

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ
ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

Τμήμα Οργάνωσης και Διοίκησης Επιχειρήσεων

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
Πανεπιστημιακές Σημειώσεις

Βασιλείου Ο. Αλετρά
Καθηγητή Μάνατζμεντ και Οικονομικών της Υγείας

1. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΑΓΑΘΟΥ «ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ»

Οι δαπάνες για την παροχή υπηρεσιών υγείας ή φροντίδας υγείας (health care services) αντιπροσωπεύουν περίπου το 10% του Α.Ε.Π. στη χώρα μας, υπερβαίνοντας τα 15 δισεκατομμύρια ευρώ. Εξάλλου, αναμένεται ότι αυτές θα αυξηθούν και στο μέλλον λόγω της αύξησης του προσδόκιμου επιβίωσης και της γήρανσης του πληθυσμού, της υιοθέτησης ακριβής βιοϊατρικής τεχνολογίας και της επικράτησης των χρόνιων εκφυλιστικών νόσων. Είναι λοιπόν φανερή η σπουδαιότητα του τομέα υγείας σε κάθε κοινωνία και η συνεπαγόμενη αναγκαιότητα μελέτης του.

Οι περισσότεροι άνθρωποι έχουν έρθει σε επαφή σε κάποιο σημείο της ζωής τους με το σύστημα υγείας, αντιμετωπίζοντας ενίοτε καταστάσεις που θέτουν σε κίνδυνο την ίδια τους τη ζωή. Ακόμη και στις πιο συνηθισμένες επαφές αυτού του είδους γίνεται αντιληπτό ότι κάτι διαφέρει στη συγκεκριμένη αγορά. Τίθεται λοιπόν το ερώτημα αν οτιδήποτε γνωρίζουμε σχετικά με τα οικονομικά από άλλους κλάδους μπορούν να έχουν εφαρμογή στο συγκεκριμένο τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας. Συμπεριφέρονται, παραδείγματος χάριν, ορθολογικά όσοι δραστηριοποιούνται στο χώρο της υγείας;

Το αγαθό «φροντίδα υγείας» (health care) έχει σημαντικές ομοιότητες αλλά και διαφορές με τα υπόλοιπα αγαθά που υπάρχουν σε άλλες αγορές. Ως εμπορεύσιμο αγαθό αποτελεί και αυτό αντικείμενο συναλλαγής. Έτσι, η ποσότητα που καταναλίσκεται είναι το αποτέλεσμα επιδράσεων των δυνάμεων της προσφοράς και της ζήτησης. Αυτό σημαίνει ότι όπως ισχύει και για τα λοιπά αγαθά, η ζήτηση επηρεάζεται *inter alia* από την τιμή του αγαθού, το εισόδημα των καταναλωτών και τις προτιμήσεις τους. Έτσι, λοιπόν, έχει παραδείγματος χάριν εκτιμηθεί η ελαστικότητα ζήτησης υπηρεσιών υγείας ως προς την τιμή σε $-0,17$ έως $-0,22$ για το σύνολο των υπηρεσιών. Δηλαδή, η ζήτηση για υπηρεσίες υγείας είναι ανελαστική.

Υπάρχουν, ωστόσο, και σημαντικές ιδιαιτερότητες του αγαθού «φροντίδα υγείας», οι οποίες δημιουργούν αντίστοιχα προβλήματα και τονίζουν την ανάγκη για αυξημένη κρατική παρέμβαση και την υιοθέτηση περίπλοκων συχνά πολιτικών υγείας, σε μια προσπάθεια αναζήτησης αποτελεσματικών πολιτικών υγείας. Αυτές αναλύονται στη συνέχεια.

1.1 Φύση του αγαθού «Φροντίδα Υγείας»

Οι ιδιαιτερότητες του αγαθού «Φροντίδα Υγείας» ήδη διαφαίνονται αν κάποιος εξετάσει τη φύση του και τη σχέση αυτού με το θεμελιώδες αγαθό «Υγεία» (Health). Συγκεκριμένα, το αγαθό «Φροντίδα Υγείας» δεν το αποζητούν οι καταναλωτές διότι τους παρέχει άμεσα ικανοποίηση. Με άλλα λόγια, κανείς δεν επισκέπτεται έναν γιατρό ή ένα νοσοκομείο μόνο και μόνο επειδή η επίσκεψή του αυτή κάνει τη ζωή του πιο ευχάριστη! Η ζήτηση λοιπόν για «Φροντίδα Υγείας» πηγάζει από τη θέληση των ανθρώπων να διατηρήσουν και να βελτιώσουν την κατάσταση της υγείας τους. Ως «Υγεία» θεωρείται –σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας- η κατάσταση πλήρους φυσικής, διανοητικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλώς η απουσία ασθένειας, ενώ έχει τόσο ποσοτικό (έτη ζωής) όσο και ποιοτικό (ποιότητα ζωής) περιεχόμενο.

Έτσι, λοιπόν, θα μπορούσαμε να πούμε ότι η χρησιμότητα (ευδαιμονία) κάποιου ατόμου είναι συνάρτηση της υγείας του και άλλων λοιπών αγαθών, ενώ η υγεία είναι και αυτή συνάρτηση διαφόρων παραγόντων, όπως λ.χ. η «φροντίδα υγείας» (υπηρεσίες υγείας), το μορφωτικό επίπεδο του ατόμου, οι συνθήκες διαβίωσης (εισόδημα, κατοικία κλπ.), ο τρόπος ζωής (κάπνισμα, διατροφή, οδήγημα κλπ.), η έκθεση σε κινδύνους (μόλυνση περιβάλλοντος, επαγγελματικά ατυχήματα, μεταδοτικά νοσήματα κτλ.) και η γενετική προδιάθεση.

Η σχέση μεταξύ του εμπορεύσιμου αγαθού «Φροντίδα Υγείας» (υπηρεσίες υγείας) και του θεμελιώδους αγαθού «Υγεία» έχει και αυτή προσδιοριστεί. Συγκεκριμένα, όλοι οι άνθρωποι έρχονται στον κόσμο με κάποιο «απόθεμα υγείας». Το απόθεμα αυτό «απαξιώνεται» με το χρόνο (δηλ. τη γήρανση). Η επιθυμία των ατόμων να διατηρήσουν ή και να αποκαταστήσουν την υγεία τους οδηγεί στη ζήτηση για «επενδύσεις» αντικατάστασης του φθαρμένου αποθέματος υγείας. Η ζήτηση υπηρεσιών υγείας θεωρείται, εξάλλου, ότι είναι αρνητική συνάρτηση του «αποθέματος» υγείας, θετική συνάρτηση του εισοδήματος και αρνητική συνάρτηση της τιμής των υπηρεσιών υγείας.

Από όλα τα παραπάνω προκύπτουν δύο σχετικά προβλήματα. Το πρώτο σχετίζεται με τις παρατηρούμενες υγειονομικές ανισότητες. Στην Ελλάδα, συγκεκριμένα, φαίνεται να υπάρχουν σημαντικές γεωγραφικές ανισότητες, ιδιαίτερα στη βρεφική αλλά και γενική θνησιμότητα (π.χ. η Θράκη έχει τους υψηλότερους

δείκτες). Υπάρχουν επίσης σημαντικές διαφορές στις ασφαλιστικές καλύψεις και παροχές μεταξύ διαφόρων ασφαλιστικών φορέων, αλλά και μεγάλες ανισότητες μεταξύ των επαγγελματικών κατηγοριών στους δείκτες νοσηρότητας. Η ανάλυση που προηγήθηκε μας οδηγεί στο συμπέρασμα ότι είναι αρκετά αβέβαια τα αποτελέσματα μιας πολιτικής παροχής περισσότερων υπηρεσιών υγείας σε ευπαθείς ομάδες. Και αυτό διότι είδαμε ότι οι υπηρεσίες υγείας («Φροντίδα Υγείας») αποτελεί έναν μόνο εκ των προσδιοριστικών παραγόντων της κατάστασης της υγείας των μελών μιας κοινωνίας. Επομένως, είναι ίσως αναγκαία η υλοποίηση σύνθετων πολιτικών υγείας (που θα περιλαμβάνουν πέραν της χρηματοδότησης των νοσηλευτικών υποδομών και π.χ. την πρόληψη μέσω μιας αντικαπνιστικής εκστρατείας) αλλά και η συνεργασία πολλών φορέων πέραν του Υπουργείου Υγείας (να δοθεί π.χ. έμφαση στον τομέα της βελτίωσης των εισοδημάτων των χαμηλότερων κοινωνικο-οικονομικών στρωμάτων) προκειμένου να περιοριστούν οι υπάρχουσες υγειονομικές ανισότητες.

Ένα δεύτερο πρόβλημα είναι η δυσκολία αξιολόγησης του έργου των Οργανισμών Παροχής Υπηρεσιών Υγείας. Και αυτό διότι σε κάποιο βαθμό το τελικό αποτέλεσμα στην υγεία του ασθενή δεν εξαρτάται μόνο από την ποιότητα παροχής υπηρεσιών υγείας σε κάποιον ασθενή.

1.2 Αβεβαιότητα και Ασφάλιση

Τόσο το αγαθό «Υγεία», όσο και η «Φροντίδα Υγείας» χαρακτηρίζονται από αβεβαιότητα. Συγκεκριμένα, η κατάσταση υγείας ενός ατόμου διαταράσσεται από τυχαία γεγονότα, δηλ. νόσους. Ο χρόνος εκδήλωσης μιας νόσου αλλά και η σοβαρότητα αυτής είναι αβέβαια. Αυτό σημαίνει ότι και η χρονική στιγμή κατά την οποία αυτό θα κληθεί να πληρώσει για φροντίδα υγείας (υπηρεσίες υγείας), αλλά και το ποσό που θα αναγκαστεί να καταβάλει είναι τυχαία και άγνωστα σε αυτό. Και η δαπάνη που θα προκύψει ενδέχεται να είναι πολύ μεγάλη.

Συνεπώς, τα μεμονωμένα άτομα που αποστρέφονται τον κίνδυνο (risk-averse individuals) θα αναζητήσουν ασφαλιστική κάλυψη έναντι των κινδύνων αυτών. Αυτό όντως παρατηρείται στην πραγματικότητα. Οι άνθρωποι καταφεύγουν σε ιδιωτικές ασφαλίσεις, ενώ εργοδότες και εργαζόμενοι συνεισφέρουν στα Ταμεία Κοινωνικής Ασφάλισης. Επιπλέον, επειδή η Υγεία θεωρείται συνήθως ως δημόσιο αγαθό, το

Κράτος χρηματοδοτεί τα δημόσια νοσοκομεία ώστε οι καταναλωτές να είναι σε θέση να νοσηλεύονται έστω και αν δεν έχουν την οικονομική δυνατότητα.

Προκειμένου δε να αποφύγουν τους κινδύνους, θα είναι διατεθειμένοι να πληρώσουν κάποια τιμή σε εκείνον που θα παράσχει την ασφάλιση, δηλ. ένα ασφάλιστρο (insurance premium). Από την άλλη μεριά, κάποιος ασφαλιστικός φορέας είναι σε θέση να συνενώνει ένα μεγάλο αριθμό ανεξάρτητων κινδύνων και να τους εξαλείφει βάσει του στατιστικού νόμου των μεγάλων αριθμών (law of large numbers). Μπορεί, δηλαδή, γνωρίζοντας ιστορικά συνολικά στατιστικά στοιχεία για τη συχνότητα και σοβαρότητα της νόσου στον πληθυσμό να υπολογίσει το ποσό που θα πρέπει να πληρώσει για τους ασφαλισμένους. Ο μηχανισμός της ασφάλισης, όταν δεν υπάρχουν άλλα προβλήματα (π.χ. εκείνο της ασύμμετρης πληροφόρησης, που θα εξετάσουμε παρακάτω), βελτιώνει την κοινωνική ευημερία υπό την Pareto έννοια. Δηλαδή, ασφαλιστές και ασφαλιζόμενοι όλοι κερδίζουν από την αμοιβαία συμφέρουσα συναλλαγή.

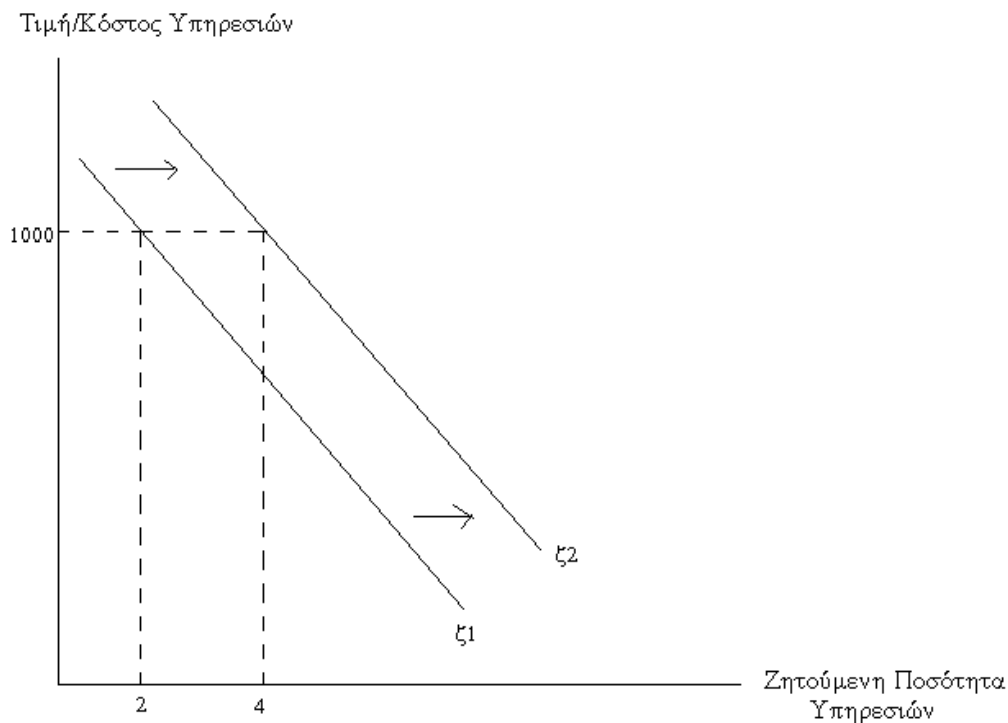
Προκειμένου να παρέχει αυτή την υπηρεσία, ο ασφαλιστής θα πρέπει να λάβει οπωσδήποτε από το σύνολο των ασφαλισμένων το ποσό της αναμενόμενης ζημίας. Για κάθε άτομο i αυτή ανέρχεται σε $p_i * L + (1-p_i) * 0$, όπου p_i είναι η πιθανότητα του ατόμου να ζητήσει υπηρεσίες υγείας και L το κόστος των υπηρεσιών αυτών. Φυσικά όντας κερδοσκοπική επιχείρηση πέραν της καλύψεως των ζημιών θα ζητήσει και κάποιο λογικό κέρδος, κ , επί π.χ. της αναμενόμενης ζημίας. Άρα το ασφάλιστρο θα διαμορφωθεί σε $(1 + \kappa) * p_i * L$. Σε αυτό συμπεριλαμβάνεται βέβαια και κάποιο ποσό αποζημίωσης του ασφαλιστή για τον υπολειπόμενο κίνδυνο, που αντιμετωπίζει λόγω του ότι τα ρίσκα που συνενώνει δεν είναι πάντοτε ανεξάρτητα (περίπτωση επιδημιών) αλλά ούτε και άπειρα. Στην αγορά η ζήτηση και προσφορά για ασφαλιστικές υπηρεσίες μπορούν να διαμορφώσουν το περιθώριο κέρδους κ έτσι ώστε η ασφάλιση υγείας να αποτελέσει τελικά αντικείμενο συναλλαγής.

Να σημειωθεί βέβαια ότι η πιθανότητα πρέπει να είναι αρκετά μικρότερη της μονάδας για να δοθεί η ασφάλιση. Παραδείγματα μη ασφαλίσιμων περιπτώσεων είναι ο τοκετός και οι εκ γενετής αναπηρίες. Επίσης, η ομαλή ασφάλιση διαταράσσεται όταν οι κίνδυνοι που ασφαίζονται δεν είναι ανεξάρτητοι. Έτσι, τα ασφαλιστικά συστήματα θα πτώχευαν σε περίπτωση μαζικής επιδημίας AIDS ή SARS. Για αυτό και παρατηρείται το γνωστό ενδιαφέρον και η συνεργασία όλως ανεξαιρέτως των χωρών σε ζητήματα που αφορούν τη δημόσια υγεία.

Γενικότερα, η παροχή πλήρης ασφαλιστικής κάλυψης είναι προβληματική λόγω της ασύμμετρης πληροφόρησης αλλά και της σχέσης ανταλλαγής που υφίσταται μεταξύ του βαθμού ασφαλιστικής κάλυψης και των κινήτρων των ατόμων που ασφαλίζονται (insurance vs. incentives trade-off).

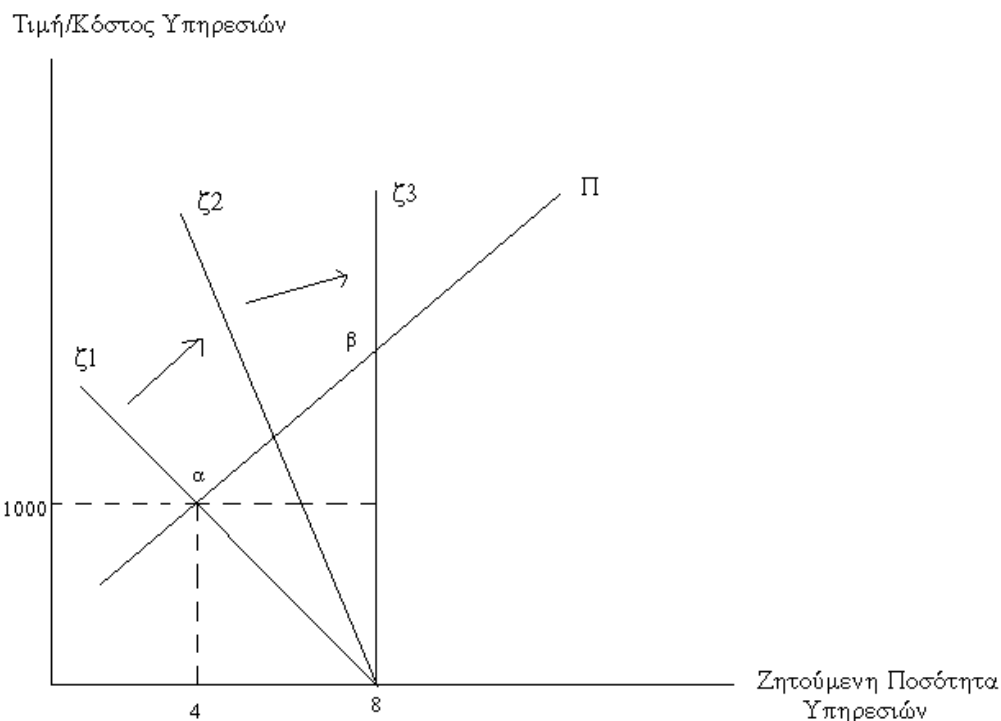
Συγκεκριμένα, αν ο ασφαλιστικός φορέας μπορούσε εύκολα να παρατηρεί τις ενέργειες των καταναλωτών – χρηστών των υπηρεσιών υγείας, τότε όπως είπαμε και οι δύο πλευρές θα ήταν κερδισμένες με την παροχή πλήρης κάλυψης. Όμως λόγω του υψηλού κόστους της παρακολούθησης και της σχέσης εμπιστοσύνης γιατρού-ασθενή ο ασφαλιστής-χρηματοδότης υπηρεσιών υγείας δε γνωρίζει τις ενέργειες του ασφαλιζόμενου πριν και μετά την εκδήλωση της ασθένειας.

Εξάλλου, η παροχή κάλυψης περιορίζει τα κίνητρα του ασφαλιζόμενου να προσέχει την υγεία του και τη συμπεριφορά του *ex ante* (π.χ. διατροφικές συνήθειες, τρόπο ζωής) με αποτέλεσμα να αυξάνεται η πιθανότητα να νοσήσει ή να ζητήσει υπηρεσίες υγείας. Και αυτό διότι η αυξημένη κάλυψη συνεπάγεται μικρότερο προσωπικό κόστος υπηρεσιών. Το γεγονός αυτό υπονοεί μια παράλληλη μετατόπιση της καμπύλης ζήτησης προς τα δεξιά (από ζ_1 σε ζ_2), στο Σχήμα 1.



ΣΧΗΜΑ 1 Παράλληλη Μετατόπιση της Ζήτησης Υπηρεσιών Υγείας

Επιπλέον, ex post (αφού δηλαδή εκδηλωθεί η νόσος), η μηδενική ή μειωμένη (επιχορηγούμενη) τιμή που πληρώνει ο χρήστης, του δημιουργεί κίνητρα να καταναλώσει περισσότερες υπηρεσίες απ' ότι θα ήταν διατεθειμένος αν ήταν αναγκασμένος να πλήρωνε αυτός το κόστος. Η ζήτηση γίνεται δηλαδή πιο ανελαστική. Η ελαστικότητα ζήτησης μας πληροφορεί για την ποσοστιαία μείωση του αριθμού υπηρεσιών που ζητούνται όταν αυξηθεί η τιμή των υπηρεσιών κατά ένα ποσοστό. Αν π.χ. η τιμή αυξηθεί κατά 10% και ως συνέπεια μειωθεί η ποσότητα κατά 15%, τότε η ζήτηση είναι ελαστική. Πλήρης ασφαλιστική κάλυψη δημιουργεί μια τελείως ανελαστική ζήτηση και επομένως ο καταναλωτής δεν ενδιαφέρεται καθόλου για την τιμή-κόστος των υπηρεσιών (ζ₃ σχήμα 2).



ΣΧΗΜΑ 2 Δημιουργία Ανελαστικής Ζήτησης και Συνολική Δαπάνη

Σημειωτέον δε, ότι στο σημείο «α» η αξία/όφελος μιας επιπλέον / πρόσθετης υπηρεσίας υγείας είναι ίση με το κόστος της μονάδας αυτής. Δεξιά όμως του σημείου αυτού, το κόστος κάθε πρόσθετης υπηρεσίας υπερβαίνει το όφελος με αποτέλεσμα να δημιουργείται έλλειμμα κοινωνικής ευημερίας (περιοχή αβδ). Με άλλα λόγια, ο ασθενής καταναλώνει μη αναγκαία περίθαλψη μη συγκρίνοντας κόστος-ωφέλεια κάθε υπηρεσίας, αλλά λαμβάνοντας υπ' όψιν μόνο την ωφέλεια. Καταναλώνει, δηλαδή, έως ότου γίνει μηδέν η πρόσθετη ωφέλεια. Η συνολική δαπάνη για

υπηρεσίες υγείας από 1000 X 4 αυξάνονται σε 1000 X 8 ευρώ. Και σε αυτό το ποσό πρέπει να συνυπολογιστεί και η αύξηση της δαπάνης λόγω της παράλληλης μετατόπισης της ζήτησης. Υπάρχει λοιπόν μη ορθολογική χρήση σπανίων πόρων που θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν αλλού.

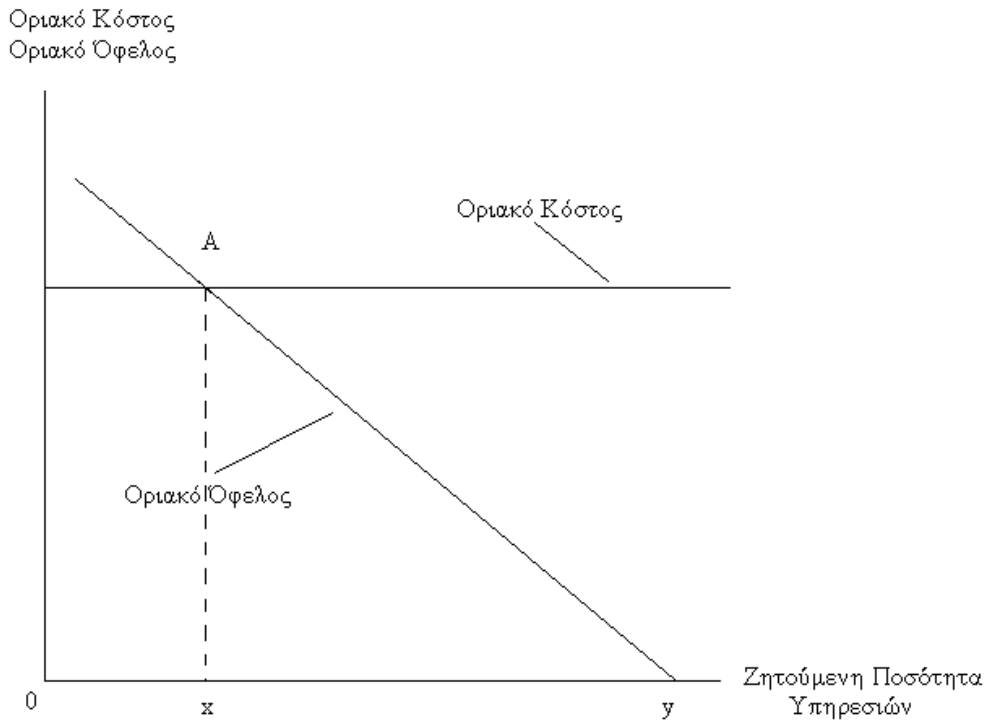
Φυσικά, ο ασφαλιστικός φορέας λαμβάνει υπ' όψιν αυτό το ενδεχόμενο με αποτέλεσμα την αύξηση των ασφαλιστρών. Ομοίως, σε συστήματα υγείας όπου οι υπηρεσίες υγείας χρηματοδοτούνται από τη φορολογία θα επιβληθούν υψηλότεροι φόροι. Βέβαια, αν η ζήτηση υπηρεσιών ήταν ούτως ή άλλως πλήρως ανελαστική, δεν θα δημιουργούνταν πρόβλημα από την ύπαρξη ασυμμετρίας στην πληροφόρηση. Όμως οι καταναλωτές αντιδρούν στις μεταβολές των τιμών.

Κάποιοι οικονομολόγοι επιχειρηματολόγησαν ότι οι καταναλωτές καταλαβαίνουν ότι το πρόβλημα ηθικής βλάβης που δημιουργείται εξαιτίας τους οδηγεί σε αυξημένα ασφάλιστρα ή φόρους, πράγμα που ούτε αυτούς συμφέρει. Ωστόσο, κανείς δεν έχει κίνητρα να μειώσει εθελοντικά τη χρήση υπηρεσιών υγείας καθώς όλο το επιπλέον όφελος από την παραπάνω (υπερ-) κατανάλωση θα συσσωρευτεί σε αυτόν, ενώ το επιπλέον κόστος της το μοιράζεται με άλλους (π.χ. ασφαλισμένους ή φορολογούμενους). Ο κάθε καταναλωτής γνωρίζει ότι και οι υπόλοιποι έχουν κίνητρα για υπερ-κατανάλωση αφού οι ενέργειές τους δεν γίνονται γνωστές και άρα δεν θα περιορίσει τη ζήτηση στην αναγκαία μόνο περίθαλψη. Έτσι, ενώ όλοι θα ήταν πιο κερδισμένοι αν ταυτόχρονα μείωναν τη χρήση των υπηρεσιών υγείας αυτό δεν είναι δυνατό (όπως και στο γνωστό «δίλημμα φυλακισμένου» της Θεωρίας Παιγνίων).

Αποτέλεσμα των παραπάνω είναι η υπερκατανάλωση υπηρεσιών υγείας και η αδικαιολόγητη αύξηση των αντίστοιχων δαπανών. Το φαινόμενο αυτό καλείται «ηθικός κίνδυνος» (moral hazard) και αποσαφηνίζεται στο Σχήμα 3.

Ο χρήστης των υπηρεσιών υγείας αποφασίζει την ποσότητα υπηρεσιών υγείας που θα επιλέξει να καταναλώσει με βάση το προσωπικό κόστος και όφελος των υπηρεσιών αυτών στο όριο. Εάν πληρώνει μόνος του τις δαπάνες υγείας, τότε αντιμετωπίζει πρόσθετο κόστος ανά υπηρεσία που καταναλώνει που δίδεται από την αντίστοιχη οριζόντια καμπύλη κόστους. Το σημείο τομής των καμπυλών οριακού κόστους και οφέλους, A, αποτελεί τη βέλτιστη επιλογή υπηρεσιών υγείας, ενώ η ποσότητα ισορροπίας ανέρχεται σε 0x. Πλήρης ασφαλιστική κάλυψη, ωστόσο, ισοδυναμεί με εξάλειψη της καμπύλης κόστους, καθόσον πλέον δεν αποτελεί κόστος για τον ίδιο. Η απόφαση λοιπόν λαμβάνεται με βάση τη μεγιστοποίηση του

πρόσθετου οφέλους. Η κατανάλωση υπηρεσιών αυξάνεται συνεπώς σε $0y$, δηλαδή έως το σημείο εκείνο όπου οι πρόσθετες υπηρεσίες δίδουν μηδενικό όφελος. Η υπερκατανάλωση αυτή ισούται με xy .



ΣΧΗΜΑ 3 Ηθικός Κίνδυνος

Μία πολιτική υγείας που εφαρμόζεται προκειμένου να περιοριστούν τα ελλείμματα αποδοτικότητας αυτά ορίζει οι καταναλωτές – χρήστες να υφίστανται ένα μέρος του κινδύνου δηλαδή να συμμετέχουν στην κάλυψη των απρόβλεπτων εξόδων για την ίαση των νόσων τους (user charges).

1.3 Ασυμμετρία Πληροφόρησης και Δυσμενής Επιλογή

Το πρόβλημα της δυσμενούς επιλογής (adverse selection) πηγάζει και αυτό από μία ασυμμετρία πληροφόρησης, η οποία για πρώτη φορά αναλύθηκε στην αγορά μεταχειρισμένων αυτοκινήτων των Η.Π.Α. από τον George Akerlof. Συγκεκριμένα, τα άτομα συνήθως έχουν περισσότερη πληροφόρηση για την προσδοκώμενη κατάσταση υγείας τους από ό,τι έχει ο ασφαλιστής. Προκειμένου όμως να

λειτουργήσει ομαλά η ασφάλιση και να αποδώσει τα αναμενόμενα κοινωνικά οφέλη, πρέπει να είναι σε θέση ο ασφαλιστής να διακρίνει μεταξύ ατόμων χαμηλού και υψηλού κινδύνου, έτσι ώστε να καθορίσει υψηλότερα ασφάλιστρα σε εκείνους που διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να νοσήσουν. Στην περίπτωση που αυτό δεν είναι εφικτό, θα πρέπει *de facto* να καθορίσει ένα ενιαίο ασφάλιστρο η τιμή του οποίου θα βρίσκεται μεταξύ των δύο ασφαλιστρών, του υψηλού και του χαμηλού. Όμως αυτή η ενιαία τιμή θα υπερβαίνει το ύψος του χαμηλού ασφαλιστρου και άρα τα άτομα χαμηλού κινδύνου δεν θα είναι διατεθειμένα να πληρώσουν. Η απόσυρσή τους από την αγορά θα αυξήσει την αναλογία ατόμων υψηλού κινδύνου με αποτέλεσμα την αύξηση των αποζημιώσεων και άρα του ενιαίου ασφαλιστρου. Αυτό όμως εν συνεχεία οδηγεί και άλλα άτομα χαμηλού κινδύνου να αποσυρθούν κ.ο.κ. Αποτέλεσμα είναι η συρρίκνωση ή και ανυπαρξία της αγοράς ασφάλισης. Αυτό σημαίνει ότι μένουν ανασφάλιστες ομάδες του πληθυσμού (π.χ. ηλικιωμένοι, χρόνια ασθενείς κ.α.). Επίσης, το ασφάλιστρο των ατόμων υψηλού κινδύνου ουσιαστικά επιχορηγείται από τα άτομα χαμηλού κινδύνου, επιφέροντας αναδιανομή.

Το πρόβλημα της δυσμενούς επιλογής αντιμετωπίζεται αποτελεσματικά με το θεσμό της υποχρεωτικής κοινωνικής ασφάλισης υγείας. Εξάλλου, η ιδιωτική ασφάλιση προβαίνει σε προσπάθειες αποκάλυψης του ατομικού κινδύνου κάθε ατόμου και χρέωση εξατομικευμένων ασφαλιστρών. Ενδέχεται όμως να αποκλειστούν όσα άτομα κριθούν ασύμφορα. Και το κόστος διαπίστωσης των ατομικών κινδύνων είναι σημαντικό.

1.4 Προκλητή Ζήτηση

Ο καταναλωτής - χρήστης στην πραγματικότητα δε γνωρίζει την επιπρόσθετη ωφέλεια που προκύπτει από την κατανάλωση υπηρεσιών ώστε να τη σταθμίσει με το κόστος (τιμή) και να αποφασίσει το είδος και την ποσότητα υπηρεσιών υγείας που πρέπει να καταναλώσει. Η συνάρτηση χρησιμότητας του καταναλωτή είναι:

$$U = f(X, \dots, HS(HC, X, E))$$

όπου U είναι η χρησιμότητα που απολαμβάνει από τα διάφορα αγαθά, X ένα καλάθι διαφόρων αγαθών (composite consumption commodity), HS το αγαθό υγείας (health status), HC η φροντίδα υγείας (ή υπηρεσίες υγείας – health care), και E

περιβαλλοντικά αγαθά (environmental goods). Προκειμένου να είναι κυρίαρχος ο καταναλωτής πρέπει να είναι σε θέση να αξιολογεί την πρόσθετη – οριακή χρησιμότητα που του δίνουν τα διάφορα αγαθά. Για να μπορεί όμως να εκτιμήσει την οριακή χρησιμότητα που προκύπτει από την κατανάλωση επιπρόσθετων μονάδων υπηρεσιών υγείας ($\partial U / \partial HC$) θα έπρεπε να γνωρίζει τον τρόπο με τον οποίο αυτές μετασχηματίζονται σε απόθεμα υγείας (δηλ. τη σχέση $\partial HS / \partial HC$).

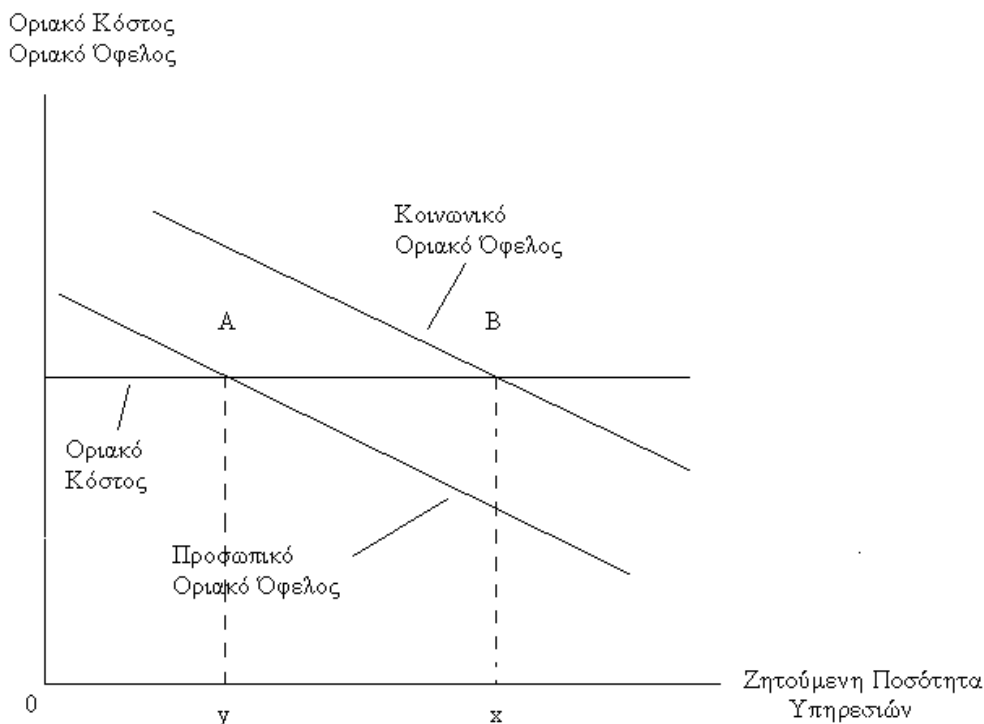
Το κόστος απόκτησης γνώσεων ιατρικής φύσης είναι απαγορευτικό και για αυτό βασίζεται στην πληροφόρηση του ιατρού, ο οποίος έχει εκπαιδευτεί στην τεχνολογική σχέση μέσω της οποίας οι υπηρεσίες περίθαλψης μετασχηματίζονται στο αγαθό «Υγεία». Όμως ο γιατρός μπορεί να έχει διαφορετικά κίνητρα (λ.χ. χρηματικά) και να δημιουργήσει προκλητή ζήτηση (supplier-induced demand) για τις υπηρεσίες του. Ως τέτοια εννοείται η κατανάλωση υπηρεσιών η οποία δεν θα πραγματοποιούνταν εάν οι χρήστες είχαν γνώσεις ιατρικής. Και εδώ υπάρχει ασυμμετρία στην πληροφόρηση που δημιουργεί προβλήματα ηθικού κινδύνου και στον γιατρό - προμηθευτή υπηρεσιών. Η σχέση λοιπόν γιατρού – ασθενή αποτελεί συγκεκριμένη περίπτωση του γενικότερου προβλήματος εντολέα – εντολοδόχου (principal – agent problem) που ισχύει και σε άλλες σχέσεις (π.χ. ιδιοκτητών / μετόχων μιας επιχείρησης και διευθυντών / διοίκησης, προϊσταμένων και υφισταμένων εντός των Οργανισμών).

Η προκλητή ζήτηση είναι δύσκολο να εκτιμηθεί εμπειρικά (πώς να μάθουμε άραγε με βεβαιότητα την ποσότητα υπηρεσιών που θα επέλεγε ο ασθενής αν γνώριζε ιατρική;), αλλά είναι πιθανό να είναι μεγαλύτερη για ασθένειες που σχετίζονται με μεγάλη κλινική αβεβαιότητα, αλλά και σε συστήματα υγείας α) όπου ισχύει η αμοιβή κατά πράξη, β) όπου παρέχεται εκτεταμένη ασφαλιστική κάλυψη, και γ) όπου υπάρχει μεγάλη αναλογία γιατρών ανά 100,000 κατοίκους.

Πολιτικές υγείας που αποβλέπουν στον περιορισμό του φαινομένου περιλαμβάνουν, παραδείγματος χάριν, τις προοπτικές μεθόδους αποζημίωσης και τις οιονεί αγορές.

1.5 Εξωτερικές Συνέπειες

Τα άτομα – μέλη μιας κοινωνίας οδηγούνται συνήθως σε ορθολογικές αποφάσεις λαμβάνοντας υπόψιν τα προσωπικά οφέλη και κόστη των ενεργειών τους. Η βέλτιστη λοιπόν ποσότητα υπηρεσιών που θα καταναλώσουν καθορίζεται από την ισότητα οριακού προσωπικού οφέλους και κόστους που σχετίζονται με τις υπηρεσίες αυτές.



ΣΧΗΜΑ 4 Εξωτερικές Συνέπειες

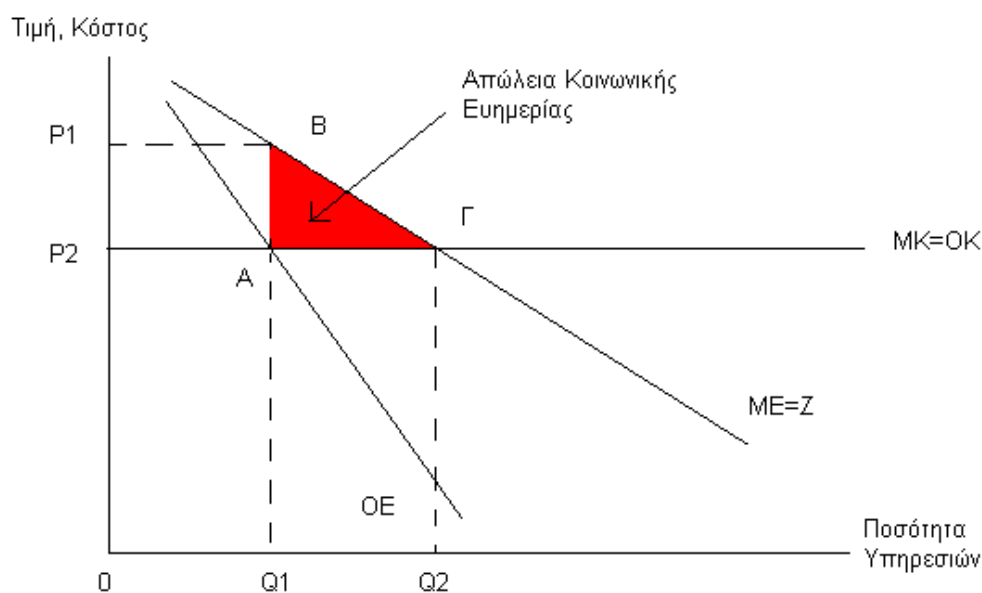
Ενίοτε, ωστόσο, η κατανάλωση υπηρεσιών δημιουργεί και άλλα οφέλη που διαχέονται σε άλλα άτομα της κοινωνίας, γνωστά ως θετικές εξωτερικές συνέπειες (positive externalities). Αυτό σημαίνει ότι το οριακό κοινωνικό όφελος είναι μεγαλύτερο του αντίστοιχου προσωπικού οριακού οφέλους, με αποτέλεσμα να παράγεται ποσότητα υπηρεσιών υγείας μικρότερη της κοινωνικά επιθυμητής. Το Σχήμα 4 παρουσιάζει την περίπτωση αυτή, στην οποία η κοινωνικά βέλτιστη ποσότητα ($0x$) είναι μεγαλύτερη εκείνης που επικρατεί αν η απόφαση ληφθεί με βάση το προσωπικό όφελος ($0y$).

Το κράτος μπορεί να παρέμβει ώστε να αυξηθεί η κοινωνική ευημερία μέσω της επιδότησης (π.χ. των εμβολιασμών), με απώτερο σκοπό την εξίσωση οριακού

προσωπικού και κοινωνικού οφέλους, αλλά και τη δημόσια παροχή (π.χ. κατασκευή και λειτουργία δημόσιων Νοσοκομείων και Κέντρων Υγείας).

1.6 Μονοπωλιακός χαρακτήρας αγορών

Σε μια μονοπωλιακή αγορά (monopoly) οι τιμές των προϊόντων ή υπηρεσιών είναι υψηλότερες και οι παραγόμενες ποσότητες μικρότερες από τις αντίστοιχες μιας πλήρως ανταγωνιστικής. Αυτό φαίνεται στο Σχήμα 5.



ΣΧΗΜΑ 5 Μονοπώλιο

Η κατάσταση ισορροπίας στην ανταγωνιστική αγορά δίνεται από το σημείο Γ , όπου η τιμή των υπηρεσιών ισούται με το οριακό κόστος. Όντως, μια ανταγωνιστική επιχείρηση είναι αναγκασμένη να τιμολογεί κάθε μονάδα υπηρεσιών στο κόστος της, διότι η μορφή της αγοράς δεν της επιτρέπει να αυξήσει την τιμή. Παράγεται λοιπόν ποσότητα Q_2 , η οποία πωλείται στην τιμή P_2 . Ο μονοπωλητής ωστόσο έχει περιθώριο αύξησης της τιμής λόγω της κατωφερούς καμπύλης ζήτησεως, με αποτέλεσμα το σημείο ισορροπίας, A , να χαρακτηρίζεται από την ισότητα οριακού εσόδου (OE) και κόστους (OK). Η μειωμένη ποσότητα ισορροπίας Q_1 , η οποία πωλείται στην αυξημένη τιμή P_1 , δίδει απώλεια κοινωνικής ευημερίας ίση με το τρίγωνο $BA\Gamma$.

Δηλαδή, οι Q_1Q_2 , μονάδες δεν παράγονται, μολονότι η οριακή αξία τους (που δίδεται από την καμπύλη ζήτησης) υπερβαίνει το οριακό τους κόστος.

Στις αγορές υπηρεσιών υγείας τέτοια φαινόμενα είναι πιθανά τόσο στην πρωτοβάθμια, όσο και στη δευτεροβάθμια περίθαλψη. Οι γιατροί έχουν κάποια δύναμη στην αγορά λόγω κυρίως της απροθυμίας των ανθρώπων να αλλάζουν συχνά τον προσωπικό τους γιατρό. Τα νοσοκομεία, εξάλλου, ενδέχεται να είναι τοπικά μονοπώλια, ιδιαίτερα στην επαρχία, όπου η ζήτηση δεν επιτρέπει τη δημιουργία ανταγωνιστικών συνθηκών.

Αξίζει να σημειωθεί, ότι η δυνατότητα αύξησης των τιμών συνδέεται συχνά και με την εμφάνιση ελλειμμάτων X-αποδοτικότητας. Υπονοείται εδώ ότι δεν ελαχιστοποιείται το κόστος παροχής μιας δεδομένης ποσότητας (και ποιότητας) υπηρεσιών. Είναι γνωστό ότι στους Οργανισμούς –άρα και στα νοσοκομεία- υφίσταται το πρόβλημα του εντολέα-εντολοδόχου. Η διοίκηση ενός νοσοκομείου είναι πιθανό να είναι περισσότερο αποδοτική σε πιο ανταγωνιστικές αγορές. Ένας λόγος είναι η συμπίεση των τιμών και άρα η ανάγκη να διατηρηθεί το κόστος χαμηλό. Ένας άλλος λόγος είναι η ύπαρξη ανταγωνιστικών προτύπων απόδοσης, με τα οποία μπορούν να συγκρίνονται τα αποτελέσματα (κόστος, εκροή) του νοσοκομείου. Σε μονοπωλιακές αγορές όμως αυτά τα κίνητρα προς την κατεύθυνση της αποδοτικότητας δεν υπάρχουν, με αποτέλεσμα την αδικαιολόγητη αύξηση του κόστους παροχής υπηρεσιών.

Οι πολιτικές υγείας εδώ περιλαμβάνουν *inter alia* τη δημόσια παροχή (δεν επιλύει ωστόσο το πρόβλημα της X-αποδοτικότητας), την επιδότηση των τιμών και την καθιέρωση κεντρικά καθοριζόμενων ανώτατων τιμών.

2. ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

2.1 Κίνητρα και Χρηματοδότηση

Η οικονομική θεωρία προβλέπει ότι η ύπαρξη συνθηκών ανταγωνισμού στις αγορές αποτελεί γενικά μια πιο αποδοτική μορφή οργάνωσης από ότι η ύπαρξη μονοπωλίων. Στις ανταγωνιστικές αγορές οι επιχειρήσεις είναι αναγκασμένες να τιμολογούν τα προϊόντα τους στο κόστος (φυσικά αυτό καλύπτει και τις αμοιβές του μάνατζμεντ) και επομένως δέχονται πιέσεις για αποδοτική διαχείριση και

συγκράτηση του κόστους. Αν δεν το επιτύχουν θα κλείσουν και το μανάτζμεντ θα χάσει τη δουλειά του, καθώς η ελαστικότητα ζήτησης είναι ίση με άπειρο και δεν υπάρχουν περιθώρια αύξησης των τιμών. Σε μονοπωλιακές καταστάσεις, αντίθετα, η επιχείρηση έχει τέτοια περιθώρια, λόγω της κατωφερής καμπύλη ζήτησης, αποκομίζοντας υπερ-κέρδη. Επειδή επίσης το μανάτζμεντ έχει συνήθως διαφορετικούς στόχους από ότι οι ιδιοκτήτες και περισσότερη πληροφόρηση για τις δραστηριότητες της επιχείρησης, θα έχει τόσο την ευχέρεια όσο και τα κίνητρα να μην ελαχιστοποιεί το κόστος παραγωγής, αλλά αντίθετα να μεγιστοποιεί την προσωπική του ευχαρίστηση από τη δουλειά. Λόγω του ελλείμματος αποδοτικότητας τίθεται το ερώτημα: γιατί να μη δημιουργήσουν οι φορείς άσκησης πολιτικής συνθήκες ελεύθερου ανταγωνισμού στην αγορά υπηρεσιών υγείας;

Ωστόσο, ο ανταγωνισμός και η αλληλοσυνδεόμενη μέθοδος αποζημίωσης - χρηματοδότησης στη συγκεκριμένη αγορά ενδέχεται να επιφέρει αντίθετο αποτέλεσμα, δηλ. αύξηση του κόστους παροχής υπηρεσιών υγείας. Για να το δούμε αυτό, φανταστείτε μια αγορά η λειτουργία της οποίας χαρακτηρίζεται από:

- (1) Αποζημίωση των προμηθευτών από τρίτους (εκτεταμένη ασφαλιστική κάλυψη)
- (2) Καταναλωτές που έχουν ελεύθερη επιλογή μεταξύ εναλλακτικών προμηθευτών
- (3) Αναδρομική αποζημίωση των προμηθευτών (δηλαδή αποζημίωση που βασίζεται στο πραγματοποιηθέν κόστος)
- (4) Επίπεδα αποζημίωσης (τιμές) καθοριζόμενα από τον αγοραίο ανταγωνισμό

Ο συνδυασμός της εκτεταμένης ασφαλιστικής κάλυψης και της αναδρομικής χρηματοδότησης σε αυτό το σύστημα ανταγωνισμού επιφέρει πιθανώς αύξηση του κόστους και έλλειμμα Χ-αποδοτικότητας.

Πρώτον, η εκτεταμένη ασφαλιστική κάλυψη μειώνει την τιμή που πρέπει να πληρώσει ο καταναλωτής. Αυτό αποδυναμώνει τα κίνητρα όλων (ασθενών ή και γιατρών όταν οι τελευταίοι στέλνουν τους ασθενείς π.χ. για να πραγματοποιήσει διαγνωστικά τεστ) να επιλέγουν προμηθευτές με κριτήριο (και) το κόστος / τιμή. Πραγματικά, αφού οι ασθενείς δεν επιβαρύνονται άμεσα με το κόστος θα επιλέξουν μεταξύ των προμηθευτών με κριτήρια άλλα όπως κλινικές και άλλες παροχές (π.χ. χρόνο αναμονής, τοποθεσία). Και οι γιατροί θα ψάξουν για αυτούς την πιο εύκολη πρόσβαση και τελευταίας τεχνολογίας διαγνωστικές και θεραπευτικές εγκαταστάσεις. Έτσι, οι καταναλωτές υπηρεσιών υγείας έχουν ως αντικειμενικό στόχο την απόκτηση της καλύτερης δυνατής ποιότητας.

Βέβαια, λέγεται από ορισμένους ότι η καλύτερη ποιότητα νοσηλείας αντανακλάται σε αυξημένα ασφάλιστρα. Παρόλα αυτά τα κίνητρα να αντισταθούν οι καταναλωτές στα αυξημένα ασφάλιστρα είναι περιορισμένα διότι η αντιδράσεις τους σε μεταβολές της τιμής της ασφάλισης είναι περιορισμένες. Και αυτό γιατί το κόστος της υπέρμετρης ζήτησης επιμερίζεται σε πολλούς ασφαλιζόμενους, ενώ την ωφέλεια καρπώνεται ο συγκεκριμένος άνθρωπος. Επιπρόσθετα, οι εργοδότες μπορεί να πληρώνουν μέρος της ασφάλισης των εργαζομένων, ενώ ενδέχεται να υπάρχουν και φοροαπαλλαγές για τα ασφάλιστρα. Εξάλλου, όχι μόνο η μείωση της ζήτησης από την αύξηση των ασφαλιστρών είναι μικρή, αλλά θα αναμέναμε ότι θα αντισταθμιστεί.

Συγκεκριμένα, το κόστος της περίθαλψης αυξάνεται άρα και η ζήτηση για ασφαλιστική κάλυψη θα αυξηθεί. Όμως, όπως ήδη συζητήθηκε, η αύξηση αυτή έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση της ζήτησης για υπηρεσίες υγείας, η οποία θα αντισταθμίσει ενδεχομένως την προαναφερθείσα μείωσή της. Έτσι, λοιπόν, ο καταναλωτής δεν ενδιαφέρεται για την τιμή και αφού είναι ελεύθερος να επιλέγει μεταξύ των προμηθευτών θα διαλέγει βασιζόμενος σε κριτήρια άλλα από την τιμή.

Δεύτερον, υπό καθεστώς αναδρομικής χρηματοδότησης οι προμηθευτές (λ.χ. νοσοκομεία) δεν έχουν κίνητρα να ελαχιστοποιούν το κόστος παραγωγής ώστε να διασφαλίζουν τα κέρδη τους. Αφού και οι καταναλωτές δεν ενδιαφέρονται για το κόστος αυτοί θα ανταγωνιστούν για την προσέλκυση πελατών προσφέροντας καλύτερη ποιότητα υπηρεσιών και ανυψώνοντας το κόστος ανά ασθενή ή ανά ημέρα νοσηλείας.

Τέτοια δυσάρεστα αποτελέσματα, λόγω του στρεβλού ανταγωνισμού με κριτήρια άλλα από την τιμή (non-price competition), προέκυψαν στις Η.Π.Α. την περίοδο έως το 1982 όταν ίσχυε η αναδρομική χρηματοδότηση. Εμπειρική μελέτη που έλαβε υπ' όψιν τις διαφορές των νοσοκομείων όσον αφορά στα χαρακτηριστικά τους, τα χαρακτηριστικά του πληθυσμού, τη σοβαρότητα των περιστατικών και τους μισθούς, έδειξε ότι νοσηλευτικές μονάδες που γειτνιάζαν με περισσότερα από 10 νοσοκομεία εντός μιας ακτίνας 23 Km κατέγραφαν μέσο κόστος ανά εισαχθέν περιστατικό κατά 25-35% μεγαλύτερο (και μέσο κόστος ανά ημέρα νοσηλείας κατά 15% μεγαλύτερο) απ' ότι παρόμοια νοσοκομεία σε τοπικές μονοπωλιακές αγορές. Επίσης υπήρχαν περισσότερες κλινικές ευκολίες εις διπλούν στις ανταγωνιστικές αγορές όπως εξάλλου και υπερβάλλουσα παραγωγική ικανότητα (π.χ. μη χρησιμοποιούμενοι χώροι).

Το ερώτημα που τίθεται είναι αν το αυξημένο κόστος δικαιολογείται, από την οπτική γωνία της αποδοτικότητας, με την ενδεχομένως βελτιωμένη ποιότητα παροχής υπηρεσιών. Υπάρχουν πραγματικά κάποια εμπειρικά δεδομένα που συνιστούν ότι σε ανταγωνιστικές αγορές παρέχονταν υπηρεσίες υψηλότερης ποιότητας (υπό το «δομικό» κυρίως ορισμό της έννοιας). Παρότι όμως η βελτιωμένη ποιότητα αυξάνει την ικανοποίηση των ασθενών, φαίνεται ότι τα επίπεδα ποιότητας που επικρατούσαν ήταν ανώτερα του βέλτιστου. Επιπλέον, έχει βρεθεί ότι τα τελικά αποτελέσματα στην υγεία των ασθενών (υπό τον ορισμό της ποιότητας ως «αποτελέσματος στην υγεία») ήταν χειρότερα στις ανταγωνιστικές αγορές. Άρα μάλλον υπήρχε έλλειμμα Χ-αποδοτικότητας.

2.2 Μέθοδοι Χρηματοδότησης των Νοσοκομείων

Για να συγκρατηθεί το αυξημένο κόστος δύο γενικές στρατηγικές χρηματοδότησης μπορούν να ακολουθηθούν:

- (α) Να σταματήσει ο ανταγωνισμός αυτού του είδους με τη ρύθμιση από το κράτος ή τους άλλους φορείς της αποζημίωσης (τιμής υπηρεσιών) του προμηθευτή ή
- (β) Να τονωθεί με κρατική παρέμβαση ο ανταγωνισμός με κριτήριο τις τιμές μέσω επιλεκτικών συμβάσεων / συμβολαίων μεταξύ προμηθευτών και αγοραστών υπηρεσιών υγείας.

Η λογική εξήγηση για την κρατική παρέμβαση βρίσκεται φυσικά στην ανάγκη αποδέσμευσης της αποζημίωσης από το πραγματοποιηθέν κόστος ώστε να δοθούν κίνητρα ορθολογικής διαχείρισης.

Για να αναλύσουμε ευκολότερα την πολιτική του κράτους είναι χρήσιμο να έχουμε στο νου μας την ακόλουθη ισχύουσα σχέση:

Αποζημίωση = (Φόρτος εργασίας ή Αριθμός νοσηλευθέντων περιστατικών) X (Αριθμός παρεχομένων υπηρεσιών ανά περιστατικό) X (Αμοιβή ανά μονάδα παρεχόμενης υπηρεσίας)

Ένα είδος παρέμβασης είναι για το Κράτος ή τον ασφαλιστικό φορέα να προκαθορίσει την αμοιβή για κάθε μονάδα υπηρεσίας. δηλ. να ορίσει την Αμοιβή

κατά Πράξη (Fee-For-Service). Έτσι, πραγματικά ελέγχει το τρίτο συστατικό της παραπάνω σχέσης. Όμως, ακόμα και αν η αμοιβή κατά πράξη προκαθοριστεί σε επίπεδα χαμηλότερα από το κόστος της στο νοσοκομείο, η νοσηλευτική μονάδα μπορεί να διατηρήσει την αποζημίωσή της μέσω της αύξησης των δύο άλλων συστατικών σε επίπεδα ανώτερα του βέλτιστου (προκλητή ζήτηση). Για αυτό, η μέθοδος αυτή χρηματοδότησης είναι αναποτελεσματική όσον αφορά στην αύξηση της αποδοτικότητας και τον περιορισμό των συνολικών εξόδων.

Μια δεύτερη απόπειρα κρατικής παρέμβασης είναι να οριστεί εκ των προτέρων και ο αριθμός των παρεχομένων υπηρεσιών ανά ασθενή. Δηλαδή να προκαθοριστεί το κόστος ανά περιστατικό / ασθενή. Σε αυτήν την περίπτωση μιλάμε για μία εκ των υπάρχουσών μεθόδων προοπτικής χρηματοδότησης (retrospective reimbursement or payment). Όπως είναι φανερό από την εξίσωση που αναφέραμε η αποζημίωση δεν εξαρτάται πλέον από την ένταση της χρήσης των πόρων του νοσοκομείου σε κάθε συγκεκριμένο περιστατικό. Ωστόσο, εξαρτάται από τη γενικότερη χρησιμοποίηση των πόρων του νοσοκομείου. Η πιθανότητα, λοιπόν, για θετική ή αρνητική πρόκληση της ζήτησης δεν εξαλείφεται.

Το σύστημα προοπτικής χρηματοδότησης-αποζημίωσης εφαρμόστηκε αρχικά στις Η.Π.Α. το 1983 (πρόγραμμα Medicare). Η αποζημίωση ήταν δεδομένη για καθεμία από τις 467 διαμορφωθείσες Ομοιογενείς Διαγνωστικές Κατηγορίες (ΟΔΚ – Diagnosis Related Groups, DRG). Ο κάθε ασθενής κατά την εισαγωγή του στο νοσοκομείο κατατάσσεται σε κάποια προσδιορισμένη και προ-κοστολογημένη αρχική διάγνωση και ο ασφαλιστικός φορέας πληρώνει το ποσό που αναλογεί σε αυτές. Για κάθε διαγνωστική κατηγορία, η προκαθορισμένη τιμή αποτελεί το μέσο όρο του κόστους ανά ασθενή σε όλα τα νοσοκομεία των Η.Π.Α. Η λογική του συστήματος, σύμφωνα με τους εμπνευστές του, είναι η εξής:

Νοσοκομεία με μέσο κόστος (κόστος ανά περιστατικό - ΜΚ) χαμηλότερο του προκαθορισμένου ΟΔΚ θεωρούνται αποδοτικά και έχουν τη δυνατότητα να αυξήσουν το κόστος τους έως ότου αυτό να ισούται με το ΟΔΚ. Μπορούν λοιπόν να ξοδέψουν αυτό το πλεόνασμα σε ευκολίες που εκτιμά ο καταναλωτής, ώστε να βελτιώσουν την ανταγωνιστικότητά τους. Αντίθετα, νοσοκομεία για τα οποία ισχύει $ΜΚ > ΟΔΚ$ λειτουργούν όχι και τόσο αποδοτικά και, καθώς δεν λαμβάνουν πρόσθετη επιχορήγηση, θα έχουν κίνητρα (αφού λειτουργούν ζημιόγωνα) ή να μειώσουν το κόστος ή να εγκαταλείψουν την αγορά.

Όμως η επιτυχία του συστήματος αυτού προοπτικής χρηματοδότησης προϋποθέτει ότι οι όποιες διαφορές στο κόστος μεταξύ των νοσοκομείων οφείλονται σε διαφορές στην αποδοτικότητά τους. Επίσης γίνεται η υπόθεση ότι οι όποιες διαφορές στη σοβαρότητα σε μια συγκεκριμένη κατηγορία διάγνωσης (ΟΔΚ) είναι τυχαία διασπαρμένες στα νοσοκομεία.

Ωστόσο, υπάρχουν ενδεχομένως προβλήματα - δυσμενείς συνέπειες από την εφαρμογή τέτοιων συστημάτων χρηματοδότησης στα οποία θα πρέπει να δοθούν κάποιες λύσεις:

(α) οι διαφορές στο κόστος των νοσηλευτικών μονάδων δεν οφείλονται πάντοτε σε διαφορές στην αποδοτικότητά τους, αλλά ενίοτε σε διαφορετικά επίπεδα παρεχομένων υπηρεσιών. Όταν ορίζεται μια σταθερή αμοιβή ανά περιστατικό ουσιαστικά ορίζεται ένα συγκεκριμένο μέσο επίπεδο ευκολιών, έντασης χρήσης και ποιότητας υπηρεσιών υγείας. Έτσι, πρώτον, δεν λαμβάνονται υπ' όψιν οι ετερογενείς προτιμήσεις των ασθενών. Δεύτερον, δεν είναι σίγουρο ότι οι προσπάθειες μείωσης του μέσου κόστους μέσω μιας μείωσης της διάρκειας νοσηλείας ή της έντασης της θεραπευτικής αγωγής επιφέρουν πραγματική βελτίωση της αποδοτικότητας ή χειροτέρευση της ποιότητας της περίθαλψης.

(β) Οι άνθρωποι δεν κατανέμονται τυχαία στα νοσοκομεία. Οι ασθενείς με μια συγκεκριμένη διάγνωση διαφέρουν όσον αφορά στη σοβαρότητά της και την ανταπόκρισή τους σε μια δεδομένη θεραπευτική αγωγή. Και κάποια νοσοκομεία δέχονται πιο σοβαρά περιστατικά και πιο ηλικιωμένους ασθενείς. Με το να αμείβονται αυτά με βάση το μέσο όρο κόστους της διάγνωσης δημιουργείται το κίνητρο να μη δέχονται ασθενείς (δηλαδή να επιλέγουν πελατεία) για τους οποίους το αναμενόμενο κόστος ξεπερνά την αποζημίωση.

(γ) Υπάρχει επίσης το κίνητρο να αντιμετωπίζονται τα λιγότερο σοβαρά περιστατικά, για τα οποία προηγουμένως γινόταν εισαγωγή, στα λιγότερο δαπανηρά εξωτερικά ιατρεία, με αποτέλεσμα την αύξηση του μέσου κόστους των εισαχθέντων περιστατικών. Αυτό ίσως συνεπάγεται χειροτέρευση στην υγεία των ασθενών ή τουλάχιστον λιγότερες παρεχόμενες ευκολίες.

(δ) Μπορεί το νοσοκομείο να ταξινομεί επίτηδες τα περιστατικά του σε πιο πολυέξοδες διαγνωστικές κατηγορίες για να παίρνει μεγαλύτερη χρηματοδότηση (φαινόμενο γνωστό διεθνώς ως DRG “creep”).

(ε) Οι αντιδράσεις των νοσοκομείων στις προκαθορισμένες τιμές θα εξαρτηθούν από την έκταση του ανταγωνισμού στις επιμέρους αγορές. Λ.χ. στην

επαρχία είναι περιορισμένος. Αν $MK > ODK$ τότε θα το μειώσουν το κόστος τους. Αν όμως $MK < ODK$ μπορεί να μην υπάρξει καμία αντίδραση Έτσι, ένα επαρχιακό νοσοκομείο που παρέχει χαμηλή ποιότητα με κακή διαχείριση θα έχει απλώς πιο πολλά χρήματα να σπαταλήσει. Και ένα αποδοτικό μονοπωλιακό νοσοκομείο θα ιδιοποιηθεί τη μεγαλύτερη αποζημίωση.

Έτσι ακόμα και αν το προοπτικό σύστημα χρηματοδότησης επιφέρει μειώσεις κόστους δεν είναι σαφές αν αυτές προέρχονται από βελτίωση της αποδοτικότητας.

Συνολικό Κόστος Νοσοκομείου = Αριθμός νοσηλευθέντων ασθενών X (Διάρκεια Νοσηλείας X Κόστος ανά ημέρα νοσηλείας) = Αριθμός ασθενών X Κόστος ανά ασθενή

Από τη σχέση αυτή του συνολικού κόστους είναι φανερό ότι τα νοσοκομεία μπορούν να «παίζουν» με αυτούς τους παράγοντες προκειμένου να διατηρούν υψηλά επίπεδα χρηματοδότησης.

Εμπειρικά δεδομένα στις Η.Π.Α. δείχνουν ότι το σύστημα επέφερε μικρή ή καθόλου μείωση στο κόστος ανά ασθενή ενώ περιόρισε τις αυξητικές τάσεις των συνολικών δαπανών των νοσοκομείων. Το πιο πιθανό είναι ότι τα νοσοκομεία, βάσει των κινήτρων που είχαν, μείωσαν τη διάρκεια νοσηλείας, ή αντικατέστησαν τις ακριβές εισροές ή χειροτέρεψαν την ποιότητα νοσηλείας. Πραγματικά, παρατηρήθηκε μια μείωση της μέσης διάρκειας νοσηλείας. Είναι όμως αυτό υπέρ της αποδοτικότητας ή κατά της ποιότητας; Ισχύει το πρώτο μόνο εάν το νοσοκομείο δεν μετέθεσε το κόστος στους ασθενείς ή σε άλλες νοσηλευτικές μονάδες (λ.χ. σε οίκους ευγηρίας). Χρειάζεται, λοιπόν, έλεγχος όσον αφορά στην ποιότητα νοσηλείας.

Ένας άλλος μηχανισμός προοπτικής χρηματοδότησης, που στοχεύει στη συγκράτηση του κόστους μέσω της αυξημένης κρατικής παρέμβασης, είναι ο εκ των προτέρων καθορισμός όλων των στοιχείων της αποζημίωσης, δηλαδή του αριθμού νοσηλευθέντων ασθενών, του αριθμού παρεχόμενων υπηρεσιών ανά ασθενή και της τιμής κάθε μονάδας υπηρεσίας. Παραδείγματα αυτής της μορφής χρηματοδότησης (σφαιρικός προϋπολογισμός – global budget) βρίσκονται στην δημόσια νοσοκομειακή χρηματοδότηση στο σύστημα υγείας της Γαλλίας από το 1983, όπως επίσης και στον Καναδά, την Αγγλία, τη Δανία και την Αυστραλία. Η μέθοδος έχει χρησιμοποιηθεί και στα πλαίσια της εξω-νοσοκομειακής περίθαλψης στην Αγγλία.

Σύμφωνα με αυτή, ο συμβεβλημένος γιατρός -συνήθως οικογενειακός- ενός ασφαλιστικού φορέα αμείβεται με δεδομένη κατά κεφαλή αμοιβή, ενώ ταυτόχρονα είναι υποχρεωμένος να δέχεται στο γραφείο του τις επισκέψεις ενός προκαθορισμένου ανώτατου (ανάλογα με την ειδικότητά του) αριθμού ασφαλισμένων.

Στην περίπτωση των νοσοκομείων, εκτιμάται ο φόρτος εργασίας (ο αριθμός των ασθενών που αναμένεται να έχουν) από τους φορείς χρηματοδότησης από ιστορικά στοιχεία δραστηριότητάς τους. Τα νοσοκομεία επιτρέπεται ενδεχομένως να κρατήσουν το όποιο πλεόνασμα αρκεί αυτό να χρησιμοποιηθεί για τη βελτίωση της περίθαλψης. Το σύστημα αυτό χρηματοδότησης αν και θεωρείται σύγχρονο, δεν αποκλείει ωστόσο το κίνητρο αρνητικής προκλητής ζήτησης. Με άλλα λόγια, ίσως χειροτερεύει η ποιότητα των υπηρεσιών, διώχνονται ασθενείς με δαπανηρές ασθένειες ή παρέχονται λιγότερες υπηρεσίες από τις ενδεδειγμένες. Χρειάζεται λοιπόν και στην περίπτωση αυτή κάποιος μηχανισμός ελέγχου, όπως επίσης να γίνονται οι γιατροί μέσω κατάλληλης πληροφόρησης ενήμεροι του κόστους εναλλακτικών ιατρικών πράξεων και υπηρεσιών υγείας.

Η δεύτερη γενική επιλογή χρηματοδότησης είναι η ενθάρρυνση του ανταγωνισμού τιμών μεταξύ προμηθευτών και αγοραστών υπηρεσιών μέσω επιλεκτικών συμβολαίων. Οι προμηθευτές ανταγωνίζονται με βάση τις τιμές ώστε να πάρουν τα συμβόλαια από τους αγοραστές. Οι τελευταίοι είναι κάποια υγειονομική αρχή ή ασφαλιστικός φορέας. Η αποζημίωση δεν προκαθορίζεται κεντρικά με κρατική παρέμβαση αλλά είναι το αποτέλεσμα μιας ανταγωνιστικής διαδικασίας προσφορών. Αυτός είναι και ο κλασικά οικονομικός τρόπος που μπορεί να εγγυηθεί την αποδοτικότητα. Παραδείγματα εφαρμογής της μεθόδου στην πράξη συναντούμε στην Καλιφόρνια (πρόγραμμα Medicaid από το 1982) και στο Σύστημα Συγκράτησης του Κόστους Υπηρεσιών Υγείας στις Η.Π.Α., αλλά και στο Εθνικό Σύστημα Υγείας της Αγγλίας μετά 1989 που διαχώρισε θεσμικά (purchaser – provider split) την προσφορά των υπηρεσιών υγείας (π.χ. νοσοκομεία και γιατρούς αυτών) από τη ζήτηση (π.χ. οικογενειακοί γιατροί, περιφερειακά συστήματα υγείας).

Η διαδικασία αυτή προσφέρει μεγαλύτερη ευλυγισία συγκρινόμενη με τη συγκράτηση του κόστους μέσω προκαθορισμένων τιμών, όπως για παράδειγμα την εκμετάλλευση υπάρχουσας περίσσειας παραγωγικής ικανότητας με κάποιες εκπτώσεις στις τιμές και τον έλεγχο από τον φορέα χρηματοδότησης της ποιότητας των υπηρεσιών μέσω των συμβολαίων. Γενικά, ίσως οι τιμές είναι οι μόνες που

στέλνουν σήματα ικανά να αποκαταστήσουν την αποδοτικότητα. Για να λειτουργήσει όμως το σύστημα ο ανταγωνισμός πρέπει να 'ναι γνήσιος. Γιατί αν μια τοπική αγορά είναι μονοπωλιακή, ο προμηθευτής θα εκμεταλλευθεί το φορέα χρηματοδότησης – (αγοραστή υπηρεσιών) ανεβάζοντας τις τιμές.

Η αποφυγή της εκμετάλλευσης από μονοπώλια μπορεί να επιχειρηθεί, όπως είδαμε, με την καθιέρωση ενός κεντρικά προσδιορισμένου κανόνα τιμολόγησης. Αυτό σημαίνει την επιβολή του μέσου κόστους ως προκαθορισμένη τιμή. Όμως αυτό εμποδίζει τις δυνάμεις του ανταγωνισμού και προάγει ένα μέσο έλλειμμα αποδοτικότητας.

Ένας καλύτερος τρόπος είναι η ενδυνάμωση του ανταγωνισμού. Όχι όμως μέσω της ύπαρξης πολλών νοσοκομείων, μια και η περιορισμένη τοπική ζήτηση ενδέχεται να μην επιτρέπει την ύπαρξή τους. Μια σύγχρονη θεωρία (contestability theory) λέει ότι αρκεί να δημιουργηθούν με κρατική παρέμβαση προϋποθέσεις τέτοιες που να επιτρέπουν την εύκολη είσοδο και έξοδο των επιχειρήσεων - νοσοκομείων στην και από την αγορά. Ο φόβος εισόδου ανταγωνιστών αρκεί για να συνετίσει το μανάτζμεντ των υπαρχόντων οργανισμών ώστε να είναι αποδοτικό. Αυτό μπορεί να γίνει με το να επιτρέπεται σε ομάδες μανάτζμεντ - γιατρών να λάβουν ενεργά μέρος στη διαδικασία υποβολής προσφορών και τη μείωση του κόστους εισόδου-εξόδου (λ.χ. με συμβόλαια μακράς ισχύος) από την αγορά. Έτσι οι δυνάμεις του ανταγωνισμού μπορούν να ενεργήσουν ακόμα και σε μια μονοπωλιακή αγορά. Μεταξύ των κρατικών μέτρων που συμβάλλουν στην ενθάρρυνσή του είναι η παροχή των απαραίτητων πληροφοριών για τη συμμετοχή στη διαδικασία προσφορών. Θα πρέπει λοιπόν οι προμηθευτές να κατασκευάσουν συγκρίσιμα μέτρα ποιότητας ώστε οι αγοραστές να μπορούν να ελέγχουν την τήρηση των όρων των συμβολαίων, να γίνονται γνωστές οι τιμές και το κόστος ώστε και μια μόνο προσφορά να μπορεί να εκτιμηθεί βάσει μέτρων σύγκρισης. Βέβαια, η φύση του συμβολαίου καθορίζει τους κινδύνους που αναλαμβάνει ο αγοραστής και ο προμηθευτής και τα κόστος για την τήρηση των όρων του συμβολαίου. Άρα, θα πρέπει να αναζητηθούν βέλτιστα συμβόλαια.

Διαδικασίες τέτοιες υποβολής ανταγωνιστικών προσφορών καθιερώθηκαν στην Καλιφόρνια (μετά το 1982) και στο Αγγλικό Σύστημα Υγείας. Εμπειρικά στοιχεία από τις Η.Π.Α. δείχνουν ότι το κόστος ανά ασθενή μειώθηκε, αλλά μόνο σε αγορές με μεγάλο ανταγωνισμό. Οι συνολικές δαπάνες μειώθηκαν επίσης και φαίνεται ότι η συγκράτηση του κόστους προέκυψε μέσω της μείωσης του αριθμού

εισαχθέντων ασθενών. Και σε αυτό το σύστημα απαιτείται έλεγχος της ποιότητας και του όγκου των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Είναι σημαντικό να παρατηρήσουμε ότι η επιτυχία οποιασδήποτε από τις παραπάνω μεθόδους χρηματοδότησης εξαρτάται από την ικανότητα του φορέα που αγοράζει τις υπηρεσίες να περιορίσει την επιλογή των καταναλωτών μεταξύ εναλλακτικών προμηθευτών. Αν αυτό δε γίνει, τότε ο καταναλωτής θα φύγει από τον προμηθευτή του οποίου το κόστος ελέγχεται από τον φορέα, μέσω κάποιας μεθόδου χρηματοδότησης, και θα πάει σε άλλον που δεν ελέγχεται και δίδει περισσότερες παροχές.

Ο τρόπος για να αποκλειστεί αυτό το ενδεχόμενο είναι ο ασφαλιστής να παρέχει χαμηλότερο ασφάλιστρο (insurance premium) στους ασθενείς που θα αναζητήσουν περίθαλψη στους προτιμώμενους προμηθευτές. Ως προτιμώμενοι προμηθευτές θα θεωρούνται αυτοί που συμμορφώνονται με ένα σύστημα χρηματοδότησης βασισμένο στις ΟΔΚ (παράδειγμα οι Προτιμώμενοι Οργανισμοί Παροχής Υπηρεσιών Υγείας, Preferred Provider Organizations - PPO) ή που είναι συμβεβλημένοι με το φορέα (π.χ. με τα Περιφερειακά Συστήματα Υγείας) ώστε να τους στέλνουν ασθενείς.

Αυτό σημαίνει ότι ο προμηθευτής θα έχει κίνητρα να περιοριστεί έτσι μόνο εφόσον δεν μπορεί να βρίσκει ασθενείς με την ίδια ευκολία όπως αν συμμορφωθεί. Και αυτό θα γίνει μόνο εάν ο αγοραστής έχει σημαντική δύναμη στην αγορά, δηλ. δυνατότητα να ελέγξει τις τιμές. Αν ο αγοραστής έχει δύναμη ελέγχου της αγοράς τότε αποδυναμώνονται τα κίνητρα και του καταναλωτή που ψάχνει για ασφάλιση να μη συμφωνήσει στους περιορισμούς γιατί ενδεχόμενη απροθυμία του να συμμορφωθεί θα τον αφήνει εκτεθειμένο σε κινδύνους. Η έλλειψη δύναμης του αγοραστή δεν είναι ο μόνος λόγος για τον οποίο ο καταναλωτής μπορεί να έχει κίνητρα να μη συμμορφωθεί.

Αν αυτός δεν ανταποκρίνεται στις μεταβολές της τιμής της ασφάλισης (δηλαδή δεν ενδιαφέρεται ιδιαίτερα για την αύξηση των ασφαλιστρών) διότι τα ασφαλίστρα εκπίπτουν από τη φορολογία του ή οι εργοδότες πληρώνουν μέρος των ασφαλιστρών, τότε πάλι θα αναζητήσει περίθαλψη σε προμηθευτές με μεγαλύτερο κόστος. Και αφού, όπως είδαμε, δεν θεωρούμε τη συμμετοχή του ασθενή στο κόστος σαν καλή λύση, πρέπει με κάποιον άλλο τρόπο η βούληση αυτού να περιορισθεί.

Κάτι τέτοιο φαίνεται εφικτό στις ακόλουθες περιπτώσεις:

- όταν οι εργοδότες παρέχουν προγράμματα ασφάλισης. Ο εργαζόμενος θα συμφωνήσει να περιορισθεί για να μη χρειασθεί να πληρώσει μόνος του τα ασφάλιστρα, όπως γίνεται στις Η.Π.Α.
- όταν η ασφάλιση υγείας επιχορηγείται από το δημόσιο για συγκεκριμένες πληθυσμιακές ομάδες που αποκλείονται από τον ιδιωτικό τομέα. Αυτό παρατηρείται μεταξύ άλλων στις Η.Π.Α. στα προγράμματα Medicare και Medicaid για τους οικονομικά ασθενείς και ηλικιωμένους.
- όταν η ασφάλιση παρέχεται από το δημόσιο τομέα σε υποχρεωτική βάση για το σύνολο του πληθυσμού, όπως γίνεται στο Εθνικό Σύστημα Υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου.

2.3 Μέθοδοι Χρηματοδότησης της Εξωνοσοκομειακής Περίθαλψης

Όσον αφορά, εξάλλου, στις μεθόδους χρηματοδότησης της ανοικτής εξωνοσοκομειακής περίθαλψης κυρίως αναφερόμαστε στην αμοιβή των γιατρών (δευτερευόντως στην αγορά φαρμάκων κλπ). Είναι φανερό ότι ο τρόπος χρηματοδότησής τους επηρεάζει τόσο τη συμπεριφορά τους, όσο και αυτή των ασθενών και επιδρά στο κόστος, την ποιότητα και την προσβασιμότητα των υπηρεσιών. Μερικές από αυτές είναι η αμοιβή κατά πράξη (fee for service), η αμοιβή με μισθό (salary), η αμοιβή κατά κεφαλή (capitation), η αμοιβή βάσει σφαιρικών προϋπολογισμών (global budgets) και οι Οργανισμοί Προστασίας της Υγείας (ΟΠΥ ή Health Maintenance Organizations - HMO).

Στο σύστημα της αμοιβής κατά πράξη η αποζημίωση καθορίζεται είτε από την αγορά είτε κεντρικά. Στα θετικά της μεθόδου συγκαταλέγεται η ελευθερία επιλογής γιατρού. Όμως, αν δεν υπάρχει ιδιαίτερα σχολαστικός έλεγχος, οι γιατροί προκαλούν τεχνητά τη ζήτηση και επηρεάζουν τον αριθμό υπηρεσιών που παρέχονται ανά ασθενή (π.χ. τον αριθμό των διαγνωστικών εξετάσεων, τον αριθμό επισκέψεων των ασθενών στα ιδιωτικά γραφεία τους κλπ.) ή αναγκάζουν τους ασθενείς σε επιπλέον αμοιβές από τις προκαθορισμένες. Είναι λοιπόν μια πληθωριστική μέθοδος. Παρόλα αυτά μπορεί να χρησιμεύσει για ορισμένες υπηρεσίες (π.χ. αν ο στόχος είναι 100%

εμβολιασμός του πληθυσμού, με τέτοια αποζημίωση κατά πράξη δίνονται τα επιθυμητά κίνητρα).

Ενίοτε οι γιατροί αμείβονται με πάγια αντιμισθία για προσφορά υπηρεσιών σε καθορισμένο ωράριο, συνήθως στα ιατρεία ασφαλιστικών οργανισμών, αγροτικά ιατρεία, εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων, ή κέντρα υγείας. Θετικό είναι το γεγονός ότι η μέθοδος αυτή δεν δίνει κίνητρα για υπερκατανάλωση υπηρεσιών, ενώ θεωρείται ότι η παραγωγικότητα θα διατηρηθεί μέσω κάποιου συστήματος προαγωγών. Αν όμως το διοικητικό - διαχειριστικό σύστημα δεν είναι καλά οργανωμένο, τότε θα επικρατήσει η γραφειοκρατία και η μη ικανοποίηση της ζήτησης, δηλαδή η αρνητική προκλητή ζήτηση. Υπάρχει εξάλλου ιδιαίτερο πρόβλημα κινήτρων αν ο γιατρός δεν έχει περιθώριο περαιτέρω προαγωγής, με αποτέλεσμα τη μειωμένη παραγωγικότητα, τη λίστα αναμονής ή ακόμη στην Ελλάδα και την παραπομπή των ασθενών στο ιδιωτικό του ιατρείο. Και η σύνδεση της αμοιβής με την απόδοση (bonus) είναι δυσχερής καθώς προσκρούει στις δυσκολίες αποτίμησης του ιατρικού και κλινικού έργου.

Η κατά κεφαλή αποζημίωση είναι ένα σύστημα που δοκιμάστηκε στη Μεγάλη Βρετανία τη δεκαετία του '90 για την αμοιβή του οικογενειακού γιατρού. Ο συμβεβλημένος γιατρός ενός ασφαλιστικού φορέα είναι υποχρεωμένος να δέχεται ένα ορισμένο αριθμό ασφαλισμένων, που εξαρτάται από την ειδικότητά του. Αμείβεται με προκαθορισμένο ποσό κατά ασφαλισμένο που δέχεται να μπει στη λίστα του και δεν εξαρτάται από τον αριθμό των επισκέψεων ή υπηρεσιών που προσφέρονται στον κάθε καταναλωτή. Στην αρχή της χρονιάς ο συμβεβλημένος καταναλωτής επιλέγει τον γιατρό του. Υπάρχουν λοιπόν κίνητρα «καλής πρακτικής» γιατί αν δεν ικανοποιηθεί φεύγει και ο γιατρός ζημιώνεται. Η μέθοδος αυτή δεν δίνει κίνητρα για υπερκατανάλωση, κόβοντας το δεσμό της αμοιβής με τον αριθμό των παρεχόμενων υπηρεσιών. Χρειάζονται όμως ασφαλιστικές δικλείδες (επιπρόσθετες επιχορηγήσεις στους γιατρούς) για να μην απορρίπτονται ασθενείς μεγάλου κόστους, η εξέταση των οποίων σε ετήσια βάση είναι χρονοβόρα. Απαιτείται επίσης ανώτατο όριο συμβεβλημένων μελών για να μη μειώνεται ο χρόνος επικοινωνίας και να αυξάνεται αντίστοιχα ο χρόνος αναμονής. Μεταξύ των προβληματισμών σε σχέση με τη μέθοδο αποζημίωσης αυτή αναφέρουμε την ενδεχόμενη αδυναμία του ασθενή να διακρίνει την κακή πρακτική ώστε να αλλάξει γιατρό, τις δυσκολίες των γιατρών να αντεπεξέλθουν στον οικονομικό προγραμματισμό που απαιτεί η κατά κεφαλή αποζημίωση, και το κίνητρο, λόγω της εξασφαλισμένης αμοιβής, να μειώνουν το

οικονομικό ή προσωπικό κόστος με χαμηλότερα επίπεδα συνταγογράφησης ή την άσκοπη παραπομπή των ασθενών στα νοσοκομεία. Για αυτό το λόγο δόθηκε στους οικογενειακούς γιατρούς στη Μεγάλη Βρετανία σφαιρικός προϋπολογισμός για φάρμακα αλλά και την αγορά νοσοκομειακών υπηρεσιών και η δυνατότητα να κρατούν μέρος αυτού για τη βελτίωση του γραφείου τους.

Τέλος, μία απόπειρα να αποφευχθούν οι μη ενδεδειγμένες παραπομπές στα νοσοκομεία είναι οι Οργανισμοί Προστασίας της Υγείας (ΟΠΥ – Health Maintenance Organizations - HMO). Αυτό επιχειρείται με το να συνδυαστεί συνολικά η αποζημίωση για πρωτοβάθμια και νοσοκομειακή περίθαλψη. Οι Ο.Π.Υ. είναι κοινοπραξίες ιατρών και νοσοκομείων που συμβάλλονται με ασφαλιστικούς φορείς ή μεμονωμένους καταναλωτές για την παροχή συγκεκριμένων (πακέτου) υπηρεσιών, σε μια συγκεκριμένη χρονική περίοδο. Έχουν αρχικά εμφανιστεί στις Η.Π.Α. Η ένωση των γιατρών αμείβεται εκ των προτέρων ετήσια κατά κεφαλή για το σύνολο των υπηρεσιών, ανεξάρτητα από την ποσότητα παρεχόμενων υπηρεσιών. Υπάρχει λοιπόν αυξημένη πιθανότητα χειροτέρευσης της ποιότητας και αρνητικής προκλητής ζήτησης. Παρόλα αυτά, οι Ο.Π.Υ. ανταγωνίζονται μεταξύ τους για την προσέλκυση πελατείας.