
**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

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

**ΕΜΠΕΙΡΙΚΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ
ΕΥΡΩΠΑΙΚΑ ΝΗΣΙΩΤΙΚΑ ΚΡΑΤΗ ΜΕ ΚΟΙΝΟ
ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ**

Γαζής Παντελεήμων

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

Πειραιάς, 2022

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

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

**ΕΜΠΕΙΡΙΚΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ
ΕΥΡΩΠΑΙΚΑ ΝΗΣΙΩΤΙΚΑ ΚΡΑΤΗ ΜΕ ΚΟΙΝΟ
ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ**

Γαζής Παντελεήμων, Α.Μ.: ΟΔΥ/1910

Επιβλέπων: Αγιακλόγλου Χρήστος / 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, 2022

UNIVERSITY of PIRAEUS



**DEPARTMENT of
ECONOMICS**

M.Sc. in Health Economics and Management

**EMPIRICAL INVESTIGATION OF HEALTH
EXPENDITURE IN EUROPEAN ISLAND STATES
WITH HEALTHCARE SYSTEM COMMONALITY**

Gazis Panteleimon

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, 2022

Στην οικογένεια μου

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να ευχαριστήσω τον κ. Χρήστο Αγιακλόγλου, Καθηγητή του Τμήματος Οικονομικής Επιστήμης, του Πανεπιστημίου Πειραιώς και επιβλέποντα της διπλωματικής μου εργασίας, για την αμέριστη και ανεκτίμητη βοήθεια του, καθ' όλη την περίοδο της συγγραφής της. Θα ήθελα επίσης να ευχαριστήσω την οικογένεια μου, που πάντα με στηρίζει σε όλη την πορεία των σπουδών μου.

Εμπειρική Διερεύνηση Δαπανών Υγείας σε Ευρωπαϊκά Νησιωτικά Κράτη με Κοινό Σύστημα Υγείας

Σημαντικοί Όροι: Δαπάνες Υγείας, Α.Ε.Π., Ανάλυση Παλινδρόμησης, Σύστημα Υγείας

Περίληψη

Οι χώρες της Ευρώπης εφαρμόζουν ποικίλες διαδικασίες και πραγματοποιούν τις δικές τους πολιτικές και κοινωνικές επιλογές υγειονομικού ενδιαφέροντος. Καθώς παρατηρούνται διαφοροποιήσεις σε επίπεδο δαπανών, οργάνωσης και χρηματοδότησης των συστημάτων υγείας, δραστηριοποιούνται σε ένα κοινό πλαίσιο αξιών (παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας, αλληλεγγύη και ίση πρόσβαση στην χρήση των προϊόντων και υπηρεσιών υγείας). Ωστόσο, αυτές οι κοινές αξίες συνήθως δοκιμάζονται έντονα στον βωμό των μέτρων αντιμετώπισης των παγκόσμιων και εγχώριων οικονομικών κρίσεων.

Η εργασία αυτή εστιάζει στην θεωρητική μελέτη των δαπανών και συστημάτων υγείας, γενικά στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης και ειδικότερα σε τρία ευρωπαϊκά νησιωτικά κράτη (Ηνωμένο Βασίλειο, Κύπρος και Ιρλανδία), τα οποία χαρακτηρίζονται από το ίδιο μοντέλο συστήματος υγείας (Μοντέλο Beveridge). Εν συνεχεία, πραγματοποιείται εμπειρική μελέτη, στην οποία επιχειρείται η διερεύνηση της στατιστικής σχέσης των δημόσιων δαπανών υγείας με άλλες μακροοικονομικές μεταβλητές, χρησιμοποιώντας την μεθοδολογία ανάλυσης παλινδρόμησης, για τα προαναφερθέντα ευρωπαϊκά νησιωτικά κράτη. Σκοπός είναι η όσο το δυνατόν καλύτερη αποτύπωση της πραγματικότητας των δαπανών υγείας για τις υπό μελέτη χώρες σε θεωρητικό και ερευνητικό επίπεδο.

Empirical Investigation of Health Expenditure In European Island States with Healthcare System Commonality

Keywords: Health Expenditure, G.D.P., Regression Analysis, Healthcare System

Abstract

The European countries apply a variety of procedures and make their own political and social choices according to their health interests. As there are differences in the level of implementation of health expenditure, organization, and financing of healthcare systems, they operate within a common framework of values, (the provision of quality health services, solidarity and equal access to the use of health products and services). However, these common values are usually severely tested on the altar of measures to cope with global and domestic economic crises.

The thesis focuses on a theoretical study of health care expenditure and healthcare systems in general for the countries of the European Union and particularly for three European island states (United Kingdom, Cyprus, and Ireland), which are characterized by the same healthcare system model (Beveridge Model). An empirical study is then carried out, in which an attempt is made to investigate the statistical relation between public health expenditure and other macroeconomic variables, using regression analysis methodology, for the European island states. The aim is to capture the reality of health expenditure for the countries under study as well as possible on a theoretical and research level.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περίληψη	xi
Abstract	xiii
Κατάλογος Πινάκων	xvii
Κατάλογος Διαγραμμάτων	xix
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	1
ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ	1
1.1 Εισαγωγή.....	1
1.2 Συνολική δαπάνη υγείας	2
1.3 Παράγοντες αύξησης δαπανών υγείας.....	7
1.4 Τρόποι διαχείρισης και ελέγχου δημοσίων δαπανών υγείας	11
1.5 Η εξέλιξη των δαπανών υγείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση.....	20
1.6 Ανακεφαλαίωση	29
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	31
ΟΙ ΜΑΚΡΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ	31
2.1 Εισαγωγή.....	31
2.2 Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν	32
2.3 Προσδόκιμο ζωής.....	38
2.4 Δαπάνες εκπαίδευσης.....	43
2.5 Ανεργία	48
2.6 Ανακεφαλαίωση	57
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	61
ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ	61
3.1 Εισαγωγή.....	61
3.2 Μοντέλα κρατών πρόνοιας και συστημάτων υγείας στην Ευρώπη	62
3.3 Το σύστημα υγείας στο Ηνωμένο Βασίλειο.....	71
3.4 Το σύστημα υγείας στην Κύπρο	76
3.5 Το σύστημα υγείας στην Ιρλανδία.....	80
3.6 Ανακεφαλαίωση	84
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	87
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΜΠΕΙΡΙΚΗΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ	87
4.1 Εισαγωγή.....	87
4.2 Παρουσίαση δεδομένων	88
4.3 Ανάλυση αποτελεσμάτων παλινδρόμησης.....	95

4.4 Συμπεράσματα	99
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	101

Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 4.1 Στατιστική Συμπεριφορά των Εξεταζόμενων Μεταβλητών	90
Πίνακας 4.2 Στατιστική Συμπεριφορά των Εξεταζόμενων Μεταβλητών	92
Πίνακας 4.3 Στατιστική Συμπεριφορά των Εξεταζόμενων Μεταβλητών	95
Πίνακας 4.4 Αποτελέσματα Ανάλυσης Παλινδρόμησης	96
Πίνακας 4.5 Αποτελέσματα Ανάλυσης Παλινδρόμησης	97
Πίνακας 4.6 Αποτελέσματα Ανάλυσης Παλινδρόμησης	98

Κατάλογος Διαγραμμάτων

Διάγραμμα 2.1 Εξέλιξη ετήσιου ρυθμού μεγέθυνσης του ΑΕΠ της Ευρωπαϊκής Ένωσης, περίοδος 1990-2019	35
Διάγραμμα 2.2 Προσδόκιμο ζωής κατά την γέννηση σε Ευρωπαϊκή Ένωση, Ηνωμένο Βασίλειο, Κύπρο και Ιρλανδία, περίοδος 1990-2019	41
Διάγραμμα 2.3 Εξέλιξη του μέσου ποσοστού ανεργίας στην Ευρωπαϊκή Ένωση, περίοδος 2000-2019	55
Διάγραμμα 2.4 Εξέλιξη ποσοστού ανεργίας σε Ηνωμένο Βασίλειο, Κύπρο και Ιρλανδία, περίοδος 1983-2019	56
Διάγραμμα 3.1 Εγχώριες δαπάνες υγείας της γενικής κυβέρνησης του Ηνωμένου Βασιλείου σε ποσοστό ΑΕΠ, περίοδος 2000-2019	72
Διάγραμμα 3.2 Εγχώριες δαπάνες υγείας της γενικής κυβέρνησης της Κύπρου σε ποσοστό ΑΕΠ, περίοδος 2000-2019	77
Διάγραμμα 3.3 Εγχώριες δαπάνες υγείας της γενικής κυβέρνησης της Ιρλανδίας σε ποσοστό ΑΕΠ, περίοδος 2000-2019	81
Διάγραμμα 4.1 Γραφικές Παραστάσεις των Εξεταζόμενων Μεταβλητών	89
Διάγραμμα 4.2 Γραφικές Παραστάσεις των Εξεταζόμενων Μεταβλητών	91
Διάγραμμα 4.3 Γραφικές Παραστάσεις των Εξεταζόμενων Μεταβλητών	94

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

1.1 Εισαγωγή

Η υγεία παρουσιάζει μέχρι την σύγχρονη ιστορία της ανθρώπινης ζωής, ένα στοιχείο ισορροπίας ανάμεσα στο άτομο και το περιβάλλον, στο οποίο δραστηριοποιείται και αλληλοεπιδρά. Ο ανθρώπινος νους έχει διανύσει αρκετά στάδια για την εξερεύνηση της έννοιας της και οι επιστημονικές γνώσεις αυξήθηκαν σε συνδυασμό με τις απαιτήσεις της, σε κάθε χρονική περίοδο. Η έννοια της υγείας έχει πλέον ξεπεράσει τα όρια της απλής αντιμετώπισης των αρνητικών παραγόντων που επιδρούν στην υγεία των ανθρώπων κατασταλτικά, αλλά έχει επικρατήσει η συζήτηση για μια όλο και περισσότερη προσπάθεια βελτίωσης της ποιότητας της ψυχικής και σωματικής υγείας του ανθρώπου συνολικά. Καθώς η έννοια της υγείας εξακολουθεί να μην έχει έναν σαφή και ευρύ αποδεκτό ορισμό σε διεθνές επίπεδο, το 1946 από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.), στο ιδρυτικό του καταστατικό γίνεται η πρώτη αναφορά, στο ότι η υγεία είναι η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας του ατόμου και όχι απλώς η απουσία νόσου ή σωματικής ανικανότητας, αποτελώντας την ως έναν εκ των οκτώ βασικών αρχών του πλαισίου των δραστηριοτήτων του οργανισμού (Σακελλαρόπουλος, 2001).

Πράγματι, η ραγδαία εξελιγμένη τεχνολογική και ιατρική γνώση είναι πλέον σε θέση να προσφέρει στην ανθρώπινη ζωή, μια όσο το δυνατόν λιγότερο αλλοιωμένη πορεία από ποικίλες νόσους και παθήσεις. Η βελτίωση της ποιότητας της ανθρώπινης ζωής και η πρόληψη της υποβάθμισης της κατάστασης της υγείας των ανθρώπινων πληθυσμών απασχολεί τις κυβερνήσεις και τις κοινωνικές ομάδες των σύγχρονων ανεπτυγμένων χωρών. Σε όλες τις πολιτικές συζητήσεις περί των προβλημάτων που απασχολούν τον τομέα της υγείας και τις επιστημονικές αναλύσεις, ηγετικό ρόλο διεκδικούν τα ζητήματα των δαπανών υγείας γύρω από τους άξονες της κατανομής, της αποδοτικότητας, της αποτελεσματικότητας και της εξέλιξης τους. Στα σύγχρονα ανεπτυγμένα κράτη, η υγεία αποτελεί σχεδόν το 10% της συνολικής οικονομικής τους

δραστηριότητας (Λιαρόπουλος, 2010). Η περιορισμένη διαθεσιμότητα των δημόσιων και ιδιωτικών πόρων, η μεγάλη εξέλιξη της τεχνολογίας και η αυξανόμενες δαπάνες υγείας προβάλλουν την αναγκαιότητα για την ορθολογική διαχείριση τους από τα συστήματα υγείας, σε όλες τις ανεπτυγμένες κοινωνίες.

Το κεφάλαιο αυτό, για την καλύτερη αποσαφήνιση της έννοιας και του περιεχομένου των δαπανών υγείας, χωρίζεται σε τέσσερις ενότητες. Στην πρώτη ενότητα αναλύεται η έννοια και οι προσπάθειες οριοθέτησης της υγειονομικής δαπάνης με στόχο την αποτελεσματική μέτρηση και αποτίμηση της αποτελεσματικότητας των δαπανών υγείας. Στην δεύτερη ενότητα αναφέρονται ορισμένοι κύριοι παράγοντες αύξησης των δαπανών υγείας. Στην τρίτη ενότητα γίνεται αναφορά σε τρόπους διαχείρισης και ελέγχου της δημόσιας υγειονομικής δαπάνης, οι οποίοι είναι προσανατολισμένοι στην ζήτηση και στην προσφορά των υπηρεσιών υγείας και εφαρμόστηκαν αποτελεσματικά στα περισσότερα συστήματα υγείας σε αρκετές ευρωπαϊκές χώρες, τις δεκαετίες 1980 και 1990. Στην τέταρτη ενότητα γίνεται μια εκτενής αναφορά στην εξέλιξη των δαπανών υγείας στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, για την περίοδο 1960-2019. Ωστόσο, δίνεται μεγαλύτερη έμφαση στα οικονομικά στοιχεία της περιόδου από το 2000 έως το 2019, βάσει των δημοσιεύσεων των ΟΟΣΑ και ΕΕ για την υγεία στην Ευρώπη. Τέλος, το κεφάλαιο ολοκληρώνεται με την ανακεφαλαίωση όσων προαναφέρθηκαν στις προηγούμενες ενότητες.

1.2 Συνολική δαπάνη υγείας

Το σύστημα υγείας κάθε χώρας έχει ως στόχο να διατηρεί, να βελτιώνει και να αποκαθιστά το επίπεδο της υγείας των πολιτών της. Η σύγκριση των συστημάτων υγείας και η αποτίμηση της αποτελεσματικότητας του επιπέδου ικανοποίησης των πολιτών από αυτά εμφανίζει την επιτακτική ανάγκη, να αποσαφηνιστεί η έννοια και το περιεχόμενο των δαπανών υγείας. Ωστόσο, οι υγειονομικές δραστηριότητες παρουσιάζουν διαφορές από χώρα σε χώρα και η μελέτη των δαπανών υγειονομικής φροντίδας εμφανίζει ορισμένα προβλήματα στην μεθοδολογία της.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.), οι δαπάνες υγείας διακρίνονται ανάλογα με την πηγή χρηματοδότησης τους, σε δημόσιες και σε

ιδιωτικές. Οι δημόσιες δαπάνες για την υγειονομική φροντίδα προκύπτουν μέσω της κρατικής δαπάνης (κρατικός προϋπολογισμός), ενώ οι ιδιωτικές δαπάνες μέσω της ιδιωτικής ασφάλισης, out-of-pocket πληρωμές κ.α. (WHO, 2006). Επιπροσθέτως, η διεθνής βιβλιογραφία στην προσπάθεια της να διακρίνει τις δαπάνες υγείας ανάλογα με τον σκοπό που εξυπηρετούν, κατηγοριοποιεί τις δαπάνες υγείας σε τρεις κατηγορίες, δηλαδή α) τις ιατρικές δαπάνες υγείας, οι οποίες αποτελούν έξοδα για την θεραπεία, την μεταφορά των ασθενών, τις αμοιβές των γιατρών κ.α., β) τις νοσοκομειακές δαπάνες υγείας, οι οποίες καλύπτουν την νοσηλεία των ασθενών, έξοδα για επεμβάσεις, φάρμακα και παρακλινικές εξετάσεις, καθώς και δαπάνες για εξωτερικά ιατρεία και γ) τις φαρμακευτικές δαπάνες υγείας για την αγορά φαρμακευτικών και άλλων προϊόντων (π.χ. ορθοπεδικά).

Παρόλα αυτά, δεν υπάρχει κάποιος ορισμός για τις δαπάνες της υγειονομικής φροντίδας ή συγκεκριμένες οριοθετήσεις ως προς το περιεχόμενό τους, που να μπορούν να συγκροτήσουν έναν διεθνή, καθολικό και ακριβή εννοιολογικό προσδιορισμό για τη συνολική δαπάνη υγείας, με αποτέλεσμα να καταστεί υλοποιήσιμη η εφαρμογή μιας ενιαίας μεθοδολογίας για τον υπολογισμό της υγειονομικής δαπάνης. Ο Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) στην προσπάθεια του να κάνει εφικτή την ύπαρξη μιας πιο συγκροτημένης κατηγοριοποίησης των δαπανών υγείας, με στόχο να υλοποιούνται διακρατικές συγκρίσεις διαχρονικού χαρακτήρα, ανέπτυξε το Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ), του οποίου η εφαρμογή προωθείται σε διεθνές επίπεδο, από χώρες που είναι (ή όχι) μέλη του ΟΟΣΑ.

Την βασική σκέψη γύρω από τη δημιουργία του ΣΛΥ ακολουθεί η απόκτηση μιας σειράς πληροφοριών, χάρη στις οποίες χτίζονται οι Εθνικοί Λογαριασμοί Υγείας. Τα κύρια ερωτήματα που απαντώνται στο Σύστημα Λογαριασμών Υγείας και αποτελούν τους κύριους και βασικούς άξονες, είναι αναφορικά ως προς την προέλευση της χρηματοδότησης και την πορεία των χρημάτων στον υγειονομικό τομέα, την παρουσία των προμηθευτών υγείας στον τομέα της υγείας, καθώς το είδος και την κατανάλωση των υπηρεσιών και προϊόντων υγείας από τους καταναλωτές (Λιαρόπουλος, 2010). Ο ΟΟΣΑ μέσω του ΣΛΥ ορίζει την συνολική δαπάνη υγείας, ως την τελική κατανάλωση υπηρεσιών και αγαθών υγείας, συμπεριλαμβανομένων και των επενδύσεων παγίου κεφαλαίου.

Ειδικότερα, στην συνολική δαπάνη για την υγεία περιλαμβάνεται η εξατομικευμένη φροντίδα υγείας (θεραπευτική φροντίδα, φροντίδα για την αποκατάσταση της υγείας των ασθενών, μακροχρόνια περίθαλψη, βοηθητικές υπηρεσίες και ιατρικά αγαθά) και η συλλογική φροντίδα υγείας (υπηρεσίες και προγράμματα πρόληψης και δημόσιας υγείας, καθώς και δαπάνες για την διοίκηση των υπηρεσιών υγείας και της ασφάλισης της υγείας). Το άθροισμα της συνολικής δαπάνης της εξατομικευμένης φροντίδας, της συλλογικής φροντίδας υγείας, καθώς και η επένδυση παγίου κεφαλαίου, έχει ως αποτέλεσμα την συνολική δαπάνη υγείας (Λιαρόπουλος, 2010). Στην συνολική δαπάνη υγείας, δεν υπολογίζονται δαπάνες που αφορούν την εκπαίδευση και τον τομέα της έρευνας και ανάπτυξης.

Συνήθως, οι διακρατικές συγκρίσεις διαχρονικού χαρακτήρα κατά την μελέτη της υγειονομικής δαπάνης επιτυγχάνονται μέσω συγκεκριμένων μέτρων έκφρασης των δαπανών για την υγεία. Το πρώτο μέτρο έκφρασης είναι το ποσοστό του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος (ΑΕΠ), το οποίο απορροφάται από τον τομέα της υγείας. Ο τρόπος με τον οποίο υπολογίζεται το Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν, παρουσιάζει διαφορές από χώρα σε χώρα, ενώ σε ορισμένες δεν περιλαμβάνονται οι ανεπίσημες οικονομικές δραστηριότητες, που συνήθως είναι ιδιαίτερα αυξημένες σε χώρες της ανατολικής Ευρώπης. Το άλλο μέτρο έκφρασης αφορά τις κατά κεφαλή δαπάνες υγείας, όπου για την διακρατική τους σύγκριση χρησιμοποιούνται οι συναλλαγματικές ισοτιμίες (exchange rates) για αγαθά, στα οποία γίνεται η ανταλλαγή στο διεθνές εμπόριο και τα ισοδύναμα αγοραστικής αξίας (Purchasing Power Parties - PPPs) (Λιαρόπουλος, 2010).

Επιπρόσθετοι ορισμοί για την έννοια της συνολικής δαπάνης προέρχονται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.) και την Παγκόσμια Τράπεζα. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ορίζει την συνολική δαπάνη υγείας, ως το σύνολο των δαπανών υγείας της γενικής κυβέρνησης και των ιδιωτικών δαπανών που έχουν υλοποιηθεί σε χρονική διάρκεια ενός έτους και έχουν υπολογιστεί σε αντίστοιχο εθνικό νόμισμα με τρέχουσες τιμές. Οι δαπάνες της γενικής κυβέρνησης για την υγεία περιλαμβάνουν τις άμεσες δαπάνες, οι οποίες πραγματοποιούνται με στόχο την βελτίωση ή την αποκατάσταση της υγείας του πληθυσμού ή/και την διανομή προϊόντων ιατρικής περίθαλψης και υπηρεσιών στον πληθυσμό από τους χρηματοδοτικούς φορείς (κεντρικούς, ομοσπονδιακούς,

επαρχιακές, περιφερειακές και τοπικές, δημοτικές αρχές, εξωϋπολογιστικές υπηρεσίες, συστήματα κοινωνικής ασφάλισης και κρατικές επιχειρήσεις). Όλα μπορούν να χρηματοδοτηθούν μέσω εγχώριων κεφαλαίων ή μέσω εξωτερικών πόρων. Ωστόσο, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας κατηγοριοποιεί τις δαπάνες υγείας, ειδικότερα σε τέσσερις κατηγορίες.

Η πρώτη κατηγορία είναι εκείνη των δαπανών υγείας της γενικής κυβέρνησης (General Government Expenditure on Health - GGHE). Οι δαπάνες της γενικής κυβέρνησης για την υγεία είναι το σύνολο των δαπανών όλων των κρατικών φορέων για την αγορά αγαθών και υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Οι δαπάνες για την υγειονομική περίθαλψη περιλαμβάνουν εκείνες τις δαπάνες σε όλα τα επίπεδα της κυβέρνησης, των οργανισμών κοινωνικής ασφάλισης και των άμεσων δαπανών, προερχόμενων από δημόσιες επιχειρήσεις του ευρύτερου δημοσίου τομέα. Περιλαμβάνουν την τελική κατανάλωση, επιδοτήσεις σε παραγωγούς και την επιδοματική πολιτική σε νοικοκυριά (περισσότερο για την αγορά ιατρικών και φαρμακευτικών αγαθών), καθώς και τις περιοδικές και επενδυτικές δαπάνες (συμπεριλαμβανομένων των μεταφορών κεφαλαίου) που έχουν πραγματοποιηθεί στη χρονική διάρκεια του έτους. Εκτός των εγχώριων κεφαλαίων, συγκαταλέγονται και οι εξωτερικές πηγές χρηματοδότησης (κυρίως εκείνες που υλοποιήθηκαν μέσω του κράτους και δάνεια που επήλθαν μέσω του κρατικού προϋπολογισμού).

Οι δαπάνες υγείας κοινωνικής ασφάλισης (Social Security Expenditure on Health - SSHE) περιλαμβάνουν δαπάνες για την αγορά αγαθών και υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης σε σχήματα και συστήματα που είναι υποχρεωμένα και ελέγχονται από τη κυβέρνηση. Συνήθως τέτοιους είδους συστήματα ασφάλισης είναι αναφορικά σε συγκεκριμένες ομάδες πληθυσμού (π.χ. δημόσιοι υπάλληλοι). Επίσης, οι δαπάνες υγείας εξωτερικών πηγών (External Resources - ExHE) περιλαμβάνουν όλες εκείνες τις επιχορηγήσεις και τα δάνεια, τα οποία διέρχονται από τις κρατικές υπηρεσίες ή ιδιωτικούς φορείς για υπηρεσίες και αγαθά υγείας, σε μορφή χρήματος ή είδους.

Τέλος, οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας (Private Health Expenditure - PvtHE), ορίζονται ως το σύνολο των δαπανών υγείας των ακόλουθων: α) προπληρωμένα σχέδια κάλυψης δαπανών και ρυθμίσεις για την κάλυψη συγκεκριμένων ασφαλιστικών κινδύνων (Prepaid plans and risk - pooling arrangements -

PrepaidHE), δηλαδή δαπάνες ιδιωτικής ασφάλισης και προγραμμάτων ιδιωτικής κοινωνικής ασφάλισης (χωρίς να επέρχεται κρατικός έλεγχος στα ποσοστά πληρωμών στα ασφάλιστρα και στους συμμετέχοντες προμηθευτές και υπό την κρατική καθοδήγηση), β) δαπάνες υγείας ιδιωτικών επιχειρήσεων υγειονομικής περίθαλψης (Firms' Expenditure on Health), δηλαδή δαπάνες των ιδιωτικών επιχειρήσεων για την ιατρική περίθαλψη και προνόμια βελτίωσης της υγείας των εργαζομένων, εκτός από την πληρωμή των ασφαλιστικών εισφορών στα ταμεία της κοινωνικής ασφάλισης ή άλλων προπληρωμένων προγραμμάτων, γ) μη κερδοσκοπικά ιδρύματα που προσφέρουν υπηρεσίες κυρίως προς νοικοκυριά (non-profit institutions serving mainly households - NGO's) και δ) οι δαπάνες των νοικοκυριών, δηλαδή οι άμεσες δαπάνες από το ταμείο του κάθε νοικοκυριού συμπεριλαμβανομένων και των φιλοδοξημάτων και πληρωμών σε είδος που πραγματοποιούνται προς τους γιατρούς, σε προμηθευτές φαρμάκων και άλλων αγαθών και υπηρεσιών. Περιλαμβάνονται επίσης, οι άμεσες πληρωμές των νοικοκυριών σε δημόσιους και ιδιωτικούς πάροχους υγείας, μη κερδοσκοπικά ιδρύματα και μη επιστρεπτές συμμετοχές στο κόστος (όπως είναι οι συνεισφορές).

Όσον αφορά τον ορισμό της συνολικής δαπάνης από την Παγκόσμια Τράπεζα, η συνολική δαπάνη υγείας ορίζεται ως το άθροισμα των δημοσίων και ιδιωτικών δαπανών υγείας. Σε αυτό περιλαμβάνονται η προληπτική φροντίδα υγείας, η θεραπευτική φροντίδα υγείας, ο προγραμματισμός οικογενειακών δραστηριοτήτων, διατροφικές δραστηριότητες και η επείγουσα βοήθεια υγείας (χωρίς να περιλαμβάνεται η παροχή νερού και αποχέτευσης). Η εξεύρεση ενός κοινού και διεθνή εννοιολογικού προσδιορισμού των δαπανών υγείας, αποτελεί δύσκολη υπόθεση αλλά όχι την μόνη.

Η μέτρηση της αποτελεσματικότητας των συστημάτων υγείας κάθε χώρας, προϋποθέτει και μια ενιαία μεθοδολογία υπολογισμού των δαπανών υγείας, για την οποία η εφαρμογή της συναντά αρκετές περιπλοκότητες. Ένα πρόβλημα έγκειται στο ότι σε αρκετές χώρες, το συνολικό ύψος των δαπανών υγείας ως προς την σύνθεση τους δεν είναι γνωστό. Ενώ είναι εφικτός ο υπολογισμός των δημοσίων και ιδιωτικών επενδύσεων και το ύψος της δημόσιας δαπάνης, η εξεύρεση στοιχείων για τις ιδιωτικές δαπάνες και την ιδιωτική κατανάλωση είναι αδύνατη, διότι δεν πραγματοποιείται σε επαρκή βαθμό ο εντοπισμός και η

καταγραφή της παραοικονομίας, δηλαδή των ανεπίσημων οικονομικών δραστηριοτήτων εγχώρια που προέρχονται από τις ιδιωτικές δαπάνες (κυρίως στην πρωτοβάθμια περίθαλψη), καθώς υπάρχει και η παρουσία των άτυπων πληρωμών που ενισχύει σημαντικό μέρος των ιατρικών αμοιβών.

Τέλος, δεν γίνεται διάκριση των δαπανών για κάθε βαθμίδα περίθαλψης. Ο υπολογισμός των οικονομικών δραστηριοτήτων που σχετίζονται με την υγεία, δεν εξελίσσεται μεμονωμένα για κάθε δραστηριότητα και δεν είναι δυνατή η καταγραφή της πορείας του ασθενούς για όλη τη διάρκεια της ζωής του στο σύστημα υγείας. Άλλες σημαντικές δυσχέρειες είναι αυτές που παρουσιάζουν περαιτέρω προβλήματα στον υπολογισμό των δαπανών υγείας και είναι σχετικές με τις διακρατικές διαφορές σε οικονομικό, κοινωνικό και δημογραφικό επίπεδο. Καθώς ο υπολογισμός των δαπανών υγείας παρουσιάζει μεθοδολογικά προβλήματα και η εκτίμηση των αναμενόμενων δαπανών γίνεται πιο δύσκολη, οι δαπάνες υγείας τα τελευταία χρόνια έχουν αυξηθεί σε παγκόσμιο επίπεδο.

1.3 Παράγοντες αύξησης δαπανών υγείας

Τα τελευταία 40 χρόνια έχει παρατηρηθεί αυξητική πορεία στην υγειονομική δαπάνη μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ. Η μεγάλη αύξηση των δαπανών υγείας στηρίζεται σε ορισμένες κύριες αιτίες, οι οποίες τις επιτρέπουν να παρουσιάζει αυτή την αυξητική τάση. Ο πρώτος παράγοντας που αιτιολογεί την αύξηση των δαπανών υγείας, είναι σχετικός με την αύξηση του ατομικού εισοδήματος, κάτι που αφορά περισσότερο τις πιο οικονομικά εύρωστες χώρες. Καθώς ο αρχικός σκοπός του ανθρώπου μέσω της χρήσης των υπηρεσιών και προϊόντων υγείας, ήταν και παραμένει η επιβίωση, πλέον μέσω της αύξησης του ατομικού εισοδήματος θέτει σε προτεραιότητα την υγεία του και αναζητά όσο το δυνατόν πιο ποιοτικές υπηρεσίες υγείας. Ο συγκεκριμένος παράγοντας φαίνεται ότι συμβάλλει πιο γενικά στην βελτίωση της υγείας του πληθυσμού. Κατά συνέπεια, πραγματοποιείται αύξηση του όγκου των υπηρεσιών υγείας κατά κεφαλή για κατανάλωση, διότι αυξάνεται η ζήτηση τους και υπάρχει πιο πλήρης ενημέρωση του πληθυσμού σχετικά με τα θέματα υγείας (Λιαρόπουλος, 2010).

Η αύξηση των δαπανών για την υγειονομική φροντίδα συνδέεται και με την επέκταση της κοινωνικής ασφάλισης. Οι πολίτες των χωρών που απολαμβάνουν

τη χρησιμότητα των υπηρεσιών υγείας μέσω της κοινωνικής ασφάλισης και οι επαγγελματίες υγείας, δεν λαμβάνουν γνώση του ύψους του κόστους των υπηρεσιών που καταναλώνουν. Ο κάθε ασφαλιστικός φορέας επωμίζεται μεγάλα ιατρικά έξοδα, ενώ παράλληλα η αύξηση του ατομικού εισοδήματος δίνει την δυνατότητα στο καθένα, να καταναλώνει ακόμα περισσότερο τις υπηρεσίες υγείας και ορισμένοι καταναλωτές αναζητούν επιπλέον ασφάλιση ιδιωτικού χαρακτήρα. Η αύξηση του ατομικού εισοδήματος σε συνδυασμό με την εξάπλωση στην ασφάλιση υγείας συντέλεσαν στην αύξηση των τιμών των υπηρεσιών υγείας. Σύμφωνα με εκτιμήσεις του ΟΟΣΑ η αύξηση των τιμών των υπηρεσιών υγείας είναι επί πέντε φορές μεγαλύτερη από την αύξηση στον όγκο των υπηρεσιών (Λιαρόπουλος, 2010).

Ένας άλλος παράγοντας αύξησης των δαπανών υγείας είναι εκείνος που σχετίζεται περισσότερο με την καθημερινότητα και τον σύγχρονο τρόπο ζωής των ανθρώπων. Ανταποκρίνεται σε μια γενικότερη αλλαγή του επιδημιολογικού προτύπου, κατά την οποία οι άνθρωποι διαβιών μέσα σε πιο δυσμενείς καθημερινές συνθήκες ζωής, οι οποίες προκαλούν ασθένειες και χρόνιες παθήσεις. Οι συνθήκες διαβίωσης περισσότερο στα αστικά κέντρα και τις περιοχές με έντονη βιομηχανική δραστηριότητα, έχουν προκαλέσει προβλήματα στην υγεία των ανθρώπων, για τα οποία είναι απαιτούμενη η μακροχρόνια φροντίδα υγείας. Παρόλα αυτά, η ραγδαία εξέλιξη της τεχνολογίας υγείας έχει κατορθώσει τα τελευταία 50 χρόνια, να μειώσει κατά πολύ τα ποσοστά θνησιμότητας, να αυξήσει το προσδόκιμο ζωής στις ανθρώπινες κοινωνίες και να περιορίσει την εξάπλωση και την διάρκεια νόσησης των ανθρώπων από διάφορες ασθένειες και παθήσεις (Λιαρόπουλος, 2010).

Ωστόσο, οι νέες θεραπευτικές προσεγγίσεις που προκύπτουν χάρη στην ανάπτυξη της τεχνολογίας υγείας, δεν μειώνουν τις δαπάνες υγείας, αλλά αντιθέτως γίνεται αύξηση αυτών, αφού για την αντιμετώπιση χρόνιων ασθενειών καταναλώνονται συνεχώς χρηματικοί πόροι. Επιτακτική και αναγκαία στην παρούσα περίπτωση είναι η εφαρμογή αποτελεσματικών μηχανισμών ελέγχου, διαδικασιών και αξιολόγησης των νέων τεχνολογιών. Ως προς αυτή την κατεύθυνση επικρατεί η άποψη, ότι η ραγδαία εξέλιξη της τεχνολογίας υγείας δεν μπορεί να συντελέσει ως παράγοντας αύξησης των δαπανών για την υγειονομική φροντίδα. Οι οικονομολόγοι έχουν εξελίξει και υιοθετήσει τρία

μοντέλα συμπεριφοράς, με στόχο την ορθολογική χρήση των τεχνολογιών υγείας, τα οποία είναι αντιστοιχισμένα σε τρία κριτήρια.

Το πρώτο μοντέλο είναι αυτό του ανταγωνισμού στη τιμή. Τα νοσοκομεία σε μια αναμενόμενη μείωση της καμπύλης της ζήτησης και μια επικείμενη μείωση των εσόδων τους αγοράζουν νέες τεχνολογίες υγείας, οι οποίες θα αυξήσουν την ζήτηση και συνεπώς και τα έσοδα. Δεύτερον, το μοντέλο του ανταγωνισμού στην τεχνολογία προκύπτει από την θεωρία μεγιστοποίησης των πωλήσεων των υπηρεσιών υγείας και την θεωρία του καταναλωτισμού. Σύμφωνα με αυτό το μοντέλο, τα νοσοκομεία υιοθετούν την τεχνολογία με στόχο, είτε να έχουν την πρωτοτυπία στην διάθεση της τεχνολογία, είτε η τεχνολογία τους να μην υστερεί σε τίποτα σε σχέση με την τεχνολογία, που χρησιμοποιούν άλλα νοσοκομεία της περιοχής τους.

Το τρίτο και τελευταίο μοντέλο είναι το μοντέλο της μεγιστοποίησης της χρησιμότητας. Σε αυτό το σχήμα η τεχνολογία εξετάζεται ενδελεχώς και υιοθετείται, αλλά μόνο εάν παράγονται καλύτερα υγειονομικά αποτελέσματα και καλύπτεται μεγαλύτερο τμήμα του πληθυσμού. Ουσιαστικά, μέσω αυτής της προσέγγισης μια νέα τεχνολογία μπορεί να μειώσει το κόστος των δαπανών μόνο εάν μελετηθεί και εν τέλει δεν βρίσκεται στα ίδια επίπεδα κόστους με την τεχνολογία που ήδη το νοσοκομείο εφαρμόζει. Υπό αυτή την άποψη η εξέλιξη της τεχνολογίας, μέσω της υιοθέτησης αυτών των μοντέλων, δεν αποτελεί παράγοντα αύξησης των δαπανών υγείας.

Σημαντικές στην αύξηση των δαπανών για υγειονομική φροντίδα είναι οι αλλαγές, που έχουν παρατηρηθεί σε δημογραφικό επίπεδο και τον παράγοντα της γήρανσης του πληθυσμού. Από τη μείωση των γεννήσεων και την άνοδο των ποσοστών των ηλικιωμένων στις κοινωνίες συνεπάγεται και η αύξηση των δαπανών υγείας, διότι οι μεγάλες ηλικιακές ομάδες έχουν περισσότερες υγειονομικές ανάγκες. Ήδη το ποσοστό των ανθρώπων της ηλικίας άνω των 65 ετών για τις χώρες του ΟΟΣΑ ήταν κατά μέσο όρο 10,7% το έτος 1980 , ενώ το έτος 2017 το ποσοστό ανέρχεται στο 16,9%. Στο Ηνωμένο Βασίλειο τα ποσοστά των ατόμων ηλικίας 65 ετών και άνω ανέρχονται για τα αντίστοιχα έτη σε 14,95% και 18,16%, για την Ιρλανδία στο 10,7% και 13,5% και για την Κύπρο στο 9,35% και 15,7%.

Ωστόσο, ο επιστημονικός κλάδος συναντά τον αντίλογο με την άποψη, ότι η γήρανση του πληθυσμού ίσως να είναι ένας υπερτιμημένος παράγοντας στην αύξηση των δαπανών υγείας, καθώς αποτελεί παράλληλα την πιο συνηθισμένη αιτία. Σύμφωνα με αυτή την άποψη, η γήρανση του πληθυσμού πιθανόν να μην οφείλεται στην αύξηση των δαπανών της υγειονομικής φροντίδας, αλλά στην καλή ποιότητα των υπηρεσιών υγείας. Επίσης, οι νέες τεχνολογίες υγείας εφόσον έχουν κατορθώσει να βελτιώσουν και να επιμηκύνουν την διάρκεια ζωής των ανθρώπων, η ηλικιακή ομάδα άνω των 65 ετών πλέον μπορεί να παρατείνει την παρουσία της στην αγορά εργασίας.

Η σκέψη γύρω από την παράταση των ηλικιωμένων στο εργατικό δυναμικό μιας χώρας έγκειται στην προσφορά αυτής της ηλικιακής ομάδας, να προσφέρει στην κοινωνία για αρκετά χρόνια ακόμα, ειδικότερα αν την συνδέσουμε και με περαιτέρω αυξήσεις στα όρια συνταξιοδότησης, όπου και πρακτικά ο άνθρωπος παύει να θεωρείται παραγωγικός για την αγορά εργασίας. Επομένως, ο πιθανότερος λόγος που αυξάνονται οι δαπάνες υγείας, ίσως είναι το γεγονός ότι οι περισσότερες δαπάνες γίνονται στα τελευταία έτη ζωής των ανθρώπων. Επιπρόσθετα, ένας νέος άνθρωπος σε παραγωγική ηλικία φαίνεται να δαπανά περισσότερο για την φροντίδα της υγείας του, παρά ένας ηλικιωμένος και μη εργασιακά παραγωγικός στην σημερινή εποχή.

Τέλος, ένας άλλος παράγοντας αύξησης των δαπανών υγείας προέρχεται γενικότερα από την απασχόληση στον υγειονομικό τομέα (Λιαρόπουλος, 2010). Ο τομέας της υγείας χαρακτηρίζεται από έντονη δραστηριότητα όσον αφορά τους ρυθμούς εργασίας στους χώρους υγείας. Παρότι η ραγδαία εξέλιξη της τεχνολογίας μπορεί να επιτρέψει την μείωση του κόστους παραγωγής σε αρκετούς τομείς της εργασίας, ο τομέας της υγείας δεν φαίνεται πως επηρεάζεται καταληκτικά από αυτή. Το ποσοστό των απασχολούμενων στον τομέα της υγείας συνολικά παραμένει διαχρονικά σχεδόν αμετάβλητο για τις χώρες του ΟΟΣΑ, καθώς σημειώνεται ιατρικός πληθωρισμός για αρκετές από αυτές χώρες. Ο ιατρικός πληθωρισμός δημιουργεί πολλά προβλήματα, κύριο εκ των οποίων είναι η προκλητή ζήτηση για υπηρεσίες και προϊόντα υγείας (Λιαρόπουλος, 2010).

1.4 Τρόποι διαχείρισης και ελέγχου δημοσίων δαπανών υγείας

Η σχέση ανάμεσα στις όλο και αυξανόμενες ανθρώπινες ανάγκες και τα διαθέσιμα μέσα ικανοποίησης τους αποτελούσε πάντα τον βασικό προβληματισμό της οικονομικής επιστήμης. Οι ανάγκες των ανθρώπων είναι απεριόριστες και τα διαθέσιμα μέσα που υπάρχουν για την κάλυψη τους, είναι περιορισμένα (Γεωργακοπούλου et. al., 2007). Σε συνδυασμό με τους προαναφερθέντες στην προηγούμενη ενότητα παράγοντες αύξησης των δαπανών υγείας, η κατάσταση αυτή αποτυπώνεται εξίσου και σε μεγάλο βαθμό, στον τομέα της υγείας, διότι ο άνθρωπος δεν παύει να χρησιμοποιεί εκείνες τις υπηρεσίες και τα προϊόντα υγειονομικού χαρακτήρα για την φροντίδα, την θεραπεία και την αποκατάσταση της υγείας του και παράλληλα αναζητείται από τους αρμόδιους φορείς ο ιδανικός τρόπος, με τον οποίο πρόκειται να δαπανηθούν πόροι για την υγειονομική φροντίδα.

Στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος του κλάδου της οικονομικής επιστήμης που μελετά την υγεία, βρίσκονται η κατανομή των δαπανών υγείας σε συνδυασμό με την αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα τους. Εκ πρώτης όψεως, μια αναπτυγμένη οικονομία, η οποία διαθέτει μεγάλο ποσοστό του ΑΕΠ σε συνολικές δαπάνες για την υγειονομική φροντίδα, θα παρουσιάζει την εικόνα μιας χώρας, στην οποία για παράδειγμα, το προσδόκιμο ζωής είναι αυξημένο. Εάν όμως πραγματοποιηθεί μια σύγκριση με μια λιγότερο ανεπτυγμένη οικονομία και με χαμηλότερη διάθεση χρημάτων για την υγεία, το προσδόκιμο ζωής για το συγκεκριμένο κράτος υπάρχει πιθανότητα, να παρουσιαστεί μεγαλύτερο από εκείνο της πρώτης.

Ο έλεγχος του ρυθμού ανάπτυξης των δαπανών υγείας και η αποτελεσματικότητα του συστήματος υγείας να παρέχει ποιοτικές υπηρεσίες υγείας, συνδέεται με την ορθολογική κατανομή των πόρων και υλοποίηση των διαδικασιών. Επομένως, ένας απλός έλεγχος του κόστους ή μια απλή αύξηση των δαπανών υγείας σε ποσοστό του ΑΕΠ δεν προκαλεί, ούτε και λεπτομερεί από μόνη της, την αποδοτικότητα των συστημάτων υγείας στην παροχή υγειονομικών υπηρεσιών υγείας. Ο τομέας της υγείας επιτυγχάνει την οικονομική αποδοτικότητα, όταν οι πόροι μπορούν να κατανεμηθούν μέσω των δραστηριοτήτων της, στο σημείο εκείνο που το όφελος μεγιστοποιείται.

Σύμφωνα με τον κατά Pareto ορισμό για την αποτελεσματικότητα των κατανομών των πόρων, οι κατανομές μπορούν να χαρακτηριστούν αποτελεσματικές, όταν κανενός η θέση δεν μπορεί να βελτιωθεί χωρίς να χειροτερέψει η θέση κάποιου άλλου (Stiglitz, 1992). Συνεπώς η αποδοτικότητα μπορεί να εμφανιστεί, όταν θυσιαστεί μια υποψήφια επιλογή δαπάνης υγείας, έναντι μιας άλλης, που θα προσφέρει την μέγιστη αποτελεσματικότητα. Επομένως, η αποτελεσματική χρήση των δεδομένων πόρων που είναι διαθέσιμοι για χρήση από τα συστήματα υγείας των κρατών, προϋποθέτει μια νέα οργάνωση και προτεραιοποίηση αυτών και μια νέα χάραξη και εφαρμογή πολιτικών υγείας, υπό το πρίσμα των συνεχώς αυξανόμενων δαπανών υγείας και για τις αιτίες που αναφέρθηκαν στην προηγούμενη ενότητα.

Οι πρακτικές διαχείρισης των δαπανών υγείας σε αρκετές περιπτώσεις, δεν πρέπει να συγχέονται αποκλειστικά με την τακτική των περικοπών και με το γεγονός, πως οι περικοπές στην υγειονομική δαπάνη βελτιώνουν την αποδοτικότητα των συστημάτων υγείας. Η αποδοτικότητα των δαπανών υγείας δεν προϋποθέτει αποκλειστικά την αναγκαιότητα των μειώσεων στα έξοδα για την υγειονομική φροντίδα, αλλά και ορισμένες αυξήσεις, οι οποίες πρέπει να είναι προκαθορισμένες και οριοθετημένες. Επίσης, σε ορισμένες περιπτώσεις, μερικά μέτρα ελέγχου για τις δαπάνες υγείας, ενδέχεται να περιορίζουν τα έξοδα δίχως να βελτιώνεται η αποδοτικότητα των συστημάτων υγείας στην προσφορά των υπηρεσιών υγείας (Λιαρόπουλος, 2010). Στην προκειμένη περίπτωση υπάρχει υποβάθμιση στην εξυπηρέτηση των ασθενών. Ωστόσο, η βελτίωση της αποδοτικότητας μπορεί να επιφέρει μείωση των δαπανών υγείας, χωρίς όμως αυτό να θεωρείται μια σίγουρη συνέπεια.

Ο έλεγχος και η συγκράτηση της υγειονομικής δαπάνης αποτελούν ένα διαχρονικό ζήτημα και βασικό σημείο μεταρρυθμίσεων, που υλοποιήθηκαν στα συστήματα υγείας πολλών ευρωπαϊκών χωρών, κατά τις δεκαετίες του 1980 και 1990. Στο ξεκίνημα τις δεκαετίας του 1980, τα ευρωπαϊκά κράτη άρχιζαν να ανακαθορίζουν την δομή της διακυβέρνησης των συστημάτων υγείας τους. Σε χώρες με έντονη κρατική λειτουργική παρουσία δημιουργήθηκαν αποκεντρωτικές δομές, ενώ σε κράτη που είχαν υιοθετήσει ένα συντεχνιακό μοντέλο διακυβέρνησης, εμφανίστηκαν έντονοι κρατικοί ρυθμιστικοί παρεμβατισμοί.

Για την ορθή χρήση των δημοσίων δαπανών υγείας, εφαρμόστηκαν μέτρα διαχείρισης και ελέγχου των δαπανών υγείας στην Ευρώπη, τα οποία προσανατολίστηκαν σε δύο κατευθύνσεις. Η πρώτη κατεύθυνση σχετίζεται με μέτρα τα οποία στοχεύουν στον περιορισμό της ζήτησης των υπηρεσιών υγείας από τους καταναλωτές. Η δεύτερη κατεύθυνση σχετίζεται με μέτρα προσανατολισμού στον περιορισμό της προσφοράς των υπηρεσιών υγειονομικής φροντίδας.

Ως προς τα μέτρα που προσανατολίζονται στην ζήτηση των υπηρεσιών υγείας, η πρώτη κατηγορία μέτρων περιλαμβάνει την μετακύλιση του κόστους των υπηρεσιών υγείας προς τον πολίτη, δηλαδή στον χρήστη των υπηρεσιών υγείας, είτε με άμεσο ή έμμεσο τρόπο. Ο καταναλωτής των υπηρεσιών υγείας μπορεί να επωμιστεί το κόστος τους άμεσα, μέσω της υποχρεωτικής καταβολής αμοιβών και αποζημιώσεων για τις ιατρικές υπηρεσίες και της συμμετοχής στο κόστος των υπηρεσιών υγείας, αλλά και έμμεσα μέσω της μείωσης του διατιθέμενου όγκου των υπηρεσιών υγείας. Και οι δύο τρόποι μεταφοράς των δαπανών υγείας προς τους χρήστες, μειώνουν μεν τις δημόσιες δαπάνες των υπηρεσιών υγείας, αυξάνουν δε το βάρος του προϋπολογισμού των νοικοκυριών και οδηγούν στην ανάπτυξη άλλων μορφών εθελοντικής ασφάλισης υγείας.

Σχετικά με το πιο σύνηθες μέτρο περιορισμού της ζήτησης, δηλαδή εκείνο της συμμετοχής των χρηστών στο κόστος των υπηρεσιών υγείας (cost – sharing), έχει ως κύριο στόχο τον περιορισμό του φαινομένου του ηθικού κινδύνου, το οποίο εμφανίζεται πιο συχνά στα συστήματα υγείας, όπου είναι χρηματοδοτούμενα κυρίως από τον κρατικό προϋπολογισμό (Λιαρόπουλος, 2010). Ο ηθικός κίνδυνος προκύπτει εξαιτίας της συμπεριφοράς των καταναλωτών και των επαγγελματιών υγείας, για την οποία οι ασφαλισμένοι χρήστες κατά κύριο λόγο αυξάνουν τις δαπάνες υγείας μέσω της υπέρμετρης χρήσης των υπηρεσιών υγείας και της απουσίας πρόληψης προσωπικών τους μέτρων για την αντιμετώπιση μελλοντικών προβλημάτων υγείας. Είναι προφανές, ότι σε εκείνες τις περιπτώσεις δεν ισχύουν οι out-of-pocket πληρωμές, αλλά η πλήρης αποζημίωση από την ασφάλιση της υγείας. Η μορφή του ηθικού κινδύνου, η οποία προκύπτει από τους επαγγελματίες υγείας, ονομάζεται προκλητή ζήτηση και δημιουργείται κυρίως από τις συνταγογραφήσεις περισσότερων και ακριβότερων φαρμάκων στους ασθενείς, με τη γνώση ότι οι ασθενείς είναι ασφαλισμένοι.

Θεωρητικά, το μέτρο της συμμετοχής των χρηστών στις υπηρεσίες υγείας μπορεί να επιφέρει δύο αποτελέσματα. Καταρχάς, μπορεί να περιοριστεί έως και να αποτραπεί η επιπόλαια συμπεριφορά των καταναλωτών στην αλόγιστη χρήση των υπηρεσιών υγείας, στο οποίο συνεπάγεται μείωση στις δαπάνες των διαθέσιμων πόρων σε εθνικό επίπεδο. Δεύτερον, μπορεί να ελαττωθούν οι συνεχείς πιέσεις για δημόσια χρηματοδότηση.

Επιπροσθέτως, εάν ο ασθενής προβεί σε χρήση για πιο ακριβές υπηρεσίες υγείας, στην προσπάθεια του να απευθυνθεί σε δευτεροβάθμιες και τριτοβάθμιες υπηρεσίες φροντίδας υγείας, ενισχύεται η χρήση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και ο θεσμός του gatekeeping. Η κατάργηση της ελεύθερης πρόσβασης σε γιατρούς και νοσοκομεία δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας, συμβαίνει λόγω της υποχρεωτικής ύπαρξης παραπεμπτικών από γενικούς γιατρούς της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Ωστόσο, η συμμετοχή των χρηστών στις υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας ενδέχεται να δημιουργεί ανισότητες στην πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας, διότι τα ασθενέστερα κοινωνικά στρώματα, τα οποία παρουσιάζουν μια πιο άσχημη κατάσταση όσον αφορά την υγεία τους, είναι πιο δυσχερή οικονομικά και αδυνατούν να πληρώσουν ακόμα και για πιο ακριβά φάρμακα.

Η συμμετοχή των χρηστών στις υπηρεσίες υγείας διακρίνεται σε τρεις κατηγορίες συμμετοχής. Η πρώτη αφορά την συμμετοχή ή την αύξηση της συμμετοχής στο κόστος στην πρώτη επαφή του χρήστη με το σύστημα υγείας. Η δεύτερη κατηγορία είναι σχετική με την συμμετοχή ή την αύξηση της συμμετοχής στο κόστος στην επαφή των χρηστών με άλλες δομές υγείας και τέλος υπάρχει η συμμετοχή ή η αύξηση της συμμετοχής στις προμήθειες των φαρμάκων.

Οι μηχανισμοί, οι οποίοι απελευθερώνονται κατά την υλοποίηση της συμμετοχής των χρηστών στο κόστος των υπηρεσιών υγείας, είναι α) το εκπτώσιμο ποσό, δηλαδή ένα χρηματικό ποσό το οποίο ο εν δυνάμει ασθενής καταβάλλει πριν την ισχύ του ασφαλιστικού σχήματος που πρόκειται να τον καλύψει (π.χ. καταβολή ενός χρηματικού ποσού για την κάλυψη της φροντίδας του ασθενούς εντός του νοσοκομείου), β) η συμμετοχή στο κόστος, η οποία αφορά ένα πάγιο ποσό χρημάτων για κάθε υπηρεσία την οποία ο χρήστης πρόκειται να καταναλώσει (π.χ. ένα ποσοστό 10% – 15% πάγιας συμμετοχής στο κόστος του φαρμάκου) και

γ) η συνασφάλιση, δηλαδή η καταβολή ενός ποσού χρημάτων σε ποσοστό επί των συνολικών χρεώσεων για μια υπηρεσία υγείας (π.χ. ο ασθενής καταβάλει 15% των συνολικών χρεώσεων υπηρεσιών φροντίδας για υπηρεσίες εντός του νοσοκομείου). Παρόλα αυτά, η συμμετοχή των χρηστών στο κόστος των υπηρεσιών υγείας, δεν αποτελεί εύκολη υπόθεση, καθώς υπάρχει δυσκολία στον καθορισμό του βαθμού συμμετοχής των καταναλωτών στο κόστος και στην αναζήτηση ευθυνών καθορισμού αυτών.

Ένα άλλο μέτρο περιορισμού της υγειονομικής δαπάνης από την πλευρά της ζήτησης είναι εκείνο της μη συμμετοχής στην κάλυψη από την υποχρεωτική ασφάλιση (opting out) (Λιαρόπουλος, 2010). Η επιλογή της μη συμμετοχής στην κοινωνική ασφάλιση απευθύνεται κυρίως σε άτομα με υψηλά εισοδήματα και αυτοαπασχολούμενους. Το μέτρο αυτό δεν εφαρμόζεται σε χώρες, όπου υπάρχει υποχρεωτική καθολική κάλυψη του πληθυσμού (δηλαδή, στην ύπαρξη Εθνικού Συστήματος Υγείας) και ευνοείται περισσότερο η ιδιωτική ασφάλιση υγείας.

Από την άλλη πλευρά, υπάρχει το μέτρο του δικαιώματος των χρηστών να πληρώνουν αρκετά χαμηλές εισφορές στην κοινωνική ασφάλιση (no – claim bonuses) (Λιαρόπουλος, 2010). Το συγκεκριμένο μέτρο απευθύνεται κυρίως σε καταναλωτές, που δεν χρησιμοποιούν σε μεγάλο βαθμό τις υπηρεσίες του δημόσιου συστήματος υγείας, παρά μόνο για διαγνωστικές εξετάσεις και προ συμπτωματικούς ελέγχους. Ωστόσο, οι πολύ χαμηλές εισφορές δίνουν αρκετά λιγότερους πόρους και ενώ παρέχονται ελευθερίες επιλογής στους ασφαλισμένους, για τα άτομα με χαμηλά εισοδήματα δεν είναι δυνατή η συνεισφορά τους και επομένως μειώνεται η ασφαλιστική προστασία τους.

Τέλος, υπάρχει και το μέτρο του επανακαθορισμού των παροχών που περιλαμβάνονται σε ένα πακέτο παρεχόμενων υπηρεσιών, που χρηματοδοτούνται από τον κρατικό προϋπολογισμό ή την κοινωνική ασφάλιση (Λιαρόπουλος, 2010). Σε αυτή τη περίπτωση, το κράτος μειώνει τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, από τις οποίες συνεπάγεται μείωση των δημοσίων δαπανών υγείας. Παρόλα αυτά, καθώς η δημόσια δαπάνη μειώνεται, αυξάνεται η ιδιωτική δαπάνη, διότι το κόστος των υπηρεσιών υγείας μεταφέρεται στους ιδιώτες, με αποτέλεσμα σε ορισμένες περιπτώσεις να αυξάνεται η συνολική δαπάνη υγείας, ειδικότερα όταν καταναλώνονται πιο ακριβές ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας. Η εφαρμογή των μέτρων περιορισμού των δαπανών από την πλευρά της ζήτησης

έφερε λιγότερα θετικά αποτελέσματα σε σχέση με τα μέτρα που προσανατολίστηκαν στον έλεγχο των δαπανών υγείας από την πλευρά της προσφοράς των υπηρεσιών υγείας. Είναι άλλωστε γνωστό, πως η προσφορά διαμορφώνει την ζήτηση σε μεγάλο βαθμό.

Ένα από τα πιο σημαντικά μέτρα που εφαρμόστηκαν για τον έλεγχο της προσφοράς, ήταν η θέσπιση ενός ανώτατου ορίου για τις δαπάνες στην υγειονομική φροντίδα και η επιβολή προϋπολογισμού για τον περιορισμό και τον έλεγχο στην κάλυψη της νοσοκομειακής δαπάνης και των αμοιβών των γιατρών. Στα συστήματα υγείας, όπου είναι πιο έντονη η χρηματοδότηση από δημόσιους πόρους (μέσω του κρατικού προϋπολογισμού και των ταμείων κοινωνικής ασφάλισης), οι μονάδες υγείας λειτουργούν κυρίως βάσει εθνικών προϋπολογισμών.

Οι μονάδες υγείας και οι γιατροί, οι οποίοι αμείβονται κατά πράξη, αποζημιώνονται για την παροχή των υπηρεσιών υγείας μέσω ενός φορέα, ο οποίος αναλαμβάνει το κόστος. Σε αρκετές περιπτώσεις, το κόστος των υπηρεσιών που έπρεπε να καλυφθεί από τον φορέα, ήταν μεγαλύτερο από τους διατιθέμενους πόρους, με αποτέλεσμα να προκύπτει μετακύλιση του κόστους των υπηρεσιών υγείας προς τους χρήστες, σε περιπτώσεις που είχε την αρμοδιότητα. Στις περιπτώσεις που ο φορέας δεν είχε την αρμοδιότητα να μετακυλίσει το κόστος στους καταναλωτές, το κράτος προέβαινε σε αύξηση της φορολογίας, όταν δεν μπορούσε να αναλάβει το βάρος του κόστους.

Η μετάθεση του προβλήματος από τον ελεγκτικό φορέα στο κράτος ή στους καταναλωτές οδήγησε στην θέσπιση τριών ειδών προϋπολογισμού σε συνδυασμό με ένα σύστημα ποινών μη τήρησης των κανόνων, για την εξασφάλιση της αποζημίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών και την αποδοτικότητα των συστημάτων υγείας. Ο σταθερός προϋπολογισμός (fixed budget) αποτελεί το πρώτο είδος προϋπολογισμού, το οποίο επιβάλλεται δυνητικά στο σύνολο των συστημάτων υγείας, σε μονάδες υγείας και στους πολίτες για την λελογισμένη χρήση των υπηρεσιών υγείας. Αποτελεί ένα πιο διαλλακτικό είδος προϋπολογισμού σε σχέση με τον αυστηρό.

Ο αυστηρός προϋπολογισμός (hard budget) περιλαμβάνει ένα σύστημα ποινών και ένα σύστημα επιβράβευσης, που τίθενται σε εφαρμογή σε περιπτώσεις

υπέρβασης των δαπανώμενων πόρων και εξοικονόμησης αυτών, αντίστοιχα. Ο αυστηρός προϋπολογισμός διακρίνεται από το σημαντικό πλεονέκτημα της γνώσης του κόστους των υπηρεσιών υγείας για τους προμηθευτές υγείας, καθώς επίσης είναι πιο εύκολος ένας στρατηγικός σχεδιασμός διάθεσης των πόρων στην υγεία. Ωστόσο, οι αυστηροί προϋπολογισμοί, οι οποίοι δεν περιλαμβάνουν σύστημα επιβραβεύσεων, δεν δίνουν κίνητρα για εξοικονόμηση πόρων, καθώς είναι δυνατή η επιλογή ασθενών με καλύτερο προφίλ υγείας, προς αποφυγή χρήσης πιο ακριβών υπηρεσιών υγείας.

Το τρίτο είδος προϋπολογισμού είναι αυτό του σκιάδη προϋπολογισμού (shadow budget), το οποίο διατηρεί αρκετά κοινά σημεία με τον αυστηρό προϋπολογισμό, όμως δεν περιλαμβάνει συστήματα ποινών και επιβράβευσης και λόγω αυτού συντελεί λιγότερο αποτελεσματικά στην καταπολέμηση της σπατάλης πόρων των συστημάτων υγείας. Παρόλα αυτά, ακριβώς επειδή οι μονάδες υγείας απορροφούν μεγάλο μέρος των δαπανών για την υγειονομική φροντίδα, η αποδοτικότητα από την επιβολή προϋπολογισμών φαίνεται πως πρέπει να βασίζεται στην καλή σύνταξη και υπολογισμό τους, καθώς και κατά πόσο οι διοικήσεις των μονάδων υγείας είναι πρόθυμες να τηρούν τα στοιχεία, ώστε η μετρησιμότητα να είναι αποτελεσματική.

Σε αρκετές χώρες τις Ευρώπης υλοποιήθηκαν προϋπολογισμοί και έλεγχοι για τις δημόσιες δαπάνες υγείας (π.χ. Δανία, Σουηδία, Αγγλία) καθώς και τμηματικοί προϋπολογισμοί (π.χ. Γερμανία). Επίσης πραγματοποιήθηκαν αλλαγές στην χρηματοδότηση και δημιουργήθηκαν προϋπολογισμοί για τα νοσοκομεία, οι οποίοι βασίζονται είτε στα ιστορικά κόστη, ή στις λειτουργίες και τις δραστηριότητες των νοσοκομείων, καθώς και συνδυαστικά με αυτές. Αξιοσημείωτη ήταν και η είσοδος των Diagnosis Related Groups – DRG's, δηλαδή ομάδες που σχετίζονται με τη διάγνωση σε πακέτα νοσηλείας συγκεκριμένου κόστους (τιμοκατάλογοι), όπου οι ασθενείς έχοντας τη διάγνωση, μπορούν να λάβουν τις υπηρεσίες υγείας. Ουσιαστικά, ο ελεγκτικός φορέας παρέχει κίνητρα στα νοσοκομεία, να διαχειριστούν τα χρηματικά ποσά που έχουν λάβει από εκείνον, καθώς παράλληλα κύριος στόχος είναι η μείωση της σπατάλης πόρων.

Με σκοπό την βελτίωση της αποδοτικότητας και της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, δόθηκε ιδιαίτερη έμφαση στην δημιουργία μιας ανταγωνιστικής αγοράς

για τους προμηθευτές υγείας, όπου οι αγοραστές υγείας (ταμεία κοινωνικής ασφάλισης και ασφαλιστικές εταιρίες) δεν θα ήταν αναγκαίο να αναζητούν το ανταγωνιστικό τους πλεονέκτημα σε πρακτικές, οι οποίες δεν σχετίζονται με την παροχή υπηρεσιών υγείας, αλλά με την τιμολόγηση των ασφαλιστρών. Αυτό συνέβη με α) την εφαρμογή του *underwriting*, για την αποφυγή εισόδου μεγάλου αριθμού εν δυνάμει υψηλού ρίσκου ασφαλισμένων, οι οποίοι θα έφερναν ένα αναμενόμενο κόστος ζημίας και β) την μείωση των διοικητικών και λειτουργικών εξόδων. Μια υγιής αγορά ανταγωνισμού προμηθευτών, δίνει την δυνατότητα στους αγοραστές να μπορούν να επιλέγουν τις πιο ωφέλιμες προς εκείνους συμβάσεις, βάσει της ποιότητας και του κόστους.

Η εύρυθμη λειτουργία του ανταγωνισμού μεταξύ των προμηθευτών και των αγοραστών υγειονομικής περίθαλψης μπορεί να πραγματοποιηθεί μέσα από την εφαρμογή μηχανισμών ελέγχου, όπως είναι α) η συγκριτική αξιολόγηση ως προς την βέλτιστη μονάδα (*benchmarking*) και β) η σύγκριση της αποδοτικότητας ανάμεσα στις μονάδες υγείας, δίνοντας επιβραβεύσεις και ποινές στους καλύτερους και τους χειρότερους ανάλογα (*yardstick competition*). Το Ηνωμένο Βασίλειο με το βρετανικό σύστημα υγείας αποτελεί χαρακτηριστικό παράδειγμα μεταρρύθμισης για την δημιουργία υψηλού ανταγωνισμού των προμηθευτών υγείας, που υλοποιήθηκε το 1990 με την διάσπαση των αγοραστών με τους πάροχους των υπηρεσιών υγείας (Ξένος et. al., 2014).

Για τον έλεγχο της υγειονομικής δαπάνης υλοποιήθηκαν περιορισμοί στην είσοδο των προσφερόμενων γιατρών στα συστήματα υγείας. Σε αρκετές χώρες της Ευρώπης, η αύξηση των δαπανών υγείας συνδέθηκε με την υπερπροσφορά του ιατρικού προσωπικού, στην οποία ελλοχεύει η αύξηση στην ζήτηση των υπηρεσιών υγείας από τους καταναλωτές. Σε ορισμένες από αυτές τις χώρες, υπήρξε η άποψη, πως η εξοικονόμηση πόρων θα ήταν πιο εφικτή, εάν ο αριθμός των γενικών ιατρών ήταν μεγαλύτερος από τον αριθμό των εξειδικευμένων, καθώς οι τελευταίοι χρησιμοποιούν πιο εξειδικευμένο τεχνολογικό εξοπλισμό, ο οποίος είναι και πιο δαπανηρός.

Ο περιορισμός των εισακτέων στις ιατρικές σχολές αποτέλεσε ένα σημαντικό μέτρο επιβράδυνσης στον αυξανόμενο αριθμό των ιατρών στην αγορά εργασίας. Για παράδειγμα, στο Βέλγιο για την αντιμετώπιση του προβλήματος στην υπερπροσφορά των γιατρών στο σύστημα υγείας, ιδρύθηκε το 1996, η Βελγική

Επιτροπή Σχεδιασμού Ιατρικών και Οδοντιατρικών Προμηθευτών. Με αυτόν τον τρόπο γινόταν γνωστός ο αριθμός των ιατρών και των οδοντιάτρων, που χρειαζόταν το σύστημα υγείας της χώρας.

Περιορισμοί εφαρμόστηκαν και στον αριθμό των προσφερόμενων νοσοκομειακών κλινών. Σε αρκετές χώρες μειώθηκε ο αριθμός των κλινών, είτε με την μορφή οριστικού κλεισίματος των νοσοκομείων ή μέσω της αλλαγής στον τρόπο χρήσης τους. Ειδικότερα, από το 1980 έως το 1995, στις περισσότερες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, οι νοσοκομειακές κλίνες μειώθηκαν και ειδικότερα το συγκεκριμένο μέτρο έγινε πιο εμφανές για κλίνες, που εξυπηρετούσαν ασθενείς με χρόνιες παθήσεις ή ασθενείς που έχρηζαν μεγάλης διάρκειας νοσηλείας. Για το συγκεκριμένο χρονικό διάστημα, η Σουηδία αποτέλεσε τη χώρα με το υψηλότερο ποσοστό μείωσης νοσοκομειακών κλινών (58,3%) εντός των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, η οποία προέβη σε αλλαγή του τρόπου χρήση τους, για ασθενείς που δεν χρειαζόταν η εφαρμογή υψηλής τεχνολογίας και εξειδικευμένης φροντίδας στην νοσηλεία τους.

Στο Ηνωμένο Βασίλειο, οι νοσοκομειακές κλίνες μειώθηκαν κατά 42%, καθώς από τα πιο υψηλά ποσοστά μείωσης νοσοκομειακών κλινών σημειώθηκαν και για την Ιρλανδία, για την χρονική περίοδο 1981 – 1991, με το ποσοστό των διαθέσιμων πόρων που διατέθηκαν για τις υπηρεσίες υγείας, να μειώνεται από το 8,4% σε 6,8%. Επιπροσθέτως, το Λουξεμβούργο, η Αυστρία και η Γερμανία, αποτέλεσαν την κορυφή στη κατάταξη των χωρών με την μεγαλύτερη αναλογία νοσοκομειακών κλινών οξείας νοσηλείας με τον πληθυσμό, ανάμεσα στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, για τις οποίες έγιναν ορισμένες προσπάθειες μείωσης των κλινών.

Τέλος, άλλα μέτρα περιορισμού των δημοσίων δαπανών υγείας προσανατολισμένα στην προσφορά των υπηρεσιών υγείας αποτέλεσαν η θέσπιση συστημάτων, σε πολλές χώρες της Ευρώπης, για την παρακολούθηση των πόρων που καταναλώνονται από τους γιατρούς (π.χ. διαγνωστικές εξετάσεις, συνταγές φαρμάκων κ.α.) για συγκεκριμένες περιπτώσεις νόσων, περιοριστικά μέτρα για την ανεξέλεγκτη χρήση σύγχρονων και πολυδάπανων τεχνολογιών υγείας, καθώς εφαρμόστηκαν και πολιτικές αντικατάστασης δαπανηρών με λιγότερο δαπανηρών πρακτικών υγειονομικής φροντίδας (π.χ. ανάπτυξη εγχειρήσεων μιας ημέρας και αύξηση στα προγράμματα νοσηλείας στο σπίτι).

1.5 Η εξέλιξη των δαπανών υγείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση

Από την δεκαετία του 1960 παρατηρείται αυξητική πορεία της υγειονομικής δαπάνης στις χώρες των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων. Οι κυβερνήσεις των κρατών-μελών των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων άρχισαν να συμμετέχουν σε μεγάλο βαθμό στην χρηματοδότηση πόρων για την υγεία και πολλές από αυτές στην παροχή υπηρεσιών υγειονομικής φροντίδας. Ως αποτέλεσμα της συμμετοχής του κράτους στην παροχή υπηρεσιών υγείας, υπήρξε η ραγδαία αύξηση των δημοσίων δαπανών υγείας, η οποία συντέλεσε σημαντικά στην γενικότερη αύξηση των συνολικών δαπανών για την υγειονομική περίθαλψη. Μια πρώτη μεγάλη αύξηση στην υγειονομική δαπάνη παρατηρήθηκε κατά την χρονική περίοδο 1960-1980.

Τις δεκαετίες 1960 και 1970, η συνολική δαπάνη υγείας (δημόσια και ιδιωτική δαπάνη) αυξήθηκε με σημαντικό ρυθμό (Bartosz Przywara, 2010). Πολλά από τα κράτη-μέλη των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων αύξησαν το μερίδιο του πληθυσμού, που θα καλύπτονταν από την δημόσια χρηματοδότηση σε υπηρεσίες και αγαθά υγείας εθνικού χαρακτήρα και μέσω της κοινωνικής ασφάλισης. Η διεύρυνση του πληθυσμιακού ποσοστού κάλυψης από την κρατική χρηματοδότηση για υπηρεσίες υγείας, μέχρι τα τέλη της δεκαετίας του 1960, συνέπιπτε με την <<χρυσή εποχή>> του κράτους πρόνοιας και την περίοδο εδραίωσης του.

Η οικοδόμηση του κράτους πρόνοιας βασίστηκε στο σχέδιο ενός συνδυασμού, του κεϋνσιανού μοντέλου οικονομικής ανάπτυξης και του κρατικού παρεμβατισμού, του William Beveridge. Το μοντέλο Beveridge προέβλεπε την δημιουργία ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας στο Ηνωμένο Βασίλειο, την πλήρη απασχόληση και την διευρυμένη επιδοματική πολιτική σε οικογένειες ως αναγκαίο συμπλήρωμα των επιδομάτων ανεργίας, κατά την χρονική διάρκεια της μεταπολεμικής περιόδου από το τέλος του Β' Παγκοσμίου Πολέμου και ύστερα (Στασινοπούλου, 2006). Για τα επόμενα χρόνια η πληθυσμιακή κάλυψη εξαπλώθηκε και πορεύτηκε με την ραγδαία τεχνολογική εξέλιξη και την πρόοδο της ιατρικής γνώσης, τα οποία από κοινού δημιούργησαν τις συνθήκες για την εξεύρεση νέων δυνατοτήτων στην θεραπεία της ανθρώπινης υγείας από νόσους και παθήσεις, με την αυξανόμενη δημόσια χρηματοδότηση για την υλοποίηση

τους. Η δημόσια χρηματοδότηση συνδυάστηκε με την προώθηση συμμετοχικών διαδικασιών και την περαιτέρω εδραίωση των Εθνικών Συστημάτων Υγείας στην Ευρώπη.

Ωστόσο, η γρήγορη ανάπτυξη των συστημάτων υγείας τη δεκαετία του 1970, ειδικότερα μετά τις δύο πετρελαϊκές κρίσεις των περιόδων 1973-1974 και 1978-1979, προκάλεσε περαιτέρω συζητήσεις για την ορθολογική διαχείριση των πόρων, που επρόκειτο να διατεθούν, καθώς οι χώρες βρέθηκαν ενόψει δυσμενών δημοσιονομικών προβλημάτων (Λιαρόπουλος, 2010). Εν συνεχεία, ο ρυθμός αύξησης των δημοσίων δαπανών υγείας επιβραδύνθηκε για τη δεκαετία του 1980, ως συνέπεια των προσπαθειών για δημοσιονομική εξυγίανση, καθώς το κράτος πρόνοιας ήταν αδύνατο να διευρύνει την πληθυσμιακή κάλυψη σε υπηρεσίες για την υγειονομική φροντίδα, διατηρώντας μια μορφή ενός <<δίκτυ ασφαλείας>> για τους πολίτες των ευρωπαϊκών χωρών, που προέρχονταν από χαμηλότερα οικονομικά στρώματα, με διαδεχόμενες έντονες αντιδράσεις σε ιδιωτικοποιήσεις από μεγάλης σημασίας ομάδες πίεσης, όπως ήταν οι γιατροί, αναφορικά με τον υγειονομικό τομέα.

Ο αυξητικός ρυθμός των δαπανών υγείας επέστρεψε την δεκαετία του 1990 για να συνεχίσει με την ίδια πορεία, έως την πρώτη δεκαετία μετά την είσοδο του 21ου αιώνα. Ωστόσο, η χρονική περίοδος, η οποία χαρακτηρίστηκε με μια επιβράδυνση στον ρυθμό αύξησης των δαπανών για την υγειονομική φροντίδα, ήταν εκείνη που σημειώθηκε στα τέλη της δεκαετίας του 1990 μέχρι τις αρχές της δεκαετίας του 2000. Ο 21ος αιώνας ξεκίνησε με σταθερότητα στις δαπάνες υγείας για το πρώτο εξάμηνο του έτους του 2000 και απέκτησε μια εδραιωτική δυναμική μεταξύ των ετών 2006 – 2009. Τη περίοδο από το 2010 και ύστερα και ειδικότερα για τα έτη 2010 και 2011, ο λόγος των δαπανών υγείας σε ποσοστά ΑΕΠ παρατηρείται μειωμένος, εξαιτίας των υλοποιημένων μέτρων δημοσιονομικής λιτότητας για την αντιμετώπιση της οικονομικής κρίσης του 2008, στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Ήδη οι δαπάνες υγείας είχαν ξεκινήσει να μειώνονται από το έτος του 2009 σε κράτη, που επλήγησαν περισσότερο από την οικονομική κρίση (π.χ. Εσθονία) (OECD, 2012). Οι μειώσεις των δαπανών υγείας επιτεύχθηκαν μέσω μιας σειράς μέτρων, στα οποία συμπεριλαμβάνονταν οι μειώσεις σε μισθούς, αυξήσεις των άμεσων πληρωμών στα νοικοκυριά για συγκεκριμένες υπηρεσίες και φάρμακα,

επιβολή προϋπολογισμών στα νοσοκομεία κ.α. (OECD, 2012). Ωστόσο, η περίοδος από το 2013 έως το 2019 χαρακτηρίστηκε από αυξήσεις στις δαπάνες υγείας, για τα περισσότερα κράτη μέλη της ΕΕ.

Πιο συγκεκριμένα, για την περίοδο 2006-2009, το έτος του 2008 οι χώρες της ΕΕ είχαν δαπανήσει κατά μέσο όρο 8,3% του ΑΕΠ για την υγεία σε σχέση με το έτος του 1998, όπου οι δαπάνες υγείας ανέρχονταν στο 7,3% του ΑΕΠ (OECD, 2010). Γενικότερα, τα ποσοστά του ΑΕΠ, τα οποία διατέθηκαν, για να δαπανηθούν στην υγεία, ποικίλλουν αναμεταξύ των κρατών-μελών. Η Γαλλία, η Γερμανία και η Αυστρία δαπάνησαν κατά μέσο όρο, 10% του ΑΕΠ σε δαπάνες για την υγειονομική φροντίδα. Η Ιρλανδία και το Ηνωμένο Βασίλειο δαπάνησαν 8,7% του ΑΕΠ στην υγεία. Αρκετές από τις χώρες του ευρωπαϊκού βορρά καθώς και κάποιες χώρες της κεντρικής Ευρώπης δαπάνησαν σε Ισοτιμία Αγοραστικής Δύναμης (ΙΑΔ) από 2500 έως 3500 ευρώ ανά άτομο, δηλαδή 10% έως 60% πιο πάνω από το μέσο όρο της ΕΕ. Οι χώρες, οι οποίες δαπάνησαν στην υγεία μικρότερα ποσοστά του ΑΕΠ από το μέσο όρο της ΕΕ, ήταν η Κύπρος και εκείνες της ανατολικής Ευρώπης, όπως η Ρουμανία (5,5%) και η Πολωνία (7%) (OECD, 2010).

Αξιοσημείωτο αποτελεί το γεγονός, ότι ο δημόσιος τομέας αποτελεί την κύρια πηγή χρηματοδότησης της υγείας για όλες τις ευρωπαϊκές χώρες, εκτός από την Κύπρο (OECD, 2010). Για το έτος του 2008, σχεδόν τα 3/4 όλων των δαπανών για την υγεία προήλθαν από την κρατική χρηματοδότηση, μέσω της γενικής φορολογίας ή των εισφορών κοινωνικής ασφάλισης. Ειδικότερα, στο Ηνωμένο Βασίλειο και τη Ρουμανία η δημόσια χρηματοδότηση ξεπερνούσε το 80% της συνολικής δαπάνης για την υγεία. Όσον αφορά τα μεγέθη των ιδιωτικών δαπανών για την υγειονομική φροντίδα, διαφέρουν αναμεταξύ των κρατών-μελών της ΕΕ (OECD, 2010).

Σύμφωνα με τα στατιστικά στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, στο Ηνωμένο Βασίλειο οι out-of-pocket πληρωμές αντιστοιχούσαν στο 13,8% των τρεχουσών δαπανών για την υγειονομική φροντίδα, στην Ιρλανδία στο 11,8%, στην Αυστρία στο 18,2%, ενώ στην Κύπρο σχεδόν στο 51,4%. Στις περισσότερες χώρες της ΕΕ, οι πληρωμές των χρηστών για την λήψη των υπηρεσιών υγείας γίνεται με ρευστό και η ιδιωτική ασφάλεια υγείας αντιστοιχεί μόνο στο 3-4% της συνολικής δαπάνης για την υγεία. Σε ορισμένα κράτη – μέλη της ΕΕ, η ιδιωτική

ασφάλιση κατέχει μείζον ρόλο. Στη Γερμανία παρέχεται πρωτοβάθμια υγειονομική κάλυψη σε ορισμένες ομάδες πληθυσμού, ενώ στη Γαλλία, η ιδιωτική ασφάλεια υγείας καλύπτει το 13% των συνολικών δαπανών και ο χαρακτήρας της ύπαρξής της είναι συμπληρωματικός.

Έπειτα από μια επιτυχημένη άνοδο των συνολικών δαπανών υγείας και ειδικότερα των δημοσίων δαπανών, η οποία κορυφώθηκε στα έτη 2008 και 2009, ακολούθησε η επιβράδυνση τους, εξαιτίας των κοινωνικό-οικονομικών αναγκών για κάλυψη των δημοσιονομικών ελλειμμάτων σε πολλές χώρες της ΕΕ, για τις οποίες οι κυβερνήσεις βρέθηκαν ενόψει δύσκολων βραχυπρόθεσμων πολιτικών αποφάσεων. Οι μειώσεις των δαπανών για την υγεία υλοποιήθηκαν μέσω μιας σειράς μέτρων, όπως ήταν οι μειώσεις μισθών, η μείωση των επιπέδων απασχόλησης στον τομέα της υγείας, η επιβολή δημοσιονομικών περιορισμών στα νοσοκομεία και οι αυξήσεις των άμεσων πληρωμών στα νοικοκυριά για ορισμένες υπηρεσίες και φάρμακα (OECD, 2012). Για παράδειγμα, στην Ιρλανδία η δημόσια χρηματοδότηση των δαπανών για την υγειονομική φροντίδα μειώθηκε σχεδόν κατά 6 εκατοστιαίες μονάδες, ανάμεσα στο 2008 και το 2010 και το ποσοστό ανέρχεται πλέον στο 70%, καθώς σημειώθηκε αύξηση στις άμεσες πληρωμές από τα νοικοκυριά (OECD, 2012). Ωστόσο, προσπάθειες αύξησης της αποτελεσματικότητας στην παροχή υπηρεσιών υγείας επιδιώχθηκαν μέσω συγχωνεύσεων στα νοσοκομεία και μεταβολών στην περίθαλψη με την μετάβαση των ασθενών στα εξωτερικά ιατρεία.

Για το έτος του 2010 παρατηρήθηκε μείωση των κατά κεφαλήν δαπανών στον υγειονομικό τομέα σε πραγματικούς όρους, αναστέλλοντας την σταθερή τους πορεία. Ενώ σε όλες τις χώρες της ΕΕ για την περίοδο 2000-2009 κατά μέσο όρο οι κατά κεφαλή δαπάνες για την υγεία αυξήθηκαν κατά 4,6% ανά έτος σε πραγματικές τιμές, για το 2010 ακολούθησε πτώση 0,6% (OECD, 2012). Η Γαλλία, η Γερμανία και η Αυστρία δαπάνησαν κατά κεφαλή στην υγεία, άνω των 3000 ευρώ, ενώ τις χαμηλότερες τιμές δαπάνησαν η Βουλγαρία και η Ρουμανία (700 ευρώ). Παρόλα αυτά, οι υψηλότερες κατά κεφαλή δαπάνες σημειώθηκαν από την Δανία, το Λουξεμβούργο και την Ολλανδία. Όσον αφορά τις δαπάνες υγείας σε ποσοστά ΑΕΠ, τα κράτη-μέλη της ΕΕ διέθεσαν κατά μέσο όρο 9% (μη σταθμισμένο) του ΑΕΠ, ένα ελαφρά μειωμένο ποσοστό σε σχέση με το προηγούμενο έτος (OECD, 2012). Ωστόσο, η Ολλανδία αποτέλεσε το κράτος

μέλος με τις υψηλότερες δαπάνες σε ποσοστό του ΑΕΠ (12%), δηλαδή αρκετά πιο πάνω από τον μέσο όρο.

Η δημόσια χρηματοδότηση συνέχισε να διαδραματίζει κύριο ρόλο στην υγειονομική περίθαλψη για τις χώρες της ΕΕ, εκτός της Κύπρου. Για το έτος του 2010, η δημόσια χρηματοδότηση αντιστοιχούσε σε ποσοστό ανώτερο του 80%, για την Ολλανδία, τις Σκανδιναβικές χώρες (εκτός από την Φινλανδία), το Λουξεμβούργο, το Ηνωμένο Βασίλειο, την Δημοκρατία της Τσεχίας και την Ρουμανία, ενώ χαμηλά διατηρήθηκαν τα ποσοστά για την Κύπρο, την Ελλάδα, την Λετονία και τη Βουλγαρία. Σχετικά με την δεύτερη σειρά χωρών για τις οποίες παρατηρήθηκε μεγαλύτερη δημοσιονομική δυσκαμψία για την συγκεκριμένη περίοδο, τα ποσοστά των άμεσων πληρωμών ήταν πιο αυξημένα σε σχέση με τις χώρες, όπου η δημόσια χρηματοδότηση διατέθηκε σε πολύ υψηλά ποσοστά. Το μερίδιο των άμεσων πληρωμών για την Ελλάδα ανήλθε στο 38%, για την Βουλγαρία στο 43% και για την Κύπρο στο 49% (OECD, 2012). Γενικότερα, από το 2000 έως το 2010 το μερίδιο των άμεσων πληρωμών αυξήθηκε ιδιαίτερα για την Βουλγαρία και την Κύπρο, καθώς το Ηνωμένο Βασίλειο διατήρησε τις άμεσες πληρωμές χαμηλά (9%) για το 2010.

Δύο χρόνια μετά, το 2012 οι δαπάνες υγείας εντοπίζονται αρκετά μειωμένες για το 50% των κρατών μελών της ΕΕ, σε ποσοστό 0,6% ετησίως (π.χ. Ελλάδα, Ιταλία, Πορτογαλία), ενώ για το υπόλοιπο μισό οι δαπάνες υγείας είναι αρκετά επιβραδυμένες, παρότι σημειώνονται για ορισμένες χώρες ελάχιστες αυξήσεις (π.χ. Γερμανία και Αυστρία) (OECD, 2014). Σε αρκετές χώρες της ΕΕ, η καθολική κάλυψη του πληθυσμού σε υπηρεσίες υγείας εντοπίζεται όσο το δυνατόν διατηρήσιμη, κάτι που δεν ισχύει για την Κύπρο και την Βουλγαρία, στις οποίες σημαντικό μέρος του πληθυσμού δεν ήταν ασφαλισμένο.

Η προσπάθεια για την διασφάλιση ενός σημαντικού επιπέδου στην καθολική πρόσβαση των πληθυσμών της ΕΕ στις υπηρεσίες υγείας απασχόλησε και τα επόμενα έτη. Καθώς η ποιότητα της περίθαλψης παρουσίαζε μια βελτίωση για τις πιο πολλές χώρες της ΕΕ, η μείωση των ανισοτήτων αποτέλεσε για ορισμένα κράτη μια σημαντική πρόκληση. Το 2014 τα περισσότερα κράτη-μέλη της ΕΕ κατάφεραν να διατηρήσουν την καθολική κάλυψη ή έστω ένα σημαντικό βαθμό κάλυψης, όμως τέσσερις χώρες (Ελλάδα, Κύπρος, Ρουμανία και Βουλγαρία)

κατείχαν ένα ποσοστό άνω του 10%, το οποίο δεν διέθετε τακτική κάλυψη των υγειονομικών αναγκών του (OECD and EU, 2016).

Το ζήτημα της καθολικής κάλυψης, είτε προέρχεται από την κρατική χρηματοδότηση ή από τις πληρωμές των νοικοκυριών, παρουσιάζει μια δυσμένεια από το 2009 και ύστερα. Ήδη από την περίοδο πριν το 2009 υπήρξε ένα ποσοστό νοικοκυριών από τα χαμηλότερα οικονομικά στρώματα, το οποίο έκφραζε την αδυναμία του για την κάλυψη των υγειονομικών αναγκών του. Κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης, το ποσοστό αυτό άρχισε να αυξάνεται για πολλές χώρες της ΕΕ, σε σχέση με την περίοδο που προηγήθηκε του 2009. Το έτος του 2014, οι οικογένειες οι οποίες προέρχονταν από τα χαμηλότερα οικονομικά στρώματα, αποτελούσαν έναν σχεδόν δεκαπλάσιο αριθμό από αυτόν των εύρωστων οικογενειών, όπου οι ιατρικές τους ανάγκες δεν είχαν καλυφτεί (OECD and EU, 2016).

Βέβαια, το ζήτημα των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας, όσον αφορά την παροχή των υπηρεσιών, οφείλεται και στον αριθμό των γιατρών, με την μορφή που κατανέμεται γεωγραφικά στη κάθε χώρα. Από το 2000 έως το 2014, ο κατά κεφαλή αριθμός των γιατρών αυξήθηκε κατά 20%, σε όλα τα κράτη μέλη της ΕΕ (OECD and EU, 2016). Επίσης, ο αριθμός των ειδικευμένων γιατρών ξεπερνά αυτόν των γενικών γιατρών, όμως η ανομοιογενής κατανομή τους στον χάρτη κάθε κράτους είναι εξίσου ένα πρόβλημα, το οποίο πρέπει να ξεπεραστεί.

Η οικονομική κατάσταση, η οποία είχε επιδεινωθεί αρκετά υπό το πρίσμα της οικονομικής κρίσης του 2008, ανάγκασε πολλές από τις χώρες της ΕΕ, να μειώσουν τις δαπάνες για την υγειονομική φροντίδα εξαιτίας της εφαρμογής μέτρων για την κάλυψη των δημοσιονομικών ελλειμμάτων. Η κατηφορική πορεία των δαπανών υγείας σε ποσοστό του ΑΕΠ, η οποία ήταν αρκετά έντονη το 2010 και το 2011, αποκτά μια επιβραδίζουσα αλλά σταθερή άνοδο, από το έτος του 2013 και ύστερα για τις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες. Το 2015, η ΕΕ διέθεσε συνολικά κατά μέσο όρο το 9,9% του ΑΕΠ της στην υγειονομική περίθαλψη, ένα ποσοστό σχεδόν αμετάβλητο σε σχέση με το 2013 και 2014 (OECD and EU, 2016). Η Γαλλία, η Γερμανία και η Σουηδία, κατά μέσο όρο δαπάνησαν σε ποσοστό ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος 11% στην υγεία, ακολουθώντας ευθύς αμέσως η Ολλανδία και η Δανία. Η ΕΕ ξεπέρασε σε ποσοστό ΑΕΠ τον συνολικό μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ (9%), που διατέθηκε στην υγεία.

Ωστόσο, ορισμένες χώρες της ανατολικής Ευρώπης και τις βαλτικής δαπάνησαν στην υγειονομική περίθαλψη αρκετά χαμηλά από τον μέσο όρο της ΕΕ.

Συγκεκριμένα, η Εσθονία παρότι είχε αρχίσει να περικόπτει την υγειονομική δαπάνη από το 2009, καθώς το 2010 και 2011 οι δαπάνες υγείας σε ποσοστό του ΑΕΠ κατήλθαν χαμηλότερα του 6%, το 2015 το ποσοστό των δαπανών ανήλθε σχεδόν στα ίδια επίπεδα με το έτος του 2009, δηλαδή λίγο πιο πάνω από το 6,3%. Το Ηνωμένο Βασίλειο διέθεσε στην υγειονομική περίθαλψη ποσοστό του ΑΕΠ 9,8%, ενώ η Κύπρος δαπάνησε χαμηλότερα από τον μέσο όρο της ΕΕ, 6,7% και η Ιρλανδία 9,4%. Όσον αφορά την κατά κεφαλή δαπάνη για την υγεία, ως μεγαλύτεροι καταναλωτές παρουσιάζονται το Λουξεμβούργο (6023 ευρώ), η Γερμανία (4003 ευρώ), η Ολλανδία (3983 ευρώ), η Σουηδία (3937 ευρώ) και η Ιρλανδία (3922 ευρώ), σε αντίθεση με τη Ρουμανία (816 ευρώ) και τη Λετονία (1030 ευρώ). Η δημόσια δαπάνη συνεχίζει να αποτελεί τον κύριο πυλώνα των συνολικών δαπανών για την υγειονομική περίθαλψη, ιδιαίτερα για τις χώρες που διέθεσαν ποσοστά του ΑΕΠ στην υγεία ίσα και πάνω από τον μέσο όρο της ΕΕ, για την οποία η ιδιωτική δαπάνη πλαισιώθηκε στο 15% των συνολικών δαπανών για την υγεία. Στον αντίποδα βρέθηκε η Κύπρος, όπου η ιδιωτική δαπάνη ανήλθε πάνω από το 50%.

Οι δαπάνες υγείας για το έτος του 2017 συνεχίστηκαν στο ίδιο επίπεδο με τα δύο προηγούμενα έτη, χωρίς να παρατηρούνται σημαντικές διαφοροποιήσεις. Ο μέσος όρος των δαπανών για την υγειονομική φροντίδα σε ποσοστό του ΑΕΠ, ήταν 9,6%, με την Γερμανία, την Αυστρία, την Ολλανδία, το Βέλγιο, την Δανία, την Γαλλία και το Ηνωμένο Βασίλειο να έχουν διαθέσει πόρους στην υγεία με μέσο όρο περίπου 10,5% σε ποσοστό του ΑΕΠ, δηλαδή υψηλότερα από τον μέσο όρο της ΕΕ (OECD and EU, 2018). Μεταξύ των χωρών μελών της ΕΕ, το Λουξεμβούργο δαπάνησε 4713 ευρώ ανά άτομο, αναφορικά με την κατά κεφαλή δαπάνη για την υγειονομική περίθαλψη, καθώς ακολούθησαν η Γερμανία, η Αυστρία και η Σουηδία. Η Βουλγαρία και η Ρουμανία αποτέλεσαν τον πυθμένα των χωρών εκείνων που διέθεσαν τα λιγότερα κατά κεφαλή χρήματα στον τομέα της υγείας, με 1234 ευρώ και 983 ευρώ ανά άτομο, αντίστοιχα. Ο μέσος όρος των κατά κεφαλή δαπανών της ΕΕ για την υγεία, υπολογίστηκε στα 2773 ευρώ.

Το 2019, οι δαπάνες υγείας για τις χώρες της ΕΕ, κατά μέσο όρο υπολογίστηκαν στο 8,3% σε ποσοστό του ΑΕΠ (OECD and EU, 2020). Σχεδόν τα μισά από τα

κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης των 27 δαπάνησαν σε ποσοστό του ΑΕΠ υψηλότερα από τον μέσο όρο, με την Γερμανία, την Γαλλία και την Σουηδία να βρίσκονται στην κορυφή των χωρών, που έχουν δαπανήσει περισσότερο. Επιπρόσθετα, το Ηνωμένο Βασίλειο δαπάνησε σε ποσοστό 10,3% του ΑΕΠ στην υγεία, καθώς τα χαμηλότερα ποσοστά σημειώθηκαν για τις χώρες Ρουμανία (5,7%) και Λουξεμβούργο (5,4%). Όσον αφορά την κατά κεφαλή δαπάνη, ο μέσος όρος της ΕΕ διαμορφώθηκε στα 2572 ευρώ ανά άτομο, με την Γερμανία, την Αυστρία, την Ολλανδία και τη Σουηδία να ξεπερνούν τον μέσο όρο των κατά κεφαλή δαπανών υγείας ανά άτομο, τουλάχιστον κατά 50%. Ωστόσο, στον αντίποδα βρέθηκαν η Ρουμανία, η Βουλγαρία, η Λετονία και η Κροατία, όπου η κατά κεφαλή δαπάνη δεν ξεπέρασε τα 1500 ευρώ ανά άτομο (OECD and EU, 2020).

Επιλογικά, σε σχέση με την εξέλιξη των δαπανών υγείας στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, η οικονομική κρίση του 2008 είχε ως συνέπεια, να επιφέρει μειώσεις στις δαπάνες για την υγειονομική φροντίδα σε πολλές χώρες και είναι πολιτικο-οικονομικά προφανές, πως αρκετές από εκείνες προέρχονταν από τον ευρωπαϊκό νότο, σε αντίθεση με την Γερμανία, την Αυστρία, την Γαλλία, την Ολλανδία και την Δανία/Σουηδία, οι οποίες αποτελούσαν την πρώτη πεντάδα χωρών της ΕΕ με τις μεγαλύτερες δαπάνες υγείας για την περίοδο από το 2010 έως το 2019. Πιο συγκεκριμένα, για τις νότιο-ευρωπαϊκές χώρες η Ελλάδα σημείωσε για την περίοδο από το 2008 έως το 2013, ετήσιο μέσο ρυθμό ανάπτυξης της κατά κεφαλή δαπάνης -7,3%, καθώς η Πορτογαλία, η Κύπρος και η Ιταλία, ακολούθησαν με ποσοστά -1,9%, -1,5% και -0,9%, αντίστοιχα (OECD and EU, 2020). Για την περίοδο από το 2013 έως το 2019, μετά από ένα χρονικό διάστημα αρνητικής και περιορισμένης μεγέθυνσης για τις δαπάνες υγείας, σε όλες τις χώρες της ΕΕ, οι κατά κεφαλή δαπάνες υγείας αυξήθηκαν θετικά (έστω και σε αργό ρυθμό για ορισμένα κράτη) κατά μέσο όρο σε ποσοστό 3% ετησίως, σε αντίθεση με τον ετήσιο ρυθμό ανάπτυξης της κατά κεφαλής δαπάνης, σε ποσοστό 0,7%, που σημειώθηκε για τη περίοδο από το 2008 έως το 2013 (OECD and EU, 2020).

Παρόλα αυτά, οι δυναμικές των δαπανών υγείας δεν μπορούν να μελετώνται αποκλειστικά με τις κατά κεφαλή δαπάνες, αλλά είναι σημαντικό να συνδυάζονται με τον λόγο των δαπανών υγείας σε ποσοστό του ΑΕΠ για κάθε

κράτος. Οι χώρες, οι οποίες χαρακτηρίζονται από υψηλότερα ατομικά εισοδήματα, είναι φυσικό να τείνουν στο να δαπανούν τους ανάλογους πόρους στην υγειονομική περίθαλψη, αν και σε ορισμένες περιπτώσεις, παρατηρείται πως οι δαπανώμενοι πόροι, οι οποίοι έχουν διατεθεί και είναι υπολογισμένοι σε ποσοστό του ΑΕΠ για μια χώρα, καθώς βρίσκονται σε υψηλά επίπεδα, οι κατά κεφαλήν δαπάνες είναι χαμηλότερες σε σχέση με άλλα κράτη, που δαπάνησαν για την υγεία στα ίδια επίπεδα με εκείνη. Παραδείγματος χάρι, το έτος του 2015 οι δαπάνες για την υγειονομική φροντίδα σε ποσοστό του ΑΕΠ για το Λουξεμβούργο υπολογίστηκαν σε ποσοστό 7,2%, αρκετά χαμηλά από τον μέσο όρο της ΕΕ, που ήταν 9,9%. Όμως, οι κατά κεφαλή δαπάνες για την υγεία ανήλθαν στα 6023 ευρώ ανά άτομο, οι οποίες κατέστησαν το Λουξεμβούργο στην πρώτη θέση, αναμεταξύ των χωρών της ΕΕ για το συγκεκριμένο έτος, αναφορικά με τις δαπάνες υγείας βάσει υπολογισμού των κατά κεφαλή δαπανών. Το Λουξεμβούργο αποτελεί χαρακτηριστικό παράδειγμα ενός κράτους, όπου παρόλο που οι κατά κεφαλή δαπάνες καταγράφονται σε υψηλά επίπεδα, οι ιδιαιτερότητες του ενεργού πληθυσμού και της οικονομίας, δίνουν χαμηλότερα μερίδια δαπανών υγείας σε σχέση με το ΑΕΠ, διότι ένα σημαντικό μέρος του παραγόμενου πλούτου δεν προέρχεται από κατοίκους της χώρας και δεν προωθείται για εσωτερική κατανάλωση (όπως επίσης ισχύει για την Ιρλανδία). Επομένως, πρέπει να δίνεται μεγαλύτερο ενδιαφέρον στο Ακαθάριστο Εθνικό Εισόδημα (ΑΕΕ) ως πιο σημαντικό μέτρο σε αντίθεση με το ΑΕΠ (OECD and EU, 2018). Επιπροσθέτως, υπάρχουν ορισμένες διαφοροποιήσεις ανάμεσα στα κεντρικά ποσοστά των πόρων, που έχουν δαπανηθεί στην υγεία σε ποσοστό του ΑΕΠ για ορισμένα κράτη, σε σχέση με την κατά κεφαλήν τους δαπάνη. Για παράδειγμα, το 2019 η Δημοκρατία της Τσεχίας δαπάνησε σε ποσοστό του ΑΕΠ 7,8% στην υγειονομική περίθαλψη και η Βουλγαρία 7,6%. Παρόλα αυτά, η κατά κεφαλή δαπάνη της Δημοκρατίας της Τσεχίας στην υγεία ήταν 2323 ευρώ, ενώ της Βουλγαρίας 1353 ευρώ, όπου η κατά κεφαλή δαπάνη της πρώτης παρουσιάζεται 72% μεγαλύτερη της δεύτερης, εξαιτίας του πιο αυξημένου ποσοστού δαπανών υγείας σε ποσοστό ΑΕΠ.

1.6 Ανακεφαλαίωση

Στο κεφάλαιο αυτό, υλοποιήθηκε μια προσπάθεια οριοθέτησης της έννοιας της υγειονομικής δαπάνης, επεξήγησης των παραγόντων της εξέλιξης της και καταγραφής της εξέλιξης των συνολικών δαπανών υγείας, ειδικότερα για τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Στην πρώτη ενότητα πραγματοποιήθηκε μια αναφορά της προσπάθειας απόδοσης ενός ορισμού για την υγειονομική δαπάνη από τον Οργανισμό Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ), με την δημιουργία του Συστήματος Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ), με στόχο την αποτελεσματικότερη μελέτη της υγειονομικής δαπάνης. Σύμφωνα με τον ΣΛΥ που προτείνει ο ΟΟΣΑ και γίνεται προσπάθεια προώθησης της σε διεθνές επίπεδο, η συνολική δαπάνη υγείας ορίζεται ως η τελική κατανάλωση υπηρεσιών και αγαθών υγείας, συμπεριλαμβανομένου και των επενδύσεων παγίου κεφαλαίου.

Για την επίτευξη διακρατικών συγκρίσεων της υγειονομικής δαπάνης, σε διαχρονικό επίπεδο, υλοποιούνται μέτρα έκφρασης των δαπανών υγείας, για τα οποία τα συνηθέστερα είναι το ποσοστό του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος (ΑΕΠ) και η κατά κεφαλή δαπάνη υγείας. Επιπρόσθετα, καταγράφονται δύο ορισμοί για την συνολική δαπάνη υγείας, οι οποίοι προκύπτουν από την Παγκόσμια Τράπεζα και τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.). Στην δεύτερη ενότητα, οι παράγοντες της αύξησης των δαπανών υγείας αποτιμήθηκαν σε δημογραφικούς, κοινωνικό-οικονομικούς και υγειονομικούς παράγοντες, που προκύπτουν από την φύση της απασχόλησης στον υγειονομικό τομέα και εξέλιξης της τεχνολογίας υγείας, με τον τρόπο που έχουν αποτυπωθεί, ειδικότερα τα τελευταία 30-40 έτη. Στην συνέχεια στην τρίτη ενότητα, έγινε καταγραφή της ανάγκης για υλοποίηση μέτρων διαχείρισης και ελέγχου της δημόσιας υγειονομικής δαπάνης, τα οποία προσανατολίζονται πιο αποτελεσματικά στην πλευρά της προσφοράς των υπηρεσιών υγείας και έχουν ως στόχο μεν το περιορισμό της υγειονομικής δαπάνης, δε της επίτευξης ενός όσο το δυνατόν σημαντικού επιπέδου αποδοτικότητας τους.

Στην τελευταία ενότητα, στην εξέλιξη της υγειονομικής δαπάνης, οι δεκαετίες του 1960 και 1970 αποτέλεσαν αρκετά ευεργετικές για την αύξηση των δαπανών υγείας και την γενικότερη ανάπτυξη των συστημάτων υγείας των χωρών των

Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων. Ωστόσο, τα δυσμενή δημοσιονομικά προβλήματα, προϊόντα των δύο πετρελαϊκών κρίσεων 1973-74 και 1978-79, έφεραν την δεκαετία του 1980 σε μια σημαντική επιβράδυνση των δαπανών για την υγεία και σε έναν περιορισμό του πληθυσμιακού φάσματος, που καλυπτόταν καθολικά. Η δεκαετία του 1990 εμφανίζεται πιο αναλγητική και σύμφωνα με τις δημοσιεύσεις του ΟΟΣΑ, η υγειονομική δαπάνη κορυφώνει την ανάπτυξη της, στην περίοδο 2008-2009. Η οικονομική κρίση του 2008 οδηγεί τις περισσότερες χώρες της ΕΕ σε μείωση των δαπανών για την υγειονομική φροντίδα, ειδικότερα τα έτη 2010 και 2011, καθώς πλήττει περισσότερο τις χώρες του ευρωπαϊκού νότου, οι οποίες συνεχίζουν να δαπανούν σε ποσοστά ΑΕΠ χαμηλότερα από τον μέσο όρο της ΕΕ μαζί με χώρες της ανατολικής Ευρώπης. Η περίοδος από το 2013 έως το 2019 παρουσιάζεται συλλήβδην πιο θετική για όλες τις χώρες της Ένωσης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΟΙ ΜΑΚΡΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ

2.1 Εισαγωγή

Η ιστορική μήτρα της μακροοικονομικής θεωρίας συναντάται στο τέλος της δεκαετίας του 1920, με την κατάρρευση της χρηματιστηριακής αγοράς το έτος του 1929, κοινώς αποκαλούμενη ως η <<Μεγάλη Ύφεση του 1929>>. Η εικόνα της μεγάλης χρηματιστηριακής ανόδου, των σταθερών και χαμηλών επιπέδων των τιμών και της ανεργίας αντίστοιχα, ανατράπηκε απόλυτα, όταν τον Οκτώβριο του 1929 το χρηματιστήριο της Νέας Υόρκης απώλεσε το ένα τέταρτο της αξίας του, καθώς στα πρώτα χρόνια της δεκαετίας του 1930, η ανεργία έφτασε σε πρωτοφανή υψηλά επίπεδα, τόσο στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής, όσο και σε άλλες χώρες (Stiglitz and Walsh, 2009). Εκτός από τις δυσμενείς οικονομικές συνθήκες και την πολυετή οικονομική κρίση σε παγκόσμιο επίπεδο, γεννήθηκε η μακροοικονομική θεωρία, η οποία μπορεί να αναζητηθεί μέσω του Adam Smith και τον *Πλούτο των Εθνών* (The Wealth of the Nations) το 1776, αλλά κυρίως μέσω του John Maynard Keynes και την *Γενική θεωρία περί απασχόλησης, τόκου και χρήματος* (The General Theory of Employment, Interest and Money) το 1936 (Stiglitz and Walsh, 2009).

Η μακροοικονομική θεωρία (αλλιώς, μακροοικονομία) αποτελεί έναν πολύ βασικό και σημαντικό πυλώνα της οικονομικής επιστήμης, που μελετά το σύνολο της οικονομικής δραστηριότητας σε μια περιοχή. Η μακροοικονομία διαφέρει από την μικροοικονομική θεωρία, καθώς το αντικείμενο της τελευταίας επικεντρώνεται στην μελέτη των οικονομικών μονάδων στην παραγωγική διαδικασία και των οικονομικών υποκειμένων ως προς την καταναλωτική τους συμπεριφορά. Η μακροοικονομία εστιάζει σε πεδία που αφορούν την μελέτη της συνολικής μορφής των προβλημάτων σε μια οικονομία, όπως είναι η ανεργία, στην οποία βασικό αντικείμενο μελέτης είναι ο βαθμός της συνολικής απασχόλησης σε μια χώρα. Η δομή και η απόδοση των εθνικών οικονομιών και τα αποτελέσματα των κυβερνητικών πολιτικών σε μια οικονομία, ως προς το

σύνολο της, αποτελούν τα κύρια επίπεδα μελέτης, που η μακροοικονομική θεωρία δραστηριοποιείται (Abel et. al., 2011).

Στο κεφάλαιο αυτό, πραγματοποιείται μια βασική μελέτη συγκεκριμένων μακροοικονομικών μεταβλητών. Στην πρώτη ενότητα εξετάζεται η μακροοικονομική μεταβλητή του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος (ΑΕΠ). Στην δεύτερη ενότητα, ακολουθεί η μελέτη της μακροοικονομικής μεταβλητής του Προσδόκιμου Ζωής, καθώς και η ανάλυση του προσδόκιμου ζωής στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης σύμφωνα με τις δημοσιεύσεις του ΟΟΣΑ για την υγεία στην Ευρώπη. Στην τρίτη ενότητα, ακολουθεί η μελέτη των Δαπανών Εκπαίδευσης, με την καταγραφή μιας ευρύτερης εικόνας αυτών στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης και τις υπό μελέτη χώρες, βάσει των δημοσιεύσεων του ΟΟΣΑ και της Ευρωπαϊκής Επιτροπής για την εκπαίδευση και την κατάρτιση. Στην τέταρτη ενότητα, πραγματοποιείται μια επεξηγηματική ανάλυση της μακροοικονομικής μεταβλητής της Ανεργίας και των ποσοστών ανεργίας στην Ευρωπαϊκή Ένωση (2000-2019) και των υπό μελέτη χωρών (1983-2019). Τέλος, ακολουθεί η ανακεφαλαίωση του κεφαλαίου.

2.2 Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν

Η οικονομία ενός κράτους χαρακτηρίζεται από τους συντελεστές παραγωγής, τους οποίους διαθέτει και της δίνουν την δυνατότητα να παράγει αγαθά (οικονομικά αγαθά). Το Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν (ΑΕΠ) αποτελεί την συνολική αξία των τελικών αγαθών (υλικών προϊόντων και υπηρεσιών), που παράγονται στην οικονομία ενός κράτους σε συγκεκριμένη χρονική περίοδο, συνήθως σε ένα ημερολογιακό έτος (Λιανός και Ψειρίδου, 2015). Στην οικονομία μιας χώρας υπάρχουν προηγούμενες ανάλογες χρονικές περίοδοι, στις οποίες έχουν παραχθεί προϊόντα και υπηρεσίες, που όμως δεν γίνεται να συμπεριλαμβάνονται στο ΑΕΠ μιας άλλης χρονικής περιόδου (Λιανός και Ψειρίδου, 2015). Αυτές οι πρωτότερες χρονικές περίοδοι αποτελούν απλά, ένα μέρος του ΑΕΠ προηγούμενων ετών και δεν έχουν αποθεματικό χαρακτήρα, παρόλο που μπορούν να αποτελούν αντικείμενα σύγκρισης με τρέχουσες χρονικές περιόδους.

Ο υπολογισμός της αξίας της παραγωγής σε μια οικονομία (δηλαδή της αξίας των τελικών αγαθών που παράγονται μέσα σε μια συγκεκριμένη χρονική περίοδο, χωρίς να προστίθεται σε αυτά η αξία των ενδιάμεσων αγαθών), προϋποθέτει την δυνατότητα των αγαθών να αποτελούν αντικείμενα συναλλαγών στην αγορά, ώστε να καθίσταται δυνατός ο καθορισμός της τιμής τους (Κυρίκος, 2015). Ωστόσο, υπάρχουν αγαθά για τα οποία δεν είναι δυνατός ο εντοπισμός τους και σαφώς δεν γίνεται να μετρηθούν. Συνήθως, τέτοιου είδους αγαθά αποτελούν εκείνα που προορίζονται για ιδιόχρηση, όπως είναι η φροντίδα του νοικοκυριού από τα μέλη της οικογένειας, από την οποία δεν προκύπτει αμοιβή προς εκείνα, για να αποτελεί μέρος του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος (Κυρίκος, 2015). Ο υπολογισμός της αξίας των τελικών αγαθών μιας οικονομίας καθίσταται ιδιαίτερα περίπλοκος, όταν εμπλέκονται παράνομες συναλλαγές. Τέτοιου είδους οικονομικές δραστηριότητες, οι οποίες στην πλειονότητα τους δεν ακολουθούν τους νόμους, δεν καθιστούν εφικτή την μέτρηση τους και έχουν ως αποτέλεσμα την υποεκτίμηση του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος και την έκδοση λανθασμένων ή ελλιπών συμπερασμάτων.

Γενικότερα, μέσα από τον υπολογισμό του ΑΕΠ διακρίνεται το επίπεδο διαβίωσης του πληθυσμού μιας χώρας, το οποίο ερμηνεύεται ανάλογα του μεγέθους του. Ωστόσο, το ΑΕΠ δεν αποτελεί ένα σταθερό μέγεθος και συνηθίζει να μεταβάλλεται ανά έτος και με αυξομειώσεις, οι οποίες είναι ανάλογες των συνθηκών που επικρατούν στην οικονομία. Η μέτρηση του ΑΕΠ πραγματοποιείται σε χρηματικούς όρους και αποτελεί το άθροισμα των χρηματικών αξιών όλων των προϊόντων (τελικών προϊόντων), βάσει των ποσοτήτων και των τιμών που προσδιορίζονται στην αγορά (Λιανός και Ψειρίδου, 2015). Με αυτόν τον τρόπο, στην αξία των τελικών αγαθών ενσωματώνεται η αξία των ενδιάμεσων αγαθών, που χρησιμοποιήθηκαν για την παραγωγή των πρώτων. Για παράδειγμα, στην τελική αξία ενός αξονικού τομογράφου συμπεριλαμβάνεται η αξία των εξαρτημάτων, που δένουν τον εξοπλισμό της τεχνολογίας.

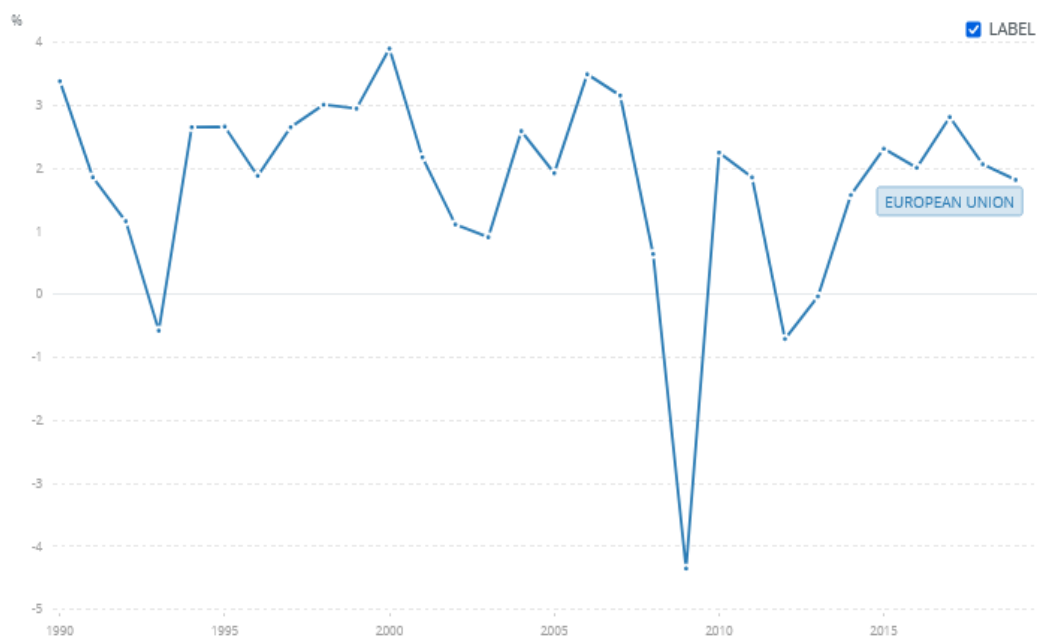
Η μέτρηση του ΑΕΠ σε χρηματικές μονάδες (αξίες) διευκολύνει τον υπολογισμό των ποσοτήτων των παραγόμενων προϊόντων, καθώς ο υπολογισμός πολλών μετρήσιμων μεγεθών (λίτρα, ώρες, υπηρεσίες κ.α.) θα αποτελούσε μια αρκετά δύσκολη διαδικασία και οι μελλοντικές συγκρίσεις των ΑΕΠ προηγούμενων

ετών θα ήταν μη εύκολα εφικτές. Για αυτό το λόγο, η μέτρηση του ΑΕΠ κατά αυτόν τον τρόπο διαθέτει δύο σημαντικά πλεονεκτήματα, ότι δηλαδή α) ένας μεγάλος αριθμός προϊόντων παρουσιάζεται σε έναν μοναδικό αριθμό και β) καθίσταται δυνατή η σύγκριση του ύψους του ΑΕΠ μιας οικονομίας μεταξύ διαφορετικών χρονικών περιόδων (Λιανός και Ψειρίδου, 2015). Παρόλα αυτά, σε πρώτο επίπεδο εμφανίζεται ένα πρόβλημα πολύ σχετικό με την προέλευση των μεταβολών των τιμών των αγαθών, για τις οποίες δεν γίνεται σαφές, αν οι αυξήσεις ή οι μειώσεις των τιμών είναι πραγματικές και αν οφείλονται σε αυξομειώσεις της παραγωγής ή των τιμών των αγαθών. Η δυσδιάκριτη αυτή λεπτομέρεια οδηγεί στον διαχωρισμό του ΑΕΠ, σε ονομαστικό και πραγματικό.

Το ονομαστικό ΑΕΠ αποτελεί ένα μέτρο με μεγάλη χρησιμότητα για την αξία της παραγωγής, στο οποίο αποτιμώνται οι τρέχουσες αγοραίες τιμές. Ο υπολογισμός του ονομαστικού ΑΕΠ προκύπτει με το άθροισμα των τρεχουσών αξιών, από τον πολλαπλασιασμό των τρεχουσών τιμών των αγαθών με τις αντίστοιχες ποσότητες τους (Κυρίκος, 2015). Γίνεται κατανοητό, ότι το μέγεθος του ονομαστικού ΑΕΠ μπορεί να μεταβληθεί σε ετήσια βάση και ενώ οι τιμές των αγαθών θα έχουν αυξομειωθεί, οι ποσότητες που θα έχουν παραχθεί, ενδέχεται να παραμένουν ίδιες. Αυτό σημαίνει, ότι οι μεταβολές των τιμών δεν δίνουν μέσω του ονομαστικού ΑΕΠ, τα κατάλληλα στοιχεία για την εξέλιξη της παραγωγής. Σε αυτό το σημείο, οι συγκρίσεις της παραγωγής σε διαχρονικό επίπεδο δεν είναι δυνατές, αν δεν αφαιρεθεί η μεταβολή των τιμών των αγαθών, που διαμορφώνει το ακαθάριστο εγχώριο προϊόν. Την λύση στο πρόβλημα της συγκρισιμότητας δίνει το πραγματικό ΑΕΠ, βάσει του οποίου, η παραγωγή σε μια τρέχουσα περίοδο γίνεται να υπολογιστεί με τις αγοραίες τιμές ενός συγκεκριμένου πεπερασμένου έτους, εφαρμόζοντας την διαδικασία του αποπληθωρισμού του ΑΕΠ, θέτοντας ένα έτος βάσης, για το οποίο είναι επιθυμητή η σύγκριση των ποσοτήτων των αγαθών.

Με την ολοκλήρωση του υπολογισμού του πραγματικού ΑΕΠ, εκτός το ότι επιτρέπονται οι διαχρονικές συγκρίσεις στην εξέλιξη της παραγωγής, παρουσιάζονται πληροφορίες για την οικονομική μεγέθυνση – επίδοση της οικονομίας σε μια χώρα και τον ρυθμό με τον οποίο η ίδια αναπτύσσεται (Κυρίκος, 2015). Συνήθως, ο όρος του ρυθμού της οικονομικής ανάπτυξης χρησιμοποιείται περισσότερο για τις λιγότερο ανεπτυγμένες οικονομίες, ενώ ο

όρος του ρυθμού της οικονομικής μεγέθυνσης χρησιμοποιείται κατά κύριο λόγο για τις ανεπτυγμένες οικονομίες (Κυρίκος, 2015). Ο ρυθμός με τον οποίο διαμορφώνεται το ΑΕΠ μιας οικονομίας, επιτρέπει τις συγκρίσεις των επιδόσεων ανάμεσα σε πολλές οικονομίες κρατών με συγκεκριμένες και οριοθετημένες χρονικές περιόδους μελέτης και τις συγκρίσεις των επιδόσεων σε μια υπό μελέτη οικονομία.



Πηγή : <https://data.worldbank.org>

Διάγραμμα 2.1

Εξέλιξη ετήσιου ρυθμού μεγέθυνσης του ΑΕΠ της Ευρωπαϊκής Ένωσης, περίοδος 1990-2019

Στο Διάγραμμα 2.1 σύμφωνα με τα στατιστικά στοιχεία της Παγκόσμιας Τράπεζας, παρουσιάζεται ο ετήσιος ρυθμός μεγέθυνσης της οικονομίας της Ευρωπαϊκής Ένωσης, για την περίοδο από το 1990 έως το 2019. Από το συγκεκριμένο διάγραμμα προκύπτει, ότι η οικονομία της Ευρωπαϊκής Ένωσης, για την περίοδο 1990-2000, βρέθηκε σε παρατεταμένη ύφεση από το 1990 έως το 1993 (δηλαδή, για εκείνη την περίοδο μειώθηκε ο ρυθμός μεγέθυνσης της οικονομίας) και ότι εισήλθε σε μια φάση ανάκαμψης (δηλαδή, ανόδου του ρυθμού μεγέθυνσης της οικονομίας), την περίοδο 1997-2000.

Τέλος, η μέτρηση της αξίας της παραγωγής των αγαθών μπορεί να υλοποιηθεί με τρεις τρόπους. α) Ο πρώτος τρόπος είναι αυτός της μέτρησης της αξίας των τελικών αγαθών, έτσι όπως διατίθενται για αγορά από τους καταναλωτές και τις επιχειρήσεις. β) Ο δεύτερος τρόπος είναι η μέτρηση βάσει των συνολικών δαπανών για την αγορά των προϊόντων. γ) Η τρίτη μέθοδος κατά την οποία γίνεται η μέτρηση του ΑΕΠ, είναι βάσει υπολογισμού των εισοδημάτων που διαμορφώθηκαν κατά την διαδικασία της παραγωγής των αγαθών (Λιανός και Ψειρίδου, 2015).

A) Μέτρηση του ΑΕΠ ως προστιθέμενη αξία

Σύμφωνα με τα παραπάνω, έγινε σαφής αναφορά, ότι ο υπολογισμός του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος πραγματοποιείται με την μέτρηση της χρηματικής αξίας των τελικών αγαθών, δίχως να προστίθεται σε αυτά η αξία των ενδιάμεσων αγαθών. Ένας υπολογισμός του ΑΕΠ που μετρά την αξία των τελικών προϊόντων, συμπεριλαμβανομένης της αξίας των ενδιάμεσων αγαθών, οδηγεί την μέτρηση σε λανθασμένα και υπερεκτιμημένα αποτελέσματα (Κυρίκος, 2015). Με την μέτρηση του ΑΕΠ ως προστιθέμενη αξία, για την περίπτωση αποφυγής ενός επικείμενου συνεχούς υπολογισμού ενός προϊόντος σε κάθε στάδιο της επεξεργασίας του, πρέπει να λαμβάνει υπόψιν μόνο την αξία, η οποία προστίθεται στο προϊόν σε κάθε στάδιο της επεξεργασίας του. Οι προστιθέμενες αξίες (δηλαδή, οι προστιθέμενες χρηματικές μονάδες) ενός προϊόντος, από το πρώτο στάδιο της επεξεργασίας του, μέχρι το στάδιο της διάθεσης του στην αγορά και στο εμπόριο, πρέπει να προστίθενται σε αυτό.

B) Μέτρηση του ΑΕΠ ως δαπάνη

Ο δεύτερος τρόπος μέτρησης του ΑΕΠ υλοποιείται με την προσέγγιση της μεθόδου βάσει των δαπανών, με το άθροισμα των δαπανών που έχουν πραγματοποιηθεί, για την αγορά εκείνων των προϊόντων που έχουν παραχθεί σε μια οικονομία, στην διάρκεια μιας συγκεκριμένης χρονικής περιόδου. Αξίζει να σημειωθεί, ότι στον υπολογισμό των δαπανών των προϊόντων σε μια οριοθετημένη χρονική περίοδο δεν συμπεριλαμβάνονται εκείνα τα αγαθά, τα οποία αγοράστηκαν για πρώτη φορά σε προηγούμενη περίοδο και επαναχρησιμοποιούνται την τρέχουσα χρονική περίοδο (π.χ. μεταχειρισμένα οχήματα). Για τον υπολογισμό των δαπανών κατά αυτή την μέθοδο, οι δαπάνες

διακρίνονται στις κατηγορίες της κατανάλωσης, της επένδυσης, των κρατικών δαπανών και των καθαρών εξαγωγών (Γεωργακοπούλου et. al., 2007).

Όσον αφορά την κατηγορία της κατανάλωσης (C), αυτή περιλαμβάνει τρεις κατηγορίες προϊόντων αναφοράς στο σύνολο των δαπανών των καταναλωτών (διαρκή αγαθά, καταναλωτά αγαθά και υπηρεσίες-άυλα αγαθά) (Λιανός και Ψειρίδου, 2015). Τα διαρκή αγαθά είναι εκείνα που μπορούν να χρησιμοποιηθούν πολλαπλές φορές για την διάρκεια της ζωής τους και χρησιμοποιούνται μόνο για τον σκοπό που αγοράστηκαν (π.χ. έπιπλα και λευκές οικιακές συσκευές). Τα καταναλωτά αγαθά είναι αναφορικά σε αγαθά, που μπορούν να χρησιμοποιηθούν μόνο μια φορά, για τον λόγο τον οποίο αγοράστηκαν (π.χ. φάρμακα). Οι υπηρεσίες-άυλα αγαθά είναι εκείνα τα αγαθά, τα οποία δεν έχουν υλική υπόσταση (π.χ. μουσικές διοργανώσεις), όμως προσφέρουν χρησιμότητα στους καταναλωτές.

Η κατηγορία της επένδυσης (I) ορίζεται στο σύνολο των δαπανών για την αγορά των κεφαλαιουχικών αγαθών (εξοπλισμός, αποθήκες κ.α.), που πραγματοποιούνται από τις επιχειρήσεις, όπως επίσης και τα αποθέματα των επιχειρήσεων που δημιουργούνται στην συγκεκριμένη χρονική περίοδο (Λιανός και Ψειρίδου, 2015). Ως επένδυση μπορεί να θεωρηθεί και η ανέγερση κατοικιών με σκοπό την μελλοντική τους μίσθωση. Ωστόσο, ένα μέρος της επένδυσης πραγματοποιείται την τρέχουσα περίοδο για την αντικατάσταση κεφαλαιουχικών αγαθών, στην περίπτωση που έχει χρησιμοποιηθεί στην παραγωγική διαδικασία και χρήζει αντικατάστασης του λόγω φθοράς. Επομένως, το υπόλοιπο μέρος της επένδυσης θεωρείται, ότι αυξάνει το κεφάλαιο.

Οι δημόσιες (κρατικές) δαπάνες (G) περιλαμβάνουν εκείνες τις δαπάνες, που πραγματοποιούνται από τους δημόσιους φορείς, όπως είναι οι περιφερειακές διοικήσεις (Λιανός και Ψειρίδου, 2015). Οι δαπάνες του κράτους μπορούν να χαρακτηριστούν ως επενδυτικές δαπάνες (π.χ. κατασκευή δρόμων, υποδομές υγειονομικού ενδιαφέροντος, δημόσια σχολεία κ.α.) ή δαπάνες για κατανάλωση (π.χ. μισθοί δημοσίων υπαλλήλων). Ωστόσο, υπάρχουν και κρατικές δαπάνες, οι οποίες δεν συμπεριλαμβάνονται στον υπολογισμό του ΑΕΠ, όπως είναι τα επιδόματα και οι τόκοι στις πληρωμές δημοσίου χρέους.

Τέλος, οι καθαρές εξαγωγές (NX) απορροφώνται από τις οικονομίες άλλων συνεργαζόμενων χωρών. Οι δαπάνη των αγαθών και υπηρεσιών, για τα οποία η παραγωγή τους έχει πραγματοποιηθεί στην εγχώρια οικονομία, πρέπει να προστίθενται στις κατηγορίες των προαναφερθεισών κατηγοριών, ώστε να γίνει ο υπολογισμός του ΑΕΠ. Για τον υπολογισμό των δαπανών με τις προαναφερθείσες κατηγορίες, θα πρέπει να πραγματοποιείται πρώτα αφαίρεση των δαπανών των εισαγωγών από τις εξαγωγές και η διαφορά να χρησιμοποιείται στον υπολογισμό του ΑΕΠ (Γεωργακοπούλου et. al., 2007). Συνεπώς, συνολικά για τον υπολογισμό του ΑΕΠ με την μέθοδο των δαπανών, προκύπτει η ακόλουθη σχέση.

$$Y = C + I + G + NX$$

Γ) Μέτρηση του ΑΕΠ ως εισόδημα

Η μέτρηση του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος με την μέθοδο του εισοδήματος, περιλαμβάνει εκείνα τα εισοδήματα, που προέρχονται από την παραγωγή αγαθών και υπηρεσιών, βάσει της χρήσης των παραγωγικών συντελεστών στην παραγωγική διαδικασία. Ο υπολογισμός υλοποιείται με την συμπερίληψη των μισθών απασχόλησης του εργατικού δυναμικού μιας επιχείρησης, της εγγείου προσόδου (το σύνολο των εισοδημάτων από ενοίκια χώρων και κτιρίων), των τόκων από την κατοχή χρηματικών κεφαλαίων και των κερδών των επιχειρήσεων (Γεωργακοπούλου et. al., 2007).

2.3 Προσδόκιμο ζωής

Σύμφωνα με τον Οργανισμό Ηνωμένων Εθνών, ο μέσος όρος του προσδόκιμου ζωής σε παγκόσμιο επίπεδο σήμερα παρουσιάζεται υψηλότερος σε κάθε γωνιά του πλανήτη, σε σχέση με το όπως εμφανιζόταν πριν από 70 χρόνια. Παρόλο που το προσδόκιμο ζωής ως όρος διακατέχει ένα επίπεδο υψηλής σημαντικότητας στην δημογραφική έρευνα και τις πολιτικές που την προσεγγίζουν, υπάρχει μια εμφανής δυσκολία στην διατύπωση ενός ορισμού της

έννοιας του, όπου ταυτόχρονα να προσφέρει μια λεπτομερή περιγραφή και να αποσαφηνίζει το προσδόκιμο ζωής στην πραγματικότητα.

Μια απλή περιγραφή της έννοιας του προσδόκιμου ζωής θα μπορούσε να είναι το γεγονός, ότι εμφανίζει απλά μια εκτίμηση, που είναι αναφορική σε έναν αριθμό, βάσει του οποίου οι άνθρωποι αναμένεται ότι θα ζήσουν, όμως ο ορισμός που επικρατεί διεθνώς είναι πιο συγκεκριμένος. Σχετικά με τον ορισμό που επικρατεί διεθνώς, το προσδόκιμο ζωής αποτελεί μια υποθετική εκτίμηση ενός μέσου χρόνου, όπου τα μέλη μιας πληθυσμιακής ομάδας αναμένεται ότι θα ζήσουν, βάσει των τρεχουσών συνθηκών θνησιμότητας, που επικρατούν σε μια περιοχή και άλλων δημογραφικών παραγόντων, κυρίως η ηλικία και το φύλο. Η ηλικία και το φύλο αποτελούν τις πιο βασικές μεταβλητές στην δημογραφική ανάλυση (Τραγάκη et. al., 2015). Σύμφωνα με τον Τσαούση (2006), "η συχνότητα των θανάτων επηρεάζει άμεσα την μέση διάρκεια ζωής των μελών μιας κοινωνίας και την προσδοκία ζωής των ατόμων κατά τα διάφορα έτη της ηλικίας τους".

Καθώς το προσδόκιμο ζωής αποτελεί ένα υποθετικό μέτρο εκτίμησης των ανθρώπινων ετών ζωής, φαινομενικά αυτό που μπορεί να ειπωθεί, είναι ότι στις λιγότερο ανεπτυγμένες χώρες του κόσμου, το προσδόκιμο ζωής είναι πολύ πιο χαμηλό, σε σύγκριση με χώρες που είναι περισσότερο ανεπτυγμένες. Το πιο συνηθισμένο μέτρο μελέτης και εκτίμησης του προσδόκιμου ζωής, το οποίο χρησιμοποιείται διεθνώς, είναι το προσδόκιμο ζωής κατά την γέννηση (Life Expectancy at Birth - LEB). Με έναν περιγραφικό τρόπο, το προσδόκιμο ζωής κατά την γέννηση υπολογίζεται με την κατασκευή ενός πίνακα ζωής (life table), στο οποίο ενσωματώνονται δεδομένα σχετικά με ποσοστά θνησιμότητας, τα οποία είναι ανάλογα των ηλικιών του υπό μελέτη πληθυσμού και χρήζει απαραίτητης απαρίθμησης για το μέγεθος του υπό μελέτη πληθυσμού και των θανάτων ανάλογα με την ηλικία.

Οι πληροφορίες αυτές συνήθως μπορούν να αποκτηθούν από τα δεδομένα των εθνικών απογραφών και έχουν ως αποτέλεσμα τον υπολογισμό μέσων αριθμών προσδόκιμου ζωής για κάθε ηλικία και φύλο του υπό μελέτη πληθυσμού. Το προσδόκιμο ζωής κατά την γέννηση μπορεί να μελετηθεί με δύο τρόπους, δηλαδή α) με το προσδόκιμο ζωής κατά την γέννηση με το μέτρο της κοορτής (cohort

LEB) και β) με το προσδόκιμο ζωής κατά την γέννηση με το μέτρο της περιόδου (period LEB).

A) Cohort LEB

Το προσδόκιμο ζωής κατά την γέννηση με τον τρόπο του Cohort LEB παρουσιάζει την μέση διάρκεια ζωής μιας πραγματικής πληθυσμιακής ομάδας ατόμων (μιας κοορτής αποτελούμενης από άτομα με την ίδια ηλικία), που γεννήθηκαν σε ένα συγκεκριμένο χρονικό έτος. Στην δημογραφική ανάλυση, η κοορτή μπορεί να οριστεί ως ένα ομαδικό σύνολο ατόμων, που σε μια συγκεκριμένη χρονική στιγμή τα άτομα βίωσαν μια κοινή δημογραφική εμπειρία, όπως είναι η γέννηση (Τραγάκη et. al., 2015). Δύναται λοιπόν η δυνατότητα υπολογισμού του μόνο για πληθυσμιακές ομάδες, που έχουν γεννηθεί πριν από αρκετές δεκαετίες, ώστε τα άτομα που την στελεχώνουν να έχουν πεθάνει. Η κατασκευή ενός πίνακα ζωής κοορτής είναι βασισμένη σε συγκεκριμένες πιθανότητες ετών θανάτου, οι οποίες έχουν υπολογιστεί από δεδομένα ποσοστών θνησιμότητας υπό παρατήρηση.

Ένας τέτοιος πίνακας χρησιμοποιεί δεδομένα ποσοστών θνησιμότητας, που προηγουμένως έχουν παρατηρηθεί και προβλέψεις αναφορικά με βελτιώσεις σε ποσοστά θνησιμότητας για την συγκεκριμένη κοορτή σε μελλοντικό επίπεδο. Ως αποτέλεσμα, προκύπτουν μέσοι όροι ηλικιακών ετών θανάτου, τα οποία προέρχονται αποκλειστικά από την υπό μελέτη κοορτή, δηλαδή από όλα τα μεμονωμένα έτη θανάτου των ατόμων που ανήκαν σε αυτή και μοιράστηκαν στο παρελθόν το ίδιο έτος γέννησης. Γενικότερα, το Cohort LEB αποτελεί το πιο κατάλληλο μέτρο εκτίμησης του μέσου όρου ζωής ενός ατόμου μιας συγκεκριμένης ηλικίας και προσφέρεται ως πιο αποτελεσματικό σε σχέση με τον Period LEB.

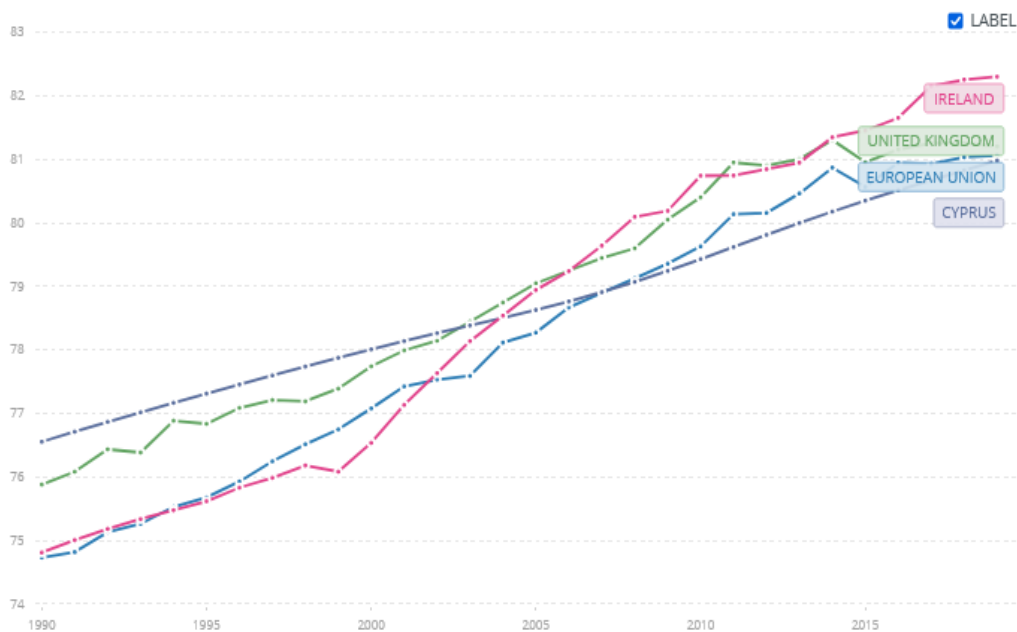
B) Period LEB

Το προσδόκιμο ζωής κατά την γέννηση με τον τρόπο του Period LEB αποτελεί την μέση χρονική διάρκεια ζωής μιας υποθετικής στατιστικής ομάδας. Η υποθετική στατιστική ομάδα, από την γέννηση μέχρι τον θάνατο, εκτίθεται στον υπολογισμό από χρησιμοποιημένα ποσοστά θνησιμότητας για μόνο από ένα έτος (ή έστω μόνο μιας ομάδας ετών) και εκφράζεται η εκτίμηση, ότι τα συγκεκριμένα ποσοστά ισχύουν για το υπόλοιπο της ζωής των ατόμων. Η εκτίμηση αυτής της

κατάστασης δεν γίνεται να αλλάξει σε περίπτωση που εμφανιστούν τυχόν μεταβολές σε ποσοστά θνησιμότητας στο μέλλον.

Γενικότερα, οι προσδοκίες ζωής με την Period LEB γίνονται με λιγότερη συχνότητα, διότι οι Cohort LEB παρέχουν την δυνατότητα προβλέψεων αναφορικά με μελλοντικές βελτιώσεις στα ποσοστά θνησιμότητας, κάτι που δεν παρέχεται από την Period LEB. Ωστόσο, επίσημοι πίνακες ζωής που σχετίζονται με προηγούμενα έτη, προέρχονται από το Ηνωμένο Βασίλειο και άλλες χώρες, καθώς και από διεθνείς οργανισμούς. Οι πίνακες ζωής παρέχουν αντικειμενικές πληροφορίες αναφορικά με τις τάσεις θνησιμότητας για τα επόμενα χρόνια, οι οποίες μπορούν να συγκριθούν για τη περιοχή μιας χώρας με άλλες χώρες.

Στο Διάγραμμα 2.2 παρουσιάζεται το προσδόκιμο ζωής κατά την γέννηση συνολικά για τα δύο φύλα, στην Ευρωπαϊκή Ένωση, το Ηνωμένο Βασίλειο, την Κύπρο και την Ιρλανδία, για την περίοδο 1990-2019.



Πηγή : <https://data.worldbank.org>

Διάγραμμα 2.2

Προσδόκιμο ζωής κατά την γέννηση σε Ευρωπαϊκή Ένωση, Ηνωμένο Βασίλειο, Κύπρο και Ιρλανδία, περίοδος 1990-2019

Την πρώτη δεκαετία του 21ου αιώνα, στις χώρες της γηραιάς ηπείρου το προσδόκιμο ζωής κατά την γέννηση παρουσιάζεται ιδιαίτερα αυξημένο κατά έξι χρόνια σε σχέση με το έτος του 1980, όπου το 2007 το προσδόκιμο ζωής κατά

την γέννηση εμφανίζεται στα 78 έτη, ως συνολικός αριθμός και για τα δύο φύλα (OECD, 2010). Για τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, το μέσο προσδόκιμο ζωής κατά την γέννηση, για την περίοδο από το 2005 έως το 2007, αποτελείται από τα 74,3 χρόνια για τους άνδρες (για το οποίο υπάρχει μια αύξηση κατά τρία έτη από την περίοδο 1995-97) και στα 80,8 χρόνια για τις γυναίκες (μια αύξηση κατά δύο έτη σε σχέση με την περίοδο 1995-97) (OECD, 2010).

Η Γαλλία παρουσίασε το μεγαλύτερο προσδόκιμο ζωής κατά την γέννηση για τις γυναίκες στα 84,4 χρόνια και η Σουηδία εμφάνισε το μεγαλύτερο προσδόκιμο ζωής για τους άνδρες, στα 78,8 χρόνια, αναμεταξύ των χωρών της ΕΕ. Στο Ηνωμένο Βασίλειο, το προσδόκιμο ζωής κατά την γέννηση ήταν στα 81,4 έτη για τις γυναίκες και στα 77,3 έτη για τους άνδρες. Στην Ιρλανδία, το προσδόκιμο ζωής κατά την γέννηση ήταν στα 82 έτη για τις γυναίκες και 77,4 έτη για τους άνδρες, καθώς στην Κύπρο, το προσδόκιμο ζωής κατά την γέννηση ανήλθε στα 81,9 και 77,8 έτη στα δυο φύλα, αντίστοιχα (OECD, 2010)

Γενικότερα, για την περίοδο από το 2001 έως το 2011, το προσδόκιμο ζωής αυξήθηκε κατά 2-3 έτη για όλες της χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Ωστόσο, από το 2011, παρατηρήθηκε μια σημαντική επιβράδυνση της αύξησης του προσδόκιμου ζωής, η οποία οφείλεται στους χαμηλούς ρυθμούς μείωσης των θανάτων από παθήσεις του κυκλοφορικού συστήματος και σε ορισμένες περιοδικές αυξήσεις στους δείκτες θνησιμότητας στα ηλικιωμένα άτομα εξαιτίας της εποχικής γρίπης, η οποία γνώρισε σημαντική αύξηση για συγκεκριμένα χρόνια (OECD and EU, 2018). Η επιβράδυνση αυτή φαίνεται στο χρονικό διάστημα 2011-2016, διότι το προσδόκιμο ζωής αυξήθηκε για λιγότερο από μισό έτος, κάτι που παρατηρήθηκε κυρίως για τις χώρες Γερμανία, Γαλλία, Ολλανδία και Ηνωμένο Βασίλειο (OECD and EU, 2018).

Τέλος, το έτος του 2016, το προσδόκιμο ζωής κατά την γέννηση παρουσιάζεται στα 81 έτη για τις χώρες της ΕΕ. Ωστόσο, ενώ το προσδόκιμο ζωής κατά την γέννηση ξεπερνά τα 80 χρόνια για τα 2/3 των χωρών της Ένωσης, στην Βουλγαρία, την Ρουμανία, την Λετονία και την Λιθουανία, το προσδόκιμο ζωής κατά την γέννηση προσδιορίστηκε γύρω από τα 75 έτη. Δύο χρόνια μετά, το 2018 το προσδόκιμο ζωής κατά την γέννηση παραμένει στα 81 έτη, συνολικά για τις χώρες της ΕΕ.

2.4 Δαπάνες εκπαίδευσης

Από τους κοινωνικούς επιστήμονες, η μάθηση ορίζεται ως μια παγιωμένη αλλαγή στην συμπεριφορά και τις ικανότητες του ατόμου, η οποία προέρχεται από την εμπειρία. Καθώς η μάθηση αποτελεί ένα όργανο ζωτικής σημασίας για τις οργανωμένες κοινωνίες και την κοινωνική ζωή, εκείνες αναλαμβάνουν την μετάδοση της γνώσης, συγκεκριμένων στάσεων και δεξιοτήτων στην βάση του θεσμού, όπου οι κοινωνιολόγοι αποκαλούν θεσμό της εκπαίδευσης. (Hughes and Kroehler, 2014). Σύμφωνα με τον Adam Smith, η μόρφωση αποτελεί μια διαδικασία επένδυσης για τον άνθρωπο, αφού οι δαπάνες τις οποίες πραγματοποιεί για να την αποκτήσει, έχουν απώτερο σκοπό την άντληση της δικής του προσδοκώμενης μελλοντικής ωφέλειας, καθώς αυτή παρουσιάζει εξαιρετική ομοιότητα με την λογική της επένδυσης των επιχειρήσεων σε μηχανολογικό εξοπλισμό και ότι η εκπαίδευση όταν χρησιμοποιείται αποτελεσματικά, μπορεί να βελτιώσει τις συνθήκες διαβίωσης των ανθρώπων σε κοινωνικό και ατομικό επίπεδο (Γιαννακόπουλος και Ντεμούσης, 2015).

Το εκπαιδευτικό σύστημα και ειδικότερα τα εκπαιδευτικά ιδρύματα αποτέλεσαν έναν από τους σημαντικότερους πυλώνες συγκρότησης των σύγχρονων εθνικών κρατών, ενώ οι διεθνείς συζητήσεις για την εκπαίδευση ξεκίνησαν μετά την λήξη του Β' Παγκοσμίου Πολέμου. Το 1948, με την Οικουμενική Διακήρυξη για τα Δικαιώματα του Ανθρώπου από τον Οργανισμό Ηνωμένων Εθνών, η εκπαίδευση στο άρθρο 26 της διακήρυξης, αναφέρεται ως ένα καθολικό δικαίωμα του ανθρώπου, το οποίο θα πρέπει να έχει στόχο την πλήρη ανάπτυξη του ατόμου σε επίπεδο προσωπικότητας και να αποτελεί ένα δωρεάν και υποχρεωτικό αγαθό, τουλάχιστον όσον αφορά την στοιχειώδη εκπαίδευση.

Από την πλευρά της Ευρωπαϊκής Ένωσης, στην Συνθήκη για τη λειτουργία της Ένωσης το 2007, στο άρθρο 165 δηλώνεται, ότι η Ευρωπαϊκή Ένωση συμβάλλει στην ανάπτυξη του υψηλού επιπέδου της παιδείας, καθώς μέσω του άρθρου ενθαρρύνεται η συνεργασία μεταξύ των κρατών-μελών της Ένωσης στα θέματα της εκπαίδευσης. Εκείνη δύναται να δρα συμπληρωματικά όποτε χρειάζεται, σεβόμενη της αρμοδιότητας των κρατών να οργανώνουν το εκπαιδευτικό σύστημα και των γλωσσικών και πολιτιστικών χαρακτηριστικών τους (Μούσης, 2015).

Στα πλαίσια της αποτίμησης της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών στην εκπαίδευση και της γενικής διαχείρισης των οικονομικών πόρων που διατίθενται στην εκπαίδευση, από μια ευρωπαϊκή χώρα που ανήκει στην Ευρωπαϊκή Ένωση, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή στην προσπάθεια της να αποτιμήσει τα προηγούμενα, καθώς και τον ευρύτερο ρόλο του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα στην εκπαίδευση, έχει θέσει ορισμένους δείκτες, βάσει των οποίων πραγματοποιείται. Οι δείκτες είναι α) οι δημόσιες δαπάνες εκπαίδευσης και κατάρτισης ως ποσοστό του ΑΕΠ, β) οι ιδιωτικές δαπάνες εκπαίδευσης και κατάρτισης ως ποσοστό του ΑΕΠ και γ) οι συνολικές δαπάνες εκπαίδευσης για τις εκπαιδευτικές μονάδες, ανά μαθητή ή σπουδαστή σε οποιαδήποτε βαθμίδα εκπαίδευσης (Eurydice, 2005).

Σύμφωνα με τις δημοσιεύσεις του ΟΟΣΑ για την εκπαίδευση, πριν το ξεκίνημα του 21ου αιώνα, το έτος του 1997 φαίνεται ότι όλες οι χώρες του ΟΟΣΑ επένδυσαν σε σημαντικό βαθμό σε δαπάνες εκπαίδευσης, που συνολικά για τις δημόσιες και τις ιδιωτικές δαπάνες το μέσο ποσοστό ανερχόταν στο 6,1% του ΑΕΠ (OECD, 2000). Το γεγονός ότι κάποιες χώρες αποφασίζουν να προχωρήσουν σε χαμηλές ή υψηλές δαπάνες εκπαίδευσης, εξηγείται σε ένα πλήθος παραγόντων, εκ των οποίων ο ένας είναι σχετικός με τον αριθμό των μαθητών που εγγράφονται στο εκπαιδευτικό σύστημα. Χώρες που διαθέτουν υψηλές δαπάνες στην εκπαίδευση, εγγράφουν έναν μεγάλο αριθμό μαθητών, όμως τα κράτη που πραγματοποιούν λιγότερες δαπάνες σε σχέση με άλλες χώρες, μπορεί να επιτυγχάνουν έναν πολύ καλό βαθμό αποτελεσματικότητας στην παροχή της εκπαίδευσης ή τον περιορισμό εγγραφών στις ανώτερες βαθμίδες εκπαίδευσης (OECD, 2000).

Από το 2000 έως το 2009, στις χώρες του ΟΟΣΑ παρατηρήθηκε μια ραγδαία άνοδος των δαπανών για όλες τις βαθμίδες εκπαίδευσης και αυξήθηκαν συνολικά ταχύτερα από το ποσοστό αύξησης του ΑΕΠ. Κατά την διάρκεια εκείνης της περιόδου, η αύξηση ξεπέρασε το 1% για ορισμένες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Δανία, Ηνωμένο Βασίλειο, Ιρλανδία) (OECD, 2012). Το 2009, οι χώρες του ΟΟΣΑ διέθεσαν κατά μέσο όρο 6,2% σε ποσοστό ΑΕΠ σε δαπάνες εκπαίδευσης για τα εκπαιδευτικά ιδρύματα. Από την διάθεση των δαπανών εκπαίδευσης σε ποσοστό ΑΕΠ φαίνεται ότι ο τομέας της εκπαίδευσης δεν αποτέλεσε θύμα της οικονομικής κρίσης του 2008. Ανάμεσα στο 2008 και το

2009, παρατηρήθηκε αύξηση των δαπανών εκπαίδευσης σε όλες τις βαθμίδες εκπαίδευσης για 24 από τις 31 χώρες που αποτελούσαν μέλη του ΟΟΣΑ, παρόλο που το ΑΕΠ μειώθηκε για τα 26 κράτη (OECD, 2012).

Η παγκόσμια οικονομική κρίση του 2008 άρχισε να δείχνει τις θλιβερές της συνέπειες στις δαπάνες εκπαίδευσης, μέσω των αντανάκλασεων στις ρυθμίσεις των δημοσίων δαπανών εκπαίδευσης, σε όλα τα επίπεδα της εκπαίδευσης από το 2010 (OECD, 2018). Οι δημόσιες δαπάνες εκπαίδευσης στις χώρες του ΟΟΣΑ άρχισαν το 2010 να αυξάνονται με χαμηλότερο ρυθμό, από ότι αναπτυσσόταν το ΑΕΠ, ως προϊόν των αποτελεσμάτων προσαρμογής τους στους δημόσιους προϋπολογισμούς. Η Ιρλανδία συμπεριλήφθηκε ανάμεσα σε αυτήν την λίστα χωρών με τις μεγαλύτερες αρνητικές προσαρμογές, μαζί με την Εσθονία, την Λιθουανία και την Σλοβενία (OECD, 2018).

Για την περίοδο από το 2010 μέχρι το 2015, η μέση συνολική δαπάνη εκπαίδευσης για τα εκπαιδευτικά ιδρύματα, μειώθηκε κατά 4,1% σε ποσοστό του ΑΕΠ, όμως οι δαπάνες εκπαίδευσης υλοποιήθηκαν πολύ διαφορετικά μεταξύ των διαφόρων επιπέδων εκπαίδευσης για τη συγκεκριμένη περίοδο στις χώρες του ΟΟΣΑ. Καθώς οι δαπάνες εκπαίδευσης (όσον αφορά την τριτοβάθμια εκπαίδευση) παρέμειναν σχεδόν σταθερές σε σχέση με το ΑΕΠ, στα υπόλοιπα εκπαιδευτικά επίπεδα παρατηρήθηκε μια μείωση περισσότερο του 6%, παρόλο που σε ορισμένες χώρες (όπως η Ιρλανδία και η Λιθουανία), η μείωση των δαπανών εκπαίδευσης για αυτά τα εκπαιδευτικά επίπεδα ήταν τουλάχιστον 10% σε ποσοστό ΑΕΠ, για την συγκεκριμένη περίοδο (OECD, 2018). Το 2015, οι χώρες του ΟΟΣΑ διέθεσαν κατά μέσο όρο 5% σε ποσοστό ΑΕΠ σε δαπάνες εκπαίδευσης των εκπαιδευτικών ιδρυμάτων, από την πρωτοβάθμια έως την τριτοβάθμια εκπαίδευση (OECD, 2018). Μεταξύ της περιόδου από το 2012 έως το 2017, οι χώρες του ΟΟΣΑ αύξησαν τις δημόσιες δαπάνες εκπαίδευσης στα εκπαιδευτικά ιδρύματα σε όλες τις εκπαιδευτικές βαθμίδες, με χαμηλότερο ρυθμό από το μέσο ποσοστό αύξησης του ΑΕΠ. Ωστόσο, η συνολική δαπάνη εκπαίδευσης για όλες τις εκπαιδευτικές βαθμίδες, ενώ αυξήθηκε σε ποσοστό 6,6%, εξαιτίας του ρυθμού ανάπτυξης του ΑΕΠ σε ποσοστό 13,1%, η συνολική δαπάνη για την εκπαίδευση έπεσε στο 5,2% (OECD, 2020).

Σύμφωνα με τις δημοσιεύσεις της Ευρωπαϊκής Επιτροπής για την παρακολούθηση της εκπαίδευσης και της κατάρτισης, ανάμεσα στα κράτη-μέλη

της Ευρωπαϊκής Ένωσης, στην περίοδο της οικονομικής κρίσης και συγκεκριμένα την περίοδο 2009-2010, τα σημαντικά αντίκτυπα της παγκόσμιας οικονομικής κρίσης του 2008 δεν είχαν προσδιοριστεί πλήρως (European Commission, 2012). Η κρίση του 2008 ήταν για τις περισσότερες χώρες μια σημαντική διατάραξη του χρηματοπιστωτικού τομέα και αυτό είχε ως αποτέλεσμα να μην υπάρχουν σημαντικές δυσμένειες στα δημοσιονομικά, που να επηρεάζουν τις δαπάνες εκπαίδευσης και δεν παρουσιάστηκαν σημαντικές μεταβολές στις τελευταίες.

Το 2009, ενώ σχεδόν όλες οι χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης βρίσκονταν σε ύφεση και το ΑΕΠ τους μειώθηκε, οι δημόσιες δαπάνες είτε διατηρήθηκαν ως είχαν, είτε αυξήθηκαν, καθώς ορισμένες από αυτές που αύξησαν τις δαπάνες εκπαίδευσης, ήταν και εκείνες που υπέφεραν από πολυετείς περιόδους κρίσης (European Commission, 2012). Κατά την περίοδο 2011-2012, σύμφωνα με τον Eurydice, συγκρίνοντας το έτος του 2011 με εκείνο του 2010, παρατηρείται μέσω των κεντρικών λογαριασμών για την εκπαίδευση μια μείωση άνω του 5% σε έξι χώρες, η οποία οφείλεται σε ένα πλήθος δημογραφικών παραγόντων, που αφορούν την χρηματοδότηση του ανθρώπινου δυναμικού στην εκπαίδευση και σε ορισμένα μέτρα κάποιων χωρών για την αντιμετώπιση της κρίσης (European Commission, 2012).

Ειδικότερα για τις υπό μελέτη χώρες, το 2012 η Κύπρος αποτέλεσε τη μια από τις έξι χώρες, που μείωσαν τις δημόσιες δαπάνες στην εκπαίδευση, για περισσότερο από 5%. Η μείωση στις δημόσιες δαπάνες εκπαίδευσης συνεχίστηκε το 2013, ειδικότερα για τις δαπάνες στην τριτοβάθμια εκπαίδευση (European Commission, 2015). Το 2014, η Κύπρος ενέκρινε ένα σχέδιο δράσης και αναβάθμισης του εκπαιδευτικού συστήματος, βάσει των δύο συστάσεων της Παγκόσμιας Τράπεζας του Μαΐου του 2014. Το νέο σχέδιο δράσης επαναπροσδιόριζε την στρατηγική του Υπουργείου Παιδείας και Πολιτισμού, καθώς και νέες πολιτικές σχετικά με τον εκσυγχρονισμό των προσλήψεων στην δημόσια εκπαίδευση και την περαιτέρω ανάπτυξη και κατάρτιση του ανθρώπινου δυναμικού στην εκπαίδευση (European Commission, 2015).

Ένα χρόνο μετά, η Κύπρος έχει δαπανήσει συνολικά στην εκπαίδευση κατά 5,7% σε ποσοστό ΑΕΠ, ένα ποσοστό σχεδόν ίδιο με του 2014 και πάνω από τον μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης, δηλαδή 4,9% για το 2015 (European Commission,

2017). Ειδικότερα για το 2015, οι δημόσιες δαπάνες εκπαίδευσης στην Κύπρο παρουσιάστηκαν μειωμένες σε ποσοστό 14,2%, αλλά βρέθηκαν πάνω από τον μέσο όρο των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης (10,3%). Οι δαπάνες εκπαίδευσης στην δευτεροβάθμια και πρωτοβάθμια εκπαίδευση ανά μαθητή εμφανίστηκαν στις μεγαλύτερες στην Ευρωπαϊκή Ένωση, καθώς η χρηματοδότηση από το 2014 για τις συγκεκριμένες βαθμίδες ήταν πολύ μεγαλύτερη από εκείνη της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Το 2017, η Κυπριακή Δημοκρατία διέθεσε 5,7% των δημοσίων δαπανών για την εκπαίδευση σε ποσοστό ΑΕΠ, ένα ποσοστό αρκετά μικρότερο από το 2016, το οποίο είναι σχετικό με την περαιτέρω μεγέθυνση του ΑΕΠ στην κυπριακή οικονομία. Συνολικά για την περίοδο από το 2010 έως το 2017, οι δαπάνες εκπαίδευσης μειώθηκαν (σε πραγματικούς όρους) κατά 10,7% (European Commission, 2019).

Για το 2013, η Ιρλανδία σημείωσε ένα από τα χαμηλότερα ποσοστά δαπανών εκπαίδευσης της γενικής κυβέρνησης, μεταξύ των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης με ποσοστό 4,1% του ΑΕΠ, καθώς το ποσοστό πριν το αντίκτυπο της κρίσης, ήταν στο 5% για το 2009 (European Commission, 2015). Γενικότερα, οι μειώσεις των δαπανών εκπαίδευσης, προκάλεσαν μια σειρά σημαντικών επιπτώσεων στο εκπαιδευτικό σύστημα της χώρας, όπως ήταν η αύξηση της αναλογίας μεταξύ των μαθητών με τους καθηγητές σε όλα τα σχολεία, εκτός του προγράμματος για την παροχή ίσων ευκαιριών στα σχολεία (σχέδιο DEIS). Το 2014, η Ιρλανδία διέθεσε σε ποσοστό ΑΕΠ 4,3% σε δημόσιες δαπάνες εκπαίδευσης, το οποίο παρέμεινε ελαφρώς χαμηλότερο από τον μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης, που ήταν 4,9% (European Commission, 2016).

Ειδικότερα για την Ιρλανδία (και το Λουξεμβούργο) η έκφραση των δαπανών με μέτρηση σε ποσοστό ΑΕΠ δεν θεωρείται πάντα αξιόπιστη εξαιτίας των ιδιομορφιών της οικονομικής δραστηριότητας, που λαμβάνουν μέρος στην οικονομία της. Το 2015, η Ιρλανδία φαίνεται να παρουσιάζει μια καλύτερη εικόνα, όσον αφορά την πρόοδο στην ανάκαμψη των δημοσίων δαπανών στην εκπαίδευση και το ποσοστό των δημοσίων δαπανών εκπαίδευσης (βάσει του συνολικού δημόσιου προϋπολογισμού για την εκπαίδευση) ήταν σταθερό στο 12,4% σε αντίθεση με εκείνο της Ευρωπαϊκής Ένωσης που ήταν 10,3% (European Commission, 2017). Ωστόσο, με όρους ΑΕΠ, το ποσοστό των δημοσίων δαπανών που διατέθηκε στην εκπαίδευση, εξακολούθησε να βρίσκεται

κάτω του μέσου όρου της Ευρωπαϊκής Ένωσης (4,9%), δηλαδή 3,7% σε ποσοστό ΑΕΠ, στα πλαίσια μιας όχι και τόσο ομαλής αύξησης του ΑΕΠ κατά 27%. Με μέτρηση ως ποσοστό του συνολικού δημόσιου προϋπολογισμού, οι δημόσιες δαπάνες εκπαίδευσης για το 2017 ανήλθαν πάνω από 12% και τον μέσο όρο της ΕΕ που ήταν 10,2%. Με μέτρηση βάσει του ΑΕΠ, οι δημόσιες δαπάνες εκπαίδευσης θα ήταν 3,3%, ενώ με μέτρηση βάσει Ακαθάριστου Εθνικού Εισοδήματος θα ήταν 5,3% (European Commission, 2019).

Τέλος, για το Ηνωμένο Βασίλειο, οποιαδήποτε δημοσίευση δαπανών εκπαίδευσης την αφορά, παρουσιάζει μια συνολική εικόνα σχετικά με την απόδοση του συστήματος εκπαίδευσης, λαμβάνοντας υπόψιν τις διαφοροποιήσεις των χρηματοδοτήσεων και των πολιτικών εκπαίδευσης των χωρών, που την απαρτίζουν (Αγγλία, Σκωτία, Βόρεια Ιρλανδία και Ουαλία). Για το 2013, στο Ηνωμένο Βασίλειο οι δαπάνες της γενικής κυβέρνησης για την εκπαίδευση ανήλθαν σε 5,5% του ΑΕΠ, και αποτελεί το χαμηλότερο ποσοστό που έχει σημειωθεί για το Ηνωμένο Βασίλειο και έχει παρατηρηθεί τελευταία το 2007 (European Commission, 2015). Το 2015, οι δαπάνες της γενικής κυβέρνησης για την εκπαίδευση που διατέθηκαν σε ποσοστό ΑΕΠ, ανήλθαν στο 5,1% και βρέθηκαν πάνω από τον μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης (European Commission, 2017). Ειδικότερα για το 2015, η βρετανική κυβέρνηση ανακοίνωσε περαιτέρω δημοσιονομικές περικοπές για τους τομείς της προσχολικής αγωγής και ανώτερων βαθμίδων εκπαίδευσης. Δύο χρόνια μετά, οι δημόσιες δαπάνες εκπαίδευσης εξακολουθούν να παρουσιάζουν κατηφορική πορεία, παρότι βρίσκονται κοντά στον μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης και σε ποσοστό 4,6% του ΑΕΠ (European Commission, 2019).

2.5 Ανεργία

Η ανεργία αποτελεί ένα παγκόσμιο δυσμενές φαινόμενο απώλειας του παραγωγικού συντελεστή της εργασίας σε μία οικονομία, το οποίο προβληματίζει διαχρονικά τις κυβερνήσεις και λαμβάνει κοινωνικές και πολιτικό-οικονομικές διαστάσεις. Προσφέρει ισχυρό αρνητικό αντίκτυπο στην οικονομική και ψυχολογική κατάσταση των ανέργων και των οικογενειών τους (Λιανός και Ψειρίδου, 2015). Σύμφωνα με τον Μαρξ, η εργασιακή δύναμη ή

ικανότητα προς εργασία αποτελεί το σύνολο των χειρωνακτικών και διανοητικών ικανοτήτων, που διαθέτει ο άνθρωπος και χρησιμοποιεί, όταν συμμετέχει στην παραγωγική διαδικασία (Μαυρουδέας, 2006). Θα μπορούσε να ειπωθεί πιο περιγραφικά, ότι τα άτομα θεωρούνται άνεργοι, όταν αναζητώντας εργασία και έχοντας την δυνατότητα και την ικανότητα να εργαστούν, δεν καταλαμβάνουν θέσεις εργασίας. Παρόλα αυτά, δεν υπάρχει ένας καθολικός και ολοκληρωμένος ορισμός, ο οποίος να αποσαφηνίζει πλήρως την έννοια του φαινομένου.

Το Διεθνές Γραφείο Εργασίας (International Labour Office), το οποίο υπάγεται στη Διεθνή Οργάνωση Εργασίας (International Labour Organization), ορίζει το φαινόμενο της ανεργίας ως εκείνο το τμήμα του εργατικού δυναμικού, το οποίο παρόλο που είναι διαθέσιμο και αναζητά εργασία, δεν το επιτυγχάνει. Όμως σε κρατικό επίπεδο οι ορισμοί ενδέχεται να περιλαμβάνουν ορισμένες τροποποιήσεις, οι οποίες είναι ανάλογες με τις διαρθρώσεις του εργατικού δυναμικού και με τις πολιτικές απασχόλησης, που εφαρμόζονται σε κάθε κράτος. Ειδικότερα για τον ορισμό του Διεθνούς Γραφείου Εργασίας, τα άτομα θεωρούνται άνεργοι από την ηλικία των 15 ετών και άνω, καθώς η ανεργία πλαισιώνεται χρονικά στην μη εύρεση εργασίας κατά την διάρκεια μιας εβδομάδας και συνιστούν διαθέσιμοι για έναρξη εργασίας εντός επόμενων δύο εβδομάδων. Επίσης, θα πρέπει να έχουν αναζητήσει ενεργά εργασία κατά την διάρκεια των τελευταίων τεσσάρων εβδομάδων ή να έχουν επιτύχει την εύρεση εργασίας, που ξεκινά μέσα στους επόμενους τρεις μήνες. Ανάμεσα στις μεθόδους ενεργής αναζήτησης εργασίας, περιλαμβάνονται οι μελέτες αγγελιών εργασίας από τα άτομα που την αναζητούν, ερωτήσεις στο κοινωνικό περιβάλλον και σε κέντρα απασχόλησης.

Στο εργατικό δυναμικό μιας οικονομίας δεν περιλαμβάνονται άτομα, τα οποία δεν μπορούν να εργαστούν. Η αδυναμία στην συμπερίληψη ενός ατόμου στο εργατικό δυναμικό μιας οικονομίας μπορεί να οφείλεται στην ύπαρξη κάποιας ασθένειας ή πάθησης, που δεν επιτρέπει στο ίδιο το άτομο να εργαστεί ή σε άλλους κοινωνικούς παράγοντες, όπως είναι η ολοκλήρωση της διάρκειας της στρατιωτικής θητείας, ή φυλάκισης. Στην λίστα του εργατικού δυναμικού μιας οικονομίας δεν γίνεται να περιλαμβάνονται άτομα, τα οποία προτιμούν να μην εργάζονται για συγκεκριμένους λόγους, όπως είναι οι φοιτητές ή άτομα που

δέχονται οικονομικές εισροές από άλλες εισοδηματικές πηγές (Λιανός και Ψειρίδου, 2015).

Ο ορισμός του Διεθνούς Γραφείου Εργασίας, παρόλο που γίνεται προσπάθεια εφαρμογής του διεθνώς, θεωρείται σημαντικά ελλιπής, διότι δεν συμπεριλαμβάνεται η κατηγορία του εργατικού δυναμικού, που εργάζεται για μικρό χρονικό διάστημα. Η συγκεκριμένη κατηγορία εργατικού δυναμικού, αναφέρεται συνήθως σε νεαρής ηλικίας άτομα που απασχολούνται για ελάχιστη χρονική περίοδο σε έναν χώρο εργασίας, ώστε να καλύπτουν τις εκάστοτε έκτακτες ανάγκες του χώρου. Επιπροσθέτως, δεν περιλαμβάνεται η κατηγορία εκείνων των ατόμων, οι οποίοι παύουν μετά από ένα χρονικό διάστημα να αναζητούν εργασία και θεωρούνται οικονομικά ανενεργοί (συνήθως άτομα 45 ετών και άνω και άνεργοι με ανεπαρκή προσόντα).

Η έννοια της ανεργίας θέτει την επιτακτική ανάγκη επαναπροσδιορισμού της, καθώς αναπτύσσονται νέες μορφές εργασίας, οι οποίες δεν είναι σχετικές με την έννοια της τυπικής εργασίας, αναφορικά με τις συμβάσεις και τα εργασιακά ωράρια που την χαρακτηρίζουν, όπως είναι η μερική απασχόληση, η μαθητεία και τα προγράμματα κατάρτισης. Επομένως, έχοντας ως βάση τα παραπάνω, η μέτρηση της ανεργίας δεν αποτελεί εύκολη υπόθεση, διότι ένα σημαντικό ποσοστό ανέργων προκύπτει από εκείνες τις κατηγορίες. Γενικότερα, οι αντιπαραθέσεις γύρω από την έννοια της ανεργίας, είναι σχετικές με τον τρόπο μέτρησης της και των βασικών αιτιών εμφάνισης της, που φέρουν με την σειρά τους πολυπλοκότητες στην αντιμετώπιση της.

Ο δείκτης ανεργίας είναι ίσως το πιο ευρέως διαδεδομένο εργαλείο μέτρησης του φαινομένου στην αγορά εργασίας, ο οποίος εκφράζεται σε ποσοστό επί τοις εκατό (%) και προκύπτει από την διαίρεση του αριθμού των ανέργων με το σύνολο του εργατικού δυναμικού ενός τόπου. Αποτελεί ένα χρήσιμο μέτρο έκφρασης της υπο-χρησιμοποίησης της προσφοράς εργασίας. Στον δείκτη ανεργίας εκφράζεται η αδυναμία μιας οικονομίας να δημιουργήσει νέες θέσεις εργασίας για τα άτομα που θέλουν να εργαστούν, αλλά δεν τους διατίθεται η ευκαιρία, παρόλο που είναι διαθέσιμα προς απασχόληση και αναζητούν ενεργά εργασία.

Οι διαχρονικές αυξομειώσεις της ανεργίας, σε συνδυασμό με τις ποικίλες κατανομές που σχηματίζονται ανάλογα (π.χ. φύλο, ηλικία), δημιουργούσαν πάντα ένα σημαντικό ενδιαφέρον των κρατικών πολιτικών για την αντιμετώπιση της, ήδη μία δεκαετία πριν το ξεκίνημα του Β' Παγκοσμίου Πολέμου, ειδικότερα για τις χώρες του δυτικού κόσμου. Στις αρχές του 1930, στην Μεγάλη Βρετανία περίπου το 20% του εργατικού δυναμικού της ήταν άνεργο (Giddens, 2009). Οι δύο βαρυσήμαντες κρίσεις της δεκαετίας του 1920 και 1930, οι οποίες τερματίστηκαν με το ξεκίνημα του Β' Παγκοσμίου Πολέμου, έφεραν μεγάλες συγχύσεις σε επίπεδο ερμηνείας και εφαρμογής της θεωρίας και των πολιτικών για την αντιμετώπιση της ανεργίας, σε μια περίοδο όπου χαρακτηρίστηκε από πτώσεις των τιμών, πτώσεις των κερδών και απουσία των επενδύσεων (Δεδουσόπουλος, 2004). Οι προτάσεις για τις εφαρμογές πολιτικών κατευνασμού της ανεργίας, από τους οικονομολόγους, τις προσωπικότητες του εκάστοτε πολιτικού κόσμου, τα συνδικάτα και τις ενώσεις των εργοδοτών, παρουσίαζαν μεταξύ άλλων, την έλλειψη και την ανεπάρκεια στην κατανόηση του φαινομένου.

Σύμφωνα με τον Δεδουσόπουλο (2004), η ανάλυση της ανεργίας σε θεωρητική βάση και η εμπειρική έρευνα χρησιμοποιούν αρκετά συχνά συγκεκριμένες ταξινομήσεις της ανεργίας, οι οποίες είναι εναλλακτικές ή παρόμοιες. Βάσει της ταξινόμησης της ανεργίας ως προς τα αίτια που την προκαλούν, η ανεργία μπορεί να διακριθεί σε: α) διαρθρωτική ανεργία, β) ανεργία τριβής, γ) ανεργία ελλειπών ζήτησης, δ) εποχική ανεργία και ε) τεχνολογική ανεργία.

A) Διαρθρωτική (ή δομική) ανεργία

Η διαρθρωτική ανεργία (structural unemployment) οφείλεται στην αναντιστοιχία των απαιτήσεων των εργοδοτών ως προς τα απαραίτητα προσόντα, που θα πρέπει να έχουν οι εργαζόμενοι για την κάλυψη των θέσεων εργασίας με τις δεξιότητες των εργαζομένων, οι οποίες δεν συνάδουν με τις εν λόγω απαιτήσεις. Η διαρθρωτική ανεργία συνήθως προσδιορίζεται γεωγραφικά από την εξαιρετικά ανισομερή συγκέντρωση ποσοστών απασχόλησης, όπου σε ορισμένες περιπτώσεις οι άνεργοι δεν επιθυμούν να μετακινηθούν σε άλλη γεωγραφική περιοχή με σκοπό την εύρεση εργασίας, προκαλώντας την έλλειψη διαθέσιμου εργατικού δυναμικού σε ορισμένες τοποθεσίες και σε συγκεκριμένες ειδικότητες και κλάδους.

Επίσης, προκαλείται από τις σημαντικές μεταβολές του οικονομικού συστήματος, που μπορούν να βασίζονται σε παράγοντες, όπως η εξέλιξη της τεχνολογίας και οι αλλαγές των επιχειρήσεων ως προς την γεωγραφική τους παρουσία και κατανομή στο χάρτη των δραστηριοτήτων τους. Η διαρθρωτική ανεργία αποτελεί μια περίπλοκη κατηγορία ανεργίας, για την οποία η αντιμετώπιση της μπορεί να επιτευχθεί μέσα από προγράμματα κατάρτισης και επανεκπαίδευσης των ανέργων και παροχές κινήτρων που θα επιτρέπουν την δημιουργία ενός επενδυτικού κλίματος που συμφέρει την κάθε περιοχή, η οποία χαρακτηρίζεται από διαρθρωτική ανεργία.

B) Ανεργία τριβής

Η ανεργία τριβής (frictional unemployment) παρότι αποτελεί ξεχωριστή κατηγορία ανεργίας, συνδέεται άμεσα με την διαρθρωτική ανεργία και με τις μετακινήσεις του εργατικού δυναμικού στους εργασιακούς χώρους, καθώς αποτελεί μια εκούσια μορφή ανεργίας. Πιο συγκεκριμένα, η ανεργία τριβής αναφέρεται στην εργασιακά ανενεργή χρονική περίοδο που δημιουργείται, όταν ο εργαζόμενος μετακινείται και αλλάζει γενικότερα την εργασία του. Η μετακίνηση του εργαζομένου οφείλεται, είτε στην προσπάθεια αναζήτησης καλύτερων συνθηκών και ευνοϊκότερων όρων εργασίας, είτε σε άτομα που εισέρχονται στην αγορά εργασίας για πρώτη φορά.

Είναι σημαντικό να αναφερθεί, ότι η ανεργία τριβής εμφανίζεται όταν υπάρχουν κενές θέσεις εργασίας και πολύ περισσότερο όταν ο εργαζόμενος αλλάζει τον τόπο εργασίας του, στην περίπτωση που εκείνη βρίσκεται γεωγραφικά πιο κοντά στον τόπο κατοικίας του, με ένα πάγιο εισόδημα και που τα προσόντα του αντιστοιχούν με τις απαιτήσεις των εργοδοτών. Ωστόσο, το πλήθος των κενών θέσεων εργασίας παραμένει σε αρκετές περιπτώσεις στην ίδια κατάσταση, εξαιτίας της μη καλής πληροφόρησης των εργοδοτών και των εργαζομένων.

Γ) Κυκλική Ανεργία (ή ανεργία ελλειπούς ζήτησης)

Στην μεταπολεμική περίοδο, οι κρατικές πολιτικές της Ευρώπης επηρεάστηκαν από τις οικονομικές προσεγγίσεις του οικονομολόγου John Maynard Keynes. Ο Keynes θεωρούσε, πως η ανεργία αποτελεί ένα προϊόν προέλευσης της μείωσης της αγοραστικής δύναμης, που επιτρέπει την αγορά αγαθών από τους καταναλωτές, το οποίο οδηγεί σε μείωση των επιπέδων της παραγωγής και

μείωση των θέσεων εργασίας στην οικονομία. Ο Keynes σύνδεσε με άμεσο τρόπο την ζήτηση των αγαθών με την ζήτηση εργασίας, η οποία έρχεται σε συνάρτηση με τον πραγματικό μισθό. Το συνολικό εισόδημα των εργαζομένων καταλήγει μειωμένο και περιορίζει τις δαπάνες των καταναλωτών στην αγορά αγαθών. Σύμφωνα με την κεϋνσιανή προσέγγιση, οι εργαζόμενοι αδυνατούν να κατανοήσουν τις μεταβολές των τιμών, αλλά και οι ίδιες οι τιμές δεν δύνανται να ανταποκρίνονται και να χαρακτηρίζονται από γρήγορη προσαρμοστικότητα στις μεταβολές της ζήτησης και της προσφοράς στην αγορά προϊόντων και αμφισβητώντας την νεοκλασική θεωρία, ότι η αγορά μπορεί να επανέλθει από μόνη της σε κατάσταση ισορροπίας.

Ο Keynes, διαφωνώντας με την άποψη της αυτόματης εξισορρόπησης της αγοράς και μη εγκρίνοντας την αντίληψη ότι οι μειώσεις μισθών θα μπορούσαν να οδηγήσουν σε επίλυση του φαινομένου της ανεργίας και επίτευξη της συνθήκης της πλήρους απασχόλησης, προάσπιζε την ιδέα της έντονα ενεργής κρατικής παρουσίας στην οικονομία, με αύξηση των δημοσίων δαπανών και παρεμβάσεων για την αύξηση του επιπέδου της ζήτησης με την δημιουργία νέων θέσεων εργασίας. Η θεωρία της κυκλικής ανεργίας (cyclical unemployment) ή ανεργίας ελλειπούς ζήτησης αποτελεί μια θεωρία για την μορφή μιας ακούσιας ανεργίας, (της ανεργίας που εμφανίζεται χωρίς την θέληση των ανέργων) σχετικά με την βραχυχρόνια μακροοικονομική ισορροπία και η οποία εφαρμόστηκε και διατηρήθηκε στις χώρες του Δυτικού κόσμου με επιτυχία, μέχρι τις αρχές της δεκαετίας του 1970 (περίπου μέχρι το 1973 και την περίοδο της απόφασης των μεγάλων πετρέλαιο-παραγωγών χωρών για την αύξηση των τιμών του πετρελαίου).

Δ) Εποχική (ή συγκυριακή) ανεργία

Η εποχική ανεργία (seasonal unemployment) παρατηρείται σε χρονικές περιόδους, για τις οποίες ορισμένοι επαγγελματικοί κλάδοι σημειώνουν χαμηλή οικονομική δραστηριότητα και συνεπώς το εργατικό δυναμικό δεν απασχολείται. Η χαμηλή οικονομική δραστηριότητα μπορεί να οφείλεται στην ύπαρξη συγκεκριμένων καιρικών φαινομένων και συνθηκών ή περαιτέρω συνεπειών της οικονομικής δραστηριότητας για ορισμένους κλάδους (π.χ. γεωργικός και κατασκευαστικός κλάδος, αντίστοιχα).

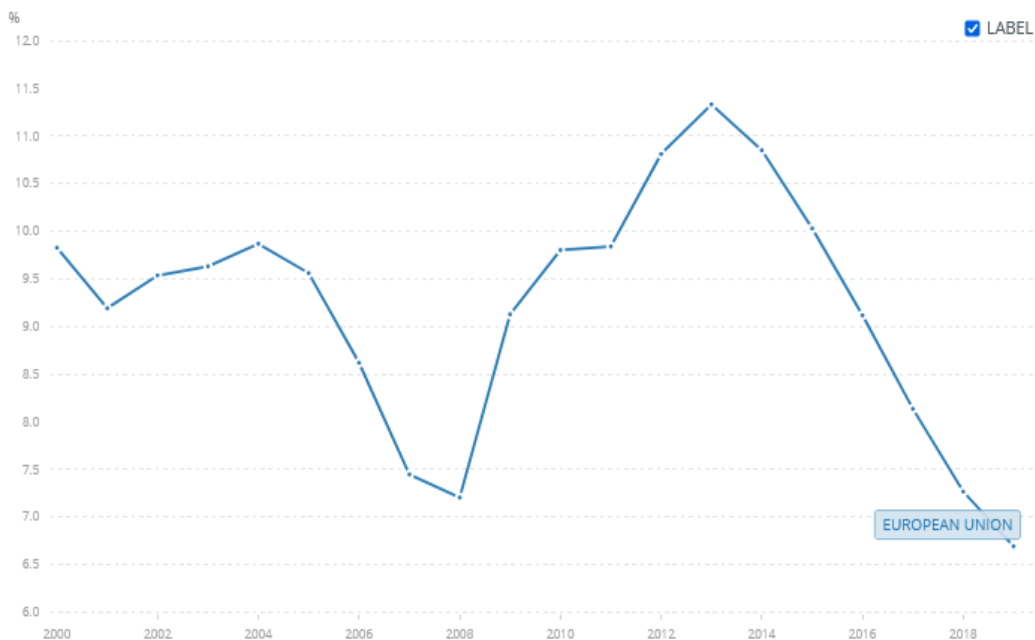
Δ) Τεχνολογική Ανεργία

Η τεχνολογική ανεργία (technological unemployment) είναι σχετική με τις τεχνολογικές μεταβολές και εξελίξεις στα επαγγέλματα. Καθώς η τεχνολογία εξελίσσεται, οι επιχειρήσεις αναζητούν την καινοτομία στην παραγωγική διαδικασία, η οποία τις διατηρεί και τις εξελίσσει στην οικονομική τους δραστηριότητα. Η τεχνολογική ανεργία προκαλείται, όταν η ανθρώπινη εργασία αντικαθίσταται άμεσα και συνήθως μέσα από τις δραστηριότητες των τεχνολογικά νέων εξοπλισμών, που οργανώνουν την παραγωγή, ενδεχομένως πιο γρήγορα και αποτελεσματικά. Ωστόσο, η ανακάλυψη μιας νέας τεχνολογικής καινοτομίας δεν είναι αρκετή για να προκαλέσει μεμονωμένα την τεχνολογική ανεργία. Εκείνη θα πρέπει να διαχέεται ευρέως και να δραστηριοποιείται σε σύντομο χρονικό διάστημα, προκαλώντας σημαντικά αποτελέσματα στους κλάδους και στις επιχειρήσεις.

Αξιοσημείωτη αποτελεί η διάκριση και η ταξινόμηση της ανεργίας βάσει της χρονικής της διάρκειας. Από τη δεκαετία του 1980 και έπειτα, το φαινόμενο της ανεργίας έπαψε να χαρακτηρίζεται μόνο από τον συνεχή αυξανόμενο αριθμητικό όγκο των ατόμων που δεν έβρισκαν εργασία, αλλά χαρακτηρίστηκε και από μεγάλη χρονική διάρκεια παραμονής σε αυτή την κατάσταση (Δεδουσόπουλος, 2004). Η χρονική οριοθέτηση της ανεργίας σε βραχυχρόνια και σε μακροχρόνια ανεργία, έθεσε ξανά τα όρια της, όπου μέχρι την δεκαετία του 1980 η βραχυχρόνια ανεργία χαρακτηριζόταν με έως έξι μήνες μη εύρεση εργασίας και η μακροχρόνια ανεργία για πάνω από έξι μήνες ανεργίας. Η συγκεκριμένη χρονική οριοθέτηση, η οποία άρχισε να υιοθετείται από τα μέσα της δεκαετίας του 1950 από τις Ευρωπαϊκές Κοινότητες, το Διεθνές Γραφείο Εργασίας και τον ΟΟΣΑ, αναθεωρήθηκε το 1982, όπου πραγματοποιήθηκε η χρονική επέκταση των μακροχρόνιων ανέργων από τους έξι μήνες, στους δώδεκα συνεχείς μήνες ανεργίας. Η αλλαγή αυτή εφαρμόστηκε τόσο από τις Ευρωπαϊκές Κοινότητες, όσο και από τις χώρες του ΟΟΣΑ.

Τη δεκαετία του 1960, τα επίπεδα ανεργίας είχαν διαμορφωθεί σε χαμηλά επίπεδα, όμως ειδικότερα για τις Ευρωπαϊκές Κοινότητες, τα ποσοστά ανεργίας άρχισαν να αυξάνονται σημαντικά στα μέσα της δεκαετίας του 1970 (Δεδουσόπουλος, 2004). Από την δεκαετία του 1980 και 1990, περισσότερο για τα έτη από το 1989 έως το 1993, το μέσο ποσοστό ανεργίας για τις χώρες τις

Ευρωπαϊκής Ένωσης παρουσίασε μια ελαφρά μείωση, η οποία ανατράπηκε την περίοδο 1994-1997 και η οποία εμφάνισε μεγαλύτερα ποσοστά ανεργίας από την περίοδο 1984-1988 (Δεδουσόπουλος, 2004). Σύμφωνα με τα στατιστικά στοιχεία της Παγκόσμιας Τράπεζας και της Διεθνούς Οργάνωσης Εργασίας, ο 21ος αιώνας ξεκίνησε για τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, με μέσο ποσοστό ανεργίας κοντά στο 9,8% το έτος του 2000, καθώς αυτό δεν έπεσε κάτω του 9% μέχρι το 2005.



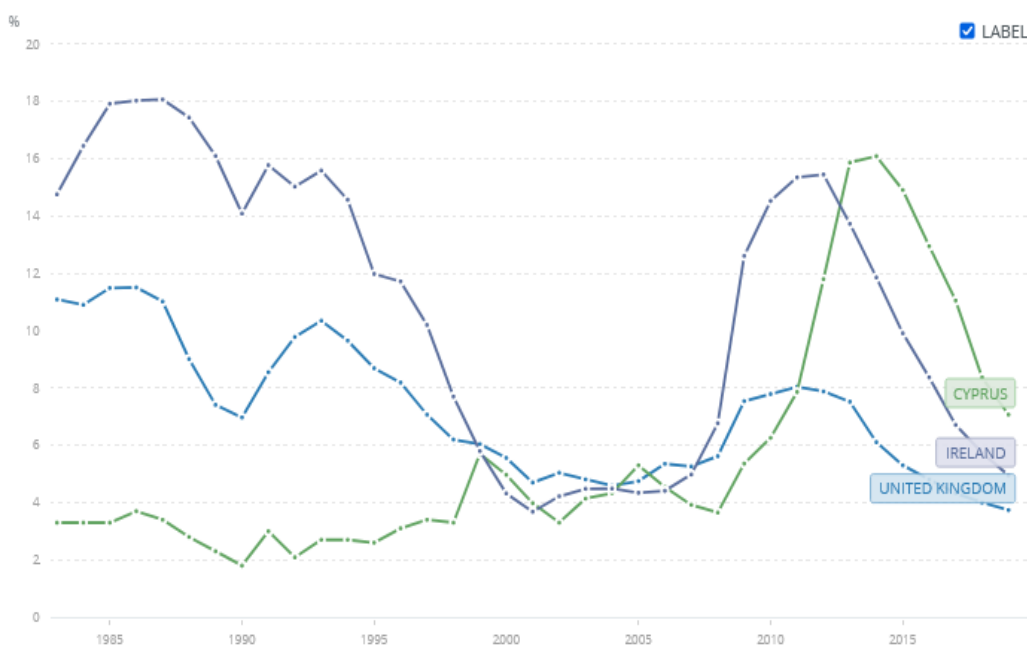
Πηγή : <https://data.worldbank.org>

Διάγραμμα 2.3

Εξέλιξη του μέσου ποσοστού ανεργίας στην Ευρωπαϊκή Ένωση, περίοδος 2000-2019

Στο Διάγραμμα 2.3 παρουσιάζονται οι άνοδοι και οι πτώσεις του μέσου ποσοστού ανεργίας, ανά έτος, στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, από το έτος του 2000 έως το 2019. Το 2004, όπου το μέσο ποσοστό ανεργίας βρίσκεται στο 9,9% και είναι ελάχιστα πιο αυξημένο από αυτό του 2000, εμφανίζει μια σταδιακή πτώση μέχρι το 2008, με ποσοστό 7,2%. Το μέσο ποσοστό του 7,2% αποτελεί το χαμηλότερο μέσο ποσοστό ανεργίας για τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, από το 2000 έως και το 2018. Η υψηλότερη τιμή ανεργίας παρουσιάστηκε το έτος του 2013, με μέσο ποσοστό ανεργίας 11,3%. Στο συγκεκριμένο γραφικό υπόδειγμα φαίνεται η άνοδος του μέσου ποσοστού

ανεργίας της ΕΕ, από το 7,2% το 2008 στο 9,1 το 2009, καθώς και η άνοδος από 9,8% το 2010 στο 10,8 το 2012. Από το 2013, όπου εμφανίζεται η υψηλότερη τιμή, παρουσιάζεται μια συνεχή αποκλιμάκωση του μέσου ποσοστού ανεργίας μέχρι το 2019, όπου το έτος του 2019 εμφανίζεται το χαμηλότερο μέσο ποσοστό ανεργίας, με μέσο ποσοστό 6,7%, σε όλη την υπό μελέτη περίοδο. Το μέσο ποσοστό ανεργίας των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης εμφανίστηκε δέκα φορές πάνω από το 9%, χωρίς να υπερβαίνει το 10%, καθώς ο μέσος όρος αυτών των ποσοστών ήταν σχεδόν 9,5%.



Πηγή : <https://data.worldbank.org>

Διάγραμμα 2.4

Εξέλιξη ποσοστού ανεργίας σε Ηνωμένο Βασίλειο, Κύπρο και Ιρλανδία, περίοδος 1983-2019

Στο Διάγραμμα 2.4 παρουσιάζονται τα ποσοστά ανεργίας του Ηνωμένου Βασιλείου, της Ιρλανδίας και της Κύπρου, για τα έτη από το 1983 έως το 2019. Ήδη από τα μέσα τις δεκαετίας του 1970, το ποσοστό ανεργίας του Ηνωμένου Βασιλείου παρουσίασε μια γρήγορη ανοδική πορεία, η οποία έφτασε στο υψηλότερο σημείο το 1985, με το ποσοστό ανεργίας να έχει φτάσει στο 11,5%. Από το 1985 ξεκίνησε μια φάση αποκλιμάκωσης του ποσοστού ανεργίας, η οποία

τερματίστηκε το 1990, με το ποσοστό ανεργίας να φτάνει κοντά στο 7%. Ωστόσο, η Ιρλανδία ξεπέρασε το Ηνωμένο Βασίλειο σε ποσοστό ανεργίας για το έτος του 1985, όταν έφτασε στο 18%. Τα ποσοστά της τριετίας (1985-87), ήταν τα υψηλότερα για την δεκαετία του 1980 και για όλη την εξεταζόμενη περίοδο, όσον αφορά την Ιρλανδία. Από την άλλη πλευρά η Κύπρος δεν παρουσίασε ποσοστά ανεργίας ανάλογου ύψους με το Ηνωμένο Βασίλειο και την Ιρλανδία, καθώς από το 1983 έως το 1989, το ποσοστό ανεργίας διακυμάνθηκε από 2,3% (1989) στο 3,7% (1986), ενώ το 1990 το ποσοστό ανεργίας ήταν στο 1,8%, το χαμηλότερο ποσοστό ανεργίας της χώρας για όλη την εξεταζόμενη περίοδο.

Το ποσοστό ανεργίας της Κύπρου το 1999 ξεπέρασε για πρώτη φορά το 5,5%, ενώ το Ηνωμένο Βασίλειο έφτασε στο 6%, με πτωτική διάθεση, η οποία ξεκίνησε από το 1993 (10,3%) και ολοκληρώθηκε το 2001 (4,7%). Το 2001, η Ιρλανδία εμφάνισε το χαμηλότερο ποσοστό ανεργίας για όλη την εξεταζόμενη περίοδο, το οποίο ήταν 3,7%. Το ποσοστό ανεργίας της χώρας άγγιξε σχεδόν το 4,5% το 2003, καθώς από το 2002 έως το 2006 δεν έπεσε κάτω του 4% και δεν ξεπέρασε το 4,5%. Επίσης, όσον αφορά την Κύπρο, από το 2003 έως το 2007, το ποσοστό ανεργίας δεν βρέθηκε κάτω από το 4% και δεν ξεπέρασε το 4,5%, με μόνη διαφορά το 2005 (5,3%). Το 2011, το Ηνωμένο Βασίλειο καταγράφει ίδιο ποσοστό ανεργίας με την Κύπρο, δηλαδή 8%, καθώς μεταξύ της διετίας 2011-12, ξεκίνησε μια συνεχής πτωτική πορεία του ποσοστού ανεργίας για την Ιρλανδία. Ακριβώς η ίδια τάση παρατηρείται για το Ηνωμένο Βασίλειο, καθώς η Κύπρος παρουσίασε το 2014, το κατά πολύ μεγαλύτερο ποσοστό ανεργίας (16,09%) σε σχέση με τα χαμηλότερα της, μεταξύ της περιόδου 1983-2019.

2.6 Ανακεφαλαίωση

Στο κεφάλαιο αυτό, πραγματοποιήθηκε μια επεξηγηματική επισκόπηση των μακροοικονομικών μεταβλητών του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος, του Προσδόκιμου Ζωής, των Δαπανών Εκπαίδευσης και της Ανεργίας, από τις οποίες πρόκειται στην συνέχεια να ληφθούν και να χρησιμοποιηθούν στατιστικά δεδομένα χρονοσειράς, για την ολοκλήρωση της εμπειρικής ανάλυσης με την μέθοδο της παλινδρόμησης. Μέσα από την μέθοδο της παλινδρόμησης θα εξεταστεί η αλληλεπίδραση των Δαπανών Υγείας με τις συγκεκριμένες

μεταβλητές. Στην πρώτη ενότητα, εξετάστηκε η έννοια του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος (ΑΕΠ), η οποία αποτελεί την συνολική αξία των τελικών αγαθών (υλικών προϊόντων και υπηρεσιών), που παράγονται στην οικονομία ενός κράτους σε συγκεκριμένη χρονική περίοδο, συνήθως σε ένα ημερολογιακό έτος. Μέσα από την διάκριση του ΑΕΠ σε ονομαστικό και πραγματικό έγινε η προσπάθεια αποσαφήνισης της χρησιμότητας της μεθόδου του αποπληθωρισμού, βάσει της οποίας επιτυγχάνονται καλύτερες συνθήκες μέτρησης και συγκρισιμότητας. Στην ενότητα για το ΑΕΠ, υλοποιήθηκε μια περιγραφική αναφορά για τις τρεις μεθόδους μέτρησης του.

Στην δεύτερη ενότητα, σύμφωνα με τον ορισμό που επικρατεί διεθνώς για το προσδόκιμο ζωής, αυτό αποτελεί μια υποθετική εκτίμηση ενός μέσου χρόνου, όπου τα μέλη μιας πληθυσμιακής ομάδας αναμένεται ότι θα ζήσουν, βάσει των τρεχουσών συνθηκών θνησιμότητας που επικρατούν σε μια περιοχή και άλλων δημογραφικών παραγόντων, όπως είναι η ηλικία και το φύλο. Ως σημαντικό μέτρο μελέτης και εκτίμησης του προσδόκιμου ζωής το οποίο χρησιμοποιείται διεθνώς, είναι το προσδόκιμο ζωής κατά την γέννηση (Life Expectancy at Birth-LEB), το οποίο διακρίνεται στα μεθοδολογικά εργαλεία του Cohort LEB και Period LEB. Σύμφωνα με τις δημοσιεύσεις του ΟΟΣΑ για την υγεία στην Ευρώπη, το προσδόκιμο ζωής κατά την γέννηση στην Ευρωπαϊκή Ένωση της πρώτης δεκαετίας του 21ου αιώνα, παρουσιάζεται κατά έξι χρόνια μεγαλύτερο από το 1980. Η αυξητική πορεία του προσδόκιμου ζωής κατά την γέννηση, για τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης καταλήγει κατά μέσο όρο στα 81 έτη, για το έτος του 2018.

Στην τρίτη ενότητα, σχετικά με την μακροοικονομική μεταβλητή των Δαπανών Εκπαίδευσης, για την καλύτερη αποτίμηση της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών στην εκπαίδευση και της γενικής διαχείρισης των οικονομικών πόρων που διατίθενται στην εκπαίδευση, στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή έχει θέσει τρεις δείκτες δαπανών. Στο ξεκίνημα του 21ου αιώνα, οι χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης πραγματοποίησαν σε σημαντικό βαθμό δαπάνες στην εκπαίδευση, ενώ κατά την περίοδο που επέφερε η οικονομική κρίση του 2008, οι δημόσιες δαπάνες εκπαίδευσης, είτε διατηρήθηκαν στον ίδιο βαθμό, είτε αυξήθηκαν με χαμηλότερους ρυθμούς, στην συνολική εικόνα των χωρών της Ένωσης.

Τέλος, σύμφωνα με το Διεθνές Γραφείο Εργασίας (International Labour Office), η ανεργία αφορά εκείνο το τμήμα του εργατικού δυναμικού (15 ετών και άνω), το οποίο παρόλο που είναι διαθέσιμο και αναζητά εργασία, δεν το επιτυγχάνει, όμως σε κρατικό επίπεδο οι ορισμοί ενδέχεται να περιλαμβάνουν ορισμένες τροποποιήσεις. Ο δείκτης ανεργίας είναι το πιο ευρέως διαδεδομένο εργαλείο μέτρησης του φαινομένου της ανεργίας και της υπό-χρησιμοποίησης της προσφοράς εργασίας στην αγορά εργασίας, ο οποίος εκφράζεται σε ποσοστό επί τοις εκατό (%). Η ανεργία, σύμφωνα με τη ταξινόμηση της ως προς τα αίτια που την προκαλούν, μπορεί να διακριθεί σε διαρθρωτική ανεργία, ανεργία τριβής, ανεργία ελλιπούς ζήτησης, εποχική ανεργία και τεχνολογική ανεργία, καθώς σύμφωνα με την χρονική διάρκεια του φαινομένου στον άνεργο, αυτή διακρίνεται σε βραχυχρόνια και μακροχρόνια ανεργία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ

3.1 Εισαγωγή

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, τα συστήματα υγείας συνιστούν υπεύθυνα για την παροχή υπηρεσιών υγειονομικής φροντίδας, που βελτιώνουν, διατηρούν και επαναφέρουν την κατάσταση της υγείας στα άτομα, που αποτελούν μια κοινωνία. Τα συστήματα υγείας περιλαμβάνουν ένα ευρύ φάσμα δραστηριοτήτων για την παροχή της υγειονομικής περίθαλψης, η οποία προέρχεται από κτιριακές εγκαταστάσεις, όπως είναι τα νοσοκομεία, οι κλινικές και τα κέντρα υγείας, μέσω των γιατρών, γενικών ή διάφορων ειδικοτήτων. Συνδέονται με τον σχεδιασμό, τον έλεγχο, την αποδοτική διάθεση των χρηματικών πόρων στις υπηρεσίες υγείας και την ποιότητα τους (Δημουλάς και Οικονόμου, 2012). Η δράση των συστημάτων υγείας θα πρέπει να ανταποκρίνεται στον σεβασμό και την ειλικρινή αντιμετώπιση των ασθενών από τους επαγγελματίες υγείας, ώστε όχι μόνο οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας να απολαμβάνουν την χρησιμότητα και την ικανοποίηση αυτών, αλλά να προάγεται η ισότητα των καταναλωτών στις υπηρεσίες υγείας, ανεξαρτήτως κοινωνικό-οικονομικών ταξικών διαφορών (Δημουλάς και Οικονόμου, 2012).

Τα συστήματα υγείας στην Ευρώπη συνδέθηκαν άμεσα με την επέκταση της κοινωνικής λειτουργίας του κράτους, περισσότερο την περίοδο που ακολούθησε μετά το τέλος του Β' Παγκόσμιου Πόλεμου. Η καθολική παροχή των υπηρεσιών υγείας συνδέθηκε άμεσα με το σχέδιο του William Beveridge, στο οποίο αναπτύχθηκε η έννοια του κρατικού παρεμβατισμού, ειδικά στην παροχή της υγειονομικής φροντίδας, όσον αφορά την υγεία και γενικά σε ένα σχέδιο, που θα προάγει την κοινωνική δικαιοσύνη στα πλαίσια ενός κράτους πρόνοιας. Η παροχή των υπηρεσιών υγείας, βάσει του συστήματος υγείας του μοντέλου Beveridge, εφαρμόζεται κυρίως στο Ηνωμένο Βασίλειο, με την δημιουργία του Βρετανικού Εθνικού Συστήματος Υγείας (NHS). Σε δεύτερο επίπεδο συναντάται στην Ιρλανδία, με ένα σύνολο μεταρρυθμίσεων, που προάγουν την καθολική κάλυψη των αναγκών στην υγεία. Σημαντικά βήματα προς αυτή την κατεύθυνση

σημειώνονται από την Κύπρο, μέσω της ίδρυσης του ΓεΣΥ και τη πλήρη λειτουργία του, το 2020.

Το κεφάλαιο αυτό διακρίνεται σε τέσσερις θεματικές ενότητες. Στην πρώτη ενότητα αναπτύσσεται η έννοια του κράτους πρόνοιας στην Ευρώπη, μέσω της ιστορικής του ανάπτυξης και των χρήσιμων ταξινομήσεων του. Έπειτα, προκύπτει η σύνδεση του με τα συστήματα υγείας που φέρουν μια ποικιλία χαρακτηριστικών και ιδιαιτεροτήτων. Στην δεύτερη ενότητα, γίνεται μια μελέτη αναφορικά με το σύστημα υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου και πολύ σημαντικών ιστορικών σταθμών στην εξέλιξη του. Στην τρίτη και την τέταρτη ενότητα, ακολουθείται η ίδια συγγραφική πορεία μελέτης, όπως συμβαίνει με την προηγούμενη ενότητα, αναφορικά με το σύστημα υγείας της Κύπρου και της Ιρλανδίας, αντίστοιχα. Τέλος, ακολουθεί η ανακεφαλαίωση.

3.2 Μοντέλα κρατών πρόνοιας και συστημάτων υγείας στην Ευρώπη

Τα συστήματα υγείας στις χώρες της γηραιάς ηπείρου έχουν συνδεθεί ιστορικά με την έννοια και την διαμόρφωση του κράτους πρόνοιας και τον διεπιστημονικό και πολυμορφικό χαρακτήρα της δράσης της κοινωνικής πολιτικής. Το κράτος πρόνοιας ως όρος αναπτύχθηκε και επικράτησε κυρίως την δεκαετία του 1950 και 1960 στην Δυτική Ευρώπη και εν μέσω της περιόδου της <<χρυσής εποχής>> του κράτους πρόνοιας, με την ανάδειξη του θεσμικού/αναδιανεμητικού πρότυπου (Στασινοπούλου, 2006). Η εξέλιξη του κράτους πρόνοιας και ο κρατικός χαρακτήρας των συστημάτων υγείας στην Ευρώπη συνδέθηκε άμεσα με την παγίωση του καπιταλιστικού συστήματος, μέσω της ιστορικής πορείας των αγωνιστικών δράσεων από τα οργανωμένα εργατικά κινήματα και του ένθερμου αγώνα για ανάδειξη των κοινωνικών δικαιωμάτων. Χαρακτηρίστηκε από τις ιδεολογικές αξίες της κοινωνικής δικαιοσύνης και αλληλεγγύης και την συγκρότηση των εθνικών κρατών μετά τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο (από το 1944 έως το 1969) (Στασινοπούλου, 2006).

Το κράτος πρόνοιας αποτελεί μια οργανωμένη μορφή άσκησης της κοινωνικής πολιτικής, η οποία στην σύγχρονη μορφή της συνδέεται άρρηκτα με τον προβληματισμό ως προς την έκταση, που θα πρέπει να λαμβάνει η κρατική παρέμβαση προς όφελος της κοινωνίας. Η περίοδος από τα τέλη του 18ου αιώνα

μέχρι τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο έφερε την αναγκαιότητα της διεύρυνσης της κοινωνικής λειτουργίας τους κράτους και της ανάπτυξης συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης και υγείας. Η απόλυτη αρχή της δημιουργίας των κρατών πρόνοιας βασίστηκε στην επίδραση των αρχών της Γαλλικής Επανάστασης και την προάσπιση των αξιών της κοινωνικής ισότητας και αδελφοσύνης (Στασινοπούλου, 2006). Οι αξίες αυτές διαμορφώθηκαν μέσα από το κίνημα του Διαφωτισμού και την αντίληψη, πως η φτώχεια δεν είναι ένα προϊόν ατομικής ευθύνης, αλλά ένα κοινωνικό φαινόμενο, το οποίο εντάθηκε και συνδέθηκε με την εξέλιξη της βιομηχανικής επανάστασης, ιδιαίτερα στα μέσα του 19ου αιώνα.

Στο πρώτο μισό του 19ου αιώνα, στην Αγγλία επικράτησε η μεγάλη διαμάχη ανάμεσα στους οπαδούς του мерκαντισμού και τους οπαδούς του φιλελευθερισμού, ως προς την έκταση του παρεμβατισμού, που το κράτος θα πρέπει να εφαρμόζει για την αντιμετώπιση της φτώχειας (Στασινοπούλου, 2006). Οι οπαδοί του φιλελευθερισμού θεωρούσαν, ότι η επέκταση της κρατικής παρέμβασης θα δημιουργούσε μια τάξη απόρων. Ο Νόμος για την Φτώχεια του 1834 καθιέρωσε ένα σύστημα υποχρεωτικής εργασίας σε εργατοκάτεργα και πτωχοκομεία, για τα άτομα που δεν είχαν κάποιου είδους αναπηρία, δημιουργώντας σοβαρές κοινωνικές συνέπειες στα άτομα που έχρηζαν βοήθειας και αυξάνοντας τον κοινωνικό στιγματισμό, με τελικό αποτέλεσμα την όξυνση των προβλημάτων στην υγεία τους και την ατομική και κοινωνική τους εξαθλίωση. Η κατάσταση αυτή οδήγησε με την σειρά της στην ίδρυση των πρώτων νοσοκομείων, καθώς τα εργατοκάτεργα αποτέλεσαν χώροι αρρώστων και θανάτων. Όσοι έπασχαν από σοβαρές νόσους και ήταν ανάπηροι ή ηλικιωμένοι, που δεν μπορούσαν να εργαστούν, λάμβαναν κρατική ενίσχυση επιδοματικού χαρακτήρα.

Από το δεύτερο μισό του 19ου αιώνα, το σοσιαλιστικό κίνημα των Φαβιάνων σήμαινε καθοριστικό ρόλο στην διεύρυνση της κοινωνικής λειτουργίας του κράτους, ειδικότερα όταν στον πόλεμο εναντίον των Μπόερς, οι στρατιωτικές δυνάμεις της χώρας βρέθηκαν σε αρκετά δυσμενή κατάσταση. Σε συνδυασμό με την θλιβερή κατάσταση που επικρατούσε για το εργατικό δυναμικό εκείνη την περίοδο, στην Αγγλία οι πρώτοι θεμέλιοι λίθοι της δημιουργίας κράτους πρόνοιας τέθηκαν με δύο στόχους, δηλαδή α) στην υγιή συγκρότηση ενός εργατικού δυναμικού, ικανού να αναπτύξει την βιομηχανική ανάπτυξη και β)

στην βελτίωση της υγιούς κατάστασης του βρετανικού στρατού με σκοπό την επίτευξη των αποικιοκρατικών επιδιώξεων. Σύμφωνα με τον Titmuss, το πρώτο μοντέλο κοινωνικής πολιτικής αναπτύχθηκε βάσει του υπολειμματικού προτύπου, το οποίο στηρίχθηκε στην φιλοσοφία του laissez-faire και την παρέμβαση του κράτους για τις περιπτώσεις εκείνες, όπου δημιουργείται η απειλή της κοινωνικής εξαθλίωσης (Στασινοπούλου, 2006). Ωστόσο, η διαμόρφωση του υπολειμματικού μοντέλου πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια ενός κράτους πρόνοιας από την περίοδο του μεσοπολέμου και ύστερα.

Ειδικότερα, το κράτος παρεμβαίνει με την μορφή ενός <<δίκτυ ασφαλείας>>, μιας επιλεκτικής μορφής κάλυψης των ανθρώπινων αναγκών, όταν δεν γίνεται να καλυφθούν βάσει ατομικής ευθύνης και πρωτοβουλίας και όταν καταρρέει ο θεσμός της ιδιωτικής αγοράς και της οικογένειας. Μέσα από την επιλεκτική μορφή κάλυψης δημιουργούνται συστήματα εξακρίβωσης και ελέγχου της οικονομικής κατάστασης των ατόμων και των αναγκών, που δεν γίνεται να καλυφθούν και χρήζουν παροχής βοήθειας. Σύμφωνα με τον Spicker (2004), ορισμένες κυβερνήσεις που επιλέγουν την παροχή πρόνοιας βάσει υπολειμματικού προτύπου, σημαίνει ότι έχουν αποτύχει όλα τα υπόλοιπα μέσα. Η εφαρμογή του συγκεκριμένου πρότυπου παρουσιάζει ελάχιστη παρέμβαση στην οικονομία και η ανακατανομή των πόρων ως προς εκείνους που έχουν ανάγκη, είναι περισσότερο αποτελεσματική. Ωστόσο, συμβάλλει στην δημιουργία διακρίσεων ανάμεσα στους φτωχούς, που εξαρτώνται από τη συμβολή του κράτους με τους υπόλοιπους.

Η πρώτη μορφή κράτους πρόνοιας στην Ευρώπη εμφανίζεται μέσω των συντηρητικών πολιτικών του Otto von Bismarck, του πρώτου καγκελάρου στην Γερμανία. Μέσα στο έτος του 1880, ο Bismarck θέσπισε μια σειρά νόμων για την δημιουργία ενός συστήματος κοινωνικής ασφάλισης. Ο Bismarck ως μεγάλος αντίπαλος του σοσιαλιστικού κινήματος, στην προσπάθεια του να μειώσει την υποστηρικτικότητα της εργατικής τάξης στον σοσιαλισμό, επέφερε ένα σύνολο κοινωνικών μεταρρυθμίσεων. Προέβλεπε νέα μέτρα, που ήταν σχετικά με την ασφάλεια της υγείας και τις συντάξεις. Το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης του Bismarck βασίστηκε στην αρχή της κοινής ευθύνης μεταξύ εργατών και εργοδοτών, με κύριο στόχο την συγκρότηση ενός προτύπου σταθερής χρηματοδότησης, που να επιτρέπει την ύπαρξη ομάδων ασφαλισμένων.

Απώτερος σκοπός της δημιουργίας του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης, ήταν η συγκρότηση ενός γερμανικού εθνικού κράτους, όπου μέσω των εφαρμογών κοινωνικής πολιτικής να επιτυγχάνεται η κοινωνική ειρήνη, ανάμεσα στις δύο τάξεις (των εργατών και των εργοδοτών) (Στασινοπούλου, 2006).

Γενικότερα, το υπολειμματικό πρότυπο κοινωνικής πολιτικής συνέχισε να εφαρμόζεται μέχρι τα τέλη του 19ου αιώνα, όμως καθώς ο χρόνος όδευε μέχρι τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο, άρχισε να διαμορφώνεται η ιδεολογική βάση, για την δημιουργία ενός συγκροτημένου κράτους πρόνοιας ανάμεσα στις χώρες του ανεπτυγμένου δυτικού ευρωπαϊκού κόσμου. Η περίοδος αυτή ανέδειξε την κοινωνική πολιτική ως ακαδημαϊκό αντικείμενο, καθώς δημιουργείται η πρώτη έδρα της Κοινωνικής Διοίκησης στο London School of Economics (LSE) με καθηγητή τον Richard Titmuss (Στασινοπούλου, 2006). Ο Α' Παγκόσμιος Πόλεμος και η περίοδος που ακολούθησε της Μεγάλης Ύφεσης του 1929, αποτέλεσαν τους κύριους σταθμούς των συζητήσεων για την εδραίωση της κοινωνικής λειτουργίας του κράτους, καθώς οι ανθρώπινοι πληθυσμοί χαρακτηρίζονταν από την αδυναμία κάλυψης των αναγκών τους. Σταθμοί ορόσημο σε θέματα πρόνοιας αποτέλεσαν η δημιουργία του Ερυθρού Σταυρού στην Βιέννη και η σύναψη της Συνθήκης του Ευρωπαϊκού Ερυθρού Σταυρού, το 1864. Μέσα από το διεθνές συνέδριο των Κανών, ιδρύθηκε ο Διεθνής Σύλλογος των Ερυθρών Σταυρών, το 1919.

Την περίοδο της πρώτης διεύρυνσης της κοινωνικής λειτουργίας του κοινωνικού κράτους διαδέχτηκε η <<χρυσή εποχή>> του κράτους πρόνοιας, με διάρκεια από το έτος του 1944 έως το 1969. Ο Β' Παγκόσμιος Πόλεμος άφησε ανοιχτές πληγές σε θέματα καταστροφών των υλικών υποδομών, μείωσης και εξαθλίωσης του ανθρώπινου δυναμικού. Οι οδυνηρές εμπειρίες που πρόσφερε ο φασισμός στην ανθρωπότητα, δημιούργησαν έναν μονόδρομο προς την εξέλιξη της κοινωνικής πολιτικής και την ισχυρή πεποίθηση, πως μόνο σε επίπεδο αστικού κράτους γίνεται να εκφραστεί το γενικό κοινωνικό συμφέρον. Σημαντική αποτέλεσε η προσφορά του καθηγητή Richard Titmuss, όσον αφορά την δημιουργία ενός νέου προτύπου κοινωνικής πολιτικής και κατ' επέκταση μοντέλου κράτους πρόνοιας, μέσα από τη μελέτη για το θεσμικό/αναδιανεμητικό μοντέλο, για το οποίο η κοινωνική στατιστική συνιστούσε το πιο πολύτιμο εργαλείο του (Στασινοπούλου, 2006).

Το θεσμικό/αναδιανεμητικό μοντέλο, το οποίο στηρίχθηκε στις αρχές της κεϋνσιανής οικονομικής πολιτικής, αναπτύχθηκε περισσότερο κατά την διάρκεια της δεκαετίας του 1950 και 1960, με το κράτος να ασκεί κοινωνική πολιτική σε καθολικό επίπεδο, καθώς αποσκοπεί στην επίτευξη της ισότητας μεταξύ των ατόμων και καλύπτοντας τις κοινωνικές ανάγκες τους, έξω από τους μηχανισμούς της αγοράς. Όπως αναφέρει ο Spricker (2004), "Το θεσμικό αναδιανεμητικό μοντέλο του Titmuss, που συνδυάζει τις αρχές της περιεκτικής κοινωνικής ισότητας με τον εξισωτισμό, μπορεί να θεωρηθεί ως εξιδανικευμένη μορφή αυτής της πραγματικότητας". Το συγκεκριμένο μοντέλο κράτους πρόνοιας, συνδέθηκε απόλυτα με την σοσιαλδημοκρατική προσέγγιση για την κοινωνική λειτουργία του κράτους.

Χαρακτηριστικά στοιχεία του θεσμικού/αναδιανεμητικού μοντέλου αποτέλεσαν οι θεσμοί με συλλογικό χαρακτήρα και αυτό παρουσιάζεται ειδικότερα μέσω του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης και της δημιουργίας Εθνικών Συστημάτων Υγείας. Καθώς στόχος του θεσμικού/αναδιανεμητικού μοντέλου αποτέλεσε η καθολική κάλυψη ενός ευρύ φάσματος αναγκών, όπως είναι η υγεία και η κοινωνική ασφάλιση, δεν σημαίνει ότι αυτός ο σχεδιασμός υλοποιήθηκε απόλυτα. Μετά το τέλος της δεκαετίας του 1960, η κριτική των νεοφιλελεύθερων οικονομολόγων ήταν ιδιαίτερα σκληρή, όμως ήταν απτό γεγονός, πως το νέο μοντέλο κοινωνικής πολιτικής κατάφερε να εξαλείψει τα αισθήματα της αβεβαιότητας και της ανασφάλειας σε μεγάλο βαθμό.

Ισχυρός προαπιστής του θεσμικού/αναδιανεμητικού προτύπου ήταν ο William Beveridge, ένας Βρετανός οικονομολόγος, ο οποίος παρότι ήταν φιλελεύθερος όσον αφορά τις πολιτικές του θέσεις και τοποθετήσεις, ως μια προσωπικότητα που έκρινε την πραγματικότητα όπως ακριβώς εκτυλισσόταν, ανέδειξε την σημασία του κρατικού παρεμβατισμού και των κεϋνσιανών οικονομικών πολιτικών (Στασινοπούλου, 2006). Το σημαντικότερο έργο του Beveridge, που έφερε την σύσταση του βρετανικού κράτους πρόνοιας, ήταν η έκθεση του 1942 με τίτλο *Κοινωνική Ασφάλιση και Συναφείς Υπηρεσίες* (Social Insurance and Allied Services), καθώς σημαντική ήταν και η προσφορά του στην καταπολέμηση της ανεργίας, εξετάζοντας την ρύθμιση της προσφοράς και της ζήτησης στην εργασία, με το έργο του *Ελεύθερη Απασχόληση σε μια Ελεύθερη Κοινωνία*. Ο Beveridge, έχοντας υπόψιν του τον τρόπο με τον οποίο λάμβανε

χώρο η πραγματικότητα της δημόσιας διοίκησης στην Αγγλία και έχοντας ως στόχο την σύνταξη συγκεκριμένων προτάσεων αναφορικά της πολιτικής, που θα έπρεπε να ακολουθηθεί στην κοινωνική ασφάλιση και με απώτερο σκοπό την γενική αλλαγή του προνοιακού συστήματος, δημιούργησε ένα πλάνο αρκετά φιλικό στην αξία της κοινωνικής δικαιοσύνης των Βρετανών.

Το πλάνο για το νέο σύστημα του κράτους πρόνοιας στην Αγγλία περιλάμβανε την δημιουργία ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας (όπου το εγχείρημα πραγματοποιήθηκε το 1948) ενός συστήματος, στο οποίο θα κυριαρχεί η πλήρης απασχόληση και η ύπαρξη οικογενειακών επιδομάτων συμπληρωματικού χαρακτήρα των επιδομάτων ανεργίας και όλα αυτά χωρίς να επιβαρύνεται το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης με υπέρογκες δαπάνες (Στασινοπούλου, 2006). Γενικότερα, το πλάνο του Beveridge είχε τόσους υποστηρικτές, όσο και αντιτιθέμενους, καθώς κυριάρχησε η αντίληψη ότι το πλάνο επικεντρωνόταν μόνο σε Άγγλους της λευκής φυλής, αυξάνοντας την άνιση μεταχείριση με τους έγχρωμους εργάτες και τις οικογένειές τους, καθώς η ευρύτερη ιδέα του πλάνου κοιτούσε στο παρελθόν.

Μέχρι το τέλος της δεκαετίας του 1960, τα επικρατούντα μοντέλα κράτους πρόνοιας ήταν αυτά του Bismarck στην Γερμανία και του Beveridge, ενώ σχεδόν σε όλες τις χώρες της Δυτικής Ευρώπης επικράτησε το θεσμικό/αναδιανεμητικό μοντέλο κράτους πρόνοιας (μέχρι και σήμερα οι Σκανδιναβικές χώρες συνεχίζουν να εφαρμόζουν αυτό το πρότυπο). Η <<χρυσή εποχή>> του κράτους πρόνοιας έφτασε στο τέλος της στα μέσα της δεκαετίας του 1970, όπου διαδέχτηκε μια περίοδος αμφισβήτησης και απόδοσης ευθυνών για την κρίση του συστήματος. Το τέλος της ανάπτυξης του κράτους πρόνοιας και κατ' επέκταση των συστημάτων υγείας στην Ευρώπη, με έντονη κρατική χρηματοδότηση, κορυφώθηκε με τις δύο πετρελαϊκές κρίσεις, του 1973-1974 και 1978-1979.

Χαρακτηριστικά γνωρίσματα εκείνης της περιόδου ήταν οι επικριτικές θέσεις των νεοφιλελεύθερων πολιτικών για την μεγάλη σπατάλη των κρατικών πόρων και οι ιδιωτικοποιήσεις των υπηρεσιών. Επιπρόσθετα, οι νεοφιλελεύθεροι είχαν τονίσει ότι η διεύρυνση της κοινωνικής λειτουργίας του κράτους, όχι μόνο δεν είναι πιο σπάταλη, αλλά δημιούργησε ομάδες συμφερόντων και πεδία συνδικαλιστικής έκφρασης και δράσης των δημοσίων υπαλλήλων. Στο τέλος της δεκαετίας του 1980 ξεκίνησε η συζήτηση για την εξεύρεση μιας νέας σχέσης και

ενός νέου τρόπου συνεργασίας, μεταξύ του κράτους και του ιδιωτικού τομέα, με σημαντικές προσπάθειες που να μην πλήττουν την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών και να μην είναι κοστοβόρες (δημιουργία ενός πλουραλιστικού προτύπου) (Στασινοπούλου, 2006).

Το 1990, ο Esping-Andersen έπειτα από μια έρευνα πολλών χρόνων κατέληξε στις κατηγοριοποιήσεις των προνοιακών καθεστώτων (welfare regimes), που επικρατούν στις ευρωπαϊκές χώρες (και κατ' επέκταση στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης). Ο αρχικό όρος προ των προνοιακών καθεστώτων ήταν η έννοια του μοντέλου ευημερίας. Σύμφωνα με την έρευνα του, οι διεθνείς διακυμάνσεις μεταξύ των κοινωνικών δικαιωμάτων και τις διαστρωματώσεις των κρατών πρόνοιας εμφανίζουν διαφορετικές ρυθμίσεις ανάμεσα στην αγορά, την οικογένεια και το κράτος. Οι παραλλαγές τους κράτους πρόνοιας δεν έχουν γραμμική κατανομή αλλά λειτουργούν υπό τύπους καθεστώτων (Esping-Andersen, 1991). Τα προνοιακά καθεστώτα που παρουσιάζονται ακολουθώντας την κατηγοριοποίησή τους, είναι το φιλελεύθερο προνοιακό καθεστώς, το κοινωνικό-δημοκρατικό (σοσιαλδημοκρατικό) προνοιακό καθεστώς και το συντηρητικό προνοιακό καθεστώς.

Το φιλελεύθερο καθεστώς κράτους πρόνοιας χαρακτηρίζεται από τις επικρατούσες αρχές του William Beveridge και στην Ευρώπη εφαρμόζεται κυρίως στο Ηνωμένο Βασίλειο και την Ιρλανδία. Το φιλελεύθερο προνοιακό καθεστώς, που ονομάζεται και ως αγγλοσαξονικό μοντέλο, ενώ στην αρχή της δημιουργίας του είχε καθολικό χαρακτήρα, στην συνέχεια η φιλελευθεροποίηση του υποστήριξε ιδιωτικοποιήσεις σε τομείς, όπως η υγεία. Καθώς το μοντέλο Beveridge ανέπτυξε μια άλλη προσέγγιση ως προς την εφαρμογή του, εκείνη λειτούργησε βασισμένη στην αρχή της βασικής βοήθειας με χρηματοδότηση μέσω της γενικής φορολογίας και προωθώντας την λειτουργία ιδιωτικών μορφών παροχής υπηρεσιών.

Όσον αφορά τον τομέα της υγείας, καθώς οι κατηγοριοποιήσεις των συστημάτων υγείας προκύπτουν από το είδος της χρηματοδότησης και τον βαθμό της κρατικής παρέμβασης, από το αγγλοσαξονικό μοντέλο κράτους πρόνοιας διακρίνεται το αγγλοσαξονικό σύστημα υγείας (αλλιώς μοντέλο του Εθνικού Συστήματος Υγείας/ μοντέλο Beveridge). Σήμερα, το αγγλοσαξονικό σύστημα υγείας έχει ως κύρια αρχή, το να διασφαλίζει την ίση πρόσβαση όλων των πολιτών στις

υπηρεσίες του συστήματος υγείας, καθώς εστιάζει την προάσπιση στη κοινωνική ισότητα και στην αποτελεσματική κατανομή των πόρων. Στο Εθνικό Σύστημα Υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου, κύριο χρηματοδοτικό ρόλο κατέχει ο κρατικός προϋπολογισμός, ενώ βασικό γνώρισμα του είναι, ότι χρειάζεται η παραπομπή των γενικών γιατρών, ώστε οι ασθενείς να μεταβούν από τις υπηρεσίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, στις υπηρεσίες της δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας.

Στο σοσιαλδημοκρατικό προνοιακό καθεστώς κυριαρχεί το θεσμικό (ή αναδιανεμητικό) μοντέλο κοινωνικής πολιτικής, βάσει του οποίου προασπίζεται η καθολική κάλυψη ενός ευρύ φάσματος αναγκών, όπως είναι η υγεία και η κοινωνική ασφάλιση. Επίσης, βασίζεται στην ποιοτική παροχή προνοιακών υπηρεσιών, χρηματοδοτούμενης μέσω της γενικής φορολογίας και δεν συνδέονται οι κοινωνικές παροχές με την εργασιακή δραστηριότητα των πολιτών (όπως συμβαίνει στο συντηρητικό προνοιακό καθεστώς). Το σοσιαλδημοκρατικό προνοιακό καθεστώς εμφανίζεται στις Σκανδιναβικές χώρες, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι δεν υπάρχουν διαφοροποιήσεις. Από το σοσιαλδημοκρατικό μοντέλο κράτους πρόνοιας διακρίνεται το σκανδιναβικό μοντέλο συστήματος υγείας, όπου η παροχή και η αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας καθιστούν αρμοδιότητες της κεντρικής και τοπικής αυτοδιοίκησης.

Το συντηρητικό προνοιακό καθεστώς χαρακτηρίζεται από την παράδοση του συστήματος, που θέσπισε ο Otto von Bismarck, και εφαρμόζεται στην Γερμανία, την Γαλλία, το Βέλγιο και την Ολλανδία. Η παροχή των υπηρεσιών ξεκινά με την υποχρεωτική ασφάλιση στην εργασία και την καταβολή εισφορών, όπου κατά αυτόν τον τρόπο χτίζεται το σύστημα της κοινωνικής ασφάλισης. Το πρότυπο που επικρατεί είναι πλουραλιστικό, διότι ενώ η εκκλησία και η οικογένεια παρουσιάζουν ένα σημαντικό ρόλο στην παροχή υπηρεσιών πρόνοιας και ακολουθείται η παράδοση της αρχής της επικουρικότητας από το κράτος, ειδικότερα για τις χώρες που προέρχονταν από το μοντέλο της καθολικής κάλυψης.

Το σύστημα υγείας που προκύπτει για εκείνες της χώρες, είναι το ηπειρωτικό μοντέλο συστήματος υγείας (αλλιώς μοντέλο κοινωνικής ασφάλισης του Bismarck). Το μοντέλο κοινωνικής ασφάλισης του Bismarck βασίστηκε στην υποχρεωτική ένταξη των εργαζομένων και των επιχειρήσεων σε ασφαλιστικά

ταμεία, από τα οποία προκύπτει μια σχετική αυτονομία, όσον αφορά τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης. Τα συστήματα υγείας βάσει του μοντέλου κοινωνικής ασφάλισης που αναπτύχθηκαν από τον Bismarck, δύνανται να διακριθούν σε δύο κατηγορίες, αυτές των συμβολαιακών συστημάτων υγείας κοινωνικής ασφάλισης και των συστημάτων αποζημίωσης.

Όσον αφορά τα συμβολαιακά συστήματα υγείας (Γερμανία και Ολλανδία), η οργανωτική και διοικητική δομή χαρακτηρίζεται ως αποκεντρωμένη και πλουραλιστική. Η χρηματοδότηση των συστημάτων προέρχεται από τον κρατικό προϋπολογισμό και τις ασφαλιστικές εισφορές των εργαζομένων σε δημόσιους ασφαλιστικούς φορείς. Η αμοιβή των προμηθευτών υγείας πραγματοποιείται μέσω συμβάσεων, καθώς η παροχή υπηρεσιών υγείας είναι δημόσιου χαρακτήρα. Η κατηγορία των συστημάτων αποζημίωσης (Γαλλία και Βέλγιο), χαρακτηρίζεται από μια πιο αποκεντρωμένη διοικητική και οργανωτική δομή, καθώς η χρηματοδότηση προέρχεται από τον κρατικό προϋπολογισμό και τις ασφαλιστικές εισφορές των εργαζομένων σε δημόσιους ασφαλιστικούς φορείς. Οι προμηθευτές υπηρεσιών υγείας είναι ιδιωτικού χαρακτήρα και οι χρήστες πληρώνουν τις υπηρεσίες που καταναλώνουν, καθώς αποζημιώνονται από το ασφαλιστικό σύστημα.

Τέλος, ο Esping-Andersen, στην κατηγοριοποίηση των προνοιακών καθεστώτων δεν συμπεριέλαβε τις χώρες της μεσογειακής Ευρώπης, όπως η Ισπανία, η Πορτογαλία και η Ελλάδα, διότι δεν αποτελούν ένα ξεχωριστό κράτος πρόνοιας, αλλά σύμφωνα με την άποψη του, η λειτουργία του κράτους πρόνοιας για εκείνες είναι υποτυπώδης. Η κατηγοριοποίηση ενός μεσογειακού (νότιου) μοντέλου κράτους πρόνοιας προκύπτει από τον Maurizio Ferrera και το έργο του *The "Southern Model" of Welfare in Social Europe*, το 1996. Το νότιο-ευρωπαϊκό μοντέλο κράτους πρόνοιας ενώνει τα χαρακτηριστικά από το μοντέλο Bismarck (ιδιαίτερα στην κοινωνική ασφάλιση) και το μοντέλο Beveridge (περισσότερο στον τομέα της υγείας) (Ferrera, 1996).

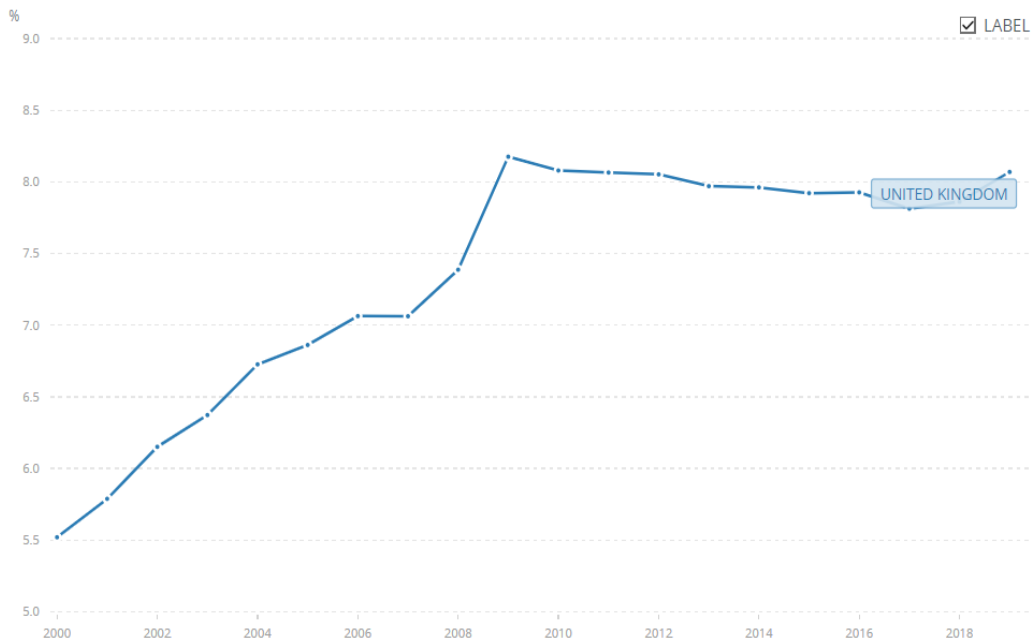
Οι οικονομίες των χωρών του νότου χαρακτηρίζονται από έντονο δυισμό και παρόλο που συντίθεται από στοιχεία άλλων μοντέλων, το μοντέλο αυτό στην εφαρμογή του παρουσιάζει προβλήματα και είναι ευάλωτο σε οικονομικές κρίσεις. Η χρηματοδότηση των προγραμμάτων κοινωνικής πολιτικής χαρακτηρίζεται γενικότερα από μια άνιση κατανομή των βαρών, τονίζοντας το

αρνητικό του αντίκτυπο μέσα από το φαινόμενο της φοροδιαφυγής, προκαλώντας σοβαρές οικονομικές επιπτώσεις στο κοινωνικό έργο του κράτους πρόνοιας. Οι χώρες του νότιο-ευρωπαϊκού μοντέλου κράτους πρόνοιας συντελούν ένα ξεχωριστό σύστημα υγείας, οι οποίες στηρίχθηκαν στην δημιουργία Εθνικών Συστημάτων Υγείας, βάσει του αγγλοσαξονικού μοντέλου, με επιρροές από το σύστημα κοινωνικών ασφαλίσεων του Bismarck.

3.3 Το σύστημα υγείας στο Ηνωμένο Βασίλειο

Το σύστημα υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου αποτελεί στο μεγαλύτερο τμήμα του, ένα υγειονομικό σύστημα με δωρεάν παροχές υπηρεσιών υγείας για τους νόμιμους κάτοικους, οι οποίες παρέχονται μέσω του Βρετανικού Εθνικού Συστήματος Υγείας (NHS), καθώς μπορούν να αγοράσουν ιδιωτική ασφάλιση υγείας. Η χρηματοδότηση του συστήματος πραγματοποιείται κατά βάση από την γενική φορολογία, αλλά υπάρχει ένα υπόλοιπο, που προέρχεται από την ιδιωτική ασφάλιση της υγείας και τις out-of-pocket πληρωμές των χρηστών των υπηρεσιών υγείας (Cylus et. al., 2015). Στο Διάγραμμα 3.1 παρουσιάζονται οι εγχώριες δαπάνες της γενικής κυβέρνησης του Ηνωμένου Βασιλείου για την υγειονομική δαπάνη σε ποσοστό ΑΕΠ, από το 2000 έως το 2019.

Γενικότερα, από την μεταρρύθμιση του 1999, η παροχή των υπηρεσιών υγείας στο Ηνωμένο Βασίλειο έχει αποκεντρωμένο διοικητικό και οικονομικό χαρακτήρα, περισσότερο όσον αφορά την Σκωτία, την Ουαλία και την Βόρεια Ιρλανδία. Η κάθε χώρα οργανώνει ξεχωριστά το σύστημα της υγειονομικής φροντίδας του. Η χρηματοδότηση των χωρών Σκωτία, Ουαλία και Βόρεια Ιρλανδία βασίζεται σε έναν προϋπολογισμό, που δημιουργείται για την υγειονομική περίθαλψη στην Αγγλία και διανέμονται στις πρώτες μπλοκ επιχορηγήσεις (Cylus et. al., 2015).



Πηγή : <https://data.worldbank.org>

Διάγραμμα 3.1

Εγχώριες δαπάνες υγείας της γενικής κυβέρνησης του Ηνωμένου Βασιλείου σε ποσοστό ΑΕΠ, περίοδος 2000-2019

Ειδικότερα, στην κορυφή του οργανωτικού σχήματος στο σύστημα υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου βρίσκεται η Γενική Κυβέρνηση του κράτους. Μέσω του Υπουργείου Οικονομικών της χώρας και βάσει της Barnett Formula καθορίζεται ο προϋπολογισμός για την υγεία και άλλων κοινωνικών υπηρεσιών για την Αγγλία, αλλά και οι ανάλογοι τύποι προϋπολογισμού από τα αντίστοιχα νομοθετικά σώματα, που καθορίζονται για την Σκωτία, την Ουαλία και την Βόρεια Ιρλανδία. Καθώς το Υπουργείο Υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου είναι υπεύθυνο για το σύστημα υγείας της Αγγλίας, στις αρμοδιότητες του περιλαμβάνονται ρυθμιστικά θέματα και διεθνείς συνεργασίες, που αφορούν το σύνολο του κράτους. Το Υπουργείο Υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου συνεργάζεται με τους Υπουργούς Υγείας της Σκωτίας, της Ουαλίας και της Βόρειας Ιρλανδίας, για θέματα που αφορούν τις υπηρεσίες υγείας στις χώρες τους. Οι οικονομικές ροές της χρηματοδότησης καταλήγουν στο Εθνικό Σύστημα Υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου (NHS), στην Αγγλία (NHS England), στην Σκωτία (NHS Scotland), στην Ουαλία (NHS Wales) και στην Βόρεια

Ιρλανδία (NHS Northern Ireland), καθώς και σε τοπικές, υγειονομικές αρχές και κέντρα ποιοτικού ελέγχου (π.χ. NICE) (Cylus et. al., 2015).

Ιστορικά, μέχρι τις αρχές του 20ου αιώνα, στο Ηνωμένο Βασίλειο δεν υπήρχε ένα οργανωμένο σύστημα υγείας, ενώ η προστασία του πληθυσμού αποτελούσε κύριο μέλημα της Εκκλησίας. Τα πρώτα θεμέλια στα ζητήματα της ασφαλιστικής κάλυψης του πληθυσμού τέθηκαν το έτος του 1911, όταν δημιουργήθηκε ο Εθνικός Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας με τον σχετικό νόμο (National Insurance Act) (Υφαντόπουλος et. al., 2004). Η χρηματοδότηση του οργανισμού βασίστηκε στις εισφορές των εργαζομένων, για να μπορούν να διαθέτουν ασφαλιστική κάλυψη, καθώς η κρατική παρέμβαση ήταν ανύπαρκτη. Το 1911, ο Εθνικός Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας κατάφερε να καλύψει έναν αριθμό άνω των 13 εκατομμυρίων εργαζομένων, καθώς καθιέρωσε την περιορισμένη ιατρική φροντίδα με παροχή υπηρεσιών από γενικούς γιατρούς και επιδόματα ασθένειας. Λίγα χρόνια μετά, το 1920, η γνωστή ως <<Έκθεση του Dawson>> στο Υπουργείο Υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου έθετε τις βάσεις για μια πρώτη μορφή ενός οργανωμένου συστήματος υγείας, βασισμένο στην δημιουργία και τις λειτουργίες των κέντρων υγείας (Υφαντόπουλος et. al., 2004).

Μετά το τέλος του Β' Παγκοσμίου Πολέμου, ο William Beveridge παρότι ήταν φιλελεύθερος, όσον αφορά τις πολιτικές του θέσεις, ανέδειξε την σημασία του κρατικού παρεμβατισμού και των κεϋνσιανών οικονομικών πολιτικών (Στασινοπούλου, 2006). Το σημαντικότερο έργο του Beveridge, από το οποίο δημιουργήθηκε η σύσταση του κράτους πρόνοιας, ήταν η έκθεση του 1942 με τίτλο *Κοινωνική Ασφάλιση και Συναφείς Υπηρεσίες* (Social Insurance and Allied Services), καθώς εξέτασε την ρύθμιση της προσφοράς και της ζήτησης στην εργασία, με το έργο του *Ελεύθερη Απασχόληση σε μια Ελεύθερη Κοινωνία*, μελετώντας την αντιμετώπιση της ανεργίας. Στο έργο του, *Κοινωνική Ασφάλιση και Συναφείς Υπηρεσίες*, ανέπτυξε μια θεωρία για την λειτουργία ενός δημόσιου συστήματος, από το οποίο η κεντρική διοίκηση αναλαμβάνει την προστασία του βρετανικού πληθυσμού στην έκθεση της ασθένειας, του γήρατος και της ανεργίας, δημιουργώντας ένα σχέδιο αρκετά έγγειο με την αξία της κοινωνικής δικαιοσύνης των Βρετανών. Η έκθεση του 1942, η οποία είχε απώτερο σκοπό να εφαρμοστεί σε καθολικό πληθυσμιακό επίπεδο, οδήγησε το 1948 στην

δημιουργία ενός δημόσιου συστήματος υγείας, το Εθνικό Σύστημα Υγείας (NHS) (Υφαντόπουλος et. al., 2004).

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου εξυπηρετούσε όλες τις χώρες, που την απαρτίζουν (Αγγλία, Σκωτία, Ουαλία) με έναν όμοιο τρόπο, ενώ στην Βόρεια Ιρλανδία το σύστημα λειτουργούσε με έναν ημι-αυτόνομο τρόπο. (Cylus et. al., 2015). Βασική αρχή του Εθνικού Συστήματος Υγείας ήταν η αρχή της ισότητας, η οποία συνεπάγει την δημόσια και δωρεάν παροχή υπηρεσιών υγείας σε όλους τους βρετανούς πολίτες. Οι δεκαετίες του 1950 και του 1960 αποτέλεσαν περίοδοι λειτουργικής εξέλιξης για το Εθνικό Σύστημα Υγείας και εκσυγχρονισμού στην τεχνολογία (Cylus et. al., 2015). Το 1962 υλοποιήθηκε η εφαρμογή ενός αποκεντρωμένου δικτύου παροχής υπηρεσιών σε επίπεδο δευτεροβάθμιας φροντίδας, μέσω της λειτουργίας του <<Νοσοκομειακού Προγράμματος>>. Σύμφωνα με αυτό το περιφερειακό πρόγραμμα λειτουργίας, το οποίο ισχύει μέχρι σήμερα, μια νοσοκομειακή μονάδα 600-800 κλινών απευθύνεται σε έναν αριθμό 100.000-150.000 κατοίκων (Υφαντόπουλος et. al., 2004). Η δεκαετία του 1970 ήταν περίοδος τροποποιήσεων για το Εθνικό Σύστημα Υγείας. Το 1972, η Βόρεια Ιρλανδία εντάχθηκε σε άμεση κυριαρχία από την κυβέρνηση του Ηνωμένου Βασιλείου και μέχρι το 2007, η δομή του συστήματος για την Βόρεια Ιρλανδία δεν είχε μεγάλες μεταβολές (Cylus et. al., 2015).

Το 1973 θεσμοθετήθηκε μια νέα οργανωτική δομή για το Εθνικό Σύστημα Υγείας, με τον Νόμο για την Αναδιοργάνωση του Εθνικού Συστήματος Υγείας (National Health Service Reorganization Act-NHS Act), όπου οι Υγειονομικές Περιφέρειες υλοποιούν τον σχεδιασμό, υπό την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας (Υφαντόπουλος et. al., 2004). Το 1974, το Εθνικό Σύστημα Υγείας στην Αγγλία και την Ουαλία αναδιοργανώθηκε βάσει του νόμου και δημιουργήθηκαν περιφερειακές υγειονομικές αρχές και επιτροπές οικογενειακών γιατρών, με αποτέλεσμα την δημιουργία οργανισμών με προκαθορισμένου χαρακτήρα αρμοδιότητες στον πληθυσμό και τον διαχωρισμό ανάμεσα στα νοσοκομεία, την πρωτοβάθμια φροντίδα και τις υπηρεσίες κοινοτικής υγείας. Καθώς η δεκαετία του 1970 αποτέλεσε περίοδο οικονομικών κρίσεων και γενικότερων αμφισβητήσεων για την κρατική παρέμβαση και την διευρυμένη κοινωνική λειτουργία του κράτους, το Ηνωμένο Βασίλειο εισήχθη σε μια περίοδο

οικονομικής κρίσης και ο Νόμος για την Αναδιοργάνωση του Εθνικού Συστήματος Υγείας οδήγησε το κράτος σε μεγάλες υγειονομικές δαπάνες και κατηγορήθηκε για τις επιβραδυμένες κινήσεις σε θέματα λήψεων αποφάσεων.

Το 1982 υλοποιήθηκε ένα διαφορετικό πρότυπο αποκεντρωμένης οργάνωσης, όπου δημιουργήθηκαν 192 Υγειονομικές Επαρχίες (District Health Authorities-DHAs). Το 1989 ξεκίνησε ένας αναθεωρητισμός, όσον αφορά την βελτίωση της αποδοτικότητας του συστήματος υγείας, με τις εισαγωγές μεθόδων έντασης του ανταγωνισμού. Το 1990, από την κυβέρνηση των Συντηρητικών, ψηφίστηκε ο Νόμος για τις Υπηρεσίες και τη Κοινοτική Φροντίδα, στον οποίο εισήχθη η έννοια της εσωτερικής αγοράς με τον διαχωρισμό των αγοραστών από τους πάροχους υγειονομικής περίθαλψης. Με τον συγκεκριμένο νόμο εισάχθηκε το <<Κεφάλαιο του Γενικού Ιατρού>> (General Practitioner's Fundholding-GP Fundholding), όπου οι γιατροί που εξυπηρετούσαν ένα σύνολο 11.000 και άνω ασθενών, μπορούσαν να υποβάλουν αιτήσεις για την δημιουργία προϋπολογισμών του Εθνικού Συστήματος Υγείας, με στόχο την κάλυψη των ιατρικών εξόδων και συνταγογραφήσεων (Cylus et. al., 2015).

Το 1991, οι διοικητικές ευθύνες ανάμεσα στις υγειονομικές επαρχίες, διαχωρίστηκαν. Οι DHAs είχαν υπό τον έλεγχο τους μόνο την νοσοκομειακή περίθαλψη στην περιοχή, ενώ η πρωτοβάθμια φροντίδα περίθαλψης εντάχθηκε υπό την ευθύνη των Αρχών Οικογενειακής Περίθαλψης (Health Service Authorities-FHSAs) (Υφαντόπουλος et. al., 2004). Το 1996, οι DHAs και οι FHSAs ενοποιήθηκαν. Το 1997, η κυβέρνηση του πολιτικού κόμματος των Εργατικών προχώρησε σε αναδιοργάνωση των υπηρεσιών υγείας στο Ηνωμένο Βασίλειο, αποκεντρώνοντας την πολιτική εξουσία από το κοινοβούλιο του Ηνωμένου Βασιλείου, στις εθνικές διοικήσεις της Σκωτίας, της Ουαλίας και της Βόρειας Ιρλανδίας, δημιουργώντας διαφοροποιήσεις στα συστήματα υγείας σε όλο το κράτος.

Στην Αγγλία, το GP Fundholding καταργήθηκε, παρόλο που ο διαχωρισμός μεταξύ αγοραστών και πάροχων υγείας διατηρήθηκε. Το έτος του 1999 στην μεταρρύθμιση που είχε προωθήσει η κυβέρνηση, η ονομασία των Υγειονομικών Επαρχιών (DHAs) μεταβλήθηκε σε Υγειονομικές Αρχές (Health Authorities-HAs). Δημιουργήθηκαν οι Ομάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας (Primary Care Groups-PCGs), για τις οποίες σε επόμενο επίπεδο οι αρμοδιότητες των

Υγειονομικών Αρχών μειώθηκαν και αυξήθηκαν για τις Ομάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας (Υφαντόπουλος et. al., 2004). Κύριο μέλημα των Υγειονομικών Αρχών ήταν η δημιουργία σχεδίων για την βελτίωση του υγειονομικού επιπέδου του πληθυσμού με την συνδρομή των Ομάδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας, τις τοπικές αρχές και τους προμηθευτές υγειονομικής περίθαλψης του Εθνικού Συστήματος Υγείας.

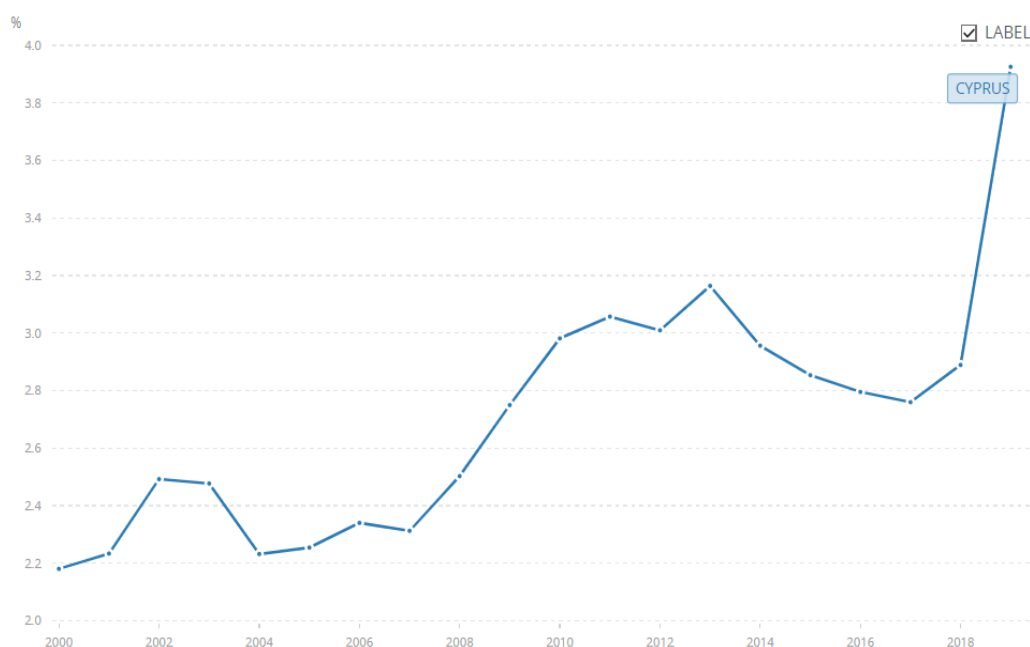
Στον άξονα της αναβάθμισης των υπηρεσιών υγείας στη χώρα δημιουργήθηκε το Εθνικό Κέντρο Κλινικής Αριστείας (NICE), το οποίο είναι υπεύθυνο για τον ποιοτικό έλεγχο και την σύζευξη της κλινικής ποιότητας με την οικονομική αποτελεσματικότητα στα πλαίσια των κλινικών δοκιμών (cost effectiveness). Επίσης, ιδρύθηκε η Επιτροπή για την Βελτιστοποίηση της Υγείας των Πολιτών, όπου σκοπός είναι η αποτελεσματική παροχή υπηρεσιών υγείας σε τοπικό επίπεδο, για περιπτώσεις που στο πεδίο της κεντρικής κυβέρνησης η παροχή υπηρεσιών υγείας αποτελεί ανεπαρκής (Υφαντόπουλος et. al., 2004).

3.4 Το σύστημα υγείας στην Κύπρο

Το σύστημα υγείας στην Κύπρο λειτουργεί με δύο παράλληλες διαδρομές παροχής υπηρεσιών υγείας και ασφάλισης, τον δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα (OECD and European Observatory on Health Systems and Policies, 2019). Το δημόσιο σύστημα περιγράφεται ως εξαιρετικά συγκεντρωτικό και το Υπουργείο Υγείας είναι υπεύθυνο για την οργάνωση, την διοίκηση και τον προγραμματισμό των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών. Η χρηματοδότηση του συστήματος υγείας προέρχεται από τον κρατικό προϋπολογισμό και οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται από τα νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας, όπου την εποπτεία έχει το Υπουργείο Υγείας. Οι υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας στο δημόσιο σύστημα παρέχονται από τα περιφερειακά νοσοκομεία, ένα γυναικολογικό-παιδιατρικό νοσοκομείο και τέσσερα ειδικά κέντρα, τρία μικρά αγροτικά νοσοκομεία και πάνω από 35 κέντρα υγείας (Theodorou et. al., 2012). Στο Διάγραμμα 3.2 παρουσιάζεται η εξέλιξη των δαπανών για την υγειονομική φροντίδα σε ποσοστό ΑΕΠ, από την γενική κυβέρνηση της Κύπρου για την περίοδο 2000-2019.

Στην Κύπρο, η δημιουργία ενός συγκροτημένου εθνικού συστήματος υγείας, παρόλο που στην αρχική της νομοθεσία ψηφίστηκε το 2001, στην συνέχεια

συνάντησε τις κωλυσιεργίες, που προκλήθηκαν από την ύπαρξη ανταγωνιστικών συμφερόντων των ενδιαφερόμενων και των δυσμενών συνεπειών της χρηματοπιστωτικής κρίσης της περιόδου 2012-2013. Στις 16 Ιουνίου του 2017 ψηφίστηκαν τα τρία κυβερνητικά νομοσχέδια και αναφορικοί κανονισμοί, οι οποίοι οδήγησαν μετά από 16 χρόνια, στην υλοποίηση της δημιουργίας του Γενικού Συστήματος Υγείας της Κύπρου (ΓεΣΥ). Με τη δημιουργία του ΓεΣΥ, προασπίζεται η εφαρμογή της καθολικής κάλυψης υπηρεσιών υγειονομικής φροντίδας και ασφάλισης για τους πολίτες της Κύπρου και η αναδιαμόρφωση της οργάνωσης και αυτονόμησης των δημοσίων νοσοκομείων.



Πηγή : <https://data.worldbank.org>

Διάγραμμα 3.2

Εγχώριες δαπάνες υγείας της γενικής κυβέρνησης της Κύπρου σε ποσοστό ΑΕΠ, περίοδος 2000-2019

Στην πρώτη φάση της υλοποίησης του εγχειρήματος αρκετές ιδιωτικές κλινικές και ιδιωτικοί γιατροί (ειδικοί γιατροί και παιδιάτροι) εξέφρασαν την διστακτικότητα και τις επιφυλάξεις τους για την συμμετοχή τους στο ΓεΣΥ. Ωστόσο, μέχρι τον Αύγουστο του 2019 εγγράφηκαν 391 πάροχοι υπηρεσιών

υγείας (γενικοί-οικογενειακοί γιατροί), 128 οικογενειακοί παιδίατροι και 774 ειδικοί γιατροί, καθώς και πολλά φαρμακεία, κλινικά εργαστήρια και ένα σύνολο 687.000 δικαιούχων για χρήση των υπηρεσιών υγείας του ΓεΣΥ (OECD and European Observatory on Health Systems and Policies, 2019). Τον Ιούλιο του 2020, το ΓεΣΥ τέθηκε σε πλήρη λειτουργία και την διαχείριση των οικονομικών πόρων του, όπως και την ευρύτερη εφαρμογή του ΓεΣΥ ανέλαβε ο Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας (ΟΑΥ).

Όσον αφορά την συμμετοχή του ιδιωτικού παράγοντα στην παροχή υπηρεσιών υγείας, εκείνη είναι βασισμένη κυρίως στις out-of-pocket πληρωμές και σε σχετικές συμφωνίες εθελοντικής ασφάλισης υγείας. Γενικά, οι ιδιωτικοί πάροχοι υπηρεσιών υγειονομικής φροντίδας αποτελούν συχνά ανεξάρτητες ιατρικές εγκαταστάσεις/εταιρίες και πάροχοι, που συνήθως οι τελευταίοι έχουν μετοχικά κεφάλαια στις πρώτες (Theodorou et. al., 2012). Υπάρχουν επίσης και άλλα συστήματα παροχής υπηρεσιών υγείας, όμως είναι δευτερεύουσας σημασίας και προέρχονται από συνδικάτα εργαζομένων παρέχοντας πρωτοβάθμια περίθαλψη και προγράμματα, που προέρχονται από ημι-κρατικούς οργανισμούς, όπως η Αρχή Τηλεπικοινωνιών Κύπρου (Α.ΤΗ.Κ) και η Αρχή Ηλεκτρισμού Κύπρου (ΑΗΚ) (Theodorou et. al., 2012). Χρησιμοποιούνται επίσης, προγράμματα που παρέχονται υπό την αιγίδα άλλων υπουργείων, όπως το Υπουργείο Παιδείας και Πολιτισμού, καθώς και από αρκετές μη-κυβερνητικές οργανώσεις.

Η Κύπρος σε όλη την ιστορική της ζωή διεκδικήθηκε από μεγάλα βασίλεια και αυτοκρατορίες, διατηρώντας την σχεδόν σε όλες τις ιστορικές ευρωπαϊκές περιόδους σε θέση αποικίας, μέχρι την ανεξαρτησία του νησιού από την βρετανική κυριαρχία το 1960. Την ιστορική περίοδο που ακολούθησε μετά την πτώση των Ενετών, διαδέχτηκε μια κατακτητική και κυριαρχική περίοδος από την Οθωμανική Αυτοκρατορία που ξεκίνησε από το 1571 μέχρι το 1878 με την λήξη του Ρώσο-τουρκικού Πολέμου (1877-1878) και έπειτα την πράξη παραχώρησης του νησιού, από την Οθωμανική Αυτοκρατορία στην Βρετανία. Το 1925, η Βρετανία ανακήρυξε την Κύπρο σε αποικία του Στέμματος (Σακελλαρόπουλος, 2017).

Γενικότερα, δεν υπάρχουν καταγεγραμμένες αρκετές πληροφορίες σχετικά με το σύστημα υγείας της Κύπρου, που να την αφορούν σε όλη την ιστορική της διαδρομή πριν την ανεξαρτησία της από το Ηνωμένο Βασίλειο το 1960. Για την

περίοδο πριν το 1957, η χρηματοδοτούμενη υγειονομική περίθαλψη από το Βρετανικό κράτος επιλήφθηκε βάσει ενός σχεδίου, βασισμένου στην έκθεση του Βρετανικού Γραφείου Μέσης Ανατολής του Καΐρου, ως μια απάντηση στο αίτημα της κυβέρνησης του νησιού (Theodorou et. al., 2012).

Από το 1957 και έπειτα, άρχισε να αναπτύσσεται ένα σύστημα κοινωνικής ασφάλισης, το οποίο επεκτάθηκε στο σύνολο των εργαζομένων το 1964. Καθώς το σύστημα της κοινωνικής ασφάλισης συνέχισε να υπάρχει με την ίδια μορφή μέχρι το 1980, οι εργαζόμενοι δεν μπορούσαν να το ακολουθήσουν, διότι θεωρούσαν, ότι το υπάρχον σύστημα ήταν ανεπαρκές να καλύψει την έκταση των υγειονομικών τους αναγκών ως ένα βαθμό. Αυτό επέφερε την δημιουργία συζητήσεων για περαιτέρω αναδιαμορφώσεις στην κοινωνική προστασία. Από το 1980, το σύστημα υγείας της Κύπρου δημιουργήθηκε βάσει των αρχών της θεωρίας του William Beveridge για τον ρόλο της κεντρικής διοίκησης και την εφαρμογή του συστήματος υγείας σε καθολικό πληθυσμιακό επίπεδο.

Σημαντικός παράγοντας στην διατήρηση του συστήματος υγείας της Κύπρου ήταν η τριμερής συνεργασία (κυβέρνηση, εργαζόμενοι και εργοδότες) στις πολιτικές της κοινωνικής προστασίας. Στην δεκαετία του 1980, το σύστημα υγείας της Κύπρου υπέστη αρκετές μετατροπές, καθώς μεταβλήθηκε σε ένα σύστημα επιλεξιμότητας των δημοσίων υπηρεσιών που πραγματοποιούνταν βάσει εισοδηματικών κριτηρίων. Στην δεκαετία του 1990 έγινε αισθητή η συζήτηση για την έκταση της κάλυψης των υπηρεσιών υγείας, που έπρεπε να είναι καθολική και δωρεάν για τον πληθυσμό της Κύπρου (Theodorou et. al., 2012).

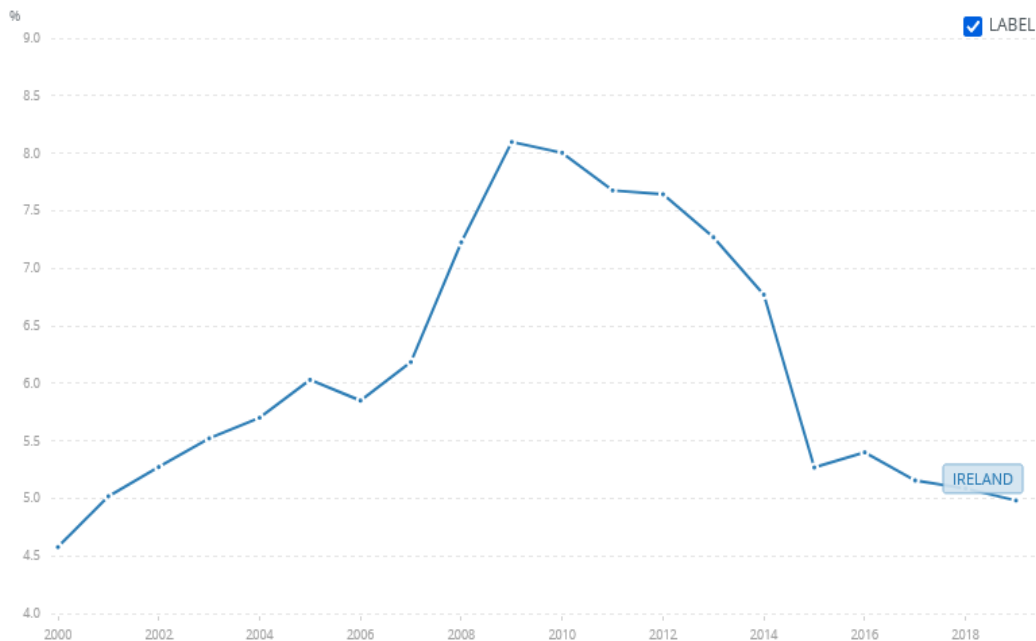
Το Υπουργικό Συμβούλιο της Κύπρου, το 1991, προχώρησε στην ανάθεση της μελέτης για την δημιουργία ενός συστήματος υγείας, σε μια ομάδα ακαδημαϊκών του Πανεπιστημίου του Λιντς και του Πανεπιστημίου του Γιορκ στην Αγγλία, καθώς και του Πανεπιστημίου του Χάρβαρντ στις Η.Π.Α. Το 1992, οι ομάδες των ακαδημαϊκών παρέδωσαν τις εκθέσεις στην κυπριακή κυβέρνηση, όπου στη τελική έκθεση καταγράφηκαν αρχές, προτάσεις και στόχοι του νέου συστήματος υγείας, που αφορούσαν την οργάνωση και την χρηματοδότηση του. Η έκθεση του 1992 προχώρησε σε ψήφιση από την Κυπριακή Βουλή το 2001, έπειτα από μια μακρόχρονη περίοδο δημόσιων διαλόγων και αντιπαραθέσεων. Σύμφωνα με τον νόμο και τις διατάξεις για την δημιουργία του Γενικού Συστήματος Υγείας της Κύπρου (General Health Insurance System-GHIS) ιδρύθηκε και ορίστηκε το

διοικητικό συμβούλιο του Οργανισμού Ασφάλισης Υγείας (ΟΑΥ) (Theodorou et. al., 2012).

Μετά την κατάθεση του τροποποιητικού νομοσχεδίου του ΓεΣΥ το 2007 στην Κυπριακή Βουλή, η υλοποίηση του εγχειρήματος καθυστέρησε για 10 χρόνια στο φάσμα των ανησυχιών για το κόστος του σχεδίου, το οποίο θα αυξανόταν κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης. Το 2017 ψηφίστηκαν τα νομοσχέδια που ολοκλήρωσαν τον σχεδιασμό του ΓεΣΥ και τον Ιούλιο του 2020 το ΓεΣΥ τέθηκε σε πλήρη λειτουργία. Παρόλο που στο σύστημα υγείας της Κύπρου, το δημόσιο και το ιδιωτικό σύστημα υγείας λειτουργούν ικανοποιητικά παρέχοντας ποιοτικές υπηρεσίες υγείας στους καταναλωτές, το κυπριακό σύστημα υγείας παρουσιάζει περαιτέρω βήματα βελτίωσης, ώστε να επιτύχει την καθολική κάλυψη των υπηρεσιών υγείας.

3.5 Το σύστημα υγείας στην Ιρλανδία

Το σύστημα υγείας στην Ιρλανδία στηρίζεται στην εφαρμογή ενός εθνικού συστήματος υπηρεσιών υγειονομικής φροντίδας, που χρηματοδοτείται κυρίως μέσω της γενικής φορολογίας (McDaid et. al., 2009). Στο Διάγραμμα 3.3 παρουσιάζεται η εξέλιξη των δαπανών υγείας σε ποσοστό ΑΕΠ, από την γενική κυβέρνηση της χώρας, για το διάστημα 2000-2019. Επιπλέον, υπάρχει ένα σημαντικό πληθυσμιακό σύνολο, το οποίο αγοράζει εθελοντική ασφάλιση υγείας (Voluntary Health Insurance- VHI), ώστε να εξασφαλίζει μια ταχύτερη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας. Ο μεγαλύτερος ασφαλιστικός φορέας στην χώρα είναι το Συμβούλιο Εθελοντικής Ασφάλισης Υγείας (Voluntary Health Insurance Board), ο οποίος ιδρύθηκε μέσω του Νόμου για την Εθελοντική Ασφάλιση Υγείας το 1957, κυριαρχώντας μονοπωλιακά τις δεκαετίες του 1950 και 1990 (McDaid et. al., 2009). Η πολιτική για την υγεία και την παροχή των υπηρεσιών υγείας πραγματοποιείται υπό την ευθύνη του Υπουργείου Υγείας της χώρας (OECD and European Observatory on Health Systems and Policies, 2021).



Πηγή : <https://data.worldbank.org>

Διάγραμμα 3.3

Εγχώριες δαπάνες υγείας της γενικής κυβέρνησης της Ιρλανδίας σε ποσοστό ΑΕΠ, περίοδος 2000-2019

Το 2005 τέθηκε για πρώτη φορά σε εφαρμογή ένα εκτελεστικό ρυθμιστικό όργανο για το σύστημα υγείας της χώρας υπό την αιγίδα του Υπουργείου Υγείας, η Health Service Executive (HSE), που είναι υπεύθυνη για την διαχείριση των προϋπολογισμών και την παροχή των υπηρεσιών υγείας στην Ιρλανδία. Το δίκτυο των πάροχων που έχει συγκροτηθεί στο HSE, αποτελείται από νοσοκομεία και κοινοτικές οργανώσεις υγείας. Η HSE αναλαμβάνει σε αρκετές περιπτώσεις τον ρόλο του αγοραστή και πάροχου υπηρεσιών υγειονομικής φροντίδας, παρόλο που ο διαχωρισμός των αγοραστών με τους πάροχους υπηρεσιών υγείας ισχύει, όταν ο αγοραστής ανήκει στον δημόσιο τομέα και οι πάροχοι είναι ιδιωτικοί γενικοί γιατροί (General Practitioners), γηροκομεία, εθελοντικοί ασφαλιστές που πληρώνουν για υγειονομική περίθαλψη σε δημόσια νοσοκομεία ή μη κερδοσκοπικά δημόσια νοσοκομεία (OECD and European Observatory on Health Systems and Policies, 2021). Η δημιουργία του HSE ουσιαστικά αντικατέστησε ένα σύστημα υπηρεσιών υγειονομικής φροντίδας, που μέχρι πρότινος λειτουργούσε μέσω δέκα Υγειονομικών Συμβουλίων (Health

Boards), εκ των οποίων προήλθε αργότερα η Ανατολική Περιφερειακή Υγειονομική Αρχή (Eastern Regional Health Authority-ERHA), που εξυπηρετούσε την περιοχή της πρωτεύουσας (McDaid et. al., 2009).

Ήδη δύο αιώνες πριν το κράτος αποτελούσε τον κύριο παράγοντα παροχής βασικών υπηρεσιών υγείας σε φτωχούς και άπορους. Ωστόσο, ο ρόλος του κράτους στην παροχή υπηρεσιών υγειονομικής φροντίδας έχει εξελιχθεί σε πολύ μεγάλο βαθμό, καθώς μεγαλύτερα βήματα σε χρηματοδοτήσεις και παροχές έγιναν στα τέλη του 19ου αιώνα και στις αρχές του επόμενου. Το 1878 εισήχθη ένας νόμος για την δημόσια υγεία για την παροχή ύδρευσης και αποχέτευσης, ενώ το 1912 εφαρμόστηκε η δωρεάν ιατρική περίθαλψη για όσους έπασχαν από φυματίωση. Λίγα χρόνια μετά την λήξη του Β' Παγκόσμιου Πόλεμου, το 1947 ιδρύθηκε το Υπουργείο Υγείας της Ιρλανδίας και μετά την δημιουργία του, οι υπηρεσίες για την δημόσια υγεία λειτουργούσαν υπό την εποπτεία της τοπικής αυτοδιοίκησης (McDaid et. al., 2009).

Για την περίοδο από το 1947 έως το 1970, το σύστημα υγείας της Ιρλανδίας διαμορφώθηκε από έναν συνδυασμό χρηματοδοτήσεων δημοσίου και ιδιωτικού χαρακτήρα, δημιουργώντας ένα είδος μεικτής χρηματοδότησης και παροχής υπηρεσιών υγείας. Το 1953, η δωρεάν νοσοκομειακή και εξειδικευμένη υγειονομική περίθαλψη επεκτάθηκε σχεδόν στο 85% του πληθυσμού. Για το υπόλοιπο 15%, που θεωρητικά ήταν ανασφάλιστο, δημιουργήθηκε το Συμβούλιο Εθελοντικής Ασφάλισης Υγείας (Voluntary Health Insurance Board), με την μορφή ενός μη κερδοσκοπικού και ημι-κρατικού ιδιωτικού ασφαλιστικού φορέα, στο οποίο εκείνο το τμήμα του πληθυσμού μπορούσε να αγοράσει ιδιωτική ασφάλιση υγείας. Καθώς το Συμβούλιο Εθελοντικής Ασφάλισης Υγείας κατείχε μονοπωλιακή θέση στην ιδιωτική ασφάλιση, ο νόμος για την εθελοντική ασφάλιση του 1994 άνοιξε τον ανταγωνισμό, βάσει των απαιτήσεων της Ευρωπαϊκής Ένωσης (McDaid et. al., 2009).

Το 1970 ψηφίστηκε ένας νέος νόμος για την υγεία, ο οποίος δημιούργησε επτά περιφερειακά Υγειονομικά Συμβούλια (Health Boards), μεταφέροντας την εφαρμογή πολιτικών για τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας από την αρμοδιότητα των τοπικών αρχών στην ευθύνη του Υπουργείου Υγείας. Μετά την ψήφιση του Νόμου του 1970, οι υπηρεσίες υγείας επικεντρώθηκαν περισσότερο στους ρυθμιστικούς και θεραπευτικούς παράγοντες για την περαιτέρω ανάπτυξη του

τομέα της οξείας νοσηλείας. Σύμφωνα με τον νόμο του 1970, όλοι οι κάτοικοι της Ιρλανδίας μπορούσαν να κάνουν χρήση των υπηρεσιών υγείας, εμπίπτοντας σε δύο κατηγορίες. Η πρώτη κατηγορία υπηρεσιών περιλαμβάνει την δωρεάν υγειονομική περίθαλψη, εκτός από την μακροχρόνια περίθαλψη, ενώ στην δεύτερη κατηγορία υπάρχουν ορισμένες χρεώσεις στις υπηρεσίες που χρησιμοποιήθηκαν. Το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού ακολούθησε την πρώτη κατηγορία υπηρεσιών υγείας (McDaid et. al., 2009).

Το 1972 δημιουργήθηκε το Σχήμα των Γενικών Ιατρικών Υπηρεσιών (General Medical Services – GMS) με σύναψη συμβάσεων με τα Υγειονομικά Συμβούλια (Health Boards), βάσει του οποίου προτείνεται μια δυνατότητα επιλογής ιδιωτών γιατρών και φαρμακοποιών, για τους χρήστες υπηρεσιών υγείας της πρώτης κατηγορίας. Γενικότερα, το σύστημα υπηρεσιών υγείας δεν μεταβλήθηκε σημαντικά για την περίοδο από το 1970 έως το 2000. Το Υπουργείο Υγείας μετονομάστηκε σε Υπουργείο Υγείας και Παίδων (Department of Health and Children) το 1997 και στην συνέχεια το Ανατολικό Υγειονομικό Συμβούλιο (Eastern Health Board) αντικαταστάθηκε από την Ανατολική Περιφερειακή Υγειονομική Αρχή (Eastern Regional Health Authority-ERHA) (McDaid et. al., 2009).

Η ίδρυση του ERHA οφειλόταν κατά κύριο λόγο στην αντιμετώπιση των προβλημάτων που προέκυψαν, όταν πολλά νοσοκομεία διδασκαλίας, είχαν μείνει εκτός του Ανατολικού Υγειονομικού Συμβουλίου το 1970. Το ίδιο το ERHA περιλάμβανε τρία Υγειονομικά Συμβούλια για την περιοχή και ήταν υπεύθυνο για την διαμεσολάβηση και την λήψη αποφάσεων με πάροχους υπηρεσιών υγείας, για την διάθεση αυτών στους χρήστες υγείας, βάσει συμφωνιών. Με την συγκεκριμένη μεταρρύθμιση η παροχή των υπηρεσιών υγείας απέκτησε μια μεγαλύτερη εμπλοκή της τοπικής κοινωνίας, μέσω της παροχής υπηρεσιών σε κοντινά σημεία παράδοσης. Τα Υγειονομικά Συμβούλια συνέχισαν να διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην παροχή υπηρεσιών υγείας, μέσω προγραμμάτων σε γενικά νοσοκομεία, ειδικά νοσοκομεία και προγράμματα κοινοτικής φροντίδας (McDaid et. al., 2009).

Το 2001 ιδρύθηκε η Αρχή Ασφάλισης Υγείας (Health Insurance Authority – HIA) με στόχο την περαιτέρω ανάπτυξη της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας στην Ιρλανδία, για την προώθηση του ανταγωνισμού και με όρους ανοιχτής εγγραφής

και κάλυψης υπηρεσιών εφ' όρου ζωής. Ωστόσο, μέχρι το τέλος του 2008 είχαν γίνει ορισμένες ρυθμιστικές αλλαγές αναφορικά με το καθεστώς αποπληρωμής των ασφαλιστών στην Εθελοντική Ασφάλιση Υγείας (VHI). Η μεγαλύτερη αλλαγή στο πεδίο του μοντερνισμού στην οργάνωση και την παροχή των υπηρεσιών υγείας επιτεύχθηκε το 2003, όταν δημοσιεύθηκε το νέο πρόγραμμα μεταρρύθμισης των υπηρεσιών υγειονομικής φροντίδας. Βασικά σημεία του νέου μεταρρυθμιστικού προγράμματος ήταν η πρόβλεψη για την αναδιοργάνωση του Υπουργείου Υγείας και Παιδών και η δημιουργία του Health Service Executive (HSE).

Η Health Service Executive (HSE) λειτούργησε το 2005 και αποτέλεσε τον πρώτο ρυθμιστικό φορέα παροχής υπηρεσιών υγείας στην Ιρλανδία, στην όψη ενός μοναδικού σχήματος εθνικής οντότητας, που αντικατέστησε το σύστημα των Υγειονομικών Συμβουλίων (Health Boards). Ο ρυθμιστικός φορέας παροχής υπηρεσιών υγείας HSE αποτελούνταν από τέσσερα περιφερειακά γραφεία για την υγεία. Επιπλέον, συστάθηκε και ένας νέος φορέας, αυτός της Health Information and Quality Authority (HIQA) με απώτερο σκοπό, αυτόν της διασφάλισης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας από το σύστημα. Το 2011, το Υπουργείο Υγείας και Παιδών μετονομάστηκε σε Υπουργείο Υγείας.

3.6 Ανακεφαλαίωση

Μέσα από το συγκεκριμένο κεφάλαιο, σε πρώτο στάδιο πραγματοποιήθηκε η καταγραφή των σημαντικότερων ιστορικών σημείων εξέλιξης της κοινωνικής λειτουργίας του κράτους, μέσα από την ολοκληρωμένη παροχή υπηρεσιών κοινωνικής πολιτικής στα κράτη του Ευρωπαϊκού Δυτικού Κόσμου. Η συγκροτημένη παροχή πολιτικών που βοηθούν την κοινωνία και δημιουργούν συνθήκες βελτίωσης τόσο της ατομικής, όσο και της κοινωνικής ζωής, στοιχειοθετείται στην σκέπη των κρατών πρόνοιας. Στην πρώτη ενότητα δεν επεξηγήθηκε μόνο ο τρόπος ανάπτυξης διαφορετικών προτύπων κοινωνικής πολιτικής, αλλά και κατηγοριοποιήσεις κρατών πρόνοιας, όπως εκείνη του Esping-Andersen και η προσθήκη του Maurizio Ferrera με την δημιουργία των προνοιακών καθεστώτων, τα οποία πλέον χαρακτηρίζονται γεω-πολιτικά (μοντέλο Beveridge/αγγλοσαξονικό μοντέλο, μοντέλο Bismarck/μοντέλο χωρών

κεντρικής Ευρώπης, σοσιαλδημοκρατικό/σκανδιναβικό μοντέλο κράτους πρόνοιας και νότιο-ευρωπαϊκό/μεσογειακό μοντέλο κράτους πρόνοιας).

Σε δεύτερο στάδιο έγινε μια περιγραφική αναφορά στα συστήματα υγείας που εφαρμόζονται στην Ευρώπη και οι πολιτικές τους εφαρμογές χαρακτηρίζουν τα είδη των προνοιακών καθεστώτων. Ο θεσμός των Εθνικών Συστημάτων Υγείας χαρακτηρίζει περισσότερο τα κράτη πρόνοιας του μοντέλου Beveridge, ενώ τα Συστήματα Κοινωνικής Ασφάλισης, τα κράτη πρόνοιας του μοντέλου Bismarck. Σύμφωνα με την εφαρμογή των κοινωνικών πολιτικών, των ευρύτερων πολιτικών εφαρμογών για την υγεία και την γεωγραφική τους κατανομή, τα συστήματα υγείας διακρίνονται στις κατηγορίες του αγγλοσαξονικού, ηπειρωτικού, σκανδιναβικού και νότιο-ευρωπαϊκού μοντέλων συστήματος υγείας. Στις επόμενες τρεις ενότητες πραγματοποιήθηκε η καταγραφή των συστημάτων υγείας, των τριών υπό μελέτη ευρωπαϊκών νησιωτικών κρατών (Ηνωμένο Βασίλειο, Ιρλανδία και Κύπρος), όπου αλλού περισσότερο και αλλού λιγότερο, τις συνδέει το σύστημα υγείας του μοντέλου Beveridge.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΜΠΕΙΡΙΚΗΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ

4.1 Εισαγωγή

Στο κεφάλαιο αυτό εξετάζεται η στατιστική σύνδεση μεταξύ των δαπανών υγείας και τέσσερις μακροοικονομικές μεταβλητές, για τις τρεις υπό μελέτη ευρωπαϊκές νησιωτικές χώρες (Ηνωμένο Βασίλειο, Κύπρος και Ιρλανδία). Σκοπός της εμπειρικής ανάλυσης είναι η προσπάθεια διερεύνησης της ποσοτικής σχέσης των δαπανών υγείας με τις τέσσερις μακροοικονομικές μεταβλητές και η στατιστική ερμηνεία του βαθμού επίδρασης των τελευταίων στις δαπάνες υγείας. Ειδικότερα για την διαδικασία της εμπειρικής ανάλυσης, εκείνη εκτυλίσσεται μέσω της μεθόδου ανάλυσης παλινδρόμησης, κατά την οποία οι Δημόσιες Δαπάνες Υγείας αποτελούν την εξαρτημένη μεταβλητή, ενώ ο Δείκτης Ανεργίας, το Προσδόκιμο Ζωής, οι Δημόσιες Δαπάνες Εκπαίδευσης και ο Ετήσιος Ρυθμός Ανάπτυξης του ΑΕΠ αποτελούν τις ανεξάρτητες μεταβλητές.

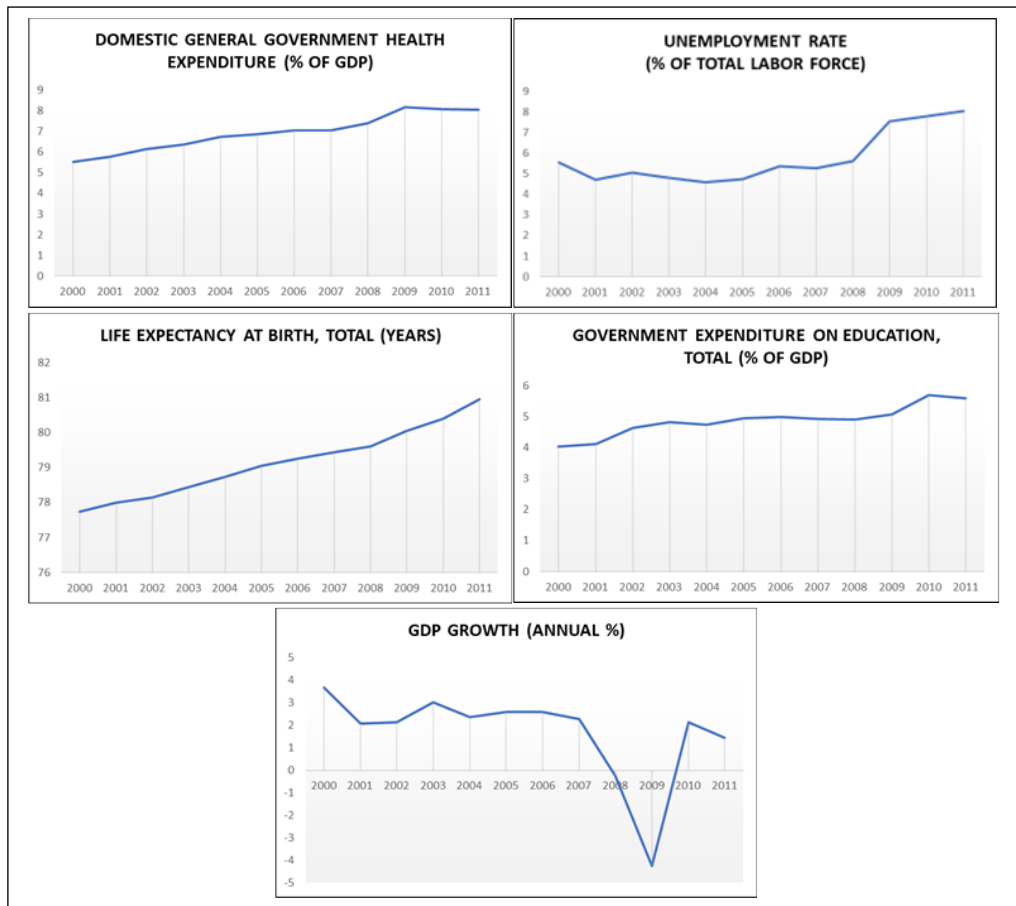
Στην πρώτη ενότητα παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των στατιστικών μέτρων κεντρικής τάσης και διασποράς, για τις δημόσιες δαπάνες υγείας και τις τέσσερις μακροοικονομικές μεταβλητές σε κάθε υπό μελέτη χώρα, από τα οποία αποτυπώνεται η στατιστική συμπεριφορά των δεδομένων. Παρατίθενται επίσης και διαγραμματικές απεικονίσεις της εξελικτικής πορείας των Δημόσιων Δαπανών Υγείας και των τεσσάρων μακροοικονομικών μεταβλητών που αποτελούν τις ανεξάρτητες μεταβλητές. Στην δεύτερη ενότητα παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της στατιστικής ανάλυσης με την μεθοδολογία της ανάλυσης παλινδρόμησης, μέσω της εφαρμογής της Μεθόδου Ελαχίστων Τετραγώνων (Ordinary Least Squares – OLS) για την εκτίμηση των συντελεστών του απλού γραμμικού υποδείγματος. Τέλος, ακολουθούν τα συμπεράσματα της εμπειρικής ανάλυσης.

4.2 Παρουσίαση δεδομένων

Για την υλοποίηση της στατιστικής ανάλυσης για κάθε μεταβλητή χρησιμοποιήθηκαν δεδομένα χρονοσειράς, που αφορούν την περίοδο μελέτης από το 2000 μέχρι το 2011, όπου αυτά ελήφθησαν από την ιστοσελίδα <https://data.worldbank.org>. Κατά την πραγματοποίηση της στατιστικής ανάλυσης οι Δημόσιες Δαπάνες Υγείας εκφράζονται σε ποσοστό επί τις % του ΑΕΠ. Όσον αφορά τις υπόλοιπες μεταβλητές, ο Δείκτης Ανεργίας εκφράζεται σε ποσοστό επί τις % του συνολικού εργατικού δυναμικού της κάθε χώρας, το Προσδόκιμο Ζωής σε χρόνια ζωής βάσει του προσδόκιμου ζωής κατά την γέννηση, οι Δημόσιες Δαπάνες Εκπαίδευσης σε ποσοστό επί τις % του ΑΕΠ και ο Ετήσιος Ρυθμός Ανάπτυξης του ΑΕΠ σε ποσοστό επί τις %.

A) Ηνωμένο Βασίλειο

Στο Διάγραμμα 4.1 απεικονίζεται η διαχρονική εξέλιξη των τιμών των δημόσιων δαπανών υγείας, όπως και των υπολοίπων εξεταζόμενων μακροοικονομικών μεταβλητών, για το Ηνωμένο Βασίλειο. Όπως φαίνεται από το συγκεκριμένο διάγραμμα, οι Δημόσιες Δαπάνες Υγείας πραγματοποιούν μια ανοδική πορεία, η οποία ξεκινά από το 5,52% (έτος 2000) και καταλήγει στο 8% (έτος 2011). Στα ποσοστά βάσει της πορείας εξέλιξης τους, δεν παρατηρείται κάποια σημαντική πτώση, ενώ φαίνεται να συνάδουν πολύ καλά με την διαχρονική πορεία του Προσδόκιμου Ζωής, όπου η τελευταία σημειώνει ανοδική τάση που ξεκινά από τα 77,7 έτη (έτος 2000) και καταλήγει στα 80,9 έτη (έτος 2011). Όσον αφορά τον Δείκτη Ανεργίας, τα ποσοστά ξεκινούν από το 5,5% (έτος 2000) και καταλήγουν στο 8% (έτος 2011), καθώς παρατηρείται μια απότομη αύξηση του ποσοστού ανεργίας, μεταξύ των ετών 2008-2011.



Διάγραμμα 4.1

Γραφικές Παραστάσεις των Εξεταζόμενων Μεταβλητών

Οι Δημόσιες Δαπάνες Εκπαίδευσης δεν παρουσιάζουν ιδιαίτερες μεταβολές στα ποσοστά τους, καθώς αυτές κυμαίνονται μεταξύ του 4-6%. Ωστόσο, ο Ετήσιος Ρυθμός Ανάπτυξης του ΑΕΠ εμφανίζει μια κατακόρυφη πτώση στα ποσοστά, από το 2,2% (έτος 2007) στο -4,9% (έτος 2009), ενώ πραγματοποιείται μια ραγδαία άνοδος στο 2,1% (έτος 2010). Καθώς οι πρώτες τρεις μακροοικονομικές μεταβλητές δεν περιλαμβάνουν αρνητικές τιμές στο πλήθος των δεδομένων τους, μπορεί να εκτιμηθεί, ότι η ανάλυση παλινδρόμησης θα παρουσιάσει μια θετική συσχέτιση με την εξαρτημένη μεταβλητή, σε αντίθεση με την μεταβλητή του Ετήσιου Ρυθμού Ανάπτυξης του ΑΕΠ, που περιλαμβάνει αρνητικές τιμές.

Πίνακας 4.1

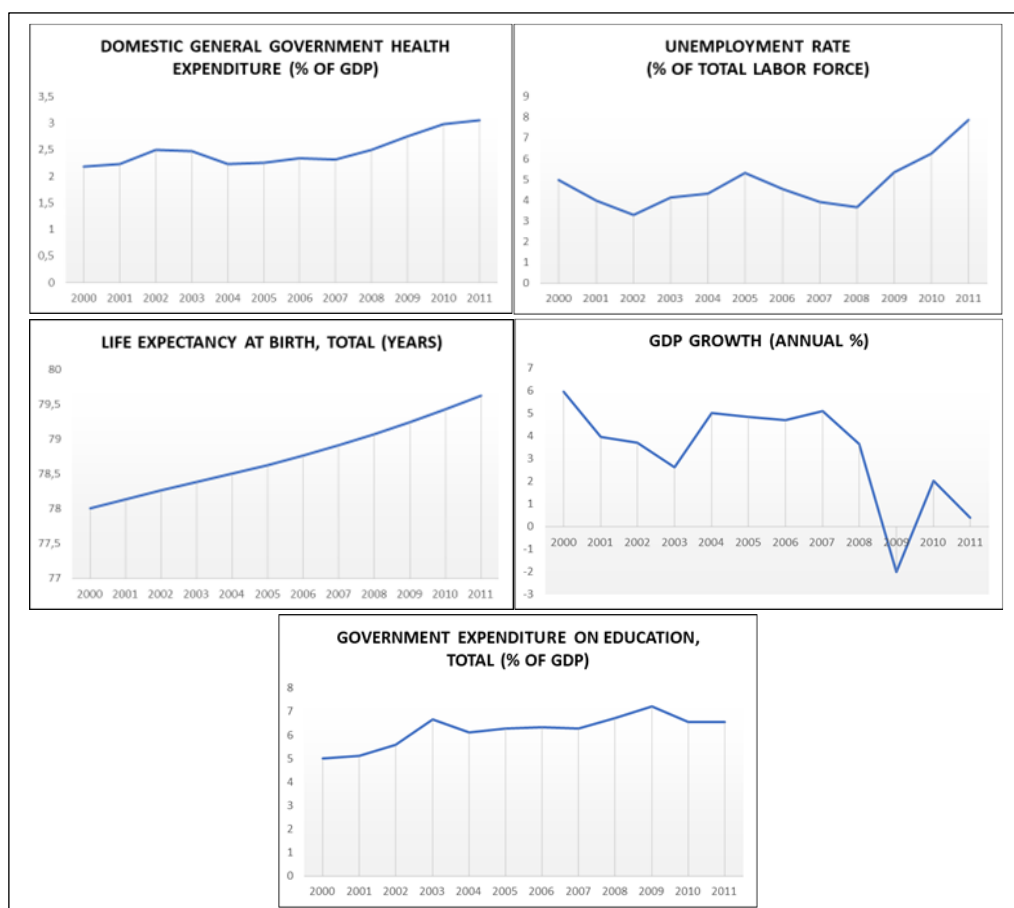
Στατιστική Συμπεριφορά των Εξεταζόμενων Μεταβλητών

Περιγραφικά Στατιστικά Μέτρα	Δημόσιες Δαπάνες Υγείας (% ΑΕΠ)	Δείκτης Ανεργίας (%)	Προσδόκιμο Ζωής (Ετη)	Δημόσιες Δαπάνες Εκπαίδευσης (% ΑΕΠ)	Ετήσιος Ρυθμός Ανάπτυξης ΑΕΠ (%)
Mean	6,937	5,754	79,151	4,874	1,6501
St. Error	0,256	0,368	0,287	0,1403	0,6
Median	6,962	5,305	79,149	4,917	2,2
Mode	-	-	-	-	-
Variance	0,787	1,627	0,993	0,236	4,332
St. Deviation	0,887	1,275	0,996	0,486	2,081
Kurtosis	-0,988	-0,469	-0,729	0,332	6,416
Skewness	-0,02	1,099	0,31	-0,111	-2,4
Range	2,656	3,45	3,21	1,668	7,919
Summary	83,252	69,05	949,821	58,491	19,802
Count	12	12	12	12	12
Confidence Level (95%)	0,563	0,8104	0,63	0,3089	1,322

Στον Πίνακα 4.1 παρουσιάζονται τα περιγραφικά στατιστικά στοιχεία της εξαρτημένης μεταβλητής των Δημοσίων Δαπανών Υγείας και των ανεξάρτητων μεταβλητών για το Ηνωμένο Βασίλειο. Από τον παραπάνω πίνακα διακρίνεται ο μέσος όρος (mean) των Δημοσίων Δαπανών Υγείας, ο οποίος έχει μια ικανοποιητική ομοιομορφία με το αποτέλεσμα της διαμέσου (median), στο 6,9%, γεννώντας την προσδοκία για μια ικανοποιητική κανονικότητα. Το ίδιο παρατηρείται στα δεδομένα της μακροοικονομικής μεταβλητής του Προσδόκιμου Ζωής, όπου ο μέσος όρος και η διάμεσος εφάπτονται στα 79 έτη. Γενικότερα, όλες οι μεταβλητές παρουσιάζουν χαμηλές τιμές για το τυπικό σφάλμα (standard error).

Β) Κύπρος

Στο Διάγραμμα 4.2 απεικονίζεται η διαχρονική εξέλιξη των τιμών των δημόσιων δαπανών υγείας, όπως και των υπολοίπων εξεταζόμενων μακροοικονομικών μεταβλητών για την Κύπρο. Η εικόνα που παρουσιάζει η γραφική παράσταση των Δημοσίων Δαπανών Υγείας, αρχίζει να χτίζεται από την χαμηλότερη τιμή τους, η οποία είναι στο 2,1% (έτος 2000) και κορυφώνεται στο 3% (έτος 2011). Δεν παρατηρούνται σημαντικές αυξομειώσεις, καθώς τα ποσοστά παραμένουν σε όλη την εξεταζόμενη περίοδο στο 2-3%. Το Προσδόκιμο Ζωής εμφανίζει αυξητική τάση, ξεκινώντας από τα 78 έτη (έτος 2000) και λήγει την ανοδική της πορεία στα 79,6 έτη (έτος 2011). Οι Δημόσιες Δαπάνες Εκπαίδευσης εμφανίζουν ορισμένες κορυφώσεις, από τις οποίες ακολουθούν μικρές πτώσεις, όπως το 6,7% (έτος 2003) και 7,2% (έτος 2009).



Διάγραμμα 4.2

Γραφικές Παραστάσεις των Εξεταζόμενων Μεταβλητών

Από τον τρόπο με τον οποίο διαμορφώνεται η πορεία των Δημοσίων Δαπανών Εκπαίδευσης, εκτιμάται ότι κατά την ανάλυση παλινδρόμησης, η συσχέτιση και συνεπώς ο συντελεστής προσδιορισμού δεν πρόκειται να είναι ιδιαίτερα υψηλός. Ωστόσο, η συσχέτιση με τις Δημόσιες Δαπάνες Υγείας εκτιμάται ότι θα είναι θετική, όπως αναμένεται ότι θα ισχύει για τον Δείκτη Ανεργίας και το Προσδόκιμο Ζωής. Σε αντίθεση με τις προαναφερθείσες μακροοικονομικές μεταβλητές, ο Ετήσιος Ρυθμός Ανάπτυξης του ΑΕΠ αναμένεται, ότι θα δείξει αρνητική συσχέτιση, καθώς υπάρχουν απότομες αυξομειώσεις και με αρνητικό πρόσημο μεταξύ των ετών 2008-2011.

Πίνακας 4.2

Στατιστική Συμπεριφορά των Εξεταζόμενων Μεταβλητών

Περιγραφικά Στατιστικά Μέτρα	Δημόσιες Δαπάνες Υγείας (% ΑΕΠ)	Δείκτης Ανεργίας (%)	Προσδόκιμο Ζωής (Ετη)	Δημόσιες Δαπάνες Εκπαίδευσης (% ΑΕΠ)	Ετήσιος Ρυθμός Ανάπτυξης ΑΕΠ (%)
Mean	2,484	4,8	78,747	6,198	3,333
St. Error	0,085	0,367	0,149	0,19	0,658
Median	2,408	4,435	78,697	6,308	3,838
Mode	-	-	-	-	-
Variance	0,088	1,621	0,269	0,435	5,2
St. Deviation	0,296	1,273	0,518	0,66	2,28
Kurtosis	-0,085	1,987	-1,027	-0,028	1,622
Skewness	1,039	1,347	0,264	-0,726	-1,341
Range	0,877	4,56	1,612	2,215	7,98
Summary	29,813	57,61	944,974	74,384	40,003
Count	12	12	12	12	12
Confidence Level (95%)	0,188	0,808	0,329	0,419	1,448

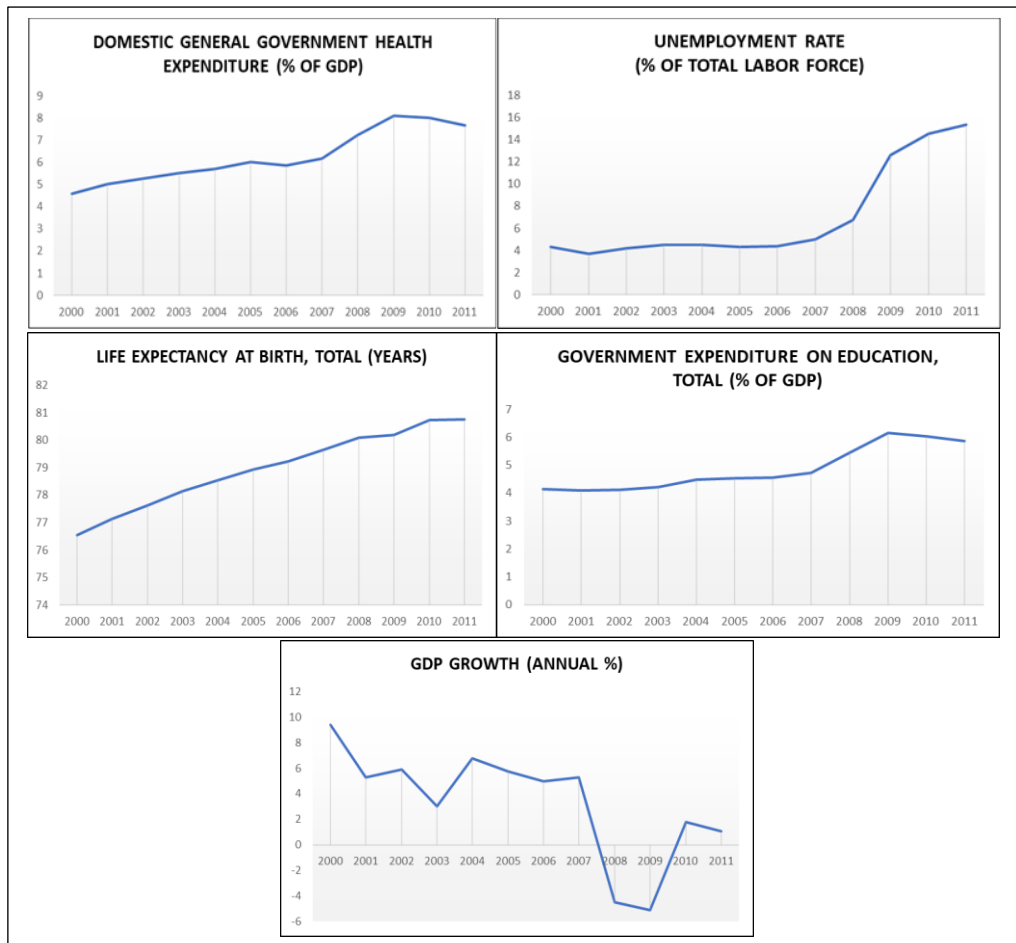
Στον Πίνακα 4.2 παρουσιάζονται τα περιγραφικά στατιστικά στοιχεία της εξαρτημένης μεταβλητής των Δημοσίων Δαπανών Υγείας και των ανεξάρτητων μεταβλητών για την Κύπρο. Από τον παραπάνω πίνακα διακρίνεται ο μέσος όρος (mean) των Δημοσίων Δαπανών Υγείας, ο οποίος έχει μια ικανοποιητική

ομοιομορφία με το αποτέλεσμα της διαμέσου (median), στο 2,4%, δημιουργώντας την προσδοκία για μια ικανοποιητική κανονικότητα. Το ίδιο παρατηρείται στα δεδομένα της μακροοικονομικής μεταβλητής του Προσδόκιμου Ζωής, όπου ο μέσος όρος και η διάμεσος, εφάπτονται στα 78,7 έτη. Γενικότερα, όλες οι μεταβλητές παρουσιάζουν χαμηλές τιμές για το τυπικό σφάλμα (standard error).

Γ) Ιρλανδία

Στο Διάγραμμα 4.3 απεικονίζεται η διαχρονική εξέλιξη των τιμών των δημόσιων δαπανών υγείας, όπως και των υπολοίπων εξεταζόμενων μακροοικονομικών μεταβλητών για την Ιρλανδία. Όπως φαίνεται από το διάγραμμα, οι Δημόσιες Δαπάνες Υγείας παρουσιάζουν μια ανοδική τάση, η οποία κορυφώνεται από το 4,5% (έτος 2000), στο 8% (έτη 2009, 2010). Το Προσδόκιμο Ζωής έχει εξίσου μια ανοδική πορεία, η οποία αρχίζει από τα 76,5 έτη (έτος 2000) και κορυφώνεται στα 80,7 έτη (έτη 2010, 2011). Αυτό που παρουσιάζεται ως εξαιρετικά αξιοσημείωτο, είναι η πορεία των Δημοσίων Δαπανών Εκπαίδευσης σε όλη την πορεία εξέλιξης της, από το 2000 έως το 2011.

Οι ετήσιες αυξομειώσεις των Δημοσίων Δαπανών Εκπαίδευσης εκτυλίσσονται ομοιόμορφα στα ανάλογα έτη με τις αυξομειώσεις των Δημοσίων Δαπανών Υγείας. Παρουσιάζουν την ίδια ανοδική πορεία, ειδικά κατά τα έτη 2007-2009 και στα έτη 2009 και 2010 οι δύο μεταβλητές εμφανίζουν τις δύο υψηλότερες τιμές τους. Από αυτά τα κοινά στοιχεία, αναμένεται ότι οι δύο μεταβλητές πρόκειται να παρουσιάσουν μια ισχυρή συσχέτιση.



Διάγραμμα 4.3

Γραφικές Παραστάσεις των Εξεταζόμενων Μεταβλητών

Στον Πίνακα 4.3 παρουσιάζονται τα περιγραφικά στατιστικά στοιχεία της εξαρτημένης μεταβλητής των Δημοσίων Δαπανών Υγείας και των ανεξάρτητων μεταβλητών για την Ιρλανδία. Από τον παρακάτω πίνακα διακρίνεται ο μέσος όρος (mean) των Δημοσίων Δαπανών Υγείας, ο οποίος είναι 6,2%. Ωστόσο, η διάμεσος (median), είναι στο 5,9%.

Πίνακας 4.3

Στατιστική Συμπεριφορά των Εξεταζόμενων Μεταβλητών

Περιγραφικά Στατιστικά Μέτρα	Δημόσιες Δαπάνες Υγείας (% ΑΕΠ)	Δείκτης Ανεργίας (%)	Προσδόκιμο Ζωής (Ετη)	Δημόσιες Δαπάνες Εκπαίδευσης (% ΑΕΠ)	Ετήσιος Ρυθμός Ανάπτυξης ΑΕΠ (%)
Mean	6,262	7,015	78,965	4,857	3,304
St. Error	0,345	1,274	0,403	0,228	1,265
Median	5,94	4,485	79,092	4,534	5,142
Mode	-	-	-	-	-
Variance	1,435	19,4903	1,957	0,624	19,23006
St. Deviation	1,198	4,414	1,399	0,7901	4,385
Kurtosis	-1,187	-0,121	-0,997	-1,214	0,377
Skewness	0,4307	1,296	-0,341	0,736	-0,983
Range	3,52	11,67	4,209	2,056	14,49
Summary	75,153	84,18	947,584	58,293	39,654
Count	12	12	12	12	12
Confidence Level (95%)	0,761	2,805	0,888	0,502	2,786

Το Προσδόκιμο Ζωής εμφανίζει την καλύτερη ομοιομορφία ως προς τον μέσο όρο (mean) και την διάμεσο (median), όπου τα αποτελέσματα βρίσκονται στα 78,9 έτη και 79 έτη, αντίστοιχα. Γενικότερα, όλες οι μεταβλητές παρουσιάζουν χαμηλές τιμές για το τυπικό σφάλμα (standard error), με τον Δείκτη Ανεργίας και τον Ετήσιο Ρυθμό Ανάπτυξης του ΑΕΠ να ξεπερνούν την μονάδα.

4.3 Ανάλυση αποτελεσμάτων παλινδρόμησης

Την περιγραφική στατιστική ανάλυση των δεδομένων ακολουθεί η ολοκλήρωση της ανάλυσης τους μέσω της μεθόδου ανάλυσης παλινδρόμησης. Όπως προαναφέρθηκε από τα παραπάνω, οι Δημόσιες Δαπάνες Υγείας αποτελούν την εξαρτημένη μεταβλητή, ενώ ο Δείκτης Ανεργίας, το Προσδόκιμο Ζωής, οι Δημόσιες Δαπάνες Εκπαίδευσης και ο Ετήσιος Ρυθμός Ανάπτυξης του ΑΕΠ αποτελούν τις ανεξάρτητες μεταβλητές. Σκοπός της εφαρμογής της μεθόδου

παλινδρόμησης είναι η διερεύνηση της στατιστικής σημαντικότητας των μεταβλητών και η αποτελεσματική ερμηνεία τους, ως προς την στατιστική επίδραση, που οι ανεξάρτητες μεταβλητές ασκούν στην εξαρτημένη μεταβλητή. Η διαδικασία της μεθόδου ανάλυσης παλινδρόμησης πραγματοποιείται μέσω της εφαρμογής της Μεθόδου Ελαχίστων Τετραγώνων (Ordinary Least Squares – OLS), που χρησιμοποιείται από το πακέτο Data Analysis του Microsoft Excel και εφαρμόζεται για όλα τα υπό μελέτη ευρωπαϊκά νησιωτικά κράτη (Ηνωμένο Βασίλειο, Κύπρος και Ιρλανδία).

A) Ηνωμένο Βασίλειο

Στον Πίνακα 4.4 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της ανάλυσης παλινδρόμησης και η στήλη των ανεξάρτητων μεταβλητών (Δείκτης Ανεργίας, Προσδόκιμο Ζωής, Δημόσιες Δαπάνες Εκπαίδευσης και Ετήσιος Ρυθμός Ανάπτυξης του ΑΕΠ) για το Ηνωμένο Βασίλειο. Σύμφωνα με τον πίνακα αποτελεσμάτων, όλοι οι συντελεστές εμφανίζονται στατιστικά σημαντικοί.

Πίνακας 4.4

Αποτελέσματα Ανάλυσης Παλινδρόμησης

Ηνωμένο Βασίλειο					
Ανεξάρτητες Μεταβλητές	Σταθερός Όρος	t-Value	Συντελεστής	t-Value	R²
Δείκτης Ανεργίας	3,772	4,763	0,549	4,084	0,625
Προσδόκιμο Ζωής	-61,401	-11,32	0,863	12,61	0,94
Δημόσιες Δαπάνες Εκπαίδευσης	-1,164	-1	1,662	6,9904	0,83
Ετήσιος Ρυθμός Ανάπτυξης ΑΕΠ	7,365	26,596	-0,259	-2,421	0,369

Όπως φαίνεται από τα αποτελέσματα του πίνακα, ο Δείκτης Ανεργίας, το Προσδόκιμο Ζωής και οι Δημόσιες Δαπάνες Εκπαίδευσης εμφανίζουν θετική συσχέτιση με τις Δημόσιες Δαπάνες Υγείας, σε αντίθεση με τον Ετήσιο Ρυθμό Ανάπτυξης του ΑΕΠ που εμφανίζει αρνητική συσχέτιση με τις Δημόσιες Δαπάνες Υγείας. Σύμφωνα με τα ποσοστά του συντελεστή προσδιορισμού (R-

Square), ο συντελεστής του Προσδόκιμου Ζωής ερμηνεύει πολύ ισχυρά τις Δημόσιες Δαπάνες Υγείας, σε ποσοστό 94%, καθώς αρκετά καλά ερμηνεύουν την εξαρτημένη μεταβλητή και οι Δημόσιες Δαπάνες Εκπαίδευσης, σε ποσοστό 83%. Η ερμηνευτική ικανότητα του Δείκτη Ανεργίας εμφανίζεται απλά καλή για την εξαρτημένη μεταβλητή, σε ποσοστό 62,5%, καθώς σχεδόν αδύναμη είναι η ερμηνευτική ικανότητα του Ετήσιου Ρυθμού Ανάπτυξης του ΑΕΠ, με ποσοστό 36,9%.

B) Κύπρος

Στον Πίνακα 4.5 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της ανάλυσης παλινδρόμησης και η στήλη των ανεξάρτητων μεταβλητών (Δείκτης Ανεργίας, Προσδόκιμο Ζωής, Δημόσιες Δαπάνες Εκπαίδευσης και Ετήσιος Ρυθμός Ανάπτυξης του ΑΕΠ) για την Κύπρο. Σύμφωνα με τον πίνακα αποτελεσμάτων, όλοι οι συντελεστές εμφανίζονται στατιστικά σημαντικοί.

Πίνακας 4.5

Αποτελέσματα Ανάλυσης Παλινδρόμησης

Κύπρος					
Ανεξάρτητες Μεταβλητές	Σταθερός Όρος	t-Value	Συντελεστής	t-Value	R²
Δείκτης Ανεργίας	1,691	6,563	0,165	3,175	0,502
Προσδόκιμο Ζωής	-35,065	-4,453	0,476	4,768	0,694
Δημόσιες Δαπάνες Εκπαίδευσης	0,8804	1,215	0,258	2,225	0,331
Ετήσιος Ρυθμός Ανάπτυξης ΑΕΠ	2,832	28,976	-0,104	-4,2603	0,644

Όπως φαίνεται από τα αποτελέσματα του πίνακα, ο Δείκτης Ανεργίας, το Προσδόκιμο Ζωής και οι Δημόσιες Δαπάνες Εκπαίδευσης εμφανίζουν θετική συσχέτιση με τις Δημόσιες Δαπάνες Υγείας, σε αντίθεση με τον Ετήσιο Ρυθμό Ανάπτυξης του ΑΕΠ που εμφανίζει αρνητική συσχέτιση με τις Δημόσιες Δαπάνες Υγείας. Σύμφωνα με τα ποσοστά του συντελεστή προσδιορισμού (R-Square), ο συντελεστής του Προσδόκιμου Ζωής ερμηνεύει σχετικά καλά τις Δημόσιες Δαπάνες Υγείας, σε ποσοστό 69,4%, όπως επίσης και ο Ετήσιος

Ρυθμός Ανάπτυξης του ΑΕΠ, με ποσοστό 64,4%. Σχετικά αδύναμη εμφανίζεται η ερμηνευτική ικανότητα των Δημόσιων Δαπανών Εκπαίδευσης με ποσοστό 33,1%, ενώ ο Δείκτης Ανεργίας δεν ερμηνεύει πολύ ισχυρά τις Δημόσιες Δαπάνες Υγείας, με ποσοστό 50,2%.

Γ) Ιρλανδία

Στον Πίνακα 4.6 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της ανάλυσης παλινδρόμησης και η στήλη των ανεξάρτητων μεταβλητών (Δείκτης Ανεργίας, Προσδόκιμο Ζωής, Δημόσιες Δαπάνες Εκπαίδευσης και Ετήσιος Ρυθμός Ανάπτυξης του ΑΕΠ) για την Ιρλανδία. Σύμφωνα με τον πίνακα αποτελεσμάτων, όλοι οι συντελεστές εμφανίζονται στατιστικά σημαντικοί.

Πίνακας 4.6

Αποτελέσματα Ανάλυσης Παλινδρόμησης

Ιρλανδία					
Ανεξάρτητες Μεταβλητές	Σταθερός Όρος	t-Value	Συντελεστής	t-Value	R²
Δείκτης Ανεργίας	4,577	14,003	0,2402	6,019	0,783
Προσδόκιμο Ζωής	-57,29	-7,847	0,8049	8,706	0,883
Δημόσιες Δαπάνες Εκπαίδευσης	-0,97003	-2,174	1,4889	16,411	0,964
Ετήσιος Ρυθμός Ανάπτυξης ΑΕΠ	7,001	26,35	-0,223	-4,493	0,668

Όπως φαίνεται από τα αποτελέσματα του πίνακα, ο Δείκτης Ανεργίας, το Προσδόκιμο Ζωής και οι Δημόσιες Δαπάνες Εκπαίδευσης εμφανίζουν θετική συσχέτιση με τις Δημόσιες Δαπάνες Υγείας, σε αντίθεση με τον Ετήσιο Ρυθμό Ανάπτυξης του ΑΕΠ που εμφανίζει αρνητική συσχέτιση με τις Δημόσιες Δαπάνες Υγείας. Σύμφωνα με τα ποσοστά του συντελεστή προσδιορισμού (R-Square), ο συντελεστής του Προσδόκιμου Ζωής ερμηνεύει ισχυρά τις Δημόσιες Δαπάνες Υγείας, σε ποσοστό 88,3%, όπως επίσης και ο Δείκτης Ανεργίας σε ποσοστό 78,3%. Οι Δημόσιες Δαπάνες Εκπαίδευσης ερμηνεύουν τις Δημόσιες Δαπάνες Υγείας σε πολύ ισχυρό βαθμό, σε ποσοστό 96,4%, ενώ ο Ετήσιος

Ρυθμός Ανάπτυξης του ΑΕΠ, ερμηνεύει τις Δημόσιες Δαπάνες Υγείας σχετικά καλά, σε ποσοστό 66,8%.

4.4 Συμπεράσματα

Στο κεφάλαιο αυτό παρουσιάστηκαν και αναλύθηκαν τα δεδομένα και τα αποτελέσματα της ανάλυσης παλινδρόμησης. Κύριος σκοπός της εμπειρικής ανάλυσης ήταν η διερεύνηση της ποσοτικής σχέσης των δαπανών υγείας με τις τέσσερις μακροοικονομικές μεταβλητές και η στατιστική ερμηνεία του βαθμού επίδρασης των μακροοικονομικών μεταβλητών στις δαπάνες υγείας, για τα τρία υπό μελέτη ευρωπαϊκά νησιωτικά κράτη (Ηνωμένο Βασίλειο, Κύπρος και Ιρλανδία). Στην ανάλυση παλινδρόμησης οι Δημόσιες Δαπάνες Υγείας αποτέλεσαν την εξαρτημένη μεταβλητή, ενώ οι υπόλοιπες μακροοικονομικές μεταβλητές αποτέλεσαν τις ανεξάρτητες μεταβλητές.

Σε όλες τις υπό μελέτη χώρες, οι συντελεστές ήταν στατιστικά σημαντικοί, επιβεβαιώνοντας την ύπαρξη της απλής γραμμικής σχέσης εξάρτησης των μακροοικονομικών μεταβλητών με την εξαρτημένη μεταβλητή, δηλαδή τις Δημόσιες Δαπάνες Υγείας. Ο Δείκτης Ανεργίας, το Προσδόκιμο Ζωής και οι Δημόσιες Δαπάνες Εκπαίδευσης εμφάνισαν θετική συσχέτιση με την εξαρτημένη μεταβλητή, ενώ αρνητική συσχέτιση βρέθηκε από τον Ετήσιο Ρυθμό Ανάπτυξης του ΑΕΠ. Αναφορικά με τα αποτελέσματα παλινδρόμησης για το Ηνωμένο Βασίλειο, η μεγαλύτερη ερμηνευτική ικανότητα για τις Δημόσιες Δαπάνες Υγείας, προήλθε από το Προσδόκιμο Ζωής, σε ποσοστό 94%, ενώ η χαμηλότερη ερμηνευτική ικανότητα προήλθε από τον Ετήσιο Ρυθμό Ανάπτυξης του ΑΕΠ, σε ποσοστό 36,9%. Όσον αφορά τα αποτελέσματα παλινδρόμησης για την Κύπρο, η μεγαλύτερη ερμηνευτική ικανότητα εμφανίστηκε από το Προσδόκιμο Ζωής, σε ποσοστό 69,4%, ενώ η χαμηλότερη παρουσιάστηκε από τις Δημόσιες Δαπάνες Εκπαίδευσης, σε ποσοστό 33,1%. Σχετικά με την υπό μελέτη χώρα Ιρλανδία, η μεγαλύτερη ερμηνευτική ικανότητα προήλθε από τις Δημόσιες Δαπάνες Εκπαίδευσης σε ποσοστό 96,4%, ενώ η χαμηλότερη εμφανίστηκε από τον Ετήσιο Ρυθμό Ανάπτυξης του ΑΕΠ, με ποσοστό 66,8%.

Τέλος, μέσα από την εμφάνιση των αποτελεσμάτων ανάλυσης παλινδρόμησης, παρατηρείται, ότι ο συντελεστής προσδιορισμού βρέθηκε δύο φορές πολύ κοντά στην μονάδα (1), δηλαδή στην εξαιρετικά υψηλή συσχέτιση των μεταβλητών, από την χώρα του Ηνωμένου Βασιλείου, με την μεταβλητή του Προσδόκιμου Ζωής, σε ποσοστό 94%, καθώς και από την Ιρλανδία, με την μεταβλητή των Δημόσιων Δαπανών Εκπαίδευσης και με ποσοστό 96,4%. Οι πιο ασθενείς συσχετίσεις, κάτω από το 50%, βρέθηκαν από τη μεταβλητή του Ετήσιου Ρυθμού Ανάπτυξης του ΑΕΠ, σε ποσοστό 36,9%, από την χώρα του Ηνωμένου Βασιλείου και τη μεταβλητή των Δημοσίων Δαπανών Εκπαίδευσης, σε ποσοστό 33,1% από την υπό μελέτη χώρα Κύπρος. Οι καλύτερες ερμηνευτικές ικανότητες ως προς τις Δημόσιες Δαπάνες Υγείας παρουσιάστηκαν στο σύνολο τους από την χώρα Ιρλανδία.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική

Αγιακλόγλου, Ν. Χ. και Οικονόμου, Σ. Γ. (2019), Μέθοδοι Προβλέψεων και Ανάλυσης Αποφάσεων, Εκδόσεις Μπένου, Αθήνα.

Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. (2004), Το Βρετανικό Σύστημα υγείας.

Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. (2005), Τα Συστήματα Υγείας στην Ευρώπη.

Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. (2014), Σύγχρονες Μέθοδοι Χρηματοδότησης Νοσοκομείων, Ανταγωνισμός και Οικονομικά Κίνητρα.

Γεωργακοπούλου, Θ. et al., (2007), Εισαγωγή στην Πολιτική Οικονομία, Εκδόσεις Μπένου, Αθήνα.

Γιαννακόπουλος, Ν. και Ντεμούσης, Μ. (2015), Οικονομική της Εκπαίδευσης, Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών, Διαθέσιμο στο www.kallipos.gr.

Δεδουσόπουλος, Α. (2004), Θεωρίες της Ανεργίας. Τόμος Α, Εκδόσεις Τυπωθήτω, Αθήνα.

Δημουλάς, Κ. και Οικονόμου, Χ. (2012), Βασικές αντιλήψεις μοντέλα και μετασχηματισμοί του κράτους πρόνοιας με έμφαση στα συστήματα υγείας, ΙΝΕ/ΓΣΕΕ, Αθήνα.

ΕΚΔΔΑ. (2004), Μέτρα ελέγχου του κόστους στα Συστήματα Υγείας: Έμφαση στη μικροαποδοτικότητα, τα αποτελέσματα της εμπειρίας, Διαθέσιμο στο <http://www.ekdd.gr>.

Κυρίκος, Γ. Δ. (2015), Μακροοικονομική Ανάλυση και Πολιτική, Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών, Διαθέσιμο στο www.kallipos.gr.

Λιανός, Θ. και Ψειρίδου, Α. (2015), Οικονομική Ανάλυση και Πολιτική. Μακροοικονομική Βασικές Αρχές και Προεκτάσεις, Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών, Διαθέσιμο στο www.kallipos.gr.

Λιαρόπουλος, Λ. Λ. (2010), Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας. Τόμος Α, ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις ΜΕΠΕ, Αθήνα.

- Μούσης, Ν. (2015), Ευρωπαϊκή Ένωση Δίκαιο Οικονομία Πολιτική, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.
- Μαυρουδέας, Δ. Σ. (2006), Η Πολιτική Οικονομία και η Κριτική της, Εκδόσεις Τυπωθήτω, Αθήνα.
- Σακελλαρόπουλος, Σ. (2017), Ο Κυπριακός Κοινωνικός Σχηματισμός (1191-2004), Από τη συγκρότηση στη διχοτόμηση, Εκδόσεις Τόπος, Αθήνα.
- Σακελλαρόπουλος, Θ. (2001), Υπερεθνικές Κοινωνικές Πολιτικές την Εποχή της Παγκοσμιοποίησης, Εκδόσεις Κριτική, Αθήνα.
- Στασινοπούλου, Β. Ο. (2006), Κράτος Πρόνοιας. Ιστορική Εξέλιξη – Σύγχρονες Θεωρητικές Προσεγγίσεις, Βιβλιοθήκη Κοινωνικής Επιστήμης και Κοινωνικής Πολιτικής – Εκδόσεις Gutenberg, Αθήνα.
- Στασινοπούλου, Β. Ο. (2006), Σημειώσεις για το μάθημα Κοινωνική Πολιτική Βασικές έννοιες Ιστορική Εξέλιξη Φορείς και Πρότυπα.
- Τραγάκη, Α. et al., (2015), Περί Δημογραφίας και Πληθυσμιακών Εξελίξεων, Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών, Διαθέσιμο στο www.kallipos.gr.
- Τσαούση, Γ. Δ. (2006), Κοινωνική Δημογραφία, Βιβλιοθήκη Κοινωνικής Επιστήμης και Κοινωνικής Πολιτικής – Εκδόσεις Gutenberg, Αθήνα.
- Giddens, A. (2009), Κοινωνιολογία, Εκδόσεις Gutenberg, Αθήνα.
- Hughes, M. and Kroehler, C. (2014), Κοινωνιολογία, Οι Βασικές Έννοιες, Εκδόσεις Κριτική, Αθήνα.
- Spicker, P. (2004), Το Κράτος Πρόνοιας, Μια γενική Θεωρία, Εκδόσεις Διόνικος, Αθήνα.
- Stiglitz, E. J. (1992), Οικονομική του Δημοσίου Τομέα, Εκδόσεις Κριτική, Αθήνα.
- Stiglitz, E. J. and Walsh, E. C. (2009), Αρχές της Μακροοικονομικής, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.

Ξενόγλωσση

- Abel, B. A. et al., (2011), *Macroeconomics*, Addison-Wesley, Boston.
- Bartosz Przywara, (2010), Projecting future health care expenditure at European level: drivers, methodology, and main results, Brussels. Available at <https://ec.europa.eu>
- Cylus J. et al., United Kingdom: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2015; 17(5): 1–125.
- Esping – Andersen G. (1991) *The three worlds of Welfare Capitalism*, Princeton University Press, Princeton New Jersey.
- European Commission, Directorate-General for Education, Youth, Sport and Culture, *Education and training monitor 2012*, Publications Office, 2013. Available at <https://data.europa.eu/doi/10.2797/51172>.
- European Commission, Directorate-General for Education, Youth, Sport and Culture, *Education and training monitor 2015*, Publications Office, 2016. Available at <https://data.europa.eu/doi/10.2766/50486>.
- European Commission, Directorate-General for Education, Youth, Sport and Culture, *Education and training monitor 2016 : country analysis*, Publications Office, 2016. Available at <https://data.europa.eu/doi/10.2766/377716>.
- European Commission, Directorate-General for Education, Youth, Sport and Culture, *Education and training monitor 2017*, Publications Office, 2017. Available at <https://data.europa.eu/doi/10.2766/32599>.
- European Commission, Directorate-General for Education, Youth, Sport and Culture, *Education and training monitor 2019*, Publications Office, 2019. Available at <https://data.europa.eu/doi/10.2766/69134>.
- Eurydice. (2005), *Key data on education in Europe 2005*, Office for Official Publications of the European Communities. Available at <https://ec.europa.eu/eurostat>.
- Ferrera, M. (1996), The “Southern Model” of Welfare in Social Europe *Journal of European Social Policy*.

McDaid D. et al., Ireland: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2009; 11(4): 1 – 268.

OECD (2010), *Health at a Glance: Europe 2010*, OECD Publishing. Available at http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2010-en.

OECD (2012), *Health at a Glance: Europe 2012*, OECD Publishing. Available at <http://dx.doi.org/10.1787/9789264183896-en>.

OECD (2014), *Health at a Glance: Europe 2014*, OECD Publishing. Available at http://dx.doi.org/10.1787/health_glance_eur-2014-en.

OECD/EU (2016), *Health at a Glance: Europe 2016 – State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264265592-en>.

OECD/EU (2018), *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris. https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en.

OECD/European Union (2020), *Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/82129230-en>.

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019), *Cyprus: Country Health Profile 2019*, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels, <https://doi.org/10.1787/2078ba2a-en>.

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2021), *Ireland: Country Health Profile 2021*, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/4f7fb3b8-en>.

OECD (2000), *Education at a Glance 2000: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/eag-2000-en>.

OECD (2012), *Education at a Glance 2012: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/eag-2012-en>.

OECD (2018), *Education at a Glance 2018: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/eag-2018-en>.

OECD (2020), *Education at a Glance 2020: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/69096873-en>.

Theodorou M. et al., Cyprus: Health system review. *Health Systems in Transition*. 2012; 14(6):1–128.

World Health Organization. Regional Office for the Western Pacific. (2006). *Health financing: a basic guide*. WHO Regional Office for the Western Pacific. Available at <https://apps.who.int/iris/handle/10665/206928>.

Διαδικτυακές Πηγές

<https://data.worldbank.org>

<https://www.who.int>

<https://www.oecd.org>

<https://unric.org>

<https://www.britannica.com>

<https://www.ons.gov.uk>

<https://ourworldindata.org>

<http://ebooks.edu.gr>

<https://ilostat.ilo.org>

<https://www.insee.fr>

<https://www.euro.who.int/en>

<https://www.moh.gov.cy>

