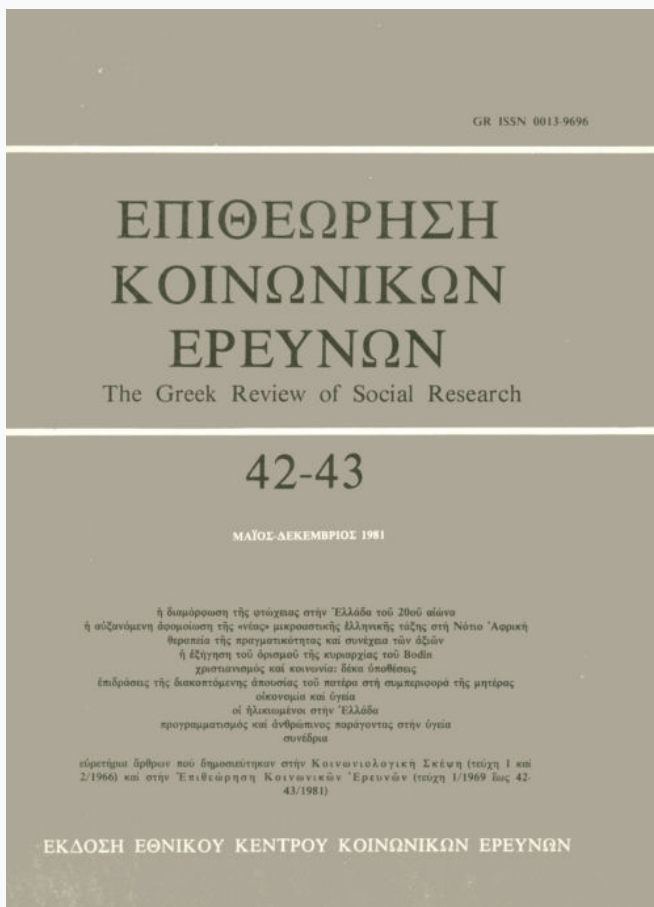


## The Greek Review of Social Research

Vol 42 (1981)

42-43



### Οικονομία και υγεία: Η περίπτωση της Ελλάδας

Γιώργος Α. Πετρόχειλος

doi: [10.12681/grsr.422](https://doi.org/10.12681/grsr.422)

Copyright © 1981, Γιώργος Α. Πετρόχειλος



This work is licensed under a [Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/).

### To cite this article:

Πετρόχειλος Γ. Α. (1981). Οικονομία και υγεία: Η περίπτωση της Ελλάδας. *The Greek Review of Social Research*, 42, 194–200. <https://doi.org/10.12681/grsr.422>

## 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

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 άντλείται 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 για τούτο παρατηρείται σήμερα μιά στροφή του ενδιαφέροντος των οικονομολόγων, που ασχολούνται με θέματα υγείας, προς τον εμπειρισμό· στη 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. Για τούτο 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.

### ή 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 έξασφαλισία άνετες συνθήκες διαβίωσης, η διατήρηση και βελτίωση τής υγείας του πληθυσμού βασίζεται στην παροχή ιατρικής φροντίδας τόσο προληπτικής όσο και θεραπευτικής.

Γιά τήν Ικανοποιητική εφαρμογή οικονομικής ανάλυσης σέ θέματα Ιατρικής περίθαλψης χρειάζονται:

α) Ό όρισμός του προϊόντος τών υπηρεσιών υγείας.  
β) Η γνώση του τρόπου μέ τόν όποιο ή κοινωνία Ιεραρχεί αυτά τά προϊόντα από πλευράς προτεραιότητας.

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

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

Όπως και σέ όρισμένους άλλους τομείς ανθρώπινης δραστηριότητας, όπως λ.χ. στήν εκπαίδευση, άπαντήσεις στά παραπάνω ερωτήματα είναι εξαιρετικά δύσκολες. Προς τό παρόν δέν υπάρχει Ικανοποιητικός όρισμός του προϊόντος τών υπηρεσιών υγείας, λ.χ. ενός νοσοκομείου. Άποτελεί προϊόν ό αριθμός τών άσθενών που έχουν δεχθεί θεραπεία ή ό αριθμός τών άσθενών που έχουν θεραπευθεί, ή μήπως τό προϊόν μπορεί νά εκτιμηθεί μετρώντας τίς ώρες εργασίας Γιατροών, νοσοκόμων και τών άλλων προσωπικών;

Μία μερική προσπάθεια γιά νά δοθεί άπάντηση στό δεύτερο ερώτημα διαφαίνεται άμέσως πού κάτω, στά πλαίσια άντιμετώπισης τών θάνατων υγείας σάν επένδυσης: αλλά κι αυτή δέν είναι Ικανοποιητική. Επίσης, δέν υπάρχει κάποια μοναδική τεχνολογία γιά τόν επακριβή καθορισμό τών πόρων που απαιτούνται γιά τήν θεραπεία κάθε άσθενείας. Προβλήματα ίσως ανακύπτουν σχετικά μέ τήν εκτίμηση του κόστους ευκαιρίας του προϊόντος τών υπηρεσιών υγείας. Πέρα από τό κοινωνικό κόστος τών παραγωγικών συντελεστών που έχουν χρησιμοποιηθεί, θά πρέπει επί πλέον νά ληφθεί ύπόψη 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, τής μιζέριας ή τής χαρδής σέ περίπτωσης θεραπείας;

Όι δαπάνες γιά τήν υγεία έχουν συχνά άντιμετωπιστεί από οικονομολόγους είτε σάν καταναλώση, είτε συχνότερα σάν επένδυση σέ ανθρωπίνo κεφάλαιο, παρόμοια μέ τή γενική εκπαίδευση ή μέ τήν επαγγελματική εκπαίδευση του εργατικού δυναμικού. Όπως ή επένδυση, λ.χ., σέ επαγγελματική εκπαίδευση αναμένεται νά δηγήσει σέ αύξηση τής παραγωγικότητας και αύξηση του εισοδήματος, μέ συνέπεια τή βελτίωση τών συνθηκών διαβίωσης, έτσι και κάτω από μία στενή οικονομική έννοια υπάρχουν όρισμένα χρηματικά όφέλη από επενδύσεις στίς υπηρεσίες υγείας. Τό επίχειρμα είναι πώς μία κοινωνία, έχοντας επενδύσει σέ τέτοιες υπηρεσίες, προσδοκά κάποιο χρηματικό όφελος, άφου ένας υγιής πληθυσμός (και συνεπώς εργατικό δυναμικό) βιοηράζει θετικά τήν παραγωγή και τή βελτίωση του βιοτικού του επίπεδου. Μιά τέτοια

θεώρηση όμως δέν είναι άπαλλαγμένη από μεθοδολογικές και αναλυτικές περιπλοκές, γιατί προϋποθέτει, γιά τήν αξιολόγηση κάθε επένδυσης, λ.χ., σέ νοσοκομεία, τήν εκτίμηση του όφέλους που θά προκύψει στήν κοινωνία από τήν ύπαρξη τής μονάδας αυτής και τή σύγκριση του μέ τό κοινωνικό κόστος κατασκευής του νοσοκομείου και τής επάνδρωσής του. Κάτι τέτοιο είναι άρκετά δύσκολο γιά δύο λόγους κυρίως. Ό πρώτος είναι πώς τό προϊόν τών υπηρεσιών υγείας (όπως ένα νοσοκομείο) δέν είναι επακριβώς καθορισμένο, όπως έδειξε ή πιο πάνω ανάλυση. Ό δεύτερος λόγος, άκόμη κι άν ύποτεθεί τό προϊόν μπορεί επακριβώς νά καθορισθεί, βρίσκεται στήν αξιολόγηση του. Όι οικονομολόγοι χρησιμοποιούν συνήθως γιά τήν αξιολόγηση τέτοιων επενδύσεων μονάδες χρόνου, αλλά οι τιμές που χρησιμοποιούνται γιά τήν αξιολόγηση τής εξοικονόμησης χρόνου έχουν κάποια δόση αυθαρεσίας. Στήν προκειμένη περίπτωση, μία επένδυση σέ νοσοκομείο επιτρέπει στούς άσθενείς (που νοιώτερα έπρεπε νά περιμένουν) ταχύτερη θεραπεία, εξοικονομώντας έτσι χρόνο στά ότομα, και ή όποία αξιολογείται ανάλογα μέ τήν παραγωγική τους Ικανότητα. Άν λοιπόν είναι δυνατόν αυτή ή ροή εισοδήματος (όφέλους), που προκύπτει κατά τή διάρκεια τής ζωής του νοσοκομείου, νά εκτιμηθεί, τότε ή αξιολόγηση τής επένδυσης διευκολύνεται μέ τήν έξευρεση τής παρούσας! αξίας του όφέλους αυτού και τή σύγκριση του μέ τό αρχικό κόστος τής επένδυσης. Η τεχνοκρατική αυτή θεώρηση που σχηματίστηκε άγνοεί άλλους έξ ίσου σπουδαίους τομείς σχετικά μέ τό πρόβλημα, αλλά αυτό δέν αποτελεί μειονέκτημα τής θεωρίας. Άντικατοπτρίζει μάλλον τήν ανθρωπινή άδυναμία νά αξιολογήσει τόσο τό κοινωνικό και ανθρωπιστικό όφελος όσο και κόστος, που προκύπτουν από τήν καταπολέμηση και μείωση ή όχι του πόνου και τής μιζέριας τών άσθενών και τών λοιπών μελών τών οικογενειών τους και τής υπόλοιπης κοινωνίας. Δηλαδή τό ερώτημα είναι: πώς αξιολογούνται τά άυλα αγαθά και «κακά» που σχετίζονται μέ τήν άρχική επένδυση.

### ή ζήτηση Ιατρικής περίθαλψης

Η παραπάνω εξέταση τών προσδιοριστικών παραγόντων τής υγείας έδειξε πώς ή ζήτηση Ιατρικής περίθαλψης είναι ζήτηση παράγωγης, που υπάρχει σάν συνένεια τής ζήτησης υγείας αυτής καθ' έαυτήν. Η Ιατρική περίθαλψη όμως έχει όρισμένα χαρακτηριστικά που τήν διαφοροποιούν από άλλα οικονομικά αγαθά. Τά χαρακτηριστικά αυτά βρίσκονται τόσο στήν πλευρά τής ζήτησης όσο και στήν πλευρά τής προσφοράς τής Ιατρικής περίθαλψης και χρειάζονται μία σύντομη έπισκόπηση.

Άπό πλευράς οικονομικής ανάλυσης, έκείνο που

1. Τουτό φυσικά δημιουργεί τή δυσκολία έξεύρεσης ενός έπιτοκίου κοινωνικού κόστους ευκαιρίας (social opportunity cost rate) ή ενός έπιτοκίου χρονικής κοινωνικής προτίμησης (social time preference rate) γιά τήν προεξόφληση τών ροών κόστους και όφέλους.

παρουσιάζει ενδιαφέρον, δσον αφορά τή ζήτηση Ιατρικής περιθαλψης, είναι οι προσδιοριστικοί παράγοντες τής ζήτησης αυτής και ο τρόπος μέ τόν όποιο επιδρούν, ώστε να είναι δυνατή κάποια εκτίμηση τής ζήτησης. Η εκτίμηση όμως τής ζήτησης Ιατρικής περιθαλψης διαφέρει από τήν εκτίμηση άλλων οικονομικών αγαθών. Τουτό δέν όφείλεται στο γεγονός δι τή ζήτηση αυτή είναι άκανόνιστη και άπρόβλεπτη μία και κάτω τέτοιο συμβαίνει και μέ άλλες μορφές αγαθών και υπηρεσιών. Οι δυσκολίες έντοπίζονται στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά τής Ιατρικής περιθαλψης. Κατ' άρχήν, οι τιμές δέν παίζουν τόν ίδιο ρόλο στην εκτίμηση τής ζήτησης Ιατρικής περιθαλψης μ' αυτόν πού παίζουν σε άλλα αγαθά ή υπηρεσίες. Ο λόγος είναι δι στα περισσότερα συστήματα όργάνωσης τών υπηρεσιών ύγειας οι τιμές πού πληρώνουν οι άσθενείς, όταν κάνουν χρήση τών υπηρεσιών αυτών, επιδοτούνται είτε μέ τή μορφή φορολογικών έλαφρύνσεων είτε μέ κάποια μορφή ασφάλισης, πού κάνει τήν εκτίμηση τής ζήτησης τών υπηρεσιών αυτών δύσκολη. Πάντως, έμπειρικές μελέτες έχουν δείξει πώς ή ζήτηση Ιατρικής περιθαλψης είναι άελαστική σε σχέση μέ τήν τιμή τής.

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

Αυτή ή ανάλυση έξηγεί τό λόγο πού ή συμπεριφορά τού γιατρού είναι (ή πρέπει νά είναι) διαφορετική από αυτή τού έπιχειρηματία. Ακόμη και κάτω από ένα σύστημα αγοράς, στο όποιο επικρατεί τό κίνητρο τού κέρδους, ο γιατρός δέν επιτρέπεται νά έμπορεύεται από, δι, τή Joan Robinson άποκαλεί "...τα ζωώδη ένστικτα τών έπιχειρηματιών". Και τουτό γιατί υπάρχει ένας συλλογικός προσανατολισμός, σε αντίθεση μέ τόν άτομικο, πού διακρίνει τήν Ιατρική και όρισμένα άλλα επαγγέλματα από τήν τυπική έπιχειρηματική

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

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

Επί πλέον, υπάρχει τό πρόβλημα τής άβεβαιότητας για τούς άσθενείς, και ή άβεβαιότητα αυτή παίρνει διαφορετικές μορφές.<sup>2</sup> Ο άσθενής είναι άβέβαιος για τήν ποιότητα και άποτελεσματικότητα τής προσφερόμενης Ιατρικής περιθαλψης, και ή άβεβαιότητα στην προκειμένη περίπτωση είναι έντονότερη από, δι, συμβαίνει μέ άλλα αγαθά ή υπηρεσίες. Ανάρρωση από άσθένεια είναι άπρόβλεπτη, ιδιαίτερα από σοβαρά άσθένεια. Επίσης είναι δυνατόν ή άβεβαιότητα αυτή τς περισσότερες φορές νά ίσχυει καιτ' έπέκταση και για τό γιατρό, αλλά υπάρχει μία ποιοτική διαφορά μεταξύ τής άβεβαιότητας τού άσθενή και τής άβεβαιότητας τού γιατρού, πράγμα πού στηρίζεται στη δν ροηρητική κατοχή Ιατρικών γνώσεων. Φυσικά, τόσο ο γιατρός όσο κι ο άσθενής, είναι ένήμεροι τής ύπαρξης άνισης πληροφόρησης, κι αυτή ή άνισότητα είναι πού επηρεάζει τή σχέση γιατρού-άσθενή. Μία άλλη μορφή άβεβαιότητας δημιουργείται από τό γεγονός δι άσθενείς πού χρειάζονται Ιατρική φροντίδα ζητούν Ιατρικές υπηρεσίες χωρίς νά γνωρίζουν από τήν αρχή τό συνολικό τους κόστος, μελονότι αυτή ή μορφή είναι ειδική περίπτωση τής έλλειψης πληροφόρησης πού 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 απόδοση τών παραγωγικών συντελεστών πού χρησιμοποιούνται στην παραγωγή του, σε σύγκριση μέ τήν απόδοση πού οι ίδιοι αυτοί συντελεστές έχουν όταν χρησιμοποιούνται σε κάποια άλλη παραγωγική δραστηριότητα. Έξετάζοντας τήν προσφορά τής Ιατρικής περιθαλψης, τό άκόλουθα σημεία πρέπει νά τονίσουμε. Αυτά τά σημεία είναι σε μεγάλο βαθμό κοινά μέ τήν προσφορά όρισμένων άλλων

2. Ένα σχετικό θέμα είναι επίσης ο κίνδυνος πού διατρέχουν τά άτομα νά άσθενήσουν και ο τρόπος αντιμετώπισης του. Συνήθως, ο κίνδυνος αντιμετώπιζεται μέ κάποια μορφή ασφάλισης, για τήν όποια θά μιλήσουμε εκτενέστερα 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 πως το κόστος της ιατρικής περιθαλψης αυξάνει, ή πολιτική όμως αυτή του περιορισμού εξασφαλίζει, κατά τους υποστηρικτές της, ένα ελάχιστα απαραίτητων ικανοτήτων στους γιατρούς.

Ένα άλλο χαρακτηριστικό από την πλευρά της προσφοράς είναι πως το κόστος των ιατρικών σπουδών επιδοτείται περισσότερο ίσως από το κόστος όποιωνδήποτε άλλων σπουδών. Σαν αποτέλεσμα αυτής της επιδότησης υπάρχει μία σημαντική διαφορά μεταξύ άτομου όφελους και ατομικού κόστους για τους σπουδαστές ιατρικών σχολών, πράγμα που θα έτεινε να μειώνει την τιμή προσφοράς της ιατρικής περιθαλψης. 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 πως, κάτω από ένα αγοραίο σύστημα οργάνωσης της ιατρικής περιθαλψης, 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 άσθενείς, παρόμοιος με το διαφορισμό τιμής κάτω από μονοπωλιακές συνθήκες, με τη διαφορά πως βάση του διαφορισμού είναι το εισόδημα του άσθενη (χαμηλή και ίσως μηδαμική άμοιβή για άπορους και υψηλή άμοιβή για πλούσιους άσθενείς). 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 περιθαλψης.

Αντίθετα, ζωηρός ανταγωνισμός άμοιβών μεταξύ των γιατρών δεν είναι διαδομένος. Φυσικά, ο γιατρός δεν είναι μόνος στην εφαρμογή αυτών των περιοριστικών πρακτικών, γιατί παρόμοιες πρακτικές ακολουθούνται κι 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.

### Ξεωτερικές επιδράσεις (externalities)

Μία άλλη μορφή χαρακτηριστικών της ιατρικής περιθαλψης, που σχετίζονται με την επιλογή του καταλληλότερου συστήματος οργάνωσης της παραγωγής και κατανομής της, είναι οι λεγόμενες ξεωτερικές 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 όφελιμες (external economies) και δυσμενείς ή δαπάνες (external diseconomies). Στο υπό εξέταση θέμα αυτές οι ξεωτερικές επιδράσεις είναι δυνατόν να δημιουργηθούν σε περιπτώσεις:

(α) Μεταδοτικών άσθενειών και τρόπου αντιμετώπισής τους.

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

(γ) Παροχής ιατρικής περιθαλψης σε τρίτους.

Στην περίπτωση μεταδοτικών άσθενειών, τα μέλη μιας κοινωνίας απολαμβάνουν κάποιο ξεωτερικό όφελος από το γεγονός πως τρίτοι έχουν εμβολιαστεί, αφού ο εμβολιασμός περιορίζει τον κίνδυνο εξάπλωσης της άσθενειας (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 ξεωτερική δαπάνη. Είναι λοιπόν φανερό πως τα μέλη μιας κοινωνίας απολαμβάνουν κάποιο ξεωτερικό όφελος από προγράμματα γενικού εμβολιασμού ή προγράμματα εξάλειψης εστιών μόλυνσης (έλη κτλ.). Άφου 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 νοστορίας, 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 προς το παρόν δεν χρειάζονται αυτές.

Η τελευταία κατηγορία ξεωτερικού όφελους άφορά στην περίπτωση όρισμένων ατόμων, που, κατά τη γνώμη τρίτων, έχουν ανάγκη ιατρικής περιθαλψης και είτε δεν την ζητούν είτε δεν έχουν επαρκή περιθαλψη. 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 όρθολογιστικότητας), (β) στην έλλειψη επαρκών εισοδημάτων και (γ) στην έλλειψη ασφάλισης, λόγω άρνησης, π.χ., των ασφαλιστικών εταιριών να ασφαλίσουν τα άτομα αυτά, επειδή πάσχουν από χρόνιες ή πολυδάπνες άσθενείες, κτλ. Κάτω από αυτές τις συνθήκες, η παροχή των αναγκαίων υπηρεσιών στα άτομα αυτά όποφέρει κάποιο ξεωτερικό όφελος στο λοιπά μέλη της κοινωνίας, ένα κοινωνικό όφελος, αφού τα προστατεύει από άσθενείες που πιθανόν να τους είχαν μεταδοθεί αν δεν διαβίωσαν σε υγιεινό περιβάλλον.

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

είναι εύκολο να φθάσει σε ικανοποιητικά αποτελέσματα, εξαιτίας της αδυναμίας του να ασχοληθεί με επίτυχια με το πρόβλημα των εξωτερικών επιδράσεων. Επομένως, είναι προτιμότερο ή παραγωγική 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 αίταιούν πολυδάπανες θεραπείες. Οι μηχανισμοί ασφάλισης 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 πολυεξοδές 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 κεντρικοποιημένο, 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 και υπηρεσίες 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.

#### ή 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 γι' αυτούς 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 τέλειος ανταγωνισμός. Συνεπώς, ο τέλειος 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 των προσφερόμενων αγαθών ή υπηρεσιών, (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 μιας 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 εισοδηματικών σε πολλές χώρες—εστω 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 αναζήτηση εναλλακτικών 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 ἰκανότητά τους νὰ πληρώσουν. Κάτω ἀπὸ ἓνα τέτοιο σύστημα, οἱ ὑπηρεσίες ὑγείας προσφέρονται δωρεάν στοῦ κοινῷ, ὅπως λ.χ. ἡ ἐκπαίδευση, ἡ ἄμυνα, ἡ δικαιοσύνη κτλ. Δηλαδή, ἡ ἱατρικὴ περίθαλψη παίρνει καθαρά τὴ μορφή δημόσιου ἀγαθοῦ. Δωρεάν υγεία ὁμοῦ, 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 ἐξασφαλίσῃ μιὰ σχετικὴ ἐλάφρυνση 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 αὐριότι λόγους, ἀφοῦ τὸ Παρεταϊνὸ κριτήριον<sup>3</sup> 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 ἀναφορικὰ μὲ τὰ δύο συστήματα. Ἀνεξάρτητα ὁμοῦ ἀπὸ ἰδεολογικοὺς καὶ πολιτικοὺς λόγους, τὰ οικονομικὰ ἐπιχειρήματα ἐφαρμογῆς ἑνὸς κοινωνικοποιημένου συστήματος ὀργάνωσης τῶν ὑπηρεσιῶν υγείας στὴν Ἑλλάδα εἶναι πῶς ἴσχυρά.

Οἱ ὑπάρχουσες ἐνδείξεις τείνουν νὰ ἐπιβεβαιώνουν τὶς προβλέψεις τῆς οικονομικῆς θεωρίας γιὰ τὴν ἀκαταλληλότητα τοῦ ὑπάρχοντος συστήματος. Ἡ ἀβεβαιότητα ποῦ χαρακτηρίζει τὴν ἱατρικὴν περίθαλψη καὶ ἡ μονοπωλιακὴ δύναμη τῶν γιατρῶν ἔχουν ὀδηγήσει σὲ τιμολογιακὲς πρακτικὲς ποῦ δὲν διαφέρουν ἀπὸ ἐκεῖνες τῶν μονοπωλιακῶν ἢ ὀλιγοπωλιακῶν ἐπιχειρήσεων τοῦ μεταποιητικοῦ τομέα, μὲ συνεπακόλουθο τὴ σημαντικὴ στατάλι παραγωγικῶν πόρων. Παρὰ τὸ γεγονός ὅτι ἡ προσφορά γιατρῶν στὴν Ἑλλάδα εἶναι σχετικὰ μεγάλη (ἀναλογοῦν 232 γιατροὶ ἀνὰ 100.000 κατοίκους στὴν Ἑλλάδα ἔναντι 197 τοῦ μέσου ὄρου τῆς ΕΟΚ),<sup>4</sup> οἱ παρεχόμενες ὑπηρεσίες ἱατρικῆς περίθαλψης δὲν θεωροῦνται ἱκανοποιητικῆς. Αὐτό, μεταξύ ἄλλων, ὀφείλεται στὴ σημαντικὴ περιφε-

ριακὴ ἀνισότητα στὴν κατανομή τῶν γιατρῶν, ποῦ ἐχει ἐπιφέρει τὸ σύστημα ἀγορᾶς, μὲ τὴ μεγαλύτερη συγκέντρωση γιατρῶν στὶς περιοχῆς Ἀττικῆς καὶ Θεσσαλονικῆς, ὅπου ἀναλογοῦν 410 καὶ 390 γιατροὶ ἀνὰ 100.000 κατοίκους ἀντίστοιχα.<sup>5</sup> Ἀποτέλεσμα αὐτοῦ εἶναι πῶς τὸ διαρκὸ προϊόν τῶν γιατρῶν τείνει νὰ εἶναι χαμηλὸ στὰ κέντρα αὐτὰ καὶ μεγάλο στὶς λοιπές περιοχῆς τῆς χώρας, πράγμα ποῦ σημαίνει πῶς ἂν οἱ ὑπάρχοντες παραγωγικοὶ πόροι (γιατροὶ) κατανέμενταν 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 ἀντίστοιχοῦν 6,4 νοσοκομειακὰ κρεβάτια ἀνὰ 1.000 κατοίκους ἔναντι 10,3 τοῦ μέσου ὄρου τῆς ΕΟΚ.<sup>6</sup> 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	1958	1977	%
	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 δόραση	324	974	0,3	0,3	6,0
Σύνολο	15.344	67.351	12,7	18,2	8,1

Πηγή ἡ: Ὑπουργεῖο Συντασιμοῦ, Ἐθνικὸ Λογισμιοστὶ τῆς Ἑλλάδος 1958-75 καὶ Προσωρινὸ Ἐθνικὸ Λογισμιοστὶ τῆς Ἑλλάδος 1978.

Σύμφωνα μὲ τὸν Πίνακα 1, κατὰ τὴν περίοδο 1958-1977 ὁ ἐτήσιος ρυθμὸς μεταβολῆς τῶν δημοσίων δαπανῶν γιὰ τὴν υγεία ἀνήλθε σὲ 10,8%, δηλαδὴ ἡ υγεία ἀντιπροσώπευε τὸν τομέα κρατικῶν δαπανῶν ποῦ σημείωσε τὴν ταχύτερη ἀξέση.

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

Τὸ ποσοστὸ αὐτὸ μπορεῖ ἐνδεικτικὰ καὶ μόνο νὰ συγκριθεῖ μὲ τὰ ἀντίστοιχα ποσοστὰ τῶν χωρῶν-μελῶν τῆς ΕΟΚ, ποῦ κυμαίνονται μεταξύ 4,6% γιὰ τὴν Ἰταλία καὶ 8,4% γιὰ τὴν Ὁλλανδία δίνοντας ἓνα μέσο ὄρο 6,6% γιὰ τὶς χώρες τῆς ΕΟΚ.<sup>7</sup> Βέβαια, τὰ

3. Σύμφωνα μὲ τὸ κριτήριον Παρέτο, ἓνα μέτρο πολιτικῆς θεωρεῖται ἐπιθυμητὸ ἂν ὀφελεῖ κάποιο ἢ κάποια μέλη τῆς κοινωνίας χωρὶς νὰ προκαλεῖ βλάβη σὲ κανένα ἄλλο ἄτομο. Ἀποδοχὴ ὅλων ἐκείνων τῶν μέτρων πολιτικῆς ποῦ ἱκανοποιοῦν τὸ κριτήριον αὐτὸ ἀξιάζει τὴν κοινωνικὴν εὐημερία, ἢ ὅποια φθάνει στοῦ μέγιστο σημείου τῆς ὅταν δὲν εἶναι δυνατό νὰ ὀφελῆθεῖ ἓνα καὶ ἓνα ἄτομο χωρὶς βλάβη στοῦ συμφέροντος κάποιου ἄλλου. Συνήθως, μέτρα πολιτικῆς ὀφελοῦν ὀρισμένα ἄτομα καὶ βλάπτουν ἄλλους: γιὰ τοῦτο ἡ ἀπόφαση γιὰ τὴ λήψη τους στηρίζεται σὲ ἀξιολογικὲς κρίσεις.

4. Γιὰ τὰ στοιχεία τῆς ΕΟΚ ποῦ ἀφοροῦν τὸ 1978, βλέπε *The Times*, 29/10/1980. Γιὰ τὰ ἑλληνικὰ στοιχεία ποῦ ἀφοροῦν τὸ 1977, βλέπε Στατιστικὴ Ἐπιθερῆς τῆς Ἑλλάδος.

5. Βλέπε *Τὸ Βήμα*, 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 Έλληνική δαπάνη για ιατρική περίθαλψη δεν διαφέρει πολύ από τις αντίστοιχες ξένες, η ποιότητα της προσφερόμενης περίθαλψης δεν συγκρίνεται ενοίκια με τις ξένες.

Ενδεικτικό αυτής της κατάστασης είναι ότι ένας δλοένα αυξανόμενος αριθμός Έλλήνων ασθενών στρέφεται προς το εξωτερικό για θεραπεία, πράγμα μοναδικό για τις ευρωπαϊκές χώρες. Μία σημαντική έρευνα<sup>8</sup> στον τομέα αυτό βρσκει 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, Δελτίο 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 προσυαυξηθεί 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».<sup>9</sup>

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 κοινωνικοποιημένου 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 αγοράίο σύστημα.

Πάντως, ένα κοινωνικοποιημένο σύστημα έχει επίσης τα προβλήματα του. Τα κυριότερα είναι οργανωτικά και χρηματοδοτικά. Όσον αφορά την οργάνωση ενός κεντρικοποιημένου 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 εμπνεί εμπιστοσύνη, αλλά δεν υπάρχει ανάγκη ο καινούργιος φορέας να γίνει κατ' εικόνα και ομοίωση της υπάρχουσας δημόσιας διοίκησης. Μία λχ. ενεργότερη συμμετοχή της τοπικής αυτοδιοίκησης σ' ένα νέο φορέα μπορεί να είναι καταλυτική πολλών κακών έξεων 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 θά οδήγησει 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 επαχθές.

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 θά 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 στά 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*. Εισήγηση στο συνέδριο ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΚΡΑΤΟΣ.

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

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