
**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ
ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ και ΔΙΟΙΚΗΣΗ της ΥΓΕΙΑΣ»**

**ΜΑΚΡΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ
ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΧΩΡΕΣ ΤΗΣ ΜΕΣΗΣ ΑΝΑΤΟΛΗΣ**

TENKERIAN ΒΙΟΛΕΤ

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης
του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στα Οικονομικά και Διοίκηση της
Υγείας.

Πειραιάς, 2020

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ
ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ και ΔΙΟΙΚΗΣΗ της ΥΓΕΙΑΣ»**

**ΜΑΚΡΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ
ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΧΩΡΕΣ ΤΗΣ ΜΕΣΗΣ ΑΝΑΤΟΛΗΣ**

TENKERIAN ΒΙΟΛΕΤ, Α.Μ.: ΟΔΥ/1746

Επιβλέπων: Δρ. Αγιακλόγλου Χρήστος/Αναπληρωτής Καθηγητής/ Πανεπιστήμιο
Πειραιώς

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης
του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στα Οικονομικά και Διοίκηση της
Υγείας.

Πειραιάς, 2020

**UNIVERSITY of
PIRAEUS**



**DEPARTMENT of
ECONOMICS**

M.Sc. in Health Economics and Management

**A MACROECONOMIC ANALYSIS OF HEALTH
EXPENDITURES IN THE MIDDLE EAST**

Tenkerian Violet

Master Thesis submitted to the Department of Economics
Of the University of Piraeus in partial fulfillment of the requirements
for the degree of M.Sc. in Health Economics and Management

Piraeus, Greece, 2020

Αφιερώνεται στην οικογένειά μου και στον Κώστα

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τον επιβλέποντα καθηγητή, κ. Αγιακλόγλου Χρήστο, διότι καθ' όλη την προσπάθεια μου να φέρω σε πέρας την μεταπτυχιακή εργασία, ήταν πάντα διαθέσιμος, με τις πολύτιμες συμβουλές του αλλά και την βοήθεια του όσο περισσότερο γινόταν. Όλα αυτά, μαζί με την άψογη συνεργασία μας, συνέβαλαν στην επιτυχή ολοκλήρωση της εργασίας. Επίσης να ευχαριστήσω όλους τους καθηγητές με τους οποίους συνεργάστηκα κατά την διάρκεια των σπουδών μου.

Τέλος ένα μεγάλο ευχαριστώ στην οικογένεια μου που με την στήριξη τους σε δύσκολες στιγμές της φοίτησης μου συνολικά, κατάφερα και έφερα σε πέρας όλη αυτή την δύσκολη διαδρομή προς το μεταπτυχιακό.

ΜΑΚΡΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΧΩΡΕΣ ΤΗΣ ΜΕΣΗΣ ΑΝΑΤΟΛΗΣ

Σημαντικοί Όροι: Δαπάνες Υγείας, σύστημα υγείας, Ακαθάριστο εγχώριο προϊόν, μακροοικονομικοί παράγοντες, Μέση Ανατολή

Περίληψη

Η συγκεκριμένη διατριβή εστιάζει στη συσχέτιση των δαπανών υγείας με μακροοικονομικά μεγέθη σε χώρες της Μέσης Ανατολής. Η εστίαση στις χώρες αυτές γίνεται καθώς δεν παρουσιάζουν τον ίδιο βαθμό ανάπτυξης όπως διάφορες άλλες χώρες του Δυτικού Κόσμου. Η συσχέτιση αφορά τις κεφαλή δαπάνες υγείας με κάποια μακροοικονομικά μεγέθη όπως το κατά κεφαλή ΑΕΠ, τα κρατικά έσοδα, το δημόσιο χρέος και το ισοζύγιο του δημοσίου τομέα. Επίσης, θα γίνει μία εκτίμηση των δαπανών υγείας σε σύγκριση και με δημογραφικά μεγέθη, όπως το προσδόκιμο ζωής και το ποσοστό πληθυσμού άνω των 64 ετών.

Για την προσέγγιση του σκοπού της εργασίας τέθηκαν δύο στόχοι. Ο πρώτος στόχος είναι η περιγραφή της αύξησης των δαπανών της υγείας, με στοιχεία διεθνών οργανισμών όπως παρουσιάζεται και στις βιβλιογραφικές αναφορές παραθέτοντας και τους αιτιολογικούς παράγοντες που τις επηρεάζουν και ο δεύτερος στόχος είναι η οικονομετρική ανάλυση αυτών.

Το Οικονομετρικό μοντέλο που χρησιμοποιήθηκε για την εξαγωγή των αποτελεσμάτων είναι η ανάλυση παλινδρόμησης με Panel Estimation, μέθοδος που κρίθηκε η καταλληλότερη δεδομένης της ύπαρξης τόσο διαχρονικών όσο και διαστρωματικών δεδομένων.

Τα αποτελέσματα της έρευνας για τη συσχέτιση των δύο εννοιών έδειξαν ότι αυτή είναι άμεση και ισχυρά θετική και μάλιστα ότι υπάρχει αμφίδρομη σχέση μεταξύ τους. Παράλληλα, δεν επηρεάζεται από δημογραφικούς παράγοντες όπως η ηλικία και το φύλλο καθώς η υγεία στις χώρες αυτές είναι υψίστης σημασίας και προτίθεται να δίνεται χωρίς περιορισμούς.

A MACROECONOMIC ANALYSIS OF HEALTH EXPENDITURES IN THE MIDDLE EAST

Keywords: Healthcare Expenditure, Healthcare System, Gross domestic product, Macroeconomic Variables, Middle East

Abstract

This thesis focuses on the correlation of health costs with macroeconomic variables in Middle Eastern countries. The focus in these countries is as they do not have the same level of development as other Western countries. The correlation concerns health spending per capita with some macroeconomic variables such as GDP per capita, government revenue, public debt and the public sector balance. There will also be an estimate of health costs compared with demographic variables such as life expectancy and population over 64 years old.

Two objectives were set for the purpose of the work. The first objective is the description of the increase in health expenditure, with data from international organizations and as it is presented by the existing literature, which also lists the causal factors affecting the expenditure and the second objective is the econometric analysis.

The Econometric model used to derive the results is Panel Estimation regression analysis, a method considered most appropriate due to the existence of both temporal and cross-sectional data.

These two variables found to be strongly related to one to another and have a positive impact one to the other and there is a two-way relationship between them. Meanwhile, it is not affected by demographic factors such as age and sex as health in these countries is of the utmost importance and intends to be given without restriction.

Περιεχόμενα

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ Η ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΤΟΥΣ

1.1 Εισαγωγή.....	1
1.2 Συστήματα Υγείας	1
1.3 Το σύστημα Υγείας και το περιβάλλον του	6
1.4 Αποδοτικότητα των συστημάτων Υγείας σε μικρό- επίπεδο	9
1.5 Αποδοτικότητα των συστημάτων Υγείας σε μακρό-επίπεδο	11
1.6 Διάρθρωση των δαπανών Υγείας	13
1.7 Αιτές αύξησης των δαπανών Υγείας.....	15
1.8 Χρηματοδότηση των υπηρεσιών Υγείας.....	18
1.9 Ανακεφαλαίωση.....	23

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΩΝ ΚΥΡΙΩΤΕΡΩΝ ΜΑΚΡΟ-ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΜΕΓΕΘΩΝ

2.1 Εισαγωγή.....	25
2.2 Το Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν και η σημασία του	26
2.3 Το δημοσιονομικό χρέος σε σχέση με το ΑΕΠ	29
2.4 Εθνικό Εισόδημα	34
2.5 Προσδόκιμο Ζωής.....	35
2.6 Ανακεφαλαίωση.....	39

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗ ΜΕΣΗ ΑΝΑΤΟΛΗ

3.1 Εισαγωγή.....	41
3.2 Η οικονομία της Μέσης Ανατολής	42
3.3 Οικονομικά Χαρακτηριστικά και συστήματα Υγείας των Χωρών	46
3.4 Ανακεφαλαίωση.....	54

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕ ΜΑΚΡΟ-ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ

ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ

4.1 Εισαγωγή.....	55
4.2 Οικονομετρική μεθοδολογία.....	56
4.3 Αποτελέσματα.....	60
4.4 Συμπεράσματα έρευνας.....	74

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Κατάλογος Πινάκων

<i>Πίνακας 3.1</i> , Οι πλουσιότερες και φτωχότερες οικονομίες της Μέσης Ανατολής.....	43
<i>Πίνακας 4.1</i> , Περιγραφικά Στατιστικά των Μεταβλητών του Δείγματος.....	62
<i>Πίνακας 4.2</i> , Επιλογή Βαθμού VAR με το Πληροφοριακό Κριτήριο Schwarz.....	64
<i>Πίνακας 4.3</i> , Αποτελέσματα Ελέγχου Αιτιώδους Σχέσης Κατά Granger ανάμεσα στις Κατά Κεφαλή Δαπάνες Υγείας και στο Κατά Κεφαλή ΑΕΠ.....	64
<i>Πίνακας 4.4</i> , Συσχετίσεις Μεταξύ Κατά Κεφαλή Δαπανών Υγείας και Ερμηνευτικών Μεταβλητών.....	65
<i>Πίνακας 4.5</i> , Εκτίμηση Παλινδρόμησης Ανάμεσα στις Κατά Κεφαλή Δαπάνες για Υγεία και στο Κατά Κεφαλή Εισόδημα και σε Άλλα Μακροοικονομικά και Δημογραφικά Μεγέθη.....	66
<i>Πίνακας 4.6</i> , Συσχετίσεις Μεταξύ Κατά Κεφαλή ΑΕΠ και Ερμηνευτικών Μεταβλητών.....	70
<i>Πίνακας 4.7</i> , Εκτίμηση Παλινδρόμησης Ανάμεσα στο Κατά Κεφαλή Εισόδημα και στις Κατά Κεφαλή Δαπάνες για Υγεία και σε Άλλα Μακροοικονομικά και Δημογραφικά Μεγέθη.....	71

Κατάλογος Διαγραμμάτων

<i>Διάγραμμα 1.1</i> , Διαγραμματική απεικόνιση του συστήματος υγείας.....	5
<i>Διάγραμμα 1.2</i> , Διαγραμματική απεικόνιση των εξωτερικών παραγόντων επιρροής του Συστήματος Υγείας.....	6
<i>Διάγραμμα 1.3</i> , Διαγραμματική απεικόνιση των δεικτών υγείας σε σχέση με τον σκοπό και το στόχο του Συστήματος Υγείας.....	8
<i>Διάγραμμα 2.1</i> , Το γενικό μοντέλο μεταβατικών αλλαγών στην υγεία (Π.Ο.Υ.,1984): καμπύλη θνησιμότητας και υποθετικές καμπύλες νοσηρότητας και επιβίωσης με αναπηρία για γυναίκες.....	36
<i>Διάγραμμα 4.1</i> , Γραφική Διερεύνηση Ετεροσκεδαστικότητας των Καταλοίπων της Παλινδρόμησης Ανάμεσα στις Κατά Κεφαλή Δαπάνες για Υγεία και στο Κατά Κεφαλή Εισόδημα και σε Άλλα Μακροοικονομικά και Δημογραφικά Μεγέθη.....	68

Διάγραμμα 4.2, Γραφική Διερεύνηση Ετεροσκεδαστικότητας των Καταλοίπων της Παλινδρόμησης Ανάμεσα στο Κατά Κεφαλή Εισόδημα και στις Κατά Κεφαλή Δαπάνες για Υγεία και σε Άλλα Μακροοικονομικά και Δημογραφικά Μεγέθη.....72

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ Η ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΤΟΥΣ

1.1 Εισαγωγή

Μια από τις βασικές παραμέτρους που διασφαλίζουν τη διατήρηση και προαγωγή της υγείας των πολιτών είναι η ανάπτυξη των υπηρεσιών υγείας. Οι υπηρεσίες υγείας μέσα από μια μακρά διαδρομή στο χρόνο, αναπτύχθηκαν, διερευνήθηκαν και οργανώθηκαν έτσι που σήμερα να αποτελούν ένα τεράστιο και πολύπλοκο σύστημα που απασχολεί στις αναπτυγμένες χώρες το 5% του εργατικού πληθυσμού και απορροφά το 8% του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος. Σκοπός λοιπόν της διάρθρωσης και της λειτουργίας των υπηρεσιών υγείας είναι η αποτελεσματική και αποδοτική αντιμετώπιση των μελλοντικών αναγκών υγείας.

Στο κεφάλαιο αυτό παρουσιάζεται η ανάπτυξη των συστημάτων υγείας, η δομή, η οργάνωση του και η χρηματοδότησή τους, εστιάζοντας στα επιμέρους στοιχεία του συστήματος υγείας τα οποία βρίσκονται σε συνεχή αλληλεξάρτηση μεταξύ τους αλλά και με το περιβάλλον τους και τέλος θα αναλύσουμε τους τρόπους κάλυψης των υπέρογκων δαπανών υγείας που προήλθαν από την αμφιλεγόμενη ανάπτυξη και διερεύνηση των συστημάτων υγείας τα τελευταία 50 έτη.

Επιπρόσθετα, στην τελευταία ενότητα θα εστιάσουμε και στη δυνατότητα του κράτους να χρηματοδοτήσει την υγειονομική περίθαλψη. Θα επικεντρωθούμε στην αποδοτικότητα επομένως των συστημάτων υγείας, ένας όρος ο οποίος συνδέεται άμεσα με την αποδοτική χρήση των επενδυόμενων πόρων του κράτους ώστε να είναι βιώσιμη διαχρονικά η χρηματοδότησή τους και οι πολίτες να μην στρέφουν την προσοχή τους σε άλλες μορφές ασφαλιστικής κάλυψης, στην ιδιωτική ασφάλιση υγείας.

1.2 Συστήματα Υγείας

Η Θεωρία των συστημάτων υγείας προκύπτει σε συνδυασμό της γενικής θεωρίας συστημάτων και της σχέσης των συστημάτων με τα κοινωνικά συστήματα. Σύμφωνα λοιπόν με τον Αριστοτέλη και την τελολογική του θεωρία, όλα τα φαινόμενα και κάθε συμπεριφορά τείνουν σε κάποιο σκοπό. Συγκεκριμένα, έχοντας υπόψη ότι

σύστημα είναι το άθροισμα ανεξαρτήτων ή αλληλοεπιδρώμενων τμημάτων, συνδεδεμένων μεταξύ τους με τέτοιο τρόπο που να αποτελούνται από ένα ενιαίο σύνολο, ικανό να πραγματοποιήσει μία λειτουργία, ένα στόχο ή ένα σκοπό. Ως σύστημα υγείας ορίζεται «το σύνολο των υγειονομικών μονάδων οι οποίες βρίσκονται σε συνεχή συνεργασία και λειτουργική αλληλεξάρτηση με σκοπό τη διατήρηση και προαγωγή της υγείας του πληθυσμού». Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας τα συστήματα υγείας αποτελούνται από όλες τις δομές, τους ανθρώπους και τις δράσεις των οποίων πρωταρχικός στόχος είναι η προώθηση, η αποκατάσταση ή η διατήρηση της υγείας. Η λειτουργία του συστήματος περιλαμβάνει το σύνολο των προσπαθειών που σκοπό έχουν να επηρεάσουν τους καθοριστικούς παράγοντες της υγείας καθώς και τις πιο άμεσες δραστηριότητες βελτίωσης της.

Τα βασικά χαρακτηριστικά όλων των συστημάτων υγείας είναι:

1. Η διαθεσιμότητα των υπηρεσιών που παρέχονται στον πληθυσμό χωρίς εμπόδια και χρονικούς περιορισμούς.
2. Η προσβασιμότητα των υπηρεσιών υγείας: η δυνατότητα των ατόμων ανεξαρτήτου κοινωνικοοικονομικής σχέσης να έχουν πρόσβαση στις υπηρεσίες, γεγονός που απαιτεί την ίση κατανομή των υγειονομικών πόρων και των υπηρεσιών, δηλαδή την εκτίμηση της αναγκαιότητας στην υγεία και του επιπέδου νοσηρότητας ανά γεωγραφική περιοχή.
3. Η συνέχεια στη προσφορά υπηρεσιών υγείας: ο μη περιορισμός της προσφοράς υπηρεσιών στο στάδιο της θεραπευτικής αντιμετώπισης μιας νοσηρής κατάστασης αλλά πολύ περισσότερο η κάλυψη της πρόληψης και της μετέπειτα παρακολούθησης της εκάστοτε νόσου.
4. Ισότητα ή ίσες ευκαιρίες στη χρήση των υπηρεσιών: η ισότητα αυτή μπορεί να είναι με βάση την βιβλιογραφία (West, 1981) είτε οριζόντια είτε κάθετη. Η οριζόντια ισότητα αφορά την ίση μεταχείριση μεταξύ χρηστών με ίδιες ανάγκες σε αντίθεση με την κάθετη ισότητα η οποία αναφέρεται στη μη ίση μεταχείριση των μη ίσων ατόμων, δηλαδή ατόμων με διαφορετικές ανάγκες. Κατά τον Mooney (1982) υπάρχουν επτά προσδιοριστικοί παράγοντες της ισότητας: α) ισότητα στις δαπάνες κατά κεφαλή, β) ισότητα στους πόρους κατά κεφαλή, γ) ισότητα στους πόρους για ίσες ανάγκες, δ) ισότητα στη πρόσβαση για ίσες ανάγκες, ε) ισότητα στη χρησιμοποίηση υπηρεσιών υγείας για ίσες

ανάγκες μεταξύ ομάδων πληθυσμού, στ) ισότητα στην οριακή ανάγκη υγείας που αντιμετωπίζεται για κάθε ομάδα πληθυσμού και ζ) ισότητα στη κατάσταση της υγείας. Η μοναδικότητα των αναγκών υγείας σημαίνει ότι οι ανάγκες διαφοροποιούνται ως προς τα άτομα και επομένως χαρακτηρίζονται από πολυπλοκότητα. Κατ' επέκταση η ισότητα ως προς τη χρήση των υπηρεσιών από άτομα διαφορετικών αναγκών δεν σημαίνει και την ισότητα χρήσης των υπηρεσιών υγείας εάν δεν αναλογιστεί ο βαθμός της ανάγκης ενός ατόμου συγκριτικά με την ανάγκη άλλων ατόμων.

5. Το οργανωτικό βασικό σημείο του κάθε συστήματος: στη πάροδο του χρόνου και του χώρου κάθε σύστημα υγείας τοποθετεί στο επίκεντρο του ένα συγκεκριμένο τύπο υπηρεσιών γύρω από το οποίο δομείται ολόκληρο το σύστημα. Λόγου χάρη, το νοσοκομειακό σύστημα θέτει ως επίκεντρο του τη δευτερογενή περίθαλψη η οποία λαμβάνει χώρα στο νοσοκομείο ενώ άλλα διαρθρώνονται με επίκεντρο τη πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Στο νοσοκομειακό σύστημα, λοιπόν, δίνεται έμφαση στη θεραπευτική αντιμετώπιση της ασθένειας και στη πρωτοβάθμια περίθαλψη το βάρος εναποθέτεται στη πρόληψη και την αποκατάσταση μετά τη θεραπεία.

Παράλληλα με τα κοινά χαρακτηριστικά, το σύστημα υγείας διέπεται και από κάποιες ιδιαιτερότητες. Οι ιδιαιτερότητες αυτές είναι οι κάτωθι:

1. Συστήματα με αυξημένη παρέμβαση του κράτους καθώς το ιδιαίτερο αυτό αγαθό υγεία πρέπει να παρέχεται πάντοτε με ευθύνη του κράτους.
2. Συστήματα στα οποία η λειτουργία τους δεν συμπίπτει με την λειτουργία των νόμων της αγοράς. Ειδικότερα, σύμφωνα με τους οικονομολόγους Wiseman et al.,(2004) η υγεία δεν αντιμετωπίζεται σαν όλα τα 'άλλα' ιδιωτικά αγαθά καθώς δεν υπάρχει πλήρη κυριαρχία του καταναλωτή-ασθενή και η αγορά ρυθμίζεται από τους προμηθευτές υγείας (π. χ γιατρούς κ.α.). Όταν θα εξαλειφθεί το φαινόμενο αυτό μόνο τότε θα λειτουργήσουν άριστα οι νόμοι της προσφοράς και ζήτησης.
3. Συστήματα εντάσεως εργασίας όπου το ιατρικό νοσηλευτικό, παραϊατρικό και λοιπό προσωπικό αποτελούν ομάδες επαγγελματιών υψηλά αμειβομένων γι' αυτό και τα συστήματα υγείας με το πέρασμα

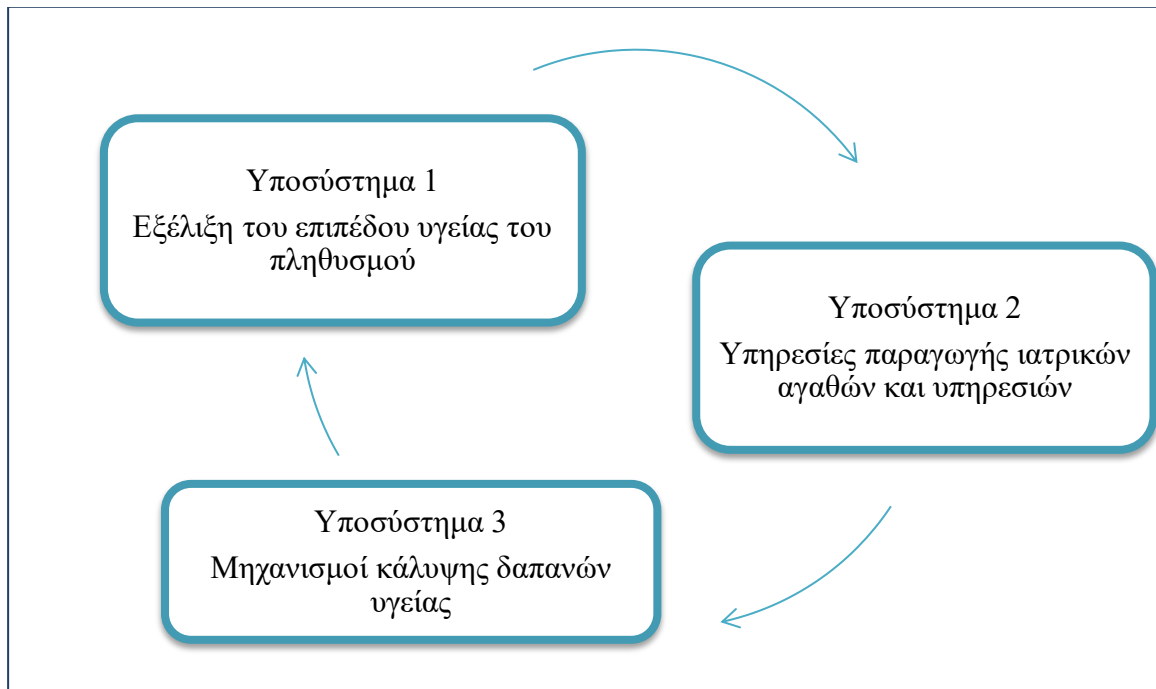
του χρόνου κοστίζουν όλο και περισσότερο αποτελώντας το κύριο ρυθμιστή των δαπανών υγείας.

4. Συστήματα εντάσεων διαχείρισης και οργάνωσης καθώς κύρια αρμοδιότητα του συστήματος είναι η εύρυθμη λειτουργία του δεδομένου ότι διαχειρίζεται όχι μόνο τις ανθρώπινες ζωές αλλά και ένα μεγάλο μέρος των οικονομικών πόρων του κράτους. Συνεπώς, είναι αναγκαίο να χρησιμοποιεί πιο εξειδικευμένους μεθόδους οργάνωσης και διοίκησης υπηρεσιών, διαχείρισης των πόρων αλλά και των ίδιων των ασθενών με χρήση όλο και πιο αναπτυγμένων πληροφοριακών συστημάτων με συμμετοχή όλων των επαγγελματιών υγείας.

Τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά αυτά είναι υψίστης σημασίας καθώς τα συστήματα υγείας αποτελούν έναν από τους μεγαλύτερους κλάδους της οικονομίας απασχολώντας περίπου το 5% του ενεργού πληθυσμού και απορροφούν το 10% του ΑΕΠ κάθε χώρας.

Εν συνεχεία, η βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης αποτέλεσε τον κύριο παράγοντα ανόδου του επιπέδου υγείας των ανθρώπων. Αντιθέτως, η θεραπευτική ιατρική από μόνη της φαίνεται να έχει μικρή αποτελεσματικότητα απέναντι στις σύγχρονες αρρώστιες (καρδιαγγειακά νοσήματα, καρκίνος, ψυχικές παθήσεις) των κοινωνιών, οι οποίες έχουν χαρακτηριστεί και ως αρρώστιες του πολιτισμού. Ο χαρακτηρισμός αυτός εκφράζει βέβαια τη διαπίστωση ότι η αρρώστια νοείται ως φαινόμενο που δημιουργείται όχι μόνο από παθογόνους βιολογικούς παράγοντες αλλά και από τη συμβολή κοινωνικών και περιβαλλοντολογικών παραγόντων. Η βελτίωση επομένως του επιπέδου υγείας δεν μπορεί να είναι ανεξάρτητη από τη συνολική κοινωνική ανάπτυξη και την επίτευξη μιας καλύτερης ποιότητας ζωής του πληθυσμού. Κατ' επέκταση και η υγεία, ως θεμελιώδες δικαίωμα κάθε ανθρώπου, δεν αποτελεί το μέσο μιας απλής οικονομικής ανάπτυξης αλλά το σκοπό κάθε τύπου ανάπτυξης. Ο σύγχρονος άνθρωπος έχει ως απώτερο σκοπό λοιπόν να διάγει μια υψηλής ποιότητας ζωής (Σούλης, 2001).

Ως επί το πλείστον, το Σύστημα Υγείας ορίζεται ως ένα σύστημα που απαρτίζεται από τρία υποσυστήματα τα οποία βρίσκονται σε δυναμική αλληλεξάρτηση και αλληλεπίδραση. Τα τρία υποσυστήματα αυτά είναι: α) Το επίπεδο υγείας του πληθυσμού και η εξέλιξή του, β) Η παραγωγή υπηρεσιών υγείας του πληθυσμού και γ) Οι μηχανισμοί κάλυψης των δαπανών, (Διάγραμμα1.1)



Πηγή: Levy 1975.

Διάγραμμα 1.1

Διαγραμματική απεικόνιση του συστήματος υγείας

Στο Διάγραμμα 1.1 απεικονίζονται τα τρία υποσυστήματα του συστήματος Υγείας. Ειδικότερα, το πρώτο υποσύστημα περιλαμβάνει τους αιτιολογικούς παράγοντες που επηρεάζουν το επίπεδο υγείας, την εξέλιξη διαφόρων επιπέδων υγείας στο χώρο και στο χρόνο και τις ανάγκες υγείας οι οποίες με τη σειρά τους διαμορφώνουν τη ζήτηση των υπηρεσιών υγείας. Στη συνέχεια, το δεύτερο υποσύστημα περιλαμβάνει το σύνολο των υγειονομικών μονάδων που βρίσκονται σε συνεχή συνεργασία και λειτουργική αλληλεπίδραση με σκοπό την προστασία, διατήρηση και προαγωγή της υγείας του πληθυσμού. Το υποσύστημα αυτό επηρεάζεται από τους γενικότερους οικονομικοτεχνικούς παράγοντες που προσδιορίζουν την παραγωγική διαδικασία στην οικονομία. Τη διαδικασία αυτή συντελούν οι εισροές και οι εκροές του συστήματος υγείας. Από τη μία πλευρά, οι εισροές είναι η κτηριακή υποδομή, ο εξοπλισμός, το ανθρώπινο κεφάλαιο και οι οικονομικοί πόροι.

Οι εισροές αυτές, συντελούν στη λήψη ιστορικού, εργαστηριακού, κλινικού ελέγχου, στη διάγνωση, θεραπεία, αποκατάσταση και στον επανέλεγχο του ασθενή. Ενώ, οι εκροές είναι η διάρκεια νοσηλείας, οι εισαγωγές κ.α. Όλα τα στοιχεία αυτά συντελούν στην αξιολόγηση της προσφοράς των υπηρεσιών υγείας και διαπιστώνεται

και ο βαθμός αποτελεσματικότητας του συστήματος υγείας. Τέλος, το τρίο και τελευταίο υποσύστημα αναφέρεται στους μηχανισμούς κάλυψης των δαπανών υγείας.

Σύμφωνα με τους Μ. Θεοδώρου, Μ. Σαρρή και Σ. Σούλη (2001), τα τρία υποσυστήματα αυτά βρίσκονται σε άμεση αλληλεπίδραση και αλληλεξάρτηση. Όταν βελτιώνεται το πρώτο, το δεύτερο μειώνει τα παραγόμενα προϊόντα του ή τα βελτιώνει με αποτέλεσμα την εξοικονόμηση πόρων ενώ όταν το τρίο λειτουργεί σωστά επιδρά με τέτοιο τρόπο στο δεύτερο που βελτιώνεται και το πρώτο. Συνεπώς, είναι κοινά αποδεκτό ότι και τα τρία υποσυστήματα επηρεάζονται από το εξωτερικό περιβάλλον, την εξέλιξη της επιστήμης και τεχνολογίας, τη βελτίωση των θεραπευτικών μεθόδων αντιμετώπισης ασθενειών κ.α.

1.3 Το σύστημα Υγείας και το περιβάλλον του

Το Σύστημα Υγείας είναι ένα ανοιχτό σύστημα καθώς έχει σχέσεις αλληλεπίδρασης και αλληλεξάρτησης με το περιβάλλον του όπως αναφέρεται και παραπάνω. Υπάρχουν αμέτρητοι παράγοντες που σχετίζονται άμεσα και έμμεσα με την υγεία του ανθρώπου. Οι παράγοντες αυτοί επιδρούν επίσης και στη δομή και λειτουργία του συστήματος αυτού καθαυτού. Συγκεκριμένα, το περιβάλλον του συστήματος υγείας αποτελείται από τα εξής συστήματα: το πολιτικό, το κοινωνικό, το οικονομικό, το οικολογικό και το πολιτιστικό και τα οποία παρουσιάζονται στο (Διάγραμμα 1.2).



Πηγή: Μπουρσανίδης 1991.

Διάγραμμα 1.2

Διαγραμματική απεικόνιση των εξωτερικών παραγόντων επιρροής του
Συστήματος Υγείας

Ειδικότερα στο Διάγραμμα 1.2 απεικονίζονται οι καταστάσεις του εξωτερικού περιβάλλοντος που επηρεάζουν το σύστημα υγείας αναλύοντας πώς το κάθε σύστημα και μέσω ποιων παραγόντων συνδράμουν στο επίπεδο υγείας κάθε χώρας.

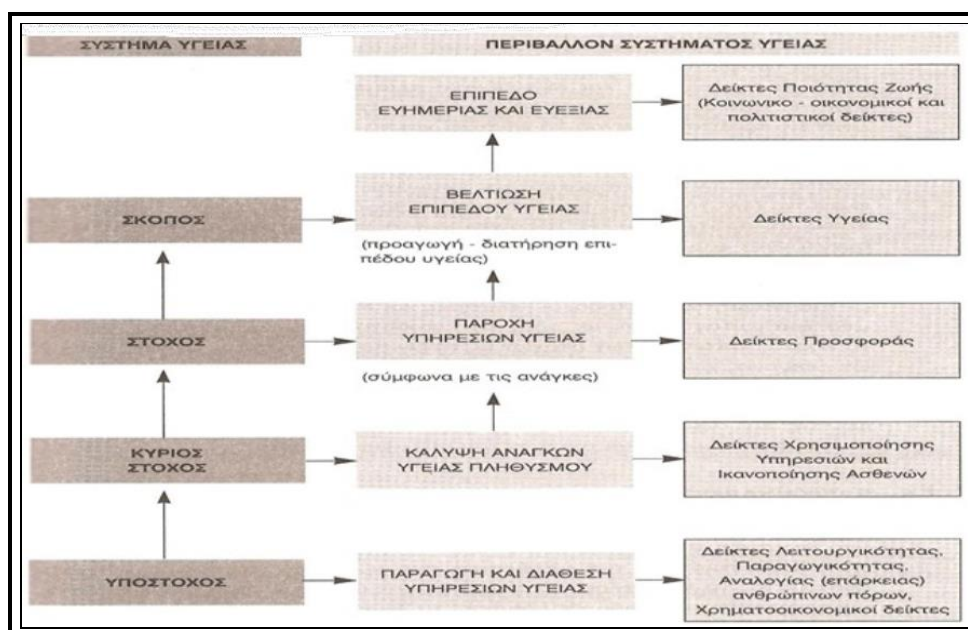
Αναλυτικότερα:

1. Το πολιτικό σύστημα μέσω της κυβέρνησης, του συντάγματος, των πολιτικών κομμάτων και της δημόσιας διοίκησης επηρεάζει σε κάποιο βαθμό το σύστημα υγείας.
2. Το οικονομικό σύστημα μέσω της δομής της οικονομίας, των σχέσεων εργασίας, του εθνικού πλούτου και τη διανομή εισοδήματος.
3. Το πολιτιστικό σύστημα μέσω των συστημάτων αξιών, των πρότυπων συμπεριφοράς και των ηθών και εθίμων κάθε χώρας.
4. Το κοινωνικό σύστημα μέσω της κοινωνικής διαστρωμάτωσης, τους κοινωνικούς κανόνες, τη σύνθεση και το μέγεθος του κάθε πολιτισμού.
5. Το οικολογικό σύστημα μέσω των φυσικών πόρων και της οικολογικής ισορροπίας.

Συνεπώς οι σχέσεις που αναπτύσσονται μεταξύ συστήματος υγείας και περιβάλλοντος χαρακτηρίζονται από μία σχέση αλληλεπίδρασης και αλληλεξάρτησης και δεν είναι μονοσήμαντες. Όλα τα συστήματα που αναφέρθηκαν παραπάνω επιδρούν σημαντικά στο επίπεδο υγείας και αρρώστιας και κατ' επέκταση επηρεάζουν όχι μόνο το επίπεδο αυτό αλλά και το οργανωτικό μοντέλο του συστήματος υγείας. Ως εκ τούτου η αναγκαιότητα ύπαρξης και εύρυθμης λειτουργίας των παραπάνω συστημάτων σαν σύνολο όχι μόνο διαφοροποιεί το ένα σύστημα από το άλλο αλλά επίσης αξιολογεί το κάθε σύστημα ξεχωριστά ως προς τη χρησιμότητα και την ωφελιμότητα που παρέχει στο ίδιο το σύστημα υγείας.

Παρακάτω, στο Διάγραμμα 1.3 παρουσιάζεται ο σκοπός, ο στόχος και ορισμένοι δείκτες υγείας οι οποίοι αποτιμούν την αποδοτικότητα του συστήματος υγείας. Σκοπός ενός συστήματος υγείας όπως αναφέρεται στην βιβλιογραφία είναι η διασφάλιση και βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού με σκοπό τη συμβολή του συστήματος ως βασικού θεσμού του κοινωνικού κράτους, στη διασφάλιση και βελτίωση του επιπέδου ευημερίας και ποιότητα ζωής των ανθρώπων. Οι στόχοι συνεπώς για την επίτευξη του βασικού αυτού σκοπού αφορούν την παραγωγή υπηρεσιών και αγαθών βασιζόμενοι στις ανάγκες υγείας του πληθυσμού αλλά και

στους δείκτες υγείας όπου χρησιμοποιώντας τους κατάλληλα το σύστημα μπορεί να λειτουργεί σωστά και να αναπτύσσεται στο μέγιστο. Ενδεικτικά, τέτοιοι δείκτες είναι: α) οι δείκτες προσφοράς, β) δείκτες χρησιμοποίησης υπηρεσιών, γ) δείκτες ικανοποίησης των ασθενών, δ) δείκτες λειτουργικότητας κ.α. (Διάγραμμα 1.3) .



Πηγή: Θεοδώρου Μ. και συν.,(2001), Συστήματα Υγείας, Εκδ. Παπαζήσης, Αθήνα.

Διάγραμμα 1.3

Διαγραμματική απεικόνιση των δεικτών υγείας σε σχέση με τον σκοπό και το στόχο του Συστήματος Υγείας

Αναλυτικότερα, οι δείκτες προσφοράς όπου η έννοια της ικανοποίησης του ασθενούς έχει αναδειχθεί, στη διεθνή βιβλιογραφία, ως αξιόπιστος δείκτης για την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων των πολιτικών υγείας σχετίζεται άμεσα με την επαρκή ικανοποίηση των γενικών αλλά και των ειδικών αναγκών υγείας. Σύμφωνα με τον Donabedian (1985) η μεγιστοποίηση της ικανοποίησης του ασθενούς αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες πιστοποίησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Επίσης, οι δείκτες χρησιμότητας των υπηρεσιών ικανοποίησης των ασθενών όπου η ποιότητα αναγνωρίζεται ως ουσιαδής παράμετρος στη διαδικασία παροχής υπηρεσιών υγείας και συνεχούς προσπάθειας κάλυψης των αναγκών του πληθυσμού (Γεωργακάκου,2000) και τέλος, οι δείκτες λειτουργικότητας, παραγωγικότητας, επάρκειας των ανθρώπινων πόρων

και οι χρηματοοικονομικοί δείκτες όπου επρόκειτο για δείκτες που προσδιορίζουν την κοινωνικοοικονομική κατάσταση του πληθυσμού ρυθμίζοντας κατά αυτόν το τρόπο τη παροχή των υπηρεσιών. Εν κατακλείδι, συμπεραίνεται ότι όλοι οι παραπάνω δείκτες υγείας είναι άρρηκτα συνδεδεμένοι μεταξύ τους ορίζοντας την αποδοτικότητα των υπηρεσιών υγείας και ότι οι κοινωνικοοικονομικές συνδράμουν σημαντικά στην ανάπτυξη των υγειονομικών συστημάτων και κατ' επέκταση στους δείκτες υγείας.

1.4 Αποδοτικότητα των συστημάτων Υγείας σε μικρό- επίπεδο

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (1981) η αποδοτικότητα και η αποτελεσματικότητα αποτελούν σημαντικό κριτήριο αξιολόγησης των υπηρεσιών υγείας. Επειδή όμως οι φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας είναι χώροι υψηλής εξειδίκευσης και έντασης εργασίας, με αυξημένη αποδοτικότητα στη δομή και το παραγόμενο έργο, η έννοια της αποδοτικότητας πρέπει να συνδυάζεται ακριβώς με τη μετρήσιμη αξιολόγηση του παραγόμενου έργου (εισροές- εκροές), και η μέτρηση της να γίνεται με τη βοήθεια δεικτών που βοηθούν στην ποσοτική εκτίμηση των αποτελεσμάτων.

Η διαδικασία παραγωγής και παροχής υπηρεσιών υγείας είναι ιδιαίτερα πολύπλοκη γιατί το επίπεδο υγείας είναι συνάρτηση πολλών παραγόντων. Οι παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία του πληθυσμού και κατά επέκταση τη διόρθωση του ίδιου του συστήματος υγείας και της αποδοτικότητάς του σχετίζονται τόσο με το ίδιο το άτομο όσο και με το γενικότερο κοινωνικό, πολιτικό, πολιτιστικό και φυσικό περιβάλλον (Καλογεροπούλου & Μουρδουκούτας, 2007). Το σύστημα υγείας καταυτόν το τρόπο δεν πρέπει να είναι αποκομμένο από το κοινωνικό - οικονομικό περιβάλλον μέσα στο οποίο υπάρχει και λειτουργεί. Οι βασικές αρχές και αξίες του συστήματος καθορίζονται από τις επικρατούσες αρχές και αξίες της κάθε χώρας.

Συγκεκριμένα, οι ατομικοί παράγοντες σχετίζονται με την κληρονομικότητα και την προδιάθεση του ατόμου προς συγκεκριμένες ασθένειες, αλλά και με τα ίδια του τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τον τρόπο ζωής του. Για παράδειγμα, άτομα με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο παρουσιάζουν στατιστικά περισσότερες πιθανότητες να έχουν επιβαρημένη υγεία σε σχέση με τα άτομα ανώτερου μορφωτικού επιπέδου. Οι

διατροφικές συνήθειες, αλλά και ο τρόπος ζωής (έλλειψη σωματικής άσκησης και άθλησης) αυξάνουν τις πιθανότητες για χειρότερο επίπεδο υγείας.

Στη συνέχεια, το φυσικό περιβάλλον, όπως είναι κατανοητό επηρεάζει σημαντικά την υγεία. Η μόλυνση του περιβάλλοντος που προέρχεται από το νέφος, την αύξηση των ρύπων κ.α. επηρεάζουν τις κλιματολογικές συνθήκες και βλάπτουν την υγεία των ανθρώπων. Το βιοτικό επίπεδο των ανθρώπων καθορίζει άμεσα το επίπεδο υγείας. Οι φτωχοί παρουσιάζουν σημαντικά υψηλότερες πιθανότητες να αρρωστήσουν σε σχέση με τους μη φτωχούς. Το κοινωνικό επίπεδο επηρεάζει και αυτό με τη σειρά του το επίπεδο υγείας. Οι άνεργοι παρουσιάζουν στατιστικά περισσότερες πιθανότητες να έχουν επιβαρημένη υγεία σε σχέση με τους απασχολούμενους. Επίσης το μορφωτικό επίπεδο διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη διατήρηση του επιπέδου υγείας. Το υψηλό μορφωτικό επίπεδο συνδέεται θετικά με την αποδοχή της πρόληψης και τη μείωση της πιθανότητας το άτομο να νοσήσει.

Το πολιτικό περιβάλλον επηρεάζει και αυτό με τη σειρά του το επίπεδο υγείας μέσα από τις νομοθετικές ρυθμίσεις που λαμβάνει άμεσα ή έμμεσα. Για παράδειγμα η απαγόρευση του καπνίσματος σε δημόσιους χώρους, η απαγόρευση κατανάλωσης αλκοόλ σε ανήλικους, η βελτίωση των συνθηκών υγιεινής και ασφάλειας επηρεάζουν το επίπεδο υγείας του πληθυσμού. Τέλος, οι πολιτιστικοί παράγοντες σε μεγάλο βαθμό καθορίζουν τον τρόπο ζωής των ατόμων ο οποίος με τη σειρά του συνδέεται άμεσα και με το επίπεδο της υγείας.

Αναφέροντας σε πρώτη φάση τους παράγοντες που επηρεάζουν το επίπεδο υγείας του πληθυσμού, παράγοντες που επηρεάζουν το γενικό βιοτικό του επίπεδο, είναι εύλογο να αναφερθεί ότι η αποδοτικότητα-αποτελεσματικότητα του συστήματος υγείας δεν περιορίζεται μόνο από τους παράγοντες αυτούς. Γενικότερα, όπως επισημαίνεται σε παραπάνω κεφάλαιο, η αποδοτικότητα-αποτελεσματικότητα του συστήματος υγείας εξαρτάται αφενός από την επιλογή του κατάλληλου συνδυασμού αποδοτικών ιατρικών μέτρων και προγραμμάτων υγείας και αφετέρου από την ικανότητα των υπηρεσιών να μετατρέπουν ικανοποιητικά τις εισροές σε εκροές (Τούντας, 2008). Ύψιστης σημασίας επομένως δίνεται στην τεχνική αποδοτικότητα όπου ένα κέντρο περίθαλψης π.χ. γίνεται αποδοτικό εάν παράγει τη μέγιστη δυνατή απόδοση χρησιμοποιώντας ένα ελάχιστο σύνολο εισροών για την παραγωγή μιας δεδομένης ποσότητας αποτελεσμάτων. Αυτό επιτυγχάνεται μέσω μια στρατηγικής

όπου η εξυπηρέτηση θα είναι βέλτιστη και η απόδοση των παροχών και τα εγκαταστάσεων θα εξυπηρετεί το συμφέρον του πληθυσμού.

Αφενός μεν, η αποδοτικότητα σε μικρό-επίπεδο συνδέεται με την οικονομική της έννοια γνωστή ως τεχνική αποδοτικότητα και την τεχνολογία παραγωγής, γνωστή ως παραγωγικότητα, δίνοντας ιδιαίτερη έμφαση στο πως διανέμονται οι παραγωγικοί πόροι ανάμεσα στα αγαθά και τις υπηρεσίες υγείας σε μια συγκεκριμένη νοσηλευτική μονάδα, αφετέρου δε σε μακρό-επίπεδο συνδέεται με την αύξηση της παραγωγής της οικονομίας στο σύνολό της δηλαδή του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος, με τη διανομή των εθνικών πόρων, τη δημοσιονομική βιωσιμότητα των συστημάτων υγείας, και κατ' επέκταση στους τρόπους χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας.

1.5 Αποδοτικότητα των συστημάτων Υγείας σε μακρό-επίπεδο

Η αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας σε μακροοικονομικό επίπεδο στηρίζεται σε μετρήσιμους δείκτες. Ο όγκος των δεικτών υγείας είναι πλούσιος σε αριθμό όπως αναφέρεται διεθνώς (Owen O' Donnell, et al. 2008). Οι δείκτες που θα αναφέρουμε παρακάτω καλούνται να απαντήσουν στις εξής ερωτήσεις:

1. Πόσο, γιατί και σε σχέση με τι η υγειονομική περίθαλψη κοστίζει,
2. Ποίος πληρώνει γι' αυτή και ποια αντίστοιχη ποσότητα λαμβάνουν οι ενδιαφερόμενοι,
3. Πως κατανέμεται το κόστος ανάλογα με το επίπεδο υγειονομικής παρέμβασης ή τη γεωγραφική κατανομή των καταναλωτών και προμηθευτών υγείας.

Αν και οι μακροοικονομικοί δείκτες μέτρησης των συνολικών δαπανών παρουσιάζουν μεθοδολογικά προβλήματα ενιαίας καταγραφής και ομαδοποίησης, είναι πλέον δημοφιλής μέθοδος διεθνών συγκρίσεων μεταξύ ερευνητών και ανθρώπων που διαμορφώνουν πολιτικές υγείας στα πλαίσια της αναζήτησης της αποδοτικότητας των συστημάτων υγείας σε μακροοικονομικό επίπεδο (Πολύζος, 2007). Τέτοιοι διεθνή οργανισμοί είναι ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, ο Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης και η Ευρωπαϊκή Ένωση μέσω των προγραμμάτων υγείας. Οι βασικότεροι δείκτες υγείας είναι:

- I. Γενικοί μακροοικονομικοί δείκτες (α. συνολικό, μικτό ή καθαρό εγχώριο προϊόν με βάση τις τιμές πώλησης των προϊόντων, β. συνολικές, μικτές ή καθαρές

εγχώριες δαπάνες με βάση τις τιμές των παραγωγικών συντελεστών, γ. πληθωρισμός, δ. ανεργία κ.λπ.)

II. Μακροοικονομικοί δείκτες δημόσιων οικονομικών (α. έλλειμμα μιας χρονιάς, β. χρέος σωρευτικό, γ. δημόσιες δαπάνες, δ. δημόσια έξοδα, ε. δημόσια ή ιδιωτική κατανάλωση, στ. δημόσια ή ιδιωτική επένδυση, ζ. μεταβιβαστικές πληρωμές του κράτους προς νοικοκυριά ή επιχειρήσεις, η. αναλογία φόρων κ.α.),

III. Γενικές νομισματικές αναλογίες (α. συναλλαγματικοί ισοτιμία π.χ. ευρώ σε σχέση με διάφορα άλλα ξένα νομίσματα όπως το δολάριο, β. PPPs (Purchasing Power Parities) μονάδες αγοραστικής δύναμης, που εξοικονομούν όλες τις αξίες των νομισμάτων με βάση την αγοραστική δύναμη των νοικοκυριών της κάθε χώρας ή και ένωσης χωρών κ.α.).

Κατ' αντιστοιχία, εμφανίζονται οι βασικότεροι μακροοικονομικοί (και νομισματικοί) δείκτες υγείας που μπορούν να ερμηνευτούν και με βάση. Αναλυτικότερα θα αναφερθούν οι βασικότεροι:

1. Εθνικές δαπάνες υγείας (α. σύνολο, β. δημόσιες ή ιδιωτικές, γ. επενδύσεων κ.λπ. ως ποσοστό (%) επί του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος (ΑΕΠ),
2. Δημόσιες (ή αντίστοιχα ιδιωτικές) δαπάνες υγείας ως ποσοστό (%) επί του συνόλου δαπανών υγείας,
3. Δαπάνες υγείας ως ποσοστό (%) δαπανών επί του συνόλου του κρατικού προϋπολογισμού.
4. Δαπάνες υγείας ανά γεωγραφική ενότητα (περιφέρεια, νομαρχία κ.λπ.)
5. Συνολικές ανά βαθμίδα περίθαλψης δαπάνες υγείας (νοσοκομειακές ή Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας ή φαρμάκων ή άλλων επιπέδων περίθαλψης) ως ποσοστό (%) επί του συνόλου δαπανών υγείας,
6. Δαπάνες ανά «εισροή» (π.χ. προσωπικό-μέσο εισόδημα ανά γιατρό, νοσηλεύτρια κ.α.) ή «εκροή» (π.χ. εξωτερικών ή εσωτερικών ασθενών, νοσοκομειακές δαπάνες ως ποσοστό (%) επί του συνόλου δαπανών υγείας),
7. Δαπάνες υγείας ανά ηλικιακή κατηγορία (π.χ. 0-64,65-74,75+ ετών)
8. Δείκτες χρηματοδότησης υγειονομικής περίθαλψης (π.χ. ιδιωτική ή κοινωνική ασφάλιση, φόροι που αναλογούν αποκλειστικά στην Υγεία κ.α.)

Παραθέτοντας κατά συνέπεια τους μακροοικονομικούς δείκτες γίνεται αντιληπτό ότι στη μακροοικονομική ανάλυση των υπηρεσιών υγείας γίνεται καταγραφή του προβλήματος της οικονομίας, που στηρίζεται στη συμπεριφορά και την

αλληλεξάρτηση των συνολικών μεγεθών του κράτους με αυτή των δαπανών υγείας, χωρίς να δίνεται ιδιαίτερη σημασία στις αντιδράσεις των οικονομούντων ατόμων. Για παράδειγμα, η μακροοικονομική ανάλυση μελετά τη σχέση ανάμεσα στο συνολικό εισόδημα και στη συνολική κατανάλωση της οικονομίας, στον τομέα της υγείας στη προκειμένη περίπτωση, χωρίς να εξετάζει την καταναλωτική συμπεριφορά του ατόμου κάθε φορά ξεχωριστά. Επίσης, μελετάται πως επηρεάζεται το επίπεδο και ο βαθμός απασχόλησης των παραγωγικών συντελεστών του συστήματος, πως καθορίζεται το γενικό επίπεδο των τιμών, η συνολική αποταμίευση, η συνολική επένδυση στην Υγεία, η συνολική δαπάνη των υπηρεσιών υγείας και γενικά μεγέθη που ερμηνεύουν στο σύνολο την οικονομία των υπηρεσιών υγείας.

1.6 Διάρθρωση των δαπανών Υγείας

Υπόψιν, των παραπάνω γενικών αρχών της θεωρίας των συστημάτων και του διαχωρισμού του συστήματος σε τρία υποσυστήματα, στο τρίτο υποσύστημα αναφέρονται οι μηχανισμοί κάλυψης των δαπανών. Οι δαπάνες για την υγεία καθορίζονται κυρίως από:

1. Το αυξημένο κόστος της φροντίδας υγείας (προηγμένη ιατρική τεχνολογία, γήρανση του πληθυσμού κ.α.)
2. Την οικονομική αποδοτικότητα του συστήματος υγείας
3. Το συνολικό εισόδημα της οικονομίας κάθε χώρας

Οι δαπάνες υγείας ανέκαθεν αποτελούν ένα κρίσιμο μέγεθος μέτρησης και σύγκρισης των οικονομικών δραστηριοτήτων ενός κράτους όσον αφορά τις μετρήσεις αποτελεσματικότητας του εκάστοτε συστήματος υγείας. Όσον αφορά τις δραστηριότητες, είναι εφικτό να συσχετιστεί η αποτελεσματικότητα του κύριου σκοπού του συστήματος υγείας αλλά ταυτόχρονα και όλες εκείνες οι δραστηριότητες που πραγματοποιούνται με στόχο να διατηρηθεί ή ακόμη και να βελτιωθεί ή το επίπεδο υγείας μιας κοινωνίας.

Σύμφωνα με την διεθνή βιβλιογραφία, όταν γίνεται αναφορά στις δαπάνες υγείας, γίνεται αυτόματα και η κατηγοριοποίηση τους σε τρεις διαφορετικές κατηγορίες οι οποίες είναι οι παρακάτω:

- Πρώτη κατηγορία : οι ιατρικές δαπάνες, οι οποίες περιλαμβάνουν τις αμοιβές των ιατρών, τα έξοδα μεταφοράς των ασθενών και οποιασδήποτε αγωγής π.χ. θεραπείες με ιαματικά νερά, λουτροθεραπείες,

- Δεύτερη κατηγορία: οι νοσοκομειακές δαπάνες οι οποίες περιλαμβάνουν τα έξοδα για τη νοσηλεία των ασθενών, τις δαπάνες για τις επεμβάσεις, τις δαπάνες για τα φάρμακα, τις δαπάνες για παρακλινικές εξετάσεις και οι φαρμακευτικές δαπάνες, που αφορούν τις δαπάνες για τα φάρμακα, τα οπτικά και τα ορθοπεδικά προϊόντα.

- Τρίτη κατηγορία: οι δαπάνες της σχολικής ιατρικής, των υγειονομικών υπηρεσιών του στρατού, της ιατρικής της εργασίας, της πρόληψης, της έρευνας και των λειτουργικών δαπανών ώστε να ορισθούν οι συνολικές δαπάνες υγείας.

Στο σύνολο τους, οι υγειονομικές δαπάνες μιας χώρας απαρτίζονται από το άθροισμα της ιδιωτικής και δημόσιας κατανάλωσης του αγαθού υγεία με αυτό των δημόσιων και ιδιωτικών επενδύσεων στην υγεία. Το ύψος των συνολικών δαπανών είναι ένας δείκτης που δείχνει τη γενική εικόνα του συστήματος υγείας μια χώρας και χρησιμοποιείται στη σύγκριση που γίνεται μεταξύ των χωρών.

Ειδικότερα, η δημόσια κατανάλωση περιλαμβάνει όλα τα έξοδα του συστήματος υγείας τα οποία καλύπτονται από τον κρατικό προϋπολογισμό της κάθε χώρας ενώ η ιδιωτική κατανάλωση περιλαμβάνει την συμμετοχή των ίδιων των πολιτών στο κόστος και τα έξοδα των υγειονομικών παροχών και υπηρεσιών. Επίσης, το κράτος συμμετέχει διαρκώς στο σύστημα υγείας μέσω των δημόσιων επενδύσεων χάρη στις επενδύσεις πάνω στον κλάδο αυτό και οι ιδιωτικές επενδύσεις προσανατολίζονται σε νέες υποδομές από ιδιώτες και δωρητές αποσκοπώντας με αυτό το τρόπο στην μελλοντική απόδοση των κεφαλαίων τους.

Τις περισσότερες φορές πάντως, όλα τα στοιχεία σχετικά με το συνολικό ύψος και τη δομή των δαπανών υγείας δεν μπορούν να παρουσιαστούν και να γίνουν διαθέσιμα ώστε να υπάρχει σωστή πληροφόρηση. Κύριο αίτιο για αυτό το αποτέλεσμα είναι πως τα στοιχεία για την ιδιωτική κατανάλωση και τις ιδιωτικές δαπάνες υγείας δεν είναι διαθέσιμα. Έτσι, παρόλο που υπάρχουν διαθέσιμα τα υπόλοιπα στοιχεία που απαιτούνται, δηλαδή το συνολικό ύψος των δημόσιων και ιδιωτικών επενδύσεων αλλά και το συνολικό ύψος της δημόσιας κατανάλωσης, η παραπάνω έλλειψη είναι υπεραρκετή ώστε να υπάρχει πλήρης απώλεια στοιχείων ανάλυσης της αποτελεσματικότητας του συστήματος για κάποιες χώρες.

Εν κατακλείδι, σύμφωνα με τη Παγκόσμια Τράπεζα το 1993, έχει αποδειχθεί ότι οι χώρες με υψηλό κατά κεφαλή εισόδημα τείνουν να εμφανίζουν και υψηλές δαπάνες υγείας. Υπάρχουν πάραυτα και μερικές χώρες οι οποίες δαπανούν λιγότερα ή περισσότερα από ότι το επιτρεπτό οικονομικό τους επίπεδο και ότι οι δημόσιες δαπάνες υγείας τείνουν να αυξάνονται με πιο γρήγορους ρυθμούς από τις ιδιωτικές δαπάνες ή και ότι οι δημόσιες δαπάνες με το πέρασμα του χρόνου τείνουν να συμπληρώνουν τις ιδιωτικές δαπάνες.

1.7 Αιτίες αύξησης των δαπανών Υγείας

Όπως είναι γενικά γνωστό, οι δαπάνες υγείας αυξάνονται με ραγδαίο ρυθμό. Κύριοι υπαίτιοι για αυτό είναι η ραγδαία αύξηση του παγκόσμιου πληθυσμού, η αύξηση του ορίου γήρανσης, ιδίως στις αναπτυγμένες χώρες, η αύξηση του προσδόκιμου ζωής καθώς και η κοινωνική-οικονομική ανάπτυξη κάθε χώρας. Όλες αυτές οι παραπάνω αλλαγές πρόκειται να αυξήσουν τη ζήτηση υγειονομικών υπηρεσιών και φαρμάκων παγκοσμίως, και αυτό με τη σειρά του διότι η αύξηση του προσδόκιμου ζωής συνδέεται άμεσα με τον κίνδυνο αύξησης των προβλημάτων υγείας ή ακόμη και με την έκθεση τους σε νέες αρρώστιες.

Η έκθεση των ανθρώπων σε χρόνιες παθήσεις εκτιμάται ότι θα αυξηθεί με έντονο ρυθμό λόγω των διατροφικών συνηθειών και του σύγχρονου τρόπου ζωής, της καθιστικής ζωής, της αποφυγής της σωματικής άσκησης και της αύξησης του προσδόκιμου ζωής. Οι βασικές προκλήσεις που πρόκειται να αντιμετωπίσει ο τομέας της υγείας στο άμεσο μέλλον, είναι οι εξής:

1. Οι μεταβολές και οι προκλήσεις στον χώρο των ασφαλίσεων
2. Οι δημογραφικές αλλαγές και οι επιπτώσεις τους στον τομέα της Υγείας
3. Οι αλλαγές στο θεσμικό πλαίσιο και την κυβερνητική πολιτική
4. Οι γνώσεις, οι νέες τεχνολογίες και η καινοτομία

Βέβαια, οι έννοιες της υγείας και του προσδόκιμου ζωής είναι ταυτόσημες. Αυτό διότι κάθε άτομο είναι διαφορετικό. Παραδείγματος χάριν, σε ατομικό επίπεδο, άλλοι εργάζονται για χρόνια, παράγουν έργο, κουράζονται, αγχώνονται και ταλαιπωρούνται ενώ κάποιοι άλλοι οι οποίοι εργάζονται είτε ελάχιστα είτε καθόλου είναι ήρεμοι και ξεκούραστοι. Επομένως, η κατανομή και το επίπεδο της υγείας δεν μπορεί να συνδεθεί με την οικονομική του κατάσταση.

Σε εθνικό επίπεδο, είναι πλήρως αποδεκτό πως οι πολίτες των πιο οικονομικά ανεπτυγμένων χωρών έχουν καλύτερο επίπεδο υγείας, καθώς είναι σε θέση να σπαταλούν περισσότερα χρήματα στον κλάδο της υγειονομικής περίθαλψης και στην εφαρμογή υγειονομικών μέτρων πρόληψης όπως η εκπαίδευση και η διατροφή. Η αύξηση του προσδόκιμου χρόνου ζωής των πολιτών αρκετά πιο φτωχών χωρών, παρόλο που οι συνολικές κατά κεφαλή δημόσιες δαπάνες για την υγεία τους είναι μηδενικές συγκριτικά με των ανεπτυγμένων χωρών, είναι το πλέον οξύμωρο. Οπότε χρήζει να ειπωθούν κάποιες πιθανές αιτίες και παράγοντες που επιδρούν στην αύξηση των δαπανών υγείας.

Ο κύριος λόγος αύξησης των δαπανών υγείας στις ανεπτυγμένες χώρες είναι η αύξηση του εισοδήματος των πολιτών. Δηλαδή, όσο αυξάνεται το εισόδημα του ατόμου, το άτομο είναι σε θέση να καλύπτει όχι μόνο τις βασικές του ανάγκες για επιβίωση αλλά και τις παροχές υπηρεσιών υγείας που απολαμβάνει. Με άλλα λόγια, είναι σε θέση να βελτιώνει το επίπεδο και την ποιότητα ζωής του. Συνεπώς, ο παράγοντας αυτός συντείνει δραστικά στην βελτίωση της υγείας του ατόμου στη χώρα όπου κατοικεί. Επιπρόσθετα, το μορφωτικό επίπεδο κάθε πολίτη, καθιστά τον ίδιο υπεύθυνο να αξιολογεί την περίθαλψη του και να επιζητά όλο και πιο εξειδικευμένες και καλύτερες παροχές υγείας, συμβάλλοντας σε αύξηση των δαπανών υγείας.

Επίσης, λόγω της αύξησης των χρόνιων ασθενειών και νοσημάτων, η ίαση των οποίων απαιτεί μακροχρόνια φροντίδα υγείας, οι συνήθειες και ο σύγχρονος τρόπος ζωής των πολιτών έχουν συμβάλει δραστικά στην αύξηση των δαπανών υγείας. Αυτό βέβαια, δεν εξασφαλίζει την πλήρη εξυγίανση της ασθένειας απλώς την κάνει πιο ανώδυνη και επιμηκύνει τον χρόνο ζωής του ασθενή. Η εξέλιξη της τεχνογνωσίας και της τεχνολογίας οδηγεί στην ανακάλυψη διαρκώς νέων θεραπειών, πιο δαπανηρών αυξάνοντας έτσι τις δαπάνες για την υγεία.

Στην συνέχεια, στην έρευνα του Epstein et al., (2010) , για τα χαμηλά εισοδηματικά στρώματα, διαπιστώθηκε πως υπάρχει ανισοκατανομή του πλούτου. Η έρευνα αυτή κατάφερε να αποδείξει ότι οι χαμηλές εισοδηματικές τάξεις που καλύπτονται μόνο από τη βασική ασφάλιση υγείας, νοσηλεύονται για περισσότερες ημέρες στα νοσοκομεία των χωρών τους γεγονός που αυξάνει το κόστος νοσηλείας και ταυτόχρονα τα κόστη των δαπανών υγείας.

Τέλος, σύμφωνα με άρθρο που δημοσιεύθηκε το 2018 από την ιστοσελίδα *iatronet*, η γήρανση πληθυσμού, τα πρότυπα της νοσηρότητας, το μέσο κόστος φαρμάκων, το σύστημα αποζημίωσης και η φτωχοποίηση είναι καθοριστικοί παράγοντες στη διαμόρφωση των προϋπολογισμών υγείας ανά τον κόσμο.

Όπως ανέφεραν, στελέχη της αγοράς από τον χώρο των φαρμάκων, σημειώθηκαν τα κάτωθι:

- I. Όσο η γήρανση του πληθυσμού αυξάνει τόσο θα επιβαρύνονται οι προϋπολογισμοί υγείας. Έκθεση του ΟΗΕ αναφέρει ότι το σύνολο των κατοίκων ηλικίας άνω των 60 ετών θα υπερδιπλασιαστεί τα επόμενα χρόνια και από τα 962 εκατομμύρια που ήταν το 2017 θα φθάσει τα 2,1 δισ. το 2050 και θα υπερτριπλασιαστεί σε 3,1 δισ. το 2100. Χαρακτηριστικό παράδειγμα ευρωπαϊκής χώρας που επιβαρύνεται σημαντικά ο προϋπολογισμός υγείας της από άτομα τρίτης ηλικίας είναι η Γερμανία. Σε αυτήν, το 47% της φαρμακευτικής δαπάνης αφορά άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω. Ταυτόχρονα, η υπογεννητικότητα αποτελεί σήμα κατατεθέν του κόσμου. Η Ευρώπη έχει τον χαμηλότερο δείκτη γεννητικότητας με -1,6 γεννήσεις ενώ η Αφρική με σχεδόν 4,7 έχει τον υψηλότερο.
- II. Τα τελευταία χρόνια έχουν αλλάξει τα πρότυπα της νοσηρότητας καθώς μέχρι και πρότινος, οι λοιμώξεις ήταν αυτές οι οποίες καθοδηγούσαν τη πορεία της φαρμακευτικής δαπάνης. Σήμερα, αυτές έχουν αντικατασταθεί από χρόνιες παθήσεις, όπως η σκλήρυνση κατά πλάκας ή τα αυτοάνοσα, ενώ αυξάνεται συνεχώς και ο επιπολασμός τους. Παγκόσμιες εκθέσεις για την υγεία έχουν επισημάνει ότι οχτώ είναι οι κατηγορίες σκευασμάτων που επιβαρύνουν σημαντικά τους προϋπολογισμούς υγείας. Τέτοια σκευάσματα είναι τα εξής: 1) αντινεοπλασματικά, 2) αντιρευματικά φάρμακα, 3) τα ανοσοτροποποιητικά, 4) σκευάσματα για τον ιό της ηπατίτιδας, 5) ανοσοσφαιρίνη, 6) αιμοποιητικά, 7) εμβόλια και 8) διαβήτης.
- III. Το μέσο κόστος των φαρμάκων είναι μία ακόμη παράμετρος που επηρεάζει την διαμόρφωση των προϋπολογισμών υγείας. Σε αυτήν την περίπτωση, βασικό ρόλο παίζει ο βαθμός διείσδυσης των γενοσήμων στην αγορά, που όσο μεγαλύτερος είναι τόσο μειώνεται η δαπάνη. Στέλεχος Ελληνικού Οργανισμού που υπάγεται στο υπουργείο υγείας, ανέφερε ότι σε έρευνα που είχε παρουσιαστεί για την περίοδο 2003-2008, η ψαλίδα τιμής ανάμεσα στα 10

χαμηλότερα γενόσημα και στα 10 πιο ακριβά –αντίστοιχα- επώνυμα ήταν 50 φορές μεγαλύτερος. Σήμερα, τα γενόσημα στην ελληνική αγορά, σύμφωνα με τελευταία στοιχεία, εμφανίζουν βαθμό διείσδυσης 20% σε αξία και αρκετά περισσότερο σε όγκο. Σε παγκόσμιο επίπεδο, ο βαθμός διείσδυσης βάσει αξίας είναι στο 16-17% και βάσει όγκου στο 22%, υποστηρίζουν εκτιμήσεις παραγόντων.

- IV. Το σύστημα αποζημίωσης, δηλαδή το ποσοστό που συμμετέχει το κράτος στις δαπάνες υγείας. Σήμερα εκτιμάται ότι στην Ελλάδα είναι στο 55%. Σε αυτά τα επίπεδα κυμαίνεται στα ανεπτυγμένα κράτη, με εξαίρεση την Αμερική όπου το ποσοστό συμμετοχής είναι στο 45%. Στα επίπεδα της Αμερικής βρίσκονται σχεδόν όλα τα κράτη της Ανατολικής Ευρώπης. Αναμφίβολα, τα κράτη που συμμετέχουν περισσότερο στις δαπάνες είναι και αυτά που έχουν επιβαρυνθεί περισσότερο, συμβάλλοντας σε αυτό και το μεταναστευτικό κύμα. Οι μετανάστες, αδιαμφισβήτητα, αυξάνουν διπλά τις δαπάνες υγείας, αφενός για τον εαυτό τους που νοσούν, αφετέρου για τις ασθένειες που εκ των πραγμάτων μεταφέρουν λόγω του ανεπαρκούς εμβολιασμού που έχουν.

Το σύστημα υγείας και ειδικότερα το ελληνικό σύστημα υγείας θεωρείτο ένα σύστημα μη ορθό και ιδιαίτερα πολύπλοκο όσον αφορά τις πηγές και τον τρόπο χρηματοδότησής του, αφού δεν εφαρμόζονται οι χρηματοδοτικοί μηχανισμοί και η κατανομή των πόρων τείνει να γίνεται χωρίς σχεδιασμό και προγραμματισμό χωρίς να λαμβάνεται υπόψη η προτεραιότητα κάλυψης των αναγκών υγείας. Εξαιτίας όλων αυτών των παραγόντων, θα πρέπει να μελετηθεί ο τρόπος χρηματοδότησης του κράτους προκειμένου να υπάρχει ισότητα στην κατανομή των πόρων και να βρεθούν όλο και περισσότεροι πόροι για την χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας.

1.8 Χρηματοδότηση των υπηρεσιών Υγείας

Η έννοια της χρηματοδότησης μπορεί να προσδιοριστεί ως η ανάγκη εύρεσης πόρων και η κατανομή αυτών. Στην περίπτωση των συστημάτων υγείας, η έννοια παίρνει ένα σύνθετο περιεχόμενο για να συμπεριλάβει τις πηγές και τους φορείς προέλευσης των πόρων, τις μεθόδους χρηματοδότησης, τους τρόπους διαχείρισης και τέλος, τα κριτήρια κατανομής τους.

Τα συστήματα υγείας και ο έντονος ρυθμός εξέλιξής τους, ώθησε τους οικονομολόγους υγείας να ασχοληθούν συστηματικότερα με την εύρεση πόρων για την καλύτερη λειτουργία των συστημάτων υγείας (Σούλης, 1999). Η χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας γίνεται από δημόσιες και ιδιωτικές πηγές. Οι δημόσιες πηγές είναι ο κρατικός προϋπολογισμός, δηλαδή η άμεση και η έμμεση φορολογία και η κοινωνική ασφάλιση δηλαδή τα έσοδα από τις υποχρεωτικές εισφορές εργαζομένων, εργοδοτών και αυτοαπασχολούμενων. Οι ιδιωτικές πηγές χρηματοδότησης είναι η ιδιωτική ασφάλιση, οι δωρεές και οι φιλανθρωπίες (Μ. Χλέτσος ,1999).

Όπως είναι γνωστό, ο κρατικός προϋπολογισμός αποτελεί την κύρια πηγή χρηματοδότησης στα εθνικά συστήματα υγείας τύπου Beveridge. Σύμφωνα με τον Trigg (2008), τα εθνικά-κρατικά συστήματα τύπου Beveridge επιχειρούν και επιτυγχάνουν πρόσθετη χρηματοδότηση από την ανάπτυξη ασφαλιστικών σχημάτων δημόσιου, συμπληρωματικού και ιδιωτικού χαρακτήρα με στόχο τη βελτίωση της πρόσβασης των πολιτών, με την άρση των εμποδίων προσπέλασης, τη μείωση του κόστους του χρόνου με τον περιορισμό των σειρών αναμονής, την διαφοροποίηση της δέσμης υπηρεσιών κατ' επιλογήν ώστε να καλύπτονται οι διαφορετικές προτιμήσεις των χρηστών, καθώς επίσης και την αναζήτηση και επίτευξη τεχνικών και μεθόδων ορθολογικής κατανομής και αποδοτικής χρήσης των σπάνιων υγειονομικών πόρων.

Από την άλλη πλευρά, η χρηματοδότηση από την κοινωνική ασφάλιση αποτελεί τη δεύτερη κύρια πηγή χρηματοδότησης των συστημάτων υγείας. Σύμφωνα με τον Kutzin (2012) τα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης τύπου Bismarck αυτή τη φορά, βασίζονται στις εργοδοτικές και εργατικές εισφορές αλλά συχνά αντλούν πόρους από τον κρατικό προϋπολογισμό για να επιτύχουν συνολική κάλυψη του πληθυσμού με την προστασία των κοινωνικών ομάδων όπως είναι οι φτωχοί, οι άνεργοι και οι ανασφάλιστοι διασφαλίζοντας κατά ακολουθία την ισότητα στην πρόσβαση.

Παρά όλα αυτά, δεδομένου των εξελίξεων στον υγειονομικό τομέα, τίθεται το ερώτημα της ριζικής αναδιάρθρωσης της κοινωνικής ασφάλισης με τη μορφή ενός συστήματος υγείας όπου η ασφάλιση υγείας θα χρηματοδοτείται από τη γενική κρατική φορολογία και δεν θα στηρίζεται στους ασφαλιστικούς φορείς. Μείζον θέμα στον επιστημονικό και πολιτικό διάλογο εξαιτίας της ανεπάρκειας των χρηματοδοτικών πόρων στην ασφάλιση, της υπό-χρηματοδότησης των υπηρεσιών

ιατρικής περίθαλψης καθώς και της αύξησης του αριθμού του ανασφάλιστου πληθυσμού.

Η επιχειρηματολογία αυτής της πρότασης ερείδεται στη θέση ότι, η υστέρηση των εσόδων από τις εισφορές στην ασφάλιση υγείας, λόγω της εκτεταμένης ανεργίας, και η ανάγκη ελάφρυνσης των εργοδοτικών εισφορών ώστε να επιτευχθεί η βελτίωση της ανταγωνιστικότητας, με τη μείωση του κοινωνικού κόστους εργασίας και ως εκ τούτου του κόστους παραγωγής. Όμως η πρόταση και η συνοδός επιχειρηματολογία της καθίσταται άκυρη, λόγω της δημοσιονομικής δυσκαμψίας, ως αποτέλεσμα των «μνημονιακών» δεσμεύσεων και κυρίως της μείζονος και παρατεταμένης ύφεσης της οικονομίας, η οποία αποστερεί φορολογικά έσοδα και κατά συνέπεια ελαχιστοποιεί τις δυνατότητες πρόσθετης χρηματοδότησης από τη γενική φορολογία.

Συνεπώς, η πρόθεση της πλήρους «κρατικοποίησης» της κοινωνικής ασφάλισης υγείας δεν αποτελεί μια παραγωγική απάντηση στο ζήτημα αυτό αλλά αποσκοπεί στη συγκρότηση ενός δημόσιου (κρατικού) μονοψωνίου, του οποίου η βασική λειτουργία συνίσταται στην περιστολή της δαπάνης και κατά συνέπεια στη συρρίκνωση του κοινωνικού κράτους. Εν κατακλείδι, η ρητορική της «μεταρρύθμισης» στην ασφάλιση υγείας βασίζεται στην επίκληση της κρατικοποίησης για να αποκρύψει τη νεοφιλελεύθερη διάστασή της, ενώ ταυτοχρόνως επιχειρεί τη μείωση του κοινωνικού προϋπολογισμού. Στο πλαίσιο αυτό, το δίλημμα Bismarck ή Beveridge αποφορτίζεται από την τρέχουσα και συνήθη σημασία του και, υπό τις παρούσες συνθήκες –«υπό την πίεση» της οικονομικής κρίσης– φέρνει στην ατζέντα της πολιτικής συζήτησης και του κοινωνικού και επιστημονικού διαλόγου το θέμα της δομής της ασφάλισης υγείας καθώς και της δομής του υγειονομικού τομέα γενικότερα, δηλαδή θέτει «εν όλων» το ζήτημα της υγειονομικής μεταρρύθμισης

Προφανώς η συζήτηση και η αναζήτηση του κατάλληλου μεταρρυθμιστικού πλαισίου έχει στην πραγματικότητα λίαν περιορισμένους βαθμούς ελευθερίας, εξαιτίας της αυξημένης πολυπλοκότητας αλλά και της «γενετικής» του συστήματος υγείας. Εξάλλου, όπως έχει δειχθεί από την πρόσφατη διεθνή εμπειρία των μεταρρυθμίσεων στην υγεία, οι εκτεταμένες και οργανωτικού χαρακτήρα αλλαγές καθώς επίσης και οι απόπειρες μηχανιστικής μεταφοράς προτύπων συνήθως αποτυγχάνουν, σε αντίθεση με τις μεταρρυθμίσεις διαρθρωτικού χαρακτήρα οι οποίες βασίζονται σε κοινωνικές αξίες και επιστημονικά τεκμήρια.

Στην πραγματικότητα τα συστήματα ασφάλισης υγείας και ιατρικής περίθαλψης δεν υφίστανται στην πλήρη και τυπική μορφή τους, Bismarck ή Beveridge, και ουσιαστικά είναι συστήματα Bis-veridge ή Bev-marck. Με άλλα λόγια, το βασικό κοινωνικό και πολιτικό ζήτημα έγκειται στον τρόπο και τις διαδικασίες ανεύρεσης και συγκέντρωσης των πόρων – και επ’ αυτού η διεθνής εμπειρία έχει αναδείξει μια ποικιλία διαφορετικών προσεγγίσεων.

Στο πλαίσιο αυτό, οι Van der Zee & ο Kroneman (2007) σημείωσαν ότι τα πλεονεκτήματα σχετικά με την πρόσβαση και την ικανοποίηση των χρηστών καταχωρίζονται στα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης τύπου Bismarck, ενώ τα συστήματα τύπου Beveridge, που υποστηρίζονται από τη γενική φορολογία, υπερτερούν στις επιδόσεις τις σχετικές με τον έλεγχο του κόστους και τη συγκράτηση της δαπάνης. Τα συστήματα τύπου Beveridge επίσης βασίζονται στην κρατική χρηματοδότηση, έχουν μείζονα ιδεολογική και πολιτική φόρτιση δεδομένου ότι συνδέονται με μείζονα ιστορικά γεγονότα όπως για παράδειγμα την Οκτωβριανή Επανάσταση (Σοβιετική Ένωση 1918), τον Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο (Βρετανία 1942), την πτώση των μακροχρόνιων διδακτοριών στη Νότια Ευρώπη (Πορτογαλία 1974, Ισπανία 1975). Υπό το πρίσμα αυτό, είναι αποτέλεσμα εκτάκτων συνθηκών και ανταποκρίνονται σε πολιτικές και κοινωνικές συνθήκες μείζονος αβεβαιότητας.

Είναι αξιοσημείωτο ότι τα εθνικά-κρατικά συστήματα υγείας συγκροτούνται σε αυτές τις συνθήκες και αποτελούν ως εκ τούτου τη βάση άσκησης πολιτικών μεγάλης κλίμακας κατά τη διάρκεια του εικοστού αιώνα, στον οποίο το κράτος διευρύνεται και ασκεί εκτεταμένη κοινωνική, οικονομική, πολιτική και ιδεολογική εξουσία. Στην αντίπερα όχθη, είναι παράδοξο το γεγονός ότι η εμπλοκή του κράτους στις διαδικασίες κοινοπρακτικής και συλλογικής κάλυψης των αναγκών υγείας δίνει πρωτεύον έμφαση στην ατομιστική προσέγγιση Friedman (1962) του κάθε ατόμου και δευτερεύον στην κοινωνική Marx (1938).

Εξάλλου, οι μετρήσεις και αξιολογήσεις της επίδοσης των διαφόρων ιατροασφαλιστικών σχημάτων έδειξαν την υπεροχή των συστημάτων τύπου Bismarck έναντι των συστημάτων τύπου Beveridge αλλά και αυτών τα οποία βασίζονται στην εθνική ασφάλιση υγείας, στη βελτίωση του επιπέδου υγείας, στην απήχηση των υπηρεσιών στις προσδοκίες των πολιτών, στο κριτήριο της δίκαιης κατανομής των χρηματοδοτικών πόρων, στην επίτευξη των στόχων, στη διάχυση του οφέλους στον

πληθυσμό αλλά και στους δείκτες συνολικής επίδοσης, ενώ τα συστήματα τύπου Beveridge υπερτερούν στη συγκράτηση της δαπάνης.

Ανεξαρτήτως της ιδεολογικής και πολιτικής βάσης συγκρότησης των ιατροασφαλιστικών συστημάτων, η μετάβαση από τα συστήματα τύπου Beveridge ή Semashko στα αντίστοιχα Bismarck, όπως έγινε στις χώρες της Κεντρικής Ευρώπης και της Βαλκανικής στη δεκαετία του 1990 ή αντιστρόφως όπως στην περίπτωση των χωρών της Νότιας Ευρώπης, είναι εξαιρετικά δυσχερές και συνοδεύεται από μέγιστο κοινωνικό και υγειονομικό κόστος. Είναι επίσης προφανές από την ιστορική ανάγνωση ότι μετασχηματισμοί αυτής της φύσης προκαλούν πλήγματα κοινωνικού και οικονομικού χαρακτήρα σε συστήματα αυξημένης πολυπλοκότητας και, πολλές φορές, αποσκοπούν σε παρεμβάσεις ιδιοποίησης και μεροληπτικής ανακατανομής του κοινωνικού πλεονάσματος.

Επιπροσθέτως, είναι αναγκαίο να σημειωθεί ότι ενώ η χρηματοδότηση των συστημάτων τύπου Bismarck βασίζεται στις ασφαλιστικές εισφορές και συμπληρωματικά στη γενική φορολογία και τη δαπάνη των νοικοκυριών και στα αντίστοιχα τύπου Beveridge υποστηρίζεται κυρίως από τη γενική φορολογία και μερικώς από την ασφάλιση και τα νοικοκυριά, η Ελλάδα πλεονεκτεί έχοντας τρεις πηγές χρηματοδότησης (ασφαλιστικές εισφορές, γενική φορολογία, δαπάνη νοικοκυριών), κατάσταση η οποία προσδίδει σταθερότητα στο σύστημα ασφάλισης υγείας και ιατρικής περίθαλψης σε συνθήκες αβεβαιότητας και μεγάλων οικονομικών διακυμάνσεων.

Εν κατακλείδι, ο τρόπος λειτουργίας του κάθε κράτους είναι περίπου ίδιος όσον αφορά την χρηματοδότηση του συστήματος υγείας. Ο ίδιος ο πολίτης είναι εκείνος ο οποίος ενισχύει στην ουσία το σύστημα υγείας μέσω της φορολογίας και των ασφαλιστικών εισφορών τόσο σε δημόσιους όσο και σε ιδιωτικούς φορείς. Αν δεν το κάνει αυτό, τότε επιλέγει ο ίδιος να πληρώσει απευθείας άρα θα επιβαρυνθεί ολόκληρο το κόστος. Τώρα, όσον αφορά το μέγεθος της αξίας των εισφορών, εξαρτάται κυρίως από το επάγγελμα και το εισόδημα του κάθε πολίτη. Από την πλευρά του συστήματος υγείας, ο πολίτης παρουσιάζεται όχι μόνο ως ο κύριος χρηματοδότης του συστήματος αλλά και ο βασικός αγοραστής των υπηρεσιών υγείας. Πρόκειται δηλαδή για μια σταθερή διμερή σχέση μεταξύ πολιτών και συστήματος υγείας.

Συμπερασματικά, όπως αποδεικνύεται, η κοινωνική ασφάλιση λειτούργησε αναποτελεσματικά εφόσον τα ιατρικά έξοδα επιβαρύνουν στην πραγματικότητα τον πολίτη, ενώ παράλληλα η αύξηση του κατά κεφαλήν εισοδήματος, αυξάνει την κατανάλωση υπηρεσιών υγείας ακόμα και εκτός των ασφαλιστικών οργανισμών έχοντας ως αποτέλεσμα την αύξηση των ιδιωτικών δαπανών. Από αυτή τη σκοπιά, η μεταρρύθμιση στην υγεία στηρίζεται στις αξίες της αλληλεγγύης και της ισότητας και στην αναγκαία επιστημονική τεκμηρίωση, ώστε να υπερβαίνει τους υφιστάμενους περιορισμούς και να ωθεί στην υγειονομική ανάπτυξη.

1.9 Ανακεφαλαίωση

Ο κύριος στόχος κάθε συστήματος υγείας, όπως γίνεται σαφές στο κεφάλαιο αυτό, είναι η παροχή των αναγκαίων ιατρικών και υγειονομικών υπηρεσιών με τον καταλληλότερο τρόπο την κατάλληλη στιγμή προκειμένου να επιτευχθεί η μέγιστη δυνατή αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα με το μικρότερο δυνατό κόστος, χωρίς κίνδυνο για τον εν λόγω ασθενή και με τη μέγιστη δυνατή ποιότητα. Η μεγάλη απορρόφηση όμως των υγειονομικών πόρων θεωρείται παράγοντας που περιορίζει ή παρεμποδίζει την ικανοποίηση των αναγκών υγείας του πληθυσμού.

Οι δαπάνες για τις υπηρεσίες υγείας είναι από τις πιο υψηλές στον κόσμο δεδομένου της χαμηλής ικανοποίησης του πληθυσμού. Οι ανισότητες στην κατανομή των πόρων μεταξύ των διαφόρων χωρών και επιπέδων περίθαλψης, η υψηλή ιδιωτική δαπάνη και η χαμηλή χρηματοδότηση από την κοινωνική ασφάλιση αποτελούν το σημαντικότερο πρόβλημα σε μακροοικονομικό επίπεδο. Η αποδοτικότητα των υπηρεσιών υγείας, όσον αφορά κυρίως το οικονομικό μέρος, που μετριέται σε μακροοικονομικό επίπεδο με την αναλογία των δαπανών υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ να αποτελεί στόχο του συστήματος υγείας που με δυσκολία επιτυγχάνεται.

Γενικά η διαχρονική αύξηση των δαπανών υγείας δημιούργησε χρηματοδοτικά ελλείμματα έχοντας ως συνέπεια τον περιορισμό της προσφοράς υπηρεσιών υγείας από το δημόσιο τομέα. Αποτέλεσμα αυτού, ολοένα και μεγαλύτερο μέρος των αναγκών υγείας να καλύπτονταν από τον ιδιωτικό τομέα επιβαρύνοντας έτσι τον πολίτη, μετακινώντας τη χρηματοδότηση του υγειονομικού τομέα από τη δημόσια

στην ιδιωτική δαπάνη και δημιουργώντας σοβαρά ζητήματα ισότητας, προσβασιμότητας και αποδοτικότητας του συστήματος υγείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΩΝ ΚΥΡΙΩΤΕΡΩΝ ΜΑΚΡΟ-ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΜΕΓΕΘΩΝ

2.1 Εισαγωγή

Στο κεφάλαιο μελετάται η συμπεριφορά και η ύπαρξη ή όχι αλληλεξάρτησης των συνολικών μεγεθών της οικονομίας στη διαμόρφωση του επιπέδου υγείας.

Θα αναλύσουμε ορισμένες βασικές μακροοικονομικές μεταβλητές όπως είναι ο ρυθμός ανάπτυξης του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος (ΑΕΠ), το εισόδημα, ο Δείκτης Τιμών Καταναλωτών (ΔΤΚ), το επιτόκιο, η συναλλαγματική ισοτιμία το προσδόκιμο ζωής κ.α. Οι μεταβλητές αυτές χρησιμοποιούνται σε διάφορες οικονομικές μελέτες για την εξήγηση της συμπεριφοράς των δαπανών υγείας παγκοσμίως.

Η βιβλιογραφία καθιστά σαφές ότι η μακροοικονομική ανάλυση, συχνά αναφέρεται και ως θεωρία εισοδήματος, γιατί κύριο ενδιαφέρον της θεωρίας αυτής γενικά είναι ο προσδιορισμός του επιπέδου ισορροπίας του εθνικού εισοδήματος και της απασχόλησης του εργατικού δυναμικού ενώ ειδικά στο τομέα της υγείας είναι άρρηκτα συνυφασμένος με το ποσοστό του εθνικού εισοδήματος που διατίθεται στην υγεία και δεν πρέπει να υπερβαίνει εκείνο το όριο, πέραν του οποίου οι επιπλέον πόροι δεν οδηγούν σε ανάλογη καλύτερευση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού.

Στη μακροοικονομική ανάλυση, τα μεγέθη που εξετάζονται στη μικροοικονομική θεωρία θεωρούνται σε μεγάλο βαθμό ως δεδομένα, ενώ, αντιστρόφως, στη μικροοικονομική θεωρούνται ως δεδομένα τα δεδομένα που εξετάζονται στη μακροοικονομική. Έτσι, στη μακροοικονομική θεωρία ως δεδομένη λαμβάνεται η διάρθρωση των σχετικών τιμών των προϊόντων όπως αναφέρεται και παραπάνω και εξετάζεται ο προσδιορισμός του γενικού επιπέδου των τιμών. Επίσης, θεωρείται ως δεδομένη η διανομή του εισοδήματος μεταξύ των επιμέρους μονάδων και επιδιώκεται η εξήγηση του προσδιορισμού του μεγέθους αυτού στο σύνολο του. Αντιθέτως, στη Μικροοικονομική θεωρούνται ως δεδομένα το γενικό επίπεδο τιμών και τα συνολικά οικονομικά μεγέθη και επιδιώκεται η εξήγηση του προσδιορισμού των σχετικών τιμών των προϊόντων και του τρόπου κατανομής των συνολικών μεγεθών μεταξύ των επιμέρους μονάδων και χρήσεων. Οι βασικές παραδοχές της Μικροοικονομικής που

αναφέρονται στη προσπάθεια των οικονομικών μονάδων για αριστοποίηση, δηλαδή για μεγιστοποίηση της χρησιμότητας στη περίπτωση των επιχειρήσεων, αποτελούν θεμελιώδεις υποθέσεις για τη μακροοικονομική ανάλυση.

Πολλές από τις σχέσεις που εξετάζονται στη μακροοικονομική στηρίζονται σε μικροοικονομική ανάλυση. Στη περίπτωση όμως αυτή αποδίδεται μεγάλη σημασία στις ιδιομορφίες που παρουσιάζονται όταν αθροίζονται τα επιμέρους μεγέθη για να εξαχθεί ένα συνολικό μέγεθος. Συγκεκριμένα, η διαμόρφωση του συνολικού μεγέθους της επένδυσης σε μια οικονομία μπορεί να συναχθεί από τη διαμόρφωση του μεγέθους της επένδυσης των επιμέρους επιχειρήσεων. Ωστόσο, ενώ όταν αυξάνεται η επένδυση μιας επιχείρησης, οι τιμές των κεφαλαιουχικών αγαθών μπορεί να θεωρηθούν ως σταθερές, όταν αυξάνεται η συνολική επένδυση στην οικονομία οι τιμές των αγαθών αυτών αυξάνονται, ασκείται συνεπώς επίδραση στην επένδυση των επιμέρους επιχειρήσεων. Για τον λόγο αυτό, αν μεταβληθεί ένας παράγοντας που επηρεάζει την επένδυση, π.χ., το επιτόκιο, δεν δύναται να υπολογιστεί το νέο μέγεθος της με βάση μόνο τις συναρτήσεις επένδυσης των επιμέρους επιχειρήσεων, αλλά θα πρέπει να ληφθεί υπόψη και η μεταβολή των κεφαλαιουχικών αγαθών που θα προκληθεί από τη μεταβολή της συνολικής ζήτησης της επένδυσης. Με λίγα λόγια, όπως διατυπώνεται παραπάνω, η μακροοικονομική θεωρία περιλαμβάνει σένα σημαντικό τμήμα της και τη μικροοικονομία.

2.2 Το Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν και η σημασία του

Το Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν (ΑΕΠ) είναι το σύνολο των προϊόντων, υλικών και άυλων, που παράχθηκαν μέσα στην επικράτεια μιας χώρας σε διάστημα ενός έτους, εκφρασμένο σε χρηματικές μονάδες, ακόμα και αν μέρος αυτού παράχθηκε από παραγωγικές μονάδες που ανήκουν σε κατοίκους του εξωτερικού. Με άλλα λόγια είναι η συνολική προστιθέμενη αξία σε μια οικονομία σε τιμές αγοράς. Ο υπολογισμός του γίνεται συνήθως σε ετήσια βάση αλλά υπάρχει και δυνατότητα να γίνει και σε τριμηνιαία ή μηνιαία βάση.

Η πρώτη ιστορική αναφορά στο ΑΕΠ, ανήκει στον William Petty κάπου στο 1650-1670. Οι πρώτες ωστόσο επίσημες στατιστικές εθνικού εισοδήματος αναπτύχθηκαν πολλά χρόνια αργότερα, όταν παράλληλα αναπτύχθηκε η μακρο-οικονομία ως ξεχωριστός κλάδος της επιστήμης των οικονομικών. Η πιο μοντέρνα έννοια του

ΑΕΠ αναπτύχθηκε για πρώτη φορά από το Simon Kuznets, οικονομικό πανεπιστήμιο της Ουκρανίας, και αφορούσε έκθεση του Κογκρέσου των ΗΠΑ το 1931. Από το 1944, το ΑΕΠ έγινε το βασικότερο εργαλείο μέτρησης του συνολικού μεγέθους της οικονομίας μιας χώρας. Έχει το επίθετο εγχώριο καθώς αφορά τα προϊόντα που παράγονται σε μία χώρα από τις οικονομικές μονάδες που διαμένουν στην χώρα αυτή. Τέλος, το προϊόν αφορά την αποτίμηση του συνόλου των παραγόμενων προϊόντων και υπηρεσιών σε χρηματικούς όρους. Το ΑΕΠ υπολογίζεται με τρεις εναλλακτικούς τρόπους:

- 1) Μέθοδος παραγωγής: Εδώ γίνεται άθροιση των δαπανών που πραγματοποιήθηκαν κατά τη διάρκεια του έτους προκειμένου να αποκτηθούν ή να παραχθούν τα τελικά αγαθά και οι υπηρεσίες. Το συνολικό ΑΕΠ σε αυτή την περίπτωση ισούται με το άθροισμα της ακαθάριστης προστιθέμενης αξίας από τις παραγωγικές μονάδες συν τους φόρους επί των προϊόντων και των εισαγωγών μείον τις επιδοτήσεις. Η μέθοδος υπολογισμού του ΑΕΠ από την πλευρά της παραγωγής μπορεί να σχηματιστεί με τον ακόλουθο τρόπο:

$$GDPS = GDP + T - S \quad (2.1)$$

όπου:

(*GDPS*) η Συνολική Εθνική Δαπάνη από την οποία αφαιρείται η ενδιάμεση κατανάλωση για την για την παραγωγή αγαθών και υπηρεσιών,

(*GDP*) η εγχώρια παραγωγή,

(*T*) οι φόροι στην παραγωγή και τις εισαγωγές,

(*S*) οι επιδοτήσεις προϊόντων.

- 2) Εισοδηματική μέθοδος: όπου εδώ το ΑΕΠ υπολογίζεται αθροίζοντας τα εισοδήματα των συντελεστών που χρησιμοποιήθηκαν προκειμένου να παραχθεί το τελικό προϊόν. Το άθροισμα αυτό ονομάζεται Εθνικό Εισόδημα. Ο υπολογισμός του ΑΕΠ με βάση αυτή τη μέθοδο στηρίζεται στο άθροισμα των εσόδων εκείνων που συμμετέχουν άμεσα στην παραγωγή μια συγκεκριμένη περίοδο.

Δηλαδή:

$$GDP = W + E + R + \Pi + I + Tr + PS + T - S \quad (2.2)$$

όπου:

(*GDP*) το συνολικό ΑΕΠ,

(*W*) οι αμοιβές,

(*E*) το εισόδημα από ατομική απασχόληση,

(*R*) το εισόδημα φυσικών προσώπων από ακίνητα,

(*\Pi*) τα εταιρικά κέρδη, το Καθαρό εισόδημα από τόκους,

(*I, Tr*) οι τρέχουσες εταιρικές μεταβιβαστικές πληρωμές,

(*PS*) το τρέχον πλεόνασμα δημοσίων επιχειρήσεων,

(*T*) οι φόροι στην παραγωγή και τις εισαγωγές,

(*S*) οι επιδοτήσεις προϊόντων.

- 3) Μέθοδος της τελικής δαπάνης, όπου το ΑΕΠ υπολογίζεται αθροίζοντας τις αξίες όλων των τελικών αγαθών και υπηρεσιών κατά τη διάρκεια του έτους.

Δηλαδή:

$$GDP = C + I + G + NX \quad (2.3)$$

όπου:

(*C*) η κατανάλωση,

(*I*) η επένδυση,

(*G*) οι δημόσιες δαπάνες για την αγορά αγαθών και υπηρεσιών,

(*NX*) οι καθαρές εξαγωγές (εξαγωγές - εισαγωγές).

Είναι απαραίτητο να αναλυθεί λεπτομερώς η παραπάνω συνάρτηση. Ειδικότερα, δίνεται ο ορισμός της κατανάλωσης όπου ως κατανάλωση ορίζεται η συνολική δαπάνη που πραγματοποιούν τα νοικοκυριά προκειμένου να αγοράσουν προϊόντα ή υπηρεσίες. Η δαπάνη για κατανάλωση περιλαμβάνει τρεις κατηγορίες:

- 1) τα διαρκή καταναλωτικά αγαθά, που είναι καταναλωτικά είδη με μεγάλη διάρκεια ζωής. π.χ. αυτοκίνητα ή οικιακές συσκευές.

- 2) τα μη διαρκή αγαθά που είναι καταναλωτικά είδη με μικρή διάρκεια ζωής όπως τα τρόφιμα ρούχα και τα καύσιμα.
- 3) τις υπηρεσίες όπως η εκπαίδευση, η ιατρική περίθαλψη και οι μεταφορές.

Στη συνέχεια, η επένδυση περιλαμβάνει τις δαπάνες για τα κεφαλαιουχικά αγαθά. Τέτοια είναι οι δαπάνες για εγκαταστάσεις, εξοπλισμό και γενικότερες επενδύσεις που αφορούν δαπάνες κατασκευής νέων αγαθών και υπηρεσιών καθώς και αυξήσεις στα αποθέματα των επιχειρήσεων. Επίσης, οι δημόσιες δαπάνες για αγαθά και υπηρεσίες αφορούν όλες τις δημόσιες δαπάνες για ένα αγαθό εγχώριο ή ξένο. Παράλληλα, όπως παρατηρείται από την συνάρτηση (2.3), οι καθαρές εξαγωγές ισούνται με τη διαφορά των εξαγωγών μείον τις εισαγωγές, οι εξαγωγές προστίθενται στη συνολική δαπάνη για τελικά αγαθά και υπηρεσίες που παράγονται σε μια χώρα σε ένα συγκεκριμένο χρονικό διάστημα ενώ οι εισαγωγές αφαιρούνται από τη συνολική δαπάνη.

Εν κατακλείδι, το Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν (ΑΕΠ), αποτελεί το κυριότερο μακροοικονομικό μέγεθος μέτρησης του εισοδήματος. Προκειμένου να μελετήσουν ορθά οι οικονομολόγοι τις μεταβολές αυτές διαχώρισαν το ΑΕΠ σε πραγματικό και ονομαστικό όπου ονομαστικό ΑΕΠ ορίζεται η αξία σε χρηματικές μονάδες του τελικού προϊόντος μιας οικονομίας εκφρασμένη σε τρέχουσες τιμές ενώ το πραγματικό ΑΕΠ μετρά τον όγκο του τελικού προϊόντος μιας οικονομίας χρησιμοποιώντας τιμές ενός έτους βάσης. Προκειμένου να εκτιμηθεί πιο σωστά ο βαθμός στον οποίο μια χώρα αναπτύσσεται προτιμάται ο δείκτης οικονομικής μεγέθυνσης ή ο ρυθμός ανάπτυξης του ΑΕΠ, ο οποίος είναι ο μακροχρόνιος μέσος ποσοστιαίος ρυθμός αύξησης του πραγματικού ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος. Ο δείκτης αυτός υπολογίζεται σε πραγματικούς όρους και όχι σε ονομαστικούς όρους.

2.3 Το δημοσιονομικό χρέος σε σχέση με το ΑΕΠ

Το δημόσιο χρέος είναι το σύνολο των οφειλών σε χρηματικές μονάδες του ευρύτερου δημόσιου τομέα. Υπό την έννοια αυτή στο δημόσιο τομέα συμπεριλαμβάνονται όλα τα επίπεδα δημόσιας διοίκησης ενός κράτους δηλαδή η κυβέρνηση, η νομαρχία, ο δήμος κ.α. Το δημόσιο χρέος αυξάνεται από έτος σε έτος κατά το ποσό που ο ετήσιος κρατικός προϋπολογισμός παρουσιάζει έλλειμμα ή

αντιστρόφως μειώνεται κατά το ποσό που παρουσιάζει πλεόνασμα. Το δημόσιο χρέος είναι εξ ορισμού ίσο με τον ιδιωτικό πλούτο, δηλαδή όσα χρωστάει το δημόσιο σε ιδιώτες τόσα ακριβώς οι ιδιώτες έχουν να λαμβάνουν από το δημόσιο, όπου στους «ιδιώτες» περιλαμβάνεται κατά σύμβαση και ο εξωτερικός τομέας (Rest of the World στο Σύστημα Εθνικών Λογαριασμών-SNA). Το δημόσιο χρέος μπορεί να διακριθεί σε διάφορες κατηγορίες ανάλογα με τα κριτήρια που χρησιμοποιούνται κάθε φορά. Οι βασικότερες κατηγορίες διάκρισης του χρέους είναι οι εξής:

- Ακαθάριστο και καθαρό δημόσιο χρέος

Με τον όρο ακαθάριστο χρέος περιγράφονται οι συνολικές χρηματικές υποχρεώσεις του δημοσίου. Το καθαρό χρέος προκύπτει αφαιρώντας το ακαθάριστο χρέος με τις απαιτήσεις που έχει το δημόσιο έναντι τρίτων. Το ακαθάριστο χρέος είναι άμεσα συνδεδεμένο με το συνολικό ποσό που καλείται να εξυπηρετήσει το δημόσιο μαζί με τα χρεολύσια και τους τόκους παρέχοντας μια καλύτερη εικόνα της μακροπρόθεσμης δυνατότητας της χώρας να συνεχίσει να εξυπηρετεί το χρέος της.

- Εσωτερικό και Εξωτερικό δημόσιο χρέος

Σύμφωνα με τον Βαβούρα (1993) το δημόσιο χρέος διακρίνεται σε "εσωτερικό χρέος", δηλαδή από πιστωτές που βρίσκονται εντός της συγκεκριμένης χώρας, και σε "εξωτερικό χρέος", δηλαδή από πιστωτές που εδρεύουν εκτός της χώρας. Η διάκριση αυτή έχει ιδιαίτερη σημασία όταν μάλιστα το εξωτερικό χρέος αναφέρεται σε άλλο νόμισμα, έναντι του εσωτερικού που αναφέρεται στο εθνικό ή εσωτερικό νόμισμα, (για τα κράτη μέλη της ΕΕ το κοινό νόμισμα θεωρείται εσωτερικό). Οι κυβερνήσεις προκειμένου να καλύψουν τις δημόσιες δαπάνες χρηματοδοτούνται πρώτα με φορολογικά έσοδα, ένα μέρος όμως αυτών, αρκετά αξιόλογο καλύπτεται συνηθέστερα από δημόσιο δανεισμό, εκδίδοντας και πουλώντας ομόλογα ή άλλα αξιόγραφα. Κάθε προσφυγή σε δημόσιο δανεισμό για κάλυψη δημοσίων δαπανών επιφέρει αναγκαστικά είτε τη δημιουργία, είτε την προσαύξηση του υφιστάμενου δημόσιου χρέους. Τούτο ουσιαστικά απεικονίζει και την θέση του συνόλου των υποχρεώσεων του Δημοσίου, σε δεδομένη στιγμή, έναντι των κάθε κατηγορίας δανειστών του. Το εσωτερικό δημόσιο χρέος διακρίνεται επιμέρους ανάλογα της πηγής αλλά και της μορφής δανεισμού από την οποία έγινε η άντληση του προϊόντος του δανείου, που μπορεί να αφορά υποχρεώσεις σε φυσικά πρόσωπα, επιχειρήσεις, τράπεζες κ.α., μπορεί όμως να αναφέρεται και σε χρέος εντόκων γραμματίων, χρέος από κρατικά ομόλογα κ.α.

Είναι σημαντικό να αναφερθεί στο σημείο αυτό και η έρευνα του Pattillo (2000) οι οποίοι διερεύνησαν την επίπτωση που έχει η αύξηση του εξωτερικού χρέους στις αναπτυσσόμενες χώρες. Με τη χρήση δεδομένων 93 αναπτυσσόμενων χωρών από το 1969 έως και το 1998 κατέληξαν στην ύπαρξη μιας μη γραμμικής επίδρασης του εξωτερικού χρέους των αναπτυσσόμενων χωρών στην ανάπτυξη. Βρήκαν ότι σε μια μέση αναπτυσσόμενη χώρα, ο διπλασιασμός του δείκτη χρέους οδηγεί σε μείωση της κατά κεφαλήν ανάπτυξης από μισή έως και μια μονάδα. Ο βασικός λόγος που συμβαίνει αυτό θεώρησαν ότι είναι η μείωση της αποδοτικότητας των επενδυμένων κεφαλαίων και όχι η μείωση του ρυθμού μεταβολής τους. Επίσης, συμπέραναν ότι η επίδραση του χρέους στην κατά κεφαλήν ανάπτυξη γίνεται αρνητική στο επίπεδο 160% με 170% εκφρασμένο ως ποσοστό των εξαγωγών και 35% με 40% εκφρασμένο ως ποσοστό του ΑΕΠ.

- Καταναλωτικό και παραγωγικό δημόσιο χρέος

Μια ιδιαίτερα σπουδαία διάκριση που γίνεται επίσης, είναι αυτή ανάμεσα στο καταναλωτικό και παραγωγικό δημόσιο χρέος, που χαρακτηρίζεται ανάλογα εκ του σκοπού κάλυψης του δανείου, προκειμένου να καλυφθούν αντίστοιχα καταναλωτικές ή επενδυτικές δαπάνες του Δημοσίου. Εκ της διάκρισης αυτής καθίσταται εμφανές ότι ο καταναλωτικός δανεισμός είναι ιδιαίτερα επιζήμιος και λίαν επικίνδυνος καθώς διογκώνει το χρέος, χωρίς να διευρύνεται η παραγωγική δυνατότητα της οικονομίας και κατ' επέκταση του εθνικού εισοδήματος. Σε αντίθεση με το παραγωγικό δημόσιο χρέος όπου η τυχόν αύξησή του, ουσιαστικά, εξελίσσεται ταυτόχρονα με τη βελτίωση της παραγωγικής δυνατότητας της οικονομίας.

Εκ του τελευταίου αυτού λόγου συχνά υποστηρίζεται από πολλούς, ότι το "παραγωγικό δημόσιο χρέος είναι αυτοεξυπηρετούμενο". Πράγματι, μέσω αυτού αυξάνεται το εθνικό εισόδημα αφού επιταχύνοντας τις επενδύσεις χρηματοδότησης από το προϊόν του δανείου, παρέχεται η δυνατότητα στο Δημόσιο για εξεύρεση πρόσθετων πόρων αναγκαίων στην εξόφληση του δανείου. Εκτός από την απόλυτη αξία του χρέους, ένας σημαντικός δείκτης της οικονομικής και χρηματοοικονομικής βιωσιμότητας του κράτους (όπως προβλέπεται και από το κείμενο του Συμφώνου Σταθερότητας και Ανάπτυξης στην Ευρωπαϊκή Ένωση) είναι η σχέση μεταξύ του δημόσιου χρέους και του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος, καθώς ο λόγος μεταξύ των δύο αυτών μεγεθών αποτελεί ένα σημαντικό δείκτη ή παράμετρο. Το κράτος είναι σε θέση να αποκαταστήσει το δημόσιο χρέος του, για παράδειγμα μέσω της

φορολογίας. Το δημόσιο χρέος που ανέφεραν οι παράμετροι της Συνθήκης του Μάαστριχτ δεν υπολογίζει το λεγόμενο άγνωστο χρέος, δηλαδή τις δαπάνες κρατών για κοινωνική πρόνοια, υγεία και συντάξεις.

Σύμφωνα με οικονομολόγους της κεϋνσιανής σχολής, οι τρέχουσες δαπάνες για τη χρηματοδότηση του χρέους έχουν αρνητική επίδραση στον φόρο, δεδομένου ότι οι δαπάνες της κυβέρνησης είναι σε θέση να ενισχύσουν την οικονομική ανάπτυξη. Η ανακήρυξη του σε κατάσταση αφερεγγυότητας πτώχευσης του δημόσιου χρέους της, καθώς και τη δημιουργία μιας απώλειας για τους πιστωτές, μειώνουν την οικονομική τους ανάπτυξη, γιατί δεν μπορεί να παρέμβει με Οικονομική Πολιτική για να υποστηρίξει την ανάπτυξη της με τη χρήση των δημοσίων δαπανών. Ομοίως, αν το χρέος είναι μεγάλο μέρος των δημοσίων δαπανών θα πρέπει να χρησιμοποιηθεί για την κάλυψη χρηματοδότησης του χρέους με τις ίδιες επιπτώσεις στην οικονομική ανάπτυξη. Το δημόσιο χρέος και η οικονομική ανάπτυξη, ως εκ τούτου, τείνουν να είναι μακρό-οικονομικές πτυχές της αντίθεσης του κράτους.

Συμπερασματικά από τα παραπάνω σύμφωνα με τη στατιστική υπηρεσία της Ευρωπαϊκής Επιτροπής (Eurostat), οι στατιστικές δημόσιων οικονομικών περιλαμβάνουν δείκτες ζωτικής σημασίας για τον προσδιορισμό της υγείας των οικονομιών των κρατών. Βάσει των όρων του Συμφώνου Σταθερότητας και Ανάπτυξης (ΣΣΑ) της ΕΕ, τα κράτη δεσμεύτηκαν να διατηρούν τα ελλείμματα και το χρέος τους κάτω από ορισμένα όρια. Συγκεκριμένα, το δημόσιο έλλειμμα ενός κράτους δεν μπορεί να υπερβαίνει το 3 % του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος (του, ενώ το χρέος του δεν πρέπει να υπερβαίνει το 60 % του ΑΕΠ. Εάν ένα κράτος δεν τηρεί τα εν λόγω όρια, ενεργοποιείται η επονομαζόμενη διαδικασία υπερβολικού ελλείμματος. Αυτό συνεπάγεται διάφορα στάδια, συμπεριλαμβανομένης της δυνατότητας επιβολής κυρώσεων, προκειμένου να ενθαρρυνθεί το οικείο κράτος να λάβει κατάλληλα μέτρα για τη διόρθωση της κατάστασης και την εξασφάλιση της ποιότητας και της διατήρησης των δημοσίων οικονομικών δαπανών σε «ασφαλή» ποσοστά.

Εν κατακλείδι, υπάρχουν διεθνώς διάφορες μελέτες που υποστήριξαν τα παραπάνω ερευνώντας τη σχέση του ΑΕΠ με το χρέος της γενικής κυβέρνησης. Οι Reinhart και Rogoff (2010) χρησιμοποιώντας δεδομένα 44 χωρών για χρονικό διάστημα περίπου 200 χρόνων μελέτησαν την ανάπτυξη και τον πληθωρισμό σε διάφορα επίπεδα δημόσιου χρέους. Χωρίζοντας το δείγμα τους σε 4 κατηγορίες

ανάλογα με το λόγο χρέους προς ΑΕΠ (λιγότερο από 30%, 30-60%,60-90%,πάνω από 90%) βρήκαν ότι η σχέση μεταξύ χρέους και ανάπτυξης είναι σχετικά αδύναμη στις 3 πρώτες κατηγορίες, δηλαδή για επίπεδα χρέους μικρότερα του 90%. Όμως για επίπεδα χρέους πάνω από 90% παρατήρησαν ότι τόσο η διάμεσος όσο και ο μέσος του ρυθμού ανάπτυξης είναι κατά περίπου 1% και 4% χαμηλότερα. Τα συμπεράσματά τους αυτά ισχύουν τόσο για τις αναπτυγμένες όσο και για τις αναπτυσσόμενες χώρες. Τέλος, κατέληξαν στην ύπαρξη θετικής σχέσης μεταξύ χρέους και πληθωρισμού στην περίπτωση των αναπτυσσόμενων οικονομιών, ενώ αντίθετα δεν βρήκαν κάποια συστηματική σχέση στην περίπτωση των αναπτυγμένων οικονομιών.

Στη συνέχεια, οι Kumar και Woo (2010) χρησιμοποιώντας δεδομένα τύπου πάνελ που περιλάμβαναν τόσο αναπτυγμένες όσο και αναπτυσσόμενες χώρες για χρονικό διάστημα από το 1970 έως το 2007 βρήκαν μια αρνητική σχέση μεταξύ των επιπέδων του δημόσιου χρέους και της μακροχρόνιας ανάπτυξης, ενώ για επίπεδα δημόσιου χρέους πάνω από 90% υπήρχαν ενδείξεις μη γραμμικής σχέσης μεταξύ τους. Πιο συγκεκριμένα, μια κατά μέσο όρο αύξηση του χρέους 10% οδηγεί σε μια μείωση της πραγματικής κατά κεφαλήν ανάπτυξης κατά 0,2% ετησίως. Η επίδραση αυτή φαίνεται να είναι ελαφρώς μικρότερη στις αναπτυγμένες χώρες όπου το ποσοστό αυτό μειώνεται στο 0,15%. Τα αυξημένα επίπεδα χρέους μειώνουν την επένδυση και τον ρυθμό αύξησης του διαθέσιμου κεφαλαίου ανά εργαζόμενο οδηγώντας σε μικρότερους ρυθμούς κατά κεφαλήν ανάπτυξης κυρίως λόγω της μείωσης του ρυθμού ανάπτυξης της παραγωγικότητας της εργασίας. Επίσης, χώρισαν το δείγμα τους σε τέσσερις κατηγορίες ανάλογα με τον αρχικό λόγο χρέους προς ΑΕΠ (λιγότερο από 30%, 30-60%,60- 90%,πάνω από 90%) και βρήκαν ότι ο κατά μέσο όρο ετήσιος ρυθμός ανάπτυξης ανά πενταετία των χωρών με χρέος πάνω από 90% είναι κατά 1,3% χαμηλότερος στις αναπτυγμένες χώρες και κατά 2,7% στις αναπτυσσόμενες από τις χώρες με χρέος κάτω από 30% του ΑΕΠ.

Τέλος, ο Ferreira et al., (2009) μελέτησε τη σχέση αιτιότητας κατά Granger μεταξύ του δημόσιου χρέους και του ρυθμού ανάπτυξης του κατά κεφαλή ΑΕΠ χρησιμοποιώντας δεδομένα από το 1988 έως το 2001 για 20 χώρες του ΟΟΣΑ. Τα βασικά του συμπεράσματα ήταν ότι υπάρχει αμφίδρομη σχέση αιτιότητας και από τις 2 πλευρές μεταξύ χρέους και ανάπτυξης και ότι υπάρχει μεγάλη ετερογένεια μεταξύ των χωρών του δείγματος.

2.4 Εθνικό Εισόδημα

Μια ακόμη έννοια απαραίτητη στη μακροοικονομική ανάλυση είναι η έννοια του Εθνικού Εισοδήματος. Στη βιβλιογραφία το εθνικό εισόδημα αναφέρεται και ως Ακαθάριστο Εθνικό Εισόδημα όπου ορίζεται με βάση το άθροισμα του Ακαθάριστου Εθνικού Προϊόντος και του καθαρού εισοδήματος από το εξωτερικό σε τιμές συντελεστών παραγωγής, στο οποίο εάν προστεθούν οι καθαροί έμμεσοι φόροι προκύπτει το ΑΕΠ σε αγοραίες τιμές. Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, το Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν μπορεί να υπολογιστεί με τρεις μεθόδους. Εν συνεχεία αυτών και των συναρτήσεων (2.1), (2.2), (2.3) προκύπτει η ακόλουθη συνάρτηση.

Δηλαδή:

$$\text{Εθνικό Εισόδημα} = \text{Καθαρό Εθνικό Προϊόν} - \text{Έμμεσοι Φόροι} + \text{επιδοτήσεις} \quad (2.4)$$

Αναλυτικότερα, το εθνικό εισόδημα μπορεί να γίνει προσωπικό εισόδημα εάν διανεμηθεί στους ιδιοκτήτες των συντελεστών παραγωγής. Το προσωπικό εισόδημα ισούται με το εθνικό εισόδημα, μείον μέρος του εισοδήματος το οποίο δεν διανέμεται στους ιδιοκτήτες των συντελεστών της παραγωγής (π.χ., αδιανέμητα κέρδη ανώνυμων εταιρειών, εισφορές κοινωνικών ασφαλίσεων που πλήττουν τους εργοδότες, εισοδήματα που λαμβάνει το κράτος μέσω της επιχειρηματικής του δράσης, φόροι κ.α.), συν τις κρατικές εισοδηματικές μεταβιβάσεις (επιδόματα ανεργίας, τόκοι δημόσιου χρέους κ.α.). Το καθαρό εισόδημα από το εξωτερικό αναφέρεται στη ροή εισοδημάτων από και προς την αλλοδαπή, τα οποία προέρχονται από επενδύσεις. Στην οικονομία της υγείας υπάρχει και ο δημόσιος τομέας, δηλαδή η κυβέρνηση-κράτος όπου διαμέσου της έμμεσης φορολογίας επιβάλλει φόρους στα διάφορα προϊόντα και στις υπηρεσίες που παρέχει αλλά και της άμεσης φορολογίας επιβάλλοντας φόρους στα εισοδήματα των ατόμων που οικονομούν. Επίσης, όπως είναι ευρέως γνωστό το κράτος ενεργεί με τέτοιο τρόπο ώστε να δημιουργεί δαπάνες αυξάνοντας την ενεργή ζήτηση και δημιουργώντας επιπλέον εισοδήματα. Αυτό γίνεται άμεσα αντιληπτό καθώς η συνολική χρηματική αξία των αγαθών είναι ίση με το σύνολο των εισοδημάτων, τα οποία πληρώνονται στους παραγωγικούς συντελεστές για τη συμμετοχή τους στη παραγωγή του ΑΕΠ. Θα πρέπει, επομένως,

και η χρηματική αξία του καθαρού εθνικού προϊόντος, όπως προσδιορίζεται από τις τιμές της αγοράς, να είναι ίση με το άθροισμα των εισοδημάτων τα οποία παίρνουν οι κάτοχοι των παραγωγικών συντελεστών, συν το σύνολο των κερδών των επιχειρηματιών (Γεωργακόπουλος & συν, 1995).

Εν τούτοις, η τιμή της αγοράς ενός προϊόντος ή μίας υπηρεσίας συνήθως περιλαμβάνει, εκτός από το κόστος παραγωγής και τον επιβαλλόμενο από το κράτος έμμεσο φόρο κατανάλωσης. Συνεπώς, η αγοραία συνολική χρηματική αξία των αγαθών είναι μεγαλύτερη από το σύνολο των εισοδημάτων κατά το ποσό της έμμεσης φορολογίας. Αν τώρα από τη χρηματική αξία του καθαρού εθνικού προϊόντος αφαιρέσουμε το ποσό της έμμεσης φορολογίας, το οποίο ποσό επιβαρύνει την τιμή των αγαθών και των υπηρεσιών, το υπόλοιπο αποτελεί το σύνολο των ατομικών εισοδημάτων. Εν κατακλείδι, όπως αναφέρεται και παραπάνω το σύνολο των ατομικών εισοδημάτων των ατόμων ονομάζεται Εθνικό Εισόδημα και το εθνικό εισόδημα ισούται με το Εθνικό Προϊόν.

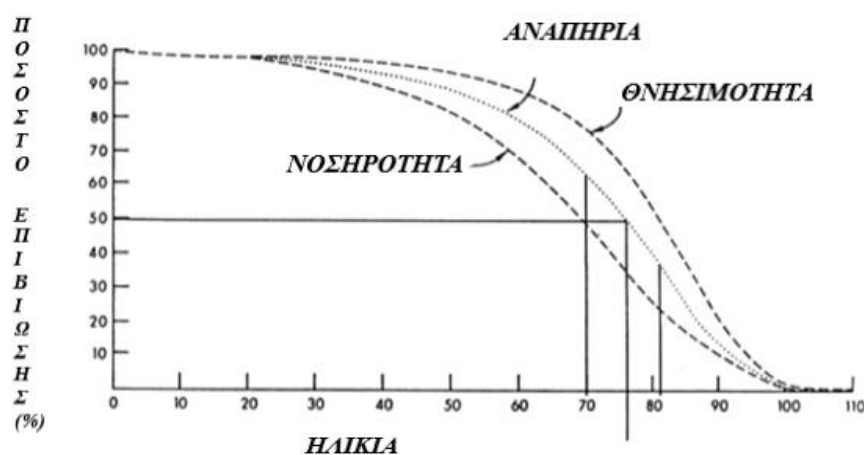
Γενικότερα, οτιδήποτε αυξάνει την τιμή του προϊόντος ή της υπηρεσίας, χωρίς να αποτελεί εισόδημα κάποιου συντελεστή πρέπει να αφαιρείται από το καθαρό εθνικό προϊόν για να ληφθεί το καθαρό εισόδημα. Δύναται επίσης, η αγοραία τιμή ενός προϊόντος να είναι χαμηλότερη από το κόστος παραγωγής εξαιτίας κάποιων επιδοτήσεων που δίνονται στο προϊόν από το κράτος. Στη περίπτωση αυτή το ποσό των επιδοτήσεων πρέπει να προστεθεί στο καθαρό εθνικό προϊόν για να ληφθεί το εθνικό εισόδημα. Μολαταύτα το εθνικό εισόδημα- εθνικό προϊόν χρησιμοποιείται από τους διεθνείς οργανισμούς θεωρούμενος ότι αποτελεί μια πρώτη προσέγγιση της οικονομικής εισοδηματικής πραγματικότητας.

2.5 Προσδόκιμο Ζωής

Οι συνολικές δαπάνες υγείας επηρεάζονται σε σημαντικό βαθμό από την αύξηση του πληθυσμού ηλικίας άνω 64 ετών. Σύμφωνα με τη Βικιπαίδεια, ως προσδόκιμο ζωής, ορίζεται ο αριθμός των ετών που αναμένεται να ζήσει ένα μέσο άτομο μιας δεδομένης ηλικίας. Άπειροι είναι οι παράγοντες που επηρεάζουν το προσδόκιμο ζωής, συμπεριλαμβανομένων των συνηθειών (π.χ. το κάπνισμα), των χρόνιων ασθενειών (π.χ. ο καρκίνος, νεφροπάθεια τελικού σταδίου, καρδιακή ανεπάρκεια το φύλο καθώς οι γυναίκες ζουν περισσότερο από τους άνδρες και της

κοινωνικοοικονομικής κατάστασης. Οι δείκτες προσδόκιμου υγείας, λοιπόν, αναπτύχθηκαν αρχικά με σκοπό να απαντηθεί το ερώτημα αν η αύξηση των συνολικών ετών ζωής συνοδεύεται και από ανάλογη αύξηση των ετών ζωής με «καλή» (μείωση της νοσηρότητας) ή με «κακή» υγεία (αύξηση της νοσηρότητας). Επομένως, οι δείκτες αυτοί χωρίζουν το προσδόκιμο ζωής σε έτη ζωής όπου η κατάσταση υγείας κυμαίνεται, για παράδειγμα, από καλή μέχρι κακή. Με αυτόν τον τρόπο, στον αριθμό των συνολικών ετών ζωής (ποσοτικό κριτήριο) προστίθεται και η φύση της ποιότητας ζωής.

Το γενικό μοντέλο των μεταβατικών αλλαγών στην υγεία (ΠΟΥ, 1984) δείχνει τις διαφορές ανάμεσα στα διάφορα στάδια της κατάστασης της υγείας κατά την διάρκεια της ζωής ενός ατόμου που προσδιορίζεται από τη συνολική επιβίωση, επιβίωση χωρίς αναπηρία και επιβίωση χωρίς χρόνιες παθήσεις. Αυτό οδηγεί σε αντίστοιχους δείκτες: προσδόκιμο ζωής (περιοχή κάτω από της καμπύλη «θνησιμότητας»), προσδόκιμο ζωής χωρίς αναπηρία (περιοχή κάτω από της καμπύλη «αναπηρίας») και προσδόκιμο ζωής χωρίς χρόνιες παθήσεις (περιοχή κάτω από της καμπύλη «νοσηρότητας»). Οι δείκτες αυτοί απεικονίζονται στο διάγραμμα (Διάγραμμα 2.1).



Πηγή: http://www.eurohex.eu/pdf/CountryReports_Issue9_translated/Greece.pdf

Διάγραμμα 2.1

Το γενικό μοντέλο μεταβατικών αλλαγών στην υγεία (Π.Ο.Υ.,1984): καμπύλη θνησιμότητας και υποθετικές καμπύλες νοσηρότητας και επιβίωσης με αναπηρία για γυναίκες, ΗΠΑ,1980

Στο Διάγραμμα (2.1) παρατηρείται ότι στη περιοχή κάτω από τη καμπύλη «αναπηρίας», το ποσοστό επιβίωσης των γυναικών με αναπηρία φτάνει το 60%

δεδομένου ότι τα αυτόνομα έτη ζωής τους είναι τα 70 χρόνια. Αντίστοιχα, σε μία γυναίκα ετών 82 το ποσοστό επιβίωσης φτάνει στο 38%. Διαγραμματικά παρατηρείται επίσης ότι μόλις το 50% των γυναικών ηλικίας 77 ετών επιβιώνουν έχοντας κάποιου είδους αναπηρίας ζώντας όμως μία αυτόνομη ζωή.

Ουσιαστικά, οι δείκτες προσδόκιμου υγείας είναι τόσο όσοι και οι τρόποι με τους οποίους αντιλαμβανόμαστε την υγεία. Τα πιο γνωστά προσδόκιμα υγείας είναι εκείνα που βασίζονται στην ίδια αντίληψη κάθε ατόμου για την υγεία, τον περιορισμό των καθημερινών δραστηριοτήτων και τη χρόνια νοσηρότητα. Για την επίτευξη αυτού του στόχου, η ΕΕ έχει συμπεριλάβει στους Δείκτες Υγείας που καταρτίζει (European Community Health Indicators) και έναν αριθμό δεικτών προσδόκιμου υγείας έτσι ώστε να υπάρχουν σύνθετα μέτρα σύγκρισης για την αναπηρία (π.χ. περιορισμός δραστηριότητας), τη χρόνια νοσηρότητα και την ίδια αντίληψη για την υγεία. Το επικεντρωμένο ερωτηματολόγιο Minimum European Health Module (MEHM) το οποίο απαρτίζεται από 3 γενικά ερωτήματα που καλύπτουν τις παραπάνω έννοιες, συμπεριλήφθηκε στην Έρευνα Εισοδήματος και Συνθηκών Διαβίωσης των Νοικοκυριών (SILC) με σκοπό τη βελτίωση της συγκρισιμότητας των προσδόκιμων υγείας μεταξύ των χωρών. Επιπλέον, το προσδόκιμο υγείας χωρίς μακροχρόνιο περιορισμό της δραστηριότητας του πληθυσμού επιλέχθηκε το 2004 ως ένας από τους θεμελιώδεις δείκτες για την αξιολόγηση των στρατηγικών στόχων της ΕΕ (Στρατηγική της Λισσαβόνας), με τον όρο: Έτη Υγιούς Ζωής (EYZ).

Η δημοσίευση του άρθρου στην ιστοσελίδα iatronet, αναφέρει ότι το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση, υπολογίζει πόσο χρονικό διάστημα, κατά μέσο όρο, ένα μωρό που γεννήθηκε σήμερα, θα μπορούσαμε να αναμένουμε ότι θα ζήσει, αν τα σημερινά ποσοστά θνησιμότητας σε διαφορετικές ηλικίες εφαρμόζονταν σε όλη τη ζωή τους.

Σύμφωνα λοιπόν με την ανάρτηση καθίσταται σαφές ότι ένα πρόσωπο που γεννήθηκε στο Ηνωμένο Βασίλειο το 2011, μπορεί να αναμένεται να ζήσει έως τα 80,05 χρόνια της ηλικίας του. Αυτό συγκρίνεται με ένα εντυπωσιακό 89,73 χρόνια, αν είχε γεννηθεί στο Μονακό και με το φοβερό 38,76 χρόνια, αν είχε γεννηθεί στην Αγκόλα. Το προσδόκιμο ζωής συναρτάται και με τα ποσοστά των θανάτων στην παιδική ηλικία.

Φυσικά στο πέρασμα των αιώνων το προσδόκιμο ζωής αυξάνεται. Ιστορικά, το προσδόκιμο ζωής στη ρωμαϊκή εποχή λέγεται ότι ήταν μεταξύ 22 και 25, αλλά αν ένας Ρωμαίος κατάφερνε να ζήσει έως τα πέντε του έτη, τότε θα είχε μια καλή

ευκαιρία να ζήσει έως και πάνω από τα 40 έτη χρόνια του. Διαχρονικά, υπήρξε μια τεράστια αύξηση του προσδόκιμου ζωής στο Ηνωμένο Βασίλειο. Το 1901 οι γυναίκες μπορούσαν να αναμένουν να ζήσουν έως τα 49 και οι άνδρες τα 45. Αυτό συγκρίνεται με το μέσο όρο στην Αγγλία σήμερα, τα 82,1 έτη για τις γυναίκες και τα 77,7 για τους άνδρες (στην Ουαλία τα ποσοστά είναι 81,4 για τις γυναίκες, 77,1 για τους άνδρες και στη Σκωτία 80,3 για τις γυναίκες και 75,3 για τους άνδρες). Το 1901 σχεδόν το 40 % των θανάτων αφορούσαν σε άτομα ηλικίας κάτω των πέντε ετών. Το 1999 λιγότερο από το 1% των θανάτων ήταν κάτω από την ηλικία των πέντε.

Πάντως, η διαφορά μεταξύ γυναικών και ανδρών τείνει να μειώνεται. Αποδεικνύεται ότι οι άνδρες έχουν πιο ριψοκίνδυνη συμπεριφορά διότι πίνουν και καπνίζουν περισσότερο και ως εκ τούτου έχουν πιο πολλές πιθανότητες από τις γυναίκες να πεθάνουν από καρκίνο του πνεύμονα και κίρρωση, ενώ είναι ακόμη και απίθανο, σε σχέση με τις γυναίκες να ζητήσουν ιατρική βοήθεια, πράγμα που οδηγεί σε καθυστέρηση της διάγνωσης. Θεωρείτο επίσης πιθανό να πεθάνουν από τραυματισμούς, από τροχαία ατυχήματα, από βίαιες επιθέσεις, καθώς και σε πολέμους.

Η βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης, η διατροφή και τα αντιβιοτικά έχουν μειώσει την παιδική θνησιμότητα. Οι ενήλικες έχουν επίσης επωφεληθεί από όλες αυτές τις εξελίξεις και έχουν δει μειώσεις στην καρδιακή νόσο, που οφείλεται σε πιο υγιή διαβίωση και την εξέλιξη της ιατρικής περίθαλψης. Το προσδόκιμο ζωής αντιθέτως ποικίλλει και ανάλογα με το πόσο εύπορος είναι ο πληθυσμός κάθε χώρας διαβιώνουν περισσότερα χρόνια. Π.χ. οι άνδρες που γεννήθηκαν στις πιο εύπορες περιοχές του Ηνωμένου Βασιλείου, ζουν πέντε χρόνια περισσότερο από εκείνους στις φτωχότερες περιοχές. Σημαντικά μετρήσιμο όμως είναι το προσδόκιμο μιας υγιούς ζωής, δηλαδή η βίωση με καλή υγεία.

Εν κατακλείδι, διαπιστώνεται ότι η καταγραφή των δημογραφικών στοιχείων μιας χώρας και η αύξηση του πληθυσμού άνω των 64 χρόνων λόγω χάρη, είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με την υγεία του και κατ' επέκταση με τις δαπάνες υγείας που χρησιμοποιούνται για να καλύψουν τις ανάγκες του πληθυσμού, και των δύο φύλων γυναικών και αντρών. Αυτό σημαίνει ότι η γήρανση του πληθυσμού είναι υπεύθυνη για την αύξηση των δαπανών υγείας καθώς όσο μειώνεται το προσδόκιμο ζωής ενός υγιή ανθρώπου τόσο θα αυξάνονται οι δαπάνες υγείας και όπως προ αναφέρθηκε το προσδόκιμο ζωής διαφέρει από άντρα σε γυναίκα αλλά και από την χώρα διαβίωσης

του. Τέλος, ο συγκεκριμένος παράγοντας αποδεικνύει ότι όσο αυξάνονται οι δαπάνες υγείας τόσο αυξάνονται και ο αριθμός των άτομα άνω των 64 και το προσδόκιμο ζωής διαχρονικά επιτυγχάνοντας με αυτό τον τρόπο ένα καλύτερο επίπεδο υγείας.

2.6 Ανακεφαλαίωση

Στο κεφάλαιο αυτό αναλύονται οι διάφορες έννοιες των συνολικών οικονομικών μεγεθών που είναι απαραίτητες για τον προσδιορισμό του συνολικού εισοδήματος μιας χώρας και κατ' επέκταση της συνολικής επιρροής των μεγεθών αυτών στη διαμόρφωση του επιπέδου υγείας. Δίνεται ο ορισμός του ΑΕΠ, ένα σημαντικό οικονομικό μέγεθος, κύριο μέσο μέτρησης της υγείας μας χώρας. Το ΑΕΠ έχει μεγάλη επίδραση στη διαμόρφωση της οικονομίας μίας χώρας και δεν είναι καθόλα περιεργο το πόσο σημαντική θεωρούν οι επενδυτές τις προσαυξήσεις του.

Επίσης, στο κεφάλαιο αυτό, γίνεται σαφές ότι το δημόσιο χρέος και οι αυξήσεις του οδηγούν σε αύξηση των φόρων και των φόρων επί του ΑΕΠ (περίπου 50%). Αποτέλεσμα αυτού, επίσης, ήταν και η μείωση των δημόσιων επενδύσεων και των ιδιωτικών επενδύσεων οι οποίες ήταν λιγότερες από τις ετήσιες αποσβέσεις του κράτους. Συνεπάγεται από τα παραπάνω ότι οι δαπάνες για την υγεία μειώθηκαν σημαντικά σύμφωνα και με τις αναφορές και του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ).

Τέλος, διερευνήθηκαν οι αιτιολογικούς παράγοντες που επηρεάζουν τις δαπάνες υγείας, με κύριο παράγοντα τη δημογραφική γήρανση. Ο Etienne Barral, οικονομολόγος Υγείας, επισημαίνει την υπερεκτίμηση του παράγοντα αυτού στη διαμόρφωση των δαπανών υγείας ενώ επισημάνθηκαν και άλλοι επιδημιολογικοί παράγοντες όπως η γήρανση του πληθυσμού, η εξέλιξη του επιδημιολογικό πρότυπο, ο νέος τρόπο ζωής, οι ασθένειες του πληθυσμού, η μόλυνση του περιβάλλοντος, οι προσαυξήσεις των εισοδημάτων κ.α. Το σύνολο αυτών των παραγόντων οδηγεί μαθηματικά όπως προαναφέρθηκε στην αύξηση της κατανάλωσης υπηρεσιών και αγαθών του συστήματος υγείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗ ΜΕΣΗ ΑΝΑΤΟΛΗ

3.1 Εισαγωγή

Τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης σε όλο τον κόσμο εξελίσσονται διαρκώς προκειμένου να προσαρμοστούν στις νέες προκλήσεις του περιβάλλοντος, στις ασθένειες του πληθυσμού, στα δημογραφικά στοιχεία και σε μια πλειάδα από άλλους παράγοντες που ενδέχεται να επηρεάζουν τη παροχή υπηρεσιών υγείας.

Πολλοί παράγοντες έχουν άμεσο αντίκτυπο στα τοπικά συστήματα υγείας, συμπεριλαμβανομένου του πληθυσμού μιας χώρας, του μεγέθους του πληθυσμού, της ικανότητας του ανθρώπινου δυναμικού να προσαρμοστεί και της έκθεσής του στις νέες αυτές «συγκρούσεις» (Parkash J, Younis MZ, Ward W, 2015).

Η Μέση Ανατολή είναι ένας γεωγραφικός όρος που αναφέρεται σε περιοχές της δυτικής Ασίας και της βόρειας Αφρικής. Τα όρια της Μέσης Ανατολής δεν είναι αυστηρώς καθορισμένα, διαφέρουν ανά ιστορική περίοδο και ποικίλουν ανάλογα την εθνολογική, πολιτισμική, ή γεωπολιτική σκοπιά. Κατά κανόνα όμως περικλείουν την αραβική χερσόνησο και χώρες γύρω από την Ερυθρά Θάλασσα και τον Περσικό Κόλπο. Σήμερα στον όρο αυτό θεωρείται ότι ανήκουν οι χώρες: Συρία, Λίβανος, Κύπρος, Ιορδανία, Παλαιστινιακά Εδάφη, Ισραήλ, Αίγυπτος, Σαουδική Αραβία, Υεμένη, Κατάρ, Ομάν, τα Ηνωμένα Αραβικά Εμιράτα, Μπαχρέιν, Κουβέιτ, Ιράκ, Ιράν, Αρμενία και Τουρκία.

Το παρόν κεφάλαιο θα εστιάσει στην ετερογένεια των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης σε ολόκληρη τη Μέση Ανατολή διαμορφώνοντας το προφίλ μόνο των επτά χωρών που θα αναλυθούν παρακάτω. Οι χώρες αυτές είναι το Ομάν, οι χώρες του Μπαχρέιν, το Ιράκ, το Ιράν, ο Λίβανος, το Κατάρ και η Σαουδική Αραβία.

Όλες οι χώρες αυτές μοιράζονται ένα παρόμοιο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, με δημόσια και ιδιωτικά ρεύματα χρηματοδότησης και παράδοσης υπηρεσιών. Πρόκειται για ένα μεικτό σύστημα υγείας όπου η παρέμβαση του κράτους είναι ιδιαίτερα σημαντική δεδομένου και του εύρους του ποσού των κονδυλίων που διατίθενται για την υγειονομική περίθαλψη ανά περιοχή. Για παράδειγμα, το Ομάν θεωρείται ότι βρίσκεται στο υψηλότερο σημείο της περιοχής,

όπου το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης χρηματοδοτείται από το κράτος κατά 82%.

Η παρατήρηση διαφόρων τρωτών σημείων που επηρεάζουν την υγεία των πολιτών της Μέσης Ανατολής κλονίζοντας την πολιτική, οικονομική και κοινωνική δομή των χωρών αυτών καθώς επρόκειτο για χώρες με ασθενή συστήματα υγείας και οικονομικές δομές, αρκετά ταλαιπωρημένες από τις συνεχιζόμενες εσωτερικές συρράξεις, μη διαθέτοντας ισχυρά κρατικά μέσα και όντας αντιμέτωπες με μία τεράστια πρόκληση, αποτελούν, κυρίως, ένα βήμα συνειδητοποίησης και άμεσης αλλαγής στοχεύοντας στην οικοδόμηση ενός ανθεκτικού συστήματος υγείας στις χώρες αυτές.

3.2 Η οικονομία της Μέσης Ανατολής

Είναι ουσιαστικά ψευδεπίγραφο ότι κάθε οικονομικό πρόβλημα δεν έχει πολιτική διάσταση και κάθε πολιτικό πρόβλημα δεν έχει οικονομική διάσταση. Αναμφίβολα, η σχέση αυτή είναι αμφίδρομη και αλληλεξαρτώμενη.

Τα τελευταία χρόνια η Μέση Ανατολή γνώρισε ένα τεράστιο κύκλο ανάπτυξης και ταυτόχρονης παρακμής. Συγκεκριμένα η περίοδος 1965-1985μ.χ. αντιπροσώπευε μια περίοδο τεράστιας οικονομικής ανάπτυξης. Αυτή η ανάπτυξη διευκολύνθηκε από τη δραματική αύξηση των τιμών του πετρελαίου, οι οποίες σχετίζονται με τον Αραβικό-Ισραηλινό Πόλεμο του 1973μ.χ. και την Ιρανική Επανάσταση του 1979μ.χ.. Καθώς οι τιμές του πετρελαίου αυξήθηκαν σε νέα υψηλά επίπεδα, τα περισσότερα κράτη στη Μέση Ανατολή επωφελήθηκαν από τα αυξημένα έσοδα. Τα κράτη παραγωγής πετρελαίου (ειδικά οι μεγάλοι παραγωγοί όπως η Σαουδική Αραβία, το Ιράν, το Ιράκ, το Κουβέιτ, τα Ηνωμένα Αραβικά Εμιράτα και το Κατάρ) επωφελήθηκαν άμεσα με τη μορφή υψηλών εσόδων από εξαγωγές. Ομοίως, αυτές οι πολιτείες είχαν πολλές ευκαιρίες απασχόλησης ως αποτέλεσμα των αναπτυσσόμενων οικονομιών του Κόλπου.

Αντίθετα, τα κράτη της Μέσης Ανατολής που δεν παράγουν πετρέλαιο (κράτη όπως η Ιορδανία, η Αίγυπτος, η Υεμένη και οι παλαιστινιακές περιοχές) απέκτησαν και αυτά ορισμένα οφέλη. Πολλοί άνθρωποι επομένως οι οποίου ζούσαν στα κράτη αυτά πήγαν στις πολιτείες παραγωγής πετρελαίου για να κερδίσουν χρήματα ως δάσκαλοι, εργάτες οικοδομών, εργάτες πετρελαίου, κ.α.. ενισχύοντας με αυτό τον

τρόπο τις εθνικές τους οικονομίες. Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου οικονομικής ανάπτυξης, τα κράτη που δεν παράγουν πετρέλαιο επωφελήθηκαν από τα αυξημένα επίπεδα βοήθειας που λάμβαναν από τα γειτονικά κράτη.

Σύμφωνα με τον οικονομολόγο Γουέλιαν Γουιράντο (2020), ο οποίος επισήμανε στο ειδησεογραφικό κανάλι BBG, ότι παρόλο τις εντάσεις των πολέμων που όλο και κλιμακώνονται, η Μέση Ανατολή φιλοξενεί μερικές από τις μεγαλύτερες καταθέσεις πετρελαίου και φυσικού αερίου ανά το κόσμο. Λόγω αυτών των μεγάλων καταθέσεων και της αυξανόμενης παγκόσμιας ζήτησης, οι χώρες της περιοχής έχουν μερικά από τα μεγαλύτερα ΑΕΠ στον κόσμο. Οι χώρες της Μέσης Ανατολής συγκαταλέγονται μεταξύ των λιγότερο κατοικημένων χωρών στον κόσμο, μεταφράζοντας στις χώρες με το υψηλότερο κατά κεφαλήν ΑΕΠ στον κόσμο. Παρακάτω παρουσιάζονται κάποιες από τις χώρες της Μέσης Ανατολής με τα μεγαλύτερα και αντίστοιχα μικρότερα ΑΕΠ παγκοσμίως.

Πίνακας 3.1

Οι πλουσιότερες και φτωχότερες οικονομίες της Μέσης Ανατολής

Rank	Country	GDP Per Capita
1	Qatar	\$129,700.00
2	Kuwait	\$71,300.00
3	United Arab Emirates	\$67,700.00
4	Saudi Arabia	\$54,100.00
5	Bahrain	\$50,300.00
6	Oman	\$43,700.00
7	Israel	\$34,800.00
8	Turkey	\$21,100.00
9	Lebanon	\$18,500.00
10	Iran	\$18,100.00
11	Egypt	\$12,100.00
12	Jordan	\$11,100.00
13	Iraq	\$16,500.00
14	Syria	\$2,900.00

Πηγή: <https://www.worldatlas.com/>

Στο Πίνακα (3.1) παρουσιάζονται ορισμένες χώρες της Μέσης Ανατολής με τις πλουσιότερες και αντίστοιχα φτωχότερες οικονομίες. Όπως παρατηρείται και στο παραπάνω πίνακα το Κατάρ, Το Κουβέιτ και τα Ηνωμένα Εθνικά Εμιράτα είναι τα τρία πλουσιότερα έθνη στη Μέση Ανατολή όντας και τα τρία κράτη παραγωγής

πετρελαίου. Παράγουν και πουλούν πετρέλαιο παγκοσμίως οδηγώντας τις στις πλουσιότερες χώρες όλου του κόσμου. Αντίθετα, τις τρεις τελευταίες θέσεις του πίνακα καταλαμβάνονται από την Ιορδανία, το Ιράκ και τη Συρία, κράτη με αβέβαιο μέλλον σχετικά με τα αποθέματα πετρελαίου που διαθέτουν καθώς η οικονομική τους ανάπτυξη στηρίζεται στη παραγωγή προϊόντων και υπηρεσιών στο τομέα της γεωργίας και της βιομηχανίας.

Αποτέλεσμα αυτού του νεοσύστατου πλούτου ήταν επίσης και η διεύρυνση της διαφοράς του εισοδήματος μεταξύ των κρατών της Μέσης Ανατολής, πράγμα που σημαίνει ότι ενώ όλα τα κράτη αύξησαν τον εθνικό τους πλούτο ορισμένα κράτη αυξήθηκαν με πολύ ταχύτερα ποσοστά. Τα κράτη που παράγουν πετρέλαιο, ειδικά εκείνα στον Κόλπο με μικρούς πληθυσμούς, μπόρεσαν να επιτύχουν εισοδήματα ανά άτομο που ανταγωνίζονται, και σε ορισμένες περιπτώσεις ξεπερνούν, τα οικονομικά επίπεδα της Δυτικής Ευρώπης, ενώ, κράτη όπως η Ιορδανία και η Υεμένη παρέμειναν μεταξύ των φτωχότερων στον κόσμο.

Η οικονομική ύφεση έφτασε και στις χώρες της Μέσης Ανατολής καθώς στις αρχές του 1986μ.χ. μειώθηκε η τιμή του πετρελαίου δραματικά από 28 \$ το βαρέλι τον Δεκέμβριο του 1985μ.χ. σε 10 \$ το βαρέλι τον Ιούλιο του 1986μ.χ.. Η πτώση της τιμής ήταν αποτέλεσμα της υπερπαραγωγής του πετρελαίου. Ξαφνικά, τα τεράστια κέρδη από εξαγωγές από το εξωτερικό που οδήγησαν στην ανάπτυξη των τελευταίων δύο δεκαετιών μειώθηκαν δραστικά. Αυτή η μείωση των εσόδων από εξαγωγές επηρέασε όλα τα κράτη στη Μέση Ανατολή με τους ακόλουθους τρόπους:

- 1) Ο απασχολούμενος πληθυσμός στα κράτη παραγωγής πετρελαίου έχασαν τις θέσεις εργασίας τους
- 2) Τα κράτη μη παραγωγής πετρελαίου έχασαν την οικονομική ενίσχυση από τα κράτη παραγωγής του.

Αδιαμφισβήτητα, από οικονομικής απόψεως, οι παράγοντες που επηρεάζουν την οικονομική ανάπτυξη της Μέσης Ανατολής είναι ο υψηλός ρυθμός αύξησης του πληθυσμού. Ειδικότερα, στην περιοχή, υπάρχει ένας μέσος ρυθμός αύξησης του πληθυσμού 3% ετησίως. Αυτός ο μέσος ρυθμός αύξησης πληθυσμού υποδηλώνει ότι ο πληθυσμός σε μια δεδομένη κατάσταση θα διπλασιαστεί περίπου 3% περισσότερο κάθε 20-30 χρόνια. Στο Ιράκ, τη Λιβύη και τη Σαουδική Αραβία είναι πάνω από 3,5%, και στα ΗΑΕ και την Υεμένη είναι πάνω από 4%. Τα ποσοστά αυτά μέσης αύξησης του πληθυσμού τείνουν στα ίδια επίπεδα αύξησης της Αφρικάνικης ηπείρου.

Αιτιότητα του μεγάλου αυτού αριθμού αύξησης ήταν η αδυναμία πρόσβασης στους πόρους των κρατών, καθώς η ανάγκη των ανθρώπων για πρόσβαση σε καθαρό νερό, τρόφιμα, φάρμακα, εκπαίδευση κ.α. και η ανάγκη δημιουργίας νέων θέσεων εργασίας προκειμένου να απορροφηθεί η αυξανόμενη προσφορά εργασίας ήταν αναγκαία. Διότι, σύμφωνα με μια εκτίμηση, περίπου ένα εκατομμύριο άνθρωποι στη Μέση Ανατολή θα εισέλθουν στην αγορά εργασίας για πρώτη φορά το έτος 2000μ.χ.. Από αυτούς, μόνο περίπου 200.000 θα μπορούν να βρουν απασχόληση. Το αποτέλεσμα θα είναι η μεγάλη κλίμακας ανεργία. Τα ποσοστά ανεργίας στη Μέση Ανατολή κυμαίνονται από κάτω του 10% στη Σαουδική Αραβία και τη Συρία σε πάνω από 30% στο Ιράν, τη Δυτική Όχθη, τον Λίβανο και την Υεμένη και το 50% στη Γάζα.

Επιπλέον, ένα ακόμη παράγοντας που επηρεάζει το οικονομικό μέλλον της Μέσης Ανατολής είναι οι διακυμάνσεις της τιμής του πετρελαίου. Σε μια προσπάθεια να μειωθεί η εξάρτησή τους από τα έσοδα από το πετρέλαιο, πολλά κράτη της περιοχής καταβάλλουν μεγάλες προσπάθειες για την ανάπτυξη εναλλακτικών οικονομικών δραστηριοτήτων αναπτύσσοντας διάφορους τομείς όπως τις τράπεζες, το τουρισμός, τη γεωργία κ.α..

Εντούτοις, ως αποτέλεσμα αυτού του νεοσύστατου πλούτου, σημειώθηκαν τεράστια κοινωνικά επιτεύγματα στη Μέση Ανατολή. Για παράδειγμα, η βρεφική θνησιμότητα μειώθηκε στο μισό και το προσδόκιμο ζωής αυξήθηκε περισσότερο από δέκα χρόνια. Η εγγραφή στο σχολείο αυξήθηκε σημαντικά και η εκπαίδευση των ενηλίκων αυξήθηκε από 34% το 1970μ.χ. σε 53% το 1990μ.χ.

Τέλος, οι περισσότεροι οικονομολόγοι προβλέπουν συνεχή οικονομική ανάπτυξη για τη Μέση Ανατολή, αν και η κατανομή των πόρων δεν κατανέμεται ομοιόμορφα σε ολόκληρη την περιοχή, και αναμένουν πώς ο ρυθμός οικονομικής ανάπτυξης θα κυμανθεί περίπου στο 3-5%, αν και ο πραγματικός ρυθμός θα εξαρτηθεί σε μεγάλο βαθμό από τη κυμαινόμενη τιμή του πετρελαίου, το ρυθμό ξένων επενδύσεων, την αποτελεσματικότητα του μεγάλου αριθμού κρατικών βιομηχανιών και την αύξηση του πληθυσμού.

3.3 Οικονομικά Χαρακτηριστικά και συστήματα Υγείας των Χωρών

Κάποιες από τις οικονομίες της Μέσης Ανατολής αναλύονται παρακάτω προκειμένου να δοθεί μια πλήρης εικόνα της οικονομικής κατάστασης των εν λόγω χωρών και να παρατηρηθεί η αντανάκλασή της οικονομίας τους στον τομέα της υγείας και στη λειτουργία και οργάνωση των συστημάτων περίθαλψής τους. Οι χώρες αυτές πλεονεκτούν και παράλληλα υστερούν σε πολλά επίπεδα. Υστερούν από άποψη γεωγραφικής θέσης, αλλά πλεονεκτούν από άποψη οικονομικού ανασχηματισμού καθώς κατάφεραν να δημιουργήσουν κολοσσιαίες οικονομίες στηριζόμενες στη παραγωγή πετρελαίου, αποτέλεσμα αυτού να ενισχύσουν κατά πολύ το υγειονομικό σύστημα. Παρουσιάζονται παρακάτω κάποιες από τις οικονομίες της Μέσης Ανατολής. Ειδικότερα:

1) Κατάρ

Το Κατάρ είναι μία από τις μικρότερες χώρες στη Μέση Ανατολή, καταλαμβάνοντας μόνο μια έκταση 4,473 τετραγωνικών μιλίων. Εντούτοις, παρά το μέγεθος της, καταλαμβάνει πλούτο σε φυσικούς πόρους με το Κατάρ να διαθέτει 25 τρισεκατομμύρια κυβικά μέτρα αποθέματος φυσικού αερίου, τον τρίτο σε μέγεθος στον κόσμο και αποδεδειγμένα αποθέματα πετρελαίου 15 δισεκατομμυρίων βαρελιών. Αυτός ο πλούτος φυσικών πόρων μεταφράζεται σε ΑΕΠ ύψους 166,9 δισ. Δολαρίων. Το Κατάρ έχει έναν μικρό πληθυσμό που υπολογίζεται σε περίπου 2,5 εκατομμύρια και ένα κατά κεφαλήν ΑΕΠ ύψους 129.700 δολαρίων, το υψηλότερο όχι μόνο στη Μέση Ανατολή αλλά και στον κόσμο. Το κατά κεφαλήν ΑΕΠ σημείωσε πρωτοφανή αύξηση 1,156% στη δεκαετία του 1970.

Το Κατάρ προσφέρει δωρεάν υγειονομική περίθαλψη γνωστή για την εξαιρετική της ποιότητα, είτε πρόκειται για δημόσιο είτε για ιδιωτικό τομέα. Το δημόσιο σύστημα υγείας στο Κατάρ ρυθμίζεται από το Ανώτατο Συμβούλιο Υγείας και διατίθεται και στους ομογενείς. Υπάρχουν πολλά ιατρικά κέντρα, με σύγχρονο εξοπλισμό και αποτελεσματικό προσωπικό. Υπάρχει καλή σχέση μεταξύ γιατρού-ασθενούς στο Κατάρ, που οφείλεται εν μέρει στον χαμηλό πληθυσμό αλλά και στον υψηλό αριθμό ιατρικών κέντρων. Ομοίως, οι νοσοκομειακές λίστες αναμονής είναι σχεδόν ανύπαρκτες. Ωστόσο, συνιστάται μερικές φορές να αναζητηθεί ιατρική περίθαλψη εκτός του Κατάρ για εξειδικευμένη θεραπεία, εξ ου και η σημασία μιας

διεθνούς κάλυψης. Δεδομένου αυτού το Κατάρ επενδύει περισσότερο κατά κεφαλή ΑΕΠ στην υγειονομική περίθαλψη από οποιαδήποτε άλλη χώρα του ΣΣΚ. Σύμφωνα λοιπόν με την ιστοσελίδα *countryeconomy* το 2016 οι δαπάνες για την υγεία άγγιξαν το ποσοστό των 81.63%.

2) Τα Ηνωμένα Αραβικά Εμιράτα

Τα Ηνωμένα Αραβικά Εμιράτα, είναι ομοσπονδιακό κράτος που αποτελείται από επτά εμιράτα, στο νοτιοανατολικό άκρο της Αραβικής χερσονήσου. Τα ΗΑΕ βρέχονται από τον Περσικό κόλπο και τον Κόλπο του Ομάν, ενώ συνορεύουν με τη Σαουδική Αραβία και το Σουλτανάτο του Ομάν. Έχουν συνολική έκταση 83.600 τ.χλμ. και πληθυσμό 9.770.529 κατοίκων (Μέση εκτίμηση των Ηνωμένων Εθνών για το 2019). Τα επτά εμιράτα που απαρτίζουν την ομοσπονδία είναι τα εξής:

- 1) Άμπου Ντάμπι
- 2) Αϊμάν
- 3) Ντουμπάι
- 4) Ουμ αλ-Καϊγιάν
- 5) Ρας αλ-Καϊμά
- 6) Σάρτζα
- 7) Φουτζέιρα

Η χώρα των 32.300 τετραγωνικών μιλίων είναι η τρίτη πλουσιότερη χώρα στη Μέση Ανατολή με κατά κεφαλήν ΑΕΠ ύψους 67.700 δολαρίων. Η οικονομία της χώρας εξαρτάται εν μέρει από τις πλούσιες ορυκτές καταθέσεις της με έσοδα από το πετρέλαιο που συμβάλλουν στο ένα τρίτο του ΑΕΠ των 377 δισεκατομμυρίων δολαρίων. Το τεράστιο κατά κεφαλήν ΑΕΠ αποδίδεται στον μικρό πληθυσμό της χώρας καθώς εκτιμάται ότι είναι περίπου 9,3 εκατομμύρια με την πλειοψηφία των κατοίκων που είναι εκπατρισμένοι (7,8 εκατομμύρια). Τα ΗΑΕ έχουν σημειώσει αξιοσημείωτη πρόοδο στην υγειονομική περίθαλψη. Κατά τα τελευταία χρόνια η κυβέρνηση και οι στρατηγικές για την υγεία έδωσαν ιδιαίτερη προσοχή στην ευημερία των πολιτών των ΗΑΕ, ο σημαντικότερος πόρος της χώρας και ο πρωταρχικός στόχος όλων των εθνικών ανάπτυξης. Για το σκοπό αυτό εγκρίθηκαν

εκτεταμένα προγράμματα υγείας για τη κάλυψη των αναγκών της κοινωνίας των ΗΑΕ. Επί του παρόντος, τα ΗΑΕ διαθέτουν μια ολοκληρωμένη, χρηματοδοτούμενη από την κυβέρνηση υγειονομική υπηρεσία και έναν αναπτυσσόμενο ιδιωτικό τομέα υγείας. Η πρόοδος αυτή αντικατοπτρίζεται σαφώς στις θετικές αλλαγές στις στατιστικές για την υγεία, οι οποίες δείχνουν ότι τα ΗΑΕ έχουν αντικατασταθεί μεταξύ των ανεπτυγμένων εθνών του κόσμου καθώς σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, το 2004 οι συνολικές δαπάνες για την υγειονομική περίθαλψη αποτελούσαν το 2,9% του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος (ΑΕΠ), η κατά κεφαλή δαπάνη για την υγειονομική περίθαλψη ήταν 497 δολάρια και οι συνολικές δαπάνες για την υγεία (% του ΑΕΠ) στα Ηνωμένα Αραβικά Εμιράτα ανήλθαν σε 58,3% το 2014.

3) Μπαχρέιν

Το Βασίλειο του Μπαχρέιν, είναι μία μικρή αραβική μοναρχία της Μέσης Ανατολής. Παρά τη μικρή οικονομία της, το δηνάριο του Μπαχρέιν, το νόμισμά του, είναι το πιο εκτιμημένο νόμισμα στην Ασία. Η χώρα έχει επίσης μια από τις πιο διαφοροποιημένες οικονομίες. Το Μπαχρέιν, λοιπόν, έχει μια οικονομία βασισμένη στο πετρέλαιο από το 1937. Οι εκτιμήσεις δείχνουν ότι έχει περίπου 124 εκατομμύρια βαρέλια πετρελαίου που είναι ελάχιστα σε σύγκριση με άλλα μέλη του Συμβουλίου Συνεργασίας του Κόλπου (ΣΣΚ). Ανεξάρτητα από αυτό, η βιομηχανία πετρελαίου και φυσικού αερίου είναι η μεγαλύτερη βιομηχανία στο Μπαχρέιν, που αντιπροσωπεύει το 11% του ΑΕΠ και το 70% -86% των κρατικών εσόδων. Από αυτά τα έσοδα, το 80% προέρχεται από το πετρελαιοφόρο ανοικτής θάλασσας του Abu Safa, που ανήκει και διαχειρίζεται η Saudi Aramco, εθνική εταιρεία πετρελαίου και φυσικού αερίου που εδρεύει στο Dhahran της Σαουδικής Αραβίας. η οποία μεταφέρει το 50% των κερδών της στην κυβέρνηση του Μπαχρέιν. Το Μπαχρέιν παίρνει το υπόλοιπο 20% από το Awali, το μόνο πετρελαϊκό πεδίο στη χώρα. Από το 2016, ο ισλαμικός τραπεζικός τομέας ανήλθε σε περισσότερα από 25,7 δις. δολάρια από τη βιομηχανία, συνολικού ύψους 192,7 δις. δολαρίων. Η βιομηχανία συνεπώς απασχολεί περίπου 14.000 άτομα και συμβάλλει πάνω από το 25% του ΑΕΠ της χώρας.

Σύμφωνα με το άρθρο « Health system profile – Bahrain » του Παρατηρητηρίου Συστημάτων Υγείας - EMRO, το Μπαχρέιν παρέχει πλήρης υγειονομική περίθαλψη

στους κατοίκους της και ο τομέας της υγείας επιδοτείται σε μεγάλο βαθμό από τη κυβέρνηση. Το Βασίλειο του Μπαχρέιν αναγνωρίζεται για το προχωρημένο του επίπεδο στον τομέα της υγείας λόγω των αξιοσημείωτων επιτευγμάτων του που έχουν επιτευχθεί με την πάροδο των ετών. Η υγειονομική περίθαλψη έχει λάβει μεγάλη προσοχή, καθώς αποτελεί μία από τις κορυφαίες προτεραιότητες των κυβερνητικών αναπτυξιακών προγραμμάτων. Ο στόχος «Υγεία για όλους» επιτεύχθηκε στις αρχές της δεκαετίας του 1990, όπου παρέχονται ολοκληρωμένες υπηρεσίες υγείας στους πολίτες και στους κατοίκους του Μπαχρέιν. Το Μπαχρέιν δαπανά ένα μέτριο 4% του ΑΕΠ και φτάνει το ποσοστό των 79,69% στο σύνολο (% του ΑΕΠ) το 2014 στον τομέα της υγείας, σύμφωνα με τη συλλογή δεικτών ανάπτυξης της Παγκόσμιας Τράπεζας, η οποία συγκεντρώθηκε από επίσημα αναγνωρισμένες πηγές.

4) Ομάν

Το Σουλτανάτο του Ομάν είναι μια χώρα στη περιοχή της Μέσης Ανατολής, η οποία συνορεύει στα δυτικά με τη Σαουδική Αραβία, τα Ηνωμένα Αραβικά Εμιράτα και την Υεμένη. Έχει ακαθάριστο εγχώριο προϊόν (ΑΕΠ) περίπου 69,83 δισεκατομμυρίων δολαρίων, ενώ το πετρέλαιο και το φυσικό αέριο είναι από τους βασικούς τομείς της οικονομίας του έθνους. Πέρα από τους βασικούς τομείς, η οικονομία του στηρίζεται και στο εμπόριο παραγωγής γεωργικών προϊόντων αλλά και στον τουρισμό. Εφαρμόστηκαν διάφορα σχέδια όπως το Karim Project και το Bahja-Rima cluster field κ.α., προκειμένου να συμβάλουν στην ενίσχυση της οικονομίας του Ομάν. Τέλος, και ο τουριστικός τομέας συμβάλλει περίπου στο 3,3% του ΑΕΠ του έθνους και απασχολεί περίπου 37.000 ανθρώπους. Βάσιμα λοιπόν το Ομάν κατέχει την έκτη θέση στις πλουσιότερες χώρες της Μέσης Ανατολής.

Ακόμη και στο τομέα της υγείας, το Ομάν προσφέρει υψηλής ποιότητας υγειονομική περίθαλψη ίση με εκείνη της Δυτικής Ευρώπης και των Ηνωμένων Πολιτειών, εκτός από τις εξαιρετικά εξειδικευμένες θεραπείες για τις οποίες οι κάτοικοί της θα πρέπει να ταξιδέψουν εκτός του Ομάν. Δεδομένου ότι το Ομάν έχει υψηλή αναλογία ιατρικών εγκαταστάσεων (δημόσιων και ιδιωτικών) σε κατοίκους, είναι γενικά πολύ εύκολο να ληφθούν οι υπηρεσίες που προσφέρει ακόμη και στους 'επισκέπτες' της χώρας. Το Ομάν έχει μια υπηρεσία δημόσιας υγείας που παρέχει δωρεάν ή πολύ χαμηλού κόστους υγειονομική περίθαλψη στους υπηκόους του παρόλο αυτά οι κάτοικοι του Ομάν δεσμεύονται ένα αυτοί το επιθυμούν να έχουν και

ιδιωτική ασφάλιση υγείας. Δεδομένου αυτού, οι δαπάνες για την υγεία, το σύνολο (% του ΑΕΠ) στο Ομάν αναφέρθηκαν στο 56,86% το 2014, σύμφωνα με τη συλλογή δεικτών ανάπτυξης της Παγκόσμιας Τράπεζας, η οποία καταρτίστηκε από επίσημα αναγνωρισμένες πηγές.

5) Λίβανος

Ο Λίβανος είναι χώρα της Ανατολικής Μεσογείου και της Μέσης Ανατολής. Έγινε ανεξάρτητη στις 22 Νοεμβρίου 1943 μετά από εικοσάχρονη γαλλική κατοχή. Έχει συνολική έκταση 10.452 τ.χλμ. και πληθυσμό, σύμφωνα με εκτιμήσεις του 2019, 6.855.713 κατοίκους. Η σημερινή πολιτική κρίση που ταλανίζει τον Λίβανο δεν είναι τυχαία. Αποτελεί τη φυσική συνέχεια μίας χρόνιας παρακμής σε οικονομία και πολιτικούς θεσμούς που επιδεινώθηκε λόγω της δετούς κρίσης στη Συρία και της συνακόλουθης εισροής 1,7 εκατομμυρίων προσφύγων στην χώρα καθώς και λόγω της αντιπαράθεσης του σιιτικού Ιράν και της σουνιτικής Σαουδικής Αραβίας όπως αυτή εκδηλώνεται στο πεδίο του Λιβάνου.

Είναι αλήθεια ότι η οικονομία του Λιβάνου βρίσκεται σε πτωτική πορεία τα τελευταία χρόνια και ότι η κυρίαρχη πολιτική τάξη έχει αποτύχει να βρει λύσεις τόσο για την εμπέδωση της οικονομικής σταθερότητας όσο και για την ενίσχυση των κρατικών θεσμών. Συγκεκριμένα, η οικονομία της χώρας ταλανίζεται από την αύξηση του δημοσιονομικού ελλείμματος και του δημόσιου χρέους, την αύξηση των επιτοκίων και τη μείωση της παροχής τραπεζικών δανείων προς τον ιδιωτικό τομέα. Την ίδια στιγμή η μηνιαία αύξηση στον αριθμό απολύσεων εργαζομένων και πτωχεύσεων επιχειρήσεων, έχει οδηγήσει σε συνολική μείωση των φορολογικών εσόδων του κράτους.

Όλα αυτά έχουν αυξήσει τις πιθανότητες τροφοδότησης ενός φαύλου κύκλου ο οποίος με μαθηματική ακρίβεια οδηγεί σε περαιτέρω αύξηση του δημοσιονομικού ελλείμματος. Εξίσου αξιοσημείωτο είναι ότι κατά τη διάρκεια του 2019 υπήρξε σοβαρή εκροή των τραπεζικών καταθέσεων σε τέτοιο βαθμό ώστε οι λιβανέζικες τράπεζες να δυσκολεύονται ως προς την χρηματοδότηση της κυβέρνησης και με κίνδυνο η τελευταία να κηρύξει ανά πάσα στιγμή στάση πληρωμών. Η κήρυξη «κατάστασης οικονομικής έκτακτης ανάγκης» από την μέχρι πρότινος κυβέρνηση Χαρίρι με ζητούμενο την αναζήτηση τρόπων μείωσης του δημοσιονομικού

ελλείμματος υπήρξε μονόδρομος. Και τούτο διότι το δημόσιο χρέος έχει αγγίξει τα 86 δισεκατομμύρια δολάρια, φθάνοντας σε επίπεδο άνω του 150% του ΑΕΠ.

Όπως αναφέρεται στη διεθνή βιβλιογραφία, η λιβανική οικονομία στηρίζεται κατά κύριο λόγο στον τομέα των υπηρεσιών (75,4% του ΑΕΠ). Επικεντρώνεται σε περιορισμένο αριθμό κλάδων: τραπεζικός, ασφαλιστικός, ακινήτων, τουρισμού, υγείας και εκπαίδευσης. Λειτουργεί σε συνθήκες οικονομίας της αγοράς, με το κόστος των περισσότερων αγαθών και υπηρεσιών να καθορίζεται από την προσφορά και τη ζήτηση. Ο γεωργικός τομέας, αν και σημαντικός, βαίνει φθίνων. Οι οικονομικοί δείκτες δείχνουν ότι η χώρα αυτή είναι ανεπτυγμένη σε ορισμένους τομείς όπως η εκπαίδευση και η υγειονομική περίθαλψη, οι οποίες ευρίσκονται σε σχετικά υψηλό επίπεδο. Ωστόσο, οι αντιθέσεις είναι τεράστιες, με σημαντικές ανισότητες όσον αφορά στη πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας.

Σχετικά με τον τομέα της υγείας λοιπόν, το 1998 ο Λίβανος δαπάνησε 12,4% του ΑΕΠ του για την υγεία, κάτι που ήταν περισσότερο από κάθε άλλη χώρα στην ΕΕ Ανατολική Μεσόγειος. Οι πληρωμές εκτός τσέπης (out of pocket), στο 60% των συνολικών δαπανών για την υγεία, ήταν επίσης μεταξύ των υψηλότερων στην περιοχή, συνιστά σημαντικό εμπόδιο για τους ανθρώπους με χαμηλό εισόδημα. Μετά από αυτό, εφαρμόστηκε μια σειρά μεταρρυθμίσεων από το Υπουργείο Υγείας για τη βελτίωση της ισότητας και της αποδοτικότητας παροχής υπηρεσιών υγείας.

Τα βασικά στοιχεία αυτών των μεταρρυθμίσεων ήταν: α) η ανανέωση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης του δημόσιου τομέα δίκτυο, β) η βελτίωση της ποιότητας στα δημόσια νοσοκομεία, και γ) η βελτίωση της ορθολογικής χρήσης ιατρικών τεχνολογιών και φαρμάκων. Το τελευταίο περιλαμβάνει την αύξηση της χρήσης γενόσημων φαρμάκων με εγγυημένη ποιότητα. Το Υπουργείο Υγείας επιδιώκει επίσης να ενισχύσει τις ηγετικές και διαχειριστικές λειτουργίες του μέσω μιας εθνικής ρυθμιστικής αρχής για την υγεία και τη βιοϊατρική τεχνολογία, ένα σύστημα πληρωμών με σύναψη συμβάσεων με ιδιωτικά νοσοκομεία για ειδικές υπηρεσίες νοσηλείας σε καθορισμένες τιμές. Παρά τις ρυθμίσεις εξομάλυνσης του ελλείμματος, οι οικονομικές συνθήκες και οι προοπτικές οικονομικής ανέλιξης του κράτους είναι ιδιαίτερα δύσκολες καθιστώντας την στις πιο φτωχότερες χώρες της Μέσης Ανατολής.

6) Ιράν

Το Ιράν, γνωστό και ως Ισλαμική Δημοκρατία του Ιράν ανήκει γεωγραφικά στη Νοτιοδυτική Ασία. Έως το 1935 ήταν παγκοσμίως γνωστό ως Περσία. Από τότε χρησιμοποιούνταν και οι δύο ονομασίες, όμως ο όρος Ιράν καθιερώθηκε ως επίσημη ονομασία της χώρας. Έχει έκταση 1.648.195 τετραγωνικά χιλιόμετρα και ο πληθυσμός του είναι περίπου 82.913.906 σύμφωνα με την εκτίμηση των Ηνωμένων Εθνών για το 2019. Η οικονομία της στηρίζεται κυρίως στο κράτος της, ενώ οι οικονομικοί πόροι πάνω στους οποίους βασίζεται ολόκληρη σχεδόν η οικονομία της είναι οι πηγές πετρελαίου, τα αποθέματα φυσικού αερίου και τα διάφορα ορυκτά άνθρακα, ψευδάργυρου, σιδήρου και άλλων ορυκτών. Το Ιράν αποτελεί την τέταρτη μεγαλύτερη παραγωγική χώρα πετρελαίου παγκοσμίως και η παραγωγή του αντιστοιχεί στο 11% της συνολικής παραγωγής των χωρών του Οργανισμού Εξαγωγών Πετρελαιοπαραγωγών (ΟΠΕΚ). Η ιρανική πολιτεία όμως όπως αναφέρεται και στην διεθνή βιβλιογραφία πλήττεται από διάφορες κυρώσεις που σχετίζονται με πυρηνικά προγράμματα. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα το ποσοστό πληθωρισμού να ανέρχεται στο 55% (μια μεγάλη αύξηση από την εκτίμηση του 9% για το 2016), με το 20% του πληθυσμού να ζει κάτω από το όριο της φτώχειας και το ποσοστό ανεργίας να εκτιμάται στο 25% και αυτό ως εκ τούτου την κατατάσσει στην 10^η θέση, μία χώρα με κατά κεφαλή ΑΕΠ 19.050 δολάρια ετησίως, μια από τις φτωχότερες χώρες της Μέσης Ανατολής.

Σύμφωνα με τον Ramin Mehrdad (2019), στο τομέα της υγείας, κύριο μέλημα της Ιρανικής κυβέρνησης είναι να λαμβάνει όλος ο πληθυσμός όσο το δυνατόν υψηλότερο επίπεδο υγείας παρέχοντας τους πρωτοβάθμιες, δευτεροβάθμιες και τριτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας μέσω του δημόσιου τομέα αλλά και του ιδιωτικού. Η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας υποστηρίζεται κυρίως από τον δημόσιο τομέα, όπου το Υπουργείο Υγείας και το Υπουργείο Ιατρικής Εκπαίδευσης μεριμνούν για την ικανοποίηση και την βελτίωση του επιπέδου υγείας των πολιτών γι αυτό και οι δαπάνες υγείας στο Ιράν παραμένουν σε υψηλά επίπεδα ως 55% του ΑΕΠ.

7) Ιράκ

Η Δημοκρατία του Ιράκ είναι χώρα της δυτικής Ασίας που συνορεύει με την Τουρκία, το Ιράν, το Κουβέιτ, τη Σαουδική Αραβία, την Ιορδανία και τη Συρία. Η οικονομία του Ιράκ κυριαρχείται από τον πετρελαϊκό τομέα, ο οποίος αντιπροσωπεύει περίπου το 95% των εισοδημάτων συναλλάγματος. Οι περισσότεροι από τους άλλους τομείς παραμένουν υποανάπτυκτοι, με αποτέλεσμα το ποσοστό ανεργίας να ανέρχεται στο 18-30% του γενικού πληθυσμού. Η οικονομία του Ιράκ ήταν βασισμένη στον αγροτικό τομέα μέχρι το 1950, αλλά μετά την επανάσταση του 1958 επήλθε σημαντική οικονομική ανάπτυξη. Τα τεράστια αποθέματα πετρελαίου οδήγησαν το Ιράκ να πραγματοποιήσει φιλόδοξα και αναπτυξιακά σχέδια κατά τη διάρκεια του 1970 και να κατασκευάσει μία από τις μεγαλύτερες και καλύτερα εξοπλισμένες ένοπλες δυνάμεις στον αραβικό κόσμο. Μέχρι το 1980 το Ιράκ κατείχε τη δεύτερη μεγαλύτερη οικονομία στο Αραβικό Εμιράτο ακολουθώντας τη Σαουδική Αραβία. Όπως και στο Ιράν, έτσι και στο Ιράκ, η οικονομία στη συνέχεια βασίστηκε κυρίως στις εξαγωγές πετρελαίου, οι οποίες υπέστησαν μια πτώση κατά τη διάρκεια του πολέμου Ιράν-Ιράκ. Αυτό επηρέασε το ΑΕΠ και ταυτόχρονα η ήττα του Ιράκ στον Πόλεμο του Περσικού Κόλπου, και το εμπάργκο των Ηνωμένων Εθνών που ξεκίνησε το 1990 σχεδόν κατέστρεψε το χρηματοπιστωτικό σύστημα του Ιράκ. Οι πολιτικές-οικονομικού συμφέροντος συγκρούσεις οδήγησαν τη χώρα αυτή στο να μεγαλώνει η οικονομική ύφεση στη χώρα αυτή.

Σύμφωνα με την Παγκόσμια Τράπεζα, οι κυβερνητικές δαπάνες για την υγειονομική περίθαλψη στο Ιράν αυξήθηκαν τα τελευταία δέκα χρόνια. Ειδικότερα, το 2003 οι δαπάνες ανήλθαν στο 2,7% του ΑΕΠ και το 2010 στο 8,4%. Ωστόσο, εξακολουθεί να υπάρχει έλλειψη εγκαταστάσεων, φαρμάκων και προσωπικού στον χώρο της υγείας. Είναι γνωστό, σύμφωνα με την παγκόσμια βιβλιογραφία, ότι το 96,4% των ιρακινών δεν έχουν ασφάλιση υγείας. Δεν υπάρχει σύστημα ασφάλισης υγείας για την εξυπηρέτηση του κοινού και έτσι το σύστημα υγείας του Ιράκ βασίζεται στο δημόσιο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης του δημόσιου τομέα, που στηρίζεται στη χρηματοδότηση της κοινωνικής ασφάλισης, με ισχυρό όμως τον κεντρικό κυβερνητικό έλεγχο και με ελάχιστη υπεράσπιση ή ποικιλία θεραπευτικών επιλογών.

3.4 Ανακεφαλαίωση

Στο κεφάλαιο αναφέρθηκαν τα κύρια στοιχεία των κρατιδίων της Μέσης Ανατολής, η οικονομική κατάσταση στην οποία βρίσκονται οι εν λόγω χώρες και η αντανάκλασή της οικονομίας τους στον τομέα της υγείας. Όπως παρουσιάστηκε οι χώρες της περιοχής έχουν μερικά από τα μεγαλύτερα ΑΕΠ στον κόσμο και συγκαταλέγονται στις χώρες με το υψηλότερο κατά κεφαλήν ΑΕΠ. Επρόκειτο για χώρες ιδιαίτερα πλούσιες με μεγάλες παγκοσμίως οικονομίες οι οποίες στηρίζονται κυρίως στους τομείς του πετρελαίου, του τουρισμού και των υπηρεσιών.

Δεδομένου αυτού, στον χώρο της υγείας, η αποδοτικότητα των υπηρεσιών, όσον αφορά κυρίως το οικονομικό μέρος, που μετριέται σε μακροοικονομικό επίπεδο με (π.χ. την αναλογία των συνολικών δαπανών υγείας δημοσίων και ιδιωτικών ως ποσοστό του ΑΕΠ), αποτελεί στόχο του συστήματος υγείας της κάθε χώρας που όπως αναφέρεται παραπάνω επιτυγχάνεται χωρίς ιδιαίτερη δυσκολία.

Είναι σαφές λοιπόν ότι στις χώρες της Μέσης Ανατολής οι αυξήσεις των δαπανών για την υγειονομική περίθαλψη από ιδιωτικές και δημόσιες πηγές είναι οι σημαντικότεροι παράγοντες που ακολουθούνται στενά από την ταχεία ανάπτυξη της αγοράς και της υποδομής, συμβάλλοντας έτσι σένα πιο ολοκληρωμένο σύστημα υγείας. Υπάρχουν πολλοί σημαντικοί παράγοντες που λαμβάνονται υπόψη κατά τη δημιουργία και τη διατήρηση ενός ισχυρού συστήματος υγειονομικής περίθαλψης στις χώρες αυτές αφού η υψηλότερη ποιότητα φροντίδας που παρέχεται φαίνεται να είναι άμεσο αποτέλεσμα επαρκών οικονομικών, επαρκών υποδομών, εξαιρετικής διακυβέρνησης, κοινωνικής δικτύωσης εντός της χώρας καθώς και ισότιμης πρόσβασης στη υγειονομική φροντίδα όλου του πληθυσμού.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕ ΜΑΚΡΟ-ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ

4.1 Εισαγωγή

Το κεφάλαιο αυτό εστιάζεται στη μελέτη των δαπανών υγείας με διάφορα μακροοικονομικά μεγέθη στις χώρες της Μέσης Ανατολής. Η διερεύνηση αφορά τις κατά κεφαλή δαπανών υγείας σε σχέση με ορισμένα μακροοικονομικά μεγέθη όπως το κατά κεφαλή ΑΕΠ, τα κρατικά έσοδα, το δημόσιο χρέος, το ισοζύγιο του δημοσίου τομέα, αλλά και ορισμένων δημογραφικών μεγεθών, όπως το προσδόκιμο ζωής και το ποσοστό πληθυσμού ηλικίας άνω των 64 ετών. Η συσχέτιση των δαπανών υγείας και του εισοδήματος είναι άμεση και ισχυρή όπως υποστηρίζεται και από διάφορες υπάρχουσες βιβλιογραφικές αναφορές, καθώς οι δαπάνες υγείας είναι άμεσα συνδεδεμένες με το επίπεδο ευημερίας της εκάστοτε χώρας, κάτι που μετράται από το επίπεδο των παραπάνω μακροοικονομικών μεγεθών και δημογραφικών χαρακτηριστικών που αναλύθηκαν.

Η εστίαση στις χώρες της Μέσης Ανατολής γίνεται καθώς, όπως αναφέρθηκε και στο προηγούμενο κεφάλαιο, οι χώρες αυτές δεν παρουσιάζουν τον ίδιο βαθμό ανάπτυξης όπως τις χώρες του Δυτικού Κόσμου. Μάλιστα, ο ρυθμός ανάπτυξης φαίνεται να μην είναι σταθερός, γεγονός που μπορεί να υποτιμηθεί και από τις δαπάνες υγείας όπου και αυτές με τη σειρά τους δεν είναι σταθερές ακολουθώντας, όμως, το ρυθμό ανάπτυξης.

Η παρούσα πτυχιακή ασχολείται με τη διερεύνηση της σχέσης δαπανών υγείας με μακροοικονομικά μεγέθη, κυρίως του εισοδήματος των κρατών της Μέσης Ανατολής. Πιο συγκεκριμένα, τα δεδομένα αφορούν τα κράτη του Μπαχρέιν, του Ιράκ, του Ιράν, του Λίβανου, του Ομάν, του Κατάρ και της Σαουδικής Αραβίας. Για τις χώρες αυτές συλλέχθηκαν δεδομένα από το 2000 έως και το 2016, που ήταν διαθέσιμα από την ιστοσελίδα της Παγκόσμιας Τράπεζας (WorldBank). Προέκυψε, έτσι, ένα δείγμα 119 παρατηρήσεων τύπου panel (χώρες-έτη).

4.2 Οικονομετρική μεθοδολογία

Αν και από το ερευνητικό θέμα γίνεται ξεκάθαρο ότι οι δαπάνες υγείας αποτελούν την εξαρτημένη μεταβλητή και το εισόδημα μιας από τις ανεξάρτητες μεταβλητές, όπως για παράδειγμα στο πλαίσιο της μελέτης των Peñasetal (2012) και των Behera & Dash (2018), εντούτοις, υπάρχουν θεωρίες που συνδέουν αντίστροφα αυτές τις μεταβλητές, όπως στο πλαίσιο της μελέτης των Riabuo & Tieguhong (2017), όπου θεώρησαν ότι η οικονομική ανάπτυξη, όπως μετράται από το κατά κεφαλή ΑΕΠ, ερμηνεύεται, μεταξύ άλλων από τις κατά κεφαλή δαπάνες για την υγεία.

Από τα παραπάνω τίθεται θέμα αμφίδρομης σχέσης ανάμεσα σε δαπάνες για υγεία και εισόδημα. Σε μελέτες των Sghari & Hammami (2013) και του Bedir (2016) εξετάστηκε μάλιστα μια τέτοια αμφίδρομη σχέση. Τα αποτελέσματα αυτών των ερευνών που έγιναν σε διάφορες χώρες παγκοσμίως, ανεπτυγμένες και αναπτυσσόμενες έδειξαν περιπτώσεις και μονόδρομης σχέσης, είτε προς τη μία κατεύθυνση, είτε προς την άλλη, είτε και περιπτώσεις αμφίδρομης σχέσης. Συνεπώς, και στην παρούσα πτυχιακή, θεωρείται ορθό να εξεταστεί πρώτα η τυχόν ύπαρξη αμφίδρομης σχέσης και έπειτα να εξειδικευτεί το ορθό οικονομετρικό μοντέλο με την κατάλληλη εξαρτημένη μεταβλητή.

Για την διερεύνηση της αμφίδρομης σχέσης, εφαρμόζεται ο έλεγχος αιτιότητας κατά Granger. Στο πλαίσιο αυτού του ελέγχου εκτιμώνται τα παρακάτω υποδείγματα:

$$\log HE_{it} = \alpha_0 + \alpha_1 \log HE_{i,t-1} + \dots + \alpha_p \log HE_{i,t-p} + \beta_1 \log GDP_{i,t-1} + \dots + \beta_p \log GDP_{i,t-p} + u_{1it} \quad (4.1)$$

$$\log GDP_{it} = \gamma_0 + \gamma_1 \log HE_{i,t-1} + \dots + \gamma_p \log HE_{i,t-p} + \delta_1 \log GDP_{i,t-1} + \dots + \delta_p \log GDP_{i,t-p} + u_{2it} \quad (4.2)$$

Όπου:

$\log HE_{it}$ = λογάριθμος των κατά κεφαλή δαπανών υγείας στην χώρα i το έτος t ,

$\log GDP_{it}$ = λογάριθμος του κατά κεφαλή ΑΕΠ στην χώρα i το έτος t ,

u_{1it}, u_{2it} = τυχαία σφάλματα,

p = πλήθος χρονικών υστερήσεων.

Ο έλεγχος αιτιώδους σχέσης κατά Granger διεξάγεται με βάση τα παρακάτω ζεύγη υποθέσεων:

$$H_0: \beta_1 = \dots \beta_p = 0 \Rightarrow \text{το εισόδημα δεν αιτιάζει (κατά Granger) τις δαπάνες υγείας} \quad (4.3)$$

$$H_1: \text{διαφορετικά} \Rightarrow \text{το εισόδημα αιτιάζει (κατά Granger) τις δαπάνες υγείας} \quad (4.4)$$

$$H_0: \gamma_1 = \dots \gamma_p = 0 \Rightarrow \text{οι δαπάνες υγείας δεν αιτιάζουν (κατά Granger) το εισόδημα} \quad (4.5)$$

$$H_1: \text{διαφορετικά} \Rightarrow \text{οι δαπάνες υγείας αιτιάζουν (κατά Granger) το εισόδημα} \quad (4.6)$$

Οι έλεγχοι των υποθέσεων (4.3), (4.4), (4.5) και (4.6) διεξάγονται με τον υπολογισμό της κλασικής F-statistic στο πλαίσιο της διαδικασίας ελέγχων Wald για τους συντελεστές. Για να διεξαχθούν, όμως, οι έλεγχοι αυτοί θα πρέπει να εκτιμηθούν πρώτα τα υποδείγματα (4.1) και (4.2) ενώ έχει ήδη αποφασιστεί το κατάλληλο πλήθος των χρονικών υστερήσεων p . Το πλήθος αυτό καθορίζεται με το κλασικό πληροφοριακό κριτήριο επιλογής υποδείγματος Schwartz.

Με βάση τις παραπάνω υποθέσεις, εάν προκύψει η υπόθεση (4.4), ότι το εισόδημα επηρεάζει τις δαπάνες για υγεία, τότε εξειδικεύεται και εκτιμάται το παρακάτω οικονομετρικό υπόδειγμα, το οποίο βασίζεται στη μελέτη των Behera & Dash (2018) κατά κύριο λόγο αλλά και των Peñasetal (2012), καθώς και των Riabuo & Tieguhong (2017). Ειδικότερα το υπόδειγμα αυτό ορίζεται ως εξής:

$$\begin{aligned} \log HE_{it} = & \alpha_0 + \gamma \log HE_{i,t-1} + \alpha_1 \log GDP_{i,t} + \alpha_2 (\text{Revenues})_{it} \\ & + \alpha_3 (\text{Interest Payment})_{it} + \alpha_4 (\text{Fiscal Balance})_{it} + \alpha_5 (\text{Life} \\ & \text{Expectancy})_{it} + \alpha_6 (\text{Old } \%)_{it} + u_{it} \end{aligned} \quad (4.7)$$

Όπου:

$(\text{Revenues})_{it}$ = σύνολο δημοσίων εσόδων % επί του ΑΕΠ στην χώρα I το έτος t ,

$(\text{Interest Payment})_{it}$ = πληρωμή τόκων % επί του ΑΕΠ στην χώρα I το έτος t ,

$(\text{Fiscal Balance})_{it}$ = ισοζύγιο δημοσίου τομέα % επί του ΑΕΠ στην χώρα I το έτος t ,

$(\text{Life Expectancy})_{it}$ = προσδόκιμο ζωής στην χώρα I το έτος t ,

$(Old\ \%)_{it} = \%$ πληθυσμού άνω των 64 ετών στην χώρα I το έτος t,

u_{it} = τυχαίο σφάλμα.

Η προσθήκη της χρονικής υστέρησης των δαπανών υγείας γίνεται για να ληφθεί υπόψη η δυναμική των δαπανών στο χρόνο, αλλά και για να διορθωθεί η τυχόν αυτοσυσχέτιση που μπορεί να υπάρχει στη διαχρονική συνιστώσα των καταλοίπων. Η προσθήκη αυτού του όρου έγινε και στις δύο μελέτες των Behera & Dash (2018) αλλά και των Peñasetal (2012).

Όπως στη μελέτη των Behera & Dash (2018), λόγω ελλিপών στοιχείων δεν χρησιμοποιήθηκαν ως εναλλακτικές των δημοσίων εσόδων ερμηνευτικές μεταβλητές που αφορούν τα συνολικά έσοδα από φόρους, αλλά χρησιμοποιήθηκαν ξεχωριστά τα έσοδα από άμεσους, έμμεσους φόρους καθώς και τα μη φορολογικά έσοδα. Επίσης δεν χρησιμοποιήθηκε το χρέος των χωρών ως ποσοστό επί του ΑΕΠ, αλλά η σχετική πληρωμή τόκων ως ποσοστό επί του ΑΕΠ για τα οποία υπήρχαν πολύ περισσότερα στοιχεία. Εν κατακλείδι, η πληρωμή τόκων θεωρείται ένα μέγεθος που δείχνει ξεκάθαρα το μέγεθος του χρέους οπότε θεωρείτο μια κατάλληλη μεταβλητή για να αντικαταστήσει επαρκώς το ίδιο το χρέος.

Στο πλαίσιο ενός συγκερασμού των μελετών, προστέθηκε ως ερμηνευτική μεταβλητή και το ποσοστό του πληθυσμού άνω των 64 ετών, όπως έκαναν οι Peñasetal (2012), ενώ διαπιστώθηκε ότι και το προσδόκιμο ζωής, μεταβλητή που χρησιμοποίησαν οι Riabuo & Tieguhong (2017) ως ερμηνευτική, είναι ένα μέγεθος που μπορεί να συνδέεται με τις δαπάνες για την υγεία, με τη λογική ότι όσο αυτό αυξάνει, τόσο υπάρχει αυξημένη ανάγκη για περίθαλψη και ιατροφαρμακευτική φροντίδα, γεγονός που οδηγεί σε αυξημένες δαπάνες για την υγεία.

Σχετικά με το υπόδειγμα (4.7) υποτιμάται ότι υπάρχει μια βραχυχρόνια σχέση ανάμεσα στις κατά κεφαλή δαπάνες, το εισόδημα και τα άλλα μακροοικονομικά και δημογραφικά μεγέθη, λόγω της ύπαρξης της χρονικής υστέρησης ως ερμηνευτική μεταβλητή. Συνεπώς, οι συντελεστές α_1 , α_2 κ.α. αποτελούν τις βραχυχρόνιες επιδράσεις (ή και ελαστικότητες) στις κατά κεφαλή δαπάνες υγείας. Οι αντίστοιχες μακροχρόνιες επιδράσεις (ή και ελαστικότητες) υπολογίζονται ως $\alpha_1/(1-\gamma)$, $\alpha_2/(1-\gamma)$ κ.α..

Σύμφωνα με την μελέτη των Riabuo & Tieguhong (2017), εάν προκύψει ότι οι δαπάνες για υγεία επηρεάζουν το εισόδημα, τότε εκτιμάται το οικονομετρικό υπόδειγμα που παρουσιάζεται παρακάτω. Δηλαδή:

$$\log \text{GDP}_{it} = \beta_0 + \delta \log \text{GDP}_{i,t-1} + \beta_1 \log \text{HE}_{i,t} + \beta_2 (\text{Life Expectancy})_{i,t} + \beta_3 (\log \text{Labor})_{it} + \beta_4 (\log \text{Consumption})_{it} + \beta_5 (\text{Trade})_{it} + e_{it} \quad (4.4)$$

Όπου αντίστοιχα,

$(\log \text{Labor})_{it}$ = λογάριθμος του εργατικού δυναμικού στην χώρα i το έτος t

$(\log \text{Consumption})_{it}$ = λογάριθμος της κατά κεφαλή ιδιωτικής κατανάλωσης στην χώρα i το έτος t

$(\text{Trade})_{it}$ = συνολικό εμπόριο % επί του ΑΕΠ στην χώρα i το έτος t

e_{it} = τυχαίο σφάλμα

Η λογική του υποδείγματος (4.7), σύμφωνα με τους Riabuo & Tieguhong (2017), είναι ότι η οικονομική ανάπτυξη, όπως μετράται από το κατά κεφαλή ΑΕΠ, εξαρτάται εν μέρει από μεγέθη που αφορούν την υγεία (δαπάνες υγείας, προσδόκιμο ζωής) και εν μέρει από κάποια μακροοικονομικά μεγέθη όπως το εργατικό δυναμικό, την ιδιωτική κατανάλωση και το εμπόριο.

Σε σύγκριση με τη μελέτη αυτή, στην παρούσα διατριβή προστέθηκε επιπλέον μεταβλητή και η χρονική υστέρηση του ΑΕΠ προκειμένου να ληφθεί υπόψη η δυναμική του κατά κεφαλή ΑΕΠ στο χρόνο, αλλά και για να διορθωθεί η τυχόν αυτοσυσχέτιση που μπορεί να υπάρχει στη διαχρονική συνιστώσα των καταλοίπων.

Το υπόδειγμα (4.7) υπονοεί μια βραχυχρόνια σχέση ανάμεσα στο κατά κεφαλή ΑΕΠ και τις κατά κεφαλή δαπάνες για υγεία και τα άλλα μακροοικονομικά και δημογραφικά μεγέθη, λόγω της ύπαρξης της χρονικής υστέρησης ως ερμηνευτική μεταβλητή. Συνεπώς, οι συντελεστές β_1 , β_2 κ.α. αποτελούν τις βραχυχρόνιες επιδράσεις (ή και ελαστικότητες) στο κατά κεφαλή ΑΕΠ. Οι αντίστοιχες μακροχρόνιες επιδράσεις (ή και ελαστικότητες) υπολογίζονται ως $\beta_1/(1-\delta)$, $\beta_2/(1-\delta)$ κ.α.

Τα υποδείγματα (4.6) & (4.7) εκτιμώνται αρχικά με τη μέθοδο των ελαχίστων τετραγώνων χωρίς να ληφθεί υπόψη ότι πρόκειται για δεδομένα panel (PooledOLS), ενώ έπειτα εκτιμώνται και με τη προσθήκη σταθερών επιδράσεων στρωμάτων

(χωρών) και χρόνου (cross-sectional and time-series fixed effects), όπου εξετάζεται η σημαντικότητα αυτής της προσθήκης έως ότου να προκύψει το τελικό υπόδειγμα.

Στο πλαίσιο των διαγνωστικών ελέγχων των καταλοίπων, εξετάζεται και τυχόν η ύπαρξη ετεροσκεδαστικότητας, όπου ετεροσκεδαστικότητα ορίζεται ως η μη σταθερή διακύμανση των τυχαίων σφαλμάτων και αποτελεί μια εκ των βασικών οικονομετρικών παραβιάσεων κάποιας βασικής παραδοχής, στην προκειμένη περίπτωση της ομοσκεδαστικότητας ή αλλιώς της σταθερής διακύμανσης των τυχαίων σφαλμάτων, κάτω από τις οποίες εφαρμόζεται αξιόπιστα η μέθοδος ελαχίστων τετραγώνων. Εάν δεν προκύψουν ενδείξεις ετεροσκεδαστικότητας, τότε η εκτίμηση του οικονομετρικού υποδείγματος και οι στατιστικοί έλεγχοι υποθέσεων για τους συντελεστές διεξάγονται αξιόπιστα. Εάν, όμως, προκύψει μια τέτοια παραβίαση, τότε αν και οι εκτιμήσεις των συντελεστών είναι αμερόληπτες, εντούτοις δεν είναι αποδοτικές. Αυτό σημαίνει ότι δεν έχουν την ελάχιστη δυνατή διακύμανση. Εάν αγνοηθεί, όμως, η τυχόν ετεροσκεδαστικότητα τότε στους στατιστικούς ελέγχους υποθέσεων θα χρησιμοποιηθούν τα τυπικά σφάλματα που στηρίζονται στην υπόθεση της ομοσκεδαστικότητας και άρα θα προκύψει υποεκτίμηση των σχετικών σφαλμάτων και, μοιραία, υπερεκτίμηση των στατιστικών συναρτήσεων ελέγχου και, εντέλει, αναξιόπιστοι στατιστικοί έλεγχοι. Για αυτό χρησιμοποιούνται τα τυπικά σφάλματα των εκτιμητών κατά White τα οποία είναι τα ορθά τυπικά σφάλματα που λαμβάνουν υπόψη την ύπαρξη της ετεροσκεδαστικότητας (για αυτό και λέγονται εύρωστα στην ετεροσκεδαστικότητα τυπικά σφάλματα – heteroscedasticity robust standard errors), έτσι ώστε να διεξαχθούν έγκυροι στατιστικοί έλεγχοι για τους συντελεστές.

4.3 Αποτελέσματα

Σε δείγμα 7 χωρών της Μέσης Ανατολής για την περίοδο 2000-2016 (N = 119 παρατηρήσεις χώρες-έτη) εξετάστηκε η σχέση μεταξύ κατά κεφαλή δαπανών υγείας και εισοδήματος (κατά κεφαλή ΑΕΠ). Με μια απλή διμεταβλητή ανάλυση συσχέτισης βρέθηκε ότι υπάρχει ισχυρή θετική συσχέτιση ανάμεσα στα δύο μεγέθη.

Με την ανάλυση αιτιώδους σχέσης κατά Granger βρέθηκε ότι υπάρχει μια αμφίδρομη σχέση ανάμεσα στα δύο μεγέθη, όπου πιο σημαντική, πάντως βρέθηκε η

σχέση όπου το εισόδημα αιτιάζει τις δαπάνες για υγεία, παρά το αντίστροφο. Πάντως, λόγω της αμφίδρομης αυτής σχέσης, εκτιμήθηκαν υποδείγματα παλινδρόμησης με εξαρτημένες και τις δύο μεταβλητές κάθε φορά.

Στην παλινδρόμηση που εξαρτημένη είναι οι δαπάνες υγείας, βρέθηκε πράγματι μια στατιστικά σημαντική θετική σχέση ανάμεσα σε δαπάνες υγείας και εισόδημα. Η βραχυχρόνια αλλά και η μακροχρόνια ελαστικότητα, πάντως, των δαπανών υγείας ως προς το εισόδημα εκτιμήθηκε κάτω από τη μονάδα, υπονοώντας μια ανελαστική συμπεριφορά των δαπανών υγείας ως προς το εισόδημα. Οι δαπάνες υγείας βρέθηκαν, επίσης, να εξαρτώνται θετικά από τα κρατικά έσοδα και αρνητικά από το ισοζύγιο του δημοσίου τομέα. Μάλιστα, βρέθηκε βραχυχρόνια να έχουν μια ανελαστική συμπεριφορά ως προς αυτά τα μεγέθη, ενώ μακροχρόνια εμφανίζουν μια πιο ελαστική συμπεριφορά. Οι δαπάνες υγείας δε βρέθηκε να εξαρτώνται από μεγέθη όπως το χρέος (μετρημένο με τους τόκους), το προσδόκιμο ζωής και το ποσοστό πληθυσμού άνω των 64 ετών.

Στην παλινδρόμηση που εξαρτημένη είναι το κατά κεφαλή ΑΕΠ, βρέθηκε και εκεί μια στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα σε εισόδημα και δαπάνες υγείας, για να επιβεβαιώσει τη θετική σχέση ανάμεσα στα δύο αυτά μεγέθη. Η βραχυχρόνια αλλά και η μακροχρόνια ελαστικότητα, πάντως του εισοδήματος ως προς τις δαπάνες για υγεία εκτιμήθηκε κάτω από τη μονάδα, υπονοώντας μια ανελαστική συμπεριφορά του εισοδήματος ως προς τις δαπάνες αυτές. Το κατά κεφαλή ΑΕΠ βρέθηκε, επίσης, να εξαρτάται αρνητικά και από το συνολικό εμπόριο. Μάλιστα βρέθηκε και βραχυχρόνια, αλλά και μακροχρόνια να έχει μια ελαστική συμπεριφορά ως προς αυτό το μέγεθος. Το κατά κεφαλή ΑΕΠ δε βρέθηκε να εξαρτάται από μεγέθη όπως το προσδόκιμο ζωής, το εργατικό δυναμικό και την κατανάλωση. Ειδικότερα, τα παραπάνω αναλυτικά αποτελέσματα παρουσιάζονται παρακάτω ενδελεχώς μέσω της περιγραφικής ανάλυσης που ακολουθεί.

Περιγραφική Ανάλυση

Αρχικά παρουσιάζονται ορισμένα περιγραφικά στοιχεία που αφορούν το δείγμα των 119 παρατηρήσεων τύπου panel (χώρες-έτη) των χωρών που μελετήθηκαν. Όπως εμφανίζονται στο πίνακα (4.1) τις υπό μελέτη μεταβλητές στο δείγμα των χωρών της Μέσης Ανατολής, προκύπτουν τα παρακάτω συμπεράσματα.

Πίνακας 4.1

Περιγραφικά Στατιστικά των Μεταβλητών του Δείγματος

Μεταβλητή	N	Μέσος	Τυπ. Απόκλιση	Ελάχιστο	Διάμεσος	Μέγιστο	Ασυμμετρία	Κύρτωση
Κατά Κεφαλή Δαπάνες Υγείας (\$)	105	677.32	428.21	80.24	567.24	2104.41	1.22	4.32
Κατά Κεφαλή ΑΕΠ (\$)	105	19853.57	20212.76	1670.01	14222.05	85076.15	1.94	6.08
Κρατικά Έσοδα (% επί του ΑΕΠ)	105	30.56	9.34	16.01	28.75	50.08	0.42	2.06
Τόκοι Δημοσίου Χρέους (% επί του ΑΕΠ)	105	12.77	14.90	0.00	5.91	53.57	1.22	3.30
Ισοζύγιο Δημοσίου Τομέα (% επί του ΑΕΠ)	105	7.50	10.64	-14.48	8.04	30.86	-0.05	2.21
Προσδόκιμο Ζώης (Ετη)	105	75.16	2.27	69.46	75.45	79.58	-0.39	2.74
% Πληθυσμού άνω 64 ετών	105	3.59	2.17	1.02	2.96	8.40	1.01	2.87
Εργατικό Δυναμικό	105	6373599	8344705	305447	1724375	26923843	1.37	3.36
Κατά Κεφαλή Κατανάλωση (\$)	105	10647.60	3778.73	3437.45	10608.76	18946.76	0.23	2.11
Συνολικό Εμπόριο (% επί του ΑΕΠ)	105	90.43	32.92	39.02	89.43	191.88	0.79	3.71

Ειδικότερα στο πίνακα (4.1), οι κατά κεφαλή δαπάνες υγείας είναι στα \$667 περίπου, κατά μέσο όρο, με τυπική απόκλιση περίπου \$428 και ένα εύρος από \$80 έως \$567 δείχνοντας ότι έχουν μια αρκετά υψηλή ανομοιογένεια η οποία θα οφείλεται, λογικά, στις διαφορές μεταξύ χωρών. Η ασυμμετρία είναι θετική και υψηλή σχετικά, ενώ υψηλή είναι και η κύρτωση. Συνεπώς, οι δαπάνες υγείας κατανέμονται ασύμμετρα θετικά, άρα υπάρχουν κάποιες περιπτώσεις χωρών-ετών με πολύ υψηλές δαπάνες, ενώ η κατανομή τους είναι λεπτόκυρτη και άρα το μεγάλο ποσοστό τους συγκεντρώνεται σε ένα μικρό εύρος και απλά υπάρχουν αρκετές, σχετικά, ακραίες περιπτώσεις, περισσότερο υψηλές.

Επίσης το κατά κεφαλή ΑΕΠ, που είναι η δεύτερη σημαντική μεταβλητή στη μελέτη αυτή, είναι στα \$19.853 κατά μέσο όρο με τυπική απόκλιση περίπου \$20.213 και ένα εύρος από \$1.670 έως \$85.076 υποδηλώνοντας μια πάρα πολύ υψηλή μεταβλητότητα η οποία θα οφείλεται στις μεγάλες διαφορές μεταξύ των χωρών του δείγματος. Η ασυμμετρία είναι θετική και υψηλή σχετικά, ενώ υψηλή είναι και η κύρτωση. Συνεπώς, το κατά κεφαλή ΑΕΠ κατανέμεται ασύμμετρα θετικά, άρα υπάρχουν κάποιες περιπτώσεις χωρών-ετών με πολύ υψηλό κατά κεφαλή ΑΕΠ, ενώ η κατανομή του είναι λεπτόκυρτη άρα το μεγάλο ποσοστό του συγκεντρώνεται σε ένα μικρό εύρος και απλά υπάρχουν αρκετές, σχετικά, ακραίες περιπτώσεις, περισσότερο υψηλές πάντως.

Στη συνέχεια, τα κρατικά έσοδα, οι τόκοι του δημοσίου τομέα και το ισοζύγιο του καταλαμβάνουν χαμηλό, σχετικά, ποσοστό του ΑΕΠ, κατά μέσο όρο και μάλιστα τα κρατικά έσοδα έχουν και χαμηλή μεταβλητότητα, δείχνοντας ότι υπάρχει υψηλή ομοιογένεια μεταξύ χωρών και ετών. Η ασυμμετρία των μεγεθών αυτών, με εξαίρεση τους τόκους που είναι θετική, είναι χαμηλή σχετικά, ενώ και η κύρτωση είναι μέτρια

έως χαμηλή, δείχνοντας ότι κατανέμονται σε ένα εύρος μέτριο έως μεγάλο χωρίς έντονες ακραίες τιμές.

Επιπρόσθετα, το προσδόκιμο ζωής είναι κατά μέσο όρο περίπου στα 75 έτη με πολύ μικρή τιμή, απόκλιση περίπου στα 2.3 έτη, δείχνοντας μια πολύ υψηλή ομοιογένεια ανάμεσα σε χώρες και έτη, για το μέγεθος αυτό. Η κατανομή του είναι σχεδόν συμμετρική και περίπου μεσόκυρτη, σύμφωνα με τους σχετικούς δείκτες. Το ποσοστό πληθυσμού άνω των 64 ετών είναι, κατά μέσο όρο στο 3.6%, αρκετά μικρό, με μια υψηλή, όμως σχετικά, τυπική απόκλιση, υπονοώντας ότι υπάρχει κάποιος βαθμός ανομοιογένειας. Η ασυμμετρία είναι θετική, υπονοώντας ότι υπάρχουν περιπτώσεις χωρών-ετών όπου το ποσοστό είναι ακραία υψηλό κάτι που φαίνεται και από το εύρος των τιμών.

Συμπληρωματικά, το εργατικό δυναμικό είναι στα 6,4 εκ εργάτες, κατά μέσο όρο, με τυπική απόκλιση 8,3 εκ. εργάτες, κάτι που σημαίνει μια πάρα πολύ υψηλή μεταβλητότητα η οποία οφείλεται κυρίως στις διαφορές μεταξύ των χωρών του δείγματος. Η ασυμμετρία είναι θετική, συνεπώς θα υπάρχουν περιπτώσεις με ακραία υψηλό μέγεθος εργατικού δυναμικού.

Η κατά κεφαλή κατανάλωση επίσης, είναι στα \$10.648 περίπου, κατά μέσο όρο, με τυπική απόκλιση περίπου \$3.779 και ένα εύρος από \$3.437 έως \$18.947 δείχνοντας ότι έχουν μια μέτρια ανομοιογένεια η οποία οφείλεται και αυτή στις διαφορές μεταξύ χωρών. Η ασυμμετρία είναι πολύ χαμηλή, ενώ χαμηλή είναι και η κύρτωση. Συνεπώς, η κατά κεφαλή κατανάλωση κατανέμεται σχεδόν συμμετρικά, ενώ η κατανομή της είναι μεσόκυρτη και άρα το μεγάλο ποσοστό της συγκεντρώνεται σε ένα μεσαίο εύρος χωρίς έντονες ακραίες τιμές.

Τέλος, το συνολικό εμπόριο είναι, κατά μέσο όρο, στο 90% περίπου του ΑΕΠ των χωρών του δείγματος, με τυπική απόκλιση 33% περίπου, δείχνοντας ότι υπάρχει μια μέτρια μεταβλητότητα, που μπορεί να οφείλεται και στις διαφορές μεταξύ των χωρών, αλλά και στις διαχρονικές διακυμάνσεις. Η κατανομή έχει ελαφρά θετική ασυμμετρία και μια ελαφρά υψηλή κύρτωση. Συνεπώς, η κατανομή του εμπορίου ως ποσοστού επί του ΑΕΠ κατανέμεται ασύμμετρα θετικά και η κατανομή του είναι λεπτόκυρτη, κάτι που σημαίνει ότι οι περισσότερες τιμές βρίσκονται σε ένα μικρό εύρος, ενώ υπάρχουν και ακραίες τιμές, λίγο περισσότερο υψηλές.

Ανάλυση αιτιώδους σχέσης κατά Granger

Για να εφαρμοστεί η ανάλυση της αιτιώδους σχέσης κατά Granger ανάμεσα στις κατά κεφαλή δαπάνες υγείας και στο κατά κεφαλή ΑΕΠ, έπρεπε να επιλεγεί πρώτα ο βαθμός του αυτοπαλίνδρομου διανύσματος (VAR). Αυτό έγινε εκτιμώντας διάφορα υποδείγματα VAR με βαθμούς 1, 2, κ.α. και έπειτα εκτιμώντας τους με το πληροφοριακό κριτήριο Schwartz. Η εκτίμηση των υποδειγμάτων έγινε χρησιμοποιώντας τους λογαρίθμους των σχετικών μεγεθών και οι τιμές του πληροφοριακού κριτηρίου Schwartz δίνονται στο πίνακα (4.2).

Πίνακας 4.2

Επιλογή Βαθμού VAR με το Πληροφοριακό Κριτήριο Schwartz

VAR(p)	Schwarz
1	-2.75023
2	-2.65326
3	-2.35539
4	-2.19652

Όπως φαίνεται από το πίνακα (4.2) παρατηρείται ότι η χαμηλότερη τιμή στο πληροφοριακό κριτήριο Schwartz παρατηρείται για $p=1$ χρονική υστέρηση -2.75023 . Συνεπώς, σε αυτήν την περίπτωση το υπόδειγμα VAR εμφανίζει την υψηλότερη προσαρμοστικότητα στα δεδομένα και άρα θα πρέπει να επιλεγεί η εκτίμηση ενός υποδείγματος VAR με $p=1$ χρονική υστέρηση, για να διεξαχθεί ο έλεγχος αιτιώδους σχέσης κατά Granger. Στο πίνακα (4.3) διερευνείται η αιτιώδες συνάφεια ανάμεσα στις κατά κεφαλή δαπάνες υγείας και στα κατά κεφαλή ΑΕΠ.

Πίνακας 4.3

Αποτελέσματα Ελέγχου Αιτιώδους Σχέσης Κατά Granger Ανάμεσα στις Κατά Κεφαλή Δαπάνες Υγείας και Κατά Κεφαλή ΑΕΠ

Μηδενική Υπόθεση	F-statistic	p	Αποτέλεσμα
Το εισόδημα (logGDP) δεν αιτιάζει (κατά Granger) τις δαπάνες υγείας (logHE)	8.88	0.0036 ***	logGDP --> logHE
Οι δαπάνες υγείας (logHE) δεν αιτιάζουν (κατά Granger) το εισόδημα (logGDP)	3.47	0.0653 *	logHE --> logGDP

* σημαντικό σε 10% ** σημαντικό σε 5% *** σημαντικό σε 1%

Από τον πίνακα (4.3) λοιπόν προκύπτει η μηδενική υπόθεση ότι το κατά κεφαλή ΑΕΠ (εισόδημα) δεν αιτιάζει κατά Granger τις κατά κεφαλή δαπάνες υγείας απορρίπτεται σε επίπεδο 1% ($F = 8,88$ $p < 0,01$). Επίσης, η μηδενική υπόθεση ότι οι κατά κεφαλή δαπάνες υγείας δεν αιτιάζουν κατά Granger το κατά κεφαλή ΑΕΠ (εισόδημα) απορρίπτεται, έστω και οριακά, σε επίπεδο 10% ($F = 3,47$ $p < 0,10$).

Επομένως, η ανάλυση αιτιώδους σχέσης κατά Granger έδειξε ότι υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις ότι το κατά κεφαλή εισόδημα επηρεάζει τις κατά κεφαλή δαπάνες υγείας, αλλά και ότι, έστω και πιο οριακά, οι κατά κεφαλή δαπάνες υγείας επηρεάζουν και αυτές το κατά κεφαλή εισόδημα. Συνεπώς, προκύπτουν ενδείξεις ότι υπάρχει μια αμφίδρομη σχέση ανάμεσα σε δαπάνες υγείας και το εισόδημα. Για αυτό το σκοπό, θα πρέπει να εκτιμηθούν και τα δύο υποδείγματα παλινδρόμησης.

Επίδραση εισοδήματος στις δαπάνες Υγείας

Παρουσιάζεται ο πίνακας συσχετίσεων μεταξύ των κατά κεφαλή δαπανών υγείας, του κατά κεφαλή ΑΕΠ, αλλά και των υπολοίπων ερμηνευτικών μεταβλητών της παλινδρόμησης που έχει ως εξαρτημένη μεταβλητή τις δαπάνες υγείας. Οι τιμές των συντελεστών συσχέτισης δίνονται παρακάτω στο πίνακα (4.4).

Πίνακας 4.4
Συσχετίσεις Μεταξύ Κατά Κεφαλή Δαπανών Υγείας και Ερμηνευτικών Μεταβλητών

	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Κατά Κεφαλή Δαπάνες Υγείας	1.000	0.989	0.854	0.179	0.110	0.203	0.721	-0.344
2. Κατά Κεφαλή Δαπάνες Υγείας (t-1)		1.000	0.834	0.153	0.139	0.162	0.728	-0.323
3. Κατά Κεφαλή ΑΕΠ			1.000	0.498	-0.259	0.570	0.455	-0.727
4. Κρατικά Έσοδα				1.000	-0.345	0.856	-0.134	-0.628
5. Τόκοι Δημοσίου Χρέους					1.000	-0.443	0.288	0.674
6. Ισοζύγιο Δημόσιου Τομέα						1.000	-0.185	-0.732
7. Προσδόκιμο Ζώνης							1.000	0.169
8. % Πληθυσμού άνω 64 ετών								1.000

Ειδικότερα, οι κατά κεφαλή δαπάνες υγείας εξαρτώνται σε πολύ μεγάλο βαθμό από τη χρονική τους υστέρηση ($r = 0,989$), δείχνοντας ότι έχουν μια δυναμική στο χρόνο και ότι έπρεπε να συμπεριληφθεί η χρονική υστέρηση τους ως ερμηνευτική

μεταβλητή. Από εκεί και πέρα έχουν υψηλή θετική συσχέτιση με το κατά κεφαλή ΑΕΠ ($r = 0,854$), παρέχοντας μια πρώτη ένδειξη ότι πράγματι οι δαπάνες υγείας και το εισόδημα συσχετίζονται θετικά. Οι κατά κεφαλή δαπάνες υγείας έχουν θετική συσχέτιση με όλα σχεδόν τα μακροοικονομικά και δημογραφικά μεγέθη, αλλά υψηλή θετική συσχέτιση έχουν μόνο με το προσδόκιμο ζωής ($r = 0,721$). Εξαίρεση αποτελεί το ποσοστό του πληθυσμού άνω των 64 ετών, όπου προέκυψε μια μέτρια αρνητική συσχέτιση με τις κατά κεφαλή δαπάνες υγείας ($r = -0,344$).

Από τις συσχετίσεις μεταξύ των ερμηνευτικών μεταβλητών, γενικά δεν προέκυψαν υψηλές συσχετίσεις. Εξαίρεση αποτελεί η περίπτωση μεταξύ κρατικών εσόδων και ισοζύγιο δημοσίου τομέα ($r = 0,856$), αλλά και μεταξύ ισοζύγιο δημοσίου τομέα και προσδόκιμου ζωής ($r = -0,732$). Συνεπώς, δεν αναμένεται να υπάρχει μεγάλο πρόβλημα υψηλής μερικής πολυσυγγραμμικότητας στην εκτίμηση της παλινδρόμησης.

Στη συνέχεια, στο πίνακα (4.5) παρουσιάζονται οι εκτιμήσεις της παλινδρόμησης που συνδέει τις δαπάνες υγείας με το εισόδημα και με άλλα μακροοικονομικά και δημογραφικά μεγέθη. Οι εκτιμήσεις αυτές περιλαμβάνουν είτε δεν περιλαμβάνουν σταθερές επιδράσεις στρώματος ή και χρόνου. Παρουσιάζονται επίσης, οι σχετικές στατιστικές ελέγχου με τις οποίες επιλέγεται το τελικό υπόδειγμα.

Πίνακας 4.5

Εκτίμηση Παλινδρόμησης Ανάμεσα στις Κατά Κεφαλή Δαπάνες για Υγεία και στο Κατά Κεφαλή Εισόδημα και σε Άλλα Μακροοικονομικά και Δημογραφικά Μεγέθη

Εξαρτημένη Μεταβλητή: Κατά Κεφαλή Δαπάνες Υγείας				
	(1)	(2)	(3)	(4)
Σταθερά	-0.3385	-1.5440	-0.2033	0.0491
Κατά Κεφαλή Δαπάνες Υγείας (t-1)	0.8264 ***	0.6599 ***	0.8754 ***	0.6328 ***
Κατά Κεφαλή ΑΕΠ	0.1702 ***	0.3179 ***	0.1391 **	0.3377 ***
Κρατικά Έσοδα	-0.0022	0.0094 ***	-0.0018	0.0094 ***
Τόκοι Δημοσίου Χρέους	-0.0007	0.0033	-0.0015	0.0033
Ισοζύγιο Δημοσίου Τομέα	0.0023	-0.0081 ***	0.0016	-0.0077 **
Προσδόκιμο Ζωής	-0.0027	0.0024	-0.0045	-0.0200
% Πληθυσμού άνω 64 ετών	0.0357 **	0.0733	0.0335	0.0951
N	99	99	99	99
R ²	98.26%	98.84%	98.44%	98.97%
Σταθερές Επιδράσεις στρωμάτων	Όχι	Ναι ***	Όχι	Ναι ***
Σταθερές επιδράσεις χρόνου	Όχι	Όχι	Ναι	Ναι
F-statistic	-	7.07 ***	0.54	0.54
p	-	0.0000	0.9164	0.9180
Schwarz	-1.682	-1.808	-1.095	-1.229

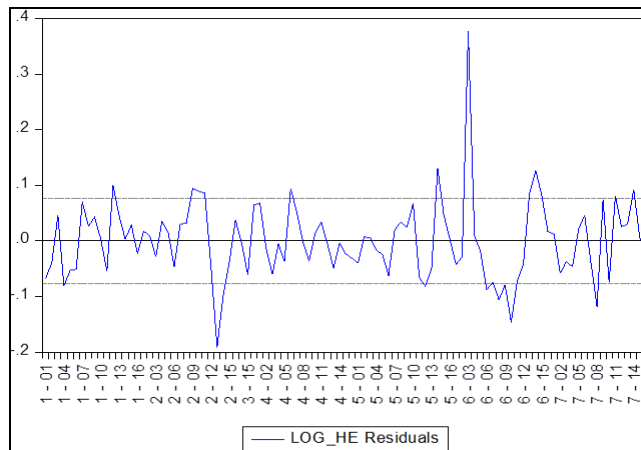
* σημαντικό σε 10% ** σημαντικό σε 5% *** σημαντικό σε 1%

Η στατιστική F στο (4) εξετάζει την σημαντικότητα των επιδράσεων χρόνου πλέον των επιδράσεων στρώματος

Ειδικότερα, η παλινδρόμηση (1) είναι εκτιμημένη χωρίς κάποιες σταθερές επιδράσεις στρώματος ή χρόνου (Pooled OLS). Η παλινδρόμηση (2) είναι εκτιμημένη με σταθερές επιδράσεις στρώματος (cross-section fixed effect) οι οποίες εξετάζονται εάν είναι στατιστικά σημαντικές με βάση την F-statistic καταλήγοντας στο συμπέρασμα ότι η μηδενική υπόθεση για ασήμαντες επιδράσεις απορρίπτεται σε επίπεδο 1% ($F = 7,07$ $p < 0,01$), κάτι που σημαίνει ότι οι σταθερές επιδράσεις στρώματος είναι στατιστικά σημαντικές. Σχετικά με τη παλινδρόμηση (3), είναι εκτιμημένη με σταθερές επιδράσεις χρόνου (time-series fixed effect) οι οποίες και εξετάζονται εάν είναι στατιστικά σημαντικές με βάση την F-statistic συμπεραίνοντας ότι η μηδενική υπόθεση για ασήμαντες επιδράσεις δεν απορρίπτεται ούτε σε επίπεδο 10% ($F = 0,54$ $p > 0,10$), κάτι που σημαίνει ότι οι σταθερές επιδράσεις χρόνου δεν είναι στατιστικά σημαντικές. Τέλος, η παλινδρόμηση (4) είναι εκτιμημένη με σταθερές επιδράσεις και στρώματος και χρόνου όπου εξετάζεται εάν η προσθήκη επιδράσεων χρόνου είναι στατιστικά σημαντική σε σχέση με την προσθήκη επιδράσεων στρώματος, καταλήγοντας ότι η μηδενική υπόθεση για ασήμαντες επιπλέον επιδράσεις χρόνου δεν απορρίπτεται ούτε σε επίπεδο 10% ($F=0,54$ $p > 0,10$), κάτι που σημαίνει ότι οι επιπλέον σταθερές επιδράσεις χρόνου δεν είναι στατιστικά σημαντικές.

Από τους παραπάνω ελέγχους της 2^{ης} παλινδρόμησης του πίνακα (4.5) επισημαίνεται ότι η παλινδρόμηση (2), που έχει μόνο σταθερές επιδράσεις στρώματος είναι η πιο κατάλληλη να περιγράψει τα δεδομένα αυτά, διότι περιέχει τις σημαντικές επιδράσεις στρώματος και όχι τις ασήμαντες επιδράσεις χρόνου. Το πληροφοριακό κριτήριο του Schwartz το επιβεβαιώνει αυτό, καθώς για την παλινδρόμηση (2) λαμβάνει την πιο χαμηλή τιμή. Η παλινδρόμηση αυτή εκτιμάται ότι ερμηνεύει το 98,84% της μεταβλητότητας των κατά κεφαλή δαπανών για υγεία, ένα πολύ μεγάλο ποσοστό ερμηνευτικότητας.

Στη συνέχεια, στο διάγραμμα (4.1), απεικονίζεται η ετεροσκεδαστικότητα των καταλοίπων της παλινδρόμησης ανάμεσα στις κατά κεφαλή δαπάνες για την υγεία, στο κατά κεφαλή εισόδημα αλλά και σε άλλα μακροοικονομικά και δημογραφικά μεγέθη.



Διάγραμμα 4.1

Γραφική Διερεύνηση Ετεροσκεδαστικότητας των Καταλοίπων της Παλινδρόμησης Ανάμεσα στις Κατά Κεφαλή Δαπάνες για Υγεία και στο Κατά Κεφαλή Εισόδημα και σε Άλλα Μακροοικονομικά και Δημογραφικά Μεγεθών

Αναλυτικότερα, από το διάγραμμα (4.1), φαίνεται ότι τα κατάλοιπα κατανέμονται με τυχαίο τρόπο πάνω και κάτω από το μηδέν και δεν υπάρχει συστηματικά κάποια περίπτωση πολύ μικρότερης ή πολύ μεγαλύτερης μεταβλητότητας. Συνεπώς, δεν φαίνεται να υπάρχει ένδειξη για ετεροσκεδαστικότητα των καταλοίπων και άρα δεν χρειάζεται να ληφθούν υπόψη τα τυπικά σφάλματα κατά White για να διεξαχθούν αξιόπιστα οι στατιστικοί έλεγχοι για τους συντελεστές.

Με βάση την 2^η παλινδρόμηση του πίνακα (4.5), προκύπτει ότι ο συντελεστής της χρονικής υστέρησης είναι στατιστικά σημαντικός θετικός σε επίπεδο 1% ($p < 0,01$), κάτι που επιβεβαιώνει τη δυναμική στο χρόνο που έχουν οι κατά κεφαλή δαπάνες για υγεία.

Ο συντελεστής του κατά κεφαλή ΑΕΠ προέκυψε στατιστικά σημαντικός και θετικός σε επίπεδο 1% ($p < 0,01$). Αυτό επιβεβαιώνει τη θετική σχέση ανάμεσα στις δαπάνες υγείας και στο εισόδημα. Μάλιστα, η εκτίμηση του ($0,3179 < 1$) δείχνει ότι η βραχυχρόνια ελαστικότητα είναι χαμηλή, κάτι που σημαίνει ανελαστικότητα των δαπανών υγείας ως προς το εισόδημα. Η μακροχρόνια ελαστικότητα εκτιμάται ίση με $0,3179/(1-0,6599) = 0,9349$, κάτι που σημαίνει ότι και μακροχρόνια οι κατά κεφαλή δαπάνες υγείας ως προς το κατά κεφαλή εισόδημα παραμένουν ανελαστικές.

Προέκυψε, βραχυχρόνια, ότι και τα κρατικά έσοδα επηρεάζουν στατιστικά σημαντικά θετικά τις δαπάνες για υγεία σε επίπεδο 1% ($p < 0,01$), όπου σύμφωνα με τον συντελεστή, μια ποσοστιαία μονάδα άνοδο επί του ΑΕΠ στα κρατικά έσοδα,

βραχυχρόνια αυξάνει τις κατά κεφαλή δαπάνες για υγεία κατά 0,94%, υποδηλώνοντας, μια ανελαστική βραχυχρόνια συμπεριφορά των δαπανών ως προς τα κρατικά έσοδα. Ο αντίστοιχος μακροχρόνιος συντελεστής εκτιμάται ίσος με $0.0094/(1-0,6599) = 0,0275$, κάτι που σημαίνει ότι η άνοδος μιας ποσοστιαίας μονάδας, μακροχρόνια, στα κρατικά έσοδα ως ποσοστό του ΑΕΠ, αυξάνει τις κατά κεφαλή δαπάνες για υγεία κατά 2,75%, υποδηλώνοντας μια ελαστική συμπεριφορά των δαπανών για υγεία ως προς τα κρατικά έσοδα μακροχρόνια.

Προέκυψε, βραχυχρόνια, ότι και το ισοζύγιο του δημοσίου τομέα επηρεάζει στατιστικά σημαντικά αρνητικά τις δαπάνες για υγεία σε επίπεδο 1% ($p < 0.01$), όπου σύμφωνα με τον συντελεστή, μια ποσοστιαία μονάδα άνοδο επί του ΑΕΠ στο ισοζύγιο του δημοσίου τομέα, βραχυχρόνια μειώνει τις κατά κεφαλή δαπάνες για υγεία κατά 0,81%, υποδηλώνοντας, μια ανελαστική βραχυχρόνια συμπεριφορά των δαπανών για υγεία ως προς το ισοζύγιο του δημοσίου τομέα. Ο αντίστοιχος μακροχρόνιος συντελεστής εκτιμάται ίσος με $-0.0081/(1-0,6599) = -0,0238$, κάτι που σημαίνει ότι η άνοδος μιας ποσοστιαίας μονάδας, μακροχρόνια, στο ισοζύγιο του δημοσίου τομέα ως ποσοστό του ΑΕΠ, μειώνει τις κατά κεφαλή δαπάνες για υγεία κατά 2,38%, υποδηλώνοντας μια ελαστική συμπεριφορά των δαπανών για υγεία ως προς το ισοζύγιο του δημοσίου τομέα.

Τέλος, ότι οι τόκοι του δημοσίου χρέους (ως ποσοστό επί του ΑΕΠ), αλλά και παράγοντες όπως το προσδόκιμο ζωής και το ποσοστό του πληθυσμού άνω των 64 ετών δεν επηρεάζουν στατιστικά σημαντικά τις κατά κεφαλή δαπάνες για υγεία ούτε σε επίπεδο 10% ($p > 0,10$).

Επίδραση δαπανών Υγείας στο εισόδημα

Στο σημείο αυτό, παρουσιάζεται ο πίνακας συσχετίσεων μεταξύ του κατά κεφαλή εισοδήματος, των κατά κεφαλή δαπανών υγείας, αλλά και των υπολοίπων ερμηνευτικών μεταβλητών της παλινδρόμησης που έχει ως εξαρτημένη μεταβλητή το κατά κεφαλή ΑΕΠ όπου οι τιμές του δίνονται στο παρακάτω πίνακα (4.6).

Πίνακας 4.6

Συσχετίσεις Μεταξύ Κατά Κεφαλή ΑΕΠ και Ερμηνευτικών Μεταβλητών

	1	2	3	4	5	6	7
1. Κατά Κεφαλή ΑΕΠ	1.000	0.992	0.882	0.620	-0.513	0.880	0.320
2. Κατά Κεφαλή ΑΕΠ (t-1)	0.992	1.000	0.894	0.639	-0.505	0.893	0.309
3. Κατά Κεφαλή Δαπάνες Υγείας	0.882	0.894	1.000	0.825	-0.434	0.943	0.183
4. Προσδόκιμο Ζωής	0.620	0.639	0.825	1.000	-0.529	0.799	0.223
5. Εργατικό Δυναμικό	-0.513	-0.505	-0.434	-0.529	1.000	-0.483	-0.660
6. Κατανάλωση	0.880	0.893	0.943	0.799	-0.483	1.000	0.362
7. Συνολικό Εμπόριο	0.320	0.309	0.183	0.223	-0.660	0.362	1.000

Σύμφωνα με το παραπάνω πίνακα, το κατά κεφαλή ΑΕΠ εξαρτάται σε πολύ μεγάλο βαθμό από τη χρονική του υστέρηση ($r = 0,992$), δείχνοντας ότι έχουν μια δυναμική στο χρόνο και ότι έπρεπε να συμπεριληφθεί η χρονική υστέρηση τους ως ερμηνευτική μεταβλητή. Από εκεί και πέρα έχουν υψηλή θετική συσχέτιση με τις κατά κεφαλή δαπάνες για υγεία όπως έχει ήδη διαπιστωθεί. Το κατά κεφαλή ΑΕΠ έχει μέτρια προς ισχυρή θετική συσχέτιση με όλα σχεδόν τα μακροοικονομικά και δημογραφικά μεγέθη με εξαίρεση να αποτελεί το εργατικό δυναμικό, όπου προέκυψε μια μέτρια αρνητική συσχέτιση.

Σε γενικά πλαίσια, από τις συσχετίσεις μεταξύ των ερμηνευτικών μεταβλητών, δεν προέκυψαν υψηλές συσχετίσεις. Εξαίρεση αποτελούν οι περιπτώσεις μεταξύ των κατά κεφαλή δαπανών υγείας και του προσδόκιμου ζωής όπου ο συντελεστής συσχέτισης κυμαίνεται στο ($r = 0,825$). Μεταξύ των κατά κεφαλή δαπανών υγείας και κατανάλωσης ο συντελεστής κυμαίνεται στο ($r = 0,943$) και μεταξύ προσδόκιμου ζωής και κατανάλωσης το ($r = 0,799$). Αποτέλεσμα αυτού, δεν αναμένεται να υπάρχει μεγάλο πρόβλημα υψηλής μερικής πολυσυγγραμμικότητας στην εκτίμηση της παλινδρόμησης.

Στο πίνακα που ακολουθεί, πίνακα (4.7), παρουσιάζονται οι εκτιμήσεις της παλινδρόμησης που συνδέει το κατά κεφαλή ΑΕΠ με τις δαπάνες υγείας και άλλα μακροοικονομικά και δημογραφικά μεγέθη. Οι εκτιμήσεις αυτές περιλαμβάνουν είτε δεν περιλαμβάνουν σταθερές επιδράσεις στρώματος ή και χρόνου και παρουσιάζονται οι σχετικές στατιστικές ελέγχου με τις οποίες επιλέγεται το τελικό υπόδειγμα.

Πίνακας 4.7

Εκτίμηση Παλινδρόμησης Ανάμεσα στο Κατά Κεφαλή Εισόδημα και στις Κατά Κεφαλή Δαπάνες για Υγεία και σε Άλλα Μακροοικονομικά και Δημογραφικά Μεγέθη

Εξαρτημένη Μεταβλητή: Κατά Κεφαλή ΑΕΠ				
	(1)	(2)	(3)	(4)
Σταθερά	2.2487 ***	3.7063 ***	0.9587	5.3196 **
Κατά Κεφαλή ΑΕΠ (t-1)	0.9435 ***	0.7132 ***	0.9837 ***	0.5579 ***
Κατά Κεφαλή Δαπάνες Υγείας	0.0827	0.2095 ***	0.0305	0.1124 **
Προσδόκιμο Ζώνης	-0.0172 *	-0.0365 **	-0.0059	-0.0183
Εργατικό Δυναμικό	-0.0191	-0.0609	-0.0004	-0.0763
Κατανάλωση	-0.0715	0.1294	-0.0565	0.0897
Συνολικό Εμπόριο	0.0004	0.0019 **	0.0002	-0.0019 **
N	112	112	112	112
R ²	98.49%	98.78%	99.45%	99.64%
Σταθερές Επιδράσεις στρώματων	Όχι	Ναι ***	Όχι	Ναι ***
Σταθερές επιδράσεις χρόνου	Όχι	Όχι	Ναι ***	Ναι ***
F-statistic	-	3.95 ***	9.79 ***	12.26 ***
p	-	0.0016	0.0000	0.0000
Schwarz	-1.027	-0.989	-1.411	-1.570

* σημαντικό σε 10% ** σημαντικό σε 5% *** σημαντικό σε 1%

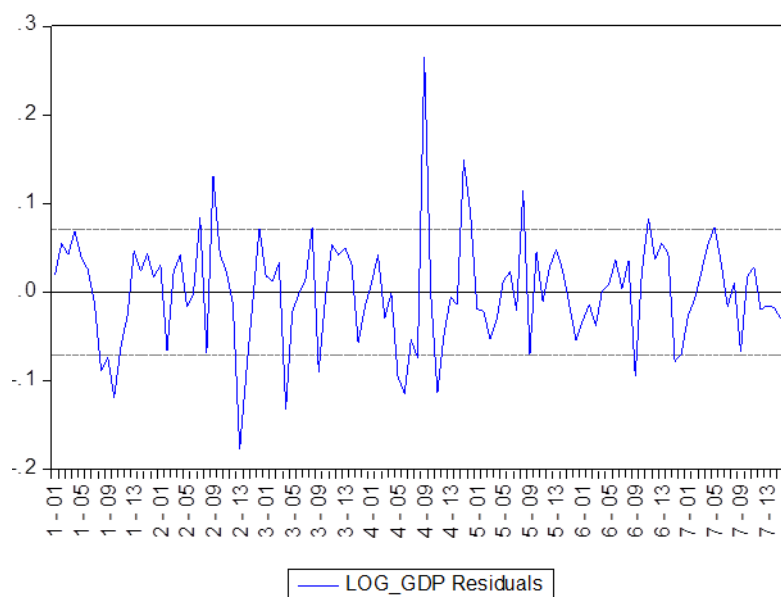
Η στατιστική F στο (4) εξετάζει την σημαντικότητα των επιδράσεων χρόνου πλέον των επιδράσεων στρώματος

Συγκεκριμένα στο πίνακα (4.7), η παλινδρόμηση (1) είναι εκτιμημένη χωρίς κάποιες σταθερές επιδράσεις στρώματος ή χρόνου (Pooled OLS). Η παλινδρόμηση (2) είναι εκτιμημένη με σταθερές επιδράσεις στρώματος (cross-section fixed effect) οι οποίες και εξετάζονται εάν είναι στατιστικά σημαντικές με βάση την F-statistic συμπεραίνοντας ότι η μηδενική υπόθεση για ασήμαντες επιδράσεις απορρίπτεται σε επίπεδο 1% ($F = 3,95$ $p < 0,01$), κάτι που σημαίνει ότι οι σταθερές επιδράσεις στρώματος είναι στατιστικά σημαντικές. Στη παλινδρόμηση (3), η παλινδρόμηση είναι εκτιμημένη με σταθερές επιδράσεις χρόνου (time-series fixed effect) οι οποίες και εξετάζονται εάν είναι στατιστικά σημαντικές με βάση την F-statistic καταλήγοντας ότι η μηδενική υπόθεση για ασήμαντες επιδράσεις απορρίπτεται σε επίπεδο 1% ($F = 9,79$ $p < 0,01$), κάτι που σημαίνει ότι οι σταθερές επιδράσεις χρόνου είναι στατιστικά σημαντικές. Τέλος, η παλινδρόμηση (4) είναι εκτιμημένη με σταθερές επιδράσεις και στρώματος και χρόνου όπου εξετάζεται εάν η προσθήκη επιδράσεων χρόνου είναι στατιστικά σημαντική σε σχέση με την προσθήκη επιδράσεων στρώματος. Εκ του πορίσματος αποδεικνύεται ότι η μηδενική υπόθεση για ασήμαντες επιπλέον επιδράσεις χρόνου απορρίπτεται σε επίπεδο 1% ($F=12,26$ $p <$

0,01), κάτι που σημαίνει ότι οι επιπλέον σταθερές επιδράσεις χρόνου είναι στατιστικά σημαντικές.

Από τους παραπάνω ελέγχους, προκύπτει ότι η παλινδρόμηση (4) του πίνακα (4.7), που έχει και σταθερές επιδράσεις στρώματος και σταθερές επιδράσεις χρόνου είναι η πιο κατάλληλη να περιγράψει τα δεδομένα, διότι περιέχει τις σημαντικές επιδράσεις και του στρώματος και του χρόνου. Το πληροφοριακό κριτήριο του Schwartz το επιβεβαιώνει αυτό, καθώς για την παλινδρόμηση (4) λαμβάνει την πιο χαμηλή τιμή. Η παλινδρόμηση αυτή εκτιμάται ότι ερμηνεύει το 99,64% της μεταβλητότητας του κατά κεφαλή ΑΕΠ, ένα πολύ μεγάλο ποσοστό ερμηνευτικότητας.

Εν συνεχεία των παραπάνω, η διαγραμματική απεικόνιση της Ετεροσκεδαστικότητας των καταλοίπων της παλινδρόμησης (4) του πίνακα (4.7) , ανάμεσα στο κατά κεφαλή εισόδημα, στις κατά κεφαλή δαπάνες για την υγεία και σε άλλα μακροοικονομικά και δημογραφικά μεγέθη παρουσιάζονται στο διάγραμμα (4.2).



Διάγραμμα 4.2

Γραφική Διερεύνηση Ετεροσκεδαστικότητας των Καταλοίπων της Παλινδρόμησης Ανάμεσα στο Κατά Κεφαλή Εισόδημα και στις Κατά Κεφαλή Δαπάνες για Υγεία και σε Άλλα Μακροοικονομικά και Δημογραφικά Μεγέθη

Βάση του παραπάνω Διαγράμματος (4.2), φαίνεται ότι τα κατάλοιπα κατανέμονται με τυχαίο τρόπο πάνω και κάτω από το μηδέν και δεν υπάρχει συστηματικά κάποια περίπτωση πολύ μικρότερης ή πολύ μεγαλύτερης μεταβλητότητας. Συνεπώς, δεν φαίνεται να υπάρχει ένδειξη για ετεροσκεδαστικότητα των καταλοίπων και άρα δεν χρειάζεται να ληφθούν υπόψη τα τυπικά σφάλματα κατά White για να διεξαχθούν αξιόπιστα οι στατιστικοί έλεγχοι για τους συντελεστές.

Με βάση την (4) παλινδρόμηση του πίνακα (4.7) , προκύπτει ότι ο συντελεστής της χρονικής υστέρησης είναι στατιστικά σημαντικός θετικός σε επίπεδο 1% ($p < 0,01$), κάτι που επιβεβαιώνει τη δυναμική στο χρόνο που έχει το κατά κεφαλή ΑΕΠ.

Ο συντελεστής των κατά κεφαλή δαπανών για υγεία προέκυψε στατιστικά σημαντικός και θετικός σε επίπεδο 5% ($p < 0,05$). Αυτό αναδεικνύει τη θετική σχέση ανάμεσα στο εισόδημα και στις δαπάνες υγείας. Μάλιστα, η εκτίμηση του ($0,1124 < 1$) δείχνει ότι η βραχυχρόνια ελαστικότητα είναι χαμηλή, κάτι που σημαίνει ανελαστικότητα του εισοδήματος ως προς τις δαπάνες υγείας. Η μακροχρόνια ελαστικότητα εκτιμάται ίση με $0,1124/(1-0,5579) = 0,2543$, κάτι που σημαίνει ότι και μακροχρόνια το κατά κεφαλή εισόδημα ως προς τις κατά κεφαλή δαπάνες υγείας παραμένει ανελαστικό.

Όσον αφορά το συντελεστή εμπόριο, διαπιστώνεται ότι επηρεάζει στατιστικά σημαντικά αρνητικά το κατά κεφαλή ΑΕΠ σε επίπεδο 5% ($p < 0.05$), όπου σύμφωνα με τον συντελεστή του εμπορίου, μια ποσοστιαία άνοδο του εμπορίου ανά μία μονάδα ως ποσοστό επί του ΑΕΠ, βραχυχρόνια, μειώνει το κατά κεφαλή εισόδημα κατά 0,19%, υποδηλώνοντας, μια ανελαστική βραχυχρόνια συμπεριφορά του εισοδήματος ως προς το εμπόριο. Ο αντίστοιχος μακροχρόνιος συντελεστής εκτιμάται ίσος με $-0.0019/(1-0,5579) = 0,0043$, κάτι που σημαίνει ότι η άνοδος μιας ποσοστιαίας μονάδας, μακροχρόνια, στο εμπόριο ως ποσοστό του ΑΕΠ, μειώνει το κατά κεφαλή εισόδημα κατά 0,43%, υποδηλώνοντας μια ανελαστική συμπεριφορά του εισοδήματος ως προς το εμπόριο, μακροχρόνια.

Προέκυψε, τέλος, ότι το προσδόκιμο ζωής, το εργατικό δυναμικό, αλλά και η κατά κεφαλή κατανάλωση δεν επηρεάζουν στατιστικά σημαντικά το κατά κεφαλή εισόδημα ούτε σε επίπεδο 10% ($p > 0,10$).

4.4 Συμπεράσματα

Στη συγκεκριμένη πτυχιακή εξετάστηκε η σχέση μεταξύ δαπανών υγείας και εισοδήματος. Με βάση τη παραπάνω μελέτη βρέθηκε να υπάρχει μια στατιστικά σημαντική θετική σχέση μεταξύ αυτών των δύο μεγεθών, όπως αναμενόταν από τη σχετική θεωρία, αλλά όπως επιβεβαίωσαν και διάφορες παρελθοντικές μελέτες, καθώς και ότι υπάρχει μια αμφίδρομη σχέση μεταξύ των μεγεθών αυτών, όπως είχαν βρει σε παλαιότερες σχετικές έρευνες οι Sghari & Hammami (2013) και Bedir (2016) αντίστοιχα. Μάλιστα, στις μελέτες αυτές αμφίδρομη σχέση είχε προκύψει κυρίως στις μεγάλες και ανεπτυγμένες οικονομίες, συνεπώς, προέκυψε ότι στις χώρες της Μέσης Ανατολής υπάρχει μια αμφίδρομη σχέση μεταξύ των δαπανών υγείας και του εισοδήματος, όπως και στις μεγάλες και ανεπτυγμένες οικονομίες.

Αρχικά, θα πρέπει να σημειωθεί ότι στο πλαίσιο της αμφίδρομης σχέσης αυτής, πιο έντονη είναι η επίδραση του εισοδήματος στις δαπάνες για την υγεία, παρά το αντίστροφο. Οι δαπάνες για την υγεία επηρεάζονται ισχυρά θετικά από τη χρονική υστέρηση τους, άρα έχουν μια δυναμική μέσα στο χρόνο, αποτέλεσμα συμβατό με το αντίστοιχο αποτέλεσμα της έρευνας των Behera & Dash (2018) οι οποίοι είχαν καταλήξει και αυτοί στο αντίστοιχο πόρισμα. Οι δαπάνες για την υγεία τείνουν να επηρεάζονται θετικά από το εισόδημα, ενώ προκύπτουν ανελαστικές ως προς αυτό βραχυχρόνια αλλά και μακροχρόνια. Αποτέλεσμα απόλυτα συμβατό με το εύρημα της έρευνας των Peñas et al., (2012). Επιπλέον, οι δαπάνες αυτές δεν μεταβάλλονται τόσο έντονα σε σχέση με το εισόδημα, κάτι που σημαίνει ότι ακόμα και όταν μειώνεται το εισόδημα, οι σχετικές δαπάνες για την υγεία δεν μειώνονται με τον ίδιο βαθμό, υποδηλώνοντας ότι οι δαπάνες αυτές είναι ένα είδος πρώτης ανάγκης και όχι είδος πολυτελείας, όπως είχαν συμπεράνει οι Parkin et al., (1987).

Εν τω μεταξύ, σχετικά με τις δαπάνες υγείας και τα κρατικά έσοδα (ως ποσοστό επί του ΑΕΠ), διαπιστώνεται ότι επηρεάζονται θετικά. Γεγονός που υποστηρίζεται από την έρευνας των Behera & Dash (2018) οι οποίοι είχαν βρει και αυτοί μια θετική επίδραση ανάμεσά τους. Φαίνεται, λοιπόν, πως και στην περίπτωση των χωρών της Μέσης Ανατολής, ένα μέρος από τα υψηλότερα κρατικά έσοδα διοχετεύονται σε δαπάνες για υγεία και για αυτό αυξάνονται. Μάλιστα, μακροχρόνια προκύπτει ότι η διοχέτευση αυτή είναι ακόμη πιο έντονη, κάτι που δείχνει ότι στις χώρες αυτές δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στην υγεία.

Μολαταύτα της παραπάνω εκτίμησης, οι δαπάνες για υγεία δεν επηρεάζονται καθόλου από το χρέος (τόκοι ως ποσοστό επί του ΑΕΠ), σύμφωνα και με την έρευνα των Behera & Dash (2018) οι οποίοι είχαν βρει και αυτοί μια ασήμαντη επίδραση. Προκύπτει, λοιπόν, ότι ακόμα και σε περιπτώσεις που το χρέος είναι υψηλότερο (και πληρώνονται υψηλότεροι τόκοι), όπως γίνεται στις χώρες της Μέσης Ανατολής, οι δαπάνες για υγεία δεν επηρεάζονται καθόλου προκειμένου να εξυπηρετηθεί το χρέος των χωρών αυτών. Αυτό αποτελεί μια ακόμη ένδειξη ότι στις χώρες αυτές η υγεία έχει μεγάλη σημασία.

Εν συνεχεία, παρατηρείται ότι οι δαπάνες για υγεία επηρεάζονται αρνητικά από το ισοζύγιο του δημοσίου τομέα (ως ποσοστό επί του ΑΕΠ). Εκ του αποτελέσματος αυτού, διαπιστώνεται μια διαφορετική εκτίμηση από αυτής της έρευνας των Behera & Dash (2018) οι οποίοι είχαν βρει μια θετική επίδραση μεταξύ των δύο αυτών μεγεθών. Φαίνεται, λοιπόν, πως όσο μειώνεται το ισοζύγιο του δημοσίου τομέα, αυτό συνδυάζεται με υψηλότερες δαπάνες για υγεία, διότι η μείωση αυτή επρόκειτο να οφείλεται σε αυξημένες δαπάνες υγείας. Αντίστοιχα, η άνοδος του ισοζυγίου που συνδυάζεται με μειωμένες δαπάνες για υγεία σημαίνει ότι υπάρχει μια σχετική εξοικονόμηση από τέτοιες δαπάνες η οποία ίσως και να αυξάνει το τελικό αυτό ισοζύγιο. Όλα αυτά αποτελούν μια ακόμα ένδειξη για τη σημασία που έχουν οι δαπάνες για υγεία στις χώρες της Μέσης Ανατολής.

Το εύρημα ότι οι δαπάνες για υγεία δεν επηρεάζονται από το προσδόκιμο ζωής μπορεί να εξηγηθεί από το γεγονός ότι στις χώρες της Μέσης Ανατολής η μεταβλητότητα του προσδόκιμου ζωής είναι πολύ μικρή και έτσι η μικρή αύξηση ή μείωση του ανά χώρα ή ανά έτος δεν προκαλεί σημαντική μεταβολή στις δαπάνες για υγεία. Μια άλλη εξήγηση είναι ότι οι δαπάνες για υγεία στις χώρες της Μέσης Ανατολής αφορούν όλο το φάσμα των ηλικιών το ίδιο σημαντικά και έτσι δεν επηρεάζονται από το εάν αυξάνει ή μειώνεται το προσδόκιμο ζωής. Σε κάθε περίπτωση, φαίνεται πως στις χώρες της Μέσης Ανατολής οι δαπάνες για υγεία αφορούν το σύνολο του πληθυσμού και από αυτό φαίνεται μια ακόμα φορά η μεγάλη σημασία τους.

Χρειάζεται επίσης να αναφερθεί ότι οι δαπάνες για υγεία δεν επηρεάζονται από το ποσοστό του πληθυσμού που είναι άνω των 64 ετών καθώς οι δαπάνες αφορούν όλο το πληθυσμό και όχι μόνο τις ηλικίες άνω των 64 ετών. Αντίθετα, στην έρευνα των Peñas et al (2012) υποδεικνύεται μια θετική επίδραση μεταξύ τους.

Ομοίως, ιδιαίτερα σημαντικό στο σημείο αυτό είναι η ανάλυση του ευρήματος μεταξύ του εισοδήματος και των δαπανών υγείας. Συγκεκριμένα, το εισόδημα προκύπτει ανελαστικό ως προς τις δαπάνες τόσο βραχυχρόνια όσο και μακροχρόνια, αφού αποτελεί εύρημα συμβατό με αυτό της έρευνας των Riabuo & Tieguhong (2017). Η οικονομική ανάπτυξη των Χωρών της Μέσης Ανατολής εξαρτάται να μην από τις δαπάνες για υγεία, αλλά όχι σε έντονο βαθμό καθώς μια μεγάλη άνοδος των δαπανών θα προσδώσει μεγάλη οικονομική ανάπτυξη. Αντίστοιχα, μια μεγάλη μείωση τους θα προκαλέσει μια μεγάλη οικονομική ύφεση. Πάντως, η θετική σχέση τους, έστω και ανελαστικής μορφής, υποδηλώνει ότι οι υψηλές δαπάνες για υγεία ίσως και να προαπαιτούνται ώστε να οδηγηθούν οι χώρες της Μέσης Ανατολής σε οικονομική ανάπτυξη. Επισημάνεται στο σημείο αυτό ότι το εισόδημα και οι δαπάνες για την υγεία επηρεάζονται ισχυρά θετικά από τη χρονική υστέρηση διότι εξαρτώνται αρκετά ισχυρά από τις προηγούμενες τιμές τους.

Επιπροσθέτως, το εύρημα ότι το εισόδημα δεν επηρεάζεται από το προσδόκιμο ζωής είναι συμβατό με το εύρημα της έρευνας των Riabuo & Tieguhong (2017) για χώρες που ξοδεύουν μικρό ποσοστό των κρατικών δαπανών στην υγεία, αλλά δεν είναι συμβατό για χώρες που ξοδεύουν μεγαλύτερο ποσοστό. Στις χώρες της Μέσης Ανατολής η ανάπτυξη δεν επηρεάζεται από το προσδόκιμο ζωής των κατοίκων της διότι η ανάπτυξη των χωρών αυτών είναι περισσότερο θέμα κεφαλαίου, παρά θέμα εργατικού δυναμικού. Συμπερασματικά, το εισόδημα δεν επηρεάζεται από το εργατικό δυναμικό αφού η οικονομική ανάπτυξη της χώρας εξαρτάται περισσότερο από το κεφάλαιο και λιγότερο από το εργατικό του δυναμικό.

Εν συνεχεία, διαπιστώνεται ότι το εισόδημα δεν επηρεάζεται από την κατανάλωση καθώς στις χώρες της Μέσης Ανατολής η οικονομική ανάπτυξη δεν έχει να κάνει με την εγχώρια κατανάλωση. Αυτό μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι η κατανάλωση σε αυτές τις χώρες είναι δεδομένη, λόγω των πολιτισμικών και άλλων σχετικών συνθηκών και συνηθειών, κάτι που φαίνεται και από τη μικρή μεταβλητότητα που υπολογίστηκε άλλωστε. Το εισόδημα επίσης, επηρεάζεται αρνητικά από το συνολικό εμπόριο (ως ποσοστό του ΑΕΠ) καθώς στις χώρες της Μέσης Ανατολής ένας υψηλός όγκος εμπορίου συνδυάζεται με χαμηλό κατά κεφαλή εισόδημα, διότι πιθανόν τα οφέλη από το εμπόριο ίσως να μην τα καρπώνονται ισόποσα όλοι οι κάτοικοι των χωρών, αλλά πολύ λίγοι. Εντούτοις, ένας χαμηλός όγκος εμπορίου δεν μπορεί εύκολα να εξηγηθεί πως συνδυάζεται με υψηλότερο κατά κεφαλή εισόδημα. Ίσως

όταν το εμπόριο μειώνεται, τότε να συνδυάζεται αυτό με αυξημένες παροχές και επιδόματα προς το μεγάλο μέρος του πληθυσμού και για αυτό να αυξάνεται το κατά κεφαλή εισόδημα, χωρίς αυτό, όμως, να σημαίνει πραγματική οικονομική ανάπτυξη.

Συνοψίζοντας, λοιπόν, και οι κατά κεφαλή δαπάνες υγείας και το κατά κεφαλή εισόδημα εξελίσσονται με μια δυναμική χρόνου για τις χώρες της Μέσης Ανατολής την περίοδο 2000-2016 και έχουν μεταξύ τους μια ισχυρή θετική σχέση η οποία μάλιστα είναι και αμφίδρομης μορφής αν και βρέθηκε περισσότερο έντονα να επηρεάζει το εισόδημα τις δαπάνες για υγεία, παρά το αντίστροφο. Το εισόδημα επηρεάζει με ανελαστικό τρόπο τις δαπάνες για υγεία, σε συνδυασμό με άλλους παράγοντες που επηρεάζουν ή δεν επηρεάζουν τις δαπάνες αυτές, δείχνει πως οι δαπάνες αυτές είναι ένα είδος πρώτης ανάγκης και όχι αγαθό πολυτελείας, δαπάνες υψίστης σημασίας για τις χώρες της Μέσης Ανατολής.

Τέλος, το εύρημα πως οι δαπάνες για υγεία επηρεάζουν με ανελαστικό τρόπο το εισόδημα δείχνει πως η οικονομική ανάπτυξη στις χώρες της Μέσης Ανατολής εξαρτάται μεν από την υγεία, ως μια αναγκαία συνθήκη. Από εκεί και πέρα, η οικονομική ανάπτυξη στις χώρες της Μέσης Ανατολής εξαρτάται βασικά από το κεφάλαιο και σχεδόν καθόλου από το εργατικό δυναμικό, ενώ επηρεάζεται αρνητικά από το εμπόριο, κάτι που δεν είναι και τόσο αναμενόμενο και εύκολα ερμηνεύσιμο. Πάντως, είναι αξιοσημείωτο το εύρημα ότι ακόμα και σε χώρες, όπως αυτές της Μέσης Ανατολής, που η οικονομική ανάπτυξη είναι εντάσεως κεφαλαίου, η υγεία παραμένει ένας σημαντικός παράγοντας, ως αναγκαία συνθήκη και ως προαπαιτούμενο, που επηρεάζει με τη σειρά της την οικονομική ευημερία. Για αυτό, άλλωστε, οι δαπάνες για υγεία μεταβάλλονται ανελαστικά σε σχέση με το εισόδημα, αλλά και με άλλους μακροοικονομικούς παράγοντες, ενώ δεν μεταβάλλονται σημαντικά σε σχέση με δημογραφικούς παράγοντες που έχουν να κάνουν με άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, κάτι που δείχνει τη σημασία που δίνεται στην υγεία σε αυτές τις χώρες σε όλο το πληθυσμό.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική

Βάβουρας Ι., (1993), Δημόσιο Χρέος Θεωρία και Ελληνική Εμπειρία, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.

Γεωργακάκου Χ.,(2000), Η ποιοτική διασφάλιση στα Κέντρα Υγείας ,Περιοδικό Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Τεύχος 12, Αθήνα.

Γεωργακόπουλος Θ., Λιανός Θ., Μπένος Θ., Τσεκούρας Γ., Χατζηπροκοπίου Μ.& Χρήστου Γ., (1995), Εισαγωγή στην Πολιτική Οικονομία, Εκδόσεις Ευγ. Μπένου, Αθήνα.

Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ., (1994 & 1995), Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα, Εκδόσεις Παπαζήσης, Αθήνα.

Καλογεροπούλου Μ., Μουρδουκούτας Π., (2007), Υπηρεσίες Υγείας: Συστήματα-Χρηματοδότηση-Αγορά (Τόμος Α'), Εκδόσεις Πολιτεία, Αθήνα.

Καλογεροπούλου Μ., Μουρδουκούτας Π., (2009), Υπηρεσίες Υγείας: Οργάνωση και Διοίκηση, Αποδοτικότητα, Ποιότητα (Τόμος Β'), Εκδόσεις Πολιτεία, Αθήνα.

Λιαρόπουλος Λ., (2007), Οργάνωση Υπηρεσιών & Συστημάτων Υγείας, Maynard A. & Kanavos P., (2000), Health Economics: An Evolving Paradigm, Health Economics 9: 183-90, Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα.

Πολύζος Ν., (2007), Χρηματοοικονομική Διοίκηση Μονάδων Υγείας, Εκδόσεις Διόνικος, Αθήνα.

Σούλης Σ (1999), Οικονομία και Ανθρώπινη Ανάπτυξη. Η θέση της Ελλάδας στη παγκόσμια πραγματικότητα. Αδημοσίευτη εργασία, Αθήνα.

Σούλης Σ., Σαρρής Μ., Θεοδώρου Μ., (2001), Συστήματα Υγείας, Εκδόσεις ΑΘ. Σταμούλης, Αθήνα.

Σισσούρας Α., Καρόκης Α., (1992), Στρατηγικές Προσεγγίσεις για τη Χάραξη Πολιτικής Υγείας: Το Ζήτημα της Ισότητας (Equity) και των Κοινωνικο-οικονομικών Ανισοτήτων στην Υγεία, Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία, 1,1: 51-61.

Τούντας Ι., (2008), Συστήματα Υγείας : Σχεδιασμός-Οργάνωση-Αξιολόγηση: Ποιότητα: Διοίκηση: Οικονομία: Ασφάλιση Υγείας: Νέες Τεχνολογίες: Υπηρεσίες Υγείας στην Ελλάδα, Εκδόσεις Οδυσσεάς, Αθήνα.

Υφαντόπουλος Ι., (1988), Ο Σχεδιασμός του Τομέα Υγείας στην Ελλάδα, ΕΚΚΕ, Αθήνα.

Υφαντόπουλος Γ., (1990), “Πτυχές Σύγκλισης και Εναρμόνισης της Υγειονομικής Πολιτικής της ΕΟΚ” στο: Οι Υπηρεσίες Υγείας: Οργάνωση-Διοίκηση-Προγραμματισμό (Προβόπουλος Γ. κ.ά.), Αθήνα.

Υφαντόπουλος Γ., (2003), Τα Οικονομικά της Υγείας, Εκδόσεις Τυπωθήτω – Γ. Δαρδανός, Αθήνα.

Χλέτσος Μ., (1999), Η ελληνική Περίπτωση στο Δικαίος, Κ. Χλέτσος, Μ. Υπηρεσίες Υγείας / Νοσοκομείο Ιδιοτυπίες και Προσκλήσεις , Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο Πάτρα.

Ξενόγλωσση

Ammar, W., (2003), Health System and Reform in Lebanon. WHO and Ministry of Public Health in Lebanon.

Ammar, W., (2009). Health beyond Politics. WHO and Ministry of Public Health in Lebanon. Economic Accounts-Presidency of the Council of Ministers– Republic of Lebanon- October 2010.

Andrew Berg, Catherine A. Pattillo, (2000), The Challenge of Predicting Economic Crises, Publisher: International Monetary Fund.

Bedir, S. (2016) Healthcare Expenditure and Economic Growth in Developing Countries, *Advances in Economics and Business*, 4(2): 76-86.

Behera, D.K. and Dash, U. (2018) The impact of macroeconomic policies on the growth of public health expenditure: An empirical assessment from the Indian states, *Cogent Economics & Finance*, 6: 1-21.

Brenner, M. H. and Mooney, A. (1982), 'Economic change and sec specific cardiovascular mortality in Britain 1955-1976'. *Social science and medicine*. 16, 431-442.

Cam Donaldson, Karen Gerard, Stephen Jan, Craig Mitton, Virginia Wiseman, (2004) *Economics of Health Care Financing: The Visible Hand* Publisher: Macmillan International Higher Education.

Donabedian A. *The Methods and Findings of Quality Assessment and Monitoring: An Illustrated Analysis*. Ann Arbor, MI: Health Administration Press: 1985.

Friedman M. "Capitalism and Freedom", Chapter XI Social Welfare Measures, Chicago University Press, 1962.

Gil S. Epstein, Ira N. Gang, (2010), Migration and Culture, Frontiers of Economics and Globalization, Vol. 8, Emerald Publishing, Bingley, 2010, 325-339.

Granger, C. W. J. (1969). "Investigating Causal Relations by Econometric Models and Cross-spectral Methods". *Econometrica*.

Jaejoon Woo, Mr. Manmohan S. Kumar, (2010), Public Debt and Growth, Publisher: International Monetary Fund.

Kutzin J., (2012), "Anything goes on the path to Universal Health Coverage? No.", *Bulletin of the World Health Organization* 90: 867-868.

Lee RI, Jones LW. *The Fundamentals of Good Medical Care*. Chicago: University of Chicago Press; 1933.

Marx K. "Critique of the Gotha Programme", International Publishers 1938.

O'Donnell O., Wagstaff A., Van Doorslaer E., Lindelow M., (2008), *Analyzing Health Equity Using Household Survey Data: A Guide to Techniques and Their Implementation*, Publisher: World Bank.

Parkash J, Younis MZ, Ward W. Healthcare for the Ageing Populations of Countries of Middle East and North Africa. *Ageing International*.2015: 40(1).

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

Peñas, S.L., Prieto, D.C. and Fernández, C.B. (2012) On the Relationship between GDP and Health Care Expenditure: A New Perspective, Working Paper, INSTITUDO DE ESTUDIOS FISCALES, 5-23.

Piabuo, S. M., & Tieguhong, J. C. (2017) Health expenditure and economic growth - a review of the literature and an analysis between the economic community for central African states (CEMAC) and selected African countries, *Health economics review*, 7(1):1-13.

Ramin M. (2019). “ Health System in Iraq ”, 52(1): pp. 69–73.

Ryan L., Ferreira S., Convery F. (2009), The impact of fiscal and other measures on new passenger car sales and CO2 emissions intensity: Evidence from Europe, *Energy Economics* Vol. 31, p. 365–374.

Sghari, M.B.A. and Hammami, S. (2013) Relationship between Health Expenditure and GDP in Developed Countries, *Journal Of Pharmacy*, 3(4): 41-45.

Trigg, A.B. (2008) “Quantity and price systems: towards a framework for coherence between Post Keynesian and Sraffian economics”. In J.T. Harvey and R.F. Garnett, Jr. (eds.), *Future Directions for Heterodox Economics*, pp. 127-141, Michigan: University of Michigan Press, ISBN 0472115979.

Van der Zee J., and Kroneman M.W., (2007), Bismarck or Beveridge: a beauty contest between dinosaurs. *BMC Health Services Research*, 7:94.

Διαδικτυακές Πηγές

<https://www.indexmundi.com/facts/indicators/SH.XPD.PRIV.ZS>

<https://www.expatistan.com/cost-of-living/doha>

<https://www.oxfordbusinessgroup.com/overview/keeping-pace-changes-are-afoot-sector-adapts-new-conditions>

<https://www.indexmundi.com/facts/indicators/SH.XPD.PRIV.ZS>

<https://tradingeconomics.com/bahrain/indicators>

<https://tradingeconomics.com/iraq/indicators>

<https://tradingeconomics.com/saudi-arabia/indicators>

<https://tradingeconomics.com/qatar/indicators>

<https://tradingeconomics.com/oman/indicators>

<https://tradingeconomics.com/lebanon/indicators>

<http://www.emro.who.int/entity/statistics/statistics.html>

<https://www.aetnainternational.com/en/about-us/explore/living-abroad/culture-lifestyle/health-care-quality-in-the-middle-east.html>

<https://www.worldatlas.com/articles/the-richest-and-poorest-economies-in-the-middle-east.html>

<https://apps.who.int/medicinedocs/documents/s17291e/s17291e.pdf>

<https://www.investopedia.com/ask/answers/what-is-gdp-why-its-important-to-economists-investors/>

<https://www.worldatlas.com/articles/the-richest-and-poorest-economies-in-the-middle-east.html>

https://www.spnj.gr/articlefiles/volume1_issue1/112.pdf

https://www.ekdd.gr/ekdda/files/ergasies_esdd/13/4/404.pdf

<https://www.executive-magazine.com/special-report/a-look-into-lebanons-healthcare>

http://www.eurohex.eu/pdf/CountryReports_Issue9_translated/Greece.pdf

<https://apps.who.int/medicinedocs/documents/s17313e/s17313e.pdf>

<https://www.executive-magazine.com/special-report/a-look-into-lebanons-healthcare>

https://www.usj.edu.lb/intranet/annonce/files/pdf/175_pdf_1.pdf

https://en.wikipedia.org/wiki/Economy_of_the_Middle_East

https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/file_import/european-semester_thematic-factsheet_health-systems_el.pdf

<https://www.researchgate.net/publication/227361280> Growth in a Time of Debt
[https://www.researchgate.net/profile/Ramin Mehrdad/publication/232426386](https://www.researchgate.net/profile/Ramin_Mehrdad/publication/232426386) Health
[_System in Iran/links/0c9605281d9d29d0bc000000.pdf#page=71](https://www.researchgate.net/profile/Ramin_Mehrdad/publication/232426386/links/0c9605281d9d29d0bc000000.pdf#page=71)
[https://en.wikipedia.org/wiki/William Petty](https://en.wikipedia.org/wiki/William_Petty)
<https://www.hetwebsite.net/het/profiles/petty.htm>