

ΛΙΓΑ ΛΟΓΙΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΕΠΙΜΕΛΗΤΗ

Ο ΑΠΟΣΤΟΛΟΣ ΔΑΒΙΛΛΑΣ είναι επίκουρος καθηγητής στο Πανεπιστήμιο Μακεδονίας. Πριν από τον διορισμό του στο Πανεπιστήμιο Μακεδονίας, είχε περισσότερα από εννέα χρόνια ακαδημαϊκής εμπειρίας σε πανεπιστήμια του Ηνωμένου Βασιλείου. Συγκεκριμένα, ήταν αναπληρωτής καθηγητής και, προηγουμένως, Επίκουρος Καθηγητής στο University of East Anglia, Ηνωμένο Βασίλειο, στο οποίο διετέλεσε διευθυντής του προγράμματος προπτυχιακών και μεταπτυχιακών σπουδών στα Οικονομικά της Υγείας. Πριν από αυτούς τους διορισμούς, ήταν ανώτερος ερευνητής και (προηγουμένως) μεταδιδασκτορικός ερευνητής στο Institute for Social and Economic Research (ISER) στο University of Essex. Έχει επίσης διδάξει (στο πλαίσιο σύντομων μαθημάτων) στο University of Duisburg-Essen, University of Oxford και το University of Southampton.

Ο Απόστολος Δαβίλλας έχει διατελέσει ένας εκ των Προέδρων της Οργανωτικής Επιτροπής της Διεθνούς Ένωσης Οικονομικών Υγείας [iHEA] για τρία διεθνή συνέδρια. Έχει δημοσιεύσει εκτενώς στα οικονομικά σε θέματα που σχετίζονται με τη μικροοικονομική θεωρία, με έμφαση στη θεωρία ανθρώπινου κεφαλαίου, στον ρόλο της εκπαίδευσης στα αποτελέσματα ευημερίας των ατόμων, στα οικονομικά της υγείας, στα συμπεριφορικά οικονομικά και στη δημόσια οικονομική. Ειδικότερα, έχει δημοσιεύσει εργασίες στα *Journal of Health Economics*, *Health Economics*, *Journal of Economic Behaviour and Organization*, *Energy Economics*, *Economics Letters*, *Review of Income and Wealth*, *Economics & Human Biology*, *Empirical Economics*, *Social Science & Medicine* και σε έγκριτα διεπιστημονικά περιοδικά. Ο Απόστολος Δαβίλλας χαίρει διεθνούς καταξίωσης στον χώρο των οικονομικών της υγείας, και πρόσφατα, το 2022, το επιστημονικό περιοδικό *Health Economics* του απένειμε το Βραβείο Διακεκριμένου Συγγραφέα.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ ΤΕΤΑΡΤΗΣ ΕΚΔΟΣΗΣ

ΟΙ ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ αυτού του εγχειριδίου εφαρμόζουν τα οικονομικά της υγείας στην καθημερινή τους εργασία. Το περιεχόμενό του απευθύνεται σε όσους επιθυμούν να εφαρμόσουν τις οικονομικές αρχές στην υγεία και σε όσους χρησιμοποιούν τα δεδομένα των οικονομικών της υγείας για τη βελτίωση της παροχής υπηρεσιών υγείας. Οι εργαζόμενοι σε διάφορα πλαίσια, από προηγμένες οικονομίες υψηλού εισοδήματος έως χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος, αναγνωρίζουμε ότι, αν και οι αρχές παραμένουν σε μεγάλο βαθμό οι ίδιες, η εφαρμογή τους οφείλει να προσαρμόζεται στα διαφορετικά πλαίσια των χωρών αναφοράς. Πιστεύουμε ότι κατανοούμε καλύτερα τις αρχές όταν τις βλέπουμε να εφαρμόζονται σε διαφορετικά προβλήματα και προκλήσεις.

Οι ελλείψεις στα συστήματα υγείας δεν είναι καινούργιο φαινόμενο, σε πολλές όμως περιπτώσεις έχουν καταστεί πιο εμφανείς. Οι χώρες αγωνίζονται να βρουν πόρους για το σύστημα υγείας και καλύτερους τρόπους αποζημίωσης των υπηρεσιών περίθαλψης, να παρέχουν υπηρεσίες με πιο αποδοτικούς τρόπους και να θέτουν προτεραιότητες που θα αυξήσουν τον αντίκτυπο στην υγεία. Η αύξηση και γήρανση του πληθυσμού έχει ως αποτέλεσμα την αντίστοιχη αύξηση των αναγκών για υπηρεσίες υγείας. Νέες θεραπείες και αποτελεσματικότερα φάρμακα ενισχύουν την ικανότητα βελτίωσης της υγείας. Παρόλο που το υψηλότερο προσδόκιμο ζωής και η βελτίωση της τεχνολογίας είναι θετικές εξελίξεις, συνοδεύονται και από νέες προκλήσεις. Παρά τις εκτεταμένες και συχνά διαρκείς μεταρρυθμίσεις των συστημάτων υγείας, σε μεγάλο βαθμό απέτυχαν να ανταποκριθούν στις προσδοκίες όσον αφορά τη μεγαλύτερη αποδοτικότητα και την ισότητα. Αν και δεν υπάρχει ένας μόνο βέλτιστος τρόπος οργάνωσης της χρηματοδότησης και της λειτουργίας των συστημάτων υγείας, η καλή κατανόηση των οικονομικών αρχών μπορεί να βοηθήσει τους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής και τους διαχειριστές των συστημάτων να κάνουν καλύτερες επιλογές.

Το βιβλίο αυτό απευθύνεται σε ένα ευρύ κοινό και μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε διάφορα επίπεδα. Όπου είναι εφικτό, επιχειρείται μία διαισθητική επεξήγηση των αρχών, παρέχεται όμως και μια πληρέστερη και πιο τεχνική επεξεργασία του θέματος, αν κρίνεται χρήσιμη. Μέσω παραδειγμάτων και μικρών περιπτώσιολογικών μελετών παρουσιάζεται η πρακτική εφαρμογή των αρχών σε ένα ευρύ φάσμα πλαισίων. Στόχος είναι η πλήρης επεξεργασία καθενός από τα καλυπτόμενα θέματα, αλλά όπου απαιτεί-

ται βαθύτερη κατανόηση για τους επαγγελματίες, ο αναγνώστης παραπέμπεται σε εξειδικευμένα εγχειρίδια. Το βιβλίο είναι προσιτό για αναγνώστες χωρίς προηγούμενη επαφή με τα οικονομικά, ενώ όσοι έχουν μελετήσει οικονομικά σε άλλους τομείς θα ωφεληθούν από την εφαρμογή τους σε θέματα υγείας και υγειονομικής περίθαλψης.

Στην παρούσα τέταρτη έκδοση προστέθηκε στην ομάδα και μια τέταρτη συγγραφέας, η Anne Nolan. Όλοι μας είχαμε εκτεταμένη εμπειρία από τη χρήση των προηγούμενων εκδόσεων και προσπαθήσαμε να λάβουμε υπόψη μας τις προτάσεις των πολλών σπουδαστών και καθηγητών που χρησιμοποίησαν το βιβλίο. Είμαστε ευγνώμονες σε όσους αφιέρωσαν χρόνο για να προτείνουν τρόπους με τους οποίους θα μπορούσε να γίνει πιο ενδιαφέρουσα ή προσιτή η επεξήγηση των θεμάτων, και σε όσους επιβεβαίωσαν την αποτελεσματικότητα της υπάρχουσας παρουσίασης. Συχνά τα οικονομικά χαρακτηρίζονται ως μία καταθλιπτική επιστήμη. Εμείς τη βρίσκουμε συναρπαστική, ενδιαφέρουσα και συχνά διασκεδαστική. Ελπίζουμε ότι οι αναγνώστες θα μοιραστούν τον ενθουσιασμό μας για το θέμα και ότι θα βρουν, ίσως, και κάποια στοιχεία απόλαυσης στις σελίδες του παρόντος έργου.

Εισαγωγή

Οικονομικά της υγείας: διεθνής ανασκόπηση

1.1 Ο ρόλος των οικονομολόγων στον τομέα της υγείας

1.1.1 Ένα πλαίσιο για την αξιολόγηση των επιλογών

ΓΙΑΤΙ ΟΙ ΟΙΚΟΝΟΜΟΛΟΓΟΙ εργάζονται στον τομέα της υγείας; Ενίοτε, η εμπλοκή τους στον τομέα αυτό προκαλεί έκπληξη. Υποτίθεται ότι η υγεία δεν έχει να κάνει με χρήματα, κέρδη, παραγωγή και αγορές. Δεν θα έπρεπε να αφορά την ιατρική, τη νοσηλεία, τη φροντίδα και τη διαφορά μεταξύ ζωής και θανάτου; Τι θα μπορούσε να προσφέρει εδώ ένας οικονομολόγος; Μέχρι πρόσφατα οι απόψεις αυτές ήταν κυρίαρχες, αλλά καταδεικνύουν μια περιορισμένη κατανόηση του ρόλου και του περιεχομένου των οικονομικών. Καταρχήν, οι οικονομολόγοι ασχολούνται με τις βέλτιστες επιλογές και ειδικότερα με την καλύτερη δυνατή χρήση των υφιστάμενων πόρων και την αύξηση της διαθεσιμότητάς τους. Καθώς οι οικονομολόγοι άρχισαν να ασχολούνται με προβλήματα στον τομέα της υγείας, προέκυψε ο νέος κλάδος των οικονομικών της υγείας. Πολλοί από τους προβληματισμούς αυτού του κλάδου αφορούν και άλλους επιστήμονες υγείας – πώς μπορούμε να βελτιώσουμε το προσδόκιμο ζωής, την ποιότητα ζωής και τη δικαιοσύνη στην πρόσβαση στις υπηρεσίες. Τα οικονομικά προσφέρουν ένα διαφορετικό πλαίσιο για την ανάλυση τέτοιων ερωτημάτων. Πιστεύουμε ότι αυτό το πλαίσιο παρέχει σημαντικές και χρήσιμες γνώσεις.

Οι οικονομολόγοι ασχολούνται με την κατανομή των πόρων μεταξύ ανταγωνιστικών απαιτήσεων. Η ζήτηση θεωρείται ότι είναι *άπειρη* – οι καταναλωτικές φιλοδοξίες δεν έχουν όρια. Αντίθετα, οι πόροι (όπως η εργασία, οι πρώτες ύλες, ο εξοπλισμός παραγωγής και η γη) είναι πάντα *πεπερασμένοι*. Έτσι, η *σπανιότητα* των πόρων (όχι με την έννοια της «απόλυτης σπανιότητας») αλλά με την έννοια της διαθεσιμότητας αυτών *σε σχέση* με τη ζήτηση καθίσταται το θεμελιώδες πρόβλημα με το οποίο ασχολούνται οι οικονομολόγοι. Ορισμένοι αναγνώστες θα δυσκολευτούν

με αυτή την περιγραφή της πραγματικότητας. Δεν είναι απαραίτητα «αληθινή», αλλά αποτελεί, με την ευρεία έννοια, ένα θεωρητικό πλαίσιο στο οποίο βασίζονται τα οικονομικά. Για περαιτέρω συζήτηση σχετικά με τη φύση και τον σκοπό των μοντέλων, και ειδικότερα αυτού του μοντέλου, ανατρέξτε στη Σημείωση 1.1.

Σημείωση 1.1 Ρεαλισμός και ανάγκη απλοποίησης – η χρήση των μοντέλων στα οικονομικά

Κατά τη διδασκαλία των οικονομικών της υγείας, έχουμε διαπιστώσει ότι οι φοιτητές εγείρουν συχνά αντιρρήσεις σχετικά με τις παραδοχές των οικονομικών μοντέλων και την πανταχού παρούσα σπανιότητα, επί της οποίας βασίζονται τα οικονομικά. Άλλοι αντιτίθενται στην έννοια του «ορθολογικού οικονομικού ανθρώπου» που διέπει τη θεωρία της ζήτησης (βλ. Κεφάλαιο 2) και τις παραδοχές της θεωρίας του τέλει ανταγωνισμού (βλ. Κεφάλαιο 6).

Τουλάχιστον εν μέρει, οι προβληματισμοί αυτοί προέρχονται από μια παρανόηση του ρόλου και της χρησιμότητας των θεωριών και των μοντέλων. Τα μοντέλα δεν προορίζονται για την περιγραφή της πραγματικότητας. Σκοπίμως λαμβάνουν αποσπασματικά στοιχεία, προκειμένου να απλοποιήσουν τις σχέσεις μεταξύ των βασικών μεταβλητών, ώστε να μπορούμε να τις δούμε με σαφήνεια και να τις αναλύσουμε. Τα μοντέλα δεν πρέπει ποτέ να είναι «ρεαλιστικά», πάντοτε πρέπει να είναι απλοποιήσεις. Στα μοντέλα σκοπίμως παραβλέπουμε μεταβλητές οι οποίες δεν μας αφορούν ιδιαίτερα, ή θεωρούμε ότι είναι ήσσονος σημασίας, είτε διατηρώντας τις σταθερές είτε ορίζοντάς τις ως μηδενικές. Οι οικονομολόγοι χρησιμοποιούν την έκφραση «*ceteris paribus*» (όλα τα υπόλοιπα παραμένουν αμετάβλητα) για να υποδείξουν ότι όλες οι μεταβλητές που δεν έχουν συμπεριληφθεί στο μοντέλο θα πρέπει να θεωρούνται σταθερές. Μέσω της απλούστευσης επιδιώκουμε να επικεντρωθούμε στις σχέσεις που μας ενδιαφέρουν, να εξετάσουμε τις αλληλεπιδράσεις μεταξύ αυτών των μεταβλητών και να αποφύγουμε τον «θόρυβο» των εκατοντάδων άλλων μεταβλητών που διαφορετικά θα προκαλούσαν σύγχυση μεταξύ των βασικών αυτών σχέσεων. Μια σχετικά ακραία θέση είναι αυτή του Milton Friedman (1953), ο οποίος υποστήριξε ότι ένα μοντέλο είναι καλό αν κάνει ακριβείς προβλέψεις, ακόμη κι αν οι παραδοχές του δεν έχουν καμία σχέση με την πραγματικότητα. Ο Friedman χρησιμοποιεί το παράδειγμα των φύλλων των δέντρων που προσπαθούν να λάβουν την καλύτερη δυνατή θέση προκειμένου να μεγιστοποιήσουν την ηλιακή ακτινοβολία που δέχεται το καθένα από αυτά. Η υπόθεση των «σκεπτόμενων» φύλλων μπορεί να είναι μη ρεαλιστική, αλλά ένα μο-

ντέλο που βασίζεται σε αυτή την υπόθεση προβλέπει με ακρίβεια το μοτίβο της ανάπτυξης των φύλλων σε ένα δέντρο. Άλλοι (π.χ. Hodgson, 1988) θεωρούν ότι ένα μοντέλο που διενεργεί προβλέψεις βάσει μη ρεαλιστικών παραδοχών αποτυγχάνει να εξηγήσει τις εν λόγω σχέσεις. Η υπόθεση αυτή δεν διευκολύνει ιδιαίτερα την κατανόηση της διαδικασίας ανάπτυξης και κατανομής των φύλλων. Πέραν της πρόβλεψης, συχνά μια εξίσου χρήσιμη λειτουργία των μοντέλων είναι και ο επεξηγηματικός ρόλος.

Ας πάρουμε τη συγκεκριμένη παραδοχή ότι οι ανάγκες είναι «άπειρες». Είναι όντως; Τα επίπεδα κατανάλωσης που απολαμβάνουν οι πλούσιες οικονομίες του κόσμου έχουν αυξηθεί πέρα από τη φαντασία των προηγούμενων γενεών. Τα επίπεδα κατανάλωσης των πλουσιότερων ανθρώπων του κόσμου αποδεικνύουν ότι όταν δεν υπάρχουν ιδιαίτεροι περιορισμοί στους διαθέσιμους πόρους, οι άνθρωποι καταναλώνουν αγαθά που υπό άλλες συνθήκες θα θεωρούνταν πολύ χαμηλής προτεραιότητας. Αν υπάρχει ζήτηση για παροχή ψυχιατρικών υπηρεσιών σε κατοικίδια σκυλιά, για αυτοκίνητα ικανά να αναπτύσσουν ταχύτητες που υπερβαίνουν το μέγιστο επιτρεπόμενο όριο στους δημόσιους δρόμους και για χιονάνθρωπους που χορεύουν και τραγουδούν το «Τρίγωνα Κάλαντα», πού είναι το όριο; Παρατηρώντας ορισμένες περιπτώσεις κατανάλωσης, εύκολα συμπεραίνει κανείς ότι ο υπέρμετρος πλούτος και η κατοχή πόρων αυξάνουν την απληστία και τις φιλοδοξίες για ακόμη μεγαλύτερη κατανάλωση.

Στον τομέα της υγείας, θα μπορούσε κανείς να καταλήξει σε παρόμοια συμπεράσματα με βάση την ταχεία ανάπτυξη της τεχνολογίας, η οποία παρέχει σχεδόν απεριόριστες δυνατότητες για την επέκταση και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής. Δεν φαίνεται να υπάρχει όριο στους πόρους προς κατανάλωση με στόχο τη βελτίωση της υγείας ενός πληθυσμού.

Ωστόσο, είναι επίσης σαφές ότι δεν επιδιώκουν όλα τα μέλη του παγκόσμιου πληθυσμού τέτοια επίπεδα κατανάλωσης. Πολλά ευρέως διαδεδομένα συστήματα φιλοσοφικών και θρησκευτικών πεποιθήσεων, από τον καλβινισμό έως το ισλάμ, στέκονται επικριτικά έναντι του καταναλωτισμού. Και ακόμη κι αν τα επίπεδα ζήτησης που θα μπορούσαν δυνητικά να εκφραστούν είναι πράγματι πολύ μεγάλα, θα μπορούσαν πραγματικά να είναι άπειρα; Δεν υπάρχει ένας μέγιστος ρυθμός με τον οποίο κάθε άτομο, δυνητικά, θα είχε την ευχέρεια να καταναλώνει πόρους;

Η οικονομική επιστήμη χρειάζεται μια αρκετά ρεαλιστική παραδοχή ώστε να παράγει χρήσιμες αναλύσεις και συμπεράσματα. Αδιαμφισβήτητο, όμως, είναι ότι οι απαιτήσεις σε πόρους υπερβαίνουν κατά πολύ

την ικανότητα ανταπόκρισης αυτών που διατίθενται, και μάλιστα σε τέτοιο βαθμό που δεν υπάρχει καμία προοπτική ικανοποίησης όλων των απαιτήσεων με τους υφιστάμενους διαθέσιμους πόρους. Αυτό είναι αρκετό για να καταστήσει τη θεώρηση των οικονομολόγων περί πανταχού παρούσας «σπανιότητας» μια λογική βάση για να προχωρήσουμε.

Φυσικά, η τρέχουσα κατανομή των πόρων αφήνει ανεκπλήρωτες ορισμένες ανάγκες υψηλής προτεραιότητας εις βάρος ορισμένων αναγκών χαμηλής προτεραιότητας, όπως αυτές που αναφέρονται παραπάνω. Το κόστος του χιονάνθρωπου που χορεύει θα μπορούσε να καλύψει τη χειρουργική επέμβαση καταρράκτη για την αποκατάσταση της όρασης αρκετών ανθρώπων. Αυτή η διαπίστωση προκαλεί και την ανησυχία των οικονομολόγων. Γιατί, με βάση τους υφιστάμενους μηχανισμούς κατανομής πόρων, επιλέγονται οι χιονάνθρωποι και όχι οι επεμβάσεις καταρράκτη; Αν δεχτούμε την κανονιστική θεώρηση, σύμφωνα με την οποία η χειρουργική επέμβαση είναι «επωφελέστερη» από τους χιονάνθρωπους, τι είδους παρεμβάσεις θα μας βοηθήσουν να διαμορφώσουμε τις κατάλληλες συνθήκες ώστε να ικανοποιείται περισσότερο η ζήτηση για χειρουργικές επεμβάσεις και λιγότερο για χιονάνθρωπους; Αυτά τα ερωτήματα εμπίπτουν στο πεδίο των οικονομικών.

Στον τομέα της υγείας, η σπανιότητα αυτή είναι εμφανής σε μια σειρά από ζητήματα που αφορούν όλους όσοι εργάζονται σε αυτό τον τομέα ή χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες του. Πού οφείλεται η τόσο ταχεία αύξηση του όγκου των πόρων που απορροφά ο τομέας τις τελευταίες τέσσερις δεκαετίες παγκοσμίως; Γιατί φαίνεται ότι, παρά το πλήθος των απασχολούμενων νοσηλευτών και γιατρών, την υιοθέτηση νέων τεχνολογιών, την εισαγωγή νέων φαρμακευτικών θεραπειών, ακόμη και οι πλούσιες χώρες του κόσμου δεν είναι σε θέση να παρέχουν την υψηλότερη δυνατή ποιότητα περίθαλψης σε όλους τους πολίτες; Μήπως επενδύουμε σε λάθος είδους υπηρεσίες υγείας; Οργανώνουμε τις υπηρεσίες έτσι ώστε να βελτιώσουμε με τον καλύτερο δυνατό τρόπο την υγεία του πληθυσμού; Μήπως επενδύουμε σε τεχνολογίες με χαμηλό υγειονομικό αποτέλεσμα σε σύγκριση με εναλλακτικές επενδύσεις; Στις φτωχές χώρες, τα ζητήματα της σπανιότητας πόρων είναι ακόμη πιο έντονα. Μπορούμε να αντεπεξέλθουμε οικονομικά στην καθολική πρόσβαση σε υπηρεσίες υψηλού κόστους, όπως σε αυτές που απαιτούνται για την αντιμετώπιση του καρκίνου;

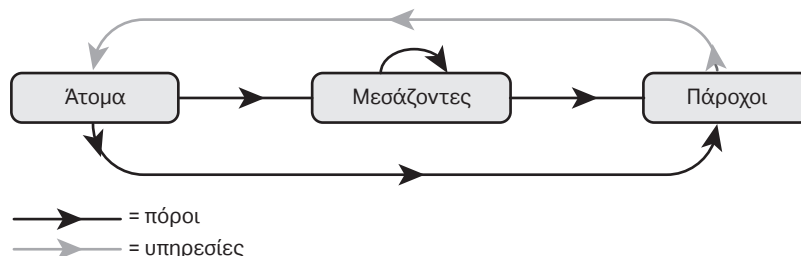
Όλες οι κοινωνίες καλούνται να κάνουν επιλογές ως προς τον τρόπο με τον οποίο θα κατανέμουν τους όποιους διαθέσιμους πόρους για την παραγωγή υπηρεσιών υγείας και τον τρόπο με τον οποίο θα διανέμουν αυτές τις υπηρεσίες υγείας. Οι συγκεκριμένες επιλογές εμπίπτουν στο πεδίο της επιστήμης των οικονομικών

της υγείας. Συχνά, θεωρείται ότι τα οικονομικά της υγείας (και τα οικονομικά γενικότερα) έχουν δύο κλάδους: τον εφαρμοστικό, ο οποίος αφορά την περιγραφή και επεξήγηση του τρόπου με τον οποίο γίνονται στην πραγματικότητα αυτές οι επιλογές, και τον κανονιστικό, ο οποίος αφορά την κρίση των επιλογών που θα έπρεπε να γίνονται. Για παράδειγμα, έστω ότι ένας οικονομολόγος της υγείας εξετάζει την ασφαλιστική κάλυψη ενός πληθυσμού από την εφαρμοστική οπτική. Γιατί υπάρχουν τόσοι πολλοί ανασφάλιστοι; Ποια είναι τα χαρακτηριστικά των ανασφάλιστων (δεν μπορούν να αντεπεξέλθουν οικονομικά στο κόστος των ασφαλιστρών ή θεωρούν ότι είναι απίθανο να χρειαστούν υπηρεσίες υγείας); Με την κανονιστική οπτική, είναι απαραίτητο να καθοριστούν κριτήρια σύμφωνα με τα οποία θα μελετηθεί η κατάσταση. Εάν ένα κριτήριο είναι η ισότητα της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας, και η μη κάλυψη οφείλεται κυρίως σε αδυναμία πληρωμής, τότε η κατάσταση μπορεί να θεωρηθεί «κακή» και να εξεταστούν εναλλακτικές παρεμβάσεις για τον μετριασμό του προβλήματος.

1.1.2 Σχέδιο ή αγορά – Εναλλακτικές για την οργάνωση πόρων

Υπάρχουν δύο τρόποι με τους οποίους η κοινωνία αποφασίζει σχετικά με τη συλλογή και την κατανομή των πόρων στην παραγωγή του τομέα της υγείας και τη διανομή των παραγόμενων υπηρεσιών σε όσους τις επιθυμούν. Μια κοινωνία μπορεί να αφήσει αυτές τις αποφάσεις στην ευχέρεια της *αγοράς* – επιτρέποντας στη ζήτηση, στην προσφορά και στις τιμές να καθορίσουν την κατανομή των πόρων – ή μπορεί να προχωρήσει στον *σχεδιασμό*, αναθέτοντας συνήθως στην κυβέρνηση της το έργο της συλλογής πόρων από τον πληθυσμό, της κατανομής τους σε καθορισμένες παραγωγικές δραστηριότητες και της διανομής των παραγόμενων υπηρεσιών στον πληθυσμό.

Στο Σχήμα 1.1 παρουσιάζεται επισκόπηση της δομής ενός συστήματος υγειονομικής περίθαλψης. Σε αυτό αποτυπώνεται η ροή των πόρων (μαύρα βέλη) και των υπηρεσιών (γκρίζα βέλη), διά μέσου των διαφόρων τομέων υγείας. Τελικά, οι



ΣΧΗΜΑ 1.1 Ροή πόρων και υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης

ΠΗΓΗ: Brick et al. (2010).

πόροι χρησιμοποιούνται από τα άτομα της κοινωνίας για την πληρωμή, είτε άμεσα είτε έμμεσα, παρόχων, όπως των παρόχων πρωτοβάθμιας περίθαλψης ή των νοσοκομείων, έναντι των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης που τους προσφέρονται.

Ας αναλύσουμε τις παραπάνω επιλογές με όρους του Σχήματος 1.1. Εφόσον η κοινωνία επιτρέπει στην αγορά να λαμβάνει τις αποφάσεις, οι πόροι ρέουν απευθείας από τα άτομα στους παρόχους (κάτω μαύρο βέλος), οι οποίοι με τη σειρά τους παράγουν υγειονομική περίθαλψη για όσους είναι πρόθυμοι να πληρώσουν στη συγκεκριμένη τιμή αγοράς. Σε ένα σχεδιασμένο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, ένας συμφωνημένος μεσάζοντας (π.χ. κρατικός φοροεισπράκτορας, κοινωνικό ταμείο ασφάλισης υγείας) συλλέγει τους πόρους από τα άτομα και με αυτούς πληρώνει τους παρόχους (π.χ. μέσω ετήσιων προϋπολογισμών, κατά κεφαλήν αμοιβών ή αμοιβών ανά παρεχόμενη υπηρεσία) για την προσφορά υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, σύμφωνα με συγκεκριμένες αρχές παροχής υγειονομικής περίθαλψης (π.χ. υπηρεσίες που κατανέμονται με βάση τις ανάγκες).

Η συζήτηση σχετικά με το ποια προσέγγιση είναι η καλύτερη δίχασε τον παγκόσμιο πληθυσμό καθ' όλη τη διάρκεια του 20ού αιώνα, οδηγώντας στον σχηματισμό πολιτικών κομμάτων, σε *πραξικοπήματα*, θερμούς και ψυχρούς πολέμους, και σίγουρα δεν πρόκειται να διευθετηθεί σε αυτό το εγχειρίδιο! Στην προσπάθειά τους να καταλήξουν σε μια ικανοποιητική επιλογή ως προς τον τρόπο παραγωγής και διανομής των υπηρεσιών υγείας, οι κοινωνίες παγκοσμίως έχουν λάβει διαφορετικές θέσεις στο ζήτημα αυτό και έχουν αναπτύξει ένα ευρύ φάσμα συνδυασμών σχεδίου και αγοράς. Έτσι, ακόμη και στα πιο καλά σχεδιασμένα συστήματα υγείας, οι δυνάμεις της αγοράς εξακολουθούν να λειτουργούν σε ορισμένα τμήματα του συστήματος, για παράδειγμα για συγκεκριμένες υπηρεσίες (π.χ. σχεδόν σε όλες τις χώρες λειτουργεί αγορά μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων) ή για συγκεκριμένες ομάδες του συστήματος.

Οι οικονομολόγοι της υγείας έχουν αναπτύξει διαφορετικές προσεγγίσεις όσον αφορά την ανάλυση και την αξιολόγηση της κατανομής των πόρων στον τομέα της υγείας. Στις κοινωνίες στις οποίες οι υπηρεσίες υγείας είναι σε μεγάλο βαθμό σχεδιασμένες (π.χ. στην Ευρώπη), η κύρια δραστηριότητα των οικονομολόγων της υγείας ήταν η ανάπτυξη και η εφαρμογή ενός συνόλου εργαλείων που αποτελούν συλλογικά το πεδίο της *οικονομικής αξιολόγησης*. Στόχος της οικονομικής αξιολόγησης είναι να εξετάσει αν έχουν υιοθετηθεί οι κατάλληλες υπηρεσίες στον τομέα της υγείας ή αν υπάρχει ένας συνδυασμός τεχνολογιών και παρεμβάσεων που θα ικανοποιούσε καλύτερα τους στόχους του εν λόγω τομέα, όπως η βελτίωση της υγείας του πληθυσμού ή η ισότιμη πρόσβαση στην περίθαλψη. Παρατηρεί κανείς ότι στον άξονα εφαρμοστικής - κανονιστικής θεώρησης, αυτή είναι μια ουσιαστικά κανονιστική δραστηριότητα. Προϋποθέτει τον καθορισμό στόχων και θέτει το ερώτημα: «Τι πρέπει να κάνουμε;».

Όπου η αγορά διαδραματίζει μεγαλύτερο ρόλο στην κατανομή των πόρων στον τομέα της υγείας (π.χ. στις Ηνωμένες Πολιτείες), οι οικονομολόγοι κατέβαλαν μεγαλύτερες προσπάθειες για να κατανοήσουν την αγορά αυτή, ώστε να προβλέψουν τα μοτίβα ανάπτυξης της και να αναλύσουν τις επιπτώσεις παρεμβάσεων όπως τη ρύθμιση, την επιδότηση της ασφαλιστικής κάλυψης ή την εισαγωγή σχεδιασμένων δραστηριοτήτων. Ακόμα και στους περισσότερο προσανατολισμένους στην αγορά τομείς της υγειονομικής περίθαλψης, πάντα διενεργούνται τέτοιες παρεμβάσεις. Η κατανόηση των αγορών προϋποθέτει την κατανόηση της ζήτησης (πώς οι καταναλωτές υπηρεσιών υγείας εκφράζουν τις προτιμήσεις τους μέσω της ικανότητας και της προθυμίας τους να πληρώσουν), της προσφοράς (συνθήκες στις αγορές εισροών, κόστος και τρόπος οργάνωσης της παροχής π.χ. από μία μεγάλη επιχείρηση ή από πολλές) και τις αλληλεπιδράσεις τους. Πρόκειται ουσιαστικά για μια δραστηριότητα που εξηγεί τι συμβαίνει και προβλέπει τα αποτελέσματα της εισαγωγής μιας αλλαγής, αλλά θα μπορούσε να οριστεί και ως κανονιστική. Εάν αποφασιστεί ότι ένα συγκεκριμένο αποτέλεσμα είναι επιθυμητό, η ανάλυση αυτή μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να αξιολογηθεί κατά πόσο πρέπει να εισαχθεί μια αλλαγή.

Καθώς οι τομείς της υγείας εξελίσσονται, ειδικά κατά τις τελευταίες δύο δεκαετίες, σε πολλές χώρες αναπτύχθηκαν πιο πλούσιοι συνδυασμοί σχεδιασμού - αγοράς. Στους τομείς της υγείας που παραδοσιακά ήταν σχεδιασμένοι, εισάγονται στοιχεία των μηχανισμών της αγοράς – για παράδειγμα, μέσω των «εσωτερικών αγορών» (δηλαδή, εστιάζοντας στην αλληλεπίδραση μεταξύ μεσαζόντων και ορισμένων παρόχων· βλ. Σχήμα 1.1). Στους τομείς της υγείας που παραδοσιακά στηρίζονταν σε μεγαλύτερο βαθμό στους μηχανισμούς της αγοράς εισάγεται περισσότερο σχεδιασμός – για παράδειγμα, μέσω πιο παρεμβατικών δημόσιων ρυθμίσεων ή μέσω της χρήσης μηχανισμών πληρωμών κατά κεφαλήν (οι καταναλωτές πληρώνουν στον πάροχο μια αμοιβή ανά έτος και όχι ανά υπηρεσία), που μεταθέτουν τον κίνδυνο στους παρόχους, μεταβιβάζοντάς τους έτσι και την ευθύνη σχεδιασμού, η οποία συνήθως ασκείται από κάποιον δημόσιο φορέα. Κατά συνέπεια, παρατηρείται μία αλληλοεπικάλυψη συμφερόντων στους τομείς των οικονομικών της υγείας. Οι οικονομολόγοι της υγείας στις ΗΠΑ ενδιαφέρονται τώρα πολύ περισσότερο για τις τεχνικές οικονομικής αξιολόγησης, οι οποίες θα μπορούσαν να συμβάλουν στην ανάπτυξη στρατηγικών εκ μέρους των Οργανισμών Ιατροφαρμακευτικής Περίθαλψης (πάροχοι που πληρώνονται κατά κεφαλήν). Αντίστοιχα, οι οικονομολόγοι των βορειοευρωπαϊκών χωρών που ασχολούνται με την παρεχόμενη από το κράτος πρόνοιας υγείας ενδιαφέρονται όλο και περισσότερο για τη λειτουργία των αγορών και τις επιπτώσεις των διαφόρων ειδών ρυθμιστικών πολιτικών και άλλων δημόσιων παρεμβάσεων στην αγορά στον τομέα της υγείας. Και στις δύο πλευρές του Ατλαντικού υπάρχει πλέον ενδιαφέρον για την κατανόηση της οικονομικής αξιολόγησης, ώστε να καταστεί δυνατός ο καλύτερος σχεδιασμός από τους φορείς της αγοράς και να κατανοηθεί καλύτερα ο τρόπος με τον οποίο η

δημόσια παρέμβαση μπορεί να βελτιώσει τα αποτελέσματα που συνδέονται με τις αγορές υγείας.

Αυτές οι δύο παραδόσεις των οικονομικών της υγείας διαφαίνονται με σαφήνεια μέσω της σύγκρισης του έργου των οικονομολόγων της υγείας στη Βόρεια Ευρώπη, στην Αυστραλία και τη Νέα Ζηλανδία (σε μεγάλο βαθμό σχεδιασμένοι τομείς υγείας), και στις Ηνωμένες Πολιτείες (όπου οι δυνάμεις της αγοράς έχουν αποκτήσει μεγαλύτερη ελευθερία κινήσεων). Τα οικονομικά της υγείας του Καναδά είναι πιο δύσκολο να καταταχθούν σε μία εκ των δύο κατηγοριών, καθώς ο τομέας υγείας της χώρας αυτής χαρακτηρίζεται από σχεδιασμένες προσεγγίσεις στην κατανομή των πόρων, αλλά επηρεάζεται έντονα από το ακαδημαϊκό περιβάλλον των Ηνωμένων Πολιτειών. Ορισμένοι εξέχοντες οικονομολόγοι της υγείας από τον Καναδά έχουν ασκήσει κριτική στην ανάλυση των ΗΠΑ.

Παρόλο που το μεγαλύτερο μέρος των μελετών στα οικονομικά της υγείας παράγεται στις περιοχές αυτές, οι τάσεις στην ανάπτυξη του τομέα της υγείας επηρεάζουν οποιονδήποτε διεξάγει οικονομικές αναλύσεις στους τομείς της υγείας σχεδόν σε όλες τις χώρες. Δεν ισχύει πλέον η υπόθεση ότι, όταν κάποιος εργάζεται σε ένα σχεδιασμένο περιβάλλον, η κατανόηση των δυνάμεων της αγοράς είναι περιττή και τα μόνα απαιτούμενα, χρήσιμα εργαλεία παρέχονται από το πεδίο της οικονομικής αξιολόγησης. Ομοίως, είναι απίθανο οι Ηνωμένες Πολιτείες να επιστρέψουν ποτέ στις συνθήκες αγοράς της δεκαετίας του 1970. Η αξιολόγηση της τεχνολογίας, ο σχεδιασμός και η υποχρεωτική επιβολή ασφαλιστικών πακέτων πιθανότατα θα εξακολουθήσουν να υφίστανται για το άμεσο μέλλον και η οικονομική αξιολόγηση θα συνεχίσει να διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη λειτουργία τους.

Συνεπώς, γίνεται όλο και περισσότερο αντιληπτό ότι, σε οποιοδήποτε μέρος του κόσμου ο οικονομολόγος υγείας εργάζεται, οφείλει να είναι εξοικειωμένος και με τους δύο κλάδους του αντικειμένου. Η πεποίθηση αυτή διατρέχει το παρόν βιβλίο, στο οποίο στόχος είναι η εξήγηση των βασικών οικονομικών υγείας σε όλο το φάσμα του κλάδου και η παρουσίαση εφαρμογών σε παγκόσμια βάση. Το έργο των συγγραφέων αυτού του βιβλίου καλύπτει ένα ευρύ γεωγραφικό φάσμα, λαμβάνοντας υπόψη τη Δυτική Ευρώπη, τις Ηνωμένες Πολιτείες, τον Καναδά και την Αυστραλία, πολλές από τις χώρες της πρώην Σοβιετικής Ένωσης και της Ανατολικής Ευρώπης, την Ουγκάντα, τη Ζάμπια και τη Ζιμπάμπουε, το Μπαγκλαντές, την Καμπότζη, την Ινδία, την Κολομβία και το Περού – ουσιαστικά χώρες από όλες τις ηπείρους, εκτός της Ανταρκτικής. Προφανώς, η καθεμία από τις χώρες αυτές αντιμετωπίζει διαφορετικού είδους και βαθμού δυσκολίες στην προσπάθειά της να διασφαλίσει ότι τα προβλήματα δημόσιας υγείας αντιμετωπίζονται διεξοδικά και ότι όλοι οι πολίτες λαμβάνουν υψηλής ποιότητας υπηρεσίες υγείας. Ωστόσο, τα εργαλεία της οικονομικής ανάλυσης που παρουσιάζονται στο παρόν έργο παρέχουν ισχυρά θεμέλια για την κατανόηση και την αξιολόγηση των προβλημάτων, αλλά και των λαμβανόμενων μέτρων αντιμετώπισής τους, ανεξάρτητα από το παλαι-

σιο. Πιστεύουμε ότι η αντιπαραβολή της εμπειρίας από την εφαρμογή αυτών των εργαλείων σε διαφορετικές χώρες είναι χρήσιμη για την κατανόηση των ζητημάτων και τη διενέργεια ανάλυσης σε οποιαδήποτε χώρα. Σκοπός στο παρόν βιβλίο είναι η παροχή μιας εισαγωγής στα εργαλεία αυτά και η παρουσίαση τρόπων με τους οποίους η ίδια προσέγγιση μπορεί να επιδράσει επί της πολιτικής υγείας σε εντελώς διαφορετικά πλαίσια.

1.2 Ποιος και τι ανήκει σε ένα σύστημα υγείας;

Μεγάλο μέρος αυτού του βιβλίου αφορά την εισαγωγή του αναγνώστη στη λειτουργία (και στις αδυναμίες) των αγορών στο πλαίσιο της υγειονομικής περίθαλψης. Οι αγορές επηρεάζονται από διαφορετικούς παράγοντες και είναι χρήσιμο να παρατεθούν εδώ οι βασικοί παράγοντες ενός συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, διότι αυτοί εμφανίζονται σε όλο το έργο, όπου οι ουσιώδεις ιδέες και θεωρίες απεικονίζονται με παραδείγματα από υφιστάμενα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης.

Στο Σχήμα 1.1 προσδιορίζονται τρεις ευρείες ομάδες φορέων σε ένα σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Τα άτομα της κοινωνίας χρειάζονται και χρησιμοποιούν υπηρεσίες υγείας, ενώ ταυτόχρονα είναι και αυτά που τελικά πληρώνουν για την υγειονομική περίθαλψη (είτε άμεσα στο σημείο χρήσης είτε έμμεσα μέσω της φορολογίας, της κοινωνικής ασφάλισης υγείας κ.λπ.). Στους μεσάζοντες περιλαμβάνονται οι κυβερνήσεις, τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης υγείας, οι ρυθμιστικοί φορείς και άλλοι που μπορεί να εμπλέκονται στη συλλογή πόρων, στην κατανομή των πόρων στους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης, στη ρύθμιση της συμπεριφοράς των παρόχων κ.λπ. Στους παρόχους συγκαταλέγονται τα νοσοκομεία (ήτοι, διευθυντές νοσοκομείων, γιατροί, νοσηλευτές κ.λπ.), οι πάροχοι πρωτοβάθμιας περίθαλψης (π.χ. ατομικοί γιατροί, κέντρα πρωτοβάθμιας περίθαλψης ή επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε ομάδες με βάση την κοινότητα) και άλλοι επαγγελματίες υγείας. Έτσι, ένα σύστημα υγείας αποτελείται από χρήστες, από αυτούς που πληρώνουν για τις υπηρεσίες υγείας, τους παρόχους και τις ρυθμιστικές αρχές, και ορίζεται βάσει των μεταξύ τους σχέσεων. Στο βιβλίο αυτό εξετάζονται ένα ή περισσότερα μέρη της συνολικής ροής των πόρων (π.χ. συμβάσεις και κανονισμοί που εστιάζουν στις σχέσεις μεταξύ μεσαζόντων και παρόχων, αξιολόγηση των μηχανισμών χρηματοδότησης που εστιάζει στον τρόπο με τον οποίο συλλέγονται πόροι για την πληρωμή της υγειονομικής περίθαλψης, οικονομική αξιολόγηση που εστιάζει στην ποιότητα παροχής των υπηρεσιών από τους παρόχους σε σύγκριση με τη χρήση των πόρων για άλλους σκοπούς, μέτρηση της ισότητας που εστιάζει στο κατά πόσο είναι δίκαιη η παροχή των πόρων υγειονομικής περίθαλψης). Η αλλαγή της φύσης της σχέσης σε ένα μέρος του συστήματος μπορεί να έχει επιπτώσεις στον τρόπο λειτουργίας και του υπόλοιπου συ-

στήματος. Για παράδειγμα, η αλλαγή του τρόπου με τον οποίο αποζημιώνεται ένας πάροχος υγειονομικής περίθαλψης, από την άμεση πληρωμή σε κάποια μορφή προπληρωμής, μπορεί να επηρεάσει τον τρόπο συμπεριφοράς του παρόχου, του χρήστη και τον τρόπο με τον οποίο ασκείται επίδραση και σε άλλους παράγοντες του συστήματος (π.χ. μπορεί να αλλάξουν τα μοτίβα χρήσης σε όλους τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης). Το απλό αυτό σχήμα (Σχήμα 1.1) είναι χρήσιμο για να μας θυμίζει τις αλληλεπιδράσεις εντός ενός συστήματος υγείας, ενώ οι διάφορες και περίπλοκες δομές κινήτρων που μπορεί να προκύψουν αποτελούν βασικά ζητήματα για τους οικονομολόγους της υγείας και αναλύονται σε διάφορα σημεία του έργου.

1.3 Οικονομικά, πολιτική υγείας και ισότητα

Συχνά, σκοπός της οικονομικής ανάλυσης στον τομέα της υγείας και της υγειονομικής περίθαλψης είναι να βοηθήσει τις κυβερνήσεις και άλλους φορείς να επιτύχουν καλύτερα τους στόχους των πολιτικών υγείας που εφαρμόζουν. Προφανής απαίτηση είναι να γνωρίζουμε ποιοι είναι αυτοί οι στόχοι. Όταν καθορίζονται σαφείς στόχοι, συνήθως κυριαρχούν δύο: η βελτίωση της κατάστασης της υγείας του πληθυσμού και η δικαιοσύνη ή η ισότητα. Επομένως, οι οικονομολόγοι της υγείας επικεντρώνονται στη διερεύνηση της μεγιστοποίησης του αντίκτυπου στην υγεία και την ισότητα. Στα οικονομικά είναι αποδεκτό ότι πρέπει να γίνονται επιλογές – δεν μπορεί κανείς να έχει ό,τι θέλει. Ενώ ορισμένες πολιτικές μπορεί να προσφέρουν την ευκαιρία τόσο να αυξηθεί η ισότητα στην κατανομή της υγείας στον πληθυσμό όσο και να βελτιωθεί το επίπεδο υγείας, άλλες προϋποθέτουν την επιλογή μεταξύ αυτών των δύο στόχων. Με άλλα λόγια, μερικές φορές πρέπει να επιλέξουμε έναν συμβιβασμό μεταξύ αποδοτικότητας (επίτευξης καλύτερης υγείας) και ισότητας (δικαιότερης κατανομής της υγείας).

Η δικαιοσύνη και η ισότητα είναι δύσκολες έννοιες και υπάρχει ολόκληρη βιβλιογραφία αφιερωμένη στον ορισμό τους. Ως ιδέες κουβαλούν αναπόφευκτα ισχυρές ηθικές προεκτάσεις. Όπως και να την ορίζει κανείς, δεν μπορεί να είναι αντίθετος στην ιδέα της δικαιοσύνης. Αντίστοιχα, είναι ευλόγως σπάνιο να υποστηρίζει κάποιος ανοιχτά την άνιση παροχή υπηρεσιών υγείας μεταξύ πλούσιων και φτωχών. Επίσης, σπάνιος είναι και ο σαφής ορισμός της ισότητας ή της δικαιοσύνης, γι' αυτό και έχει ζωτική σημασία ο ακριβής ορισμός των εννοιών αυτών και των επιθυμητών αποτελεσμάτων τους. Οι ανισότητες στην υγεία και την πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη οφείλονται σε πληθώρα αιτιών. Κάποιοι άνθρωποι τυχαίνει να γεννηθούν με ασθένειες ή αναπηρίες ή με την προδιάθεση να αρρωστήσουν. Κάποιοι άλλοι είναι απλώς άτυχοι και αρρωσταίνουν. Οι άνεργοι και οι άστεγοι ενδεχομένως ζουν σε επικίνδυνες ή ανθυγιεινές συνθήκες. Άλλοι παίρνουν ρίσκα, όπως το ρίσκο να κάνουν αναρρίχηση ή να καπνίζουν, τα οποία μπορεί να έχουν δυσμε-

νείς επιπτώσεις. Επιπλέον, ορισμένοι άνθρωποι θα μπορούσαν να επωφεληθούν από τη θεραπεία ή τη φροντίδα, αλλά δεν διαθέτουν τους πόρους για να την πληρώσουν.

Σημαντικό μέρος του βιβλίου αυτού αφιερώνεται στην ανάλυση των αγορών στον τομέα της υγείας και της υγειονομικής περίθαλψης, στο πώς λειτουργούν, πώς αστοχούν και τι μπορεί να γίνει για τη βελτίωσή τους. Ακόμα, όμως, κι αν λειτουργούν καλά, δεν αλλάζει το γεγονός ότι οι φτωχοί άνθρωποι είναι φτωχοί και, ελλείψει βοήθειας, η πρόσβασή τους στην περίθαλψη είναι περιορισμένη λόγω της οικονομικής τους δυνατότητας. Αντίστοιχα, έχουν περισσότερες πιθανότητες από τους πλουσιότερους ανθρώπους να πάσχουν από ασθένειες και αναπηρίες. Οι περισσότερες χώρες του κόσμου έχουν θεσπίσει μέτρα για τη μείωση της ανισότητας όσον αφορά την πρόσβαση στη φροντίδα μεταξύ πλουσιότερων και φτωχότερων ατόμων. Παρ' όλα αυτά, παραμένουν χάσματα μεταξύ της κατάστασης υγείας διαφορετικών ομάδων – καλύτερη υγεία απολαμβάνουν τα πλουσιότερα άτομα, οι εργαζόμενοι σε υψηλότερης εξειδίκευσης εργασίες και, από ορισμένες απόψεις, οι γυναίκες. Η πρόσβαση στην περίθαλψη δεν αντικατοπτρίζει πλήρως αυτές τις διαφορές.

Στις χώρες με κρατική χρηματοδότηση της υγειονομικής περίθαλψης ή με κάποιο σύστημα χρηματοδότησης που ρυθμίζεται σε μεγάλο βαθμό από την κυβέρνηση, συνήθως υπάρχει ένας τρόπος κατανομής των πόρων, στον οποίο λαμβάνονται υπόψη οι διαφορετικές ανάγκες των διαφόρων τμημάτων του πληθυσμού. Η συνήθεστη προσέγγιση είναι η κατανομή με βάση τον πληθυσμό, σταθμισμένη για παράγοντες αναγκών υγειονομικής περίθαλψης όπως η ηλικία, το φύλο και η νοσηρότητα. Κατόπιν, οι κατανομές ρυθμίζονται κατ' αναλογία με τους δείκτες αναγκών. Η προσέγγιση αυτή έχει συμβάλει σε μεγάλο βαθμό στη στάθμιση της χρηματοδότησης προς τα άτομα που έχουν περισσότερο επιβαρυνόμενα επίπεδα υγείας. Ωστόσο, υπάρχουν προφανή προβλήματα, δεδομένου ότι δεν αποσαφηνίζεται αν το κατάλληλο επίπεδο χρηματοδότησης οφείλει να είναι ανάλογο με έναν συγκεκριμένο δείκτη ανάγκης για υγειονομική περίθαλψη. Αυτό καταδεικνύει δυσκολία στην πραγματοποίηση της επιθυμίας δημιουργίας κάθετης ισότητας (δηλαδή, «άνισης βοήθειας των άνισων», που σημαίνει περισσότερη βοήθεια σε αυτούς που την έχουν πιο πολύ ανάγκη). Η άλλη συνήθης έννοια της ισότητας είναι η οριζόντια ισότητα, «η ίση μεταχείριση των ίσων». Κατ' αρχήν αυτή η προσέγγιση είναι ευκολότερη, αφού το μόνο που απαιτείται είναι η διασφάλιση ίδιας πρόσβασης στην υγεία ή στις ευκαιρίες υγειονομικής περίθαλψης για τα άτομα που βρίσκονται στην ίδια κατάσταση. Στην πράξη, όμως, η εφαρμογή της δεν είναι τόσο εύκολη.

Οι οικονομολόγοι συχνά εστιάζουν στην αντιστάθμιση μεταξύ αποδοτικότητας και ισότητας. Πάρτε το παράδειγμα των αστικών και αγροτικών πληθυσμών και των διαφορετικών ποσοστών περιγεννητικής θνησιμότητας. Συνήθως στις αγροτικές περιοχές παρατηρούνται χειρότερα ποσοστά τέτοιων θανάτων, οπότε θα πε-

ρίμενε κανείς η δημόσια υγεία και οι υπηρεσίες υγείας να επικεντρώσουν τις προσπάθειές τους στη μείωση αυτής της διαφοράς. Ωστόσο, το κόστος της μείωσης του ποσοστού περιγεννητικών θανάτων στις αγροτικές περιοχές πιθανότατα είναι υψηλότερο (π.χ. επειδή είναι πιο δαπανηρή η προσέγγιση των χρηστών στις υπηρεσίες), οπότε μια δεδομένη δαπάνη μπορεί να συμβάλει περισσότερο στη μείωση του *αριθμού των θανάτων* αν εφαρμοστεί στην αστική περιοχή. Ένα πραγματικό δίλημμα θα μπορούσε να είναι το εξής: μείωση του αριθμού των θανάτων κατά 100 με εστίαση στις αστικές περιοχές ή μείωση μόνο κατά 80 εάν τα ίδια κονδύλια δαπανηθούν στο αγροτικό πρόγραμμα. Οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής βρίσκονται αντιμέτωποι με μια δύσκολη επιλογή – εάν δαπανήσουν τα χρήματα στις αστικές περιοχές προλαμβάνονται περισσότεροι θάνατοι, αλλά ταυτόχρονα διευρύνεται η ανισότητα μεταξύ αστικών και αγροτικών περιοχών. Φυσικά, το επιθυμητό αποτέλεσμα θα ήταν να έχουμε και λιγότερους θανάτους και λιγότερη ανισότητα, αλλά για πολλά ζητήματα δαπανών δεν μπορούμε να αποφύγουμε τη δύσκολη επιλογή μεταξύ μιας πιο αποδοτικής παρέμβασης (ήτοι, λιγότεροι θάνατοι) και μιας πιο δίκαιης. Αξίζει η πρόσθετη δικαιοσύνη 20 θανάτους;

Το παράδειγμα των περιγεννητικών θανάτων βασίζεται σε πραγματικό δίλημμα που αντιμετώπισε ένας οργανισμός υγείας. Είναι ένα από τα δυσκολότερα διλήμματα. Υπάρχουν επίσης πολλές περιπτώσεις που δεν γίνεται συμβιβασμός μεταξύ αποδοτικότητας και δικαιοσύνης, δεδομένου ότι τα άτομα με χειρότερη υγεία έχουν περισσότερα περιθώρια ανάκαμψης με τη θεραπεία. Ας δούμε ένα άλλο παράδειγμα, βασισμένο στην εμπειρία από μια αστική περιοχή της Αγγλίας. Λόγω των διαφορών στα ποσοστά παραπομπής σε ειδικές εξετάσεις και ιατρική φροντίδα, ο πληθυσμός του φτωχότερου τμήματος της περιοχής είχε υψηλότερα ποσοστά *ιάσιμης στεφανιαίας νόσου*, αλλά λάμβανε λιγότερη θεραπεία από τον πληθυσμό του πιο εύπορου τμήματος. Ουσιαστικά, τα άτομα που είχαν μικρότερα περιθώρια να ωφεληθούν από τη θεραπεία λάμβαναν περισσότερη, ενώ τα άτομα που είχαν μεγαλύτερα περιθώρια λάμβαναν λιγότερη. Σε αυτή την περίπτωση η κατανομή των πόρων είναι μη αποδοτική (δεδομένου ότι θα μπορούσε να επιτευχθεί μεγαλύτερη βελτίωση της υγείας με τον υπάρχοντα προϋπολογισμό), ενώ η μεγαλύτερη αποδοτικότητα θα επέφερε και περισσότερη ισότητα. Το να είναι κανείς άρρωστος ή να διατρέχει κίνδυνο είναι απαραίτητη προϋπόθεση για να επωφεληθεί από τη θεραπεία, και, έτσι, συχνά εκείνοι που μπορούν να επωφεληθούν περισσότερο είναι όσοι έχουν χαμηλά εισοδήματα και νοσηρότητα άνω του μέσου όρου. Σε ορισμένες περιπτώσεις, η θεραπεία των φτωχότερων ατόμων είναι πιο δαπανηρή, καθώς ενδέχεται να χρειαστούν περισσότερο χρόνο νοσηλείας. Υπάρχουν επίσης περιπτώσεις που το κόστος ενός προγράμματος πρόληψης για τους φτωχότερους ανθρώπους είναι υψηλότερο. Για παράδειγμα, σε προγράμματα προ-συμπτωματικού ελέγχου τείνουν να συμμετέχουν πλουσιότερα άτομα και με λιγότερες ασθένειες. Ενδεχομένως να είναι σημαντική η προσέλκυση ατόμων από φτωχότε-

ρες οικογένειες, καθώς πιθανότατα θα εντοπιστούν περισσότερες παθήσεις, όμως η οργάνωση ενός τέτοιου προγράμματος ίσως κοστίζει περισσότερο.

Τα παραδείγματα αυτά αποσκοπούν στο να φωτίσουν διάφορες πτυχές της ισότητας, για την οποία δεν υπάρχει ένας απλός ορισμός. Είναι επίσης σημαντικό να εξεταστεί η ισότητα στον τομέα της υγείας στο πλαίσιο της συνολικής ισότητας. Η φτώχεια οδηγεί σε κακή υγεία και περιορίζει την πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη. Η δράση για τη βελτίωση της ισότητας, όσον αφορά την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, μπορεί να βοηθήσει, αντιμετωπίζει όμως περισσότερο τα συμπτώματα παρά τις αιτίες. Σε μεγάλο βαθμό, η ανισότητα στον τομέα της υγείας είναι πρόβλημα γενικότερων οικονομικών και κοινωνικών ανισοτήτων, και οι λύσεις βρίσκονται εκτός του τομέα της υγείας. Υπάρχουν κάποιες ενδείξεις ότι η σχετική (και όχι η απόλυτη) φτώχεια συνδέεται με την κακή υγεία, αν και πρόσφατες μελέτες θέτουν τη θεώρηση αυτή υπό αμφισβήτηση. Είναι βέβαιο ότι οι χώρες με μεγάλες κοινωνικές ανισότητες έχουν κατά μέσο όρο χειρότερη υγεία από τις πιο ισότιμες. Οι ραγδαίες αλλαγές στην Κεντρική και Ανατολική Ευρώπη, από τη δεκαετία του 1990 και μετά, συνδέθηκαν με ταχεία αύξηση των εισοδηματικών ανισοτήτων και επιδείνωση της υγείας.

Μπορεί να είναι χρήσιμο να υπάρξει διάκριση στον τομέα της υγείας μεταξύ των δομών που οδηγούν σε άνιση πρόσβαση στις υπηρεσίες και της αποτυχίας των συστημάτων υγείας να λειτουργήσουν όπως προβλέπεται. Οι χώρες με κρατική χρηματοδότηση ή χρηματοδότηση της υγειονομικής περίθαλψης μέσω της κοινωνικής ασφάλισης συνήθως στοχεύουν στην παροχή σχεδόν ίσης πρόσβασης σε σημαντικές υπηρεσίες. Οι κανόνες, τις περισσότερες φορές, υπαγορεύουν την προσφορά της περίθαλψης με βάση την ανάγκη και όχι το εισόδημα ή την ικανότητα πληρωμής. Η πραγματικότητα, όμως, είναι συχνά διαφορετική, καθώς μπορεί να υπάρχουν τέλη χρήσης (επίσημα ή ανεπίσημα), τα φάρμακα μπορεί να μην είναι διαθέσιμα στα νοσοκομεία, το προσωπικό ενδέχεται να συμπεριφέρεται με αγένεια και να μην επιδεικνύει την ίδια προσοχή στους φτωχότερους ασθενείς και τα κτίρια πιθανώς να βρίσκονται σε κακή κατάσταση. Ο σχεδιασμός μπορεί να προβλέπει ένα σύστημα ισότιμης πρόσβασης, αλλά η πραγματικότητα είναι ότι όσοι έχουν περισσότερα χρήματα έχουν καλύτερη πρόσβαση. Αυτό μπορεί να έρχεται σε αντίθεση με συστήματα που δεν αποσκοπούν στην παροχή ίσης πρόσβασης. Στις ΗΠΑ, η πρόσβαση εξαρτάται από το εισόδημα, την απασχόληση, την ηλικία και την ασθένεια. Οι εργαζόμενοι και οι ασφαλισμένοι λαμβάνουν άριστες υπηρεσίες. Οι πολύ φτωχοί ή ηλικιωμένοι λαμβάνουν δωρεάν ή επιδοτούμενες υπηρεσίες. Οι ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια ενδέχεται να λαμβάνουν δωρεάν αιμοκάθαρση, αλλά οι χαμηλόμισθοι και οι μη ασφαλισμένοι αποκλείονται από πολλά τμήματα του συστήματος. Ακόμη και αν κάθε μέρος του συστήματος λειτουργούσε όπως ακριβώς είχε προγραμματιστεί, στο σύνολό του δεν έχει ως στόχο την παροχή ίδιων ευκαιριών υγειονομικής περίθαλψης σε όλους τους χρήστες. Ο σκοπός δεν είναι να υπο-

στηρίζουμε την υπεροχή των συστημάτων που στοχεύουν να είναι δίκαια αλλά αποτυγχάνουν· σε τέτοιες περιπτώσεις, η λύση μπορεί να βρίσκεται στην εξασφάλιση της λειτουργίας του συστήματος σύμφωνα με τον σχεδιασμό του. Σε ένα κατακερματισμένο σύστημα, όπως αυτό των ΗΠΑ, οποιαδήποτε κίνηση προς την κατεύθυνση μεγαλύτερης ισότητας πιθανότατα προϋποθέτει δομικές αλλαγές.

Ενώ στο Κεφάλαιο 25 επικεντρωνόμαστε στη μέτρηση της ισότητας πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη, αναφορά σε αυτά τα ζητήματα γίνεται και σε πολλά άλλα κεφάλαια. Στην ανάλυση των αγορών εξετάζονται οι συνέπειες του ποιος έχει πρόσβαση σε ποιες ευκαιρίες υγείας. Σε ορισμένες περιπτώσεις, η καλύτερη διαχείριση και η πληρέστερη εφαρμογή της υφιστάμενης πολιτικής επιφέρει και μείωση των ανισοτήτων. Όταν γίνεται συμβιβασμός μεταξύ βελτίωσης των επιπέδων υγείας του πληθυσμού και αύξησης της ισότητας στην υγεία, οι υπεύθυνοι χάραξης των πολιτικών οφείλουν να είναι σαφείς: περισσότερη ισότητα επιτυγχάνεται μόνο εις βάρος των συνολικών επιπέδων υγείας. Αυτό μπορεί να μη θεωρείται επιθυμητό, όμως η ισότητα, όπως οι περισσότεροι επιθυμητοί στόχοι, έχει κόστος.

1.4 Η δομή του βιβλίου

Στο Πρώτο Μέρος περιλαμβάνεται η εισαγωγή στη βασική μικροοικονομική και στις εφαρμογές της στον τομέα της υγείας. Αυτές οι βασικές αρχές –ζήτηση και ελαστικότητα, παραγωγή και κόστος, τέλειες αγορές και αστοχία της αγοράς– παρέχουν τα κύρια δομικά στοιχεία για κάθε πιο εξελιγμένη μικροοικονομική ανάλυση, είτε αυτή αφορά τις λειτουργίες των αγορών είτε την οικονομική θεωρία που διέπει θέματα οικονομικής αξιολόγησης, όπως είναι η σκιώδης τιμολόγηση και η προθυμία πληρωμής ως μέσο αποτίμησης των οφελών. Όπως επισημαίνεται στο Σχήμα 1.1, κάποιου είδους αγορές υπάρχουν στα περισσότερα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης και είναι σημαντικό να κατανοήσουμε τη βασική θεωρία που τις διέπει. Είναι εξίσου σημαντικό να μάθουμε πώς αστοχούν οι αγορές, ώστε να κατανοήσουμε τη λογική πίσω από την παρέμβαση τρίτων σε αυτές.

Στο Δεύτερο Μέρος καλύπτονται θέματα που επιτρέπουν μία περισσότερο εξελιγμένη ανάλυση της συμπεριφοράς της αγοράς και των εφαρμογών αξιολόγησης της παρέμβασης στην αγορά, όπως είναι η ρύθμιση και η σύναψη συμβάσεων. Με βάση αυτή την ενότητα, ο αναγνώστης θα αρχίσει να κατανοεί τις γνώσεις που αποκτώνται από την εφαρμογή της θεωρίας και της ανάλυσης της αγοράς σε στενά του τομέα της υγείας – είτε σε περισσότερο είτε σε λιγότερο σχεδιασμένους τομείς της υγείας.

Στο Τρίτο Μέρος παρέχεται μια επισκόπηση των γνώσεων που μπορεί να προσφέρει η οικονομική ανάλυση για την κατανόηση των συστημάτων υγείας σε μακροοικονομικό επίπεδο. Ξεκινά με συζήτηση για τις επιπτώσεις των εναλλακτικών

μορφών οργάνωσης της χρηματοδότησης που διατίθεται για την υγειονομική περίθαλψη, για τον τρόπο που μπορούν να διατεθούν οι πόροι, και για το ποιες είναι οι θεσμικές δομές και τα κίνητρα αποδοτικότητας που ενέχονται σε κάθε σύστημα. Ακολουθεί συζήτηση για τη θεωρία και τα στοιχεία γύρω από τις εναλλακτικές επιλογές χρηματοδότησης ενός συστήματος υγειονομικής περίθαλψης (ποιος πληρώνει, πόσο και πότε). Στα δύο τελευταία κεφάλαια αυτού του μέρους αναλύονται τα συστήματα υγείας ανά τον κόσμο, εξετάζοντας τις ιστορικές δομές, τα χαρακτηριστικά των επιδόσεων του παρελθόντος και του παρόντος, τις μεταρρυθμίσεις και τα αναδυόμενα ζητήματα.

Στο Τέταρτο Μέρος επικεντρωνόμαστε στην εμπειρική πλευρά των οικονομικών της υγείας, εισάγοντας τον αναγνώστη σε βασικά εργαλεία και τεχνικές για την αξιολόγηση της κατανομής των πόρων και άλλων μικροοικονομικών αποφάσεων στην υγειονομική περίθαλψη. Το μέρος αυτό χωρίζεται σε δύο τμήματα. Στο Πρώτο Τμήμα αναλύεται η οικονομική αξιολόγηση. Σημειώσαμε ήδη ότι κάθε οικονομική ανάλυση οφείλει να ξεκινά με σαφή κριτήρια, βάσει των οποίων θα αξιολογηθεί η εκάστοτε προτεινόμενη πολιτική ή αλλαγή στην τρέχουσα πρακτική. Το τμήμα αυτό ξεκινά με μια εισαγωγή στα οικονομικά της ευημερίας, τον κλάδο των οικονομικών που έχει αναπτύξει το σύστημα κριτηρίων επί του οποίου βασίζεται η οικονομική αξιολόγηση· ακολούθως, το ενδιαφέρον στρέφεται στις φιλοσοφικές και πρακτικές δυσκολίες που απαντώνται κατά την προσπάθεια αξιολόγησης της πολιτικής και της πρακτικής υπό το πρίσμα αυτών των κριτηρίων, και παρουσιάζεται μία εν εξελίξει περιπτωσιολογική μελέτη, μέσω της οποίας αναδεικνύονται και διερευνώνται οι εν λόγω δυσκολίες. Στο Δεύτερο Τμήμα εισάγεται το θέμα της εφαρμοσμένης οικονομετρίας, παρέχοντας στον αναγνώστη τα εργαλεία για τον προσδιορισμό, την εκτίμηση και την ερμηνεία ενός τυπικού οικονομετρικού μοντέλου που χρησιμοποιείται στην έρευνα των εφαρμοσμένων οικονομικών της υγείας. Στο τελευταίο κεφάλαιο αυτού του τμήματος εξετάζεται η ισότητα στην πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη, δίνοντας ιδιαίτερη προσοχή στον τρόπο με τον οποίο ορίζεται και μετράται η πρόσβαση και στον τρόπο με τον οποίο ελέγχεται η ανάγκη υγειονομικής περίθαλψης σε αυτές τις αναλύσεις.

Το βιβλίο έχει σχεδιαστεί για να διαβάζεται με διαφορετικούς τρόπους. Ο στόχος ήταν να διατηρηθεί το κείμενο όσο το δυνατόν πιο ευανάγνωστο και να χρησιμοποιηθεί τεχνική ορολογία μόνο στα σημεία που ήταν απαραίτητο. Όπου είναι εφικτό, οι ιδέες καταδεικνύονται με παραδείγματα από την εμπειρία των συγγραφέων στην εφαρμογή των οικονομικών σε θέματα υγείας και υγειονομικής περίθαλψης. Παράλληλα, παρέχεται μία πιο τεχνική προσέγγιση. Στο πλαίσιο του κειμένου προσφέρεται πληρέστερη επεξήγηση ορισμένων σημείων, μαθηματική παρουσίαση ορισμένων θεωριών και θεωρητικό υπόβαθρο ορισμένων ιδεών. Η παρουσίαση στο Πρώτο Μέρος δεν προϋποθέτει καμία πρότερη γνώση οικονομικών. Το Δεύτερο Μέρος, το Τρίτο Μέρος και το Πρώτο Τμήμα του Τέταρτου εδράζο-

νται επί αυτών των θεμελίων και είναι αρκετά προσιτά για αναγνώστες με κάποια πρότερη κατάρτιση στα οικονομικά. Άτομα χωρίς εμπειρία στο πεδίο των οικονομικών οφείλουν να κατανοήσουν καλά το υλικό του Πρώτου Μέρους πριν προχωρήσουν στα επόμενα. Τα κεφάλαια περί εφαρμοσμένης οικονομετρίας στο Δεύτερο Τμήμα του Τέταρτου Μέρους προϋποθέτουν γνώσεις οικονομετρίας και στατιστικής, ισοδύναμες με αυτές που διδάσκονται σε ένα εισαγωγικό μάθημα μεταπτυχιακού επιπέδου.