

# ΕΙΝΑΙ ΑΝΑΓΚΑΙΑ Η ΔΗΜΟΣΙΑ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΚΑΙ ΔΗΜΟΣΙΑ ΠΑΡΑΓΩΓΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ;

Δημήτρης Νιάκας, Δρ. Οικονομικών Επιστημών, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας

## Υγεία και Υπηρεσίες Υγείας. Μια Αναγκαία Διάκριση

Είναι αρκετά δύσκολο και επιστημονικά παρακινδυνευμένο να επιχειρήσουμε να δώσουμε μια σφαιρική απάντηση στον προκλητικό τίτλο του παρόντος άρθρου, το οποίο έχει ως σκοπό να διερευνήσει ορισμένα ζητήματα του υγειονομικού τομέα σε μια προσπάθεια ανάπτυξης του επιστημονικού διαλόγου και έκθεσης μιας προβληματικής που δεν ακούγεται ευχάριστα σε αρκετούς στη χώρα μας. Έτσι θα προσπαθήσουμε να θέσουμε κυρίως ορισμένα ερωτηματικά και να αναπτύξουμε μια επιχειρηματολογία με σκοπό να προβληματίσουμε και όχι να απαντήσουμε στο παραπάνω ερώτημα. Και αυτό γιατί η προηγούμενη δεκαετία, η τρέχουσα και ίσως οι επόμενες υπό το βάρος των οικονομικών προβλημάτων, της περιοριστικής πολιτικής και των υψηλών ελλειμμάτων ίσως οδηγήσουν σε μια αλλαγή προτεραιοτήτων στις υπηρεσίες υγείας και σε περικοπές στις δαπάνες της κοινωνικής προστασίας και υγείας με ένα αυθαίρετο και αντιεπιστημονικό τρόπο που θα επιβαρύνει τους οικονομικά αδύνατους και θα αναπαράγει την άνιση διανομή των φροντίδων υγείας που σε ένα μεγάλο βαθμό υπάρχει στη χώρα μας (Κυριόπουλος, 1993; Νιάκας, 1993).

Για να επιχειρήσουμε την ανάπτυξη των επιχειρημάτων μας είναι αναγκαίο να παραθέσουμε ορισμένες βασικές έννοιες και αντιλήψεις σχετικά με την υγεία και τις υπηρεσίες υγείας και να διακρίνουμε σε ένα βαθμό τις δύο έννοιες. Αρκετές φορές οι δύο έννοιες (υγεία και υπηρεσίες υγείας) ταυτίζονται με αποτέλεσμα να υπάρχει μια ευαισθητοποίηση του πληθυσμού και να γίνονται αντιδημοφιλείς όσοι επιχειρούν να θέσουν το πρόβλημα της αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας στον υγειονομικό τομέα.

Έτσι πρέπει να επισημανθεί εκ των προτέρων ότι η έννοια της υγείας είναι μια συνολικότερη έννοια και περιλαμβάνει αυτό που ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας πολύ εύστοχα πριν από μια πεντηκονταετία διακήρυξε, " ως όχι μόνο η απουσία νόσου και αναπηρίας, αλλά μια πλήρης κατάσταση σωματικής, πνευματικής και κοινωνικής ευεξίας". Με άλλα λόγια, η υγεία και η παραγωγή τελικά του υγειονομικού αποτελέσματος στο συνολικό πληθυσμό προσδιορίζεται και καθορίζεται όχι μόνο από τις υπηρεσίες υγείας, αλλά από μια σειρά κοινωνικών, οικονομικών, περιβαλλοντικών και άλλων παραγόντων. Η συνεισφορά όλων των παραπάνω παραγόντων έχει διαπιστωθεί και τεκμηριωθεί από μια σειρά ερευνών, πράγμα που είναι κοινή παραδοχή της διεθνούς επιστημονικής κοινότητας. Υπό την έννοια αυτή η παραγωγή της υγείας στο σύνολο του πληθυσμού είναι συνάρτηση όλων αυτών των παραγόντων, ένας από τους οποίους είναι η παραγωγή και διανομή των φροντίδων υγείας.

## Ελεύθερη Πρόσβαση στις Υπηρεσίες Υγείας ή Ελάχιστο Εισόδημα;

Γεννώνται έτσι τα ερωτήματα. Αν τελικά η υγειονομική κατάσταση ενός πληθυσμού και η καλή του υγεία επηρεάζεται από παράγοντες ατομικούς, κοινωνικούς και οικονομικούς (διατροφή, στέγαση, εκπαίδευση, εισόδημα κλπ.) και φυσικά από το επίπεδο των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας γιατί οι τελευταίες είναι αυτές οι οποίες κινούνται στη σφαίρα της δημόσιας χρηματοδότησης ή/και δημόσιας παραγωγής; Γιατί θα πρέπει να εξασφαλισθεί η πρόσβαση του πληθυσμού στις υγειονομικές υπηρεσίες και δεν θα πρέπει να εξασφαλισθούν κατά προτεραιότητα τα άλλα αγαθά (διατροφή, στέγη, εκπαίδευση, εισόδημα); Τι τελικά προσφέρουν οι ελεύθερα προσβάσιμες υπηρεσίες υγείας στο υγειονομικό αποτέλεσμα ενός πληθυσμού που στερείται εισοδήματος για την απαραίτητη διατροφή, ένδυση και στέγη;

Επομένως, αν μια κοινωνία ενδιαφέρεται πρωτίστως για την παραγωγή της υγείας σε όλα τα στρώματα του πληθυσμού, πρέπει και επιβάλλεται να εξασφαλίσει ένα ελάχιστο εισόδημα σε όλα τα μέλη της. Στο βαθμό που μια κοινωνία εξασφαλίζει ένα αποδεκτό όριο διαβίωσης σε όλα τα άτομα, τότε μπορούμε να δεχθούμε ότι πράγματι φροντίζει και ενδιαφέρεται πρωτίστως για την υγεία του πληθυσμού. Αντίθετα, αν δεν εξασφαλίζεται σε όλους το αποδεκτό επίπεδο διαβίωσης και παρέχονται απλά δωρεάν στο σημείο της χρήσης υπηρεσίες υγείας, τότε δεν μπορούμε να ισχυριστούμε ότι η κοινωνία ενδιαφέρεται πρωτίστως για την υγεία του συνόλου, αλλά μόνο για εκείνους οι οποίοι έχουν εξασφαλίσει ένα απαραίτητο επίπεδο διαβίωσης.

Στην περίπτωση αυτή θα μπορούσαμε να διακρίνουμε μια σειρά από λόγους, οι οποίοι ωθούν τις κοινωνίες στην ελεύθερη και χωρίς επιβάρυνση χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας. Μεταξύ αυτών μπορεί να βρίσκονται λόγοι κοινωνικής συνοχής, παραγωγικότητας, χρησιμότητας που αντλείται από την φιλανθρωπία, πίεσης που ασκούν τα επαγγέλματα υγείας και το ιατροτεχνολογικό σύμπλεγμα γενικότερα, το οποίο επιθυμεί την αύξηση της κατανάλωσης των υπηρεσιών υγείας μέσω της οποίας αντλεί τα εισοδήματά του. Έτσι η κοινωνία αντί να ενδιαφερθεί για την παραγωγή της υγείας, οριοθετεί έναν παράγοντα τις υπηρεσίες υγείας, ο οποίος συμβάλλει στην υγεία, και τον ανάγει ως τον κατ' εξοχήν αρμόδιο και υπεύθυνο για την υγεία του κοινωνικού συνόλου. Με τον τρόπο αυτό συσκοτίζει την έννοια της παραγωγής της υγείας και υπό την έννοια αυτή απεμπολεί η κοινωνία τις ευθύνες της από την εξασφάλιση του αποδεκτού ορίου διαβίωσης, το οποίο είναι απαραίτητο για την καλή υγεία του πληθυσμού.

Με βάση την παραπάνω προβληματική προκύπτει το συμπέρασμα, ότι οι κοινωνίες που αντιμετωπίζουν την παροχή των υπηρεσιών υγείας υπό το καθεστώς της ελεύθερης και δωρεάν διανομής σε όλο τον πληθυσμό, αλλά δεν ενδιαφέρονται για την ύπαρξη ενός ελαχίστου εισοδήματος στον πληθυσμό φαίνεται να αγνοούν συστηματικά ότι δεν προωθούν την υγεία των οικονομικά αδυνάτων κοινωνικών στρωμάτων. Εξαντλούν τις προσπάθειές τους στην παροχή των υπηρεσιών υγείας και εκτιμούν ότι η κοινωνική αλληλεγγύη περιλαμβάνει ελεύθερη και δωρεάν πρόσβαση σε διαθέσιμες υπηρεσίες υγείας σε όλα τα στρώματα, τα οποία έχουν την άνεση να τις χρησιμοποιήσουν όποτε και αν τις χρειασθούν.

Το παραπάνω συμπέρασμα φέρνει στην επικαιρότητα της πολιτικής δράσης και επέμβασης τα εξής καθοριστικά ζητήματα. Πρώτον, το ενδιαφέρον για την παραγωγή της υγείας σε όλο τον πληθυσμό συνδέεται και εμπλέκεται με την εξασφάλιση και άλλων παραγόντων, οι οποίοι συμβάλλουν και πολλές φορές καθορίζουν το υγειονομικό αποτέλεσμα. Επομένως μια πολιτική δημόσιας υγείας προϋποθέτει όχι μόνο την ελεύθερη χρήση των υγειονομικών υπηρεσιών, αλλά την εξασφάλιση ενός αποδεκτού επιπέδου διαβίωσης μέσω της ύπαρξης ενός ελαχίστου εισοδήματος σε όλους. Το δεύτερο ζήτημα, αν υποθεθεί ότι η κοινωνία εξασφαλίζει ένα ελάχιστο εισόδημα σε όλους, είναι με ποιό τρόπο εξασφαλίζεται η χρησιμοποίηση των υγειονομικών υπηρεσιών σε όλες τις κοινωνικές ομάδες ώστε να βελτιώνεται η υγεία τους; Αρα στα πλαίσια μιας πολιτικής δημόσιας υγείας, η οποία αντιμετωπίζει το ζήτημα του ελάχιστου εισοδήματος διαβίωσης, το ερώτημα που θα πρέπει να απασχολήσει τον υγειονομικό τομέα είναι: Ποιές υγειονομικές υπηρεσίες θα παραχθούν, πώς θα χρηματοδοτηθούν και τελικά με ποιόν τρόπο θα διανεμηθούν στον πληθυσμό, ώστε να βελτιωθεί η παραγωγή της υγείας του.

### **Το Οικονομικό Περιβάλλον και η Δράση του Υγειονομικού Τομέα**

Τα ερωτήματα αυτά, τα οποία απασχολούν έντονα την επιστημονική κοινότητα ειδικότερα τα τελευταία χρόνια και είναι απόρροια του περιοριστικού οικονομικού περιβάλλοντος, δεν είχαν τεθεί με την ίδια ένταση στις αρχές της δεκαετίας του '60. Την περίοδο εκείνη οι ρυθμοί της οικονομικής ανάπτυξης σε συνδυασμό με την εισαγωγή της ιατρικής τεχνολογίας, προσέδιδαν μια υπερβολική αισιοδοξία για το αποτέλεσμα των θεραπευτικών διαδικασιών και τη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού. Υπό το πλαίσιο αυτό ο υγειονομικός τομέας και κατ' επέκταση οι δαπάνες για την υγεία αντιμετωπίστηκαν ως ένα στοιχείο του ανθρωπίνου κεφαλαίου (Mushkin, 1962) και θεωρήθηκε τελικά ότι η κατανάλωση των υπηρεσιών υγείας συμβάλλει έμμεσα στην παραγωγική διαδικασία. Έτσι, απέναντι στη καθαρή νεοκλασική σχολή οικονομικής σκέψης που επιμένει ότι οι υπηρεσίες υγείας είναι όπως τα άλλα ιδιωτικά αγαθά και η προσφορά τους πρέπει να αφεθεί στην αγορά ώστε να διανεμηθούν με βάση το μηχανισμό των τιμών (Lees, 1960; Freedman, 1962), αναπτύχθηκε μια ολόκληρη σχολή οικονομικής σκέψης, που θεωρεί ότι οι υπηρεσίες υγείας και το προϊόν τους μπορεί να καταταγεί με την ευρεία έννοια στα κοινωνικά αγαθά ή αγαθά αξίας.

Ας εξετάσουμε σύντομα τις απόψεις και εκδοχές πάνω στις οποίες στηρίζεται η έννοια των υπηρεσιών υγείας ως αγαθού αξίας, το οποίο δεν είναι δυνατό να είναι ελεύθερα εμπορεύσιμο στην αγορά (Arrow, 1963).

1) Υπάρχουν ορισμένα τεχνικά χαρακτηριστικά του προϊόντος των υπηρεσιών υγείας, τα οποία εμποδίζουν την ύπαρξη πραγματικών αγοραίων τιμών. Η περίπτωση των λοιμωδών μεταδοτικών νοσημάτων είναι η πλέον χαρακτηριστική. Όταν ένα άτομο εμβολιάζεται δεν καλύπτει μόνο τον εαυτό του από την πιθανή ασθένεια, αλλά προστατεύει και άλλα άτομα, στα οποία δεν μεταδίδει την ασθένεια εξ αιτίας του εμβολιασμού του.

- 2) Σε ορισμένες περιπτώσεις ιστορικοί, κοινωνικοί και πολιτιστικοί λόγοι δεν επιτρέπουν την εμπορευσιμότητα και την ύπαρξη τιμών σε κάθε δραστηριότητα. Όπως έχει καταργηθεί η δουλεία και η πώληση των ανθρώπων, έτσι είναι κοινωνικά μη επιτρεπτή και αποδεκτή η πώληση οργάνων του σώματος (νεφρών, αίματος κ.ά.).
- 3) Υπάρχει μεγάλη αβεβαιότητα ως προς την ασθένεια, η οποία μπορεί να είναι καταστροφική για το άτομο και τον περίγυρό του. Υπό την έννοια αυτή η ζήτηση για υπηρεσίες υγείας είναι μη κανονική και μη προγνώσιμη για το άτομο σε αντίθεση με άλλες λειτουργίες (ζήτηση για τροφή, ενδυμασία κλπ.).
- 4) Υπάρχει έλλειψη πληροφόρησης στον καταναλωτή και ταυτόχρονα δεν επιτρέπεται η διαφήμιση και ο πλήρης ανταγωνισμός τιμών μεταξύ των επαγγελματιών υγείας. Ο καταναλωτής των υπηρεσιών υγείας στερείται της αναγκαίας πληροφόρησης και δεν είναι σε θέση να γνωρίζει το αποτέλεσμα της θεραπευτικής διαδρομής, το οποίο κάθε φορά είναι δυνατό να αλλάζει από άτομο σε άτομο.
- 5) Η συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας διαφέρει από αυτή των άλλων παραγωγών. Πρώτο, γιατί το προϊόν και η δραστηριότητα της παραγωγής σε αρκετές περιπτώσεις ταυτίζονται. Δεύτερο, γιατί υπάρχει ένα έντονο ηθικό στοιχείο, το οποίο διέπει το επαγγελματικό τους έργο.
- 6) Τέλος, υπάρχει ένα έντονο ενδιαφέρον όλων των ανθρώπων για την υγεία των συνανθρώπων τους και για το λόγο αυτό έχουν αναπτυχθεί φιλανθρωπικοί οργανισμοί που παρέχουν υπηρεσίες με σκοπό όχι το κέρδος, αλλά την υγειονομική ανακούφιση.

Δεν υπάρχει καμία αμφιβολία ότι υπάρχουν ορισμένα χαρακτηριστικά του προϊόντος των υπηρεσιών υγείας που το διαφοροποιούν ακόμη και σήμερα από τα εμπορεύσιμα αγαθά. Μεταξύ αυτών μπορούν να αναφερθούν, η καταστροφική συνέπεια μιας ασθένειας, η έλλειψη πληροφόρησης του χρήστη και η διαμεσολάβηση του παραγωγού, ο οποίος σε αρκετές περιπτώσεις διαμορφώνει τη ζήτηση των προϊόντων υγείας, οι οικονομίες κλίμακος που επιτυγχάνονται από την εφαρμογή προληπτικών προγραμμάτων υγείας και οι ιστορικές παραδόσεις και πολιτιστικές αξίες που συνοδεύουν μέχρι σήμερα τις οργανωμένες κοινωνίες, αναφορικά με τις υγειονομικές ανάγκες του πληθυσμού. Τα ερωτήματα όμως που τίθενται είναι: Με δεδομένο το περιοριστικό πλαίσιο των διαθέσιμων πόρων και το γεγονός ότι οι περισσότερες δαπάνες υγείας δεν συμβάλλουν και στην παραγωγή της υγείας του πληθυσμού (OECD, 1987), ποιές από τις υγειονομικές ανάγκες πρέπει να καλυφθούν με συλλογική δραστηριότητα και συνολική υγειονομική κάλυψη; Ποιές από αυτές θα καλυφθούν από δημόσια χρηματοδότηση είτε με τη μορφή της κοινωνικής ασφάλισης ή τη μορφή του δημόσιου προϋπολογισμού; Ή ας τεθεί το θέμα διαφορετικά. Είναι δυνατό να αντιμετωπισθούν με έναν ενιαίο τρόπο όλα τα προϊόντα και οι διαδικασίες παραγωγής των υγειονομικών υπηρεσιών που παρέχονται στον πληθυσμό; Συμβάλλουν όλες οι υγειονομικές υπηρεσίες με τον ίδιο τρόπο και στον ίδιο βαθμό στο τελικό υγειονομικό αποτέλεσμα και στην παραγωγή της υγείας του συνόλου;

Η απάντηση στο ερώτημα αυτό είναι σαφώς αρνητική. Ακόμη και οι υπέρμαχοι της ολιστικής αντίληψης για την υγεία δεν μπορούν να μη δεχθούν ότι κάθε υπηρεσία υγείας έχει μια διαφορετική αξία για την κοινωνία. Άλλωστε οι υπεύθυνοι της Βρετανικής Εθνικής

Υπηρεσίας Υγείας (NHS), η οποία επεχείρησε να οικοδομηθεί στη βάση των υγειονομικών αναγκών του πληθυσμού, γρήγορα αντιλήφθηκαν, ότι έπρεπε να προχωρήσουν σε επιλογές και άφησαν ορισμένες υγειονομικές υπηρεσίες εκτός συστήματος ή επέβαλαν επιβαρύνσεις. Ταυτόχρονα αρκετά προβλήματα που συσσωρεύθηκαν, όπως λίστες αναμονής, έλλειψη ποιότητας και επιλογών του ασθενή ή άλλες γραφειοκρατικές δυσκαμψίες, επέφεραν μια σειρά μεταρρυθμίσεων στα πλαίσια ενός διευθυνόμενου ανταγωνισμού, τα αποτελέσματα του οποίου αναμένονται με ενδιαφέρον.

### Η Ανάγκη για Αποτελεσματικότητα και Διαφοροποίηση των Υγειονομικών Προϊόντων

Τα παραπάνω ερωτήματα αναφορικά με τα υγειονομικά προϊόντα και την αποτελεσματικότητά τους, τα οποία βρίσκονται στο κέντρο του προβλήματος δεν έχουν φωτισθεί όσο θα έπρεπε αν και μια σειρά μεταρρυθμιστικών προσπαθειών των υγειονομικών συστημάτων άλλων χωρών τα υποκρύπτουν, αφού το ζήτημα της χρηματοδότησης των υγειονομικών υπηρεσιών και της αποτελεσματικότητάς τους είναι στο προσκήνιο. Το ενδιαφέρον της κοινωνίας και της επιστημονικής κοινότητας οφείλει σήμερα να προσανατολίζεται όχι στον προσδιορισμό και το εννοιολογικό πλαίσιο του αγαθού υγεία, αλλά στο αποτέλεσμα των υγειονομικών προγραμμάτων και επεμβάσεων, τα οποία πρέπει να συμβάλουν στην παραγωγή της υγείας του πληθυσμού. Στο βαθμό που τα υγειονομικά προγράμματα, οι επεμβάσεις και θεραπευτικές διαδικασίες βελτιώνουν την υγεία του πληθυσμού (η οποία μπορεί να μετρηθεί με τους δείκτες υγείας)<sup>1</sup>, τότε είναι υπό συζήτηση και εξέταση ποιά από αυτά μπορεί και πρέπει να χρηματοδοτηθούν από κοινές και συλλογικές μορφές χρηματοδότησης (κοινωνική ασφάλιση ή/και δημόσιος προϋπολογισμός) και ποιά από αυτά θα παράγονται από το δημόσιο ή ιδιωτικό τομέα. Η επιλογή της παραγωγής (δημόσιος/ιδιωτικός τομέας), θα εξαρτηθεί από το βαθμό επίτευξης της αποτελεσματικότητας στις δύο μορφές παραγωγής.

Με άλλα λόγια, αυτό που υποστηρίζει με έμφαση η παραπάνω θέση είναι το εξής. Ο υγειονομικός τομέας και οι παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας δεν είναι δυνατό να αντιμετωπίζονται ενιαία. Απαιτείται να υπάρξει μια διαφοροποίηση των προϊόντων και των παρεχομένων υπηρεσιών. Η διαφοροποίηση έστω και έμμεση σε αρκετές περιπτώσεις έχει στο παρελθόν αναγνωρισθεί, αφού ορισμένες υπηρεσίες έχουν σημαντική επιβάρυνση στη χρήση<sup>2</sup>. Για παράδειγμα η ιατρική συμβουλή, η χορήγηση ενός φαρμάκου, το σφράγισμα ενός δοντιού, η αποκατάσταση ενός σπασμένου μηρού ή η τοποθέτηση ενός θηματοδότη καρδιάς είναι διαφορετικές υπηρεσίες, η αξία των οποίων, αλλά και η αποτελεσματικότητά τους είναι διαφορετική μέσα στο κοινωνικό σύνολο. Επομένως, στα πλαίσια του περιοριστικού οικονομικού περιβάλλοντος χρειάζεται να υπάρξουν προτεραιότητες για τη συλλογική

1. Αναφερόμαστε στους θετικούς δείκτες υγείας, οι οποίοι μετρούν την ποιότητα της ζωής ή προσδίδουν αξίες στην υγεία μέσω της χρησιμότητας και των Ποιτικών Προσαρμοσμένων Ετών Ζωής (QUALYs), για τους οποίους ενυπάρχει ισχυρή αμφισβήτηση.

2. Εδώ μπορεί να αναφερθεί ότι στα περισσότερα υγειονομικά συστήματα σε αρκετά προϊόντα εξωνοσοκομειακής περιθαλψής (φάρμακα, ιατρικές επισκέψεις) έχει επιβληθεί κάποια επιβάρυνση και συμμετοχή των χρηστών. Αυτό γιατί έχει αποδειχθεί ότι για ορισμένες υπηρεσίες η ζήτηση για υπηρεσίες υγείας είναι ελαστική.

χρηματοδότηση εκείνων των υπηρεσιών που προσφέρουν τη μεγαλύτερη αξία και βελτιώνουν την υγεία του πληθυσμού και ταυτόχρονα έχουν το υψηλότερο κοινωνικό όφελος.

Έτσι το ζήτημα που ανακύπτει με βάση τα παραπάνω, είναι με ποιά διαδικασία και ποιός θα καθορίσει τις προτεραιότητες. Είναι λογικό να υποθέσει κανείς ότι οι προτεραιότητες μπορεί να καθορισθούν από εκείνους, οι οποίοι αναλαμβάνουν να χρηματοδοτήσουν τις υπηρεσίες υγείας οι οποίες έχουν αποδείξει την αποτελεσματικότητά τους. Και η διαδικασία που θα ακολουθηθεί δεν μπορεί να είναι άλλη από τη μέθοδο της κοινωνικο-οικονομικής αξιολόγησης. Έτσι αναλύσεις κόστους- οφέλους, κόστους- αποτελεσματικότητας και κόστους χρησιμότητας είναι αυτές που θα οδηγήσουν τους διαχειριστές της συλλογικής χρηματοδότησης να αποφασίσουν ποιές υγειονομικές υπηρεσίες και προϊόντα που συμβάλλουν στην παραγωγή της υγείας θα χρηματοδοτηθούν.

Η πρόταση τελικά που διατυπώνεται έχοντας ως οδηγό την παραγωγή της υγείας του πληθυσμού, ενσωματώνει επίσης το ζήτημα της αξιοποίησης των πόρων. Η αξιοποίηση αυτή μπορεί να επιτευχθεί μόνο αν αποδειχθεί με στοιχεία η αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων και θεραπειών σε όρους υγείας. Ουσιαστικά η πρόταση ακολουθεί μια αντίστροφη διαδρομή από αυτή που ήταν στο προσκήνιο τις προηγούμενες δεκαετίες. Έτσι ενώ το κυρίαρχο ζήτημα που απασχολούσε τις κοινωνίες και κατ' επέκταση τους επιστήμονες στα πλαίσια της βελτίωσης της υγείας, ήταν η κάλυψη των υγειονομικών αναγκών του πληθυσμού και πιθανά το εύρος της κάλυψής τους (δηλαδή πώς προσδιορίζονται οι υγειονομικές ανάγκες και ποιές από αυτές πρέπει να καλυφθούν με συλλογικό τρόπο), το άρθρο υποστηρίζει ότι υπό τις παρούσες συνθήκες, αυτό είναι ένα τεχνητό πρόβλημα. Πρώτο, γιατί ορισμένες υγειονομικές ανάγκες οφείλονται όχι σε ατομικούς και βιολογικούς παράγοντες, αλλά σε κοινωνικούς, οικονομικούς και περιβαλλοντικούς. Δεύτερο, γιατί δεν είναι γνωστό αν η κάθε υγειονομική ανάγκη μπορεί να καλυφθεί από τις παρεχόμενες υπηρεσίες του υγειονομικού τομέα. Και τρίτο, γιατί δεν είναι γνωστό αν οι παρεχόμενες υπηρεσίες του υγειονομικού τομέα στην αντιμετώπιση υγειονομικών προβλημάτων, έχουν αποδεδειγμένα υγειονομικό αποτέλεσμα.

### Η Περίπτωση της Ελλάδας

Τα στοιχεία αυτά είναι εύκολα αναγνωρίσιμα στη χώρα μας. Υπάρχει εμφανής η έλλειψη ενός ελαχίστου εισοδήματος διαβίωσης για ορισμένα κοινωνικά στρώματα, όπως υπάρχει και παντελής έλλειψη αξιολόγησης του αποτελέσματος των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας. Το πρώτο, είναι καιρός να τεθεί με έμφαση στο ανώτερο επίπεδο των αποφάσεων της πολιτικής για την υγεία και της κοινωνικής πολιτικής γενικότερα. Το δεύτερο, ίσως φωτισθεί με το παράδειγμα που ακολουθεί. Υπάρχει η εκτίμηση και προτείνεται από το ιατρικό σώμα (ειδικό καρδιολόγοι) σε ορισμένους ασθενείς που πάσχουν από καρδιοπάθεια, να εισέλθουν άμεσα στη διαδικασία της μεταμόσχευσης. Η σύσταση στον ασθενή για μεταμόσχευση, όταν δεν υπάρχει έλεγχος στη χρηματοδότηση και στο κόστος (από τον χρήστη ή τον τρίτο που πληρώνει), δεν λαμβάνει συνήθως υπόψη της το αποτέλεσμα της θεραπευτικής διαδρομής.

Η παραπάνω ιδιαιτερότητα των υγειονομικών υπηρεσιών, η οποία αποτελεί καθεστώς για το δημόσιο υγειονομικό τομέα της χώρας μας, οφείλεται στον τρόπο ανάπτυξης και χρηματοδότησης του υγειονομικού συστήματος ή/και στον "θεικό" πολλές φορές ρόλο που αποδίδεται στο γιατρό. Από την άλλη πλευρά ο θεραπευτής-γιατρός βασίζεται στην εκτίμησή του και στην κλινική του κρίση, η οποία του επιβάλλει να πράξει το καλύτερο για τον ασθενή. Όμως ποιο είναι το καλύτερο; Υπάρχει απόδειξη γι αυτό; Στο συγκεκριμένο παράδειγμα ο ασθενής μετά την επέμβαση μπορεί να έχει διάρκεια ζωής που στις ημέρες μας και τουλάχιστον για τα ελληνικά δεδομένα δεν ξεπερνά το ένα έτος. Γεννώνται έτσι τα εύλογα ερωτήματα. Ποιο είναι το αποτέλεσμα σε όρους υγείας για τους ασθενείς και την κοινωνία του προγράμματος μεταμοσχεύσεων καρδιάς; Ποιός ισχυρίζεται και πώς αποδεικνύεται ότι οι συγκεκριμένοι ασθενείς δεν θα είχαν μακρότερο και καλύτερο διάστημα ζωής από το συγκεκριμένο; Γιατί θα πρέπει η κοινωνία να χρηματοδοτεί συλλογικά χρησιμοποίηση υπηρεσιών υγείας, οι οποίες δεν έχουν αποδείξει την αποτελεσματικότητά τους; Η επιλογή για χρηματοδότηση της συγκεκριμένης δραστηριότητας για μια ομάδα ασθενών μήπως τελικά στερεί χρησιμοποίηση υπηρεσιών για μια άλλη ομάδα, η οποία θα κέρδιζε μεγαλύτερη και καλύτερη ποιότητα ζωής;

Η βάση και ο τρόπος σκέψης που εισάγεται με τα παραπάνω, δεν είναι αντίθετος με την έννοια των υγειονομικών αναγκών. Υπερβαίνει όμως αυτή την πολλές φορές άγονη συζήτηση και προσγειώνει αυτούς που διαχειρίζονται τον υγειονομικό τομέα, έστω και ανορθόδοξα, στην ανάγκη απόδειξης της αποτελεσματικότητας των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας. Χωρίς την αποδεδειγμένη αποτελεσματικότητα των υγειονομικών παρεμβάσεων, η βελτίωση της υγείας, στην οποία σκοπεύουν οι υπηρεσίες υγείας δεν επιτυγχάνεται, άρα η δραστηριότητά τους είναι περιττή. Στην πραγματικότητα καταναλώνονται άσκοπα σπάνιοι πόροι, οι οποίοι προέρχονται από την φορολογία των πολιτών και η κοινωνία παραμένει απαθής. Οι μόνοι οι οποίοι τελικά ωφελούνται είναι το ιατροτεχνολογικό σύμπλεγμα και τα εισοδήματα των ατόμων που το συγκροτούν. Σε ό,τι αφορά ενστάσεις ορισμένων για τα ηθικά προβλήματα που υπάρχουν σε επίπεδο θεραπευτού γιατρού, ο οποίος είναι ταγμένος να βοηθά τον ασθενή ακόμη και στην περίπτωση που επέρχεται ο θάνατός του, το θέμα είναι υπαρκτό, αλλά πρέπει να αντιμετωπισθεί από την κοινωνία, η οποία έχει τον τελικό λόγο για τις επιλογές και την κατανομή των πόρων.

Η πρότασή μας, η οποία θέτει ως βασική προϋπόθεση για τη δημόσια χρηματοδότηση, την απόδειξη της αποτελεσματικότητας των ιατρικών πράξεων και επεμβάσεων δεν είναι χωρίς προβλήματα. Ένα από τα σημαντικότερα είναι πώς είναι δυνατό να αποδειχθεί η αποτελεσματικότητα σε ένα πρώτο επίπεδο, όπου ο γιατρός επιχειρεί να διαγνώσει το υγειονομικό πρόβλημα και να προτείνει μια θεραπευτική διαδρομή στον ασθενή. Είναι γνωστό ότι το προϊόν του κάθε γιατρού δεν είναι τυποποιημένο και η κλινική κρίση παίζει σημαντικό ρόλο στην απόφασή του για την ακολουθητέα διαδρομή. Δεύτερο, σε αρκετές περιπτώσεις ο γιατρός δεν είναι σίγουρος και δεν μπορεί να υπάρξει απόδειξη για το αποτέλεσμα της θεραπείας γι αυτό και δοκιμάζει διάφορα θεραπευτικά σχήματα προκειμένου να αντιμετωπίσει με επιτυχία το υγειονομικό πρόβλημα του ασθενή. Τρίτο, σε αρκετές περιπτώσεις στα πλαίσια της βοήθειας προς τον πάσχοντα δοκιμάζονται νέες θεραπευτικές τεχνικές που μπορεί να έχουν αποτέλεσμα. Έτσι η αβεβαιότητα είναι σύμφυτη με το

ιατρικό επάγγελμα, αλλά και το προϊόν του υγειονομικού τομέα. Επομένως, δεν είναι δυνατό όλα τα προϊόντα του υγειονομικού τομέα να προτυποποιηθούν με ένα αντικειμενικό τρόπο και να εξετασθεί η αποτελεσματικότητά τους.

Η παραπάνω παρατήρηση δεν είναι ανασταλτική όμως για μια ευρεία έκταση υγειονομικών προϊόντων, θεραπευτικών διαδικασιών και παρεμβάσεων. Πρώτον, η αποτελεσματικότητα έχει αποδειχθεί για μια σειρά προληπτικών προγραμμάτων και παρεμβάσεων, τα οποία απευθύνονται στον πληθυσμό. Δεύτερο, με την ίδια ευκολία μπορεί να αποδειχθεί η αποτελεσματικότητα για μια σειρά φαρμακευτικών ουσιών και προϊόντων. Ήδη στις περισσότερες προηγμένες χώρες του κόσμου, προκειμένου να κυκλοφορήσει ένα φάρμακο στην αγορά, χρειάζεται να αποδείξει την υγειονομική του αποτελεσματικότητα. Τρίτο, με μεγάλη άνεση μπορούν να υπάρξουν αναδρομικές ή προοπτικές μελέτες υγειονομικής αποτελεσματικότητας για μια σειρά θεραπευτικών προγραμμάτων που χρησιμοποιούν υψηλή τεχνολογία και απορροφούν μεγάλο τμήμα των δαπανών υγείας. Τέταρτο, για ένα διάστημα η χώρα μας μπορεί να χρησιμοποιήσει την απόδειξη της υγειονομικής αποτελεσματικότητας που υπάρχει σε άλλες χώρες. Επομένως, όλα αυτά τα προγράμματα και προϊόντα που έχουν αποδείξει την αποτελεσματικότητά τους μπορούν και πρέπει να χρηματοδοτηθούν από ένα συλλογικό φορέα, ο οποίος και θα είναι αρμόδιος να ελέγχει και να αποζημιώνει με ένα σύγχρονο και αποτελεσματικό τρόπο τους υγειονομικούς φορείς και τους παραγωγούς των υπηρεσιών υγείας, ώστε να αυξάνεται η λειτουργική τους αποτελεσματικότητα. Ο ίδιος συλλογικός φορέας που λειτουργεί με τη μορφή της υποχρεωτικής ασφάλισης ή του δημόσιου προϋπολογισμού και μπορεί να έχει τη μορφή ενός κοινού ταμείου υγείας (Κυριόπουλος και Νιάκας, 1991), οφείλει να είναι υπεύθυνος για ένα σύστημα αντιμετώπισης των επειγόντων περιστατικών που έχουν ανάγκη πρωτοβάθμιας ή δευτεροβάθμιας περίθαλψης και να αποζημιώνει τις υπηρεσίες και τους παραγωγούς, οι οποίοι αναλαμβάνουν τη συγκεκριμένη υποχρέωση.

Τα ερωτήματα που απομένει να απαντήσει η πρόταση είναι Ποιές υγειονομικές υπηρεσίες δεν θα χρηματοδοτηθούν από το συλλογικό φορέα της υγειονομικής κάλυψης, δηλαδή δεν θα είναι στη σφαίρα της δημόσιας χρηματοδότησης; Η απάντηση είναι ότι α) όλες όσες χρησιμοποιούν υψηλή τεχνολογία, έχουν υψηλό κόστος και δεν έχουν αποδείξει την αποτελεσματικότητά τους και β) οι υπηρεσίες εξωνοσοκομειακής φροντίδας (ιατρικές συμβουλές, χρήση διαγνωστικών υπηρεσιών και φαρμακευτική κατανάλωση), διότι αφενός δεν επιφέρουν καταστροφικές συνέπειες στο άτομο βραχυπρόθεσμα και αφετέρου το άτομο μπορεί να αξιολογήσει καλύτερα και να ενδιαφερθεί για τις παρεχόμενες υπηρεσίες αν ενημερωθεί σωστά και λειτουργήσει ορθολογικά. Η κατανάλωση των συγκεκριμένων υπηρεσιών έχει ένα κόστος, το οποίο θα επιβαρύνει το διαθέσιμο του εισόδημα, άρα έχει ένα άμεσο ενδιαφέρον για το αποτέλεσμα της θεραπείας, την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών και τη χρησιμότητα του προϊόντος. Απέναντι δηλαδή στην απουσία κάθε ελέγχου υπηρεσιών και τη χρησιμότητα του προϊόντος, τοποθετείται ο ίδιος ο ασθενής, ο οποίος διαθέτοντας τμήμα υπερβάλλουσας χρησιμοποίησης, τοποθετείται ο ίδιος ο ασθενής, ο οποίος διαθέτοντας τμήμα του ατομικού του εισοδήματος, έχει κάθε συμφέρον να ελέγχει τί τελικά αγοράζει και τί χρησιμότητα αποκομίζει.

Με άλλα λόγια η πρόταση υποστηρίζει ότι δεν είναι αναγκαία η δημόσια χρηματοδότηση της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης και των παραγωγών υγειονομικών προϊόντων (π.χ. οδοντιατρικές υπηρεσίες, ψυχανάλυση κλπ.). Αντίθετα χρηματοδοτούνται από το δημόσιο φορέα (κοινό ταμείο υγείας), όλα τα προγράμματα πρόληψης και προαγωγής της υγείας που αποδεικνύονται αποτελεσματικά και τα οποία ενσωματώνουν οικονομίες κλίμακος και προσφέρουν γενικότερες κοινωνικο-οικονομικές ωφέλειες. Από τον ίδιο φορέα χρηματοδοτούνται οι επείγουσες και έκτακτες περιπτώσεις των πολιτών που χρήζουν μεταφορά και νοσηλεία και όλα τα θεραπευτικά προγράμματα που έχουν αποδείξει την αποτελεσματικότητά τους. Οι επιλογές και προτεραιότητες πρέπει να καθορισθούν με τη μέθοδο της κοινωνικο-οικονομικής αξιολόγησης. Σε αντίθετη περίπτωση οι υπεύθυνοι της συλλογικής-δημόσιας χρηματοδότησης οφείλουν να παράσχουν τις εξηγήσεις τους στο κοινωνικό σύνολο.

### Οι Αναμενόμενες Ενστάσεις

Η πρόταση θεθαίως σε ό,τι αφορά τις επιλογές στη χρηματοδότηση των υγειονομικών υπηρεσιών (ευρεία συμμετοχή του δημόσιου τομέα, αλλά και του ατομικού εισοδήματος) δεν είναι χωρίς προβλήματα και φαίνεται μάλλον προκλητική<sup>3</sup>. Πολλοί είναι εκείνοι που θα υποστηρίξουν το ενιαίο και τη συνέχεια της υγειονομικής φροντίδας (πρόληψη, πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια φροντίδα), το οποίο κατακερματίζεται από την πρότασή μας, αφού υποστηρίζουμε τη διαφοροποίηση των υγειονομικών προϊόντων. Η απάντηση είναι: σήμερα υπάρχει συνέχεια στη φροντίδα υγείας; Άλλοι πιθανά να ισχυριστούν ότι η επιβάρυνση του ατομικού εισοδήματος ίσως αναγκάσει τα άτομα με τα χαμηλότερα εισοδήματα να αναβάλουν την επίσκεψη σε έναν ιδιώτη γιατρό και το υγειονομικό πρόβλημα ίσως εμφανισθεί με ένταση σε επόμενη περίοδο και πιθανά να μην είναι αναστρέψιμο. Τέλος, μερικοί ίσως προβάλλουν ως επιχειρήματα, ότι σε αρκετές περιοχές με χαμηλό εισόδημα η προσφορά των παραγωγών θα είναι περιορισμένη, με αποτέλεσμα τη δημιουργία ανισοτήτων στην πρόσβαση των αναγκαιών υπηρεσιών που θα βελτιώσουν την υγεία. Αυτά όμως είναι κυρίως προβλήματα που σχετίζονται με την κατανομή του εισοδήματος μέσα στην κοινωνία και την αγοραστική δύναμη των ατόμων. Η ζήτηση των υπηρεσιών υγείας, όπως και άλλων αγαθών ακόμη και στην περίπτωση που η τιμή της είναι μηδενική στο σημείο της χρήσης, επηρεάζεται από τις προτιμήσεις του καταναλωτή και το διαθέσιμο χρόνο του. Έτσι ουδέποτε η ζήτηση θα συμπίπτει με την ύπαρξη και ένταση της υγειονομικής ανάγκης, η οποία είναι διαφορετική σε κάθε άτομο.

Τα προβλήματα που αναφέρθηκαν ή και άλλα είναι αναμενόμενα και δεν μπορούν να αμφισβητηθούν από την πλευρά μας. Μπορεί όμως να αντιμετωπιστούν από το συλλογικό φορέα κάλυψης με επεμβάσεις (πρόσθετη χρηματοδότηση και επιδότηση του κόστους της αγοράς των προϊόντων), για εκείνες τις περιοχές και τις κοινωνικές ομάδες, οι οποίες κινούνται στα όρια του ελαχίστου εισοδήματος διαβίωσης. Η δημιουργία υγειονομικού

3. Ας σημειωθεί όμως ότι ήδη η χώρα μας έχει υψηλή ιδιωτική δαπάνη που πρέπει να υπερβαίνει το 3% του ΑΕΠ.

ουστήματος με πολλές ταχύτητες είναι επίσης αναμενόμενη. Άλλωστε ζούμε ή και έχουμε επιλέξει να ζούμε σε μια κοινωνία που η άνιση παραγωγή εισοδημάτων, άρα και κατανάλωσης είναι ο κανόνας και δεν νομίζουμε να υπάρχει ισχυρός αντίλογος που να δικαιολογεί το αντίθετο στο δεδομένο κοινωνικο-πολιτικό πλαίσιο. Ας αναλογισθεί κανείς την παρούσα κατάσταση του υγειονομικού μας συστήματος, το οποίο θεσμικά εγγυάται πλήρη υγειονομική κάλυψη, αλλά στην πραγματικότητα το μέγεθος των ιδιωτικών δαπανών τείνει να ξεπεράσει το αντίστοιχο των δημοσίων, η παραοικονομία και οι ανήθικες συναλλαγές έχουν γίνει έμφυτο στοιχείο του συστήματος, η κατάχρηση της παρακλινικής συνταγογραφίας έχει διαπιστωθεί και η πρόσβαση στις υπηρεσίες του νοσοκομειακού τομέα εξασφαλίζεται είτε μέσω των πελατειακών σχέσεων ή μέσω της οικονομικής δύναμης.

Βεβαίως πρέπει στο σημείο αυτό να αναφερθεί ότι υπάρχει το ενδεχόμενο ορισμένοι ασφαλιστικοί φορείς να αναλάβουν την παραγωγή εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών υγείας για να καλύψουν τα μέλη τους, όπως άλλωστε κάνουν και σήμερα (ΙΚΑ, ΝΑΤ κλπ). Ή ακόμη υπάρχει ο κίνδυνος πολλές κοινωνικές ομάδες να ασφαλισθούν σε ασφαλιστικές επιχειρήσεις (δημόσιες ή ιδιωτικές), οι οποίες θα καλύψουν το κενό της μη συλλογικής κάλυψης στην κατανάλωση εξωνοσοκομειακής περίθαλψης. Έτσι το τελικό αποτέλεσμα, που αφορά τη συγκράτηση των δαπανών υγείας μπορεί να μην είναι ορατό. Αν πράγματι έτσι εξελιχθούν τα πράγματα, τότε μπορεί να υποθέσει κανείς ότι υπάρχει διαθέσιμο εισόδημα, το οποίο καταναλώνεται από τα άτομα με βάση τις προτιμήσεις τους. Αν η προτίμησή τους είναι να καταναλώνουν υγειονομικές υπηρεσίες, που η οριακή αξία του προϊόντος τους ισούται με τα έξοδα που κάνουν, τότε δεν υπάρχει κανένα πρόβλημα. Αν όμως η οριακή αξία των καταναλισκομένων προϊόντων είναι μικρότερη από το εισόδημα που διαθέτουν, τότε αυτή είναι μη ορθολογική συμπεριφορά, η οποία μπορεί να υπάρξει βραχυπρόθεσμα, αλλά δεν είναι δυνατό να απαντηθεί μακροπρόθεσμα.

## Αντί Επιλόγου

Το συμπέρασμα λοιπόν που προκύπτει από την παραπάνω ανάλυση είναι ότι η δημόσια χρηματοδότηση ορισμένων υγειονομικών υπηρεσιών είναι απαραίτητη. Θα πρέπει όμως να λαμβάνει υπόψη, τις υπάρχουσες οικονομικές δυνατότητες, την ανάγκη για επιλογές και κυρίως να προσανατολίζεται στην παραγωγή της υγείας του πληθυσμού. Υπό το πλαίσιο αυτό πρέπει να διακρίνεται για την αποτελεσματικότητά της και ταυτόχρονα να επιλέγει για χρηματοδότηση εκείνες τις υπηρεσίες και υγειονομικά προγράμματα που προσδίδουν με βάση τις αναλύσεις της κοινωνικο-οικονομικής αξιολόγησης το μεγαλύτερο όφελος στην κοινωνία. Οφείλει επίσης να προσαρμόζεται στις νέες κοινωνικές συνθήκες, να ελέγχει αποτελεσματικά και να χρηματοδοτεί ως επί το πλείστον υπηρεσίες που α) προάγουν το επίπεδο υγείας μέσω της πρόληψης, β) καλύπτουν το άτομο πλήρως σε επείγουσες και καταστροφικές περιπτώσεις, γ) προσδίδουν ασφάλεια στον πληθυσμό για έκτακτα υγειονομικά προβλήματα. Τέλος, έχει υποχρέωση να θέτει σε προτεραιότητα στα πλαίσια της κοινωνικής πολιτικής την ύπαρξη ενός αποδεκτού εισοδήματος διαβίωσης και να

καλύπτει με επιδότηση την κατανάλωση της εξωνοσοκομειακής φροντίδας σε εκείνες τις ομάδες πληθυσμού και περιοχές που βρίσκονται στα όρια του αποδεκτού εισοδήματος.

Σε ό,τι αφορά τη δημόσια ή ιδιωτική παραγωγή των φροντίδων υγείας, είναι προφανές ότι δεν μπορούμε να επεκταθούμε στα πλαίσια της παρούσας εισήγησης. Αυτό γιατί αυτό που ενδιαφέρει κυρίως στην παραγωγική διαδικασία της παραγωγής των υπηρεσιών της υγείας είναι το αποτέλεσμα. Το αποτέλεσμα όμως αυτό δεν είναι ανεξάρτητο από τις ανταμοιβές των παραγωγικών συντελεστών, οι οποίοι στην υγεία είναι κυρίως το ανθρώπινο δυναμικό και ειδικότερα το ιατρικό σώμα. Οι ανταμοιβές όμως, οι αποδοχές, οι σχέσεις εργασίας, τα κίνητρα κλπ. εξαρτώνται σε ένα μεγάλο βαθμό από τον τρόπο χρηματοδότησης των φροντίδων υγείας. Επομένως, η απάντηση στο ερώτημα της παροχής των υπηρεσιών υγείας είναι συνδεδεμένη με το σχήμα και τη λειτουργία του δημόσιου χρηματοδότη. Θα είναι απλά μια Δημόσια Υπηρεσία που θα καταναίει τους πόρους στα ιδρύματα του δημόσιου τομέα; Θα είναι ένα Ταμείο Υγείας που θα χρηματοδοτεί τα Δημόσια και Ιδιωτικά Ιδρύματα; Θα είναι ένα Κοινό Ταμείο Υγείας που θα αντιπροσωπεύει τα συμφέροντα των χρηστών και θα αγοράζει συμβόλαια από αυτόνομους παραγωγούς που είναι περισσότερο αποτελεσματικοί; Οι επιλογές είναι μπροστά μας και απαιτούν εκτεταμένη συζήτηση, που ίσως αφιερώσουμε σε μια άλλη προσπάθειά μας. Αλλωστε, στα περισσότερα δημόσια υγειονομικά συστήματα της Ευρωπαϊκής ηπείρου έχουν ξεκινήσει σημαντικές μεταρρυθμίσεις. Η εισαγωγή του διευθυνόμενου ανταγωνισμού και η ανάπτυξη των οιονεί αγορών προβάλλεται ως λύση στο υπαρκτό πρόβλημα της αποδοτικότητάς τους. Τα αποτελέσματα του πειράματος αυτού, που έχει αρχίσει στις αρχές της δεκαετίας του '90 και είναι ακόμη σε εξέλιξη, θα δείξουν τί έχει να προσφέρει η νέα μεταρρύθμιση στην αύξηση της λειτουργικής αποδοτικότητας των μέχρι σήμερα δημόσιων υγειονομικών συστημάτων.

## BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Arrow K. (1963) *Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care*, American Economic Review, 53, 941-73.
- Freedman M. (1962) *Capitalism and Freedom*, The University of Chicago Press, Chicago.
- Κυριόπουλος Γ. (1993) *Οι Δαπάνες Υγείας στην Ελλάδα*, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών Υγείας, Αθήνα.
- Κυριόπουλος Γ., Νιάκας Δ. (1991) *Η Χρηματοδότηση των Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα*, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών Υγείας, Αθήνα.
- Lees D. (1960) *The Economics of Health Services*, Lloyds Bank Review, 56, 132-58.
- Νιάκας Δ. (1993) *Υγεία και Περιφερειακή Ανάπτυξη, η Περιφερειακή Πολιτική Υγείας στην Ελλάδα*, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών Υγείας, Αθήνα.
- OECD (1987) *Financing and Delivering Health Care: A Comparative Analysis of OECD Countries*, OECD, Paris.