



ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ



ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΟΥ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ

**ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟ ΚΟΣΤΟΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ
ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**

Διπλωματική Εργασία για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης

Πειραιάς, 2013



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ
ΣΠΟΥΔΩΝ**

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ



**ΤΕΙ
ΠΕΙΡΑΙΑ**

ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΟΥ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ

**ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟ ΚΟΣΤΟΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ
ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**

Επιβλέπων Καθηγητής : Δρ. Πέτρος Τομάρας

Μελέτη για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης

Πειραιάς, 2013



**UNIVERSITY OF
PIRAEUS**

**POSTGRADUATE PROGRAM
OF STUDIES**

HEALTH MANAGEMENT



TEI OF PIRAEUS

ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΟΥ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ

**HOSPITAL COST OF MEDICINES
IN GREECE**

Supervisor: Dr. TOMARAS PETROS

Graduate Thesis Submitted for the Degree
“Master in Health Management” University of Piraeus
TEI of Piraeus, Greece.

Piraeus, 2013

Θα ήθελα να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα καθηγητή κ. Τομάρα Πέτρο, καθηγητή στο Τμήμα Marketing του ΤΕΙ Αθήνας για την καθοδήγησή του, τις εύστοχες παρατηρήσεις του αλλά και την αμέριστη εμπιστοσύνη που μου έδειξε.

Θα ήθελα επίσης να ευχαριστήσω τους συμφοιτητές μου γιατί μέσα από το συγκεκριμένο Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα μου δόθηκε η ευκαιρία να γνωρίσω ανθρώπους που μας ένωσε ένα πολύ δυνατό στοιχείο, η θέληση να εκπαιδευτούμε και να διδαχθούμε πάνω στον τομέα της Υγείας αλλά και να δημιουργήσω δυνατές φιλίες.

Τέλος, οφείλω ένα μεγάλο ευχαριστώ στο σύζυγό μου και στη φίλη μου Όλγα για την αμέριστη στήριξη και συμπαράστασή τους.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η εργασία αποσκοπεί στη διερεύνηση των βασικών στοιχείων του νοσοκομειακού κόστους φαρμάκων. Σκοπός της εργασίας είναι να μελετήσει και να καταδείξει τα βασικά χαρακτηριστικά που διέπουν τη λήψη και κατανομή του φαρμακευτικού υλικού των νοσοκομείων με βάση τις οικονομικές συνέπειες. Η αγορά των υπηρεσιών υγείας διέπεται από συγκεκριμένες ιδιαιτερότητες όπως είναι η ασύμμετρη πληροφόρηση, ο ηθικός κίνδυνος και η προκλητή ζήτηση. Σύμφωνα με τα ευρήματα της έρευνας το κόστος φαρμάκων αυξήθηκε στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια των τελευταίων ετών. Παρά το γεγονός ότι η συμμετοχή του δημόσιου τομέα στις δαπάνες υγείας παρέμεινε σχετικά σταθερή, και συνεπώς και η αντίστοιχη του ιδιωτικού, ωστόσο υπάρχει μια σημαντική ζήτηση φαρμάκων και υπηρεσιών υγείας στην ελληνική επικράτεια. Σημαντικό ρόλο προς αυτή την κατεύθυνση διαδραματίζει και το ανεπαρκές θεσμικό πλαίσιο. Απαιτούμενη στρατηγική για τη βελτίωση της λειτουργίας του είναι ο εκσυγχρονισμός του. Μέτρα όπως είναι η ηλεκτρονική συνταγογράφηση, η υιοθέτηση των διεθνών λογιστικών προτύπων και η εφαρμογή των ηλεκτρονικών προμηθειών μπορούν να συμβάλλουν προς αυτή την κατεύθυνση.

Λέξεις-Όροι Κλειδιά: Διοίκηση Μονάδων Υγείας, Αποτελεσματική Λειτουργία Νοσοκομείων, Ορθολογιστική Κατανομή Πόρων

HOSPITAL COST OF MEDICINES IN GREECE

DIMITRIADOU AIKATERINI

Graduate Thesis Submitted for the Degree “Master in Health Management”

University of Piraeus - TEI of Piraeus, Greece.

Supervisor:

ABSTRACT

This assignment aims to research the main options of hospital pharmaceutical cost. In that perspective the basic issues that characterize the reception distribution of pharmaceutical material due to economic dimensions. The health care market is characterized by endogenous distortions such as moral hazard, induced demand and asymmetric information. According to research results the pharmaceutical cost increased in Greece in the last years. In spite of the fact that the shares of public and private spending were stabilized, an important demand increase of pharmacies and health services took place. Significant role in this evolvement has the inadequate institutional framework. In order however these problems to be confronted it are necessary officials to take measures like the electronic prescription, the adaptation of international accounting system and the implementation of electronic procurement.

Keywords: Health Units Administration, Effective Hospital Operation, Rational Resource Allocation

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	Σελ.
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΧΗΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ	ix
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	1
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	3
ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	
Εισαγωγή	3
1.1 Ο Σκοπός Της Εργασίας	4
1.2 Η Μεθοδολογία Της Εργασίας	5
1.3 Οι Ερευνητικές Υποθέσεις	6
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	7
Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΗΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	
Εισαγωγή	7
2.1 Η Διοίκηση Των Μονάδων Υγείας	8
2.2 Σκοποί Και Μέσα Της Διοίκησης Των Μονάδων Υγείας	9
2.2.1 Στόχοι και Αρχές της Διοίκησης Των Μονάδων Υγείας	9
2.2.2 Μέσα και Πόροι της Διοίκησης Των Μονάδων Υγείας	12
2.2.3 Η Οικονομική Διάσταση της Λειτουργίας των Μονάδων Υγείας.	12
2.3 Η Σημασία Της Αποτελεσματικότητας Των Μονάδων Υγείας Για Την Κοινωνική Ισορροπία Και Ευημερία	14
2.4 Η Διοίκηση Των Μονάδων Υγείας Στην Ελλάδα	15
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	17
ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟ ΚΟΣΤΟΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΩΣ ΣΤΟΙΧΕΙΟ ΤΗΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΤΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	
Εισαγωγή	17
3.1 Βασικά Χαρακτηριστικά Της Φαρμακευτικής Δαπάνης	18
3.1.1 Η Φαρμακευτική Δαπάνη	18
3.1.2 Αγορά Υπηρεσιών Υγείας και Φαρμακευτική Δαπάνη	19
3.2 Η Ζήτηση Νοσοκομειακών Φαρμάκων	20
3.2.1 Η Σημασία του Προφίλ Υγείας του Πληθυσμού	21
3.2.2 Ενδογενή Χαρακτηριστικά του Συστήματος	24
3.3 Η Προσφορά Των Νοσοκομειακών Φαρμάκων	25

3.3.1 Γενικά Στοιχεία Προσφοράς Φαρμάκων	25
3.3.2 Ειδικά Στοιχεία Προσφοράς Φαρμάκων	26
3.3 Η Βαρύτητα Των Διεθνών Λογιστικών Προτύπων Και Των Πληροφοριακών Συστημάτων	28
3.3.1 Διεθνή Λογιστικά και Χρηματοοικονομικά Πρότυπα	28
3.3.2 Πληροφοριακά Συστήματα	28
3.4 Η Σημασία Της Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης	29
3.4.1 Η Ηλεκτρονική Συνταγογράφηση	29
3.4.2 Η Σημασία των Ομοειδών Διαγνωστικών Ομάδων.	30

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΑΝΑΛΥΣΗ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΟΥΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΤΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΑΓΟΡΑΣ

Εισαγωγή	31
4.1 Η Διαδικασία Της Συλλογής Στοιχείων	32
4.2 Τα Αποτελέσματα Της Έρευνας	33
4.2.1 Στοιχεία για τα Φαρμακεία	33
4.2.2 Περιγραφικά Αποτελέσματα	35
4.2.3 Επαγωγική Ανάλυση	47

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΣΥΖΗΤΗΣΗ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Εισαγωγή	51
5.1 Αποτίμηση Των Αποτελεσμάτων Της Έρευνας	52
5.2 Προτάσεις Για Την Αποτελεσματικότερη Διαχείριση Του Νοσοκομειακού Κόστους Φαρμάκων	54

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΧΗΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ. ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟ ΚΟΣΤΟΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΩΣ ΣΤΟΙΧΕΙΟ ΤΗΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Πίνακες

Πίνακας 3.1: Προσδόκιμο Όριο Ζωής στην Ελλάδα

Πίνακας 3.2: Αιτίες Θανάτου στον Ελληνικό Πληθυσμό (2009)

Πίνακας 3.3: Εκπομπές Ρύπων στην Ελλάδα και στις Χώρες του ΟΟΣΑ

Πίνακας 3.4: Ποσοστό Υπέρβαρων και Παχύσαρκων στον Πληθυσμό

Πίνακας 3.5: Κατάταξη στη Ζήτηση των Φαρμάκων

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ. ΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Πίνακες

Πίνακας 4.1: Περιφερειακή Κατανομή Φαρμακείων στην Ελλάδα

Πίνακας 4.2: Κατανομή Φαρμακείων Ανά Κάτοικο

Πίνακας 4.3: Ρυθμός Μεταβολής Φαρμακείων

Πίνακας 4.4: Ποσοστό Φαρμακευτικής Δαπάνης ως % Δαπανών στην Υγεία

Πίνακας 4.5: Δαπάνης Υγείας ως % του ΑΕΠ

Πίνακας 4.6: Κατά Κεφαλή Επιβάρυνση στις Δαπάνες Υγείας

Πίνακας 4.7: Ρυθμός Μεταβολής στην Κατά Κεφαλή Επιβάρυνση στις Δαπάνες Υγείας

Πίνακας 4.8: Ρυθμός Μεταβολής στην Κατά Κεφαλή Επιβάρυνση στις Δημόσιες
Δαπάνες Υγείας

Πίνακας 4.9: Διαχρονική Ποσοστιαία Συμμετοχή στις Δαπάνες Υγείας

Πίνακας 4.10: Διαχρονική Ανάλυση Κατά Κεφαλήν Δημοσίων Δαπανών Υγείας

Πίνακας 4.11: Διαχρονική Ανάλυση Κατά Κεφαλήν Δαπανών για Φάρμακα

Πίνακας 4.12: Περιγραφική Ανάλυση Μεγεθών Δαπανών Υγείας

Πίνακας 4.13: Ανάλυση Συσχέτισης (Γραμμικής Σχέσης) Μεγεθών Δαπανών Υγείας

Πίνακας 4.14: Ανάλυση Ελέγχου t Μεγεθών Δαπανών Υγείας

Γραφήματα

Γράφημα 4.1: Ποσοστό Φαρμακευτικής Δαπάνης ως % Δαπανών στην Υγεία

Γράφημα 4.2: Δαπάνης Υγείας ως % του ΑΕΠ

Γράφημα 4.3: Κατά Κεφαλή Επιβάρυνση στις Δαπάνες Υγείας

Γράφημα 4.4: Διαχρονική Ποσοστιαία Συμμετοχή στις Δαπάνες Υγείας

Γράφημα 4.5: Διαχρονική Ανάλυση Κατά Κεφαλήν Δημοσίων Δαπανών Υγείας

Γράφημα 4.6: Διαχρονική Ανάλυση Κατά Κεφαλήν Δαπανών για Φάρμακα

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η εργασία διερευνά τη σημασία του νοσοκομειακού κόστους φαρμάκων στην ελληνική επικράτεια. Σκοπός της εργασίας είναι να καταδείξει τα βασικά χαρακτηριστικά του νοσοκομειακού κόστους φαρμάκων, ως βασικού προσδιοριστικού συντελεστή της διοίκησης μονάδων υγείας. Υπό αυτή την έννοια το νοσοκομειακό κόστος της φαρμακευτικής περίθαλψης, προσλαμβάνεται μέσα από την επίδραση που ασκεί στη λειτουργία των νοσοκομειακών ιδρυμάτων.

Η αποτελεσματική λειτουργία των νοσοκομειακών μονάδων, συνιστά ένα καταλυτικό στοιχείο της κοινωνικής ευημερίας. Αυτό συμβαίνει ως αποτέλεσμα της καθοριστικής βαρύτητας που ενέχει το κόστος φαρμάκων, στη λειτουργία των νοσοκομείων. Το κόστος της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης αποτελεί μια καίρια εισροή στην παραγωγική διαδικασία των υπηρεσιών υγείας. Η εργασία διερευνά αυτή τη σχέση με σκοπό να κατανοήσει τη συνεισφορά του κόστους φαρμάκων στις τελικές δαπάνες των νοσοκομείων.

Το ερευνητικό ενδιαφέρον του θέματος, απορρέει από τη βαρύτητα που μπορεί να αποκτήσει η αποτελεσματική λειτουργία των νοσοκομειακών ιδρυμάτων για τη βελτίωση της κοινωνικής ευημερίας και της δημοσιονομικής ισορροπίας. Η σύγκριση με άλλες χώρες χρησιμοποιείται ώστε να εξαχθούν σημαντικά ευρήματα, για τη σχέση του νοσοκομειακού κόστους φαρμάκων με τον πληθυσμό καθώς και άλλα μεγέθη του πληθυσμού. Επιγραμματικά η εργασία επιχειρεί να προσδιορίσει εκείνα τα πεδία στα οποία παρατηρούνται τυχόν αποκλίσεις που προκαλούν υπέρμετρο κόστος φαρμάκων στα ελληνικά νοσοκομεία.

Η μεθοδολογία που χρησιμοποιεί η εργασία περιλαμβάνει χαρακτηριστικά τόσο από τη διερεύνηση της θεωρίας όσο και από την εμπειρική ανάλυση. Το θεωρητικό σκέλος της εργασίας διερευνά τη σημασία της αποτελεσματικής διοίκησης μονάδων υγείας, καθώς και των βασικών της χαρακτηριστικών. Αντίστοιχα, το εμπειρικό σκέλος της έρευνας, μελετά και αναλύει τα σημαντικότερα χαρακτηριστικά των στατιστικών στοιχείων για το νοσοκομειακό κόστος φαρμακευτικής περίθαλψης στην ελληνική επικράτεια.

Συνολικά πέντε κεφάλαια καλύπτουν την έκταση της εργασίας. Το πρώτο οριοθετεί τους στόχους, τη μεθοδολογία και προσδιορίζει τις ερευνητικές υποθέσεις της εργασίας. Το δεύτερο αναλύει τα χαρακτηριστικά της αποτελεσματικής διοίκησης μονάδων υγείας

στην Ελλάδα. Το επόμενο κεφάλαιο προσδιορίζει το νοσοκομειακό κόστος φαρμάκων ως βασικό συντελεστή της αποτελεσματικότητας των νοσοκομειακών ιδρυμάτων. Το τέταρτο κεφάλαιο αναλύει τα στατιστικά στοιχεία της εμπειρικής έρευνας. Το τελευταίο κεφάλαιο της εργασίας, αποτιμά τα ευρήματα αυτά, και παραθέτει ορισμένες προτάσεις για τη βελτίωση της διαχείρισης του νοσοκομειακού κόστους φαρμάκων.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Εισαγωγή

Στο πρώτο κεφάλαιο της εργασίας επιχειρείται να προσδιοριστούν τα βασικά χαρακτηριστικά της σύνθεσης και της προβληματικής της εργασίας. Σκοπός με άλλα λόγια του παρόντος κεφαλαίου είναι να προσδιορίσει το πλαίσιο μέσα στο οποίο αναπτύσσεται η έρευνα και η συγγραφή της εργασίας. Παράλληλα το κεφάλαιο αποσκοπεί στο να υποστηρίξει τους βασικούς στόχους που καλείται να υλοποιήσει η έρευνα.

Στο σύνολο του το κεφάλαιο αναπτύσσεται σε τρεις συνολικά ενότητες. Η πρώτη οριοθετεί το βασικό στόχο της εργασίας. Η δεύτερη παρουσιάζει συνοπτικά τη μεθοδολογία που η ερευνητική διαδικασία ακολουθεί. Τέλος στην τρίτη ενότητα προβάλλονται οι ερευνητικές υποθέσεις της εργασίας.

1.1 Ο Σκοπός Της Εργασίας

Ο βασικός σκοπός της εργασίας είναι η διερεύνηση των όρων ανάπτυξης και λειτουργίας των νοσοκομειακών μονάδων υγείας, με βάση το κόστος φαρμακευτικού υλικού. Το βασικό προσδιοριστικό στοιχείο της έρευνας είναι το νοσοκομειακό κόστος φαρμάκων και η επίδραση που ασκεί στην αποτελεσματικότητα της λειτουργίας των νοσοκομείων. Όπως είναι εύλογο ο φαρμακευτικός εξοπλισμός στην προκειμένη περίπτωση αποτελεί ένα καθοριστικό στοιχείο της λειτουργίας των νοσοκομειακών μονάδων, τόσο σε επίπεδο αποδοτικότητας όσο και σε επίπεδο αποτελεσματικότητας.

Η ορθολογική κατανομή της επιλογής το φαρμακευτικού υλικού συνιστά μια ιδιαίτερα καθοριστική στρατηγική στη διαδικασία μεγιστοποίησης της απόδοσης των νοσοκομειακών μονάδων. Και αυτό διότι οι όροι επιλογής αλλά και κατανομής του φαρμακευτικού υλικού στην παραγωγική διαδικασία του νοσοκομείου, εκτός από μείωση του κόστους, μπορεί να επιφέρει και βελτίωση του επιπέδου των παροχών υγείας προς τον πληθυσμό. Συνεπώς ο στόχος της εργασίας εστιάζει σε αυτό το πεδίο, που είναι οι όροι επιλογής και κατανομής του φαρμακευτικού υλικού στα ελληνικά νοσοκομεία. Υπό αυτή την έννοια μπορεί να γίνει κατανοητό ότι το φαρμακευτικό υλικό, συνιστά έναν ιδιαίτερα σημαντικό πόρο στη λειτουργία μιας νοσοκομειακής μονάδας.

Η ευρύτερη στοχοθέτηση της εργασίας, εντάσσει στην ανάλυση της τα βασικά χαρακτηριστικά της διοίκησης μονάδων υγείας. Οι αγορές των υπηρεσιών και των προϊόντων υγείας, διέπονται από χαρακτηριστικά όπως είναι η ασύμμετρη πληροφόρηση, η προκλητή ζήτηση και ο ηθικός κίνδυνος (Αλετράς κ συν, 2002). Τα χαρακτηριστικά αυτά αφενός εγείρουν ενδογενή εμπόδια στην αποτελεσματική λειτουργία των αγορών υπηρεσιών υγείας και αφετέρου αυξάνουν το κόστος συναλλαγών.

Παράλληλα τα ιδιαίτερα αυτά χαρακτηριστικά των αγορών υπηρεσιών υγείας, θέτουν ένα συγκεκριμένο πλαίσιο λειτουργίας, στο οποίο η επιλογή του κατάλληλου προϊόντος υγείας εντάσσεται αποκλειστικά στην πλευρά της προσφοράς. Και αυτό διότι οι ασθενείς που συνθέτουν την πλευρά της ζήτησης υπηρεσιών υγείας έχουν ελάχιστες παρεμβολές στη διαδικασία λήψης αποφάσεων αναφορικά με την τελική εκροή, δηλαδή τη θεραπεία που θα υιοθετηθεί. Αν σε αυτό προστεθεί και το ότι οι προμηθευτές του φαρμακευτικού υλικού στην ελληνική επικράτεια είναι λίγο έως πολύ προκαθορισμένοι, δημιουργείται ένα πλαίσιο για μη αποτελεσματική λειτουργία αυτών των αγορών.

Ο σκοπός της εργασίας εντάσσεται σε αυτό το πλαίσιο και επιχειρεί να αναλύσει τα βασικά χαρακτηριστικά της νοσοκομειακής δαπάνης για το αγαθό φάρμακο. Είναι ευνόητο ότι βασικό αντικείμενο της ανάλυσης είναι η λειτουργία των δημόσιων νοσοκομείων στην ελληνική επικράτεια. Υπό αυτό το πρίσμα η βελτίωση των όρων επιλογής και κατανομής του φαρμακευτικού υλικού στα νοσοκομεία αποτελεί ένα καίριο στοιχείο βελτίωσης των όρων κοινωνικής ευημερίας.

1.2 Η Μεθοδολογία Της Εργασίας

Η μεθοδολογία που χρησιμοποιείται από την εργασία ώστε να επιτελεσθεί ο στόχος της, περιλαμβάνει τόσο θεωρητικά όσο και εμπειρικά στοιχεία ανάλυσης. Τα θεωρητικά στοιχεία της ανάλυσης περιλαμβάνουν τη μελέτη των βασικών χαρακτηριστικών του πεδίου της διοίκησης μονάδων υγείας. Η επιλογή αυτή έγκειται στην κατανόηση του πεδίου εντός του οποίου αναπτύσσεται η επιλογή της χρήσης του φαρμακευτικού υλικού ως βασικού πόρου της παραγωγικής διαδικασίας των υπηρεσιών υγείας. Συνακόλουθα το θεωρητικό μέρος της εργασίας, αναλύει βασικά χαρακτηριστικά της αγοράς φαρμάκου εντάσσοντας στο πλαίσιο της, τη σημασία που έχουν τα δημογραφικά στοιχεία και το προφίλ υγείας του πληθυσμού, για τη λειτουργία της αγοράς αυτής.

Αντίστοιχα τα εμπειρικά στοιχεία της ανάλυσης περιλαμβάνουν τη διερεύνηση των στατιστικών στοιχείων που συσχετίζονται με τη λειτουργία της αγοράς φαρμάκου. Τα στοιχεία αυτά ανακτώνται από τη βάση δεδομένων του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (Ο.Ο.Σ.Α.). Μέσα από την ανάλυση αυτών των στοιχείων επιχειρείται να κατανοηθεί το ευρύτερο πλαίσιο της λειτουργίας της αγοράς φαρμάκου στην ελληνική επικράτεια, καθώς και της επίδρασης της στη λειτουργία του νοσοκομειακού κόστους φαρμάκων. Παράλληλα για την αποτελεσματικότερη κατανόηση της λειτουργίας της αγοράς των φαρμάκων, στην ελληνική οικονομία, χρησιμοποιούνται στοιχεία από τον Ελληνικό Οργανισμό Φαρμάκων καθώς και από εγχώριες μελέτες.

1.3 Τα Ερευνητικά Ερωτήματα

Η εργασία μέσα από την ανάπτυξη της επιχειρεί να μελετήσει κατά πόσο ευσταθούν ορισμένες ερευνητικές υποθέσεις. Ουσιαστικά πρόκειται για τα βασικά ερευνητικά ερωτήματα στα οποία καλείται η εργασία να προσδώσει απάντηση. Τα ερωτήματα στα οποία καλείται να δώσει απάντηση η εργασία είναι τα ακόλουθα:

- Η ορθολογική επιλογή και η αποτελεσματική κατανομή του φαρμακευτικού υλικού αποτελούν καίρια στοιχεία της παροχής ποιοτικών υπηρεσιών υγείας
- Η ύπαρξη μεγάλης συμμετοχής της δαπάνης για υπηρεσίες υγείας από τον πληθυσμό ενός κράτους, συνδέεται με την αντίστοιχη σημαντική συμμετοχή του δημοσίου τομέα στις δαπάνες υγείας
- Η αύξηση του νοσοκομειακού κόστους φαρμάκων, δεν συνδέεται απαραίτητα με την επίτευξη αποτελεσματικότερων υπηρεσιών υγείας
- Το προφίλ υγείας του πληθυσμού και το ενδογενές θεσμικό πλαίσιο στο πεδίο των φαρμάκων μπορούν να διαμορφώσουν σε σημαντικό βαθμό τη συμπεριφορά του στη δημιουργία προκλητής ζήτησης.

Μέσα από την ανάλυση των παραπάνω πεδίων θα επιχειρηθεί να κατανοηθεί το πλαίσιο της λειτουργίας των νοσοκομειακών μονάδων. Η εργασία με την ανάλυση της μεθοδολογίας που παρουσιάστηκε παραπάνω θα επιχειρήσει ουσιαστικά να προσδώσει απάντηση στο αν οι παραπάνω υποθέσεις ευσταθούν ή όχι. Καταλυτική συνεισφορά σε αυτή την προσπάθεια έχουν τα στατιστικά στοιχεία και ιδιαίτερα η συγκριτική και διαχρονική ανάλυση τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΗΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Εισαγωγή

Στο δεύτερο κεφάλαιο της εργασίας επιχειρείται να συνοψιστούν τα βασικά χαρακτηριστικά της διοίκησης μονάδων υγείας. Το κεφάλαιο αποσκοπεί στην παρουσίαση των σημαντικότερων όψεων της διοίκησης μονάδων υγείας, με σκοπό να καταστεί κατανοητή η βαρύτητα αυτής της διοικητικής λειτουργίας. Κατά κανόνα τα πεδία που ερευνώνται έχουν ως βασικό αντικείμενο τη διοίκηση των δημόσιων μονάδων υγείας με εστίαση στη νοσοκομειακή της διάσταση.

Τέσσερις ενότητες επιμερίζουν το παρόν κεφάλαιο. Η πρώτη περιγράφει συνοπτικά τα βασικότερα στοιχεία της διοίκησης μονάδων υγείας. Η δεύτερη προσδιορίζει τους σκοπούς και τα μέσα της διοίκησης μονάδων υγείας. Στην επόμενη ενότητα τονίζεται η συνεισφορά αυτής της λειτουργίας στην επίτευξη ενός υψηλού επιπέδου κοινωνικής ευημερίας. Τέλος στην τέταρτη ενότητα περιγράφονται ορισμένα συστατικά της διοίκησης μονάδων υγείας στην ελληνική επικράτεια.

2.1 Η Διοίκηση Μονάδων Υγείας

Η διοίκηση μονάδων υγείας αναφέρεται στο σχεδιασμό και υλοποίηση μιας ολοκληρωμένης προσπάθειας η οποία έχει ως βασικό αντικείμενο τη λειτουργία και την ανάπτυξη, όλων εκείνων των οργανώσεων που δραστηριοποιούνται στον χώρο της υγείας. Συνεπώς η διοίκηση μονάδων υγείας αναφέρεται στον σχεδιασμό, τον προγραμματισμό, το συντονισμό και τον έλεγχο των μονάδων υγείας (Πολύζος, 2008). Μέσα από αυτή τη διαδικασία καλούνται να επιτελεσθούν οι σκοποί των μονάδων υγείας, που είναι ασφαλώς η παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας προς τον πληθυσμό.

Στην έννοια των μονάδων υγείας περιλαμβάνονται όλες εκείνες οι οργανώσεις που ανεξαρτήτως νομικού χαρακτήρα, έχουν ως βασικό αντικείμενο της λειτουργίας τους, την παραγωγή υπηρεσιών υγείας. Κατά συνέπεια η διοίκηση μονάδων υγείας, εντάσσει στα ενδιαφέροντα της τους όρους λειτουργίας των νοσοκομειακών μονάδων, των πολυϊατρείων και των κλινικών, των κέντρων υγείας κ.α. Με άλλα λόγια η διοίκηση μονάδων υγείας ερευνά τα προβλήματα και τα ζητήματα που απορρέουν από τη διαδικασία μεγιστοποίησης της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας μιας μονάδας υγείας. Ωστόσο, όπως διατυπώνεται και παραπάνω, η εργασία έχει ως βασικό αντικείμενο τη μελέτη των δημόσιων μονάδων υγείας και ιδιαίτερα των νοσοκομειακών μονάδων.

Βασικό χαρακτηριστικό της διοίκησης μονάδων υγείας είναι η ποιότητα. Η έννοια της ποιότητας στη διοίκηση μονάδων υγείας είναι καταλυτική, διότι, εκτός από το ότι παρέχει σημαντικές διαφοροποιήσεις στην τελική εκροή, από τα αποτελέσματα της μπορούν να σώζονται ζωές (Freeman & Moran, 2003). Συνεπώς η παροχή υπηρεσιών υγείας προς τον πληθυσμό έχει ένα σαφές χαρακτηριστικό που δεν είναι άλλο από τη βελτίωση της υγείας και της περίθαλψης που προσφέρεται. Σε αυτή τη διαδικασία συμμετέχουν ως αναπόσπαστο μέρος, οι επαγγελματίες του κλάδου, όπως είναι το ιατρικό, το νοσηλευτικό και σε ένα βαθμό το διοικητικό προσωπικό.

Όλοι αυτοί οι φορείς συνεργάζονται με σκοπό την επίτευξη του μέγιστου δυνατού αποτελέσματος. Η διοίκηση των μονάδων υγείας ωστόσο δεν περιλαμβάνει αποκλειστικά την παραγωγή και τη διανομή υπηρεσιών υγείας, αλλά εκτείνεται στην αποτελεσματική διαχείριση των πόρων, που έχουν στη διάθεση τους, οι μονάδες υγείας. Η αποτελεσματική διαχείριση των πόρων που έχουν στη διάθεση τους οι μονάδες υγείας, αποτελεί ένα καθοριστικό στοιχείο για την πορεία των εργασιών τους (Αλετράς κ. συν, 2002:43).

Και από διότι, οι πόροι είναι περιορισμένοι, ενώ οι ασθένειες και η συχνότητα εμφάνισης των περιστατικών πολλές. Υπό αυτό το πρίσμα δεν μπορεί να παραβλεφθεί το ότι η διοίκηση των μονάδων υγείας, και ιδιαίτερα εκείνων που λειτουργούν υπό καθεστώς δημόσιας επίβλεψης, συνιστά αναπόσπαστο μέρος του οικονομικού προβλήματος. Αυτό σημαίνει ότι οι δημοσιές μονάδες υγείας, επιχειρούν να καλύψουν και να θεραπεύσουν ανάγκες περίθαλψης με δεδομένους πόρους.

2.2 Σκοποί Και Μέσα Της Διοίκησης Μονάδων Υγείας

Προκειμένου να λειτουργήσει αποτελεσματικά ένα σύστημα υγείας, είναι ευνόητο, ότι οι φορείς του πρέπει να έχουν μια σειρά από στόχους και αρχές που λειτουργούν ως οδηγοί στη λειτουργία του. Η διαδικασία λήψης αποφάσεων και τη δραστηριότητα εκτέλεσης των καθηκόντων βασίζεται σε αυτές τις αρχές. Συνεπώς ο συνδυασμός των στόχων και των αρχών αποτελεί το θεμέλιο λίθο, προκειμένου να λειτουργήσει το σύστημα μιας μονάδας υγείας αποτελεσματικά.

2.2.1 Στόχοι και Αρχές της Διοίκησης Μονάδων Υγείας

Ο βασικός στόχος μιας σύγχρονης νοσοκομειακής μονάδας υγείας είναι φυσικά η παροχή ιατρικών υπηρεσιών υγείας προς το κοινό. Οι σημαντικότεροι επιμέρους στόχοι της λειτουργίας ενός τέτοιου συστήματος υγείας είναι οι ακόλουθοι (Halligan et al, 2000):

- Πρώτα ο Ασθενής. Στο κέντρο λειτουργίας της διοίκησης μονάδων υγείας και ιδιαίτερα σε αυτόν της κλινικής λειτουργίας καίρια θέση έχει ο ασθενής. Οι εργαζόμενοι σε μια νοσοκομειακή μονάδα υγείας, οφείλουν να αντιλαμβάνονται τα καθήκοντα τους μέσα από την οπτική και κυρίως τις ανάγκες των ασθενών.
- Το προσωπικό ως σημαντικότερος πόρος του οργανισμού υγείας. Η σημασία του ιατρικού, νοσηλευτικού και διοικητικού προσωπικού ως καταλυτών στη λειτουργία του νοσοκομείου αποτελεί το δεύτερο στόχο. Η διοίκηση πρέπει να προσφέρει στο προσωπικό εκείνη τη δυνατότητα ώστε

να αναπτύσσει ελεύθερα τις δεξιότητες και τις γνώσεις του, παράγοντας αποτελεσματικές εκροές υγείας (Ξηροτύρη-Κουφίδου, 2001:27).

- Ενδεδειγμένη Γνώση και Συνεχής έλεγχος του συστήματος της νοσοκομειακής μονάδας. Η λειτουργία μιας νοσοκομειακής μονάδας περιλαμβάνει μια σειρά από υπό-συστήματα, των οποίων η εξελεγκτική δραστηριότητα και η πορεία επηρεάζει το τελικό επίπεδο των εκροών του συνολικού συστήματος(Maddock et al, 2006). Συνεπώς η γνώση και ο έλεγχος, εκτός από τον αποτελεσματικό σχεδιασμό μπορούν να επιφέρουν και μια σειρά από βελτιώσεις και διορθωτικές ενέργειες σε τυχόν λάθη και παραλείψεις. Η κατανόηση της ροής των εργασιών όπως και των επιμέρους συνδέσεων των συστημάτων από τους εργαζόμενους αποτελεί ένα καίριο στοιχείο της αποτελεσματικότητας του νοσοκομείου
- Ομαδικότητα και Επικοινωνία μεταξύ του προσωπικού. Ένα ακόμη καταλυτικό χαρακτηριστικό και συνάμα στόχος της λειτουργίας ενός συστήματος υγείας είναι το επίπεδο συνεργασίας του προσωπικού του νοσοκομείου. Όσο υψηλότερο είναι αυτό το επίπεδο, τόσο περισσότερο αυξάνεται η πιθανότητα για εκροή υπηρεσιών υγείας υψηλού επιπέδου και αντίστροφα.(Halligan et al, 2000). Προς αυτή την κατεύθυνση μπορεί να συμβάλλει η δημιουργία ενός αισθήματος ιδιοκτησίας από τους εργαζόμενους ενός νοσοκομείου. Είναι ευνόητο, ότι προς αυτή την κατεύθυνση, μπορεί να ωθήσει τους εργαζόμενους ένα ευνοϊκό εργασιακό περιβάλλον.
- Τέλος ηγεσία διαδραματίζει καίριο ρόλο στη λειτουργία μιας νοσοκομειακής μονάδας, καθώς οριοθετεί το πλαίσιο λειτουργίας της και συνεπώς ωθεί το προσωπικό προς τη λήψη των κατάλληλων αποφάσεων. Ο αποτελεσματικός ηγέτης του νοσοκομείου είναι ο σταθερός πυλώνας της λειτουργίας του.

Εκτός από τους στόχους λειτουργίας μιας σύγχρονης μονάδας υγείας, υπάρχουν μια σειρά από αρχές που υιοθετούνται και εφαρμόζονται. Οι σημαντικότερες εξ αυτών παρίστανται στον επόμενο πίνακα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.1:

Αρχές που Διέπουν τη Λειτουργία της σύγχρονης Νοσοκομειακής Μονάδας

(Πηγή: Halligan et al, 2000)

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ	ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΓΝΩΣΗΣ	ΔΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑ
ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΡΙΣΚΟΥ	ΧΡΗΣΗ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ
ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΛΙΝΙΚΟΥ ΡΙΣΚΟΥ	ΑΠΟΔΟΣΗ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΠΟΡΩΝ
ΟΡΓΑΝΩΣΙΑΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ	ΔΟΜΗ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗΣ
ΑΝΑΜΕΙΞΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΚΑΙ ΕΠΙΜΟΡΦΩΣΗ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΜΑΘΗΣΗΣ
ΑΝΑΜΕΙΞΗ ΤΟΥ ΚΑΤΑΝΑΛΩΤΗ	ΚΛΙΝΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ	ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ
ΟΡΓΑΝΩΣΙΑΚΗ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ	ΕΡΕΥΝΑ ΚΑΙ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ	ΜΕΤΡΗΣΗ ΕΚΡΟΩΝ
ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΠΟΡΩΝ	ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑ	ΚΑΤΑΛΛΗΛΟΤΗΤΑ

Όπως φαίνεται και από τον παραπάνω πίνακα, υπάρχει μια σειρά από αρχές, τις οποίες το σύγχρονο νοσοκομείο οφείλει να εντάσσει στη λειτουργία του. Είναι εύλογο, ότι οι αρχές αυτές διαμορφώνουν την οργανωσιακή κουλτούρα της μονάδας υγείας, με άμεσες επιπτώσεις στις υπηρεσίες υγείας που παρέχει. Από τη μελέτη του πίνακα, καθίσταται κατανοητή η κυρίαρχη θέση της αποτελεσματικότητας σε διάφορα πεδία (μάθηση, επικοινωνία, πόροι, στρατηγική), όπως και η αντίστοιχη της διαχείρισης (ρίσκο, γνώση, κλινικό ρίσκο). Παράλληλα όχι αμελητέος είναι ο ρόλος του ανθρώπινου δυναμικού, της οργανωσιακής υπόστασης, του ανθρώπινου δυναμικού και της εκπαίδευσης.

Ο συνεκτικός συνδυασμός όλων αυτών των αρχών στη λειτουργία ενός νοσοκομείου μπορεί να προσφέρει σημαντικά αποτελέσματα στο τελικό επίπεδο των εκροών υγείας και περίθαλψης μιας νοσοκομειακής μονάδας. Ωστόσο προκειμένου να λάβει χώρα αυτή η διαδικασία καίρια θέση έχουν τα μέσα, δηλαδή οι πόροι που χρησιμοποιεί η σύγχρονη νοσοκομειακή μονάδα. Η αποτελεσματική κατανομή των πόρων στη σύγχρονη νοσοκομειακή μονάδα, αποτελεί ένα καίριο συστατικό της επίτευξης των τεθέντων στόχων.

2.2.2 Μέσα και Πόροι της Διοίκησης Μονάδων Υγείας

Τα βασικά μέσα που χρησιμοποιεί η διοίκηση μονάδων υγείας, και στην προκειμένη περίπτωση η διοίκηση των νοσοκομειακών μονάδων, στην προσπάθεια για επίτευξη των στόχων της είναι πρωτίστως χρηματικά. Αυτό σημαίνει ότι μια νοσοκομειακή μονάδα, έχει συγκεκριμένους πόρους, οι οποίοι χρησιμοποιούνται ώστε να λάβει χώρα η προμήθεια του απαραίτητου υλικοτεχνικού και φαρμακευτικού εξοπλισμού. Κατά συνέπεια, το χρήμα που έχουν στη διάθεση τους τα νοσοκομεία, μετασχηματίζεται σε πόρους παροχής περίθαλψης και υγείας για τους ασθενείς (Ματσαγγάνης, 2006).

Τα φάρμακα, συνιστούν με άλλα λόγια καίριο μέσο της λειτουργίας των νοσοκομείων. Μαζί με τους υλικοτεχνικούς πόρους και φυσικά το ανθρώπινο δυναμικό των νοσοκομείων αποτελούν τη ναυαρχίδα των μέσων που έχουν τα νοσοκομεία στη διάθεση τους. Αξίζει επίσης να σημειωθεί ότι τα έσοδα των δημόσιων νοσοκομείων προέρχονται κατά κανόνα από το δημόσιο προϋπολογισμό και τα αποθεματικά των ταμείων. Συνεπώς οι πόροι των δημόσιων νοσοκομείων αποτελούν πόρους του ελληνικού πληθυσμού, που συμμετέχει στο σύστημα φορολογίας καθώς και στο σύστημα ασφάλισης (Ματσαγγάνης κ. συν, 2002). Το στοιχείο αυτό προσφέρει μια σημαντική οικονομική διάσταση στην κατανομή των πόρων και των μέσων ενός δημόσιου νοσοκομείου.

2.2.3 Η Οικονομική Διάσταση της Λειτουργίας των Μονάδων Υγείας

Με βάση λοιπόν τα παραπάνω αναδεικνύεται η σημασία για την οικονομική αντιμετώπιση της κατανομής των πόρων που έχουν τα νοσοκομεία στη διάθεση τους, προκειμένου να ικανοποιήσουν τους στόχους τους. Η βέλτιστη κατανομή των δεδομένων πόρων στις επιμέρους εναλλακτικές χρήσεις σηματοδοτεί την πορεία της επιτυχίας των νοσοκομείων (Υφατνόπουλος, 2003). Το στοιχείο αυτό αναδεικνύει μια σειρά από κρίσιμα ζητήματα όπως είναι η κοστολόγηση του υλικοτεχνικού εξοπλισμού καθώς και του φαρμακευτικού υλικού, όπως επίσης και η προμήθεια του στις καλύτερες δυνατές τιμές. Στην περίπτωση μάλιστα των δημόσιων νοσοκομείων η αποτελεσματική περαιώση αυτής της διαδικασίας εκτός, από την αύξηση της αποδοτικότητας των νοσοκομειακών μονάδων ενέχει και την αποτελεσματική κατανομή του δημόσιου χρήματος.

Μέσα σε αυτό το πλαίσιο η οικονομική αντιμετώπιση των διαθέσιμων πόρων και μέσων που έχει στη διάθεση της μια νοσοκομειακή μονάδα, αποτελεί μια σύνθετη

διαδικασία λήψης αποφάσεων (Σουρτζή & Κολοβός, 2006). Μέσα στο πλαίσιο που αναπτύσσεται η ζήτηση και η προσφορά των υπηρεσιών υγείας, σε κάθε νοσοκομειακή μονάδα, επιχειρείται η κατανομή των πόρων με τέτοιο τρόπο ώστε το τελικό επίπεδο της εκροής, να είναι το άριστο δυνατό. (Πολύζος, 2008).

Το ιδιότυπο χαρακτηριστικό στην περίπτωση των υπηρεσιών υγείας, από οικονομική οπτική, είναι ότι κατά κανόνα η πλευρά της προσφοράς (ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό) διαμορφώνει τον τρόπο ικανοποίησης της ζήτησης (ασθενείς). Συνεπώς η προσφορά των υπηρεσιών υγείας, καθορίζει τον τρόπο παραγωγής της εκροής της με τέτοιο τρόπο ώστε να ικανοποιηθεί ο ασθενής, αλλά συνάμα εντός των πλαισίων των περιορισμών των πόρων που αντιμετωπίζει (Αλετράς, 1997). Δεν είναι δύσκολο να γίνει κατανοητό, ότι όσο αποτελεσματικότερα κατανέμονται οι πόροι των νοσοκομείων, τόσο περισσότερο αυξάνεται η προοπτική για παροχή υπηρεσιών υγείας υψηλού επιπέδου (Ρομπόλης 1999).

Καθοριστική θέση σε αυτή τη διαδικασία έχει το κόστος φαρμάκων που χρησιμοποιείται για τη θεραπεία των ασθενών. Εκτός από την αποτελεσματική λήψη του φαρμακευτικού υλικού, καίριο ρόλο διαδραματίζει η κατανομή του στους ασθενείς. Με άλλα λόγια η χρήση των φαρμάκων έχει ιδιαίτερη σημασία για την αποτελεσματική λειτουργία της δημόσιας νοσοκομειακής μονάδας.

Υπό αυτό το πρίσμα οι βασικότερες οικονομικές αποφάσεις που λαμβάνονται εντός της νοσοκομειακής μονάδας είναι οι εξής:

1. Ποιος πρέπει να είναι ο συνδυασμός ιατρικών και μη ιατρικών υπηρεσιών που πρέπει να χρησιμοποιηθεί από τη νοσοκομειακή μονάδα;
2. Ποια είναι τα ιατρικά αγαθά που πρέπει η νοσοκομειακή μονάδα να παράγει
3. Ποιο πόροι πρέπει να χρησιμοποιηθούν στην παραγωγή αυτών των αγαθών
4. Με ποιον τρόπο πρέπει να λάβει χώρα η λήψη του ιατρικού και φαρμακευτικού εξοπλισμού
5. Ποιοι πρέπει να είναι οι αποδέκτες των εκροών υγείας και περίθαλψης του νοσοκομείου και με ποια κριτήρια λαμβάνει χώρα η κατανομή

Όλα αυτά τα χαρακτηριστικά απαρτίζουν τη σύγχρονη διαδικασία λήψης αποφάσεων των σύγχρονων νοσοκομείων. Η βαρύτητα που αποκτά αυτή η διαδικασία βασίζεται στο γεγονός ότι τα νοσοκομεία, είναι καταλυτικοί δρώντες στη διαδικασία σύνθεσης και παραγωγής της κοινωνικής ισορροπίας και ευημερίας.

2.3 Η Σημασία Της Αποτελεσματικότητας Των Μονάδων Υγείας Για Την Κοινωνική Ισορροπία Και Ευημερία

Η σημασία της αποτελεσματικής λειτουργίας των νοσοκομειακών μονάδων στην επίτευξη της μέγιστης δυνατής κοινωνικής ευημερίας και ισορροπίας, είναι ιδιαίτερα σημαντική. Η σύνδεση αυτή εκκινεί από την επίδραση που έχει η αποτελεσματική λειτουργία των νοσοκομείων στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού. Όσο υψηλότερο είναι το επίπεδο των εκροών υγείας που ο πληθυσμός απολαμβάνει από το νοσοκομειακό σύστημα υγείας, είτε σε επίπεδο πρόληψης, είτε σε επίπεδο καταστολής της ασθένειας, τόσο αυξάνεται η προοπτική της κοινωνικής ισορροπίας και ευημερίας (Οικονόμου, 2005).

Αυτό προκύπτει ως απόρροια, του ότι ο υγιής πληθυσμός μπορεί να προσφέρει την εργασία του, αποτελεσματικότερα και αποδοτικότερα. Επίσης μειώνεται σημαντικά η πιθανότητα εμφάνισης ασθενειών και λοιμώξεων, που μπορούν να πλήξουν το επίπεδο υγείας του πληθυσμού. Μια σειρά από θετικές επιδράσεις στην κοινωνική λειτουργία όπως είναι η αντιμετώπιση της θνησιμότητας, των παιδικών ασθενειών κ.α. είναι οι επιπτώσεις του αποτελεσματικού συστήματος υγείας στον πληθυσμό. Υπό αυτό το πρίσμα δημιουργούνται σημαντικές συνθήκες ασφάλειας στον πληθυσμό με αποτέλεσμα την εύρυθμη λειτουργιών των κοινωνιών.

Υπάρχει και μια άλλη σημαντική διάσταση αυτής της σχέσης, που είναι η συνεισφορά των νοσοκομειακών μονάδων στη διατήρηση της δημοσιονομικής ισορροπίας. Ειδικά στην περίπτωση που τα νοσοκομεία χρηματοδοτούνται από το δημόσιο προϋπολογισμό- και που είναι ο κανόνας, η αποδοτική κατανομή των πόρων στις εναλλακτικές χρήσεις συμβάλλει στην αποτελεσματική κατανομή των πόρων. Ένα κράτος που έχει τη δυνατότητα να κατανέμει ορθολογικά τους πόρους τους, στο σύστημα υγείας που υποστηρίζει, αποφεύγοντας τη σπατάλη και τη διασπάθιση δημόσιου χρήματος, έχει περισσότερες πιθανότητες υλοποίησης των στόχων της κοινωνικής ευημερίας. Και αυτό διότι οι πόροι που έχει στη διάθεση του το κράτος, κατανέμονται στις χρήσεις των διοικητικών λειτουργιών, δίχως να υπάρχουν στρεβλώσεις και μεταφορές πόρων από αποδοτικές σε ελλειμματικές διοικητικές λειτουργίες (Γεωργακόπουλος, 1997:219). Ειδικά στην τρέχουσα δημοσιονομική θέση που βρίσκεται το ελληνικό κράτος, η σημασία της παραπάνω απόφασης αποκτά βαρύνουσα σημασία.

2.4 Η Διοίκηση Μονάδων Υγείας Στην Ελλάδα

Ο ελληνικός κλάδος δημόσιας υγείας, χαρακτηρίζεται από μια σειρά αντιφάσεων, οι οποίες ωστόσο έχουν τη δυνατότητα να συμβάλλουν στην αποδοτικότητα και στην αποτελεσματικότητα του. Οι αντιφάσεις αυτές αναφέρονται τόσο σε επίπεδο προσωπικού, όσο και στους όρους λειτουργίας του δημόσιου κλάδου υγείας της Ελλάδας. Το ζητούμενο στοιχείο της παρούσας ενότητας είναι να συνδεθούν αυτές οι αντιφάσεις με την προοπτική υιοθέτησης και εφαρμογής διεθνών λογιστικών και χρηματοοικονομικών προτύπων από τα ελληνικά νοσοκομεία.

Το βασικό χαρακτηριστικό του ελληνικού κλάδου δημόσιας υγείας, είναι η κάλυψη των υγειονομικών αναγκών, των διαφόρων επαγγελματικών ομάδων, από διαφορετικά ασφαλιστικά ταμεία. Η κάλυψη αυτή λαμβάνει χώρα από τα νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας του Ε.Σ.Υ. , τα πολυιατρεία του ΙΚΑ, καθώς και τους συμβεβλημένους ιατρούς με τα ασφαλιστικά ταμεία (π.χ. Ο.Α.Ε.Ε.). Η χρηματοδότηση του συστήματος προέρχεται από τρεις πηγές, που είναι οι εισφορές των ασφαλισμένων, ο κρατικός προϋπολογισμός (φορολογία) και οι ιδιωτικές πληρωμές των ασθενών (καταναλωτές εκροών υγείας). (Αδαμακίδου & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, 2009),

Τα νοσοκομεία, τα οποία και αποτελούν αντικείμενο της έρευνας ανήκουν στο Ε.Σ.Υ. Η στελέχωση των νοσοκομείων, από ιατρικό, νοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό λαμβάνει χώρα μέσω των διαγωνισμών του Α.Σ.Ε.Π. Με άλλα λόγια τα στελέχη των ελληνικών νοσοκομείων είναι δημόσιοι υπάλληλοι, και έχουν ως βασική αποστολή να εκτελούν τα καθήκοντα τους με σκοπό την εξυπηρέτηση των αναγκών του κράτους, δηλαδή του κοινωνικού συνόλου.

Υπάρχει μια πληθώρα προβλημάτων που αντιμετωπίζουν τα ελληνικά νοσοκομεία, τόσο στη λειτουργία τους όσο και στην επίτευξη ενός ικανοποιητικού επιπέδου αποτελεσματικότητας. Ενδεικτικά μπορεί να αναφερθεί ότι η επίτευξη ενός σημαντικού επιπέδου αποτελεσματικότητας, μπορεί να δημιουργήσει σημαντικές βελτιώσεις στο επίπεδο των υπηρεσιών υγείας, που απολαμβάνουν οι ασθενείς (Αλετράς, 1997:663). Παράλληλα η υιοθέτηση και η εφαρμογή νέων σύγχρονων μεθόδων διακυβέρνησης, που θεωρεί ως δεδομένες στρατηγικές όπως είναι η ηλεκτρονική συνταγογράφηση, το ηλεκτρονικό σύστημα προμηθειών αλλά και η υιοθέτηση των διεθνών λογιστικών προτύπων, μπορεί να βελτιώσει σημαντικά το επίπεδο της λειτουργίας των δημόσιων νοσοκομείων.

Προς αυτή την κατεύθυνση, μπορεί να συμβάλει η αποτελεσματική τροφοδοσία του δημόσιου νοσοκομείου με το κατάλληλο φαρμακευτικό υλικό, καθώς υπό αυτή την προοπτική εναρμονίζεται η λειτουργία του νοσοκομείου με αυτή των σύγχρονων διοικητικών μονάδων. Αυτό σημαίνει ότι το νοσοκομείο προβαίνει σε μια προσπάθεια μείωσης του κόστους με σκοπό την αύξηση του οφέλους (Αλετράς, 1998:414). Ως αποτέλεσμα αυτή η στρατηγική εκσυγχρονίζει τη λειτουργία της σύγχρονης νοσοκομειακής μονάδας, η οποία σε συνδυασμό με την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας, μπορεί να μειώνει δραστικά το κόστος της, και συνεπώς να βελτιώνει το επίπεδο των υπηρεσιών υγείας προς τον πληθυσμό.

Βασικά μέσα επίτευξης αυτού του στόχου είναι η υιοθέτηση της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης και των ηλεκτρονικών προμηθειών¹. Η ηλεκτρονική συνταγογράφηση, και οι ηλεκτρονικές προμήθειες μπορούν να συμβάλλουν στην επιλογή των καλύτερων δυνατών φαρμάκων, σε πιο ανταγωνιστικές τιμές. Επίσης μπορεί να υπάρξει εντατικότερος έλεγχος, των δημόσιων νοσοκομείων στη διαδικασία χορήγησης φαρμακευτικού υλικού.

Η απουσία αυτών των πεδίων από ένα σημαντικό αριθμό των ελληνικών νοσοκομείων, αποτελεί ένα στοιχείο υστέρησης της λειτουργίας τους. Το άμεσο αποτέλεσμα εδράζεται στο ότι η αποτελεσματικότητα των ελληνικών νοσοκομείων υφίσταται ένα σημαντικό πλήγμα. Ως αποτέλεσμα το πλήγμα αυτό μετασχηματίζεται σε μείωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας που απολαμβάνει ο πληθυσμός, ο οποίος έχει ήδη προκαταβάλει τις εισφορές του.

¹ Περισσότερα στοιχεία για αυτές τις δύο επιλογές αναπτύσσονται στο επόμενο κεφάλαιο της εργασίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟ ΚΟΣΤΟΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΩΣ ΣΤΟΙΧΕΙΟ ΤΗΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Εισαγωγή

Στο τρίτο κεφάλαιο της εργασίας επιχειρείται να προσδιοριστούν τα βασικά χαρακτηριστικά της αγοράς φαρμάκων. Σκοπός του κεφαλαίου είναι να περιγράψει τα βασικά χαρακτηριστικά της αγοράς φαρμάκων. Το κεφάλαιο εξειδικεύει την ανάλυση του στην ελληνική επικράτεια.

Το κεφάλαιο αναπτύσσεται συνολικά σε πέντε συνολικά ενότητες. Στην πρώτη ενότητα προσδιορίζονται τα βασικά στοιχεία της φαρμακευτικής δαπάνης. Στη δεύτερη ενότητα τονίζονται τα σημαντικότερα στοιχεία της ζήτησης φαρμάκων. Αντίστοιχα στην επόμενη ενότητα προσμετρούνται τα κύρια χαρακτηριστικά της προσφοράς φαρμάκων. Ακολουθεί η στάθμιση της αγοράς φαρμάκων ως ένα βασικό χαρακτηριστικό της αποτελεσματικής διοίκησης μονάδων υγείας. Τέλος στην πέμπτη ενότητα περιγράφονται τα συνοπτικά τα διεθνή λογιστικά πρότυπα και ηλεκτρονική συνταγογράφηση ως βασικά στοιχεία εκσυγχρονισμού της καταγραφής της φαρμακευτικής δαπάνης.

3.1 Βασικά Χαρακτηριστικά Της Φαρμακευτικής Δαπάνης

3.1.1 Η Φαρμακευτική Δαπάνη

Το νοσοκομειακό κόστος φαρμάκων αποτελεί ένα χαρακτηριστικό στοιχείο της λειτουργίας των υπηρεσιών υγείας. Το φάρμακο συνιστά μια καίρια εισροή, της οποίας η επίδραση στην τελική εκροή, δηλαδή στην ίαση της ασθένειας είναι καταλυτική. Με άλλα λόγια το φάρμακο είναι ένα βασικό στοιχείο της αποτελεσματικότητας των μονάδων υγείας. Αυτό σημαίνει ότι η επιλογή των κατάλληλων φαρμάκων αποτελεί σημαντικό στοιχείο της αποτελεσματικής λειτουργίας των υπηρεσιών υγείας, με το

κόστος όμως των φαρμάκων να συμβάλλει καταλυτικά στη ζήτηση τους. Είναι εύλογο ότι το κόστος φαρμάκων αντιπροσωπεύει το τελικό αντίτιμο που πρέπει η μονάδα υγείας να καταβάλλει προκειμένου να τα αποκτήσει.

Είναι εύλογο ότι σε μια κοινωνία ο αριθμός των φαρμάκων που προσφέρονται στους ασθενείς είναι μεγάλος καθώς περιλαμβάνει το σύνολο των μονάδων υγείας. Υπό αυτή την έννοια η συνολική φαρμακευτική δαπάνη περιλαμβάνει το άθροισμα των φαρμακευτικών προϊόντων που χορηγούνται στους ασθενείς, επί την τιμή τους. Το κόστος της λήψης φαρμάκων, δηλαδή προσδιορίζεται σε σημαντικό βαθμό από την τιμή τους αλλά και από την ποσότητα τους φυσικά. Η σχέση τιμής και ποσότητας περικλείει τις προτιμήσεις εκείνων που ζητούν τα φάρμακα είτε πρόκειται για καταναλωτές είτε για ιατρούς (Καpanos, 2002).

Οι προτιμήσεις των καταναλωτών σε αυτή την περίπτωση, ως προσδιοριστικός συντελεστής της ζήτησης είναι καθοριστική υπό την έννοια ότι διαμορφώνει ουσιαστικό την τελική δαπάνη των κοινωνιών για φάρμακα. Για παράδειγμα αξίζει να σημειωθεί ότι κατά τη διάρκεια των τελευταίων ετών η δαπάνη για την αγορά φαρμάκων έχει αυξηθεί σε παγκόσμιο επίπεδο, ως απόρροια της αύξησης του μέσου όρου ηλικίας του πληθυσμού. Η γήρανση του πληθυσμού συμβάλλει στην αύξηση της ζήτησης φαρμάκων, και συνεπώς στην αύξηση του φαρμακευτικού κόστους. Αυτό δεν μπορεί να θεωρηθεί τυχαίο, καθώς η πιθανότητα εμφάνισης ασθενειών σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας είναι σαφώς μεγαλύτερη από την αντίστοιχη σε άτομα μικρότερης ηλικίας.

Παράλληλα αν ληφθεί υπόψη ότι οι τιμές των φαρμάκων εμφανίζουν μια σχετική ανελαστικότητα μετά την κυκλοφορία τους, μπορεί να κατανοηθεί ο ρόλος των νέων φαρμάκων, διαμέσου νέων ιατρικών ανακαλύψεων στην αύξηση του κόστους. Η αύξηση της ζήτησης, λόγω της ύπαρξης νέων ουσιών που επιδρούν θετικά στην καταπολέμηση νέων ασθενειών, είναι επίσης ένα ακόμη χαρακτηριστικό στοιχείο του κόστους φαρμάκων. Παράλληλα ένας ακόμη προσδιοριστικός συντελεστής της αύξησης της ζήτησης φαρμάκων είναι η νοσοκομειακή περίθαλψη των ασθενών, η οποία υποκαθιστά την αντιμετώπιση της ασθένειας μέσω αγωγής. Ωστόσο υπάρχουν στοιχεία που η νοσοκομειακή περίθαλψη μπορεί να μειώσει τη συνολική δαπάνη υγείας (Κουσουλάκου, 2006).

3.1.2 Αγορά Υπηρεσιών Υγείας και Φαρμακευτική Δαπάνη

Ωστόσο εκτός από χαρακτηριστικά που μπορούν να συμβάλλουν στην αύξηση της ζήτησης των φαρμάκων, υπάρχουν μια σειρά από παράγοντες οι οποίες τονίζουν την περιπλοκότητα της. Οι παράγοντες αυτοί εκτός από την πλευρά της ζήτησης φαρμάκων περιλαμβάνουν και χαρακτηριστικά της λειτουργίας ενός συστήματος υγείας. Τα χαρακτηριστικά αυτά είναι κοινά για όλα τα πεδία ενός συστήματος υγείας καθώς είναι ενδογενή στοιχεία της αγοράς υγείας.

Τα σημαντικότερα εξ αυτών είναι τα ακόλουθα (Βανδώρου & Σουλιώτης, 2004):

- Η ασύμμετρη πληροφόρηση, δηλαδή το γεγονός ότι η πλευρά της ζήτησης δεν γνωρίζει ποια είναι η κατάλληλη συνταγή (προϊόν) για την αντιμετώπιση της ασθένειας του. Αντιθέτως το γνωρίζει η πλευρά της προσφοράς (ιατρός).
- Ως αποτέλεσμα δημιουργείται μια σχέση αντιπροσώπευσης μεταξύ των επαγγελματιών (παραγωγών) υγείας και των καταναλωτών, προκειμένου να αντιμετωπιστούν οι ανάγκες των δευτέρων.
- Αναδεικνύεται λοιπόν ένα χάσμα από αυτή τη σχέση το οποίο μπορεί να λάβει διαστάσεις ηθικού κινδύνου καθώς ο αποκλειστικός διαχειριστής του προβλήματος καθίσταται ο ιατρός. Συνεπώς η προκλητή ζήτηση των φαρμάκων, ειδικά στην περίπτωση των νοσοκομείων προέρχεται από τους ιατρούς οι οποίοι πιθανώς να προτιμούν συγκεκριμένες αγωγές θεραπείας και αντιμετώπισης της ασθένειας.
- Με άλλα λόγια η ισορροπία στην αγορά υγείας δεν είναι ανταγωνιστική καθώς καθορίζεται σε μεγάλο βαθμό από την προσφορά. Η προσφορά των υπηρεσιών υγείας, σε περιπτώσεις αποχώρησης της ευδόκιμης εκτέλεσης των καθηκόντων της, μπορεί να καταφύγει σε στρατηγικής αναζήτησης προσόδου (rent seeking) στρεβλώνοντας τη λειτουργία του συστήματος.

Τα παραπάνω χαρακτηριστικά επιδρούν καίρια στη λειτουργία της αγοράς φαρμάκων καθώς την προσδιορίζουν και την εντάσσουν σε ένα συγκεκριμένο πλαίσιο. Κατά συνέπεια η κατανόηση των βασικών χαρακτηριστικών της αγοράς φαρμάκων οφείλει να λάβει χώρα, λαμβάνοντας τα παραπάνω ως δεδομένα.

Η εκδήλωση αυτών των χαρακτηριστικών όπως είναι ευνόητο λαμβάνει συγκεκριμένες μορφές στην αγορά φαρμάκων. Το κύριο στοιχείο σε αυτή τη διαδικασία είναι φυσικά η συνταγογράφηση όπου και αποδεικνύεται η πρωτοκαθεδρία του ιατρού στη διαδικασία λήψης αποφάσεων. Ο ιατρός γνωρίζει ποια φάρμακα είναι κατάλληλα για την αποτελεσματική αντιμετώπιση των ασθενών και ποια όχι. Συνεπώς η ασυμμετρία της πληροφόρησης μπορεί να λειτουργήσει θετικά, μπορεί όμως και όχι. Με άλλα λόγια το χαρακτηριστικό στοιχείο που μπορεί να κάνει τη διαφορά, είναι η κανονική συνταγογράφηση και η υπέρ-συνταγογράφηση.

Ειδικά στην περίπτωση των νοσοκομειακών μονάδων, όπου η ένταση της ανάγκης του ασθενούς είναι μεγάλη, λόγω της νοσηλείας του η προοπτική αυτή αποκτά αυτόματα μεγαλύτερη βαρύτητα. Προκειμένου ωστόσο να καταστεί εφικτή η μελέτη αυτής της διάστασης είναι αναγκαίο να μελετηθούν οι πλευρές της προσφοράς και της ζήτησης των νοσοκομειακών φαρμάκων.

3.2 Η Ζήτηση Νοσοκομειακών Φαρμάκων

Η ζήτηση των νοσοκομειακών φαρμάκων είναι απόρροια της γενικότερης ζήτησης φαρμακευτικών αγαθών, με τη διαφορά ότι σε αυτή την περίπτωση σημαντικό ρόλο διαδραματίζει η νοσηλεία των ασθενών. Συνεπώς η ζήτηση των νοσοκομειακών φαρμάκων εξαρτάται από το ρυθμό αναγκαιότητας νοσηλείας των ασθενών. Η εμφάνιση ασθενειών που χρήζουν άμεσης νοσηλείας προσδιορίζεται υπό αυτή την οπτική από το προφίλ υγείας του πληθυσμού.

3.2.1 Η Σημασία του Προφίλ Υγείας του Πληθυσμού

Το προφίλ υγείας του πληθυσμού είναι απόρροια των επιδημιολογικών και των δημογραφικών χαρακτηριστικών του. Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά που ενδιαφέρουν στην προκειμένη περίπτωση είναι το προσδόκιμο ζωής του πληθυσμού καθώς και η κατανομή των ασθενειών. Τα στοιχεία για το προσδόκιμο των ετών ζωής παρίσταται στον επόμενο πίνακα

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.1:

Προσδόκιμο Όριο Ζωής στην Ελλάδα (Πηγή: Eurostat)

	1993		2003	
	Κατά τη Γέννηση	Στα 65	Κατά τη Γέννηση	Στα 65
Άνδρες	75	15,9	77,8	18,1
Γυναίκες	79,8	18,1	82,7	20,2

Σύμφωνα με τα στατιστικά στοιχεία το προσδόκιμο των ετών ζωής στην ελληνική επικράτεια ανέρχεται σε στοιχεία του 2009, σε 77,8 για τους άνδρες και σε 82,7 έτη για τις γυναίκες κατά τη γέννηση τους. Το αντίστοιχο προσδόκιμο ζωής για τους ανθρώπους που έχουν κλείσει τα 65 έτη είναι 20,2 έτη για τις γυναίκες και 18,1 για τους άνδρες. Τα στοιχεία αυτά εμφανίζονται σε σημαντικό βαθμό υψηλότερα από αυτά του 1993, τόσο για το προσδόκιμο κατά τη γέννηση όσο και σε σύγκριση με το αντίστοιχο των 65 ετών.

Τα στοιχεία αυτά σε σύγκριση με τα αντίστοιχα των ευρωπαϊκών χωρών, βρίσκονται στα υψηλότερα επίπεδα της κατανομής των πληθυσμών. Με άλλα λόγια η Ελλάδα μπορεί να χαρακτηριστεί ως μια χώρα, που ο πληθυσμός της διαβιώνει σχετικά αρκετά. Ωστόσο προκειμένου να καταστεί κατανοητή και η επιδημιολογική διάσταση της διαβίωσης του ελληνικού πληθυσμού αξίζει να μελετηθούν και τα στατιστικά στοιχεία των αιτιών θανάτου στην ελληνική επικράτεια.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.2:

*Αιτίες Θανάτου στον Ελληνικό Πληθυσμό (2009)**(Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή)*

Αίτια	%
Καρδιοπάθεια	31,4
Κακοήθη Νεοπλάσματα	23,5
Νόσος Εγκεφαλικών Αγγείων	17,5
Νοσήματα του Αναπνευστικού Συστήματος	7,0
Άλλο	20,6

Από τα στοιχεία του πίνακα 2 διακρίνεται ότι οι καρδιοπάθειες είναι η πρώτη αιτία θανάτου του ελληνικού πληθυσμού (31,4%). Στη δεύτερη θέση βρίσκονται τα κακοήθης νεοπλάσματα (23,5%) και ακολουθούν νόσοι εγκεφαλικών αγγείων καθώς και νοσήματα του αναπνευστικού συστήματος (17,5% και 7% αντίστοιχα). Τέλος διάφορες άλλες αιτίες θανάτου (π.χ. ατυχήματα) καταλαμβάνουν το σχετικά υψηλό 20,6% του συνόλου. Από τα παραπάνω μπορεί να αναδειχθεί το συμπέρασμα της σύνδεσης των αιτιών θανάτου με τη νοσηλεία των ασθενών για όλες τις περιπτώσεις, με εξαίρεση την τελευταία επιλογή.

Όμως σημαντικό ρόλο στην κατανόηση της υγείας του ελληνικού πληθυσμού μπορεί να διαδραματίσει και η επιμέρους εστίαση για διάφορους επιπλέον προσδιοριστικούς παράγοντες, όπως είναι η ποιότητα του περιβάλλοντος και οι διατροφικές συνήθειες.

Υπό αυτή την έννοια το περιβάλλον στην ελληνική επικράτεια χαρακτηρίζεται σαφώς από χαμηλότερα επίπεδα ρύπανσης καθώς οι εκπομπές του οξειδίου του θείου, του οξειδίου του αζώτου και του μονοξειδίου του άνθρακα, είναι σαφώς χαμηλότερες από τις υπόλοιπες χώρες του Ο.Ο.Σ.Α. Όμως όπως φαίνεται και στον επόμενο πίνακα, όταν τα μεγέθη αυτά ανάγονται σε κατά κεφαλήν μερίδιο (ανά κάτοικο) είναι χειρότερα για την Ελλάδα. Ενώ δηλαδή οι εκπομπές στο σύνολο τους είναι σε χαμηλότερα επίπεδα (508,7 τόνοι έναντι 1.032,3 , 317,7 έναντι 1344,1 και 1.166 έναντι 5.160,3 αντίστοιχα) τα κατά κεφαλή κιλά που δέχεται ο ελληνικός πληθυσμός είναι μεγαλύτερα (46 έναντι 25,4, 29 έναντι 35,9 και 106 έναντι 104,5). Η διαφοροποίηση αυτή απορρέει από την υπερσυγκέντρωση σημαντικών μερίδων του πληθυσμού στα μεγάλα αστικά κέντρα, με αποτέλεσμα την επιβάρυνση και την επιδείνωση της ποιότητας ζωής. Αντιθέτως οι κάτοικοι των ημιαστικών και των αγροτικών οικισμών, φαίνονται να είναι λιγότερο επιβαρημένοι.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.3:

Εκπομπές Ρύπων στην Ελλάδα και στις Χώρες του ΟΟΣΑ

(Πηγή: ΟΟΣΑ)

	Τόνοι σε χιλιάδες		Κιλά κατά Κεφαλή	
	Ελλάδα	ΟΟΣΑ	Ελλάδα	ΟΟΣΑ
Οξείδιο Θείου	508,7	1.032,3	46,0	25,4
Οξείδιο Αζώτου	317,7	1344,1	29,0	35,9
Μονοξείδιο Άνθρακα	1.166,1	5.160,3	106,0	104,5

Σχετικά αρνητικά είναι τα στοιχεία και για τις διατροφικές συνήθειες του ελληνικού πληθυσμού. Δυστυχώς η Ελλάδα κατέχει ένα από τα υψηλότερα ποσοστά στην κατανομή των παχύσαρκων ανθρώπων όπως φαίνεται και από τον επόμενο πίνακα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.4:

Ποσοστό Υπέρβαρων και Παχύσαρκων στον Πληθυσμό

(Πηγή: ΟΟΣΑ)

	ΣΥΝΟΛΟ	ΑΝΔΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ
Ελλάδα	57,1%	48,1%	67,1%
ΟΟΣΑ	46,8%	40,8%	52,5%

Από τα στοιχεία του πίνακα 5 μπορεί εύκολα να γίνει κατανοητό ότι η Ελλάδα βρίσκεται σε σχετικά υψηλότερη θέση στην ύπαρξη παχύσαρκων και υπέρβαρων ανθρώπων στο σύνολο του πληθυσμού αλλά και στην έμφυλη κατανομή. Το 57,1% των ατόμων στην Ελλάδα είναι υπέρβαροι ενώ το αντίστοιχα ποσοστό στις υπόλοιπες χώρες του ΟΟΣΑ ανέρχεται σε 46,8%. Το 48,1% των Ελλήνων ανδρών είναι υπέρβαροι, και το 67,1% των Ελληνίδων με τα αντίστοιχα ποσοστά στις χώρες του ΟΟΣΑ να είναι 40,8% και 52,5%. Αν στα παραπάνω προστεθεί και το ότι ο ελληνικός πληθυσμός καπνίζει σε πολύ μεγαλύτερο βαθμό από τους πληθυσμούς των άλλων κρατών, μπορεί να καταστεί κατανοητό, ότι υπάρχουν σημαντικές συνθήκες τόσο για τη νοσηλεία του, όσο και για την εμφάνιση σημαντικών προβλημάτων υγείας.

3.2.2 *Ενδογενή Χαρακτηριστικά του Συστήματος*

Τα ενδογενή χαρακτηριστικά του συστήματος υγείας μπορούν να επιδράσουν σημαντικά στο τελικό βαθμό της ζήτησης υπηρεσιών υγείας. Ειδικότερα στην περίπτωση των νοσοκομειακών συστημάτων υγείας, μπορούν να υπάρξουν σημαντικές επιδράσεις, εξαιτίας του ότι η πλειονότητα των νοσοκομείων (τουλάχιστον στην Ελλάδα) λειτουργεί υπό καθεστώς δημοσίου δικαίου. Και αυτό διότι η χρηματοδότηση των ελληνικών νοσοκομείων προέρχεται από τον κρατικό προϋπολογισμό, τα ασφαλιστικά ταμεία και η ιδιωτική χρηματοδότηση².

² Η ιδιωτική χρηματοδότηση αναφέρεται στη συμμετοχή των ιδιωτών στα νοσήλια.

Πρόκειται για μια ιδιομορφία του ελληνικού νοσοκομειακού συστήματος υγείας, καθώς αποδεικνύεται στην πράξη μια τριχοτόμηση. Η τριχοτόμηση αναφέρεται στο ότι ενώ συνταγογραφούν οι ιατροί και καταναλώνουν οι ασθενείς το σύστημα αποζημιώνεται σε μεγάλο βαθμό από το κράτος και τα ασφαλιστικά ταμεία (Κυριακόπουλος & Γείτονα, 1999) . Τα χαρακτηριστικά αυτά είναι επαρκή ώστε να συμβάλλουν στη δημιουργία προβλημάτων, τα οποία μπορούν να προκαλέσουν υπέρμετρη αύξηση του νοσοκομειακού κόστους φαρμάκων.

Το γεγονός ότι τα νοσοκομεία βασίζονται στη χρηματοδότηση τους, σε εξωγενείς παράγοντες, οι οποίοι είναι ανεξάρτητοι της λειτουργίας τους, δημιούργησε ένα πλαίσιο ασφάλειας. Το πλαίσιο αυτό μπορεί να λειτουργήσει ως μια δικλείδα ασφαλείας από τη μία πλευρά για την παροχή υπηρεσιών υγείας προς τον πληθυσμό, ο οποίος έχει προκαταβάλει τη συμμετοχή του στο σύστημα υγείας μέσω των εισφορών του. Από την άλλη πλευρά, με δεδομένα τα χαρακτηριστικά της ασύμμετρης πληροφόρησης, του ηθικού κινδύνου και της πρόκλησης ζήτησης, το θεσμικό αυτό πλαίσιο παρέχει τη δυνατότητα στους επαγγελματίες της υγείας να προβούν σε υπερβολική συνταγογράφηση.

Η υπερβολική συνταγογράφηση μπορεί να αναπτυχθεί καθώς στην προκειμένη περίπτωση, το κόστος το επωμίζονται τα ταμεία και ο προϋπολογισμός, ενώ ο καταναλωτής, ο οποίος είναι ο φορέας της ζήτησης, καταβάλλει ιδιαίτερα χαμηλό μερίδιο. Με άλλα λόγια το σύστημα επιτρέπει τη δημιουργία συμφωνιών μεταξύ ασθενών και επαγγελματιών υγείας, για τη λήψη συγκεκριμένων φαρμάκων. Συνεπώς η μη ανταγωνιστική αγορά των νοσοκομειακών φαρμάκων πιθανώς να καταστεί και αναποτελεσματική μέσα από ίδιο το σύστημα.

Η υπερβολική συνταγογράφηση όπως είναι εύλογο αυξάνει τη ζήτηση των νοσοκομειακών φαρμάκων, δημιουργώντας στρεβλώσεις στο σύστημα. Οι στρεβλώσεις αναφέρονται στην αύξηση των δαπανών, για τα νοσοκομειακά φάρμακα, και κατά συνέπεια στη δημιουργία προβλημάτων στην αποτελεσματική κατανομή των πόρων στην υγεία (Αλετράς, 1997). Αυτό σημαίνει ότι η οργάνωση και η λειτουργία του συστήματος υγείας, μπορεί να λειτουργήσει ως ένας καθοριστικός παράγοντας της αποτελεσματικότητας του συστήματος.

3.3 Η Προσφορά Των Νοσοκομειακών Φαρμάκων

3.3.1 Γενικά Στοιχεία Προσφοράς Φαρμάκων

Η προσφορά των νοσοκομειακών φαρμάκων βασίζεται σε πρωτογενές επίπεδο, στις εταιρίες παραγωγής φαρμακευτικών προϊόντων. Η βιομηχανία των φαρμακευτικών προϊόντων διέπεται από ορισμένα χαρακτηριστικά τα οποία τη διαφοροποιούν από την πλειονότητα των κλάδων της οικονομίας. Η βασική διαφοροποίηση της φαρμακευτικής βιομηχανίας είναι η έμφαση και η επένδυση στην έρευνα και στην ανάπτυξη. Η επένδυση στην έρευνα και στην ανάπτυξη είναι ιδιαίτερα κοστοβόρα και συνεπώς οι φαρμακευτικές βιομηχανίες χρειάζονται άμεσα ρευστότητα ώστε να επενδύσουν στην έρευνα και στην ανάπτυξη (Masi et al, 2003). Αν σε αυτά προστεθεί και το ότι οι ανακαλύψεις αυτής της διαδικασίας μετασχηματίζονται σε πατέντες, υπό τη χρήση ενός μονοπωλιακού σήματος, μπορεί να αναδειχθεί το συμπέρασμα, τόσο της προοπτικής κερδοφορίας, όσο και της σημασίας της .

Ίσως για τους λόγους αυτούς η πίστη των καταναλωτών στο σήμα και η διαφοροποίηση του προϊόντος, αποτελούν ένα ακόμη δηκτικό χαρακτηριστικό της αγοράς φαρμάκων. Συνεπώς μέσα σε ένα συγκεκριμένο θεσμικό πλαίσιο, οι εταιρίες των φαρμάκων αντιμετωπίζουν μια σχετικά ανελαστική (σταθερή) ζήτηση. Εκ των πραγμάτων δηλαδή η αγορά χαρακτηρίζεται από μια συγκεκριμένη σταθερότητα, η οποία δίνει τον τόνο στη δραστηριοποίηση των φαρμακευτικών εταιριών.

Η σταθερότητα αυτή ενισχύεται και από θεσμικό πλαίσιο το οποίο παρέχει σημαντικές εγγυήσεις για τη λειτουργία της αγοράς. Οι εγγυήσεις αυτές απορρέουν από τις διαδικασίες αξιολόγησης του φαρμακευτικού προϊόντος και έγκρισης της κυκλοφορίας του. Η ποιότητα στην αγορά των φαρμάκων μεταφράζεται σε ασφάλεια της νοσηλείας των ασθενών, της αντιμετώπισης της ασθένειας και σε τελική ανάλυση της προστασίας της κοινωνικής ευημερίας. Υπό αυτή την έννοια η προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών παρέχει εγγυήσεις για την ασφάλεια της λειτουργίας της αγοράς.

Τέλος αξίζει να προστεθεί ότι η σταθερότητα των τιμών των φαρμάκων και η διαμόρφωση τους από το ίδιο το δημόσιο σύστημα, ουσιαστικά απαγορεύει τον ανταγωνισμό. Η απουσία ουσιαστικού ανταγωνισμού, θέτει σημαντικούς φραγμούς στην αβεβαιότητα της δραστηριοποίησης των φαρμακευτικών εταιριών. Η μόνη δίοδος του

ανταγωνισμού των φαρμακευτικών εταιριών ουσιαστικά έγκειται στην προώθηση των προϊόντων τους στην αγορά.

3.3.2 Ειδικά Στοιχεία Προσφοράς Φαρμάκων

Σύμφωνα με τα στατιστικά στοιχεία του Συνδέσμου Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδος (ΣΦΕΕ), το πρώτο φάρμακο σε ζήτηση είναι το Lipitor, το οποίο είναι ένα φάρμακο για την αντιμετώπιση των παθήσεων του καρδιαγγειακού συστήματος.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.5:

Κατάταξη στη Ζήτηση των Φαρμάκων

ΚΑΤΑΤΑΞΗ	ΦΑΡΜΑΚΟ	ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ
1	LIPITOR	Καρδιαγγειακό Σύστημα
2	PLAVIX	Αίμα και αιμοποιητικά όργανα
3	ZYPREXA	Νευρικό Σύστημα
4	LOSEC	Πεπτικό Σύστημα
5	NORVASC	Καρδιαγγειακό Σύστημα
6	SERETIDE	Αναπνευστικό Σύστημα
7	RISPERDAL	Νευρικό Σύστημα
8	EXELON	Νευρικό Σύστημα
9	RISPERDAL	Νευρικό Σύστημα
10	ISCOVERER	Αίμα και αιμοποιητικά όργανα

Σύμφωνα δε με τα στοιχεία του παραπάνω πίνακα παρατηρείται η κυριαρχία φαρμάκων του νευρικού, του αναπνευστικού και του καρδιαγγειακού συστήματος. Οι επιλογές των εταιρειών να επιδίδονται στην παραγωγή αυτών των προϊόντων δεικνύει τα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζει ο ελληνικός πληθυσμός, και συνεπώς καθορίζει το πλαίσιο λειτουργίας της αγοράς. Επίσης αν συνδεθεί ο πίνακας αυτός με τον πίνακα 2, για τις αιτίες θανάτου, μπορεί να αναδειχθούν οι λόγοι που προωθούν τη νοσηλεία των ασθενών στα ελληνικά νοσοκομεία.

Παράλληλα η λειτουργία των επαγγελματιών του φαρμάκου από την πλευρά της προσφοράς λαμβάνει χώρα από τη δραστηριοποίηση τριών διαφορετικών φορέων. Πρόκειται για τις φαρμακευτικές εταιρίες, τις φαρμακευτικές αποθήκες και τα

φαρμακεία. Οι φαρμακευτικές επιχειρήσεις που δραστηριοποιούνται στον κλάδο της κυκλοφορίας φαρμάκων, ανέρχονται σε 552 ενώ οι παραγωγικών μονάδες ανθρωπίνων και κτηνιατρικών φαρμάκων σε 60.

Συνάμα οι ιδιωτικές φαρμακευτικές αποθήκες διαδραματίζουν το ρόλο των χονδρεμπόρων της εφοδιαστικής αλυσίδας φαρμάκων. Οι υπεύθυνοι αυτών των επιχειρήσεων τοποθετούνται μεταξύ παραγωγών φαρμάκων και φαρμακοποιών. Περίπου 110 φαρμακευτικές αποθήκες υπάρχουν στις μέρες μας στην ελληνική επικράτεια, ενώ στο ίδιο αντικείμενο δραστηριοποιούνται και 27 συνεταιρισμοί φαρμακοποιών (Κουσουλάκου, 2006). Τέλος σημειώνεται ότι ο αριθμός των φαρμακοποιών στην ελληνική επικράτεια ανέρχεται σε 12.000 περίπου. Παράλληλα οι φαρμακοποιοί που απασχολούνται σε δημόσια νοσοκομεία αριθμού 330 επαγγελματίες, ενώ στους 30 ανέρχονται εκείνοι που απασχολούνται σε ιδιωτικά νοσοκομεία.

Τα παραπάνω στοιχεία μπορούν να δώσουν σημαντική πληροφόρηση για τη λειτουργία τόσο της αγοράς φαρμάκων , όσο και της αγοράς νοσοκομειακών φαρμάκων στην Ελλάδα. Τα ελληνική νοσοκομεία προμηθεύονται τα φάρμακα τους απευθείας από τις επιχειρήσεις, είτε από τις φαρμακευτικές αποθήκες. Από την άλλη πλευρά, οι φαρμακευτικές αγωγές και συνταγές για τους ασθενείς που λαμβάνουν εξιτήριο δίνονται με σκοπό να καταναλωθούν από τα φαρμακεία. Σε κάθε περίπτωση η αγορά των νοσοκομειακών φαρμάκων στην ελληνική επικράτεια λειτουργεί μέσα από τη δραστηριοποίηση όλων των εμπλεκόμενων φορέων.

3.3 Η Βαρύτητα Των Διεθνών Λογιστικών Προτύπων Και Των Πληροφοριακών Συστημάτων

3.3.1 Διεθνή Λογιστικά και Χρηματοοικονομικά Πρότυπα

Η χρήση των διεθνών λογιστικών και χρηματοοικονομικών προτύπων μπορεί να προσδώσει διαφάνεια και εγκυρότητα στην αντίληψη της αποτελεσματικότητας της μονάδας και κατά συνέπεια να την εντάξει σε ένα ευρύτερο πλαίσιο οργανωσιακής κουλτούρας. Συνεπώς οι νοσοκομειακές μονάδες έχουν πολλά να κερδίσουν από την εφαρμογή αυτών των προτύπων καθώς θα εκσυγχρονίσουν τη λειτουργία τους.

Η χρήση αυτών των προτύπων μπορεί να συμβάλλει στην αντιμετώπιση της διαφθοράς που υπάρχει στα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία, μέσω της διασπάθισης δημόσιου χρήματος. Η αδυναμία χρήσης του διπλογραφικού λογιστικού συστήματος από αρκετά ελληνικά νοσοκομεία, καθώς και η ανεπάρκεια στη δημοσιοποίηση των οικονομικών καταστάσεων είναι ένα χρόνιο πρόβλημα των ελληνικών νοσοκομειακών μονάδων. Η υιοθέτηση και η εφαρμογή των προτύπων αυτών μπορεί να συμβάλλει καταλυτικά ως ένα μέσο επίλυσης αυτών των χρόνιων προβλημάτων.

Πιο συγκεκριμένα η χρήση των διεθνών λογιστικών και χρηματοοικονομικών προτύπων, μπορεί να συμβάλλει στην αποτελεσματικότερη και κυρίως ορθολογικότερη διαχείριση των πόρων των νοσοκομείων. Η καταγραφή και η αποτύπωση του νοσοκομειακού κόστους φαρμάκων μπορεί να λάβει χώρα, με τη χρήση αυτών των προτύπων, με τέτοιο τρόπο που το κοινό να ενημερώνεται άμεσα για τους όρους κατανομής των χρημάτων του. Παράλληλα η γενική κυβέρνηση, ως βασικός φορέας χρηματοδότησης της λειτουργίας των νοσοκομείων είναι άμεσα ενήμερη για τους όρους κατανομής των πόρων, που στην προκειμένη περίπτωση χρησιμοποιούνται για την αγορά φαρμακευτικού υλικού για τα νοσοκομεία.

3.3.2 Πληροφοριακά Συστήματα

Η σημασία χρήσης των πληροφοριακών συστημάτων για τον εκσυγχρονισμό της διαδικασίας λήψης φαρμακευτικού υλικού είναι μεγάλη καθώς είναι εφικτό και οι πολίτες οι οποίοι μέσω της φορολογίας χρηματοδοτούν τη λειτουργία των δημόσιων νοσοκομείων να ενημερώνονται για τα οικονομικά τους αποτελέσματα. Πιο

συγκεκριμένα η χρήση των πληροφοριακών συστημάτων από τα δημόσια νοσοκομεία μπορεί να λάβει τις ακόλουθες μορφές:

- Μέτρηση της αποτελεσματικότητας της λειτουργίας των νοσοκομειακών μονάδων
- Στάθμιση της πορείας των δημοσίων δαπανών
- Ενημέρωση σε κεντρικό επίπεδο για το επίπεδο παροχής υπηρεσιών υγείας
- Στατιστική εκτίμηση των αποτελεσμάτων (π.χ. μισθοδοσία)
- Παροχή διευκολύνσεων στη μεταβίβαση αρμοδιοτήτων

Παράλληλα η κυβέρνηση θα μπορεί να συγκρίνει τα αποτελέσματα της λειτουργίας των νοσοκομείων τα οποία εφαρμόζουν τα διεθνή λογιστικά πρότυπα. Με άλλα λόγια αυτό που έχει σημασία είναι ότι η παράλληλη χρήση των διεθνών λογιστικών προτύπων με τις εφαρμογές πληροφοριακών συστημάτων ηλεκτρονικής διακυβέρνησης, αποτελεί μια καινοτόμο εξέλιξη στη σχέση των μονάδων υγείας με την κεντρική διοίκηση.

3.4 Η Σημασία Της Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης

3.4.1 Η Ηλεκτρονική Συνταγογράφηση

Ένα ιδιαίτερα σημαντικό μέτρο εκσυγχρονισμού της λειτουργίας των δημόσιων νοσοκομείων είναι η διαδικασία της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης. Η ηλεκτρονική συνταγογράφηση είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με τη χρήση των πληροφοριακών συστημάτων. Η ηλεκτρονική συνταγογράφηση παρέχει σημαντικές εγγυήσεις για την αποτελεσματική λειτουργία του συστήματος και ιδιαίτερα για την αποτελεσματική επιλογή και κατανομή του φαρμακευτικού υλικού. Υπό αυτή την έννοια η ηλεκτρονική συνταγογράφηση είναι ένα καταλυτικό μέσο ενίσχυσης της δημοσιονομικής ισορροπίας και βελτίωσης της κοινωνικής ευημερίας.

Η δημοσιονομική ισορροπία επιτυγχάνεται διαμέσου της μείωσης του υπέρμετρου συχνά κόστους νοσοκομειακών φαρμάκων. Από την άλλη πλευρά η κοινωνική ευημερία βελτιώνεται καθώς παρέχονται τα κατάλληλα φάρμακα σε εκείνους τους ασθενείς που τα έχουν πραγματικά ανάγκη. Η ηλεκτρονική συνταγογράφηση μπορεί να λειτουργήσει

καταλυτικά προς αυτή την κατεύθυνση, λόγω των προοπτικών διαύγειας και της διαφάνειας που παρέχει. Πιο συγκεκριμένα αν το μέτρο της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης εφαρμοστεί σε όλες τις δημόσιες νοσοκομειακές μονάδες το σύστημα μπορεί να είναι ενήμερο ανά πάσα στιγμή για την πορεία των δαπανών για τη λήψη φαρμάκων αλλά, και για τη χρήση τους. Ως ένα άμεσο μέτρο διαφάνειας, μπορεί να περιορίσει σε σημαντικό βαθμό τα φαινόμενα διαφθοράς τα οποία καταλήγουν σε διασπάθιση του δημόσιου χρήματος.

3.4.2 Η Σημασία των Ομοειδών Διαγνωστικών Ομάδων.

Η χρήση της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης μπορεί να συνδυαστεί και με τη χρήση των Ομοειδών Διαγνωστικών Ομάδων. (DRGs-Diagnosis Related Groups) (NTIS, 1983). Η διαδικασία ταξινομεί το σύνολο των ασθενών σε 700 κατηγορίες περίπου ώστε να αναπτύσσεται αποτελεσματικότητα η αποζημίωση των νοσοκομείων από τους ασφαλιστικούς οργανισμούς (Averill et al, 1998). Η συνδυαστική χρήση της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης με την ηλεκτρονική επεξεργασία των ομοειδών διαγνωστικών ομάδων, λαμβάνει χώρα, με τη στατιστική σύγκριση των φαρμακευτικών σκευασμάτων που δόθηκαν σε συγκεκριμένες περιπτώσεις ασθενών. Με δεδομένο ότι το νοσηλευτικό σύστημα χρησιμοποιεί το αρχειακό υλικό ως μια βάση δεδομένων όπου το ιατρικό ιστορικό των ασθενών, χρησιμοποιείται για την αποτελεσματικότερη διαχείριση των δαπανών φαρμάκου, μπορεί να καταστεί κατανοητή η σημασία της συνδυαστικής χρήσης της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης με αυτή την επιλογή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

ΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Εισαγωγή

Στο τέταρτο κεφάλαιο της εργασίας επιχειρείται να παρουσιαστούν τα σημαντικότερα αποτελέσματα που προέκυψαν από την ερευνητική διαδικασία. Το κεφάλαιο βασίζεται στα στοιχεία που βρέθηκαν, και που συσχετίζονται με τη διαδικασία της λήψης φαρμακευτικού υλικού από τα νοσοκομεία. Σκοπός του κεφαλαίου είναι να διερευνήσει και να αναλύσει τα στοιχεία που βρέθηκαν παρά τους σχετικούς περιορισμούς που αντιμετώπισε η ερευνητική διαδικασία.

Το κεφάλαιο αναπτύσσεται συνολικά σε δύο ενότητες. Η πρώτη περιλαμβάνει την ερμηνευτική δήλωση για την εύρεση των στοιχείων και τις δυσκολίες που απαντήθηκαν. Η δεύτερη αναλύει τα βασικά στοιχεία της έρευνας, υπό το πρίσμα των περιορισμών της πρώτης ενότητας. Το βασικό χαρακτηριστικό της ανάλυσης εδράζεται στην περιγραφική και όχι στην επαγωγική ανάλυση των αποτελεσμάτων.

4.1 Η Διαδικασία Συλλογής Στοιχείων

Η πλειονότητα των στοιχείων που παρουσιάζονται σε αυτό το κεφάλαιο ανακτήθηκε από τις ιστοσελίδες του Οργανισμού για την Οικονομική Συνεργασία και την Ανάπτυξη, καθώς και της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής. Οι όροι ανάκτησης των δεδομένων βασίστηκαν στην προσπάθεια για κατανόηση των σημαντικότερων χαρακτηριστικών της λειτουργίας των νοσοκομειακών μονάδων της Ελλάδας, ως προς το κόστος λήψης φαρμάκων. Αυτό σημαίνει ότι συλλέχθηκαν και στατιστικά δεδομένα που μπορούν να έχουν έμμεση και όχι άμεση σχέση με αυτή τη διαδικασία. Η όποια σχέση εντούτοις υπάρχει σύμφωνα με την αναλυτική προσέγγιση των στοιχείων με το φαρμακευτικό κόστος για τα νοσοκομεία, δηλώνεται από την ανάλυση. Επίσης θεωρείται χρήσιμο να σημειωθεί ότι μια σειρά από στοιχεία όπως διαφάνηκε και στο προηγούμενο κεφάλαιο της εργασίας, ανακτήθηκαν από τον Ελληνικό Οργανισμό Φαρμάκων καθώς και από Κλαδικές Ενώσεις Φαρμακοποιών.

Τέλος ο σημαντικότερος περιορισμός που αντιμετώπισε η έρευνα κατά τη διαδικασία εξεύρεσης στοιχείων ήταν ουσιαστική η μη ύπαρξη στοιχείων για την Ελλάδα στην ιστοσελίδα της Ευρωπαϊκής Στατιστικής Υπηρεσίας (eurostat). Παρά το γεγονός ότι η ύπαρξη στοιχείων σε αυτή τη στατιστική οργάνωση θα προσέθετε ακόμη περισσότερες δυνατότητες στην ανάλυση, ωστόσο τα στατιστικά στοιχεία που χρησιμοποιήθηκαν ανακτήθηκαν από τις προαναφερόμενες διευθύνσεις.

Ο περιορισμός αυτός από την άλλη πλευρά ανάγκασε την έρευνα να στραφεί στην περιγραφική ανάλυση των στοιχείων που βρέθηκαν, κυρίως λόγω του ότι εντάσσονται σε μικρές σχετικά χρονικές περιόδους. Υπό αυτή την έννοια σε περίπτωση που τα στατιστικά στοιχεία της Eurostat ήταν διαθέσιμα θα ήταν εφικτή η επαγωγική τους ανάλυση και συνεπώς η έρευνα δεν θα περιοριζόταν περισσότερο στην περιγραφική στατιστική. Ωστόσο προκειμένου να καλυφθεί αυτό το κενό αναπτύχθηκε μια προσπάθεια για μερική επαγωγική ανάλυση των στατιστικών στοιχείων. Χρησιμοποιήθηκαν υπό αυτή την οπτική, οι συντελεστές συσχέτισης για τα κατά κεφαλήν ποσά των δαπανών υγείας ώστε να μελετηθεί το επίπεδο της γραμμικής του σχέσης. Παράλληλα έγινε χρήση του ελέγχου t ώστε να διερευνηθεί το επίπεδο πειραιτέρω εξάρτησης αυτών των μεταβλητών.

4.2 Τα Αποτελέσματα Της Έρευνας

4.2.1 Στοιχεία για τα Φαρμακεία

Προτού αναπτυχθούν τα αποτελέσματα της έρευνας, θα παρουσιαστούν ορισμένα στοιχεία για τα φαρμακεία.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.1:

Περιφερειακή Κατανομή Φαρμακείων στην Ελλάδα

(Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή)

ΦΑΡΜΑΚΕΙΑ-PHARMACIES

	2006	2007	2008	2009
ΣΥΝΟΛΟ - TOTAL	9606	9472	10265	10458
ΑΝΑΤΟΛΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ & ΘΡΑΚΗΣ	471	481	481	508
ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	1785	1836	2046	2101
ΔΥΤΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	220	221	223	231
ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ	725	721	750	778
ΗΠΕΙΡΟΣ	288	292	294	311
ΙΟΝΙΟΙ ΝΗΣΟΙ	158	167	168	178
ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ	534	541	586	543
ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΟΣ	395	410	415	425
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΣ	440	439	439	470
ΑΤΤΙΚΗ	3776	3536	4006	4008
ΒΟΡΕΙΟ ΑΙΓΑΙΟ	144	146	146	154
ΝΟΤΙΟ ΑΙΓΑΙΟ	198	197	205	233
ΚΡΗΤΗ	472	485	506	518
ΦΑΡΜΑΚΑΠΟΘΗΚΕΣ	160	132	134	130

Όπως φαίνεται και στον παραπάνω πίνακα τα φαρμακεία της ελληνικής επικράτειας κατανέμονται σε σημαντικό βαθμό στις δύο μεγαλύτερες πόλεις της χώρας. Η Αττική και η Κεντρική Μακεδονία συμπεριλαμβανομένης της Θεσσαλονίκης συγκεντρώνουν περισσότερα από τα μισά φαρμακεία. Από κει πέρα όπως φαίνεται από την κατανομή των φαρμακείων στον ελληνικό περιφερειακό χώρο. Η κατανομή λοιπόν των φαρμακείων ποικίλλει και όπως μπορεί να γίνει κατανοητό και από τη σχέση των φαρμακείων με τον πληθυσμό, εύρημα που παρουσιάζεται στον επόμενο πίνακα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.2:

Κατανομή Φαρμακείων Ανά Κάτοικο (Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή)

	2006	2007	2008	2009
ΣΥΝΟΛΟ - TOTAL	1.158,15	1.179,45	1.092,43	1.076,73
ΑΝΑΤΟΛΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ ΚΑΙ ΘΡΑΚΗ	1.289,72	1.262,38	1.261,30	1.194,14
ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	1.075,29	1.050,01	946,07	925,65
ΔΥΤΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	1.337,07	1.329,70	1.316,23	1.269,14
ΘΕΣΣΑΛΙΑ	1.016,75	1.022,24	981,44	945,87
ΗΠΕΙΡΟΣ	1.198,26	1.193,56	1.196,55	1.142,04
ΙΟΝΙΟΙ ΝΗΣΟΙ	1.412,34	1.352,57	1.360,55	1.300,64
ΔΥΤΙΚΗ ΕΛΛΑΔΑ	1.375,48	1.362,11	1.261,02	1.366,55
ΣΤΕΡΕΑ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΕΥΒΟΙΑ	1.411,05	1.357,17	1.337,52	1.304,53
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΣ	1.355,96	1.355,56	1.351,66	1.259,61
ΑΤΤΙΚΗ	1.059,83	1.140,40	1.013,81	1.020,07
ΒΟΡΕΙΟ ΑΙΓΑΙΟ	1.400,91	1.377,28	1.373,40	1.300,49
ΝΟΤΙΟ ΑΙΓΑΙΟ	1.535,25	1.548,10	1.492,52	1.318,58
ΚΡΗΤΗ	1.276,82	1.246,33	1.198,17	1.175,31

Διαιρώντας το σύνολο του πληθυσμού των περιφερειών με τον αριθμό των φαρμακείων τους προκύπτει ο παραπάνω πίνακας. Ο μέσος όρος της χώρας κυμάνθηκε από 1158 άτομα το 2006 σε 1179 το 2007, ενώ μειώθηκε σε 1092 το 2008, κα υπέστη μια ακόμη μείωση το 2009 σε 1076. Το γεγονός ότι η Κεντρική Μακεδονία και η Αττική είναι όπως φαίνεται και στον παραπάνω πίνακα, οι περιοχές με τη μεγαλύτερη πυκνότητα στην κατανομή των φαρμακείων στον χώρο, τονίζει ότι εκτός από τη συγκέντρωση των μονάδων υγείας, σημαντικό ρόλο διαδραματίζει και η πληθυσμιακή συγκέντρωση. Με άλλα λόγια η σχέση μεταξύ πληθυσμού και φαρμακείων στις ελληνικές περιφέρειες εντείνεται ουσιαστικά από την ύπαρξη μιας ενεργού ζήτησης, για τα αγαθά των φαρμάκων. Ενδεικτικό αυτής της τάσης είναι η μείωση του παραπάνω δείκτη στον χρόνο, στην Αττική και στην Κεντρική Μακεδονία, οι περιφέρειες που περιλαμβάνουν την Αθήνα και τη Θεσσαλονίκη. Τα στοιχεία για τις υπόλοιπες περιφέρειες ποικίλλουν καθώς για άλλες αυξάνονται και για άλλες μειώνονται.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.3:

Ρυθμός Μεταβολής Φαρμακείων

	2006-2007	2007-2008	2008-2009
ΣΥΝΟΛΟ - TOTAL	-1,39	8,37	1,88
ΑΝΑΤΟΛΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ & ΘΡΑΚΗΣ	2,12	0,00	5,61
ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	2,86	11,44	2,69
ΔΥΤΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	0,45	0,90	3,59
ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ	-0,55	4,02	3,73
ΗΠΕΙΡΟΣ	1,39	0,68	5,78
ΙΟΝΙΟΙ ΝΗΣΟΙ	5,70	0,60	5,95
ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ	1,31	8,32	-7,34
ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΟΣ	3,80	1,22	2,41
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΣ	-0,23	0,00	7,06
ΑΤΤΙΚΗ	-6,36	13,29	0,05
ΒΟΡΕΙΟ ΑΙΓΑΙΟ	1,39	0,00	5,48
ΝΟΤΙΟ ΑΙΓΑΙΟ	-0,51	4,06	13,66
ΚΡΗΤΗ	2,75	4,33	2,37
ΦΑΡΜΑΚΑΠΟΘΗΚΕΣ	-17,50	1,52	-2,99

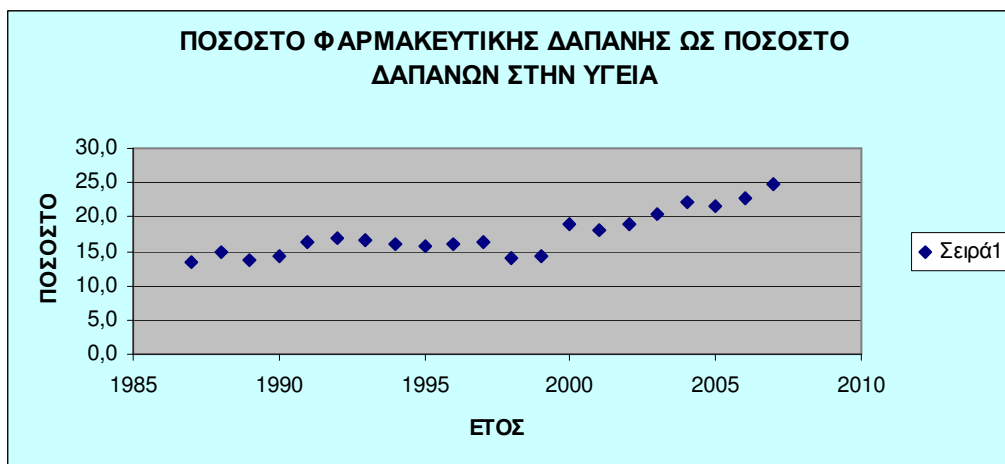
Τέλος ο τρίτος πίνακας δείχνει τη μεταβολή στον αριθμό των φαρμακείων κατά τη διάρκεια της ίδιας περιόδου. Στο σύνολο της επικράτειας αρχικά υπήρξε μια τάση για μείωση του αριθμού των φαρμακείων (-1,39%). Στη συνέχεια αυξήθηκαν αρκετά (8,37%) ενώ στη τελευταία περίοδο η διαφοροποίηση αυτή μετριάστηκε (1,88%). Αξιοσημείωτο είναι επίσης το εύρημα για μείωση των φαρμακαποθηκών (-17,5%, 1,52% και -2,99%). Παράλληλα τα ενδοπεριφερειακά αποτελέσματα σημείωσαν διαφοροποίηση καθώς σε άλλες περιφέρειες αυξήθηκαν και σε άλλες μειώθηκαν. Σε γενικές γραμμές υπήρξε μια αύξηση του συνόλου των φαρμακείων, οι οποίες όμως δεν ακολούθησαν τη σχετική αύξηση του πληθυσμού.

4.2.2 Περιγραφικά Αποτελέσματα

Το Γράφημα 4.1 δεικνύει την εξέλιξη της κατανομής του ποσοστού χρήσης στη φαρμακευτική δαπάνη της Ελλάδας, ως ποσοστό της συνολικής δαπάνης για προϊόντα και υπηρεσίες υγείας. Τα δεδομένα του γραφήματος 4.1 ανακτώνται από τον ακόλουθο πίνακα 4.4

ΓΡΑΦΗΜΑ 4.1:

Ποσοστό Φαρμακευτικής Δαπάνης ως % Δαπανών στην Υγεία



ΠΙΝΑΚΑΣ 4.4:

Ποσοστό Φαρμακευτικής Δαπάνης ως % Δαπανών στην Υγεία

(Πηγή: Ο.Ο.Σ.Α.)

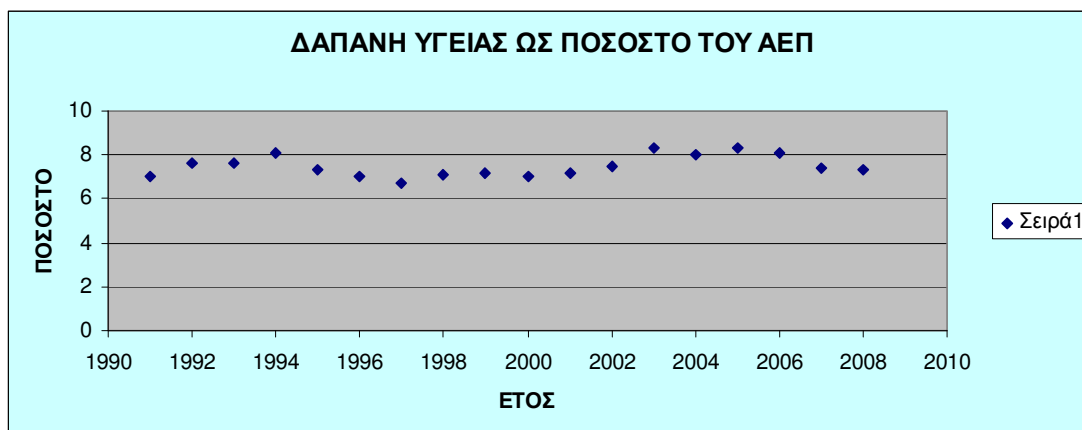
1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
13,3	14,8	13,6	14,3	16,3	17,0	16,6	16,1	15,7	16,1	16,2
1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	
13,9	14,4	18,9	18,0	18,8	20,4	22,0	21,5	22,7	24,8	

Από τα παραπάνω στοιχεία παρατηρείται αναμφίβολα μια σημαντική αύξηση στη συμμετοχή των φαρμάκων στο συνολικό κόστος υγείας για την ελληνική επικράτεια. Από το 13,3% του 1987, το σχετικό ποσοστό έφτασε στο 24,8%, σημειώνοντας μια αύξηση που υπερβαίνει το 53%. Με δεδομένο το σύστημα διανομής των φαρμάκων και της πληρωμής τους, που περιγράφηκε στο προηγούμενο κεφάλαιο, μπορεί να γίνει κατανοητή ότι η αύξηση αυτή επέφερε σημαντικές επιδράσεις στην αύξηση του νοσοκομειακού κόστους φαρμάκων. Ωστόσο αξίζει να σημειωθεί ότι η Ελλάδα δεν βρίσκεται σε μια ιδιαίτερα δυσχερή θέση σε σύγκριση με τις υπόλοιπες χώρες του Ο.Ο.Σ.Α. αλλά περίπου στη μέση της σχετικής κατανομής³.

³ Τα στοιχεία αυτά είναι διαθέσιμα σε σχετική μορφή Excel και μπορούν να δοθούν σε κάθε ενδιαφερόμενο.

ΓΡΑΦΗΜΑ 4.2:

Δαπάνη Υγείας ως % του ΑΕΠ



ΠΙΝΑΚΑΣ 4.5:

Δαπάνης Υγείας ως % του ΑΕΠ (Πηγή: Ο.Ο.Σ.Α.)

1991	7
1992	7,6
1993	7,6
1994	8,1
1995	7,3
1996	7
1997	6,7
1998	7,1
1999	7,2
2000	7
2001	7,2
2002	7,5
2003	8,3
2004	8
2005	8,3
2006	8,1
2007	7,4
2008	7,3

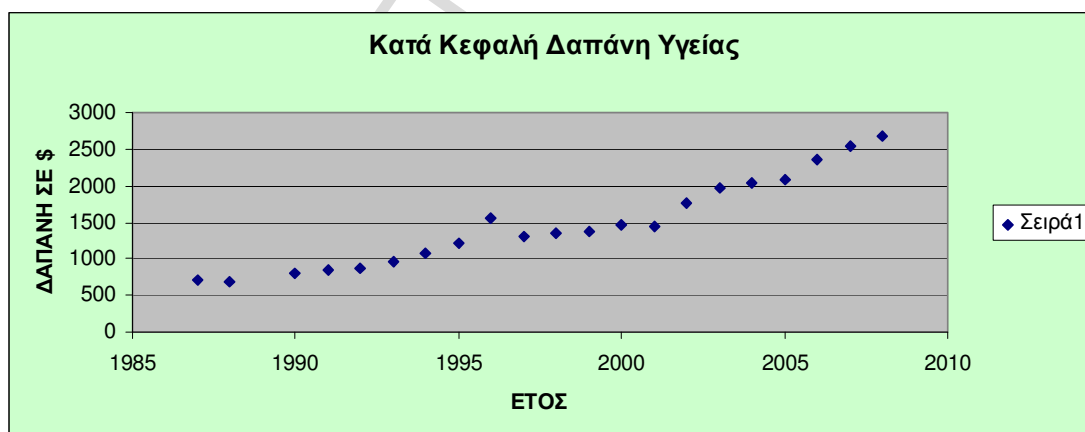
Ενδιαφέρον παρουσιάζουν και τα σχετικά στοιχεία για τις δαπάνες υγείας στην Ελλάδα, ως συνολικό ποσοστό του ΑΕΠ. Η δαπάνη αυτή στο σύνολο της παρέμεινε σταθερή και γύρω από το 7%. Με εξαίρεση τα έτη 2003, 2004 και 2005, όταν και ξεπέρασε το 8%, η δαπάνη των ελληνικών νοικοκυριών, των ελληνικών επιχειρήσεων και

του ελληνικού κράτους για υπηρεσίες υγείας, δεν μπορεί να χαρακτηριστεί ως ιδιαίτερα μεγάλη. Αξίζει να σημειωθεί ότι η δαπάνη αυτή κινείται σε χαμηλότερα ποσοστά σε σχέση με άλλες χώρες. Π.χ. στη Γερμανία και στη Γαλλία, κατά τη διάρκεια της ίδιας χρονικής περιόδου, οι δαπάνες υγείας των οικονομικών δρώντων, υπερέβησαν το 10%.

Όμως οι κατά κεφαλή δαπάνες υγείας εμφανίστηκαν αυξημένες για τους Έλληνες ασθενείς κατά τη διάρκεια του χρονικού διαστήματος 1987-2006, όπως φαίνεται στο επόμενο γράφημα και στον επόμενο πίνακα. Όπως φαίνεται η πορεία αυτή ακολούθησε μια σχετικά αυξητική τάση στο χρόνο μια και από τα 711 δολάρια, με τα οποία επιβαρυνόταν ο ελληνικός πληθυσμός, το 1987, έφτασε στα 2.687 το 2008. Ωστόσο προκειμένου να μην υπάρξουν παρερμηνείες θεωρείται χρήσιμο να τονιστεί ότι η αύξηση του πληθυσμού, του πληθωρισμού καθώς και η γενικότερη βελτίωση της οικονομικής δραστηριότητας δεν λαμβάνονται υπόψη σε αυτό το μέγεθος. Επίσης η συμμετοχή του πληθυσμού σε κατά κεφαλήν επίπεδο στις δαπάνες υγείας, βρίσκεται σε ένα σχετικά μέσο όρο, καθώς από τα στοιχεία του Ο.Ο.Σ.Α μπορεί να γίνει κατανοητό ότι υπάρχουν χώρες με μεγαλύτερο, αλλά και με μικρότερο μέσο όρο επιβάρυνσης στην υγεία.

ΓΡΑΦΗΜΑ 4.3:

Κατά Κεφαλή Επιβάρυνση στις Δαπάνες Υγείας



ΠΙΝΑΚΑΣ 4.6:
Κατά Κεφαλή Επιβάρυνση στις Δαπάνες Υγείας
(Πηγή: Ο.Ο.Σ.Α.)

1987	711
1988	686
1990	809
1991	845
1992	872
1993	972
1994	1083
1995	1224
1996	1561
1997	1298
1998	1354
1999	1382
2000	1468
2001	1451
2002	1755
2003	1965
2004	2027
2005	2091
2006	2352
2007	2547
2008	2687

Ωστόσο περισσότερες πληροφορίες για τη σημασία της συμμετοχής των κατοίκων των χωρών του Ο.Ο.Σ.Α μπορεί να προσδώσει ο επόμενος πίνακας. Στον πίνακα 4.4 παρίστανται οι ετήσιοι ρυθμοί μεταβολής της συμμετοχής του πληθυσμού (κατά κεφαλήν) στη δαπάνη υγείας στις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α. Η παράθεση των συνολικών χωρών των κρατών μελών βασίζεται στην προσπάθεια για κατανόηση της εξέλιξης των δαπανών υγείας και σε τελική ανάλυση της φαρμακευτικής δαπάνης, στην Ελλάδα σε σύγκριση με τις υπόλοιπες χώρες.

Μεταξύ των ετών 2000 και 2001 η Ελλάδα είχε τη μεγαλύτερη αύξηση (16,1%) και ακολούθησαν η Ιρλανδία (14,9%) και η Κορέα (14,4%). Παραδόξως η Τουρκία (-3,1%), το Λουξεμβούργο (-1,9%) και η Εσθονία (-0,7%) σημείωσαν μείωση. Στις επόμενες η αύξηση της κατά κεφαλήν συμμετοχής στις δαπάνες υγείας μειώθηκαν αισθητά για την

Ελλάδα, φθάνοντας μάλιστα το 1% στη χρήση 2003-2004, για να αυξηθούν σημαντικά και πάλι κατά τη διάρκεια της περιόδου 2004-2005. Το συμπέρασμα εντούτοις που προκύπτει είναι ότι υπάρχει σημαντική διακύμανση των μεταβολών, αυτών, εύρημα που στηρίζει την αβεβαιότητα συχνά του πληθυσμού για ζητήματα υγείας.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.7:

Ρυθμός Μεταβολής στην Κατά Κεφαλή Επιβάρυνση στις Δαπάνες Υγείας

(Πηγή: Ο.Ο.Σ.Α.)

	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006
OECD countries						
Australia	3,5	4,9	2	4,8	0,4	2,6
Austria	1,6	1,4	2,1	3	1,7	1,8
Belgium	1,9	3	12,5	7	-0,9	-4,3
Canada	6,1	5,1	2,9	2	2,7	3,4
Chile	4,2	0,7	-0,4	1,1	1,8	0,3
Czech Republic	5,1	8,2	8,8	0,9	6,9	2,4
Denmark	4	2,4	6,3	3,7	2,6	4,3
Estonia	-0,7	8,2	11,2	10,5	7,2	11,3
Finland	4,7	6,7	6,6	4,7	5,1	3,3
France	2,4	3,5	3,9	2,8	2	1,3
Germany	2,3	2	1,2	-0,8	1,9	1,9
Greece	16,1	6,5	3,7	1	12,3	5,4
Hungary	6,1	10,5	15,4	1	7,9	1,2
Iceland	0,8	7,9	4,1	1,5	1,3	-1,6
Ireland	14,9	9,6	7,2	5,8	2,9	2
Israel	4,1	-3,5	-1,6	2	4,1	0,8
Italy	3,6	1,7	-0,7	4,2	3,2	2,3
Japan	3,3	0,4	2,8	2,1	3,4	1
Korea	14,4	3,4	6,9	4,4	10,3	11,4
Luxembourg	-1,9	13,6	-7,8	9	-0,4	-0,4
Mexico	6,1	2,7	3,1	6,5	0,5	0,6
Netherlands	5,5	6,3	10	3,9	0,4	2,1
New Zealand	4,4	7,4	0	8,1	6,9	5,4
Norway	6,1	12,3	2,7	-0,5	-3,9	-3,5
Poland	7,4	9,8	2,4	4,7	3,8	6,1
Portugal	1	2	6,3	3,8	2,4	-1,3
Slovak Republic	4	7	8,3	30,1	4,1	12,9
Slovenia	6,6	4,2	2,6	1,1	4,7	3,2
Spain	2,9	1,4	14	2,1	3,1	3,3
Sweden	9,7	5,9	2,7	1,4	2,5	2,6
Switzerland	4,9	2,7	2,2	2,2	1,3	-1,3
Turkey	-3,1	8,7	3,5	8,6	8,6	12,6
United Kingdom	5,3	6,2	5,1	5,5	4,5	4,8
United States	5	6,2	5,1	3	2,5	2,3

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.8:

*Ρυθμός Μεταβολής στην Κατά Κεφαλή Επιβάρυνση στις Δημόσιες Δαπάνες Υγείας
(Πηγή: Ο.Ο.Σ.Α.)*

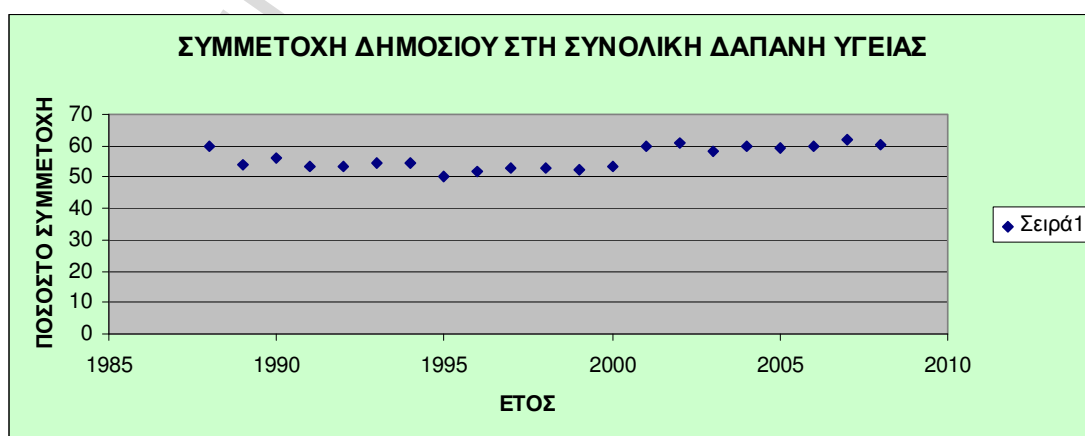
	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008
OECD countries								
Australia	2,7	5,9	0,8	5,7	0,7	2,1	3,9	
Austria	0,6	1	1,8	3,2	2,3	1,6	3,9	4,2
Belgium								
Canada	5,5	4,5	3,9	2,1	2,7	2,8	2,4	3,1
Chile	7,1	2,6	2,3	0,8	3,2	2,5	10,3	14,3
Czech Republic	4,5	9	8	0,1	4,7	1,7	0,6	5,1
Denmark	4,3	2,8	7,6	3,4	2,6	4,7	3,2	
Estonia	1,2	6,1	11	8,5	8,9	6,3	15,7	14,6
Finland	5,8	7,5	6,9	5,4	5,8	5	2,1	2,7
France	2,4	3,8	3,6	2,7	2	0,2	1,1	0,1
Germany	2	1,6	0,6	-3,2	1,8	1,7	1,5	2,6
Greece	17,5	1,7	6,9	-0,1	14,2	8,7	1,3	
Hungary	3,4	12,5	19,7	0,4	7,8	1,6	-9,9	-0,3
Iceland	0,7	9,1	3,8	0,9	1,5	-0,9	3,8	-0,8
Ireland	16	10,1	7,2	6,7	2,3	1,6	5	15
Israel	3,2	-1,4	-2,7	-0,8	1	0,4	0,9	4
Italy	6,7	1,5	-0,7	6,3	3,5	2,8	-3	4,6
Japan	3,8	0,1	2,8	2,5	4,6	-0,7	3,6	
Korea	31,4	1,4	5,1	5,9	12,4	16,9	10,1	5
Luxembourg	-2,8	15,3	-9,2	9,8	-0,3	-0,1	-5,4	-7,7
Mexico	2,1	0,5	3,8	8,9	0,3	1	5,7	4,8
Netherlands	5	5,7						
New Zealand	2,2	9,5	0,6	6,1	7,2	6	2,6	7,2
Norway	7,4	12,2	3	-0,6	-3,9	-3,2	5,4	-3,8
Poland	10,3	8,6	0,6	2,7	4,9	7	12,3	16,8
Portugal	-0,4	3	7,8	2	2	-1,6		
Slovak Republic	3,9	6,7	7,4	8,7	5	3,7	14	11
Slovenia	5,5	4,3	0,5	2,6	3,1	4	0,2	10,7
Spain	2,3	1,5	12,6	2,3	3,1	4,4	3,5	9,5
Sweden	5,8	6,2	3,3	0,5	2,3	2,5	2,4	2,3
Switzerland	7,7	4,1	3,3	2,3	3,1	-1,8	1,1	1,8
Turkey	4,8	12,9	5,3	7,6	3,4	13,4	6,6	6,5
United Kingdom	6,2	6,1	5,4	7,2	5,2	4,8	3,1	3,4
United States	7,4	6,1	4,6	3,8	2,8	4,3	2,7	3,5

Στο ίδιο μήκος κύματος βρίσκεται και ο πίνακας 4.5 ο οποίος δεικνύει την ποσοστιαία μεταβολή των δαπανών υγείας κατά το ίδιο χρονικό διάστημα. Και σε αυτή την περίπτωση τα δεδομένα που αφορούν την Ελλάδα χαρακτηρίζονται από έντονη διακύμανση. Πιο συγκεκριμένα από το 17,5% της περιόδου 2000-2001, η αύξηση των δημοσίων δαπανών ανά κάτοικο μειώνεται σε 1,7%, το 2001-2002, αυξάνεται κατά 6,9% την επόμενη χρονική περίοδο, εμφανίζει αρνητικό πρόσημο το διάστημα 2003-2004 για να αυξηθεί στις τρεις επόμενες περιόδους κατά 14,2%, 8,7% και 1,3% αντίστοιχα. Ωστόσο προκειμένου να μην υπάρξουν και εδώ παρερμηνείες αποσαφηνίζεται ότι οι δαπάνες υγείας είτε σε δημόσιο είτε σε ιδιωτικό επίπεδο, χαρακτηρίζονται από ενδογενή μεταβλητότητα, καθώς έχουν να κάνουν με την περίθαλψη και συχνά με την παροχή υπηρεσιών υγείας κρίσιμες ως προς την επιβίωση του πληθυσμού. Αυτό άλλωστε αποδεικνύεται και με τη διακύμανση των δαπανών δημόσιας υγείας και για περιπτώσεις άλλων κρατών του Ο.Ο.Σ.Α. (η περίπτωση της Κορέας π.χ. είναι ενδεικτική).

Ωστόσο το πλέον οξύμωρο χαρακτηριστικό για τη συμμετοχή του κράτους στην κατανομή των δαπανών υγείας, είναι το σχετικά μικρό μέγεθος της. Αν σε αυτό ληφθεί υπόψη και το ότι μέσα από το σύστημα της τριμερούς χρηματοδότησης τα ελληνικά νοσοκομεία αγοράζουν τα φάρμακα τους, διαμέσου της ενίσχυσης του κράτους, καθίσταται ακόμη πιο περίπλοκο το σχήμα λειτουργίας του συστήματος. Η διαχρονική συμμετοχή του δημοσίου παρίσταται στο επόμενο γράφημα.

ΓΡΑΦΗΜΑ 4.4:

Διαχρονική Ποσοστιαία Συμμετοχή στις Δαπάνες Υγείας



Όπως μπορεί να γίνει κατανοητό από το γράφημα, η συμμετοχή του δημοσίου στις δαπάνες υγείας κινείται γύρω από το 60% κατά τη διάρκεια των τελευταίων ετών. Στις περισσότερες δε χρήσεις όπως φαίνεται πιο ξεκάθαρα από τα στοιχεία του επόμενου πίνακα, η συμμετοχή του δημοσίου στις συνολικές δαπάνες υγείας βρίσκεται κάτω από αυτό το όριο.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.9:

Διαχρονική Ποσοστιαία Συμμετοχή στις Δαπάνες Υγείας

(Πηγή: Ο.Ο.Σ.Α.)

1988	59,9
1989	54,1
1990	55,9
1991	53,7
1992	53,4
1993	54,6
1994	54,5
1995	50,2
1996	52
1997	53
1998	52,8
1999	52,1
2000	53,4
2001	60
2002	60,8
2003	58
2004	59,8
2005	59,1
2006	60,1
2007	62
2008	60,3

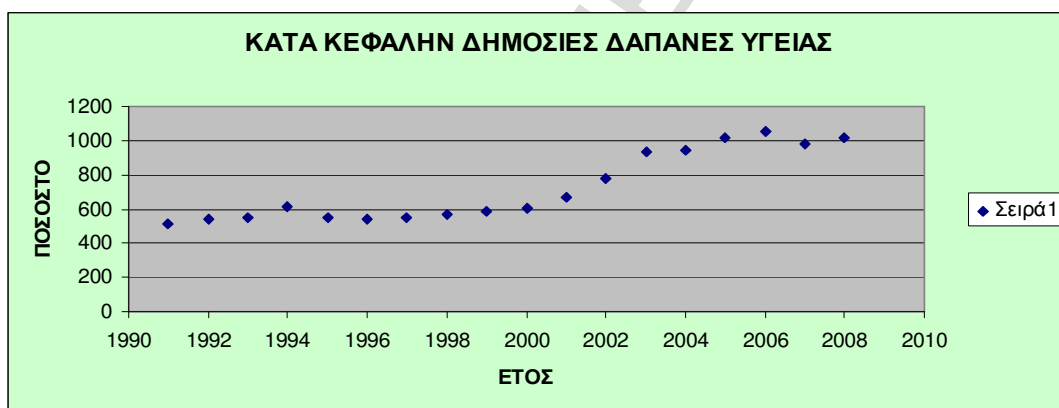
Το εύρημα αυτό υποδεικνύει εμμέσως πλην σαφώς ότι μένει ένα σημαντικό κενό, στις δαπάνες υγείας το οποίο καλύπτεται από το ιδιωτικούς πόρους. Το κενό αυτό ανέρχεται στο όχι αμελητέο περίπου 40%, και σαφέστατα τονίζει τη επιβάρυνση και των ασθενών. Με άλλα λόγια το νοσοκομειακό κόστος φαρμάκων δεν καλύπτεται πάντοτε από το κράτος, αλλά και από τους ασθενείς, Ωστόσο προκειμένου να μην υπάρχουν και πάλι παρερμηνείες, θεωρείται αναγκαίο να αποσαφηνιστεί ότι η ιδιωτική συνεισφορά

στις δαπάνες υγείας, αναπτύσσεται κατά κύριο μέσο από επισκέψεις σε ιατρεία και όχι τόσο σε νοσοκομεία. Αλλά και πάλι υπάρχει ένα κενό το οποίο μπορεί να προκαλέσει σημαντικές αναταράξεις στην προσπάθεια για επίτευξη κοινωνικής ευημερίας.

Με άλλα λόγια αυτό που έχει σημασία είναι ότι ο πληθυσμός της Ελλάδας, υπό την ιδιωτική έκφανση του εκφράζει μια σταθερή ζήτηση για υπηρεσίες υγείας. Το αποτέλεσμα αυτό σε συνδυασμό με τη λειτουργία του συστήματος, που λειτουργεί ως ένας κρίσιμος θεσμικός παράγοντας αναγκάζει το κράτος, ή του επιτρέπει σε κάθε περίπτωση να υποχωρήσει. Αυτό μπορεί να διακριθεί και από τις κατά κεφαλήν δημόσιες δαπάνες υγείας σε δολάρια Αμερικής.

ΓΡΑΦΗΜΑ 4.5:

Διαχρονική Ανάλυση Κατά Κεφαλήν Δημοσίων Δαπανών Υγείας



ΠΙΝΑΚΑΣ 4.10:

Διαχρονική Ανάλυση Κατά Κεφαλήν Δημοσίων Δαπανών Υγείας

(Πηγή: Ο.Ο.Σ.Α.)

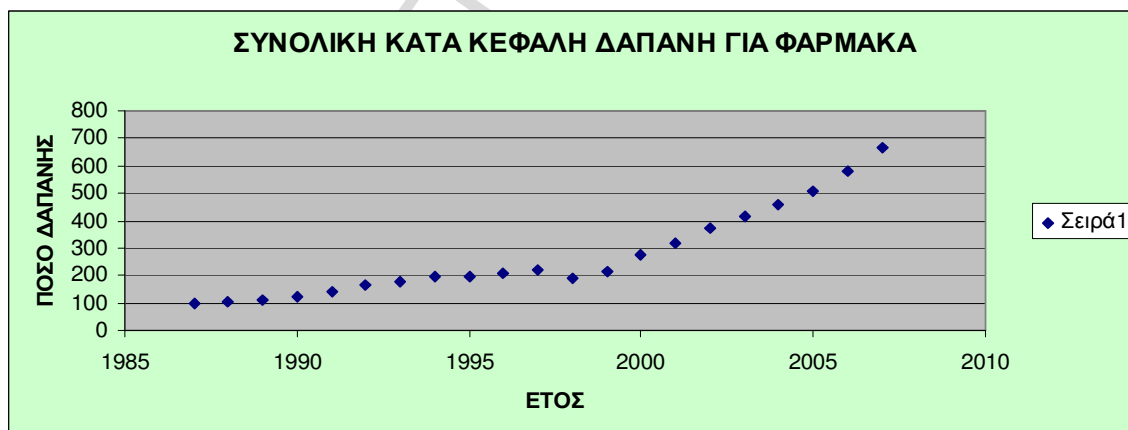
1991	514
1992	540
1993	548
1994	618
1995	553
1996	537
1997	551
1998	571
1999	586
2000	603
2001	669

2002	782
2003	934
2004	944
2005	1020
2006	1053
2007	982
2008	1021

Μεταξύ των ετών 1991 και 2008 οι κατά κεφαλήν δημόσιες δαπάνες για την υγεία αυξήθηκαν από 514 δολάρια σε 1021. Με άλλα λόγια υπήρξε σχεδόν διπλασιασμός αυτών των στοιχείων. Όμως όπως υποστηρίχτηκε και παραπάνω οι δαπάνες αυτές παρέμειναν σε σχετικά σταθερό επίπεδο, σε σχέση με το σύνολο. Επίσης όπως και στην περίπτωση της ιδιωτικής συμμετοχής, παρά το γεγονός, ότι πρόκειται ουσιαστικά για μονάδες αγοραστικής δύναμης, δεν παύουν να έχουν σχετικό χαρακτήρα. Αυτό σημαίνει ότι η ποσοστιαία κατανομή τους, έχει μεγαλύτερη εκφραστική δύναμη, από ότι η απόλυτη τους αριθμητική μορφή.

ΓΡΑΦΗΜΑ 4.6:

Διαχρονική Ανάλυση Κατά Κεφαλήν Δαπανών για Φάρμακα



ΠΙΝΑΚΑΣ 4.11:

Διαχρονική Ανάλυση Κατά Κεφαλήν Δαπανών για Φάρμακα

(Πηγή: Ο.Ο.Σ.Α.)

1987	95
1988	102
1989	110
1990	121
1991	142
1992	165
1993	179
1994	197
1995	198
1996	209
1997	219
1998	192
1999	211
2000	275
2001	316
2002	370
2003	413
2004	460
2005	505
2006	578
2007	668

Στα παραπάνω σχήματα παρίσταται η εξέλιξη της κατά κεφαλήν δαπάνης για φάρμακα, στην ελληνική επικράτεια. Από τις 95 μονάδες (σε δολάρια) αγοραστικής δύναμης το 1987, φτάσαμε στις 668 το 2007. Πρόκειται για μια ιδιαίτερα σημαντική αύξηση η οποία μπορεί να προσδώσει σημαντικά ευρήματα στο τελικό κόστος των νοσοκομειακών φαρμάκων. Και αυτό διότι στον παραπάνω πίνακα παρίσταται η συνολική συμμετοχή σε κόστος φαρμάκων , δηλαδή σε ιδιωτικούς και σε δημόσιους φορείς. Ίσως ο πίνακας αυτός να είναι και ο πλέον χαρακτηριστικός για την ερμηνεία της αύξησης των νοσοκομειακού κόστους φαρμάκων.

Η σύγκριση των βασικών περιγραφικών μεγεθών, όπως φαίνεται και στον επόμενο πίνακα, μπορεί να συμβάλει στην κατανόηση της πορείας των δαπανών και συνεπώς του κόστους φαρμάκων στην Ελλάδα. Ο μέσος όρος των δαπανών υγείας, στην Ελλάδα για το χρονικό διάστημα 1991-2007 ανήλθε σε 1543,94 δολάρια (μονάδες αγοραστικής

δύναμης). Τα αντίστοιχα μεγέθη για τις δημόσιες δαπάνες ήταν 706,17, για τις ιδιωτικές δαπάνες 336,69 και για τις φαρμακευτικές 160,05, πάντοτε σε κατά κεφαλήν επίπεδο. Οι υψηλές τιμές της τυπικής απόκλισης (standard deviation) και ιδιαίτερα οι σημαντικές αποκλίσεις μεταξύ μέγιστου και ελάχιστου ποσού, τονίζουν τη γενικότερη διακύμανση που δέχτηκαν αυτά τα μεγέθη.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.12:

Περιγραφική Ανάλυση Μεγεθών Δαπανών Υγείας

	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	Variance
ΣΥΝΟΛΙΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ	845,00	2547,00	1543,9412	508,24434	258312,309
ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ	514,00	1053,00	706,1765	198,00733	39206,904
ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ	142,00	668,00	311,5882	160,05275	25616,882
ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ	331,00	1565,00	837,7647	336,69970	113366,691
Valid N (listwise)					

4.2.3 *Επαγωγική Ανάλυση*

Προκειμένου να μελετηθεί η επάρκεια των στοιχείων, σε χρηματικό πάντα επίπεδο, επιχειρήθηκαν ορισμένες επαγωγικές προσπάθειες με τη βοήθεια του λογισμικού προγράμματος SPSS. Ο αμέσως επόμενος πίνακας, δεικνύει τα αποτελέσματα της συσχέτισης των δαπανών υγείας που παρουσιάστηκαν παραπάνω.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.13:

Ανάλυση Συσχέτισης (Γραμμικής Σχέσης) Μεγεθών Δαπανών Υγείας

Correlations

		ΣΥΝΟΛΙΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ	ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ	ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ	ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ
ΣΥΝΟΛΙΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	1,000	,915**	,960**	,971**
ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	,915**	1,000	,953**	,793**
ΦΑΡΜΑΚΕΥ ΤΙΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	,960**	,953**	1,000	,889**
ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	,971**	,793**	,889**	1,000

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Το πιο σημαντικό εύρημα που προκύπτει από τη μελέτη του πίνακα των συσχετίσεων είναι ότι όλες οι συσχετίσεις είναι στατιστικά σημαντικές. Από κει και πέρα, μπορεί να γίνει κατανοητό ότι οι συνολικές δαπάνες υγείας, εμφανίζουν υψηλή θετική συσχέτιση με τις δημόσιες (0,915), με τις ιδιωτικές (0,971) αλλά και με τις φαρμακευτικές (0,96). Οι δημόσιες δαπάνες υγείας εμφανίζουν ιδιαίτερα υψηλή συσχέτιση με τις φαρμακευτικές δαπάνες (0,953) όπως το ίδιο και με τις ιδιωτικές (0,793). Τέλος οι φαρμακευτικές δαπάνες αποκαλύπτουν τη διμερή γραμμική τους σχέση και με τον υψηλό δείκτη της συνάφειας τους με τις ιδιωτικές δαπάνες υγείας (0,889). Σε κάθε περίπτωση το συμπέρασμα που προκύπτει είναι ότι υπάρχει ένα σημαντικό πλέγμα σχέσεων ανάμεσα στην κατανομή των δαπανών υγείας μεταξύ του δημοσίου και του ιδιωτικού τομέα, με τις φαρμακευτικές δαπάνες να είναι στο επίκεντρο.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.14:

Ανάλυση Ελέγχου t Μεγεθών Δαπανών Υγείας

	Paired Differences							
	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference		t	df	Sig. (2-tailed)
				Lower	Upper			
ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ - ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ – ΦΑΡΜΑΚΕ ΥΤΙΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ	-131,58824	216,41368	52,48803	-242,85788	-20,31859	-2,507	16	,023
ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ – ΦΑΡΜΑΚΕ ΥΤΙΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ	526,17647	207,78271	50,39471	419,34446	633,00848	10,441	16	,000

Μια τελευταία προσπάθεια για την κατανόηση διαφορών στους μέσους όρους, των παραπάνω μεγεθών είναι ο έλεγχος t. Διαμέσου του ελέγχου αυτού επιχειρήθηκε να μελετηθεί κατά πόσο υπάρχουν τυχόν διαφορές ανάμεσα στους μέσους όρους των δειγμάτων. Καθώς όπως αποδείχθηκε και παραπάνω τα δείγματα είναι εξαρτημένα μεταξύ τους επιλέχθηκε η συγκεκριμένη μέθοδος.

Όπως φαίνεται και στην πρώτη στήλη του πίνακα, από τη διαφορά των μέσων οι δημόσιες δαπάνες υγείας υπερτερούν των ιδιωτικών. Καθώς το επίπεδο σημαντικότητας είναι μικρότερο του 0,05 (0,023) υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις δημόσιες και στις ιδιωτικές δαπάνες υγείας με τη στατιστική t να λαμβάνει την τιμή -2,25. Στατιστικά σημαντική είναι η διαφορά ανάμεσα στις

δημόσιες και στις φαρμακευτικές δαπάνες υγείας (0,00) με την t να ισούται με 24,476. Τέλος προς την ίδια κατεύθυνση ύπαρξη διαφορών κινούνται και οι διαφορές μεταξύ φαρμαλευτικών και ιδιωτικών δαπανών υγείας, καθώς η t ισούται με 10,441 με επίπεδο σημαντικότητας 0.00. Με άλλα λόγια οι διαφορές που υπάρχουν εδώ δεικνύουν τη σχετικά διαφορετική πορεία που ακολουθούν τα παραπάνω μεγέθη στην ελληνική διοίκηση υγείας.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

ΣΥΖΗΤΗΣΗ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Εισαγωγή

Στο τελευταίο κεφάλαιο της εργασίας επιχειρείται να προσδιοριστούν τα σημαντικότερα ευρήματα που απορρέουν από την ανάλυση. Η συνοπτική αποτίμηση των ευρημάτων της έρευνας, απορρέουν από το σύνολο του σώματος της εργασίας και όχι αποκλειστικά από το εμπειρικό της σκέλος. Συνεπώς το παρόν κεφάλαιο επιχειρεί να αποτιμήσει τα βασικά χαρακτηριστικά ευρήματα σε σχέση με το νοσοκομειακό κόστος φαρμάκων.

Το κεφάλαιο αναπτύσσεται σε δύο βασικές ενότητες. Η πρώτη περιλαμβάνει την αποτίμηση των βασικών ευρημάτων της έρευνας. Αντίστοιχα η δεύτερη περιλαμβάνει ορισμένες προτάσεις για τη βελτίωση των όρων κατανομής του νοσοκομειακού κόστους φαρμάκων.

5.1 Αποτίμηση Των Αποτελεσμάτων Της Έρευνας

Τα αποτελέσματα της έρευνας μπορούν να αποτιμηθούν στα ακόλουθα βασικά σημεία:

- Η συγκέντρωση των φαρμακείων στην ελληνική επικράτεια είναι σε άμεση συσχέτιση με τη συγκέντρωση του πληθυσμού. Αν σε αυτό το εύρημα προστεθεί το γεγονός ότι στις μεγάλες πόλεις υπάρχει σημαντικός αριθμός νοσοκομειακών μονάδων, τότε ευκολότερα μπορεί να γίνει κατανοητή η σχέση των φαρμακείων με την παροχή υπηρεσιών υγείας. Ωστόσο σε κάποιες περιπτώσεις έχει υπάρξει μείωση του αριθμού των φαρμακείων.
- Η ύπαρξη του τρόπου χρηματοδότησης των ελληνικών νοσοκομείων συμβάλλει καθοριστικά στη δημιουργία ελλειμμάτων με βάση την υπάρχουσα βιβλιογραφία (Αλετράς κ συν, 1997). Η εξέλιξη αυτή έχει ως βασικό αποτέλεσμα την αύξηση του νοσοκομειακού κόστους φαρμάκων. Συνεπώς δημιουργούνται στρεβλώσεις όσον αφορά την ορθή επιλογή του κατάλληλου σκευάσματος. Οι στρεβλώσεις αυτές ενισχύονται από τους όρους λειτουργίας των αγορών υπηρεσιών υγείας, όπου εκ των πραγμάτων παρατηρούνται φαινόμενα προκλητής ζήτησης, ηθικού κινδύνου και ασύμμετρης πληροφόρησης
- Οι ανισορροπίες αυτές είναι διακριτές και στην ανάλυση των στοιχείων που αφορούν την κατανομή της φαρμακευτικής δαπάνης στην ελληνική επικράτεια για τα είκοσι περίπου έτη (1987-2007) στα οποία έδωσε βαρύτητα η έρευνα. Υπό αυτή την έννοια σημειώθηκε σημαντική αύξηση της φαρμακευτικής δαπάνης ως ποσοστό στο συνολικό ποσό των δαπανών υγείας στην ελληνική επικράτεια. Με άλλα λόγια οι ελληνικοί ιδιωτικοί και δημόσιοι δρώντες καταναλώνουν αρκετά περισσότερα φάρμακα σε σύγκριση με το παρελθόν.
- Το εύρημα αυτό διακρίνεται και στη σημαντική αύξηση που γνώρισε η κατά κεφαλήν φαρμακευτική δαπάνη στο σύνολο της κατά τη διάρκεια της ίδιας περίπου περιόδου. Με άλλα λόγια οι ελληνικοί δρώντες

συμβάλλουν στην ενίσχυση της ζήτησης των φαρμάκων. Ωστόσο κατά την άποψη της εργασίας σημαντικό ρόλο διαδραματίζει το θεσμικό πλαίσιο, όπου παρατηρείται το οξύμωρο χαρακτηριστικό, να πληρώνουν οι ασφαλισμένοι και το κράτος, να αποφασίζουν οι ιατροί και να αποζημιώνονται οι επαγγελματίες της υγείας.

- Η συμμετοχή του κράτους στις συνολικές δαπάνες υγείας δεν μπορεί να χαρακτηριστεί ως υπέρμετρη, αλλά είναι σε σχετικά σταθερά επίπεδα (γύρω στο 60%). Σε σύγκριση με άλλες χώρες ωστόσο είναι χαμηλή, με άλλα λόγια αφήνεται ένα σημαντικό περιθώριο δράσης και κατανάλωσης στον ιδιωτικό τομέα.
- Οι κατά κεφαλήν δημόσιες και ιδιωτικές δαπάνες υγείας αυξήθηκαν ακολουθώντας ωστόσο την αύξηση του πληθωρισμού, του πληθυσμού και τη βελτίωση της οικονομικής δραστηριότητας.
- Ο ρυθμός μεταβολής των δημοσίων και των ιδιωτικών δαπανών υγείας ,με εξαίρεση βέβαια κάποιες χρονικές περιόδους παρουσίασε σύμφωνα με τα στοιχεία του Ο.Ο.Σ.Α σημαντική διακύμανση για την Ελλάδα. Το αποτέλεσμα αυτό οφείλεται στην ύπαρξη ενδογενών διαταραχών στη λειτουργία του εθνικού συστήματος υγείας τα οποία δυσχεραίνουν σημαντικά τη λειτουργία του
- Ίσως το σημαντικότερο εύρημα εντούτοις της εργασίας έγκειται στη θετική σχέση που αναπτύσσουν οι κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας σε επίπεδο συνόλου καθώς και σε ιδιωτικό, δημόσιο και φαρμακευτικό επίπεδο. Επίσης το γεγονός ότι τα αποτελέσματα της ανάλυσης είναι στατιστικά σημαντικά τονίζει την περιπλοκότητα του συστήματος υγείας Παράλληλα αποδεικνύεται ότι η ανάπτυξη των ιδιωτικών και των δημοσίων δαπανών υγείας στο πεδίο των φαρμάκων συνθέτει μια καθοριστική σχέση.

5.2 Προτάσεις Για Την Αποτελεσματικότερη Διαχείριση Του Νοσοκομειακού Κόστους Φαρμάκων

Σε αυτή την ενότητα θα παρατεθούν ορισμένες προτάσεις για την καταπολέμηση του προβλήματος που δημιουργείται με το νοσοκομειακό κόστος φαρμάκων. Η βασική αντίληψη πίσω από την παράθεση αυτών των προτάσεων είναι η βελτίωση των όρων κατανομής των φαρμάκων και η αποτελεσματικότερη παροχή υπηρεσιών υγείας. Οι σημαντικότερες προτάσεις είναι οι ακόλουθες:

- Η μεταρρύθμιση και ο εκσυγχρονισμός του συστήματος υγείας και ιδιαίτερα της νοσοκομειακής πλευράς του, μπορούν να συμβάλλουν αποτελεσματικά στη μείωση του κόστους φαρμάκων. Ένα βήμα έχει γίνει με τον Ε.Ο.Π.Π.Υ. (Νόμος 3918/2011), και το τελευταίο νομοσχέδιο για την υγεία διαμέσου του οποίου αντιμετωπίζονται σημαντικά προβλήματα
- Ωστόσο πρέπει να λειτουργήσουν άμεσα μεταρρυθμίσεις όπως είναι η ηλεκτρονική συνταγογράφηση, το σύστημα των ηλεκτρονικών προμηθειών καθώς και η υιοθέτηση των διεθνών λογιστικών προτύπων από τα ελληνική νοσοκομεία. Εκτός από τη μείωση του λειτουργικού κόστους, οι αλλαγές αυτές θα δημιουργήσουν ένα αποτελεσματικό και ιδιαίτερα εκσυγχρονισμένο θεσμικά σύστημα υγείας. Παράλληλα θα μειώσουν το κόστος λήψης φαρμακευτικού υλικού και συνεπώς η μείωση του νοσοκομειακού κόστους φαρμάκων, θα δημιουργήσει το πλαίσιο για βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας.
- Ωστόσο πρέπει επίσης να δημιουργηθούν ομάδες εργασίας ιατρών με σκοπό τη μετάδοση μιας αποτελεσματικής και σύγχρονης κουλτούρας αναφορικά με την επιλογή των κατάλληλων φαρμάκων. Με άλλα λόγια πρέπει να εμπεδωθεί η κουλτούρα για μείωση της σπατάλης όπου και αν συμβαίνει και αντικατάστασης της από την αντίληψη ότι η αποτελεσματική χρήση και κατανομή των φαρμάκων προάγει την κοινωνική ευημερία
- Τέλος η υιοθέτηση του συστήματος των Ομοειδών Διαγνωστικών Ομάδων μπορεί να μειώσει καταλυτικά το κόστος λήψης του

φαρμακευτικού υλικού. Αυτό μπορεί να γίνει διαμέσου της χρήσης του αρχειακού υλικού και του ιατρικού ιστορικού στη διαδικασία της συνταγογράφησης.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η εργασία επιχείρησε να προσδιορίσει τα βασικά χαρακτηριστικά που διέπουν τη λειτουργία του νοσοκομειακού κόστους φαρμάκων. Τα βασικά ευρήματα της ερευνητικής διαδικασίας, υποστηρίζουν ότι το νοσοκομειακό κόστος φαρμάκων επιμερίζεται μεταξύ του δημοσίου και του ιδιωτικού τομέα, ακολουθώντας τη γενικότερη κατανομή των δαπανών υγείας. Ωστόσο λόγω ενδογενών αδυναμιών που υπάρχουν στο σύστημα υγείας της Ελλάδας, στρεβλώσεις όπως είναι η ασύμμετρη πληροφόρηση, ο ηθικός κίνδυνος και η προκλητή ζήτηση διογκώνονται.

Είναι αναγκαίο ωστόσο να σημειωθεί ότι ο βασικός περιορισμός που αντιμετώπισε η έρευνα ήταν η δυσκολία εξεύρεσης στατιστικών στοιχείων. Η πλειονότητα των στοιχείων της έρευνας ανακτήθηκε από τη βάση δεδομένων του Οργανισμού για την Οικονομική Συνεργασία και Ανάπτυξη. Παράλληλα επιχειρήθηκε να χρησιμοποιηθούν στοιχεία από την Ελληνική Στατιστική Αρχή, ώστε να κατανοηθεί η κατανομή των φαρμακείων στην ελληνική επικράτεια. Η ανάλυση είχε κατά κύριο λόγο περιγραφικό χαρακτήρα, ενώ σε κάποιες περιπτώσεις έλαβε χώρα και μια επαγωγική στατιστική ανάλυση των ευρημάτων.

Το φαρμακευτικό υλικό αποτελεί ένα καθοριστικό μέρος της λειτουργίας των μονάδων υγείας. Μέσα από την αποτελεσματική κατανομή και την ορθολογική του χρήση, το φαρμακευτικό υλικό, ως πόρος παραγωγής εκροών υγείας αποκτά έναν κρίσιμο ρόλο. Η κρισιμότητα αυτή έγκειται στην παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας προς τον πληθυσμό, διαδικασία η οποία μακροπρόθεσμα μετασχηματίζεται σε βελτίωση των όρων κοινωνικής ευημερίας και διαβίωσης.

Καίριο ρόλο στη σημασία της επιλογής του κατάλληλου φαρμακευτικού υλικού έχει το θεσμικό πλαίσιο του συστήματος υγείας. Το θεσμικό πλαίσιο της χρηματοδότησης του συστήματος υγείας βασίζεται στην άντληση πόρων από τον κρατικό προϋπολογισμό και τα ασφαλιστικά ταμεία κατά κύριο λόγο. Με άλλα λόγια υπάρχει μια σταθερή βάση χρηματοοικονομικής υποστήριξης της λειτουργίας επιλογής μεταξύ άλλων του φαρμακευτικού υλικού. Το γεγονός αυτό, σε περιπτώσεις όπου δεν εφαρμόζονται επαρκώς οι κατάλληλες διαδικασίες και οι απαιτούμενοι

έλεγχοι, δύναται να λειτουργήσει ως μέσο αύξησης των δαπανών λήψης νοσοκομειακών φαρμάκων.

Παράλληλα το προφίλ υγείας του ελληνικού πληθυσμού βασίζεται σε μια ποικιλομορφία. Πιο συγκεκριμένα το υψηλό προσδόκιμο των ετών ζωής και οι ιδιαίτερα θετικές περιβαλλοντικές συνθήκες διαβίωσης, συνδυάζονται με σχετικά κακή διατροφή, καθιστική ζωή και υψηλό ποσοστό του καπνίσματος. Η προκλητή ζήτηση φαρμάκων εκ μέρους πληθυσμού ενισχύεται ως προοπτική διαμέσου κυρίως των δομών λειτουργίας της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και όχι τόσο των νοσοκομειακών φαρμάκων. Άλλωστε τα φάρμακα με τη μεγαλύτερη ζήτηση, συνδέονται κατά κύριο λόγο με τη νοσοκομειακή περίθαλψη του πληθυσμού.

Συνακόλουθα τα ευρήματα της έρευνας τόνισαν μια σημαντική αύξηση στην κατά κεφαλή δαπάνη για φάρμακα, μεταξύ των ετών 1991 και 2007 στην Ελλάδα. Η εξέλιξη αυτή συνδυάστηκε με την αύξηση της φαρμακευτικής δαπάνης ως ποσοστό στο σύνολο των δαπανών υγείας στη χώρα μας από 15% σε 25% περίπου κατά την ίδια περίοδο. Συνάμα η σταθερή παρουσία των δημοσίων δαπανών υγείας ως ποσοστό στο σύνολο των δαπανών υγείας κυμάνθηκε περί του 60%, αφήνοντας μια υπολογίσιμη συμμετοχή στον ιδιωτικό τομέα.

Ίσως το πλέον ενδιαφέρον εύρημα που προέκυψε από την έρευνα, είναι η θετική γραμμική σχέση των παραπάνω μεταβλητών (συσχέτιση) η οποία μάλιστα βρέθηκε σε αρκετά υψηλά επίπεδα. Επιπρόσθετα το γεγονός, ότι οι διαφορές των μέσων όρων αυτών των μεγεθών, αποδείχθηκαν στατιστικά σημαντικές, δεικνύει τη σημασία τους, και στη σταθερότητα που χαρακτηρίζει τη λειτουργία του συστήματος υγείας. Επίσης η χωρική συγκέντρωση των φαρμακείων είναι εντονότερη στα μεγάλα αστικά κέντρα, εύρημα που αποκαλύπτει τη λειτουργία της προσφοράς διαμέσου της ισορροπίας προσφοράς και ζήτησης. Αξιοσημείωτο είναι επίσης το ότι ο ρυθμός αύξησης των φαρμακείων καθώς και των φαρμακευτικών αποθηκών γνώρισε σχετική σταθερότητα κατά τη διάρκεια των τελευταίων ετών.

Συνεπώς τα αίτια για τα προβλήματα που παρουσιάζονται στη συχνή υπερτιμολόγηση φαρμάκων πρέπει να αναζητηθούν στο θεσμικό πλαίσιο. Ωστόσο προτού παρατεθούν οι προτάσεις για τη βελτίωση της λειτουργίας της διαδικασίας του νοσοκομειακού κόστους φαρμάκων θεωρείται αναγκαίο να τονιστεί ότι η λειτουργία της αγοράς υπηρεσιών υγείας, χαρακτηρίζεται εκ των πραγμάτων από διαταραχές και στρεβλώσεις. Αυτό αποδεικνύεται και από τα στοιχεία του Ο.Ο.Σ.Α.

τα οποία τονίζουν την έντονη μεταβλητότητα των δαπανών υγείας της πλειονότητας των κρατών μελών του.

Προκειμένου λοιπόν να βελτιωθεί η κατανομή του φαρμακευτικού υλικού στα ελληνικά νοσοκομεία απαιτούνται ορισμένες ενέργειες όπως οι ακόλουθες:

- Η εντατικοποίηση της χρήσης της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης ώστε να υπάρχει διαφάνεια στη χρήση και στην κατανομή των φαρμακευτικών δαπανών
- Η χρήση των διεθνών λογιστικών προτύπων ώστε να αναδεικνύονται τα κοστολογικά μεγέθη των νοσοκομείων και ιδιαίτερα του φαρμακευτικού υλικού
- Η επιλογή του συστήματος των ηλεκτρονικών προμηθειών με σκοπό τη μείωση του νοσοκομειακού κόστους φαρμάκων
- Η λειτουργία της διαδικασίας των ομοειδών διαγνωστικών ομάδων ώστε να υπάρχει συμμετρική πληροφόρηση των ιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού

Τέλος η μελλοντική έρευνα για το νοσοκομειακό κόστος φαρμάκων μπορεί στη συνέχεια να λάβει τη μορφή μιας περιφερειακής ανάλυσης ως προς την κατανομή της. Πιο συγκεκριμένα μπορεί να επιχειρηθεί μια μελέτη του νοσοκομειακού κόστους φαρμάκων ανά περιφέρεια, σε σχέση με τον αριθμό των φαρμακείων και τον αντίστοιχο αριθμό των νοσοκομείων που δραστηριοποιούνται. Υπό αυτή την οπτική δύναται να εξαχθούν σημαντικά συμπεράσματα για τη διαχρονική εξέλιξη του νοσοκομειακού κόστους φαρμάκων.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Αγγλική

AVERILL R., MULDOON J., VERTREES J., GOLDFIELD N., MULLIN R., FINERAN E., ZHANG M., STEINBECK B., GRANT T., “The Evolution of Casemix Measurement Using Diagnosis Related Groups (DRGs)”, *3M Health Information Systems, Research Report*, 1998, 5-98

EUROSTAT, *Demographic Report*, 2010

DI MASI J. A., HANSEN R. W. and GRABOWSKI H. G., “The price of Innovation: New Estimates of Drug Development Costs”, *Journal of Health Economics*, 22, 2003

FREEMAN R., MORAN M., “Reforming health care in Europe”, *West European Politics*, 23 (2), 2000, 35-58.

HALLIGAN A. et al., “Clinical Governance: Its Origins and Foundations”, *British Journal of Clinical Governance*, Vol.5, no.3, 2000, pg. 172.

KANABOS P., *Pharmaceutical Pricing and Reimbursement in Europe*, Scrip Report. 2002

NTIS, *Diagnosis Related Groups (DRGs) and the Medicare Program: Implications for Medical Technology*, 1983, Ανάκτηση από [http://www.fas.org/ota/reports/8306.pdf]- NTIS order #PB84-111525]

Ελληνική

ΑΔΑΜΑΚΙΔΟΥ Θ., ΚΑΛΟΚΑΙΡΙΝΟΥ-ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΥ Α., “Οι Μέθοδοι Χρηματοδότησης της Νοσοκομειακής και της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα”, *Νοσηλευτική*, 48 (1), 2009, 37-49

ΑΛΕΤΡΑΣ Β., “Θεωρητική και εμπειρική ανάλυση της αποδοτικότητας τύπου Χ των νοσοκομείων του Εθνικού Συστήματος Υγείας”, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, (14), 1997, 662-674

ΑΛΕΤΡΑ Β, ΜΑΤΣΑΓΓΑΝΗΣ Μ, ΝΙΑΚΑΣ Δ, *Οικονομική και Χρηματοδοτική Διαχείριση των Υπηρεσιών Υγείας, Τόμος Α΄*, Αθήνα, Έκδοση Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, 2002

ΒΑΝΔΩΡΟΥ Χ., ΣΟΥΛΙΩΤΗΣ Κ., “Οι εξελίξεις του Υγειονομικού τομέα και ο ρόλος των Οικονομικών της Υγείας”, *ΣfE E*, τεύχος 50, 2004

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ, *Νόμος 3918/2011. ΦΕΚ 31^Α: Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις*, 2011

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΡΧΗ, *Στοιχεία για τη Δημόσια Υγεία του Πληθυσμού*, 2010

ΚΟΥΣΟΥΛΑΚΟΥ Χ., *Η Αγορά του Φαρμάκου στην Ελλάδα*, Εκδόσεις Ι.Ο.Β.Ε., 2006

ΜΑΤΣΑΓΓΑΝΗΣ Μ., “Η Δημόσια Παρέμβαση στον Τομέα της Υγείας”, *Ματσαγγάνης Μ. Αλετράς Β. Νιάκας Δ. «Οικονομική και Χρηματοδοτική Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας»*, Τόμος Α΄, Θέματα Οικονομικής και Χρηματοδοτικής Διαχείρισης Υπηρεσιών Υγείας Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα 2002, σ.σ. 15-39

ΜΑΤΣΑΓΓΑΝΗΣ Μ., “Δημόσιος τομέας και δημόσιες πολιτικές”, *Διδακτικές Σημειώσεις*, Αθήνα Οκτώβριος 2006, Οικονομικό Πανεπιστήμιο Αθηνών Τμήμα Διεθνών και Ευρωπαϊκών Οικονομικών Σπουδών

ΞΗΡΟΤΥΡΗ-ΚΟΥΦΙΔΟΥ Σ., *Διοίκηση Ανθρωπίνων Πόρων*, Θεσσαλονίκη, Εκδόσεις Ανικούλα, 2001

ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ Χ., *Κοινωνιολογία της Υγείας, Τόμος Α Βασικές Θεωρητικές Προσεγγίσεις*, Αθήνα, Εκδόσεις Διονίκος, 2007

ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ, *Διακρατικά Στοιχεία για την Υγεία του Πληθυσμού*, 2010

ΠΟΛΥΖΟΣ Ν., *Χρηματοοικονομική Διοίκηση Μονάδων Υγείας*, Αθήνα, Εκδόσεις Διονίκος, 2008

ΡΟΜΠΟΛΗΣ Σ., *Υγεία και Οικονομία*, Αθήνα, Εκδόσεις Καμπύλη, 1999

ΣΟΥΡΤΖΗ Π., ΚΟΛΟΒΟΣ Π., “Ο προσδιορισμός προτεραιοτήτων στην οργάνωση Υπηρεσιών φροντίδας υγείας”, *Νοσηλευτική*, 45(1), 2006, 32-40

ΥΦΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ Γ., *Τα Οικονομικά της Υγείας*, Αθήνα, Εκδόσεις Τυπωθήτω, 2003