

ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΒΟΥΛΓΑΡΗΣ

71

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΠΟΚΤΗΣΗ  
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟΥ ΔΙΠΛΩΜΑΤΟΣ ΕΙΔΙΚΕΥΣΗΣ

Η ΑΣΥΜΜΕΤΡΗ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗ &  
ΤΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ  
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ»  
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ - ΤΕΙ ΠΕΙΡΑΙΑ



00153802

ΠΕΙΡΑΙΑΣ 2006

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ	
ΑΡ. ΕΙΣ.	53802 + cd
COMP.	35964
ΤΑΞΗ	338.4'33621 Βογ
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΚΛΑΔΟ	ΥΓΕΙΑΣ

ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΒΟΥΛΓΑΡΗΣ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΠΟΚΤΗΣΗ  
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟΥ ΔΙΠΛΩΜΑΤΟΣ ΕΙΔΙΚΕΥΣΗΣ

Η ΑΣΥΜΜΕΤΡΗ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗ &  
ΤΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Επόπτης:

ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ ΚΑΡΑΓΙΑΝΝΗΣ

Αν. Καθηγητής Τμήματος Οικονομικών Επιστημών -  
Παν/μιο Πειραιώς

Μέλη:

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ»

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ - ΤΕΙ ΠΕΙΡΑΙΑ

ΠΕΙΡΑΙΑΣ 2006

GEORGIOS VOULGARIS

Graduate Thesis Submitted for the Degree  
"Master in Health Management"  
University of Piraeus, Greece

ASYMMETRIC INFORMATION AND HEALTH ECONOMICS

Supervisor: Associate Professor ANASTASIOS  
KARAYIANNIS

Department of Economics - University of Piraeus

PIRAEUS 2006

## ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένεια μου που με στήριξε τόσο κατά τη διάρκεια του μεταπτυχιακού όσο και κατά τη διάρκεια της συγγραφής της διπλωματικής εργασίας. Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα καθηγητή Αναστάσιο Καραγιάννη για την στήριξη και συνεισφορά του στη συγγραφή της εργασίας.

**Γιώργος Βούλαρης**

**Αθήνα, 28/09/2006**

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

## Περίληψη

Η υγεία αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες ευημερίας του σύγχρονου ανθρώπου ενώ ταυτόχρονα, οι υπηρεσίες υγείας αποτελούν ένα από τα σημαντικότερα κεκτημένα κάθε σύγχρονης και οργανωμένης κοινωνίας. Από την άλλη, το κόστος του συνόλου της κοινωνίας για υπηρεσίες υγείας είτε αυτές είναι δημόσιες είτε ιδιωτικές είναι σημαντικό και διαρκώς αυξανόμενο.

Εδώ εισέρχεται ο ρόλος της οικονομικής επιστήμης που έχει ως βασικό σκοπό την εξέταση του αν οι παραγωγικοί συντελεστές μιας οικονομίας διατίθενται στις πιο αποτελεσματικές τους χρήσεις. Με άλλα λόγια, η οικονομική επιστήμη καλείται να εξετάσει αν οι πόροι που διατίθενται από μια σύγχρονη οικονομία για υπηρεσίες υγείας είναι ικανοποιητική και αν διατίθενται στις πλέον σωστές χρήσεις. Επιπλέον, σε περίπτωση που η ανάλυση οδηγήσει στην διαπίστωση προβλημάτων τότε μπορεί να προτείνει λύσεις. Παρακάτω θα χρησιμοποιήσουμε τα αναλυτικά εργαλεία της οικονομικής επιστήμης για να διαπιστώσουμε ποια προβλήματα προκαλεί η ύπαρξη ασύμμετρης πληροφόρησης στα οικονομικά της υγείας. Τέλος θα προτείνουμε κάποιες πιθανές μεθόδους αντιμετώπισης των συγκεκριμένων προβλημάτων.

## ABSTRACT

Health is one of the basic factors that influence the welfare of nowadays peoples and at the same time medical care is one of the basic ingredients of each society – state. But there is a drawback, the cost for medical care – public or private – is very high and it increases continuously.

The basic aim of economic science is to examine if the productive factors of a society are well spent in the various alternatives. In the case of health economics now, economic science examines if the factors – funds of the society – are well spent and if they produce satisfactory health services. In case these are not satisfactory or they are too expensive – they require a lot of funds – economic science can suggest ways so as to overcome these difficulties. In our case we will use the basic tools of the economic science so as to examine the effects of asymmetric information on health economics and medical care. Then we will suggest some ways so as to overcome these problems.

## Πίνακας Περιεχομένων

Εισαγωγή .....	10
1. Τα Οικονομικά της Υγείας .....	11
1.1 Ορισμός της Οικονομικής Επιστήμης .....	12
1.1.1 Η Έννοια του Υπόδειγματος .....	13
1.1.2 Οι καμπύλες προσφοράς και ζήτησης .....	14
1.1.3 Ο θεσμικός ρόλος της αγοράς στο υπόδειγμα Προσφοράς – Ζήτησης .....	17
1.1.4 Πληροφόρηση και Ισορροπία στην Αγορά .....	18
1.2 Η έννοια των οικονομικών της υγείας .....	20
1.2.2 Τα συστατικά μέρη της δομής των οικονομικών της υγείας .....	21
1.3 Η σημασία των οικονομικών της υγείας .....	31
2 Η Ασύμμετρη Πληροφόρηση και τα Οικονομικά της Υγείας .....	36
2.1 Η έννοια της ασύμμετρης πληροφόρησης .....	37
2.1.1 Ο κίνδυνος κατάρρευσης της αγοράς εξαιτίας της ασύμμετρης πληροφόρησης .....	39
2.2 Η έννοια της αντίθετης επιλογής .....	42
2.3 Η έννοια του ηθικού κινδύνου .....	44
2.3.1 Η έννοια του ηθικού κινδύνου στη σχέση γιατρού - ασθενή .....	47
3 Η Σύνδεση της Ασύμμετρης Πληροφόρησης και των Οικονομικών της Υγείας .....	48
3.1 Η εμφάνιση της ασύμμετρης πληροφόρησης στον χώρο των οικονομικών της υγείας .....	49
3.1.1 Η ασφαλιστική αγορά και το πρόβλημα της αντίθετης επιλογής .....	49
3.1.2 Η ασφαλιστική αγορά και το πρόβλημα του ηθικού κινδύνου .....	51
3.1.3 Η σχέση ασθενή – γιατρού και η ασύμμετρη πληροφόρηση .....	53
3.2 Οι τρόποι αντιμετώπισης της ασύμμετρης πληροφόρησης στα οικονομικά της υγείας .....	56
3.2.2 Τρόποι αντιμετώπισης του προβλήματος του ηθικού κινδύνου .....	59
3.2.3 Τρόποι αντιμετώπισης του προβλήματος της σχέσης ασθενή – γιατρού .....	60
Συμπεράσματα .....	62
Βιβλιογραφία .....	63





## Λίστα με σχήματα και Πίνακες

Σχήμα 1: Η ισορροπία προσφοράς - ζήτησης.....	16
Σχήμα 2: Η δομή των οικονομικών της υγείας.....	20
Σχήμα 3: Ισορροπία στην αναποτελεσματική αγορά υπηρεσιών υγείας .....	29
Σχήμα 4: Ισορροπία στην αποτελεσματική αγορά εργασίας.....	30
Πίνακας 1: Συνολικές Δαπάνες Υγείας ως ποσοστό (%) του ΑΕΠ.....	32
Σχήμα 5: Οι Συνολικές Δαπάνες Υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ για 9 χώρες.....	33
Σχήμα 6: Ετήσιος ρυθμός αύξησης της συνολικής κατά κεφαλή δαπάνης για υπηρεσίες υγείας για 9 χώρες.....	34
Πίνακας 2: Αριθμός γιατρών ανά 1000 άτομα πληθυσμού.....	55
Σχήμα 7: Αριθμός γιατρών ανά 1000 άτομα πληθυσμού για τις 9 χώρες.....	56

## Εισαγωγή

Η υγεία αποτελεί ένα από τους σημαντικότερους παράγοντες ευημερίας του σύγχρονου ανθρώπου. Ταυτόχρονα, οι υπηρεσίες υγείας αποτελούν ένα από τα σημαντικότερα κεκτημένα κάθε σύγχρονης και οργανωμένης κοινωνίας. Από την άλλη, το κόστος του συνόλου της κοινωνίας για υπηρεσίες υγείας είτε αυτές είναι δημόσιες είτε ιδιωτικές είναι σημαντικό και διαρκώς αυξανόμενο.

Εδώ εισέρχεται ο ρόλος της οικονομικής επιστήμης που έχει ως βασικό σκοπό την εξέταση του αν οι παραγωγικοί συντελεστές μιας οικονομίας διατίθενται στις πιο αποτελεσματικές τους χρήσεις. Με άλλα λόγια, η οικονομική επιστήμη καλείται να εξετάσει αν οι πόροι που διατίθενται από μια σύγχρονη οικονομία για υπηρεσίες υγείας είναι ικανοποιητική και αν διατίθενται στις πλέον σωστές χρήσεις. Επιπλέον, σε περίπτωση που η ανάλυση οδηγήσει στην διαπίστωση προβλημάτων τότε μπορεί να προτείνει λύσεις. Παρακάτω θα χρησιμοποιήσουμε τα αναλυτικά εργαλεία της οικονομικής επιστήμης για να διαπιστώσουμε ποια προβλήματα προκαλεί η ύπαρξη ασύμμετρης πληροφόρησης μεταξύ αυτών που συμμετέχουν στο οικονομικό σύστημα και ποιες πιθανές μέθοδοι αντιμετώπισης των προβλημάτων υπάρχουν.

Ποιο συγκεκριμένα τώρα, στο πρώτο κεφάλαιο θα παρουσιάσουμε την έννοια της οικονομικής ανάλυσης και το βασικό ανταγωνιστικό υπόδειγμα. Επίσης θα παρουσιαστεί συνοπτικά η έννοια της αναποτελεσματικότητας της αγοράς. Στην συνέχεια θα παρουσιαστεί η έννοια των οικονομικών της υγείας, θα τονιστεί η σημασία τους ενώ θα γίνει και η διάκριση των βασικών μερών τους.

Το δεύτερο κεφάλαιο ασχολείται με την παρουσίαση της έννοιας της ασύμμετρης πληροφόρησης. Δίνεται τόσο ένας σύντομος ορισμός της ασύμμετρης πληροφόρησης ενώ παρουσιάζονται συνοπτικά τα υποδείγματα της αντίθετης επιλογής και του ηθικού κινδύνου. Τέλος σημειώνεται και το πρόβλημα της σχέσης ασθενούς – γιατρού.

Στο τρίτο κεφάλαιο παρουσιάζεται η εμπειρική έρευνα για κάθε μορφή ασύμμετρης πληροφόρησης στα οικονομικά της υγείας ενώ τέλος δίνονται κάποιοι ενδεικτικοί τρόποι αντιμετώπισης των προβλημάτων.

## 1.1 Ορισμός 1. Τα Οικονομικά της Υγείας

Ημερομηνία: 10/10/2023

Το Πανεπιστήμιο Πειραιώς

Το Πανεπιστήμιο Πειραιώς

Το Πανεπιστήμιο Πειραιώς

Το Πανεπιστήμιο Πειραιώς

Το Πανεπιστήμιο Πειραιώς

## 1.1 Ορισμός της Οικονομικής Επιστήμης

Πριν από τη συνοπτική παρουσίαση της έννοιας των οικονομικών της υγείας κρίνεται σκόπιμο να δοθεί συνοπτικά η έννοια της οικονομικής επιστήμης. Κάτι τέτοιο γίνεται ώστε να καταδειχθεί η σχέση μεταξύ οικονομικών της υγείας και του γενικότερου πεδίου, της οικονομικής επιστήμης.

Κατ' αυτό τον τρόπο λοιπόν, η ανάλυση της οικονομικής επιστήμης<sup>1</sup> – αλλά και η ίδια της η ουσία – έχει ως βασική αρχή ότι οι παραγωγικοί πόροι βρίσκονται σε στενότητα. Συνεπώς, αυτός που λαμβάνει οικονομικές αποφάσεις – η οικονομική μονάδα – θα πρέπει να επιλέξει μεταξύ των εναλλακτικών επιλογών για τη χρήση των παραγωγικών πόρων. Εξαιτίας της στενότητας των παραγωγικών συντελεστών, η επιλογή μίας εκ των εναλλακτικών επιλογών συνεπάγεται την εγκατάλειψη των υπολοίπων. Κάτι τέτοιο έχει κόστος. Αυτή η μορφή κόστους στην Οικονομική επιστήμη ονομάζεται κόστος ευκαιρίας.

Για παράδειγμα, το κράτος γνωρίζει πως η υγεία των πολιτών είναι πολύ σημαντική και πως ιδιαίτερα στις ακριτικές περιοχές η ανάγκη για νοσοκομεία είναι σημαντική. Από την άλλη, οι οικονομικοί πόροι για την υγεία είναι περιορισμένοι. Ταυτόχρονα, μια νοσοκομειακή μονάδα σε μια ακριτική περιοχή δε θα μπορεί να λειτουργεί σε πλήρη δυναμικότητα όλο το χρόνο παρά μόνο τους καλοκαιρινούς μήνες. Γι' αυτό το λόγο, επιλέγει την κατασκευή της νοσοκομειακής μονάδας σε μια αστική περιοχή ενώ στην ακριτική περιοχή κατασκευάζει ένα κέντρο υγείας που δεν μπορεί να καλύψει τη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας στην περιοχή αλλά αποτελεί μια μέση λύση.

Πέρα από το κόστος ευκαιρίας, η βασική συνέπεια της στενότητας των παραγωγικών συντελεστών είναι η ύπαρξη των τιμών. Με βάση την στενότητα του – αλλά και μια σειρά από άλλους παράγοντες όπως η ζήτηση του αγαθού κτλ. – καθορίζεται η τιμή του αγαθού.

Η διαδικασία καθορισμού της τιμής ενός αγαθού αλλά και του τρόπου που το επιλέγουν οι καταναλωτές περιγράφεται συνοπτικά με την έννοια του οικονομικού υποδείγματος. Συνεπώς, η Οικονομική Επιστήμη ασχολείται με την κατασκευή

---

<sup>1</sup> Η ανάλυση βασίζεται στα εγχειρίδια μικροοικονομικής επιστήμης Varian (1992) και Katz & Rosen (1998)

υποδειγμάτων της συμπεριφοράς των ατόμων αλλά και των οργανισμών στα πλαίσια της αγοράς αλλά και έξω από αυτή. Τα υποδείγματα αυτά πάντα προϋποθέτουν ότι η συμπεριφορά των οικονομικών φορέων έχει συγκεκριμένους ιδιωτικούς στόχους. Κατά συνέπεια το αντικείμενο των υποδειγμάτων αυτών είναι η μελέτη του πώς διαφορετικές συμπεριφορές με αντικρουόμενους σκοπούς οδηγούνται στην ισορροπία με τη χρήση των θεσμών της αγοράς η και χωρίς αυτούς.

Σκοπός των υποδειγμάτων αυτών είναι η πρόβλεψη της συμπεριφοράς των αγορών, ο καθορισμός των τιμών των αγαθών αλλά και η εκτίμηση των αντιδράσεων των αγορών στην επιβολή οικονομικής πολιτικής.

### 1.1.1 Η Έννοια του Υποδείγματος

Είναι γεγονός ότι η Οικονομική Επιστήμη γενικότερα ασχολείται με υποδείγματα. Σύμφωνα με το λεξικό υπόδειγμα είναι «η υποθετική ή η τυποποιημένη αναπαράσταση ενός φαινομένου ή αντικειμένου». Στην περίπτωση των οικονομικών τα υποδείγματα αναπαριστούν τον τρόπο με τον οποίο τα άτομα ή / και οι θεσμοί αλληλεπιδρούν.

Για παράδειγμα, οι επιχειρήσεις μεγιστοποιούν τα κέρδη τους με δεδομένο τον παραγωγικό τους εξοπλισμό και οι καταναλωτές μεγιστοποιούν την χρησιμότητα τους με δεδομένο το εισόδημα τους. Σε γενικές γραμμές το υποδείγματα αποτελούν αναλυτικές και αφαιρετικές απεικονίσεις της πραγματικότητας.

Η ανάγκη για αφαίρεση είναι προφανής. Τα υποδείγματα κατασκευάζονται για να μας βοηθήσουν να καταλάβουμε την περίπλοκη πραγματικότητα. Κάτι τέτοιο επιτυγχάνεται με την εστίαση στις ενδιαφέρουσες πτυχές του φαινομένου που εξετάζεται και με την αφαίρεση από την εικόνα εκείνων των παραμέτρων οι οποίες είναι περιττές.

Ένα υπόδειγμα τόσο περίπλοκο όσο η πραγματικότητα που περιγράφει δεν έχει καμία αξία. Ένας γεωγραφικός χάρτης σε κλίμακα 1:1 δεν έχει καμία πρακτική αξία. Αντίθετα ένας χάρτης σε κλίμακα 1:1000 παρόλο που δεν αποτελεί πλήρη αναπαράσταση της γεωγραφικής περιοχής – οι λεπτομέρειες εξαφανίζονται – είναι πολύ χρηστικότερος από τον προηγούμενο. Το ίδιο ισχύει και για ένα οικονομικό υπόδειγμα.

Στην περίπτωση του γεωγραφικού χάρτη, βέβαια, είναι πολύ εύκολο να βρούμε το κομμάτι της πραγματικότητας τον οποίο θα παραλείψουμε. Δεν έχουμε παρά να επισκεφθούμε την περιοχή που απεικονίζει ο χάρτης. Όμως, οι λεπτομέρειες του τοπίου, οι

λεπτομέρειες σχετικά με το πώς είναι τα κτίσματα κτλ. δεν χρειάζονται, αφού ο χάρτης σκοπό έχει να δείξει πως μπορεί να φτάσει κάποιος σε ένα μέρος. Η αφαίρεση αυτή δεν επηρεάζει αλλά αντίθετα διευκολύνει τους σκοπούς του εγχειρήματος. Συνεπώς όλα τα παραπάνω μπορούν να παραληφθούν. Αντίθετα, στην περίπτωση του οικονομικού υποδείγματος, η διαδικασία της αφαίρεσης είναι κρίσιμη.

Ο οικονομολόγος / ερευνητής θα πρέπει να αποφασίσει ποια στοιχεία θα κρατήσει και ποια θα παραλείψει. Και η απόφαση αυτή εμπεριέχει σημαντικούς κινδύνους. Αν παραλείψει στοιχεία της πραγματικότητας τα οποία είναι σημαντικά μπορεί να οδηγηθεί σε λάθος συμπεράσματα, και κατ' επέκταση σε λάθος προβλέψεις και προτάσεις οικονομικής πολιτικής.

Παραπάνω αναφέρθηκε πως τα υποδείγματα είναι αναλυτικά. Η χρήση της αναλυτικής μεθόδου επιτρέπει την μελέτη κάθε μέρους του υποδείγματος ξεχωριστά – ώστε να εξεταστούν οι ιδιότητες του κτλ. – αλλά και τη μελέτη όλων των μερών ως συνόλου ώστε να καταδειχθεί πως τα μεμονωμένα μέρη με τις συγκεκριμένες ιδιότητες αλληλεπιδρούν.

Τέλος, θα πρέπει να σημειωθεί ότι πολλοί υποστηρίζουν ότι τα οικονομικά υποδείγματα αντί για αφαιρετικά γίνονται απλοϊκά και ότι δεν μπορούμε να πάρουμε στα σοβαρά τα αποτελέσματα τους ιδιαίτερα αν αυτά είναι ποσοτικοποιημένα. Πολλές φορές η άποψη αυτή είναι σωστή ως προς το δεύτερο σκέλος της – τα ποσοτικά αποτελέσματα – αλλά λανθασμένη ως προς το πρώτο – την απλοϊκότητα. Τα ποσοτικά αποτελέσματα δεν πρέπει να λαμβάνονται σοβαρά υπόψη σε πολλές περιπτώσεις αφού δεν ανταποκρίνονται στην πραγματικότητα. Από την άλλη όμως αυτό που θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη είναι οι σχέσεις που δείχνουν τα υποδείγματα μεταξύ των διαφόρων παραμέτρων που περιέχουν.

### **1.1.2 Οι καμπύλες προσφοράς και ζήτησης**

Το βασικό υπόδειγμα με το οποίο θα ασχοληθούμε παρακάτω είναι το υπόδειγμα προσφοράς – ζήτησης. Βασικός λόγος της συγκεκριμένης παρουσίασης είναι όχι μόνο η κεντρική θέση που έχει το συγκεκριμένο υπόδειγμα στην οικονομική ανάλυση αλλά και το γεγονός ότι ο περισσότερος κόσμος το έχει σχεδόν ταυτοποιήσει με την έννοια της οικονομικής επιστήμης.

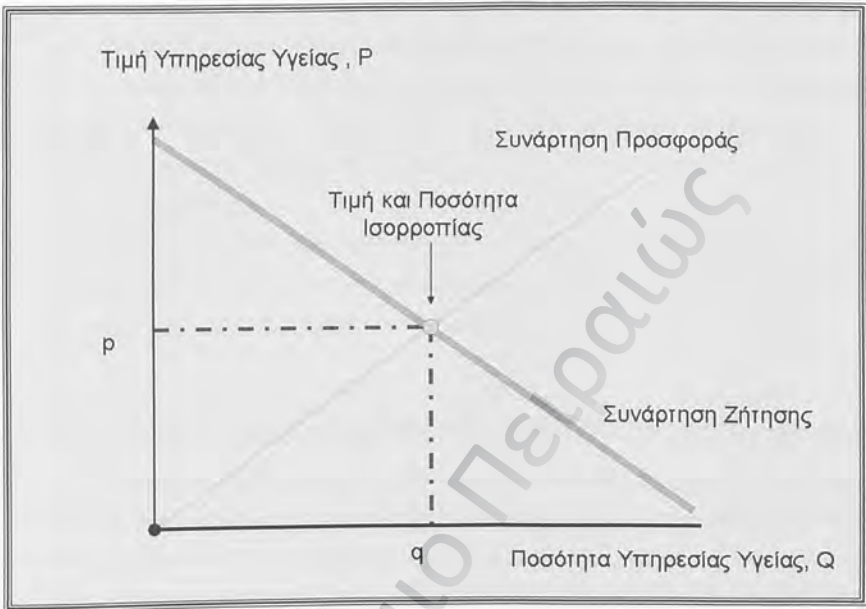
Ακολουθώντας τους όρους της παραπάνω ανάλυσης θα εξετάσουμε ένα υπόδειγμα προσφοράς – ζήτησης για ένα συγκεκριμένο αγαθό. Ας υποθέσουμε ότι εξετάζουμε την αγορά καλαμποκιού. Η πρώτη υπόθεση του υποδείγματος αφορά τους μετέχοντες στην αγορά και τα χαρακτηριστικά που διαθέτει το αγαθό. Έστω λοιπόν, ότι στην συγκεκριμένη αγορά υπάρχουν πάρα πολλοί πωλητές και αγοραστές του συγκεκριμένου αγαθού και ότι το καλαμπόκι που διαθέτει ο κάθε ένας από τους πωλητές έχει ακριβώς τα ίδια χαρακτηριστικά.

Η δεύτερη υπόθεση αφορά τον τρόπο με τον οποίο λειτουργεί η αγορά. Έστω λοιπόν ότι η πληροφόρηση σχετικά με τις τιμές είναι άμεσα διαθέσιμη σε όλους στην αγορά και ότι οι συναλλαγές γίνονται σε μία τιμή κοινή για όλους. Πριν περιγράψουμε τον τρόπο με τον οποίο η συγκεκριμένη αγορά οδηγείται σε ισορροπία θα σημειώσουμε πως για να έχει τα παραπάνω χαρακτηριστικά η συγκεκριμένη αγορά θα πρέπει να κάνουμε και δύο παραπάνω υποθέσεις. Η πρώτη έχει να κάνει με την υλική υπόσταση της αγοράς και η δεύτερη με την χρονική της διάσταση. Όσον αφορά την υλική υπόσταση υποθέτουμε ότι η αγορά στην οποία αναφέρεται το υπόδειγμα μας είναι η π.χ. η Ευρωπαϊκή αγορά καλαμποκιού. Η συγκεκριμένη υπόθεση ορίζει ποιοι ακριβώς είναι οι συμμετέχοντες στην συγκεκριμένη αγορά, δηλαδή, όσοι πωλούν και αγοράζουν καλαμπόκι στην Ευρώπη.

Όσον αφορά τώρα τη χρονική διάσταση ας υποθέσουμε ότι το παραπάνω υπόδειγμα αναφέρεται στην Ευρωπαϊκή Αγορά καλαμποκιού για μια συγκεκριμένη εβδομάδα του έτους. Ο χρονικός περιορισμός είναι απαραίτητος γιατί με αυτό τον τρόπο καθορίζεται η συνολική ποσότητα του αγαθού που υπάρχει στην αγορά αλλά και οι συνθήκες στις οποίες εξελίσσονται οι συναλλαγές. Για παράδειγμα, ένα κιλό καλαμπόκι έχει διαφορετική σημασία τον Φεβρουάριο (όταν δεν υπάρχει πλεόνασμα σιταριού) από ότι το καλοκαίρι (την εποχή συγκομιδής του καλαμποκιού).

Φυσικά, οι υποθέσεις για την ομοιογένεια του προϊόντος και τη μοναδική τιμή είναι απλουστεύσεις και είναι πολύ δύσκολο να βρεθούν στην πραγματικότητα. Παρ' όλ' αυτά, το υπόδειγμα είναι χρήσιμο αφού μπορεί να οδηγήσει σε σημαντικές προβλέψεις σε σχέση με την συμπεριφορά της αγοράς.

Σχήμα 1: Η Ισορροπία προσφοράς - ζήτησης



Στο παραπάνω σχήμα φαίνονται δύο συναρτήσεις

- η συνάρτηση ζήτησης
- η συνάρτηση προσφοράς

Η συνάρτηση ζήτησης – την οποία συμβολίζουμε με  $D(p)$  – καταγράφει για κάθε ενδεχόμενη τιμή του αγαθού την συνολική ποσότητα που επιθυμούν οι αγοραστές. Από εδώ και πέρα η συγκεκριμένη ποσότητα θα ονομάζεται ζητούμενη ποσότητα. Όπως είναι προφανές μεταβολές στην τιμή προκαλούν μεταβολές στην ζητούμενη ποσότητα του προϊόντος. Μάλιστα στην συγκεκριμένη περίπτωση η ζητούμενη ποσότητα του αγαθού μειώνεται καθώς η τιμή του αγαθού αυξάνεται. Αυτή η σχέση είναι γνωστή ως **Νόμος της Ζήτησης**.

Η συνάρτηση προσφοράς – την οποία συμβολίζουμε με  $S(p)$  – καταγράφει την ποσότητα που οι πωλητές του αγαθού επιθυμούν να προσφέρουν στην αγορά, για κάθε ενδεχόμενη τιμή του αγαθού. Από εδώ και πέρα η συγκεκριμένη διατιθέμενη ποσότητα θα ονομάζεται προσφερόμενη ποσότητα. Η προσφερόμενη ποσότητα αυξάνεται όσο η τιμή του αγαθού αυξάνεται.



Παρατηρήστε ότι στο σημείο ισορροπίας η προσφερόμενη ποσότητα θα είναι ίση με τη ζητούμενη, δηλαδή:

$$S(p) = D(p)$$

Σε αυτή την τιμή η ποσότητα που επιθυμούν οι αγοραστές θα είναι ίση με την προσφερόμενη ποσότητα. Από εδώ και πέρα θα ονομάζουμε την τιμή  $p$  - που εξισώνει την προσφορά με τη ζήτηση - τιμή ισορροπίας και την αντίστοιχη ποσότητα  $x$  θα την ονομάζουμε ποσότητα ισορροπίας, δηλαδή:

$$x = S(p) = D(p)$$

Παρατηρείστε ότι επειδή η συνάρτηση προσφοράς είναι αύξουσα ως προς την τιμή ενώ η συνάρτηση ζήτησης είναι φθίνουσα τότε είναι σίγουρο πως θα υπάρχει τουλάχιστον μία τιμή για την οποία θα εξισώνεται η προσφερόμενη με τη ζητούμενη ποσότητα.

### 1.1.3 Ο θεσμικός ρόλος της αγοράς στο υπόδειγμα Προσφοράς – Ζήτησης

Παραπάνω περιγράφηκε αναλυτικά η διαδικασία ισορροπίας προσφοράς – ζήτησης η οποία απεικονίζεται στο Σχήμα 1. Εδώ θα εξετάσουμε αν αυτό το υπόδειγμα λειτουργεί στην πράξη και ποια είναι εκείνα τα σημεία τα οποία είναι κρίσιμα για την λειτουργία του.

Η συνάρτηση ζήτησης δείχνει την ποσότητα που είναι διατεθειμένοι να αποκτήσουν οι αγοραστές για κάθε δεδομένη τιμή ενώ η συνάρτηση προσφοράς δείχνει ποια είναι η ποσότητα που είναι διατεθειμένοι να προσφέρουν οι πωλητές για κάθε τιμή. Το κρίσιμο ερώτημα σε αυτό το σημείο είναι τελικά τι από τα δύο καθορίζεται πρώτα, η τιμή ή προσφερόμενες και ζητούμενες ποσότητες. Οι ορισμοί των συναρτήσεων προσφοράς και ζήτησης δείχνουν πως οι τιμές είναι αυτές που καθορίζουν την ισορροπία. Από την άλλη όμως αν οι αγοραστές και οι πωλητές δεν γνωρίζουν την τιμή πως θα μπορέσουν να καθορίσουν τις αντίστοιχες ποσότητες τους;

Το Σχήμα 1 δεν παρέχει μεγάλη πληροφόρηση για τον τρόπο με τον οποίο καθορίζονται οι τιμές. Το σίγουρο είναι πάντως πως για τον καθορισμό τις τιμής ισορροπίας θα πρέπει να υπάρχει μια συγκεκριμένη δυναμική διαδικασία.

Ένα καλό παράδειγμα, του τρόπου καθορισμού της τιμής ισορροπίας είναι αυτό του κεντρικού διαπραγματευτή. Έστω ότι υπάρχει ένα κεντρικός διαπραγματευτής ο οποίος προτείνει κάποια στην οποία να γίνουν οι ανταλλαγές στην αγορά. Οι πωλητές και οι αγοραστές ανακοινώνουν τις ποσότητες που θέλουν να διαθέσουν και να αγοράσουν στην

τιμή αυτή. Ο κεντρικός διαπραγματευτής καταγράφει αυτές τις ποσότητες και ανάλογα με το αν η προσφερόμενη ποσότητα είναι μεγαλύτερη από τη ζητούμενη ή το αντίστροφο προτείνει μια νέα τιμή. Η διαδικασία αυτή επαναλαμβάνεται μέχρι εκείνο το επίπεδο τιμής όπου οι δύο ποσότητες εξισώνονται. Τότε και μόνο τότε επιτρέπεται στους φορείς να προβούν σε ανταλλακτικές πράξεις. Με τον τρόπο αυτό η αγορά εκκαθαρίζεται.

Παρ' όλο που η παραπάνω διαδικασία αποτελεί μια καλή εξήγηση για την ισορροπία των τιμών δεν αποτελεί τη μοναδική και σίγουρα δεν συναντάται συχνά στην πραγματικότητα. Το γενικό συμπέρασμα σε αυτό το σημείο είναι πως αν οι υποθέσεις του υποδείγματος ικανοποιούνται σε μεγάλο βαθμό τότε αυτό θα λειτουργήσει με τον τρόπο που μόλις περιγράψαμε.

#### 1.1.4 Πληροφόρηση και Ισορροπία στην Αγορά

Το υπόδειγμα ισορροπίας της αγοράς αντιμετωπίζει το πρόβλημα της ταύτισης της ζητούμενης και προσφερόμενης ποσότητας προϊόντος, προσδιορίζοντας το σημείο ισορροπίας και κατά συνέπεια τις αντίστοιχες συντεταγμένες, την τιμή και την ποσότητα του προϊόντος όπου εκκαθαρίζεται η αγορά. Το υπόδειγμα αυτό δεν εξηγεί, όμως, το πως μια αγορά φθάνει στο σημείο αυτό, αρχίζοντας από κάποιο άλλο σημείο.

Οι συναρτήσεις προσφοράς (ζήτησης) δείχνουν την ελάχιστη (μέγιστη) τιμή στην οποία οι παραγωγοί (καταναλωτές) είναι διατεθειμένοι να πωλήσουν (αγοράσουν) την αντίστοιχη ποσότητα. Με άλλα λόγια αν οι φορείς που εμπλέκονται σε μια αγορά γνωρίζουν την τιμή που επικρατεί, τότε οι δύο συναρτήσεις αποτυπώνουν την επίπτωση των αποφάσεων των μελών της κάθε ομάδας στην προσφερόμενη και ζητούμενη ποσότητα. Έτσι, φαίνεται σε πρώτη προσέγγιση ότι η ενέργεια του κάθε φορέα εξαρτάται από την πληροφόρηση που διαθέτει σχετικά με τις τιμές που επικρατούν στην αγορά. Στην περίπτωση όπου η τιμή του προϊόντος που σηματοδοτείται είναι η τιμή ισορροπίας δεν υπάρχει κανένα πρόβλημα. Οι αποφάσεις των επί μέρους φορέων οδηγούν στην εκκαθάριση της αγοράς. Ο κάθε φορέας αγοράζει ή πουλά όσο προϊόν είναι διατεθειμένος, δεδομένης της τιμής και η άθροιση των ποσοτήτων αυτών στις δύο πλευρές της αγοράς εξισώνεται.

Το πρόβλημα που τίθεται είναι το πώς προέκυψε η τιμή ισορροπίας. Αφού οι τιμές στην αγορά είναι αποτέλεσμα των αποφάσεων των φορέων που δραστηριοποιούνται στα

πλαίσια της, είναι φανερό ότι πρέπει να υπάρχει κάποιος μηχανισμός αλληλεπίδρασης μεταξύ των αποφάσεων προσφοράς και ζήτησης που να οδηγούν στην τιμή ισορροπίας. Το βασικό υπόδειγμα που παρουσιάστηκε δεν μας διαφωτίζει ως προς την πτυχή αυτή το προβλήματος. Τότε πως έχει επικρατήσει ο όρος «ο νόμος της αγοράς και της ζήτησης»;

Η απάντηση είναι ότι αν επικρατούν ορισμένες συνθήκες, τότε το υπόδειγμα, αν και δεν απεικονίζει πιστά την πραγματική λειτουργία της αγοράς, προβλέπει με αρκετή ακρίβεια την τιμή και την ποσότητα ισορροπίας ανεξάρτητα του συγκεκριμένου προϊόντος που ανταλλάσσεται σε κάποια αγορά. Έτσι, αν υπάρχει αρκούντως μεγάλος αριθμός προμηθευτών και καταναλωτών του προϊόντος, αν το προϊόν είναι τυποποιημένο, έτσι ώστε να μην έχει σημασία από ποιόν προμηθευτή προέρχεται και, τέλος, αν η πληροφόρηση σχετικά με τις εναλλακτικές ευκαιρίες ανταλλαγής είναι φτηνή (προσπελάσιμη σε χαμηλό κόστος για τον κάθε εμπλεκόμενο φορέα), τότε η τιμή στην οποία θα πραγματοποιηθούν οι ανταλλαγές στην εν λόγω αγορά θα είναι η τιμή που προβλέπει το υπόδειγμα.

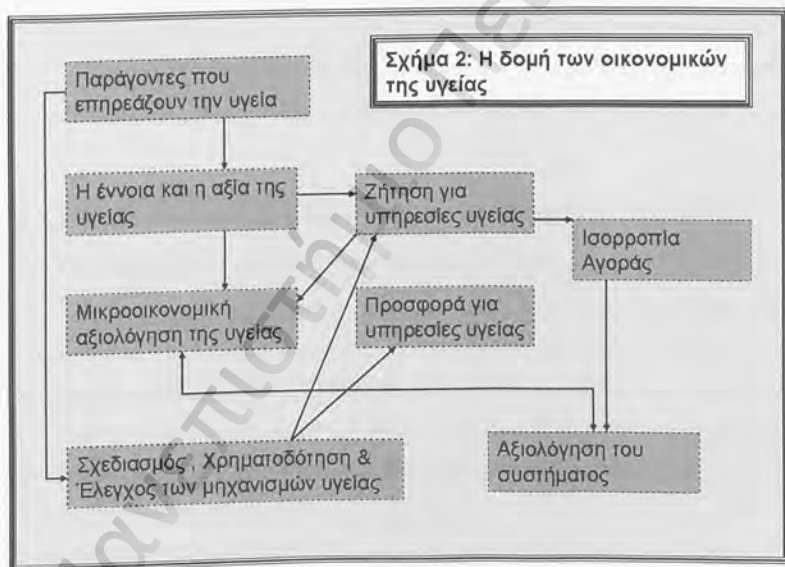
Οι πάρα πάνω παρατηρήσεις σημαίνουν ότι το υπόδειγμα αυτό συχνά είναι ένα καινοπονητικό εργαλείο πρόβλεψης της συμπεριφοράς μιας αγοράς. Με την έννοια αυτή προσεγγίζει τις ιδιότητες ενός νόμου της φυσικής. Βέβαια, - όπως θα φανεί παρακάτω - το συγκεκριμένο υπόδειγμα απέχει κατά πολύ από τα αντίστοιχα υποδείγματα των οικονομικών της υγείας. Αυτό βέβαια δεν ακυρώνει τη χρησιμότητα του αλλά αντίθετα δείχνει πόσο απέχουν τα αντίστοιχα υποδείγματα της υγείας από το παραπάνω υπόδειγμα.

Πρέπει εδώ επίσης να αναφερθεί πως το υπόδειγμα προσφοράς ζήτησης είναι το πιο αποτελεσματικό υπόδειγμα όσον αφορά την τιμή που απολαμβάνουν οι καταναλωτές. Με άλλα λόγια εξασφαλίζει τη χαμηλότερη τιμή για τους καταναλωτές. Αυτό δεν συμβαίνει πάντα στα υποδείγματα των οικονομικών της υγείας. Εκεί πολλές φορές, η τιμή που πληρώνουν οι καταναλωτές διαφέρει κατά πολύ από την ανταγωνιστική και αυτό οφείλεται σε διάφορους λόγους. Συνοπτικά εδώ θα μπορούσαμε να σημειώσουμε ότι οι λόγοι διαφοράς (προς τα πάνω) της τιμής από την αντίστοιχη ανταγωνιστική μπορούν να περιγραφούν ως αναποτελεσματικότητες της αγοράς που οφείλονται κυρίως στην ασύμμετρη πληροφόρηση μεταξύ των ενεχόμενων μερών στην συναλλαγή.

## 1.2 Η έννοια των οικονομικών της υγείας

Η σύντομη παρουσίαση του βασικού οικονομικού υποδείγματος που προηγήθηκε θα βοηθήσει σημαντικά στην παρουσίαση της έννοιας των οικονομικών της υγείας. Σύμφωνα με τους **Maynard & Kanavos (1997)** τα οικονομικά της υγείας αποτελούν ένα υπό-πεδίο της οικονομικής επιστήμης. Συνεπώς τα οικονομικά της υγείας αποτελούνται από την θεωρητική και εμπειρική εφαρμογή της οικονομικής ανάλυσης στο χώρο της υγείας χρησιμοποιώντας εργαλεία και τεχνικές που προέρχονται από την τελευταία.

Σχήμα 2: Η δομή των οικονομικών της υγείας



Αντίστοιχα, ο **Williams (1987)** περιέγραψε τη δομή των οικονομικών της υγείας με το σχεδιάγραμμα που παρουσιάζεται στο **Σχήμα 2**. Εδώ μπορεί να σημειωθεί ότι οι παρακάτω κατηγορίες του σχεδιαγράμματος:

- Παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία
- Η έννοια και η αξία της υγείας
- Ζήτηση για υπηρεσίες υγείας

➤ Προσφορά για υπηρεσίες υγείας

➤ Ισορροπία της αγοράς

αποτελούν τους βασικούς παράγοντες που εμφανίζονται και στο βασικό οικονομικό υπόδειγμα που παρουσιάστηκε παραπάνω.

Από την άλλη πλευρά, οι παράγοντες:

➤ Μικροοικονομική αξιολόγηση της υγείας

➤ Σχεδιασμός, Χρηματοδότηση & Έλεγχος των μηχανισμών της υγείας

➤ Αξιολόγηση του συστήματος

δεν αποτελούν μέρη της παραπάνω ανάλυσης. Αυτό συμβαίνει εξαιτίας της ιδιαίτερης φύσης του αγαθού της υγείας και των αναποτελεσματικότητων που παρουσιάζονται στην συγκεκριμένη αγορά. Οι τελευταίες απαιτούν την αξιολόγηση κάθε συγκεκριμένου μηχανισμού υγείας ώστε να ελεγχθεί τόσο αν το τελικό προϊόν (και η τιμή του) είναι αποτελεσματικά όσο και αν η κατανομή του στις διαφορετικές ομάδες των καταναλωτών – χρηστών είναι αποδοτική.

Πριν όμως προχωρήσουμε στην ανάλυση των αναποτελεσματικότητων στην αγορά της υγείας θα εξετάσουμε τα βασικά μέρη του οικονομικού της υποδείγματος.

## 1.2.2 Τα συστατικά μέρη της δομής των οικονομικών της υγείας

### 1.2.2.1 Η αξία και οι παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία

Αναγκαίο να σημειωθεί – πριν την αναλυτική παρουσίαση των συστατικών στοιχείων των οικονομικών της υγείας – είναι η διάκριση ανάμεσα στην ίδια την υγεία και στα οικονομικά της υγείας. Οι δύο έννοιες αλλά και οι παράγοντες που τις επηρεάζουν δεν είναι πάντοτε ταυτόσημες. Σύμφωνα με τον **Arrow (1963)** σε χώρες με χαμηλό επίπεδο εισοδήματος η υγεία επηρεάζεται κατά κύριο λόγο από παράγοντες όπως:

➤ η διατροφή του πληθυσμού

➤ η στέγαση του πληθυσμού

➤ η ένδυση του πληθυσμού

➤ οι συνθήκες υγιεινής του πληθυσμού

Είναι προφανές ότι οι παραπάνω κατηγορίες δεν περιλαμβάνονται άμεσα στο πεδίο δράσης των οικονομικών της υγείας. Περισσότερο ενδιαφέρουν άλλα πεδία της

οικονομικής επιστήμης όπως τα Αναπτυξιακά Οικονομικά κτλ. Συνεπώς το ενδιαφέρον θα επικεντρωθεί σε παράγοντες που επηρεάζουν άμεσα τα οικονομικά της υγείας.

Σύμφωνα με την έκθεση αξιολόγησης του **Swedish Council for Working Life and Social Research (2006)** τέτοιοι παράγοντες είναι μεταξύ άλλων:

- Οι συνθήκες εργασίας
- Η καταναλωτική συμπεριφορά
- Το εισόδημα των καταναλωτών κτλ.

Οι συνθήκες εργασίας και διαβίωσης των ατόμων επηρεάζουν το πλαίσιο και το είδος των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας. Για παράδειγμα, η ατμοσφαιρική ρύπανση είναι ένα φαινόμενο κυρίως των τελευταίων δεκαετιών. Οι υπηρεσίες υγείας έπρεπε να προσαρμοστούν στη συγκεκριμένη αλλαγή.

Από την άλλη πλευρά, τόσο η καταναλωτική συμπεριφορά όσο και το εισόδημα των καταναλωτών επηρεάζουν άμεσα τη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας. Για παράδειγμα, η αύξηση του εισοδήματος των τελευταίων ετών επέτρεψε και δημιούργησε την τάση οι γεννήσεις παιδιών να γίνονται σε ακριβά μαιευτήρια που μοιάζουν περισσότερο με ξενοδοχειακές μονάδες.

#### **1.2.2.2 Η ζήτηση υπηρεσιών υγείας**

Η ζήτηση για υπηρεσίες υγείας έχει κάποια ιδιαίτερα χαρακτηριστικά. Σύμφωνα με τον **Arrow (1963)** το βασικότερο από αυτά τα χαρακτηριστικά είναι ότι η ζήτηση για υπηρεσίες υγείας είναι εξ ορισμού μη σταθερή και απρόβλεπτη. Με άλλα λόγια, δεν συμπεριφέρεται όπως ένα κανονικό αγαθό όπως π.χ. τα τρόφιμα ή τα είδη ένδυσης. Για τα τελευταία η ζήτηση της περισσότερες φορές είναι πολύ πιο εύκολο να προβλεφθεί. Αντίθετα, για τις υπηρεσίες υγείας η ζήτηση δεν είναι προβλέψιμη ούτε συμβαίνει σε τακτά χρονικά διαστήματα. Είναι πάρα πολύ δύσκολο να βρεθεί ένα άλλο αγαθό το οποίο θα έχει παρόμοια συμπεριφορά όσον αφορά τη ζήτηση.

Ταυτόχρονα, η ζήτηση για υπηρεσίες υγείας περιλαμβάνει συμβαίνει όταν το άτομο βρίσκεται σε δύσκολη θέση εξαιτίας της αρρώστιας. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να μην είναι σίγουρο αν το άτομο θα έχει τη δυνατότητα να αποπληρώσει το κόστος της θεραπείας ή του «πακέτου» υπηρεσιών υγείας που ζητά. Γι' αυτό τον λόγο, είναι πολύ δύσκολο να εφαρμοσθούν πρακτικές τιμολόγησης και αποπληρωμής όπως αυτές των άλλων αγαθών. Με άλλα λόγια, τα άτομα που ζητούν υπηρεσίες υγείας είναι πολύ δύσκολο να τις

αποπληρώσουν όπως θα πλήρωναν ψωνίζοντας στο super – market. Δεν είναι σε θέση πολλές φορές, να αποπληρώσουν τις υπηρεσίες υγείας είτε γιατί αυτές είναι πάρα πολύ ακριβές είτε / και γιατί η αρρώστια και η θεραπεία έχουν περιορίσει την οικονομική ευχέρεια – εισόδημα του ατόμου. Συνεπώς, πρακτικές όπως η ασφάλιση των ατόμων για λόγους υγείας ακολουθούνται για την αποπληρωμή των υπηρεσιών υγείας για άτομα ή ακόμη και κοινωνικές ομάδες που ζητούν υπηρεσίες υγείας. Αυτό γίνεται ακριβώς για να αντιμετωπιστεί το πρόβλημα που μόλις αναφέρθηκε.

Τέλος, θα πρέπει να αναφερθεί και ένα επιπλέον χαρακτηριστικό της ζήτησης των υπηρεσιών υγείας. Πολλές φορές το άτομο που ζητά τις συγκεκριμένες υπηρεσίες γνωρίζει περισσότερα για τους κινδύνους που αντιμετωπίζει από αυτόν που του παρέχει τις υπηρεσίες. Προς αποφυγή παρανοήσεων, η συγκεκριμένη ιδιότητα αφορά κυρίως την ασφαλιστική αγορά και όχι τις εξετάσεις από γιατρούς κτλ. Στην τελευταία περίπτωση μάλλον το αντίστροφο ισχύει. Και οι δύο περιπτώσεις θα μας απασχολήσουν παρακάτω στην εξέταση της ασύμμετρης πληροφόρησης.

### **1.2.2.3 Η προσφορά υπηρεσιών υγείας**

Η προσφορά υπηρεσιών υγείας από την άλλη πλευρά, είναι ιδιαίτερα πολύπλοκη (ανάλογα με το είδος της επιχείρησης) και σίγουρα εμπλέκετε με εκτίμηση του κόστους και των ωφελειών συγκεκριμένων προϊόντων ή υπηρεσιών υγείας.

Όπως, λοιπόν, σε κάθε περίπτωση προσφοράς ενός προϊόντος οι βασικοί παράγοντες για την προσφορά (σύμφωνα με τον **Williams (1987)**) είναι:

- Το κόστος της παραγωγής του προϊόντος ή της υπηρεσίας
- Οι εναλλακτικές διαδικασίες παραγωγής του προϊόντος ή της υπηρεσίας
- Οι δυνατότητες υποκατάστασης εισροών στην παραγωγική διαδικασία
- Η ύπαρξη ή όχι ικανοποιητικών αγορών εισροών της παραγωγικής διαδικασίας

Οι παραπάνω κατηγορίες αναφέρθηκαν διότι στις περισσότερες των περιπτώσεων, η προσφορά των υπηρεσιών υγείας είναι ιδιαίτερα κοστοβόρα. Συνεπώς οι παραγωγοί ενδιαφέρονται όχι μόνο για το συνολικό κόστος του προϊόντος ή της υπηρεσίας, αφού το μέγεθος των κεφαλαίων που απαιτείται είναι πάρα πολύ υψηλό αλλά και για το κόστος ευκαιρίας των κεφαλαίων που θα διαθέσουν στην παραγωγή του προϊόντος ή της υπηρεσίας.

Πολλές φορές το συγκεκριμένο κόστος είναι ιδιαίτερα υψηλό. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα την εγκατάλειψη – από την πλευρά των παραγωγών – επενδυτών – του σχεδίου για την προσφορά προϊόντος ή υπηρεσίας υγείας και τη στροφή τους προς άλλες ευνοϊκότερες επιλογές. Αυτό συμβαίνει διότι πολλές φορές τα επενδυτικά προγράμματα στο χώρο των οικονομικών της υγείας απαιτούν σημαντικές επενδύσεις οι οποίες για να αποφέρουν θετικά κέρδη απαιτούν σημαντικό χρονικό ορίζοντα. Ο συνηθισμένος επενδυτής δεν είναι διατεθειμένος να περιμένει τόσο πολύ για να απολαύσει τους «καρπούς» της επένδυσής του.

Ταυτόχρονα, ο υποψήφιος επενδυτής στο χώρο της υγείας δεν είναι ποτέ σίγουρος ότι τελικά θα απολαύσει τις τα κέρδη από την επένδυσή του διότι αυτά τελικά μπορεί να μην έρθουν ποτέ. Συνήθως, η επένδυση σε φαρμακευτικά προϊόντα ενέχει μεγάλο βαθμό κινδύνου. Ποτέ δεν είναι σίγουρο ότι η έρευνα π.χ. για έναν νέο φάρμακο εναντίον του καρκίνου ή του HIV (AIDS) θα οδηγήσει σε θετικά αποτελέσματα ώστε να ανταμειφθούν αυτοί που διέθεσαν τα κεφάλαιά τους για την συγκεκριμένη έρευνα. Γι' αυτό το λόγο, πολλές φορές τα ιδιωτικά κεφάλαια που διατίθενται σε τέτοιες κατηγορίες έρευνας είναι πολύ περιορισμένα ενώ το μεγαλύτερο μέρος της έρευνας χρηματοδοτείται από φορείς και ερευνητικά κέντρα κρατικής φύσεως (π.χ. Πανεπιστήμια) ή / και από εθελοντικές συγκεντρώσεις χρημάτων (χαρακτηριστικό παράδειγμα εδώ είναι ο Αντικαρκινικός Έρανος). Συνήθως, οι επενδυτές στρέφονται σε χρηματοδότηση επενδυτικών προγραμμάτων που έχουν ποιο σίγουρα αποτελέσματα. Το φαινόμενο αυτό της έλλειψης κεφαλαίων για τη χρηματοδότηση των επενδύσεων σε κρίσιμους τομείς έρευνας της υγείας αποτελεί μια πρώτη ένδειξη για αναποτελεσματικότητα στο χώρο της υγείας.

Παράλληλα, η επένδυση στο χώρο της υγείας απαιτεί συγκεκριμένες γνώσεις όσον αφορά τη διαδικασία παραγωγής του προϊόντος και των υπηρεσιών υγείας. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα ο μέσος επενδυτής να μην μπορεί να στραφεί σε αυτούς τους τομείς έρευνας αλλά να αφήνει την χρηματοδότηση σε εξειδικευμένες επενδυτικές επιχειρήσεις – διαμεσολαβητές. Οι τελευταίες συγκεντρώνουν τα χρήματα των επενδυτών και με τη χρήση εξειδικευμένων επιστημόνων επενδύουν τα χρήματα τους στο χώρο της υγείας. Η συγκεκριμένη πρακτική μπορεί να προσφέρει μια κάποια λύση για το πρόβλημα της έλλειψης συγκεκριμένων γνώσεων από πλευράς των επενδυτών δεν δίνει όμως λύση στο πρόβλημα του αβέβαιου επενδυτικού ορίζοντα στο χώρο της υγείας. Χαρακτηριστικό



παράδειγμα σε αυτή την περίπτωση είναι τα Venture Capital που επενδύουν στο χώρο της Υγείας.

Πέρα από τα παραπάνω όμως, υπάρχει και ένας επιπλέον λόγος που καθιστά την προσφορά υπηρεσιών υγείας μια ιδιαίτερη περίπτωση προσφοράς στα πλαίσια της οικονομικής επιστήμης. Αυτή η ιδιαιτερότητα έχει να κάνει με το τελικό στάδιο της προσφοράς υγείας. Εκεί, το άτομο που προσφέρει την υπηρεσία υγείας έχει πολύ περισσότερες γνώσεις σχετικά με την κατάσταση του ατόμου που ζητά την συγκεκριμένη υπηρεσία. Σαν αποτέλεσμα, το άτομο που ζητά υπηρεσίες υγείας δεν είναι ποτέ σίγουρο αν η τιμή της υπηρεσίας υγείας που πληρώνει είναι αυτή που πραγματικά θα έπρεπε να πληρώσει. Με άλλα λόγια, επειδή δεν γνωρίζει επακριβώς την κατάσταση της υγείας του και τις πρακτικές – τεχνικές που χρειάζονται για την θεραπεία του, είναι πιθανόν οι υπηρεσίες που τελικά πληρώνει να είναι αυξημένες υπερβολικά. Για παράδειγμα πολλές φορές ο γιατρός ζητά εξετάσεις που δεν έχουν άμεση σχέση με την πάθηση και τη θεραπεία του ασθενούς. Το συγκεκριμένο φαινόμενο δεν αντικατοπτρίζει μόνο την ελληνική πραγματικότητα. Ο Arrow (1963) το αναφέρει ως ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα στο χώρο της προσφοράς των οικονομικών της υγείας.

#### **1.2.2.4 Οι κλάδοι της προσφοράς υπηρεσιών υγείας**

Μέχρι αυτό το σημείο αναφερόμαστε στον κλάδο των οικονομικών της υγείας γενικά χωρίς να έχουμε αναφέρει τίποτα για τα συγκεκριμένα προϊόντα ή υπηρεσίες που προσφέρει ο συγκεκριμένος κλάδος.

Σύμφωνα λοιπόν, με τον Culyer (1989) οι βασικοί κλάδοι της προσφοράς των οικονομικών της υγείας είναι:

- Ο κλάδος της χρηματοδότησης των υπηρεσιών της υγείας

Εδώ περιλαμβάνονται όλες εκείνες οι υπηρεσίες που έχουν σαν σκοπό την αντιμετώπιση του προβλήματος που αναφέρθηκε παραπάνω στη ζήτηση των υπηρεσιών υγείας. Στον συγκεκριμένο κλάδο δραστηριοποιούνται ασφαλιστικές εταιρείες καθώς και οι διάφοροι ασφαλιστικοί οργανισμοί του Δημοσίου. Βασικό αντικείμενο εργασίας τους είναι η συγκέντρωση χρημάτων από τους ασφαλισμένους την περίοδο που αυτή δεν έχουν κάποιο πρόβλημα υγείας ώστε να τους καλύψουν το κόστος υπηρεσιών υγείας στην περίοδο που αυτές θα παρουσιαστούν (αν παρουσιαστούν ποτέ).

- Ο κλάδος της παροχής υπηρεσιών υγείας

Εδώ περιλαμβάνονται οι υπηρεσίες που δίνονται στον ασθενή – τελικό καταναλωτή. Αφορούν την εξέταση και τη θεραπεία της ασθένειας ενώ εδώ περιλαμβάνονται και όλες οι υπηρεσίες για την πρόληψη της ασθένειας. Στο συγκεκριμένο κλάδο δραστηριοποιούνται γιατροί είτε αυτόνομα είτε μέσω του εθνικού συστήματος υγείας είτε μέσω ιδιωτικών νοσοκομείων. Σημαντικός είναι επίσης εδώ και ο ρόλος της πληροφόρησης για την πρόληψη που πολλές φορές προσφέρεται άμεσα από φορείς της υγείας (νοσοκομεία κτλ.) αλλά και από άλλους φορείς όπως ο εκπαιδευτικό σύστημα (πρόληψη – ενημέρωση στα σχολεία κτλ.) αλλά και από συλλόγους και ενώσεις.

➤ Ο κλάδος των θεσμικών υπηρεσιών της υγείας

Εδώ περιλαμβάνονται οι υπηρεσίες που καθορίζουν το θεσμικό πλαίσιο μέσα στο οποίο λειτουργεί η αγορά υπηρεσιών υγείας. Με άλλα λόγια, εδώ βρίσκονται:

- ✓ το Υπουργείο Υγείας ή όποιος παρόμοιος κρατικός φορέας είναι αρμόδιος για το σύστημα υγείας σε κάθε χώρα
- ✓ οι Ιατρικοί Σύλλογοι
- ✓ οι φορείς που καθορίζουν την λειτουργία της ασφαλιστικής αγοράς (Ενωση Ασφαλιστικών Εταιρειών)
- ✓ οι φορείς που κανονίζουν τις συνθήκες εργασίας και υγιεινής σε μια κοινωνία (π.χ. εργατικά σωματεία, Υπουργείο Εργασίας, Αγορανομία κτλ.)
- ✓ οι φορείς που πραγματοποιούν έρευνα σχετιζόμενο με τα οικονομικά της υγείας (π.χ. Πανεπιστημικά Τμήματα με βασικό αντικείμενο τα Οικονομικά της Υγείας ή μεταπτυχιακά προγράμματα με αντίστοιχο αντικείμενο).

➤ Ο κλάδος των εισροών της αγοράς των υπηρεσιών υγείας

Εδώ περιλαμβάνονται όλοι οι εκείνοι οι συντελεστές οι οποίοι χρησιμοποιούνται ως εισροές στην παραγωγική διαδικασία της προσφοράς των υπηρεσιών της υγείας. Τέτοιες εισροές μπορεί να είναι:

- ✓ Οι εργαζόμενοι στο χώρο της υγείας

Εδώ περιλαμβάνεται το ιατρικό - νοσηλευτικό προσωπικό και οι διοικητικοί υπάλληλοι των νοσοκομείων αλλά και όσοι άλλοι προσφέρουν άμεσα ή έμμεσα υπηρεσίες υγείας όπως οι εργαζόμενοι σε ασφαλιστικές εταιρείες, το ερευνητικό δυναμικό των φαρμακοβιομηχανιών και των πανεπιστημίων κτλ.

- ✓ Η φαρμακοβιομηχανία και τα προϊόντα της.
- ✓ Τα ιατρικά εργαλεία και μηχανήματα κτλ.

✓ Ο κτιριακός εξοπλισμός για νοσοκομειακές εγκαταστάσεις κτλ.

➤ Ο κλάδος της εκπαίδευσης των υπηρεσιών υγείας

Εδώ περιλαμβάνονται κυρίως όλες εκείνες οι διαδικασίες και πρακτικές που επιτρέπουν σε κάποιον να εισαχθεί σε μια Ιατρική ή άλλη συναφή Πανεπιστημιακή σχολή ή σε κάποιο παραϊατρικό επάγγελμα. Ο τρόπος διαμόρφωσης της συγκεκριμένης αγοράς είναι πολύ σημαντικός όχι μόνο για την διαμόρφωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας (π.χ. η εκπαίδευση των γιατρών) αλλά και για την ποσότητα των υπηρεσιών υγείας. Για παράδειγμα, η μεγέθυνση του αριθμού των ειδικευμένων γιατρών τα τελευταία χρόνια έχει οδηγήσει σε υπερβολική αύξηση του ανταγωνισμού μεταξύ τους. Αυτό μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση των υπερτιμολογήσεων ή της προσφοράς θεραπειών μόνο για να αυξηθεί το οικονομικό κόστος και χωρίς να τις χρειάζεται πραγματικά ο ασθενής – καταναλωτής. Για παράδειγμα, ο Arrow (1963) είχε περιγράψει το συγκεκριμένο πρόβλημα και είχε προτείνει ως πιθανή λύση τη μείωση της εισόδου στις ιατρικές σχολές ώστε να μειωθεί ο συγκεκριμένος ανταγωνισμός.

Πέρα από την παραπάνω παρουσίαση των κλάδων των οικονομικών της υγείας θα πρέπει να σημειώσουμε ότι συνήθως στην πραγματικότητα συναντάμε και μια περαιτέρω διάκριση. Η διάκριση έχει να κάνει με το είδος του φορέα που προσφέρει τις υπηρεσίες υγείας. Τις περισσότερες φορές οι υπηρεσίες υγείας προσφέρονται σε κάποιο βαθμό τόσο από ιδιωτικούς όσο και από δημόσιους φορείς.

Στις περισσότερες χώρες του κόσμου υπάρχει ένα εθνικό σύστημα υγείας δηλαδή οι υπηρεσίες υγείας που προσφέρει το Δημόσιο στους ασφαλισμένους. Οι συγκεκριμένες υπηρεσίες συνήθως καλύπτουν όλο το φάσμα των υπηρεσιών υγείας και συνήθως χρηματοδοτούνται από τους ασφαλιστικούς οργανισμούς των εργαζομένων – ασθενών – καταναλωτών. Τις περισσότερες φορές προσφέρουν φθηνές υπηρεσίες υγείας αλλά οι χρήστες θα πρέπει να περιμένουν πολύ για την παροχή της υπηρεσίας υγείας. Και ο χρόνος σε αυτή την περίπτωση πολλές φορές μπορεί να επιβαρύνει την υγεία του ασθενή ή τουλάχιστον να αυξήσει το οικονομικό κόστος που συνεπάγεται η συγκεκριμένη πράξη.

Από την άλλη, ο ιδιωτικός τομέας προσφέρει υπηρεσίες υγείας η οποίες συνήθως παρέχονται άμεσα αλλά συνεπάγονται μεγάλη οικονομική επιβάρυνση για τον ασθενή – καταναλωτή. Τα έξοδα συνήθως δεν καλύπτονται από τους ασφαλιστικούς οργανισμούς του Δημοσίου αλλά απαιτείται ιδιωτική ασφάλιση, η οποία συνεπάγεται επιπλέον κόστος για τους ασφαλισμένους.

Μάλιστα, τα τελευταία χρόνια, η διεθνής τάση - ιδιαίτερα στις ανεπτυγμένες οικονομικά χώρες είναι η ολοένα και μεγαλύτερη ανάπτυξη των ιδιωτικών παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Αυτό συμβαίνει διότι προφανώς οι συγκεκριμένες υπηρεσίες έχουν θετική σχέση με το εισόδημα. Βέβαια, το τελευταίο δεν υποβαθμίζει τις υπηρεσίες υγείας που παρέχονται από το Δημόσιο. Αυτό συμβαίνει διότι οι πρώτες συνήθως λειτουργούν συμπληρωματικά ως προς τις δεύτερες. Με άλλα λόγια οι δεύτερες καλύπτουν εκείνο το κομμάτι των καταναλωτών ασθενών που δεν είναι διατεθειμένο ή δεν έχει τη δυνατότητα να πληρώσει για να χρησιμοποιήσει υπηρεσίες υγείας ενώ οι δεύτερες καλύπτουν το μέρος του πληθυσμού με την αντίστοιχη οικονομική δυνατότητα. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα πολλές φορές ο ιδιωτικός τομέας να μην προσφέρει όλο το φάσμα των υπηρεσιών υγείας. Συνήθως επικεντρώνεται στις υπηρεσίες που συνεπάγονται τα μεγαλύτερα οικονομικά οφέλη.

#### **1.2.2.5 Η ισορροπία της αγοράς των υπηρεσιών υγείας**

Η ισορροπία στην αγορά υπηρεσιών υγείας επέρχεται στο σημείο όπου η ζήτηση για υπηρεσίες υγείας ισούται με την προσφορά υπηρεσιών υγείας. Μέχρι εδώ και με την χρήση του αφαιρετικού υποδείγματος του Σχήματος 1 η ισορροπία στην αγορά των υπηρεσιών της υγείας δεν διαφέρει και πολύ από όσα ελέγχθησαν παραπάνω.

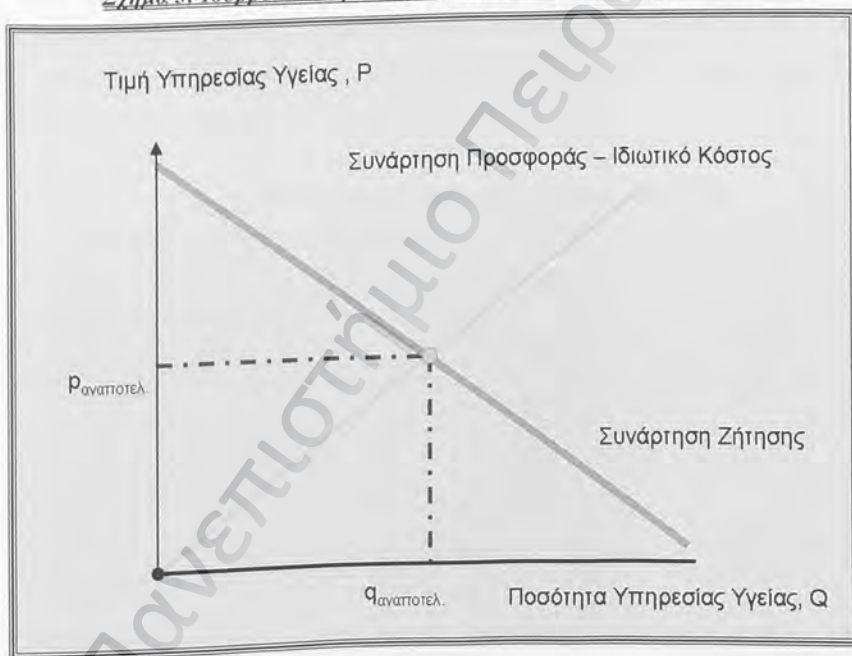
Τα πράγματα όμως δεν είναι ακριβώς έτσι. Στις περισσότερες των περιπτώσεων η τιμή ισορροπίας που διαμορφώνεται ελεύθερα στην αγορά υγείας είναι αναποτελεσματική. Με άλλα λόγια – και σύμφωνα με όσα περιγράφηκαν παραπάνω – η διαδικασία τιμολόγησης στη συγκεκριμένη αγορά δεν λαμβάνει υπόψη της συγκεκριμένους παράγοντες που παρ' όλα αυτά επηρεάζουν την προσφορά ή τη ζήτηση υπηρεσιών υγείας.

Για παράδειγμα, η πρακτική υπερτιμολόγησης των τελικών υπηρεσιών υγείας εξαιτίας των ιδιαίτερων γνώσεων αυτών που προσφέρουν τις υπηρεσίες σε σχέση με αυτούς που τη ζητούν έχουν σαν αποτέλεσμα την υπερβολική αύξηση των δαπανών των καταναλωτών για την υγεία. Αν μάλιστα κάποιος λάβει υπόψη του και αυτό που αναφέρθηκε για τη δυσχερή θέση του ατόμου που ζητά υπηρεσίες υγείας τότε γίνεται κατανοητό πως η συγκεκριμένη υπερτιμολόγηση μπορεί να γίνει πολύ επικίνδυνη για την οικονομική ευημερία του καταναλωτή.

Στο Σχήμα 3 παρακάτω παρουσιάζεται η ισορροπία που δημιουργείται σε μια αναποτελεσματική αγορά υπηρεσιών υγείας όπου οι συγκεκριμένες υπηρεσίες

υπερτιμολογούνται ή / και χρεώνονται οι υπηρεσίες οι οποίες δεν είναι απαραίτητες για τη θεραπεία του ασθενούς – καταναλωτή. Παρατηρείστε ότι το συγκεκριμένο σχήμα δεν διαφέρει και πολύ από το Σχήμα 1. Η συνάρτηση προσφοράς τέμνεται με την συνάρτηση ζήτησης και εκεί έχουμε το σημείο ισορροπίας. Το πρόβλημα όμως βρίσκεται στο ότι το συγκεκριμένο σημείο ισορροπίας δεν είναι το καλύτερο δυνατό που θα μπορούσε να βρει ο καταναλωτής με δεδομένο ότι θα μπορούσε να αντιμετωπίσει το πρόβλημα που προκαλεί η πλεονεκτικότερη θέση – από άποψη γνώσεων – αυτού που προσφέρει την υπηρεσία υγείας.

Σχήμα 3: Ισορροπία στην αναποτελεσματική αγορά υπηρεσιών υγείας

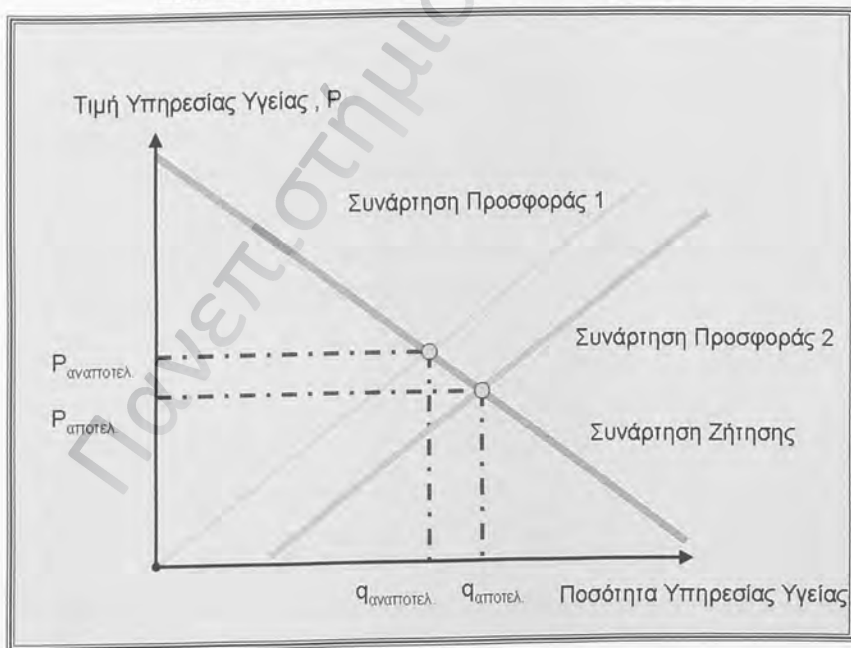


Στην περίπτωση που ο ασθενής καταναλωτής θα μπορούσε να βρει ένα μηχανισμό που θα μπορούσε να αντιμετωπίσει την αιτία της αναποτελεσματικότητας της αγοράς τότε η ισορροπία σε αυτή θα άλλαζε σημαντικά. Αν για παράδειγμα, ο ασθενής είναι και αυτός γιατρός – οπότε έχει μια γνώση του αντικειμένου – τότε το πρόβλημα της υπερτιμολόγησης θα λυνόταν και η ισορροπία θα ήταν ανάλογη με αυτή που παρουσιάζεται στο Σχήμα 4. Παρατηρείστε ότι η συνάρτηση προσφοράς έχει μετακινηθεί προς τα δεξιά αυξάνοντας την

ποσότητα ισορροπίας αλλά ταυτόχρονα μειώνοντας και την τιμή που θα πρέπει να πληρώσει ο ασθενής – καταναλωτής.

Στην πραγματικότητα όμως, οι περισσότεροι ασθενείς που αντιμετωπίζει καθημερινά ένας γιατρός δεν είναι γιατροί (!) και δεν έχουν γνώση της ιατρικής επιστήμης. Γι' αυτό το λόγο, για τη λύση του προβλήματος θα ήταν απαραίτητος ένας μηχανισμός που για παράδειγμα θα ελέγχει τις θεραπείες που προσφέρει κάθε γιατρός στους ασθενείς. Κάτι τέτοιο θα είχε σαν αποτέλεσμα την ορθότερη τιμολόγηση από μέρους των γιατρών. Ταυτόχρονα, όμως η δημιουργία του μηχανισμού ελέγχου θα συνεπαγόταν ένα κόστος το οποίο θα έπρεπε να συμπεριληφθεί στην τιμή του προϊόντος υγείας ενώ τίθεται και το θέμα σχετικά με το ποιος θα ελέγχει τον συγκεκριμένο μηχανισμό ελέγχου. Με άλλα λόγια, ο μη προσεκτικός σχεδιασμός ενός τέτοιου μηχανισμού υγείας μπορεί να προκαλέσει σημαντικά προβλήματα στην τιμολόγηση και ίσως και να αυξήσει την τιμή σε επίπεδο πέρα από το αναποτελεσματικό του Σχήματος 3.

Σχήμα 4: Ισορροπία στην αποτελεσματική αγορά εργασίας



Πριν προχωρήσουμε όμως σε τρόπους λύσεις των παραπάνω προβλημάτων – αλλά και άλλων παρόμοιας μορφής που θα αναφερθούν παρακάτω – είναι χρήσιμο να εξετάσουμε τις αιτίες που οδηγούν στην εμφάνιση αυτών των προβλημάτων και που με τη σειρά τους προκαλούν τις αναποτελεσματικότητες στην αγορά εργασίας.

### 1.3 Η σημασία των οικονομικών της υγείας

Μέχρι τώρα δεν έχουμε αναφερθεί καθόλου στο γιατί ενδιαφερόμαστε για τα οικονομικά της υγείας. Ο λόγος έχει να κάνει με όλη την ανάλυση που ακολούθησε παραπάνω για τους περιορισμένους συντελεστές παραγωγής. Η άνοδος του βιοτικού επιπέδου της τελευταίας δεκαετίας μαζί με την άνοδο του μέσου ηλικίας του πληθυσμού έχει αυξήσει τη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας. Οι οργανωμένες κοινωνίες – κράτη ανταποκρίθηκαν άμεσα σε αυτή τη ζήτηση υπηρεσιών υγείας. Παρακάτω παρουσιάζουμε κάποια μακροοικονομικά στοιχεία. Τα τελευταία δεν έχουν άμεση σχέση με την μικροοικονομική παρουσίαση της συγκεκριμένης εργασίας. Απλά δίνονται εδώ για να δείχθει ότι τα οικονομικά της υγείας δεν αφορούν μόνο τη διάρθρωση του χώρου των υπηρεσιών υγείας των ανεπτυγμένων χωρών αλλά αντίθετα επηρεάζουν και χώρες στις οποίες ο συγκεκριμένος κλάδος δεν είναι ακόμη ανεπτυγμένος. Και κυρίως δεν επηρεάζει μόνο το χώρο της υγείας των συγκεκριμένων χωρών αλλά και την ίδια την ανάπτυξη των συγκεκριμένων χωρών.

Ο Πίνακας 1<sup>2</sup> παρακάτω δείχνει τις συνολικές δαπάνες για υγεία ως ποσοστού (%) του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος (ΑΕΠ) της κάθε χώρας. Τα στοιχεία προέρχονται από την ετήσια έκθεση για την υγεία του Οργανισμού για την Οικονομική Συνεργασία και Ανάπτυξη (OECD Health Data 2006, June 2006).

<sup>2</sup> Διακρινίζουμε εδώ ότι τα μηδενικά στον Πίνακα δεν μεταφράζονται ως μηδενικές δαπάνες υγείας. Απλά τα σχετικά στοιχεία δεν ήταν διαθέσιμα στον OECD.

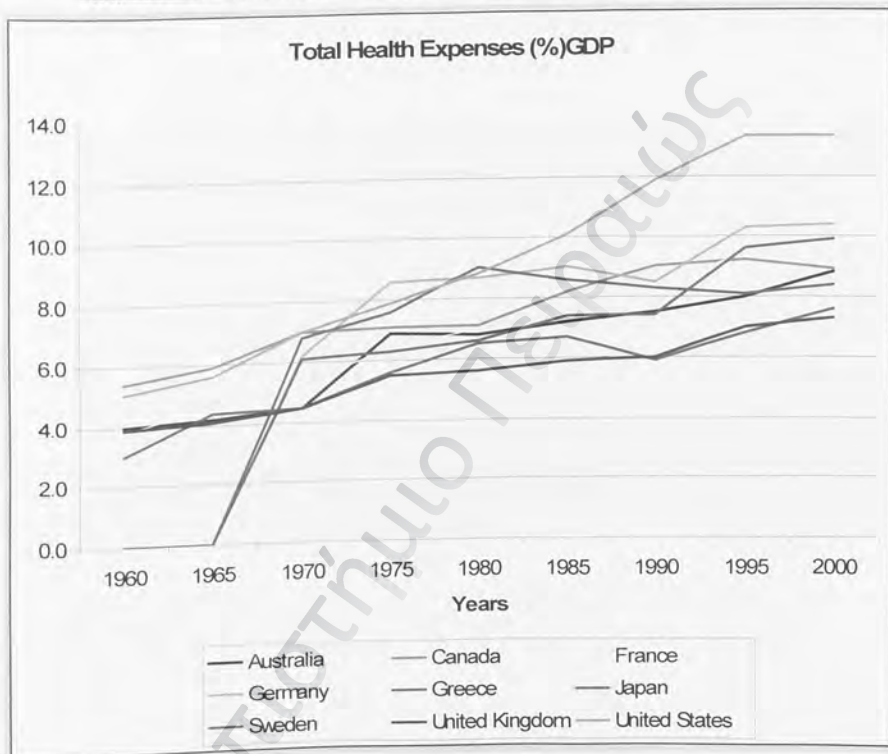
Πίνακας 1: Συνολικές Δαπάνες Υγείας ως ποσοστό (%) του ΑΕΠ

	1960	1965	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000
Αυστραλία	4.0	4.2	4.5	6.9	6.8	7.2	7.5	8.0	8.8
Αυστρία	4.3	4.6	5.2	7.0	7.5	6.5	7.0	9.7	9.4
Βέλγιο	0.0	0.0	3.9	5.6	6.3	7.0	7.2	8.2	8.6
Καναδάς	5.4	5.9	7.0	7.1	7.1	8.2	9.0	9.2	8.9
Τσεχία	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	4.7	7.0	6.7
Δανία	0.0	0.0	7.9	8.7	8.9	8.5	8.3	8.1	8.3
Φινλανδία	3.8	4.8	5.6	6.2	6.3	7.1	7.8	7.4	6.7
Γαλλία	3.8	4.7	5.3	6.4	7.0	7.9	8.4	9.4	9.2
Γερμανία	0.0	0.0	6.2	8.6	8.7	9.0	8.5	10.3	10.4
Ελλάδα	0.0	0.0	6.1	6.3	6.6	7.4	7.4	9.6	9.9
Ουγγαρία	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	7.1	7.4	7.1
Ισλανδία	3.0	3.5	4.7	5.7	6.2	7.2	7.9	8.4	9.2
Ιρλανδία	3.7	4.0	5.1	7.3	8.3	7.5	6.1	6.7	6.3
Ιταλία	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	7.5	7.7	7.1	7.9
Ιαπωνία	3.0	4.4	4.5	5.6	6.5	6.7	5.9	6.8	7.6
Κορέα	0.0	0.0	0.0	0.0	4.4	4.1	4.4	4.2	4.8
Λουξεμβούργο	0.0	0.0	3.1	4.3	5.2	5.2	5.4	5.6	5.8
Μεξικό	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	4.8	5.6	5.6
Ολλανδία	0.0	0.0	6.6	6.9	7.2	7.1	7.7	8.1	7.9
Νέα Ζηλανδία	0.0	0.0	5.1	6.5	5.9	5.1	6.9	7.2	7.7
Νορβηγία	2.9	3.4	4.4	5.9	7.0	6.6	7.7	7.9	8.5
Πολωνία	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	4.9	5.6	5.7
Πορτογαλία	0.0	0.0	2.6	5.4	5.6	6.0	6.2	8.2	9.4
Σλοβακία	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	5.8	5.5
Ισπανία	1.5	2.5	3.5	4.6	5.3	5.4	6.5	7.4	7.2
Σουηδία	0.0	0.0	6.8	7.6	9.0	8.6	8.3	8.1	8.4
Ελβετία	4.9	4.6	5.5	7.0	7.4	7.8	8.3	9.7	10.4
Τουρκία	0.0	0.0	0.0	3.0	3.3	2.2	3.6	3.4	6.6
Ηνωμένο Βασίλειο	3.9	4.1	4.5	5.5	5.6	5.9	6.0	7.0	7.3
ΗΠΑ	5.1	5.6	7.0	7.9	8.8	10.1	11.9	13.3	13.3

Παρατηρείστε ότι σε όλες τις χώρες οι συνολικές δαπάνες για την υγεία παρουσιάζουν έντονα αυξητικές τάσεις κατά τις δεκαετίες 1960 και 1970 ενώ τα τελευταία χρόνια παρουσιάζουν μια σημαντική τάση σταθεροποίησης ιδιαίτερα για τις ανεπτυγμένες χώρες π.χ. για τις ΗΠΑ. Παρακάτω παρουσιάζονται τα γραφήματα των συνολικών δαπανών υγείας των βασικότερων χωρών.

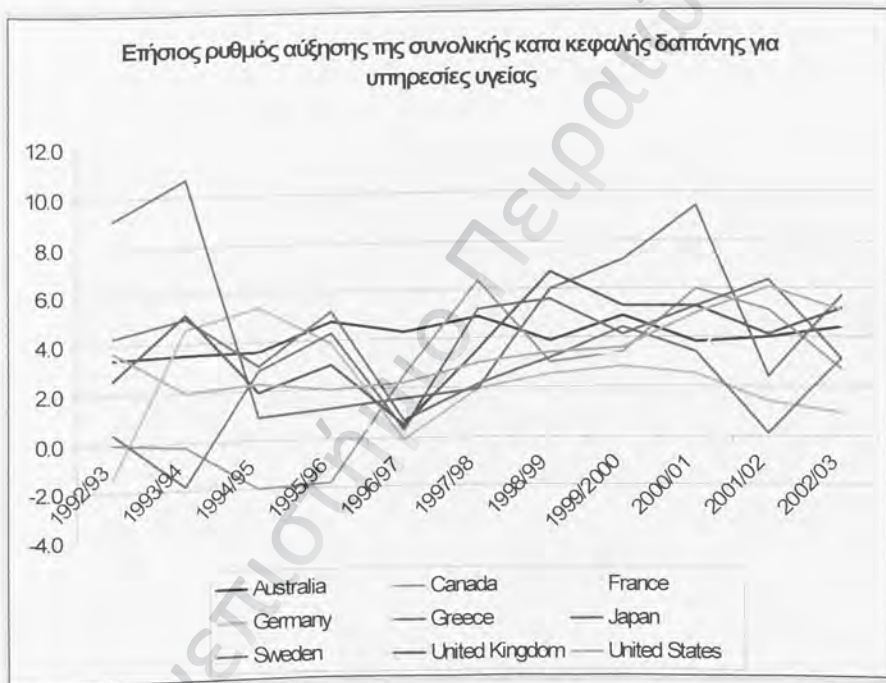


Σχήμα 5: Οι Συνολικές Δαπάνες Υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ για 9 χώρες



Παρατηρείστε ότι οι δαπάνες υγείας είναι μεγαλύτερες για χώρες με σχετικά μεγαλύτερο ΑΕΠ όπως π.χ. οι ΗΠΑ ενώ για τις Ευρωπαϊκές χώρες ακολουθούν σχετικά την ίδια πορεία υποδεικνύοντας τα σχετικά παρόμοια συστήματα υγείας και ίσως και κοινά χαρακτηριστικά των αγορών υγείας τους.

Σχήμα 6: Ετήσιος ρυθμός αύξησης της συνολικής κατά κεφαλή δαπάνης για υπηρεσίες υγείας για 9 χώρες



Το Σχήμα 6 παραπάνω δείχνει τους ρυθμούς αύξησης της κατά κεφαλή δαπάνης για υπηρεσίες υγείας για τις 9 χώρες που ξεχωρίσαμε παραπάνω από τις χώρες του ΟΟΣΑ (OECD). Και σε αυτή την περίπτωση τα στοιχεία προέρχονται από την ετήσια έκθεση για την υγεία του Οργανισμού για την Οικονομική Συνεργασία και Ανάπτυξη (OECD Health Data 2006, June 2006). Το γενικό συμπέρασμα εδώ είναι ότι οι ρυθμοί αύξησης των δαπανών για την υγεία τα τελευταία χρόνια μειώνονται έως μηδενίζονται.

Κάτι τέτοιο είναι ιδιαίτερα σημαντικά για τα οικονομικά της υγείας αφού δείχνει ότι το κόστος της υγείας γίνεται δυσβάστακτο για τις σύγχρονες οικονομίες. Παρ' όλ' αυτά, η

χρηματοδότηση του συστήματος υγείας αποτελεί καίριας σημασίας παράγοντα για την συνολική ευημερία στον 21<sup>ο</sup> αιώνα. Δεν είναι τυχαίο ότι ο Deaton (2004) συνδέει άμεσα την υγεία με την παγκοσμιοποίηση. Ο τελευταίος έδειξε στην εμπειρική του ανάλυση ότι οι η μεταφορά νέων τεχνικών και θεραπειών τόσο από ανεπτυγμένες προς ανεπτυγμένες χώρες όσο και από ανεπτυγμένες προς αναπτυσσόμενες οδήγησε σε βελτίωση της υγείας του πληθυσμού τους τις τελευταίες δεκαετίες. Απλά αυτή η ωφέλεια μεταφέρεται με πολύ αργούς ρυθμούς στις αναπτυσσόμενες χώρες. Ταυτόχρονα, ο Weil (2005) δείχνει πως υπάρχει θετική σχέση ανάμεσα στην υγεία και στο ρυθμό αύξησης του εισοδήματος (ΑΕΠ) των χωρών του ΟΑΣΑ, κάτι τέτοιο δείχνει τη σημασία του παράγοντα υγεία στην οικονομική ανάπτυξη μιας κοινωνίας – κράτους. Σε συνδυασμό οι δύο τελευταίες έρευνες δείχνουν την άμεση σχέση ευημερίας και υγείας.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

## 2. Η Ασύμμετρη Πληροφόρηση και τα Οικονομικά της Υγείας

Η ασύμμετρη πληροφόρηση είναι η κατάσταση στην οποία η πληροφορία που διαθέτουν οι αγοραστές ή οι πωλητές είναι διαφορετική από εκείνη που διαθέτουν οι άλλοι. Στην περίπτωση της υγείας, η ασύμμετρη πληροφόρηση μπορεί να προκύψει από διάφορες πηγές, όπως η έλλειψη γνώσης των ασθενών σχετικά με τις επιπτώσεις των θεραπειών, η έλλειψη εμπειρίας των γιατρών, ή η έλλειψη εμπιστοσύνης των ασθενών στους γιατρούς. Η ασύμμετρη πληροφόρηση μπορεί να οδηγήσει σε οικονομικά αποτελέσματα που είναι επιβλαβή για την υγεία, όπως η υπερβολική χρήση φαρμάκων ή η έλλειψη προληπτικών μέτρων.

Η ασύμμετρη πληροφόρηση μπορεί να οδηγήσει σε οικονομικά αποτελέσματα που είναι επιβλαβή για την υγεία, όπως η υπερβολική χρήση φαρμάκων ή η έλλειψη προληπτικών μέτρων. Η ασύμμετρη πληροφόρηση μπορεί να οδηγήσει σε οικονομικά αποτελέσματα που είναι επιβλαβή για την υγεία, όπως η υπερβολική χρήση φαρμάκων ή η έλλειψη προληπτικών μέτρων. Η ασύμμετρη πληροφόρηση μπορεί να οδηγήσει σε οικονομικά αποτελέσματα που είναι επιβλαβή για την υγεία, όπως η υπερβολική χρήση φαρμάκων ή η έλλειψη προληπτικών μέτρων.

Η ασύμμετρη πληροφόρηση μπορεί να οδηγήσει σε οικονομικά αποτελέσματα που είναι επιβλαβή για την υγεία, όπως η υπερβολική χρήση φαρμάκων ή η έλλειψη προληπτικών μέτρων. Η ασύμμετρη πληροφόρηση μπορεί να οδηγήσει σε οικονομικά αποτελέσματα που είναι επιβλαβή για την υγεία, όπως η υπερβολική χρήση φαρμάκων ή η έλλειψη προληπτικών μέτρων. Η ασύμμετρη πληροφόρηση μπορεί να οδηγήσει σε οικονομικά αποτελέσματα που είναι επιβλαβή για την υγεία, όπως η υπερβολική χρήση φαρμάκων ή η έλλειψη προληπτικών μέτρων.

Η ασύμμετρη πληροφόρηση μπορεί να οδηγήσει σε οικονομικά αποτελέσματα που είναι επιβλαβή για την υγεία, όπως η υπερβολική χρήση φαρμάκων ή η έλλειψη προληπτικών μέτρων. Η ασύμμετρη πληροφόρηση μπορεί να οδηγήσει σε οικονομικά αποτελέσματα που είναι επιβλαβή για την υγεία, όπως η υπερβολική χρήση φαρμάκων ή η έλλειψη προληπτικών μέτρων. Η ασύμμετρη πληροφόρηση μπορεί να οδηγήσει σε οικονομικά αποτελέσματα που είναι επιβλαβή για την υγεία, όπως η υπερβολική χρήση φαρμάκων ή η έλλειψη προληπτικών μέτρων.

Η ασύμμετρη πληροφόρηση μπορεί να οδηγήσει σε οικονομικά αποτελέσματα που είναι επιβλαβή για την υγεία, όπως η υπερβολική χρήση φαρμάκων ή η έλλειψη προληπτικών μέτρων. Η ασύμμετρη πληροφόρηση μπορεί να οδηγήσει σε οικονομικά αποτελέσματα που είναι επιβλαβή για την υγεία, όπως η υπερβολική χρήση φαρμάκων ή η έλλειψη προληπτικών μέτρων. Η ασύμμετρη πληροφόρηση μπορεί να οδηγήσει σε οικονομικά αποτελέσματα που είναι επιβλαβή για την υγεία, όπως η υπερβολική χρήση φαρμάκων ή η έλλειψη προληπτικών μέτρων.

## 2.1 Η έννοια της ασύμμετρης πληροφόρησης

Στην ανάλυση της Οικονομικής Επιστήμης η ασυμμετρία της πληροφόρησης έχει να κάνει με την πληροφόρηση που έχουν δύο οικονομικές μονάδες που πρόκειται (ή έχουν ήδη διαπραγματευτεί) ένα αγαθό. Για να υπάρχει ασύμμετρη πληροφόρηση θα πρέπει κάποιος ή κάποιοι από τους συναλλασσόμενους να έχει περισσότεροι πληροφόρηση σχετικά με το αγαθό που θα διαπραγματευτούν ή σε σχέση με τους παράγοντες που το επηρεάζουν. Στις περισσότερες των περιπτώσεων ο πωλητής κατέχει μεγαλύτερη πληροφόρηση σχετικά με το αγαθό από τον αγοραστή. Βέβαια, αυτό δε σημαίνει ότι δεν ισχύει και το αντίστροφο.

Τα υποδείγματα ασύμμετρης πληροφόρησης<sup>3</sup> υποθέτουν, πρώτα από όλα, πως τουλάχιστον ένα από τα μέρη που συμμετέχουν σε μία συναλλαγή έχει περισσότερη πληροφόρηση από τους υπόλοιπους που συμμετέχουν στη συναλλαγή. Ταυτόχρονα, υπάρχουν υποδείγματα ασύμμετρης πληροφόρησης όπου ένα τουλάχιστον μέρος μιας συναλλαγής μπορεί να αθετήσει κάποιους από τους όρους της συναλλαγής ή τουλάχιστον να μην εφαρμόσει τα όσα έχουν ήδη συμφωνηθεί.

Γενικά, μπορούμε να διακρίνουμε δύο μεγάλες κατηγορίες υποδειγμάτων ασύμμετρης πληροφόρησης. Η πρώτη περιλαμβάνει τα υποδείγματα της αντίθετης επιλογής (**adverse selection models**). Σε ένα τέτοιο υπόδειγμα το μέρος της συναλλαγής που έχει τη λιγότερη πληροφόρηση συμφωνεί για μια συναλλαγή με ένα άτομο που έχει καλύτερη πληροφόρηση. Χαρακτηριστικό παράδειγμα του προβλήματος της αντίθετης επιλογής είναι η σύναψη ενός ασφαλιστικού συμβολαίου όπου ο η ασφαλιστική εταιρεία δεν έχει καλή πληροφόρηση για την κατάσταση της υγείας του ασφαλισμένου. Ο τελευταίος μπορεί χρησιμοποιώντας ψευδείς ιατρικές εξετάσεις κτλ. να βεβαιώσει την ασφαλιστική εταιρεία ότι είναι υγιείς ενώ ισχύει το αντίθετο. Αν η ασφαλιστική εταιρεία συμφωνήσει και εγκρίνει το ασφαλιστικό συμβόλαιο τότε θα έχει αναλάβει μεγαλύτερο κίνδυνο από αυτόν που συνεπάγεται το ασφαλιστικό συμβόλαιο. Με άλλα λόγια, ο ασφαλισμένος θα πληρώνει ασφάλιστρο χαμηλότερο από αυτόν που του αναλογεί. Κάτι τέτοιο, όταν γίνεται από ένα μόνο άτομο δεν δημιουργεί σημαντικό πρόβλημα στην ασφαλιστική εταιρεία. Αντίθετα

<sup>3</sup> Και σε αυτή την περίπτωση, για μια ποιο ολοκληρωμένη και αναλυτική παρουσίαση υποδειγμάτων ασύμμετρης πληροφόρησης ο αναγνώστης μπορεί να αναφερθεί στους **Gravelle & Rees, R., (1992)**, **Varian (1992)** και **Katz & Rosen (1998)**.

όταν γίνεται από μεγάλες ομάδες των ασφαλισμένων τότε τίθεται σε κίνδυνο η ίδια η βιωσιμότητα της επιχείρησης και συνεπώς και των ασφαλιστικών συμβολαίων αυτών που έχουν αποκαλύψει την πραγματική κατάσταση της υγείας τους. Δηλαδή, η εσκεμμένη απόκρυψη της πραγματικής κατάστασης της υγείας ενός ατόμου έχει ως αποτέλεσμα το χαμηλότερο ασφάλιστρο. Όταν η συγκεκριμένη πρακτική γίνεται από πάρα πολλούς ασφαλισμένους η τιμή του ασφαλιστρού στην αγορά είναι αναποτελεσματική.

Η δεύτερη κατηγορία υποδειγμάτων ασύμμετρης πληροφόρησης περιλαμβάνει τα υποδείγματα του ηθικού κινδύνου (**moral hazard models**). Σε αυτά τα υποδείγματα, η ασύμμετρη πληροφόρηση δεν εμφανίζεται πριν από τη συναλλαγή – πριν από την υπογραφή του συμβολαίου. Αφού υπογραφεί ένα συμβόλαιο τότε κάποιο από τα δύο συμβαλλόμενα μέρη έχει τη κίνητρο να μην τηρήσει την δικιά του πλευρά του συμβολαίου. Χρησιμοποιώντας ένα παράδειγμα από την ασφαλιστική αγορά και πάλι ας υποθέσουμε ότι κάποιος αγοράζει μια ασφάλεια υγείας. Εδώ ο υποψήφιος ασφαλισμένος υποβάλλει όλα τα πραγματικά (!) δικαιολογητικά πριν από την υπογραφή του συμβολαίου. Μετά την υπογραφή όμως, αλλάζει τη συμπεριφορά του και αρχίζει να συμπεριφέρεται αναλαμβάνοντας περισσότερο κίνδυνο από αυτό που ορίζει το ασφαλιστικό συμβόλαιο. Για παράδειγμα, μετά την υπογραφή του συμβολαίου αυξάνει την κατανάλωση αλκοόλ ή δεν μεριμνά για την υγεία του όπως πριν την υπογραφή του. Και σε αυτή την περίπτωση παρουσιάζεται αναποτελεσματικότητα στην τιμή των ασφαλιστικών συμβολαίων.

Η ασύμμετρη πληροφόρηση όπως ήδη έχει αναφερθεί είναι δυνατόν να εμφανιστεί είτε στην πλευρά του πωλητή είτε στην πλευρά του αγοραστή. Χαρακτηριστικά παραδείγματα περιπτώσεων όπου ο πωλητής έχει καλύτερη πληροφόρηση από τον αγοραστή είναι και τα παρακάτω:

- ✓ Οι πωλητές μεταχειρισμένων αυτοκινήτων (**Akerlof (1970)**)
- ✓ Οι πωλητές – μεσίτες ακινήτων
- ✓ Οι τράπεζες όταν χορηγούν στεγαστικά δάνεια, κτλ.

Βέβαια, η περίπτωση ο αγοραστής να έχει καλύτερη πληροφόρηση από τον πωλητή δεν αποκλείεται. Χαρακτηριστικά παραδείγματα τέτοιων περιπτώσεων είναι:

- ✓ Οι πωλήσεις παλαιών αντικειμένων τέχνης χωρίς να έχει πρώτα ζητηθεί η γνώμη ενός ειδικού
- ✓ Οι αγοραστές ασφάλισης υγείας που γνωρίζουν καλύτερα την κατάσταση της υγείας τους από ότι η ασφαλιστική εταιρεία (**Arrow (1963)**)

## 2.1.1 Ο κίνδυνος κατάρρευσης της αγοράς εξαιτίας της ασύμμετρης πληροφόρησης

Πριν προχωρήσουμε είναι σημαντικό να αναφέρουμε πως πολλές φορές η ασύμμετρη πληροφόρηση δεν οδηγεί μόνο στην πληρωμή χαμηλότερων ασφαλιστρών από τους ασφαλισμένους με βάση τον κίνδυνο που τους αναλογεί. Μπορεί να οδηγήσει και σε συνολική κατάρρευση της αγοράς.

Σημαντική σε αυτό το σημείο είναι η εργασία του **Akerlof (1970)**<sup>4</sup>. Ο τελευταίος περιγράφει πως προϊόντα διαφορετικής ποιότητας και η ύπαρξη ασύμμετρης πληροφόρησης σχετικά με την ποιότητα από την πλευρά των καταναλωτών μπορούν να οδηγήσουν σε πλήρη κατάρρευση της αγοράς.

Σε ένα τέτοιο υπόδειγμα, επειδή ο αγοραστής δεν μπορεί να διακρίνει την ποιότητα του αγαθού που θα αγοράσει πριν πραγματοποιήσει την αγορά, πάντα υπάρχει κίνητρο από πλευράς των πωλητών να διαθέσουν στην αγορά τα προϊόντα χαμηλής ποιότητας ως προϊόντα υψηλής ποιότητας. Ο αγοραστής όμως γνωρίζει ότι ο πωλητής έχει αυτό το κίνητρο και γι' αυτό θεωρεί ότι η ποιότητα του προϊόντος είναι αβέβαιη<sup>5</sup>. Συνεπώς - και με βάση τον υπολογισμό της αναμενόμενης ποιότητας - ο αγοραστής θα λάβει υπόψη του για τον υπολογισμό της ποιότητας την μέση ποιότητα του προϊόντος. Κάτι τέτοιο θα έχει ως αποτέλεσμα τα προϊόντα που έχουν ποιότητα υψηλότερη από τη μέση (τα προϊόντα με καλή

---

<sup>4</sup> Ο G. Akerlof, ο J. Stiglitz, και ο M. Spence για την εργασία τους στην ασύμμετρη πληροφόρηση τιμήθηκαν με το Nobel των Οικονομικών το 2001. Για περισσότερες πληροφορίες αναφερθείτε στην ιστοσελίδα: [http://nobelprize.org/nobel\\_prizes/economics/laureates/2001](http://nobelprize.org/nobel_prizes/economics/laureates/2001). Και οι τρεις εργασίες για τις οποίες τιμήθηκαν με το βραβείο Nobel **Akerlof (1973)**, **Rothschild & Stiglitz (1976)** και **Spence (1973)** θα παρουσιαστούν συνοπτικά παρακάτω.

<sup>5</sup> Θα πρέπει εδώ να σημειώσουμε ότι η αβεβαιότητα μεταφράζεται σε χρήση της αναμενόμενης ποιότητας, Ως αναμενόμενη ποιότητα ορίζουμε το άθροισμα των γινόμενων των διαφορετικών ποιοτήτων με τις πιθανότητες εμφάνισής τους. Με άλλα λόγια, αν έχουμε τρεις ενδεχόμενες ποιότητες  $q_1$ ,  $q_2$ ,  $q_3$  με πιθανότητες εμφάνισης  $p_1$ ,  $p_2$ ,  $p_3$  τότε η αναμενόμενη ποιότητα θα είναι:  $E(q) = p_1 * q_1 + p_2 * q_2 + p_3 * q_3$ .

Σε γενικές γραμμές, η αναμενόμενη τιμή μιας τυχαίας μεταβλητής που χαρακτηρίζεται από αβεβαιότητα χαρακτηρίζεται από το άθροισμα των επιμέρους γινόμενων με τις αντίστοιχες πιθανότητες εμφάνισης τους.

ποιότητα (δηλαδή) θα φύγουν από την αγορά αφού η τιμή που είναι διατεθειμένος να πληρώσει ο καταναλωτής θα είναι χαμηλότερη από την τιμή που είναι διατεθειμένος να εισπράξουν οι παραγωγοί τους. Η παραπάνω διαδικασία θα επαναληφθεί για τα προϊόντα που απέμειναν στην αγορά. Στη δεύτερη επανάληψη, τα προϊόντα με την καλύτερη ποιότητα θα εξέλθουν από την αγορά. Η συγκεκριμένη διαδικασία θα επαναληφθεί μέχρι που στο τέλος στην αγορά θα έχουν μείνει μόνο τα προϊόντα με τη χειρότερη ποιότητα. Τα συγκεκριμένα προϊόντα κανένας δε θα είναι διατεθειμένος να τα αγοράσει και συνεπώς η αγορά θα καταρρεύσει. Συνεπώς, σε αγορές με ασυμμετρία πληροφόρησης σχετικά με την ποιότητα του προϊόντος ολόκληρο το σύστημα είναι δυνατόν να καταρρεύσει.

### **2.1.1.1 Η αγορά των μεταχειρισμένων αυτοκινήτων**

Παρακάτω θα παρουσιάσουμε συνοπτικά την εργασία του Akerlof (1970). Ο τελευταίος χρησιμοποιεί την αγορά των μεταχειρισμένων αυτοκινήτων ως παράδειγμα μιας αγοράς με αβεβαιότητα ως προς την ποιότητα του αυτοκινήτου. Ας υποθέσουμε ότι σε μια τέτοια αγορά υπάρχουν καλά μεταχειρισμένα αυτοκίνητα και κακά μεταχειρισμένα αυτοκίνητα (lemons<sup>6</sup>). Ο υποψήφιος αγοραστής δεν γνωρίζει την ποιότητα του αυτοκινήτου πριν την αγορά και δεν διαθέτει ένα τρόπο για να την διαπιστώσει. Το μόνο που μπορεί να κάνει είναι να μαντέψει ποια είναι η μέση ποιότητα στην αγορά και συνεπώς είναι διατεθειμένος να πληρώσει μόνο την τιμή που αντιστοιχεί στη συγκεκριμένη μέση ποιότητα. Αυτό σημαίνει ότι ο πωλητής που διαθέτει ένα καλό μεταχειρισμένο αυτοκίνητο θα περιμένει τιμή υψηλότερη από αυτή που αντιστοιχεί σε ένα αυτοκίνητο μέσης ποιότητας. Συνεπώς θα φύγει από την αγορά αφού κανένας δε θα του εξασφαλίσει τη συγκεκριμένη τιμή. Καθώς το αυτοκίνητο καλής ποιότητας θα φύγει από την αγορά θα μειωθεί η μέση ποιότητα και συνεπώς θα μειωθεί και η αντίστοιχη τιμή. Τότε ο πωλητής με το αυτοκίνητο με την αμέσως καλύτερη ποιότητα θα φύγει από την αγορά για τους ίδιους ακριβώς λόγους με την προηγούμενη περίπτωση. Η διαδικασία αυτή θα σταματήσει μόνο

<sup>6</sup> Η αντιστοιχία στα ελληνικά για τον όρο lemons του Akerlof είναι «πατάτα».



στο σημείο όπου τα αυτοκίνητα που θα μείνουν στην αγορά θα είναι αυτά με τη χαμηλότερη ποιότητα και τα οποία κανείς δε θα θέλει να αγοράσει<sup>7</sup>.

Χαρακτηριστικό παράδειγμα τέτοιων αγορών είναι μπορεί να είναι:

✓ **η αγορά για τα μεταχειρισμένα αυτοκίνητα**

Η διαφορετική ποιότητα οδηγεί στην κατάρρευση της αγοράς αφού μόνο τα αυτοκίνητα με την χειρότερη ποιότητα καταλήγουν να διατίθενται και κανένας δεν είναι διατεθειμένος να τα αγοράσει. Το συγκεκριμένο υπόδειγμα θα παρουσιαστεί αναλυτικά παρακάτω.

✓ **η αγορά πιστώσεων ειδικά στις αναπτυσσόμενες χώρες όπου οι υποψήφιοι για δανεισμό έχουν σημαντικό κίνδυνο**

Στην συγκεκριμένη περίπτωση οι υποψήφιοι για δανεισμό έχουν πολύ μεγάλο κίνδυνο. Η τράπεζα ξέρει κάθε φορά πως αυτοί που έρχονται σε αυτή είναι αυτοί που δεν έχουν κανένα άλλο τρόπο να χρηματοδοτήσουν τα επενδυτικά τους σχέδια επειδή είτε η πιθανότητα απόδοσης είναι πολύ μικρή είτε δεν έχουν ενέχυρο. Η συγκεκριμένη περίπτωση θα αναλυθεί παρακάτω στην περίπτωση της αντίθετης επιλογής.

✓ **η ασφαλιστική αγορά υγείας για τα άτομα που βρίσκονται στην τρίτη ηλικία**

Χαρακτηριστικό παράδειγμα από τα οικονομικά της υγείας είναι η μη προσφορά ασφαλιστικών συμβολαίων για άτομα τα οποία βρίσκονται ήδη στην τρίτη ηλικία. Αυτό συμβαίνει γιατί οι ασφαλιστικές εταιρείες γνωρίζουν πως τα άτομα αυτά φέρουν μεγάλο κίνδυνο. Γι' αυτό ζητούν πολύ μεγάλο ασφάλιστρο. Το τελευταίο διώχνει τα άτομα που έχουν σχετικά καλή υγεία από την αγορά και αφήνει μόνο τα άτομα που δεν έχουν. Σε αυτά οι ασφαλιστικές εταιρείες δεν είναι διατεθειμένες να προσφέρουν συμβόλαια. Γι' αυτό το λόγο συνήθως τέτοια ασφαλιστικά προγράμματα προσφέρονται μόνο από το κράτος (π.χ. το Medicare στις ΗΠΑ και τα αντίστοιχα προγράμματα στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης).

---

<sup>7</sup> Για μια πιο μαθηματικοποιημένη και συνεπώς πιο επίσημη (formal) παρουσίαση της αγοράς των μεταχειρισμένων αυτοκινήτων ο αναγνώστης μπορεί να αναφερθεί είτε στην πρωτότυπη εργασία του Akerlof (1970) είτε σε κάποιο εγχειρίδιο μικροοικονομικής ανάλυσης.

## 2.2 Η έννοια της αντίθετης επιλογής

Για την ανάλυση της αντίθετης επιλογής θα αναφερθούμε στην εργασία των **Rothschild & Stiglitz (1976)**<sup>5</sup>. Σύμφωνα με αυτή την εργασία τώρα, ας υποθέσουμε ότι υπάρχουν δύο κατηγορίες υποψηφίων προς ασφάλιση υγείας. Η πρώτη κατηγορία ενέχει κίνδυνο για την ασφαλιστική εταιρεία εξαιτίας κάποιας συμπεριφοράς της ή κάποιας συνήθειας της. Για παράδειγμα, ας υποθέσουμε ότι η πρώτη κατηγορία υποψηφίων ασφαλισμένων περιλαμβάνει καπνιστές. Οι καπνιστές εξαιτίας της συγκεκριμένης συνήθειας έχουν περισσότερο κίνδυνο για την ασφαλιστική εταιρεία αφού είναι πιο πιθανόν να εμφανίσουν προβλήματα υγείας στο μέλλον. Από την άλλη πλευρά, η δεύτερη κατηγορία υποψηφίων προς ασφάλιση περιλαμβάνει τους μη καπνιστές. Προφανώς η ασφαλιστική εταιρεία επιθυμεί να έχει ασφαλισμένους μη καπνιστές αφού είναι λιγότερο πιθανό να εμφανίσουν προβλήματα υγείας στο μέλλον.

Πρώτα θα εξετάσουμε τι θα συμβεί στην περίπτωση πλήρους πληροφόρησης. Εδώ η ασφαλιστική εταιρεία μπορεί να διακρίνει μεταξύ των δύο κατηγοριών των ασφαλισμένων. Συνεπώς η άριστη επιλογή σε αυτή την περίπτωση θα είναι να χρεώσει σε κάθε κατηγορία την τιμή – ασφάλιστρο που της αναλογεί. Δηλαδή, η πρώτη κατηγορία θα πληρώσει υψηλότερο ασφάλιστρο από την δεύτερη κατηγορία. Παρατηρήστε σε αυτό το σημείο ότι με την υπόθεση της πλήρους πληροφόρησης επιστρέφουμε στην ανάλυση του Σχήματος 1 παραπάνω. Κάθε κατηγορία πληρώνει την ανταγωνιστική τιμή που της αναλογεί και δεν υπάρχουν αναποτελεσματικότητες στην αγορά.

Το κρίσιμο ερώτημα που προκύπτει εδώ όμως είναι τι θα συμβεί στην περίπτωση ύπαρξης ασύμμετρης πληροφόρησης στην αγορά. Οι **Rothschild & Stiglitz (1976)** διακρίνουν δύο είδη ισορροπίας. Στο πρώτο οι δύο κατηγορίες αντιμετωπίζονται με τον ίδιο τρόπο από την ασφαλιστική εταιρεία (pooling equilibrium). Στο δεύτερο είδος ισορροπίας, η ασφαλιστική ισορροπία προσπαθεί να διακρίνει μεταξύ των δύο κατηγοριών ασφαλισμένων (separating equilibrium).

---

<sup>5</sup> Ο **Hellwig (1987)** ακολουθεί ανάλυση παρόμοια με αυτή των **Rothschild & Stiglitz (1976)**. Για περισσότερη πληροφόρηση σχετικά με την ύπαρξη του προβλήματος της αντίθετης επιλογής ο αναγνώστης δεν έχει παρά να αναφερθεί στους **Crocker & Snow (2006)**.

Ξεκινώντας με το πρώτο είδος ισορροπίας υποθέτουμε ότι η επιχείρηση δεν μπορεί να διακρίνει μεταξύ των δύο κατηγοριών υποψήφιων ασφαλισμένων. Τότε το μόνο που μπορεί να κάνει είναι να υπολογίσει τον μέσο κίνδυνο των δύο κατηγοριών και να ορίσει τις τιμές της ανάλογα. Η ανάλυση σε αυτό το σημείο ταιριάζει με την ανάλυση του Akerlof (1970). Αποδεικνύεται, ότι η ασφαλιστική εταιρεία θα ορίσει μόνο μία τιμή για το ασφάλιστρο στην αγορά. Αν συγκρίνουμε την ενιαία τιμή του ασφαλιστρού με τις δύο τιμές της πλήρους πληροφόρησης θα παρατηρήσουμε ότι η πρώτη βρίσκεται κάπου μεταξύ των δύο τελευταίων. Με άλλα λόγια, οι ασφαλισμένοι της πρώτης κατηγορίας θα πληρώσουν λιγότερο από ότι αν η ασφαλιστική μπορούσε να διακρίνει σε ποια κατηγορία κινδύνου ανήκουν. Αντίστοιχα, οι ασφαλισμένοι της δεύτερης κατηγορίας θα πληρώσουν περισσότερο.

Η διαδικασία δεν σταματά σε αυτό το σημείο. Όπως και στην αγορά των μεταχειρισμένων αυτοκινήτων έτσι και εδώ οι ασφαλισμένοι της δεύτερης κατηγορίας δε θα επιλέξουν να πληρώσουν τη συγκεκριμένη τιμή και θα αποχωρήσουν από την αγορά. Η ασφαλιστική εταιρεία στη συνέχεια θα καταλήξει να έχει ως πελάτες αυτούς που σε καμία περίπτωση δε θα επιθυμούσε να έχει. Θα της απομείνουν μόνο οι υποψήφιοι ασφαλισμένοι της πρώτης κατηγορίας που έχουν πάρα πολύ ψηλό κίνδυνο. Η κερδοφορία της αλλά και η ίδια η βιωσιμότητα της εταιρείας θα τεθεί σε κίνδυνο αφού θα γνωρίζει ότι οι πελάτες της θα είναι αυξημένου κινδύνου και ότι τα χρήματα που θα έχει ως έσοδα από τα ασφάλιστρα θα πρέπει να τα επιστρέφει ως ασφαλιστικές αποζημιώσεις ενώ πάντα θα υπάρχει και ο κίνδυνος να μην έχει τα χρήματα για τις αποζημιώσεις<sup>9</sup>.

Το αποτέλεσμα είναι ότι κάτω από την πολιτική ενιαίας τιμής στην αγορά (pooling equilibrium) και με την ύπαρξη ασύμμετρης πληροφόρησης η ασφαλιστική εταιρεία θα

---

<sup>9</sup> Οι ασφαλιστικές εταιρείες όπως και οι τράπεζες λειτουργούν ακολουθώντας κανόνες όπως οι Νόμοι των Μεγάλων Αριθμών. Με άλλα λόγια ποτέ δεν έχουν αρκετά κεφάλαια για να αποζημιώσουν όλους τους πελάτες τους. Έχουν τα κεφάλαια εκείνα για να ικανοποιήσουν τον συνηθισμένο αριθμό πελατών που εμφανίζεται καθημερινά. Συνεπώς η αύξηση του κινδύνου συνεπάγεται για την ασφαλιστική εταιρεία και την αύξηση των αποζημιώσεων που θα πληρώνει. Οι αποζημιώσεις αυτές όμως δεν υπάρχουν άμεσα διαθέσιμες καθώς η ασφαλιστική εταιρεία συνήθως επενδύει τα κεφάλαια των ασφαλισμένων για να αποκομίσει κέρδος για την ίδια αλλά και για να συγκεντρώσει κεφάλαια που θα τις επιτρέπουν να πληρώνει αποζημιώσεις στο μέλλον.

προτιμήσει να μην εισέλθει στην αγορά. Αυτό θα το κάνει γιατί γνωρίζει ότι οι υπονήφιοι ασφαλισμένοι θα είναι αυτοί με τον υψηλότερο κίνδυνο στην αγορά. Με άλλα λόγια, παρουσιάζεται και εδώ το φαινόμενο της κατάρρευσης της αγοράς που πρώτος περιέγραψε ο Akerlof (1970).

Με δεδομένο ότι δεν υπάρχει ισορροπία στην περίπτωση της ενιαίας τιμής παρακάτω θα εξετάσουμε τι θα συμβεί στην περίπτωση όπου η επιχείρηση θα χρεώσει δύο διαφορετικές τιμές για κάθε κατηγορία ασφαλισμένων. Αν ξεκινήσουμε και πάλι από την περίπτωση της πλήρους πληροφόρησης. Προφανώς η ασφαλιστική εταιρεία δε θα θέσει ποτέ τις δύο τιμές της πλήρους πληροφόρησης σε περίπτωση που δεν μπορεί αν διακρίνει μεταξύ των δύο κατηγοριών ασφαλισμένων. Σε κάθε περίπτωση αν κάνει κάτι τέτοιο όλοι στην αγορά θα επιλέξουν την χαμηλότερη τιμή της δεύτερης κατηγορίας και η ασφαλιστική εταιρεία θα αναλάβει πολύ περισσότερο κίνδυνο από αυτόν που επιθυμεί. Το κρίσιμο ερώτημα σε αυτό το σημείο τώρα είναι πώς θα θέσει τις διαφορετικές τιμές η ασφαλιστική εταιρεία. Μία πιθανή λύση είναι να θέσει την τιμή της πλήρους πληροφόρησης για την πρώτη κατηγορία υπονήφινων ασφαλισμένων και να θέσει την τιμή της πλήρους πληροφόρησης για τη δεύτερη κατηγορία αλλά ταυτόχρονα να περιορίσει την ποσότητα της ασφάλισης που η δεύτερη κατηγορία μπορεί να αγοράσει. Με άλλα λόγια, η επικίνδυνη κατηγορία ασφαλισμένων αγοράζει όσο το δυνατόν περισσότερη ασφάλιση μπορεί στην τιμή που αντικατοπτρίζει τον κίνδυνο της για την πρώτη κατηγορία ενώ η δεύτερη κατηγορία αγοράζει λιγότερη ασφάλιση από αυτήν που θα ήθελε να αγοράσει. Στην περίπτωση που η δεύτερη κατηγορία αποφασίσει να μην αγοράσει ασφάλιση τότε οδηγούμαστε στο ίδιο αποτέλεσμα με την περίπτωση της ενιαίας τιμής.

Το γενικό συμπέρασμα σε αυτή την περίπτωση είναι ότι υπό συνθήκες ασύμμετρης πληροφόρησης δεν είναι δυνατόν να υπάρξει μια ενιαία τιμή στην αγορά ενώ με την ύπαρξη δύο διαφορετικών τιμών η κατηγορία με τον υψηλό κίνδυνο ασφαλιζετε πλήρως ενώ η κατηγορία με τον χαμηλό κίνδυνο ασφαλιζεται μόνο μερικώς – σε σχέση με την ασφάλιση που θα αγόραζε υπό συνθήκες πλήρους απασχόλησης.

### 2.3 Η έννοια του ηθικού κινδύνου

Παραπάνω ορίσαμε τον ηθικό κίνδυνο ως το κίνητρο που έχει το ένα μέρος μιας συναλλαγής να προβεί σε πράξεις τις οποίες δε θα έκανε αν δεν είχε συμφωνήσει στη συναλλαγή και οι οποίες βάζουν σε κίνδυνο το άλλο μέρος της συναλλαγής (και πολλές

φορές και το ίδιο). Οι **Katz & Rosen (1998)** αναφέρουν ότι ο ηθικός κίνδυνος απλά είναι μια άλλη ονομασία για το πρόβλημα της κρυφής κίνησης (hidden action). Συνήθως αυτός που κάνει μια κρυφή κίνηση – ουσιαστικά το μέρος της συναλλαγής που έχει καλύτερη πληροφόρηση – κάνει πάντα τη «λάθος» κίνηση.

Σύμφωνα με αυτό τον ορισμό μπορούμε να προσδιορίσουμε τα βασικά χαρακτηριστικά του ηθικού κινδύνου ως εξής:

✓ **η παρουσία της κρυφής κίνησης**

Για παράδειγμα, η ασφαλιστική εταιρεία δεν μπορεί να ελέγξει τη συμπεριφορά του ασφαλισμένου μετά την υπογραφή του συμβολαίου

✓ **το μέρος της συναλλαγής που συνήθως κάνει την κρυφή κίνηση αυξάνει την πιθανότητα ενός άσχημου αποτελέσματος**

Για παράδειγμα, ένας ασφαλισμένος που εν προσέχει την υγεία του μετά την υπογραφή του συμβολαίου θέτει σε κίνδυνο την υγεία του και συνεπώς και την ασφαλιστική εταιρεία αφού αυξάνει τον κίνδυνο ασθένειας. Η αύξηση αυτή του κινδύνου δεν συμπεριλαμβάνεται στην τιμή του συμβολαίου του.

Χαρακτηριστικά παραδείγματα συμπεριφοράς ηθικού κινδύνου είναι:

- ✓ Άτομα που έχουν ασφαλίσει τα σπίτια τους έναντι κλοπής και δεν κλειδώνουν τις εξωτερικές πόρτες ή αφήνουν παράθυρα ανοικτά μετά την υπογραφή του συμβολαίου.
- ✓ Οδηγοί αυτοκινήτων που οδηγούν απρόσεκτα επειδή γνωρίζουν ότι τι αυτοκίνητο τους είναι ασφαλισμένο.
- ✓ Άτομα που δεν προστατεύουν την υγεία τους επειδή έχουν ήδη ασφάλιση υγείας.

Το κρίσιμο ερώτημα που προκύπτει εδώ είναι γιατί ο ηθικός κίνδυνος είναι πραγματικό πρόβλημα. Αυτό είναι αποτέλεσμα του κόστους που πρέπει να υποστούν τα άτομα π.χ. για να διατηρήσουν την υγεία τους σε καλή κατάσταση. Πριν από την ύπαρξη του ασφαλιστικού συμβολαίου γνώριζαν ότι θα έπρεπε να υποστούν το κόστος της διατήρησής της υγείας σε καλή κατάσταση γιατί δεν είχε άλλη εναλλακτική. Από τη στιγμή όμως που θα υπογράψει το συμβόλαιο γνωρίζει πλέον ότι η ασφαλιστική εταιρεία θα αναλάβει όλο το κόστος στην περίπτωση επιβάρυνσης της υγείας του. Γι' αυτό το λόγο, θεωρεί περιττό να υποστεί όποια επιπλέον κόστη για τη διατήρηση της υγείας του σταθερής.

Για να αναλύσουμε τον ηθικό κίνδυνο ας ξεκινήσουμε με την περίπτωση της πλήρους πληροφόρησης. Έστω ότι έχουμε μια ασφαλιστική εταιρεία η οποία γνωρίζει ότι ο

υπονήσιος ασφαλισμένος μετά την υπογραφή του συμβολαίου θα αλλάξει τη συμπεριφορά του και θα θέσει σε πιθανό κίνδυνο την υγεία του. Η άριστη στρατηγική της ασφαλιστικής εταιρείας σε αυτή την περίπτωση θα είναι να του χρεώσει ένα ασφάλιστρο που θα περιλαμβάνει και τον ηθικό κίνδυνο.

Ως συνήθως όμως τα πράγματα είναι διαφορετικά στην περίπτωση της ασύμμετρης πληροφόρησης. Εδώ η ασφαλιστική εταιρεία δεν μπορεί να διακρίνει αν ο ασφαλισμένος θα υποπέσει στην «κρυφή κίνηση» μετά την υπογραφή του συμβολαίου. Επειδή μάλιστα, η συγκεκριμένη κίνηση μπορεί να θέσει σε κίνδυνο την κερδοφορία ακόμη και την βιωσιμότητα της ασφαλιστικής εταιρείας – αφού θα την αναγκάζει να αναλαμβάνει πολύ υψηλότερο κίνδυνο από αυτόν για τον οποίο αμείβεται – είναι πιθανόν να οδηγηθούμε τελικά στην περίπτωση της κατάρρευσης της αγοράς που περιγράφηκε από τον **Akerlof (1970)**.

Η ασφαλιστική εταιρεία τώρα μπορεί να μειώσει το πρόβλημα του ηθικού κινδύνου με την χρήση μιας στρατηγικής που σαν σκοπό έχει να περιορίσει την πιθανότητα το άτομο να κάνει την «κρυφή κίνηση». Η στρατηγική αυτή σχετίζεται με την συμμετοχή του ασφαλισμένου στο ασφάλιστρο. Για παράδειγμα, η ασφαλιστική εταιρεία ορίζει ότι στην περίπτωση που ο ασφαλισμένος ασθενήσει τότε αυτή θα πληρώνει μόνο το 70% των εξόδων του νοσοκομείου ενώ το υπόλοιπο θα το πληρώνει ο ίδιος ο ασφαλισμένος. Ένας άλλος τρόπος μείωσης της πιθανότητας εκδήλωσης της «κρυφής κίνησης» είναι η συμμετοχή της ασφαλιστικής εταιρείας στα έξοδα υγείας του ασφαλισμένου μετά από κάποιο σημείο. Με άλλα λόγια ο ασφαλισμένος θα πληρώσει τα έξοδα της αρχικής του νοσηλείας – τα οποία δε θα του επιστραφούν ποτέ από την ασφαλιστική εταιρεία – ενώ στη συνέχεια η ασφαλιστική εταιρεία θα του καλύψει το 100% της νοσηλείας.

Και οι δύο μέθοδοι που μόλις αναφέρθηκαν τείνουν αν μειώνουν το πρόβλημα του ηθικού κινδύνου. Αυτό συμβαίνει διότι ο ασφαλισμένος θα πρέπει να συμμετάσχει άμεσα στο κόστος της όποιας «κρυφής κίνησης» από μέρους του. Αυτό μειώνει την πιθανότητα εκδήλωσης της. Η πιθανότητα όμως εμφάνισης του ηθικού κινδύνου δεν εξαλείφεται. Για να συμβεί αυτό, σύμφωνα με τους **Katz & Rosen (1998)** θα πρέπει ο ασφαλισμένος να αναλάβει το 100% τις ασφάλισης του (!!!).

### 2.3.1 Η έννοια του ηθικού κινδύνου στη σχέση γιατρού - ασθενή

Παραπάνω αναφέρθηκε η ιδιαίτερη σχέση γιατρού – ασθενή υπό συνθήκες ασύμμετρης πληροφόρησης. Ο γιατρός βρίσκεται σε πλεονεκτική θέση γιατί έχει καλύτερη γνώση της κατάστασης στην οποία βρίσκεται ο ασθενής από ότι ο τελευταίος. Συνεπώς μπορεί να χρεώσει τιμή μεγαλύτερη αφού μπορεί να επιβάλλει στον ασθενή θεραπείες τις οποίες αυτός στην πραγματικότητα δεν χρειάζεται.

Στη συγκεκριμένη περίπτωση έχουμε άλλη μια περίπτωση εμφάνισης του προβλήματος του ηθικού κινδύνου. Ο ασθενής και ο γιατρός έρχονται σε μια συμφωνία. Ο γιατρός θα εξετάσει τον ασθενή. Μετά όμως από την συμφωνία το μέρος με τη μεγαλύτερη πληροφόρηση – ο γιατρός – παρατηρεί ότι μπορεί να αυξήσει το όφελος από την συναλλαγή αυξάνοντας το κόστος θεραπείας του ασθενή, με δεδομένο ότι ο τελευταίος δεν μπορεί να το αντιληφθεί. Κάτι τέτοιο είχε ήδη επισημανθεί από τον Arrow (1963).

### 3. Η Σύνδεση της Ασύμμετρης Πληροφόρησης και των Οικονομικών της Υγείας

Πανεπιστήμιο Πειραιώς



### 3.1 Η εμφάνιση της ασύμμετρης πληροφόρησης στον χώρο των οικονομικών της υγείας

Παρακάτω θα προσπαθήσουμε να συγκεντρώσουμε τα σημεία στα οποία παρουσιάζεται η ασύμμετρη πληροφόρηση στον κλάδο των οικονομικών της υγείας και θα παρουσιάσουμε – εν μέρει τουλάχιστον – την έρευνα που έχει γίνει για τα συγκεκριμένα φαινόμενα. Στη συνέχεια του παρόντος κεφαλαίου θα παρουσιάσουμε και κάποιες πρακτικές που μπορούν να λειτουργήσουν ως λύσεις για τα συγκεκριμένα προβλήματα.

#### 3.1.1 Η ασφαλιστική αγορά και το πρόβλημα της αντίθετης επιλογής

Η έννοια του προβλήματος της αντίθετης επιλογής παρουσιάστηκε αναλυτικά παραπάνω με τη χρήση του υποδείγματος των **Akerlof (1970)** και **Rothschild & Stiglitz (1976)**. Εδώ απλά θα σημειώσουμε ότι σύμφωνα με τους **Katz & Rosen (1998)** ως πρόβλημα αντίθετης επιλογής ορίζεται εκείνο το φαινόμενο όπου σε μια συναλλαγή το μέρος με τη λιγότερη πληροφόρηση καταλήγει να συναλλάσσετε με εκείνο το μέρος που αν είχε πλήρη πληροφόρηση θα προσπαθούσε να αποφύγει.

Σε γενικές γραμμές η εμπειρική έρευνα που σχετίζεται με την έννοια της ασύμμετρης πληροφόρησης είναι περιορισμένη και τα αποτελέσματα της δεν οδηγούν σε ακριβή συμπεράσματα. Ξεκινώντας από τον **Phelps (1976)** παρατηρούμε ότι δεν βρήκε καμία σχέση μεταξύ της αναμενόμενης ασθένειας των ασφαλισμένων και της επιλογής ασφαλιστικής κάλυψης. Η ύπαρξη σχέσης σε αυτή την περίπτωση θα μεταφραζόταν άμεσα στο ότι τα άτομα επιλέγουν ασφαλιστική κάλυψη με βάση την αναμενόμενη κατάσταση της υγείας τους. Κάτι τέτοιο θα ταίριαζε απόλυτα με την ανάλυση των **Rothschild & Stiglitz (1976)**.

Οι **Wolfe & Goddeeris (1991)** κατασκεύασαν μια σχέση για την χρήση υπηρεσιών υγείας χρησιμοποιώντας ένα δείγμα ατόμων με ηλικία μεγαλύτερη των 65 ετών στις ΗΠΑ. Η συγκεκριμένη κατηγορία ατόμων είναι ασφαλισμένη στις ΗΠΑ από το Εθνικό

Πρόγραμμα Υγείας Medicare<sup>10</sup>. Οι Wolfe & Goddeeris (1991) εξέτασαν τις αγορές συμπληρωματικής ασφαλιστικής κάλυψης υγείας από τα άτομα της συγκεκριμένης κατηγορίας. Σύμφωνα με τη θεωρία της αντίθετης επιλογής τα άτομα αυτά θα πρέπει να άνηκαν σε κατηγορίες υψηλού κινδύνου<sup>11</sup>. Τα αποτελέσματα της οικονομετρικής τους ανάλυσης είναι θετικά όσον αφορά την ύπαρξη του προβλήματος της αντίθετης επιλογής αλλά ταυτόχρονα δεν είναι οικονομικά σημαντικά. Με άλλα λόγια, ενώ εντοπίζεται το πρόβλημα της αντίθετης επιλογής στο δείγμα τελικά αποδεικνύεται ότι η σημασία του δεν είναι μεγάλη.

Οι Marquis & Phelps (1987) εξετάζουν την ύπαρξη του προβλήματος της αντίθετης επιλογής με την οικονομετρική ανάλυση των απαντήσεων που έδωσε ένα δείγμα των ατόμων άνω των 65 ετών στις ΗΠΑ. Το ερωτηματολόγιο βασιζόταν στην ερώτηση αν τα συγκεκριμένα άτομα θα αγόραζαν συμπληρωματική ασφάλιση πέρα από αυτή της Medicare. Με άλλα λόγια η ανάλυση ήταν παρόμοια με την αντίστοιχη των Wolfe & Goddeeris (1991). Παρ' όλο μάλιστα που προηγήθηκε τις τελευταίες εδώ αναφέρετε μετά από αυτή επειδή βασίστηκε σε ερωτηματολόγιο με υποθετική ερώτηση και όχι σε πραγματικά στοιχεία όπως η ανάλυση των Wolfe & Goddeeris (1991), Έτσι και αλλιώς το αποτέλεσμα τους ήταν παρόμοιο. Βρήκαν στοιχεία που υποστηρίζουν την ύπαρξη του προβλήματος της αντίθετης επιλογής.

Αντίστοιχα, ο Browne (1992) εξετάζει την ύπαρξη του προβλήματος της αντίθετης επιλογής συγκρίνοντας ένα δείγμα από την Κρατική Έκθεση για τις Δαπάνες σε Υπηρεσίες Υγείας (National Medical Care Expenditure Survey) των ΗΠΑ για την περίοδο 1977-1978 με ένα δείγμα ατόμων που έχει κάνει ομαδική ασφάλιση υγείας για την ίδια περίοδο. Σημειώνουμε εδώ ότι για λόγους που θα εξηγηθούν παρακάτω η ομαδική ασφάλιση

---

<sup>10</sup> Για περισσότερες λεπτομέρειες σχετικά με το Medicare ο ενδιαφερόμενος αναγνώστης δεν έχει παρά να αναφερθεί στην επίσημη ιστοσελίδα του προγράμματος: [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)

<sup>11</sup> Το δείγμα των Wolfe & Goddeeris (1991) ήταν έτσι κατασκευασμένο ώστε περιελάμβανε στοιχεία που μπορούσαν να οδηγήσουν στο συμπέρασμα αν το άτομο υπό εξέταση ήταν και υψηλού κινδύνου για την ασφαλιστική εταιρεία. Για παράδειγμα, αν το άτομο άνω των 65 ετών αγόραζε ασφάλιση επιπλέον της Medicare και ήταν επιπλέον και καπνιστής τότε προφανώς άνηκε στην κατηγορία υψηλού κινδύνου για την ασφαλιστική εταιρεία.

αποτελεί ένα τρόπο αντιμετώπισης του προβλήματος της αντίθετης επιλογής. Για να υπάρχει το πρόβλημα τις αντίθετης πληροφόρησης θα πρέπει το δείγμα από την Έκθεση – που αναμένετε να έχει περισσότερους κινδύνους – να αγοράζει μεγαλύτερη ασφαλιστική κάλυψη. Και σε αυτή την περίπτωση τα αποτελέσματα είναι υπέρ της ύπαρξης της αντίθετης επιλογής.

Τέλος, ποιο πρόσφατα οι **Cardon & Hendel (2001)** κατασκευάζοντας ένα υπόδειγμα που δείχνει την επίδραση της ασύμμετρης πληροφόρησης και χρησιμοποιώντας ένα δείγμα από την Κρατική Έκθεση για τις Δαπάνες σε Υπηρεσίες Υγείας των ΗΠΑ δεν βρήκαν στοιχεία που να υποστηρίζουν το πρόβλημα της αντίθετης επιλογής. Με δεδομένο ότι όλες οι προηγούμενες μελέτες στηρίχθηκαν σε μικρά κομμάτια του πληθυσμού και όχι σε μια γενική έκθεση θεωρείτε στη βιβλιογραφία πως το γενικό αποτέλεσμα σχετικά με την ύπαρξη του προβλήματος της αντίθετης επιλογής στην ασφάλιση υγείας<sup>12</sup> είναι ότι δεν υπάρχει πρόβλημα ή ότι τουλάχιστον το πρόβλημα δεν είναι οικονομικά σημαντικό<sup>13</sup>.

### 3.1.2 Η ασφαλιστική αγορά και το πρόβλημα του ηθικού κινδύνου

Και εδώ δε θα σταθούμε ιδιαίτερα στον ορισμό του προβλήματος του ηθικού κινδύνου. Απλά θα περιοριστούμε να επαναλάβουμε ότι ο ηθικός κίνδυνος συνίσταται στις ενέργειες που θα κάνει το μέρος της συναλλαγής που είναι καλύτερα πληροφορημένο και το οποίο θα οδηγήσει το μέλος με τη λιγότερη πληροφόρηση στο αποτέλεσμα που ποτέ δε θα επέλεγε υπό συνθήκες πλήρους πληροφόρησης.

Στην πραγματικότητα δεν υπάρχουν πάρα πολλές εμπειρικές μελέτες που να εξετάζουν το πρόβλημα του ηθικού κινδύνου. Αυτό δεν συμβαίνει διότι δεν θεωρείτε

---

<sup>12</sup> Το πρόβλημα της αντίθετης επιλογής υπάρχει σε άλλες ασφαλιστικές αγορές. Για παράδειγμα, παρόλο που οι **Chiappori & Salanie (200b)** δεν βρίσκουν στοιχεία που να υποστηρίζουν το πρόβλημα της αντίθετης επιλογής στην γαλλική ασφαλιστική αγορά αυτοκινήτου, ο **Dahlby (1983)** βρίσκει αντίστοιχα στοιχεία για την ανάλογη αγορά στις ΗΠΑ. Ταυτόχρονα, ο **Beliveau (1981)** βρίσκει στοιχεία που υποστηρίζουν την ύπαρξη του προβλήματος της αντίθετης επιλογής στην αγορά των ασφαλίσεων ζωής.

<sup>13</sup> Ο αναγνώστης που ενδιαφέρετε για περισσότερες λεπτομέρειες σχετικά με το πρόβλημα της αντίθετης επιλογής στο χώρο της ασφάλισης υγείας μπορεί να αναφερθεί στις επισκοπήσεις της βιβλιογραφίας του προβλήματος της αντίθετης επιλογής των **Morrissey (1982)** και **Pauly (1986)**.

σοβαρό πρόβλημα ή διότι η επίδραση του είναι πολύ μικρή. Απλά δεν υπάρχουν αξιόπιστα εμπειρικά στοιχεία που θα επέτρεπαν την εξέταση του φαινομένου. Όπως φαίνεται και πό την ανάλυση του **Shmanske (1996)** το επίκεντρο του ενδιαφέροντος στην περίπτωση του ηθικού κινδύνου δεν επικεντρώνεται στην εμπειρική απόδειξη της ύπαρξης του αλλά στην εμπειρική απόδειξη του αν οι τρόποι αντιμετώπισης του φαινομένου είναι οι καλύτεροι δυνατοί. Λόγω της έλλειψης εμπειρικής μελέτης για το πρόβλημα του ηθικού κινδύνου παρακάτω θα παρουσιάσουμε μία προσέγγιση που πλησιάζει στο πρόβλημα του ηθικού κινδύνου αλλά ταυτόχρονα διαφέρει από πολλές απόψεις. Τα αποτελέσματα του Πειράματος RAND καθώς και το ίδιο το πείραμα θα παρουσιαστούν παρακάτω.

Το Πείραμα Ασφάλισης Υγείας RAND ήταν μια περιεκτική μελέτη του κόστους των υπηρεσιών υγείας, της χρήσης τους καθώς και του αποτελέσματος τους στις ΗΠΑ. Μέχρι στιγμής αποτελεί μια από τις καλύτερες μελέτες του θέματος διότι χρησιμοποίησε ένα τυχαίο δείγμα και δεν βασίστηκε σε συγκεκριμένα πληθυσμιακά δείγματα (με ορισμένα και γνωστά εκ των προτέρων χαρακτηριστικά). Τα αποτελέσματα της αποτελούν κομβικό σημείο τόσο για την ανάλυση όσο και για το σχεδιασμό προγραμμάτων ασφάλισης υγείας.

Το 1971 μια ομάδα από οικονομολόγους και στατιστικούς<sup>14</sup> προσπάθησε να δώσει απάντηση στο ερώτημα αν η δωρεάν ασφάλιση υγείας οδηγεί σε καλύτερη υγεία από ότι τα ασφαλιστικά προγράμματα υγείας στα οποία ο ασθενής πρέπει να πληρώσει μέρος του συνολικού κόστους. Σύμφωνα με το συγκεκριμένο ερώτημα έχουμε ουσιαστικά μια μελέτη που εξετάζει το αν η δωρεάν ασφάλιση υγείας (κρατική ασφάλιση) είναι προτιμότερη από την ιδιωτική ασφάλιση. Επειδή όμως περιλαμβάνει στο σκεπτικό της την ανάληψη μέρους του κόστους από τον ασφαλισμένο θεωρείται ότι αποτελεί και μια έμμεση μελέτη του προβλήματος του ηθικού κινδύνου σε σχέση με το τι θα συνέβαινε αν ο ασφαλισμένος δεν αναλάμβανε κανένα κόστος.

Η συγκεκριμένη ομάδα προσπάθησε να δώσει απάντηση στο συγκεκριμένο ερώτημα χρησιμοποιώντας ένα εντελώς πρωτότυπο τρόπο. Ίδρυσαν μια ασφαλιστική εταιρεία χρησιμοποιώντας κεφάλαια από το Υπουργείο υγείας των ΗΠΑ. Η εταιρεία επέλεξε 5809 άτομα τυχαία και τους ασφάλισε χρησιμοποιώντας ασφαλιστικά

---

<sup>14</sup> Με ποιο διακεκριμένους τον οικονομολόγο J. Newhouse και τον στατιστικό C. Morris.

προγράμματα που είτε ήταν δωρεάν για τους ασφαλισμένους είτε απαιτούσαν μια συμμετοχή τους κατά 25% ή 50% ή 95% στο κόστος του ασφάλιστρου. Η μέγιστη ετήσια δόση που μπορούσε να πληρώσει κάθε άτομο ήταν 1000€.

Η μελέτη διάρκεσε από το 1974 έως το 1982. Το βασικό της αποτέλεσμα ήταν ότι τα άτομα που πλήρωναν υψηλότερη συμμετοχή στο ασφάλιστρο κατανάλωναν λιγότερες υπηρεσίες υγείας από ότι τα άτομα με τις χαμηλότερες συμμετοχές. Το συγκεκριμένο αποτέλεσμα είναι παρόμοιο<sup>15</sup> με τα αποτελέσματα της θεωρητικής ανάλυσης που παρουσιάστηκε παραπάνω. Η συμμετοχή στο ασφάλιστρο μειώνει το πρόβλημα του ηθικού κινδύνου. Μάλιστα η μείωση του κόστους υγείας όσο αυξανόταν το ασφάλιστρο ήταν ομοιόμορφη όσον αφορά τα προσφερόμενα ήδη υπηρεσιών υγείας. Με άλλα λόγια, τα συγκεκριμένα άτομα δεν περιορίζαν τις δαπάνες σε υπηρεσίες υγείας που δεν χρειάζονταν άμεσα. Αν συνέβαινε κάτι τέτοιο θα έδειχνε απλά ότι η συγκεκριμένη ομάδα ασφαλισμένων απλά μειώνει τις μη απαραίτητες υπηρεσίες υγείας για να πληρώσει το αυξημένο ασφάλιστρο. Το αποτέλεσμα όμως έδειχνε ότι τα άτομα μειώναν όλες τις δαπάνες υγείας γεγονός που δείχνει ότι το υψηλότερο κόστος ασφάλιστρου έκανε τα άτομα πιο προσεκτικά ως προς την κατάσταση της υγείας του.

### 3.1.3 Η σχέση ασθενή – γιατρού και η ασύμμετρη πληροφόρηση

Η σχέση γιατρού ασθενή αποτελεί μια ακόμη μορφή εμφάνισης του προβλήματος του ηθικού κινδύνου. Ήδη ο **Arrow (1963)** κατέδειξε την προβληματική σχέση ασθενή – γιατρού. Επεσήμανε μάλιστα ότι ένας από τους πιθανούς λόγους για την ύπαρξη του συγκεκριμένου φαινομένου είναι ο μεγάλος και ολοένα αυξανόμενος αριθμός γιατρών σε μια οικονομία.

Δεν είναι τυχαίο ότι οι πρώτες έρευνες στο συγκεκριμένο τομέα όπως αυτές των **Feldstein (1970)**, **Newhouse (1970)**, **Fuchs & Kramer (1972)** ακολούθησαν σε αυτή τη

<sup>15</sup> Βέβαια η βασική διαφορά με το πρόβλημα του ηθικού κινδύνου είναι ότι η ασφάλιση στο θεωρητικό υπόδειγμα προσφερόταν με κόστος στους ασφαλισμένους ενώ στο Πείραμα RAND προσφερόταν εντελώς (!!!) δωρεάν. Κατά την άποψη μας τα αποτελέσματα του Πειράματος είναι απλά πιο έντονα από ότι το πρόβλημα του ηθικού κινδύνου που παρουσιάστηκε παραπάνω.

γραμμή έρευνας. Ποιο συγκεκριμένα η εμπειρική τους έρευνα έδειξε ότι υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ του αριθμού των γιατρών σε μια αγορά και των τιμών που αυτοί χρεώνουν. Προφανώς κάτι τέτοιο έρχεται σε αντίθεση με το ανταγωνιστικό υπόδειγμα που παρουσιάστηκε στο 1<sup>ο</sup> Κεφάλαιο παραπάνω. Εκεί ο μεγάλος αριθμός των συμμετεχόντων στην αγορά, η ομοιογένεια του προϊόντος και κυρίως η πλήρης πληροφόρηση των συμμετεχόντων έσπρωχναν τις τιμές προς τα κάτω. Στην περίπτωση της σχέσης ασθενή – γιατρού τώρα η παραβίαση της υπόθεσης της πλήρους πληροφόρησης του ανταγωνιστικού υποδείγματος οδήγησε στην αύξηση των τιμών.

Με άλλα λόγια, το βασικό αίτιο της σχέσης ασθενή – γιατρού είναι η αύξηση του αριθμού των γιατρών. Ο Πίνακας 2 παρακάτω δείχνει τον αριθμό των γιατρών ανά 1000 άτομα στις χώρες του ΟΑΣΑ, Και πάλι τα στοιχεία προέρχονται από την ετήσια έκθεση για την υγεία του Οργανισμού για την Οικονομική Συνεργασία και Ανάπτυξη (**OECD Health Data 2006, June2006**).

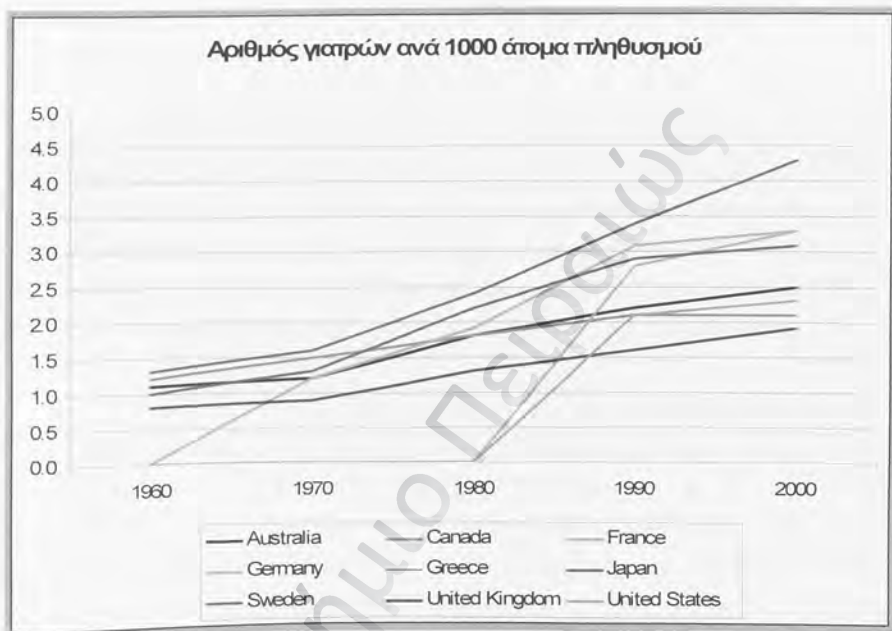
Πίνακας 2: Αριθμός γιατρών ανά 1000 άτομα πληθυσμού

	1960	1970	1980	1990	2000	2001	2002	2003	2004
Αυστραλία	1.1	1.2	1.8	2.2	2.5	2.5	2.5	2.6	0.0
Αυστρία	1.2	1.4	1.6	2.2	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5
Βέλγιο	1.3	1.6	2.3	3.3	3.9	3.9	3.9	4.0	4.0
Καναδάς	1.2	1.5	1.8	2.1	2.1	2.1	2.1	2.1	2.1
Τσεχία	0.0	1.8	2.3	2.7	3.4	3.4	3.5	3.5	3.5
Δανία	0.0	0.0	1.8	2.5	2.8	2.8	2.9	3.0	0.0
Φινλανδία	0.0	0.0	0.0	2.0	2.3	2.3	2.4	2.4	2.4
Γαλλία	0.0	1.2	1.9	3.1	3.3	3.3	3.3	3.4	3.4
Γερμανία	0.0	0.0	0.0	2.8	3.3	3.3	3.3	3.4	3.4
Ελλάδα	1.3	1.6	2.4	3.4	4.3	4.4	4.6	4.7	4.9
Ουγγαρία	1.5	2.0	2.3	2.8	3.1	0.0	3.2	3.2	3.3
Ισλανδία	1.2	1.4	2.1	2.8	3.4	3.5	3.6	3.6	3.6
Ιρλανδία	0.0	0.0	0.0	2.0	2.2	2.4	2.4	2.6	2.8
Ιταλία	0.0	0.0	0.0	3.8	4.1	4.3	4.4	4.1	4.2
Ιαπωνία	1.0	1.1	1.3	1.7	1.9	0.0	2.0	0.0	2.0
Κορέα	0.0	0.0	0.5	0.8	1.3	1.4	1.5	1.6	1.6
Λουξεμβούργο	1.0	1.1	1.7	2.0	2.5	2.5	2.6	2.7	2.8
Μεξικό	0.0	0.0	0.0	1.0	1.5	1.5	1.5	1.5	1.6
Ολλανδία	1.1	1.2	1.9	2.5	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6
Νέα Ζηλανδία	1.1	1.1	1.6	1.9	2.2	2.2	2.1	2.2	0.0
Νορβηγία	1.2	1.4	2.0	2.6	2.9	3.0	3.4	3.4	3.5
Πολωνία	1.0	1.4	1.8	2.1	2.2	2.3	2.3	2.5	0.0
Πορτογαλία	0.8	0.9	2.0	2.8	3.2	3.2	3.3	3.3	3.4
Σλοβακία	0.0	0.0	0.0	0.0	3.1	3.1	3.1	3.1	3.1
Ισπανία	0.0	0.0	0.0	0.0	3.2	3.1	2.9	3.2	3.4
Σουηδία	1.0	1.3	2.2	2.9	3.1	3.2	3.3	3.3	0.0
Ελβετία	1.4	1.5	2.5	3.0	3.5	3.5	3.6	3.7	3.8
Τουρκία	0.3	0.4	0.6	0.9	1.3	1.3	1.4	1.4	0.0
Ηνωμένο Βασίλειο	0.8	0.9	1.3	1.6	1.9	2.0	2.1	2.2	2.3
ΗΠΑ	0.0	0.0	0.0	2.1	2.3	2.3	2.3	2.4	2.4

Τα μηδενικά στον Πίνακα 2 παραπάνω μεταφράζονται σε έλλειψη στοιχείων για τη συγκεκριμένη περίοδο. Παρατηρείστε ότι σχεδόν σε όλες τις χώρες ο αριθμός των γιατρών παρουσιάζει αυξητικές τάσεις τόσο ανά δεκαετία όσο και τα τελευταία χρόνια.

Το Σχήμα 7 παρακάτω παρουσιάζει τον αριθμό των γιατρών ανά 100 κατοίκους πληθυσμού για 9 χώρες. Εδώ παρατηρούμε πιο καθαρά την αυξητική τάση του συγκεκριμένου αριθμού.

Σχήμα 7: Αριθμός γιατρών ανά 1000 άτομα πληθυσμού για τις 9 χώρες



### 3.2 Οι τρόποι αντιμετώπισης της ασύμμετρης πληροφόρησης στα οικονομικά της υγείας

Μέχρι στιγμής έχουμε ασχοληθεί με την περιγραφή των οικονομικών της υγείας και της σχέσης τους με την οικονομική επιστήμη καθώς και με την έννοια της ασύμμετρης πληροφόρησης και τον τρόπον που αυτή εμφανίζεται στα οικονομικά της υγείας. Μετά την παρουσίαση της εμπειρικής έρευνας σε κάθε διαφορετική μορφή της ασύμμετρης πληροφόρησης στα οικονομικά, παρακάτω θα ασχοληθούμε με την παρουσίαση κάποιων τρόπων αντιμετώπισης του προβλήματος της ασύμμετρης πληροφόρησης στα οικονομικά της υγείας. Πρέπει να τονιστεί όμως από την αρχή πως δεν υπάρχουν «καθαρές» και απόλυτες λύσεις για την ασύμμετρη πληροφόρηση στα οικονομικά της υγείας.



### 3.2.1 Τρόποι αντιμετώπισης του προβλήματος της αντίθετης επιλογής

Οι τρόποι αντιμετώπισης του προβλήματος της αντίθετης επιλογής σε γενικές γραμμές είναι περιορισμένοι. Θα αναφερθούμε σε δύο βασικούς τρόπους ενώ θα δείξουμε και μια πρακτική της καθημερινής επιχειρηματικής πρακτικής που φαίνεται ότι μειώνει το πρόβλημα της αντίθετης επιλογής.

Ο πρώτος τρόπος αφορά τη διαδικασία εκείνη που οδηγεί τα άτομα με την καλύτερη πληροφόρηση να αποκαλύψουν την ομάδα κινδύνου στην οποία βρίσκονται. Η συγκεκριμένη μέθοδος (**signaling**) βασίζεται στην έρευνα του **Spence (1973)**. Με βάση τη συγκεκριμένη διαδικασία η πλευρά που δεν έχει την κατάλληλη πληροφόρηση υποχρεώνει την πλευρά με την περισσότερη πληροφόρηση να αναλάβει ένα κόστος. Η ανάληψη ή όχι του συγκεκριμένου κόστους από τα μέλη της ομάδας με την περισσότερη πληροφόρηση θα δείξει στην μη πληροφορημένη πλευρά το επίπεδο κινδύνου που είναι διατεθειμένη να αναλάβει κάθε ομάδα.

Για να δούμε τη συγκεκριμένη πρακτική ποιο αναλυτικά ας υποθέσουμε ότι έχουμε μια ομάδα υποψήφιων ασφαλισμένων που έχουν διαφορετικό επίπεδο κινδύνου τον οποίο η ασφαλιστική εταιρεία δεν μπορεί να γνωρίζει εκ των προτέρων. Προφανώς αντιμετωπίζει το πρόβλημα της αντίθετης επιλογής. Μια προσπάθεια αντιμετώπισης του συγκεκριμένου προβλήματος είναι να υποχρεώσει τους υποψήφιους προς ασφάλιση να περάσουν από μια διαδικασία που θα έχει κάποιο κόστος και η οποία θα αποτελεί ένδειξη της κατηγορίας κινδύνου στην οποία ανήκουν. Για παράδειγμα το κόστος αυτό μπορεί να είναι κάποια ιατρική ή παρόμοια εξέταση. Η συγκεκριμένη εξέταση δεν είναι απαραίτητο να δείχνει με απόλυτη βεβαιότητα σε ποια κατηγορία κινδύνου ανήκει ο ασφαλισμένος. Απλά πρέπει να συνεπάγεται ένα έμμεσο κόστος που θα αυξάνεται ανάλογα με την κατηγορία κινδύνου που ανήκει ο υποψήφιος προς ασφάλιση. Με άλλα λόγια, η εξέταση θα πρέπει να είναι αρκετά ακριβή ώστε να αναγκάζει τελικά τους υποψήφιους προς ασφάλιση με υψηλό κίνδυνο να μην το αναλάβουν γιατί τα οφέλη που αναμένετε ότι θα έχουν από την ασφάλιση θα είναι χαμηλότερα από το κόστος της εξέτασης. Η ακρίβεια της εξέτασης δεν ορίζεται μόνο σε χρηματικούς όρους αλλά και σε όρους χρόνου αναμονής κτλ.

Η εργασία των **Doherty & Posey (1998)** προσδιορίζει ποια είναι η άριστη τιμή για μια διαγνωστική εξέταση (Checkup) που θα επιτρέψει τη λύση ή τουλάχιστον τον περιορισμό του προβλήματος της ασύμμετρης πληροφόρησης. Αντίστοιχα, οι **Strohmeinger**

& Wambach (2000) προτείνουν ως λύση του προβλήματος της αντίθετης επιλογής τα γενετικά τέστ.

Η δεύτερη μέθοδος αντιμετώπισης έχει να κάνει με την επιλογή ασφαλιστικών συμβολαίων από πλευράς των υποψήφιων ασφαλισμένων που θα αποκαλύπτουν την κατηγορία στην οποία ανήκουν. Η συγκεκριμένη διαδικασία (**screening**) περιγράφηκε παραπάνω στην (μοναδική) ισορροπία του υποδείγματος **Rothschild & Stiglitz (1976)**. Δε θα αναφερθούμε αναλυτικά στη συγκεκριμένη διαδικασία εδώ απλά θα επισημάνουμε πως σύμφωνα με αυτή τη διαδικασία ο ασφαλισμένος υψηλού κινδύνου αγοράζει όση ασφάλιση μπορεί – μπορεί ακόμη και να φτάσει και στο επίπεδο της πλήρους πληροφόρησης – ενώ ο ασφαλισμένος χαμηλού κινδύνου αγοράζει ασφάλιση χαμηλότερη από εκείνη που θα αγόραζε σε συνθήκες πλήρους πληροφόρησης. Επισημαίνουμε επίσης ότι οι τιμές στις οποίες τους προσφέρονται τα συμβόλαια είναι διαφορετικές και από αυτές μπορεί η ασφαλιστική εταιρεία να διακρίνει σε ποια ομάδα κινδύνου ανήκουν οι υποψήφιοι προς ασφάλιση.

Μια άλλη μέθοδος αντιμετώπισης του προβλήματος της αντίθετης επιλογής είναι σύμφωνα με τους **Katz & Rosen (1998)** είναι τα ομαδικά προγράμματα ασφάλισης. Για παράδειγμα πολλοί εργαζόμενοι ασφαλίζονται από τους εργοδότες τους. Η συγκεκριμένη πρακτική λειτουργεί αναλύεται παρακάτω. Μια τυπική ασφαλιστική εταιρεία προσφέρει στον εργοδότη – επιχείρηση ασφάλιστρα για το σύνολο των εργαζομένων. Τα ασφάλιστρα είναι πολύ χαμηλότερα από τα αντίστοιχα που θα πλήρωνε κάθε ασφαλισμένος αν ασφαλιζόταν από μόνος του. Υπάρχουν πολλοί λόγοι για τη συγκεκριμένη μείωση της τιμής. Κάποιο μέρος από την μείωση του κόστους οφείλετε στο χαμηλότερο κόστος διαχείρισης από την ασφαλιστική εταιρεία αφού αυτή μεταχειρίζεται το ομαδικό συμβόλαιο ως ένα.

Ο βασικός λόγος μείωσης της τιμής όμως οφείλετε στη μείωση της επίδρασης του κινδύνου της αντίθετης επιλογής. Η υποχρεωτική υπαγωγή του συνόλου των εργαζομένων της επιχείρησης δεν επιτρέπει σε αυτούς με χαμηλό κίνδυνο να μην ασφαλιστούν και να

αφήσουν μόνο αυτούς με υψηλό κίνδυνο στο ασφαλιστικό πρόγραμμα. Συνεπώς, το πρόβλημα της αντίθετης επιλογής δεν εμφανίζεται<sup>16</sup>.

### 3.2.2 Τρόποι αντιμετώπισης του προβλήματος του ηθικού κινδύνου

Και στην περίπτωση του προβλήματος του ηθικού κινδύνου οι τρόποι αντιμετώπισης είναι περιορισμένοι. Ήδη έχουμε αναφερθεί στους τρόπους μείωσης μέσω της συμμετοχής του ασφαλισμένου στα έξοδα ασφαλείας του κατά ένα ποσοστό ή σε ένα αρχικό στάδιο. Και οι δύο μέθοδοι αποτελούν μόνο μερικές λύσεις. Η ολοκληρωτική λύση του προβλήματος θα απαιτούσε ο ασφαλισμένος να πληρώνει μόνος του το κόστος της θεραπείας του. Τότε όμως δε θα οριζόταν η έννοια της ασφάλισης (Shmanske (1996)).

Μια πιθανή λύση θα ήταν το κράτος να προσφέρει ασφάλιση υγείας (π.χ. μέσω των ασφαλιστικών οργανισμών) αλλά στη συνέχεια να προσπαθήσει αν δυσχεράνει την πρόσβαση των καταναλωτών σε αυτές τις υπηρεσίες υγείας (Katz & Rosen (1998), Shmanske (1996)). Σύμφωνα με αυτή την άποψη η δυσχέρεια στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας θα αναγκάσει μόνο αυτούς που τις χρειάζονται πραγματικά να τις καταναλώσουν<sup>17</sup>. Βέβαια, η δυσχέρεια πρόσβαση θα έχει ως αποτέλεσμα να επιβαρυνθούν και αυτοί που έχουν πραγματικά ανάγκη τις υπηρεσίες υγείας. Κάτι τέτοιο δεν είναι δυνατόν να αποτραπεί βεβαίως. Αποτελεί μια αναποτελεσματικότητα ου εμφανίζεται εξαιτίας της ασύμμετρης πληροφόρησης.

---

<sup>16</sup> Υπενθυμίζουμε εδώ ότι στην έρευνα του Browne (1992) που προαναφέρθηκε χρησιμοποιήθηκε ένα δείγμα ομαδικής ασφάλισης επειδή αναμενόταν ότι η εμφάνιση του προβλήματος της αντίθετης επιλογής είναι μικρότερη από ένα δείγμα που προέρχεται από το γενικό πληθυσμό.

<sup>17</sup> Με άλλα λόγια, οι ουρές στα υποκαταστήματα του ΙΚΑ μπορεί να είναι – μερικώς τουλάχιστον – ηθελημένες αφού θα αναγκάσουν αυτούς που δεν έχουν πραγματικά ανάγκη να εγκαταλείψουν την προσπάθεια.

### 3.2.3 Τρόποι αντιμετώπισης του προβλήματος της σχέσης ασθενή – γιατρού

Η ίδια η φύση της ασύμμετρης πληροφόρησης και η ιδιαίτερη μορφή του συγκεκριμένου προβλήματος περιορίζουν κατά πολύ τις δυνατότητες επίλυσης του. Σύμφωνα με τον **Shmanske (1996)** μια πιθανή λύση θα ήταν η δημιουργία σχέσης εμπιστοσύνης μεταξύ ασθενή – γιατρού. Η συγκεκριμένη σχέση μπορεί να δημιουργηθεί μέσω της επίσκεψης στον ίδιο πάντα γιατρό (π.χ. στον οικογενειακό γιατρό) ενώ σύμφωνα με τον ίδιο συγγραφέα μια δεύτερη γνώμη θα μπορούσε να αποτελέσει σημαντικό παράγοντα αντιμετώπισης της ασύμμετρης πληροφόρησης. Το σίγουρο είναι πως η εμπλοκή της κυβέρνησης στο συγκεκριμένο πρόβλημα μπορεί να το δυσχεράνει αφού τίθενται ζητήματα για το ποιος ελέγχει τον ελεγκτή κτλ.

Ο **Arrow (1963)** είχε προτείνει ως λύση στο πρόβλημα της σχέσης ασθενή – γιατρού τη μείωση του ανταγωνισμού των γιατρών μέσω της μείωσης του αριθμού τους. Η μείωση του αριθμού σύμφωνα με τον συγκεκριμένο συγγραφέα θα μπορούσε να επιτευχθεί μέσω της δυσκολίας πρόσβασης – εισαγωγής στις ιατρικές σχολές π.χ. με την επιβολή διδάκτρων. Βέβαια, μια τέτοια λύση δε θα μπορούσε να εφαρμοστεί σε ένα σύγχρονο περιβάλλον ξεχωριστά μόνο για την είσοδο στις σχολές ιατρικής. Σίγουρα η επιβολή διδάκτρων θα δημιουργούσε άλλα σημαντικά προβλήματα.

Μια άλλη πρόταση του **Arrow (1963)** φαίνεται ποιο ελπιδοφόρα για τη λύση του συγκεκριμένου προβλήματος αλλά και με θετικές επιδράσεις και στα άλλα δύο προβλήματα ασύμμετρης πληροφόρησης. Σύμφωνα με αυτή λοιπόν, το πρόβλημα της σχέσης ασθενή – γιατρού θα αντιμετωπιζόταν σχετικά ευκολότερα αν υπήρχε μεγαλύτερη καθετοποίηση στο χώρο της υγείας. Με την έννοια της καθετοποίησης εννοούμε την δημιουργία μιας ασφαλιστικής εταιρείας η οποία θα προσέφερε ασφαλιστικά προγράμματα αλλά ταυτόχρονα θα είχε και τις δικές τις υπηρεσίες υγείας. Με άλλα λόγια θα μπορούσε:

- ✓ να μειώσει το πρόβλημα τις αντίθετες επιλογής προσφέροντας ομαδικά ασφαλιστικά προγράμματα
- ✓ να μειώσει το πρόβλημα του ηθικού κινδύνου δυσχεραίνοντας την πρόσβαση στις συγκεκριμένες υπηρεσίες
- ✓ να μειώσει το πρόβλημα της σχέσης ασθενή – γιατρού ελέγχοντας τη συνταγογράφηση του γιατρού αφού αυτή πλέον θα επηρεάζει την κερδοφορία της ίδιας της εταιρείας

και όλα αυτά μέσα στα πλαίσια μιας συγκεκριμένης επιχείρησης. Η πρόταση αυτή του Arrow (1963) έχει πολύ μεγάλη εφαρμογή στη καθημερινή πρακτική.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

## Συμπεράσματα

Σκοπός της παραπάνω εργασίας ήταν να δείξει την επίδραση της ασύμμετρης πληροφόρησης στα οικονομικά της υγείας. Συνεπώς, δείξαμε πως η ύπαρξη της ασύμμετρης πληροφόρησης οδηγεί στην απομάκρυνση από το πλήρως ανταγωνιστικό υπόδειγμα της οικονομικής θεωρίας και προκαλεί προβλήματα όπως αυτά της αντίθετης επιλογής και του ηθικού κινδύνου. Η αντίθετη επιλογή οδηγεί τις ασφαλιστικές εταιρείες να παρέχουν ασφάλιση σε χαμηλή τιμή ενώ δε θα έκαναν ποτέ κάτι τέτοιο υπό συνθήκες πλήρους πληροφόρησης. Ο ηθικός κίνδυνος οδηγεί αυτούς που έχουν υπογράψει ένα συμβόλαιο υγείας να κάνουν πράξεις που επιβαρύνουν την υγεία τους και συνεπώς επιβαρύνουν και την ασφαλιστική εταιρεία με κίνδυνο μεγαλύτερο από αυτό που αρχικά είχε αναλάβει. Ταυτόχρονα, ο ηθικός κίνδυνος οδηγεί τον γιατρό να εκμεταλλεύεται την καλύτερη πληροφόρηση που έχει για την υγεία του ασθενή. Το αποτέλεσμα είναι ότι το τελευταίος πληρώνει υψηλότερο κόστος θεραπείας από αυτό που θα κατέβαλε υπό συνθήκες πλήρους πληροφόρησης.

Η ανάλυση τόσο της θεωρητικής όσο και της εμπειρικής βιβλιογραφίας έδειξε πως τα προβλήματα είναι υπαρκτά αλλά είναι πολύ δύσκολο να αντιμετωπιστούν άμεσα. Λύσεις όπως το signaling και το screening εύκολα αποδεικνύονται στην θεωρία αλλά έχουν σημαντικά προβλήματα στην πρακτική εφαρμογή ενώ από την άλλη η ομαδική ασφάλιση αποτελεί μια μέση οδό για την περίπτωση της αντίθετης επιλογής. Ταυτόχρονα, η συμμετοχή των ασφαλισμένων στο κόστος της θεραπείας ή του ασφάλιστρου στην περίπτωση του ηθικού κινδύνου δεν λύνουν ολοκληρωτικά το πρόβλημα αλλά μόνο ένα μέρος του. Όλα αυτά οφείλονται στο γεγονός ότι η ασύμμετρη πληροφόρηση είναι μια εγγενής ανθρώπινη συμπεριφορά. Κάθε φορά το κόστος αντιμετώπισης του προβλήματος θα πρέπει να συγκρίνεται με το όφελος που θα προκύψει.

## Βιβλιογραφία

- Akerlof, G. A., (1970), The Market for "Lemons": Qualitative Uncertainty and the Market Mechanism, *Quarterly Journal of Economics*, Vol. 84, pp. 488-500
- Arrow, J. K., (1963), Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care, *American Economic Review*, 53, pp. 941-973
- Barr, A. N., (1992), Economic Theory and the Welfare State: A Survey and Interpretation, *Journal of Economic Literature*, Vol. 30, pp. 741-803
- Beliveau, B., (1981), Two Aspects of Market Signaling. Ph.D Thesis, Yale University
- Browne, J. M., (1992), Evidence of Adverse Selection in the Individual Health Insurance Market, *The Journal of Risk and Insurance*, Vol. 59, No. 1, pp.13-33
- Cardon, H. J., Hendel, I., (2001), Asymmetric Information in Health Insurance: Evidence from the National Medical Expenditure Survey, *The RAND Journal of Economics*, 32, 3, pp. 408-427
- Chiappori, P. A., Salanie, B., (2000b), Testing for Assymmetric Information in Insurance Markets, *Journal of Political Economy*, Vol.108, pp. 56-78
- Chone, P., Ching – To, M. A., (2006), Assymmetric Information from Physician Agency: Optimal Payment and Healthcare Quantity, Working Paper
- Crocker, K. J., Snow, A., (1986), *The Journal of Political Economy*, Vol. 94, No. 2, pp. 321-344.
- Culyer, A J, (1989), The Normative Economics of Health Care Finance and Provision," *Oxford Review of Economic Policy*, Oxford University Press, vol. 5(1), pages 34-58
- Dahlby, B. G., (1983), Adverse Selection and Statistical Discrimination, *Journal of Public Economics*, 20, pp. 121-130
- Deaton, A., (2004), Health in an Age of Globalization, Working Paper 10669, National Bureau of Economic Research (NBER), New York
- Doherty, A. N., Posey, L. L., (1998), On the Value of a Check up: Adverse Selection, Moral Hazard and the Value of Information, *The Journal of Risk and Insurance*, 65, 2, pp. 189-211
- Feldstein, M. S., (1970), The Rising Price of Physicians, *Review of Economics and Statistics*, 51, pp. 121-133

- Fuchs, V. R., Kramer, J. M., (1972), *Determinants of Expenditures for Physician Services in the United States*, Washington D.C.: National Center for Health Services Research
- Gaynor, M., Haas-Wilson, D., (1999), *Change, Consolidation, and Competition in Health Care Markets*, *The Journal of Economic Perspectives*, Vol. 13, o. 1, pp.141-164
- Gravelle, H., Rees, R., (1992), *Microeconomics* (2<sup>nd</sup> Ed.), Chapter 22, pp. 671-743, Longman
- Katz, L. M., Rosen, S. H. (1998), *Microeconomics*, (3<sup>rd</sup> Ed.), McGraw-Hill, pp.553-593
- Marquis, M. S., Phelps, C. E., (1987), *Price Elasticity and Adverse Selection in the Demand for Supplementary Health Insurance*, *Economic Inquiry*, 25, pp. 299-313
- Maynard, A., Kanavos, P., (2000), *Health Economics: An Evolving Paradigm*, *Health Economics*, pp. 83-190
- Morrissey, M., (1992), *Price Sensitivity in Health Care: Implications of Health Care Policy*, Washington, DC: The National Federation Of Independent Business Foundation
- Newhouse, P. J., (1970), *Toward a Theory of Nonprofit Institutions: An Economic Model of a Hospital*, *American Economic Review*, 60, pp.
- Newhouse, P. J., (1987), *Health Economics and Econometrics*, *The American Economic Review*, Vol. 77, No. 2, *Papers and Proceedings of the Ninety-Ninth Annual Meeting of the American Economic Association*, pp.269-274
- Newhouse, P. J., (1996), *Reimbursing Health Plans and Health Providers: Efficiency in Production Versus Selection*, *Journal of Economic Literature*, Vol. 34, No. 3, pp.1236-1263
- *OECD Health Data 2006*, OECD, June2006
- Pauly, M. V., (1986), *Taxation, Health Insurance and Market Failure in the Medical Economy*, *Journal of Economic Literature*, 24, pp.629-675
- Phelps, C., (1976), *The Demand for Reimbursement Insurance*, In R.N. Rossett, ed., *The Role of Health Insurance in Health Services Sector*. National Bureau of Economic Research (NBER), New York



- Rothschild, M., Stiglitz, J. E., (1976), Equilibrium in Competitive Insurance Markets: An Essay on the Economics of Imperfect Information, *Quarterly Journal of Economics*, Vol. 90, pp. 630-639
- Shmanske, S., (1996), Information Asymmetries in Health Services: The Market Can Cope, *The Independent Review*, 1, 2, pp. 191-200
- Spence, A. M., (1973), Job Market Signaling, *Quarterly Journal of Economics*, Vol. 87, pp. 355-374
- Stiglitz, J. E., Weiss, A., (1981), Credit Rationing in Markets with Imperfect Information, *American Economic Review*, Vol. 71, pp. 393-410
- Strolmenger, R., Wambach, A., (2000), Adverse Selection and Categorical Discrimination in the Health Insurance Markets: The Effects of Genetic Tests, *Journal of Health Economics*, Vol.19, pp. 197-218
- Swedish Council for Working Life and Social Research, (2006), AN Evaluation of Swedish Health Economics Research: Evaluation Report, pp. 16-21
- Varian, R. H., (1992), *Μικροοικονομική: Μια σύγχρονη προσέγγιση*, Κριτική, Αθήνα, 1<sup>ος</sup> Τόμος
- Weil, N. D., (2005), Accounting for the Effect of Health on Economic Growth, Working Paper 11455, National Bureau of Economic Research, Cambridge, Massachusetts
- Williams, A., (1987), Health Economics: The Cheerful Face of a Dismal Science, In: *Health and Economics*, Williams, A., (ed.). Macmillan, London, 1987
- Wilson, C., (1977), A Model of Insurance Markets with Incomplete Information, *Journal of Economic Theory*, Vol. 16, pp.167-207
- Wolfe, J. R., Goddeeris, J. H., (1991), Adverse Selection, Moral Hazard and Wealth Effects in the Medigap Insurance Market, *Journal of Health Economics*, 10, pp. 433-459