



ΑΠΟΛΟΓΙΣΤΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ ΤΥΠΟΥ

14^ο Συνέδριου 'Future of Healthcare in Greece'

Το ΕΣΥ έκλεισε 40 χρόνια και χρειάζεται ανανέωση

Προτάσεις για λύσεις με βάση την αξία στα προβλήματα σχεδιασμού, οργάνωσης, διαχείρισης ανθρώπινων και οικονομικών πόρων, αξιολόγησης και χρηματοδότησης κατατέθηκαν στο συνέδριο

Αθήνα, 6 Ιουνίου 2024 – Στις 30 Μαΐου ολοκληρώθηκε για 14η συνεχή χρονιά ένα από τα μεγαλύτερα συνέδρια πολιτικής υγείας της χώρας μας, το [Future of Healthcare in Greece](#), με κεντρικό θέματη «Διαμόρφωση ενός Υγιούς Μέλλοντος: Ο Δρόμος προς την Υγειονομική Περίθαλψη Βασισμένη στην Αξία» από τη BOUSSIAS Events με τη παρουσία περισσότερων από 350 συμμετεχόντων και 45 κορυφαίων ειδικών σε Ελλάδα, Ευρώπη, Αμερική και Ασία. Το συνέδριο φέτος, του οποίου κεντρικός συντονιστής ήταν ο Καθηγητής Αξιολόγησης, Διαχείρισης και Πολιτικής Υπηρεσιών Υγείας, Τμήμα Πολιτικής Δημόσιας Υγείας, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής **Νίκος Μανιαδάκης**, εστίασε στη σημασία της υιοθέτησης ενός μοντέλου υγειονομικής περίθαλψης που δίνει έμφαση στην πραγματική και βιώσιμη αξία για τα άτομα και την κοινωνία σε όλο το φάσμα του τομέα υγείας: ξεκινώντας από τα νοσοκομεία, αναλύοντας τις παραμέτρους που καθιστούν την αξία κομβική στην πολιτική φαρμάκου, στην προμήθεια ιατρικών τεχνολογιών και τέλος στην ασφάλιση υγείας με γνώμονα ένα πιο υγιές μέλλον. Ανοίγοντας τις εργασίες, ο Υπουργός Υγείας **Άδωνις Γεωργιάδης** τόνισε ότι η κατάσταση είναι πολύ διαφορετική από το 2013-14 και οι προκλήσεις είναι κολοσσιαίες όχι μόνο για την Ελλάδα, αλλά και για την Ευρώπη. Για να αντιμετωπίσουμε αυτές τις προκλήσεις, όπως ανέφερε, προωθούμεντατικά την εφαρμογή θεραπευτικών πρωτοκόλλων με πολύ μεγάλη αυστηρότητα, καθώς και την εισαγωγή βιοδεικτών στη διαδικασία της αποζημίωσης. Και τα δύο παραπάνω αποτελούν πολιτική προτεραιότητα για το υπουργείο. Παράλληλα, η ολοκλήρωση του ηλεκτρονικού φακέλου ασθενούς θα μας δώσει τη δυνατότητα να παρακολουθούμε την υγεία του πληθυσμού σε πραγματικό χρόνο και να σχεδιάζουμε πολιτικές που θα ανταποκρίνονται σε αυτές τις ανάγκες. Επιπλέον, η επιτροπή διαπραγμάτευσης αποδεικνύεται ένα πολύ χρήσιμο εργαλείο και μέχρι το καλοκαίρι θα εφαρμοστεί το κανάλι καινοτομίας για να εισάγουμε με τρόπο βιώσιμο τις νέες θεραπείες. Αναφερόμενος στο θέμα των υποχρεωτικών επιστροφών, ο υπουργός τόνισε ότι η ρύθμισή του καθυστέρησε λόγω ευρωεκλογών, αλλά το θέμα θα επανέλθει αμέσως μετά στο προσκήνιο, όταν θα υπάρχουν διαθέσιμα και τα στοιχεία για το μεγαλύτερο μέρος του 2024. Επεσήμανε ότι η φαρμακευτική δαπάνη θα αυξάνεται, ασχέτως μέτρων, καθώς οι ανάγκες διαρκώς αυξάνονται. Ο κρατικός προϋπολογισμός για την υγεία θα κατανέμεται πάντα με τον πιο δίκαιο και βιώσιμο τρόπο. Καταλήγοντας, ανέφερε ότι στόχος είναι η κατάλληλη θεραπεία στον κατάλληλο ασθενή, όχι η ακριβότερη θεραπεία σε όλους. Και πρόσθεσε: «Ίσως θα πρέπει να θυσιάσουμε κάποια μικρά, για να κάνουμε χώρο για τα μεγάλα». Τη δέσμευση του πρωθυπουργού για τη διαμόρφωση του χάρτη της υγείας στη χώρα μας μέσω

συμμαχιών με όλους τους κοινωνικού εταίρους επεσήμανε ο **Νίκος Δέδες**, Γενικός Γραμματέας της Ένωσης Ασθενών Ελλάδος, τονίζοντας ότι πέντε μήνες μετά ο υπουργός Υγείας καλείται να υλοποιήσει τη δέσμευση αυτή και να προχωρήσει σε μεταρρυθμίσεις στην υγεία. Πρόσθεσε ότι χωρίς οδικό χάρτη το φθινόπωρο δεν θα προλάβουμε να προωθήσουμε ως χώρα τις απαιτούμενες μεταρρυθμίσεις. Ανέφερε ότι έχει τεράστια σημασία να υπάρχουν δεδομένα, ώστε να μπορούμε να μετράμε, ενώ έκανε λόγο για το κανάλι εισαγωγής της καινοτομίας και της αύξηση της χρηματοδότησης στο ΕΣΥ. Ο Νίκος Δέδες επίσης πρόσθεσε: «Στην κρίσιμη καμπή που βρίσκεται το Σύστημα Υγείας, με τις πολλαπλές δομικές και καθημερινές προκλήσεις, γίνεται ολοένα και περισσότερο αντιληπτή η ανάγκη συνδιαμόρφωσης των πολιτικών από τους ίδιους τους λήπτες υπηρεσιών. Τόσο ως ένδειξη δημοκρατίας, όσο και επί πρακτικών ζητημάτων λειτουργικότητας, ο ασθενής πρέπει να συμμετέχει με τεκμηριωμένες παρεμβάσεις σε όλα τα στάδια λήψης αποφάσεων, με στόχο τη βελτίωση του Συστήματος Υγείας και την προάσπιση δικαιωμάτων όλων των πολιτών».

Ο Μετασχηματισμός των Νοσοκομείων στην Ελλάδα πρέπει να ακολουθήσει ένα μοντέλο βασισμένο στην αξία για έλεγχο κόστους, καλύτερα κλινικά αποτελέσματα και ικανοποίηση των αναγκών των ασθενών

Όπως τόνισε ο Καθηγητής Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας στο Τμήμα Ιατρικής του Δημοκρίτειου Πανεπιστήμιο Θράκης, **Νίκος Πολύζος** στην εισαγωγή του στην 1η ενότητα του συνεδρίου που συντόνισε, αφιερωμένη στο Μετασχηματισμό των Νοσοκομείων βάσει ενός value – based healthcare μοντέλου, το νοσοκομείο-κεντρικό μοντέλο του ΕΣΥ έκλεισε 40 χρόνια προσφέροντας πολύτιμες υγειονομικές φροντίδες, αλλά έχοντας πια προβλήματα ανανεωτικών ρυθμίσεων, σχεδιασμού, οργάνωσης, διαχείρισης ανθρώπινων πόρων, αξιολόγησης και χρηματοδότησης. Όπως ανέφερε, η στρατηγική ενός οργανισμού στην υγεία ξεκινά α. από το στόχο να καλύψει ανάγκες ασθενών, να βελτιώσει αποτελέσματα της υγειονομικής φροντίδας και να εξορθολογήσει το κόστος τους, συνεχίζει με β. τι θα προφέρει και γιατί, γ. τη δημιουργία ανάλογων ομάδων, π.χ. για νοσήματα που αφορούν νεοπλάσματα, καρδιαγγειακά, αναπνευστικά, μεταβολικά και μυοσκελετικά νοσήματα, τη μητέρα και το παιδί, κ.α., δ. εκθέσεις ανά κλινικό τομέα, ε. διαφοροποίηση σε σχέση με άλλους οργανισμούς, στ. συνεργασίες ανά γεωγραφική περιοχή. Η νέα δημόσια διοίκηση στο ΕΣΥ απαιτεί πλήρη σχεδιασμό, διοίκηση αποτελεσμάτων και ποιότητας, έλεγχο απόδοσης, σφαιρικούς προϋπολογισμούς, ενιαίες προμήθειες και ηλεκτρονική, κυρίως ιατρική - νοσηλευτική, διακυβέρνηση. Ο Διευθύνων Σύμβουλος του ΟΔΙΠΥ **Βασίλης Μπαλάνης** σημείωσε ότι τα επόμενα τέσσερα χρόνια ο σχεδιασμός και η υλοποίηση των δράσεων και των έργων του ΟΔΙΠΥ, ενός οργανισμού που αναπτύσσεται στρατηγικά και ήδη εμφανίζει σημαντικά μετρήσιμα αποτελέσματα, θα συντελέσουν στην μεταρρύθμιση και το νέο σύστημα Υγείας με τον ασθενή στο επίκεντρο: Η δημιουργία του μοντέλου αξιολόγησης των υφιστάμενων υπηρεσιών υγείας, η εισαγωγή δεικτών ασφάλειας, αποτελεσματικότητας, αποδοτικότητας, οι δείκτες καταγραφής ποιότητας από την πλευρά των ασθενών, η δημιουργία του χάρτη υγείας για την βέλτιστη κατανομή των πόρων και η προτυποποίηση της φροντίδας των ασθενών, είναι χαρακτηριστικά παραδείγματα της πολιτικής που εφαρμόζει ο ΟΔΙΠΥ. Αυτή η πολιτική σε συνδυασμό με την εισαγωγή ψηφιακών εργαλείων και την υποστήριξη από το Υπουργείο Υγείας θα φέρουν την Ελλάδα πιο κοντά σε ένα μοντέλο Value-Based Healthcare (VBHC), μέσω του οποίου θα υπάρξει μετρήσιμη βελτίωση στην ποιότητα των υπηρεσιών, στην ικανοποίηση των ασθενών και στην ασφάλεια των υπηρεσιών. Την έννοια της αξίας στην υγειονομική περίθαλψη για τους ασθενείς και για τα συστήματα υγείας, καθώς και γιατί είναι κρίσιμη, ειδικά στην Ελλάδα, όπου η χαμηλότερη κατά κεφαλήν δαπάνη για την περίθαλψη έχει οδηγήσει σε αυξανόμενες ανισότητες στην υγεία, ανέλυσε η **Jennifer Clawson**, Global Leader Value Based Care, Boston Consulting Group (BCG). Όπως ανέφερε, με τον όρο αξία στην υγειονομική περίθαλψη, εννοούμε ταυτόχρονα την αξία που παρέχεται στον ασθενή με τη μορφή καλύτερων αποτελεσμάτων υγείας και την αξία που

παρέχεται στο σύστημα υγείας με την αποτελεσματικότερη χρήση των οικονομικών και άλλων πόρων. Πρόκειται για μια ταχέως αναδυόμενη πρακτική να μεταμορφώνουμε την υγειονομική περίθαλψη και να την κάνουμε πιο βιώσιμη, βελτιώνοντας τα αποτελέσματα, διατηρώντας ή μειώνοντας το συνολικό κόστος. Όπως τόνισε η κ. Clawson, τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης έχουν πρόβλημα αξίας και οι συνήθεις λύσεις —όπως η συγκράτηση του κόστους— δεν το λύνουν. Τα οφέλη της υγειονομικής περίθαλψης που βασίζεται στην αξία είναι σημαντικά, κυρίως: Τα συστήματα υγείας προσφέρουν καλύτερα αποτελέσματα με μεγαλύτερη συνέπεια. Οι καινοτόμες θεραπείες προστιθέμενης αξίας εντοπίζονται και διαδίδονται πιο γρήγορα. Το συνολικό κόστος υγειονομικής περίθαλψης ελέγχεται πιο αποτελεσματικά, επειδή οι περιττές διαδικασίες εξαλείφονται, οι ακριβές επιπλοκές εμφανίζονται λιγότερο συχνά και οι επαναλαμβανόμενες θεραπείες αποφεύγονται. Η κλινική έρευνα επιταχύνεται επειδή επιταχύνεται η δημιουργία και συλλογή δεδομένων, επιτρέποντας την ταχύτερη ανάπτυξη βελτιωμένων κλινικών κατευθυντήριων γραμμών. Ειδικά στον τομέα της νοσοκομειακής περίθαλψης, παρά τις δεκαετίες λειτουργικές βελτιώσεις και πρωτοβουλίες, το κόστος συνεχίζει να αυξάνεται, ασκώντας αδιάκοπη πίεση στους προϋπολογισμούς των νοσοκομείων. Η αυστηρή διαχείριση των προϋπολογισμών των τμημάτων και οι κλινικές διαδικασίες περιπλέκουν περαιτέρω τους ήδη πολύπλοκους οργανισμούς των νοσοκομείων. Οι αγορές γίνονται πιο ανταγωνιστικές, με αποτέλεσμα χώρες με συστήματα δημόσιας υγείας, όπως η Βρετανία, να ενθαρρύνουν νομοθετικά σήμερα τις ιδιωτικοποιήσεις. Οι πληρωτές παντού ζητούν περισσότερη διαφάνεια σχετικά με τα πραγματικά δεδομένα υγείας, οι ασθενείς είναι πιο ενήμεροι και έχουν μεγαλύτερες απαιτήσεις αναφορικά με τις προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας. Το νοσοκομείο που λειτουργεί με βάση την αξία είναι η απάντηση στα παραπάνω, καθώς δεν είναι μόνο ένας πιο αποτελεσματικός τρόπος παροχής υγειονομικής περίθαλψης, αλλά και μια φιλοσοφία που θέτει τους ασθενείς στο επίκεντρο των λειτουργιών ενός νοσοκομείου, ένα νέο μοντέλο που στηρίζεται στη δέσμευση και συνεργασία της κλινικής κοινότητας του νοσοκομείου, μια πιο εποικοδομητική αλληλεπίδραση σχέση μεταξύ της διοίκησης του νοσοκομείου και της κλινικής. Τον τετραπλό στόχο που έχει η φροντίδα με βάση την αξία στην υγειονομική περίθαλψη παρουσίασε η **Άντζελα Σπαθάρου**, Global Leader Healthcare, IBM. Οι στόχοι αυτοί είναι: 1. Βελτίωση της συνολικής εμπειρίας φροντίδας. 2. Βελτίωση της υγείας των πληθυσμών. 3. Μείωση της κατά κεφαλήν δαπάνης των υπηρεσιών υγείας. 4. Βελτίωση της εμπειρίας του προσωπικού που εργάζεται στο σύστημα υγείας και περίθαλψης. Το εργατικό δυναμικό συνήθως αντιπροσωπεύει έως και το 70% του κόστους οποιασδήποτε συστήματος υγειονομικής περίθαλψης. Η κ. Σπαθάρου έκανε ιδιαίτερη αναφορά στην ενδυνάμωση του εργατικού δυναμικού μέσω της τεχνολογίας, η οποία μπορεί να αποτελέσει τον κύριο καθοριστικό παράγοντα για τη συνολική αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα του συστήματος υγείας. Ανέφερε ότι ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας έχει εκτιμήσει ότι το 2030 θα υπάρξει έλλειψη 18 εκατομμυρίων επαγγελματιών υγείας παγκοσμίως. Το άγχος που προκάλεσε η πρόσφατη πανδημία ακολούθησαν οι οικειοθελείς αποχωρήσεις, λόγω επαγγελματικής εξόντωσης (burnout) των εργαζομένων στην υγεία. Αυτό έχει οδηγήσει σε εξάντληση του εναπομείναντος εργασιακού δυναμικού σε ποσοστά που φθάνουν και το 40%. Επίσης, έκανε λόγο και για το αυξανόμενο κόστος περίθαλψης, το οποίο αποτελεί εδώ και πολύ καιρό μια διαρκή πρόκληση για τα συστήματα υγείας, με την αύξηση να ανέρχεται σε 6-7% ετησίως. Έξι είναι, σύμφωνα με την κ. Σπαθάρου, οι βασικοί τομείς που πρέπει να γίνουν παρεμβάσεις στα συστήματα υγείας σήμερα: 1. Ψηφιακός μετασχηματισμός, με ενδυνάμωση των ασθενών και παράλληλη εφαρμογή στο σύστημα υγείας. 2. Εισαγωγή τεχνητής νοημοσύνης για βελτιστοποίηση της απόδοσης και της λειτουργικότητας. 3. Έξυπνοι αυτοματισμοί. 4. Βελτίωση της απόδοσης των κλινικών συστημάτων, π.χ. ηλεκτρονικοί φάκελοι υγείας. 5. Υγεία του πληθυσμού και ολοκληρωμένα συστήματα φροντίδας. 6. Βελτίωση ψηφιακών υποδομών, π.χ. cloud. Τα αποτελέσματα από τέτοιες παρεμβάσεις είναι ήδη ορατά και από το βρετανικό σύστημα υγείας, από το οποίο η κ. Σπαθάρου παρουσίασε στατιστικά στοιχεία που δείχνουν την απόδοσή τους. Ειδικότερα: Τρεις στους τέσσερις

ενήλικες έχουν την εφαρμογή NHS στο κινητό τους (6,8 εκατ. χρήστες με μηνιαία δραστηριότητα, ποσοστό 14,2% του ενήλικου πληθυσμού). Οι επισκέψεις στο site NHS.UK ανέρχονται σε 61,8 εκατομμύρια μηνιαίως. 5,4 εκατομμύρια άτομα έχουν εγγραφεί για εμβολιασμό για COVID-19 ως μέρος της φθινοπωρινής εκστρατείας του NHS, ενώ 73,7 εκατ. μηνύματα αποστέλλονται μέσω του NHSApp. Κατά μέσο όρο 3 εκατομμύρια επαναλαμβανόμενες μηνιαίες συνταγές παραγγέλθηκαν μέσω του NHSApp. Τα ψηφιακά κανάλια υπερέβησαν την ετήσια πρόβλεψη για οφέλη κατά 300 εκατ. λίρες, ιδίως με μεγαλύτερο από τον αναμενόμενο αριθμό αποτελεσμάτων δοκιμών στα οποία έχει πρόσβαση η εφαρμογή NHS. Μεταξύ των επιτευγμάτων ήταν: Υψηλότερη δέσμευση από τα ηλικιωμένα τμήματα του πληθυσμού, ιδιαίτερα την ηλικιακή ομάδα 51-60 ετών, υψηλότερη δέσμευση μεταξύ των ατόμων με χαμηλό εισόδημα, ενώ είναι σημαντικό ότι εξοικονομήθηκαν 846 χιλιάδες ώρες κλινικών ωρών. Στις περιπτώσεις δύο επιτυχημένων value based συστημάτων περίθαλψης αναφέρθηκε στην ομιλία της η **Sarah Siegel**, Global Leader Value Based Care, Deloitte, σημειώνοντας ότι όλα τα συστήματα υγείας στο κόσμο αντιμετωπίζουν προκλήσεις ιδιαίτερα όσον αφορά τη χρηματοδότηση, τις λίστες αναμονής αλλά και την ψηφιοποίηση των δεδομένων τους. Η πρώτη περίπτωση που αναφέρθηκε αφορά το μοντέλο περίθαλψης που ακολούθησε μία από τις 5 υγειονομικές περιφέρειες του Λονδίνου, αυτή του NWL, που αποφάσισε να εστιάσει στις ανάγκες των ασθενών. Στην υγειονομική περιφέρεια του NWL, όλοι οι επιμέρους πάροχοι όπως η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Περίθαλψης, τα Νοσοκομεία, αλλά και η τοπική αυτοδιοίκηση που ασχολείται με την υγεία των παιδιών και των ηλικιωμένων, αλλά και την ψυχική υγεία, διασυνδέονται μεταξύ τους, έτσι ώστε να μην υστερεί κάποιος τομέας έναντι κάποιου άλλου, ενώ υπάγονται διοικητικά στην ίδια αρχή. Σε ένα σύστημα που ακολουθεί την προσέγγιση value based, όπως αυτό του NWL, λαμβάνονται υπόψη πολλοί παράγοντες, όπως το κλινικό όφελος, η ποιότητα ζωής των ασθενών, οι δράσεις πρόληψης, η επίδραση του περιβάλλοντος στην υγεία αλλά και οι τρόποι μείωσης του κόστους. Στο NWL έγινε σημαντική δουλειά όσον αφορά την κατάρτιση των επαγγελματιών, και την διαχείριση και συλλογή των δεδομένων ώστε να υπάρχουν μετρήσιμα αποτελέσματα. Στη συνέχεια καθορίστηκαν οι ανάγκες και αποφασίστηκε σε ποιο φορέα έπρεπε να απευθυνθεί ο κάθε ασθενής ανάλογα με τις ανάγκες του. Οι γιατροί σχεδίασαν επίσης τη μεθοδολογία που θα ακολουθούσαν και τα απαραίτητα εργαλεία που θα χρειαζόταν. Η δεύτερη περίπτωση στην οποία αναφέρθηκε η κ. Siegel αφορά το Μοντέλο Kaiser στην Καλιφόρνια, που περιλαμβάνει ΠΦΥ και νοσοκομεία αλλά και άλλους φορείς που συνδέονται με την περίθαλψη όπως ασφαλιστικούς φορείς κλπ, που διοικούνται από ένα κοινό πάνελ διοικητών, η αξιολόγηση της αποδοτικότητας τους, είναι κοινή, άρα και τα κίνητρά τους. Σε αυτή την περίπτωση, κανείς από τους συμμετέχοντες δεν μπορεί να είναι νικητής και κάποιος άλλος ο χαμένος, ανέφερε χαρακτηριστικά η κ. Siegel. Απαντώντας σε ερώτηση σχετικά με το τι θα πρότεινε στις ελληνικές υγειονομικές περιφέρειες αν ήθελαν να ακολουθήσουν την προσέγγιση value based, ανέφερε ότι θα τους πρότεινε να καθορίσουν ποιος είναι ο βασικός στόχος τους και τι θα ήθελαν να βελτιώσουν στη συνέχεια, να οργανωθούν καταγράφοντας πόσους ασθενείς εξυπηρετούν και τις ανάγκες τους, τι χρηματοδότηση χρειάζονται και ποια εργαλεία θα μπορούσαν να τους βοηθήσουν, και να έχουν μετρήσιμα αποτελέσματα με βάση τα δεδομένα τους, τα οποία να γνωστοποιήσουν στους ειδικούς στο Σύστημα, αλλά και στο κοινό εάν το επιθυμούν. Πρόσθεσε επίσης ότι όλες οι Υγειονομικές Περιφέρειες θα μπορούσαν να καταγράψουν τις προκλήσεις που αντιμετωπίζουν, να σχεδιαστεί μια κοινή μεθοδολογία που θα ακολουθήσουν και από εκεί πέρα να μετρηθεί και η αποδοτικότητα της κάθε Περιφέρειας, έτσι ώστε να αναπτυχθεί ένας υγιής ανταγωνισμός μεταξύ τους. Η **Μαρίτα Σαλιάρη**, Healthcare Account Executive της EIZO Greece μιλώντας για την Ενσωμάτωση και τη Διαλειτουργικότητα των Ψηφιακών Χειρουργείων, είπε μεταξύ άλλων ότι «η ενσωμάτωση περιλαμβάνει το συνδυασμό διαφόρων συστημάτων και διαδικασιών ώστε να λειτουργούν ως ένα ενιαίο σύνολο, ενώ η διαλειτουργικότητα είναι η ικανότητα των διαφορετικών συστημάτων να ανταλλάσσουν και να χρησιμοποιούν πληροφορίες χωρίς προβλήματα».

Όπως ανέφερε, ένα Ψηφιακό Χειρουργείο περιλαμβάνει και τα δύο, επιτρέποντας στα τμήματα του νοσοκομείου, αλλά και σε διαφορετικά νοσοκομεία, να διασυνδέονται και να μοιράζονται πολύτιμες πληροφορίες σε πραγματικό χρόνο. Αυτή η συνδεσιμότητα ενισχύει τη συνολική αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα της παροχής υγειονομικής περίθαλψης. Τα Οφέλη των Ψηφιακών Χειρουργείων είναι πολυμερή: ασφαλέστερες επεμβάσεις για ασθενείς, πιο απλοποιημένες διαδικασίες για τους κλινικούς ιατρούς, προσβάσιμη και διαδραστική εκπαίδευση για φοιτητές Ιατρικής και μειωμένο συνολικό κόστος για τα Νοσοκομεία.

Στη συζήτηση που ακολούθησε ο **Μιχάλης Νικολάου**, Παθολόγος – Ογκολόγος, Αντιπρόεδρος της ΕΟΠΕ, επιμελητής Α, της Α΄ Παθολογικής – Ογκολογικής κλινικής και Επιστημονικά Υπεύθυνος της Κατ' οίκον Νοσηλείας του νοσοκομείου σημείωσε ότι το Νοσοκομείο Άγιος Σάββας μετατρέπεται σε ένα ολοκληρωμένο κέντρο αντιμετώπισης του καρκίνου, ενώ έχει ξεκινήσει ήδη μια προσπάθεια πιστοποίησης του κέντρου σε ένα αντικαρκινικό νοσοκομείο με όλες τις υπηρεσίες από τη στιγμή της διάγνωσης μέχρι τη θεραπεία. Στο πλαίσιο αυτό, το νοσοκομείο έχει συνάψει ήδη συνεργασία με το MIT για την αξιοποίηση της Τεχνητής Νοημοσύνης (AI) στις μαστογραφίες. Έτσι οι γυναίκες που έρχονται για μαστογραφία θα μπορούν να λαμβάνουν μια πιο ολοκληρωμένη απάντηση μέσω AI. Ο κ. Νικολάου αναφέρθηκε και στην πορεία του πρωτοποριακού προγράμματος “ΟΙΚΟΘΕΝ” με το οποίο χορηγείται η νοσοκομειακή αντινεοπλασματική θεραπεία, για πρώτη φορά στα σπίτια των ασθενών, με αποτέλεσμα να ανακουφιστούν εκατοντάδες καρκινοπαθείς. Στη συνέχεια ο **Απόστολος Οικονόμου**, Υπεύθυνος Οργάνωσης και Συντονισμού Projects Ομίλου Ιατρικού Αθηνών αναφερόμενος στην εμπειρία από ένα μεγάλο πρόγραμμα του Ομίλου, το ValueCare, τόνισε ότι δεν γίνεται να εφαρμοστεί value-based μοντέλο χωρίς ψηφιακές λύσεις, καθώς η ανάγκη για δεδομένα είναι τόσο μεγάλη που δεν γίνεται αλλιώς. Τα συμπεράσματα από την μέχρι σήμερα πορεία του προγράμματος δείχνουν ότι το VBμοντέλο έχει ευρύτερες παραμέτρους που αφορούν σε κοινωνικά, συμβουλευτική, εκπαίδευση αλλά και την ανατροφοδότηση τόσο από τους συνοδούς των ασθενών, όσο και των ΕΥ πέρα από τον θεράπων ιατρό. Και για να μπορέσει όλη αυτή η πληροφορία να είναι διαχειρίσιμη, χρειάστηκε μια ψηφιακή λύση. Από την πλευρά του ο **Γιώργος Καπετανάκης**, ΕΛΛΟΚ τόνισε ότι η εστίαση σε μία value-based νοσοκομειακή φροντίδα, είναι κρίσιμο να θέσει στο επίκεντρο τον ασθενή και τις ανάγκες του, καθώς μόνο έτσι μπορεί να παραχθεί πραγματική αξία ταυτόχρονα για όλους: ασθενείς, επαγγελματίες υγείας, πολιτεία, ιδιωτικό τομέα, προμηθευτές & πληρωτές. Η ποιότητα και η ασφάλεια, η πρόσβαση των ασθενών σε καινοτόμες θεραπείες και τεχνολογίες, η σχέση κόστους – αποτελεσματικότητας με ταυτόχρονη εστίαση στην οικονομική προσβασιμότητα, η αποδοτικότητα, η ανάπτυξη συνεργασιών και η διεπιστημονικότητα, αποτελούν τα θεμελιώδη συστατικά μίας βασισμένης στην αξία φροντίδας, τα οποία μόνο με την αξιοποίηση των RWD/RWE και μεταξύ αυτών των προτιμήσεων, της εμπειρίας και των εκβάσεων των ασθενών, μπορούν να παράγουν το προσδοκώμενο αποτέλεσμα. Η ενθάρρυνση των ασθενών για να γίνουν από παθητικοί αποδέκτες, ενεργοί συμμετοχοί στη φροντίδα τους θα πρέπει να αποτελεί κεντρική επιδίωξη ενός value-based μοντέλου νοσοκομειακής φροντίδας. Ο **Κωνσταντίνος Κοσιόφης**, HR Director της DEMO, αφού τόνισε ότι η εγχώρια βιομηχανία φαρμάκου αποτελεί τον μεγαλύτερο χρηματοδότη του συστήματος φαρμακευτικής φροντίδας, ανέφερε για να εξασφαλιστεί η προσβασιμότητα σε προσιτές θεραπείες, η βιωσιμότητα του συστήματος φαρμακευτικής φροντίδας και η δημιουργία προστιθέμενης αξίας, είναι κρίσιμο να προβούμε σε μια σειρά από παρεμβάσεις που θα στοχεύουν στην ενίσχυση της χρηματοδότησης με παράλληλο έλεγχο της κατανάλωσης, την εκλογίκευση των επιστροφών και τον εξορθολογισμό της ασφαλιστικής αποζημίωσης, καθώς και τη θέσπιση πολιτικής για την αύξηση της διείσδυσης των γενοσήμων. Τέλος, ο **Γιώργος Κλέτσας**, Principal, East Europe & Greece Technology Solutions της IQVIA εστίασε στην ανάγκη καταγραφής των κλινικών αποτελεσμάτων, των δεικτών αποτύπωσης θεραπευτικού αποτελέσματος και εμπειρίας του

ασθενή ως ζωτικής σημασίας στο μοντέλο value-based, καθώς εξασφαλίζει την παροχή ποιοτικής φροντίδας με επίκεντρο τον ασθενή. Τα κλινικά αποτελέσματα παρέχουν αντικειμενικά δεδομένα για την αποτελεσματικότητα των θεραπειών, βοηθώντας στη βελτίωση των ιατρικών πρωτοκόλλων. Οι δείκτες αποτύπωσης εμπειρίας ασθενών προσφέρουν πληροφορίες για τη διαδικασία φροντίδας από την πλευρά του ασθενούς, αναδεικνύοντας περιοχές προς βελτίωση στον τρόπο προσέγγισης του ασθενή. Οι δείκτες αποτύπωσης θεραπευτικού αποτελέσματος καταγράφουν την επίδραση της υγειονομικής φροντίδας στη ζωή των ασθενών, περιλαμβάνοντας τη σωματική, ψυχική και κοινωνική ευεξία. Μαζί, αυτοί οι δείκτες επιτρέπουν στην ολιστική αξιολόγηση της υγειονομικής φροντίδας, οδηγώντας στη συνεχή βελτίωση. Βοηθούν στον εντοπισμό των βέλτιστων πρακτικών, στην αύξηση της αποτελεσματικότητας και στην προτεραιοποίηση παρεμβάσεων που έχουν σημασία για τους ασθενείς.

***Όταν εφαρμοστεί ο νέος κανονισμός HTA εξ' ορισμού θα έχουμε value-based
φαρμακευτική πολιτική στη χώρα μας***

Η επόμενη ενότητα του συνεδρίου που συντόνισαν ο Καθηγητής, Διευθυντής Εργαστηρίου Οικονομίας και Διοίκησης Υγείας, Πανεπιστήμιο Πειραιώς, Τμήμα Οικονομικών Επιστημών, **Αθανάσιος Βοζίκης** και η **Αγγελική Λιαριγκοβινού**, ΕΔΙΠ Α', Τομέα Συστημάτων Υγείας και Πολιτικής στο Τμήμα Πολιτικών Δημόσιας Υγείας της Σχολής Δημόσιας Υγείας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής ήταν αφιερωμένη στη φαρμακευτική πολιτική και τη δυνατότητα να εφαρμόσουμε ένα μοντέλο value-based στη χρήση των φαρμάκων. Η αυξανόμενη πίεση που δέχονται οι προϋπολογισμοί υγείας και η ανησυχία για τη δημοσιονομική βιωσιμότητα των συστημάτων υγείας αποτελούν 2 βασικές παραμέτρους που καθιστούν ακόμα πιο σημαντική την αξιολόγηση της αξίας των νέων τεχνολογιών. Με αυτή τη διαπίστωση, ο Αναπληρωτής καθηγητής, Αναπληρωτής Διευθυντής, LSE Health, Τμήμα Κοινωνικής Πολιτικής, London School of Economics **Πάνος Καναβός** έδωσε μια συνολική εικόνα των διεθνών τάσεων και με στοιχεία από μια εν εξελίξει έρευνα, συνδέσε την προσφορά, δηλαδή την αξιολόγηση που κάνουν οι οργανισμοί HTA με τη χρήση των προϊόντων. Ιδιαίτερη έμφαση έδωσε στην συνταγογράφηση, τονίζοντας ότι η χώρα μας, μέσα σε όλα τ' άλλα πρέπει να κάνει πολύ περισσότερη δουλειά απ' ό, τι έχει κάνει μέχρι τώρα. Ίσως η σημαντικότερη συμβολή των οργανισμών HTA δεν είναι η αξιολόγηση των προϊόντων αυτή καθαυτή, αλλά το πώς η αξιολόγηση οδηγεί στα κλινικά και συνταγογραφικά πρωτόκολλα. Επί παραδείγματι, ανέφερε ότι ένα περίπου 50% του προϋπολογισμού του NICE στην Αγγλία πηγαίνει στη συγγραφή των κλινικών πρωτοκόλλων και της συνταγογράφησης. Παρουσίασε αναλυτικότερα τα κριτήρια της αξιολόγησης και διαφορετικά μοντέλα εκτίμησης της αξίας των προϊόντων, σημειώνοντας ότι όλα τα μοντέλα λαμβάνουν υπόψη τους κλινικούς αλλά και γενικότερους παράγοντες, ωστόσο το κλινικό όφελος και η αβεβαιότητα γύρω από αυτό παραμένουν τα πλέον κρίσιμα για θετικές αποφάσεις και αποφάσεις αποζημίωσης. Μάλιστα, οι κλινικοί ή και οικονομικοί περιορισμοί είναι ο κανόνας πλέον και όχι η εξαίρεση στην ΑΤΥ από την πλευρά της προσφοράς. Έχουμε πάρα πολλές χώρες, οι οποίες ακολουθούν το λεγόμενο Value-Based Pricing Model. Επιπλέον, κάποια πρόσθετα κριτήρια που παρουσίασε δρουν ως τροποποιητές απόφασης σε πάρα πολλές περιπτώσεις. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της εν εξελίξει έρευνας, η οποία αφορά σε 1.400 φάρμακα με τις ενδείξεις τους σε 7 χώρες, τα οποία πήραν άδεια κυκλοφορίας μεταξύ 2009 και 2018 και μπήκαν στη διαδικασία αποζημίωσης και χρήσης μέχρι το 2021, ένα 15 με 16% των φαρμάκων τα οποία είχαν υποβληθεί στους οργανισμούς αξιολόγησης είχαν εγκριθεί όπως είχαν υποβληθεί δηλαδή με την ένδειξη τους. Ένα πολύ σημαντικό κομμάτι είναι ότι 71% των φαρμάκων που είχαν υποβληθεί είχαν κάποιους περιορισμούς - κλινικούς αλλά και οικονομικούς - και ένα 13% των φαρμάκων είχαν απορριφθεί τελείως (μία ή δύο, σε ακραίες περιπτώσεις και τρεις φορές), με 24% όλων των φαρμάκων που υποβλήθηκαν σε οργανισμούς ΑΤΥ αν έχουν τουλάχιστον μια προηγούμενη απόρριψη, υποδηλώνοντας γενικότερη αποτυχία να ικανοποιηθούν οι υπεύθυνοι λήψης αποφάσεων σε ορισμένα κριτήρια, κυρίως σε ότι αφορά

την ποιότητα των κλινικών δεδομένων. Βλέποντας λοιπόν την ποιότητα των κλινικών στοιχείων, τα αποδεικτικά στοιχεία υψηλής ποιότητας εντοπίστηκαν μόνο σε ένα μικρό ποσοστό γύρω στο 20% όλων των υποβληθέντων φαρμάκων, ενώ το 47% και το 33% είχαν μέση ή χαμηλή ποιότητα. Επίσης, πολύ σημαντικές είναι οι κοινωνικές αξιολογικές κρίσεις (social value judgement), δηλαδή παράμετροι που πολλές φορές λειτουργούν ως τροποποιητές για τις τελικές αποφάσεις. Σε ένα 43% του δείγματος, αναγνωρίστηκε η ανεκπλήρωτη ανάγκη. Άρα λοιπόν, προϊόντα που είχαν ανεκπλήρωτη ανάγκη έλαβαν μεγαλύτερο priority, το πλεονέκτημα χορήγησης καθώς και η σοβαρότητα της νόσου. Άρα αυτά τα κριτήρια λαμβάνονται υπόψη και σε πολλές περιπτώσεις λειτουργούν ως τροποποιητές των αποφάσεων. Δυστυχώς, δεν έχουμε τη δυνατότητα να ποσοτικοποιήσουμε το πόσο ακριβώς λαμβάνεται υπόψη το κάθε κριτήριο. Επιπλέον, το 65% των αποτελεσμάτων που είχαν έγκριση με περιορισμούς υπόκεινται σε έναν ή περισσότερους κλινικούς περιορισμούς, κυρίως περιορισμούς πληθυσμού. Δηλαδή, περιορίζοντας τις ενδείξεις σε υποομάδες πληθυσμού οι οποίες παρουσιάζουν το υψηλότερο όφελος. Υπήρχαν επίσης περιορισμοί συνταγογράφησης ή και τα δύο. Το ποσοστό των κλινικών περιορισμών δεν έχει αλλάξει σημαντικά με την πάροδο του χρόνου. Σε ότι αφορά αύξηση των συμφωνιών επιμερισμού κινδύνου, αυτές αντιπροσώπευαν το 44% συνολικά όλων των φαρμάκων που εγκρίθηκαν με περιορισμούς, ενώ ένα 5% συνδεόταν με ειδικές συμφωνίες χρηματοδότησης, όπως κονδύλια για ειδικό περιορισμό ή χρηματοδότηση υπό συνθήκες συλλογής δεδομένων. Ο Ανώτερος καθηγητής Οικονομικών της Υγείας και της Ευημερίας στην Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου της Γάνδης στο Βέλγιο **Lieven Annemans**, ξεκίνησε την ομιλία του τονίζοντας α. τους αντικρουόμενους στόχους που έχουμε στην Ευρώπη, και ίσως και σε άλλες χώρες του κόσμου, αναφορικά με την βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας των ασθενών, β. το θέμα της αλληλεγγύης και ισότητας όλων απέναντι στην ποιότητα φροντίδας, και γ. την οικονομική βιωσιμότητα, σημειώνοντας μάλιστα ότι αν θέλουμε ακόμα να προσφέρουμε καλή ποιότητα φροντίδας σε όλους σε 10 ή 20 χρόνια από τώρα, πρέπει να διασφαλίσουμε ότι ξοδεύουμε σοφά τα χρήματα. Πρώτον, η θεμελιώδης αρχή είναι πάντα να μεγιστοποιείται η αξία για τα χρήματα. Δεύτερον, η προστιθέμενη αξία πρέπει να αξιολογείται από διαφορετικές οπτικές, όχι μόνο την οπτική του ασθενούς, αλλά και την οπτική της υγειονομικής περίθαλψης και, να μην ξεχνάμε, την κοινωνική οπτική. Η προστιθέμενη αξία πρέπει να ανταμείβεται. Η προσέγγιση κόστους, πλέον είναι αντιπαραγωγική. Πρέπει να ανταμείβουμε την αξία. Σύμφωνα με στοιχεία που παρέθεσε η αυξανόμενη τάση είναι όλο και περισσότερες χώρες να αυξάνουν το όριο τους σε περίπτωση σοβαρών ασθενειών, σπάνιων ασθενειών, καρκίνου, κ.λπ. Αλλά αυτό σημαίνει, ότι χρειαζόμαστε, όπως έχουμε δει σε πολλές χώρες, ρητά κατώφλια (thresholds) οικονομικής αποδοτικότητας ώστε να μπορούμε πραγματικά να βελτιώσουμε τη βεβαιότητα και τη διαφάνεια. Σε ότι αφορά τον αντίκτυπο στον προϋπολογισμό, που είναι ένα από τα βασικά κριτήρια τόνισε ότι πρέπει να λύσουμε το παράδοξο που αφορά στις οικονομικά αποδοτικές θεραπείες αλλά απρόσιτες οικονομικά, σημειώνοντας ότι είναι λάθος η πληρωτές να κοιτάζουν μόνο τον αντίκτυπο στον προϋπολογισμό. Όπως χαρακτηριστικά είπε: «Αν ο αντίκτυπος στον προϋπολογισμό είναι το μόνο κριτήριό, τότε είναι καλύτερο να αφήσουμε τους ανθρώπους να πεθάνουν. Αν πεθάνουν, δεν κοστίζουν τίποτα. Αυτό δεν μπορεί ποτέ να είναι ο στόχος της υγειονομικής περίθαλψης». Όπως τόνισε πρέπει να προχωρήσουμε προς την υιοθέτηση υβριδικών μοντέλων (κάτι που αποτελεί τάση αυτή τη στιγμή μεταξύ των χωρών και είναι και το μέλλον), δηλαδή να λαμβάνονται υπόψη και τα τέσσερα βασικά κριτήρια για να παίρνουμε σωστές αποφάσεις: η σχετική αποτελεσματικότητα, η προστιθέμενη αξία για τους ασθενείς, η οικονομική αποδοτικότητα, οι ιατρικές ανάγκες και ο αντίκτυπος στον προϋπολογισμό. Και τελικά, πρέπει να βρούμε λύσεις για να αντιμετωπίσουμε την αβεβαιότητα. Και μία από τις λύσεις είναι οι συμφωνίες διαμοιρασμού ρίσκου. Όπως ανέφερε, υπάρχουν δύο βασικοί τύποι συμφωνιών: Η Κάλυψη Υπό Ανάπτυξη Αποδεικτικών Στοιχείων: δηλαδή η θεραπεία λαμβάνει το όφελος της αμφιβολίας, αποζημιώνεται, λανσάρεται και στη συνέχεια παρακολουθείται στην πραγματική ζωή, πράγμα που σημαίνει ότι χρειαζόμαστε καλά

δεδομένα πραγματικής ζωής (RWE). Συμφωνείται ένα σημείο επαλήθευσης στο μέλλον, και αν η θεραπεία δεν είναι τόσο καλή όσο υποσχέθηκε, όπως μετρήθηκε, τότε στο σημείο επαλήθευσης οι όροι αποζημίωσης θα αλλάξουν. Ο δεύτερος τύπος είναι το Όφελος της αμφιβολίας: Η θεραπεία λανσάρεται, παρακολουθείται στην πραγματική ζωή, ορίζεται ένα σημείο επαλήθευσης και αν δεν είναι τόσο καλή όσο υποσχέθηκε, η εταιρεία πρέπει να επιστρέψει χρήματα στον πληρωτή (δηλαδή με βάση τα αποτελέσματα στην πραγματική ζωή). Στη μεγάλη απόκλιση της Ελλάδας από την Ευρωπαϊκή Ένωση αναφορικά με την εξέλιξη της χρηματοδότηση της φαρμακευτικής δαπάνης την τελευταία δεκαετία, αναφέρθηκε ο Διευθυντής Εταιρικών Υποθέσεων, MSD Ελλάδας, **Αντώνης Καρόκης** στην ομιλία του. Όπως ανέφερε, ενώ στην Ευρωζώνη η χρηματοδότηση της φαρμακευτικής δαπάνης από το 2012 ανέβαινε σταθερά, στην Ελλάδα τη δεκαετία 2012-2022 παρέμεινε στα ίδια επίπεδα. Από το 2015 έγινε προσπάθεια να κρατηθεί σταθερή η δημόσια δαπάνη, όμως δεν έγινε προσπάθεια να βρεθεί πόσος είναι ο όγκος της φροντίδας που αποζημιώνεται, με αποτέλεσμα να αυξάνεται κάθε χρόνο η διαφορά μεταξύ πραγματικής, αποζημιούμενης φαρμακευτικής δαπάνης και δημόσιας δαπάνης. Αυτό οδήγησε στην παρούσα κατάσταση, δηλαδή στο να χρηματοδοτεί το σύστημα από το 2022 η Φαρμακοβιομηχανία με περισσότερα χρήματα από όσα η Πολιτεία. Παράλληλα, οι ασθενείς επιβαρύνονται με αυξημένες συμμετοχές. Εάν η αύξηση της φαρμακευτικής δαπάνης ήταν ανάλογη με αυτή της Ευρωζώνης στη χώρα μας αυτή τη δεκαετία, θα έπρεπε να είχαν μπει στο σύστημα άλλα 5 δισ. ευρώ, επεσήμανε ο κ. Καρόκης. Ανέφερε ότι αυτή η απόκλιση μεταξύ Ελλάδας και ευρωζώνης θα πρέπει αποτελέσει αντικείμενο διαπραγμάτευσης μεταξύ Φαρμακοβιομηχανίας και Πολιτείας για να βρεθεί τρόπος να υπάρξει μια σύγκλιση, γιατί εάν αυτή η απόκλιση δεν ήταν τόσο μεγάλη η φαρμακοβιομηχανία, αντί να βάζει το 57% στο σύστημα, θα έβαζε κάτω από 50% και, εάν πορευόμαστε σύμφωνα με τον μέσο όρο της ευρωζώνης, η συμμετοχή της φαρμακοβιομηχανίας θα ήταν κάτω από 40%. Αυτό θα μας επέτρεπε να έχουμε μεγαλύτερη ευχέρεια στην υλοποίηση των δομικών μεταρρυθμίσεων που θα αύξαναν την αξία της περίθαλψης και όχι να επικεντρωνόμαστε σε αυτές που ρυθμίζουν τον όγκο. Εάν δεν αλλάξει κάτι, τόνισε ο κ. Καρόκης, το 2025 η δαπάνη θα φθάσει τα 8,7 δισ. ευρώ, η συμμετοχή των ασθενών θα είναι περίπου στο 1 δισ. ευρώ και της φαρμακοβιομηχανίας στα 4,7 δισ. ευρώ. Τα 900 δισ. ευρώ που θα βάλει η κυβέρνηση στο Σύστημα όπως υποχρεούται από το RRF δεν θα αλλάξουν την κατάσταση γιατί μας λείπουν οι δομικές μεταρρυθμίσεις συνέχισε ο κ. Καρόκης. Όπως σημείωσε, παρότι από τα μνημονιακά χρόνια έχουν θεσμοθετηθεί στη χώρα μας όλα τα μέτρα ελέγχου για το κόστος που υπάρχουν και στο εξωτερικό, δεν έχει θεσμοθετηθεί κανένα κριτήριο για το cost-effectiveness ενός φαρμάκου και άρα δεν ξέρουμε ποια θεραπεία πληροί αυτά τα κριτήρια, ενώ για το budget impact έχουμε μια πολύ χαλαρή προσέγγιση και η συζήτηση μεταφέρεται στην Επιτροπή Διαπραγμάτευσης τιμών που είναι υποχρεωμένη να τεκμηριώνει το value με βάση την αξία της διαφοράς μεταξύ αποζημιούμενης δαπάνης και κρατικού προϋπολογισμού. Μεταφέρουμε δηλαδή το πρόβλημα της χρηματοδότησης στην αξία του φαρμάκου, που την υπολογίζουμε με βάση αυτή την απόκλιση, γεγονός που διαστρεβλώνει οποιαδήποτε έννοια αξίας στη φαρμακευτική περίθαλψη.

Ο Γενικός Γραμματέας Στρατηγικού Σχεδιασμού του Υπουργείου Υγείας, **Άρης Αγγελής** κατά τη διάρκεια του πάνελ που ακολούθησε, τόνισε μεταξύ άλλων ότι είναι η πρώτη φορά που το Υπουργείο έχει καταφέρει μέσα σε 4 μήνες να εφαρμόσει τόσα μέτρα. Ανέφερε χαρακτηριστικά το κανονιστικό πλαίσιο για την εφαρμογή ποινών συνταγογράφησης, τα θεραπευτικά πρωτόκολλα, την εφαρμογή ενός νέου πλαισίου HTA αλλά και την μεγάλη επιτυχία του Υπουργείου να εξασφαλίσει μέσα σε 1 έτος τέτοια ποσά χρηματοδότησης για το φάρμακο, που αντιστοιχούν σε 370 εκατ. €, ενώ του χρόνου θα ανέλθουν σε 400+. Επιπλέον, τόνισε ότι είναι η μόνη Γενική Γραμματεία που κατάφερε να εξασφαλίσει τεχνική βοήθεια από το DG Reform για την εφαρμογή του νέου κανονισμού Αξιολόγησης της Τεχνολογίας. Σχολιάζοντας τις προηγούμενες τοποθετήσεις τόνισε ότι το ποσοστό της χρηματοδότησης της

φαρμακευτικής δαπάνης σε σχέση με τη συνολική δαπάνη στην Ελλάδα είναι πολύ υψηλότερο από τις άλλες χώρες της ΕΕ, ενώ σημείωσε ότι υπάρχουν πολλά συμφέροντα στην αγορά φαρμάκου και κάθε φορά που το Κράτος πάει να διορθώσει κάτι, έρχεται σε σύγκρουση με τα συμφέροντα αυτά. Αντίστοιχα, σχολιάζοντας την αναφορά στα ανώτατα όρια που μπορεί να έχει ένα Qaly, είπε ότι στην Ελλάδα άμα πάρουμε το παράδειγμα της Αγγλίας και εφαρμόσουμε ένα supply-side approach για να βρούμε το ανώτατο όριο, τότε αυτό δεν θα έπρεπε να ξεπερνά τα 15.000 - 23.000 ευρώ. Σε ότι αφορά το clawback σημείωσε ότι ο στόχος για τη μείωσή του είναι αναγνωρισμένος, ενώ το πρόβλημα δεν είναι αυτό αλλά το σύνολο των επιστροφών (rebate & clawback) δηλαδή το payback. Τέλος, όπως είπε, όταν εφαρμοστεί ο νέος κανονισμός ΗΤΑ εξ' ορισμού θα έχουμε value-based φαρμακευτική πολιτική στη χώρα μας. Το TSI, η τεχνική βοήθεια δηλαδή θα αναδείξει τα κενά που υπάρχουν, ενώ θα τεθούν τα κριτήρια και οι διαδικασίες που πρέπει να έχουμε για να εφαρμοστεί ο νέος κανονισμός Αξιολόγησης Τεχνολογιών Υγείας από 1η Γενάρη. Στους λόγους για τους οποίους οι συμφωνίες κλειστών προϋπολογισμών στην Επιτροπή Διαπραγμάτευσης Τιμών είναι επιθυμητές και από την Πολιτεία και από τις εταιρείες αναφέρθηκε η μη εκτελεστική πρόεδρος του ΕΟΠΥΥ και πρόεδρος της Επιτροπής Διαπραγμάτευσης Τιμών **Νάντια Γκογκοζώτου**. Όπως ανέφερε από τα 130 εκατ. ευρώ που ήταν οι κλειστοί προϋπολογισμοί το 2020, μέχρι τώρα το 2024 έχουν κλειστεί συμφωνίες ύψους 1,1 δις ευρώ ενώ για την επόμενη χρονιά έχουν ήδη δεσμευτεί 900 εκατ. ευρώ. Σύμφωνα με όσα ανέφερε, οι κλειστοί προϋπολογισμοί είναι επιθυμητοί από το Κράτος γιατί οριοθετούνται οι ασθενείς για τις θεραπείες και η όποια υπέρβαση είναι ευθύνη των εταιρειών που συμμετέχουν σε αυτούς τους προϋπολογισμούς, ενώ για τις εταιρείες, παρότι θεωρούν ότι τους ζητούνται μεγάλα ποσά επιστροφών είναι επιθυμητές γιατί τουλάχιστον ξέρουν ότι για 2 χρόνια αυτές είναι οι επιστροφές τους, άρα μπορούν πιο εύκολα να παρουσιάσουν την εικόνα στις μητρικές τους εταιρείες εάν δεν είναι ελληνικές. Απαντώντας σε ερώτηση σχετικά με το εάν εφαρμόζονται value based elements στη διαδικασία της Επιτροπής Διαπραγμάτευσης, η κ. Γκογκοζώτου απάντησε ότι μέχρι τον Ιούλιο του 2022 που η έκπτωση ήταν πρόσθετη των επιστροφών, εξετάζονταν και στοιχεία κλινικής υπεροχής ενός προϊόντος, και αυτό φαινόταν και στο μέγεθος της έκπτωσης, Ωστόσο από τότε που εφαρμόστηκε η συνένωση των προϋπολογισμών των ΦΥΚ και η έκπτωση συμψηφίζεται με τις επιστροφές, αυτή έχει να κάνει περισσότερο με τις εταιρείες που για τους δικούς τους λογιστικούς λόγους θέλουν να είναι όσον το δυνατόν μικρότερη η έκπτωση και η διαπραγμάτευση έγκειται στο πως μπορεί η Επιτροπή να διαπραγματευτεί μια μεγαλύτερη έκπτωση ανάλογα με τους ασθενείς που θα εντάξει σε μια θεραπεία. Από την πλευρά του, ο Πρόεδρος του ΣΦΕΕ και Γενικός Διευθυντής Novo Nordisk Hellas, **Ολύμπιος Παπαδημητρίου**, αναφερόμενος στον τρόπο που γίνονται οι διαδικασίες για την διαπραγμάτευση τιμών είπε ότι αυτές εστιάζουν περισσότερο στις εκπτώσεις που θα πάρει η Πολιτεία και όχι ή πολύ λιγότερο στις εκβάσεις που αγοράζει ο ΕΟΠΥΥ, γεγονός που δε συνάδει ιδιαίτερα με το value based pricing. Άλλωστε με κλειστούς προϋπολογισμούς value based pricing δεν γίνεται, υπογράμμισε ο κ. Παπαδημητρίου, προσθέτοντας ωστόσο ότι η λογική δεν είναι αυτή των ανοιχτών προϋπολογισμών, αλλά από την άλλη ούτε αυτή των απόλυτα κλειστών αφού σε αυτή την περίπτωση το value based pricing θα το πληρώσουν οι υπόλοιποι. Ο πρόεδρος του ΣΦΕΕ επισήμανε επίσης ότι αυτή τη στιγμή οι φαρμακευτικές εταιρείες είναι οι μόνοι υπεύθυνοι για τον όγκο των προϊόντων τους που πρόκειται να καταναλωθούν δεδομένου ότι δεν υπάρχει συνυπευθυνότητα από τον ΕΟΠΥΥ η οποιονδήποτε άλλο φορέα. Αν και έχουν γίνει σοβαρές προσπάθειες, το θέμα των γενοσήμων δεν έχει προχωρήσει όσο θα έπρεπε, υποστήριξε μεταξύ άλλων ο **Βασίλης Πενταφράγκας** Εντεταλμένος Σύμβουλος Πανελληνίας Ένωσης Φαρμακοβιομηχανίας (ΠΕΦ), κατά τη διάρκεια της δικής του τοποθέτησης. Αναρωτήθηκε για ποιο λόγο δεν έχουν εφαρμοστεί ακόμα λύσεις τεχνητής νοημοσύνης. «Θα αναρωτηθώ πόσο δύσκολο είναι τον καιρό της τεχνητής νοημοσύνης να περάσουν κόφτες και φίλτρα στη συνταγογράφηση; Πόσο δύσκολο είναι η ίδια τεχνητή νοημοσύνη να οδηγήσει τα πράγματα; Δεν είμαστε στο 2012 να ζητάμε με όρους του 2012»

υποστήριξε ο ίδιος για να συμπληρώσει στη συνέχεια, «οι περιορισμοί στη συνταγογράφηση που μπαίνουν είτε από την Επιτροπή Αξιολόγησης είτε από την Επιτροπή Διαπραγμάτευσης, στην πράξη δεν λειτουργούν ως περιορισμοί. Οι οικονομικότερες θεραπευτικές επιλογές θα πρέπει να είναι οι πρώτες επιλογές, θα πρέπει να υπάρχει ένα καλά δομημένο πλαίσιο, που θα δίνει κίνητρα στο να χρησιμοποιηθούν αυτές οι επιλογές και όχι αντικίνητρα», τόνισε ο κ. Πενταφράγκας και απευθυνόμενος στο κοινό του συνεδρίου διερωτήθηκε «είναι για σας λογικό κι αποδεκτό η καρδιακή ανεπάρκεια να αποζημιώνεται με 3,5 ευρώ μηνιαίως, είναι λογικό η υπέρταση να αποζημιώνεται με 4 ευρώ μηνιαίως και στα ποσά αυτά να πρέπει να έχουμε υποχρεωτικές επιστροφές;» για να συμπληρώσει στη συνέχεια «κι αν μιλάμε, που γίνεται πολλή συζήτηση πάνω ή κάτω από το τραπέζι, για θέματα αναθεώρησης τιμών κι επαναξιολόγησης που θα πρέπει να πάμε; Και να ρωτήσω η υποκατάσταση αυτών των οικονομικών θεραπειών, πώς θα την αντιμετωπίσουμε;». Εκπροσωπώ τις 26 μεγαλύτερες πολυεθνικές εταιρείες οι οποίες φέρνουν την καινοτομία στη χώρα και είναι βασική μας αρχή να θέλουμε την αξία στην υγεία», τόνισε η **Λαμπρίνα Μπαρμπετάκη**, Πρόεδρος Διοικητικού Συμβουλίου του PhARMA Innovation Forum Greece (PIF) και Πρόεδρος της AbbVie Ελλάδας, Κύπρου και Μάλτας, προσθέτοντας ότι γι' αυτό τον λόγο το PIF Greece βρίσκεται σε συνεχή συνεργασία με το Υπουργείο Υγείας γιατί γνωρίζει ότι οι πόροι ενός συστήματος υγείας δεν είναι ανεξάντλητοι και πρέπει να τους σεβόμαστε όλοι, ώστε ο ασθενής να μπορεί να λάβει τη θεραπεία που χρειάζεται, έγκαιρα και αποτελεσματικά. Η κ. Μπαρμπετάκη πρόσθεσε ότι πιστεύει σ' ένα σύστημα υγείας, εντός του οποίου οι αποφάσεις μπορούν και πρέπει να είναι συνδεδεμένες. «Δεν μπορούμε να μιλάμε μόνο για την αξιολόγηση μιας θεραπείας όπου το κλινικό όφελος, δηλαδή το αποτέλεσμα για τον ασθενή, να είναι ξεκομμένο από τις αποφάσεις οι οποίες συνοδεύουν τη διαπραγμάτευση αυτής της θεραπείας μέχρι και τη χρηματοδότηση. Η αξία στο σύστημα υγείας, η οποία φαίνεται, για παράδειγμα, με τη μείωση των ημερών νοσηλείας με αντιστοιχώς μικρότερη χρήση των οικονομικών πόρων, κι αυτή πρέπει να αξιολογείται, όπως επίσης το επιπρόσθετο και πολλαπλασιαστικό όφελος που έχει η οικονομία όταν οι ασθενείς είναι λειτουργικοί.» «Σε ένα τέτοιο σύστημα υγείας, δεν θα πρέπει να μιλάμε για πόρους συγκεκριμένους και ανελαστικούς, οι οποίοι δεν καλύπτουν τις ανάγκες των ασθενών, όπως επίσης και για επιστροφές ανά τρίμηνο και για οριζόντια μέτρα, τα οποία επιβάλλονται ανεξάρτητα με τον βαθμό καινοτομίας που προσφέρουν οι νέες θεραπείες στο σύστημα. Με τα μέτρα, τα μοντέλα, την αποδοτική και σοφή χρήση των δεδομένων μπορούμε να βρούμε τη «μαγική εξίσωση» που εξασφαλίζει πόρους, απαντά στις ανάγκες των ασθενών, προσφέροντας έμμεσα και επιπρόσθετα κοινωνικά οφέλη, όπως η αύξηση στην παραγωγικότητα», κατέληξε η κ. Μπαρμπετάκη. Τέλος, «όλοι μας πρέπει να καταλάβουμε τη σημασία της καινοτομίας για τον ασθενή και πώς αυτή πρέπει να προστατεύεται μέσα από υγιή πλέγματα συνεργασίας όλων των εμπλεκόμενων φορέων σε εθνικό και διεθνές επίπεδο», τόνισε η Πρόεδρος της Ένωσης Ασθενών Ελλάδος, **Βάσω Βακουφτσή** και πρόσθεσε ότι στόχος για τη χώρα μας αλλά και σε ευρωπαϊκό επίπεδο, παραμένει η απλούστευση των διαδικασιών και η δημιουργία ενός φιλικότερου περιβάλλοντος για την καινοτομία, με τον ασθενή να συμμετέχει ενεργά και τεκμηριωμένα σε κάθε διαδικασία χάραξης ανάλογων πολιτικών. Ας μην ξεχνάμε, ότι η πρόσβαση σε καινοτόμες θεραπείες δεν αφορά μόνο τον ασθενή, αλλά και τη βιωσιμότητα ολόκληρου του κοινωνικού συνόλου.

O Robert S. Kaplan, Senior Fellow and Marvin Bower Professor of Leadership Development, Emeritus στο Harvard Business School στο πλαίσιο της κεντρικής του ομιλίας τόνισε τις τέσσερις κύριες προτεραιότητες κατά την εφαρμογή του VBHC μοντέλου: α) οργάνωση της φροντίδας γύρω από την ασθένεια, β) μέτρηση και βελτίωση των αποτελεσμάτων που έχουν σημασία για τους ασθενείς (PROMs), γ) μέτρηση και μείωση των δαπανών (TDABC) και δ) εισαγωγή πληρωμών βάσει αξίας. Με παραδείγματα από διάφορες χώρες ο Καθηγητής ανέλυσε τα προτερήματα και τα θετικά αποτελέσματα στην υγεία των ασθενών όταν οργανώνουμε το σύστημα δημιουργώντας κέντρα αριστείας γύρω από μια ασθένεια. Σε όλα

τα παραδείγματα που ανέλυσε (εξειδικευμένη κλινική παχυσαρκία στην Ολλανδία, κέντρο πρωτοβάθμιας περίθαλψης ηλικιωμένων στις ΗΠΑ, κλινική για ασθενείς με προστάτη στο Αμβούργο), τα αποτελέσματα ήταν εξαιρετικά και το κόστος για τους ασθενείς μειώθηκε καθώς τα έξοδα μειώνονται από την απουσία επιπλοκών ή μείωσης των νοσηλείων και η εμπειρία των ασθενών καταγράφηκε ως πολύ θετική. Σημαντικό σημείο είναι ότι τα αποτελέσματα όπως τα δήλωσαν οι ασθενείς είναι πολύ σημαντικά για τη λήψη από κοινού αποφάσεων. Όπως τόνισε πρέπει να υπάρχει ένας διάλογος μεταξύ του γιατρού και του ασθενή για το τι είναι πιο σημαντικό για τον ίδιο τον ασθενή κι αυτό βοηθά τον ασθενή να κατευθύνει το γιατρό να επιλέξει την κατάλληλη θεραπεία, όταν υπάρχει δυνατότητα επιλογής. Επομένως, οι γιατροί θα πρέπει να αναπτύξουν εργαλεία, ώστε να συλλέγουν την πληροφορία από τους ίδιους τους ασθενείς, για να δούμε εάν πράγματι οι παρεμβάσεις ήταν ήδη επιτυχημένες. Ο στόχος όλης αυτής της διαδικασίας δεν είναι η τιμωρία των γιατρών, αλλά η βελτίωση και μπορούμε να έχουμε καλύτερα αποτελέσματα. Έτσι μπορούμε να πληρώνουμε με βάση τα καλύτερα αποτελέσματα. Όσο έχουμε πιο αξιόπιστα δεδομένα, μπορούμε να τα χρησιμοποιήσουμε για να προσαρμόσουμε τις μεθόδους πληρωμής αποζημίωσης. Όσον αφορά στα κόστη, είναι πολύ σημαντικό, όπως είπε, να καταλάβουμε την έννοια του κόστους σε κλινικό επίπεδο στον ιατρικό χώρο. Πως μετράς όχι αυτό που χρεώνει τον ασθενή, αλλά τι σου κοστίζει να προσφέρεις αυτή την υπηρεσία, αυτή είναι η κοστολόγηση με βάση το χρόνο και τη δραστηριότητα. Βλέπουμε λοιπόν ποιες είναι οι θεραπείες που παρασχέθηκαν σε όλο τον κύκλο της θεραπείας, ποιος υλοποίησε την κάθε θεραπεία και πόσος χρόνος δαπανήθηκε για τα θεραπευτικά βήματα. Οπότε χαρτογραφούμε όλες τις δραστηριότητες που αναπτύσσονται για τον ασθενή στο σύνολο της πορείας της θεραπείας του. Μετά μετράμε το κόστος του εξοπλισμού και κάθε ανθρώπου που εμπλέκεται.

Η Ελλάδα είναι έτοιμη να εφαρμόσει value-based procurement

Στην ενότητα των ιατροτεχνολογικών προϊόντων που συντόνισε ο **Δημήτρης Νίκας**, Πρόεδρος του Συνδέσμου Επιχειρήσεων Ιατρικών & Βιοτεχνολογικών Προϊόντων (ΣΕΙΒ), και Διευθύνων Σύμβουλος της Medtronic συζητήθηκε η ετοιμότητα της χώρας να εφαρμόσει value-based procurement. Σε όλη την Ευρώπη το 70% περίπου των προμηθειών των νοσοκομείων γίνεται μέσω διαγωνισμών ή άλλων διαγωνιστικών διαδικασιών, βασιζόμενες στο δίπτυχο Ποσότητα-Τιμή, σύμφωνα με τα όσα είπε Πρόεδρος του ΣΕΙΒ, τονίζοντας ότι το value-based healthcare μοντέλο εισάγει νέα δεδομένα, όπως η αξία, δεδομένα που πρέπει να αφομοιώσει το οικοσύστημα των προμηθειών υγείας. Αυτό απαιτεί ενημέρωση και εκπαίδευση, όχι μόνο του δημοσίου τομέα, αλλά και των εταιρειών του κλάδου. Για τους στόχους και την οργάνωση του Ευρωπαϊκού Προγράμματος Procure 4Health μίλησε στην εισαγωγική της ομιλία η **Helen YU**, Associate Professor and Associate Director of Value-Based Health and Care Academy, Director of Health and Wellbeing Research Institute Network, Swansea University, UK. Όπως ανέφερε, το έργο Procure4Health που χρηματοδοτείται από την ΕΕ, είναι μια αναπτυσσόμενη κοινότητα 33 ευρωπαϊκών οργανισμών από 15 χώρες που βασικά έχει στόχο την αξιοποίηση της αγοραστικής δύναμης των δημόσιων αρχών για την ενθάρρυνση και την παροχή κινήτρων στην ανάπτυξη της value-based καινοτομίας. Το έργο περιλαμβάνει τις εξής 6 ομάδες εργασίες: 1. Βιωσιμότητα στην προμήθεια καινοτομίας 2. Ολοκληρωμένη φροντίδα, 3. Ιατρική ακριβείας και Προγνωστική ιατρική, 4. Επιπρόσθετη φροντίδα 5. Επιδραστική καινοτομία, 6. Προμήθειες με βάση την αξία. Η καθηγήτρια επισήμανε ότι είναι γνωστό ότι η καινοτομία στην Υγεία κοστίζει, καθώς και ότι τα κράτη μέλη της ΕΕ έχουν δημοσιονομικούς περιορισμούς, ειδικά μετά την πανδημία. Ωστόσο όπως ανέφερε το στοιχείο κλειδί για προμήθειες με βάση την αξία και μια προσέγγιση που δεν θα βασίζεται μόνο στο κόστος, είναι η συνεργασία όλων των ενδιαφερόμενων μερών ώστε να καθοριστεί ένας κοινός στόχος και μια συμφωνία στον ορισμό της αξίας. Παρότι θεωρητικά δεν είναι δύσκολο να αντιληφθούμε την έννοια των προμηθειών με βάση την αξία, πρακτικά δεν θα μπορούσε να τεθεί σε εφαρμογή μια τέτοια προσέγγιση χωρίς ένα ρυθμιστικό πλαίσιο. Για αυτό και

ορίστηκαν τρεις κανόνες για έχει το συγκεκριμένο έργο αξιοσημείωτα κλινικά και ασθενοκεντρικά αποτελέσματα. Οι 3 αυτοί κανόνες είναι: α) Engagement, δηλαδή ασθενείς και επαγγελματίες υγείας μαζί αποφασίζουν για τα κριτήρια της τεχνολογίας που χρειάζεται, β) value-based considerations, δηλαδή αξιολόγηση της πρότασης καινοτομίας με βάση τα κριτήρια της valuebased προσέγγισης και γ) design reward criteria that reflect value, σχεδιασμός κριτηρίων ανταμοιβής που αντικατοπτρίζουν την αξία. Ο Αντιπρόεδρος στο Πανεπιστημιακό Καρδιολογικό Νοσοκομείο του Τάμπερε, στη Φινλανδία και Δ/νων Σύμβουλος στη θυγατρική του που αναλαμβάνει όλες τις προμήθειες, **Aki Haukilahti**, ανέλυσε με ποιο τρόπο το νοσοκομείο εφαρμόζει value-based πρακτικές, οι οποίες έχουν οδηγήσει σε εξαιρετικά αποτελέσματα, τόσο όσον αφορά την υγεία των ασθενών, όσο και την οικονομική βιωσιμότητα. Όπως εξήγησε, το νοσοκομείο άρχισε να εφαρμόζει μοντέλα με βάση την αξία από το 2015 με το πρώτο πιλοτικό πρόγραμμα να αφορά στους βηματοδότες, ενώ χρειάστηκαν περισσότερα από 5 χρόνια για να επεκτείνουν την εφαρμογή των μοντέλων στο σύνολο των περιφερειών της χώρας. Σημειώνεται ότι το νοσοκομείο εξειδικεύεται σε καρδιαγγειακά νοσήματα, και μάλιστα η στεφανιαία νόσος αποτελεί τη νούμερο ένα αιτία θανάτου στην χώρα. Αναφέρθηκε σε 2 μοντέλα που χρησιμοποιούν: Α) το μοντέλο στόχευσης κόστους: βάσει αυτού, έγινε συμφωνία παροχής υπηρεσιών πάνω από 60 εκατ. ευρώ ετησίως με τον μεγαλύτερο πελάτη τους, την περιοχή Pirkanmaa, για τιμολόγηση των υπηρεσιών που παρέχουν κυρίως ανά υπηρεσία. Επίσης, έχουν θέσει συγκεκριμένα κόστη για τη χειρουργική αντιμετώπιση καρδιολογικών και καρδιοχειρουργικών περιστατικών και για τη νοσοκομειακή φροντίδα. Αν το κόστος είναι μικρότερο, τότε εξοικονόμηση από κοινού, συνήθως της τάξης του 40 έως 60%. Αν το κόστος είναι μεγαλύτερο, τότε υπάρχουν κυρώσεις, και αποζημιώνονται μόνο για το 40 έως 60% του συνολικού κόστους. Όπως εξήγησε, υπάρχει ένα σύστημα επιβράβευσης και κυρώσεων για την ποιότητα. Διαφέρει ανάλογα με τη σύμβαση. Αλλά συνίσταται μεταξύ 1 και 1,5% της αξίας της σύμβασης ως επιβράβευση ή κύρωση. Έτσι, αν δεν διατηρείται η αξία, αν δεν διατηρείται καλή πρόσβαση στη φροντίδα, προκύπτουν κυρώσεις, αντιθέτως αν υπάρχει καλή ποιότητα, καλή πρόσβαση, και επιτευχθούν οι βασικοί δείκτες απόδοσης (KPIs), λαμβάνουν επιπλέον χρήματα από τα μπόνους. Αυτό το μοντέλο εφαρμόζεται σε 3 περιφέρειες και αποφέρει αφού καλύπτει το 79% των εσόδων τους. Β) τα μοντέλα υπηρεσιών απομακρυσμένης ψηφιακής φροντίδας, και τα προγράμματα κύκλου ζωής που βασίζονται σε εμφυτεύσιμες συσκευές. Σε ότι αφορά την ψηφιακή φροντίδα, η υπηρεσία τιμολογείται με ένα πολύ χαμηλό κόστος της τάξης των 10 ευρώ κάθε μήνα. Αν ο ασθενής αποχωρήσει από το πρόγραμμα, δεν τιμολογείται η υπηρεσία. Όπως εξήγησε, το μέγιστο κόστος της ψηφιακής υποστήριξης μέσω ICT που παρέχουν είναι 1.000 ευρώ ετησίως, και ήδη αποδίδει οικονομικά διότι είναι πολύ πιο δαπανηρό να επιστρέφουν οι ασθενείς στο νοσοκομείο ξανά και ξανά. Προκύπτει ότι οι ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια ωφελούνται από την απομακρυσμένη φροντίδα. Σε ότι αφορά τις εμφυτεύσιμες συσκευές, τιμολογούνται για παράδειγμα, βηματοδότες, εμφυτεύσιμοι απινιδωτές (ICDs), συστήματα καρδιακού επανασυγχρονισμού (CRTs) με διμηνιαίες πληρωμές. Συνήθως, υπάρχει ένα KEN ή πληρωμή ανά υπηρεσία (fee-for-service) ή κάποιο παρόμοιο σύστημα πληρωμής για τις υπηρεσίες υψηλού κόστους, αλλά όπως ανέφερε αυτοί εφαρμόζουν μηνιαία πληρωμή για όλες τις υπηρεσίες βηματοδότη που παρέχουν. Τέλος, τόνισε ότι τα κίνητρα που έχουν τόσο το νοσοκομείο όσο και οι πληρωτές αντικατοπτρίζονται επίσης και στους ασθενείς, καθώς όσο υψηλότερη είναι η ποιότητα, τόσο καλύτερα είναι για τον ασθενή. Προσπαθούν να κρατήσουν τους ασθενείς εκτός νοσοκομείων πλέον. Επίσης, όλοι οι ασθενείς με βηματοδότες και ICD εντάσσονται σε απομακρυσμένη παρακολούθηση. Όπως είπε, έχουν πάνω από 8.000 ασθενείς σε απομακρυσμένη παρακολούθηση.

Στη συζήτηση που ακολούθησε, σύμφωνα με τον Πρόεδρο της Εθνικής Κεντρικής Αρχής Προμηθειών Υγείας (ΕΚΑΠΥ) **Άρη Αποστόλου** είμαστε έτοιμοι ως χώρα να εφαρμόσουμε ένα σύστημα προμηθειών με βάση την αξία γιατί θέλουμε να φύγουμε από τις διαδικασίες των μειοδοτικών διαγωνισμών και να πάμε σε αυτές με τη συμφερότερη, κάτι που είναι η αρχή

για ένα value-based σύστημα. Ωστόσο, για να μπορέσουμε να λάβουμε υπόψη πιο επιστημονικά στοιχεία, αυτά θα πρέπει να αξιολογούνται πρώτα από έναν φορέα HTA για τα ιατροτεχνολογικά, ο οποίος θα δίνει τις αλγοριθμικές συσχετίσεις. Δίνοντας το παράδειγμα του Procure4Health τόνισε τη σημασία σύναψης συνεργειών με άλλα κράτη για πιο κεντρικές τεχνικές προδιαγραφές ως οδηγό για το τι είναι αποδεκτό ή όχι. Ο **Γεώργιος Δαφούλας**, Ακαδημαϊκός Υπότροφος Ψηφιακής Διαγνωστικής και Θεραπευτικής στο Τμήμα Ιατρικής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας σημείωσε ότι σήμερα, υπάρχει ήδη διαθέσιμη πληθώρα καινοτόμων τεχνολογιών κινητής υγείας, οι οποίες μπορούν να οδηγήσουν σε εξασφάλιση πόρων μέσω πρώιμης διάγνωσης, βελτίωσης της ποιότητας ζωής, μείωσης των εισαγωγών στα νοσοκομεία και της διάρκειας νοσηλείας. Ως αποτέλεσμα των παραπάνω, αρκετές Ευρωπαϊκές χώρες, όχι όμως και η Ελλάδα, έχουν προχωρήσει στον καθορισμό του πλαισίου και στα κριτήρια αξιολόγησης των καινοτόμων προϊόντων ψηφιακής διαγνωστικής και θεραπευτικής, για την αποζημίωση τους, καθώς και στον απαραίτητο οδικό χάρτη που καθοδηγεί τα Εθνικά Συστήματα Υγείας στην ενσωμάτωση, των τεχνολογιών κινητής υγείας. Η **Μαρία Πανουσοπούλου**, Προϊσταμένη Περιφερειακής Διεύθυνσης Ε.Ο.Π.Υ. Νότιας Αθήνας συμπλήρωσε από την πλευρά της ότι η προμήθεια με βάση την αξία για ιατροτεχνολογικά προϊόντα γίνεται ολοένα και πιο σημαντική στην υγειονομική περίθαλψη. Όπως είπε χαρακτηριστικά «όταν το σύστημα υγείας εστιάζει στην αξία και όχι μόνο στην τιμή και διαπραγματεύεται, οι πολιτικές αποζημίωσης μπορούν να αποδώσουν πιο βιώσιμες και αποτελεσματικές αποφάσεις κατά την αποζημίωση της ραγδαίως εξελισσόμενης τεχνολογίας». Στη συνέχεια ο **Πάνος Μινογιάννης**, Γενικός Διευθυντής του Ωνασείου Καρδιοχειρουργικού Κέντρου αναφερόμενος σε τεχνολογία που εισήγαγε το Κέντρο, είπε ότι η εμπειρία τους έδειξε ότι χρειάζονται δεδομένα και ανάλυση δεδομένων, funding και μηνιαία service fees, και εν τέλει μεγαλύτερους οργανισμούς με ευθύνη για το συνολικό status υγείας των ασθενών, με καθορισμένους δείκτες. «Αν θέλουμε να κινηθούμε προς ένα value-based μοντέλο χρειαζόμαστε μια σειρά από ψηφιακά εργαλεία στα οποία θα χρειαστεί να επενδύσουμε», τόνισε χαρακτηριστικά. Αντίστοιχα, και ο **Chris L. Pashos**, Member, Board of Directors, Genesis Research, Member of the Board of Advisors, Otis Health τόνισε την ανάγκη να γίνει επένδυση στα δεδομένα. Όπως είπε, είναι η υγειονομική περίθαλψη με βάση τα δεδομένα που θα μας οδηγήσει εκεί που πρέπει να είμαστε. Η ΕΕ έχει κάνει πολλές επενδύσεις πολλών δισ. ευρώ για τη συγκέντρωση RWE και η Ελλάδα πρέπει να επωφεληθεί από προγράμματα όπως το Eden και το Darwin. Τέλος, ο **Αναστάσιος Σαμουηλίδης**, Government Affairs Officer της Ένωσης Ασθενών Ελλάδος τόνισε ότι είναι αναγκαία η μέτρηση των αποτελεσμάτων στην υγεία των ασθενών για να μπορέσουμε να πάμε σε ένα value-based μοντέλο, το οποίο ουσιαστικά βασίζεται στο feedback των ίδιων των ασθενών και μέσα και από μια ολιστική προσέγγιση, ώστε να υπολογίσουμε την αξία των τεχνολογιών υγείας. Δηλαδή όταν υπάρχει μια πάθηση δεν αρκεί μόνο το feedback του ενός γιατρού, αλλά και των άλλων γιατρών, άλλων ειδικοτήτων ή και παραϊατρικών ειδικοτήτων, οι οποίοι μπορεί να κουράρουν εν συνεχεία τον ίδιο τον ασθενή, αλλά έτσι θα μπορέσουμε να έχουμε ένα συνολικό outcome για να δούμε ποιο είναι το value.

Παραδείγματα ψηφιακών λύσεων στην υπηρεσία του πολίτη έδωσαν στη συνέχεια 2 ξεχωριστοί ομιλητές. Ο Product Manager στον τομέα της Υγείας της WINGS ICT Solutions **Νίκος Καστρινιός**, ανέλυσε τα οφέλη της ψηφιακής πλατφόρμας STARLIT. Το STARLIT είναι μια cloud-based πλατφόρμα που υποστηρίζεται από AI/ML, IoT και προηγμένα ασύρματα δίκτυα (5G), ασφαλής και συμβατή με την προστασία προσωπικών δεδομένων. Καθιστά δυνατή την απομακρυσμένη παρακολούθηση ασθενών, ευπαθών ομάδων πληθυσμού, εργατικού δυναμικού στο πεδίο κ.α. Υποστηρίζει την 24/7 καταγραφή ζωτικών δεικτών του οργανισμού σε πραγματικό χρόνο μέσω έξυπνων συσκευών υψηλής τεχνολογίας που περιλαμβάνουν χρήση κουμπιών πανικού, γεωγραφική θέση και ανίχνευση πτώσης. Το Migraine Net (διαχείριση καθημερινότητας και πρόβλεψη μελλοντικών επεισοδίων ημικρανίας) και το STARLIT-Dementia (εξατομικευμένη νοητική ενδυνάμωση πασχόντων με άνοια και

Alzheimer's) είναι 2 ακόμη εφαρμογές που έχει αναπτύξει η WINGS ICT προς όφελος των συμπολιτών μας. Από την πλευρά της η **Αγγελική Κουτζάμπαση**, Sr. Marketing Specialist, Medtronic Diabetes – Italy, Greece & Israel, παρουσίασε δύο καινοτόμες υπηρεσίες της Medtronic Diabetes. Πρόκειται για το Galaxy, μια υπηρεσία για παρόχους υγειονομικής περίθαλψης που συγκεντρώνει δεδομένα από διάφορες πηγές προκειμένου να επιτρέψει στους παρόχους να αναλύουν τα δεδομένα της κλινικής τους, να εντοπίζουν τάσεις και πληροφορίες για την κλινική αξιολόγηση, και να προωθούν την έρευνα και τη συνεργασία. Η δεύτερη υπηρεσία είναι το Care Connect, μια ενσωματωμένη λύση παρακολούθησης που βοηθά τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης να αναθεωρούν τις τάσεις της γλυκόζης των ασθενών από απόσταση και να βελτιστοποιούν ολόκληρο το μονοπάτι φροντίδας τους.

Αναγκαίες οι μεταρρυθμίσεις στην Ασφαλιστική Αγορά, λόγω των προκλήσεων που θέτει το δημογραφικό

Η τελευταία ενότητα αφιερωμένη στην ασφαλιστική αγορά και τις θέσεις των πληρωτών φιλοξένησε δύο πολύ σημαντικές ομιλίες. Η πρώτη αυτή του **Laurent Pochat-Cottilloux**, CEO life& Health – AXA- Re, ο οποίος μίλησε για τη βελτίωση της αξίας που προσφέρεται στους πελάτες από τον κλάδο της ασφάλισης υγείας. Ο κ. Pochat-Cottilloux απαριθμήσε τις μελλοντικές προκλήσεις στην υγειονομική περίθαλψη, όπως τα ποσοστά παχυσαρκίας (κυρίως της παιδικής ηλικίας), τα αυξανόμενα περιστατικά διαβήτη, υπερχοληστερολαιμίας, και υπέρτασης, τα οποία έχουν αυξηθεί δραματικά τα τελευταία 30 χρόνια. Ανέφερε επίσης ότι σήμερα, υπάρχουν νέες προσδοκίες από τους πελάτες του ασφαλιστικού κλάδου, όπως η διαρκής παρουσία και υποστήριξη στα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν, η εντοπιότητα, η εξατομικευμένη υποστήριξη, η παροχή ευρύτερης πρόσβασης στο οικοσύστημα υγείας. Σε όλες τις παραπάνω προσδοκίες, ο ασφαλιστικός κλάδος δεν ανταποκρίνεται ικανοποιητικά, σύμφωνα με τον Laurent Pochat-Cottilloux. Οι ηλεκτρονικές πλατφόρμες που προσφέρουν στο κοινό έχουν εξαιρετικά δύσκολη πλοήγηση, κυρίως ιατρική ορολογία, δεν υπάρχει διαφάνεια τιμών, ούτε ενοποίηση μεταξύ συστημάτων, ενώ υπάρχει ακόμα αδικαιολόγητη γραφειοκρατία που ταλαιπωρεί τους πελάτες των ασφαλιστικών. Η λύση για τον κλάδο είναι να αξιοποιήσει τα ταχέως αναπτυσσόμενα ψηφιακά οικοσυστήματα υγείας, να επεκτείνει την δεξαμενή των πελατών του πέρα από τους μεσήλικες, να προσελκύσει τις νεότερες ηλικίες με φθηνότερα προϊόντα που σχετίζονται περισσότερο με τις ανάγκες τους. Επίσης, να γίνει καλύτερη αξιοποίηση της τηλεϊατρικής και σύνδεση με την ασφαλιστική αποζημίωση, καθώς υπάρχουν συνεργάτες που κατάφεραν να φτάσουν σε μείωση κατά 30% στο κόστος των εσωτερικών ασθενών με αποτελεσματική μέτρηση μέσω της τηλεϊατρικής. Η δεύτερη ομιλία ήταν αυτή του **Anthony Cabrelli**, Managing Director, Bupa Global, Non-Executive Director, GeoBlue, ο οποίος ξεκίνησε δίνοντας τον ορισμό της αξίας, που προτάθηκε για πρώτη φορά από τους Michael Porter και Elizabeth Teisberg από το Harvard Business School και αφορά στα αποτελέσματα υγείας που έχουν σημασία για τους πελάτες σε σχέση με το κόστος παράδοσης των αποτελεσμάτων. Τα αποτελέσματα είναι το πραγματικό μέτρο ποιότητας και η αύξηση της αξίας για τους πελάτες θα πρέπει να είναι ο πραγματικός στόχος ενός οργανισμού υγειονομικής περίθαλψης. Και πρόσθεσε ότι είναι επίσης σημαντικό να δηλωθεί ξεκάθαρα ότι η αξία δεν είναι ίδια με την εξοικονόμηση κόστους και ότι η αξία δεν αφορά την αύξηση της αποτελεσματικότητας ή την παροχή σταδιακών βελτιώσεων στις υπάρχουσες διαδικασίες παροχής φροντίδας. Προκειμένου να μεγιστοποιήσουμε την αξία, πρέπει να σκεφτούμε πώς μπορούμε να αναδιαρθρώσουμε τον τρόπο χρηματοδότησης και παροχής υγειονομικής περίθαλψης. Σύμφωνα με τον Anthony Cabrelli, υπάρχουν πέντε αρχές που στηρίζουν μια προσέγγιση υγειονομικής περίθαλψης που βασίζεται στην αξία. Αυτές οι πέντε αρχές μπορούν να βοηθήσουν τους χρηματοδότες και τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης να διασφαλίσουν ότι θα μπορέσουν με επιτυχία να μεγιστοποιήσουμε την αξία: Η πρώτη αρχή είναι ο εντοπισμός των αναγκών του πελάτη ή ασθενούς και η οργάνωση της φροντίδας γύρω από μια ιατρική πάθηση ή στην περίπτωση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης ή φροντίδας ηλικιωμένων, η οργάνωση της φροντίδας γύρω από διαφορετικές ομάδες πελατών ή κατοίκων διαφορετικών περιοχών, με παρόμοιες ανάγκες. Για παράδειγμα, στα τμήματα της πρωτοβάθμιας περίθαλψης μπορεί να περιλαμβάνονται υγιείς ενήλικες ασθενείς ή ενήλικες

ασθενείς με ορισμένες χρόνιες ασθένειες. Ανεξάρτητα από το εάν η φροντίδα οργανώνεται γύρω από μια ιατρική πάθηση ή ένα τμήμα πελατών – η φροντίδα θα πρέπει να παρέχεται μέσω μιας Ολοκληρωμένης Μονάδας, η οποία να είναι μια αφοσιωμένη, διεπιστημονική ομάδα που να αναλαμβάνει την πλήρη ευθύνη για τον πλήρη κύκλο φροντίδας. Η δεύτερη αρχή είναι η μέτρηση των αποτελεσμάτων και του κόστους για κάθε πελάτη, γιατί χωρίς μέτρηση δεν θα μπορούμε να γνωρίζουμε αν αυξάνουμε την αξία ή όχι. Η τρίτη αρχή είναι η μετάβαση σε ομαδοποιημένες πληρωμές για κύκλους περίθαλψης, οι οποίες να προσαρμόζονται ανάλογα με το μείγμα των περιπτώσεων. Τα τρέχοντα μοντέλα πληρωμών για τις υπηρεσίες υγείας που ισχύουν σε πολλά συστήματα υγειονομικής περίθαλψης δίνουν κίνητρα για υπερθεραπεία, και ως εκ τούτου αυξημένο κόστος, χωρίς να βελτιώνουν τα αποτελέσματα. Η τέταρτη και η πέμπτη αρχή αφορούν την ενσωμάτωση της παροχής φροντίδας όσο το δυνατόν περισσότερο για να επιτραπεί η παροχή ολιστικής φροντίδας, καθώς και η επέκταση των υπηρεσιών που λειτουργούν καλά, ώστε να μπορούν να κοινοποιηθούν οι βέλτιστες πρακτικές και να επηρεαστούν θετικά περισσότεροι πελάτες. Βασικοί παράγοντες που στηρίζουν όλες αυτές τις αρχές είναι: Πρώτον, μια ολοκληρωμένη πλατφόρμα τεχνολογίας πληροφοριών και, δεύτερον, η ευθυγράμμιση των κινήτρων μεταξύ των επιχειρήσεων ασφάλισης και παροχής υπηρεσιών. Παρότι η εκτέλεση αυτής της προσέγγισης στο σύνολό της ίσως να φαίνεται εξαιρετικά δύσκολη, μπορεί να γίνει εκκίνηση από τη μέτρηση των αποτελεσμάτων στις υπάρχουσες οδούς φροντίδας. Αυτό θα ήταν ένα εξαιρετικό πρώτο βήμα στην πορεία προς την παροχή υγειονομικής περίθαλψης με βάση την αξία, τόνισε ο κ. Cabrelli.

Τη συζήτηση που ακολούθησε συντόνισε ο **Αθανάσιος Λοπατατζίδης**, Commercial Executive Director Affidea ο οποίος στην τοποθέτηση του έδωσε τη συνολική εικόνα των θεμάτων που αντιμετωπίζει ο κλάδος, σημειώνοντας ότι για να μπορέσουμε να πάμε προς ένα value-based σύστημα θα πρέπει να φτιάξουμε πρωτίστως ένα καλό σύστημα πρόληψης. Όπως ανέφερε, μέχρι το 2030 το 25% των Ελλήνων θα είναι πάνω από 65 ετών, ενώ τα 2/3 των υποδομών ανήκουν στο Δημόσιο, τονίζοντας ωστόσο ότι η ροή των περιστατικών, στο μεγαλύτερο της όγκο, πάει στα ιδιωτικά νοσοκομεία. Στάθηκε στα 2 Ελληνικά παράδοξα: 1) Η Ελλάδα έχει τους περισσότερους γιατρούς ανά 1000 κατοίκους και τους λιγότερους κατ' αντιστοιχία νοσηλευτές στον ίδιο πληθυσμό 2) Δεν υπάρχει καλά οργανωμένο σύστημα πρωτοβάθμιας φροντίδας. Περίπου το 42% του πληθυσμού πάσχει από ένα χρόνια νόσημα και μέσα σε αυτό το πλαίσιο σε σύγκριση με άλλες χώρες σπαταλάμε ένα μεγάλο μέρος των πόρων της ασφαλιστικής αγοράς σε νοσοκομειακές υπηρεσίες. Ταυτόχρονα τα τελευταία χρόνια υπάρχει και μια συγκέντρωση κυρίως από την πλευρά της ζήτησης (ασφαλιστικές εταιρίες), με τις 5 μεγαλύτερες εταιρίες του κλάδου να έχουν περίπου 80% μερίδιο αγοράς, αλλά και από την πλευρά των νοσοκομείων κυρίως που το 61% των κλινών παρέχονται από 2 μεγάλους ομίλους στη χώρα. Τέλος περιέγραψε δύο παραδείγματα από υλοποιήσεις της Affidea με ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες που περιγράφουν την βελτίωση των αποτελεσμάτων υγείας των ασφαλισμένων με έμφαση ολοκληρωμένα προγράμματα πρόληψης που κρατούν ασφαλισμένους εκτός νοσοκομείων, μειώνοντας έτσι τα κόστη και βελτιώνουν σημαντικά το προσδόκιμο ζωής τους. Ο **Κωνσταντίνος Πάντος**, Διευθυντής Υποδιεύθυνσης Ασφαλίσεων Ζωής της Groupama Ασφαλιστικής ξεκίνησε λέγοντας ότι ο κλάδος είναι ζημιογόνος και οι πολίτες αναγκάζονται να στραφούν στην ιδιωτική ασφάλιση για να αποφύγουν τις πεπαλαιωμένες υποδομές και τις μεγάλες καθυστερήσεις (ουρές). Τόνισε ότι υπάρχει ολιγοπώλιο στην αγορά παρόχων και παντελής απουσία τυποποίησης στην τιμολόγηση των υπηρεσιών, ενώ υπάρχει φοβερή επιθετική τιμολογιακή πολιτική προς τους ιδιωτικά ασφαλισμένους και επιθετική ιατρική αντιμετώπιση, αναλύοντας γιατί η συνολική εικόνα είναι ζημιογόνος. Επιπλέον, τα έξοδα είναι μεγάλα καθώς οι ασφαλιστικές χρησιμοποιούν εξειδικευμένες εταιρίες ή ειδικούς και αρκετά resources για gatekeeping αλλά και για auditing, κάτι το οποίο αυξάνει τα κόστη. Σημείωσε ότι τα ΚΕΝ που μόλις πρόσφατα θεσπίστηκαν είναι ένα πολύ θετικό βήμα, αλλά θα πρέπει το Υπουργείο να προχωρήσει σε εφαρμογή τους και στα ιδιωτικά νοσοκομεία. Αντίστοιχα, με πολύ θετικά λόγια αναφέρθηκε στο μέτρο των απογευματινών χειρουργείων, το οποίο στηρίζει και προωθεί η ασφαλιστική αγορά, ενώ παράλληλα τόνισε ότι θα μπορούσαν οι ασφαλιστικές, εφόσον το ΕΣΥ το επιθυμεί, να συμβάλουν στην αναβάθμιση των κλινών. Από την πλευρά του

ο **Ιωάννης Βασιλάτος**, Chief Operations and Technology Officer, Eurolife FFH τόνισε ότι το δημογραφικό αποτελεί μεγάλο πρόβλημα και πρέπει άμεσα να δράσουμε. Επιπλέον, σημείωσε ότι χρειάζεται συνεργατικότητα αυτή τη στιγμή προκειμένου να υπάρξει πρόοδος, ενώ και το Δημόσιο πρέπει να κάνει γενναίες αλλαγές. Μεταξύ των προτάσεων ιδιαίτερη αναφορά έκανε στην ανάγκη επένδυσης στην πρόληψη, ενώ σημείωσε ότι χρειάζεται όλοι να προετοιμαστούμε και για τη μακροχρόνια φροντίδα, που αποτελεί μεγάλο και σημαντικό θέμα. Ο **Κυριάκος Αποστολίδης**, Επικεφαλής Business Development Ελλάδας & Κύπρου, EXCO Member, Howden Hellas έκανε ιδιαίτερη αναφορά στο δημογραφικό πρόβλημα. Όπως χαρακτηριστικά είπε: «Δεν είναι η χρηματοδότηση το πρόβλημα, αλλά το δημογραφικό. Στα επόμενα 20 χρόνια θα έχουμε 1 εκατ. ηλικιωμένους στην αγορά, μια αύξηση της τάξης του 30-33% και χρειάζεται ένα συνεκτικό πλάνο και μια ξεκάθαρη εικόνα ώστε να ξέρουμε τι έχουμε να αντιμετωπίσουμε». Επιπλέον, τόνισε ότι το ΕΣΥ δουλεύει στα όρια του και πολύ σύντομα και ο ιδιωτικός τομέας θα βρεθεί στα όρια του. Το γεωγραφικό ανάγλυφο της χώρας δεν επιτρέπει πλήρη καθετοποιημένη δευτεροβάθμια, άρα πρέπει να πάμε σε συμπράξεις για να κινητοποιήσουμε πόρους για να βελτιστοποιήσουμε αυτά που κάνουμε. Τέλος, αναφερόμενος στο θέμα των δεδομένων είπε: «Η πληροφορία υπάρχει, αλλά δεν είναι προσβάσιμη από πολλούς». Ιδιαίτερα ενδιαφέρουσα η εισήγηση του Ομότιμου Καθηγητή Ασφάλισης του Τμήματος Στατιστικής και Ασφαλιστικής Επιστήμης του Πανεπιστημίου Πειραιώς, **Μιλτιάδη Νεκτάριου**, ο οποίος τόνισε ότι η Ελλάδα δεν έχει πραγματοποιήσει καμία από τις τρεις διαδοχικές μεταρρυθμίσεις που έκαναν άλλες χώρες στην Ευρώπη. Μίλησε για την εκτεταμένη δυσαρέσκεια των χρηστών υπηρεσιών υγείας στη χώρα μας, ενώ τόνισε ότι η ελληνική οικογένεια πληρώνει το μεγαλύτερο ποσοστό από την τσέπη της, γύρω στο 40% τη στιγμή που το ποσοστό αυτό σε άλλες χώρες της ΕΕ είναι μόνο 10%. Χρειάζεται άμεση αναδιοργάνωση του Υπουργείου Υγείας και περιορισμός στον σχεδιασμό πολιτικών υγείας και αφαίρεση των αρμοδιοτήτων που αφορούν στην διοίκηση των νοσοκομείων, η οποία θα πρέπει να υπαχθεί σε holding εταιρία που θα διοικεί τα 128 δημόσια νοσοκομεία ως Νομικά Πρόσωπα Ιδιωτικού Δικαίου, τα οποία θα είναι ομαδοποιημένα κάτω από τις αντίστοιχες ΥΠΕ. Αν το επιτύχουμε αυτό, όπως χαρακτηριστικά είπε: «τα δημόσια νοσοκομεία θα είναι καλύτερα από τα ιδιωτικά». Σε ότι αφορά τον ΕΟΠΥΥ θα πρέπει να υπάρξει πρόταση για την αναδιοργάνωση του φορέα με στόχο να φροντίζει τους πελάτες του. Καθώς οι δαπάνες δεν μπορούν να ξεφύγουν από το ρυθμό ανάπτυξης του ΑΕΠ, θα πρέπει ο ΕΟΠΥΥ να συμπράξει με τις ασφαλιστικές εταιρείες και να δημιουργηθεί ένα πλαίσιο ιδιωτικής ασφάλισης αυτών των δαπανών με βάση το μοντέλο της Γαλλίας. Με αυτό τον τρόπο, όπως είπε, θα μπουν στο σύστημα υγείας 2 δισ. ευρώ. Τέλος, σημείωσε ότι λύσεις υπάρχουν και θα πρέπει οι πολιτικοί αυτής της χώρας να πάρουν αποφάσεις.

Το συνέδριο τέλεσε **υπό την αιγίδα του Υπουργείου Υγείας**, του ΣΕΒ (σύνδεσμος επιχειρήσεων και βιομηχανιών), του ΣΕΙΒ (Σύνδεσμος Επιχειρήσεων Ιατρικών & Βιοτεχνολογικών Προϊόντων), της ΕΑΕΕ (Ένωση Ασφαλιστικών Εταιρειών Ελλάδος), της ΠΕΦ (Πανελλήνια Ένωση Φαρμακοβιομηχανίας) του ΡΙΦ ΡΗΡΜΑ Innovation Forum, του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής και του ΟΔΙΠΥ (Οργανισμός Διασφάλισης της Ποιότητας στην Υγεία).

Χρυσός Χορηγός του συνεδρίου ήταν η εταιρία MEDTRONIC. Χορηγοί του συνεδρίου ήταν οι εταιρίες: AFFIDEA, EIZO, HEALTHINK, IQVIA, KALTEQ, MSD και WINGS ICT SOLUTIONS, ενώ το συνέδριο υποστήριξε η εταιρία PHILIPS.