

νες επιλογές. (Ένα παράδειγμα θα ήταν ένα δημόσιο πρόγραμμα επαγγελματικής κατάρτισης).

Για να ανακεφαλαιώσουμε, με την ανάλυσή μας προσπαθήσαμε να δείξουμε ότι αν οι άνθρωποι τρέφουν έντονα θετικά ή αρνητικά αισθήματα σχετικά με τα υπάρχοντα των άλλων ή αν οι προτιμήσεις τους είναι μεταβλητές και όχι προκαθορισμένες, τότε η ενθάρρυνση της επιλογής των καταναλωτών μέσα από την ανταγωνιστική αγορά ίσως να μην αποτελεί πάντα την καλύτερη μέθοδο για να αυξηθεί η ευημερία των ατόμων και της κοινωνίας. Στο επόμενο υποκεφάλαιο θα δούμε πώς οι παραδοχές αυτές επηρεάζουν την πολιτική.

2.3 Συνέπειες για την πολιτική υγείας

Στο παρόν κεφάλαιο προσπαθήσαμε να δείξουμε ότι η οικονομική θεωρία δεν παρέχει ισχυρά επιχειρήματα υπέρ της ανωτερότητας της πολιτικής ανταγωνισμού στο χώρο των υπηρεσιών υγείας. Αυτό συμβαίνει επειδή το υπόδειγμα του ανταγωνισμού βασίζεται σε ορισμένες σημαντικές παραδοχές οι οποίες, όπως υποστηρίξαμε, φαίνεται πως δεν ισχύουν. Στο υποκεφάλαιο που ακολουθεί παρουσιάζονται μερικές συνέπειες των παραπάνω συμπερασμάτων για την πολιτική υγείας.

2.3.1 Επηρεάζεται η υγεία του πληθυσμού από τη διανομή του εισοδήματος;

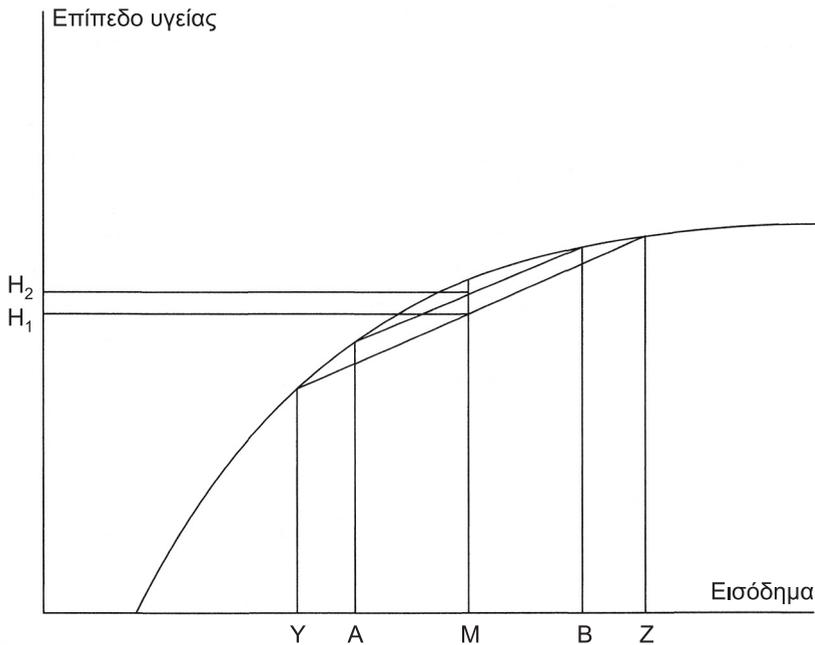
Η οικονομική θεωρία επικεντρώνεται στις απόλυτες και όχι στις συγκριτικές σχέσεις. Θεωρείται, λόγου χάρη, δεδομένο ότι κάθε άνθρωπος νοιάζεται μόνο για το πακέτο αγαθών που έχει στην κατοχή του, όχι για το τι έχουν οι άλλοι. Φυσιολογική προέκταση αυτής της θεωρίας είναι η πεποίθηση ότι όσον αφορά το σύνολο του πληθυσμού εκείνο που μετρά είναι τα απόλυτα μεγέθη. Ένα πλουσιότερο έθνος, λόγου χάρη, θα πρέπει να είναι και πιο ευτυχημένο αν, σύμφωνα με την παραδοχή της θεωρίας, η ωφέλεια προσδιορίζεται από την αξία των αγαθών που έχει κανείς στην κατοχή του. Σε προηγούμενο σημείο του κεφαλαίου, όμως, δείξαμε ότι προφανώς αυτό δεν ισχύει.

Τι γίνεται με την υγεία; Όλες σχεδόν οι έρευνες δείχνουν ότι η αύξηση του πλούτου συνοδεύεται από βελτίωση των περισσότερων δεικτών υγείας των φτωχών, αλλά περιορίζεται η επίδραση καθώς αυξάνονται τα εισοδήματα. Αυτό δεν ισχύει μόνο σε ατομικό αλλά και σε συνολικό επίπεδο. Οι πληθυσμοί των πλουσιότερων χωρών παρουσιάζουν συνήθως υψηλότερα επίπεδα υγείας μέχρι ένα συγκεκριμένο εισοδηματικό όριο, πάνω από αυτό

όμως παύει να είναι ορατή κάποια ουσιαστική σχέση (Daniels, Kennedy, και Kawachi 2000). Η σχέση αυτή απεικονίζεται από την καμπύλη του Σχήματος 2.9.

ΣΧΗΜΑ 2.9

Η σχέση ανάμεσα στο επίπεδο υγείας και το εισόδημα



Εδώ θα ασχοληθούμε με την ύπαρξη ή μη σχέσης ανάμεσα στην υγεία και τη διανομή του εισοδήματος. Για κάθε δηλαδή δεδομένο επίπεδο πλούτου παρουσιάζονται όντως καλύτερες εκβάσεις υγείας σε χώρες (ή πολιτείες ή πόλεις) όπου ο πλούτος είναι πιο ομοιόμορφα κατανεμημένος; Αν η απάντηση είναι θετική, τότε η ελάττωση του βαθμού διασποράς του εισοδήματος θα αποτελούσε μια μέθοδο βελτίωσης της υγείας του πληθυσμού.

Είναι φυσιολογικό να αναρωτηθούμε γιατί να υπάρχει μια τέτοια σχέση. Οι υπέρμαχοι της άποψης επισημαίνουν διάφορες πιθανές επιδράσεις, τρεις από τις οποίες παρουσιάζονται εδώ (Kawachi και Kennedy 2001, Wilkinson 1999). Η πρώτη έχει να κάνει με το στρες. Σύμφωνα με αυτή την υπόθεση, σε μια κοινωνία ανισότητας όσοι βρίσκονται στη βάση της εισοδηματικής κλίμακας είναι πιο πιθανό να αισθάνονται πίεση – η οποία με

τη σειρά της μπορεί να έχει τόσο σωματικές όσο και ψυχολογικές επιπτώσεις. Αυτό μπορεί να οφείλεται σε διάφορους παράγοντες, όπως η αδυναμία να τα βγάλει κανείς πέρα, το αίσθημα οργής που νιώθει για το «μερτικό» του ή ότι αποτελεί αντικείμενο διακρίσεων άμεσα ή έμμεσα από όσους ανήκουν σε ανώτερες κοινωνικές τάξεις.

Η άποψη ότι η κοινωνική θέση επηρεάζει την υγεία υποστηρίζεται από δύο αξιόλογες μελέτες που έγιναν στη Βρετανία με αντικείμενο τους δημόσιους υπαλλήλους της χώρας (Marmot κ.ά. 1997): η πρώτη ξεκίνησε στη δεκαετία του 1960 και η δεύτερη στη δεκαετία του 1980. Από την πρώτη μελέτη διαπιστώθηκε ότι με την πάροδο του χρόνου οι κατώτατοι δημόσιοι υπάλληλοι, όπως οι κλητήρες, είχαν διπλάσιο ποσοστό θνησιμότητας από όσους βρίσκονταν στα ανώτατα κλιμάκια, όπως οι διευθυντές. Η δεύτερη μελέτη αποκάλυψε διαφορές της τάξης του 50% στα περιστατικά εκδήλωσης στεφανιαίας νόσου, μεγάλο μέρος των οποίων οφειλόταν στο βαθμό ελέγχου που κάθε εργαζόμενος αισθανόταν ότι είχε πάνω στην εργασία του. Ποια είναι όμως η σημασία του ελέγχου; Ο Michael Marmot και οι συνεργάτες του (1997) γράφουν:

Οι υποτιθέμενοι παθοφυσιολογικοί μηχανισμοί, με τους οποίους οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες προκαλούν [στεφανιαία νόσο] συνεπάγονται ενεργοποίηση του αυτόνομου νευρικού συστήματος και του άξονα υποθαλάμου-υπόφυσης-επινεφριδίων, η οποία με τη σειρά της προκαλεί αλλαγές στο μεταβολισμό αυξάνοντας τον κίνδυνο καρδιαγγειακών παθήσεων. Οι εργασιακές συνθήκες δεν αποτελούν τον μοναδικό τρόπο ενεργοποίησης των νευροενδοκρινολογικών διόδων: άλλοι κοινωνικοί ή ψυχολογικοί παράγοντες που ενεργοποιούν τις συγκεκριμένες διόδους μπορεί να είναι ο χαμηλός βαθμός ελέγχου σε άλλους τομείς της ζωής, η εικόνα χαμηλής αποδοτικότητας που έχει κάποιος για τον εαυτό του, καθώς και η εχθρότητα. (σελ. 239)

Οι ερευνητές δεν περιορίσαν τις έρευνές τους στον homo sapiens. Μελέτες σε άλλα πρωτεύοντα, όπως άγριοι βαβουίνοι (Sapolsky, Alberts και Altmann 1997) και αιχμάλωτοι πίθηκοι (Shively και Clarkson 1994), δείχνουν πώς η χαμηλή κοινωνική θέση μεταξύ των συγκεκριμένων ειδών μπορεί επίσης να αυξήσει τον κίνδυνο εκδήλωσης στεφανιαίας νόσου καθώς και άλλους κινδύνους για την υγεία, προφανώς ως αντίδραση στη συνεχή άσκηση πίεσης. Ο Robert Evans (1999) δίνει την εξής ερμηνεία:

Αν βρίσκεσαι συνεχώς σε πίεση να παλαίψεις ή να αποδράσεις, τότε σιγά σιγά θα διαπιστώσεις ότι πράγματι η υγεία σου επιδεινώνεται με διάφορους τρόπους. [Μια μελέτη] αποκάλυψε ότι τα κυρίαρχα ζώα βρίσκονταν σε κατάσταση συνεχούς διέγερσης – εν μέρει εξαιτίας της διαρκούς απειλής από τα κυρίαρχα ζώα και εν μέρει επειδή από τη στιγμή που ενεργοποιού-

νταν η συγκεκριμένη κατάσταση πάλης τους ήταν δύσκολο να «πατήσουν το διακόπτη» που θα τη σταματούσε. Η εμπειρία δηλαδή του βαθμού και της θέσης τους προκαλούσε μεταβολές στη λειτουργία του οργανισμού τους. (σελ. 17)

Αν και είναι δύσκολο να αποδειχθεί ευθέως, η ανάλογη θεωρία είναι ότι παρόμοιες αντιδράσεις βιώνουν και όσοι άνθρωποι βρίσκονται στις χαμηλότερες βαθμίδες της εργασιακής και κοινωνικής ιεραρχίας.

Η δεύτερη επίδραση σχετίζεται με το πώς η διανομή του εισοδήματος μπορεί να επηρεάσει τους πόρους που έχουν στη διάθεσή τους όσοι ανήκουν στις κατώτερες τάξεις. Σε μια κοινωνία σχεδόν πλήρους ισότητας είναι πιθανότερο να υπάρχει συναισθηματική ταύτιση μεταξύ των ανθρώπων επειδή οι περισσότεροι βρίσκονται σε παρόμοια θέση. Κάποιοι βέβαια θα βρίσκονται σε μειονεκτικότερη θέση, αλλά όταν το χάσμα ανάμεσα στις τάξεις είναι μικρό, τότε είναι πιθανό ότι θα μεταβιβάζονται περισσότεροι κοινωνικοί πόροι σε όσους αντιμετωπίζουν μεγαλύτερη ανάγκη. Αντιθέτως, όταν υπάρχει μεγάλο χάσμα ανάμεσα στις τάξεις, οι κοινωνίες δεν είναι και τόσο ώριμες για να εκδηλώσουν αισθήματα συναισθηματικής ταύτισης, και μπορεί στην πράξη να εκδηλωθεί απροκάλυπτη εχθρότητα. Σε τέτοιες περιπτώσεις, οι ευκατάστατοι μάλλον θα προσφέρουν λιγότερους πόρους για τη συνδρομή των άλλων. Από αυτή την άποψη, έχει διατυπωθεί η υπόθεση ότι «πολιτικές μονάδες οι οποίες ανέχονται υψηλό βαθμό εισοδηματικής ανισότητας, έχουν λιγότερες πιθανότητες να παράσχουν τους ανθρώπινους, υλικούς, πολιτισμικούς, κοινοτικούς και υγειονομικούς πόρους που απαιτούνται για να μεγιστοποιηθεί ο βαθμός υγείας του πληθυσμού» (Daly κ.ά. 1998, σελ. 319). Η θεωρία αυτή έχει τύχει εμπειρικής υποστήριξης (Kaplan κ.ά. 1996). Σχετικές έρευνες υποδεικνύουν ότι η κοινωνική επένδυση σε παιδιά που μειονεκτούν έχει ιδιαίτερη σημασία για την ανάπτυξή τους (Hertzman 2001): περιοχές με μεγαλύτερες εισοδηματικές ανισότητες έχουν την τάση να παρέχουν λιγότερες επενδύσεις τέτοιου είδους.

Μια τρίτη και ιδιαίτερα συναφής επίδραση αφορά κάποιες δυνητικά βλαβερές επιπτώσεις από την ύπαρξη μεγάλου βαθμού κοινωνικής διαστρωμάτωσης, όπως η έλλειψη εμπιστοσύνης, η μείωση της ατομικής επένδυσης σε προσωπικό κεφάλαιο και η αύξηση της βίας – καθεμία από τις οποίες ενδέχεται να επηρεάζει την υγεία. Τα ζητήματα αυτά εξετάζονται συνοπτικά στο υποκεφάλαιο 5.3.3, όπου εισάγεται η έννοια του *κοινωνικού κεφαλαίου*.

Δυστυχώς, είναι πολύ δύσκολο να δημιουργηθεί ένα τεστ το οποίο να μας πει ξεκάθαρα αν η διανομή του εισοδήματος επηρεάζει πράγματι την κατάσταση της υγείας μέσω κάποιων από τους μηχανισμούς αιτίου-αιτια-

τού που παρουσιάστηκαν προηγουμένως. Το μεγαλύτερο πρόβλημα είναι να προσδιοριστούν και να συγκεντρωθούν δεδομένα για κάθε παράγοντα που είναι πιθανό να επηρεάζει την κατάσταση της υγείας. Η διανομή του εισοδήματος σε μια περιοχή σχετίζεται με πολλά άλλα χαρακτηριστικά –κοινωνικά, περιβαλλοντικά, ίσως ακόμα και χαρακτηριστικά συμπεριφοράς– τα οποία ενδέχεται να επηρεάζουν επίσης την υγεία. Αν δεν ληφθεί υπόψη η επίδραση όλων αυτών, τότε η εμπειρική ανάλυση τέτοιου είδους δεδομένων μπορεί να αποδώσει εσφαλμένα αιτιολογικές επιδράσεις στη διανομή του εισοδήματος και όχι σε άλλους μη καταμετρημένους παράγοντες.

Τη διεξαγωγή τέτοιου είδους έρευνας δυσχεραίνει και το γεγονός ότι θα περιμένουμε να βρούμε κάποια συσχέτιση ανάμεσα στην υγεία και τη διανομή του εισοδήματος – ακόμα και αν δεν έχει σημασία κανένας από τους παραπάνω αιτιολογικούς παράγοντες.³² Μπορεί φαινομενικά κάτι τέτοιο να αντίκειται στη διαίσθηση, αλλά επεξηγείται στο Σχήμα 2.9.³³ Ας υποθέσουμε ότι κάθε σημείο της καμπύλης αντιπροσωπεύει ένα συγκεκριμένο άτομο σε μια περιοχή. Ας υποθέσουμε επίσης ότι δύο περιοχές έχουν το ίδιο μέσο εισόδημα, αλλά στη μία παρατηρείται περιορισμένη διασπορά του εισοδήματος, η οποία εκτείνεται από το Α μέχρι το Β, ενώ στην άλλη επικρατεί ευρεία διασπορά του εισοδήματος, η οποία εκτείνεται από το Υ στο Ζ. Από μαθηματική άποψη, η μέση κατάσταση υγείας παρουσιάζεται ως το μέσο σημείο (Μ) της ευθείας που συνδέει αυτά τα σημεία. Στην περιοχή με τη μεγαλύτερη ισότητα εισοδημάτων η μέση κατάσταση υγείας θα είναι η Η₂, η οποία είναι καλύτερη από την κατάσταση υγείας (Η₁) που επικρατεί στην περιοχή με τη μεγαλύτερη εισοδηματική ανισότητα. Δηλαδή, «όσο αυξάνεται η ανισότητα τόσο αυξάνεται η συνολική θνησιμότητα του πληθυσμού, παρόλο που ο ατομικός κίνδυνος θνησιμότητας εξαρτάται μόνο από το εισοδηματικό επίπεδο του καθενός και όχι το εισοδηματικό επίπεδο οποιουδήποτε άλλου» (Gravelle 1998, σελ. 383). Κάτι τέτοιο δύσκολα θα στήριζε την άποψη ότι το σχετικό εισόδημα διαδραματίζει ουσιαστικό ρόλο μέσω των διαδικασιών που περιγράψαμε παραπάνω.

Σημαντικό κομμάτι της βιβλιογραφίας αναφέρεται στο κατά πόσο η διανομή του εισοδήματος επηρεάζει την κατάσταση της υγείας, αλλά δυστυχώς δεν υπάρχει ικανοποιητικός βαθμός συναίνεσης μεταξύ των ερευνητών και το ζήτημα απέχει πολύ από τη διευθέτησή του. Μία από τις

32. Για πληρέστερη ανάλυση διαφόρων εννοιολογικών προβλημάτων διάκρισης ανάμεσα σε εναλλακτικές υποθέσεις, βλ. Wagstaff και van Doorslaer (2000).

33. Αν και το διάγραμμα είναι παρόμοιο με εκείνο που παρουσιάζει ο Kawachi (2000), το επιχείρημα βασίζεται σε μια κριτική ανάλυση της βιβλιογραφίας από τον Gravelle (1998).

πρώτες μελέτες έγινε από τον Rodgers (1979). Χρησιμοποιώντας δεδομένα από 56 χώρες, ο Rodgers διαπίστωσε ότι, ελέγχοντας το επίπεδο του εισοδήματος, τα μέτρα διανομής του εισοδήματος ασκούσαν μεγάλη επίδραση στη βρεφική θνησιμότητα και στο προσδόκιμο ζωής. Σε σύγκριση με κοινωνίες όπου επικρατεί η ανισότητα, η διάρκεια ζωής στις κοινωνίες που χαρακτηρίζονται από σχετική ισότητα είναι μεγαλύτερη κατά πέντε έως δέκα χρόνια. Χρησιμοποιώντας δεδομένα από τις ΗΠΑ, οι Kennedy, Kawachi και Prothrow-Stith (1996) ανακάλυψαν ότι οι πολιτείες με τη μεγαλύτερη διασπορά εισοδήματος είχαν υψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας, τόσο γενικής όσο και βρεφικής. Αρκετές άλλες μελέτες έχουν επίσης φέρει στο φως στοιχεία που αποδεικνύουν ότι όσο μικρότερη είναι η διασπορά του εισοδήματος τόσο βελτιώνεται η υγεία.³⁴

Όμως, μεγάλο, τμήμα της βιβλιογραφίας αντιμετωπίζει επικριτικά τις μελέτες που έχουν διαπιστώσει κάποια σχέση ανάμεσα στην εισοδηματική ανισότητα και την υγεία παραθέτοντας στοιχεία που δείχνουν το αντίθετο. Μία από τις κυριότερες επικρίσεις είναι ότι οι παραπάνω μελέτες, αλλά και κάθε παρεμφερής μελέτη, δεν λαμβάνουν επαρκώς υπόψη την επίδραση άλλων παραγόντων, οι οποίοι σχετίζονται τόσο με τη διανομή του εισοδήματος όσο και με το επίπεδο υγείας (άρα πάσχουν από «σφάλμα παράλειψης μεταβλητών»). Ο Judge (1995) δεν βρίσκει καμία σχέση ανάμεσα σε διάφορα κριτήρια εισοδηματικής ανισότητας και προσδόκιμου ζωής μεταξύ αναπτυγμένων χωρών. Οι Mellor και Milyo (2001) βρήκαν ελάχιστα στοιχεία που να υποστηρίζουν την υπόθεση, χρησιμοποιώντας δεδομένα από αρκετές δεκάδες χώρες τόσο σε μια συγκεκριμένη χρονική στιγμή όσο και σε βάθος χρόνου, ενώ δεν βρίσκουν στοιχεία ούτε όταν εξετάζουν εννέα διαφορετικά κριτήρια υγείας συγκρίνοντας τις διάφορες πολιτείες των ΗΠΑ. Παρομοίως, ο Deaton (2001) δεν βρίσκει κανένα στοιχείο που να υποστηρίζει τη σχέση ανάμεσα στις εισοδηματικές ανισότητες και την υγεία, παρόλο που επισημαίνει ότι εκτός από την εισοδηματική μπορεί να παίζουν σημαντικό ρόλο άλλα είδη ανισότητας μεταξύ των ανθρώπων. Σε μια επισκόπηση της βιβλιογραφίας, οι Wagstaff και van Doorslaer (2000) συμπεραίνουν ότι ελάχιστα είναι τα στοιχεία που πείθουν ότι η εισοδηματική ανισότητα επηρεάζει την υγεία.³⁵

Συνοπτικά, λοιπόν, παρόλο που πολλοί έχουν διερευνήσει τον τρόπο με

34. Για μια επιλογή τέτοιου είδους μελετών, καθώς και για τις απόψεις μερικών διαφωνούντων, βλ. Kawachi, Kennedy και Wilkinson (1999).

35. Το τεύχος της 5ης Ιανουαρίου 2002 του *British Medical Journal* περιλαμβάνει αρκετές ακόμα μελέτες, οι οποίες βρίσκουν ελάχιστα ή καθόλου αποδεικτικά στοιχεία του φαινομένου (βλ. Osler κ.ά. 2000, Shibuya, Hashimoto, και Yano 2002, Sturm και Gresenz 2002 και Muller 2002).

τον οποίο η διανομή του εισοδήματος επηρεάζει την υγεία, η βιβλιογραφία δεν παρουσιάζει συναίνεση από πλευράς ευρημάτων. Ευτυχώς, το πρόβλημα εξακολουθεί να ελκύει πολλούς ερευνητές· η επίλυσή του έχει ουσιαστικές συνέπειες όσον αφορά την πολιτική υγείας. Σε πολλές από τις αναπτυσσόμενες χώρες του κόσμου, μεταξύ των οποίων οι ΗΠΑ και η Βρετανία, η Αυστραλία και ο Καναδάς, η εισοδηματική ανισότητα αυξάνεται με το πέρασμα του χρόνου (*Economist* 2001, Coburn 2000) – μια τάση που σίγουρα σχετίζεται με τη γενική στροφή προς τις αγορές και πιθανώς αποτελεί απόρροιά της. Φυσιολογική (αν και όχι απαραίτητως αναπόφευκτη) συνέπεια της αυξημένης εμπιστοσύνης στις αγορές είναι η συνακόλουθη συρρίκνωση του ρόλου που παίζει το κράτος πρόνοιας (Coburn 2000). Ένας λόγος είναι ότι η διεύρυνση των αγορών συμβαδίζει με τη μείωση των φορολογικών συντελεστών· όταν μειώνονται τα φορολογικά έσοδα, μειώνονται και τα χρήματα που είναι διαθέσιμα για τη χρηματοδότηση προγραμμάτων πρόνοιας. Αν, όπως έχουν υποστηρίξει κάποιои, η εισοδηματική ανισότητα υποβιβάζει το επίπεδο υγείας του πληθυσμού – και ιδίως των φτωχών – τότε είναι πιθανό η υποβάθμιση κάθε είδους πολιτικής που σχετίζεται με την πρόνοια να επιδεινώσει αυτές τις επιπτώσεις στην υγεία.

2.3.2 Εξίσωση της πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας

Οι δυνάμεις της αγοράς λειτουργούν μέσω της επιθυμίας των ατόμων να ωφεληθούν από τη διενέργεια συναλλαγών. Όταν κάποιος θέλει να εισέλθει στην αγορά για να πραγματοποιήσει τέτοιες συναλλαγές, η οικονομική θεωρία δείχνει ότι επιτρέποντάς του να το κάνει, βελτιώνουμε την ευημερία του χωρίς να μειώνουμε την ευημερία των άλλων – γεγονός που με τη σειρά του βελτιώνει τη θέση της κοινωνίας. Αυτό, όμως, ισχύει μόνο αν δεν υπάρχουν σημαντικές αρνητικές εξωτερικές επιπτώσεις που να σχετίζονται με την κατανάλωση του εν λόγω ατόμου.

Με μια πρώτη ματιά ίσως φανεί πως όσον αφορά την πολιτική υγείας οι περισσότερες αναπτυσσόμενες χώρες ασπάζονται αυτή την ατομιστική προσέγγιση. Στην πράξη, όλες οι χώρες με προγράμματα καθολικής υγειονομικής ασφάλισης εξακολουθούν να επιτρέπουν στους πολίτες τους να δαπανούν τα χρήματά τους για πρόσθετες υπηρεσίες υγείας εφόσον αυτοί επιθυμούν να κινηθούν έξω από το πλαίσιο του κρατικού συστήματος. Εξετάζοντας όμως προσεκτικά την κατάσταση, βλέπουμε ότι η πολιτική υγείας διέπεται από εντελώς αντίθετες αρχές. Αυτό ισχύει ακόμα και στις ΗΠΑ, όπου, όπως θα υποστηρίξουμε, η κοινωνία προσπάθησε μέχρι σήμερα να ελαχιστοποιήσει τις μεγάλες διαφορές πρόσβασης στην περίθαλψη.

Εκφοράζεται, ωστόσο, ο φόβος μήπως η μελλοντική πολιτική υγείας των αναπτυσσόμενων χωρών ενστερνιστεί υπερβολικά την ηθική του ανταγωνι-

σμού. Εδώ και μια δεκαετία το ποσοστό ανασφάλιστων μεταξύ των μη ηλικιωμένων στις ΗΠΑ έχει αυξηθεί σημαντικά, εν μέρει εξαιτίας των ανταγωνιστικών πιέσεων που δέχονται οι φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας και ασφάλισης. Μέχρι στιγμής δεν σημειώνεται παρόμοια τάση σε άλλες χώρες, αν και κάποιοι παρατηρητές φοβούνται μήπως η κίνηση για ενίσχυση του βαθμού ανάμιξης της αγοράς, και ειδικά της ιδιωτικής ασφάλισης, διαβρώσει τα προγράμματα κοινωνικής ασφάλισης, υποβαθμίζοντας την πρόσβαση στην περίθαλψη όσων μετέχουν σε αυτά (Morone 2000). Η έλλειψη –ή ανεπάρκεια– ασφαλιστικής κάλυψης μπορεί να οδηγήσει σε μια κατάσταση όπου οι άνθρωποι θεωρούν ότι μειονεκτούν σε σύγκριση με άλλους. Τυχόν διατήρηση της συγκεκριμένης τάσης θα πολλαπλασιάσει τις αρνητικές εξωτερικές επιπτώσεις, που προσπαθούσε να περιορίσει η προηγούμενη πολιτική.

Εδώ και πολλά χρόνια έχουν παρουσιαστεί στοιχεία που στηρίζουν την άποψη ότι η πολιτική υγείας των ΗΠΑ έχει κρατηθεί μακριά από τις επιταγές του ανταγωνισμού. Ξεκινώντας από τη μεταπολεμική περίοδο, η επιδότηση της κατασκευής και επέκτασης νοσοκομείων με βάση το Νόμο Hill-Burton (1948) και η μετέπειτα επιδότηση του κόστους εκπαίδευσης των ιατρών αντανάκλασαν ευθέως την πεποίθηση ότι οι φτωχότερες αγροτικές περιοχές των Ηνωμένων Πολιτειών δεν θα έπρεπε να μειονεκτούν σε σύγκριση με τις πλουσιότερες αστικές περιοχές της χώρας. Καθορίζοντας την ανάγκη για νοσοκομεία με βάση την κατά κεφαλήν διαθεσιμότητα κλινών, η φιλοσοφία του νόμου Hill-Burton ήταν ότι καμία περιοχή της χώρας δεν θα έπρεπε να απολαμβάνει καλύτερη πρόσβαση στη νοσοκομειακή περίθαλψη απ' ό,τι οι άλλες.³⁶

Πιο πρόσφατες ενδείξεις προέρχονται από τις εντολές των πολιτειών σχετικά με το περιεχόμενο των ασφαλιστικών καλύψεων υγείας. Σύμφωνα με το ανταγωνιστικό υπόδειγμα, οι ασφαλιστικές εταιρίες μπορούν να παρέχουν όποιες ασφαλιστικές καλύψεις υγείας επιθυμούν. Έχει υποστηριχθεί από οικονομολόγους ότι οι πολιτειακές εντολές έχουν αρκετές δυνητικά επιβλαβείς επιπτώσεις, μεταξύ των οποίων η άνοδος του ασφαλιστικού κόστους, η πτώση των ημερομισθίων και η μείωση των ποσοστών κάλυψης της υγειονομικής ασφάλισης (Jensen και Morrissey 1999).

36. Μάλιστα, επειδή οι αποστάσεις που πρέπει να καλύπτονται οδικώς στις αγροτικές περιοχές είναι μεγαλύτερες, οι επιδοτήσεις είχαν στόχο να τους προσφέρουν υψηλότερες αναλογίες κλινών-πληθυσμού σε σύγκριση με τις αστικές. Η κατασκευή και επέκταση νοσοκομείων επιδοτούνταν μέχρι το επίπεδο των 5,5 κλινών ανά 1.000 άτομα σε περιοχές όπου ζούσαν λιγότερα από 6 άτομα ανά τετραγωνικό μίλι (2,3 άτομα ανά τετραγωνικό χιλιόμετρο) έναντι μόλις 4,5 κλινών ανά 1.000 άτομα σε περιοχές που ξεπερνούσαν τα 12 άτομα ανά τετραγωνικό μίλι (4,6 άτομα ανά τετραγωνικό χιλιόμετρο).

Οι αρμόδιοι για τη χάραξη της δημόσιας πολιτικής, ωστόσο, δεν ακολουθήσαν τη συμβουλή τους. Οι πολίτες, οι οποίες έχουν σχεδόν πλήρη ρυθμιστική αρμοδιότητα όσον αφορά την παροχή ασφαλιστικών καλύψεων, έχουν θεσμοθετήσει πλήθος από «εντολές» σχετικά με την επιλεξιμότητα και το περιεχόμενο των ασφαλιστηρίων υγείας. Σε μια μελέτη διαπιστώθηκε ότι μέχρι το 1988 είχαν εκδοθεί πάνω από 730 εντολές από όλες τις πολιτείες (Gabel και Jensen 1989). Αναφερόταν, λόγου χάρη, ότι 37 πολιτείες υποχρεώνουν τις ασφαλιστικές εταιρίες να καλύπτουν τη θεραπεία απεξάρτησης από το αλκοόλ, 28 τις υποχρεώνουν να καλύπτουν την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας, ενώ 18 πολιτείες καθιστούν υποχρεωτική την κάλυψη του τοκετού. Σε πιο πρόσφατη μελέτη διαπιστώθηκε ότι μέχρι το 1997 οι πολιτειακές εντολές είχαν φτάσει σχεδόν τις 1.000 (Council for Affordable Health Insurance 1997). Το 1996 οι πιο συνηθισμένες εντολές αφορούσαν τη μαστογραφία (46 πολιτείες), τη θεραπεία απεξάρτησης από το αλκοόλ (43 πολιτείες) και τις υπηρεσίες που παρέχονται από ψυχολόγους και όσους ασκούν τη χειροπρακτική (41 πολιτείες) (Jensen και Morrissy 1999). Μεγάλο μέρος της στήριξης για τις εντολές αυτές προέρχεται από οργανωμένες ομάδες ειδικών συμφερόντων· συνήθως, ωστόσο, υποστηρίζονται και από καταναλωτικές ενώσεις και ιδίως από άτομα που έχουν ανάγκη συγκεκριμένων υπηρεσιών (ή γνωρίζουν κάποιον με τέτοια ανάγκη) – γεγονός ενδεικτικό της άποψης ότι η κοινή γνώμη δεν επιθυμεί οι αποφάσεις για τις ασφαλιστικές καλύψεις να λαμβάνονται αποκλειστικά από την αγορά.

Παρόμοια στοιχεία προκύπτουν από την πολιτική διαμάχη που ξέσπασε από την εισήγηση για μεταρρύθμιση του προγράμματος Medicaid στο Όρεγκον, η οποία θεωρήθηκε ότι προϋπέθετε «περιοριστική διανομή». Οι αρχικές εκδοχές της εισήγησης προκάλεσαν έντονες αντιδράσεις, κυρίως επειδή οι δικαιούχοι του προγράμματος δεν θα ήταν σε θέση να απολαμβάνουν τις ίδιες καλύψεις υπηρεσιών με τον υπόλοιπο πληθυσμό. Αντιθέτως, οι υπηρεσίες που θα καλύπτονταν θα εξαρτιόνταν από τα διαθέσιμα χρήματα. Αν τα κονδύλια του προγράμματος εξαντλούνταν για υπηρεσίες με μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα ως προς το κόστος, τότε δεν θα καλύπτονταν κάποιες υπηρεσίες με μικρότερη αποτελεσματικότητα ως προς το κόστος. Το γεγονός αυτό εξώθησε τον Bruce Vladeck (1990), ο οποίος αργότερα έγινε διευθυντής της Ομοσπονδιακής Υπηρεσίας Χρηματοδότησης Υγειονομικής Περίθαλψης (Health Care Financing Administration, τα σημερινά Centers for Medicare & Medicaid Services) να γράψει:

Θα πρόκειται για το πρώτο σύστημα στα χρονικά το οποίο προβλέπει ρητά πως οι φτωχοί άνθρωποι με ιάσιμες ασθένειες θα πεθάνουν αν το Medicaid ξεμείνει από χρήματα ή αν δεν υπολογίσει σωστά τον προϋπολογισμό του,

ενώ οι φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας θα απαλλάσσονται από κάθε ευθύνη που δεν τους περιέβαλλαν. Οι κάτοικοι του Όρεγκον ισχυρίζονται ότι είναι υγιέστερο για την κοινωνία να κάνει ρητά τέτοιου είδους επιλογές, αλλά δεν είναι διόλου υγιές να καθιερώνονται κανόνες του παιχνιδιού που καθιστούν αναγκαίες τέτοιου είδους επιλογές. (σελ. 3)

Στην πράξη, η εισήγηση έλαβε το πράσινο φως από τις ομοσπονδιακές αρχές μόνο όταν αναθεωρήθηκε η μεθοδολογία της, έτσι ώστε να εγγυάται πως τα άτομα με αναπηρίες δεν θα αντιμετώπιζαν διακρίσεις όσον αφορά τις καλύψεις (Fox και Leichter 1993) και αφού η πολιτεία κατέστησε σαφές ότι θα παρέχονταν όλες οι βασικές υπηρεσίες.³⁷ Μετά την εφαρμογή της τροποποιημένης εισήγησης διαπιστώθηκε από έρευνα μεταξύ των δικαιούχων του Medicaid στην πολιτεία του Όρεγκον ότι το ένα τρίτο είχε χρειαστεί κάποια υπηρεσία που δεν καλυπτόταν. Σε 38 από τις συγκεκριμένες περιπτώσεις η υπηρεσία δεν καλυπτόταν επειδή βρισκόταν «κάτω από το όριο» – δηλαδή δεν καλυπτόταν επειδή δεν επαρκούσαν τα κονδύλια. Σχεδόν οι μισοί από τους δικαιούχους προμηθεύτηκαν την υπηρεσία με δικά τους χρήματα. Από τους άλλους μισούς, το 60% δήλωσε ότι το αποτέλεσμα ήταν να επιδεινωθεί η υγεία τους (Mitchell και Bentley 2000).

Ένα τελευταίο παράδειγμα, που δείχνει ότι η λειτουργία της πολιτικής υγείας των ΗΠΑ αντιτίθεται στο ανταγωνιστικό υπόδειγμα, αφορά την κάλυψη για χρήση νέας τεχνολογίας. Φανταστείτε ότι τίθεται στη διάθεσή μας μια νέα τεχνολογία, η οποία μπορεί να βοηθήσει να σωθούν ζωές αλλά είναι πολύ ακριβή. Βρίσκεται άραγε η κοινωνία σε καλύτερη μοίρα αν επιτραπεί μόνο στους πολύ πλούσιους να αγοράσουν την τεχνολογία, όπως θα συνεπαγόταν η αρχή του Pareto; Ίσως δοθεί η εντύπωση ότι η απάντηση είναι θετική, αφού επιτρέπουμε σε όλους να δαπανούν τα χρήματά τους για τέτοιες μεθόδους αρκεί να μην είναι παράνομες. Αν το καλοσκεφτούμε, όμως, γίνεται σαφές ότι συμβαίνει κάτι εντελώς διαφορετικό.

Παραδοσιακά, κάθε φορά που τίθενται στη διάθεσή μας κάποιες νέες και δυναμικά αποτελεσματικές τεχνολογίες, τις θεωρούμε πειραματικές μέχρι να διαπιστωθεί η ασφάλεια και η αποδοτικότητά τους. Μόλις αυτό διαπιστωθεί, οι ασφαλιστικοί φορείς τις καλύπτουν σχεδόν πάντα: σε αντίθετη περίπτωση, ασκούνται έντονες πιέσεις από τους ασφαλισμένους και τελικά υποβάλλονται μηνύσεις με το αιτιολογικό ότι η ασφαλιστική εταιρία αρνείται να προσφέρει απαραίτητη ιατρική φροντίδα. Η κάλυψη τέτοιων τεχνολογιών από τη δημόσια και ιδιωτική ασφάλιση εγγυάται ότι η

37. Δίχως αμφιβολία στην απόφαση εισήλθαν και πολιτικοί παράγοντες. Η πρώτη κυβέρνηση Μπους είχε μπλοκάρει την έγκριση του σχεδίου, αλλά λίγο μετά την άνοδό της στην εξουσία η κυβέρνηση Κλίντον την ενέκρινε. Βλ. Pollack κ.ά. (1994).

πρόσβαση σε αυτές παρέχεται στη μεγάλη πλειονότητα του πληθυσμού με υγειονομική ασφάλιση. Ο Uwe Reinhardt (1992) γράφει σχετικά:

Έστω [ότι διατίθεται μια] νέα ιατρική μέθοδος προηγμένης τεχνολογίας και ότι μπορεί να παραχθεί σε μεγαλύτερες ποσότητες χωρίς να μειωθεί η παραγωγή κανενός άλλου αγαθού. Έστω όμως ότι στη συνέχεια η σχετική αναδιάταξη της οικονομίας είναι τέτοια ώστε μόνο οι ευκατάστατοι ασθενείς έχουν πρόσβαση στη νέα ιατρική μέθοδο. Με βάση τις παραδοχές αυτές μπορούμε να είμαστε βέβαιοι ότι [κάτι τέτοιο] θα βελτιώσει την εν γένει *κοινωνική ευημερία*; Δεν θα πρέπει να κάνουμε την παραδοχή ότι δεν υπάρχει *κοινωνικός φθόνος* μεταξύ των φτωχών ούτε ενοχή μεταξύ των ευκατάστατων; Είναι λογικές αυτές οι παραδοχές; Ή, μήπως, θα πρέπει οι πολιτισμένοι αναλυτές ζητημάτων πολιτικής να αρνούνται να λαμβάνουν σοβαρά υπόψη κάποια ανθρώπινα κίνητρα όπως ο φθόνος, όσο κι αν αυτά κυριαρχούν σε κάθε φυσιολογική κοινωνία; (σελ. 311)

Αν η δημόσια πολιτική βασιζόταν στον ανταγωνισμό της αγοράς, τότε θα βλέπαμε να ανοίγεται ένα χάσμα ανάμεσα στις υπηρεσίες που διατίθενται στους πλούσιους και σε κείνες που διατίθενται στους υπόλοιπους ασφαλισμένους. Δεν βλέπουμε να υπάρχει τέτοιο χάσμα: μόλις διαπιστωθεί ότι μια μέθοδος είναι ασφαλής και αποτελεσματική, τότε κάθε κάτοχος ιδιωτικού ασφαλιστηρίου υγείας δικαιούται δυνητικά να τη χρησιμοποιήσει.³⁸ Επίσης, αν οι ασφαλιστικοί φορείς δεν υιοθετήσουν αρκετά γρήγορα τις νέες μεθόδους τότε οι πολιτείες μπορούν να διατάξουν την παροχή τους, πράγμα που όντως κάνουν.³⁹

Αυτό δεν σημαίνει ότι η πολιτική έχει εξασφαλίσει ισότιμη πρόσβαση για όλους τους Αμερικανούς. Στην πραγματικότητα, ο ανασφάλιστος πληθυσμός τείνει να χρησιμοποιεί ελάχιστες υπηρεσίες και να ωφελείται από μικρότερο αριθμό νέων ιατρικών υπηρεσιών σε σχέση με τους υπόλοιπους (Institute of Medicine 2001). Μέχρι σήμερα, όμως, οι περισσότεροι ήταν σε

38. Κάποιοι HMO προσπάθησαν να περιορίσουν τη χρήση των ιατρικών τεχνολογιών με διάφορους βαθμούς επιτυχίας. Πρόκειται για ένα από τα βασικά αίτια της λεγόμενης «αντίδρασης του καταναλωτή» ενάντια στη διαχειριζόμενη περίθαλψη, συνέπεια της οποίας ήταν η κίνηση απομάκρυνσης από κάποιες αυταρχικές μεθόδους ελέγχου του κόστους που εφαρμόζονταν προηγουμένως (Gabel κ.ά. 2001).

39. Προς το παρόν οι πολιτείες δεν μπορούν να διατάξουν την παροχή υπηρεσιών στο πλαίσιο των προγραμμάτων υγείας που προσφέρονται από τον εργοδότη και εμπíπτουν στη δικαιοδοσία του νόμου ERISA (Employee Retirement Income and Security Act). Παρόλο που έτσι περιορίζεται ουσιαστικά η ισχύς των πολιτικών εντολών, δεν υπάρχει αμφιβολία ότι σε περίπτωση κατάργησης του ERISA θα υπήρχαν και πάλι τέτοιου είδους εντολές.

θέση να επωφελούνται από την ύπαρξη ενός δικτύου ασφαλείας από δημόσια νοσοκομεία και κοινοτικές κλινικές, καθώς και από τη «διεπιδότηση» (cross-subsidization) των ανασφάλιστων από τους ασφαλισμένους ασθενείς.

Μια επίπτωση από την αύξηση του ανταγωνισμού στην ιατρική αγορά των ΗΠΑ είναι η κατάρρευση του δημόσιου συστήματος υγείας, σε συνδυασμό με τον περιορισμό της έμμεσης επιδότησης των ανασφάλιστων. Για να περιορίσουν το κόστος, τα ιδιωτικά νοσοκομεία στέλνουν περισσότερους από τους ασθενέστερους και φτωχότερους ασθενείς τους στα δημόσια νοσοκομεία, τα οποία με τη σειρά τους περιέρχονται σε ολοένα αυξανόμενη οικονομική δυσπραγία (Thorpe 1997). Οι ιδιωτικοί ασφαλιστικοί φορείς (εν μέρει με την παρότρυνση των εργοδοτών, οι οποίοι πληρώνουν μεγάλο μέρος του λογαριασμού) δεν είναι διατεθειμένοι να καταβάλλουν στους φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας επαρκή κονδύλια, ώστε να τους δίνουν τη δυνατότητα να περιθάλπουν άτομα χωρίς ασφαλιστική κάλυψη. Συνεπώς, παρόλο που η δημόσια πολιτική των ΗΠΑ προσπάθησε στο παρελθόν να αποτρέψει τη διόγκωση των διαφορών πρόσβασης στην περίθαλψη, η ένταση του ανταγωνισμού στον τομέα των υπηρεσιών υγείας φαίνεται ότι λειτουργεί προς την αντίθετη κατεύθυνση – η οποία, όπως έχουμε υποστηρίξει, δεν συνάδει με την αύξηση της κοινωνικής ευημερίας, επειδή υπάρχουν οι εξωτερικές επιπτώσεις από την κατανάλωση. Στο Κεφάλαιο 6 αναλύονται παρόμοιες τάσεις σε άλλες αναπτυσσόμενες χώρες.

2.3.3 *Τι προηγείται: η κατανομή (των πόρων) ή η διανομή (του εισοδήματος);*

Όπως τονίστηκε παραπάνω, στο παραδοσιακό οικονομικό υπόδειγμα η ανταγωνιστική αγορά χρησιμοποιείται για να εξασφαλιστεί η αποτελεσματική κατανομή των πόρων. Αν όμως υπάρχουν θετικές εξωτερικές επιπτώσεις από την κατανάλωση – αν, λόγου χάρη, η κοινωνία επιθυμεί οι φτωχότεροι άνθρωποι να διαθέτουν περισσότερους πόρους – τότε το φαινόμενο του «λαθρεπιβάτη» θα εμποδίσει την ανταγωνιστική οικονομία να επιτύχει κατανεμητική αποδοτικότητα. Σύμφωνα με το οικονομικό υπόδειγμα, η λύση του προβλήματος είναι να καθιερωθούν εφάπαξ φόροι και επιδοτήσεις, επειδή δεν διαστρεβλώνουν τα κίνητρα και δεν μειώνουν την αποδοτικότητα: στην πράξη, όμως, δεν υφίστανται τέτοιοι μηχανισμοί.

Μια πιο λογική μέθοδος αντιμετώπισης του προβλήματος θα ήταν να καταπιαστεί η κοινωνία ταυτοχρόνως τόσο με τα ζητήματα κατανομής όσο και με τα ζητήματα διανομής. Αντί να λέει «θα πάρουμε ό,τι μας δίνει η ανταγωνιστική αγορά και κατόπιν θα καθιερώσουμε τους απαραίτητους φόρους και τις επιδοτήσεις», μια λογική κοινωνία μπορεί να υποστηρίξει ότι «θα ξεκινήσουμε από συγκεκριμένες αναδιανεμητικές αρχές και μόλις

αυτές καθιερωθούν, θα επιτρέψουμε στην αγορά να λειτουργήσει γύρω από αυτές».

Ο Reinhardt (1992) προτείνει μια παρόμοια φιλοσοφία:

Το να αρχίσει η διερεύνηση εναλλακτικών προτάσεων για την αναμόρφωση του συστήματος υγείας μας χωρίς πρώτα να έχουν τεθεί με μεγάλη σαφήνεια οι κοινωνικές αξίες με τις οποίες θα συμμορφώνεται το αναμορφωμένο σύστημα, φαντάζει τουλάχιστον στο γράφοντα ως κραυγαλέα περίπτωση *αναποτελεσματικότητας*: είναι χάσιμο χρόνου. Δεν θα ήταν πιο αποδοτικό απλώς να διερευνήσουμε τη *σχετική αποδοτικότητα* εναλλακτικών προτάσεων που συμμορφώνονται με ευρέως αποδεκτές κοινωνικές αξίες; (σελ. 315)

Η μέθοδος αυτή –και όχι η μέθοδος που υποστηρίζεται από το ανταγωνιστικό υπόδειγμα– είναι αυτή με την οποία χαρασσότερα πάντοτε η πολιτική στις ΗΠΑ και σε όλες σχεδόν τις αναπτυσσόμενες χώρες. Στις ΗΠΑ, δημόσια προγράμματα όπως τα Medicare και Medicaid καθιερώθηκαν εκτός της ανταγωνιστικής αγοράς, έτσι ώστε να είναι βέβαιο ότι εξασφαλίζεται η προτεραιότητά μας – η πρόσβαση των ηλικιωμένων και των φτωχών σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης.

Η πεποίθηση ότι πρέπει να ξεκινήσουμε από αρχές δικαιοσύνης και έπειτα να περάσουμε σε ζητήματα αποδοτικότητας αποτελεί επίσης το θεμέλιο πάνω στο οποίο έχουν οικοδομηθεί τα περισσότερα από τα υπόλοιπα συστήματα υγείας. Στην εκτενή τους μελέτη για τη χρηματοδότηση και την κοινωνική δικαιοσύνη σε εννέα συστήματα υγείας στην Ευρώπη και τις ΗΠΑ, ο Adam Wagstaff και οι συνεργάτες του (1992) διαπίστωσαν ότι:

Φαίνεται να υπάρχει ευρύτατη συμφωνία... μεταξύ των αρμόδιων για τη χάραξη της πολιτικής σε τουλάχιστον 8 από τις 9 ευρωπαϊκές χώρες [που εξετάστηκαν] ότι τα ποσά που καταβάλλονται για υγειονομική περίθαλψη θα πρέπει να συνδέονται με τη δυνατότητα πληρωμής και όχι με τη χρήση των ιατρικών υπηρεσιών. Επίσης, και στις 9 ευρωπαϊκές χώρες οι αρμόδιοι για τη χάραξη της πολιτικής φαίνεται να τάσσονται υπέρ της άποψης ότι όλοι οι πολίτες πρέπει να έχουν πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη. Σε πολλές χώρες η άποψη αυτή επεκτείνεται, καθώς έχει καταστεί σαφές ότι η πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη και η λήψη των σχετικών υπηρεσιών θα πρέπει να βασίζεται στην ανάγκη και όχι στη δυνατότητα πληρωμής. (σελ. 363)

Πρόσφατα έχει σημειωθεί στις ΗΠΑ μια νέα στροφή προς τους Οργανισμούς Διατήρησης Υγείας (HMO) και άλλες ανταγωνιστικές μορφές πολιτικής, τόσο για το πρόγραμμα Medicare όσο και για το Medicaid.⁴⁰ Πα-

40. Μεταξύ 1998 και 2001 οι εγγραφές στους HMO του Medicare στην πραγματικότητα μειώθηκαν· αυτό οφειλόταν κυρίως στη μείωση των πληρωμών προς αυ-

ρότι τέτοιες πολιτικές μπορεί να αποφέρουν εξοικονόμηση κόστους, εκφράζεται ο φόβος ότι η θεσμοθέτησή τους θα περιορίσει την πρόσβαση για κάποιους από τους φτωχούς και τους ηλικιωμένους – η οποία, όπως υποστηρίχθηκε, αύξανε μέχρι τώρα την κοινωνική ευημερία χάρη στις θετικές εξωτερικές επιπτώσεις που συνεπάγεται η κάλυψη των συγκεκριμένων ομάδων. Όχι επειδή θα χάσουν καλύψεις· αντιθέτως, προκύπτει από την ανησυχία ότι οι δύο ομάδες με τη μικρότερη δυνατότητα να ελίσσονται ανάμεσα στα συστήματα ελέγχου πρόσβασης των HMO θα είναι οι φτωχοί και οι ηλικιωμένοι (Ware κ.ά. 1986, Ware κ.ά. 1996, Goldstein και Fyock 2001). Γενικά, εκφράζεται ο φόβος ότι η στήριξη σε μεγαλύτερο βαθμό ανταγωνισμού θα θέσει σε κίνδυνο τις αρχές οι οποίες αποτέλεσαν εξαρχής τη βάση των συγκεκριμένων προγραμμάτων.

2.3.4 Ανταγωνισμός και πρόληψη

Μια ακόμα εκδήλωση των προβλημάτων που σχετίζονται με το πρόβλημα του «λαθρεπιβάτη» έχει να κάνει με το ζήτημα της πρόληψης. Παραδοσιακά, οι Οργανισμοί Διατήρησης Υγείας (HMO) ενθάρρυναν την παροχή υπηρεσιών πρόληψης μέσω της χαμηλής συμμετοχής του ασφαλισμένου στο κόστος τους, αλλά και καλύπτοντας υπηρεσίες που παραδοσιακά δεν περιλαμβάνονταν στα ασφαλιστικά προγράμματα αμοιβής κατά πράξη και περίπτωση (fee-for-service), όπως είναι οι ετήσιες προληπτικές εξετάσεις και οι διαγνωστικοί έλεγχοι. Ένας από τους λόγους που προέβαλλαν οι Οργανισμοί Υγείας για να δικαιολογήσουν την παροχή τέτοιων υπηρεσιών στα μέλη τους είναι ότι έτσι θα μειωνόταν το μελλοντικό κόστος της υγείας. Κάτι τέτοιο ωστόσο δεν πρόκειται να συμβεί αν τα μέλη του προγράμματος μεταπηδούν συστηματικά από το ένα πρόγραμμα υγείας σε κάποιο άλλο ανταγωνιστικό (και συχνά σχεδόν πανομοιότυπο) με αυτό. Ο Donald Light (1995) γράφει σχετικά:

Η παροχή υπηρεσιών πρόληψης από ένα δεδομένο πρόγραμμα [υγείας] στέκει από οικονομικής άποψης μόνο για χρονικό διάστημα ενός συμβατικού έτους, ειδάλλως όταν μέσα στο επόμενο συμβατικό έτος οι συνδρομητές αλλάζουν πρόγραμμα, οι προσπάθειές του θα ωφελήσουν τους ανταγωνιστές του. ... Γιατί άραγε θα πρέπει ένα δεδομένο πρόγραμμα να προσπαθεί, λόγου χάρη, να περιορίσει τη χρήση ναρκωτικών ή το κάπνισμα στα σχολεία μιας συγκεκριμένης πόλης όταν έχει πελάτες μόνο κάποια από τα παιδιά, οι γονείς των οποίων μπορεί την επόμενη χρονιά να μετακομίσουν ή να αλλάξουν πρόγραμμα; (σελ. 151)

τούς. Ωστόσο, συνολικά έχει παρατηρηθεί σημαντική αύξηση των εγγραφών κατά την τελευταία δεκαετία.

Πρόσφατα δεδομένα δείχνουν ότι τα άτομα είναι πρόθυμα να αλλάξουν πρόγραμμα υγείας για πολύ μικρές διαφορές στα ασφάλιστρα – ιδίως όταν οι ορατές διαφορές ανάμεσα στις εναλλακτικές λύσεις είναι ελάχιστες (Buchmueller 1998, Christianson κ.ά. 1995).⁴¹

Είναι ακόμα πολύ νωρίς για να γνωρίζουμε αν το φαινόμενο του «λαθρεπιβάτη» υπονομεύει όντως την παροχή υπηρεσιών πρόληψης. Η τεκμηρίωση της ύπαρξης ενός τέτοιου φαινομένου θα προσέφερε έναν ακόμα λόγο για να εξετάσουμε το ενδεχόμενο να περιοριστούν οι επιλογές προγραμμάτων υγείας που διατίθενται στους καταναλωτές ή να κινηθούμε προς ένα σύστημα με μεγαλύτερο βαθμό δημόσιας χρηματοδότησης.⁴²

2.3.5 Δημόσια αγωγή υγείας

Το παραδοσιακό οικονομικό υπόδειγμα βασίζεται στην παραδοχή ότι οι προτιμήσεις των καταναλωτών είναι προκαθορισμένες. Οι άνθρωποι εισέρχονται στην αγορά γνωρίζοντας τι επιθυμούν και η επιθυμία ενυπάρχει ήδη μέσα τους: δεν διαμορφώνεται από την προγενέστερη κατανάλωση ή από εξωγενείς δυνάμεις.

Πού κολλλάει σε όλα αυτά η διαφήμιση; Στην ουσία υπάρχουν δύο είδη διαφήμισης: η διαφήμιση που έχει στόχο να παρέχει αμιγώς αντικειμενική πληροφόρηση (π.χ. τιμές, διαθεσιμότητα) και η διαφήμιση που αποσκοπεί στη διαμόρφωση των καταναλωτικών προσητήσεων. Οι διαφημιζόμενοι μπορεί να περάσουν στον καταναλωτή πληροφορίες οι οποίες αν γίνουν αποδεκτές δεν θα εξυπηρετήσουν απαραίτητως με τον καλύτερο τρόπο τα συμφέροντά του.

Μία από τις συνέπειες των παραπάνω στη χάραξη της πολιτικής έχει να κάνει με την εκπαίδευση υγείας. Επειδή η οικονομική επιστήμη ασχολείται κυρίως με μεταβλητές χρηματικού τύπου (π.χ. τιμές, ασφάλιση, εισόδημα), όσοι την ασκούν έχουν την τάση να μην είναι και τόσο ενήμεροι

41. Οι ενώσεις ανεξάρτητων ιατρικών (individual practice associations) και οι οργανισμοί διατήρησης υγείας δικτύου (network-model HMO) συχνά είναι συμβεβλημένοι με τους ίδιους φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας, άρα δεν είναι και τόσο σαφές για τους περισσότερους καταναλωτές ότι υπάρχει διαφορά ανάμεσα στα προγράμματα που επιλέγουν. Κάτι τέτοιο ωστόσο ίσως να μην ισχύει, αφού κάθε διαφορετικό πρόγραμμα μπορεί να περιλαμβάνει διαφορετικά οικονομικά κίνητρα για τους φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας, να εφαρμόζει διαφορετικές μεθόδους παρακολούθησης του βαθμού χρήσης και ούτω καθεξής. Για ανάλυση των ζητημάτων, βλ. Hibbard, Sofaer και Jewett (1996).

42. Ο Robert Kuttner (1997) γράφει σχετικά: «Είναι πιθανό ότι ένα εξ ολοκλήρου ιδιωτικοποιημένο σύστημα θα είναι πιο κατακερματισμένο και λιγότερο διατεθειμένο να πληρώσει για τη δημόσια υγεία ή να αντιληφθεί τη λογική της».

πάνω σε άλλες μορφές παρέμβασης, όπως η ιατρική αγωγή που έχει στόχο να αλλάξει τις βλαβερές συνήθειες του ανθρώπου. Αν, όμως, οι προτιμήσεις είναι προϊόν της δραστηριότητας των διαφημιζομένων, τότε η ιατρική αγωγή μπορεί να συμβάλλει στην εξουδετέρωση μερικών από τις βλαβερές αυτές επιδράσεις.

Το κράτος, λόγω χάρη, έχει αναλάβει εδώ και καιρό μια προσπάθεια να πειστεί το κοινό να μην καπνίζει. Μέρος της προσπάθειας έχει ρυθμιστικό χαρακτήρα. Οι καπνοβιομηχανίες των ΗΠΑ, λόγω χάρη, δεν μπορούν να διαφημίζουν τα προϊόντα τους στην τηλεόραση. Επίσης, το κράτος έχει αναμιχθεί άμεσα σε αντικαπνιστικές εκστρατείες, αφενός άμεσα με διαφημίσεις και αφετέρου υποχρεώνοντας τις καπνοβιομηχανίες να αναγράφουν πάνω στις συσκευασίες τους διάφορες προειδοποιήσεις για τις επιπτώσεις του καπνίσματος στην υγεία. Αναρωτιέται κανείς αν θα ήταν αναγκαίο να επεκταθεί η συγκεκριμένη πρακτική και σε άλλες καταναλωτικές συμπεριφορές (π.χ. διατροφή, ποτό). Αν μάλιστα οι προτιμήσεις των καταναλωτών είναι εύπλαστες και όχι προκαθορισμένες, τότε ενισχύεται σημαντικά η ανάγκη για τέτοιες παρεμβάσεις.

2.3.6 Θα πρέπει ο έλεγχος του κόστους να αποτελεί δημόσια πολιτική;

Ένα ευρύτερο ζήτημα που προκύπτει από το ευμετάβλητο ή μη των καταναλωτικών προτιμήσεων έχει να κάνει με τον έλεγχο του κόστους. Συχνά οι οικονομολόγοι της υγείας επισημαίνουν πως είναι άστοχο να λέμε ότι μια χώρα δαπανά υπερβολικά μεγάλο μέρος του εθνικού της εισοδήματος για υπηρεσίες υγείας. Ποιος θα κρίνει ότι το 14% ή ακόμα και το 25% είναι «υπερβολικά μεγάλο»; Δεν είναι απαραίτητως κακό να θέλει μια χώρα να δαπανά μεγαλύτερο μέρος των χρημάτων της σε, ας πούμε, πανάκριβες τεχνολογίες. Πράγματι, δεδομένα από σφυγμομετρήσεις δείχνουν ότι σχεδόν τα δύο τρίτα του συνόλου των Αμερικανών πιστεύουν ότι η χώρα δαπανά πάρα πολύ λίγα για ιατροφαρμακευτική περίθαλψη (Blendon κ.ά. 2001). Η άποψη αυτή όμως δύσκολα δικαιολογείται αν θεωρήσουμε ότι οι προτιμήσεις των καταναλωτών δεν είναι προκαθορισμένες αλλά αποτελούν προϊόν προγενέστερων εμπειριών.

Ας πάρουμε για παράδειγμα τη χρήση της ιατρικής τεχνολογίας. Είναι πιθανό οι άνθρωποι να ζητούν τα οφέλη των νέων τεχνολογιών εν μέρει επειδή έχουν μάθει να τα προσδοκούν. Σε επόμενο κεφάλαιο παρουσιάζονται δεδομένα σχετικά με τη χρήση μεθόδων «προηγμένης τεχνολογίας» σε 10 διαφορετικές χώρες. Όπως βλέπουμε στον Πίνακα 6.8 το ποσοστό χρήσης τους στις ΗΠΑ είναι σχεδόν τετραπλάσιο από τον μέσο όρο των άλλων χωρών όσον αφορά τις εγχειρήσεις bypass και σχεδόν πεντα-

πλάσιο όσον αφορά την αγγειοπλαστική. Επιπλέον, μεγάλο μέρος της διαφοράς οφείλεται στη σημαντική αύξηση του ποσοστού χρήσης στην κατηγορία των «γηραιότερων ηλικιωμένων» (Verrilli, Berenson και Katz 1998).

Επειδή ο εξοπλισμός υψηλής τεχνολογίας είναι πιο προσιτός στις ΗΠΑ, είναι πιθανό ότι το κοινό έχει αναπτύξει μεγαλύτερες προσδοκίες σχετικά με την αξιοποίησή του. Κάποιοι αναλυτές υποστηρίζουν ότι αυτή ακριβώς η εξέλιξη της τεχνολογίας –ή, σύμφωνα με τον ορισμό του Joseph Newhouse (1993), «η ενίσχυση των δυνατοτήτων της ιατρικής»– ευθύνεται κυρίως για την αύξηση του κόστους της υγείας στις Ηνωμένες Πολιτείες.

Το επιχείρημα ότι ίσως οι άνθρωποι να βρίσκονταν σε εξίσου καλή μοίρα χωρίς τόσο πολλές ακριβές (για να μην πούμε επαναλαμβανόμενες) σωτήριες επεμβάσεις διατυπώνεται με μεγάλη επιφύλαξη. Κανείς δεν θέλει να ισχυριστεί ότι οι άνθρωποι θέλουν να ζουν περισσότερο επειδή τους έχουν ενσταλάξει την πεποίθηση πως κάτι τέτοιο είναι επιθυμητό. Είναι σαφές όμως ότι ζητήματα ποιότητας ζωής υπεισέρχονται σε τέτοιου είδους συζητήσεις, όπως και το γεγονός ότι οι ΗΠΑ κατατάσσονται ανάμεσα στις κορυφαίες χώρες του κόσμου μόνο σε μια σημαντική κατηγορία στατιστικών υγείας του πληθυσμού – στο προσδόκιμο ζωής μετά την ηλικία των 80 ετών.⁴³ Πρέπει να σταθούμε και να λάβουμε υπόψη τα συμπεράσματα του Easterlin που παρουσιάστηκαν προηγουμένως –ότι δηλαδή οι κάτοικοι των φτωχών χωρών δείχνουν εξίσου ευτυχισμένοι με εκείνους των πλουσιότερων– ή, πράγμα ίσως σχετικότερο με την υγεία, ότι οι πολίτες άλλων χωρών που δαπανούν πολύ λιγότερα χρήματα για ιατρική περίθαλψη τείνουν να είναι πιο ικανοποιημένοι με τα συστήματα ιατρικής περίθαλψής τους. Η διαπίστωση αυτή υποστηρίζεται από τα δεδομένα που παρουσιάζονται σε επόμενο κεφάλαιο (Πίνακες 6.5 και 6.6) τα οποία δείχνουν ότι η ικανοποίηση των πολιτών από τα συστήματα υγείας σε άλλες αναπτυγμένες χώρες δεν υπολείπεται της αντίστοιχης στις ΗΠΑ.

Η πεποίθηση ότι η ολοένα μεγαλύτερη δαπάνη για τεχνολογία δεν φαίνεται να αυξάνει πάρα πολύ τα επίπεδα ωφέλειας είναι λογικά ακόλουθη με τη μάλλον μετριοπαθή παρατήρηση⁴⁴ του E.J. Mishan (1969a):

43. Δεδομένα από 24 αναπτυγμένες χώρες δείχνουν ότι μόνο ο Καναδάς και η Ισλανδία συναγωνίζονται το προσδόκιμο ζωής των ΗΠΑ στην ηλικία των 80 ετών. Αντιθέτως, πάνω από 15 χώρες ξεπερνούν τις ΗΠΑ σε ό,τι αφορά το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση. Βλ. Schieber, Poullier και Greenwald (1994).

44. Ομοίως, ο Kuttner (1997) αναφέρεται στο βιβλίο *The Overworked American* της Juliet Schor (1993), το οποίο όπως αναφέρει επισημαίνει «έναν φαύλο κύκλο, όπου η επιδίωξη της υλικής ικανοποίησης που υπόσχεται η διαφήμιση κάνει τους Αμερικανούς να εργάζονται περισσότερες ώρες απ' όσο πραγματικά επιθυμούν προκειμένου να έχουν χρήματα για να αγοράσουν προϊόντα που δεν αποδίδουν

Κατά την άποψή μου, κύρια αποστολή του οικονομολόγου που ενδιαφέρεται για την πορεία της ανθρώπινης ευημερίας σήμερα είναι να αποκόψει την κοινή γνώμη από τη μεταπολεμική εμμονή με την οικονομική μεγέθυνση· να της δώσει να αντιληφθεί τα σφάλματα και τις παρανοήσεις από τις οποίες βρίθουν οι δημοφιλείς εκτιμήσεις των πλεονεκτημάτων της βιομηχανικής ανάπτυξης· και επίσης ίσως να εκφράσει κάποιες αμφιβολίες για το αν η επίμονη επιδίωξη υλικών στόχων, η οποία σήμερα οδηγείται από ένα παλιόροιακό κύμα ανέφικτων προσδοκιών, μπορεί τελικά να κάνει κάτι παραπάνω από το να οξύνει την τρέχουσα νευρική κατάσταση και να ενισχύσει την απελπισία και την απογοήτευση των κοινών θνητών. (σελ. 81)

Ας κλείσουμε όμως το κεφάλαιο με μια πιο ενθαρρυντική παρατήρηση. Σε δύο βιβλία που μνημονεύτηκαν σε αυτό το κεφάλαιο ο Robert Frank (1985, 1999) υποστηρίζει ότι η καταναλωτική συμπεριφορά παρεκκλίνει έντονα από πράγματα που θα προκαλούσαν μεγαλύτερο όφελος επειδή οι άνθρωποι ενδιαφέρονται πολύ για τη θέση που καταλαμβάνουν τα υλικά αγαθά τους συγκρινόμενα με εκείνα των ομολόγων τους. Ως αποτέλεσμα, οι άνθρωποι δαπανούν πολύ μεγαλύτερο μέρος των πόρων τους για αναλώσιμα είδη που αποφέρουν (όπως πιστεύουν) γόητρο και λιγότερα σε ενδεχομένως πιο πολύτιμα πράγματα, όπως είναι ο επιπλέον ελεύθερος χρόνος ή τα ταξίδια – ή ίσως η υγεία. Για να δώσουμε ένα παράδειγμα, ο Frank υποστηρίζει ότι ένα σπίτι 400 τ.μ. δεν θα βελτιώσει την ευτυχία μας πολύ περισσότερο από ένα σπίτι 300 τ.μ., αλλά συνιστά σημαντική αύξηση πόρων. Επίσης, υποστηρίζει ότι οι άνθρωποι αγοράζουν σπίτια τέτοιου μεγέθους, καθώς και ακριβά αυτοκίνητα, ρούχα και τα συναφή, για να ξεχωρίσουν από τους άλλους. Αν όμως όλοι κάνουν το ίδιο, τότε δεν αυξάνεται η συνολική ευτυχία της κοινωνίας, άρα μεγάλο μέρος του πλούτου της χώρας έχει δαπανηθεί άσκοπα.

Θα μπορούσε κανείς να ισχυριστεί ότι οι δαπάνες για τη βελτίωση της υγείας εντάσσονται σε εκείνες που θα ήθελε να ενθαρρύνει ο Frank. Γενικά, τέτοιου είδους δαπάνες δεν γίνονται «για να μη μας ξεπεράσει ο γείτονας», ενώ η καλή υγεία συνήθως δεν συνεπάγεται και αύξηση του κοινωνικού γοήτρου. Αν όλοι ήταν υγιέστεροι, τότε η κοινωνία θα βρισκόταν σε καλύτερη μοίρα· η βελτίωση της υγείας σου δεν επιδεινώνει τη δική μου.

Τα παραπάνω έχουν μια σημαντική συνέπεια: οι πρόσθετες κοινωνικές

ποτέ την υποσχόμενη ικανοποίηση. Με την πάροδο του χρόνου, οι άνθρωποι υιοθετούν υποσυνείδητα δύο αντιφατικά συμπεράσματα – έναν σωρευτικό κυνισμό σε συνδυασμό με μια ανικανοποίητη λαχτάρα ότι ίσως το επόμενο προϊόν θα προσφέρει με κάποιον τρόπο τη φευγαλέα ικανοποίηση» (Kuttner 1997, σελ. 57). Το ίδιο θέμα πραγματεύεται και ο Frank (1985, 1999) στα προαναφερόμενα έργα του.

δαπάνες για υπηρεσίες υγείας μπορεί να αποτελούν ελκυστική επένδυση – εάν οδηγούν σε βελτίωση της υγείας. Συνεπώς, η έρευνα θα πρέπει να επικεντρωθεί σε πράγματα όπως είναι οι κατηγορίες ιατρικών δαπανών που έχουν τις μεγαλύτερες δυνατότητες να βελτιώσουν την υγεία, καθώς και οι προτιμήσεις των ατόμων και των κοινοτήτων σχετικά.