ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΓΣΕΕ - ΑΔΕΔΥ

ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΑΠΟ ΤΟ ΔΗΜΟΣΙΟ ΑΓΑΘΟ ΣΤΟ ΕΜΠΟΡΕΥΜΑ

Ηλίας Ιωακείμογλου

ΑΘΗΝΑ 2010

32 ΜΕΛΕΤΕΣ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Πρόλογος 5
Εισαγωγή 9

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

Η ιδιωτικοποίηση των δαπανών υγείας 13
1.1. Οι δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ 15
1.2. Οι δαπάνες υγείας της Ελλάδας σε διεθνή σύγκριση 31
1.3. Δημόσιες και ιδιωτικές δαπάνες υγείας 36

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

Οι θεωρητικές και ηθικές προϋποθέσεις ιδιωτικοποίησης της υγείας 49
2.1. Υποκειμενικές προϋποθέσεις ιδιωτικοποίησης της υγείας 51
2.2. Οι θεμελιακοί μύθοι των Οικονομικών της Υγείας 56
2.3. Πόσο περιορισμένοι είναι οι πόροι για την υγεία; 61

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

Προϋποθέσεις ιδιωτικοποίησης από την πλευρά της παραγωγής 71
3.1. Οικονομικές προϋποθέσεις ιδιωτικοποίησης της υγείας 73

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

Περίληψη και συμπεράσματα 103
Επίλογος 117

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ 119

Πρόλογος

Η υγεία αποτελεί μία από τις βασικές συνιστώσες του Κράτους-Πρόνοιας, το οποίο συνολικά και επιμέρους κατά την διάρκεια των δύο τελευταίων δεκαετιών συγκεντρώνει τους προβληματισμούς και τις αντιπαραθέσεις για την αναδιοργάνωση και τον αναπροσανατολισμός του.

Ειδικότερα, στο πλαίσιο αυτών των προβληματισμών και αντιπαραθέσεων, οι απόψεις διίστανται ανάμεσα σ' αυτές που υποστηρίζουν ότι:

α) οι δυσλειτουργίες του δημόσιου συστήματος υγείας έχουν προκαλέσει αύξηση του κόστους λειτουργίας του και ως εκ τούτου προτείνουν τον περιορισμό και τον έλεγχο των δημόσιων δαπανών υγείας, σε συνδυασμό με την εισαγωγή στα υγειονομικά συστήματα στοιχείων αγοράς και συνθηκών ελεγχόμενου ανταγωνισμού ή την διεύρυνση του πεδίου δραστηριότητας ιδιωτικών σχηματισμών και μονάδων υγείας με την αύξηση των ιδιωτικών δαπανών υγείας.

Στην κατεύθυνση αυτή από την μελέτη του ΙΝΕ/ΓΣΕΕ-ΑΔΕΔΥ προκύπτει ότι οι δημόσιες δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ στην Ελλάδα είναι από τις χαμηλότερες (5,8% του ΑΕΠ) μεταξύ των ανεπτυγμένων χωρών του κόσμου και οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας (3,8% του ΑΕΠ) είναι από τις υψηλότερες, δεδομένου ότι σε καμία άλλη χώρα της Ε.Ε.-15 το αντίστοιχο ποσοστό ιδιωτικών δαπανών δεν υπερβαίνει το 3%.

Παράλληλα, ενώ οι συνολικές δαπάνες υγείας στην Ελλάδα (9,6% του ΑΕΠ, 25 δις ευρώ τον χρόνο) αυξάνονται τα τελευταία έτη με ρυθμό 6,6% τον χρόνο (μέσος όρος ετήσιας αύξησης στις χώρες του ΟΟΣΑ 4%) οι ιδιωτικές δαπάνες αυξήθηκαν με ετήσιο ρυθμό 15%, με αποτέλεσμα την ενδυνάμωση του επιχειρηματικού τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας σε βάρος του δημόσιου τομέα.

Από την άποψη αυτή ευνοϊκό ρόλο για την ανάπτυξη του ιδιωτικού τομέα υγείας ανέλαβαν, εκτός των άλλων, η απελευθέρωση της αγοράς υπηρεσιών υγείας και η διάδοση των ιδιωτικών ασφαλιστηρίων συμβολαίων ιατροφαρμακευτικής κάλυψης.

β) οι δυσλειτουργίες του δημόσιου συστήματος υγείας αποτυπώνονται στην επιδείνωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, με αποτέλεσμα την διεύρυνση του χάσματος ανάμεσα στο επίπεδο των αναγκών υγείας και σ' αυτό της ικανοποίησής τους.

Ακριβώς, η μελέτη αυτή του ΙΝΕ/ΓΣΕΕ-ΑΔΕΔΥ επιδιώκει να αναδείξει με επιστημονικά τεκμηριωμένο τρόπο τις τάσεις ιδιωτικοποίησης του συστήματος υγείας και την σημαντική αύξηση των ιδιωτικών δαπανών υγείας, μετατρέποντας την υγεία στην χώρα μας από δημόσιο αγαθό σε εμπόρευμα.

Ευελπιστούμε ότι το προαναφερόμενο κεντρικό συμπέρασμα της μελέτης θα συμβάλλει στον ανασχεδιασμό των πολιτικών υγείας έτσι ώστε κατά τα επόμενα χρόνια να συρρικνωθεί σημαντικά και αποτελεσματικά το χάσμα ανάμεσα στο επίπεδο των αναγκών υγείας και σ' αυτό της ικανοποίησής τους, ιδιαίτερα για τον κόσμο της μισθωτής εργασίας που αδυνατεί να χρηματοδοτήσει την παροχή ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας.

Επιπλέον, θεωρούμε ως αναγκαία την διαμόρφωση μιας εναλλακτικής στρατηγικής μεταρρύθμισης του συστήματος υγείας, με την εκπόνηση ενός ολοκληρωμένου και μεσο-μακροπρόθεσμου σχεδιασμού υγείας, χωρίς αντιφάσεις και με αλλαγή της σχέσης από «Υγεία - Αγορά» σε «Υγεία - Κοινωνία».

Η εναλλακτική αυτή στρατηγική θα συμβάλλει στην συρρίκνωση του διευρυμένου υγειονομικού ελλείμματος και στον καθοριστικό περιορισμό των θυλάκων εμπορευματοποίησης των υπηρεσιών υγείας με την αποδόμηση του επιχειρηματικο-υγειονομικού συμπλέγματος (ασφαλιστικές εταιρίες, ιδιωτικές κλινικές, διαγνωστικά κέντρα, ιδιωτικός γιατρός, κλπ), το οποίο σταδιακά διασπά την συνοχή του

συστήματος κοινωνικής προστασίας στην Ελλάδα και ταυτόχρονα αντιστρέφει την απαίτηση απορρόφησης του κοινωνικού αξιακού προϊόντος προς τον αναπαραγωγικό τομέα της οικονομίας (υγεία, κοινωνική ασφάλιση, πρόνοια, κοινωνικές υποδομές, κλπ.).

Ελπίζοντας στην επίτευξη αυτής της επιδίωξης, η διοίκηση του ΙΝΕ, ο επιστημονικός διευθυντής, ο συγγραφέας της μελέτης και το επιστημονικό δυναμικό του ΙΝΕ, θα θεωρήσουν ως θετική συμβολή την κατάθεση όχι μόνο παρατηρήσεων αλλά και διαφορετικών προσεγγίσεων σχετικά με τη μεθοδολογία, την ανάλυση και τα συμπεράσματα.

Γιάννης Παναγόπουλος

Πρόεδρος ΙΝΕ/ΓΣΕΕ-ΑΔΕΔΥ

Εισαγωγή

Η τρέχουσα οικονομική κρίση και ύφεση καθώς και η πρόσφατη όξυνση των δημοσιονομικών προβλημάτων της Ελλάδας έχουν αναδείξει, μεταξύ άλλων, και το πρόβλημα της χρηματοδότησης του τομέα της υγείας. Η κατανάλωση αγαθών και υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα αυξήθηκε ταχύτατα στην διάρκεια της τελευταίας δεκαπενταετίας ασκώντας πίεση στα δημόσια οικονομικά. Η λύση που προκρίθηκε για την αντιμετώπιση του προβλήματος ήταν η υποχρηματοδότηση του δημόσιου τομέα υγείας και η ανάπτυξη ενός επιχειρηματικού τομέα που κάλυψε σε σημαντικό βαθμό την αυξανόμενη ζήτηση. Οι εξελίξεις αυτές, πέραν του οικονομικού τους περιεχομένου, έχουν και σημαντικό κοινωνικό, πολιτικό, αξιακό και ιδεολογικό περιεχόμενο: **Πρώτον**, έχουν ως ιδεολογικό προαπαιτούμενο την θεώρηση της υγείας ως "ανθρώπινο κεφάλαιο" του ασθενούς, τις υπηρεσίες υγείας ως εμπόρευμα και του ιατρού ως επιχειρηματία. **Δεύτερον**, δημιουργούν έντονες ανισότητες και ταξικούς διαχωρισμούς διότι μετατρέπουν τις υπηρεσίες υγείας από δημόσιο αγαθό στο οποίο έχουν πρόσβαση όλοι, σε συνθήκες ισότητας, εκ της ιδιότητάς τους του πολίτη, σε εμπόρευμα, στο οποίο έχουν πρόσβαση ως καταναλωτές, δηλαδή ως κάτοχοι διαθέσιμου εισοδήματος. **Τρίτον**, υποκαθιστούν την ιατρική ηθική ως καθοδηγητική αρχή της παραγωγής υπηρεσιών υγείας από την επιδίωξη του κέρδους και μετατρέπουν τις υπηρεσίες υγείας από δημόσιο αγαθό σε εμπόρευμα. Συμβάλλει, έτσι, η ιδιωτικοποίηση της υγείας, στην υποχώρηση της ιδιότητας του πολίτη και στην αποδυνάμωση κοινωνικών δικαιωμάτων και κατακτήσεων του κοινωνικού κράτους.

Στο πλαίσιο αυτό, ο σκοπός της μελέτης επικεντρώνεται στην κριτική διερεύνηση των προϋποθέσεων της διαδικασίας μετατροπής των υπηρεσιών υγείας από δημόσιο αγαθό σε εμπόρευμα. Ορίζουμε

ως δημόσιο αγαθό κάθε αγαθό στο οποίο έχουν πρόσβαση όλα τα άτομα ανεξαρτήτως τάξης, φύλου, φυλής, έθνους, ηλικίας, επαγγέλματος, εκπαιδευτικού επιπέδου, εισοδήματος και ασφαλιστικού φορέα. Επιπλέον, οι παρεχόμενες υπηρεσίες έχουν την ίδια ποιότητα για όλους. Η έννοια του δημόσιου αγαθού παραπέμπει στην έννοια της ισότητας, των κοινωνικών δικαιωμάτων και της δημοκρατίας, σε αντίθεση με την έννοια του εμπορεύματος που παραπέμπει στην έννοια του καταναλωτή, των ευκαιριών και της αγοράς. Η κριτική διερεύνηση που επιχειρεί η μελέτη, είναι χρήσιμη σε όσους ενδιαφέρονται για την αποκατάσταση του ανθρωποκεντρικού υποδείγματος παραγωγής υπηρεσιών υγείας και την υποχώρηση του εμπορευματικού υποδείγματος, για να ανακτήσουν πλήρως, οι υπηρεσίες υγείας, τον χαρακτήρα του δημόσιου αγαθού.

Η επικαιρότητα του ζητήματος σχετίζεται άμεσα με το δημοσιονομικό πρόβλημα που υπήρχε και οξύνθηκε εξαιτίας της τρέχουσας οικονομικής κρίσης και ύφεσης, αλλά και με την άνοδο των δαπανών υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ στην Ελλάδα. Σχετίζεται, επίσης, με την κρίση των ασφαλιστικών ταμείων, τα οποία, εκτός των άλλων, χρηματοδότησαν, εμμέσως αλλά με εξαιρετικά ευδιάκριτο τρόπο, την ανάπτυξη του επιχειρηματικού τομέα υγείας.

Τα ερωτήματα που τίθενται εξαιτίας αυτής της επικαιρότητας, με δεδομένο το μέγεθος της δημοσιονομικής κρίσης, είναι ερωτήματα που τίθενται από μηδενική βάση. Μεταξύ αυτών, τίθεται το ερώτημα της περαιτέρω ανάπτυξης του επιχειρηματικού κλάδου παραγωγής υπηρεσιών υγείας. Απαιτείται να επεκταθεί περαιτέρω ο συγκεκριμένος κλάδος; Από πού θα αντλήσει τον δυναμισμό του; Είναι οικονομικά και κοινωνικά αποτελεσματική και ηθικά νόμιμη η περαιτέρω ανάπτυξή του; Είναι, άραγε, πραγματικά χρήσιμη ή πολιτικά αναγκαία για την βελτίωση της υγείας του πληθυσμού;

Η μελέτη αυτή θέλει να συμβάλει στην απάντηση των παραπάνω ερωτημάτων διερευνώντας τους παράγοντες που επέτρεψαν την

ανάπτυξη του τομέα υγείας στην Ελλάδα και ιδιαίτερα του επιχειρηματικού τομέα. Η κριτική ανάγνωση της πορείας που πραγματοποίησε μέχρι σήμερα ο επιχειρηματικός κλάδος παραγωγής υπηρεσιών υγείας, και οι σχέσεις που διατηρεί με την κοινωνία, δεν μπορούν παρά να είναι το σημείο αφετηρίας για την απάντηση στα κρίσιμα ερωτήματα σε σχέση με το μέλλον του.

Προκειμένου να διερευνηθούν οι προϋποθέσεις της μετάβασης των υπηρεσιών υγείας από δημόσιο αγαθό σε εμπόρευμα στην Ελλάδα, η μελέτη αυτή εξετάζει τις προϋποθέσεις από την πλευρά της ζήτησης και από την πλευρά της προσφοράς ξεχωριστά. Εξετάζει, επίσης, και τις ιδεολογικές προϋποθέσεις, χωρίς τις οποίες η βαθμιαία μετάβαση από το ανθρωποκεντρικό υπόδειγμα παροχής υπηρεσιών υγείας στο εμπορευματικό υπόδειγμα παραγωγής και κατανάλωσης υπηρεσιών υγείας, δεν θα ήταν δυνατή. Η μέθοδος που χρησιμοποιείται είναι κυρίως ποσοτική, με την έννοια της ανάλυσης των στατιστικών στοιχείων.

Η διάρθρωση της μελέτης έχει ως εξής: Στο **πρώτο κεφάλαιο** αναλύεται η εξέλιξη των δαπανών υγείας (ως ποσοστό του ΑΕΠ) ως αποτέλεσμα διακριτών καθοριστικών παραγόντων. Επίσης, αναλύονται οι δαπάνες υγείας στην Ελλάδα για να διαπιστωθεί σε ποιο βαθμό έχει επεκταθεί η ιδιωτικοποίηση, ποιοι είναι οι παράγοντες που επιδρούν στην αναλογία ιδιωτικών προς δημόσιες δαπάνες και ποιοι είναι οι πολίτες που καλύπτουν με συγκριτικά περισσότερους ιδίους πόρους τις δαπάνες υγείας. Στο ίδιο κεφάλαιο, πραγματοποιούνται συγκρίσεις των δαπανών υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ στις διάφορες χώρες του αναπτυγμένου κόσμου και αναφέρονται οι ερευνητικές προσπάθειες που έχουν γίνει μέχρι σήμερα για τον προσδιορισμό των πιθανών ερμηνειών των παρατηρούμενων διαφορών. Στο **δεύτερο κεφάλαιο** αναπτύσσεται η κριτική παρουσίαση των νεοκλασικών θεωριών των Οικονομικών της Υγείας (Health Economics) οι οποίες προσφέρουν τις ιδεολογικές και ηθικές προϋποθέσεις για την μετατροπή της υγείας από δημόσιο αγαθό σε

εμπόρευμα. Προκειμένου να ανακοπεί η πορεία της μετάβασης από το ανθρωποκεντρικό υπόδειγμα προσφοράς υπηρεσιών υγείας στο εμπορευματικό υπόδειγμα, είναι αναγκαίο να τεθούν σε αμφισβήτηση οι θεμελιακές ιδέες της νεοκλασικής θεωρίας των Οικονομικών της Υγείας, βάσει των ποριισμάτων της οποίας ασκήθηκε η μέχρι σήμερα πολιτική αποδυνάμωσης του δημόσιου τομέα ως παραγωγού της υγείας-δημόσιο-αγαθό και ενίσχυσης του ιδιωτικού τομέα ως παραγωγού της υγείας-εμπόρευμα. Στο **τρίτο κεφάλαιο** εξετάζονται τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά που έχει η παραγωγή υπηρεσιών υγείας σήμερα, τα οποία την καθιστούν ιδιαίτερα ελκυστική στους επενδυτές του ιδιωτικού τομέα και ευνοούν την μετάβαση της παραγωγής υπηρεσιών υγείας από το ανθρωποκεντρικό υπόδειγμα στο εμπορευματικό υπόδειγμα. Αναλύονται, δηλαδή, οι προϋποθέσεις, από την πλευρά της προσφοράς για την συγκρότηση και ανάπτυξη ενός κεφαλαιοκρατικού κλάδου παραγωγής υπηρεσιών υγείας. Τέλος, στο **τέταρτο κεφάλαιο** περιλαμβάνεται η σύνθεση των επιμέρους συμπερασμάτων της μελέτης, η οποία ολοκληρώνεται με τον Επίλογο και την ελληνόγλωσση και ξενόγλωσση βιβλιογραφία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

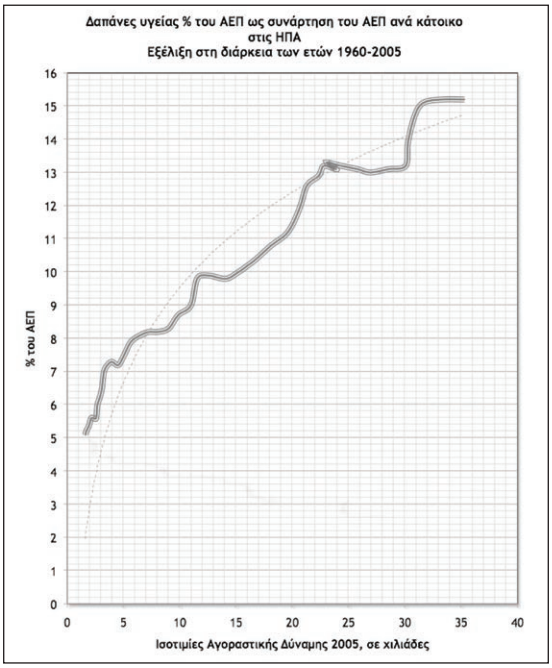
Η ΙΔΙΩΤΙΚΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

1. Η ιδιωτικοποίηση των δαπανών υγείας

1.1. Οι δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ

Οι δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ παρουσιάζουν συνεχή αύξηση σε μακροχρόνια διάρκεια. Η πλέον εντυπωσιακή αύξηση, μεταξύ των αναπτυγμένων χωρών του πλανήτη, παρατηρήθηκε στις ΗΠΑ (Διάγραμμα 1), όπου το ποσοστό των δαπανών υγείας πέρασε από το 5% του ΑΕΠ το 1960 στο 15% περίπου το 2005.

Διάγραμμα 1



Πηγή: ΟΟΣΑ

Η αύξηση των δαπανών υγείας διεθνώς αποτελεί πηγή ανησυχίας για τις εθνικές κυβερνήσεις, οι οποίες αναζητούν πολιτικές για την αναχαίτιση της εν λόγω αύξησης, στον βαθμό που η διόγκωση των συνολικών δαπανών αντανακλά μία άνοδο και των *δημοσίων* δαπανών υγείας. Η πολιτική λύση που κατεξοχήν προκρίθηκε στην δεκαετία του 2000 για να μην επιβαρυνθεί ο δημόσιος προϋπολογισμός είναι, αφενός μεν, η μετατροπή της αναλογίας δημόσιων / ιδιωτικών δαπανών που μεταφέρει το βάρος των επιπλέον δαπανών υγείας απευθείας στους πολίτες, αφετέρου δε, ο εξορθολογισμός των δημοσίων δαπανών.

Μια σειρά παραγόντων ευθύνονται για την μακροχρόνια αύξηση που παρουσιάζουν οι δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ. Για την παρουσίασή τους είναι χρήσιμη η αλγεβρική ανάλυση που ακολουθεί:

Οι συνολικές δαπάνες υγείας ανά κάτοικο, σε όγκο (σε σταθερές τιμές του έτους 2000) δίδονται από την ταυτότητα:

$$h = h_{<65} + p_{65+}(h_{65+} - h_{<65}) \quad (1)$$

όπου

$h_{<65}$ οι δαπάνες υγείας ανά κάτοικο ηλικίας μικρότερης των 65 ετών

h_{65+} οι δαπάνες υγείας ανά κάτοικο ηλικίας μεγαλύτερης των 65 ετών

p_{65+} το ποσοστό των ηλικιών άνω των 65 ετών στο σύνολο του πληθυσμού

Προκύπτει από την παραπάνω σχέση ότι η συνολική δαπάνη υγείας ανά κάτοικο είναι τόσο υψηλότερη όσο αυξημένο είναι το ποσοστό των ηλικιών 65+ στον συνολικό πληθυσμό και όσο μεγαλύτερη είναι η διαφορά της δαπάνης ανά άτομο μεταξύ των γηραιοτέρων (65+) και των νεοτέρων (<65).

Το ΑΕΠ ανά κάτοικο σε σταθερές τιμές αναλύεται στην εξής ταυτότητα:

$$y = \pi (1 - U) \cdot p_{Lf} \cdot p_{1564} \quad (2)$$

όπου

π η παραγωγικότητα της εργασίας

U το ποσοστό ανεργίας,

p_{Lf} το ποσοστό συμμετοχής του πληθυσμού παραγωγικής ηλικίας στο εργατικό δυναμικό (εργατικό δυναμικό ως ποσοστό του πληθυσμού εργάσιμης ηλικίας 15-64 ετών),

p_{1564} το ποσοστό των εργάσιμων ηλικιών (15-64 ετών) στον συνολικό πληθυσμό.

Προκύπτει από την παραπάνω σχέση ότι το ΑΕΠ ανά κάτοικο, για δεδομένη παραγωγικότητα, είναι τόσο υψηλότερο όσο αυξημένο είναι το ποσοστό συμμετοχής, όσο χαμηλότερο είναι το ποσοστό ανεργίας και όσο υψηλότερο είναι το ποσοστό των εργάσιμων ηλικιών στον συνολικό πληθυσμό.

Από τις σχέσεις (1) και (2) προκύπτει ότι οι δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ (σε σταθερές τιμές) δίνονται από την σχέση

$$\frac{h}{y} = \frac{h_{<65} + p_{65+}(h_{65+} - h_{<65})}{\pi(1-U)p_{Lf}p_{1564}} \qquad (3)$$

Οι παραπάνω υπολογισμοί αφορούν στην ζήτηση υπηρεσιών υγείας κατ' όγκο, δηλαδή χωρίς να συμπεριλάβουμε στον συλλογισμό μας την επίπτωση των αλλαγών στις τιμές των υπηρεσιών υγείας εν συγκρίσει προς τις τιμές των άλλων εγχωρίως παραγομένων προϊόντων. Εάν λάβουμε υπόψη μας και την επίδραση των τιμών, τότε οι δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ σε τρέχουσες τιμές δίνονται από την σχέση

$$\left(\frac{h}{y}\right)_{value} = \left(\frac{P_h}{P_{gdp}}\right) \cdot \left[\frac{h_{<65} + p_{65+}(h_{65+} - h_{<65})}{\pi(1-U)p_{Lf}p_{1564}}\right] \qquad (4)$$

όπου P_h, P_{gdp} είναι αντίστοιχα οι τιμές των αγαθών και υπηρεσιών υγείας και ο αποπληθωριστής του ΑΕΠ.

Σε ότι αφορά την διαφορά της δαπάνης ανά άτομο μεταξύ των γηραιοτέρων (65+ ετών) και των νεοτέρων (<65 ετών), αυξάνεται με την επιμήκυνση του προσδόκιμου ζωής, διότι τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας τείνουν να έχουν υγεία που επιδεινώνεται με την πάροδο του χρόνου και ως εκ τούτου χρήζουν περισσότερης ιατρικής φροντίδας.

Εντούτοις, το μέσο κόστος ανά άτομο στις μεγαλύτερες ηλικίες θα τείνει να μειωθεί καθώς θα επιμηκύνεται ο χρόνος ζωής διότι αναμένεται και βελτίωση της υγείας των γηραιοτέρων (healthy ageing) χάρη στις μεγάλες προόδους της ιατρικής που πραγματοποιούνται εν τω μεταξύ. Οι Singer & Manton (1998) θεωρούν ότι οι δαπάνες υγείας των ηλικιωμένων εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από το ποσοστό των ατόμων με αναπηρία, διότι οι δαπάνες υγείας για τα ηλικιωμένα άτομα με χρόνια αναπηρία είναι επτά φορές υψηλότερες από τις αντίστοιχες των νεότερων υγιών ατόμων. Επομένως,

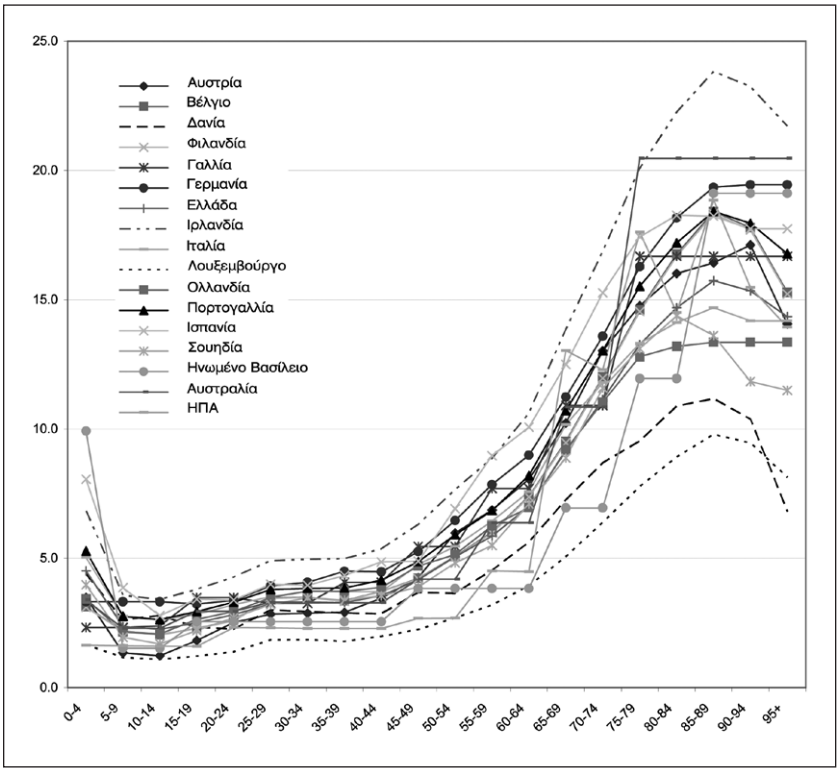
η βελτίωση της υγείας των ηλικιωμένων ατόμων αναμένεται να περιορίσει τις δαπάνες των ηλικιών άνω των 65 ετών εν συγκρίσει προς τις δαπάνες των νεοτέρων.

Εκτός αυτού, καθώς η αυξανόμενη μακροβιότητα αυξάνει την παραμονή εκάστου ατόμου στις ηλικίες άνω των 65, μειώνει τις μέσες δαπάνες υγείας ανά άτομο ηλικίας 65+ επειδή το μεγάλο μέρος των δαπανών επέρχεται εφάπαξ κατά το τελευταίο στάδιο της ζωής (OECD 2006).

Συνολικά, επομένως, δεν είναι παράλογο να υποθέσουμε ότι η αναλογία της δαπάνης ανά άτομο μεταξύ των ηλικιωμένων (65+ ετών) και των νεοτέρων (<65), είναι αρκετά πιθανό να παραμείνει μακροχρόνια περίπου σταθερή. Η αναλογία αυτή, για τις δημόσιες δαπάνες, ισούται σήμερα περίπου σε 1 προς 3 (Διάγραμμα 2).

Διάγραμμα 2

Δημόσιες δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ ανά ομάδα ηλικίας



Πηγή: OECD 2006

Θεωρώντας ότι αυτή η αναλογία ισχύει και για τις ιδιωτικές δαπάνες, σε αλγεβρικούς όρους αυτό σημαίνει

$$h_{65+} = 3h_{<65}$$

Θέτουμε

$$h_{<65} = \alpha_{\pi}\pi$$

όπου a_{π} είναι οι δαπάνες ανά άτομο *για τις παραγωγικές ηλικίες, δηλαδή για τις ηλικίες κάτω των 65 ετών* σε σταθερές τιμές (σε όγκο) ως ποσοστό της παραγωγικότητας της εργασίας. Όταν ο όγκος των υπηρεσιών υγείας που καταναλώνουν οι παραγωγικές ηλικίες ανά άτομο παραμένει ανάλογος της παραγωγικότητας της εργασίας, με την έννοια ότι αυξάνεται με τον ρυθμό που αυξάνεται ο γενικός πλούτος της κοινωνίας, ο συντελεστής a_{π} παραμένει σταθερός. Εάν για λόγους τεχνολογικούς, πολιτισμικούς ή άλλους, ο όγκος των υπηρεσιών υγείας που καταναλώνεται από τις παραγωγικές ηλικίες ανά άτομο αυξάνεται ταχύτερα από την παραγωγικότητα της εργασίας στο σύνολο της οικονομίας, τότε ο συντελεστής a_{π} αυξάνεται.

Κάνοντας χρήση των παραπάνω, μετατρέπουμε την σχέση (4) ως εξής:

$$\left(\frac{h}{y}\right)_{value} = a_{\pi}\left(\frac{P_h}{P_{gdp}}\right)\left(\frac{1}{(1-U)p_{lf}}\right)\left(\frac{1+2p_{65+}}{1-p_{65+}}\right) \quad (5)$$

Προκύπτει από την σχέση (5) ότι οι δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ σε τρέχουσες τιμές

- πρώτον, αυξάνονται με την μεταβολή της δημογραφικής σύνθεσης του πληθυσμού, δηλαδή με την αύξηση του ποσοστού των ηλικιών άνω των 65 και την μείωση του πληθυσμού εργάσιμης ηλικίας (15-64 ετών), (όρος $\frac{1+2p_{65+}}{1-p_{65+}}$)
- δεύτερον, αυξάνονται όταν αυξάνεται το ποσοστό ανεργίας και όταν μειώνεται το ποσοστό συμμετοχής, (όρος $\frac{1}{(1-U)p_{lf}}$)
- τρίτον, αυξάνονται με την ταχύτερη αύξηση των τιμών των υπηρεσιών υγείας εν συγκρίσει προς την αντίστοιχη αύξηση του αποπληθωριστή του ΑΕΠ (όρος $\frac{P_h}{P_{gdp}}$)

- τέταρτον, αυξάνονται στον βαθμό κατά τον οποίο η κατανάλωση υπηρεσιών υγείας ανά άτομο παραγωγικής ηλικίας (ηλικίες <65 ετών) αυξάνεται ταχύτερα από την παραγωγικότητα της εργασίας (συντελεστής α_{π}, υπολογισμοί σε όγκο).

Σε ό,τι αφορά τον **πρώτο παράγοντα**, το ποσοστό των 65+ στον πληθυσμό αναμένεται να παρουσιάσει μακροχρόνια ανοδική τάση και το ποσοστό των ηλικιών εργάσιμης ηλικίας (15-64 ετών) να μειωθεί. Η άνοδος του ποσοστού των γηραιοτέρων είναι γενική (OECD 2006, 2007): έχει αυξηθεί σε όλες τις οικονομικά αναπτυγμένες χώρες και αναμένεται ότι θα αυξηθεί περαιτέρω στη διάρκεια των επόμενων δεκαετιών. Ήδη, στις χώρες του ΟΟΣΑ ο πληθυσμός άνω των 65 ετών υπερβαίνει το 15% του συνολικού πληθυσμού. Ωστόσο, αυτός ο μέσος όρος αποκρύπτει σημαντικές διαφορές: Σε ορισμένες χώρες, όπως η Ιαπωνία, η Γερμανία και η Ιταλία το ποσοστό των 65+ υπερβαίνει το 20%, ενώ στην Τουρκία, το Μεξικό και την Κορέα το αντίστοιχο ποσοστό είναι μικρότερο του 10%. Η αναλογία των ατόμων ηλικίας άνω των 65 προς τον πληθυσμό εργάσιμης ηλικίας είναι ένα μέγεθος που περιγράφει ικανοποιητικά την επίπτωση της γήρανσης στην σύνθεση του πληθυσμού: το 2005, η εν λόγω αναλογία ήταν μικρότερη του 10% στην Τουρκία και στο Μεξικό, αλλά υπερέβαινε το 30% στην Ιαπωνία, την Ιταλία, και την Γερμανία. Βρισκόταν στην περιοχή του 25% σε μια σειρά ευρωπαϊκών χωρών, μεταξύ των οποίων η Βρετανία και η Γαλλία. Ο μέσος όρος για τις χώρες του ΟΟΣΑ, ο οποίος ήταν, το 2005, ελαφρώς υψηλότερος του 20% αναμένεται να υπερδιπλασιαστεί μέχρι το 2050. Αυτό σημαίνει ότι σε κάθε άτομο άνω των 65 ετών θα αντιστοιχούν δύο άτομα εργάσιμης ηλικίας.

Ωστόσο, προκύπτει από την σχέση (5) ότι οι δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ παρουσιάζουν σχετικά περιορισμένη ευαισθησία στις μεταβολές της σύνθεσης του πληθυσμού (π.χ. για αύξηση 5 εκατοστιαίων μονάδων των ηλικιών άνω των 65 ετών και μείωση 5

μονάδων των ηλικιών εργάσιμης ηλικίας θα είχε προκύψει αύξηση των δαπανών υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ κατά 1,5 εκατοστιαία μονάδα). Ως εκ τούτου, πρέπει να ελέγχεται ως υπερβολική η ευρέως διαδεδομένη άποψη ότι η επερχόμενη γήρανση του πληθυσμού αναμένεται να οδηγήσει σε θεαματικά αυξημένες συνολικές δαπάνες υγείας.

Κανείς, βεβαίως, δεν αμφισβητεί ότι η ζήτηση για ιατρικές υπηρεσίες και υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας, θα αυξάνεται καθώς αλλάζει η δημογραφική σύνθεση της χώρας. Παράλληλα δε, με την ζήτηση θα επηρεάζεται και το ύψος των πόρων που θα πρέπει να διατεθούν για την ικανοποίηση του πληθυσμού σε υπηρεσίες υγείας. Το ζήτημα το οποίο, ωστόσο, τίθεται, είναι το μέγεθος αυτών των επερχόμενων μεταβολών.

Προκειμένου να ελέγξουμε την υπόθεση σχετικά με την μελλοντική αύξηση των δαπανών υγείας εξαιτίας των αλλαγών στην διάρθρωση του πληθυσμού, μπορούμε να υπολογίσουμε την επίπτωση του δημογραφικού παράγοντα, πρώτον, στις δαπάνες της παρελθούσας δεκαετίας (1995-2006), και δεύτερον, στις προβλεπόμενες δαπάνες επομένων δεκαετιών (π.χ. 2010-2020) κάνοντας χρήση της σχέσης (5). Η συγκεκριμένη επίπτωση προκύπτει από τον υπολογισμό των μεταβολών του όρου

$$\frac{1+2p_{65+}}{1-p_{65+}}$$

Προκύπτει από τους παραπάνω υπολογισμούς ότι η επίπτωση των μεταβολών της δημογραφικής σύνθεσης του πληθυσμού επί των δαπανών υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ, θεωρώντας όλους τους άλλους παράγοντες αμετάβλητους, ήταν οριακή κατά το 2000-2008 (βλ. αναλυτικότερα παρακάτω).

Τα παραπάνω αποτελέσματα βρίσκονται σε συμφωνία με αυτά των Dormont, Grignon & Huber (2006) που διαπίστωσαν για την Γαλλία

και για τα έτη 1992-2000 ότι οι δημογραφικές αλλαγές ευθύνονταν για μικρό τμήμα της συνολικής αύξησης των δαπανών υγείας. Βρίσκονται, επίσης, σε συμφωνία με μελέτη του ΟΟΣΑ (2006) που επιχείρησε προβολές των δημοσίων δαπανών υγείας μέχρι το 2050[1].

Σε ό,τι αφορά τον **δεύτερο παράγοντα**, δηλαδή το ποσοστό απασχόλησης, εξαρτάται από την ικανότητα της οικονομίας να αυξάνει τις θέσεις εργασίας. Το ποσοστό απασχόλησης (δηλαδή το $(1-U)p_{Lf}$) αυξήθηκε στην Ελλάδα από 54,7% το 1995 σε 61% το 2006. Εάν η αύξηση αυτή συνεχιστεί, μέσω της μείωσης του ποσοστού ανεργίας και της αύξησης του ποσοστού συμμετοχής του γυναικείου πληθυσμού στο εργατικό δυναμικό, το ποσοστό απασχόλησης μπορεί να προσεγγίσει το 65%, ενδεχομένως δε και το 70%. Για κάθε 5 εκατοστιαίες μονάδες αύξησης του ποσοστού απασχόλησης θα προκύπτει (θεωρώντας όλους τους άλλους παράγοντες σταθερούς), μείωση των δαπανών υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ κατά μία εκατοστιαία μονάδα. Εξάλλου μια παρόμοιας τάξης μεγέθους μείωση επήλθε κατά τα έτη 1995-2006. Προκύπτει, επομένως, ότι η βελτίωση του ποσοστού απασχόλησης (μέσω μείωσης της ανεργίας και αύξησης της γυναικείας συμμετοχής στο εργατικό δυναμικό) μπορεί να αντισταθμίσει, έστω εν μέρει, τις αρνητικές επιπτώσεις των αλλαγών στην δημογραφική σύνθεση του πληθυσμού για έναν χρονικό ορίζοντα δεκαετίας ή εικοσαετίας. Η βελτίωση αυτή μπορεί να προέλθει, στην Ελλάδα, από την αύξηση του ποσοστού συμμετοχής των γυναικών (που υστερεί κατά πολύ του μέσου όρου των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης), από την μείωση του ποσοστού ανεργίας των γυναικών και των νέων, και από την νομιμοποίηση των εργαζομένων μεταναστών παραγωγικής ηλικίας.

Σε ό,τι αφορά τον **τρίτο παράγοντα**, δηλαδή την ταχύτερη αύξηση των τιμών των υπηρεσιών υγείας σε σύγκριση προς την αντίστοιχη

1. *Σύμφωνα με την μελέτη αυτή, οι δημόσιες δαπάνες υγείας που ανέρχονταν το 2005 σε περίπου 5% του ΑΕΠ, θα ανέλθουν το 2050 σε 6,9% έως 8,7% του ΑΕΠ.*

αύξηση του αποπληθωριστή του ΑΕΠ, αποτελεί διεθνώς τον σημαντικότερο παράγοντα αύξησης των δαπανών υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ (Hartwig 2008). Ο Baumol (1967), έχει δείξει ήδη από το 1967 ότι οι τιμές των προϊόντων του τομέα των υπηρεσιών αυξάνονται ταχύτερα από τις τιμές των βιομηχανικών προϊόντων, επειδή οι μεν αυξήσεις της παραγωγικότητας της εργασίας στις υπηρεσίες είναι συστηματικά μικρότερες από τις αντίστοιχες της μεταποιητικής βιομηχανίας, οι δε διακλαδικές διαφορές των μισθών χαρακτηρίζονται από μεγάλη σταθερότητα (με άλλα λόγια, οι αναλογίες των μισθών μεταξύ διαφόρων κλάδων παραγωγής τείνουν να παραμείνουν σταθερές για μεγάλα χρονικά διαστήματα). Αυτές οι συνθήκες έχουν ως αποτέλεσμα την άνοδο του μοναδιαίου κόστους των υπηρεσιών έναντι του αντίστοιχου βιομηχανικού κόστους. Εξ αυτού του γεγονότος και προκειμένου η κερδοφορία να είναι η ίδια σε όλες τις παραγωγικές δραστηριότητες, οι τιμές των υπηρεσιών οφείλουν να αυξάνονται ταχύτερα.

Σε άρθρο του για τις δαπάνες υγείας, ο Baumol (1993) επανέλαβε το θεωρητικό του σχήμα σημειώνοντας ότι οι ίδιες ακριβώς οικονομικές δραστηριότητες (μεταξύ των οποίων και οι ιατρικές υπηρεσίες) που υστερούσαν, από την άποψη των αυξήσεων παραγωγικότητας, το 1967, εξακολουθούσαν και το 1993 να υστερούν. Απέδωσε δε αυτό το φαινόμενο στον τρόπο παραγωγής των υπηρεσιών: ενώ στην βιομηχανία είναι δυνατή η τυποποίηση και η παραγωγή σε σειρές ομοιόμορφων προϊόντων (επομένως και οι μεγάλες αυξήσεις της παραγωγικότητας της εργασίας), οι ιατρικές υπηρεσίες οφείλουν να παρέχονται, πολύ συχνά, υπό την μορφή εξατομικευμένων υπηρεσιών. Βεβαίως, ο Baumol δεν ισχυρίστηκε ότι οι αυξήσεις της παραγωγικότητας στον τομέα της υγείας είναι μηδενικές, αλλά ότι είναι μικρότερες από αυτές της βιομηχανίας (άρα και από αυτές της οικονομίας ως σύνολο).

Χρησιμοποιώντας το θεωρητικό σχήμα του Baumol, και τα στατιστικά στοιχεία 19 χωρών του ΟΟΣΑ, ο Hartwig (2008) έδειξε ότι

πράγματι «το φαινόμενο Baumol» έχει ισχύ, δηλαδή ότι **πρώτον**, η ταχύτερη αύξηση των τιμών των υπηρεσιών υγείας έναντι του αποπληθωριστή του ΑΕΠ εξηγεί σε μεγάλο βαθμό την εξέλιξη των δαπανών υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ, και **δεύτερον**, η ταχύτερη αύξηση των τιμών των υπηρεσιών υγείας έναντι του αποπληθωριστή του ΑΕΠ εξηγείται επαρκώς από τις χαμηλότερες αυξήσεις της παραγωγικότητας της εργασίας στον τομέα της υγείας εν συγκρίσει προς τις μέσες αυξήσεις της παραγωγικότητας στο σύνολο της οικονομίας. Ο έλεγχος της υπόθεσης Baumol για την Ελλάδα βρίσκεται στο τρίτο κεφάλαιο της μελέτης.

Σε ό,τι αφορά τον **τέταρτο παράγοντα,** που είναι ο όγκος των υπηρεσιών υγείας που καταναλώνουν οι ηλικίες κάτω των 65 ετών συγκρινόμενος με την παραγωγικότητα της εργασίας στο σύνολο της οικονομίας (συντελεστής α_{π}), εξαρτάται από τις τεχνολογικές δυνατότητες του τομέα υγείας, από την ικανότητα της επιστημονικής έρευνας και των κλάδων παραγωγής ιατρικών μέσων παραγωγής να προσφέρουν νέα προϊόντα (νέες υπηρεσίες), από την ικανότητα των επιχειρήσεων και των ιατρών να δημιουργούν αυτοί οι ίδιοι νέα ζήτηση για φάρμακα και υπηρεσίες υγείας (προκαλούμενη ζήτηση). Στον βαθμό που νέες διαγνωστικές μέθοδοι, νέα φάρμακα, νέες επεμβατικές μέθοδοι τίθενται στη διάθεση των ασθενών, θα αυξάνεται και η ζήτηση για υπηρεσίες υγείας. Ο ρυθμός αύξησης, εντούτοις, εξαρτάται από την υποκειμενική αντίληψη των πραγματικών ή δυνητικών ασθενών σε σχέση με τον ορισμό της υγείας και της ασθένειας, από πολιτισμικούς και ιστορικούς παράγοντες, αλλά και από την ικανότητα των εταιρειών και των ιατρών να προκαλούν αυξήσεις της ζήτησης (induced demand).

Η σημασία της επιστημονικής και τεχνολογικής προόδου για την αύξηση των δαπανών υγείας αναδείχθηκε αρχικά από τους Manning et al. (1987) και Newhouse (1977,1987) χωρίς όμως ισχυρές αποδείξεις. Αργότερα, οι Okunade & Murthy (2002) χρησιμοποιώντας χρονολογικές σειρές των ΗΠΑ έδειξαν ότι μια στατιστικά σημαντική και

σταθερή μακροχρόνια σχέση υπάρχει μεταξύ των δαπανών υγείας ανά κάτοικο σε σταθερές τιμές (σε όγκο) αφενός, και του ΑΕΠ ανά κάτοικο και των δαπανών έρευνας και τεχνολογίας αφετέρου. Το 2002, επίσης, ο Jones (2002) έδειξε, χάρη σε ένα οικονομετρικό μοντέλο, ότι η επιστημονική και τεχνολογική πρόοδος στον τομέα της υγείας εξηγεί ένα μεγάλο μέρος της αύξησης των δαπανών υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ στις ΗΠΑ. Εντούτοις, η ίδια επιστημονική και τεχνολογική πρόοδος τείνει να μειώσει τις δαπάνες υγείας μέσω της ενίσχυσης της υγιούς γήρανσης και την συνακόλουθη αποφυγή ιατρικών εξόδων (Pardes et al. 1999). Επίσης, συμβάλλει στην συγκράτηση των τιμών των υπηρεσιών υγείας στον βαθμό που αυξάνει την παραγωγικότητα της εργασίας στον τομέα της υγείας.

Σε ό,τι αφορά τον τρίτο παράγοντα, δηλαδή την επίδραση των σχετικών τιμών στις δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ, η ανάλυση επεκτείνεται λαμβάνοντας υπόψη τις τιμές των εισαγομένων προϊόντων που εισέρχονται στην εγχώρια κατανάλωση αγαθών και υπηρεσιών υγείας και την επίδραση που έχει στις τιμές η ύπαρξη των ασφαλιστικών ταμείων. Η σχέση (5) γράφεται

$$\left(\frac{h}{y}\right)_{value} = a_{\pi}\left(\frac{P_h}{P_{hgdp}}\right)\left(\frac{P_{hgdp}}{P_{gdp}}\right)\left(\frac{1}{(1-U)p_{Lf}}\right)\left(\frac{1+2p_{65+}}{1-p_{65+}}\right) \quad (6)$$

όπου P_h, P_{hgdp}, P_{gdp} είναι αντίστοιχα ο δείκτης τιμών καταναλωτή αγαθών και υπηρεσιών υγείας, ο δείκτης τιμών των εγχωρίως παραγομένων προϊόντων και υπηρεσιών, και ο αποπληθωριστής του ΑΕΠ.

Ο λόγος $\left(\frac{P_h}{P_{hgdp}}\right)$ εκφράζει την επίπτωση των τιμών των εισαγομένων προϊόντων στην τιμή καταναλωτή αγαθών και υπηρεσιών υγείας. Όταν υπάρχει πραγματική ανατίμηση του νομίσματος (όταν δηλαδή οι τιμές των εισαγωγών αυξάνονται βραδύτερα από τις εγχώριες τιμές, όπως συνέβαινε κατά την περίοδο 2000-2008), οι τιμές των εισαγομένων προϊόντων μειώνονται σε σχέση με τις

εγχώριες τιμές. Θεωρώντας όλους τους άλλους παράγοντες ως σταθερούς, αυτό έχει ως αποτέλεσμα την μείωση των δαπανών υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ. Ο ίδιος λόγος τιμών εκφράζει και την επίπτωση από την μείωση των *ιδιωτικών* δαπανών υγείας (δηλαδή των δαπανών των νοικοκυριών) στην οποία συμβάλουν σε μεγάλο βαθμό τα ασφαλιστικά ταμεία που αναλαμβάνουν το μεγαλύτερο μέρος του κόστους σε όλες τις προηγμένες χώρες.

Η μείωση των τιμών των προϊόντων (δηλαδή των αγαθών και υπηρεσιών) υγείας, χάρη στα ασφαλιστικά ταμεία και την πραγματική ανατίμηση του νομίσματος, μειώνει άμεσα τις δαπάνες υγείας. Εντούτοις, ενδέχεται οι χαμηλότερες τιμές των εισαγομένων προϊόντων (ιδιαίτερα των φαρμάκων), όπως και η παρέμβαση των ασφαλιστικών ταμείων στην αγορά να αυξάνουν τον συντελεστή a_π δηλαδή τον όγκο της κατανάλωσης αγαθών και υπηρεσιών υγείας ανά άτομο.

Ο λόγος $\left(\frac{P_{hgdp}}{P_{gdp}}\right)$ είναι οι σχετικές τιμές εγχώριας παραγωγής του κλάδου της υγείας έναντι του μέσου όρου (δηλαδή του ΑΕΠ). Όταν αυτές αυξάνονται, αυξάνεται και η συνολική δαπάνη ως ποσοστό του ΑΕΠ (θεωρώντας όλους τους άλλους παράγοντες σταθερούς).

Κάνοντας χρήση των παραπάνω ποσοτικών σχέσεων μπορούμε να αναλύσουμε τις εξελίξεις στις δαπάνες υγείας στην Ελλάδα, ως ποσοστό του ΑΕΠ, για τα έτη 2000-2008, για τα οποία υπάρχουν στοιχεία. Σημείο εκκίνησης της ανάλυσης είναι οι εξελίξεις σε όγκο (σε σταθερές τιμές 2000 για όλα τα μεγέθη), δηλαδή η σχέση

$$\left(\frac{h}{y}\right)_{volume} = a_\pi \left(\frac{1}{(1-U)p_{Lf}}\right)\left(\frac{1+2p_{65+}}{1-p_{65+}}\right) \qquad (7)$$

σύμφωνα με την οποία οι δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ σε όγκο αναλύονται σε τρεις συντελεστές:

Πρώτον, στον **δημογραφικό συντελεστή**

$$\frac{1+2p_{65+}}{1-p_{65+}}$$

που καταγράφει την επίπτωση από την γήρανση του πληθυσμού.

Δεύτερον, στον **συντελεστή της αγοράς εργασίας**

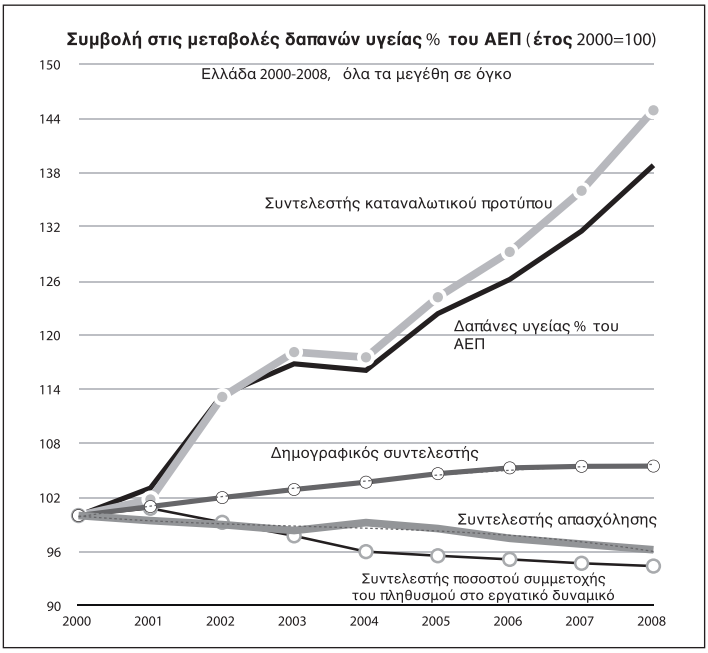
$$\left(\frac{1}{(1-U)p_{Lf}}\right)$$

που καταγράφει την επίπτωση των μεταβολών του ποσοστού ανεργίας και του ποσοστού συμμετοχής του πληθυσμού στο εργατικό δυναμικό.

Τρίτον, στον **συντελεστή καταναλωτικών προτύπων** $a_{\pi} = \frac{h_{<65}}{\pi}$ που είναι ο όγκος της κατανάλωσης αγαθών και υπηρεσιών υγείας ανά άτομο παραγωγικής ηλικίας (ηλικίες κάτω των 65 ετών) ως ποσοστό της παραγωγικότητας της εργασίας. Όταν ο όγκος των υπηρεσιών υγείας που καταναλώνουν οι παραγωγικές ηλικίες ανά άτομο παραμένει ανάλογος της παραγωγικότητας της εργασίας, με την έννοια ότι αυξάνεται με τον ρυθμό που αυξάνεται ο γενικός πλούτος της κοινωνίας, ο συντελεστής a_{π} παραμένει σταθερός και θεωρούμε ότι δεν υπάρχει αλλαγή στο καταναλωτικό πρότυπο. Εάν για λόγους τεχνολογικούς, πολιτισμικούς, οικονομικούς, κοινωνικούς ή άλλους, ο όγκος των προϊόντων υγείας που καταναλώνεται από τις παραγωγικές ηλικίες ανά άτομο αυξάνεται ταχύτερα από την παραγωγικότητα της εργασίας, τότε ο συντελεστής a_{π} αυξάνεται και θεωρούμε ότι υπάρχει αλλαγή στα καταναλωτικά πρότυπα. Λαμβάνουμε την αύξησή του συντελεστή ως μέτρο των αλλαγών στις καταναλωτικές συνήθειες του πληθυσμού.

Η συμβολή εκάστου των συντελεστών που αναφέρονται παραπάνω στην μεταβολή των δαπανών υγείας ως ποσοστό στο ΑΕΠ φαίνεται στο Διάγραμμα 3.

Διάγραμμα 3



Πηγή: Eurostat

Από τα αποτελέσματα της ανάλυσης, που αποτυπώνονται στο Διάγραμμα 3 προκύπτει ότι:

- **Πρώτον**, κατά τα έτη 2000-2008, ήταν εξαιρετικά περιορισμένη η επίπτωση του δημογραφικού συντελεστή (δηλαδή της αυξητικής τάσης του ποσοστού των ηλικιών άνω των 65 ετών στον πληθυσμό) στον όγκο της κατανάλωσης προϊόντων υγείας.
- **Δεύτερον**, η αντίστοιχη επίπτωση των εξελίξεων στην αγορά εργασίας, δηλαδή η μείωση του ποσοστού ανεργίας και η αύξηση του ποσοστού συμμετοχής (επομένως η αύξηση της απασχόλησης ως ποσοστό του πληθυσμού εργάσιμης ηλικίας), είχαν ευνοϊκή επίπτωση στον όγκο της κατανάλωσης προϊόντων υγείας ως ποσοστό του συνολικού προϊόντος.

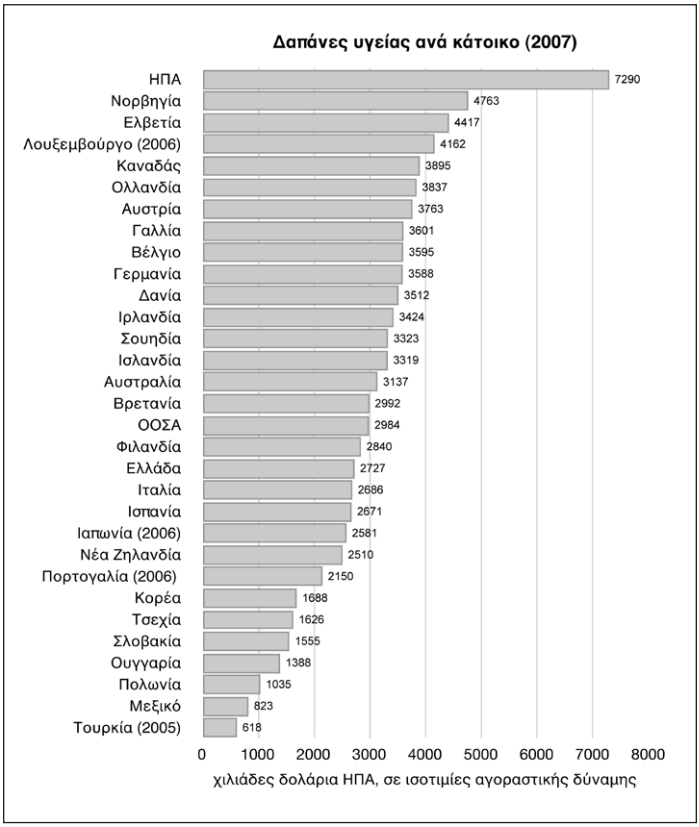
- **Τρίτον**, το σύνολο της αλματώδους αύξησης του όγκου της κατανάλωσης αγαθών και υπηρεσιών υγείας κατά την ίδια περίοδο οφείλεται στην άνοδο του συντελεστή καταναλωτικών προτύπων. Για λόγους πολιτισμικούς, ιδιόμορφης λειτουργίας των αγορών υγείας (ασύμμετρη πληροφόρηση ιατρών και ασθενών, προκαλούμενη από τους ιατρούς ζήτηση, μείωση της δαπάνης υγείας των νοικοκυριών μέσω των ασφαλιστικών ταμείων), επειδή η χώρα διήλθε από περίοδο ταχείας αύξησης του ΑΕΠ ανά κάτοικο ή για άλλους λόγους που απομένει να διευκρινιστούν, ο παραγωγικός πληθυσμός της Ελλάδας αύξησε, εντός της οκταετίας 2000-2008, κατά 80% τον όγκο της κατανάλωσης αγαθών και υπηρεσιών υγείας.

Βέβαια, το τελικό μέγεθος που ενδιαφέρει είναι η δαπάνη για αγαθά και υπηρεσίες υγείας σε τρέχουσες τιμές (ως ποσοστό του ΑΕΠ). Θα έπρεπε επομένως, να προσθέσουμε στην παραπάνω ανάλυση την επίπτωση των σχετικών τιμών (τιμών παραγωγού και τιμών κατανάλωσης αγαθών και υπηρεσιών υγείας, και αποπληθωριστή του ΑΕΠ). Η προσθήκη αυτή γίνεται στο τρίτο κεφάλαιο της μελέτης διότι παρουσιάζει μεγάλο ενδιαφέρον για την ανάλυση του σχηματισμού του εμπορευματικού κλάδου παραγωγής αγαθών και υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα.

1.2. Οι δαπάνες υγείας της Ελλάδας σε διεθνή σύγκριση

Οι δαπάνες υγείας ανά κάτοικο στην Ελλάδα (υπολογισμένες σε ισοτιμίες αγοραστικής δύναμης, ώστε να είναι συγκρίσιμες με τις αντίστοιχες δαπάνες σε άλλες χώρες, είναι ελαφρώς χαμηλότερες του μέσου όρου του ΟΟΣΑ (Διάγραμμα 4). Ανέρχονταν το 2007 σε περίπου 2,8 χιλιάδες δολάρια ετησίως και ήταν συγκρίσιμες με τις αντίστοιχες δαπάνες σε χώρες με υψηλότερο ΑΕΠ ανά κάτοικο, όπως η Ιαπωνία, η Ιταλία και η Φιλανδία.

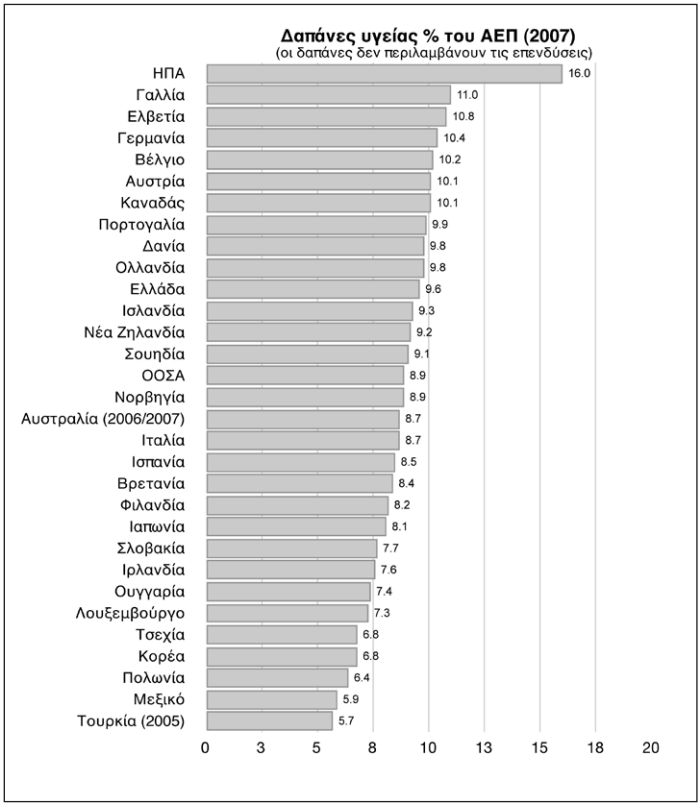
Διάγραμμα 4



Πηγή: ΟΟΣΑ, 2009

Είναι αξιοσημείωτο ότι μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ, είναι θεαματικά υψηλό το επίπεδο δαπανών στις ΗΠΑ. Ακολουθούν στην κατάταξη, στην δεύτερη και στην τρίτη θέση, από μεγάλη απόσταση, η Νορβηγία και η Ελβετία. Αντίθετα, το επίπεδο δαπανών υγείας ανά κάτοικο είναι πολύ χαμηλό στις χώρες του πρώην «υπαρκτού σοσιαλισμού», στην Τουρκία, το Μεξικό και την Κορέα.

Διάγραμμα 5



Πηγή: ΟΟΣΑ

Ορθότερο κριτήριο για τις διεθνείς συγκρίσεις είναι οι δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ (Διάγραμμα 5), γιατί ο δείκτης αυτός συγκρίνει τις δαπάνες υγείας με τις δυνατότητες που διαθέτει μια οικονομία να χρηματοδοτήσει αυτές τις δαπάνες. Με βάση αυτό το κριτήριο, η Ελλάδα καταλαμβάνει την 10η θέση μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ. Ο μέσος όρος δαπανών υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ για το σύνολο των χωρών του ΟΟΣΑ ανερχόταν το 2007 σε 8,9%, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για την Ελλάδα ανήλθε σε 9,8%. Δώδεκα αναπτυγμένες χώρες του πλανήτη, με υψηλότερο ΑΕΠ ανά κάτοικο

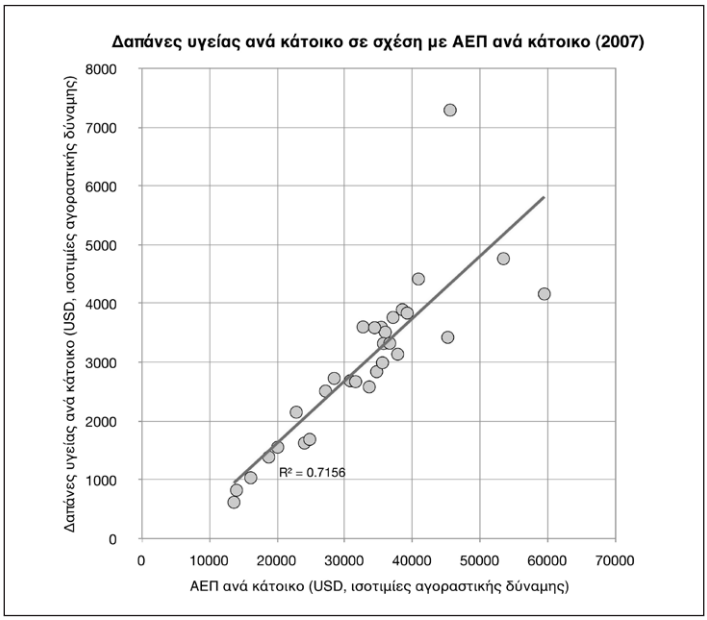
από την Ελλάδα, δαπανούσαν ένα μικρότερο ποσοστό του προϊόντος τους για την αγορά αγαθών και υπηρεσιών υγείας.

Το σχετικά υψηλό επίπεδο δαπανών υγείας στην Ελλάδα, ως ποσοστό του ΑΕΠ, οφείλεται σε μεγάλο βαθμό στην ταχεία αύξηση των δαπανών της περιόδου 1995-2008. Ο μέσος ετήσιος ρυθμός αύξησης των δαπανών στην Ελλάδα ανήλθε, κατά την συγκεκριμένη περίοδο, σε περίπου 5% σε σταθερές τιμές.

Η ταχεία άνοδος των δαπανών στην Ελλάδα μετά το 1995 οφείλεται στην διαδικασία ταχείας οικονομικής ανάπτυξης που παρατηρήθηκε κατά την περίοδο 1995-2008, όπως είναι αναμενόμενο, καθώς υπάρχει, για όλες τις χώρες, ισχυρή συσχέτιση της αύξησης των δαπανών υγείας ανά κάτοικο και της μεγέθυνσης του ΑΕΠ ανά κάτοικο: με άλλα λόγια, ο ρυθμός ανάπτυξης μιας οικονομίας επηρεάζει άμεσα και σημαντικά τον ρυθμό με τον οποίο αυξάνονται οι δαπάνες υγείας ανά κάτοικο. Μακροπρόθεσμα, το επίπεδο του ΑΕΠ ανά κάτοικο προσδιορίζει και το επίπεδο των δαπανών υγείας ανά κάτοικο, και έτσι τα δύο μεγέθη παρουσιάζουν ισχυρή στατιστική συσχέτιση (Διάγραμμα 6).

Σε κάθε περίπτωση, πάντως, η ερμηνεία των διαφορών στις δαπάνες υγείας ανά κάτοικο μεταξύ των αναπτυγμένων χωρών του κόσμου είναι εξαιρετικά δυσχερής καθώς η επιστημονική έρευνα δεν έχει, μέχρι σήμερα, κατορθώσει να προσδιορίσει τους καθοριστικούς παράγοντες των εν λόγω διαφορών. Η έρευνα των διαφορών στις δαπάνες υγείας ανά κάτοικο μεταξύ χωρών έχει ως σημείο εκκίνησης την μελέτη του Newhouse το 1977. Έκτοτε, και έως το 1995, πραγματοποιήθηκε σειρά ερευνών που προσπάθησαν να προσδιορίσουν ποιοι παράγοντες επιδρούν στις διαφορές δαπανών υγείας μεταξύ χωρών (Kleiman 1974, Newhouse 1987, Cullis & West 1979, Leu 1986, Parkin et al. 1987, Culyer 1990, Milne & Molana 1991, Getzen and Poullier 1991, Gerdtham and Jonsson 1991a, 1991b, 2000, Gerdtham 1992, Hitiris and Posnett 1992).

Διάγραμμα 6



Πηγή: ΟΟΣΑ

Οι μελέτες αυτές επιβεβαίωσαν μεν ότι υπάρχει ισχυρή συσχέτιση μεταξύ των δαπανών υγείας ανά κάτοικο και του ΑΕΠ ανά κάτοικο, αλλά δεν μπόρεσαν να προσδιορίσουν άλλους καθοριστικούς παράγοντες με ισχυρή στατιστική σημασία. Βέβαια, υπήρξαν μεμονωμένες μελέτες, που προσδιόρισαν μερικούς άλλους παράγοντες. Παραδείγματος χάριν, ο Leu (1986) προσδιόρισε ως στατιστικά σημαντικούς παράγοντες των δαπανών υγείας ανά κάτοικο, εκτός από το ΑΕΠ ανά κάτοικο, το μερίδιο των δημόσιων δαπανών στις συνολικές δαπάνες υγείας και την ύπαρξη ενός κεντρικού εθνικού συστήματος υγείας, ενώ ο Hitiris (1999) το ποσοστό του πληθυσμού άνω των 65 ετών στον συνολικό πληθυσμό και το ποσοστό των δημόσιων δαπανών στο ΑΕΠ. Εντούτοις, οι μελέτες αυτές είναι μεμονωμένες και δεν υπάρχει γενική συμφωνία ως προς την σημασία των παραγόντων που προσδιόρισαν. Όπως σημείωνε ο Roberts

το 1999, η έρευνα είχε κάνει μέχρι τότε πολύ μικρή πρόοδο πέραν του ενός και μοναδικού, ισχυρού ευρήματος ότι οι μεταβολές των δαπανών υγείας ανά κάτοικο συσχετίζονται έντονα με τις μεταβολές του κατά κεφαλή ΑΕΠ. Η παρατήρησή του αυτή ισχύει και σήμερα, έντεκα έτη μετά.

Η αποτυχία αυτή έστρεψε την πιο πρόσφατη έρευνα, που έχει ως σημείο εκκίνησης τις εργασίες των Murthy and Ukpolo (1994) και Hansen and King (1996, 1998), στην χρήση άλλων μαθηματικών μεθόδων (unit root and cointegration tests). Ούτε και οι μέθοδοι αυτές απέδωσαν, ωστόσο, ισχυρά (robust) αποτελέσματα (Blomqvist and Carter 1997, McCoskey and Selden 1998, Roberts 1999, Gerdtham et al. 1992, Gerdtham and Lothgren 2000, Jewell et al. 2003, Carrion-i-Silvestre 2005).

Από το σύνολο της βιβλιογραφίας προκύπτει, λοιπόν, ότι η μοναδική στατιστικά σημαντική και σταθερή σχέση, που έχει μέχρι στιγμής διαπιστωθεί, είναι μεταξύ των δαπανών υγείας ανά κάτοικο (σε όγκο και ισοτιμίες αγοραστικής δύναμης) και του αντίστοιχο ΑΕΠ ανά κάτοικο (Διάγραμμα 6). Αυτή, όμως, η σχέση έχει εξαιρετικά μικρή ερμηνευτική αξία. Ισχύει, για τον λόγο αυτόν, ακόμη και σήμερα η διαπίστωση του Barros (1998), πριν από δώδεκα έτη, ότι οι διαφορές των δαπανών υγείας ανά κάτοικο μεταξύ χωρών αποτελούν ένα «μαύρο κουτί» (black box), δηλαδή έναν αδιαφανή χώρο του οποίου την εσωτερική λογική αγνοούμε.

Τα πενιχρά αποτελέσματα της έρευνας οφείλονται, κατά τον Culyer (1988) και τους Gerdtham & Jonsson (2000) στην ισχνή θεωρητική βάση της ανάλυσης των προσδιοριστικών παραγόντων των δαπανών υγείας.

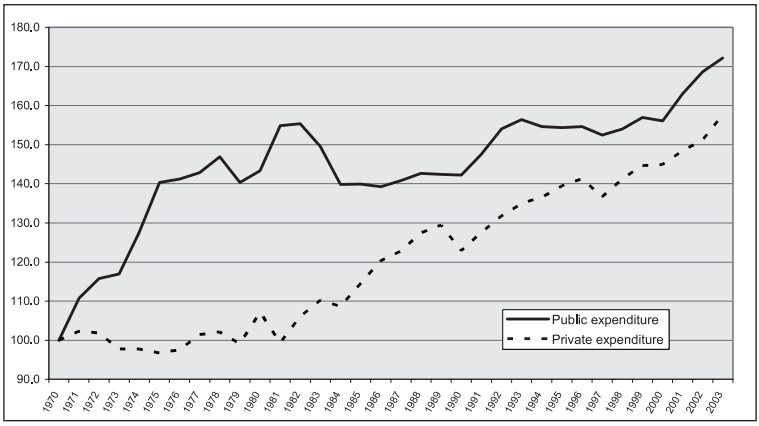
1.3. Δημόσιες και ιδιωτικές δαπάνες υγείας

Η μεγέθυνση του κλάδου, μετά το 1995, πραγματοποιήθηκε στην κατεύθυνση της ιδιωτικοποίησης των υπηρεσιών υγείας. Το ποσοστό

ιδιωτικών δαπανών στις συνολικές δαπάνες υγείας στην Ελλάδα ήταν το 2007 από τις υψηλότερες μεταξύ των αναπτυγμένων χωρών του κόσμου. Επομένως, η ταχύρρυθμη αύξηση των δαπανών ανά κάτοικο μετά το 1995 (που οφειλόταν εν μέρει στην ταχύρρυθμη οικονομική ανάπτυξη της χώρας) αποτελεί ταυτοχρόνως δείκτη της ταχύτατης μεγέθυνσης του επιχειρηματικού κλάδου παραγωγής υπηρεσιών υγείας και της μετάβασης της υγείας από το δημόσιο αγαθό στο εμπόρευμα.

Διάγραμμα 7

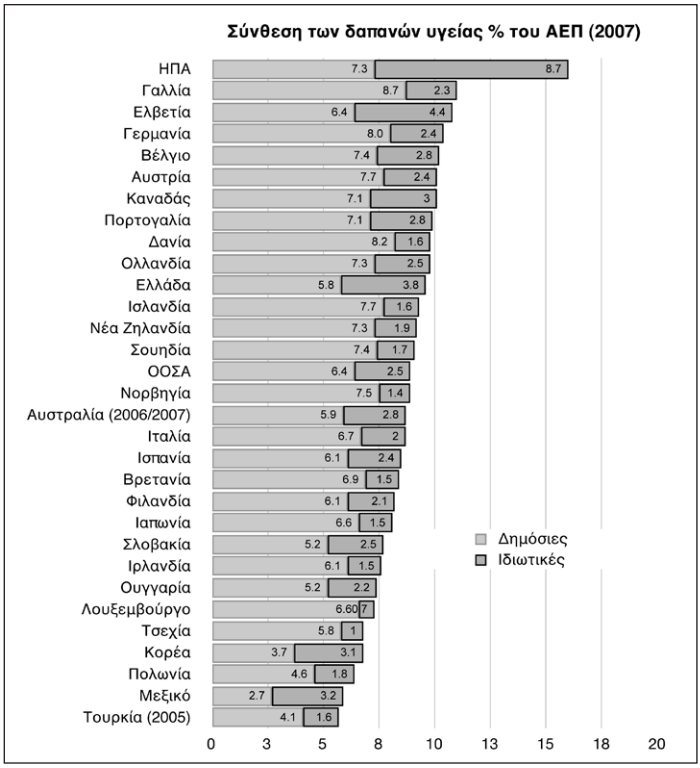
Εξέλιξη των δημοσίων και των ιδιωτικών δαπανών υγείας
ως ποσοστό του ΑΕΠ στις χώρες του ΟΟΣΑ (1970=100)



Πηγή: ΟΟΣΑ

Οι δημόσιες δαπάνες υγείας αποτελούν, κατά μέσο όρο 9% του ΑΕΠ στις χώρες του ΟΟΣΑ. Η εξέλιξή τους ως ποσοστό του ΑΕΠ (Διάγραμμα 7) υπήρξε ανισομερής κατά το παρελθόν: μετά από την ταχεία αύξησή τους στη διάρκεια της δεκαετίας του 1970, παρουσίασαν στασιμότητα επί μία εικοσαετία (1981-2001) και εκ νέου αύξηση από το 2002. Οι ιδιωτικές δαπάνες, αντίθετα, παρουσίασαν διαρκή αύξηση από το 1982 με αποτέλεσμα η συμμετοχή τους στις συνολικές δαπάνες υγείας να είναι σήμερα αυξημένη.

Διάγραμμα 8

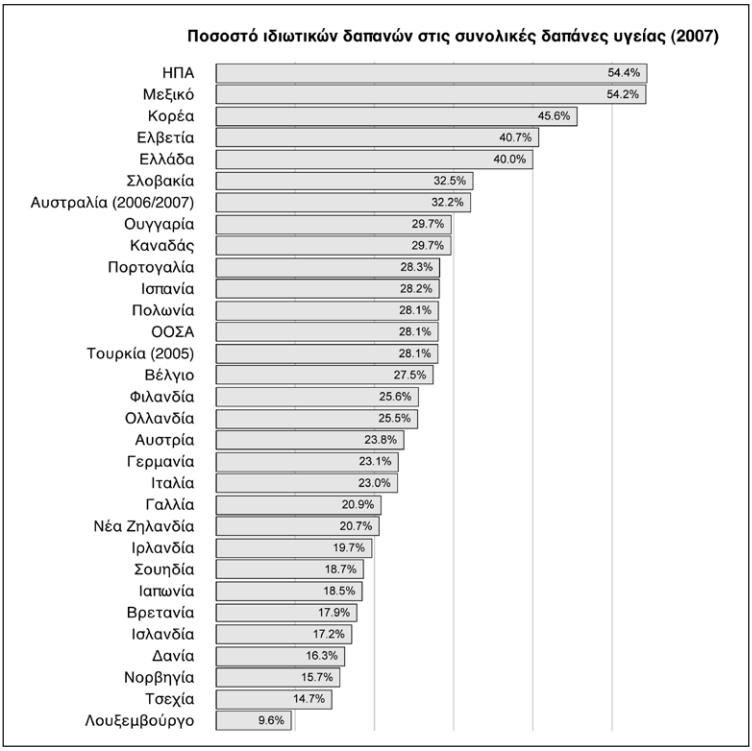


Πηγή: ΟΟΣΑ

Οι δημόσιες δαπάνες ως ποσοστό του ΑΕΠ στην Ελλάδα είναι από τις χαμηλότερες μεταξύ των προηγμένων χωρών του κόσμου (Διάγραμμα 8). Μόνον χώρες της κεντρικής και ανατολικής Ευρώπης και χώρες μεσαίας οικονομικής ανάπτυξης διαθέτουν μικρότερο ποσοστό του ΑΕΠ για δαπάνες υγείας. Αντίθετα, οι ιδιωτικές δαπάνες ως ποσοστό του ΑΕΠ στην Ελλάδα είναι από τις υψηλότερες του κόσμου. Μόνον οι ΗΠΑ, η Ελβετία, το Μεξικό και η Κορέα διαθέτουν μεγαλύτερο ποσοστό του προϊόντος τους για την αγορά υπηρεσιών υγείας με ιδιωτικές δαπάνες. Σε καμία

άλλη χώρα της Ευρωπαϊκής Ένωσης των 15, το αντίστοιχο ποσοστό ιδιωτικών δαπανών δεν υπερβαίνει το 3%. Ειδικότερα στις χώρες της Σκανδιναβίας, οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας είναι μικρότερες του 2% του ΑΕΠ, όπως εξάλλου και στην νεοφιλελεύθερη Βρετανία.

Διάγραμμα 9



Πηγή: ΟΟΣΑ

Ως αποτέλεσμα των παραπάνω χαρακτηριστικών της δαπάνης για υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα, το ποσοστό των ιδιωτικών δαπανών στις συνολικές δαπάνες υγείας είναι από τα υψηλότερα μεταξύ των χωρών του οικονομικά αναπτυγμένου κόσμου (Διάγραμμα 9) και ανερχόταν το 2007 σε 40,0% έναντι 28,1% στο σύνολο των χωρών του ΟΟΣΑ. Μόνον σε τέσσερις χώρες (ΗΠΑ, Μεξικό, Κορέα και Ελβετία) η συμμετοχή των ιδιωτικών δαπανών στις συνολικές είναι υψηλότερη.

Από την άποψη αυτή, επομένως, ο ελληνικός κλάδος παραγωγής υπηρεσιών υγείας εμφανίζεται ως ένας μεταξύ των πλέον ιδιωτικοποιημένων στον προηγμένο κόσμο μαζί με τις ΗΠΑ και την Ελβετία. Αξιοσημείωτη είναι η συγκέντρωση στο κάτω τμήμα της κατάταξης, των σκανδιναβικών χωρών, της Γαλλίας, της Ιαπωνίας, και ιδιαίτερα της Βρετανίας και της Ιρλανδίας.

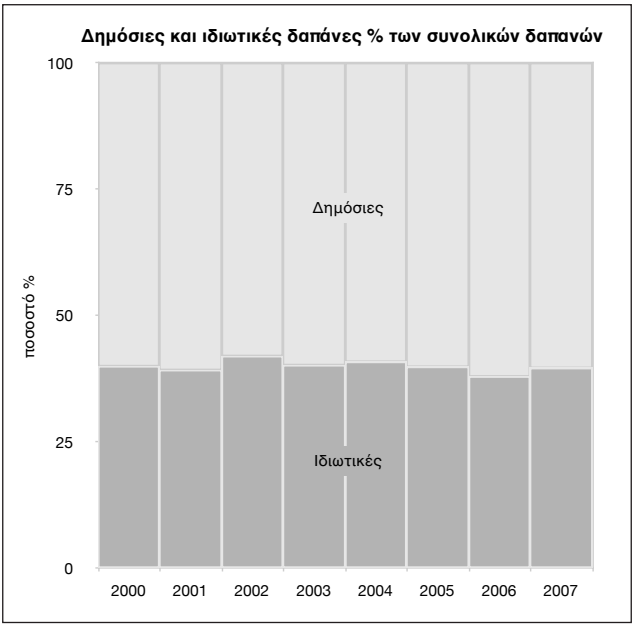
Οι ιδιωτικές δαπάνες περιλαμβάνουν δύο συνιστώσες: τις δαπάνες των ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιρειών και τις δαπάνες που πραγματοποιούνται από το διαθέσιμο εισόδημα των νοικοκυριών (out-of-pocket payments). Πρέπει να σημειωθεί ότι μπορεί μεν στις ΗΠΑ οι ιδιωτικές δαπάνες να ανέρχονται σε 54,4% των συνολικών δαπανών υγείας, αλλά το 37% περίπου καταβάλλεται από τις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στην Ελλάδα είναι της τάξης του 3% (2,3% το 2002 σύμφωνα με τους Mossialos et al. [2005]).

Αυτή η εξαιρετική επίδοση της Ελλάδας στην ιδιωτικοποίηση του τομέα της υγείας αποτελεί το προϊόν μακροχρόνιας εξέλιξης. Όπως φαίνεται στο Διάγραμμα 10 η ιδιωτικοποίηση της κατανάλωσης αγαθών και υπηρεσιών υγείας είχε φθάσει στο επίπεδο του 2007 ήδη από το 2000.

Σύμφωνα με μελέτη των Σίσκου, Καϊτελίδου, Θεοδώρου και Λιαρόπουλου (2005), οι δαπάνες υγείας των νοικοκυριών για ιατρική φροντίδα χωρίς εισαγωγή σε νοσοκομείο ανέρχονταν το 2005

στο 68% των συνολικών δαπανών για υγεία (εκ των οποίων περίπου 31% για οδοντιατρική φροντίδα, 23% για ιατρικές υπηρεσίες, 11% για παραϊατρικές φροντίδες και 3% για θεραπευτικό εξοπλισμό). Τα ποσοστά για αγορά φαρμάκων και νοσοκομειακή περίθαλψη ανέρχονταν, σύμφωνα με την ίδια πηγή, σε 17,5% και 14,4% αντίστοιχα. Η δαπάνη για νοσοκομειακή περίθαλψη αφορά σε πληρωμές ιατρών σε ιδιωτικά νοσοκομεία (περίπου 26%), νοσήλια σε ιδιωτικά νοσοκομεία (περίπου 29%), συμμετοχή στο κόστος των δημόσιων νοσοκομείων (περίπου 21%), άτυπες αμοιβές σε δημόσια νοσοκομεία (20%) και σε αμοιβές αποκλειστικών νοσοκόμων και άλλων εξωτερικών επαγγελματικών υγείας (4%).

Διάγραμμα 10



Πηγή: World Health Organization

Σύμφωνα με υπολογισμούς του ΙΝΕ/ΓΣΕΕ-ΑΔΕΔΥ, με βάση τα πρωτογενή στοιχεία της βάσης δεδομένων SHARE (Survey of Health,

Ageing and Retirement in Europe) και με τη μέθοδο της πολλαπλής παλινδρόμησης, για το έτος 2004 και για τις ηλικίες άνω των 50 ετών, η δαπάνη των νοικοκυριών για ιατρική φροντίδα χωρίς εισαγωγή στο νοσοκομείο ανήλθε σε 50,6% της συνολικής δαπάνης, για φάρμακα σε 33,7%, και για νοσοκομειακή περίθαλψη σε 15,7%.

Για την δαπάνη για νοσοκομειακή περίθαλψη, οι υπολογισμοί του ΙΝΕ/ΓΣΕΕ-ΑΔΕΔΥ με βάση τα στοιχεία του SHARE (Πίνακας 1) προσδιόρισαν ως σημαντικούς προσδιοριστικούς παράγοντες της μέσης ημερήσιας δαπάνης των νοικοκυριών (δηλαδή της ιδιωτικής δαπάνης που δεν βαρύνει τις ασφαλιστικές εταιρείες) τους εξής:

- **Πρώτον**, οι ασφαλισμένοι στο ΙΚΑ καταβάλλουν σημαντικά υψηλότερα ποσά που δεν καλύπτονται από ασφαλιστικά ταμεία ή εταιρείες. Σύμφωνα με τους Σίσκου et al. (2005) και Siskou et al. (2008), αυτό εξηγείται από το γεγονός ότι οι υπηρεσίες του ΙΚΑ δεν προσφέρουν υψηλή ικανοποίηση στους πολίτες με αποτέλεσμα να στρέφονται σε υπηρεσίες υγείας που παρέχονται έναντι χρηματικού αντιτίμου. Πιο συγκεκριμένα, οι οικογένειες των οποίων ο επικεφαλής είναι απόφοιτος της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης ή του γυμνασίου έχουν την τάση να επισκέπτονται ιδιωτικά ιατρούς χειρουργικών ειδικοτήτων συχνότερα. Σύμφωνα με τους ίδιους συγγραφείς, αυτό εξηγείται μάλλον από το γεγονός ότι τα άτομα μικρότερης εκπαίδευσης εργάζονται συχνά ως ανειδίκευτοι χειρώνακτες και είναι ασφαλισμένοι στο ΙΚΑ, του οποίου οι υπηρεσίες συνοδεύονται από χαμηλή ικανοποίηση των ασθενών.

- **Δεύτερον**, οι πολίτες με αυξημένο εισόδημα δαπανούν υψηλότερα ποσά, πιθανότατα σε πληρωμές ιατρών και νοσήλια σε ιδιωτικά νοσοκομεία. Το ύψος του διαθέσιμου εισοδήματος σχετίζεται άμεσα με την πιθανότητα νοσηλείας σε ιδιωτικό νοσοκομείο.

- **Τρίτον**, οι ιδιωτικές δαπάνες για νοσοκομειακή περίθαλψη αυξάνονται με το εκπαιδευτικό επίπεδο του ασθενούς. Πρόκειται,

ενδεχομένως, για μια «πολιτισμική μεταβλητή» που εκφράζει την αυξημένη προτίμηση των κοινωνικών ομάδων υψηλής εκπαίδευσης για τα ιδιωτικά νοσοκομεία ανεξαρτήτως εισοδήματος (παρόλο που υπάρχει μια κάποια προφανής συσχέτιση των δύο μεγεθών).

- **Τέταρτον**, οι ιδιωτικές δαπάνες για νοσοκομειακή περίθαλψη είναι υψηλότερες για τους πιο ηλικιωμένους και σημαντικά υψηλότερες για τις γυναίκες.
- **Πέμπτον**, το ημερήσιο κόστος της νοσοκομειακής περίθαλψης για τα νοικοκυριά μειώνεται με την διάρκειά της. Αυτό υποδηλώνει την ύπαρξη υψηλών εφάπαξ δαπανών που πραγματοποιούνται ανεξάρτητα από την διάρκεια της νοσηλείας.

Προκύπτει από την βάση δεδομένων SHARE ότι το ημερήσιο κόστος της νοσοκομειακής περίθαλψης που καταβάλλουν οι πολίτες άνω των 50 ετών, πέραν των δαπανών που πραγματοποιούν για αυτούς τα ασφαλιστικά ταμεία και οι ασφαλιστικές εταιρείες, ανέρχεται κατά μέσον όρο σε 194 ευρώ για τους άνδρες και σε 288 για τις γυναίκες. Στο σημείο αυτό αξίζει να σημειωθεί ότι λιγότεροι από 10% των πολιτών άνω των 50 ετών καλύπτονται στην Ελλάδα από ιδιωτικά συμβόλαια υγείας ασφαλιστικών εταιρειών και το μεγάλο βάρος των αυξημένων ιδιωτικών δαπανών το αναλαμβάνουν οι ίδιοι οι πολίτες.

Πίνακας 1

Προσδιοριστικοί παράγοντες της ημερήσιας ιδιωτικής δαπάνης για νοσοκομειακή περίθαλψη (2004)

	Τυποποιημένοι συντελεστές	**Τυπικό λάθος**
Σταθερά		15,2
Άρρεν φύλο	-0,582	-91,7
Ηλικία	0,086	9,4
ΙΚΑ-ΟΓΑ	0,372	62,2
Ημέρες νοσηλείας	-0,483	-80,9
Καθαρές ετήσιες αποδοχές προ φόρων	0,445	57,9
Έτη εκπαίδευσης	0,132	19,4
Όλες οι μεταβλητές σημαντικές σε επίπεδο 1%		

Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων SHARE από το ΙΝΕ/ΓΣΕΕ-ΑΔΕΔΥ, πολλαπλή παλινδρόμηση (R^2=0.52)

Από τα παραπάνω στοιχεία προκύπτει ότι το δημόσιο σύστημα πρωτοβάθμιας υγειονομικής φροντίδας έχει οδηγηθεί, διαμέσου της ελλιπούς χρηματοδότησης, σε ανεπάρκειες τις οποίες επιχειρεί να καλύψει ο ιδιωτικός τομέας με όρους επιχειρηματικής αποδοτικότητας. Η αύξηση των ιδιωτικών δαπανών των πολιτών που στρέφονται σε υπηρεσίες των επιχειρήσεων υγείας αποτελεί ουσιαστική προϋπόθεση για την συγκρότηση ενός κεφαλαιοκρατικού κλάδου παραγωγής υπηρεσιών υγείας. Παρά το γεγονός ότι η πλειονότητα των εισαγωγών στα νοσοκομεία αφορούν στα δημόσια νοσοκομεία και ο ιδιωτικός τομέας καλύπτει περίπου το 1/5 της «αγοράς», τα νοικοκυριά έχουν στραφεί σε μαζικές αγορές υπηρεσιών υγείας από ιδιώτες επαγγελματίες εκτός νοσοκομείου ή από ιδιωτικές επιχειρήσεις παροχής υπηρεσιών υγείας. Αυτή όμως η στροφή είναι ταξικά ανισομερής, με την έννοια ότι παρατηρείται ταξική πόλωση, με τις πιο εύπορες τάξεις στον ένα πόλο και τους λιγότερο ειδικευμένους ή ανειδίκευτους εργαζόμενους στον άλλο. Οι μεν καταβάλλουν

υψηλές ιδιωτικές δαπάνες διότι έχουν την ευχέρεια με τον τρόπο αυτόν να υπερβούν ορισμένες δυσλειτουργίες του δημόσιου τομέα, ενώ οι δε είναι υποχρεωμένοι να καταβάλουν υψηλά ποσά προκειμένου να έχουν αυτά που υποτίθεται ότι θα τους προσέφερε δωρεάν το δημόσιο σύστημα υγείας εκ της ιδιότητας του πολίτη. Οι μεν καταβάλλουν υψηλές ιδιωτικές δαπάνες για να επιτύχουν πρόσβαση σε καλύτερης ποιότητας υπηρεσίες υγείας, ενώ οι δε για να επιτύχουν την πρόσβαση σε υπηρεσίας υγείας τις οποίες αυτονόητα δικαιούνται όλοι οι πολίτες.

Η συγκεκριμένη πολιτική αποδιάρθρωσης του δημόσιου τομέα υγείας συνέπεσε με την ταχύρρυθμη οικονομική μεγέθυνση της ελληνικής οικονομίας μετά το 1995. Η αύξηση των εισοδημάτων των πιο εύπορων και των μεσαίων στρωμάτων, που επήλθε ως συνέπεια αυτής της ταχύρρυθμη οικονομικής μεγέθυνσης, προκάλεσε μια θεαματική αύξηση της ζήτησης υπηρεσιών υγείας. Αυτές οι δύο εξελίξεις, δηλαδή η μεγάλη αύξηση της ζήτησης (ή με άλλα λόγια, της δαπάνης υγείας ανά κάτοικο), και η πολιτική αποδιάρθρωσης του δημόσιου τομέα, απετέλεσαν ένα εξαιρετικά ευνοϊκό έδαφος για την συγκρότηση ενός κεφαλαιοκρατικού κλάδου παραγωγής υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα. Ο επιχειρηματικός τομέας παροχής υπηρεσιών υγείας αναπτύσσεται κατά τα τελευταία έτη με ρυθμούς μεγέθυνσης της τάξης του 15% ετησίως. Ευνοϊκό ρόλο για την ανάπτυξη του ιδιωτικού κλάδου υγείας ανέλαβαν και η απελευθέρωση της αγοράς υπηρεσιών υγείας και η διάδοση των ιδιωτικών ασφαλιστήριων συμβολαίων ιατροφαρμακευτικής κάλυψης. Αμφότερες οι εξελίξεις ήταν το αποτέλεσμα των κεντρικών πολιτικών παρεμβάσεων των κυβερνήσεων από το 1991 μέχρι σήμερα. Ως αποτέλεσμα των παραπάνω, τα μεγάλα περιθώρια κέρδους προσέλκυσαν επιχειρηματικά κεφάλαια που επενδύθηκαν στον κλάδο δημιουργώντας έτσι τις υλικές προϋποθέσεις για την περαιτέρω υποχώρηση της υγείας ως δημόσιο αγαθό και την εδραίωση του εμπορευματικού χαρακτήρα των υπηρεσιών υγείας.

Ο αρχικός πολιτικός στόχος της δωρεάν παροχής υπηρεσιών υγείας στους πολίτες, απαξιώνεται και αντικαθίσταται από τον στόχο της συγκρότησης ενός επιχειρηματικού κλάδου παραγωγής υπηρεσιών υγείας που λειτουργεί με τους «νόμους της αγοράς», δηλαδή της κεφαλαιοκρατικής οικονομίας. Με άλλα λόγια, οι υπηρεσίες υγείας τείνουν να μετατραπούν, στον βαθμό που συνεχίζεται η διαδικασία υποχώρησης των δημοσίων δαπανών υγείας και της μεγέθυνσης των ιδιωτικών δαπανών, από δημόσιο αγαθό σε εμπόρευμα. Τα νοικοκυριά χαμηλού εισοδήματος, τα οποία αναμφίβολα αντιμετώπιζαν προβλήματα στις σχέσεις τους με τα δημόσια ταμεία και τα νοσοκομεία εξαιτίας των γραφειοκρατικών διαδικασιών και των λειτουργικών δυσλειτουργιών, είχαν εντούτοις πρόσβαση στις παρεχόμενες υπηρεσίες χάρη στην ιδιότητα του πολίτη που δικαιούται της χρήσης των δημόσιων αγαθών. Καθώς οι υπηρεσίες υγείας μετατρέπονται σε εμπορεύματα, τα νοικοκυριά χαμηλού εισοδήματος θα αντιμετωπίσουν σοβαρές δυσκολίες που θα προστεθούν σε όσες ήδη αντιμετωπίζουν λόγω της μακροχρόνιας αναδιανομής του εισοδήματος που πραγματοποιείται σε βάρος των εισοδηματικά ασθενέστερων τάξεων.

Η μετάβαση αυτή, της υγείας από το δημόσιο αγαθό στο εμπόρευμα πραγματοποιείται με όχημα, εκτός άλλων, τις υψηλές άτυπες πληρωμές των ασθενών: σύμφωνα με έρευνα που πραγματοποίησαν οι Liaropoulos et al. (2008), το 36% των ασθενών του δείγματος που αναλύθηκε δήλωσαν ότι κατέβαλαν τουλάχιστον μια φορά άτυπη πληρωμή σε ιατρό, κυρίως εξαιτίας του φόβου ότι στην αντίθετη περίπτωση θα τύχουν περίθαλψης κατώτερης ποιότητας της κανονικής. Το 20% των ασθενών που κατέβαλαν άτυπη πληρωμή δήλωσαν ότι αυτή ζητήθηκε από τον ιατρό. Όπως σημειώνουν και οι παραπάνω συγγραφείς, οι άτυπες πληρωμές αποτελούν μία από τις σημαντικές πηγές ανισότητας του ελληνικού συστήματος υγείας.

Τα χαρακτηριστικά αυτά του τομέα της υγείας στην Ελλάδα θα πρέπει να θεωρηθούν ως στοιχεία υπανάπτυξης. Σύμφωνα τους

Gerdtham & Jonsson (2000), δύο από τους σημαντικότερους μελετητές των διεθνών διαφορών στις δαπάνες υγείας ανά κάτοικο, στις χώρες με χαμηλό εισόδημα, πρώτον, οι ιδιωτικές δαπάνες είναι υψηλότερες (μοναδική εξαίρεση στον παραπάνω κανόνα είναι οι ΗΠΑ), και δεύτερον, στο εσωτερικό των ιδιωτικών δαπανών οι δαπάνες των ιδιωτικών ασφαλειών είναι χαμηλότερες από τις δαπάνες που χρηματοδοτούν τα νοικοκυριά απευθείας από το διαθέσιμο εισόδημά τους. Αυτά ακριβώς τα δύο χαρακτηριστικά των τομέων υγείας στις χώρες με χαμηλό εισόδημα συναντάμε και στην Ελλάδα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΟΙ ΘΕΩΡΗΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΗΘΙΚΕΣ ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ ΙΔΙΩΤΙΚΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

2. Οι θεωρητικές και ηθικές προϋποθέσεις ιδιωτικοποίησης της υγείας

2.1. Υποκειμενικές προϋποθέσεις ιδιωτικοποίησης της υγείας

Σύμφωνα με τον Gunnar Myrdal (1952), κατά τα πρώτα έτη της δεκαετίας του 1950, η ενασχόληση των οικονομολόγων με την υγεία, ως κλάδος παραγωγής και διάθεσης υπηρεσιών υγείας, παρέμενε στοιχειώδης. Ο Σουηδός οικονομολόγος αναφέρει ότι με τον όρο «κεφάλαιο» οι συνάδελφοί του εννοούσαν τότε το υλικό κεφάλαιο και ότι μόνον μερικοί οικονομολόγοι «με πιο φιλοσοφική διάθεση» χρησιμοποιούσαν την έννοια του «ανθρώπινου κεφαλαίου». Τα συγγράμματα πολιτικής οικονομίας «ποτέ δεν πήραν στα σοβαρά αυτήν την αντίληψη [του ανθρώπινου κεφαλαίου]» (Myrdal 1952).

Ο Gunnar Myrdal θεωρούσε ότι προκειμένου να μεγιστοποιηθούν τα αποτελέσματα κάθε προσπάθειας για την βελτίωση της υγείας του πληθυσμού, η πολιτική της υγείας όφειλε να ενταχθεί σε μια ευρύτερη πολιτική μεγάλων οικονομικών και κοινωνικών μεταρρυθμίσεων. Απέδιδε δε ιδιαίτερη σημασία στην φτώχεια, για την οποία θεωρούσε ότι συγκροτεί φαύλο κύκλο με την κακή ποιότητα υγείας:

«Οι άνθρωποι αρρωσταίνουν επειδή είναι φτωχοί. Εν συνεχεία γίνονται φτωχότεροι επειδή έχουν κακή υγεία, και η αυξημένη φτώχεια τούς οδηγεί σε νέα επιδείνωση της υγείας τους. Πρόκειται για σωρευτική διαδικασία που δρα στην κατεύθυνση συνεχούς επιδείνωσης της υγείας με τον ένα αρνητικό παράγοντα να είναι ταυτοχρόνως αιτία και αποτέλεσμα όλων των άλλων αρνητικών παραγόντων» (Myrdal 1952).

Επομένως, η αντίληψή του ήταν συστημική και λάμβανε υπόψη της την μακροοικονομική, κοινωνική και θεσμική διάσταση της υγείας. Η βράβευσή του με το βραβείο Νόμπελ (από κοινού με τον ιδεολογικό του αντίπαλο Hayek [2] , το 1974), αναφερόταν, μεταξύ άλλων, στην «διεισδυτική του ανάλυση της αμοιβαίας εξάρτησης κοινωνικών, οικονομικών και θεσμικών φαινομένων».

Στη διάρκεια των επόμενων δεκαετιών, η απήχηση της συστημικής (μακροοικονομικής, κοινωνικής και θεσμικής) αντίληψης του Gunnar Myrdal επρόκειτο να υποχωρήσει θεαματικά και ο τομέας της υγείας να τεθεί υπό τον έλεγχο της υποτιθέμενης αυστηρής λογικής της νεοκλασικής «οικονομικής επιστήμης». Η θεωρία του «ανθρώπινου κεφαλαίου» επικράτησε ως ερμηνευτική αρχή των φαινομένων που σχετίζονται με την υγεία και η οικονομική λογική του προσωπικού συμφέροντος και του κέρδους επιβλήθηκε ως καθοδηγητική αρχή των αποφάσεων που λαμβάνονται στην παραγωγή και την διάθεση των υπηρεσιών υγείας.

Σημαντικό σταθμό σε αυτήν την ανατροπή απετέλεσε το άρθρο του Kenneth Arrow (βραβείο Νόμπελ 1972 από κοινού με τον John Hicks) «Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care» (Arrow 1963) στο οποίο ο αμερικανός οικονομολόγος πραγματοποίησε μια σύγκριση της τρέχουσας λειτουργίας του κλάδου παραγωγής ιατρικών υπηρεσιών με τον υποτιθέμενο βέλτιστο τρόπο λειτουργίας που υποδεικνύει η νεοκλασική οικονομική θεωρία. Διαμέσου της σύγκρισης αυτής, ο Arrow εισήγαγε την ιδέα, με διακριτικό πλην σαφή τρόπο, ότι θα έπρεπε κάποια στιγμή να εξετάσουμε την ιατρική ηθική υπό το (υποτιθέμενο) αυστηρό φως της οικονομικής θεωρίας. Η ιδέα αυτή ενισχύθηκε στην διάρκεια των επομένων δεκαετιών και ο κλάδος παραγωγής ιατρικών υπηρεσιών αναπτύχθηκε υπό την ηγεμονία και τις υποδείξεις της νεοκλασικής θεωρίας.

2. *Αργότερα, ο Myrdal θα διαμαρτυρηθεί έντονα για την απονομή του βραβείου σε νεοφιλελεύθερους οικονομολόγους όπως ο Hayek και ο Milton Friedman και θα προτείνει την κατάργησή του (Brittan S. «The not so noble Nobel Prize», Financial Times 19 December 2003)*

Ο επόμενος μεγάλος σταθμός στην πορεία αυτή, ήταν η δημοσίευση του άρθρου του Michael Grossman «On the Concept of Health Capital and the Demand for Health» (1972). Με το άρθρο αυτό, ο Grossman ακολουθώντας την θεωρητική παράδοση του Becker (1967), διατύπωσε για πρώτη φορά το «μοντέλο του Ανθρώπινου Κεφαλαίου» για την υγεία (Grossman 1972, 2000). Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό, η υγεία είναι κεφάλαιο, ή ακριβέστερα, ένα κεφαλαιακό απόθεμα (capital stock) που αποδίδει κέρδος κατά την διάρκεια της υγιούς ζωής του ατόμου. Τα άτομα προικίζονται αρχικά με μια ορισμένη ποσότητα «ανθρώπινου κεφαλαίου», το οποίο υφίσταται απόσβεση προϊούσας της ηλικίας, πλην όμως αυξάνεται με την επένδυση σε αυτό. Όπως συμβαίνει με την επένδυση σε ένα οποιοδήποτε κεφαλαιουχικό αγαθό το οποίο φθείρεται με τον χρόνο, η διαφορά μεταξύ ακαθάριστης και καθαρής επένδυσης εξαρτάται από τον ρυθμό της παλαίωσής του (από τον ρυθμό απόσβεσης). Η υγεία εξομοιώνεται, έτσι, με κάθε άλλο κεφαλαιουχικό αγαθό (με μοναδική διαφορά, κατά τον Grossman, ότι τα άλλα στοιχεία του ανθρώπινου κεφαλαίου, όπως η σχολική εκπαίδευση, επιδρούν στην παραγωγικότητα του ατόμου ενώ η υγεία καθορίζει τον συνολικό χρόνο που το άτομο μπορεί να διαθέσει στην παραγωγή εμπορευμάτων). Ως εκ τούτου, το άτομο, κάτοχος του κεφαλαιακού αποθέματος υγείας, φέρεται ως ένας επενδυτής που μεγιστοποιεί το σύνολο των κερδών του από την εκμετάλλευση του κεφαλαίου του στη διάρκεια του ζωής του. Δαπανά επιπλέον πόρους για να επενδύσει σε «κεφάλαιο υγείας» μέχρι το σημείο εκείνο στο οποίο η χρηματική αξία που εισπράττεται από μια επιπλέον μονάδα υγεία ισούται ακριβώς με το κόστος που πρέπει να καταβάλει το άτομο-επενδυτής για να την αποκτήσει.

Στα έτη που ακολούθησαν, με δεδομένες αυτές τις θεωρητικές βάσεις, η νεοκλασική θεωρία των «οικονομικών της υγείας» (Health Economics) αναπτύχθηκε με θεαματικούς ρυθμούς, και επέβαλε την παραγωγή κέρδους ως καθοδηγητική αρχή της παραγωγής

ιατρικών υπηρεσιών. Η παραγωγή και η κατανάλωση υπηρεσιών υγείας τείνουν πλέον να υπακούσουν στην αντίληψη της νεοκλασικής θεωρίας σύμφωνα με την οποία η κοινωνία αποτελείται από άτομα που δρούν ως homo oeconomicus, δηλαδή με μοναδικό τους κίνητρο το ατομικό, εγωιστικό συμφέρον (self-interest). Η μεν παραγωγή υπηρεσιών υγείας τείνει να μετατραπεί σε κλάδο της κεφαλαιοκρατικής παραγωγής (healthcare industry), η δε χρήση υπηρεσιών υγείας σε κατανάλωση εμπορευμάτων. Με άλλα λόγια, στην διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών, η παραγωγή και η κατανάλωση των υπηρεσιών υγείας τείνουν να υπαχθούν στην διαδικασία αξιοποίησης του συνολικού (πραγματικού) κεφαλαίου, δηλαδή στην λογική του κεφαλαιοκρατικού κέρδους. Διαμέσου της υπαγωγής της στις λειτουργίες της αγοράς και στην λογική του κέρδους, η παραγωγή ιατρικών υπηρεσιών δεν απέφυγε, στη διάρκεια των δεκαπέντε τελευταίων ετών, τις επιπτώσεις από τις εξελίξεις στις χρηματοπιστωτικές αγορές.

Αυτός ο ιστορικός μετασχηματισμός της υγείας από δημόσιο αγαθό σε εμπόρευμα, συνοδεύτηκε από την υποκατάσταση της ιατρικής ηθικής ως καθοδηγητικής αρχής της παραγωγής ιατρικών υπηρεσιών από την οικονομική λογική της νεοκλασικής θεωρίας, δηλαδή από την λογική του κέρδους και της μεγιστοποίησής του. Η απόσταση που έχει διανυθεί στη διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών σε ό,τι αφορά την υποκατάσταση αυτή, είναι τόσο μεγάλη ώστε μπορεί να θεωρηθεί ότι έχει οδηγήσει σε αλλαγή υποδείγματος παραγωγής ιατρικών υπηρεσιών για πρώτη φορά στην ιστορία μετά τον Ιπποκράτη. Πρόκειται για μετάβαση από το ανθρωποκεντρικό υπόδειγμα προσφοράς υπηρεσιών υγείας στο εμπορευματικό υπόδειγμα, για την μετατροπή της υγείας από δημόσιο αγαθό σε εμπόρευμα, του ιατρού από κοινωνικό λειτουργό σε επιχειρηματία, και του δημόσιου συστήματος υγείας σε κλάδο της καπιταλιστικής παραγωγής.

Βέβαια, η διαδικασία αλλαγής υποδείγματος δεν έχει ολοκληρωθεί, με αποτέλεσμα οι ιατρικές υπηρεσίες να παράγονται σήμερα από

ένα μικτό σύστημα δημοσίου και ιδιωτικού τομέα. Για αυτόν τον λόγο, η δυνατότητα ανακοπής και μεταστροφής αυτής της διαδικασίας παραμένει ανοικτή.

Οι προσπάθειες για την περαιτέρω ιδιωτικοποίηση του τομέα της υγείας συνεχίζονται με ιδιαίτερη ένταση. Χαρακτηριστική από την άποψη αυτή είναι η σαφής διατύπωση της Deutsche Bank σε έκθεσή της αναφορικά με τον κλάδο υγείας στην Γερμανία το 2006: «Η ιδανική λύση θα ήταν η αλλαγή συστήματος προς ένα φιλελεύθερο καθεστώς υπηρεσιών υγείας, με τις αγορές ως κεντρικό μηχανισμό ελέγχου». Η τρέχουσα χρηματοπιστωτική κρίση, η οποία σε τελευταία ανάλυση είναι κρίση του νεοφιλελεύθερου καθεστώτος συσσώρευσης κεφαλαίου, χρησιμοποιείται για την επιτάχυνση της μετάβασης στο εμπορευματικό υπόδειγμα υπό το πρόσχημα της κρίσης των δημόσιων οικονομικών.

Ποια είναι, όμως, η αξιοπιστία της νεοκλασικής θεωρίας των «οικονομικών της υγείας» μετά από την χρηματοπιστωτική κρίση, που εξελίσσεται σε γενική κρίση του νεοφιλελευθερισμού; Η κρίση θέτει σε αμφισβήτηση θεμελιώδεις παραδοχές επί των οποίων έχει βασισθεί η νεοκλασική θεωρία.

Πρώτον, ανατρέπονται οι δύο θεωρητικές θέσεις επί των οποίων θεμελιώθηκε η νεοκλασική θεωρία των «οικονομικών της υγείας».

Δεύτερον, ανατρέπεται μια υπόθεση, σχετικά με τα δημόσια οικονομικά, η οποία επίσης απετέλεσε θεμέλιο της νεοκλασικής θεωρίας των οικονομικών της υγείας. Πρόκειται για την ιδέα ότι οι δημόσιοι πόροι που μπορούν να διατεθούν για την υγεία είναι περιορισμένοι, διότι ούτως ή άλλως ζούμε, υποτίθεται, σε έναν κόσμο στον οποίο ο πόροι είναι περιορισμένοι.

2.2. Οι θεμελιακοί μύθοι των Οικονομικών της Υγείας

Ο πρώτος από τους μύθους των Οικονομικών της Υγείας είναι ότι η ελεύθερη λειτουργία των αγορών οδηγεί το σύστημα σε ισορροπία και εξασφαλίζει την εύρυθμη λειτουργία του κατανέμοντας τους διαθέσιμους πόρους με άριστο τρόπο. Πρόκειται για τον μύθο της αγοράς ως τόπος σύνθεσης των ατομικών συμφερόντων με τρόπο ώστε τελικά να προκύπτει το γενικό συμφέρον.

Η θεμελιώδης ιδέα που διαπερνάει ολόκληρη την ιστορία της οικονομικής «επιστήμης» είναι ότι το οικονομικό σύστημα αποτελεί μια φυσική τάξη πραγμάτων, μια τάξη που διέπεται από την αρχή της ισορροπίας. Ισχυρίζεται η νεοκλασική θεωρία, και μαζί με αυτήν "η νέα μακροοικονομική συναίνεση", που είναι το κύριο ρεύμα των οικονομικών της τελευταίας δεκαετίας, ότι το οικονομικό σύστημα στο οποίο ζούμε έχει την ιδιότητα να ισορροπεί: εάν δηλαδή υπάρχει μια διαταραχή, το σύστημα έχει την ιδιότητα να ξαναγυρίζει στην αρχική του κατάσταση μέσα σε εύλογο χρόνο. Έχει επομένως σύμφυτη την ιδιότητα να εξαλείφει τις ανισορροπίες. Έτσι, αν στην αγορά εργασίας ο μισθός έχει αυξηθεί «υπερβολικά», θα φροντίσει η αγορά μέσα από τους μηχανισμούς της, ισχυρίζονται οι νεοκλασικοί οικονομολόγοι, ώστε ο μισθός να επανέλθει σε επίπεδο που να αντιστοιχεί στην παραγωγικότητα του ατομικού εργαζόμενου. Με άλλα λόγια, το σύστημα διαθέτει ενδογενείς δυνάμεις εξάλειψης κάθε ανισορροπίας και για τον λόγο αυτόν είναι ένα σύστημα του οποίου την αυθόρμητη λειτουργία δεν πρέπει να εμποδίζουμε με παρεμβάσεις που στρεβλώνουν την λειτουργία του.

Η αγορά, σύμφωνα με την νεοκλασική θεωρία, είναι ο τόπος που εξασφαλίζει αυτήν την φυσική τάξη πραγμάτων, είναι ο τόπος στον οποίο οι ανισορροπίες εξαλείφονται. Αυτό γίνεται μέσα από τον σχηματισμό των τιμών, μέσα από το ελεύθερο «παιχνίδι» της προσφοράς και της ζήτησης. Επομένως, η αγορά θεωρείται ότι είναι ένας «τόπος παραγωγής αλήθειας», κατά την έκφραση του Michel

Foucault (1979), με την έννοια ότι μας καθοδηγεί, μας δείχνει πόση εργασία, πόσες πρώτες ύλες, πόσο κεφάλαιο θα έπρεπε να διαθέσουμε σε κάθε παραγωγική δραστηριότητα ώστε οι παραγωγοί να φέρνουν στην αγορά την ποσότητα που είναι διατεθειμένοι να αγοράσουν οι καταναλωτές στις τιμές που εξασφαλίζουν στους παραγωγούς ικανοποιητικό κέρδος. Εάν έτσι έχουν τα πράγματα, η αγορά πρέπει να μας καθοδηγεί στις αποφάσεις μας σχετικά με την οικονομία, τους μισθούς και τα εισοδήματα, είτε πρόκειται για ατομικές, είτε για συλλογικές αποφάσεις. Άρα, είναι ένας τόπος παραγωγής αλήθειας, ο οποίος πρέπει να αφεθεί στις δικές του λειτουργίες, προφυλαγμένος από τις παρεμβάσεις της κυβέρνησης και τους καταναγκασμούς των θεσμών (ιδιαίτερα αυτών που προστατεύουν την εργασία). Κατά την κυρίαρχη οικονομική θεωρία, στην αγορά που λειτουργεί ανόθευτα, χωρίς στρεβλώσεις, διαμορφώνονται τιμές οι οποίες είναι φυσικές, με την έννοια ότι αυτές που πρέπει να ισχύουν, είναι αυτές που απορρέουν με φυσικό τρόπο από τα πράγματα, και επομένως είναι οι σωστές τιμές, είναι οι τιμές ισορροπίας.

Η νεοκλασική θεωρία, ισχυριζόμενη τα παραπάνω, κατόρθωσε να μετατρέψει την αγορά σε καθοδηγητική αρχή της διακυβέρνησης: εάν η κυβέρνηση πράξει ενάντια στην λειτουργία της αγοράς, υποτίθεται ότι παραβιάζει μια φυσική τάξη πραγμάτων και αυτό θα έχει αρνητικές επιπτώσεις.

Το πρόβλημα με την νεοκλασική θεωρία είναι ότι οι υποτιθέμενες ιδιότητες των αγορών δεν είναι καθόλου θαυματουργές. Η απλή παρατήρηση της ιστορίας του καπιταλισμού, από καταβολών μέχρι την πρόσφατη κρίση στις ΗΠΑ, δείχνει ότι η ελεύθερη λειτουργία των αγορών ευθύνεται για πλήθος δεινών, ανισορροπιών, προβλημάτων και οικονομικών κρίσεων, με πιο πρόσφατο παράδειγμα την τρέχουσα οικονομική κρίση και ύφεση.

Η δεύτερη από τις θέσεις επί των οποίων θεμελιώθηκε η νεοκλασική θεωρία των Οικονομικών της Υγείας είναι ότι η κοινωνία αποτελείται από homo oeconomicus, δηλαδή από άτομα εκ φύσεως προικισμένα με ορθολογισμό και ελεύθερη βούληση, τα οποία χάρη σε αυτές τις ιδιότητές τους διαλέγουν ελεύθερα ό,τι τους συμφέρει ατομικά, μεγιστοποιούν το ατομικό όφελός τους και μέσω αυτής της συμπεριφοράς των ατομικών συμφερόντων προκύπτει το γενικό συμφέρον (δια της γενικής ισορροπίας στην οικονομία). Κάθε καταναλωτής ξεχωριστά επιδιώκει την μεγιστοποίηση της ικανοποίησής του από την κατανάλωση, κάθε παραγωγός επιδιώκει την μεγιστοποίηση του κέρδους του με δεδομένους τους παραγωγικούς πόρους που διαθέτει και ούτω καθεξής. Με βάση αυτές τις υποτιθέμενες ιδιότητες των ατόμων, ως απολύτως ατομιστικών όντων, η οικονομική θεωρία επιχειρεί να εξηγήσει τα οικονομικά φαινόμενα. The first principle of Economics is that every agent is actuated only by self-interest, έγραφε ο Edgeworth ήδη το 1881.

Το σχήμα συμπληρώνεται με την "θεωρία του ανθρώπινου κεφαλαίου", σύμφωνα με την οποία οι ατομικές διαφορές στις αμοιβές οφείλονται στις διαφορές παραγωγικότητας που απορρέουν από τις διαφορές στο «ανθρώπινο κεφάλαιο» που κατέχουν τα άτομα. Το «ανθρώπινο κεφάλαιο» είναι οι παραγωγικές γνώσεις και δεξιότητες των ατόμων θεωρούμενες ως κεφαλαιουχικό αγαθό του οποίου η αξιοποίηση παράγει εισόδημα. Το μέγεθος του κεφαλαίου αυτού εξαρτάται από την εκπαίδευση, την επαγγελματική εμπειρία, την προϋπηρεσία στην ίδια επιχείρηση, την επαγγελματική κατάρτιση. Όλα αυτά τα χαρακτηριστικά, αυξάνουν την ατομική παραγωγικότητα του εργαζόμενου επομένως και την αμοιβή του. Ο δε εργαζόμενος, ως κάτοχος ενός κεφαλαίου (του «ανθρώπινου κεφαλαίου») εξομοιώνεται με ένα επιχειρηματία που επιδιώκει την μεγιστοποίηση της κερδοφορίας του. Η ιδέα αυτή επεκτείνεται και στους ανέργους, οι οποίοι αποκαλύπτεται

ότι είναι άτομα που μεγιστοποιούν το όφελός τους επιλέγοντας μεταξύ μισθού και επιδόματος ανεργίας.

Η έννοια ωστόσο του homo oeconomicus βάλλεται, όχι μόνον εξαιτίας του μεθοδολογικού ατομικισμού που εμφανίζεται πλέον ως εμπόδιο στην ανάπτυξη των θεωριών για την γενική ισορροπία, αλλά και από τα Behavioral Economics: Η συμβολή του Daniel Kahneman (βραβείο Νόμπελ 2002) που ισχυρίζεται ότι οι άνθρωποι δεν είναι πάντοτε οικονομικώς ορθολογικά όντα αποτελεί ένα ισχυρό πλήγμα στην μυθολογία του homo oeconomicus (Kahneman 1994, 2003). Σύμφωνα με τις εργασίες του, οι άνθρωποι μπορούν επίμονα να μην κατανοούν τι πράττουν λανθασμένα, ακόμη και όταν τους δοθούν επανειλημμένες και σαφείς εξηγήσεις σχετικά με την ορθολογική λύση του προβλήματός τους.

Κάτω από ορισμένες συνθήκες, βέβαια, είμαστε ορθολογικώς δρώντα άτομα (rational actors), αλλά αυτό δεν ισχύει σε όλες τις συνθήκες. Ενίοτε, φερόμαστε ως rational fools κατά την έκφραση του Amartya Sen (1977). Στο άρθρο του με τίτλο Rational Fools ο Sen ισχυρίστηκε ότι τα άτομα δεν δρουν με αποκλειστικό κίνητρο το ατομικό συμφέρον (self-interest), όπως αδίκως πιστεύουν οι νεοκλασικοί οικονομολόγοι, αλλά και με κίνητρο την συμπάθεια και την δέσμευση, την ηθική υποχρέωση, το καθήκον και την αφοσίωση (ο Sen συμπυκνώνει όλες αυτές τις έννοιες στη λέξη commitment). Εκτός από το ατομικό συμφέρον, οι άνθρωποι δρουν επίσης με βάση τις αξίες της συλλογικότητας και της αλληλεγγύης.

Οι άλλες σχολές σκέψης στην οικονομική θεωρία απορρίπτουν τον μεθοδολογικό ατομικισμό της οικονομικής θεωρίας, επομένως, και των Health Economics. Οι μετακεϋνσιανοί συγκροτούν μια μικροοικονομική θεωρία που δεν βασίζεται στην παραδοχή ότι τα οικονομικώς δρώντα άτομα είναι προικισμένα με ορθολογισμό και ελεύθερη βούληση (substantial rationality), αλλά στην εμπειρικά διαπιστωμένη συμπεριφορά τους (procedural rationality), η οποία

είναι κατά προσέγγιση ορθολογική και υπάρχει μέσα σε συνθήκες θεμελιώδους αβεβαιότητας, δηλαδή αβεβαιότητα που δεν επιτρέπει στο άτομο να επιδίδεται σε υπολογισμούς με βάση τις πιθανότητες, όπως προβλέπει η νεοκλασική θεωρία. Η θεωρητική αυτή επιλογή αναφέρεται στην ιδέα ότι "The orthodox theory assumes that we have a knowledge of the future of a kind quite different from that which we actually possess. This false rationalisation follows the lines of the Benthamite calculus. The hypothesis of a calculable future leads to a wrong interpretation of the principles of behaviour which the need for action compels us to adopt1 (Keynes 1937).

Ως συνέπεια, τα άτομα και οι επιχειρήσεις δεν βελτιστοποιούν τα οφέλη τους σύμφωνα με την λογική της νεοκλασικής θεωρίας, είτε διότι δεν γνωρίζουν τις πιθανότητες ούτε την έκβαση των αποφάσεών τους, είτε διότι οι υπολογισμοί υπερβαίνουν κατά πολύ τις υπολογιστικές τους ικανότητες. Αντίθετα, υιοθετούν εμπειρικούς κανόνες ορθολογικής συμπεριφοράς (procedures) ως οδηγούς στη λήψη αποφάσεων. Οι περισσότεροι από τους κανόνες αυτούς έχουν περιγραφεί από τον ίδιο τον Keynes. Προκύπτουν έτσι οικονομικά μοντέλα που βασίζονται σε έννοιες όπως τα περιθώρια κέρδους αναφοράς (target mark-up), ο κανονικός βαθμός χρησιμοποίησης του παραγωγικού δυναμικού κ.ά. (Arestis 1992, Lavoie 1992). Με τον τρόπο αυτόν, οι μετακεϋνσιανοί προτείνουν μια μικροοικονομική θεμελίωση της μακροοικονομικής θεωρίας που είναι εναλλακτική ως προς την νεοκλασική (μια ετερόδοξη θεμελίωση). Για τον Marx (1867) και τους επιγόνους του, δεν τίθεται καν το ζήτημα να θεμελιωθεί η μακροοικονομική στην μικροοικονομία, δηλαδή στην ορθολογική συμπεριφορά των ατόμων, διότι το άτομο είναι το σύνολο των σχέσεών του με το κοινωνικό και το φυσικό του περιβάλλον, και αυτό το σύνολο σχέσεων οικοδομείται διαμέσου κοινωνικών διαδικασιών. Αυτό που εμφανίζεται ως «πρόσωπο», τελικά είναι ατομικές πρακτικές που υπάρχουν διάσπαρτες μέσα στην κοινωνία, και τις οποίες υιοθετεί κάθε άτομο σε έναν πρωτότυπο και

ενδεχομένως μοναδικό συνδυασμό τον οποίο αναγνωρίζουμε ως «πρόσωπο». Σε ένα τέτοιο πλαίσιο, ο εργοδότης, ο εργαζόμενος, καθορίζονται αποφασιστικά από τους κοινωνικούς τους ρόλους, από τους θεσμικούς τους ρόλους. Τα πράγματα καθορίζονται πρώτα στο μακροοικονομικό επίπεδο και μετά στο μικροοικονομικό.

2.3. Πόσο περιορισμένοι είναι οι πόροι για την υγεία;

Τα Οικονομικά της Υγείας βασίζονται στην ιδέα των περιορισμένων πόρων που μπορούν να διατεθούν ως δαπάνες υγείας. Αυτή η εκ πρώτης όψεως αυτονόητη διατύπωση (διότι κανείς οικονομικός πόρος εξ ορισμού δεν είναι απεριόριστος) υποκρύπτει μια πολιτική συρρίκνωσης του δημόσιου τομέα υγείας και την ενθάρρυνση συγκρότησης ενός κεφαλαιοκρατικού κλάδου παραγωγής υπηρεσιών υγείας.

Στην πραγματικότητα, οι πόροι για την υγεία είναι περιορισμένοι στον βαθμό που η κρατική εξουσία τους περιορίζει. Με άλλα λόγια, το ύψος των δημόσιων πόρων που διατίθενται για την υγεία αποτελεί κοινωνική επιλογή που καθορίζεται σε μεγάλο βαθμό από πολιτικές αποφάσεις. Το γεγονός ότι οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία ως ποσοστό του ΑΕΠ στην Ελλάδα είναι οι μικρότερες μεταξύ των αναπτυγμένων χωρών του κόσμου, με εξαίρεση την Πολωνία, την Κορέα και το Μεξικό, οφείλεται σε πολιτικές αποφάσεις.

Οι παράγοντες που καθορίζουν τις δημόσιες δαπάνες υγείας φαίνονται στο Διάγραμμα 13 και είναι οι εξής:

- Η παραγωγικότητα της εργασίας και το ποσοστό απασχόλησης (αριθμός απασχολουμένων ως ποσοστό του πληθυσμού) που καθορίζουν το ΑΕΠ ανά κάτοικο.
- Η διανομή του προϊόντος που σχηματίζει τα μικτά εισοδήματα της εργασίας και της ιδιοκτησίας (κέρδη, τόκοι, πρόσοδοι) με βάση το ΑΕΠ ανά κάτοικο.

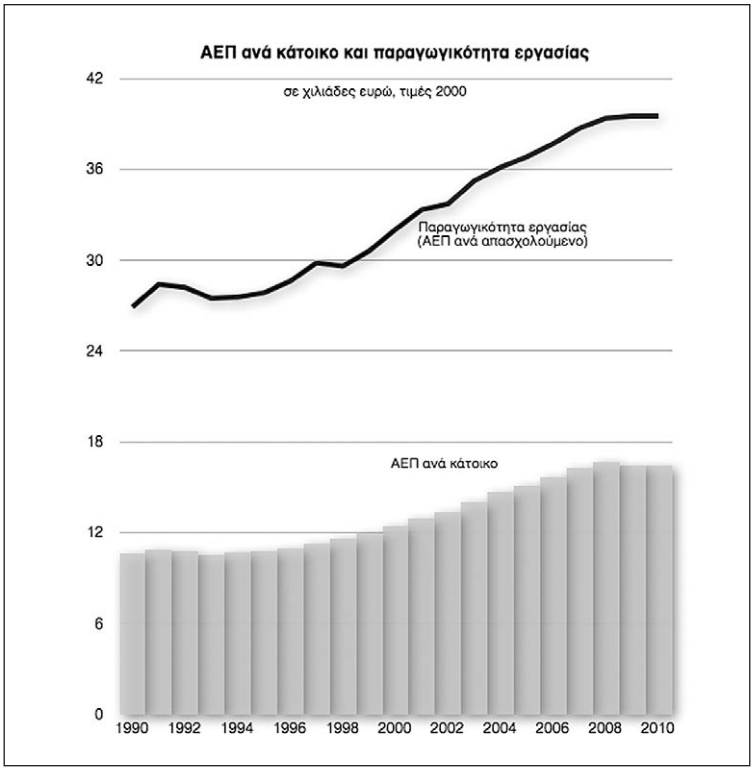
- Οι (πραγματικοί) φορολογικοί συντελεστές επί της εργασίας και επί της ιδιοκτησίας, βάσει των οποίων προκύπτουν τα φορολογικά έσοδα.
- Το ύψος των δημοσίων δαπανών, που επηρεάζεται από τα φορολογικά έσοδα και τον καθαρό δανεισμό (διαφορά δανεισμού και αποπληρωμής δημοσίου χρέους).
- Η διάρθρωση των δημοσίων δαπανών (δηλαδή η ιεράρχηση των στόχων που πρέπει να ικανοποιηθούν με αυτές τις δαπάνες) που μαζί με το ύψος των δημοσίων δαπανών καθορίζουν τις δημόσιες δαπάνες υγείας.

Η εξέλιξη των παραπάνω μεγεθών κατά την περίοδο 1995-2009 στην Ελλάδα[3] μπορεί να εξηγήσει γιατί οι δημόσιοι πόροι που διατέθηκαν για την υγεία ήταν τόσο "σπάνιοι":

Καταρχήν, η παραγωγικότητα της εργασίας βρίσκεται σήμερα στην Ελλάδα σε υψηλό σημείο (Διάγραμμα 11). Ανέρχεται σε 93,5% του μέσου όρου της Ευρωπαϊκής Ένωσης των 15 "παλαιών" χωρών, δηλαδή των πλέον προηγμένων οικονομιών της ηπείρου, και είναι σήμερα κατά 50% υψηλότερη από το 1990. Επομένως, η Ελλάδα δεν μπορεί σήμερα πλέον να χαρακτηρίζεται ως χώρα χαμηλής ανάπτυξης, τουλάχιστον από την άποψη της δυνατότητας να διαθέτει πόρους για την επίτευξη σημαντικών στόχων.

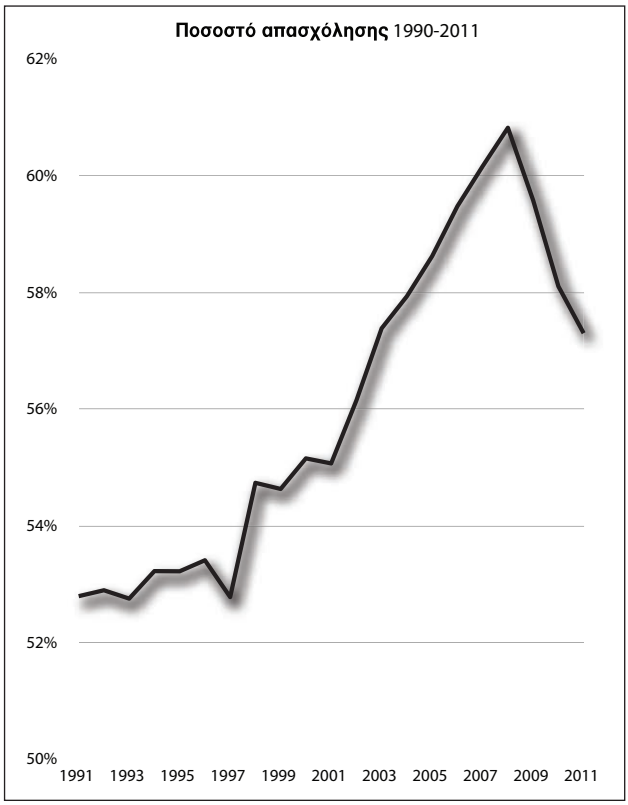
3. *Τα στοιχεία της ελληνικής οικονομίας προέρχονται από την ετήσια έκθεση του Ινστιτούτου Εργασίας της ΓΣΕΕ Η ελληνική οικονομία και η απασχόληση 2009.*

Διάγραμμα 11



Πηγή: ΕΣΥΕ, Εθνικοί Λογαριασμοί, 2010

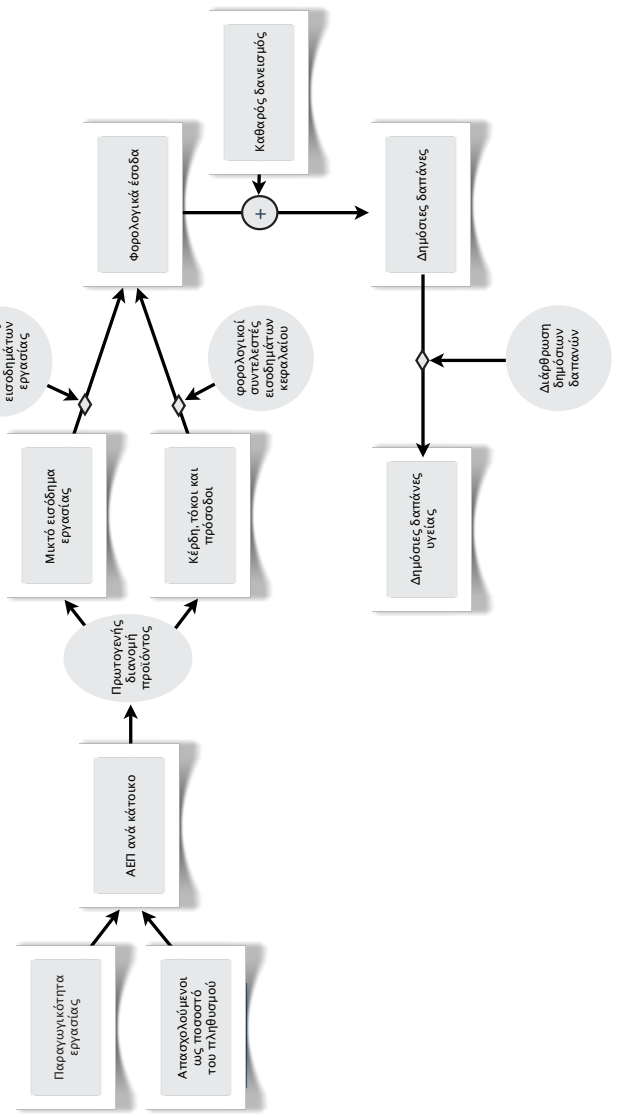
Διάγραμμα 12



Πηγή: ΕΣΥΕ, Εθνικοί Λογαριασμοί, 2010

Διάγραμμα 13

Σχηματισμός δημοσίων δαπανών υγείας



Το ποσοστό απασχόλησης στην Ελλάδα αυξάνεται από το 1998 χάρη στην αυξανόμενη συμμετοχή των γυναικών στην αγορά εργασίας. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα, η μεγάλη αύξηση της παραγωγικότητας της εργασίας να έχει μετατραπεί και σε μεγάλη αύξηση του ΑΕΠ ανά κάτοικο: το 2009, το ΑΕΠ ανά κάτοικο, ως αγοραστική δύναμη, ήταν υψηλότερο κατά 60% περίπου από το αντίστοιχο μέγεθος του 1995.

Εάν, όμως, οι διαθέσιμοι πόροι έχουν γίνει σημαντικά υψηλότεροι έναντι του πρόσφατου παρελθόντος, τίθεται το ζήτημα τι υπονοεί ή αποκρύπτει η παραδοχή περί "σπανιότητας των διαθέσιμων πόρων" για δημόσιες δαπάνες υγείας.

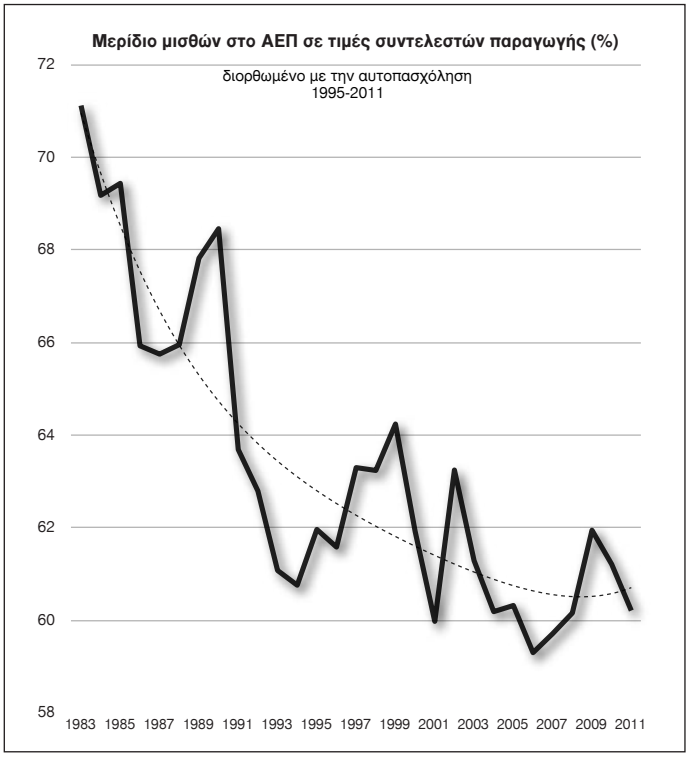
Η απάντηση στο ερώτημα αυτό βρίσκεται στο γεγονός ότι υπάρχουν ανταγωνιστικές χρήσεις αυτών των πόρων. Σε αυτές εμπλέκονται:

- η πρωτογενής διανομή του προϊόντος σε αμοιβή εργασίας και εισόδημα κεφαλαίου (και γενικότερα της ιδιοκτησίας),
- οι φορολογικοί συντελεστές επί της εργασίας και των εισοδημάτων της ιδιοκτησίας, και
- η διάρθρωση των δημοσίων δαπανών, δηλαδή οι πολιτικές προτεραιότητες που καθορίζουν την κατανομή των συνολικών δημόσιων δαπανών σε διάφορες χρήσεις.

Καταρχάς, σε ότι αφορά την διανομή του ΑΕΠ μεταξύ των κοινωνικών τάξεων, προκύπτει από τα στοιχεία των Εθνικών Λογαριασμών, των 15 "παλαιών" χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, των ΗΠΑ και της Ιαπωνίας, ότι το μερίδιο της εργασίας (δηλαδή οι μικτές αποδοχές των εργαζομένων ως ποσοστό του ΑΕΠ σε τιμές αγοράς) έχει μειωθεί σε όλες τις προηγμένες χώρες του κόσμου. Στην Ελλάδα, έχει πραγματοποιηθεί σημαντική πρωτογενής (δηλαδή πριν από την φορολόγηση) αναδιανομή του εισοδήματος σε βάρος των εργαζομένων τάξεων: το εισοδηματικό μερίδιο των μισθών στο ΑΕΠ, μετά από τις μεγάλες μειώσεις των ετών 1986-1987 και 1991-1993, μειώθηκε περαιτέρω από το 56%το 1995 σε 53% το 2009.

Αντίστροφα, μεγάλη αύξηση σημειώθηκε στα κέρδη, τους τόκους και τις προσόδους, δηλαδή στα εισοδήματα της ιδιοκτησίας.

Διάγραμμα 14



Πηγή: ΕΣΥΕ, Εθνικοί Λογαριασμοί, 2009

Τα φορολογικά έσοδα εξαρτώνται από τα εισοδηματικά μερίδια και τους φορολογικούς συντελεστές που τους αντιστοιχούν. Η οικονομική πολιτική που ασκήθηκε κατά τα τελευταία είκοσι περίπου έτη, οδήγησε αφενός μεν στην πρωτογενή αναδιανομή του εισοδήματος σε βάρος των εργαζομένων, αφετέρου δε μείωσε τους φορολογικούς συντελεστές επί των κερδών και αύξησε τους συντελεστές επί των εισοδημάτων της εργασίας. Εφήρμοσε, δηλαδή, μειωμένους

φορολογικούς συντελεστές στο αυξανόμενο μερίδιο των κερδών και αυξημένους συντελεστές στο μειούμενο μερίδιο της εργασίας. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα, τα φορολογικά έσοδα να μειωθούν έναντι αυτών που θα υπήρχαν εάν οι αυξημένοι φορολογικοί συντελεστές εφαρμόζονταν επί του αυξανόμενου μεριδίου του ΑΕΠ (δηλαδή επί των κερδών, των τόκων και των προσόδων), ή εάν έστω είχαν παραμείνει, οι συντελεστές, στα παλαιά τους επίπεδα.

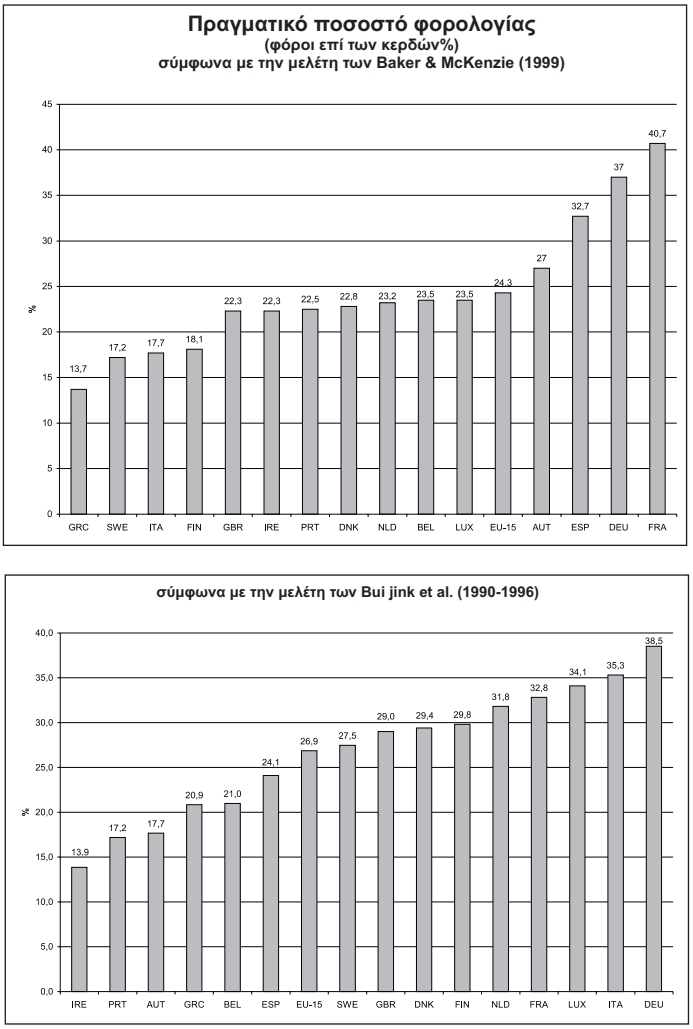
Η δημοσιονομική πολιτική, μειώνοντας τα φορολογικά βάρη των εισοδημάτων της ιδιοκτησίας (κέρδη, τόκοι, πρόσοδοι), στη διάρκεια μιας ιστορικής περιόδου κατά την οποία τα συγκεκριμένα εισοδήματα αυξάνονταν θεαματικά, υπονόμευσε την ορθολογική εφαρμογή κανόνων και μέτρων που θα αύξαναν αποτελεσματικά τα φορολογικά έσοδα, και διαμέσου αυτών τις δημόσιες δαπάνες. Η δημοσιονομική πολιτική που ασκήθηκε προσέφερε απαλλαγές στις οικονομικά ισχυρές κοινωνικές τάξεις, και κατέφευγε εξ αυτού του γεγονότος στον δανεισμό, χρεώνοντας έτσι τις μελλοντικές γενεές εργαζομένων για την αποπληρωμή του αυξημένου δημοσίου χρέους. Ανεξαρτήτως προθέσεων, η πολιτική αυτή, αναποτελεσματική και ταξική, λειτουργεί ως Δούρειος Ίππος για την δραστική περιστολή των δημοσίων δαπανών και την εξ αυτής προκύπτουσα ιδιωτικοποίηση των κλάδων παραγωγής δημόσιων αγαθών. Στα παραπάνω θα πρέπει να προσθέσουμε και τις πολιτικές επιλογές που αφορούν στην διάρθρωση των δημόσιων δαπανών. Οι δαπάνες υγείας ανέρχονται στο 1/10 περίπου των συνολικών δημόσιων δαπανών της Ελλάδας χωρίς να υπάρχει τάση αύξησης από το 1995 έως σήμερα.

Συμπερασματικά, η συμβολή της φορολογίας των εισοδημάτων της ιδιοκτησίας στα φορολογικά έσοδα ήταν, και παραμένει, πολύ μικρή. Πέραν δε του γεγονότος ότι οι θεσμικά καθορισμένοι φορολογικοί συντελεστές επί των κερδών είναι πολύ μικροί, ακόμη μικρότεροι είναι οι πραγματικοί φορολογικοί συντελεστές (δηλαδή το τελικώς καταβαλλόμενο ποσό φόρων ως ποσοστό επί των μικτών κερδών). Το πραγματικό ποσοστό της φορολογίας (Διάγραμμα 15) σύμφωνα

με την μελέτη των Baker & McKenzie ανερχόταν στην Ελλάδα σε μόλις 13,7% και ήταν το χαμηλότερο μεταξύ των 15 πιο προηγμένων χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Σύμφωνα με παλαιότερα στοιχεία, της περιόδου 1990-1996, το αντίστοιχο ποσοστό ανερχόταν σε 20,9% και ήταν το τέταρτο μικρότερο ποσοστό στην σχετική κατάταξη. Για τα δε νεότερα έτη, δεν έχουμε κανένα λόγο να πιστέψουμε ότι οι πραγματικοί φορολογικοί συντελεστές των κερδών αυξήθηκαν. Αντίθετα, μειώθηκαν παράλληλα με τους θεσμικά οριζόμενους συντελεστές.

Συνοψίζοντας, και ακολουθώντας την λογική του Διαγράμματος 14, κατά την περίοδο 1995-2008, η αύξηση της παραγωγικότητας της εργασίας στην Ελλάδα, σε συνδυασμό με την άνοδο της απασχόλησης ως ποσοστό του πληθυσμού παραγωγικής ηλικίας, οδήγησε σε αύξηση κατά 60% περίπου του ΑΕΠ ανά κάτοικο. Αντίστοιχα θα έπρεπε να είχαν αυξηθεί και οι διαθέσιμοι πόροι του δημοσίου. Ωστόσο, το μεγάλο άλμα στην παραγωγικότητα της εργασίας και στο κατά κεφαλή εισόδημα των ετών 1995-2008 συνοδεύτηκε, πρώτον, από αναδιανομή του εισοδήματος σε βάρος της εργασίας και σε όφελος των εισοδημάτων της ιδιοκτησίας, και δεύτερον, από μια φορολογική πολιτική που αύξησε τα βάρη επί των εισοδημάτων της εργασίας (δηλαδή επί του μειούμενου εισοδηματικού μεριδίου) και ελάφρυνε τα εισοδήματα της ιδιοκτησίας (δηλαδή του αυξανόμενου εισοδηματικού μεριδίου). Η πολιτική αυτή, ακούσια ή εκούσια, οδήγησε στην μείωση των φορολογικών εσόδων και συνακόλουθα σε συγκράτηση των δαπανών. Με αυτά τα δεδομένα, μπορούμε να κατανοήσουμε για ποιο λόγο οι διαθέσιμοι για την υγεία πόροι εμφανίζονταν ως ασφυκτικά περιορισμένοι (γιατί δηλαδή "ζούμε σε έναν κόσμο περιορισμένων πόρων"): Οι πόροι που διατίθενται, σε μια εύπορη χώρα, για την υγεία, είναι τόσο περιορισμένοι όσο καθορίζει η πολιτική εξουσία. Η κατάστρωση και η εφαρμογή του προγράμματος διάσωσης των τραπεζών, κατά το 2008-2009, έχει καταστήσει σαφές σε όλους ότι το Κράτος είναι ακόμη σε θέση να κινητοποιεί πολύ υψηλούς πόρους για την επίτευξη στόχων μεγάλου μεγέθους.

Διάγραμμα 15



Πηγή: Nicodeme 2001

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ ΙΔΙΩΤΙΚΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΛΕΥΡΑ ΤΗΣ ΠΑΡΑΓΩΓΗΣ

3. Προϋποθέσεις ιδιωτικοποίησης από την πλευρά της παραγωγής

3.1. Οικονομικές προϋποθέσεις ιδιωτικοποίησης της υγείας

Για ποιο λόγο ορισμένοι κλάδοι παραγωγής μεγεθύνονται ταχύτερα από άλλους; Ποιες είναι οι προϋποθέσεις της ταχύτερης ανάπτυξής τους από την πλευρά της ζήτησης και ποιες από την πλευρά της παραγωγής; Οι απαντήσεις στα ερωτήματα αυτά είναι αναγκαίες προκειμένου να κατανοήσουμε την διαδικασία μετάβασης των υπηρεσιών υγείας από το δημόσιο αγαθό στο εμπόρευμα. Η μετάβαση αυτή πραγματοποιείται με την συγκρότηση ενός κεφαλαιοκρατικού κλάδου παραγωγής υπηρεσιών υγείας που βαθμιαία υποκαθιστά την παροχή υπηρεσιών υγείας ως δημόσιο αγαθό. Δεν βρίσκονται, όμως, όλες οι απαντήσεις στην οικονομική θεωρία και στην ποσοτική ανάλυση. Η ιδιωτικοποίηση της υγείας έχει, εκτός των άλλων, σοβαρές ηθικές και ιδεολογικές προϋποθέσεις: την υποκατάσταση της "παραδοσιακής" ιατρικής ηθικής ως καθοδηγητική αρχή της προσφοράς ιατρικών υπηρεσιών από την επιδίωξη του μέγιστου ατομικού οφέλους, και την υποκατάσταση του ανθρωπιστικού υποδείγματος παροχής υπηρεσιών από το ατομιστικό-ωφελιμιστικό υπόδειγμα.

Στο προηγούμενο κεφάλαιο διερυνήθηκαν οι ηθικές και ιδεολογικές, επομένως υποκειμενικές, προϋποθέσεις της ιδιωτικοποίησης της υγείας. Στο παρόν κεφάλαιο διερευνώνται οι οικονομικές, επομένως αντικειμενικές, προϋποθέσεις της ιδιωτικοποίησης της υγείας. Ο αναγνώστης που δεν επιθυμεί να ασχοληθεί ιδιαίτερα με την μεθοδολογία που εκτίθεται στο κεφάλαιο αυτό εξαιτίας του τεχνικού της χαρακτήρα, μπορεί να βρει στο επόμενο κεφάλαιο την σύνοψη των συμπερασμάτων που θα του επιτρέψουν να κατανοήσει την λογική συνοχή των επιχειρημάτων της μελέτης.

Σημείο εκκίνησης της μεθοδολογίας για τον προσδιορισμό των αντικειμενικών (οικονομικών) προϋποθέσεων είναι η διαπίστωση ότι η μορφή που παίρνει η ιδιωτικοποίηση της υγείας στα πλαίσια του οικονομικού συστήματος, είναι η συγκρότηση ενός κεφαλαιοκρατικού κλάδου παραγωγής υπηρεσιών υγείας. Ως εκ τούτου, η μεθοδολογία αναφέρεται στον τρόπο λειτουργίας της οικονομίας ως σύστημα κλάδων οικονομικής δραστηριότητας (κλάδων παραγωγής).

Το σημείο εκκίνησης της θεωρητικής ανάλυσης που ακολουθεί είναι η τάση εξίσωσης της κερδοφορίας στους διάφορους κλάδους παραγωγής. Η κίνηση κεφαλαίων μεταξύ κλάδων παραγωγής σε αναζήτηση υψηλότερων κερδών δημιουργεί μια τάση εξίσωσης της κερδοφορίας στις διαφορετικές σφαίρες παραγωγής. Οι κλαδικές αποδόσεις κερδών κεφαλαίου (rates of return) κυμαίνονται γύρω από μια μέση τιμή αφού περισσότερο (λιγότερο) κεφάλαιο επενδύεται εκεί όπου η κερδοφορία είναι υψηλότερη (χαμηλότερη), και αυτή η επένδυση επεκτείνει (μειώνει) την παραγωγή, μειώνει (αυξάνει) τις τιμές και τείνει να εξισώσει την κερδοφορία μεταξύ των κλάδων παραγωγής. Έτσι, η μέση απόδοση κεφαλαίου αποτελεί ένα κέντρο βάρους για την κίνηση των κεφαλαίων. Οι Dumenil & Levy (1993, 1999a, 1999b) και Herrera (1990) έδειξαν, χρησιμοποιώντας στατιστικά στοιχεία των ΗΠΑ ότι οι κλαδικές αποδόσεις κεφαλαίου πράγματι κυμαίνονται γύρω από έναν μέσο όρο. Εντούτοις, το θεωρητικό σχήμα που αποτελεί την βάση της ανάλυσης που ακολουθεί, δεν βασίζεται στην εξίσωση της κερδοφορίας στους διαφορετικούς κλάδους, αλλά στην εξίσωση *και την διαφοροποίηση* των κλαδικών αποδόσεων κεφαλαίου. Η κερδοφορία ανά κλάδο διαμορφώνεται υπό την επίδραση δύο δύο αντιτιθέμενων δυνάμεων, μιας δύναμης εξίσωσης και μιας δύναμης διαφοροποίησης των κλαδικών αποδόσεων κεφαλαίου, των οποίων το συνδυασμένο αποτέλεσμα οδηγεί σε κατάσταση ανισορροπίας (disequilibrium) και κύμανσης (gravitation) των κλαδικών αποδόσεων κεφαλαίου περί την μέση

κερδοφορία στο σύνολο των κλάδων εμπορευματικής παραγωγής (Dumenil & Levy 2003, 1993) .

Το μεθοδολογικό σχήμα της ανάλυσης που ακολουθεί βασίζεται στις παρακάτω παραδοχές:

I. Η προσαρμογή της προσφοράς στη ζήτηση πραγματοποιείται **βραχυπρόθεσμα** μέσω αλλαγών στον βαθμό χρησιμοποίησης του παραγωγικού δυναμικού.

II. Η προσαρμογή των μισθών και των τιμών έως ότου οδηγηθούν σε σημείο ισορροπίας (σταθερότητας) πραγματοποιείται **μεσοπρόθεσμα**.

III. Η προσαρμογή μέσω των διαφορετικών ρυθμών συσσώρευσης κεφαλαίου στους διαφορετικούς κλάδους παραγωγής από επιχειρήσεις που βρίσκονται ήδη εγκατεστημένες στον κλάδο, αλλά και η κίνηση κεφαλαίων μεταξύ κλάδων και η απαξίωση κεφαλαίου, πραγματοποιούνται **μακροπρόθεσμα** (και ως εκ τούτου δεν αποτελούν βραχυπρόθεσμους δίαυλους προσαρμογής).

IV. Στους κλάδους που λειτουργούν στην βάση κατατετμημένων αγορών εργασίας και «εσωτερικών αγορών» (internal markets), όπως ο κλάδος παραγωγής εμπορευματικών υπηρεσιών υγείας, δημιουργούνται σημαντικές τριβές στην εισροή εργαζομένων από άλλους κλάδους. Ως εκ τούτου, η κίνηση εργαζομένων από και προς τον επιχειρηματικό κλάδο παραγωγής υπηρεσιών υγείας πραγματοποιείται **μακροπρόθεσμα**.

΄Εστω (R) η μέση απόδοση κεφαλαίου στο σύνολο των κλάδων, (Y) η προστιθέμενη αξία (σε όγκο), (K) το απόθεμα παγίου κεφαλαίου (σε όγκο), (W) ο μέσος χρηματικός μισθός, (N) ο αριθμός των εργαζομένων, (p_c) ο δείκτης τιμών καταναλωτή, (p) ο αποπληθωριστής της προστιθέμενης αξίας και (p_{cap}) η τιμή του παγίου κεφαλαίου.

΄Επεται ότι

$(pY/p_{cap}K)$ είναι η παραγωγικότητα του παγίου κεφαλαίου σε τρέχουσες τιμές,

(WN/pY) είναι το μερίδιο της εργασίας στην προστιθέμενη αξία σε τρέχουσες τιμές,

$w=(W/p_c)$ είναι ο μέσος πραγματικός μισθός,

$\pi=(Y/N)$ είναι η παραγωγικότητα της εργασίας και

$\kappa=(K/N)$ είναι η ένταση κεφαλαίου.

Με αυτά τα δεδομένα, ο γενικός ορισμός της απόδοσης κερδών του κεφαλαίου είναι

$$R=\left(1-\frac{p_c}{p}\frac{w}{\pi}\right)\left(\frac{p}{p_{cap}}\frac{\pi}{\kappa}\right) \qquad (1)$$

Προκειμένου να εξισωθεί η κλαδική απόδοση κεφαλαίου (R_k) στον κλάδο (k) με την μέση κερδοφορία, και με δεδομένο ότι ο μέσος ονομαστικός μισθός (w_k^0) διαμορφώνεται στην αγορά εργασίας, η μέση τιμή του κλάδου τίθεται στο επίπεδο (p_k) το οποίο είναι εξ ορισμού η *τιμή παραγωγής* (ή φυσική τιμή) έτσι ώστε

$$p_k=\frac{p_{cap}R}{\left(\frac{\pi_k}{\kappa_k}\right)}+p_c\left(\frac{w_k}{\pi_k}\right) \qquad (2)$$

Η διαμόρφωση των τιμών παραγωγής και η εξίσωση των αποδόσεων κεφαλαίου στους διάφορους κλάδους παραγωγής, πραγματοποιούνται μόνον όταν οι κοινωνικές ανάγκες κατανέμονται στους διάφορους κλάδους παραγωγής ανάλογα με το παραγωγικό δυναμικό αυτών των κλάδων. Ως κοινωνική ανάγκη για ένα προϊόν εννοούμε

τον όγκο προϊόντος για τον οποίο η κοινωνία είναι διατεθειμένη και ικανή να καταβάλει το αντίστοιχο αντίτιμο στις τιμές αγοράς που αντιστοιχούν στο σχετικό επίπεδο ζήτησης[4]. Επομένως, η διαμόρφωση των τιμών παραγωγής και η εξίσωση της κερδοφορίας μεταξύ κλάδων πραγματοποιείται μόνον όταν η σύνθεση των κοινωνικών αναγκών αντιστοιχεί ακριβώς στην κλαδική σύνθεση του παραγωγικού δυναμικού. Αυτό αποτελεί ένα σημείο ισορροπίας, το οποίο όμως σπανίως επιτυγχάνεται. Προκειμένου να αναλύσουμε καταστάσεις ανισορροπίας στην κερδοφορία των κλάδων ($Rk \neq R$) πρέπει να χρησιμοποιήσουμε τις έννοιες των αναπτυσσόμενων και φθινόντων κλάδων παραγωγής, της ετερογενούς τεχνολογίας και διαφορετικής οργάνωσης της εργασίας μεταξύ επιχειρήσεων του ιδίου κλάδου, και των μορφών ανταγωνισμού στις αγορές προϊόντων.

Καλούμε αναπτυσσόμενο έναν κλάδο παραγωγής όταν ο όγκος του προϊόντος του για τον οποίο η κοινωνία είναι ικανή και πρόθυμη να καταβάλει το αντίστοιχο ποσό σε τιμές αγοράς υπερβαίνει την προσφορά μακροπρόθεσμα. Αντίστροφα, καλούμε φθίνοντα έναν κλάδο παραγωγής όταν ο όγκος του προϊόντος του για τον οποίο η κοινωνία είναι ικανή και πρόθυμη να καταβάλει το αντίστοιχο ποσό σε τιμές αγοράς υπολείπεται της προσφοράς μακροπρόθεσμα.

Ως αποτέλεσμα, η τιμή αγοράς (p^*_k) αποκλίνει από τις τιμές παραγωγής για χρονικές περιόδους που εξαρτώνται από την ικανότητα του κλάδου να ανταποκριθεί στις κοινωνικές απαιτήσεις, όπως αυτές εκφράζονται μέσω της αγοράς. Η προσαρμογή της προσφοράς στις κοινωνικές ανάγκες πραγματοποιείται μέσω της συσσώρευσης κεφαλαίου και μέσω της διακλαδικής κίνησης κεφαλαίων, και για τον λόγο αυτόν επέρχεται μόνον μακροπρόθεσμα. Στη διάρκεια της μακροχρόνιας προσαρμογής, οι τιμές αγοράς στους αναπτυσσόμενους κλάδους θα διατηρηθούν σε επίπεδα ανώτερα των τιμών

4. Αντιστοιχεί στην έννοια της "effectual demand" του Adam Smith.

παραγωγής, ενώ στην περίπτωση των φθινόντων κλάδων, οι τιμές αγοράς θα παραμείνουν σε επίπεδα χαμηλότερα των τιμών παραγωγής. Καθώς οι τιμές αγοράς (p^*_k) αποκλίνουν από τις τιμές παραγωγής, οι κλαδικές αποδόσεις κεφαλαίου αποκλίνουν από την μέση κερδοφορία ($R_k \neq R$). Η διαδικασία αυτή συνεχίζεται έως ότου το εγκατεστημένο παραγωγικό δυναμικό ενός αναπτυσσόμενου κλάδου μπορεί να προσφέρει όγκο παραγωγής που αντιστοιχεί στις κοινωνικές ανάγκες όπως αυτές εκφράζονται μέσω της αγοράς.

΄Ενας δεύτερος λόγος για τον οποίο οι τιμές αγοράς αποκλίνουν των τιμών παραγωγής και οι κλαδικές αποδόσεις κεφαλαίου αποκλίνουν από την μέση κερδοφορία είναι ο ετερογενής χαρακτήρας της τεχνολογίας και της οργάνωσης της εργασίας μεταξύ επιχειρήσεων του ιδίου κλάδου. Οι πλέον προηγμένες επιχειρήσεις του κλάδου (οι ηγετικές επιχειρήσεις, leading firms) υιοθετούν νέες τεχνολογίες και νέες μορφές οργάνωσης της εργασίας όταν αυτές αποφέρουν ένα μεγαλύτερο κέρδος στις τρέχουσες τιμές. Επιβάλλουν έτσι τις βέλτιστες τεχνολογίες (best practice techniques) (Botwinick 1993) και νέες νόρμες παραγωγής (new norms of production, Aglietta 1976), τις οποίες οι άλλες επιχειρήσεις στον ίδιο κλάδο παραγωγής οφείλουν να υιοθετήσουν για να παραμείνουν ανταγωνιστικές. Οι ηγετικές επιχειρήσεις του κλάδου, για όσο χρονικό διάστημα διατηρούν το τεχνολογικό ή οργανωσιακό πλεονέκτημά τους, διατηρούν τις τιμές τους σε επίπεδα υψηλότερα από τις τιμές παραγωγής. Στον βαθμό όμως που αυτές οι νέες νόρμες παραγωγής και οι βέλτιστες τεχνολογίες διαχέονται στον κλάδο και η παραγωγικότητα της εργασίας αυξάνεται βαθμιαία[5], η τιμή παραγωγής (p_k) διαμορφώνεται σε χαμηλότερα

5. *Η μέση κλαδική παραγωγικότητα εργασίας και κεφαλαίου αυξάνεται σταδιακά καθώς περισσότερες επιχειρήσεις υιοθετούν τις νέες νόρμες παραγωγής και κάθε επιχείρηση αυξάνει τις αποδόσεις της κατά την άνοδο της «καμπύλης μάθησης» (learning curve) (Coriat 1994).*

επίπεδα. Εάν οι τιμές ήταν πλήρως ελαστικές, η προσαρμογή θα είχε πραγματοποιηθεί ταχύτατα και η τιμή αγοράς (p^*_k) θα είχε αμέσως συγκλίνει προς την τιμή παραγωγής (p_k). Οι τιμές, εντούτοις, είναι ανελαστικές, και έτσι οι ηγετικές επιχειρήσεις μπορούν, μέσω της βελτιωμένης τεχνολογίας και οργάνωσης εργασίας, να μειώσουν την ατομική αξία των προϊόντων τους κάτω από τον κοινωνικό μέσο όρο, και ως εκ τούτου να πραγματοποιήσουν ένα έκτακτο κέρδος στις τρέχουσες τιμές αγοράς. Εάν ο ανταγωνισμός τους υποχρεώνει, θα μειώσουν τις τιμές τους σε κάποιο βαθμό έτσι ώστε να πωλούν φθηνότερα από ό,τι ο ανταγωνισμός κατά μέσον όρο, διατηρώντας ταυτόχρονα την απόδοση των κεφαλαίων τους ανώτερη από την μέση κερδοφορία. Με όρους θεωρίας της αξίας, θα πωλήσουν τα εμπορεύματά τους πάνω από την ατομική τους αξία και κάτω από την κοινωνική τους αξία, επιμερίζοντας έτσι το όφελος από την τεχνολογική πρόοδο και την βελτιωμένη οργάνωση της εργασίας, μεταξύ αυξημένης κερδοφορίας και αυξημένης ανταγωνιστικότητας. Ως αποτέλεσμα, η απόδοση κεφαλαίου στον κλάδο (k) παραμένει ανώτερη του μέσου όρου για όσο καιρό ένα «κύμα» τεχνολογικής και οργανωσιακής προόδου διαχέεται στον εν λόγω κλάδο. Αυτό, βεβαίως, έχει ως αποτέλεσμα την εισροή κεφαλαίων στον κλάδο (τα οποία προσελκύονται από την υψηλότερη του μέσου όρου κερδοφορία), την σύγκλιση της τιμής αγοράς προς την τιμή παραγωγής ($p^*_k - p_k$) και την σύγκλιση της κλαδικής απόδοσης κεφαλαίου προς τον μέσο όρο κερδοφορίας ($R_k=R$). Εάν η διακλαδική κίνηση των κεφαλαίων ήταν ταχεία, η προσαρμογή θα πραγματοποιείτο εξίσου γρήγορα. Ως εκ τούτου, η τεχνολογική και οργανωσιακή πρόοδος σε ένα κλάδο παραγωγής (k) οδηγεί σε διαρκή απόκλιση της τιμής αγοράς (p^*_k) από την τιμή παραγωγής (p_k) για όσο καιρό η τεχνολογική και οργανωσιακή πρόοδος συνεχίζεται (για όσο καιρό δεν έχει ολοκληρωθεί η διάχυσή της στον κλάδο). Για να προκληθεί μια μακροχρόνια απόκλιση της κλαδικής κερδοφορίας από την μέση

κερδοφορία, η τεχνολογική και οργανωσιακή πρόοδος δεν μπορεί να έχει σημειακό χαρακτήρα, αλλά θα πρέπει να είναι συνεχής και επαναλαμβανόμενη. Θα πρέπει, επομένως, να αναφερόμαστε σε κύματα τεχνολογικής και οργανωσιακής προόδου.

΄Ενας τρίτος λόγος για τον οποίο οι τιμές αγοράς αποκλίνουν των τιμών παραγωγής (και οι κλαδικές αποδόσεις κεφαλαίου από τον μέσο όρο), είναι η συγκέντρωση της παραγωγής, δηλαδή μια κατάσταση της αγοράς κατά την οποία αυτή κυριαρχείται από μικρό αριθμό μεγάλων επιχειρήσεων που επιβάλλουν περιορισμό του ανταγωνισμού. Οι ρυθμίσεις της αγοράς των προϊόντων που περιορίζουν τον ανταγωνισμό (Jean and Nicoletti 2001), είτε μέσω της συγκέντρωσης της παραγωγής σε μικρό αριθμό εταιρειών είτε μέσω των αποκλειστικών δικαιωμάτων εκμετάλλευσης τεχνογνωσίας, αποτελούν σημαντικό παράγοντα απόκλισης των τιμών από τις τιμές παραγωγής και της κλαδικής κερδοφορίας από την μέση κερδοφορία.

Συμπερασματικά, αναπτυσσόμενοι δυναμικοί κλάδοι της κεφαλαιοκρατικής παραγωγής είναι εκείνοι για τους οποίους συντρέχουν οι παρακάτω προϋποθέσεις:

I. Η ζήτηση υπερβαίνει την προσφορά επί μακρόν έτσι ώστε το εγκατεστημένο παραγωγικό δυναμικό του κλάδου να υπολείπεται των κοινωνικών αναγκών που απευθύνονται στον κλάδο μέσω της αγοράς,

II. ένα παρατεταμένο κύμα τεχνολογικών ή οργανωσιακών καινοτομιών βρίσκεται σε εξέλιξη, ή

III. υπάρχει μειωμένη ένταση του ανταγωνισμού, είτε εξαιτίας της συγκέντρωσης της παραγωγής σε μικρό αριθμό επιχειρήσεων, είτε εξαιτίας μονοπωλιακών προσόδων οι οποίες απορρέουν από το δικαίωμα που διατηρούν οι ηγετικές επιχειρήσεις του κλάδου να εκμεταλλεύονται κατ' αποκλειστικότητα επιστημονικές, τεχνολογικές ή οργανωσιακές καινοτομίες.

Οι τρεις παραπάνω παράγοντες επιτρέπουν την διατήρηση της κερδοφορίας στους αναπτυσσόμενους κλάδους σε επίπεδα υψηλότερα του μέσου όρου της οικονομίας για μεγάλα χρονικά διαστήματα της τάξης των δεκαετιών. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα οι επενδύσεις παγίου κεφαλαίου να είναι υψηλότερες σε αυτούς τους κλάδους (για αυτό εξάλλου εμφανίζονται ως αναπτυσσόμενοι).

Με βάση τα παραπάνω μπορούμε να διαμορφώσουμε μερικά **εμπειρικά κριτήρια** σχετικά με τις ποσοτικές ενδείξεις που μπορούμε να έχουμε όσον αφορά τον δυναμισμό ενός κλάδου (εάν δηλαδή είναι αναπτυσσόμενος, φθίνων ή στάσιμος κλάδος):

Πρώτον, η ζήτηση που απευθύνεται στον κλάδο θα πρέπει να αυξάνεται ταχύτερα από την συνολική ζήτηση της οικονομίας (σε όγκο).

Δεύτερον, η ελαστικότητα της ζήτησης για προϊόντα του κλάδου στις αλλαγές των τιμών να είναι μειωμένη.

Τρίτον, θα πρέπει η ένταση του ανταγωνισμού μεταξύ των παραγωγών στις αγορές προϊόντων να είναι μικρότερη από ό,τι κατά μέσον όρο στην οικονομία.

Τέταρτον, οι τεχνολογικές, επιστημονικές και οργανωσιακές καινοτομίες θα πρέπει να εισάγονται στον κλάδο με υψηλότερη ταχύτητα από ό,τι στο σύνολο της οικονομίας.

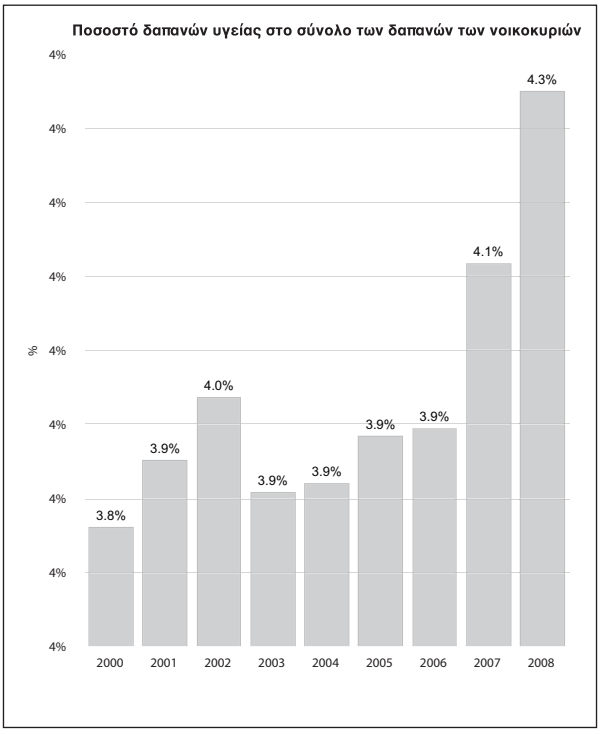
Πέμπτον, οι τιμές παραγωγής του κλάδου να αυξάνονται ταχύτερα από τον αποπληθωριστή του ΑΕΠ.

΄Εκτον, η κερδοφορία του κλάδου θα πρέπει να υπερβαίνει την μέση κερδοφορία.

Με τα κριτήρια αυτά μπορούμε να εξετάσουμε τις ποσοτικές ενδείξεις που έχουμε σχετικά με τον δυναμισμό του κλάδου παραγωγής υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα.

Καταρχήν, στην περίπτωση του κλάδου παραγωγής αγαθών και υπηρεσιών υγείας, η ζήτηση αυξάνεται ταχύτερα από τον μέσο όρο για το σύνολο της οικονομίας. Πρόκειται για γενικό φαινόμενο, το οποίο ισχύει βεβαίως και στην περίπτωση της Ελλάδας. Όπως φαίνεται στο Διάγραμμα 16, το έτος 2000, ο όγκος αγαθών και υπηρεσιών υγείας που κατανάλωσαν τα νοικοκυριά στην Ελλάδα, ανήλθε σε 4,4% του συνολικού όγκου κατανάλωσης. Το αντίστοιχο ποσοστό είχε ανέλθει, κατά το 2008, σε 6,2%.

Διάγραμμα 16

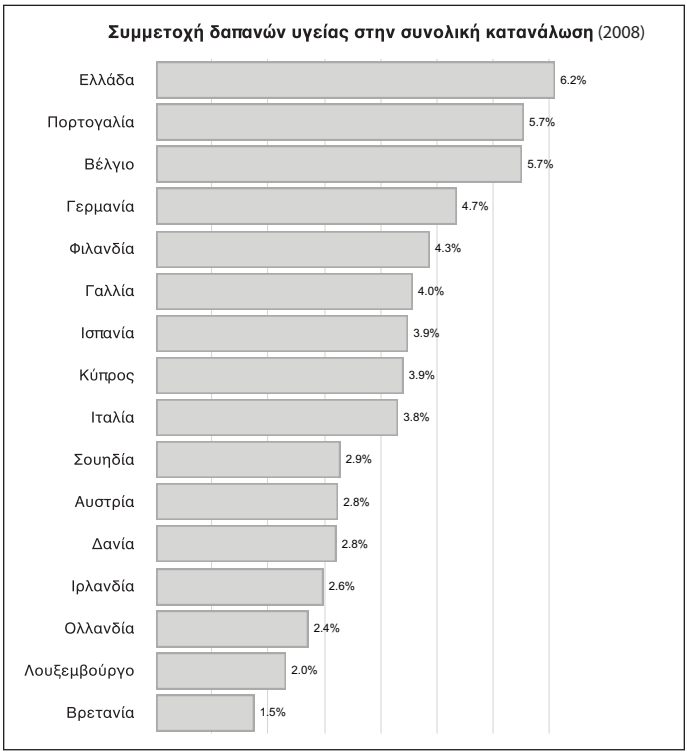


Πηγή: Εθνικοί Λογαριασμοί

Σε όλες τις χώρες του προηγμένου κόσμου, ο όγκος της κατανάλωσης αγαθών και υπηρεσιών υγείας μεγεθύνεται ταχύτερα από τον

αντίστοιχο όγκο κατανάλωσης του συνόλου των προϊόντων (αγαθών και υπηρεσιών). Με δεδομένη και την αυξανόμενη ιδιωτικοποίηση, η ζήτηση που απευθύνεται στις επιχειρήσεις του κλάδου παραγωγής αγαθών και υπηρεσιών υγείας, αυξάνεται ταχύτερα από την ζήτηση που απευθύνεται στο σύνολο της οικονομίας.

Διάγραμμα 17



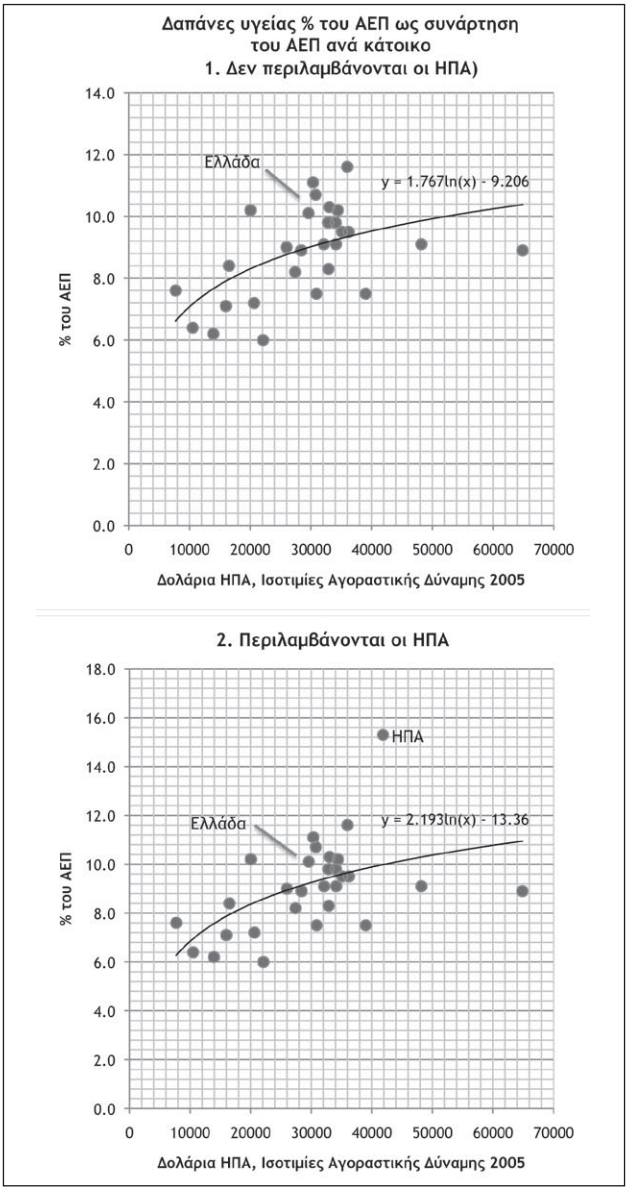
Πηγή: Eurostat

Αυτή η παρατήρηση ισχύει ιδιαίτερα για την Ελλάδα. Ο μέσος ετήσιος ρυθμός αύξησης της κατανάλωσης αγαθών και υπηρεσιών υγείας σε όγκο, κατά την οκταετία 2000-2008 ανήλθε σε 8,3% έναντι 4,4% για το σύνολο της εγχώριας κατανάλωσης. Όπως φαίνεται στο Διάγραμμα

17, αυτός ο ρυθμός μεγέθυνσης του τομέα της υγείας είναι ο υψηλότερος μεταξύ των πλέον εύπορων χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Γενικά, οι δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ αυξάνονται με το επίπεδο ανάπτυξης μιας χώρας (ως μέτρο του οποίου θεωρείται, στην ανάλυση αυτή, το ΑΕΠ ανά κάτοικο σε ισοτιμίες αγοραστικής δύναμης). Αυτό φαίνεται στο Διάγραμμα 17 (με δύο εκδοχές, εκ των οποίων η μία περιλαμβάνει τις ΗΠΑ και η άλλη δεν τις περιλαμβάνει εξαιτίας του γεγονότος ότι η χώρα αυτή φαίνεται να αποτελεί εξαίρεση στον κανόνα).

Διάγραμμα 18



Πηγή: ΟΟΣΑ

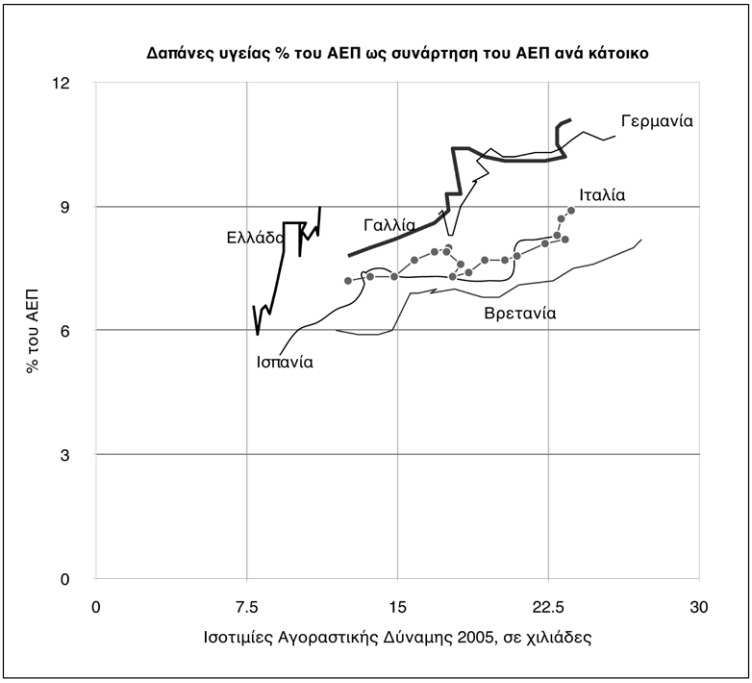
Από την στατιστική συσχέτιση που φαίνεται στο Διάγραμμα 18 προσδιορίζεται μια "γραμμή πρόβλεψης" σύμφωνα με την οποία μπορούμε να εκτιμήσουμε τις δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ τις οποίες θα αναμέναμε να παρουσιάζει μια χώρα με δεδομένο το επίπεδο ανάπτυξής της (το ΑΕΠ ανά κάτοικο). Η Ελλάδα, όπως φαίνεται στο Διάγραμμα 17 πραγματοποιεί δαπάνες υγείας (% του ΑΕΠ) που είναι υψηλότερες από αυτές που δικαιολογεί το επίπεδο της ανάπτυξής της.

Η περίοδος κατά την οποία η ελληνική οικονομία οδηγήθηκε σε αυτήν την αναντιστοιχία δαπανών υγείας και επιπέδου ανάπτυξης είχε ως σημείο εκκίνησης το έτος 1992. Αυτό προκύπτει από την ανάλυση των στοιχείων (1987-2005) των χωρών της Ευρωπαϊκής ΄Ενωσης των 15 και της Ελλάδας. Τα αποτελέσματα της εν λόγω ανάλυσης φαίνονται στο Διάγραμμα 18 (στο οποίο περιλαμβάνονται ενδεικτικά μόνον οι μεγάλες χώρες της ΕΕ για λόγους αναγνωσιμότητας του διαγράμματος). Με βάση την εν λόγω ανάλυση, θα αναμέναμε ότι με δεδομένο το σημερινό ΑΕΠ ανά κάτοικο στην Ελλάδα, οι δαπάνες υγείας θα ανέρχονταν σε 6%-8% του ΑΕΠ, δηλαδή ότι θα ήταν κατά περίπου 2 εκατοστιαίες μονάδες του ΑΕΠ μικρότερες.

Συμπερασματικά, η ζήτηση που απευθύνεται στον τομέα της υγείας αυξήθηκε ταχύτερα από την συνολική ζήτηση της οικονομίας σε όλες τις προηγμένες χώρες, πλην όμως, αυξήθηκε θεαματικά περισσότερο στην Ελλάδα. Πληρούται, επομένως, το **πρώτο κριτήριο** για να είναι ο τομέας της υγείας ένας αναπτυσσόμενος, δυναμικός, επιχειρηματικός κλάδος παραγωγής στην Ελλάδα.

Το **δεύτερο κριτήριο** που αναφέρεται στην εκρηκτική ανάπτυξη του κλάδου, είναι η μειωμένη ελαστικότητα της ζήτησης για προϊόντα του κλάδου στις αλλαγές των τιμών. Αυτό το κριτήριο επαληθεύεται σε όλες τις προηγμένες χώρες, γιατί η μειωμένη ελαστικότητα της ζήτησης στις μεταβολές των τιμών είναι σύμφυτη με την παραγωγή ιατρικών υπηρεσιών, αλλά και με την λειτουργία των ασφαλιστικών ταμείων.

Διάγραμμα 19

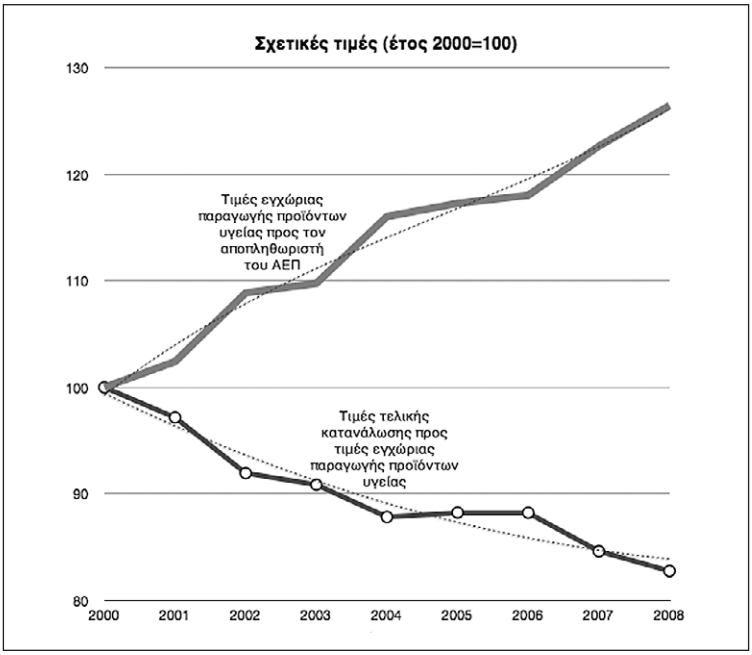


Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων ΟΟΣΑ

Σε ό,τι αφορά την παροχή υπηρεσιών υγείας χαρακτηρίζονται από την ιδιομορφία ότι η απόφαση για την κατανάλωσή τους εξαρτάται άμεσα από το ιατρικό σώμα. Οι ιατροί αναλαμβάνουν έναντι των ασθενών τους σχέση αντιπροσώπευσης (agency relationship) έτσι ώστε η ζήτηση, τελικά, δεν είναι ανεξάρτητη από την προσφορά. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα η ζήτηση για αγαθά και υπηρεσίες υγείας να ελέγχεται, σε μεγάλο βαθμό, από τους ιατρούς, τις φαρμακευτικές εταιρείες και όλους γενικά τους παραγωγούς. Είναι εύλογη η υπόθεση ότι η αλματώδης αύξηση των δαπανών υγείας στην Ελλάδα κατά την τελευταία δεκαπενταετία (για την οποία διαπιστώσαμε στο Κεφάλαιο 1 ότι ανάγεται σχεδόν αποκλειστικά σε μεταβολές των καταναλωτικών προτύπων) δεν οφείλεται μόνον στην άνοδο

του επιπέδου ανάπτυξης της χώρας και τις μεγάλες τεχνολογικές και φαρμακευτικές προόδους αλλά και στην προκαλούμενη ζήτηση (induced demand) από τους ίδιους τους παραγωγούς αγαθών και υπηρεσιών υγείας.

Διάγραμμα 20



Πηγή: Eurostat

Επιπλέον, το κόστος των αποφάσεων του ιατρού, και δευτερευόντως του ασθενούς, το επωμίζονται τα ασφαλιστικά ταμεία. Χαρακτηριστική από την άποψη αυτή είναι η θεαματική απόκλιση που παρατηρείται μεταξύ των τιμών της εγχώριας παραγωγής υπηρεσιών υγείας και των τιμών κατανάλωσης των αγαθών και υπηρεσιών υγείας. Όπως φαίνεται στο Διάγραμμα 19, οι σχετικές τιμές κατανάλωσης / εγχώριας παραγωγής είναι μια διαρκώς φθίνουσα καμπύλη. Βεβαίως, η απόκλιση αυτή μεταξύ τιμών εγχώριας

παραγωγής και τιμών τελικής κατανάλωσης ενδέχεται να οφείλεται εν μέρει στην διαφορετική σύνθεση της εγχώριας παραγωγής σε σύγκριση με την σύνθεση της τελικής κατανάλωσης, ή ακόμη, στον μικρότερο ρυθμό αύξησης των τιμών των εισαγομένων αγαθών για εγχώρια κατανάλωση (πραγματική ανατίμηση του νομίσματος κατά την υπό εξέταση περίοδο). Παρόλα αυτά, η απόκλιση των δύο μεγεθών (τιμών παραγωγής και τιμών κατανάλωσης) είναι τόσο μεγάλη, ώστε δεν μπορεί παρά να αποδοθεί, κατά ένα μεγάλο μέρος της, στην ανάληψη του κόστους από τα ασφαλιστικά ταμεία.

Ο συνδυασμός των δύο παραπάνω παραγόντων, δηλαδή της προκαλούμενης ζήτησης και της ανάληψης του κόστους των αποφάσεων από τα ασφαλιστικά ταμεία, οδηγεί σε πολύ μικρή ελαστικότητα της ζήτησης ως προς τις αλλαγές των τιμών, διότι ο ιατρός, ούτε εξάλλου και ο ασθενής, επηρεάζονται σημαντικά από τις τιμές (το κόστος). Μάλιστα, στις περιπτώσεις κατά τις οποίες το εισόδημα του ιατρού συνδέεται άμεσα με τον αριθμό των πράξεων που εκτελεί, η επίπτωση στην προκαλούμενη ζήτηση είναι ακόμη πιο έντονη (Mossialos 1998).

Πληρούται, επομένως, το **δεύτερο κριτήριο** για να είναι ο τομέας της υγείας ένας αναπτυσσόμενος, δυναμικός, κλάδος παραγωγής στην Ελλάδα.

Το **τρίτο κριτήριο** είναι η μειωμένη ένταση του ανταγωνισμού μεταξύ των παραγωγών, η οποία επιτρέπει την διαμόρφωση σημαντικών προσόδων. Οι αγορές φαρμάκων (τα οποία αποτελούν την σημαντικότερη δαπάνη της πρωτοβάθμιας φροντίδας) χαρακτηρίζονται από ολιγοπωλιακό ανταγωνισμό, τουλάχιστον για τα πρωτότυπα φάρμακα. Αυτό επιτυγχάνεται κυρίως μέσω της κατοχύρωσης της ευρεσιτεχνίας, του υψηλού κόστους της έρευνας και των πολύπλοκων διαδικασιών έγκρισης. Επίσης, η παροχή υπηρεσιών εκ μέρους των ιατρών δεν μπορεί να θεωρηθεί ως δραστηριότητα αυξημένου ανταγωνισμού εκ της φύσεως του επαγγέλματος. Σε ό,τι αφορά την παροχή υπηρεσιών υγείας από επιχειρήσεις, η είσοδος

στον κλάδο δεν είναι ευχερής, διότι απαιτούνται σχετικά υψηλές επενδύσεις παγίου κεφαλαίου. Επομένως, επαληθεύεται και το **τρίτο κριτήριο** δυναμικής ανάπτυξης του τομέα της υγείας, που είναι η μειωμένη ένταση του ανταγωνισμού.

Το **τέταρτο κριτήριο** αναφέρεται στις τεχνολογικές, επιστημονικές και οργανωσιακές καινοτομίες και στον ρυθμό με τον οποίο αυτές εισάγονται στην παραγωγική διαδικασία σε σύγκριση με τον αντίστοιχο μέσο ρυθμό στο σύνολο της οικονομίας.

Η τεχνολογία στον τομέα της υγείας αλλάζει με ταχείς ρυθμούς. Κατά τις τελευταίες δεκαετίες, η εισαγωγή εξειδικευμένης ιατρικής τεχνολογίας στην παραγωγική διαδικασία, τα νέα φάρμακα, η διάχυση της ιατρικής γνώσης και η μαζική παραγωγή γνώσεων μέσω των κλινικών ερευνών, η ανάπτυξη νέων χειρουργικών και διαγνωστικών μεθόδων, η χρήση της πληροφορικής και των νέων δυνατοτήτων που προσφέρουν οι τεχνολογίας της επικοινωνίας, συνιστούν μια τεχνολογική επανάσταση στον χώρο της υγείας. Η τεχνολογία στην υγεία έχει κατεύθυνση διεύρυνσης του τομέα διότι περισσότερο επιτρέπει την παραγωγή νέων προϊόντων και υπηρεσιών υγείας και λιγότερο καταργεί παλαιότερες μεθόδους ή θεραπείες.

Η τεχνολογική επανάσταση στον τομέα της ιατρικής έχει ως αποτέλεσμα και την διατήρηση του πρωτεύοντος ρόλου του εργατικού δυναμικού στην παραγωγή αγαθών και υπηρεσιών υγείας, τόσο αριθμητικά, με την έννοια ότι ο τομέας παραμένει ένας τομέας έντασης εργασίας, όσο και ποιοτικά, με την έννοια της υψηλότερης ειδίκευσης και της ποικιλίας των επαγγελματικών ειδικοτήτων.

Το **πέμπτο κριτήριο** ταχείας ανάπτυξης του κλάδου παραγωγής προϊόντων υγείας είναι οι τιμές παραγωγής του κλάδου να αυξάνονται ταχύτερα από τον αποπληθωριστή του ΑΕΠ.

Στα Διαγράμματα 21 και 22 φαίνεται η εξέλιξη της προστιθέμενης αξίας του κλάδου της υγείας σε τέσσερις χώρες του ευρωπαϊκού νότου με κοινά χαρακτηριστικά κοινωνικής αναπαραγωγής (Esping-

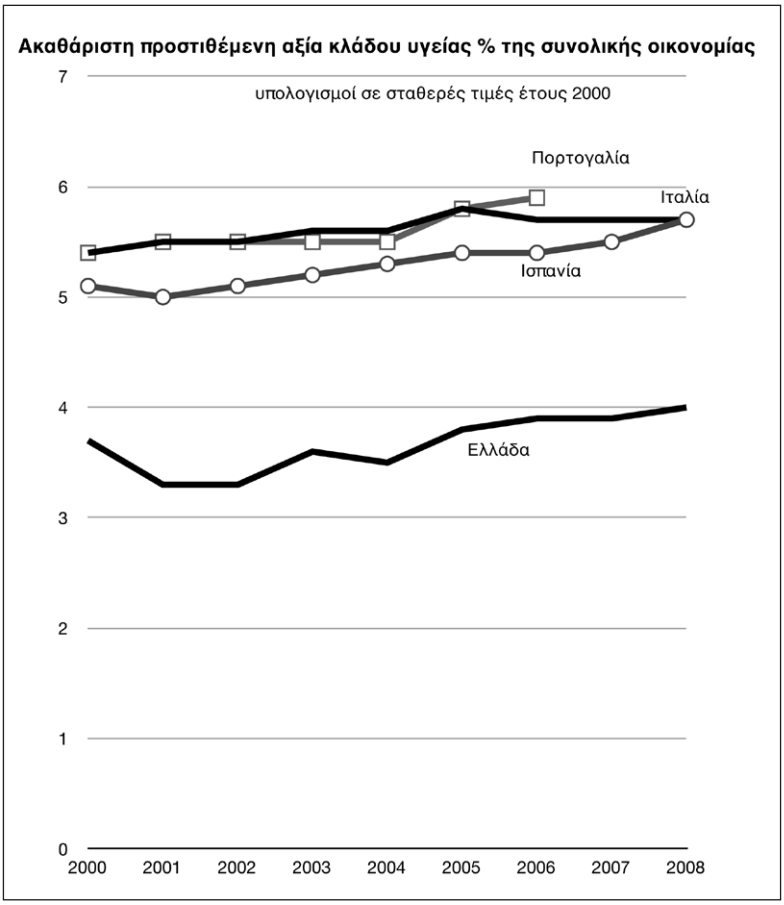
Andersen 1999, Lewis 2001), σε σταθερές και σε τρέχουσες τιμές. Όπως φαίνεται στο Διάγραμμα 20, ο κλάδος παραγωγής υπηρεσιών υγείας αναπτύχθηκε ταχύτερα από την υπόλοιπη οικονομία σε όλες τις υπό εξέταση χώρες έτσι ώστε στο τέλος της περιόδου 2000-2008 η παραγωγή υπηρεσιών υγείας είχε αυξηθεί περίπου κατά μισή εκατοστιαία μονάδα του ΑΕΠ.

Είναι αξιοσημείωτο ότι ο κλάδος στην Ελλάδα διατηρεί μικρότερο μέγεθος συγκριτικά με τις άλλες χώρες, παρά το γεγονός ότι οι δαπάνες ως ποσοστό του ΑΕΠ στην Ελλάδα είναι υψηλότερες από τις αντίστοιχες στην Ιταλία και την Ισπανία. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι ένα σημαντικό μέρος της δαπάνης καλύπτεται από εισαγωγές φαρμάκων και άλλων αγαθών που χρησιμοποιούνται από τον τομέα της υγείας.

Το Διάγραμμα 21 έχει το ίδιο περιεχόμενο με το Διάγραμμα 22 με μοναδική διαφορά ότι οι υπολογισμοί έχουν γίνει σε τρέχουσες τιμές. Όπως φαίνεται από την σύγκριση των δύο διαγραμμάτων, ενώ η προστιθέμενη αξία του τομέα της υγείας ως ποσοστό του συνόλου της οικονομίας, όταν την υπλογίζουμε σε σταθερές τιμές, αυξήθηκε στην Ελλάδα κατά περίπου μισή εκατοστιαία μονάδα, αυξήθηκε κατά περίπου μιάμιση εκατοστιαία μονάδα όταν την υπολογίζουμε σε τρέχουσες τιμές.

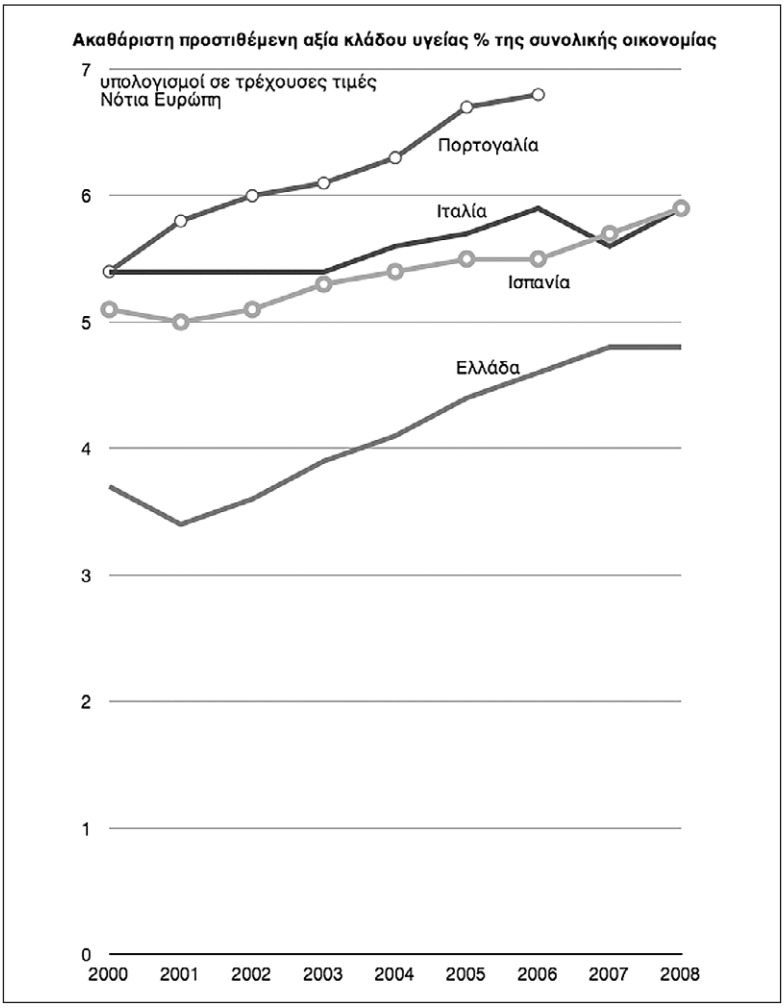
Η απόκλιση αυτή οφείλεται στο γεγονός ότι οι τιμές του τομέα παραγωγής υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα αυξήθηκαν με πολύ μεγαλύτερη ταχύτητα από όσο οι τιμές της υπόλοιπης οικονομίας. Στο διάγραμμα 22 φαίνεται ότι οι τιμές των εγχωρίως παραγομένων υπηρεσιών υγείας αυξήθηκαν κατά περίπου 65% εντός της οκταετίας 2000-2008 έναντι αύξησης περίπου 30% για τον αποπληθωριστή του ΑΕΠ. Ισχύει επομένως το **πέμπτο κριτήριο** ταχείας ανάπτυξης του κλάδου παραγωγής προϊόντων υγείας, που είναι οι τιμές παραγωγής του κλάδου να αυξάνονται ταχύτερα από τον αποπληθωριστή του ΑΕΠ.

Διάγραμμα 21



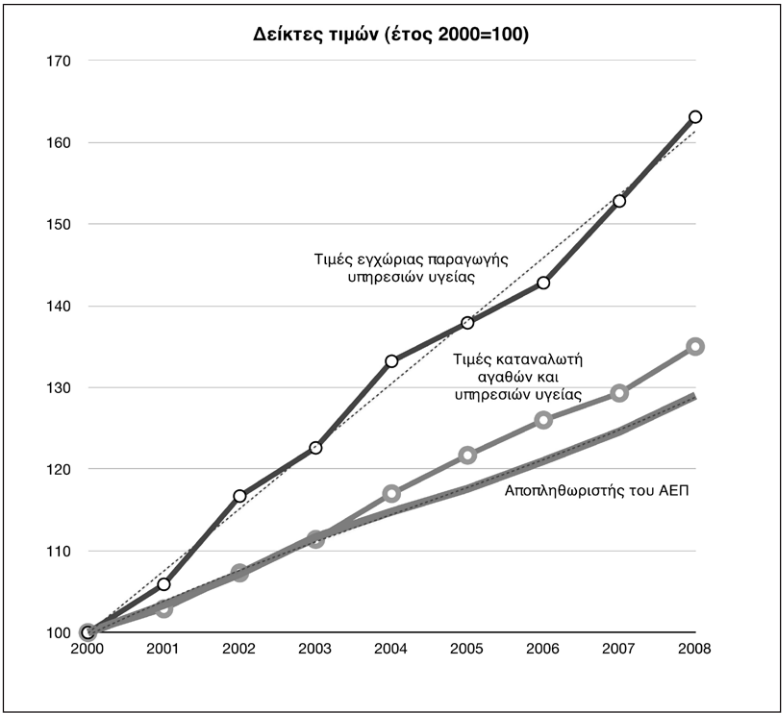
Πηγή: Eurostat

Διάγραμμα 22



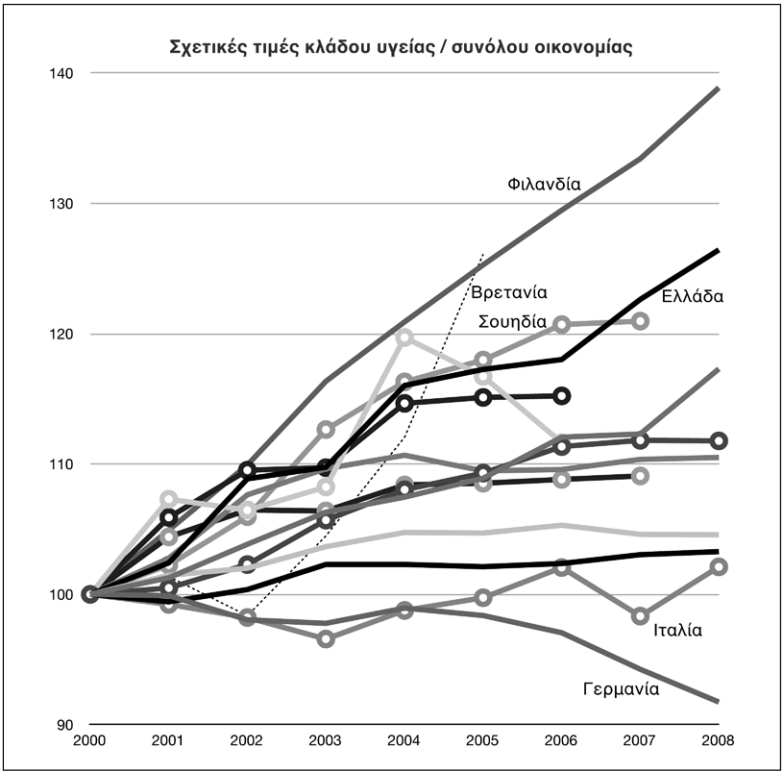
Πηγή: Eurostat

Διάγραμμα 23



Πηγή: Eurostat

Διάγραμμα 24



Πηγή: Eurostat

Στο ίδιο Διάγραμμα φαίνεται επίσης ότι οι τιμές κατανάλωσης αγαθών και υπηρεσιών αυξήθηκαν, κατά την ίδια περίοδο, περίπου 35%, δηλαδή ελαφρώς περισσότερο από τον αποπληθωριστή του ΑΕΠ. Η μεγάλη διαφορά μεταξύ τιμών εγχώριας παραγωγής και τιμών τελικής κατανάλωσης οφείλεται στην διαφορετική σύνθεση της εγχώριας παραγωγής σε σύγκριση με την σύνθεση της τελικής κατανάλωσης (που περιλαμβάνει τα εισαγόμενα αγαθά), στον μικρότερο ρυθμό αύξησης των τιμών των εισαγομένων αγαθών για εγχώρια κατανάλωση κατά την υπό εξέταση περίοδο, και βεβαίως, στην κάλυψη ενός μεγάλου μέρους του κόστους από τα ασφαλιστικά ταμεία.

Είναι, επίσης, αξιοσημείωτο ότι η θεαματικά μεγαλύτερη αύξηση των τιμών της εγχώριας παραγωγής υπηρεσιών υγείας αποτελεί ένα εν πολλοίς ελληνικό φαινόμενο. Αυτή η διαπίστωση προκύπτει από το διάγραμμα 23, στο οποίο φαίνονται οι σχετικές τιμές των υπηρεσιών υγείας έναντι του αποπληθωριστή του ΑΕΠ για δεκατρείς προηγμένες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Αποτελεί, βεβαίως, γενικό φαινόμενο στις χώρες της Ευρώπης να αυξάνονται οι τιμές παραγωγής υπηρεσιών υγείας ταχύτερα από τον αποπληθωριστή του ΑΕΠ (με εξαίρεση την Γερμανία και την Ιταλία), πλην όμως, οι αυξήσεις στην Ελλάδα ήταν από τις υψηλότερες (μεταξύ των υπό εξέταση χωρών, μόνον στην Φιλανδία οι τιμές των υπηρεσιών υγείας αυξήθηκαν ταχύτερα από όσο στην Ελλάδα).

Για την κατανόηση της δυναμικής της ανάπτυξης του κλάδου παραγωγής υπηρεσιών υγείας, έχει μεγάλη σημασία η διερεύνηση των παραγόντων που επέτρεψαν ή οδήγησαν στην υπέρμετρη αύξηση των τιμών του κλάδου.

Σύμφωνα με την δημοφιλέστερη εκδοχή αναφορικά με την ταχύτερη αύξηση των τιμών των υπηρεσιών (Baumol 1993), οι υπηρεσίες των οποίων οι τιμές αυξάνονται ταχύτερα από τον αποπληθωριστή του ΑΕΠ είναι εκείνες στις οποίες η εργασία έχει αποφασιστικό ρόλο ("the human touch is crucial") και για τον λόγο αυτό χαρακτηρίζονται από μικρές αυξήσεις της παραγωγικότητας της εργασίας. Για τις υπηρεσίες υγείας, ο Baumol ισχυρίζεται ότι είναι χαμηλής παραγωγικότητας διότι δεν επιδέχονται τυποποίηση και επειδή οι βραδείς ρυθμοί της εργασίας είναι προϋπόθεση μιας ποιότητας δύσκολα διαπραγματεύσιμης. Οι μικρότερες αυξήσεις της παραγωγικότητας της εργασίας στις υπηρεσίες υγείας αποτελούν την βάση των μεγάλων αυξήσεων των τιμών τους. Αυτό, όμως, έχει ως προϋποθέσεις, πρώτον, ότι οι ονομαστικοί μισθοί μακροχρόνια διατηρούν σταθερές αναλογίες μεταξύ κλάδων παραγωγής, και δεύτερον, ότι τα περιθώρια κέρδους τείνουν να εξισωθούν μακροπρόθεσμα σε όλες τις παραγωγικές δραστηριότητες. Με αυτά τα

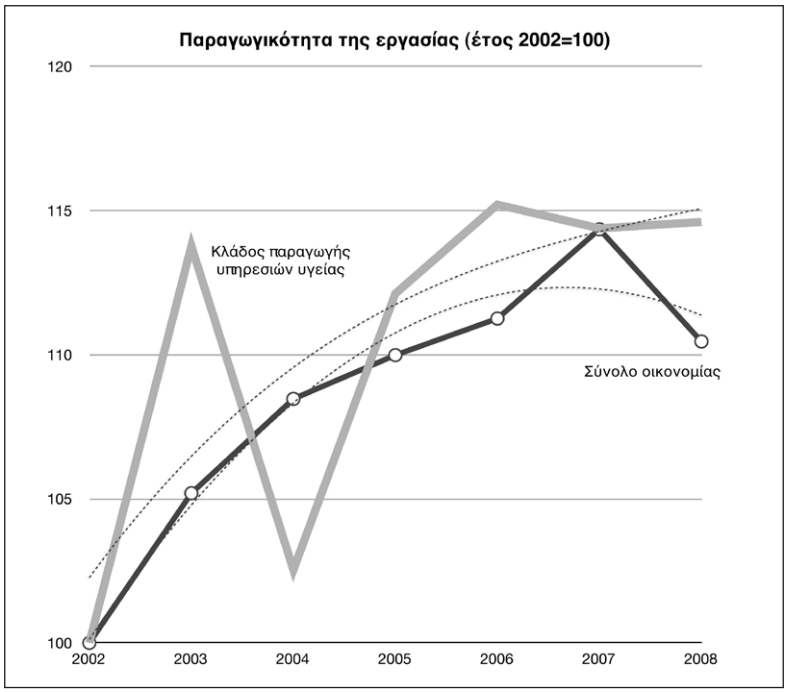
δεδομένα, απαιτούνται μεγαλύτερες αυξήσεις των τιμών στους κλάδους χαμηλότερης παραγωγικότητας ώστε να διαμορφωθεί το ίδιο περιθώριο κέρδους σε όλους τους κλάδους παραγωγής. Σύμφωνα με τον Baumol αυτό συμβαίνει γενικά, ανεξάρτητα από χώρα και εποχή, σε όλες τις καπιταλιστικές οικονομίες.

Ελέγχοντας τις υποθέσεις του Baumol για την Ελλάδα, είναι δύσκολο να τις επαληθεύσουμε:

Πρώτον, οι αυξήσεις της παραγωγικότητας της εργασίας στην παραγωγή υπηρεσιών υγείας (υπολογισμένες ως μεταβολές της καθαρής προστιθέμενης αξίας σε σταθερές τιμές ανά απασχολούμενο), κατά την οκταετία 2000-2008 δεν υστερούσαν έναντι των αυξήσεων της παραγωγικότητας στο σύνολο της ελληνικής οικονομίας. Οι σχετικοί υπολογισμοί φαίνονται στο Διάγραμμα 24.

Δεύτερον, οι ονομαστικοί μισθοί (ακριβέστερα οι ετήσιες αμοιβές που περιλαμβάνουν τις ασφαλιστικές εισφορές και κάθε είδους δαπάνη που πραγματοποιήθηκε για τους μισθωτούς) μεταξύ του κλάδου παραγωγής υπηρεσιών υγείας και συνόλου της οικονομίας συνέκλιναν διαμέσου της βραδύτερης αύξησης των αποδοχών στον κλάδο της υγείας σε σύγκριση με τις μέσες αυξήσεις.

Διάγραμμα 25

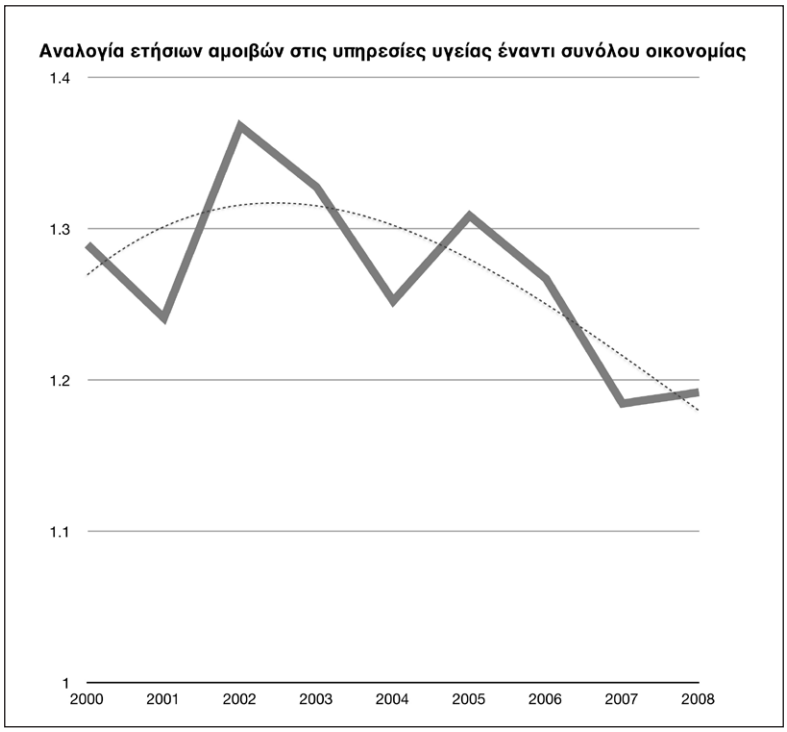


Πηγή: Eurostat

Ανεξάρτητα από τις αιτίες (που ενδέχεται να σχετίζονται με αλλαγές στην σύνθεση του εργατικού δυναμικού) το ετήσιο κόστος εργασίας στον κλάδο της υγείας ήταν το 2008 περίπου 20% υψηλότερο από τον μέσο εθνικό όρο έναντι 30% κατά το έτος 2000 (Διάγραμμα 26). Επομένως, υπήρξε τάση σύγκλισης των ονομαστικών αποδοχών μεταξύ του κλάδου παραγωγής υπηρεσιών υγείας και των υπολοίπων κλάδων της οικονομίας, κατά την αντίθετη κατεύθυνση από αυτήν που προβλέπει το θεωρητικό σχήμα του Baumol.

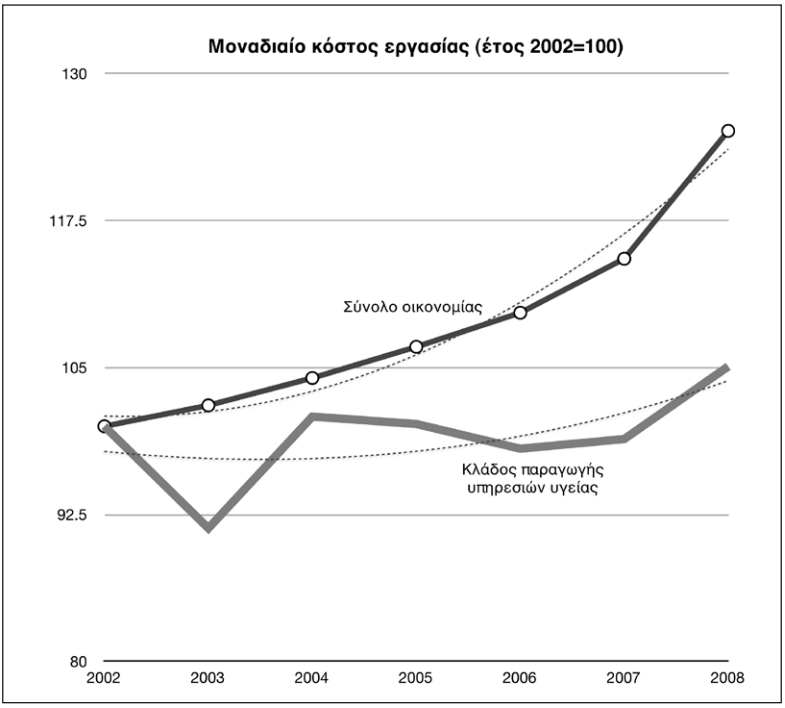
Τρίτον, ως συνέπεια των παραπάνω εξελίξεων στους μισθούς και στην παραγωγικότητα της εργασίας, το κόστος εργασίας ανά μονάδα προϊόντος αυξήθηκε λιγότερο για τις υπηρεσίες υγείας από όσο για την υπόλοιπη οικονομία (Διάγραμμα 26).

Διάγραμμα 26



Πηγή: Eurostat

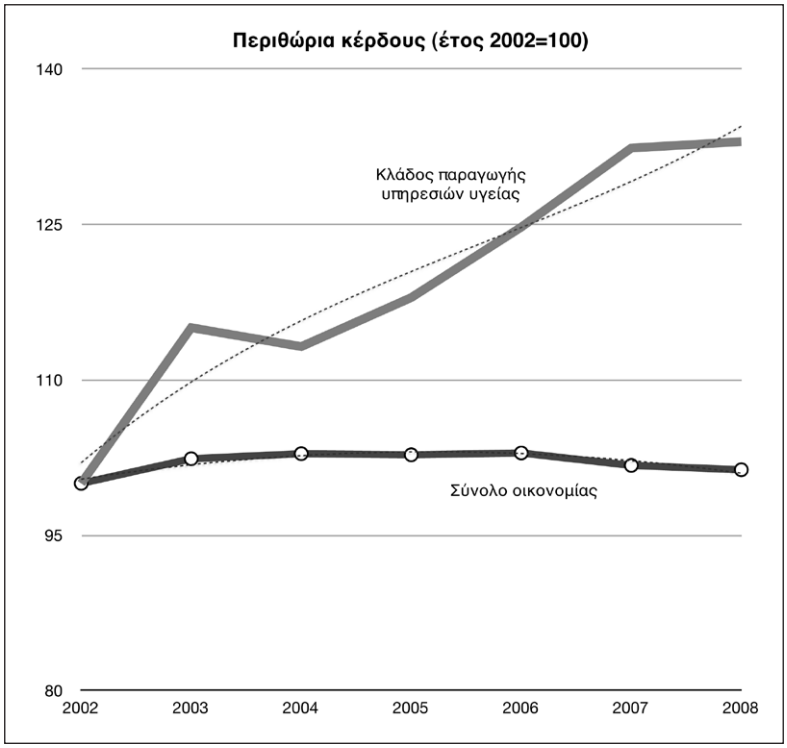
Διάγραμμα 27



Πηγή: Eurostat

Επομένως, εάν τα περιθώρια κέρδους ήταν ίσα στον κλάδο της υγείας και στους άλλους κλάδους, οι τιμές των υπηρεσιών υγείας θα αυξάνονταν με μικρότερο ρυθμό από τον αποπληθωριστή του ΑΕΠ. Αυτό, όμως, δεν συνέβη, αντιθέτως οι τιμές παραγωγής των υπηρεσιών αυξήθηκαν περισσότερο. Επομένως, τα περιθώρια κέρδους που διαμορφώθηκαν στον κλάδο παραγωγής υπηρεσιών υγείας κατά τα έτη 2000-2008 ακολούθησαν ανοδική πορεία, σε αντίθεση με τα αντίστοιχα περιθώρια που παρέμειναν σταθερά για την υπόλοιπη οικονομία (Διάγραμμα 28).

Διάγραμμα 28



Πηγή: Eurostat

Ισχύει, επομένως, και το **έκτο κριτήριο** δυναμικής ανάπτυξης του κλάδου, σύμφωνα με το οποίο η κερδοφορία του κλάδου παραγωγής υπηρεσιών υγείας θα πρέπει να υπερβαίνει την μέση κερδοφορία που διαμορφώνεται στο σύνολο της οικονομίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

4. Περίληψη και συμπεράσματα

Κατά τα τελευταία δεκαπέντε έτη, ο κλάδος παραγωγής υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα αναπτύχθηκε με ρυθμούς ταχύτερους από ό,τι οι άλλοι κλάδοι παραγωγής.

Η αύξηση της συμμετοχής του κλάδου στο σύνολο της οικονομίας είναι φαινόμενο που παρουσιάζεται σε όλες τις προηγμένες χώρες του κόσμου και συνοδεύει την γενική πορεία ανάπτυξης της χώρας. Από την άποψη αυτή, **της εγχώριας παραγωγής**, η Ελλάδα ακολούθησε πορεία συγκρίσιμη με αυτήν άλλων χωρών με παρόμοιες δομές και παρόμοιες διαδικασίες κοινωνικής αναπαραγωγής, όπως η Ιταλία, η Ισπανία και η Πορτογαλία.

Εντούτοις, από την άποψη **της κατανάλωσης**, επομένως των δαπανών υγείας, η Ελλάδα διακρίθηκε, κατά τα έτη 2000-2008, για την εξαιρετικά ταχεία αύξηση της συμμετοχής αυτών των δαπανών στο ΑΕΠ. Αποτελεί, βεβαίως, γενικό κανόνα που ισχύει για όλες τις χώρες, να αυξάνονται οι δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ καθώς αυξάνεται το διαθέσιμο εισόδημα ανά κάτοικο. Στην Ελλάδα, όμως, οι δαπάνες αυξήθηκαν περισσότερο από αυτό που δικαιολογεί αυτός ο γενικός κανόνας.

Η αύξηση των δαπανών υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ στην Ελλάδα, κατά τα έτη 2000-2008 (για τα οποία υπάρχουν επαρκή στοιχεία που επιτρέπουν την ανάλυση) μπορεί να αναλυθεί σε τέσσερις συντελεστές (Κεφάλαιο 2 της μελέτης): σε έναν **δημογραφικό συντελεστή**, που καταγράφει την επίπτωση από την γήρανση του πληθυσμού, σε έναν **συντελεστή της αγοράς εργασίας**, που καταγράφει την επίπτωση από τις μεταβολές στο ποσοστό ανεργίας και στο ποσοστό συμμετοχής του πληθυσμού στο εργατικό δυναμικό, σε έναν **συντελεστή καταναλωτικών προτύπων,** που είναι ο όγκος της κατανάλωσης προϊόντων υγείας ανά άτομο παραγωγικής ηλικίας

(ηλικίες κάτω των 65 ετών) ως ποσοστό της παραγωγικότητας της εργασίας, και σε έναν **συντελεστή τιμών**, που είναι η επίδραση των σχετικών τιμών κατανάλωσης / παραγωγής / ΑΕΠ στις δαπάνες ως ποσοστό του ΑΕΠ.

Η ανάλυση του Κεφαλαίου 2 δείχνει ότι:

- **πρώτον**, κατά τα έτη 2000-2008, ήταν εξαιρετικά περιορισμένη η επίπτωση του δημογραφικού συντελεστή (δηλαδή της αυξητικής τάσης του ποσοστού των ηλικιών άνω των 65 ετών στον πληθυσμό) στον όγκο της κατανάλωσης προϊόντων υγείας,
- **δεύτερον,** η επίπτωση των εξελίξεων στην αγορά εργασίας, δηλαδή η μείωση του ποσοστού ανεργίας και η αύξηση του ποσοστού συμμετοχής (επομένως η αύξηση της απασχόλησης ως ποσοστό του πληθυσμού εργάσιμης ηλικίας), είχαν ευνοϊκή επίπτωση στις δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ,
- **τρίτον**, το σύνολο της αλματώδους αύξησης του όγκου της κατανάλωσης αγαθών και υπηρεσιών υγείας κατά την ίδια περίοδο μπορεί να αποδοθεί στην αύξηση του συντελεστή καταναλωτικών προτύπων. Για λόγους τεχνολογικούς, πολιτισμικούς, οικονομικούς, κοινωνικούς ή άλλους, ο όγκος των προϊόντων υγείας που καταναλώνεται από τις παραγωγικές ηλικίες ανά άτομο στην Ελλάδα αυξάνεται ταχύτερα από την παραγωγικότητα της εργασίας. Η αύξησή του συντελεστή αυτού είναι εύλογο να θεωρηθεί ότι αποτελεί μέτρο των αλλαγών στις καταναλωτικές συνήθειες του πληθυσμού. Οι συνήθειες αυτές, είναι γνωστό και ευρέως αποδεκτό από την βιβλιογραφία, ότι δεν καθορίζονται αυτόνομα αλλά ετεροκαθορίζονται σε μεγάλο βαθμό εξαιτίας της ιδιόμορφης λειτουργίας των αγορών υγείας (ασύμμετρη πληροφόρηση ιατρών και ασθενών, προκαλούμενη από τους ιατρούς ζήτηση, μείωση της δαπάνης υγείας των νοικοκυριών χάρη στα ασφαλιστικά ταμεία). Η αλλαγή αυτή στα καταναλωτικά πρότυπα πήρε εκρηκτικές διαστάσεις: εντός της οκταετίας 2000-2008,

ο πληθυσμός παραγωγικής ηλικίας της Ελλάδας αύξησε κατά 80% περίπου τον όγκο των αγαθών και υπηρεσιών υγείας που καταναλώνει ετησίως.

Αυτές οι εξελίξεις εξηγούν την αύξηση του όγκου της κατανάλωσης αγαθών και υπηρεσιών υγείας. Βέβαια, το τελικό μέγεθος που ενδιαφέρει είναι η δαπάνη για αγαθά και υπηρεσίες υγείας σε τρέχουσες τιμές (ως ποσοστό του ΑΕΠ). Αυτή εξαρτάται, πρώτον, από τον όγκο της κατανάλωσης αγαθών και υπηρεσιών υγείας, και δεύτερον, από τις σχετικές τιμές κατανάλωσης αγαθών και υπηρεσιών υγείας έναντι του αποπληθωριστή του ΑΕΠ. Θα έπρεπε επομένως, να προσθέσουμε στην παραπάνω ανάλυση την επίπτωση των σχετικών τιμών. Η ανάλυση των σχετικών τιμών δείχνει ότι:

- ο **συντελεστής τιμών** είχε πολύ μεγάλη σημασία για την αύξηση των δαπανών υγείας, διότι επέτρεψε την αύξηση του όγκου της κατανάλωσης κυρίως μέσω της ανάληψης ενός μεγάλου μέρους του κόστους από τις ασφαλιστικές εταιρείες και δευτερευόντως διαμέσου της μείωσης των τιμών των εισαγομένων προϊόντων σχετικά με τις εγχώριες.

Στους παραπάνω συντελεστές αύξησης των δαπανών υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ θα πρέπει να προστεθεί ο ρόλος της σύγχρονης τεχνολογίας στον τομέα της υγείας. Κατά τις τελευταίες δεκαετίες, η εισαγωγή εξειδικευμένης ιατρικής τεχνολογίας στην παραγωγική διαδικασία, τα νέα φάρμακα, η διάχυση της ιατρικής γνώσης και η μαζική παραγωγή γνώσεων μέσω των κλινικών ερευνών, η ανάπτυξη νέων χειρουργικών και διαγνωστικών μεθόδων, η χρήση της πληροφορικής και των νέων δυνατοτήτων που προσφέρουν οι τεχνολογίας της επικοινωνίας, συνιστούν μια τεχνολογική επανάσταση στον χώρο της υγείας.

Οι αλλαγές στα καταναλωτικά πρότυπα σε ό,τι αφορά την κατανάλωση αγαθών και υπηρεσιών υγείας με την ενθάρρυνση των εταιρειών και των ιατρών, η διαμόρφωση χαμηλών τιμών κατανά-

λωσης χάρη στα ασφαλιστικά ταμεία και η τεχνολογική επανάσταση απετέλεσαν σημαντικούς κινητήρες της ανάπτυξης του τομέα της υγείας στην Ελλάδα.

Η ανάπτυξη αυτή συνοδεύτηκε από την συγκρότηση και την ταχεία μεγέθυνση ενός σημαντικού ιδιωτικού κλάδου υγείας. Το δημόσιο σύστημα πρωτοβάθμιας υγειονομικής φροντίδας έχει οδηγηθεί, μέσω της ελλιπούς χρηματοδότησης, σε ανεπάρκειες τις οποίες επιχειρεί να καλύψει ο ιδιωτικός τομέας με όρους επιχειρηματικής αποδοτικότητας. Η άνοδος των ιδιωτικών δαπανών των πολιτών που στρέφονται σε υπηρεσίες των επιχειρήσεων υγείας αποτελεί ουσιαστική προϋπόθεση για την συγκρότηση ενός κεφαλαιοκρατικού κλάδου παραγωγής υπηρεσιών υγείας. Παρά το γεγονός ότι η πλειονότητα των εισαγωγών στα νοσοκομεία αφορούν στα δημόσια νοσοκομεία και ο ιδιωτικός τομέας καλύπτει περίπου το 1/5 της «αγοράς», τα νοικοκυριά έχουν στραφεί σε μαζικές αγορές υπηρεσιών υγείας από ιδιώτες επαγγελματίες εκτός νοσοκομείου ή από ιδιωτικές επιχειρήσεις παροχής υπηρεσιών υγείας. Αυτή όμως η στροφή είναι ταξικά ανισομερής, με την έννοια ότι παρατηρείται ταξική πόλωση, με τις πιο εύπορες τάξεις στον ένα πόλο και τους λιγότερο ειδικευμένους ή ανειδίκευτους εργαζόμενους στον άλλο. Οι μεν καταβάλλουν υψηλές ιδιωτικές δαπάνες διότι έχουν την ευχέρεια με τον τρόπο αυτόν να υπερβούν ορισμένες δυσλειτουργίες του δημόσιου τομέα, ενώ οι δε είναι υποχρεωμένοι να καταβάλουν υψηλά ποσά προκειμένου να έχουν αυτά που υποτίθεται ότι θα τους προσέφερε δωρεάν το δημόσιο σύστημα υγείας σε όλους τους πολίτες. Οι μεν καταβάλλουν υψηλές ιδιωτικές δαπάνες για να επιτύχουν πρόσβαση σε καλύτερης ποιότητας υπηρεσίες υγείας, ενώ οι δε για να επιτύχουν την πρόσβαση σε υπηρεσίας υγείας τις οποίες αυτονόητα δικαιούνται όλοι οι πολίτες.

Η συγκεκριμένη πολιτική αποδιάρθρωσης του δημόσιου τομέα υγείας συνέπεσε με την ταχύρρυθμη οικονομική μεγέθυνση της ελληνικής οικονομίας μετά το 1995. Η αύξηση των εισοδημάτων

των πιο εύπορων και των μεσαίων στρωμάτων, που επήλθε ως συνέπεια αυτής της ταχύρρυθμη οικονομικής μεγέθυνσης, προκάλεσε θεαματική αύξηση της ζήτησης υπηρεσιών υγείας. Αυτές οι δύο εξελίξεις, δηλαδή η μεγάλη αύξηση της ζήτησης (ή με άλλα λόγια, της δαπάνης υγείας ανά κάτοικο), και η πολιτική αποδιάρθρωσης του δημόσιου τομέα, απετέλεσαν ένα εξαιρετικά ευνοϊκό έδαφος για την συγκρότηση ενός επιχειρηματικού κλάδου παραγωγής υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα. Ο επιχειρηματικός τομέας παροχής υπηρεσιών υγείας αναπτύσσεται κατά τα τελευταία έτη με ρυθμούς μεγέθυνσης της τάξης του 15% ετησίως. Ευνοϊκό ρόλο για την ανάπτυξη του ιδιωτικού κλάδου υγείας ανέλαβαν και η απελευθέρωση της αγοράς υπηρεσιών υγείας και η διάδοση των ιδιωτικών ασφαλιστήριων συμβολαίων ιατροφαρμακευτικής κάλυψης. Αμφότερες οι εξελίξεις ήταν το αποτέλεσμα των κεντρικών πολιτικών παρεμβάσεων των κυβερνήσεων από το 1991 μέχρι σήμερα. Ως αποτέλεσμα των παραπάνω, τα μεγάλα περιθώρια κέρδους προσέλκυσαν επιχειρηματικά κεφάλαια που επενδύθηκαν στον κλάδο δημιουργώντας έτσι τις υλικές προϋποθέσεις για την περαιτέρω υποχώρηση της υγείας ως δημόσιο αγαθό και την εδραίωση του εμπορευματικού χαρακτήρα των υπηρεσιών υγείας.

Αυτές οι οικονομικές εξελίξεις έχουν σημαντικές κοινωνικές επιπτώσεις: Καθώς αναπτύσσεται η διαδικασία της ιδιωτικοποίησης, ο αρχικός πολιτικός στόχος της δωρεάν παροχής υπηρεσιών υγείας στους πολίτες, απαξιώνεται και αντικαθίσταται από τον στόχο της συγκρότησης ενός επιχειρηματικού κλάδου παραγωγής υπηρεσιών υγείας που λειτουργεί με τους «νόμους της αγοράς», δηλαδή της κεφαλαιοκρατικής οικονομίας. Με άλλα λόγια, οι υπηρεσίες υγείας τείνουν να μετατραπούν, στον βαθμό που συνεχίζεται η διαδικασία υποχώρησης των δημοσίων δαπανών υγείας και της μεγέθυνσης των ιδιωτικών δαπανών, από δημόσιο αγαθό σε εμπόρευμα. Τα νοικοκυριά χαμηλού εισοδήματος, τα οποία αναμφίβολα αντιμετώπιζαν προβλήματα στις σχέσεις τους με τα δημόσια ταμεία και

τα νοσοκομεία εξαιτίας των γραφειοκρατικών διαδικασιών και των λειτουργικών δυσλειτουργιών, είχαν εντούτοις πρόσβαση στις παρεχόμενες υπηρεσίες χάρη στην ιδιότητα του πολίτη που δικαιούται της χρήσης των δημόσιων αγαθών. Καθώς οι υπηρεσίες υγείας μετατρέπονται σε εμπορεύματα, τα νοικοκυριά χαμηλού εισοδήματος θα αντιμετωπίσουν σοβαρές δυσκολίες που θα προστεθούν σε όσες ήδη αντιμετωπίζουν λόγω της μακροχρόνιας αναδιανομής του εισοδήματος που πραγματοποιείται σε βάρος των εισοδηματικά ασθενέστερων τάξεων.

Αυτός ο ιστορικός μετασχηματισμός της υγείας από δημόσιο αγαθό σε εμπόρευμα, συνοδεύτηκε από την υποκατάσταση της ιατρικής ηθικής ως καθοδηγητικής αρχής της παραγωγής ιατρικών υπηρεσιών από την οικονομική λογική της νεοκλασικής θεωρίας, δηλαδή από την λογική του κέρδους και της μεγιστοποίησής του. Πρόκειται για μετάβαση από το ανθρωποκεντρικό υπόδειγμα προσφοράς ιατρικών υπηρεσιών στο εμπορευματικό υπόδειγμα, για την μετατροπή της υγείας από δημόσιο αγαθό σε εμπόρευμα, του ιατρού από κοινωνικό λειτουργό σε επιχειρηματία, και του δημόσιου συστήματος υγείας σε κλάδο της καπιταλιστικής παραγωγής. Η λύση που προκρίθηκε στην Ελλάδα, προκειμένου να μην επιβαρύνουν περαιτέρω οι δαπάνες υγείας τον δημόσιο προϋπολογισμό, είναι η στροφή προς τον ιδιωτικό τομέα και η αύξηση των δαπανών των νοικοκυριών από το διαθέσιμο εισόδημά τους (out-of-pocket payments). Αυτή η υποκατάσταση, των δημόσιων δαπανών από ιδιωτικές, υπονομεύει την αρχή, δηλαδή την ηθική αξία, της ισότητας. Η ταξική πόλωση στο εσωτερικό του τομέα της υγείας παίρνει ήδη ακραίες μορφές στην Ελλάδα. Οι δίαυλοι μέσω των οποίων παραβιάζεται η αρχή της ισότητας δεν έχουν μελετηθεί εκτενώς στην Ελλάδα, αλλά διαθέτουμε σημαντικές γνώσεις σχετικά με άλλες χώρες: Η αξία της ισότητας παραβιάζεται και μέσω άλλων διαύλων που έχουν εντοπιστεί στην βιβλιογραφία: Οι Hyde, Jakub, Melchior, Van Oort & Weyers (2006), κάνοντας χρήση στοιχείων τεσσάρων προηγμένων

χωρών της Ευρώπης, διαπίστωσαν ότι γενικά υπάρχει συσχέτιση της υγείας των ατόμων με την κοινωνική και οικονομική κατάστασή τους ως ανήλικοι και ως ενήλικες. Οι Devaux, Jusot, Trannoy & Tubeuf (2007) επεξεργάστηκαν τα στοιχεία της βάσης δεδομένων SHARE για την Γαλλία και έδειξαν ότι η υγεία των ενηλίκων επηρεάζεται από το κοινωνικό περιβάλλον στο οποίο τα άτομα έζησαν ως ανήλικοι. Επηρεάζεται από την υγεία της μητέρας άμεσα και από την υγεία του πατέρα εμμέσως (διότι το επάγγελμα του πατέρα επηρεάζει το επάγγελμα των παιδιών, το οποίο σχετίζεται με την υγεία). Οι Case, Fertig & Paxson (2005) έδειξαν ότι τα άτομα που έχουν κακή υγεία ως ανήλικοι έχουν μειωμένες επιδόσεις στο εκπαιδευτικό σύστημα και κακή υγεία ως ενήλικες. Επισημαίνουν δε ότι αυτό μπορεί να αποτελεί σημαντικό κρίκο ενός μηχανισμού αναπαραγωγής των κοινωνικών ανισοτήτων από γενεά σε γενεά: Τα μέλη μιας γενεάς που ενηλικιώνονται μέσα σε φτωχότερες οικογένειες αποκτούν χειρότερη υγεία ως ανήλικοι, και έχουν για τον λόγο αυτόν αυξημένες πιθανότητες να διατηρήσουν κακή υγεία και ως ενήλικες. Σε συνδυασμό με τις χαμηλότερες επιδόσεις στο εκπαιδευτικό σύστημα, τα άτομα αυτά έχουν αυξημένη πιθανότητα να αποκτήσουν χαμηλό εισόδημα στις παραγωγικές ηλικίες 31-45 ετών, όταν κατά κανόνα δημιουργούν οικογένεια. Ξαναβρίσκουμε, έτσι, τις διαπιστώσεις στις οποίες είχε οδηγηθεί ο Gunnar Myrdal μισό αιώνα νωρίτερα για την συστημική (δηλαδή, κοινωνική και μακροοικονομική) φύση των οικονομικών της υγείας.

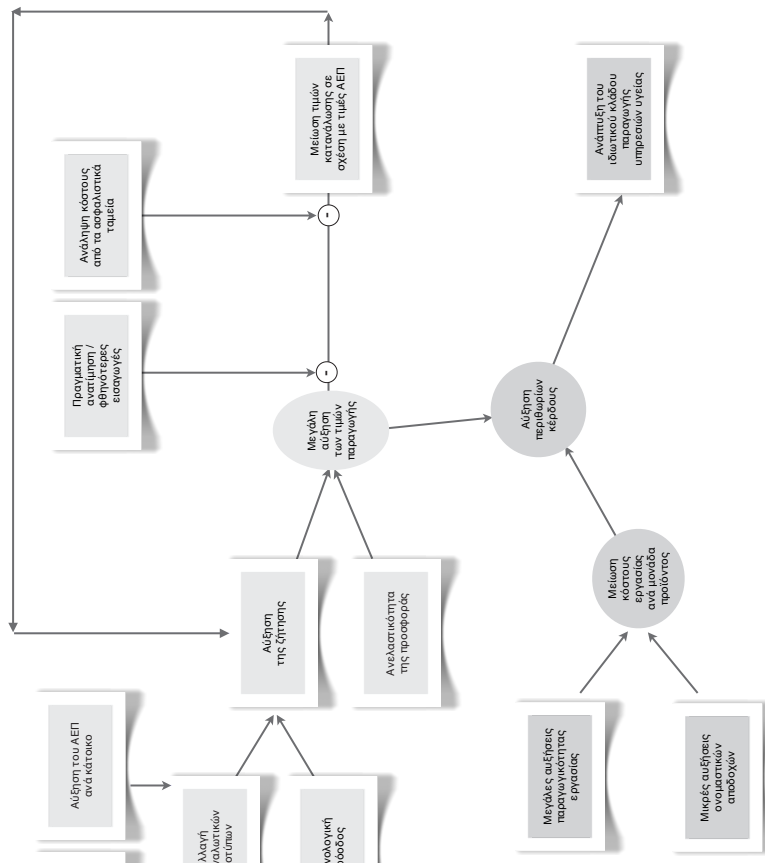
Η ανάπτυξη του ιδιωτικού τομέα παραγωγής υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα, πέραν των ευνοϊκών παραγόντων από την πλευρά της ζήτησης που προαναφέρθηκαν, και της πολιτικής που ασκήθηκε, ευνοήθηκε επίσης από παράγοντες που σχετίζονται με την πλευρά της προσφοράς. Η προσφορά υπηρεσιών υγείας, εξαιτίας των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών της είναι ανελαστική στις μεταβολές της ζήτησης. Η αλματώδης αύξηση της ζήτησης σε συνδυασμό με την ανελαστική προσφορά είχαν ως αποτέλεσμα να αυξάνονται οι τιμές

του τομέα παραγωγής υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα με πολύ μεγαλύτερη ταχύτητα από όσο οι τιμές της υπόλοιπης οικονομίας. Σε αυτό συνέβαλε και το γεγονός ότι η είσοδος νέων επιχειρήσεων στον κλάδο δεν είναι ευχερής επειδή απαιτούνται υψηλές επενδύσεις, προσωπικό υψηλής ειδίκευσης και σημαντική τεχνογνωσία. Έτσι, οι τιμές των εγχωρίως παραγομένων υπηρεσιών υγείας αυξήθηκαν κατά περίπου 65% εντός της οκταετίας 2000-2008 έναντι αύξησης περίπου 30% για τον αποπληθωριστή του ΑΕΠ. Οι τιμές κατανάλωσης αγαθών και υπηρεσιών αυξήθηκαν, κατά την ίδια περίοδο, περίπου 35%, δηλαδή ελαφρώς περισσότερο από τον αποπληθωριστή του ΑΕΠ. Η μεγάλη διαφορά μεταξύ τιμών εγχώριας παραγωγής και τιμών τελικής κατανάλωσης οφείλεται στην διαφορετική σύνθεση της εγχώριας παραγωγής σε σύγκριση με την σύνθεση της τελικής κατανάλωσης (που περιλαμβάνει τα εισαγόμενα αγαθά), στον μικρότερο ρυθμό αύξησης των τιμών των εισαγομένων αγαθών για εγχώρια κατανάλωση κατά την υπό εξέταση περίοδο, και το κυριότερο, στην κάλυψη ενός μεγάλου μέρους του κόστους από τα ασφαλιστικά ταμεία. Επομένως, οι μεν τιμές παραγωγής αυξάνονταν θεαματικά και καθιστούσαν αποδοτικές τις επενδύσεις, οι δε τιμές κατανάλωσης αυξάνονταν με χαμηλούς ρυθμούς και επέτρεπαν έτσι στην ζήτηση να μεγεθύνεται με υψηλούς ρυθμούς. Από την πλευρά του κόστους, κατά την οκταετία 2000-2008, οι μεν ονομαστικοί μισθοί (ακριβέστερα οι ετήσιες αμοιβές που περιλαμβάνουν τις ασφαλιστικές εισφορές και κάθε είδους δαπάνη που πραγματοποιήθηκε για τους μισθωτούς) του κλάδου παραγωγής υπηρεσιών υγείας αυξήθηκαν με ρυθμούς μικρότερους από τον μέσο όρο της ελληνικής οικονομίας, η δε παραγωγικότητα της εργασίας στην παραγωγή υπηρεσιών υγείας (υπολογισμένες ως μεταβολές της καθαρής προστιθέμενης αξίας σε σταθερές τιμές ανά απασχολούμενο), ήταν μεγάλες και συγκρίσιμες με τις αντίστοιχες αυξήσεις στο σύνολο της οικονομίας. Ως συνέπεια των παραπάνω μεταβολών των ονομαστικών μισθών και

της παραγωγικότητας εργασίας, το κόστος εργασίας ανά μονάδα προϊόντος αυξήθηκε με βραδείς ρυθμούς (αυξήθηκε λιγότερο για τις υπηρεσίες υγείας από όσο για την υπόλοιπη οικονομία).

Διάγραμμα 29

Παράγοντες μετάβασης από το ανθρωποκεντρικό στο ιδιωτικό σύστημα υγείας



Από τον συνδυασμό των θεαματικών αυξήσεων των τιμών παραγωγής και τις μικρές αυξήσεις του μοναδιαίου κόστους εργασίας προέκυψαν μεγάλα και αυξανόμενα περιθώρια κέρδους (ενώ κατά την ίδια περίοδο, 2000-2008, παρέμειναν σταθερά για την υπόλοιπη οικονομία).

Η αυξημένη κερδοφορία που προέκυψε έτσι, συμπυκνώνει το σύνολο των παραγόντων που επέδρασαν θετικά στην ανάπτυξη του κλάδου παραγωγής υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα και για τον λόγο αυτό θα έπρεπε να χαρακτηριστεί ως ο κινητήρας της ανάπτυξης του επιχειρηματικού κλάδου.

Επίλογος

Ο κλάδος παραγωγής υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα, βρίσκεται σε διαδικασία μετάβασης από το ανθρωποκεντρικό στο επιχειρηματικό μοντέλο, από το δημόσιο αγαθό στο εμπόρευμα, από την ιατρική ηθική ως καθοδηγητική αρχή στην επιδίωξη της παραγωγής κερδών.

Η μελέτη αυτή αναζήτησε και προσδιόρισε τις προϋποθέσεις αυτής της μετάβασης, τόσο στην πλευρά των αντικειμενικών οικονομικών συνθηκών (στην πλευρά της ζήτησης και της προσφοράς), όσο και στην πλευρά των υποκειμενικών συνθηκών, δηλαδή της ιδεολογίας.

Εντούτοις, πέραν των προϋποθέσεων αυτών, που αποτελούν αναγκαίες πλην όμως όχι ικανές συνθήκες, η κινητήρια δύναμη της μετάβασης στο επιχειρηματικό υπόδειγμα παραγωγής υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα (όπως και στις υπόλοιπες αναπτυγμένες χώρες του κόσμου), ήταν η γενική πολιτική κατεύθυνση που επικράτησε κατά τις τελευταίες δεκαετίες και η οποία συμπυκνώνεται στο όνομα του νεοφιλελευθερισμού. Η πολιτική βούληση να αναπτυχθεί ο ιδιωτικός τομέας της οικονομίας και να αναγορευθούν οι αγορές σε υπέρτατο κριτή της ορθολογικής χρήσης των διαθέσιμων πόρων, δηλαδή η πολιτική των ιδιωτικοποιήσεων και της γενικευμένης εμπορευματοποίησης της ανθρώπινης δραστηριότητας, απετέλεσαν την κινητήρια δύναμη για μια συνολικότερη συρρίκνωση της παραγωγής δημόσιων αγαθών, και μεταξύ άλλων και των υπηρεσιών υγείας.

Η μετάβαση των υπηρεσιών υγείας από το δημόσιο αγαθό στο εμπόρευμα συνοδεύεται από κατακόρυφη αύξηση των κοινωνικών ανισοτήτων στα θέματα της υγείας, απαιτεί ριζικές αλλαγές στην ιατρική ηθική σε μια κατεύθυνση ανατροπής της ανθρωποκεντρικής αντίληψης του ιατρικού επαγγέλματος, και αναιρεί το δικαίωμα

του πολίτη να έχει πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας ως δημόσιο αγαθό.

Ως εκ τούτου, η μετάβαση των υπηρεσιών υγείας από το δημόσιο αγαθό στο εμπόρευμα, από την οπτική γωνία που αναλύθηκε στην μελέτη αυτή, αποτελεί σοβαρό στοιχείο εκβαρβαρισμού της κοινωνικής ζωής.

Βιβλιογραφία

Aglietta M. (1976), *Régulation et crises du capitalisme*, Calmann-Lévy.

Arestis P. (1992), *The Post-Keynesian Approach to Economics*, Edward Elgar.

Arrow H.K. (1963), «Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care», *The American Economic Review,* 53(5): 941-973.

Baker & Mc Kenzie (1999), *Survey of the Effective Tax Burden in the European Union*, Report commissioned by the Ministry of Finance in the Netherlands, Amsterdam, January 1999.

Barros P.P. (1998), «The black box of health care expenditure growth determinants», *Health Economics* 7(6): 533-544.

Baumol W.J. (1967), «Macroeconomics of unbalanced growth: the anatomy of urban crisis», *American Economic Review,* 57(3): 415-426.

Baumol W.J. (1993), «Health care, education and the cost disease: a looming crisis for public choice», *Public Choice* 77(1): 17-28.

Becker G.S. (1967), «Human Capital and the Personal Distribution of Income: An Analytical Approach», University of Michigan, Ann Arbor, MI.

Blomqvist A.G., Carter R.A.L. (1997), «Is health care really a luxury?», *Journal of Health Economics*, 16(2): 207-229.

Botwinick H. (1993), *Persistent Inequalities. Wage Disparity Under Capitalist Competition.* New Jersey: Princeton University Press.

Carrion-i-Silvestre J.L. (2005), «Health care expenditure and GDP: are they broken stationary?», *Journal of Health Economics* 24(5): 839-854.

Case A., Fertig A., Paxson C. (2005), «The lasting impact of childhood health and circumstance», *Journal of Health Economics* 24: 365-389.

Cullis J.G., West P.A. (1979), *The Economics of Health: An Introduction*, Martin Robertson, Oxford.

Culyer A.J. (1988), «Health expenditures in Canada: myth and reality; past and future», *Canadian Tax Paper* no 82, (Canadian Tax Foundation, Toronto).

Culyer A.J. (1990), «Cost containment in Europe», περιλαμβάνεται στο *Health Care Systems in Transition,* OECD.

Dormont B., Grignon M. & Huber H. (2006), «Health expenditure growth: reassessing the threat of ageing», *Health Economics* 15: 947-963.

Duménil G. and Lévy D. (1993) *The Economics of the Profit Rate*, Cheltenham UK, Brookfield US: Edward Elgar.

Duménil G. and Lévy D. (1999a), «Profit rates: Gravitation and Trends», Paris: Cepremap, Modem.

Duménil G. and Lévy D. (1999b), «The field of capital mobility and the gravitation of profit rates (USA 1948-1997)», Paris: Cepremap, Modem.

Esping-Andersen G. (1999), *Social Foundations of Postindustrial Economies,* Oxford: Oxford University Press.

Foucault M. (1979), *Naissance de la biopolitique*, Paris, Flammarion.

Gerdtham U.G. (1992), «Pooling international health care expenditure data», *Health Economics* 1(3): 217-231.

Gerdtham U.-G., Jonsson B. (1991a), «Price and quantity in international comparisons of health care expenditure», *Applied Economics* 23(9): 1519-1528.

Gerdtham U.-G., Jonsson B. (1991b), «Conversion factor instability in international comparisons of health care expenditure», *Journal of Health Economics* 10(2): 227-234.

Gerdtham U.-G., Jonsson B. (2000), «International comparisons of health expenditure: theory, data and econometric analysis», περιέχεται στο Culyer A.J., Gittleman M. and Wolff E.N. (1993), «International Comparisons of Inter-industry Wage Differentials», *Review of Income and Wealth*, Series 39, Number 3, 295-312.

Gerdtham U.G., Lothgren M. (2000), «On stationarity and cointegration of international health expenditure and GDP», *Journal of Health Economics* 19(4): 461-475.

Gerdtham U.G., Soogard J., Andersson F., Jonsson B. (1992), «Econometric analysis of health care expenditure: a cross-section study of the OECD countries», *Journal of Health Economics* 11(1): 63-84.

Getzen T.E., Poullier J.-P. (1991), «An income-weighted international average for comparative analysis of health expenditures», *International Journal of Health Planning and Management* 6(1): 3-22.

Grossman M. (1972), «On the Concept of Health Capital and the Demand for Health», *Journal of Political Economy,* 80: 223-255.

Grossman M. (2000), «The Human Capital Model», *Handbook of Health Economics,* Vol. 1A, A. Culyer and J. Newhouse, eds. (Amsterdam: Elsevier).

Hansen P., King A. (1996), «The determinants of health care expenditure: a cointegration approach», *Journal of Health Economics* 15(1): 127-137.

Hansen P., King A. (1998), «Health care expenditure and GDP: panel data unit root test results - comment», *Journal of Health Economics* 17(3): 377-381.

Hartwig J. (2008), «What drives health care expenditure? – Baumol's model of 'unbalanced growth' revisited», *Journal of Health Economics* 27: 603-623.

Herrera J. (1990), *La Diffirentiation des Taux de Profit dans la Concurrence*, Thθse de Doctorat, Universitι de Paris X-Nanterre.

Hitiris T. (1999), «Health Care Expenditure and Cost Containment in the G7 Countries», *Discussion Papers in Economics* No.1999/15, The University of York, Department of Economics and Related Studies.

Hitiris T., Posnett J. (1992), «The determinants and effects of health expenditure in developed countries», *Journal of Health Economics* 11(2): 173-181.

Hyde M., Jakub H., Melchior M., Van Oort F., Weyers S. (2006), «Comparison of the effects of low childhood socioeconomic position and low adulthood socioeconomic position on self rated health in four European studies», *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60: 882-886.

Jean S. and Nicoletti G. (2001), «Product Market Regulation and Wage Premia in Europe and North America: An Empirical Investigation", *OECD Economics Department,* Working Paper No. 318 (ECO/WKP(2002)4).

Jewell T., Lee J., Tieslau M., Strazicich M.C. (2003), «Stationarity of health expenditures and GDP: evidence from panel unit root tests with heterogeneous structural breaks», *Journal of Health Economics* 22(2): 313-323.

Jones C.I. (2002), «Why have health expenditures as a share of GDP risen so much?», National Bureau of Economic Research, Working Paper 9325, http://www.nber.org/papers/w9325.

Kahn L.M. (1998), «Collective Bargaining and the Interindustry Wage Structure: International Evidence», *Economica,* Vol. 65, 507-534.

Kahneman D. (2003), «Maps of Bounded Rationality», *The American Economic Review*, 93(5), 1449-1475.

Kahneman D. (1994), «New Challenges to the Rationality Assumption», *Journal of Institutional and Theoretical Economics,* 150(1), 18-44.

Keynes J.M. (1937), «The General Theory of Employment», *The Quarterly Journal of Economics*, February.

Kleiman E. (1974), «The determinants of national outlays on health», περιέχεται στο Perlman M. (Ed.), *The Economics of Health and Medical Care,* Macmillan.

Lavoie M. (1992), *Foundations of Post-Keynesian Economic Analysis,* Edward Elgar.

Liaropoulos L., Siskou O., Kaitelidou D., Theodorou M., Katostaras T. (2008), «Informal payments in public hospitals in Greece», *Health Policy* 87(1): 72-81.

Lewis J. (2001), «The decline of the male breadwinner model: implications for work and care», *Social Politics,* 8(2), 152-169.

Leu R.E. (1986), «The public-private mix and international health care costs», περιέχεται στο Culyer, A.J., Jonsson, B. (Eds.), *Public and Private Health Services,* 1986, Blackwell.

Lipietz A. (1979), *Crise et Inflation*, Paris: Maspero.

Manning W.J., Newhouse J.P., Duan N., Keeler E.B., Leibowitz A. (1987), «Health insurance and the demand for medical care: evidence from a randomised experiment», *American Economic Review* 77(3): 251-*277.*

Martins P.S. (2007), «Rent sharing and wages», *Reflets et perspectives de la vie economique,* 2007/2-3, Tome XLVI, 23-31.

Marx K. (1867). *Capital*, Vol. 1, London: Penguin Books, 1976.

McCoskey S.K., Selden T.M. (1998), «Health care expenditures and GDP: panel data unit root test results», *Journal of Health Economics* 17(3): 369-376.

Milne R., Molana H. (1991), «On the effect of income and relative price on the demand for health care: EC evidence», *Applied Economics* 23(7): 1221-1226.

Mossialos E., Allin S., Davaki K. (2005), «Analyzing the Greek health system: A tale of fragmentation and inertia», *Health Economics*, 14: 151-168.

Murthy N.R.V., Ukpolo V. (1994), «Aggregate health care expenditure in the United States: evidence from cointegration tests», *Applied Economics* 26(8): 797-802.

Myrdal G. (1952), «Les aspects économiques de la santé», Revue économique, Vol.3, No6, p.785-804.

Newhouse J.P. (1977), «Medical-care expenditure: a cross-national survey», *Journal of Human Resources* 12(1): 115-125.

Newhouse J.P. (1987), «Cross-national differences in health spending: what do they mean?», *Journal of Health Economics* 6(2): 159-162.

Newhouse J.P. (2001), «Medical care price indices: problems and opportunities», *Academia Economic Papers* 29(1): 1-65.

Nicodeme G. (2001), «Computing effective corporate tax rates: comparisons and results», Economic Paper 153 Ιούνιος, Directorate General for Economic and Financial Affairs, ECFIN E2/358/01.

Okunade A., Murthy R. (2002), «Technology as a «major driver» of health-care costs: a cointegration analysis of the Newhouse conjecture», *Journal of Health Economics*, 21(1): 147-159.

OECD (2006), «Projecting OECD Health and Long-Term Care Expenditures: What are the main drivers?», Economics Department Working Papers No. 477.

OECD (2007), *Health at a Glance 2007: OECD Indicators.*

Pardes H., Manton K.G., Lander E.S., Tolley H.D., Ullian A.D., Palmer H. (1999), «Effects of Medical Research on Health Care and the Economy», Science 283(5398): 36-37.

Parkin D., McGuire A., Yule, B. (1987), «Aggregate health care expenditures and national income: is health care a luxury good?», *Journal of Health Economics* 6(2): 109-127.

Roberts J. (1999), «Sensitivity of elasticity estimates for OECD health care spending: analysis of a dynamic heterogeneous data field», *Health Economics* 8(5): 459-472.

Robolis S. (1981), Santé et Développement. Une approche critique sur la théorie du capital-humain pour la santé, Thèse d' État, Université de Paris IX-Dauphine, Paris.

Semmler W. (1984), *Competition, Monopoly, and Differential Wage Rates,* New York, Columbia University Press.

Singer B.H. & Manton K.G. (1998). «The effects of health changes on projections of health service needs for the elderly population of the United States», *Proceedings of the National Academy of Science USA,* Vol. 95, pp. 15618-15622, December 1998.

Σίσκου Ο., Καϊτελίδου Δ., Θεοδώρου Μ., Λιαρόπουλος Λ. (2005), «Η δαπάνη υγείας στην Ελλάδα: το ελληνικό παράδοξο», Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Αθηνών.

Sen A.K. (1977) «Rational Fools: A Critique of the Behavioral Foundations of Economic Theory», *Philosophy and Public Affairs*, 6, No. 4 (Summer), 317-344.

Siskou O., Kaitelidou D., Papakonstantinou V., Liaropoulos L. (2008), «Private health expenditure in the Greek health care system: Where truth ends and the myth begins», *Health Policy* 88(2-3): 282-293.

Siskou O., Kaitelidou D., Economou C., Kostagiolas P., Liaropoulos L. (2009), Private expenditure and the role of private health insurance in Greece: status quo and future trends, The European Journal of Health Economics Vol. 10, No. 4.

ISBN: 978-960-7402-47-9

Copyright ΙΝΕ/ΓΣΕΕ-ΑΔΕΔΥ

Ιουλιανού 24, 104 34 Αθήνα
Τηλ.:210 82 02 247, 210 82 02 239

Σελιδοποίηση - Εκτύπωση:
ΚΑΜΠΥΛΗ ADV.
Αντιγόνης 60 & Λένορμαν
Τηλ.: 210 5156820, Fax: 210 5156811
e-mail:info@kambili.gr