

Μπορεί η Αγορά Υπηρεσιών Υγείας να Είναι μια Ανταγωνιστική Αγορά;

Κυριακή Σωτηριάδου,
Λοχαγός (ΥΝ), 223 ΚΙΧΝΕ Κοζάνης,
MSc Οικονομία και Διοίκηση (ΑΠΘ)

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στην παρούσα εργασία σχολιάζεται η άποψη ότι ο τομέας των υπηρεσιών υγείας μπορεί να λειτουργήσει με βάση το ανταγωνιστικό υπόδειγμα. Αρχικά γίνεται αναφορά στο περίφημο άρθρο του Kenneth Arrow, στο οποίο τέθηκε για πρώτη φορά το ζήτημα των ιδιαιτεροτήτων του τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας. Στη συνέχεια, παρουσιάζονται κάποια σημεία τα οποία αποτέλεσαν αντικείμενο αντιπαράθεσεων, σχετικά με το εάν ο ανταγωνισμός στην αγορά υπηρεσιών υγείας μπορεί να καταλήξει σε αποδοτικές λύσεις και βελτιστοποίηση της κοινωνικής ευημερίας. Ιδιαίτερη αναφορά γίνεται στο σύστημα υγείας των ΗΠΑ, το οποίο παρόλο που είναι το περισσότερο ανταγωνιστικό στο δυτικό κόσμο, δεν φαίνεται να έχει επιτύχει τους στόχους του, με αποτέλεσμα να υποστηρίζεται η άποψη ότι αποτελεί παράδειγμα προς αποφυγήν για τα άλλα έθνη.

Λέξεις – κλειδιά: ανταγωνισμός, αγορά υπηρεσιών υγείας

I. Εισαγωγή

Στα οικονομικά ως ανταγωνιστική περιγράφεται μια αγορά στην οποία υπάρχει μεγάλος αριθμός αγοραστών και πωλητών, που ο καθένας τους δεν έχει τη δύναμη να επηρεάσει τις τιμές, οι οποίες διαμορφώνονται ελεύθερα μέσω της ζήτησης και της προσφοράς, δεν υπάρχουν κυβερνητικοί περιορισμοί στις τιμές και στις ποσότητες και υπάρχει πλήρης πληροφόρηση και στις δύο πλευρές για τις συνθήκες που επικρατούν στην αγορά, δηλαδή για τις τιμές, τις ποσότητες και τις ποιότητες των προϊόντων. Το προϊόν κάθε παραγωγού είναι ομογενές, πανομοιότυπο δηλαδή με των άλλων παραγωγών και υπάρχει ελεύθερη είσοδος και έξοδος από την αγορά. Δεδομένων κάποιων

υποθέσεων για τις προτιμήσεις, την κατανομή του εισοδήματος και τις οικονομίες κλίμακας, ο ανταγωνισμός συνιστά το ιδεατό μοντέλο, με την έννοια ότι εάν επικρατήσει σε όλες τις αγορές έχουμε την κοινωνικά άριστη κατανομή πόρων.

Το ερώτημα είναι εάν ο τομέας της παροχής υπηρεσιών υγείας μπορεί ή πρέπει να λειτουργήσει ως ανταγωνιστική αγορά. Η σχετική συζήτηση έχει τις απαρχές της στη δημοσίευση του μνημειώδους άρθρου του βραβευμένου με Νόμπελ Καθηγητή Kenneth Arrow¹ "Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care" στο περιοδικό American Economic Review το 1963.

2. Η επιχειρηματολογία του Arrow

Ο Arrow επικεντρώνει την ανάλυσή του στις ιδιαιτερότητες του τομέα της παροχής υπηρεσιών υγείας (ειδικότερα της ιατρικής φροντίδας), οι οποίες δημιουργούν κενά στην αγορά και τοποθετούν τον τομέα σε απόσταση από το ανταγωνιστικό υπόδειγμα.

Οι ιδιαιτερότητες αυτές αναφέρονται (Arrow, 1963:pp. 948-954):

- στη φύση της ζήτησης για ιατρικές υπηρεσίες, η οποία είναι ασταθής και απρόβλεπτη. Το γεγονός της ασθένειας είναι μια απόκλιση από την κανονική ροή των πραγμάτων και το

1. Πρόκειται για ένα πολύ πυκνογραμμένο κείμενο το οποίο «απαιτεί από τον αναγνώστη το ακαδημαϊκό ανάλογο της ταλμουδικής ευριμμάθειας», όπως χαρακτηριστικά αναφέρει ο Reinhardt (2001:p. 967). Είναι εντυπωσιακό ότι η επιλεκτική χρήση του δίνει επιχειρήματα και στους υπέρμαχους και στους πολέμιους της ελεύθερης αγοράς στον τομέα της υγείας (Savedoff, 2004; Robinson, 2001).

κόστος της ασθένειας δεν αναφέρεται μόνο στα έξοδα για ιατρική φροντίδα αλλά και στο κόστος που συνεπάγεται ο κίνδυνος της αδυναμίας της φυσιολογικής λειτουργίας του ασθενούς. Επομένως, αυτό συνιστά μια ιδιαιτερότητα του αγαθού ιατρική φροντίδα σε σχέση με κάθε άλλο αγαθό.

- στην αναμενόμενη συμπεριφορά των γιατρών, η οποία δεν είναι η τυπική συμπεριφορά που αναμένεται από οποιονδήποτε άλλον επιχειρηματία, που στοχεύει στη μεγιστοποίηση του κέρδους του.
- στην αβεβαιότητα ως προς το προϊόν, καθώς η ανάνηψη από την ασθένεια είναι τόσο απρόβλεπτη όσο είναι και το γεγονός της εμφάνισής της (1963:p. 951). Επιπλέον, υπάρχει σημαντική διαφορά στην αβεβαιότητα που έχουν οι δύο πλευρές, ο ασθενής και ο γιατρός.
- στην πληροφόρηση του γιατρού για τις επιπτώσεις της ασθένειας και για τις δυνατότητες θεραπείας, η οποία είναι σαφώς μεγαλύτερη από ότι του ασθενούς, ή τουλάχιστον, όπως χαρακτηριστικά επισημαίνει ο Arrow, έτσι πιστεύουν και τα δύο μέρη. Επίσης, τα δύο μέρη γνωρίζουν ότι υπάρχει ασυμμετρία πληροφόρησης και το γεγονός αυτής της γνώσης χρωματίζει με ιδιαίτερο τρόπο τη μεταξύ τους σχέση (1963:p. 951).
- στην περιορισμένη προσφορά των ιατρικών υπηρεσιών, καθώς υπάρχουν σημαντικοί περιορισμοί εισόδου στο

ιατρικό επάγγελμα (αυτό ισχύει βέβαια λίγο – πολύ και για άλλα επαγγέλματα). Το κόστος της εκπαίδευσής των φοιτητών στην ιατρική σχολή είναι πολλαπλάσιο από το κόστος εκπαίδευσης σε άλλες σχολές. Αυτό το γεγονός, ότι δηλαδή η εκπαίδευσή των γιατρών είναι επιδοτούμενη από την κοινωνία, θα έπρεπε να σημαίνει ότι οι τιμές των ιατρικών υπηρεσιών θα ήταν χαμηλές, αφού ο γιατρός δεν επωμίστηκε ο ίδιος το υψηλό κόστος των σπουδών του. Ωστόσο, οι γιατροί είναι οι υψηλότερα αμειβόμενοι επαγγελματίες². Τέλος, ένα ακόμα χαρακτηριστικό της προσφοράς είναι ότι συνήθως ένα προϊόν ή μια υπηρεσία προσφέρεται σε μια μεγάλη ποικιλία ποιότητας και σε αντίστοιχες τιμές, κάτι που δεν συμβαίνει με τις ιατρικές υπηρεσίες.

- στις πρακτικές τιμολόγησης για τις ιατρικές υπηρεσίες, οι οποίες μπορεί να ξεκινούν από το μηδέν (για πελάτες που είναι ανήμποροι να πληρώσουν), μπορεί όμως να είναι και πολύ υψηλές. Επίσης, συνήθως δεν υπάρχει ανταγωνισμός τιμών, όπως υπάρχει στις άλλες ανταγωνιστικές αγορές.
 - στο ζήτημα του ηθικού³ κινδύνου (moral hazard), της βλάβης δηλαδή που υφίστανται οι ασφαλιστικές εταιρείες από την υπερχρήση ιατρικών πράξεων⁴.
- Ο Arrow καταλήγει ότι «...αναγνωρίζουμε την στελή περιγραφή της πραγματικότητας που παρέχεται από το πρόσωπο σύστημα των τιμών» (1963:p. 967).

3. Μπορεί η αγορά υπηρεσιών υγείας να είναι ανταγωνιστική;

Οι παραπάνω απόψεις είχαν τεράστια επίδραση στα οικονομικά της υγείας (ουσιαστικά «γέννησαν» τον κλάδο) και διαμόρφωσαν ένα πλαίσιο συζήτησης το οποίο παραμένει ενεργό πάνω από 40 χρόνια. Βέβαια, στη διάρκεια αυτών των χρόνων έχουν αλλάξει πολλά και ο τομέας της υγείας είναι σήμερα πολύ διαφορετικός από το 1963 (Chernew, 2001; Hammer et al., 2001; Sloan, 2001).

Έτσι, από την κάλυψη των αναγκών υγείας από έναν γιατρό, έχουμε μεταβεί σε ένα σύστημα που βασίζεται στη λει-

τουργία πολύπλοκων ιδρυμάτων. Η ιατρική τεχνολογία έχει εξελιχθεί με ταχύτατους ρυθμούς. Η δημόσια παρέμβαση έχει πάρει μεγάλη έκταση με προγράμματα όπως το Medicare και το Medicaid⁵ στις ΗΠΑ ή τα Εθνικά Συστήματα Υγείας σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες. Μία προσπάθεια πρόωθησης του ανταγωνισμού (Pauly, 1988), έγινε στις ΗΠΑ με την υιοθέτηση από το 1973 σχημάτων όπως οι Health Maintenance Organizations (HMO), που ανήκουν στη λεγόμενη οργανωμένη φροντίδα υγείας (managed

2. Οι Friedman and Kuznets (1945:pp. 118-137) ισχυρίζονται ότι τα εμπόδια εισόδου στο επάγγελμα είναι ένας από τους λόγους που οι γιατροί έχουν μεγαλύτερο εισόδημα. Ο Arrow ωστόσο αμφισβήτησε τις υποθέσεις στις οποίες βασίζονται οι υπολογισμοί τους (1963:p. 955, fn 29). Ο Friedman ισχυρίζεται περαιτέρω (1962:p. 158), ότι «η χορήγηση αδείας επαγγέλματος πρέπει να είναι προσαρμοσμένο για την άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος». Πολλοί αμφισβητούν τη σχέση ανάμεσα στην άδεια άσκησης επαγγέλματος και στην ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας (Svorny, 2004). Ο ίδιος ο Arrow (1963:p. 956), αναγνωρίζει ότι ορισμένες ιατρικές πράξεις θα μπορούσαν να εκτελεστούν από κάποιον μη γιατρό με λιγότερο κόστος.
3. Ο όρος «ηθικός» έχει κάποια αρνητική χροιά, καθώς παραπέμπει σε ανήθικη συμπεριφορά, υπονοώντας ότι υπάρχει ψεύδος ή εξαπάτηση. Με αυτή την έννοια χρησιμοποιείται πολλές φορές από τους ασφαλιστές ή από τους πολιτικούς ιδιαίτερα στις ΗΠΑ, όπου υπάρχει μια ιδιαίτερα φορτισμένη συζήτηση σχετικά με την υποχρεωτική ασφάλιση και την κοινωνική και οικονομική αποτελεσματικότητά της. Ωστόσο, στην ουσία, οι οικονομολόγοι με τον όρο αυτό απλώς εννοούν την αναποτελεσματικότητα και την ανεπάρκεια που μπορεί να προκύψει στην ασφαλιστική αγορά και όχι κάτι ανήθικο (Hale, 2009). Πράγματι, όπως υποστηρίζει ο Pauly (1968:pp. 531, 535), ο ηθικός κίνδυνος δεν έχει να κάνει τίποτα με την ηθική ή την ηθικότητα, αλλά πρόκειται απλώς για ορθολογική οικονομική συμπεριφορά, σύμφωνα με την οποία τόσο ο γιατρός όσο και ο ασθενής δεν έχουν κίνητρο να περικλύψουν το κόστος της ιατρικής φροντίδας αφού αυτό αναλαμβάνεται από την ασφαλιστική εταιρεία. Ωστόσο, η λογική του Pauly έχει οδηγήσει στην εμμονή στις ΗΠΑ για τον ηθικό κίνδυνο ο φόβος του οποίου έχει οδηγήσει στη μη εξάπλωση της ασφάλισης υγείας στο σύνολο του πληθυσμού.
4. Η ύπαρξη του ηθικού κινδύνου επιβεβαιώθηκε με τη μεγάλη (και μοναδική) πειραματική μελέτη RAND Health Insurance Experiment που διεξήχθη στις ΗΠΑ από το 1971 έως το 1982 υπό τη διεύθυνση του Joseph Newhouse (<http://www.rand.org/health/projects/hie/>).
5. Πρόκειται για δύο μεγάλα δημόσια προγράμματα υγείας στις ΗΠΑ που υπογράφηκαν από τον Πρόεδρο Lyndon Johnson στις 30/7/1965 με σκοπό την κάλυψη των αναγκών φροντίδας υγείας για τους άνω των 65 ετών (<http://www.cms.hhs.gov/MedicareGenInfo/>), και των ατόμων χαμηλού εισοδήματος όλων των ηλικιών (<http://www.cms.hhs.gov/MedicaidGenInfo/>), αντίστοιχα. Σήμερα τα προγράμματα αυτά καλύπτουν τις ανάγκες υγείας για το ένα τρίτο του πληθυσμού των ΗΠΑ.

care). Όταν στα μέσα της δεκαετίας του 1970 το κόστος του Medicare άρχισε να ανεβαίνει πολύ, ως διέξοδος θεωρήθηκε η εγγραφή πολλών ηλικιωμένων σε κάποιον ΗΜΟ. Ωστόσο, όπως αναλύουν διεξοδικά οι Woolhandler and Himmelstein⁶ (2007), οι ιδιωτικές συμβάσεις με τους ΗΜΟ στο πλαίσιο του προγράμματος Medicare έχουν αποτύχει. Πολύ γρήγορα οι μάντζερ των ΗΜΟ αντιλήφθηκαν ότι το κέρδος βρίσκεται στην προσέλκυση σχετικά υγιών ηλικιωμένων, και αυτό ακριβώς έκαναν χρησιμοποιώντας διάφορες τεχνικές marketing, στέλνοντας πίσω στο Medicare άτομα που έχουν προβλήματα υγείας και φυσικά απαιτείται υψηλό κόστος για τη φροντίδα τους⁷. Λειτουργώντας έτσι, οι ΗΜΟ εξασφάλισαν τεράστια κέρδη⁸ και συνακόλουθα ισχυρή πολιτική επιρροή, την οποία βεβαίως χρησιμοποιούν προκειμένου να εμποδίσουν τις προσπάθειες να τεθεί τέλος στις πρακτικές που ακολουθούν.

Ισχυρή κριτική ασκήθηκε στην άποψη ότι η αγορά υπηρεσιών υγείας είναι διαφορετική από τις άλλες αγορές. Ο Robinson (2001:p. 1046) ισχυρίζεται ότι πολλοί δανείστηκαν τις ιδέες (και το κύρος) του Arrow για να δικαιολογήσουν κάθε αναποτελεσματικότητα και ιδιορρυθμία στην αγορά υπηρεσιών υγείας.

Ωστόσο, υπάρχουν και σήμερα πολλές ιδιαιτερότητες που συνιστούν απόκλιση από το ανταγωνιστικό μοντέλο. Η αποτυχία του ανταγωνιστικού μοντέλου φαίνεται ξεκάθαρα στις ΗΠΑ όπου παρόλο που η κατά κεφαλήν δαπάνη για φροντίδα υγείας είναι περίπου διπλάσια από το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ⁹, οι δείκτες υγείας σε πολλές περιπτώσεις βρίσκονται σε μέτρια επίπεδα, ενώ υπάρχουν εκα-

τομμύρια ανασφάλιστοι¹⁰.

Έντονη διαμάχη διεξάγεται γύρω από την άποψη του Arrow ότι τα κενά της αγοράς καλύπτονται από κοινωνικούς θεσμούς εκτός αγοράς (1963:p. 947), εννοώντας κατά βάση την εμπιστοσύνη την οποία υποτίθεται ότι θα πρέπει να απολαμβάνει ο γιατρός (Arrow, 1963:pp. 949-951, 965-966). Η κριτική εστιάζεται στο γεγονός ότι ο κόσμος δεν υπήρξε ποτέ έτσι όπως ο Arrow τον περιγράφει¹¹ (Pauly, 1988; 2001; Robinson, 2001). Βεβαίως, πολλά από όσα είπε ο Arrow σχετικά με το ότι το ιατρικό επάγγελμα μπορεί να θέσει κανόνες αυτορρύθμισης, έχουν πράγματι ξεθωριάσει από τα γεγονότα. Η θέση και η ισχύς του ιατρικού επαγγέλματος έχουν αμφισβητηθεί εξαιτίας παραδειγμάτων κακής πρακτικής και η σχέση γιατρού και ασθενούς¹² έχει υποστεί σημαντικές μεταβολές σε σχέση με το παρελθόν. Εξάλλου, με τη διάδοση του Internet, μέσω της διάχυσης της πληροφορίας, σπάει ο έλεγχος της ροής της πληροφόρησης για ζητήματα υγείας που παραδοσιακά ανήκε στο γιατρό (Hardey, 2001:p. 404). Παρέχεται λοιπόν η δυνατότητα στους ασθενείς να έχουν καλύτερη πληροφόρηση και συνακόλουθα μεγαλύτερη ελευθερία επιλογών. Ωστόσο, όσο μεγάλη πρόσβαση σε πληροφόρηση και να έχουν οι ασθενείς, είναι αμφίβολο εάν και σε ποιο βαθμό μπορούν να διαχειριστούν αυτή την πληροφορία, έτσι ώστε να κάνουν οι ίδιοι επιλογές για τη θεραπεία τους ανεξάρτητα των οδηγιών του γιατρού τους (Haas-Wilson, 2001:p. 1042). Η ασυμμετρία πληροφόρησης θα παραμείνει ένα κεντρικό χαρακτηριστικό της σχέσης γιατρού και ασθενούς και επομένως, όπως ισχυρίζεται ο Fuchs (1988:p. 22), θα πρέπει η

6. Καθηγητές της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Harvard και συνιδρυτές της οργάνωσης Physicians for a National Health Program (<http://www.pnhp.org>), που από το 1986 μάχεται για την καθιέρωση στις ΗΠΑ ενός συστήματος υγείας, που να θεωρεί τη φροντίδας δημόσιο αγαθό προσβάσιμο σε όλους και όχι αγαθό που αγοράζεται και πωλείται όπως ένα οποιοδήποτε εμπόρευμα.
7. Εύστοχος είναι ο τίτλος σχετικού άρθρου: "Η περιστερφόρμη πόρτα από το Medicare στους ΗΜΟ – οι υγείες μπαίνουν μέσα ενώ οι άρρωστοι μένουν έξω", (Morgan et al., 1997). Σε άλλο άρθρο (Angell, 2008), χαρακτηριστικά αναφέρεται ότι οι ΗΠΑ είναι η μόνη χώρα του κόσμου που έχει σύστημα υγείας που προσπαθεί να αποφύγει τους ασθενείς (p. 917). Συγκρίνοντας τις ΗΠΑ με τον Καναδά, η Angell συμπεραίνει ότι το πρόβλημα στον Καναδά είναι ότι το σύστημα υγείας αλλά η υποχρηματοδότησή του, ενώ στις ΗΠΑ το πρόβλημα είναι το ακριβώς αντίθετο (p. 918).
8. Πολλοί ΗΜΟ είναι σήμερα γιγάντιοι οργανισμοί με τεράστια κέρδη και πολύ μεγάλο διοικητικό κόστος, κάτι που αφαιρεί πόρους από την πραγματική φροντίδα υγείας (Woolhandler and Himmelstein, 2004).
9. Το 2007 η δαπάνη για υγεία ήταν στις ΗΠΑ στο 16% του ΑΕΠ, ενώ ο μέσος όρος των άλλων χωρών του ΟΟΣΑ ήταν στο 8,7% (OECD, Health Data 2009).
10. Σύμφωνα με τα πιο πρόσφατα στοιχεία που δημοσιεύτηκαν στις 10/9/2009, το 2007 υπήρχαν 45,7 εκατομμύρια ανασφάλιστοι ενώ το 2008 ο σχετικός αριθμός ανήλθε σε 46,3 εκατομμύρια (U.S. Census Bureau, 2009).
11. Ο Robinson θεωρεί ότι «το άρθρο του Arrow βίωσε τη μοίρα πολλών δημιουργικών κειμένων, να περιγράφουν το παρόν ενός κόσμου που ήδη αποτελεί παρελθόν» (2001:p. 1052).
12. Τη σχέση αυτή περιγράφει με σχηματικό τρόπο ο Williams (1988): Θεωρητικά ο ασθενής και ο γιατρός είναι σε σχέση εντολέα (ασθενής) – εντολοδόχου (γιατρός). Επομένως: Ο ΠΑΤΡΟΣ είναι εκεί για να δώσει στον ΑΣΘΕΝΗ όλες τις πληροφορίες που ο ΑΣΘΕΝΗΣ χρειάζεται, προκειμένου ο ΑΣΘΕΝΗΣ να λάβει μια απόφαση, και ο ΠΑΤΡΟΣ θα πρέπει στη συνέχεια να εφαρμόσει την απόφαση αυτή, που έχει μόλις πάρει ο ΑΣΘΕΝΗΣ. Αλλάζοντας όμως τις λέξεις ΑΣΘΕΝΗΣ και ΠΑΤΡΟΣ: Ο ΑΣΘΕΝΗΣ είναι εκεί για να δώσει στον ΠΑΤΡΟ όλες τις πληροφορίες που ο ΠΑΤΡΟΣ χρειάζεται, προκειμένου ο ΠΑΤΡΟΣ να λάβει μια απόφαση, και ο ΑΣΘΕΝΗΣ θα πρέπει στη συνέχεια να εφαρμόσει την απόφαση αυτή, που έχει μόλις πάρει ο ΠΑΤΡΟΣ. Είναι προφανές ότι στην πράξη ισχύει το δεύτερο, δηλαδή ο γιατρός δεν είναι τέλειος αντιπρόσωπος του ασθενούς και αυτό βεβαίως είναι επακόλουθο της ασυμμετρίας πληροφόρησης, η οποία είναι υπεύθυνη και για το φαινόμενο της προκλητής ζήτησης.
13. Εξάλλου και ο Νομπελίστας Καθηγητής Paul Krugman, στην τακτική στήλη που διατηρεί στην εφημερίδα New York Times, σημείωσε πρόσφατα (25/7/2009): «επειδή δεν μπορούμε να βρούμε στην αγορά και να συγκρίνουμε... ..γι' αυτό περιμένουμε περισσότερα από τους γιατρούς από ότι από τους φουρνάρηδες ή τους μπασκάληδες». (<http://krugman.blogs.nytimes.com/2009/07/25/why-markets-cant-cure-healthcare/>).

σχέση αυτή να παραμείνει μια σχέση εμπιστοσύνης.¹³

Το υψηλό κόστος λειτουργίας του τομέα υγείας με κριτήρια ελεύθερου ανταγωνισμού είναι επίσης ένα μεγάλο πρόβλημα. Οι Woolhandler and Himmelstein (1997), δείχνουν ότι το διοικητικό κόστος¹⁴ στα ιδιωτικά νοσοκομεία είναι 34%, έναντι 22,9% στα δημόσια νοσοκομεία. Οι Woolhandler et al. (2003), αναφέρουν ότι το διοικητικό κόστος ολόκληρου του τομέα υγείας στις ΗΠΑ φτάνει στο 31%, σχεδόν διπλάσιο από τον Καναδά που είναι 16,7%. Οι διάφοροι μάντζερ επίσης απορροφούν πολλούς πόρους με τους τεράστιους μισθούς ή bonus (stock options κλπ.) που παίρνουν, ακόμα και σε περιπτώσεις που απολύονται λόγω π.χ. καταδίκης της εταιρείας για παράνομες πράξεις (Woolhandler and Himmelstein, 2004). Η απόφαση να «αμολυθούν» οι δυνάμεις της αγοράς στην υγεία εκτρέπει χρήματα από την παροχή φροντίδας υγείας προς τη διοικητική γραφειοκρατία (Woolhandler and Himmelstein, 2007:p. 1128) και αυτό πιθανώς έχει συνέπειες στην ποιότητα της φροντίδας¹⁵.

Κατά την άποψη των πολέμιων του ανταγωνιστικού μοντέλου η αποτυχία του ανταγωνισμού να μειώσει το κόστος έγκειται στο γεγονός ότι οι ιδιωτικές επιχειρήσεις στο χώρο της υγείας ακολουθούν μια συμπεριφορά μεγιστοποίησης του κέρδους και όχι ελαχιστοποίησης του κόστους. Εξάλλου, το να θεωρούμε τους ασθενείς ως «καταναλωτές υπηρεσιών υγείας» μπορεί να ακούγεται καλά ως μοντέρνα οικονομική ορολογία, ωστόσο ένας σοβαρά ασθενής άνθρωπος δεν μπορεί να βγει στην «αγορά» για να «ψωνίσει» υπηρεσίες υγείας, ούτε μπορεί να συγκρίνει τιμές, ούτε να μειώσει τη ζητούμενη ποσότητα όταν οι προσφέροντες ανεβάζουν τις τιμές, ούτε, τέλος, μπορεί να αποτιμήσει επακριβώς την ποιότητα του «προϊόντος»¹⁶.

Επιπλέον, σε πολλές περιπτώσεις υπάρχουν μονοπωλια-

κά φαινόμενα, ενώ πάνω από τους μισούς αμερικανούς ζουν σε περιοχές των οποίων το μέγεθος του πληθυσμού δεν επιτρέπει την ανάπτυξη υγιούς ανταγωνισμού¹⁷. Για παράδειγμα, όπως επισημαίνει ο Fuchs (1988:p. 21), πόσα νοσοκομεία μπορούμε να έχουμε σε έναν πληθυσμό 100.000 κατοίκων; Ένα, το πολύ δύο. Πόσες ειδικευμένες ομάδες καρδιοχειρουργικής μπορούμε να έχουμε ανά εκατομμύριο πληθυσμού; Μία, το πολύ δύο. Ακόμα και για μεγάλους πληθυσμούς, είναι αμφίβολο εάν εξυπηρετείται το δημόσιο συμφέρον με το να έχουμε γιατρούς και νοσοκομεία που ανταγωνίζονται μεταξύ τους. «Οι ασθενείς μπορεί να ωφεληθούν από τη συνεργασία μεταξύ γιατρών και νοσοκομείων με χαμηλότερο κόστος και καλύτερη εξυπηρέτηση» (Fuchs, 1988:p. 21).

Τέλος, η συνάρτηση παραγωγής υπηρεσιών υγείας είναι μια «περιέργη» συνάρτηση: συνήθως απαιτεί τη συνεργασία ασθενών και επαγγελματιών υγείας παρά να ενεργούν αυτοί ως αγοραστές και πωλητές που έχουν αντιτιθέμενα συμφέροντα. Η αμοιβαία εμπιστοσύνη συμβάλει τα μέγιστα στην αποτελεσματικότητα της «παραγωγής», δηλαδή της θεραπευτικής προσπάθειας.

Συμπερασματικά, λοιπόν, πολλοί θεωρούν ότι πολλές από τις απόψεις που διατύπωσε ο Arrow είναι και σήμερα ισχυρές. Για παράδειγμα, ο Krugman γράφει: «... ο Arrow έδειξε ότι..., ...η φροντίδα υγείας δεν μπορεί να είναι εμπορεύσιμη όπως το ψωμί ή οι τηλεοράσεις»¹⁸, ενώ ο Joseph Stiglitz λέει: «αυτό που είδαμε είναι ότι οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες δεν ξέρουν πώς να παρέχουν υπηρεσίες με αποδοτικό τρόπο»¹⁹. Τέλος, ο Fuchs (1988:p. 22), συμπεραίνει ότι «το μοντέλο της ατομικής ανταγωνιστικής συμπεριφοράς, που συνήθως θεωρείται ιδεατό στα οικονομικά εγχειρίδια, συχνά δεν είναι το σωστό ζητούμενο για τις υπηρεσίες υγείας».

4. Συμπέρασμα

Το ζήτημα της λειτουργίας του ανταγωνιστικού μοντέλου στον τομέα της παροχής υπηρεσιών υγείας προκαλεί έντονες αντιπαραθέσεις. Αυτό είναι φυσικό, δεδομένου ότι πρόκειται για ένα θέμα που δεν μπορεί να αναλυθεί από την θετική οικονομική, αλλά ανήκει στην κανονιστική οικονομική, δηλαδή δεν πρόκειται για ένα ερώτημα του τύπου «πώς λειτουργεί» αλλά για ερώτημα του τύπου «πόσο καλά λειτουργεί». Η απά-

ντηση, λοιπόν, στο εάν οι δυνάμεις της αγοράς στον τομέα της παροχής υπηρεσιών υγείας μπορούν να οδηγήσουν σε άριστη κατανομή πόρων και σε αποδοτικές λύσεις και βελτιστοποίηση της κοινωνικής ευημερίας εξαρτάται εν πολλοίς από τις υποκειμενικές αξιολογικές κρίσεις που κάνει ο ερευνητής, από την ψυχοσύνθεσή του, από τις φιλοσοφικές αντιλήψεις του και από τις πολιτικές πεποιθήσεις του. Είναι επίσης

14. «...δεν είμαι σίγουρος εάν έχουμε μία νοσηλεύτρια για κάθε κρεβάτι, αλλά έχουμε έναν διοικητικό για κάθε κρεβάτι ...είναι κατάπτυστο» (Dr. Uwe Reinhardt, καταθέτοντας στην Επιτροπή Οικονομικών της Αμερικανικής Γερουσίας, 19/11/2008).

15. Μεγάλη μετα-ανάλυση (Deveraux et al., 2002), με στοιχεία για 38 εκατομμύρια ασθενείς σε χιλιάδες νοσοκομεία των ΗΠΑ για τη χρονική περίοδο 1982-1995, δείχνει ότι η νοσηλεία σε ιδιωτικό νοσοκομείο έχει μεγαλύτερο κίνδυνο θανάτου σε σχέση με τη νοσηλεία σε δημόσιο νοσοκομείο.

16. Πρόκειται ουσιαστικά για τις επισημάνσεις του Arrow (1963). Όπως γράφει ο Paul Krugman με σκωπτικό ύφος, «...δεν μπορείς να βασιστείς στην εμπειρία ή να συγκρίνεις τα ψώνια σου. ("Άκουσα ότι έχει καλές προσφορές στα stents στο St. Mary")». Krugman, op. cit.

17. Ο οργανισμός Health Care for America Now υπολογίζει με στοιχεία της Αμερικανικής Ιατρικής Ένωσης για το 2008 ότι το 95% της ασφαλιστικής αγοράς των ΗΠΑ είναι συγκεντρωμένο σε σημείο που να απαιτείται η ενεργοποίηση του αντιμονοπωλιακού νόμου (<http://healthcareforamericanow.org/>).

18 Krugman, op. cit.

19. Συνέντευξη στην Amy Goodman, 25/2/2009, <http://www.democracynow.org/2009/2/25/stiglitz>

προφανές ότι η απάντηση που η κοινωνία δίνει και οι αποφάσεις που παίρνει για τα ζητήματα αυτού του τύπου μπορεί διαχρονικά να μεταβάλλεται, όπως εξάλλου μεταβάλλεται άρδην και το πλαίσιο, θεσμικό, πολιτικό και οικονομικό, μέσα στο οποίο τίθενται τα ζητήματα.

Φαίνεται πάντως ότι τελευταία επικρατεί η άποψη ότι το ανταγωνιστικό υπόδειγμα δεν μπορεί να λειτουργήσει στον τομέα της υγείας. Οι ιδιαιτερότητες είναι πολλές και η ανισότητα²⁰ είναι ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα που προκύπτουν από την είσοδο του ανταγωνισμού στον τομέα της υγείας. Οι κακές επιδόσεις της υγειονομικής περίθαλψης των ΗΠΑ αποδίδονται στην πίστη στους μηχανισμούς της αγοράς (Woolhandler and Himmelstein, 2007:p. 1129), και επομένως άλλα έθνη θα πρέπει να αποφυγούν αυτό το κακό παρά-

δειγμα²¹. Γι αυτό και ο Πρόεδρος των ΗΠΑ Barack Obama ξεκαθάρισε την πρόθεσή του για υιοθέτηση πολιτικών που έχουν στόχο τη ρύθμιση των ανεξέλεγκτων αγορών²² από την πρώτη στιγμή της ανάληψης των καθηκόντων του²³.

Για την Ευρώπη, η οποία στο πλαίσιο του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Μοντέλου (ΕΚΜ)²⁴ είναι το μόνο τμήμα του κόσμου όπου η κοινωνική δικαιοσύνη και η ανταγωνιστικότητα αντιμετωπίζονται ως στόχοι αμοιβαία εφικτοί και όχι ως αμοιβαία αποκλειόμενοι, η απάντηση στις προκλήσεις των καιρών δεν μπορεί να είναι η άνευ όρων παράδοση στις δυνάμεις της αγοράς, αλλά πρέπει να είναι η ενδυνάμωση του ενεργητικού και δυναμικού κράτους πρόνοιας, που θα οδηγήσει σε μια Νέα Κοινωνική Ευρώπη (Giddens, 2008; Rasmussen and Delors, 2007).

Βιβλιογραφία

- Angell, Marcia (2008), "Privatizing health care is not the answer: lessons from the United States," *Canadian Medical Association Journal*, 179(9), pp. 916-919.
- Arrow, Kenneth J. (1963), "Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care," *American Economic Review* 53(5), pp. 941-973.
- Chemew, Michael (2001), "General Equilibrium and Marketability in the Health Care Industry," *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Vol. 26, No. 5, pp. 885-897.
- Devereaux, P.J., P.T.L. Choi, C. Lacchetti, B. Weaver, H.J. Schünemann, T. Haines, J.N. Lavis, B.J.B. Grant, D.R.S. Haslam, M. Bhandari, T. Sullivan, D.J. Cook, S.D. Walter, M. Meade, H. Khan, N. Bhatnagar, G.H. Guyatt (2002), "A systematic review and metaanalysis of studies comparing mortality rates of private for-profit and private not-for-profit hospitals," *Canadian Medical Association Journal*, 166(11), pp. 1399-1406.
- Epstein, Arnold M., Henry J. Aaron, Katherine Baicker, Jacob S. Hacker and Mark V. Pauly (2009), "Health Care Reform in Perspective," *New England Journal of Medicine*, Vol. 361(16): e30
- Friedman, Milton (1962), *Capitalism and Freedom*, University of Chicago Press, Chicago IL.
- Friedman, Milton and Simon Kuznets (1945), *Income from Independent Professional Practice*, National Bureau of Economic Research, New York.
- Fuchs, Victor R. (1988), "The 'Competition Revolution' in health Care," *Health Affairs*, 7(3), pp. 5-24.
- Giddens, Anthony (2008), Μετά τον Τρίτο Δρόμο: «Η σειρά σας κύριε Μπράουν», [Over To You, Mr Brown], (μετάφραση: Α. Πελώνη, πρόλογος: Πάνος Μπεγγίτης), εκδόσεις Πόλις, Αθήνα.
- Haas-Wilson, Deborah (2001), "Arrow and the Information Market Failure in Health Care: The Changing Content and Sources of Health Care Information," *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Vol. 26, No. 5, pp. 1031-1044.
- Hale, Benjamin (2009), "What's so moral about the moral hazard?" *Public Affairs Quarterly*, 23(1), pp. 1-25.
- Hammer, P.J., d. Haas-Wilson and W.M. Sage (2001), "Kenneth Arrow and the Changing Economics of Health Care: 'Why Arrow? Why Now?'" *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Vol. 26, No. 5, pp. 835-849.
- Hardey, Michael (2001), "Doctor in the house: the Internet as a source of lay health knowledge and the challenge to expertise", in Basiro Davey, Alastair Gray and Clive Seale (eds.), *Health and Disease: A Reader*, 3rd edition, Open University Press, Buckingham, England.
- Krugman, Paul (2009), "Why markets can't cure healthcare," *The conscience of a Liberal*, *The New York Times*, NY.
- Morgan Robert O., Beth A. Virnig, Carolee A. DeVito and Nancy A. Persily (1997), "The Medicare – HMO revolving door – The healthy go in and the sick go out," *New England Journal of Medicine* 337(3), pp. 169-175.
- Pauly, Mark V. (1968), "The Economics of Moral Hazard: Comment," *American Economic Review*, 58(3), pp. 531-537.

20. «Από όλες τις μορφές της ανισότητας, η αδικία στη φροντίδα υγείας είναι η πλέον ειδικής και απάνθρωπη» (Rev. Dr. Martin Luther King Jr., 25/5/1966, Εθνικό Συνέδριο της Ιατρικής Επιτροπής για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα, Σικάγο).
21. Ανάλογο είναι και το συμπέρασμα της Angell (2008), που επιχειρηματολογεί εναντίον της προσπάθειας που γίνεται στον Καναδά να ιδιωτικοποιηθεί ο τομέας της υγείας στα πρότυπα των ΗΠΑ.
22. «... χωρίς προσεκτική παρακολούθηση η αγορά μπορεί να κινηθεί ανεξέλεγκτα», Barack Obama Inaugural Speech, (<http://www.whitehouse.gov/blog/inaugural-address/>).
23. Όπως πολύ πρόσφατα (25/9/2009) σημειώνει ο Epstein «...ένα χρόνο μετά δεν αμφιταλαντεύτηκε ούτε στο ελάχιστο» (<http://www.nejm.org/perspective-roundtable/health-care-reform-in-perspective/>), με αποτέλεσμα την πρόσφατη (7/11/2009) υπερψήφιση από τη Βουλή των Αντιπροσώπων του νέου νόμου για την υγεία.
24. Το ΕΚΜ είναι στη βάση του ένα πολιτικό όραμα μιας κοινωνίας που επιθυμεί την πρόοδο και την ανάπτυξη χωρίς να θυσιάζει κάποια από τα μέλη της, μιας κοινωνίας που οργανώνεται συλλογικά απέναντι σε κινδύνους που απειλούν την ποιότητα ζωής ή την ίδια τη ζωή – όπως είναι η ασθένεια, η ανεργία, τα γηρατειά – μιας κοινωνίας που αναζητά ανθρωποκεντρικούς τρόπους ενσωμάτωσης και οικονομικής ολοκλήρωσης στην παγκόσμια οικονομία.

Pauly, Mark V. (1988), "Is Medical Care Different? Old Questions, New Answers,"

Journal of Health Politics, Policy and Law, Vol. 13, pp. 227-237.

Pauly, Mark V. (2001), "Kenneth Arrow and the Changing Economics of Health Care - Foreword," Journal of Health Politics, Policy and Law, Vol. 26, No. 5, pp. 829-834.

Rasmussen Poul Nyrup and Jacques Delors (2007), The New Social Europe, Party of European Socialists, Brussels.

Reinhardt, Uwe (2001), "Can efficiency in Health Care Be Left to the Market?" Journal of Health Politics, Policy and Law, Vol. 26, No. 5, pp. 967-992.

Robinson, James C. (2001), "The End of Asymmetric Information," Journal of Health Politics, Policy and Law, Vol. 26, No. 5, pp. 1045-1053.

Savedoff, William D. (2004), "Kenneth Arrow and the birth of health economics," Bulletin of the World Health Organization, 82(2), pp. 139-140.

Sloan, Frank A. (2001), "Arrow's Concept of the Health Care Consumer: A Forty-Year Retrospective," Journal of Health Politics, Policy and Law, Vol. 26, No. 5, pp. 899-911.

Svorny, Shirley (2004), "Licensing Doctors: Do Economists Agree?" Journal Watch, Vol. 1(2), pp. 279-305.

Woolhandler, S., T. Campbell and D.U. Himmelstein (2003), "Costs of health care administration in the United States and Canada," New England Journal of Medicine, 349(8), pp. 768-775.

Woolhandler, S. and D.U. Himmelstein (1997), "Costs of care and administration at for-profit and other hospitals in the United States," New England Journal of Medicine, 336(11), pp. 769-774.

Woolhandler, S. and D.U. Himmelstein (2004), "The high costs of for-profit care," Canadian Medical Association Journal, 170(12), pp. 1814-1815.

Woolhandler, S. and D.U. Himmelstein (2007), "Competition in a publicly funded healthcare system," British Medical Journal, 335, pp. 1126-1129.

U.S. Census Bureau (2009), Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2008, Issued: September 2009, Washington DC.

Williams, Alan (1988), "Health economics: the end of clinical freedom?" British Medical Journal, 297, pp. 1183-1186.