

Εισαγωγή: το οξύμωρο της υπερβολής & της στέρησης

1

Η Louise Brown ήταν λογίστρια με ιστορικό διαβήτη 25 χρόνων. Ο ιατρός της τής έδειξε πώς να παρακολουθεί τη γλυκόζη της στο σπίτι και ο διατροφολόγος της τη βοήθησε να ακολουθήσει μία διατροφή για διαβητικούς. Κατάφερε να έχει καλό έλεγχο του διαβήτη της. Η διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια ανακαλύφθηκε στα πλαίσια των ετήσιων οφθαλμολογικών εξετάσεων και οι περιοδικές θεραπείες του αμφιβληστροειδούς χιτώνα της με λέιζερ απέτρεψαν την απώλεια της όρασης. Η κυρία Brown έζησε μέχρι τα 83 της χρόνια, ένα περιστατικό του συστήματος ιατρικής φροντίδας των Ηνωμένων Πολιτειών που είχε αίσιο τέλος.

Η Angela Martini μεγάλωσε στα πλαίσια ενός προγράμματος στέγασης σε κεντρική περιοχή της πόλης της, ποτέ δεν έτυχε καλής εκπαίδευσης, έμεινε έγκυος στην εφηβεία της και λαμβάνει χρηματική αρωγή από το δημόσιο ενώ φροντίζει τα τέσσερα παιδιά της. Η δική της κάλυψη Medicaid τής επιτρέπει να επισκέπτεται τον οικογενειακό της ιατρό για ετήσιες σωματικές εξετάσεις. Μία εξέταση στο στήθος εντόπισε μία ύποπτη βλάβη, η οποία κατόπιν βιοψίας αποδείχθηκε ότι ήταν καρκίνος. Παραπέμφθηκε σε έναν ειδικό χειρουργό για το στήθος, υπέστη μαστεκτομή, έκανε θεραπεία με ταμοξιφαίνη και είναι υγιής τα τελευταία 15 χρόνια.

Για τα άτομα με ιδιωτική ή δημόσια ασφάλιση που έχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας, η συνδυασμένη εφαρμογή πρωτοβάθμιας και προληπτικής φροντίδας υψηλής ποιότητας με την κατάλληλη εξειδικευμένη θεραπεία μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα την καλύτερη ιατρική φροντίδα στον κόσμο. Οι Ηνωμένες Πολιτείες είναι μια ευλογημένη χώρα, γιατί έχει χιλιάδες καλά εκπαιδευμένων ιατρών, νοσοκόμων, φαρμακοποιών και άλλου προσωπικού ιατρικής φροντίδας, οι οποίοι ευσπλαχνικά προσφέρουν σύγχρονη φροντίδα υγείας σε ασθενείς που ζητούν τη βοήθειά τους. Αυτή είναι η εικόνα ενός συστήματος υγείας για το οποίο μπορούμε να υπερηφανευόμαστε. Τα περιστατικά που στέφθηκαν με επιτυχία, ωστόσο, αποτελούν μόνο τμήμα της πραγματικότητας της φροντίδας υγείας στις Ηνωμένες Πολιτείες.

ΥΠΕΡΒΟΛΗ & ΣΤΕΡΗΣΗ

Το σύστημα φροντίδας υγείας στις Ηνωμένες Πολιτείες έχει ονομαστεί «το οξύμωρο της υπερβολής και της στέρησης»

(Enthoven και Kronick, 1989). Μερικά άτομα λαμβάνουν πολύ λίγη φροντίδα επειδή είναι ανασφάλιστα, ανεπαρκώς ασφαλισμένα ή έχουν κάλυψη Medicaid, την οποία πολλοί ιατροί δεν δέχονται.

Τα επιδόματα Medicaid του James Jackson διακόπηκαν λόγω κρατικών περικοπών. Στην ηλικία των 34 χρόνων, εμφάνισε κοιλιαλγία αλλά δεν ζήτησε φροντίδα για 10 μέρες επειδή δεν είχε ασφάλεια και φοβόταν το κόστος της θεραπείας. Άρχισε να κάνει έμετο, εμφάνισε αδυναμία και τελικά μεταφέρθηκε σε μία αίθουσα επειγόντων περιστατικών από τον ξάδερφό του. Ο ιατρός διέγινωσε διατητραίνον έλκος με περιτονίτιδα και σπητικό σοκ. Η ασθένεια είχε συνεχιστεί για πάρα πολύ καιρό. Ο κύριος Jackson απεβίωσε πάνω στο χειρουργικό τραπέζι. Αν είχε λάβει άμεση ιατρική φροντίδα, πιθανόν η ασθένειά του να είχε θεραπευτεί.

Η Betty Yee ήταν μια γυναίκα 68 χρόνων με στηθάγχη, υψηλή αρτηριακή πίεση και διαβήτη. Ο συνολικός της λογαριασμός φαρμάκων που δεν καλύπτονταν από το δικό της πρόγραμμα Medicare ανερχόταν σε 200\$ το μήνα. Δεν μπορούσε να αντέξει οικονομικά τα φάρμακα, η αρτηριακή της πίεση βγήκε εκτός ελέγχου και υπέστη εγκεφαλικό. Η κυρία Yee πέρασε τα τελευταία μοναχικά χρόνια της σε ιδιωτική κλινική. Ήταν παράλυτη στη δεξιά πλευρά και δεν μπορούσε να μιλήσει.

Η Mary McCarthy έμεινε έγκυος αλλά δεν μπορούσε να βρει μαιευτήρα που θα δεχόταν την κάρτα Medicaid που είχε. Μετά από 7 μήνες, άρχισε να αισθάνεται οξείες πονοκεφάλους, πήγε στην αίθουσα επειγόντων περιστατικών και βρέθηκε να έχει υπέρταση και προεκλαμψία. Γέννησε ένα θνησιγενές μωρό.

Ενώ μερικοί άνθρωποι δεν μπορούν να έχουν πρόσβαση στη φροντίδα που χρειάζονται, άλλοι λαμβάνουν υπερβολική φροντίδα που είναι ακριβή και μπορεί να είναι επιζήμια.

Στην ηλικία των 66 χρόνων, ο Daniel Taylor παρατήρησε ότι ξυπνούσε για να ουρήσει δύο φορές κάθε βράδυ. Το γεγονός αυτό δεν τον απασχόλησε πολύ. Ο οικογενειακός του ιατρός τον έστειλε σε έναν ουρολόγο, ο οποίος βρήκε ότι ο προστάτης του ήταν διογκωμένος (αν και δεν υπήρχαν ενδείξεις καρκίνου) και συνέστησε χειρουργική επέμβαση. Ο κύριος Taylor δεν ήθελε επέμβαση. Είχε

ένα φίλο με τα ίδια συμπτώματα του οποίου ο ουρολόγος είχε πει ότι η επέμβαση δεν χρειαζόταν. Εφόσον ο κύριος Taylor ποτέ δεν αμφισβήτησε τους ιατρούς, πραγματοποίησε την επέμβαση και μετά απ' αυτήν, έπαθε ακράτεια ούρων.

Η Consuelo Gonzalez είχε ένα μικρό πόνο στην πλάτη της που ανακουφίστηκε τελείως με ακεταμινοφαίνη χωρίς συνταγή ιατρού. Πήγε στον ιατρό απλά για να βεβαιωθεί ότι ο πόνος δεν ήταν τίποτα σοβαρό, και όντως δεν ήταν. Ο ιατρός έδωσε στην κυρία Gonzalez ένα ισχυρότερο φάρμακο, την ινδομεθακίνη, για να το παίρνει 3 φορές την ημέρα. Η ινδομεθακίνη προκάλεσε αιμορραγούν έλκος που χρειάστηκε παραμονή 9 ημερών στο νοσοκομείο με κόστος 17.000\$ στην ασφάλιση υγείας της.

Πολύ λίγη φροντίδα

Πάνω από 40 εκατομμύρια ανθρώπων στις Ηνωμένες Πολιτείες δεν έχουν ασφάλιση υγείας. Πολλοί είναι θύματα της μεταβαλλόμενης οικονομίας, η οποία μετατρέπεται από βιομηχανική οικονομία βασιζόμενη σε υψηλόμισθους, πλήρους απασχόλησης θέσεις εργασίας με καλές πρόσθετες παροχές, σε μια οικονομία παροχής υπηρεσιών με πιο χαμηλόμισθους θέσεις εργασίας, που συχνά είναι μερικής απασχόλησης και έχουν περιορισμένα ή καθόλου οφέλη (Renner και Navarro, 1989). Τα δύο τρίτα των ανασφάλιστων συναντώνται σε οικογένειες μ' έναν εργαζόμενο ενήλικα. Η έλλειψη ασφάλισης δεν αποτελεί απλά πρόβλημα των φτωχών αλλά έχει γίνει επίσης φαινόμενο της μεσαίας τάξης, ιδιαίτερα για οικογένειες ανθρώπων που είναι ελεύθεροι επαγγελματίες ή εργάζονται σε μικρές εγκαταστάσεις.

Η υπασφάλιση αποτελεί επίσης μείζον ζήτημα. Το 2002, το πρόγραμμα Medicare κάλυψε μόνο το 43% των εξόδων ιατρικής φροντίδας των ηλικιωμένων (Maxwell και άλλοι, 2002). Το 2001, το 29% των ανθρώπων στις Ηνωμένες Πολιτείες με εισόδημα κάτω από το μέσο όρο είχαν πρόβλημα να εξοφλήσουν τους ιατρικούς τους λογαριασμούς, ακόμα κι αν είχαν ασφάλιση υγείας (Blendon και άλλοι, 2002).

Υπερβολική φροντίδα

Σύμφωνα με τον ειδικό των υπηρεσιών υγείας Robert Brook (1989):

...σχεδόν κάθε μελέτη που έχει υπεύθυνα αναζητήσει περιστατικά υπερβολικής χρήσης υπηρεσιών υγείας έχει ανακαλύψει ότι κάτι τέτοιο ισχύει και ουσιαστικά κάθε φορά τουλάχιστον διψήφια νούμερα έχουν βρεθεί. Αν κάποιος μπορούσε να πραγματοποιήσει μια εικασία με βάση τη διαθέσιμη βιβλιογραφία, τότε ενδεχομένως το ένα τέταρτο των ημερών παραμονής στο νοσοκομείο, το ένα τέταρτο των ιατρικών πράξεων και τα δύο πέμπτα της κατανάλωσης φαρμάκων θα μπορούσαν να είχαν αποφευχθεί. (Brook, 1989)

Σε μία αναφορά του 1998 γινόταν η εκτίμηση ότι το 20%-30% των ασθενών συνεχίζουν να λαμβάνουν φροντίδα που δεν είναι κατάλληλη (Schuster και άλλοι, 1998). Μία μελέτη του 2003 βρήκε ότι οι ηλικιωμένοι ασθενείς σε μερικές περιοχές της χώρας λαμβάνουν κατά 60% περισσότερες υπηρεσίες- ημέρες παραμονής στο νοσοκομείο, εξειδικευμένες διαγνωστικές και ιατρικές πράξεις- σε σχέση με παρόμοιους ασθενείς σε άλλες περιοχές. Οι ασθενείς που

λάμβαναν λιγότερες υπηρεσίες είχαν τους ίδιους δείκτες θνησιμότητας, την ίδια ποιότητα φροντίδας, την ίδια πρόσβαση στη φροντίδα και την ίδια ικανοποίηση μ' εκείνους που λάμβαναν περισσότερες υπηρεσίες (Fisher και άλλοι, 2003α και 2003β).

ΟΡΓΑΝΩΜΕΝΗ ΙΑΤΡΟΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ

Απ' το 1980, βασικός στόχος της πολιτικής υγείας είναι η μείωση της υπερβολής στο σύστημα φροντίδας υγείας κα όχι η αντιμετώπιση της στέρησης. Αυτή η επιλογή έγινε επειδή δόθηκε προτεραιότητα στις αυξανόμενες δαπάνες υγείας και όχι στην έλλειψη ασφάλισης υγείας. Η οργανωμένη ιατροφαρμακευτική περίθαλψη παρουσιάστηκε ως μία σειρά μέτρων που στόχευαν να μειώσουν το ρυθμό αύξησης των δαπανών υγείας και να προσφέρουν πιο κατάλληλες υπηρεσίες, εν μέρει μειώνοντας την υπερβολική φροντίδα.

Η οργανωμένη ιατροφαρμακευτική περίθαλψη εκφράζει μία νέα σχέση ανάμεσα στους αγοραστές, τους ασφαλιστικούς φορείς - πληρωτές και τους παρόχους φροντίδας στις Ηνωμένες Πολιτείες (βλ. Κεφάλαιο 16). Κατά παράδοση, οι οργανωμένοι αγοραστές φροντίδας υγείας (ιδιαίτερα οι εργοδότες που πληρώνουν για την ιατρική φροντίδα των υπαλλήλων τους) κατέβαλαν ένα ασφαλιστρο σε έναν ασφαλιστικό φορέα και ο ασφαλιστικός φορέας κάλυπτε τη δαπάνη του ατόμου ή του φορέα παροχής φροντίδας υγείας (ιατρού, νοσοκομείου, πρακτορείου που εξασφάλιζε υπηρεσίες φροντίδας στο σπίτι, ιδιωτικής κλινικής ή φαρμακείου). Στα πλαίσια αυτού του συστήματος, ο ιατρός ενός ασθενούς αποφάσιζε πόση φροντίδα θα λάμβανε ο ασθενής, τι είδους φροντίδα και από ποια άτομα και τα άτομα αυτά συχνά αποφάσιζαν μόνο τους πόσο να χρεώσουν. Οι ασφαλιστικοί φορείς απλά πλήρωναν τους λογαριασμούς και αν οι λογαριασμοί ήταν πολύ υψηλοί, οι ασφαλιστικοί φορείς με τη σειρά τους χρέωναν υψηλότερα ασφαλιστρα στους αγοραστές υπηρεσιών υγείας τον επόμενο χρόνο.

Στα πλαίσια της οργανωμένης ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, οι αγοραστές και οι ασφαλιστικοί φορείς δεν γράφουν πλέον απλά επιταγές αλλά συμμετέχουν σε αποφάσεις που αφορούν στην ποσότητα της φροντίδας που λαμβάνει ένας ασθενής, στο είδος της φροντίδας και στα άτομα που την παρέχουν. Επιπροσθέτως, οι αγοραστές και οι ασφαλιστικοί φορείς αποφασίζουν πόσα χρήματα θα λαμβάνουν οι φορείς/άτομα παροχής υπηρεσιών υγείας και τον τρόπο με τον οποίο αυτά τα χρήματα θα καταβάλλονται.

Η κατανόηση της οργανωμένης ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης απαιτεί γνώση πολλών βασικών στοιχείων της πολιτικής υγείας που αναλύονται σ' αυτό το βιβλίο. Ιδιαίτερα σχετικά με την οργανωμένη ιατροφαρμακευτική περίθαλψη είναι τα Κεφάλαια 4 και 5 (τα οποία εξηγούν τον τρόπο με τον οποίο πληρώνονται οι ιατροί και τα νοσοκομεία), τα Κεφάλαια 6 και 7 (τα οποία περιγράφουν αλλαγές στην οργάνωση των υπηρεσιών φροντίδας υγείας), το Κεφάλαιο 9 (το οποίο αναλύει τον τρόπο με τον οποίο η οργανωμένη ιατροφαρμακευτική περίθαλψη επιδρά στις δαπάνες υγείας) και το Κεφάλαιο 16 (το οποίο προσφέρει μια ιστορική περιγραφή των διακυμάνσεων της οργανωμένης ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης).

Η οργανωμένη ιατροφαρμακευτική περίθαλψη μοιάζει λίγο με τον τυφλό και τον ελέφαντα. Η μπροστινή πλευρά

του ελέφαντα δίνει την αίσθηση κοφτερών χαυλιόδοντων στον τυφλό, κάτω από την προβοσκίδα δίνεται η αίσθηση ταλαντευόμενου λάστιχου και κοντά στο πίσω πόδι ο ελέφαντας δίνει την αίσθηση κορμού δέντρου. Ανάλογα με την πλεονεκτική θέση του καθενός, η οργανωμένη ιατροφαρμακευτική περίθαλψη παρουσιάζεται διαφορετική σε διαφορετικούς ανθρώπους.

Η ΑΠΟΨΗ ΤΟΥ ΚΟΣΜΟΥ ΓΙΑ ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Η φροντίδα υγείας στις Ηνωμένες Πολιτείες καλύπτει ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών, το οποίο κυμαίνεται από την ύψιστης ποιότητας και πιο ανθρώπινη θεραπεία των ατόμων με περίπλοκες ασθένειες μέχρι την απόρριψη των πολύ άρρωστων ανθρώπων λόγω του ότι δεν μπορούν να πληρώσουν, από καλοσχεδιασμένα πρωτόκολλα για την πρόληψη της ασθένειας μέχρι ακατάλληλες και υψηλού κινδύνου χειρουργικές επεμβάσεις που πραγματοποιούνται σε μη ενημερωμένους ασθενείς. Ενώ στις προηγούμενες δύο δεκαετίες έλαβαν χώρα μεγάλες ανακατατάξεις στον τομέα της φροντίδας υγείας, μία βασική αλήθεια παραμένει: οι Ηνωμένες Πολιτείες ακόμα έχουν το λιγότερο καθολικό και πιο ακριβό σύστημα ιατρικής φροντίδας στον εκβιομηχανισμένο κόσμο (Starfield, 2000).

Πολλοί άνθρωποι βλέπουν το υψηλό κόστος της φροντίδας και την έλλειψη καθολικής πρόσβασης ως δείκτες σοβαρών αδυναμιών στο σύστημα φροντίδας υγείας. Το 2001, μόνο το 18% των ανθρώπων στις Ηνωμένες Πολιτείες πίστευαν ότι το σύστημα λειτουργούσε καλά, ενώ ότι το 79% πίστευαν ότι το σύστημα χρειαζόταν βασικές αλλαγές ή μια γενική και ολοκληρωμένη αναθεώρηση. Το 21% των Αμερικανών αντιμετώπισαν πρόβλημα στην πληρωμή ιατρικών λογαριασμών το 2001, σε σύγκριση με το 7% των Καναδών και το 3% των πολιτών στο Ηνωμένο Βασίλειο (Blendon και άλλοι, 2002).

ΚΑΤΑΝΟΩΝΤΑΣ ΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

Προκειμένου να διορθωθούν οι αδυναμίες του συστήματος φροντίδας υγείας, ενώ παράλληλα να διαφυλαχθούν τα δυνατά του σημεία, είναι απαραίτητο να κατανοήσουμε

τον τρόπο με τον οποίο λειτουργεί το σύστημα. Πώς χρηματοδοτείται η φροντίδα υγείας; Ποιες είναι οι αιτίες και οι συνέπειες της ελλιπούς πρόσβασης στη φροντίδα; Πώς πληρώνονται οι ιατροί και ποια είναι η επίδραση του τρόπου αμοιβής στις δαπάνες υγείας; Πώς οργανώνονται οι υπηρεσίες υγείας και πώς ενισχύεται η ποιότητα της φροντίδας; Δίνεται επαρκής προσοχή και ποιές είναι οι διαφορετικές στρατηγικές για την πρόληψη της ασθένειας;

Πώς μπορούν να λυθούν τα προβλήματα της φροντίδας υγείας; Είναι η οργανωμένη ιατροφαρμακευτική περίθαλψη η απάντηση; Μπορούν οι δαπάνες να ελεγχθούν κατά τρόπο που δεν περιορίζει την πρόσβαση; Μπορεί η πρόσβαση να διερευνηθεί κατά τρόπο που δεν αυξάνονται οι δαπάνες; Πώς το έχουν κάνει οι άλλες χώρες ή επιχειρήσαν να το κάνουν; Με ποιον τρόπο θα μπορούσε να αλλάξει το σύστημα ιατρικής φροντίδας στις Ηνωμένες Πολιτείες στο μέλλον;

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Blendon RJ et al: Inequities in health care: a five-country survey. *Health Aff* 2002;21(3):182.
- Brook RH: Practice guidelines and practicing medicine. *JAMA* 1989;262:3027.
- Enthoven A, Kronick R: A consumer-choice health plan for the 1990s. *N Engl J Med* 1989;320:29.
- Fisher ES et al: The implications of regional variations in Medicare spending. Part 1: the content, quality, and accessibility of care. *Ann Intern Med* 2003a;138:273.
- Fisher ES et al: The implications of regional variations in Medicare spending. Part 2: health outcomes and satisfaction with care. *Ann Intern Med* 2003b;138:288.
- Maxwell S et al: Modernizing Medicare's Cost-Sharing. New York: The Commonwealth Fund, November 2002.
- Renner C, Navarro V: Why is our population of uninsured and underinsured persons growing? The consequences of the "de-industrialization" of the United States. *Int J Health Serv* 1989; 19:433.
- Schuster M et al: How good is the quality of health care in the United States? *Milbank Q* 1998;76:517.
- Starfield B: Is U.S. health really the best in the world? *JAMA* 2000; 284:483.

Οι υπηρεσίες υγείας δεν παρέχονται δωρεάν. Κάποιοι πρέπει να πληρώσει. Αλλά με ποιόν τρόπο; Ο κάθε άνθρωπος πληρώνει όταν λαμβάνει φροντίδα; Καταβάλλουν οι άνθρωποι μικρά ποσά εκ των προτέρων ούτως ώστε η φροντίδα τους να αποζημιωθεί όταν τη χρειαστούν; Όταν ένας άνθρωπος πληρώνει εκ των προτέρων, θα μπορούσαν τα χρήματα αυτά να χρησιμοποιηθούν για φροντίδα που παρέχεται σε κάποιον άλλον; Αν συμβαίνει αυτό, ποιος πρέπει να πληρώσει και πόσα πρέπει να πληρώσει;

Η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας στις Ηνωμένες Πολιτείες έφτασε στην παρούσα της κατάσταση μέσα από μια σειρά κοινωνικών παρεμβάσεων. Η κάθε παρέμβαση έδωσε λύση σ' ένα πρόβλημα αλλά με τη σειρά της δημιούργησε τα δικά της προβλήματα, τα οποία απαιτούν περαιτέρω παρέμβαση. Σ' αυτό το κεφάλαιο θα αναλυθεί η ιστορική εξέλιξη της χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας.

ΤΡΟΠΟΙ ΕΞΟΦΛΗΣΗΣ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Οι τέσσερις βασικοί τρόποι χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας είναι η άμεση πληρωμή, η ατομική ιδιωτική ασφάλιση, η ομαδική ιδιωτική ασφάλιση από τον εργοδότη και η κρατική χρηματοδότηση (Πίνακας 2-1). Αυτοί οι τέσσερις τρόποι αποτυπώνουν τόσο την ιστορική εξέλιξη όσο και την υφιστάμενη κατηγοριοποίηση των πηγών χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας.

Άμεσες πληρωμές

Ο Fred Farmer έσπασε το πόδι του το 1904. Ο γιος του έτρεξε 4 μίλια για να φέρει το ιατρό, ο οποίος ήρθε στη φάρμα για να βάλει το πόδι σε νάρθηκα. Ο Fred έδωσε στο ιατρό δύο κοτόπουλα για να πληρώσει την επίσκεψη. Ο διαεγγόνος του, ο Ted, ο οποίος είναι ανασφάλιστος, έσπασε το πόδι του το 2004. Τον πήγαν με το αυτοκίνητο στην αίθουσα επειγόντων περιστατικών, όπου ο ιατρός έδωσε εντολή για ακτινογραφία και κάλεσε ορθοπεδικό ο οποίος έβαλε το πόδι στο γύψο. Το κόστος ήταν 870\$.

Το δέκατο ένατο αιώνα, άνθρωποι όπως ο Fred Farmer πλήρωναν τους ιατρούς και άλλους παρόχους ιατρικής φροντίδας τοις μετρητοίς ή σε είδος. Το πρώτο μισό του εικοστού αιώνα, η άμεση πληρωμή τοις μετρητοίς αποτελούσε την πιο κοινή μέθοδο εξόφλησης. Αυτός είναι ο πιο απλός τρόπος χρηματοδότησης -άμεση αγορά αγαθών και υπηρεσιών από τον καταναλωτή (Σχήμα 2-1).

Οι άνθρωποι στις Ηνωμένες Πολιτείες αποκτούν τα περισσότερα καταναλωτικά είδη, από συσκευές DVD μέχρι κούρεμα μαλλιών, με άμεσες πληρωμές. Αυτό δεν ισχύει με την ιατρική φροντίδα και κάποιος μπορεί να ρωτήσει γιατί συμβαίνει αυτό. Οικονομολόγοι όπως ο Robert Evans (1984) και ο Kenneth Arrow (1963) έχουν αναλύσει τους λόγους για τους οποίους η ιατρική φροντίδα δεν θεωρείται απλά άλλο ένα συνηθισμένο καταναλωτικό αγαθό.

ΑΝΑΓΚΗ ΕΝΑΝΤΙΟΝ ΠΟΛΥΤΕΛΕΙΑΣ

Ενώ μια συσκευή DVD θεωρείται πολυτέλεια, η ιατρική φροντίδα θεωρείται βασική ανθρώπινη ανάγκη από τους περισσότερους ανθρώπους.

Για 2 εβδομάδες, η Marina Perez υποφέρει από κοιλιακή αιμορραγία και αισθάνεται ζαλάδα. Δεν έχει ασφάλιση και τρομοκρατείται από τη σκέψη ότι η ιατρική φροντίδα ίσως εξανημίσει τις οικονομίες της των 250\$. Μαζεύει με δυσκολία 75\$ για να επισκεφθεί τον ιατρό της, ο οποίος βρίσκει ότι η αρτηριακή της πίεση πέφτει στα 90/50 mm Hg όταν στέκεται όρθια και ότι ο αιματοκρίτης της είναι 26%. Ο ιατρός τηλεφωνεί στην αδελφή της Marina, τη Juanita για να την πάει με το αυτοκίνητο στο νοσοκομείο. Η Marina μπαίνει στο αυτοκίνητο και λέει στη Juanita να την πάει σπίτι.

Αν η ιατρική φροντίδα αποτελεί βασικό ανθρώπινο δικαίωμα, τότε οι άνθρωποι που δεν μπορούν να την αντέξουν οικονομικά πρέπει να έχουν διαθέσιμο ένα μηχανισμό πληρωμής, ο οποίος να μην βασίζεται σε άμεσες πληρωμές.

ΜΗ ΠΡΟΒΛΕΨΙΜΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΑΝΑΓΚΗΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΚΟΣΤΟΥΣ

Ενώ η αγορά μίας συσκευής DVD είναι θέμα επιλογής και η τιμή είναι γνωστή στον αγοραστή, η ανάγκη για υπηρεσίες ιατρικής φροντίδας και το κόστος αυτών δεν μπορούν να προβλεφθούν. Οι περισσότεροι άνθρωποι δεν ξέρουν αν ή τότε μπορεί να αρρωστήσουν ή να τραυματιστούν σοβαρά ή ποιο θα είναι το κόστος της φροντίδας.

Ο Jake έχει πονοκέφαλο και επισκέπτεται τον ιατρό αλλά δεν γνωρίζει αν ο πονοκέφαλος θα κοστίσει 75\$ για μία επίσκεψη στον ιατρό και την τιμή από ένα μπουκάλι ασπιδίνης, 1.200\$ για μια μαγνητική τομογραφία ή 70.000\$ για χειρουργική επέμβαση και θεραπεία με ακτινοβολία για όγκο στον εγκέφαλο.

Πίνακας 2-1. Η Χρηματοδότηση των Υπηρεσιών Υγείας το 2002.

Τύπος Πληρωμής	Ποσοστό Προσωπικών Δαπανών Ιατρικής Φροντίδας
Άμεση πληρωμή	16%
Ατομική ιδιωτική ασφάλιση	3%
Ιδιωτική Ασφάλιση από τον εργοδότη	33% ^α
Άλλα ιδιωτικά κεφάλαια	4%
Κυβερνητική χρηματοδότηση	44%
Σύνολο	100%

Κύρια Πηγή Κάλυψης	Ποσοστό του Πληθυσμού
Ανασφάλιστοι	15%
Ατομική ιδιωτική ασφάλιση	3%
Ιδιωτική ασφάλιση από τον εργοδότη	55%
Κυβερνητική χρηματοδότηση	27%
Σύνολο	100%

^α Αυτό περιλαμβάνει ιδιωτική ασφάλιση που αποκτάται από ομοσπονδιακούς, κρατικούς και τοπικούς υπαλλήλους που αγοράζεται εν μέρει από φόρους κεφαλαίων.

Για τις άμεσες πληρωμές, το ποσοστό των δαπανών είναι μεγαλύτερο από το ποσοστό του ανασφάλιστου πληθυσμού επειδή τα δολάρια που καταβάλλονται εκείνη τη στιγμή καταβάλλονται όχι μόνο από τους ανασφάλιστους αλλά και από τους ασφαλισμένους με τη μορφή αφαιρετέων δαπανών, συνεισφορών και πληρωμών για μη καθυπτόμενες υπηρεσίες. Επειδή η ιδιωτική ασφάλιση τείνει να καλύπτει υγιέστερους ανθρώπους, το ποσοστό των δαπανών είναι πολύ μικρότερο απ' το ποσοστό του πληθυσμού που καλύπτεται. Οι δημόσιες δαπάνες είναι πολύ μεγαλύτερες ανά κάτοικο επειδή οι ηλικιωμένοι και τα άτομα με αναπηρίες είναι συγκεντρωμένοι στα δημόσια προγράμματα Medicare και Medicaid.

Πηγές δεδομένων: Levit K et al: Health pending rebound continues in 2002. Health Affairs 2004; 23 (1): 147, και U.S. Census Bureau: Health Insurance Coverage in the United States, 2002; p. 60-223, September 2003.

Η μη προβλεψιμότητα πολλών αναγκών για φροντίδα υγείας καθιστά δύσκολο τον προγραμματισμό αυτών των δαπανών. Τα ιατρικά έξοδα που συνδέονται με σοβαρή ασθένεια ή σοβαρό τραυματισμό συνήθως υπερβαίνουν τις οικονομίες μίας οικογένειας της μεσαίας τάξης.

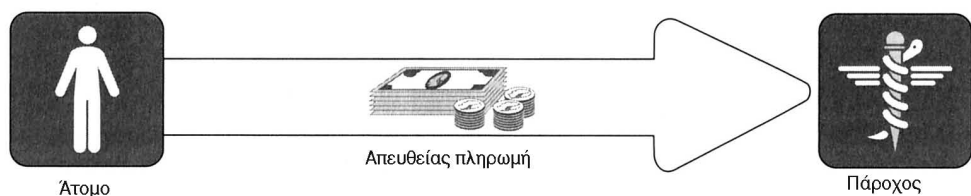
ΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΕΧΟΥΝ ΤΗΝ ΑΝΑΓΚΗ ΝΑ ΒΑΣΙΖΟΝΤΑΙ ΣΤΙΣ ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ ΤΩΝ ΙΑΤΡΩΝ

Σε αντίθεση με τον αγοραστή μίας συσκευής DVD, ένας άνθρωπος που έχει ανάγκη ιατρικής φροντίδας μπορεί να γνωρίζει λίγα πράγματα για το τί αγοράζει την ώρα που έχει ανάγκη τη φροντίδα.

Η Jenny εμφανίζει οξεία κοιλιαλγία και πηγαίνει στο νοσοκομείο για να αναζητήσει φάρμακο για τον πόνο αυτό. Ο ιατρός της λέει ότι πάσχει από οξεία χολοκυστίτιδα ή διατητράινον έλκος και συστήνει νοσοκομειακή περίθαλψη, υπερηχογράφημα της κοιλίας και ανώτερες ενδοσκοπικές εξετάσεις. Η Jenny, η οποία είναι ξαπλωμένη σε ένα φορείο, κρατάει σφιχτά την κοιλιά της με

το ένα της χέρι, ενώ το άλλο της χέρι ξεφυλλίζει ένα βιβλίο εσωτερικής παθολογίας, για να αποφασίσει αν πραγματικά χρειάζεται αυτές τις υπηρεσίες και μήπως θα έπρεπε αυτή να είχε φέρει μαζί της ένα αντίγραφο του Consumer Reports για να μάθει από πού να αγοράσει τις υπηρεσίες αυτές σε χαμηλότερη τιμή.

Η φροντίδα υγείας αποτελεί το πιο βασικό παράδειγμα ασυμμετρίας πληροφόρησης ανάμεσα στους παρόχους και τους καταναλωτές (Evans, 1984). Ένας ασθενής με κοιλιαλγία δεν είναι σε θέση να αμφισβητήσει έναν ιατρό, ο οποίος δίνει εντολή για εργαστηριακές εξετάσεις, ακτινογραφίες ή χειρουργική επέμβαση. Όταν η ιατρική φροντίδα είναι προαιρετική, οι ασθενείς μπορούν να ζυγίσουν τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα των διαφορετικών επιλογών θεραπείας αλλά ακόμα κι έτσι, οι συστάσεις μπορεί να επηρεάζονται από τις 'πιέσεις' του ιατρού που παρέχει τις πληροφορίες. Σε σύγκριση με την εκούσια απαίτηση για συσκευές DVD (ωστόσο πρόκειται για επιρροή της διαφήμισης), η ζήτηση για ιατρικές υπηρεσίες είναι εν μέρει ακούσια και συχνά ξεκινά από τους ιατρούς παρά από τους καταναλωτές.



Σχήμα 2-1. Η απευθείας πληρωμή γίνεται απευθείας από τον ασθενή στον πάροχο.