

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

ΤΟ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ EUROPURSE

Στο βιβλίο αυτό παρουσιάζονται τα πορίσματα έρευνας που πραγματοποιήσαμε στο Πανεπιστήμιο Κρήτης την περίοδο 1996-1999. Η έρευνα αποτελούσε την ελληνική συμβολή στο διεθνές ερευνητικό πρόγραμμα με την κωδική ονομασία EuroPurse (European purchasing strategies for health services – Ευρωπαϊκές στρατηγικές αγοράς υπηρεσιών υγείας).

Για την ακρίβεια, το πρόγραμμα EuroPurse εντάχθηκε στο ευρύτερο γνωστικό αντικείμενο της οικονομίας της υγείας. Επιδιώξεις του ήταν η διατύπωση στρατηγικών αγοράς υπηρεσιών υγείας εκ μέρους των ασφαλιστικών φορέων ή του κράτους, και ειδικότερα η ανάπτυξη υπολογιστικών υποδειγμάτων (μοντέλων) ως εργαλείων υποστήριξης των στρατηγικών αγοράς. Η εφαρμογή των υποδειγμάτων έγινε σε δύο τομείς υπηρεσιών υγείας: στις μαιευτικές φροντίδες και στην κλινική αντιμετώπιση ασθενών που υπέστησαν εγκεφαλικό επεισόδιο.

Όπως είναι προφανές, δεδομένου και του διεθνούς χαρακτήρα του ερευνητικού προγράμματος, ιδιαίτερη έμφαση δόθηκε στη διατύπωση συμπερασμάτων πολιτικής υγείας με εφαρμογή σε όλη την Ευρώπη, παρά το διαφορετικό τρόπο οργάνωσης και χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας κάθε χώρας. Συνεπώς, η έρευνα προσανατολίστηκε από την αρχή στην ανάδειξη των ομοι-

σπήτων και των διαφορών μεταξύ χωρών, διαφορών που έχουν σχέση τόσο με την κλινική αντιμετώπιση των ασθενών στους δύο τομείς που προαναφέρθηκαν, όσο και με το βαθμό ανάπτυξης της αγοράς υπηρεσιών υγείας για λογαριασμό των ασθενών εκ μέρους ενός τρίτου μέρους (third-party purchasing).

Το ερευνητικό πρόγραμμα, όπως αναφέρθηκε προηγουμένως, ήταν μια κοινή ευρωπαϊκή προσπάθεια. Συμμετείχαν 8 πανεπιστήμια και ερευνητικά κέντρα από 6 χώρες. Πιο συγκεκριμένα, οι φορείς που συμμετείχαν ήταν οι εξής:

- Danish Institute for Health Services Research and Development (συντονιστής)
- University of York, Health Economics Consortium
- University of York, NHS Centre for Reviews and Dissemination
- University of Oxford, National Perinatal Epidemiology Unit
- University of Uppsala, Department of Economics
- Istituto di Economia Sanitaria (Milano)
- Beratungsgesellschaft für Angewandte Systemforschung (BASYS – Augsburg) και
- Πανεπιστήμιο Κρήτης, Τμήμα Οικονομικών Επιστημών.

Η ερευνητική ομάδα του Πανεπιστημίου Κρήτης επικεντρώθηκε στη μελέτη των μαιευτικών υπηρεσιών. Η ομάδα απαρτίστηκε από τους:

- Μάνο Ματσαγγάνη (επιστημονικό υπεύθυνο)
- Δημήτρη Νιάκα (ερευνητή)
- Ιωάννα Αρσενοπούλου (ερευνήτρια)
- Θεόδωρο Μητράκο (βοηθό ερευνητή)

- Νίκο Δεμένεαγα (βοηθό ερευνητή)
- Ευγενία Αργουδέλλη (βοηθό ερευνητριά).

Τα κείμενα που ακολουθούν αποτελούν πολύ πιο επεξεργασμένη μορφή των εισηγήσεων που παρουσιάστηκαν σε ημερίδα που έγινε την Πέμπτη 10 Ιουνίου 1999 στο ξενοδοχείο «Caravel» με θέμα: «Αγορά υπηρεσιών υγείας με τη βοήθεια υποδειγμάτων: το παράδειγμα των μαιευτικών υπηρεσιών στην Ελλάδα». Την ημερίδα παρακολούθησε περιορισμένο κοινό αποτελούμενο από εκπροσώπους ταμείων υγείας και ασφαλιστικών εταιριών, καθώς και από γυναικολόγους-μαιευτήρες και διοικητικά στελέχη ιδιωτικών και δημόσιων νοσοκομείων.

Το βιβλίο έχει την εξής δομή. Το κεφάλαιο που ακολουθεί αποτελεί μια σύντομη εισαγωγή στο αντικείμενο της οικονομικής ανάλυσης στον τομέα της υγείας, καθώς και στη διάκριση μεταξύ αγοραστών και παραγωγών φροντίδας υγείας. Εν συνεχεία, παρουσιάζονται οι προσπάθειες ενίσχυσης της πλευράς των αγοραστών κατά την τελευταία δεκαετία. Όπως διευκρινίζεται, οι μεταρρυθμίσεις διέφεραν ανάλογα με τα χαρακτηριστικά του τομέα υγείας κάθε χώρας. Σύμφωνα με μια γενική διάκριση, μεταρρυθμίσεις τύπου οινεί αγορών εμφανίστηκαν σε χώρες με Εθνικά Συστήματα Υγείας, εκεί όπου κυριαρχεί η ιδιωτική ασφάλιση οι αλλαγές είχαν ήδη πάρει τη μορφή της διάδοσης θεσμών διευθυνόμενου ανταγωνισμού, ενώ σε χώρες με κοινωνική ασφάλιση το ζητούμενο ήταν η άσκηση ενεργητικότερου παρεμβατικού ρόλου στην αγορά υπηρεσιών εκ μέρους των ταμείων υγείας.

Το Κεφάλαιο 2 περιγράφει τον τομέα των μαιευτικών υπηρεσιών στην Ελλάδα, όπως αυτός προβάλλει από τα στοιχεία που συλλέξαμε στο πλαίσιο του ερευνητικού προγράμματος. Πιο συγκεκριμένα, το κεφάλαιο παρουσιάζει το μέγεθος της αγοράς μαιευτικών υπηρεσιών (αριθμός τοκετών), την κατάσταση από άποψη χρηματοδότησης (έκταση της ασφαλιστικής κάλυψης εκ μέρους διαφόρων φορέων κοινωνικής ασφάλισης, ρόλος της ιδιωτικής ασφάλισης, συμμετοχή των χρηστών), καθώς και τις

προοπτικές από άποψη προσφοράς (κόστος υπηρεσιών και μερίδιο αγοράς ιδιωτικών μαιευτικών κλινικών και δημόσιων μαιευτηρίων, αντιστοιχώς). Η ανάλυση της ζήτησης και προσφοράς των μαιευτικών υπηρεσιών αποκαλύπτει τις ανεπάρκειες και ατέλειες της αγοράς – και κυρίως την αδυναμία των δημόσιων συστημάτων υγείας και κοινωνικής ασφάλισης να εξασφαλίσουν την παροχή ελκυστικών μαιευτικών υπηρεσιών χωρίς σημαντική επιβάρυνση των ασφαλισμένων. Το κεφάλαιο καταλήγει με την παρουσίαση πρότασης για την αποδοτική αξιοποίηση της δημόσιας υποδομής με πρόσβαση όλων των επαγγελματιών μιας περιοχής, πράγμα που θα συντελούσε στην εξάλειψη ή σημαντική μείωση της ατομικής επιβάρυνσης των χρηστών.

Το Κεφάλαιο 3 εστιάζει στα διάφορα ζητήματα που προκύπτουν από την κλινική διαχείριση των μαιευτικών υπηρεσιών. Το πρώτο μέρος του κεφαλαίου παρουσιάζει τα επιδημιολογικά δεδομένα, ενώ επίσης περιγράφει τις μαιευτικές υπηρεσίες που παρέχονται στην Ελλάδα από τη σύλληψη μέχρι το εξιτήριο από την κλινική. Το δεύτερο μέρος συζητά τα σημαντικότερα ζητήματα πολιτικής υγείας που σχετίζονται με την κλινική διαχείριση των μαιευτικών υπηρεσιών στην Ευρώπη. Το κεφάλαιο κλείνει με τη διεξοδική ανάλυση ορισμένων ειδικών προβλημάτων πολιτικής που παρουσιάζονται σε αυξημένο βαθμό στην Ελλάδα σε σύγκριση με την υπόλοιπη Ευρώπη (μεγάλος αριθμός εκτρώσεων, αυξημένος αριθμός καισαρικών τομών, μειωμένη συμμετοχή των μαιών, ανεπαρκής διάδοση πρωτοκόλλων θεραπείας, αδυναμία αξιολόγησης των παρεχόμενων υπηρεσιών, καθώς και ανεπάρκεια στρατηγικού σχεδιασμού πολιτικής υγείας, και συνεπώς και πολιτικής μαιευτικών υπηρεσιών).

Τέλος, το Κεφάλαιο 4 συζητά τις προϋποθέσεις ενεργοποίησης των φορέων ασφάλισης στην Ελλάδα. Σήμερα, η αγορά φροντίδων υγείας, και συγκεκριμένα μαιευτικών υπηρεσιών, χαρακτηρίζεται από κυριαρχία του παραγωγού και αδυναμία του αγοραστή. Η πλευρά της προσφοράς οργανώνεται ως συλλογικό μονοπώλιο των μαιευτήρων-γυναικολόγων ιατρών στην πρωτοβάθ-

μια φροντίδα και ως ολιγοπώλιο των (ιδιωτικών) μαιευτικών κλινικών στη νοσοκομειακή περίθαλψη. Αντίθετα, οι ασφαλιστικοί φορείς (ταμεία κοινωνικής ασφάλισης¹ και ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες) παραμένουν παθητικοί πληρωτές αποζημιώσεων. Το τίμημα αυτής της ανισορροπίας είναι κάθε άλλο παρά αμελητέο: υψηλό κόστος και/ή χαμηλή αξία των παρεχόμενων υπηρεσιών, δηλαδή αρνητικές επιπτώσεις στην ευημερία των πολιτών. Η μετεξέλιξη των ταμείων υγείας αλλά και των ασφαλιστικών εταιριών σε στρατηγικούς επενδυτές πόρων που σκοπεύουν στη μεγιστοποίηση των βελτιώσεων στην υγεία των ασφαλισμένων τους, προβλέπεται να είναι διαδικασία δύσκολη. Η ενδυνάμωση των αγοραστών απαιτεί παρεμβάσεις πολιτικής, με στόχο την άνοδο της τεχνογνωσίας και της διαπραγματευτικής ικανότητάς τους, αλλά και την ορθή λειτουργία της αγοράς. Η αποκατάσταση του μηχανισμού των τιμών, η εξασφάλιση της διαφάνειας στις συναλλαγές, η προστασία των δικαιωμάτων του καταναλωτή και η αναθεώρηση του ρυθμιστικού καθεστώτος της αγοράς υπηρεσιών υγείας αποτελούν τις επί μέρους προϋποθέσεις της ενεργοποίησης των φορέων ασφάλισης, και συνεπώς της ευρύτερης αναδιοργάνωσης του τομέα της υγείας στην Ελλάδα.

Η ολοκλήρωση της έρευνας στην οποία βασίζεται αυτό το βιβλίο δεν θα ήταν δυνατή χωρίς τη συμβολή πολύ περισσότερων ανθρώπων από τους συγγραφείς του. Οι δύο βοηθοί ερευνητές, ο κ. Νίκος Δεμέναγας και η κ. Ευγενία Αργουδέλλη (μεταπτυχιακοί φοιτητές του Οικονομικού Πανεπιστημίου Αθηνών), συνέβαλαν στη συλλογή και στην επεξεργασία πρωτογενούς υλικού. Ο κ. Θεόδωρος Μητράκος ανέλυσε τα στοιχεία της Έρευνας Οικογενειακών Προϋπολογισμών του 1994, στα οποία βασίζεται μέρος του Κεφαλαίου 4.

1. Ένα ειδικότερο ζήτημα είναι αυτό του κατακερματισμού της κοινωνικής ασφάλισης υγείας. Κάποιες πλευρές του ζητήματος εξετάζονται σε αρκετή έκταση στο Κεφάλαιο 4.

Πολλές από τις πληροφορίες που αφορούν την κλινική διαχείριση των μαιευτικών υπηρεσιών στην Ελλάδα προέρχονται από συνεντεύξεις που παρεχώρησαν στην ερευνητική ομάδα του EuroPurse ιατροί με μεγάλη εμπειρία στην ειδικότητα της μαιευτικής-γυναικολογίας. Αν και οι περισσότεροι θα επιθυμούσαν να τηρήσουν την ανωνυμία τους, είναι απαραίτητο να γίνει ιδιαίτερη μνεία στον καθηγητή κ. Γεώργιο Φαρμακίδη, διευθυντή μαιευτικής-γυναικολογίας και περιγεννητικής ιατρικής στο «Έλενα Βενιζέλου», το μεγαλύτερο δημόσιο μαιευτήριο στη χώρα μας, καθώς και στον καθηγητή κ. Γεώργιο Κρεατσά και τον αναπληρωτή καθηγητή κ. Δημήτριο Μπότση στη Β' Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών στο Αρεταίειο Νοσοκομείο.

Οι διοικητικοί υπεύθυνοι σε ταμεία υγείας, ασφαλιστικές εταιρίες, δημόσια μαιευτήρια και ιδιωτικές κλινικές βοήθησαν σημαντικά στην έρευνά μας, δεχόμενοι να θέσουν υπόψη μας αδημοσίευστα στοιχεία. Όπως τους είχαμε υποσχεθεί, σε πολλές περιπτώσεις τα στοιχεία αυτά παρουσιάζονται εδώ για λόγους εμπιστευτικότητας σε συγκεντρωτική μορφή, ώστε να μην είναι δυνατή η απόδοση των συγκεντρωτικών στοιχείων σε κάποια συγκεκριμένη μονάδα.

Η έρευνα αυτή θα ήταν πολύ δυσκολότερη χωρίς την υποστήριξη των υπαλλήλων της Γραμματείας Επιτροπής Ερευνών του Πανεπιστημίου Κρήτης, και ιδιαίτερα της κ. Ρούλας Κρητικάκη, η οποία ήταν υπεύθυνη για τη διοικητική διαχείριση του προγράμματος.

Τέλος, αυτή είναι η τελευταία ευκαιρία για να εκφράσω ευχαριστίες σε δύο συναδέλφους από τη Δανία, στον κ. Jan Sorensen και στην κ. Lone Bilde, επιστημονικό και διοικητικό συντονιστή αντιστοίχως του ερευνητικού προγράμματος EuroPurse, για την υποστήριξη που μας παρείχαν κατά τα τρία έτη που διήρκεσε η έρευνα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Η ΑΓΟΡΑ ΦΡΟΝΤΙΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

του Μ. ΜΑΤΣΑΓΓΑΝΗ

1.1 Οικονομική ανάλυση και τομέας υγείας

Το επιστημονικό πεδίο της οικονομικής της υγείας, στο οποίο εντάσσονται τα ζητήματα που πραγματεύεται το βιβλίο, βρίσκεται ακόμη σε νηπιακή ηλικία στην Ελλάδα – παρά το ότι το «ιδρυτικό» κείμενό του δημοσιεύτηκε το 1963.¹ Το γεγονός της σχετικής υπανάπτυξης της οικονομικής της υγείας συνεπάγεται ότι δεν μπορούμε να θεωρούμε ως δεδομένη την εξοικείωση του μη ειδικού αλλά καλλιιεργημένου αναγνώστη με τα εννοιολογικά εργαλεία της. Κατ' επέκταση, η έλλειψη εξοικείωσης καθιστά υποχρεωτική την πρόταξη μιας σύντομης εισαγωγής στη «φιλοσοφία» της οικονομικής της υγείας.

Ας ξεκινήσουμε από τους ορισμούς: η οικονομική της υγείας δεν είναι παρά μια ειδικότητα και ταυτόχρονα ένα πεδίο εφαρμογής της οικονομικής επιστήμης – η οποία συχνά ορίζεται ως η επιστήμη της κατανομής των πόρων. Κομβική σημασία στην επιστήμη αυτή έχουν δύο έννοιες-κλειδιά: η σπανιότητα των πόρων και η αποδοτικότητα της χρήσης τους.

Οι πόροι που διαθέτει ένα κοινωνικό σύνολο (η εργατική δύναμη των ανθρώπων, οι ειδικές τους γνώσεις και δεξιότητες, τα

1. Arrow [1963].

μηχανήματα, τα κτίρια, η γη, οι πρώτες ύλες κ.ά.) δεν είναι απεριόριστοι. Η χρήση σπάνιων πόρων σε μια παραγωγική διαδικασία σημαίνει ότι οι πόροι αυτοί παύουν να είναι διαθέσιμοι για μια άλλη παραγωγική διαδικασία. Οι πόροι, ακόμη και εάν είναι «δωρεάν», στην πραγματικότητα έχουν πάντοτε κόστος: αυτό που οι οικονομολόγοι ονομάζουμε «κόστος ευκαιρίας».

Συνεπώς, ανακύπτει το ερώτημα εάν οι σπάνιοι πόροι χρησιμοποιούνται αποδοτικά. Με άλλα λόγια, υπάρχουν εναλλακτικοί τρόποι απασχόλησης μιας δεδομένης ποσότητας πόρων ορισμένης ποιότητας, οι οποίοι να αποδίδουν περισσότερο, ή (πράγμα απολύτως ισοδύναμο) να επιτυγχάνουν την ίδια απόδοση – χρησιμοποιώντας όμως μικρότερη ποσότητα πόρων; Εάν όχι, τότε μπορούμε να είμαστε ήσυχοι ότι οι πόροι χρησιμοποιούνται αποδοτικά. Εάν ναι, τότε οι υπάρχουσες παραγωγικές μέθοδοι δεν χρησιμοποιούν τους σπάνιους πόρους αποδοτικά, και επομένως θα μπορούσαμε να επιτύχουμε καλύτερο αποτέλεσμα χωρίς πρόσθετο κόστος.

Τα παραπάνω αφορούν την οικονομία γενικώς, αλλά και την οικονομία της υγείας ειδικότερα. Πράγματι, ο τομέας της υγείας μπορεί να γίνει αντιληπτός ως παραγωγικό κύκλωμα, ως «παραγωγική διαδικασία» που χρησιμοποιεί σπάνιους πόρους: ειδικευμένη εργατική δύναμη ιατρών, νοσοκόμων και άλλου προσωπικού, μηχανήματα υψηλής (ή και όχι) τεχνολογίας, αναλώσιμα υλικά, κτίρια κ.ά. Το «προϊόν» ή το αποτέλεσμα του τομέα της υγείας, αν και δεν έχει την υλική υπόσταση του προϊόντος άλλων τομέων της οικονομίας, μπορεί να μετρηθεί με διάφορους τρόπους. Σε κάθε περίπτωση, ανάγεται σε βελτιώσεις του επιπέδου της υγείας των ίδιων των αποδεκτών των υπηρεσιών του τομέα, των ανθρώπων που αποτελούν ένα κοινωνικό σύνολο.

Με βάση τα όσα προηγήθηκαν, ο τομέας της υγείας σε μια χώρα θα είναι αποδοτικός όταν οι βελτιώσεις της υγείας των κατοίκων της είναι οι μέγιστες δυνατές για το δεδομένο επίπεδο των χρησιμοποιούμενων πόρων. Με άλλα λόγια, όταν δεν είναι δυνατόν να ανέβει κι άλλο το επίπεδο υγείας ανακατανέμοντας τους ήδη υπάρ-

χοντες πόρους, όταν δεν είναι δυνατόν να επεκταθεί η διάρκεια ζωής των ατόμων, να βελτιωθεί η ποιότητά της (τουλάχιστον σε ό,τι αφορά στην υγεία), να επιτραπεί στα άτομα να ζουν ζωές πληρέστερες, λιγότερο σηματοδεδεμένες από πόνο, από δυσφορία, από αναπηρία, από άλλες δυσλειτουργίες, ψυχικές ή σωματικές.

Από τα παραπάνω προκύπτει η ηθική διάσταση της οικονομικής της υγείας. Αντίθετα με μια επιπόλαιη θεώρηση του θέματος, σύμφωνα με την οποία κάθε οικονομικός υπολογισμός έρχεται σε σύγκρουση με τον όρκο του Ιπποκράτη, αφού θέτει όρια στις προσπάθειες του ιατρού να ωφελήσει τα μέγιστα τον ασθενή του, η (ηθελημένη ή όχι) σπατάλη πόρων λόγω της χρήσης τους σε υπηρεσίες χαμηλής αποτελεσματικότητας, συνεπάγεται τη στέρησή τους από άλλες υπηρεσίες, που θα μπορούσαν να ωφελήσουν περισσότερο περισσότερους ασθενείς.

Άρα, η βελτίωση της αποδοτικότητας στην υγεία είναι επιβεβλημένη, ώστε να διασφαλιστεί η επίτευξη στόχων πολιτικής. Οι στόχοι της πολιτικής υγείας δεν μπορεί παρά να ανάγονται στη μεγιστοποίηση του οφέλους για τους ασθενείς. Συνεπώς, η αύξηση της αποδοτικότητας συνεπάγεται μετρήσιμες βελτιώσεις, στους δείκτες υγείας (δηλαδή νοσηρότητας και θνησιμότητας), κατ' αρχήν, αλλά και στο βαθμό ικανοποίησης του χρήστη από την ποιότητα του συνόλου των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Αντίθετα, λοιπόν, με τρέχουσες ερμηνείες, η επιδίωξη βελτιώσεων στην αποδοτικότητα του τομέα της υγείας δεν μπορεί να ταυτίζεται με τη μονομερή αναζήτηση ευκαιριών για μείωση του κόστους. Η αποδοτικότητα είναι μια σχέση κόστους και αποτελέσματος στην οποία και οι δυο πλευρές είναι εξίσου σημαντικές – διαφορετικά η άριστη πολιτική θα ήταν ο πλήρης μηδενισμός του κόστους διά της κατάργησης του τομέα της υγείας. Ούτε όμως αυτό σημαίνει ότι το κόστος δεν είναι σημαντικό. Κάθε άλλο! Η βελτίωση της αποδοτικότητας προϋποθέτει επίσης ότι το κόστος των υπηρεσιών υγείας είναι κατ' αρχήν γνωστό και το λιγότερο εύλογο. Με άλλα λόγια, η επένδυση πόρων σε κάποιο πρόγραμμα υγείας, σε κάποια θεραπεία, πρέπει να αποφέρει βελτιώσεις στο

επίπεδο υγείας και στο βαθμό ικανοποίησης των ασθενών, που να είναι επαρκώς σημαντικές ώστε να τη δικαιολογούν.

Η διερεύνηση ζητημάτων όπως αυτά που προαναφέρθηκαν, αποτελεί τη συμβολή της οικονομίας της υγείας στη βελτιστοποίηση των πολιτικών υγείας. Βέβαια, είναι αλήθεια ότι ο θεσμικός κατακερματισμός του τομέα υγείας, καθώς και ο ιδιωτικός χαρακτήρας μεγάλου μέρους του στη χώρα μας, καθιστούν δυσχερή την άσκηση πολιτικής υγείας με την έννοια που ο όρος χρησιμοποιήθηκε παραπάνω. Αυτό πάντως δεν αναιρεί, αλλά αντίθετα ενισχύει την ανάγκη επαναπροσδιορισμού των στόχων πολιτικής υγείας στην Ελλάδα, με τη συμβολή και των μεθόδων της οικονομικής της υγείας.

1.2 Παραγωγοί και αγοραστές υπηρεσιών υγείας

Η ανάγκη βελτίωσης της αποδοτικότητας αναφέρεται αρκετά συχνά στη δημόσια συζήτηση ώστε να δημιουργείται η εντύπωση ότι πρόκειται για ευρέως αποδεκτό στόχο πολιτικής. Είναι όμως πράγματι έτσι; Η βελτίωση της αποδοτικότητας ως στόχος δημόσιας πολιτικής δεν έχει –ούτε μπορεί να έχει– την ίδια σημασία για όλους εκείνους που εμπλέκονται στον τομέα της υγείας. Για όσους αγοράζουν υπηρεσίες υγείας, είτε για τον εαυτό τους είτε για λογαριασμό άλλων, αύξηση της αποδοτικότητας σημαίνει εξοικονόμηση πόρων, μεγαλύτερη βελτίωση της υγείας, υψηλότερη ικανοποίηση των ασθενών, ή συνδυασμό όλων αυτών. Αντίθετα, για όσους παρέχουν υπηρεσίες υγείας (ή για κάποιους τουλάχιστον από αυτούς), αύξηση της αποδοτικότητας σημαίνει χαμηλότερα έσοδα, εντατικότερη απασχόληση μηχανημάτων, μείωση προσωπικού κ.λπ.

Ιδίως σ' έναν τομέα της υγείας που χαρακτηρίζεται από μια ορισμένη υπερδραστηριότητα σε κάποια τουλάχιστον τμήματα της αγοράς, όπως θα μπορούσε κανείς εύλογα να υποστηρίξει ότι συμβαίνει στην Ελλάδα, αύξηση της αποδοτικότητας σημαίνει μείωση στο εισόδημα ή στην απασχόληση ορισμένων συντελε-

στών της παραγωγής. Το στοιχείο αυτό περιλαμβάνει τη δυναμική μιας σύγκρουσης συμφερόντων μεταξύ των παραγωγών υπηρεσιών υγείας, από τη μια (νοσοκομείων, κλινικών, διαγνωστικών κέντρων, ιατρών-ελεύθερων επαγγελματιών κ.ά.) και των αγοραστών τέτοιων υπηρεσιών, από την άλλη (ασφαλιστικών εταιριών, ταμείων κοινωνικής ασφάλισης, ιδιωτών ασθενών).

Η σχέση παραγωγών και αγοραστών υπηρεσιών υγείας δεν είναι απλώς «συγκρουσιακή», τουλάχιστον δυνητικά. Είναι επίσης, για λόγους οικονομικούς, πολιτικούς και τεχνικούς, μια σχέση άνιση. Οι *οικονομικοί* λόγοι συνίστανται στην ολιγοπωλιακή οργάνωση ιδιαίτερα του τομέα της νοσοκομειακής περίθαλψης, καθώς και στο συλλογικό μονοπώλιο που ασκούν οι ιατροί ως επαγγελματική κατηγορία. Οι *πολιτικοί* λόγοι αφορούν στο κύρος που περιβάλλει το ιατρικό σώμα, τη διαπραγματευτική ισχύ του και επιρροή του ως μοχλού πίεσης, αλλά και τις δυσκολίες που αυτά συνεπάγονται για μια πολιτική που σχεδόν εξ ορισμού θέτει περιορισμούς στον τρόπο με τον οποίο η επαγγελματική αυτή ομάδα ασκεί τη δραστηριότητά της. Οι *τεχνικοί* λόγοι αναφέρονται στη μειονεκτική θέση του ασθενή-καταναλωτή υπηρεσιών υγείας έναντι του ιατρού-παραγωγού, λόγω της δυνατότητας του τελευταίου να καθορίσει ο ίδιος την ανάγκη του πρώτου για ιατρική φροντίδα, την οποία εν συνεχεία θα παράσχει.² Η τεχνική πολυπλοκότητα των υπηρεσιών υγείας καθιστά τον έλεγχο της αποδοτικότητας εξαιρετικά δύσκολο, δεδομένου ότι ο «ελεγχόμενος» γνωρίζει πολύ περισσότερα για το αντικείμενο του ελέγχου απ' ό,τι ο «ελέγχων». Κατά συνέπεια, το αποτέλεσμα του ελέγχου εξαρτάται από το είδος και την ποιότητα των πληροφοριών που ο παραγωγός παρέχει στη ρυθμιστική αρχή.³

2. Πρόκειται για το φαινόμενο της «ασυμμετρίας πληροφόρησης» (information asymmetry), το οποίο αναλύεται στη βιβλιογραφία της οικονομικής της υγείας [βλ. Rice (1998), σ. 85].

3. Με τη σειρά του, πρόκειται για το φαινόμενο της «αιχμαλωσίας του ρυθμιστή» (regulator capture), το οποίο εξετάζεται στη βιβλιογραφία της δημόσιας οικονομικής [βλ. Stiglitz (1988), σ. 587].

Αυτή ακριβώς η κυριαρχία της πλευράς του παραγωγού επί εκείνης του αγοραστή καθιστά τη σύγκρουση συμφερόντων μεταξύ τους σοβαρό πρόβλημα πολιτικής υγείας. Οι τρόποι αντιμετώπισης του προβλήματος, που έχουν τεθεί σε εφαρμογή ή απλώς προταθεί μέχρι τώρα, είναι κυρίως τρεις:

- Η εισαγωγή μεταρρυθμίσεων τύπου «οιονεί αγορών» (quasi markets) σε Εθνικά Συστήματα Υγείας.
- Η διάδοση θεσμών «διευθυνόμενου ανταγωνισμού» (managed competition) στην ιδιωτική ασφάλιση.
- Η άσκηση ενεργητικότερου παρεμβατικού ρόλου στην αγορά υπηρεσιών υγείας εκ μέρους της κοινωνικής ασφάλισης.

1.3 Οιονεί αγορές και Εθνικά Συστήματα Υγείας

Μεταρρυθμίσεις τύπου οιονεί αγορών εφαρμόστηκαν από τις αρχές της δεκαετίας του '90 σε αρκετές ευρωπαϊκές χώρες, στις οποίες το πρότυπο οργάνωσης και λειτουργίας του τομέα της υγείας ήταν το Εθνικό Σύστημα Υγείας. Τα παραδοσιακά χαρακτηριστικά αυτού του προτύπου είναι γνωστά: χρηματοδότηση από γενικά φορολογικά έσοδα, πυραμιδωτή διαχειριστική δομή σε γεωγραφική βάση, υλικοί πόροι κρατικής ιδιοκτησίας, ανθρωπίνος πόρος απασχολούμενος με σχέση εξαρτημένης ή ημι-εξαρτημένης εργασίας από το Εθνικό Σύστημα Υγείας.

Οι εν λόγω μεταρρυθμίσεις είχαν ως κοινό σημείο αναφοράς την εμπειρία της Βρετανίας, η οποία αποκρυσταλλώθηκε στη σταδιακή εφαρμογή των νομοθετικών αλλαγών του 1991. Οι μεταρρυθμίσεις αυτές δημιούργησαν ένα σύστημα «εσωτερικής αγοράς», σύμφωνα με το οποίο η κατανομή των πόρων στα νοσοκομεία ή στις άλλες μονάδες δεν γινόταν *εκ των προτέρων* (ανάλογα με το κόστος των εισροών, δηλ. του προσωπικού, των μηχανημάτων κ.λπ.), αλλά *εκ των υστέρων* (ανάλογα με την αξία των εκροών, δηλ. των παρεχόμενων φροντίδων υγείας). Με άλλα λόγια, οι μονάδες υγείας δεν μπορούσαν πλέον να προσβλέπουν

στην εγγυημένη χρηματοδότησή τους από τον κρατικό προϋπολογισμό: στο νέο καθεστώς, τα έσοδά τους προέρχονταν σχεδόν αποκλειστικά από την παροχή υπηρεσιών σε αγοραστές πρόθυμους να αγοράσουν τα προϊόντα τους σε επωφελείς συνδυασμούς τιμής και ποιότητας. Με αυτό τον τρόπο, τα νοσοκομεία και οι άλλοι παραγωγοί βρέθηκαν αναγκασμένοι να αποδείξουν τη βιωσιμότητά τους, κερδίζοντας μια θέση στη νέα εσωτερική αγορά.

Όπως είναι προφανές, οι μεταρρυθμίσεις τύπου οιονεί αγορών (στη Βρετανία και στις άλλες χώρες που ακολούθησαν το νέο υπόδειγμα) είχαν ως ρητό στόχο τη βελτίωση της αποδοτικότητας των Εθνικών Συστημάτων Υγείας με την εισαγωγή σε αυτά στοιχείων ανταγωνισμού. Ωστόσο, οι νέες αγορές υγείας που δημιουργήθηκαν πήραν τη μορφή *οιονεί* ή *εσωτερικών* αγορών: «αγοραστές» δεν ήταν οι ίδιοι οι ασθενείς-καταναλωτές, αλλά «εκπρόσωποι» τους, διαχειριστές των δημόσιων πόρων για λογαριασμό τους. Ο ρόλος του αγοραστή υπηρεσιών υγείας ανατέθηκε σε κάποια δημόσια αρχή, η οποία αναλάμβανε την ευθύνη της διάθεσης των πόρων του συστήματος με γνώμονα την καλύτερη δυνατή ικανοποίηση των αναγκών υγείας του πληθυσμού ευθύνης της. Για το σκοπό αυτό, η δημόσια αρχή (purchasing authority) συνάπτει αμοιβαίως δεσμευτικές συμβάσεις με τις μονάδες υγείας που αναλαμβάνουν να παράσχουν τις αντίστοιχες υπηρεσίες υγείας στον πληθυσμό ευθύνης τους.

Ο διαχωρισμός της λειτουργίας της αγοράς υπηρεσιών από αυτήν της παροχής τους, η αυτονόμηση των μονάδων υγείας και η μετεξέλιξη των υγειονομικών αρχών από διαχειριστές νοσοκομείων σε αγοραστές φροντίδων, καθώς και η κατανομή των πόρων όχι στους παραγωγούς αλλά στους αγοραστές, ήταν τα χαρακτηριστικά του νέου υποδείγματος.

Με την έννοια αυτή, παρά τη συχνά διαφορετική μορφή με την οποία εμφανίστηκαν σε κάθε χώρα, οι μεταρρυθμίσεις τύπου οιονεί αγορών άλλαξαν βαθιά την «κουλτούρα» των Εθνικών Συστημάτων Υγείας. Όχι όμως και τη φύση τους: ο δημόσιος χαρακτήρας του συστήματος, η χρηματοδότησή του ανάλογα με το εισόδη-

μα και όχι ανάλογα με τον κίνδυνο ασθεनेίας, η σχεδόν μηδενική τιμή των φροντίδων υγείας στο σημείο της παροχής, η κοινωνικοποίηση του κόστους της περίθαλψης – όλα αυτά εξακολούθησαν να χαρακτηρίζουν τα Εθνικά Συστήματα Υγείας και μετά τις μεταρρυθμίσεις τύπου οιονεί αγορών, τουλάχιστον για το ορατό μέλλον. Το καινούργιο στοιχείο είναι η επικράτηση μιας ορισμένης λογικής της αγοράς στο εσωτερικό του συστήματος, κυρίως όσον αφορά στις σχέσεις μεταξύ αγοραστών και παραγωγών.

Η ιστορία των μεταρρυθμίσεων τύπου οιονεί αγορών μετρά ήδη μια δεκαετία. Εάν συνυπολογιστεί το γεγονός της εφαρμογής του νέου προτύπου (στο σύνολό του ή εν μέρει) σε αρκετές χώρες της Ευρώπης, η εμπειρία των οιονεί αγορών είναι πλούσια. Σε πολλές περιπτώσεις, με χαρακτηριστικότερο παράδειγμα την ίδια τη Βρετανία, οι αρχικές μεταρρυθμίσεις υπέστησαν σημαντικές τροποποιήσεις. Συνεπώς, μια οριστική αποτίμηση των οιονεί αγορών θα ήταν πρόωρη ή και τελείως αδύνατη. Το εάν οι οιονεί αγορές υπονομεύουν θανάσιμα το ήθος των Εθνικών Συστημάτων Υγείας ή αντίθετα αποτελούν την τελευταία ίσως ευκαιρία για τη διάσωσή τους σ' ένα εχθρικό οικονομικό και πολιτικό περιβάλλον, παραμένει ένα ανοικτό ερώτημα.⁴

1.4 Διευθυνόμενος ανταγωνισμός και ιδιωτική ασφάλιση

Ο διευθυνόμενος ανταγωνισμός έχει οριστεί (και μάλιστα από τον πλέον εξέχοντα υποστηρικτή της ιδέας) ως «μια στρατηγική αγοράς για την εξασφάλιση της καλύτερης σχέσης κόστους-αξίας για εργοδότες και καταναλωτές».⁵ Η σχετικά απλή αυτή ιδέα

4. Για μια αποτίμηση των μεταρρυθμίσεων τύπου οιονεί αγορών ειδικά στη Βρετανία, βλ. LeGrand κ.ά. (1998) και Robinson & LeGrand (1994). Για μια σύγκριση της εμπειρίας διαφορετικών χωρών, βλ. Ham (1997), Saltman (1997) και Glennerster & Matsaganis (1994). Τέλος, για μια παρουσίαση στην ελληνική γλώσσα των μεταρρυθμίσεων τύπου οιονεί αγορών, βλ. Ματσαγγάνης (1996).

5. Enthoven (1993), σ. 29.

οδήγησε σε μια εκτεταμένη αναδιαπραγμάτευση της σχέσης μεταξύ μονάδων υγείας και ιδιωτικής ασφάλισης (ιδίως στις ΗΠΑ, από τις αρχές της δεκαετίας του '80).

Ο βασικός στόχος των πειραμάτων τύπου διευθυνόμενου ανταγωνισμού ήταν η απομάκρυνση από το πρότυπο της συμβατικής ασφάλισης υγείας και η ενεργότερη ανάμιξη της πλευράς της ασφάλισης στην παροχή περίθαλψης, με σκοπό τη συγκράτηση του κόστους μέσω της περιστολής περιττών ή χαμηλής αξίας υπηρεσιών. Στο παραδοσιακό πρότυπο, ο ασφαλιστικός φορέας (συνήθως ιδιωτική εταιρία) απλώς διεκπεραιώνει την πληρωμή των λογαριασμών που υποβάλλει ο ίδιος ο καταναλωτής-ασθενής. Η εκ των υστέρων αποζημίωση υπηρεσιών, οι οποίες τιμολογούνται κατά πράξη και περίπτωση εισάγει κίνητρα υπερκατανάλωσης: τα νοσοκομεία και οι ιατροί μπορούν να χρεώνουν σχεδόν όσο και ό,τι θέλουν, ο καταναλωτής-ασθενής αποζημιώνεται για το μεγαλύτερο μέρος των εξόδων του, ενώ η ασφαλιστική εταιρία αντισταθμίζει την αύξηση των πληρωμών με αναπροσαρμογή προς τα πάνω του ασφαλιστρού. Εάν στα παραπάνω προστεθεί το γεγονός ότι συχνά στις ΗΠΑ οι τελικοί χρηματοδότες είναι οι μεσαίες και μεγάλες επιχειρήσεις (οι οποίες αγοράζουν προγράμματα ασφάλισης για το προσωπικό τους), εύκολα μπορεί να γίνει αντιληπτό το πώς ακριβώς η διόγκωση του κόστους είναι ένας αυτοτροφοδοτούμενος μηχανισμός – ένας πραγματικός φαύλος κύκλος με ακραία συνέπεια την αρνητική επίπτωση στην ανταγωνιστικότητα των αμερικανικών επιχειρήσεων.

Η πρωτοτυπία του διευθυνόμενου ανταγωνισμού έγκειται στην απόπειρα επίλυσης των προβλημάτων που προκαλεί η συμβατική ασφάλιση. Η ιδεατή μορφή του νέου ασφαλιστικού οργανισμού που ανταποκρίνεται στο υπόδειγμα του διευθυνόμενου ανταγωνισμού είναι οι γνωστοί HMO (health maintenance organisations). Για την ακρίβεια, ο HMO είναι κάτι παραπάνω από απλός ασφαλιστικός οργανισμός, αφού συνδυάζει την ασφάλιση υγείας με την παροχή περίθαλψης. Πράγματι, ένας «καθαρός» HMO είναι ιδιοκτήτης μονάδων υγείας και εργοδότης του προσωπικού που απα-

σχολούν. Ταυτόχρονα, εξασφαλίζει την κάλυψη των αναγκών υγείας των ασφαλισμένων μελών, προσδιορίζοντας όμως εκείνος το συγκεκριμένο τρόπο παροχής των αντίστοιχων υπηρεσιών. Με άλλα λόγια, ο ΗΜΟ συγχωνεύει («καθετοποιεί») τις προηγουμένως διακριτές λειτουργίες της ασφάλισης και της περίθαλψης.

Το σύστημα αυτό εισάγει ισχυρότατα κίνητρα συγκράτησης κόστους: πράγματι, εάν τα μέρη που εμπλέκονται στη συμβατική ασφάλιση δεν έχουν κίνητρο να περιορίσουν τη διόγκωση της δαπάνης (και ίσως έχουν συμφέρον να την τροφοδοτήσουν διά της προκλητής ζήτησης), αντίθετα η κερδοφορία του ΗΜΟ συναρτάται με τη συνετή χρήση και τον ευνοϊκό λόγο κόστους-αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών που παρέχει στα μέλη του.⁶

Μια τέτοια «καθαρή» μορφή ΗΜΟ αποτελεί έναν ιδεατό τύπο. Στην πράξη, ο διευθυνόμενος ανταγωνισμός ασκείται κυρίως από ενδιάμεσες μορφές ασφαλιστικών οργανισμών: για παράδειγμα, από χαλαρότερες εκδοχές ΗΜΟ, από τους «οργανισμούς προτιμώμενου προμηθευτή» (preferred provider organisations) κ.λπ. Οι παραλλαγές αυτές κατά κανόνα αφήνουν ανοικτή τη δυνατότητα πρόσβασης στη συμβατική ασφάλιση – με πρόσθετη επιβάρυνση του καταναλωτή.

Το σύστημα του διευθυνόμενου ανταγωνισμού συνδέεται με την άσκηση «διαχειριζόμενης φροντίδας» (managed care). Σ' ένα τυπικό πρόγραμμα διαχειριζόμενης φροντίδας, ο ασφαλιστικός οργανισμός δεν αγοράζει μεμονωμένες ιατρικές πράξεις αλλά ολόκληρα πακέτα περίθαλψης, ενώ οι παραγωγοί υπηρεσιών υγείας αποζημιώνονται εκ των προτέρων (π.χ. με DRG ή κάποιο παρόμοιο σύστημα). Ιατροί και νοσοκομεία δεσμεύονται από πρωτόκολλα θεραπείας (τα οποία διατυπώνονται με γνώμονα και

6. Τουλάχιστον θεωρητικά! Στην πράξη, ένας ΗΜΟ που επιδιώκει το κέρδος διαθέτει μια εξίσου (αν όχι περισσότερο) αποδοτική στρατηγική: τη «μεροληπτική» (δηλ. όχι τυχαία) επιλογή ασφαλισμένων χαμηλού κινδύνου σε σχέση με το ασφάλιστρο που πληρώνουν. Για μια εκτενέστερη ανάλυση του ζητήματος, βλ. Newhouse (1996a), Feldman κ.ά. (1998) και Matsaganis και Glennerster (1994).

το λόγο κόστους-αποτελεσματικότητας των συνιστώμενων θεραπειών). Επιπλέον, προβλέπονται κίνητρα για τη «διοχέτευση» των ασθενών σε συμβεβλημένες μονάδες και αντικίνητρα για όσους ασφαλισμένους επιλέγουν προμηθευτές εκτός του δικτύου των συμβεβλημένων ιατρών ή νοσοκομείων. Με άλλα λόγια, η εισαγωγή διευθυνόμενου ανταγωνισμού και διαχειριζόμενης φροντίδας αποτελεί ένα είδος επαναδιαπραγμάτευσης του «συμβολαίου» μεταξύ ασφαλιστικών εταιριών και ασφαλισμένων: το νέο «συμβόλαιο» περιορίζει ρητώς την ελευθερία επιλογής εκ μέρους των καταναλωτών, προσφέροντάς τους σε αντάλλαγμα τη συγκράτηση του κόστους της ασφάλισης.⁷

1.5 Ενεργοποίηση της κοινωνικής ασφάλισης ως αγοραστή

Όπως είδαμε, ο διαχωρισμός της παροχής υπηρεσιών από την αγορά τους απετέλεσε το βασικό εργαλείο των μεταρρυθμίσεων τύπου οιονεί αγορών σε χώρες με Εθνικά Συστήματα Υγείας. Αντίθετα, σε χώρες με κοινωνική ασφάλιση υγείας, ο διαχωρισμός αυτός ήταν εγγεγραμμένος στο γενετικό κώδικα του συστήματος. Ως εκ τούτου, το πρόβλημα εκεί τέθηκε με διαφορετικό τρόπο: πώς θα επιτευχθεί η μετεξέλιξη των φορέων κοινωνικής ασφάλισης από απλούς διεκπεραιωτές πληρωμών που καλύπτουν καθορισμένες πληθυσμιακές ομάδες, σε ενεργητικούς αγοραστές υπηρεσιών υγείας οι οποίοι ανταγωνίζονται ο ένας τον άλλο για την προσέλκυση ασφαλισμένων.

Η εισαγωγή ανταγωνισμού μεταξύ των φορέων ασφάλισης (με απώτερο στόχο την πλήρη ενεργοποίησή τους ως «προγραμματικών» αγοραστών υπηρεσιών υγείας), προσκρούει σε εμπόδια θεσμικού χαρακτήρα, η υπερπήδηση των οποίων είναι αδύνατη χωρίς μεταβολή του νομικού καθεστώτος. Για παράδειγμα, σε χώρες όπως η Γαλλία και η Γερμανία, ο πληθυσμός αναφοράς

7. Για μια αξιολόγηση της αλλαγής υποδείγματος στην ασφάλιση υγείας στις ΗΠΑ, βλ. Enthoven (1993), Newhouse (1996b) και, σε ένα συγκριτικό πλαίσιο, Saltman (1997) και Ham (1997).

των ταμείων ασφάλισης ορίζεται παραδοσιακά σε επαγγελματική βάση (π.χ. μισθωτοί του ιδιωτικού τομέα, δημόσιοι υπάλληλοι, αυταπασχολούμενοι, αγρότες – συν «ειδικά ταμεία» για μικρότερες και συχνά προνομιούχες κατηγορίες), ενώ στην περίπτωση της Ολλανδίας τα ταμεία ασφάλισης υγείας έχουν γεωγραφική βάση. Κατά συνέπεια, χωρίς τη ρητή αναθεώρηση του θεσμικού πλαισίου, ο ανταγωνισμός για μέλη ήταν απλώς αδύνατος, ενώ η κινητικότητα των ασφαλισμένων μεταξύ ταμείων προϋπέθετε αλλαγή επαγγελματικής κατηγορίας ή αλλαγή τόπου διαμονής αντιστοίχως. Ο ανταγωνισμός για μέλη έγινε δυνατός στη Γερμανία και στην Ολλανδία μόνο με την απάλειψη των περιορισμών επαγγελματικής ή γεωγραφικής φύσης για την εγγραφή νέων μελών.⁸

Ο ανταγωνισμός των φορέων ασφάλισης για μέλη θέτει το ζήτημα της χρηματοδότησης του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης υγείας. Από τη μια, για να διατηρηθεί ο κοινωνικός χαρακτήρας του συστήματος είναι ανάγκη οι ασφαλιστικές εισφορές να προσδιορίζονται με βάση το εισόδημα, με άλλα λόγια να μην εξαρτώνται από την ομάδα κινδύνου κάθε ασφαλισμένου, δηλ. από το αναμενόμενο κόστος των φροντίδων υγείας που θα καταναλώσει. Από την άλλη, για να είναι ίσοι οι όροι του ανταγωνισμού μεταξύ των ασφαλιστικών φορέων (έτσι ώστε να μην ξεκινούν από μειονεκτική θέση εκείνοι που ασφαλιίζουν μεγαλύτερο ποσοστό ηλικιωμένων ή χρονίως ασθενών), είναι απαραίτητο οι πόροι που εισπράττει ένας φορέας ασφάλισης για κάθε άτομο που ασφαρίζει να προσαρμόζονται ανάλογα με το κόστος των φροντίδων υγείας που αυτό το άτομο αναμένεται ότι θα καταναλώσει. Κατά συνέπεια, για να λειτουργήσει σωστά ο ανταγωνισμός για μέλη, χρειάζεται να επινοηθεί ένας μηχανισμός ο οποίος μετατρέπει τις ασφα-

8. Η περίπτωση του Βελγίου αποτελεί μια ενδιαφέρουσα παραλλαγή: στη χώρα αυτή οι ασφαλισμένοι ήταν πάντα ελεύθεροι να επιλέξουν ταμείο ασφάλισης – όμως ο πολιτικός και κοινοτικός προσανατολισμός των ταμείων (χριστιανοδημοκράτες, σοσιαλιστές και φιλελεύθεροι, από τη μια, Φλαμανδοί και Βαλλόνοι, από την άλλη) είχε ως συνέπεια ένα μικρό βαθμό κινητικότητας στην πράξη.