσοκομειακή φροντίδα. Απαιτείται ανάλυση και αξιολόγηση της προστιθέμενης αξίας της φαρμακευτικής καινοτομίας σε σύγκριση με τις διαθέσιμες θεραπευτικές επιλογές. Η κατά 60% μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης που σημειώθηκε την τελευταία πενταετία οφείλεται, σε μεγάλο ποσοστό, στη μετακύλιση των οικονομικών βαρών στους παρόχους και τους ασθενείς και δεν μπορεί, φυσικά, να συνεχιστεί επ' άπειρον. Πολιτικές διαχείρισης της καινοτομίας, όπως οι συμφωνίες επιμερισμού του κινδύνου και η αποζημίωση με βάση το αποτέλεσμα, μπορούν να δώσουν λύση στο πρόβλημα που αντιμετωπίζουν τα συστήματα υγείας όσον αφορά τον έλεγχο των δαπανών.

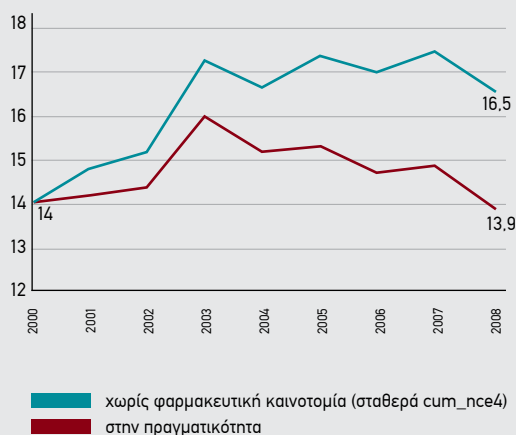
Στη συνέχεια, ο **Αθανάσιος Βοζίκης**, Επίκουρος Καθηγητής και Διευθυντής του Εργαστηρίου Οικονομικών & Διοίκησης της Υγείας, Πανεπιστήμιο Πειραιώς, Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης, έθεσε μερικά ερωτήματα, όπως πώς μπορεί να καθοριστεί η πραγματική τιμή της καινοτομίας και της ποιότητας ζωής, αν υπάρχει μεθοδολογία ιεράρχησης των προτεραιοτήτων, και αν η σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας μπορεί να είναι το μόνο κριτήριο για την αξιολόγηση της καινοτομίας ή πρέπει να εφαρμοστούν και άλλα κριτήρια (ηθικά, κοινωνικά, νομικά κ.ά.).

Οι ομιλίες ξεκίνησαν με την Επιμελήτρια Τομέα Οικονομικών της Υγείας της ΕΣΔΥ, **Ελπίδα Πάβη**, DDS, MPH, PhD, η οποία ανέφερε ότι τα τρία πιο σημαντικά χαρακτηριστικά της καινοτομίας που τη διαφοροποιούν από την απλή ανακάλυψη είναι η νευτερικότητα, η εφαρμογή/υλοποίηση και το επιζητούμενο/στοχευόμενο όφελος. Η φαρμακευτική καινοτομία, αντίστοιχα, πρόσθεσε η κυρία Πάβη, έχει πολλούς και διαφορετικούς ορισμούς, καλύπτοντας από ριζοσπαστικές θεραπείες

για ασθενείς απειλητικές για τη ζωή έως μικρές διαφοροποιήσεις φαρμάκων που είναι ήδη διαθέσιμα.

Στη συνέχεια, αφού παρέθεσε την κατηγοριοποίηση των φαρμάκων σύμφωνα με τον FDA, περιέγραψε την προσέγγιση των Ward et al. από την Αγγλία, σύμφωνα με την οποία κριτήρια αξιολόγησης του συνολικού βαθμού καινοτομίας ενός νέου φαρμάκου αποτελούν ο βαθμός κλινικής χρησιμότητας και ο τύπος της καινοτομίας. Το μοντέλο Morgan et al., από την άλλη, συμπλήρωσε η κυρία Πάβη, είναι μια πρόταση κατηγοριοποίησης της καινοτομίας βάσει της κάλυψης θεραπευτικών αναγκών και της βελτίωσης των σχετιζόμενων με τις συγκεκριμένες θεραπευτικές ανάγκες εκβάσεων υγείας.

ΕΚΑΤΟΜΜΥΡΙΑ ΗΜΕΡΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ, 2000-2008



Lichtenberg, FR. The impact of pharmaceutical innovation on longevity and hospitalization in Greece, 1995-2010. Παρουσίαση στο 9ο Πανελλήνιο Συνέδριο για τη Διοίκηση, τα Οικονομικά και τις Πολιτικές της Υγείας, Αθήνα, Ελλάδα, 5-7 Δεκεμβρίου 2013

Εικόνα 35: Η φαρμακευτική καινοτομία συμβάλλει στη μείωση της νοσοκομειακής νοσηλείας.

Κοινό σημείο όλων των προσεγγίσεων είναι η έμφαση στη θεραπευτική αξία, σημείωσε η ομιλήτρια, ενώ άλλοι παράγοντες που συνυπολογίζονται είναι ο τύπος της καινοτομίας (π.χ. νέος μηχανισμός δράσης), η αντιμετώπιση μη καλυπτόμενων θεραπευτικών αναγκών και η σχετική θεραπευτική αξία έναντι των διαθέσιμων θεραπειών.

Η φαρμακευτική καινοτομία έχει οικονομικά, κοινωνικά οφέλη και οφέλη με όρους υγείας, συνέχισε η κυρία Πάβη. Παρά την ύπαρξη μεθοδολογικών περιορισμών, υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις πως η φαρμακευτική καινοτομία έχει συμβάλει στην αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης, στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών και στην παραγωγικότητα της εργασίας.

Η ανάλυση των αποτελεσμάτων μιας αμερικανικής μελέτης που πραγματοποιήθηκε το 2011 (Santerre) για την επίδραση της φαρμακευτικής καινοτομίας διαχρονικά στο ρυθμό μεταβολής της δαπάνης, έδειξε ότι στις ΗΠΑ η εισαγωγή μιας επιπλέον δραστικής ουσίας στην κλινική πρακτική ενισχύει το ρυθμό αύξησης της φαρμακευτικής δαπάνης, αλλά μειώνει το ρυθμό αύξησης της δαπάνης για όλες τις άλλες μορφές περίθαλψης. Χρησιμοποιώντας τιμές του 2007, οι συγγραφείς εκτιμούν ότι η εισαγωγή μιας επιπλέον δραστικής ουσίας στις ΗΠΑ συνεπάγεται μείωση του συνολικού κόστους περίθαλψης κατά 1,8 δισ. σε βραχυπρόθεσμο ορίζοντα.

Η φαρμακευτική καινοτομία συνδέεται με μείωση της χρήσης νοσοκομειακής περίθαλψης (Εικόνα 35), υπηρεσιών ΤΕΠ και μακροχρόνιας φροντίδας, εξήγησε η κυρία Πάβη. Η αύξηση της κατανάλωσης/δαπάνης για φάρμακα συνδέεται με μείωση της δαπάνης για άλλες μορφές περίθαλψης, λόγω της υποκατάστασης (μείωση του αριθμού των εισαγωγών και επισκέψεων σε ΤΕΠ, και μείωση της μέσης διάρκειας νοσηλείας), ενώ ο βαθμός της υποκατάστασης διαφέρει μεταξύ φαρμάκων και νόσων, αναλόγως της καινοτομίας και της θεραπευτικής περιοχής στην οποία εφαρμόζεται.

Το φάσμα της φαρμακευτικής καινοτομίας είναι ευρύ, επεσήμανε η κυρία Πάβη. Τα νέα φάρμακα -πέραν του διαφορετικού βαθμού καινοτομικότητας- παρουσιάζουν επίσης διαφοροποιήσεις όσον αφορά την επίδραση

ση που έχει η εισαγωγή και χρήση τους στην κλινική πράξη, στη δαπάνη (υγείας και φαρμάκου), αλλά και στις εκβάσεις υγείας του πληθυσμού.

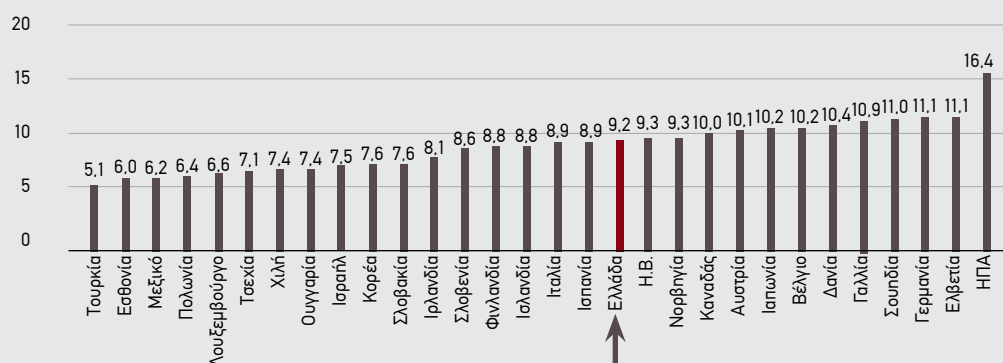
Επομένως, στο πλαίσιο μιας εθνικής φαρμακευτικής πολιτικής, θα ήταν χρήσιμο η κατηγοριοποίηση των θεραπειών να γίνεται στη βάση συγκεκριμένων κριτηρίων και η διαμόρφωση πολιτικών να προσαρμόζεται στα χαρακτηριστικά της εκάστοτε κατηγορίας, κατέληξε η ομιλήτρια.

Στη συνέχεια, η **Νάντια Μπουμπουκαιροπούλου**, Φαρμακοποιός, MSc, Επιστημονική Συνεργάτιδα του Τομέα Οικονομικών της Υγείας στην ΕΣΔΥ, ξεκίνησε την ομιλία της λέγοντας ότι το μέγεθος και οι μεταβολές των δαπανών υγείας εξαρτώνται από πολλαπλούς κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες, το σύστημα χρηματοδότησης και την οργανωτική δομή του υγειονομικού συστήματος. Επιμέρους παράγοντες, συμπλήρωσε, είναι η δημογραφική σύνθεση του πληθυσμού, η μεταβολή του νοσολογικού φάσματος, τα ποσοστά ανεργίας και τα αντίστοιχα ποσοστά συμμετοχής στους ασφαλιστικούς φορείς, η ανάπτυξη και διάχυση της βιοϊατρικής τεχνολογίας, ο όγκος και η αξία των υπηρεσιών υγείας, καθώς και ο ρυθμός αύξησης των τιμών των υγειονομικών αγαθών σε σύγκριση με το ρυθμό αύξησης του αποπληθωριστή του ΑΕΠ.

Παρουσιάζοντας στοιχεία για την εξέλιξη των δαπανών υγείας στην Ελλάδα από το 2003 και έπειτα, η κυρία Μπουμπουκαιροπούλου επεσήμανε ότι η μείωση της συνολικής δαπάνης που σημειώθηκε μετά το 2009 οφείλεται κατά κύριο λόγο στη μείωση της δημόσιας δαπάνης υγείας, ενώ παρά την οικονομική κατάσταση οι ιδιωτικές δαπάνες έχουν μείνει περίπου σταθερές. Αξίζει να σημειωθεί ότι, το 2012, η δημόσια δαπάνη υγείας στην Ελλάδα ήταν μικρότερη ως ποσοστό του ΑΕΠ από τη δαπάνη υγείας σε πολλές άλλες χώρες του ΟΟΣΑ και της Ευρώπης, αντιπροσωπεύοντας μόλις το 67,1% της συνολικής δαπάνης, τη στιγμή που τα αντίστοιχα ποσοστά για τις χώρες του ΟΟΣΑ και της Ευρώπης ήταν 72,2% και 72,9% αντίστοιχα.

Το 2013, η δαπάνη υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ στην Ελλάδα ανήλθε σε 9,2% (Εικόνα 36), ενώ αναμένεται να μειωθεί περαιτέρω στο πλαίσιο του προγράμματος

ΔΑΠΑΝΗ ΥΓΕΙΑΣ ΩΣ % ΤΟΥ ΑΕΠ ΣΕ ΧΩΡΕΣ ΤΟΥ ΟΟΣΑ (2013)



Πηγή: OECD Health Statistics 2015

Εικόνα 36: Η δαπάνη υγείας στην Ελλάδα σε σύγκριση με άλλες χώρες του ΟΟΣΑ.

της δημοσιονομικής προσαρμογής. Μέχρι το 2015, πρόσθεσε η κυρία Μπουμπουχαιοπούλου, εκτιμάται πως η περιστολή της συνολικής δαπάνης στην Ελλάδα θα έχει αγγίξει το -35,3%.

Στο πλαίσιο της δημοσιονομικής προσαρμογής, η φαρμακευτική δαπάνη βρέθηκε στο επίκεντρο πληθώρας μέτρων περιορισμού της, συνέχισε η ομιλήτρια, λόγω του ποσοτικού της χαρακτήρα, της εγκυρότητας και αξιοπιστίας των δεικτών της, αλλά και της γεωμετρικής αύξησης που παρουσίαζε τα τελευταία χρόνια τόσο σε απόλυτα μεγέθη, όσο και ως ποσοστό του ΑΕΠ συγκριτικά με τις υπόλοιπες επιμέρους δαπάνες υγείας.

Παρ' όλα αυτά, η συνολική φαρμακευτική δαπάνη –και κατά κεφαλήν και ως ποσοστό του ΑΕΠ– παραμένει υψηλή στην Ελλάδα σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες του ΟΟΣΑ.

Οι βασικοί παράγοντες που διαμορφώνουν τη φαρμακευτική δαπάνη και καθορίζουν το ρυθμό αύξησής της είναι η αυξημένη ζήτηση για φαρμακευτικά προϊόντα, που οφείλεται στη δημογραφική και επιδημιολογική μεταβολή που έχει επέλθει, η εισαγωγή νέων φαρμάκων, η υιοθέτηση πολιτικών συγκράτησης του κόστους και η διαθεσιμότητα γενοσήμων και βιοϊσοδύναμων φαρμάκων.

Η φαρμακευτική καινοτομία οδηγεί σε αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης και της ποιότητας ζωής, βελτιώνοντας την παραγωγικότητα και ενισχύοντας την οικονομική ανάπτυξη. Η εστίαση, επομένως, του ενδιαφέροντος αποκλείστικα στο κόστος, χωρίς να λαμβάνεται υπόψη το πραγματικό όφελος των φαρμάκων, οδηγεί σε υποεκτίμηση της πραγματικής τους αξίας, καθώς το όφελος συχνά δεν μπορεί να αποτιμηθεί πριν από την πάροδο μεγάλου χρονικού διαστήματος. Παρ' όλα αυτά, υπογράμμισε κλείνοντας η ομιλήτρια, η τεκμηρίωση της πραγματικής αξίας των καινοτόμων φαρμάκων με όρους θεραπευτικής και οικονομικής αποδοτικότητας είναι αναγκαία.

Τη σκυτάλη πήρε ο **Κώστας Αθανασάκης**, Επιστημονικός Συνεργάτης του Τομέα Οικονομικών της Υγείας της ΕΣΔΥ. Η φαρμακευτική καινοτομία αποτελεί την κινητήρια δύναμη πίσω από τις εξελίξεις στη βιοϊατρική επιστημονική έρευνα διεθνώς, δήλωσε ο ομιλητής. Η ανάπτυξη της τεχνολογίας σε συνδυασμό με την επιδημιολογική μεταβολή είχαν ως αποτέλεσμα τις αυξητικές τάσεις στη δαπάνη του φαρμάκου διεθνώς, και την ανάγκη διαχείρισης και ελέγχου της διάχυσης της καινοτομίας.

Η κρατική παρέμβαση στη ρύθμιση της αγοράς του φαρμάκου πρέπει να λαμβάνει υπόψη ότι, σε ένα μέρος της, η αγορά αυτή είναι ανταγωνιστική (προϊόντα εκτός πατέντας) και σε ένα άλλο μέρος της είναι ισχυρά μονοπωλιακή (καινοτόμα προϊόντα). Προφανώς, δεν μπορούν να υπάρχουν πολιτικές που να αφορούν και στα δύο κομμάτια της αγοράς, πρόσθεσε ο κύριος Αθανασάκης, και αυτό πρέπει να το έχουμε κατά νου προκειμένου να εφαρμόσουμε ορθολογικά τις πολιτικές σε όλη την αγορά του φαρμάκου.

Οι δυνατότητες παρέμβασης του κράτους και της ασφάλισης αφορούν τις αποφάσεις περί τιμολόγησης των φαρμακευτικών προϊόντων και τις αποφάσεις αποζημίωσης (κάλυψης) των διαθέσιμων φαρμακευτικών προϊόντων.

Οι πολιτικές τιμολόγησης αφορούν πρωτίστως την πλευρά της προσφοράς και είναι από τις πλέον διαδεδομένες παρεμβάσεις πολιτικής του φαρμάκου στην

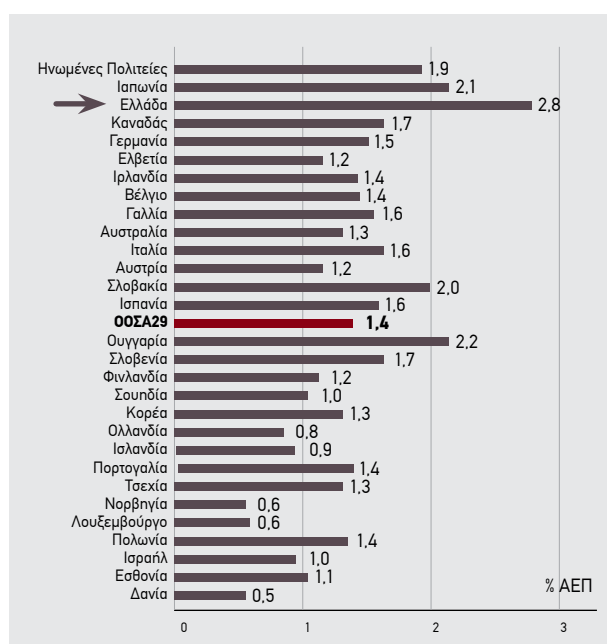
Ευρώπη σήμερα. Βασικές μορφές τιμολόγησης των εντός προστασίας φαρμάκων είναι οι εξωτερικές τιμές αναφοράς (η πλέον διαδεδομένη προσέγγιση), η τιμολόγηση με βάση το ποσοστό κέρδους (η πλέον σπάνια) και οι διαπραγματεύσεις (η ανερχόμενη).

Οι βασικές πολιτικές τιμολόγησης στη μη προστατευμένη αγορά αποσκοπούν στην ευόδωση του ανταγωνισμού, είναι πολιτικές ελεύθερης αγοράς, και κύριες μορφές τους είναι η διατίμηση και οι δημοπρασίες. Η τιμολόγηση από μόνη της, ωστόσο, δεν αρκεί για τη ρύθμιση της αγοράς, τόνισε ο κύριος Αθανασάκης, φέρνοντας ως παράδειγμα πρόσφατη μελέτη που έδειξε ότι στα ογκολογικά φάρμακα οι τιμές στην Ελλάδα είναι οι χαμηλότερες από τις 16 χώρες που συγκρίθηκαν, τη στιγμή που, σύμφωνα με στοιχεία του ΟΟΣΑ, η φαρμακευτική δαπάνη στην Ελλάδα είναι από τις υψηλότερες ([Εικόνα 37](#)).

Οι πολιτικές αποζημίωσης, από την άλλη, αποτελούν το σημαντικότερο και πλέον αναπτυσσόμενο τμήμα της πολιτικής φαρμάκου διεθνώς σήμερα και συνδυάζουν πολλαπλά χαρακτηριστικά της υπό αξιολόγηση τεχνολογίας, με σκοπό τη λήψη μιας απόφασης αποζημίωσης.

Η αξιολόγηση τεχνολογίας υγείας οφείλει να λαμβάνει υπόψη μια σειρά παραγόντων και κοινωνικών αξιών οι οποίες υπερβαίνουν το αποτέλεσμα της οικονομικής αξιολόγησης και εκτείνονται στο σύνολο των βασικών εκφάνσεων από την υιοθέτηση ή μη της τεχνολογίας. Επί της ουσίας, στην απόφαση αποζημίωσης, το σύνολο των οργανισμών αξιολόγησης τεχνολογίας υγείας διεθνώς συνεκτιμά, κατά γενική ομολογία, και άλλα κριτήρια, κατά περίπτωση, πέραν της σχέσης κόστους-αποτελεσματικότητας. Η αξιολόγηση τεχνολογίας υγείας, σήμερα, παρέχει επαρκές θεωρητικό και εμπειρικό πλαίσιο προκειμένου να λαμβάνονται αποφάσεις αποζημίωσης.

Παρ' όλα αυτά, ως απόρροια της διαδικασίας αυτής (και ενίοτε των περιορισμών της), ανακύπτουν σήμερα, όλο και πιο έντονα, δύο κυρίως ζητήματα, το



Εικόνα 37: Φαρμακευτική δαπάνη ως ποσοστό του ΑΕΠ (ΟΟΣΑ, 2015).

ζήτημα της επιβάρυνσης των ασθενών και το ζήτημα της έγκαιρης πρόσβασης. Η υπέρβαση των περιορισμών της αξιολόγησης τεχνολογίας υγείας επιβάλλει την ανάπτυξη συμπληρωματικών πολιτικών στα δύο ανωτέρω πεδία. Απαιτούνται πλουραλιστικές και όχι μονοδιάστατες πολιτικές φαρμάκου, και περισσότερα εργαλεία για την αξιολόγηση της τεχνολογίας υγείας, κατέληξε ο κύριος Αθανασάκης.

Ακολούθησε η παρουσίαση της Επιστημονικής Συνεργατίας του Τομέα Οικονομικών της Υγείας της ΕΣΔΥ, **Κατερίνας Μυλωνά**, η οποία μίλησε για την ελληνική πραγματικότητα, επισημαίνοντας πως, ασφαλώς, οτιδήποτε νέο δεν είναι και καινοτόμο, αλλά υπάρχουν πλέον ποσοτικά δεδομένα που αποδεικνύουν ότι η καινοτομία συμβάλλει σημαντικά στη βελτίωση των εκβάσεων υγείας και της ποιότητας ζωής (**Εικόνα 38**).

Η καινοτομία και τα οφέλη της μας αφορούν όλους, τόνισε η κυρία Μυλωνά, καθώς όλοι είμαστε εν δυνάμει ασθενείς. Ωστόσο, υπό συνθήκες σπανιότητας των πόρων και περιορισμένων προϋπολογισμών, καλούμαστε να εξετάζουμε το κόστος των καινοτόμων τεχνολογιών και να δίνουμε απαντήσεις στη συνθήκη της αβεβαιότητας η οποία συνοδεύει τις νέες τεχνολογίες αναφορικά με την ιατρική αποτελεσματικότητα και την οικονομική αποδοτικότητά τους. Η διαδικασία της αξιολόγησης της καινοτομίας και η απόφαση των εθνικών συστημάτων περί τιμολόγησης και αποζημίωσης καθίστανται ακόμη πιο σύνθετες, εάν αναλογιστεί κανείς ότι, πλέον, η πλειονότητα των καινοτόμων θεραπειών είναι εξατομικευμένες. Ένα από τα εργαλεία που διαθέτουν τα συστήματα υγείας για τη λήψη των αποφάσεων αυτών είναι οι κλειστοί προϋπολογισμοί, με στόχο τη συγκράτηση των δαπανών υγείας, αλλά και την ανάπτυξη μηχανισμών περί ανταγωνιστικής χρήσης των πόρων. Ειδικότερα, στην Ελλάδα, αναφορικά με τη φαρμακευτική περίθαλψη, τέθηκε, ήδη από το 2012, κλειστός προϋπολογισμός για την εξωνοσοκομειακή φαρμακευτική δαπάνη και, από την αρχή του έτους 2016, θα ισχύσει και για τη νοσοκομειακή. Τα μέτρα αυτά συνδέονται άρρηκτα με το μηχανισμό της αυτόματης επιστροφής (clawback).

Ωστόσο, το βασικό ερώτημα το οποίο προκύπτει αφορά τη ρεαλιστική βάση επί της οποίας προσδιορίζεται το ύψος του προϋπολογισμού και, ειδικότερα, το ερώτημα κατά πόσο τα χρήματα τα οποία «κλείνουμε» ως ανώτατο όριο δαπανών, επαρκούν για να καλύψουν τις πραγματικές ανάγκες υγείας του πληθυσμού. Η χρήση ιστορικών και απολογιστικών δεδομένων για τη διαμόρφωση του ύψους της δαπάνης οδηγεί α priori σε αποτυχία και ενέχει σοβαρούς κινδύνους για την ορθή κατανομή των πόρων. Η συζήτηση των εμπλεκόμενων εταίρων πρέπει να επικεντρώνεται όχι στο ύψος της δαπάνης αποκλειστικά, αλλά στη μεθοδολογία και τα κριτήρια τα οποία υποδεικνύουν το ύψος της. Καθίσταται επιτακτική η επανεξέταση και αναθεώρηση των προϋπολογισμών, αλλά και των πόρων που δαπανώνται στα επιμέρους κέντρα κόστους, προκειμένου, μέσω δομημένων διαδικασιών (π.χ. Programme Budgeting and Marginal Analysis), να γίνει ανακατανομή των πόρων στις δράσεις, παρεμβάσεις και θεραπείες οι οποίες πράγματι έχουν προστιθέμενα οφέλη σε όρους προσδόκιμου επιβίωσης και ποιότητας διαβίωσης. Το γεγονός αυτό αποδεικνύεται και από μελέτες, σύμφωνα με τις οποίες υπάρχουν χώρες με την ίδια κατά κεφαλήν δαπάνη υγείας με την Ελλάδα, που

ΟΙ ΚΑΙΝΟΤΟΜΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ ΕΧΟΥΝ ΑΛΛΑΞΕΙ ΤΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΣΕ ΠΟΛΛΕΣ ΝΟΣΟΥΣ (PFS, DFS, OS, QOL)

Καρκίνος	Προηγούμενο μοντέλο	Προηγούμενη επιβίωση	Εξατομικευμένη θεραπεία	Επιβίωση με εξατομικευμένη θεραπεία
Οξεία προμυελοκυτταρική λευχαιμία	Χημειοθεραπεία	19 μήνες	All-trans ρετινοϊκό οξύ	>58 μήνες
Χρόνια μυελοειδής λευχαιμία	Χημειοθεραπεία	6 έτη	Ιματινίμπη	>22 έτη
Μελάνωμα	Δακαρβαζίνη	<10 μήνες	Βεμουραφενίμπη	16 μήνες
Μυελοειδής καρκίνος του θυρεοειδούς	Χημειοθεραπεία	36	Βανδετανίμπη	Δεν υπάρχουν ακόμη στοιχεία
Στρωματικός όγκος γαστρεντερικού	Χημειοθεραπεία	12-18	Ιματινίμπη	Περίπου 5 έτη
Υποτροπιάζον λέμφωμα Hodgkin	Χημειοθεραπεία	1,2 έτη	Μπρεντουξιμάμπη βεδοτίνη	22,4 μήνες

Εικόνα 38: Η καινοτομία έχει οδηγήσει σε σημαντικές βελτιώσεις των εκβάσεων υγείας.

όμως έχουν εντελώς διαφορετικούς υγειονομικούς δείκτες, λόγω διαφορετικών επιλογών στην κατανομή των πόρων.

Εκ των πραγμάτων, ο προϋπολογισμός της φαρμακευτικής περίθαλψης είναι δυναμικός, δεδομένου ότι εισάγονται νέες θεραπείες, οι οποίες συνήθως συνδέονται με υψηλότερο κόστος, λόγω των συνθηκών έρευνας και ανάπτυξης νέων μορίων. Κατά συνέπεια, όταν η πολιτεία δεν συνυπολογίζει στους κλειστούς προϋπολογισμούς τις καινοτόμες αυτές θεραπείες και δεν αυξάνει το ύψος των προϋπολογισμών ή δεν επιτυγχάνει μέσω της χρήσης των γενοσήμων αντίστοιχες εξοικονομήσεις οι οποίες θα χρηματοδοτήσουν την καινοτομία, είναι αναπόφευκτο να υπάρχει πάντοτε υπέρβαση της δαπάνης. Η απάντηση στην προβληματική αυτή έχει δοθεί, σε διεθνές και ευρωπαϊκό επίπεδο, μέσω της υιοθέτησης του μηχανισμού οριζόντιας ανίχνευσης (horizon scanning) νέων τεχνολογιών, με σκοπό την παρακολούθηση των νέων τεχνολογιών σε βάθος τριετίας και, κατά συνέπεια, την έγκυρη ενημέρωση των αρμόδιων φορέων για την επίπτωση που επιφέρουν στους προϋπολογισμούς υγείας και στον τρόπο διαχείρισης της νόσου, προκειμένου να ληφθούν βάσει τεκμηρίων αποφάσεις για το ύψος του προϋπολογισμού αλλά και την αποζημίωσή τους.

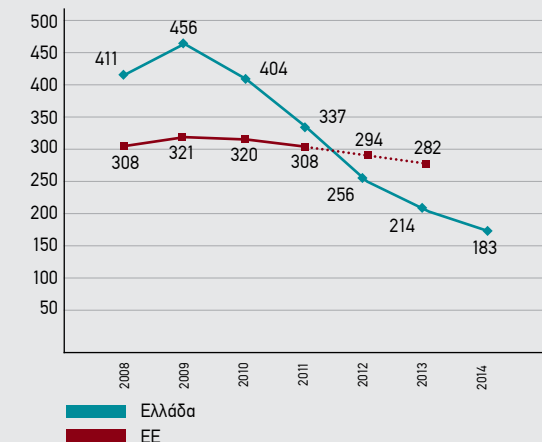
Άλλο εξορθολογισμός και άλλο περικοπή δαπανών, παρατήρησε η κυρία Μυλωνά. Ο εξορθολογισμός είναι αποδεκτός, καθώς προσπαθεί να διορθώσει τα λάθη στη χρήση των πόρων, αλλάζει την προτεραιοποίηση στη διάθεση των πόρων – αλλά με δικαιολογημένη μεθοδολογία. Αντίθετα, η περικοπή δαπανών αποτελεί καθαρά τεχνική οικονομικού ελέγχου, καθώς πρόκειται για μια προσπάθεια περιορισμού των δαπανών των ασφαλιστικών φορέων σύμφωνα με έναν προκαθορισμένο, κλειστό προϋπολογισμό. Δυστυχώς, κατέληξε η κυρία Μυλωνά, η βιβλιογραφία τεκμηριώνει ότι οι πολιτικές οριζόντιας περικοπής των δαπανών υγείας έχουν σημαντικές αρνητικές επιπτώσεις στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού.

Τελευταίος πήρε το λόγο ο Πρόεδρος και Διευθύνων Σύμβουλος της Novartis Hellas, **Riccardo Canevari**, ο οποίος επεσήμανε πως η μείωση της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης στην Ελλάδα, που ξεκίνησε το 2009, ήταν σε κάποιο βαθμό αναγκαία, καθώς είχε ανέλθει σε πολύ υψηλά επίπεδα, αλλά ήταν τόσο ραγδαία, ώστε μετά το 2011 έπεσε κάτω από τον μέσο όρο στην ΕΕ. Η συνεχιζόμενη καθοδική πορεία της είναι δυσμενής για τους ασθενείς, καθώς δημιουργεί προβλήματα πρόσβασης στις θεραπείες (**Εικόνα 39**).

Από την άλλη, συνέχισε ο κύριος Canevari, οι περιορισμένοι πόροι δεν θα πρέπει να αποτελούν δικαιολογία για να μην κάνουμε τίποτα ή για να λαμβάνουμε λάθος αποφάσεις. Το γεγονός ότι οι ασθενείς που πάσχουν από σοβαρές νόσους και ζουν στην Ελλάδα έχουν πρόσβαση στις καινοτόμες θεραπείες πολύ αργότερα από ασθενείς που ζουν σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες δεν είναι μόνο λάθος, τόνισε ο ομιλητής, είναι και απάνθρωπο. Όλοι θα έπρεπε να έχουν το ίδιο επίπεδο πρόσβασης στις καινοτόμες θεραπείες.

Η αντίληψη ότι η πολιτική αυτή εξοικονομεί πόρους, συνέχισε ο κύριος Canevari, είναι εσφαλμένη, κάτι που αποδεικνύεται από τα 300 εκ. ευρώ clawback που αναμένονται το 2015 (15% υπέρβαση). Λαμβάνοντας υπόψη ότι το ποσό αυτό ήταν 150 εκ. ευρώ το 2013 και 200 εκ. το 2014, είναι προφανές ότι κάτι δεν λειτουργεί σωστά, υπογράμμισε. Επίσης, αξίζει να σημειωθεί

ΚΑΘΑΡΗ ΚΑΤΑ ΚΕΦΑΛΗΝ ΔΗΜΟΣΙΑ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ (2008-2014)



Πηγές: System of Health Accounts (SHA) 2014, EOPYY 2012, State Budget 2014 Executive Summary, OECD Health Data 2013, Eurostat

Εικόνα 39: Η Ελλάδα υπολείπεται του μέσου όρου της ΕΕ, γεγονός που δημιουργεί ζητήματα πρόσβασης.

ότι οι εταιρείες καλούνται να πληρώσουν clawback, όχι για τα τιμολόγια που έχουν πληρωθεί, αλλά για τα τιμολόγια που έχουν εκδοθεί. Η αλλαγή αυτής της τακτικής θα μπορούσε να προσφέρει κίνητρα και να βοηθήσει το σύστημα να λειτουργήσει πιο σωστά.

Ασφαλώς, συνέχισε ο ομιλητής, απαιτούνται και κάποιες αλλαγές στη δομή του συστήματος, ούτως ώστε να γίνει πιο απλό, γρήγορο και βιώσιμο. Η απλοποίηση του συστήματος συνίσταται τόσο σε διαδικασίες ελέγχου του όγκου των συνταγογραφούμενων φαρμάκων, που θα ευνοούν την προώθηση γενοσήμων και θα διασφαλίζουν ότι τα καινοτόμα φάρμακα λαμβάνονται από τους ασθενείς που πραγματικά τα χρειάζονται, όσο και βελτίωσης των πολιτικών τιμολόγησης και αποζημίωσης, οι οποίες σήμερα είναι αργές και οδηγούν σε σημαντικές καθυστερήσεις. Η αντικατάσταση των rebates με price volume agreements θα μπορούσε να οδηγήσει σε αμεσότερη πρόσβαση στα φάρμακα.

Από την άλλη, η βιωσιμότητα του συστήματος, με τη μεγιστοποίηση της αξίας των δημόσιων πόρων και των χρημάτων των φορολογουμένων, μπορεί να εξασφαλιστεί με την υιοθέτηση της αποζημίωσης βάσει των αποτελεσμάτων, της απόδοσης κάθε θεραπείας. Σήμερα, εξήγησε ο κύριος Canevari, διαθέτουμε τα εργαλεία για να μετράμε με ακρίβεια τις εκβάσεις των θεραπειών σε συγκεκριμένους ασθενείς. Εάν ένα φάρμακο είναι αποτελεσματικό σε 85% του πληθυσμού-στόχου, το κόστος του για το υπόλοιπο 15% των ασθενών δεν θα πρέπει να πληρωθεί από το κράτος και τους φορολογούμενους στη φαρμακοβιομηχανία.

Στρατηγική της Novartis είναι να προάγει τη βασισμένη σε επιστημονικά δεδομένα καινοτομία, φέρνοντας καλύτερες εκβάσεις για τους ασθενείς. Σκοπός της εταιρείας, υπογράμμισε ο κύριος Canevari, είναι να βελτιώνει την υγεία των ασθενών, παρατείνοντας την επιβίωσή τους και βελτιώνοντας την ποιότητα ζωής τους, υποστηρίζοντας όμως ταυτόχρονα και την οικονομική σταθερότητα του συστήματος υγείας, με την πρόληψη των δαπανηρών επιπλοκών των νόσων και τη μείωση των δαπανών από τη νοσοκομειακή νοσηλεία.

Μετά την ολοκλήρωση των ομιλιών, το λόγο έλαβε ο Πρόεδρος του ΣΦΕΕ, **Πασχάλης Αποστολίδης**, ο οποίος σχολίασε ότι οι λύσεις που χρειαζόμαστε υπάρχουν, αλλά θα πρέπει η Πολιτεία να είναι σε θέση να τις ακούσει και να τις ενστερνιστεί, αντί να συνεχίσει να «κόβει» απλώς κόστη, χωρίς να λαμβάνει υπόψη τα δικαιώματα των ασθενών. Θα πρέπει να χτιστεί κλίμα εμπιστοσύνης και διαλόγου με την Πολιτεία, και ένα πρώτο βήμα είναι να ξεκινήσουν οι αποπληρωμές των χρεών.

Στη συνέχεια, ο Αναπληρωτής Κοσμήτορας, Διευθυντής και Καθηγητής του Τομέα Αρχών Οργάνωσης και Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας της ΕΣΔΥ, **Νίκος Μανιαδάκης**, δήλωσε ότι η φαρμακευτική δαπάνη αποτελεί τον εύκολο στόχο στην προσπάθεια δημοσιονομικής προσαρμογής. Ωστόσο, σημείωσε, οι περικοπές δαπανών χωρίς σχέδιο δεν μπορούν να συνεχιστούν, απαιτείται ο καθορισμός υγειονομικού στόχου. Η καινοτομία σημαίνει διαφορετικά πράγματα για τους

ασθενείς και τους φορείς, επεσήμανε ο κύριος Μανιαδάκης. Για να αξιοποιήσουμε τα ευρωπαϊκά δεδομένα αξιολόγησης της τεχνολογίας υγείας απαιτούνται άνθρωποι πόροι, απαιτείται να στελεχωθεί ο δημόσιος τομέας με προσωπικό που θα λειτουργεί με δίκαιο και ισότιμο τρόπο, και με διαφάνεια.

Κλείνοντας τη συνεδρία, ο κύριος Κοσμίδης έθεσε το ερώτημα εάν είναι προτιμότερο να υιοθετούμε ή να φτιάχνουμε μόνοι μας διαδικασίες και συστήματα για την αξιολόγηση της τεχνολογίας υγείας. Η μεταφορά συστημάτων από άλλες χώρες, απάντησε ο κύριος Αθανασάκης, δεν είναι σωστή, καθώς τα περιβάλλοντα είναι διαφορετικά. Το καλύτερο είναι να τα φτιάξουμε μόνοι μας, εξάλλου έχουμε τη δυνατότητα για κάτι τέτοιο, απλά χρειάζεται η πολιτική βούληση. Δεν χρειάζεται να περιμένουμε το τέλειο σύστημα για να το εφαρμόσουμε, μπορούμε να χρησιμοποιήσουμε ό,τι έχουμε και να μάθουμε σιγά σιγά από τα λάθη μας, συμπλήρωσε ο κύριος Canevari.

ΔΙΑΛΕΞΗ

Καινοτομία στην υγεία: Η αξία της ιατρικής τεχνολογίας για τους ασθενείς, τους ιατρούς και την ασφάλιση υγείας

Η καινοτομία αποτελεί επένδυση για τη βελτίωση της υγειονομικής φροντίδας, ικανή να αναχαιτίσει τη συνεχιζόμενη περιστολή των δαπανών υγείας.

Προεδρείο: Γιώργος Παππούς, Χρήστος Ιατρού

Ομιλητής: Μανώλης Καραμαλής 

Ο **Μανώλης Καραμαλής**, Reimbursement & Government Affairs Director στη Medtronic, η οποία κατέχει πλέον την πρώτη θέση στο χώρο των εμφυτεύσιμων συσκευών καλύπτοντας ευρύ φάσμα νοσημάτων, επεσήμανε εισαγωγικά ότι η στρατηγική της εταιρείας περιλαμβάνει τη βελτιστοποίηση των κλινικών αποτελεσμάτων, τη διεύρυνση της πρόσβασης των ασθενών στα συστήματα υγείας και τις ιατρικές τεχνολογίες, και τη βελτιστοποίηση της σχέσης κόστους-αποτελεσματικότητας. Για να τα επιτύχει, επιστρατεύει την καινοτομία, επιδιώκει την πρόσβαση σε παγκόσμιο επίπεδο και εστιάζει στη σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας, συνιστώντας καθοριστική για την αφομοίωση της καινοτομίας από το σύστημα και την αποζημίωσή της από τους ασφαλιστικούς φορείς.

Το μέλλον στον τομέα των ιατρικών συσκευών αφορά τις ολοκληρωμένες λύσεις. Η εταιρεία παρακολουθεί συνολικά τη νόσο, αναλαμβάνοντας ακόμη και το management συγκεκριμένων υπηρεσιών μέσα στα νοσοκομεία, για τη βελτιστοποίησή τους και την εξοικονόμηση πόρων.

Η διαχείριση της νόσου περιλαμβάνει τα εξής στάδια: τη στοχευμένη διάγνωση, την παραπομπή στο νοσοκομείο (referral network solutions), τη βελτιστοποίηση των ενδονοσοκομειακών υπηρεσιών και την παρακολούθηση της αποθεραπείας.

Στην Ευρώπη, σήμερα, το οικοσύστημα της υγειονομικής φροντίδας έχει ως βασικό κριτήριο για τη λήψη αποφάσεων την τιμή, σύντομα ωστόσο οι ευρωπαϊκές χώρες θα κληθούν να υιοθετήσουν τη νέα οδηγία της ΕΕ, η οποία εισάγει και άλλα κριτήρια (MEAT). Πρέπει να έχουμε υπόψη, τόνισε ο ομιλητής, πως το περιβάλλον για συμπράξεις δημόσιου-ιδιωτικού τομέα διαφοροποιείται μεταξύ των χωρών και σε μεγάλο βαθμό εξαρτάται από το νομικό πλαίσιο που διέπει αυτές τις συνεργασίες. Στη διαδικασία του σχεδιασμού των πολιτικών υγείας όσον αφορά και τις υποδομές, θα πρέπει να λαμβάνεται υπ' όψιν ο ρόλος που μπορεί να διαδραματίσει η κάθε νοσοκομειακή ή άλλη υποδομή στη διάρκεια της ιατρικής φροντίδας (continuum of care). Ανάλογα με τον όγκο των παρεχομένων υπηρεσιών, θα υπάρχουν τα νοσοκομεία που θα είναι κέντρα

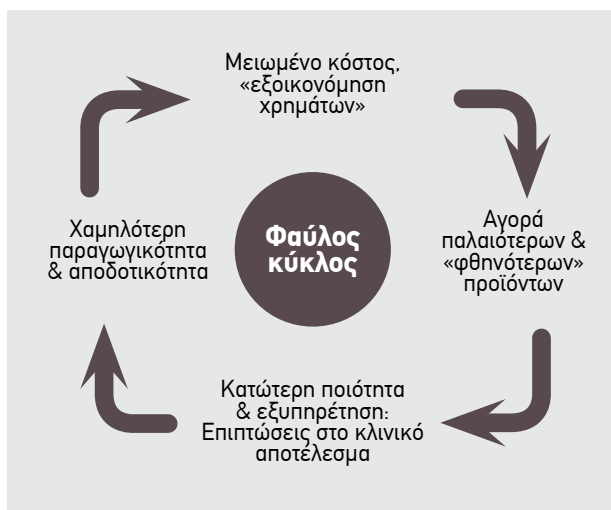
αριστείας, τα διαγνωστικά κέντρα, τα οποία θα είναι επιφορτισμένα με την παραπομπή των ασθενών στις κατάλληλες υποδομές υγείας και, τέλος, τα κέντρα αποθεραπείας και διαρκούς παρακολούθησης (rehabilitation/follow up). Επομένως, οι φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας θα αξιοποιούνται ανά φάση διαχείρισης της νόσου. Θα πρέπει, επίσης, να σημειωθεί η αξία των τεχνολογιών που επιτρέπουν την παρακολούθηση του ασθενούς από απόσταση (π.χ. στο χώρο του διαβήτη και της καρδιακής ανεπάρκειας), περιορίζοντας τις επισκέψεις και τη διάρκεια παραμονής του ασθενούς στο νοσοκομείο.

Ο κύριος Καραμαλής αναφέρθηκε στη σημασία και τις δυνατότητες αξιοποίησης της ευρωπαϊκής χρηματοδότησης, κάτι στο οποίο πρόκειται να επενδύσει και η Medtronic. Παρατήρησε, δε, πως ο ρόλος των γιατρών έχει διαφοροποιηθεί, καθώς τώρα πλέον στις αποφάσεις για την υιοθέτηση θεραπειών στο χώρο του νοσοκομείου συμμετέχουν και διοικητικοί.

Σήμερα, οι φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας αποζημιώνονται κατά ιατρική πράξη. Αυτό στο άμεσο μέλλον θα εξελιχθεί, έτσι ώστε η αποζημίωση να εξαρτάται και από το κλινικό αποτέλεσμα. Υπάρχουν ήδη «οάσεις» τέτοιων πρακτικών σε σκανδιναβικές χώρες και σε κάποιες χώρες της δυτικής Ευρώπης, οπότε η γενίκευση του “fee for performance” (έναντι του “fee for service” που ισχύει σήμερα) είναι απλώς θέμα χρόνου.

Ο κύριος Καραμαλής περιέγραψε τον φαύλο κύκλο που δημιουργεί η προσήλωση μόνο στην άμεση μείωση του κόστους ([Εικόνα 40](#)), με αποτέλεσμα χαμηλότερες θεραπευτικές επιδόσεις – κάτι που συνεπάγεται μείωση της παραγωγικότητας και αποδοτικότητας λόγω της ασθένειας, και άρα περαιτέρω ανάγκη μείωσης του κόστους και συγκράτησης δαπανών.

Η καινοτομία είναι μέρος της λύσης στο φαύλο αυτόν κύκλο, υποστήριξε ο ομιλητής, καθώς αποτελεί επένδυση για τη βελτιστοποίηση της παροχής υγειονομικής φροντίδας στους ασθενείς, επιτυγχάνοντας καλές εκβάσεις υγείας και ποιότητας ζωής, και βελτιώνοντας την παραγωγικότητα και την αποδοτικότητα. ([Εικόνα 41](#)). Σύμφωνα με αναφορά του Υπουργείου Οικονομικών της Γερμανίας (2011), η συνεισφορά της



Εικόνα 40: Η μείωση του κόστους εις βάρος της καινοτομίας δημιουργεί φαύλο κύκλο.

καινοτομίας στην υγεία στη συνολική οικονομία της χώρας υπολογίζεται σε δεκάδες δισ. ευρώ.

Είναι προφανές, συνέχισε ο ομιλητής, ότι η αξία μιας ιατρικής τεχνολογίας σήμερα, έχει, εκτός από την κλινική, μία ανθρωπιστική και μία οικονομική συνιστώσα. Ο ομιλητής στάθηκε σε μερικά παραδείγματα εμφυτεύσιμων συσκευών για την καρδιακή ανεπάρκεια και τον αιφνίδιο καρδιακό θάνατο, που αποτυπώνουν την καλή σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας των τεχνολογιών αυτών, των οποίων μάλιστα το κόστος παρουσιάζει, διαχρονικά, πτωτική τάση.

Ο κύριος Καραμαλής περιέγραψε τους εναλλακτικούς τρόπους χρηματοδότησης της καινοτομίας στον τομέα της υγείας και παρατήρησε ότι ο ρυθμός μεταρρύθμισης των συστημάτων υγείας αναγκαστικά θα διαφέρει μεταξύ των χωρών, καθώς εξαρτάται από τους πόρους και την πολιτική βούληση. Θα πρέπει, ωστόσο, να θυμόμαστε ότι οι δαπάνες υγείας αποτελούν επένδυση και όχι κόστος, κατέληξε ο κύριος Καραμαλής.



Εικόνα 41: Η καινοτομία αποτελεί επένδυση και μέρος της λύσης.

Μετά την ολοκλήρωση της ομιλίας, ο Συντονιστής Διευθυντής στο Νεφρολογικό Κέντρο «Γ. Παπαδάκης», Γ.Ν. Νίκαιας-Πειραιά και εκ των συντονιστών της συνεδρίας, **Χρήστος Ιατρού**, επεσήμανε ότι η προμήθεια σήμερα γίνεται με βάση το κόστος, ενώ σημασία έχει το θεραπευτικό σχήμα στο σύνολό του (η συσκευή, το φάρμακο, τα υλικά κ.λπ.) και αυτό είναι κάτι που πρέπει να γίνει αντιληπτό από όλους. Και υπογράμμισε τη σημασία της σύμπραξης του δημόσιου με τον ιδιωτικό τομέα, και στο χώρο της τεχνολογίας υγείας, για την εξοικονόμηση πόρων.

Σε σχετική ερώτηση του έτερου συντονιστή της συνεδρίας και Διευθύνοντος Συμβούλου του Εθνικού Κέντρου Αξιολόγησης της Ποιότητας και Τεχνολογίας στην Υγεία (ΕΚΑΠΤΥ), **Γιώργου Παππού**, ο κύριος Καραμαλής απάντησε πως σήμερα η Ευρωπαϊκή Ένωση εξετάζει τις διαδικασίες πιστοποίησης και αποδοχής των ιατρικών συσκευών που κυκλοφορούν στην ευρωπαϊκή αγορά, με βασικό γνώμονα την ασφάλεια και τη δυνατότητα πρόσβασης σε καινοτόμες θεραπείες για τον Ευρωπαίο πολίτη.

ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ

Η αξία του ελέγχου για μεταλλάξεις BRCA στη διαχείριση του καρκίνου των ωοθηκών

Ο έλεγχος για την ανίχνευση μεταλλάξεων BRCA μπορεί να οδηγήσει στη στοχευμένη, κλινικά αποτελεσματική και οικονομικά αποδοτική χρήση των νέων εξατομικευμένων θεραπειών.

Προεδρείο: Κωνσταντίνος Συρίγος, Γιάννης Κυριόπουλος

Ομιλητές: Γεράσιμος Αραβαντινός, Εξελίξεις στη διαχείριση του καρκίνου των ωοθηκών

Κούλης Γιαννουκάκος, Ο ρόλος των μεταλλάξεων των γονιδίων BRCA1/2 στον καρκίνο των ωοθηκών

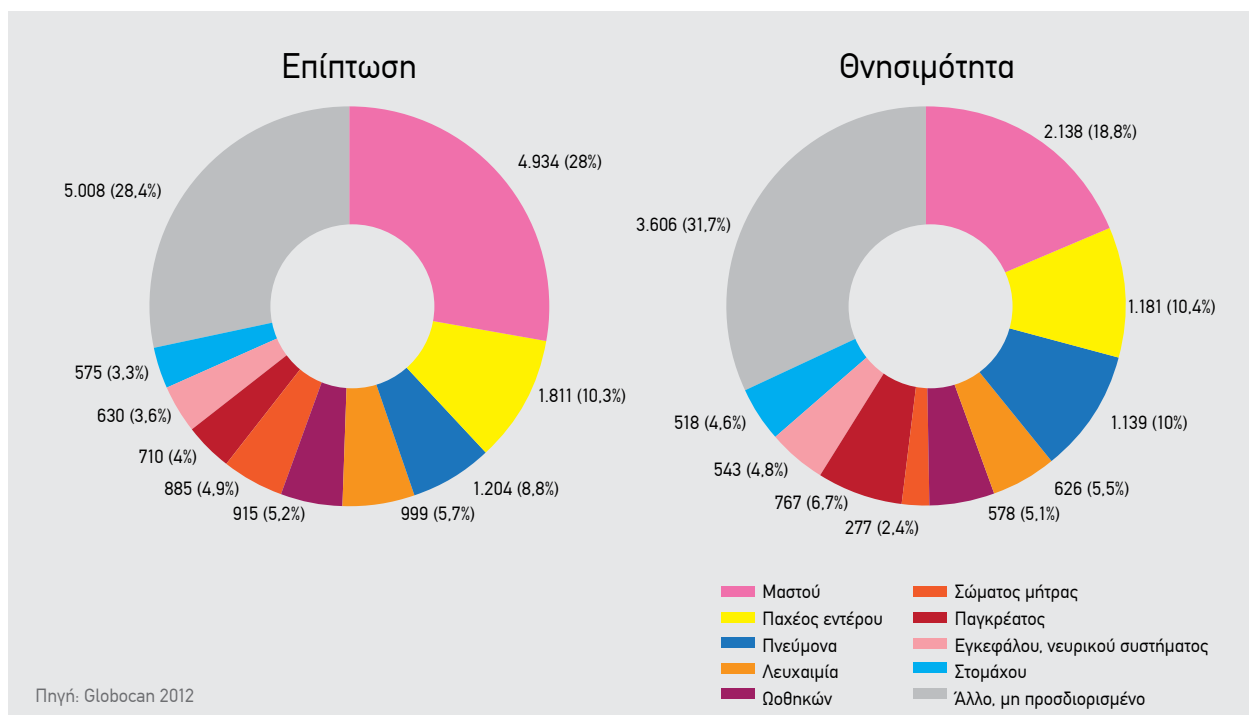
Νίκος Μανιαδάκης, Κόστος της νόσου του καρκίνου των ωοθηκών και αξία της διάγνωσης των μεταλλάξεων των γονιδίων BRCA

Πρώτος έλαβε το λόγο ο Συντονιστής Διευθυντής της Β' Παθολογικής-Ογκολογικής Κλινικής στο Νοσοκομείο «Άγιοι Ανάργυροι», **Γεράσιμος Αραβαντινός**, ο οποίος ανέφερε στην ομιλία του ότι ο καρκίνος των ωοθηκών είναι ο έβδομος πιο συχνά διεγνωσμένος καρκίνος στις γυναίκες παγκοσμίως. Το 60% των ασθενών με καρκίνο ωοθηκών διαγιγνώσκονται σε προχωρημένο στάδιο και δυστυχώς πρόκειται για μια γυναικολογική κακοήθεια στην οποία, παρά τις προσπάθειες, δεν υπάρχει πρόληψη. Με δεδομένο το προχωρημένο στάδιο της ασθενούς κατά τη διάγνωση, η πενταετής επιβίωση μειώνεται σημαντικά.

Στην Ελλάδα, σύμφωνα με διεθνή δεδομένα, ο καρκίνος των ωοθηκών αναφέρεται ως η πέμπτη συχνό-

τερη μορφή καρκίνου και η έκτη αιτία θανάτου στις γυναίκες ([Εικόνα 42](#)). ωστόσο, στην πραγματικότητα, τα νούμερα είναι μάλλον λίγο χαμηλότερα, συμπληρώσε ο ομιλητής.

Οι θεραπευτικές επιλογές που απευθύνονται στις νεοδιαγνωσμένες ασθενείς είναι το χειρουργείο, η χημειοθεραπεία, με ή χωρίς βιολογική θεραπεία, και η θεραπεία συντήρησης. Αν και η πλειονότητα των ασθενών ευρίσκονται σε πλήρη ύφεση της νόσου μετά το αρχικό χειρουργείο και την πρώτη συστηματική αγωγή (χημειοθεραπεία-βιολογική θεραπεία), οι περισσότερες μετά από κάποιο διάστημα υποτροπιάζουν και το ελεύθερο νόσου διάστημα μειώνεται, προϊόντος του χρόνου. Στις υποτροπές, συνέχισε ο κύριος Αραβαντι-



Εικόνα 42: Διεθνή δεδομένα δείχνουν ότι στην Ελλάδα ο καρκίνος των ωοθηκών είναι η 5η συχνότερη μορφή καρκίνου και η 6η αιτία θανάτου στις γυναίκες.

νός, οι χημειοθεραπείες ή συστηματικές θεραπείες παραμένουν η θεραπεία εκλογής.

Αφού περιέγραψε τον θεραπευτικό αλγόριθμο που ακολουθείται στη νόσο, ο ομιλητής ανέφερε ότι πολύ σημαντικό ρόλο στην πορεία των ασθενών διαδραματίζουν κάποιοι παράγοντες, ένας (και βασικός) εκ των οποίων είναι ο χειρουργός. Δυστυχώς, επεσήμανε, πολλές ασθενείς χειρουργούνται από μη ειδικούς γιατρούς, φαινόμενο που συμβαίνει σε μεγάλη έκταση και στην Ελλάδα. Επίσης, συμπλήρωσε, είναι ιδιαίτερα σημαντικό οι ασθενείς να αντιμετωπίζονται από ειδικό παθολόγο ογκολόγο.

Στα χημειοθεραπευτικά φάρμακα, που είναι τα βασικά όπλα στις υποτροπές της νόσου και χρησιμοποιούνται διαχρονικά, ήρθε το 2011 να προστεθεί η πρώτη βιολογική θεραπεία, ο αγγειογενετικός παράγοντας μπερσισζουμάμπη, φέρνοντας σημαντική πρόοδο στην αντιμετώπιση της νόσου, ιδιαίτερα όσον αφορά το PFS (επιβίωση χωρίς υποτροπή της νόσου), όπως παρατηρείται σε όλες τις μελέτες. Δυστυχώς, όμως, δεν παρατηρείται ακόμη διαφορά στη συνολική επιβίωση, κάτι που δεν έχει εξηγηθεί επαρκώς.

Πρόσφατα, εγκρίθηκε από τον ΕΜΕΑ το φάρμακο olaparib, η πρώτη εξατομικευμένη (δηλαδή, απευθυνόμενη σε συγκεκριμένες ασθενείς) θεραπεία, που βασίζεται σε ανίχνευση μεταλλάξεων στα γονίδια BRCA. Οι μεταλλάξεις αυτές έχουν συσχετιστεί με διάφορους τύπους καρκίνου. Η κύρια μελέτη, στην οποία βασίστηκε και η έγκριση της εξατομικευμένης θεραπείας, έδειξε ότι η χορήγησή της σε ασθενείς με μεταλλάξεις BRCA οδήγησε σε 82% μείωση του κινδύνου εμφάνισης προόδου της νόσου ή θανάτου σε σύγκριση με την εικονική θεραπεία (placebo).

Οι προβληματισμοί σήμερα, παρατήρησε ο κύριος Αραβαντινός, αφορούν το πραγματικό κόστος των παλαιών και των νέων θεραπειών για την αντιμετώπιση του καρκίνου των ωοθηκών, το αν μπορεί η χρήση βιοδεικτών (προσδιορισμός των κατάλληλων ασθενών) στην επιλογή της κατάλληλης θεραπείας να αποτελέσει τη σωστή cost-effective μέθοδο και, τέλος, το αν ο ρόλος της Πολιτείας θα πρέπει να περιορίζεται στην αποζημίωση της θεραπείας. Τόσο η συνεργασία μεταξύ ερευνητών και κλινικών γιατρών, όσο και η θεραπεία των ασθενών από ειδικούς είναι κρίσιμες για καλύτερες μακροχρόνιες εκβάσεις, κατέληξε ο ομιλητής.

Λαμβάνοντας το λόγο, από το προεδρείο, ο **Κωνσταντίνος Συρίγος**, Καθηγητής Παθολογίας Ογκολογίας, Διευθυντής Γ' Π.Π. Γ.Ν. «Σωτηρία», Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ, υπογράμμισε επίσης τον σημαντικό ρόλο που έχει ο εξειδικευμένος χειρουργός στην αντιμετώπιση της νόσου, προσθέτοντας ότι, αν ο χειρουργός που θα κάνει το πρώτο χειρουργείο δεν είναι εξειδικευμένος και το αποτέλεσμα δεν είναι το βέλτιστο, ο δεύτερος χειρουργός δεν μπορεί να διορθώσει τα λάθη που ενδέχεται να έχουν γίνει. Επομένως, μήπως θα πρέπει κάποια νοσήματα, συμπεριλαμβανομένου και του καρκίνου των ωοθηκών, να θεραπεύονται από κέντρα αναφοράς; Ο κύριος Αραβαντινός δήλωσε απόλυτα σύμφωνος με τη θέση αυτή, επισημαίνοντας ότι η λανθασμένη αντιμετώπιση των ασθενών με καρκίνο των ωοθηκών από μη ειδικούς χειρουργούς φαίνεται ακόμη και από τη χειρουργική τομή. Δυστυχώς, τόνισε, τα λάθη δεν μπορούν να διορθωθούν εκ των υστέρων.

Στη συνέχεια, ο έτερος συντονιστής της συνεδρίας, ο Καθηγητής **Πάννης Κυριόπουλος**, ρώτησε τον ομιλητή

πού έγκειται η δυσκολία συνεργασίας των ογκολόγων παθολόγων με τους χειρουργούς. Για να έχουν τη σωστή αντιμετώπιση, οι ασθενείς θα πρέπει εξ αρχής να απευθυνθούν στο ειδικό κέντρο, όπου υπάρχουν χειρουργοί εξειδικευμένοι στη γυναικολογική ογκολογία, απάντησε ο ομιλητής. Εκεί, δυστυχώς, θα βρουν λίστα αναμονής και, σε ορισμένες περιπτώσεις, μπορεί να απευθυνθούν στον ιδιωτικό τομέα. Επειδή όμως η ασθένεια αυτή δεν έχει ειδικά συμπτώματα, η ασθενής μπορεί να βρεθεί στο εφημερεύον νοσοκομείο με συμπτώματα, όπως τα κοιλιακά άλγη ή ο ειλεός, να γίνει εκεί η διάγνωση και να ληφθεί εσπευσμένα η απόφαση να χειρουργηθεί την επόμενη ημέρα από το χειρουργό του νοσοκομείου, ο οποίος μπορεί να μην είναι γυναικολόγος, αλλά γενικός χειρουργός, χωρίς εμπειρία στη συγκεκριμένη νόσο.

Αξίζει να σημειωθεί, πρόσθεσε ο κύριος Συρίγος, ότι στα μισά νοσοκομεία της Ελλάδας που παρακολουθούν ογκολογικούς ασθενείς δεν υπάρχουν ογκολογικά συμβούλια και, στα άλλα μισά όπου υπάρχουν, το περιστατικό συζητείται στο ογκολογικό συμβούλιο μετά το χειρουργείο. Αν απαγορευόταν οποιαδήποτε ιατρική πράξη σε ογκολογικό ασθενή χωρίς να έχει πρώτα συναποφασιστεί από όλες τις εμπλεκόμενες ειδικότητες, συμπλήρωσε, η εξοικονόμηση για το σύστημα υγείας θα ήταν τεράστια.

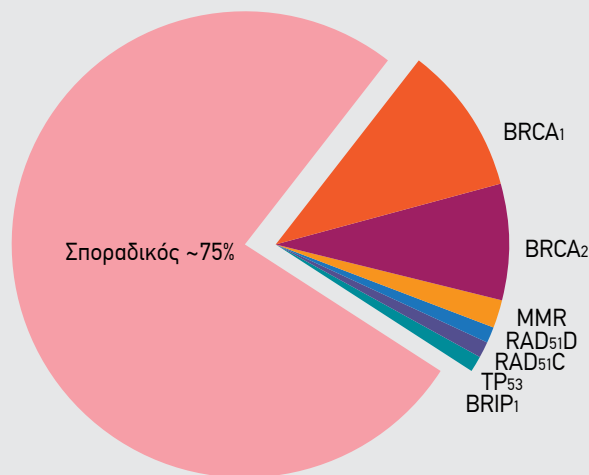
Στη συνέχεια, το λόγο έλαβε ο Διευθυντής Ερευνών ΕΚΕΦΕ «Δημόκριτος», **Κούλης Γιαννουκάκος**. Η μέση ηλικία διάγνωσης καρκίνου των ωοθηκών είναι τα 64 έτη, ξεκίνησε ο ομιλητής, προσθέτοντας ότι η νόσος θα μπορούσε και να λέγεται καρκίνος των σαλπίγγων, καθώς τα κύτταρα που την προκαλούν δεν είναι αυτά των ωοθηκών αλλά τα κύτταρα των σαλπίγγων. Αφού αναφέρθηκε συνοπτικά στους ιστολογικούς τύπους που υπάρχουν, ο κύριος Γιαννουκάκος επεσήμανε ότι ένα σημαντικό κομμάτι του καρκίνου των ωοθηκών σχετίζεται με την κληρονομικότητα ή τις μεταλλάξεις γονιδίων (**Εικόνα 43**). Παραθέτοντας μερικά στοιχεία από μελέτες για τα γονίδια προδιάθεσης, ο κύριος Γιαννουκάκος ανέφερε ότι 10% των ασθενών με καρκίνο των ωοθηκών φέρουν μετάλλαξη στο γονίδιο BRCA1, 40,6% των ασθενών με καρκίνο των ωοθηκών που έχουν οικογενειακό ιστορικό φέρουν μετάλλαξη στο γονίδιο BRCA1, 4,6% των ασθενών με καρκίνο των ωοθηκών χωρίς οικογενειακό ιστορικό φέρουν μία από τις ιδρυτικές και επανεμφανιζόμενες μεταλλάξεις του γονιδίου BRCA1 και 71,2% των ασθενών με μετάλλαξη στο γονίδιο BRCA1 είχαν διαγνωστεί με υψηλού βαθμού ορώδες καρκίνωμα.

Το 2011, τα αποτελέσματα μιας μελέτης έδειξαν ότι περίπου 25% των ασθενών με καρκίνο των ωοθηκών φέρουν τουλάχιστον μία παθολογική μετάλλαξη σε ένα από τα 12 γονίδια προδιάθεσης, με την πλειονότητα εξ αυτών να φέρουν μεταλλάξεις στα γονίδια BRCA1 και 2.

Στο ερευνητικό πρόγραμμα συνεργασίας του Εργαστηρίου Μοριακής Διαγνωστικής του ΕΚΕΦΕ «Δημόκριτος» και της Εταιρείας Ογκολόγων Παθολόγων Ελλάδας (ΕΟΠΕ) για τη μοριακή γενετική ανάλυση 280 ασθενών με καρκίνο ωοθηκών, με ταυτοποίηση μεταλλάξεων στα γονίδια BRCA1 και BRCA2, η ανάλυση των πρώτων 120 ασθενών έδειξε ότι 30 από τις 120 ασθενείς με καρκίνο ωοθηκών φέρουν μετάλλαξη στα γονίδια BRCA1 και BRCA2. Οι 10 από τις 30 γυναίκες με καρκίνο ωοθηκών που έφεραν μετάλλαξη δεν είχαν οικογενειακό ιστορικό, ενώ 20 από τις 30 είχαν σοβαρό οικογενειακό ιστορικό.

ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΩΝ ΩΟΘΗΚΩΝ

~25% του συνόλου των περιστατικών του καρκίνου ωοθηκών έχουν κληρονομικό υπόβαθρο.



Εικόνα 43: Στον κληρονομικό καρκίνο των ωοθηκών, κυρίαρχος είναι ο ρόλος των BRCA 1 και 2.

Σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες, επεσήμανε ο κύριος Γιαννουκάκος, όταν υπάρχει διάγνωση επιθηλιακού καρκίνου των ωοθηκών ανεξαρτήτως ηλικίας διάγνωσης και οικογενειακού ιστορικού, θα πρέπει να γίνεται γενετική ανάλυση, καθώς το ποσοστό μεταλλάξεων είναι πολύ μεγάλο.

Οι κλινικές οδηγίες για τον καρκίνο των ωοθηκών σε άτομα υψηλού κινδύνου αναφέρουν ότι, στους φορείς μεταλλάξεων BRCA, η έναρξη παρακολούθησης πρέπει να ξεκινάει στα 30-35 έτη ή 10 έτη πριν από τη νεαρότερη διάγνωση στην οικογένεια, στους φορείς μεταλλάξεων MMR η έναρξη παρακολούθησης πρέπει να ξεκινάει στα 25-30 έτη ή 10 έτη πριν από τη νεαρότερη διάγνωση στην οικογένεια, πρέπει να γίνεται ετήσιος ενδοκολπικός υπέρηχος και ετήσιος έλεγχος επιπέδου CA125, ενώ επιπλέον πρέπει να συζητείται το θέμα της προφυλακτικής υστερεκτομής/σαλπιγγο-ωοθηκεκτομής σε γυναίκες ηλικίας 40-50 χρόνων ή μετά την ολοκλήρωση της οικογένειάς τους. Ωστόσο, πρόσθεσε ο ομιλητής, δεν υπάρχουν αποδείξεις πως ο έλεγχος μπορεί να οδηγήσει σε πρώιμη διάγνωση ή μεγαλύτερη επιβίωση.

Η μεγάλη επανάσταση, βέβαια, στο χώρο του καρκίνου εν γένει έχει συντελεστεί με τις στοχευμένες θεραπείες, καθώς υπάρχουν νέα φάρμακα στα οποία έχουν ιδιαίτερα καλή ανταπόκριση ασθενείς που φέρουν μεταλλάξεις στα γονίδια BRCA1 και 2, κατέληξε ο κύριος Γιαννουκάκος.

Σε ερώτηση του κυρίου Συρίγου σχετικά με την ειδικότητα και την ευαισθησία της μεθόδου ανίχνευσης των μεταλλάξεων αυτών, ο ομιλητής απάντησε ότι, με την πάροδο των χρόνων και την πρόοδο της τεχνολογίας, η

αξιοπιστία και η ποιότητα της μεθόδου σαφώς βελτιώνονται. Οποσδήποτε, συμπλήρωσε, η μοριακή γενετική είναι ολόκληρη επιστήμη, η διάγνωση των μεταλλάξεων δεν μπορεί να γίνει σε ένα περιφερειακό νοσοκομείο, αλλά μόνο σε πανεπιστημιακά νοσοκομεία, καθώς απαιτεί τεχνογνωσία και έλεγχο. Δυστυχώς, πρόσθεσε, ακόμη δεν υπάρχει το κατάλληλο θεσμικό πλαίσιο και ο απαραίτητος κρατικός έλεγχος, με αποτέλεσμα να υπάρχουν εργαστήρια χωρίς πιστοποίηση. Το πρόβλημα αυτό αντιμετωπίζεται σε όλη την Ευρώπη, επεσήμανε ο κύριος Συρίγος, και το χειρότερο είναι ότι πλέον αρχίζουν να εμφανίζονται και εταιρείες στο διαδίκτυο που αναλαμβάνουν να κάνουν τις εξετάσεις αυτές από απόσταση. Προφανώς, πρόσθεσε, δεν αρκεί ένα εργαστήριο για να πεις σε έναν άνθρωπο ότι έχει ένα γονίδιο, το οποίο κάποτε θα του προκαλέσει καρκίνο, αλλά χρειάζονται και άλλες υποδομές, όπως ψυχιατρική υποστήριξη και follow-up. Δυστυχώς, οι υποδομές αυτές δεν υπάρχουν στην Ελλάδα, απάντησε ο κύριος Γιαννουκάκος, καθώς μας λείπουν τρεις ειδικότητες που υπάρχουν στην ΕΕ και τις ΗΠΑ: η ειδικότητα του κλινικού γενετιστή, που είναι ιατρική ειδικότητα, η ειδικότητα του γενετικού συμβούλου, που είναι νοσηλευτική ή βιολογική ειδικότητα, και η ειδικότητα του εργαστηριακού γενετιστή. Η γενετική συμβουλευτική, ειδικότερα, αποτελεί τεράστια έλλειψη, η οποία σήμερα καλύπτεται από τους γιατρούς και τους γενετιστές, αλλά προφανώς όχι όπως θα έπρεπε, συμπλήρωσε.

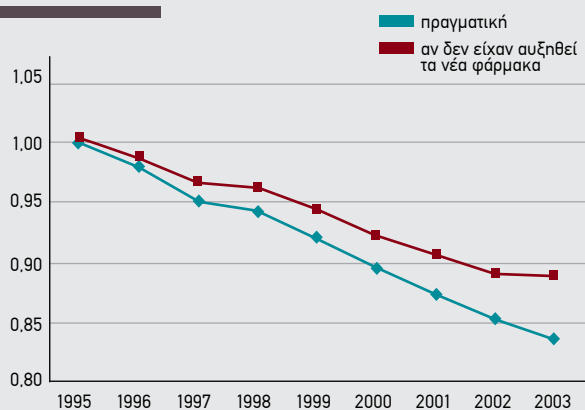
Τον κύκλο των παρουσιάσεων έκλεισε ο Αναπληρωτής Κοσμήτορας, Διευθυντής και Καθηγητής Τομέα Αρχών Οργάνωσης και Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας της ΕΣΔΥ, **Νίκος Μανιαδάκης**, ο οποίος μίλησε για το κόστος της νόσου και την αξία της διάγνωσης των μεταλλάξεων BRCA.

Η ογκολογία έχει γνωρίσει σημαντικές εξελίξεις τα τελευταία χρόνια, παρατήρησε ο ομιλητής, και οι νέες θεραπείες (γονιδιακές, στοχευμένες θεραπείες) έχουν συμβάλει σε μεγάλο βαθμό στην αποτελεσματικότητα της μάχης κατά του καρκίνου. Αξίζει να σημειωθεί ότι, σύμφωνα με πρόσφατη μελέτη του Ινστιτούτου Karolinska, 30% της μείωσης των δεικτών θνησιμότητας στην ογκολογία σχετίζεται με τις νέες θεραπείες που είχαμε στη διάθεσή μας τα τελευταία χρόνια ([Εικόνα 44](#)).

Στις ΗΠΑ, ο καρκίνος των ωοθηκών κατατάσσεται στους πιο δαπανηρούς τύπους καρκίνου. Με βάση στοιχεία από το Ηνωμένο Βασίλειο, το κόστος/ασθενή αυξάνει με την πρόοδο της νόσου, οι δαπάνες είναι υψηλότερες κατά το έτος της διάγνωσης και το τελευταίο έτος ζωής, και οι σημαντικότεροι παράγοντες κόστους είναι το νοσοκομειακό κόστος και το κόστος χειρουργικής επέμβασης, ακολουθούμενοι από το κόστος της χημειοθεραπείας.

Το πολύ υψηλό κόστος θεραπείας, το οποίο αυξάνεται με την πρόοδο της νόσου, και η σημαντική επιδείνωση της ποιότητας ζωής των ασθενών με καρκίνο των ωοθηκών δημιουργούν την ανάγκη για παράταση της επιβίωσης, καθυστέρηση της επιδείνωσης των συμπτωμάτων της νόσου και της ποιότητας ζωής, απαιτούν δε εξατομικευμένες θεραπείες που θα απευθύνονται σε ασθενείς με συγκεκριμένες γονιδιακές μεταλλάξεις. Οι ασθενείς αυτές θα ωφεληθούν περισσότερο από τη θεραπεία, οπότε θα επιτευχθεί βέλτιστο κλινικό αποτέλεσμα και καλύτερη χρήση των διαθέσιμων πόρων.

ΜΕΙΩΣΗ ΤΩΝ ΤΩΝ ΔΕΙΚΤΩΝ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑΣ ΑΠΟ ΚΑΡΚΙΝΟ (1995-2003)



Πηγή: B. Jonsson & N. Wilking. Annals of Oncology 18 (Supplement 3): iii1, 2007

Εικόνα 44: Στην αύξηση του αριθμού νέων φαρμάκων οφείλεται το 30% της μείωσης του προσαρμοσμένου για την ηλικία δείκτη θνησιμότητας από καρκίνο στο διάστημα 1995-2003.

Ο έλεγχος για μεταλλάξεις σε ασθενείς με καρκίνο των ωθηκών και σε συγγενείς τους μπορεί να μειώσει την επιβάρυνση από τη νόσο. Αυτό, εξήγησε ο ομιλητής, μπορεί να επιτευχθεί είτε με χειρουργική επέμβαση μείωσης του κινδύνου (προφυλακτική μαστεκτομή, σαλπινγγοωθηκεκτομή) σύμφωνα με τις διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες, είτε με τη χρήση της νέας, εξατομικευμένης θεραπείας, που αυξάνει το ελεύθερο νόσο διάστημα και καθυστερεί την επιδείνωση σε ασθενείς με καρκίνο των ωθηκών και μεταλλάξεις BRCA1 και 2.

Στις διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες συστήνεται έλεγχος για μεταλλάξεις BRCA1 και 2 σε όλες ανεξαιρέτως τις ασθενείς με καρκίνο των ωθηκών. Στις πε-

ρισσότερες χώρες του εξωτερικού, ο έλεγχος για τις μεταλλάξεις αυτές αποζημιώνεται από την κοινωνική ασφάλιση. Στην Ελλάδα, δυστυχώς, ο σχετικός έλεγχος δεν συμπεριλαμβάνεται στη λίστα με τους αποζημιούμενους βιοδείκτες και, επομένως, δεν αποζημιώνεται ακόμα από τον ΕΟΠΥΥ.

Ωστόσο, συνέχισε ο ομιλητής, μελέτη κόστους-αποτελεσματικότητας που διεξήχθη στο Ηνωμένο Βασίλειο έδειξε ότι ο συγκεκριμένος γονιδιακός έλεγχος είναι αποδοτικός όταν πραγματοποιείται τόσο στις ασθενείς με καρκίνο των ωθηκών όσο και στις συγγενείς των ασθενών με καρκίνο των ωθηκών και μεταλλάξεις BRCA. Η ευρύτερη υιοθέτηση της εξέτασης BRCA θα συντελέσει στην πρόληψη αρκετών νέων περιπτώσεων καρκίνου των ωθηκών και του μαστού ετησίως, και επομένως στη μείωση του υψηλού κόστους αντιμετώπισης από την πλευρά του συστήματος υγείας.

Οι νέες αυτές διαγνωστικές γονιδιακές εξετάσεις μπορούν να μας βοηθήσουν να στοχεύσουμε τις νέες θεραπείες που έχουμε στη διάθεσή μας με τρόπο κλινικά αποτελεσματικό και οικονομικά αποδοτικό, επεσήμανε ο κύριος Μανιαδάκης, ολοκληρώνοντας την ομιλία του.

Στην Ελλάδα, ο νόμος για τον διαγνωστικό γονιδιακό έλεγχο έχει ατέλειες, υπογράμμισε ο κύριος Συρίγος, καθώς συμβαίνει το παράδοξο να αποζημιώνεται διαγνωστικό γονιδιακό τεστ για το οποίο δεν υπάρχει στοχευμένη θεραπεία, και να μην αποζημιώνεται ο έλεγχος για μεταλλάξεις BRCA όπου υπάρχει στοχευμένη θεραπεία. Επιπλέον, πρόσθεσε, ο γονιδιακός έλεγχος κοστίζει ουσιαστικά πολύ λίγο, καθώς γίνεται μόνο μία φορά στη ζωή του ασθενή, επομένως δεν είναι λογικό να υπάρχει clawback στις εξετάσεις γονιδιακού ελέγχου. Προφανώς και δεν υπάρχει καμία λογική σε κάτι τέτοιο, απάντησε ο κύριος Μανιαδάκης: ειδικά αυτές οι εξειδικευμένες εξετάσεις θα έπρεπε να είναι εκτός κάθε συστήματος clawback. Ουσιαστικά, πρόκειται για εξέταση που εντοπίζει το 10-20% των ασθενών που θα λάβουν μια πολύ ακριβή θεραπεία, η οποία στοιχίζει πολύ περισσότερα χρήματα στον ΕΟΠΥΥ. Η αποζημίωση του κόστους της εξέτασης οδηγεί σε σημαντική εξοικονόμηση πόρων για τον Οργανισμό, υπογράμμισε ο κύριος Μανιαδάκης.

ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ

Προσέγγιση της αξίας της ανοσο-ογκολογίας και η πρόσβαση στην καινοτομία

Οι εξελίξεις στην ανοσο-ογκολογία μάς φέρνουν ένα βήμα πιο κοντά στην ίαση του καρκίνου, αλλά δημιουργούν και σοβαρές προκλήσεις για τα συστήματα υγείας.

Προεδρείο: **Γιάννης Υφαντόπουλος, Παναγιώτης Παναγιωτίδης**

Ομιλητές **Βασίλης Μπαρμπούνης**, Ανοσο-ογκολογία: Μια καινοτόμος προσέγγιση στη θεραπευτική αντιμετώπιση του καρκίνου 
Νίκος Μανιαδάκης, Σύγχρονες προσεγγίσεις στην οικονομική αξιολόγηση των καινοτόμων θεραπειών: Η περίπτωση της ανοσο-ογκολογίας 
Ζωή Γραμματόγλου, Προκλήσεις στην πρόσβαση των ασθενών στις καινοτόμες αντικαρκινικές θεραπείες 

Είμαστε πλέον ένα βήμα πιο κοντά στην εκπλήρωση της προσδοκίας μας να νικήσουμε τον καρκίνο, επεσήμανε, παίρνοντας πρώτος το λόγο, ο **Βασίλης Μπαρμπούνης**, MD, PhD, Metropolitan Hospital, καθώς οι πρωτοποριακές εξελίξεις στην ανοσο-ογκολογία αναμένεται να φέρουν σημαντικές αλλαγές στη θεραπεία του καρκίνου εντός της επόμενης δεκαετίας. Πέρασαμε από πολλά στάδια για να φτάσουμε στην ενεργητική και την παθητική ανοσοθεραπεία, και, σήμερα, έχουμε πλέον καλύτερη γνώση των επιμέρους μηχανισμών και καλύτερα αποτελέσματα.

Στη διαχείριση του καρκίνου από το ανοσολογικό σύστημα σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν τα τρία “Ε”, παρατήρησε ο ομιλητής: η καταστροφή των καρκινικών κυττάρων από τα δραστικά Τ-λεμφοκύτταρα (elimination), η ισορροπία που επέρχεται καθώς τα καρκινικά κύτταρα καταφέρνουν τελικά να συμβιώσουν με τα φυσιολογικά μέσα στον οργανισμό (equilibrium), καθώς και η διαφυγή των καρκινικών κυττάρων από την ανοσοεπιτήρηση και ο συνακόλουθος ανεξέλεγκτος πολλαπλασιασμός τους, που θα οδηγήσει τελικά στη θανάτωση του ξενιστή (escape).

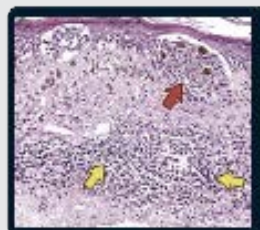
Ενώ όμως τα καρκινικά κύτταρα μοιάζουν με τα φυσιολογικά και επομένως το μείζον σύστημα ιστοσυμβατότητας δεν τα αναγνωρίζει ως εχθρικά, έχει βρεθεί ότι είναι δυνατόν να εγείρουν άνοση απόκριση, να τα αναγνωρίσει δηλαδή ο οργανισμός ως διαφορετικά και να τα καταστρέψει ([Εικόνα 45](#)).

Το καρκινικό κύτταρο χρησιμοποιεί πολλούς τρόπους για να διαφύγει την ολομέτωπη επίθεση που του κάνει ο οργανισμός μας. Περιγράφοντας συνοπτικά τον τρόπο που τα Τ-λεμφοκύτταρα επιτίθενται στα καρκινικά, ο κύριος Μπαρμπούνης ανέφερε ότι, αφού παρουσιάσουν από το καρκινικό κύτταρο τα αντιγόνα, τα οποία είναι διαφορετικά από εκείνα που αναγνωρίζει ως δικά του το μείζον σύστημα ιστοσυμβατότητας, τα δενδριτικά κύτταρα παρουσιάζουν τα αντιγόνα αυτά. Τα Τ-λεμφοκύτταρα που είναι ειδικά για το συγκεκριμένο

αντιγόνο αυξάνονται και, κατευθυνόμενα στον όγκο, τον διηθούν και τον καταστρέφουν.

Σε κάθε φάση, ωστόσο, το καρκινικό κύτταρο προσπαθεί να βρει διάφορους μηχανισμούς ώστε να διαφύγει από την ανοσοεπιτήρηση των Τ-λεμφοκυττάρων. Η ενεργοποίηση των Τ-λεμφοκυττάρων επιτυγχάνεται με δύο σήματα, τα οποία δημιουργούν διάφορους ρυθμιστικούς μηχανισμούς (checkpoints) που επιτρέπουν την αύξηση και ενεργοποίηση ή την αδρανοποίηση των Τ-λεμφοκυττάρων. Αυτοί οι ρυθμιστικοί μηχανισμοί, οι οποίοι θα μας απασχολήσουν την επόμενη δεκαετία, αποτελούν το «φρένο» της ενεργοποίησης και της δραστικότητας των Τ-λεμφοκυττάρων. Καθώς το καρκινικό κύτταρο, προκειμένου να διαφύγει του ελέγχου, δεσμεύει με κάποιες ουσίες τα σήματα αυτά αδρανοποιώντας τα Τ-λεμφοκύτταρα, οι ανοσοθεραπείες στοχεύουν με τη σειρά τους στη δέσμευση των ουσιών

ΤΑ ΚΑΡΚΙΝΙΚΑ ΚΥΤΤΑΡΑ ΜΠΟΡΟΥΝ ΝΑ ΕΓΓΕΙΡΟΥΝ ΑΝΟΣΗ ΑΠΟΚΡΙΣΗ



Μικροπεριβάλλον όγκου

Abbas AK et al. Cellular and Molecular Immunology. 7th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2012

Εικόνα 45: Το σκεπτικό της ανοσο-ογκολογίας βασίζεται στην αναγνώριση των καρκινικών κυττάρων από τον οργανισμό ως εχθρικών.

αυτών, προκειμένου τα Τ-λεμφοκύτταρα να μπορέσουν τελικά να ενεργοποιηθούν και να επιτελέσουν το έργο τους Ανεξάρτητα από τον όγκο και την ύπαρξη ή μη μεταλλάξεων, τα φάρμακα αυτά είναι δραστικά σε μια μεγάλη σειρά νεοπλασμάτων, διεγείροντας την άμυνα του οργανισμού εναντίον των καρκινικών κυττάρων, τόνισε ο ομιλητής, και περιέγραψε τα αποτελέσματα μελετών με ανοσοθεραπείες σε ασθενείς με μεταστατικό μελάνωμα, νεφρικό καρκίνωμα και καρκίνο του πνεύμονα.

Οι μελέτες δείχνουν ότι τα μονοκλωνικά αντισώματα έχουν θεαματικά αποτελέσματα όσον αφορά την αύξηση της συνολικής επιβίωσης των ασθενών, την ανταπόκριση στη θεραπεία και τη διάρκεια της ανταπόκρισης αυτής. Αν και στην αρχή της ανοσοθεραπείας η ανταπόκριση φαίνεται να είναι μικρότερη, ωστόσο στην πορεία οδηγεί σε μακρότερη επιβίωση και καλύτερη ποιότητα ζωής. Τα φάρμακα αυτά είναι βέβαια ακριβά, ωστόσο η επανένταξη των ασθενών στην κοινωνία μειώνει τα έμμεσα κόστη, σχολίασε κλείνοντας την παρουσίασή του ο ομιλητής.

Τη σκυτάλη πήρε ο Αναπληρωτής Κοσμήτορας, Διευθυντής και Καθηγητής του Τομέα Αρχών Οργάνωσης και Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας της ΕΣΔΥ, **Νίκος Μανιαδάκης**, ο οποίος υπογράμμισε πως τα οφέλη από τις εξελίξεις στην ανοσο-ογκολογία είναι σημαντικά, αλλά δημιουργούν και σοβαρές προκλήσεις όσον αφορά την αξιολόγησή τους με βάση τόσο την αξιολόγηση τεχνολογίας υγείας όσο και τα οικονομικά μοντέλα που χρησιμοποιούμε.

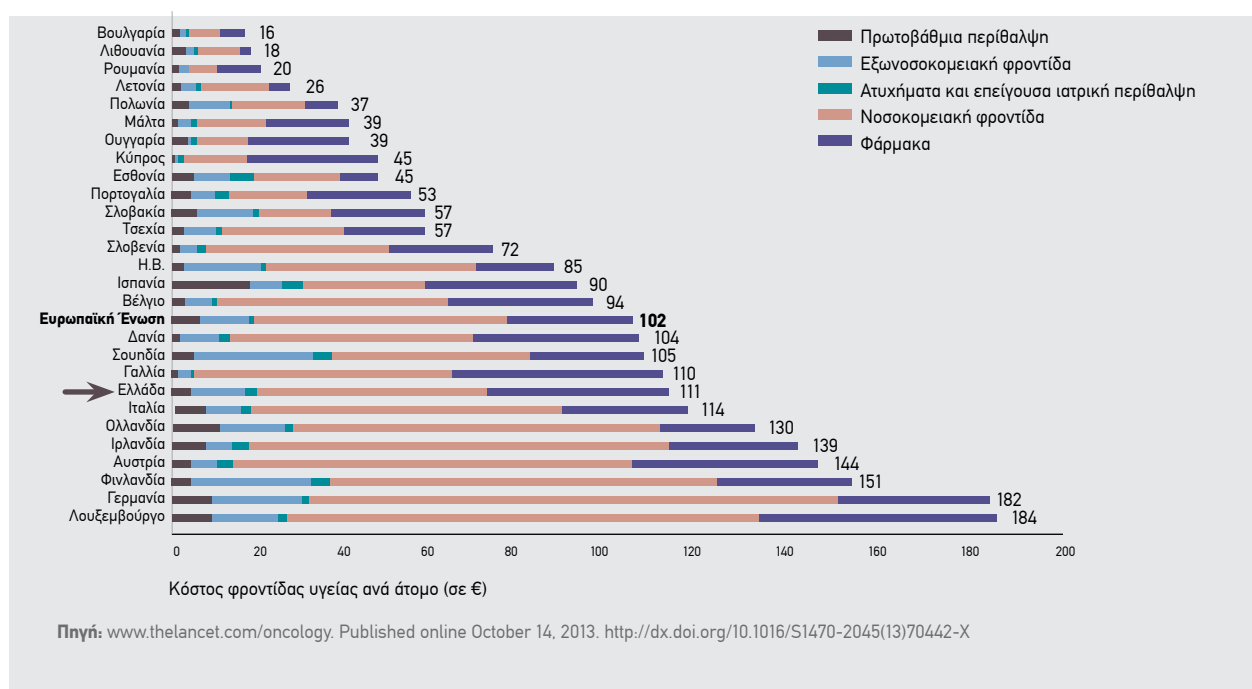
Τα συστήματα υγείας σήμερα καλούνται να αντιμετωπίσουν υψηλότερες προσδοκίες, αυξανόμενη ζήτηση, χαμηλή παραγωγικότητα, σπατάλες και αύξηση των δαπανών. Η υγεία στις μέρες μας, ανέφερε ο ομιλητής, κοστίζει όλο και περισσότερο, λόγω της γήρανσης του πληθυσμού, και της επακόλουθης αύξησης στην καταναλωτική φαρμάκων και στο κόστος της νοσοκομειακής τους διαχείρισης. Σύμφωνα με υπολογισμούς της Ευ-

ρωπαϊκής Επιτροπής, συμπλήρωσε, τα επόμενα χρόνια 1-2% του ΑΕΠ των χωρών θα αφορά δαπάνες που συνδέονται με το δημογραφικό φαινόμενο.

Εξάλλου, σύμφωνα με το Ευρωβαρόμετρο, 7 στους 10 Ευρωπαίους δεν προσέχουν την υγεία τους, ενώ και οι νέες τεχνολογίες επιβαρύνουν ιδιαίτερα τα συστήματα υγείας. Για την αξιολόγησή τους χρησιμοποιούνται διάφορα κριτήρια, όπως η αποτελεσματικότητα, η ασφάλεια, η σχέση κόστους-οφέλους, η ποιότητα ζωής των ασθενών κ.ά. Πολλές από αυτές τις προσεγγίσεις έχουν χρησιμοποιηθεί τα τελευταία χρόνια προκειμένου να αξιολογήσουν και τις νέες θεραπείες που είναι διαθέσιμες στην ογκολογία.

Τα νέα καινοτόμα φάρμακα συνέβαλαν σημαντικά στη διαχείριση του καρκίνου. Παρ' όλα αυτά, επεσήμανε ο κύριος Μανιαδάκης, στην ογκολογία δεν καταγράφεται η πρόοδος που διαπιστώνουμε σε άλλους τομείς, όπως η καρδιολογία. Ο καρκίνος εξακολουθεί να αποτελεί σημαντική αιτία θανάτου και οικονομικής επιβάρυνσης, με το μεγαλύτερο μέρος του κόστους διαχείρισης των ασθενών να σχετίζεται με το σύστημα υγείας, τα νοσοκομεία, το σύστημα πρωτοβάθμιας περίθαλψης (**Εικόνα 46**).

Η σημαντική παράταση της επιβίωσης από τις στοχευμένες θεραπείες και τις ανοσοθεραπείες δημιουργεί πρόσθετες προκλήσεις για τα συστήματα υγείας, καθώς οι θεραπείες αυτές απευθύνονται σε επιλεγμένους ασθενείς και απαιτούνται άλλου είδους μοντέλα τιμολόγησης και αποζημίωσης. Οι νέες τεχνολογίες απαιτούν, επίσης, την ύπαρξη των κατάλληλων υποδομών στο σύστημα υγείας, με βάση τις οποίες: α) θα διασφαλίσουμε ότι η θεραπεία θα δοθεί στους σωστούς ασθενείς, β) θα παρακολουθήσουμε τα αποτελέσματα της θεραπείας και γ) θα χρησιμοποιήσουμε αυτή την πληροφορία για να αυξήσουμε την αποτελεσματικότητα και να μειώσουμε την αβεβαιότητα, ούτως ώστε να υπογράψει το κράτος συμφωνίες επιμερισμού του κινδύνου με τους κατασκευαστές.



Εικόνα 46: Κόστος διαχείρισης του καρκίνου ανά άτομο στις χώρες της ΕΕ το 2009, με βάση την κατηγορία υπηρεσίας υγείας.

Στις οικονομικές αξιολογήσεις των τεχνολογιών υγείας ο κύριος δείκτης αποτελεσματικότητας είναι το προσδόκιμο ζωής των ασθενών και όχι η επιβίωση χωρίς εξέλιξη της νόσου.

Η παράταση του προσδόκιμου ζωής με τα νέα φάρμακα είναι εντυπωσιακή, ενώ είναι πολύ θετικό το γεγονός ότι, παράλληλα, βελτιώνεται και η ποιότητα ζωής των ασθενών. Επομένως, οι θεραπείες αυτές είναι cost-effective, παρατήρησε ο ομιλητής, αλλά λόγω της μεγάλης αλλαγής στις καμπύλες επιβίωσης απαιτείται αλλαγή των μοντέλων και μεθόδων αξιολόγησης, σημείωσε ο ομιλητής.

Τέλος, η Πρόεδρος Δ.Σ. του Συλλόγου Καρκινοπαθών - Εθελοντών - Φίλων - Ιατρών «Κ.Ε.Φ.Ι.» Αθηνών, **Ζωή Γραμματόγλου**, μίλησε για τις δυσκολίες πρόσβασης των ασθενών στις καινοτόμες αντικαρκινικές θεραπείες, επισημαίνοντας ότι ο καρκίνος πλήττει όχι μόνο τους ασθενείς αλλά και το περιβάλλον τους.

Αφού αναφέρθηκε στους σκοπούς και τις δράσεις του Συλλόγου «Κ.Ε.Φ.Ι.», η κυρία Γραμματόγλου δήλωσε απογοητευμένη από το γεγονός ότι σήμερα, που οι εξελίξεις στην ανοσο-ογκολογία μάς έχουν φέρει ένα βήμα πιο κοντά στην ίαση του καρκίνου, τα αποτελέσματα έρευνας του Συλλόγου σε συνεργασία με το Τμήμα Κοινωνικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου δείχνουν πως το 32% των ασθενών δεν έχουν πρόσβαση σε γιατρό, το 28% δεν έχουν πρόσβαση στα φάρμακά τους και το 40% παρουσιάζουν καθυστερήσεις στη λήψη της θεραπείας τους.

Στην Ελλάδα, μεγάλες είναι και οι καθυστερήσεις στην εισαγωγή και τιμολόγηση νέων καινοτόμων φαρμάκων για σπάνια και σοβαρά νοσήματα, ενώ η φαρμακευτική περίθαλψη των ανασφάλιστων ασθενών εξαρτάται εξ ολοκλήρου από δωρεές και από τη φιλόπονη διάθεση τρίτων.

Σε κάποιες μάλιστα περιπτώσεις, υπογράμμισε η κυρία Γραμματόγλου, ορισμένα νοσοκομεία αρνούνται άτυπα την παροχή φαρμάκων σε εξωτερικούς ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο, προκειμένου να μην αυξήσουν τη φαρμακευτική τους δαπάνη. Έντονος είναι και ο προβληματισμός τόσο για την εφαρμογή της διάταξης που αφορά τον περιορισμό του καναλιού διανομής (αποκλειστικά μέσω νοσοκομείου) των 1Α φαρμάκων νοσοκομειακής χρήσης (συμπεριλαμβανομένων και των αντικαρκινικών θεραπειών), όσο και για τη μείωση του νοσοκομειακού προϋπολογισμού για φάρμακα, η οποία αναμένεται να επηρεάσει την πρόσβαση των ασθενών στα φάρμακά τους.

Πρόσφατο Ευρωπαϊκό Συνέδριο, συνέχισε η ομιλήτρια, κατέδειξε ότι η πρόσβαση των ασθενών σε νέα αντικαρκινικά φάρμακα εξαρτάται από τη χώρα προέλευσής τους. Οι πολίτες της ΕΕ δεν είναι ισότιμοι και υπάρχουν μεγάλες διαφορές από χώρα σε χώρα, οι οποίες, σύμφωνα με μελέτη του Ινστιτούτου Karolinska της Σουηδίας, μεταφράζονται σε αντίστοιχα μεγάλες διαφορές στα ποσοστά επιβίωσης. Οι ασθενείς στη Γαλλία, την Αυστρία και την Ελβετία, σημείωσε η ομιλήτρια, έχουν καλύτερη πρόσβαση σε νέα

αντικαρκινικά φάρμακα, σε αντίθεση με όσους κατοικούν στην Τσεχία, την Αγγλία και την Πολωνία, ενώ οι ασθενείς που ανήκουν σε χαμηλά κοινωνικά στρώματα ή σε εθνικές μειονότητες έχουν τη χειρότερη δυνατή φροντίδα.

Αναφερόμενη στη χώρα μας και στην ταλαιπωρία που υφίστανται οι ανασφάλιστοι ασθενείς για να αποκτήσουν πρόσβαση στα φάρμακά τους, καθώς και στην έλλειψη κέντρων παρηγορητικής φροντίδας / τελικού σταδίου για τους ασθενείς με καρκίνο, η ομιλήτρια τόνισε ότι κριτήριο στη χάραξη πολιτικής υγείας πρέπει να αποτελεί η ανθρωπιά. Και επεσήμανε ότι ο παραμελημένος ασθενής θα στοιχίσει στο μέλλον περισσότερο στο σύστημα υγείας, οδηγώντας σε σπατάλη αντί για εξοικονόμηση πόρων.

Προϋποθέσεις για την ανατροπή και βελτίωση της σημερινής κατάστασης είναι: η εκπαίδευση και ενημέρωση των ασθενών και των οικογενειών τους, η συμμετοχή των ασθενών σε κυβερνητικά όργανα λήψης αποφάσεων, η αξιολόγηση των αντικαρκινικών φαρμάκων με βάση την αύξηση του χρόνου επιβίωσης και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών, η σύνταξη μητρώων ογκολογικών ασθενών και η ενσωμάτωσή τους στο σύστημα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, η επάρκεια εξοπλισμού, προσωπικού και προϋπολογισμού στα νοσοκομεία, καθώς και η διεύρυνση του πλαισίου κατ' οίκον νοσηλείας.

Στη συζήτηση που ακολούθησε, ο κύριος Μπαρμπούνης, απαντώντας σε σχετική ερώτηση, ανέφερε ότι τα νέα αντικαρκινικά φάρμακα περνούν στην πρώτη γραμμή θεραπείας κατά των νεοπλασμάτων, όχι ανάλογα με την τεχνολογία που φέρουν, αλλά ανάλογα με τα αποτελέσματα που έχουν βάσει των μελετών.

Σε ερώτηση που τέθηκε από το κοινό αν ο ΕΟΠΥΥ είναι περισσότερο "economic-based" και λιγότερο "evidence-based" για την αποζημίωση των καινοτόμων φαρμάκων, ο κύριος Μανιαδάκης απάντησε ότι ο ΕΟΠΥΥ δεν αξιολογεί τα καινοτόμα φάρμακα, μόνο τα πληρώνει. Και μπορεί η κρίση να έχει μειώσει το ΑΕΠ και τον προϋπολογισμό υγείας, αλλά δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι στην Ελλάδα οι ασθενείς έχουν πρόσβαση σε καινοτόμα φάρμακα τα οποία δεν είναι διαθέσιμα για ασθενείς σε άλλες χώρες. Το πρόβλημα είναι ότι στη χώρα μας δεν διαθέτουμε ακόμα Αξιολόγηση Τεχνολογιών Υγείας, ώστε οι θεραπείες να εισαχθούν στοχευμένα στο σύστημα, σημείωσε ο κύριος Μανιαδάκης.

Στη συνέχεια, ο Καθηγητής Αιματολογίας, Α' Π.Π. ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό», **Παναγιώτης Παναγιωτίδης**, εκ των συντονιστών της συζήτησης, επεσήμανε την αναγκαιότητα δημιουργίας κέντρων παρηγορητικής φροντίδας ασθενών τελικού σταδίου και την ευθύνη όλων για ορισμένα κακώς κείμενα στην υγεία.

Τέλος, ο κύριος Μπαρμπούνης παρατήρησε ότι, για να μουν τα ακριβά φάρμακα στη θετική λίστα και να αποζημιώνονται ώστε να είναι προσβάσιμα για τους ασθενείς, είναι απαραίτητο να αυξήσουμε τη διείσδυση των γενοσήμων από 20% που είναι σήμερα σε 60%.

ΔΙΑΛΕΞΗ

Η προσέγγιση της κλινικής φαρμακολογίας στην πολιτική του φαρμάκου

Η κλινική φαρμακολογία διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση της πολιτικής φαρμάκου, προάγοντας την τεκμηριωμένη ιατρική και την ορθολογική συνταγογράφηση.

Προεδρείο: Κώστας Αθανασάκης, Γιάννης Ροτζιώκος

Ομιλητής: Δημήτρης Κούβελας 

Ο Δημήτρης Κούβελας, Καθηγητής Φαρμακολογίας - Κλινικής Φαρμακολογίας, Διευθυντής Εργαστηρίου Κλινικής Φαρμακολογίας, Τμήμα Ιατρικής, ΑΠΘ, MD, BPharm, PhD, ξεκίνησε την ομιλία του παρατηρώντας ότι η πολιτική φαρμάκου είναι η προσπάθεια που οφείλει να καταβάλει κάθε ευνομούμενη κοινωνία για τη μεγιστοποίηση της ωφέλειας από το φάρμακο στο γενικό πλαίσιο μιας ορθής πολιτικής υγείας.

Ωστόσο, η μεγιστοποίηση της ωφέλειας από ένα «απολύτως» επιστημονικό/τεχνολογικό προϊόν δεν μπορεί να ξεφεύγει από τη βάση της απόλυτης επιστημονικής/τεχνοκρατικής αντίληψης, συνέχισε ο ομιλητής. Αντικειμενικά, κάθε άλλη προσέγγιση διαμόρφωσης πολιτικής φαρμάκου είναι αποσπασματική και λανθασμένη, εξήγησε, καθώς η γενίκευση είναι βασικό μεθοδολογικό σφάλμα αναζήτησης της αλήθειας.

Η κλινική φαρμακολογία είναι μια ιατρική ειδικότητα που έχει ως αντικείμενο την έρευνα, τη διδασκαλία και την παροχή συμβουλευτικών υπηρεσιών για την ορθή χρήση των φαρμάκων, και, ως εκ τούτου, αποτελεί απαραίτητο συμβουλευτικό εργαλείο για τον καθορισμό της πολιτικής φαρμάκου. Πρωταρχικός της στόχος είναι η αξιολόγηση των δράσεων -επιθυμητών και ανεπιθύμητων- των φαρμάκων και η εφαρμογή των νεότερων ερευνητικών φαρμακολογικών δεδομένων στην κλινική πράξη, ώστε να εξασφαλίζεται η βέλτιστη χρήση των φαρμάκων και να αποφεύγονται οι αλληλεπιδράσεις τους.

Η κλινική φαρμακολογία, εξήγησε ο ομιλητής, παρέχει υπηρεσίες συμβουλευτικής σε γιατρούς άλλων ειδικοτήτων και σε ασθενείς, ασχολείται με τη φαρμακοεπιδημιολογία, τη φαρμακοεπαγρύπνηση και τη φαρμακογενετική, παρέχει δεδομένα στη φαρμακοοικονομία, ασχολείται με το "therapeutic drug monitoring", έχει απόλυτη συμμετοχή σε επιτροπές για τη δημιουργία καταλόγων συνιστώμενων φαρμάκων και, τέλος, παρέχει ηλεκτρονικές φαρμακολογικές υπηρεσίες, π.χ. τεκμηριωμένες βάσεις δεδομένων που βασίζονται στον πρότυπο κατάλογο βασικών φαρμάκων του ΠΟΥ.

Πρόκειται για μια ειδικότητα, επεσήμανε ο κύριος Κούβελας, που προάγει την τεκμηριωμένη ιατρική και την ορθολογική συνταγογράφηση, μέσω της οποίας ο γιατρός μπορεί να επιλέγει την αποτελεσματικότερη και ασφαλέστερη θεραπεία για κάθε ασθενή εξατομι-

κευμένα. Τα κριτήρια για την επιλογή της κατάλληλης για κάθε ασθενή φαρμακοθεραπείας ξεκινούν από τη διάγνωση και τον καθορισμό της θεραπευτικής επιδίωξης, και καταλήγουν στη βασιζόμενη σε κριτήρια επιλογή, αρχικά, μιας ομάδας αποτελεσματικών φαρμάκων και, τελικά, του «προσωπικού» φαρμάκου του ασθενή. Τα κριτήρια του Parish, για παράδειγμα, συνέχισε ο ομιλητής, που χρησιμοποιούνται για την επιλογή του καλύτερου για κάθε ασθενή φαρμάκου, είναι τέσσερα: αποτελεσματικότητα, ασφάλεια, καταλληλότητα και κόστος.

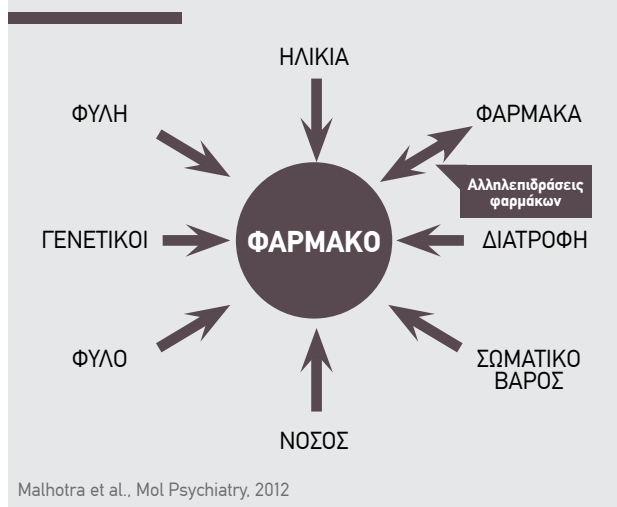
Η ανταπόκριση κάθε ατόμου σε ένα φάρμακο, ανέφερε ο κύριος Κούβελας, εξαρτάται από την αλληλεπίδραση αρκετών παραγόντων - γενετικών, ατομικών όπως η ηλικία, το φύλο, τα χαρακτηριστικά της νόσου, καθώς και εξωγενών, όπως το κάπνισμα, η διατροφή, οι παράλληλες θεραπείες κ.ά. (Εικόνα 47).

Από την άλλη πλευρά, τα ίδια τα φάρμακα είναι διαθέσιμα στον επαγγελματία υγείας μόνο εφόσον πληρούν ορισμένα αυστηρά κριτήρια, όπως η αποτελεσματικότητα και η ασφάλεια βάσει κλινικών μελετών. Επιλέγονται κατά περίπτωση, ανάλογα με τα ατομικά χαρακτηριστικά του ασθενή και με το κόστος τους. Ο επαγγελματίας υγείας αντλεί τις παραπάνω πληροφορίες από βασικές πηγές ενημέρωσης, δηλαδή τις κατευθυντήριες οδηγίες (στις οποίες, ωστόσο, συχνά υπάρχει ασυμφωνία), τον πρότυπο κατάλογο βασικών φαρμάκων του ΠΟΥ και διάφορες εθνικές λίστες αναφοράς, όπως η λίστα του Karolinska της Στοκχόλμης.

Σύμφωνα με τον πρότυπο κατάλογο βασικών φαρμάκων του ΠΟΥ, συνέχισε ο ομιλητής, ως «ουσιώδη» (essential) ορίζονται τα φάρμακα που ικανοποιούν τις ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης της πλειονότητας του πληθυσμού και γι' αυτό θα πρέπει να είναι διαθέσιμα οποιαδήποτε στιγμή, σε επαρκείς ποσότητες, στις κατάλληλες δοσολογικές μορφές και σε προσιτή τιμή.

Στη χώρα μας, δυστυχώς, υπογράμμισε ο κύριος Κούβελας, υπάρχουν τεράστιες ελλείψεις σε αρκετά βασικά φάρμακα, οι οποίες είναι μάλιστα αδικαιολόγητες, καθώς δεν αφορούν ακριβά σκευάσματα. Από την άλλη, σε κάποιες κατηγορίες φαρμάκων, όπως για παράδειγμα τα αναλγητικά, διαθέτουμε περίσσεια φαρμάκων. Σύμφωνα με τη λίστα βασικών φαρμάκων του ΠΟΥ, κάθε πολιτισμένο κράτος οφείλει να έχει τρία αναλγητικά (ακετυλοσαλικυλικό οξύ, ιμπου-

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΥΜΒΑΛΛΟΥΝ ΣΤΗ ΔΙΑΜΟΡΦΩΣΗ ΤΗΣ ΑΠΟΚΡΙΣΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΑ ΦΑΡΜΑΚΑ



Εικόνα 47: Η ανταπόκριση κάθε ατόμου σε ένα φάρμακο εξαρτάται από πολλούς παράγοντες.

προφύνη και παρακεταμόλη), εμείς όμως έχουμε πολύ περισσότερα, ακόμη και κάποια που δεν χρησιμοποιούνται σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες.

Η διαθεσιμότητα μεγάλου αριθμού φαρμάκων, ωστόσο, δεν σημαίνει και ότι ο ασθενής θα λάβει το καλύτερο γι' αυτόν φάρμακο, διευκρίνισε ο κύριος Κούβελας. Και έφερε ως παράδειγμα τη λίστα της Στοκχόλμης, η οποία δεν περιλαμβάνει ατελείωτους καταλόγους στα φάρμακα πρώτης γραμμής, αλλά μόνον αυτά που αξιολογήθηκαν, σύμφωνα με τα κριτήρια του Parish, ως τα καλύτερα από τα φάρμακα της κατηγορίας τους.

Αναφερόμενος ειδικά στην ανάγκη για “therapeutic drug monitoring”, ο ομιλητής τόνισε ότι πρόκειται για ιδιαίτερα σημαντική υπηρεσία της κλινικής φαρμακολογίας, που μπορεί να οδηγήσει σε σημαντική εξοικονόμηση πόρων.

Η ειδικότητα της κλινικής φαρμακολογίας είναι επίσημη ειδικότητα στην ΕΕ και αναγνωρισμένη όχι μόνο σε όλες τις πολιτισμένες χώρες, αλλά και σε πολλές χώρες του Τρίτου κόσμου, επεσήμανε ο κύριος Κούβελας. Ας ελπίσουμε, κατέληξε, ότι κάποια στιγμή θα εναρμονιστεί και η χώρα μας.

Συγχαίροντας τον κύριο Κούβελα για την ενδιαφέρουσα ομιλία του, ο Καθηγητής Διοικητικής Επιστήμης και Δημοσίου Δικαίου, Σχολή Οικονομικών και Πολιτικών Επιστημών, Τμήμα Πολιτικής Επιστήμης και Δημόσιας Διοίκησης, Γιάννης Υφαντόπουλος, τον ρώτησε αν πιστεύει ότι η φαρμακοεπιδημιολογία θα μπορούσε να διδάσκεται στη Φαρμακευτική Σχολή. Η κλινική φαρμακολογία είναι ιατρική ειδικότητα και όχι ειδικότητα της φαρμακευτικής, απάντησε ο ομιλητής. Η φαρμακοεπιδημιολογία αποτελεί τομή ανάμεσα στην επιδημιολογία και τη φαρμακολογία. Όπως ένας γιατρός προσπαθεί να βρει τη θεραπεία για έναν ασθενή, εξήγησε, έτσι και η φαρμακοεπιδημιολογία ψάχνει να βρει τη θεραπεία για όλη την κοινωνία. Η φαρμακευτική ασχολείται κυρίως με το φάρμακο ως προϊόν, και μπορεί να προσφέρει πολύτιμες πληροφορίες σε γιατρούς και ασθενείς σχετικά με τη σύνθεση, τη μορφή και την αλληλεπίδραση των φαρμάκων. Δυστυχώς, στην Ελλάδα, συμπλήρωσε ο κύριος Κούβελας, ένα βασικό πρόβλημα της φαρμακευτικής είναι η χαμηλή απορρόφηση των αποφοίτων, καθώς δεν είναι αρκετά ανεπτυγμένη η φαρμακευτική έρευνα. Η φαρμακοβιομηχανία δεν προσανατολίζεται στην ανάπτυξη νέων προϊόντων στο βαθμό που αυτό συμβαίνει σε άλλες χώρες, με αποτέλεσμα οι φαρμακοποιοί, με λίγες εξαιρέσεις, να απασχολούνται κυρίως στα φαρμακεία.

ΔΙΑΛΕΞΗ

Διακύμανση συναλλαγματικών ισοτιμιών, εξωτερική τιμή αναφοράς και τιμολόγηση φαρμάκων

(Exchange rate volatility, external reference pricing and pharmaceutical prices)

Το σύστημα της εξωτερικής τιμής αναφοράς επηρεάζει τις τιμές των φαρμάκων προς τα κάτω, αλλά ωφελεί τον τομέα της υγείας συνολικά.

Προεδρείο: Ηλίας Κυρίοπουλος, Κώστας Αθανασάκης

Ομιλητής: Σωτήρης Βανδώρος 

Ο **Σωτήρης Βανδώρος**, Lecturer in Health Economics, King's College, London, ξεκινώντας τη διάλεξή του εξήγησε ότι η εξωτερική τιμή αναφοράς (EPR) είναι από τις πιο συχνές μεθόδους στην ΕΕ για τον καθορισμό των τιμών των προστατευόμενων από πατέντα φαρμάκων, σύμφωνα με την οποία η τιμή ενός φαρμάκου σε μια χώρα καθορίζεται με βάση τις αντίστοιχες τιμές στις λεγόμενες «χώρες αναφοράς» (το «καλάθι»). Η τιμή ορίζεται συνήθως ως η χαμηλότερη του «καλαθιού» ή ως ο μέσος όρος των χαμηλότερων τιμών αναφοράς ή ως ο μέσος όρος όλων των τιμών αναφοράς.

Το πώς η αστάθεια των συναλλαγματικών ισοτιμιών μπορεί να επηρεάσει τις τιμές των προϊόντων διεθνώς ήταν το κεντρικό θέμα της ομιλίας του κυρίου Βανδώρου. Ακόμα και εντός της ΕΕ υπάρχουν χώρες με διαφορετικό νόμισμα (π.χ. Μ. Βρετανία, Δανία, Σουηδία), με αποτέλεσμα οι τιμές των φαρμάκων να επηρεάζονται από τις καθημερινές διακυμάνσεις των ισοτιμιών. Ο κύριος Βανδώρος αναφέρθηκε στα αποτελέσματα μελέτης που έδειξε ότι η διακύμανση των ισοτιμιών δεν επηρεάζει αμοιβαία τις τιμές των φαρμάκων. Στην πραγματικότητα, έχει ως επίπτωση τη μείωση των τιμών.

Στη συνέχεια, ο ομιλητής παρουσίασε τη μεθοδολογία της μελέτης του King's College και το μαθηματικό μοντέλο που διέπει τις σχέσεις των συναλλαγματικών ισοτιμιών, των τιμών αναφοράς και της EPR, παραθέτοντας στοιχεία από την ευρωπαϊκή φαρμακευτική αγορά.

Ο κύριος Βανδώρος κατέληξε στα εξής βασικά συμπεράσματα: α) μια αύξηση της αστάθειας μεταξύ του τοπικού νομίσματος και των νομισμάτων των χωρών αναφοράς αναμένεται να οδηγήσει, κατά μέσο όρο, σε μείωση της τιμής· β) εάν στόχος των υπεύθυνων για τη χάραξη φαρμακευτικής πολιτικής είναι η μείωση των τιμών των φαρμάκων, τότε η EPR επιτυγχάνει τον

στόχο, βασιζόμενη όμως σε εξωγενείς παράγοντες· γ) η μέθοδος της εξωτερικής τιμής αναφοράς δεν λαμβάνει υπόψη την αξία του προϊόντος, και οι τιμές μπορεί να επηρεαστούν αρνητικά από συστηματικά σφάλματα και να μεταβληθούν αποκλειστικά και μόνο με βάση τις διακυμάνσεις των συναλλαγματικών ισοτιμιών· δ) τυχόν ειδικές συνθήκες σε μία χώρα, οι οποίες μπορεί να απαιτούν μειώσεις των τιμών, μεταδίδονται στις χώρες που χρησιμοποιούν τη χώρα αυτή ως χώρα αναφοράς και, στη συνέχεια, και σε άλλες χώρες που περιλαμβάνουν τις επηρεαζόμενες χώρες στο «καλάθι» τους· και ε) αυτό θα μπορούσε να οδηγήσει σε καθυστέρηση εισόδου φαρμάκων σε συγκεκριμένες αγορές, εάν υπάρξει φόβος ότι θα επηρεαστούν οι τιμές σε άλλες χώρες. Απώτερη συνέπεια θα ήταν να δημιουργηθούν εμπόδια πρόσβασης σε ορισμένα φάρμακα.

Δεδομένης της δημοτικότητας και της σχετικής απλότητας του συστήματος EPR, είναι απίθανο να εγκαταλειφθεί η χρήση του στον μεσοπρόθεσμο ορίζοντα, παρά τη συζήτηση για υιοθέτηση καινοτόμων μηχανισμών τιμολόγησης των φαρμάκων που προστατεύονται από πατέντα, υποστήριξε ο κύριος Βανδώρος. Διευκρίνισε, ωστόσο, ότι το EPR θα μπορούσε να δεχθεί ορισμένες προσαρμογές, όπως για παράδειγμα μια πιο ισορροπημένη επιλογή μεταξύ των χωρών με υψηλές και χαμηλές τιμές για τον καθορισμό του «καλαθιού». Ειδικότερα από τις χώρες της Ευρωζώνης, ως χώρες αναφοράς θα μπορούσαν να ορίζονται άλλα κράτη-μέλη, εξαλείφοντας με τον τρόπο αυτόν την παράμετρο της διακύμανσης των ισοτιμιών.

Το συμπέρασμα της μελέτης είναι ότι η μεγαλύτερη διακύμανση των ισοτιμιών οδηγεί, κατά μέσο όρο, σε μείωση των τιμών των φαρμάκων που υπολογίζονται με βάση το EPR, αλλά αυτό συμβαίνει χωρίς πραγματική αιτία, όπως θα ήταν η παραγωγή, το κόστος, οι ανά-

γκες, η δυνατότητα πληρωμής κ.λπ. Και αυτό μπορεί μεν να εξοικονομεί πόρους για τη δημόσια υγεία, αλλά επηρεάζει τους υπόλοιπους εμπλεκομένους στον τομέα της υγείας και του φαρμάκου.

Ακολούθησε συζήτηση, με συμμετοχή του Προεδρείου, του ομιλητή και του κοινού, σχετικά με τον βέλτιστο τρόπο καθορισμού των χρωών αναφοράς, και τον τρόπο ενσωμάτωσης του ΑΕΠ και των αναγκών πρόσβασης σε φάρμακα στον καθορισμό των τιμών των

φαρμάκων, έτσι ώστε να περιορίζονται τυχόν προβλήματα που ενέχονται στο σύστημα και να μπορεί να φτάσει το φάρμακο στον τελικό του αποδέκτη, τον ασθενή. Ειδικότερα, σχολιάστηκε η πρόταση του Καθηγητή κυρίου Καναβού για υπολογισμό της τιμής των φαρμάκων σε συνάρτηση με το ΑΕΠ, ιδιαίτερα στη σημερινή συγκυρία για την Ελλάδα. Ο ομιλητής συμφώνησε με την πρόταση και παρατήρησε ότι η μέθοδος αυτή οδηγεί σε έναν πιο «ρεαλιστικό» υπολογισμό των τιμών.

WORKSHOP

Γενόσημα φάρμακα: Αλήθειες, ψεύδη και τεκμηριωμένες πολιτικές

Αναζητώντας τα αίτια της φτωχής διείσδυσης των γενοσήμων στην ελληνική αγορά φαρμάκου και τις πολιτικές για τη διεύρυνση της χρήσης τους.

Προεδρείο: Γιάννης Τούντας, Περικλής Βασιλόπουλος

Ομιλητής: Νίκος Μανίας

Rapporteurs: Κατερίνα Μυλωνά, Μάρκος Ολλανδέζος

Σχολιαστές: Εκπρόσωποι των θεσμικών φορέων

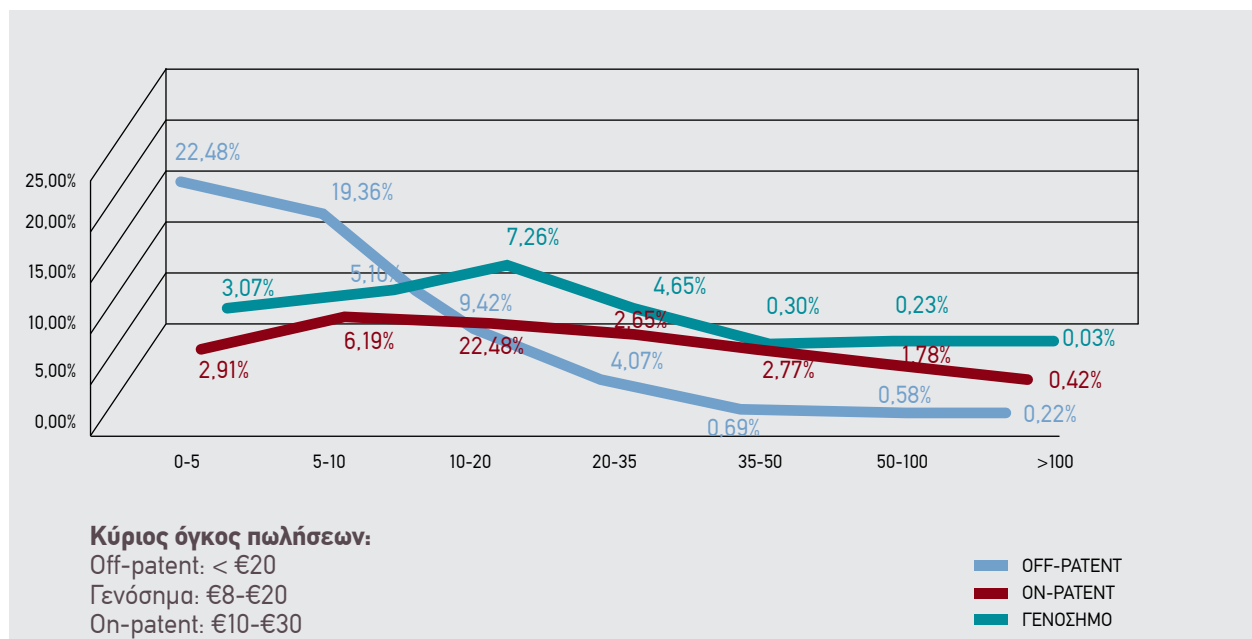
Η αύξηση της χρήσης των γενοσήμων φαρμάκων ως μνημονιακή υποχρέωση της χώρας απασχολεί τη δημόσια συζήτηση –συχνά, μάλιστα, με ιδιαίτερη ένταση– ήδη από το 2010. Στο πλαίσιο αυτό, έχουν τεθεί συγκεκριμένοι ποσοτικοί στόχοι για τη διείσδυση των γενοσήμων στη δημόσια εξωνοσοκομειακή και νοσοκομειακή φαρμακευτική δαπάνη. Εντούτοις, και παρά τα μέτρα που έχουν εφαρμοστεί από τότε, η διείσδυση των γενοσήμων εξακολουθεί να απέχει από τους μνημονιακούς στόχους, τόσο για την εξωνοσοκομειακή αγορά (Δεκέμβριος 2015: 40%, Δεκέμβριος 2016: 60% σε όγκο), όσο και για τη νοσοκομειακή (Δεκέμβριος 2015: 50%, Δεκέμβριος 2016: 60%).

Στη διάρκεια της συνάντησης εργασίας, εκπρόσωποι όλων των εμπλεκόμενων φορέων και ομάδων συμφερόντων που επηρεάζονται από τις ρυθμίσεις της φαρμακευτικής πολιτικής (ΕΟΦ, γιατροί, φαρμακοποιοί, εκπρόσωποι ασθενών, ΗΔΙΚΑ, φαρμακοβιομηχανία) ανταλλάξαν απόψεις και προτάσεις, που αφορούσαν

τόσο τη διάγνωση των αιτίων της χαμηλής διείσδυσης των γενοσήμων όσο και τη βελτίωση της τρέχουσας εικόνας.

Την εισαγωγική παρουσίαση της συνεδρίας έκανε ο **Νίκος Μανίας**, Minte Ltd, ο οποίος επεσήμανε ότι, παρά τη σημαντική μείωση της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης στην περίοδο 2009-2014, η συνολική φαρμακευτική δαπάνη εξακολουθεί να είναι συγκριτικά υψηλή.

Την ίδια στιγμή, σύμφωνα με τα διαθέσιμα στοιχεία, το μερίδιο των γενοσήμων φαρμάκων παραμένει χαμηλό. Συγκεκριμένα, τα γενόσημα έχουν μερίδιο 22-24% επί του όγκου και 21-22% επί της αποζημιούμενης δαπάνης. Η διείσδυση των γενοσήμων είναι υψηλή μόνο σε ορισμένες θεραπευτικές κατηγορίες, όπως οι στατίνες, οι πραζόλες, οι σαρτάνες, προσεγγίζοντας το 50-60% του όγκου. Από την άλλη πλευρά, τα νέα φάρμακα καταλαμβάνουν ολοένα και μεγαλύτερο μερίδιο αγοράς ([Εικόνα 48](#)). Όσα από αυτά κατατάσσονται στη



Εικόνα 48: Μερίδια πωλήσεων (μονάδες) ανά κατηγορία λιανικής τιμής (2014).

λίστα σε cluster χωρίς γενόσημα μειώνουν το ποσό συμμετοχής του ασθενούς, εφόσον επιλέγονται αντί παλαιότερων θεραπειών. Τελικά, για κάθε δύο φάρμακα εκτός πατέντου που υποκαθίστανται, μόνο το ένα καταλήγει σε γενόσημο, ενώ το άλλο υποκαθίσταται από νεότερο και πιο δαπανηρό.

Στη συζήτηση που ακολούθησε συμμετείχαν, μεταξύ άλλων: η Αντιπρόεδρος Α΄ του ΕΟΦ, **Δέσποινα Μακρινδάκη**, ο Αντιπρόεδρος Β΄ του ΕΟΦ, **Ηλίας Γιαννόγλου** και η πρώην Αντιπρόεδρος Α΄ του Οργανισμού, **Κατερίνα Φαμέλη**, ο Πρόεδρος Δ.Σ. του ΠΦΣ, **Κωνσταντίνος Λουράντος**, ο Πρόεδρος Δ.Σ. της ΠΕΦ, **Θεόδωρος Τρύφων**, ο Αντιπρόεδρος της ΠΕΦ, **Δημήτρης Δέμος**, η Προϊσταμένη Διεύθυνσης Λειτουργίας και Υποστήριξης Εφαρμογών ΗΔΙΚΑ ΑΕ, **Αθηνά Τριανταφυλλίδη**, ο Γενικός Ιατρός, WHO NCD/PHC Consultant, Γενικός Γραμματέας της Ιατρικής Εταιρείας Αθηνών, **Λευτέρης Θηραϊός**, η Γενική Ιατρός, Διευθύντρια Κ.Υ. Ν. Καλλικράτειας και Ειδική Γραμματέας Δ.Σ. ΕΛΕΓΕΙΑ, **Ρένα Οικονομίδου**, η Υπεύθυνη Δημοσίων Σχέσεων και μέλος Δ.Σ. της ΠΟΣΣΑΣΔΙΑ, **Μαρία Τριανταφύλλου**, η Φαρμακοποιός, πρώην Πρόεδρος Επιτροπής Τιμών Φαρμάκων, **Ζωή Δέδε** και ο Καθηγητής Νεφρολογίας, **Γιάννης Μπολέτης**.

Κατά τη διάρκεια της συνεδρίας, όλοι οι συμμετέχοντες είχαν τη δυνατότητα να τοποθετηθούν ως προς τα γενόσημα και τις σχετικές πολιτικές, μέσω ερωτηματολογίου που συμπλήρωναν και υπέβαλλαν αξιοποιώντας τη διαθέσιμη ηλεκτρονική εφαρμογή.

Από τις τοποθετήσεις των συμμετεχόντων στη συζήτηση και τα αποτελέσματα της ψηφοφορίας μέσω της εφαρμογής, εξάγονται οι ακόλουθες βασικές διαπιστώσεις:

- Η έλλειψη κινήτρων για τους επαγγελματίες υγείας αξιολογείται ως το σημαντικότερο πρόβλημα που εμποδίζει την αύξηση της διείσδυσης των γενόσημων, άποψη η οποία φαίνεται να είναι ομόφωνα αποδεκτή.
- Η βίαιη εισαγωγή των γενόσημων στη σφαίρα της φαρμακευτικής πολιτικής, σε συνδυασμό με τις αρνητικές εγκατεστημένες αντιλήψεις των επαγγελματιών υγείας και της κοινής γνώμης για τα γενόσημα (οι οποίες καλλιεργήθηκαν σε προηγούμενες δεκαετίες), προσέδωσαν στα φάρμακα αυτής της κατηγορίας αρνητικό αξιακό πρόσημο. Υπό το πρίσμα αυτό, η χρήση των γενόσημων αντιμετωπίστηκε από μεγάλο μέρος της κοινής γνώμης ως ένα ακόμη μνημονιακό μέτρο.
- Η δημόσια συζήτηση σχετικά με τα γενόσημα συνοδευόταν από ιδιαίτερη ένταση, ενώ απέτυχε να καταλήξει σε ένα κοινό πλαίσιο συναίνεσης για την ενσωμάτωση των γενόσημων στη φαρμακευτική πολιτική, δημιουργώντας μάλλον την αίσθηση της αντιπαράθεσης μεταξύ διαφόρων ομάδων συμφερόντων (γιατρών, φαρμακοβιομηχανίας, φαρμακοποιών).
- Οι συνθήκες αυτές, σε συνδυασμό με την έλλειψη συστηματικής ενημέρωσης των ασθενών, συντείνουν στην κακοποίηση της έννοιας των γενόσημων φαρμάκων, ενισχύοντας περαιτέρω την αρνητική στάση των ασθενών απέναντι σε αυτά. Η διαπίστωση αυτή αποτυπώνεται διαχρονικά ως έλλειμμα εμπιστοσύνης των ασθενών και των επαγγελματιών υγείας στα γενόσημα φάρμακα, ιδιαίτερα σε ό,τι αφορά θέματα ποιότητας, ασφάλειας και αποτελεσματικότητας.

λεια και αποτελεσματικότητας.

- Πρόσφατα, ο ΕΟΦ, σε συνεργασία με τον αντίστοιχο ευρωπαϊκό οργανισμό (EMA), προχώρησαν στον έλεγχο των 150 πρώτων σε πωλήσεις γενόσημων. Τα αποτελέσματα επιβεβαίωσαν την αποτελεσματικότητα, ποιότητα και ασφάλεια των γενόσημων που κυκλοφορούν στην ελληνική αγορά, ενώ ο ΕΟΦ εξακολουθεί να διενεργεί δειγματοληπτικούς ελέγχους.
- Η επιλογή της χρήσης των γενόσημων αποτελεί πρωτίστως θέμα ιατρικής εκπαίδευσης, εμπιστοσύνης των επαγγελματιών υγείας και των ασθενών, και κατάλληλων κινήτρων. Στο πλαίσιο αυτό, υπάρχει ανάγκη επαναξιολόγησης της σκοπιμότητας και αποτελεσματικότητας του μέτρου που αφορά την υποχρεωτική συνταγογράφηση με δραστική και την υποχρεωτική χορήγηση του φθηνότερου της ίδιας δραστικής από το φαρμακοποιό. Το αποτέλεσμα του μέτρου αυτού κρίνεται μάλλον αρνητικό σε όρους ενίσχυσης της χρήσης των γενόσημων, καθώς λειτουργεί σε βάρος της.
- Αναφορικά με το μέτρο της συνταγογράφησης με δραστική, οι εκπρόσωποι της εγχώριας φαρμακοβιομηχανίας θεωρούν ότι το πρόβλημα έγκειται μάλλον στον αποκλειστικό χαρακτήρα του μέτρου και τον τρόπο με τον οποίο αυτό εφαρμόζεται. Μάλιστα, έχουν υπάρξει προτάσεις για την παράλληλη δυνατότητα συνταγογράφησης του εταιρικού brand, το οποίο αποτελεί απτή εγγύηση της ποιότητας του φαρμάκου για το γιατρό και τον ασθενή, διαμορφώνοντας τον απαραίτητο δεσμό εμπιστοσύνης (brand awareness) των χρηστών με τη θεραπεία.
- Οι γιατροί εκφράζουν αμφιβολίες για τη χρήση των γενόσημων, θεωρώντας ότι όλα τα γενόσημα δεν είναι ίδια, δεδομένων και των ζητημάτων που σχετίζονται με το θεραπευτικό εύρος των ανταλλάξιμων θεραπειών. Κατά συνέπεια, λειτουργώντας με στόχο τη διασφάλιση της θεραπείας των ασθενών τους, οι γιατροί έχουν ισχυρότερο κίνητρο να συνταγογραφούν νεότερα φάρμακα με προστασία πατέντου, για τα οποία δεν κυκλοφορούν γενόσημα και η ονομασία της δραστικής συμπίπτει με την εμπορική τους ονομασία.
- Οι φαρμακοποιοί, από την πλευρά τους, φαίνεται να ανταποκρίνονται στο κίνητρο της χορήγησης ακριβότερων σκευασμάτων της ίδιας δραστικής, όπου το μεικτό κέρδος τους είναι μεγαλύτερο. Συγκεκριμένα, με βάση τις τρέχουσες ρυθμίσεις τιμολόγησης και ειδικότερα τη σχέση των τιμών μεταξύ γενόσημων και αντίστοιχων προϊόντων αναφοράς, το επιπλέον μεικτό κέρδος για το φαρμακοποιό, όταν χορηγεί off-patent έναντι γενόσημου της ίδιας δραστικής, υπολογίζεται ποσοστιαία σε 54% – και αυτό, χωρίς να συνυπολογίζεται η άμεση ρευστότητα από την επιπλέον επιβάρυνση των ασθενών λόγω της διαφοράς μεταξύ των τιμών λιανικής και αποζημίωσης.
- Σε ό,τι αφορά τους ασθενείς και τον τρόπο με τον οποίο εκφράζουν τις καταναλωτικές τους προτιμήσεις, φαίνεται πως εμπιστεύονται το φαρμακοποιό περισσότερο από τον γιατρό, ενώ, μέχρι ενός σημείου, η ζήτηση σε σχέση με τις σχετικές τιμές που επιβάλλει η συμμετοχή στο κόστος είναι ανελαστική, τάση που γίνεται εντονότερη στα χα-

μηλότερα επίπεδα τιμών όπου εξακολουθούν να κυριαρχούν τα off-patent.

- Σχετικά με τις προσλαμβάνουσες των ασθενών, επισημαίνεται ο ρόλος των ΜΜΕ στη διαμόρφωση των απόψεων της κοινής γνώμης, και ειδικότερα της τάσης των ασθενών να αμφιβάλλουν για τα γενόσημα και να προτιμούν τα ακριβότερα φάρμακα. Η αντίληψη αυτή δεν περιορίζεται στον τομέα του φαρμάκου, αλλά συνδέεται με μια προκατάληψη που ισχύει ευρέως και συνδέει μονοσήμαντα την υψηλή τιμή με την καλή ποιότητα.
- Η υστέρηση στην εφαρμογή μηχανισμών εξορθολογισμού και ελέγχου της συνταγογράφησης, όπως τα συνταγογραφικά πρωτόκολλα και οι οδηγίες, και τα φίλτρα συνταγογράφησης, εντείνει το ρυθμό υποκατάστασης των γενοσήμων με νεότερα, ακριβότερα και συχνά προστατευμένα με πατέντο φάρμακα για τις ίδιες ενδείξεις. Αυτό έχει ως συνέπεια την αύξηση της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης, αλλά και την επιβάρυνση των ασθενών με επιπλέον κόστος.
- Ισχυρή ένδειξη για τη σημασία των οδηγιών και μηχανισμών ελέγχου της συνταγογράφησης αποτελεί και το γεγονός ότι η χρήση των γενοσήμων είναι μεγαλύτερη στο ελεγχόμενο νοσοκομειακό περιβάλλον.
- Το πρόβλημα της διείσδυσης των γενοσήμων υποδηλώνει, κατά μία έννοια, και την αδυναμία διαχείρισης των χρόνιων νοσημάτων στο πλαίσιο του συστήματος υγείας. Μία από τις όψεις της πραγματικότητας αυτής σχετίζεται με την άναρχη συνταγογράφηση, και την προβληματική ένταξη και χρήση των θεραπευτικών πρωτοκόλλων στο σύστημα της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης.
- Η διείσδυση των γενοσήμων μπορεί να αντιμετωπιστεί μόνο ως αναπόσπαστο τμήμα μιας συνολικής φαρμακευτικής πολιτικής, στο πλαίσιο της οποίας –πέρα από το αυτονόητο της προστασίας της δημόσιας υγείας με αποτελεσματικά, ασφαλή και ποιοτικά φάρμακα– θα πρέπει να αντιμετωπίζονται αποτελεσματικά και τα θέματα που αφορούν την ορθή συνταγογράφηση, τον έλεγχο της υποκατάστασης και τη δημιουργία εγχώριας προστιθέμενης αξίας, ιδιαίτερα με το σχετικά πρό-

σφατο δεδομένο των κλειστών προϋπολογισμών. Υπό το πρίσμα αυτό, μια ολοκληρωμένη φαρμακευτική πολιτική οφείλει να αναγνωρίζει την αναπτυξιακή διάσταση της εγχώριας παραγωγικής φαρμακοβιομηχανίας.

- Αναφορικά με το θέμα της τιμολόγησης των γενοσήμων φαρμάκων, η φαρμακοβιομηχανία υποστηρίζει ότι οι ισχύουσες ρυθμίσεις για την τιμολόγηση των γενοσήμων διαμορφώνουν πολύ χαμηλές ονομαστικές τιμές. Μάλιστα, μετά και το συνυπολογισμό των υποχρεωτικών επιστροφών και εκπτώσεων, οι πραγματικές τιμές φθάνουν σε ακόμη χαμηλότερα επίπεδα, πέραν των ορίων βιωσιμότητας, σε κάποιες περιπτώσεις. Το γεγονός αυτό, αφενός, δεν ενθαρρύνει την κυκλοφορία νέων γενοσήμων και, αφετέρου, οδηγεί τα παλαιότερα σε έξοδο από την αγορά, με αποτέλεσμα την αποσάθρωση της εγχώριας παραγωγής.
- Η μονομερής εστίαση της φαρμακευτικής πολιτικής στο εργαλείο της τιμολόγησης βρίσκεται σε απόλυτη αντίθεση με τις σημαντικές καθυστερήσεις στην εφαρμογή διαρθρωτικών μέτρων ελέγχου της κατανάλωσης και εξορθολογισμού της ασφαλιστικής αποζημίωσης, ιδιαίτερα των νεότερων ακριβών θεραπειών. Χαρακτηριστικά, αναφέρεται η αδυναμία ελέγχου του όγκου των συνταγών ο οποίος παραμένει στα ίδια, υψηλά για τα δεδομένα της χώρας, επίπεδα, από το 2009 μέχρι σήμερα.
- Η δυνατότητα παραμονής των γενοσήμων φαρμάκων στην αγορά αποτελεί ζήτημα μείζονος σημασίας για τη συγκράτηση της φαρμακευτικής δαπάνης. Υπό το πρίσμα αυτό, η πολιτική της υπερβολικής πίεσης των τιμών των γενοσήμων φαρμάκων πέραν ενός σημείου λειτουργεί καταστροφικά για τα γενόσημα, και οδηγεί σε αύξηση του κόστους για το σύστημα και τον ασθενή.
- Ομοφωνία εκφράζεται και σε ό,τι αφορά το ρόλο και τη σημασία του εργαλείου της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης. Έπειτα από τρία χρόνια εφαρμογής της, υπάρχουν πλέον επαρκή στοιχεία για να τεκμηριώσουν αποφάσεις και μέτρα πολιτικής. Επισημαίνεται δε ότι υπάρχει και σύστημα Business Intelligence (BI), το οποίο θα πρέπει επίσης να αξιοποιηθεί.

ΑΞΟΝΑΣ IV

Η ΕΠΙΚΑΙΡΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ & ΟΙ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΗΣ

Η οικονομική κρίση στη χώρα μας επηρεάζει την ψυχική υγεία και το αυτοαναφερόμενο επίπεδο υγείας του πληθυσμού, χωρίς, ωστόσο, να συνδέεται με πτώση του επιπέδου της σωματικής υγείας του. Την ίδια στιγμή, η υγειονομική διαχείριση της προσφυγικής κρίσης απαιτεί εθνικό σχεδιασμό, προσεκτική καταγραφή και μελέτη των δεδομένων, αλλά και υιοθέτηση καλών πρακτικών. Σε αυτό το πλαίσιο, η κατοχύρωση και προώθηση των δικαιωμάτων των ασθενών, και η αλλαγή προσέγγισης στην εκπαίδευση, την έρευνα και την κλινική άσκηση είναι απαραίτητες για τη διασφάλιση και την ενίσχυση του κράτους πρόνοιας.

Η ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ Η ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΥΠΟ ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ

Έρευνες, όπως αυτή που πραγματοποίησε η GPO για λογαριασμό της ΕΣΔΥ το 2015, σχετικά με τη διαχρονική εξέλιξη του αυτοαναφερόμενου επιπέδου υγείας του ελληνικού πληθυσμού, αποτελούν πολύτιμα εργαλεία για τη διαμόρφωση των πολιτικών υγείας, καθώς παρέχουν λεπτομερή και διαχρονικά δεδομένα, και βοηθούν στη θέση προτεραιοτήτων και στην καλή κατανομή των πόρων.

Τα ευρήματα επιβεβαιώνουν την άμεση συσχέτιση της πτώσης του βιοτικού επιπέδου και των εισοδημάτων με αρνητικές επιπτώσεις στην ψυχολογική κατάσταση και στο αυτοαναφερόμενο επίπεδο υγείας του πληθυσμού. Θεματική αύξηση παρουσιάζουν οι μη εκφραζόμενες ανάγκες ιατρικής περίθαλψης για οικονομικούς λόγους το 2015, σε σύγκριση με το 2011. Το αυτοαναφερόμενο επίπεδο υγείας είναι καλύτερο όσο αυξάνεται το ύψος του εισοδήματος. Την ίδια στιγμή, τα υψηλότερα ποσοστά καλής υγείας καταγράφονται στην Αττική και τη Θεσσαλονίκη, και τα χειρότερα, στα νησιά του Αιγαίου και την Κρήτη, λόγω δυσχερούς πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας. Αξίζει να σημειωθεί ότι δύο παράγοντες που επηρεάζουν σημαντικά το επίπεδο υγείας είναι ο δείκτης μάζας σώματος και το κάπνισμα.

Ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι, ενώ το αυτοαναφερόμενο επίπεδο υγείας καταγράφει σταθερή πτωτική τάση από το 2002 έως το 2011, το 2015 φαίνεται να σταθεροποιείται και να αυξάνεται. Αυτό θα μπορούσε να υποδηλώνει ότι η πτώση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού δεν επιδεινώνεται στα χρόνια της κρίσης – εικόνα την οποία έρχεται να ενισχύσει και η βελτίωση του προσδόκιμου ζωής την ίδια περίοδο. Παρα-

μένει, ωστόσο, ιδιαίτερα ανησυχητική η αύξηση του ποσοστού των νοικοκυριών που κινδυνεύουν με οικονομική κατάρρευση σε περίπτωση που παρουσιαστεί ένα πρόβλημα υγείας.

ΜΕΤΑΚΙΝΗΣΗ ΠΛΗΘΥΣΜΩΝ: ΕΛΕΓΧΟΣ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Το προσφυγικό είναι το μεγαλύτερο ζήτημα που αντιμετωπίζει αυτή τη στιγμή η Ελλάδα, αλλά και η Ευρώπη. Ομοιότητες και αναλογίες μπορούν, βέβαια, να εντοπιστούν και σε προηγούμενες περιόδους εισροής στη χώρα μας προσφυγικών ρευμάτων, όπως η εγκατάσταση 1.500.000 προσφύγων ελληνικής καταγωγής μετά τη Μικρασιατική Καταστροφή, τον Αύγουστο του 1922.

Ωστόσο, η σημερινή κρίση έχει ιδιαίτερα χαρακτηριστικά και τείνει να εξελιχθεί σε διαρκή απειλή για τη δημόσια υγεία. Η διαχείρισή της προϋποθέτει εθνικό σχεδιασμό, προσεκτική καταγραφή και μελέτη των δεδομένων, καθώς και υιοθέτηση καλών πρακτικών σε επίπεδο βελτίωσης των συνθηκών υγιεινής και παροχής ΠΦΥ, εντοπισμού των περιπτώσεων που απαιτούν επείγουσα και ειδική παρέμβαση, και παροχής ψυχοκοινωνικής υποστήριξης.

Ένα τέτοιο ολοκληρωμένο πρόγραμμα ψυχοκοινωνικής και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης είχε κληθεί να σχεδιάσει και να υλοποιήσει το ΚΕΕΛΠΙΝΟ στα κέντρα κράτησης μεταναστών στον Έβρο, το 2011. Για το σκοπό αυτόν, είχε δημιουργήσει σύστημα υποχρεωτικής δήλωσης νοσημάτων, προκειμένου να συλλέγονται, συστηματικά, δεδομένα για την υγεία των μεταναστών, βάσει δομημένου δελτίου ιατρικής και ψυχολογικής εκτίμησης.

Ιδιαίτερη κατηγορία ταξιδιωτών υψηλού κινδύνου αποτελούν οι ήδη εγκατεστημένοι στις ανεπτυγμένες

χώρες μετανάστες, που επισκέπτονται φίλους ή συγγενείς στις γενέτειρές τους (VFRs). Η πρόληψη και η ευαισθητοποίηση σχετικά με τα προβλήματα υγείας που τους αφορούν μπορούν να συμβάλουν στη διαφύλαξη της Παγκόσμιας Δημόσιας Υγείας.

Η ΕΛΛΑΔΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΗ ΜΕ ΤΗΝ ΠΡΟΣΦΥΓΙΚΗ ΚΡΙΣΗ: Η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΗΣ ΛΕΣΒΟΥ

Στη δίνη της προσφυγικής κρίσης, το νησί της Λέσβου σηκώνει τεράστιο βάρος για λογαριασμό ολόκληρης της Ευρώπης. Σε πείσμα της καθυστέρησης της οικονομικής βοήθειας, των αναποτελεσματικών συμφωνιών που έχουν συναφθεί με την Τουρκία και των φοβικών αντιδράσεων που κλείνουν τα σύνορα, οι κάτοικοι του νησιού κατορθώνουν να αντιμετωπίσουν, με αξιοπρέπεια και ανθρωπιά, 2.000 περίπου αφίξεις την ημέρα, διεκδικώντας δικαιολογημένα μια υποψήφιοτητα για το Νόμπελ Ειρήνης.

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΣΤΑ ΨΥΧΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

Οι οικονομικές κρίσεις έχει παρατηρηθεί ότι επιδρούν στην ψυχική υγεία, προκαλώντας ατομική, κοινωνική και συστηματική νοσηρότητα. Συγκεκριμένα, θεωρούνται υπεύθυνες για κατάθλιψη, αυτοκτονικότητα, αυτοκτονία και ανθρωποκτονία, ψυχοσωματικές παθήσεις, υποτροπές, ανάδυση αντικοινωνικών τάσεων και κατάχρηση ουσιών. Η κακή ψυχική υγεία είναι αποτέλεσμα μιας σειράς συμπτωμάτων της κρίσης, όπως η υστέρηση σε υλικά αγαθά, η ανεργία, τα χρέη, οι εισοδηματικές ανισότητες, το κακό επίπεδο διαβίωσης, αλλά και η κακή εκπαίδευση. Την ίδια στιγμή, ο δημόσιος τομέας αδυνατεί να ανταποκριθεί και, τελικά, όσοι νοσούν ήδη (ή κινδυνεύουν περισσότερο να νοσήσουν) ψυχικά προστατεύονται λιγότερο.

Οι αρνητικές επιπτώσεις της κρίσης μπορούν να αντιμετωπιστούν με παρεμβάσεις ενίσχυσης της κοινωνικής συνοχής και ενδυνάμωσης των πιο ευάλωτων μελών της κοινότητας, καθώς και με την εκπαίδευση των γενικών γιατρών στην ανίχνευση της κατάθλιψης και της αυτοκτονικότητας. Σημαντικός είναι ο ρόλος της αλληλεγγύης, της καταπολέμησης της ανεργίας και της αύξησης του «κοινωνικού κεφαλαίου», με την ενίσχυση της κοινωνικής δικτύωσης, τη στήριξη της οικογένειας, την επένδυση στην ψυχική υγιεινή και την ευεξία.

Η ΕΠΙΚΑΙΡΟΤΗΤΑ ΚΑΙ Η ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΑ ΓΙΑ ΤΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Οι παγκόσμιες ιδιωτικές εξουσίες που αναπτύσσονται τις τελευταίες δεκαετίες πιέζουν τα κράτη για υποχωρήσεις, με αλυσιδωτές συνέπειες στα ατομικά και στα κοινωνικά δικαιώματα, που επηρεάζουν και το χώρο της υγείας. Η αλλαγή αυτής της εικόνας προϋποθέτει τον πλήρη εξορθολογισμό του κοινωνικού κράτους, που περιλαμβάνει τη ρήξη με το συντεχνιασμό, την απόρριψη της λογικής των ισχυρότερων ομάδων πίεσης, την άσκηση επιτελικού σχεδιασμού από την κεντρική διοίκηση και την εξειδίκευση από την τοπική αυτοδιοίκηση.

Η σύγκλιση βιοηθικής και ανθρώπινων δικαιωμάτων είναι πολύ σημαντική σε πλαίσιο έλλειψης οικονομικών πόρων. Η κατοχύρωση και προώθηση των δικαιωμάτων των ασθενών έχει ως αποτέλεσμα ο ασθενής να αντιμετωπίζεται σφαιρικά στο πλαίσιο της κατακερματισμένης ιατρικής γνώσης, επηρεάζει τη διαγνωστική και θεραπευτική φροντίδα και τη διαδικασία αποκατάστασης, λειτουργεί ως εργαλείο διάκρισης του τι είναι τεχνικά εφικτό και τι ηθικά επιτρεπτό, και αναπτύσσει την έννοια της εμπιστοσύνης, που είναι ιδιαίτερα σημαντική στα κοινωνικά συστήματα.

Σημαντική είναι επίσης η αλλαγή κουλτούρας στην εκπαίδευση, στην έρευνα και στην κλινική άσκηση. Πρέπει να αναπτυχθεί νέο οργανωσιακό και λειτουργικό μοντέλο στην ΠΦΥ, να δοθεί έμφαση στη διεπαγγελματική συνεργασία, στην αλλαγή της συμπεριφοράς των ασθενών σχετικά με τη φροντίδα, και στις παραμέτρους της προτρεπτικής/ενθαρρυντικής συνέντευξης, της συμπονετικής και της πνευματικής φροντίδας, στο πλαίσιο μιας εστιασμένης στον ασθενή προσέγγισης.

Για να προχωρήσουμε μπροστά, είναι απαραίτητο να προκύψουν συναινέσεις. Στη χώρα μας, η φωνή των ασθενών – αλλά και των πολιτών – πρέπει να ακούγεται στην κεντρική κυβέρνηση. Το κράτος πρόνοιας εκφράζεται μέσω της επαφής και της υποστήριξης των ασθενών σε τοπικό επίπεδο, και οφείλει να συμπαρασύρει και να συνεργαστεί με όλους τους ανθρώπους καλής διάθεσης.

ΑΝΑΠΤΥΞΗ, ΕΡΓΑΣΙΑ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ

Το φαινόμενο της επιδημιολογικής και δημογραφικής μετάβασης δεν είναι κατά βάση ιατρικό, έχει όμως ιατρικά απότοκα. Οι δυνάμεις φθοράς έχουν πέσει, συμπαρασύροντας και τις δυνάμεις ανανέωσης, κάτι που έχει αυτονόητα επιπτώσεις στην οικονομία. Οι χώρες με το υψηλότερο προσδόκιμο επιβίωσης – μεταξύ αυτών και η Ελλάδα – έχουν τον πλέον γηρασμένο πληθυσμό, άρα και τον λιγότερο αποδοτικό-παραγωγικό.

Βρισκόμαστε, συνεπώς, αντιμέτωποι με τη λήξη του φαινομένου του υγιούς εργαζομένου, σύμφωνα με το οποίο αυτοί που παρέμεναν στην εργασία ήταν οι σχετικά υγιέστεροι. Οι δημογραφικές μεταβολές που παρατείνουν τον ενεργό εργασιακό βίο καθιστούν αναγκαία τη μέριμνα για μεγαλύτερη ασφάλεια στην παραγωγική διαδικασία. Αυτό σημαίνει ότι απαιτείται πολύ μεγαλύτερη ένταση στο σχεδιασμό πρόληψης στους χώρους εργασίας και ταυτόχρονη ενίσχυση της αντίστοιχης πολιτικής, με προγράμματα αγωγής-προαγωγής της υγείας, στο πλαίσιο ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας και Ασφάλειας στην Εργασία, αλλά και με τη Δημιουργία Κλάδου Ασφάλισης Επαγγελματικής Υγείας.

ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ

Η υγεία και η περίθαλψη του ελληνικού πληθυσμού υπό συνθήκες οικονομικής κρίσης

Μελέτη δείχνει ότι η κατάσταση υγείας των Ελλήνων παραμένει σταθερή, αρκετοί ωστόσο δεν αναζητούν ιατρική περίθαλψη για οικονομικούς λόγους.

Προεδρείο: **Ελπίδα Πάβη, Γιάννης Κυριόπουλος**

Ομιλητές: **Τάκης Θεοδωρικάκος**, Διευέρνηση των επιπτώσεων των πολιτικών λιτότητας στις συμπεριφορές υγείας: Ανάλυση της αυτοαναφερόμενης κατάστασης υγείας στην Ελλάδα 
Δημήτρης Ζάβρας, Μη ικανοποιημένη ανάγκη για ιατρική περίθαλψη 

Case Reporting: **Αντώνιος Χαρώνης** , **Μαρία Μαυρίκου** , **Κώστας Αθανασάκης** 

Σχολιαστές: **Αντιγόνη Λυμπεράκη** , **Γεώργιος Μέργος** 

Ο **Τάκης Θεοδωρικάκος**, Πρόεδρος της GPO & Διδάσκων του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου, Σχολή Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών, ανέλυσε στην παρουσίασή του τα κεντρικά ευρήματα της έρευνας που πραγματοποίησε η GPO για λογαριασμό της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας. Παρουσίασε τη διαχρονική εξέλιξη του αυτοαναφερόμενου επιπέδου υγείας του ελληνικού πληθυσμού, όπως αυτή προκύπτει από τρία μεγάλα ερευνητικά projects τα οποία πραγματοποίησε η εταιρεία του σε συνεργασία με την ΕΣΔΥ.

Οι έρευνες που πραγματοποιήθηκαν ήταν τηλεφωνικές και για τη διαμόρφωση του δείγματος χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της αναλογικής στρωματοποιημένης δειγματοληψίας. Τα θέματα που διερευνήθηκαν ήταν η χρήση υπηρεσιών υγείας σε πρωτοβάθμιο και δευτεροβάθμιο επίπεδο, οι δαπάνες χρήσης των υπηρεσιών υγείας, η επιλογή υπηρεσιών υγείας και η σχετική αξιολόγησή τους. Αξίζει να σημειωθεί ότι η ΕΣΔΥ αξιοποίησε ποικιλοτρόπως τις συγκεκριμένες έρευνες, αναπτύσσοντας σημαντικό επιστημονικό έργο.

Σύμφωνα με την έρευνα, η αυτοαναφερόμενη υγεία του ελληνικού πληθυσμού ακολουθεί σταθερά πτωτική πορεία από το 2002 έως το 2015, παρότι το προσδόκιμο ζωής την ίδια χρονική περίοδο σημείωσε άνοδο κατά δύο περίπου έτη, χάρη στις βελτιωμένες δυνατότητες της ιατρικής επιστήμης. Όπως επεσήμανε ο ομιλητής, ο μέσος όρος του αυτοαναφερόμενου επιπέδου υγείας παρουσιάζει ευθεία συσχέτιση με το εισόδημα, καθώς μειώνεται σχεδόν με αναλογικό τρόπο όσο μειώνονται τα εισοδήματα, με εξαίρεση την κατηγορία όσων έχουν μηνιαίο εισόδημα άνω των 3.000 ευρώ.

Το 42,1% των συμμετεχόντων στην έρευνα έχουν διάγνωση χρόνιου προβλήματος υγείας, με τις γυναίκες να αναφέρουν πολύ συχνότερα χρόνια πρόβλημα υγείας σε σύγκριση με τους άνδρες. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν συσχέτιση των χρόνιων προβλημάτων υγείας με την ηλικία, την παχυσαρκία, αλλά και το μορφωτικό επίπεδο.

Η οικονομική κατάσταση της χώρας προκαλεί στην πλειονότητα των Ελλήνων αρνητικά συναισθήματα, όπως ανασφάλεια, αγωνία, φόβο, θυμό, αγανάκτηση, απογοήτευση, πικρία, θλίψη, άγχος. Το δε 44% των συμμετεχόντων στην έρευνα βιώνει ταυτόχρονα όλα τα παραπάνω συναισθήματα, με τα άτομα χαμηλού εισοδήματος (έως 500 ευρώ) να εκφράζουν το μεγαλύτερο ποσοστό αρνητικών συναισθημάτων για την οικονομική κρίση.

Στην ερώτηση για την οικονομική κατάσταση των συμμετεχόντων, περίπου 34% ανέφεραν αρκετές και πολύ σοβαρές οικονομικές δυσκολίες, οι οποίες διαπιστώθηκε ότι συνδέονταν και με πιο αρνητικό χαρακτηρισμό του επιπέδου υγείας τους. Περίπου το 1/3 των Ελλήνων τον περισσότερο καιρό δυσκολεύονται να ανταποκριθούν στις οφειλές τους, συνέχισε ο κύριος Θεοδωρικάκος, και, στην ομάδα του πληθυσμού όπου το σύνολο των εισοδημάτων κατευθύνεται σε λογαριασμούς και χρέη, η αυτοεκτίμηση υγείας είναι σημαντικά κάτω από τον μέσο όρο.

Όσον αφορά στην επίδραση της οικονομικής κρίσης στη χρήση υπηρεσιών υγείας, ένα πολύ σημαντικό στοιχείο που προέκυψε, σύμφωνα με τον ομιλητή, είναι ότι κάποια στιγμή κατά το τελευταίο έτος περίπου 25% του πληθυσμού δεν έλαβε τη θεραπεία που χρειαζόταν ή δεν έκανε τις ενδεδειγμένες διαγνωστικές εξετάσεις, με το 42,5% εξ αυτών να παραμελούν την υγεία τους για λόγους κόστους ([Εικόνα 49](#)).

Όλα αυτά τα στοιχεία, ανέφερε ο κύριος Θεοδωρικάκος, επιβεβαιώνουν την άμεση συσχέτιση της πτώσης του βιοτικού επιπέδου και των εισοδημάτων με αρνητικές επιπτώσεις στην ψυχολογική κατάσταση και στο αυτοαναφερόμενο επίπεδο υγείας του πληθυσμού.

Τέλος, πρόσθεσε ο ομιλητής, η έρευνα έδειξε ορισμένα αποτελέσματα τα οποία αποτελούν εξισορροπητικούς παράγοντες στο περιβάλλον της οικονομικής κρίσης, όπως η μείωση στα ποσοστά του καπνίσματος, της κα-

τανάλωσης οιοπονευματωδών και κόκκινου κρέατος.

Στην αρχή της ομιλίας του, ο **Δημήτρης Ζάβρας**, Οικονομολόγος Υγείας, Τομέας Οικονομικών της Υγείας, ΕΣΔΥ, αναφέρθηκε στην κατηγοριοποίηση των αναγκών κατά Bradshaw, σύμφωνα με την οποία οι ανάγκες για ιατρική περίθαλψη διαχωρίζονται σε αισθανόμενες –αυτές δηλαδή που αισθάνονται τα άτομα– σε εκφραζόμενες –αυτές που εκφράζονται– και σε διαπιστωμένες ανάγκες – αυτές δηλαδή που διαπιστώνει ο επαγγελματίας υγείας ως πραγματικές ή μη ανάγκες.

Η αναγκαιότητα μελέτης της μη ικανοποιημένης ανάγκης για ιατρική περίθαλψη σε περιόδους οικονομικής κρίσης, συνέχισε ο ομιλητής, σχετίζεται με το γεγονός ότι η μη έκφραση των αναγκών για ιατρική περίθαλψη συνδέεται με μείωση της χρήσης υπηρεσιών και επακόλουθη μείωση του επιπέδου υγείας.

Σύμφωνα με τα δεδομένα των ερευνών της ΕΣΔΥ του 2011 και του 2015 για τις υπηρεσίες υγείας, η μη ικανοποιημένη ανάγκη για ιατρική περίθαλψη δεν παρουσιάζει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο αυτών ετών.

Μία από τις κύριες αιτίες μη έκφρασης των αναγκών για ιατρική περίθαλψη, υπογράμμισε ο κύριος Ζάβρας, είναι το κόστος. Εξηγώντας τη διαδικασία λήψης απόφασης από τους χρήστες, ανέφερε πως, όταν αυτοί αισθάνονται κάποια ανάγκη, έχουν αρχικά την επιλογή να την εκφράσουν κάνοντας χρήση των υπηρεσιών υγείας ή όχι. Εφόσον αποφασίσουν να κάνουν χρήση των υπηρεσιών υγείας, καλούνται να επιλέξουν εάν θα χρησιμοποιήσουν υπηρεσίες υγείας του ιδιωτικού ή του δημόσιου τομέα.

Στα δεδομένα του 2011 και του 2015, φαίνεται ότι πά-

νω από το 50% των χρηστών επέλεξαν αποκλειστικά υπηρεσίες υγείας του ιδιωτικού τομέα, πάνω από το ένα τέταρτο των χρηστών υπηρεσιών υγείας χρησιμοποίησαν συνδυαστικά υπηρεσίες του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα, και ένα μικρότερο ποσοστό (λίγο πάνω από 20%) χρησιμοποίησαν αποκλειστικά υπηρεσίες υγείας του δημόσιου τομέα. Ουσιαστικά, ωστόσο, μεταξύ των δύο αυτών ετών δεν σημειώθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στην επιλογή δημόσιων ή ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας.

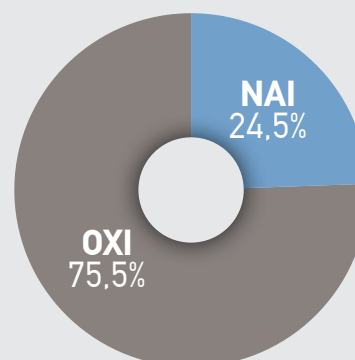
Κατά τη μετατροπή μιας αισθανόμενης ανάγκης για ιατρική περίθαλψη σε εκφραζόμενη, επιδρούν διάφοροι παράγοντες, επεσήμανε ο ομιλητής, όπως οι προσωπικές πεποιθήσεις για την υγεία και τις υπηρεσίες υγείας, δημογραφικά και επιδημιολογικά χαρακτηριστικά, κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά, ο διαθέσιμος χρόνος, το κόστος των υπηρεσιών υγείας, καθώς και δομικά χαρακτηριστικά των συστημάτων υγείας.

Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία και τα δεδομένα της Eurostat, η οικονομική κρίση επιδρά αρνητικά στην έκφραση των αναγκών για ιατρική περίθαλψη του πληθυσμού. Κύρια αιτία γι' αυτό είναι το γεγονός ότι οι υπηρεσίες υγείας θεωρούνται από τους χρήστες ακριβές, ενώ άλλοι παράγοντες που έχουν μελετηθεί ως πιθανές αιτίες μη έκφρασης των αναγκών για ιατρική περίθαλψη, όπως η ευκολία πρόσβασης (χρόνος, απόσταση) ή η αναβολή της περίθαλψης, δεν βρέθηκε να έχουν σημαντική επίπτωση στη λήψη της απόφασης για αναζήτηση περίθαλψης.

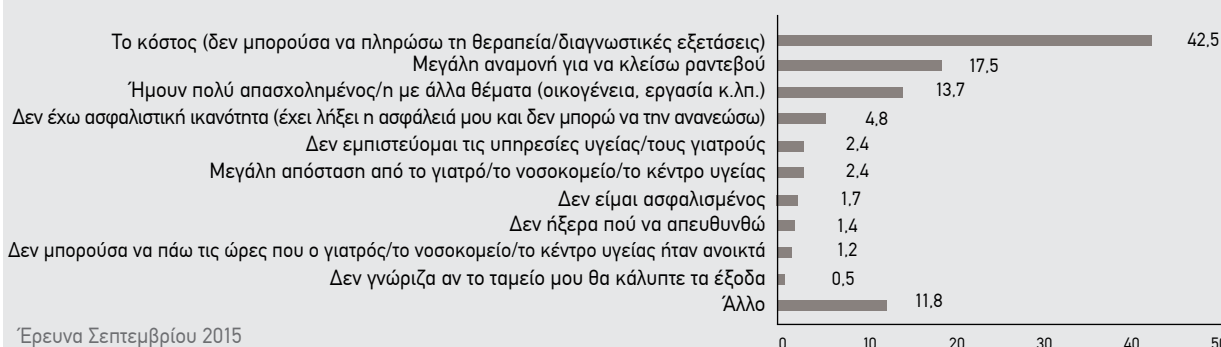
Η ανάλυση των δεδομένων των ερευνών της ΕΣΔΥ έδειξε θεαματική αύξηση των μη εκφραζόμενων αναγκών για ιατρική περίθαλψη εξαιτίας οικονομικών λόγων το 2015, σε σύγκριση με το 2011 (**Εικόνα 50**), ση-

ΒΑΘΜΟΣ ΜΗ ΛΗΨΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΓΙΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ ΧΡΟΝΟ

Ερώτηση: Συνολικά, τον τελευταίο χρόνο, υπήρξε κάποια στιγμή που πιστεύατε ότι χρειάζοσασταν θεραπεία (ή/και διαγνωστικές εξετάσεις) για κάποιο πρόβλημα υγείας σας, αλλά δεν τη λάβατε:



ΛΟΓΟΣ ΜΗ ΛΗΨΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΓΙΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ ΧΡΟΝΟ



Εικόνα 49: Κρίση και χρήση υπηρεσιών υγείας.

μείωσε ο κύριος Ζάβρας, ολοκληρώνοντας την ομιλία του.

Στη συνέχεια, οι ερευνητές της ΕΣΔΥ, **Αντώνιος Χαρώνης** και **Μαρία Μαυρίκου** παρουσίασαν επιμέρους τμήματα της έρευνας.

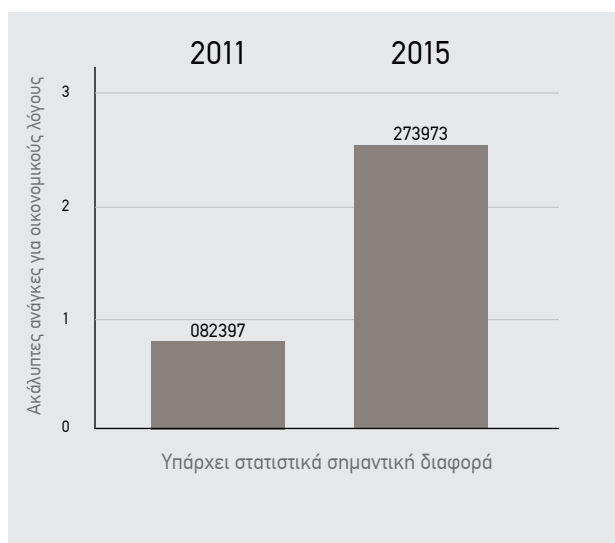
Ο κύριος Χαρώνης, Οικονομολόγος της Υγείας, ΕΣΔΥ, παρουσίασε στοιχεία για το πώς μεταβάλλεται το αυτοαναφερόμενο επίπεδο υγείας ανά γεωγραφική περιοχή, αναφέροντας ότι τα υψηλότερα ποσοστά καλής υγείας καταγράφονται στην Αττική και στη Θεσσαλονίκη, ενώ τα χειρότερα, στα νησιά του Αιγαίου και την Κρήτη, λόγω δυσχερούς πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας. Ένα ποσοστό που ο ομιλητής χαρακτήρισε ανησυχητικό είναι η πτώση του αυτοαναφερόμενου επιπέδου υγείας στις νεαρές ηλικίες, μεταξύ 2011 και 2015.

Όπως ήταν αναμενόμενο, το αυτοαναφερόμενο επίπεδο υγείας είναι καλύτερο όσο αυξάνεται το ύψος του εισοδήματος, καθώς τα υψηλότερα εισοδήματα έχουν ευκολότερη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Εξαιρέση αποτελούν τα άτομα χωρίς «καθόλου εισοδήματα», τα οποία αναφέρουν σε μεγάλο ποσοστό «καλή» και «πολύ καλή» υγεία, εύρημα το οποίο αποδίδεται στο νεαρό της ηλικίας των ατόμων που ανήκουν σε αυτή την εισοδηματική κατηγορία και στη φροντίδα των γονέων για την υγεία τους.

Όσον αφορά στα χρόνια προβλήματα υγείας, επεσήμανε ο ομιλητής, αν και περίπου το 58% ανέφεραν ότι δεν έχουν κάποια χρόνια πάθηση, είναι ανησυχητικό το γεγονός ότι από το 2006 έως το 2011 παρατηρείται αύξηση στους ασθενείς με χρόνια νόσημα.

Οι μεταβλητές που φαίνεται να συσχετίζονται στατιστικά με την αυτοαξιολόγηση υγείας της έρευνας της ΕΣΔΥ είναι η ηλικία, το χρόνια νόσημα, η κοινωνική συνοχή (εκτιμήθηκε βάσει του αριθμού ατόμων που συμβιώνουν με τον συμμετέχοντα) και η κοινωνικοοικονομική κατάσταση.

Η ανάλυση των απαντήσεων των συμμετεχόντων στην ερώτηση αν απευθύνθηκαν σε κάποια υπηρεσία υγείας (πρωτοβάθμια ή δευτεροβάθμια) το τελευταίο έτος έδειξε ότι η χρήση των υπηρεσιών υγείας μειώθηκε σημαντικά το 2015 σε σύγκριση με το 2011. Ένας



Εικόνα 50: Μη έκφραση των αναγκών για ιατρική περίθαλψη (οικονομικοί λόγοι), 2011 & 2015.

στους τρεις συμμετέχοντες που δεν απευθύνθηκαν σε κάποια υπηρεσία υγείας, συμπλήρωσε ο κύριος Χαρώνης, δήλωσε ότι ο λόγος ήταν η αδυναμία πληρωμής.

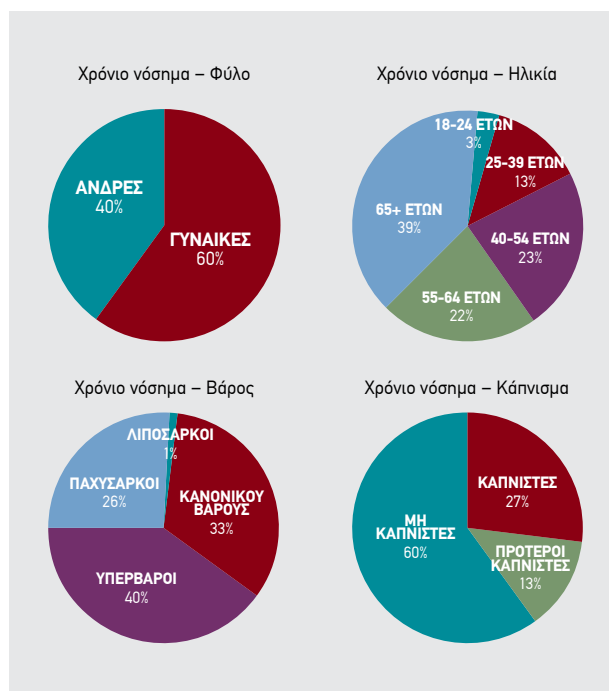
Η κυρία Μαυρίκου, Δημόσια Πολιτική - Δημόσια Υγεία, ΕΣΔΥ, ξεκίνησε την εισήγησή της λέγοντας ότι, σύμφωνα με την κυρίαρχη αντίληψη της δημόσιας υγείας, το επίπεδο υγείας των ατόμων και κοινωνιών προσδιορίζεται από ένα πολύπλοκο σύνολο παραγόντων, που διαμορφώνουν το τελικό επίπεδο υγείας του πληθυσμού.

Σε σχέση με την ατομική συμπεριφορά, η κυρία Μαυρίκου αναφέρθηκε σε δύο παράγοντες που επηρεάζουν το επίπεδο υγείας, το δείκτη μάζας σώματος και το κάπνισμα. Η ομιλήτρια εστίασε στο τμήμα του δείγματος της έρευνας που έχει διαγνωστεί με χρόνια νόσημα και ανέρχεται στο 42,1% των ατόμων που απάντησαν στη έρευνα. Από αυτούς, το 60% είναι γυναίκες, 2 στους 3 είναι υπέρβαροι και παχύσαρκοι, ενώ 27% των ασθενών με χρόνια πρόβλημα παραμένουν καπνιστές ([Εικόνα 51](#)).

Από τους συμμετέχοντες που δήλωσαν ως πρώτο χρόνια νόσημα τα καρδιολογικά προβλήματα, οι γυναίκες αντιπροσωπεύουν το 54%, πολύ μεγάλο ποσοστό είναι υπέρβαροι και παχύσαρκοι (73%) και 1 στους 5 ασθενείς συνεχίζει να καπνίζει. Σημαντικότερες συννοσηρότητες που αναφέρθηκαν από ασθενείς με καρδιολογικό πρόβλημα είναι το μεταβολικό/ενδοκρινολογικό νόσημα και ακολούθως το πνευμονολογικό.

Από τους συμμετέχοντες που δήλωσαν ως πρώτο χρόνια νόσημα το μεταβολικό/ενδοκρινολογικό, 72% είναι γυναίκες, 66% είναι υπέρβαροι και παχύσαρκοι, 1 στους 4 συνεχίζει το κάπνισμα και 3 στους 10 δηλώνουν ότι πάσχουν και από καρδιολογικό νόσημα.

Στους συμμετέχοντες που δήλωσαν ως πρώτο χρόνια νόσημα το πνευμονολογικό, και πάλι υπερτερούν οι γυναίκες (61%), πολύ μεγάλο ποσοστό είναι υπέρβαροι και παχύσαρκοι (62%), 28% των ασθενών συνεχίζουν να καπνίζουν και 30% των ασθενών δηλώνουν ότι πάσχουν και από καρδιολογικό νόσημα.



Εικόνα 51: Χαρακτηριστικά ασθενών με χρόνια νόσημα.

Ολοκληρώνοντας την παρουσίασή της, η κυρία Μαυρίκου αναφέρθηκε στα στοιχεία της μελέτης που αφορούν τη χρήση υπηρεσιών υγείας, επισημαίνοντας ότι το 59% του δείγματος που έκαναν χρήση υπηρεσιών υγείας είναι παχύσαρκοι και υπέρβαροι, και τονίζοντας τη σημασία περαιτέρω διερεύνησης της παχυσαρκίας.

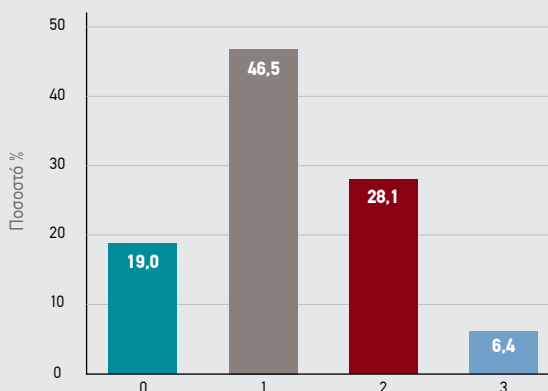
Στη συνέχεια, το λόγο έλαβε ο Επιστημονικός Συνεργάτης του Τομέα Οικονομικών της Υγείας, ΕΣΔΥ, **Κώστας Αθανασάκης**, ο οποίος αναφέρθηκε στο πώς μπορούν να χρησιμοποιηθούν τα στοιχεία που συλλέγει η ΕΣΔΥ μέσω των ερευνών της τα τελευταία 15 χρόνια. Σήμερα, επεσήμανε ο ομιλητής, δεν νοείται πολιτική υγείας που να μη βασίζεται σε ισχυρά δεδομένα, διαχρονικά δεδομένα σχετικά με την κατάσταση υγείας του πληθυσμού (παράγοντες κινδύνου, στάσεις/συμπεριφορές, νοσηρότητα και ανισότητες), δεδομένα αυτοαναφερόμενης νοσηρότητας, δεδομένα σχετικά με την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων, αλλά και δεδομένα σχετικά με τις οικονομικές παραμέτρους.

Ο κύριος Αθανασάκης αναφέρθηκε στη μεθοδολογία των ερευνών υγείας, των «health interview surveys», οι οποίες συμβάλλουν σημαντικά στη διαμόρφωση τεκμηριωμένων πολιτικών υγείας – τέτοια εργαλεία αποτελούν η έρευνα της Eurostat “European Health Interview Survey”, αλλά και η έρευνα της ΕΣΔΥ. Η πρώτη εφαρμογή της έρευνας υγείας της ΕΣΔΥ, έγινε το 2001-02 σε συνεργασία με τον ΠΟΥ, και επαναλήφθηκε τα έτη 2006, 2011 και 2015-16.

Η έρευνα αυτή, συνέχισε ο ομιλητής, έχει ξεχωριστή αξία, καθώς για το 2015-16 η χρηματοδότησή της προήλθε από την επιτυχή συμμετοχή της σε διεθνή διαγωνισμό, (ήταν μία από τις πέντε προτάσεις που κέρδισαν). Οι κριτές έλαβαν μεταξύ άλλων υπόψη και το γεγονός ότι η Ελλάδα μπορεί να αποτελέσει ένα case report σύγχρονης ανεπτυγμένης χώρας σε οικονομική κρίση, και ότι μπορούν να εξαχθούν χρήσιμα συμπεράσματα.

ΠΟΣΟΙ ΕΚΤΙΘΕΝΤΑΙ ΣΕ ΠΟΛΛΑΠΛΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ;

Παράγοντες κινδύνου (κάπνισμα – άσκηση – υπερβάλλον βάρος)



Επεξεργασία δεδομένων και αναλύσεις: Κ. Τσιτλακίδης

Εικόνα 52: Τα αποτελέσματα της έρευνας είναι χρήσιμα για την ανάδειξη προτεραιοτήτων πολιτικής.

Από το 2001 μέχρι σήμερα, επεσήμανε ο κύριος Αθανασάκης, έχουν συμπληρωθεί 25.000 ερωτηματολόγια και έχουν συλλεγεί πολλά δεδομένα. Η αξιοποίησή τους υπό τις παρούσες συνθήκες περιορισμού των οικονομικών πόρων έχει μεγάλη σημασία, καθώς μπορούν να συμβάλουν στην ιεράρχηση των προτεραιοτήτων. Η έρευνα της ΕΣΔΥ αποτελεί χαρακτηριστικό παράδειγμα για την ανάδειξη προτεραιοτήτων πολιτικής, όπως θα μπορούσαν να είναι οι στοχευμένες παρεμβάσεις σε μείζονες παράγοντες κινδύνου για την υγεία και σε συγκεκριμένες ομάδες υψηλού κινδύνου του πληθυσμού (**Εικόνα 52**).

Οι πολιτικές υγείας, επεσήμανε ολοκληρώνοντας την ομιλία του ο κύριος Αθανασάκης, απαιτούν δεδομένα, προτεραιότητες, ιεράρχηση και καλή κατανομή όλων των πόρων. Οι έρευνες αυτού του είδους αποτελούν πολύτιμα εργαλεία στη διαμόρφωση των πολιτικών υγείας, καθώς παρέχουν λεπτομερή και διαχρονικά δεδομένα, υπογράμμισε ο ομιλητής.

Η Αντιγόνη Λυμπεράκη, Καθηγήτρια Οικονομικών, Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών, Επισκέπτρια Καθηγήτρια LSE, διατύπωσε μια σειρά παρατηρήσεων σχετικά με κάποια αποτελέσματα της έρευνας που της κίνησαν το ενδιαφέρον και που, όπως δήλωσε, χρήζουν περαιτέρω ανάλυσης.

Είναι αξιοσημείωτο, σημείωσε η κυρία Λυμπεράκη, ότι ενώ το αυτοαναφερόμενο επίπεδο υγείας φαίνεται να παρουσιάζει σταθερή πτωτική τάση από το 2002 έως το 2011, το 2015 φαίνεται να σταθεροποιείται και να αυξάνεται. Σύμφωνα με τα ευρήματα της έρευνας, η πτώση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού δεν φαίνεται να επιδεινώνεται στα χρόνια της κρίσης, συνέχισε η ομιλήτρια.

Δύο άλλα σημεία που παρουσιάζουν ενδιαφέρον, υπογράμμισε, είναι, πρώτον, ότι οι δυσκολίες στην καθημερινή δραστηριότητα που οφείλονται σε λόγους υγείας φαίνεται να έχουν μειωθεί και, δεύτερον, ότι το ποσοστό των ανθρώπων που δηλώνουν ότι δεν χρειάστηκε να επισκεφθούν γιατρό τον τελευταίο μήνα ή το τελευταίο έτος έχει αυξηθεί.

Πολλές φορές, συνέχισε η κυρία Λυμπεράκη, το γενικότερο κλίμα και η διάθεση των ερωτώμενων ενδέχεται να επηρεάσουν τις απαντήσεις τους, οι οποίες μπορεί να μεταβάλλονται ανάλογα με τις προσδοκίες ή τις αναφαινόμενες δυσκολίες που συνδέονται με την πολιτική κατάσταση της χώρας. Θα είχε ενδιαφέρον να δούμε, συμπλήρωσε, πόσο διαφοροποιούνται οι απαντήσεις που δόθηκαν σε δύο χρονικές στιγμές της έρευνας που το πολιτικό κλίμα ήταν τελείως διαφορετικό, δηλαδή τον Φεβρουάριο και τον Σεπτέμβριο του 2015.

Η κυρία Λυμπεράκη επεσήμανε, επίσης, ότι οι επαναλαμβανόμενες αυτές έρευνες θα ήταν πιο χρήσιμο να είχαν γίνει στα ίδια άτομα, στον ίδιο ακριβώς πληθυσμό, ειδικά επειδή αφορούν θέματα υγείας, καθώς έτσι θα προσέφεραν πολύ πιο αξιοποιήσιμα δεδομένα.

Σχολιάζοντας με τη σειρά του την έρευνα, ο **Γεώργιος Μέργος**, Καθηγητής Οικονομικών Επιστημών Πανεπιστημίου Αθηνών, παρατήρησε ότι στη διεθνή βιβλιογραφία αναφέρονται χώρες στις οποίες το προσδόκιμο ζωής, ένας σημαντικός δείκτης υγείας του πληθυσμού, αυξήθηκε –σε κάποιες περιπτώσεις μάλιστα θεαματικά– σε περιόδους κρίσης.

Αυτό παρατηρείται και στην Ελλάδα, συνέχισε, όπου το προσδόκιμο ζωής έχει αυξηθεί τα τελευταία χρόνια

παρά την οικονομική κρίση. Επομένως, πρότεινε, καλό θα ήταν να διερευνηθεί μήπως αυτό που βλέπουμε ως επιδείνωση της αυτοαναφερόμενης κατάστασης υγείας οφείλεται σε άλλους παράγοντες.

Συμφωνώντας με τον κύριο Αθανασάκη, ο κύριος Μέργος τόνισε ότι στη χώρα μας χρειαζόμαστε πράγματι evidence-based πολιτικές. Για να έχουμε, ωστόσο, evidence-based πολιτικές, δεν αρκεί μόνο να γίνονται συγκρίσεις ποσοστών, αλλά πρέπει να βρίσκονται και οι αιτιώδεις σχέσεις μέσα από τα δεδομένα και τη στατιστική ανάλυση των ερευνών.

Είναι αξιοσημείωτο, συνέχισε ο σχολιαστής, ότι οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στην έρευνα τεκμηριώνουν μια βελτίωση του αυτοαναφερόμενου επιπέδου υγείας τον τελευταίο χρόνο, εν μέσω κρίσης, στοιχείο

που ασφαλώς χρήζει περαιτέρω διερεύνησης. Κάποια άλλα ερωτήματα που προκύπτουν, συμπλήρωσε, είναι για ποιο λόγο οι ψυχιατρικές ασθένειες φαίνεται να έχουν μειωθεί την περίοδο αυτή και γιατί η κατάσταση της στοματικής υγείας φαίνεται να είναι χειρότερη σε σχέση με τη γενική υγεία.

Καταλήγοντας, ο κύριος Μέργος είπε ότι η βελτίωση του προσδόκιμου ζωής στη χώρα μας δεν συνάδει με μείωση του επιπέδου υγείας, παρά την επιδείνωση της κατάστασης υγείας που δείχνουν τα στοιχεία αυτοαναφοράς για την υγεία. Ωστόσο, πρόσθεσε, είναι ιδιαίτερα ανησυχητική η αύξηση του ποσοστού των νοικοκυριών που κινδυνεύουν με οικονομική κατάρρευση σε περίπτωση που παρουσιαστεί ένα πρόβλημα υγείας.

ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ

Μετακίνηση πληθυσμών: Έλεγχος και διαχείριση προβλημάτων υγείας*

Η υγειονομική διαχείριση της μετακίνησης πληθυσμών απαιτεί εθνικό σχεδιασμό, προσεκτική καταγραφή και μελέτη των δεδομένων, αξιοποίηση της υπάρχουσας εμπειρίας και υιοθέτηση καλών πρακτικών.

Προεδρείο: **Τζένη Κουρέα-Κρεμαστινού, Οδυσσέας Βουδούρης**

Ομιλητές: **Αθανάσιος Γιαννόπουλος**, Τα Προσφυγικά ρεύματα στην Ελλάδα (1914-1922). Το σύγχρονο προσφυγικό-μεταναστευτικό πρόβλημα 
Ελένη Κάκαλου, Πληθυσμοί σε κίνηση: Διαχείριση αναγκών υγείας και βέλτιστες πρακτικές 
Ασημούλα Οικονομοπούλου, Η διαχείριση της μετακίνησης πληθυσμών στην παραμεθόριο: Η εμπειρία του ΚΕΕΛΠΝΟ 
Ανδρούλα Παυλή, Μετανάστες που επισκέπτονται συγγενείς και φίλους - VFRs 

Σχολιαστής: **Γιώργος Μακρυνός** 

* Με τη συνεργασία του ΚΕΕΛΠΝΟ

Το προσφυγικό είναι το μεγαλύτερο πρόβλημα που αντιμετωπίζει αυτή τη στιγμή η Ελλάδα, αλλά και η Ευρώπη, δήλωσε στην εισαγωγική παρουσίαση της συνεδρίας ο Πρόεδρος ΚΕΕΛΠΝΟ, **Αθανάσιος Γιαννόπουλος**. Ο ομιλητής αναφέρθηκε στο οδοιπορικό του στα σύνορα της χώρας για να σχηματίσει άμεση αντίληψη των συνθηκών που επικρατούσαν, του προβλήματος στις πραγματικές του διαστάσεις, των δυνατοτήτων που υπήρχαν, των αδυναμιών του συστήματος για τη διαχείρισή του και των απαραίτητων παρεμβάσεων. Ο κύριος Γιαννόπουλος χαρακτήρισε εσφαλμένη την άποψη ότι οι πρόσφυγες/μετανάστες αποτελούν «υγειονομική βόμβα» που θα εκθεμελιώσει το σύστημα υγείας ή θα προσβάλει τη δημόσια υγεία στη χώρα μας. Είναι, ωστόσο, πιθανόν, αν δεν ληφθούν τα κατάλληλα μέτρα, να δημιουργηθούν «υγειονομικά βομβίδια», δηλαδή νοσήματα που ενδέχεται να αναπτυχθούν λόγω των συνθηκών διαβίωσης των προσφύγων.

Στο πλαίσιο της αναζήτησης ομοιοτήτων με προσφυγικά ρεύματα του παρελθόντος στη χώρα μας, ο ομιλητής αναφέρθηκε στην περίοδο 1914-1922, με τον πρώτο διωγμό Ελλήνων από τη Μ. Ασία να καταγράφεται επισήμως το 1914. Μέχρι το 1920, είχαν μεταναστεύσει περί τα 800.000 άτομα. Η μεγαλύτερη, όμως, μετακίνηση προσφύγων ελληνικής καταγωγής καταγράφεται μετά τη Μικρασιατική Καταστροφή (Αύγουστος 1922). Το ελληνικό κράτος ήταν εξαντλημένο οικονομικά εξαιτίας της Μικρασιατικής Εκστρατείας, και ήταν υποχρεωμένο να θρέψει, να στεγάσει, να περιθάλψει, να τονώσει ηθικά και να εντάξει κοινωνικά 1.500.000 Μικρασιάτες πρόσφυγες που εγκαταστάθηκαν στα εδάφη του. Τα πρώτα χρόνια, οι πρόσφυγες, αναζητώντας μόνιμη εγκατάσταση, παρουσίασαν μεγάλη κινητικότητα, από τις αστικές προς τις αγροτικές περιοχές και αντί-

στροφα. Στεγάστηκαν προσωρινά σε γήπεδα, θέατρα, αυλές εκκλησιών, δημόσια κτήρια, παράγκες, σκηνές, χαμόσπιτα και καλύβες που βρίσκονταν σε εγκαταλελειμμένα χωριά, σε οικισμούς αμιγώς προσφυγικούς. Οι συνθήκες διαβίωσης ήταν άθλιες, καθώς δεν υπήρχαν έργα υποδομής, ούτε δίκτυα ύδρευσης, ηλεκτροφωτισμού και αποχέτευσης. Έλειπαν παντελώς οι χώροι αναψυχής, ενώ μεταδιδόνταν εύκολα επιδημικές ασθένειες, όπως ο εξανθηματικός τύφος, η γρίπη, η ελονοσία, η φυματίωση και η ευλογιά, παρούσες ήδη στην Ελλάδα και πριν από την άφιξη των προσφύγων. Αυτό μας διδάσκει ότι και σήμερα θα πρέπει να δημιουργήσουμε έναν θώρακα υγείας για την προστασία τόσο ημών όσο και των μετακινουμένων, σχολίασε ο κύριος Γιαννόπουλος.

Εκείνη την περίοδο, όπως συμβαίνει και σήμερα, για τη διατροφή των προσφύγων οργανώθηκαν συσσίτια, και συγκεντρώσεις τροφίμων και ειδών πρώτης ανάγκης. Προτεραιότητα δόθηκε και στην ιατροφαρμακευτική περίθαλψη - αντίστοιχα, σήμερα, το ΚΕΕΛΠΝΟ έχει αναλάβει σημαντική πρωτοβουλία για την αντιμετώπιση των ελλείψεων και αναγκών σε αυτόν τον τομέα, με αρωγούς την ελληνική και ξένη φαρμακοβιομηχανία μέσω του ΣΦΕΕ. Οι πρόσφυγες αρχικά αντιμετωπίστηκαν εκθρηκτικά, ωστόσο υπήρξε και μερίδα ντόπιων κατοίκων που προσέφεραν, είτε ατομικά είτε οργανωμένα. Μεγάλο τμήμα του προσφυγικού πληθυσμού εμφανίστηκε ως αξιόλογη και ειδικευμένη φθηνή εργατική δύναμη, παρέχοντας επιπλέον κίνητρα για τη δημιουργία νέων παραγωγικών μονάδων.

Στη συνέχεια, ο ομιλητής παρουσίασε ενδιαφέρον φωτογραφικό υλικό, με στιγμιότυπα της προσφυγικής κρίσης τού τότε και του σήμερα. Υπάρχουν χρήματα στα ευρωπαϊκά ταμεία και ήδη βρίσκεται σε εξέλιξη η διαδικασία μιας πρώτης εκταμίευσης για την υγει-

ονομική θωράκιση των πυλών εισόδου στη νησιωτική χώρα, μέσω του ΚΕΕΛΠΙΝΟ, ενημέρωσε κλείνοντας ο κύριος Γιαννόπουλος.

Τη σκυτάλη πήρε η **Ελένη Κάκαλου**, Παθολόγος-Λοιμωξιολόγος, ΠΜΣ «Διεθνής Ιατρική & Διαχείριση Κρίσεων Υγείας». Η μεγάλη έξοδος, κυρίως από τη Συρία, αλλά και από το Ιράκ και το Αφγανιστάν, είχε ως αποτέλεσμα, το 2015, να αλλάξει η μέχρι τότε εικόνα των προσφυγικών ροών, παρατήρησε η κυρία Κάκαλου.

Η οικονομική ασφυξία, η βία, αλλά και η εξάντληση της δυνατότητας υποδοχής από χώρες όπως η Τουρκία, η Ιορδανία και ο Λίβανος οδήγησαν σε κορύφωση το καλοκαίρι του 2015, με προσφυγικές ροές που έφτασαν το 80%. Τούτη την περίοδο, οι απώλειες ήταν πολύ υψηλότερες στη διαδρομή της κεντρικής Μεσογείου προς την Ιταλία (1:50), ενώ η διαδρομή στο Αιγαίο ήταν πιο ασφαλής. Οι πρόσφυγες είχαν, δηλαδή, πιθανότητες να βρεθούν σε μια χώρα της Ζώνης Σένγκεν και βάσιμες ελπίδες να χτίσουν μια νέα, καλύτερη ζωή, και αυτό ήταν το πιο ισχυρό κίνητρο για τη μετακίνησή τους υπό ιδιαίτερα αντίξοες συνθήκες. Μόνο τον Σεπτέμβριο και τον Οκτώβριο 2015, στο Αιγαίο υπήρχαν 300 νεκροί. Με βάση στοιχεία των αρχών Δεκεμβρίου, 768.916 πρόσφυγες/μετανάστες είχαν ήδη περάσει τα ελληνικά σύνορα, με τη Μυτιλήνη να υποδέχεται σχεδόν το μισό αυτού του ρεύματος. Η απότομη αύξηση της ροής τους καλοκαιρινούς μήνες εξηγεί τη δυσκολία χειρισμού του προβλήματος από τον κρατικό μηχανισμό και τις ΜΚΟ.

Τα νησιά διέλευσης επιλέγονται βάσει της απόστασης και των καιρικών συνθηκών, καθώς και των δικτύων διακίνησης στα οποία εντάσσονται και τα οποία ακολουθούν οι πρόσφυγες ήδη κατά την έξοδό τους από

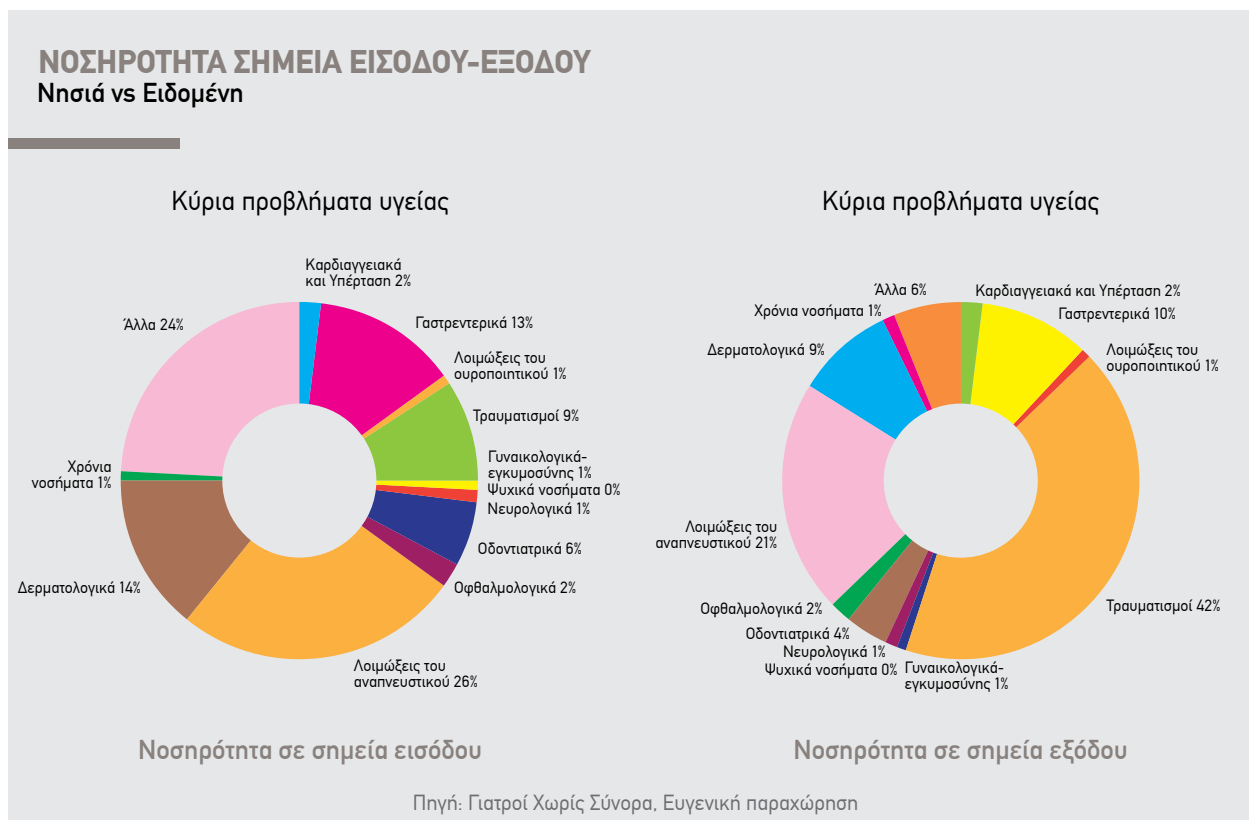
τη χώρα προέλευσης, διευκρίνισε η ομιλήτρια. Όσο για τις χώρες τελικού προορισμού, τα στοιχεία δείχνουν ότι η Σουηδία και η Γερμανία συγκεντρώνουν τα υψηλότερα ποσοστά προτίμησης των αιτουμένων ασύλου, κυρίως λόγω των παροχών τους.

Βάσει στοιχείων από τους Πατρούς Χωρίς Σύνορα, όπως αυτά παρουσιάστηκαν σε πρόσφατο συνέδριο στην Αθήνα, στα Δωδεκάνησα, οι κύριες παθολογίες στους μετακινούμενους πληθυσμούς ήταν λοιμώξεις του αναπνευστικού, δερματικές λοιμώξεις, μυαλγίες και συμπτώματα από το γαστρεντερικό, που σχετίζονται, σε μεγάλο ποσοστό, με τις κακουχίες του ταξιδιού και τις κακές συνθήκες διαβίωσης σε ελληνικό έδαφος (**Εικόνα 53**).

Λόγω του επικείμενου κλεισίματος των συνόρων, αναμένεται να εγκλωβιστούν άνθρωποι στη χώρα μας, επεσήμανε η κυρία Κάκαλου, και οι επιπτώσεις στην υγεία τους θα σχετίζονται άμεσα ή έμμεσα με τις συνθήκες κράτησης και τη διάρκειά της, η οποία συνδέεται με βλάβες στην ψυχική υγεία των προσφύγων.

Για την αντιμετώπιση των προβλημάτων αυτών, οι καλές πρακτικές περιλαμβάνουν:

- διανομή απαραίτητου υλικού πρώτης υποδοχής
- triage (διαλογή) σε τρία επίπεδα: για τον εντοπισμό ιδιαίτερα ευάλωτων ομάδων πληθυσμού, για παροχή επείγουσας ψυχολογικής υποστήριξης σε επιβιώσαντες ιδιαίτερα τραυματικών γεγονότων, και για εξασφάλιση άμεσης πρόσβασης σε χώρους παραμονής/κράτησης μεταναστών και προσφύγων, με παροχή σίτισης, δυνατότητας επικοινωνίας (τηλέφωνα, internet κ.λπ.)
- εξασφάλιση διερμηνείας/διαπολιτισμικής μεσο-



Εικόνα 53: Οι δυσκολίες του ταξιδιού σε ελληνικό έδαφος αυξάνουν σημαντικά το ποσοστό του τραύματος σε σημεία εξόδου από τη χώρα.

λάβησης

- παροχή ΠΦΥ και διασφάλιση κατάλληλου χώρου, που θα επιτρέπει την τήρηση του ιατρικού απορρήτου
- παροχή ψυχοκοινωνικής υποστήριξης
- δράσεις για τη βελτίωση των συνθηκών υγιεινής και παροχή βασικών ειδών πρώτης ανάγκης
- ευαισθητοποίηση σχετικά με θέματα υγείας που αντιμετωπίζουν μετακινούμενοι πληθυσμοί και πρόσφυγες.

Σε επίπεδο screening και μέτρων ελέγχου, η κυρία Κάκαλου παρατήρησε ότι είναι απαραίτητη η παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας, η διαχείριση περιστατικών με υψηλή κλινική υποψία (ελονοσία, πυματίωση) από εκπαιδευμένες ομάδες και η άμεση διασύνδεση με τη φροντίδα, καθώς και η αντιμετώπιση και υποστήριξη χρόνιων προβλημάτων υγείας – όλα αυτά στη σύντομη διάρκεια παραμονής των προσφύγων.

Ωστόσο, σε λίγο καιρό, με κλειστά σύνορα, η παραμονή των προσφύγων αναμένεται να μετατραπεί σε μακροχρόνια. Σε αυτή την περίπτωση, θα χρειαστούν:

- camp management (διαχείριση προσωρινών καταυλισμών, ασφάλεια, υγιεινή, σίτιση, δικαιώματα, εκπαίδευση κ.λπ.) ή άλλες λύσεις (π.χ. επιδότηση ενοικίου)
- επιδημιολογική επιτήρηση
- ΠΦΥ
- σύστημα παραπομπών στο ΕΣΥ (δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα)
- παρεμβάσεις για ευάλωτες ομάδες
- εμβολιασμοί (υπό συζήτηση)
- ψυχοκοινωνική και νομική υποστήριξη.

Καταλήγοντας, η κυρία Κάκαλου αναφέρθηκε στο Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών «Διεθνής Ιατρική – Διαχείριση Κρίσεων Υγείας», που περιλαμβάνει: τη συμμετοχή φοιτητών και αποφοίτων σε αποστολές πεδίου, με οργανώσεις όπως οι Πατροί Χωρίς Σύνορα, οι Πατροί του Κόσμου, η PRAKSIS, η Μετάδραση, το UNHCR κ.ά.· τη συνεργασία και παροχή τεχνικής υποστήριξης στους Πατρούς του Κόσμου μέσω εξειδικευμένης ομάδας φοιτητών και στελεχών· και δύο ετήσια σεμινάρια, με θέμα «Πληθυσμοί σε κίνηση» και «Διαχείριση Κρίσεων Υγείας», για φοιτητές και εξωτερικούς εκπαιδευόμενους.

Ιδιαίτερα ικανοποιημένη από το γεγονός ότι όσα προτείνει η κυρία Κάκαλου ως καλές πρακτικές, το ΚΕΕΛΠΝΟ τα έκανε πράξη ήδη από το 2011, δήλωσε η Ιατρός Βιοπαθολόγος, Επιδημιολόγος, ΚΕΕΛΠΝΟ, **Ασημούλα Οικονομοπούλου**, που πήρε το λόγο αμέσως μετά.

Η ομιλήτρια υπενθύμισε στο κοινό ότι η δημόσια υγεία ορίζεται (Ν.3370/2005 άρθρο 1 και 2) ως «το σύνολο των οργανωμένων δραστηριοτήτων της πολιτείας και της κοινωνίας, που είναι επιστημονικά τεκμηριωμένες και αποβλέπουν στην πρόληψη νοσημάτων, στην προστασία και την προαγωγή της υγείας του πληθυσμού, στην αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής». Στη συνέχεια, η κυρία Οικονομοπούλου διευκρίνισε ότι πρόσφυγες είναι όποιοι αναγκάζεται να φύγει από τον τόπο του κυνηγημένου, ενώ ο μετανάστης φεύγει οικειοθελώς. Ωστόσο, πρόσφυγες και μετανάστες δεν διαφέρουν ως προς την ιατρική αντιμετώπισή τους.

Το ΚΕΕΛΠΝΟ διαθέτει σημαντική εμπειρία, ήδη από το 2002, όταν, με την ονομασία ΚΕΕΛ (Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων), είχε δημιουργήσει ειδικό γραφείο μετακινούμενων πληθυσμών για να συνδράμει τις τοπικές μονάδες υγείας στην προάσπιση της δημόσιας υγείας.

Το σκεπτικό του ολοκληρωμένου προγράμματος ψυχοκοινωνικής και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης στα κέντρα κράτησης μεταναστών στον Έβρο, που υλοποίησε το Κέντρο το 2011, περιελάμβανε την παροχή ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης στους πρόσφυγες, την παροχή ψυχοκοινωνικής υποστήριξης στους μετανάστες και τους εργαζομένους, τη συλλογή επιδημιολογικών δεδομένων, την έγκαιρη αντιμετώπιση συμβάντων δημόσιας υγείας και την εκτίμηση των υφιστάμενων αναγκών, η οποία θα μπορούσε να αξιοποιηθεί στο σχεδιασμό μελλοντικών δράσεων. Για να υπηρετήσει το σκεπτικό αυτό, το ΚΕΕΛΠΝΟ δημιούργησε σύστημα υποχρεωτικής δήλωσης νοσημάτων, προκειμένου να συλλέγονται συστηματικώς δεδομένα που αφορούσαν την υγεία των μεταναστών, βάσει δομημένου δελτίου ιατρικής και ψυχολογικής εκτίμησης, που συμπληρωνόταν από το γιατρό και τον ψυχολόγο του κέντρου κατά τη διάρκεια της εξέτασης. Τις πληροφορίες συμπλήρωναν τα δημογραφικά δεδομένα που λαμβάνονταν από τη FRONTEX ή την Αστυνομία. Για την έγκαιρη και έγκυρη ανίχνευση συμβαμάτων που έρχονταν άμεσης αντιμετώπισης, διαμορφώθηκε σύστημα συνδρομικής επιτήρησης, με καθημερινή κοινοποίηση στο ΚΕΕΛΠΝΟ. Το πρόγραμμα περιελάμβανε, επίσης, εμβολιασμό των ανεμβολίαστων μεταναστών, βάσει του εθνικού προγράμματος εμβολιασμού.

Στο πλαίσιο του προγράμματος, ταυτοποιήθηκαν 6.899 μετανάστες, οι περισσότεροι Πακιστανοί και Αφγανοί. Οι περισσότεροι άνδρες ήταν 18-45 χρόνων, ενώ το 6,3% ήταν ανήλικοι (από 17 ετών και κάτω). Οι γυναίκες ήταν σαφώς λιγότερες και δεν υπήρχαν μεταξύ τους ανήλικες και νεαρές (κάτω των 32 ετών). Οι περισσότεροι άνδρες ήταν άγαμοι, σε αντίθεση με τις γυναίκες, που ήταν έγγαμες ή χήρες. Οι περισσότεροι άνδρες δεν είχαν παιδιά, ενώ μεταξύ των γυναικών υπήρχαν και εγκυμονούσες, κάτι που έπρεπε να ληφθεί υπόψη από το σύστημα συνδρομικής επιτήρησης.

Οι περισσότεροι από όσους παρατέμφθηκαν σε γιατρό έπασχαν από λοιμώξεις του ανώτερου αναπνευστικού, ωστόσο τα νοσήματα ποίκιλλαν και κάποια από αυτά ήταν χρόνια. Στο πλαίσιο του εμβολιαστικού προγράμματος, 1.539 ενήλικες μετανάστες εμβολιάστηκαν έναντι της πολυομυελίτιδας, 135 παιδιά εμβολιάστηκαν για διφθερίτιδα, τέτανο και κοκκύτη, και 34 για ιλαρά, ερυθρά και παρωτίτιδα. Σε 632 δείγματα αίματος που εξετάστηκαν, 2 ήταν θετικά για HIV, 5 για ηπατίτιδα C και 20 για ηπατίτιδα B. Από τα 1.132 άτομα που ελέγχθηκαν με Mantoux screening, 4 διαγνώστηκαν με πυματίωση και έλαβαν θεραπεία. Από τους 521 μετανάστες που ελέγχθηκαν για αντισώματα έναντι CCHFV, DENV, CHIKV, WNV, οι 128 βρέθηκαν θετικοί, κανείς όμως δεν νόσησε στη διάρκεια του προγράμματος.

Το πρόγραμμα στελεχώθηκε από 1 Συντονίστρια Έργου, 5 Πατρούς, 6 Νοσηλεύτες, 11 Διερμηνείς, 5 Ψυχολόγους, 3 Κοινωνικούς Λειτουργούς, 1 Διοικητικό και 1 Διανομέα. Πέρα από το κόστος επάνδρωσης, το συνολικό κόστος του έργου περιελάμβανε αναλώσιμα, έξοδα νοσηλείας στα νοσοκομεία Κομοτηνής και Αλεξανδρούπολης, κόστος εξετάσεων για τον έλεγχο αντι-

σωμάτων και κόστος άμεσων δαπανών, κατέληξε η κυρία Οικονομοπούλου.

Τον κύκλο των εισηγήσεων έκλεισε η **Ανδρούλα Παυλή**, MD, FRACGP, DTM, MPH, Υπεύθυνη Γραφείου Ταξιδιωτικής Ιατρικής του ΚΕΕΛΠΙΝΟ. Η κυρία Παυλή παρατήρησε ότι, πέρα από τις ολοένα αυξανόμενες αφίξεις προσφύγων/μεταναστών σήμερα, δεν πρέπει να ξεχνούμε τους ήδη εγκατεστημένους στις ανεπτυγμένες χώρες μετανάστες, που συμβάλλουν σημαντικά στη διαμόρφωση της επιδημιολογίας των χωρών αυτών. Το 2015, οι διεθνείς αφίξεις ξεπέρασαν το 1 δισεκατομμύριο, και ενδέχεται να φθάσουν το 1,6 δισεκατομμύριο το 2020.

Μετανάστες που επισκέπτονται φίλους και συγγενείς (VFRs) θεωρούνται οι εθνικά και φυλετικά διαφορετικοί από την πλειονότητα του πληθυσμού της χώρας παραμονής τους (υψηλότερου κοινωνικοοικονομικού επιπέδου τώρα) μετανάστες, οι οποίοι ταξιδεύουν στις γενέτειρές τους (χαμηλότερου κοινωνικοοικονομικού επιπέδου τώρα), με σκοπό να επισκεφθούν φίλους και συγγενείς. Στην κατηγορία των VFRs συμπεριλαμβάνονται και οικογενειακά μέλη (σύζυγος ή παιδιά που γεννήθηκαν στη χώρα παραμονής). Ένας πιο πρόσφατος ορισμός, ωστόσο, συνδέει τους VFRs με την επιδημιολογική κλιμάκωση του κινδύνου υγείας μεταξύ των περιοχών παραμονής και προορισμού, με βάση την αξιολόγηση των καθοριστικών παραγόντων υγείας.

Οι VFRs είναι ομάδα ταξιδιωτών υψηλού κινδύνου, με νοσηρότητα μεγαλύτερη από τους άλλους ταξιδιώτες, ιδιαίτερα όσον αφορά τον κίνδυνο να προσβληθούν από τυφοειδή πυρετό, ελονοσία, σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, φυματίωση και ηπατίτιδα Α (τα παιδιά τους). Τα ποσοστά τους διαρκώς αυξάνονται σε παγκόσμιο επίπεδο (περίπου 40% των ταξιδιωτών από ανεπτυγμένες χώρες είναι VFRs). Οι λόγοι που σχετίζονται με τον αυξημένο κίνδυνο νοσηρότητας περιλαμβάνουν την έλλειψη επίγνωσης των κινδύνων, τη μη ορθή αντίληψη όσον αφορά την ανοσία τους, την ανεπαρκή φροντίδα υγείας πριν από το ταξίδι, τη δύσκολη πρόσβαση σε ιατρικές υπηρεσίες, τα οικονομικά προβλήματα, τη δυσκολία επικοινωνίας με επαγγελματίες υγείας, την έλλειψη εμπιστοσύνης στο ιατρικό σύστημα, το φόβο και την ανασφάλεια σχετικά με τη μετανάστευση. Στο σημείο αυτό, η ομιλήτρια επικαλέστηκε διεθνή στοιχεία αλλά και στοιχεία του Γραφείου Ταξιδιωτικής Ιατρικής του ΚΕΕΛΠΙΝΟ, μετά τις παρεμβάσεις του οποίου, τα τελευταία χρόνια, παρατηρείται μικρή αύξηση στο ποσοστό των VFRs που απευθύνονται στις διευθύνσεις δημόσιας υγείας πριν από το ταξίδι τους. Άλλοι λόγοι που σχετίζονται με τον αυξημένο κίνδυνο νοσηρότητας είναι η πιθανότητα ταξιδιού την τελευταία στιγμή αλλά και τα ταξίδια μακράς διάρκειας, η παραμονή σε σπίτια κατοίκων-συγγενών στον προορισμό σε φτωχές υγειονομικές συνθήκες (Εικόνα 54) και η ανεπαρκής λήψη ανθελαιοστικών.

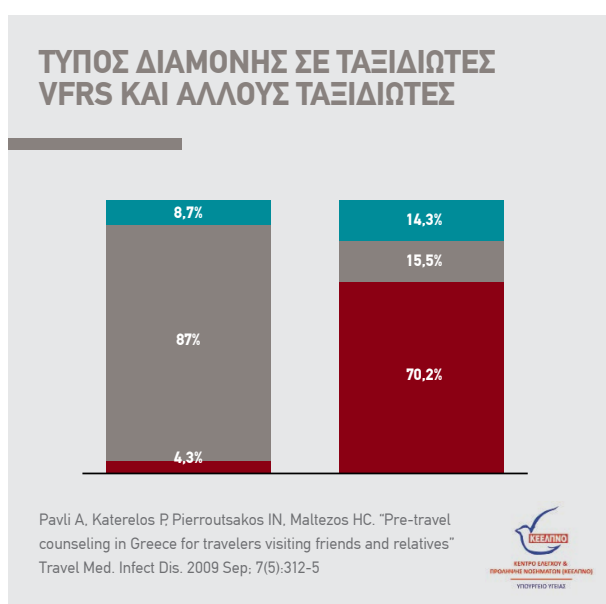
Σύμφωνα με την καταγραφή του Παγκόσμιου Δικτύου Ταξιδιωτικής Ιατρικής, μεταξύ των 10 πρώτων διαγνώσεων σε ταξιδιώτες ανάλογα με το σκοπό του ταξιδιού, πρώτη στους VFRs έρχεται η ελονοσία (πλασμώδιο *falciparum*), με ποσοστό μάλιστα πολύ υψηλότερο από αυτό που αφορά τους λοιπούς ταξιδιώτες, και ακολουθούν ο τυφοειδής πυρετός, ο δάγκειος πυρετός, κάποια παράσιτα και η φυματίωση.

Ειδικότερα για την ελονοσία, τα στοιχεία δείχνουν ότι η πλειονότητα των εισαγόμενων κρουσμάτων της οφείλονται σε VFRs. Και αυτό, γιατί πολλοί ταξιδιώτες αυ-

τής της κατηγορίας υποθέτουν ότι έχουν ανοσία, ενώ στην πραγματικότητα αυτή έχει πλέον εξασθενήσει και δεν δρα προστατευτικά. Σύμφωνα με στοιχεία του GeoSentinel, της Διεθνούς Εταιρείας Ταξιδιωτικής Ιατρικής και του Δικτύου Επιδημιολογικής Επιτήρησης του CDC, οι VFRs έχουν 4,5 φορές περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν ελονοσία και 8 φορές περισσότερες όταν ταξιδεύουν στην Υποσαχάρια Αφρική. Στην Ελλάδα, το 56% των περιστατικών που δηλώθηκαν στο ΚΕΕΛΠΙΝΟ μεταξύ 2005 και 2007 αφορούσαν VFRs. Αντίστοιχα, τα δεδομένα για τον τυφοειδή πυρετό δείχνουν ότι το 44,6% των επιβεβαιωμένων κρουσμάτων στο διάστημα 2004-2013 αφορούσαν VFRs που ταξίδεψαν κυρίως στο Πακιστάν, την Ινδία και την Τουρκία εντός του χρόνου επώασης.

Συμπερασματικά, η κυρία Παυλή τόνισε πως απαιτείται ευαισθητοποίηση των επαγγελματιών υγείας σε θέματα υγείας που αφορούν το ταξίδι και προαγωγή υγείας των VFRs σε θέματα που αφορούν τους κινδύνους του ταξιδιού. Θα ήταν επίσης σημαντικό τα ιατρεία που παρέχουν υπηρεσίες ταξιδιωτικής ιατρικής να διαθέτουν εκπαιδευτικά υλικά, μεταφραστές και ενημερωτικά έντυπα σε διάφορες γλώσσες. Οι VFRs θα πρέπει να έχουν επικυρωμένα τα εμβόλια «ρουτίνας» και, ανάλογα με τον προορισμό τους, είναι απαραίτητο να γίνεται εξατομικευμένη αξιολόγηση κινδύνου. Υπάρχει μεγάλη ανάγκη ανάπτυξης στρατηγικών για την προσέγγιση των ταξιδιωτών αυτής της κατηγορίας και είναι σημαντική η διάχυση των πληροφοριών μέσω των φορέων δημόσιας υγείας, επεσήμανε η κυρία Παυλή. Η πρόληψη της νοσηρότητας των VFRs μπορεί να συμβάλει στη διαφύλαξη της Παγκόσμιας Δημόσιας Υγείας, κατέληξε.

Οι πιο επικίνδυνες ασθένειες από πλευράς Δημόσιας Υγείας για την Ελλάδα είναι η ελονοσία και η πολιομυελίτιδα, λόγω της αυξημένης μετακίνησης των πληθυσμών, υποστήριξε στη συζήτηση που ακολούθησε η Ομότιμη Καθηγήτρια Δημόσιας Υγείας της ΕΣΔΥ και εκ των συντονιστών της συνεδρίας, **Τζένη Κουρέα-Κρεμαστινού**.



Εικόνα 54: Σύμφωνα με στοιχεία του Γραφείου Ταξιδιωτικής Ιατρικής, η συντριπτική πλειονότητα των VFRs φιλοξενούνται σε σπίτια ντόπιων κατοίκων, ενώ οι λοιποί ταξιδιώτες διαμένουν ως επί το πλείστον σε ξενοδοχεία.

Ο Πρόεδρος Εποπτών Δημόσιας Υγείας, Πρόεδρος του Συμβουλίου Ένταξης Μεταναστών του Δήμου Κορυδαλλού και Αντιπρόεδρος του ΕΔΔΥΠΠΥ, **Γιώργος Μακρυνός**, παρατήρησε ότι ο όρος «μετακίνηση πληθυσμών» είναι αυτή τη στιγμή ο πιο ακριβής και ανθρωποκεντρικός, και εξήρε την ανάδειξη του προβλήματος από το ΚΕΕΛΠΝΟ σε σχετικό έντυπό του, ήδη από το 2011. Εξέφρασε δε την ικανοποίησή του για το γεγονός ότι, όπως ανακοίνωσε ο Γ.Γ. Δημόσιας Υγείας στην εναρκτήρια ομιλία της διοργάνωσης, το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τους πρόσφυγες και τους μετανάστες έχει συμπεριληφθεί στην ατζέντα της κυβέρνησης. Η απομυθοποίηση της «υγειονομικής βόμβας» από τον Πρόεδρο του ΚΕΕΛΠΝΟ είναι επίσης ιδιαίτερα ενθαρρυντική, σχολίασε ο κύριος Μακρυνός, καθώς το σχετικό επιχείρημα δίνει τροφή στην ξενοφοβική και ρατσιστική ρητορική.

Ο σχολιαστής παρατήρησε ότι το σύγχρονο φαινόμενο μαζικής μετακίνησης προσφύγων και μεταναστών, παρόλο που εμφανίζεται τυπικά με τη μορφή της «έκτακτης απειλής», τείνει να εξελιχθεί σε διαρκή (χρόνια) απειλή για τη δημόσια υγεία, με χαρακτηριστικά την αδιάκοπη εξέλιξη του φαινομένου, την κυμαινόμενη έντασή του, την ευμεταβλητότητα παραγόντων του πληθυσμού αναφοράς (πρόσφυγες-μετανάστες) κ.ά. Όλα αυτά, λοιπόν, πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κατά τη διαδικασία εκτίμησης αναγκών και διαχείρισης κινδύνων υγείας, προκειμένου να εκ-

πονηθεί ένα (εθνικό) σχέδιο δράσης για την υγεία προσφύγων και μεταναστών. Η τρέχουσα κρίση, που είναι κρίση υποδοχής, πρέπει να αντιμετωπιστεί ως μονιμότερη κατάσταση, παρόλο που παρουσιάζει χαρακτηριστικά της λεγόμενης «έκτακτης απειλής». Στην «εποχή της διακινδύνευσης», τέτοια φαινόμενα οφείλουμε να τα θεωρούμε δυνητικώς επαναλαμβανόμενα και να προσαρμόστούμε στην άμεση αντιμετώπισή τους, υποστήριξε ο κύριος Μακρυνός.

Και πρόσθεσε πως, όταν επιλέγουμε χώρους προσωρινής διαβίωσης, αυτοί θα πρέπει να πληρούν εκ των προτέρων τις προϋποθέσεις καταλληλότητας και όχι να ελέγχονται εκ των υστέρων. Είναι πολύ σημαντικό να εξετάζεται αν, στις αντίστοιχες περιοχές, ευνοείται η ανάπτυξη διαβιβαστών και τρωκτικών για τη μετάδοση ασθενειών. Προσοχή απαιτούν οι συνθήκες υγιεινής και ασφάλειας τόσο των προσφύγων/μεταναστών, όσο και των εργαζομένων, και των εθελοντών/αλληλέγγυων στους χώρους φιλοξενίας, χωρίς φυσικά να παραβλέπουμε τους εγγύς διαβιούντες κατοίκους, παρατήρησε ο κύριος Μακρυνός.

Σε επίπεδο ανθρώπινο-ιατρικό, για τους λειτουργούς της υγείας, δεν διαφοροποιείται ο πρόσφυγας από το μετανάστη, καθώς και οι δύο υφίστανται κάποιες μορφής βία, επεσήμανε κλείνοντας και τη συνεδρία, ο Χειρουργός, Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Παρισιών, Νοσοκομείο «Ν. Αθήναιον» και έτερος συντονιστής της στρογγυλής τράπεζας, **Οδυσσέας Βουδούρης**.

ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ

Η Ελλάδα αντιμέτωπη με την προσφυγική κρίση: Η περίπτωση της Λέσβου

Η διαχείριση της προσφυγικής κρίσης στο νησί της Λέσβου παραδίδει ένα μάθημα ανθρωπιάς και πολιτισμού.

Προεδρείο: Γιάnnης Κυρίoπουλος, Δημήτρης Παγαδάκης, Οδυσσέας Βουδούρης

Προσκεκλημένος* Σπύρος Γαληνός, Δήμαρχος Λέσβου 

* Η συζήτηση διεξήχθη μέσω video conference.

Την ευχή τα συμπεράσματα του Συνεδρίου να συνεισφέρουν στην προσπάθεια εξεύρεσης λύσης για την προσφυγική κρίση διατύπωσε ο Δήμαρχος Λέσβου, **Σπύρος Γαληνός**, κατά την έναρξη της συνεδρίας. Απαντώντας σε σχετική ερώτηση του δημοσιογράφου **Δημήτρη Παγαδάκη**, παρατήρησε ότι στην Ελλάδα δεν έλειψαν ποτέ οι κρίσεις, αν και η συγκεκριμένη είναι πρωτόγνωρη, και εκδηλώνεται παράλληλα με την οικονομική. Αποτελεί, ωστόσο, σημαντική ευκαιρία για να φανεί ένα πρόσωπο των Ελλήνων διαφορετικό από αυτό που έχει δυσφημιστεί τόσο τα τελευταία χρόνια.

Ο κύριος Γαληνός εξέφρασε επίσης την επιθυμία να συγχαρεί και να ευχαριστήσει τους συμπολίτες του, γιατί ακολουθούν μια πολιτική που πρώτο της μέλημα είναι να δείξει ότι οι φυλετικές και θρησκευτικές διακρίσεις δεν έχουν θέση όταν πρέπει να αντιμετωπιστούν τέτοια προβλήματα. «Τις ανθρωπιστικές κρίσεις δεν τις αντιμετωπίζουμε υψώνοντας φράκτες, αλλά προσφέροντας μιαν ανοιχτή αγκαλιά», είπε χαρακτηριστικά.

Πώς αντιδρούν οι κάτοικοι στην άφιξη, μέσα από μια δύσκολη θάλασσα, τέτοιου πλήθους μεταναστών, ρώτησε το Δήμαρχο Λέσβου, ο Χειρουργός, Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Παρισιών και πρώην Πρόεδρος των Πατρών Χωρίς Σύνορα, **Οδυσσέας Βουδούρης**.

Δεν είναι δύσκολη η θάλασσα, αλλά οι συνθήκες υπό τις οποίες οι μετανάστες αναγκάζονται να τη διασχίσουν, διευκρίνισε ο κύριος Γαληνός. Το πρώτο που πρέπει να κάνει η ΕΕ και η διεθνής κοινότητα είναι ναβάλουν τέλος στο διπλό έγκλημα, οικονομικό και ανθρωπιστικό, εις βάρος των μεταναστών. Έγκλημα, το οποίο συντελείται από τους αδίστακτους Τούρκους διακινητές που, με αντάλλαγμα τεράστια κέρδη, στοιβάζουν τους πρόσφυγες σε σκάφη ακατάλληλα για τον αριθμό των ατόμων και τις συνθήκες στη θάλασσα. Βλέποντας τις βάρκες να πλησιάζουν, οι κάτοικοι της Λέσβου νιώθουν την υποχρέωση να βρίσκονται πάντα σε ετοιμότητα. Όμως οι βάρκες συχνά ανατρέπονται και χάνονται άδικα ανθρώπινες ζωές. Είναι συγκλονιστικές οι εικόνες του ανθρώπινου πόνου που αντικρίζουν καθημερινά οι κάτοικοι του νησιού. Πάνω από 70 πτώματα βρίσκονταν συγκεντρωμένα πρόσφατα στο νεκροτομείο της Λέσβου. Οι πρόσφυγες δεν βρίσκουν ησυχία ούτε στο θάνατο, σχολίασε ο κύριος Γαληνός. Αυτό το έγκλημα δεν βρίσκεται κανείς να το σταμα-

τήσει. Γι' αυτό και η Δημοτική Αρχή ζητάει από τους πολίτες να υιοθετήσουν μια ψύχραιμη και με καθαρό μυαλό προσέγγιση, που θα αναδείξει τις λύσεις για την αντιμετώπιση του προβλήματος.

Η Λέσβος σηκώνει τεράστιο βάρος για λογαριασμό ολόκληρης της Ευρώπης, μιας Ευρώπης που καθυστερεί πάρα πολύ. Υψηλόβαθμοι Ευρωπαίοι και διεθνείς αξιωματούχοι δείχνουν να κατανοούν πλήρως αυτό που βιώνει το νησί –μάλιστα ο Μάρτιν Σουλτς έχει αποδεχθεί την πρόταση της Λέσβου για τη διαχείριση της κατάστασης-, αλλά η τεράστια γραφειοκρατία καθυστερεί τη χρηματοδότηση. Παρά την έλλειψη βοήθειας, πάντως, οι κάτοικοι του νησιού κατορθώνουν να αντιμετωπίσουν, με αξιοπρέπεια και ανθρωπιά, 2.000 περίπου αφίξεις την ημέρα.

Η διαχείριση πρέπει να ξεκινάει από την Τουρκία, υποστήριξε ο Δήμαρχος Λέσβου. Εκεί πρέπει να γίνεται η καταγραφή και από εκεί να μεταφέρονται με ασφάλεια οι πρόσφυγες που έχουν το δικαίωμα να μεταβούν σε ευρωπαϊκές χώρες. Όμως οι συμφωνίες που έχουν επιτευχθεί με την τουρκική κυβέρνηση δεν ήταν σωστές: είναι εξοργιστικό να κρατούνται στην Τουρκία οι Σύροι πρόσφυγες, που θα μπορούσαν εύκολα να περάσουν, μέσω της χώρας μας, σε άλλες χώρες, και την ίδια στιγμή στην Ελλάδα να εγκλωβίζονται ορδές Αφγανών και Μαροκινών. Αυτή η πρακτική πρέπει επειγόντως να αλλάξει, υπό την πίεση τόσο της ελληνικής κυβέρνησης όσο και της ΕΕ – άλλωστε, οι άνθρωποι αυτοί δεν επιθυμούν να παραμείνουν στην Ελλάδα της οικονομικής κρίσης.

Σε παγκόσμιο επίπεδο εξάιρεται η διαχείριση της προσφυγικής κρίσης από τους κατοίκους της Λέσβου, επεσήμανε ο κύριος Παγαδάκης, και το γεγονός αυτό έχει κινητοποιήσει ολόκληρη συζήτηση για την απονομή του Νόμπελ Ειρήνης στο νησί. Οι κάτοικοι προσφέρουν από το υστέρημά τους και αγκαλιάζουν τους πρόσφυγες, γιατί κατανοούν το δράμα τους, συμφώνησε ο κύριος Γαληνός. Επάξια, λοιπόν, διεκδικούν αυτό το βραβείο και, αν τελικά το πάρουν, θα στείλουν ένα μήνυμα ανθρωπισμού και πολιτισμού στην παγκόσμια κοινωνία.

Ένα τέτοιο βραβείο θα σηματοδοτούσε την ανεπάρκεια άλλων χωρών που, αν και πολύ πιο εύρωστες οικονομικά, έχουν φοβικές αντιδράσεις και κλείνουν σύνορα, σχολίασε ο κύριος Βουδούρης. Με συγκίνηση και υπε-

ρηφάνεια παρακολουθούμε τη δουλειά που κάνει το νησί, καθώς, σε έναν κόσμο γενικής απαξίας, η Λέσβος επιχειρεί την ανατροπή αυτής της εικόνας, σημείωσε ο Καθηγητής, **Γιάννης Κυριόπουλος**. Κάθε Έλληνας θα είχε την ίδια αντιμετώπιση, υποστήριξε ο κύριος Γαληνός και συμπλήρωσε ότι ξένοι επισκέπτες τού έχουν πει χαρακτηριστικά «Κάνετε τη χώρα μου να ντρέπεται», συγκρίνοντας τη μεγάλη προσφορά του νησιού με την αντιμετώπιση των δικών τους κρατών.

«Μια χώρα σε δύσκολη κατάσταση υψώνει μια μικρή σημαία αξιών, και αυτό πρέπει να το κρατήσουμε», παρατήρησε ο κύριος Κυριόπουλος μετά την ολοκλήρωση της συνομιλίας με το Δήμαρχο Λέσβου. Η πρώτη επιθυμία των προσφύγων είναι να ξαποστάσουν και αυτό τούς το προσφέρουμε εδώ, επεσήμανε ο Οδυσσέας Βουδούρης. Είναι λάθος να βλέπουμε στον πόλεμο καλούς και κακούς. Πρέπει να βοηθούμε στην ισορροπία και στις διαπραγματευτικές λύσεις, συμπλήρωσε κλείνοντας τη συνεδρία.

ΔΙΑΛΕΞΗ

Οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην ψυχική υγεία

Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία, σε ατομικό, κοινωνικό και συστηματικό επίπεδο, μπορούν να αντιμετωπιστούν με παρεμβάσεις ενίσχυσης της κοινωνικής συνοχής και ενδυνάμωσης των πιο ευάλωτων μελών της κοινότητας.

Προεδρείο:

Γιάννης Ευδοκίμης, Γιώργος Κουλιεράκης

Ομιλητής:

Γεώργιος Ν. Χριστοδούλου 

Δεν είναι η πρώτη φορά που η ανθρωπότητα αντιμετωπίζει οικονομική κρίση, παρατήρησε στην έναρξη της ομιλίας του ο Επίτιμος Πρόεδρος της Ελληνικής Ψυχιατρικής Εταιρείας, Καθηγητής **Γεώργιος Χριστοδούλου**: το 1929 είχαμε το «κραχ» στις ΗΠΑ, στις αρχές της δεκαετίας του 1990 την οικονομική κρίση στη Σοβιετική Ένωση και στα τέλη της ίδιας δεκαετίας στην Ασία.

Οι οικονομικές κρίσεις επιδρούν στην ψυχική υγεία, προκαλώντας νοσηρότητα ατομική, κοινωνική και συστηματική (στις υπηρεσίες και την πολιτική ψυχικής υγείας).

Στο πλαίσιο της ατομικής νοσηρότητας, οι κρίσεις θεωρούνται υπεύθυνες για κακή ψυχική υγεία γενικώς, κατάθλιψη, αυτοκτονικότητα, αυτοκτονία και ανθρωποκτονία, ψυχοσωματικές παθήσεις, υποτροπές ψυχικών νόσων, ανάπτυξη κοινωνιοπαθητικών (αντικοινωνικών) τάσεων και κατάχρηση ουσιών. Ο κύριος Χριστοδούλου διέκρινε μεταξύ ψυχολογικών και ψυχοπαθολογικών επιπτώσεων, και ανέφερε το παράδειγμα της θλίψης, που αποτελεί προσαρμοστική αντίδραση και μάλιστα δυνάμει δημιουργική, έναντι της κατάθλιψης, που αποτελεί δυσλειτουργική αντίδραση, δηλαδή ασθένεια.

Η κακή ψυχική υγεία είναι αποτέλεσμα μιας σειράς παραμέτρων της κρίσης, όπως η υστέρηση σε υλικά αγαθά, η ανεργία, τα χρέη, οι εισοδηματικές ανισότητες, το κακό επίπεδο διαβίωσης, αλλά και η κακή εκπαίδευση, που συνιστά παράπλευρη απώλεια.

Ειδικότερα, η ανεργία συνδέεται διεθνώς με αύξηση της κατάθλιψης, της αυτοκτονίας (σύμφωνα με τους Stücker et al., 2009, καταγράφεται αύξηση 0,8% της αυτοκτονίας για κάθε 1% της ανεργίας στις ηλικίες κάτω των 65 ετών) και του αλκοολισμού. Στη χώρα μας, παρατηρείται αύξηση της κατάθλιψης και της αυτοκτονικότητας, και σχετική αύξηση των αυτοκτονιών – που έχει ωστόσο υπερεκτιμηθεί και δραματοποιηθεί από τα ΜΜΕ, υποστήριξε ο ομιλητής. Από την άλλη, καταγράφεται μείωση (αντί αύξησης) στη χρήση αλκοόλ και μείωση των τροχαίων ατυχημάτων.

Η βασική συνέπεια της μείωσης του εισοδήματος, τα

χρέη, φαίνεται να προκαλούν προβλήματα ψυχικής υγείας, ενώ το υψηλότερο εισόδημα λειτουργεί προστατευτικά έναντι της αυτοκτονίας. Η φτώχεια συνδέεται με ψυχοπαθολογία, τόσο διαχρονικά όσο και διαπολιτισμικά.

Όσον αφορά τις διαγενεακές επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης, ο κύριος Χριστοδούλου παρατήρησε ότι οι κοινωνικοοικονομικές συνιστώσες μιας κρίσης είναι ικανές να επηρεάσουν την ψυχική υγεία και την ανάπτυξη των παιδιών, μέσω της επίδρασης της κρίσης στους γονείς τους. Αυτή η επίδραση μπορεί να είναι ισχυρή και μακροχρόνια, και να συνεχιστεί και στην ώριμη ηλικία, ακόμη και αν έχουν στο μεταξύ βελτιωθεί οι οικονομικές συνθήκες.

Η οικονομική κρίση έχει επιπτώσεις στο σύστημα παροχής φροντίδας, καθώς συνεπάγεται περικοπές δαπανών υγείας και ψυχικής υγείας, τη στιγμή που η ζήτηση αυξάνεται. Απόρροια αυτής της κατάστασης είναι η αδυναμία του Δημόσιου Τομέα να ανταποκριθεί, αλλά και ένα παράδοξο: όσοι έχουν μεγαλύτερη ανάγκη (άνθρωποι με μεγαλύτερο κίνδυνο να νοσήσουν ή που ήδη νοσούν ψυχικά) προστατεύονται λιγότερο.

Ως προς τις επιπτώσεις στη σωματική υγεία, η εκτίμηση των Ελλήνων για την υγεία τους είναι «κακή» έως «πολύ κακή». Παράλληλα, καταγράφεται αύξηση της χρήσης ηρωίνης και των συνοδών λοιμώξεων, έχει όμως περιοριστεί η κατανάλωση αλκοόλ και η οδήγηση σε κατάσταση μέθης.

Στο πλαίσιο της ανάπτυξης προτάσεων για την αντιμετώπιση των ελλείψεων και των προβλημάτων στον τομέα της ψυχικής υγείας, ο κύριος Χριστοδούλου αναφέρθηκε στην ανάγκη εκπαίδευσης των γενικών γιατρών στην ανίχνευση της κατάθλιψης και της αυτοκτονικότητας, καθώς πολλές φορές αυτές εκφράζονται με σωματικά συμπτώματα. Απαραίτητος επίσης είναι ο διαχωρισμός της θλίψης από την κατάθλιψη αλλά και η ενίσχυση της κοινωνικής φροντίδας. Προγράμματα κοινωνικής προστασίας, προώθησης σε επαγγελματική απασχόληση και εμπύκνωσης λειτουργούν αντισταθμιστικά στην αυτοκτονία, τη στιγμή που η μείωση των κονδυλίων κοινωνικής πρόνοιας μπορεί να αυξήσει τους αυτοκτονικούς δείκτες. Στη χώρα

μας, οι αυτοκτονικοί δείκτες είναι αντιστρόφως ανάλογοι του αριθμού των λειτουργιών ΠΦΥ και των υποδομών ψυχικής υγείας.

Δεδομένης της σχέσης της αυτοκτονίας με την ανεργία, το ερώτημα είναι πώς μπορεί να αντιμετωπιστεί η τελευταία. Την απάντηση θα έδιναν τα προγράμματα κοινωνικής προστασίας, που όμως δεν υφίστανται στη χώρα μας. Σε αντιστάθμισμα, υπάρχει η επιλογή της μερικής απασχόλησης έναντι των απολύσεων (καθώς η απόλυση σημαίνει, πέραν της οικονομικής υστέρησης, υστέρηση και σε επίπεδο ηθικού), καθώς και η ενίσχυση της οικογένειας, για την οικονομική αλλά και συναισθηματική υποστήριξη των πιο αδύναμων μελών.

Η Ψυχιατρική έχει λόγο στη συζήτηση για την αντιμετώπιση της ανισότητας, εφόσον αυτή έχει επιπτώσεις στην ψυχική υγεία, υποστήριξε ο κύριος Χριστοδούλου. Ανάλογες επιπτώσεις, και μάλιστα σε μεγαλύτερη κλίμακα, έχει ο πόλεμος. Σε σχέση με τις επιπτώσεις του πολέμου, ο κύριος Χριστοδούλου ανέφερε ότι η Ελληνική Ψυχιατρική Εταιρεία και η Παγκόσμια Ψυχιατρική Εταιρεία είχαν παρέμβει κατά το παρελθόν προκειμένου να τερματιστεί ο πόλεμος στη Μέση Ανατολή, και είχαν προτρέψει τις Ψυχιατρικές Εταιρείες Ισραήλ και Λιβάνου, με τη σύμφωνη γνώμη της Παλαιστινιακής Αρχής, να δημοσιοποιήσουν διακηρύξεις εναντίον του πολέμου.

Στις περιπτώσεις οικονομικών κρίσεων, ο ΠΟΥ προτείνει προγράμματα αντιμετώπισης της ανεργίας, προγράμματα στήριξης της οικογένειας, παρέμβαση στις τιμές και τη διαθεσιμότητα του αλκοόλ, πρόσβαση στην ΠΦΥ για τα ευάλωτα άτομα και προγράμματα για τη ρύθμιση χρεών. Σε μια χώρα όπως η Ελλάδα, μέτρα περιορισμού του αλκοόλ ίσως να μην είναι απαραίτητα, ενώ αντιθέτως, τα προγράμματα στήριξης της οικογένειας είναι πιο χρήσιμα, γιατί είναι πιο σχετικά με την κουλτούρα του ευρωπαϊκού νότου. Στο σημείο αυτό, ο κύριος Χριστοδούλου έφερε το παράδειγμα των προγραμμάτων ανάδοχων οικογενειών για ανθρώπους που πάσχουν από σοβαρή ψυχική νόσο, εγχείρημα που απεδείχθη ιδιαίτερα επωφελές και επιτυχές κατά την πιλοτική εφαρμογή του, αλλά δυστυχώς δεν γενικεύθηκε.

Όσον αφορά την πρόληψη και την προαγωγή της ψυχικής υγείας για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής, φαίνεται ότι δεν στηρίζονται από την πολιτική υγείας, γιατί τα οφέλη τους είναι απώτερα και παράπλευρα. Αν και υπάρχουν ενδείξεις για την αποτελεσματικότητά τους και τη σχέση κόστους-οφέλους που τις διέπει, τόσο οι κρατικοί φορείς όσο και οι πολίτες θεωρούν την ψυχική υγεία χαμηλής προτεραιότητας όταν τίθεται ζήτημα

περικοπής κονδυλίων.

Η εμπύχωση, η απαντοχή (αντοχή με ελπίδα) και η αλληλεγγύη είναι επίσης απαραίτητες στην προσέγγιση των ανθρώπων που παρουσιάζουν ή μπορεί να παρουσιάσουν προβλήματα ψυχικής υγείας, καθώς αποτελούν τα εργαλεία για τη μετατροπή της απότομης κοινωνικής αλλαγής που προκάλεσε η κρίση σε ευκαιρία για θετική και παραγωγική πορεία προς τα εμπρός. Ειδικότερα, η αλληλεγγύη συνεπάγεται τη στήριξη, την παρηγοριά και την ενσυναίσθηση έναντι των ευάλωτων ανθρώπων και ομάδων, ενώ είναι απαραίτητη στην πρόληψη και την προαγωγή της ψυχικής υγείας.

Σημαντική είναι επίσης η αύξηση του «κοινωνικού κεφαλαίου», που περιλαμβάνει την ενίσχυση της κοινωνικής δικτύωσης, τη στήριξη της οικογένειας, και ενέργειες στην κατεύθυνση της θετικής ψυχικής υγιεινής και της ευεξίας.

Στη συζήτηση που ακολούθησε, ο κύριος Χριστοδούλου, απαντώντας σε σχετικό ερώτημα, σημείωσε ότι στις σκανδιναβικές χώρες έχουμε υψηλότερα ποσοστά αυτοκτονίας παρά τη χαμηλή ανεργία. Εξήγησε δε ότι στη χώρα μας τα αντίστοιχα ποσοστά διατηρούνται χαμηλά, γιατί η εξωστρέφεια και η κοινωνικότητά μας δίνουν τη δυνατότητα συναισθηματικής εκφόρτισης και γιατί είναι ενισχυμένος ο θεσμός της οικογένειας. Υπάρχει, επίσης, η άποψη ότι σημαντική είναι και η ηλιοφάνεια που δρα θεραπευτικά στην κατάθλιψη.

Είναι εντυπωσιακό το γεγονός ότι δεν προτάθηκαν φαρμακευτικές λύσεις αντιμετώπισης των επιπτώσεων της κρίσης στην ψυχική υγεία· κατατέθηκαν κυρίως προτάσεις ενίσχυσης της κοινωνικής συνοχής, σχολίασε ο Επιστημονικός Συνεργάτης του Τομέα Κοινωνιολογίας της ΕΣΔΥ και εκ των συντονιστών της συνεδρίας, **Γιώργος Κουλιεράκης**.

Απαντώντας σε ερώτηση σχετικά με τους όρους της ευαλωτότητας (vulnerability) και της απαντοχής (resilience) υπό το πρίσμα της Ψυχιατρικής, ο κύριος Χριστοδούλου παρομοίωσε τη δεύτερη με το λύγισμα και την επαναφορά του σταχυού στον άνεμο. Η ευαλωτότητα, από την άλλη, είναι η ιδιαίτερη ευαισθησία που οδηγεί κάποιον στην εκδήλωση ψυχοπαθολογίας ή και σωματικής παθολογίας, και καθορίζεται από μια σειρά παραγόντων οι οποίοι ξεκινούν από την κληρονομικότητα και καταλήγουν στην ιδιαίτερη ευαισθησία που δημιουργείται όταν κανείς εκτίθεται κατ' επανάληψη στο ψυχοκοινωνικό στρες.

Από το ακροατήριο επισημάνθηκε ότι η θρησκευτική πίστη παίζει ρόλο στην πρόληψη και ο κύριος Χριστοδούλου συμφώνησε ότι είναι αποτρεπτικός παράγων, ειδικά για τις αυτοκτονίες.

ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ

Η επικαιρότητα και η προτεραιότητα για τα δικαιώματα των ασθενών

Η συμμετοχή των ασθενών στη λήψη των αποφάσεων στο χώρο της υγείας κρίνεται απαραίτητη, σε συνδυασμό με τον εξορθολογισμό των υπηρεσιών, την ενίσχυση του ρόλου της τοπικής αυτοδιοίκησης και την εμπέδωση των κανονιστικών πλαισίων για την προστασία των δικαιωμάτων τους.

Προεδρείο:

Άρης Σισσούρας , Νίκος Δέδες 

Ομιλητές:

Γιώργος Σωτηρέλης, Κοινωνικά δικαιώματα στην εποχή της κρίσης 

Τίνα Γκαράνη-Παπαδάτου, Βιοηθική και ανθρώπινα δικαιώματα στη φροντίδα των ασθενών

Χρήστος Λιονής, Η οπτική της κλινικής εφαρμογής και πράξης 

Αντώνης Δημόπουλος, Δικαιώματα και προτεραιότητες πολιτικής υγείας 

Τη συνεδρία άνοιξε ο Ομότιμος Καθηγητής του Πανεπιστημίου Πατρών, **Άρης Σισσούρας**, ο οποίος αναφέρθηκε στα ζητήματα που η στρογγυλή τράπεζα θα επιχειρούσε να προσεγγίσει:

- Ο πολίτης ως παράγων στήριξης του συστήματος υγείας
- Πρότυπα συμμετοχής των ασθενών στη χάραξη πολιτικής υγείας
- Το ιατρικό παράδειγμα φροντίδας και η ιατρική αυθεντία
- Ενημέρωση και εκπαίδευση ασθενών
- Ικανότητα του συστήματος να υιοθετήσει νέους θεσμούς
- Η καθιέρωση standards στην παροχή υγειονομικής φροντίδας
- Σύνδεσμοι και κινήματα ασθενών:
 - εθνικοί σύνδεσμοι ασθενών (τα παραδείγματα άλλων χωρών, π.χ. Αγγλία, Δανία, Γερμανία κ.ά.)
 - τι συμβαίνει σε ευρωπαϊκό επίπεδο (European Patient Association, European Patient Association Network)
 - τι συμβαίνει στη χώρα μας: λείπει ένας Εθνικός Σύνδεσμος Ασθενών που θα συμμετείχε θεσμικά στη λήψη των αποφάσεων, τη στιγμή που υπάρχουν και δρουν αποτελεσματικά 32 σημαντικές, εθελοντικής μορφής οργανώσεις.

Στη συνέχεια, το λόγο πήρε ο Καθηγητής Συνταγματικού Δικαίου, ΕΚΠΙΑ, **Γιώργος Σωτηρέλης**, ο οποίος παρατήρησε ότι, στο χώρο της υγείας, συναντώνται πολλά και διαφορετικά δικαιώματα, ατομικά και κοινωνικά. Τα ατομικά δικαιώματα έχουν ενισχυθεί σημαντικά με την τελευταία συνταγματική αναθεώρηση,

όπως άλλωστε περιγράφει με σαφήνεια το άρθρο 5, παρ. 5 του Συντάγματος (αναθεώρηση 2001).

Τα κοινωνικά δικαιώματα αποτελούν προϋπόθεση για την άσκηση των ατομικών και των πολιτικών δικαιωμάτων. Η πρώτη ολοκληρωμένη συνταγματική τους κατοχύρωση έγινε στο πλαίσιο της Δημοκρατίας της Βαϊμάρης. Μετά την οπισθοδρόμηση του ολοκληρωτισμού του Μεσοπολέμου, τα κοινωνικά δικαιώματα κατοχυρώνονται στον δυτικοευρωπαϊκό κόσμο αμέσως μετά τον Β' Παγκόσμιο πόλεμο, σε κλίμα ευρύτατων συναινέσεων και συγκλίσεων από όλο το φάσμα των δυνάμεων που πολέμησαν τον ολοκληρωτισμό. Τα κοινωνικά δικαιώματα συνδέονται με την αρχή του κοινωνικού κράτους, με την αρχή του παρεμβατικού κράτους και με το κεϋνσιανό μοντέλο οικονομικής ανάπτυξης που επικράτησε μεταπολεμικά. Βασικά γνωρίσματα των κοινωνικών δικαιωμάτων είναι, πρώτον, ότι συνδέονται άρρηκτα με τα εργασιακά δικαιώματα (συνδικαλισμού και απεργίας), ως διamesολαβητικά για την πραγμάτωσή τους, δεύτερον, ότι έχουν ιδιαίτερη σχέση με την ιδιότητα του πολίτη, καθώς αφορούν την παροχή προς αυτόν δικαιωμάτων και υπηρεσιών, και τρίτον, ότι διαφέρουν από τα ατομικά και πολιτικά δικαιώματα κατά το ότι η διεκδίκησή τους, εκτός από έναν στενό πυρήνα τους, δεν γίνεται κατευθείαν από το Σύνταγμα, αλλά πρέπει να μεσολαβήσει νόμος.

Η Ελλάδα αποτελεί μεμονωμένη περίπτωση στον δυτικοευρωπαϊκό χώρο: λόγω του Εμφυλίου, τα κοινωνικά δικαιώματα θεωρήθηκαν «επικίνδυνα», με αποτέλεσμα το Σύνταγμα του 1952 να είναι το μοναδικό που δεν κατοχυρώνει κανένα κοινωνικό δικαίωμα μεταπολεμικά. Η ισορροπία αποκαταστάθηκε με το Σύνταγμα του 1975, το οποίο κατοχύρωσε ευρύ φάσμα κοινωνικών δικαιωμάτων, μεταξύ των οποίων και το κοινωνικό δικαίωμα στην υγεία.

Το μεταπολεμικό ευρωπαϊκό κράτος προέβλεπε γεν-

ναιόδωρες κοινωνικές παροχές. Με την πτώση του τείχους του Βερολίνου και του μεταπολεμικού διπολισμού, και με την έναρξη του φαινομένου της παγκοσμιοποίησης, αναδείχθηκαν, σε μια γκρίζα ζώνη, έξω και πάνω από τα εθνικά κράτη, παγκόσμιες ιδιωτικές εξουσίες με τεράστιες δυνατότητες καταστολής και απόσπασης συναίνεσης, οι οποίες πιέζουν τα κράτη για υποχωρήσεις, με αλυσιδωτές συνέπειες και στα ατομικά και στα κοινωνικά δικαιώματα.

Η βασική πηγή διακινδύνευσης είναι «ο φονταμενταλισμός της Αγοράς» ή «ο αχαλίνωτος καπιταλισμός», σύμφωνα με τις εύστοχες διατυπώσεις εκπροσώπων του συστήματος, του George Soros και του Edward Luttwak αντίστοιχα. Τα χαρακτηριστικά αυτής της κρίσης περιλαμβάνουν: την προσπάθεια εμπορευματοποίησης των κοινωνικών αγαθών και υπηρεσιών, την προσπάθεια περιορισμού του χώρου των υποκειμένων (πέρασμα από την ιδιότητα του πολίτη στο χώρο του κοινωνικού αποκλεισμού) και τη συρρίκνωση των παροχών στο ελάχιστο δυνατό. Έτσι, ο χώρος της υγείας, όπως και άλλοι χώροι των κοινωνικών δικαιωμάτων, μετατρέπεται σε «γκέτο» κοινωνικού αποκλεισμού, στο πλαίσιο του οποίου δεν παρέχονται κοινωνικά δικαιώματα, αλλά μια μορφή κοινωνικής φιλανθρωπίας, που οδηγεί στη μετάβαση από την ιδιότητα του πολίτη στην ιδιότητα του καταναλωτή.

Σήμερα, ο χώρος της ελευθερίας και των κοινωνικών δικαιωμάτων βρίσκεται σε άμυνα. Πρέπει ωστόσο να επιμείνουμε στη δεσμευτικότητα των δικαιωμάτων αυτών, υποστήριξε ο κύριος Σωτηρέλης, ώστε να υπάρχει η εγγύηση ενός επιπέδου αξιοπρεπούς υγείας και, κατ' επέκταση, διαβίωσης για όλους.

Ωστόσο, διευκρίνισε ο ομιλητής, κάποια από τα κεκτημένα έχουν να κάνουν με το συντεχνιασμό, μια παρεκτροπή του κοινωνικού κράτους. Άμυνα δεν σημαίνει κατακερματισμός των παροχών στο χώρο της υγείας, με βάση τις ιδιότητες, τις ιδιαιτερότητες ή τους τοπικούς. Όταν μιλάμε για υγεία πρέπει να ξεκινούμε από την έννοια του πολίτη, ως εν δυνάμει δικαιούχου αγαθών και υπηρεσιών. Αυτό έχει τεράστια σημασία, καθώς ο κατακερματισμός εξυπηρετεί τον δραστικό περιορισμό των δικαιούχων (τη λογική του «γκέτο» και του αποκλεισμού).

Επίσης, «άμυνα» σημαίνει εξορθολογισμός του κοινωνικού κράτους σε ό,τι αφορά την υγεία, δραστικός περιορισμός των συντεχνιακών παρεκτροπών και αναδιάταξη των παροχών με ουσιαστικά κριτήρια.

Ποιες είναι οι πιο πρόσφορες κρατικές δομές για να πραγματώσουν το δικαίωμα στην υγεία; διερωτήθηκε ο κύριος Σωτηρέλης. Υπάρχει ένα μοντέλο κατάλληλο και αποτελεσματικό, σύμφωνα με το οποίο το πρώτο επίπεδο είναι η κεντρική διοίκηση, επιφορτισμένη με τον επιτελικό σχεδιασμό και την ικανοποίηση των αναγκών βάσει της αρχής της (αναλογικής) ισότητας. Λόγο για την υποβολή προτάσεων, σε αυτό το επίπεδο, έχουν και άλλοι φορείς που σχετίζονται με την υγεία, συμβουλευτικά πάντως και όχι με αποφασιστικό ρόλο για την επιβολή λύσεων, γιατί ελλοχεύει πάντα ο κίνδυνος της μονομέρειας, του συντεχνιασμού και του τοπικισμού – των τριών εχθρών του κράτους πρόνοιας.

Το δεύτερο επίπεδο του προτεινόμενου μοντέλου αφορά την εξειδίκευση της πολιτικής υγείας, δηλαδή τον τρόπο ικανοποίησης των αναγκών. Εδώ αρμόδιοι θα πρέπει να είναι οι φορείς της τοπικής αυτοδιοίκησης, υποστήριξε ο ομιλητής, όπως συμβαίνει στα πιο προ-

ωθημένα μοντέλα κοινωνικού κράτους (π.χ. σκανδιναβικά κράτη). Η διαχείριση των πόρων σε αυτό το επίπεδο πρέπει να γίνεται με όρους λογοδοσίας, διαφάνειας, και άμεσου κοινωνικού και δημοκρατικού ελέγχου. Παρά τις υστερήσεις της, η ελληνική τοπική αυτοδιοίκηση θα μπορούσε να γίνει ένας τέτοιος φορέας. Στο πλαίσιο αυτό, η πρωτοβάθμια αυτοδιοίκηση θα υποβάλλει προτάσεις, των οποίων η επεξεργασία θα γίνεται στη συνέχεια από τη δευτεροβάθμια αυτοδιοίκηση, με προϋπόθεση την ύπαρξη και συμβουλευτικού σώματος που θα αποτελείται από τους φορείς του χώρου της υγείας σε περιφερειακό επίπεδο και θα γνωμοδοτεί πριν να ληφθούν οι σχετικές αποφάσεις από τις αρμόδιες για θέματα οικονομικών και υγείας περιφερειακές αυτοδιοικητικές επιτροπές.

Συνοψίζοντας, ο κύριος Σωτηρέλης ανέφερε ότι θα πρέπει να εξορθολογιστεί πλήρως το κοινωνικό κράτος, με πρώτο και βασικό κριτήριο την ίδια την επιβίωσή του ως καθολικού συστήματος παροχής αγαθών και υπηρεσιών, που θα αφορά όλους τους πολίτες. Αυτό δε συνεπάγεται, ως προς το χώρο της υγείας, πλήρη ρήξη με τις συντεχνιακές παρεκτροπές, απόρριψη της λογικής των ισχυρότερων ομάδων πίεσης, επιτελικό σχεδιασμό από την κεντρική διοίκηση και εξειδίκευση από την τοπική αυτοδιοίκηση, προκειμένου να διασφαλιστεί ένα αξιοπρεπές επίπεδο υγείας, βασικό συστατικό της εν γένει αξιοπρεπούς διαβίωσης, στην οποία αποσκοπούν τα κοινωνικά δικαιώματα. Όσο για το ρόλο της αγοράς, αυτός θα αφορά εκείνους που θα ζητούν το υπερβάλλον, κυρίως σε ό,τι αφορά τις ξενοδοχειακές και όχι τις ιατρικές υποδομές.

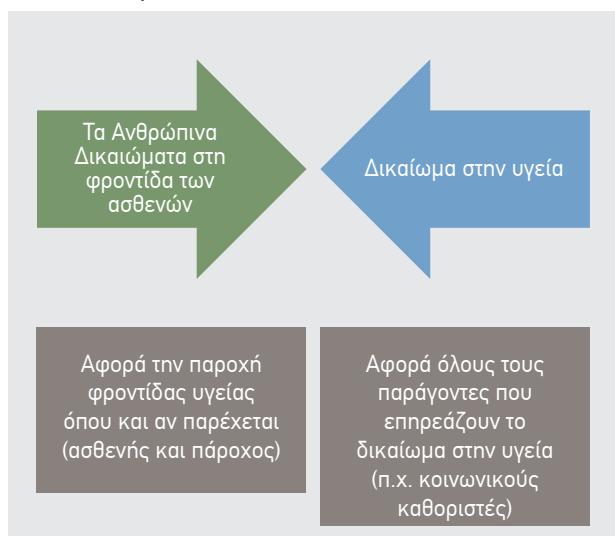
Τη σκυτάλη πήρε η Νομικός, Επιστημονική Συνεργάτιδα της ΕΣΔΥ, **Τίνα Γκαράνη-Παπαδάτου**, η οποία μίλησε για τη σύγκλιση δύο κανονιστικών συστημάτων: των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και της βιοηθικής. Η βιοηθική αποτελεί κριτικό-φιλοσοφικό στοχασμό και τα ανθρώπινα δικαιώματα ένα νομικά τεκμηριωμένο σύστημα με πολιτική και κοινωνική διάσταση, και παγκόσμια υποστήριξη.

Η βιοηθική είναι διεπιστημονική και κανονιστική, αναζητεί το ορθό και το καλό, πρώτον, στη φροντίδα υγείας, με το σεβασμό στην αυτονομία του ατόμου, την παροχή φροντίδας με συμπόνια και ποιότητα, την ελεύθερη, αβίαστη συγκατάθεση, το απόρρητο και την ισότιμη πρόσβαση· δεύτερον, σε ζητήματα παγκόσμιας σημασίας, όπως οι πανδημίες, οι διεθνείς κλινικές δοκιμές, η γενετική, η πρόσβαση σε φάρμακα, η περιβαλλοντική ηθική, ο πληθυσμιακός έλεγχος· τρίτον, στις αναδυόμενες τεχνολογίες: νανοτεχνολογία, συνθετική βιολογία, big data, ιατροτεχνολογικά προϊόντα. Η βιοηθική, που κατάγεται από την παραδοσιακή ιατρική ηθική, αναπτύσσεται στο πλαίσιο της ηθικής φιλοσοφίας του 20ού αιώνα, κυρίως μετά τη Θεωρία της Δικαιοσύνης του Rawls, και εξελίσσεται στο πλαίσιο της κλινικής ηθικής και της επιστημονικής έρευνας. Σήμερα, η βιοηθική ξεφεύγει από το πλαίσιο του κριτικού στοχασμού και διαμορφώνεται ως ευρεία βιοηθική, που περιλαμβάνει τη νομική πλευρά των βιοϊατρικών ζητημάτων και χρησιμοποιεί τη γλώσσα των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Είναι, μάλιστα, χαρακτηριστικό ότι η Σύμβαση του Οβιέδο για τη Βιοϊατρική και τα Ανθρώπινα Δικαιώματα, που αποτελεί το μείζον κείμενο βιοηθικής στον ευρωπαϊκό χώρο, δεν περιλαμβάνει τον σχετικό όρο, προκειμένου ακριβώς να καλύψει το πεδίο και των νομικών όρων. Η έννοια του «βιοδικαίου», όπως εξελίσσεται σήμερα, επανατοποθετεί αρχές που

προέρχονται από τα ανθρώπινα δικαιώματα στο πεδίο των εξελίξεων των βιοϊατρικών επιστημών, και αναπτύσσεται στο πλαίσιο των κοινωνιών διακινδύνευσης (risk societies) και της προσπάθειας για συμβατότητα των εθνικών με τις υπερεθνικές δομές.

Τα ανθρώπινα δικαιώματα (ΑΔ) που αφορούν τη φροντίδα των ασθενών (HRPC= Human Rights in Patient Care) αποτελούν κοινό ιδεολογικό κώδικα και εναλλακτική μορφή των δικαιωμάτων των ασθενών. Αυτή η προσέγγιση εφαρμόζει βασικές αρχές και όρους ΑΔ, εστιάζοντας όχι στην πλευρά του καταναλωτή, αλλά στην παροχή φροντίδας υγείας. Είναι συστημική κατά το ότι στρέφει το ενδιαφέρον της στις αδυναμίες του συστήματος να προστατεύσει τα ανθρώπινα δικαιώματα. Λειτουργεί σαν πυξίδα στη σχέση των φορέων των δικαιωμάτων με τους φορείς των υποχρεώσεων, και οδηγεί στην ανάγκη επανεκτίμησης των σχέσεων εξουσίας ανάμεσα στο άτομο, το κράτος και τον ιδιωτικό εταιρικό τομέα.

Ωστόσο, το χάσμα ανάμεσα στον ιδεολογικό θρίαμβο των ΑΔ και την καθ' ημέρα εφαρμογή τους είναι μεγάλο, επεσήμανε η κυρία Γκαράνη-Παπαδάτου. Παραβιάσεις των ΑΔ συμβαίνουν αν οι πληροφορίες που αφορούν τον ασθενή είναι προσβάσιμες σε όλους, αν για να πειστεί ο εργοδότης να δώσει άδεια απαιτείται ακριβή διάγνωση, αν η εξέταση του ασθενούς γίνεται χωρίς προστασία της ιδιωτικής ζωής, αν το κράτος δεν παρέχει επαρκή πληροφόρηση για τις υπηρεσίες υγείας, αν οι γιατροί δεν ενημερώνουν ολοκληρωμένα για τους κινδύνους και τις παρενέργειες, αν οι ασθενείς αποκτούν πρόσβαση στο φάκελό τους με δυσκολία, αν όσοι δεν μιλούν ελληνικά δεν μπορούν να πάρουν πληροφορίες, αν το σύστημα δεν προλαβαίνει να λάβει συγκατάθεση, αν τα ασθενοφόρα δεν φτάνουν γρήγορα, αν στην ακούσια νοσηλεία δεν τηρηθούν οι προθεσμίες, αν οι πολίτες δεν έχουν την ευκαιρία να συμμετάσχουν στη διαμόρφωση πολιτικών, αν ο ασθενής υφίσταται διακριτική μεταχείριση, αν δεν υπάρχουν ασφαλείς συνθήκες εργασίας για το προσωπικό, ή αν περιορίζονται τα δικαιώματά του. Η ομιλήτρια αναφέρθηκε ενδεικτικά σε τρεις αποφάσεις του Ευρωπαϊκού Δικαστηρίου Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων εναντίον της Ελλάδας, που αφορούσαν παραβιάσεις θεμελιωδών δικαιωμάτων.



Εικόνα 55: Τα ανθρώπινα δικαιώματα στη φροντίδα των ασθενών διαφέρουν από την ευρύτερη έννοια του δικαιώματος στην υγεία.

Άλλη παραβίαση ΑΔ αφορά την πρόσβαση στα φάρμακα. Σήμερα, τα δικαστήρια έχουν την τάση να χρησιμοποιούν τη νομοθεσία για τα ΑΔ για την ερμηνεία ζητημάτων περιορισμού πρόσβασης στα βασικά φάρμακα, κατανομής και δικαιοσύνης, και εταιρικής ευθύνης.

Σήμερα συζητούμε για το πώς τα ΑΔ γίνονται σεβαστά στο χώρο παροχής φροντίδας υγείας, διευκρίνισε η ομιλήτρια (Εικόνα 55).

Βιοηθική και ΑΔ είναι αλληλένδετα, υποστήριξε η κυρία Γκαράνη-Παπαδάτου. Το ένα ενυπάρχει στο άλλο και το εμπλουτίζει, κάτι το οποίο καθίσταται σαφές και από τα βασικότερα ευρωπαϊκά κείμενα που αναφέρονται στο χώρο των βιοϊατρικών επιστημών, ήδη από το 1985. Η ΕΕ χρηματοδοτούσε δίκτυα για τη βιοηθική το 1991 και την τετραετία 1994-1998 διοχέτευε 27 εκ. ECU για την ηθική στην έρευνα. Το 1997, το Συμβούλιο της Ευρώπης ολοκλήρωνε τη Σύμβαση για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και τη Βιοϊατρική, ενώ τα Ηνωμένα Έθνη προχώρησαν στη σύνταξη τριών θεμελιωδών κειμένων με σχετικό περιεχόμενο (1997, 2003, 2005). Σήμερα, το Ευρωπαϊκό Δικαστήριο Δικαιωμάτων του Ανθρώπου εκδικάζει όλο και περισσότερες υποθέσεις που σχετίζονται με ζητήματα βιοηθικής, ενώ στο μέλλον αναμένεται να το απασχολήσουν θέματα, όπως η γονιδιακή θεραπεία (γενετική ταυτότητα του ατόμου), η έρευνα με βλαστικά κύτταρα και η θεραπευτική κλωνοποίηση.

Η ομιλήτρια αναφέρθηκε σε παραδείγματα συνεργασίας νομικών και ιατρικών σχολών στο εξωτερικό, στο πλαίσιο της οποίας φοιτητές προσφέρουν δωρεάν πληροφόρηση και νομικές συμβουλές σε περιθωριοποιημένες κοινότητες, υπό την επίβλεψη Καθηγητών, για να πάρουν διδακτικές μονάδες και να αποκτήσουν μεγάλη και πολύτιμη για τη μελλοντική σταδιοδρομία τους εμπειρία.

Άλλοι τρόποι προώθησης και προστασίας των ΑΔ είναι η καταγραφή των παραβιάσεων, η διαμόρφωση συμμαχιών με οργανώσεις, η δημιουργία οργανισμών ασθενών σε εθνικό και διεθνές επίπεδο, η οργάνωση και κινητοποίηση κοινοτήτων, η διατύπωση και σύνταξη κατευθυντηρίων οδηγιών, η ενημέρωση και ευαισθητοποίηση του κοινού, και η εμπλοκή της Κοινωνίας των Πολιτών.

Η κατοχύρωση και προώθηση των δικαιωμάτων των ασθενών στο πλαίσιο φροντίδας της υγείας έχει ως αποτέλεσμα ο ασθενής να αντιμετωπίζεται σφαιρικά στο πλαίσιο της κατακερματισμένης ιατρικής γνώσης, επηρεάζει τη διαγνωστική και θεραπευτική φροντίδα και τη διαδικασία αποκατάστασης, λειτουργεί ως εργαλείο διάκρισης του τι είναι τεχνικά εφικτό και τι ηθικά επιτρεπτό, και αναπτύσσει την έννοια της εμπιστοσύνης που είναι ιδιαίτερα σημαντική στα κοινωνικά συστήματα (για την οικονομία, τη δημοκρατία, τη δημόσια διοίκηση, την οργανωτική διοίκηση και τις συμβάσεις του δημόσιου τομέα).

Εξάλλου, η σύγκλιση βιοηθικής και ΑΔ είναι πολύ σημαντική σε πλαίσιο έλλειψης οικονομικών πόρων, που οδηγεί σε τραγικές επιλογές, τόνισε κλείνοντας την εισήγησή της η κυρία Γκαράνη-Παπαδάτου.

Υπάρχει ανάγκη εναρμόνισης του λόγου της νομικής και της ιατρικής επιστήμης, παρατήρησε κατά την έναρξη της παρουσίασής του ο **Χρήστος Λιονής**, Καθηγητής Γενικής Ιατρικής και Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Κρήτης.

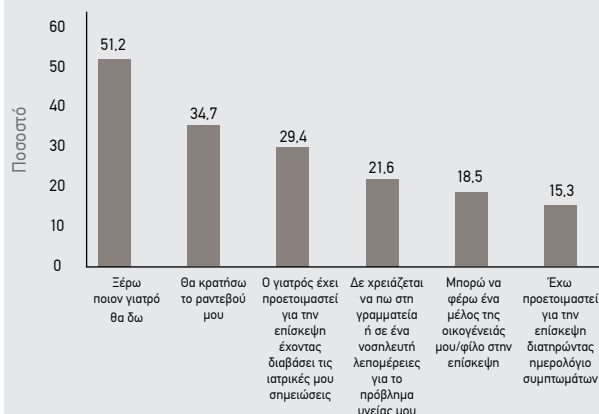
Ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας είναι δυστυχώς πολύ γενικόλογος, υποστήριξε ο κύριος Λιονής. Αναφερόμενος στην προσέγγιση της ιατρικής ως λειτουργήματος, ο ομιλητής περιέγραψε την εστίαση στο πρόσωπο/ασθενή ως «παροχή φροντίδας που σέβεται και ανταποκρίνεται στις προσωπικές προτιμήσεις, ανάγκες και αξίες του ασθενούς, διασφαλίζοντας την καθοδήγηση και λήψη της κλινικής απόφασης με βάση αυτές» αναρωτήθηκε, ωστόσο, αν η ελληνική ιατρική κοινότητα είναι σε θέση να περιγράψει αυτές τις προτιμήσεις, ανάγκες και αξίες. Στην Ευρώπη, η σχετική συζήτηση βρίσκεται σήμερα στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος. Η εστιασμένη στον ασθενή φροντίδα έχει ως βάση την ανάδειξη των απαραίτητων πολιτικών, υποδομών και πηγών χρηματοδότησης, περνάει από το τι μπορούν να προσφέρουν οι επαγγελματίες στην ΠΦΥ, και κορυφώνεται με τις εμπειρίες, τις ανάγκες και τις επιθυμίες του ασθενούς. Τα σύγχρονα υποδείγματα άσκησης της Ιατρικής (π.χ. στις ΗΠΑ) προβλέπουν μεγάλη συμμετοχή κλινικών επαγγελματιών υγείας που εργάζονται συντονισμένα και αναλαμβάνουν την ευθύνη της συνεχιζόμενης φροντίδας, εστιάζοντας στο σύνολο των αναγκών του ατόμου – και αυτή είναι μια πρακτική με την οποία η Ελλάδα οφείλει να εναρμονιστεί.

Μια άλλη πολύ σημαντική εξέλιξη στον τομέα των υγειονομικών υπηρεσιών που δεν συζητείται ακόμη στην Ελλάδα, συνέχισε ο ομιλητής, είναι η απαρτιωμένη φροντίδα υγείας (“integrated care”), η οποία ορίζεται ως η διαχείριση και παροχή υπηρεσιών υγείας, έτσι ώστε οι ασθενείς να λαμβάνουν ένα συνεχές προληπτικών και θεραπευτικών υπηρεσιών, αντιστοιχών με τις διαχρονικές ανάγκες τους και σε διάφορα επίπεδα του συστήματος υγείας. Απαρτιωμένη και αποτελεσματική πρωτοβάθμια φροντίδα μπορεί να επιτευχθεί με την ενσωμάτωση της συμπεριφορικής φροντίδας υγείας στο μοντέλο της εστιασμένης στον ασθενή φροντίδας (PCMH), υποστήριξε ο κύριος Λιονής. Ο χώρος της υγείας οφείλει να διασυνδεθεί με το χώρο της αυτοδιόκισης και, κυρίως της εκπαίδευσης, συμπλήρωσε.

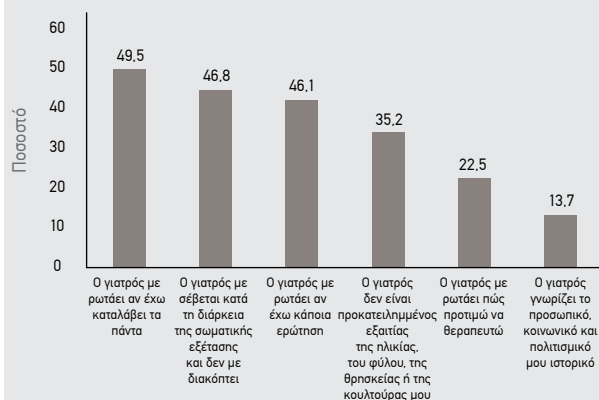
Στη συνέχεια, ο κύριος Λιονής αναφέρθηκε στην παράμετρο της αξιολόγησης ποιότητας, που επίσης περιλαμβάνεται στον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας. Τη στιγμή που οι Αμερικανοί ενσωματώνουν και ουσιαστικά υποδεικνύουν τη συμμετοχή του ασθενούς στην αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών που του προσφέρονται, στην Ελλάδα εξακολουθούμε να αναφερόμαστε ρητορικά στο θέμα της ποιότητας. Σύμφωνα με πρόσφατη δημοσίευση, αν δεν αλλάξει κάτι στην ΠΦΥ στη χώρα μας (Εικόνα 56), τότε υπάρχει χαμηλή προοπτική βελτίωσης της προσβασιμότητας στις υπηρεσίες υγείας, μέτρια προοπτική βελτίωσης της συνέχειας στη φροντίδα, χαμηλή προοπτική βελτίωσης της ολοκληρωμένης φροντίδας υγείας, χαμηλή προοπτική βελτίωσης της ενεργού συμμετοχής του ασθενούς και χαμηλή προοπτική βελτίωσης της επικοινωνίας ιατρού-ασθενούς

Αναφερόμενος στην τρίτη σημαντική αναφορά στον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας, αυτήν της υποχρέωσης ενημέρωσης του ασθενούς, ο κύριος Λιονής υποστήριξε ότι ο όρος είναι ακατάλληλος. Στην πραγματικότητα πρέπει να μιλούμε για την ώριμη και από κοινού λήψη απόφασης μετά την ανταλλαγή πληροφοριών μεταξύ γιατρού και ασθενούς, που διαφέρει από την «πληροφορημένη λήψη της απόφασης», κατά την

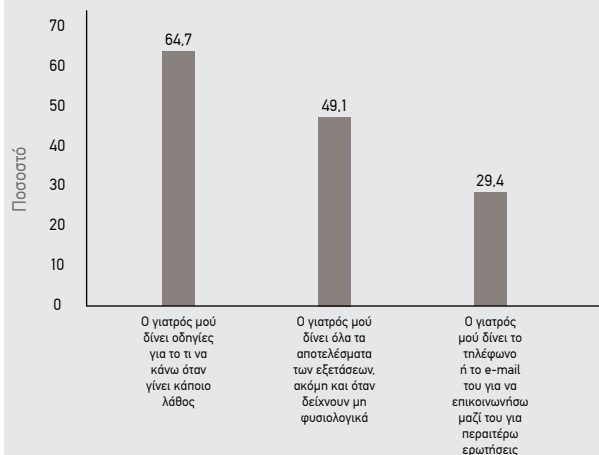
Παράγοντες εκτιμώμενοι ως πολύ σημαντικοί από τους ασθενείς πριν από την επίσκεψη στο γιατρό



Παράγοντες εκτιμώμενοι ως πολύ σημαντικοί από τους ασθενείς κατά τη διάρκεια της επίσκεψης στο γιατρό



Παράγοντες εκτιμώμενοι ως πολύ σημαντικοί από τους ασθενείς μετά την επίσκεψη στο γιατρό



Εικόνα 56: Οι παράγοντες που θεωρούνται πολύ σημαντικοί από τους ίδιους τους ασθενείς κατά την αξιολόγηση των υπηρεσιών ΠΦΥ έχουν περιγραφεί αναλυτικά στο πλαίσιο του Προγράμματος QUALICOPC.

οποία ο ασθενής συλλέγει πληροφορίες για την υγεία του από τον προσωπικό του υγειονομικό και από άλλες πηγές. Στο εξωτερικό, τα τελευταία χρόνια γίνεται μεγάλη προσπάθεια στην κατεύθυνση της προτρεπτικής συνέντευξης ("motivational interviewing"), που φαίνεται να αποδίδει καλά στο πλαίσιο της δυναμικής σχέσης γιατρού-ασθενούς για τη λήψη της απόφασης.

Στη συνέχεια, ο κύριος Λιονής έκανε λόγο για το δικαίωμα του ασθενούς στη συμπόνια ("compassion"), η οποία διαφοποιείται από την ενσυναίσθηση ("empathy"), και δηλώνει το αυθεντικό ενδιαφέρον του υγειονομικού να μειώσει τον πόνο και το άγχος του ασθενούς. Και ανέφερε χαρακτηριστικά παραδείγματα που φανερώνουν ότι δεν αρκεί ένα σύστημα να έχει μόνο κανόνες ποιότητας και να αμείβει με κίνητρα, αλλά θα πρέπει και να επιδιώκει την αλλαγή των πρακτικών και των δεξιοτήτων, και να διδάσκει την τέχνη του συμπάσχειν μέσα από την εκπαίδευση.

Συμπερασματικά, ο κύριος Λιονής τόνισε τη σημασία της αλλαγής του ιατρικού προπτυχιακού προγράμματος, με έμφαση στη διεπαγγελματική συνεργασία, της λεπτομερούς περιγραφής και ανάπτυξης ενός νέου οργανωσιακού και λειτουργικού μοντέλου στην ΠΦΥ, της εστίασης στην αλλαγή της συμπεριφοράς των ασθενών σχετικά με τη φροντίδα, και των παραμέτρων της προτρεπτικής/ενθαρρυντικής συνέντευξης, της συμπονετικής και της πνευματικής φροντίδας, στο πλαίσιο μιας εστιασμένης στον ασθενή προσέγγισης. Χρειαζόμαστε νέα κουλτούρα στην εκπαίδευση, στην έρευνα και στην κλινική άσκηση, νέο διδακτικό μοντέλο και ιατρική διδακτέα ύλη, καθώς και ανάπτυξη κλινικών εργαλείων και συστημάτων υποστήριξης απόφασης, συνόψισε κλείνοντας την εισήγησή του ο κύριος Λιονής.

Στην παρουσίαση που έκλεισε τον κύκλο των εισηγήσεων, ο πρώην Γ.Γ. Δημόσιας Υγείας, **Αντώνης Δημόπουλος**, δήλωσε ότι επιθυμεί να αντιστρέψει την πάγια θέση ότι «δεν υπάρχει πολιτική βούληση» και να μιλήσει από την πλευρά της Πολιτείας.

Αναφερόμενος στην εισήγηση του κυρίου Σωτηρέλη, συμφώνησε ότι σήμερα η παγκοσμιοποίηση και η νέα υπερεθνική πραγματικότητα πιέζουν τα κοινωνικά κράτη παντού, όχι μόνο στη χώρα μας, οδηγώντας τα σε μετασχηματισμούς και μεταρρυθμίσεις.

Στη χώρα μας, λόγω της κρίσης, το πρόβλημα είναι εντονότερο· ή θα επιδιώξουμε να ξεφύγουμε ή θα συνεχίσουμε να ανακυκλώνουμε μεμψίμοιρες τακτικές. Το δικό μας κράτος αντιμετωπίζει τα δύο βασικά προβλήματα που απασχολούν την πολιτική επιστήμη τις τελευταίες δεκαετίες: είναι υπερφορτωμένο και υποφέρει από έλλειψη νομιμοποίησης σε κάθε απόπειρα μεταρρυθμιστικής αλλαγής (όπως συνέβη και στην περίπτωση του ΕΟΠΥΥ). Το σύστημα πάσχει από την πελατειακή παγίδευση και τη διάσταση γενικού-τοπικού. Πάσχει επίσης στο επίπεδο των ασθενών, όταν το μεγαλύτερο μέρος των δαπανών διοχετεύεται σε χρόνια νοσήματα, όπως ο καρκίνος, το AIDS, ο σακχαρώδης διαβήτης και η ΧΑΠ, τα οποία όμως δεν αντιμετωπίζονται με συγκεκριμένη στρατηγική. Τα 4 από τα 15 δισ.

που δίνουμε σήμερα στην υγεία απορροφώνται από τη συνταγογράφηση, παρατήρησε ο κύριος Δημόπουλος.

Στο σχεδιασμό πολιτικής για την υγεία είναι απαραίτητες οι τοπικές κοινωνίες και οι σύλλογοι ασθενών. Οι μεταρρυθμίσεις είναι αναγκαίες, όχι στο πλαίσιο του Μνημονίου, αλλά γιατί πιέζεται το κοινωνικό κράτος. Η φωνή των ασθενών αλλά και των πολιτών είναι απαραίτητο να ακούγεται στην κεντρική κυβέρνηση, το σημερινό ΚΕΣΥ όμως είναι ένας υδροκέφαλος θεσμός που ανταποκρίνεται με μεγάλη δυσκολία σε στοιχειώδεις υποχρεώσεις. Μια κοινωνία ωριμάζει όταν βλέπει τον καθρέφτη της, είπε χαρακτηριστικά ο κύριος Δημόπουλος. Κάθε περιφέρεια θα έπρεπε να διαχειρίζεται, με διάχυση ισχύος και πόρων, έναν κλειστό προϋπολογισμό για την υγεία, αναλογικά προς τη νοσηρότητα, τον πληθυσμό, τους γιατρούς και τις δομές της. Πρέπει να φύγουμε μπροστά, αλλά μέσα από συναινέσεις, διευκρίνισε ο ομιλητής. Το κλειδί βρίσκεται στους δήμους, στην ΠΦΥ και τους οικογενειακούς-γενικούς γιατρούς. Το κράτος πρόνοιας εκφράζεται μέσα από την επαφή και υποστήριξη των ασθενών σε τοπικό επίπεδο, και οφείλει να συμπαρασύρει και να συνεργαστεί με όλους τους ανθρώπους καλής διάθεσης. Είναι πολύ σημαντικό να καταφέρουμε κάτι τέτοιο στον καιρό της κρίσης, υπογράμμισε κλείνοντας ο κύριος Δημόπουλος.

Στη συζήτηση που ακολούθησε, το λόγο πήρε ο Πρόεδρος του Συλλόγου «Θετική Φωνή», **Νίκος Δέδες**, ο οποίος παρατήρησε ότι οι μελλοντικοί υπουργοί ή γραμματείς, πριν να αναλάβουν καθήκοντα, μιλούν για την ανάγκη συμμετοχής των χρηστών των υπηρεσιών υγείας και επανέρχονται σε αυτήν μόνο όταν έχουν πλέον αποσυρθεί, παρότι η συμμετοχή αυτή προβλέπεται και από το νόμο. Η Πολιτεία και η ακαδημαϊκή κοινότητα θα μπορούσαν να παίξουν εξισορροπητικό ρόλο στην κατεύθυνση των απαραίτητων συγκλίσεων και συνεργειών, υποστήριξε ο κύριος Δέδες. Είναι σημαντικό να δημιουργηθεί Ένωση Ασθενών, για όλα τα οριζόντια προβλήματα που αντιμετωπίζει η Πολιτεία και που πληρώνουμε όλοι. Οι Έλληνες ασθενείς διεκδικούν τη βιωσιμότητα του συστήματος υγείας, τη δικαιοσύνη στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, αλλά και την πρόσβαση καθεαυτήν. Ο κύριος Δέδες συμφώνησε με τον κύριο Λιονή ως προς το ότι χρειάζονται λειτουργικά μοντέλα για την ΠΦΥ, που όμως θα πρέπει επίσης να σχεδιαστούν από κοινού· και με την κυρία Γκαράνη-Παπαδάτου ως προς το ότι απαιτούνται δεσμευτικοί κανόνες και κανονιστικά πλαίσια. Είναι απαραίτητη η συνεργασία γιατρών, Πολιτείας και συλλόγων ασθενών, είπε συμπερασματικά ο κύριος Δέδες.

Δεν είναι δυνατόν να συμμετέχουν στο ΚΕΣΥ 32 σύλλογοι ασθενών, αλλά πρέπει να εκπροσωπούνται από έναν Εθνικό Σύνδεσμο Ασθενών, σημείωσε ο κύριος Σισσούρας.

Απαιτείται ένα μεταρρυθμιστικό διαρκές και οι σύλλογοι θα πρέπει να βρίσκονται στο πλευρό της Πολιτείας στην προσπάθεια αυτή, τόνισε ο κύριος Δημόπουλος, κλείνοντας τη συνεδρία.

ΔΙΑΛΕΞΗ

Ανάπτυξη, εργασία και υγεία

Η επιδημιολογική και δημογραφική μετάβαση επιβάλλουν νέο σχεδιασμό και ειδική μέριμνα για την ασφάλεια στην παραγωγική διαδικασία και την ανάπτυξη.

Προεδρείο: Ελένη Γελαστοπούλου, Ελπίδα Πάβη

Ομιλητής: Θεόδωρος Κωνσταντινίδης

Ο Ειδικός Ιατρός Εργασίας, Καθηγητής Ιατρικής ΔΠΘ, Πρόεδρος & Γεν. Διευθυντής του ΕΛΙΝΥΑΕ, **Θεόδωρος Κωνσταντινίδης**, ανέλυσε τις δημογραφικές μεταβολές στην Ελλάδα και τις επιπτώσεις τους στην υγεία του πληθυσμού. Στόχος αυτής της «στρατευμένης» εισήγησης, είπε χαρακτηριστικά ο κύριος Κωνσταντινίδης, είναι να θέσει τα ζητήματα της ασφάλισης του επαγγελματικού κινδύνου, και να διερευνήσει πώς αυτή μπορεί να συμβάλει στην ανάπτυξη και στην παραγωγικότητα. Πρέπει, ωστόσο, να συζητήσουμε βάσει μετρήσιμων μεγεθών, σημείωσε.

Το φαινόμενο της επιδημιολογικής και δημογραφικής μετάβασης δεν είναι κατά βάση ιατρικό, έχει όμως ιατρικά απότοκα. Περιγράφοντας τις φάσεις του, ο ομιλητής δήλωσε ότι οι δυνάμεις φθοράς έχουν πέσει, συμπαρασύροντας ωστόσο και τις δυνάμεις ανανέωσης, κάτι που έχει αυτονόητα επιπτώσεις στην οικονομία.

Στον ελληνικό πληθυσμό, το φαινόμενο της επιδημιολογικής και δημογραφικής μετάβασης αποτυπώνεται ως εξής: η πτώση της βρεφικής θνησιμότητας είναι σαφής, έχει ήδη συντελεστεί πτώση της γενικής θνησιμότητας, έχουμε φανερά αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης, ενώ η γεννητικότητα έχει μειωθεί. Οι χώρες με το υψηλότερο προσδόκιμο επιβίωσης -κυρίως όσες ήταν ενταγμένες στην ΕΕ και πριν από το 2004 (μεταξύ αυτών και η Ελλάδα)- έχουν τον πλέον γηρασμένο πληθυσμό, άρα και τον λιγότερο αποδοτικό-παραγωγικό (**Εικόνα 57**).

Όσον αφορά τη θνησιμότητα, στην κατ' εξοχήν ανεπτυγμένη Ευρώπη, καταγράφεται μείωση των δυνάμεων φθοράς σε όλες τις ηλικίες. Στις λιγότερο ανεπτυγμένες Ευρωπαϊκές χώρες, καταγράφεται επίσης όφελος, αλλά ισχνότερο, ενώ στις πρώην ανατολικές οικονομίες υπάρχει ασάφεια, η οποία αντανακλά τη μεταβολή από τη σχεδιαζόμενη (κομμουνισμός) στην ελεύθερη οικονομία.

Πιο συγκεκριμένα, ισχνά είναι τα μεγέθη τόσο της θνησιμότητας όσο και της νοσηρότητας που καταγράφονται στα λοιμώδη και παρασιτικά νοσήματα, με μικρή ωστόσο ανιούσα τάση στη χώρα μας (κάτι αντίστοιχο παρατηρείται και στο σύνολο των Ευρωπαϊκών χωρών).

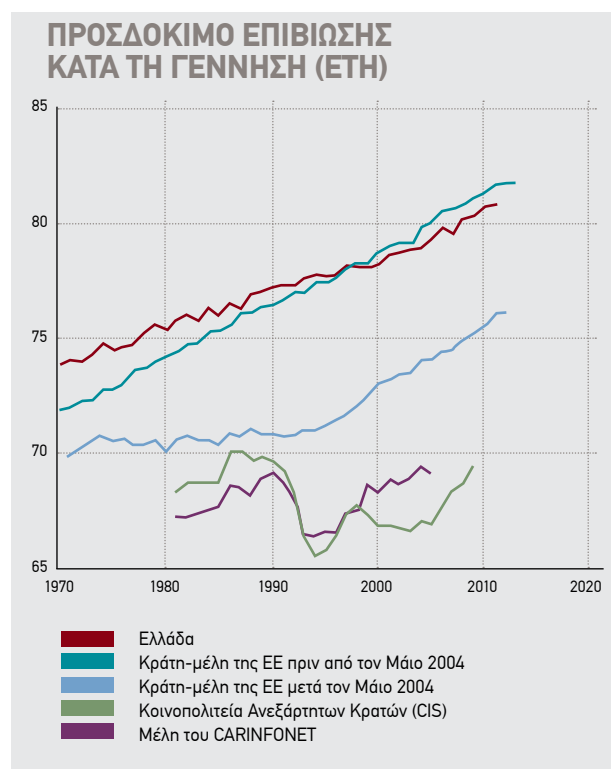
Η αύξηση του προσδόκιμου ζωής (συνυφασμένη με την ανάπτυξη) συμπαρασύρει αντίστοιχη αύξηση και στα μεγέθη για τον καρκίνο στη χώρα μας (πάντως, ακόμη μεγαλύτερη ανάπτυξη αντιστοιχεί και σε μείωση των μεγεθών αυτών).

Στα καρδιαγγειακά νοσήματα παρατηρείται, επίσης, μείωση από τα τέλη της δεκαετίας του 1980, στην Ελλάδα.

Ο ομιλητής συνόψισε τα πιο πάνω δεδομένα λέγοντας ότι, αφού αυξήθηκε το προσδόκιμο ζωής και μεγεθύνθηκε πληθικά ο γηρασμένος πληθυσμός, το άμεσο υγειονομικό απότοκο ήταν η μεγαλύτερη έκθεσή του σε νοσήματα φθοράς (καρκίνους και καρδιαγγειακά), με ταυτόχρονη μείωση των λοιμωδών και παρασιτικών νοσημάτων.

Όσον αφορά τα ατυχήματα, τα οποία στην Ελλάδα παραμένουν γενικά σε χαμηλά επίπεδα, στις αρχές της δεκαετίας του 1990 διαπιστώθηκε αύξηση στις χώρες της πρώην Σοβιετικής Ένωσης, παρατήρησε ο κύριος Κωνσταντινίδης.

Οι δημογραφικές μεταβολές που συντελούνται στις μέρες μας επηρεάζοντας την αγορά εργασίας είναι η γήρανση του πληθυσμού, η συμμετοχή των γυναικών στον καταμερισμό εργασίας, η αύξηση του αριθμού



Εικόνα 57: Οι ανεπτυγμένες χώρες της ΕΕ έχουν το υψηλότερο προσδόκιμο επιβίωσης.

των ανθρώπων με αναπηρία και η συμμετοχή τους στην αγορά εργασίας, και η συμβολή των μεταναστών στην παραγωγική διαδικασία στον ευρωπαϊκό χώρο.

Η επίδραση της ηλικίας στην παραγωγικότητα, παρά τα όσα λέγονται, δείχνει μάλλον ασθενής σύμφωνα με τα στοιχεία, καθώς μετριάζεται από την επικράτηση του τριτογενούς τομέα στην οικονομία. Η εικόνα αυτή ενισχύεται και από τα επιμέρους δεδομένα για τις δυσλειτουργίες σε ανθρώπους 65 ετών και άνω (π.χ. ως προς τις νοητικές μειονεξίες, τις διαταραχές όρασης ή τη βαρηοΐα), οι οποίες φαίνεται να μην επηρεάζουν σημαντικά την παραγωγικότητα.

Στους ηλικιωμένους, οι ιδιαιτερότητες που αφορούν την εργασία έχουν να κάνουν με την υψηλότερη συχνότητα εργατικών ατυχημάτων, την εκδήλωση ηλικιοεξαρτώμενων προβλημάτων υγείας και τις επαγγελματικές ασθένειες, μετά τη χρόνια έκθεση.

Στους μετανάστες, που αποτελούν το εισαγόμενο εργατικό δυναμικό στις γηρασμένες ανεπτυγμένες κοινωνίες, οι υγειονομικές ιδιαιτερότητες συνδέονται κυρίως με το φαινόμενο του επιπολιτισμού, και περι-

λαμβάνουν τροχαία και εργατικά ατυχήματα, ψυχιατρικά νοσήματα και λοιμώδη νοσήματα.

Θέλοντας να αναδείξει την αυθεντική σχέση της εργασίας με την υγεία, ο κύριος Κωνσταντινίδης ανέφερε ότι, κατά τη βιομηχανική επανάσταση, ένας στους τέσσερις θανάτους στην ευρύτερη περιοχή του Λονδίνου οφειλόταν στη φυματίωση.

Φαίνεται ότι είμαστε αντιμέτωποι με τη λήξη του φαινομένου του υγιούς εργαζομένου, σύμφωνα με το οποίο αυτοί που παραμένουν στην εργασία είναι οι σχετικά υγιέστεροι, παρατήρησε συμπερασματικά ο κύριος Κωνσταντινίδης. Οι δημογραφικές μεταβολές που παρατείνουν τον ενεργό εργασιακό βίο καθιστούν αναγκαία τη μέριμνα για μεγαλύτερη ασφάλεια στην παραγωγική διαδικασία. Αυτό σημαίνει ότι απαιτείται πολύ μεγαλύτερη ένταση στο σχεδιασμό πρόληψης στους χώρους εργασίας και ταυτόχρονη ενίσχυση της αντίστοιχης πολιτικής, με προγράμματα αγωγής-προαγωγής της υγείας, στο πλαίσιο ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας και Ασφάλειας στην Εργασία, και, οπωσδήποτε, με τη Δημιουργία Κλάδου Ασφάλισης Επαγγελματικής Υγείας, κατέληξε ο ομιλητής.

EYPETHPIO ONOMATON

B

Burrows Jamie, EMEIA Advisory Centre (EAC) for Life Sciences, ERNST & YOUNG 66, 67, 70

C

Canevari Riccardo, Πρόεδρος και Διευθύνων Σύμβουλος, Novartis Hellas 97, 101, 102

S

Sage Jim, Πρόεδρος και Διευθύνων Σύμβουλος, Pfizer Hellas 66, 68, 69, 70

Sakellarides Constantino, Professor, Portuguese School of Public Health 21, 22, 23

A

Αγγελής Άρης, Research Officer, LSE Health, Department of Social Policy 57, 58

Αθανασάκης Κώστας, Επιστημονικός Συνεργάτης, Τομέας Οικονομικών της Υγείας, ΕΣΔΥ 59, 71, 81, 83, 84, 85, 86, 87, 97, 99, 100, 102, 112, 114, 121, 124, 125

Αντωνίου Κατερίνα, Πρόεδρος Δ.Σ., ΕΟΦ 65

Αποστολίδης Πασχάλης, Πρόεδρος Δ.Σ., Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδος 42, 43, 65, 102

Αραβαντινός Γεράσιμος, Συντονιστής Διευθυντής Β' Παθολογικής-Ογκολογικής Κλινικής, Νοσοκομείο «Άγιοι Ανάργυροι» 105, 106

B

Βανδώρος Σωτήρης, Lecturer in Health Economics, King's College, London 114

Βαρθαλίτης Γιάννης, Πρόεδρος Δ.Σ., Εταιρεία Ογκολόγων Παθολόγων Ελλάδος 89, 90, 91, 93

Βασιλόπουλος Περικλής, Δημοσιογράφος, Αντιπρόεδρος της Ένωσης Πολιτών για την ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ, ΕΡΤ 116

Βελιώτης Πώργος, Γεν. Διευθυντής Ζωής & Υγείας, Όμιλος Interamerican, Πρόεδρος Επιτροπής Υγείας, Insurance Europe 47, 49

Βέμμος Κωνσταντίνος, Παθολόγος, Stroke Medicine, MD, PhD, FESO, Συνεργάτης Hellenic Cardiovascular Research Society 77, 78

Βέττας Νίκος, Γενικός Διευθυντής ΙΟΒΕ, Καθηγητής Οικονομικού Πανεπιστημίου Αθηνών 66, 67, 70

Βλασταράκος Μιχαήλ, Πρόεδρος Δ.Σ., Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος 42, 43

Βοζίκης Αθανάσιος, Επίκουρος Καθηγητής, Διευθυντής Εργαστηρίου Οικονομικών & Διοίκησης της Υγείας, Πανεπιστήμιο Πειραιώς, Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης 97

Βουγιούκας Γεώργιος, Πρόεδρος Δ.Σ., Πανελλήνιος Σύνδεσμος Ιατρικών Διαγνωστικών Κέντρων 42, 44

Βουδούρης Οδυσσέας, Χειρουργός, Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Παρισιών, Νοσοκομείο «Ν. Αθήναιον» 126, 130, 131, 132

Γ

Γαβριηλίδου Κλεοπάτρα, Πρόεδρος Δ.Σ., Πανελλήνιος Σύλλογος Γυναικών με Καρκίνο Μαστού «Άλμα Ζωής» 89, 91

Γαληνός Σπύρος, Δήμαρχος Λέσβου 131, 132

Γελαστοπούλου Ελένη, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Πατρών 140

Γεωργίου Βαγγέλης, Καθηγητής, Κέντρο Ιατρικής Προσομοίωσης, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ 59

Γιαννόγλου Ηλίας, Β' Αντιπρόεδρος Δ.Σ., ΕΟΦ 117

Γιαννόπουλος Αθανάσιος, Πρόεδρος Δ.Σ., ΚΕΕΛΠΝΟ 42, 43, 126, 127

Γιαννουκάκος Κούλης, Διευθυντής Ερευνών, ΕΚΕΦΕ «Δημόκριτος» 105, 106, 107

Γκαράνη-Παπαδάτου Τίνα, Νομικός, Επιστημονική Συνεργάτιδα, ΕΣΔΥ 135, 136, 137, 139

Γκούμας Παναγιώτης, Καθηγητής Πανεπιστημίου Πατρών 42, 46

Γουργουλιάνης Κωνσταντίνος, Καθηγητής Πνευμονολογίας, Πρύτανης Πανεπιστημίου Θεσσαλίας 77

Γραμματόγλου Ζωή, Πρόεδρος Δ.Σ., Σύλλογος Καρκινοπαθών Εθελοντών Φίλων Ιατρών «Κ.Ε.Φ.Ι.» Αθηνών 109, 111

Δ

Δαραμήλας Χρήστος, Πρόεδρος Δ.Σ., Πανελλήνια Ομοσπονδία Σωματείων-Συλλόγων Ατόμων με Σακχαρώδη Διαβήτη 42, 45, 46

Δέδε Ζωή, Φαρμακοποιός, πρώην Πρόεδρος Επιτροπής Τιμών Φαρμάκων 117

Δέδες Νίκος, Πρόεδρος Δ.Σ., Σύλλογος «Θετική Φωνή» 135, 139

Δέμος Δημήτρης, Αντιπρόεδρος Δ.Σ., Πανελλήνια Ένωση Φαρμακοβιομηχανίας 117

Δημόπουλος Αντώνης, Ορθοδοντικός, πρώην Γ.Γ. Δημόσιας Υγείας 135, 139

Δημοπούλου Σοφία, MSc, Συντονίστρια, Διευθύντρια, Κέντρο Υγείας Κασσάνδρειας Χαλκιδικής 36, 37

Ε

Ευδοκιμίδης Γιάννης, Καθηγητής Νευρολογίας, Διευθυντής Α' Νευρολογικής Κλινικής ΕΚΠΑ, Αιγινήτειο Νοσοκομείο 133

Ζ

Ζάβρας Δημήτρης, Dr, Οικονομολόγος Υγείας, Τομέας Οικονομικών της Υγείας, ΕΣΔΥ 121, 122, 123

Θ

Θεοδωρικάκος Τάκης, Πρόεδρος GPO, Διδάσκων Πανεπιστημίου Πελοποννήσου, Σχολή Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών 121

Θηραίος Λευτέρης, Γενικός Ιατρός, WHO NCD/PHC Consultant, Γ.Γ. Ιατρικής Εταιρείας Αθηνών 59, 61, 62, 117

I

Ιατρού Χρήστος, Συντονιστής Διευθυντής,
Νεφρολογικό Κέντρο «Γ. Παπαδάκης», Γ.Ν.
Νίκαιας-Πειραιά 103, 104

K

Κάκαλου Ελένη, Παθολόγος-Λοιμωξιολόγος, ΠΙΜΣ
«Διεθνής Ιατρική & Διαχείριση Κρίσεων
Υγείας» 126, 127, 128

Καλαμίτης Γιώργος, Ψυχολόγος, Σύλλογος Ασθενών
Ήπατος Ελλάδος «Προμηθέας» 81, 82, 83

Καλοειδής Μιχάλης, MD, MSc, Γενική και Κοινωνική
Ιατρική / Δημόσια Υγεία, ΠΕΔΥ, ΕΣΥ 51, 52

Καπόρη Ξένια, Μέλος της Ομάδας Σκέψης «Πολιτική
της Υγείας», Ελληνικός Σύλλογος Αποφοίτων
του London School of Economics 71

Καραμαλής Μανώλης, Reimbursement Director,
Medtronic 103, 104

Καρβούνης Νίκος, Ιατρός Ογκολόγος, Διοικητής
2ης Υγειονομικής Περιφέρειας Πειραιώς και
Αιγαίου 28

Καρταπάνης Ανδρέας, Διευθύνων Σύμβουλος Δ.Θ.Κ.Α.
«Υγεία ΑΕ» 32, 35

Κάτσος Βασίλης, Πρόεδρος Δ.Σ. & Διευθύνων
Σύμβουλος, Pharmathen, Αντιπρόεδρος Δ.Σ.,
Πανελλήνια Ένωση Φαρμακοβιομηχανίας 66,
68, 70

Κοντιάδης Ξενοφών, Καθηγητής, Πανεπιστήμιο
Πελοποννήσου 47, 48, 50

Κοντοζαμάνης Βασίλης, Σύμβουλος Πολιτικής και
Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας, «Βασίλης
Κοντοζαμάνης & Συνεργάτες» 32, 33

Κοντός Δημήτρης, Πρώην Πρόεδρος Δ.Σ. ΕΟΠΥΥ 47,
48, 49, 71, 73

Κοσκίνας Ιωάννης, Καθηγητής Παθολογίας-
Ηπατολογίας, ΕΚΠΑ, Β' Παθολογική Κλινική
Ιατρικής Σχολής Αθηνών, Ιπποκράτειο
Νοσοκομείο 81

Κοσμίδης Μάριος, Αντιπρόεδρος Δ.Σ., Σύνδεσμος
Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδος,
Υπεύθυνος για θέματα ΕΟΠΥΥ - Λίστας
Αποζημίωσης - Clawback, Πρόεδρος Δ.Σ. &
Διευθύνων Σύμβουλος Win Medica 97, 102

Κοτροκόης Κωνσταντίνος, Επιστημονικός
Συνεργάτης Τομέα Διατροφής & Βιοχημείας,
ΕΣΔΥ 51, 54

Κούβελας Δημήτρης, Καθηγητής Κλινικής
Φαρμακολογίας, Ιατρική Σχολή ΑΠΘ 112, 113

Κουλιεράκης Γιώργος, Επιστημονικός Συνεργάτης,
Τομέας Κοινωνιολογίας, ΕΣΔΥ 51, 133, 134

Κουρέα-Κρεμαστινού Τζένη, Ομότιμη Καθηγήτρια
Δημόσιας Υγείας, ΕΣΔΥ 126, 129

Κουτραφούρη Βασιλική, Τμήμα Τιμολόγησης
Φαρμάκων ΕΟΦ 59

Κουτρουμάνης Γιώργος, Ειδικός Σύμβουλος σε
Θέματα Ασφάλισης, πρώην Υπουργός Εργασίας
& Κοινωνικών Ασφαλίσεων 47, 49

Κυριόπουλος Γιάννης, Πρόεδρος Δ.Σ., Ελληνική
Επιστημονική Εταιρεία Οικονομίας & Πολιτικής
της Υγείας, Ομότιμος Καθηγητής, Τομέας
Οικονομικών της Υγείας, ΕΣΔΥ 18, 19, 42, 55, 58,
71, 73, 74, 89, 92, 93, 105, 106, 121, 131, 132

Κυριόπουλος Ηλίας, PhD Candidate, Department of
Social Policy, London School of Economics and
Political Science 57, 58, 114

Κωνσταντινίδης Θεόδωρος, Ειδικός Ιατρός Εργασίας,
Καθηγητής Ιατρικής ΔΠΘ, Πρόεδρος, Γεν.
Διευθυντής ΕΛΙΝΥΑΕ 73, 140, 141

Λ

Λαζόπουλος Δημήτρης, Διοικητής, Πανεπιστημιακό
Γ.Ν. Αλεξανδρούπολης 84, 86

Λέτσιος Απόστολος, Διοικητής Γ.Ν. Πατρών 28, 29

Λινού Αθηνά, Καθηγήτρια Ιατρικής Σχολής
Πανεπιστημίου Αθηνών, Διευθύντρια
Εργαστηρίου Υγιεινής, Επιδημιολογίας
και Ιατρικής Στατιστικής, Ιατρική Σχολή
Πανεπιστημίου Αθηνών, Πρόεδρος Ινστιτούτου
Προληπτικής, Περιβαλλοντολογικής και
Εργασιακής Ιατρικής 24, 25, 27

Λιονής Χρήστος, Καθηγητής Γενικής Ιατρικής και
Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Ιατρική
Σχολή, Πανεπιστήμιο Κρήτης 36, 40, 41, 90, 92,
135, 137, 138, 139

Λοβέρδος Ανδρέας, Κοινοβουλευτικός εκπρόσωπος
ΠΑΣΟΚ, πρώην Υπουργός Υγείας 71, 72, 73, 74

Λουράντος Κωνσταντίνος, Πρόεδρος Δ.Σ.,
Πανελλήνιος Φαρμακευτικός Σύλλογος 117

Λυμπεράκη Αντιγόνη, Καθηγήτρια Οικονομικών,
Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και
Πολιτικών Επιστημών, Επισκέπτρια
Καθηγήτρια LSE 121, 124

M

Μακριδάκη Δέσποινα, Α' Αντιπρόεδρος Δ.Σ., ΕΟΦ,
Νοσοκομειακός Φαρμακοποιός, Διευθύντρια
ΕΣΥ, Διευθύντρια Ενοποιημένου Φαρμακείου
Γ.Ν.Α. «Σισμανόγλειο-Αμαλία Φλέμινγκ» 117

Μακρυνός Γιώργος, Πρόεδρος Εποπτών Δημόσιας
Υγείας, Πρόεδρος Συμβουλίου Ένταξης
Μεταναστών, Δήμος Κορυδαλλού,
Αντιπρόεδρος ΕΔΔΥΠΠΥ 54, 126, 130

Μανιαδάκης Νίκος, Αναπληρωτής Κοσμήτορας,
Διευθυντής και Καθηγητής, Τομέας Αρχών
Οργάνωσης & Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας,
ΕΣΔΥ 59, 65, 66, 70, 102, 105, 107, 108, 109, 110, 111

Μανίας Νίκος, Minte Ltd 116

Μανωλακόπουλος Σπήλιος, Αναπληρωτής Καθηγητής,
Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ 81, 83

Μαυρίκου Μαρία, Δημόσια Πολιτική / Δημόσια Υγεία,
ΕΣΔΥ 121, 123, 124

Μέργος Γεώργιος, Καθηγητής Οικονομικών
Επιστημών, Πανεπιστήμιο Αθηνών 121, 124, 125

Μερκούρης Μποδοσάκης-Πρόδρομος, Πρόεδρος
Δ.Σ., Ελληνική Εταιρεία Γενικής Ιατρικής
(ΕΛΕΓΕΙΑ) 36, 41

Μινογιάννης Παναγιώτης, Γενικός Διευθυντής,
Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο 32, 34

Μπαλασόπουλος Θάνος, Μέλος της Ομάδας Σκέψης
«Πολιτική της Υγείας», Ελληνικός Σύλλογος
Αποφοίτων του London School of Econom-
ics 71, 72

Μπαλή Κάκη, Διευθύντρια Σύνταξης, Αυγή της
Κυριακής 42

Μπαργιώτας Κώστας, Βουλευτής, Υπεύθυνος Τομέα
Υγείας, Το Ποτάμι 71, 73, 74

Μπαρδής Βασίλειος, Γενικός Επιχειρησιακός &
Διοικητικός Διευθυντής, Όμιλος Ιατρικού
Αθηνών, Πρόεδρος Δ.Σ., Σύνδεσμος Ελληνικών

Κλινικών 28, 29, 30, 42, 45

Μπαρμπούνης Βασίλης, MD, PhD, Metropolitan Hospital 109, 111

Μπασκόζος Γιάννης, Γ.Γ. Δημόσιας Υγείας, Υπουργείο Υγείας 19, 20

Μπατίκας Αντώνης, Γενικός / Οικογενειακός ιατρός, Ελεύθερος επαγγελματίας, Γ.Γ., Ελληνική Εταιρεία Γενικής Ιατρικής (ΕΛΕΓΕΙΑ) 36

Μπένος Αλέξης, Καθηγητής Υγιεινής, Κοινωνικής Ιατρικής & Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, ΑΠΘ 24, 25, 27

Μπολέτης Γιάννης, Καθηγητής, Τμήμα Νεφρολογίας και Μεταμόσχευσης Νεφρού, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ 117

Μπούμπας Δημήτρης, Καθηγητής Παθολογίας, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ 77

Μπουμπουχαιοπούλου Νάντια, Φαρμακοποιός, MSc, Επιστημονική Συνεργάτιδα, Τομέας Οικονομικών της Υγείας, ΕΣΔΥ 97, 98, 99

Μπουχώρης Πασχάλης, Γενικός Διευθυντής, Όμιλος ΙΑΣΩ 28, 30, 31

Μυλωνά Κατερίνα, Επιστημονική Συνεργάτιδα, Τομέας Οικονομικών της Υγείας, ΕΣΔΥ 97, 100, 101, 116

N

Νεκτάριος Μιλτιάδης, Καθηγητής, Πανεπιστήμιο Πειραιά 47, 49

Νικολαΐδου Σοφία, Συγγραφέας 89, 92, 93

Ντουνιάς Γιώργος, Τομέας Επαγγελματικής και Βιομηχανικής Υγιεινής, ΕΣΔΥ 19

Ξ

Ξανθός Ανδρέας, Υπουργός Υγείας 18, 42

Ζυτάκη Μαρία, Πρόεδρος Δ.Σ., Ελληνικός Σύλλογος Αποφοίτων του London School of Economics 71

O

Οικονομίδου Ρένα, Msc, PhD, Γενική Πατρός, Διευθύντρια Κ.Υ. Ν. Καλλικράτειας, Ειδική Γραμματέας Δ.Σ., Ελληνική Εταιρεία Γενικής Ιατρικής (ΕΛΕΓΕΙΑ) 36, 117

Οικονομοπούλου Ασημούλα, Ιατρός Βιοπαθολόγος, Επιδημιολόγος, ΚΕΕΛΠΝΟ 126, 128, 129

Οικονόμου Όλγα, Διευθύντρια Φαρμακευτικού Τμήματος Γ.Ν.Α. «Πύργος Γεννηματάς», πρώην Διοικήτρια Διασυνδεδεμένων Νοσοκομείων «Σισμανόγλειο-Αμαλία Φλέμινγκ», Αντιπρόεδρος Δ.Σ., Ελληνική Επιστημονική Εταιρεία Οικονομίας & Πολιτικής της Υγείας 32, 33, 34, 92, 93

Ολλανδέζος Μάρκος, Επιστημονικός Διευθυντής, Πανελλήνια Ένωση Φαρμακοβιομηχανίας 116

Π

Πάβη Ελπίδα, DDS, MPH, PhD, Επιμελήτρια, Τομέας Οικονομικών της Υγείας, ΕΣΔΥ 18, 21, 24, 27, 65, 89, 90, 91, 93, 97, 98, 121, 140

Παγαδάκης Δημήτρης, Δημοσιογράφος 131

Παναγιωτίδης Παναγιώτης, Καθηγητής Αιματολογίας, Α' Π.Π. ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό» 109, 111

Παναγιωτόπουλος Τάκης, Καθηγητής, Τομέας Υγείας του Παιδιού, ΕΣΔΥ 24, 27

Πανταζής Δημήτρης, Διευθύνων Σύμβουλος, ΙΦΕΤ Α.Ε. 59, 60, 61

Παπαγεωργίου Λαμπρινή, Μέλος της Ομάδας Σκέψης «Πολιτική της Υγείας», Ελληνικός Σύλλογος Αποφοίτων του London School of Economics 71, 72, 74

Παπαγιαννίδης Αντώνης, Δημοσιογράφος 47, 50

Παπαδημητρίου Χρίστος, Καθηγητής, Ογκολογική Μονάδα Αρεταίειου Νοσοκομείου, ΕΚΠΑ 89, 91

Παπαθεοδωρίδης Γεώργιος, Καθηγητής Παθολογίας-Γαστρεντερολογίας, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό» 81

Παπαμίχος Θανάσης, Πρόεδρος Δ.Σ., Ελληνική Εταιρεία Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας, CEO, Accurate Health Auditing & Consulting USA LLC 28

Παππούς Γιώργος, Διευθύνων Σύμβουλος, Εθνικό Κέντρο Αξιολόγησης της Ποιότητας και Τεχνολογίας στην Υγεία (ΕΚΑΠΤΥ) 59, 60, 103, 104

Παρίσης Ιωάννης, Αναπληρωτής Καθηγητής Καρδιολογίας ΕΚΠΑ, Β' Καρδιολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. «Αττικόν» 77, 78, 79

Παυλή Ανδρούλα, MD, FRACGP, DTM, MPH, Γραφείο Ταξιδιωτικής Ιατρικής, ΚΕΕΛΠΝΟ 126, 129

Πενταφράγκας Βασίλης, Εντεταλμένος Σύμβουλος Πανελλήνιας Ένωσης Φαρμακοβιομηχανίας (ΠΕΦ) 42, 44, 74

Πετράκης Γιάννης, MPharm Msc MPH, Head Market Access, HEOR & Governmental Affairs, MCO Balkans Takeda Pharmaceuticals 66

Πολύζος Νίκος, Καθηγητής Διοίκησης-Οργάνωσης Υ.Υ., ΔΠΘ 32, 33

Πρεζεράκος Παναγιώτης, Αναπληρωτής Καθηγητής, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου 32, 34, 35

P

Ροτζιώκος Γιάννης, Διευθυντής Πνευμονολόγος, Νοσοκομείο «Αγία Όλγα» 112

Σ

Σαλμάς Μάριος, Βουλευτής Αιτωλοακαρνανίας, πρώην Αν. Υπουργός Υγείας 71, 72, 73, 74

Σισσούρας Άρης, Ομότιμος Καθηγητής, Πανεπιστήμιο Πατρών 18, 21, 31, 35, 73, 135, 139

Σκαραγκά Ειρήνη, Τμήμα Αξιολόγησης Φαρμάκων Ανθρώπινης Χρήσης, ΕΟΦ 59, 64, 65

Σπυράκη Χριστίνα, Γενικός Ιατρός, Γενικό Νοσοκομείο Αργολίδας 51, 53, 54

Σταματοπούλου Ελένη, MSc ΕΣΔΥ, Λειτουργός Δημόσιας Υγείας, Νοσηλεύτρια, Εκπαιδευτικός, Μέλος Primary Care Respiratory Society UK (PCRS-UK), Επιστημονική Εταιρεία Αποφοίτων ΕΣΔΥ 51, 52, 53, 54

Σταύρου Δώρα, Δ/ντρια Δημόσιας Υγείας ΕΣΥ, Υπουργείο Υγείας 24, 27

Στεργίου Γεώργιος, Καθηγητής Παθολογίας-Υπέρτασης, Κέντρο Υπέρτασης STRIDE-7, ΕΚΠΑ, Γ' Παθολογική Κλινική, Νοσοκομείο «Σωτηρία», Αθήνα 77, 80

Στεφανόπουλος Γιώργος, Ειδικός Σύμβουλος
Υπουργού Υγείας, Ηλεκτρολόγος Μηχανικός &
Μηχανικός Η/Υ, ΕΜΠ [55](#)

Συρίγος Κωνσταντίνος, Καθηγητής Παθολογίας
Ογκολογίας, Διευθυντής Γ' Π.Π. Γ.Ν. «Σωτηρία»,
Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ [105](#), [106](#), [107](#), [108](#)

Σύψα Βάνα, Επίκουρη Καθηγήτρια Επιδημιολογίας και
Προληπτικής Ιατρικής, ΕΚΠΑ [81](#), [82](#), [83](#)

Σωτηρέλης Γιώργος, Καθηγητής Συνταγματικού
Δικαίου, ΕΚΠΑ [135](#), [136](#)

Σωτηρόπουλος Αλέξιος, Παθολόγος-Διαβητολόγος,
MD, PhD, Γ.Ν. Νίκαιας-Πειραιά [77](#), [79](#), [80](#)

Τ

Τάγαρης Αναστάσιος, Πρόεδρος Δ.Σ. & Διευθύνων
Σύμβουλος, ΗΔΙΚΑ Α.Ε. [55](#), [56](#)

Τατσιώνη Αθηνά, Επίκουρη Καθηγήτρια,
Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων [36](#), [39](#), [40](#)

Τόλλης Θεόδωρος, Εκτελεστικός Διευθυντής, ICAP
Employment Solutions [28](#), [30](#)

Τουλούμη Παναγιώτα, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια
Βιοστατιστικής & Επιδημιολογίας, Ιατρική
Σχολή, ΕΚΠΑ [87](#)

Τούντας Πάννης, Καθηγητής Ιατρικής ΕΚΠΑ, Κέντρο
Μελετών Υπηρεσιών Υγείας, Ιατρική Σχολή,
ΕΚΠΑ, πρώην Πρόεδρος Δ.Σ., ΕΟΦ [24](#), [25](#), [27](#),
[116](#)

Τριανταφυλλίδη Αθηνά, Προϊσταμένη Διεύθυνσης
Λειτουργίας και Υποστήριξης Εφαρμογών
Η.Δ.Ι.Κ.Α. Α.Ε. [117](#)

Τριανταφύλλου Μαρία, Υπεύθυνη Δημοσίων Σχέσεων
& Μέλος Δ.Σ., Πανελλήνια Ομοσπονδία
Σωματείων-Συλλόγων Ατόμων με Σακχαρώδη
Διαβήτη [117](#)

Τρύφων Θεόδωρος, Πρόεδρος Δ.Σ., Πανελλήνια
Ένωση Φαρμακοβιομηχανίας [70](#), [117](#)

Τσιάντου Βασιλική, Εξωτερική Συνεργάτιδα -
Ερευνήτρια, Τομέας Οικονομικών της Υγείας,
ΕΣΔΥ [57](#), [89](#), [90](#)

Τσιβγούλη Αναστασία, Δημοσιογράφος [71](#), [72](#)

Τσίμτσιου Ζωή, Επιμελήτρια Α' Γενικής Ιατρικής, MSc,
PhD, Επιστημονική Συνεργάτιδα Εργαστηρίου
Υγιεινής, Ιατρική Σχολή, ΑΠΘ, Κ.Υ.Α.Τ. Ευόσμου
Θεσσαλονίκης [36](#), [37](#), [38](#)

Υ

Υφαντόπουλος Πάννης, Καθηγητής Διοικητικής
Επιστήμης και Δημοσίου Δικαίου, Σχολή
Οικονομικών και Πολιτικών Επιστημών,
Τμήμα Πολιτικής Επιστήμης και Δημόσιας
Διοίκησης [66](#), [69](#), [70](#), [109](#), [113](#)

Φ

Φαμέλη Κατερίνα, Πρώην Αντιπρόεδρος Α' Δ.Σ.,
ΕΟΦ [117](#)

Φελέκης Νίκος, Εκδότης ηλεκτρονικής εφημερίδας,
matrix24.gr [71](#), [72](#)

Φραγκούλης Ευάγγελος, MD, MSc, Γενικός Ιατρός,
Γ.Γ., Ελληνική Ένωση Γενικής Ιατρικής, Αν.
Αρχίατρος, ΕΔΟΕΑΠ [36](#), [38](#), [39](#)

Χ

Χανιώτης Δημήτρης, Καθηγητής, ΤΕΙ Αθήνας [51](#), [52](#)

Χαρώνης Αντώνιος, Οικονομολόγος της Υγείας /
Ερευνητής, ΕΣΔΥ [121](#), [123](#)

Χατζάκης Άγγελος, Καθηγητής Επιδημιολογίας
και Προληπτικής Ιατρικής, Ιατρική Σχολή,
ΕΚΠΑ [87](#), [88](#)

Χρήστου Πέτρος, Government Affairs and Market Ac-
cess Head, UCB AE [59](#), [63](#), [64](#)

Χριστοδούλου Γεώργιος, Επίτιμος Πρόεδρος,
Ελληνική Ψυχιατρική Εταιρεία [133](#), [134](#)

Χρυσόχοου Χριστίνα, Επιμελήτρια Α' Καρδιολογίας,
Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική,
ΙΓΝΑ [84](#), [85](#), [86](#)

11ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ για τη διοίκηση, τα οικονομικά και τις πολιτικές της ΥΓΕΙΑΣ 2015

Ο Τομέας Οικονομικών της Υγείας της ΕΣΔΥ προχωρεί, για δεύτερη συνεχή χρονιά, στην καταγραφή του πλούσιου υλικού που συγκεντρώθηκε στη διάρκεια του 11ου Πανελληνίου Συνεδρίου για τη Διοίκηση, τα Οικονομικά και τις Πολιτικές της Υγείας 2015.

Στο πλαίσιο της διοργάνωσης, η Πολιτεία, η επιστημονική κοινότητα και οι αρμόδιοι κοινωνικοί εταίροι κατέθεσαν τεκμηριωμένες απόψεις και προτάσεις για τις διαρθρωτικές αλλαγές και το μέλλον της Υγείας στη χώρα μας.

Η παρούσα έκδοση επιδιώκει να αναδείξει τις προτεραιότητες για τη δημόσια υγεία, να παρουσιάσει τις πρόσφατες επιστημονικές εξελίξεις και να εστιάσει στις προοπτικές ανάπτυξης του υγειονομικού τομέα, φιλοδοξώντας να συνεισφέρει στην προσπάθεια για την ανασυγκρότησή του, στην παρατεταμένα δυσχερή οικονομική, πολιτική και κοινωνική συγκυρία.
