

# ΜΙΑ ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΠΟΥ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΖΟΥΝ ΤΗΝ ΖΗΤΗΣΗ ΙΔΙΩΤΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΤΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΟΙΚΟΝΟΜΕΤΡΙΚΩΝ ΥΠΟΔΕΙΓΜΑΤΩΝ

Παναγιώτης Παπανικολάου, Υποψήφιος Διδάκτωρ Οικονομικών Επιστημών, Department of Economics, University of Bristol

## Εισαγωγή

Η παρούσα μελέτη στοχεύει στην εξέταση της ζήτησης ασφάλειας υγείας στον ιδιωτικό τομέα. Η αγορά αυτή παρουσιάζει εξαιρετική κινητικότητα τα τελευταία χρόνια (Μόσιαλος 1990, Λιαρόπουλος 1993) αν και η πλειοψηφία των καταναλωτών έχει δωρεάν πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας του Δημόσιου τομέα. Εύλογα τίθενται κάποια ερωτήματα στα οποία θα προσπαθήσουμε να απαντήσουμε μέσω αυτής της εργασίας. Χαρακτηριστικά αναφέρουμε ορισμένα παρακάτω: Ποιά είναι τα κύρια γνωρίσματα των βασικών προϊόντων ασφάλειας υγείας όπως π.χ. οι κάρτες νοσηλείας; Ποιοί είναι οι σημαντικότεροι παράγοντες που προσδιορίζουν τη ζήτηση ασφαλιστικής κάλυψης υγείας; Ποιά είναι η ποιοτική και ποσοτική επίδραση των οικονομικών και κοινωνικών παραγόντων επί της απόφασης της αγοράς του υπό εξέταση προϊόντος; Ποιές είναι οι επιπτώσεις από μεταβολές στο εισόδημα, στην επένδυση σε ανθρώπινο κεφάλαιο (π.χ. εκπαίδευση) αλλά και στο ρυθμό απόσβεσης του κεφαλαίου υγείας στη ζήτηση του προϊόντος "ιδιωτική ασφάλεια υγείας"; Πώς επηρεάζεται το σύνολο των δυνατών επιλογών (choice set) του καταναλωτή από την παραγωγικότητα του κεφαλαίου υγείας που διαθέτει; Ποιές είναι οι αρνητικές επιπτώσεις από την ανάπτυξη της αγοράς αυτής; Ποιές είναι οι επακόλουθες συνέπειες στην κατανομή της κατανάλωσης των υπηρεσιών υγείας στα διάφορα κοινωνικά στρώματα; Ικανοποιητική απάντηση στα ερωτήματα αυτά θα συμβάλει στην καλύτερη κατανόηση του υπό εξέταση φαινομένου. Η προσφορά πληροφοριών σχετικά με τη δομή της αγοράς αυτής θα αποτελέσει χρήσιμο εργαλείο για την ανάλυση προτάσεων μιας πολιτικής υγείας που θα στοχεύει στη δικαιότερη κατανομή της επένδυσης σε κεφάλαιο υγείας και συνεπώς στη βελτίωση της προσφερομένης ποιότητας ζωής στους Έλληνες πολίτες.

Η οργάνωση της μελέτης αυτής γίνεται ως εξής. Το πρώτο τμήμα παρουσιάζει τη δυναμική εξέλιξη της αγοράς αυτής και περιγράφει τα σπουδαιότερα χαρακτηριστικά των σύγχρονων προϊόντων ασφάλειας υγείας. Το επόμενο τμήμα εξετάζει ποιοί είναι οι πρωταρχικοί παράγοντες που οδηγούν μια συνήθη οικονομική μονάδα να προτιμήσει την ιδιωτική ασφάλεια υγείας. Η ανάλυση αυτή επιτυγχάνεται με τη χρησιμοποίηση συγκεκριμένων οικονομετρικών υποδειγμάτων (Qualitative Response Models) που έχουν γίνει για άλλες χώρες με παρόμοιο σύστημα υγείας αφού απουσιάζουν ολοκληρωμένες μελέτες για την Ελληνική πραγματικότητα. Το τρίτο τμήμα διερευνά τις πιθανές συνέπειες που μπορεί να προκύψουν από την αύξηση της αγοράς αυτής αναφορικά με την κατανομή

της κατανάλωσης των υπηρεσιών υγείας ανάμεσα στα διάφορα κοινωνικά στρώματα. Με αλλά λόγια, το ενδιαφέρον στο τμήμα αυτό συγκεντρώνεται στο κατά πόσο φθορές στο κεφάλαιο υγείας δύνανται να αποτελέσουν περιοριστικό παράγοντα στη διαδικασία λήψης της συγκεκριμένης απόφασης (Cream Skimming). Τέλος, τα κύρια συμπεράσματα συνοψίζονται και κάποιες κατευθύνσεις τίθενται για τη μελλοντική έρευνα στο χώρο αυτό.

### **Παρουσίαση και Περιγραφή του Φαινομένου**

Στο τμήμα αυτό γίνεται ανασκόπηση των δυνατοτήτων ανάπτυξης της αγοράς ασφάλισης υγείας, εξετάζονται ορισμένα στοιχεία της βιομηχανίας αυτής και τέλος περιγράφονται τα σημαντικότερα χαρακτηριστικά των προϊόντων ασφάλειας υγείας.

Είναι διεθνώς αποδεκτό πως όταν ο κύριος όγκος παραγωγής υπηρεσιών υγείας παρέχεται από την πολιτεία, η ιδιωτική ασφάλιση συμπληρώνει τόσο ποιοτικά όσο και ποσοτικά το ρόλο της κοινωνικής ασφάλισης. Αυτό υποδεικνύει πως τα προϊόντα αυτά γίνονται ελκυστικά στις οικονομικές μονάδες γιατί αυξάνονται οι επιλογές των πέρα και πάνω από ότι προσφέρεται από το δημόσιο σύστημα ασφάλισης. Τα παραπάνω φανερώνουν με σαφήνεια ότι η ποσοτική διάσταση, ευρέως οριζόμενη, της ιατρικής και νοσοκομειακής φροντίδας αποτελεί σημαντικό παράγοντα για την προτίμηση ιδιωτικής κάλυψης απέναντι στον κίνδυνο της ασθένειας. Είναι ακριβώς το στοιχείο αυτό που έχει συμβάλει θετικά στην αύξηση της ζήτησης ασφαλιστικής κάλυψης υγείας. Αλλά βέβαια αυτό είναι ακριβώς το θέμα όπου θα στραφεί το ενδιαφέρον μας.

Η αντίληψη του Έλληνα πολίτη πως οι υπηρεσίες ιατρικής και νοσοκομειακής περίθαλψης που προσφέρονται από το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) είναι ανεπαρκούς ποιότητας συνδυαζόμενη με τις μεγάλες λίστες αναμονής για εισαγωγή στο νοσηλευτήριο (Lainig and Buisson 1990) φαίνεται να συμβάλει στην μετατόπιση της συνάρτησης ζήτησης προϊόντων "ασφάλεια υγείας" προς τα πάνω και δεξιά και βέβαια στη συνεχή εισαγωγή νέων τέτοιων προϊόντων στα τελευταία χρόνια. Με άλλα λόγια, η παραγωγή νέου κεφαλαίου υγείας πτωχής ποιότητας στο Δημόσιο τομέα έχει οδηγήσει έναν συνεχώς αυξανόμενο αριθμό οικονομικών μονάδων να εκτιμήσει ότι η προσδοκώμενη χρησιμότητα που απορρέει από την ιδιωτική κάλυψη είναι υψηλότερη της αντίστοιχης δημόσιας απέναντι σ' ένα απροσδόκητο ιατρικό γεγονός π.χ. καρδιακή προσβολή. Ο πίνακας που ακολουθεί δείχνει ότι η εξέλιξη της αγοράς αυτής είναι σημαντική.

**Πίνακας 1**  
**Μέσος Ρυθμός Μεταβολής της Συνολικής Παραγωγής Ασφαλειών και Ασφαλιστρών\* (1973-1986)**

Περίοδος	Ασφάλειες	Ασφαλιστρα
1973-1978	19.43	26.53
1979-1982	28.60	18.50
1983-1986	38.50	24.66

\*Το άθροισμα Ζωής - Υγείας - Κεφαλαιοποίησης, σε δισ. δρχ  
 Πηγή: Μόσιαλος 1990, Ιδίοι υπολογισμοί

Ο μέσος ετήσιος ρυθμός παραγωγής ασφαλειών ζωής - υγείας είναι εξαιρετικά σημαντικός για όλη την υπό εξέταση χρονική περίοδο αλλά και για τις επί μέρους περιόδους όπως παρουσιάζεται από τον πίνακα 1. Ανάλογη τάση φαίνεται να επικρατεί και στην παραγωγή ασφαλιστρών. Είναι όμως αξιοσημείωτο πως η ζήτηση ασφαλειών υγείας έχει ιδιαίτερη ανοδική πορεία εκείνη την περίοδο που ιδρύθηκε το ΕΣΥ. Η παρατήρηση αυτή αφενός επαληθεύει την άποψη ότι η αύξηση της ζήτησης ασφαλειών υγείας οφείλεται αφενός στη δυσλειτουργία του ΕΣΥ και αφετέρου βρίσκεται σε αρμονία με επισημάνσεις άλλων συγγραφέων (Μόσιαλος 1991, Λιαρόπουλος 1993) ότι οι προοπτικές εξέλιξης του κλάδου ασφαλειών υγείας είναι εξαιρετικά σημαντικές. Χαρακτηριστικά ο τελευταίος υποδεικνύει ότι ο κλάδος Ζωής παρήγε το 51 % των συνολικών εσόδων της αγοράς ασφαλειών στο έτος 1990.

Μολονότι στην εγχώρια βιβλιογραφία (Μόσιαλος 1991, Λιαρόπουλος 1993) υπάρχει αναφορά στις ευοίωνες προοπτικές της αγοράς όπως ο πρώτος ερευνητής που ισχυρίζεται ότι "η ελληνική παραγωγή έχει τη δυνατότητα να τετραπλασιασθεί (Μόσιαλος 1991, σελ 191) αυτό δεν είναι εντελώς σωστό γιατί υπάρχουν παράμετροι που ελέγχουν την ανάπτυξη της. Η υψηλή εισοδηματική ελαστικότητα του αγαθού "ασφάλεια υγείας", ο πληθωρισμός κόστους στις κύριες εισροές του υπό εξέταση προϊόντος και η μη ικανοποιητική μακροοικονομική κατάσταση (Βήμα 17/7/1994) επενεργούν σαν ανασταλτικοί παράγοντες στη δυναμική της αγοράς. Τα επιχειρήματα αυτά υποστηρίζονται επίσης από την ελληνική και διεθνή βιβλιογραφία. Ειδικότερα, ο Λιαρόπουλος (1993) θεωρεί σαν αγαθό πολυτελείας την ιδιωτική ασφάλεια υγείας και το Βήμα αναφέρει (30/4/1994) πως το ιατρικό και νοσηλευτικό κόστος περίθαλψης στον ιδιωτικό τομέα είναι σημαντικό. Επιπρόσθετα, οι Laing and Buisson (1990) σε μελέτη που έχουν κάμει για το Ηνωμένο Βασίλειο υποδεικνύουν πως το μέσο κόστος παροχής ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας για τον ασφαλισμένο είναι μέχρι και τρεις φορές υψηλότερο του αντίστοιχου κόστους για το Βρετανικό ΕΣΥ.

Ο Μόσιαλος (1991) επίσης έχει υποδείξει πως στοιχεία ολιγοπωλιακής διάρθρωσης χαρακτηρίζουν την αγορά ιδιωτικής ασφαλείας υγείας. Το επιχειρήμα αυτό στηρίζεται στο

γεγονός πως οι δέκα πρώτες εταιρείες κατείχαν το 94% της αγοράς το 1986. Η κατάσταση αυτή δεν είχε μεταβληθεί ιδιαίτερα στο έτος 1990 αφού οι πέντε πρώτες εταιρείες έλεγχαν τα τρία τέταρτα της συνολικής παραγωγής όπως περιγράφεται από τον Λιαρόπουλο (1993). Η παρουσία τέτοιων στοιχείων δεν μπορεί να έχει τα επιθυμητά αποτελέσματα επάνω στην απασχόληση των συντελεστών παραγωγής και την ποσότητα της εκροής. Κάτω από τέτοιες μορφές αγοράς, είναι γνωστό (Varián 1984) πως η τιμή και η ποσότητα του προϊόντος "ασφάλεια υγείας" είναι μεγαλύτερη και μικρότερη των αντίστοιχων παραμέτρων κάτω από συνθήκες ανταγωνισμού. Να το θέσουμε διαφορετικά, η μεγιστοποίηση της κοινωνικής ευημερίας δεν υποστηρίζεται από την ύπαρξη στοιχείων ολιγοπωλιακής υφής στην υπό ανάλυση αγορά.

Παρά τις ποικίλες αδυναμίες στη δομή της αγοράς ο ανταγωνισμός ανάμεσα στους παραγωγούς ασφάλειας υγείας είναι έντονος αφού το ποσοστό των καταναλωτών που έχει προτιμήσει την ιδιωτική ασφάλιση υγείας είναι αρκετά χαμηλό<sup>1</sup>. Για την κατάκτηση ενός μεγαλύτερου μέρους της Ελληνικής αγοράς οι εταιρείες ασφάλισης υγείας έχουν επενδύσει στο σχεδιασμό και ανάπτυξη καινούργιων τέτοιων προϊόντων καθώς και στη δημιουργία νέων δικτύων διανομής των. Αμεση αλλά θετική συνέπεια από τον ανταγωνισμό αυτόν είναι πως το προϊόν "ασφάλεια υγείας" καθίσταται αφενός προσιτό σε νέες πληθυσμιακές ομάδες και αφετέρου αυξάνεται το σύνολο των επιλογών που διαθέτει ο καταναλωτής. Το κύριο χαρακτηριστικό των νέων αυτών προϊόντων μπορεί να βρεθεί στις λεγόμενες κάρτες νοσηλείας. Είναι ακριβώς αυτή η μορφή ασφάλειας υγείας όπου συγκεντρώνεται η τρέχουσα έρευνα αλλά αναφέρονται, όπου είναι απαραίτητο, και κάποιες άλλες ιδιαιτερότητες της υπό εξέταση αγοράς. Με την έννοια αυτή και όπως προκύπτει από την Ελληνική βιβλιογραφία (Βήμα 3/5/1994) τα βασικά γνωρίσματα της κάρτας νοσηλείας είναι τα επόμενα.

1. Τα ασφαλιστρα είναι ευθέως ανάλογα της ηλικίας του πελάτη

2. Απουσία διαχρονικής ευελιξίας του καταναλωτή στην επιλογή του παραγωγού προϊόντων ασφάλισης υγείας γιατί αυξάνεται η προσδοκώμενη παρούσα αξία του διαφυγόντος εισοδήματος αφού το σύνολο των διαθέσιμων επιλογών του είναι αντίστροφα ανάλογο του ιατρικού ιστορικού που διαθέτει

3. Το ποσοστό συμμετοχής στο συνολικό κόστος περιθαλψής συνήθως κυμαίνεται μεταξύ 0-20% ανάλογα με το συγκεκριμένο προϊόν που επιλέγεται

α) Η πιθανοφάνεια αυξημένου ασφαλιστρου είναι άμεσα ανάλογη της καθαρής τιμής (out-of-pocket price) του καταναλωτή. Τα αίτια που οδηγούν στο φαινόμενο αυτό συνδέονται με τον κίνδυνο που αναλαμβάνει η εταιρεία καθώς και με την ορθολογική χρήση των διαθέσιμων πόρων. Ειδικότερα, ο πληθωρισμός των τιμών προσφοράς ιατρικών υπηρεσιών υγείας και νοσηλευτικής περιθαλψής (Βήμα 3/5/1994), ο ρυθμός απόσβεσης του κεφαλαίου υγείας του καταναλωτή και πλέον πιθανόν ο βαθμός και η φύση χρησιμοποίησης των υπηρεσιών αυτών (Claims rates) όπως υποδεικνύεται από την διεθνή εμπειρία (Lainig and Buisson 1990) φαίνεται να συμβάλουν στο υπό εξέταση φαινόμενο.

1. Εκτιμάται ότι το ποσοστό του πληθυσμού που έχει ιδιωτική ασφάλεια υγείας είναι περίπου στο 12% για το έτος 1989 (Λιαρόπουλος 1993).

4. Η τιμή του υπό εξέταση προϊόντος ενδέχεται επίσης να γίνει τελείως αυθαίρετα από την επιχείρηση. Πιθανή συνέπεια τέτοιας πολιτικής είναι πως ο καταναλωτής θα επιδιώξει να διατηρήσει κάποια ποσότητα κάλυψης υγείας μικρότερη όμως από αυτή που πραγματικά θα ήθελε. Όλοι οι άλλοι παράγοντες σταθεροί (*ceteris paribus*), αυτό συμβαίνει γιατί η προσδοκώμενη παρούσα αξία του κόστους ευκαιρίας αύξησης του κεφαλαίου υγείας κατά μία μονάδα είναι υψηλότερη της αντίστοιχης απόδοσης δηλαδή της διατήρησης της αρχικής ζήτησης νέου κεφαλαίου υγείας. Με άλλα λόγια, μια τυπική μονάδα θα αποφασίσει ορθολογικά να δεχθεί κάποια ποσότητα ασφάλισης υγείας έστω και αν αυτή δεν αντανακλά πλήρως τις προτιμήσεις της.

5. Η παρουσία ενός ανωτάτου ορίου υπηρεσιών ξενοδοχειακής μορφής όπου πέρα από το όριο αυτό καλείται η ίδια η μονάδα να χρηματοδοτήσει κάθε επιπρόσθετη δαπάνη αποτελεί σημαντική προσπάθεια για συγκράτηση του σχετικού κόστους. Στην πραγματικότητα με την μέθοδο αυτή, το κόστος υψηλής δαπάνης των εν λόγω υπηρεσιών δεν επιβαρύνει το σύνολο των ασφαλισμένων αλλά τον ίδιο το χρήστη.

6. Η ασφαλιστική κάλυψη είναι εξαιρετικά φειδωλή αναφορικά με τις χειρουργικές επεμβάσεις που δεν απαιτούν νοσηλεία και με το σχετικό ιατρικό επίδομα. Με άλλα λόγια, οι επιχειρήσεις ασφάλειας υγείας δεν ενθαρρύνουν μορφές επένδυσης κεφαλαίου υγείας που πιθανόν παράγονται με χαμηλό εναλλακτικό κόστος ανά μονάδα χρόνου και είναι έντασης κεφαλαίου. Ενδεχόμενα, η πολιτική αυτή να αντανακλά το ότι το προσδοκώμενο οριακό κόστος παραγωγής κάλυψης ενδοοικογενειακής περιθαλψης είναι μικρότερο του κόστους χειρουργικών επεμβάσεων χωρίς νοσηλεία και του σχετικού ιατρικού επιδόματος.

7. Άλλο χαρακτηριστικό των προϊόντων αυτών είναι πως η απευθείας εξόφληση συνήθως προσφέρεται μόνο σε όσους χρησιμοποιήσουν νοσοκομείο συμβεβλημένο με την εταιρεία. Κύριο μειονέκτημα αποτελεί η απουσία κινήτρων στον καταναλωτή να αγοράσει υπηρεσίες υγείας από την πλέον οικονομική επιχείρηση διότι περιορίζεται από τις δυνατότητες της ασφαλιστικής εταιρείας.

Στο τμήμα αυτό αρχικά παρουσιάστηκε πως οι προοπτικές της αγοράς ασφάλειας υγείας είναι θετικές και μετά εφάνει πως η τρέχουσα δομή της υπό εξέταση αγοράς δεν ευνοεί τη μεγιστοποίηση της κοινωνικής ωφελιμότητας (*social welfare*). Τέλος, περιγράφηκαν τα σπουδαιότερα γνωρίσματα των σύγχρονων προϊόντων ασφάλειας υγείας όπως οι κάρτες νοσηλείας. Το τμήμα που ακολουθεί ασχολείται με τη βοήθεια οικονομετρικής ανάλυσης με τους λόγους για τους οποίους ο καταναλωτής θα εκτιμήσει πως η χρησιμότητα που παράγεται από την κατοχή ιδιωτικής κάλυψης υγείας είναι η μεγαλύτερη από κάθε άλλη περίπτωση.

### Ανάλυση και Συζήτηση των Αποτελεσμάτων

Το τμήμα αυτό είναι η καρδιά της μελέτης και πραγματεύεται τους παράγοντες που επηρεάζουν την απόφαση αγοράς του προϊόντος "ασφάλεια υγείας" μιας μέσης οικονομικής μονάδας (άτομο ή οικογένεια) από τον ιδιωτικό τομέα. Η εξέταση αυτή γίνεται εφικτή με τη χρήση οικονομετρικών υποδειγμάτων κατάλληλα σχεδιασμένων (*Qualitative Response*

Models) για την ανάλυση της συμπεριφοράς μικροοικονομικών μονάδων. Η χρησιμοποίηση τέτοιων μοντέλων καθιστά δυνατή την ποιοτική και ποσοτική ταυτοποίηση των παραμέτρων που επιδρούν στην απόφαση του νοικοκυριού (ή του ατόμου) να προτιμήσει το υπό εξέταση προϊόν και έτσι στη δυνατότητα προβλέψεων σε μακροοικονομικό επίπεδο. Ορθολογικότερη κατανομή στη χρήση των υπηρεσιών υγείας θα συμβάλει σε μείωση της κύρτωσης της κατανομής της κατανάλωσης αυτών ανάμεσα στα διάφορα οικονομικά στρώματα της Ελληνικής κοινωνίας και συνεπώς σε βελτίωση της ποιότητας ζωής και αύξηση του Α.Ε.Π. Αρχικά, για πληρέστερη κατανόηση της ανάλυσης επιβάλλεται μια σύντομη εισαγωγή των υποδειγμάτων αυτών. Στη συνέχεια θα εξάγουμε συμπεράσματα με βάση την εξέταση μελετών που έχουν γίνει για άλλες χώρες με παρόμοιο σύστημα υγείας. Αυτό συμβαίνει επειδή δεν υπάρχουν στην Ελλάδα αντίστοιχες ολοκληρωμένες μελέτες σχετικά με την απόφαση αγοράς ιδιωτικής κάλυψης υγείας δια της χρήσης διαστρωματικών δεδομένων (cross section data).

Στο πεδίο της μικροοικονομτρικής ανάλυσης τα φαινόμενα που καλείται να εξετάσει ο ερευνητής πολλές φορές είναι τέτοιας υφής που το πεδίο τιμών της εξαρτημένης εμπειρικής μεταβλητής λαμβάνει διακριτές τιμές (discrete values). Αυτό συμβαίνει γιατί ο στόχος της ανάλυσης είναι η διερεύνηση της συμπεριφοράς που παρατηρείται σε μεμονωμένες οικονομικές μονάδες (άτομο ή νοικοκυριό) και συνήθως αυτή παρουσιάζει πληροφορίες ποιοτικού χαρακτήρα. Με βάση αυτά τα υποδείγματα η μελέτη εστιάζεται στη στατιστική διερεύνηση των παραμέτρων που προσδιορίζουν την πιθανότητα ανάληψης ή μη μιας συγκεκριμένης πράξεως, Τυπική περίπτωση όπου η συμπεριφορά της υπό εξέταση οικονομικής οντότητας εκφράζεται με απόφαση ποιοτικής επιλογής (qualitative choice) και επομένως η εξαρτημένη μεταβλητή καταγράφεται με διακριτές τιμές βλ. λ.χ. διεθνή βιβλιογραφία (Amemiya 1981, Maddala 1983, Greene 1993),<sup>2</sup> είναι η απόφαση της γυναίκας να συμμετάσχει ενεργά στην αγορά εργασίας (labour force participation). Η πιο απλούστερη τάξη στα εν λόγω υποδείγματα παρουσιάζεται όταν η ενδογενής μεταβλητή λαμβάνει διακριτές τιμές, μηδέν ή ένα, (a binary dependent variable ή binary choice model) που συνήθως αντιστοιχούν στην ανάληψη της συγκεκριμένης ενέργειας ή μη από το νοικοκυριό (ή το άτομο).

Μία από τις δυνατότητες εκτίμησης του υποδείγματος αυτού είναι η μέθοδος των ελαχίστων τετραγώνων (linear probability model). Σύμφωνα με την υπάρχουσα βιβλιογραφία ο εκτιμητής αυτός δεν είναι αποτελεσματικός<sup>3</sup> (efficient) και συνεπής (consistent). Επιπρόσθετη αδυναμία είναι ότι η προβλεπόμενη πιθανότητα του υπό εξέταση γεγονότος ενδέχεται να εμπίπτει εκτός της παραδεκτής περιοχής (0,1). Για το λόγο αυτό επιβάλλεται η χρήση μιας καλώς οριζόμενης συνεχούς κατανομής. Στην πράξη η πιο συνηθισμένη μορφή κατανομής που θεωρείται ότι ο διαταρακτικός όρος ακολουθεί είναι η Λογιστική (Logistic) ή η κανονική (Normal) κατανομή. Η μέθοδος της μεγίστης πιθανοφάνειας (Method of Maximum Likelihood) είναι η πιο ενδεδειγμένη για την εκτίμηση των μοντέλων που προκύπτουν (Logit ή Probit) που κατά κανόνα είναι γραμμικά ως προς τις παραμέτρους. Τα

2. Για περισσότερες πληροφορίες ο αναγνώστης μπορεί να αναφερθεί στους παραπάνω συγγραφείς και στις εκεί παραπομπές.  
3. Η ύπαρξη ετεροδοιακεδαικτικότητας συχνά αναφέρεται σαν μια από τις αδυναμίες της κλασικής παλινδρόμησης.

παραγόμενα αποτελέσματα είναι σχεδόν τα ίδια ανεξάρτητα της εξειδίκευσης της κατανομής του τυχαίου όρου.

Όπως προαναφέραμε η απουσία συναφών μελετών για την Ελληνική πραγματικότητα μας κατευθύνει στην ανάλυση ερευνών που έχουν γίνει για άλλες χώρες με ανάλογο σύστημα υγείας. Αφετηρία της ανάλυσης θα αποτελέσουν εργασίες που κύρια έχουν πραγματοποιηθεί (ή βρίσκονται σε εξέλιξη) για την αντίστοιχη αγορά της Μ. Βρετανίας αλλά δεν περιοριζόμαστε μόνον σε αυτήν και συνεπώς γίνεται αναφορά και για άλλες αγορές όπως της Αυστραλίας και Ολλανδίας. Όπως παρουσιάζεται από την Ελληνική (Λιαρόπουλος 1993) και την ξένη βιβλιογραφία (Grant 1985, Laing and Buisson 1990) η αγορά της ιδιωτικής κάλυψης υγείας της Μ. Βρετανίας έχει αναπτυχθεί ιδιαίτερα τα τελευταία χρόνια και χαρακτηρίζεται από ικανοποιητικές προοπτικές εξέλιξης. Κύριο χαρακτηριστικό της αγοράς αυτής είναι πως η οικονομική μονάδα μπορεί να αποκτήσει το υπό εξέταση προϊόν άμεσα (non corporate cover) ή έμμεσα, δηλαδή όταν αυτό προσφέρεται στον εργαζόμενο σαν τμήμα της αμοιβής εργασίας (corporate cover). Σε αδρές γραμμές, η εταιρική μορφή αγοράς της ασφάλειας υγείας έχει θεωρηθεί ότι δεν αποτελεί επιλογή του καταναλωτή δηλαδή ενδογενή μεταβλητή. Κατά συνέπεια ο όγκος της υπάρχουσας έρευνας συγκεντρώνεται στην ανάλυση και ερμηνεία των λόγων που οδηγούν τη μέση οικονομική μονάδα να ζητήσει μη εταιρική ασφάλεια υγείας. Τα παραπάνω παράλληλα με τη διαθεσιμότητα βάσεων δεδομένων μικροοικονομικής υφής (General Household Survey, Family Expenditure Survey) έχουν ωθήσει τους επιστήμονες να διερευνήσουν την αγορά αυτή δια της χρήσης οικονομετρικών υποδειγμάτων ποιοτικής υφής (Qualitative Response ή Discrete Choice Models).

Η εξαρτημένη μεταβλητή λαμβάνει την τιμή ένα εάν η μονάδα ανάλυσης έχει αγοράσει ασφάλεια υγείας και μηδέν διαφορετικά. Το διάνυσμα των ανεξάρτητων μεταβλητών που θεωρούνται ότι επηρεάζουν θετικά την πιθανότητα λήψης της απόφασης για αγορά μη εταιρικής ασφάλειας υγείας αντανακλούν τέτοιους παράγοντες όπως α) οικονομικού χαρακτήρα (εισόδημα από την αγορά εργασίας καθώς και από άλλες πηγές), β) δυνατότητα ανακατανομής του χρόνου στις διάφορες παραγωγικές δραστηριότητες γ) προτιμήσεις απέναντι στον κίνδυνο (risk averse) δ) επένδυση σε ανθρώπινο κεφάλαιο (π.χ. εκπαίδευση) ε) νοσηρότητα των κύριων μελών μιας τυπικής οικονομικής μονάδας καθώς και άλλες κοινωνικοοικονομικές θεωρήσεις. Ο πίνακας 2 απεικονίζει τις εξωγενείς μεταβλητές και πως ορίζονται όπως έχουν χρησιμοποιηθεί από τον Propper (1989) και από τον γράφοντα (υπόδειγμα 1 και 2 αντίστοιχα). Το νοικοκυριό αποτελεί τη μονάδα παρατήρησης και οι εκτιμήσεις έχουν γίνει δια της βοήθειας μεγάλων βάσεων δεδομένων (General Household Survey) για τα έτη 1982 και 1987 αντίστοιχα. Τα αποτελέσματα των εκτιμήσεων από τους παραπάνω ερευνητές παρουσιάζονται στον πίνακα 3 και βρίσκονται σε αρμονία με την άποψη ότι η ιδιωτική ασφάλεια υγείας δεν είναι αρκετά προσιτή στο ευρύ κοινό της Μ. Βρετανίας. Ειδικότερα, τα ευρήματα δείχνουν ότι όσο μεγαλύτερο εισόδημα κερδίζει η οικογένεια και ιδιαίτερα από την αγορά εργασίας τόσο λιγότερο απίθανο είναι να αγνοήσει τα οφέλη της αγοράς ιδιωτικής ασφάλειας υγείας, *ceteris paribus*. Επίσης, η πιθανοφάνεια αγοράς του υπό εξέταση προϊόντος είναι ευθέως ανάλογη του είδους απασχόλησης (αμειβόμενη ή αυτοαπασχόληση) που διαθέτει ο υπεύθυνος της οικογενείας. Βέβαια αυτό

οφείλεται στο ότι οι ίδιοι οι απασχολούμενοι αφενός αντιμετωπίζουν μεγαλύτερη δυσκαμψία στις δυνατότητες ανακατανομής του χρόνου των στις διάφορες παραγωγικές δραστηριότητες και αφετέρου η φύση αυτής της μορφής απασχόλησης εμπεριέχει μεγαλύτερο κίνδυνο (Rees και Shah 1986).

Είναι γενικά παραδεκτό στη βιβλιογραφία των οικονομικών της υγείας (Grossman 1972, Muurinen 1982) πως οι οικονομικές μονάδες που έχουν λάβει υψηλό μορφωτικό επίπεδο είναι επίσης περισσότερο αποτελεσματικές στην παραγωγική διαδικασία προσαύξησης του κεφαλαίου υγείας. Η άποψη αυτή επιβεβαιώνεται από το οικονομετρικό υπόδειγμα που έχει εκτιμηθεί από τον γράφοντα. Πραγματικά, η πιθανοφάνεια άμεσης αγοράς ασφάλειας υγείας από τον καταναλωτή αυξάνει ιδιαίτερα όταν ο υπεύθυνος του νοικοκυριού διαθέτει πανεπιστημιακή μόρφωση, *ceteris paribus*. Να το θέσουμε διαφορετικά: Οικονομικές μονάδες των οποίων ο υπεύθυνος έχει επενδύσει περισσότερο χρόνο σε ανθρώπινο κεφάλαιο, όπως προσεγγίζεται από την κατοχή πανεπιστημιακού τίτλου, είναι πιθανότερο να αξιολογήσουν θετικά τα οφέλη της ιδιωτικής κάλυψης υγείας, *ceteris paribus*. Στο ίδιο υπόδειγμα, φαίνεται πως καταναλωτές των οποίων ο ρυθμός απόσβεσης του κεφαλαίου υγείας δεν είναι ιδιαίτερα υψηλός, δηλαδή οικονομικές μονάδες των οποίων ο υπεύθυνος είναι το πολύ ως 35 ετών, προτιμούν την Εθνική Υπηρεσία Υγείας (NHS) σε σχέση με αυτούς που είναι μεταξύ 36 και 50 ετών. Είναι αξιόλογο ότι αυτό συμβαίνει αν και υπάρχουν διάφορα οικονομικά κίνητρα σε αυτή την ομάδα ηλικίας για την άμεση αγορά του υπό εξέταση προϊόντος. Αντίθετα, άτομα που η φθορά κεφαλαίου δεν είναι χαμηλή, δηλ. νοικοκυριά των οποίων ο υπεύθυνος είναι μεταξύ 51 και 64 χρόνων, έχουν αξιολογήσει πως η παρούσα αξία του οριακού προϊόντος των υπηρεσιών υγείας που παράγεται από τον ιδιωτικό τομέα είναι μεγαλύτερη από την αντίστοιχη αξία του ανάλογου προϊόντος που προσφέρεται από το Βρετανικό ΕΣΥ. Τα αποτελέσματα αυτά είναι απόλυτα λογικά αφού καταναλωτές που έχουν μεγαλύτερη φθορά στο κεφάλαιο υγείας είναι πολύ πιθανότερο να προτιμούν τα προνόμια (ή τα οφέλη) που παρέχονται από τον ιδιωτικό τομέα. Από τον ίδιο πίνακα προκύπτει πως η πιθανότητα ζήτησης αγοράς μη εταιρικής ασφάλειας υγείας είναι ιδιαίτερα αυξημένη όταν το νοικοκυριό διαμένει στο Νότιο Ανατολικό<sup>4</sup> τμήμα της Αγγλίας ή εάν ο υπεύθυνος της οικογενείας είναι επιτελικό στέλεχος σε μεγάλη εταιρεία ή εργοδότης. Στην πραγματικότητα, η θετική αυτή σχέση αντανακλά στοιχεία πλούτου.

4. Το νοτιο ανατολικό τμήμα της Μ. Βρετανίας θεωρείται πως έχει υψηλότερη οικονομική ανάπτυξη από τη λοιπή χώρα

Πίνακας 2α  
Ορισμός των Μεταβλητών

Μεταβλητή	1	0
Υπυγεία	Εάν ο Υπεύθυνος του νοικοκυριού έχει δηλώσει καλή υγεία	Διαφορετικά
Συγεία	Εάν η Σύζυγος έχει δηλώσει καλή υγεία	Διαφορετικά
Χρόνοςος	Εάν ο Υπεύθυνος έχει δηλώσει χρόνια νόσο	Διαφορετικά
Σιατρός	Εάν η Σύζυγος έχει δηλώσει ότι έχει επισκεφθεί GP στις δύο τελευταίες εβδομάδες	Διαφορετικά
Σεξωτνος	Εάν η Σύζυγος έχει επισκεφθεί εξωτερικό τμήμα νοσοκομείου πρόσφατα	Διαφορετικά
Ιδιοαπα	Εάν ο Υπεύθυνος είναι αυτοαπασχολούμενος	Διαφορετικά
Υεργασία	Εάν ο Υπεύθυνος εργάζεται	Διαφορετικά
Σεργασία	Εάν η Σύζυγος εργάζεται	Διαφορετικά
Κοινωτάξη	Εάν ο Υπεύθυνος είναι εργοδότης ή Διευθυντής σε μεγάλη εταιρεία	Διαφορετικά
Περιοχή	Εάν το νοικοκυριό διαμένει στο Νότιο Ανατολικό τμήμα της Μ. Βρετανίας	Διαφορετικά
Σύζυγος	Εάν υπάρχει Σύζυγος στο νοικοκυριό	Διαφορετικά
Υπερρωρία	Εάν ο Υπεύθυνος απασχολείται υπερρωριακά	Διαφορετικά
Συπερρωρία	Εάν η Σύζυγος απασχολείται υπερρωριακά	Διαφορετικά
Υκαπνίζει	Εάν ο Υπεύθυνος καπνίζει	Διαφορετικά
Σκαπνίζει	Εάν η Σύζυγος καπνίζει	Διαφορετικά
Αστική	Εάν η οικογένεια μένει σε πόλη	Διαφορετικά
Υπανεπ	Εάν ο Υπεύθυνος έχει πανεπιστημιακή εκπαίδευση	Διαφορετικά
Νέος	Εάν ο Υπεύθυνος είναι μεταξύ 17 και 35 χρόνων	Διαφορετικά
Γέρος	Εάν ο Υπεύθυνος είναι μεταξύ 51 και 64 χρόνων	Διαφορετικά
Λεργαιισο	Ο λογάριθμος του εισοδήματος της οικογενείας που προέρχεται από την εργασία, ανά έτος και σε λίρες	
Λεργαιισο2	Το τετράγωνο του λογάριθμου του εισοδήματος της οικογενείας που προέρχεται από την εργασία, ανά έτος και σε λίρες	
Λαλεισό	Ο λογάριθμος του εισοδήματος της οικογενείας που προέρχεται από άλλες πηγές, ανά έτος και σε λίρες	
Λαλεισό2	Το τετράγωνο του λογάριθμου του εισοδήματος της οικογενείας που προέρχεται από άλλες πηγές ανά έτος και σε λίρες	

Πίνακας 3  
Εκτίμηση Παλινδρόμησης

	Υπόδειγμα 1 (GHS82)	Υπόδειγμα 2 (GHS87)
Λεργασιο	-1.079* (-2.98)	- .6730 (-2.301)
Λεργασιο2	.204 (3.57)	-.0624 (3.489)
Λαλειο	-0.04 (-0.13)	-.1130 (-1.475)
Λαλειο2	0.115 (1.42)	.0330 (3.964)
Υπυγεια	-0.093 (-.29)	.0809 (.486)
Συγεια	-0.477 (1.55)	-.0172 (-.099)
Χρόνοςος	-0.26 (-0.85)	.2236 (1.442)
Σιατρός	0.388 (0.97)	.2021 (1.015)
Σεξωτνος	-0.668*** (1.68)	-.0224 (-.096)
Κιοσπα	1.688* (2.60)	.5722 (1.55)
Υεργασια	0.668** (2.05)	.280 (1.55)
Σεργασια	-0.23 (-0.68)	.759* (4.46)
Κοινωταξη	0.36 (1.21)	.787* (4.18)
Περιοχη	0.308 (1.14)	.2883** (2.026)
Σύζυγος	0.218 (0.46)	.0903 (.36)
Υπερωρια	0.352 (0.97)	
Συπερωρια	-0.935 (-2.58)	
Υκαπνιζει	-0.244 (-0.92)	
Σκαπνιζει	-0.439 (-1.42)	
Αστικη	-0.409 (-1.415)	
Υπανεπ		1.267 (8.28)
Νεος		-.528* (-2.775)
Γερος		.272*** (1.70)
Σταθερα	-3.90	-3.974 (-2.938)
Στατιστικες	Log(L)=-243.46, $\rho^2=0.12$ , N=1026	Log(L)=-839.94, $\rho^2= .1655$ , N=5230

Η ως τώρα ανάλυση υποδεικνύει πως η εισοδηματική ικανότητα της μονάδας να πληρώσει το ανάλογο κόστος, οι προτιμήσεις που έχει το νοικοκυριό ως προς τον κίνδυνο μιας ασθένειας (risk averse), η αξία του εναλλακτικού κόστους που εμπεριέχεται στη χρήση του Βρετανικού ΕΣΥ, η επένδυση σε ανθρώπινο κεφάλαιο και τέλος το μέγεθος της απώλειας της ωφελιμότητας που απορρέει από την παρουσία ρυθμού απόσβεσης του κεφαλαίου υγείας ανώτερο από τον αντίστοιχο μέσο μιας τυπικής οικογενείας φαίνεται να ευνοούν τη ζήτηση για αγορά ασφάλειας υγείας στο Ηνωμένο Βασίλειο. Αξίζει να αναφερθεί πως μια άλλη εκτίμηση από Propper και Eastwood (1989) για το έτος 1987 αλλά με όχι ιδιαίτερα μεγάλη βάση δεδομένων επίσης επιβεβαιώνει τα προαναφερθέντα αποτελέσματα. Μολονότι τα παραπάνω μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την εξαγωγή κάποιων προκαταρκτικών συμπερασμάτων για την Ελληνική αγορά παραταύτα προτιμούμε να περιγράψουμε εν συντομία την υπάρχουσα εμπειρία από μικτά συστήματα υγείας.

Τα παραθέντα αποτελέσματα για τη Βρετανική αγορά επίσης επιβεβαιώνονται από δύο άλλες μελέτες. Ειδικότερα, οι Cameron et al. (1988) χρησιμοποιούν με τη βοήθεια βάσης δεδομένων μικροοικονομικού τύπου (Australian Health Survey, 1977-78) οικονομετρικά υποδείγματα ποιοτικής κηφής για να εξετάσουν τη ζήτηση για ασφάλεια υγείας καθώς και την παραγόμενη κατανάλωση των αντιστοίχων υπηρεσιών στην Αυστραλία. Επίσης, οι Wynand et al. (1981) με μια ενδιαφέρουσα οικονομετρική μεθοδολογία (Sample Selection) αναλύουν, με τη χρήση τυχαίου δείγματος μεγάλης Ολλανδικής μη κερδοσκοπικής εταιρείας κάλυψης υγείας μεγέθους 8.000 καταναλωτών, τους λόγους που επηρεάζουν θετικά τη ζήτηση ασφάλειας υγείας με απαλλαγή (Deductible) σε σύγκριση με αντίστοιχο προϊόν με μειωμένο ασφάλιστρο (Reduced Premium). Το συμπέρασμα που προκύπτει από την έρευνα και στις δύο αυτές χώρες (Αυστραλία, Ολλανδία) είναι πως το εισόδημα, το υψηλό μορφωτικό επίπεδο (συνήθως πανεπιστημιακό) και η κατάσταση της υγείας του ατόμου αποτελούν σημαντικά κίνητρα για την προτίμηση της ιδιωτικής ασφάλειας υγείας.

Η μέχρι τώρα ανάλυση έχει δείξει ότι το επίπεδο του εισοδήματος, ο ρυθμός απόσβεσης του κεφαλαίου υγείας, οι δυνατότητες υποκατάστασης χρονικών μονάδων ανάμεσα στις ποικίλες παραγωγικές δραστηριότητες, η επένδυση σε ανθρώπινο κεφάλαιο (π.χ., εκπαίδευση), οι προτιμήσεις που έχει το νοικοκυριό ως προς τον κίνδυνο μιας ασθένειας (risk averse) και ο προσδοκώμενος βαθμός κατανάλωσης υπηρεσιών υγείας καθορίζουν τους κύριους συντελεστές που ωθούν μια συνθήκη οικονομική μονάδα (άτομο ή οικογένεια) να επιλέξει την ιδιωτική ασφάλεια υγείας. Μολονότι, μελέτες ανάλογου χαρακτήρα αποσιιάζουν για την Ελληνική αγορά, μολοταύτα, κάποια ενδεικτικά και περιορισμένου φάσματος συμπεράσματα μόνον μπορεί να εξαχθούν από την υπάρχουσα βιβλιογραφία. Ο Λιαρόπουλος (σελ. 92-93, 1993) αναφέρει πως ένα συμβόλαιο υγείας κοστίζει από 209.500 δραχ. μέχρι 297.000 δραχ. το έτος. Επίσης ο ίδιος υποδεικνύει πως το ακαθάριστο εισόδημα το ατόμου με ιδιωτική κάλυψη υγείας είναι εξαιρετικά υψηλότερο του αντίστοιχου εισοδήματος ενός εργαζομένου με μέσο ημερομίσθιο και δημόσια ασφάλιση στο ΙΚΑ. Είναι γενικά παραδεκτό από τα οικονομικά της εργασίας (Labour Economics, π.χ., Killingsworth 1983) πως το οριακό προϊόν της εργασίας (Marginal Labour Product) και έτσι ο μισθός είναι ευθέως ανάλογο της επένδυσης σε ανθρώπινο κεφάλαιο. Είναι εξίσου γνωστόν πως η αξία της απώλειας χρονικών μονάδων (time cost) και συνεπώς ωφελιμότητας είναι τόσο

υψηλότερη όσο μεγαλύτερη είναι και η εκπαίδευση της οικονομικής μονάδας. Να το θέσουμε διαφορετικά: Είναι εξαιρετικά πιθανόν πως η ζήτηση κάλυψης υγείας να αποτελεί τη συντεταγμένη τόσο οικονομικών όσο και μη παραγόντων όπως π.χ., διαφορές στην επένδυση σε ανθρώπινο κεφάλαιο καθώς και στις ευκαιρίες υποκατάστασης του διαθέσιμου χρόνου ανάμεσα στις διάφορες χρήσεις του. Βέβαια, τα συμπεράσματα αυτά έχουν περιορισμένο χαρακτήρα αλλά είναι δυνατόν η συλλογή στοιχείων μικροοικονομικής χροιάς μαζί με τη χρησιμοποίηση μοντέλων που το πεδίο τιμών της ενδογενούς μεταβλητής έχει περιορισμένο χαρακτήρα (Limited Dependent ή Qualitative Choice models) να διαφωτίσουν αυτόν τον ελάχιστο ερευνηθέντα αλλά τόσο σημαντικό χώρο της Ελληνικής πραγματικότητας.

### Οι Επιπτώσεις του Φαινομένου "Cream Skimming" στη Ζήτηση Ιδιωτικής Ασφάλειας Υγείας στην Ελλάδα

Το τμήμα αυτό συγκεντρώνει την προσοχή του στους κινδύνους που ενδέχεται να προκύψουν από την ανάπτυξη της αγοράς ασφάλειας υγείας και με την έννοια αυτή γίνεται αναφορά στην τρέχουσα κατάσταση πραγμάτων. Σε αυτό το πλαίσιο ανάλυσης, εξετάζεται εάν το προϊόν "ιδιωτική ασφάλεια υγείας" συμπεριλαμβάνεται στο σύνολο των δυνατών επιλογών του καταναλωτή ανεξάρτητα από το ρυθμό απόσβεσης του κεφαλαίου υγείας του. Με άλλα λόγια, διερευνάται το πρόβλημα που τεχνικά είναι γνωστό ως η επιλογή των καταναλωτών με κριτήριο την προσδοκόμενη χρήση υπηρεσιών υγείας (cream skimming).

Σύμφωνα με το φαινόμενο αυτό οι ιδιώτες παραγωγοί του υπό εξέταση προϊόντος (Newhouse 1982, Pauly 1984), στην προσπάθειά τους να ελαχιστοποιήσουν το προσδοκόμενο κόστος θα ακολουθήσουν κάθε αναγκαία διαδικασία δια της οποίας επιλέγονται εκείνοι οι καταναλωτές των οποίων η αναμενόμενη ποσότητα των υπηρεσιών υγείας που θα λάβουν θα είναι μικρότερη από την αντίστοιχη μέση. Κύρια συστατικά της διαδικασίας αυτής είναι ο προσδιορισμός του συγκεκριμένου για το άτομο προβλεπόμενο τμήμα του κινδύνου και μετά προσπάθειες για την αποθάρρυνση ή και εξαίρεση της αγοράς του υπό εξέταση προϊόντος από οικονομικές μονάδες που η πιθανότητα ασθένειας είναι υψηλότερη από την αντίστοιχη μέση. Το επόμενο απλό παράδειγμα παρουσιάζει με σαφήνεια τα παραπάνω. Ας υποθέσουμε ότι υπάρχουν δύο ομάδες καταναλωτών, α και υ. Η πρώτη ομάδα των καταναλωτών έχει υψηλότερη πιθανότητα ασθένειας από ό,τι η δεύτερη ομάδα, δηλ.  $p_a > p_u$ . Οι καταναλωτές τύπου-α γνωρίζουν το γεγονός αυτό και οι παραγωγοί προϊόντων ασφάλειας υγείας μπορούν να ταυτοποιήσουν τα άτομα αυτά. Επίσης αν δεχτούμε ότι η θεραπεία των ατόμων αυτών απαιτεί  $q$  μονάδες ιατρικής φροντίδας τότε το συνολικό κόστος θα είναι  $q p_a$ , όπου  $p$  η μέση τιμή του προϊόντος. Σύμφωνα με τα παραπάνω, το μέσο ετήσιο προσδοκόμενο κόστος του υπό εξέταση προϊόντος όταν παρέχει  $q$  μονάδες φροντίδας σε περίπτωση ασθένειας είναι,

$$AC = \frac{(\pi_a N_a + \pi_u N_u) p a}{(N_a + N_u)}$$

και  $N_a$ ,  $N_u$  αντιπροσωπεύουν την πρώτη και δεύτερη κατηγορία καταναλωτών αντίστοιχα. Είναι γνωστόν πως κάτω από συνθήκες ανταγωνισμού η μέση πρόσοδος ανά καταναλωτή θα ισούται με το αντίστοιχο κόστος. Παραταύτα, το κύριο στοιχείο του υπό

ανάλυση φαινομένου συγκεντρώνεται στην ελαχιστοποίηση της παραμέτρου  $\frac{q}{N_a + N_u}$

δηλ. της μέσης παροχής μονάδων φροντίδας υγείας. Δοθέντος πως η πιθανότητα ασθένειας διαφοροποιείται ανάμεσα στους καταναλωτές τότε ο στόχος αυτός επιτυγχάνεται δια της ελαχιστοποίησης του αριθμού των ατόμων που θεωρούνται ότι έχουν σχετικά υψηλή πιθανότητα να ασθενήσουν. Με άλλα λόγια, η ελαχιστοποίηση του μέσου ετήσιου αναμενόμενου κόστους του προϊόντος "ασφάλεια υγείας" επιτυγχάνεται με την ενθάρρυνση της αγοράς του από οικονομικές μονάδες που είναι υγιέστερες. Όμως η εν λόγω συμπεριφορά από τους παραγωγούς οδηγεί στο ότι οικονομικές μονάδες των οποίων ο ρυθμός απόσβεσης στο κεφάλαιο υγείας των είναι σχετικά υψηλός περιορίζονται να εκφράσουν τη ζήτησή των για νέο κεφάλαιο υγείας μόνον στο Δημόσιο τομέα. Να το θέσουμε διαφορετικά, άτομα που έχουν υψηλή ανάγκη των υπηρεσιών υγείας θα πρέπει να τις λάβουν πλέον πιθανόν από το Δημόσιο τομέα. Τα προηγούμενα έμμεσα αλλά σαφέστατα υποδεικνύουν ότι αφενός δεν μειώνεται η διακύμανση της κατανομής της κατανάλωσης των υπηρεσιών υγείας στον πληθυσμό και αφετέρου η απασχόληση των παραγωγικών πόρων δεν είναι η αρίστη.

Η ως τώρα συζήτηση έχει εξετάσει τη θεωρητική ανάλυση του φαινομένου αυτού (cream skimming). Το επόμενο βήμα είναι η εξέταση του υπό ανάλυση φαινομένου στο ειδικό πεδίο της Ελληνικής αγοράς. Η έλλειψη ικανοποιητικής εγχώριας βιβλιογραφίας, με ίσως κάποια εξαίρεση τη μελέτη του Λιαρόπουλου (1993) όπου και στηριζόμαστε, έχει σαν αποτέλεσμα τα εξαγόμενα συμπεράσματα να έχουν προκαταρκτικό και μόνον χαρακτήρα. Σύμφωνα με την προαναφερθείσα πηγή, οικονομικές μονάδες η ηλικία των οποίων είναι πάνω από 65 ετών δεν έχουν το δικαίωμα να αγοράσουν ασφάλεια υγείας ακόμη και αν δεν υφίσταται θέμα εισοδηματικού περιορισμού (Budget Constraint). Όμως το γεγονός αυτό δεν προσδιορίζει αναγκαστικά πως κάθε άλλη μονάδα κάτω των 65 ετών έχει το δικαίωμα της επιλογής σε όλο το φάσμα του υπό εξέταση προϊόντος. Ετσι κατά τον ίδιο ερευνητή (πίνακας 7.1, σελ. 92, Λιαρόπουλος 1993) προκύπτει πως η αναμενόμενη χρήση των υπηρεσιών υγείας προσεγγιζόμενη από την ηλικία του καταναλωτή φαίνεται να συνιστά βασικό παράγοντα στο αν δικαιούται να λάβει κάθε προϊόν ασφάλεια υγείας.

Από τα προηγούμενα διαφαίνεται καθαρά πως τα οφέλη της ασφάλειας υγείας από τον ιδιωτικό τομέα είναι διαθέσιμα μόνον σε όσους ανήκουν στην ενεργό εργατική δύναμη και επίσης είναι υγιείς. Το επιχείρημα αυτό επίσης υποστηρίζεται έμμεσα αλλά σαφέστατα από την υπάρχουσα εγχώρια αλλά πτωχή βιβλιογραφία. Συγκεκριμένα, ο Λιαρόπουλος (1993) έχει δείξει στη μελέτη του πως η κατανομή των ασφαλισμένων κατά κύριο λόγο αποτελείται από άτομα νεαρής ηλικίας. Αυτή η πολιτική στο χώρο της υγείας είναι βέβαιο

πως δεν συμβάλλει στη βελτίωση της συμμετοχής του Ελληνικού πληθυσμού στην κατανομή της κατανάλωσης των υπηρεσιών υγείας. Αυτό συμβαίνει γιατί αν και ο βαθμός χρήσης των υπηρεσιών υγείας είναι υψηλότερος για τα άτομα της τρίτης και τέταρτης ηλικίας καθώς και για όσους άλλους έχουν σοβαρά προβλήματα υγείας (π.χ., οι χρόνια άρρωστοι και οι ανάπηροι) από τον αντίστοιχο βαθμό όσων είναι νεώτεροι και εύρωστοι, παραταύτα, η αγορά του υπό εξέταση προϊόντος καθίσταται εξαιρετικά δύσκολη μέχρι και απαγορευτική για την πρώτη κατηγορία των καταναλωτών. Με άλλα λόγια, εκείνο το υποσύνολο των οικονομικών μονάδων που κατά κύριο λόγο έχει αυξημένη ζήτηση για επένδυση σε κεφάλαιο υγείας είναι ακριβώς αυτή η ομάδα των ατόμων για την οποία το προϊόν "ιδιωτική ασφάλεια υγείας" δεν μπορεί, έμμεσα ή άμεσα, να ανήκει στο σύνολο των δυνατών επιλογών (choice set). Από τα προηγούμενα συνεπάγεται πως κάτω από τις παρούσες συνθήκες λειτουργίας της υπό εξέταση αγοράς η απασχόληση των παραγωγικών πόρων δεν είναι η πλέον αποτελεσματική και ακόμη δεν βελτιώνεται η κατανομή της χρήσης των υπηρεσιών υγείας στους Έλληνες πολίτες και συνεπώς το επίπεδο της υγείας και ευημερίας τους. Βέβαια, τα προαναφερθέντα συμπεράσματα έχουν προκαταρκτικό χαρακτήρα και η ανάληψη έρευνας με την παράλληλη χρήση βάσης δεδομένων μικροοικονομικής υφής σε πανελλαδική κλίμακα θα δώσει περισσότερο φως σε αυτόν τον τόσο ζωτικό χώρο της κοινωνικής ζωής.

### Συμπεράσματα - Προτάσεις

Η παρούσα έρευνα εξέτασε την αγορά ιδιωτικής ασφάλειας υγείας στην Ελλάδα. Ετσι, στο πρώτο τμήμα έγινε ανάλυση στις δυνατότητες ανάπτυξης της αγοράς αυτής και περιγράφηκαν τα κύρια χαρακτηριστικά των σύγχρονων προϊόντων ασφάλειας υγείας. Στο επόμενο τμήμα, διερευνήθηκαν οι πλέον σημαντικοί παράγοντες που ωθούν την οικονομική μονάδα (άτομο ή νοικοκυριό) στην αγορά του υπο εξέταση προϊόντος από τον ιδιώτη παραγωγό. Η ανάλυση αυτή έγινε εφικτή με τη βοήθεια της διεθνούς εμπειρίας και με τη χρήση σύγχρονης οικονομετρικής μεθοδολογίας (Qualitative Response models). Το τελευταίο τμήμα αναφέρθηκε στο πρόβλημα που τεχνικά είναι γνωστό ως η επιλογή των καταναλωτών με κριτήριο την προσδοκόμενη χρήση υπηρεσιών υγείας (cream skinning). Μολονότι είναι ενωρίς για την εξαγωγή συγκεκριμένων πορισμάτων αφού απουσιάζουν ολοκληρωμένες μελέτες στο χώρο αυτό, παραταύτα, τα σπουδαιότερα ευρήματα της μελέτης αυτής αν και από τη φύση τους προκαταρκτικά έχουν ιδιαίτερη αξία και θα μπορούσαν να συνοψισθούν ως εξής.

1. Οι προοπτικές εξέλιξης της αγοράς ιδιωτικής κάλυψης υγείας είναι θετικές αλλά όχι στο βαθμό και την ένταση που έτεροι ερευνητές έχουν αναφέρει. Οι παράγοντες που φαίνεται να αναστέλουν τη δυναμική της αγοράς αυτής είναι τόσο μακρό όσο και μικροοικονομικής υφής.

2. Οι σημαντικότεροι συντελεστές, όπως δείχνεται από τη διεθνή εμπειρία, που προσδιορίζουν τη λήψη απόφασης μιας τυπικής οικονομικής μονάδας να αγοράσει το προϊόν αυτό έχουν οικονομική και μη χροιά. Ειδικότερα, το εισόδημα, η επένδυση σε

ανθρώπινο κεφάλαιο, ο ρυθμός απόσβεσης του κεφαλαίου υγείας και το κόστος ευκαιρίας του χρόνου είναι ορισμένοι από τους λόγους για τους οποίους η προεξοφλημένη αξία της ωφελιμότητας που παράγεται από την ιδιωτική κάλυψη υγείας είναι μεγαλύτερη από κάθε άλλη περίπτωση.

3. Οι υπάρχουσες ενδείξεις στην αγορά ιδιωτικής κάλυψης υγείας υποδεικνύουν πως ο βαθμός φθοράς του κεφαλαίου υγείας συντελεί στο ότι το υπό εξέταση προϊόν ενδέχεται να μην βρίσκεται εντός του συνόλου των δυνατών επιλογών (choice set) του καταναλωτή.

Η ανάπτυξη της υγείας των Ελλήνων πολιτών είναι εφικτή μόνον όταν η επιστημονική γνώση εφαρμοσθεί σωστά. Στην προκειμένη περίπτωση, η διεξαγωγή ειδικών μελετών που θα στηρίζονται σε μικροοικονομική ανάλυση θεωρείται επιβεβλημένη έτσι ώστε τα προκύπτοντα πορίσματα να έχουν τη δυνατότητα ουσιαστικής συμβολής στην αύξηση της κοινωνικής ευημερίας (social welfare).

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Κρουστάλλη Δ., "Πώς θα επιλέξετε σωστή κάρτα νοσηλείας", σελ. 47, Βήμα 30/4/1994.
- Κυριόπουλος Ι., "Η αγορά υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα: 1960-90" Εισήγηση στο συνέδριο "Διαστάσεις της κοινωνικής πολιτικής σήμερα", Ίδρυμα Σάκη Καράγιωργα, Πάντειο Πανεπιστήμιο, 27-29 Νοεμβρίου 1991.
- Λιαρόπουλος Λ., "Η Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας, Ο Ρόλος της, Προβλήματα και Προοπτική στην Ελλάδα" Εκδόσεις Financial Forum, Αθήνα 1993.
- Μόσιαλος Η., "Η κατανάλωση υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα" Εκδόσεις Ανοιξη, Αθήνα 1990.
- Χαροντάκης Δ., "Σε ύφεση η ελληνική ασφαλιστική αγορά", σελ. 10, Βήμα 17/7/1994.
- Amemiya, T., "Qualitative Response Models: A survey" *Journal of Economic Literature*, XIX 1483-1536, 1981.
- Cameron, A., C., P., Trivedi, F., Milne, and J., Piggot, "A Microeconomic Model of the Demand for Health Care and Health Insurance in Australia", *Review of Economic Studies*, LV, 85-106, 1988.
- Greene W., *Econometric Analysis*, 2nd Edition, Macmillan Publishing Company, 1993.
- Grant C., "Private Health Care in the UK: A review" *Economist Intelligence Unit Special Report No 207*, 1985.
- Grossman, M., "The demand for health: A theoretical and empirical investigation", NBER, New York, 1972.
- Laing and Buisson, *Private Healthcare and the Future of the Private Healthcare in the UK*, London 1990.
- Maddala, G., *Limited Dependent Variables and Qualitative Variables in Econometrics*. New York: Cambridge, University Press, 1983.
- Newhouse J., "Is Competition the Answer?" *Journal of Health Economics*, 1, 109-116, 1982.

- Rees, H., and A., Shah, "*An empirical analysis of self employment in the UK.*" *Journal of Applied Econometrics*, 1, 95-108, 1986.
- Papanikolaou P., "*A study of non corporate medical insurance problem using cross section data*" Ph.D. Thesis (in progress), Department of Economics, University of Bristol, 1994.
- Pauly M., "*Is Cream-Skimming a Problem for the competitive Medical Market?*" *Journal of Health Economics*, pages 87-95, 3, 1984.
- Propper, C., "*Constrained choice sets in the UK. demand for private medical insurance*", *Journal of Public Economics*, 51, 287-307, 1993.
- Propper, C., and A., Eastwood, "*The reasons for non-corporate private health purchase in the UK.: the results of a new survey and an econometric analysis of the determinants of purchase*", University of York, Centre of Health Economics, Discussion Paper 52, 1989.
- Wynand P.M.M., Van de Ven and B.M.S., van Praag, "*The demand for deductibles in Private health insurance*", *Journal of Econometrics*, 17, 229-252, 1981.