

ΧΡΙΣΤΟΣ ΠΑΠΑΘΕΟΔΩΡΟΥ - ΘΕΟΔΩΡΟΣ ΣΑΚΕΛΛΑΡΟΠΟΥΛΟΣ
- επιμέλεια -

ΤΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ

Συμμετέχουν οι:

Σοφία Αδάμ, Ιωάννης Βαβούρας, Χαρά Βαβούρα,
Μαριλού Ιωακειμίδη, Λάφνη Καϊτελίδου,
Στέλλα Καραγιάννη, Μαρία Καραμεισίνη,
Νίκος Κουραχάνης, Σταύρος Μαυρουδέας,
Χρίστος Παπαθεοδώρου, Χαράλαμπος Οικονόμου,
Γεώργιος Παπακωνσταντίνου, Μαρία Πεμπετζόγλου,
Όλγα Σίσκου, Θεόδωρος Σακελλαρόπουλος,
Γιώργος Συμεωνίδης



Copyright © Χρίστος Παπαθεοδώρου - Θεόδωρος Σακελλαρόπουλος (επιμ.), *Τα Οικονομικά της Κοινωνικής Πολιτικής*, Αθήνα, 2020

Copyright © Εκδόσεις Διόνικος, Αθήνα, 2020

Copyright © Σοφία Αδάμ, Ιωάννης Βαβούρας, Χαρά Βαβούρα, Μαριλού Ιωακειμίδη, Δάφνη Καϊτελίδου, Στέλλα Καραγιάννη, Μαρία Καραμεσίνη, Νίκος Κουραχάνης, Σταύρος Μαυρουδέας, Χαράλαμπος Οικονόμου, Γεώργιος Παπακωνσταντίνου, Μαρία Πεμπιτζίλογλου, Όλγα Σίσκου, Γιώργος Συμεωνίδης, Αθήνα, 2020

DTP - Σχεδιασμός εξωφύλλου | re:create

ISBN | 978-960-6619-96-0

Απαγορεύεται η αναδημοσίευση ή αναπαραγωγή του παρόντος έργου στο σύνολό του ή τμημάτων του με οποιονδήποτε τρόπο, καθώς και η μετάφραση ή εκμετάλλευσή του με οποιονδήποτε τρόπο αναπαραγωγής έργου λόγου με το Ν. 100/1975. Επίσης απαγορεύεται η αναπαραγωγή της στοιχειοθεσίας, της σελιδοποίησης, του εξωφύλλου και γενικότερα της όλης αισθητικής του βιβλίου με φωτοτυπίες, ηλεκτρονικές ή οποιεσδήποτε άλλες μεθόδους, σύμφωνα με το Άρθρο 51 του Ν. 2121/1993.



ΕΚΔΟΣΕΙΣ
ΔΙΟΝΙΚΟΣ

Μαρία Τσακουρίδου και ΣΙΑ Ο.Ε.

Γραβιάς 9-13, Αθήνα, 106 78

Τηλ. και Fax: 210 38 01 777, e-mail: info@dionicos.gr

ΤΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΤΟΥ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Χαράλαμπος Οικονόμου, Δάφνη Καϊτελίδου, Όλγα Σίσκου

1. ΟΡΙΟΘΕΤΗΣΗ ΚΑΙ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΟΥ ΓΝΩΣΤΙΚΟΥ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟΥ

Η ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΤΩΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΤΟΥ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΩΣ διακριτού επιστημονικού κλάδου ανάγεται στα τέλη της δεκαετίας του 1950 και τις αρχές της δεκαετίας του 1960, με επίκεντρο τις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής. Αν και είχαν προηγηθεί, κατά το παρελθόν, απόπειρες εφαρμογής των αρχών της οικονομικής επιστήμης στη μελέτη ζητημάτων που σχετίζονται με τον τομέα της υγείας, θα μπορούσε να υποστηριχτεί ότι σημαντικό σημείο αναφοράς είναι η συμβολή της Selma Mushkin, η οποία εντοπίζει σε τρεις εξελίξεις την αναγκαιότητα αναλυτικά εργαλεία των παραδοσιακών περιοχών των οικονομικών, όπως η χρηματοοικονομική ανάλυση, η ανάλυση των ασφαλίσεων και τα δημόσια οικονομικά, να βρουν εφαρμογή και στον χώρο της υγείας. Πρώτον, οι νέες θεραπευτικές παρεμβάσεις και η πρόοδος που σημειώθηκε στα φάρμακα και τη βιοϊατρική τεχνολογία έθεσαν στην ημερήσια διάταξη τη διαχείριση του αυξανόμενου κόστους της ιατρικής φροντίδας. Αυτό οδήγησε, δεύτερον, στην επανεξέταση των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών της αγοράς υπηρεσιών υγείας και στον επανασχεδιασμό των συστημάτων υγείας ως προς την οργάνωση, την παροχή και τη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας. Τρίτον, τα επιτεύγματα της ιατρικής επιστήμης τα οποία συνέβαλαν στη μείωση της νοσηρότητας και της θνησιμότητας, και στη συνεπακόλουθη αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης, επαναπροσδιόρισαν την αξία της ζωής υπό το πρίσμα της επένδυσης στο ανθρώπινο κεφάλαιο και της συμβολής του στην παραγωγική διαδικασία. Στο πλαίσιο αυτό, αναδεικνύεται το αντικείμενο των οικονομικών

της υγείας ως επιστήμης της οποίας το κεντρικό ζητούμενο είναι όχι απλά η ενασχόληση με τη διαχείριση της ροής του χρήματος στον τομέα της υγείας, αλλά η αναζήτηση τρόπων για τη βέλτιστη χρησιμοποίηση των σπάνιων παραγωγικών πόρων, ώστε να διασφαλιστεί η φροντίδα των ασθενών και η προαγωγή της υγείας του πληθυσμού, λαμβάνοντας υπόψη την ανταγωνιστική και εναλλακτική χρήση των πόρων αυτών.

Ωστόσο, το επίσημο βάπτισμα των οικονομικών του τομέα υγείας ως επιστήμης αποδίδεται στον Kenneth Arrow. Ο Arrow υποστηρίζει ότι η αγορά υπηρεσιών υγείας έχει ορισμένα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά που τη διαφοροποιούν από το μοντέλο της ανταγωνιστικής αγοράς, τα οποία σχετίζονται με την αβεβαιότητα και την έλλειψη επαρκούς πληροφόρησης (ασύμμετρη πληροφόρηση), σε σχέση με την αποτελεσματικότητα της διαχείρισης της ασθένειας και την ασφαλιστική κάλυψη του κινδύνου έλευσης της ασθένειας. Ως προς την αποτελεσματικότητα της διαχείρισης της ασθένειας, η ασύμμετρη πληροφόρηση αναφέρεται στο γεγονός ότι οι ασθενείς δεν γνωρίζουν την κατάσταση της υγείας τους, τη βαρύτητα της ασθένειάς τους, το είδος των υπηρεσιών που χρειάζονται, και την αποτελεσματικότητα αυτών. Συνεπώς, ο ασθενής δεν λειτουργεί ως ορθολογικός καταναλωτής, αλλά μεταβιβάζει το δικαίωμα επιλογής στον ιατρό, ο οποίος εξουσιοδοτείται να αποφασίζει αντ' αυτού για τις ανάγκες του (σχέση αντιπροσώπευσης). Το ότι ο ιατρός λειτουργεί ως αντιπρόσωπος του ασθενή αίρει την έννοια της κυριαρχίας του καταναλωτή και θέτει ζητήματα συμπεριφοράς εκ μέρους του ιατρού, στον βαθμό που η κατάσταση αυτή μπορεί να οδηγήσει στο φαινόμενο της προκλητής ζήτησης, δηλαδή υπερκατανάλωσης μη αναγκαίων για των ασθενή υπηρεσιών υγείας, η οποία δημιουργείται από τον ιατρό για ίδιο όφελος. Ως προς την ασφαλιστική κάλυψη του κινδύνου έλευσης της ασθένειας, το φαινόμενο της ηθικής βλάβης είναι δυνατόν να οδηγήσει σε καταστάσεις αντίστροφης επιλογής. Η ύπαρξη ασφαλιστικής κάλυψης, και συνεπώς η ανάληψη από τον ασθενή μέρους μόνο του κόστους, ενδέχεται να λειτουργήσει ως κίνητρο εκδήλωσης συμπεριφορών ολιγωρίας από τα άτομα για την αποφυγή μιας ασθένειας καθώς και για την οικονομική επιβάρυνση αντιμετώπισης αυτής (ηθική βλάβη). Ως αποτέλεσμα, οι ασφαλιστικές εταιρείες προχωρούν στον αποκλεισμό ή στην υιοθέτηση υψηλών ασφαλιστρών και απαγορευτικών προϋποθέσεων κάλυψης σε άτομα υψηλού κινδύνου (αντίστροφη επιλογή). Υπό το παραπάνω πρίσμα, το τελικό συμπέρασμα στο οποίο καταλήγει ο Arrow είναι ότι η λογική της αποδοτικής λειτουργίας της

ανταγωνιστικής αγοράς παρουσιάζει σοβαρούς περιορισμούς και αδυναμίες ανάλυσης και περιγραφής της ισχύουσας κατάστασης στον τομέα της ιατρικής φροντίδας, καθιστώντας αναγκαία την ανάληψη πρωτοβουλιών από το κράτος. Η αναγκαιότητα αυτή είναι πρόδηλη και λόγω της εμφάνισης αρνητικών εξωτερικοτήτων, δηλαδή αρνητικών επιπτώσεων στην υγεία ατόμων ή ομάδων που προέρχονται από την αδυναμία πρόσβασης άλλων ατόμων ή ομάδων του πληθυσμού σε υπηρεσίες υγείας (λόγου χάρι, η μη εμβολιαστική κάλυψη ατόμων του πληθυσμού εγκυμονεί τον κίνδυνο μετάδοσης μολυσματικών ασθενειών σε άλλα άτομα), καθιστώντας την υγεία δημόσιο αγαθό.

Μερικά χρόνια αργότερα, ο Michael Grossman συμβάλλει περαιτέρω στην επέκταση του προβληματισμού των οικονομικών του τομέα υγείας. Βασίζόμενος στην προσέγγιση του ανθρώπινου κεφαλαίου υπό την οπτική της διάρκειας του κύκλου ζωής, αναπτύσσει τη θέση ότι η υγεία αποτελεί διαρκές κεφαλαιακό απόθεμα του οποίου εκροή είναι ο υγιής χρόνος διαβίωσης που διαθέτει καθένας μας. Το άτομο έχει ένα αρχικό απόθεμα υγείας το οποίο αναλώνεται με την πάροδο του χρόνου και την αύξηση της ηλικίας. Προκειμένου το εν λόγω απόθεμα να αναπληρωθεί και να αυξηθεί έτσι ώστε να διασφαλιστεί ένα ελάχιστο επίπεδο το οποίο να παρέχει μια συγκεκριμένη χρησιμότητα, είναι αναγκαία η επένδυση σε αυτό, είτε καταναλώνοντας προϊόντα και υπηρεσίες, όπως υπηρεσίες υγείας, φάρμακα, τρόφιμα κ.λπ., είτε αφιερώνοντας χρόνο για την υιοθέτηση υγιεινότερου τρόπου ζωής. Κάτω από αυτή την οπτική, η υγεία ως προϊόν παράγεται από τις εισροές των αγοραίων αγαθών και από τις δραστηριότητες των ίδιων των ατόμων, τα οποία δρουν και ως καταναλωτές αλλά και ως παραγωγοί/επενδυτές. Συνεπώς, παράγοντες όπως το εισόδημα, το επίπεδο των τιμών και η εκπαίδευση παίζουν σημαντικό ρόλο στη ζήτηση για υγεία. Με βάση αυτό το σκεπτικό, η υγεία ως καταναλωτικό προϊόν παράγει χρησιμότητα γιατί συμβάλλει στη βελτίωση της ποιότητας ζωής, ενώ ως επενδυτικό προϊόν σχετίζεται με τον διαθέσιμο χρόνο δραστηριότητας και επιβίωσης του ατόμου, υπό το πρίσμα ότι καλή υγεία σημαίνει λιγότερος χρόνος αφιερωμένος σε ασθένειες. Η προσέγγιση του Grossman έχει επικριθεί ότι δεν λαμβάνει υπόψη της τις συνθήκες αβεβαιότητας και ασύμμετρης πληροφόρησης που εντοπίζει η ανάλυση του Arrow και μπορεί να οδηγήσει σε ατομικιστικές αντιλήψεις για την υγεία, υπερτονίζοντας τη σημασία της επιλογής από το άτομο του τρόπου ζωής του και υποσκάπτοντας τη συλλογική

κάλυψη της προστασίας έναντι του κινδύνου ασθένειας. Ωστόσο, από μια άλλη σκοπιά, αναδεικνύει την αναγκαιότητα η πολιτική υγείας να μην περιορίζεται μόνο σε παρεμβάσεις αναφορικά με τη λειτουργία του συστήματος υγείας, αλλά να γίνεται αντιληπτή με πιο διασταλτική προσέγγιση, επιδρώντας τόσο στους πολιτικούς, οικονομικούς, κοινωνικούς και πολιτισμικούς προσδιοριστές της υγείας, όσο και στις συμπεριφορές και τον τρόπο ζωής του ατόμου.

Η σχετικά εκτενής αναφορά στους Arrow και Grossman, εκτός του να αναδείξει τα θεμέλια στα οποία στηρίχθηκε ο προβληματισμός των οικονομικών του τομέα υγείας ως διακριτής επιστήμης, αποσκοπούσε επίσης στο να εντοπίσει έναν διυισμό στο εσωτερικό αυτής. Αν και οι δύο προσεγγίσεις εντάσσονται στο νεοκλασικό υπόδειγμα της ζήτησης, ακολουθούν διαφορετικά μονοπάτια. Το πρώτο μονοπάτι, το οποίο θεμελιώθηκε από τον Arrow, έχει περισσότερο εμπειρική κατεύθυνση, βασισμένη στη χρησιμοποίηση οικονομετρικών τεχνικών και περιγράφεται με τον όρο «οικονομικά της φροντίδας υγείας». Θέτει ζητήματα που σχετίζονται με την ποσότητα και την ποιότητα των παραγόμενων υπηρεσιών υγείας σε μια κοινωνία και διερευνά τους όρους και τις συνθήκες κατανομής αυτών μεταξύ των ατόμων και των κοινωνικών ομάδων, αναδεικνύοντας τους μηχανισμούς εκείνους που διασφαλίζουν την αποδοτικότερη χρησιμοποίηση των πόρων, δεδομένης της σπανιότητάς τους. Ανταποκρίνεται στην ανάγκη εκπόνησης μελετών προκειμένου να απαντηθούν ερωτήματα σχετικά με την οργάνωση, την παροχή και τη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας και την αποσαφήνιση του ρόλου του ιδιωτικού και του δημόσιου τομέα στη λειτουργία των συστημάτων υγείας. Το δεύτερο μονοπάτι, αυτό των «οικονομικών της υγείας», θεμελιώθηκε στην άποψη του Grossman ότι η ζήτηση για υπηρεσίες υγείας είναι μια παράγωγη, δευτερογενής μορφή ζήτησης, η οποία απορρέει από τη ζήτηση των ατόμων για καλή υγεία. Ακολούθησε αρχικά περισσότερο θεωρητική κατεύθυνση, θεμελιωμένη στη θεωρία του ανθρώπινου κεφαλαίου, διευρυμένη όμως αργότερα με την οπτική της υγείας ως επένδυσης, την ανάλυση της διάρκειας του κύκλου ζωής, τα οικονομικά της εργασίας και τα οικονομικά της εκπαίδευσης, χρησιμοποιώντας σε μεγάλο βαθμό δυναμικά μαθηματικά μοντέλα. Στην προβληματική του εντάσσονται ζητήματα σχετικά με τον προσδιορισμό της αξίας της υγείας, τόσο σε χρηματικούς όρους όσο και σε σταθμισμένους όρους χρησιμότητας (π.χ., Ποιοτικά Σταθμισμένα Έτη Ζωής - QALYs, Έτη Ζωής

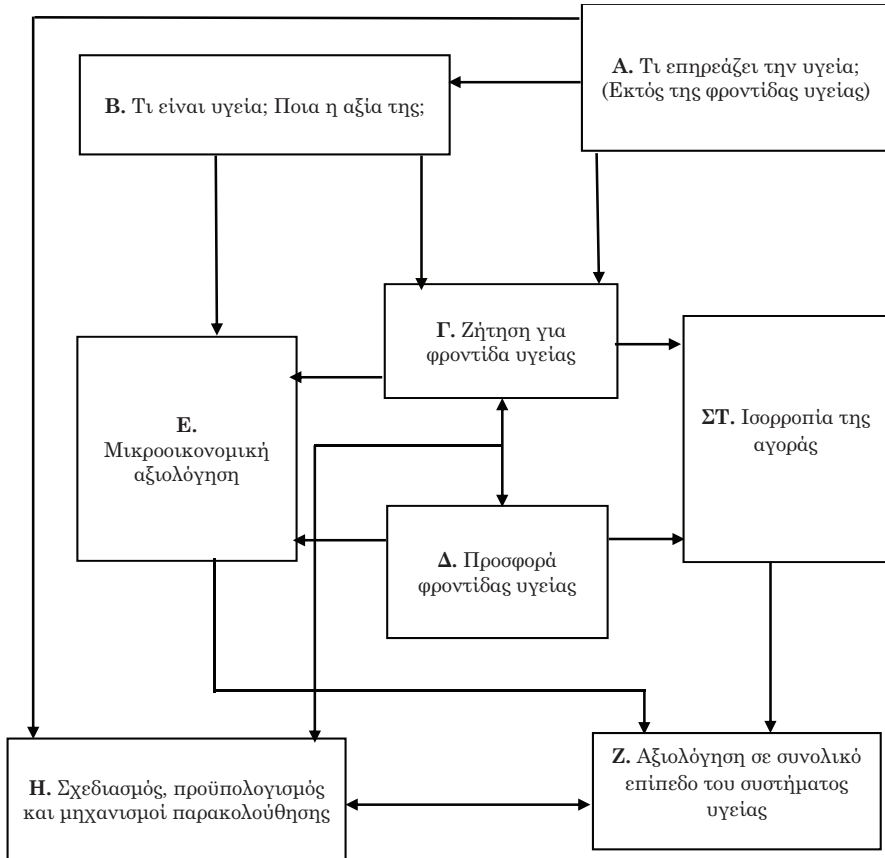
Σταθμισμένα ως προς την Ανικανότητα - DALYs) και στη στάθμιση της καλής υγείας έναντι άλλων στόχων. Τα ζητήματα αυτά σε μακροοικονομικό επίπεδο γείρονται πρωτίστως αναφορικά με επιλογές που καλείται να κάνει μια κοινωνία, όπως για παράδειγμα το κατά πόσο είναι διατεθειμένη να μειώσει την κατανάλωση στρέφοντας τους πόρους σε δραστηριότητες βελτίωσης του επιπέδου υγείας, ή όταν η κυβέρνηση καλείται να επλέξει τη χρηματοδότηση εναλλακτικών προγραμμάτων υγείας. Εγείρονται όμως και σε μικροοικονομικό επίπεδο, ως προς την προσωπική συμπεριφορά και το κατά πόσο το άτομο λειτουργεί ορθολογικά, επιδιώκοντας τη μεγιστοποίηση της χρησιμότητας που αποκομίζει, η οποία εξαρτάται, μεταξύ άλλων, τόσο από την κατανάλωση υλικών αγαθών όσο και από το κεφάλαιο υγείας που διαθέτει.

Οι δεκαετίες που ακολούθησαν χαρακτηρίστηκαν από τη επέκταση του πεδίου εφαρμογής των οικονομικών του τομέα υγείας στη βάση τόσο θεωρητικών όσο και εμπειρικών προσεγγίσεων. Το εύρος του προβληματισμού και του παραγόμενου έργου αποτυπώνεται στο Διάγραμμα 1 όπου ο Alan Williams επιχειρεί τη χαρτογράφηση του γνωστικού αντικειμένου. Στο διάγραμμα αυτό, κεντρική θέση κατέχουν η ζήτηση (κουτί Γ) και η προσφορά (κουτί Δ) υπηρεσιών υγείας. Από την πλευρά της προσφοράς το ενδιαφέρον επικεντρώνεται στο κόστος παραγωγής και στη σύγκριση του κόστους εναλλακτικών μορφών διανομής των υπηρεσιών υγείας (π.χ., πρωτοβάθμια έναντι νοσοκομειακής περίθαλψης κ.λπ.), στις δυνατότητες υποκατάστασης των διαφόρων τύπων εισροών για την παραγωγή των υπηρεσιών (π.χ., εργασία και κεφάλαιο, μίγμα δεξιοτήτων ανθρώπινου δυναμικού, υποκατάσταση ιατρικού από νοσηλευτικό προσωπικό κ.λπ.) και στον τρόπο με τον οποίο οι διαφορετικές μορφές αποζημίωσης επιδρούν στη συμπεριφορά των προμηθευτών υπηρεσιών υγείας. Η κατάσταση στην πλευρά της ζήτησης είναι περισσότερο πολύπλοκη, καθώς εδώ εξετάζονται ζητήματα που σχετίζονται με τον βαθμό στον οποίο η ζήτηση υπηρεσιών υγείας είναι συνάρτηση της ανάγκης ή της πρόθεσης πληρωμής από την πλευρά του ασθενή, την επίδραση που έχουν στην πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας παράγοντες όπως το εισόδημα, οι τιμές, ο χρόνος μετάβασης και αναμονής και οι κανόνες προτεραιοποίησης (π.χ., λίστες αναμονής), την επίπτωση της ασύμμετρης πληροφόρησης, της σχέσης αντιπροσώπευσης, της προκλητής ζήτησης, της ηθικής βλάβης και της αντίστροφης επιλογής.

Η ζήτηση όμως για υπηρεσίες υγείας εξαρτάται επίσης από την αξία που δίνουν τα ίδια τα άτομα στην υγεία (κουτί Β) καθώς και από τις ευρύτερες κοινωνικές και οικονομικές συνθήκες που επιδρούν στο επίπεδο υγείας (κουτί Α). Εδώ, το επίκεντρο της ανάλυσης είναι οι παράγοντες που διαμορφώνουν τη «ζήτηση για υγεία», υποδηλώνοντας την πρόθεση του Williams να εντάξει στο αναλυτικό του σχήμα τόσο τα «οικονομικά της φροντίδας υγείας» όσο και τα «οικονομικά της υγείας». Το κουτί Α παραπέμπει στους κοινωνικούς προσδιοριστές της υγείας, οι οποίοι όμως δεν σχετίζονται με το σύστημα υγείας, όπως το εισόδημα, οι ανισότητες, η φτώχεια, η εκπαίδευση, τα καταναλωτικά πρότυπα, οι επαγγελματικοί κίνδυνοι κ.λπ. Εκτός αυτών, σημαντικό ρόλο παίζει και το πώς τα άτομα και η κοινωνία αντιλαμβάνονται την έννοια της υγείας και οι στάσεις και πεποιθήσεις που διαμορφώνουν για αυτή. Προκύπτουν, συνεπώς, ζητήματα αναφορικά τόσο με τη μέτρηση της υγείας και τη διαμόρφωση σχετικών δεικτών, όπως για παράδειγμα οι δείκτες μέτρησης της ποιότητας της ζωής ή οι δείκτες αυτοαξιολόγησης της κατάστασης υγείας, οι οποίοι συνιστούν αναπόσπαστο τμήμα των διαδικασιών οικονομικής αξιολόγησης, όσο και αποτίμησης της χρησιμότητας και της κοινωνικής ευημερίας (κουτί Β).

Η μικροοικονομική αξιολόγηση (κουτί Ε) αποτελεί έναν ιδιαίτερα προτιμώμενο χώρο δραστηριότητας των οικονομολόγων του τομέα υγείας. Περιλαμβάνει αναλύσεις κόστους-αποτελεσματικότητας, κόστους-χρησιμότητας και κόστους-οφέλους των εναλλακτικών μορφών διανομής των υπηρεσιών φροντίδας υγείας (σε σχέση με τον τρόπο, τον τόπο, τον χρόνο και τον όγκο των παρεχόμενων υπηρεσιών, σε όλες της φάσης της κλινικής διαδικασίας – έλεγχος, διάγνωση, θεραπεία και αποκατάσταση), αποτίμηση της βιοϊατρικής τεχνολογίας κ.λπ., προκειμένου να διασφαλιστεί η τεκμηριωμένη λήψη αποφάσεων.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1 | ΣΧΗΜΑΤΙΚΗ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΟΥ ΠΕΔΙΟΥ ΤΩΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΤΟΥ ΤΟΜΕΑ ΥΓΕΙΑΣ



Πηγή: Williams 1987.

Ο τρόπος με τον οποίο επιτυγχάνεται η ισορροπία προσφοράς και ζήτησης στην αγορά υπηρεσιών υγείας αποτελεί μια ακόμα θεματική των οικονομικών του τομέα υγείας (κουτί ΣΤ). Αντικείμενο προς διερεύνηση αποτελούν, για παράδειγμα, οι τιμές ως εξισορροπητικός παράγοντας, τόσο σε χρηματικούς όρους όσο και σε όρους χρόνου (αποτίμηση του χρόνου μετάβασης στην υπηρεσία υγείας καθώς και του χρόνου αναμονής σε αυτή), οι μηχανισμοί και οι τεχνικές προσδιορισμού της προτεραιότητας πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας (π.χ., λίστες αναμονής), τα μέτρα συμ-

μετοχής των ασθενών στο κόστος χρησιμοποίησης των υπηρεσιών υγείας, οι τεχνικές ελέγχου της χρησιμοποίησης των υπηρεσιών υγείας (π.χ., ανώτατα όρια στις επισκέψεις σε ιατρούς, στη συνταγογράφηση φαρμάκων και στις παραπομπές για εξετάσεις).

Ο σχεδιασμός, η κατάρτιση προϋπολογισμού και η ανάπτυξη μηχανισμών παρακολούθησης του συστήματος υγείας αποτελούν επίσης σημεία που χρήζουν αποτίμησης (κουτί Η). Το αναλυτικό ενδιαφέρον εστιάζεται στην εκτίμηση της αποτελεσματικότητας των διαθέσιμων εργαλείων (κατάρτιση προϋπολογισμού και κατανομή μεταξύ των υπηρεσιών, σχεδιασμός για την ανάπτυξη ανθρώπινου υγειονομικού δυναμικού, ρύθμιση σχέσεων ιδιωτικού και δημόσιου τομέα κ.λπ.) και στο κατά πόσο αυτά παρέχουν τα αναγκαία κίνητρα ώστε να διασφαλίζεται ότι οι δρώντες στο σύστημα υγείας αναπτύσσουν συμπεριφορές που συμβάλλουν στην αριστοποίηση της λειτουργίας του συστήματος υγείας.

Τέλος, αναδεικνύεται το ζήτημα της συνολικής αξιολόγησης του τομέα υγείας (κουτί Ζ). Ζητούμενο είναι η αξιολόγηση της επίδοσης του συστήματος υγείας με βάση τα κριτήρια της ισοτιμίας και της κατανομητικής αποδοτικότητας. Σημαντική επίσης είναι η ανάλυση των επιπτώσεων που έχουν τα αποτελέσματα των διεργασιών που αναλύθηκαν στα κουτιά Ε και ΣΤ, στην επίτευξη των δύο προαναφερθέντων κριτηρίων. Οι βασικοί στόχοι εντοπίζονται στην αποτίμηση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού που απορρέει από το σύστημα υγείας, στην εκτίμηση του βαθμού ανταπόκρισης των υπηρεσιών υγείας στις ανάγκες και στις προτιμήσεις των ασθενών, στην αξιολόγηση της έκτασης της οικονομικής προστασίας και της ασφαλιστικής κάλυψης που παρέχει το σύστημα υγείας στους πολίτες και στη μέτρηση της παραγωγικότητας των χρησιμοποιούμενων πόρων υγείας. Στο πλαίσιο αυτό, χρήσιμα συμπεράσματα μπορούν να αντληθούν από τη συγκριτική ανάλυση είτε μεταξύ διαφορετικών περιφερειών είτε μεταξύ διαφορετικών χωρών.

Οι επόμενες ενότητες του παρόντος κεφαλαίου ακολουθούν το αναλυτικό σχήμα που περιγράφηκε παραπάνω και αποσκοπούν στο να παρουσιάσουν μια συνοπτική εισαγωγή σε ορισμένες θεμελιώδεις έννοιες των οικονομικών του τομέα υγείας. Το κεφάλαιο κλείνει με τη σύνοψη των επιστημολογικών προκλήσεων και των προοπτικών του κλάδου.

2. ΕΝΝΟΙΑ, ΑΞΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Σε ένα από τα βιβλία του, ο Victor Fuchs αναρωτιέται ποιον από τους πολλούς ορισμούς που έχουν διατυπωθεί για την υγεία θα ήταν πιο δόκιμο να υιοθετήσει ένας οικονομολόγος ο οποίος δραστηριοποιείται στον τομέα της υγείας, θέτοντας στην ημερήσια διάταξη δύο σημαντικές δυσκολίες. Η πρώτη αναφέρεται στην πολλαπλότητα των προσπαθειών να προσδιοριστεί η έννοια της υγείας. Οι ορισμοί που έχουν διατυπωθεί διαφοροποιούνται, ξεκινώντας από την παραδοσιακή βιοϊατρική προσέγγιση της απουσίας νόσου ή αναπηρίας, περνώντας στον ορισμό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας ως κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας, και φτάνοντας μέχρι απόψεις που συνδέουν την υγεία με τη δυνατότητα προσαρμογής στο περιβάλλον και ανταπόκρισης στις προκλήσεις της καθημερινής ζωής. Επιπροσθέτως, η έννοια της υγείας μεταβάλλεται σε σχέση με το πώς γίνεται αντιληπτή μεταξύ των διαφορετικών ατόμων. Η δεύτερη δυσκολία εν μέρει είναι συνέπεια της πρώτης και απορρέει από το γεγονός της αδυναμίας μέτρησης της υγείας. Η απουσία ενός κοινά αποδεκτού λειτουργικού ορισμού της υγείας καθιστά δυσχερή τόσο την ποσοτική όσο και την ποιοτική εκτίμησή της.

Μια απάντηση στο παραπάνω ερώτημα, η οποία υιοθετήθηκε από το μεγαλύτερο μέρος των οικονομολόγων της υγείας, αποτέλεσε η θέση του Grossman, η οποία παρουσιάστηκε στην προηγούμενη ενότητα, ότι η υγεία είναι ένα διαρκές αγαθό ή ένα είδος κεφαλαίου που λαμβάνει τη μορφή τόσο της επένδυσης όσο και της κατανάλωσης και από το οποίο παράγονται υπηρεσίες που προσφέρουν στο άτομο ωφέλεια ή χρησιμότητα, δηλαδή ικανοποιούν τις επιθυμίες του. Σταδιακά, το κεφάλαιο αυτό αποσβένεται ανάλογα με την ηλικία του ατόμου, τον τρόπο ζωής, τους περιβαλλοντικούς παράγοντες και τη χρήση των υπηρεσιών φροντίδας υγείας. Στόχος του ατόμου είναι να αναπληρώσει, στον βαθμό του εφικτού, το αναλωθέν κεφάλαιο υγείας και για τον σκοπό αυτό καταναλώνει τον συνδυασμό εκείνο αγαθών και υπηρεσιών υγείας που θα του παράσχουν τη μεγαλύτερη χρησιμότητα. Κάτω από αυτό το πρίσμα, η δημιουργία και η διατήρηση της υγείας περιλαμβάνει μια διαδικασία παραγωγής, η οποία στα οικονομικά εκφράζεται με τη συνάρτηση παραγωγής της υγείας. Η συνάρτηση αυτή δείχνει τη μέγιστη ποσότητα υγείας που μπορεί να παραχθεί από ένα συγκεκριμένο σύνολο εισροών

στις οποίες συμπεριλαμβάνονται οι υπηρεσίες υγείας, ο τρόπος ζωής, το περιβάλλον, η κοινωνικοοικονομική κατάσταση και η τεχνολογία.

Το υπόδειγμα αυτό προϋποθέτει ότι το άτομο λειτουργεί ορθολογικά, έχει αντιληπτικές ικανότητες τέτοιες που να μπορεί να αποτιμήσει όλες τις δυνατές επιλογές και τις συνέπειές τους, ενεργεί ως πλήρως ενημερωμένος καταναλωτής και κατατάσσει τις ανάγκες του ιεραρχικά, επιλέγοντας πρώτα την ικανοποίηση αυτών που βρίσκονται υψηλότερα, έτσι ώστε να μεγιστοποιήσει τη χρησιμότητά του. Όμως, όπως επισημαίνει ο Thomas Rice, η πραγματικότητα είναι διαφορετική. Αντίθετα με αυτό που προβλέπει η παραδοσιακή οικονομική θεωρία για τη λήψη αποφάσεων, τα άτομα τείνουν να είναι υπερβολικά προσανατολισμένα προς το παρόν και όχι τόσο στο μέλλον, ανησυχούν περισσότερο για το αν θα χάσουν κάτι που έχουν ήδη από το να κερδίσουν κάτι που δεν έχουν βιώσει και είναι πολύ ευαίσθητα στα οικονομικά κίνητρα. Επιπροσθέτως, έχουν περιορισμένες γνωστικές δυνατότητες, με αποτέλεσμα, για να λάβουν περιπλοκές αναγκαίες αποφάσεις στην καθημερινότητα, να χρησιμοποιούν ευρηματικές πρακτικές μεθόδους βασισμένες στην εμπειρία περισσότερο, παρά εξετάζοντας όλες τις δυνατές επιλογές. Εκτός αυτού, οι προτιμήσεις των ανθρώπων μεταβάλλονται, εξελίσσονται με την πάροδο του χρόνου, επηρεάζονται σημαντικά από το περιβάλλον και είναι δυνατόν να χειραγωγηθούν, ειδικά μέσω της διαφήμισης. Οι διαπιστώσεις αυτές ισχύουν ιδιαίτερα στον τομέα της υγείας, όπου τα άτομα συχνά δεν διαθέτουν τις αναγκαίες πληροφορίες για να πάρουν κρίσιμες αποφάσεις, πολλές φορές οι αποφάσεις τις οποίες τελικά καταλήγουν δεν συνάδουν με το μακροπρόθεσμο συμφέρον τους ή βασίζονται σε προσωπικά, αξιακά, μη ιατρογενή κριτήρια και οι συμπεριφορές που υιοθετούν μπορεί να είναι έχουν αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία τους.

Την αξία της υγείας ως αγαθού τονίζει και ο Amartya Sen, από μια διαφορετική όμως οπτική. Εκκινεί ασκώντας κριτική στο ωφελμιστικό πρόταγμα της μεγιστοποίησης της χρησιμότητας του καταναλωτή, στο οποίο βασίζεται το μοντέλο του Grossman, και ειδικότερα στις αξιώσεις της συνεπειοκρατίας (όλες οι επιλογές να κρίνονται με βάση τις συνέπειές τους), του ευημερισμού (μια κατάσταση να κρίνεται σύμφωνα μόνο με το υποκειμενικό ατομικό όφελος που παράγει) και του άθροισματος κατάταξης (η συνολική ωφέλεια προκύπτει από το άθροισμα των ωφελειών κάθε ατόμου ξεχωριστά). Η συνεπειοκρατία παραβλέπει την ηθική βαρύτητα που έχει η ίδια η διαδικασία που παράγει το συγκεκρι-

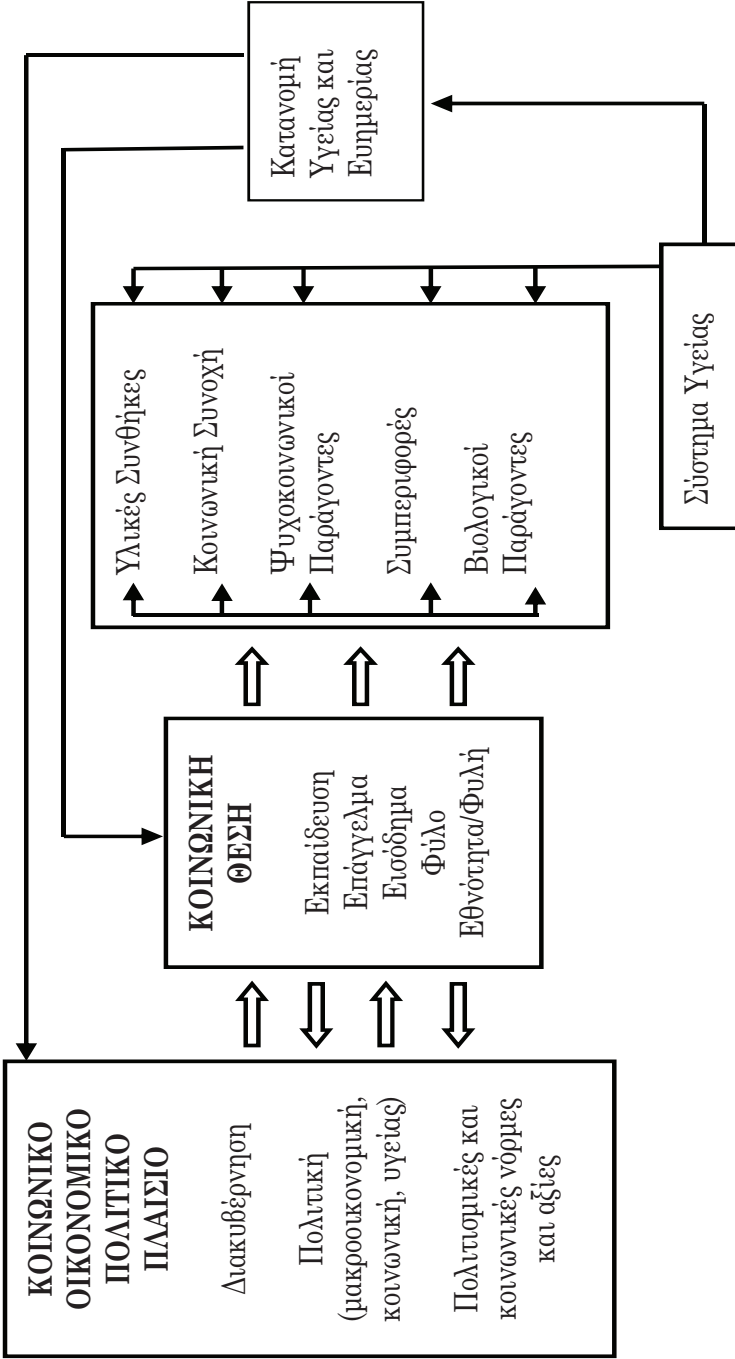
μένο αποτέλεσμα και το αν αυτή τηρεί, για παράδειγμα, τις αρχές της ακριβοδικίας και του σεβασμού της προσωπικότητας. Ο ευημερισμός, δεν στηρίζεται σε στέρεα θεμέλια, λαμβάνοντας υπόψη, πρώτον, ότι η μέτρηση της ικανοποίησης με υποκειμενικά κριτήρια είναι εύπλαστη και εξαρτάται από την ψυχική κατάσταση του ατόμου, μη εκφράζοντας πολλές φορές τις πραγματικές ανάγκες του, και, δεύτερον, οι προσαρμοστικές στάσεις των ατόμων στις περιστάσεις προκειμένου να ανταποκριθούν σε δυσμενείς καταστάσεις επηρεάζουν το πώς αυτά αξιολογούν την ευημερία τους. Το άθροισμα κατάταξης, τέλος, αδιαφορεί για τις ανισότητες και το πώς διανέμεται η ευημερία μεταξύ των ατόμων, αφού δίνει έμφαση μόνο στο συνολικό άθροισμα και δεν λαμβάνει υπόψη το γεγονός ότι τα άτομα διαφέρουν ως προς τις ανάγκες και τις δυνατότητές τους να μετατρέψουν τους πόρους τους, όπως το εισόδημα, σε ευημερία. Ο Σεν, στη συνέχεια, αναπτύσσει την «προσέγγιση των δυνατοτήτων», σύμφωνα με την οποία η ευημερία ενός προσώπου μπορεί να εξεταστεί σε σχέση με την ποιότητα της οντότητάς του. Αυτή εξαρτάται αφενός από τον βαθμό στον οποίο το άτομο μπορεί να επιτύχει λειτουργικούς σκοπούς (οντικές καταστάσεις και πράξεις) στους οποίους το ίδιο αποδίδει ιδιαίτερη αξία, δηλαδή «λειτουργικότητες», και, αφετέρου, από την πραγματική ελευθερία, τις πραγματικές ευκαιρίες που έχει το άτομο να σταθμίσει, να επιλέξει και να πετύχει διαφορετικούς συνδυασμούς λειτουργικότητων, δηλαδή διαφορετικούς τρόπους ζωής, κατάσταση η οποία εκφράζεται με την έννοια των «δυνατοτήτων». Κάτω από αυτό το πρίσμα, η υγεία αποτελεί μία από τις σημαντικότερες συνθήκες της ανθρώπινης ζωής και συνιστά ένα από τα θεμελιώδη στοιχεία των ανθρώπινων δυνατοτήτων στο οποίο συντρέχουν σοβαροί λόγοι να αποδίδεται αξία. Συνεπώς, κάθε έννοια κοινωνικής δικαιοσύνης που αποδέχεται την αναγκαιότητα της δίκαιης διανομής των πόρων και της ενδυνάμωσης των ανθρώπινων δυνατοτήτων θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη της τον ρόλο της υγείας στην ανθρώπινη ζωή και τις ευκαιρίες που κάθε άτομο έχει ώστε να επιτύχει καλό επίπεδο υγείας, αποφεύγοντας καταστάσεις νοσηρότητας και πρόωμης θνησιμότητας.

Ανεξάρτητα από τη διαφορετική αφετηρία και πορεία των προσεγγίσεων του Grossman και του Sen, και από τις δύο συνάγεται ότι δεν είναι μόνο οι υπηρεσίες υγείας που επηρεάζουν το επίπεδο υγείας του πληθυσμού, αλλά, πρωτίστως, άλλοι προσδιοριστικοί παράγοντες επιδρούν σε αυτό, εκτός των γενετικών και βιολογικών παραμέτρων. Το

ερευνητικό ενδιαφέρον των οικονομικών του τομέα υγείας έχει εστιάσει αφενός στους συμπεριφορικούς παράγοντες κινδύνου, και αφετέρου στις ευρύτερες κοινωνικές και οικονομικές συνθήκες και τις ανισότητες που παρατηρούνται στο επίπεδο υγείας μεταξύ διαφορετικών κοινωνικών ομάδων. Οι συμπεριφορικοί παράγοντες κινδύνου περιλαμβάνουν το κάπνισμα, την κατανάλωση αλκοόλ, την παχυσαρκία κ.λπ. Οι ευρύτερες κοινωνικές και οικονομικές συνθήκες αφορούν στο εισόδημα, στην εκπαίδευση, στο επάγγελμα και γενικότερα στις παραμέτρους που διαμορφώνουν το επίπεδο διαβίωσης, μεταξύ των οποίων κατατάσσονται και οι υπηρεσίες υγείας. Ειδικότερα, τα αποτελέσματα των ερευνών αποδίδουν βαρύνουσα σημασία στο επίπεδο εκπαίδευσης, στο επάγγελμα και στο εισόδημα, στοιχεία τα οποία παραπέμπουν στην κοινωνική διαστρωμάτωση και στον ορισμό των κοινωνικών τάξεων. Τα άτομα με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο εμφανίζουν χαμηλότερα ποσοστά θνησιμότητας και νοσηρότητας, καθώς η εκπαίδευση αυξάνει τις κοινωνικές δεξιότητες και τις ευκαιρίες του ατόμου για επαγγελματική και κοινωνική ανέλιξη και το βοηθά να προωθήσει έναν πιο υγιεινό τρόπο ζωής. Η επαγγελματική θέση τοποθετεί τα άτομα μέσα στην κοινωνική δομή, η οποία καθορίζει την πρόσβαση στους πόρους και τους περιορισμούς που αντιμετωπίζει κανείς οι οποίοι επηρεάζουν τη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα, συνδέεται με ένα ιδιαίτερο εργασιακό περιβάλλον και συνθήκες απασχόλησης, υγιεινής και ασφάλειας, και επιδρά στον τρόπο ζωής και στην υιοθέτηση συμπεριφορών όπως το κάπνισμα ή η κατανάλωση αλκοόλ. Επιπροσθέτως, όσο λιγότερο ισότιμη είναι η διανομή του εισοδήματος σε μια χώρα τόσο λιγότερο ευνοϊκά είναι τα αποτελέσματα υγείας, με τα υψηλά εισοδηματικά κλιμάκια να εμφανίζουν καλύτερους δείκτες σε σχέση με τα χαμηλότερα. Άλλοι σημαντικοί κοινωνικοί προσδιοριστικοί παράγοντες της υγείας είναι το φύλο, η φυλή και η εθνότητα, η γεωγραφική περιφέρεια και ο τόπος, η κοινωνική δικτύωση και ο βαθμός κοινωνικής αλληλεγγύης, το πολιτικοοικονομικό περιβάλλον και οι επιπτώσεις των μακροοικονομικών πολιτικών και των πολιτικών απασχόλησης και κοινωνικής προστασίας. Ένας ακόμα προσδιοριστικός παράγοντας της υγείας είναι ο βαθμός πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας. Εδώ το ενδιαφέρον επικεντρώνεται στον βαθμό δικαιοσύνης του επιμερισμού του βάρους της χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας μεταξύ των κοινωνικών ομάδων και στο κατά πόσο άτομα με ίδιες ανάγκες λαμβάνουν παρόμοια θεραπεία ανεξάρτητα από τα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά τους.

Σημαντική ερευνητική προσπάθεια έχει γίνει για την ανίχνευση των μηχανισμών αιτιότητας που συνδέουν τους παραπάνω παράγοντες με την ύπαρξη ανισοτήτων στην υγεία. Το βασικό συμπέρασμα που προκύπτει είναι η πολυπαραγοντικότητα των αιτιών και των συνθηκών καθώς και η πολυπλοκότητα των μηχανισμών που γεννούν εκτεταμένες ανισότητες στην υγεία. Συνέπεια της διαπίστωσης αυτής είναι η προσπάθεια διατύπωσης σύνθετων ερμηνευτικών μοντέλων, με την ενσωμάτωση στοιχείων από τις επιμέρους προσεγγίσεις. Μια σχετική πρόταση είναι αυτή που διατυπώθηκε από την Επιτροπή για τους Κοινωνικούς Προσδιοριστές της Υγείας, του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας. Όπως φαίνεται στο Διάγραμμα 2, το κοινωνικό, πολιτικό και οικονομικό πλαίσιο δομεί τις κοινωνικές θέσεις με βάση τις οποίες γίνεται η διαστρωμάτωση του πληθυσμού, ανάλογα με την εκπαίδευση, το επάγγελμα, το εισόδημα, το φύλο, την εθνότητα/φυλή ή/και άλλους παράγοντες. Η κοινωνική θέση, με τη σειρά της, διαμορφώνει τις υλικές συνθήκες, τον βαθμό κοινωνικής συνοχής, τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες, τις συμπεριφορές και τους βιολογικούς παράγοντες που αντανακλούν τη θέση του κάθε ατόμου στην κοινωνική ιεραρχία και επιδρούν στο επίπεδο υγείας του. Το επίπεδο υγείας και η ύπαρξη κάποια ασθένειας μπορεί, με τη σειρά τους, να έχουν επιπτώσεις ως προς την κοινωνική θέση που κατέχει το άτομο, περιορίζοντας, για παράδειγμα, τις δυνατότητες εύρεσης εργασίας και μειώνοντας το εισόδημά του. Επιπροσθέτως, η υγεία ενός πληθυσμού έχει επιπτώσεις στο κοινωνικοοικονομικό πλαίσιο, επηρεάζοντας, για παράδειγμα, την παραγωγικότητα του οικονομικού συστήματος.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2 | ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥΣ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΤΕΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΙΣ ΑΝΕΙΣΤΙΜΙΕΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ



Πηγή: Commission on Social Determinants of Health 2008.

Κάτω από μια πιο μακροοικονομική σκοπιά, η υγεία και η επένδυση σε αυτή συντελούν στην παραγωγική διαδικασία, στην οικονομική ανάπτυξη και στην ευρύτερη κοινωνική ευημερία. Η καλή υγεία συμβάλλει στην επίτευξη υψηλότερης παραγωγικότητας και προσφοράς εργασίας και εξασφαλίζει τις πνευματικές και σωματικές προϋποθέσεις συμμετοχής των ατόμων στο σύστημα εκπαίδευσης, κατάρτισης και απόκτησης δεξιοτήτων. Η πτώση της νοσηρότητας μειώνει το άμεσο και έμμεσο κόστος αντιμετώπισης των ασθενειών και απελευθερώνει πόρους, οι οποίοι μπορούν να διοχετευθούν προς άλλους παραγωγικούς κλάδους. Επιπροσθέτως, αυξάνει τα εισοδήματα και την αγοραστική δύναμη των νοικοκυριών, βελτιώνοντας το βιοτικό τους επίπεδο. Τέλος, τα ίδια τα συστήματα υγείας αποτελούν σημαντικό τμήμα του τομέα παροχής υπηρεσιών, όπου απασχολείται μεγάλο ποσοστό του εργατικού δυναμικού. Θα μπορούσε λοιπόν να υποστηριχθεί ότι η σχέση υγείας και οικονομικής ευημερίας είναι μάλλον αμφίδρομη και αλληλοτροφοδοτούμενη. Οι υγιείς άνθρωποι μπορούν να κερδίζουν πιο εύκολα εισόδημα και οι άνθρωποι με υψηλότερο εισόδημα μπορούν να αναζητήσουν πιο εύκολα ιατρική περίθαλψη, να έχουν καλύτερη διατροφή καθώς και την ελευθερία να διάγουν υγιέστερο βίο. Ωστόσο, ενώ φαίνεται να υπάρχει μια θετική διασύνδεση μεταξύ οικονομικής προόδου και επιπέδου υγείας, η διασύνδεση αυτή επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες πολιτικής. Σε μεγάλο βαθμό εξαρτάται από το πώς χρησιμοποιείται το πρόσθετο εισόδημα που παράγεται από την οικονομική ανάπτυξη, ιδίως από το εάν χρησιμοποιείται για επέκταση των δημόσιων υπηρεσιών φροντίδας υγείας και για τη μείωση του φορτίου της φτώχειας. Με άλλα λόγια, η βελτίωση της υγείας υπερβαίνει την απλή αύξηση του ποσοστού οικονομικής μεγέθυνσης, αλλά σχετίζεται επίσης με τη χρησιμοποίηση και την κατανομή των πόρων κατά τρόπο κοινωνικά δίκαιο και παραγωγικό.

Πέρα από τις δυσκολίες εννοιολογικού προσδιορισμού της υγείας και των διαφορετικών προσεγγίσεων που έχουν διατυπωθεί, όπως προκύπτει από όσα λέχθηκαν παραπάνω, έχουν αναπτυχθεί δύο βασικές κατηγορίες δεικτών μέτρησης της υγείας: οι ποσοτικοί και οι ποιοτικοί. Οι δείκτες αυτοί χρησιμοποιούνται σε μελέτες αξιολόγησης υπηρεσιών και προγραμμάτων υγείας προκειμένου να αποτιμηθούν οι μεταβολές στην κατάσταση υγείας που επιφέρουν παρεμβάσεις στη φροντίδα υγείας και να αξιολογηθεί η αποδοτικότητα των διατιθέμενων πόρων, η αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων και η ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών. Πιο

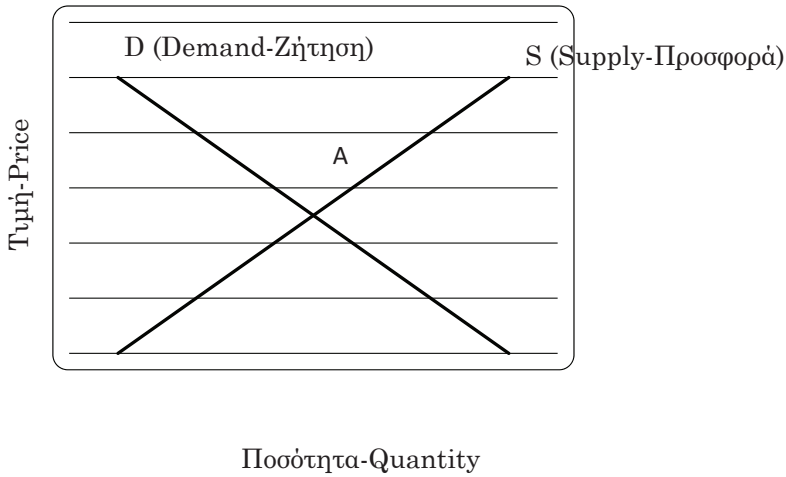
συγκεκριμένα, οι ποσοτικοί αρνητικοί δείκτες υγείας σχετίζονται με τις εκδηλώσεις αρνητικών βιολογικών συμπτωμάτων και συμπεριλαμβάνουν τους δείκτες θνησιμότητας, οι οποίοι αποτυπώνουν τη συχνότητα των θανάτων τόσο συνολικά όσο και κατά αιτίες για το σύνολο αλλά και για διάφορες ομάδες του πληθυσμού, και τους δείκτες νοσηρότητας, δηλαδή τη συχνότητα εμφάνισης των διαφόρων ασθενειών στο σύνολο ή σε ομάδες του πληθυσμού. Η δεύτερη κατηγορία δεικτών, οι θετικοί, εμπεριέχουν τη μέτρηση της ποιότητας ζωής και της αυτοαξιολόγησης του επιπέδου υγείας. Η προσπάθεια διεπιστημονικής προσέγγισης της μέτρησης του επιπέδου υγείας του πληθυσμού έχει ως αποτέλεσμα τις τελευταίες δεκαετίες να επιχειρείται η ανάπτυξη σύνθετων δεικτών υγείας όπως τα Ποιοτικά Σταθμισμένα Έτη Ζωής (Quality Adjusted Life Years - QALYs) και τα Σταθμισμένα σε σχέση με την Ανικανότητα Έτη Ζωής (Disability Adjusted Life Years - DALYs). Οι δείκτες αυτοί επιχειρούν να καλύψουν την ανεπάρκεια των κλασικών δεικτών θνησιμότητας και νοσηρότητας σε σχέση με τη μέτρηση της βαρύτητας των νόσων. Υπάρχουν ασθένειες ή καταστάσεις οι οποίες δεν είναι μοιραίες και δεν οδηγούν στον θάνατο, ωστόσο ευθύνονται για την απώλεια υγιεινής ζωής, με την έννοια ότι δυσχεραίνουν την καθημερινή ατομική διαβίωση και την ανταπόκριση στις διάφορες κοινωνικές δραστηριότητες. Στις περιπτώσεις αυτές οι κλασικοί δείκτες θνησιμότητας και νοσηρότητας δεν μπορούν να μετρήσουν και να αποτυπώσουν την επιβάρυνση της υγείας που υφίστανται τα άτομα, και επομένως τον βαθμό ευεξίας, την ποιότητα ζωής που απολαμβάνουν οι ασθενείς, και τη συνολική εμπειρία που αποκομίζουν.

3. ΖΗΤΗΣΗ, ΠΡΟΣΦΟΡΑ ΚΑΙ ΙΣΟΡΡΟΠΙΑ ΤΗΣ ΑΓΟΡΑΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Ας θεωρήσουμε την περίπτωση μιας αγοράς η οποία λειτουργεί σε συνθήκες πλήρους ανταγωνισμού όπου η ζήτηση (που εκφράζουν τα νοικοκυριά-καταναλωτές) για αγαθά και υπηρεσίες διαμορφώνεται αντιστρόφως ανάλογα με την εξέλιξη των τιμών για αυτά (νόμος της ζήτησης), ενώ από την άλλη πλευρά η προσφορά (η οποία προκύπτει από την πλευρά των παρόχων/επιχειρήσεων) διαμορφώνεται ευθέως ανάλογα με την εξέλιξη των τιμών (νόμος της προσφοράς). Σε αυτή την περίπτωση, η ισορροπία της αγοράς επιτυγχάνεται στο σημείο όπου η ζήτηση ισούται με την προσφορά, στο σημείο δηλαδή όπου οι καταναλωτές είναι διατεθειμένοι να πληρώσουν μία συγκεκριμένη τιμή για την προμήθεια μιας ορισμένης

ποσότητας ενός αγαθού ή υπηρεσίας, ενώ από την άλλη πλευρά οι πάροχοι/επιχειρήσεις είναι διατεθειμένοι να προσφέρουν τη συγκεκριμένη ποσότητα του αγαθού ή της υπηρεσίας έναντι της προκαθορισμένης τιμής. Στο Διάγραμμα 3 η περίπτωση αυτή εντοπίζεται στο σημείο Α, όπου η καμπύλη της ζήτησης (D) τέμνει την καμπύλη της προσφοράς (S).

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3 | ΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΠΑΡΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΙΣΟΡΡΟΠΙΑΣ ΖΗΤΗΣΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΣΦΟΡΑΣ ΣΕ ΜΙΑ ΑΝΤΑΓΩΝΙΣΤΙΚΗ ΑΓΟΡΑ



Στη σύντομη αυτή ανάλυση έγινε η παραδοχή ότι τόσο η ζήτηση όσο και η προσφορά επηρεάζονται μόνο από την εξέλιξη των τιμών. Ωστόσο, στη διαμόρφωση της ζήτησης επιδρούν και το διαθέσιμο εισόδημα και οι προτιμήσεις των καταναλωτών για ένα αγαθό, όπως οι τιμές άλλων υποκατάστατων ή συμπληρωματικών αγαθών. Η ζήτηση ενός αγαθού ή μιας υπηρεσίας μεταβάλλεται προς την ίδια κατεύθυνση με την εξέλιξη της τιμής του υποκατάστατου του (π.χ., η αύξηση της τιμής ενός γενοσήμου φαρμάκου οδηγεί συνήθως σε αύξηση της ζητούμενης ποσότητας για το αντίστοιχο πρωτότυπο). Από την άλλη, η ζήτηση ενός αγαθού ή μιας υπηρεσίας μεταβάλλεται αντίθετα με την εξέλιξη της τιμής του συμπληρωματικού του (π.χ., η αύξηση της τιμής οπτικών προϊόντων συνήθως οδηγεί σε μείωση της ζήτησης για οφθαλματρικές υπηρεσίες). Ομοίως, και η προσφορά επηρεάζεται πέρα από την εξέλιξη των τιμών και από αλλαγές στην τεχνολογία όπως και από μεταβολές στα επίπεδα των τιμών των παραγωγικών συντελεστών (των εισροών στην παραγωγική διαδικασία).

Ειδικότερα, στον υγειονομικό τομέα η αναγνώριση της υγείας ως κοινωνικού αγαθού σε συνδυασμό με την ανεπάρκεια των πόρων και την ατελή πληροφόρηση των καταναλωτών για θέματα υγείας οδηγούν στη μερική έστω κρατική παρέμβαση στην αγορά των υπηρεσιών υγείας σε τρία επίπεδα: α) στη δημόσια χρηματοδότηση της δαπάνης των υπηρεσιών υγείας για την εξασφάλιση ισότιμης πρόσβασης και την προστασία των χρηστών από τον οικονομικό κίνδυνο· β) στον έλεγχο της ζήτησης μέσω της θέσπισης κανονιστικού πλαισίου για τη διανομή και την αποζημίωση των υπηρεσιών υγείας (π.χ., Ενιαίος Κανονισμός Παροχών Υγείας-ΕΚΠΥ του ΕΟΠΥΥ), μέτρο που αναφέρεται και ως ελεγχόμενη διανομή· γ) στη θέσπιση προτεραιοτήτων και επιλογών κατά την παραγωγή των φροντιδών, μέτρο που αναφέρεται στην πλευρά της προσφοράς. Από τα ανωτέρω αναδύεται η ανάγκη περαιτέρω ανάλυσης των παραγόντων που καθορίζουν τη ζήτηση και την προσφορά στην αγορά του τομέα της υγείας, η οποία δεν λειτουργεί σε συνθήκες πλήρους ανταγωνισμού.

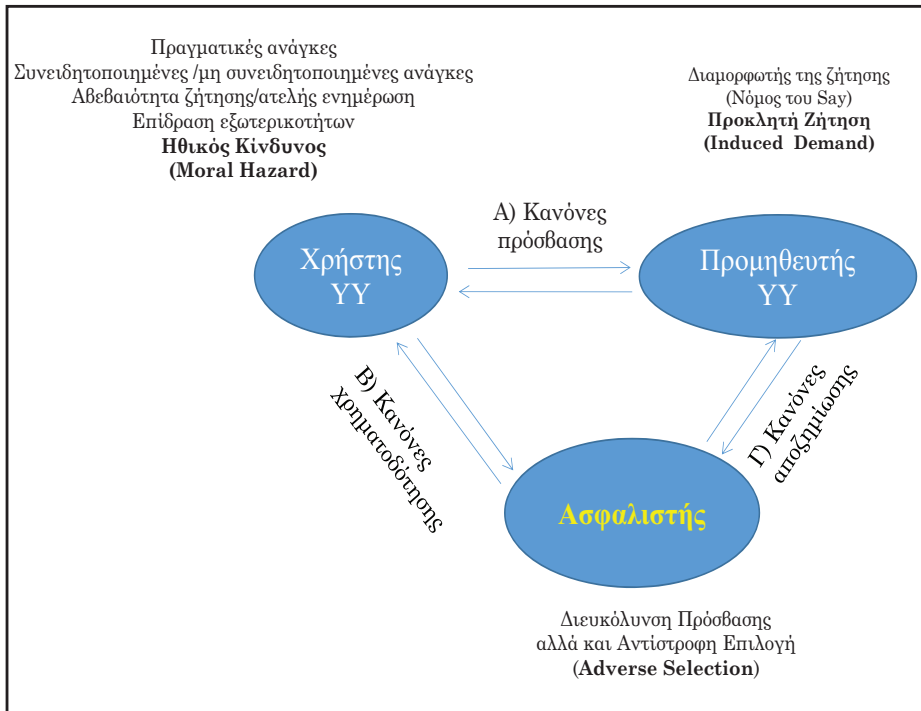
Όπως προαναφέρθηκε, στη διαμόρφωση της ζήτησης για υπηρεσίες υγείας επιδρούν ποικίλοι παράγοντες πέρα από την πραγματική ανάγκη υγείας. Στη βιβλιογραφία, είναι γνωστό το συμπεριφορικό μοντέλο του Andersen, με βάση το οποίο οι παράγοντες αυτοί ταξινομούνται σε τρεις ευρείες κατηγορίες:

Α) Οι παράγοντες που προδιαθέτουν για ζήτηση υπηρεσιών υγείας και σχετίζονται με τα ατομικά, δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά του ατόμου. Τα χαρακτηριστικά αυτά δεν επηρεάζουν μόνο την ποσότητα της ζήτησης (π.χ., τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας έχουν αυξημένες ανάγκες υγείας) αλλά και το είδος των ζητούμενων υπηρεσιών. Για παράδειγμα, άτομα με χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης και χειρωνακτικά επαγγέλματα συνήθως εκφράζουν ζήτηση για δευτεροβάθμιες νοσοκομειακές υπηρεσίες, καθώς η πρώτη τους επαφή με το σύστημα υγείας επισυμβαίνει μετά την εκδήλωση κάποιας έντονης συμπτωματολογίας. Από την άλλη, τα μοναχικά άτομα, ενώ συνήθως έχουν αυξημένα ψυχοσωματικά προβλήματα, εκφράζουν περιορισμένη ζήτηση και μόνο κατόπιν εγκαθίδρυσης των προβλημάτων υγείας, λόγω της μη ύπαρξης υποστηρικτικού περιβάλλοντος για την κινητοποίησή τους περί τα προβλήματα υγείας.

Β) Οι παράγοντες που διευκολύνουν τη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας, όπως είναι η επαρκής δημόσια χρηματοδότηση, η ύπαρξη ασφαλιστικής κάλυψης, οπότε εκμηδενίζεται ή περιορίζεται σημαντικά η τιμή λήψης των υπηρεσιών υγείας για τους ασθενείς, η διάθεση επαρκούς εισοδήματος, τα θεσπισμένα επίπεδα συμμετοχής στο κόστος της φροντίδας, ο χρόνος

αναμονής για τη λήψη των υπηρεσιών, η γεωγραφική προσβασιμότητα των υπηρεσιών κ.λπ. Σημειώνεται ότι ο ρόλος της ασφαλιστικής κάλυψης (είτε από την κοινωνική είτε την ιδιωτική ασφάλιση) είναι ο κυρίαρχος παράγοντας διαφοροποίησης της λειτουργίας της αγοράς των υπηρεσιών υγείας σε σχέση με την κλασική έννοια αγοράς, καθώς στην περίπτωση του τομέα της υγείας η αγορά λαμβάνει τριγωνική μορφή με την ανάληψη μέρους (ή και του πλήρους σε κάποιες περιπτώσεις) κόστους της φροντίδας από τον τρίτο πληρωτή (Διάγραμμα 4). Ωστόσο, η ασφαλιστική κάλυψη, ενώ συμβάλλει καθοριστικά στην εξασφάλιση ισότιμης πρόσβασης σε αναγκαίες φροντίδες υγείας απομακρύνοντας τον οικονομικό κίνδυνο και προστατεύοντας τα νοικοκυριά από καταστροφικές δαπάνες υγείας, δηλαδή δαπάνες οι οποίες *υπερβαίνουν το 40% του διαθέσιμου οικογενειακού εισοδήματος*, παράλληλα ευνοεί και στην εκδήλωση του ηθικού κινδύνου, μία μορφή στρέβλωσης στη λειτουργία της αγοράς που εκδηλώνεται από την πλευρά των πολιτών/ασφαλισμένων. Γενικά, ο όρος αναφέρεται στην τάση των ατόμων να προβαίνουν σε μη έντιμες ή γενικά ανεπιθύμητες συμπεριφορές. Ειδικά στον τομέα της υγείας αναφέρεται στην τάση των ασφαλισμένων να προβαίνουν σε άσκοπη χρήση υπηρεσιών (με βάση την κατάσταση της υγείας τους, π.χ. υποχονδριακές συμπεριφορές) όταν απομακρύνεται από αυτούς ο οικονομικός κίνδυνος. Για τον περιορισμό του φαινομένου εφαρμόζονται μέτρα θεσπισμένης συμμετοχής στο κόστος της φροντίδας (*cost-sharing*) είτε ως ποσοστιαία *συνασφάλιση* (*co-insurance*) (π.χ., 25% συμμετοχή σε συνταγογραφούμενα φάρμακα) είτε ως προκαθορισμένο άπαξ ποσό (*copayment*) (π.χ., €5 εξέταση) ή ως αφαιρετέο πόσο (*deductible*), δηλαδή καθορισμένο αρχικό ποσό που καλείται να πληρώσει ο ασφαλισμένος πριν την ενεργοποίηση της ασφαλιστικής κάλυψης (π.χ., 500 ευρώ πριν την κάλυψη της δαπάνης νοσηλείας). Επιπλέον, οι πολίτες έχουν την τάση συγκάλυψης κάποιων μη εμφανών χαρακτηριστικών τους τα οποία είναι ανεπιθύμητα από την οπτική γωνία κάποιου τρίτου πληρωτή, π.χ. στην περίπτωση της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας αναφερόμαστε σε προϋπάρχοντα χρόνια προβλήματα ενός υποψήφιου ασφαλισμένου. Οι ασφαλιστικές εταιρείες από την πλευρά τους προτιμούν άτομα χαμηλότερου κινδύνου νόσησης και ως απάντηση στον υψηλότερο κίνδυνο νόσησης, άρα και αξίωσης ασφαλιστικής κάλυψης, προσφέρουν έναντι υψηλότερου τιμήματος τα αντίστοιχα συμβόλαια, πρακτική που λειτουργεί αποτρεπτικά για την απόκτηση ασφαλιστικής κάλυψης από άτομα με ήδη γνωστά προβλήματα υγείας (φαινόμενο της αντίστροφης επιλογής – *adverse selection* ή *cream skimming*).

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 4 | Η ΤΡΙΓΩΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ ΤΗΣ ΑΓΟΡΑΣ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΟΙ ΠΙΘΑΝΕΣ ΣΤΡΕΒΛΩΣΕΙΣ ΤΗΣ (ΜΕ ΕΝΤΟΝΗ ΓΡΑΦΗ ΔΕΙΚΝΥΟΝΤΑΙ ΟΙ ΣΤΡΕΒΛΩΣΕΙΣ)



Πηγή: Mankiw 2017 και επεξεργασία συγγραφέων.

Γ) Οι παράγοντες που σχετίζονται με τις ίδιες τις ανάγκες υγείας, όπως αυτές προσδιορίζονται είτε υποκειμενικά από τους πολίτες (αυτόαναφερόμενες ανάγκες υγείας) είτε αντικειμενικά από τους επαγγελματίες υγείας. Μία ακόμη ιδιαιτερότητα της αγορά των υπηρεσιών υγείας είναι ότι οι ανάγκες για υπηρεσίες υγείας, άρα και η αντίστοιχη ζήτηση, προσδιορίζονται κατά κύριο λόγο από τους επαγγελματίες υγείας και όχι από τους χρήστες οι οποίοι δεν έχουν τη γνώση των φροντίδων που χρειάζονται (ατελής πληροφόρηση), αλλά ούτε και την ικανότητα πρόβλεψης του χρόνου που θα χρειαστούν τις φροντίδες αυτές (αβεβαιότητα της ζήτησης). Ισχύει, δηλαδή, ο νόμος του Say σύμφωνα με τον οποίο η ζήτηση διαμορφώνεται από την πλευρά των παρόχων, οι οποίοι αφενός επιδρούν

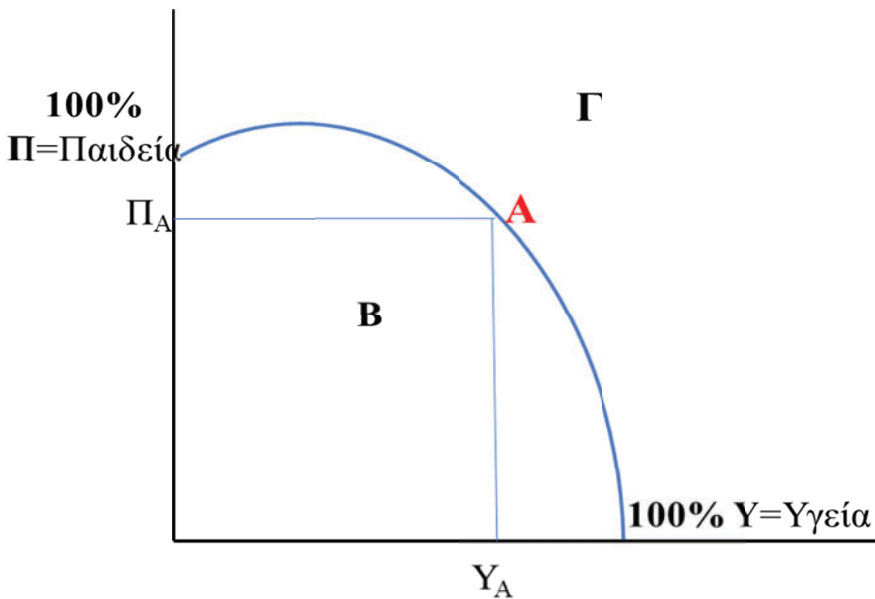
στη συνειδητοποίηση και τη δημιουργία των αναγκών και αφετέρου στη σύσταση των απαιτούμενων φροντίδων, καθοδηγώντας ουσιαστικά τη ζήτηση. Υφίσταται, συνεπώς, στην αγορά των υπηρεσιών υγείας μία σχέση αντιπροσώπευσης του χρήστη/ασθενή από τον γιατρό, ο οποίος όμως σε κάποιες περιπτώσεις υπάρχει ο κίνδυνος να μη λειτουργεί ως ο τέλειος αντιπρόσωπος του ασθενούς, συστήνοντας πλεονάζουσες υπηρεσίες υγείας για λόγους που δεν σχετίζονται με τις πραγματικές ανάγκες υγείας του ασθενούς. Αναφερόμαστε στο φαινόμενο της προκλητής ζήτησης η οποία πέρα από προφανή οικονομικά κίνητρα των παρόχων μπορεί να οφείλεται και σε εκπαιδευτικούς/ερευνητικούς λόγους ή και σε διαφορές αντιλήψεων-πεποιθήσεων για θέματα υγείας, ζωής και θανάτου μεταξύ των ασθενών και των προμηθευτών υγείας. Για την ανάλυση της προκλητής ζήτησης είναι σημαντική η διερεύνηση δύο διαστάσεων: α) το αν ο ασθενής θα επέλεγε τις ίδιες φροντίδες με αυτές που του σύστησε ο γιατρός στην περίπτωση που είχε το ίδιο επίπεδο γνώσεων με τον γιατρό και β) αν οι υπηρεσίες που σύστησε ο γιατρός είχαν θετική, ουδέτερη ή αρνητική επίδραση στην κατάσταση της υγείας του ασθενούς.

Επιπρόσθετα όλων των ανωτέρω παραγόντων που επιδρούν στη διαμόρφωση της ζήτησης για υπηρεσίες υγείας, σημαντική είναι και η επίδραση των εξωτερικότητων. Εξωτερικότητα υφίσταται όταν ένα άτομο προβαίνει σε μία δραστηριότητα η οποία επηρεάζει (ακόμη και ακούσια) την ευημερία (θετικά ή αρνητικά) ενός άλλου ατόμου χωρίς να πληρώνει ή να πληρώνεται για αυτή την επίδραση. Παράδειγμα εξωτερικότητας που επιδρά ευεργετικά στην προστασία της υγείας του ατόμου, άρα και στην αποτροπή άσκοπης ζήτησης υπηρεσιών υγείας, είναι η επαρκής εμβολιαστική κάλυψη του γενικού πληθυσμού, ενώ από την άλλη μεριά η ανεύθυνη οδηγική συμπεριφορά με τη συνακόλουθη πρόκληση ατυχημάτων επιδρά στην εκδήλωση ζήτησης και από τρίτα άτομα πέραν των υπατιών, επιδεινώνοντας τους δείκτες υγείας και αυξάνοντας τις δαπάνες.

Η παραγωγή οποιωνδήποτε προϊόντων και υπηρεσιών διέπεται από τον νόμο της ανεπάρκειας και της σπανιότητας των πόρων. Συνεπώς, είναι αναγκαία η επιλογή των προϊόντων ή των υπηρεσιών που θα παραχθούν κατά προτεραιότητα με τους δεδομένους διαθέσιμους πόρους για την κάλυψη των πολυποίκιλων αναγκών μιας κοινωνίας και με στόχο τη μεγιστοποίηση της κοινωνικής ευημερίας. Οι εναλλακτικές δυνατότητες κατανομής των πεπερασμένων πόρων σε δύο εναλλακτικές δραστηριότητες, π.χ. την Υγεία και την Παιδεία, δίδονται από την Καμπύλη Παραγωγι-

κών Δυνατοτήτων Π-Υ (Διάγραμμα 5), πάνω στην οποία οποιοδήποτε σημείο (π.χ., το Α) δεικνύει έναν άριστο συνδυασμό εισροών που μπορούν να κατανεμηθούν στους δύο τομείς (Παιδεία και Υγεία) για την επίτευξη του μέγιστου δυνατού αποτελέσματος. Οποιοδήποτε σημείο κάτω από την καμπύλη παραγωγικών δυνατοτήτων (π.χ., το Β) δηλώνει ότι οι αντίστοιχες εισροές (π.χ., γιατροί, νοσηλευτές, δάσκαλοι, καθηγητές) υποασχολούνται/υποχρησιμοποιούνται κατά την παραγωγική διαδικασία. Αντίθετα, το σημείο Γ (που βρίσκεται πάνω-δεξιά από την καμπύλη παραγωγικών δυνατοτήτων) δείχνει ένα υψηλότερο, επιθυμητό μεν επίπεδο παραγωγής, η επίτευξη όμως του οποίου είναι ανέφικτη με τους υφιστάμενους πόρους. Η επίτευξή του θα ήταν εφικτή είτε με τη διάθεση επιπλέον πόρων είτε με τη βελτίωση του τεχνολογικού συντελεστή που υπεισέρχεται στην παραγωγική διαδικασία (με τη χρήση των ιδίων πόρων).

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5 | Η ΚΑΜΠΥΛΗ ΠΑΡΑΓΩΓΙΚΩΝ ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΩΝ



Στη διαμόρφωση των αποφάσεων κατανομής της περιορισμένων πόρων σημαντική είναι η εκτίμηση του κόστους ευκαιρίας (opportunity cost), δηλαδή ο υπολογισμός της αξίας των αγαθών ή υπηρεσιών που θα μπορούσαν να παραχθούν αν οι πόροι διετίθεντο στην αμέσως επόμενη αποδοτικότερη χρήση (π.χ., τα έσοδα από τη χρήση της γης, αν το οικόπεδο ενός νοσοκο-

μείου διεισθίτετο για την ανάπτυξη ενός εμπορικού κέντρου). Η παραγωγή οποιωνδήποτε αγαθών και υπηρεσιών προϋποθέτει θυσία όλων των άλλων αγαθών και υπηρεσιών που θα μπορούσαν να παραχθούν με τους ίδιους παραγωγικούς συντελεστές. Η έννοια της «θυσίας» αποτελεί το ονομαζόμενο κόστος ευκαιρίας. Ως παράδειγμα θα μπορούσε να ληχθεί η απόφαση της εξολοκλήρου διάθεσης προκαθορισμένου επιπέδου δημοσίων δαπανών, είτε για την ανάπτυξη προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου στον γενικό πληθυσμό με στόχο την έγκαιρη διάγνωση μορφών καρκίνου (σημείο Υ στην καμπύλη παραγωγικών δυνατοτήτων) είτε για την επέκταση της ολοήμερης λειτουργίας του συνόλου των δημοτικών σχολείων της χώρας (σημείο Π στην καμπύλη παραγωγικών δυνατοτήτων).

Ο τρόπος με τον οποίο επιδρά η μεταβολή της ποσότητας ενός συντελεστή παραγωγής στο ύψος του τελικώς παραγόμενου προϊόντος δίνεται από την ακόλουθη συνάρτηση παραγωγής:

$$Q_{εκ} = [F^* (X_1, X_2, X_3 \dots X_n), (Z_1, Z_2, Z_3 \dots Z_n)]$$

Όπου: $Q_{εκ}$ = η ποσότητα των εκρών, π.χ ιατρικές επισκέψεις, νοσηλευόμενοι ασθενείς, χειρουργικές επεμβάσεις, ημέρες νοσηλείας

F = τεχνολογικός συντελεστής με βάση τον οποίο οργανώνονται και συνδυάζονται οι πόροι/εισορές/συντελεστές παραγωγής

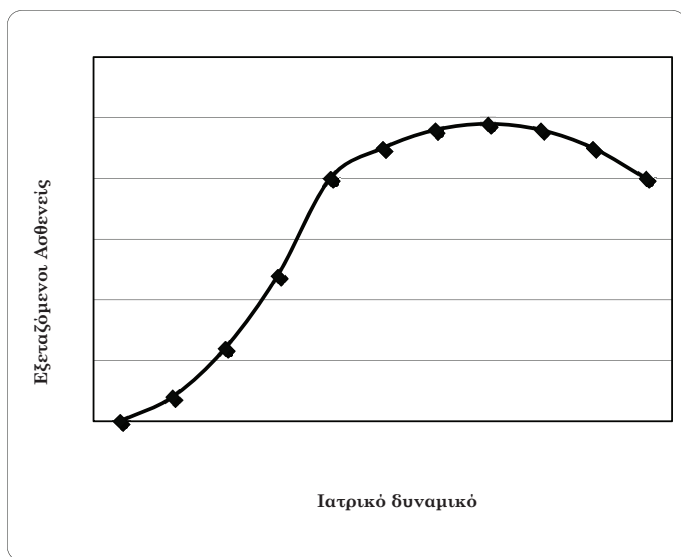
X = οι μεταβλητοί συντελεστές παραγωγής κατά τη βραχυχρόνια περίοδο (π.χ., ώρες απασχόλησης ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού)

Z = οι σταθεροί συντελεστές παραγωγής κατά τη βραχυχρόνια περίοδο (π.χ., κτηριακή υποδομή, βιοϊατρικός εξοπλισμός, κλίνες κ.λπ.)

Στο Διάγραμμα 6 αποτυπώνεται η μεταβολή της καμπύλης παραγωγής στην υποθετική περίπτωση λειτουργίας ενός κέντρου υγείας στο οποίο βαθμιαία (σε βραχυχρόνια περίοδο) αυξάνεται ο αριθμός των γιατρών, ενώ όλοι οι υπόλοιποι συντελεστές παραγωγής παραμένουν αμετάβλητοι. Κατά τα αρχικά στάδια φαίνεται ότι υπάρχει έντονα αυξητική πορεία της καμπύλης παραγωγής, η οποία σταθεροποιείται και στη συνέχεια φθίνει. Στα αρχικά στάδια η αύξηση του αριθμού των γιατρών συμβάλλει στην εξυπηρέτηση μεγαλύτερου αριθμού ασθενών που επισκέπτονται το κέντρο υγείας, μέσω της καλύτερης αξιοποίησης της ήδη υφιστάμενης υποδομής (εξεταστικές κλίνες, γραφεία, βασικός διαγνωστικός εξοπλισμός).

Στη συνέχεια, όμως, η μη αναλογική αύξηση των υπολοίπων αναγκαίων για την παραγωγική διαδικασία πόρων (π.χ., εξεταστήρια, διαγνωστικός εξοπλισμός) οδηγεί σε καθυστερήσεις στην εξυπηρέτηση των ασθενών. Η καμπύλη παραγωγής αυξάνει μέχρι του σημείου εκείνου που το οριακό προϊόν (MP) ισούται με το μέσον προϊόν (AP) και ακολούθως φθίνει ως αποτέλεσμα της μείωσης του οριακού προϊόντος.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 6 | Η ΣΥΝΑΡΤΗΣΗ ΠΑΡΑΓΩΓΗΣ ΕΝΟΣ ΥΠΟΘΕΤΙΚΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΟΠΟΙΑ ΕΞΕΤΑΖΕΤΑΙ Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΜΕΤΑΒΟΛΗΣ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ ΕΝΩ ΟΙ ΥΠΟΛΟΙΠΟΙ



Πηγή: Υφαντόπουλος, 2006.

Το οριακό προϊόν (MP) υπολογίζεται ως ο λόγος της διαφοράς του παραγόμενου προϊόντος προς τη διαφορά της ποσότητας του χρησιμοποιούμενου συντελεστή παραγωγής, και εκφράζει τη μεταβολή του συνολικού προϊόντος ως αποτέλεσμα μιας μικρής μεταβολής της ποσότητας μιας εισροής κατά την παραγωγική διαδικασία, ενώ όλοι οι υπόλοιποι συντελεστές παραγωγής παραμένουν αμετάβλητοι. Στην περίπτωση του παραπάνω παραδείγματος:

$$MP = \frac{\Delta (\text{στον αριθμό των εξυπηρετούμενων ασθενών})}{\Delta (\text{στον αριθμό των γιατρών})}$$

Το μέσον προϊόν (ΑΡ) υπολογίζεται ως ο λόγος του συνολικού παραγόμενου προϊόντος προς την ποσότητα της εισροής που χρησιμοποιείται για την παραγωγή αυτού του προϊόντος. Υπολογίζεται ως ο λόγος των εκροών προς της εισροές. Στην περίπτωση του παραπάνω παραδείγματος:

$$AP = \frac{\text{Συνολικός αριθμός εξυπηρετούμενων ασθενών}}{\text{Συνολικός αριθμός γιατρών}}$$

Η συνολική καμπύλη παραγωγής σε αυτή την περίπτωση εκφράζει τον Νόμο των Φθινουσών Αποδόσεων ο οποίος είναι εν ισχύι λόγω της υπερβάλλουσας χρήσης ενός μόνο παραγωγικού συντελεστή. Η γνώση του είναι χρήσιμη για τους διοικούντες το σύστημα υγείας κατά τις αποφάσεις κατανομής των εισροών στις διάφορες παραγωγικές διαδικασίες του υγειονομικού τομέα.

Στην παραπάνω ανάλυση αναφερθήκαμε στη βραχυχρόνια περίοδο παραγωγής κατά την οποία μεταβάλλεται μόνο ένας συντελεστής παραγωγής. Ωστόσο, σε μία μακροχρόνια περίοδο υφίστανται μεταβολές όλοι οι συντελεστές παραγωγής. Ας θεωρήσουμε και πάλι την περίπτωση ενός κέντρου υγείας το οποίο προκειμένου να εξυπηρετήσει τους ασθενείς μισθώνει γιατρούς και νοσηλευτές. Κάθε καμπύλη που απεικονίζεται στο Διάγραμμα 7 αντιπροσωπεύει ένα συγκεκριμένο επίπεδο παραγωγής του κέντρου υγείας (έναν συγκεκριμένο αριθμό ασθενών που είναι εφικτό να εξυπηρετηθεί, ήτοι 30, 50, 70) το οποίο μπορεί να επιτευχθεί με τη χρήση εναλλακτικών συνδυασμών γιατρών και νοσηλευτών. Οι καμπύλες του Διαγράμματος 7 συνιστούν τις καμπύλες ίσου προϊόντος ή ίσης παραγωγής (ΙΠ) οι οποίες ορίζονται ως ο «γεωμετρικός τόπος των σημείων που δείχνουν τους εναλλακτικούς συνδυασμούς των παραγωγικών συντελεστών (των εισροών) για την επίτευξη ενός συγκεκριμένου επιπέδου προϊόντος ή υπηρεσιών».

Είναι προφανές ότι το κέντρο υγείας του παραδείγματος, όπως και κάθε παραγωγική μονάδα, θα επιδιώξει την επίτευξη του ανώτερου δυνατού επιπέδου παραγωγής, υπό τον περιορισμό όμως του διαθέσιμου προϋπολογισμού του για τη μίσθωση των απαιτούμενων συντελεστών παραγωγής. Ας υποθέσουμε ότι ο προϋπολογισμός μισθοδοσίας του κέντρου υγείας ανέρχεται ετησίως σε €100.000, οπότε η απόφαση που θα πρέπει να ληφθεί σε αυτή την περίπτωση συνίσταται στην κατανομή αυτού για τη μίσθωση ενός Χ αριθμού γιατρών και ενός Ψ αριθμού νοσηλευτών. Στο Διάγραμμα 7 η γραμμή που ορίζεται από τα σημεία Ν και Ι συνιστά τη

$$\begin{aligned} MN &= \text{μέσος μισθός των νοσηλευτών} \\ N &= \text{αριθμός των νοσηλευτών} \end{aligned}$$

Η μαθηματική έκφραση της καμπύλης ίσου προϊόντος ή ίσης παραγωγής μπορεί να δοθεί από τον τύπο:

$$Q_{EK} = F(I, N)$$

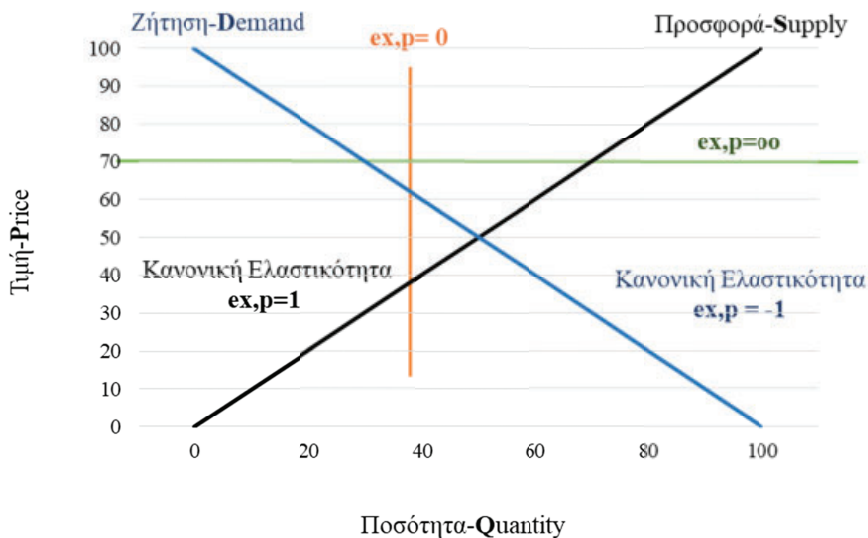
Στόχος του κέντρου υγείας είναι η επίτευξη του μέγιστου επιπέδου εκροών (Q_{EK} , ήτοι αριθμός εξυπηρετούμενων ασθενών στο παράδειγμα), υπό τον περιορισμό του διαθέσιμου προϋπολογισμού. Αυτή η επιδίωξη επιτυγχάνεται στο σημείο Α (Διάγραμμα 7), όπου η καμπύλη ίσης παραγωγής εφάπτεται στη γραμμή ίσου κόστους δεικνύοντας έναν συνδυασμό ΙΑ γιατρών και ΝΑ νοσηλευτών με τους οποίους δύναται να επιτευχθεί το μέγιστο επίπεδο παραγωγής (ΙΠ= 50 εξυπηρετούμενοι ασθενείς στο παράδειγμα) με τον δοθέντα προϋπολογισμό. Στο σημείο Α επιτυγχάνεται η ισορροπία του παραγωγού.

Η ποσοτικοποιημένη έκφραση της επίδρασης καθενός από τους προσδιοριστές της ζήτησης (ή της προσφοράς) στη μεταβολή της ζητούμενης (ή προσφερόμενης) ποσότητας ενός αγαθού ή μιας υπηρεσίας προκύπτει με τον υπολογισμό της ελαστικότητας της ζήτησης (ή της προσφοράς) που ορίζεται ως ο λόγος της ποσοστιαίας μεταβολής της ζητούμενης (ή προσφερόμενης) ποσότητας ενός αγαθού προς την ποσοστιαία μεταβολή ενός από τους προσδιοριστικούς παράγοντες της ζήτησης (ή της προσφοράς), όταν οι υπόλοιποι παράγοντες μένουν αμετάβλητοι. Συνήθως η ελαστικότητα της ζήτησης ενός αγαθού ή μιας υπηρεσίας υπολογίζεται ως προς την τιμή και το εισόδημα, ενώ η ελαστικότητα της προσφοράς συνήθως υπολογίζεται ως προς την τιμή.

Η ελαστικότητα της ζήτησης ως προς την τιμή χαρακτηρίζεται κανονική (ή μοναδιαία) όταν μία μεταβολή στην τιμή ενός αγαθού κατά α% οδηγεί σε αντιστοιχη μεταβολή της ζητούμενης ποσότητάς του επίσης κατά α% (προς την αντίθετη κατεύθυνση), οπότε η ελαστικότητα της ζήτησης ισούται με -1 (μπλε γραμμή στο Διάγραμμα 8). Κατά αντιστοιχία, και η κανονική ή μοναδιαία ελαστικότητα της προσφοράς ως προς την τιμή εκδηλώνεται όταν μία μεταβολή στην τιμή ενός αγαθού κατά α% οδηγεί σε αντιστοιχη μεταβολή της προσφερόμενης ποσότητάς τους επίσης κατά α% (προς την ίδια κατεύθυνση, καθώς η αύξηση των τιμών οδηγεί συνήθως σε αύξηση των προσφερόμενων αγαθών), οπότε η ελαστικότητα της ζήτησης ισούται με 1 (μαύρη γραμμή στο Διάγραμμα 8).

Προϊόντα ή υπηρεσίες με ελαστικότητα ζήτησης (ή προσφοράς) ως προς την τιμή >1 χαρακτηρίζονται υψηλής ελαστικότητας, ενώ εκείνα με ελαστικότητα ζήτησης ως προς την τιμή <1 χαρακτηρίζονται χαμηλής ελαστικότητας. Όταν η ζητούμενη ή προσφερόμενη ποσότητα ενός αγαθού παραμένει σταθερή ανεξάρτητα από τη μεταβολή της τιμής του, τότε αυτό χαρακτηρίζεται τελείως ανελαστικό και η ελαστικότητα της ζήτησης ή της προσφοράς ισούται με μηδέν (0) (πορτοκαλί κάθετη γραμμή στον άξονα των ποσοτήτων στο Διάγραμμα 3.6). Τέλος, όταν η ζητούμενη ή προσφερόμενη ποσότητα ενός αγαθού ή υπηρεσίας μεταβάλλεται ενώ η τιμή του παραμένει σταθερή τότε αναφερόμαστε στην περίπτωση ενός πλήρως ελαστικού αγαθού και η ελαστικότητα της ζήτησης αυτού ισούται με το άπειρον (πράσινη κάθετη γραμμή στον άξονα των τιμών στο Διάγραμμα 8).

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 8 | ΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΠΑΡΑΣΤΑΣΗ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΤΙΜΩΝ ΠΟΥ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΛΑΒΕΙ Η ΕΛΑΣΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΖΗΤΗΣΗΣ ΚΑΙ Η ΕΛΑΣΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΠΡΟΣΦΟΡΑΣ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΤΙΜΗ



Κατά αντιστοιχία, η ελαστικότητα της ζήτησης ως προς το εισόδημα προκύπτει από τον λόγο της ποσοστιαίας μεταβολής της ζητούμενης ποσότητας ενός αγαθού ή μιας υπηρεσίας προς την ποσοστιαία μεταβολή του εισοδήματος του καταναλωτή:

$$E_{x,e} = \Delta X / X_{\text{αρ}} / \Delta E / E_{\text{αρ}}$$

Όπου: $E_{x,e}$ = εισοδηματική ελαστικότητα της ζήτησης του αγαθού X
 ΔX = διαφορά στη ζητούμενη ποσότητα του αγαθού ή της υπηρεσίας X
 $X_{\text{αρ}}$ = η αρχικώς ζητούμενη ποσότητα
 ΔE = διαφορά στο διαθέσιμο εισόδημα
 $E_{\text{αρ}}$ = το αρχικό διαθέσιμο εισόδημα

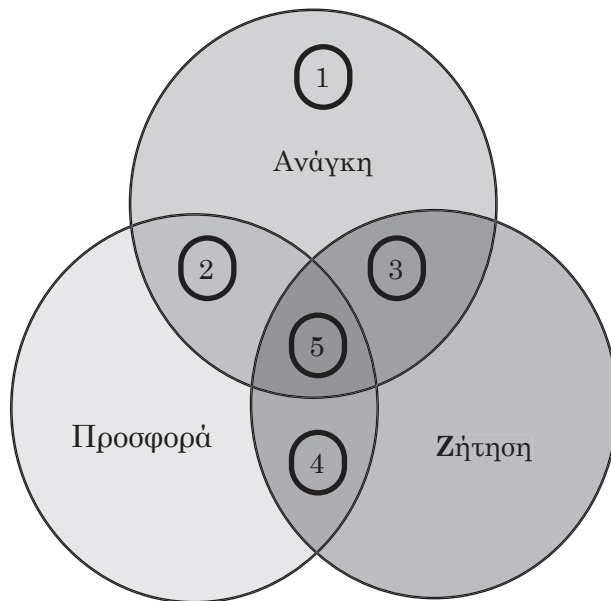
Εκτός από την τιμή και το διαθέσιμο εισόδημα η ελαστικότητα της ζήτησης ενός προϊόντος επηρεάζεται σημαντικά και από το πλήθος των υποκατάστατων αγαθών όπως και από τις χρήσεις αυτού του προϊόντος. Όσες περισσότερες χρήσεις έχει ένα προϊόν και όσα περισσότερα υποκατάστατα αγαθά διαθέτει τόσο μεγαλύτερη είναι η ελαστικότητα του.

Η ολοκλήρωση ενός συστήματος υγείας μέσω της ισόρροπης ανάπτυξης όλου του απαιτούμενου φάσματος των υπηρεσιών αποτελεί την κύρια επιδίωξη των τομέων των οικονομικών και της οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας. Προς αυτή την κατεύθυνση απαιτείται η κινητοποίηση πόρων σε κόστος που η κοινωνία είναι διατεθειμένη να πληρώσει, προκειμένου να συμπληρωθεί το φάσμα των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας (π.χ., πρωτοβάθμιας, αποκατάστασης, ανακουφιστικής φροντίδας) κατά αντιστοιχία με τις διαχρονικά μεταβαλλόμενες πραγματικές ανάγκες υγείας. Οι ανάγκες υγείας ολοένα και αυξάνουν ως αποτέλεσμα των εξελίξεων στις επιστήμες υγείας, της γήρανσης του πληθυσμού, της αύξησης των προσδοκιών και των εισοδημάτων. Στο πλαίσιο αυτό, η ολοκλήρωση του συστήματος είναι δαπανηρή και καθίσταται επιτακτική η βελτίωση της αποδοτικότητας των διατιθέμενων πόρων. Είναι εντυπωσιακό ότι σύμφωνα με έγκριτες μελέτες του Global Burden of Disease Health Financing Collaborator Network, η μεταβολή του δείκτη καθολικής υγειονομικής κάλυψης από 65 μονάδες το 2015 σε 70 μονάδες το 2030 στις χώρες της κεντρικής και ανατολικής Ευρώπης και της κεντρικής Ασίας μπορεί κατά 50% να επιτευχθεί μέσω *αλλαγής του περιεχομένου* παροχών υγείας και με αύξηση της *αποδοτικότητας* χρήσης των ήδη υφιστάμενων πόρων.

Σε βάθος χρόνου η αρχική δαπάνη ολοκλήρωσης του συστήματος συμβάλλει στη συγκράτηση της ζήτησης που δεν οφείλεται σε πραγματικές ανάγκες και αφήνει μικρότερο περιθώριο εκδήλωσης της προκλητής ζήτησης. Για παράδειγμα, η ανάπτυξη προγραμμάτων δημόσιας υγείας (συμπεριλαμβανομένων προγραμμάτων αγωγής υγείας και γενικότερα ενημέρωσης του πληθυσμού) και η προσφορά πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας

δύνανται να περιορίσουν τη ζήτηση που οφείλεται σε μη πραγματικές υποκειμενικές ανάγκες καθώς και την προκλητή ζήτηση. Στο Διάγραμμα 9 η περίπτωση αυτή εμπίπτει στο πεδίο με το κυκλάκι 4, όπου για παράδειγμα χορηγείται αντιβίωση σε άτομα μη υψηλού κινδύνου χωρίς την ύπαρξη συν-νοσηροτήτων για την αντιμετώπιση ιογενούς λοίμωξης του αναπνευστικού (*μη ύπαρξη πραγματικών αναγκών και πιθανόν προκλητή ζήτηση*).

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 9 | ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΒΑΘΜΟΥ ΟΛΟΚΛΗΡΩΣΗΣ ΕΝΟΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΟΝ ΒΑΘΜΟ ΣΥΓΚΛΙΣΗΣ ΤΗΣ ΣΦΑΙΡΑΣ ΤΗΣ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΗΣ ΑΝΑΓΚΗΣ ΜΕ ΤΗ ΖΗΤΗΣΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΠΡΟΣΦΟΡΑ



Από την άλλη πλευρά, το πεδίο όπου βρίσκεται το κυκλάκι 2, αντανάκλα την περίπτωση μη συνειδητοποιημένων αναγκών οι οποίες οδηγούν σε βουβή, μη εκφρασμένη ζήτηση, παρά την ύπαρξη διαθέσιμων υπηρεσιών. Για παράδειγμα, αναφέρεται η περίπτωση κατά την οποία είναι διαθέσιμες υπηρεσίες/προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου αλλά δεν υφίσταται ζήτηση για αυτά από ηλικιωμένα άτομα χαμηλού εκπαιδευτικού επιπέδου. Εδώ η αναντιστοιχία προσφοράς και ζήτησης οφείλεται πιθανόν σε

ανεπαρκή ενημέρωση των πολιτών, π.χ. μέσω ενός οικογενειακού γιατρού ή άλλων δομών της ΠΦΥ. Η περιοχή όπου βρίσκεται το κυκλάκι 1 περικλείει περιπτώσεις όπου ενώ υφίστανται πραγματικές ανάγκες αυτές δεν είναι συνειδητοποιημένες (βουβή ζήτηση) αλλά ούτε και υφίστανται οι απαιτούμενες υπηρεσίες. Για παράδειγμα, η θεραπεία ατόμων με επιθετική συμπεριφορά αποτελεί περίπτωση κατά την οποία αναδεικνύεται και η ανάγκη της διατομεακής συνεργασίας του τομέα της υγείας με άλλους τομείς (π.χ., παιδείας, δικαιοσύνης) προκειμένου να καταστεί εφικτή η ολοκλήρωση του συστήματος. Αντίθετα, η περιοχή όπου βρίσκεται το κυκλάκι 3 αναφέρεται σε συνειδητοποιημένες ανάγκες οι οποίες έχουν εκφραστεί (φανερή ζήτηση - overt demand) αλλά παραμένουν ανικανοποίητες λόγω ανεπάρκειας πόρων ή μη αποδοτικής οργάνωσης των πόρων (π.χ., μακροχρόνιες λίστες αναμονής για ιατρικώς αναγκαίες χειρουργικές επεμβάσεις). Τέλος, η περιοχή όπου βρίσκεται το κυκλάκι 5 αναφέρεται στην ιδανική περίπτωση ενός ολοκληρωμένου συστήματος όπου η ζήτηση *αντανακλά πραγματική ανάγκη υγείας και εξυπηρετείται από τις διαθέσιμες υπηρεσίες* (π.χ., νοσηλεία, με κάλυψη από την κοινωνική ασφάλιση, σε κέντρο αποθεραπείας αποκατάστασης μετά την παρέλευση της οξείας φάσης αντιμετώπισης ενός σοβαρού αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου).

4. ΜΙΚΡΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΣΕ ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

Το 1972 εκδόθηκε η μονογραφία του Archibald Cochrane για την αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα των υπηρεσιών υγείας, η οποία αποτέλεσε κομβικό σημείο αναφοράς και έδωσε σημαντική ώθηση στην εφαρμογή διαδικασιών κοινωνικοοικονομικής αξιολόγησης των ιατρικών παρεμβάσεων, των προγραμμάτων και των υπηρεσιών υγείας. Αν και επιδημιολόγος ο ίδιος, εισάγει τις έννοιες της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας ως κριτήρια για την παροχή υπηρεσιών υγείας. Το επιχείρημά του συνοψίζεται στο σκεπτικό ότι οι αποτελεσματικές ιατρικές θεραπείες, οι οποίες βασίζονται σε ερευνητικά δεδομένα και τεκμηριώνονται με μεθόδους όπως οι κλινικές τυχαίοποιημένες δοκιμασίες, συντελούν στην οικονομικά αποδοτικότερη χρήση των πόρων, και με την προϋπόθεση ότι αυτές οι θεραπείες παρέχονται δωρεάν επιτυγχάνεται η δικαιότερη κατανομή των πόρων και η ισότητα στην πρόσβαση της φροντίδας υγείας. Υπό το πρίσμα αυτό, η οικονομική αξιολόγηση αναδείχθηκε σε σημαντικό εργαλείο επιλογής των υγειονομικών παρεμβάσεων στα σύγχρονα συστήματα υγείας.

Οι μελέτες οικονομικής αποτίμησης περιέχουν τέσσερα διακριτά στάδια. Το πρώτο είναι ο εντοπισμός και προσδιορισμός των παραγόντων που επηρεάζουν το κόστος. Ο προσδιορισμός αυτός δεν είναι εύκολος και αποτελεί συνήθως το τρωτό σημείο στον σχεδιασμό μιας έρευνας, δεδομένων των πολλών διαφορετικών ειδών κόστους που θα πρέπει να ληφθούν υπόψη κατά τη διαδικασία της ανάλυσης. Εδώ εντάσσονται: (α) το κόστος του υγειονομικού τομέα και των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας που συνδέεται με μία συγκεκριμένη παρέμβαση, όπως η διάγνωση, η θεραπεία και η αποκατάσταση, (β) το κόστος που επωμίζονται οι ασθενείς και οι συγγενείς, όπως για παράδειγμα τα έξοδα για την τροποποίηση της οικίας λόγω της θεραπείας, τα έξοδα για τη μεταφορά από και προς το νοσοκομείο, η αλλαγή στο διαιτολόγιο του ασθενή λόγω της νόσου, η πρόσληψη οικιακής βοηθού, η αγορά ειδικού ρουχισμού και εξοπλισμού (π.χ., αναπνευστήρων, υγραντήρων), το κόστος της άτυπη φροντίδας που παρέχεται από φροντιστές στο σπίτι, καθώς και το κόστος του χρόνου που αφορά στο διάστημα που απαιτήθηκε προκειμένου ο ασθενής να αναζητήσει και να λάβει υγειονομική φροντίδα, στο διάστημα που οι συγγενείς χρειάστηκε να προσφέρουν άτυπα φροντίδα υγείας στο σπίτι, και το κόστος που προκύπτει από την απώλεια της παραγωγικότητας των ασθενών και των συγγενών τους η οποία μπορεί να οφείλεται σε απουσία από την εργασία, σε μειωμένη απόδοση κατά τη διάρκεια της εργασίας, σε παρατεταμένη ανικανότητα για εργασία ή λόγω θνησιμότητας που οφείλεται σε πρόωρο θάνατο, (γ) το κόστος των άλλων, πέραν του υγειονομικού, τομέων, το οποίο σχετίζεται με τους πόρους που καταναλώθηκαν από άλλους τομείς λόγω του συγκεκριμένου προγράμματος που αξιολογείται, όπως για παράδειγμα το κόστος κοινωνικών προγραμμάτων για ηλικιωμένους, ψυχικά πάσχοντες ή άτομα με αναπηρίες, (δ) το άορατο κόστος (intangible cost), το οποίο αντιπροσωπεύει το κόστος του πόνου, της θλίψης, της ταλαιπωρίας και άλλων συνεπειών της ασθένειας και της νοσηλείας, που είναι δύσκολο να αποτιμηθούν με χρηματικές μονάδες. Η πρώτη κατηγορία κόστους αποτελεί το άμεσο υγειονομικό κόστος το οποίο συνδέεται ευθέως με την παραγωγή ενός αγαθού ή μιας υπηρεσίας υγείας (π.χ., κόστος υλικών μιας νοσηλευτικής παρέμβασης, το κόστος της φαρμακευτικής αγωγής ή οι μισθοί του προσωπικού), ενώ οι υπόλοιπες τρεις κατηγορίες αποτελούν το μη υγειονομικό κόστος.

Το δεύτερο στάδιο στη διεξαγωγή μιας μελέτης οικονομικής αποτίμησης είναι ο προσδιορισμός και η μέτρηση των ποσοτήτων των παραγωγικών πόρων που χρησιμοποιήθηκαν. Το τρίτο στάδιο είναι η αποτίμηση της πραγματικής αξίας των αναλισκόμενων πόρων. Το πιο συχνό λάθος

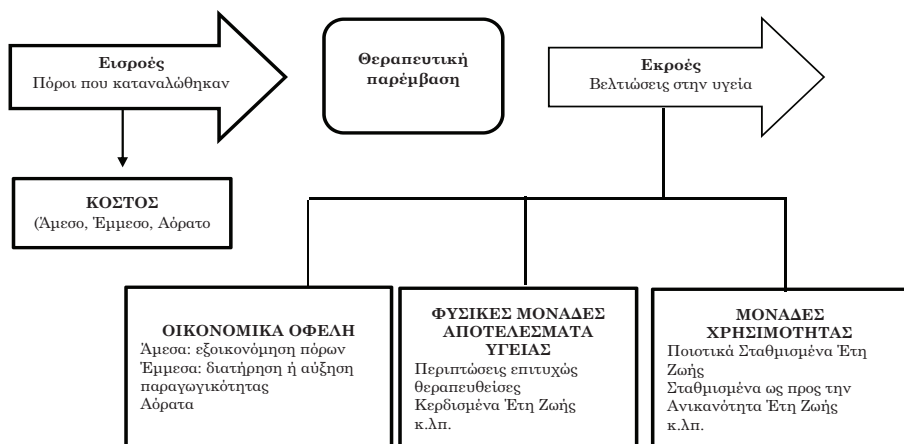
που λαμβάνει χώρα στο στάδιο αυτό είναι η ταύτιση του πραγματικού κόστους με τη χρέωση, αφού στην πραγματικότητα αυτές οι δύο τιμές τις περισσότερες φορές διαφέρουν αρκετά. Η απόφαση για το ποια τιμή από τις δύο θα πρέπει να χρησιμοποιηθεί εξαρτάται κατά πολύ μεγάλο μέρος από την οπτική γωνία της αποτίμησης. Εάν, για παράδειγμα, η αποτίμηση λάβει χώρα από την οπτική γωνία του ασφαλιστικού φορέα, τότε συνήθως ενδιαφέρουν οι χρεώσεις. Ωστόσο, στις κοινωνικοοικονομικές μελέτες αποτίμησης αυτό που κυρίως απασχολεί τους ερευνητές είναι η μέτρηση των αναλισκόμενων πόρων, δηλαδή του πραγματικού κόστους ενός αγαθού ή μιας υπηρεσίας. Τέλος, μία σημαντική παράμετρος για τις μελέτες οικονομικής αξιολόγησης είναι η προεξόφληση (discounting). Η προεξόφληση είναι η τεχνική με την οποία επιτυγχάνεται η σύγκριση μεταξύ κόστους και συνεπειών που υφίστανται σε διαφορετικές χρονικές περιόδους. Δηλαδή, είναι η τεχνική με την οποία υπολογίζεται η παρούσα αξία μελλοντικών πληρωμών. Σύμφωνα με τη χρηματοοικονομική επιστήμη, η προεξόφληση είναι η μέθοδος εύρεσης της παρούσης αξίας μιας ακολουθίας μελλοντικών ταμειακών ροών.

Υπάρχουν αρκετές διαφορετικές οπτικές γωνίες για τη διεξαγωγή μιας οικονομικής ανάλυσης στον τομέα της υγείας. Το κόστος και το όφελος μπορεί να είναι εντελώς διαφορετικά υπό το πρίσμα της κοινωνίας, του ασθενή, του προμηθευτή (υπηρεσιών υγείας) και του φορέα που πληρώνει (π.χ., ασφαλιστικό ταμείο). Για παράδειγμα, το κόστος μιας επέμβασης για έναν ασφαλιστικό φορέα (π.χ., ΕΟΠΥΥ) ισοδυναμεί με τις δαπάνες που καλύπτει για τη συγκεκριμένη επέμβαση. Αντίθετα, το κόστος για τον προμηθευτή της συγκεκριμένης υπηρεσίας (π.χ., νοσοκομείο) ταυτίζεται με το πραγματικό κόστος παροχής αυτής της υπηρεσίας, άσχετα με το ύψος του νοσηλίου βάσει του οποίου το νοσοκομείο αποζημιώνεται. Όμως, το πραγματικό κόστος μιας υπηρεσίας από την πλευρά του προμηθευτή είναι συχνά δύσκολο να υπολογιστεί, ενώ πολλές φορές για την επιδίωξη αυτού του σκοπού διεξάγονται ειδικές μελέτες προσδιορισμού του κόστους με τη χρήση τεχνικών που αναπτύχθηκαν για τον σκοπό αυτό με βάση τη λογιστική (π.χ., μελέτες χρόνου και κίνησης). Από την άλλη πλευρά, το κόστος μιας παρεχόμενης υπηρεσίας για τον ασθενή έχει εντελώς διαφορετική έννοια, αφού στην πραγματικότητα αντιπροσωπεύει το ποσό που ο ίδιος θα πληρώσει για την παροχή μιας υγειονομικής υπηρεσίας (δηλαδή το ποσό που δεν καλύπτεται από το ασφαλιστικό του ταμείο) συν όλα τα υπόλοιπα έξοδα που προκύπτουν εξαιτίας της ασθένειας ή της θεραπείας, συμπεριλαμβανομένου και του χρόνου απουσίας από την εργασία του.

Κατ' επέκταση, το κοινωνικό κόστος είναι το συνολικό καθαρό κόστος όλων των άλλων φορέων, οι οποίοι στην πραγματικότητα αποτελούν τα διαφορετικά συστατικά της κοινωνίας, συμπεριλαμβανομένης της χαμένης παραγωγικότητας του ασθενή αλλά και όλων των εξόδων που σχετίζονται με την παροχή ή τη λήψη οποιασδήποτε φροντίδας υγείας. Σήμερα η διεθνής τάση είναι οι περισσότερες οικονομικές μελέτες να διεξάγονται μέσα από το πρίσμα της κοινωνίας, δηλαδή να υπολογίζονται όλα τα είδη κόστους (και τα οφέλη), ανεξάρτητα από τον φορέα που τα επωμίζεται.

Στη βιβλιογραφία αναφέρονται τουλάχιστον έξι διαφορετικές μέθοδοι οικονομικής αξιολόγησης, οι οποίες είναι η ανάλυση κόστους (cost analysis, cost identification analysis), η ανάλυση κόστους της ασθένειας (cost of illness), η ανάλυση ελαχιστοποίησης κόστους (cost - minimization analysis), η ανάλυση κόστους - αποτελεσματικότητας (cost - effectiveness analysis), η ανάλυση κόστους - χρησιμότητας (cost - utility analysis) και η ανάλυση κόστους - οφέλους (cost - benefit analysis). Εμφανίζουν ουσιαστικές διαφορές μεταξύ τους, αλλά και μία βασική ομοιότητα η οποία έγκειται στο γεγονός ότι ο συνδυασμός των εισροών σε ένα πρόγραμμα υγείας συγκρίνεται με τον συνδυασμό των εκροών. Οι εισροές περιλαμβάνουν το άμεσο, έμμεσο και αόρατο κόστος παροχής φροντίδας υγείας, ενώ οι εκροές είναι ποικίλες και ανάλογες με τον τύπο ανάλυσης που επιλέγεται (Διάγραμμα 10).

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 10 | ΕΙΣΡΟΕΣ ΚΑΙ ΕΚΡΟΕΣ ΜΙΑΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ



Πηγή: Προσαρμογή από Mooney 2013.

A) Ανάλυση κόστους (cost analysis)

Αποτελεί τον απλούστερο τύπο οικονομικής ανάλυσης και λαμβάνει υπόψη μόνο το κόστος. Στην ανάλυση αυτή μας ενδιαφέρει μόνο ο υπολογισμός του κόστους μιας θεραπευτικής παρέμβασης και τα αποτελέσματα εκφράζονται σε κόστος ανά παρεχόμενη υπηρεσία. Για παράδειγμα, κάποιος μπορεί να υπολογίσει τα ευρώ που δαπανήθηκαν ανά περίπτωση που θεραπεύτηκε, ή ανά εργαστηριακή εξέταση, ή ακόμη και ανά θεραπευτική παρέμβαση. Πολλές φορές αυτός ο τύπος μελετών δεν συμπεριλαμβάνεται στις μελέτες οικονομικής αποτίμησης, αφού δεν εμπεριέχει σύγκριση μεταξύ δύο ή περισσότερων εναλλακτικών θεραπειών, τουλάχιστον σε βάση αποτελέσματος.

B) Ανάλυση του κόστους της ασθένειας (cost of illness)

Σε αυτού του είδους την ανάλυση υπολογίζονται όλα τα είδη άμεσου και έμμεσου κόστους μιας συγκεκριμένης νόσου (π.χ., καρκίνος), με σκοπό να εκτιμηθεί ο βαθμός στον οποίο επιβαρύνεται οικονομικά η κοινωνία από μία ασθένεια. Ουσιαστικά, η εκπόνηση τέτοιων μελετών αναπτύχθηκε στις Ηνωμένες Πολιτείες, όπου η Dorothy Rice το 1966 δημοσίευσε μία καθοριστική μελέτη για τη μεθοδολογία των μελετών του κόστους της ασθένειας με βασικό κίνητρο την ευαισθητοποίηση των οικονομολόγων υγείας για χρήση κοινής μεθοδολογίας στις μελέτες αυτές, ώστε να είναι εφικτή η σύγκριση των αποτελεσμάτων. Παρά το γεγονός ότι οι αναλύσεις αυτές απαντώνται ιδιαίτερα συχνά στη βιβλιογραφία, η χρησιμότητά τους έχει τεθεί υπό αμφισβήτηση αρκετές φορές. Η κριτική εναντίον τους εστιάζεται κυρίως στο γεγονός ότι οι μελέτες αυτές δεν συμβάλλουν στην αξιολόγηση της τεχνολογίας υγείας, αφού αφενός δεν επιχειρείται σύγκριση μεταξύ εναλλακτικών θεραπειών και αφετέρου δεν δίνουν καμία πληροφορία για την κλινική αποτελεσματικότητα της μεθόδου που αποτιμάται.

Γ) Ανάλυση ελαχιστοποίησης κόστους (cost-minimization analysis)

Πολλοί υποστηρίζουν ότι η ανάλυση ελαχιστοποίησης κόστους αναφέρεται ουσιαστικά στον προηγούμενο τύπο ανάλυσης (ανάλυση κόστους), η οποία ονομάζεται έτσι από μερικούς επιστήμονες επειδή συνήθως χρησιμοποιείται για να προσδιορίσει το φθηνότερο διαγνωστικό ή θεραπευτικό σχήμα ανάμεσα σε δύο ή περισσότερα διαθέσιμα σχήματα. Ορισμένοι, ωστόσο, κάνουν ένα διαχωρισμό μεταξύ των δύο τύπων ανάλυσης (ανάλυση κόστους και ανάλυση ελαχιστοποίησης κόστους), υποστηρίζοντας ότι η

ανάλυση κόστους χρησιμοποιείται όταν το αποτέλεσμα των εναλλακτικών θεραπευτικών παρεμβάσεων είναι γνωστό, ενώ, αντίθετα, στην περίπτωση που το αποτέλεσμα δεν είναι γνωστό αλλά μπορεί να υποθεθεί ότι είναι ισοδύναμο μέσω ελεγχόμενων κλινικών δειγμάτων χρησιμοποιείται η ανάλυση ελαχιστοποίησης κόστους. Παρά, όμως, αυτή τη μικρή μεθοδολογική διαφορά οι δύο αυτοί τύποι οικονομικής ανάλυσης θεωρούνται σχεδόν ταυτόσημοι στη διεθνή βιβλιογραφία.

Δ) Ανάλυση κόστους-αποτελεσματικότητας (cost-effectiveness analysis)

Η ανάλυση κόστους - αποτελεσματικότητας θέτει υπό μελέτη το κόστος αλλά και το αποτέλεσμα, δηλαδή μετρά τόσο το καθαρό κόστος μιας παρεχόμενης υπηρεσίας όσο και το αποτέλεσμα που προκύπτει από την υπηρεσία αυτή. Στον συγκεκριμένο τύπο ανάλυσης το αποτέλεσμα εκφράζεται σε φυσικές μονάδες, όπως για παράδειγμα σε κερδισμένα χρόνια ζωής (years of life saved) και εξαρτάται από τον τελικό στόχο της υπό μελέτη παρέμβασης ή διαδικασίας. Σε ορισμένες οικονομικές αναλύσεις, ωστόσο, χρησιμοποιούνται και άλλες μονάδες μέτρησης, όπως οι περιπτώσεις που διαγνώστηκαν (cases detected) ή οι μέρες ανικανότητας που αποφεύχθηκαν (disability days avoided). Κατά την εκπόνηση μελετών κόστους - αποτελεσματικότητας, τα αποτελέσματα εκφράζονται ως κόστος ανά μονάδα αποτελέσματος και η αποτελεσματικότητα ενός θεραπευτικού σχήματος ή μιας παρέμβασης συγκρίνεται με άλλες εναλλακτικές μεθόδους παροχής υπηρεσιών υγείας ή ακόμα και της επιλογής της «μη παρέμβασης». Συχνά, όμως, η εκτίμηση του κόστους και της αποτελεσματικότητας μιας υπηρεσίας υγείας δεν περιορίζεται μόνο σε ποσοτικούς δείκτες, όπως για παράδειγμα τα διασωθέντα χρόνια ζωής ή τις περιπτώσεις που διαγνώστηκαν. Αυτό που φαίνεται να ενδιαφέρει περισσότερο τους επιστήμονες του χώρου της υγείας τα τελευταία χρόνια είναι η ποιότητα ζωής σε αυτά τα κερδισμένα χρόνια ζωής, αφού είναι γεγονός ότι σε ορισμένες θεραπείες, όπως για παράδειγμα στην αντιμετώπιση του καρκίνου με χημειοθεραπεία, η παράταση της ζωής μπορεί να είναι αντιστρόφως ανάλογη με την ποιότητα ζωής.

Ε) Ανάλυση κόστους-χρησιμότητας (cost-utility analysis)

Στον συγκεκριμένο τύπο ανάλυσης επιχειρείται σύγκριση δύο ή περισσότερων εναλλακτικών παρεμβάσεων αφού πρώτα σταθμιστούν τα επι-

πλέον χρόνια ζωής ανάλογα με τη χρησιμότητά τους, αντανακλώντας με αυτόν τον τρόπο τις προτιμήσεις των ατόμων για διάφορα επίπεδα υγείας. Στην ανάλυση αυτή, οι εισροές μετρούνται σε νομοματικές μονάδες ενώ οι συνέπειες (εκροές) αποτιμούνται με μη χρηματικά μέτρα όπως για παράδειγμα η ποιότητα ζωής μετά από μία θεραπευτική παρέμβαση ή οι προτιμήσεις των καταναλωτών. Ο πιο συχνά χρησιμοποιούμενος δείκτης στην ανάλυση κόστους - χρησιμότητας είναι το κόστος ανά Ποιοτικά Σταθμισμένο Έτος Ζωής (Quality Adjusted Life Year - QALY), όπου συνδυάζονται τόσο η διάρκεια όσο και η ποιότητα των επιπλέον χρόνων ζωής. Συγκεκριμένα, κατά τη μέτρηση των QALYs τα χρόνια ζωής μετρώνται ανάλογα με την ποιότητα, η οποία καθορίζεται από την παρουσία ορισμένες φορές «αόρατων» διαστάσεων όπως για παράδειγμα ο πόνος ή η ανικανότητα. Για παράδειγμα, ένας χρόνος ζωής με ημιπάρεση μπορεί να ισοδυναμεί με 0,5 έτος ζωής με απόλυτη υγεία, δηλαδή με 0,5 QALY. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι αυτός ο τύπος της ανάλυσης είναι πιο απαιτητικός από την ανάλυση κόστους αποτελεσματικότητας όσον αφορά στα στοιχεία που απαιτούνται για να γίνει η ανάλυση, αφού δεν αρκεί να μετρηθούν οι διάφοροι παράγοντες για τον βαθμό που επηρεάζουν τη διάρκεια και την ποιότητα ζωής, αλλά πρέπει να καθορισθεί και το πώς αξιολογούν τα άτομα τα διάφορα επίπεδα υγείας προκειμένου να συγκριθούν δύο διαφορετικές παρεμβάσεις ως προς τη χρησιμότητά τους. Για τον σκοπό αυτό έχουν αναπτυχθεί εργαλεία όπως: (α) η οπτική αναλογική κλίμακα (rating scale), όπου ο ασθενής σε μια κλίμακα από 0 (θάνατος) μέχρι 1 (άριστη υγεία) καλείται να σημειώσει το σημείο στο οποίο θεωρεί ότι βρίσκεται η κατάσταση υγείας του, (β) το τυπικό παίγνιο (standard gamble), που χρησιμοποιείται για την εκτίμηση προτιμήσεων σε χρόνιες καταστάσεις και σύμφωνα με το οποίο ο ασθενής καλείται να επιλέξει μεταξύ της βεβαιότητας της παρούσας χρόνιας κατάστασης υγείας του και ενός παιγνίου με δύο δυνητικά αποτελέσματα, τον θάνατο ή την πλήρη ίαση και (γ) το χρονικό αντιστάθμισμα (time trade-off), όπου ζητείται από τον ασθενή να επιλέξει τον σχετικό χρόνο που θα επιθυμούσε να βιώσει μεταξύ διαφορετικών καταστάσεων υγείας.

Στ) Ανάλυση κόστους-οφέλους (cost-benefit analysis)

Με τον τελευταίο αυτό τύπο της οικονομικής ανάλυσης επιχειρείται η μέτρηση τόσο του κόστους όσο και του αποτελέσματος με τις ίδιες μονάδες (συνήθως χρηματικές). Σε αυτού του τύπου τις αναλύσεις γίνεται συ-

νήθως σύγκριση μεταξύ του καθαρού οφέλους (κόστος μείον όφελος) δύο διαφορετικών παρεμβάσεων. Η σύγκριση μπορεί επίσης να πραγματοποιηθεί και με τον υπολογισμό του λόγου οφέλους/κόστους. Στη βάση της, η ανάλυση κόστους - οφέλους είναι ευρύτερος τύπος οικονομικής ανάλυσης ενώ προσφέρει ουσιαστική βοήθεια στις αποφάσεις κατανομής πόρων για ανόμοιες παρεμβάσεις, όπως για παράδειγμα η χρηματοδότηση ενός προγράμματος προγεννητικής φροντίδας ή ενός προγράμματος μεταμόσχευσης καρδιάς. Ενώ, όμως, θεωρητικά οι αναλύσεις κόστους - οφέλους θα έπρεπε να δίνουν απαντήσεις σε διλήμματα όπως το προαναφερθέν ή στην αξιολόγηση της εισαγωγής νέων τεχνολογιών, στην πράξη πολύ λίγες μελέτες υπολογίζουν όλα τα είδη κόστους και τα οφέλη μιας παρέμβασης σε χρηματικές μονάδες και παραλείπονται πολλά «αόρατα» οφέλη. Για τον λόγο αυτό, η ανάλυση κόστους - οφέλους περιορίζεται στις περιπτώσεις εκείνες που το κόστος και τα οφέλη είναι εύκολα μετρήσιμα σε χρήμα ενώ αποτελεί πιο περιορισμένο τύπο ανάλυσης από αυτόν του κόστους χρησιμότητας, στον οποίο η ποιότητα ζωής εμπεριέχεται στους υπολογισμούς.

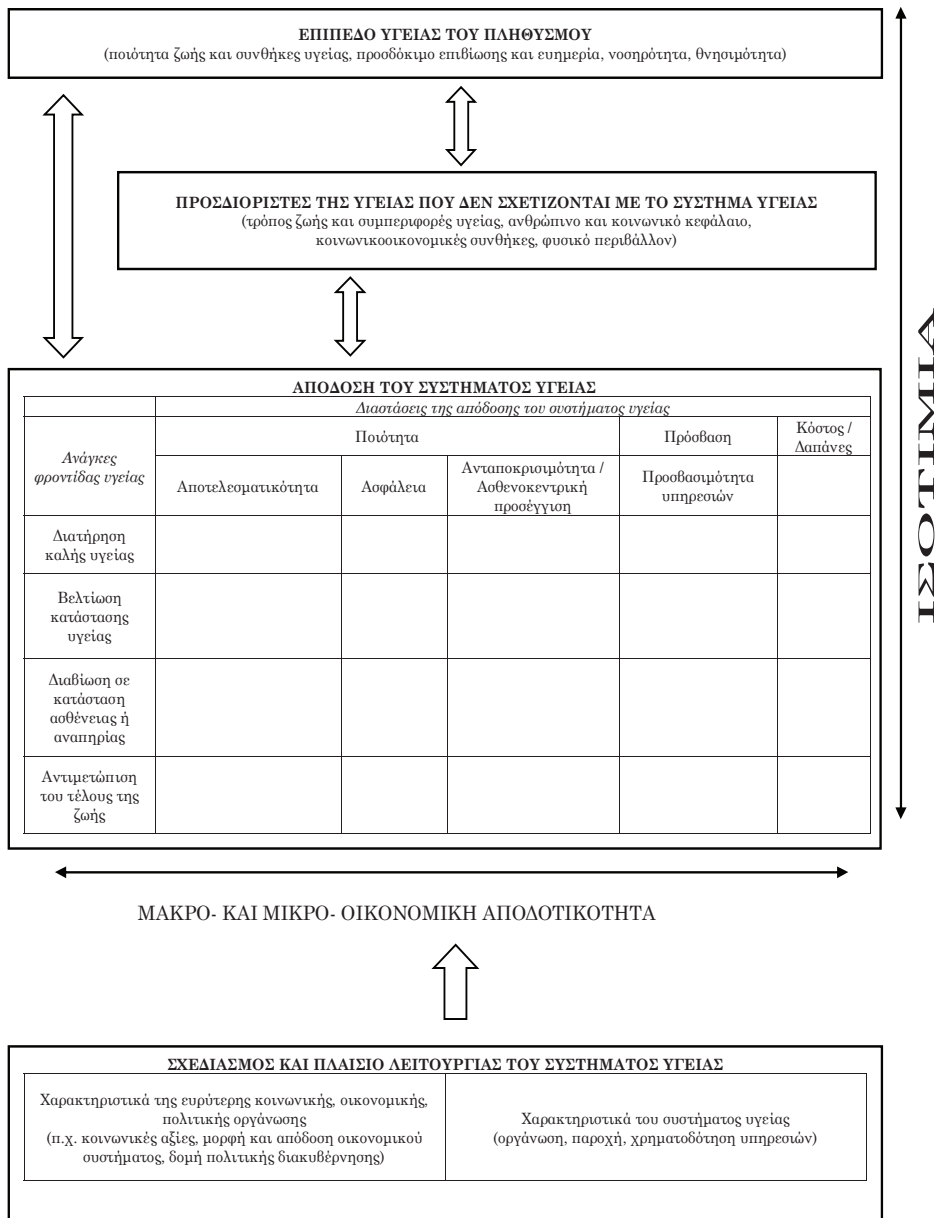
Εκτός της αξιολόγησης σε μικροεπίπεδο, τα οικονομικά του τομέα υγείας έχουν συμβάλει σημαντικά στην ανάπτυξη μεθόδων και εργαλείων για την αποτίμηση της λειτουργίας και της αποδοτικότητας των συστημάτων υγείας σε συνολικό επίπεδο. Για παράδειγμα, στο Διάγραμμα 11 απεικονίζεται το μεθοδολογικό πλαίσιο που υιοθετείται (με ορισμένες μικρές τροποποιήσεις) από αρκετούς επιστημονικούς φορείς όπως διαμορφώθηκε από τον ΟΟΣΑ στο πλαίσιο του προγράμματος Health Care Quality Indicators Project. Το μοντέλο αυτό επί της ουσίας περιλαμβάνει μετρήσιμες διαστάσεις της απόδοσης του συστήματος υγείας όπως την ποιότητα, την προσβασιμότητα, την αποδοτικότητα, την ισοτιμία και το κόστος. Παρότι σύμφωνα με το συγκεκριμένο πλαίσιο, δίδεται ιδιαίτερη έμφαση στη μέτρηση της τεχνικής διάστασης της ποιότητας (αποτελεσματικότητα και ασφάλεια) καθώς και της ανταποκρισιμότητας του συστήματος υγείας στις ανάγκες των χρηστών υπηρεσιών υγείας, λαμβάνεται υπόψη και η επίδραση άλλων παραγόντων που επηρεάζουν την υγεία όπως η αποδοτικότητα στη χρήση των πόρων αλλά και οι έννοιες της ισοτιμίας και της προσβασιμότητας.

Η αποτελεσματικότητα αποτελεί μία πολύ σημαντική διάσταση και ορίζεται ως ο βαθμός επίτευξης των επιθυμητών αποτελεσμάτων από την παροχή επιστημονικά τεκμηριωμένων υγειονομικών υπηρεσιών σε αυτούς που δυνητικά μπορούν να ωφεληθούν από αυτές. Στο πλαίσιο αυτό

γίνεται προσπάθεια να εκτιμηθεί η καταλληλότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, οι εκβάσεις στην κατάσταση της υγείας του πληθυσμού ή οι βελτιώσεις που μπορεί να προκύψουν από την παροχή υπηρεσιών υγείας. Η έννοια της καταλληλότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών απεικονίζει την παροχή της ενδεδειγμένης φροντίδας, ανάλογα με το είδος της ανάγκης και βάσει τεκμηριωμένων οδηγιών και πρωτοκόλλων. Επιπρόσθετα, η αποτελεσματικότητα από την εφαρμογή μιας παρέμβασης ή την παροχή μιας υπηρεσίας υγείας μπορεί να εκτιμηθεί από τις εκβάσεις. Η έκβαση δηλώνει τις συνέπειες των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας στο επίπεδο υγείας των ασθενών και του πληθυσμού (π.χ., οι ενδονοσοκομειακοί θάνατοι μετά από επιλεγμένες νόσους, π.χ. οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου ή την εφαρμογή μιας συγκεκριμένης παρέμβασης, π.χ. αορτοστεφανιαία παράκαμψη). Ορισμένοι ενδεικτικοί δείκτες αποτελεσματικότητας είναι η ενδονοσοκομειακή θνητότητα μετά από επιλεγμένες επεμβάσεις, οι επείγουσες επανεισαγωγές εντός 28 ημερών από την έξοδο από το νοσοκομείο, ο αριθμός πιστοποιημένων τμημάτων, ο δείκτης κατανάλωσης αντιβιοτικών κ.λπ.

Η ασφάλεια απεικονίζει τον βαθμό στον οποίο οι υγειονομικές παρεμβάσεις αποφεύγουν, προλαμβάνουν ή ελαχιστοποιούν τις ανεπιθύμητες ενέργειες ή τους τραυματισμούς που μπορεί να προκύψουν από τη διαδικασία παροχής της φροντίδας υγείας. Οι ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις, οι πτώσεις των ασθενών εντός του νοσοκομείου, η ύπαρξη κατακλίσεων ή τα ιατρικά λάθη αποτελούν ορισμένους από τους πιο συνήθεις δείκτες εκτίμησης της ασφάλειας των ασθενών. Στο σημείο αυτό θα πρέπει να διευκρινιστεί ότι ιδιαίτερα σημαντική είναι η αξιολόγηση και δεικτών ασφάλειας για τους επαγγελματίες υγείας (π.χ., πλήθος εργατικών ατυχημάτων προς το σύνολο των εργαζομένων ή μικροτραυματισμοί από αιχμηρά αντικείμενα κατά τη διάρκεια παροχής υπηρεσιών υγείας) οι οποίοι θα πρέπει να αξιολογούνται συστηματικά και σε τακτική βάση.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 11: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ



Πηγή: OECD 2020.

Η ανταποκρισιμότητα αναφέρεται στον τρόπο με τον οποίο το σύστημα υγείας ανταποκρίνεται στις προσδοκίες των χρηστών. Ένας όρος που χρησιμοποιείται συχνά ως συνώνυμος της ανταποκρισιμότητας είναι η ανθρωποκεντρική προσέγγιση του ασθενή, η οποία ορίζεται ως ο βαθμός στον οποίο ένα σύστημα λειτουργεί τοποθετώντας τον ασθενή/χρήστη στο επίκεντρο της υγειονομικής φροντίδας. Η ανταποκρισιμότητα συνήθως εκτιμάται με βάση τις εμπειρίες των χρηστών από τη φροντίδα που λαμβάνουν, την επικοινωνία και την ενσυναίσθηση, διαστάσεις που θα πρέπει να χαρακτηρίζουν τις σχέσεις ασθενή/επαγγελματιών υγείας. Η έμφαση δίδεται στην αντίληψη που έχει ο ίδιος ο ασθενής από την εμπειρία του αναφορικά με τις συγκεκριμένες διαστάσεις της παρεχόμενης φροντίδας και δεν περιορίζεται σε γενικές μετρήσεις ικανοποίησης ή απόψεις αναφορικά με την επάρκεια των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Η προσβασιμότητα περιγράφει τη δυνατότητα των χρηστών να τυγχάνουν φροντίδας υγείας στον σωστό χρόνο και τόπο, σύμφωνα με τις ανάγκες τους. Η εκτίμηση της πρόσβασης μπορεί να συμπεριλαμβάνει τις φυσικές, οικονομικές ή ψυχολογικές συνθήκες και επί της ουσίας θέτει ως *a priori* προϋπόθεση την ύπαρξη διαθέσιμων υπηρεσιών. Η ισοτιμία από την άλλη πλευρά συνδέεται στενά με την προσβασιμότητα και αναφέρεται στην ίση και χωρίς διακρίσεις μεταχείριση των πολιτών από το σύστημα υγείας.

Η αποδοτικότητα σχετίζεται άμεσα με τη δυνατότητα του συστήματος υγείας να χρησιμοποιεί με βέλτιστο τρόπο τους διαθέσιμους πόρους προκειμένου να επιτευχθούν τα καλύτερα δυνατά αποτελέσματα ή οφέλη. Σύμφωνα με άλλον ορισμό, η αποδοτικότητα ορίζεται ως η αναλογία του παρατηρηθέντος επιπέδου επίτευξης ενός στόχου προς το μέγιστο δυνατό, σύμφωνα με τους διαθέσιμους πόρους. Οι όροι μακρο-οικονομική και μικρο-οικονομική αποδοτικότητα επί της ουσίας ταυτίζονται κατ'αντιστοιχία με την καταναμητική και τεχνική αποδοτικότητα. Ο πρώτος όρος αναφέρεται στην κατανομή των δαπανών υγείας (δημόσιων και ιδιωτικών) μέσα στο σύστημα υγείας και στο φάσμα των υπηρεσιών υγείας, το οποίο θα μεγιστοποιεί τόσο την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών όσο και την ικανοποίηση και τις θετικές εμπειρίες του χρήστη των υπηρεσιών υγείας ανάλογα με τις καταβαλλόμενες δαπάνες. Από την πλευρά της παραγωγής, εξετάζει κατά πόσον οι περιορισμένοι πόροι κατευθύνονται προς την παραγωγή του σωστού συνδυασμού εκρών υγειονομικής φροντίδας, δεδομένων των προτιμήσεων των φορέων που χρηματοδοτούν τις υπηρεσίες

υγείας. Η κατανομητική αποδοτικότητα μπορεί επίσης να εξετάσει κατά πόσο χρησιμοποιείται ο βέλτιστος συνδυασμός εισροών –για παράδειγμα, το μείγμα του ανθρώπινου δυναμικού του τομέα υγείας– για την παραγωγή των επιλεγέντων εκροών της. Η μικρο-οικονομική αποδοτικότητα (τεχνική αποδοτικότητα) αναφέρεται στη μετατροπή των εισροών σε εκροές με τη βέλτιστη δυνατή πρακτική. Αξιολογεί τη δυνατότητα του συστήματος υγείας να είναι κατά το δυνατόν παραγωγικότερο και να αξιοποιεί με τον ανταποδοτικότερο τρόπο τις διαθέσιμες εισροές, προκειμένου να επιτευχθούν τα επιθυμητά αποτελέσματα.

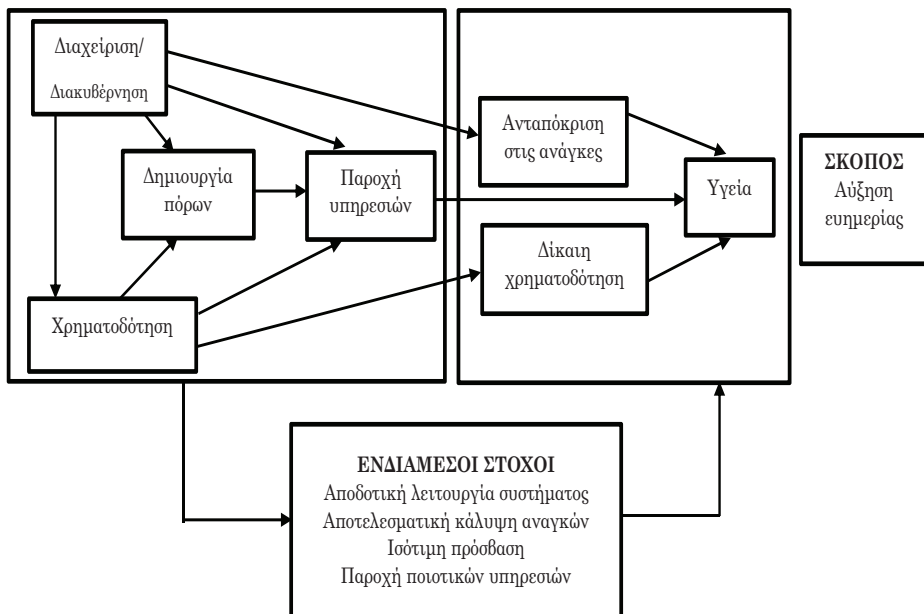
5. ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ, ΡΥΘΜΙΣΗ ΚΑΙ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

Το σύστημα υγείας είναι η οργανωμένη απάντηση μιας κοινωνίας στα προβλήματα υγείας των μελών της. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), ως σύστημα υγείας ορίζεται το σύνολο των ανθρωπίνων, υλικών και χρηματικών πόρων, καθώς επίσης των οργανισμών, ιδρυμάτων και φορέων οι οποίοι συνδέονται με τη χρηματοδότηση, τη ρύθμιση και την επιτέλεση δραστηριοτήτων που έχουν πρωταρχικό τους σκοπό τη βελτίωση ή τη διατήρηση της υγείας. Ο ρόλος του συστήματος υγείας είναι όχι μόνο η βελτίωση της υγείας των πολιτών αλλά, επίσης, η προστασία αυτών από το οικονομικό κόστος της ασθένειας και η αντιμετώπιση εκ μέρους του των ασθενών με αξιοπρέπεια. Με βάση αυτό το σκεπτικό, οι στόχοι ενός συστήματος υγείας είναι τρεις. Πρωταρχικό στόχο αποτελεί η βελτίωση της κατάστασης της υγείας του πληθυσμού. Ο στόχος αυτός έχει διπλή διάσταση. Περιλαμβάνει αφενός τη βελτίωση του μέσου επιπέδου υγείας όλου του πληθυσμού και αφετέρου την ισότιμη διάχυση της καλής υγείας μεταξύ των ομάδων του πληθυσμού. Ο δεύτερος στόχος είναι η ανταποκρισιμότητα του συστήματος υγείας στις προσδοκίες των πολιτών, οι οποίες αναφέρονται στην καθημερινή επαφή των πολιτών με το σύστημα. Ειδικότερα, περιλαμβάνει τον σεβασμό και την αξιοπρεπή αντιμετώπιση των ασθενών από τις υπηρεσίες και τους επαγγελματίες υγείας και την ικανοποίηση που αποκομίζουν ως χρήστες των υπηρεσιών αυτών. Ο τρίτος στόχος είναι η δικαιοσύνη στην κατανομή των βαρών στη χρηματοδότηση του συστήματος υγείας και η προστασία των νοικοκυριών έναντι του οικονομικού κινδύνου λόγω κάποιας ασθένειας (Διάγραμμα 12).

Για να πετύχει ένα σύστημα υγείας τους παραπάνω βασικούς του στόχους θα πρέπει να εξασφαλίσει την καλύτερη δυνατή χρησιμοποίηση των

πόρων του. Δηλαδή θα πρέπει να ικανοποιούνται τα κριτήρια της αποδοτικής λειτουργίας του συστήματος, της αποτελεσματικής κάλυψης των αναγκών του πληθυσμού, της ισότητας στη φροντίδα υγείας και της παροχής ποιοτικών υπηρεσιών. Η αποδοτικότητα αναφέρεται στον συσχέτισμό των αποτελεσμάτων που επιτεύχθηκαν από μια υπηρεσία ή ένα πρόγραμμα υγείας και των μέσων που χρησιμοποιήθηκαν από ανθρώπινους, οικονομικούς και υλικούς πόρους. Η αποτελεσματικότητα εκφράζει τη συσχέτιση των επιτευχθέντων αποτελεσμάτων ενός προγράμματος ή μιας υπηρεσίας υγείας με τους επιθυμητούς στόχους που είχαν τεθεί. Η ισότητα στη φροντίδα υγείας ορίζεται ως ίση πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας για ίδιες ανάγκες, ίση χρησιμοποίηση για ίσες ανάγκες, και ίση ποιότητα στη φροντίδα για όλους. Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας περιλαμβάνει δύο διαστάσεις. Πρώτον, την επάρκεια της προληπτικής, διαγνωστικής και θεραπευτικής διαδικασίας. Δεύτερον, το περιβάλλον των μονάδων υγείας και τη συμπεριφορά αυτών που παρέχουν τις υπηρεσίες.

**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 12 | Η ΣΧΕΣΗ ΣΤΟΧΩΝ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΩΝ
ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ**



Πηγή: WHO 2000.

Κάθε σύστημα υγείας επιτελεί τέσσερις βασικές λειτουργίες: τη διαχείριση, τη χρηματοδότηση, τη δημιουργία πόρων και την παροχή υπηρεσιών. Η διαχείριση ως μια βασική λειτουργία του συστήματος υγείας περιλαμβάνει τον καθορισμό, την εφαρμογή και την παρακολούθηση των κανόνων λειτουργίας του συστήματος υγείας, την οριοθέτηση των σχέσεων αγοραστών, προμηθευτών και ασθενών, και τον προσδιορισμό των στρατηγικών κατευθύνσεων του συστήματος υγείας ως όλου. Προκειμένου να επιτευχθούν τα παραπάνω, η διαχείριση πρέπει να επιτελέσει έξι επιμέρους υπολειτουργίες. Πρώτον, τον *συνολικό σχεδιασμό του συστήματος*. Αφορά στη διαμόρφωση της πολιτικής υγείας με την ευρύτερη έννοια. Εμπεριέχει τον τρόπο με τον οποίο οργανώνονται και συνδυάζονται οι υπόλοιπες τρεις λειτουργίες του συστήματος υγείας, δηλαδή η χρηματοδότηση, η δημιουργία πόρων, και η παροχή υπηρεσιών. Δεύτερον, την *αποτίμηση της απόδοσης του συστήματος*, η οποία αναφέρεται στην αξιολόγηση του βαθμού στον οποίο επιτυγχάνονται τα τέσσερα κριτήρια που αναφέρθηκαν παραπάνω και συγκεκριμένα η αποτελεσματικότητα, η αποδοτικότητα, η ποιότητα και η ισότητα. Τρίτον, τον *καθορισμό προτεραιοτήτων*, δηλαδή την επιλογή των κριτηρίων με βάση τα οποία θα προσδιοριστεί το ποιες υπηρεσίες και ποια προγράμματα υγείας θα αναπτυχθούν πρώτα σε σχέση με άλλα. Τα κριτήρια αυτά μπορεί να είναι οικονομικά (μέτρηση κόστους και αποτελεσματικότητας), επιδημιολογικά (κύριες αιτίες νοσηρότητας και θνησιμότητας), πολιτικά (οι επιδιώξεις αυτών που συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων) και αξιολογικά (κοινωνική δικαιοσύνη). Τέταρτον, τη *διατομεακή συνεργασία*, με την προώθηση πολιτικών σε άλλους τομείς που όμως έχουν θετικές επιπτώσεις στην υγεία. Για παράδειγμα, η βελτίωση του επιπέδου εκπαίδευσης δεν αποτελεί μέρος της πολιτικής υγείας, δεδομένου ότι ο πρωταρχικός σκοπός του εκπαιδευτικού συστήματος είναι άλλος. Ωστόσο, μελέτες δείχνουν ότι το επίπεδο εκπαίδευσης αποτελεί σημαντικό προσδιοριστικό παράγοντα του επιπέδου υγείας ενός πληθυσμού. Πέμπτον, τη *ρύθμιση*, με την υιοθέτηση κανόνων που αφορούν αφενός τη δημόσια υγεία και τον περιορισμό των κινδύνων για την υγεία που προέρχονται από την κατανάλωση προϊόντων και υπηρεσιών και αφετέρου, τη χρηματοδότηση και την παροχή των υπηρεσιών υγείας. Έκτον, την *προστασία του πολίτη*, όπου το ζητούμενο είναι να αντιμετωπιστούν οι κίνδυνοι που προκύπτουν από τις ανεπάρκειες που υπάρχουν στην αγορά υπηρεσιών και στην ασφάλιση υγείας και σχετίζονται με ασυμμετρίες στην πληροφόρηση μεταξύ χρηστών και προμηθευτών.

Η χρηματοδότηση του συστήματος υγείας είναι η διαδικασία με την οποία συλλέγονται τα έσοδα, συγκεντρώνονται σε ένα ταμείο για την κοινή διαχείριση των κινδύνων υγείας και αγοράζονται υπηρεσίες από τους προμηθευτές. Οι βασικές μέθοδοι εισπραξης των χρηματικών πόρων για τη λειτουργία του συστήματος υγείας είναι η άμεση και έμμεση φορολογία, οι εισφορές κοινωνικής ασφάλισης, τα ιδιωτικά ασφάλιστρα και οι άμεσες πληρωμές που καταβάλλονται από τα ίδια τα άτομα τη στιγμή της χρήσης μιας υπηρεσίας υγείας. Μπορεί να είναι επίσημες, με την έννοια της θεσμοθετημένης συμμετοχής του πολίτη στο κόστος της υπηρεσίας προκειμένου να αποφευχθεί η άσκοπη χρήση της. Μπορεί όμως να είναι και άτυπες με τη μορφή «δώρου» (φακελάκι), συμβάλλοντας στην εμφάνιση παραοικονομίας. Επιπροσθέτως, οι άμεσες πληρωμές μπορεί να λάβουν τη μορφή συμπληρωμών (κατ' αποκοπή πληρωμές για κάθε χρησιμοποιούμενη υπηρεσία), συνασφάλισης (ποσοστό επί του συνολικού κόστους μιας υπηρεσίας) ή αφαιρετών πληρωμών (ένα συγκεκριμένο πρώτο ποσό το οποίο καλύπτει ο ασθενής και τα υπόλοιπα καλύπτονται από την κοινωνική ασφάλιση). Εκτός των παραπάνω κύριων πηγών, η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας μπορεί να γίνει και μέσα από δωρεές και επιχορηγήσεις ή διεθνείς πόρους. Η πρόκληση που τίθεται είναι η διαμόρφωση ενός στρατηγικού μίγματος των παραπάνω πηγών που να επιτρέπει την εξασφάλιση επαρκών πόρων για την υγεία και την επίτευξη των στόχων που έχουν τεθεί. Για παράδειγμα, όταν ένα σύστημα υγείας βασίζεται στη χρηματοδότηση από άμεση φορολογία και εισφορές κοινωνικής ασφάλισης είναι περισσότερο προοδευτικό και αναδιανεμητικό και συνεπώς πιο ισοτιμίο από ότι εάν βασίζεται στην ιδιωτική ασφάλιση και τις άμεσες πληρωμές.

Η συγκέντρωση των πόρων σε ένα κοινό ταμείο σημαίνει ότι πλέον δεν συνδέονται με το κάθε συγκεκριμένο άτομο που τους κατέβαλε αλλά όλοι από κοινού μοιράζονται τον οποιονδήποτε κίνδυνο προκύψει για κάθε συμμετοχο. Μια βασική στρατηγική επιλογή για τους σχεδιαστές της πολιτικής υγείας είναι το εάν η δεξαμενή συγκέντρωσης των πόρων θα είναι κοινή για όλο τον πληθυσμό, δηλαδή ένα ασφαλιστικό ταμείο, ή εάν για κάθε κοινωνική ομάδα θα υπάρχει διαφορετικό ασφαλιστικό ταμείο. Μια δεύτερη στρατηγική επιλογή είναι το εάν θα υπάρχει ή όχι σταυροειδής μεταφορά πόρων από δεξαμενές που καλύπτουν ομάδες χαμηλού κινδύνου και συνεπώς έχουν πλεόνασμα, προς δεξαμενές που καλύπτουν υψηλού κινδύνου ομάδες και οι οποίες εμφανίζουν ελλείμματα. Μια τρίτη επιλογή συνδέεται με τον βαθμό στον οποίο το κάθε άτομο

έχει το δικαίωμα επιλογής του ταμείου όπου θα ασφαλιστεί ή είναι υποχρεωτική η υπαγωγή σε συγκεκριμένο ταμείο (ύπαρξη ανταγωνισμού ή όχι μεταξύ των ταμείων για προσέλκυση ασφαλισμένων). Από τη στιγμή που θα συγκεντρωθούν οι πόροι υγείας σε κάποιο ταμείο, τίθενται τρία ερωτήματα. Πρώτον, τι υπηρεσίες υγείας θα αγοραστούν προκειμένου να καλυφτούν οι ανάγκες των ασφαλισμένων. Δεδομένης της στενότητας των πόρων και ανάλογα με τους στόχους που επιδιώκει κάθε σύστημα υγείας, το ζήτημα εδώ είναι να προσδιοριστεί το εύρος της κάλυψης του πληθυσμού και η δέσμη των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας. Δεύτερον, από ποιους προμηθευτές θα αγοραστούν οι υπηρεσίες. Από δημόσιους ή ιδιωτικούς; Από κέντρα υγείας ή νοσοκομεία; Τρίτον, με ποιο τρόπο θα πληρωθούν οι προμηθευτές των υπηρεσιών. Το ερώτημα αυτό είναι πολύ σημαντικό γιατί η μέθοδος αμοιβής των γιατρών και των νοσοκομείων επηρεάζει τον τρόπο συμπεριφοράς τους και έχει επιπτώσεις στην ποιότητα των υπηρεσιών και τις δαπάνες υγείας. Η αμοιβή των γιατρών κατά πράξη και περίπτωση μπορεί να συντελέσει στην εμφάνιση προκλητής ζήτησης και την αύξηση των δαπανών υγείας και συνδέεται με την εισοδηματική δυνατότητα του ασθενή. Η αμοιβή με μισθό αν και βοηθά στη συγκράτηση του κόστους, μπορεί να οδηγήσει σε παραοικονομία και χαμηλή παραγωγικότητα λόγω χαμηλών μισθών. Η αμοιβή κατά κεφαλή για κάθε εγγεγραμμένο στη λίστα του ιατρού ασθενή έχει το θετικό ότι καθιστά προβλέψιμο το κόστος και ο ασθενής απολαμβάνει καλής ποιότητας υπηρεσίες χωρίς επιπλέον επιβάρυνση. Η αποζημίωση των νοσοκομείων με ημερήσιο νοσήλιο ενέχει τον κίνδυνο προκλητής αύξησης των ημερών νοσηλείας και ύπαρξης ελλειμμάτων στην περίπτωση που το νοσήλιο οριστεί κάτω από το πραγματικό κόστος νοσηλείας. Οι Ομοιογενείς Διαγνωστικές Κατηγορίες, σύμφωνα με τις οποίες ο ασθενής κατά την εισαγωγή του στο νοσοκομείο κατατάσσεται σε μια προσδιορισμένη προκοστολογημένη διαγνωστική κατηγορία, μπορεί να συμβάλλουν στη μείωση της διάρκειας νοσηλείας και στη μείωση του κόστους λόγω μη πραγματοποίησης περιττών εξετάσεων. Τέλος, με βάση τον σφαιρικό προϋπολογισμό, κάθε νοσοκομείο καταρτίζει έναν ετήσιο προϋπολογισμό λαμβάνοντας υπόψη τον προϋπολογισμό του προηγούμενου έτους, το επίπεδο αύξησης των τιμών και τις ιδιαίτερες ανάγκες του.

Η λειτουργία των συστημάτων υγείας δεν περιορίζεται μόνο στην παροχή και τη χρηματοδότηση υπηρεσιών φροντίδας υγείας αλλά περιλαμβάνει και δραστηριότητες που σχετίζονται με την παραγωγή των

αναγκαίων πόρων που θα στηρίξουν τις υπηρεσίες αυτές. Αναφερόμαστε κυρίως στους ανθρώπινους πόρους, δηλαδή την εκπαίδευση του ιατρικού, νοσηλευτικού και λοιπού υγειονομικού δυναμικού, στους υλικούς πόρους, δηλαδή τις κτιριακές εγκαταστάσεις και τον ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό, καθώς επίσης και στην παραγωγή της γνώσης. Εδώ αναδεικνύεται η σημασία των πανεπιστημίων και των άλλων εκπαιδευτικών ιδρυμάτων, των ερευνητικών κέντρων και των μονάδων που παράγουν τεχνολογικά προϊόντα όπως ιατρικά μηχανήματα, εξοπλισμό και φαρμακευτικά σκευάσματα. Επιπρόσθετος κρίσιμος πόρος είναι η ανάπτυξη πληροφοριακών συστημάτων υγείας τα οποία να διασφαλίζουν την παραγωγή, ανάλυση, διάχυση και χρήση αξιόπιστων και έγκαιρων πληροφοριών και δεδομένων αναφορικά με τους κοινωνικοοικονομικούς προσδιοριστές της υγείας, τις επιδόσεις του συστήματος υγείας και το επίπεδο υγείας του πληθυσμού. Ο στρατηγικός σχεδιασμός, η οργάνωση και ο τρόπος διαχείρισης της διαδικασίας παραγωγής των υγειονομικών πόρων ποικίλλουν ανάλογα με τους φορείς που εμπλέκονται σε αυτή τη διαδικασία και το ιδιοκτησιακό καθεστώς υπό το οποίο λειτουργούν. Για παράδειγμα, στην περίπτωση των εκπαιδευτικών ιδρυμάτων, όπως οι ιατρικές και οι νοσηλευτικές σχολές, ένα βασικό ζήτημα αφορά στο εάν αυτές θα ανήκουν στο υπουργείο Υγείας ή στο υπουργείο Παιδείας. Ένα άλλο παράδειγμα είναι τα ερευνητικά κέντρα και ο βαθμός αυτονομίας τους ως προς τον προσδιορισμό των ερευνητικών τους προτεραιοτήτων και την αντικειμενικότητα των ερευνητικών αποτελεσμάτων. Ή, στην περίπτωση της φαρμακευτικής και ιατροτεχνολογικής βιομηχανίας, αποκτά ιδιαίτερη βαρύτητα ο βαθμός συγκέντρωσής της και η έκταση του ανταγωνισμού μεταξύ των εταιριών.

Η παροχή των υπηρεσιών υγείας μπορεί να διακριθεί σε δύο μεγάλες κατηγορίες: τις προσωπικές και τις μη προσωπικές υπηρεσίες. Οι προσωπικές υπηρεσίες είναι αυτές που λαμβάνει άμεσα ένα άτομο από κάποιον προμηθευτή όπως έναν γιατρό, έναν οδοντίατρο, κάποιο νοσοκομείο, κάποιο κέντρο υγείας κ.λπ. Οι μη προσωπικές υπηρεσίες αναφέρονται σε γενικότερες διαδικασίες προαγωγής και πρόληψης όπως τα προγράμματα δημόσιας υγείας, τα οποία αποσκοπούν στην αντιμετώπιση μειζόνων κινδύνων υγείας που αφορούν το σύνολο ή μεγάλες πληθυσμιακές ομάδες. Τέτοια προγράμματα μπορεί να αφορούν στην προαγωγή υγιεινών τρόπων ζωής, στην προστασία του περιβάλλοντος, στα μέτρα πρόληψης επιδημιών κ.λπ.

Ανάλογα με τον τρόπο παροχής και χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας, καθώς και τον βαθμό κρατικής παρέμβασης, τα συστήματα υγείας

μπορούν να κατηγοριοποιηθούν σε τρία βασικά μοντέλα. Αυτά τα μοντέλα είναι δυνατόν να τοποθετηθούν σε ένα συνεχές το οποίο εκτείνεται από την πρόσληψη της υγείας ως εμπορεύματος το οποίο αποκτάται στην αγορά με βάση τη δυνατότητα πληρωμής που έχει κάποιος (μοντέλο ελεύθερης αγοράς), μέχρι την πρόσληψη της υγείας ως δικαιώματος των εργαζομένων (μοντέλο κοινωνικής ασφάλισης) ή κοινωνικού αγαθού και δικαιώματος του πολίτη (μοντέλο εθνικού συστήματος υγείας). Σήμερα, ωστόσο, μετά τις μεταρρυθμιστικές παρεμβάσεις της δεκαετίας του 1980 στις δυτικοευρωπαϊκές χώρες καθώς και της δεκαετίας του 1990 στα πρώην ανατολικά κράτη, τα συστήματα υγείας τείνουν προς μεικτές μορφές οργάνωσης, όπου δημόσιος και ιδιωτικός τομέας συνυπάρχουν, σε μια προσπάθεια συγκερασμού των πλεονεκτημάτων και αποφυγής των μειονεκτημάτων κάθε μοντέλου.

Από τα παραπάνω, γίνεται σαφής η ανάγκη διαχείρισης και εναρμόνισης πολλαπλών στόχων και ανταγωνιστικών απαιτήσεων στα συστήματα υγείας, μέσα σε ένα περιβάλλον στενότητας πόρων. Αφενός, το σύστημα υγείας είναι ένα σύνολο αλληλοσυνδεδεμένων τμημάτων που πρέπει να λειτουργούν μαζί για να είναι αποτελεσματικά. Οι αλλαγές σε μια περιοχή έχουν επιπτώσεις αλλού και οι βελτιώσεις σε έναν τομέα δεν μπορούν να επιτευχθούν χωρίς τις συνεισφορές των άλλων. Η αλληλεπίδραση μεταξύ των δομικών στοιχείων είναι απαραίτητη για την επίτευξη καλύτερων αποτελεσμάτων στον τομέα της υγείας. Κάτω από αυτό το πρίσμα, μείζον ζήτημα καθίσταται η ρύθμιση των σχέσεων μεταξύ των παρόχων υπηρεσιών υγείας, των φορέων χρηματοδότησης αυτών και των επωφελομένων, δηλαδή των πολιτών. Αφετέρου, τα συστήματα υγείας παγκοσμίως πρέπει να αντιμετωπίσουν ένα μεταβαλλόμενο περιβάλλον: επιδημιολογικά, από την άποψη της μεταβολής των ηλικιακών δομών, των επιπτώσεων των πανδημιών και της εμφάνισης νέων απειλών· πολιτικά, όσον αφορά στις μεταβαλλόμενες αντιλήψεις ως προς τον ρόλο του κράτους και τη σχέση του με τον ιδιωτικό τομέα και την κοινωνία των πολιτών· από τεχνική άποψη, σε σχέση με την αυξανόμενη συνειδητοποίηση ότι τα συστήματα υγείας δεν επιτυγχάνουν πολλές φορές τους στόχους τους· θεσμικά, έχοντας να αντιμετωπίσουν μια όλο και πιο περίπλοκη αρχιτεκτονική δομή. Στο πλαίσιο αυτό τίθενται προκλήσεις και πρέπει να τεθούν προτεραιότητες, συχνά αντικρουόμενες. Για παράδειγμα, η επιδίωξη μεγαλύτερης αποδοτικότητας των πόρων είναι αναγκαίο να συμβαδίσει με την αναζήτηση τρόπων επίτευξης μεγαλύτερης ισότητας στην πρόσβαση αποτελεσματικών, ασφαλών και ποιοτικών υπηρεσιών υγείας που να ανταποκρίνονται στις απαι-

τήσεις των ασθενών. Η προσπάθεια προσέλκυσης ικανού υγειονομικού προσωπικού μέσω καλύτερων μισθολογικών παροχών μπορεί να σημαίνει συμβιβασμό όσον αφορά στη συγκράτηση του κόστους. Επιπροσθέτως, μπορεί να προκύψει ανταγωνισμός για πόρους μεταξύ νοσοκομείων και πρωτοβάθμιας περίθαλψης, μεταξύ της πρόληψης και της θεραπείας, μεταξύ επαγγελματικών ομάδων, μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα. Συνεπώς, η ενίσχυση του συστήματος υγείας απαιτεί προσεκτική κρίση και δύσκολες επιλογές. Αυτό συνιστά μια πολιτική διαδικασία, ωστόσο καθίσταται αναγκαία η διάθεση των απαραίτητων πληροφοριών και εργαλείων για τη λήψη δόκιμων αποφάσεων (π.χ., κοστολόγηση, αξιολόγηση και εκτίμηση των επιπτώσεων εναλλακτικών σχεδίων και προγραμμάτων παρέμβασης), γεγονός το οποίο τονίζει τη σημασία της συμβολής των μεθόδων και τεχνικών ανάλυσης των οικονομικών του τομέα υγείας.

6. ΕΠΙΣΤΗΜΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ

Η πορεία εξέλιξης της επιστήμης των οικονομικών του τομέα υγείας εμφάνισε δύο βασικά χαρακτηριστικά. Το πρώτο είναι ότι έλαβε μια κατεύθυνση που βρίσκεται πιο κοντά στο «ιατρικό μοντέλο της υγείας», θέτοντας στο επίκεντρο της ανάλυσης τις υπηρεσίες υγείας. Αυτό ήταν αποτέλεσμα του αυτοπροσδιορισμού της ως της μελέτης του τρόπου με τον οποίο οι σπάνιοι πόροι υγείας χρησιμοποιούνται προκειμένου να καλυφθούν οι υφιστάμενες ανάγκες. Με αυτή την έννοια ανταποκρίθηκε περισσότερο στον όρο «οικονομικά της φροντίδας υγείας». Αυτό είναι εμφανές εάν κανείς εξετάσει τις διάφορες προτάσεις αναφορικά με τις προοπτικές του κλάδου και τις προτεραιότητες του ερευνητικού πλαισίου που διατυπώθηκαν κατά τις δεκαετίες του 1990 και του 2000, οι οποίες δίνουν έμφαση σχεδόν αποκλειστικά στην οργάνωση, παραγωγή, χρηματοδότηση και διανομή της φροντίδας υγείας, τη συλλογή πρωτογενών δεδομένων και τη διαμόρφωση των ανάλογων αναλυτικών εργαλείων. Η συζήτηση επικεντρώθηκε σε θεματικές όπως: (α) να προσδιοριστούν οι ακριβείς στόχοι του συστήματος φροντίδας υγείας, (β) η κατανομή των αρμοδιοτήτων μεταξύ των διαφορετικών δρώντων υποκειμένων στο σύστημα υγείας προκειμένου να εκπληρωθούν αυτοί οι στόχοι, (γ) η συλλογή των αναγκαίων πληροφοριών ώστε να επιτελεστούν οι ρόλοι αυτοί επιτυχώς, (δ) η μέτρηση και παρακολούθηση της απόδοσης του συστήματος υγείας και (ε) η διαμόρφωση των κατάλληλων κινήτρων υποκίνησης σε δράση όσων δραστηριοποιούνται στο σύστημα υγείας. Προς την κατεύθυνση αυτή δι-

ατυπώνονταν ερευνητικά ερωτήματα αναφορικά με: (α) την ανάλυση της λήψης αποφάσεων σε ατομικό επίπεδο αναφορικά με την κατανάλωση υπηρεσιών υγείας, (β) τη συλλογή και χρησιμοποίηση στην έρευνα πρωτογενών και όχι δευτερογενών δεδομένων, (γ) τη διερεύνηση της κατάστασης αβεβαιότητας λόγω της ελλιπούς πληροφόρησης που εμφανίζεται στον τομέα της υγείας και την απάντηση στα ερωτήματα που εγείρονται σχετικά με την προσφορά και τη ζήτηση πληροφοριών, (δ) την σε βάθος ανάλυση της δομής των οργανισμών υγείας και την επίδρασή τους στη συμπεριφορά των ασθενών και των επαγγελματιών υγείας, (ε) τη διεύρυνση των εργαλείων που χρησιμοποιούνται για την ανάλυση των προβλημάτων του τομέα υγείας και (στ) την κατάργηση των εμποδίων που τίθενται στη διεπιστημονική προσέγγιση των ζητημάτων υγείας και στη συνεργασία των οικονομικών της φροντίδας υγείας με άλλες επιστήμες.

Γινόταν κατανοητή η ανάγκη να υποστηριχθεί ακόμα περισσότερο η ερευνητική δουλειά στο πεδίο της αξιολόγησης των υπηρεσιών υγείας, να ενδυναμωθεί η ανάπτυξη εργαλείων άντλησης δεδομένων για την αποτίμηση της επίδοσης του συστήματος υγείας και να εμπλουτιστεί ο προβληματισμός με τη διαμόρφωση στέρεων θεωρητικών βάσεων για την ανάλυση των κινήτρων συμπεριφοράς των εμπλεκόμενων στο σύστημα υγείας και τη λήψη αποφάσεων. Τονιζόταν η σημασία της τεκμηριωμένης λήψης αποφάσεων η οποία να βασίζεται στην αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των ιατρικών παρεμβάσεων όχι μόνο με κλινικούς αλλά και με οικονομικούς όρους, έτσι ώστε να διασφαλίζεται η καλύτερη δυνατή θεραπεία με το χαμηλότερο κόστος. Στο πλαίσιο αυτό ετίθετο το ζήτημα σχεδιασμού κεντρικών βάσεων mega-δεδομένων, ώστε να διασφαλίζεται η ισχυρή θεμελίωση των ποσοτικών αναλύσεων, οι οποίες είναι αναγκαίες για τη διαχείριση των αναγκαίων αλλαγών και τη μέτρηση της παραγωγικότητας των υπηρεσιών υγείας.

Ένα διαφορετικό, σε σχέση με τα παραπάνω, όραμα προτάθηκε υπό το πρίσμα των οικονομικών του τομέα υγείας ως συμπεριφορικής επιστήμης, όπου έμφαση δόθηκε στο γεγονός ότι το μέλλον τού εν λόγω κλάδου εξαρτάται, σε μεγάλο βαθμό, από το πόσο επιτυχώς οι οικονομολόγοι του τομέα υγείας θα μπορέσουν να διευρύνουν τη γνώση μας αναφορικά με την οικονομική συμπεριφορά. Με τον τρόπο αυτό, εντάχθηκαν στην ερευνητική ατζέντα οι κοινωνικές νόρμες, οι προτιμήσεις, οι συμπεριφορές, οι σχέσεις διαμεσολάβησης και η ποιότητα ζωής, και το ενδιαφέρον στράφηκε στο ζήτημα των κοινωνικών αξιών. Αναδείχθηκε η σημασία υιοθέτη-

σης εργαλείων ποιοτικής έρευνας από τις άλλες κοινωνικές επιστήμες και η ανάγκη να ληφθούν υπόψη ζητήματα θεσμικής οργάνωσης, ιστορικής διαδρομής και χρήσης της γλώσσας στον τρόπο ανάλυσης και ερμηνείας των διαφορετικών συστημάτων υγείας. Τοποθετήθηκαν στο επίκεντρο οι ανισότητες στην υγεία, με την έννοια ότι αυτές δεν συνδέονται τόσο με τις ανισότητες στην πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας αλλά κυρίως με διαστάσεις της ποιότητας ζωής και συνεπώς με τη διαμόρφωση πολιτικών, όπως για παράδειγμα εκπαίδευσης, στέγασης, απασχόλησης. Υπό το πρίσμα αυτό, υποστηρίχθηκε η αναγκαιότητα μετάβασης από τα «οικονομικά της φροντίδας υγείας» στα «οικονομικά της υγείας» και η επέκταση του διαγράμματος χαρτογράφησης των οικονομικών του τομέα υγείας όπως παρουσιάστηκε από τον Williams και περιγράφηκε παραπάνω (Διάγραμμα 1), έτσι ώστε σε αυτό να συμπεριληφθούν προαπαιτούμενα όπως η τεκμηρίωση της σχέσης εισοδήματος και υγείας τόσο στη διάρκεια του κύκλου ζωής του ατόμου όσο και σε κοινωνικό επίπεδο, η σημασία των διαφόρων κοινωνικοοικονομικών παραγόντων που προσδιορίζουν το επίπεδο υγείας και την ποιότητα ζωής και την αξιολόγηση της αποδοτικότητας σε σχέση με το κόστος των δημόσιων πολιτικών που συμβάλλουν στη μείωση των ανισοτήτων στην υγεία.

Το δεύτερο χαρακτηριστικό της εξελικτικής πορείας των οικονομικών του τομέα υγείας ως επιστημονικού κλάδου είναι ότι σε μεγάλο βαθμό, ιδιαίτερα στις ΗΠΑ, υιοθέτησε το νεοκλασικό υπόδειγμα ανάλυσης, ή στην καλύτερη περίπτωση ακόμα και όταν εντοπίζονται οι ανεπάρκειες του υποδείγματος αυτού τα οικονομικά του τομέα υγείας διστάζουν να προτείνουν μία συνεκτική εναλλακτική προσέγγιση και περιορίζονται σε διορθωτικές προτάσεις ελεγχόμενης παρέμβασης του κράτους. Αν και οι βασικές θέσεις του νεοκλασικού μοντέλου, δηλαδή ότι η λειτουργία της ελεύθερης ανταγωνιστικής αγοράς επιτυγχάνει την άριστη κατανομή των πόρων και εξασφαλίζει την ισορροπία του συστήματος και ότι το κάθε άτομο δρα ορθολογικά, με ελεύθερη βούληση, επιδιώκοντας τη μεγιστοποίηση του οφέλους και της χρησιμότητάς του, όντας ενημερωμένο ή έχοντας εκτιμήσει τις πιθανότητες κινδύνου, έχουν κατά καιρούς υποστεί κριτική, ξεκινώντας, όπως είδαμε, από τον Arrow, η πιο ολοκληρωμένη από αυτές αναπτύσσεται από τον Thomas Rice. Με βάση το σκεπτικό του, αμφισβητείται η πεποίθηση της αποδοτικής λειτουργίας της αγοράς και αποδομούνται κύριες παραδοχές αναφορικά με τον ανταγωνισμό στην αγορά υπηρεσιών υγείας (δεν υπάρχουν θετικές και αρνητικές εξωτερικές

επιπτώσεις από την κατανάλωση, οι προτιμήσεις των καταναλωτών είναι προκαθορισμένες), τη θεωρία της ζήτησης (το άτομο είναι ο καλύτερος κριτής της ευημερίας του, οι καταναλωτές είναι πλήρως ενημερωμένοι και γνωρίζουν τα αποτελέσματα των επιλογών τους, τα άτομα είναι ορθολογικά και αποκαλύπτουν τις προτιμήσεις τους με τις πράξεις τους, η κοινωνική ευημερία βασίζεται στις ατομικές ωφέλειες), τη θεωρία της προσφοράς (η προσφορά και η ζήτηση καθορίζονται ανεξάρτητα, οι επιχειρήσεις δεν έχουν μονοπωλιακή ισχύ και μεγιστοποιούν τα κέρδη τους, δεν υπάρχουν αύξουσες αποδόσεις κλίμακας, η παραγωγή είναι ανεξάρτητη από τη διανομή του πλούτου) και την κοινωνική δικαιοσύνη (η κοινωνία εγκρίνει τη διανομή του πλούτου). Ο Rice δείχνει ότι υπάρχουν τόσο εξωτερικές θετικές επιπτώσεις, όπως στην περίπτωση των εμβολιασμών, όσο και αρνητικές εξωτερικές επιπτώσεις, όπως στην περίπτωση του καπνίσματος, και ότι οι προτιμήσεις των καταναλωτών δεν είναι αναλλοίωτες και προκαθορισμένες αλλά μεταβάλλονται και επηρεάζονται από το ευρύτερο κοινωνικοοικονομικό περιβάλλον. Επιπροσθέτως, τα άτομα πολλές φορές δεν λειτουργούν ορθολογικά και κάνουν εσφαλμένες επιλογές, για παράδειγμα οδήγηση χωρίς ζώνη ασφαλείας, δεν διαθέτουν επαρκή πληροφόρηση και πολλές φορές δεν γνωρίζουν ακριβώς τα αποτελέσματα των αποφάσεών τους, οι επιλογές τους δεν αντανακλούν πάντα τις προτιμήσεις τους αλλά επηρεάζονται από τις επιλογές των άλλων, και η ατομική ευημερία δεν συνδέεται αποκλειστικά με την κατανάλωση αγαθών. Στην πλευρά της προσφοράς, η προκλητή ζήτηση και η σχέση αντιπροσώπευσης αναιρούν τη θέση ότι προσφορά και ζήτηση καθορίζονται ανεξάρτητα, οι επιχειρήσεις του τομέα υγείας έχουν μονοπωλιακή ισχύ και πολλές φορές δεν μεγιστοποιούν τα κέρδη τους λόγω της διάστασης εντολέων (ιδιοκτητών) και εντολοδόχων (απασχολούμενοι), είναι δυνατόν να εμφανιστούν αύξουσες αποδόσεις κλίμακας ιδιαίτερα στις περιπτώσεις αυξημένης εξειδίκευσης σε συγκεκριμένες υπηρεσίες και η παραγωγή είναι συνάρτηση της διανομής του πλούτου στον βαθμό που η αναδιανομή καθιστά τους πλέον ευάλωτους πιο παραγωγικούς. Τέλος, αναφορικά με την αναδιανομή, η κύρια διαπίστωση είναι ότι αυτή δεν γίνεται πάντα με κριτήρια κοινωνικής δικαιοσύνης και ακριβοδικίας.

Λαμβάνοντας υπόψη την παραπάνω κριτική, ο Gavin Mooney πρότεινε την αλλαγή του υφιστάμενου επιστημολογικού παραδείγματος των οικονομικών του τομέα υγείας, το οποίο βασίζεται στον ατομικισμό, προς ένα που στηρίζεται στις αρχές του κοινοτισμού και δίνει έμφαση στις κοι-

νωνικές διαδικασίες παραγωγής της υγείας. Αυτό είναι αναγκαίο προκειμένου να αναδειχθεί, πρώτον, ότι τα συστήματα υγείας είναι κοινωνικοί θεσμοί οι οποίοι υπηρετούν τους πολίτες και όχι απλά οργανισμοί παραγωγής ιατρικών υπηρεσιών για καταναλωτές, και με αυτή την έννοια κατοχυρώνεται η συμμετοχή των κοινωνικών εταίρων στη διαδικασία λήψης αποφάσεων και, δεύτερον, ότι η ατομικιστική προσέγγιση του ωφελιμισμού παραβλέπει κάθε έννοια συλλογικού αγαθού και συμφέροντος και τη σημασία της κοινωνικο-πολιτισμικής διάστασης της υγείας και των κοινωνικών προσδιοριστών της. Έτσι, για παράδειγμα, υιοθετώντας την προσέγγιση του Sen, η οποία περιγράφηκε σε προηγούμενη ενότητα, υποστηρίζει ότι δεν υπάρχει μόνο η ατομική συνάρτηση χρησιμότητας αλλά επίσης η συνάρτηση συμμετοχικής χρησιμότητας (participation utility function), όπου το όφελος προκύπτει όχι από την κατανάλωση αγαθών αλλά από τη συμμετοχή στα κοινά και τη συλλογική προσπάθεια μείωσης των κοινωνικών ανισοτήτων. Η οπτική αυτή έχει ιδιαίτερη σημασία αναφορικά με τον ρόλο των οικονομικών του τομέα υγείας, τα πορίσματα που εξάγονται από μελέτες που διενεργούνται στο πεδίο αυτό και τη συμβολή τους στις μεταρρυθμίσεις των συστημάτων υγείας, ιδιαίτερα υπό το πρίσμα των φιλελεύθερων μέτρων που προωθήθηκαν μετά την οικονομική κρίση του 2008, τόσο διεθνώς όσο και στην Ελλάδα.

ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Andersen R.M. (1995), "Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter?", *Journal of Health and Social Behaviour*, 36(1):1-10.
- Arrow K. (1963), "Uncertainty and the welfare economics of medical care", *American Economic Review*, 53(3): 941-973.
- Carrin G. (ed.), (2009), *Health systems, policy, finance and organization*, Oxford: Elsevier.
- Cochrane A. (2000), *Αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα. Τυχαίες σκέψεις για τις υπηρεσίες υγείας*, Αθήνα: Εξάντας.
- Commission on Social Determinants of Health, (2008), *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health*, Geneva: World Health Organization.
- Drummond M., O'Brien B., Stoddart G., Torrance G. (2002), *Μέθοδοι οικονομικής αξιολόγησης των προγραμμάτων υγείας*, Αθήνα: Κριτική.
- Fuchs V. (1993), *The future of health policy*, Cambridge: Harvard University Press.
- Global Burden of Disease Health Financing Collaborator Network (2018), "Trends in future health financing and coverage: future health spending and universal health coverage in 188 countries, 2016-40", *Lancet*, 391: 1783-98.
- Grossman M. (1972), "On the concept of health capital and the demand for health", *Journal of Political Economy*, 80(2): 223-255.
- Kobelt G. (2013), *Health Economics: An introduction to economic evaluation*, London: Office of Health Economics.
- Κυριόπουλος Γ. (2007), *Τα οικονομικά της υγείας. Βασικές έννοιες, αρχές και μέθοδοι*, Αθήνα: Παπαζήσης.

- Mankiw NG. (2017), *The Economics of Healthcare*. Harvard University, https://scholar.harvard.edu/files/mankiw/files/economics_of_healthcare.pdf (πρόσβαση 15/3/2020).
- Mooney G. (2009), *Challenging health economics*, Oxford: Oxford University Press.
- Murray C., Evans D. (eds), (2003) *Health systems performance assessment: debates, methods and empiricism*, Geneva: WHO.
- Mushkin S. (1958), "Toward a definition of health economics", *Public Health Reports*, 73(9): 785-793.
- OECD (2020). Health Care Quality Indicators Project, Paris, <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-care-quality-framework.htm> (πρόσβαση 4/3/2020).
- Rice D. (1966), "Estimating the cost of Illness", *Health Economics Series No 6, PHS Publication No. 947-6*, Washington: U.S Government Printing Office.
- Rice Th. (2006), *Τα οικονομικά της υγείας σε επανεξέταση*, Αθήνα: Κριτική.
- Σεν Α. (2004), *Επανεξετάζοντας την ανισότητα*, Αθήνα: Καστανιώτης.
- WHO (2000), *The World Health Report 2000. Health systems: Improving performance*, Geneva: WHO.
- Williams A. (1987), "Health economics: the cheerful face of the dismal science?", in Williams A. (ed), *Health and economics*, London: McMillan, pp. 1-11.
- Υφαντόπουλος Γ. (2006), *Τα οικονομικά της υγείας. Θεωρία και πολιτική*, Αθήνα: Τυπωθήτω.