

Εισήγηση Γιώργου Μαυρωτά

Healthworld 21.06.2019 - Προς μια Νέα Κουλτούρα Υγείας με Έμφαση στο Χρήστη και τις Επιλογές του

Βλέπω το πρόβλημα της υγείας ως μηχανικός, ακολουθώντας μια συστημική προσέγγιση.

Έχουμε την κατανομή συγκεκριμένων πόρων σε δραστηριότητες προκειμένου να βελτιστοποιηθεί το αποτέλεσμα

Ποιο είναι το αποτέλεσμα;

Η παροχή υπηρεσιών υγείας όσο καλύτερης ποιότητας γίνεται σε όσο το δυνατόν περισσότερους πολίτες

Οι πόροι δεν φτάνουν για να καλύψει το κράτος την **ποιότητα** και την **ποσότητα** και γι αυτό υπάρχει αντίστοιχα και ο ιδιωτικός τομέας συμπληρωματικά μεν, αλλά πολύ ουσιαστικά δε.

Το σύστημα Υγείας έχει πολλά υποσυστήματα που αλληλεπιδρούν (Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, Νοσοκομειακή περίθαλψη, φαρμακευτική δαπάνη)

Και πολλούς μετόχους stakeholders (ασθενείς, ιατρούς, φαρμακευτικές εταιρίες, φαρμακοποιούς, υπουργείο)

Για να βελτιστοποιήσεις την κατανομή πόρων πρέπει να δεις τους περιορισμούς του συστήματος και τις συναρτήσεις παραγωγής που μας δίνουν τη σχέση input – output.

(Τι βάζεις – τι βγάζεις)

Πρέπει να μετρήσεις τη ζήτηση των υπηρεσιών υγείας που συνδέεται με τη ΠΦΥ, τη νοσοκομειακή αγωγή, φαρμακευτική δαπάνη για να μπορείς να κάνεις εκτιμήσεις και να προγραμματίζεις.

Το βασικότερο λοιπόν κατά τη γνώμη μου είναι να έχεις αξιόπιστα εργαλεία για να δώσεις απαντήσεις σε αυτά τα θέματα.

Γι αυτό θεωρώ μείζονος σημασίας την ηλεκτρονική διακυβέρνηση στο χώρο της υγείας

Γι αυτό χρειάζονται τα μητρώα ασθενών, τα θεραπευτικά πρωτόκολα, ο ηλεκτρονικός φάκελος ασθενούς, προκειμένου να εξυπηρετείται η πραγματική ζήτηση.

Κι επειδή μιλήσαμε για βελτιστοποίηση πόρων

Όσο περισσότερους βαθμούς ελευθερίας έχει ένα σύστημα τόσο καλύτερες λύσεις μπορεί να δώσει.

Αν είναι ασφυκτικά περιορισμένα τα αποτελέσματα της όποιας βελτιστοποίησης είναι πενιχρά.

Κάποια πράγματα οφείλουν να υπακούουν σε ένα κεντρικό σχεδιασμό όπως:

Η δημιουργία των βάσεων δεδομένων

Κανόνες για τη λειτουργία

(ηλεκτρονικός φάκελος ασθενή, μητρώα, θεραπευτικά πρωτόκολα, συνταγογράφηση κλπ)

Βασικές υποδομές και στελέχωση

κλπ

Συγχρόνως όμως μέσα σε αυτό το πλαίσιο πρέπει να παρέχεται στον χρήστη υπηρεσιών υγείας η δυνατότητα επιλογής.

Από μία ιατροκεντρική προσέγγιση του συστήματος υγείας πρέπει να περάσουμε σε μια ασθενοκεντρική προσέγγιση

Ή μάλλον, αν βάλουμε και την πρόληψη μέσα,

Με κέντρο όχι τον ασθενή, αλλά τον λήπτη υπηρεσιών υγείας

Αυτό που έχει δείξει η ελληνική πραγματικότητα αλλά και η διεθνής εμπειρία είναι ότι οι συνέργειες Ιδιωτικού και Δημόσιου τομέα είναι απαραίτητες για τη βελτιστοποίηση του συστήματος

Και ξεκινώ από την **Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας**

Η ΠΦΥ είναι κλειδί για τον εξορθολογισμό του συστήματος

(όπως λέω ότι η τεχνική εκπαίδευση είναι το κλειδί για τον εξορθολογισμό του εκπαιδευτικού συστήματος στη χώρα μας)

Σε Νοσοκομειακή περίθαλψη έχουμε το 47% δαπανών για την υγεία έναντι 31% ΟΟΣΑ

Για την ΠΦΥ το 20% δαπανών για την υγεία έναντι 31% ΟΟΣΑ

Η ΠΦΥ με το νέο πλαίσιο (ΤΟΜΥ) φαίνεται να έχει θέματα στελέχωσης.

Ευέλικτες δομές και διαδικασίες με θα προσαρμόζουν τις βέλτιστες διεθνείς πρακτικές στην ελληνική πραγματικότητα

Πρέπει να υπάρχει η δυνατότητα επιλογής στον χρήστη ώστε να αναπτύσσεται η εμπιστοσύνη.

Επίσης η δυνατότητα επιλογής είναι και ένα στοιχείο **αξιολόγησης** που είναι απαραίτητο για την βελτίωση του κάθε συστήματος.

Νοσοκομεία

Για τα Νοσοκομεία να πω κάτι μια και μιλάμε για εξορθολογισμό

Μια και μιλάμε για κεντρικά νοσοκομεία κάποια στιγμή πρέπει να δούμε και το θέμα της χωροταξίας.

Δεν μπορεί να έχουμε 10 μεγάλα νοσοκομεία σε ακτίνα 1 τετραγωνικού χιλιομέτρου στο κέντρο της Αθήνας

κι ολόκληρες αναπτυσσόμενες περιοχές όπως η Ανατολική Αττική με τόσες κρίσιμες υποδομές (αεροδρόμιο, λιμάνια) να μην έχει ούτε ένα.

Εδώ έχουμε σχεδιασμό με γνώμονα το συμφέρον του χρήστη ή του γιατρού;

Πρέπει λοιπόν να το δούμε κι αυτό κάποια στιγμή αν θέλουμε να μιλάμε για μια νέα κουλτούρα με έμφαση στον χρήστη και στις επιλογές του.

Για το φάρμακο

Στο φάρμακο από την εποχή της ασυδοσίας περάσαμε απότομα στην εποχή της ασφυξίας.

Από το άσπρο στο μαύρο όπως συνήθως συμβαίνει στη χώρα μας

Το 2009 η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη ήταν 5.1 δις και το 2014 περιορίστηκε στα 2 δις (κλειστός προϋπολογισμός) και το clawback και το rebate δύο νέες έννοιες που μπήκαν στο λεξιλόγιό μας

Η φαρμακευτική πολιτική στην Ελλάδα είναι ένα πολυπαραμετρικό πρόβλημα:

Πρέπει να λάβουμε υπόψιν την ποιοτική και ποσοτική κάλυψη της ζήτησης, τη στρέβλωση λόγω υπερσυνταγογράφησης, τους κλειστούς προϋπολογισμούς, την εγχώρια δυναμική φαρμακοβιομηχανία

Εφόσον υπάρχει ο κλειστός προϋπολογισμός το πρόβλημα γίνεται πρόβλημα κατανομής των πολύ συγκεκριμένων πόρων σε συγκεκριμένες δραστηριότητες ώστε να βελτιστοποιηθεί το αποτέλεσμα.

Προγενέστερο ερώτημα όμως -πριν δούμε τη βέλτιστη κατανομή των συγκεκριμένων πόρων- είναι να δούμε αν 2 δις που είναι το άνω όριο για τον προϋπολογισμό επιδέχεται ανοχή.

Δηλαδή αν αυξάνοντας λίγο τον προϋπολογισμό αυξάνεται πολύ η αποτελεσματικότητα τότε ίσως αξίζει τον κόπο.

Και όντως η αποτελεσματικότητα (αν ορίσουμε έτσι την κάλυψη της ζήτησης) δεν είναι γραμμική συνάρτηση του κόστους.

Μπορεί αυξάνοντας λίγο τον κλειστό προϋπολογισμό να έχεις μεγάλη αύξηση της κάλυψης

Πρέπει λοιπόν να δούμε αν το νούμερο αυτό (τα ~2 δις) αν επαληθεύεται από πρότερη εμπειρία για μια μέση χρονιά.

Πόσα κατά μέσο όρο περιστατικά, έχουμε ανά ασθένεια, ποια είναι τα πρωτόκολλα θεραπείας, σε τι ποσότητες φαρμάκων αλλά και σε τι κόστος αντιστοιχούν.

Έτσι μπορούμε να έχουμε μια πρώτη εκτίμηση έστω και αδρά του κόστους.

Στη συνέχεια μπορούμε να βάλουμε ασφαλιστικές δικλείδες για να «πιάνουν τόπο τα χρήματα»

Ασφαλιστικές δικλείδες ώστε να μην επαναληφθούν φαινόμενα Novartis ή αχαλίνωτης συνταγογράφησης

Εύκολη διασταύρωση και early warning systems με μηνιαία παρακολούθηση για τις δαπάνες ανά κατηγορίες φαρμάκων.

Και η μηχανοργάνωση εδώ παίζει μεγάλο ρόλο.

Τέλος, η νέα κουλτούρα έχει να κάνει με την πρόληψη

Και δεν μιλάω μόνο για εξετάσεις τσεκαπ κλπ

Μιλάω για την κουλτούρα της υγιεινής ζωής και της άθλησης.

Πρέπει ως κοινωνία να αυξήσουμε τον αθλητισμό που κάνουμε σε σχέση με αυτόν που καταναλώνουμε

Και αυτό ξεκινάει από τις μικρές ηλικίες και δεν πρέπει να σταματάει ούτε στην τρίτη ηλικία

Με μια προσαρμογή και κλιμάκωση εννοείται

Και αφού μιλάμε για νέα κουλτούρα θεωρώ ορόσημο την εφαρμογή του αντικαπνιστικού νόμου

Κάτι που είναι ενδεικτικό μιας νοοτροπίας όχι μόνο σε θέματα υγείας.

Εκεί θα δείξουμε ως κοινωνία αν έχουμε περάσει το κατώφλι των ευνομούμενων κοινωνιών

ή έχουμε αποδεχτεί την υποταγή μας στο νόμο του «γιατί έτσι θέλω»

Και εφόσον μιλάμε για επιλογές, το δικαίωμα της επιλογής να αναπνέουμε καθαρό αέρα πρέπει να είναι αδιαπραγμάτευτο

Κλείνω λέγοντας ότι η νέα κουλτούρα στην Υγεία με έμφαση στο χρήστη και στις επιλογές του απαιτεί ένα σύστημα με κανόνες, αλλά και με περισσότερους βαθμούς ελευθερίας

Προσοχή όμως: Οι βαθμοί ελευθερίας να είναι θεσμικοί και όχι να τους δημιουργεί ο καθένας κατά πώς τον συμφέρει.

Και να έχουν γνώμονα το κοινό καλό και όχι το καλό μιας τάξης

Με λίγα λόγια, ένα σύστημα το οποίο θα είναι user oriented και όχι provider oriented