

# THE ECONOMIST

ΟΜΙΛΙΑ

**Elias Mossialos**

**Brian Abel - Smith professor of health policy,  
head, Department of Health Policy  
and director, LSE Health  
(via connection)**

**24<sup>th</sup> EXCLUSIVE ROUNDTABLE  
WITH THE GOVERNMENT OF GREECE  
Europe: Reinforcing cohesion in turbulent times**

**ΤΡΙΤΗ 15 ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΥ 2020**

**sound&visual**   
**Κ.ΠΑΠΑΘΑΝΑΣΙΟΥ α.ε.**

Ξάνθης 12 & Ποσειδώνος, 144 51, Μεταμόρφωση  
T: 210 3805459 • [praktika@soundandvisual.gr](mailto:praktika@soundandvisual.gr)  
[www.soundandvisual.gr](http://www.soundandvisual.gr)

**ΠΡΑΚΤΙΚΑ ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΕΩΝ - ΕΝΟΙΚΙΑΣΗ ΟΠΤΙΚΟΑΚΟΥΣΤΙΚΟΥ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΥ  
ΚΑΙ ΤΕΧΝΙΚΗ ΚΑΛΥΨΗ ΣΥΝΕΔΡΙΩΝ & EVENT**

# **THE ECONOMIST**

## **ΟΜΙΛΙΑ**

### **ELIAS MOSSIALOS**

**Brian Abel - Smith professor of health policy, head,  
Department of Health Policy and director, LSE Health  
(via connection)**

### **24<sup>th</sup> EXCLUSIVE ROUNDTABLE** **WITH THE GOVERNMENT OF GREECE** **Europe: Reinforcing cohesion in turbulent times**

**ΤΡΙΤΗ 15 ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΥ 2020**

Ευχαριστώ πάρα πολύ για την πρόσκληση να συμμετάσχω στις διαδικασίες του Συνεδρίου σας, ευχαριστώ για την ευγενική εισαγωγή και ευχαριστώ και τους υπόλοιπους ομιλητές τους οποίους τους περισσότερους τους γνωρίζω και είναι και πολύ καλοί φίλοι.

Επιτρέψτε μου να ξεκινήσω λίγο με την τελευταία παρατήρηση που κάνατε κ. Βέττα, δηλαδή γι' αυτούς που έμειναν πίσω. Αυτοί που έμειναν πίσω από αυτή τη πανδημία ήταν οι ασθενείς που έπασχαν από χρόνια νοσήματα ιδιαίτερα καρκίνο και καρδιαγγειακά και αυτό συνέβη σε χώρες που δεν είχαν πάρει τα μέτρα τους, δηλαδή άνοιξαν το σύστημα υγείας για όλους τους ασθενείς που έπασχαν από COVID-19 σε όλα τα Νοσοκομεία, δεν είχαν δηλαδή ειδικά αφιερωμένα Νοσοκομεία αντιμετώπισης της νόσου αυτής και επίσης είχαν και μεγάλο πρόβλημα γιατί είχαν πάρα πολλά κρούσματα και περιστατικά, οπότε το σύστημα δεν μπόρεσε να ανταπεξέλθει.

Στην χώρα μας είχαμε μια διαφορετική κατεύθυνση. Πρώτον κινήθηκαμε πάρα πολύ νωρίς και αντιμετωπίσαμε την πανδημία νωρίτερα, παίρνοντας μέτρα, δύσκολα μέτρα θα έλεγα πήρε η Κυβέρνηση γιατί πολιτικά

δεν είναι εύκολο να παίρνεις δυσάρεστα μέτρα κλείνοντας χώρους μαζικών συγκεντρώσεων από καρναβάλια, μέχρι κοινωνικές εκδηλώσεις. Τεχνικά όμως είναι εύκολο να γίνει αυτό, αλλά πολιτικά είναι πάρα πολύ δύσκολο και δεν το έκαναν όλες οι χώρες. Και γι' αυτό ακριβώς το σύστημα υγείας το δικό μας άντεξε και δεν είχε μεγάλη πίεση και κέρδισε το χρόνο να αναδιαταχτεί και να αναδιοργανωθεί στο βαθμό που αυτό βέβαια ήταν δυνατό, έχοντας χρόνιες ελλείψεις και ανεπάρκειες και αυτά τα είπε πάρα πολύ καλά ο Υπουργός ο κ. Κικίλιας.

Αλλά παράλληλα στο σύστημα υγείας στην Ελλάδα δεν κάναμε όλα τα Νοσοκομεία, Νοσοκομεία για την αντιμετώπιση του κορωνοϊού, όπως έγινε σε πολλές άλλες χώρες. Με αποτέλεσμα να υπάρχουν σοβαρά προβλήματα με τους καρκινοπαθείς, σοβαρά προβλήματα με τους καρδιοπαθείς και ασθενείς άλλων χρόνιων νοσημάτων, τα οποία τα βλέπουμε τώρα να αναδύονται.

Εγώ έχω δημοσιεύσει δυο μελέτες: μια στο Nature Cancer και μια στο European Heart Journal και για τους καρκινοπαθείς και για τους καρδιοπαθείς, θα είναι στη διάθεση των συμμετεχόντων, μέσω του περιοδικού μπορώ να στείλω αυτές τις μελέτες, αλλά υπάρχει και πολύ μεγάλη βιβλιογραφία πλέον για τα προβλήματα και τις δυσλειτουργίες που δημιούργησε η πανδημία.

Επιτρέψτε μου όμως να μην αναφερθώ στην πανδημία γιατί έχουν αναφερθεί όλοι οι άλλοι ομιλητές και φαντάζομαι θα έχουμε και συζήτηση μετά, επιτρέψτε μου να αναφερθώ σε πέντε διαστάσεις του συστήματος υγείας στην Ελλάδα, οι οποίες θα είναι καθοριστικές για τα επόμενα χρόνια, γιατί η πανδημία κάποια στιγμή θα περάσει και με την ανακάλυψη ενός ασφαλούς και αποτελεσματικού εμβολίου, αλλά και με τη συνεχή εφαρμογή των μέτρων δημόσιας υγείας.

Θα είναι συνδυασμός. Δηλαδή δεν θα δώσει τη λύση αποκλειστικά το εμβόλιο, ειδικά η πρώτη γενιά των εμβολίων αποκλείεται να είναι 100% αποτελεσματικά, άρα θα περάσουμε μια μεταβατική φάση, αλλά πολύ πιο ήπια από αυτή την οποία περνάμε τώρα. Οπότε έχουμε ένα χρονικό διάστημα εύλογο, να σκεφτούμε το τι πρέπει να κάνουμε στο σύστημα υγείας και υπάρχουν πέντε διαστάσεις κατά τη γνώμη μου.

Η μία είναι η χρηματοδότηση. Και αυτό είναι καθαρά πολιτική επιλογή. Αν η χρηματοδότηση στο σύστημα υγείας θα αυξηθεί και αναφέρομαι στο δημόσια χρηματοδότηση, γιατί πλέον σε επίπεδο δημόσιας δαπάνης υγείας είμαστε από τις χαμηλότερες χώρες στο ποσοστό που ξοδεύουμε όσον αφορά τον προϋπολογισμό μας, ή το Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν.

Συνολικά δεν είμαστε από τις χαμηλότερες χώρες, γιατί είμαστε μια από τις υψηλότερες χώρες στον τομέα των ιδιωτικών δαπανών υγείας, οι οποίες εκφράζονται από άμεσες πληρωμές των νοικοκυριών στους προμηθευτές των υπηρεσιών υγείας. Δηλαδή δεν έχουμε ισχυρό σύστημα ιδιωτικής ασφαλιστικής κάλυψης στην Ελλάδα, όπως αυτό συμβαίνει σε πολλές άλλες χώρες.

Δηλαδή οι ιδιωτικές πληρωμές δεν γίνονται με τη διαμεσολάβηση της ιδιωτικής ασφάλισης, γίνονται απ' ευθείας σε ιδιωτικά Νοσοκομεία ή εντός του συστήματος υγείας μέσω της συμμετοχής των ασθενών στο κόστος των υπηρεσιών υγείας, της θεσμοθετημένης συμμετοχής ή μέσω παραπληρωμών που μπορεί να υπάρχουν σε ορισμένες περιπτώσεις στο σύστημα υγείας. Δεν είναι ενδημικό κατά τη γνώμη μου το φαινόμενο των παραπληρωμών, αλλά υπάρχει και δεν μπορούμε να το αγνοούμε.

Επομένως από τη μεριά της πολιτείας αυτό που έχει μεγάλη σημασία είναι –γιατί έχει και διανεμητικές επιπτώσεις και τα ξέρετε πάρα πολύ καλά αυτά κ. Βέττα καλύτερα από εμένα και τις κοινωνικές επιπτώσεις και τις επιπτώσεις στο θέμα της ισοτιμίας όσον αφορά την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας- αν η Κυβέρνηση θα αποφασίσει το επόμενο διάστημα και τα πολιτικά Κόμματα και το πολιτικό σύστημα συνολικότερα σε βάθος πενταετίας ή δεκαετίας να αυξήσει σημαντικά τις δημόσιες δαπάνες υγείας, ενώ παράλληλα θα αναδιαρθρώνει το χώρο των ιδιωτικών δαπανών.

Κατά τη γνώμη μου η μη διαμεσολάβηση της ιδιωτικής ασφάλισης δεν είναι κατ' ανάγκη το καλύτερο σύστημα, αλλά αυτό δείχνει ότι στην Ελλάδα υπάρχει έλλειψη εμπιστοσύνης όχι μόνο στο δημόσιο τομέα, οι πολλές παραπληρωμές, οι άτυπες πληρωμές στις ιδιωτικές δαπάνες δεν είναι μόνο έλλειψη εμπιστοσύνης στο δημόσιο τομέα είναι έλλειψη εμπιστοσύνης και στην ιδιωτική ασφάλιση. Δηλαδή ο Έλληνας δεν θέλει να έχει διαμεσολαβητή, όσον αφορά την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας.

Η πρώτη μεγάλη μάχη είναι αν θα αυξηθούν οι δημόσιες δαπάνες υγείας, πως αυτές θα διοχετευτούν. Γιατί δεν είναι μόνο το επίπεδο των δαπανών, είναι πως ξοδεύεις τα χρήματα. Δεν είναι μόνο πόσα ξοδεύεις, αλλά είναι και που τα ξοδεύεις.

Το ευχάριστο είναι ότι αυτή τη στιγμή παρατηρούμε μια πολιτική σύγκλιση τουλάχιστον σε επίπεδο μεγάλων Κομμάτων η υγείας είναι προτεραιότητα και ο τομέας της δημόσιας υγείας είναι προτεραιότητα για τα μεγαλύτερα πολιτικά Κόμματα στη χώρα μας. Δεν συνέβαινε κατ' ανάγκη πάντα αυτό, αλλά είναι μια ευτυχής συγκυρία σύγκλισης όσον αφορά τουλάχιστον τη ρητορική. Τώρα, το τι θα γίνει στην πράξη και πως αυτό θα εκφραστεί, είναι ένα άλλο θέμα.

Πέρα της χρηματοδότησης όμως υπάρχουν θέματα επιπλέον. Ένα από αυτά είναι η στρατηγική. Δηλαδή ποιος καθορίζει τη στρατηγική σε επίπεδο συστήματος υγείας και κατά τη γνώμη μου αυτό πρέπει να το κάνει το Υπουργείο Υγείας. Δηλαδή το Υπουργείο Υγείας πρέπει να μετασχηματιστεί στον στρατηγικό μηχανισμό καθορισμού των στόχων, των προτεραιοτήτων του συστήματος υγείας και αυτός θα πρέπει να είναι βασικά ο ρόλος του. Δηλαδή δεν θα είναι ένα Υπουργείο το οποίο θα κάνει τα πάντα όπως κάνει αυτή τη στιγμή, ενώ παράλληλα θα πρέπει να αποσαφηνιστεί το τι εννοούμε με την αγορά των υπηρεσιών υγείας και αυτός είναι ο τρίτος τομέας: χρηματοδότηση, στρατηγική, αγορά.

Θεωρητικά αυτή τη στιγμή την αγορά την κάνει ο ΕΟΠΥΥ το ασφαλιστικό Ταμείο της χώρας, αλλά στην ουσία δεν είναι ένα ασφαλιστικό Ταμείο ολοκληρωμένο όπως θα το περίμενε κανείς, είναι κυρίως ένας παθητικός πληρωτής υπηρεσιών, κυρίως στο δημόσιο τομέα αλλά και εν πολλοίς και στον ιδιωτικό τομέα.

Η αγορά αυτή δεν βασίζεται σε δεδομένα ποιότητας και αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών υγείας, δηλαδή της έκβασης της θεραπείας των ασθενών είτε στα δημόσια, είτε στα ιδιωτικά Νοσοκομεία και το ίδιο προφανώς θα αφορά και στον τομέα του φαρμάκου. Δηλαδή εδώ χρειάζεται να έχουμε μια στρατηγική προσέγγιση στην αγορά των υπηρεσιών υγείας και ο ΕΟΠΥΥ πρέπει να γίνει ένα καλό ασφαλιστικό Ταμείο, ένας

σοβαρός αγοραστής των ιατρικών και φαρμακευτικών υπηρεσιών και των υπηρεσιών δημόσιας υγείας.

Τέταρτος τομέας είναι η παροχή των υπηρεσιών υγείας, όπου είναι και η μεγαλύτερη έμφαση βέβαια και αυτό αφορά κυρίως τους πολίτες. Γιατί οι πολίτες δεν κατανοούν κατ' ανάγκη τα θέματα της χρηματοδότησης, στην στρατηγική, ή του μηχανισμού της αγοράς, αυτό το οποίο βλέπουν οι πολίτες είναι τι πρόσβαση θα έχουν στις υπηρεσίες υγείας, τι ποιότητα θα έχει αυτή η πρόσβαση, την ταχύτητα της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας και βέβαια την έκβαση της νοσηλείας τους και των θεραπευτικών αποτελεσμάτων.

Και αυτό έχει σχέση και με τις δεξιότητες του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, αλλά και την αποτελεσματικότητα των φαρμάκων και των διαγνωστικών συσκευών που υπάρχουν στη χώρα μας.

Τώρα από εκεί και πέρα εδώ υπάρχουν διάφοροι τομείς στους οποίους μπορούμε να εστιάσουμε: από τη δημόσια υγεία που διαχρονικά δεν είχε και πολύ μεγάλη συμμετοχή στην παροχή των υπηρεσιών υγείας, ίσως γιατί είναι και παρεξηγημένος τομέας. Συνήθως όταν μιλάμε για δημόσια υγεία θεωρούμε ότι είναι καθαριότητα, ή είναι η περιβαλλοντική υγιεινή, ή είναι οι εμβολιασμοί.

Η δημόσια υγεία είναι πολύ ευρύτερη από αυτό το οποίο περιγράφεται στα εγχειρίδια της δεκαετίας του '70 και του '80, περιλαμβάνει την πρωτογενή, τη δευτερογενή και την τριτογενή πρόληψη και η τριτογενή πρόληψη προφανώς έχει σχέση και με την κλινική ιατρική.

Για να δώσω ένα πολύ απλό παράδειγμα: η μεγάλη πλειοψηφία των συμπατριωτών μας που έχουν πάθει έμφραγμα του μυοκαρδίου δεν ακολουθούν οδηγίες οι οποίες τους δίνονται, γιατί κανένας δεν ασχολείται σε κεντρικό επίπεδο και δεν κατανέμω ευθύνες αυτή τη στιγμή σε πολιτικές ηγεσίες, αυτό δεν έχει γίνει ποτέ, τώρα προσπαθεί το Υπουργείο Υγείας να οργανώσει τον Οργανισμό Ποιότητας και πολύ καλά κάνει, για να αρχίσει να βλέπει τις κατευθυντήριες οδηγίες και να μετράνε αποτελέσματα, αλλά αυτή τη στιγμή αν πάθεις κάτι το τι γίνεται μετά, επαφίεται στην καλή θέση του γιατρού και στην καλή θέληση του ασθενή να ακούσει τις οδηγίες του γιατρού. Κανένας δεν ελέγχει το τι γίνεται μετά.

Επομένως αν αυτός που πάθει έμφραγμα του μυοκαρδίου δεν παίρνει φάρμακα και σταματήσει να τα παίρνει, η πιθανότητα να πεθάνει αυξάνει κατακόρυφα. Αυτή είναι η τριτογενής... Και γιατί το λέω αυτό; Γιατί η δημόσια υγεία, είναι πολύ ευρύτερη και πολύ μεγαλύτερη από αυτή την οποία θεωρούμε στη χώρα μας.

Από εκεί και πέρα βέβαια είμαστε μια χώρα η οποία δεν έχει προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου. Θα γίνουν αυτά με το νομοσχέδιο της δημόσιας υγείας, το οποίο καταθέτει το Υπουργείο Υγείας και είναι μια σημαντική πρωτοβουλία ότι πλέον θα υπάρχουν συστηματικά προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου.

Το ερώτημα είναι πόσες ζωές χάνονται κάθε χρόνο επειδή δεν γίνονται σωστά οι προσυμπτωματικοί έλεγχοι για τα βασικά πράγματα, για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, για τον καρκίνο του μαστού, ή για τον καρκίνο του παχέως εντέρου στις ηλικίες που πρέπει να γίνει, όχι σε όλους. Τι χάνουμε σε επίπεδο ζών και ποιες είναι οι κοινωνικές επιπτώσεις όλης αυτής της έλλειψης πολιτικής. Κυρίως οι επιπτώσεις είναι στα χαμηλότερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα, που δεν έχουν τις γνώσεις και την πρόσβαση σε ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας που μπορούν να κάνουν όλες αυτές τις εξετάσεις. Επομένως μεγάλη έμφαση στη δημόσια υγεία.

Δεύτερον έχουμε ένα σύστημα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας όσον αφορά στην παροχή των υπηρεσιών υγείας το οποίο είναι εντελώς ανεπαρκές. Περισσότερη «πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας» γίνεται στα Νοσοκομεία, όπου ειδικευμένοι γιατροί αφιερώνουν ώρες για περιπτώσεις ασθενών που θα μπορούσαν να αντιμετωπιστούν εκτός Νοσοκομείων.

Εδώ όμως πρέπει να είμαστε αρκετά ρεαλιστές. Είμαστε μια χώρα η οποία έχει μεγάλο αριθμό ειδικών γιατρών, δεν μπορούμε να στήσουμε ένα πρωτοβάθμιο σύστημα υγείας το οποίο να στηρίζεται αποκλειστικά στους γενικούς γιατρούς. Επομένως πρέπει να δούμε συμπράξεις και κοινοπραξίες οικογενειακών γιατρών και ειδικών γιατρών έτσι ώστε η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας δεν θα είναι ένας μεμονωμένος γιατρός.

Αυτά είναι τα συστήματα της δεκαετίας του '60 και του '70, θα είναι ομάδες κλινικών γιατρών, μικρές επιχειρήσεις ή μικρομεσαίες

επιχειρήσεις που θα έχουν και διαγνωστικές δυνατότητες, που θα παρέχουν υψηλού επιπέδου υπηρεσίες, αλλά ταυτόχρονα θα διασυνδέονται και με τα Νοσοκομεία της χώρας έτσι ώστε να γίνεται και ανταλλαγή δεδομένων. Δεν θα πρέπει να επαναλαμβάνονται οι εξετάσεις που γίνονται εκτός Νοσοκομείων, ξανά μετά στα Νοσοκομεία όπως γίνεται σήμερα.

Τα δικά μας Νοσοκομεία είναι Νοσοκομεία που έγιναν κυρίως στο λεκανοπέδιο της Αττικής με προδιαγραφές προηγούμενων αιώνων. Πέρα του ότι δεν υπάρχει συντονισμός, έχω πει κατ' επανάληψη ότι μπορεί το τείχος του Βερολίνου να έχει πέσει εδώ και 30 περίπου χρόνια, αλλά ο τοίχος μεταξύ των δυο Νοσοκομείων «ΠΑΙΔΩΝ» δεν έχει πέσει ακόμη! Δηλαδή λειτουργούν με διαφορετικές Διοικήσεις, διαφορετικά εργαστήρια, διαφορετικές προδιαγραφές.

Επομένως ας δούμε λίγο ένα πλάνο για τα Νοσοκομεία στο λεκανοπέδιο, τα Νοσοκομεία μας από εδώ και μπρος πρέπει να είναι υπερεξειδικευμένα και ας δούμε λίγο ένα πλάνο για τα Νοσοκομεία της Περιφέρειας, όπου μπορεί να υπάρχουν αλληλοεπικαλύψεις και αλληλοσυμπληρώσεις. Δεν μπορεί να υπάρχουν Νοσοκομεία στον ίδιο νομό, τρία Νοσοκομεία ή τέσσερα και το 83% των κατοίκων αυτού του νομού, να πηγαίνει στο διπλανό γενικό Νοσοκομείο, γιατί τα τρία ή τα τέσσερα αυτά είναι ανεπαρκή και κανένας δεν σκέφτεται τι πρέπει να κάνει.

Κλείνω, δεν ακουμπάω το θέμα του φαρμάκου γιατί θα υπάρχουν άλλοι ομιλητές. Η τελευταία παρέμβαση που μπορεί να κάνει (είπα: χρηματοδότηση, στρατηγική, αγορά, παροχή) είναι η ρύθμιση των υπηρεσιών υγείας και η οι ρυθμιστικές Αρχές.

Και εδώ χρειάζεται μια ριζική αναβάθμιση η οποία επιχειρείται με τους Οργανισμούς δημόσιας υγείας, με τους Οργανισμούς Ποιότητας. Αλλά εδώ μιλάμε για να έχεις σωστή ρύθμιση, πρέπει να έχεις και σωστά δεδομένα. Αναφέρθηκε ο Andrzej Rys πριν ότι πρέπει να μπορούμε στην ψηφιακή εποχή, στην εποχή των δεδομένων.

Πως μπορείς να διοικείς και να έχεις ένα καλά στρατηγικά προσανατολισμένο σύστημα υγείας με στόχο της βελτίωση της υγείας των Ελλήνων πολιτών, χωρίς να έχεις τα δεδομένα γι' αυτό το σύστημα. Και χωρίς



να έχεις αυτά τα δεδομένα, καμία ρυθμιστική παρέμβαση δεν πρόκειται να πετύχει.

Και αν θέλουμε να πετύχουμε και περισσότερο στο χώρο του φαρμάκου, χρειαζόμαστε κι ένα πολύ αναβαθμισμένο Εθνικό Οργανισμό Φαρμάκου και αναβαθμισμένο σημαίνει ότι πλέον συμμετέχει στο κεντρικό σύστημα ελέγχου των φαρμάκων, στον ευρωπαϊκό Οργανισμό φαρμάκου, πολύ πιο σημαντικά από ό,τι συμμετέχει τώρα.

Ο Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκου παίρνει φακέλους έγκρισης, κεντρικής έγκρισης φαρμάκων σε ευρωπαϊκό επίπεδο, αλλά βέβαια προϋποθέτει ότι μέσα στα επόμενα χρόνια θα υπάρχει άμεση διασύνδεση αυτού του Οργανισμού με τις ελληνικές φαρμακευτικές και ιατρικές Σχολές, με το σημαντικό επιστημονικό δυναμικό της χώρας και στην Ελλάδα και διεθνώς και αναπροσανατολισμός της λειτουργίας του.

Αυτά προς το παρόν και θα επανέλθω μετά. Ευχαριστώ.