



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

UNIVERSITY OF PIRAEUS

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

**ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΕΠΙΛΕΓΜΕΝΕΣ ΧΩΡΕΣ ΤΗΣ
ΕΥΡΩΠΑΙΚΗΣ ΕΝΩΣΗΣ**

ΜΑΤΡΑΚΗΣ ΧΡΗΣΤΟΣ

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

**HEALTH EXPENDITURES FOR SELECTED
EUROPEAN COYNTRIES**

MATRAKIS CHRISTOS

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, 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, ενώ επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω και τον κ. Χαράλαμπο Αγκυρόπουλο.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο τομέας της Υγείας, αποτελεί έναν από τους πιο ευαίσθητους αλλά και πολύπλοκους τομείς για την οικονομική ζωή μίας χώρας. Το υψηλό και ποιοτικό επίπεδο της δημόσιας και ιδιωτικής υγείας, δείχνει στοιχεία ευημερίας και ανάπτυξης, αλλά παράλληλα απαιτεί την υψηλή κατανάλωση των διαθέσιμων πόρων του συστήματος υγείας, που διαθέτει μια χώρα. Η προσπάθεια για διαφύλαξη της καθολικότητας στην ελεύθερη πρόσβαση των πολιτών και των ασθενών στα νοσοκομεία για χρήση των υπηρεσιών υγείας αποτελεί τομέα πρόκλησης για την εξαγωγή πληροφοριών, τόσο για τους ερευνητές όσο και για το υπουργείο υγείας μιας χώρας, έτσι ώστε να μπορέσουν να καταλήξουν στο άριστο σημείο, δηλαδή της μέγιστης αποδοτικότητας των συστημάτων υγείας, της μείωσης του κόστους και της αύξησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Σε ένα σύστημα υγείας, η παραγωγικότητα και οι δαπάνες υγείας σχετίζονται άμεσα μεταξύ τους και η σχέση αυτή είναι πολλαπλά τεκμηριωμένη με διάφορες έρευνες και μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί, από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, ενώ οι χώρες που βρίσκονται σε καλή οικονομική κατάσταση, προστατεύουν και προάγουν τον τομέα της υγείας, για την προστασία των πολιτών. Προκειμένου να υπάρξει σωστή και αποτελεσματική ιατροφαρμακευτική κάλυψη και περίθαλψη, των υγειονομικών αναγκών των πολιτών μίας χώρας, απαιτείται η παρουσίαση ενός ολοκληρωμένου συστήματος υγείας, το οποίο θα ανταποκρίνεται στις ανάγκες των ασθενών, με τη χρήση των κατάλληλων εισροών και των διαθέσιμων πόρων και με τη σωστή χάραξη των διαδικασιών που πρέπει να ακολουθούνται.

Ο σκοπός της παρούσας διπλωματικής εργασίας είναι η προσπάθεια να διερευνηθεί η συμπεριφορά των δαπανών υγείας των χωρών Δανία, Ισπανία, Γαλλία, Ολλανδία και Σουηδία σε σχέση με μερικών βασικών μακροοικονομικών μεταβλητών. Από την εμπειρική ανάλυση προκύπτει πως το Α.Ε.Π., το προσδόκιμο ζωής και ο δείκτης τιμής καταναλωτή είναι στατιστικά σημαντικές, δηλαδή επηρεάζουν τις συνολικές νοσοκομειακές δαπάνες.

Abstract

The health-care sector is one of the most sensitive but complex areas of a country's economic activity. A prominent level of public and private health - care demonstrates prosperity and growth but also requires a high consumption of available health - care resources in a country. The effort to preserve the universality of free access of citizens and patients to hospitals for the use of health services is a field of challenge for both researchers and state officers so it could result to an equilibrium point, i.e. the maximum efficiency of health systems, the reduction of costs and the increase in the quality of health services provided.

In a health - care system, productivity and health - care costs are directly related to each other and countries in a good economic condition protect and promote the health - care sector to protect citizens. This relationship is observed by several studies carried out by the World Health Organization. To have proper and effective medical coverage for the health needs of the citizens, it is necessary to present an integrated health system that meets the needs of patients, using the appropriate inputs and available resources.

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

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΒΑΣΙΚΕΣ ΜΑΚΡΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ

1.1: Εισαγωγή	1
1.2: Υπολογισμός του ακαθάριστου εθνικού προϊόντος με την μέθοδο της συνολικής παραγωγής	4
1.3: Υπολογισμός του ακαθάριστου εθνικού προϊόντος με την μέθοδο της συνολικής δαπάνης	5
1.4: Υπολογισμός του ακαθάριστου εθνικού προϊόντος με την εισοδηματική μέθοδο	9
1.5: Κατά κεφαλή ακαθάριστο εγχώριο προϊόν.....	10
1.6: Ακαθάριστο εθνικό προϊόν και εθνικό εισόδημα.....	12
1.7: Δημογραφία μελετώμενων χωρών.....	13
1.8: Ανεργία.....	14
1.9: Εμπορικό ισοζύγιο.....	18
1.10: Κατανάλωση.....	26
1.11: Επένδυση.....	33
1.12: Ανακεφαλαίωση.....	36

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΒΑΣΙΚΕΣ ΕΝΝΟΙΕΣ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

2.1: Εισαγωγή.....	38
2.2: Οι Δαπάνες Υγείας και τα συστατικά του.....	43

2.3: Αιτίες αύξησης των Δαπανών Υγείας.....	47
2.4: Παράγοντες μέτρησης αποδοτικότητας ενός Συστήματος Υγείας...51	
2.5: Ανακεφαλαίωση.....	55
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ	
3.1: Εισαγωγή.....	58
3.2: Παρουσίαση Δεδομένων.....	58
3.3: Ανάλυση Παλινδρόμησης.....	64
3.4: Συμπεράσματα.....	70
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	71

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΒΑΣΙΚΕΣ ΜΑΚΡΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ

1.1 Εισαγωγή

Η πιο σημαντική έννοια των εθνικών λογαριασμών η οποία μετρά το επίπεδο της οικονομικής δραστηριότητας είναι το ακαθάριστο εγχώριο προϊόν (Gross Domestic Product) (GDP). Η οικονομία μιας χώρας αποτελείται από τέσσερις βασικούς τομείς οικονομικής δραστηριότητας: τον τομέα των νοικοκυριών, τον τομέα των επιχειρήσεων, τον δημόσιο τομέα και τον εξωτερικό τομέα (τον υπόλοιπο κόσμο). Το GDP μετρά το σύνολο της αξίας όλων των τελικών αγαθών και υπηρεσιών (final goods and services) που παράγονται εντός των ορίων της ημεδαπής οικονομικής επικράτειας μιας χώρας κατά τη διάρκεια της τρέχουσας χρονικής περιόδου (π.χ. έτος). Όπως είναι γνωστό το GDP είναι μέγεθος ροή, δηλαδή έχει χρονική διάσταση και μετριέται με αναφορά σε συγκεκριμένη χρονική περίοδο (π.χ. τρίμηνο ή έτος).

Εξετάζοντας από πιο κοντά τον παραπάνω ορισμό, το GDP περιλαμβάνει μόνο τελικά αγαθά και υπηρεσίες (ή αγαθά τελικής χρήσης), δηλαδή εκείνα τα οποία χρησιμοποιούνται από τελικούς χρήστες για την ικανοποίηση των αναγκών τους και όχι για μεταπώληση. Η αξία των ενδιάμεσων αγαθών (intermediate goods) δεν περιλαμβάνεται στη μέτρηση του GDP. Τα ενδιάμεσα αγαθά (ή αγαθά ενδιάμεσης χρήσης) χρησιμοποιούνται στην παραγωγική διαδικασία για την παραγωγή τελικών αγαθών. Με άλλα λόγια, εάν συμπεριληφθεί η αξία των ενδιάμεσων αγαθών στον υπολογισμό του GDP, το αποτέλεσμα θα είναι να υπερεκτιμηθεί η αξία του.

Υπάρχουν, όμως δύο κατηγορίες αγαθών τα οποία χρησιμοποιούνται στη διαδικασία παραγωγής τελικών αγαθών και υπηρεσιών αλλά συμπεριλαμβάνονται στον υπολογισμό του GDP. Η μία αναφέρεται στην τρέχουσα παραγωγή κεφαλαιουχικών αγαθών (capital goods). Τα αγαθά αυτά έχουν συνήθως μια προσδοκώμενη οικονομική ζωή που ξεπερνά την τρέχουσα περίοδο, με συνέπεια να αναλώνεται μόνο ένα μέρος της αξίας τους στην παραγωγή αγαθών στην τρέχουσα περίοδο. Το μέρος αυτό είναι η λεγόμενη απόσβεση (depreciation) ή κατανάλωση παγίου κεφαλαίου (capital consumption) και περιλαμβάνεται στην αξία των τελικών αγαθών. Αν τα κεφαλαιουχικά

αγαθά δεν συμπεριλαμβάνονται στον υπολογισμό του GDP, θα σήμαινε ότι γίνεται απόσβεση ολόκληρης της αξίας τους στην τρέχουσα περίοδο. Στον υπολογισμό του GDP συμπεριλαμβάνεται η συνολική αξία των κεφαλαιουχικών αγαθών που παράγονται στην τρέχουσα περίοδο.

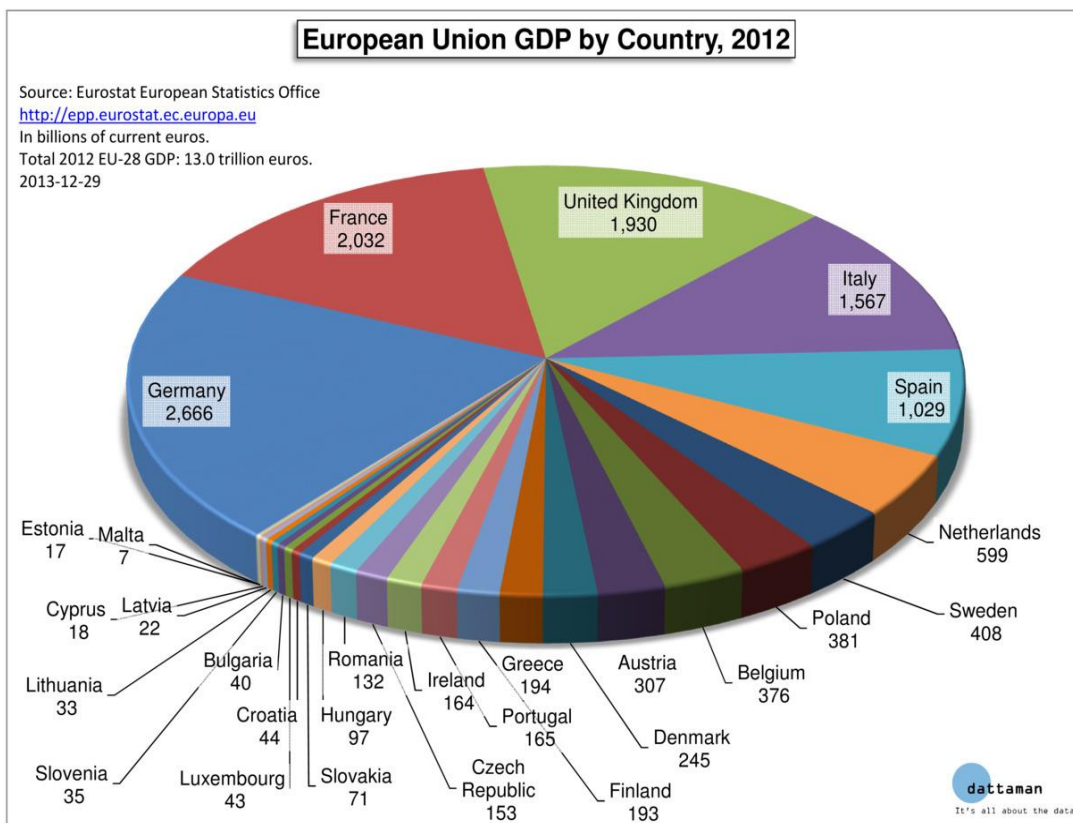
Η άλλη κατηγορία είναι η επένδυση των παραγωγικών μονάδων σε αποθέματα παραγομένων και αποκτωμένων αγαθών. Η επένδυση αυτή αναφέρεται στις καθαρές μεταβολές των αποθεμάτων αυτών. Οι αυξήσεις των αποθεμάτων αυτών πρέπει να υπολογίζονται στο GDP διότι αντιπροσωπεύουν τρέχουσα παραγωγή αγαθών των οποίων η αξία δεν συμπεριλαμβάνεται στις πωλήσεις των τελικών αγαθών της τρέχουσας περιόδου.

Στον ορισμό του GDP περιλαμβάνεται η αξία όλων των τελικών αγαθών και υπηρεσιών που παρήχθησαν στην τρέχουσα περίοδο. Δεν συμπεριλαμβάνονται οι πωλήσεις των χρησιμοποιημένων αγαθών (π.χ. παλιό διαμέρισμα), γιατί αντιπροσωπεύουν προϊόντα παραγωγής προηγούμενων περιόδων, τα οποία έχουν συμπεριληφθεί στην αξία του GDP των περιόδων αυτών. Επίσης δεν συμπεριλαμβάνονται στο GDP οι αγορές χρεογράφων (μετοχές, ομολογίες, κλπ.). Οι αμοιβές, ωστόσο, για τις υπηρεσίες εκείνων που διευκολύνουν ή πραγματοποιούν τις συναλλαγές αυτές π.χ. αμοιβή μεσίτη, συμβολαιογράφου, ή χρηματιστή) συμπεριλαμβάνονται στο GDP. Τέλος, δεν συμπεριλαμβάνεται οι συναλλαγές εκείνες οι οποίες έχουν ως αποτέλεσμα τη μεταφορά οικονομικών αξιών χωρίς να συνοδεύονται από την ταυτόχρονη ανταλλαγή αγαθών ή υπηρεσιών. Στην κατηγορία αυτή περιλαμβάνονται οι μεταβιβαστικές πληρωμές (π.χ. δώρα, επιδόματα ανεργίας, συντάξεις κ.ά.) (Κατσιμπρή, 1999)

Υπάρχουν, επίσης ορισμένες κατηγορίες παραγωγικών δραστηριοτήτων που είναι δύσκολο να καταγραφούν και να συμπεριληφθούν στο GDP. Μία τέτοια κατηγορία είναι οι δραστηριότητες εκείνες που δεν περνάνε μέσα από τη διαδικασία της αγοράς, όπως για παράδειγμα, οι υπηρεσίες της νοικοκυράς, το βάψιμο του σπιτιού από τον ίδιο τον ένοικο ή τον ιδιοκτήτη του κ.ά. Κατ' εξαίρεση, όμως συμπεριλαμβάνονται στο GDP η ιδιοκατανάλωση αγροτικών προϊόντων, οι υπηρεσίες ιδιοκατοίκησης κ.ά. Επίσης, δεν συμπεριλαμβάνεται στο GDP η αξία των συναλλαγών της παραοικονομίας (underground economy). Η

κατηγορία αυτή αναφέρεται στις συναλλαγές παραγωγής και διανομής παράνομων αγαθών και υπηρεσιών (τυχερά παιχνίδια, ναρκωτικές ουσίες κ.ά.) καθώς και στη μη δήλωση εισοδήματος από νόμιμες δραστηριότητες (π.χ. ένας πτυχιούχος οικονομικών επιστημών που παραδίδει φροντιστηριακά μαθήματα και δεν το δηλώνει στην εφορία). Για όλους αυτούς τους λόγους, το GDP θεωρείται ότι είναι ένας ατελής δείκτης της οικονομικής δραστηριότητας.

Όπως στο παραπάνω παράδειγμα της υποθετικής οικονομίας, το GDP μιας χώρας μπορεί να μετρηθεί με τρεις εναλλακτικούς τρόπους: με τη μέθοδο της συνολικής παραγωγής (output approach), με τη μέθοδο της συνολικής δαπάνης (expenditure approach) ή με τη μέθοδο του συνολικού εισοδήματος (income approach). Δεδομένου ότι κάθε μία μέθοδος εξετάζει ο GDP από διαφορετική οπτική, το Σύστημα των Εθνικών Λογαριασμών χρησιμοποιεί και τις τρεις μεθόδους υπολογισμού του GDP της χώρας, δίνοντας έτσι μια πιο ολοκληρωμένη εικόνα για τη διάρθρωση της οικονομίας.



Πηγή: econograp hics.wordpress.com

Διάγραμμα 1.1 Ακαθάριστο εθνικό προϊόν ανά Ευρωπαϊκή χώρα, το έτος 2012

Στο Διάγραμμα 1.1 παρατηρείτε το ακαθάριστο εθνικό εγχώριο προϊόν σε χώρες της Ε.Ε. εν έτη 2012. Γίνεται εμφανές από το κυκλικό αυτό διάγραμμα ότι η Γαλλία, η Γερμανία και η Αγγλία έχουν το μεγαλύτερο ποσοστό σε σχέση με άλλες χώρες, ενώ ακολουθεί η Ιταλία με την Ισπανία. Τα υπόλοιπα κράτη-μέλη βρίσκονται αρκετά πιο κάτω συγκριτικά με τις χώρες που αναφέρθηκαν.

Στο κεφάλαιο αυτό πέρα από την ήδη αναφορά που έγινε στο ακαθάριστο εγχώριο προϊόν (ΑΕΠ) θα γίνει εκτενής αναφορά και σε άλλες πολύ σημαντικές μακροοικονομικές μεταβλητές. Αρχικά θα μελετήσουμε τρόπους υπολογισμού του (ΑΕΠ), εν συνεχεία θα αναλύσουμε το κατά κεφαλή ακαθάριστο εγχώριο προϊόν αλλά και το ακαθάριστο εθνικό προϊόν και εθνικό εισόδημα. Η παραοικονομία στην Ευρωπαϊκή Ένωση και η ανεργία είναι και αυτές δύο έννοιες που θα αναλυθούν όπως εξίσου και εισαγωγές-εξαγωγές της. Επιπροσθέτως η κατανάλωση και εν κατακλείδι η επένδυση θα σχολιαστούν διεξοδικά.

1.2 Υπολογισμός του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος με τη μέθοδο της συνολικής παραγωγής

Δεδομένου ότι δεν είναι πάντα εύκολο να προσδιοριστεί πότε ένα αγαθό είναι τελικής χρήσης και πότε είναι ενδιάμεσης χρήσης, είναι δυνατόν ο υπολογισμός του GDP με τη μέθοδο της άθροισης της αξίας των αγαθών και υπηρεσιών τελικής χρήσης να περιλαμβάνει ορισμένα ενδιάμεσης χρήσης αγαθά περισσότερα από μία φορά. Για να αποφευχθεί ο διπλός υπολογισμός (double counting) των ενδιάμεσων αγαθών, η μέτρηση του GDP γίνεται με τη μέθοδο της προστιθέμενης αξίας (value added method). Η μέθοδος αυτή συνίσταται στον υπολογισμό της προστιθέμενης αξίας όλων των αγαθών και υπηρεσιών σε κάθε στάδιο της παραγωγικής τους διαδικασίας και στην άθροιση τους. Σε μια δεδομένη χρονική περίοδο το άθροισμα αυτό ισούται με τη συνολική αξία όλων των παραγόμενων αγαθών και υπηρεσιών τελικής χρήσης της οικονομίας, δηλαδή το GDP.

Η ακαθάριστη προστιθέμενη αξία (V) της χώρας βρίσκεται αν αφαιρέσουμε την ενδιάμεση ανάλωση ή ενδιάμεση κατανάλωση από την ακαθάριστη αξία της παραγωγής. Ακαθάριστη αξία (εγχώριας παραγωγής) είναι η συνολική αξία του συνόλου των αγαθών και υπηρεσιών που έχουν παραχθεί σε μία δεδομένη χρονική περίοδο, από το

σύνολο των παραγωγικών μονάδων οι οποίες λειτουργούν εντός των ορίων της ελληνικής επικράτειας. Η ενδιάμεση κατανάλωση αναφέρεται στα αγαθά και στις υπηρεσίες που χρησιμοποιούνται στην παραγωγική διαδικασία και μετασχηματίζονται σε άλλα αγαθά και υπηρεσίες. Στην ενδιάμεση κατανάλωση περιλαμβάνονται πρώτες ύλες, αγαθά παραγόμενα από άλλες παραγωγικές μονάδες που χρησιμοποιούνται στην παραγωγική διαδικασία για να παραχθούν άλλα τελικά αγαθά, υπηρεσίες (λογιστικές, πιστωτικές, ασφαλιστικές, νομικές κ.ά.). Η ενδιάμεση κατανάλωση δεν περιλαμβάνει όμως στοιχεία παγίου κεφαλαίου, του οποίου η ανάλωση εμφανίζεται ως κατανάλωση παγίου κεφαλαίου ή απόσβεση.

Έτσι για να υπολογιστεί το GDP σε αγοραίες τιμές, προστίθενται στην ακαθάριστη προστιθέμενη αξία οι φόροι ΦΠΑ των προϊόντων, δηλαδή οι έμμεσοι φόροι των επιχειρήσεων (T_{ind}) και οι φόροι που επιβάλλονται στα εισαγόμενα προϊόντα, και αφαιρούνται οι τυχόν επιδοτήσεις των εισαγωγών (T_s)

$$GDP = V + T_{ind} - T_s$$

όπου V : η ακαθάριστη προστιθέμενη αξία της χώρας

T_{ind} : οι έμμεσοι φόροι των επιχειρήσεων

T_s : τυχόν επιδοτήσεις εισαγωγών

1.3 Υπολογισμός του ακαθάριστου εθνικού προϊόντος με τη μέθοδο της συνολικής δαπάνης

Το GDP μιας χώρας μπορεί, επίσης, να υπολογιστεί προσδιορίζοντας, το μέγεθος της συνολικής δαπάνης για όλα τα τελικά αγαθά και τις υπηρεσίες που έχουν παραχθεί μέσα στα όρια της ημεδαπής επικράτειας της χώρας σε μια δεδομένη χρονική περίοδο.

Υπάρχουν τέσσερις βασικές κατηγορίες δαπάνης στην οικονομία: οι ιδιωτικές καταναλωτικές δαπάνες, οι ακαθάριστες επενδυτικές δαπάνες (δημόσιες και ιδιωτικές), οι δημόσιες καταναλωτικές δαπάνες και οι καθαρές εξαγωγές αγαθών και υπηρεσιών. Το Σύστημα των Εθνικών Λογαριασμών κατατάσσει όλα τα αγαθά που παράγονται σε μια δεδομένη χρονική περίοδο στις τέσσερις αυτές κατηγορίες δαπάνης, με αποτέλεσμα η αξία του GDP της χώρας να είναι ίση με το επίπεδο της συνολικής δαπάνης.

A) Ιδιωτικές καταναλωτικές δαπάνες

Η συνολική ιδιωτική κατανάλωση, C_p (private consumption) περιλαμβάνει την τελική εθνική κατανάλωση των νοικοκυριών και τη συλλογική κατανάλωση των ιδιωτικών μη κερδοσκοπικών ιδρυμάτων. Η τελική εθνική κατανάλωση των νοικοκυριών αναφέρεται στην αξία της δαπάνης για καινούργια αγαθά και υπηρεσίες από τα νοικοκυριά. Στις δαπάνες κατανάλωσης περιλαμβάνονται, επίσης, οι αμοιβές των ατόμων σε είδος (π.χ. τρόφιμα, ταξίδια, ρουχισμός κ.ά.) καθώς και η αξία των αγαθών τα οποία αυτοκαταναλώνονται.

Τα καταναλωτικά αγαθά διακρίνονται σε διαρκή καταναλωτικά αγαθά (π.χ. ηλεκτρικές συσκευές, λευκά είδη, έπιπλα, αυτοκίνητα κ.ά.) σε ημιδιαρκή καταναλωτικά αγαθά (π.χ. είδη ένδυσης- υπόδησης, γραφική ύλη και σχεδιασμού, ανταλλακτικά τροχοφόρων, είδη ατομικού ευπρεπισμού κ.ά.) και μη διαρκή καταναλωτικά αγαθά (π.χ. τρόφιμα, ποτά, βενζίνη, φάρμακα, περιοδικά, ύδρευση, φωτισμός κ.ά.)

Οι υπηρεσίες μπορεί να αναφέρονται στην υγεία, εκπαίδευση, χρηματοοικονομικά, επικοινωνίες, θεάματα κ.ά. Όσον αφορά τα διαρκή και ημιδιαρκή αγαθά, θα πρέπει να σημειωθεί ότι, κανονικά, θα έπρεπε να περιλαμβάνεται στις καταναλωτικές δαπάνες μόνο η αξία ροής των υπηρεσιών που προσφέρουν τα αγαθά αυτά στη διάρκεια της περιόδου που υπολογίζεται το GDP. Για παράδειγμα αν ένα ψυγείο έχει οικονομική ζωή 10 ετών, θα έπρεπε να περιληφθεί στις καταναλωτικές δαπάνες μόνο το 1/10 της τιμής του.

Όμως, δεδομένου ότι είναι δύσκολο να υπολογιστεί η αξία της ροής των υπηρεσιών που προσφέρουν τα διαρκή καταναλωτικά προϊόντα, η συνολική δαπάνη για την απόκτηση τους θεωρείται ως μέρος των καταναλωτικών δαπανών της χρονικής περιόδου στην οποία αγοράζονται. Κατ' εξαίρεση, δεν υπάγονται στα διαρκή καταναλωτικά αγαθά οι δαπάνες για την αγορά ή για την κατασκευή καινούριων κατοικιών. Οι δαπάνες αυτές θεωρούνται ότι αποτελούν επένδυση και μόνο η αξία των υπηρεσιών στέγασης που προσφέρουν κατά την διάρκεια της περιόδου που υπολογίζεται το GDP θεωρείται μέρος των καταναλωτικών δαπανών. Τέλος, η συλλογική κατανάλωση των ιδιωτικών μη κερδοσκοπικών ιδρυμάτων αναφέρεται στην αξία των αγαθών και υπηρεσιών που παράγονται από τα ιδρύματα αυτά και προσφέρονται χωρίς αντάλλαγμα στα νοικοκυριά.

Β) Δημόσιες καταναλωτικές δαπάνες

Οι δημόσιες καταναλωτικές δαπάνες αναφέρονται στο κονδύλι της συλλογικής κατανάλωσης του δημοσίου CG (government consumption), το οποίο αντιπροσωπεύει την αξία όλων των αγαθών και των υπηρεσιών που παράγονται από το δημόσιο σε μια δεδομένη χρονική περίοδο και προσφέρονται χωρίς αντάλλαγμα στα νοικοκυριά. Οι δημόσιες καταναλωτικές δαπάνες περιλαμβάνουν τις δαπάνες του δημοσίου και όλων των νομικών προσώπων δημοσίου δικαίου, καθώς και τις δαπάνες όλων των οργανισμών της τοπικής αυτοδιοίκησης. Περιλαμβάνουν τις δαπάνες για την αγορά αγαθών και υπηρεσιών, όπως για μισθούς δημοσίων υπαλλήλων, εκπαίδευσης, ασφάλειας, άμυνας και φυσικά της υγείας. Δεν περιλαμβάνουν, όμως, τις μεταβιβαστικές πληρωμές (transfer payments) του κράτους προς τους ιδιώτες (π.χ. συντάξεις, επιδόματα ανεργίας, επιδόματα απορίας, πληρωμές τόκων για το δημόσιο χρέος κ.ά.) γιατί δεν αποτελούν αμοιβές συντελεστών παραγωγής για την συμμετοχή τους στην παραγωγή του GDP της δεδομένης περιόδου. Επίσης, οι δημόσιες καταναλωτικές δαπάνες δεν περιλαμβάνουν τις δαπάνες των δημοσίων επενδύσεων, οι οποίες περιλαμβάνονται στο κονδύλι των επενδύσεων.

Γ) Ακαθάριστες επενδυτικές δαπάνες

Οι ακαθάριστες επενδυτικές δαπάνες (gross investment spending) μιας δεδομένης χρονικής περιόδου περιλαμβάνουν τις συνολικές ιδιωτικές (I_B) και δημόσιες (I_G) ακαθάριστες επενδύσεις παγίου κεφαλαίου, συμπεριλαμβανομένων και των μεταβολών των αποθεμάτων (inventory investment) (I_v). Το απόθεμα του παγίου κεφαλαίου μεταβάλλεται από περίοδο σε περίοδο ως αποτέλεσμα των επενδύσεων.

Οι ακαθάριστες επενδύσεις παγίου κεφαλαίου αναφέρονται στη συνολική αξία των δαπανών όλων των παραγωγικών μονάδων της χώρας για την απόκτηση καινούριων κεφαλαιουχικών αγαθών, που παράγονται στη διάρκεια της περιόδου που εξετάζουμε. Η αγορά μεταχειρισμένων αγαθών παγίου κεφαλαίου, μολονότι θεωρείται επένδυση για την επιμέρους παραγωγική μονάδα, δεν αποτελεί επένδυση για το σύνολο της οικονομίας. Αποτελεί απλώς μεταφορά ιδιοκτησίας κεφαλαίου η αξία του οποίου έχει ήδη υπολογιστεί στο GDP της χρονικής περιόδου παραγωγής του.

Στις ακαθάριστες επενδύσεις παγίου κεφαλαίου περιλαμβάνονται οι δαπάνες για την απόκτηση κατοικιών, κτιρίων και άλλων κατασκευών παραγωγικών μονάδων, μεταφορικών μέσων και εξοπλισμού, μηχανημάτων και λοιπού εξοπλισμού. Οι επενδύσεις παγίου κεφαλαίου μια περιόδου ονομάζονται ακαθάριστες γιατί ένα μέρος τους χρησιμοποιείται για αντικατάσταση του παγίου κεφαλαίου που καταναλώνεται για την παραγωγή του GDP της περιόδου αυτής. Αν από τις ακαθάριστες επενδύσεις αφαιρεθεί η κατανάλωση του παγίου κεφαλαίου, δηλαδή η απόσβεση, D (depreciation), προκύπτει η καθαρή επένδυση (net investment), η οποία αντιπροσωπεύει την καθαρή μεταβολή του αποθέματος παγίου κεφαλαίου σε μια χρονική περίοδο.

Τέλος, οι μεταβολές των αποθεμάτων περιλαμβάνονται στις επενδυτικές δαπάνες. Σε μια δεδομένη περίοδο η επένδυση σε αποθέματα είναι ίση με τη διαφορά μεταξύ του επιπέδου των αποθεμάτων στην αρχή και στο τέλος της περιόδου. Μια μεταβολή των αποθεμάτων θεωρείται επένδυση ανεξάρτητα από τους λόγους που την προκάλεσαν. Για παράδειγμα, η αύξηση (μείωση) του επιπέδου των αποθεμάτων μπορεί να είναι αποτέλεσμα απόφασης της παραγωγικής μονάδας να το αυξήσει (μειώσει) ή να οφείλεται σε μια απροσδόκητη μείωση (αύξηση) των πωλήσεων της. Με άλλα λόγια, οι μεταβολές των αποθεμάτων παίζουν εξισορροπητικό ρόλο μεταξύ αξίας παραγωγής και αξίας τελικών πωλήσεων. Συγκεκριμένα, οι τελικές πωλήσεις σε μια δεδομένη χρονική περίοδο είναι ίσες με το GDP της περιόδου μείον τις επενδύσεις σε αποθέματα (μεταβολή των αποθεμάτων).

Δ) Καθαρές εξαγωγές

Οι καθαρές εξαγωγές (net exports) μιας χώρας είναι ίσες με τη διαφορά μεταξύ των εξαγωγών και των εισαγωγών της. Οι εξαγωγές (exports) (X) είναι η αξία των αγαθών και υπηρεσιών που παράγονται μέσα στα όρια της επικράτειας και διατίθενται στην αλλοδαπή. Οι εισαγωγές (imports) (M) αναφέρονται στην αξία των αγαθών και υπηρεσιών που παράγονται στην αλλοδαπή και αγοράζονται από οικονομικές μονάδες της ημεδαπής. Οι εξαγωγές πρέπει να προστεθούν στις συνολικές δαπάνες διότι αντιπροσωπεύουν δαπάνη αλλοδαπών για προϊόντα της ημεδαπής. Αντίθετα, οι εισαγωγές αγαθών και υπηρεσιών πρέπει να αφαιρεθούν από τις συνολικές δαπάνες γιατί αυτές περιλαμβάνουν δαπάνες και αγαθά και υπηρεσίες που έχουν παραχθεί τόσο στην ημεδαπή όσο και στην αλλοδαπή. Το ισοζύγιο εξαγωγών – εισαγωγών μπορεί να είναι θετικό (πλεονασματικό), μηδενικό ή αρνητικό (ελλειμματικό).

Ο υπολογισμός της GDP με τη μέθοδο της συνολικής δαπάνης γίνεται με την ακόλουθη ταυτότητα :

$$GDP = C_p + C_G + (I_B + I_v + I_G) + X - M$$

όπου CP: η συνολική ιδιωτική κατανάλωση , CG: το κονδύλι της συλλογικής κατανάλωσης του δημοσίου, (IB): τις συνολικές ιδιωτικές και (IG) συνολικές δημόσιες ακαθάριστες επενδύσεις παγίου κεφαλαίου, Iv: μεταβολών των αποθεμάτων, X:εξαγωγές, M:εισαγωγές

1.4 Υπολογισμός του ακαθάριστου εθνικού προϊόντος με την εισοδηματική μέθοδο

Η προσέγγιση της συνολικής δαπάνης για τον υπολογισμό του GDP εστιάζει το ενδιαφέρον της ποιος είναι ο αγοραστής του συνολικού προϊόντος που παράγεται μέσα στα όρια της ελληνικής οικονομικής επικράτειας. Η εισοδηματική προσέγγιση επικεντρώνει το ενδιαφέρον της στο ποιος ιδιοποιείται την αξία του παραγόμενου συνολικού προϊόντος με τη μορφή του εισοδήματος. Το GDP, σε αγοραίες τιμές, ορίζεται ως άθροισμα των αμοιβών των συντελεστών παραγωγής, των αποσβέσεων παγίου κεφαλαίου και των έμμεσων φόρων μειωμένων κατά τις επιδοτήσεις προς τις εγχώρια εγκατεστημένες οικονομικές μονάδες και των καθαρών επιβαρύνσεων των εισαγωγών.

Το Σύστημα Εθνικών Λογαριασμών διακρίνει τις αμοιβές σε δύο βασικές κατηγορίες. Η πρώτη περιλαμβάνει τις αμοιβές του συντελεστή 'εργασία' και αντιστοιχεί στο κονδύλι αμοιβές εξαρτημένης εργασίας από τις ημεδαπές μονάδες (Wd) και η δεύτερη περιλαμβάνει τις αμοιβές του συντελεστή 'κεφάλαιο' και αντιστοιχεί στο κονδύλι ακαθάριστο λειτουργικό πλεόνασμα της οικονομίας (Ykgd). Οι αμοιβές της εξαρτημένης εργασίας περιλαμβάνουν μισθούς και ημερομίσθια, επιδόματα, αμοιβές σε είδος και όλες τις εισφορές που πληρώνουν στα δημόσια ασφαλιστικά ταμεία οι εργοδότες για τους εργαζομένους. Ο συντελεστής 'κεφάλαιο' εδώ αντιπροσωπεύει τους άλλους τρεις συντελεστές παραγωγής, δηλαδή το κεφάλαιο, το έδαφος και την επιχειρηματική δραστηριότητα. Συνεπώς, το κονδύλι 'ακαθάριστο λειτουργικό πλεόνασμα της οικονομίας' περιλαμβάνει το σύνολο των εισοδημάτων από τόκους, εγγείους προσόδους και επιχειρηματικά κέρδη

καθώς επίσης και την απόσβεση του παγίου κεφαλαίου (D).(Σιδηρόπουλος, 2016)

Ο υπολογισμός του GDP σε αγοραίες τιμές με την εισοδηματική μέθοδο μπορεί να αποδοθεί με την ακόλουθη ταυτότητα.

$$GDP = W_d + Y_{kd} + T_{ind} - T_s + D \quad (1.1)$$

$$GDP = C + I_g + G + (X - M)$$

όπου $I_g = I_B + I_v$ είναι η ακαθάριστη συνολική ιδιωτική επενδυτική δαπάνη και

$G = C_G + I_G$ αντιπροσωπεύει τις συνολικές δημόσιες δαπάνες.

όπου $Y_{kd} = Y_{kdg} - D$ και είναι το καθαρό συνολικό ακαθάριστο λειτουργικό πλεόνασμα της οικονομίας, το T_{ind} είναι οι έμμεσοι φόροι παραγωγής και το T_s είναι οι επιδοτήσεις επί της παραγωγής και των εισαγωγών. Ο δείκτης d των κονδυλίων W_d και Y_{kd} υποδηλώνει ότι αφορούν εγχώρια εγκατεστημένων οικονομικών μονάδων.

1.5 Κατά κεφαλή ακαθάριστο εγχώριο προϊόν

Κατά κεφαλή ακαθάριστο εγχώριο προϊόν ορίζεται ως το σύνολο της αξίας των αγαθών και υπηρεσιών που παράγονται στην διάρκεια μιας χρονικής περιόδου (έτος) στα όρια μιας χωρικής στατιστικής μονάδας (νομός, περιφέρεια) διαιρεμένο με το σύνολο του πληθυσμού που κατοικεί στην χωρική αυτή μονάδα την ίδια χρονική περίοδο. Οι μονάδες μέτρησης του ΑΕΠ κατά κεφαλή είναι: ECU, ΕΥΡΩ και PPS (Μονάδες Αγοραστικής Δύναμης-ΜΑΔ) κατά κεφαλή. Τα πιο συνηθισμένα συγκριτικά μεγέθη που χρησιμοποιούνται είναι:

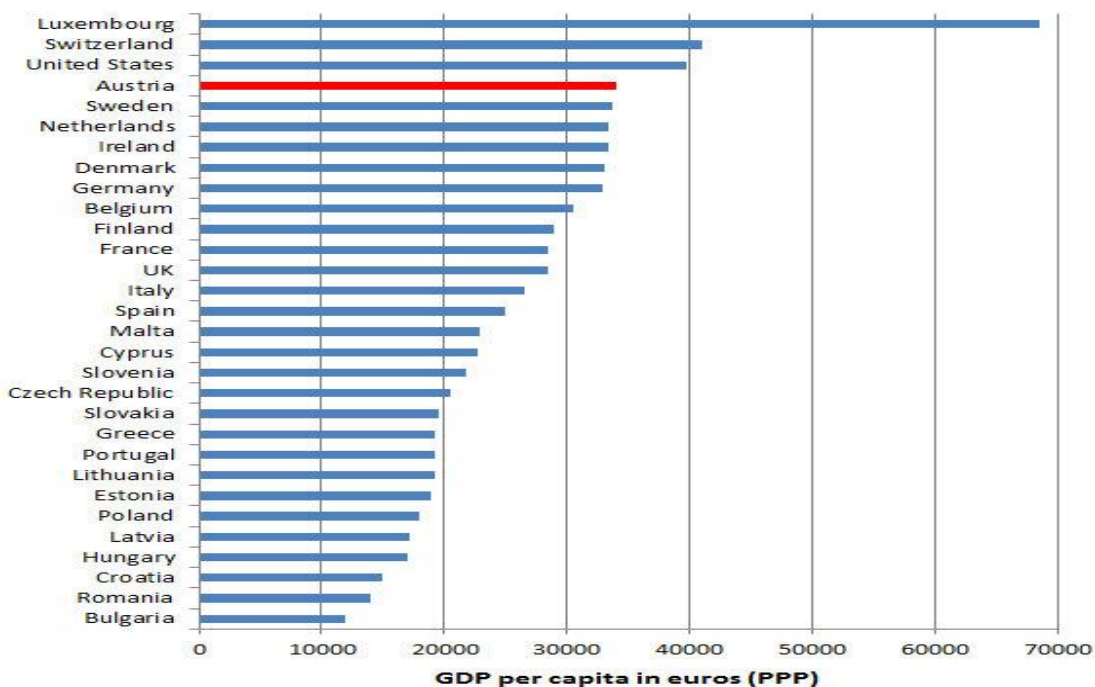
1. Κατά κεφαλή ΑΕΠ ΕΕ = 100
2. Κατά κεφαλή ΑΕΠ χώρας = 100
3. Κατά κεφαλή ΑΕΠ ζωνών επιρροής Εγνατίας = 100

Το κατά κεφαλή ΑΕΠ έχει σαν στόχους την γνώση των επιδράσεων στο επίπεδο ανάπτυξης και ευημερίας σε μία περιοχή. Η γνώση αυτή συνδέεται με τη μείωση των ανισοτήτων και την αύξηση της συνοχής των περιφερειών. Προς την κατεύθυνση αυτή θεωρείται ότι συμβάλλουν, τόσο η μείωση του κόστους μεταφοράς όσο και η αύξηση της ταχύτητας

κυκλοφορίας των συντελεστών παραγωγής και των προϊόντων. Οι προδιαγραφές για την Ελλάδα είναι σύγκλιση με το κατά κεφαλή ΑΕΠ της ΕΕ = 100. Ως το σοβαρότερο πρόβλημα για τις διαχρονικές συγκρίσεις του κατά κεφαλή ΑΕΠ είναι ότι πρέπει να γίνει αναγωγή σε ένα κοινό έτος βάσης.

Στην σύγκριση μεταξύ περιοχών, η χρησιμοποίηση του κατά κεφαλή ΑΕΠ θεωρείται από τους κυριότερους δείκτες εκτίμησης του επιπέδου ανάπτυξης αλλά και ευημερίας. Υπό την έννοια αυτή θεωρείται ο βασικότερος δείκτης εκτίμησης οικονομικής συνοχής των Ευρωπαϊκών περιφερειών. Επίσης μετά από αποπληθωρισμό και αναγωγή σε κάποιο έτος βάσης μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την μέτρηση της μεταβολής και του ρυθμού μεταβολής των ίδιων μεγεθών.

Όμως το γεγονός ότι το κατά κεφαλή ΑΕΠ επηρεάζεται άμεσα από το βαθμό ανισοκατανομής του εισοδήματος μιας περιοχής, καθώς και τον αριθμό των μετακινούμενων εργαζομένων μεταξύ των περιοχών, το καθιστά αρκετά προσεγγιστικό, ως δείκτη των επιπέδων ανάπτυξης και ευημερίας. Αυτός είναι και ο λόγος που για διεθνικές συγκρίσεις είναι σκόπιμη η χρήση της Μονάδας Αγοραστικής Δύναμης (ΜΑΔ ή PPS) /κεφαλή.



Πηγή: Eurostat, Klaus Weyerstrass – *Institute for Advanced Studies*

Διάγραμμα 1.2

Κατά κεφαλή ακαθάριστο εγχώριο προϊόν Ευρωπαϊκών χωρών

Στο Διάγραμμα 1.2 παρατηρείτε το κατά κεφαλή ακαθάριστο εγχώριο προϊόν ευρωπαϊκών χωρών. Γίνεται σαφές ότι το Λουξεμβούργο και η Ελβετία είναι στην πρώτη και δεύτερη θέση αντίστοιχα ενώ στις τελευταίες θέσεις βρίσκονται βαλκανικές χώρες όπως η Ρουμανία και Βουλγαρία.

1.6 Ακαθάριστο εθνικό προϊόν και εθνικό εισόδημα

Μια συγγενής προς το GDP έννοια είναι το **ακαθάριστο εθνικό προϊόν**, (gross national product). Πριν ορίσουμε το ακαθάριστο εθνικό προϊόν, κρίνεται σκόπιμο να ορισμένες βασικές έννοιες. Ο όρος 'εγχώριος' αναφέρεται στις οικονομικές μονάδες (ημεδαπής ή αλλοδαπής κυριότητας) οι οποίες λειτουργούν μέσα στα όρια της ημεδαπής οικονομικής επικράτειας, με συνέπεια, το παραγόμενο από αυτές προϊόν να χαρακτηρίζεται ως εγχώριο. Αντίθετα, ο όρος 'εθνικός' αναφέρεται στις παραγωγικές μονάδες και τους συντελεστές παραγωγής που έχουν την ημεδαπή οικονομική ιθαγένεια, ανεξάρτητα από το αν λειτουργούν εντός ή εκτός των ορίων της ημεδαπής οικονομικής επικράτειας. (Κατσίμπρη 1999)

Η οικονομική επικράτεια περιλαμβάνει: α) Τα πλοία και αεροπλάνα, τα οποία εκμεταλλεύονται οικονομικώς ημεδαποί φορείς β) τα αλιευτικά πλοία, τις εγκαταστάσεις για την εξόρυξη πετρελαίου και φυσικού αερίου και τις πλωτές εξέδρες, οι οποίες συνιστούν αντικείμενο εκμεταλλεύσεως από ημεδαπούς και ευρίσκονται εντός διεθνών υδάτων και γ) τις πρεσβείες, τα προξενεία και τις στρατιωτικές εγκαταστάσεις της χώρας στο εξωτερικό.

Το ακαθάριστο εθνικό προϊόν μιας χώρας σε μια δεδομένη χρονική περίοδο αναφέρεται στο συνολικό προϊόν που παράγεται εντός και εκτός των ορίων της οικονομικής επικράτειας από παραγωγικούς συντελεστές που ανήκουν σε υπηκόους μόνιμους κατοίκους της χώρας αυτής. Αντίθετα, όπως αναφέρθηκε, το ακαθάριστο εγχώριο προϊόν μιας χώρας παράγεται μέσα στα όρια της οικονομικής επικράτειας από ημεδαπούς και αλλοδαπούς συντελεστές παραγωγής. Συνεπώς, η οικονομική δραστηριότητα των μόνιμων κατοίκων της Ελλάδος που εργάζονται στο εξωτερικό αποτελεί μέρος του ακαθάριστου εθνικού προϊόντος αλλά δεν αποτελεί μέρος του GDP της χώρας, ενώ η αξία της παραγωγής ενός

αλλοδαπού που εργάζεται στην Ελλάδα υπολογίζεται στο ελληνικό GDP αλλά δεν υπολογίζεται στον ελληνικό ακαθάριστο εθνικό προϊόν.

Για να υπολογίσουμε το ακαθάριστο εθνικό προϊόν, προσθέτουμε στο GDP την καθαρή εισροή των αμοιβών εργασίας (vvf) και την καθαρή εισροή των εισοδημάτων περιουσίας και επιχειρηματικής δράσης (I_{kf}).

Ο υπολογισμός του ακαθάριστου εθνικού προϊόντος GNP σε αγοραίες τιμές μπορεί να αποδοθεί από την ακόλουθη ταυτότητα:

$$\text{GNP} = \text{GDP} + vvf + I_{kf} \quad (1.2)$$

Από την ένωση των παραπάνω ταυτοτήτων (1.1) και (1.2) προκύπτει:

$$\text{GNP} = W + Y_k + T_{\text{ind}} - T_s + D$$

όπου $W = W_d + vvf$ και $Y_k = Y_{kd} + Y_{kf}$. Τα κονδύλια W και Y_k είναι εθνικά, δηλαδή αντιπροσωπεύουν τις αμοιβές των συντελεστών παραγωγής που είναι ιδιοκτησία Ελλήνων υπηκόων. Αξίζει να αναφερθεί ότι μέχρι πρότινων μετρήσεων δεν υπήρχε μεγάλη διαφορά μεταξύ του GDP και του GNP της Ελλάδας.

Τέλος το καθαρό εθνικό εισόδημα με τιμές κόστους συντελεστών παραγωγής ή απλώς το εθνικό εισόδημα (NI) μιας χώρας περιλαμβάνει το σύνολο των αμοιβών των παραγωγικών συντελεστών που έχουν την ημεδαπή οικονομική ιθαγένεια, για την συμμετοχή τους στην τρέχουσα παραγωγή αγαθών και υπηρεσιών εντός και εκτός της οικονομικής επικράτειας της χώρας. Συνεπώς, εφόσον επιθυμούμε να υπολογίσουμε το εισόδημα των συντελεστών παραγωγής που έχουν την ελληνική οικονομική ιθαγένεια, το σημείο εκκίνησης πρέπει να είναι το GNP της χώρας.

1.7 Δημογραφικά στοιχεία μελετώμενων χωρών

Για την σωστή έρευνα και εξαγωγή συμπερασμάτων βασικό, αν όχι το βασικότερο στοιχείο που επηρεάζει τις τελικές δαπάνες της κάθε χώρας είναι ο πληθυσμός της. Λόγο λοιπόν της αναγκαιότητας αυτής, συλλέχθηκαν τα δημογραφικά στοιχεία των χωρών που παρακάτω θα μελετήσουμε σε σχέση με τις δαπάνες τους στον τομέα της υγείας.

Ολλανδία

Η Ολλανδία με συνολικό πληθυσμό, σύμφωνα με επίσημες εκτιμήσεις, 17.188.222 κατοίκους, κατατάσσεται στην 31η θέση των χωρών ανά πυκνότητα πληθυσμού. Αποτελεί την πιο πυκνοκατοικημένη χώρα της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Οι Ολλανδοί έχουν προσδόκιμο ζωής, με βάση εκτιμήσεις το 2015, τα 79,11 χρόνια οι άνδρες και τα 83,47 οι γυναίκες, με το σύνολο του πληθυσμού να ζει 81,23 χρόνια.

Γαλλία

Το προσδόκιμο ζωής στο σύνολο του πληθυσμού ήταν σύμφωνα με εκτιμήσεις του 2015 τα 81,75 χρόνια (78,65 χρόνια οι άνδρες και 85,01 οι γυναίκες). Ο πληθυσμός της χώρας είναι 67.187.000 (20η στον κόσμο) σύμφωνα με επίσημες εκτιμήσεις του 2018. Ο ρυθμός αύξησης του πληθυσμού είναι 0,43% με 2,08 παιδιά ανά οικογένεια (εκτίμηση 2015). Ρυθμός γεννήσεων 12,38 γεννήσεις/1000 πληθυσμού και θανάτου 9,16 θάνατοι/1000 πληθυσμού

Ισπανία

Ο συνολικός πληθυσμός του κράτους είναι, σύμφωνα με εκτιμήσεις του 2017, 46.549.000 κάτοικοι. Το προσδόκιμο ζωής στο σύνολο του πληθυσμού ήταν σύμφωνα με εκτιμήσεις του 2015 τα 81,57 χρόνια (78,57 χρόνια οι άνδρες και 84,77 οι γυναίκες).

Σουηδία

Η χώρα, σύμφωνα με εκτιμήσεις για το 2018, αριθμεί 10.128.320 κατοίκους. Σύμφωνα με εκτιμήσεις για το 2015, το προσδόκιμο ζωής στους άνδρες είναι 80,09 χρόνια, στις γυναίκες 83,99 χρόνια και στο σύνολο του πληθυσμού τα 81,98 χρόνια.

Δανία

Ο πληθυσμός, σύμφωνα με εκτιμήσεις για το 2018 είναι 5.781.190 κάτοικοι. Μόνο το 4% του πληθυσμού είναι μετανάστες. Το προσδόκιμο ζωής στο σύνολο του πληθυσμού είναι 79,25 χρόνια (76,82 για τους άνδρες και 81,81 για τις γυναίκες), με βάση εκτιμήσεις του 2015.

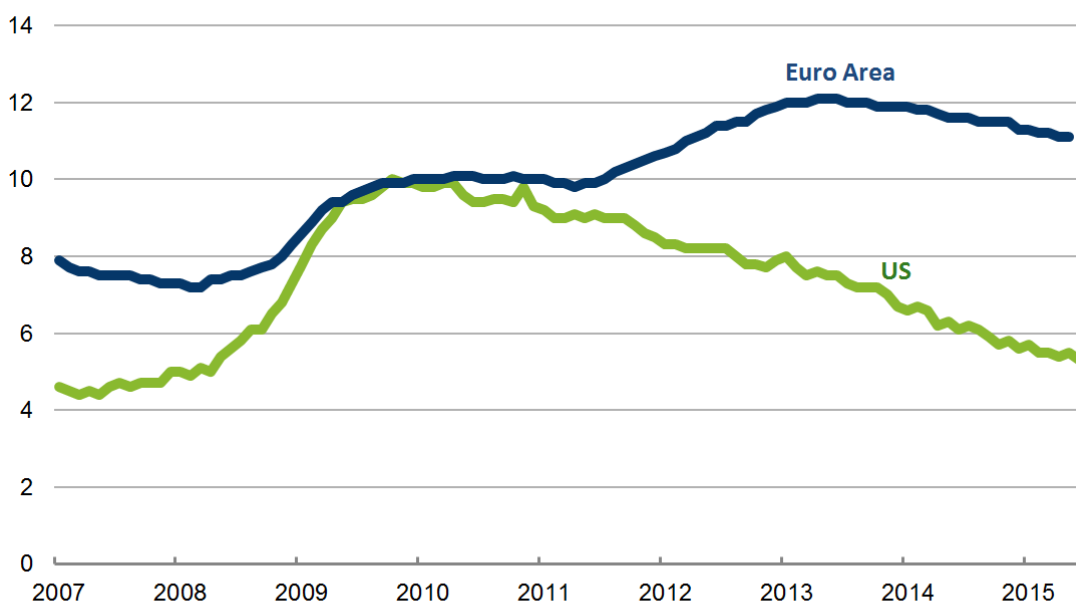
1.8 Ανεργία

Το τμήμα Ερευνών Εργατικού Δυναμικού της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας της Ελλάδος, σε συνεργασία με τον ΟΑΕΔ (Οργανισμός

Απασχόλησης Εργατικού Δυναμικού), καταγράφει το εργατικό δυναμικό της χώρας, την απασχόληση και το ποσοστό ανεργίας στην οικονομία. Ένα άτομο καταγράφεται ως άνεργο αν είναι ικανό προς εργασία, επιθυμεί να εργαστεί αλλά δεν βρίσκει απασχόληση. Άτομα που δεν έχουν εργασία αλλά και δεν επιθυμούν να απασχοληθούν, δεν ανήκουν στο εργατικό δυναμικό και, συνεπώς, δεν θεωρούνται άνεργα. Το εργατικό δυναμικό (labor force) είναι το σύνολο των ατόμων τα οποία είναι ικανά για εργασία και εργάζονται ή είναι άνεργα αλλά επιθυμούν να εργασθούν. Το ποσοστό ανεργίας (rate of unemployment) είναι το ποσοστό του εργατικού δυναμικού που είναι άνεργο.

Στο Διάγραμμα 1.3 παρατηρείτε το ποσοστό ανεργίας στην Ευρώπη σε σχέση με την Αμερική.

Figure 1: Unemployment Rates (%)



Sources: BLS and Eurostat

BROOKINGS

Πηγή : BLS and Eurostat

Διάγραμμα 1.3

Ποσοστά ανεργίας Ευρώπης και Αμερικής

Το συνολικό ποσοστό ανεργίας είναι δύσκολο να ερμηνευτεί διότι περιλαμβάνει άτομα τα οποία είναι άνεργα για διαφορετικές αιτίες. Οι οικονομολόγοι ταξινομούν τα άνεργα άτομα σε διαφορετικές κατηγορίες, ανάλογα με τα αίτια της ανεργίας τους και προτείνουν διάφορα μέτρα

οικονομικής πολιτικής για να μειωθεί το συνολικό ποσοστό της ανεργίας. Υπάρχουν τέσσερις βασικές κατηγορίες ανεργίας:

A) Ανεργία τριβής

Η ανεργία τριβής (frictional unemployment), γενικά, περιλαμβάνει άτομα τα οποία έχουν παραιτηθεί εθελοντικά από την προηγούμενη απασχόληση τους και είναι σε αναζήτηση νέας, καλύτερης απασχόλησης. Επίσης περιλαμβάνει άτομα τα οποία εισέρχονται στην αγορά εργασίας για πρώτη φορά και άτομα που ξαναμπαίνουν στην αγορά εργασίας μετά την εθελοντική αποχή τους για κάποιο χρονικό διάστημα. Τα άτομα αυτά είναι αφενός εκούσια άνεργα και αφετέρου η ανεργία τους περιορίζεται σε σύντομο χρονικό διάστημα. Μολονότι η ανεργίας τριβής είναι προσωρινή για τα επιμέρους άτομα, για το σύνολο της οικονομίας είναι μόνιμο φαινόμενο. Στην οικονομία υπάρχει πάντα ένας αριθμός ατόμων (όχι τα ίδια άτομα) που βρίσκεται σε αναζήτηση άλλη καλύτερης απασχόλησης. Είναι γενικά αποδεκτό ότι το κοινωνικό όφελος (η επαγγελματική προαγωγή των ατόμων) αντισταθμίζει το κοινωνικό κόστος που συνεπάγεται η ανεργίας τριβής (η απώλεια παραγωγής προϊόντος). Η ανεργία τριβής είναι χαρακτηριστικό μιας δυναμικής οικονομίας και η μείωση δεν αποτελεί στόχο μέτρων οικονομικής πολιτικής.

B) Διαρθρωτική ανεργία

Η διαρθρωτική ανεργία (structural unemployment) περιλαμβάνει άτομα των οποίων τα προσόντα δεν ταυτίζονται με τα προσόντα που απαιτούν οι διαθέσιμες προς κάλυψη θέσεις εργασίας ή άτομα που είναι άνεργα γιατί δεν επιθυμούν να μετακινηθούν σε άλλη γεωγραφική περιφέρεια όπου υπάρχουν ευκαιρίες απασχόλησης. Η διαρθρωτική ανεργία δεν μπορεί να καταπολεμηθεί αποτελεσματικά με μέτρα οικονομικής πολιτικής τα οποία δημιουργούν νέες θέσεις εργασίας. Η μείωση της διαρθρωτικής ανεργίας μπορεί να επιτευχθεί με προγράμματα επανεκπαίδευσης των διαρθρωτικών ανέργων για να αποκτήσουν προσόντα για τα οποία υπάρχει ζήτηση, με οικονομικά κίνητρα για να μετακινηθούν οι άνεργοι σε περιοχές όπου υπάρχουν διαθέσιμες θέσεις εργασίας ή με παροχή κινήτρων (φορολογικών ή χρηματοδότησης) για επενδύσεις και τη δημιουργία επιχειρήσεων σε περιοχές όπου υπάρχει διαρθρωτική ανεργία. Σε αντίθεση με την ανεργία τριβής τα διαρθρωτικά άνεργα άτομα είναι ακούσια άνεργα και η ανεργία τους μπορεί να είναι μεγάλης διάρκειας.

Γ) Κυκλική ανεργία

Η κυκλική ανεργία (cyclical unemployment) οφείλεται στην ανεπαρκή συνολική ζήτηση (deficient aggregate demand) για αγαθά και υπηρεσίες στην οικονομία. Η μείωση της συνολικής δαπάνης για αγαθά και υπηρεσίες οδηγεί στη μείωση του επιπέδου της απασχόλησης και στην αύξηση της ανεργίας. Μολονότι όλοι οι οικονομολόγοι συμφωνούν ότι η κυκλική ανεργία είναι ένα σοβαρό οικονομικό πρόβλημα, εντούτοις δεν συμφωνούν με τον τρόπο θεραπείας του. Όπως είναι ευρέως γνωστό, υπάρχουν οικονομολόγοι που πιστεύουν ότι η κυβέρνηση μπορεί και πρέπει να αντιμετωπίζει το πρόβλημα της κυκλικής ανεργίας με κατάλληλα μέτρα μακροοικονομικής πολιτικής, ενώ άλλοι ισχυρίζονται ότι το πρόβλημα της κυκλικής ανεργίας μπορεί να διορθωθεί αυτόματα μέσω της λειτουργίας των μηχανισμών της ελεύθερης αγοράς.

Δ) Εποχιακή ανεργία

Μια άλλη κατηγορία ανεργίας είναι η εποχιακή ανεργία (seasonal unemployment), αποτέλεσμα των εποχιακών διακυμάνσεων της παραγωγής. Τουριστικά επαγγέλματα, γεωργικές καλλιέργειες και οικοδομικές εργασίες χαρακτηρίζονται από εποχιακή ανεργία. Η εποχιακή ανεργία θεωρείται υποκατηγορία της ανεργίας τριβής και εμπεριέχεται στο φυσικό ποσοστό της ανεργίας. Έχει ήδη αναφερθεί ότι ένας από τους βασικούς στόχους οικονομικής πολιτικής κάθε κυβέρνησης είναι η επίτευξη πλήρους απασχόλησης. Τι εννοούμε με τον όρο 'πλήρης απασχόλησης'; Σύμφωνα με όσα αναφέρθηκαν παραπάνω, δεν σημαίνει οπωσδήποτε μηδενική ανεργία. Οι οικονομολόγοι δέχονται ότι η ανεργία τριβής, η διαρθρωτική ανεργία και η εποχιακή ανεργία είναι κάτι το σχεδόν αναπόφευκτο. Συνεπώς η 'πλήρης απασχόληση' αναφέρεται σε ένα επίπεδο απασχόλησης χαμηλότερο από το 100% του εργατικού δυναμικού της χώρας. Το 'ποσοστό ανεργίας πλήρους απασχόλησης' (full employment rate of unemployment) είναι ίσο με το άθροισμα της ανεργίας τριβής, της διαρθρωτικής ανεργίας και της εποχιακής ανεργίας. Το ποσοστό ανεργίας πλήρους απασχόλησης αναφέρεται και ως το φυσικό ποσοστό ανεργίας (natural rate of unemployment). Με άλλα λόγια οι οικονομολόγοι ορίζουν ως πλήρη απασχόληση μια κατάσταση που χαρακτηρίζεται από έλλειψη κυκλικής

ανεργίας. Πρέπει να σημειωθεί ότι το φυσικό ποσοστό ανεργίας δεν παραμένει διαχρονικά σταθερό. Η βελτίωση, για παράδειγμα, της παροχής πληροφοριών για τις διαθέσιμες ευκαιρίες απασχόλησης μειώνει το φυσικό ποσοστό ανεργίας, ενώ μέτρα πολιτικής που ενθαρρύνουν τα άτομα να μη δέχονται προσφορές εργασίας

αλλά συνεχίζουν την αναζήτηση απασχόλησης για περισσότερο χρόνο, όπως τα υψηλά επιδόματα ανεργίας αυξάνουν το φυσικό ποσοστό ανεργίας.

Εν κατακλείδι υπάρχουν ορισμένα προβλήματα με τη μέτρηση της ανεργίας. Έχει ασκηθεί κριτική για τον στατιστικό τρόπο με τον οποίο μετριέται η ανεργία. Συγκεκριμένα, άτομα τα οποία απασχολούνται μερικώς (part – time employment) περιλαμβάνονται στον δείκτη μέτρησης ανεργίας ως απασχολούμενα πλήρως, υποεκτιμώντας έτσι την πραγματική ανεργία. Επίσης στον δείκτη ανεργίας περιλαμβάνονται άτομα τα οποία απλώς δηλώνουν ότι αναζητούν ενεργώς απασχόληση, ενώ στην πραγματικότητα αρνούνται να δεχθούν προσφορές εργασίας γιατί προτιμούν το επίδομα ανεργίας συν το (αδήλωτο) εισόδημα από κάποια μερική ή πλήρη απασχόληση, υπερεκτιμώντας το ποσοστό πραγματικής ανεργίας. Υπάρχει, τέλος, ένας αριθμός ατόμων τα οποία έχουν παραιτηθεί από κάθε προσπάθεια να βρουν εργασία γιατί πιστεύουν ότι είναι μάταιο να συνεχίσουν να αναζητούν απασχόληση. Αυτοί οι ‘αποθαρρημένοι εργαζόμενοι’ (discouraged workers), εφόσον δεν αναζητούν απασχόληση, δεν συμπεριλαμβάνονται στο εργατικό δυναμικό της χώρας και, συνεπώς, δεν περιλαμβάνονται στους άνεργους, με αποτέλεσμα η πραγματική ανεργία να υποεκτιμάται.

1.9 Εμπορικό ισοζύγιο

Ο όρος εξαγωγή (export) αναφέρεται στη διαδικασία μεταφοράς εγχώριων προϊόντων, εμπορευμάτων και υπηρεσιών σε μια άλλη χώρα με σκοπό την επεξεργασία, τη χρησιμοποίηση, την πώληση ή την εξαγωγή σε μια τρίτη χώρα. Αντιθέτως, με τον όρο εισαγωγή (import) αναφερόμαστε στη διαδικασία απόκτησης αγαθών-υπηρεσιών που παράγονται από κάποια άλλη χώρα αλλά χρησιμοποιούνται, μεταποιούνται, καταναλώνονται εγχώρια.

Ο όρος εμπορικό ισοζύγιο από την άλλη, υποδεικνύει τη διαφορά που υπάρχει στην αξία των προϊόντων και υπηρεσιών που παράγονται

εγχώρια αλλά διατίθενται στις αγορές του εξωτερικού, και στην αξία των αγαθών και υπηρεσιών που παράγονται στο εξωτερικό αλλά διατίθενται στην εγχώρια αγορά. Με λίγα λόγια, ο όρος εμπορικό ισοζύγιο ή καθαρές εξαγωγές προκύπτει από τη διαφορά της αξίας μεταξύ εξαγωγών και εισαγωγών μιας οικονομίας (Κατσέλη & Μαγουλά, 2005). Αναλυτικότερα οι καθαρές εξαγωγές οι οποίες συμβολίζονται με NX στις μακροοικονομικές εξισώσεις ορίζονται ως: $NX = X - M$, όπου X η αξία των εξαγωγών και M η αξία των εισαγωγών.

Διεθνείς εμπορικές συναλλαγές (Το μερίδιο της ΕΕ στις Παγκόσμιες εισαγωγικές και εξαγωγικές αγορές)

Το υποκεφάλαιο αυτό πραγματεύεται την ανάπτυξη των διεθνών εμπορευματικών συναλλαγών της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ). Εξετάζει το μερίδιο της ΕΕ στις παγκόσμιες εισαγωγικές και εξαγωγικές αγορές, το εσωτερικό εμπόριο της ΕΕ (εμπόριο μεταξύ των κρατών μελών της ΕΕ), τους κύριους εμπορικούς εταίρους της ΕΕ, και τις κατηγορίες προϊόντων της ΕΕ με τις μεγαλύτερες συναλλαγές.

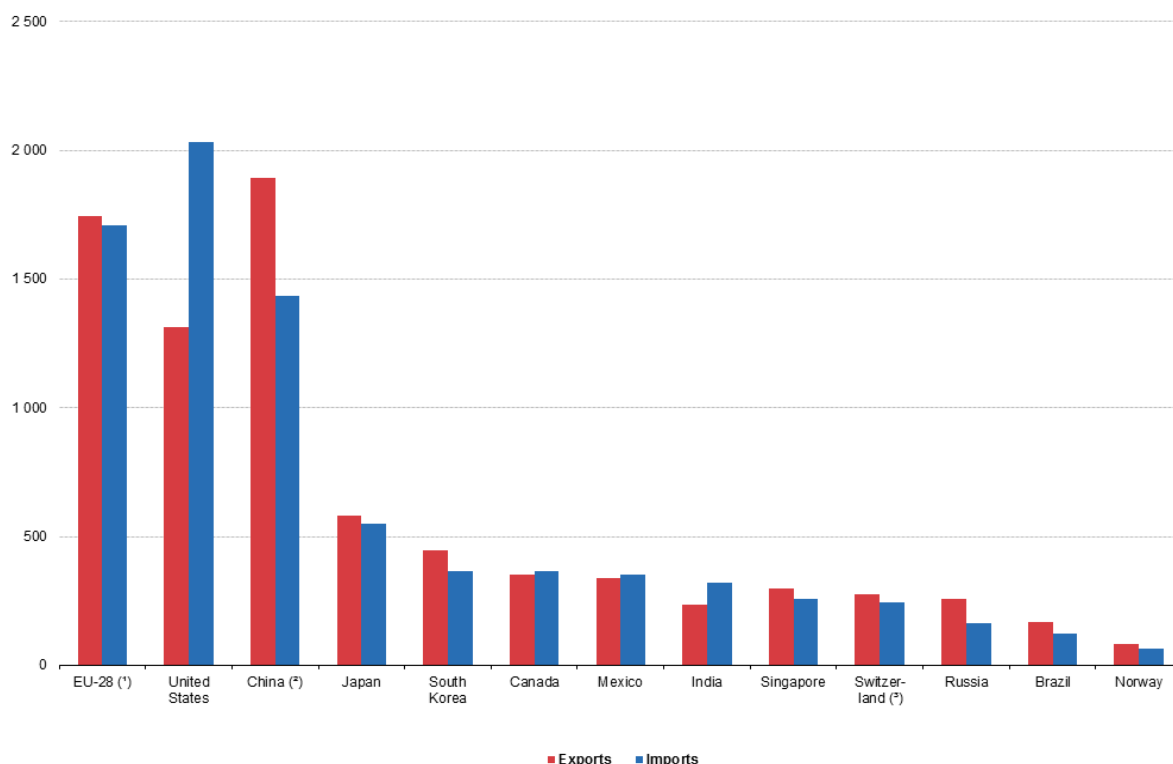
Η ΕΕ-28 αντιπροσωπεύει το 15 % περίπου των παγκόσμιων εμπορευματικών συναλλαγών. Η αξία των διεθνών εμπορευματικών συναλλαγών υπερβαίνει σημαντικά την αξία του εμπορίου υπηρεσιών (κατά τρεις φορές περίπου), κάτι που αντανακλά τη φύση ορισμένων υπηρεσιών όπου είναι δυσκολότερες οι διασυνοριακές συναλλαγές.

Κύρια στατιστικά στοιχεία

Από το 2004, όταν η Κίνα πέρασε την Ιαπωνία, η ΕΕ-28, η Κίνα και οι Ηνωμένες Πολιτείες αποτελούν τους τρεις κυριότερους παγκόσμιους παράγοντες στον τομέα του διεθνούς εμπορίου (βλ. σχήμα 1.4). Το 2016, το συνολικό επίπεδο εμπορευματικών συναλλαγών (εξαγωγών και εισαγωγών) που καταγράφηκε για την ΕΕ-28, την Κίνα και τις ΗΠΑ ήταν σχεδόν ταυτόσημο, με κορυφαία επίδοση τα 3 455 δισ. ευρώ στην ΕΕ-28 (επισημαίνεται ότι δεν περιλαμβάνεται το εσωτερικό εμπόριο της ΕΕ), υψηλότερη κατά 109 δισ. ευρώ από αυτήν της Κίνας και κατά 125 δισ. ευρώ από το επίπεδο που καταγράφηκε για τις ΗΠΑ· στην Ιαπωνία καταγράφηκε το τέταρτο υψηλότερο επίπεδο εμπορευματικών συναλλαγών, δηλαδή 1 131 δισ. ευρώ.

Στο Διάγραμμα 1.4 αυτό γίνεται εμφανές ποιες χώρες πρωταγωνιστούν στις εμπορικές συναλλαγές που έχουν να κάνουν με θέματα εισαγωγών, αλλά και εξαγωγών. Η Κίνα φαίνεται να έχει τα πρωτεία σε εξαγωγές

αλλά στο θέμα των εισαγωγών οι Ηνωμένες Πολιτείες έχουν εκείνες τον πρωταγωνιστικό ρόλο. Η Ευρώπη βρίσκεται ανάμεσα σε Κίνα και Αμερική στο θέμα των εξαγωγών οπότε και παγκόσμιός βρίσκεται σε δεύτερη θέση στον τομέα αυτόν, ενώ και στις εισαγωγές έρχεται δεύτερη καθώς είναι πιο κάτω από την Αμερική αλλά πιο πάνω από την Κίνα. Οι υπόλοιπες χώρες που ακολουθούν βρίσκονται εμφανικά πιο κάτω αρχίζοντας με την Ιαπωνία και σταδιακά καταλήγοντας στην Νορβηγία.



Note: ranked on the sum of exports and imports.
 (*) External trade flows with extra EU-28.
 (**) Excluding Hong Kong.
 (†) Including Liechtenstein.
 Source: Eurostat (online data codes: ext_it_intrale and ext_it_intercc)

Πηγή: Eurostat

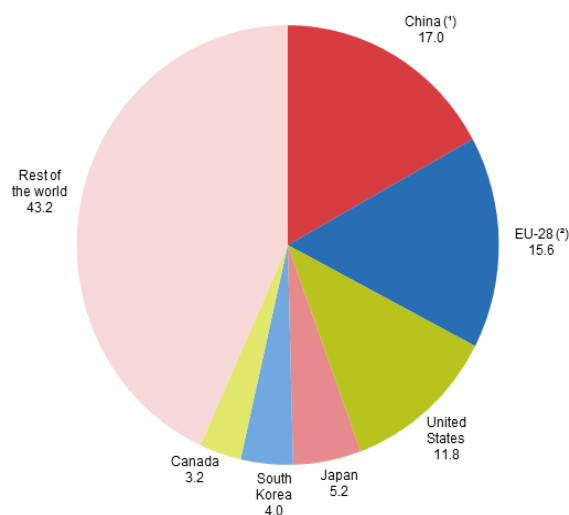
Διάγραμμα 1.4

Κύριες εισαγωγικές – εξαγωγικές χώρες , 2016 (billion EUR)

Ως προς τις ροές εξαγωγών και εισαγωγών, η ΕΕ-28 είχε το δεύτερο μεγαλύτερο μερίδιο όσον αφορά τις παγκόσμιες εμπορευματικές εξαγωγές και εισαγωγές το 2016 (βλ. Διάγραμμα 1.5 και 1.6): οι εμπορευματικές εξαγωγές της ΕΕ-28 ανήλθαν σε 15,6 % του παγκόσμιου συνόλου, ποσοστό που το 2014, για πρώτη φορά από την ίδρυση της ΕΕ, ήταν μικρότερο από αυτό της Κίνας (16,1 % το 2014, αυξήθηκε στο

17,0 % το 2016), αλλά παρέμεινε μεγαλύτερο από αυτό των Ηνωμένων Πολιτειών (11,8 %)· σε ό,τι αφορά τις παγκόσμιες εισαγωγές, οι Ηνωμένες Πολιτείες είχαν μεγαλύτερο μερίδιο (17,6 %) τόσο από την ΕΕ-28 (14,8 %) όσο και από την Κίνα (12,4 %).

Στο Διάγραμμα 1.5 παρατηρούμε ότι στην παγκόσμια αγορά εμπορευματικών εξαγωγών η Ευρώπη βρίσκεται στην δεύτερη θέση από άλλες μεμονωμένες χώρες, ενώ η Κίνα καταλαμβάνει την πρώτη θέση και οι Ηνωμένες Πολιτείες την τρίτη. Ακολουθούν Ιαπωνία, Νότια Κορέα και Καναδάς.



(*) Excluding Hong Kong.

(*) External trade flows with extra EU-28.

Source: Eurostat (online data code: ext_IT_introle)

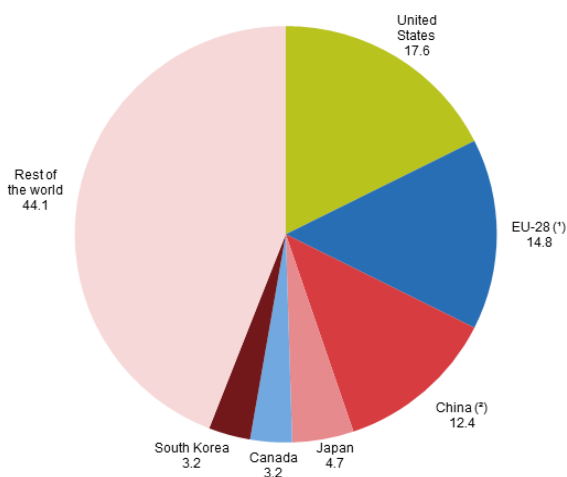
Πηγή: Eurostat

1.5 Διάγραμμα

Μερίδια στην παγκόσμια αγορά εμπορευματικών εξαγωγών, 2016 (ποσοστό επί της εκατό των παγκόσμιων εξαγωγών)

Στο Διάγραμμα 1.6 παρατηρούμε ότι στην παγκόσμια αγορά εμπορευματικών εισαγωγών οι Ηνωμένες Πολιτείες έχουν την πρώτη

θέση, ενώ στην δεύτερη με τρία τις εκατό διαφορά ακολουθεί η Ευρώπη και στην τρίτη βρίσκεται η Κίνα. Στις επόμενες θέσεις βρίσκεται η Ιαπωνία ο Καναδάς και η Νότια Κορέα.



(*) External trade flows with extra EU-28.

(†) Excluding Hong Kong.

Source: Eurostat (online data code: ext_it_introle)

Πηγή : Eurostat

1.6 Διάγραμμα

Μερίδια στην παγκόσμια αγορά εμπορευματικών εισαγωγών, 2016 (ποσοστό επί της εκατό των παγκόσμιων εισαγωγών)

Εξωτερικές εμπορευματικές συναλλαγές της ΕΕ

Το 2016, οι διεθνείς εμπορευματικές συναλλαγές της ΕΕ-28 με τον υπόλοιπο κόσμο (άθροισμα εισαγωγών και εξαγωγών με χώρες εκτός ΕΕ) ανήλθε σε 3 453 δισ. Ευρώ. Τόσο οι εισαγωγές όσο και οι εξαγωγές ήταν οριακά χαμηλότερες σε σύγκριση με το 2015, με τη μείωση των εξαγωγών (44 δισ. ευρώ) να είναι κατά προσέγγιση διπλάσια σε σχέση με αυτή των εισαγωγών (21 δισ. ευρώ). Ως αποτέλεσμα, το εμπορικό πλεόνασμα της ΕΕ-28 παρέμεινε θετικό, αλλά μειώθηκε από 60 δισ. ευρώ το 2015 σε 38 δισ. ευρώ το 2016.

Μετά την απότομη πτώση τόσο στις εξαγωγές όσο και τις εισαγωγές το 2009, οι εξαγωγές της ΕΕ-28 αυξήθηκαν κατά 58,7 % σε διάστημα τεσσάρων ετών, φτάνοντας στο επίπεδο-ρεκόρ των 1 736 δισ. ευρώ το 2013. Στη συνέχεια, οι εξαγωγές μειώθηκαν κατά 1,9 % το 2014, προτού αυξηθούν κατά 5,1 % το 2015 για να φθάσουν στο νέο μέγιστο επίπεδο των 1 789 δισ. ευρώ και, κατόπιν, να μειωθούν ξανά κατά 2,4 % το 2016. Αντιθέτως, η αύξηση των εισαγωγών μετά το 2009 ανήλθε σε 45,6 % σε διάστημα τριών ετών, με την υψηλότερη επίδοση να σημειώνεται το 2012 με 1 799 δισ. ευρώ. Οι εισαγωγές μειώθηκαν κατά 6,2 % το 2013 προτού σταθεροποιηθούν (αύξηση 0,3 %) το 2014, αυξήθηκαν κατά 2,2 % το 2015 και, στη συνέχεια, μειώθηκαν κατά 1,2 % το 2016, ενώ το επίπεδό τους συνέχιζε να βρίσκεται κάτω από την αξία που επιτεύχθηκε το 2012.

Μεταξύ των κρατών μελών της ΕΕ, η Γερμανία ήταν με διαφορά το κράτος μέλος με το υψηλότερο ποσοστό σε σχέση με το εξωτερικό εμπόριο της ΕΕ-28 το 2016, συνεισφέροντας το 28,7 % των εμπορευματικών εξαγωγών της ΕΕ-28 σε τρίτες χώρες, ενώ οι εισαγωγές της ανήλθαν σχεδόν στο ένα πέμπτο (18,8 %) των εισαγωγών της ΕΕ-28. Οι επόμενες τρεις μεγαλύτερες εξαγωγικές χώρες, το Ηνωμένο Βασίλειο (11,1 %), η Ιταλία (10,5 %) και η Γαλλία (επίσης 10,5 %) παρέμειναν στα ίδια επίπεδα με αυτά του 2015 (αν και οι εξαγωγές της Ιταλίας σε χώρες εκτός της ΕΕ-28 ξεπέρασαν αυτές της Γαλλίας) και ήταν τα μόνα κράτη μέλη της ΕΕ με διψήφιο μερίδιο στο σύνολο των εξαγωγών της ΕΕ-28. Το Ηνωμένο Βασίλειο (16,6 %), οι Κάτω Χώρες (14,2 %), η Γαλλία (9,4 %) και η Ιταλία (8,4 %) ήταν, μετά τη Γερμανία, οι μεγαλύτεροι εισαγωγείς εμπορευμάτων από τρίτες χώρες το 2016. Το σχετικά υψηλό μερίδιο των Κάτω Χωρών μπορεί, τουλάχιστον εν μέρει, να εξηγηθεί από τις σημαντικές ποσότητες εμπορευμάτων που εισέρχονται στην ΕΕ μέσω του Ρότερνταμ, του σημαντικότερου θαλάσσιου λιμένα της ΕΕ. Στη Γερμανία καταγράφηκε το μεγαλύτερο πλεόνασμα εμπορευματικών συναλλαγών στην ΕΕ-28, ύψους 180,9 δισ. ευρώ το 2016, με την Ιταλία (39,9 δισ. ευρώ) και την Ιρλανδία (34,5 δισ. ευρώ) να ακολουθούν κατά σειρά. Τα μεγαλύτερα εμπορικά ελλείμματα σε ό,τι αφορά τις εξωτερικές εμπορευματικές συναλλαγές της ΕΕ καταγράφηκαν στις Κάτω Χώρες (115,9 δισ. ευρώ) και στο Ηνωμένο Βασίλειο (89,7 δισ. ευρώ).

Εσωτερικές εμπορευματικές συναλλαγές της ΕΕ

Οι εμπορευματικές συναλλαγές μεταξύ κρατών μελών της ΕΕ (εσωτερικό εμπόριο της ΕΕ) —μετρούμενες σε αποστολές— εκτιμάται ότι ανήλθαν σε 3 110 δισ. ευρώ το 2016. Το ύψος των εν λόγω συναλλαγών ήταν 78 % υψηλότερο σε σχέση με το επίπεδο των εξαγωγών από την ΕΕ-28 σε τρίτες χώρες, ύψους 1 745 δισ. ευρώ (εξωτερικό εμπόριο της ΕΕ).

Όπως και για το εξωτερικό εμπόριο της ΕΕ-28, η Γερμανία ήταν και πάλι το κράτος μέλος με τις καλύτερες επιδόσεις σε σχέση με το εσωτερικό εμπόριο της ΕΕ-28 το 2016, συνεισφέροντας το 22,8 % των αποστολών εμπορευμάτων της ΕΕ-28 προς άλλα κράτη μέλη, καθώς και λίγο πάνω από το ένα πέμπτο (20,9 %) των αφίξεων εμπορευμάτων στην ΕΕ-28 από άλλα κράτη μέλη. Οι Κάτω Χώρες (12,5 %) ήταν το μόνο άλλο κράτος μέλος που συνεισέφερε πάνω από το ένα δέκατο των αποστολών εντός της ΕΕ, και πάλι λόγω του Ρότερνταμ, ενώ η Γαλλία (11,8 %) και το Ηνωμένο Βασίλειο (9,6 %) αντιπροσώπευαν σχεδόν το ένα δέκατο των αφίξεων από χώρες της ΕΕ-28.

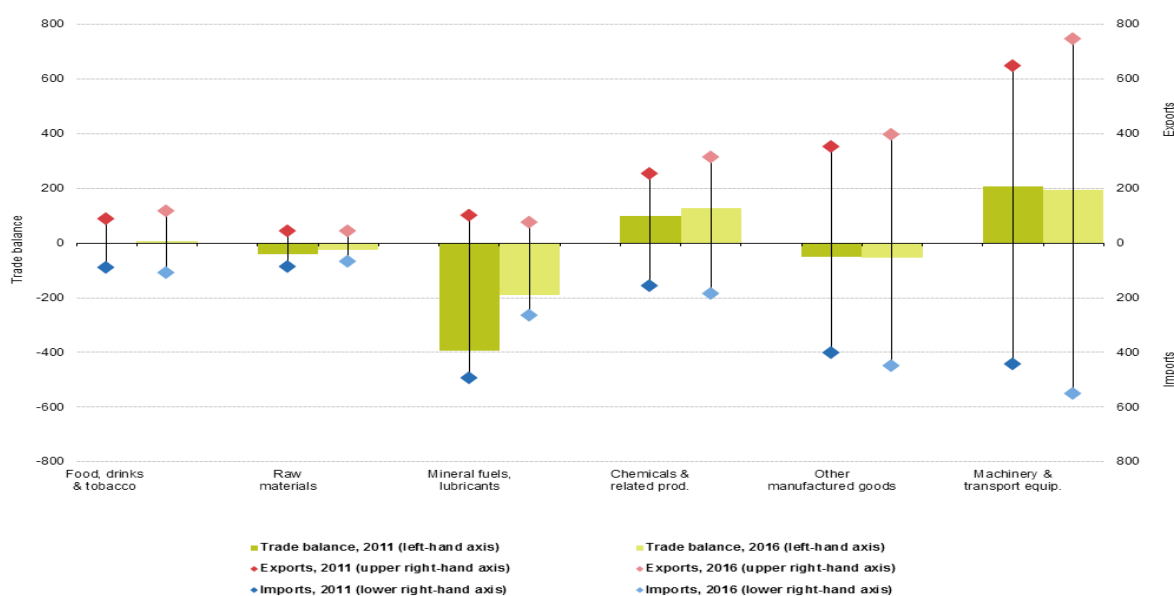
Η σημασία της εσωτερικής αγοράς της ΕΕ αναδεικνύεται από το γεγονός ότι, για καθένα από τα κράτη μέλη, οι εμπορευματικές συναλλαγές με άλλα κράτη μέλη της ΕΕ (άθροισμα αποστολών και αφίξεων) ήταν μεγαλύτερες σε όγκο από τις εμπορευματικές συναλλαγές με χώρες εκτός ΕΕ (άθροισμα εξαγωγών και εισαγωγών), με εξαίρεση τη Μάλτα και το Ηνωμένο Βασίλειο, όπου οι εσωτερικές με τις εξωτερικές εμπορευματικές συναλλαγές ήταν σχεδόν ισοδύναμες. Το ποσοστό των συνολικών εμπορευματικών συναλλαγών που αντιστοιχεί σε ροές εσωτερικού και εξωτερικού εμπορίου της ΕΕ διέφερε σημαντικά από το ένα κράτος μέλος στο άλλο, κάτι που αντανακλά έως κάποιο βαθμό τους ιστορικούς δεσμούς και τη γεωγραφική τοποθεσία. Τα μεγαλύτερα ποσοστά εσωτερικού εμπορίου της ΕΕ (περίπου 80 % των συνολικών συναλλαγών) καταγράφηκαν στην Εσθονία, το Λουξεμβούργο, την Ουγγαρία, την Τσεχική Δημοκρατία και τη Σλοβακία, ενώ το ποσοστό αυτό μειώνεται στο 49,3 % στο Ηνωμένο Βασίλειο.

Ανάλυση των κυριότερων ομάδων προϊόντων

Μεταξύ 2011 και 2016, η αξία των εξαγωγών σε χώρες εκτός ΕΕ για την ΕΕ-28 αυξήθηκε για τις περισσότερες ομάδες προϊόντων που περιλαμβάνονται στο σχήμα (1.4), με δύο εξαιρέσεις: τις εξαγωγές πρώτων υλών (που μειώθηκαν συνολικά κατά 5,1 %) και τις εξαγωγές

ορυκτών καυσίμων και λιπαντικών (που μειώθηκαν κατά 26,0 %). Η μεγαλύτερη αύξηση όσον αφορά τις εξαγωγές καταγράφηκε στα τρόφιμα, τα ποτά και τον καπνό (31,0 %), ενώ σημειώθηκε επίσης σχετικά ταχεία αύξηση του επιπέδου των εξαγωγών σε χώρες εκτός ΕΕ σε ό,τι αφορά τα χημικά και τα συναφή προϊόντα (έως 23,1 %). Διψήφια ποσοστά αύξησης καταγράφηκαν επίσης για τα μηχανήματα και τον εξοπλισμό μεταφορών καθώς και για άλλα μεταποιημένα προϊόντα.

Από την πλευρά των εισαγωγών, παρατηρήθηκε παρόμοια τάση, με σχετικά μεγάλη συνολική μείωση του επιπέδου των εισαγωγών από χώρες εκτός ΕΕ σε ό,τι αφορά τις πρώτες ύλες (-20,2 %) και τα ορυκτά καύσιμα και τα λιπαντικά (-46,6 %) μεταξύ 2011 και 2016 επισημαίνεται ότι ορισμένες από τις απώλειες μπορούν να αποδοθούν στις μεταβολές των τιμών ή στις διακυμάνσεις των συναλλαγματικών ισοτιμιών, με πολλές πρώτες ύλες και το πετρέλαιο να τιμολογούνται στις παγκόσμιες αγορές σε δολάρια ΗΠΑ. Αντιθέτως, οι εισαγωγές από χώρες εκτός ΕΕ όσον αφορά τα μηχανήματα και τον εξοπλισμό μεταφορών αυξήθηκαν κατά συνολικά 24,9 % μεταξύ 2011 και 2016, με σχετικά υψηλά ποσοστά να καταγράφονται επίσης για τα τρόφιμα, τα ποτά και τον καπνό (19,1 %) καθώς και για τα χημικά και τα συναφή προϊόντα (18,9 %).



Source: Eurostat (online data code: ext_ft_intertrd)

Πηγή : Eurostat

Διάγραμμα 1.7

Εξωτερικό εμπόριο της ΕΕ-28 ανά κατηγορία κυριότερων προϊόντων, ΕΕ-28, 2011 και 2016

Στο Διάγραμμα 1.7 γίνεται αναφορά στις κυριότερες ομάδες προϊόντων που εισάγονται και εξάγονται στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Μηχανήματα και είδη μεταφορών όπως φαίνεται είναι τα πιο συνήθης προϊόντα που συνδιαλλάσσονται ενώ ακολουθούν άλλα είδη βιομηχανικών προϊόντων, καύσιμα κλπ.

Η ανάπτυξη του εμπορίου μπορεί να είναι ευκαιρία για οικονομική ανάπτυξη. Η ΕΕ έχει μια κοινή εμπορική πολιτική, στο πλαίσιο της οποίας η Ευρωπαϊκή Επιτροπή διαπραγματεύεται εμπορικές συμφωνίες και αντιπροσωπεύει τα συμφέροντα της ΕΕ εξ ονόματος των 28 κρατών μελών της. Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή διαβουλεύεται με τα κράτη μέλη της ΕΕ μέσω συμβουλευτικής επιτροπής που συζητά όλο το φάσμα των θεμάτων εμπορικής πολιτικής που αφορούν την ΕΕ, συμπεριλαμβανομένων πολυμερών, διμερών και μονομερών πράξεων. Η εμπορική πολιτική είναι, ως εκ τούτου, αποκλειστική αρμοδιότητα της ΕΕ, δηλαδή μόνον η ΕΕ (και όχι τα επιμέρους κράτη μέλη) μπορεί να νομοθετεί για εμπορικά ζητήματα και να συνάπτει διεθνείς εμπορικές συμφωνίες.

Αυτή η συνεργατικότητα των κρατών μελών μπορεί να δώσει λύσεις και στα φλέγοντα ζητήματα των δαπανών υγείας που φαίνονται να διαφοροποιούνται από χώρα σε χώρα. Μία κοινή γραμμή πλεύσης θα έλυνε τα χέρια σε πολλά κράτη για να αναπτύξουν το δικό τους πρόγραμμα περίθαλψης, χωρίς να μένουν χιλιόμετρα πίσω από χώρες πχ. Σκανδιναβικές. Επίσης το κόστος θεραπείας μέσω από έναν υγιή ανταγωνισμό μεταξύ των κρατών μελών θα μείωνε το κόστος νοσηλείας και θα αύξανε κατακόρυφα την ποιότητα των υπηρεσιών.

1.10 Κατανάλωση

Η κατανάλωση ορίζεται ως η οικονομική δραστηριότητα, η οποία επηρεάζεται από τις κοινωνικές και ψυχολογικές διεργασίες του ατόμου, που προβαίνει στην πραγματοποίηση αυτής της δραστηριότητας. Το άτομο καταναλώνει, επειδή μέσα από την κατανάλωση ικανοποιεί τις ανάγκες του. Η ικανοποίηση των αναγκών ισοδυναμεί με τη χρησιμότητα, που λαμβάνει το άτομο από την κατανάλωση των αγαθών και των υπηρεσιών. Το άτομο-καταναλωτής μεγιστοποιεί τη χρησιμότητά του από την κατανάλωση αγαθών και υπηρεσιών μέχρι το

σημείο που του επιτρέπουν το εισόδημά του αλλά και οι τιμές των αγαθών .

Με άλλα λόγια, η συμπεριφορά του καταναλωτή βασίζεται στην «αρχή της μεγιστοποίησης της χρησιμότητας», που απορρέει από την ικανοποίηση των αναγκών του. Οι ανάγκες αυτές, πραγματικές ή πλασματικές, είναι ζωτικής σημασίας για τα άτομα και τα νοικοκυριά, διότι καλύπτουν όλες τις διαστάσεις της ανθρώπινης ύπαρξης (δηλαδή τις βιολογικές, φυσιολογικές, κοινωνικές, συναισθηματικές και ψυχολογικές ανάγκες). Η εποχή μας, όμως, χαρακτηρίζεται από πολλές παραδοξότητες, ανάμεσα στις οποίες θα μπορούσε να συμπεριληφθεί και η καταναλωτική συμπεριφορά: Από τη μια πλευρά, οι καταναλωτές έχουν τις δυνατότητες εναλλακτικών επιλογών σε αγαθά και υπηρεσίες (όσον αφορά την ποικιλία και την ποιότητα των αγαθών και υπηρεσιών ή τους τρόπους αγοράς και πληρωμής για την απόκτησή τους κ.ά.). Από την άλλη, ποτέ άλλοτε οι καταναλωτικές επιλογές των ατόμων δεν ήταν τόσο επισφαλείς για τα ίδια τα άτομα, τις κοινωνίες και το φυσικό περιβάλλον.

Ειδικότερα, σήμερα, οι καταναλωτές στις αναπτυγμένες χώρες έχουν στη διάθεσή τους μία τεράστια ποικιλία προϊόντων. Τα προϊόντα αυτά μπορεί να ικανοποιούν την ίδια ανάγκη, ωστόσο για να προσελκύσουν τον καταναλωτή παρουσιάζουν διαφοροποιήσεις, είτε ουσιαστικές είτε επιφανειακές. Υπάρχουν, επίσης, προϊόντα τα οποία δημιουργούν την ανάγκη στον καταναλωτή, δηλαδή χωρίς την ύπαρξη του προϊόντος αυτού δεν θα υπήρχε και η συγκεκριμένη ανάγκη για ένα συγκεκριμένο καταναλωτή. Τέλος, οι ποσότητες στις οποίες προσφέρονται τα αγαθά είναι μεγάλες και γενικά, μέσω της διαφήμισης, γίνεται μία προσπάθεια δημιουργίας αναγκών και συνεχούς κατανάλωσης, με αποτέλεσμα να αυξάνονται οι πωλήσεις και συνεπώς και τα κέρδη των επιχειρήσεων (Cotte et.al., 2005, Mostafa, 2005).

Μελετώντας τις τάσεις της νέας πραγματικότητας και κάνοντας αναγωγή στο μέλλον, ο σύγχρονος καταναλωτής φαίνεται να επιζητεί την ποιοτική αναβάθμιση των καταναλωτικών του προτιμήσεων, ειδικότερα, και του βιοτικού του επιπέδου, γενικότερα. Προσανατολίζεται πλέον στην αξία, είναι περισσότερο ενημερωμένος και επιλεκτικός στα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης, έχει περισσότερες απαιτήσεις και πολλές από αυτές είναι άκρως εξειδικευμένες.

Το «προφίλ» του σύγχρονου καταναλωτή στο δυτικό κόσμο, γενικά, και στην Ευρωπαϊκή Ένωση ειδικότερα, διαμορφώνεται από τις

δημογραφικές, κοινωνικές, πολιτισμικές και οικονομικές τάσεις και εξελίξεις (π.χ. αλλαγές στην ηλικιακή κατανομή του πληθυσμού, διαφορές στην οικονομική δυνατότητα ανάμεσα σε διαφορετικές γεωγραφικές περιφέρειες, αλλαγές στη σύνθεση των σύγχρονων νοικοκυριών, αύξηση του ποσοστού των εγγάμων, αύξηση του αριθμού των διαζυγίων, αύξηση των μονογονεϊκών οικογενειών κ.λπ.). Παράλληλα, ένα από τα χαρακτηριστικά του σύγχρονου καταναλωτή είναι ο χαμηλότερος βαθμός προσήλωσής του στη «μάρκα» σε σχέση με προηγούμενες εποχές, καθώς και η έλλειψη διαθέσιμου χρόνου. Οι νέοι ρυθμοί της ζωής αυξάνουν το άγχος, καθιστώντας τον καταναλωτή κατεξοχήν «πεινασμένο για χρόνο»), παρά το γεγονός ότι σήμερα έχει περισσότερες επιλογές.

Το περιβάλλον (με την ευρεία έννοια του όρου), εντός του οποίου ο καταναλωτής αναπτύσσει τις δραστηριότητές του, είναι ανταγωνιστικό και επικίνδυνο. Η σύγκρουση των οικονομικών συμφερόντων, η διάβρωση του συστήματος των αξιών, οι πολιτικοί και κοινωνικοί μετασχηματισμοί, οι μεταβολές που συντελούνται με φρενήρεις ρυθμούς, η παγκοσμιοποίηση, έχουν οδηγήσει σε οικουμενική κρίση (ηθική, κοινωνική, οικονομική και περιβαλλοντική). Ο καταναλωτής (ως μονάδα ή/και ως νοικοκυριό) καλείται να διαχειριστεί τον κίνδυνο, που έχει τη μορφή της εξαπάτησης, της παραβίασης των δικαιωμάτων του, της ανασφάλειας, της αβεβαιότητας για το μέλλον, της αμφιβολίας, ή ακόμα και του πανικού.

Η αναγκαιότητα της προστασίας του καταναλωτή, από όλους τους κινδύνους που απειλούν την υγεία του, την ποιότητα της ζωής του και της αξιοπρεπούς διαβίωσής του, έχει διαπιστωθεί εδώ και δεκαετίες. Η παγκόσμια κοινότητα έχει αναγνωρίσει στους καταναλωτές δικαιώματα, τα οποία πρέπει να προστατεύονται ως θεμελιώδη, όπως το δικαίωμα του υγιούς περιβάλλοντος, της πληροφόρησης, της εκπροσώπησης, της εκπαίδευσης και της αποκατάστασης, στην περίπτωση που αυτά θίγονται καθ' οποιοδήποτε τρόπο.

Στις σύγχρονες κοινωνίες, η εκπαίδευση του καταναλωτή θεωρείται απαίτηση για τα άτομα και τις οικογένειες. Η εκπαίδευση καθίσταται αναγκαία για τη βελτίωση της θέσης των καταναλωτών και για την προστασία των δικαιωμάτων τους. Είναι απαραίτητη για την προώθηση του κοινωνικού πολιτισμού και της κοινωνικής προόδου. Σκοπός της εκπαίδευσης των καταναλωτών δεν είναι μόνο η γνώση των αγορών και η βελτίωση της ικανότητάς τους να γίνονται σκεπτόμενοι καταναλωτές,

αλλά και να τους καταστήσει ικανούς να προβαίνουν σε υγιείς και κοινωνικά αποδεκτές δραστηριότητες, που προωθούν την καλύτερη δυνατή επιλογή μεταξύ των διακινουμένων προϊόντων. Με την εκπαίδευση, το άτομο βελτιώνει την ποιότητα της ζωής του και μετουσιώνεται σε υπεύθυνο καταναλωτή (Purutcuoglu and Bayraktar, 2004).

Στη χώρα μας, όπως εξάλλου και σε όλες τις χώρες - μέλη της Ευρωπαϊκής οικογένειας, γίνονται προσπάθειες να διαμορφωθεί το κατάλληλο ενιαίο νομοθετικό πλαίσιο που θα περιλαμβάνει όλες τις παραμέτρους, οι οποίες θα οδηγήσουν σε έξοδο από την κρίση. Όμως, καμία πρωτοβουλία δεν μπορεί να είναι αποτελεσματική, εάν ο καταναλωτής δεν αναλάβει ο ίδιος πρωταγωνιστικό ρόλο, εάν δεν συνειδητοποιήσει ο ίδιος ότι ο ενημερωμένος καταναλωτής είναι η μόνη αποτελεσματική δύναμη. Την εικόνα της αγοράς πρέπει να τη διαμορφώνουν με τη συμπεριφορά τους οι ενήμεροι καταναλωτές και όχι οι κερδοσκόποι, οι οποίοι εκμεταλλεύονται τη σύγχυση και πολλές φορές τον πανικό, που γεννά η σύγχυση αυτή. Ο καταναλωτής έχει πλέον τα δικαιώματα, γι' αυτό πρέπει να έχει και τη δύναμη. Ο έμπρακτος σεβασμός προς τον καταναλωτή και η καλλιέργεια υψηλής καταναλωτικής συνείδησης, που εκφράζεται μέσα από την ορθή καταναλωτική συμπεριφορά, αποτελεί δείγμα κατάκτησης υψηλού πολιτισμικού επιπέδου για μία χώρα, που έχει ως στόχο την οικονομική ανάπτυξη και τη βελτίωση της ποιότητας της ζωής.

Η αλόγιστη κατανάλωση εμφανίζεται και στον τομέα της υγείας, όπου ξεκινάει όπως και σε κάθε άλλο είδος υπερκατανάλωσης, με σκοπό το κέρδος και καταλήγει στην εκμετάλλευση των ασθενών, δημιουργώντας τους πλασματικές ανάγκες ως προς τις εξετάσεις που χρειάζονται άλλα και προς τα φάρμακα που καταναλώνουν. Στο παρακάτω κεφάλαιο θα γίνει εκτεταμένη ανάλυση όσον αφορά αυτό το θέμα.

Προκλητή ζήτηση και αλόγιστη κατανάλωση υπηρεσιών υγείας

Προκλητή ζήτηση υπηρεσιών υγείας είναι η ζήτηση που δεν αντιστοιχεί σε υπαρκτές ανάγκες υγείας, αλλά προκαλείται από άλλους παράγοντες. Ο πιο σημαντικός από τους παράγοντες αυτούς είναι ο ίδιος ο γιατρός, που προκαλεί αύξηση της ζήτησης των ιατρικών υπηρεσιών, με σκοπό την άμεση ή έμμεση αύξηση των αποδοχών του. Συνήθως το φαινόμενο της προκλητής ζήτησης εμφανίζεται σε συστήματα υγείας όπου ο γιατρός αμείβεται κατά πράξη ή κατά παραπομπή, και γίνεται εντονότερο σε περιπτώσεις που το κόστος καλύπτεται από ασφαλιστικούς φορείς.

Επίσης, μπορεί να προκληθεί για εκπαιδευτικούς και ερευνητικούς λόγους, για την πλήρωση κενών νοσηλευτικών κρεβατιών, ή για την ικανοποίηση των ίδιων των ασθενών, κυρίως όταν αυτοί δεν είναι σωστά πληροφορημένοι. Σημαντικός παράγοντας είναι και η άμεση ή έμμεση διαφήμιση ιατρικών «προϊόντων» του ιδιωτικού τομέα, προκειμένου να αυξηθεί η κερδοφορία των ιατρικών και φαρμακευτικών επιχειρήσεων.

Από τη σκοπιά των οικονομικών της υγείας, το φαινόμενο της προκλητής ζήτησης ερμηνεύεται με βάση το σημείο ισορροπίας της αγοράς των υπηρεσιών υγείας, δηλαδή το σημείο όπου η ζήτηση ισούται με την προσφορά. Αν αυξηθούν οι γιατροί, και επομένως και η προσφορά υπηρεσιών, τότε η καμπύλη προσφοράς θα μετατοπιστεί. Σε μια τέτοια περίπτωση, οι τιμές θα μειωθούν και η ποσότητα των υπηρεσιών θα αυξηθεί. Οι διαπιστώσεις αυτές ισχύουν σε μια αγορά υπηρεσιών υγείας όπου επικρατεί το μοντέλο του τέλει ανταγωνισμού. Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό, το σημείο ισορροπίας στη τομή της καμπύλης ζήτησης και της καμπύλης προσφοράς είναι αποτελεσματικό κατά Pareto. Αυτό σημαίνει ότι δεν υπάρχει εναλλακτικό εφικτό σημείο παραγωγής στο οποίο να βελτιώνεται η ευημερία έστω και ενός ατόμου χωρίς να μειώνεται η ευημερία κάποιου άλλου. Οποιαδήποτε μεταβολή της καμπύλης ζήτησης ή της καμπύλης προσφοράς μεταθέτει το σημείο ισορροπίας, καθώς και τις αντίστοιχες τιμές του αγαθού. Έτσι, σύμφωνα με τη θεωρία των λεγόμενων Οικονομικών της Ευημερίας, η ανταγωνιστική αγορά οδηγεί στη μεγιστοποίηση της ευημερίας και σε αποτελεσματική διανομή. Όμως, για να λειτουργήσει το μοντέλο του τέλει ανταγωνισμού, θα πρέπει να υπάρχουν οι εξής προϋποθέσεις:

- ομοιογενές προϊόν
- μεγάλος αριθμός παραγωγών και καταναλωτών
- ελευθερία εισόδου και εξόδου στην παραγωγή
- βεβαιότητα
- μη ύπαρξη «εξωτερικών οικονομιών»
- άριστη πληροφόρηση των καταναλωτών
- ανεξαρτησία προσφοράς και ζήτησης

Επιπλέον, το κράτος θα πρέπει να παρεμβαίνει μόνο για να εξασφαλίζει την κοινωνική δικαιοσύνη, ή σε περιπτώσεις κατά τις οποίες κάποιες από τις παραπάνω προϋποθέσεις δεν ισχύουν, όπως συμβαίνει κατ' εξοχήν στις αγορές των υπηρεσιών υγείας. Οι ιατρικές υπηρεσίες είναι

ανομοιογενείς, με πολλαπλές και εναλλακτικές πρακτικές. Εξάλλου, σε πολλές χώρες υπάρχουν φραγμοί στην «παραγωγή» των γιατρών, ενώ το φαινόμενο της αρρώστιας χαρακτηρίζεται από αβεβαιότητα (τόσο ως προς την εμφάνισή του όσο και ως προς την πορεία του), ή υφίστανται επιδράσεις, είτε ως εξωτερικές οικονομίες είτε ως εξωτερικές επιβαρύνσεις, καθώς πολλά νοσήματα είναι μεταδοτικά. Κυρίως όμως, αυτό που χαρακτηρίζει τις αγορές των υπηρεσιών υγείας είναι η ασύμμετρη κατανομή γνώσης και πληροφόρησης μεταξύ γιατρού και ασθενούς. Ο ασθενής κατά κανόνα δεν γνωρίζει επαρκώς την κατάσταση της υγείας του, τις εναλλακτικές θεραπείες και την αποτελεσματικότητά τους, ή τις πιθανές παρενέργειες. Έτσι, ο γιατρός, ή γενικότερα οι παραγωγοί ιατρικών υπηρεσιών, μπορούν να επηρεάζουν σημαντικά τη ζήτηση, με αποτέλεσμα να μην ισχύει ούτε η προϋπόθεση της ανεξαρτησίας προσφοράς και ζήτησης. Το γεγονός αυτό αποτελεί και τη βασική αιτία εμφάνισης του φαινομένου της προκλητής ζήτησης, όπου οι γιατροί, προκειμένου να διατηρήσουν ή να αυξήσουν τα εισοδήματά τους, επιδιώκουν να αυξήσουν τη ζήτηση. Έτσι, αντί να μειωθούν οι τιμές με την αύξηση της προσφοράς, αυξάνει η ποσότητα των υπηρεσιών και κυρίως αυξάνουν οι τιμές.

Το φαινόμενο της προκλητής ζήτησης έχει μελετηθεί από πολλούς ερευνητές. Οι περισσότεροι από αυτούς έχουν διαπιστώσει θετική συσχέτιση ανάμεσα στον αριθμό των γιατρών και την κατανάλωση ιατρικών υπηρεσιών, γεγονός που επιβεβαιώνει την προκλητή ζήτηση. Έχει υπολογιστεί ότι αύξηση των γιατρών κατά 10% επιφέρει αύξηση της κατανάλωσης ιατρικών υπηρεσιών κατά 1% (στην περίπτωση των χειρουργών, η αύξηση των εγχειρήσεων είναι 3%). Πάντως, ορισμένοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι δεν υπάρχει στις περιπτώσεις αυτές προκλητή ζήτηση, και ότι η αύξηση της κατανάλωσης μπορεί να οφείλεται σε άλλους παράγοντες που σχετίζονται με την αύξηση των γιατρών, όπως είναι η αύξηση της διαθεσιμότητας και προσβασιμότητας, η μείωση του χρόνου αναμονής, η μείωση του κόστους μεταφοράς, κ.ά.

Πάντως, ανεξάρτητα από την ερμηνεία του φαινομένου, είναι γεγονός ότι η υπερκατανάλωση ιατρικών υπηρεσιών και φαρμακευτικών προϊόντων έχει προσλάβει επικίνδυνες διαστάσεις. Σε πολλές αναπτυγμένες χώρες έχει εκτιμηθεί ότι περίπου το 25% όλων των εισαγωγών στα νοσοκομεία, το 20% των χειρουργικών επεμβάσεων και το 50% του χρόνου νοσηλείας είναι άσκοπα. Στις άσκοπες χειρουργικές επεμβάσεις τα πρωτεία κατέχουν οι καισαρικές τομές, οι υστερεκτομές (κυρίως σε γυναίκες κάτω των 40 ετών), οι αμυγδαλεκτομές, οι χολοκυστεκτομές, οι

βουβωνοκήλες και οι σκωληκοειδεκτομές. Άσκοπο θεωρείται επίσης το 15% των επισκέψεων σε γιατρό και οι μισές περίπου διαγνωστικές εξετάσεις.

Η συνάρτηση κατανάλωσης

Στις περισσότερες χώρες, οι καταναλωτικές δαπάνες αντιπροσωπεύουν το μεγαλύτερο μέρος της συνολικής δαπάνης.

Στην ανάλυση του, ο Keynes επικέντρωσε την προσοχή τους στην εξέταση των προσδιοριστικών παραγόντων της κατανάλωσης αντί της αποταμίευσης, όπως έκαναν οι κλασικοί οικονομολόγοι. Η συνάρτησης κατανάλωσης ή η ροπή για κατανάλωση (propensity to consume), όπως και την αποκάλεσε ο Keynes, αποτελεί μια από τις σημαντικότερες συμβολές του στην μοντέρνα μακροοικονομική θεωρία.

Η θεωρία κατανάλωσης του Keynes δεν αναγνωρίζει στο επιτόκιο τον ρόλο του αυτόματου σταθεροποιητικού παράγοντα του επιπέδου της συνολικής ζήτησης, που σύμφωνα με τους κλασικούς εξισώνει τη συνολική αποταμίευση με τη συνολική δαπάνη και εξασφαλίζει πάντα ισορροπία πλήρους απασχόλησης.

Σύμφωνα με τον Keynes, ο σπουδαιότερος προσδιοριστικός παράγοντας του επιπέδου της συνολικής καταναλωτικής δαπάνης είναι το τρέχον διαθέσιμο εισόδημα Y_d . Εκτός του διαθέσιμου εισοδήματος, ο Keynes ανέφερε επίσης και έναν αριθμό υποκειμενικών και άλλων αντικειμενικών παραγόντων που μπορούν να επηρεάσουν το επίπεδο της καταναλωτικής δαπάνης.

Οι υποκειμενικοί παράγοντες αναφέρονται στα ψυχολογικά χαρακτηριστικά των ατόμων καθώς και το κοινωνικό και θεσμικό πλαίσιο της χώρας, τα οποία προσδιορίζουν τα κίνητρα που έχουν τα άτομα να αποταμιεύουν μέρος του εισοδήματος τους και συνεπώς να καταναλώνουν.

Ο Keynes αναφέρει οκτώ σπουδαία κίνητρα τα οποία έχουν τα νοικοκυριά για την αποταμίευση (και, συνεπώς, για την κατανάλωση) μέρος του εισοδήματος τους. Τα άτομα αποταμιεύουν α) για να αντιμετωπίσουν τυχόν απρόβλεπτες μελλοντικές ανάγκες, β) για να εξασφαλίσουν το αναγκαίο εισόδημα για την ικανοποίηση του προσδοκώμενου επιπέδου των μελλοντικών τους αναγκών, γ) διότι προτιμούν ένα υψηλότερο επίπεδο μελλοντικής πραγματικής κατανάλωσης σε σχέση με το επίπεδο της παρούσας κατανάλωσης, δ) για

τη βελτίωση του βιοτικού τους επιπέδου, ε) για να αποκτήσουν οικονομική ανεξαρτησία και δύναμη, στ) για να μπορούν να χρηματοδοτήσουν τυχόν κερδοφόρες επιχειρηματικές δραστηριότητες, ζ) για να κληροδοτήσουν περιουσία και η) λόγω φιλαργυρίας.

Εκτός του διαθέσιμου εισοδήματος, άλλοι αντικειμενικοί παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν την κατανάλωση περιλαμβάνουν τις μεταβολές α) των προτιμήσεων των καταναλωτών, β) των κεφαλαιουχικών κερδών ή ζημιών, γ) του προσδοκώμενου μελλοντικού επιπέδου εισοδήματος, ε) του επιτοκίου, στ) της δημοσιονομικής πολιτικής κ.α. Ο Keynes θεωρεί ότι μολονότι οι μεταβολές των παραγόντων αυτών μπορούν να επηρεάσουν κάπως την κατανάλωση, η επίδραση αυτή δεν είναι σημαντική σε σύγκριση με την επίδραση που ασκούν οι μεταβολές του εισοδήματος. Έτσι στη βραχυχρόνια περίοδο, θεωρεί τη συνάρτηση κατανάλωσης ως σταθερή συνάρτηση του τρέχοντος συνολικού εισοδήματος, δηλαδή :

$$C = C(Y_d) \quad (1.3)$$

Η σχέση (1.3) είναι η κευνσιανή συνάρτηση συνολικής κατανάλωσης και περιγράφει την επιθυμητή ή προγραμματιζόμενη καταναλωτική δαπάνη σε κάθε επίπεδο διαθέσιμου εισοδήματος. Η τρέχουσα συνολική καταναλωτική δαπάνη είναι αύξουσα συνάρτηση του τρέχοντος συνολικού διαθέσιμου εισοδήματος.

1.11 Επένδυση

Επένδυση (Investment) ονομάζεται η δέσμευση κεφαλαίων για ένα χρονικό διάστημα, η οποία αναμένεται να αποφέρει πρόσθετα κεφάλαια στον επενδυτή. Με τεχνικούς όρους, η επένδυση είναι μια ακολουθία Καθαρών Ταμειακών Ροών.

Για την πραγματοποίηση μιας επένδυσης γίνεται αρχικά μια ανάλυση των αξιογράφων και ακολουθούν έπειτα τεχνικές διαχείρισης χαρτοφυλακίου.

Αξιολόγηση επενδυτικών έργων:

Υπάρχουν διάφορες μέθοδοι αξιολόγησης επενδυτικών έργων, οι οποίες κατατάσσονται σε ορθολογικές και μη ορθολογικές. Οι πιο συχνά

χρησιμοποιούμενες είναι οι ορθολογικές, όπως η Καθαρά Παρούσα Αξία και ο Εσωτερικός Βαθμός Απόδοσης.

Καθαρή Παρούσα Αξία:

Η Καθαρή Παρούσα Αξία (ΚΠΑ) μιας επένδυσης είναι η διαφορά μεταξύ της παρούσας αξίας των καθαρών ταμειακών ροών ΚΤΡ της επένδυσης, προεξοφλημένων στο παρόν με επιτόκιο i και του αρχικού κεφαλαίου K_0 που απαιτείται για να πραγματοποιηθεί η επένδυση σήμερα.

$$ΚΠΑ = \sum_{t=1}^N \frac{\text{Ταμειακές Εισροές}}{(1+r)^t} - \text{Αρχική Επένδυση}$$

t = Χρονική περίοδος
 N = Χρονική διάρκεια της επένδυσης
 r = Προεξοφλητικό επιτόκιο

- Σε περίπτωση που η παρούσα αξία των αναμενόμενων ταμειακών ροών από την επένδυση σήμερα είναι πιο υψηλή από το απαιτούμενο κόστος της επένδυσης, δηλαδή η $ΚΠΑ > 0$, η επένδυση γίνεται αποδεκτή.
- Σε περίπτωση που η $ΚΠΑ = 0$, ο επενδυτής πρέπει να είναι αδιάφορος με βάση αυτό το κριτήριο επιλογής.
- Σε περίπτωση που η $ΚΠΑ < 0$, η επένδυση δεν πρέπει να γίνει αποδεκτή.

Εσωτερικός Βαθμός Απόδοσης

Με τον εσωτερικό βαθμό απόδοσης (ΕΒΑ) υπολογίζεται το εσωτερικό επιτόκιο μιας επένδυσης, το επιτόκιο εκείνο το οποίο υπονοείται από μια σειρά ΚΤΡ η οποία έχει οριστεί ως επένδυση. Σκοπός αυτού του κριτηρίου είναι ο υπολογισμός του βαθμού απόδοσης που θα επιτευχθεί από αυτές τις επενδύσεις. Το μέγεθος αυτό ισούται με το επιτόκιο r το οποίο πρέπει να ισχύει, έτσι ώστε εάν επενδύσουμε σήμερα ένα ποσό X να έχουμε μετά από π.χ. 1 έτος ένα ποσό XX .

$$X + Xr = XX \Leftrightarrow X(1+r) = XX \Leftrightarrow X = XX/1+r \Leftrightarrow XX/1+r = 0$$

Έπειτα, κάνουμε δοκιμές επιτοκίων r , έτσι ώστε να ισχύει η ισότητα.

Κριτήρια Ανάλυσης Επένδυσης

- Αντικειμενικός σκοπός επιχείρησης: Max Κερδών
- Άρα το κριτήριο ανάλυσης επένδυσης βασίζεται στη σχέση: αναμενόμενη απόδοση της επένδυσης/ δαπάνη για επένδυση

- Για τον προσδιορισμό της σχέσης απαιτείται η γνώση 3 στοιχείων: α) δαπάνη για επένδυση (χρηματικό κεφάλαιο που απαιτείται για την απόκτηση κεφαλαιουχικού εξοπλισμού). β) επιτόκιο αγοράς (αμοιβή χρηματικού κεφαλαίου για δεδομένο χρονικό διάστημα). γ) αναμενόμενη απόδοση ή απόδοση της επένδυσης
- Απόδοση της επένδυσης (Διαφορά μεταξύ συνολικών εσόδων από επένδυση και συνολικών εξόδων που απαιτούνται για την παραγωγή αγαθών) • Επειδή η επένδυση της στιγμή της ανάληψης περιλαμβάνει αποδόσεις σε μελλοντικές διακριτές χρονικές στιγμές (άρα αβεβαιότητα) η απόδοση της επένδυσης ονομάζεται προσδοκώμενη ή αναμενόμενη απόδοση
- Είναι επικερδής η επένδυση; 3 σημαντικές έννοιες: – Μελλοντικές αξίες – Παρούσες αξίες – Οριακή αποδοτικότητα της επένδυσης

Συνάρτηση επενδύσεων

Η επενδυτική δαπάνη των κρατών και των επιχειρήσεων για την απόκτηση κεφαλαιουχικών αγαθών, κατασκευή κτιριακών εγκαταστάσεων και μεταβολή του επιθυμητού επιπέδου αποθεμάτων των προϊόντων τους, αν και είναι σχετικά μικρή σε σύγκριση με την καταναλωτική δαπάνη, είναι όπως θα δούμε, πολύ σπουδαίο συστατικό στοιχείο της συνολικής ζήτησης.

Υποθέτουμε ότι η συνάρτηση επενδύσεων έχει την ακόλουθη απλή γραμμική μορφή:

$$I = i_0 - irr_0 + iyY, \quad ir > 0, \quad iy > 0 \quad (1)$$

Όπου i_0 είναι οι επενδυτικές δαπάνες που προσδιορίζονται από παράγοντες οι οποίοι δεν συμπεριλαμβάνονται στη συνάρτηση, είναι το επιτόκιο αγοράς το οποίο, στο κεφάλαιο αυτό, υποθέτουμε ότι προσδιορίζεται εξωγενώς και ir, iy είναι θετικοί παράμετροι.

Το άθροισμα $i_0 - irr_0$ στην σχέση (1) αντιπροσωπεύει το σύνολο των αυτόνομων επενδυτικών δαπανών που είναι ανεξάρτητες από το επίπεδο του εθνικού εισοδήματος. Ο όρος iyY είναι το σύνολο των κατά προώθηση επενδυτικών δαπανών που βρίσκονται σε θετική σχέση με το επίπεδο του εθνικού εισοδήματος.

Η Ευρώπη και οι επενδύσεις στον τομέα της Υγείας

Με αφορμή το πρόγραμμα Horizon 2020 η Ευρωπαϊκή Επιτροπή για πρώτη φορά μας άνοιξε τις πύλες μεγάλων Ερευνητικών Κέντρων της

Ευρώπης προκειμένου να δούμε ιδίως όμμασι τις εξελίξεις στον τομέα έρευνας και ανάπτυξης για την Υγεία.

Το πρόγραμμα Horizon 2020 της ΕΕ επενδύει 80 δισ. ευρώ για την περίοδο 2014-2020, με στόχο να εξασφαλίσει ότι η Ευρώπη θα παράγει επιστήμη παγκόσμιας κλάσης, θα απομακρύνει τα εμπόδια στην καινοτομία και θα διευκολύνει τον δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα να συνεργαστεί για την υλοποίηση της καινοτομίας .

Σύμφωνα με τους αναλυτές της Ε.Ε. κ. Loukiano Gatzouli, Policy Analyst, Performance of national health systems, Directorate-General for Health and Food Safety, European Commission και την κα Oona Van Landuyt, Policy Analyst, Representation of the European Commission in Belgium, ο τομέας της υγειονομικής περίθαλψης αντιπροσωπεύει το 8,5% του εργατικού δυναμικού της Ευρώπης και σχεδόν το 10% του ΑΕΠ της ΕΕ και επομένως διαδραματίζει κεντρικό ρόλο στη βελτίωση των δεξιοτήτων και τη δημιουργία θέσεων εργασίας. Η πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη στην Ευρώπη δεν είναι μόνο σημαντική για την ευζωία και την ποιότητα ζωής των ανθρώπων, έχει επίσης θετικό αντίκτυπο στην παραγωγικότητα και την ευημερία.

Ο τομέας της υγειονομικής περίθαλψης μπορεί, όπως τόνισαν να δημιουργήσει νέες ευκαιρίες για τις επιχειρήσεις, καθώς οι πρόοδοι συχνά καθοδηγούνται από επιχειρηματίες που είναι ικανοί να το κάνουν.

1.12 Ανακεφαλαίωση

Οι μακροοικονομικές μεταβλητές που μελετήθηκαν αποτελούν ένα σημαντικό κομμάτι ώστε να μπορέσουμε να μελετήσουμε εν συνεχεία τις δαπάνες υγείας χωρών, όπως η Ελβετία, Δανία, Ισπανία, Γαλλία, Ολλανδία και Σουηδία. Αυτές οι μεταβλητές καθορίζουν άμεσα το πως η κάθε χώρα συντάσσει τον κρατικό προϋπολογισμό της εμπεριέχοντας μέσα τις δαπάνες υγείας. Ένα τόσο ευαίσθητο όσο και φλέγον θέμα της επικαιρότητας που εξαρτάται όπως φαίνεται από αρκετούς παράγοντες.

Οι βασικότερες μακροοικονομικές μεταβλητές που επηρεάζουν τον τομέα της υγείας είναι αρχικά το ακαθάριστο εγχώριο προϊόν, η πιο σημαντική έννοια των εθνικών λογαριασμών, που μετρά το σύνολο της αξίας όλων των τελικών αγαθών και υπηρεσιών που παράγονται στην επικράτεια της κάθε χώρας κατά τη διάρκεια της τρέχουσας χρονικής περιόδου. Εν συνεχεία σε αυτό το κεφάλαιο έγινε εκτενής αναφορά στο πως να υπολογίζεται το ΑΕΠ μέσω της μεθόδου της συνολικής

παραγωγής αλλά και της μεθόδου της συνολικής δαπάνης που η τελευταία χωρίζεται σε α) ιδιωτικές καταναλωτικές δαπάνες, β) δημόσιες καταναλωτικές δαπάνες, γ) ακαθάριστες επενδυτικές δαπάνες και δ) καθαρές εξαγωγές. Μία ακόμα μέθοδος υπολογισμού του GDP υπήρξε η εισοδηματική μέθοδος ενώ αργότερα σχολιάστηκε το κατά κεφαλή ακαθάριστο εγχώριο προϊόν και το πόσο επηρεάζει την οικονομία μιας χώρας παρόλο που επρόκειτο για προσεγγιστικός, δείκτης των επιπέδων ανάπτυξης και οικονομίας. Επιπροσθέτως το ακαθάριστο εθνικό προϊόν και το εθνικό εισόδημα επισημάνθηκαν όπως και η παραοικονομία στην ΕΕ και ο ρόλος της στο ΑΕΠ.

Η ανεργία χωρίστηκε σε ανεργία τριβής, διαρθρωτική ανεργία, κυκλική ανεργία και εποχιακή ανεργία όπου και η κάθε μια αναπτύχθηκε ξεχωριστά. Στη συνέχεια αναφέρθηκε το εμπορικό ισοζύγιο(εισαγωγές ,εξαγωγές) που σαφώς έχει σπουδαίο ρόλο στην οικονομία της κάθε χώρας καθώς συμβάλει στην ανάπτυξη της και στην δυνατότητα της από εκεί και έπειτα να διαθέτει ποσά για τις δαπάνες υγείας της και την ανάπτυξη των ιατροφαρμακευτικών υπηρεσιών της. Ακόμα στο κεφάλαιο αυτό επεξεργαστήκαμε τον όρο κατανάλωση και την σημασία του έχει στην οικονομία να παράγει σωστά πρότυπα καταναλωτών ενώ δόθηκε έμφαση στην προκλητή ζήτηση και την αλόγιστη κατανάλωση υπηρεσιών υγείας. Εν κατακλείδι επιχειρήθηκε να δοθεί έμφαση στην επένδυση , τα κριτήρια ανάληψης επένδυσης την συνάρτηση επενδύσεων και την θέση της Ευρώπης στις επενδύσεις στον τομέα της υγείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΒΑΣΙΚΕΣ ΕΝΝΟΙΕΣ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

2.1 Εισαγωγή

Οι συνολικές δημόσιες δαπάνες υγείας αποτελούσαν πάντα από την δημιουργία των πρώτων αναπτυγμένων συστημάτων σε ολόκληρο τον κόσμο, ένα θέμα συζήτησης πολιτικών και οικονομικών αντιπαραθέσεων με σκοπό τη διαμόρφωση πολιτικών επιδιώξεων. Για το λόγο αυτό οι κυβερνητικοί εκπρόσωποι μιας χώρας, οι οποίοι ήταν αρμόδιοι και υπεύθυνοι να μελετήσουν και να εκτελέσουν τις συγκεκριμένες δαπάνες υγείας, πολύ συχνά δημιουργούσαν οικονομικά προβλήματα στη χώρα τους από τη συνεχόμενη αυξανόμενη χρηματοδότηση των Δαπανών Υγείας. Επιπρόσθετα, οι Δαπάνες Υγείας αυξάνονταν και από την συνεχή αύξηση της ζήτησης των υπηρεσιών παροχής υγείας, κάτι που προερχόταν κυρίως και από την αύξηση του μέσου όρου ηλικίας του πληθυσμού. Ωστόσο, πρέπει να τονιστεί το γεγονός ότι λόγω της ραγδαίας αύξησης του κόστους των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, εξαιτίας της εφαρμογής της σύγχρονης τεχνολογίας, η έκρηξη των δαπανών υγείας και ο περιορισμός των διαθέσιμων πόρων που απορροφά ο τομέας της υγείας σε συνδυασμό με την μικρή αύξηση της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας των συστημάτων υγείας, οδήγησαν στην ανάπτυξη και στη μελέτη ενός νέου κλάδου, της οικονομικής της υγείας.

Με το ξεκίνημα του 20ου αιώνα, στις ανεπτυγμένες χώρες και κυρίως στις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α. (όπως π.χ. η Ελλάδα, η Γερμανία, η Ολλανδία, οι Η.Π.Α., η Αγγλία κ.α.), υπήρχε ένας μεγάλος και αρκετά ικανοποιητικός αριθμός δημοσίων και ιδιωτικών νοσοκομειακών μονάδων υγείας, ενώ στις αρχές του 1980 στις Η.Π.Α., είχε αρχίσει να αναπτύσσεται ένα εξειδικευμένο σύστημα υγείας με αρκετά μεγάλο όγκο νοσοκομειακών μονάδων υγείας, τα οποία εξυπηρετούσαν τις ανάγκες των πολιτών. Σήμερα, οι περισσότερες χώρες του Ο.Ο.Σ.Α. διαθέτουν από τα πιο σύγχρονα νοσοκομεία σε ολόκληρο τον κόσμο, τα οποία ακολουθούν και εφαρμόζουν εξειδικευμένα πρότυπα συστημάτων υγείας, με χρήση της σύγχρονης τεχνολογίας στον ιατροφαρμακευτικό εξοπλισμό που διαθέτουν.

Στη σημερινή εποχή, λόγω της οικονομικής κρίσης που υπάρχει, ένας μεγάλος αριθμός των πολιτών, όταν αναφέρονται στον τομέα της υγείας

για την παροχή των υπηρεσιών, αντιμετωπίζουν ένα αρνητικό φαινόμενο κατά το οποίο οι ασθενείς χρειάζονται άμεση φαρμακευτική και ιατρική φροντίδα υγείας, ενώ ένα υψηλό ποσοστό από τους πολίτες, δεν έχουν στη διάθεση τους, την αντίστοιχη ιατρική φροντίδα που επιβάλλεται. Επομένως, είναι δύσκολο και πολύπλοκο να καθοριστεί ακριβώς ο τομέας της υγείας και τα αντίστοιχα συστήματα από τι αποτελούνται, ποιοι είναι υπεύθυνοι και αρμόδιοι για την σωστή λειτουργία τους. Ένας σωστός ορισμός των συστημάτων υγείας, περιλαμβάνει όλες εκείνες τις δραστηριότητες κατά τις οποίες ο κύριος στόχος είναι η προαγωγή και η επαναφορά της καλής υγείας όλων των πολιτών μίας χώρας.

Οι πολίτες σήμερα στρέφονται προς τα συστήματα υγείας, προκειμένου να ζητήσουν βοήθεια για ένα ευρύ φάσμα προβλημάτων που αντιμετωπίζουν, όχι μόνο για τη θεραπεία μιας ασθένειας αλλά και για να ζητήσουν συμβουλές για την πρόληψη κάποιων παθήσεων. Συνήθως, έρχονται σε επαφή με ένα σύστημα υγείας ως ασθενείς, όπου εξετάζονται και παρακολουθούνται από τους πάροχους υγείας και το ιατρικό δυναμικό περίπου δυο φορές το χρόνο. Τα συστήματα υγείας, ευθύνονται βασικά για την άμεση βελτίωση της υγείας των πολιτών αλλά και για την προστασία τους, έναντι του οικονομικού κόστους που συνεπάγεται η επίσκεψη τους και έχουν τέσσερις κατά κανόνα βασικές επιδιώξεις:

- Να βελτιώνουν την υγεία του πληθυσμού
- Να ανταποκρίνονται αποτελεσματικά στις προσδοκίες των πολιτών
- Να παρέχουν οικονομική προστασία για τις δαπάνες υγείας
- Να θεραπεύουν την ασθένεια με ποιοτική ιατροφαρμακευτική φροντίδα.

Τα συστήματα υγείας αποτελούν αρκετά πολύπλοκες διαδικασίες, ώστε να μπορέσουν να μελετηθούν και να αξιολογηθούν. Η επιλογή του σχεδιασμού ενός συστήματος υγείας, απαιτεί συγκεκριμένες επιστημονικές πρακτικές, για να ανταποκρίνεται πλήρως στις ανάγκες των πολιτών. Επομένως, υπάρχουν αρκετές και σημαντικές διαφορές στην στρατηγική και στα δεδομένα που θα εφαρμοστούν για το σχεδιασμό ενός συστήματος υγείας, όμως υπάρχουν κοινά σημεία και μια κοινή πολιτική που πρέπει να εφαρμοστεί για τον σωστό σχεδιασμό. Ένα

κοινό σημείο το οποίο ενώνει και βοηθά τους σχεδιαστές των συστημάτων υγείας, αποτελεί το γεγονός ότι υπάρχει η επιθυμία, τα συγκεκριμένα συστήματα να έχουν μια ανθρώπινη προσέγγιση κατά την παροχή των υπηρεσιών υγείας και να ακολουθούν το πρότυπο, για ελαχιστοποίηση του κόστους και των δαπανών υγείας, με τη μέγιστη αποδοτικότητα για τους ασθενείς.

Τον τελευταίο καιρό, λόγω της οικονομικής κρίσης, υπάρχει η ανάγκη για άμεση αναδιοργάνωση των συστημάτων υγείας, με σκοπό την βελτίωση των συνθηκών και των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας των ασθενών. Οι αλλαγές αυτές, είναι απαραίτητο να ανταποκρίνονται στις ανάγκες των πολιτών μίας χώρας και να αντικατοπτρίζουν την πρόοδο και την βελτίωση που επιτυγχάνεται στον τομέα της ιατρικής και της φαρμακευτικής, λόγω της ραγδαίας ανάπτυξης της τεχνολογίας και ταυτόχρονα αναγνωρίζεται η ανάγκη για συγκράτηση των δαπανών για την υγεία, σε χαμηλά επίπεδα. Παράλληλα, δεν έχουν ακόμη αναπτυχθεί πλήρως οι μέθοδοι και τα εργαλεία εκείνα που θα βοηθήσουν τους υπεύθυνους για τον σχεδιασμό των συστημάτων υγείας, να ξεχωρίζουν ανάλογα με την επιλογή του αποδοτικότερου αποτελέσματος ή με την επιλογή της καλύτερης λύσης για αναδιοργάνωση και επανεξέταση των συστημάτων. Για το λόγο αυτό, υπάρχει η ανάγκη για περισσότερη και βελτιωμένη πληροφόρηση γύρω από το πρόβλημα της επιλογής μεταξύ των διαφόρων προσεγγίσεων των συστημάτων υγείας, ώστε να λαμβάνονται πιο σωστές αποφάσεις για τη μεγιστοποίηση της αποδοτικότητας των συστημάτων. Σημειώνεται, ότι δεν υπάρχει συγκεκριμένη μεθοδολογία που βοηθάει στη σωστή αναδιοργάνωση και λειτουργία των συστημάτων υγείας, αλλά υπάρχουν κάποιες συγκεκριμένες στρατηγικές και μέθοδοι που αν εφαρμοστούν, θα βοηθήσουν στην μέγιστη βελτίωσή του σχεδιασμού των συστημάτων υγείας.

Τα συστήματα υγείας των αναπτυγμένων χωρών και ειδικά της Ευρώπης δέχονται και πρέπει να αντιμετωπίσουν διάφορες καταστάσεις από πιέσεις και μετατροπές. Η αύξηση των συνολικών δαπανών για την υγεία, λόγω των δημογραφικών χαρακτηριστικών, η ραγδαία εξέλιξη της τεχνολογίας και η εφαρμογή της σε ιατρικό και φαρμακευτικό εξοπλισμό που διαθέτουν τα συστήματα υγείας, ο περιορισμός και η εξάντληση των διαθέσιμων πόρων, οι συνεχείς απαιτήσεις των ασθενών για την παροχή των υπηρεσιών υγείας καθώς και η συνεχής αύξηση των χρόνιων νοσημάτων αποτελούν κάποια από τα κύρια χαρακτηριστικά, τα οποία οφείλονται για την μεγέθυνση και την αύξηση του κόστους των

νοσοκομειακών δαπανών για την υγεία. Ταυτόχρονα όμως, επιδιώκονται ριζικές αλλαγές που πραγματοποιούνται μέσα στα συστήματα υγείας για την καλύτερη εξυπηρέτηση των ασθενών, γίνεται μια προσπάθεια επίτευξης μεγαλύτερης επάρκειας των διαθέσιμων πόρων και η καλύτερη κατανομή τους, η μείωση του κόστους με την μέγιστη αποδοτικότητα και ο αυξημένος ανταγωνισμός μεταξύ των προμηθευτών υπηρεσιών υγείας, είναι βασικά χαρακτηριστικά, τα οποία βοηθούν στην μείωση των συνολικών νοσοκομειακών δαπανών υγείας. Τα αναπτυγμένα κράτη, όπως για παράδειγμα είναι οι χώρες του Ο.Ο.Σ.Α. και ιδιαίτερα η Ευρώπη, επιδιώκουν να αντιμετωπίσουν και να περιορίσουν τα προβλήματα που οφείλονται για την αύξηση των συνολικών νοσοκομειακών δαπανών υγείας, λαμβάνοντας υπόψιν πάντα τη σημασία που έχει ο τομέας της υγείας προς τους πολίτες, με τη διαφύλαξη της μέγιστης αποδοτικότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και την οικονομική σημασία που έχει η παροχή της ιατρικής και φαρμακευτικής περίθαλψης για τους ασθενείς.

Ένα σύστημα υγείας, μπορεί να εξεταστεί ως μακροοικονομική μονάδα, δηλαδή ως ένα σύστημα μιας χώρας, που περιέχει τις συνολικές δαπάνες για την υγεία, καθώς επίσης και ως μικροοικονομική μονάδα, δηλαδή ως μια μονάδα παραγωγής παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας προς τους ασθενείς, όπως για παράδειγμα είναι η δράση μίας νοσοκομειακής μονάδας υγείας. Επομένως, είτε πρόκειται για μακροοικονομική είτε για μικροοικονομική μονάδα, καταλυτικό ρόλο για τα συστήματα υγείας, κατέχουν οι έννοιες της μέγιστης αποδοτικότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, της μείωσης του συνολικού κόστους και των συνολικών δαπανών υγείας και της καθολικότητας στην πρόσβαση των ασθενών στα συστήματα υγείας και των μονάδων παροχής ιατροφαρμακευτικών υπηρεσιών.

Ο ορισμός της μέγιστης αποδοτικότητας διατυπώθηκε για πρώτη φορά από τον γνωστό οικονομολόγο Pareto, ο οποίος υποστήριξε ότι η κατανομή των διαθέσιμων πόρων είναι άριστη και σωστή, μόνο στην περίπτωση όπου είναι δυνατόν να αλλάξουμε την κατανομή τους, χωρίς όμως να βελτιωθεί ή να χειροτερεύσει η θέση κάποιου άλλου ατόμου που ανήκει στο ευρύτερο κοινωνικό σύνολο. Στον τομέα της υγείας, θεωρείται ότι η οικονομική αποδοτικότητα επιτυγχάνεται μόνο όταν οι διαθέσιμοι πόροι κατανέμονται μεταξύ των δραστηριοτήτων με τέτοιο τρόπο, έτσι ώστε να μεγιστοποιείται το όφελος για τους ασθενείς.

Μάλιστα, υπάρχουν δύο επίπεδα μέγιστης αποδοτικότητας, η λειτουργική και η κατανεμητή αποδοτικότητα. Η λειτουργική αποδοτικότητα, αναφέρεται στην επιλογή μεταξύ διαφορετικών μέσων, για την επίτευξη του ίδιου ακριβώς αποτελέσματος και θεωρείτε από τους καλύτερους τρόπους για αριστοποίηση και μεγιστοποίηση του αποτελέσματος, λαμβάνοντας υπόψιν πάντα το επίπεδο των διαθέσιμων πόρων και της ελαχιστοποίησης των συνολικών δαπανών υγείας, για την επίτευξη αυτού του αποτελέσματος. Η κατανεμητή αποδοτικότητα, αναφέρεται στην διαμόρφωση ενός συγκεκριμένου συστήματος αξιών, που υποδεικνύει τον τρόπο ιεράρχησης των υγειονομικών αναγκών και υπηρεσιών υγείας, για ένα νοσοκομειακό σύστημα.

Θεωρώντας ότι έχει αναλυθεί η έννοια της αποδοτικότητας, είτε πρόκειται για μια μικροοικονομική είτε για μακροοικονομική μονάδα παροχής υπηρεσιών υγείας, στη συνέχεια αναλύεται το ζήτημα που αφορά τις συνολικές δαπάνες για την υγεία, αφού παίζουν σημαντικό ρόλο, στην ορθολογική και αντικειμενική κατανομή των διαθέσιμων πόρων που διαθέτει ένα σύστημα και στην αποδοτικότητα των συστημάτων και μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας.

Ένα σημαντικό μέρος που αφορά την οικονομική ζωή και ανάπτυξη μιας χώρας, επηρεάζεται άμεσα από επαγγέλματα που σχετίζονται με τον τομέα της υγείας, συνεπώς μια μείωση στις παρεχόμενες υπηρεσίες για την υγεία, οδηγεί σε οικονομική ύφεση την οικονομία της συγκεκριμένης χώρας που μελετάμε. Ακόμη, ένας παράγοντας που επηρεάζει τον τομέα της υγείας και ιδιαίτερα τα συστήματα, είναι το μέγεθος των συνολικών ιδιωτικών δαπανών για την υγεία, που συνήθως καθορίζονται από το ίδιο το κράτος. Για παράδειγμα, αν υπάρχουν υψηλά ποσοστά συμμετοχής των ασθενών για ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, είτε είναι φαρμακευτική είτε νοσοκομειακή, έχει σαν αποτέλεσμα την μείωση της ζήτησης για άσκοπες και μη χρήσιμες παροχές υπηρεσιών υγείας, όμως το γεγονός αυτό οδηγεί και σε υποβάθμιση του επιπέδου υγείας των πολιτών, εξαιτίας της αδυναμίας τους ώστε να ανταπεξέλθουν στο υψηλό κόστος των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας που θα πρέπει να πληρώσουν από την τσέπη τους.

Αν αυτή η υποβάθμιση του επιπέδου της υγείας των πολιτών, λόγω του υψηλού ποσοστού συμμετοχής για ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, συνδυαστεί με ταυτόχρονη υποβάθμιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, εξαιτίας της ελλιπούς χρηματοδότησης, τότε δημιουργείτε ένα τεράστιο πρόβλημα για τη δημόσια υγεία και τα

δημόσια νοσοκομειακά ιδρύματα της χώρας. Τα τελευταία χρόνια, λόγω της οικονομικής κρίσης που υπάρχει στις περισσότερες χώρες του Ο.Ο.Σ.Α., οι δημόσιες δαπάνες υγείας μειώνονται, ενώ αντίθετα οι ιδιωτικές δαπάνες αυξάνονται. Ωστόσο από τα δεδομένα που υπάρχουν, δεν προκύπτει κάποιο ασφαλές συμπέρασμα σχετικά με το αν αυτές οι αλλαγές στα ποσοστά συμμετοχής του δημοσίου και ιδιωτικού φορέα, οφείλονται σε αλλαγές πολιτικών υγείας αφού ο συγκεκριμένος τομέας, είναι αρκετά πολύπλοκος και πρέπει να εξεταστούν όλοι οι παράγοντες προκειμένου να μεγιστοποιηθεί η αποδοτικότητα και το όφελος για τον πληθυσμό.

Στο κεφάλαιο αυτό θα αναλυθούν οι έννοιες των Συνολικών Δαπανών Υγείας, καθώς επίσης και τα συστήματα Υγείας μαζί με τα συστατικά τους. Θα παρουσιαστούν οι αιτίες αύξησης των Δαπανών Υγείας και οι παράγοντες μέτρησης της αποδοτικότητας των συστημάτων αυτών.

2.2 Οι Δαπάνες Υγείας και τα Συστατικά τους

Η διεθνής βιβλιογραφία, είναι γεμάτη από αναλύσεις σχετικές με ζητήματα που αφορούν τις δαπάνες υγείας σε όλες τις μορφές τους. Οι περισσότεροι αναλυτές προσπαθούν, εκμεταλλευόμενοι στατιστικά στοιχεία από διεθνείς οργανισμούς ή από πρωτογενείς έρευνες, να συσχετίσουν τα οφέλη που αποκομίζει η κοινωνία ως σύνολο, από την ανάπτυξη και την χρήση των συστημάτων υγείας με τις δαπάνες που απαιτούνται για τη χρηματοδότησή των συστημάτων αυτών.

Η έννοια των δαπανών υγείας, αναφέρεται σε κάθε τύπο δαπάνης που γίνεται με κύριο σκοπό τη βελτίωση ή την πρόληψη ασθένειας της κατάστασης υγείας ενός ατόμου ή πληθυσμού. Η έννοια των δραστηριοτήτων σχετίζεται με την εξυπηρέτηση του πρωταρχικού σκοπού του συστήματος υγείας καθώς επίσης αφορά και δραστηριότητες που πραγματοποιούνται προκειμένου να βελτιωθεί ή να διατηρηθεί σε κανονικά επίπεδα η υγεία ενός ατόμου ή πληθυσμού.

Οι δαπάνες υγείας μπορούν, σύμφωνα με την διεθνή βιβλιογραφία, να κατηγοριοποιηθούν σε τρεις κύριες κατηγορίες δαπανών:

- **Ιατρικές Δαπάνες**, οι οποίες αναφέρονται σε αμοιβές γιατρών, έξοδα μεταφοράς ασθενών και έξοδα για διάφορες θεραπείες.

- Νοσοκομειακές Δαπάνες, που αφορούν τα έξοδα νοσηλείας, δαπάνες επεμβάσεων, δαπάνες φαρμάκων, δαπάνες παρακλινικών εξετάσεων.
- Φαρμακευτικές Δαπάνες, οι οποίες αφορούν δαπάνες για φάρμακα, οπτικά και ορθοπεδικά σκευάσματα.

Μεγάλο μέρος της διεθνούς βιβλιογραφίας μελετά τις δαπάνες υγείας ενιαία ως σύνολο και τις συγκρίνει με το εισόδημα (Α.Ε.Π.) της χώρας. Αντιμετωπίζοντας τις δαπάνες υγείας ως ενιαίες, δεν προκύπτουν ασφαλή συμπεράσματα αναλύοντας μόνο τις δαπάνες υγείας, ως ποσοστά οικονομικών μεγεθών. Ο τομέας αυτός, εμφανίζει μεγάλες ιδιαιτερότητες στον οικονομικό χειρισμό της χρηματοδότησης του. Τα αποτελέσματα μίας ελλιπούς χρηματοδότησης των συστημάτων υγείας, επηρεάζουν και άλλους τομείς της δημόσιας οικονομικής ζωής μιας χώρας όπου μία τέτοια επιλογή μπορεί σε βάθος χρόνου, να οδηγήσει στα ακριβώς αντίθετα από τα αναμενόμενα αποτελέσματα. Συνεπώς, η αναλυτική προσέγγιση των δαπανών υγείας, διαχωρίζοντας τα επιμέρους στοιχεία και μελετώντας το καθένα ξεχωριστά, θεωρείται πιο αξιόπιστη για την μέτρηση της μέγιστης ωφέλειας μιας αλλαγής στο χρηματοδοτικό πλαίσιο.

Ορισμένοι επιστήμονες, μελέτησαν τις δαπάνες σε ένα σύστημα υγείας, με τέτοιο τρόπο ώστε τις διαχώρισαν σύμφωνα με τον πάροχο των υπηρεσιών υγείας και όχι με την πηγή χρηματοδότησης τους, όπως είχαν κάνει αναλυτές σε προγενέστερες μελέτες. Βασίστηκαν στο γεγονός ότι οι συγκεκριμένες υποκατηγορίες των δαπανών αυτών, συμπεριφέρονται διαφορετικά η κάθε μια σε σχέση με τις ενιαίες δαπάνες υγείας, όπως για παράδειγμα οι οδοντιατρικές δαπάνες αποτελούν συνήθως ιδιωτικές δαπάνες υγείας, είτε απευθείας από τους ασθενείς είτε μέσω ιδιωτικών ασφαλιστικών ταμείων. Συνεπώς, οι οδοντιατρικές δαπάνες αναμένεται να συμπεριφέρονται διαφορετικά συγκριτικά με τις υπόλοιπες δαπάνες υγείας, οι οποίες υφίστανται κάποια μορφή κρατικής χρηματοδότησης.

Επιπλέον, κάθε κράτος κατευθύνει με διαφορετικά κίνητρα τη χρηματοδότηση των δαπανών σε ένα σύστημα υγείας, γεγονός που μπορεί να επηρεάσει τη σχέση μεταξύ των δαπανών και του εισοδήματος. Ένα τέτοιο παράδειγμα, αποτελεί το ποσοστό κάλυψης των συνταγογραφούμενων φαρμάκων, όπου υπάρχει η δυνατότητα να αλλάξει, ανάλογα με τις πολιτικές υγείας που εφαρμόζει η κάθε κυβέρνηση. Ταυτόχρονα όμως επηρεάζεται και το ποσοστό των ιδιωτικών δαπανών έναντι των δημοσίων, επομένως πρέπει να υπάρχει

διαχωρισμός των δαπανών στα συστήματα υγείας, σύμφωνα με τον πάροχο των υπηρεσιών και όχι με βάση την πηγή χρηματοδότησής τους.

Σε αυτά τα συμπεράσματα κατέληξαν οι επιστήμονες, όπου μελέτησαν αντίστοιχα παράγοντες που επηρεάζουν τις δαπάνες σε ένα σύστημα υγείας, σε 28 χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Έτσι λοιπόν, μελετώντας τη συμπεριφορά συγκεκριμένων μεταβλητών για ένα χρονικό διάστημα τεσσάρων χρόνων (2004 - 2008), κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι το εισόδημα, η αστικοποίηση, ο αριθμός των νοσοκομειακών κλινών και η γήρανση του πληθυσμού, επηρεάζουν σημαντικά το ύψος των νοσοκομειακών δαπανών υγείας στη χώρα.

Αρκετοί αναλυτές, προσπαθούν να εξάγουν συμπεράσματα σχετικά με τις δαπάνες στα συστήματα υγείας, συγκρίνοντας τους δείκτες που μετρούν την καλή υγεία του πληθυσμού, όπως για παράδειγμα τα επίπεδα της παιδικής θνησιμότητας, το προσδόκιμο όριο ζωής και το ποσοστό χρονίως πασχόντων ασθενών, με τις δαπάνες υγείας ως ποσοστό του Α.Ε.Π. μιας χώρας ή την κατά κεφαλήν ετήσια δαπάνη υγείας. Ορισμένοι μάλιστα από τους αναλυτές, συμπεριλαμβάνουν στις μελέτες τους και ποιοτικούς δείκτες της υγείας, όπως για παράδειγμα, τα κοινωνικά, τα οικονομικά και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού, το φυσικό περιβάλλον και στοιχεία που αφορούν τη διατροφή και τον σύγχρονο τρόπο ζωής.

Σημαντικοί οικονομολόγοι στον τομέα της υγείας, μελέτησαν τη σχέση μεταξύ των δαπανών υγείας, με τα οφέλη για την υγεία και επιπλέον συμπεριέλαβαν τους ποιοτικούς δείκτες που αναφέρθηκαν παραπάνω. Κάποιοι άλλοι, δίνουν μία διαφορετική διάσταση του θέματος προσπαθώντας να υποδείξουν ένα απλό πλαίσιο σύγκρισης των δεδομένων που αφορούν στις δαπάνες υγείας ενός συστήματος. Στη μελέτη τους, θέτουν υπό ανάλυση τα πραγματικά στοιχεία του συστήματος παροχής υγείας, όπως για παράδειγμα είναι οι ανθρώπινοι πόροι, τα φάρμακα και ο ιατροτεχνολογικός εξοπλισμός, ενώ τα διαχωρίζουν από τα οικονομικά μεγέθη, δηλαδή τις δαπάνες. Οι προηγούμενες μελέτες, αντιμετώπιζαν τις δαπάνες υγείας ως ενιαίες, δηλαδή συγκεντρωτικά σαν έναν αριθμό. Τα πραγματικά στοιχεία αναλύονται περαιτέρω, σε αυτά που καθορίζονται από την εσωτερική αγορά και σε αυτά που καθορίζονται από την παγκόσμια αγορά.

Συμπεριέλαβαν τους πραγματικούς πόρους των συστημάτων υγείας, εκφρασμένους σε χρηματικές μονάδες μέσω των εγχώριων ή διεθνών τιμών, με στόχο την καλύτερη κατανόηση των διαφορών που

δημιουργούνται, όσον αφορά τα επίπεδα των δαπανών υγείας. Προσπάθησαν δηλαδή, να εξηγήσουν πως όταν μια χώρα έχει υψηλότερες δαπάνες υγείας σε σχέση με κάποια άλλη, δεν σημαίνει απαραίτητα ότι έχει καλύτερο επίπεδο παροχής υπηρεσιών υγείας. Επομένως, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η σύγκριση που βασίζεται σε μετρήσεις τόσο των πραγματικών διαθέσιμων πόρων των συστημάτων, όσο και στις δαπάνες υγείας, είναι πιο αποτελεσματική, σε σχέση με τη μελέτη μόνο των δαπανών υγείας σε απόλυτα οικονομικούς όρους.

Για την διευκόλυνση των μετρήσεων, λαμβάνονται κυρίως υπόψιν ως ενιαίες δαπάνες, εκφρασμένες σε ποσοστό του Α.Ε.Π. ή ως κατά κεφαλήν ετήσιες δαπάνες υγείας, ώστε να μπορούν να συγκριθούν με μεγαλύτερη ευκολία με άλλους οικονομικούς δείκτες. Όπως για παράδειγμα, η μελέτη της επίδρασης των κρατικών δαπανών σε σχέση με την ανάπτυξη των ήδη αναπτυσσόμενων χωρών, όπου σύμφωνα με τα δεδομένα από την Παγκόσμια Τράπεζα, η ανάπτυξη του κατά κεφαλήν Α.Ε.Π., εξαρτάται σημαντικά από τις κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας και τις δαπάνες για την παιδεία. Όσο οι αναπτυσσόμενες χώρες των οποίων οι κυβερνήσεις συνεχίζουν να αυξάνουν τις κατά κεφαλήν δαπάνες για την υγεία και την παιδεία, αναμένεται να αναπτυχθούν γρηγορότερα, όπως και η αύξηση των δαπανών της υγείας ως ποσοστό του Α.Ε.Π., επηρεάζει την ανάπτυξη μιας χώρας. Επίσης, μακροπρόθεσμα υπάρχει αμοιβαία σχέση μεταξύ του επιπέδου υγείας του πληθυσμού, με τις επενδύσεις στην υγεία και την παιδεία, ωστόσο βραχυπρόθεσμα δεν μπορεί να υποστηριχθεί κάτι παρόμοιο.

Ένας ακόμη διαχωρισμός των δαπανών υγείας σε ένα σύστημα, που έχει απασχολήσει ιδιαίτερα την ερευνητική κοινότητα εξαιτίας της άμεσης μετακίνησης του κόστους απευθείας στους πολίτες, είναι μεταξύ των δημόσιων και ιδιωτικών δαπανών υγείας. Οι ιδιωτικές δαπάνες αφορούν τις «out of pocket» πληρωμές για την αγορά υπηρεσιών υγείας, δηλαδή την άμεση χρέωση της υπηρεσίας στον ασθενή. Το θέμα αυτό απασχόλησε ιδιαίτερα τους ερευνητές όσο και τους υπεύθυνους για την εφαρμογή της πολιτικής για τα συστήματα υγείας, εξαιτίας του οικονομικού βάρους που επιφέρει η αύξηση των ιδιωτικών δαπανών υγείας στα νοικοκυριά. Τίθεται το ερώτημα, μέχρι τι ύψος του εισοδήματός του είναι διατεθειμένος ο κάθε πολίτης να δαπανήσει, ώστε να αγοράσει μία υπηρεσία υγείας, όπου οι αναλυτές μελέτησαν ακριβώς τη σχέση μεταξύ της δημόσιας και της ιδιωτικής κατανάλωσης και κατέληξαν στο συμπέρασμα, ότι υπάρχει μακροχρόνια σχέση μεταξύ των ιδιωτικών και των δημόσιων καταναλώσεων υπηρεσιών υγείας και

μάλιστα μια μείωση στη δημόσια κατανάλωση υπηρεσιών, οδηγεί σε αύξηση των ιδιωτικών δαπανών υγείας.

Αν και το συγκεκριμένο παράδειγμα, εξηγεί με μεγάλη σαφήνεια την καταναλωτική συμπεριφορά των πολιτών που αγοράζουν μια υπηρεσία υγείας, ο τομέας της υγείας έχει αρκετές ιδιαιτερότητες. Οι καταναλωτές υπηρεσιών υγείας, έχουν ένα συγκεκριμένο στάνταρ όσον αφορά στην ικανοποίηση των αναγκών τους, που είναι άμεσα συνδεδεμένο με την ικανότητά που διαθέτουν για την αγορά των συγκεκριμένων υπηρεσιών. Η υιοθέτηση μιας πολιτικής που αναδιανέμει τα ποσοστά μεταξύ των δημοσίων και ιδιωτικών δαπανών υγείας υπέρ του κράτους επιβαρύνοντας τα νοικοκυριά, αποτελεί η συνεχής υποβάθμιση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού, εξαιτίας της διατάραξης της καθολικότητας στην πρόσβαση που δημιουργείτε. Οι οικονομικά ασθενέστεροι, θα προτιμήσουν να υποβαθμίσουν την κατάσταση της υγείας τους, με άμεσο αντίκτυπο στο γενικό επίπεδο υγείας του πληθυσμού. Καθίσταται αναγκαία, μια οικονομικά ισορροπημένη εφαρμογή πολιτικής για τα συστήματα υγείας, ιδιαίτερα σε περιόδους οικονομικής κρίσης.

Το γεγονός που κάνει αρκετά περίπλοκο τον τομέα της υγείας, αποτελεί το συνολικό κόστος και η σύνθεση των δαπανών υγείας, τα οποία παραμένουν άγνωστα ακόμα και σήμερα. Αυτό συμβαίνει γιατί δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία μέτρησης της ιδιωτικής κατανάλωσης υπηρεσιών και των ιδιωτικών δαπανών για την υγεία.

Το πρόβλημα εκτίμησης των συνολικών δαπανών υπηρεσιών υγείας σε μια χώρα αυξάνεται, καθώς δεν υπάρχει διάκριση των δαπανών ανά βαθμίδα περίθαλψης, αφού υπάρχει αδυναμία στην προσπάθεια περιγραφής της πορείας ενός ασθενούς μέσα στο σύστημα υγείας και στα νοσοκομεία κατά την διάρκεια της ζωής του, ενώ παράλληλα απαιτείται η ταυτόχρονη χρήση ενδονοσοκομειακής και εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, για την αντιμετώπιση προβλημάτων υγείας του ασθενούς.

2.3 Αιτίες Αύξησης των Δαπανών Υγείας

Σαν κυρίως και βασικός παράγοντας που οφείλεται για την αύξηση της κατανάλωσης των υπηρεσιών και των συνολικών δαπανών σε ένα σύστημα υγείας στις ανεπτυγμένες χώρες, αποτελεί η αύξηση του

διαθέσιμου εισοδήματος. Είναι φανερό ότι η αύξηση αυτή, συμβάλλει καταλυτικά στην αναβάθμιση και στην βελτίωση της ποιότητας ζωής και του επιπέδου υγείας των πολιτών. Τα πρώτα χρόνια, τα συστήματα υγείας ταυτίστηκαν με τα συστήματα της ιατρικής και φαρμακευτικής περίθαλψης, όμως από το 1946 και ύστερα, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας υποστήριξε ότι η υγεία αποτελεί μια κατάσταση ηθικής και κοινωνικής ευεξίας. Επομένως, η κάλυψη των υγειονομικών αναγκών ενός πληθυσμού, αναφέρετε στην ανάγκη για πρόληψη, στην ανάγκη πρώιμης διάγνωσης μίας ασθένειας, στην ανάγκη για περίθαλψη, στην ανάγκη για αποκατάσταση και στην ανάγκη για αναπλήρωση του διαθέσιμου εισοδήματος. Ο βασικός στόχος και σκοπός ενός συστήματος υγείας, είναι να ικανοποιούνται αποτελεσματικά οι παραπάνω ανάγκες και να διασφαλίζεται η ασφαλή κάλυψή τους.

Δεδομένου ότι οι πολίτες αποτελούν τους βασικούς καταναλωτές των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, χρηματοδοτώντας τα συστήματα υγείας της χώρας μέσω της φορολογίας και μέσω της συμμετοχής τους στο κόστος για χρήση των υπηρεσιών, είναι προφανές ότι η μετακύλιση του συνολικού κόστους των υπηρεσιών υγείας, γίνεται προς τους πολίτες. Το ύψος των συγκεκριμένων εισφορών, καθορίζεται ανάλογα με την επαγγελματική κατάσταση και το διαθέσιμο εισόδημα του κάθε πολίτη, ο οποίος είναι ο βασικός αγοραστής των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Ένας παράγοντας που επηρεάζει τις συνολικές δαπάνες για την υγεία, σχετίζεται με τον καταναλωτισμό, ως ανάγκη βελτιστοποίησης του επιπέδου της ποιότητας υγείας, ενώ η ανάγκη των πολιτών για κατανάλωση ποιοτικών παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, έχει οδηγήσει στην αύξηση των συνολικών δαπανών σε ένα σύστημα υγείας.

Ένας ακόμη παράγοντας που σχετίζεται με την αύξηση των συνολικών δαπανών υγείας, είναι ο τρόπος ζωής των πολιτών που ανήκουν σε ένα σύστημα υγείας. Ο καταναλωτικός τρόπος ζωής και οι συνθήκες διαβίωσης στις ανεπτυγμένες βιομηχανικές χώρες, είναι αίτια που έχουν αυξήσει τις χρόνιες ασθένειες που απαιτούν μακροχρόνια φροντίδα υγείας στα νοσοκομεία, όμως με την εισαγωγή της τεχνολογίας στην εξέλιξη και στην πρόοδο του τομέα της υγείας, υπάρχει σημαντική αύξηση της μέσης διάρκειας ζωής των ασθενών. Όμως, οι νέες θεραπευτικές μέθοδοι που έχουν αναπτυχθεί, λόγω της ραγδαίας αύξησης της τεχνολογίας που έχει εισβάλλει στο χώρο της υγείας, οδηγούν και στην αύξηση του κόστους των υπηρεσιών υγείας, αφού οι ασθενείς καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες των διαθέσιμων πόρων για την εξυπηρέτηση των αναγκών τους.

Ένας επιπλέον παράγοντας, όπου θεωρείται πως σχετίζεται με την αύξηση των συνολικών δαπανών για την υγεία, είναι η κοινωνική ασφάλιση. Είναι γνωστό ότι στην σημερινή εποχή, οι πολίτες που είναι καταναλωτές υπηρεσιών υγείας όπως και οι επαγγελματίες υγείας, δεν είναι ιδιαίτερα ενημερωμένοι σχετικά με το θέμα που αφορά το κόστος της περίθαλψης και της χρήσης των υπηρεσιών υγείας, ενώ οι περισσότεροι πολίτες, δεν γνωρίζουν το ποσοστό που πρέπει να δαπανήσουν από το διαθέσιμο εισόδημά τους για την χρήση και κατανάλωση των υπηρεσιών υγείας. Η κοινωνική ασφάλιση, έχει λειτουργήσει αρνητικά, αφού τα έξοδα νοσηλείας τα επιβαρύνεται ο ασφαλιστικός φορέας που ανήκει ο πολίτης, ενώ η αύξηση του διαθέσιμου εισοδήματος, οδήγησε στον υπερκαταναλωτισμό, με την άσκοπη χρήση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και την αύξηση των ιδιωτικών δαπανών.

Είναι αξιοσημείωτο το γεγονός ότι οι πολίτες που ανήκουν στα χαμηλά εισοδηματικά στρώματα και διαθέτουν ασφάλιση υγείας, αυξάνουν το κόστος για την υγεία, ενώ η αύξηση του εισοδήματος του πληθυσμού είναι πλασματική, αφού τα τελευταία 30 χρόνια η κατανομή του πλούτου σε παγκόσμιο επίπεδο, είναι άνιση. Σύμφωνα με στατιστικά δεδομένα από έρευνες που έχει διενεργήσει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, το ποσοστό του μεριδίου, το οποίο αντιστοιχεί σε πλούσιους και φτωχούς είναι περίπου στο 20%, με την άνιση κατανομή του παγκόσμιου πλούτου που επικρατεί, τα ανώτερα εισοδηματικά στρώματα αύξησαν τα εισοδήματά τους περίπου στο 80%, ενώ στις χαμηλότερες εισοδηματικές τάξεις, το εισόδημα μειώθηκε κατά 2%. Τα παραπάνω στατιστικά δεδομένα, δημοσιεύθηκαν από την Παγκόσμια Τράπεζα, η οποία επιβεβαίωσε την ανισοκατανομή του πλούτου που υπάρχει σε παγκόσμιο επίπεδο.

Η ανάλυση αυτή, δείχνει πως τα υψηλά εισοδηματικά στρώματα διαθέτουν μεγαλύτερο αριθμό χρηματικών μονάδων προκειμένου να κάνουν χρήση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, ενώ μεγάλο μέρος των πολιτών που ανήκουν στα χαμηλότερα εισοδηματικά στρώματα, αδυνατούν να δαπανήσουν τα χρήματα που απαιτούνται από το σύστημα υγείας έτσι ώστε να κάνουν χρήση των υπηρεσιών αυτών. Επομένως, οι πολίτες που ανήκουν στα χαμηλά εισοδηματικά στρώματα και διαθέτουν ασφάλεια υγείας, παρουσιάζουν περισσότερες μέρες νοσηλείας στα νοσοκομεία, αυξάνοντας το συνολικό κόστος χρήσης των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και την διάθεση των πόρων του συστήματος υγείας.

Επίσης, ένας παράγοντας που επιδρά καταλυτικά στην αύξηση των συνολικών δαπανών που αφορούν τον τομέα της υγείας, είναι τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και ειδικά η γήρανση του πληθυσμού. Είναι γνωστό ότι το ποσοστό των πολιτών άνω των 65 ετών, έχει αυξηθεί αρκετά τα τελευταία χρόνια, ενώ υπάρχουν μελέτες από τον Π.Ο.Υ., που επιβεβαιώνουν την αύξηση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας σε ένα σύστημα, λόγω της γήρανσης του πληθυσμού. Όμως, ορισμένοι υποστηρίζουν ότι η γήρανση του πληθυσμού, δεν επιβαρύνει αρκετά τον κλάδο της υγείας με την αύξηση της κατανάλωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, αφού τα επίπεδα υγείας έχουν βελτιωθεί σημαντικά λόγω της καλύτερης ποιότητας ζωής που απολαμβάνουν οι πολίτες, μένουν παραπάνω χρόνια στην αγορά εργασίας όπου είναι περισσότερο παραγωγικοί σε σχέση με τα προηγούμενα χρόνια. Στο υψηλό κόστος από την κατανάλωση υπηρεσιών υγείας, συνδέεται και συμβάλλει η προσπάθεια που γίνεται για την αντιμετώπιση των παθήσεων των ασθενών όπου τελικά καταλήγουν, γεγονός που δεν συνδέεται αποκλειστικά με τον ηλικιακό παράγοντα.

Ο παράγοντας της βιοϊατρικής τεχνολογίας, ως προς την εξέλιξη της και ως προς την αλόγιστη και μη ορθολογική της χρήση, θεωρείται ότι επιδρά επιβαρυντικά και αυξάνει το συνολικό κόστος των συστημάτων υγείας. Για τον συγκεκριμένο λόγο, υπάρχουν τρία μοντέλα που περιγράφουν την συμπεριφορά των νοσοκομειακών μονάδων υγείας, τα οποία σχετίζονται με το κριτήριο της τιμής, της τεχνολογίας και της χρησιμότητας. Πιο αναλυτικά έχουμε:

- Το μοντέλο του ανταγωνισμού στην τιμή, στο οποίο τα νοσοκομεία αντιμετωπίζουν μια μείωση στην καμπύλη της ζήτησης, ενώ ταυτόχρονα μειώνονται τα συνολικά έσοδά και προκειμένου να αυξήσουν τα έσοδα τους, αγοράζουν νέες μεθόδους τεχνολογίας για να αυξηθεί η ζήτηση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.
- Το μοντέλο του ανταγωνισμού στην τεχνολογία, προκύπτει από την θεωρία της μεγιστοποίησης των πωλήσεων των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και από την θεωρία του καταναλωτισμού. Τα νοσοκομεία λοιπόν, υιοθετούν την εξέλιξη στην τεχνολογία, για να την διαθέσουν στα γεωγραφικά τους όρια και να μην υστερούν σε

σχέση με τα υπόλοιπα νοσοκομειακά ιδρύματα, σε παγκόσμιο επίπεδο.

- Το μοντέλο της μεγιστοποίησης της χρησιμότητας, όπου η τεχνολογία εξετάζεται και τελικά υιοθετείται, εφόσον παράγονται καλύτερα υγειονομικά αποτελέσματα και καλύπτεται μεγαλύτερο κομμάτι του πληθυσμού, με την κατανάλωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Συνοψίζοντας, η υιοθέτηση της τεχνολογίας στον τομέα της υγείας, δεν επιβαρύνει ούτε αυξάνει τις συνολικές νοσοκομειακές δαπάνες, αφού προκειμένου να υιοθετηθεί από ένα νοσοκομείο σε ένα σύστημα υγείας, θα πρέπει να στηρίζεται στην πρότερη αξιολόγησή της. Η τεχνολογική πρόοδος, μπορεί να μειώσει το συνολικό κόστος της χρήσης των υπηρεσιών υγείας, αλλά σε περίπτωση όπου η τεχνολογία που διαθέτει ήδη η νοσοκομειακή μονάδα υγείας, έχει τα ίδια σχεδόν αποτελέσματα με την καινούργια τεχνολογία, τότε δεν θα πρέπει να υιοθετηθεί, γιατί θα αυξηθεί το συνολικό κόστος υγείας.

2.4 Παράγοντες Μέτρησης Αποδοτικότητας ενός Συστήματος Υγείας

Ένας από τους βασικότερους δείκτες για την αποτίμηση ενός συστήματος και συγκεκριμένα ενός συστήματος παροχής 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 επισημαίνετε 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 αντιμετωπίζονται 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.

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 ορίου ζωής, ενώ στο

δεύτερο, το προσδόκιμο όριο ζωής θα αυξανόταν με το πέρασμα του χρόνου.

Στην περίπτωση της νοσοκομειακής περίθαλψης, εφαρμόστηκαν δύο διαφορετικές μέθοδοι 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 αυξημένο αριθμό περιστατικών που θα υπάρχουν.

2.5 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, που εφαρμόζει η εκάστοτε κυβερνητική εξουσία.

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. Συνοψίζοντας, παίζει σημαντικό ρόλο ο διαχωρισμός των συνολικών δαπανών για την υγεία στα επιμέρους συστατικά τους, όπως για παράδειγμα σε δημόσιες, ιδιωτικές, νοσοκομειακές και

φαρμακευτικές δαπάνες. Αντίθετα, η μελέτη των συνολικών δαπανών υγείας ως ενιαίες, περιέχει σοβαρούς κινδύνους διαστρέβλωσης των ποιοτικών χαρακτηριστικών, τα οποία είναι σημαντικά για τον καθορισμό του ύψους των δαπανών σε ένα σύστημα υγείας και γι' αυτό, θα επικεντρωθούμε στο μοντέλο του διαχωρισμού των συνολικών δαπανών υγείας. Επίσης, 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. Τέλος, η συγκριτική μελέτη των αναλύσεων μεταξύ διαφορετικών χωρών, παρέχει τη δυνατότητα εξαγωγής σημαντικών συμπερασμάτων σχετικά με τις πολιτικές υγείας, όπου εφαρμόζει η κάθε κυβέρνηση σε ένα σύστημα υγείας, έναντι των υπολοίπων, με βασικό στόχο την επιλογή και εφαρμογή του αποδοτικότερου μοντέλου παροχής υπηρεσιών υγείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

3.1 Εισαγωγή

Στο Κεφάλαιο αυτό μελετάται η συμπεριφορά των Δαπανών Υγείας σε σχέση με διάφορες Μακροοικονομικές μεταβλητές για τις ακόλουθες πέντε Ευρωπαϊκές χώρες, δηλαδή για την Δανία, την Ισπανία, την Γαλλία, την Ολλανδία και την Σουηδία. Στόχος αυτής της προσπάθειας αποτελεί η διερεύνηση της συμπεριφοράς των Δαπανών Υγείας από βασικές Μακροοικονομικές μεταβλητές.. Πιο συγκεκριμένα, για την εμπειρική μελέτη χρησιμοποιούνται οι ακόλουθες μακροοικονομικές μεταβλητές: α) Καθαρό Εθνικό Προϊόν (Net National Product – NNP), β) Συνολικά Αποθέματα (Total Reserves), γ) Αστικός Πληθυσμός (Urban Population), δ) Δείκτης Ανεργίας (unemployment Rate) και ε) Δαπάνες Εκπαίδευσης (Education Expenditures).

3.2 Παρουσίαση των Δεδομένων

Τα δεδομένα που χρησιμοποιήθηκαν στην παρούσα μελέτη αφορούν τη χρονική περίοδο 1998 με 2014 για όλες τις υπό εξέταση μεταβλητές και χώρες και ελήφθησαν από την ιστοσελίδα <https://data.worldbank.org>. Η διαχρονική εξέλιξη των τιμών των μεταβλητών αυτών για κάθε χώρα παρουσιάζεται αναλυτικά στη συνέχεια.

Δανία

Στο Διάγραμμα 3.1 παρουσιάζονται οι τιμές όλων των μεταβλητών που χρησιμοποιούνται για την ποσοτική ανάλυση για τη Δανία. Από το διάγραμμα αυτό παρατηρείται η σχετική έντονη ανοδική τάση των Δαπανών Υγείας, η οποία μάλιστα συνδέεται θετικά με το Καθαρό Εθνικό Προϊόν. Θετική σχέση φαίνεται να υπάρχει και με τα Συνολικά Αποθέματα αλλά και με τον Αστικό πληθυσμό, όπως και με την Ανεργία. Με τις Δαπάνες εκπαίδευσης δεν φαίνεται να υπάρχει και έντονη σχέση.

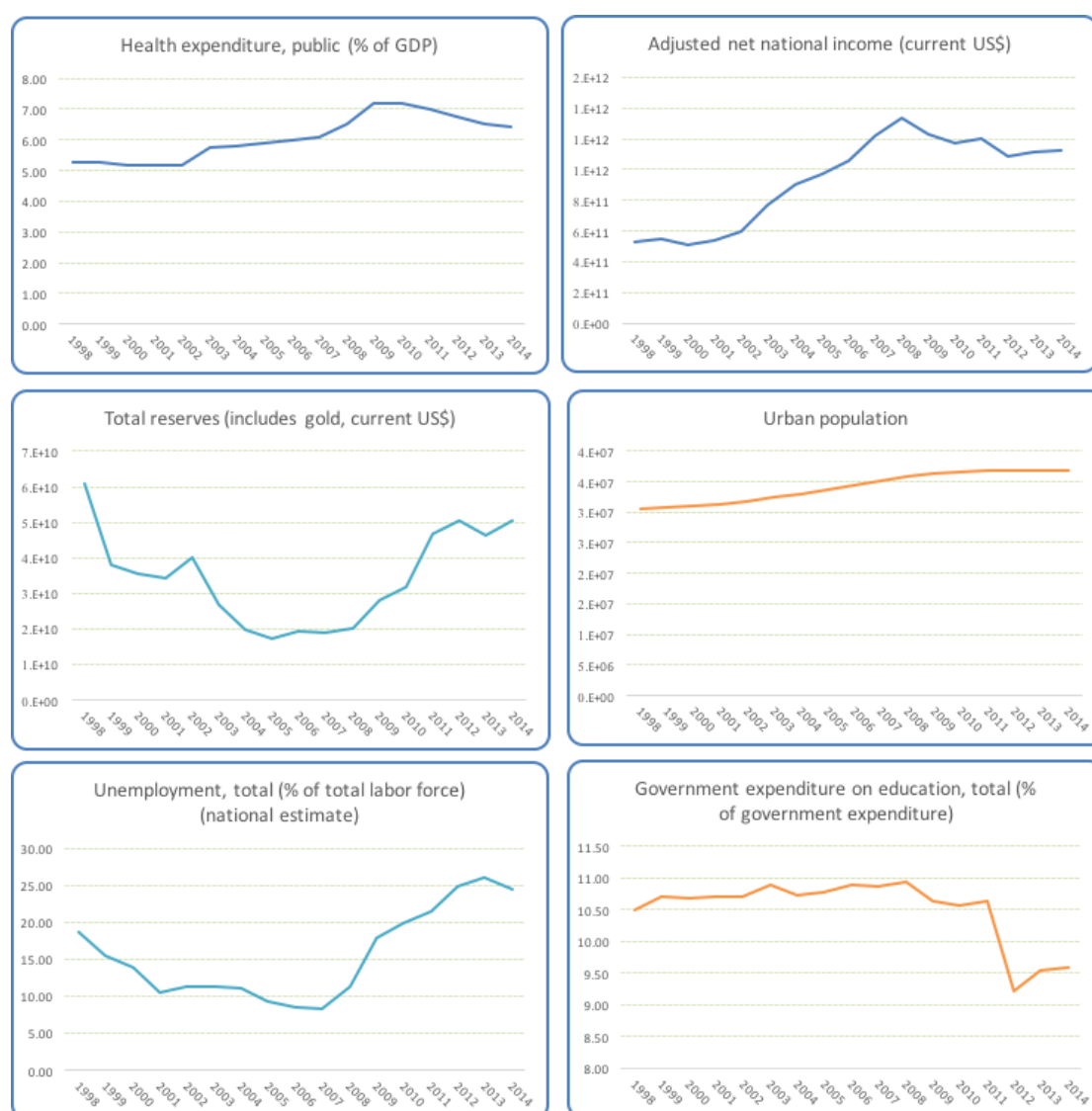


Διάγραμμα 3.1

Γραφική Παράσταση των Εξεταζόμενων Μεταβλητών για τη Δανία

Ισπανία

Στο Διάγραμμα 3.2 παρουσιάζονται οι τιμές όλων των μεταβλητών που χρησιμοποιούνται στην ανάλυση για την Ισπανία. Από το διάγραμμα αυτό παρατηρείται και εδώ η ίδια διαχρονική ανοδική τάση των Δαπανών Υγείας, όπως και στη Δανία. Μάλιστα, σε αυτήν τη χώρα οι Δαπάνες Υγείας φαίνεται να συνδέονται περισσότερο έντονα με το Καθαρό Εθνικό Προϊόν και το Αστικό Πληθυσμό.



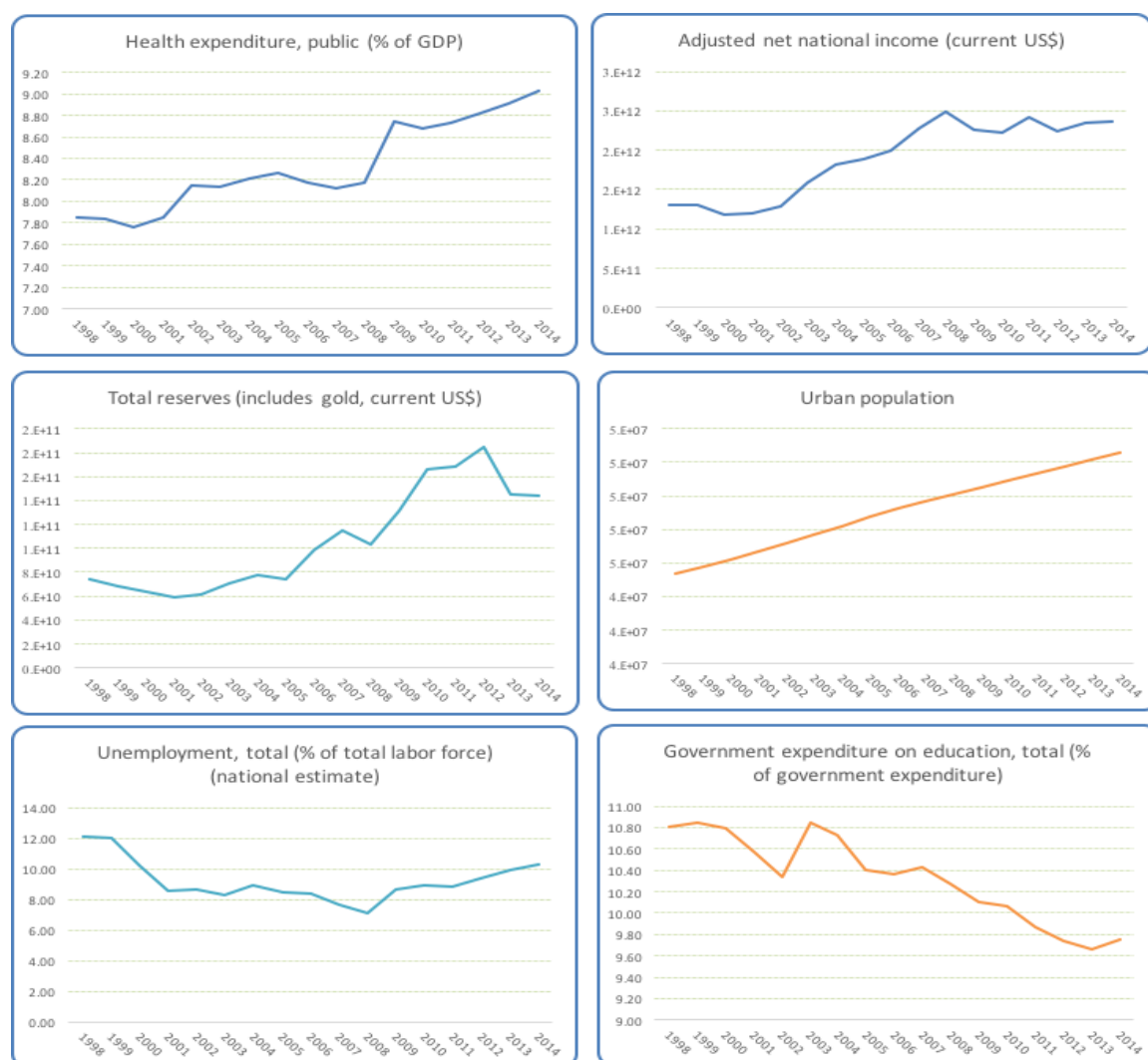
Διάγραμμα 3.2

Γραφική Παράσταση των Εξεταζόμενων Μεταβλητών για την Ισπανία

Πραγματικά, από το Διάγραμμα 3.2 παρατηρείται ότι υπάρχει έντονη θετική σχέση με το Καθαρό Εθνικό Προϊόν αλλά και με τον Αστικό Πληθυσμό, όπως επίσης και με την Ανεργία. Με τα Συνολικά Αποθέματα και με τις Δαπάνες Εκπαίδευσης δεν φαίνεται να υπάρχει σημαντική σχέση.

Γαλλία

Στο Διάγραμμα 3.3 παρουσιάζονται οι τιμές όλων των μεταβλητών που χρησιμοποιούνται στην ανάλυση για την Γαλλία. Από το διάγραμμα αυτό παρατηρείται και εδώ η ανοδική τάση των Δαπανών Υγείας, όπως και στις προηγούμενες δύο χώρες.

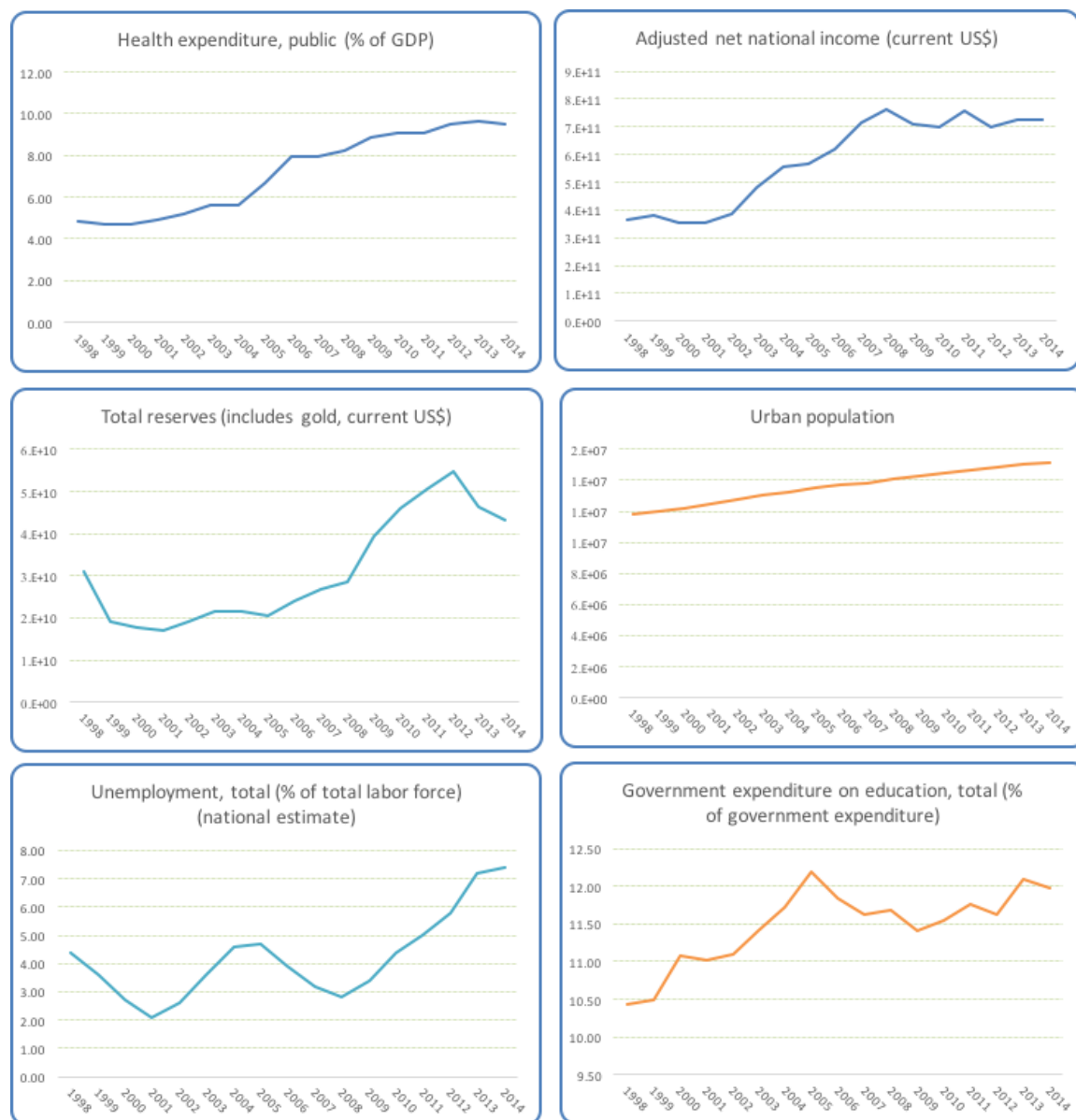


Διάγραμμα 3.3

Γραφική Παράσταση των Εξεταζόμενων Μεταβλητών για τη Γαλλία

Επίσης, από το διάγραμμα αυτό διαπιστώνεται ότι πρέπει να υπάρχει θετική σχέση των Δαπανών Υγείας σε σχέση με το Καθαρό Εθνικό Προϊόν, όπως και με Συνολικά Αποθέματα και τον Αστικό Πληθυσμό. Με τις Δαπάνες Εκπαίδευσης φαίνεται να υπάρχει αρνητική σχέση, ενώ δεν διαπιστώνεται σχέση με την Ανεργία.

Ολλανδία

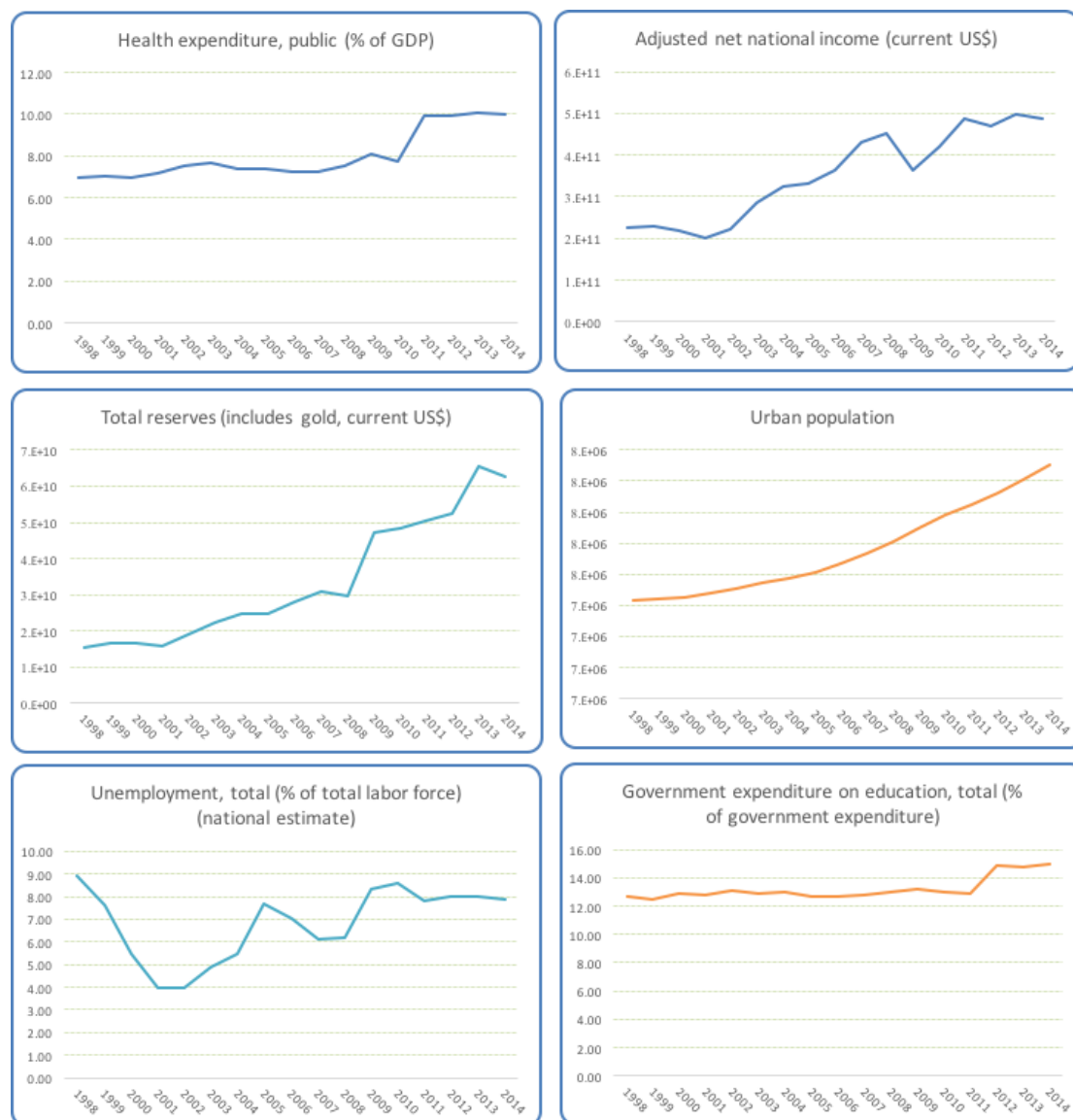


Διάγραμμα 3.4

Γραφική Παράσταση των Εξεταζόμενων Μεταβλητών για την Ολλανδία

Στο Διάγραμμα 3.4 παρουσιάζονται οι τιμές όλων των μεταβλητών που χρησιμοποιούνται για την ποσοτική ανάλυση για την Ολλανδία. Από το διάγραμμα αυτό παρατηρείται και εδώ η ανοδική τάση των Δαπανών Υγείας, όπως και στις προηγούμενες χώρες, η οποία μάλιστα δείχνει να συνδέεται θετικά με όλες τις υπό εξέταση μεταβλητές.

Σουηδία



Διάγραμμα 3.5

Γραφική Παράσταση των Εξεταζόμενων Μεταβλητών για τη Σουηδία

Στο Διάγραμμα 3.5 απεικονίζονται οι τιμές όλων των μεταβλητών που χρησιμοποιούνται για την ποσοτική ανάλυση για την Σουηδία. Από το διάγραμμα αυτό παρατηρείται και εδώ η διαχρονική ανοδική τάση των Δαπανών Υγείας, όπως και σε όλες τις προηγούμενες χώρες. Μάλιστα, και σε αυτήν τη χώρα οι Δαπάνες Υγείας φαίνεται να συνδέονται θετικά με το Καθαρό Εθνικό Προϊόν, τα Συνολικά Αποθέματα, τον Αστικό Πληθυσμό, αλλά και με τις Δαπάνες Εκπαίδευσης. Με την Ανεργία δεν φαίνεται να υπάρχει σχέση.

3.3 Ανάλυση Παλινδρόμησης

Για την ποσοτική ανάλυση των δεδομένων εφαρμόστηκε το απλό γραμμικό υπόδειγμα σε όλες τις χώρες, στο οποίο ως εξαρτημένη μεταβλητή χρησιμοποιήθηκε η μεταβλητή Δαπάνες Υγείας και ως εξαρτημένη μεταβλητή χρησιμοποιήθηκαν οι ακόλουθες μεταβλητές: Καθαρό Εθνικό Προϊόν, Συνολικά Αποθέματα, Αστικός Πληθυσμός, Δείκτης Ανεργίας και Δαπάνες Εκπαίδευσης. 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).

Δανία

Στον Πίνακα 3.1 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των εκτιμήσεων του απλού γραμμικού υποδείγματος για τη Δανία. Από τον πίνακα αυτόν παρατηρείται αρχικά ότι τη μεγαλύτερη ερμηνευτική ικανότητα την έχουν τα Συνολικά Αποθέματα μαζί με τον Αστικό Πληθυσμό αλλά και με το Καθαρό Εθνικό Προϊόν σε ποσοστά αντίστοιχα 87%, 86% και 78%. Οι Δαπάνες Υγείας ερμηνεύονται ικανοποιητικά από τον δείκτη Ανεργίας σε ποσοστό 43% και σχεδόν καθόλου από τις Δαπάνες Εκπαίδευσης.

Πίνακας 3.1
Αποτελέσματα Ανάλυσης Παλινδρόμησης για την Δανία

Δανία						
Ανεξάρτητες Μεταβλητές	Σταθερός Όρος	t - value	Συντελεστής	t - value	R ²	
Καθαρό Εθνικό Προϊόν	5,68	14,53	1,25E-11	7,33	0,78	
Συνολικά Αποθέματα	7,00	42,39	3,02E-11	10,00	0,87	
Αστικός Πληθυσμός	-19,28	-6,60	5,90E-06	9,50	0,86	
Δείκτης Ανεργίας	6,19	8,89	0,42	3,33	0,43	
Δαπάνες Εκπαίδευσης	13,47	3,09	-0,34	-1,15	0,08	

Επιπρόσθετα, όλες οι μεταβλητές ερμηνεύουν στατιστικά σημαντικά τις Δαπάνες Υγείας, εκτός από τις Δαπάνες Εκπαίδευσης. Η σχέση μάλιστα όλων αυτών των μεταβλητών είναι θετική, όπως εμφανίστηκε και στα διαγράμματα, αφού το πρόσημο των συντελεστών τους είναι θετικό. Το μέγεθος της επιρροής τους αλλάζει.

Ισπανία

Τα αποτελέσματα που προέκυψαν από τις εκτιμήσεις του απλού γραμμικού υποδείγματος για τη Ισπανία δίνονται στον Πίνακα 3.2. Από τον πίνακα αυτόν διαπιστώνεται καταρχάς ότι τα Συνολικά Αποθέματα δεν ερμηνεύουν καθόλου τη συμπεριφορά των Δαπανών Υγείας. Την μεγαλύτερη ερμηνευτική ικανότητα την έχει ο Αστικός Πληθυσμός που φτάνει στο 87% και κατόπιν το Καθαρό Εθνικό Προϊόν σε ποσοστό εξίσου υψηλό 80%. Ο Δείκτης Ανεργίας έχει ένα σχετικά μικρό ποσοστό ερμηνευτικής ικανότητας που φτάνει στο 27%, ενώ ακόμα μικρότερο ποσοστό ερμηνευτικής ικανότητας έχουν οι Δαπάνες Εκπαίδευσης.

Πίνακας 3.2:
Αποτελέσματα Ανάλυσης Παλινδρόμησης για την Ισπανία

Ισπανία					
Ανεξάρτητες Μεταβλητές	Σταθερός Όρος	t - value	Συντελεστής	t - value	R²
Καθαρό Εθνικό Προϊόν	3,99	14,39	2,21E-12	7,79	0,80
Συνολικά Αποθέματα	6,10	11,91	-1,09E-12	-0,08	0,00
Αστικός Πληθυσμός	-3,23	-3,49	2,72E-07	10,05	0,87
Δείκτης Ανεργίας	5,11	11,85	0,06	2,37	0,27
Δαπάνες Εκπαίδευσης	10,86	3,08	-0,46	-1,36	0,11

Επιπλέον, οι Δαπάνες Εκπαίδευσης αλλά και τα Συνολικά Αποθέματα δεν ερμηνεύουν στατιστικά σημαντικά τη συμπεριφορά των Δαπανών Υγείας, δεδομένου ότι οι συντελεστές τους δεν είναι στατιστικά σημαντικοί. Μόνο οι συντελεστές του μεταβλητών Καθαρό Εθνικό Προϊόν, Αστικός Πληθυσμός και Δείκτης Ανεργίας είναι στατιστικά σημαντικοί με θετικό πρόσημο που σημαίνει ότι ερμηνεύουν θετικά τη συμπεριφορά των Δαπανών Υγείας.

Γαλλία

Τα αποτελέσματα που προέκυψαν από τις εκτιμήσεις του απλού γραμμικού υποδείγματος για την Γαλλία παρουσιάζονται στον Πίνακα 3.3. Από τον πίνακα αυτόν διαπιστώνεται καταρχάς ότι την μεγαλύτερη ερμηνευτική ικανότητα την έχει και εδώ ο Αστικός Πληθυσμός με ποσοστό 87%, κατόπιν οι Δαπάνες Εκπαίδευσης με ποσοστό 85%, έπειτα τα Συνολικά Αποθέματα με ποσοστό 76% και τέλος το Καθαρό Εθνικό Προϊόν με ποσοστό 64%. Ο Δείκτης Ανεργίας δεν ερμηνεύει τη συμπεριφορά των Δαπανών Υγείας για τη χώρα αυτή.

Πίνακας 3.3
Αποτελέσματα Ανάλυσης Παλινδρόμησης για την Γαλλία

Γαλλία					
Ανεξάρτητες Μεταβλητές	Σταθερός Όρος	t - value	Συντελεστής	t - value	R²
Καθαρό Εθνικό Προϊόν	7,02	26,93	6,84E-13	5,11	0,64
Συνολικά Αποθέματα	7,41	53,33	8,52E-12	6,98	0,76
Αστικός Πληθυσμός	0,11	0,14	1,67E-07	10,24	0,87
Δείκτης Ανεργίας	8,69	11,80	-0,04	-0,51	0,02
Δαπάνες Εκπαίδευσης	17,97	17,11	-0,93	-9,20	0,85

Επιπρόσθετα, από τις πέντε αυτές μεταβλητές μόνο ο συντελεστής του Δείκτη Ανεργίας δεν είναι στατιστικά σημαντικός, γεγονός που δηλώνει ότι η Ανεργία δεν ερμηνεύει τη συμπεριφορά των Δαπανών Υγείας, κάτι που άλλωστε είχε επισημανθεί και από την πολύ χαμηλή τιμή του συντελεστή προσδιορισμού. Τα πρόσημα των συντελεστών των μεταβλητών Καθαρό Εθνικό Προϊόν, Συνολικά Αποθέματα και Αστικός Πληθυσμός είναι θετικά, δηλώνοντας θετική σχέση με τις Δαπάνες υγείας, ενώ το πρόσημο του συντελεστή των Δαπανών Εκπαίδευσης είναι αρνητικό.

Ολλανδία

Τα αποτελέσματα των εκτιμήσεων των απλών γραμμικών υποδειγμάτων για την Ολλανδία παρουσιάζονται στον Πίνακα 3.4. Από τον πίνακα αυτόν παρατηρείται ότι την μεγαλύτερη ερμηνευτική ικανότητα την έχει και εδώ ο Αστικός Πληθυσμός με ποσοστό 87%, κατόπιν οι Δαπάνες Εκπαίδευσης με ποσοστό 94% μαζί με το Καθαρό Εθνικό Προϊόν με ποσοστό 90%. Μεγάλη σχετικά ερμηνευτική ικανότητα έχουν και τα

Συνολικά Αποθέματα με ποσοστό 72%, ενώ μικρότερη ερμηνευτική ικανότητα έχουν οι δαπάνες Υγείας σε σχέση με τις Δαπάνες Εκπαίδευσης και τον Δείκτη Ανεργίας σε ποσοστό αντίστοιχα 50% και 38%.

Πίνακας 3.4
Αποτελέσματα Ανάλυσης Παλινδρόμησης για την Ολλανδία

Ολλανδία`					
Ανεξάρτητες Μεταβλητές	Σταθερός Όρος	t - value	Συντελεστής	t - value	R ²
Καθαρό Εθνικό Προϊόν	0,43	0,71	1,16E-11	11,42	0,90
Συνολικά Αποθέματα	3,17	4,60	1,30E-10	6,28	0,72
Αστικός Πληθυσμός	-16,82	-10,39	1,77E-06	14,87	0,94
Δείκτης Ανεργίας	3,83	3,27	0,80	3,04	0,38
Δαπάνες Εκπαίδευσης	-24,12	-2,97	2,73	3,86	0,50

Επιπλέον, οι συντελεστές όλων των μεταβλητών είναι στατιστικά σημαντικοί και τα πρόσημά τους είναι θετικά, δηλώνοντας την θετική σχέση με τις Δαπάνες Υγείας.

Σουηδία

Στον Πίνακα 3.5 παρουσιάζονται οι εκτιμήσεις των απλών γραμμικών υποδειγμάτων για την Σουηδία. Από τον πίνακα αυτόν διαπιστώνεται ότι και για αυτή την χώρα την μεγαλύτερη ερμηνευτική ικανότητα την έχει ο Αστικός Πληθυσμός με ποσοστό 81%, ακολουθούν τα Συνολικά Αποθέματα με ποσοστό 80%, οι Δαπάνες Εκπαίδευσης με ποσοστό 70%, το Καθαρό Εθνικό Προϊόν με ποσοστό 59% και τέλος ο Δείκτης Ανεργίας με πολύ μικρό ποσοστό.

Πίνακας 3.5:
Αποτελέσματα Ανάλυσης Παλινδρόμησης για τη Σουηδία

Σουηδία					
Ανεξάρτητες Μεταβλητές	Σταθερός Όρος	t - value	Συντελεστής	t - value	R ²
Καθαρό Εθνικό Προϊόν	5,02	7,51	8,39E-12	4,62	0,59
Συνολικά Αποθέματα	5,92	19,90	6,18E-11	7,77	0,80
Αστικός Πληθυσμός	-20,43	-5,81	3,67E-06	8,09	0,81
Δείκτης Ανεργίας	5,91	4,82	0,31	1,74	0,17
Δαπάνες Εκπαίδευσης	-8,21	-3,02	1,23	5,98	0,70

Όπως και στη Γαλλία έτσι και εδώ μόνο ο συντελεστής του Δείκτη Ανεργίας δεν είναι στατιστικά σημαντικός, γεγονός που δηλώνει ότι η Ανεργία δεν ερμηνεύει τη συμπεριφορά των Δαπανών Υγείας, κάτι που άλλωστε είχε επισημανθεί και από την πολύ χαμηλή τιμή του συντελεστή προσδιορισμού αυτού του υποδείγματος. Τα πρόσημα των συντελεστών όλων των άλλων μεταβλητών είναι θετικά, δηλώνοντας θετική σχέση με τις Δαπάνες υγείας.

3.4 Συμπεράσματα

Στο κεφάλαιο αυτό διερευνήθηκε η συμπεριφορά των Δαπανών Υγείας σε χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, και ειδικότερα στη Δανία, στην Ισπανία, στην Γαλλία, στην Ολλανδία και στην Σουηδία. σε σχέση με διάφορες βασικές μακροοικονομικές μεταβλητές, όπως είναι το Καθαρό Εθνικό Προϊόν, τα Συνολικά Αποθέματα, ο Αστικός Πληθυσμός, ο Δείκτης Ανεργίας και οι Δαπάνες Εκπαίδευσης. Από την ανάλυση της παλινδρόμησης που εφαρμόστηκε προέκυψαν σε γενικές γραμμές ομοιόμορφα στατιστικά αποτελέσματα για όλες τις εξεταζόμενες μεταβλητές και για όλες τις χώρες. Από όλες τις ανεξάρτητες μεταβλητές που χρησιμοποιήθηκαν, ο Αστικός Πληθυσμός έχει τη μεγαλύτερη ερμηνευτική ικανότητα και επηρεάζει θετικά τις Δαπάνες Υγείας, αλλά με διαφορετικό μέγεθος ανά χώρα. Στη συνέχεια, το Καθαρό Εθνικό Προϊόν και τα Συνολικά Αποθέματα είχαν τη δεύτερη μεγαλύτερη ερμηνευτική ικανότητα με την σειρά τους να αλλάζει ανάλογα με τη χώρα που μελετήθηκε, ενώ για την Ισπανία τα Συνολικά Αποθέματα δεν είχαν καθόλου συμμετοχή στην ερμηνευτική ικανότητα των Δαπανών Υγείας. Πάντως, η σχέση των Δαπανών Υγείας με αυτές τις δύο μεταβλητές βρέθηκε θετική.

Η συμπεριφορά των Δαπανών Εκπαίδευσης ήταν αρκετά αμφίρροπη. Σε δύο χώρες, στην Δανία και στην Ισπανία, δεν είχαν καμία ερμηνευτική ικανότητα, σε άλλες δύο χώρες, στη Γαλλία και στη Σουηδία, είχαν πολύ μεγάλη ερμηνευτική ικανότητα και στην Ολλανδία είχαν μεσαία σχετικά ερμηνευτική ικανότητα με το πρόσημο του συντελεστή τους και εδώ να είναι θετικό. Τέλος, ο Δείκτης Ανεργίας δείχνει να επηρεάζει και αυτός θετικά τις Δαπάνες Υγείας αλλά με μικρή σχετικά ερμηνευτική ικανότητα σε όσες χώρες βρέθηκε αυτό. Σημειώνεται ότι για την Γαλλία και την Σουηδία, πέρα από τη χαμηλή ερμηνευτική ικανότητα του δείκτη Ανεργίας ο συντελεστής του δεν είναι και στατιστικά σημαντικός.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

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

ΓΙΑΝΝΕΛΗΣ Δ. (2003). Εισαγωγή στη Μακροοικονομική Θεωρία.

ΙΑΣΠΙΣ ΙΔΕΩΔΕΣ ΑΣΚΛΗΠΙΑΚΟ Πάρκο Ιατρικής Σχολής.

ΚΑΡΑΘΑΝΑΣΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ Χρηματοοικονομική Διοίκηση και Χρηματιστηριακές αγορές εκδόσεις Μπένου Αθήνα 1999

ΚΑΤΣΕΛΗ ΚΑΙ ΜΑΓΟΥΛΑ Μακροοικονομική ανάλυση και Ελληνική Οικονομία 2005

ΚΑΤΣΙΜΠΡΗ ΓΕΩΡΓΙΟΥ Μακροοικονομική Θεωρία και Πολιτική

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

ΣΟΥΛΗΣ ΣΩΤΗΡΗΣ Οικονομικά της Υγείας

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

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

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

KATZ M. L. ROSEN H. S., Μικροοικονομική Ανάλυση (3^η Έκδοση). Αθήνα: Επίκεντρο.

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

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

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

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

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.