



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

**UNIVERSITY OF PIRAEUS**

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

**ΕΜΠΕΙΡΙΚΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ  
ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ Η.Π.Α.**

**ΜΟΥΣΤΑΚΙΔΗΣ ΘΕΟΔΩΡΟΣ**

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

Πειραιάς, 2018



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

**UNIVERSITY OF PIRAEUS**

**M.Sc. in Health Economics and Management**

**EMPIRICAL INVESTIGATION OF PERSONAL  
EXPENDITURES OF USA**

**MOUSTAKIDIS THEODOROS**

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 2018

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Θα ήθελα να ευχαριστήσω ιδιαίτερα την οικογένειά μου και τον κ. Χρήστο Αγιακλόγλου, Καθηγητή του τμήματος Οικονομικής Επιστήμης, του Πανεπιστημίου Πειραιώς και επιβλέποντα της παρούσας διπλωματικής εργασίας, για την αμέριστη βοήθειά του σε όλο το διάστημα της συγγραφής της. Εν συνεχεία, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον κ. Καρκαλάκο Σωτήρη, τον κ. Χαράλαμπο Αγκυρόπουλο και τον κ. Εμμανουήλ Δεληγιαννάκη, για την αμέριστη συμπαράστασή τους.

## **ΠΕΡΙΛΗΨΗ**

Στην εργασία αυτή διερευνήθηκαν οι προσωπικές δαπάνες υγείας των Η.Π.Α σε σχέση με διάφορες μακροοικονομικές μεταβλητές. Από την ανάλυση αυτή προκύπτει πως το προσδόκιμο ζωής και ο δείκτης τιμής καταναλωτή είναι στατιστικά σημαντικές, δηλαδή επηρεάζουν τις συνολικές προσωπικές δαπάνες.

## **ABSTRACT**

The purpose of this diploma thesis is to investigate the relationship of personal US health-care expenditures with some key macroeconomic variables. The empirical analysis shows that life expectancy and consumer price index are statistically significant, so they affect the total personal health - care expenditures.

## ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	1
1.1: Εισαγωγή .....	1
1.2: Εξέλιξη δαπανών υγείας.....	2
1.3: Αποτίμηση της αποδοτικότητας των συστημάτων υγείας.....	7
1.4: Ανακεφαλαίωση.....	11
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΥΓΕΙΑΣ.....	15
2.1 Διακρατική σύγκριση του μεγέθους της υγειονομικής δαπάνης.....	15
2.2: Η κατανομή των υγειονομικών δαπανών ανά τομέα περίθαλψης....	16
2.3: Η Χρηματοδότηση του υγειονομικού τομέα ανά φορέα πληρωμής.	18
2.4: Ανακεφαλαίωση .....	28
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΡΜΗΝΕΥΤΙΚΩΝ ΜΕΤΑΒΛΗΤΩΝ	31
3.1: Εισαγωγή .....	31
3.2: Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν.....	31
3.3: Προσδόκιμο ζωής.....	34
3.4: Δείκτης τιμών καταναλωτών.....	35
3.5: Επιτόκιο.....	38
3.6: Συναλλαγματική ισοτιμία.....	39

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΕΜΠΕΙΡΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΙΣ Η.Π.Α.....	41
4.1: Εισαγωγή .....	41
4.2: Παρουσίαση των δεδομένων .....	41
4.3: Ανάλυση των δεδομένων .....	43
4.4: Συμπεράσματα .....	44
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....	47

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

## 1.1 Εισαγωγή

Η έννοια των δαπανών υγείας, αναφέρεται σε όλες τις δαπάνες που πραγματοποιούνται έχοντας ως πρωταρχικό σκοπό να βελτιώσουν ή να προλάβουν τη χειροτέρευση της κατάστασης της υγείας ενός ατόμου ή πληθυσμού. Εξ' ορισμού οι δαπάνες υγείας αποτελούν ένα σημαντικό μέγεθος μέτρησης και σύγκρισης των οικονομικών δραστηριοτήτων σε σχέση με τον πρωταρχικό σκοπό αλλά και το αποτέλεσμα που παράγει το σύστημα υγείας. Με την έννοια των δραστηριοτήτων μπορεί να συσχετιστεί η αποτελεσματικότητα του πρωταρχικού σκοπού του συστήματος υγείας αλλά και όλες εκείνες οι δραστηριότητες που πραγματοποιούνται προκειμένου να βελτιωθεί ή και να συντηρηθεί ένα επίπεδο υγείας.

Σύμφωνα με την διεθνή βιβλιογραφία η κατηγοριοποίηση των δαπανών υγείας εμπεριέχει τρεις κύριες κατηγορίες δαπανών: α) οι ιατρικές δαπάνες, οι οποίες αφορούν τις αμοιβές των γιατρών, τα έξοδα μεταφοράς των ασθενών, τα έξοδα για οποιασδήποτε μορφής θεραπείες π.χ. θεραπείες με ιαματικά νερά, λουτροθεραπείες, β) οι νοσοκομειακές δαπάνες οι οποίες περιλαμβάνουν τα έξοδα για τη νοσηλεία των ασθενών, τις δαπάνες για τις επεμβάσεις, τις δαπάνες για τα φάρμακα, τις δαπάνες για παρακλινικές εξετάσεις και οι φαρμακευτικές δαπάνες, που αφορούν τις δαπάνες για τα φάρμακα, τα οπτικά και τα ορθοπεδικά προϊόντα. Στις κύριες αυτές κατηγορίες μπορούν να προστεθούν και οι δαπάνες της σχολικής ιατρικής, των υγειονομικών υπηρεσιών του στρατού, της ιατρικής της εργασίας, της πρόληψης, της έρευνας και των λειτουργικών δαπανών ώστε να ορισθούν οι συνολικές δαπάνες υγείας.

Το σύνολο των δαπανών υγείας μιας χώρας αποτελείται από το άθροισμα της ιδιωτικής και δημόσιας κατανάλωσης με τις δημόσιες και ιδιωτικές επενδύσεις. Η δημόσια κατανάλωση περιλαμβάνει τα έξοδα για το σύστημα υγείας τα οποία καλύπτονται από τον προϋπολογισμό της κάθε χώρας ενώ η ιδιωτική κατανάλωση περιλαμβάνει την συμμετοχή στο κόστος και τα ίδια έξοδα από την πλευρά των πολιτών - καταναλωτών.



Επίσης το κράτος συμμετέχει στο σύστημα υγείας και με το κομμάτι των δημοσίων επενδύσεων. Η έννοια των ιδιωτικών επενδύσεων, σχετίζεται με την δημιουργία νέων υποδομών από ιδιώτες έχοντας ως κύριο σκοπό την απόδοση των κεφαλαίων τους σε μελλοντικό χρόνο, και επομένως έχουν κερδοσκοπικό χαρακτήρα.

Τόσο το συνολικό ύψος όσο και η σύνθεση των δαπανών υγείας πολλές φορές δεν είναι γνωστά για αρκετές χώρες. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι ενώ μπορεί να υπολογιστεί το συνολικό ύψος των δημόσιων αλλά και των ιδιωτικών επενδύσεων όπως επίσης και το συνολικό ύψος της δημόσιας κατανάλωσης, αντιθέτως δεν μπορούν να βρεθούν στοιχεία για την ιδιωτική κατανάλωση και για τις ιδιωτικές δαπάνες υγείας. Επιπρόσθετα, το πρόβλημα να εκτιμηθούν οι συνολικές δαπάνες υγείας για κάθε κράτος, επιτείνεται αφού δεν τελείται διάκριση των δαπανών σύμφωνα με τη βαθμίδα περίθαλψης που υπάγονται. Παρατηρείται αδυναμία κατά την προσπάθεια να γίνει περιγραφή της πορείας που ακολουθεί ένας ασθενής στο σύστημα υγείας καθ' όλη την διάρκεια ζωής του και σε πολλές περιπτώσεις χρειάζεται ταυτόχρονη χρήση ενδονοσοκομειακής και εξωνοσοκομειακής περίθαλψης ώστε να αντιμετωπιστούν τα προβλήματα υγείας του ασθενή.

Στο κεφάλαιο αυτό θα αναλυθούν οι έννοιες των συνολικών δαπανών υγείας και θα παρουσιαστεί η διαχρονική εξέλιξη των δαπανών υγείας. Επιπλέον, θα γίνει εκτενή αναφορά στους παράγοντες μέτρησης της αποδοτικότητας των συστημάτων υγείας.

## **1.2 Εξέλιξη δαπανών υγείας**

Η έννοια της υγείας και του προσδόκιμου ζωής είναι σχετική, καθώς ορισμένα άτομα εργάζονται παραγωγικά επί χρόνια και τελειώνει η ζωή τους όντας σε βαθιά γηρατειά, ενώ αντιθέτως άλλα άτομα αγωνιούν για λίγους μήνες ή χρόνια και πεθαίνουν σε πρόωρη ηλικία. Επομένως η κατανομή της υγείας δεν αποτελεί φύσει δίκαιη και το επίπεδο της υγείας δεν συνδέεται απαραίτητα με το ύψος του προσωπικού εισοδήματος. Όσον αφορά σε εθνικό επίπεδο θα εξετάσουμε κατά πόσο είναι άραγε δυνατόν το καλό επίπεδο υγείας ενός πληθυσμού να συνδέεται με το συνολικό ύψος

των δαπανών υγείας ενός κράτους. Δηλαδή αν ένα κράτος διαθέσει παραπάνω χρήματα στον τομέα της υγείας θα μπορέσει να εξασφαλίσει καλύτερο επίπεδο υγείας για τον πληθυσμό του.

Είναι ευρέως αποδεκτό ότι οι πολίτες στις πιο ανεπτυγμένες οικονομικά χώρες βρίσκονται σε καλύτερα επίπεδα υγείας, καθώς είναι σε θέση να διαθέσουν περισσότερα χρήματα για την υγειονομική τους φροντίδα. Επίσης είναι γνωστό ότι, επιδρούν θετικά ή αρνητικά στην κατάσταση υγείας ενός πληθυσμού, εξωγενείς παράγοντες όπως η εφαρμογή προληπτικών υγειονομικών μέτρων - παρεμβάσεων, η εκπαίδευση και η διατροφή.

Σύμφωνα με τα παραπάνω όμως δεν είναι δυνατό να εξηγηθεί το γεγονός ότι παρατηρείται αύξηση στο προσδόκιμο χρόνο επιβίωσης σε πιο φτωχές χώρες τα τελευταία 20 χρόνια παρόλο που οι συνολικές κατά κεφαλή δημόσιες δαπάνες για την υγεία είναι αρκετά ή και κατά πολύ μικρότερες από εκείνες των ανεπτυγμένων χωρών. Γι' αυτό θα πρέπει να διερευνηθούν οι αιτίες αλλά και οι παράγοντες που επιδρούν στην αύξηση των δαπανών υγείας, ενώ τελικά μπορεί να δρουν αδιάφορα η και επιβαρυντικά για τα συστήματα υγείας των ανεπτυγμένων χωρών.

Ως πρώτος αιτιολογικός παράγοντας για την αύξηση των δαπανών για την υγεία σε ανεπτυγμένες κυρίως χώρες αναφέρεται η αύξηση των εισοδημάτων των πολιτών. Πράγματι, όταν αυξάνεται το εισόδημα συμβάλλει στην άμεση προτεραιοποίηση των αναγκών του ατόμου, αφού σκοπός δεν είναι μόνο η κάλυψη των βιολογικών αναγκών για την επιβίωση, αλλά και η αναβάθμιση του επιπέδου υγείας άρα και της ποιότητας ζωής του ατόμου. Επομένως, ο παράγοντας αυτός συμβάλλει δραστικά στην καλυτέρευση της υγείας του πληθυσμού.

Δεδομένου ότι, ο πολίτης αποτελεί τον βασικό χρηματοδότη του συστήματος υγείας μέσα από τη φορολογία, τις εργοδοτικές και ασφαλιστικές εισφορές σε δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς ή μέσα από τη συμμετοχή του στο κόστος με ίδιες πληρωμές είναι εμφανές ότι η επιβάρυνση του κόστους των υπηρεσιών υγείας θα μετακυλιστεί τελικά προς αυτόν. Το μέγεθος των εισφορών και της φορολογίας καθορίζονται συνήθως από το επάγγελμα και το εισόδημα του πολίτη.

Από την αντίθετη πλευρά του συστήματος υγείας ο πολίτης παρουσιάζεται όχι μόνο ως ο κύριος χρηματοδότης στο σύστημα αλλά και ως ο βασικός αγοραστής των υπηρεσιών υγείας του συστήματος. Έτσι, ένας από τους σημαντικούς παράγοντες που επηρεάζουν τις συνολικές δαπάνες για την υγεία σχετίζεται με τα καταναλωτικά πρότυπα ως ανάγκη ικανοποίησης των αναγκών για επιβίωση αλλά και ως ανάγκη για τη βελτιστοποίηση του επιπέδου της υγείας. Επιπρόσθετα, η αναζήτηση για πιο ποιοτικές παροχές υπηρεσιών στον τομέα της υγείας εκπαίδευσης έχει συμβάλει καθοριστικά στην αύξηση των δαπανών υγείας.

Ένας ακόμη παράγοντας που επηρεάζεται άμεσα από τον τρόπο ζωής είναι η αλλαγή του επιδημιολογικού προτύπου. Ο σύγχρονος καταναλωτικός τρόπος ζωής αλλά και οι συνθήκες διαβίωσης των κατοίκων των βιομηχανικών χωρών φαίνεται να έχουν συμβάλει δραστικά στην αύξηση των χρόνιων ασθενειών και νοσημάτων, που απαιτούν μακροχρόνια φροντίδα υγείας. Γεγονός αποτελεί ότι η θεραπευτική εξέλιξη δεν επέφερε πλήρη ίαση και αποθεραπεία, όμως, είχε σημαντικά αποτελέσματα στην επιμήκυνση της διάρκειας ζωής των πασχόντων. Τέλος, με τις νέες θεραπευτικές προσεγγίσεις που έχουν αναπτυχθεί, είναι αναπόφευκτη η αύξηση του κόστους υγείας κυρίως εξαιτίας των χρόνιων ασθενών που καταναλώνουν συνεχώς πόρους.

Ένας επιπλέον παράγοντας που θεωρείται ότι σχετίζεται άμεσα με την αύξηση των δαπανών της υγείας είναι η εξάπλωση της κοινωνικής ασφάλισης. Αποτελεί κοινό συμπέρασμα στις συζητήσεις που γίνονται στις μέρες μας, ότι οι πολίτες όπως και οι επαγγελματίες στο χώρο της υγείας, δεν είναι αρκετά ενήμεροι για το κόστος της περίθαλψης. Εν κατακλείδι, όπως φαίνεται η κοινωνική ασφάλιση έχει λειτουργήσει αρνητικά εφόσον τα ιατρικά έξοδα επιβαρύνουν τον ασφαλιστικό φορέα στον οποίο ανήκει ο πολίτης, ενώ παράλληλα η αύξηση στο κατά κεφαλήν εισόδημα, επιτρέπει τη μεγαλύτερη κατανάλωση υπηρεσιών υγείας ακόμα και εκτός των ασφαλιστικών οργανισμών έχοντας ως αποτέλεσμα την αύξηση των ιδιωτικών δαπανών.

Στο σημείο αυτό παρουσιάζει ενδιαφέρον η αναφορά σε μια έρευνα του Epstein, για τα χαμηλά εισοδηματικά στρώματα, που διαθέτουν ασφάλιση

υγείας, ώστε να διαπιστωθεί εάν αυτοί οι πολίτες αυξάνουν το κόστος υγείας σε μια κοινωνία. Η έρευνα αυτή είχε ως σκοπό να επιλύσει το παραπάνω ζήτημα, και στηρίχθηκε στο θεωρητικό πλαίσιο που έθεσε ο R. Favaloro αναφέροντας, ότι η αύξηση των εισοδημάτων του πληθυσμού είναι πλασματική, αφού τα τελευταία 30 χρόνια υπήρξε άνιση κατανομή του πλούτου σε παγκόσμιο επίπεδο. Συγκεκριμένα από το 1960 έως το 1991, και θεωρώντας ότι το μερίδιο κατανομής του παγκόσμιου εισοδήματος που αντιστοιχεί σε “φτωχούς” και “πλούσιους” αγγίζει το 20% , μέσω της άνισης κατανομής του πλούτου οι ανώτερες κοινωνικά – εισοδηματικά τάξεις κατάφεραν να αυξήσουν τα εισοδήματά τους από 70% σε 85% στη παγκόσμια κλίμακα εισοδημάτων, αντιθέτως οι χαμηλές κοινωνικά – εισοδηματικά τάξεις υπέστησαν μείωση στα συνολικά τους εισοδήματα από 2,3% σε 1,4%. Τα ανωτέρω στοιχεία δημοσιεύτηκαν από την Παγκόσμια Τράπεζα και επιβεβαίωσαν αυτή την ανισοκατανομή του πλούτου.

Αυτό μπορεί να οδηγήσει στο συμπέρασμα ότι τα κοινωνικά στρώματα που κατέχουν ένα σημαντικό εισόδημα διαθέτουν αρκετά μεγάλα χρηματικά ποσά για την υγεία τους, την ίδια στιγμή που κάποιοι συμπολίτες τους δεν είναι σε θέση να προβούν ακόμα και σε βασικές δαπάνες υγείας. Η έρευνα αυτή κατάφερε να αποδείξει ότι πράγματι οι χαμηλές κοινωνικά - εισοδηματικά τάξεις που καλύπτονται μόνο από τη βασική ασφάλιση υγείας, φαίνεται να νοσηλεύονται για περισσότερες ημέρες στα νοσοκομεία των χωρών τους, με αποτέλεσμα να ανεβάζουν σημαντικά το κόστος υγείας απαιτώντας την συνεχή διάθεση περισσότερων πόρων.

Ένας ακόμα πολύ σημαντικός παράγοντας που φαίνεται ότι επιδρά θετικά στην αύξηση των δαπανών υγείας φαίνεται να είναι ο δημογραφικός παράγοντας, με εκτενή αναφορά στην γήρανση του πληθυσμού. Γεγονός αποτελεί η άποψη, ότι ο πληθυσμός άνω των 65 ετών έχει σημειώσει μεγάλη αύξηση τις τελευταίες δεκαετίες, με πολλές έρευνες να επιβεβαιώνουν την κλασική άποψη που τονίζει τις επιπτώσεις της γήρανσης του πληθυσμού στην συνολική κατανάλωση υπηρεσιών υγείας.

Στον αντίποδα αυτής της άποψης, βρίσκονται άλλοι επιστήμονες οι οποίοι υποστηρίζουν ότι το φαινόμενο της γήρανσης του πληθυσμού έχει

υπερεκτιμηθεί ως επιβαρυντικός παράγοντας του κόστους των υπηρεσιών υγείας. Με το φαινόμενο αυτό μάλιστα, να επιβαρύνει περισσότερο τις συντάξεις παρά τον κλάδο της υγείας. Επιπλέον, ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού αυτού παρουσιάζεται να έχει καλή κατάσταση υγείας, να συμμετέχει ενεργά στην αγορά εργασίας και κατά συνέπεια να προσφέρει για περισσότερα χρόνια. Με το υψηλό κόστος υγείας, να συνδέεται και να αυξάνεται κατά μεγάλο ποσοστό από την προσπάθεια ανακούφισης ασθενών οι οποίοι τελικά καταλήγουν, γεγονός που δεν φαίνεται να έχει αλληλένδετη σχέση με τον ηλικιακό παράγοντα.

Ένας άλλος παράγοντας που θα αναφερθεί παρακάτω, και θεωρείται ότι δρα επιβαρυντικά στο κόστος των συστημάτων υγείας καθώς και συνδέεται άμεσα με την ιατρική θεραπευτική πράξη είναι αυτός της βιοϊατρικής τεχνολογίας. Παράγοντας ο οποίος θα εξεταστεί όχι μόνο ως προς την εξέλιξη και υιοθέτησή του αλλά και ως προς την αλόγιστη και μη ορθολογική του χρήση.

Οι οικονομολόγοι έχοντας ως σκοπό τους να εξηγήσουν την υιοθέτηση της βιοϊατρικής τεχνολογίας δημιούργησαν τρία μοντέλα νοσοκομειακής συμπεριφοράς που σχετίζονται με τρία διαφορετικά κριτήρια: α) το κριτήριο της τιμής, β) το κριτήριο της τεχνολογίας και γ) το κριτήριο της χρησιμότητας. Πιο συγκεκριμένα, το μοντέλο ανταγωνισμού στην τιμή, που υποθέτει ότι τα νοσοκομεία αντιμετωπίζουν μια μείωση στην καμπύλη της ζήτησης τους και κατά συνέπεια μειώνονται τα έσοδά τους. Προκειμένου να αυξήσουν τα έσοδα, τα νοσοκομεία αγοράζουν νέα τεχνολογία και αυξάνουν την ζήτηση. Το μοντέλο ανταγωνισμού στην τεχνολογία, το οποίο προκύπτει από τον συνδυασμό της θεωρίας μεγιστοποίησης των πωλήσεων των υπηρεσιών υγείας και της θεωρίας του καταναλωτισμού. Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό, τα νοσοκομεία υιοθετούν την τεχνολογία προκειμένου να είναι σε θέση να μπορούν να την διαθέσουν πρώτα στα όρια μιας γεωγραφικής περιοχής, καθώς και να μην υστερούν σε σχέση με τα άλλα νοσοκομεία στη περιοχή τους. Τέλος, το μοντέλο μεγιστοποίησης της χρησιμότητας εξετάζει τις νέες τεχνολογίες και τελικά τις υιοθετεί, εφόσον παράγονται θετικά υγειονομικά αποτελέσματα και μεγαλύτερη πληθυσμιακή κάλυψη.

Στην άποψη της θέσπισης κριτηρίων ώστε να προαχθεί η υιοθέτηση νέων τεχνολογιών, φαίνεται να συμφωνούν πέρα από τους οικονομολόγους και άλλοι επιστήμονες, οι οποίοι θεωρούν ότι η υιοθέτηση της τεχνολογίας δεν συμβάλλει στην αύξηση του νοσοκομειακού κόστους, εφόσον η υιοθέτησή της από μια μονάδα υγείας, στηρίζεται στην πρότερη αξιολόγησή της. Η χρήση προηγμένης τεχνολογίας μπορεί να μειώσει το κόστος, μόνο στη περίπτωση όπου η τεχνολογία που ήδη διαθέτει η μονάδα είναι λιγότερο αποτελεσματική από τη νέα τεχνολογία.

### **1.3 Αποτίμηση της αποδοτικότητας των συστημάτων υγείας**

Ο βασικότερος ίσως δείκτης για την αποτίμηση ενός συστήματος υγείας είναι η αποδοτικότητά του, η οποία μπορεί να μετρηθεί με διάφορους τρόπους. Οι επιστήμονες μελέτησαν την ποιότητα των συστημάτων υγείας, συλλέγοντας ερωτηματολόγια από ασθενείς, με σκοπό να συγκρίνουν και να μελετήσουν, αν τα συγκεκριμένα συστήματα υγείας πληρούν τα θεωρητικά επίπεδα ποιότητας που έχει θέσει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας και να εντοπίσουν ομοιότητες και διαφορές μεταξύ των συστημάτων. Η αποδοτικότητα ενός συστήματος υγείας, περιλαμβάνει θέματα ποιοτικά, όπως για παράδειγμα η διαφύλαξη της αξιοπρέπειας των ασθενών, αλλά και ζητήματα με κατεύθυνση προς τον ασθενή ως πελάτη, όπως είναι η ποιότητα στην παροχή υπηρεσιών, το δικαίωμα στην επιλογή ιατρού και η ελεύθερη πρόσβαση στην κοινωνική ασφάλιση. Οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι σε ορισμένους τομείς, υπάρχει ελάχιστη διαφορά μεταξύ των απαντήσεων των ασθενών, ενώ σε άλλους, οι διαφορές ήταν αρκετά μεγάλες, όπως σε θέματα που αφορούσαν τη συνταγογράφηση φαρμάκων και την κάλυψη του κόστους από ασφαλιστικούς φορείς.

Πάντως, η απόδοση ενός συστήματος υγείας αποτιμάται περισσότερο σε πραγματικούς όρους ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, παρά σε δείκτες. Μία διαφορετική προσέγγιση για τα συστήματα υγείας, προσπάθησαν να δώσουν οι επιστήμονες, μελετώντας ένα αποκεντρωμένο σύστημα υγείας, όσον αφορά τη χρηματοδότηση και συγκεκριμένα παρακολούθησαν το οριακό αποτέλεσμα στις συμπεριφορικές αντιδράσεις των διαφορετικών εισοδηματικών κατηγοριών στις αλλαγές της

χρηματοδότησης του συστήματος υγείας, υπολογίζοντας την κατανομή των δημοσίων δαπανών.

Παράλληλα μελέτησαν τις επιδράσεις των αλλαγών των δημοσίων δαπανών πάνω στις ιδιωτικές, μετατρέποντας τους μέσους δείκτες από την ανάλυση των δεδομένων, σε οριακούς δείκτες. Η αύξηση των δημοσίων δαπανών υγείας, οδήγησε σε αύξηση της χρησιμότητας του συστήματος υγείας για τις φτωχότερες ομάδες του πληθυσμού. Επίσης, διαπίστωσαν ότι οι διαφορετικές πηγές χρηματοδότησης, επηρέαζαν τη διαχείριση των δαπανών, όπως για παράδειγμα, οι τοπικές χρηματοδοτήσεις του συστήματος, διοχετεύονταν με σκοπό την κάλυψη των καθημερινών χρηματοδοτικών αναγκών, ενώ οι κεντρικές χρηματοδοτήσεις πήγαιναν σε επενδύσεις για το σύστημα υγείας, άμεσα ή έμμεσα.

Επιπλέον, μελέτησαν τους κοινωνικούς παράγοντες που επηρεάζουν τη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας και προσπάθησαν να εξάγουν συμπεράσματα σχετικά με την ανισότητα στην πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας από τις διαφορετικές ηλικιακές και εισοδηματικές ομάδες του πληθυσμού. Η ισότητα στην πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας, είναι ένας από τους σημαντικότερους δείκτες μέτρησης της αποδοτικότητας ενός συστήματος υγείας. Η έρευνα διεξήχθη με τη χρήση ερωτηματολογίων, όπου οι ασθενείς καλούνταν να αναφέρουν, τους λόγους που τους οδήγησαν να χρησιμοποιήσουν τη συγκεκριμένη υπηρεσία υγείας, καθώς και το εκτιμώμενο από τους ίδιους επίπεδο της υγείας τους. Με την συγκεκριμένη μέθοδο, οι ερευνητές εξήγαγαν σημαντικά ποιοτικά ευρήματα σχετικά με τα επίπεδα της υγείας του πληθυσμού ανά εισοδηματική κατηγορία, ανά επίπεδο εκπαίδευσης και μόρφωσης και ανά τόπο κατοικίας. Σημαντικό στοιχείο από την έρευνα που πραγματοποιήθηκε, είναι ότι η ζήτηση για υπηρεσίες υγείας συνδέεται άμεσα με την ηλικία του πληθυσμού και λιγότερο με το φύλο.

Όσον αφορά τις δαπάνες υγείας, οφείλονται στο μεγαλύτερο ποσοστό τους, περίπου το 90% σε θεραπεία, ενώ το 9% των δαπανών, οφείλεται σε πρόληψη και αποκατάσταση. Τα αποτελέσματά αυτά, εξηγούν την υπάρχουσα υγειονομική κατάσταση που επικρατεί στις χώρες, στον τομέα της υγείας. Επίσης, αποδείχτηκε ότι η πρόσβαση στα συστήματα υγείας, ευνοεί τους αδύνατους οικονομικά πολίτες, σε σχέση με τους εύπορους

οικονομικά πολίτες, αν και όπως επισημαίνεται ότι η γενίκευση του συγκεκριμένου αποτελέσματος, θα ήταν παρακινδυνευμένη. Ωστόσο, το σύστημα υγείας που μελέτησαν οι ερευνητές, εφαρμόζει με επιτυχία έναν από τους βασικότερους στόχους που πρέπει να διαθέτει ένα τέτοιο σύστημα, η ελεύθερη και καθολική πρόσβαση όλων των πολιτών στα συστήματα, με ιδιαίτερη φροντίδα για τους ασθενέστερους και τους ηλικιωμένους.

Έναν άλλος παράγοντα για την αξιολόγηση των συστημάτων υγείας, αποτελεί η αποτίμηση των δημοσίων επενδύσεων για την υγεία. Η οικονομική επένδυση στον υγειονομικό τομέα, αποδεικνύεται συχνά αβέβαιη, αφού το ρίσκο ανάληψης μίας επένδυσης, αποτιμάται σε οικονομικούς όρους. Υπάρχουν δύο τύποι επενδύσεων για τις δημόσιες δαπάνες, στον πρώτο τύπο επενδύσεων, τα οφέλη και τα κόστη, προέρχονται από το κράτος και διανέμονται, μέσω της γενικής φορολογίας σε όλους τους πολίτες. Ο διαχωρισμός του κόστους σε τόσο μικρά μερίδια, ανά πολίτη, μηδενίζει ουσιαστικά το κόστος για τον καθένα ξεχωριστά, ενώ ταυτόχρονα μεγιστοποιεί τη χρησιμότητα, αφού επωφελείται ολόκληρο το κοινωνικό σύνολο, έτσι η επένδυση θεωρείται χωρίς καμία αβεβαιότητα επιτυχής. Στον δεύτερο τύπο επενδύσεων, ένα σημαντικό ποσοστό της επένδυσης, βαρύνει άμεσα ένα ποσοστό των πολιτών και έτσι η οικονομική επένδυση, παρουσιάζει αβεβαιότητα.

Αξιοποιώντας κατάλληλα τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την έρευνα, μετρήθηκαν τα οφέλη από την ανάληψη των επενδύσεων με αβεβαιότητα, δηλαδή επενδύσεις που περιέχουν ρίσκο. Η μέτρηση των ωφελειών μιας επένδυσης στον τομέα της υγείας με τη χρήση των μελλοντικών αξιών, είναι αρκετά επικίνδυνη. Ένας εναλλακτικός τρόπος υπολογισμού μίας επένδυσης, θα ήταν η χρήση των αναμενόμενων τιμών, διορθωμένων κατά έναν παράγοντα που συνυπολογίζει και το ρίσκο. Ωστόσο, ακόμη και με τη χρήση των νέων μεθόδων συνυπολογισμού της αβεβαιότητας για μια επένδυση, οι δαπάνες για την υγεία, συμπεριφέρονται διαφορετικά από τις υπόλοιπες δημόσιες δαπάνες. Τα θετικά αποτελέσματα τα οποία προκύπτουν από μία επένδυση υγείας, δεν μπορούν να γενικευθούν για ολόκληρο τον πληθυσμό, ούτε και να κατανεμηθούν σωστά, ώστε η επένδυση μετά την κατανομή να μην περιέχει καμία αβεβαιότητα. Αυτό συμβαίνει, διότι οι άμεσα ωφελούμενοι



από την επένδυση υγείας, είναι όσοι έχουν ανάγκη για τη λήψη μιας υπηρεσίας υγείας.

Επίσης, ένας ακόμη παράγοντας με τον οποίο ασχολήθηκαν οι ερευνητές, είναι η επίδραση της γήρανσης του πληθυσμού στη ζήτηση για αγορά υπηρεσιών υγείας και στην αποδοτικότητα των συστημάτων υγείας. Η αύξηση του προσδόκιμου ορίου ζωής, εισήγαγε νέα δεδομένα στον τρόπο κατά τον οποίο αντιμετωπιζόταν η διαχείριση των συστημάτων υγείας από τις εκάστοτε κυβερνήσεις. Η αύξηση του ποσοστού των ατόμων της τρίτης ηλικίας, οδήγησε σε αύξηση της ζήτησης για παροχή υπηρεσιών υγείας και ταυτόχρονα αύξησε και τις συνολικές δαπάνες για τη χρηματοδότηση των συστημάτων. Μάλιστα, ορισμένοι υποστηρίζουν ότι το κόστος για τα συστήματα υγείας, των τελευταίων δύο ετών ζωής των υπέργηρων, είναι αυτό που εκτοξεύει τις δημόσιες δαπάνες υγείας, όπου σχεδόν το 30% όλων των δαπανών του προγράμματος Medicare των Η.Π.Α. οφείλονται στις δαπάνες των υπηρεσιών υγείας, του τελευταίου έτους ζωής.

Οι ερευνητές ασχολήθηκαν με την επίδραση της γήρανσης του πληθυσμού στις φαρμακευτικές δαπάνες για ένα σύστημα υγείας, αναλύοντας αρχικά την επίδραση της γήρανσης του πληθυσμού στις συνολικές δαπάνες υγείας, είτε είναι ιδιωτικές είτε είναι δημόσιες και ύστερα τη συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας και της φαρμακευτικής δαπάνης των ατόμων που επέζησαν, σε σχέση με εκείνους που απεβίωσαν. Προσπάθησαν να προβλέψουν τις μελλοντικές φαρμακευτικές δαπάνες υγείας έως το 2025, ενώ το ποσοστό των ατόμων με ηλικία μεγαλύτερη των 75 ετών, θα έχει αυξηθεί περίπου κατά 50%, και αναμένεται μία αύξηση στις φαρμακευτικές δαπάνες υγείας, εξαιτίας της γήρανσης του πληθυσμού.

Οι φαρμακευτικές δαπάνες, αυξάνονται ελάχιστα, όσο πλησιάζει ένας υπερήλικας στα τελευταία έτη της ζωής του και μάλιστα, δεν υπάρχει συσχέτιση με το τελευταίο έτος ζωής, όπως απέδειξαν άλλες μελέτες. Οι ερευνητές, προτείνουν στην πολιτεία να εστιάσει στην συνταγογράφηση οικονομικότερων φαρμάκων και όχι στη χρήση σκευασμάτων από τους μεγαλύτερους σε ηλικία πολίτες, αν θέλει να μειώσει τις φαρμακευτικές δαπάνες στο σύστημα υγείας. Μελέτησαν την επίδραση της γήρανσης του πληθυσμού στην αποδοτικότητα της νοσοκομειακής περίθαλψης και της μακροχρόνιας περίθαλψης, χρησιμοποιώντας στατιστικά δεδομένα της

πολιτείας, εφαρμόζοντας δύο πιθανά σενάρια. Στο πρώτο σενάριο, δεν αναμένεται να αυξηθεί παραπάνω το προσδόκιμο όριο ζωής, ενώ στο δεύτερο, το προσδόκιμο όριο ζωής θα αυξανόταν με το πέρασμα του χρόνου.

Στην περίπτωση της νοσοκομειακής περίθαλψης, εφαρμόστηκαν δύο διαφορετικές μεθόδους για την ανάλυση των αποτελεσμάτων. Στην πρώτη, μελετήθηκε η χρησιμότητα της νοσοκομειακής περίθαλψης σε σχέση με το φύλο και την ηλικία, ενώ στην δεύτερη υπήρχε κατηγοριοποίηση των αποτελεσμάτων, ανάλογα με την ηλικία και με το γεγονός αν ο ασθενής επιβίωσε ή απεβίωσε. Αποδείχτηκε ότι η γήρανση του πληθυσμού παίζει αρκετά σημαντικό ρόλο στην αύξηση της ζήτησης, για νοσοκομειακή περίθαλψη σε ένα σύστημα υγείας, αν και οφείλεται περισσότερο σε ουσιαστικές αλλαγές των ασθενειών και της ηλικιακής διασποράς του πληθυσμού. Όσον αφορά τη μακροχρόνια περίθαλψη, οι ερευνητές επισημαίνουν ότι στο μέλλον οι ανάγκες για παροχή τέτοιου είδους φροντίδας, θα αυξηθούν δραματικά. Τέλος, καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι οι αλλαγές που αναμένεται να πραγματοποιηθούν σε επίπεδο ημερών νοσηλείας στα νοσοκομεία, εξαιτίας της γήρανσης του πληθυσμού και της διαφοροποίησης των θεραπευτικών πρωτοκόλλων των ασθενειών, θα απαιτήσουν την αναδιοργάνωση των νοσηλευτικών ιδρυμάτων ώστε να μπορέσουν να ανταπεξέλθουν στον αύξημένο αριθμό περιστατικών που θα υπάρχουν.

#### **1.4 Ανακεφαλαίωση**

Οι συνολικές δαπάνες ενός συστήματος υγείας, αποτελούν ένα σημαντικό κομμάτι για τον κρατικό προϋπολογισμό μιας χώρας και για αυτό υπάρχουν αρκετές στατιστικές μελέτες που πραγματοποιούνται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας για τον τομέα της υγείας. Συνήθως, οι ερευνητές μελετούν τις δαπάνες αυτές ενιαία, ως συνολικές δαπάνες υγείας και στη συνέχεια τις συγκρίνουν με άλλους δείκτες της οικονομίας όπως για παράδειγμα, το Α.Ε.Π. και το συνολικό εισόδημα των πολιτών. Ωστόσο, ορισμένοι ερευνητές επικεντρώνουν την μελέτη και σε επιμέρους στοιχεία των συνολικών δαπανών υγείας σε ένα σύστημα. Άλλοι μελετούν με βάση τα συστατικά των υπηρεσιών κατά φορέα και κατά πάροχο,

δηλαδή νοσοκομεία, ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό και ασφαλιστικοί οργανισμοί, είτε είναι δημόσιοι είτε ιδιωτικοί, ενώ άλλοι με βάση τις πηγές χρηματοδότησης, για παράδειγμα δημόσιες και ιδιωτικές πηγές, ενώ ορισμένοι, συμπεριλαμβάνουν και ποιοτικούς δείκτες για την εξαγωγή σωστών συμπερασμάτων, που επηρεάζουν το ύψος των συνολικών νοσοκομειακών και φαρμακευτικών δαπανών υγείας, όπως η ηλικία σε συνδυασμό με τη γήρανση του πληθυσμού, ο τρόπος ζωής των πολιτών σε συνδυασμό με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά.

Οι βασικότεροι παράγοντες που επηρεάζουν το ύψος των συνολικών δαπανών σε ένα σύστημα υγείας, είναι το εισόδημα των πολιτών και η ηλικία. Η γήρανση του πληθυσμού, αυξάνει τη ζήτηση για παροχή των υπηρεσιών υγείας επιβαρύνοντας με αυτό τον τρόπο, τον κρατικό προϋπολογισμό. Από την άλλη πλευρά, το κράτος προσπαθεί να μειώσει τις συνολικές δαπάνες για την υγεία, διατηρώντας όμως υψηλό και σταθερό επίπεδο στην ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχει, αλλά και διασφαλίζοντας την καθολική πρόσβαση στις υπηρεσίες αυτές, μετακυλώντας ένα μέρος των δαπανών στους ασθενείς, δηλαδή τους καταναλωτές. Συνεπώς, το εισόδημα των ασθενών, είναι εξίσου σημαντικός παράγοντας για τη ζήτηση των υπηρεσιών υγείας. Ορισμένοι από τους παράγοντες για τον καθορισμό της ζήτησης υπηρεσιών υγείας, μπορούν να επηρεαστούν από τις πολιτικές υγείας που χρησιμοποιεί το κράτος. Η μελέτη των παραγόντων εκείνων, που μπορούν να καθοριστούν από το κράτος, όπως για παράδειγμα η αποδοτικότητα του συστήματος υγείας, η δραστηριότητα και το κόστος λειτουργίας των μονάδων υγείας, είναι αρκετά σημαντική και εξάγει χρήσιμα συμπεράσματα σχετικά με τις ακολουθούμενες πολιτικές υγείας.

Οι δείκτες που μετρούν την αποδοτικότητα των συστημάτων υγείας, συγκρίνονται με τους οικονομικούς δείκτες, με αποτέλεσμα να εμφανίζονται οι αδυναμίες των συστημάτων υγείας και να λαμβάνονται τα αναγκαία διορθωτικά μέτρα για την καλύτερη εξυπηρέτηση των πολιτών. Η συλλογή των στατιστικών δεδομένων για ανάλυση από διαφορετικές χώρες, περιέχει κινδύνους για σημαντικά λάθη κατά τη διάρκεια της ανάλυσης, εξαιτίας της διαφορετικότητας των παραμέτρων και των μεθόδων συλλογής τους. Οι ερευνητές οφείλουν κατά τη διάρκεια της ανάλυσης, να ακολουθήσουν κάποια συγκεκριμένα πρότυπα και

μεθοδολογίες, οι οποίες βοηθούν στην εξαγωγή σωστών και αμερόληπτων αποτελεσμάτων.

Στο συγκεκριμένο κεφάλαιο, επιχειρήθηκε να δοθεί έμφαση σε διαφορετικούς άξονες, οι οποίοι καθορίζουν τη μελέτη των συνολικών δαπανών υγείας σε ένα σύστημα και πάνω σε αυτούς, στηρίχθηκε και η δική μας ανάλυση. Ο δείκτης της αποδοτικότητας ενός συστήματος υγείας, επηρεάζει και την χρηματοδότησή του. Ένα οικονομικά αποδοτικότερο σύστημα υγείας, μεγιστοποιεί τα οφέλη του, ελαχιστοποιώντας το ύψος για τις συνολικές δαπάνες υγείας. Έτσι, η μελέτη του δείκτη της αποδοτικότητας των συστημάτων υγείας εξαρτάται άμεσα από μια σειρά συγκεκριμένων δεικτών, που είναι πολύ σημαντικοί για τον έλεγχο του ύψους των συνολικών δαπανών για την υγεία.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΥΓΕΙΑΣ

### 2.1 Διακρατική σύγκριση του μεγέθους της υγειονομικής δαπάνης

Μετά την ταχεία αύξηση των κοινωνικών δαπανών στη δεκαετία του 1960 και στις αρχές της δεκαετίας του 1970, η οποία καταγράφηκε στις περισσότερες χώρες του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ), επήλθε περίοδος ύφεσης, απόρροια της πετρελαϊκής κρίσης του 1974, που σε συνδυασμό με την αυξανόμενη ανεργία, αποτέλεσαν τις βασικές αιτίες της κρίσης του κοινωνικού κράτους πρόνοιας στο τέλος της δεκαετίας του 1970 . Ωστόσο, οι δαπάνες υγείας, συνέχισαν την ανοδική τους πορεία σε πραγματικούς όρους και το γεγονός αυτό είχε ως αποτέλεσμα αρκετές χώρες να βρεθούν αντιμέτωπες με χρηματοδοτικά ελλείμματα. Για την αντιμετώπιση αυτού του προβλήματος πολλές κυβερνήσεις περιόρισαν τους πόρους που διέθεταν σε άλλους τομείς της οικονομίας, έλαβαν μέτρα αύξησης της αποδοτικότητας του υγειονομικού τομέα και το σημαντικότερο, μετακύλησαν μέρος των συνολικών υγειονομικών δαπανών στην ιδιωτική δαπάνη .

Και στις επόμενες όμως δεκαετίες του 1980 και στις αρχές του 1990 συνεχίστηκε η ανοδική πορεία των συνολικών δαπανών υγείας στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες. Μάλιστα, τα τέσσερα πρώτα χρόνια της δεκαετίας του 1990 (1990-1993) παρατηρείται σημαντικά μεγαλύτερη αύξηση στις υγειονομικές δαπάνες σε σχέση με την εξαετία 1993-1998, οπότε οι περισσότερες χώρες εφάρμοσαν μέτρα συγκράτησης του κόστους, γεγονός που επιβεβαιώνεται και από το σχεδόν σταθερό ή ακόμη και συγκριτικά μικρότερο ποσοστό του ΑΕΠ που διατίθεται για την υγεία τη συγκεκριμένη περίοδο (1993-1998).

Όσον αφορά την περίοδο 1998-2012 παρατηρείται δραματική αύξηση του ποσοστού του ΑΕΠ που κατευθύνεται στον υγειονομικό τομέα στις χώρες του ΟΟΣΑ ως αποτέλεσμα της ταχείας εξέλιξης της ιατρικής τεχνολογίας, της γήρανσης του πληθυσμού και των ισχυρών κοινωνικών πιέσεων απόρροια των μέτρων συγκράτησης του κόστους που είχαν εφαρμόσει πολλές χώρες τα προηγούμενα χρόνια. Επίσης, και στις χώρες της πρώην

Σοβιετικής Ένωσης, τη δεκαετία του 1990, σημειώθηκε άνοδος στις υγειονομικές δαπάνες ως ποσοστό του ΑΕΠ, που αποδίδεται κύρια στην οικονομική ύφεση, παρά σε πραγματική αύξηση των δαπανών που κατευθύνονταν στον τομέα της υγείας. Γενικά, το ύψος και η διαχρονική εξέλιξη των δαπανών υγείας φαίνεται να επηρεάζεται από το ισχύον σε κάθε χώρα σύστημα χρηματοδότησης κοινωνικής ασφάλισης. Στην Ελλάδα η κατάσταση είναι μικτή με την έννοια ότι δεν υπάρχει υπεροχή του ενός τρόπου χρηματοδότησης απέναντι στον άλλο. Αντίθετα, το κύριο σημείο διαφοράς από όλες τις χώρες της Ε.Ε είναι η μεγάλη ιδιωτική δαπάνη .

Τέλος, αναφερόμενοι στις πραγματικές κατά κεφαλήν υγειονομικές δαπάνες το προβάδισμα έχουν οι ΗΠΑ. Ωστόσο, οι υψηλότερες κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας στις ΗΠΑ σε σχέση με την Ευρώπη, δεν συνοδεύονται και από αντίστοιχα βελτιωμένα αποτελέσματα υγείας. Για παράδειγμα ενώ ο μέσος όρος του προσδόκιμου επιβίωσης στις Ευρωπαϊκές χώρες ήταν 77,47 έτη το 2002, στις ΗΠΑ δεν ξεπερνούσε τα 77,1 χρόνια, γεγονός που επιβεβαιώνει την άποψη ότι το ύψος των υγειονομικών δαπανών επηρεάζει σε μικρό μόνο ποσοστό την κατάσταση υγείας του πληθυσμού.

## **2.2 Η κατανομή των υγειονομικών δαπανών ανά τομέα περίθαλψης**

Μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ παρατηρούνται αξιοσημείωτες διαφοροποιήσεις στην κατανομή των υγειονομικών δαπανών ανά τομέα περίθαλψης, με κοινό πάντως τόπο σε όλες σχεδόν τις περιπτώσεις την αυξημένη δαπάνη για νοσοκομειακή περίθαλψη η οποία πολλές φορές αγγίζει κατά μέσο όρο το 38% των συνολικών δαπανών υγείας. Δεύτερη στην κατάταξη ακολουθεί η εξωνοσοκομειακή περίθαλψη (περιλάμβανε και 22 υπηρεσίες κατ' οίκον νοσηλείας) με 31%, και στη συνέχεια η φαρμακευτική η οποία περιλάμβανε και την αγορά θεραπευτικών συσκευών και υγειονομικού υλικού με 21%. Τέλος, και παρά το έντονο ενδιαφέρον της επιστημονικής κοινότητας στους τομείς της πρόληψης και της δημόσιας υγείας, οι χώρες του ΟΟΣΑ διαθέτουν κατά μέσο όρο μόλις το εναπομείναν 10% των συνολικών δαπανών υγείας, στη συλλογική φροντίδα υγείας. Αξίζει ωστόσο να επισημανθεί ότι σε ορισμένες χώρες

παρατηρούνται σημαντικές παρεκκλίσεις από το μέσο όρο δαπάνης ανά τομέα περίθαλψης, γεγονός που αντανακλάται και στις παρεχόμενες υπηρεσίες. Έτσι, ενώ στην Ευρώπη μόλις το 20% του πληθυσμού ηλικίας 50+ έχει υποβληθεί σε προσυπτωματικό έλεγχο για καρκίνο, στις ΗΠΑ το αντίστοιχο ποσοστό αγγίζει το 50%. Η έμφαση που δίδεται στις ΗΠΑ στην προληπτική ιατρική έχει ως αποτέλεσμα ο νοσοκομειακός τομέας να απορροφά λιγότερο από 30% των συνολικών δαπανών υγείας, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στο Μεξικό, τη Δανία, την Ολλανδία και την Ελβετία είναι μεγαλύτερο από 45%. Επίσης, ενώ η Ουγγαρία και η Σλοβακία δαπανούν σχεδόν 40% των συνολικών δαπανών υγείας για φαρμακευτικά και θεραπευτικά προϊόντα (καθώς οι υπόλοιποι τομείς είναι υποανάπτυκτοι), η Δανία, η Ελβετία και οι ΗΠΑ διαθέτουν λιγότερο από 15% των συνολικών δαπανών υγείας στο συγκεκριμένο τομέα περίθαλψης, δεδομένων των υψηλών ποσοστών (από το σύνολο των υγειονομικών δαπανών) που απορροφούν οι υπόλοιποι τομείς.

Επιπρόσθετα, σημαντικές διαφοροποιήσεις καταγράφονται και ως προς τις δαπάνες που διατίθενται ανά τομέα περίθαλψης σε απόλυτους αριθμούς ακόμη και μεταξύ χωρών με παραπλήσια ποσοστιαία κατανομή. Έτσι, ενώ η Ουγγαρία και οι ΗΠΑ δαπανούν περίπου το ίδιο ποσοστό για νοσοκομειακή περίθαλψη, στην πραγματικότητα λαμβάνοντας υπόψη εκτιμήσεις με χρηματικές μονάδες οι ΗΠΑ διαθέτουν 5,2 φορές περισσότερα χρήματα για το νοσοκομειακό τομέα από ότι η Ουγγαρία. Κι ακόμη, παρότι η Ουγγαρία διαθέτει 30% των συνολικών της δαπανών για φαρμακευτικά είδη και θεραπευτικά προϊόντα, συγκρινόμενη με τις ΗΠΑ όπου μόλις το 12% κατευθύνεται σε αυτόν τον τομέα, στην πραγματικότητα οι ΗΠΑ δαπανούν 2,1 φορές περισσότερα χρήματα από ότι η Ουγγαρία (για φάρμακα και θεραπευτικό εξοπλισμό).

Οι υφιστάμενες διακρατικές διαφοροποιήσεις στη διαμόρφωση της συνολικής κατά κεφαλήν φαρμακευτικής δαπάνης θα πρέπει κύρια να αποδοθούν στα διαφορετικά επίπεδα τιμών και καταναλισκόμενων ποσοτήτων που καταγράφονται σε κάθε χώρα. Γενικά, οι χώρες με σχετικά χαμηλό ΑΕΠ έχουν την τάση να διαθέτουν μεγαλύτερο ποσοστό των συνολικών υγειονομικών τους δαπανών στη φαρμακευτική περίθαλψη, εν μέρει, επειδή τα εισαγόμενα φάρμακα έχουν υψηλότερα επίπεδα τιμών



συγκριτικά με το χαμηλό κόστος εργασίας των εγχώρια «παραγόμενων» υπηρεσιών υγείας. Πάντως, αποτελεί κοινή διαπίστωση η δυναμική και ταχέως αυξανόμενη συμμετοχή του φαρμακευτικού κλάδου στη διαμόρφωση του ύψους της συνολικής υγειονομικής δαπάνης.

Οι παρατηρούμενες διαφοροποιήσεις στον καταμερισμό της συνολικής υγειονομικής δαπάνης θα πρέπει να αποδοθούν στις συνεχείς εξελίξεις και καινοτομίες που σημειώνονται στην ιατρική τεχνολογία, στις μεταρρυθμίσεις που λαμβάνουν χώρα όσον αφορά τις μεθόδους πληρωμής και στη συνεχή έρευνα για την εξεύρεση των πλέον αποδοτικών τρόπων κατανομής των διαθέσιμων υγειονομικών πόρων, παράγοντες που διαχρονικά αλληλεπιδρούν για την τελική διαμόρφωση του ύψους της δαπάνης ανά κατηγορία υγειονομικής φροντίδας .

### **2.3 Η Χρηματοδότηση του υγειονομικού τομέα ανά φορέα πληρωμής**

Τα περισσότερα υγειονομικά συστήματα στηρίζονται σε ένα μεικτό μοντέλο δημόσιας και ιδιωτικής χρηματοδότησης. Μελετώντας τη διαδικασία άντλησης των χρηματοδοτικών πόρων, τρία είναι τα κύρια ζητήματα που πρέπει να αποσαφηνιστούν: το ποιος πληρώνει, ο τρόπος της πληρωμής, και το ποιος είναι ο υπεύθυνος φορέας είσπραξης . Έσοδα προέρχονται κύρια από τις πληρωμές του γενικού πληθυσμού και των επιχειρήσεων είτε με τη μορφή της φορολογίας είτε ως υποχρεωτικές ή / και προαιρετικές ασφαλιστικές εισφορές, ή τέλος ως άμεσες πληρωμές των χρηστών. Υπεύθυνοι φορείς είσπραξης πέραν των κυβερνητικών υπηρεσιών μπορεί να είναι ιδιωτικές κερδοσκοπικές ή μη, ασφαλιστικές εταιρείες καθώς επίσης και οι οργανισμοί κοινωνικής ασφάλισης.

Διαχρονικά, η δημόσια χρηματοδότηση υπερτερεί σημαντικά της ιδιωτικής. Απώτερος στόχος είναι η προστασία των πολιτών από τις οικονομικές συνέπειες της αρρώστιας, και η βελτίωση της ισότητας και της αποδοτικότητας των συστημάτων υγείας. Κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1970 το ποσοστό της δημόσιας χρηματοδότησης σημείωνε αυξητική πορεία, σε αντίθεση με τη δεκαετία του 1980 στην οποία κατέγραφε μείωση, για να σταθεροποιηθεί τελικά στη δεκαετία του 1990. Όσον αφορά τα τελευταία χρόνια η δημόσια συμμετοχή στη

χρηματοδότηση του υγειονομικού τομέα άρχισε και πάλι να αυξάνει . Ακόμη και στις ΗΠΑ, όπου έχει αναπτυχθεί ένα από τα πλέον ιδιωτικοποιημένα συστήματα υγείας (μόλις το ένα τρίτο του πληθυσμού καλύπτεται από την κοινωνική ασφάλιση), οι κατά κεφαλήν δημόσιες δαπάνες υγείας είναι υψηλές , κατέχουν την τρίτη θέση στην κατάταξη μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ, μετά τη Νορβηγία και το Λουξεμβούργο . Στον αντίποδα, η Ελλάδα καταλαμβάνει μια από τις τελευταίες θέσεις στην κατάταξη με τη κατά κεφαλήν δημόσια δαπάνη, ακολουθούμενη από την Ουγγαρία, την Τσεχία, την Πολωνία και το Μεξικό .

Στη συνέχεια αναλύονται οι κυριότεροι από τους χρηματοδοτικούς φορείς και παρατίθενται τα ανάλογα ποσοτικά δεδομένα, δίνοντας ιδιαίτερη έμφαση στην παρουσίαση των ιδιωτικών πηγών χρηματοδότησης της υγειονομικής δαπάνης, καθώς οι ιδιωτικές πληρωμές αποτελούν το αντικείμενο της παρούσας διπλωματικής εργασίας .

#### *Οι δημόσιες πηγές χρηματοδότησης*

Οι δημόσιες πηγές χρηματοδότησης συνίστανται κύρια στη φορολογία και την κοινωνική ασφάλιση . Οι επιβαλλόμενοι φόροι διακρίνονται σε άμεσους και έμμεσους και εφαρμόζονται σε εθνικό, περιφερειακό ή τοπικό επίπεδο. Η άμεση φορολογία περιλαμβάνει τη φορολογία εισοδήματος των φυσικών προσώπων, τη φορολογία των εταιρικών κερδών και το φόρο ακίνητης περιουσίας. Στις περιπτώσεις όπου το φορολογικό σύστημα είναι προοδευτικό δηλαδή το ποσοστό φορολόγησης αυξάνει ανάλογα με το εισόδημα, τότε ο ατομικός φόρος εισοδήματος συμβάλλει στην αναδιανομή του πλούτου μεταξύ των πλουσίων και των φτωχών. Η έμμεση φορολογία εφαρμόζεται επί των συναλλαγών (πχ αγοροπωλησίες ακινήτων) και των εμπορευμάτων και διακρίνεται σε γενική η οποία καλύπτει τις ανάγκες όλου του προϋπολογισμού, όπως στην περίπτωση του φόρου προστιθέμενης αξίας, και ειδική ή υποθηκευμένη (hypothecated), η οποία προορίζεται για καθορισμένο σκοπό, και εφαρμόζεται σε συγκεκριμένα αγαθά όπως ο φόρος επί του αλκοόλ ή του καπνού (γνωστοί και ως «φόροι αμαρτίας»-«sin taxes»).

Από την άλλη πλευρά, η κοινωνική ασφάλιση, σε σχέση με την ιδιωτική, διαθέτει σημαντικά μεγαλύτερη δεξαμενή κάλυψης του ασφαλιστικού

κινδύνου (risk pool) καθώς η ασφαλιστική της βάση δεν περιορίζεται στους ασφαλισμένους μιας εταιρείας αλλά περιλαμβάνει μεγάλες ομάδες του πληθυσμού. Οι εισφορές υπολογίζονται βάσει του εισοδήματος και της δυνατότητας πληρωμής, ανεξάρτητα από τον κίνδυνο εκδήλωσης ασθένειας, είναι συνήθως υποχρεωτικές και καταβάλλονται από κοινού από τους εργοδότες και τους εργαζόμενους, προάγοντας έτσι τις έννοιες της κοινωνικής αλληλεγγύης και της κοινωνικής δικαιοσύνης. Ωστόσο, μειονέκτημα αποτελεί το γεγονός ότι σε ορισμένα ασφαλιστικά συστήματα οι ασφαλισμένοι επιλέγονται βάσει της επαγγελματικής τους κατάστασης ή των καταβαλλόμενων εισφορών, γεγονός που περιορίζει την πρόσβαση των μη εργαζόμενων (ηλικιωμένοι, άνεργοι, μακροχρόνια άρρωστοι) στις υπηρεσίες υγείας. Το πρόβλημα αυτό συνήθως αντιμετωπίζεται με την κάλυψη των προαναφερόμενων ομάδων, από φορολογικά έσοδα ώστε να μπορούν να απολαμβάνουν τα ίδια προνόμια με τον υπόλοιπο πληθυσμό .

Τα έσοδα από τη φορολογία αποτελούν την κυριότερη πηγή χρηματοδότησης στη Δανία, στην Ιταλία, στην Ισπανία, στην Ιρλανδία, στον Καναδά και στη Φιλανδία. Από την άλλη πλευρά, η κοινωνική ασφάλιση αποτελεί τη βασική πηγή χρηματοδότησης του υγειονομικού τομέα στη Γαλλία, στη Γερμανία, στην Ουγγαρία, στην Ολλανδία, στην Τσεχία, στο Λουξεμβούργο και στη Σλοβακία. Τέλος, με σχεδόν ισοδύναμα ποσοστά από τη φορολογία και την κοινωνική ασφάλιση χρηματοδοτούνται τα υγειονομικά συστήματα στην Ελλάδα και στην Αυστρία.

#### *Οι ιδιωτικές πηγές χρηματοδότησης*

Ακολούθως παρουσιάζονται οι ιδιωτικές πηγές κατά φθίνουσα σειρά όσον αφορά τη συμμετοχή της κάθε μιας στη χρηματοδότηση της δαπάνης υγείας.

#### *Οι δωρεές από φιλανθρωπικές οργανώσεις και οι εργοδοτικές υγειονομικές δαπάνες*

Οι περισσότερες χώρες του τρίτου κόσμου με πολύ χαμηλό ΑΕΠ στηρίζονται σε σημαντικό βαθμό στην εξωτερική βοήθεια (δωρεές από μη

κυβερνητικούς οργανισμούς) για να χρηματοδοτήσουν τον τομέα της υγείας. Στην Αφρική για παράδειγμα το 20% των συνολικών δαπανών υγείας προέρχεται από εξωτερική βοήθεια, ενώ σε κάποιες άλλες χώρες το αντίστοιχο ποσοστό αγγίζει το 50%. Ωστόσο, σημείο προβληματισμού αποτελεί το αν οι δωρεές αυξάνουν την καθαρή δαπάνη υγείας ή αν απλώς υποκαθιστούν μέρος της κρατικής χρηματοδότησης. Επιπρόσθετα, όταν τα έσοδα της εξωτερικής βοήθειας δεν διοχετεύονται κεντρικά προς τα ταμεία του κράτους, τότε ανακύπτουν προβλήματα, καθώς αναπτύσσονται αποσπασματικά και μη συντονισμένα υγειονομικά προγράμματα διατηρώντας έτσι χαμηλή την απόδοση του συστήματος υγείας.

Θα πρέπει ακόμη να αναφερθεί ότι η εξωτερική βοήθεια είναι επιρρεπής στις προτεραιότητες των δωρητών και ως εκ τούτου δεν μπορεί να θεωρηθεί ως πάγια πηγή χρηματοδότησης με μακροχρόνιο ορίζοντα. Από την άλλη πλευρά, οι δωρεές από εγχώριες φιλανθρωπικές οργανώσεις συνοδεύονται από το αντίστοιχο κόστος ευκαιρίας, και σε περιπτώσεις όπου ισχύουν φοροελαφρυντικές διατάξεις (για αυτές) επιφέρουν οικονομικό κόστος για το κράτος. Στις ιδιωτικές χρηματοδοτικές πηγές κατατάσσονται και οι εργοδοτικές υγειονομικές δαπάνες για την εξασφάλιση υπηρεσιών ιατρικής της εργασίας που συνίστανται σε περιοδικές προληπτικές εξετάσεις στις οποίες υποβάλλονται οι εργαζόμενοι καθώς επίσης και στην παροχή φροντίδων υγείας στον τόπο εργασίας σε έκτακτες.

### Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας

Η έγκαιρη δημιουργία των ταμείων κοινωνικής ασφάλισης στην Ευρώπη άφησε μικρά περιθώρια ανάπτυξης στην ιδιωτική ασφάλιση υγείας. Ωστόσο, τα τελευταία χρόνια έχει αναπτυχθεί έντονος προβληματισμός τόσο στη διεθνή βιβλιογραφία όσο και στην Ελλάδα γύρω από τις δυνατότητες της Ιδιωτικής Ασφάλισης Ζωής- Υγείας να συμβάλλει στα έντονα χρηματοδοτικά προβλήματα της Κοινωνικής Προστασίας. Η συζήτηση στρέφεται γύρω από το αν οι ιδιωτικοί ασφαλιστικοί οργανισμοί συνεισφέρουν στη μείωση του συνολικού κόστους με ταυτόχρονη βελτίωση της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών, λόγω της αυξημένης διαπραγματευτικής ικανότητας που έχουν ως προς τους προμηθευτές των υπηρεσιών υγείας, ή αν αποτελούν έναν μηχανισμό

επιλεκτικής κάλυψης των υγειονομικών αναγκών του πληθυσμού προκαλώντας έτσι προβλήματα ισοτιμίας στην πρόσβαση.

Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας σε κάποιες περιπτώσεις μπορεί να υποκαθιστά την υποχρεωτική κοινωνική ασφάλιση ενώ σε άλλες να έχει πρόσθετο ή συμπληρωματικό χαρακτήρα. Περαιτέρω διαχωρισμός γίνεται ανάλογα με τον τρόπο υπολογισμού των ασφαλιστρών, τις παρεχόμενες καλύψεις, τον τύπο των συμβολαίων (ατομικά ή ομαδικά που είναι πολύ διαδεδομένα στις ΗΠΑ) και τον σκοπό των εταιριών, δηλαδή, κερδοσκοπικού ή μη, χαρακτήρα. Γενικά, οι καταβαλλόμενες υγειονομικές δαπάνες από την ιδιωτική ασφάλιση, κυμαίνονται σε χαμηλά επίπεδα στις περισσότερες χώρες του ΟΟΣΑ. Οι μικρές σχετικά υγειονομικές δαπάνες της ιδιωτικής ασφάλισης μπορούν να αποδοθούν στην τάση των (ευρωπαϊκών κύρια) κυβερνήσεων για μετακύλιση του κόστους της περίθαλψης στους ίδιους τους πολίτες (μέσω των συμπληρωμών, ή των άμεσων πληρωμών) παρά στην προώθηση της ιδέας της ιδιωτικής ασφάλισης .

#### Οι πληρωμές των χρηστών

Οι πληρωμές των χρηστών περιλαμβάνουν τις άμεσες (ελευθέρας βούλησης) πληρωμές οι οποίες αφορούν αμιγώς ιδιωτικές υπηρεσίες που δεν καλύπτονται από καμία μορφή ασφάλισης, τις νομίμως θεσμοθετημένες πληρωμές συμμετοχής στο κόστος, και τις άτυπες πληρωμές , οι οποίες είναι ιδιαίτερα διαδεδομένες σε χώρες της πρώην Σοβιετικής Ένωσης και της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης.

Διαχρονικά οι πληρωμές των χρηστών παρουσιάζουν αυξητική τάση στις περισσότερες χώρες του ΟΟΣΑ , με εξαιρέσεις τις ΗΠΑ και την Ιρλανδία στις οποίες κατεγράφησαν αρνητικά ποσοστά μεταβολής για την υπό μελέτη περίοδο, συνοδευόμενα ωστόσο από θετική ποσοστιαία μεταβολή όσον αφορά την ιδιωτική ασφάλιση υγείας. Συνεπώς, μπορεί να λεχθεί ότι οι πληρωμές των χρηστών φαίνεται να αποτελούν την πλέον δυναμική συνιστώσα των ιδιωτικών δαπανών υγείας στις χώρες του ΟΟΣΑ, με ποσοστό που αγγίζει ή ακόμη και ξεπερνά σε κάποιες χώρες (Ελλάδα, Ελβετία) το 30% των συνολικών δαπανών υγείας ή αλλιώς το 80% των ιδιωτικών υγειονομικών δαπανών . Από αυτές μεγαλύτερο ποσοστό αφορά

άμεσες πληρωμές των χρηστών, παρά θεσμοθετημένες δαπάνες συμμετοχής στο κόστος της υγειονομικής φροντίδας.

Οι διαφορές στο ύψος της υγειονομικής δαπάνης που καταβάλουν οι χρήστες απεικονίζουν και τις διαφορές των συστημάτων φροντίδας υγείας που επικρατούν σε κάθε χώρα. Έτσι, σύμφωνα με τα αποτελέσματα διευρωπαϊκής έρευνας για την Υγεία τη Γήρανση και τη συνταξιοδότηση στην Ευρώπη (Survey of Health Ageing and Retirement in Europe 50+/SHARE), προκύπτει ότι σε ορισμένες χώρες (Γερμανία, Σουηδία, Δανία και Ελλάδα) περισσότερο από 80% των νοικοκυριών της έρευνας είχαν κάποιες υγειονομικές δαπάνες τους τελευταίους 12 μήνες. Αντίθετα, σε άλλες χώρες (Γαλλία, Ισπανία και Ολλανδία) το αντίστοιχο ποσοστό είναι μικρότερο του 45%. Ωστόσο, σημαντικές διαφοροποιήσεις παρατηρούνται ως προς το είδος των αγαθών και των υπηρεσιών για τα οποία επιβαρύνονται οικονομικά οι πολίτες, που αντανακλούν τις διαφορετικές πολιτικές υγείας των χωρών, στο βαθμό κάλυψης ανά τομέα περίθαλψης. Γενικά πάντως, αυξημένες είναι οι δαπάνες εξωνοσοκομειακής περίθαλψης σε σύγκριση με αυτές της νοσοκομειακής καθώς η αμεσότητα της ανάγκης (στη δεύτερη περίπτωση) λειτουργεί ως μοχλός πίεσης προς το δημόσιο τομέα για κάλυψη της νοσοκομειακής περίθαλψης.

Στη συνέχεια αναλύονται οι διάφοροι τύποι πληρωμών των χρηστών:

*Οι άμεσες πληρωμές.* Οι πολίτες επιβαρύνονται με το σύνολο του κόστους εκείνων των υπηρεσιών υγείας που είτε δεν καλύπτονται από το δημόσιο ασφαλιστικό σύστημα είτε η πρόσβαση είναι περιορισμένη (λόγω ανεπαρκούς προσφοράς ή μεγάλου χρόνου αναμονής). Οι πλέον συνήθεις πληρωμές αυτής της κατηγορίας αφορούν σε οδοντιάτρους, σε μη συνταγογραφούμενα και σε εκτός λίστας φάρμακα, σε ιατρικές επισκέψεις και νοσήλια σε ιδιωτικά νοσοκομεία καθώς επίσης και για τη διενέργεια εξετάσεων σε ιδιωτικά διαγνωστικά εργαστήρια. Σε αρκετές χώρες (όπως και στην Ελλάδα) οι δαπάνες υγείας των νοικοκυριών εκπίπτουν σε κάποιο ποσοστό από το φορολογητέο εισόδημα, παρέχοντας έτσι κίνητρο για αναζήτηση ιδιωτικών φροντίδων υγείας. Για παράδειγμα στην Πορτογαλία υπολογίζεται ότι το σύνολο της φορολογικής έκπτωσης από τις ιδιωτικές δαπάνες υγείας ισούται με το 4,8% των φορολογικών εσόδων ή αλλιώς με το 0,2%-0,3% του ΑΕΠ.

*Οι άτυπες πληρωμές.* Οι οικονομικές συναλλαγές (πέρα από τις θεσμοθετημένες, πληρωμές των χρηστών) εντός του δημοσίου υγειονομικού συστήματος αποτελούν πραγματικότητα με αυξητικές μάλιστα τάσεις σε αρκετές χώρες. Αυτές λαμβάνουν τη μορφή, είτε εκ των υστέρων ευχαριστηρίων δώρων προς το υγειονομικό προσωπικό, είτε εκ των προτέρων χρηματικών αμοιβών, προκειμένου να εξασφαλιστούν υψηλής ποιότητας υπηρεσίες. Καθώς αυτού του είδους οι συναλλαγές, δεν είναι φανερές, δεν υπάρχουν επίσημα στοιχεία. Είναι πάντως γεγονός, ότι οι άτυπες πληρωμές εξακολουθούν να παραμένουν σημαντική πηγή εσόδων σε χώρες όπου τα συστήματα προπληρωμών βρίσκονται υπό κατάρρευση. Με βάση εμπειρικά δεδομένα, προκύπτει ότι αυτές οι συναλλαγές είναι ευρέως διαδεδομένες στην Ελλάδα και σε μικρότερο βαθμό στη Γαλλία .

Η μετατροπή των άτυπων πληρωμών σε θεσμοθετημένες πληρωμές συμμετοχής στο κόστος προϋποθέτει τη συναίνεση των προμηθευτών υγείας, οι οποίοι θα χάσουν σημαντικό μέρος του εισοδήματός τους καθώς αυτό θα υπόκειται πλέον σε φορολόγηση. Η εμπειρία από τις χώρες όπου ήδη επιχειρήθηκε αυτή η μετατροπή δείχνει ότι η επιτυχία της όλης προσπάθειας εξαρτάται από την ικανότητα αυτών που ασκούν πολιτική υγείας να ελέγξουν τους προμηθευτές ή να περιορίσουν την πλευρά της προσφοράς.

*Οι θεσμοθετημένες πληρωμές συμμετοχής των χρηστών στο κόστος (user charges).* Αν και το ύψος των θεσμοθετημένων πληρωμών είναι χαμηλότερο από αυτό των άμεσων πληρωμών των χρηστών, εντούτοις αυτές φαίνεται να αποτελούν πραγματικότητα σε όλες σχεδόν τις χώρες. Κατά τις δύο προηγούμενες δεκαετίες, οι πολίτες κλήθηκαν να συνεισφέρουν στο κόστος των παρεχόμενων υγειονομικών φροντίδων, μέσω των ποικίλων μορφών θεσμοθετημένων πληρωμών. Απώτερος στόχος αυτής της πολιτικής, είναι αφενός μεν ο περιορισμός του φαινομένου της ηθικής βλάβης, «moral hazard», αφετέρου δε, η συγκράτηση της υγειονομικής δαπάνης.

Εκτός όμως από τα προαναφερόμενα άμεσα μέτρα συμμετοχής των χρηστών στο κόστος, συχνά απαντώνται και έμμεσοι τρόποι οικονομικής συνεισφοράς των πολιτών στη χρηματοδότηση του υγειονομικού

συστήματος όπως οι ακόλουθοι: α) Πρόσθετη χρέωση (Extra Billing): Πρόκειται για το ποσό που καλείται ο χρήστης να καταβάλει όταν η χρέωση του προμηθευτή για μια υπηρεσία ή προϊόν υγείας, είναι μεγαλύτερη από το ποσό που καλύπτει το κράτος ή το ασφαλιστικό ταμείο. Η διαφορά μεταξύ των δύο είναι η συμμετοχή του χρήστη. β) Πληρωμές για εξαιρούμενες υπηρεσίες (Coverage exclusions): Πρόκειται για υπηρεσία ή προϊόν που εξαιρείται της κάλυψης του κράτους ή του ασφαλιστικού ταμείου (όπως επί παραδείγματι οι υπηρεσίες ιαματικών λουτρών-SPA), οπότε το σύνολο της δαπάνης καταβάλλεται από τον χρήστη. γ) Όριο μέγιστης κάλυψης (Benefit maximum): Πρόκειται για την πλήρη, από μέρους του χρήστη, καταβολή της δαπάνης για υπηρεσίες ή προϊόντα, όταν ξεπεράσει κατά την χρήση τους ένα προκαθορισμένο χρηματικό ή χρονικό όριο (η κάλυψη από μέρους του κράτους ή του ασφαλιστικού ταμείου μέχρι του ποσού των €500 ή της περιόδου των δύο μηνών για φυσιοθεραπεία μετά από επέμβαση αρθροπλαστικής ισχίου). δ) Τιμές Αναφοράς (Reference Price): Πρόκειται για τιμές που οριοθετούνται ως οι μέγιστες για μια ομάδα υπηρεσιών ή προϊόντων, πέραν των οποίων το κράτος ή το ασφαλιστικό ταμείο δεν παρέχει κάλυψη και επομένως το κόστος τους καταβάλλεται από το χρήστη. Συνήθως αφορά ομάδες φαρμακευτικών σκευασμάτων. Για παράδειγμα, κάποιο ασφαλιστικό ταμείο μπορεί να καλύπτει για συγκεκριμένη φαρμακευτική ουσία, η οποία διατίθεται σε δύο διαφορετικά σκευάσματα, μέχρι ενός ποσού-τιμής αναφοράς. Εάν το ένα εκ των δύο σκευασμάτων υπερβαίνει την τιμή αναφοράς, και ο χρήστης επιλέξει το σκεύασμα αυτό, τότε καταβάλλει ο ίδιος τη διαφορά που προκύπτει .

#### Η διακρατική σύγκριση της συμμετοχής των χρηστών στο κόστος και οι μηχανισμοί προστασίας των πολιτών

Η έκταση εφαρμογής του μέτρου της συμμετοχής των χρηστών στο κόστος καθώς και οι μηχανισμοί προστασίας των πολιτών διαφέρουν από χώρα σε χώρα. Ακολούθως, επιχειρείται συνοπτική αποτύπωση της υφιστάμενης κατάστασης με βάση τα αποτελέσματα διευρωπαϊκής έρευνας που διεξήχθη με το συντονισμό του Ευρωπαϊκού Παρατηρητήριο . Αρχικά, το μέτρο της συμμετοχής στο κόστος εφαρμόστηκε σε όλες σχεδόν τις χώρες της Ε.Ε, με σκοπό τον έλεγχο των δαπανών για Φαρμακευτική και Οδοντιατρική περίθαλψη. Αργότερα, στα τέλη της δεκαετίας του '80 και



στις αρχές της δεκαετίας του '90, στις χώρες όπου τα Συστήματα Υγείας στηρίζονται κύρια στο μοντέλο της κοινωνικής ασφάλισης το μέτρο επεκτάθηκε και στην ιατρική και νοσοκομειακή περίθαλψη, σε αντίθεση με χώρες όπου ο υγειονομικός τομέας χρηματοδοτείται κύρια από τη φορολογία (Δανία, η Ελλάδα, η Ιταλία, η Πορτογαλία και η Ισπανία και το Ηνωμένο Βασίλειο), οι οποίες τείνουν να μην επιβάλουν σημαντικές χρεώσεις των χρηστών όσον αφορά την ιατρική και νοσοκομειακή περίθαλψη.

### Ιατρική (εξωνοσοκομειακή) περίθαλψη

Η συμμετοχή των χρηστών στο κόστος της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης λαμβάνει συχνότερα τη μορφή των συμπληρωμών και της συνασφάλισης παρά του αφαιρετέου ποσού, με την ύπαρξη πρόσθετων χρεώσεων στις περιπτώσεις επισκέψεων σε γιατρούς μη συμβεβλημένων με τα ασφαλιστικά ταμεία. Από την άλλη πλευρά, στους εφαρμοζόμενους μηχανισμούς προστασίας περιλαμβάνονται η πλήρης εξαίρεση ή η περιορισμένη συμμετοχή στο κόστος περίθαλψης ευπαθών ομάδων του πληθυσμού καθώς επίσης και η θέσπιση ανώτατου ορίου υγειονομικών δαπανών. Στην Ελλάδα και τη Σουηδία τα μέτρα συμμετοχής στο κόστος και οι μηχανισμοί προστασίας διαφέρουν ανάλογα με τον ασφαλιστικό φορέα.

### Νοσοκομειακή περίθαλψη

Το πλέον σύνηθες μέτρο συμμετοχής στο κόστος που εφαρμόζεται για τη νοσοκομειακή περίθαλψη είναι αυτό της συμ-πληρωμής με ποσά που κυμαίνονται από €5 - €10 ανά ημέρα νοσηλείας στην Αυστρία, τη Γαλλία, τη Γερμανία, το Λουξεμβούργο και τη Σουηδία, μέχρι € 26 - €65 στη Φιλανδία, την Ιρλανδία και το Βέλγιο. Η Σουηδία είναι η μόνη χώρα της Ε.Ε. που επιβάλει το μέτρο της συμμετοχής στο κόστος ακόμη και κατά τη χρήση υπηρεσιών επείγουσας νοσοκομειακής φροντίδας, με την εφάπαξ καταβολή ποσού ίσου με το τριπλάσιο της θεσμοθετημένης συμπληρωμής ανά ημέρα νοσηλείας. Βασικός μηχανισμός προστασίας στις περισσότερες χώρες είναι η θέσπιση ετήσιου ανώτατου ορίου ιδιωτικών υγειονομικών δαπανών (ceilings on expenditures), που κυμαίνεται από €90 στη Σουηδία έως €600 στη Φινλανδία .

### Φαρμακευτική περίθαλψη

Στην πλειοψηφία των χωρών η φαρμακευτική περίθαλψη τείνει να χρηματοδοτείται από ιδιωτικές πηγές σε μεγαλύτερο βαθμό από ότι η νοσοκομειακή και η εξωνοσοκομειακή καθώς οι θεσμοθετημένες συμπληρωμές είναι υψηλότερες και επειδή κάποια φαρμακευτικά προϊόντα δεν καλύπτονται από το δημόσιο σύστημα. Ο αριθμός των φαρμάκων που δεν καλύπτονταν από το δημόσιο σύστημα αυξήθηκε, και αφορούσε ιδιαίτερα αυτά που δεν είχαν αποδεδειγμένη θεραπευτική δράση. Το πιο συχνά εφαρμοζόμενο μέτρο συμμετοχής στα συνταγογραφούμενα φάρμακα είναι αυτό της συνασφάλισης (Βέλγιο, Δανία, Γαλλία, Λουξεμβούργο, Πορτογαλία και Ισπανία). Επίσης, προκαθορισμένα ποσά συμπληρωμής ανά φαρμακευτική συνταγή εφαρμόζονται στην Αυστρία (€4,25) και στο Ηνωμένο Βασίλειο (€6,30 ή €8,8). Ένα καθορισμένο αφαιρετέο ποσό ανά συνταγογραφούμενο φάρμακο σε συνδυασμό με την εφαρμογή του μέτρου της συνασφάλισης για το εναπομείναν ποσό (πέραν του αφαιρετέου), λαμβάνει χώρα στη Δανία, τη Φιλανδία και τη Γερμανία. Οι τιμές αναφοράς (reference price) βρίσκουν εφαρμογή σε συγκεκριμένα συνταγογραφούμενα φάρμακα στη Δανία, τη Γαλλία, τη Γερμανία, την Ιταλία, την Ολλανδία, την Πορτογαλία και την Ισπανία.

### Οδοντιατρική φροντίδα

Συνήθως, οι ενήλικες που χρήζουν οδοντιατρικής φροντίδας καλούνται να καταβάλουν το πλήρες κόστος στην Ιταλία, την Ολλανδία, την Ισπανία, την Πορτογαλία και τη Σουηδία. Στις υπόλοιπες ευρωπαϊκές χώρες επιβάλλεται συμμετοχή στο κόστος, είτε με τη μορφή των συμπληρωμών είτε με τη μορφή της συνασφάλισης. Αντίθετα με τους ενήλικες, στα παιδιά η οδοντιατρική φροντίδα παρέχεται είτε δωρεάν είτε με πολύ περιορισμένη συμμετοχή στο κόστος (Αυστρία, Δανία, Φιλανδία, Γαλλία, Ελλάδα, Ιρλανδία, Ολλανδία, και Σουηδία)

Για τον περιορισμό των δυσμενών επιπτώσεων του μέτρου της συμμετοχής στο κόστος, κύρια όσον αφορά τις ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού (χρόνια πάσχοντες, εγκυμονούσες, θύματα ατυχημάτων,

άτομα με νοητική καθυστέρηση κλπ) έχει προβλεφθεί η θέσπιση μέτρων προστασίας των χρηστών από «καταστροφικές δαπάνες» (catastrophic expenses or damage payments). Ο πλέον συνήθης μηχανισμός προστασίας που εφαρμόζεται είναι η πλήρης εξαίρεση (exemptions) ή η περιορισμένη συμμετοχή μέσω μειωμένων ποσοστών συνασφάλισης (reduced rates) καθορισμένων ομάδων χρηστών από το κόστος των παρεχόμενων υγειονομικών φροντίδων. Εξίσου διαδεδομένος μηχανισμός προστασίας, είναι και αυτός της ύπαρξης ανώτατου ορίου (ceilings on expenditures) στις δαπάνες που καταβάλουν οι χρήστες μέσω της συμμετοχής στο κόστος. Στην περίπτωση αυτή, όταν κάποιος χρήστης ξεπεράσει το ανώτατο αυτό όριο, το κράτος ή το ασφαλιστικό ταμείο αναλαμβάνει εξ' ολοκλήρου την κάλυψη των επιπλέον δαπανών.

Συγκεκριμένα, οι μηχανισμοί προστασίας ενεργοποιούνται όταν υφίσταται έστω και μια από τις ακόλουθες συνθήκες: χρονιότητα κλινικής κατάστασης - οι διαβητικοί στη Σουηδία, οι εγκυμονούσες γυναίκες στο Ηνωμένο Βασίλειο και γενικά οι χρονίως πάσχοντες στην Ιρλανδία, τη Φιλανδία, την Ισπανία και το Ηνωμένο Βασίλειο χαμηλό εισόδημα – όλοι οι οικονομικά ασθενείς στην Αυστρία, το Βέλγιο, τη Γερμανία, την Ιρλανδία και το Ηνωμένο Βασίλειο και οι χαμηλοσυνταξιούχοι στην Ελλάδα ηλικία – οι ηλικιωμένοι στο Βέλγιο, την Ιρλανδία, την Ισπανία και το Ηνωμένο Βασίλειο και τα παιδιά στη Γερμανία και το Ηνωμένο Βασίλειο. είδος φαρμάκου – φάρμακα για χρόνια νοσήματα στην Πορτογαλία, φάρμακα για απειλητικά για τη ζωή νοσήματα στο Βέλγιο και τα δύο είδη φαρμάκων στην Ελλάδα. Τέλος, σε πολλές χώρες (και στην Ελλάδα) εκπίπτουν από το φορολογητέο εισόδημα τα ασφάλιστρα για την απόκτηση ιδιωτικών συμβολαίων υγείας καθώς επίσης και οι ιδιωτικές δαπάνες των χρηστών.

## **2.4 Ανακεφαλαίωση**

Συμπερασματικά, η διαχρονική αύξηση των δαπανών υγείας στις χώρες του ΟΟΣΑ συντέινει στη δημιουργία χρηματοδοτικών ελλειμμάτων με συνέπεια τον περιορισμό της προσφοράς υπηρεσιών υγείας από το δημόσιο τομέα. Ως αποτέλεσμα ολοένα και μεγαλύτερο μέρος των αναγκών υγείας αναζητούν κάλυψη από τον ιδιωτικό τομέα με κόστος το οποίο επιβαρύνει κύρια τα νοικοκυριά (είτε με τη μορφή των άμεσων

πληρωμών είτε με τη μορφή της θεσμοθετημένης συμμετοχής στο κόστος) και δευτερευόντως την ιδιωτική ασφάλιση υγείας. Ωστόσο, η μετακύλιση της χρηματοδότησης του υγειονομικού τομέα στην ιδιωτική δαπάνη εγείρει σοβαρά ζητήματα ισότητας, προσβασιμότητας των πολιτών και αποδοτικότητας του συστήματος .



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΡΜΗΝΕΥΤΙΚΩΝ ΜΕΤΑΒΛΗΤΩΝ

### 3.1 Εισαγωγή

Στο κεφάλαιο αυτό γίνεται μια παρουσίαση ορισμένων βασικών μακροοικονομικών μεταβλητών όπως είναι το ρυθμός ανάπτυξης του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος (ΑΕΠ), ο Δείκτης Τιμών Καταναλωτών (ΔΤΚ), το επιτόκιο, η συναλλαγματική ισοτιμία και το προσδόκιμο ζωής. Οι μεταβλητές αυτές χρησιμοποιούνται συχνά σε διάφορες οικονομικές μελέτες για την εξήγηση της συμπεριφοράς των δαπανών υγείας.

### 3.2 Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν

Το Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν είναι ένα συνολικό μέτρο παραγωγής που ισούται με τη συνολική αξία των παραγόμενων προϊόντων και υπηρεσιών από επιχειρήσεις, μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς, το κράτος και τα νοικοκυριά σε μια οικονομία μείον την αξία των ενδιάμεσων εισροών, σε αγοραίες τιμές. Αλλιώς, είναι η συνολική προστιθέμενη αξία σε μια οικονομία σε τιμές αγοράς. Στο άθροισμα αυτό επειδή είναι τιμές αγοράς, προστίθενται οι φόροι (ΦΠΑ και οι φόροι στις εισαγωγές) και αφαιρούνται οι τυχόν επιδοτήσεις. Υπολογίζεται συνήθως ετησίως αλλά και σε τριμηνιαία ή μηνιαία βάση.

Η πρώτη ιστορική αναφορά στο ΑΕΠ, ως μέτρο τήρησης εθνικών λογαριασμών, ανήκει στον William Petty ο οποίος πρότεινε μια βασική έννοια του ΑΕΠ για να υπερασπιστεί τους ιδιοκτήτες έναντι της αθέμιτης φορολογίας κατά τη διάρκεια του Αγγλό-Ολλανδικού πολέμου μεταξύ των ετών 1652 και 1674. Ο Charles Davenant αργότερα (1695) ανέπτυξε περαιτέρω τη μέθοδο Petty. Οι πρώτες ωστόσο επίσημες στατιστικές εθνικού εισοδήματος, αναπτύχθηκαν πολλά χρόνια αργότερα, παράλληλα με την ανάπτυξη της μακροοικονομίας ως ξεχωριστού κλάδου των οικονομικών τη δεκαετία του 1930, όταν η Μεγάλη Ύφεση έκανε επιτακτική την ανάγκη κρατικής παρέμβασης για την σταθεροποίηση της οικονομίας. Η σύγχρονη έννοια του ΑΕΠ αναπτύχθηκε για πρώτη φορά

από τον Simon Kuznets και αφορούσε έκθεση του Κογκρέσου των ΗΠΑ το 1934. Σε αυτή την έκθεση, ο Kuznets προειδοποίησε ότι η το ΑΕΠ δεν αποτελεί μέτρο ευημερίας. Μετά τη διάσκεψη του Bretton Woods το 1944, το ΑΕΠ έγινε το βασικό εργαλείο για τη μέτρηση του συνολικού μεγέθους της οικονομίας μιας χώρας.

Η εννοιολογική προσέγγιση του ΑΕΠ έχει ως εξής: Είναι ακαθάριστο καθώς αποτιμά αξία από την οποία δεν έχουν αφαιρεθεί οι δαπάνες για τη συντήρηση κεφαλαίου, δηλαδή οι αποσβέσεις. Είναι εγχώριο διότι αφορά το προϊόν που παράγεται σε μία χώρα από οικονομικές μονάδες που διαμένουν στην χώρα αυτή. Τέλος, το Προϊόν αφορά την αποτίμηση του συνόλου των παραγόμενων προϊόντων και υπηρεσιών σε χρηματικούς όρους.

Το ΑΕΠ υπολογίζεται με τρεις εναλλακτικούς τρόπους:

α) Μέθοδος παραγωγής, όπου αθροίζονται οι δαπάνες που πραγματοποιήθηκαν κατά τη διάρκεια του έτους για την απόκτηση όλων των νεοπαραχθέντων τελικών αγαθών και υπηρεσιών. Το συνολικό ΑΕΠ σε αυτή την περίπτωση είναι το άθροισμα της ακαθάριστης προστιθέμενης αξίας από τις παραγωγικές μονάδες της εγχώριας οικονομίας (σε διάφορες οικονομικές δραστηριότητες) συν τους φόρους επί των προϊόντων και των εισαγωγών (ΦΠΑ, ειδικοί φόροι κατανάλωσης και δασμοί) μείον τις επιδοτήσεις. Η μέθοδος υπολογισμού του ΑΕΠ από την πλευρά της παραγωγής μπορεί να σχηματιστεί με τον ακόλουθο τρόπο:

$$GDP_S = GDP + T - S$$

Όπου  $GDP_S$  είναι η είναι το ΑΕΠ από την πλευρά της παραγωγής ή αλλιώς η συνολική Εθνική Δαπάνη από την οποία αφαιρείται η ενδιάμεση κατανάλωση για την παραγωγή αγαθών και υπηρεσιών.  $GDP$  είναι η εγχώρια παραγωγή (αγαθά και υπηρεσίες) ή αλλιώς το συνολικό ΑΕΠ σε τιμές αγοράς, ενώ  $T$  είναι φόροι στην παραγωγή και τις εισαγωγές,  $S$  είναι επιδοτήσεις προϊόντων.

β) Εισοδηματική μέθοδος, όπου το ΑΕΠ υπολογίζεται αθροίζοντας τις αμοιβές (εισοδήματα) των συντελεστών που χρησιμοποιήθηκαν για την παραγωγή του προϊόντος. Το άθροισμα αυτό ονομάζεται Εθνικό Εισόδημα. Ο υπολογισμός του ΑΕΠ με βάση την προσέγγιση αυτή βασίζεται στο άθροισμα των εσόδων εκείνων των θεσμικών μονάδων που

συμμετέχουν άμεσα στην παραγωγή αγαθών και υπηρεσιών σε μια δεδομένη περίοδο:

$$GDP = W + E + R + \Pi + I + Tr + PS + T - S$$

Όπου *GDP* είναι το συνολικό ΑΕΠ σε τιμές αγοράς, *W* είναι οι αμοιβές εξαρτημένης εργασίας. Περιλαμβάνονται οι απολαβές των εργαζομένων όπως ημερομίσθια, μισθοί, παροχές και οι ασφαλιστικές εισφορές των εργοδοτών. *E* είναι το εισόδημα από ατομική απασχόληση. Είναι το εισόδημα των αυτοαπασχολούμενων και περιλαμβάνει τα έσοδα του είτε από εργασία είτε από κεφάλαιο. *R* είναι το εισόδημα φυσικών προσώπων από ακίνητα. Είναι δηλαδή το εισόδημα από ακίνητα που εισπράττουν άτομα που εκμισθώνουν γη ή κτίρια σε τρίτους. *Π* είναι τα εταιρικά κέρδη. Είναι τα κέρδη των επιχειρήσεων και αντιπροσωπεύουν το υπόλοιπο των εταιρικών εσόδων μετά την αφαίρεση μισθών, τόκων και κάθε άλλου κόστους. Καθαρό εισόδημα από τόκους. *I* όπου περιλαμβάνονται οι τόκοι που εισπράττουν τα φυσικά πρόσωπα από τις επιχειρήσεις και από διάφορες πηγές του εξωτερικού. *Tr* είναι οι τρέχουσες εταιρικές μεταβιβαστικές πληρωμές, όπως δωρεές, ασφαλιστικές αποζημιώσεις και εισφορές των τραπεζών στον οργανισμό προστασίας των καταθετών. *PS* είναι το τρέχον πλεόνασμα δημοσίων επιχειρήσεων, το οποίο εμπεριέχει τα κέρδη των δημοσίων επιχειρήσεων, όπως επιχειρήσεις ηλεκτρισμού, αποχέτευσης, διαχείρισης απορριμμάτων και επιχειρήσεις κατασκευής κατοικιών. *T* είναι φόροι στην παραγωγή και τις εισαγωγές, *S* είναι επιδοτήσεις προϊόντων

γ) Μέθοδος δαπάνης, όπου το ΑΕΠ υπολογίζεται αθροίζοντας τις αξίες όλων των νεοπαραχθέντων τελικών αγαθών και υπηρεσιών κατά τη διάρκεια του έτους.

$$GDP = C + I + G + NX$$

Όπου *C* είναι η κατανάλωση, *I* η επένδυση, *G* οι δημόσιες δαπάνες για την αγορά αγαθών και υπηρεσιών, *NX* οι καθαρές εξαγωγές (εξαγωγές - εισαγωγές). Ως κατανάλωση ορίζεται η συνολική δαπάνη που πραγματοποιούν τα νοικοκυριά για να αγοράσουν προϊόντα ή υπηρεσίες. Η δαπάνη για κατανάλωση περιλαμβάνει τρεις κατηγορίες: Α) τα διαρκή καταναλωτικά αγαθά, που είναι καταναλωτικά είδη με μεγάλη διάρκεια ζωής. π.χ. αυτοκίνητα ή οικιακές συσκευές. Β) τα μη διαρκή αγαθά που είναι καταναλωτικά είδη με μικρή διάρκεια ζωής όπως τα τρόφιμα ρούχα και τα καύσιμα. Γ) τις υπηρεσίες όπως η εκπαίδευση, η ιατρική περίθαλψη



και οι μεταφορές. Η επένδυση περιλαμβάνει τις δαπάνες για νέα κεφαλαιουχικά αγαθά (επενδύσεις σε πάγια στοιχεία), δηλαδή δαπάνες για εγκαταστάσεις, εξοπλισμό, προγράμματα πληροφορικής και τις επενδύσεις σε κατοικίες, που αποτελούν τη δαπάνη για κατασκευή νέων σπιτιών. Επίσης περιλαμβάνει τις αυξήσεις στα αποθέματα των επιχειρήσεων (επενδύσεις σε αποθέματα). Οι δημόσιες δαπάνες για αγαθά και υπηρεσίες περιλαμβάνουν κάθε δημόσια δαπάνη για ένα αγαθό εγχώριο ή ξένο. Οι καθαρές εξαγωγές είναι η διαφορά των εξαγωγών μείον τις εισαγωγές. Οι εξαγωγές προστίθενται στη συνολική δαπάνη για τελικά αγαθά και υπηρεσίες που παράγονται σε μια χώρα. Οι εισαγωγές αφαιρούνται από τη συνολική δαπάνη, γιατί η κατανάλωση, η επένδυση και οι δημόσιες δαπάνες εξ ορισμού περιλαμβάνουν εισαγόμενα αγαθά και υπηρεσίες.

Το ΑΕΠ διακρίνεται σε ονομαστικό και πραγματικό ΑΕΠ. Ως ονομαστικό ΑΕΠ ορίζεται η αξία σε χρηματικές μονάδες του τελικού προϊόντος μιας οικονομίας εκφρασμένη σε τρέχουσες τιμές. Το πραγματικό ΑΕΠ μετρά τον όγκο του τελικού προϊόντος μιας οικονομίας χρησιμοποιώντας τιμές ενός έτους βάσης. Επομένως, δεν επηρεάζεται από τις μεταβολές των τιμών και οι μεταβολές του αντανακλούν μόνο τις μεταβολές στις παραγόμενες ποσότητες.

Προκειμένου να εκτιμηθεί ο βαθμός στον οποίο μια χώρα αναπτύσσεται εκτιμάται ο δείκτης οικονομικής μεγέθυνσης ή ο ρυθμός ανάπτυξης του ΑΕΠ, ο οποίος είναι ο μακροχρόνιος μέσος ποσοστιαίος ρυθμός αύξησης του πραγματικού ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος. Ο δείκτης αυτός υπολογίζεται σε πραγματικούς όρους (πραγματικό ΑΕΠ), δηλαδή διορθωμένους ως προς τον πληθωρισμό, και όχι σε ονομαστικούς όρους.

### **3.3 Προσδόκιμο ζωής**

Το προσδόκιμο ζωής ορίζεται ως η πιθανότητα επιβίωσης που θα μπορούσε να βρεθεί από την εφαρμογή των παρόντων ρυθμών θνησιμότητας ανάλογης με την ηλικία ως προς ένα σώμα νεογέννητων. Δηλαδή, είναι μια μέθοδος πρόβλεψης του εκτιμώμενου χρόνου που θα ζήσει ένας άνθρωπος, σύμφωνα με στατιστικές μελέτες. Βασίζεται στο

έτος γέννησης, την παρούσα ηλικία, καθώς και σε άλλους προσδιοριστικούς παράγοντες.

Ο πιο συνηθισμένος τρόπος μέτρησης του προσδόκιμου ζωής ονομάζεται LEB (Life Expectancy at Birth). Υπάρχουν δύο ορισμοί της συγκεκριμένου μεθόδου, το Cohort LEB και το Period LEB. Η πρώτη μέθοδος είναι ο μέσος όρος ζωής μιας στατιστικής ομάδας ανθρώπων, η οποία έχει γεννηθεί πριν από πολλές δεκαετίες έτσι ώστε να έχουν αποβιώσει όλοι. Η δεύτερη μέθοδος, η οποία χρησιμοποιείται συχνότερα, είναι ο μέσος όρος ζωής μια υποθετικής στατιστικής ομάδας, η οποία εκτίθεται από την αρχή μέχρι το τέλος της ζωής της στα επίπεδα θνησιμότητας που παρατηρούνται σε μια συγκεκριμένη χρονιά.

Ο LEB είναι ευαίσθητος στη παιδική θνησιμότητα και μπορεί να οδηγήσει σε λανθασμένα συμπεράσματα. Για να μην επηρεάζονται τα συμπεράσματα από τη παιδική θνησιμότητα, χρησιμοποιείται μια άλλη μέθοδος μέτρησης του προσδόκιμου ζωής, η οποία μετράει το προσδόκιμο ζωής από την ηλικία των 5 ετών, ώστε να μην λαμβάνεται υπ' όψη η θνησιμότητα στην παιδική ηλικία.

### **3.4 Δείκτης τιμών καταναλωτών**

Στην Οικονομική Επιστήμη ο Δείκτης Τιμών Καταναλωτή (ΔΤΚ) ή τιμάρθμος είναι ένας δείκτης που καταρτίζεται για τη μέτρηση των διαχρονικών μεταβολών στις τιμές των καταναλωτικών αγαθών και υπηρεσιών που αποκτώνται, χρησιμοποιούνται ή πληρώνονται από τα νοικοκυριά. Ο ΔΤΚ μιας χώρας καλύπτει τα καταναλωτικά έξοδα, σε συγκεκριμένα αγαθά και υπηρεσίες (καλάθι της νοικοκυράς), των νοικοκυριών που διαμένουν στη χώρα αυτή για ένα χρόνο τουλάχιστον. Στόχος του ΔΤΚ είναι να καλύψει το πλήρες φάσμα της τελικής καταναλωτικής δαπάνης ώστε να δοθεί μια έγκαιρη και σαφής εικόνα του πληθωρισμού.

Ο ΔΤΚ αποτελεί τον επίσημο δείκτη για τον υπολογισμό του πληθωρισμού, δηλαδή μετρά την κατά μέσο όρο ποσοστιαία μεταβολή των τιμών διαφόρων προϊόντων και υπηρεσιών που καταναλώνουν τα νοικοκυριά. Επίσης χρησιμοποιείται για πολλούς διαφορετικούς σκοπούς,

όπως σύνδεση με ΑΤΑ (τιμαριθμική αναπροσαρμογή μισθών), χρήση στην οικονομική και νομισματική πολιτική (επιτόκια, παραγωγικότητα, ΑΕΠ κλπ.), στις συλλογικές συμβάσεις, προσαρμογή συμβολαίων (έργα, ενοίκια κ.ά.).

Όταν ο ΔΤΚ αυξάνεται τότε το τυπικό μέσο νοικοκυριό πρέπει να πληρώσει περισσότερες χρηματικές μονάδες προκειμένου να διατηρήσει το ίδιο βιοτικό επίπεδο. Αν η αύξηση εισοδήματος (λόγο πχ της οικονομικής ανάπτυξης) είναι ανάλογη της αύξησης του ΔΤΚ τότε το βιοτικό επίπεδο του νοικοκυριού παραμένει σταθερό. Αν όμως ο ρυθμός αύξησης των τιμών είναι μεγαλύτερος του ρυθμού αύξησης του εισοδήματος, τότε το νοικοκυριό θα αναγκαστεί να προσαρμοστεί σε χαμηλότερο βιοτικό επίπεδο.

Ο καταρτισμός του ΔΤΚ γίνεται βάσει των προϊόντων και υπηρεσιών που περιλαμβάνονται στο καλάθι της νοικοκυράς και προκύπτουν κατά κύριο λόγο από την Έρευνα Οικογενειακών Προϋπολογισμών που διενεργεί η Στατιστική Υπηρεσία σε συγκεκριμένους χρόνους. Η συγκεκριμένη έρευνα καταγράφει τις καθημερινές δαπάνες των νοικοκυριών και έτσι προσδιορίζονται πόσα ξοδεύουν και σε ποια αγαθά και υπηρεσίες. Το «καλάθι της νοικοκυράς» πρέπει να αναθεωρείται, έτσι ώστε να αντιπροσωπεύει τις τρέχουσες καταναλωτικές συνήθειες των νοικοκυριών. Δεν υπάρχει ομοιόμορφο καλάθι που να ισχύει για όλες τις ευρωπαϊκές χώρες. Τα αγαθά και οι υπηρεσίες που περιλαμβάνονται στο ΔΤΚ έχουν τη δική τους βαρύτητα ή συντελεστή στάθμισης. Η βαρύτητα συγκεκριμένου αγαθού ή υπηρεσίας δείχνει το ποσοστό της δαπάνης, για την απόκτηση του από τα νοικοκυριά, σε σχέση με τη συνολική δαπάνη όλων των προϊόντων και υπηρεσιών του ΔΤΚ. Οι συντελεστές στάθμισης δεν αντικατοπτρίζουν τις ποσότητες που καταναλώνει το νοικοκυριό για συγκεκριμένα αγαθά και υπηρεσίες.

Για τον υπολογισμό του ΔΤΚ οι στατιστικές υπηρεσίες ακολουθούν τα ακόλουθα τρία στάδια: 1. Καθορισμός του «καλαθιού της νοικοκυράς». 2. Εύρεση των τιμών. 3. Υπολογισμός του κόστους του «καλαθιού της νοικοκυράς» σύμφωνα με την επιλογή του έτους βάσης για τον δείκτη.

Τα είδη και το ποσοστό συμμετοχής των εκάστοτε αγαθών στον υπολογισμό του ΔΤΚ συνήθως μεταβάλλονται μετά από έρευνες. Ο προσδιορισμός του καλαθιού της νοικοκυράς σκοπεύει στην εύρεση των αγαθών και υπηρεσιών που είναι σημαντικά για το μέσο νοικοκυριό. Η

Στατιστική Υπηρεσία προσδιορίζει το περιεχόμενο του καλάθιού. Τα είδη δεν είναι μόνο τα βασικά αλλά πολλά των οποίων οι τιμές διαφοροποιούνται σημαντικά ανάλογα την εποχή. Τα ερευνώμενα είδη μπορεί να μεταβληθούν επίσης με βάσει τις συνήθειες των νοικοκυριών. Στο «καλάθι της νοικοκυράς» μπορεί να περιληφθούν και παλαιότερα χρησιμοποιούμενα είδη τα οποία πλέον συμμετέχουν με μεγαλύτερο ποσοστό στην οικονομία του νοικοκυριού.

Σε δεύτερη φάση ακολουθεί η εύρεση της τιμής των αγαθών και υπηρεσιών που περιλαμβάνονται στο «καλάθι της νοικοκυράς» για κάθε χρονική περίοδο που εξετάζεται. Στην Ελλάδα η συλλογή των τιμών πραγματοποιείται σε 27 πόλεις με αντιπροσωπευτικές αγορές, προκειμένου να καλύπτονται και οι 13 περιφέρειες της Ελλάδας. Σε κάθε περιφέρεια επιλέγονται 1-2 πόλεις, εκτός από την περιφέρεια της Κεντρικής Μακεδονίας όπου επιλέγονται 3 πόλεις. Κριτήρια επιλογής αποτελούν το μέγεθος, η ιδιαιτερότητα των αγορών στην πόλη καθώς και το συνεπαγόμενο κόστος τιμοληψίας.

Στο τελευταίο στάδιο υπολογισμού του ΔΤΚ, σύμφωνα με το έτος βάσης και το κόστος του «καλαθιού της νοικοκυράς» υπολογίζεται ο Δείκτης Τιμών Καταναλωτή με τη χρήση μιας παραλλαγής του τύπου Laspeyres ως εξής:

$$I^t = \sum_{i=1}^k R_i^t w_i, \quad \text{με } i = 1, 2, \dots, k$$

Όπου  $I^t$  ο γενικός δείκτης της τρέχουσας περιόδου  $t$ ,  $R_i^t$  είναι ο ατομικός δείκτης του είδους  $i$  (ή ομάδας ομοειδών ειδών), στο χρόνο  $t$  και  $w_i$  είναι ο αντίστοιχος συντελεστής στάθμισης του είδους  $i$ .

Στη ζώνη του ευρώ, ο πληθωρισμός τιμών καταναλωτή μετρείται με βάση τον «Εναρμονισμένο Δείκτη Τιμών Καταναλωτή». Ο όρος «εναρμονισμένος» δηλώνει ότι όλες οι χώρες στην Ευρωπαϊκή Ένωση ακολουθούν την ίδια μεθοδολογία. Έτσι διασφαλίζεται ότι τα στοιχεία για μία χώρα μπορούν να συγκριθούν με τα στοιχεία άλλης. Η Eurostat μετρά κάθε μήνα τον πληθωρισμό τιμών καταναλωτή στη ζώνη του ευρώ. Ο Εναρμονισμένος Δείκτης Τιμών Καταναλωτή καλύπτει, κατά μέσο όρο, 700 περίπου αγαθά και υπηρεσίες. Αντανακλά τη μέση δαπάνη των νοικοκυριών στη ζώνη του ευρώ για ένα καλάθι προϊόντων.

### 3.5 Επιτόκιο

Ως επιτόκιο ορίζεται το κόστος του χρήματος, δηλαδή η τιμή για το δανεισμό συγκεκριμένου χρηματικού κεφαλαίου για δεδομένη χρονική περίοδο. Υπάρχουν διάφορα είδη επιτοκίων μέσα σε μια οικονομία, όπως είναι το επιτόκιο δανεισμού, το επιτόκιο καταθέσεως, το επιτόκιο πιστωτικών καρτών, το διατραπεζικό επιτόκιο, το διακρατικό επιτόκιο και πολλά άλλα. Συνήθως όταν αναφερόμαστε στο επιτόκιο ως τιμή εννοούμε μια συνισταμένη που αντιπροσωπεύει όλα τα είδη των επιτοκίων. Λέγοντας πως το επιτόκιο δανεισμού είναι 5% εννοούμε πως αν κάποιος θέλει να αγοράσει σήμερα κάποιες χρηματικές μονάδες (να δανειστεί χρήμα) θα πρέπει στο τέλος της περιόδου αναφοράς να πληρώσει μαζί με το κεφάλαιο που αγόρασε και 5% επί του κεφαλαίου παραπάνω.

Το επιτόκιο είναι το βασικό εργαλείο άσκησης νομισματικής πολιτικής για υπεύθυνους πολιτικών αποφάσεων μιας χώρας. Όταν τα επιτόκια είναι χαμηλά τότε ενθαρρύνονται οι επενδύσεις λόγω του φθηνού κόστους του χρήματος για τις επιχειρήσεις και η κατανάλωση, καθώς τα νοικοκυριά έχουν μικρό κίνητρο (ανάλογο του επιτοκίου) να αποταμιεύσουν. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα θετικές επιδράσεις στην οικονομική δραστηριότητα. Όταν μια κυβέρνηση θέλει να δώσει ώθηση στην οικονομία, ένα από τα μέτρα που χρησιμοποιεί είναι η μείωση των επιτοκίων. Αντιθέτως όταν τα επιτόκια είναι υψηλά τότε τα νοικοκυριά έχουν ισχυρούς λόγους να αποταμιεύσουν, ενώ οι επιχειρήσεις αποθαρρύνονται ως προς τις επενδύσεις λόγω του υψηλού κόστους του χρήματος. Όταν μια κυβέρνηση θέλει να ελέγξει την οικονομική δραστηριότητα και να μειώσει τον κίνδυνο υπερθέρμανσης της οικονομίας ένα από τα μέτρα που χρησιμοποιεί είναι η αύξηση των επιτοκίων.

Στα χρηματοοικονομικά υπάρχουν διάφορα επιτόκια. Η πιο βασική διαφοροποίηση τους έγκειται ανάμεσα στα πραγματικά και τα ονομαστικά επιτόκια. Τα πραγματικά επιτόκια είναι αυτά που είναι απαλλαγμένα από τον πληθωρισμό ενώ ονομαστικά είναι αυτά που περιέχουν πληθωρισμό. Το πραγματικό επιτόκιο ισούται με το ονομαστικό επιτόκιο μείον του πληθωρισμού. Με τον πληθωρισμό ο επενδυτής χάνει αγοραστική δύναμη. Το Επιτόκιο Μηδενικού Κινδύνου είναι το επιτόκιο που μπορεί να επιτευχθεί εάν επενδύσουμε σε χρηματοοικονομικά προϊόντα που δεν εμπεριέχουν κίνδυνο. Στην πράξη δεν υπάρχουν χρηματοοικονομικά

προϊόντα που δεν εμπεριέχουν την έννοια του κινδύνου. Συχνά θεωρούνται ως τέτοια τα κυβερνητικά ομόλογα διότι η πιθανότητά να πτωχεύσει ένα κράτος είναι πολύ μικρή. Μια άλλη μορφή επιτοκίων είναι το προεξοφλητικό επιτόκιο, το οποίο είναι η απόδοση που αποποιούμαστε επενδύοντας σε ένα έργο X αντί να επενδύσουμε στις χρηματοπιστωτικές αγορές. Το Προεξοφλητικό Επιτόκιο είναι γνωστό και ως κόστος ευκαιρίας κεφαλαίου και χρησιμοποιείται για να αξιολογηθούν διάφορες επενδύσεις.

### 3.6 Συναλλαγματική ισοτιμία

Ως συναλλαγματική ισοτιμία ορίζεται η τιμή ενός νομίσματος σε όρους ενός άλλου νομίσματος ή με άλλα λόγια πόσες χρηματικές μονάδες ξένου νομίσματος μπορούμε να αγοράσουμε δίνοντας μια συγκεκριμένη ποσότητα εγχώριου νομίσματος. Για παράδειγμα η ισοτιμία  $\text{€}/\text{\$}=0,90$  σημαίνει ότι χρειάζεται 1\$ για να αγοραστεί 0,9€. Οι συναλλαγματικές ισοτιμίες μεταβάλλονται ανά δευτερόλεπτο (όταν δεν είναι “κλειδωμένες”) και επηρεάζονται από τις δυνάμεις προσφοράς και ζήτησης. Πιο συγκεκριμένα επηρεάζονται από τις αγοραπωλησίες επενδυτών, κερδοσκόπων και traders στη συναλλαγματική αγορά, τα επιτόκια που καθορίζονται από την κεντρική τράπεζα, καθώς όσο υψηλότερα είναι τα επιτόκια, τόσο υψηλότερη είναι η ζήτηση για ένα νόμισμα, όπως επίσης από τον πληθωρισμό, την ανεργία, την προσφορά χρήματος, το ύψος του δημόσιου χρέους, το πολιτικό κλίμα και την πιστοληπτική ικανότητα της χώρας αλλά και τις μελλοντικές της προοπτικές.

Η συναλλαγματική ισοτιμία υπολογίζεται με δυο διαφορετικούς τρόπους, μέσω της άμεσης αναφοράς και της έμμεσης αναφοράς. Στην άμεση αναφορά, η συναλλαγματική ισοτιμία αναφέρεται ως η τιμή του εγχώριου νομίσματος που απαιτείται για την αγορά μιας μονάδας ξένου νομίσματος. Αυτός είναι και ο πιο συνηθισμένος τρόπος που χρησιμοποιούν οι τράπεζες για συναλλαγές με μη τραπεζικούς πελάτες. Ένας άλλος τρόπος αναφοράς είναι ο έμμεσος, όπου η ισοτιμία αναφέρεται ως η τιμή του ξένου νομίσματος για την αγορά μιας μονάδας εγχώριου νομίσματος.

Η υψηλή μεταβλητότητα των συναλλαγματικών ισοτιμιών επηρεάζει τις εθνικές οικονομίες γιατί οι αυξομειώσεις των τιμών των νομισμάτων

διαμορφώνουν την ανταγωνιστικότητα των προϊόντων τους και τελικά την οικονομική δραστηριότητα. Η ανατίμηση ενός νομίσματος αποδυναμώνει τις εξαγωγές και την παραγωγή γιατί τα εγχώρια προϊόντα γίνονται ακριβότερα προς τις υπόλοιπες χώρες, ενώ η υποτίμηση μειώνει την αγοραστική δύναμη των πολιτών μιας χώρας σε εισαγόμενα προϊόντα αφού αυτά γίνονται ακριβότερα για εκείνους.

Οι συναλλαγματικές ισοτιμίες διακρίνονται σε 4 κατηγορίες ανάλογα το βαθμό της κρατικής παρέμβασης. Στην πρώτη κατηγορία είναι το σύστημα των σταθερών συναλλαγματικών ισοτιμιών, κατά το οποίο οι κυβερνήσεις επεμβαίνουν ενεργητικά στην αγορά συναλλάγματος πουλώντας ή αγοράζοντας ξένο συνάλλαγμα προκειμένου να διατηρήσουν την ισοτιμία σε ένα εύρος τιμών που θεωρείται αποδεκτό. Μια δεύτερη μορφή συναλλαγματικής ισοτιμίας είναι αυτή του συστήματος ελεύθερα κυμαινόμενων συναλλαγματικών ισοτιμιών όπου το κράτος δεν επεμβαίνει καθόλου στην αγορά συναλλάγματος αφήνοντας τις τιμές των συναλλαγματικών ισοτιμιών να διαμορφώνονται κάθε φορά ελεύθερα από τις δυνάμεις της προσφοράς και της ζήτησης. Η τρίτη κατηγορία είναι μια ενδιάμεση μορφή των παραπάνω δυο όπου η συναλλαγματική ισοτιμία κυμαίνεται σε μεγάλο βαθμό ελεύθερα, ενώ οι κυβερνήσεις παρεμβαίνουν μόνο σε περιπτώσεις όπου η τιμή είναι εξαιρετικά ακραία που θέτουν την οικονομία της χώρας σε κίνδυνο. Η τέταρτη κατηγορία είναι το σύστημα της προσαρμοζόμενης σύνδεσης, όπου οι νομισματικές αρχές της χώρας δεσμεύονται να στηρίζουν μια προκαθορισμένη ισοτιμία με ένα ισχυρό ξένο νόμισμα (όπως το δολάριο) χωρίς όμως αυτό να σημαίνει πως δεν μπορούν να παρεμβαίνουν όποτε κρίνουν ότι είναι απαραίτητο.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΕΜΠΕΙΡΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΙΣ Η.Π.Α.

### 4.1 Εισαγωγή

Στο Κεφάλαιο αυτό γίνεται εμπειρική διερεύνηση της συμπεριφοράς των Προσωπικών Δαπανών Υγείας των Η.Π.Α. σε σχέση με διάφορες Μακροοικονομικές μεταβλητές, προκειμένου να διαπιστωθεί από ποιους παράγοντες επηρεάζεται η εξέλιξή τους. Πιο συγκεκριμένα, χρησιμοποιούνται οι ακόλουθες μεταβλητές: ετήσιος ρυθμός ανάπτυξης του ΑΕΠ, Προσδόκιμο Ζωής, Δείκτης Τιμών Καταναλωτή, Επιτόκιο και Συναλλαγματική Ισοτιμία.

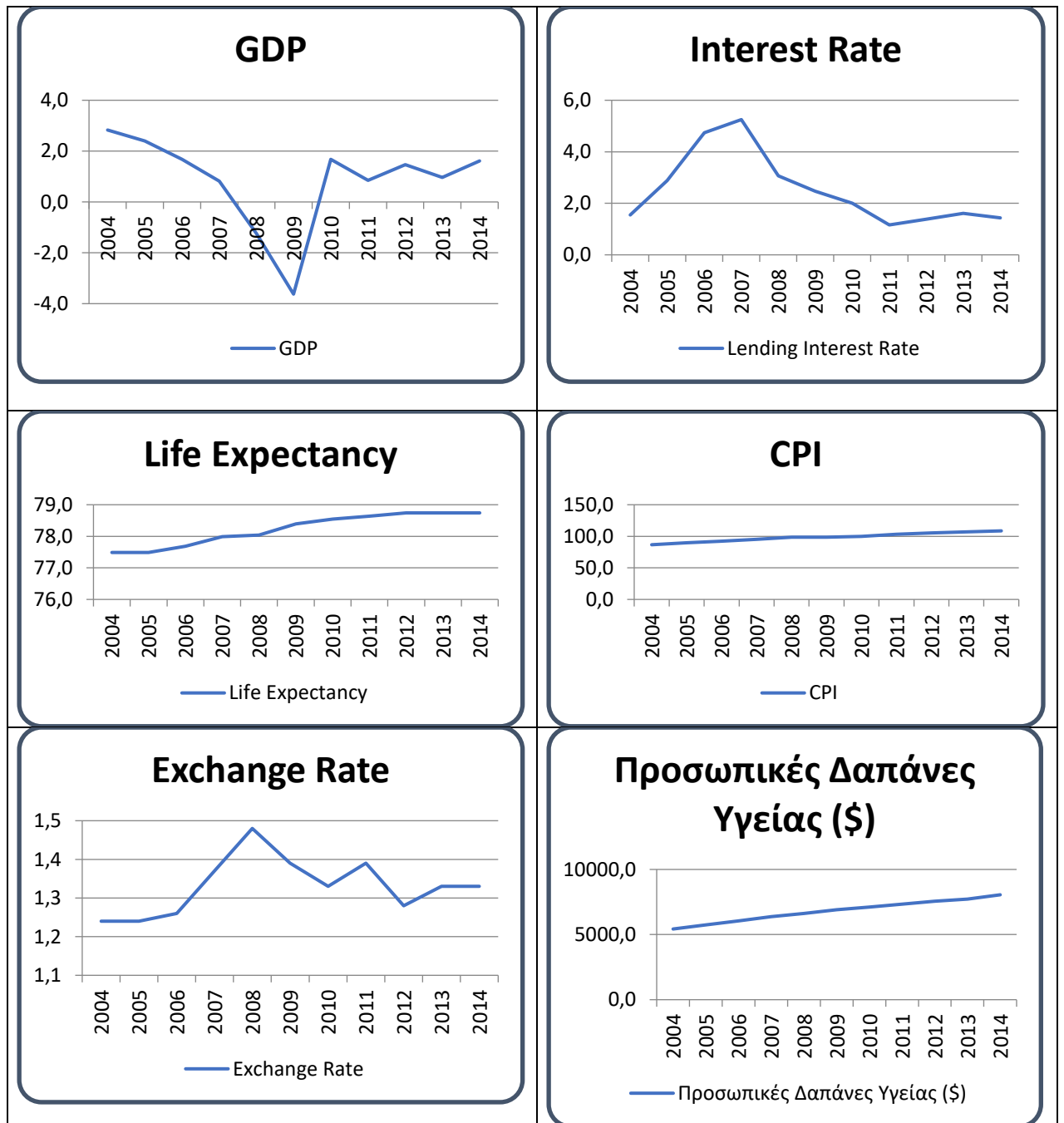
### 4.2 Παρουσίαση των Δεδομένων

Τα δεδομένα που χρησιμοποιήθηκαν στην παρούσα εργασία αφορούν τη χρονική περίοδο 2004 με 2014 για τις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής και ελήφθησαν από την ιστοσελίδα <https://data.worldbank.org>. Οι τιμές των μεταβλητών, Προσωπικές Δαπάνες Υγείας εμφανίζονται σε δισεκατομμύρια δολάρια, το Προσδόκιμο Ζωής σε έτη, το Επιτόκιο σε ποσοστό, όπως και ο ετήσιος ρυθμός ανάπτυξης του ΑΕΠ, η Συναλλαγματική ισοτιμία ευρώ/δολαρίου σε αριθμό και τέλος ο Δείκτης Τιμών Καταναλωτή που δεν έχει μονάδες μέτρησης έχει υπολογιστεί θέτοντας ως σημείο αναφοράς το έτος 2010 δίνοντας σε αυτό την τιμή 100.

Στο Διάγραμμα 4.1 παρουσιάζονται οι τιμές όλων των μεταβλητών που χρησιμοποιούνται στην ανάλυση διαχρονικά για τα έτη 2004 έως 2014. Από το διάγραμμα αυτό παρατηρείται η έντονη ανοδική τάση των Προσωπικών δαπανών Υγείας, η οποία μάλιστα συνδέεται με το προσδόκιμο ζωής, καθώς επίσης και με τον Δείκτη Τιμών Καταναλωτή, αλλά μάλλον σε μικρότερη έκταση.

Επιπρόσθετα, από το Διάγραμμα 4.1 παρατηρείται ότι υπάρχει αρνητική σχέση με το βασικό επιτόκιο δανεισμού και αμφιλεγόμενη σχέση με τον ετήσιο ρυθμό ανάπτυξης του ΑΕΠ, ο οποίος έχει και αρνητικές τιμές λόγω της οικονομικής κρίσης που εμφανίστηκε στις Η.Π.Α. την περίοδο 2007-2009. Οι Προσωπικές Δαπάνες Υγείας φαίνεται να συνδέονται θετικά με το Προσδόκιμο Ζωής και τον Δείκτη Τιμών Καταναλωτή.





**Διάγραμμα 4.1**  
**Γραφική Παράσταση Εξεταζόμενων Μεταβλητών**

**Πίνακας 4.1**  
**Περιγραφικά Στατιστικά Μέτρα των Εξεταζόμενων Μεταβλητών**

	<i>Προσωπικές Δαπάνες Υγείας (\$)</i>	<i>GDP</i>	<i>Interest Rate</i>	<i>Life Expectancy</i>	<i>CPI</i>	<i>Exchange Rate</i>
Mean	6810	0,86	2,50	78,23	98,61	1,33
Standard Error	255	0,55	0,42	0,15	2,15	0,02
Median	6905	1,46	2,00	78,39	98,74	1,33
Standard Deviation	846	1,82	1,38	0,51	7,14	0,07
Sample Variance	715549	3,30	1,92	0,26	51,01	0,01
Kurtosis	-1	3,32	0,31	-1,57	-0,94	0,03
Skewness	0	-1,75	1,17	-0,44	-0,27	0,54
Range	2626	6,45	4,09	1,25	21,95	0,24
Minimum	5428	-3,62	1,16	77,49	86,62	1,24
Maximum	8054	2,83	5,25	78,74	108,57	1,48
Sum	74913	9,44	27,54	860,49	1084,69	14,64

Στον Πίνακα 4.1 εμφανίζονται τα βασικά περιγραφικά στοιχεία όλων των μεταβλητών που χρησιμοποιούνται στην ανάλυση. Από τον πίνακα αυτόν προκύπτει ότι ο ετήσιος ρυθμός ανάπτυξης του ΑΕΠ, σε σχέση με όλες τις άλλες μεταβλητές, έχει μεγάλη απόκλιση η τιμή του μέσου όρου του με την τιμή της διαμέσου του.

### 4.3 Ανάλυση των Δεδομένων

Για την ανάλυση των δεδομένων εφαρμόστηκε το απλό γραμμικό υπόδειγμα όπου ως εξαρτημένη χρησιμοποιήθηκε η μεταβλητή Προσωπικές Δαπάνες Υγείας, ενώ ως εξαρτημένη μεταβλητή χρησιμοποιήθηκαν οι εξής μεταβλητές: ετήσιος ρυθμός ανάπτυξης του ΑΕΠ, Προσδόκιμο Ζωής, Δείκτης Τιμών Καταναλωτή, Επιτόκιο και Συναλλαγματική Ισοτιμία ευρώ/δολλαρίου. Η ανάλυση πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του πακέτου data analysis του Excel, το οποίο για την εκτίμηση των παραμέτρων εφαρμόζει τη Μέθοδο Ελαχίστων Τετραγώνων (OLS).

## Πίνακας 4.2 Αποτελέσματα Ανάλυσης Παλινδρόμησης

Μεταβλητές	Constant	t-statistic	Coefficient	t-statistic	R-square
Ρυθμός Ανάπτυξης ΑΕΠ	6895,687	23,52862	-99,553733	-0,65664	4,6%
Επιτόκιο	7581,303	15,22248	-307,92185	-1,75004	25,4%
Προσδόκιμο Ζωής	-120419	-12,2648	1626,42475	12,95869	94,9%
Δείκτης Τιμών Καταναλωτή	-4802,98	-11,576	117,771508	28,05658	98,9%
Συναλλαγματική Ισοτιμία	1287,97	0,272556	4149,27128	1,170257	13,2%

Στον Πίνακα 4.2 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της εκτίμησης του απλού γραμμικού υποδείγματος από τα οποία προκύπτουν ορισμένα χρήσιμα συμπεράσματα. Καταρχάς, την μεγαλύτερη ερμηνευτική ικανότητα την έχει ο Δείκτης Τιμών Καταναλωτή μαζί με το Προσδόκιμο Ζωής, ενώ όλες οι άλλες μεταβλητές έχουν μικρή έως πολύ μικρή ερμηνευτική ικανότητα. Επιπρόσθετα, μόνο σε αυτές τις δύο μεταβλητές οι συντελεστές τους είναι στατιστικά σημαντικά. Αντίθετα, στις μεταβλητές ετήσιος ρυθμός ανάπτυξης του ΑΕΠ, Επιτόκιο και Συναλλαγματική Ισοτιμία που έχουν μικρή ερμηνευτική ικανότητα οι συντελεστές τους δεν είναι στατιστικά σημαντικοί. Σημειώνεται επίσης ότι η προσπάθεια να εκτιμηθεί το πολλαπλό γραμμικό υπόδειγμα με τις δύο στατιστικά σημαντικές μεταβλητές, δηλαδή ο Δείκτης Τιμών Καταναλωτή μαζί με το Προσδόκιμο Ζωής, απέτυχε διότι παρουσίασε πρόβλημα πολυσυγγραμμικότητας μεταξύ των ανεξάρτητων μεταβλητών και οι εκτιμήσεις που έγιναν έδωσαν στατιστικά μη σημαντικούς συντελεστές.

### 4.4 Συμπεράσματα

Στο κεφάλαιο αυτό έγινε προσπάθεια να διερευνηθεί η συμπεριφορά των Προσωπικών Δαπανών Υγείας των ΗΠΑ σε σχέση με διάφορες βασικές Μακροοικονομικές μεταβλητές. Από την ανάλυση της παλινδρόμησης που εφαρμόστηκε προέκυψε ότι μόνο το Προσδόκιμο Ζωής και ο πληθωρισμός συντελούν θετικά και στατιστικά σημαντικά στην αύξηση αυτών των Δαπανών υγείας. Αντίθετα, για την χρονική περίοδο που

χρησιμοποιήθηκε προέκυψε ότι ο ετήσιος ρυθμός ανάπτυξης του ΑΕΠ, το Επιτόκιο και η Συναλλαγματική Ισοτιμία δεν ερμηνεύουν στατιστικά σημαντικά τη συμπεριφορά των Προσωπικών Δαπανών Υγείας.

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

REXFORD E. SANTERRE. STEPHEN P. NEUN. Οικονομικά της Υγείας. Θεωρία. Προοπτική & Συστηματική Μελέτη. Αθήνα: Εκδόσεις Κριτική.

ΓΙΑΝΝΗΣ Ν. ΥΦΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ. Τα Οικονομικά της Υγείας. Θεωρία και Πολιτική. Βιβλιοθήκη Οικονομίας Διοίκησης & Πολιτικής Υγείας. Αθήνα: Τυπωθήτω.

OLIVIER BLANCHARD. Μακροοικονομική Μελέτη (5<sup>η</sup> Έκδοση). Αθήνα: Επίκεντρο.

A. THOMPSON JR. A. J. STRICKLAND III. JOHN E. GAMBLE. Σχεδιασμός και Υλοποίηση Επιχειρησιακής Στρατηγικής. Η Αναζήτηση Ανταγωνιστικού Πλεονεκτήματος. Αθήνα: Utopia.

DAVID N. WELL. BROWN UNIVERSITY. Οικονομική Μεγέθυνση. Αθήνα: Εκδόσεις Πασχαλίδης.

DORNBUSCH R. & FISCHER S., Μακροοικονομική Μελέτη. Αθήνα: Εκδόσεις Κριτική.

MANKIW N. G., Μακροοικονομική Θεωρία (4<sup>η</sup> Έκδοση). Αθήνα: Τυπωθήτω.

MANKIW N. G., Αρχές της Οικονομικής Θεωρίας. Τόμος Β. Αθήνα: Τυπωθήτω.

ΣΟΥΛΗΣ Σ. (1999). Οικονομικά της Υγείας (2<sup>η</sup> Έκδοση). Αθήνα: Παπαζήση.

ΓΙΑΝΝΕΛΗΣ Δ. (2003). Εισαγωγή στη Μακροοικονομική Θεωρία.  
KATZ M. L. ROSEN H. S., Μικροοικονομική Ανάλυση (3<sup>η</sup> Έκδοση). Αθήνα: Επίκεντρο.

ΛΙΑΡΟΠΟΥΛΟΣ Λ.. Οργάνωση Υπηρεσιών & Συστημάτων Υγείας. Τόμος Α. Αθήνα: Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις.

ΑΓΙΑΚΛΟΓΛΟΥ ΧΡΗΣΤΟΣ (1992). Empirical Evidence on Dickey Fuller Type Tests.

Ο' HIGGINS M., Health Spending: A Way to Sustainable Growth.

WILLIAMS A., USA Health Economics.

OECD. Financing and Delivering Health Care. A comparative Analysis of OECD Countries.

OECD. (2006). Projecting of OECD Health and Long Term Care Expenditures (OECD Economics Department Working Papers).

NEWHOUSE J. P., Medical Care Expenditure. A Cross National Survey.

SINGER B. H. & MANTON K. G., The Effects of Health Changes on Projections of Health Service Needs for the Elderly Population of the United States. Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America.

YAMARONE R. (2012). The Trader's Guide to Key Economic Indicators.

GERDTHAM. Econometric Analysis of Health Expenditure. A Cross Sectional Study of the OECD Countries.

ESTEVE V. SANCHIS J., Estimating the Substitutability Between Private and Public Consumption.

CLEMENTE J., On the International Stability of Health Care Expenditure Functions. Government and Private Functions Similar.

CREMIEUX PIERRE. OUELETTE PIERRE & PILON CAROLINE. Health Care Spending as Determinants of Health Outcomes. Health Economics.

CYLUS J. MLADOVSKY F. & MCKEE M., There is a Statistical Relationship Between Economic Crises and Changes in Total Government Health Expenditures Growth.

ALPER E. A O'MALLEY T. & GREENWALD J., Hospital Discharge.

ANELL ANDERS & W. Michael. International Comparison of Health Care Systems Using Resource Profiles. World Health Organizations.

BENZION URI & GAFNI AMIRAM. Evaluation of Public Investment in Health Care. Is the Risk Irrelevant ?, Journal of Health Economics.

KOLSTAD J. & KOWALSKI A., The Impact of Health Care Reform on Hospital and Preventive Care. Evidence from United States.

MINH QUANG DAO. Government Expenditure and Growth in Developing Countries. Progress in Development Studies.

OKUNADE & MURTHY. Technology as a Major Driver of Health Care Costs.

PARKER S. & WONG R., Household Income and Health Care Expenditures in USA.

Ηλεκτρονικές Πηγές:

En.wikipedia.org

[www.euretirio.com](http://www.euretirio.com)

[http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/National\\_accounts\\_and\\_GDP/el](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/National_accounts_and_GDP/el)

<http://www.mof.gov.cy/mof/cystat/statistics.nsf/all/FDC016C14C51130DC22576B7004583BB?OpenDocument>

<https://www.statistics.gr/statistics/-/publication/DKT87/->