

οικονομία καί υγεία

Η περίπτωση της Ελλάδας

του
Γιώργου Α. Πετρόχειλου

*Coventry (Lanchester) Polytechnic
Coventry, England*

Εισήγηση στο διήμερο μελέτης ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΚΡΑ-
ΤΟΣ της Ένωσης Ελλήνων Πανεπιστημιακών
Δυτ. Ευρώπης (τμήμα Βρετανίας) Αθήνα, 12-13
Δεκέμβρη 1980

γενικά

Η οικονομική επιστήμη ή σχετική με θέματα υγείας έχει σαν πρωταρχικό ρόλο να ασχολείται με το πρόβλημα επιλογών κάτω από συνθήκες περιορισμών. Η υγεία μιάς κοινωνίας διατηρείται συνήθως σ' ένα περιβάλλον που χαρακτηρίζεται από ανεπάρκεια πόρων. Άλλα οι πόροι αυτοί έχουν επίσης ένα κόστος ευκαιρίας, που αντλείται από τα άλλα αγαθά ή υπηρεσίες, που θα μπορούσαν να παραχθούν στη θέση των υπηρεσιών υγείας. Μπορούμε λοιπόν να διαθέσουμε περισσότερους πόρους για τη διατήρηση της υγείας μόνο αν ελαττώσουμε την παραγωγή άλλων αγαθών ή υπηρεσιών. Συνεπώς, όπως άλλωστε συμβαίνει και σε άλλους τομείς της ανθρώπινης δραστηριότητας, προκύπτει κι εδώ το πρόβλημα της επιλογής, στο οποίο η οικονομική επιστήμη καλείται να δώσει μιά απάντηση.

Ξεκινώντας από τη διαπίστωση ότι η υγεία αποτελεί ένα επιθυμητό αγαθό που κάθε κοινωνία επιζητεί, το ερώτημα που ανακύπτει είναι: Ποιός είναι ο καλύτερος κι αποδοτικότερος τρόπος οργάνωσης και χρηματοδότησης ενός συστήματος υγείας που θα πετύχει αυτόν τον αντικειμενικό σκοπό; Το θέμα αυτό είχε αποτελέσει παλιότερα σε άλλες χώρες αντικείμενο συζήτησης μεταξύ διαφόρων θεωρητικών για προβλήματα υγείας: η συζήτηση περιστράφηκε γύρω από τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα δύο εναλλακτικών συστημάτων οργάνωσης: ενός βασισμένου στην αγορά κι ενός κοινωνικοποιημένου. Αναντίρρητα, το θέμα ήταν και παραμένει δύσκολο και η απάντηση στηρίζεται ίσως περισσότερο σε αξιολογικές κρίσεις και πολιτική ιδεολογία παρά σε καθαρά οικονομικούς λόγους. Ίσως γι' αυτό παρατηρείται σήμερα μιά στροφή του ενδιαφέροντος των οικονομολόγων, που ασχολούνται με θέματα υγείας, προς τον εμπειρισμό: στή μελέτη δηλαδή και αντιμετώπιση πραγματικών προβλημάτων που ανακύπτουν κάτω από διαφορετικά συστήματα οργάνωσης και στην εφαρμογή θεωρίας για την επίλυσή τους.

Απ' ό,τι είναι γνωστό, το θέμα του συστήματος οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας δεν έχει συζητηθεί επαρκώς στην Ελλάδα. Γι' αυτό προτείνεται, μέσω της παρούσας εισήγησης, η εξέταση ορισμένων οικονομικών εννοιών σχετικών με την υγεία και ιδιαίτερα ορισμένων χαρακτηριστικών ενός από τους κύριους προσδιοριστικούς της παράγοντες, δηλαδή της ιατρικής περιθαλψης, και η προσπάθεια συναγωγής συμπερασμάτων αναφορικά με τον προτιμητέο μηχανισμό παραγωγής και κατανομής των υπηρεσιών αυτών.

η εφαρμογή οικονομικής θεωρίας σε θέματα υγείας

Οι κύριοι προσδιοριστικοί παράγοντες της υγείας είναι η διατροφή, η στέγαση, ο ρουχισμός, η υγιεινή και η ιατρική περιθαλψη. Ανάλογα με τις συνθήκες διαβίωσης μιάς κοινωνίας, βελτιώσεις στους τέσσερις πρώτους παράγοντες μπορεί να επιδράσουν σημαντικά στη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού της κοινωνίας αυτής. Σε γενικές γραμμές, το εισόδημα και ο εκπολιτισμός μιάς κοινωνίας επιδρούν θετικά σε όλους αυτούς τους συντελεστές, χωρίς αυτό να σημαί-

νει, φυσικά, πώς οι πλούσιοι λαοί έχουν άνοσια. Σέ σύγχρονες πάντως κοινωνίες, που έχουν ως επί το πολύ εξασφαλίσει άνετες συνθήκες διαβίωσης, ή διατήρηση και βελτίωση της υγείας του πληθυσμού βασίζεται στην παροχή ιατρικής φροντίδας τόσο προληπτικής όσο και θεραπευτικής.

Γιά την ικανοποιητική εφαρμογή οικονομικής ανάλυσης σέ θέματα ιατρικής περιθαλψης χρειάζονται: α) 'Ο όρισμός του προϊόντος των υπηρεσιών υγείας. β) 'Η γνώση του τρόπου μέ τόν οποίο ή κοινωνία ιεραρχεί αυτά τά προϊόντα από πλευράς προτεραιότητας.

γ) 'Η ποσότητα και σύνθεση των παραγωγικών συντελεστών που απαιτούνται γιά την παραγωγή αυτών των προϊόντων (δηλαδή ή συνάρτηση παραγωγής), καθώς και

δ) Τό κόστος ευκαιρίας των προϊόντων αυτών, δηλαδή τί άλλα προϊόντα ή υπηρεσίες θά μπορούσαν νά παραχθούν στή θέση τους.

Όπως και σέ ορισμένους άλλους τομείς ανθρώπινης δραστηριότητας, όπως λ.χ. στην εκπαίδευση, απαντήσεις στά παραπάνω ερωτήματα είναι εξαιρετικά δύσκολες. Προς τό παρόν δέν υπάρχει ικανοποιητικός όρισμός του προϊόντος των υπηρεσιών υγείας, λ.χ. ενός νοσοκομείου. 'Αποτελεί προϊόν ό αριθμός των άσθενών που έχουν δεχθεί θεραπεία ή ό αριθμός των άσθενών που έχουν θεραπευθεί, ή μήπως τό προϊόν μπορεί νά εκτιμηθεί μετρώντας τίς ώρες εργασίας γιατρού, νοσοκόμου και τού άλλου προσωπικού;

Μία μερική προσπάθεια γιά νά δοθεί απάντηση στό δεύτερο ερώτημα διαφαίνεται άμέσως πού κάτω, στά πλαίσια αντιμετώπισης των θανάτων υγείας σάν επένδυσης· αλλά κι αυτή δέν είναι ικανοποιητική. 'Επίσης, δέν υπάρχει κάποια μοναδική τεχνολογία γιά τόν επακριβή καθορισμό τών πόρων που απαιτούνται γιά ή θεραπεία κάθε άσθενείας. Προβλήματα έπίσης ανακύπτουν σχετικά μέ την εκτίμηση του κόστους ευκαιρίας του προϊόντος των υπηρεσιών υγείας. Πέρα από τό κοινωνικό κόστος των παραγωγικών συντελεστών που έχουν χρησιμοποιηθεί, θά πρέπει επί πλέον νά ληφθεί υπόψη τό ανθρωπιστικό κόστος που συνεπάγεται ή άδυναμία εισαγωγής, λ.χ., κάποιου άσθενή σέ νοσοκομείο, γιατί δέν υπάρχει διαθέσιμο κρεβάτι. Πώς γίνεται ή αξιολόγηση του πόνου, της μίζερίας ή της χαράς σέ περιτόπιση θεραπείας;

Οί δαπάνες γιά την υγεία έχουν συχνά αντιμετωπιστεί από οικονομολόγους είτε σάν κατανάλωση, είτε συχνότερα σάν επένδυση σέ ανθρώπινο κεφάλαιο, παρόμοια μέ τη γενική εκπαίδευση ή μέ την επαγγελματική εκπαίδευση του εργατικού δυναμικού. Όπως ή επένδυση, λ.χ., σέ επαγγελματική εκπαίδευση αναμένεται νά δηγήσει σέ αύξηση της παραγωγικότητας και αύξηση του εισοδήματος, μέ συνέπεια ή βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης, έτσι και κάτω από μία στενή οικονομική έννοια υπάρχουν όρισμένα χρηματικά όφέλη από επενδύσεις στίς υπηρεσίες υγείας. Τό επιχείρημα είναι πώς μία κοινωνία, έχοντας επενδύσει σέ τέτοιες υπηρεσίες, προσδοκά κάποιο χρηματικό όφελος, αφού ένας υγιής πληθυσμός (και συνεπώς εργατικό δυναμικό) επηρεάζει θετικά την παραγωγή και ή βελτίωση του βιοτικού του επιπέδου. Μιά τέτοια

θεώρηση όμως δέν είναι απαλλαγμένη από μεθοδολογικές και αναλυτικές περιπλοκές, γιατί προϋποθέτει, γιά την αξιολόγηση κάθε επένδυσης, λ.χ., σέ νοσοκομεία, την εκτίμηση του όφέλους που θά προκύψει στην κοινωνία από την ύπαρξη της μονάδας αυτής και ή σύγκριση του μέ τό κοινωνικό κόστος κατασκευής του νοσοκομείου και της επάνδρωσής του. Κάτι τέτοιο είναι άρκετά δύσκολο γιά δύο λόγους κυρίως. 'Ο πρώτος είναι πώς τό προϊόν των υπηρεσιών υγείας (όπως ένα νοσοκομείο) δέν είναι επακριβώς καθορισμένο, όπως έδειξε ή πιο πάνω ανάλυση. 'Ο δεύτερος λόγος, άκόμη κι αν υποτεθεί πώς τό προϊόν μπορεί επακριβώς νά καθοριστεί, βρίσκεται στην αξιολόγηση του. Οί οικονομολόγοι χρησιμοποιούν συνήθως γιά την αξιολόγηση τέτοιων επενδύσεων μονάδες χρόνου, αλλά οι τιμές που χρησιμοποιούνται γιά την αξιολόγηση της εξοικονόμησης χρόνου έχουν κάποια δόση αυθαρεσίας. Στην προκειμένη περίπτωση, μία επένδυση σέ νοσοκομείο επιτρέπει στους άσθενείς (που νορτίτερα έπρεπε νά περιμένουν) ταχύτερη θεραπεία, εξοικονομώντας έτσι χρόνο στά άτομα, και ή όποια αξιολογείται ανάλογα μέ την παραγωγική τους ικανότητα. 'Αν λοιπόν είναι δυνατόν αυτή ή ροή εισοδήματος (όφέλους), που προκύπτει κατά ή διάρκεια της ζωής του νοσοκομείου, νά εκτιμηθεί, τότε ή αξιολόγηση της επένδυσης διευκολύνεται μέ την εξεύρεση της παρούσας' αξίας του όφέλους αυτού και ή σύγκριση του μέ τό αρχικό κόστος της επένδυσης. 'Η θεωρητική αυτή θεώρηση που σχηματίστηκε άγνοεί άλλους έξ ίσου σπουδαίους τομείς σχετικά μέ τό πρόβλημα, αλλά αυτό δέν αποτελεί μειονέκτημα της θεωρίας. 'Αντικατοπτρίζει μάλλον την ανθρώπινη άδυναμία νά αξιολογήσει τόσο τό κοινωνικό και ανθρωπιστικό όφελος όσο και κόστος, που προκύπτουν από την καταπολέμηση και μείωση ή όχι του πόνου και της μίζερίας των άσθενών και των λοιπών μελών των οικογενειών τους και της υπόλοιπης κοινωνίας. Δηλαδή τό ερώτημα είναι: πώς αξιολογούνται τά άυλα αγαθά και «κακά» που σχετίζονται μέ την άρχική επένδυση.

ή ζήτηση ιατρικής περιθαλψης

'Η παραπάνω εξέταση των προσδιοριστικών παραγόντων της υγείας έδειξε πώς ή ζήτηση ιατρικής περιθαλψης είναι ζήτηση παράγωγου, που υπάρχει σάν συνέπεια της ζήτησης υγείας αυτής καθ' έαυτήν. 'Η ιατρική περιθαλψη όμως έχει όρισμένα χαρακτηριστικά πού την διαφοροποιούν από άλλα οικονομικά αγαθά. Τά χαρακτηριστικά αυτά βρίσκονται τόσο στην πλευρά της ζήτησης όσο και στην πλευρά της προσφοράς της ιατρικής περιθαλψης και χρειάζονται μία σύντομη έπισκόπηση.

'Από πλευράς οικονομικής ανάλυσης, έκείνο που

1. Τουτό φυσικά δημιουργεί ή δυσκολία εξεύρεσης ενός επιτοκίου κοινωνικού κόστους ευκαιρίας (social opportunity cost rate) ή ενός έπιτοκίου χρονικής κοινωνικής προτίμησης (social time preference rate) γιά την προεξόφληση των ροών κόστους και όφέλους.

παρουσιάζει ενδιαφέρον, όσον αφορά τή ζήτηση Ιατρικής περίθαλψης, είναι οι προσδιοριστικοί παράγοντες τής ζήτησης αυτής και ο τρόπος μέ τον όποιο επιδρούν, όστε να είναι δυνατή κάποια εκτίμηση τής ζήτησης. Η εκτίμηση όμως τής ζήτησης Ιατρικής περίθαλψης διαφέρει από τήν εκτίμηση άλλων οικονομικών αγαθών. Τουτό δέν όφείλεται στο γεγονός ότι ή ζήτηση αυτή είναι άκανόνιστη και άπρόβλεπτη μιά και κάτι τέτοιο συμβαίνει και μέ άλλες μορφές αγαθών και υπηρεσιών. Ο όσκολίες έντοπίζονται στά ιδιαίτερα χαρακτηριστικά τής Ιατρικής περίθαλψης. Κατ' άρχήν, οι τιμές δέν παίρνουν τόν ίδιο ρόλο στην εκτίμηση τής ζήτησης Ιατρικής περίθαλψης μ' αυτόν που παίρνουν σε άλλα αγαθά ή υπηρεσίες. Ο λόγος είναι ότι στά περισσότερα συστήματα όργάνωσης τών υπηρεσιών ύγείας οι τιμές που πληρώνουν οι άσθενείς, όταν κάνουν χρήση τών υπηρεσιών αυτών, επιδοτούνται είτε μέ τή μορφή φορολογικών ελαφρύνσεων είτε μέ κάποια μορφή ασφάλισης, που κάνει τήν εκτίμηση τής ζήτησης τών υπηρεσιών αυτών δύσκολη. Πάντως, έμπειρικές μελέτες έχουν δείξει πώς ή ζήτηση Ιατρικής περίθαλψης είναι άνελαστική σε σχέση μέ τήν τιμή τής.

Εκείνο όμως που άποτελεί τό μεγαλύτερο πρόβλημα, όσον αφορά τήν εκτίμηση τής ζήτησης Ιατρικής περίθαλψης, είναι ο ειδικός ρόλος του γιατρού ως παραγωγού τών υπηρεσιών ύγείας. Ένώ γιά άλλα αγαθά και υπηρεσίες ο καταναλωτής αποφασίζει, στο μέτρο που μπορεί, γιά τήν ποσότητα που θά αγοράσει, μέ βάση τό εισόδημά του, τις τιμές και τις προτιμήσεις του, όταν πρόκειται γιά Ιατρική περίθαλψη, ή άγνοια του άθενή γύρω από Ιατρικά θέματα μεταθέτει τό ρόλο αυτόν από τόν άσθενή στο γιατρό. Ο γιατρός, ένεργώντας γιά λογαριασμό του άσθενή ως αντιπρόσωπος του όπλαδ ή, καθορίζει τις περισσότερες φορές τήν ποσότητα και ποιότητα τών υπηρεσιών που ζητούνται, λ.χ., τό είδος τής θεραπείας που πρέπει νά ακολουθηθεί, κρίνει άν άπαιτείται έγχείριση ή πόσον χρόνο πρέπει νά παραμείνει ο άσθενής στο νοσοκομείο κτλ. "Αν ο γιατρός (ένεργώντας ως αντιπρόσωπος του άσθενή) παίρνει αυτές τις αποφάσεις μέ κριτήρια τήν κοινωνική και οικονομική κατάσταση καθώς και τις προτιμήσεις του άσθενή, τότε οι συνέπειες στην εκτίμηση τής ζήτησης Ιατρικής περίθαλψης πιθανόν νά μήν είναι σοβαρές. Συνήθως όμως οι γιατροί έχουν άτελή πληροφόρηση γύρω από τις προτιμήσεις και κοινωνικοοικονομικές συνθήκες τών άσθενών και είναι επίσης πιθανό άλλοι παράγοντες νά επηρεάζουν τις αποφάσεις τους, ιδιαίτερα όταν λειτουργούν κάτω από διαφορετικά συστήματα όργάνωσης τής Ιατρικής περίθαλψης.

Αυτή ή ανάλυση έξηγεί τό λόγο που ή συμπεριφορά του γιατρού είναι (ή πρέπει να είναι) διαφορετική από αυτή του έπιχειρηματία. Ακόμη και κάτω από ένα σύστημα αγοράς, στο όποιο επικρατεί τό κίνητρο του κέρδους, ο γιατρός δέν έπιτρέπεται νά έμφορείται από ό,τι ή Joan Robinson άποκαλεί «...τά ζωώδη ένστικτα τών έπιχειρηματιών». Και τούτο γιάτί υπάρχει ένας συλλογικός προσανατολισμός, σε αντίθεση μέ τόν άτομικό, που διακρίνει τήν Ιατρική από όρισμένα άλλα επαγγέλματα από τήν τυπική έπιχειρηματική

δραστηριότητα. Η συμπεριφορά ενός γιατρού όποτίθεται πώς καθορίζεται από τό ενδιαφέρον του γιά τήν ευημερία του πελάτη του, πράγμα που δέν συμβαίνει μέ τόν μέσο έπιχειρηματία. Λ.χ., οι Ιατρικές συμβουλές όποτίθενται πώς είναι διαφευγμένες από τό προσωπικό συμφέρον τών γιατρών καθώς επίσης και ή προτεινόμενη θεραπεία όποτίθεται πώς ύπαγορεύεται από τις άντικειμενικές άνάγκες τής συγκεκριμένης περίπτωσης και δέν περιορίζεται από οικονομικούς λόγους.

Συμμόρφωση προς τό είδος τής συμπεριφοράς που ύπαγορεύεται από τόν συλλογικό προσανατολισμό είναι ιδιαίτερα σημαντική, γιάτί ή σχέση γιατρού-άσθενή, που είναι βασικά σχέση έμπιστοσύνης, επιδρά στην ποιότητα τής προσφερόμενης Ιατρικής περίθαλψης. Αυτή ή σχέση έμπιστοσύνης μεταξύ γιατρού και άσθενή έξηγεί επίσης τό λόγο που οι άσθενείς επιδιώκουν νά παρακολουθούνται από τόν ίδιο γιατρό.

Επί πλέον, υπάρχει τό πρόβλημα τής άβεβαιότητας γιά τούς άσθενείς, και ή άβεβαιότητα αυτή παίρνει διαφορετικές μορφές.² Ο άσθενής είναι άβέβαιος γιά τήν ποιότητα και άποτελεσματικότητα τής προσφερόμενης Ιατρικής περίθαλψης, και ή άβεβαιότητα στην προκειμένη περίπτωση είναι έντονότερη από ό,τι συμβαίνει μέ άλλα αγαθά ή υπηρεσίες. Ανάρρωση από άσθένεια είναι άπρόβλεπτη, ιδιαίτερα από σοβαρή άσθένεια. Επίσης είναι δυνατόν ή άβεβαιότητα αυτή τις περισσότερες φορές νά ίσχυει κατ' έπέκταση και γιά τό γιατρό, άλλα υπάρχει μία ποιοτική διαφορά μεταξύ τής άβεβαιότητας του άσθενή και τής άβεβαιότητας του γιατρού, πράγμα που στηρίζεται στη δι' ορετική κατοχή Ιατρικών γνώσεων. Φυσικά, τόσο ο γιατρός όσο κι ο άσθενής, είναι ένήμεροι τής ύπαρξης άνισης πληροφόρησης, κι αυτή ή άνισότητα είναι που επηρεάζει τη σχέση γιατρού-άσθενή. Μιά άλλη μορφή άβεβαιότητας δημιουργείται από τό γεγονός ότι άσθενείς που χρειάζονται Ιατρική φροντίδα ζητούν Ιατρικές υπηρεσίες χωρίς νά γνωρίζουν από τήν άρχή τό συνολικό τώο κόστος, μελονότι αυτή ή μορφή είναι ειδική περίπτωση τής έλλειψης πληροφόρησης που αναφέρθηκε πιο πάνω.

ή προσφορά Ιατρικών υπηρεσιών

Από τήν πλευρά τής προσφοράς, ή οικονομική ανάλυση διδάσκει πώς, κάτω από συνθήκες άνταγωνιστικής οικονομίας, ή προσφορά ενός αγαθού καθορίζεται από τήν καθαρή άπόδοση τών παραγωγικών συντελεστών που χρησιμοποιούνται στην παραγωγή του, σε σύγκριση μέ τήν άπόδοση που οι ίδιοι αυτοί συντελεστές έχουν όταν χρησιμοποιούνται σε κάποια άλλη παραγωγική δραστηριότητα. Έξετάζοντας τήν προσφορά τής Ιατρικής περίθαλψης, τά άκόλουθα σημεία πρέπει νά τονίσουμε. Αυτά τά σημεία είναι σε μεγάλο βαθμό κοινά μέ τήν προσφορά όρισμένων άλ-

2. Ένα σχετικό θέμα είναι επίσης ο κίνδυνος που διατρέχουν τά άτομα νά άσθενήσουν και ο τρόπος άντιμετώπισης του. Συνήθως, ο κίνδυνος άντιμετωπίζεται μέ κάποια μορφή ασφάλισης, γιά τήν όποιαθά μιλήσουμε έκτενέστερα πιο κάτω.

λων μορφών υπηρεσιών, που απαιτούν προηγμένη εκπαίδευση.

Η προσφορά γιατρών ελέγχεται μέσω της περιορισμένης εισόδου στο επάγγελμα, τόσο με πολύχρονες σπουδές όσο και με άδεια εξάσκησης επαγγέλματος. Η οικονομική συνέπεια αυτού του περιορισμού της προσφοράς γιατρών είναι πώς το κόστος της ιατρικής περίθαλψης αυξάνει, ή πολιτική όμως αυτή του περιορισμού εξασφαλίζει, κατά τους υποστηρικτές της, ένα ελάχιστο απαραίτητων ικανοτήτων στους γιατρούς.

Ένα άλλο χαρακτηριστικό από την πλευρά της προσφοράς είναι πώς το κόστος των ιατρικών σπουδών επιδοτείται περισσότερο ίσως από το κόστος όποιωνδήποτε άλλων σπουδών. Σαν αποτέλεσμα αυτής της επιδότησης υπάρχει μία σημαντική διαφορά μεταξύ ατομικού όφελους και ατομικού κόστους για τους σπουδαστές ιατρικών σχολών, πράγμα που θα έτιναι να μειώνει την τιμή προσφοράς της ιατρικής περίθαλψης. Κάτι τέτοιο όμως δεν συμβαίνει, γιατί αυτή η τάση αντισταθμίζεται από τους επιβαλλόμενους περιορισμούς στους αριθμούς εισακτέων σπουδαστών.

Αναφορικά με τις άμοιβές των γιατρών παρατηρείται πώς, κάτω από ένα αγοραίο σύστημα οργάνωσης της ιατρικής περίθαλψης, διάφορες μορφές τιμολογιακής πολιτικής έχουν προκύψει. Μία τέτοια μορφή είναι, λ.χ., ο σημαντικός διαφορισμός άμοιβών που ένας γιατρός είναι σε θέση να επιβάλλει σε διάφορους ασθενείς, παρόμοιος με το διαφορισμό τιμής κάτω από μονοπωλιακές συνθήκες, με τη διαφορά πώς βάση του διαφορισμού είναι το εισόδημα του ασθενή (χαμηλή και ίσως μηδενική άμοιβή για άπορους και υψηλή άμοιβή για πλούσιους ασθενείς). Άλλη μορφή, πιο διαδομένη, είναι ο καθορισμός άμοιβών από πολλούς γιατρούς στα ίδια περίπου επίπεδα, χωρίς αναγκαστικά να έχει προηγηθεί φανερή ή σιωπηρή συνεννόηση μεταξύ των γιατρών, πρακτική που είναι παρόμοια με το υπόδειγμα *price leadership*, της πρακτικής δηλαδή των γιατρών να ζητούν τις ίδιες άμοιβές που επιβάλλουν οι επικεφαλής του επαγγέλματός τους. Η πρακτική αυτή είναι χαρακτηριστική ολιγοπωλιακών καταστάσεων στην αγορά της ιατρικής περίθαλψης.

Αντίθετα, ζωντανός ανταγωνισμός άμοιβών μεταξύ των γιατρών δεν είναι διαδομένος. Φυσικά, ο γιατρός δεν είναι μόνος στην εφαρμογή αυτών των περιοριστικών πρακτικών, γιατί παρόμοιες πρακτικές ακολουθούνται και από άλλα ελεύθερα επαγγέλματα. Κάτι τέτοιο δημιουργεί τη σκέψη ότι δεν θα ήταν άσκοπο να υποβληθούν και οι υπηρεσίες αυτές κάτω από τον έλεγχο της αντιμονοπωλιακής νομοθεσίας, που συνήθως καλύπτει τον μεταποιητικό τομέα της οικονομίας.

έξωτερικές επιδράσεις (externalities)

Μία άλλη μορφή χαρακτηριστικών της ιατρικής περίθαλψης, που σχετίζονται με την επιλογή του καταλληλότερου συστήματος οργάνωσης της παραγωγής και κατανομής της, είναι οι λεγόμενες εξωτερικές επιδράσεις (externalities). Τέτοιες επιδράσεις προκαλούνται από την πραγματοποίηση ενός έργου, για τις

οποίες όμως δεν υπάρχει υποχρέωση καταβολής αποζημίωσης μέσω του μηχανισμού αγοράς. Οι επιδράσεις αυτές χωρίζονται σε ευνοϊκές ή όφελη (external economies) και δυσμενείς ή δαπάνες (external diseconomies). Στο υπό εξέταση θέμα αυτές οι εξωτερικές επιδράσεις είναι δυνατόν να δημιουργηθούν σε περιπτώσεις:

(α) Μεταδοτικών ασθενειών και τρόπου αντιμετώπισής τους.

(β) Επέκτασης των υπηρεσιών υγείας για πιθανή μελλοντική χρήση, και

(γ) Παροχής ιατρικής περίθαλψης σε τρίτους.

Στην περίπτωση μεταδοτικών ασθενειών, τα μέλη μιας κοινωνίας απολαμβάνουν κάποιο εξωτερικό όφελος από το γεγονός πως τρίτοι έχουν εμβολιαστεί, αφού ο εμβολιασμός περιορίζει τον κίνδυνο εξάπλωσης της ασθένειας (δηλαδή το όφελος από τον εμβολιασμό ενός προσώπου εκτείνεται επίσης και σε άλλους). Η αντίστροφη περίπτωση ισχύει επίσης, δηλαδή αν κάποιος δεν εμβολιάζεται θέτει σε κίνδυνο όχι μόνο τον εαυτό του αλλά και τρίτους, δημιουργώντας κάποια εξωτερική δαπάνη. Είναι λοιπόν φανερό πως τα μέλη μιας κοινωνίας απολαμβάνουν κάποιο εξωτερικό όφελος από προγράμματα γενικού εμβολιασμού ή προγράμματα εξάλειψης έστιων μόλυνσης (έλη κτλ.). Αφού αυτές οι υπηρεσίες έχουν τη μορφή «δημόσιου αγαθού», προσφέρονται συνήθως από το Κράτος και χρηματοδοτούνται από γενική φορολογία. Αδτός ο τρόπος είναι προτιμότερος από κάθε μορφή ιδιωτικής παροχής των υπηρεσιών αυτών και έχει επίσης το πλεονέκτημα πως λύνει το πρόβλημα του «ελεύθερου σκοπευτή» (free rider) της νοοτροπίας, δηλαδή των ατόμων να καταναλώνουν το «δημόσιο αγαθό», χωρίς να συμβάλλουν στο κόστος παραγωγής του, όταν γνωρίζουν πως άλλοι πληρώνουν για την παροχή του.

Επίσης, τα άτομα είναι πιθανόν να απολαμβάνουν κάποια όφελεια, όταν γνωρίζουν πως υπάρχει, λ.χ., επαρκής ικανότητα των νοσηλευτικών ιδρυμάτων για την παροχή υπηρεσιών—ένδεχόμενα στο μέλλον—μολονότι πρός το παρόν δεν χρειάζονται αυτές.

Η τελευταία κατηγορία εξωτερικού όφελους αφορά στην περίπτωση ορισμένων ατόμων, που, κατά τη γνώμη τρίτων, έχουν ανάγκη ιατρικής περίθαλψης και είτε δεν την ζητούν είτε δεν έχουν επαρκή περίθαλψη. Τουτό είναι δυνατό να όφειλεται σε διάφορους λόγους, όπως: (α) στο γεγονός ότι τα άτομα αυτά δεν γνωρίζουν ότι έχουν ανάγκη φροντίδας (δηλαδή στην έλλειψη ορθολογιστικότητας), (β) στην έλλειψη επαρκών εισοδημάτων και (γ) στην έλλειψη ασφάλισης, λόγω άρνησης, π.χ., των ασφαλιστικών εταιριών να ασφαλιστούν τα άτομα αυτά, επειδή πάσχουν από χρόνιες ή πολυδάπανες ασθένειες, κτλ. Κάτω από αυτές τις συνθήκες, η παροχή των αναγκαίων υπηρεσιών στα άτομα αυτά αποφέρει κάποιο εξωτερικό όφελος, από τα λοιπά μέλη της κοινωνίας, ένα κοινωνικό όφελος, αφού τα προστατεύει από ασθένειες που πιθανόν να τους είχαν μεταδοθεί αν δεν διαβιούσαν σε υγιεινό περιβάλλον.

Στις περιπτώσεις που αναφέρθηκαν παραπάνω, το αγοραίο σύστημα παροχής ιατρικής περίθαλψης δεν

είναι εύκολο να φθάσει σε ικανοποιητικά αποτελέσματα, εξαιτίας της αδυναμίας του να ασχοληθεί με επίτευξη με το πρόβλημα των εξωτερικών επιδράσεων. Επομένως, είναι προτιμότερο η παραγωγή και κατανομή ιατρικής περίθαλψης να γίνεται μέσω ενός κοινωνικοποιημένου, συστήματος, το οποίο είναι πιθανό να οδηγήσει σε καλύτερα αποτελέσματα.

Οι ιδιομορφίες της ιατρικής περίθαλψης, και ειδικότερα ο κίνδυνος ασθένειας, έχουν οδηγήσει στη δημιουργία κατάλληλων μηχανισμών για την αντιμετώπισή τους. Οι μηχανισμοί αυτοί είναι τα διάφορα συστήματα ασφαλίσεων που επιτρέπουν στα άτομα να ξεπεράσουν ενδεχόμενες ασθένειες που απαιτούν πολυδάπανες θεραπείες. Οι μηχανισμοί ασφαλίσης μπορούν να πάρουν διαφορετικές μορφές (αναφορικά με την έκταση κάλυψης, διάρκεια κτλ.), και να έχουν διαφορετικούς φορείς (όπως λ.χ. ιδιωτικούς, κρατικούς), αλλά η βασική τους άποστολή είναι η επιδότηση της τιμής προσφοράς της ιατρικής περίθαλψης στο σημείο έπαφής γιατρού-ασθενή, διευκολύνοντας έτσι τα άτομα να αντιμετωπίσουν άπρόοπτα περιστατικά και μακρόχρονες και πολυέξοδες θεραπείες.

άποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα

Από οικονομικής πλευράς, η παροχή ιατρικών υπηρεσιών αποτελεί μέρος της διαδικασίας κατανομής πόρων· η τελευταία έχει δύο βασικές μορφές. Κάτω από ένα σύστημα αγοράς, η ποιότητα και ποσότητα των ιατρικών υπηρεσιών που παράγονται, προσδιορίζονται από τις προτιμήσεις των ατόμων (καταναλωτών) και τη δυνατότητα τους να πληρώσουν. Αντίθετα, σ' ένα κεντροποιημένο, κοινωνικοποιημένο σύστημα παροχής ιατρικής περίθαλψης, το τί και πόσο θα παραχθεί, καθορίζεται από πολιτικούς ή συχνότερα από εμπειρογνώμονες μεταξύ των οποίων συνήθως οι γιατροί αποτελούν την πλειοψηφία. Ανεξάρτητα όμως από το επιλεγόμενο σύστημα κατανομής πόρων, μία βασική προϋπόθεση της οικονομικής θεωρίας πρέπει να ικανοποιείται ώστε να μη δημιουργείται σπατάλη των περιορισμένων αυτών πόρων. Το σύστημα πρέπει να είναι άποδοτικό με την οικονομική έννοια. Δηλαδή να παράγει με το χαμηλότερο δυνατό κόστος εκείνα ακριβώς τα προϊόντα που υπηρεσιές που ζητούνται περισσότερο από τα άτομα.

Η έννοια της άποδοτικότητας εφαρμόζεται στον τομέα της ιατρικής περίθαλψης με διάφορες μορφές. Μία ιατρική διαδικασία μπορεί να είναι κλινικά άποδοτική, δηλαδή να είναι η πιο αποτελεσματική από τις διαθέσιμες θεραπείες, για την ίση κάποιας ασθένειας, ανεξάρτητα από το κόστος της. Επίσης, μία διαδικασία μπορεί να είναι αποτελεσματική κόστους, δηλαδή η φθηνότερη διαθέσιμη θεραπεία για την επίτευξη του ίδιου αντικειμενικού σκοπού, της ίσης του ασθενή. Τέλος, μία διαδικασία μπορεί να ικανοποιεί το κριτήριο της οικονομικής άποδοτικότητας, δηλαδή να ελαχιστοποιεί το κόστος των προσφερομένων υπηρεσιών που είναι ακριβώς εκείνες που ζητούνται από το κοινωνικό σύνολο, μεγιστοποιώντας ταυτόχρονα το όφελος των καταναλωτών.

η περίπτωση της Ελλάδας

Αφού περιγράψαμε κάπως συνοπτικά τις διάφορες οικονομικές ιδιομορφίες και τα χαρακτηριστικά της ιατρικής περίθαλψης και αναλύσαμε ορισμένες οικονομικές έννοιες, όπως εφαρμόζονται στον τομέα παροχής της, προκύπτει το ερώτημα: Ποιός είναι ο καταλληλότερος τρόπος οργάνωσης ενός τέτοιου συστήματος παροχής ιατρικών υπηρεσιών για τις ανάγκες του ελληνικού λαού;

Η οικονομική ανάλυση διδάσκει πώς κάτω από ορισμένες συγκεκριμένες και αυστηρά καθορισμένες προϋποθέσεις το σύστημα αγοράς οδηγεί στην πιο άποδοτική και αποτελεσματική παροχή αγαθών και υπηρεσιών, με αποτέλεσμα την ελαχιστοποίηση του κόστους και μεγιστοποίηση του όφελους (άριστοποίηση). Οι προϋποθέσεις αυτές καθορίζουν μία συγκεκριμένη μορφή αγοράς που είναι γνωστή ως τέλει ανταγωνισμός. Συνεπώς, ο τέλει ανταγωνισμός αποτελεί την αναγκαία και ικανή συνθήκη για την επίτευξη της άριστοποίησης με τη μορφή που δόθηκε παραπάνω.

Επειδή τα τελευταία χρόνια επικρατεί μία προτίμηση στο σύστημα αγοράς σε διάφορους τομείς δραστηριότητας και σε διάφορες χώρες, είναι σκόπιμο να τονιστούν μερικές από τις κρίσιμες αυτές προϋποθέσεις, ώστε να διευκρινιστεί η ανάλυση. Οι σημαντικότερες από αυτές είναι: (α) η ομοιογένεια του προσφερόμενου αγαθού ή υπηρεσίας, (β) η τέλεια πληροφόρηση τόσο από πλευράς προσφοράς όσο και ζήτησης, αναφορικά με τις ιδιότητες του αγαθού ή υπηρεσίας, και (γ) ο μεγάλος αριθμός αγοραστών και πωλητών. Οι προϋποθέσεις αυτές συνεπάγονται πώς κανείς, είτε αγοραστής είτε πωλητής των υπηρεσιών, δεν είναι σε θέση να καθορίζει την τιμή τους, ή οποία προσδιορίζεται αποκλειστικά και μόνο από την αλληλεπίδραση της προσφοράς και ζήτησης.

Αν οι προϋποθέσεις αυτές δεν πληρούνται, τότε δεν είναι δυνατή η επίτευξη της άριστοποίησης (με την έννοια της μεγιστοποίησης της κοινωνικής ευημερίας), ενώ και η μερική μόνο τήρηση των προϋποθέσεων αυτών πάλι δεν είναι επιθυμητή. Φυσικά, η αξία μίας ιδανικής αγοράς βρίσκεται στο ρόλο της ως μέτρον πραγματικών καταστάσεων, γιατί είναι δυνατό να εξευρεθεί κατά πόσο τα αποτελέσματα μίας πραγματικής αγοράς αποκλίνουν από αυτά μίας ιδανικής και να ληφθούν τα κατάλληλα μέτρα πολιτικής για τον περιορισμό αυτών των αποκλίσεων.

Οι οικονομικές ιδιομορφίες όμως της ιατρικής περίθαλψης είναι τέτοιες ώστε να παραβιάζουν τις προϋποθέσεις για την επίτευξη, μέσω ενός συστήματος αγοράς, όχι μόνο ενός άριστου, αλλά—σε συνδυασμό και με την άνιση κατανομή εισοδήματος—σε πολλές χώρες—έστω κι ενός ικανοποιητικού αποτελέσματος όσον αφορά την κοινωνική ευημερία. Συνεπώς, η αδυναμία του συστήματος αγοράς να προσφέρει ικανοποιητική λύση στο πρόβλημα παροχής ιατρικής περίθαλψης είναι εκείνη που οδηγεί στην ανάζηση ένυλλακτικών οργανωτικών λύσεων.

Μία τέτοια λύση είναι το κοινωνικοποιημένο σύστημα οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας που έχει τις

ρίξεις του βασικά στην παροχή ιατρικής περίθαλψης σύμφωνα με τὰ κριτήρια τῆς ἴσης μεταχείρισης τῶν ἀσθενῶν καὶ τῆς ἀνάγκης τους γιὰ ἱατρικὴ περίθαλψη παρὰ σύμφωνα μὲ τὴν ἱκανότητά τους νὰ πληρώσουν. Κάτω ἀπὸ ἓνα τέτοιο σύστημα, οἱ ὑπηρεσίες υγείας προσφέρονται δωρεάν στοῦ κοινῷ, ὅπως λ.χ. ἡ ἐκπαίδευση, ἡ ἄμυνα, ἡ δικαιοσύνη κτλ. Ἀλλὰ, ἡ ἱατρικὴ περίθαλψη παίρνει καθαρὰ τὴ μορφή δημοσίου ἀγαθοῦ. Δωρεάν υγεία ὁμῶς, ὅπως καὶ δωρεάν ἐκπαίδευση, δὲν σημαίνει ὅτι οἱ ὑπηρεσίες αὐτές δὲν πληρώνονται. Οἱ ὑπηρεσίες εἶναι δωρεάν στοῦ σημείου ἐπαφῆς γιὰ τοῦ ἀσθενῆ, ἀλλὰ πληρώνονται εἴτε μέσω γενικῆς φορολογίας εἴτε μέσω ἀσφάλισης εἴτε μέσω ἑνὸς συνδυασμοῦ τῶν παραπάνω. Συνεπῶς, ἓνα κοινωνικοποιημένο σύστημα υγείας συνεπάγεται μεγαλύτερη φορολογικὴ ἐπιβάρυνση γιὰ τὸ κοινῷ, μολοντὶ ἡ προοδευτικότης τῆς φορολογίας μπορεῖ νὰ ἐξασφαλίσει μιὰ σχετικὴ ἐλάττωση τοῦ φορολογικοῦ βάρους τῶν χαμηλοτέρων ἐισοδηματικῶν τάξεων.

Ἡ προτίμηση ἑνὸς κοινωνικοποιημένου συστήματος ἔναντι ἑνὸς ἀγοραίου συστήματος παροχῆς ὑπηρεσιῶν υγείας δὲν εἶναι δυνατό νὰ βασιστεῖ σὲ αὐτὸς ἰσχυρὸς λόγος, ἀφοῦ τὸ Παρεταμιό κριτήριο³ ἀξιολόγησης μέτρων πολιτικῆς δὲν εἶναι εὐκόλο νὰ ἐφαρμοστεῖ. Τὸ ζήτημα εἶναι ἐμπειρικό, καὶ σύγκριση τῶν ἀποτελεσμάτων τῶν δύο συστημάτων εἶναι δυνατὴ μόνο α posteriori. Συνεπῶς, ἡ ἀπόφαση περὶ ἀλλαγῆς πολιτικῆς στηρίζεται ἀναγκαστικὰ καὶ σὲ ἀξιολογικὲς κρίσεις ἀποφαινομένη μετὰ τὰ δύο συστήματα. Ἀνεξάρτητα ὁμῶς ἀπὸ ἰδεολογικοὺς καὶ πολιτικοὺς λόγους, τὰ οἰκονομικὰ ἐπιχειρήματα ἐφαρμογῆς ἑνὸς κοινωνικοποιημένου συστήματος ὁργανώσεως τῶν ὑπηρεσιῶν υγείας στὴν Ἑλλάδα εἶναι πολὺ ἰσχυρά.

Οἱ ὑπάρχουσες ἐνδείξεις τείνουν νὰ ἐπιβεβαιώνουν τὴ προβλεψή της οἰκονομικῆς θεωρίας γιὰ τὴν ἀκαταλληλότητα τοῦ ὑπάρχοντος συστήματος. Ἡ ἀβεβαιότητα ποὺ χαρακτηρίζει τὴν ἱατρικὴ περίθαλψη καὶ ἡ μονοπωλιακὴ δύναμη τῶν γινατρῶν ἔχουν ὀδηγήσει σὲ τιμολογιακὲς πρακτικὲς ποὺ δὲν διαφέρουν ἀπὸ ἐκείνες τῶν μονοπωλιακῶν ἢ ὀλιγοπωλιακῶν ἐπιχειρήσεων τοῦ μεταποιητικοῦ τομέα, μετὰ συνεπακόλουθο τὴ σημαντικὴ σπατάλη παραγωγικῶν πόρων. Παρὰ τὸ γεγονός ὅτι ἡ προσφορά γινατρῶν στὴν Ἑλλάδα εἶναι σχετικὰ μεγάλη (ἀναλογοῦν 232 γινατροὶ ἀνὰ 100.000 κατοικοὺς στὴν Ἑλλάδα ἔναντι 197 τοῦ μέσου ὁρου τῆς ΕΟΚ),⁴ οἱ παρεχόμενες ὑπηρεσίες ἱατρικῆς περίθαλψης δὲν θεωροῦνται ἱκανοποιητικὲς. Αὐτὸ, μετὰξὺ ἄλλων, ὀφείλεται στὴ σημαντικὴ περιφε-

ριακὴ ἀνισότητα στὴν κατανομή τῶν γινατρῶν, ποὺ ἐχει ἐπιφέρει τὸ σύστημα ἀγορᾶς, μετὰ τὴ μεγαλύτερη συγκέντρωση γινατρῶν στὴς περιοχὲς Ἀττικῆς καὶ Θεσσαλονικῆς, ὅπου ἀναλογοῦν 410 καὶ 390 γινατροὶ ἀνὰ 100.000 κατοικοὺς ἀντίστοιχα.⁵ Ἀποτέλεσμα αὐτοῦ εἶναι πὼς τὸ ὀριακὸ προϊόν τῶν γινατρῶν τείνει νὰ εἶναι χαμηλὸ στὰ κέντρα αὐτὰ καὶ μεγάλο στὴς λοιπὲς περιοχὲς τῆς χώρας, πράγμα ποὺ σημαίνει πὼς ἂν οἱ ὑπάρχοντες παραγωγικοὶ πόροι (γινατροὶ) κατανανοῦνται περισσότερο ἐξισωτικὰ θὰ ἐπέφεραν κάποια βελτίωση στὴν παρεχόμενη ἱατρικὴ περίθαλψη.

Ἐπίσης, ἓνας ἄλλος λόγος τῆς μὴ ἱκανοποιητικῆς παροχῆς ὑπηρεσιῶν υγείας εἶναι ὁ χαμηλὸς συντελεστὴς νοσοκομειακῆς περίθαλψης, ἀφοῦ στὴν Ἑλλάδα ἀντιστοιχοῦν 6,4 νοσοκομειακὰ κρεβάτια ἀνὰ 1.000 κατοικοὺς ἔναντι 10,3 τοῦ μέσου ὁρου τῆς ΕΟΚ.⁶ Τοῦτο φυσικὰ εἶναι συνέπεια τῶν χαμηλῶν σχετικὰ δημόσιων δαπανῶν γιὰ τὴν υγεία, ὅπως δείχνει ὁ Πίνακας 1.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. Δαπάνες δημοσίου γιὰ ἀγαθὰ καὶ ὑπηρεσίες

Δραστηριότητα	Ἑκατομύρια δραχμῆς		Σταθερὲς τιμὲς 1970			
	Δαπάνη		% συμμετοχῆς σὲ ΑΕΠ		Ἐτήσιος ρυθμὸς μεταβολῆς	
	1958	1977	1958	1977	%	
Διοίκηση	1.824	19.241	4,0	5,2	7,5	
Ἄμυνα	6.168	28.811	5,1	7,8	8,5	
Δικαιοσύνη	976	2.494	0,8	0,7	5,1	
Υγεία	803	5.685	0,7	1,5	10,8	
Πρόνοια	160	794	0,1	0,2	8,8	
Ἐκπαίδευση	2.090	9.352	1,7	2,5	8,2	
Λοιπὴ δράση	324	974	0,3	0,3	6,0	
Σύνολο	15.344	67.351	12,7	18,2	8,1	

Πηγή ἢ: Ὑπουργεῖο Συντονισμοῦ, Ἐθνικὸ Λογισμιοστὶ τῆς Ἑλλάδος 1958-75 καὶ Προσωρινὸ Ἐθνικὸ Λογισμιοστὶ τῆς Ἑλλάδος 1978.

Σύμφωνα μετὰ τὸν Πίνακα 1, κατὰ τὴν περίοδο 1958-1977 ὁ ἐτήσιος ρυθμὸς μεταβολῆς τῶν δημόσιων δαπανῶν γιὰ τὴν υγεία ἀνῆλθε σὲ 10,8%, δηλαδὴ ἡ υγεία ἀντιπροσώπευε τὸν τομέα κρατικῶν δαπανῶν ποὺ σημείωσε τὴν ταχύτερη ἀύξηση.

Παρ' ὅλα αὐτὰ ὁμῶς, οἱ δαπάνες γιὰ τὴν υγεία εἶναι ἀκόμη χαμηλές. Ἐκφρασμένες ὡς ποσοστὸ συμμετοχῆς στοῦ ἀκαθάριστο ἐγχώριο προϊόν (ΑΕΠ), οἱ δαπάνες αὐτές ἀντιπροσώπευαν 0,7% κατὰ τὸ 1958 καὶ 1,5% τοῦ ΑΕΠ κατὰ τὸ 1977. Προσθέτοντας καὶ τὴς δαπάνες πρόνοιας, ἡ συμμετοχὴ ἀνέρχεται σὲ 1,7% τοῦ ΑΕΠ κατὰ τὸ 1977.

Τὸ ποσοστὸ αὐτὸ μπορεῖ ἐνδεικτικὰ καὶ μόνο νὰ συγκριθεῖ μετὰ τὸ ἀντίστοιχο ποσοστὸ τῶν χωρῶν μελῶν τῆς ΕΟΚ, ποὺ κυμαίνονται μετὰξὺ 4,6% γιὰ τὴν Ἰταλία καὶ 8,4% γιὰ τὴν Ὁλλανδία δίδοντας ἓνα μέσο ὁρο 6,6% γιὰ τὴς χώρες τῆς ΕΟΚ.⁷ Βέβαια, τὰ

3. Σύμφωνα μετὰ τὸ κριτήριό Παρέτο, ἓνα μέτρο πολιτικῆς θεωρεῖται ἐπιθυμητὸ ἂν ὠφελεῖ κάποιο ἢ κάποια μέλη τῆς κοινωνίας χωρὶς νὰ προκαλεῖ βλάβη σὲ κανένα ἄλλο ἄτομο. Ἀποδοχὴ ὅλων ἐκείνων τῶν μέτρων πολιτικῆς ποὺ ἱκανοποιοῦν τὸ κριτήριο αὐτὸ ἀξιάζει τὴν κοινωνικὴ εὐημερία, ἡ ὁποία φθάνει στοῦ μέγιστο σημείου τῆς ὅταν δὲν εἶναι δυνατό νὰ ὠφεληθεῖ ἕστο καὶ ἓνα ἄτομο χωρὶς βλάβη στοῦ συμπεφέροντα κάποιο ἄλλο. Συνήθως, μέτρα πολιτικῆς ὠφέλου ὀρισμένα ἄτομα καὶ βλάπτουν ἄλλους· γιὰ τοῦτο ἡ ἀπόφαση γιὰ τὴ λήψη τους στηρίζεται σὲ ἀξιολογικὲς κρίσεις.

4. Γιὰ τὰ στοιχεῖα τῆς ΕΟΚ ποὺ ἀφοροῦν τὸ 1978, βλέπε *The Times*, 29/10/1980. Γιὰ τὰ ἑλληνικὰ στοιχεῖα ποὺ ἀφοροῦν τὸ 1977, βλέπε Στατιστικὴ Ἐπετηρὶς τῆς Ἑλλάδος.

5. Βλέπε *Τὸ Βῆμα*, 3/10/1980.

6. *The Times*, ὅπ. π., ΕΣΥΕ, ὅπ. π.

7. Βλέπε *The Times*, ὅπ. π.

στοιχεία αυτά δεν είναι έντελως συγκρίσιμα, γιατί το ελληνικό ποσοστό συμμετοχής αναφέρεται μόνο στις κρατικές δαπάνες, ενώ τα ξένα σε συνολικές δαπάνες για την υγεία. Αν ληφθούν υπόψη και οι ιδιωτικές δαπάνες για περίθαλψη, που είναι σημαντικές, τότε το ελληνικό ποσοστό ανεβαίνει αρκετά. Παρά το γεγονός λοιπόν ότι η συνολική ελληνική δαπάνη για ιατρική περίθαλψη δεν διαφέρει πολύ από τις αντίστοιχες ξένες, η ποιότητα της προσφερόμενης περίθαλψης δεν συγκρίνεται εύνοικα με τις ξένες.

Ενδεικτικό αυτής της κατάστασης είναι ότι ένας ολοένα αυξανόμενος αριθμός Έλλήνων ασθενών στρέφεται προς το εξωτερικό για θεραπεία, πράγμα μοναδικό για τις ευρωπαϊκές χώρες. Μία σημαντική έρευνα⁸ στον τομέα αυτό βρίσκει ότι εκείνο που προκαλεί αυτή τη φυγή προς τα έξω είναι η έλλειψη εμπιστοσύνης προς τους Έλληνες γιατρούς. Αυτό φυσικά έχει σοβαρές συνέπειες τόσο στην ψυχική και οικονομική κατάσταση των ασθενών και συγγενών τους, όσο και στο ισοζύγιο πληρωμών της χώρας, όπως καταφαίνεται από τον Πίνακα 2.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2. Νοσήλια για θεραπεία στο εξωτερικό

Χιλιάδες δολάρια

Έτος	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979
\$000	3.830	3.547	2.780	6.036	5.384	5.735	7.746	11.969

Πηγή: Τράπεζα της Ελλάδος, Δελτίον Έξωτερικών Συναλλαγών της Ελλάδος.

Τά ποσά αυτά όμως δεν προσδιορίζουν την πραγματική επιβάρυνση του ισοζυγίου πληρωμών από τη μετάβαση ασθενών στο εξωτερικό, γιατί δεν συμπεριλαμβάνουν τα έξοδα παραμονής στις ξένες χώρες. Η μελέτη των Μπούρα-Ψαχαρόπουλου, που προαναφέρθηκε, εκτίμησε ότι τα έξοδα παραμονής καλύπτουν το 41% περίπου των νοσηλείων ανά ασθενή. Συνεπώς, η επιβάρυνση του ισοζυγίου πληρωμών πρέπει να προσαυξηθεί κατάλληλα, μολονότι και πάλι είναι δυνατό το τελικό ποσό να αποτελεί υποεκτίμηση της πραγματικής επιβάρυνσης. Η εικόνα που προκύπτει είναι «...ότι η μετάβαση στο Λονδίνο για θεραπεία είναι, κατά μέσο όρο, μία ακριβή διαδικασία».⁹

Η παραπάνω εξέταση ορισμένων άποψεων της λειτουργίας του συστήματος αγοράς στον τομέα της ελληνικής ιατρικής περίθαλψης δείχνει ότι οι ίδιοι παραγωγικοί πόροι ίσως είχαν χρησιμοποιηθεί αποδοτικότερα και αποτελεσματικότερα κάτω από ένα διαφορετικό σύστημα οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας, που θα επιχειρούσε κάποιον ορθολογικότερο σχεδιασμό και κατανομή των πόρων αυτών.

Ένα άλλο οικονομικό επιχείρημα υπέρ ενός κοινοικοποιημένου συστήματος οργάνωσης παροχής ιατρικής περίθαλψης είναι η αξιοποίηση των οικονομικών κλίμακας, που επέρχεται με ολοκλήρωση και κεντρικό συντονισμό των υπηρεσιών υγείας, έναντι του κατακερματισμού και διαφορισμού προϊόντος που χαρακτηρίζουν το σημερινό άγοραίο σύστημα.

Πάντως, ένα κοινοικοποιημένο σύστημα έχει επίσης τα προβλήματά του. Τα κυριότερα είναι οργανωτικά και χρηματοδοτικά. Όσον αφορά την οργάνωση ενός κεντροκοποιημένου συστήματος, παρατηρείται ότι ακόμη και χώρες με πολύ καλύτερες οργανωτικές ικανότητες στη δημόσια διοίκηση από την Ελλάδα έχουν αντιμετωπίσει και αντιμετωπίζουν προβλήματα για την αριότερη και αποδοτικότερη λειτουργία παρόμοιων συστημάτων. Τουτό είναι χαρακτηριστικό των μεγάλων γραφειοκρατικών οργανώσεων. Η ανεπαρκέστατη ελληνική δημόσια διοίκηση δεν εμπνέει εμπιστοσύνη, αλλά δεν υπάρχει ανάγκη ο καινούργιος φορέας να γίνει κατ' εικόνα και ομοίωση της υπάρχουσας δημόσιας διοίκησης. Μία λ.χ. ενεργότερη συμμετοχή της τοπικής αυτοδιοίκησης σ' ένα νέο φορέα μπορεί να είναι καταλυτική πολλών κακών εξων και να συμβάλει αποφασιστικά στην αποτελεσματικότερη λειτουργία του συστήματος.

Αναφορικά με τη χρηματοδότηση ενός τέτοιου συστήματος έχει να παρατηρηθεί ότι η δωρεάν παροχή ιατρικής περίθαλψης θα οδηγήσει άσφαλώς σε μία αύξηση της ζήτησης των υπηρεσιών αυτών, και συνεπώς σε διόγκωση των δαπανών υγείας, αν οι προσδοκίες του λαού για βελτίωση περίθαλψης πρόκειται να πραγματοποιηθούν. Αποκλειστική χρηματοδότηση αυτού του αυξανόμενου βάρους μέσω φορολογίας δυνατόν να συναντήσει σοβαρές διαφωνίες, μολονότι οι συνολικές σημερινές δαπάνες υγείας δεν είναι λιγότερο επαχθείς.

Για τουτό, ίσως, είναι προτιμότερη μία μέση λύση που αξιοποιεί τους υπάρχοντες θεσμούς κοινωνικών ασφαλίσεων, με την απαραίτητη όμως προϋπόθεση της συγχώνευσης των διαφόρων ασφαλιστικών ταμείων, όσον αφορά τον κλάδο της ιατρικής περίθαλψης, κάτω από ένα φορέα, πράγμα που θα αξιοποιεί οικονομίες κλίμακας. Η λύση αυτή έχει το πλεονέκτημα ότι επιτρέπει στους ασφαλισμένους κάποια επιλογή. Ταυτόχρονα όμως το Κράτος, μέσω της αυξημένης γενικής φορολογίας, είναι σε θέση να εξασφαλίσει και στα λοιπά μέλη της κοινωνίας, που για οποιοδήποτε λόγο δεν είναι ασφαλισμένα, την ίδια μεταχείριση με τους ασφαλισμένους.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Arrow, K. (1963), «Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care», *American Economic Review*, vol. 53, pp. 941-73.
2. Culyer, A.J. (1971), «Is Medical Care Different?», *Oxford Economic Papers*, vol. 23, pp. 189-211.
3. Μπούρας, Ν. και Ψαχαρόπουλος, Γ., *Έλληνες ασθενείς στο Λονδίνο*. Είσηγηση στο συνέδριο ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΚΡΑΤΟΣ.

8. Ν. Μπούρας και Γ. Ψαχαρόπουλος, *Έλληνες ασθενείς στο Λονδίνο*, Είσηγηση στο συνέδριο ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΚΡΑΤΟΣ, Αθήνα, 12-13 του Δεκεμβρίου 1980.

9. Ν. Μπούρας και Γ. Ψαχαρόπουλος, *δπ. π.*