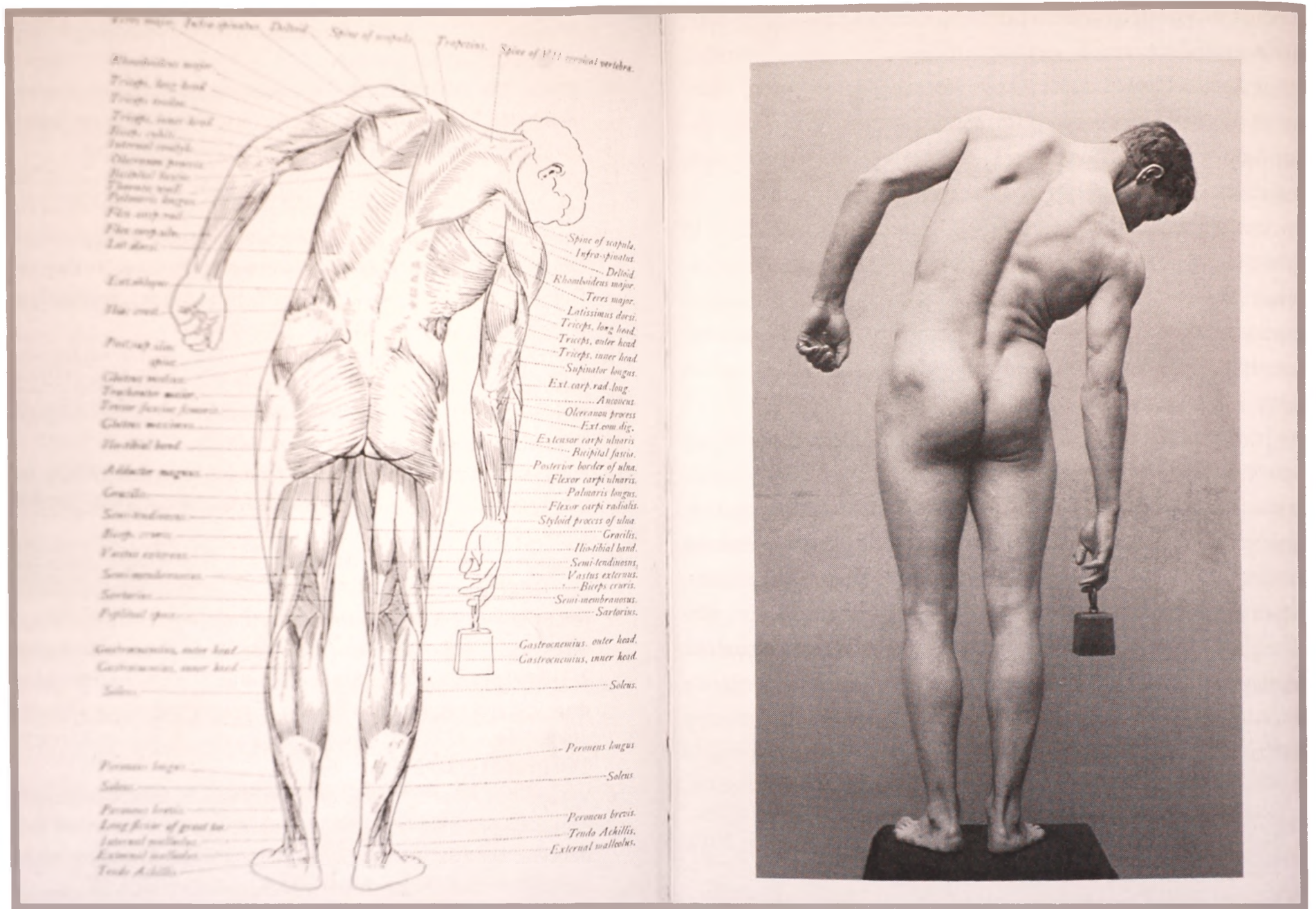


ΠΡΟΣ ΜΙΑ ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕΝΑΡΙΑ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ

ΝΙΚΟΣ ΚΟΥΚΟΥΜΑΣ, ΔΗΜΟΣΘΕΝΗΣ ΑΓΓΡΑΦΙΩΤΗΣ



E.G. Craig, 1924.

Εισαγωγή

Η κρίση του παγκόσμιου χρηματοπιστωτικού συστήματος το 2008 και η επακόλουθη κρίση στην παγκόσμια οικονομία ανέδειξε τις επιμελώς καλυπτόμενες – τουλάχιστον στο ευρύτερο ή μη ειδικό κοινό – μακροχρόνια υφιστάμενες διαρθρωτικές αδυναμίες της χώρας μας και την οδήγησε ουσιαστικά προς την πτώχευση.

Ενώ η πρόσφατη επικαιρότητα, αναδεικνύει το άγνωστο, ακόμη και σήμερα, εύρος της «μαύρης τρύπας» των υποχρεώσεων και των δαπανών του κλάδου της υγείας, λίγα πράγματα έχουν γίνει γνωστά σχετικά με το εύρος των διαρθρωτικών της προβλημάτων –και πιθανότατα δεν έχει διόλου αποτιμηθεί– η διαχρονική επίπτωση των προβλημάτων αυτών στο σύνολο της ελληνικής οικονομίας και κοινωνίας.

Η υπογραφή του μνημονίου και η υπαγωγή της χώρας σε δημοσιονομική επιτήρηση, ενέτεινε την ανάγκη υλοποίησης σημαντικών και προ πολλού χρόνου αναγκαίων προσαρμογών όχι μόνο στο δημοσιονομικό τομέα αλλά και ευρύτερα στους παραγωγικούς τομείς της οικονομίας.

Ο Γιώργος Κουκουμάς είναι οικονομολόγος και ο Δημοσθένης Αγραφιώτης είναι ομότιμος καθηγητής Κοινωνιολογίας.

Με το παρόν άρθρο επιχειρείται να παρουσιαστεί, υπό το φως των νέων εξελίξεων, ένα πλέγμα σεναρίων και στρατηγικών για την ποιότητα ζωής και την υγεία με ορίζοντα το 2021 που αναπτύχθηκαν στο πλαίσιο του ευρύτερου έργου – μελέτης: «Τεχνολογική Προοπτική Διερεύνηση (ΤΠΔ) για την Ελλάδα του 2021»,¹ καθώς και της μελέτης για την «Πρόβλεψη των Τεχνολογικών Επιπτώσεων στον κλάδο της Υγείας με ορίζοντα το 2010».²

Το υλικό των μελετών αυτών ήδη χρησιμοποιήθηκε το 2006 στην κατάρτιση, του βασικού σχεδίου του ΕΣΠΑ 2007-2013 για τον κλάδο της υγείας.

Η προσέγγιση της ΤΠΔ εστιάζει στη μακροχρόνια οπτική και τη διάρθρωση της δομής του συστήματος υγείας καθώς και στην αλληλεξάρτησή του με τους ευρύτερους τομείς της κοινωνίας και της ποιότητας ζωής, της οικονομίας και της έρευνας – τεχνολογίας – καινοτομίας.

Οι πρόσφατες εξελίξεις ανέδειξαν την ανάγκη για μια επικαιροποιημένη ματιά και ταυτόχρονα μια «άσκηση» αποτίμησης της αξίας των σεναρίων και των στρατηγικών που αναπτύχθηκαν στο πλαίσιο των παραπάνω μελετών ΤΠΔ και της χρησιμότητάς τους στη χάραξη στρατηγικής σε μακροχρόνιο ορίζοντα.

Αυτές οι προσεγγίσεις σχεδιασμού βοηθούν στην ανάλυση και στον προσδιορισμό των προϋποθέσεων για την επίτευξη στρατηγικών στόχων καθώς και στην προληπτική (proactive) λήψη διαρθρωτικών κυρίως μέτρων ως απάντηση σε μελλοντικές προκλήσεις

Η συμβολή της υγείας στην οικονομία³

«Νέα» δεδομένα - Θεωρητικό πλαίσιο

Ενώ έχει προ πολλού αναγνωριστεί ότι ο αυξημένος εθνικός πλούτος σχετίζεται με καλύτερη υγεία του πληθυσμού, μόνο πρόσφατα αναγνωρίστηκε ότι η συμβολή του καλύτερου επιπέδου υγείας επιδρά θετικά στην οικονομική μεγέθυνση (growth).

Έτσι γίνεται πιο εμφανές το γεγονός ότι η υγεία και η περίθαλψη διαδραματίζουν ρόλο «κλειδί» στη δημιουργία της κοινωνικής συνοχής, του παραγωγικού ανθρώπινου δυναμικού, της απασχόλησης και συνεπώς της οικονομικής μεγέθυνσης.

Η σχέση μεταξύ του επιπέδου υγείας του πληθυσμού συνολικά και της επακόλουθης αύξησης του εθνικού πλούτου λειτουργεί αμφίδρομα. Καλύτερη υγεία τείνει να αυξάνει την οικονομική ανάπτυξη με διάφορους τρόπους, ενώ ταυτόχρονα, η οικονομική πρόοδος ενθαρρύνει περαιτέρω τη συσσώρευση κεφαλαίου υγείας.

Όμως η θετική αυτή συσχέτιση δε λειτουργεί με αυτόματο και γενικό τρόπο. Γνωρίζουμε για παράδειγμα ότι μόνη η αύξηση του ΑΕΠ μιας χώρας δεν επηρεάζει απαραίτητως θετικά την υγεία, η οποία μετράται με το προσδόκιμο επιβίωσης (life expectancy), χωρίς ταυτόχρονη μείωση των κοινωνικών ανισοτήτων.

Επίσης, δεν είναι βέβαιο αν το επίπεδο υγείας, καθώς και τα σημερινά οφέλη από προηγούμενες περιόδους θα υφίστανται και στο μέλλον, εξ αιτίας φαινομένων νοσηρότητας που σχετίζονται με τον τρόπο ζωής και παράγοντες όπως η αυξανόμενη παχυσαρκία, η ανθεκτικότητα των μικροβίων στα αντιβιοτικά και οι νέες επιδημίες. Άρα υπάρχει η περίπτωση στασιμότητας ή και υποχώρησης του επιπέδου υγείας του πληθυσμού στην Ευρώπη σε μακροχρόνιο ορίζοντα.

Τα προβλήματα αυτά, σε συνδυασμό με την εξέλιξη της οικονομικής κρίσης, αποτελούν πρόκληση για τη μακροοικονομική σταθερότητα στις ευρωπαϊκές οικονομίες δεδομένου ότι αυτές είναι εκτεθειμένες σε κόστη τα οποία σχετίζονται με το γηράσκοντα πληθυσμό που βρίσκεται στη φάση συνταξιοδότησης καθώς και σε υψηλές δαπάνες για τα συστήματα υγείας. Ταυτόχρονα γνωρίζουμε ότι ένα μέρος τους οφείλεται σε μη αποτελεσματική, μη κατάλληλη ή μη αποδοτική περίθαλψη και από φαινόμενα υπερκατανάλωσης και προκλητής ζήτησης.

Τέτοιες τάσεις οδηγούν σε αυξανόμενη ανησυχία και είναι επαρκείς ενδείξεις για την ανάγκη ανάληψης πρωτοβουλιών μιας εκ βάθρων αναθεώρησης του ρόλου της πολιτικής για τη δημοσία υγεία όπου περιλαμβάνονται τομείς όπως το φυσικό περιβάλλον ή ο τρόπος και οι συνθήκες ζωής του πληθυσμού. Συνεπώς, οι δράσεις και τα μέτρα σχετίζονται με ζητήματα πέραν των παραδοσιακών συστημάτων υγείας και περίθαλψης και συνεπώς η επένδυση στην υγεία απαιτεί δράσεις από όλες τις λειτουργίες μιας κυβέρνησης.

Το σημαντικό συνεπώς, είναι η συγκρότηση ενός ολοκληρωμένου πλαισίου με το οποίο θα μπορούσε να διασφαλιστεί ότι τα μέτρα για την επίτευξη καλής υγείας του πληθυσμού, είναι κατάλληλα και αποτελεσματικά. Για το σκοπό αυτό χρειάζονται μηχανισμοί οι οποίοι θα σταθμίσουν τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού, θα προσδιορίσουν τις πιο αποτελεσματικές παρεμβάσεις για την κάλυψη των αναγκών αυτών και θα παρακολουθούν τα αποτελέσματα και γενικότερα τα οφέλη που επιτυγχάνονται. Με τον τρόπο αυτό θα γίνει εφικτή η πιο αποτελεσματική στοχοθέτηση στη χρήση των πόρων.

Παρά το γεγονός ότι συνολικά, η βελτίωση της πρόσβασης σε αποτελεσματική περίθαλψη είχε μετρήσιμη θετική επίπτωση σε πολλές χώρες, συνεχίζει να υφίσταται «εκπληκτική έλλειψη γνώσης για το τι πράγματι «δουλεύει» στην ιατρική»⁴ ζήτημα που αποτελεί ένα από τα προβλήματα για την αποτίμηση, προσδιορισμό και επιλογή των ιατρικών και τεχνολογικών παρεμβάσεων που είναι κατάλληλες αλλά και των δομών του ίδιου του συστήματος υγείας. Ένα τέτοιο σύστημα σήμερα, έχει ρόλο πέρα από τη θεραπεία των ασθενών και περιλαμβάνει επίσης την ανάπτυξη ευρύτερων τομέων προληπτικών δράσεων που κατά βάση μειώνουν τον κίνδυνο της ασθένειας.

Γενικά, τα συστήματα περίθαλψης συμβάλουν στην υγεία του πληθυσμού αλλά το κατάλληλο επίπεδο δαπάνης είναι αυτό το οποίο χρειάζεται για την παροχή τέτοιας ποσότητας και είδους περίθαλψης η οποία είναι η κατάλληλη για τις ανάγκες του συγκεκριμένου πληθυσμού.

Στατιστικά δεδομένα για την Ελλάδα, σχετικά με το μέγεθος και τη χρήση των πόρων⁵

Η χώρα δαπάνησε το 2007 ποσοστό 9,7% του ΑΕΠ στον τομέα της υγείας.⁶ Από το ποσοστό αυτό το 60,3% αφορά σε δημόσια δαπάνη και το 39,7% σε ιδιωτική.

Ως προς το ύψος της συνολικής δαπάνης η Ελλάδα καταλαμβάνει την 8η θέση μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ, βρίσκεται στο ίδιο επίπεδο με αυτό της Ολλανδίας και της Δανίας, ενώ ως προς τη δημόσια δαπάνη καταλαμβάνει την τελευταία θέση μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών. Με αυτά τα ποσοστά δημόσιας και ιδιωτικής δαπάνης στο σύνολο των δαπανών για την υγεία η χώρα μας ακολουθεί ένα ιδιότυπο πρότυπο το οποίο βρίσκεται ανάμεσα σε αυτό των χωρών της Ε.Ε. (με δημόσια δαπάνη άνω του 70 –75 %) και αυτό των χωρών όπως οι ΗΠΑ (με δημόσια δαπάνη 45%).

Επειδή η έρευνα για την πραγματική κατάσταση ιδιαίτερα στις νοσοκομειακές δαπάνες βρίσκεται σε εξέλιξη θα πρέπει να αναμένουμε τα αποτελέσματα για την πραγματική εικόνα το 2010 αλλά και για τα προηγούμενα έτη, με ενδεχόμενη αναθεώρηση ίσως και για τα προ του 2007 δεδομένα.

Γενική εικόνα 2000-2008

Την περίοδο 2000-2008, η χώρα παρουσιάζει ρυθμούς αύξησης των δαπανών για την υγεία πολύ υψηλότερους από τις άλλες μεσογειακές χώρες της Ε.Ε. κοντά στο 7% και βρίσκεται στην τέταρτη θέση μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ.

Αντίστοιχα εμφανίζει ρυθμό αύξησης του ΑΕΠ περίπου 4% ετησίως για την ίδια περίοδο.

Η εικόνα από τα υπάρχοντα δεδομένα των τελευταίων ετών σε κρίσιμους τομείς, οι οποίοι προσδιορίζουν το επίπεδο των δαπανών, είναι ιδιαίτερα αποκαλυπτική.

1. Η *συνολική δαπάνη φαρμακευτικών προϊόντων και αναλωσίμων για το 2007* (ως ποσοστό της συνολικής δαπάνης για την υγεία στη χώρα) ανέρχεται στο 24,8% και καταλαμβάνει τη *δεύτερη θέση* μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ μετά την Ουγγαρία η οποία δαπανά το 31,1%.

Χαρακτηριστικό του προβλήματος είναι ότι η αντίστοιχη δαπάνη για χώρες με προηγμένα συστήματα υγείας ή/και υψηλή δαπάνη ως ποσοστό του ΑΕΠ ενδεικτικά είναι για τις: ΗΠΑ 12%, Μ. Βρετανία 12,2%, Ελβετία 10,3%, Δανία 8,6%, Νορβηγία 8%, Σουηδία 13,4%, Γερμανία 15,1%, Γαλλία 16,5%, Ιταλία 19,3%, Ισπανία 21%, Πορτογαλία 21,8%

2. Με την παραπάνω *δαπάνη φαρμακευτικών προϊόντων και αναλωσίμων* για το 2007 μετρούμενη σε \$ ΗΠΑ ως ισοδύναμο αγοραστικής δύναμης η χώρα μας με \$668 καταλαμβάνει τη *δεύτερη θέση* μετά τις ΗΠΑ με \$876. Η αντίστοιχη δαπάνη σε άλλες χώρες είναι: Μ. Βρετανία \$365, Ελβετία \$461, Δανία \$303, Νορβηγία \$383, Σουηδία \$450, Γερμανία \$545, Γαλλία \$595, Ιταλία \$520, Ισπανία \$558, Πορτογαλία \$469.

3. Ο *αριθμός μεγάλων και ακριβών μηχανημάτων* όπως οι μαγνητικοί τομογράφοι (MRI), οι αξονικοί τομογράφοι (CT) και οι μαστογράφοι, εμφανίζει το 2008 την Ελλάδα ως προς τον αριθμό των MRI, με 19,6 μηχανήματα ανά εκατομμύριο κατοίκους, στην *τρίτη θέση* μετά την Ιαπωνία με 45,1 και τις ΗΠΑ με 25,9 μηχανήματα αντίστοιχα. Ως προς τους αξονικούς τομογράφους καταλαμβάνει την *έκτη θέση* με 33,9 μηχανήματα ανά εκατομμύριο κατοίκους κοντά στις ΗΠΑ που διαθέτουν 34,3 μηχανήματα αλλά περισσότερα από την Ελβετία η οποία διαθέτει 32,8 μηχανήματα. Ως προς τους μαστογράφους η χώρα μας κατέχει την *πρώτη θέση* με 49,2 μηχανήματα ανά εκατομμύριο κατοίκους έναντι 40,1 για τις ΗΠΑ και 29,7 για την Ιαπωνία, *δεύτερη και τρίτη χώρα* αντίστοιχα.

4. Αντίστοιχα στον *αριθμό συνολικών διαγνωστικών εξετάσεων* που πραγματοποιήθηκαν με το μηχανολογικό εξοπλισμό MRI (Μαγνητικοί τομογράφοι) και CT Scanners (Αξονικοί Τομογράφοι) *για το 2008 η χώρα μας καταλαμβάνει την πρώτη θέση* από όλες τις άλλες χώρες όπου δίνονται δεδομένα (ή το έτος με τα πιο πρόσφατα διαθέσιμα δεδομένα) με 98,1 μαγνητικές τομογραφίες και 320,9 αξονικές τομογραφίες αντίστοιχα, ανά χίλιους κατοίκους, έναντι 91,2 και 227,8 αντίστοιχα για τις ΗΠΑ. Ο αντίστοιχος αριθμός για τη Γαλλία είναι μόλις 48,5 μαγνητικές και 130 αξονικές.

5. Η Ελλάδα είναι η μοναδική χώρα μέλος του ΟΟΣΑ στην Ευρώπη και μια εκ των δύο από όλες τις χώρες του ΟΟΣΑ (η άλλη είναι η Χιλή) όπου δε δόθηκαν ποτέ στοιχεία για τις *άμεσες πληρωμές σε ρευστά χρήματα* (out of pocket payments) προς ιατρούς, ιατρικές εξετάσεις, φαρμακεία κλπ. Επειδή από την ελληνική εμπειρία είναι γνωστό ότι τέτοιες πληρωμές είναι εκτεταμένες, η έλλειψη αυτού του στοιχείου θέτει σε αμφισβήτηση το ύψος του συνόλου καθώς και την κατανομή των δαπανών για την υγεία στη χώρα μας.

Υγεία του Ελληνικού πληθυσμού

Παράδοξα και κρίσιμες καμπές

Η χώρα μας, ως προς την αναμενόμενη διάρκεια ζωής για τον πληθυσμό ενώ ακολούθησε εντυπωσιακή πορεία από το 1960 μέχρι τη δεκαετία του '90, έκτοτε (συγκριτικά με τις άλλες χώρες του ΟΟΣΑ) «κατρακύλησε» σε χαμηλότερη θέση από αυτή που ξεκίνησε, καταλήγοντας το 2007 στη 19^η θέση με 79,5 έτη και στην 23^η θέση, με βελτίωση

κατά 1,5 στην αναμενόμενη διάρκεια ζωής από το 2000 έως το 2007. Με βάση ίδιους υπολογισμούς από τα στοιχεία του ΟΟΣΑ (2010) προκύπτει ο ακόλουθος πίνακας (Πίνακας 1):

Πίνακας 1:

	1960	1970	1980	1990	2000	2007
Προσδόκιμο επιβίωσης κατά τη γέννηση (σε έτη)	69,9	72	74,5	77,1	78,0	79,5
Θέση στην κατάταξη	15 ^η	9 ^η	10 ^η	6 ^η	14 ^η	19 ^η
		1970 / 60	1980 / 70	1990 / 80	2000 / 90	2007 / 00
Επιπλέον έτη ζωής / περίοδο		2,1	2,5	2,6	0,9	1,5
Θέση στην κατάταξη		9 ^η	12 ^η	11 ^η	32 ^η	23 ^η

Σε σύγκριση με άλλες χώρες για τις περιόδους 1960-1990 και 1990 – 2007, σε ότι αφορά στα επιπλέον έτη αναμενόμενης ζωής και στις δαπάνες υγείας της περιόδου 1990-2007 παρατίθεται ο ακόλουθος πίνακας (Πίνακας 2):

Πίνακας 2:

	Επιπλέον έτη ζωής περιόδου					Δαπάνες ως % ΑΕΠ Μέσος Όρος ετησίως		
	1960- 2007 (α)	1960- 1990 (β)	1990- 2007 (γ)	1990- 2000 (δ)	2000- 2007 (ε)	1990- 2007* (στ)	1990- 1999 (ζ)	2000- 2007 (η)
ΕΛΛΑΔΑ	9,6	7,2	2,4	0,9	1,5	8,41	7,91	9,04
ΓΑΛΛΙΑ	10,6	6,6	4,0	2,1	1,9	10,09	9,57	10,74
ΙΤΑΛΙΑ	11,7	7,3	4,4	2,7	1,7	8,07	7,7	8,53
ΠΟΡΤΟΓΑΛΙΑ	15,2	10,2	5,0	2,6	2,4	8,19	7,28	9,49
ΙΣΠΑΝΙΑ	11,3	7,2	4,1	2,4	1,7	7,5	7,18	7,9
ΔΑΝΙΑ	6,0	2,5	3,5	1,9	1,6	8,69	8,31	9,16
ΣΟΥΗΔΙΑ	7,9	4,5	3,4	2,1	1,3	8,56	8,16	9,06
Μ. ΒΡΕΤΑΝΙΑ	8,9	4,9	4,0	2,2	1,8	7,19	6,65	7,86

* για τις δαπάνες της περιόδου 1960 – 1990 δε δίνεται πλήρης χρονολογική σειρά από τον ΟΟΣΑ. Από τα διαθέσιμα στοιχεία, οι δαπάνες για την Ελλάδα ανέρχονται σε 5,4% του ΑΕΠ το 1970, σε 5,9% το 1980 και σε 6,6% το 1990.

Βασικές επισημάνσεις

Η συνολική αύξηση κατά 9,6 έτη της αναμενόμενης ζωής στη χώρα μας κατά την περίοδο 1960-2007 εμφανίζει δυο διαφορετικές όψεις:

Από το 1960 έως και το 1990 ακολουθεί κανονικά τις τάσεις και των άλλων μεσογειακών χωρών με επιπλέον 7,2 έτη ζωής.

Η δεκαετία 1990 – 2000 υπήρξε σχεδόν καταστροφική με «κέρδος» σε αναμενόμενη ζωή μόνο 0,9 δηλαδή λιγότερο από ένα έτος και κατάταξη στην τελευταία θέση ως προς την αύξηση της αναμενόμενης ζωής στο σύνολο των χωρών του ΟΟΣΑ.

Μερικές από τις πηγές του προβλήματος θα πρέπει να αναζητηθούν, εκτός των άλλων εμφανών και αφανών τά-

σεων της δεκαετίας του 1980-1990, με πλέον εμφανείς αυτές των χαμηλών ρυθμών ανάπτυξης και επενδύσεων στην ελληνική οικονομία την περίοδο αυτή.

Επίσης θα πρέπει να αποτιμηθεί και η αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα του συστήματος υγείας και κυ-

ρίως η ασθενοκεντρική και νοσοκομειοκεντρική του δομή, παρά τις αρχικά διαφορετικές προθέσεις ως προς τη διάρθρωση και τον προσανατολισμό του.

3. Την περίοδο 2000-2007 το «κέρδος» περιορίστηκε σε 1,5 έτη. Εμφανίζει σημαντική απόκλιση της χώρα μας

από τις άλλες μεσογειακές χώρες κατά 40-50%. Έχει δε χειρότερη επίδοση και από χώρες της Β. Ευρώπης.

4. Σε ότι αφορά στις δαπάνες, η χώρα μας βρίσκεται σε καλύτερη θέση ή πολύ κοντά όχι μόνο σε άλλες μεσογειακές χώρες αλλά και σε χώρες της Β. Ευρώπης με αποτελεσματικά οργανωμένα ήδη από δεκαετίες, ποιοτικά συστήματα περίθαλψης.

Συμπερασματικά η ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών, η αποτελεσματικότητα και η απόδοση της ήδη πολύ υψηλής δαπάνης δεν είναι απλώς ανεπαρκής αλλά αρνητική, με αρνητικές επιπτώσεις στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού μετά το 1990.

Το Μνημόνιο

Η πράξη της υπογραφής του μνημονίου για τη διάσωση της χώρας από την πτώχευση θα πρέπει να γίνει αντιληπτή ως η επιτομή των μακροχρόνιων επιπτώσεων και αλληλεπιδράσεων μεταξύ μιας οικονομίας (και όχι μόνο) σε διαρθρωτική κρίση και του επιπέδου υγείας του πληθυσμού αλλά και ως επιβεβαίωση της σημασίας αυτών των αλληλεπιδράσεων από το παρελθόν, στο παρόν και για το μέλλον.

Οι παράμετροι του μνημονίου για το σύστημα υγείας

Παρά την επικρατούσα αντίληψη ότι το μνημόνιο «επιβάλει» την ενίσχυση του ελέγχου των δαπανών για την υγεία στην πραγματικότητα η στόχευση είναι πολύ πιο ουσιαστική και αποβλέπει σε διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις για τον εκσυγχρονισμό του συστήματος υγείας αλλά και των άλλων συναφών κοινωνικών παρεμβάσεων.

Βασικός σκοπός είναι η διασφάλιση της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας των τεράστιων πόρων του καθώς και η απάλειψη της καταφανούς σπατάλης. Οι προθέσεις αυτές αναφέρονται πιο κάτω:

« - Να αξιολογηθούν οι επιλογές για τη μεταρρύθμιση συνολικά του συστήματος υγείας (τόσο του δημοσίου όσο και του ιδιωτικού) με σκοπό την εξασφάλιση μιας πιο αποτελεσματικής χρήσης των δημοσίων πόρων και την παροχή καλύτερων υπηρεσιών υγείας».

«- Να αξιολογηθεί η αποτελεσματικότητα και καταλληλότητα των υφισταμένων κοινωνικών προγραμμάτων και να γίνουν προτάσεις για τη μεταρρύθμιση ή και ακύρωση των λιγότερο αποτελεσματικών, καθώς και να ποσοτικοποιηθεί πιθανή εξοικονόμηση δημοσίων δαπανών από την εφαρμογή αυτών των δράσεων.»

Στο πλαίσιο αυτό εισάγονται για πρώτη φορά στοιχεία μεσομακροπρόθεσμης οπτικής για τη στήριξη πολιτικών αποφάσεων όπως:

«Εισαγωγή ενός μεσοπρόθεσμου δημοσιονομικού πλαισίου για τη γενική κυβέρνηση βάσει ενός τριετούς κυλιόμενου ανωτάτου ορίου δαπανών για το κράτος, τους φορείς κοινωνικής ασφάλισης και την τοπική αυτοδιοίκηση.»

«Η Εθνική Αναλογιστική Αρχή θα παράσχει μέχρι 1/12/10 ενδιάμεσες μακροχρόνιες προβλέψεις για τις συνταξιοδοτικές δαπάνες μέχρι το 2060 που θα καλύπτουν τα κύρια συνταξιοδοτικά ταμεία».

Εισάγονται επίσης μια σειρά μέτρων εξορθολογισμού στον τομέα των προμηθειών, αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας στη δομή και τη λειτουργία του συστήματος καθώς και αποκατάστασης συνθηκών ανταγωνισμού σε αγορές όπως του φαρμάκου.

Η θέαση του «παρόντος» από το «παρελθόν»

Η παρούσα κατάσταση, ως αποτέλεσμα μακροχρόνιων τάσεων και επιλογών του παρελθόντος, όπως ήδη σκιαγρα-

φήθηκε, οδηγεί στο ερώτημα ποιές ήταν οι προσεγγίσεις των σεναρίων της Τεχνολογικής Προοπτικής Διερεύνησης (ΤΠΔ) στα θέματα της υγείας, την εποχή που γράφτηκαν, πώς κατέδειξαν τις μετέπειτα εξελίξεις και πώς «προέβλεψαν» το σημερινό «παρόν».

Επίσης τίθεται το ερώτημα ποιές είναι οι πτυχές των προβλημάτων του σήμερα και του αύριο που αποτέλεσαν το κέντρο του ενδιαφέροντος των αναλύσεων της ΤΠΔ και ποιά η συν-πλοκή τους με τα σενάρια για την υγεία;

Από μεθοδολογική άποψη, τα σενάρια πρέπει να θεωρηθούν ως μια υποθετική εικόνα ή/και αλληλουχία γεγονότων τα οποία έχουν κατασκευαστεί με σκοπό την επickέντρωση της προσοχής στις αιτιακές διαδικασίες και στα διλήμματα μπροστά στα οποία πρέπει να ληφθούν αποφάσεις.

Τα γενικά σενάρια της άσκησης Τεχνολογικής Προοπτικής Διερεύνησης⁷

Η διάρθρωση των ομάδων σεναρίων στην άσκηση της ΤΠΔ έγινε με σκοπό τη συγκρότηση ενός πλαισίου μελλοντικών καταστάσεων και εξελίξεων προς την κοινωνία της γνώσης στη χώρα μας, ώστε να αναδειχθούν οι προκλήσεις και αβεβαιότητες και συνεπώς να προσδιοριστεί καλύτερα το πεδίο των δυνητικών στρατηγικών επιλογών στο χώρο της Έρευνας-Τεχνολογίας-Καινοτομίας.

Περιελάμβανε ένα σύνολο σεναρίων τα οποία αναπτύχθηκαν με σκοπό τη σκιαγράφηση ενός πλαισίου πιθανών εξελίξεων στην **Ε.Ε. με ορίζοντα το 2021** και περιελάμβανε τα σενάρια: «Ηνωμένες Πολιτείες της Ευρώπης», «Τεμαχισμένη Ευρώπη», «Ανταγωνιστική – Φιλελεύθερη Ευρώπη» και «Κοινωνική-Οικολογική Ευρώπη».

Αντίστοιχα –αλλά όχι ταυτόσημα– αναπτύχθηκαν τέσσερα **σενάρια για την Ελλάδα του 2021** τα οποία επickέντρωναν τη βασική τους θεματολογία στις ακόλουθες μελλοντικές εικόνες:

Το «Σενάριο Κήπος» έχει άξονα την βιώσιμη ανάπτυξη με βάση ένα ανθρωποκεντρικό μοντέλο.

Το «Σενάριο των Δύο Ταχυτήτων ή Θυλάκων Διαφοροποίησης» όπου διαμορφώνεται ένας κοινωνικοοικονομικός δυϊσμός με δυνάμεις που συμμετέχουν στην ευρωπαϊκή εξέλιξη και σύγκλιση και δυνάμεις που αδυνατούν να ακολουθήσουν και ενώ παραμένει η λειτουργία ενός γραφειοκρατικού και παρεμβατικού κράτους και μιας αγοράς με χαρακτηριστικά κρατικής εξάρτησης αλλά και στοιχείων ανταγωνισμού.

Το «Ανταγωνιστικό-Φιλελεύθερο Μοντέλο» όπου μέσα από δημοσιονομική κρίση προκύπτει η απελευθέρωση των αγορών και η διασφάλιση του ανταγωνισμού καθώς και ο εξορθολογισμός στην λειτουργία του παραγωγικού ιστού από τις παρεμβάσεις του κράτους ή των μονοπωλιακών ή ολιγοπωλιακών συνθηκών και

Το «Σενάριο Αστάθειας ή Μείζονος Κινδύνου» με το οποίο αναδεικνύονται μείζονες προκλήσεις και κίνδυνοι σε ευρωπαϊκό ή παγκόσμιο επίπεδο και οι οποίες οδηγούν σε μια νέα σύνθεση στην ελληνική κοινωνία και οικονομία με σημαντική παρέμβαση του κράτους στην αγορά και γενικότερα στην οικονομία, με αύξηση φόρων ή διάθεση εδάφους σε διεθνείς επενδυτές.

Τα γενικά αυτά σενάρια χρησιμοποιήθηκαν για την ανάπτυξη επιμέρους μικροσεναρίων σε ένα ευρύ πεδίο ομάδων τεχνολογιών (Βιοτεχνολογίες, Πληροφορική, Νέα Υλικά), παραγωγικών κλάδων (Μεταφορές, Περιβάλλον, Τουρισμός, Πολιτισμός, Αγροτική ανάπτυξη, Βιομηχανική παραγωγή, κ.ά.) και οριζόντιων τομέων (ανθρώπινο δυναμικό, χώρος και περιφέρεια, χρηματοπιστωτικός τομέας) με σκοπό την ανάδειξη της συν-πλοκής τους και τον προσδιορισμό των στρατηγικών επιλογών στο πεδίο της Έρευνας – Τεχνολογίας – Καινοτομίας προς την κοινωνία της γνώσης.

Παρά το γεγονός ότι η περίοδος «συγγραφής» των σεναρίων ήταν μια κατ' εξοχήν «αισιόδοξη» περίοδος και με την πρόσφατη τότε εισαγωγή στην Ε.Ε. του ενιαίου νομίσματος, τα τρία τελευταία σενάρια για την Ελλάδα σε διαφορετικό βαθμό το καθένα και εστιάζοντας σε πιο ειδικές πτυχές, αποτελούν επεξεργασίες όπου υφίστανται καταστάσεις κρίσης ή σημαντικών δυσκολιών κυρίως σε τομείς λειτουργίας του κράτους, των δημοσιονομικών και της οικονομίας της χώρας. Όμως και στα «ευρωπαϊκά» σενάρια, τα πιθανά ενδεχόμενα εμφάνισης κρισιακών καταστάσεων και οπισθοχώρησης της ευρωπαϊκής ενοποίησης επίσης εξετάζονται (βλ. ειδικά στο σενάριο για την «Τεμαχισμένη Ευρώπη»).

Πρέπει να σημειωθεί ότι οι παραπάνω θεματικές επιλογές και κατευθύνσεις των σεναρίων για την ανάδειξη των αβεβαιοτήτων και των δυνητικών μελλοντικών προκλήσεων έγιναν στη βάση δεδομένων και εκτιμήσεων τόσο από επιστημονικές αναλύσεις σε διάφορους τομείς όσο και από την αποτίμηση των πολιτικών προκλήσεων τόσο στην Ε.Ε. όσο και στη χώρα μας εκείνη την περίοδο.

Τα γενικά σενάρια και συν-πλοκή τους με τον κλάδο της υγείας & ποιότητας ζωής.

Μέθοδος και πλαίσιο στρατηγικών επιλογών

Η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε ήταν αυτή της ανάλυσης των Πλεονεκτημάτων, Μειονεκτημάτων, Ευκαιριών και Απειλών (Strengths Weaknesses Opportunities and Threats Analysis - SWOT) καθώς και η ανάπτυξη Σεναρίων για την κατάσταση το 2021 με την προβολή των αποτελεσμάτων της SWOT. Με βάση το υλικό αυτό, αναπτύχθηκαν οι προτάσεις για τις στρατηγικές και τεχνολογικές επιλογές.

Τεχνολογίες για την περίθαλψη είναι τα φάρμακα, τα μηχανήματα, οι ιατροχειρουργικές διαδικασίες που χρησιμοποιούνται στην περίθαλψη αλλά και τα οργανωτικά και υποστηρικτικά συστήματα στα πλαίσια των οποίων παρέχεται μια τέτοια περίθαλψη.

Στα πλαίσια της ανάλυσης καταγράφηκαν τα στοιχεία του περιβάλλοντος του συστήματος και οι μακροχρόνιες τάσεις τους, δηλαδή των παραγόντων οι οποίοι επηρεάζουν το σύστημα περίθαλψης (για παράδειγμα ως προς το φόρτο και το μίγμα των περιστατικών), όπως οι δημογραφικοί, οικονομικοί κ.ά. Τα στοιχεία αυτά αποτελούν ευκαιρίες αλλά και απειλές για την εξέλιξη και την αποτελεσματικότητα του συστήματος. Το επόμενο σχήμα αποτυπώνει τους παράγοντες οι οποίοι πρέπει να ληφθούν υπόψη στα πλαίσια του στρατηγικού σχεδιασμού.

Το πλαίσιο των προβλημάτων (2002) για την ανάπτυξη των σεναρίων

Παρά τις σημαντικές αβεβαιότητες τις οποίες επιφυλάσσει το μέλλον, γνωρίζαμε ήδη από τις αρχές της δεκαετίας του 2000, ότι η ελληνική κοινωνία θα έχει περισσότερους ηλικιωμένους το 2021 και πιθανότατα με χειρότερο επίπεδο υγείας από ότι οι ηλικιωμένοι του 2000. Γνωρίζουμε ότι αυτό θα συμβεί λόγω των σημαντικών μεταβολών στον τρόπο ζωής των σημερινών νέων και των ενηλίκων καθώς και στην υποβάθμιση του φυσικού περιβάλλοντος, τις αλλαγές του κοινωνικού ιστού και των κοινωνικών και οικονομικών προτύπων.

Οι δημογραφικοί, κοινωνικοί, οικονομικοί κ.α. παράγοντες δρουν αυτόνομα αλλά και σε αλληλεπίδραση μεταξύ τους. Η δομή της ελληνικής οικονομίας και των στοιχείων της λειτουργίας της, παρά τους σημαντικούς ρυθμούς ανάπτυξης των τελευταίων ετών, δεν έχει αντιμετωπίσει τα σημαντικά διαρθρωτικά της προβλήματα.

«Η αλυσίδα των σχέσεων και αλληλεπιδράσεων μεταξύ παραγόντων όπως το δημόσιο χρέος, η διαρθρωτική ανεργία, τα ελλείμματα των ταμείων, το ασφαλιστικό και οι αλματωδώς αυξανόμενες δαπάνες για περίθαλψη, σε συνάρτηση με τις επιδεινούμενες δημογραφικές τάσεις, δημιουργούν ένα εκρηκτικό μίγμα για την ελληνική κοινωνία τα επόμενα χρόνια.»

Σε αυτό το πλαίσιο το σύστημα υγείας παρουσίαζε (2003), και συνεχίζει να εμφανίζει και σήμερα, την ακόλουθη εικόνα:

ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ

ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Διοίκηση του συστήματος

Η διοίκηση του συνολικού συστήματος αποτελείται από έναν αριθμό ξεχωριστών πόλων όπως το Υπ.ΥΚΑ / ΠΕΣΥ*, οι διοικήσεις των ταμείων, άλλα υπουργεία, διοικήσεις οργανισμών που παρέχουν περίθαλψη, μέτοχοι και διοικήσεις οργανισμών του ιδιωτικού τομέα κ.ά. Σημαντικός ο ρόλος και άλλων παραγόντων (ιατρικές σχολές, συνδικάτα, κ.ά.)

Διάρθρωση συστήματος

Πολλαπλά και κατακερματισμένα «συστήματα» περίθαλψης. Αναποτελεσματικότητα και μη αποδοτικότητα, δομών, λειτουργιών και επενδύσεων. Βάρος στη Β΄ Βάθια και Γ΄ Βάθια περίθαλψη. Η Α΄ βάρθια περίθαλψη, η πρόληψη και η δημόσια υγεία είναι τα υποβαθμισμένα τμήματα του συστήματος. Υπερκατανάλωση τεχνολογιών σε πολλούς τομείς.

Ανταγωνισμός

Πολλαπλά επίπεδα ανταγωνισμού αλλά και συνεργασιών (και άτυπων) χωρίς σαφείς όρους και κανόνες. Βασικός άξονας είναι ο ανταγωνισμός στις ιατρικές κ.ά. υπηρεσίες (μεταξύ ιατρών κ.α. παρεχόντων υπηρεσίες ανεξαρτήτως φορέα απασχόλησης) καθώς και μεταξύ φορέων.

Συστήματα πρόσβασης στις υπηρεσίες και συστήματα marketing και πωλήσεων υπηρεσιών περίθαλψης

Πολλαπλά και πολύπλοκα συστήματα χωρίς σαφείς όρους και διαδικασίες. Η διακίνηση του πολίτη ή του ασθενούς μέσα σε αυτά γίνεται με ευθύνη του (και βέβαια χωρίς να έχει τις γνώσεις αξιολόγησης). Η οργάνωση και διαχείριση στη διακίνηση καθώς και οι επιλογές δεν αποτελούν ευθύνη του συστήματος περίθαλψης (στο δημόσιο τομέα). Ισχύει μερικώς στις περιπτώσεις ύπαρξης οικογενειακού ιατρού στον ιδιωτικό τομέα.

Ποιότητα υπηρεσιών και συστημάτων

Πολύ χαμηλή. Ανύπαρκτα τα συστήματα ελέγχου και διασφάλισης ποιότητας. Αποσπασματική προσέγγιση του ασθενούς. Φαινόμενα απρόκλητης ζήτησης, ακατάλληλων, αναποτελεσματικών, μη αποδοτικών παρεμβάσεων και αθέμιτων συναλλαγών. Ιατρικά σφάλματα με μεγάλη συχνότητα.

Έρευνα και Τεχνολογία

- Ιατρική τεχνολογία και αποφάσεις
- Βιοτεχνολογία
- Βιοϊατρική τεχνολογία
- Πληροφ/κή & τηλ/νίες

Σε λίγους τομείς και περιορισμένη κλίμακα. Μη συντονισμένη, αποσπασματική και χωρίς στρατηγική. Εμπλεκόμενοι φορείς: ΓΓΕΤ, Υπ. Παιδείας, Υπ. ΥΚΑ, ιδιωτικοί φορείς, κ.ά.

Καινοτομία:

Οργανωσιακή
Νέων υπηρεσιών
Τεχνολογική

Γενικά μη απορρόφηση από το σύστημα. Από το ευρύ φάσμα αναγκαίων και διαθέσιμων καινοτομιών παρατηρείται υιοθέτηση μόνο σε ορισμένες κατηγορίες εξαρτώμενες από τις ανάγκες του εκάστοτε ειδικού ιατρού.

Δαπάνες

Προσεγγίζουν το 10% του ΑΕΠ, τάση συνεχούς αύξησης (επίσημα 9,1% χωρίς την παραοικονομία), σημαντικά συνεχή ελλείμματα στα νοσοκομεία. Το πραγματικό κόστος είναι σημαντικά μεγαλύτερο για την κοινωνία.

Επενδύσεις

Κυρίως σε νέα νοσοκομεία ή βελτιώσεις των υπαρχόντων.

Εικόνα του συστήματος

Αρνητική για την υποδομή, καλύτερη για τις ιατρικές υπηρεσίες. Λειτουργεί σημαντική ασυμμετρία στην πληροφόρηση και γνώση ως προς την αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών από τους ασθενείς αλλά και για την κοινωνία και την πολιτική.

Σημαντικές διεθνείς τάσεις και η προβληματική ανάπτυξης των σεναρίων 2021

Από τη δεκαετία του 1990, άρχισε διεθνώς να γίνεται πιο έντονα αντιληπτή η σημασία των δομών και του προσανατολισμού του συστήματος υγείας σε συνάρτηση με τις ευρύτερες τεχνολογικές εξελίξεις καθώς και τα αποτελέσματα της βασικής και εφαρμοσμένης έρευνας, της ανάπτυξης νέων τεχνολογιών στη διάγνωση και θεραπεία των ασθενειών αλλά και της αποτίμησης (evaluation) και στάθμισης (assessment) των αποτελεσμάτων από τις παραπάνω εξελίξεις.

Η πλήρης καταγραφή του ανθρώπινου γονιδιόματος, στα τέλη της δεκαετίας του '90 φάνηκε να ανοίγει νέους ορίζοντες στην κατανόηση του φαινομένου της ζωής και ταυτόχρονα ανέδειξε νέες δυνατότητες στην πρόληψη, διάγνωση και θεραπεία των μη ιάσιμων ασθενειών.

Ταυτόχρονα, οι εξελίξεις σε τομείς όπως τα νέα φάρμακα, η νέα βιοϊατρική τεχνολογία και οι νέες απεικονιστικές τεχνικές, η πληροφορική και οι τηλεπικοινωνίες έθεσαν τα συστήματα υγείας και την πολιτική υγείας, μπροστά σε σημαντικές προκλήσεις.

Τέτοιες είναι η σημαντική αύξηση του κόστους περίθαλψης ταυτόχρονα με τη γήρανση του πληθυσμού στις χώρες της Ε.Ε., η ανάγκη για επιλογή κατάλληλων και αποτελεσματικών δομών και τεχνολογιών και η ανάγκη για αποτίμηση και στάθμιση των τεχνολογιών αυτών.

Η απάντηση στις προκλήσεις αυτές οδήγησε τις προηγμένες χώρες στην ανάγκη για την εφαρμογή μεθόδων μεσομακροχρόνιου σχεδιασμού προβλεπτικής - προνοητικής (proactive) προσέγγισης και τον προσδιορισμό στρατηγικών για την προαγωγή, πρόληψη, διάγνωση, θεραπεία και αποκατάσταση της υγείας.

Το νέο πλαίσιο μέσα στο οποίο η παραπάνω προσέγγιση είναι εφικτή, είναι πλέον η ανάδειξη της ποιότητας ζωής των κοινωνιών και των ατόμων ως κρίσιμος προσδιοριστικός παράγοντας για την προστασία και της προαγωγή του επιπέδου υγείας του πληθυσμού.

Η οπτική, συνεπώς, με την οποία ήδη αντιμετωπίζονταν τα προβλήματα της περίθαλψης ήταν πολύ ευρύτερη από την παραδοσιακή προσέγγιση του συστήματος υγείας αλλά και των αντιλήψεων σχετικά με την «υγεία και αρρώστια».

Στην αναδυόμενη κοινωνία και οικονομία της γνώσης, το κρίσιμο στοιχείο είναι ότι η νέα, βασισμένη στη γνώση, οικονομία θα είναι η βάση μιας κοινωνίας στηριγμένης στη γνώση και είναι ουσιαστικό σε αυτό το σημείο να αποφύγουμε τη διαίρεση της κοινωνίας σε αυτούς οι οποίοι δεν έχουν και αυτούς οι οποίοι έχουν πρόσβαση και καταλαβαίνουν την επιστημονική γνώση και στον τομέα της υγείας και ποιότητας ζωής.

Όμως, το 2003 είχαν ήδη σχεδόν επιβεβαιωθεί βασικές υποθέσεις παλαιότερων σεναρίων, (ΓΓΕΤ, 1994) –που είχαν γίνει σε περιβάλλον οικονομικής κρίσης των αρχών

του '90 στη χώρα– και υποστήριζαν ότι οι σημαντικές δυνατότητες πρόβλεψης, πρόληψης και θεραπείας που θα προκύψουν από τις νέες τεχνολογίες θα αντιμετωπιστούν, στη χώρα μας, μέσα από το πρίσμα του «θεραπευτικού παραδείγματος στην ιατρική». Οι καινοτομίες και δυνατότητες που αφορούν την οργάνωση και τον τρόπο παροχής υπηρεσιών υγείας δεν υιοθετούνται ή εφαρμόζονται με δυσκολία και με αποσπασματικό τρόπο.

Στο πλαίσιο εκείνης της μελέτης είχαν επίσης αναπτυχθεί :

- Το «σενάριο στασιμότητας-διαγνωστικές τεχνολογίες» με αναφορά στην τάση για τις επενδύσεις ολοκλήρωσης του περιφερειακού ιστού παροχής υπηρεσιών υγείας γίνεται στα πρότυπα των προηγούμενων δεκαετιών και οδηγούν σε αύξηση της κατανάλωσης και του κόστους των υπηρεσιών. Το μοντέλο υπερκατανάλωσης φαρμάκων των προηγούμενων δεκαετιών επαναλαμβάνεται με την υπερκατανάλωση διαγνωστικών τεχνολογιών για τους ασθενείς.

- Το «σενάριο ανάπτυξης/νέες ειδικές θεραπείες» με αναφορά στους αυξανόμενους ρυθμούς οικονομικής ανάπτυξης παρακολουθούν και οι δαπάνες για την υγεία και σταθεροποιούνται ως οι υψηλότερες σε ποσοστό του ΑΕΠ από τις υπόλοιπες χώρες της Ε.Ε. Η περιφερειακή ανάπτυξη του συστήματος παροχής υπηρεσιών συμπληρώνεται με δημιουργία υπερειδικευμένων κέντρων για ειδικές θεραπείες με βάση τις νέες τεχνολογίες (γονιδιακή θεραπεία, μεταμοσχεύσεις, νέα διαγνωστικά μηχανήματα).

- Το σενάριο «κρίσης/τεχνολογίες για τον πληθυσμό» όπου γίνεται αναφορά στην υπόθεση διακοπής των επενδυτικών προγραμμάτων του Υπ.Υ.Π.Κ.Α μειώνει δραστικά τη προμήθεια εξειδικευμένων μηχανημάτων ενώ ταυτόχρονα μειώνονται δραστικά οι χρηματοδοτήσεις για ακριβές εξετάσεις με χρήση μέσων υψηλής τεχνολογίας. Πριμοδοτούνται σε ένα βαθμό νέες φθηνές τεχνολογίες, αποδεδειγμένης αποτελεσματικότητας. Λόγω της οικονομικής αδυναμίας εισαγωγής νέων ακριβών τεχνολογιών επανακτούν τη σημασία τους οι κλασσικές και αποδεδειγμένα αποτελεσματικές μέθοδοι ιατρικής παρέμβασης όπως το πλήρες ιστορικό, η συμπαράσταση και φροντίδα, η αλλαγή συμπεριφοράς κλπ.

Έτσι με βάση εκείνα τα σενάρια και την εφαρμογή της μεθόδου Delphi, είχε προσδιοριστεί ένα σύνολο προκλήσεων στο πεδίο της υγείας – τεχνολογίας αλλά και προκλήσεων και κινδύνων για σφάλματα όπως η επιλογή «θεραπευτικής» έναντι προληπτικής κατεύθυνσης και έμφασης σε δομές πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Σε παράλειψη της έγκαιρης αντιμετώπισης των προβλημάτων οργάνωσης, κόστους και ποιότητας των υπηρεσιών αλλά και των μεταβολών στα πρωτόκολλα θεραπείας, τις δομές και τον τρόπο λειτουργίας των μονάδων. Και επίσης στην υποτίμηση του ζητήματος ότι η τεχνολογική στρατηγική στο

μέλλον θα αφορά στην επιλογή του βέλτιστου μίγματος και του ελέγχου των τεχνολογιών σε συνδυασμό με τις επιλογές της συνολικής πολιτικής για την υγεία.

Ως πιθανά σφάλματα στην επιλογή τεχνολογικού μίγματος θεωρήθηκαν:

Η priμοδότηση ενός μίγματος τεχνολογιών θεραπευτικής κατεύθυνσης ενώ οι τάσεις στην ιατρική και τα συστήματα υγείας είναι σε προληπτική κατεύθυνση. Ακόμη, η προώθηση μεγάλων ιατροτεχνολογικών συστημάτων (PET, MRI κ.α.) ενώ η κατεύθυνση των συστημάτων υγείας είναι προς αποκέντρωση, ευελιξία και κοινή χρήση τέτοιων τεχνολογιών.

Επίσης, priμοδότηση μίγματος τεχνολογιών τύπου «παρέμβασης» ή «πληροφορίας» για τον ασθενή ενώ αυξάνεται η σημασία και αποτελεσματικότητα των επιδημιολογικών αποτελεσμάτων για τον πληθυσμό.

Εκτιμήθηκε, τέλος, ότι οι καινοτομίες που αφορούν σημαντικές μεταβολές στον τρόπο παροχής υπηρεσιών, δεν υιοθετούνται ή προωθούνται με μεγάλες δυσκολίες όπως πληροφορική, ηλεκτρονικός ιατρικός φάκελος ασφαλισμένου, ασθενούς ή περιστατικού.

Συνεπώς η ανάπτυξη των σεναρίων για το 2021 στηριζόταν ήδη στο προηγούμενο υπόβαθρο.

Τα ακόλουθα σενάρια για την ποιότητα ζωής και την υγεία το 2021 είναι κάποιες από τις πιθανές εξελίξεις και αποτελούν εργαλείο ανάλυσης για τη διαμόρφωση προτεραιοτήτων ή στόχων καθώς και πλαίσιο για την ανάπτυξη στρατηγικών.

Σε αντίθεση με την ανάλυση άλλων κλάδων όπου επελέγη η ανάπτυξη περισσότερων σεναρίων (3 ή 4), στην περίπτωση της υγείας η επιλογή δύο μόνον σεναρίων αντανακλά τη σαφή εκτίμηση (το 2002-3) για την επικράτηση των ήδη υπάρχουσών τάσεων και επιλογών οι οποίες (αν συνεχίζονταν), πράγμα ιδιαίτερα πιθανό, θα οδηγούσαν, σε σοβαρές περιπλοκές και άρα αυτές έπρεπε να διερευνηθούν ιδιαίτερα. Η επιλογή ενός μόνον εναλλακτικού σεναρίου αντανakλούσε τόσο τις διεθνείς τάσεις στις επιλογές των προηγμένων χωρών για την υγεία, όσο, και την ανάγκη αλλαγής «παραδείγματος» και την επεξεργασία των στοιχείων του.

ΣΧΕΔΙΟ ΤΟΥ ΣΕΝΑΡΙΟΥ 1 (2021)

Σενάριο «μη παρέμβασης». Συνέχιση της λογικής του παρελθόντος

Το κείμενο του σεναρίου, περίληψη του οποίου παρουσιάζεται στη συνέχεια, έχει προκύψει από τη θεωρητική υπόθεση ότι η λογική υιοθέτησης και ποιών τεχνολογιών, μοιάζει με αυτή που παρατηρούμε σήμερα. Το ίδιο ισχύει και για τη δομή, τις λειτουργίες και τα χαρακτηριστικά του συστήματος προσφοράς και ζήτησης υπηρεσιών και την ποιότητα ζωής. Επίσης έχει υποτεθεί ότι οι παρατηρούμε-

νες τάσεις του κοινωνικοοικονομικού περιβάλλοντος όπως παρατηρούνται σήμερα δεν αλλάζουν.

Οι μακροχρόνιες τάσεις αρνητικών αλληλεπιδράσεων στο πλέγμα των δημογραφικών, κοινωνικών και οικονομικών παραγόντων έχουν δημιουργήσει ένα περιβάλλον αβεβαιότητας και μάλλον οριακής συνοχής, κοινωνία των 2/3 στη χώρα.

Το χαμηλό επίπεδο ποιότητας ζωής των πολιτών, των ευπαθών ομάδων του πληθυσμού και των ασθενών οδηγεί σε αλματώδη αύξηση των περιστατικών, τα οποία –ανεξαρτήτως βαρύτητας– συνωστίζονται στις νοσοκομειακές μονάδες λόγω έλλειψης πρωτοβάθμιας περίθαλψης.

Υπ' αυτό το πρίσμα αγνοείται εντελώς ο έλεγχος καταλληλότητας και ποιότητας παροχής υπηρεσιών συνολικά από το σύστημα υγείας-πρόνοιας, καθώς επίσης και η αναζήτηση αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας στη διάρθρωση και λειτουργία του συστήματος.

Η εξέλιξη προς μια κοινωνία της γνώσης στους τομείς της ποιότητας ζωής και υγείας αντιμετωπίζει εμπόδια. Τα θέματα αυτά θεωρούνται από το κοινό ως προβλήματα όπου απαιτείται κλινική ιατρική παρέμβαση με χρήση των πλέον προηγμένων –ακόμη και μη αξιολογημένων– τεχνολογιών για τους ασθενείς. Λειτουργεί σημαντική ασυμμετρία στην πληροφορία (information asymmetry) σχετικά με την αξία, την καταλληλότητα και την αποτελεσματικότητα των ιατρικών παρεμβάσεων.

Η καινοτομία γίνεται αποδεκτή είτε ως ύστατη λύση και με μεγάλη δυσκολία (σε επίπεδο οργανισμών) είτε ως φαινόμενο μόδας που πρέπει να ακολουθηθεί (σε επίπεδο προϊόντων, ιδιαίτερα ιατροτεχνολογικών, και υπηρεσιών).

Η χαμηλή ανταγωνιστικότητα, κυρίως ως προς την ποιότητα των υπηρεσιών, του συστήματος στο ενιαίο ευρωπαϊκό περιβάλλον δημιουργεί εμπόδια και σε άλλους τομείς της οικονομικής δραστηριότητας (πχ. τουρισμός).

Ένα νέο «παράδειγμα» για την ποιότητα ζωής και την υγεία γίνεται καταφανώς αναγκαίο.

ΣΧΕΔΙΟ ΤΟΥ ΣΕΝΑΡΙΟΥ 2 (2021)

Αναδιάρθρωση του συστήματος Υγείας και Πρόνοιας και ανάδειξης της ποιότητας ζωής σε κρίσιμη προτεραιότητα για την κοινωνία

Η λογική υιοθέτησης ή όχι και ποιών τεχνολογιών δεν μοιάζει με αυτή που παρατηρούμε σήμερα στη χώρα μας αλλά υπάρχει προσαρμογή στις αναδυόμενες, διεθνώς, τάσεις. Το ίδιο ισχύει και για τη δομή, τις λειτουργίες και τα χαρακτηριστικά του συστήματος προσφοράς και ζήτησης υπηρεσιών και ποιότητας ζωής. Επίσης έχει υποτεθεί ότι οι παρατηρούμενες τάσεις του κοινωνικοοικονομικού περιβάλλοντος όπως παρατηρούνται σήμερα μεταβάλλονται σημαντικά.

Το κοινωνικοοικονομικό περιβάλλον.

Βασικά χαρακτηριστικά

Οι μακροχρόνιες τάσεις αρνητικών αλληλεπιδράσεων στο πλέγμα των δημογραφικών, κοινωνικών και οικονομικών παραγόντων έχουν αντιμετωπιστεί με καίριους και συντονισμένους τρόπους ταυτόχρονα σε όλους τους τομείς και για μεγάλο χρονικό διάστημα (2005-2015). Δομικά χαρακτηριστικά είναι :

Κοινωνία με μεγάλο ποσοστό ηλικιωμένων οι οποίοι παραμένουν ενεργοί (και οικονομικά) στην κοινωνία με ικανοποιητικό επίπεδο υγείας και ποιότητα ζωής. Καλύπτουν τις ανάγκες των «παλαιών» επαγγελματιών. Πολλοί από αυτούς αναπτύσσουν σημαντική και πολύπλευρη δημιουργικότητα στην περιφέρεια. Οι νεότερες ηλικίες έχουν προσανατολιστεί πλήρως στην κοινωνία και οικονομία της γνώσης και της επιχειρηματικότητας.

Η μακροχρόνια οικονομική δυσπραγία, αντιμετωπίστηκε με σημαντικές αναδιαρθρώσεις στους τομείς της οικονομίας και της διοίκησης, μέσα σε συγκρουσιακές συνθήκες και με αντιδράσεις από επαγγελματικές ή άλλες ομάδες συμφερόντων. Μικρό ποσοστό οικονομικά ενεργού πληθυσμού δεν έχει ενσωματωθεί πλήρως στην ενιαία ευρωπαϊκή οικονομία και κοινωνία της έρευνας, τεχνολογίας, καινοτομίας και γνώσης. Η χώρα έχει πλήρως ενσωματωθεί στον πυρήνα της ΕΕ και έχει αναπτύξει παγκόσμια πρωτοποριακές δραστηριότητες σε τομείς όπου διαθέτει συγκριτικό πλεονέκτημα. (πολιτισμός, τουρισμός, ναυτιλία, αγροτική παραγωγή (με έμφαση σε παραδοσιακές ποικιλίες ποιότητες και παραγωγή), περιβάλλον, έρευνα, τεχνολογία και καινοτομίες σε ειδικούς τομείς).

Ποιότητα παροχής υπηρεσιών συνολικά από το σύστημα υγείας – πρόνοιας

Η ευθύνη του συστήματος περίθαλψης και των μονάδων του, αφορά το σύνολο του πληθυσμού και έχει στόχο τη διατήρηση και προώθηση της υγείας του. Στο στόχο αυτό συντονίζονται και σειρά άλλων τομέων της οικονομικής και κοινωνικής ζωής (πχ παραγωγή τροφίμων, ποιότητα φυσικού και δομημένου περιβάλλοντος, εκπαίδευση κ.ά.) Οι κύριες δομές παροχής περίθαλψης έχουν ως βάση τον οικογενειακό ιατρό και συμπληρώνονται οργανικά από αυτές της κοινοτικής περίθαλψης και της κατ' οίκον περίθαλψης με εκτεταμένες δυνατότητες που προκύπτουν από τις νέες τεχνολογίες και υποκαθιστούν σε σημαντικό βαθμό την ανάγκη για «βαριές» δομές όπως το νοσοκομείο.

Έχει θεσμοθετηθεί και λειτουργεί ουσιαστικά η συμμετοχή των (ενημερωμένων) πολιτών στις αποφάσεις για τις ανάγκες και την ποιότητα της περίθαλψης. Ουσιαστικό βάρος δίνεται στο στρατηγικό σχεδιασμό του συστήματος. Τα όρια ιδιωτικού δημοσίου γίνονται δυσδιάκριτα, προέχουν τα standards στην ποιότητα των ιατρικών και των άλλων υπηρεσιών καθώς και τα αποτελέσματα (outcomes)

των παρεμβάσεων σε ευρύτερη χρονική διάρκεια, στοιχείο από τα οποία καθορίζεται η τιμή των υπηρεσιών. Η αξιολόγηση σε όλα τα επίπεδα αποτελεί συστατικό στοιχείο του συστήματος.

Η διάρθρωση του συστήματος περίθαλψης έχει αλλάξει ριζικά και τα κύρια στοιχεία είναι: πρωτοβάθμια περίθαλψη, πρόληψη, ολοκληρωμένες ιατρικές και άλλες σχετικές υπηρεσίες (κοινωνικές κλπ), πολυκλαδικές ομάδες παροχής περίθαλψης, η συνέχεια στην περίθαλψη, υψηλή τεχνολογία για τον ασθενή όπου αυτό χρειάζεται, υψηλή τεχνολογία στις υποδομές (τηλεϊατρική, επείγουσα περίθαλψη, κλπ) για τον πληθυσμό. Σημαντικό βάρος δίνεται στην παροχή ολοκληρωμένων υπηρεσιών στον πληθυσμό και τις ευπαθείς ομάδες. Δημιουργούνται νέα οργανωσιακά συστήματα σε αντικατάσταση των παλαιών μέσα από συγκρούσεις και μεταβολές στους συσχετισμούς δύναμης στη λήψη αποφάσεων για τον προσανατολισμό και τις προτεραιότητες του συστήματος περίθαλψης. Έχουν δημιουργηθεί δομές αξιολόγησης και αποτίμησης των τεχνολογιών για την περίθαλψη. Θεσμοθετημένη αντίσταση στην οριακή ιατρική και τις μη αποτελεσματικές ιατρικές παρεμβάσεις.

Τα νοσοκομεία αποτελούν έναν από τους κρίκους του συστήματος και λειτουργούν σε συνεργασία και συντονισμό με τις άλλες μονάδες παροχής περίθαλψης. Εξαρτώνται από τις άλλες μονάδες και αναπτύσσουν μόνο δευτεροβάθμιες και τριτοβάθμιες λειτουργίες σε συμφωνία και συνεργασία με τις μη νοσοκομειακές μονάδες και τους φορείς του πληθυσμού αναφοράς.

Αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα στη διάρθρωση και λειτουργία του συστήματος, απόκριση στις ανάγκες και απαιτήσεις

Η Αξιολόγηση και αποτίμηση/στάθμιση των υπηρεσιών περίθαλψης και των τεχνολογιών, είναι δομικό στοιχείο του συστήματος.

Δια βίου και έγκαιρη, ολοκληρωμένη και συνεχής παρακολούθηση της υγείας των πολιτών, μεγιστοποίηση του χρόνου που τα άτομα ζουν με υγεία και πλήρη δραστηριότητα, βέλτιστη διαχείριση των χρόνιων περιστατικών. Το μεγαλύτερο μέρος παρέχεται σε μονάδες πρωτοβάθμιας περίθαλψης με ενσωματωμένες τις δυνατότητες που παρέχονται από τις νέες τεχνολογίες.

Έχουν μειωθεί σημαντικά οι άσκοπες δαπάνες για αναποτελεσματικές θεραπείες και εξετάσεις καθώς και για αναποτελεσματικές ή μη αποδοτικές δομές περίθαλψης κ.ά.

Την ευθύνη για την διακίνηση στο σύστημα και τις προδιαγραφές των απαιτούμενων υπηρεσιών από τις άλλες βαθμίδες έχει η μονάδα της πρωτοβάθμιας περίθαλψης.

Γίνεται επιλογή και χρήση τεχνολογιών πρόληψης και παρακολούθησης της υγείας. Με τις νέες τεχνολογίες, σημαντικός αριθμός ιατροχειρουργικών πράξεων γίνεται από

φορείς πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Η διαδικασία λήψης αποφάσεων για την πολιτική υγείας περιλαμβάνει πλέον δομές (μακροχρόνιου) στρατηγικού σχεδιασμού οι οποίες βασίζονται συστηματικά στα αποτελέσματα επιδημιολογικών μελετών, προγραμμάτων screening, αξιολογήσεων και αποτιμήσεων/σταθμίσεων των τεχνολογιών και των δομών παροχής περίθαλψης καθώς και των ευρωπαϊκών και άλλων διεθνών τάσεων και αποτελεσμάτων έρευνας και επίσης κατευθύνσεων σε θέματα προώθησης της υγείας, και οργάνωσης του συστήματος. Σαν αποτέλεσμα, εκτός των άλλων έχουν επιτευχθεί σημαντικές οικονομίες κλίμακας (economies of scale) και εύρους (economies of scope) των παρεχομένων υπηρεσιών. Έχει ολοκληρωθεί ο εξορθολογισμός και η διαφάνεια στις ροές των χρηματοοικονομικών πόρων (ασφαλισμένοι - ταμεία - κρατικός προϋπολογισμός - σύστημα περίθαλψης).

Στο πλαίσιο αυτό έχει ολοκληρωθεί ο διαχωρισμός προμηθευτών, δηλαδή ασφαλιστικών ταμείων από τη μια πλευρά και παροχών υπηρεσιών περίθαλψης δηλαδή ιατρών, νοσοκομείων κ.ά. ενώ έχει υλοποιηθεί σύστημα αμοιβών σε κατά κεφαλή βάση (capitation), δηλαδή οι αμοιβές προσδιορίζονται με βάση τον ασφαλισμένο και όχι τον αριθμό των επισκέψεων, τουλάχιστον σε επίπεδο οικογενειακού ιατρού και πρωτοβάθμιας περίθαλψης.

Η παροχή υπηρεσιών δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας περίθαλψης διέπεται από μεσομακροχρόνιες συμβάσεις ανάμεσα στους προμηθευτές (ασφαλιστικά ταμεία) και τα νοσοκομεία (παροχείς). Οι λειτουργίες του συντονισμού (coordination) της παρακολούθησης (monitoring), της αξιολόγησης (evaluation), της διαφάνειας και της ευθύνης/λογοδοσίας (accountability) είναι ενσωματωμένες στο όλο σύστημα. Λειτουργεί ο ανταγωνισμός στη βάση κανόνων, προδιαγραφών, απαιτήσεων και αποτελεσμάτων.

Επίπεδο ποιότητας ζωής των πολιτών, των ευπαθών ομάδων του πληθυσμού και των ασθενών

Η νέα δομή του συστήματος περίθαλψης είναι προσαρμοσμένη στο στόχο διατήρησης και ανάπτυξης της ποιότητας ζωής με την ευρύτερη (ολιστική) έννοια του όρου.

Σημαντικά προβλήματα της ποιότητας ζωής έχουν επιλυθεί και οι αρνητικές τάσεις έχουν περιοριστεί. Η σχέση φυσικού και δομημένου περιβάλλοντος έχει βελτιωθεί μέσα από την αναγνώριση από την κοινωνία της σημασίας και αξίας διατήρησης και ανάπτυξης του φυσικού περιβάλλοντος. Η περιφέρεια έχει αποκτήσει νέα δυναμική και ρόλο καθώς οι τάσεις αποπληθυσμού έχουν αναστραφεί. Η νέα δυναμική ήπιας ανάπτυξης με βάση το περιβάλλον και τις φιλικές προς αυτό τεχνολογίες έχει δημιουργήσει κοινωνικά πρότυπα και σχέσεις που απομακρύνονται από αυτά των μεγάλων πόλεων όπως αυτά λειτούργησαν τις τελευταίες δεκαετίες του 20ού αιώνα.

Η συνολική βελτίωση της ποιότητας ζωής επιδρά σημαντικά στη μείωση της νοσηρότητας και στη μεγαλύτερη διάρκεια της υγιούς ζωής των πολιτών.

«Επιστροφή» του μεσογειακού τρόπου ζωής.

Ανάπτυξη της κοινωνίας της γνώσης στους τομείς που εξετάζονται

Η κοινωνία της γνώσης έχει αποκτήσει στέρεες βάσεις και αποτελεί κύριο χαρακτηριστικό της κοινωνικής λειτουργίας. Πλευρές που αφορούν τη γνώση για τις θετικές επιπτώσεις υγιεινού τρόπου διαβίωσης έχουν εμπεδωθεί. Ταυτόχρονα σημαντικό μέρος του γενικού πληθυσμού είναι σε θέση να υλοποιεί λειτουργίες «αυτοϊασης» και να κατανοεί και να συνεργάζεται με τις υπηρεσίες περίθαλψης σε σημαντικές πλευρές πρόληψης, διάγνωσης, θεραπείας και αποκατάστασης κ.ά. όσον αφορά τη διατήρηση της υγείας του και της ποιότητας ζωής του. Η χρήση ηλεκτρονικών μέσων και ηλεκτρονικού φακέλου υγείας για κάθε πολίτη είναι κοινός τόπος.

Στάση απέναντι σε καινοτομικά πρότυπα στην προσφορά και ζήτηση υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας

Η οργανωσιακή και τεχνολογική καινοτομία αποτελεί αναπόσπαστο τμήμα και λειτουργία του συστήματος περίθαλψης. Το «εγχώριο» δυναμικό παραγωγής καινοτομικών προϊόντων και υπηρεσιών έχει ενταχθεί οργανικά στο ευρωπαϊκό σύστημα καινοτομίας.

Η ανταγωνιστικότητα του συστήματος στο ενιαίο ευρωπαϊκό περιβάλλον

Ειδικά κέντρα προώθησης της υγείας, της υγιεινής διαβίωσης και της εκπαίδευσης (υγεία - τουρισμός - πολιτισμός) έχουν δημιουργηθεί σε πολλές περιοχές της χώρας και τείνουν να δημιουργήσουν αυτόνομο οικονομικό κλάδο με διεθνή φήμη. Ειδικοί χώροι όπου υπάρχει συγκεντρωμένη υψηλή τεχνολογία παρέχουν υπηρεσίες και ενημέρωση στον πληθυσμό (πχ Ασκληπιακά Πάρκα).

Ειδικά κέντρα υψηλής τεχνολογίας για θεραπεία και αποκατάσταση λειτουργούν σε μεγάλες εκτάσεις απομακρυσμένων περιοχών όπου έχει διατηρηθεί το φυσικό και δομημένο περιβάλλον. Προσφέρουν υψηλού επιπέδου συνολικές υπηρεσίες υγείας και διαβίωσης και είναι οργανικά συνδεδεμένες με την ευρωπαϊκή και παγκόσμια έρευνα τεχνολογία και καινοτομία. Απευθύνονται σε ευρωπαϊκή και παγκόσμια πελατεία υψηλού εισοδήματος.

Στο πλαίσιο αυτών των αλλαγών διαμορφώνονται οι τεχνολογικές δυνατότητες με ειδική αντιμετώπιση για τρεις «κατηγορίες» πολιτών :

Ι. Γενικός Πληθυσμός

Κάθε πολίτης θα έχει μία ενσωματωμένη στο δέρμα του ταυτότητα (RFID chip) με παγκόσμια μοναδικό αριθμό, που θα αντιστοιχεί σε ένα μοναδικό φάκελο –ταυτότητα ασθεν-

νούς (και πολιτικής ταυτότητας, πιστοποιητικά γέννησης γάμου, ποινικά μητρώα κλπ). Στον φάκελο αυτόν, θα υπάρχει το γενετικό του υλικό και η σύνδεση με τους αντίστοιχους φακέλους των γονέων του για κληρονομική συσχέτιση, αυτά δημιουργούνται αμέσως σχεδόν μετά την γέννηση.

Αυτό καταργεί τα διαβατήρια και τα πιστοποιητικά κλπ. Στα αεροδρόμια π.χ., συνδεδεμένα συστήματα σε παγκόσμιο ιστό αναγνωρίζουν την ταυτότητα από τον αριθμό. Η ταυτότητα είναι και κάρτα για τις τράπεζες, συνδέουν λογαριασμό με τον αριθμό και με PIN κωδικό και τα ΑΤΜ αναγνωρίζουν την εμφυτεύσιμη ταυτότητα βάζοντας απλά το χέρι πάνω στο μηχανήμα. Ο αριθμός θα λειτουργεί σαν index για διάφορες λίστες που δεν είναι αναγκαίο να βρίσκονται σε ένα τόπο. Το κλειδί για συσχέτιση των λιστών μπορεί νομικά να χρειάζεται δικαστική ή εισαγγελική απόφαση.

Στον φάκελο θα καταγράφονται οι διαγνώσεις και αποφάσεις των ιατρών οι οποίοι θα ελέγχονται από τα αποτελέσματα. Αν κάποιος ιατρός κάνει συνεχώς λάθη, το σύστημα αυτόματα θα το επισημαίνει και θα πρέπει να αποσύρεται ή να επανεκπαιδεύεται (ιατρικό point system).

Σε χώρους κοινής ωφελείας θα υπάρχουν αυτόματα διαγνωστικά μηχανήματα σαν τα ΑΤΜ, που θα κάνουν ανάλυση αίματος από σταγόνα δακτύλου και θα ενημερώνουν τον ασθενή αργότερα με το συνδεδεμένο με τον αριθμό/ταυτότητά του κινητό τηλέφωνο με μήνυμα ή σελίδα wap. Με τον τρόπο αυτό γίνεται screening του πληθυσμού για πρόληψη.

2. Ευπαθής πληθυσμός (at risk)

Οι άνθρωποι με γενετική-κληρονομική προδιάθεση, η χρόνια πάθηση, οι ηλικιωμένοι και ανήμποροι, θα έχουν επάνω τους εξαιρετικά μικρό και μη εμφανές σύστημα τηλεϊατρικής που θα παρακολουθεί βασικές παραμέτρους όπως Αρρυθμίες, Οξυγόνο, διοξείδιο, διτανθρακικά, γλυκόζη, και πιθανόν Κ,Να,Cl, κλπ. η και ισχαιμίες, πρόληψη εγκεφαλικού κλπ. στο άμεσο μέλλον.

Το μετρητικό σύστημα στέλνει τα δεδομένα μέσω GPRS / UMTS κινητού σε server όπου θα λαμβάνονται αποφάσεις με συνεργασία του προσωπικού ιατρού και ιατρού βάρδιας, για κλήση προς εξέταση, - άμεση θεραπευτική αγωγή π.χ. χαπάκι, - μεταφορά σε Νοσοκομείο.

Κατά την μεταφορά του, τα μετρημένα στοιχεία εμπλουτίζονται με μετρήσεις στο ασθενοφόρο, και μεταφέρονται όλα μαζί στο νοσοκομείο όπου ρυθμίζεται η υποδοχή του ασθενούς αναλόγως. Αντίγραφο ενεργειών υπάρχει στο χειρουργείο και στην μονάδα εντατικής, tabloid τερματικό στα χέρια του ιατρού εμφανίζει αυτόματα την σελίδα του ασθενούς όσο πλησιάζει στο κρεβάτι μέσω ενδοноσοκομειακής τηλεμετρίας.

Το σύστημα αυτό το σχεδιάζεται σήμερα στην Ελλάδα, με πιθανή τοποθέτηση στην διεθνή και εγχώρια αγορά το

2007. Το κινητό προσωπικό βιοχημικό εργαστήριο είναι επίσης εφικτό, και δίνει αναλύσεις αίματος σε πραγματικό χρόνο, του οποίου τα αποτελέσματα αποστέλλονται με την ίδια παραπάνω οδό.

3. Οι ασθενείς

Το παραπάνω σύστημα τηλεϊατρικής θα χρησιμοποιείται σε ασθενείς στο Νοσοκομείο ή στο σπίτι, όπου η κατ' οίκον νοσηλεία εξ αιτίας αυτού, εξαπλώνεται ταχύτατα. Μόνο βαριά περιστατικά και αρχικές μετεγχειρητικές καταστάσεις παραμένουν στο Νοσοκομείο. Την κατ' οίκον Νοσηλεία αναλαμβάνουν ιδιωτικές εταιρείες και θυγατρικές των Νοσοκομείων που με αυτόν τον τρόπο μειώνουν το κόστος θεραπείας κάτω από την πίεση ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιρειών και δημόσιων οργανισμών με αποτελεσματική (efficient) λειτουργία. Τα νοσοκομεία μειώνουν τον αριθμό των κλινών τους. Τα εμφυτεύσιμα μηχανήματα παρακολουθούν και θεραπεύουν συνδεδεμένα με σύστημα τηλεϊατρικής παρακολούθησης. Ανάλογα με την γενετική – κληρονομική προδιάθεση, φοριέται το ανάλογο διαγνωστικό μηχανήμα εξωσωματικά ή εμφυτεύσιμα.

Πολλές σημερινές χρόνιες ή θανατηφόρες ασθένειες έχουν θεραπευτική αγωγή με φάρμακα νέας τεχνολογίας και νέα μηχανήματα, ενώ άλλες εμφανίζονται, επίσης λόγω αύξησης της ηλικίας του πληθυσμού, όπως ο διαβήτης, ο προστάτης και άγνωστες σήμερα, με πιθανή εμφάνιση τρομοκρατικών παρασκευασμάτων – ιών γενετικά κατασκευασμένων.

Μαθηματικά μοντέλα επεξεργάζονται συνεχώς την πληροφορία που έχει καταγραφεί και παράγουν αποτελέσματα για το επίπεδο υγείας ή επικινδυνότητας στην κατάσταση του ασθενούς, των υγειών ατόμων, των ευπαθών ατόμων, ομάδων ασθενών ή ομάδων πληθυσμού. Μέσω των αποτελεσμάτων αυτών αξιολογείται ταυτόχρονα και η ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών ανά μονάδα περίθαλψης, πρόγραμμα ή μέτρου πολιτικής.

Πολλές ασθένειες αποφεύγονται ή καθυστερείται σημαντικά η εκδήλωσή τους με σωστή προληπτική αντιμετώπιση.

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΕΣ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ

Για την υλοποίηση των όποιων αναλυτικών στρατηγικών φαίνεται απαραίτητο προηγουμένως να γίνουν τα ακόλουθα :

- Δημιουργία δομών στρατηγικού σχεδιασμού και οπτικής με χαρακτηριστικό τη μακρά διάρκεια και τα διαρθρωτικά προβλήματα όπως οι όροι λειτουργίας του ανταγωνισμού, ο ρόλος των μονάδων και το στρατηγικό πλαίσιο λειτουργίας τους.

- Επιλογή και προσδιορισμός της κατεύθυνσης και του κέντρου βάρους του συστήματος περίθαλψης

- Χρειάζεται να αναπτυχθούν οι τρόποι, οι δομές και οι λειτουργίες παρέμβασης στους προσδιοριστικούς παρά-

γοντες του επιπέδου υγείας του πληθυσμού και προσαρμογή του συστήματος περίθαλψης αντίστοιχα

- Χρειάζεται να προσδιοριστούν τα επίπεδα και τρόποι συντονισμού των στρατηγικών στο σύνολο των παραγόντων που διαμορφώνουν την ποιότητα ζωής των πολιτών όπως το περιβάλλον, η διατροφή, οι συνθήκες διαβίωσης κλπ.

- Δημιουργία δομών διασφάλισης ποιότητας στο σύνολο των λειτουργιών παροχής περίθαλψης

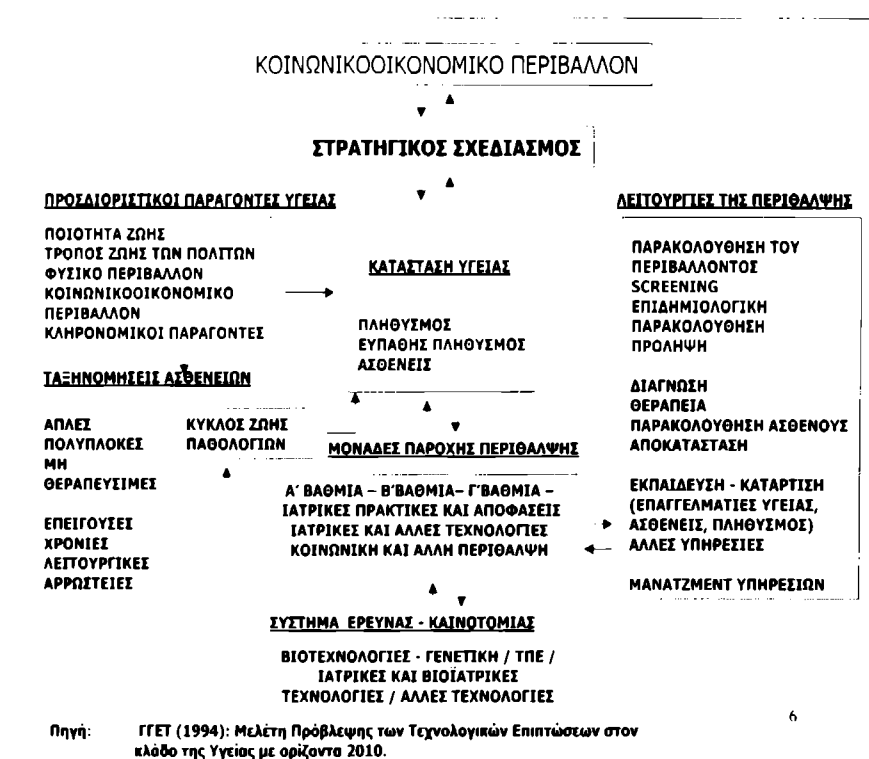
- Ανάπτυξη και χρήση τεχνολογιών που θα υλοποιούν με συνέπεια, συνάφεια και συνεκτικότητα τις παραπάνω επιλογές.

- Αφαίρεση των εμποδίων στην υιοθέτηση τεχνολογικών και οργανωσιακών καινοτομιών και προώθηση κινήτρων.

- Δημιουργία λειτουργιών, σε υφιστάμενες δομές, για εκπαίδευση του πληθυσμού και των επαγγελματιών σε θέματα ποιότητας ζωής και υγείας.

- Σχέδιο για την κοινωνία της γνώσης στο συγκεκριμένο τομέα.

Ένα σύστημα στρατηγικού σχεδιασμού



Πλαίσια στρατηγικών αποφάσεων στο πλέγμα: υγεία – τεχνολογία

Ανάλογα με το κάθε σενάριο η στρατηγική υγείας – τεχνολογίας προσανατολίζεται : στην περίπτωση του πρώτου σεναρίου (συνέχιση των υπάρχουσών τάσεων) να δρα με ελάχιστο ή κανένα συντονισμό μεταξύ των σχετικών με το σύστημα φορέων (Πλαίσιο 1&2). Στην περίπτωση του δευτέρου σεναρίου η στρατηγική υλοποιείται σε συνεργασία με τους άλλους φορείς και τείνει να παρακολουθήσει τις διεθνείς εξελίξεις θέτοντας περιορισμένους ή ευρύτερους στόχους σε συνάφεια με τις μεταβολές που περιγράφει το σενάριο. (Πλαίσιο 2&3).

Πλαίσιο 1. (συνάφεια με το σενάριο 1)

Δεν υπάρχει συγκεκριασμός στόχων, μέσων και πολιτικών ανάμεσα στο σύστημα υγείας και ποιότητας ζωής και το σύστημα Έρευνας και Τεχνολογικής Ανάπτυξης (Ε&ΤΑ). Η φιλοσοφία κατανομής των συνολικών πόρων και της διάρθρωσής τους μεταβάλλεται ανάλογα με τη συγκυρία. Αδυναμία μακροχρόνιας δέσμευσης και διαμόρφωσης στρατηγικής (με την έννοια της μακράς διάρκειας δέσμευσης και ολοκληρωμένου σχεδίου).

Πλαίσιο 2. (συνάφεια με το σενάριο 1)

Η τεχνολογική στρατηγική προσανατολίζεται να διαδραματίσει συγκεκριμένο ρόλο σε τομείς που τοποθετούνται κοντά στο τεχνολογικό όριο ή κινούνται στην κατεύθυνση αυτή, όπως :

- διαχείριση της χρηματοδότησης της έρευνας σε τομείς βασικής και κλινικής ιατρικής σε συγκεκριμένους τομείς, ανάλογα με τις προτεραιότητες της έρευνας των ιατρικών σχολών στους παραπάνω τομείς.

- προσανατολισμός σε τομείς βασικής έρευνας ή γενικά με αντικείμενα που όπως η γενομική (genomics), η «Regenerative medicine» κ.ά.

- προσανατολισμός σε προηγμένους τεχνολογικούς τομείς βιοϊατρικής τεχνολογίας, ρομποτικής ή τηλεϊατρικής με χρήση στην κλινική ιατρική και το νοσοκομείο.

- Ανάπτυξη δομής Τεχνολογικής Αποτίμησης (Technology Assessment – ΤΑ) με σκοπό την αποτίμηση/στάθμιση για συγκεκριμένες τεχνολογίες στα πλαίσια των παραπάνω επιλογών.

Οι επιλογές έχουν περισσότερο ad hoc χαρακτήρα και πρακτικά ενισχύουν συγκεκριμένους φορείς ή εργαστήρια σε ειδικούς τομείς με μεγάλο παγκόσμιο ανταγωνισμό σε όλη την αλυσίδα Ε&ΤΑ και καινοτομίας. Είναι τομείς υψηλής αβεβαιότητας με αμφίβολη αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα λόγω της ανυπαρξίας στη χώρα μας, κρίσιμης μάζας γνώσης και πόρων αλλά και λόγω της φύσης του αντικειμένου (πιθανά αποτελέσματα αναμένονται κοντά στο 2020 στις περισσότερες των περιπτώσεων).

Οι επιλογές στην κατεύθυνση αυτή, λόγω του υψηλού κόστους πρέπει να βασίζονται στην ΤΑ και την αξιολόγηση (τεχνολογική, οικονομική, στρατηγικού και ανταγωνιστικού δυναμικού καθώς και στρατηγικής θέσης) σχετικά με τις πραγματικές δυνατότητες των φορέων να εμπλακούν στον παγκόσμιο ανταγωνισμό. Επίσης πρέπει να βασίζονται στη δέσμευση (εάν μπορεί να υπάρξει τέτοια) του κράτους να χρηματοδοτήσει, σε μακρά διάρκεια το συγκεκριμένο εγχείρημα και να δεσμεύσει πόρους, μη ενισχύοντας πλέον άλλους τομείς. Η χρήση δομημένων εργαλείων ΤΑ και αξιολόγησης μακροπρόθεσμων σχεδίων Ε&ΤΑ είναι απαραίτητη εξ αιτίας της αβεβαιότητας που απορρέει από τη μη απόδειξη, τελικά, ότι πρόκειται για τεχνολογίες υψηλής

αξίας για την κοινωνία ή την έλλειψη δυνατοτήτων εκμετάλλευσης λόγω της δομής του παγκόσμιου ανταγωνισμού.

Πλαίσιο 3. (συνάφεια με το σενάριο 2)

Το πλέγμα E&TA, Τεχνολογικής Αποτίμησης/Στάθμισης, τους τομείς υγείας, συστήματος υγείας και περίθαλψης και ποιότητας ζωής αντιμετωπίζεται σαν ένα αλληλεπιδρών σύστημα. Υιοθετούνται πολυκλαδικές προσεγγίσεις μακράς διάρκειας με έμφαση στην τελική απόδοση των υποσυστημάτων και την υλοποίηση στόχων.

Διαμορφώνεται στρατηγική μακροχρόνιας δέσμευσης σε λίγους, συγκεκριμένους και συναφείς στόχους με ολοκληρωμένο σχέδιο. Κεντρικοί στόχοι του σχεδίου μπορεί να είναι η ανάπτυξη της έρευνας και των δομών Τεχνολογικής Αποτίμησης και Στάθμισης, η διάδοση των αποτελεσμάτων τους και η ουσιαστική ένταξη στο διεθνές δίκτυο TA (TA -τεχνολογικής αποτίμησης/στάθμισης). Η επιλογή αυτή αποτελεί ένα optimum με την έννοια ότι μπορεί να διασφαλιστεί η ροή γνώσης και εμπειρίας τόσο για ειδικές τεχνολογίες όσο και για τις στρατηγικές πλευρές τους και να ασκήσει επίδραση στις εγχώριες τεχνολογικές επιλογές στους τομείς υγείας και ποιότητας ζωής, δημιουργείται πλαίσιο για στρατηγικό σχεδιασμό. Εξασφαλίζονται μέσω των παραπάνω, διακλαδικές συνεργασίες, δημιουργείται η αναγκαία υποδομή και αποκτάται η γνώση και εμπειρία για ανάπτυξη ολοκληρωμένων συμβουλευτικών/υποβοηθητικών υπηρεσιών. Απώτερος στόχος είναι η δημιουργία, με τη βοήθεια των δομών και λειτουργιών της TA, clusters σε ορισμένους τομείς E&TA/προϊόντων, μεθόδων, υπηρεσιών, ικανών να αναπτυχθούν μέσω του ανταγωνισμού στις παγκόσμιες αγορές.

Ενισχύεται η εφαρμοσμένη και τεχνολογική έρευνα σε τομείς άμεσου αποτελέσματος όσον αφορά θέματα όπως η πρόσβαση στις υπηρεσίες, ο έλεγχος του κόστους, η αποδοτικότητα και η αποτελεσματικότητα. Περιλαμβάνονται, ταυτόχρονα και περιοχές έρευνας όπως το Μάνατζμεντ και οικονομικά της τεχνολογίας, της καινοτομίας και της υγείας και οι κοινωνικές διαστάσεις και επιπτώσεις των επιλογών, εμποδίων στην ανάπτυξη και διάδοση της τεχνολογίας. Με την επιλογή αυτή συγκροτείται ένας ενιαίος οργανισμός/υπηρεσία διαμόρφωσης και σε ορισμένο βαθμό υλοποίησης και συντονισμού στρατηγικών στους προαναφερόμενους τομείς.

Πλαίσιο 4. (συνάφεια με το σενάριο 2)

Το πλέγμα E&TA, Τεχνολογικής Αποτίμησης/Στάθμισης, οι τομείς υγείας, συστήματος υγείας και περίθαλψης και η ποιότητας ζωής αντιμετωπίζονται σαν ένα αλληλεπιδρών σύστημα. Υιοθετούνται πολυκλαδικές προσεγγίσεις μακράς διάρκειας με έμφαση στην τελική απόδοση των υποσυστημάτων και την υλοποίηση των γενικών στόχων. Οι διαρθρωτικές αλλαγές είναι το κρίσιμο μέσο, χωρίς το

οποίο δεν είναι δυνατή η υλοποίηση των στόχων. Στη λογική αυτή συγκλίνουν ή συμμετέχουν ενεργά όλοι οι αρμόδιοι φορείς.

Αναδιαρθρώνονται ουσιαστικά οι δομές της E&TA. Δημιουργείται ένας ενιαίος ερευνητικός πόλος ο οποίος περιλαμβάνει το σύνολο των δραστηριοτήτων E&TA, Τεχνολογικής Αποτίμησης/Στάθμισης στους τομείς υγείας, συστήματος υγείας και περίθαλψης καθώς και της ποιότητας ζωής. Σκοπός είναι η ολοκληρωμένη (integrated) και πολυκλαδική E&TA και η TA, ενώ περιλαμβάνεται το σύνολο των τομέων οι οποίοι σχετίζονται άμεσα με το παραπάνω πλέγμα συστημάτων.

Η παραπάνω δομή θα είναι προσανατολισμένη στην έρευνα και μελέτη για :

- Αναδιάρθρωση του συστήματος περίθαλψης της χώρας με κεντρικό άξονα την προώθηση της υγείας, την πρωτοβάθμια φροντίδα και την πρόληψη καθώς και τον εξορθολογισμό της δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας περίθαλψης. και τέλος την σύζευξη της κοινωνικής και άλλης φροντίδας με το όλο σύστημα.
- Τη μελέτη για έλεγχο των προσδιοριστικών παραγόντων του επιπέδου υγείας του πληθυσμού, τις παθολογίες, τον πληθυσμό, τον ευπαθή πληθυσμό και τους ασθενείς.
- Τις δομές και τις λειτουργίες των εμπλεκόμενων συστημάτων.
- Την ανάπτυξη στρατηγικών, τεχνογνωσίας και εφαρμογών στους τομείς της TA, του στρατηγικού σχεδιασμού και του μάνατζμεντ της έρευνας στους παραπάνω τομείς.

Προς μία σύνθεση των στρατηγικών επιλογών

Τα πλαίσια των παραπάνω στρατηγικών μπορούν να συγκλίνουν στις ακόλουθες κατευθύνσεις, με κριτήριο την ελαχιστοποίηση της αβεβαιότητας ως προς την αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα των επιλογών:

1. Έρευνα προσδιοριστικών παραγόντων της υγείας και επιδημιολογική έρευνα [από τη γενομική έρευνα μέχρι τον τρόπο ζωής - διαμόρφωση επιδημιολογικών προτύπων] και χρήση των αποτελεσμάτων στην αποτίμηση των αναγκών του πληθυσμού σε μεσομακροχρόνιο ορίζοντα. Ανάδειξη των παραγόντων κινδύνου, αλλά και των θετικών προτύπων.

2. Διατροφικό cluster με έρευνα του προτύπου της μεσογειακής διατροφής [από τη γενομική και την πρωτεϊνική λειτουργία και τον μεταβολισμό, μέχρι την παραγωγή τροφίμων και τις κλινικές παρεμβάσεις].

3. Αναδιοργάνωση δομών και υπηρεσιών υπό το πρίσμα των ευρωπαϊκών προτύπων και των επιδημιολογικών ευρημάτων.

4. Βελτιστοποίηση κλινικών και άλλων παρεμβάσεων και λειτουργιών σε συνάρτηση με την αναδιοργάνωση.

5. Προληπτικές παρεμβάσεις σε σύνολα πληθυσμού.

Συμπερασματικές επισημάνσεις

Από την προηγούμενη ανάλυση πρέπει να θεωρηθεί ότι τα σενάρια και οι στρατηγικές λειτουργούν ως ένας μηχανισμός στοχασμού και επισημάνσης κομβικών σημείων στις εξελίξεις ώστε να ληφθούν υπόψη στη διαδικασία λήψης αποφάσεων.

Παράλληλα μπορούν να αποτελέσουν ένα απόθεμα λύσεων για την «απόκριση» στην παρούσα κρίση η οποία ξέσπασε στην Ελλάδα το 2010.

Τα σενάρια «Δυο Ταχυτήτων» και «Αστάθειας ή Μείζονος Κινδύνου» για την Ελλάδα του 2021 αποτέλεσαν το γενικό υπόβαθρο επεξεργασίας ενός τέτοιου φαινομένου, ενώ στο σενάριο για «το Ανταγωνιστικό-Φιλελεύθερο μοντέλο» περιγράφεται ένας τρόπος προσέγγισης στην αντιμετώπιση της κρίσης.

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ

- 1 Γενική Γραμματεία Έρευνας & Τεχνολογίας(ΓΓΕΤ), (2004): Τεχνολογική Προοπτική Διερεύνηση (ΤΠΔ) για την Ελλάδα του 2021
- 2 ΓΓΕΤ (1994): Πρόβλεψη των Τεχνολογικών Επιπτώσεων στον κλάδο της Υγείας με ορίζοντα το 2010
- 3 Suhrcke, M., McKee, M., et al. (2005): The contribution of health to the economy in the European Union. Brussels: European Commission
- 4 U.S General Accounting Office: Cross Design Synthesis Report. GAO/PEMD – 92 – 18. Washington. 1992
- 5 OECD: Health Data. Version June 2010
- 6 OECD: Health Data. Version June 2010. (Η δημοσίευση για το σύστημα υγείας της χώρας μας περιλαμβάνει δεδομένα, αναφορικά με τις δαπάνες, έως το 2007).
- 7 Γενική Γραμματεία Έρευνας & Τεχνολογίας,: Τεχνολογική Προοπτική Διερεύνηση στην Ελλάδα. Αθήνα, 2004.
- 8 Τσουκαλής Α., Μέλος της Ομάδας Μελέτης.

Η εποχή

Εβδομαδιαία εφημερίδα της Ανανεωτικής Αριστεράς



ΚΑΘΕ ΚΥΡΙΑΚΗ

ΣΤΑ ΠΕΡΙΠΤΕΡΑ

Μέσα στα Κινήματα
στην Αριστερά

<http://www.epohi.gr>

