
**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

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

**Η Βρεφική Θνησιμότητα στην Ευρώπη και στις Χώρες της
Αφρικής και της Λατινικής Αμερικής και η Πιθανή
Συσχέτισή της με το Α.Ε.Π. και τις Δαπάνες για την Υγεία**

Σαντίκου Παναγιώτα

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής
Επιστήμης

του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση

Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στα Οικονομικά και
Διοίκηση της Υγείας

Πειραιάς, 2017

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ και ΔΙΟΙΚΗΣΗ της ΥΓΕΙΑΣ»

**Η Βρεφική Θνησιμότητα στην Ευρώπη και στις Χώρες της
Αφρικής και της Λατινικής Αμερικής και η Πιθανή
Συσχέτισή της με το Α.Ε.Π. και τις Δαπάνες για την Υγεία**

Σαντίκου Παναγιώτα Α.Μ.: ΟΔΥ/1524

**Επιβλέπων: Παντελίδης Παντελής / Αναπληρωτής Πρύτανη
Ακαδημαϊκών Υποθέσεων & Προσωπικού / Πανεπιστήμιο
Πειραιώς**

**Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής
Επιστήμης**

του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση

**Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στα Οικονομικά και
Διοίκηση της Υγείας.**

Πειραιάς, 2017

**UNIVERSITY
of PIRAEUS**



**DEPARTMENT of
ECONOMICS**

M.Sc. in Health Economics and Management

**Infant Mortality in Europe and the Countries of Africa and
Latin America and The Possible Correlation with GDP and
Health Expenditures**

Santikou Panagiota

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

Piraeus, Greece, 2017

Αφιέρωση

Θα ήθελα την παρούσα εργασία να την αφιερώσω στους Γονείς μου Γεώργιο και Ζωή Σαντίκου, οι οποίοι έφυγαν μέσα στα δυο αυτά χρόνια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να ευχαριστήσω πάρα πολύ τον καθηγητή μου, κύριο Παντελίδη Παντελή, για την άμεση ανταπόκρισή του και για την πολύτιμη βοήθειά του. Χωρίς τη συνδρομή του, η εκπόνηση της παρούσας εργασίας δεν θα ήταν εύκολο να πραγματοποιηθεί.

Η Βρεφική Θνησιμότητα στην Ευρώπη και στις Χώρες της Αφρικής και της Λατινικής Αμερικής και η Πιθανή Συσχέτισή της με το Α.Ε.Π. και τις Δαπάνες για την Υγεία

Σημαντικοί Όροι: Βρεφική Θνησιμότητα, Δαπάνες Υγείας, Α.Ε.Π., Οικονομική Ανάπτυξη, Κατά Κεφαλήν Εισόδημα, Ευρώπη, Αφρική, Λατινική Αμερική

Περίληψη

Η παρούσα μελέτη εξετάζει τη σχέση που υπάρχει μεταξύ του μεγέθους της βρεφικής θνησιμότητας σε παγκόσμιο επίπεδο, τόσο με το Ακαθάριστο Εθνικό Προϊόν (Α.Ε.Π.) όσο και με τις δαπάνες υγείας, μιας χώρας, είτε αυτή ανήκει στις αναπτυσσόμενες, είτε στις αναπτυγμένες χώρες. Το παρόν πόνημα περιλαμβάνει συνολικά έξι (6) κεφάλαια, χωρισμένα σε δυο (2) τμήματα. Το πρώτο τμήμα, αποτελεί το θεωρητικό τμήμα της μελέτης που διεξήχθη, και περιλαμβάνει τα τρία (3) πρώτα κεφάλαια της εργασίας. Στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται μια εισαγωγή ως προς το θέμα που τίθεται προς έρευνα, όπου παράλληλα περιγράφεται ο σκοπός και οι επιμέρους προς υλοποίηση στόχοι της εργασίας.

Το δεύτερο κεφάλαιο είναι εκείνο που αναλύει την έννοια της βρεφικής θνησιμότητας, αποδίδοντας τον ορισμό του συγκεκριμένου φαινομένου, καθώς και εκείνους τους παράγοντες που προσδιορίζουν το μέγεθός του διαχρονικά. Παράλληλα, στο υπόψιν κεφάλαιο περιγράφονται και οι σημαντικότερες αιτίες που οδηγούν στην εμφάνιση της βρεφικής θνησιμότητας, σε κάθε χώρα, λαμβάνοντας υπόψιν και τους προσδιοριστικούς παράγοντες που αναλύθηκαν ανωτέρω. Τα δυο (2) τελευταία τμήματα του παρόντος κεφαλαίου αναλύουν το συντελεστή και τους επιμέρους δείκτες βρεφικής θνησιμότητας, τους τρόπους υπολογισμού τους, αλλά και την επίδραση που ασκούν στη διαμόρφωση μιας στρατηγικής αντιμετώπισης του φαινομένου αυτού.

Το τρίτο κεφάλαιο, με το οποίο και ολοκληρώνεται το πρώτο, θεωρητικό τμήμα της μελέτης, εξετάζει τις δαπάνες υγείας, ως έννοια και περιεχόμενο, καθώς επίσης και τη σχέση που μπορεί αυτές να έχουν με το Ακαθάριστο Εθνικό Προϊόν (Α.Ε.Π.). Αποδίδεται ο ορισμός των δαπανών υγείας, ενώ επίσης παρουσιάζονται και εκείνοι οι

παράγοντες που προσδιορίζουν το μέγεθος των δαπανών υγείας. Για την όσο το δυνατόν πιο ολοκληρωμένη ανάγνωση, παρατίθενται στοιχεία που αποτυπώνουν, την εξέλιξη των δαπανών υγείας (2005 – 2013), καθώς επίσης και τον τρόπο χρηματοδότησής τους, από τους κοινωνικούς και κρατικούς φορείς των κρατών.

Το δεύτερο τμήμα της μελέτης περιλαμβάνει δυο (2) κεφάλαια στα οποία αποτυπώνονται μια σειρά από στατιστικά στοιχεία που αναφέρονται στη βρεφική θνησιμότητα, αλλά και στη σχέση που τη συνδέει με μια σειρά οικονομικών μεγεθών. Πιο συγκεκριμένα, στο τέταρτο κεφάλαιο της παρούσας εργασίας απεικονίζονται και αναλύονται στατιστικά δεδομένα που αναφέρονται σε τρεις (3) διαφορετικές περιοχές του πλανήτη όπως είναι η Ευρώπη, η Αφρική και η Λατινική Αμερική. Για αυτές τις τρεις (3) περιοχές, συλλέχθηκαν στοιχεία που αφορούσαν το προσδόκιμο όριο ζωής κατά τη γέννηση, το ποσοστό νεογνικής θνησιμότητας, το ποσοστό γονιμότητας και το ποσοστό της θνησιμότητας των βρεφών. Για όλες τις ανωτέρω κατηγορίες, τα στοιχεία που συλλέχθηκαν αφορούσαν τη διαχρονική τους μεταβολή από το 1975 και έπειτα έως και το 2015, προκειμένου να υλοποιηθεί μια όσο το δυνατόν πληρέστερη απεικόνιση των μεταβολών των μεγεθών και του πως αυτές οι μεταβολές επηρέασαν το ποσοστό της βρεφικής θνησιμότητας στις υπό εξέταση περιοχές.

Στο πέμπτο κεφάλαιο αναλύεται η σχέση που χαρακτηρίζει το μέγεθος της βρεφικής θνησιμότητας τόσο με το κατά κεφαλήν εισόδημα των πολιτών μιας χώρας, όσο και με το Ακαθάριστο Εθνικό Προϊόν (Α.Ε.Π.) αυτής. Η οικονομική ή μη ανάπτυξη ενός τόπου, επιδρά τόσο στο ποσοστό της βρεφικής θνησιμότητας που διαμορφώνεται σε μια χώρα, όσο και στο πως αυτό το μέγεθος μπορεί να επηρεάσει το κοινωνικό περιβάλλον διαβίωσης όλων των ανθρώπων. Κατά συνέπεια, μέσω της αποτύπωσης αυτής της σχέσης είναι εφικτό στον αναγνώστη να καταλήξει σε περισσότερα και ασφαλή συμπεράσματα για τον τρόπο με τον οποίο η βρεφική θνησιμότητα συνδέεται με την οικονομική ανάπτυξη ενός τόπου. Η μελέτη ολοκληρώνεται με το έκτο και τελευταίο κεφάλαιο στο οποίο, παρατίθενται τα συμπεράσματα από την ανάλυση που προηγήθηκε, ενώ παράλληλα διατυπώνονται και προτάσεις ως προς τον τρόπο μείωσης του μεγέθους της βρεφικής θνησιμότητας μελλοντικά.

The Infant Mortality in Europe and the Countries of Africa and Latin America and The Possible Correlation with GDP and Health Expenditures

Key Words: Infant Mortality, Health Expenditures, GDP, Economic Development, Income of Individuals, Europe, Africa, Latin America

Summary

This study examines the relationship between the size of infant mortality at a global level, both with Gross National Product (GDP) and health expenditure, of a country, whether it belongs to developing countries, or to developed countries. This essay contains a total of six (6) chapters, divided into two (2) sections. The first part is the theoretical part of the study, which includes the three (3) chapters of the paper. In the first chapter there is an introduction to the subject to be investigated, where the purpose and the individual objectives of the work are described.

The second chapter is the one that analyzes the concept of infant mortality, giving the definition of the particular phenomenon, as well as those factors that determine its magnitude over time. At the same time, the chapter deals with the most important causes that lead to the emergence of infant mortality in each country, taking into account the determinants discussed above. The two (2) last sections of this chapter analyze the ratio and sub-indices of infant mortality, the ways in which they are calculated, and the effect they have on shaping a strategy to address this phenomenon.

The third chapter, which completes the first, theoretical part of the study, examines health costs as a concept and content, as well as their relationship with Gross National Product (GDP) . The definition of health expenditure is attributed, and also those factors that determine the magnitude of health costs. For the most complete reading, data on health expenditure (2005 – 2013), as well as how they are financed, are presented by state and social actors.

The second section of the study includes two (2) chapters in which a series of statistics are reported on infant mortality, but also the relationship that links it to a series

of economic aggregates. More specifically, in the fourth chapter of this paper we present and analyze statistical data referring to three (3) different regions of the world such as Europe, Africa and Latin America. For these three (3) regions, data were collected on life expectancy at birth, neonatal mortality rate, fertility rate and infant mortality rate. For all of the above categories, data collected related to their longitudinal change from 1975 onward until 2015 in order to provide a fuller picture of the changes in sizes and how these changes affected the infant mortality rate in the areas concerned.

In the fifth chapter we analyze the relationship between the per capita income of the citizens of a country and the Gross National Product (GNP), which characterizes the size of infant mortality. The economic or non-development of a place affects both the rate of infant mortality in a country and how this size can affect the social environment of all people. Consequently, by drawing up this relationship, it is possible for the reader to come up with more and more secure conclusions about how infant mortality is linked to the economic development of a place. The study concludes with the sixth and final chapters in which the conclusions from the previous analysis are presented, while proposals are made on how to reduce the size of infant mortality in the future.

Πίνακας Περιεχομένων

➤ Περίληψη στα Ελληνικά	Σελ: xi
➤ Περίληψη στα Αγγλικά	Σελ: xiii
➤ Κατάλογος Πινάκων	Σελ: xix
➤ Κατάλογος Διαγραμμάτων	Σελ: xxi
➤ Κεφάλαιο 1: Εισαγωγή	Σελ: 1
1.1 Εισαγωγή	Σελ: 1
1.2 Σκοπός & Στόχος Εργασίας	Σελ: 3
1.2.1 Σκοπός Εργασίας	Σελ: 3
1.2.2 Στόχος Εργασίας	Σελ: 3
➤ Κεφάλαιο 2: Βρεφική Θνησιμότητα	Σελ: 5
2.1 Εισαγωγή	Σελ: 5
2.2 Ορισμός Βρεφικής Θνησιμότητας	Σελ: 6
2.3 Προσδιοριστικοί Παράγοντες Βρεφικής Θνησιμότητας	Σελ: 8
2.4 Σημαντικότερες Αιτίες Βρεφικής Θνησιμότητας	Σελ: 10
2.5 Συντελεστής Βρεφικής Θνησιμότητας	Σελ: 11
2.6 Δείκτες Βρεφικής Θνησιμότητας	Σελ: 14
2.7 Ανακεφαλαίωση	Σελ: 16
➤ Κεφάλαιο 3: Δαπάνες Υγείας & Α.Ε.Π.	Σελ: 17
3.1 Εισαγωγή	Σελ: 17
3.2 Ορισμός Δαπανών Υγείας	Σελ: 18
3.3 Προσδιοριστικοί Παράγοντες Δαπανών Υγείας	Σελ: 22

3.4 Εξέλιξη Δαπανών Υγείας	Σελ: 30
3.5 Ανακεφαλαίωση	Σελ: 36
➤ Κεφάλαιο 4: Βρεφική Θνησιμότητα – Στοιχεία	Σελ: 39
4.1 Εισαγωγή	Σελ: 39
4.2 Ευρώπη	Σελ: 59
4.2.1 Προσδόκιμο Όριο Ζωής Κατά τη Γέννηση	Σελ: 59
4.2.2 Ποσοστό Νεογνικής Θνησιμότητας	Σελ: 62
4.2.3 Ποσοστό Γονιμότητας	Σελ: 64
4.2.4 Ποσοστό Θνησιμότητας Βρεφών	Σελ: 68
4.3 Λατινική Αμερική	Σελ: 70
4.3.1 Προσδόκιμο Όριο Ζωής Κατά τη Γέννηση	Σελ: 70
4.3.2 Ποσοστό Νεογνικής Θνησιμότητας	Σελ: 73
4.3.3 Ποσοστό Γονιμότητας	Σελ: 75
4.3.4 Ποσοστό Θνησιμότητας Βρεφών	Σελ: 77
4.4 Αφρική	Σελ: 79
4.4.1 Προσδόκιμο Όριο Ζωής Κατά τη Γέννηση	Σελ: 79
4.4.2 Ποσοστό Νεογνικής Θνησιμότητας	Σελ: 82
4.4.3 Ποσοστό Γονιμότητας	Σελ: 85
4.4.4 Ποσοστό Θνησιμότητας Βρεφών	Σελ: 88
4.5 Ανακεφαλαίωση	Σελ: 91
➤ Κεφάλαιο 5: Βρεφική Θνησιμότητα & Οικονομικά Μεγέθη	Σελ: 93
5.1 Εισαγωγή	Σελ: 93

5.2 Βρεφική Θνησιμότητα & Οικονομική Ανάπτυξη	Σελ: 94
5.3 Βρεφική Θνησιμότητα & Κατά Κεφαλήν Εισόδημα	Σελ: 95
5.4 Βρεφική Θνησιμότητα & Α.Ε.Π.	Σελ: 100
5.5 Ανακεφαλαίωση	Σελ: 105
➤ Κεφάλαιο 6: Επίλογος	Σελ: 107
6.1 Εισαγωγή	Σελ: 107
6.2 Μελλοντική Εξέλιξη Βρεφικής Θνησιμότητας	Σελ: 108
6.3 Συμπεράσματα	Σελ: 109
6.4 Προτάσεις	Σελ: 114
➤ Βιβλιογραφία	Σελ: 117

Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 3.1: Σύστημα Λογαριασμών Ο.Ο.Σ.Α. –

System of Health Accounts Σελ: 21

Πίνακας 4.1: Προσδόκιμο Όριο Ζωής Κατά τη Γέννηση σε Παγκόσμιο

Επίπεδο (Σύνολο) Σελ: 41

Πίνακας 4.2: Προσδόκιμο Όριο Ζωής Κατά τη Γέννηση σε Παγκόσμιο

Επίπεδο (Άνδρες) Σελ: 44

Πίνακας 4.3: Προσδόκιμο Όριο Ζωής Κατά τη Γέννηση σε Παγκόσμιο

Επίπεδο (Γυναίκες) Σελ: 47

Πίνακας 4.4: Ποσοστό Νεογνικής Θνησιμότητας σε Παγκόσμιο Επίπεδο

(1990 – 2015) Σελ: 51

Πίνακας 4.5: Ποσοστό Γονιμότητας Ανά 1.000 Κατοίκους

(1975 – 2015) Σελ: 54

Πίνακας 4.6: Βρεφική Θνησιμότητα Ανά 1.000 Γεννήσεις

(1975 – 2015) Σελ: 57

Πίνακας 4.7: Προσδόκιμο Όριο Ζωής Κατά τη Γέννηση (Ευρώπη)

Σελ: 60

Πίνακας 4.8: Ποσοστό Νεογνικής Θνησιμότητας στην Ευρώπη

(1990 – 2015) Σελ: 63

Πίνακας 4.9: Ποσοστό Γονιμότητας στην Ευρώπη Ανά 1.000 Κατοίκους

(1975 – 2015) Σελ: 66

Πίνακας 4.10: Βρεφική Θνησιμότητα στην Ευρώπη Ανά 1.000 Γεννήσεις

(1975 – 2015) Σελ: 69

Πίνακας 4.11: Προσδόκιμο Όριο Ζωής Κατά τη Γέννηση (Λατινική Αμερική)	Σελ: 72
Πίνακας 4.12: Ποσοστό Νεογνικής Θνησιμότητας στη Λατινική Αμερική (1990 – 2015)	Σελ: 74
Πίνακας 4.13: Ποσοστό Γονιμότητας στη Λατινική Αμερική Ανά 1.000 Κατοίκους (1975 – 2015)	Σελ: 76
Πίνακας 4.14: Βρεφική Θνησιμότητα στη Λατινική Αμερική Ανά 1.000 Γεννήσεις (1975 – 2015)	Σελ: 78
Πίνακας 4.15: Προσδόκιμο Όριο Ζωής Κατά τη Γέννηση (Αφρική)	Σελ: 80
Πίνακας 4.16: Ποσοστό Νεογνικής Θνησιμότητας στην Αφρική (1990 – 2015)	Σελ: 83
Πίνακας 4.17: Ποσοστό Γονιμότητας στην Αφρική Ανά 1.000 Κατοίκους (1975 – 2015)	Σελ: 86
Πίνακας 4.18: Βρεφική Θνησιμότητα στην Αφρική Ανά 1.000 Γεννήσεις (1975 – 2015)	Σελ: 89
Πίνακας 5.1: Βρεφική Θνησιμότητα & Κατά Κεφαλήν Εισόδημα σε Παγκόσμιο Επίπεδο (1975 – 2015)	Σελ: 99
Πίνακας 5.2: Βρεφική Θνησιμότητα & Α.Ε.Π. σε Παγκόσμιο Επίπεδο (1975 – 2015)	Σελ: 102

Κατάλογος Διαγραμμάτων

Διάγραμμα 3.1: Φαρμακευτικές Δαπάνες ως Ποσοστό των Συνολικών Δαπανών	
Υγείας (2013)	Σελ: 29
Διάγραμμα 3.2: Φαρμακευτικές Δαπάνες ως Ποσοστό του	
A.E.Π. (2013)	Σελ: 29
Διάγραμμα 3.3: Δαπάνες Υγείας ως Ποσοστό του A.E.Π. στις Χώρες του	
O.O.Σ.A. (2013)	Σελ: 30
Διάγραμμα 3.4: Μέσος Όρος Ετήσιας Μεταβολής Κατά Κεφαλήν Δαπάνης	
Υγείας στις Χώρες του O.O.Σ.A. (2005 – 2013)	Σελ: 31
Διάγραμμα 3.5: Κατά Κεφαλήν Δαπάνη Υγείας σε \$ PPP	
(Purchasing Power Parity) – 2013	Σελ: 33
Διάγραμμα 3.6: Χρηματοδότηση Δαπανών Υγείας Ανά Χώρα (2013)	Σελ: 35
Διάγραμμα 4.1: Προσδόκιμο Όριο Ζωής Κατά τη Γέννηση σε Παγκόσμιο	
Επίπεδο (Σύνολο) (1975 – 2015)	Σελ: 42
Διάγραμμα 4.2: Προσδόκιμο Όριο Ζωής Κατά τη Γέννηση σε Παγκόσμιο	
Επίπεδο (Άνδρες) (1975 – 2015)	Σελ: 45
Διάγραμμα 4.3: Προσδόκιμο Όριο Ζωής Κατά τη Γέννηση σε Παγκόσμιο	
Επίπεδο (Γυναίκες) (1975 – 2015)	Σελ: 48
Διάγραμμα 4.4: Διάρθρωση Νεογνικής Θνησιμότητας σε Παγκόσμιο Επίπεδο	
(1990 – 2015)	Σελ: 52
Διάγραμμα 4.5: Ποσοστό Γονιμότητας Ανά 1.000 Κατοίκους	
(1975 – 2015)	Σελ: 55

Διάγραμμα 4.6: Βρεφική Θνησιμότητα Ανά 1.000 Γεννήσεις (1975 – 2015)	Σελ: 58
Διάγραμμα 4.7: Προσδόκιμο Όριο Ζωής Κατά τη Γέννηση (Ευρώπη)	Σελ: 61
Διάγραμμα 4.8: Διάρθρωση Νεογνικής Θνησιμότητας στην Ευρώπη (1990 – 2015)	Σελ: 64
Διάγραμμα 4.9: Ποσοστό Γονιμότητας στην Ευρώπη Ανά 1.000 Κατοίκους (1975 – 2015)	Σελ: 67
Διάγραμμα 4.10: Βρεφική Θνησιμότητα στην Ευρώπη Ανά 1.000 Γεννήσεις (1975 – 2015)	Σελ: 70
Διάγραμμα 4.11: Προσδόκιμο Όριο Ζωής Κατά τη Γέννηση (Λ. Αμερική)	Σελ: 72
Διάγραμμα 4.12: Διάρθρωση Νεογνικής Θνησιμότητας στη Λατινική Αμερική (1990 – 2015)	Σελ: 74
Διάγραμμα 4.13: Ποσοστό Γονιμότητας στη Λατινική Αμερική Ανά 1.000 Κατοίκους (1975 – 2015)	Σελ: 76
Διάγραμμα 4.14: Βρεφική Θνησιμότητα στη Λατινική Αμερική Ανά 1.000 Γεννήσεις (1975 – 2015)	Σελ: 78
Διάγραμμα 4.15: Προσδόκιμο Όριο Ζωής Κατά τη Γέννηση (Αφρική)	Σελ: 81
Διάγραμμα 4.16: Διάρθρωση Νεογνικής Θνησιμότητας στην Αφρική (1990 – 2015)	Σελ: 84
Διάγραμμα 4.17: Ποσοστό Γονιμότητας στην Αφρική Ανά 1.000 Κατοίκους (1975 – 2015)	Σελ: 87

Διάγραμμα 4.18: Βρεφική Θνησιμότητα στην Αφρική Ανά 1.000 Γεννήσεις

(1975 – 2015)

Σελ: 90

Διάγραμμα 5.1: Βρεφική Θνησιμότητα & Α.Ε.Π. σε Παγκόσμιο Επίπεδο

(1975 – 2015)

Σελ: 104

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.1 Εισαγωγή

Τόσο η γέννηση ενός ανθρώπου όσο και ο θάνατος αυτού, αποτελούν δυο (2) άκρως αντίθετα πραγματικά φαινόμενα, με έντονα αλλά διαφορετικά συναισθήματα. Το μεν πρώτο συνδέεται με τη γονιμότητα και την αναπαραγωγή του είδους, γεμίζοντας συναισθήματα χαράς, ικανοποίησης και υπερηφάνειας. Από την άλλη πλευρά, ο απώλεια, ο θάνατος είναι ένα πολύ έντονο αρνητικό συναίσθημα, το οποίο συνδέεται με την οριστική αποχώρηση ενός ατόμου από τη ζωή και από τον κοινωνικό περίγυρο, δημιουργώντας συναισθήματα απογοήτευσης και λύπης. Ο θάνατος ενός ατόμου μπορεί να λάβει χώρα σε οποιοδήποτε στάδιο της ζωής του, από τη γέννησή του και έπειτα. Όταν όμως ένα τόσο έντονο και δυσάρεστο γεγονός συμβαίνει σε περιπτώσεις νεογνών και βρεφών, τότε τα συναισθήματα που δημιουργούνται είναι ακόμη περισσότερο οδυνηρά (Hanmer L., Lensink R., White H., 2003).

Η βρεφική θνησιμότητα αποτελεί μια υποκατηγορία απώλειας μιας ανθρώπινης ύπαρξης έπειτα από τη γέννησή της. Αναφέρεται στο θάνατο ενός ανθρώπου που πραγματοποιείται κατά το πρώτο έτος της ζωής του και συνιστά ένα άρτιο μέτρο εκτίμησης και μέτρησης απώλειας και κέρδους. Απώλειας από την πλευρά της μείωσης σε έμπυχο δυναμικό για μια κοινωνία και κέρδους από την πλευρά των προσπαθειών εξάλειψης του φαινομένου αυτού, προκειμένου να μην πεθαίνουν βρέφη και νεογνά προτού καν καταφέρουν να ενταχθούν μέσα σε ένα κοινωνικό σύνολο. Επίσης, μέσω της μέτρησης της βρεφικής θνησιμότητας με τη χρήση μιας σειράς δεικτών, είναι εφικτή η αποτύπωση του επιπέδου της δημόσιας υγείας σε μια χώρα και της πορείας εξέλιξής της, το οποίο και αναπαριστά κατά πόσο λαμβάνονται μέτρα υγιεινής και πρόληψης. Οι δείκτες βρεφικής θνησιμότητας είναι επίσης εξαιρετικά χρήσιμοι μιας και μέσω αυτών μπορεί να γίνει εκτίμηση σχετικά με το κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο μιας χώρας, για τη στάθμη υγείας που υπάρχει, καθώς επίσης και για την κοινωνική πρόνοια.

Η χρήση των δεικτών της βρεφικής θνησιμότητας σε μια χώρα και το δικαίωμα υιοθέτησης αυτών για την εξαγωγή συμπερασμάτων σε τόσο σημαντικά μεγέθη βασίζεται στο γεγονός πως, οι προσδιοριστικοί παράγοντες αυτής της κατηγορίας θνησιμότητας είναι απόρροια μιας σειράς παραγόντων ιατρικών, κοινωνικών, οικονομικών και εκπαιδευτικών, όπως έχουν διαμορφωθεί σε μια χώρα. Ειδικά στην περίπτωση των οικονομικών παραγόντων, μεγέθη όπως είναι, το κατά κεφαλήν εισόδημα, η οικονομική ανάπτυξη και το Ακαθάριστο Εθνικό Προϊόν (Α.Ε.Π.), έχουν άμεση και ισχυρή σχέση με το επίπεδο βρεφικής θνησιμότητας που μπορεί να διαμορφωθεί σε μια χώρα. Όσο πιο μεγάλα και διαχρονικά αυξημένα παρουσιάζονται τα ανωτέρω μεγέθη, τόσο περιορίζεται το ποσοστό βρεφικής θνησιμότητας που μπορεί να υπάρχει σε ένα κράτος (Hobcraft N., McDonald J., Rutstein S., 1984)

Ένας υψηλός δείκτης βρεφικής θνησιμότητας συνεπάγεται πως, οι υγειονομικές υπηρεσίες που παρέχονται κυρίως από τους δημόσιους φορείς δεν είναι άρτια οργανωμένες, ενώ και η προστασία βρέφους και μητέρας είτε δεν υπάρχει καθόλου είτε είναι πενιχρή. Επίσης, η υψηλή ή χαμηλή τιμή του δείκτη βρεφικής θνησιμότητας έχει άμεση σχέση και με τη διατροφή ενός πληθυσμού, που μπορεί να είναι ανεπαρκής, ή με την ανυπαρξία συστημάτων ύδρευσης και αποχέτευσης και τις επιβλαβείς συνθήκες κατοικίας και διαβίωσης.

Οι συνθήκες αυτές διαβίωσης των ανθρώπων που αναφέρθηκαν και οι οποίες προσδιορίζουν το μέγεθος της βρεφικής θνησιμότητας, μεταβάλλονται από χώρα σε χώρα. Σε εκείνες τις περιοχές με χαμηλό ρυθμό ανάπτυξης και χαμηλό κατά κεφαλήν εισόδημα των πολιτών, το ποσοστό βρεφικής θνησιμότητας είναι ιδιαίτερα υψηλό. Οι λαοί αυτοί λαμβάνουν χαμηλό επίπεδο κοινωνικών υπηρεσιών, ενώ και οι υγειονομικές υπηρεσίες κρίνονται από υποτυπώδεις έως και ανεπαρκείς. Το αντίθετο συμβαίνει σε εκείνες τις χώρες ή περιοχές οι οποίες παρουσιάζουν οικονομική ανάπτυξη και υψηλό Α.Ε.Π. γεγονός που εμφανίζεται ως επί το πλείστον στις χώρες του λεγόμενου Δυτικού Κόσμου, όπως στην Ευρώπη (Erdogan E., Ener M., Arica F., 2013).

Σε όλες τις ανεπτυγμένες χώρες, τα ποσοστά βρεφικής θνησιμότητας, έχουν μειωθεί σημαντικά τα τελευταία έτη. Οι σχετικά μικρές διαφορές μεταξύ των χωρών, δεν φανερώνουν ουσιαστικές και βασικές διαφορές στη δημόσια υγεία, όπως είναι το καθαρό νερό και η αποχέτευση, αλλά διαφοροποίηση στη δέσμευση και στην ικανότητα

των χωρών να παρέχουν όποιες υπηρεσίες είναι αναγκαίες, για την προστασία κάθε μέλλουσας μητέρας, κάθε νεογέννητου, καθώς και κάθε βρέφους τις πρώτες ημέρες και εβδομάδες της ζωής του. Από την άλλη πλευρά, στις χώρες εκείνες που χαρακτηρίζονται από χαμηλό επίπεδο οικονομικής ανάπτυξης, το ποσοστό της βρεφικής θνησιμότητας είναι ιδιαίτερα υψηλό, όχι μόνο εν συγκρίσει με τις υπόλοιπες χώρες του κόσμου, αλλά και για τα δεδομένα της εποχής και του πληθυσμού τους. Η έλλειψη οικονομικών πόρων οδηγεί στη μηδενική παροχή ή ελλιπή προσφορά προς τους πολίτες των κατάλληλων υγειονομικών υπηρεσιών, οι οποίοι με τη σειρά τους, λόγω του εξαιρετικά χαμηλού εισοδήματος που διαθέτουν, αδυνατούν να λάβουν και να αγοράσουν τις απαιτούμενες ιατρικές υπηρεσίες.

1.2 Σκοπός & Στόχος Εργασίας

1.2.1 Σκοπός Εργασίας

Στη διεθνή βιβλιογραφία διαχρονικά έχουν διεξαχθεί πλήθος ερευνών και μελετών με κύριο αντικείμενο την αποτύπωση του μεγέθους της βρεφικής θνησιμότητας και τη σχέση που αυτό μπορεί να έχει με την οικονομική ανάπτυξη που επιτυγχάνει ένα κράτος, με το κατά κεφαλήν εισόδημα των πολιτών του, αλλά και με το ύψος που διαμορφώνεται το Α.Ε.Π. του ανά έτος. Ο βασικός σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η μελέτη του φαινομένου της βρεφικής θνησιμότητας, τόσο σε θεωρητικό όσο και σε πρακτικό επίπεδο, σε τρεις (3) διαφορετικές περιοχές του πλανήτη: στην Ευρώπη, στη Λατινική Αμερική και στην Αφρική. Για αυτές τις περιοχές, η βρεφική θνησιμότητα δεν μελετάται αυτόνομη αλλά σε σχέση με μια σειρά οικονομικών μεταβλητών όπως είναι, η ανάπτυξη το κατά κεφαλήν εισόδημα και το Α.Ε.Π. Τα υπόψιν μεγέθη μελετώνται διαχρονικά και ανά χώρα, προκειμένου να υπάρξει όσο το δυνατόν πληρέστερη παρουσίαση της εξέλιξής τους, καθώς επίσης και της δυναμικής με την οποία επιδρούν στην τελική διαμόρφωση του μεγέθους της βρεφικής θνησιμότητας.

1.2.2 Στόχος Εργασίας

Πέραν του βασικού σκοπού που εξυπηρετείται με την εκπόνηση της παρούσας μελέτης, οι επιμέρους στόχοι που ικανοποιούνται με την υλοποίησή της είναι:

- ✓ Η μελέτη και ανάλυση των δεικτών του προσδόκιμου ορίου ζωής κατά τη γέννηση, στις περιοχές της Αφρικής, της Λατινικής Αμερικής και της Ευρώπης.

- ✓ Η μελέτη και ανάλυση του ποσοστού της νεογνικής θνησιμότητας, στις περιοχές της Αφρικής, της Λατινικής Αμερικής και της Ευρώπης.
- ✓ Η μελέτη και ανάλυση του ποσοστού γονιμότητας, στις περιοχές της Αφρικής, της Λατινικής Αμερικής και της Ευρώπης.
- ✓ Η ανάλυση της σχέσης και του βαθμού επιρροής στον τρόπο διαμόρφωσης του ποσοστού βρεφικής θνησιμότητας, τόσο από το ύψος του κατά κεφαλήν εισοδήματος, όσο και από το μέγεθος του Α.Ε.Π. της εκάστοτε χώρας.
- ✓ Η εξαγωγή συμπερασμάτων και η διατύπωση προτάσεων που θα αφορούν τον τρόπο μείωσης του ποσοστού της βρεφικής θνησιμότητας ανά εξεταζόμενη περιοχή, λαμβάνοντας υπόψιν τις ειδικές κοινωνικές και οικονομικές συνθήκες που ισχύουν σε κάθε μια εξ αυτών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΒΡΕΦΙΚΗ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ

2.1 Εισαγωγή

Η βρεφική θνησιμότητα ως φαινόμενο αποτελεί μια εκ των σημαντικότερων αιτιών θανάτων στον πλανήτη τη σημερινή εποχή. Περίπου 7.200 μωρά σε ολόκληρο τον κόσμο καθημερινά γεννιούνται νεκρά, κυρίως στις φτωχές και υπανάπτυκτες χώρες του πλανήτη, χωρίς να αποκλείονται και εκείνες οι χώρες που ανήκουν στον ανεπτυγμένο ή αναπτυσσόμενο κόσμο. Παρά το γεγονός πως, μεταξύ των ετών 2000 και 2015, ο αριθμός των θνησιγενών νεογνών μειώνεται ετησίως κατά 2%, το 2016 περίπου 2,6 εκατομμύρια νεογνά γεννήθηκαν νεκρά. Από αυτό τον αριθμό των νεκρών νεογνών, περίπου το 50% εξ αυτών απεβίωσαν κατά τη διάρκεια του τοκετού, ενώ ένα εξίσου μεγάλο ποσοστό απεβίωσαν τις επόμενες ώρες της γέννησής τους. Επομένως, είναι πολύ σημαντικό για τη μείωση αυτού του ιδιαίτερα υψηλού αριθμού των νεκρών νεογνών να υπάρξει μέριμνα από τους υγειονομικούς οργανισμούς και τους κρατικούς φορείς, τόσο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης μιας γυναίκας, μέσω της καλύτερης παρακολούθησής της, όσο και κατόπιν της ολοκλήρωσης της γέννησης του νεογνού (Bonaventure A., Harewood R., Stiller C., 2017).

Οι συγγενείς ανωμαλίες ευθύνονται μόνο σε ένα ποσοστό της τάξεως του 7,5% ως προς τα θνησιγενή νεογνά, ενώ αντίθετα, πολλές είναι εκείνες οι παθολογικές αιτίες που ευθύνονται για τη γέννηση νεκρών μωρών και οι οποίες θα μπορούσαν να έχουν αντιμετωπισθεί, όπως είναι μια σειρά μητρικών λοιμώξεων (ελονοσία και σύφιλη), που ευθύνονται σχεδόν σε ποσοστό 8% για τη γέννηση νεκρών μωρών. Επίσης, άλλοι παράγοντες που συνδέονται με τον τρόπο διαβίωσης των ατόμων, όπως είναι η παχυσαρκία, το κάπνισμα κλπ, αλλά και μη μεταδοτικές ασθένειες, όπως είναι ο διαβήτης, ο καρκίνος ή τα καρδιαγγειακά νοσήματα, ευθύνονται για τους θανάτους νεογνών σε ποσοστό 10%. Τέλος, ακόμη και η ηλικία των μητέρων, που μπορεί να ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα που είναι άνω των 35 ετών, αποτελεί μια σημαντική αιτία θανάτου, σε ποσοστό 7%.

Η συντριπτική πλειοψηφία των θνησιγενών νεογνών (98%) καταγράφεται σε εκείνες τις χώρες με χαμηλά ή μεσαία εισοδήματα, με τις χώρες της υποσαχάριας Αφρικής να

παρουσιάζουν το πιο υψηλό ποσοστό θνησιγενών νεογνών. Σε αυτές επίσης τις χώρες διαπιστώνεται και η πιο αργή μείωση του ποσοστού αυτού, ιδιαίτερα σε όσες υπάρχουν βίαιες ένοπλες συγκρούσεις, εμφύλιες διαμάχες και καταστάσεις έκτακτης ανάγκης. Λαμβάνοντας υπόψιν όλα τα ανωτέρω έχει υπολογισθεί πως, μια έγκυος γυναίκα που βρίσκεται σε μια τέτοια περιοχή θα χρειασθεί περισσότερα από εκατόν εξήντα έτη, ώστε να έχει τις ίδιες πιθανότητες να γεννήσει ένα ζωντανό παιδί, με όσες γυναίκες βρίσκονται σε χώρες των οποίων το εισόδημα είναι υψηλό.

2.2 Ορισμός Βρεφικής Θνησιμότητας

Ο θάνατος αποτελεί ένα αναπόφευκτο και μη επαναλαμβανόμενο δημογραφικό γεγονός. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (World Health Organization – WHO) (<http://www.who.int/>)

«ο θάνατος είναι η διαρκής και οριστική εξαφάνιση κάθε ένδειξης ζωής, η οποία επέρχεται σε οποιαδήποτε χρονική στιγμή μετά τη γέννηση ζώντος ανθρώπινου οργανισμού».

Ο βρεφικός θάνατος αναφέρεται στο θάνατο που επέρχεται σε ένα βρέφος, προτού αυτό συμπληρώσει το πρώτο έτος της ζωής του, με τη βρεφική ηλικία να θεωρείται οι δώδεκα (12) πρώτοι μήνες της ζωής ενός ανθρώπου. Η ηλικία αυτή αναφέρεται στη δημογραφική ορολογία ως ηλικία μηδέν («0») ή ως ηλικιακό διάστημα «[0,1]». Η ακριβής ηλικία μηδέν (0) είναι η ηλικία κατά τη στιγμή της γέννησης του ανθρώπου (Garrett et al., 2007).

Ανάλογα με το χρονικό διάστημα, όπου επέρχεται ο θάνατος ενός βρέφους, η θνησιμότητα μπορεί να διακριθεί σε ορισμένες κατηγορίες. Αρχικά, προτού έρθει στον κόσμο ένα βρέφος, υπάρχει η περίπτωση του θανάτου του, το οποίο ορίζεται ως εμβρυϊκή θνησιμότητα και οριοθετείται ως το πλήθος των εμβρύων που μπορεί είτε να αποβάλλονται, είτε να γεννιούνται νεκρά. Η αποβολή των εμβρύων λαμβάνει χώρα κατά το χρονικό διάστημα από μηδέν (0) εβδομάδες έως και είκοσι (20), εντός της μήτρας της μητέρας του, ενώ η γέννηση ενός νεκρού εμβρύου λαμβάνει χώρα από την 20^η εβδομάδα, έως και την 40^η εβδομάδα της κύησης. Οι λόγοι για τους οποίους συμβαίνει κάτι τέτοιο αφορούν κυρίως το γεγονός της πρόωρης γέννησης του βρέφους,

της πιθανής λοίμωξης της μητέρας ή του βρέφους, αλλά και διάφοροι άλλοι γενετικοί κυρίως παράγοντες.

Από την άλλη πλευρά, υπάρχει η βρεφική θνησιμότητα, η οποία με τη σειρά της, διακρίνεται σε δυο (2) μεγάλες κατηγορίες:

- ✓ Στη Νεογνική Θνησιμότητα
- ✓ Στη Μετανεογνική Θνησιμότητα

Ως προς τη νεογνική θνησιμότητα, αυτή ορίζεται ως αριθμός των νεογνών τα οποία και πεθαίνουν κατά το χρονικό διάστημα των πρώτων είκοσι οκτώ (28) ημερών της ζωής τους, γεγονός που οφείλεται, τόσο σε διάφορες συγγενείς γενετικές ανωμαλίες, όσο και σε λοιμώξεις ή ακόμη και στο ενδεχόμενο της πρόωρης γέννησης. Για την ακόμη πιο αναλυτική μελέτη και έρευνα της υπόψιν κατηγορίας, αυτή διακρίνεται και σε δυο (2) υποκατηγορίες που αναφέρονται, τόσο στο χρονικό διάστημα από μηδέν (0) ημέρες ζωής έως και έξι (6) ημέρες ζωής ενός βρέφους (πρώιμη θνησιμότητα), όσο και στο χρονικό διάστημα από επτά (7) ημέρες έως και είκοσι επτά (27) ημέρες ζωής (όψιμη θνησιμότητα). Η μετανεογνική θνησιμότητα από την άλλη πλευρά, είναι εκείνη που αναφέρεται στο θάνατο ενός βρέφους που μπορεί να λάβει χώρα κατά το χρονικό διάστημα από την 28^η ημέρα γέννησής του, έως και την 365^η ημέρα, όπου και συμπληρώνεται ένα έτος ζωής (Bideau A. et al, 1997).

Κατά την τελευταία δεκαετία, υπάρχει μια ιδιαίτερα έντονη τάση ως προς τη μελέτη της θνησιμότητας που παρουσιάζεται στα βρέφη αμέσως μετά τη γέννησή τους, αλλά και κατά το χρονικό διάστημα που χαρακτηρίζεται ως προγεννητική περίοδος (20^η εβδομάδα, έως και 40^η εβδομάδα κύησης). Τόσο τα έμβρυα που γεννιούνται νεκρά, όσο και εκείνα που ανήκουν στην κατηγορία της νεογνικής θνησιμότητας μελετώνται από κοινού, προκειμένου να συμπεριλαμβάνονται σε μια στατιστική κατηγορία και να είναι περισσότερο αποτελεσματικός και αντιπροσωπευτικός, ο υπολογισμός και η οριοθέτηση εκείνων των παραγόντων που θεωρούνται υπεύθυνοι για το θάνατο των βρεφών κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης μιας γυναίκας.

Η διάκριση της θνησιμότητας σε νεογνική και μετανεογνική γίνεται προκειμένου να είναι περισσότερο αποδοτικός αλλά και ευδιάκριτος, ο προσδιορισμός των αιτιών, είτε ενδογενών είτε εξωγενών, που οδηγούν σε αυτήν και κατόπιν να οριοθετηθούν και οι

βιολογικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες. Η διαδικασία αυτή συνδράμει στη διερεύνηση και στη λήψη των κατάλληλων εκείνων μέτρων που απαιτούνται, προκειμένου να αντιμετωπισθεί με όσο το δυνατόν μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα, η θνησιμότητα που παρουσιάζει η κάθε κατηγορία, βάσει και ορισμένων κριτηρίων. Πλέον, στις ανεπτυγμένες χώρες του πλανήτη, έχει συντελεστεί σημαντική πρόοδος ως προς την αντιμετώπιση της βρεφικής θνησιμότητας που οφείλεται σε περιβαλλοντικούς παράγοντες, με τις προσπάθειες να επικεντρώνονται στην εξεύρεση λύσεων για το πρόβλημα της νεογνικής θνησιμότητας που έχει τις ρίζες της σε παράγοντες βιολογικούς (Garrett et al., 2007).

2.3 Προσδιοριστικοί Παράγοντες Βρεφικής Θνησιμότητας

Οι παράγοντες που επιδρούν στην εμφάνιση, αλλά κυρίως στην αύξηση ή στη μείωση της βρεφικής θνησιμότητας, είναι πολλοί στον αριθμό και παράλληλα, ανήκουν και σε διαφορετικές κατηγορίες. Οι παράγοντες αυτοί μπορεί να είναι οικονομικής, κοινωνικής, πολιτισμικής ή βιολογικής φύσεως, με τους τελευταίους, λόγω της σημαντικότητάς τους να ασκούν σημαντική επιρροή στο μέγεθος της θνησιμότητας των βρεφών. Για την καλύτερη αξιολόγηση και διερεύνηση όμως όλων αυτών των παραγόντων, αρχικά διακρίνονται σε δυο (2) μεγάλες κατηγορίες, τους ενδογενείς, που αφορούν στη συντριπτική τους πλειοψηφία τους βιολογικούς παράγοντες και τους εξωγενείς, που αναφέρονται σε όλους τους άλλους, οικονομικούς, κοινωνικούς και πολιτισμικούς παράγοντες επηρεασμού της βρεφικής θνησιμότητας. Τα χαρακτηριστικά των ανωτέρω παραγόντων έχουν ως ακολούθως:

➤ Ενδογενείς Παράγοντες

Στους ενδογενείς παράγοντες ανήκουν κυρίως οι βιολογικοί παράγοντες, οι οποίοι αναφέρονται στα χαρακτηριστικά εκείνα που απορρέουν από την ιδιότητα του ατόμου ως έμβιου όντος, χαρακτηριστικά που προσδιορίζουν την κατάσταση της υγείας του, καθώς και το βιολογικό υπόβαθρο της ενδεχόμενης νοσηρότητας. Κατά την αναφορά στα βιολογικά χαρακτηριστικά, γίνεται λόγος για μια σειρά γενετικών αιτιών προσδιορισμού, δεδομένου ότι για κάποιες νόσους υφίστανται κληρονομικοί παράγοντες, αλλά και για μια σειρά άλλων παραγόντων όπως είναι (Ruzicka L., Wunsch G., Kane P., 1989):

1. το βάρος και η ηλικία του εμβρύου
2. η ηλικία της μητέρας
3. οι εξωσυζυγικές γεννήσεις

Η ωριμότητα ενός εμβρύου αποτελεί έναν εκ των πλέον σημαντικών ενδογενών βιολογικών παραγόντων που μπορεί να αυξήσουν τη βρεφική θνησιμότητα, με το βάρος να χρησιμοποιείται ως βασικό στατιστικό μέσο για την ταξινόμηση της αναπτυξιακής ωριμότητας του βρέφους. Σύμφωνα με μελέτες και έρευνες που έχουν διεξαχθεί έχει διατυπωθεί το συμπέρασμα πως, οι θάνατοι ελλιποβαρών βρεφών αποτελούν το 70% σχεδόν, του συνόλου των νεογνικών θανάτων. Το όριο που μπορεί να θεωρηθεί ένα βρέφος ως ελλιποβαρές είναι εκείνο που βρίσκεται κάτω των 1.500 γραμμαρίων βάρους, με την πιθανότητα επιβίωσης να αυξάνεται με γεωμετρική πρόοδο, για κάθε εκατό (100) πρόσθετα γραμμάρια. Μαζί με το βάρος του βρέφους, εάν προστεθεί και η ηλικία κύησης προκύπτει το συμπέρασμα πως, όσο πιο βαρύ είναι ένα βρέφος, για την αντίστοιχη ηλικία κύησης, τόσο καλύτερη είναι η πρόγνωση βιωσιμότητας και τόσο υψηλότερη η πιθανότητα να μην παρουσιασθούν δυσμενείς επιπλοκές. Το ελλιποβαρές ενός βρέφους σχετίζεται σε μεγάλο βαθμό επίσης και με το φύλο του ή και με την καταγωγή του, εάν είναι δηλαδή αστική ή αγροτική (Bideau A. et al, 1997).

Από την άλλη πλευρά, η ηλικία της μητέρας του βρέφους, αποτελεί έναν πολύ σημαντικό παράγοντα αύξησης της βρεφικής θνησιμότητας, παράλληλα όμως και με τη σειρά με την οποία έρχεται στον κόσμο το κάθε παιδί. Η νεογνική και η μετανεογνική θνησιμότητα αυξάνονται ως φαινόμενα εμφάνισης, ανάλογα με την ηλικία της μητέρας, αλλά και ανάλογα με τη σειρά γέννησης του κάθε παιδιού. Πιο συγκεκριμένα, οι γυναίκες που βρίσκονται στην ηλικιακή ομάδα άνω των τριάντα (30) ετών έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να γεννήσουν ένα βρέφος νεκρό ή να πεθάνει το βρέφος αυτό κατά το πρώτο έτος της ζωής του, όπως αντίστοιχα και για εκείνα τα βρέφη που αποτελούν την τέταρτη κύηση και έπειτα μιας γυναίκας. Τέλος, αναφορικά με τον παράγοντα της ύπαρξης ενός νεογνού που προέρχεται από εξωσυζυγική γέννηση, παλαιότερες μελέτες έδειχναν μια σημαντική αύξηση του αριθμού της βρεφικής θνησιμότητας σε αυτές τις περιπτώσεις, η οποία όμως διαχρονικά υπέστη μείωση, ειδικά τη δεκαετία του 2000 και έπειτα. Ο βασικός λόγος παρουσίασης της εξωσυζυγικής γέννησης, ως έναν παράγοντα αύξησης της βρεφικής θνησιμότητας,

εναπόκειται στην άμεση συσχέτιση που υπάρχει με το κοινωνικό και οικονομικό περιβάλλον στο οποίο μια μητέρα καλείται να κυοφορήσει, καθώς και μετέπειτα, να μεγαλώσει το βρέφος (Garrett et al., 2007).

➤ Εξωγενείς Παράγοντες

Αναφορικά με τους εξωγενείς παράγοντες, αυτοί αφορούν τις οικονομικές, κοινωνικές και πολιτισμικές παραμέτρους που μπορεί να επηρεάζουν, είτε θετικά είτε αρνητικά τη βρεφική θνησιμότητα και οι οποίοι είναι αρκετοί στο πλήθος και με υψηλό βαθμό περιπλοκότητας (Κακλαμάνης Σ., Κοτσυφάκης Γ. 2009). Επιπρόσθετα, οι παράγοντες αυτοί μεταξύ τους δεν διακρίνονται για την ανεξαρτησία τους, με συνέπεια, να μην καθίσταται εύκολο και εφικτό να απομονωθεί η επίδραση που ασκεί ο κάθε ένας ξεχωριστά, στη θνησιμότητα των βρεφών. Χαρακτηριστικά παραδείγματα συσχέτισης που υπάρχει ανάμεσα στη βρεφική θνησιμότητα και σε όλους αυτούς τους εξωγενείς παράγοντες, κυρίως στις περιπτώσεις των ανεπτυγμένων κρατών αποτελούν, τόσο η θετική συσχέτιση ανάμεσα στο επίπεδο της θνησιμότητας και στο επίπεδο της οικονομικής ανάπτυξης, όσο και η ισχυρή αρνητική συσχέτιση που υφίσταται στις αναπτυσσόμενες χώρες μεταξύ της βρεφικής θνησιμότητας και του κατά κεφαλήν Ακαθάριστου Εθνικού Προϊόντος (Α.Ε.Π.).

2.4 Σημαντικότερες Αιτίες Βρεφικής Θνησιμότητας

Οι βασικότερες αιτίες που αφορούν την εμφάνιση αλλά περισσότερο την αύξηση της θνησιμότητας που παρουσιάζεται στα βρέφη τα οποία ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα έως ενός (1) έτους, σχετίζονται κυρίως με όσα έμβρυα γεννιούνται νεκρά, ή πεθαίνουν κατά το χρονικό διάστημα διάρκειας της όψιμης θνησιμότητας (0 έως και 27 ημέρες), αλλά και με διάφορες συγγενείς χρωμοσωμικές ανωμαλίες που μπορεί να οφείλονται σε κληρονομικά αίτια ή σε άλλες παθογένειες. Αυτές οι δυο (2) αιτίες θεωρούνται σε παγκόσμιο επίπεδο ως οι πλέον σημαντικές και εμφανείς, μιας και ευθύνονται για το 85% του συνόλου της βρεφικής θνησιμότητας (Κακλαμάνης Σ., Κοτσυφάκης Γ. 2009). Πιο αναλυτικά, οι θάνατοι των βρεφών, προέρχονταν κυρίως από διάφορες εξωτερικές αιτίες, όπως είναι τα τραύματα και οι δηλητηριάσεις, αλλά και από λοιμώδη νοσήματα, ενώ εμφανίζονταν κατά καιρούς και πλήθος θανάτων που οφείλονταν και σε αναπνευστικά νοσήματα, ιδίως στις υπό ανάπτυξη χώρες. Σε γενικές γραμμές, πέραν

των δυο (2) ανωτέρω βασικών αιτίων, που οδηγούν στην εμφάνιση και κυρίως στην εξάπλωση της βρεφικής θνησιμότητας, οι υπόλοιπες αιτίες αφορούν:

- ✓ Η αφυδάτωση
- ✓ Η διάρροια
- ✓ Ο υποσιτισμός
- ✓ Η ελονοσία
- ✓ Η δυσπλασία
- ✓ Ο ξαφνικός θάνατος
- ✓ Η βρεφοκτονία
- ✓ Η βρεφική κακοποίηση – εγκατάλειψη

Το σύνολο σχεδόν εξ όσων αναφέρθηκαν και θεωρούνται πως είναι οι βασικές αιτίες για την αύξηση της παιδικής θνησιμότητας, αναφέρονται σε εξωγενείς παράγοντες, οι οποίοι αυξάνονται και ισχυροποιούνται όσο το περιβάλλον και το κλίμα διαβίωσης αρχικά της λεχώνας και μετέπειτα της μητέρας και του βρέφους είναι δυσμενή.

2.5 Συντελεστής Βρεφικής Θνησιμότητας

Το επίπεδο της βρεφικής θνησιμότητας που μπορεί να παρουσιάζει μια χώρα αντανακλά έντονα και το επίπεδο της ανάπτυξης που η χώρα αυτή παρουσιάζει στο σύνολό της (Garrett et al., 2007). Ένας αντιπροσωπευτικός τρόπος παρουσίασης του επιπέδου της ανάπτυξης μιας χώρας θεωρείται πως είναι και ο συντελεστής που εκφράζει τη βρεφική θνησιμότητα. Ο υπολογισμός αυτού του ειδικού συντελεστή, διαφοροποιείται από τον υπολογισμό των υπολοίπων ειδικών συντελεστών των άλλων ηλικιών. Ένας τρόπος υπολογισμού του συντελεστή αυτού θα μπορούσε να αναφέρεται στο λόγο του αριθμού των θανάτων για άτομα που έχουν ηλικία από μηδέν (0) έτη, προς τον πληθυσμό των ατόμων που έχουν ηλικία μηδέν και ανήκουν στο μέσο του υπό εξέταση έτους. Επειδή όμως ο πληθυσμός των ατόμων που έχουν ηλικία μηδέν (0), εκτός του έτους απογραφής, υπολογίζεται από τα στοιχεία των γεννήσεων που

προκύπτουν, για το λόγο αυτό και ο ειδικός συντελεστής βρεφικής θνησιμότητας (q_0) του έτους «t» υπολογίζεται από τον ακόλουθο τύπο:

$$\text{Ειδικός Συντελεστής Βρεφικής Θνησιμότητας} \quad {}^tq_0 = {}^tD_o / {}^tB \quad (2.1)$$

όπου:

tD_o είναι ο αριθμός των θανάτων των ατόμων που έχουν ηλικία μηδέν (0) κατά το έτος t

tB είναι ο αριθμός των γεννήσεων των ζώντων ατόμων, κατά το ίδιο έτος

Ο υπόψιν ειδικός συντελεστής βρεφικής θνησιμότητας (tq_0) υπολογίζει και την πιθανότητα του θανάτου, εφόσον ο παρονομαστής (tB) είναι εκτεθειμένος στον κίνδυνο του θανάτου, για τον πληθυσμό των ατόμων ηλικίας μηδέν (0), εντός του έτους. Επίσης, ο ίδιος συντελεστής εμφανίζει στατιστικό σφάλμα, μιας και οι θάνατοι των ατόμων ηλικίας μηδέν (0) κατά το έτος t, δεν αναφέρονται μόνον στις γεννήσεις του έτους αυτού, αλλά και σε όσους γεννήθηκαν κατά το προηγούμενο έτος (t – 1) και απεβίωσαν προτού συμπληρώσουν τα πρώτα τους γενέθλια, το έτος t. Αυτό συνεπάγεται πως κατά τη στιγμή που απεβίωσαν η ηλικία τους ήταν μηδέν (0) (Becker S., 2008).

Από τα ανωτέρω προκύπτει το συμπέρασμα πως ο συντελεστής βρεφικής θνησιμότητας είναι:

$${}^tq_0 = {}^tD_o / {}^tB = [{}^tDt_o + {}^tD(t-1)_o] / {}^tB \quad (2.2)$$

ενώ, ο πιο σωστός τρόπος υπολογισμού του συντελεστή θα έπρεπε να είναι:

$${}^tq_0 = {}^tD_o / {}^tB = [{}^tDt_o + {}^tD(t+1)_o] / {}^tB \quad (2.3)$$

Ο τελευταίος όμως συντελεστής παρουσιάζει την πιθανότητα του θανάτου όσων ατόμων είναι ηλικίας μηδέν (0) και ανήκουν στο έτος t και για τον υπολογισμό της θα πρέπει να είναι διαθέσιμα όλα εκείνα τα στοιχεία των θανάτων που θα αναφέρονται, όχι μόνον στην ηλικία αλλά και στο έτος της γέννησης του θανόντος. Ο περιορισμός όμως που υπάρχει για τον υπολογισμό της πιθανότητας αυτής ισχύει παρά μόνο σε ελάχιστες χώρες, στις οποίες τα εμπειρικά δεδομένα παρέχονται σε τόσο αναλυτική μορφή, αντίθετα με την πλειοψηφία των χωρών όπου τα εμπειρικά δεδομένα παρέχονται μόνον κατά ηλικία.

Από την ανάλυση που προηγήθηκε και συγκρίνοντας τους δυο (2) συντελεστές βρεφικής θνησιμότητας διαφαίνεται πως, υπάρχει μια αντικατάσταση του ${}^tD(t+1)_o$ με το ${}^tD(t-1)_o$, αντικαθιστώντας ουσιαστικά τον αριθμό των συμβάντων όσων γεννήθηκαν το έτος t και απεβίωσαν προτού συμπληρώσουν τα πρώτα τους γενέθλια, δηλαδή το έτος $t+1$, σε ηλικία μηδέν (0), με τον αριθμό των συμβάντων όσων γεννήθηκαν το έτος $t-1$ και απεβίωσαν προτού συμπληρώσουν τα πρώτα τους γενέθλια, δηλαδή το έτος t , σε ηλικία μηδέν (0). Λαμβάνοντας όμως ως δεδομένο πως, τόσο το μέγεθος και η κατά ηλικία σύνθεση του πληθυσμού μιας χώρας, όσο και η μορφή και η ένταση της κατά ηλικίας θνησιμότητας, δεν διαφοροποιούνται σημαντικά από το ένα έτος στο άλλο, τότε το σφάλμα προσέγγισης που παρουσιάζεται στον αρχικό τύπο συντελεστή βρεφικής θνησιμότητας μπορεί να θεωρηθεί ως μη σημαντικό.

Εναλλακτικά, σε εκείνη την κοινή περίπτωση κατά την οποία, τα εμπειρικά δεδομένα των θανάτων παρέχονται μόνο ηλικιακά, αυτό συνεπάγεται πως το q_0 μπορεί να προσεγγισθεί και έμμεσα, έχοντας όμως πρότερα υπολογίσει έναν άλλο συντελεστή, τον «φ», ο οποίος χαρακτηρίζεται ως συντελεστής διαχωρισμού. Ο υπόψιν συντελεστής μπορεί να υπολογισθεί μέσα από την παροχή αναλυτικών δεδομένων για έναν τυπικό πληθυσμό, ο οποίος πληθυσμός μπορεί να είναι εκείνος κάποιου προηγούμενου έτους (t') ή ακόμη και ο πληθυσμός μιας άλλης χώρας, για τον οποίο όμως υφίστανται στοιχεία περί των θανάτων σε αναλυτική μορφή, παρέχοντας δεδομένα τόσο κατά το έτος της γέννησης, όσο και κατά ηλικία. Ο συντελεστής διαχωρισμού «φ», υπολογίζεται ως ακολούθως (Du B., Zhang Y., 2011):

$$\Phi = {}^tDt_o / {}^tD_o = {}^tDt_o / ({}^tDt_o + {}^tD(t'+1)_o) \quad (2.4)$$

όπου:

tDt_o , είναι οι θάνατοι που αναφέρονται στα άτομα ηλικίας μηδέν (0), που ανήκουν στη γενιά t' , με τους θανάτους αυτούς να λαμβάνουν χώρα κατά το έτος t' , που αποτελεί το ίδιο έτος με εκείνο της γέννησής τους.

tD_o , είναι ο συνολικός αριθμός των θανάτων των ατόμων που έχουν ηλικία μηδέν (0) και ανήκουν στη γενιά t' . Οι θάνατοι αυτοί έλαβαν χώρα κατά τα έτη t' ή κατά τα έτη $t'+1$.

${}^t\mathbf{D}(t'+1)_0$, είναι οι θάνατοι των ατόμων που έχουν ηλικία μηδέν (0), ανήκουν στη γενιά t' και έχουν λάβει χώρα κατά το έτος $t' + 1$. Οι θάνατοι αυτοί έλαβαν χώρα προτού τα άτομα συμπληρώσουν τα πρώτα τους γενέθλια, κατά το έτος $t' + 1$.

Επομένως, λαμβάνοντας υπόψιν, τόσο τον αρχικό συντελεστή θνησιμότητας, όσο και το συντελεστή διαχωρισμού «φ», ο αριθμητής του συντελεστή θνησιμότητας για τα άτομα ηλικίας μηδέν (0) κατά το έτος t , υπολογίζεται ως ο σταθμικός μέσος του ${}^t\mathbf{D}t_0$ και του ${}^{t+1}\mathbf{D}t_0$, με συντελεστή στάθμισης τα «φ» και «(1 - φ)».

$${}^tq_0 = \frac{\varphi {}^t\mathbf{D}t_0 + (1 - \varphi) {}^{t+1}\mathbf{D}t_0}{{}^t\mathbf{B}} \quad (2.5)$$

${}^t\mathbf{B}$

όπου:

${}^t\mathbf{D}t_0$, οι θάνατοι όσων ατόμων ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα μηδέν (0), κατά το έτος t

${}^{t+1}\mathbf{D}t_0$, οι θάνατοι όσων ατόμων ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα μηδέν (0), κατά το έτος $t + 1$

${}^t\mathbf{B}$, οι γεννήσεις των ζώντων ατόμων κατά το έτος t

2.6 Δείκτες Βρεφικής Θνησιμότητας

Πέραν του συντελεστή βρεφικής θνησιμότητας, υπάρχει και μια σειρά άλλων δεικτών, μέσω των οποίων καθίσταται εφικτός ο υπολογισμός της βρεφικής θνησιμότητας, για τις διάφορες κατηγορίες στις οποίες μπορεί να διακρίνεται. Οι δείκτες αυτοί βρεφικής θνησιμότητας έχουν ως ακολούθως:

➤ Δείκτης Νεογνικής Θνησιμότητας

Ο δείκτης αυτός υπολογίζεται ως το πηλίκο των θανάτων των βρεφών κατά τις πρώτες είκοσι οκτώ (28) ημέρες ζωής τους (${}^{27}\mathbf{D}_0$), ενός ημερολογιακού έτους, προς το σύνολο των γεννήσεων των ζώντων βρεφών (B), για το ίδιο ημερολογιακό έτος, πολλαπλασιασμένο επί χίλια (1.000) (Becker S., 2008)

$$\text{Δείκτης Νεογνική Θνησιμότητας} = \frac{{}^{27}\mathbf{D}_0}{\mathbf{B}} \times 1.000 \quad (2.6)$$

B

➤ Δείκτης Πρώιμης Νεογνικής Θνησιμότητας

Ο δείκτης αυτός υπολογίζεται ως το πηλίκο των θανάτων των βρεφών κατά τις πρώτες επτά (7) ημέρες ζωής τους (6D_0), ενός ημερολογιακού έτους, προς το σύνολο των γεννήσεων των ζώντων βρεφών (B), για το ίδιο ημερολογιακό έτος, πολλαπλασιασμένο επί χίλια (1.000) (Becker S., 2008)

$$\text{Δείκτης Πρώιμης Νεογνικής Θνησιμότητας} = \frac{{}^6D_0}{B} \times 1.000 \quad (2.7)$$

B

➤ Δείκτης Όψιμης Νεογνικής Θνησιμότητας

Ο δείκτης αυτός υπολογίζεται ως το πηλίκο των θανάτων των βρεφών που λαμβάνουν χώρα στο χρονικό διάστημα μεταξύ της 7^{ης} ημέρας και της 27^{ης} ημέρας της ζωής τους (${}^{27}D_0$), ενός ημερολογιακού έτους, προς το σύνολο των γεννήσεων των ζώντων βρεφών (B), για το ίδιο ημερολογιακό έτος, πολλαπλασιασμένο επί χίλια (1.000) (Nadezhda A., Redmond W., 2003)

$$\text{Δείκτης Όψιμης Νεογνικής Θνησιμότητας} = \frac{{}^{27}D_0}{B} \times 1.000 \quad (2.8)$$

B

➤ Δείκτης Μετανεογνικής Θνησιμότητας

Ο δείκτης αυτός υπολογίζεται ως το πηλίκο των θανάτων των βρεφών που λαμβάνουν χώρα στο χρονικό διάστημα μεταξύ της 28^{ης} ημέρας και της 365^{ης} ημέρας της ζωής τους (${}^{28-365}D_0$), ενός ημερολογιακού έτους, προς το σύνολο των γεννήσεων των ζώντων βρεφών (B), για το ίδιο ημερολογιακό έτος, πολλαπλασιασμένο επί χίλια (1.000) (Nadezhda A., Redmond W., 2003)

$$\text{Δείκτης Μετανεογνικής Θνησιμότητας} = \frac{{}^{28-365}D_0}{B} \times 1.000 \quad (2.9)$$

B

➤ Δείκτης Περιγεννητικής Θνησιμότητας

Ο δείκτης αυτός υπολογίζεται ως το πηλίκο του αθροίσματος των γεννήσεων νεκρών βρεφών (B_m) και των νεογνικών θανάτων (${}^{27}D_0$) που λαμβάνουν χώρα εντός ενός ημερολογιακού έτους, προς το άθροισμα του συνόλου των γεννήσεων των ζώντων βρεφών (B) και των γεννήσεων νεκρών βρεφών (B_m), για το ίδιο ημερολογιακό έτος, πολλαπλασιασμένο επί χίλια (1.000) (Nadezhda A., Redmond W., 2003)

$$\text{Δείκτης Περιγεννητικής Θνησιμότητας} = \frac{B_m + {}^{27}D_o}{B + B_m} \times 1.000 \quad (2.10)$$

$$B + B_m$$

2.7 Ανακεφαλαίωση

Στο παρόν κεφάλαιο παρουσιάστηκε και αναλύθηκε εκτενώς, η έννοια της βρεφικής θνησιμότητας και η σημαντικότητα που κατέχει ως ένα φαινόμενο αρκετά έντονο και σημαντικό, ιδιαίτερα σε εκείνες τις χώρες των οποίων το εισόδημα βρίσκεται σε επίπεδα αρκετά χαμηλά ή μέτρια. Η βρεφική θνησιμότητα διακρίνεται σε δυο (2) μεγάλες κατηγορίες, στη νεογνική θνησιμότητα και στη μετανεογνική θνησιμότητα. Η πρώτη αναφέρεται στα νεογνά που αποβιώνουν εντός των πρώτων είκοσι οκτώ (28) ημερών της ζωής τους, ενώ η μετανεογνική θνησιμότητα αναφέρεται στο θάνατο ενός βρέφους που λαμβάνει χώρα από την 28^η ημέρα της γέννησής του, έως και την 365^η ημέρα της ζωής του. Οι παράγοντες που επιδρούν και συμβάλουν στην εμφάνιση αρχικά και κατόπιν στην αύξηση ή μείωση της βρεφικής θνησιμότητας είναι τόσο ενδογενείς, όσο και εξωγενείς. Οι ενδογενείς παράγοντες αναφέρονται σε μια σειρά βιολογικών χαρακτηριστικών όπως είναι, το βάρος και η ηλικία του εμβρύου, η ηλικία της μητέρας, αλλά και οι εξωσυζυγικές γεννήσεις. Οι εξωγενείς παράγοντες από την άλλη πλευρά αναφέρονται σε όλους τους άλλους, οικονομικούς, κοινωνικούς και πολιτισμικούς παράγοντες επηρεασμού της βρεφικής θνησιμότητας.

Οι βασικότερες αιτίες που οδηγούν στην εμφάνιση φαινομένων βρεφικής θνησιμότητας σχετίζονται κυρίως με όσα έμβρυα γεννιούνται νεκρά, ή πεθαίνουν κατά το χρονικό διάστημα διάρκειας της όψιμης θνησιμότητας (0 έως και 27 ημέρες), καθώς επίσης και με διάφορες συγγενείς χρωμοσωμικές ανωμαλίες που (κληρονομικά αίτια ή παθογένειες). Άλλες αιτίες εμφάνισης και ανάπτυξης του φαινομένου της βρεφικής θνησιμότητας οφείλονται σε παθήσεις όπως είναι ο υποσιτισμός, η ελονοσία, η δυσπλασία, η βρεφοκτονία, η βρεφική κακοποίηση και εγκατάλειψη, κλπ. Τέλος, στο παρόν κεφάλαιο εξετάστηκαν και μια σειρά δεικτών, η χρήση των οποίων συνδράμει στον υπολογισμό του μεγέθους της βρεφικής θνησιμότητας. Οι δείκτες αυτοί αφορούν τη νεογνική θνησιμότητα, την πρώιμη νεογνική θνησιμότητα, την όψιμη νεογνική θνησιμότητα, τη μετανεογνική θνησιμότητα, καθώς και την περιγεννητική θνησιμότητα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ & Α.Ε.Π.

3.1 Εισαγωγή

Τα οικονομικά μεγέθη και οι δαπάνες υγείας που πραγματοποιούνται, διακρίνονται από μια ιδιαίτερη σχέση, με τη σημαντικότητά της να είναι ξεχωριστή, συνέπεια των έντονων οικονομικών κυρίως ανισοτήτων που παρουσιάζουν οι διάφορες χώρες μεταξύ τους. Οι αποκλίσεις στα οικονομικά μεγέθη που εμφανίζονται από χώρα σε χώρα είναι σε πολλές περιπτώσεις ιδιαίτερα υψηλές και προέρχονται ως επί το πλείστον από τις διαφορές που υπάρχουν στα εθνικά εισοδήματα αυτών των χωρών. Έχει διατυπωθεί κατά καιρούς η άποψη πως, ένα άτομο είναι υγιές, όταν ζει σε μια πλούσια και υγιή οικονομικά χώρα, το οποίο σε έναν βαθμό αντικατοπτρίζει το περιεχόμενο των σημαντικών οικονομικών αποκλίσεων, χωρίς όμως να το αποδίδει πλήρως. Από την άλλη πλευρά ασφαλώς θα μπορούσε να υποστηριχθεί πως, μια συνεχόμενη οικονομική ανάπτυξη και ευημερία, δεν μπορεί να εξασφαλίσει σε μια κοινωνία και τη βελτίωση του επιπέδου της υγείας που παρέχεται (Dreger C., Reimer H., 2005).

Ανάμεσα στον πλούτο που μπορεί μια χώρα να διαθέτει και στο επίπεδο της παρεχόμενης υγείας διαμορφώνεται μια συναρτησιακή σχέση, η οποία υφίσταται και διευρύνεται, όσο η οικονομική ανάπτυξη της χώρας δεν υπερβαίνει ένα ορισμένα επίπεδο. Το επίπεδο αυτό της οικονομικής ανάπτυξης έχει τεθεί στα όρια του κατά κεφαλήν εισοδήματος των \$5.000, το οποίο χαρακτηρίζεται από την επιδημιολογική μετάβαση και τη νοσηρότητα των λοιμωδών νοσημάτων, στη νοσηρότητα παθήσεων όπως είναι τα καρδιαγγειακά, οι καρκίνοι, αλλά και διάφορα άλλα εκφυλιστικά νοσήματα. Σε επίπεδα ανώτερα από αυτά των \$5.000 η συσχέτιση που υπάρχει ανάμεσα στις δαπάνες υγείας και στο Ακαθάριστο Εθνικό Προϊόν (Α.Ε.Π.) μιας χώρας εξασθενεί.

Μια συσχέτιση χαμηλού βαθμού, μεταξύ του Α.Ε.Π. μιας πλούσιας σε κεφάλαια χώρας και του επιπέδου υγείας που διαθέτει, μπορεί να οφείλεται στο ότι αυτό το κατά κεφαλήν Α.Ε.Π. δεν παρουσιάζει το σύνολο του πλήθους των κοινωνικών εκείνων παραγόντων που μπορεί να αφορούν τη διάρθρωση της οικονομίας, όπως για παράδειγμα το πώς το εισόδημα των ατόμων παράγεται από την οικονομία της χώρας ή

το πώς πραγματοποιείται η κατανομή αυτή των εισοδημάτων μεταξύ των ατόμων. Μελέτες και έρευνες που έχουν διεξαχθεί διαχρονικά και σε μεγάλο πλήθος έχουν ως βασικό τους θέμα αναζήτησης τη μη στασιμότητα ως προς τις δαπάνες υγείας και το εισόδημα των ατόμων, εξετάζοντας παράλληλα και τη μακροπρόθεσμη σχέση που διαμορφώνεται, ανάμεσα σε αυτές τις παραμέτρους (Guisan C., Exposito P., 2006).

Το ερώτημα το οποίο τίθεται αναφέρεται στο μέγεθος του Α.Ε.Π. (ποσοστό), που θα πρέπει να χορηγείται αναφορικά την παροχή υπηρεσιών υγείας, με την απάντηση που δίνεται να είναι στη συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων υπέρ της όσο το δυνατόν υψηλότερης χρηματοδότησης. Ο μεγαλύτερος πλούτος και εισόδημα σε μια χώρα της επιτρέπει να μπορεί να προβαίνει σε μεγαλύτερες δαπάνες για την υγεία, εξασφαλίζοντας με τον τρόπο αυτό στους ασφαλισμένους, όσο το δυνατόν πιο επαρκείς και αποτελεσματικές υπηρεσίες. Περιορίζοντας με τον οποιοδήποτε τρόπο, τις δαπάνες για ιατρικές υπηρεσίες, επέρχονται αρνητικά αποτελέσματα τα οποία δεν αναφέρονται μόνο στην επάρκεια των υπηρεσιών αυτών, αλλά και στην πρόσβαση, στη φροντίδα και στην ελευθερία επιλογής από την πλευρά των ασθενών, στοιχεία δηλαδή με ποιοτικά χαρακτηριστικά ως προς την παρεχόμενη περίθαλψη.

3.2 Ορισμός Δαπανών Υγείας

Οι δαπάνες υγείας ως έννοια, αναφέρονται σε κάθε τύπο δαπάνης που μπορεί να πραγματοποιηθεί με βασικό και πρωταρχικό σκοπό τη βελτίωση ή ακόμη και την πρόληψη της επιδείνωσης της κατάστασης της υγείας ενός ατόμου ή ενός ολόκληρου πληθυσμού. Μέσω της διατύπωσης αυτού του ορισμού, καθίσταται εφικτή η δυνατότητα της μέτρησης των οικονομικών δραστηριοτήτων μιας χώρας, ανάλογα με τον πρωταρχικό σκοπό αλλά και τα αποτελέσματα που παράγονται από το ευρύτερο σύστημα υγείας. Ως προς τις δραστηριότητες, αυτές σχετίζονται και με την εξυπηρέτηση του πρωταρχικού σκοπού ενός συστήματος υγείας, καθώς επίσης και με όσες άλλες αναλαμβάνονται προκειμένου να βελτιωθεί ή και να διατηρηθεί ένα αρκετά ικανοποιητικό επίπεδο υγείας (Canadian Institute for Health Information, 2002).

Λαμβάνοντας υπόψιν τη διεθνή βιβλιογραφία και τις ποικίλες αναφορές που έχουν γίνει διαχρονικά, οι δαπάνες υγείας θα μπορούσαν να κατηγοριοποιηθούν στις ακόλουθες τρεις (3) κατηγορίες:

1. Ιατρικές Δαπάνες

Οι ιατρικές δαπάνες αφορούν τις αμοιβές των γιατρών, τα έξοδα μεταφοράς των ασθενών, τα έξοδα για τις διάφορες θεραπείες στις οποίες θα πρέπει να υποβληθούν, κλπ.

2. Νοσοκομειακές Δαπάνες

Οι νοσοκομειακές δαπάνες αφορούν τα έξοδα νοσηλείας των ασθενών, τις διάφορες δαπάνες για επεμβάσεις, τις δαπάνες φαρμάκων, καθώς επίσης και τις δαπάνες για διάφορες παρακλινικές εξετάσεις.

3. Φαρμακευτικές Δαπάνες

Οι φαρμακευτικές δαπάνες αφορούν τα διάφορα έξοδα για φάρμακα, καθώς επίσης και τα έξοδα για φάρμακα που ανήκουν στην κατηγορία των οπτικών και των ορθοπεδικών φαρμάκων.

Εάν στις ανωτέρω βασικές κατηγορίες ιατρικών δαπανών προστεθούν και όσες δαπάνες αφορούν τη σχολική ιατρική, τις δαπάνες για την παροχή υγειονομικών υπηρεσιών στρατού, τις δαπάνες για την ιατρική της εργασίας, την κατάρτιση, την πρόληψη, την έρευνα και τις λειτουργικές δαπάνες, τότε όλες αυτές αποτελούν τις συνολικές δαπάνες υγείας. Αναφορικά με τα κράτη, το συνολικό ποσό των δαπανών για την υγεία διαμορφώνεται ως το άθροισμα της ιδιωτικής και της δημόσιας κατανάλωσης υπηρεσιών υγείας, καθώς επίσης και από το άθροισμα των δημόσιων και ιδιωτικών επενδύσεων που υλοποιούνται για τον κλάδο της υγείας. Ως προς τη δημόσια κατανάλωση αυτή αφορά εκείνα τα έξοδα ενός συστήματος υγείας τα οποία καλύπτονται από τον κρατικό προϋπολογισμό, ενώ από την άλλη πλευρά, η ιδιωτική κατανάλωση αφορά τα ίδια έξοδα για το υγειονομικό σύστημα, καθώς επίσης και τη συμμετοχή σε αυτό το κόστος και από την πλευρά των ιδιωτών – καταναλωτών. Οι κρατικοί φορείς συμμετέχουν επίσης στο παρεχόμενο υγειονομικό σύστημα και μέσω της υλοποίησης επενδύσεων δημόσιου χαρακτήρα, ενώ η έννοια της ιδιωτικής επένδυσης, σχετίζεται με τη δημιουργία των κατάλληλων από τους ιδιώτες υποδομών, με βασικό σκοπό τη μελλοντική απόδοση των κεφαλαίων που επενδύουν, μιας και αυτού του είδους οι επενδύσεις έχουν χαρακτήρα κερδοσκοπικό (Σούλης Σ., 1998).

Σε ένα μεγάλο πλήθος κρατών, τόσο το συνολικό ύψος των δαπανών υγείας αλλά και η σύνθεση αυτών δεν είναι γνωστά με επικυρωμένα στοιχεία. Η κατάσταση αυτή λαμβάνει χώρα διότι, ενώ είναι εφικτός ο υπολογισμός του ύψους, τόσο των δημόσιων όσο και των ιδιωτικών επενδύσεων, καθώς επίσης και του μεγέθους της δημόσιας κατανάλωσης, δεν υπάρχουν επαρκή και επίσημα στοιχεία ως προς την ιδιωτική κατανάλωση που υλοποιείται, αλλά και ως προς τις ιδιωτικές δαπάνες υγείας. Το ζήτημα αυτό που προκύπτει σχετικά με τον τρόπο υπολογισμού του συνόλου των δαπανών υγείας για κάθε χώρα επιδεινώνεται συνεχώς, μιας και δεν μπορεί να πραγματοποιηθεί διάκριση σχετικά με τις διάφορες δαπάνες που γίνονται ανά βαθμίδα περίθαλψης. Η αδυναμία εντοπίζεται στην αποτυχία της περιγραφής της πορείας ενός ασθενούς στο σύστημα υγείας, καθ' όλη τη διάρκεια του βίου του, ενώ σε πλήθος περιπτώσεων απαιτείται να υπάρχει και η παράλληλη χρήση και παρακολούθηση τόσο ενδονοσοκομειακής όσο και εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, για την αντιμετώπιση ποικίλων προβλημάτων ενός ασθενούς (Κυριόπουλος Γ., Νιάκας Δ., 1994).

Στην ανωτέρω διάκριση που αναλύθηκε στηρίζεται και το σύστημα λογαριασμών του Οργανισμού για την Οικονομική Συνεργασία και Ανάπτυξη (Ο.Ο.Σ.Α.) που αφορούν την υγεία και το οποίο παρέχει ένα συγκεκριμένο πλαίσιο για τη δημιουργία διεθνώς συγκρίσιμων λογαριασμών (Λιαρόπουλος Λ., Νικολάου Σ., 2011). Το σύστημα αυτό του Ο.Ο.Σ.Α. φέρει την επωνυμία «System of Health Accounts – SHA» και η φιλοσοφία του στηρίζεται σε μια συνεχή προσπάθεια για την άντληση πληροφοριών που θα συνδράμουν στη δημιουργία μιας ενιαίας βάσης δεδομένων, των Εθνικών Λογαριασμών Υγείας. Σύμφωνα με το «System of Health Accounts – SHA», η κωδικοποίηση των διαφόρων κατηγοριών δαπανών υγείας, από την οποία και εξάγεται το αποτέλεσμα της συνολικής δαπάνης για την υγεία, έχει ως ακολούθως:

Πίνακας 3.1

Σύστημα Λογαριασμών Ο.Ο.Σ.Α. - System of Health Accounts

<i>ICHA Code</i>	<i>Functions of Health Care (Λειτουργίες Φροντίδας Υγείας)</i>
HC.1-HC.5	Personal health care services and goods (Συνολική δαπάνη εξατομικευμένης φροντίδας)
HC.1	Services of curative care (Θεραπευτικές φροντίδες)
HC.2	Services of rehabilitative care (Φροντίδα Αποκατάστασης)
HC.3	Services of long - term nursing care (Μακροχρόνια νοσηλευτική φροντίδα)
HC.4	Ancillary services to health care (Βοηθητικές υπηρεσίες)
HC.5	Medical goods dispensed to out - patients (υγειονομικό υλικό εξωτερικών ασθενών)
HC.6-HC.7	Collective health care services (Συλλογικές υπηρεσίες φροντίδας υγείας)
HC.6	Prevention and public health services (Υπηρεσίες πρόληψης και δημόσιας υγείας)
HC.7	Health administration and health insurance (Διοίκηση υπηρεσιών και ασφάλιση υγείας)
HC.R	Health - related functions (Σχετιζόμενες με την υγεία λειτουργίες)
HC.R.1	Capital formation of health care provider institutions (επένδυση παγίου κεφαλαίου των οργανισμών παροχής φροντίδας υγείας)

3.3 Προσδιοριστικοί Παράγοντες Δαπανών Υγείας

Έως και τα μέσα της δεκαετίας του 1970, το κόστος που αφορούσε τον κλάδο της υγείας, δεν αποτελούσε ένα ζήτημα για τις κυβερνήσεις των κρατών, μιας και η εξέλιξη των δαπανών υγείας συμβάδιζε με τη σταθερή αύξηση που επιτυγχανόταν στο Α.Ε.Π. των χωρών αυτών. Εντούτοις, από τα τέλη της υπόψιν δεκαετίας και μέχρι και τις αρχές της δεκαετίας του 1980, διάφοροι οικονομολόγοι μελετητές ξεκίνησαν να διερευνούν τον τομέα των δαπανών για την υγεία, κρίνοντας πως, ο ρυθμός της μεταβολής τους είναι περισσότερο ταχύς από τον αντίστοιχο ρυθμό μεταβολής του Α.Ε.Π. και ενδεχομένως να πρέπει με κάποιο τρόπο να συγκρατηθούν. Για το λόγο αυτό λοιπόν, οι προσπάθειές τους επικεντρώθηκαν στην αναζήτηση εκείνων των παραγόντων που επηρεάζουν την αυξητική τους πορεία, με πληθώρα ερευνών, τόσο από μεμονωμένους ερευνητές, όσο και από εμπειρογνώμονες διεθνών και δημόσιων οργανισμών. Όλη αυτή η επιστημονική δραστηριότητα αναπτύχθηκε κυρίως υπό την αιγίδα αλλά και την εποπτεία οργανισμών όπως είναι, ο Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (Ο.Ο.Σ.Α.), ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.), τα Ηνωμένα Έθνη, η Παγκόσμια Τράπεζα κλπ. Ο απώτερος στόχος όλων των ανωτέρω οργανισμών ήταν η ταυτοποίηση εκείνων των παραγόντων που επηρεάζουν την αυξητική πορεία των δαπανών υγείας και παράλληλα, η διατύπωση προτάσεων που θα αφορούν την εφαρμογή νέων πολιτικών υγείας, κατάλληλων ώστε να εξουδετερώσουν την επίδραση των παραγόντων αυτών (Αντωνοπούλου Λ., 2010).

Η λίστα των προσδιοριστικών παραγόντων των δαπανών υγείας είναι πολυπληθής και πολυποίκιλη, με τους κυριότερους εξ αυτών να έχουν ως ακολούθως:

❖ Βιοτικό Επίπεδο

Ένας εκ των σημαντικότερων παραγόντων και λόγων, που μπορούν να οδηγήσουν στην αύξηση των δαπανών υγείας θεωρείται πως είναι και η άνοδος του βιοτικού επιπέδου που χαρακτηρίζει τους πληθυσμούς των ανεπτυγμένων κυρίως χωρών, κατά τη διάρκεια των τελευταίων πενήντα (50) ετών. Μια χώρα όσο πιο πλούσια θεωρείται και είναι, τόσο υψηλότερη σημασία προσδίδει στον κλάδο της υγείας, διοχετεύοντας πλήθος οικονομικών πόρων προς αυτόν (Αντωνοπούλου Λ., 2010). Το Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν (Α.Εγχ.Π.) ενός κράτους θεωρείται πως είναι ένας εκ των βασικότερων παραγόντων που μπορούν να προσδιορίσουν τη διαχρονική εξέλιξη των

δαπανών περίθαλψης. Το οικονομικό αυτό μέγεθος, δεν επηρεάζει τις δαπάνες υγείας μόνο σε επίπεδο κράτους, αλλά και σε ιδιωτικό επίπεδο (νοικοκυριών). Πλήθος μελετών και ερευνών που έχουν διεξαχθεί έχουν αποκαλύψει πως, εκείνες οι χώρες που μπορεί να εμφανίζουν ένα υψηλό μέγεθος κατά κεφαλήν Α.Εγχ.Π. εμφανίζουν ταυτόχρονα και υψηλότερες δαπάνες υγείας, όχι μόνο σε όρους απόλυτους, αλλά και σε όρους σχετικούς, που εκφράζονται ως ποσοστό του Α.Εγχ.Π. (Przywara B., 2010).

Ένας ακόμη σημαντικός προσδιοριστικός παράγοντας που οδηγεί στην αύξηση των δαπανών για την υγεία και σχετίζεται άμεσα με το βιοτικό επίπεδο μιας χώρας είναι και το εισόδημα των νοικοκυριών. Εκείνα τα νοικοκυριά τα οποία παρουσιάζουν υψηλότερα εισοδήματα, εμφανίζουν παράλληλα και υψηλότερη πιθανότητα να καταφύγουν στη χρήση ιατρικών υπηρεσιών, ιδιωτικού χαρακτήρα, ή να επισκεφθούν κάποιο ιατρό ή γενικότερα, να δαπανήσουν χρήματα προκειμένου να λάβουν μια ιατρική φροντίδα. Από αυτή τη σχέση που δημιουργείται ανάμεσα, στο εισόδημα μιας χώρας ή πιο συγκεκριμένα ενός νοικοκυριού και στις δαπάνες υγείας στις οποίες το νοικοκυριό αυτό μπορεί να προβεί, είναι εφικτό να διαμορφωθούν δυο (2) βασικά συμπεράσματα (Nandakumar A., Farag M., 2008):

- Αρχικά, υπάρχει μια θετική σχέση ου διαμορφώνεται ανάμεσα, στο εισόδημα και στις δαπάνες για την υγεία, η οποία σχέση εκφράζεται μέσω της ελαστικότητας του εισοδήματος
- Όπου υπάρχει εισοδηματική ελαστικότητα που διαμορφώνεται σε μεγέθη μεγαλύτερα της μονάδος (1), η δημιουργία της μπορεί να οφείλεται στην ύπαρξη αδυναμίας ελέγχου επί των πραγματικών επιδράσεων που ασκούν τόσο οι τεχνολογικές εξελίξεις που λαμβάνουν χώρα διαχρονικά, όσο και οι σχετικές τιμές στις οποίες διαμορφώνονται οι υγειονομικές υπηρεσίες.
- ❖ Κατανομή Πληθυσμού ανά Ηλικία & Επιδημιολογικές Ανάγκες

Ένας εκ των βασικότερων παραγόντων που συμβάλλει σημαντικά στην αύξηση της κατανάλωσης της ιατρικής περίθαλψης και των δαπανών υγείας, είναι και ο δημογραφικός. Συνέπεια των βελτιώσεων που επέρχονται στον τομέα της υγείας, τα ποσοστά θνησιμότητας μειώνονται με ταχύτατο ρυθμό, εν συγκρίσει με τα αντίστοιχα ποσοστά γεννητικότητας που παρουσιάζονται. Με τη διαφορά μεταξύ των ποσοστών

θνησιμότητας – γεννητικότητας να μεγαλώνει, είναι απόλυτα φυσιολογικό και αναμενόμενο να παρουσιάζεται σταδιακή αύξηση στον πληθυσμό των κρατών, ανεπτυγμένων και αναπτυσσόμενων. Παράλληλα όμως, δημιουργείται και μια κατάσταση όπου το ποσοστό των ηλικιωμένων ατόμων επί του συνόλου του πληθυσμού αυξάνεται, λόγω της μείωσης της θνησιμότητας, επηρεάζοντας τόσο τις ανάγκες, όσο και τη ζήτηση για τη λήψη υπηρεσιών υγείας.

Επομένως, η δομή του πληθυσμού ανά ηλικιακή ομάδα μεταβάλλεται, επηρεάζοντας και τη ζήτηση που εμφανίζεται για υπηρεσίες περίθαλψης, μιας και τα άτομα που έχουν ηλικία άνω των εξήντα πέντε (65) ετών, καθώς και όσα παιδιά έχουν ηλικία μικρότερη των δέκα πέντε (15) ετών, παρουσιάζουν αυξημένη την ανάγκη της ιατρικής κατανάλωσης. Η αλλαγή αυτή στη δομή του πληθυσμού, αλλά και στη ζήτηση ιατρικών υπηρεσιών, αποτελεί ένα σημαντικό θέμα έρευνας, με γνώμονα τη σημαντικότητα που υπάρχει στην παροχή υπηρεσιών υγείας σε άτομα άνω των εξήντα πέντε (65) ετών. Επίσης, ένας ακόμη σημαντικός παράγοντας, επί του οποίου κινήθηκαν οι έρευνες ήταν και η οικονομική κατάσταση που παρουσίαζαν τα ηλικιωμένα αυτά άτομα, η οποία επηρεάζει τη λήψη και κατανάλωση υπηρεσιών ιατρικής περίθαλψης (Αντωνοπούλου Λ., 2010).

Πέραν της μεταβολής της ηλικιακής κατανομής των ατόμων, υπάρχει και ένας ακόμη παράγοντας ο οποίος επηρεάζει τις ανάγκες λήψης υπηρεσιών υγείας για τον πληθυσμό και αφορά την επιδημιολογική μετάβαση. Οι επιδημιολογικές ανάγκες του πληθυσμού αναφέρονται στην τάση που υπάρχει για μεταβολή ως προς το προφίλ των ασθενειών που παρουσιάζονται στους ανθρώπους, συνέπεια της οικονομικής ανάπτυξης και της πτώσης των ποσοστών γεννητικότητας. Τέτοιες διαφοροποιημένες ασθένειες είναι οι διάφορες λοιμώξεις που εμφανίζονται και οι οποίες μπορεί να συνδέονται με παρελθούσες καταστάσεις (περιγεννητικές και επιλόχιες καταστάσεις), ή ο υποσιτισμός, αλλά πλέον έχουν εξελιχθεί και επηρεάζονται άμεσα από το σύγχρονο τρόπο διαβίωσης των ατόμων. Οι νέες, διαφοροποιημένες ασθένειες έχουν ως βασική πηγή δημιουργίας τους την υιοθέτηση επικίνδυνων ατομικών συμπεριφορών (τοξικομανίες, επικίνδυνη οδήγηση, παχυσαρκία, κάπνισμα, κλπ.), καθώς επίσης και την επιδείνωση του περιβάλλοντος. Ένα πολύ μεγάλο μέρος των νέων αυτών ασθενειών περιλαμβάνει επίσης και παθήσεις που χαρακτηρίζονται ως μη ιάσιμες, όπως είναι η

νόσος του Alzheimer, το HIV, αλλά και οι καρκινοπαθείς (Nandakumar A., Farag M., 2008).

❖ Τεχνολογική & Ιατρική Πρόοδος

Η τεχνολογική πρόοδος που έχει συντελεστεί στον τομέα της ιατρικής αποτέλεσε και αποτελεί έναν ιδιαίτερα πιο σημαντικό παράγοντα, ενδεχομένως και τον πιο σημαντικό, που μπορεί να επηρεάσει την ανάπτυξη, την παροχή, αλλά και τη χρηματοδότηση που αφορά την υγειονομική περίθαλψη. Η εισαγωγή νέων διαφοροποιημένων και προηγμένων τεχνολογιών στο σύστημα της ιατρικής περίθαλψης έχει συμβάλει αποφασιστικά στην αύξηση των δαπανών για λόγους υγείας και πιο συγκεκριμένα, των νοσοκομειακών δαπανών. Ειδικότερα, μέσα από την εισαγωγή νέων τεχνολογιών στα διάφορα υγειονομικά συστήματα υλοποιείται η μεταφορά ενός ιδιαίτερα σημαντικού ποσού κεφαλαίων, χωρίς όμως παράλληλα να προκαλείται κάποια αντίστοιχη μείωση στη χρήση εργατικού δυναμικού. Αντιθέτως, η παρουσία ολοένα και περισσότερο εξειδικευμένου εργατικού δυναμικού κρίνεται αναγκαία και απαραίτητη, προκειμένου να δουλεύουν αποδοτικά τα νέα αυτά εξελιγμένα τεχνολογικά μηχανήματα. Το μειονέκτημα που δημιουργείται αναφέρεται στο γεγονός πως, η παρουσία ενός τέτοιου εργατικού δυναμικού, το οποίο θα αμείβεται με υψηλά ποσά, επιφέρει αυξήσεις στα μισθολογικά κόστη λειτουργίας, το οποίο συνεπάγεται και ένα αυξημένο συνολικό κόστος θεραπείας και νοσηλείας για τους ασθενείς (Rand Health Research, 2005).

Σχετικά με την επίδραση των νέων τεχνολογιών σε επίπεδο οικονομικό, ανεξάρτητα με το γεγονός πως, ένας ιατρός μπορεί ή όχι να διαθέτει τον κατάλληλο εξελιγμένο τεχνολογικά ιατρικό εξοπλισμό, ή ακόμη και να μπορεί να τον χρησιμοποιεί, είναι διάχυτη η τάση που κυριαρχεί σχετικά με τη διενέργεια ιατρικών ενεργειών και πράξεων, κάνοντας χρήση των εργαλείων αυτών. Οι βασικοί παράγοντες που υποκινούν τους ιατρούς να χρησιμοποιούν τα εξελιγμένα τεχνολογικά εργαλεία είναι τόσο η επιθυμία για την αναζήτηση μιας όσο το δυνατόν πιο αποτελεσματικής διάγνωσης, καθώς επίσης και η δημιουργία ενός αυξημένου κοινωνικά γοήτρου, στις τάξεις της ιατρικής κοινότητας. Παρά το γεγονός πως, είναι διάχυτη η αίσθηση της αύξησης των δαπανών υγείας με τη χρήση της νέας τεχνολογίας, οι ιδιαίτερα αυτές σημαντικές ανακαλύψεις έχουν επηρεάσει θετικά και σε υψηλό βαθμό τις δαπάνες για την υγεία και τη βελτίωση της κατάστασης των ασθενών.

❖ Μορφή Συστημάτων Υγείας

Το σύστημα υγείας που μπορεί να έχει ένα κράτος, αποτελεί έναν ξεχωριστό παράγοντα, που συμβάλει στην αύξηση των δαπανών για τον υπόψιν κλάδο. Ο τρόπος με τον οποίο διαμορφώνεται η κρατική πολιτική μιας χώρας, μέσα από την οργάνωση και τη διαχείριση ενός συστήματος υγείας, καθορίζει παράλληλα και τους διακριτούς ρόλους που θα πρέπει να έχουν, τόσο ο δημόσιος όσο και ο ιδιωτικός τομέας σε αυτό τον κλάδο, κυρίως στο ζήτημα που αφορά τη χρηματοδότηση και την παροχή υπηρεσιών. Με τον τρόπο αυτό μπορούν να τεθούν οι κατάλληλες εκείνες προτεραιότητες που θα αναφέρονται στην κατανομή των διαθέσιμων πόρων, βάσει της επίδοσης που θα παρουσιάζει ένα σύστημα υγείας, ρυθμίζοντας τις συνθήκες λειτουργίας και προστατεύοντας παράλληλα τους ασθενείς, που καταναλώνουν τις υπηρεσίες αυτές, από τις δυσμενείς επιδράσεις και επιπτώσεις τυχόν ανεπαρκειών που θα εμφανίζονται (Nandakumar A., Farag M., 2008).

Σε εκείνες τις χώρες όπου ισχύουν περισσότερο «φιλελεύθερα» συστήματα υγείας, υπάρχει μια σημαντική άνοδος των δαπανών, λόγω της ταυτόχρονης συνύπαρξης της ατομικής ευθύνης και της ιδιωτικής ασφαλιστικής κάλυψης. Από την άλλη πλευρά, συστήματα υγείας με χαρακτήρα που διακρίνεται περισσότερο για την «εθνικοποίησή» του, διαθέτουν δομές με τη δυνατότητα της συγκράτησης των δαπανών για την υγεία σε χαμηλά σχετικά επίπεδα, μιας και τη λειτουργία και ρύθμιση της αγοράς έχει υπό την εποπτεία του ο κρατικός φορέας. Μια ακόμη διαφορά που υπάρχει έγκειται στο γεγονός πως, στα «φιλελεύθερα» συστήματα υγείας, η παροχή υπηρεσιών περίθαλψης εξασφαλίζεται από τους γιατρούς που αμείβονται με τη χορήγηση μισθού, και όχι μέσω της όποιας πράξης κοινωνικής παροχής. Με τον τρόπο αυτό παρεμποδίζεται να εκδηλωθεί το όποιο δυσμενές φαινόμενο δημιουργίας μιας μη αποδεκτής ζήτησης για υπηρεσίες υγείας από την πλευρά των ασθενών. Στον αντίποδα, σε εκείνα τα συστήματα που χαρακτηρίζονται ως «εθνικοποιημένα», με τη χρηματοδότηση του κλάδου της υγείας να στηρίζεται στις εισφορές των εργαζομένων και των εργοδοτών προς τα διάφορα ασφαλιστικά τους ταμεία και την παροχή των υπηρεσιών των ιατρών να εξασφαλίζεται βάσει της αμοιβής ανά πράξη και όχι μέσω κάποιας μισθωτής εργασίας, οι δαπάνες υγείας παρουσιάζονται να είναι κατά πολύ υψηλότερες (Xu K., 2011).

❖ Αναλογία Ιατρών

Η αναλογία του αριθμού των ιατρών σε μια χώρα αναφέρεται στην πυκνότητά τους ως προς τον πληθυσμό των ασθενών που αναλογούν και τις δαπάνες υγείας που πραγματοποιούνται για τον υπόψιν πληθυσμό. Με το μέγεθος της πυκνότητας να είναι υψηλό σε μια πληθυσμιακή ομάδα, οι δαπάνες υγείας ωθούνται προς επίπεδα υψηλότερα, έχοντας ως βασικό παράγοντα την προτροπή των ίδιων των ιατρών προς τους ασθενείς να προβαίνουν και να καταναλώνουν ιατρικές πράξεις, ακόμη και όταν δεν παρουσιάζεται κάποια πραγματική ανάγκη για κάτι τέτοιο. Ο βασικός λόγος διενέργειας τέτοιων πράξεων από την πλευρά των ιατρών έγκειται στον ιδιαίτερα υψηλό ανταγωνισμό που υπάρχει στον τομέα της υγείας, όταν ο αριθμός τους είναι μεγάλος και παράλληλα με τον τρόπο αυτό κρατούν τις αμοιβές τους σε ικανοποιητικά για τα δεδομένα τους επίπεδα (Αντωνοπούλου Λ., 2010).

Το ανωτέρω φαινόμενο έχει το χαρακτήρα της «προκλητής» ζήτησης, με τους ιατρούς να είναι εκείνοι που καθορίζουν το άριστο επίπεδο της ζήτησης αυτής, σε εκείνο το σημείο όπου εξισορροπούνται τα κέρδη που προκύπτουν από τις δαπανηρές μη αναγκαίες θεραπείες που συστήνουν, με τις ζημίες που ενδεχομένως να δημιουργούνται από την όποια απώλεια της φήμης, λόγω της πρακτικής αυτής. Επίσης, το επίπεδο της «προκλητής» ζήτησης εξαρτάται από μια σειρά παραγόντων, όπως είναι ο τρόπος αμοιβής των ιατρών, το επίπεδο των γνώσεων που διαθέτουν οι ασθενείς, αλλά και η αξία που μπορεί ένας ασθενής να προσδώσει στην ίδια τη θεραπεία του. Γνώσεων του ασθενή και την αξία που αποδίδει ο ασθενής στη θεραπεία του (Nandakumar A., Farag M., 2008). Γενικά, οι ασθενείς αγνοούν τους λόγους για τους οποίους εμφανίστηκε η πάθηση αυτή που έχουν, αλλά και τον τρόπο με τον οποίο αυτή θα αποθεραπευθεί. Κατά συνέπεια, εμπιστεύονται τον ειδικό ιατρό, ο οποίος και φέρει την ευθύνη για τη μορφή της ιατρικής φροντίδας που θα λάβει ο ασθενής. Επομένως, μόνο ένας ιατρός με υψηλό το αίσθημα της ηθικής θα είναι σε θέση να μην χορηγήσει σε έναν ασθενή μια συνταγή αποθεραπείας η οποία δεν θα είναι αναγκαία.

❖ Ασφαλιστικές Καλύψεις

Κατά τη διάρκεια των δεκαετιών του 1960 και του 1970, συντελέστηκε το μεγαλύτερο μέρος της επέκτασης του ασφαλιστικού συστήματος στις ανεπτυγμένες κυρίως χώρες, με απώτερο σκοπό την κάλυψη του συνόλου σχεδόν του πληθυσμού από

τον κίνδυνο δημιουργίας παθήσεων όλων των κατηγοριών (Αντωνοπούλου Λ., 2010). Η επέκταση αυτή του ασφαλιστικού συστήματος σε έναν βαθμό προκαλεί και την υπερκατανάλωση αγαθών και υπηρεσιών περίθαλψης από την πλευρά των ασθενών, με την κατάσταση αυτή να περιγράφεται μέσω της έννοιας του «Ηθικού Κινδύνου». Ο «Ηθικός Κίνδυνος» αναφέρεται και αποτυπώνει την τάση των ασφαλισμένων να μη δρουν υπό το πρίσμα της ηθικής και της υπευθυνότητας, αλλά αντίθετα να προσφεύγουν με τρόπο αλόγιστο, στην κατανάλωση υπηρεσιών ιατρικής περίθαλψης.

Η επέκταση του ασφαλιστικού συστήματος και της λήψης πρόσθετων υπηρεσιών υγείας, πέραν της δημιουργίας του όποιου βαθμού «Ηθικού Κινδύνου» που δημιούργησε, διευκόλυνε και την πρόσβαση των ατόμων με χαμηλά εισοδήματα στο ευρύτερο σύστημα περίθαλψης, το οποίο φυσικά οδηγεί και στην αύξηση της κατανάλωσης για υπηρεσίες ιατρικής περίθαλψης. Εντούτοις, μια ενδεχόμενη μείωση της ασφαλιστικής κάλυψης των ατόμων θεωρείται ως ενέργεια μη αποδεκτή και παρακινδυνευμένη για το λόγο πως, η μετακύληση ολοένα και μεγαλύτερου τμήματος της ιατρικής δαπάνης στα άτομα θα έχει ως αποτέλεσμα την εμπορευματοποίηση της υγείας γενικότερα και τη στροφή των ασφαλισμένων προς τα ιδιωτικά κέντρα υγείας και τους ιδιωτικούς ασφαλιστικούς οργανισμούς. Αυτοί, με απώτερο στόχο όπως είναι φυσιολογικό, την επιδίωξη του μέγιστου κέρδους, με όσο το δυνατόν πιο χαμηλό κόστος παροχής υπηρεσιών, θα επιδιώκουν να έχουν ως «πελάτες» τους ασθενείς με χαμηλό κίνδυνο ασθένειας, αντίθετα με εκείνους που θεωρούνται ως ασθενείς υψηλού κινδύνου ή έχουν βεβαρημένο ιατρικό ιστορικό, τους οποίους και θα αποκλείσουν από το δικαίωμα της ασφάλισης και της παροχής ιατρικής φροντίδας.

❖ Κλάδος Φαρμακοβιομηχανίας

Με τις φαρμακευτικές δαπάνες να καλύπτουν ένα πολύ σημαντικό μέρος του συνόλου των δαπανών για την υγεία, ιδιαίτερη έμφαση έχει δοθεί στα συνταγογραφούμενα φάρμακα και στην επιβάρυνση που αυτά επιφέρουν (Αντωνοπούλου Λ., 2010). Στα διαγράμματα που ακολουθούν, παρατίθενται οι φαρμακευτικές δαπάνες για την υγεία, τόσο ως ποσοστό των συνολικών δαπανών, όσο και ως ποσοστό του Α.Ε.Π. της εκάστοτε χώρας.

Διάγραμμα 3.1

Φαρμακευτικές Δαπάνες ως Ποσοστό των Συνολικών Δαπανών Υγείας (2013)



Πηγή: OECD, Health Data, 2015

Διάγραμμα 3.2

Φαρμακευτικές Δαπάνες ως Ποσοστό του Α.Ε.Π. (2013)



Πηγή: OECD, Health Data, 2015

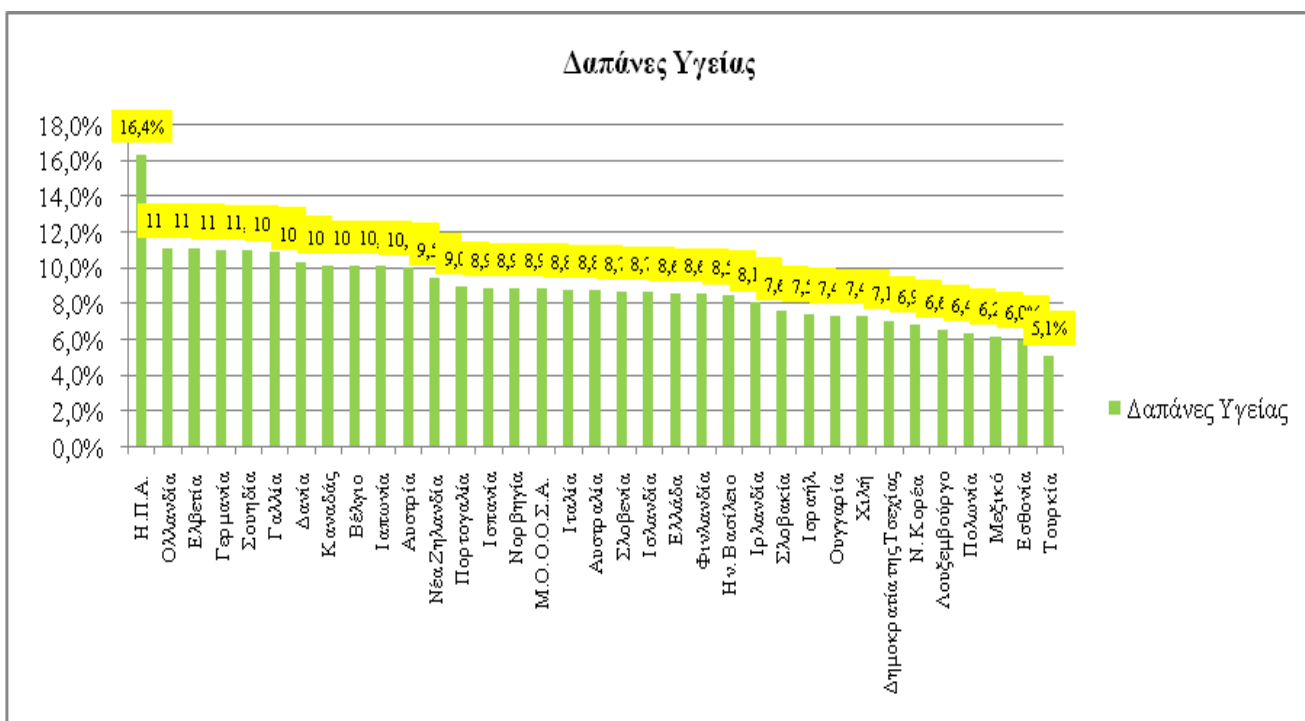
Για το έτος 2013, στις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α. οι φαρμακευτικές δαπάνες, ως ποσοστό του συνόλου των δαπανών υγείας κυμαίνονταν από 7,3%, όπως συμβαίνει στην περίπτωση της Νορβηγίας, έως και 26,4%, όπως παρουσιάζει η Σλοβακία. Στην Ελλάδα, το αντίστοιχο ποσοστό ανέρχεται στο 24,8%. Από την άλλη πλευρά, το ποσοστό των φαρμακευτικών δαπανών, επί του Α.Ε.Π. για τις χώρες που ανήκουν στον Ο.Ο.Σ.Α. κυμαίνεται από 0,7% (Νορβηγία), έως και 2,6% (Ουγγαρία), με την Ελλάδα να αποτελεί τη χώρα με το δεύτερο υψηλότερο ποσοστό φαρμακευτικών δαπανών υγείας ως ποσοστό του Α.Ε.Π.

3.4 Εξέλιξη Δαπανών Υγείας

Στα διαγράμματα που ακολουθούν απεικονίζονται, οι δαπάνες υγείας σε διεθνές επίπεδο, έτσι όπως έχουν διαμορφωθεί, τόσο σε σχέση με το Α.Ε.Π. της κάθε χώρας ξεχωριστά, όσο και σε όρους αγοραστικής δύναμης, καθώς επίσης και ο τρόπος χρηματοδότησης αυτών.

Διάγραμμα 3.3

Δαπάνες Υγείας ως Ποσοστό του Α.Ε.Π. στις Χώρες του Ο.Ο.Σ.Α. (2013)

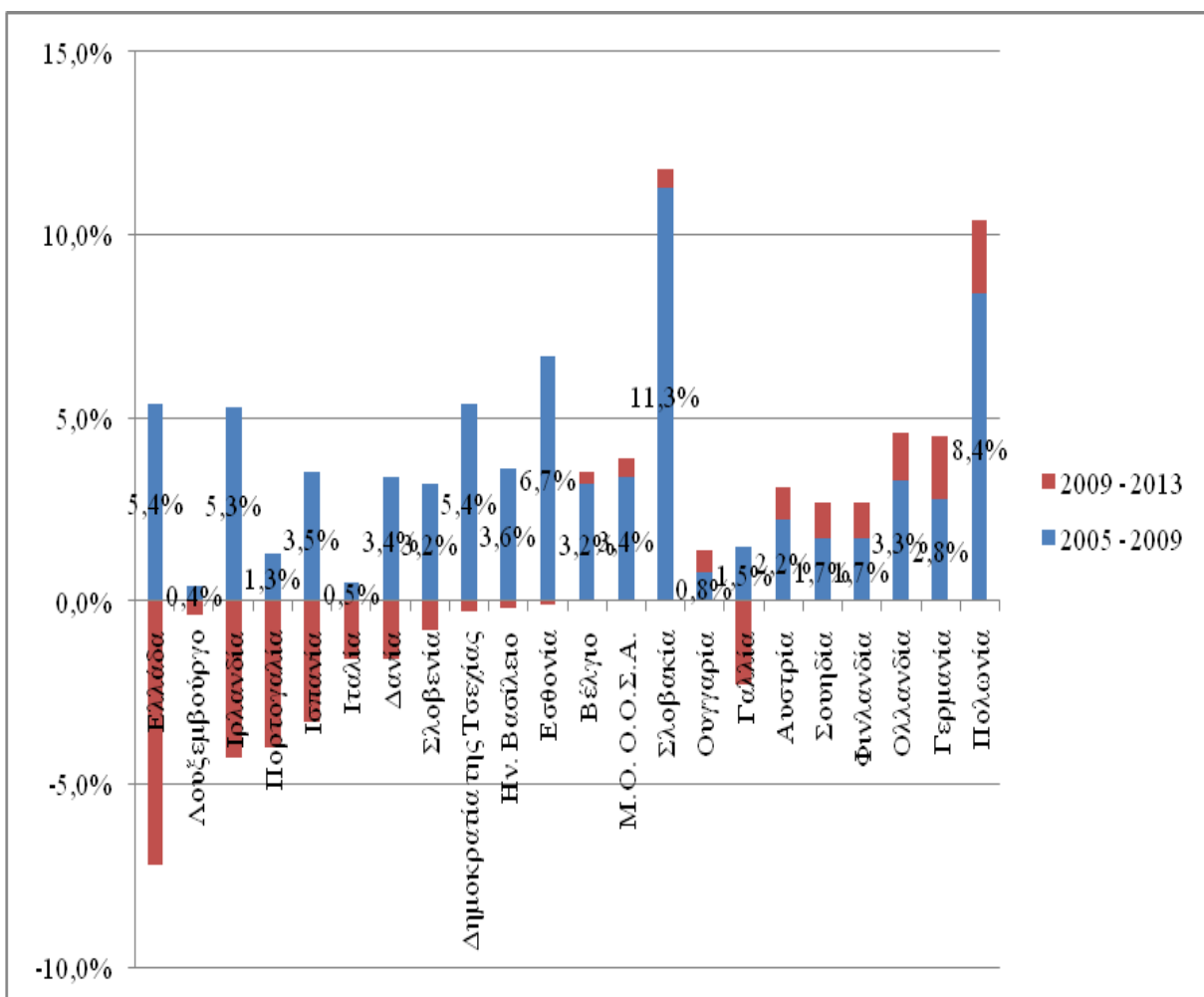


Πηγή: OECD, Health Data, 2015

Σύμφωνα με το διάγραμμα 3.3, οι δαπάνες υγείας στο σύνολό τους ως ποσοστό του Α.Ε.Π., εμφανίζονται να είναι οι υψηλότερες στην περίπτωση των Η.Π.Α., με 16,4%, μεγαλύτερες από τις αντίστοιχες δαπάνες που πραγματοποιούν οι Σκανδιναβικές χώρες (Σουηδία, Δανία, Νορβηγία), χώρες με ιδιαίτερα οργανωμένο και αρκετά «εθνικοποιημένο» σύστημα υγείας. Ο μέσος όρος των χωρών του Ο.Ο.Σ.Α. κυμαίνεται στα επίπεδα του 8,9%, με την Ελλάδα να είναι αρκετά κοντά σε αυτή τη μεσοσταθμική τιμή (8,6%), ενώ και άλλες χώρες που βίωσαν έντονα την οικονομική κρίση που έλαβε χώρα (Πορτογαλία, Ιταλία, Ισπανία), να εμφανίζουν αντίστοιχα ή και υψηλότερα ποσοστά δαπανών (Σ.Φ.Ε.Ε., 2015).

Διάγραμμα 3.4

Μέσος Όρος Ετήσιας Μεταβολής Κατά Κεφαλήν Δαπάνης Υγείας στις Χώρες του Ο.Ο.Σ.Α. (2005 – 2013)



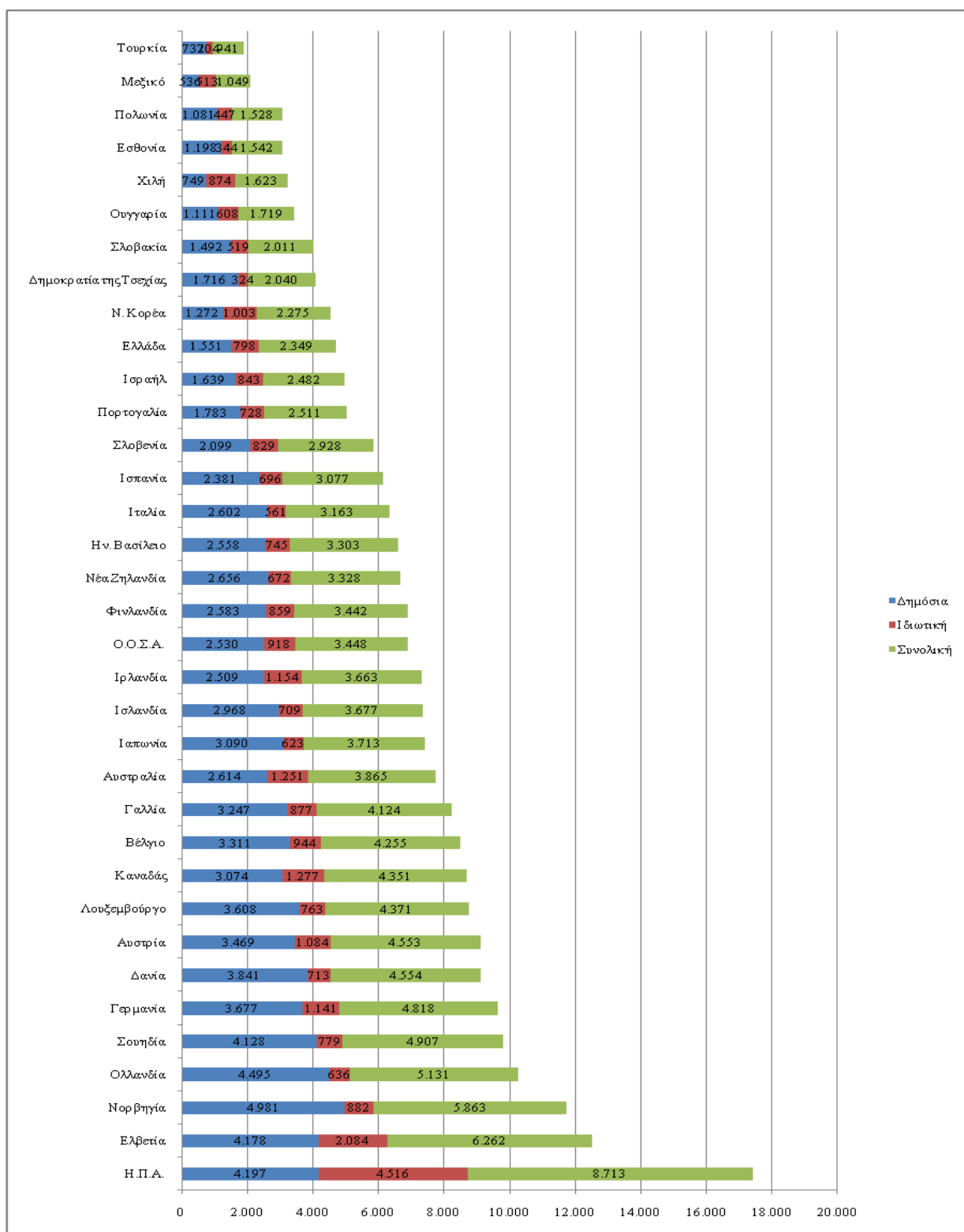
Πηγή: OECD, Health Statistics, 2015

Από την άλλη πλευρά, το διάγραμμα 3.4 παρουσιάζει τις μεσοσταθμικές μεταβολές που συντελέστηκαν ως προς την κατά κεφαλήν δαπάνη υγείας στις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α, χωρίζοντας αυτές σε δυο (2) χρονικές περιόδους: στο διάστημα 2005 – 2009 και στο διάστημα 2009 – 2013. Για το πρώτο υπό εξέταση χρονικό διάστημα είναι φανερό πως, στο σύνολο σχεδόν των χωρών παρουσιάζεται μια αύξηση σε αυτές τις δαπάνες, με τη μεγαλύτερη να εμφανίζεται στην περίπτωση της Σλοβακίας (11,3%), αλλά και της Πολωνίας (8,4%). Το χρονικό αυτό διάστημα οριοθετείται προτού εμφανισθεί η παγκόσμια χρηματοπιστωτική κρίση και αυτός είναι και ο βασικότερος λόγος για τον οποίο οι χώρες που μελετώνται έχουν θετική εικόνα ως προς τις δαπάνες που πραγματοποιούν.

Στον αντίποδα και για το χρονικό διάστημα από το 2009 έως και το 2013, η πλειοψηφία των χωρών του Ο.Ο.Σ.Α. εμφανίζουν μείωση ως προς τις κατά κεφαλήν δαπάνες που πραγματοποιούν για την υγεία, συνέπεια της οικονομικής κρίσης και της ιδιαίτερα λιτής πολιτικής που ασκήθηκε επί συνόλου. Τη μεγαλύτερη μείωση παρουσιάζει η Ελλάδα με 7,2% και ακολούθησε η Ιρλανδία με 4,3%, χώρες που έχουν επηρεαστεί σε πολύ μεγάλο βαθμό από την οικονομική κρίση.

Διάγραμμα 3.5

Κατά Κεφαλήν Δαπάνη Υγείας σε \$ PPP (Purchasing Power Parity) - 2013

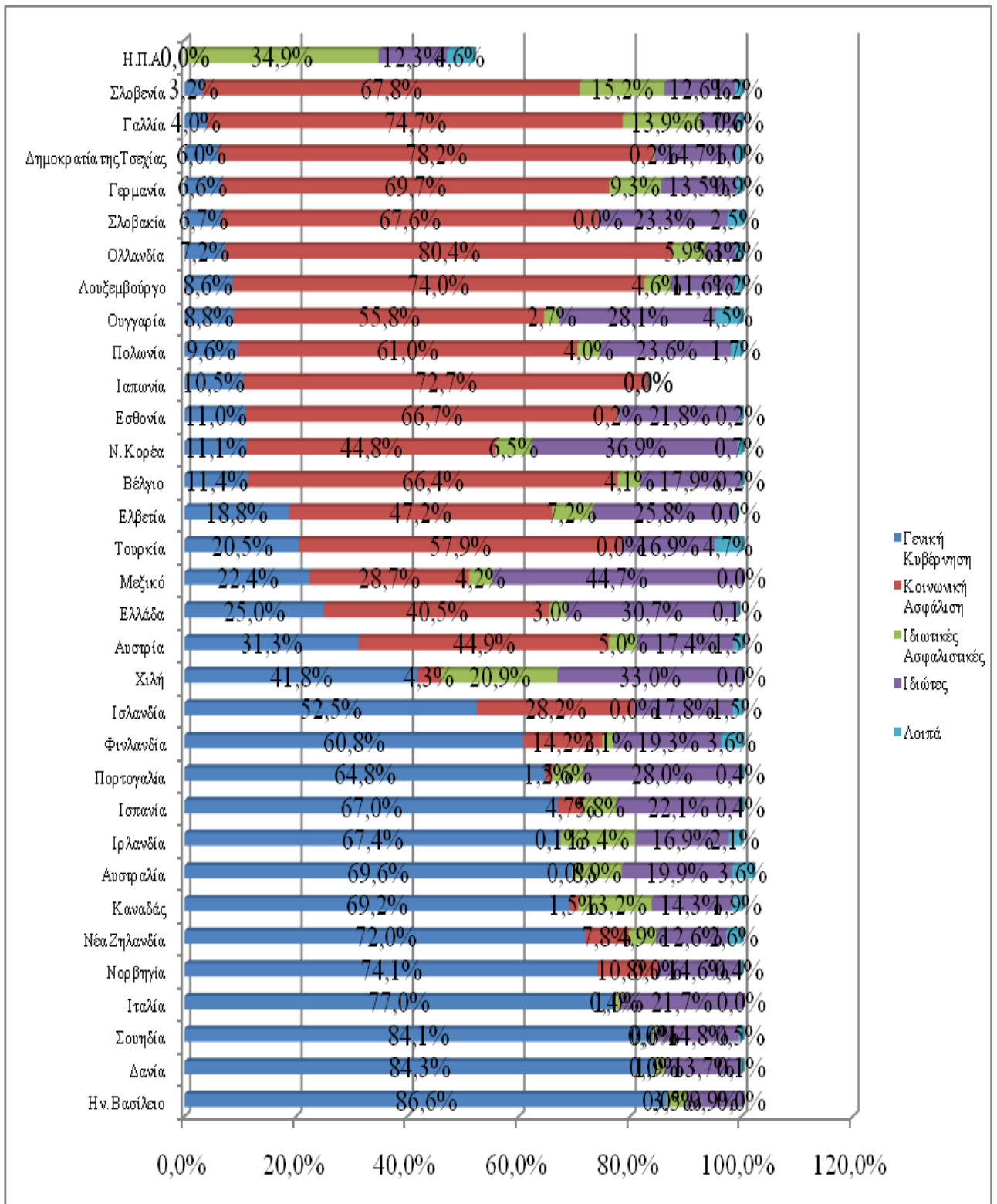


Πηγή: OECD, Health Statistics, 2015

Η κατά κεφαλήν δαπάνη υγείας, αλλά και η κατά κεφαλήν δημόσια δαπάνη, είναι εκφρασμένη σε \$ PPP (Purchasing Power Parity), με τις Η.Π.Α. να παρουσιάζουν την υψηλότερη τιμή (\$8.713). Το συνολικό αυτό αποτέλεσμα προκύπτει, τόσο από τις δημόσιες δαπάνες που πραγματοποιούνται όσο και από τις ιδιωτικές, με την πλειοψηφία των κρατών να παρουσιάζει πολύ σημαντική συμμετοχή του δημόσιου τομέα έναντι του ιδιωτικού. Μόνο στην περίπτωση των Η.Π.Α., η κατά κεφαλήν δαπάνη είναι υψηλότερη μέσω της συνδρομής του ιδιωτικού τομέα. Σε όλες τις υπόλοιπες χώρες, όπως υπάρχει μια αναλογία που σε ορισμένες περιπτώσεις ξεπερνάει ακόμη και το 75% η συμμετοχή της δημόσιας κατά κεφαλήν δαπάνης, στο σύνολο (Σ.Φ.Ε.Ε., 2015).

Διάγραμμα 3.6

Χρηματοδότηση Δαπανών Υγείας Ανά Χώρα (2013)



Πηγή: OECD, Health Statistics, 2015

Τέλος, στο διάγραμμα 3.6, αποτυπώνεται ο τρόπος χρηματοδότησης των δαπανών υγείας ανά φορέα σε κάθε υπό μελέτη χώρα. Μελετώντας το υπόψιν διάγραμμα διαφαίνεται πως, υπάρχουν χώρες στις οποίες η Γενική Κυβέρνηση δεν συμμετέχει στη χρηματοδότηση των δαπανών υγείας (Η.Π.Α.), ενώ αντίθετα, σε κάποιες άλλες (Ηνωμένο Βασίλειο, Δανία, Σουηδία), η χρηματοδότηση μέσω της Γενικής Κυβέρνησης ξεπερνάει το 80%. Από την άλλη πλευρά, η χρηματοδότηση μέσω της Κοινωνικής Ασφάλισης είναι ιδιαίτερα χαμηλή σε χώρες όπου η Γενική Κυβέρνηση συμμετέχει ενεργά και μόνο σε χώρες με πολύ χαμηλή τη συμμετοχή της Γενικής Κυβέρνησης, τα ποσοστά συμμετοχής της Κοινωνικής Ασφάλισης είναι υψηλά (Ολλανδία – 80,4%, Δημοκρατία της Τσεχίας – 78,2%, Γαλλία – 74,7%).

Οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες, παρά τις παθογένειες της δημόσιας υγείας, δεν έχουν εισέλθει σε μεγάλο βαθμό στη χρηματοδότηση της υγείας των χωρών, με εξαίρεση μόνο την περίπτωση της Χιλής (20,9%), ενώ αντίθετα, σε πολλές χώρες, το ποσοστό της συμμετοχής των ιδιωτών στη χρηματοδότηση της υγείας είναι ιδιαίτερα υψηλό. Κάτι τέτοιο συμβαίνει στην περίπτωση χωρών όπως είναι το Μεξικό (44,7%), η Χιλή (33%) και η Ελλάδα (30,7%). Οι χώρες αυτές, είτε ανήκουν σε περιοχές που παρουσιάζουν σημαντικές ελλείψεις στις παροχές δημόσιας υγείας (Μεξικό Χιλή), είτε βιώνουν έντονη οικονομική κρίση (Ελλάδα), αναγκάζοντας ένα μεγάλο μέρος των ιδιωτών να καλύψουν με δικές τους δαπάνες και τρόπους χρηματοδότησης, τις ατέλειες που παρουσιάζει ο κλάδος της υγείας.

3.5 Ανακεφαλαίωση

Στο υπόψιν κεφάλαιο αναλύεται η σχέση που υπάρχει ανάμεσα στις δαπάνες υγείας που πραγματοποιούνται για την περίθαλψη και τις παρεχόμενες υγειονομικές υπηρεσίες και στο ύψος του Ακαθάριστου Εθνικού Προϊόντος (Α.Ε.Π.), που διαθέτει το κάθε κράτος ξεχωριστά. Οι δαπάνες υγείας αφορούν τον κάθε τύπο δαπάνης που πραγματοποιείται με κύριο σκοπό τη βελτίωση ή ακόμη και την πρόληψη της επιδείνωσης της κατάστασης της υγείας των ατόμων και διακρίνονται σε τρεις (3) μεγάλες κατηγορίες που είναι: οι ιατρικές, οι νοσοκομειακές και οι φαρμακευτικές δαπάνες. Οι παγκόσμιοι οργανισμοί, προκειμένου να έχουν τη δυνατότητα της διατύπωσης βελτιωτικών προτάσεων που θα αφορούν την εφαρμογή νέων πολιτικών

υγείας, προχώρησαν σε μια κατάταξη σε κατηγορίες, των διαφόρων παραγόντων που επιδρούν αυξητικά στις δαπάνες υγείας. Οι παράγοντες αυτοί αφορούν:

- ✓ Το βιοτικό επίπεδο
- ✓ Την κατανομή του πληθυσμού ανά ηλικία αλλά και τις επιδημιολογικές ανάγκες
- ✓ Την τεχνολογική και ιατρική πρόοδο που έχει συντελεστεί
- ✓ Τη μορφή των συστημάτων υγείας που υπάρχουν
- ✓ Την αναλογία ιατρών – ασθενών
- ✓ Τα είδη των ασφαλιστικών καλύψεων που υπάρχουν
- ✓ Τις φαρμακευτικές δαπάνες

Σημαντικό μέρος της ανάλυσης του παρόντος κεφαλαίου καταλαμβάνει και η εξέλιξη των δαπανών υγείας σε σχέση με το Α.Ε.Π. διαχρονικά, όπως έχει διαμορφωθεί κυρίως από το 2005 και έπειτα. Πιο συγκεκριμένα, ο μέσος όρος των χωρών του Ο.Ο.Σ.Α. κυμαίνεται στα επίπεδα του 8,9%, με τις χώρες που βίωσαν έντονα την οικονομική κρίση, όπου αυτή έλαβε χώρα (Ελλάδα, Πορτογαλία, Ιταλία, Ισπανία), να εμφανίζουν αντίστοιχα ή και υψηλότερα ποσοστά δαπανών, εν συγκρίσει με το μέγεθος του Α.Ε.Π. τους. Τις υψηλότερες τιμές παρουσιάζουν οι Η.Π.Α., ενώ και οι Σκανδιναβικές χώρες υλοποιούν εξίσου υψηλές δαπάνες σε σχέση με το Α.Ε.Π. τους.

Πριν από την εμφάνιση της παγκόσμιας χρηματοοικονομικής κρίσης (2009), το σύνολο σχεδόν των χωρών παρουσίαζαν μια θετική εικόνα ως προς τις δαπάνες υγείας που πραγματοποιούσαν. Από το 2009 και έπειτα, η πλειοψηφία των χωρών του Ο.Ο.Σ.Α. εμφανίζουν μείωση ως προς τις κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας, συνέπεια της οικονομικής κρίσης και της λιτής πολιτικής που ασκήθηκε. Αναφορικά με τον τρόπο χρηματοδότησης των δαπανών υγείας ανά φορέα μπορεί να υποστηριχθεί πως υπάρχουν χώρες στις οποίες η Γενική Κυβέρνηση δεν συμμετέχει στη χρηματοδότηση των δαπανών υγείας ενώ αντίθετα, σε κάποιες άλλες χώρες η χρηματοδότηση μέσω της Γενικής Κυβέρνησης ξεπερνάει το 80%. Η χρηματοδότηση μέσω της Κοινωνικής Ασφάλισης είναι ιδιαίτερα χαμηλή σε χώρες όπου η Γενική Κυβέρνηση συμμετέχει ενεργά και μόνο σε χώρες με πολύ χαμηλή τη συμμετοχή της Γενικής Κυβέρνησης, τα ποσοστά συμμετοχής της Κοινωνικής Ασφάλισης είναι υψηλά. Τέλος, σχετικά με τις

ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες και παρά τα μειονεκτήματα που μπορεί να παρουσιάζει ο τομέας της δημόσιας υγείας, αυτές δεν έχουν εισέλθει σε μεγάλο βαθμό στη χρηματοδότηση της υγείας των χωρών, ενώ αντίθετα, σε πολλές χώρες, το ποσοστό της συμμετοχής των ιδιωτών στη χρηματοδότηση της υγείας είναι ιδιαίτερα υψηλό

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΒΡΕΦΙΚΗ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ – ΣΤΟΙΧΕΙΑ

4.1 Εισαγωγή

Στο παρόν κεφάλαιο, θα αναλυθούν εκείνα τα στοιχεία και οι μεταβλητές που αναφέρονται στη βρεφική θνησιμότητα στο σύνολό της, σε παγκόσμιο επίπεδο, επικεντρώνοντας την εξέταση που θα διενεργηθεί στις ηπείρους της Ευρώπης και της Αφρικής, αλλά και στην ευρύτερη περιοχή της Λατινικής Αμερικής. Τέσσερα (4) είναι τα μεγέθη που αρχικά θα απεικονισθούν και κατόπιν θα εξετασθούν και θα συγκριθούν μεταξύ τους, τα οποία αναφέρονται:

1. Στο προσδόκιμο όριο ζωής κατά τη γέννηση
2. Στο μέγεθος της νεογνικής θνησιμότητας
3. Στο μέγεθος της γονιμότητας
4. Στο μέγεθος της βρεφικής θνησιμότητας

Στους πίνακες και στα διαγράμματα που ακολουθούν, παρατίθενται στοιχεία που αφορούν τα ανωτέρω μεγέθη και το πώς αυτά διαμορφώνονται διαχρονικά, έως και σήμερα. Ο βασικός λόγος για τη διαχρονική απεικόνιση των μεταβλητών αυτών αναφέρεται στην αναγκαιότητα κατανόησης της σημαντικότητάς τους αφενός και αφετέρου, στη σημαντική βελτίωση επί των μεγεθών αυτών που έχει επέλθει, στοιχείο που συνδράμει αποφασιστικά και στην καταπολέμηση της βρεφικής θνησιμότητας.

Ο πίνακας 4.1 παρουσιάζει τη διαχρονική εξέλιξη του προσδόκιμου ορίου ζωής κατά τη γέννηση των βρεφών, μεταξύ των ετών 1975 – 2015, σε παγκόσμιο επίπεδο. Από το έτος έναρξης της έρευνας (1975) και έπειτα, διαφαίνεται πως υπάρχει μια σημαντική αύξηση ως 17,56%, με το προσδόκιμο όριο ζωής να διαμορφώνεται το 2015 στα 71,66 έτη. Εξετάζοντας ανά δεκαετία τη διακύμανση του προσδόκιμου ορίου διαβίωσης προκύπτει το συμπέρασμα πως, συνολικά, κατά μέσο όρο υπάρχει μια αύξηση κατά 2,6 έτη. Η μελέτη και κατανόηση των παραγόντων εκείνων που οδήγησαν την ανθρωπότητα να επιτύχει αυτή την αύξηση αποτελεί ένα πολύ σημαντικό τμήμα, προκειμένου να ενισχυθούν ακόμη περισσότερο οι ενέργειες που απαιτούνται

προκειμένου να συμβάλλουν στην παράταση της διαβίωσης των ατόμων. Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, οι λόγοι που οδήγησαν την αύξηση του προσδόκιμου ορίου ζωής, συνοψίζονται στους κάτωθι (W.T.O, 2002):

- ✓ Οι βελτιώσεις που επήλθαν σε τομείς όπως είναι η ύδρευση και η αποχέτευση
- ✓ Η βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης στους κατοικίες και στα δημόσια κτίρια
- ✓ Η εκπαίδευση του πληθυσμού, αναφορικά με τους παράγοντες υγιεινής που βελτιώνουν τις συνθήκες διαβίωσής τους
- ✓ Η βελτίωση των συνθηκών που αφορούν την αποθήκευση και τη μεταφορά των τροφίμων

Όλοι οι ανωτέρω λόγοι αποτελούν αποτέλεσμα σημαντικών επιστημονικών και ιατρικών ανακαλύψεων που έχουν υλοποιηθεί και οι οποίες βοήθησαν σημαντική στη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης, αλλά και στο επίπεδο της κατανόησης εκείνων των παραγόντων που μπορεί να δημιουργούν λοιμώδη νοσήματα. Θα μπορούσε να υποστηριχθεί πως, μια ακόμη σημαντική παράμετρος είναι και τα νέα φάρμακα που ανακαλύφθηκαν και τα οποία ενδεχομένως να οδήγησαν στην επιμήκυνση του ορίου διαβίωσης. Αποτελούν σαφώς έναν σημαντικό παράγοντα που συνετέλεσε στη μείωση της θνησιμότητας, όμως σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, αυτό συνέβη σε ένα ποσοστό που δεν ξεπερνάει το 5% του συνόλου. Τα σημαντικά τεχνολογικά επιτεύγματα της ιατρικής επέτρεψαν την καλύτερη και αποτελεσματικότερη διαχείριση του πόνου, αλλά και άλλων ασθενειών (π.χ. πυρετός), παράλληλα με τον συστηματικό και προληπτικό εμβολιασμό, που εισήχθη μετά το Β' Παγκόσμιο Πόλεμο.

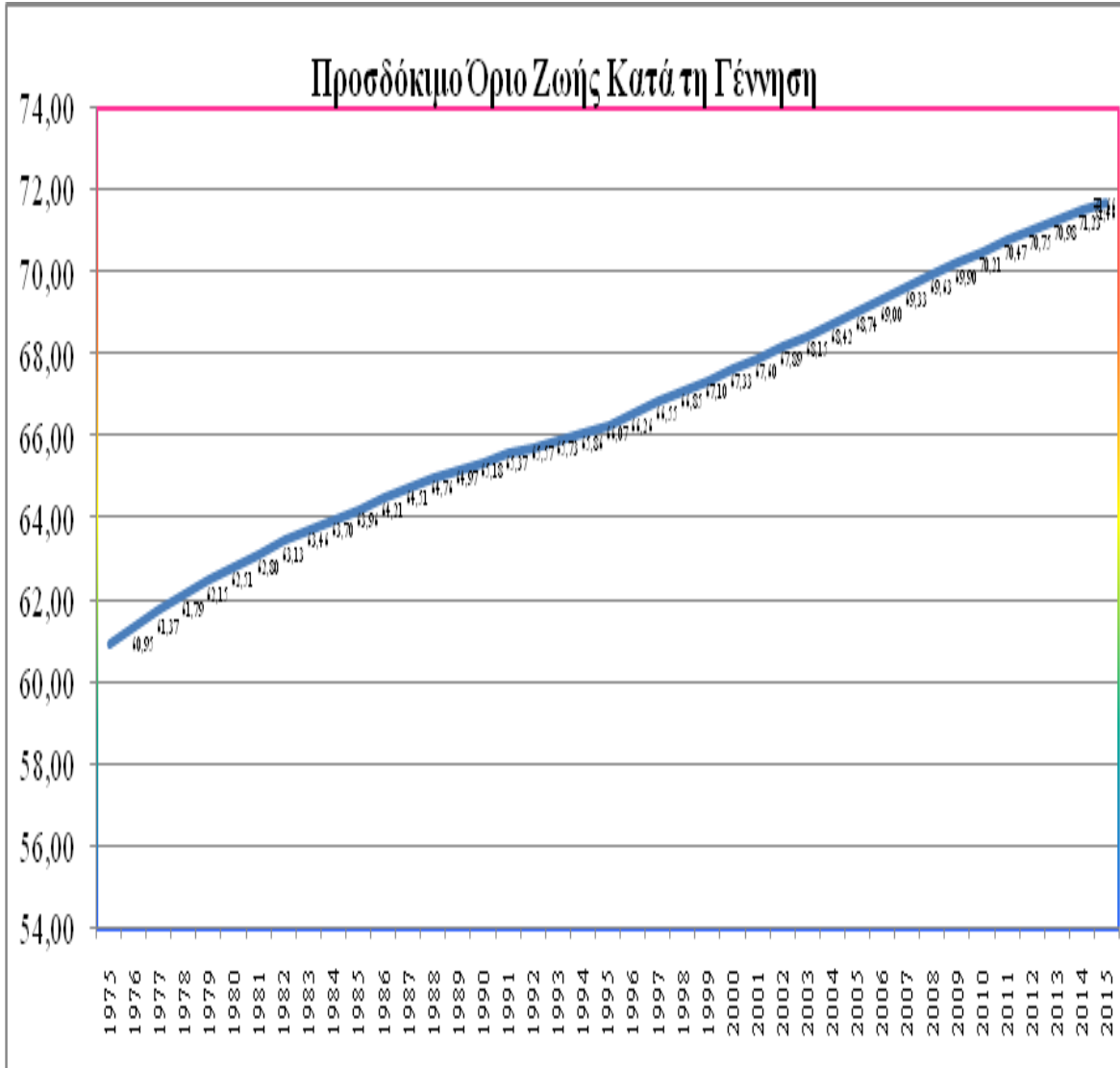
Πίνακας 4.1

Προσδόκιμο Όριο Ζωής Κατά τη Γέννηση σε Παγκόσμιο Επίπεδο (Σύνολο)

<i>Παγκόσμιο Επίπεδο (Σύνολο)</i>	
<i>Έτη</i>	<i>Προσδόκιμο Όριο Ζωής Κατά τη Γέννηση</i>
1975	60,95
1976	61,37
1977	61,79
1978	62,15
1979	62,51
1980	62,80
1981	63,13
1982	63,46
1983	63,70
1984	63,96
1985	64,21
1986	64,51
1987	64,76
1988	64,97
1989	65,18
1990	65,37
1991	65,57
1992	65,73
1993	65,86
1994	66,07
1995	66,26
1996	66,55
1997	66,85
1998	67,10
1999	67,33
2000	67,60
2001	67,89
2002	68,15
2003	68,42
2004	68,74
2005	69,00
2006	69,33
2007	69,63
2008	69,90
2009	70,21
2010	70,47
2011	70,75
2012	70,98
2013	71,23
2014	71,46
2015	71,66

Διάγραμμα 4.1

Προσδόκιμο Όριο Ζωής Κατά τη Γέννηση σε Παγκόσμιο Επίπεδο (Σύνολο) (1975
– 2015)



Πηγή: Worldbank, 2017

Ο πίνακας 4.2 περιλαμβάνει στοιχεία που αναφέρονται στο ύψος του προσδόκιμου ορίου διαβίωσης σε επίπεδο αρρένων, μεταξύ των ετών 1975 – 2015. Ξεκινώντας από 58,97 έτη το 1975, φθάνει το 2015 τα 69,62 έτη, εμφανίζοντας μια αύξηση της τάξεως του 18,06% (10,65 έτη), διαχρονικά. Τα αποτελέσματα που συλλέχθηκαν επιβεβαιώνουν σαφώς τη σημαντική αύξηση που επήλθε ως προς το προσδόκιμο όριο ζωής σε παγκόσμια κλίμακα, είναι όμως αρκετά πιο χαμηλά από τα συνολικά μεγέθη που αποτυπώθηκαν στον πίνακα 4.1, στον οποίο εξετάστηκε συνολικά η εξέλιξη του προσδόκιμου ορίου διαβίωσης. Πιο συγκεκριμένα, η αύξηση του έτους ζωής στο σύνολο φθάνει τα 71,66 έτη το 2015, με το αντίστοιχο μέγεθος για τους άνδρες να είναι τα 69,62 έτη. Επίσης, η διαχρονική αύξηση που παρουσιάστηκε στην περίπτωση του συνόλου έφτασε το 17,56%, αντίθετα με την αντίστοιχη αύξηση που παρουσιάζεται για τους άρρενες, η οποία είναι 18,06%.

Διττή είναι η αιτιολογία που επεξηγεί την υστέρηση αυτή των ανδρών έναντι του συνολικού μεγέθους ως προς το προσδόκιμο όριο διαβίωσης. Ο ένας παράγοντας αναφέρεται κυρίως σε λόγους παθολογικούς και ο άλλος παράγοντας, ο πιο σημαντικός, σχετίζεται με εξωτερικά αίτια και δυσμενείς επιδράσεις που μπορεί ο ίδιος ο άνθρωπος να ασκήσει στον οργανισμό του. Οι παθολογικοί παράγοντες αφορούν τη βιολογική υπεροχή των γυναικών έναντι των ανδρών στο ζήτημα των γονιδίων και των αντισωμάτων, τα οποία τους επιτρέπουν να αντιμετωπίσουν με μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα τόσο τις ασθένειες όσο και τις μολύνσεις. Οι εξωτερικοί παράγοντες, οι οποίοι ασκούν και τη μεγαλύτερη επιρροή, αναφέρονται (United Nations, 2004):

- ✓ Στο θάνατο των ανδρών, συνέπεια των πολεμικών συρράξεων
- ✓ Στην εμφάνιση εξαρτήσεων με θανατηφόρα αποτελέσματα, όπως είναι το αλκοόλ (κύρωση του ήπατος), τα ναρκωτικά, το κάπνισμα (καρδιακές παθήσεις)
- ✓ Στα ατυχήματα
- ✓ Στους βίαιους θανάτους

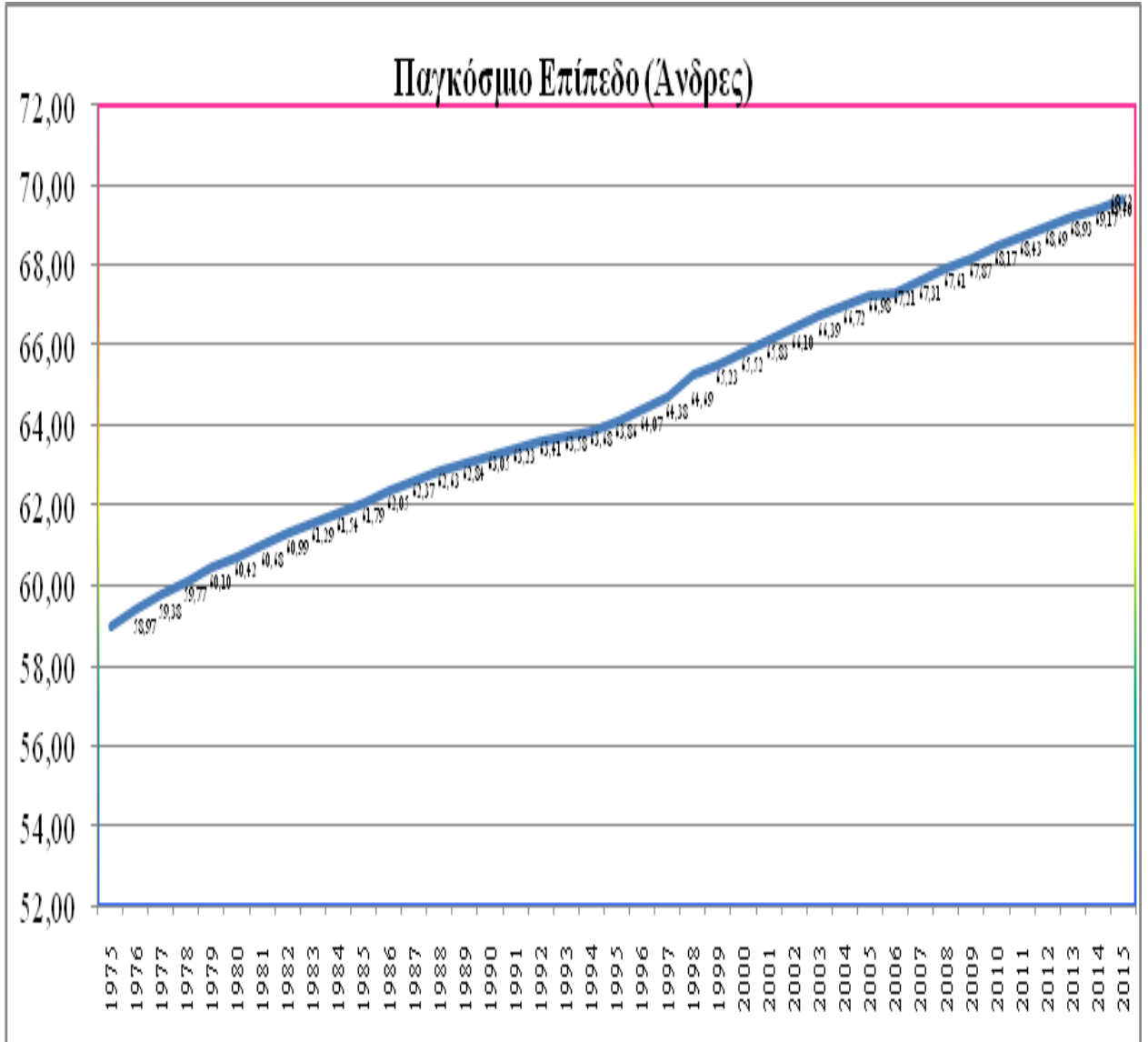
Πίνακας 4.2

Προσδόκιμο Όριο Ζωής Κατά τη Γέννηση σε Παγκόσμιο Επίπεδο (Άνδρες)

<i>Παγκόσμιο Επίπεδο (Άνδρες)</i>	
<i>Έτη</i>	<i>Προσδόκιμο Όριο Ζωής Κατά τη Γέννηση</i>
1975	58,97
1976	59,38
1977	59,77
1978	60,10
1979	60,42
1980	60,68
1981	60,99
1982	61,29
1983	61,54
1984	61,79
1985	62,05
1986	62,37
1987	62,63
1988	62,84
1989	63,05
1990	63,23
1991	63,41
1992	63,58
1993	63,68
1994	63,86
1995	64,07
1996	64,38
1997	64,69
1998	65,23
1999	65,52
2000	65,83
2001	66,10
2002	66,39
2003	66,72
2004	66,98
2005	67,21
2006	67,31
2007	67,61
2008	67,87
2009	68,17
2010	68,43
2011	68,69
2012	68,93
2013	69,17
2014	69,40
2015	69,62

Διάγραμμα 4.2

Προσδόκιο Όριο Ζωής Κατά τη Γέννηση σε Παγκόσμιο Επίπεδο (Άνδρες) (1975 – 2015)



Πηγή: Worldbank, 2017

Από την άλλη πλευρά, υπάρχει και ο αντίστοιχος πίνακας που αναφέρεται στη γυναικεία θνησιμότητα σε παγκόσμιο επίπεδο, για τα έτη από το 1975 έως και το 2015 (Πίνακας 4.3). Η διαχρονική αύξηση που παρουσιάζεται στο χρονικό διάστημα που μεσολαβεί μεταξύ των ετών αυτών είναι η τάξεως του 17,11% και σε απόλυτα μεγέθη φθάνει στα 10,79 έτη. Ποσοστιαία, μπορεί να υστερούν ως προς τη διαχρονική αύξηση οι γυναίκες έναντι των ανδρών (17,11% για τις γυναίκες, 18,06% για τους άνδρες), όμως σε απόλυτα μεγέθη, είναι εμφανής η υπεροχή των γυναικών. Πιο συγκεκριμένα, κατά το έτος 1975, το προσδόκιμο όριο διαβίωσης των γυναικών έφθανε στα 63,03 έτη, έναντι 58,97 έτη για τους άνδρες, διαμορφούμενο το 2015 στα 73,82 έτη για τις γυναίκες και στα 69,62 έτη για τους άνδρες.

Όπως αναφέρθηκε, η διαφορά αυτή στα έτη είναι αποτέλεσμα τόσο παθολογικών, όσο και εξωτερικών παραγόντων, με τη σημείωση πως θα μπορούσε να είναι ακόμη μεγαλύτερη, δηλαδή το προσδόκιμο όριο ζωής των γυναικών να είναι υψηλότερο. Σε αυτό όμως συνετέλεσαν κατά το παρελθόν κυρίως και λιγότερο τη σημερινή εποχή, μια σειρά παραγόντων, που αναφέρονται (United Nations, 2004):

- ✓ Στη χαμηλή κοινωνική θέση της γυναίκας
- ✓ Στην ανεπαρκή, ειδικά κατά τη διάρκεια του τοκετού, της ιατρικής περίθαλψης
- ✓ Στην ανεξέλεγκτη εξάπλωση του ιού HIV / AIDS

Οι ανωτέρω παράγοντες, δεν εμφανίσθηκαν σε ολόκληρο του πλάτος του πλανήτη σε τόσο έντονο βαθμό, όσο κυρίως στην ήπειρο της Αφρικής και στην υπο – Σαχάρια περιοχή. Κατά τα παρελθόντα έτη, η αναποτελεσματική αντιμετώπιση του ιού HIV / AIDS και η έλλειψη ιατρικής περίθαλψης, αποτέλεσαν τις βασικές αιτίες που είχαν ως αποτέλεσμα τη μείωση του προσδόκιμου ορίου διαβίωσης, έναντι της συνεχούς αύξησης που παρουσιάσθηκε σε ολόκληρο τον υπόλοιπο κόσμο.

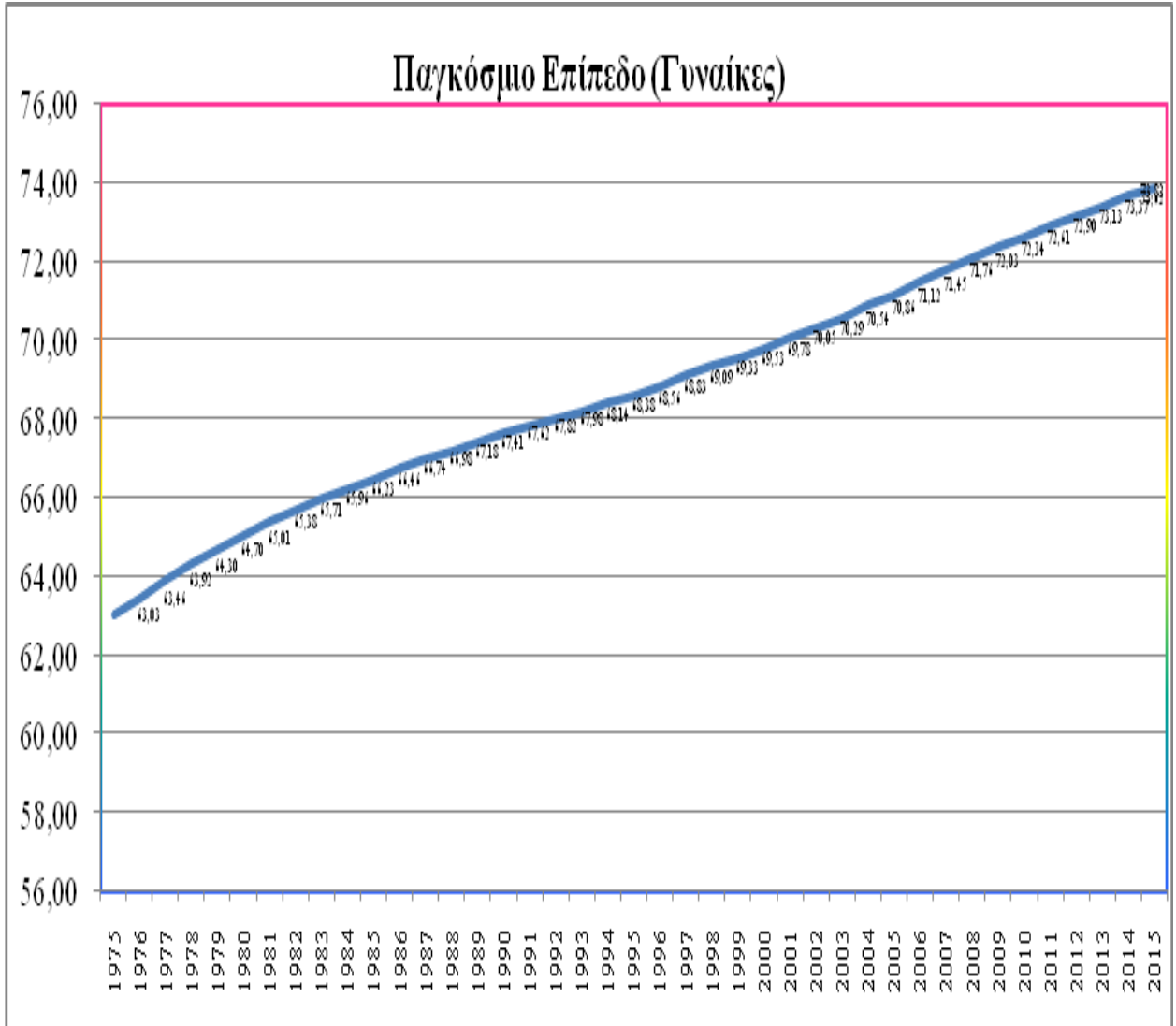
Πίνακας 4.3

Προσδόκιμο Όριο Ζωής Κατά τη Γέννηση σε Παγκόσμιο Επίπεδο (Γυναίκες)

<i>Παγκόσμιο Επίπεδο (Γυναίκες)</i>	
<i>Έτη</i>	<i>Προσδόκιμο Όριο Ζωής Κατά τη Γέννηση</i>
1975	63,03
1976	63,46
1977	63,92
1978	64,30
1979	64,70
1980	65,01
1981	65,38
1982	65,71
1983	65,96
1984	66,23
1985	66,46
1986	66,74
1987	66,98
1988	67,18
1989	67,41
1990	67,62
1991	67,82
1992	67,98
1993	68,14
1994	68,38
1995	68,56
1996	68,83
1997	69,09
1998	69,33
1999	69,53
2000	69,78
2001	70,05
2002	70,29
2003	70,54
2004	70,86
2005	71,12
2006	71,45
2007	71,76
2008	72,03
2009	72,34
2010	72,61
2011	72,90
2012	73,13
2013	73,37
2014	73,62
2015	73,82

Διάγραμμα 4.3

Προσδόκιμο Όριο Ζωής Κατά τη Γέννηση σε Παγκόσμιο Επίπεδο (Γυναίκες) (1975 – 2015)



Πηγή: Worldbank, 2017

Υπάρχει μια σειρά παραγόντων που οδηγούν στην εμφάνιση του φαινομένου της νεογνικής θνησιμότητας, ως μια σημαντική αιτία του θανάτου πολλών βρεφών, κατά το χρονικό διάστημα των πρώτων είκοσι οκτώ (28) ημερών της ζωής τους. Αναλυτικά, οι παράγοντες αυτοί που συμβάλουν στην ύπαρξη της θνησιμότητας σε αυτό το στάδιο της ζωής των βρεφών είναι:

- ✓ Το χαμηλό βάρος του νεογέννητου κατά τη διάρκεια της πρώτης ώρας από τη γέννησή του (De Jesus I., Pappas A., Shankaran S., Kendrick D., Das A., 2010)
- ✓ Η ηλικία της κύησης της γυναίκας, με εκείνες που ξεπερνούν τα 35 έτη να παρουσιάζουν υψηλότερο ποσοστό θνησιμότητας, ως προς το βρέφη και παράλληλα να αυξάνουν και τις πιθανότητες δημιουργίας συγγενών ανωμαλιών.
- ✓ Η ενδομήτρια καθυστέρηση της ανάπτυξης του εμβρύου, το οποίο οδηγεί πολλές φορές σε ενδομήτριο θάνατο, ασφυξία στη γέννηση, υποξική βλάβη του εγκεφάλου, αλλά και νεογνική νοσηρότητα (Κώσταλος Χ., Αλεξίου – Κάκκου Ν., Γούναρης Α., Λαμπαδαρίδης Ι., Λιόσης Γ., 1996).
- ✓ Διάφορες άμεσες αιτίες θανάτου, όπως είναι οι σοβαρές λοιμώξεις (πνευμονία, τέτανο) και η ασφυξία (Bang A., Reddy M., Deshmukh M., 2002).
- ✓ Η κατάσταση της υγείας της μητέρας και οι επιπλοκές κατά τον τοκετό (Bacci A., Manhica G., Machungo F., Bugalho A., Cuttini M., 1993)
- ✓ Ο πρόωρος τοκετός
- ✓ Ποικίλες ιατρικές διαταραχές της μητέρας, που μπορεί να σχετίζονται με την ύπαρξη διαβήτη, την εμφάνιση χρόνιας υπέρτασης, αλλά και την κληρονομική θρομβοφιλία (Persson M., Keely E., Walker M., 2009).
- ✓ Η ύπαρξη αστάθμητων παραγόντων κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, όπως είναι, η αποκόλληση του πλακούντα, η προεκλαμψία, αλλά και τυχόν άλλες μαιευτικές παρεμβάσεις (Στεργιόπουλος Κ., 2002)

- ✓ Το χαμηλό εισοδηματικό και οικονομικό επίπεδο μιας χώρας ή ακόμη και της ίδιας της οικογένειας του νεογνού, το οποίο μπορεί να αποτελεί πηγή δημιουργίας μητρικής μόλυνσης, ή μείωση της δυνατότητας της πρόσβασης σε αποτελεσματική νοσοκομειακή φροντίδα

Εντούτοις, όπως διαφαίνεται και από τον πίνακα 4.4, υπάρχει μια σημαντική μείωση του ποσοστού της νεογνικής θνησιμότητας, σε παγκόσμιο επίπεδο μεταξύ των ετών 1990 – 2015, της τάξεως του 46,97%, φθάνοντας στα επίπεδα του 19,2% το 2015, από 36,2% που ήταν το αντίστοιχο μέγεθος το 1990. Οι λόγοι που οδήγησαν τα τελευταία αυτά έτη, στη μείωση του ποσοστού της νεογνικής θνησιμότητας, σε παγκόσμιο επίπεδο αναφέρονται ως ακολούθως:

- ✓ Βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας στα νεογνά
- ✓ Παροχή καλύτερης εκπαίδευσης και μόρφωσης στις μητέρες και γενικότερα στους γονείς, για τον τρόπο με τον οποίο θα αντιμετωπίσουν τις διάφορες παθήσεις που εκείνοι έχουν, ώστε να μην θέτουν σε κίνδυνο τη ζωή των νεογνών
- ✓ Η αύξηση του βιοτικού, κοινωνικού και οικονομικού επιπέδου των χωρών, στην πλειοψηφία των περιπτώσεων. Προς την κατεύθυνση αυτή, σημαντική είναι η συνεισφορά και η σχέση που έχει το μέγεθος του Α.Ε.Π. της κάθε χώρας με τη νεογνική θνησιμότητα (Δρόσου – Αγακίδου Β., 2004)

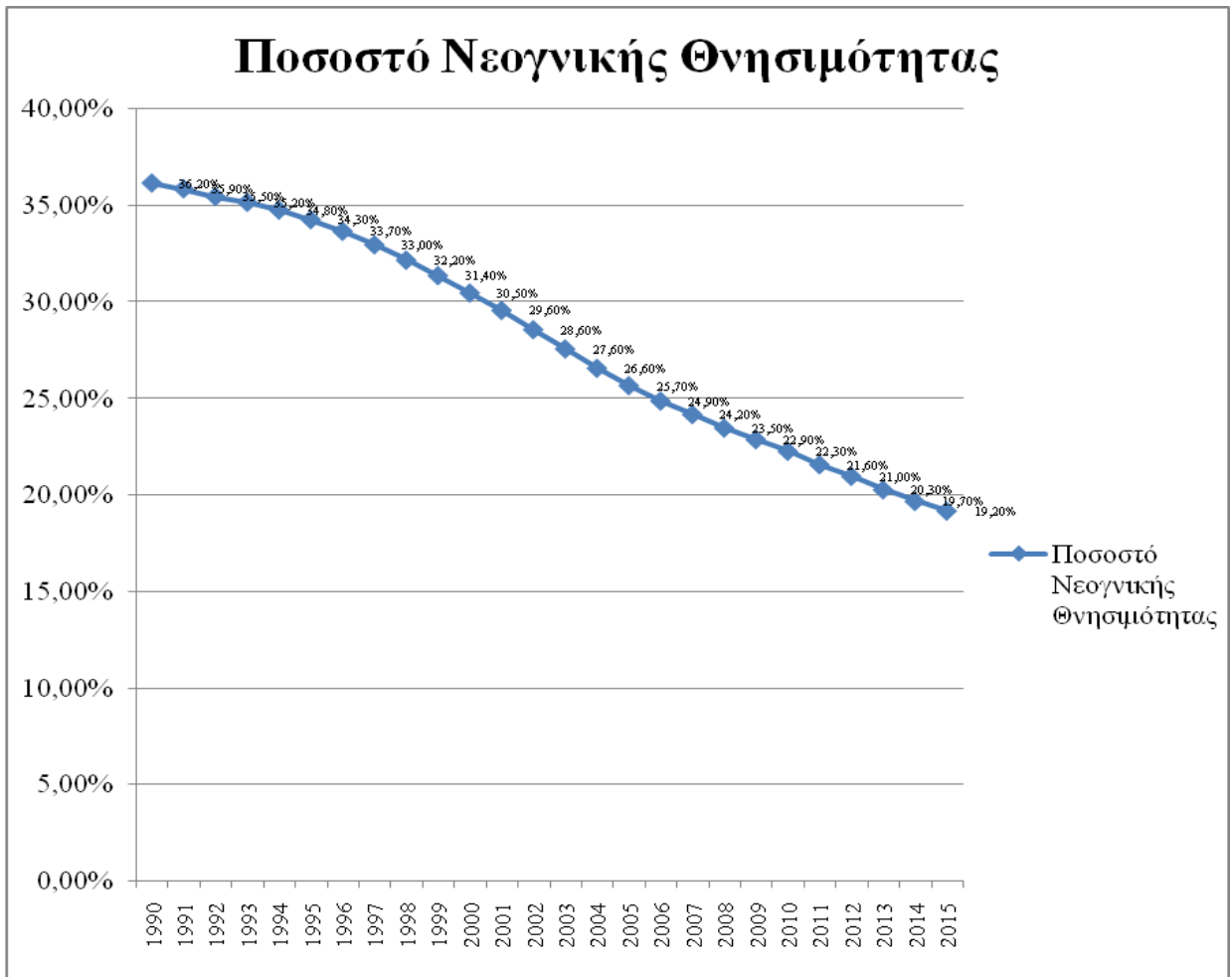
Πίνακας 4.4

Ποσοστό Νεογνικής Θνησιμότητας σε Παγκόσμιο Επίπεδο (1990 – 2015)

<i>Παγκόσμιο Επίπεδο (Σύνολο)</i>	
<i>Έτη</i>	<i>Ποσοστό Νεογνικής Θνησιμότητας</i>
1990	36,20%
1991	35,90%
1992	35,50%
1993	35,20%
1994	34,80%
1995	34,30%
1996	33,70%
1997	33,00%
1998	32,20%
1999	31,40%
2000	30,50%
2001	29,60%
2002	28,60%
2003	27,60%
2004	26,60%
2005	25,70%
2006	24,90%
2007	24,20%
2008	23,50%
2009	22,90%
2010	22,30%
2011	21,60%
2012	21,00%
2013	20,30%
2014	19,70%
2015	19,20%

Διάγραμμα 4.4

Διάρθρωση Νεογνικής Θνησιμότητας σε Παγκόσμιο Επίπεδο (1990 – 2015)



Πηγή: Worldbank, 2017

Όσο θετικά μπορεί να είναι τα στοιχεία που έχουν συλλεχθεί από τη μείωση της νεογνικής θνησιμότητας, αλλά και την αύξηση του προσδόκιμου ορίου διαβίωσης των ατόμων, τόσο αρνητικά είναι όσα εξάγονται από τα αποτελέσματα που αναφέρονται στα ποσοστά γονιμότητας των ατόμων σε παγκόσμιο επίπεδο, για τα έτη από το 1975 έως και το 2015, όπως παρουσιάζονται στον πίνακα 4.5. Ειδικότερα, μεταξύ αυτών των ετών, η μείωση που έχει συντελεστεί ως προς τη γονιμότητα, ανέρχεται στο 33,98%, λαμβάνοντας υπόψιν πως, το 1975 το ποσοστό αυτό ανερχόταν στο 29,02%, ανά 1.000 κατοίκους, ενώ το 2015 διαμορφώθηκε στο 19,16%.

Τα ποσοστά γονιμότητας μειώνονται σχεδόν σε όλες τις περιοχές του κόσμου, όμως το συνεχώς αυξανόμενο προσδόκιμο ζωής και η μείωση της βρεφικής θνησιμότητας εξακολουθούν να επιτρέπουν την σταθερή πληθυσμιακή αύξηση της τάξης των 83 εκατομμυρίων ατόμων ετησίως, αν και με όλο και πιο ηλικιωμένο πληθυσμό. Επίσης, άλλοι παράγοντες που οδηγούν στη μείωση αυτή των ποσοστών γονιμότητας εντοπίζονται και στις ηλικίες των ατόμων, ανδρών ή γυναικών, που επιθυμούν να αποκτήσουν παιδιά. Ο σύγχρονος τρόπος διαβίωσης, ειδικά στις σύγχρονες κοινωνίες, με τις πολλές και έντονες οικογενειακές υποχρεώσεις, δεν επιτρέπει κυρίως στις γυναίκες να προχωρήσουν στη σύλληψη, πριν το 34^ο ή 35^ο έτος της ηλικίας τους. Όμως, σε αυτή την ηλικία παρατηρείται πως υπάρχει σημαντική μείωση του ποσοστού της γονιμοποιητικής ικανότητας, με αποτέλεσμα να καθίσταται όχι αδύνατη, αλλά εξαιρετικά δύσκολη η γονιμοποίηση (United Nations, 2017).

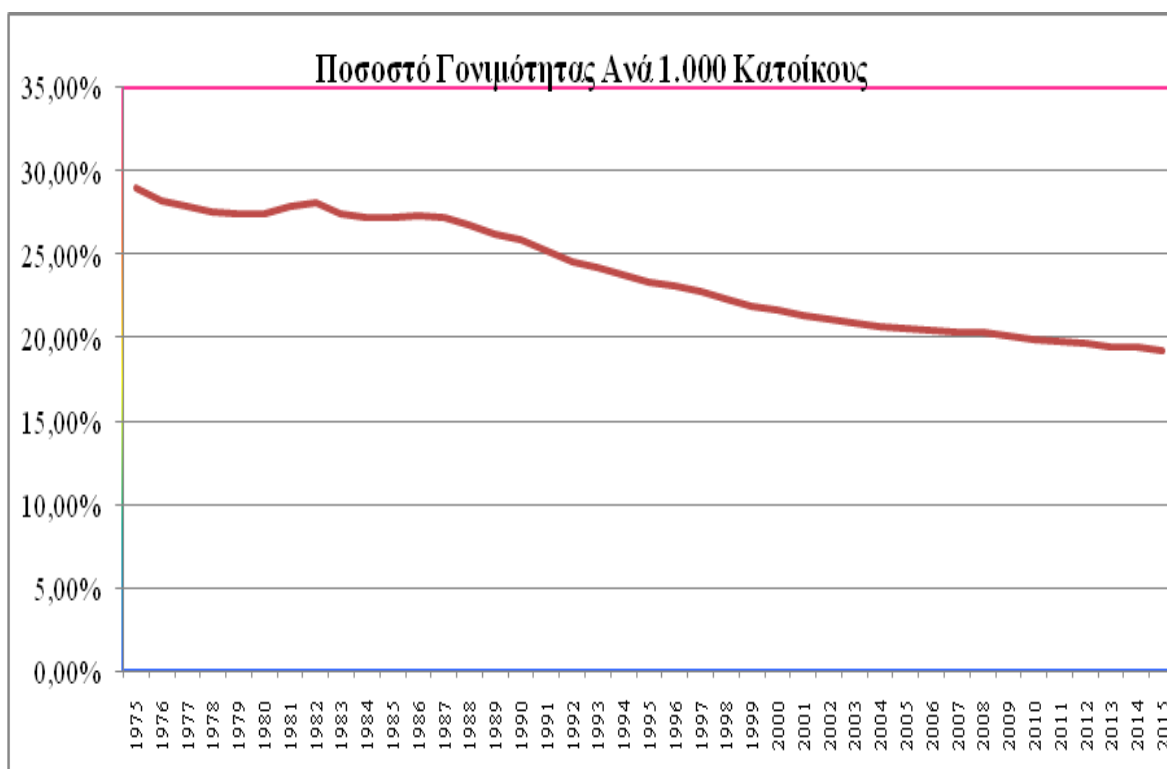
Πίνακας 4.5

Ποσοστό Γονιμότητας Ανά 1.000 Κατοίκους (1975 – 2015)

<i>Παγκόσμιο Επίπεδο (Σύνολο)</i>	
<i>Έτη</i>	<i>Ποσοστό Γονιμότητας Ανά 1.000 Κατοίκους</i>
1975	29,02%
1976	28,18%
1977	27,85%
1978	27,58%
1979	27,43%
1980	27,44%
1981	27,91%
1982	28,11%
1983	27,50%
1984	27,23%
1985	27,27%
1986	27,34%
1987	27,28%
1988	26,79%
1989	26,27%
1990	25,87%
1991	25,20%
1992	24,56%
1993	24,15%
1994	23,77%
1995	23,34%
1996	23,05%
1997	22,72%
1998	22,31%
1999	21,89%
2000	21,63%
2001	21,29%
2002	21,04%
2003	20,82%
2004	20,67%
2005	20,54%
2006	20,40%
2007	20,32%
2008	20,23%
2009	20,07%
2010	19,87%
2011	19,72%
2012	19,63%
2013	19,44%
2014	19,37%
2015	19,16%

Διάγραμμα 4.5

Ποσοστό Γονιμότητας Ανά 1.000 Κατοίκους (1975 – 2015)



Πηγή: Worldbank, 2017

Ο τελευταίος πίνακας (4.6) είναι και αυτός που απεικονίζει, το μέγεθος της βρεφικής θνησιμότητας, έτσι όπως έχει διαμορφωθεί κατά την τελευταία 40ετία (1975 – 2015), σε παγκόσμιο επίπεδο, ανά χίλιους κατοίκους. Πιο συγκεκριμένα, ενώ το μέγεθος της βρεφικής θνησιμότητας το 1975 ανερχόταν σε 87,9 νεογνά, ανά 1.000 κατοίκους, το αντίστοιχο μέγεθος το 2015 ήταν 31,7 νεογνά, παρουσιάζοντας μια μείωση της τάξεως του 64%. Οι παράγοντες και οι λόγοι, που οδήγησαν σε αυτή τη μείωση των επιπέδων της βρεφικής θνησιμότητας, στο μεγαλύτερο μέρος του κόσμου, μπορούν να συνοψισθούν στους κάτωθι:

- ✓ Στη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης των ατόμων
- ✓ Στην πρόοδο της ιατρικής επιστήμης και στην εξέλιξη της φαρμακευτικής βιομηχανίας, που συνετέλεσαν σε μεγάλο βαθμό στην αποτελεσματική πρόληψη μέσω των εμβολιασμών και στην αντιμετώπιση αρκετών ασθενειών, μέσω των θεραπειών και των φαρμακευτικών αγωγών.
- ✓ Στη βελτίωση του εισοδήματος των ατόμων και των κοινωνιών, με αποτέλεσμα να υπάρχει σε μεγαλύτερο ποσοστό η δυνατότητα της λήψης καλύτερων υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης.
- ✓ Στη διαχρονική αύξηση του επιπέδου του Α.Ε.Π. των χωρών, κυρίως των ανεπτυγμένων, που οδήγησε στη λήψη πιο υψηλών υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, παράλληλα όμως και με τη δυνατότητα της παροχής προς αυτούς τους ανθρώπους και τις κοινωνίες, υπηρεσιών εκπαίδευσης και μόρφωσης, για το πώς θα βελτιώσουν το βιοτικό τους επίπεδο και πώς θα προσέχουν την υγεία τους και την υγεία των βρεφών – νεογνών.

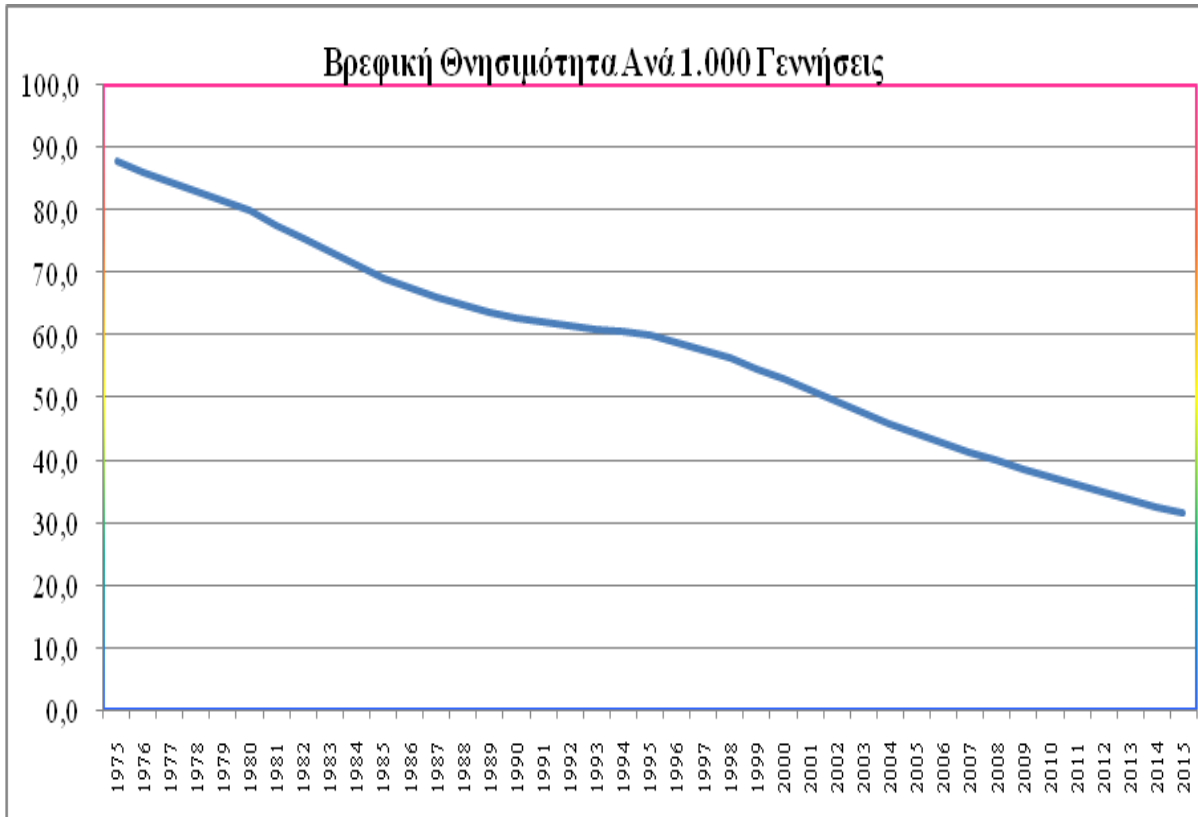
Πίνακας 4.6

Βρεφική Θνησιμότητα Ανά 1.000 Γεννήσεις (1975 – 2015)

<i>Παγκόσμιο Επίπεδο (Σύνολο)</i>	
<i>Έτη</i>	<i>Βρεφική Θνησιμότητα Ανά 1.000 Γεννήσεις</i>
1975	87,9
1976	86,2
1977	84,6
1978	83,1
1979	81,7
1980	80,0
1981	77,7
1982	75,6
1983	73,5
1984	71,3
1985	69,3
1986	67,6
1987	66,1
1988	64,8
1989	63,7
1990	62,8
1991	62,1
1992	61,6
1993	61,1
1994	60,6
1995	60,0
1996	59,0
1997	57,8
1998	56,4
1999	54,8
2000	53,1
2001	51,4
2002	49,5
2003	47,7
2004	46,0
2005	44,3
2006	42,8
2007	41,4
2008	40,1
2009	38,7
2010	37,5
2011	36,2
2012	34,9
2013	33,7
2014	32,6
2015	31,7

Διάγραμμα 4.6

Βρεφική Θνησιμότητα Ανά 1.000 Γεννήσεις (1975 – 2015)



Πηγή: Worldbank, 2017

4.2 Ευρώπη

4.2.1 Προσδόκιμο Όριο Ζωής Κατά τη Γέννηση

Στο ανωτέρω τμήμα της μελέτης (4.1), αναλύθηκαν τα μεγέθη, του προσδόκιμου ορίου διαβίωσης, της νεογνικής θνησιμότητας, της γονιμότητας, αλλά και της θνησιμότητας των βρεφών, σε παγκόσμιο επίπεδο. Στο ανωτέρω τμήμα, θα μελετηθούν τα μεγέθη αυτά, αλλά ανά περιοχές, με την πρώτη υπό εξέταση περιοχή να αφορά την ευρωπαϊκή ήπειρο.

Στον πίνακα 4.7 που ακολουθεί, απεικονίζεται το προσδόκιμο όριο διαβίωσης των κατοίκων στην Ευρώπη ανά χώρα, όπως ήταν το 1960 και όπως διαμορφώθηκε με το πέρασμα των ετών το 2015. Η θετική μεταβολή που έχει συντελεστεί είναι εμφανής σε όλες τις υπό εξέταση χώρες, σε άλλες λιγότερο (Βουλγαρία – 7,25%) και σε άλλες περισσότερο (Πορτογαλία – 30,16%). Γενικά, κατά μέσο όρο, μεταξύ των ετών 1960 – 2015, στην Ευρώπη, η θετική μεταβολή που έχει επέλθει, ως προς το προσδόκιμο όριο ζωής κατά τη γέννηση ανέρχεται στο 16,01%, για τις χώρες που περιλαμβάνονται στο πίνακα 4.7.

Η Ευρώπη, μια περιοχή με χώρες οι οποίες κατατάσσονται στην πλειοψηφία τους σε εκείνες που θεωρούνται ανεπτυγμένες, ξεχωρίζει, τόσο για το υψηλό επίπεδο παρεχόμενων υπηρεσιών περίθαλψης, όσο και για το γενικότερο επίπεδο διαβίωσης των πολιτών της. Παράλληλα, η οικονομική κατάσταση των κοινωνιών και η εισοδηματική κατάσταση των πολιτών των χωρών αυτών είναι τέτοια που τους επιτρέπουν τη δαπάνη για τη λήψη καλύτερων ιατροφαρμακευτικών υπηρεσιών. Σημαντικός παράγοντας προς την κατεύθυνση αυτή είναι και το υψηλό μέγεθος του Α.Ε.Π. των χωρών αυτών, παρά το γεγονός πως, αρκετές εξ αυτών των χωρών, όπως είναι για παράδειγμα η Ελλάδα, η Πορτογαλία και η Ισπανία, υπέστησαν τις δυσμενέστερες συνέπειες της χρηματοπιστωτικής κρίσης, η οποία επηρέασε αρνητικά και σε μεγάλο βαθμό, τόσο τη δημόσια υγεία, όσο και την οικονομική κατάσταση των πολιτών (OECD, 2015).

Οι χώρες που ανήκουν στο πρώην Ανατολικό Μπλοκ (Εσθονία, Βουλγαρία, Πολωνία, κλπ.), εμφανίζουν αυξητικές τάσεις στα επίπεδα του προσδόκιμου ορίου ζωής κατά τη γέννηση, με ποσοστά όμως που υστερούν έναντι των χωρών της Κεντρικής (Αυστρία, Ελβετία) και Βόρειας Ευρώπης (Φινλανδία, Σουηδία). Αξιοσημείωτη πάντως

είναι η σημαντική αύξηση που παρουσιάζεται στις χώρες του Νότου (Ελλάδα, Πορτογαλία, Ισπανία, Ιταλία), οι οποίες εμφανίζουν σημαντική ποσοστιαία αύξηση από το 1960 και έπειτα, φθάνοντας σε απόλυτα μεγέθη, τις αντίστοιχες τιμές των χωρών της Βόρειας Ευρώπης, που βρίσκονταν πάντοτε σε υψηλό επίπεδο. Παράγοντας που συνέβαλε προς αυτή την τάση είναι και η υιοθέτηση από την πλευρά των κοινωνιών αυτών της «Μεσογειακής Διατροφής», μιας διατροφής που στηρίζεται σε γαλακτοκομικά, φρούτα και ελαιόλαδο, τα οποία συντέιναν στη βελτίωση της υγείας των πολιτών.

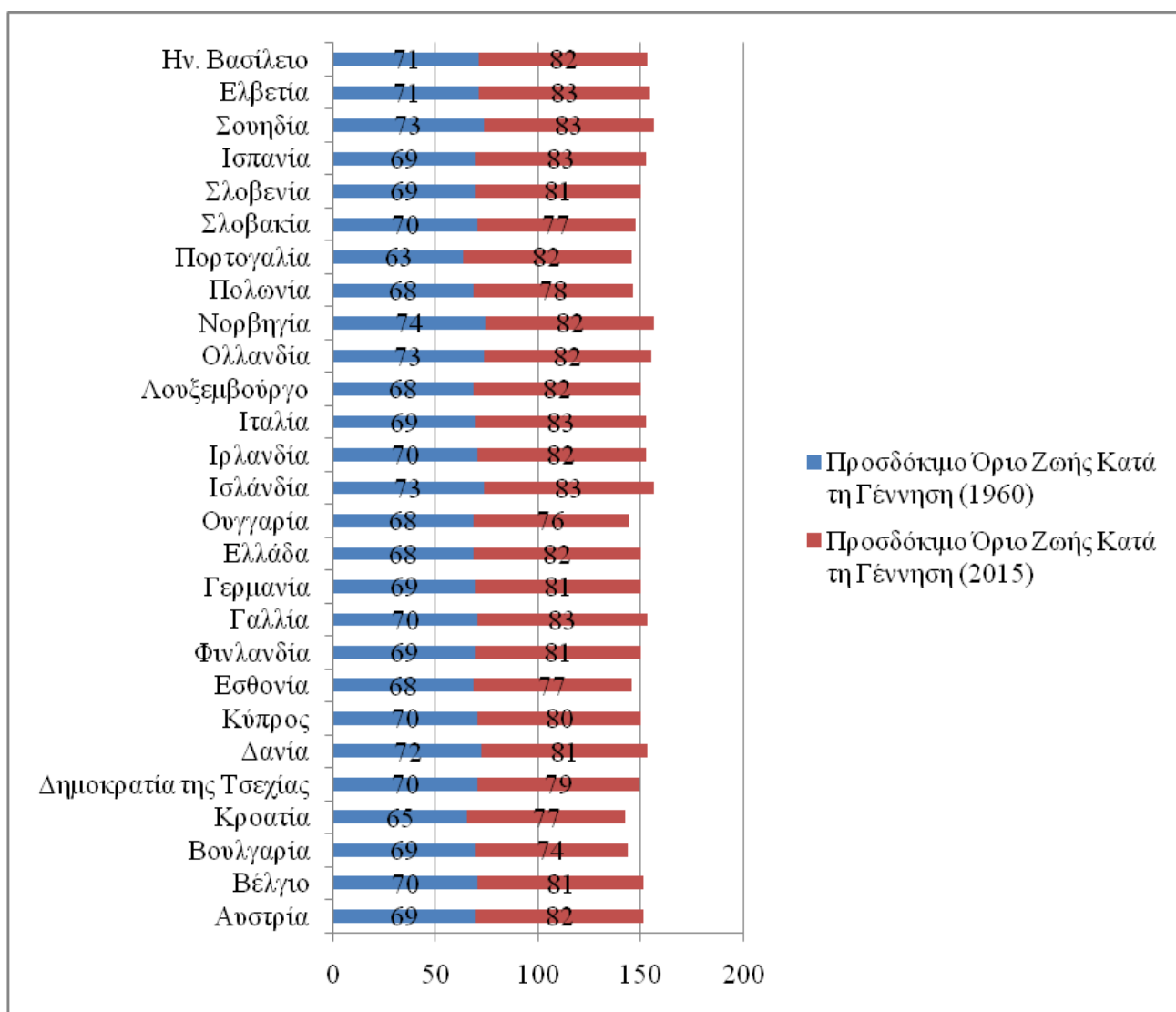
Πίνακας 4.7

Προσδόκιμο Όριο Ζωής Κατά τη Γέννηση (Ευρώπη)

Χώρα	Προσδόκιμο Όριο Ζωής Κατά τη Γέννηση (1960)	Προσδόκιμο Όριο Ζωής Κατά τη Γέννηση (2015)	Μεταβολή
<i>Αυστρία</i>	69	82	18,84%
<i>Βέλγιο</i>	70	81	15,71%
<i>Βουλγαρία</i>	69	74	7,25%
<i>Κροατία</i>	65	77	18,46%
<i>Δημοκρατία της Τσεχίας</i>	70	79	12,86%
<i>Δανία</i>	72	81	12,50%
<i>Κύπρος</i>	70	80	14,29%
<i>Εσθονία</i>	68	77	13,24%
<i>Φινλανδία</i>	69	81	17,39%
<i>Γαλλία</i>	70	83	18,57%
<i>Γερμανία</i>	69	81	17,39%
<i>Ελλάδα</i>	68	82	20,59%
<i>Ουγγαρία</i>	68	76	11,76%
<i>Ισλανδία</i>	73	83	13,70%
<i>Ιρλανδία</i>	70	82	17,14%
<i>Ιταλία</i>	69	83	20,29%
<i>Λουξεμβούργο</i>	68	82	20,59%
<i>Ολλανδία</i>	73	82	12,33%
<i>Νορβηγία</i>	74	82	10,81%
<i>Πολωνία</i>	68	78	14,71%
<i>Πορτογαλία</i>	63	82	30,16%
<i>Σλοβακία</i>	70	77	10,00%
<i>Σλοβενία</i>	69	81	17,39%
<i>Ισπανία</i>	69	83	20,29%
<i>Σουηδία</i>	73	83	13,70%
<i>Ελβετία</i>	71	83	16,90%
<i>Ην. Βασίλειο</i>	71	82	15,49%

Διάγραμμα 4.7

Προσδόκιμο Όριο Ζωής Κατά τη Γέννηση (Ευρώπη)



Πηγή: Worldbank, 2017

4.2.2 Ποσοστό Νεογνικής Θνησιμότητας

Ο πίνακας 4.8, παρουσιάζει το ποσοστό της νεογνικής θνησιμότητας, έτσι όπως διαμορφώνεται, μεταξύ των ετών 1990 – 2015, στις χώρες της Ευρώπης, που αναλύονται. Είναι εμφανές πως σε όλα τα κράτη, υπάρχει μείωση του ποσοστού της θνησιμότητας αυτής της μορφής. Η σημαντικότητα της μείωσης αυτής θα πρέπει να εξετασθεί, όχι μόνον ως προς το μέγεθός της, αλλά και ως προς την αρχική τιμή που λάμβανε η νεογνική θνησιμότητα στην κάθε χώρα το 1990 και πως αυτή διαμορφώθηκε, έπειτα από είκοσι πέντε (25) έτη. Πιο συγκεκριμένα, η πλειοψηφία των κρατών που ανήκουν στην κατηγορία των ανεπτυγμένων, παρουσιάζουν μείωση ως προς τα ποσοστά της νεογνικής θνησιμότητας, με τις τιμές τους όμως, να είναι ήδη κατά το έτος 1990 αρκετά χαμηλές.

Από την άλλη πλευρά, όλες οι χώρες της Ανατολικής Ευρώπης, παρουσίαζαν κατά το έτος 1990 υψηλά ποσοστά νεογνικής θνησιμότητας, αποτέλεσμα ενδεχομένως της έλλειψης επαρκούς και αποτελεσματικής ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, αλλά και του χαμηλού εισοδηματικού και οικονομικού επιπέδου των χωρών και των νοικοκυριών. Με το πέρασμα των ετών, οι χώρες αυτές έφτασαν σε μεγέθη νεογνικής θνησιμότητας, όπως είναι τα αντίστοιχα των κρατών της Κεντρικής Ευρώπης (Δημοκρατία της Τσεχίας, Εσθονία), παρουσιάζοντας σημαντική μείωση, ενώ και σε ορισμένες άλλες περιπτώσεις (Σλοβακία, Βουλγαρία), παρά τα υψηλά ποσοστά που εμφανίζουν το 2015, υπάρχει αξιοσημείωτη βελτίωση, εν συγκρίσει με τα μεγέθη που παρουσιάζονταν το 1990.

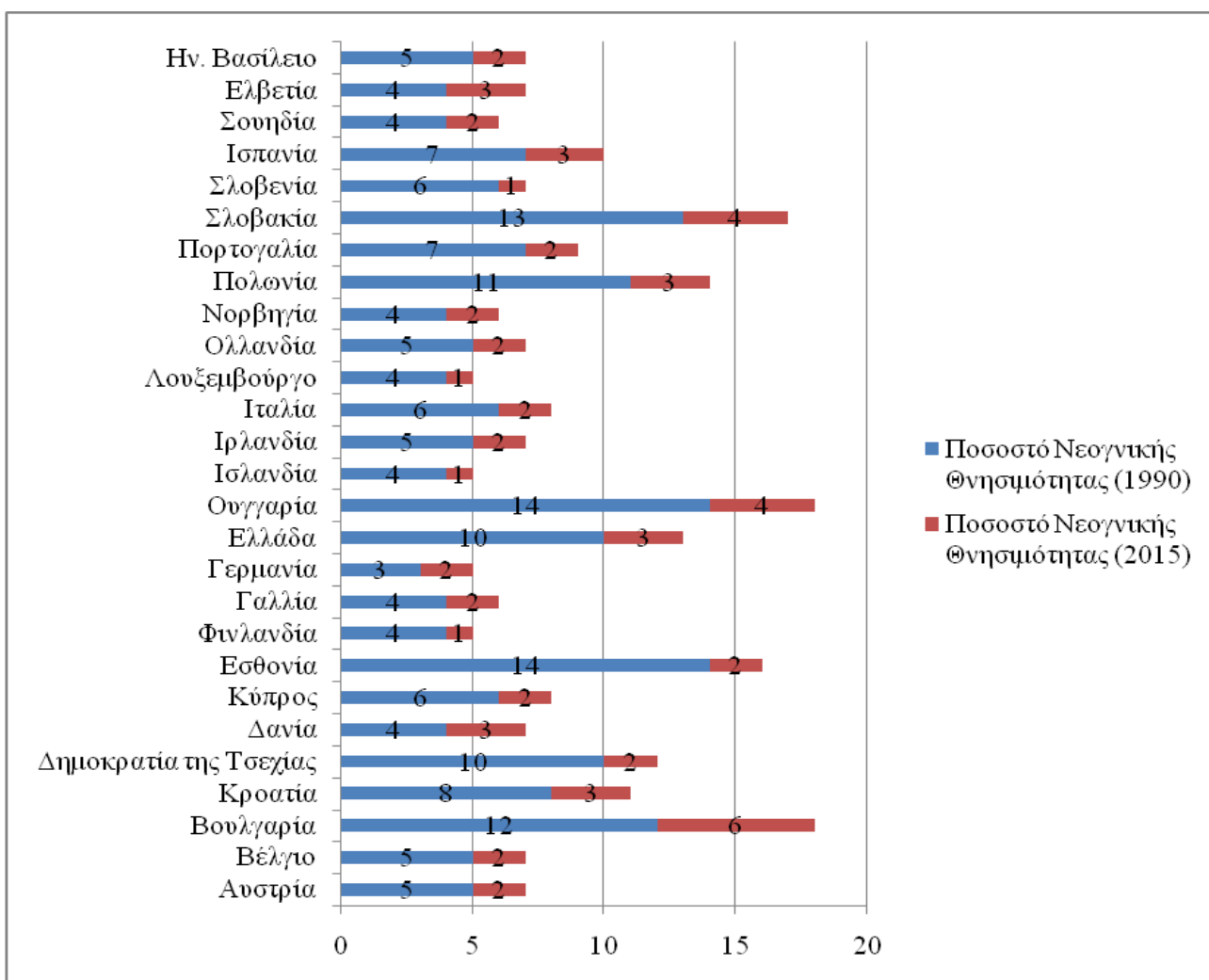
Πίνακας 4.8

Ποσοστό Νεογνικής Θνησιμότητας στην Ευρώπη (1990 – 2015)

Χώρα	Ποσοστό Νεογνικής Θνησιμότητας (1990)	Ποσοστό Νεογνικής Θνησιμότητας (2015)	Μεταβολή
<i>Αυστρία</i>	5	2	60,00%
<i>Βέλγιο</i>	5	2	60,00%
<i>Βουλγαρία</i>	12	6	50,00%
<i>Κροατία</i>	8	3	62,50%
<i>Δημοκρατία της Τσεχίας</i>	10	2	80,00%
<i>Δανία</i>	4	3	25,00%
<i>Κύπρος</i>	6	2	66,67%
<i>Εσθονία</i>	14	2	85,71%
<i>Φινλανδία</i>	4	1	75,00%
<i>Γαλλία</i>	4	2	50,00%
<i>Γερμανία</i>	3	2	33,33%
<i>Ελλάδα</i>	10	3	70,00%
<i>Ουγγαρία</i>	14	4	71,43%
<i>Ισλανδία</i>	4	1	75,00%
<i>Ιρλανδία</i>	5	2	60,00%
<i>Ιταλία</i>	6	2	66,67%
<i>Λουξεμβούργο</i>	4	1	75,00%
<i>Ολλανδία</i>	5	2	60,00%
<i>Νορβηγία</i>	4	2	50,00%
<i>Πολωνία</i>	11	3	72,73%
<i>Πορτογαλία</i>	7	2	71,43%
<i>Σλοβακία</i>	13	4	69,23%
<i>Σλοβενία</i>	6	1	83,33%
<i>Ισπανία</i>	7	3	57,14%
<i>Σουηδία</i>	4	2	50,00%
<i>Ελβετία</i>	4	3	25,00%
<i>Ην. Βασίλειο</i>	5	2	60,00%

Διάγραμμα 4.8

Διάρθρωση Νεογνικής Θνησιμότητας στην Ευρώπη (1990 – 2015)



Πηγή: Worldbank, 2017

4.2.3 Ποσοστό Γονιμότητας

Ο πίνακας 4.9, παρουσιάζει τα ποσοστά γονιμότητας στην περιφέρεια της Ευρώπης, μεταξύ των ετών 1975 – 2015, ανά χώρα που μελετάται, προβάλλοντας παράλληλα και το ποσοστό της μεταβολής που έχει συντελεστεί μεταξύ των ετών αυτών. Με εξαίρεση μόνο το Λουξεμβούργο και το Ηνωμένο Βασίλειο, σε όλες τις υπόλοιπες ευρωπαϊκές χώρες, υπάρχει μια σαφής μείωση ως προς το ποσοστό γονιμότητας των πολιτών, όπως μελετάται ανά χίλιους κατοίκους. Σε ορισμένες περιπτώσεις χωρών κιάλας, το ποσοστό της μείωσης της γονιμότητας ξεπερνάει το 50% διαχρονικά (Πορτογαλία – 60%,

Ισπανία – 52,63%, Σλοβακία – 52,38%), ή ισούται (Ουγγαρία – 50%), ενώ υπάρχει ένα μεγάλο πλήθος χωρών που βρίσκεται πολύ κοντά στο ποσοστό αυτό του 50%.

Το κοινωνικό μοντέλο της Ευρώπης, παρά τις επιμέρους εθνικές παραλλαγές του, διαχρονικά διέθετε ορισμένα κοινά και σταθερά χαρακτηριστικά, τα οποία το ξεχώριζαν από το αντίστοιχο βόρειο – αμερικάνικο μοντέλο, όπως είναι, η διασφάλιση ενός ελαχίστου επιπέδου διαβίωσης, είτε με τη μορφή του ελάχιστου εγγυημένου εισοδήματος, είτε με άλλες παραπλήσιες εκδοχές, η οικουμενική δωρεάν πρόσβαση σε βασικά κοινωνικά αγαθά, η εξασφάλιση ενός επαρκούς κατώτατου μισθού και κάποιων ελαχίστων κοινωνικών και εργασιακών δικαιωμάτων, η εξάλειψη των διακρίσεων που βασίζονται στο φύλο, τη θρησκεία ή τη φυλή, και η διατήρηση της κοινωνικής συνοχής. Τα τελευταία χρόνια, τα χαρακτηριστικά αυτά, τα οποία αποτελούσαν αδιαπραγμάτευτες βεβαιότητες για τους Ευρωπαίους πολίτες, τίθενται σταδιακά σε αμφισβήτηση, καθώς αποδυναμώνονται τα θεμέλια επί των οποίων στηρίχθηκε ο επιτυχημένος συνδυασμός οικονομικής ευημερίας και κοινωνικής συνοχής (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2002).

Αυτός ενδεχομένως και να αποτελεί το βασικότερο λόγο για τον οποίο στην ευρωπαϊκή ήπειρο να παρουσιάζεται τόσο έντονο το φαινόμενο της μείωσης του ποσοστού της γονιμότητας. Παράλληλα, υπάρχει και το πρόβλημα που υπάρχει ως προς το σύγχρονο «Δυτικό» τρόπο διαβίωσης των ατόμων, ο οποίος δεν επιτρέπει αλλά και παρεμποδίζει ταυτόχρονα τη δημιουργία αρχικά οικογένειας και έπειτα πολυμελούς οικογένειας στα άτομα. Μελετώντας επίσης τα αποτελέσματα του πίνακα 4.9 μπορεί να εξαχθεί το συμπέρασμα πως, το πρόβλημα της μείωσης του ποσοστού της γονιμότητας είναι εμφανές κυρίως στις χώρες της Νότιας Ευρώπης και σε όσες ανήκουν στην περιοχή της Ανατολικής Ευρώπης. Αντίθετα στις χώρες της Κεντρικής και Βόρειας Ευρώπης, είτε η μείωση είναι ισχνή, είτε δεν υπάρχει καθόλου. Ένας σημαντικός λόγος που μπορεί να θεωρηθεί ως αιτία εμφάνισης του φαινομένου αυτού είναι και η οικονομική κρίση, που ξέσπασε το 2008 και η οποία επηρέασε σε πολύ μεγάλο βαθμό κυρίως τις χώρες της Νότιας Ευρώπης.

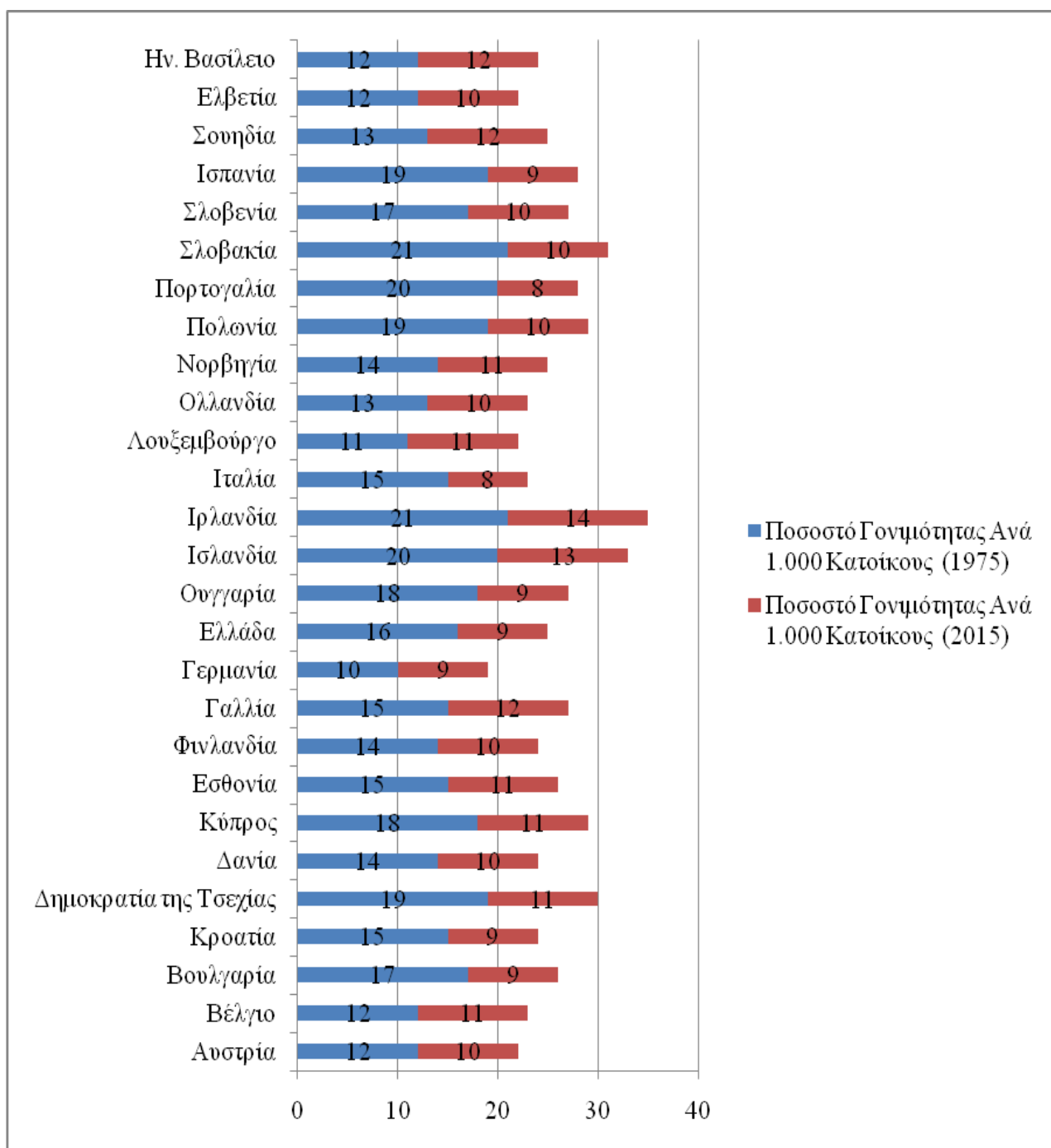
Πίνακας 4.9

Ποσοστό Γονιμότητας στην Ευρώπη Ανά 1.000 Κατοίκους (1975 – 2015)

Χώρα	Ποσοστό Γονιμότητας Ανά 1.000 Κατοίκους (1975)	Ποσοστό Γονιμότητας Ανά 1.000 Κατοίκους (2015)	Μεταβολή
<i>Αυστρία</i>	12	10	16,67%
<i>Βέλγιο</i>	12	11	8,33%
<i>Βουλγαρία</i>	17	9	47,06%
<i>Κροατία</i>	15	9	40,00%
<i>Δημοκρατία της Τσεχίας</i>	19	11	42,11%
<i>Δανία</i>	14	10	28,57%
<i>Κύπρος</i>	18	11	38,89%
<i>Εσθονία</i>	15	11	26,67%
<i>Φινλανδία</i>	14	10	28,57%
<i>Γαλλία</i>	15	12	20,00%
<i>Γερμανία</i>	10	9	10,00%
<i>Ελλάδα</i>	16	9	43,75%
<i>Ουγγαρία</i>	18	9	50,00%
<i>Ισλανδία</i>	20	13	35,00%
<i>Ιρλανδία</i>	21	14	33,33%
<i>Ιταλία</i>	15	8	46,67%
<i>Λουξεμβούργο</i>	11	11	0,00%
<i>Ολλανδία</i>	13	10	23,08%
<i>Νορβηγία</i>	14	11	21,43%
<i>Πολωνία</i>	19	10	47,37%
<i>Πορτογαλία</i>	20	8	60,00%
<i>Σλοβακία</i>	21	10	52,38%
<i>Σλοβενία</i>	17	10	41,18%
<i>Ισπανία</i>	19	9	52,63%
<i>Σουηδία</i>	13	12	7,69%
<i>Ελβετία</i>	12	10	16,67%
<i>Ην. Βασίλειο</i>	12	12	0,00%

Διάγραμμα 4.9

Ποσοστό Γονιμότητας στην Ευρώπη Ανά 1.000 Κατοίκους (1975 – 2015)



Πηγή: Worldbank, 2017

4.2.4 Ποσοστό Θνησιμότητας Βρεφών

Όπως και στην περίπτωση της νεογνικής θνησιμότητας, έτσι και στην περίπτωση της βρεφικής θνησιμότητας οι χώρες της Ευρώπης στο σύνολό τους παρουσιάζουν αξιοσημείωτη μείωση ως προς τα ποσοστά της, μεταξύ των ετών 1975 – 2015. Υπάρχουν χώρες, όπως είναι για παράδειγμα η Βουλγαρία, η Ουγγαρία, η Ελλάδα και η Πορτογαλία, στις οποίες το μέγεθος της βρεφικής θνησιμότητας ανά 1.000 γεννήσεις το 1975 έφτανε ή υπερέβαινε τις 30 και οι οποίες πλέον το 2015 έχουν φθάσει σε μεγέθη συγκρίσιμα με τα αντίστοιχα άλλων χωρών, της Κεντρικής κυρίως και Βόρειας Ευρώπης.

Η βασικότερη εξήγηση του φαινομένου αυτού σχετίζεται με τη σημαντική βελτίωση των κοινωνικοοικονομικών συνθηκών, κυρίως εκείνων που ανήκουν στην περιοχή της Ανατολικής Ευρώπης. Παράλληλα, πέραν των συνθηκών αυτών διαβίωσης, υπάρχει και μια βελτίωση στον τομέα της ιατρικής και νοσηλευτικής περίθαλψης, για όλες αυτές τις χώρες, με την πρόοδο της ιατρικής επιστήμης να έχει συνδράμει σημαντικά προς την κατεύθυνση αυτή. Ένας τελευταίος παράγοντας που συνέβαλε στη μείωση της βρεφικής θνησιμότητας είναι και η παροχή περισσότερης και ποιοτικότερης μόρφωσης και παιδείας προς τους πολίτες των χωρών, οι οποίοι αντιλήφθηκαν τη σημασία της υγιεινής διατροφής και γενικότερα του τρόπου διαβίωσης, ώστε να μην επιβαρύνουν την υγεία τους και κυρίως την υγεία των νεογνών (Weinstein J., Pilla V., 2001).

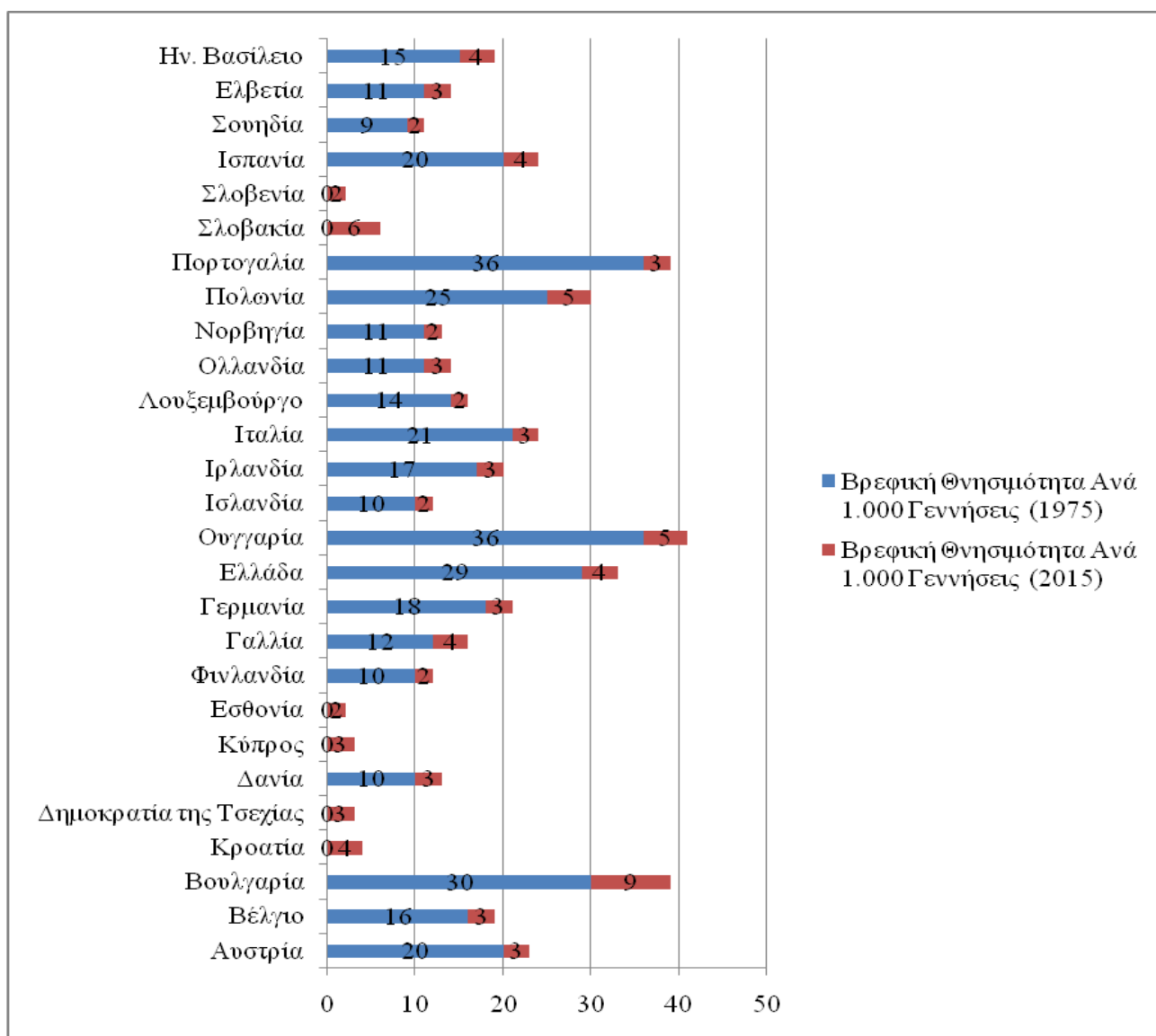
Πίνακας 4.10

Βρεφική Θνησιμότητα στην Ευρώπη Ανά 1.000 Γεννήσεις (1975 – 2015)

Χώρα	Βρεφική Θνησιμότητα Ανά 1.000 Γεννήσεις (1975)	Βρεφική Θνησιμότητα Ανά 1.000 Γεννήσεις (2015)	Μεταβολή
<i>Αυστρία</i>	20	3	85,00%
<i>Βέλγιο</i>	16	3	81,25%
<i>Βουλγαρία</i>	30	9	70,00%
<i>Κροατία</i>	-	4	-
<i>Δημοκρατία της Τσεχίας</i>	-	3	-
<i>Δανία</i>	10	3	70,00%
<i>Κύπρος</i>	-	3	-
<i>Εσθονία</i>	-	2	-
<i>Φινλανδία</i>	10	2	80,00%
<i>Γαλλία</i>	12	4	66,67%
<i>Γερμανία</i>	18	3	83,33%
<i>Ελλάδα</i>	29	4	86,21%
<i>Ουγγαρία</i>	36	5	86,11%
<i>Ισλανδία</i>	10	2	80,00%
<i>Ιρλανδία</i>	17	3	82,35%
<i>Ιταλία</i>	21	3	85,71%
<i>Λουξεμβούργο</i>	14	2	85,71%
<i>Ολλανδία</i>	11	3	72,73%
<i>Νορβηγία</i>	11	2	81,82%
<i>Πολωνία</i>	25	5	80,00%
<i>Πορτογαλία</i>	36	3	91,67%
<i>Σλοβακία</i>	-	6	-
<i>Σλοβενία</i>	-	2	-
<i>Ισπανία</i>	20	4	80,00%
<i>Σουηδία</i>	9	2	77,78%
<i>Ελβετία</i>	11	3	72,73%
<i>Ην. Βασίλειο</i>	15	4	73,33%

Διάγραμμα 4.10

Βρεφική Θνησιμότητα στην Ευρώπη Ανά 1.000 Γεννήσεις (1975 – 2015)



Πηγή: Worldbank, 2017

4.3 Λατινική Αμερική

4.3.1 Προσδόκιμο Όριο Ζωής Κατά τη Γέννηση

Μελετώντας τα αποτελέσματα του πίνακα 4.11, είναι εμφανές πως, στις μισές σχεδόν χώρες από όσες περιλαμβάνονται στην ανάλυση για το προσδόκιμο όριο διαβίωσης στην περιοχή της Λατινικής Αμερικής, υπάρχει μια σημαντική αύξηση από το 1960, έως και το 2015, με προεξέχουσα τη Βολιβία, η οποία από 42 έτη που ήταν το

1960, έφτασε το 2015 να είναι 69 έτη (μεταβολή 64,29%). Αυτή η μεταβολή (θετική) που έχει συντελεστεί σε όλες τις χώρες της Λατινικής Αμερικής, οφείλεται σε πολύ μεγάλο ποσοστό, σε δυο βασικούς παράγοντες: αφενός στην αύξηση του εθνικού εισοδήματος των χωρών αυτών διαχρονικά και αφετέρου, στη συμβολή παραγόντων ιατρικού κυρίως χαρακτήρα (OECD, 2015).

Πέραν των παραγόντων αυτών, στις χώρες της Λατινικής Αμερικής, υπήρξε βελτίωση επίσης και σε μια σειρά άλλων παραμέτρων, οι οποίες δεν έχουν τόσο ιατρικό χαρακτήρα, αλλά αναδεικνύουν τη θετική συσχέτιση που μπορεί να υπάρχει ανάμεσα στο προσδόκιμο όριο διαβίωσης και την επιμήκυνση αυτού. Οι συντελεστές που επέδρασαν διαχρονικά με βοηθητικό τρόπο στην περίπτωση της περιφέρειας της Λατινικής Αμερικής είναι οι ακόλουθοι (Μαλάμου Θ., 2015):

- ✓ η βελτίωση του επιπέδου της εκπαίδευσης
- ✓ η βελτίωση του επιπέδου υγιεινής, τόσο στα σπίτια όσο και στους δρόμους
- ✓ η εύρεση εργασίας και η βελτίωση των εργασιακών συνθηκών
- ✓ η στέγαση
- ✓ η καταπολέμηση του υποσιτισμού
- ✓ η εξομάλυνση των σχέσεων μεταξύ των μελών μιας οικογένειας
- ✓ η καταπολέμηση ψυχικών παθήσεων
- ✓ η μείωση στην κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών και τοξικών ουσιών

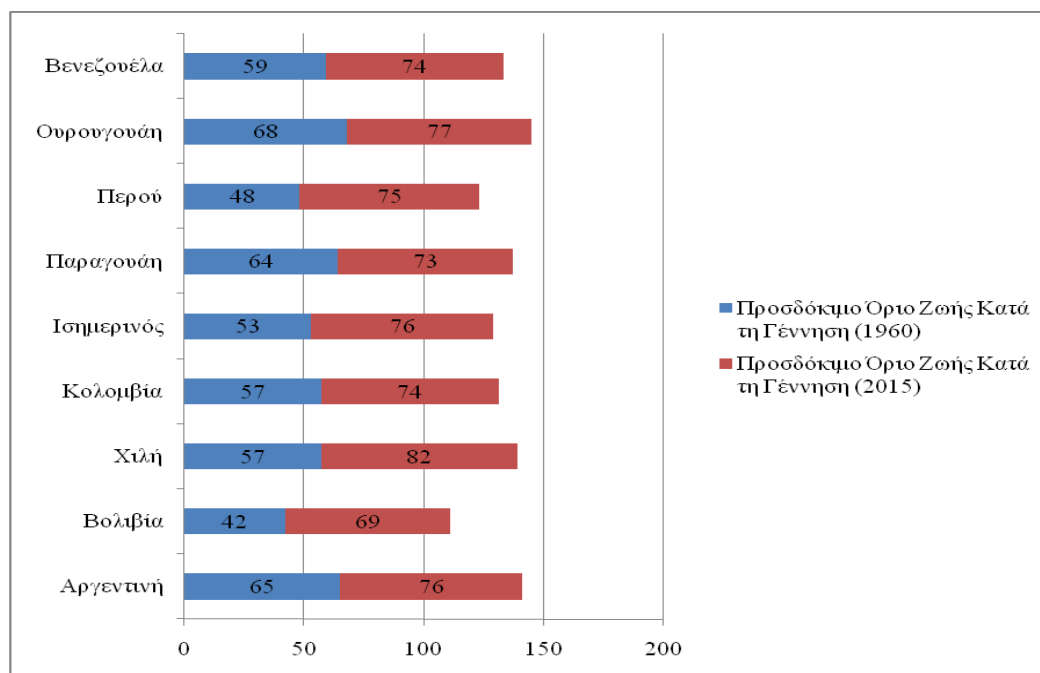
Πίνακας 4.11

Προσδόκιμο Όριο Ζωής Κατά τη Γέννηση (Λατινική Αμερική)

Χώρα	Προσδόκιμο Όριο Ζωής Κατά τη Γέννηση (1960)	Προσδόκιμο Όριο Ζωής Κατά τη Γέννηση (2015)	Μεταβολή
Αργεντινή	65	76	16,92%
Βολιβία	42	69	64,29%
Χιλή	57	82	43,86%
Κολομβία	57	74	29,82%
Ισημερινός	53	76	43,40%
Παραγουάη	64	73	14,06%
Περού	48	75	56,25%
Ουρουγουάη	68	77	13,24%
Βενεζουέλα	59	74	25,42%

Διάγραμμα 4.11

Προσδόκιμο Όριο Ζωής Κατά τη Γέννηση (Λατινική Αμερική)



Πηγή: Worldbank, 2017

4.3.2 Ποσοστό Νεογνικής Θνησιμότητας

Μελετώντας τα δεδομένα του πίνακα 4.12, διαφαίνεται πως, όπως και στην περίπτωση της Ευρώπης έτσι και στην περίπτωση της Λατινικής Αμερικής, το ποσοστό νεογνικής θνησιμότητας, μεταξύ των ετών 1990 – 2015, στο σύνολο των χωρών έχει μειωθεί σημαντικά. Από την άποψη της ποσοστιαίας μεταβολής, τη σημαντικότερη έχει να επιδείξει το Περού, το οποίο μέσα σε 25 έτη έχει μειώσει το ποσοστό νεογνικής θνησιμότητας κατά 71,43%, φθάνοντας το 2015 στο 8%, έναντι 28% που ήταν το 1990. Από την άποψη όμως του συνολικού μεγέθους, η χώρα της Βολιβίας είναι εκείνη που παρουσιάζει τη μεγαλύτερη βελτίωση, μιας και από 42% που ήταν το ποσοστό της νεογνικής θνησιμότητας το 1990, ένα ποσοστό ιδιαίτερα υψηλό, τόσο για τη χρονική περίοδο που εξετάζεται όσο και για το επίπεδο της χώρας, έφτασε το 2015 στο 20%, σημειώνοντας μια πτώση της τάξεως του 52,38%.

Η βελτίωση που επήλθε στα ποσοστά νεογνικής θνησιμότητας, για το σύνολο των χωρών της Λατινικής Αμερικής είναι εμφανής. Ειδικά σε ορισμένες χώρες, όπως είναι η Ουρουγουάη, τα μεγέθη νεογνικής θνησιμότητας που διαμορφώνονται κατά το 2015 είναι άμεσα συγκρίσιμα με τα αντίστοιχα χωρών της Ευρώπης (βλέπε Πίνακα 4.8). Οι παράγοντες εκείνοι που συνέβαλαν σε αυτή τη βελτίωση της εικόνας των χωρών της Λατινικής Αμερικής είναι κυρίως οικονομικοί και εκπαιδευτικοί. Η άνοδος του βιοτικού επιπέδου των χωρών αυτών, μέσω της αύξησης του Α.Ε.Π. τους, συνηγόρησε ώστε οι πολίτες να εξασφαλίσουν καλύτερες συνθήκες διαβίωσης αφενός και αφετέρου, να τους παρέχονται βελτιωμένες ιατρικές και νοσηλευτικές υπηρεσίες (OECD, 2015).

Ειδικότερα, ο παράγοντας της παροχής υπηρεσιών υγείας και της περίθαλψης των νεογνών και των μητέρων τους μετά την εγκυμοσύνη, είναι ιδιαίτερα κρίσιμος και σημαντικός, γεγονός που αποτυπώνεται και στον περιορισμό της νεογνικής θνησιμότητας. Παράλληλα, με το πέρασμα των ετών βελτιώθηκε και το επίπεδο γνώσεων των πολιτών των χωρών αυτών, ως προς την υγεία των μητέρων κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης τους, προκειμένου να προστατευθούν τα νεογνά και να μην αντιμετωπίζουν τον κίνδυνο λοιμώξεων ή άλλων παθολογικών ασθενειών, οι οποίες έθεταν σε σοβαρό κίνδυνο την υγεία των νεογνών κατά τη γέννησή τους.

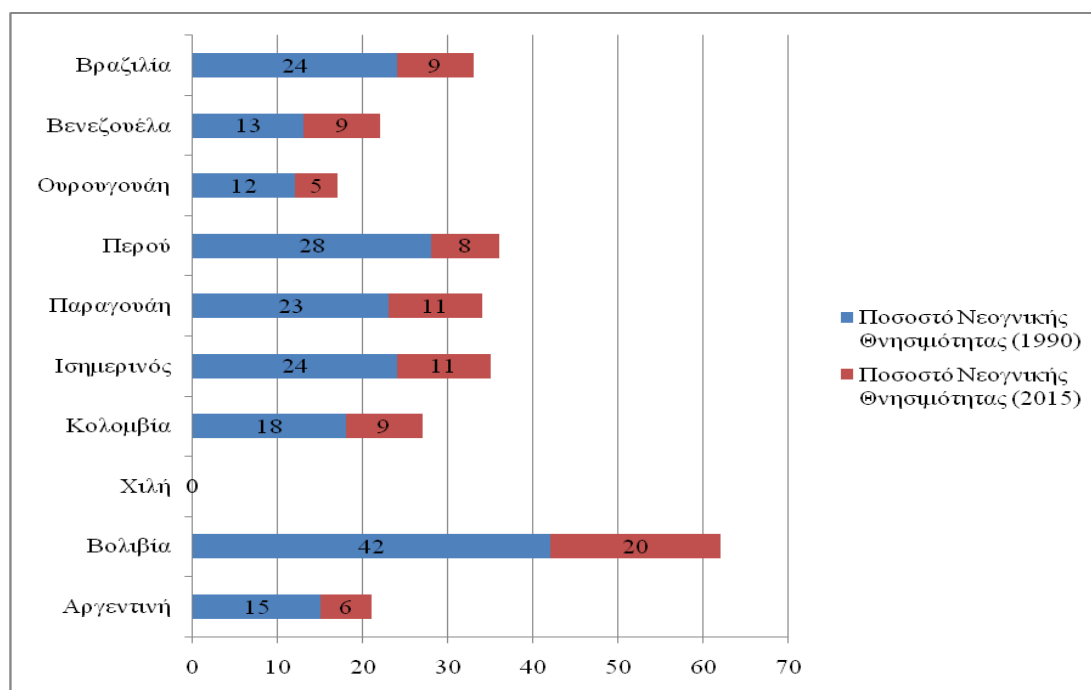
Πίνακας 4.12

Ποσοστό Νεογνικής Θνησιμότητας στη Λατινική Αμερική (1990 – 2015)

Χώρα	Ποσοστό Νεογνικής Θνησιμότητας (1990)	Ποσοστό Νεογνικής Θνησιμότητας (2015)	Μεταβολή
Αργεντινή	15	6	60,00%
Βολιβία	42	20	52,38%
Χιλή	-	-	-
Κολομβία	18	9	50,00%
Ισημερινός	24	11	54,17%
Παραγουάη	23	11	52,17%
Περού	28	8	71,43%
Ουρουγουάη	12	5	58,33%
Βενεζουέλα	13	9	30,77%
Βραζιλία	24	9	62,50%

Διάγραμμα 4.12

Διάρθρωση Νεογνικής Θνησιμότητας στη Λατινική Αμερική (1990 – 2015)



Πηγή: Worldbank, 2017

4.3.3 Ποσοστό Γονιμότητας

Παράλληλα με τη βελτίωση των συνθηκών του βιοτικού επιπέδου των κατοίκων των χωρών της Λατινικής Αμερικής, εισήχθησαν σε αυτές τις περιοχές και πρότυπα που ταιριάζουν περισσότερο σε έναν «δυτικού» τύπου τρόπο διαβίωσης. Παρά τα πλεονεκτήματα που επήλθαν από τη διαμόρφωση ενός καλύτερου κοινωνικού και οικονομικού περιβάλλοντος, προέκυψαν και ορισμένα νέα διαφορετικά αρνητικά χαρακτηριστικά, ένεκα των αλλαγών που συντελέστηκαν. Ένα από αυτά τα αρνητικά σχετίζεται και με τη μείωση του ποσοστού της γονιμότητας που διαχρονικά παρουσιάζεται, όπως αποτυπώνεται και από τον πίνακα 4.13, για το σύνολο των χωρών της Λατινικής Αμερικής. Σε ορισμένες χώρες μάλιστα, το ποσοστό αυτό της μείωσης ξεπερνάει το 50% (Κολομβία, Βραζιλία), όπως διαμορφώνεται από το 1975 έως και το 2015.

Η οικειοποίηση και αφομοίωση στοιχείων από έναν διαφορετικό τρόπο ζωής, από τους κατοίκους των χωρών της Λατινικής Αμερικής, είχε ως αποτέλεσμα να εργάζονται περισσότερες ώρες και παράλληλα, να υποφέρουν και από στρεσογόνες καταστάσεις και συνθήκες άγχους, παράγοντες ανασταλτικούς ως προς τη γονιμότητα. Σε ορισμένες μάλιστα περιπτώσεις, η βελτίωση των κοινωνιών και των πόλεων, είχε ως αποτέλεσμα την επιβάρυνση του περιβάλλοντος διαβίωσης των κατοίκων. Η μόλυνση της ατμόσφαιρας μέσω των ρύπων, παράλληλα με τον διαφορετικό τρόπο διαβίωσης, αποτέλεσαν τους παράγοντες εκείνους που περιορίσαν τα ποσοστά γονιμότητας. Θα πρέπει να σημειωθεί όμως πως, παρά τη σημαντική αυτή μείωση που παρουσιάζεται στην περίπτωση των χωρών της Λατινικής Αμερικής, το ποσοστό γονιμότητάς τους, εν συγκρίσει με το αντίστοιχο των χωρών της Ευρώπης είναι κατά πολύ πιο υψηλό, λαμβάνοντας υπόψιν πως, το μέσο ποσοστό γονιμότητας για το 2015 είναι 17,8% ανά 1.000 κατοίκους για τη Λατινική Αμερική και μόλις 10,3% ανά 1.000 κατοίκους για την Ευρώπη (United Nations, 2015).

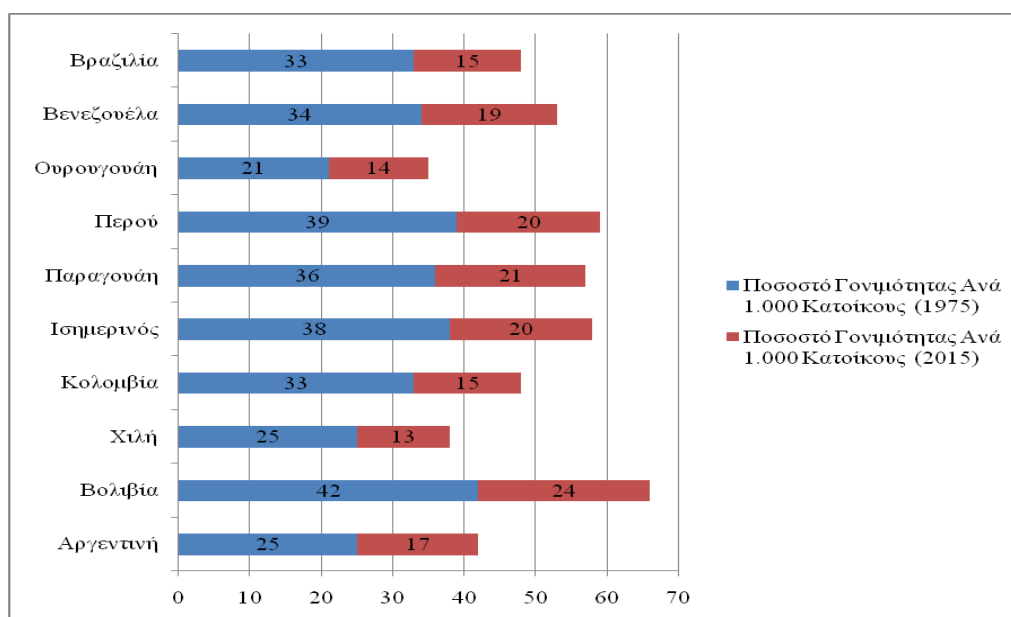
Πίνακας 4.13

Ποσοστό Γονιμότητας στη Λατινική Αμερική Ανά 1.000 Κατοίκους (1975 – 2015)

Χώρα	Ποσοστό Γονιμότητας Ανά 1.000 Κατοίκους (1975)	Ποσοστό Γονιμότητας Ανά 1.000 Κατοίκους (2015)	Μεταβολή
Αργεντινή	25	17	32,00%
Βολιβία	42	24	42,86%
Χιλή	25	13	48,00%
Κολομβία	33	15	54,55%
Ισημερινός	38	20	47,37%
Παραγουάη	36	21	41,67%
Περού	39	20	48,72%
Ουρουγουάη	21	14	33,33%
Βενεζουέλα	34	19	44,12%
Βραζιλία	33	15	54,55%

Διάγραμμα 4.13

Ποσοστό Γονιμότητας στη Λατινική Αμερική Ανά 1.000 Κατοίκους (1975 – 2015)



Πηγή: Worldbank, 2017

4.3.4 Ποσοστό Θνησιμότητας Βρεφών

Ιδιαίτερα σημαντικά, είναι τα ευρήματα που απεικονίζονται στο πίνακα 4.14 και τα οποία σχετίζονται με το μέγεθος της βρεφικής θνησιμότητας ανά 1.000 γεννήσεις στην περιοχή της Λατινικής Αμερικής, κατά το χρονικό διάστημα 1975 – 2015. Ειδικότερα, στο σύνολο των χωρών της περιοχής, υπάρχει υψηλή μείωση στα ποσοστά που παρουσιάζουν τη βρεφική θνησιμότητα, ως προς τις γεννήσεις που πραγματοποιούνται, με τη χαμηλότερη μεταβολή εξ όσων χωρών αναλύονται να είναι της τάξεως του 67,27% (Παραγουάη). Είναι χαρακτηριστικό πως μεσοσταθμικά, υπάρχει μια μείωση της θνησιμότητας της τάξεως του 78,39%, κατά το εξεταζόμενο χρονικό διάστημα. Η βελτίωση αυτή που έχει συντελεστεί σε μεγάλο βαθμό οφείλεται στην αύξηση του κατά κεφαλήν εισοδήματος, η οποία συνεπάγεται και την άμεση βελτίωση των δεικτών υγείας. Από την άλλη πλευρά, υπάρχει και μια σαφής διαχρονικά βελτίωση των παρεχόμενων κοινωνικών υπηρεσιών, το οποίο συνεπάγεται και με την παροχή από την πλευρά του κράτους περισσότερων κονδυλίων για τη νοσηλεία αλλά και την ιατροφαρμακευτική περίθαλψη των ενηλίκων και των βρεφών (OECD, 2015).

Ασφαλώς και δεν θα πρέπει να μην ληφθεί υπόψιν και το γεγονός πως, τα ποσοστά βρεφικής θνησιμότητας στη Λατινική Αμερική, όπως διαμορφώνονται το 2015, είναι αρκετά πιο υψηλά από τα αντίστοιχα ποσοστά των χωρών της Ευρώπης, κατά το ίδιο χρονικό διάστημα. Η βελτίωση που έχει συντελεστεί είναι σημαντική, η πρόοδος στην παροχή νοσηλευτικών και ιατρικών υπηρεσιών στις χώρες της Λατινικής Αμερικής είναι αξιοσημείωτη, εντούτοις όμως απαιτείται να συνεχισθεί ακόμη πιο έντονα η στρατηγική αυτή που έχει υιοθετηθεί από τους κρατικούς φορείς των χωρών αυτών, προκειμένου να περιορισθεί σημαντικά στα προσεχή έτη το φαινόμενο αυτό της βρεφικής θνησιμότητας, μέχρι του σημείου της εξάλειψής του.

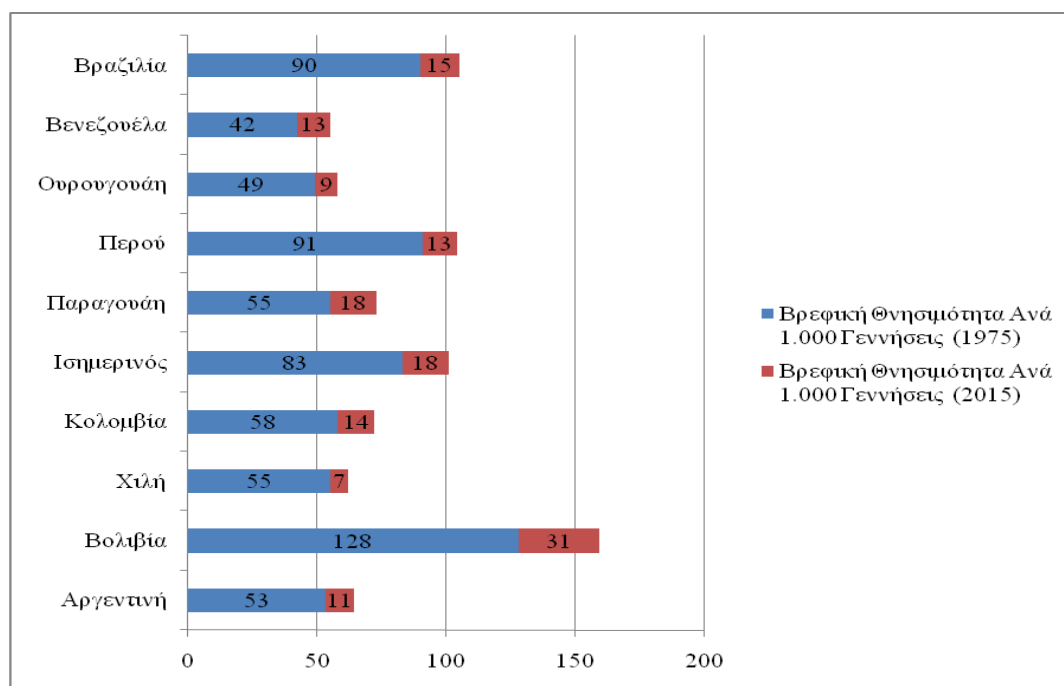
Πίνακας 4.14

Βρεφική Θνησιμότητα στη Λατινική Αμερική Ανά 1.000 Γεννήσεις (1975 – 2015)

Χώρα	Βρεφική Θνησιμότητα Ανά 1.000 Γεννήσεις (1975)	Βρεφική Θνησιμότητα Ανά 1.000 Γεννήσεις (2015)	Μεταβολή
Αργεντινή	53	11	79,25%
Βολιβία	128	31	75,78%
Χιλή	55	7	87,27%
Κολομβία	58	14	75,86%
Ισημερινός	83	18	78,31%
Παραγουάη	55	18	67,27%
Περού	91	13	85,71%
Ουρουγουάη	49	9	81,63%
Βενεζουέλα	42	13	69,05%
Βραζιλία	90	15	83,33%

Διάγραμμα 4.14

Βρεφική Θνησιμότητα στη Λατινική Αμερική Ανά 1.000 Γεννήσεις (1975 – 2015)



Πηγή: Worldbank, 2017

4.4 Αφρική

4.4.1 Προσδόκιμο Όριο Ζωής Κατά τη Γέννηση

Το προσδόκιμο όριο ζωής κατά τη γέννηση αποτελεί έναν δείκτη, που αποτυπώνει τη σημαντική βελτίωση και εξέλιξη που έχει λάβει χώρα από το 1960 και έπειτα στην αφρικανική ήπειρο. Από το έτος αυτό και έπειτα, η πιθανότητα του θανάτου μειωνόταν σε κάθε έτος και κάθε νέα γενιά είχε βάσιμη την προσδοκία πως, θα μπορούσε να ζήσει περισσότερο από την προηγούμενη γενιά της. Από τον πίνακα 4.15, εξάγεται το συμπέρασμα πως, σε όλες τις χώρες της Αφρικής υπάρχει αύξηση ως προς τα προσδόκιμο όριο διαβίωσης, σε άλλες περιπτώσεις χαμηλότερη ποσοστιαία αύξηση και σε άλλες περιπτώσεις υψηλότερη. Αρχικά θα πρέπει να επισημανθεί πως, γενικά αυτή η αύξηση του ορίου ζωής επετεύχθη κυρίως λόγω της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης που παρασχέθηκε σε όλες αυτές τις χώρες τα τελευταία έτη, τόσο από τον Οργανισμό Ηνωμένων Εθνών, όσο και από διάφορους μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς. Η συνεισφορά όλων αυτών των φορέων είναι εξέχουσας σημασίας, μιας και οι κρατικοί φορείς αδυνατούσαν και σε πολλές περιπτώσεις ακόμη αδυνατούν να παράσχουν στους πολίτες τους, έστω και τις στοιχειώδεις υπηρεσίες περίθαλψης και νοσηλείας.

Μελετώντας τον πίνακα 4.15 όμως μπορεί κάποιος να διαπιστώσει πως, ορισμένες χώρες της Αφρικής παρουσιάζουν χαμηλότερα ποσοστά αύξησης του προσδόκιμου ορίου ζωής, έναντι άλλων χωρών. Η διάκριση αυτή αφορά τις χώρες εκείνες της υπό – Σαχάριας Αφρικής, με τη σημαντικότερη αιτία για αυτή την οπισθοδρόμηση να σχετίζεται με την εξάπλωση κρουσμάτων HIV / AIDS, σε εξαιρετικά υψηλά ποσοστά, ειδικά στην ηλικιακή ομάδα 15 – 49 ετών. Από τις χώρες τις υπο – Σαχάριας Αφρικής, εκείνες που επλήγησαν περισσότερο από τον ιό είναι και όσες παρουσιάζουν τα χαμηλότερα ποσοστά αύξησης του προσδόκιμου ορίου ζωής, όπως είναι η Μποτσουάνα, η Ναμίμπια, αλλά και η Νότιος Αφρική. Σε αυτές τις χώρες ο ιός δεν αντιμετωπίστηκε αποτελεσματικά και έγκαιρα, με συνέπεια να μην αυξηθεί το επίπεδο του προσδόκιμου ορίου ζωής σύμφωνα με τα δεδομένα που υπήρχαν και με τα πρότυπα που είχαν τεθεί (Chen M, Zhang H, Liu W, Zhang W., 2014).

Πίνακας 4.15

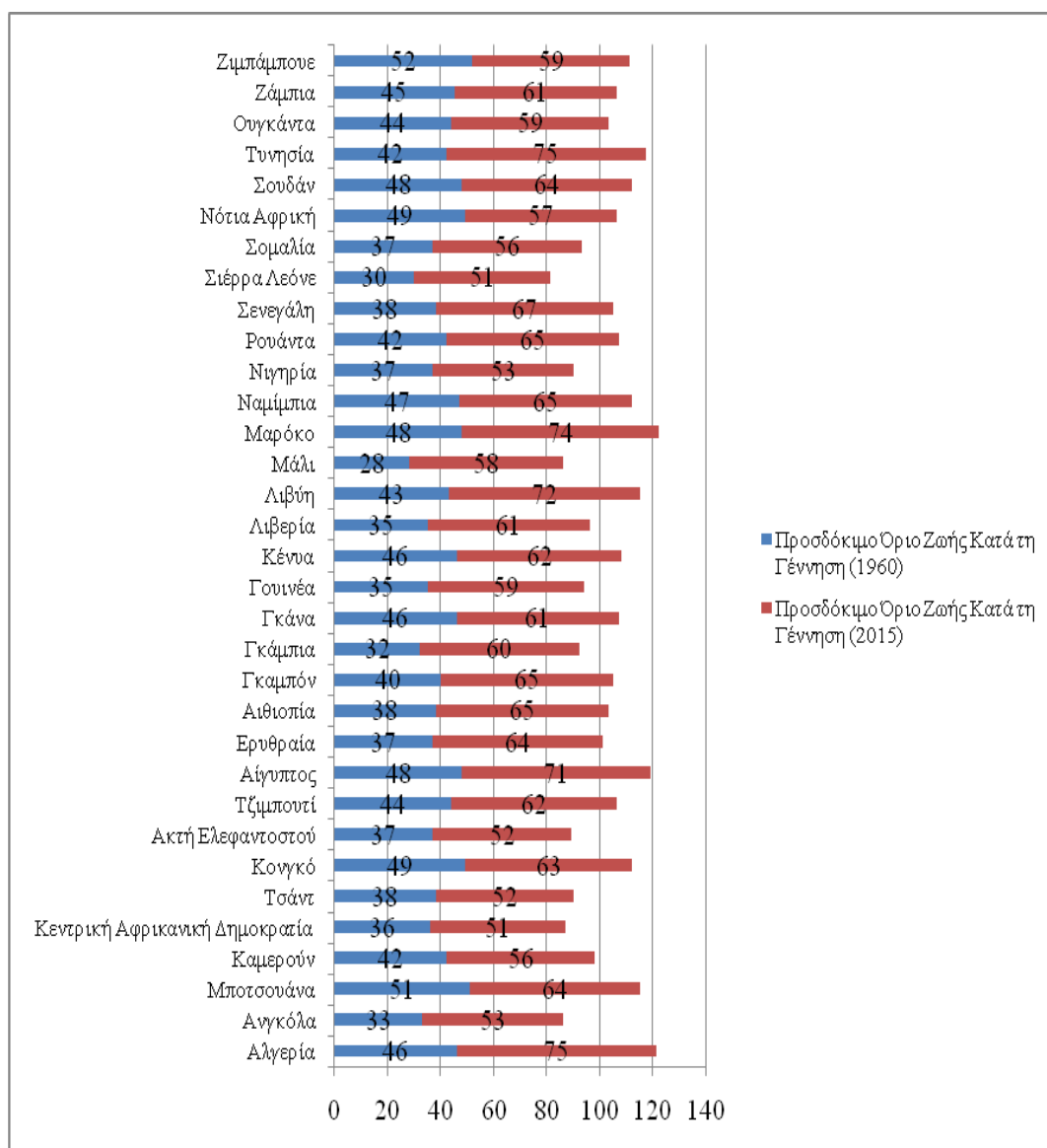
Προσδόκιμο Όριο Ζωής Κατά τη Γέννηση (Αφρική)

Χώρα	Προσδόκιμο Όριο Ζωής Κατά τη Γέννηση (1960)	Προσδόκιμο Όριο Ζωής Κατά τη Γέννηση (2015)	Μεταβολή
<i>Αλγερία</i>	46	75	63,04%
<i>Αγκόλα</i>	33	53	60,61%
<i>Μποτσουάνα</i>	51	64	25,49%
<i>Καμερούν</i>	42	56	33,33%
<i>Κεντρική Αφρικανική Δημοκρατία</i>	36	51	41,67%
<i>Τσαντ</i>	38	52	36,84%
<i>Κονγκό</i>	49	63	28,57%
<i>Ακτή Ελεφαντοστού</i>	37	52	40,54%
<i>Τζιμποντί</i>	44	62	40,91%
<i>Αίγυπτος</i>	48	71	47,92%
<i>Ερυθραία</i>	37	64	72,97%
<i>Αιθιοπία</i>	38	65	71,05%
<i>Γκαμπόν</i>	40	65	62,50%
<i>Γκάμπια</i>	32	60	87,50%
<i>Γκάνα</i>	46	61	32,61%
<i>Γουινέα</i>	35	59	68,57%
<i>Κένυα</i>	46	62	34,78%
<i>Λιβερία</i>	35	61	74,29%
<i>Λιβύη</i>	43	72	67,44%
<i>Μάλι</i>	28	58	107,14%
<i>Μαρόκο</i>	48	74	54,17%
<i>Ναμίμπια</i>	47	65	38,30%
<i>Νιγηρία</i>	37	53	43,24%
<i>Ρουάντα</i>	42	65	54,76%
<i>Σενεγάλη</i>	38	67	76,32%
<i>Σιέρρα Λεόνε</i>	30	51	70,00%
<i>Σομαλία</i>	37	56	51,35%

Νότια Αφρική	49	57	16,33%
Σουδάν	48	64	33,33%
Τυνησία	42	75	78,57%
Ουγκάντα	44	59	34,09%
Ζάμπια	45	61	35,56%
Ζιμπάμπουε	52	59	13,46%

Διάγραμμα 4.15

Προσδόκιο Όριο Ζωής Κατά τη Γέννηση (Αφρική)



Πηγή: Worldbank, 2017

4.4.2 Ποσοστό Νεογνικής Θνησιμότητας

Σύμφωνα με τον πίνακα 4.16, στο σύνολο των χωρών της αφρικανικής ηπείρου, τα ποσοστά της νεογνικής θνησιμότητας βαίνουν μειούμενα. Οι μεταβολές που έχουν συντελεστεί είναι σημαντικές για τα δεδομένα της ηπείρου, λαμβάνοντας υπόψιν το πόσο υψηλά ήταν τα ποσοστά νεογνικής θνησιμότητας κατά το 1990 και πως έχουν διαμορφωθεί μέσα σε 25 έτη (Black R., Morris S., Bryce J., 2003). Οι βασικότερες αιτίες γενικά, που συντελούν στην εμφάνιση περιστατικών νεογνικής θνησιμότητας αναφέρονται ως επί το πλείστον σε παθολογικά αίτια, όπως είναι ο ίκτερος, η γαστρεντερίτιδα, οι λοιμώξεις του αναπνευστικού, κλπ. Οι παθήσεις αυτές, με την κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή, αλλά και με τη διενέργεια προληπτικών εξετάσεων, έχουν καταπολεμηθεί σε σημαντικό βαθμό στις χώρες της Αφρικής. Ο λόγος για τον οποίο δεν έχει σημειωθεί τόσο σημαντική βελτίωση στο ποσοστό της νεογνικής θνησιμότητας αφορά κυρίως την απουσία επαρκών πόρων για την παροχή υλικοτεχνικής υποδομής και φαρμακευτικών σκευασμάτων, προκειμένου όσο το δυνατόν μεγαλύτερο τμήμα του πληθυσμού να μπορεί να εμβολιάζεται και παράλληλα να ενημερώνεται και να εξετάζεται προληπτικά, με στόχο τον περιορισμό του επιπέδου της νεογνικής θνησιμότητας.

Πίνακας 4.16

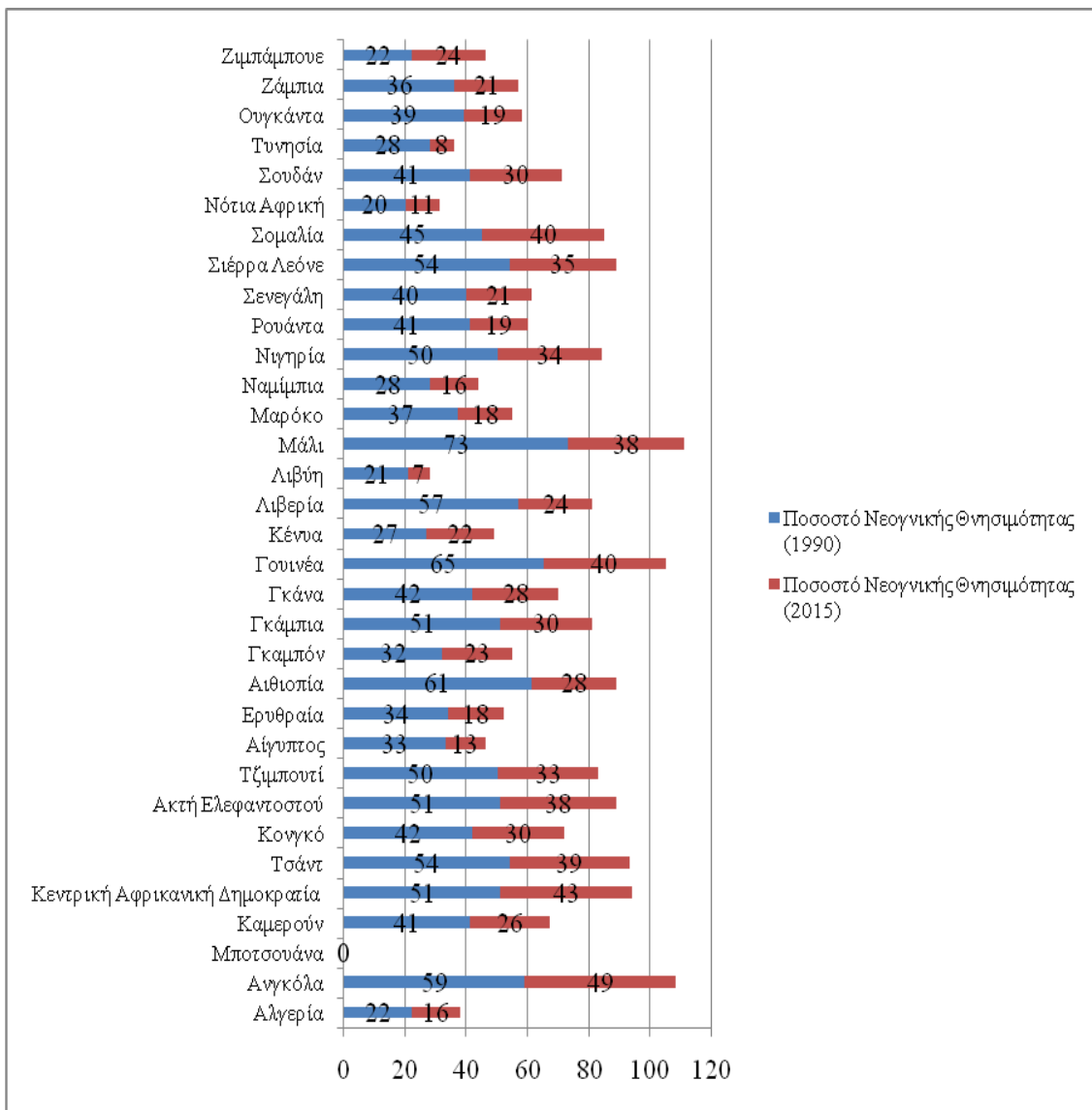
Ποσοστό Νεογνικής Θνησιμότητας στην Αφρική (1990 – 2015)

Χώρα	Ποσοστό Νεογνικής Θνησιμότητας (1990)	Ποσοστό Νεογνικής Θνησιμότητας (2015)	Μεταβολή
<i>Αλγερία</i>	22	16	27,27%
<i>Αγκόλα</i>	59	49	16,95%
<i>Μποτσουάνα</i>	-	-	-
<i>Καμερούν</i>	41	26	36,59%
<i>Κεντρική Αφρικανική Δημοκρατία</i>	51	43	15,69%
<i>Τσαντ</i>	54	39	27,78%
<i>Κονγκό</i>	42	30	28,57%
<i>Ακτή Ελεφαντοστού</i>	51	38	25,49%
<i>Τζιμπουτί</i>	50	33	34,00%
<i>Αίγυπτος</i>	33	13	60,61%
<i>Ερυθραία</i>	34	18	47,06%
<i>Αιθιοπία</i>	61	28	54,10%
<i>Γκαμπόν</i>	32	23	28,13%
<i>Γκάμπια</i>	51	30	41,18%
<i>Γκάνα</i>	42	28	33,33%
<i>Γουινέα</i>	65	40	38,46%
<i>Κένυα</i>	27	22	18,52%
<i>Λιβερία</i>	57	24	57,89%
<i>Λιβύη</i>	21	7	66,67%
<i>Μάλι</i>	73	38	47,95%
<i>Μαρόκο</i>	37	18	51,35%
<i>Ναμίμπια</i>	28	16	42,86%
<i>Νιγηρία</i>	50	34	32,00%
<i>Ρουάντα</i>	41	19	53,66%
<i>Σενεγάλη</i>	40	21	47,50%
<i>Σιέρρα Λεόνε</i>	54	35	35,19%
<i>Σομαλία</i>	45	40	11,11%

Νότια Αφρική	20	11	45,00%
Σουδάν	41	30	26,83%
Τυνησία	28	8	71,43%
Ουγκάντα	39	19	51,28%
Ζάμπια	36	21	41,67%
Ζιμπάμπουε	22	24	-9,09%

Διάγραμμα 4.16

Διάρθρωση Νεογνικής Θνησιμότητας στην Αφρική (1990 – 2015)



Πηγή: Worldbank, 2017

4.4.3 Ποσοστό Γονιμότητας

Όπως συνέβη και στις περιπτώσεις της Ευρώπης και της Λατινικής Αμερικής, μεταξύ των ετών 1975 – 2015, υπάρχει μια μείωση ως προς το ποσοστό της γονιμότητας, σε σχέση με το πλήθος 1.000 κατοίκων. Ο πίνακας 4.17 παρουσιάζει το ποσοστό γονιμότητας όπως διαμορφώνεται στις χώρες της Αφρικής, για το εξεταζόμενο χρονικό διάστημα. Μελετώντας τα στοιχεία του υπόψιν πίνακα διαφαίνεται πως, υπάρχει μια σημαντική μείωση του ποσοστού της γονιμότητας που παρουσιάζουν οι χώρες της Βόρειας και Νότιας Αφρικής, το οποίο σε πολλές περιπτώσεις υπερβαίνει το 50%. Αντίθετα, σε εκείνες τις χώρες της Αφρικής που βρίσκονται Νότια της ερήμου Σαχάρας και πιο Βόρεια από τη Νότια Αφρική, τα επίπεδα γονιμότητας να μην εμφανίζονται μειωμένα, αλλά και πάλι διατηρούνται σε αρκετά υψηλά επίπεδα.

Η αργή αυτή πτώση της γονιμότητας που παρουσιάζεται στις περισσότερες χώρες της Αφρικής είναι αποτέλεσμα κυρίως της υιοθέτησης τεχνικών και μεθόδων αντισύλληψης, προκειμένου να περιορισθεί σε έναν βαθμό η αύξηση των γεννήσεων. Λαμβάνοντας υπόψιν πως, στη συγκεκριμένο ήπειρο, κατά μέσο όρο, η κάθε οικογένεια έχει τουλάχιστον τέσσερα (4) παιδιά, είναι φυσικό να επιχειρείται κυρίως από την πλευρά των γυναικών, μια προσπάθεια περιορισμού του πλήθους των παιδιών, μιας και η ανατροφή τους θα αποτελεί σημαντικό πρόβλημα με άγνωστα αποτελέσματα (United Nations, 2017).

Πίνακας 4.17

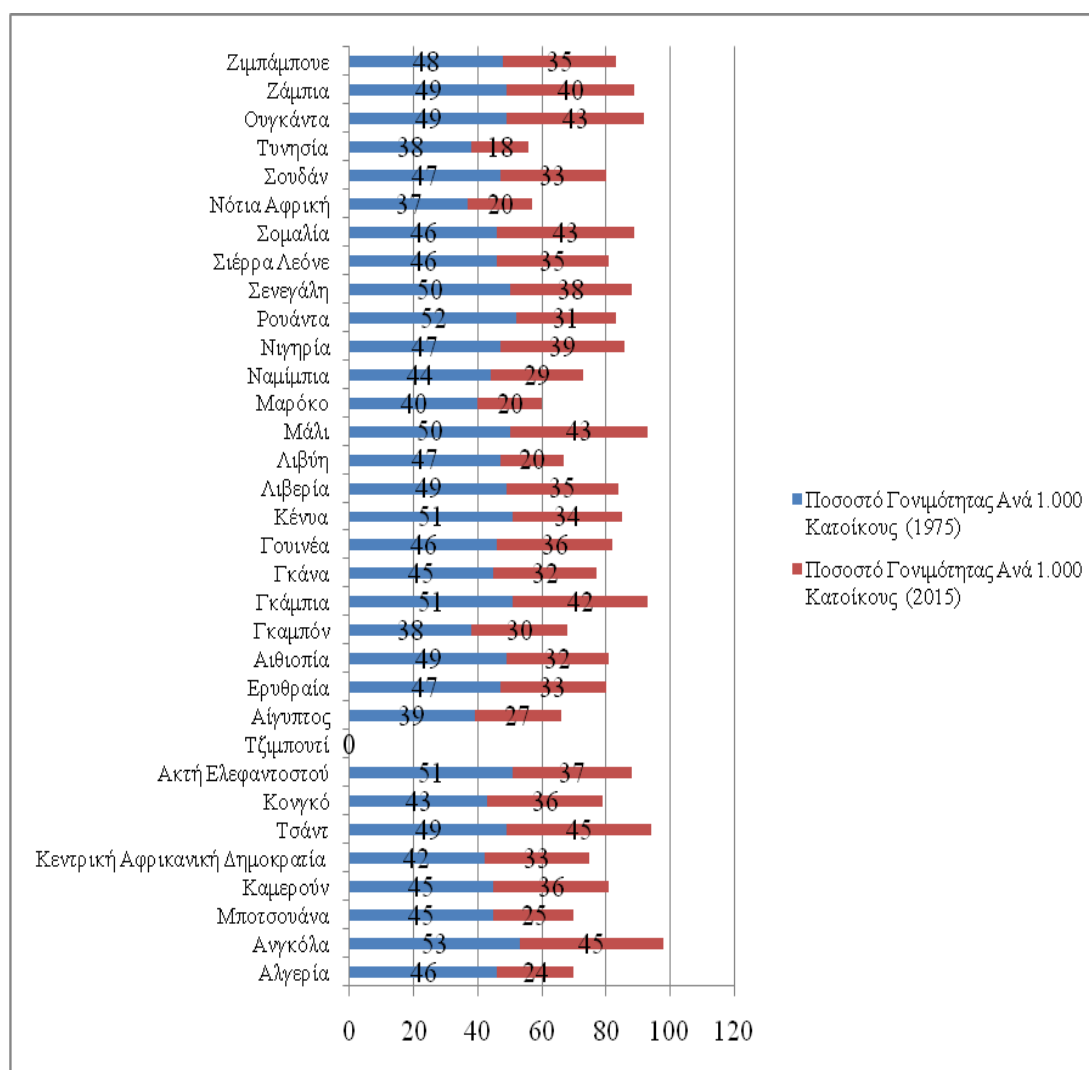
Ποσοστό Γονιμότητας στην Αφρική Ανά 1.000 Κατοίκους (1975 – 2015)

Χώρα	Ποσοστό Γονιμότητας Ανά 1.000 Κατοίκους (1975)	Ποσοστό Γονιμότητας Ανά 1.000 Κατοίκους (2015)	Μεταβολή
<i>Αλγερία</i>	46	24	47,83%
<i>Αγκόλα</i>	53	45	15,09%
<i>Μποτσουάνα</i>	45	25	-
<i>Καμερούν</i>	45	36	20,00%
<i>Κεντρική Αφρικανική Δημοκρατία</i>	42	33	21,43%
<i>Τσαντ</i>	49	45	8,16%
<i>Κονγκό</i>	43	36	16,28%
<i>Ακτή Ελεφαντοστού</i>	51	37	27,45%
<i>Τζιμπουτί</i>	-	-	-
<i>Αίγυπτος</i>	39	27	30,77%
<i>Ερυθραία</i>	47	33	29,79%
<i>Αιθιοπία</i>	49	32	34,69%
<i>Γκαμπόν</i>	38	30	21,05%
<i>Γκάμπια</i>	51	42	17,65%
<i>Γκάνα</i>	45	32	28,89%
<i>Γουινέα</i>	46	36	21,74%
<i>Κένυα</i>	51	34	33,33%
<i>Λιβερία</i>	49	35	28,57%
<i>Λιβύη</i>	47	20	57,45%
<i>Μάλι</i>	50	43	14,00%
<i>Μαρόκο</i>	40	20	50,00%
<i>Ναμίμπια</i>	44	29	34,09%
<i>Νιγηρία</i>	47	39	17,02%
<i>Ρουάντα</i>	52	31	40,38%
<i>Σενεγάλη</i>	50	38	24,00%
<i>Σιέρρα Λεόνε</i>	46	35	23,91%

Σομαλία	46	43	6,52%
Νότια Αφρική	37	20	45,95%
Σουδάν	47	33	29,79%
Τυνησία	38	18	52,63%
Ουγκάντα	49	43	12,24%
Ζάμπια	49	40	18,37%
Ζιμπάμπουε	48	35	27,08%

Διάγραμμα 4.17

Ποσοστό Γονιμότητας στην Αφρική Ανά 1.000 Κατοίκους (1975 – 2015)



Πηγή: Worldbank, 2017

4.4.4 Ποσοστό Θνησιμότητας Βρεφών

Ένας από τους βασικότερους στόχους των διεθνών οργανισμών στην περίπτωση της Αφρικής, ήταν και η μείωση της βρεφικής θνησιμότητας. ως ποσοστό επί του αριθμού των γεννήσεων που λάμβαναν χώρα. Όπως παρουσιάζεται και στον πίνακα 4.18, ο στόχος αυτός σε έναν πολύ μεγάλο βαθμό επετεύχθει, με τις περισσότερες εκ των χωρών που μελετώνται να έχουν μειώσει σε πολύ μεγάλο ποσοστό τα επίπεδα βρεφικής θνησιμότητας, από το 1975 και έπειτα. Είναι σαφές πως οι προσπάθειες και οι ενέργειες που έχουν συντελεστεί έχουν επιφέρει σημαντικά αποτελέσματα. Όμως ακόμη, τα επίπεδα βρεφικής θνησιμότητας των χωρών της Αφρικής, όπως παρουσιάζονται για το έτος 2015, είναι ιδιαίτερα υψηλά, εν συγκρίσει, τόσο με τις χώρες της Ευρώπης, όσο και με τις αντίστοιχες της Λατινικής Αμερικής.

Εντούτοις, θα πρέπει να επισημανθούν, όλες εκείνες οι ενέργειες που συνετέλεσαν στη μείωση και στην όσο το δυνατόν αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση του φαινομένου της βρεφικής θνησιμότητας στην αφρικανική ήπειρο. Οι αιτίες μείωσης κατά συνέπεια αναφέρονται:

- ✓ Συστηματική παροχή και χορήγηση αντιβιοτικών, προκειμένου να καταπολεμηθούν, τόσο ποικίλες παθολογικές αιτίες που ενδεχομένως να χαρακτηρίζουν τη μητέρα και να κληροδοτούνται στο βρέφος, όσο και του ίδιου του βρέφους
- ✓ Παροχή όσο το δυνατόν περισσότερης και πλήρους διατροφής στα βρέφη
- ✓ Αντιμετώπιση συμπτωμάτων ίκτερου, μια αιτία που έχει οδηγήσει στον πρώιμο θάνατο πλήθος βρέφη
- ✓ Βελτίωση των συνθηκών υγιεινής και διαβίωσης, τόσο του βρέφους όσο και της ίδιας της οικογένειάς του
- ✓ Παροχή πόσιμου νερού
- ✓ Συνεχής ενημέρωση των γονέων σχετικά με τις μεθόδους προστασίας των βρεφών από μολύνσεις και άλλα παθολογικά αίτια που μπορεί να οδηγήσουν στην απώλειά του (Lawn J., Mongi P., Cousens S, 2006)

Πίνακας 4.18

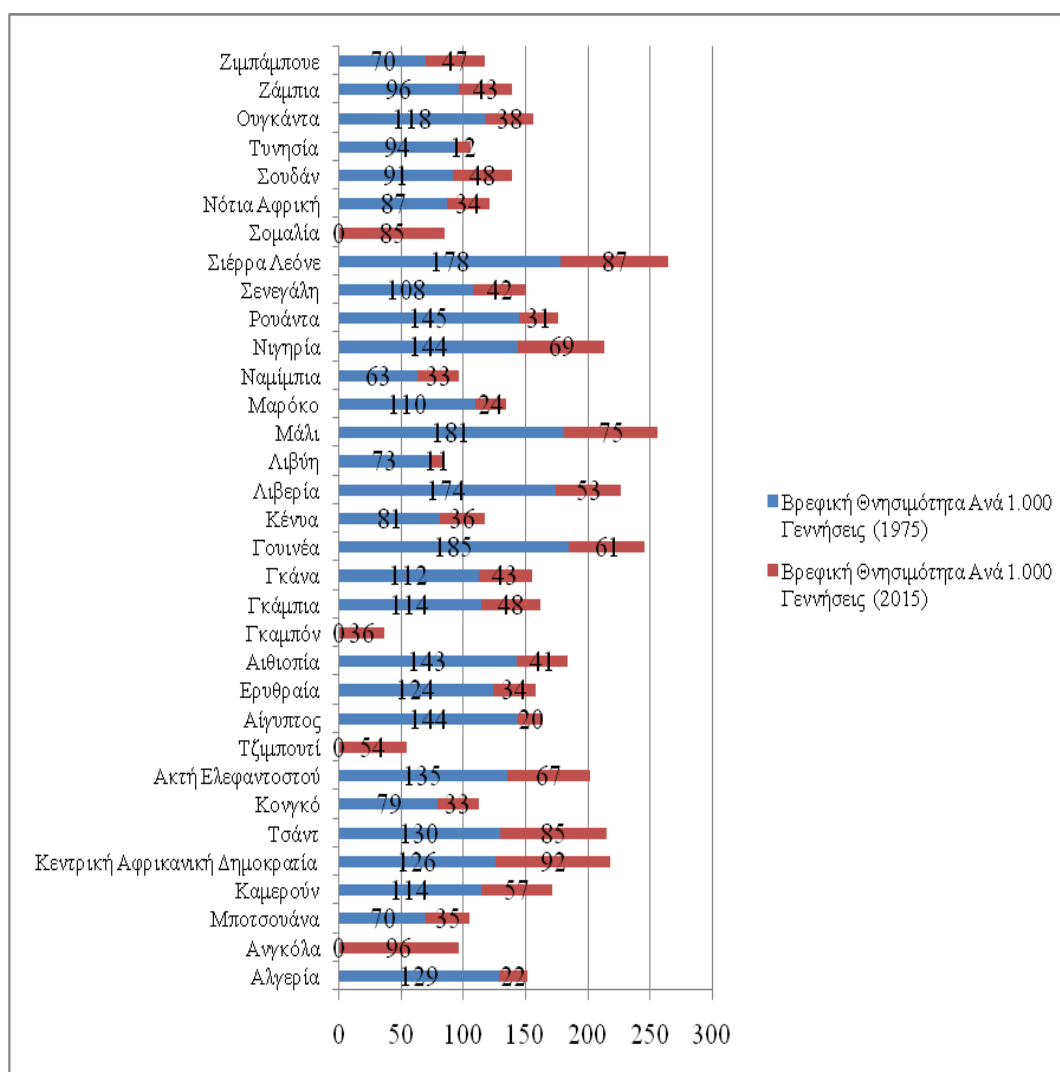
Βρεφική Θνησιμότητα στην Αφρική Ανά 1.000 Γεννήσεις (1975 – 2015)

Χώρα	Βρεφική Θνησιμότητα Ανά 1.000 Γεννήσεις (1975)	Βρεφική Θνησιμότητα Ανά 1.000 Γεννήσεις (2015)	Μεταβολή
<i>Αλγερία</i>	129	22	82,95%
<i>Αγκόλα</i>	-	96	-
<i>Μποτσουάνα</i>	70	35	50,00%
<i>Καμερούν</i>	114	57	50,00%
<i>Κεντρική Αφρικανική Δημοκρατία</i>	126	92	26,98%
<i>Τσαντ</i>	130	85	34,62%
<i>Κονγκό</i>	79	33	58,23%
<i>Ακτή Ελεφαντοστού</i>	135	67	50,37%
<i>Τζιμπουτί</i>	-	54	-
<i>Αίγυπτος</i>	144	20	86,11%
<i>Ερυθραία</i>	124	34	72,58%
<i>Αιθιοπία</i>	143	41	71,33%
<i>Γκαμπόν</i>	-	36	-
<i>Γκάμπια</i>	114	48	57,89%
<i>Γκάνα</i>	112	43	61,61%
<i>Γουινέα</i>	185	61	67,03%
<i>Κένυα</i>	81	36	55,56%
<i>Λιβερία</i>	174	53	69,54%
<i>Λιβύη</i>	73	11	84,93%
<i>Μάλι</i>	181	75	58,56%
<i>Μαρόκο</i>	110	24	78,18%
<i>Ναμίμπια</i>	63	33	47,62%
<i>Νιγηρία</i>	144	69	52,08%
<i>Ρουάντα</i>	145	31	78,62%
<i>Σενεγάλη</i>	108	42	61,11%
<i>Σιέρρα Λεόνε</i>	178	87	51,12%

Σομαλία	-	85	-
Νότια Αφρική	87	34	60,92%
Σουδάν	91	48	47,25%
Τυνησία	94	12	87,23%
Ουγκάντα	118	38	67,80%
Ζάμπια	96	43	55,21%
Ζιμπάμπουε	70	47	32,86%

Διάγραμμα 4.18

Βρεφική Θνησιμότητα στην Αφρική Ανά 1.000 Γεννήσεις (1975 – 2015)



Πηγή: Worldbank, 2017

4.5 Ανακεφαλαίωση

Στο παρόν κεφάλαιο της μελέτης, αναλύθηκαν τα στοιχεία και οι μεταβλητές που αφορούν τη βρεφική θνησιμότητα στο σύνολό της, σε παγκόσμιο επίπεδο, αλλά και πιο συγκεκριμένα, για τις περιοχές της Ευρώπης της Αφρικής, και της Λατινικής Αμερικής. Συνολικά, τέσσερα (4) ήταν τα μεγέθη εκείνα που παρουσιάστηκαν αναλυτικά μέσω στατιστικών αποτελεσμάτων και μελετήθηκαν. Τα μεγέθη αυτά αφορούσαν:

- ✓ το προσδόκιμο όριο ζωής κατά τη γέννηση
- ✓ τη νεογνική θνησιμότητα
- ✓ τη γονιμότητα
- ✓ τη βρεφική θνησιμότητα

Το πρώτο μέρος του κεφαλαίου ανέλυε τα ανωτέρω μεγέθη σε παγκόσμια κλίμακα, παρουσιάζοντας τις τιμές για κάθε έτος ξεχωριστά, ώστε ο αναγνώστης να λάβει μια όσο το δυνατόν πληρέστερη εικόνα σχετικά με τη διαχρονική τους πορεία. Τα επόμενα τμήματα του κεφαλαίου ήταν ταξινομημένα ανάλογα με την περιοχή που εξετάζοταν (Ευρώπη, Αφρική, Λατινική Αμερική), με το κάθε τμήμα να απεικονίζει και να μελετάει κυρίως τις αιτίες και τους λόγους για τους οποίους οι τιμές των μεταβλητών υπέστησαν βελτίωση ή χειροτέρευση. Η διαχρονική απεικόνιση των μεταβλητών αυτών γίνεται για την κατανόηση, τόσο της σημαντικότητάς τους, όσο και για την παρουσίαση και της βελτίωσης και της συνδρομής τους επί των μεγεθών αυτών που έχει επέλθει, στην καταπολέμηση της βρεφικής θνησιμότητας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΒΡΕΦΙΚΗ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ & ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΜΕΓΕΘΗ

5.1 Εισαγωγή

Οι δείκτες θνησιμότητας και ειδικά οι δείκτες βρεφικής θνησιμότητας, έχουν άμεση συσχέτιση τόσο με τους κοινωνικούς όσο και με τους οικονομικούς δείκτες. Οι επιπτώσεις της οικονομικής συγκυρίας μιας χώρας αποτυπώνεται μέσω των δεικτών που υπάρχουν για μια σειρά μεταβλητών που αναφέρονται, στην ανεργία, στον πληθωρισμό, στις περικοπές των μισθών και των συντάξεων, ή ακόμη και τις φορολογικές επιβαρύνσεις ενός πληθυσμού. Αυτή η περίπλοκη διάδραση των οικονομικών παραγόντων, επιδράει στην υγεία των ατόμων γενικά και των νεογνών – παιδιών ειδικότερα, επηρεάζοντας το επίπεδο θνησιμότητας των πληθυσμών. Η θετική συσχέτιση που έχει καταγραφεί στις ανεπτυγμένες χώρες μεταξύ του επιπέδου βρεφικής θνησιμότητας και του επιπέδου της οικονομικής ανάπτυξης, ή η ισχυρή αρνητική συσχέτιση που υφίσταται στις αναπτυσσόμενες χώρες μεταξύ της βρεφικής θνησιμότητας και του κατά κεφαλήν εθνικού εισοδήματος, αποτελούν απτά δείγματα της επίδρασης των οικονομικών παραγόντων στη βρεφική θνησιμότητα (Hobcraft N., McDonald J., Rutstein S., 1984).

Η σχέση της βρεφικής θνησιμότητας με την οικονομία μιας χώρας έχει τεκμηριωθεί κατά καιρούς με διάφορους τρόπους και έχει καταλήξει στην εξαγωγή δυο (2) βασικών συμπερασμάτων. Το πρώτο αναφέρεται στο ότι η αύξηση του εισοδήματος οδηγεί στη βελτίωση της υγείας, ενώ το δεύτερο καταλήγει στο ότι υγεία μπορεί να επηρεάσει το εισόδημα. Επομένως, κάτι αντίστοιχο ισχύει και ως προς τη βρεφική θνησιμότητα και τη σχέση που αυτή μπορεί να έχει με την οικονομική ανάπτυξη, το κατά κεφαλήν εισόδημα, αλλά και το Α.Ε.Π. μιας χώρας. Οι χώρες που παρουσιάζουν υψηλό επίπεδο οικονομικής ανάπτυξης επιτυγχάνουν σημαντική μείωση της βρεφικής θνησιμότητας, ενώ παράλληλα, όσο αυξάνεται το Α.Ε.Π. τους, τόσο μειώνεται η βρεφική και νεογνική θνησιμότητα μεσοσταθμικά. Επίσης, μια αύξηση του κατά κεφαλήν εισοδήματος κατά 10% είναι ικανό να μειώσει τη βρεφική θνησιμότητα κατά 1,7%, τη νεογνική κατά 2% και την όψιμη βρεφική θνησιμότητα κατά 6,4% (<http://www.who.int/>).

Επίσης, η βρεφική θνησιμότητα έχει αποδειχθεί πως αυξάνεται σε περιόδους οικονομικής κρίσης, μιας και υπάρχει δυσλειτουργία του υγειονομικού συστήματος συνέπεια της μείωσης των δημόσιων δαπανών στον τομέα της υγείας (Falagas et al., 2009). Η πίεση που ασκείται στους προϋπολογισμούς υγείας, απειλεί βασικές παροχές, όπως είναι οι εμβολιασμοί, η μείωση των οποίων και συνδέεται με την αύξηση της βρεφικής θνησιμότητας. Υπό αυτό το πρίσμα είναι πολύ πιθανό, μια παράταση της οικονομικής κρίσης να οδηγήσει σε επιπλέον 400.000 θανάτους ετησίως, λόγω της μη εμβολιαστικής κάλυψης που παρέχεται.

5.2 Βρεφική Θνησιμότητα & Οικονομική Ανάπτυξη

Τα τελευταία έτη έχει διαπιστωθεί πως, μεταξύ της υγείας σε μια χώρα και της οικονομικής της ανάπτυξης διαμορφώνεται μια ανάλογη σχέση, που επηρεάζει όλες τις εκφάνσεις της ζωής των πολιτών της και εκφράζεται μέσα από μια σειρά δεικτών υγείας. Οι δείκτες αυτοί εξαρτώνται από την κατανομή του εισοδήματος των ατόμων, από τις κυβερνητικές επιλογές αλλά και από διάφορα άλλα ζητήματα που άπτονται τη δημόσια υγεία. Η φτώχεια που μπορεί να παρουσιάζει ένα κράτος συνδέεται άμεσα με σημαντικές διαφορές στα επίπεδα βρεφικής θνησιμότητας που υπάρχουν σε αυτό (Μαλάμου Θ., 2015). Η βρεφική θνησιμότητα επηρεάζεται από μια σειρά παραγόντων κοινωνικού και εκπαιδευτικού χαρακτήρα, όπως είναι η κοινωνική διαστρωμάτωση και το επίπεδο της εκπαίδευσης. Όμως, οι οικονομικοί παράγοντες, όπως το εισόδημα των ατόμων, θεωρείται πως αποτελούν εκείνη τη μεταβλητή που μπορεί να έχει τον πλέον αποφασιστικό ρόλο στην αύξηση ή τη μείωση του μεγέθους της βρεφικής θνησιμότητας.

Εκατομμύρια βρέφη και νεογνά δεν έχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας, νερό, στέγη και διατροφή, συνέπεια του εξαιρετικά χαμηλού εισοδήματος, όχι μόνο των γονιών τους, αλλά ολόκληρης της χώρας στην οποία έχουν γεννηθεί. Η έκθεση σε αυτούς τους σοβαρούς παράγοντες κινδύνου διαβίωσης είναι ακόμη μεγαλύτερη όταν πρόκειται για άτομα εξαιρετικά χαμηλής οικονομικής θέσης. Το χαμηλό εισόδημα και η φτώχεια συνδέονται με σημαντικές διαφορές ως προς το μέγεθος της βρεφικής θνησιμότητας μεταξύ χωρών ή ακόμη και μεταξύ πολιτών σε μια χώρα, μιας και οι δυο (2) αυτοί παράγοντες υπονομεύουν τον υποσιτισμό, τις άσχημες συνθήκες διαβίωσης, τη διατροφή, την υγιεινή, την έλλειψη πρόληψης για ποικίλες μεταδοτικές ή μη

ασθένειες, αλλά και τη χαμηλή ιατροφαρμακευτική περίθαλψη. Η φτώχεια, αποτέλεσμα της χαμηλής οικονομικής ανάπτυξης, επιδρά στις ευάλωτες και ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού, δημιουργώντας έναν φαύλο κύκλο ο οποίος είναι ικανός να επιδεινώσει την ψυχική και σωματική υγεία των βρεφών και των νεογνών, γεννώντας ασθένειες που δεν μπορούν να αντιμετωπισθούν και οι οποίες οδηγούν στη θνησιμότητα.

Στην πλειοψηφία των περιπτώσεων, η βρεφική θνησιμότητα βελτιώνεται με ταχύτερους ρυθμούς σε σχέση με την περιγεννητική θνησιμότητα. Αυτό οφείλεται στο γεγονός πως επηρεάζεται περισσότερο από την άνοδο του οικονομικού επιπέδου του πληθυσμού μιας χώρας, ενώ από την άλλη πλευρά, η βελτίωση της περιγεννητικής θνησιμότητας απαιτεί επιπλέον την ανάπτυξη και την παροχή εξειδικευμένων υπηρεσιών υγείας, για την οργάνωση του συστήματος εντοπισμού των κήσεων υψηλού κινδύνου, καθώς επίσης και τη βελτίωση των υποδομών και των διαδικασιών μεταφοράς των επιτόκων και των νεογνών (Σίμου Ε., 2008).

Μέσα από την εξαγωγή και μελέτη των δεικτών βρεφικής θνησιμότητας μπορεί να απεικονισθεί η κατάσταση της υγείας του πληθυσμού μιας χώρας και παράλληλα μια τέτοια ανάλυση να αποτελέσει ασφαλή ένδειξη του επιπέδου οικονομικής ανάπτυξης που έχει συντελεστεί. Επίσης, τα αποτελέσματα του υπολογισμού των δεικτών που αναφέρονται στην εμβρυϊκή, στη νεογνική και στη βρεφική θνησιμότητα μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως γνώμονας για τη σύγκριση της επάρκειας των συστημάτων υγείας των κρατών, τα οποία διαθέτουν παρόμοια επίπεδα οικονομικής ανάπτυξης, παρά το γεγονός πως, δεν αντιπροσωπεύουν εις ολόκληρο, τη συνολική κατάσταση της υγείας μιας χώρας (Nadezhda A., Redmond W., 2003).

5.3 Βρεφική Θνησιμότητα & Κατά Κεφαλήν Εισόδημα

Η βρεφική θνησιμότητα σχετίζεται άμεσα με το σύστημα υγείας μιας χώρας αλλά και με το επίπεδο οικονομικής ανάπτυξης που αυτή παρουσιάζει. Πιο συγκεκριμένα (W.T.O., 2002):

- ✓ Οι χώρες που εμφανίζουν ελάχιστη οικονομική ανάπτυξη, οι οποίες στηρίζονται κυρίως στην αγροτική οικονομία και έχουν από χαμηλό έως ανύπαρκτο υγειονομικό σύστημα, χαρακτηρίζονται από υψηλό ποσοστό βρεφικής θνησιμότητας. Σε αυτές τις χώρες, το βασικό στοιχείο είναι το χαμηλό κατά

κεφαλήν εισόδημα των κατοίκων τους, το οποίο δεν τους επιτρέπει να διαθέτουν ικανοποιητικές συνθήκες υγιεινής, αλλά κυρίως δεν τους επιτρέπει να εξασφαλίσουν ένα αρκούντως ικανοποιητικό, ποσοτικό και ποιοτικό επίπεδο διατροφής.

- ✓ Οι χώρες που παρουσιάζουν μια σχετική οικονομική ανάπτυξη, με την παράλληλη συνύπαρξη ενός παραδοσιακού αγροτικού τομέα και ενός πλήρως ανεπτυγμένου βιομηχανικού τομέα, διακρίνονται για το υψηλό, όχι όπως στην περίπτωση χωρών με ελάχιστη οικονομική ανάπτυξη, ποσοστό βρεφικής θνησιμότητας. Σε αυτές τις χώρες υπάρχει μεγάλη εισοδηματική διαφορά μεταξύ των ποικίλων ομάδων του πληθυσμού, ενώ το κατά κεφαλήν εισόδημα των κατοίκων τους κυμαίνεται σε επίπεδα μέτρια προς χαμηλά. Παράλληλα, σε αυτές τις χώρες, υπάρχει και υψηλό ποσοστό ανεργίας μεταξύ του ενεργού πληθυσμού τους. Η βρεφική θνησιμότητα σε αυτές τις χώρες, σε συνάφεια με το κατά κεφαλήν εισόδημα αυξάνεται, λόγω της έλλειψης υγιεινής αλλά και της κακής, όχι όμως ελλιπούς, διατροφής.
- ✓ Οι χώρες που παρουσιάζουν υψηλό επίπεδο οικονομικής ανάπτυξης, το οποίο συνεπάγεται και ένα ικανοποιητικό προς υψηλό κατά κεφαλήν εισόδημα, χαρακτηρίζονται από χαμηλά ποσοστά βρεφικής θνησιμότητας. Οι συνθήκες περίθαλψης καλύπτουν το σύνολο σχεδόν του πληθυσμού, ενώ οι υποδομές για την αντιμετώπιση των μολυσματικών ασθενειών ή άλλων παθήσεων, πριν, κατά τη διάρκεια και έπειτα από τον τοκετό, είναι υψηλού επιπέδου. Σε αυτές τις χώρες, η βρεφική θνησιμότητα επέρχεται κυρίως ως αποτέλεσμα ατυχημάτων, κατά τη διάρκεια του τοκετού, ενώ σε άλλες περιπτώσεις, οφείλεται σε παθολογικά αίτια μη αντιμετωπίσιμα.

Η επίδραση του κατά κεφαλήν εισοδήματος των πολιτών μιας χώρας βρίσκεται σε άμεση και ανάλογη σχέση με το ποσοστό της βρεφικής θνησιμότητας που παρουσιάζεται σε αυτή. Ο δείκτης βρεφικής θνησιμότητας βελτιώνεται σημαντικά, όσο αυξάνεται το κατά κεφαλήν εισόδημα των πολιτών και ειδικότερα σε εκείνες τις περιπτώσεις όπου υπάρχουν χαμηλά επίπεδα εισοδήματος. Οι εξηγήσεις που μπορούν να δοθούν για την εξήγηση του φαινομένου αυτού είναι οι ακόλουθες τρεις (3) (Pritchett L. Summers L. 1996):

1. Η αύξηση του κατά κεφαλήν εισοδήματος προκαλεί την άμεση βελτίωση των δεικτών υγείας και κατά συνέπεια και του δείκτη βρεφική θνησιμότητας. Οι εργαζόμενοι, με περισσότερο εισόδημα στην κατοχή τους είναι περισσότερο ικανοποιημένοι και επομένως ευημερούν πιο πολύ, εικόνα που μεταδίδεται και προς την φροντίδα που παράσχουν και έχουν τη δυνατότητα να το κάνουν στα βρέφη και στα νεογνά.
2. Μέσω της μείωσης της φτώχιας επεκτείνονται οι δυνατότητες που έχουν στη διάθεσή τους οι πολίτες. Οι μεταβολές που επέρχονται στις ατομικές ικανότητες και στα εισοδήματα είναι περισσότερο απότομες ή περισσότερο έντονες, ειδικά όταν γίνεται αναφορά σε εξαιρετικά χαμηλά εισοδήματα. Κάτι τέτοιο συνεπάγεται πως, μέσω του περιορισμού της φτώχιας, βελτιώνονται και τα κοινωνικά αποτελέσματα μιας χώρας.
3. Η τρίτη εξήγηση αναφέρεται στην επέκταση των δυνατοτήτων των ατόμων, συνέπεια των κοινωνικών υπηρεσιών. Ειδικότερα, η κοινωνική προοπτική των βασικών αγαθών και υπηρεσιών συνεπάγεται και βελτιωμένα κοινωνικά αποτελέσματα, ενώ η μεγέθυνση μετράει μόνο τη χρηματοδότηση των κοινωνικών υπηρεσιών. Το ποσοστό της βρεφικής θνησιμότητας σχετίζεται αρνητικά και με τις κοινωνικές δαπάνες, αλλά και με το κατά κεφαλήν εισόδημα, με τις κοινωνικές όμως δαπάνες να έχουν πιο ισχυρό αποτέλεσμα.

Η οικονομική κρίση που έχει ξεσπάσει τα τελευταία χρόνια σε ένα πολύ μεγάλο τμήμα των χωρών της υφηλίου, έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση του κατά κεφαλήν και διαθέσιμου εισοδήματος των πολιτών των χωρών αυτών. Αυτός είναι και ο λόγος για τον οποίο, σε πολλές χώρες επήλθε να μεν μείωση του ποσοστού θνησιμότητας, αλλά με πολύ μικρότερο ρυθμό εν συγκρίσει με άλλες χώρες ή περιοχές. Τα οικονομικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι πολίτες τους οδηγούν, είτε να καθυστερούν να προσέλθουν στις ιατρικές υπηρεσίες, είτε στο να μην προσέρχονται καθόλου, προκειμένου να λάβουν εκείνοι ή τα νεογνά τους, τις απαιτούμενες παροχές ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης (Falagas et al., 2009).

Λόγω της οικονομικής κρίσης και με την ανεργία να διατηρείται σε υψηλά επίπεδα, πολλοί εκ των πολιτών έχουν απολέσει τις εργασίες τους, ή εισπράττουν χαμηλότερους μισθούς και ημερομίσθια, σε σχέση με τα προηγούμενα έτη. Επομένως, ένα μεγάλο

ποσοστό πολιτών, δεν έχει τη δυνατότητα να λάβει τους πάσης φύσεως προληπτικούς και προγεννητικούς ελέγχους, ώστε να υπάρξει μια έγκαιρη και άμεση διάγνωση τυχόν προβλημάτων υγείας. Πλέον είναι σύνηθες πολλές εγκυμονούσες γυναίκες να αποφεύγουν τα προληπτικά check – ups αλλά και τις απαιτούμενες εξετάσεις προγεννητικού ελέγχου, μη επισκεπτόμενες σε τακτικά και απαιτητά χρονικά διαστήματα τον ιατρό τους, με άμεση συνέπεια την αύξηση της περιγεννητικής και βρεφικής θνησιμότητας.

Η σχέση που υπάρχει ανάμεσα στο κατά κεφαλήν εισόδημα σε παγκόσμιο επίπεδο και στο μέγεθος της βρεφικής θνησιμότητας, έτσι όπως αυτό διαμορφώνεται διαχρονικά από το 1975 έως και το 2015 σε παγκόσμιο επίπεδο, παρουσιάζεται στον κάτωθι πίνακα 5.1. Στον υπόψιν πίνακα διαφαίνεται μια σημαντική μεταβολή που έχει επέλθει στη μεσοσταθμική τιμή του κατά κεφαλήν εισοδήματος των κατοίκων του πλανήτη, το οποίο από \$5.063,79 το 1975, ανήλθε στα \$8.222,81, το έτος 2015. Η αύξηση αυτή συνεπάγεται μια μεταβολή της τάξεως του 62,38%. Μελετώντας από την άλλη πλευρά το μέγεθος της βρεφικής θνησιμότητας για τα ίδια έτη, η μεταβολή (μείωση) που παρουσιάζει από το 1975 έως και το 2015, ανέρχεται στο 63,9%. Η τιμή αυτή είναι σχεδόν ίδια με την αντίστοιχη μεταβολή (αύξηση) του κατά κεφαλήν εισοδήματος των ανθρώπων, αποδεικνύοντας και με τη χρήση στατιστικών στοιχείων πως, μεταξύ των δυο (2) αυτών μεγεθών υπάρχει μια άρρηκτη σύνδεση, αντιστρόφως ανάλογη, όπου η αύξηση του κατά κεφαλήν εισοδήματος επιδρά με θετικό τρόπο στη μείωση του μεγέθους της βρεφικής θνησιμότητας.

Πίνακας 5.1

Βρεφική Θνησιμότητα & Κατά Κεφαλήν Εισόδημα σε Παγκόσμιο Επίπεδο (1975 – 2015)

<i>Παγκόσμιο Επίπεδο (Σύνολο)</i>		
<i>Έτη</i>	<i>Βρεφική Θνησιμότητα Ανά 1.000 Γεννήσεις</i>	<i>Κατά Κεφαλήν Εισόδημα σε (\$)</i>
1975	87,9	5.063,79
1976	86,2	5.219,71
1977	84,6	5.325,64
1978	83,1	5.476,38
1979	81,7	5.483,76
1980	80,0	5.407,69
1981	77,7	5.419,31
1982	75,6	5.358,17
1983	73,5	5.382,47
1984	71,3	5.566,08
1985	69,3	5.671,34
1986	67,6	5.800,02
1987	66,1	5.901,18
1988	64,8	6.097,28
1989	63,7	6.200,87
1990	62,8	6.227,29
1991	62,1	6.241,38
1992	61,6	6.285,15
1993	61,1	6.252,83
1994	60,6	6.366,73
1995	60,0	6.453,94
1996	59,0	6.595,92
1997	57,8	6.759,54
1998	56,4	6.858,17
1999	54,8	6.967,17

2000	53,1	7.143,24
2001	51,4	7.158,47
2002	49,5	7.194,60
2003	47,7	7.282,90
2004	46,0	7.496,52
2005	44,3	7.649,67
2006	42,8	7.864,15
2007	41,4	8.006,94
2008	40,1	7.889,72
2009	38,7	7.641,85
2010	37,5	7.862,73
2011	36,2	7.960,89
2012	34,9	8.017,11
2013	33,7	8.065,84
2014	32,6	8.140,12
2015	31,7	8.222,81

Πηγή: Worldbank, 2017

5.4 Βρεφική Θνησιμότητα & Α.Ε.Π.

Το Α.Ε.Π. που μπορεί να διαθέτει μια χώρα αποτελεί έναν σημαντικό παράγοντα ο οποίος να επηρεάζει, άμεσα και έμμεσα την υγεία των πολιτών της. Όσο υψηλότερο είναι το μέγεθος του Α.Ε.Π. μιας χώρας, τόσο καλύτερο είναι και το επίπεδο διαβίωσης που προσφέρεται, μέσω της διάθεσης καλύτερων ποιοτικά αγαθών, υπηρεσιών στέγασης, αλλά και υπηρεσιών υγείας. Η σχέση που υπάρχει ανάμεσα στο Α.Ε.Π. και στον τομέα της παροχής ιατρικών υπηρεσιών είναι μια σχέση αμοιβαιότητας. Όσο πιο υψηλό είναι το Α.Ε.Π., τόσο καλύτερες είναι οι υπηρεσίες υγείας που προσφέρονται (Erdogan E., Ener M., Arica F., 2013).

Το Ακαθάριστο Εθνικό Προϊόν (Α.Ε.Π.) μιας χώρας, σε συνάρτηση με το ύψος των δημόσιων δαπανών, μπορούν να επιφέρουν σημαντικές επιπτώσεις στο ποσοστό της βρεφικής θνησιμότητας που παρουσιάζει αυτή (Satar R., Moradi K., Matin B., 2015). Όσο πιο υψηλό είναι το ποσοστό της αύξησης του Α.Ε.Π. μιας χώρας που μπορεί να παρουσιάζει, είτε διαχρονικά είτε για κάθε έτος χωριστά, τόσο αυτή η μεταβολή

επιδράει θετικά στη μείωση του ποσοστού της βρεφικής θνησιμότητας. Έχει αποδειχθεί από μελέτες που έχουν διεξαχθεί διαχρονικά πως, η αύξηση του Α.Ε.Π. μιας χώρας κατά 10% μπορεί να οδηγήσει στη μείωση του ποσοστού της βρεφικής θνησιμότητας της χώρας αυτής κατά 1% (Jimenez – Rubio, D., 2011).

Από την άλλη πλευρά, υπάρχουν και άλλες μελέτες που επικεντρώνονται στην επίδραση που μπορεί να ασκήσει στο ποσοστό της βρεφικής θνησιμότητας το συνολικό ύψος των δημόσιων δαπανών για την υγεία. Οι δημόσιες δαπάνες έχουν άμεση συσχέτιση με το Α.Ε.Π. μιας χώρας διότι, ακόμη και μια αύξηση του οικονομικού αυτού μεγέθους να επέλθει, χωρίς την παράλληλη αύξηση των δημόσιων δαπανών για την υγεία, δεν μπορεί να επιτευχθεί μείωση του ποσοστού της βρεφικής θνησιμότητας (Satar R., Moradi K., Matin B., 2015). Μια αύξηση από μόνη της στο Α.Ε.Π. μιας χώρας δεν τις εξασφαλίζει τη μείωση της βρεφικής θνησιμότητας διότι, θα πρέπει το κράτος από την πλευρά του, να διοχετεύσει αυτήν ακριβώς την αύξηση σε τομείς άμεσης ανάγκης και κυρίως σε ιατρικούς σκοπούς, ένας εκ των οποίων είναι και η καταπολέμηση της βρεφικής θνησιμότητας.

Πέραν της παροχής περισσότερων χρημάτων από αυτή την αύξηση του Α.Ε.Π. μέσω των δημόσιων δαπανών στην υγεία, η εμφάνιση ενός τέτοιου οικονομικού μεγέθους επιδράει θετικά στη βρεφική θνησιμότητα και μέσω της παροχής περισσότερης και καλύτερης εκπαίδευσης. Η εκπαίδευση αυτή θα παρασχεθεί κυρίως προς τις μητέρες των νεογνών και των βρεφών και το επίκεντρό της θα είναι, τόσο η τόνωση της αναγκαιότητας για την υλοποίηση προγεννητικών ελέγχων, όσο και η χορήγηση σωστής διατροφής και ιατρικής περίθαλψης στα βρέφη, έπειτα από τον τοκετό (Houweling T., Kunst A., Looman C., Mackenbach W., 2005).

Πίνακας 5.2

Βρεφική Θνησιμότητα & Α.Ε.Π. σε Παγκόσμιο Επίπεδο (1975 – 2015)

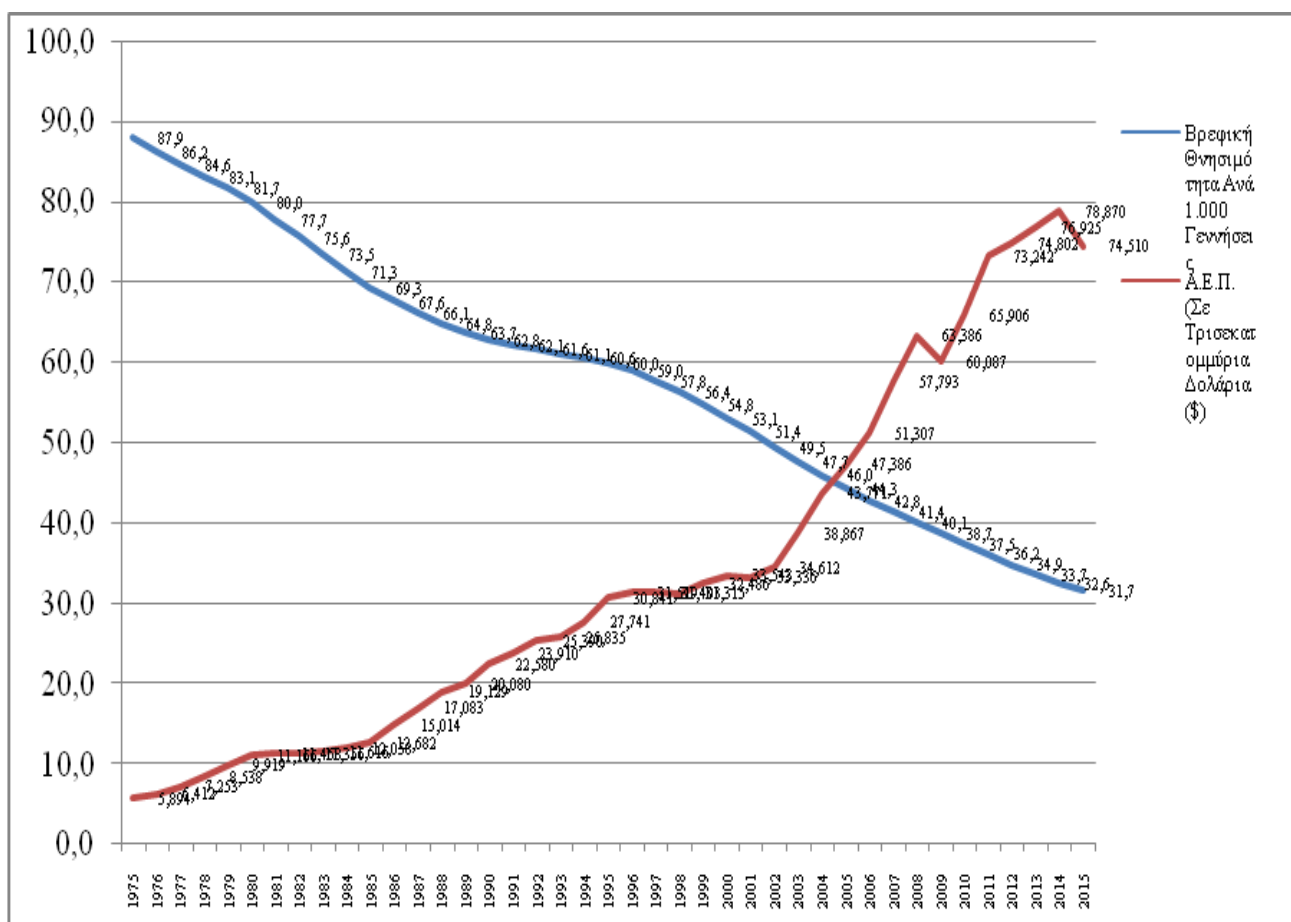
<i>Παγκόσμιο Επίπεδο (Σύνολο)</i>		
<i>Ετη</i>	<i>Βρεφική Θνησιμότητα Ανά 1.000 Γεννήσεις</i>	<i>Α.Ε.Π. (Σε Τρισεκατομμύρια Δολάρια (\$))</i>
1975	87,9	5,894
1976	86,2	6,412
1977	84,6	7,253
1978	83,1	8,538
1979	81,7	9,919
1980	80,0	11,166
1981	77,7	11,458
1982	75,6	11,356
1983	73,5	11,616
1984	71,3	12,058
1985	69,3	12,682
1986	67,6	15,014
1987	66,1	17,083
1988	64,8	19,129
1989	63,7	20,080
1990	62,8	22,580
1991	62,1	23,910
1992	61,6	25,390
1993	61,1	25,835
1994	60,6	27,741
1995	60,0	30,841
1996	59,0	31,519
1997	57,8	31,403
1998	56,4	31,315
1999	54,8	32,486

2000	53,1	33,543
2001	51,4	33,336
2002	49,5	34,612
2003	47,7	38,867
2004	46,0	43,771
2005	44,3	47,386
2006	42,8	51,307
2007	41,4	57,793
2008	40,1	63,386
2009	38,7	60,087
2010	37,5	65,906
2011	36,2	73,242
2012	34,9	74,802
2013	33,7	76,925
2014	32,6	78,870
2015	31,7	74,510

Πηγή: Worldbank, 2017

Διάγραμμα 5.1

Βρεφική Θνησιμότητα & Α.Ε.Π. σε Παγκόσμιο Επίπεδο (1975 – 2015)



Πηγή: Worldbank, 2017

Στον πίνακα 5.2 είναι φανερή η σχέση που συνδέει το μέγεθος της βρεφικής θνησιμότητας, με το αντίστοιχο του Α.Ε.Π. σε παγκόσμιο επίπεδο, μεταξύ των ετών 1975 – 2015. Διαχρονικά, η αύξηση του Α.Ε.Π. συνοδεύει μια μείωση ως προς το μέγεθος της βρεφικής θνησιμότητας ανά 1.000 κατοίκους. Παρατηρώντας τον πίνακα αυτόν πιο προσεκτικά επιπλέον εξάγεται το συμπέρασμα πως, μεταξύ εκείνων των ετών όπου η αύξηση του Α.Ε.Π. είναι υψηλότερη συγκριτικά με άλλα παρελθόντα έτη, αντίστοιχα και η μείωση του μεγέθους της θνησιμότητας λαμβάνει και εκείνη τιμή μεγαλύτερη. Στα έτη στα οποία το Α.Ε.Π. παρουσίασε είτε χαμηλή αύξηση είτε ακόμη και μείωση, η βρεφική θνησιμότητα με τη σειρά της μπορεί να παρουσίαση κάμψη ως προς την τιμή της, εντούτοις δεν ήταν το ίδιο μειωμένη όπως συνέβαινε στα αντίστοιχα έτη όπου το Α.Ε.Π. κυμαινόταν αυξητικά με υψηλότερους ρυθμούς.

5.5 Ανακεφαλαίωση

Η βρεφική θνησιμότητα, ως ένα φαινόμενο διαχρονικό στις σημερινές αλλά και περασμένες κοινωνίες, είναι άρρηκτα συνδεδεμένο με το επίπεδο της οικονομικής ευημερίας στο οποίο βρίσκεται μια χώρα. Οι οικονομικοί παράγοντες που μπορεί να επιβαρύνουν ή να περιορίζουν τη θνησιμότητα που εμφανίζεται στα βρέφη τα οποία είναι μικρότερα του ενός έτους είναι αρκετοί και εκφράζονται μέσω των συνολικών μεγεθών της ανάπτυξης μιας χώρας, του Ακαθάριστου Εθνικού της Προϊόντος (Α.Ε.Π.), αλλά και μέσω του κατά κεφαλήν εισοδήματος. Η θετική συσχέτιση που έχει καταγραφεί στις ανεπτυγμένες χώρες μεταξύ του επιπέδου βρεφικής θνησιμότητας και του επιπέδου οικονομικής ανάπτυξης, ή η ισχυρή αρνητική συσχέτιση που υφίσταται στις αναπτυσσόμενες χώρες μεταξύ βρεφικής θνησιμότητας και κατά κεφαλήν εθνικού εισοδήματος, αποτελούν δείγματα της επίδρασης των οικονομικών παραγόντων στη θνησιμότητα.

Μέσω της αύξηση του εισοδήματος μιας χώρας και κατά συνέπεια και των πολιτών της, επιτυγχάνεται ο περιορισμός της της βρεφικής θνησιμότητας, ενώ παράλληλα, η διαχρονική αύξηση του Α.Ε.Π. μιας χώρας, οδηγεί στον περιορισμό της βρεφικής και της νεογνικής θνησιμότητας μεσοσταθμικά. Φαινόμενα όπως, ο υποσιτισμός, οι άσχημες συνθήκες διαβίωσης, η κακή διατροφή και υγιεινή, η έλλειψη πρόληψης για ποικίλες μεταδοτικές ή μη ασθένειες, αλλά και η χαμηλή ιατροφαρμακευτική περίθαλψη οφείλονται στο φτωχό εισόδημα των πολιτών, αλλά και γενικότερα στη χαμηλή οικονομική ανάπτυξη μιας χώρας και επιτείνουν την αύξηση του ποσοστού της βρεφικής θνησιμότητας.

Το κατά κεφαλήν εισόδημα των πολιτών μιας χώρας αποτελεί ένα αντιπροσωπευτικό προς μελέτη οικονομικό μέγεθος, ως προς την επίδραση που ασκεί στην αύξηση ή μείωση του ποσοστού της βρεφικής θνησιμότητας. Η σχέση που υπάρχει ανάμεσα σε αυτά τα δυο (2) μεγέθη είναι αντιστρόφως ανάλογη, με το δείκτη βρεφικής θνησιμότητας να βελτιώνεται σημαντικά, όσο αυξάνεται το κατά κεφαλήν εισόδημα των πολιτών. Επίσης, ένα υψηλό κατά κεφαλήν εισόδημα εξασφαλίζει στους πολίτες τη δυνατότητα λήψης καλύτερων υπηρεσιών υγείας, από το διαθέσιμο τμήμα των χρημάτων τους που έχουν.

Τέλος, ανάμεσα στο Α.Ε.Π. μιας χώρας και στην παροχή ιατρικών υπηρεσιών από την πλευρά του κράτους, υπάρχει μια σχέση αμοιβαιότητας, με τους δημόσιους φορείς να μπορούν να μεριμνήσουν για την εξασφάλιση βελτιωμένων δομών υγειονομικής περίθαλψης. Το υψηλό όμως Α.Ε.Π. μιας χώρας δεν αποτελεί από μόνο του πανάκεια για τη μείωση της βρεφικής θνησιμότητας. Οι κρατικοί φορείς οφείλουν να επενδύσουν αυτή την αύξηση του οικονομικού μεγέθους στην καταπολέμηση της βρεφικής θνησιμότητας, μέσω της εξασφάλισης και παροχής καλύτερων υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, τόσο για τις μητέρες όσο και για τα νεογνά – βρέφη.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

6.1 Εισαγωγή

Το περιεχόμενο της παρούσας μελέτης επικεντρώθηκε στη μελέτη του φαινομένου της βρεφικής θνησιμότητας σε τρεις (3) διαφορετικές περιοχές του πλανήτη, στη Λατινική Αμερική, στην ευρωπαϊκή ήπειρο, αλλά και στην Αφρική. Πέραν εκείνου του τμήματος της μελέτης, όπου αναλύθηκαν οι παράγοντες και οι αιτίες που επηρεάζουν και διαμορφώνουν το μέγεθος της βρεφικής θνησιμότητας, αλλά και εξετάζονται οι δείκτες βρεφικής θνησιμότητας, υπάρχει και εκείνο το τμήμα που περιγράφει τη στενή συνάφεια που υπάρχει ανάμεσα στη βρεφική θνησιμότητα και σε μια σειρά οικονομικών μεγεθών, όπως είναι το κατά κεφαλήν εισόδημα, αλλά και το Ακαθάριστο Εθνικό Προϊόν (Α.Ε.Π.). Επίσης, η ανάλυση που προηγείται εξετάζει και τη σχέση που χαρακτηρίζει τις δαπάνες που πραγματοποιούνται για την υγεία, συναρτήσει του Α.Ε.Π. και το πώς αυτή η σχέση διαμορφώνεται διαχρονικά.

Πηγές δεδομένων για την ανάλυση αποτέλεσαν στην πλειοψηφία τους στατιστικά στοιχεία που δημοσιεύονται κυρίως από την Παγκόσμια Τράπεζα (World Bank), ένα διεθνές χρηματοπιστωτικό ίδρυμα, του οποίου ο κύριος σκοπός είναι η παροχή οικονομικής και τεχνικής βοήθειας προς τις αναπτυσσόμενες χώρες για αναπτυξιακά έργα, με απώτερο στόχο τη μείωση της φτώχειας. Μια ακόμη σημαντική πηγή συλλογής πληροφοριών και στατιστικών στοιχείων της παρούσας μελέτης αποτέλεσε και ο Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης – Ο.Ο.Σ.Α. (Organization for Economic Cooperation and Development – OECD). Από τους δυο (2) αυτούς παγκόσμιες αναγνώρισης οργανισμούς συλλέχθηκαν στατιστικά στοιχεία που αφορούσαν το προσδόκιμο όριο ζωής κατά τη γέννηση, το ποσοστό νεογνικής θνησιμότητας, το ποσοστό γονιμότητας και το ποσοστό της θνησιμότητας των βρεφών. Τα στοιχεία αυτά κρίθηκαν απαραίτητα προκειμένου να υπολογισθεί και έπειτα να μελετηθεί, η διαχρονική μεταβολή και εξέλιξη των ανωτέρω δεικτών, για όλες εκείνες τις ανά περιοχή χώρες.

Επίσης, ένα σημαντικό τμήμα της παρούσας εργασίας ασχολείται με τη σχέση και το πώς αυτή διαμορφώνεται, μεταξύ της βρεφικής θνησιμότητας, με την οικονομική

ανάπτυξη μιας χώρας, αλλά και το πώς επηρεάζεται αυτή η μορφή θνησιμότητας, από το κατά κεφαλήν εισόδημα και από το Α.Ε.Π. μιας χώρας. Το ποσοστό βρεφικής θνησιμότητας δεν επηρεάζεται μόνον από κοινωνικούς, γεωγραφικούς και πολιτιστικούς παράγοντες, αλλά και από οικονομικά μεγέθη. Τα μεγέθη αυτά, είτε κατά μόνας είτε συνδυαστικά μπορούν να βελτιώσουν το επίπεδο υγείας και παρεχόμενων νοσοκομειακών και ιατρικών υπηρεσιών σε μια χώρα, τόσο προς τη μητέρα όσο και ως προς το βρέφος, μειώνοντας το ποσοστό βρεφικής θνησιμότητας και αυξάνοντας το προσδόκιμο όριο διαβίωσης των πολιτών.

6.2 Μελλοντική Εξέλιξη Βρεφικής Θνησιμότητας

Στο σύνολο των χωρών που μελετήθηκαν, το ποσοστό της βρεφικής θνησιμότητας διαχρονικά παρουσιάζει σημαντική μείωση. Μέσω του υπολογισμού των διαφόρων δεικτών της βρεφικής θνησιμότητας, είναι εφικτός ο υπολογισμός του μεγέθους της μελλοντικά, προκειμένου αρχικά να καταστεί εφικτή η όποια επιθυμητή διαχρονική σύγκριση και έπειτα, να προσδιορισθεί το προσδόκιμο όριο διαβίωσης των ατόμων. Μελλοντικά, έχει καταστεί σαφές πως, τόσο μέσω της βελτίωσης των κοινωνικών και οικονομικών συνθηκών, όσο και μέσω της παροχής περισσότερο εξειδικευμένων ιατρικών και νοσοκομειακών υπηρεσιών, το μέγεθος της βρεφικής θνησιμότητας θα μειωθεί ακόμη περισσότερο, σε όλα σχεδόν τα σημεία του πλανήτη.

Οι στόχοι που επιδιώκονται να υλοποιηθούν μελλοντικά, αναφορικά με το ποσοστό της βρεφικής θνησιμότητας σε παγκόσμιο επίπεδο, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (World Health Organization – WHO), είναι οι εξής (<http://www.who.int>):

1. Μείωση της βρεφικής και νεογνικής θνησιμότητας, για όλες όμως τις χώρες του κόσμου, σε επίπεδα που θα κυμαίνονται σε λιγότερο από δώδεκα (12) θανάτους, ανά χίλιες γεννήσεις ζώντων νεογνών τουλάχιστον. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, ο στόχος αυτός θα πρέπει να έχει επιτευχθεί τουλάχιστον έως και το 2030.
2. Μείωση, έως και το 2030 κατά το ένα τρίτο, του μεγέθους της πρόωρης βρεφικής θνησιμότητας από μη – μεταδόσιμες ασθένειες, μέσω της πρόληψης και της

θεραπείας, προωθώντας παράλληλα και την ψυχική υγεία και ευημερία κυρίως των μητέρων.

3. Ενίσχυση της έρευνας και ανάπτυξης εμβολίων και φαρμάκων, που θα αποβλέπουν στην καταπολέμηση της βρεφικής θνησιμότητας, αλλά κυρίως, στην αντιμετώπιση μιας σειράς προβλημάτων που οδηγούν στην αύξησή της, κυρίως λόγω της μη υλοποίησης των κατάλληλων προγεννητικών ελέγχων.
4. Αύξηση της χρηματοδότησης στον τομέα της υγείας γενικότερα, αλλά και της δημιουργίας εξειδικευμένων κέντρων, που να καταπολεμούν τη θνησιμότητα των βρεφών και των νεογνών. Είναι σημαντικό επίσης, πέραν της δημιουργίας των κέντρων αυτών, να υπάρχει και η απαραίτητη εκπαίδευση και κατάρτιση προς τους νοσηλευτές, τους ιατρούς και το επιστημονικό προσωπικό, ώστε να είναι σε θέση να παράσχουν εξειδικευμένες υπηρεσίες, σε εκείνες τις περιπτώσεις όπου κάτι τέτοιο απαιτείται. Ιδιαίτερη βαρύτητα θα πρέπει να δοθεί ως επί το πλείστον στην αύξηση των δαπανών για τις αναπτυσσόμενες χώρες του κόσμου.
5. Ενίσχυση της ικανότητας σε όλες τις χώρες και ειδικότερα στις αναπτυσσόμενες, μέσω συστημάτων έγκαιρης προειδοποίησης, μείωσης του κινδύνου εμφάνισης παθήσεων που οδηγούν σε βρεφική ή νεογνική θνησιμότητα, προκειμένου στα πρώτα κιάλια στάδια να αντιμετωπίζουν το φαινόμενο αυτό και να προχωρούν στις κατάλληλες ενέργειες.

6.3 Συμπεράσματα

Συνοπτικά, τα συμπεράσματα τα οποία προέκυψαν από την ανάλυση και τη μελέτη που διενεργήθηκε, μεταξύ τριών (3) περιοχών του πλανήτη (Ευρώπη, Λατινική Αμερική, Αφρική), αλλά και από τη σύνδεση της βρεφικής θνησιμότητας με την οικονομική πρόοδο ή μη μιας περιοχής, είναι τα κάτωθι:

1. Η επιμήκυνση του προσδόκιμου ορίου διαβίωσης και η μείωση των θανάτων κατά τη γέννηση, είναι τα δυο (2) βασικά μεγέθη που χαρακτηρίζουν τη βρεφική θνησιμότητα.
2. Εν συγκρίσει με τη θνησιμότητα του συνολικού πληθυσμού, παρατηρούνται διαφορές, τόσο μεταξύ των φύλων, όσο και μεταξύ περιοχών. Συγκεκριμένα, η

θνησιμότητα στους άνδρες είναι σχεδόν κατά τέσσερα (4) έτη υψηλότερη, σε σχέση με την αντίστοιχη των γυναικών σε παγκόσμιο επίπεδο, μεταξύ των ετών 1975 – 2015. Διαχρονικά, το προσδόκιμο όριο διαβίωσης και για τις δυο (2) κατηγορίες αυξάνεται, με τις γυναίκες όμως να παρουσιάζουν υψηλότερο όριο σε σχέση με το αντίστοιχο των ανδρών. Αναφορικά με τις διαφορές ανά περιοχές που παρουσιάζονται, αυτές οφείλονται κυρίως στο επίπεδο νοσοκομειακής και ιατρικής περίθαλψης, στο εισόδημα, αλλά και στο μορφωτικό επίπεδο των πολιτών που η κάθε χώρα εμφανίζει, ανεξάρτητα από την περιοχή εξέτασης, επηρεαζόμενες κυρίως από το βαθμό ανάπτυξης που εμφανίζουν.

3. Η διαφορά ως προς το προσδόκιμο όριο διαβίωσης που παρουσιάζεται μεταξύ ανδρών και γυναικών έχει τις ρίζες της τόσο σε παθολογικούς όσο και σε εξωτερικούς παράγοντες. Στο ζήτημα των παθολογικών παραγόντων, η ύπαρξη γονιδίων και αντισωμάτων στις γυναίκες τους επιτρέπουν να αντιμετωπίσουν με μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα τις ασθένειες και τις μολύνσεις, ενώ από την άλλη πλευρά, οι εξωτερικοί παράγοντες αναφέρονται στο θάνατο των ανδρών συνέπεια των πολεμικών συρράξεων, καθώς και στην εμφάνιση εξαρτήσεων με θανατηφόρα αποτελέσματα, όπως είναι το αλκοόλ (κύρωση του ήπατος), τα ναρκωτικά και το κάπνισμα (καρδιακές παθήσεις).
4. Σημαντική είναι η διαχρονική μείωση που παρουσιάζει η νεογνική θνησιμότητα (θάνατοι βρεφών εντός των πρώτων 28 ημερών από τη γέννησή τους) σε παγκόσμιο επίπεδο, συνέπεια της βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων ιατρικών υπηρεσιών στα νεογνά, αλλά και της παροχής καλύτερης εκπαίδευσης και μόρφωσης στις μητέρες ώστε να αντιμετωπίσουν τις διάφορες παθήσεις που έχουν και να μη θέτουν σε κίνδυνο τη ζωή των νεογνών
5. Ανησυχητικά είναι τα στοιχεία που συλλέχθηκαν και μελετήθηκαν, ως προς τα ποσοστά γονιμότητας, σε παγκόσμιο επίπεδο. Συγκεκριμένα, ο σύγχρονος τρόπος διαβίωσης, με πλήθος οικογενειακές υποχρεώσεις, δεν επιτρέπει στις γυναίκες να προχωρήσουν στη σύλληψη, πριν το 34^ο ή 35^ο έτος της ηλικίας τους, όπου όμως παρατηρείται σημαντική μείωση του ποσοστού της γονιμοποιητικής ικανότητας, καθιστώντας πολύ δύσκολη τη γονιμοποίηση.

6. Συνολικά, η βρεφική θνησιμότητα ως μέγεθος, από το 1975 έως και σήμερα έχει μειωθεί σημαντικά, με τους παράγοντες εκείνους που έχουν συνδράμει προς την κατεύθυνση αυτή να εντοπίζονται:

- ✓ Στη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης
- ✓ Στην πρόοδο της ιατρικής επιστήμης και στην εξέλιξη της φαρμακευτικής βιομηχανίας
- ✓ Στη βελτίωση του εισοδήματος των ατόμων, οι οποίοι πλέον λαμβάνουν καλύτερες υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης
- ✓ Στη διαχρονική αύξηση του επιπέδου του Α.Ε.Π. των χωρών, με συνέπεια τη λήψη καλύτερων υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, αλλά και υπηρεσιών εκπαίδευσης και μόρφωσης, ώστε να βελτιώσουν το βιοτικό τους επίπεδο και να προστατεύουν την υγεία των βρεφών – νεογνών.

Συμπεράσματα εξήχθησαν επίσης, τόσο από την ανάλυση στοιχείων για ένα ευρύ φάσμα χωρών, κυρίως αυτών που ανήκουν στον Ο.Ο.Σ.Α., όσο και για εκείνες που αποτέλεσαν αντικείμενο έρευνας στην παρούσα μελέτη. Τα αποτελέσματα που προέκυψαν αναφέρονταν:

1. Στις δαπάνες υγείας που πραγματοποιούν οι χώρες, ως ποσοστό του Α.Ε.Π., όπου ο μέσος όρος των χωρών του Ο.Ο.Σ.Α. κυμαίνεται στα επίπεδα του 8,9%, με πολλές χώρες να βρίσκονται σε ανώτερα επίπεδα, ενώ και όσες επηρεάστηκαν από την πρόσφατη οικονομική κρίση (Πορτογαλία, Ιταλία, Ισπανία, Ελλάδα), να εμφανίζουν αντίστοιχα ή και υψηλότερα ποσοστά δαπανών.
2. Στο μέγεθος της κατά κεφαλήν δαπάνης υγείας των χωρών του Ο.Ο.Σ.Α. όπου είναι φανερό πως, έως και το 2009 παρουσιάζεται μια αύξηση σε αυτές τις δαπάνες, σε αντίθεση με το τι συνέβη κατόπιν, μιας και λόγω της οικονομικής κρίσης και της ιδιαίτερα λιτής πολιτικής που ασκήθηκε επί συνόλου, οι εξεταζόμενες αυτές χώρες να εμφανίζουν μείωση.
3. Στις διαφορές ως προς το βαθμό βρεφικής θνησιμότητας μεταξύ χωρών που ανήκουν σε διαφορετικά γεωγραφικά διαμερίσματα (βορράς – νότος, ανατολή – δύση). Ενδεικτικό είναι το παράδειγμα των χωρών της Ανατολικής και Δυτικής

Ευρώπης, καθώς και των χωρών της Βόρειας και Υπό – Σαχάριας Αφρικής. Στην πρώτη περίπτωση, οι χώρες του πρώην Ανατολικού Μπλοκ, παρουσιάζουν υψηλότερο ποσοστό βρεφικής και νεογνικής θνησιμότητας, σε σχέση με τις αντίστοιχες χώρες της Δυτικής Ευρώπης, στοιχείο που επηρεάζεται σημαντικά και από το επίπεδο του εισοδήματος των κατοίκων τους, καθώς επίσης και από τη μεγέθυνση του Α.Ε.Π. τους. Ομοίως, οι χώρες της Βόρειας Αφρικής, είναι σε πολύ καλύτερη κατάσταση, συγκρινόμενη με χώρες άλλων περισσότερο ανεπτυγμένων περιοχών του πλανήτη, σε σχέση με τις χώρες της υπόψιν ηπείρου που οριοθετούνται ως Υπο – Σαχάριες.

4. Στην αύξηση ως προς το προσδόκιμο όριο ζωής κατά τη γέννηση, που παρουσιάζουν και οι τρεις (3) υπό μελέτη περιοχές της έρευνας, με την Αφρική να είναι εκείνη η οποία ξεχωρίζει. Ειδικότερα, μεταξύ των ετών 1975 – 2015, στη συγκεκριμένη ήπειρο, υπάρχει μια αύξηση της τάξεως του 70% σχεδόν, που αναφέρεται στα προσδόκιμα όρια διαβίωσης, διαμορφώνοντάς τα στα εξήντα (60) έτη. Το συγκεκριμένο μέγεθος είναι εξαιρετικά σημαντικό, μιας και αναλογιζόμενοι το αντίστοιχο που ίσχυε στις δεκαετίες του 1960 και του 1970 στην Αφρική, οι άνθρωποι εκεί απεβίωναν προτού συμπληρώσουν καν τα σαράντα πέντε (45) έτη ζωής. Ομοίως, τόσο στην περίπτωση της Ευρώπης, όσο και σε εκείνη της Λατινικής Αμερικής, υπάρχει αύξηση ως προς το μέγεθος του προσδόκιμου ορίου ζωής, με τη μεν πρώτη να μεταβάλλεται κατά 16% και τη δεύτερη κατά 64%. Αυτή η βελτίωση που επήλθε συνολικά σε όλες τις περιπτώσεις οφείλεται ως επί το πλείστον στην αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών περίθαλψης, στη λήψη καλύτερων ιατροφαρμακευτικών υπηρεσιών, αλλά και στη μεγέθυνση του κατά κεφαλήν εισοδήματος και του Α.Ε.Π. Παράλληλα, στις περιπτώσεις της Λατινικής Αμερικής και της Αφρικής, υπάρχει βελτίωση ως προς τα επίπεδα υγιεινής, στέγασης και υποσιτισμού, ενώ ιδιαίτερα βαρύτητα ειδικά κατά τα τελευταία έτη έχει δοθεί και στην παροχή κατάλληλης εκπαίδευσης προς τους πολίτες.
5. Στη σαφή μείωση – βελτίωση που παρουσιάζουν και οι τρεις (3) υπό μελέτη περιοχές, ως προς το ποσοστό νεογνικής θνησιμότητας, από το 1990 και έπειτα. Η πλέον εμφανής μείωση είναι αυτή που λαμβάνει χώρα στην ευρωπαϊκή ήπειρο, με σχεδόν 60%, η οποία οφείλεται στην αποτελεσματική και επαρκή ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, αλλά και στο υψηλό εισοδηματικό και οικονομικό

επίπεδο των χωρών αυτών. Μια αντίστοιχη σε μέγεθος μείωση του ποσοστού νεογνικής θνησιμότητας (55%) παρουσιάζεται και στην περιοχή της Λατινικής Αμερικής. Πέραν των οικονομικών (αύξηση Α.Ε.Π.) και εκπαιδευτικών (επιμόρφωση) παραγόντων η βελτίωση αυτή επήλθε ως συνέπεια της εξασφάλισης καλύτερων συνθηκών διαβίωσης, αλλά και ιατρικών – νοσηλευτικών υπηρεσιών. Τέλος, στην Αφρική, το ποσοστό της νεογνικής θνησιμότητας από το 1990 και έπειτα βελτιώθηκε κατά μέσο όρο συνολικά στο 35%, με τις κυριότερες αιτίες για την επίτευξη του αποτελέσματος αυτού να είναι η χορήγηση της κατάλληλης φαρμακευτικής αγωγής προς τη μητέρα και το νεογνό αλλά και η διενέργεια προληπτικών εξετάσεων.

6. Στη μείωση του ποσοστού γονιμότητας που παρουσιάζουν όλες οι υπό μελέτη περιοχές, με την υψηλότερη εξ αυτών των μειώσεων να εμφανίζεται στην ήπειρο της Αφρικής (29% ανά 1.000 κατοίκους). Σε όλες τις περιπτώσεις η μείωση του ποσοστού της γονιμότητας επέρχεται λόγω της υιοθέτησης ενός πιο έντονο τρόπου διαβίωσης που συνεπάγεται περισσότερες ώρες εργασίας, συνθήκες άγχους και καταστάσεις έντονου στρες. Η αλλαγή των εργασιακών συνθηκών, με τη μείωση των εισοδημάτων λειτουργεί αποτρεπτικά στη δημιουργία αρχικά οικογενειών και κατόπιν στη γέννηση παιδιών. Παράλληλα, υπάρχουν και άλλοι ανασταλτικοί παράγοντες γονιμότητας, όπως είναι η επιβάρυνση του περιβάλλοντος, που δυσχεραίνει τις κοινωνίες όπου διαβιούν οι άνθρωποι, ενώ δημιουργεί και σημαντικά προβλήματα αναπαραγωγής.
7. Στη μείωση του ποσοστού θνησιμότητας των βρεφών σε όλες τις περιοχές που εξετάζονται. Η μείωση που έχει επέλθει είναι σημαντική, με το βασικότερο παράγοντα που συνετέλεσε προς την κατεύθυνση αυτή να είναι η βελτίωση των κοινωνικών και οικονομικών συνθηκών, στις οποίες περιλαμβάνονται η πρόοδος της ιατρικής και νοσηλευτικής περίθαλψης, η αύξηση του εισοδήματος των κατοίκων, η υγιεινή διατροφή, η παροχή περισσότερης και ποιοτικότερης παιδείας προς τους πολίτες και γενικά οι συνθήκες διαβίωσης. Στην περίπτωση της ηπείρου της Αφρικής, πέραν όλων των ανωτέρω παραγόντων, υπάρχουν και μια σειρά άλλων μεταβλητών που οδήγησαν σε μια μεσοσταθμική μείωση κατά το χρονικό διάστημα 1975 – 2015 της θνησιμότητας των βρεφών που αφορούν, τη συστηματική παροχή και χορήγηση αντιβιοτικών, την παροχή περισσότερης και

πληρέστερης διατροφής στα βρέφη, τη βελτίωση των συνθηκών υγιεινής και διαβίωσης του βρέφους και της οικογένειάς του, αλλά και την παροχή συνεχούς ενημέρωσης των γονέων για τις μεθόδους προστασίας των βρεφών από μολύνσεις και άλλα παθολογικά αίτια.

6.4 Προτάσεις

Η μείωση τόσο της βρεφικής, όσο και της νεογνικής θνησιμότητας σε ακόμη μεγαλύτερα επίπεδα από εκείνα τα οποία έχει ήδη παρουσιάσει, αποτελούν αντικείμενο χάραξης μιας ενιαίας και κατάλληλης στρατηγικής. Για να υλοποιηθεί όμως μια τέτοια στρατηγική, ανεξάρτητα από τις χώρες στις οποίες πρόκειται να εφαρμοσθεί, θα πρέπει να καθορισθούν οι ομάδες – στόχοι παρέμβασης και να εντοπισθούν οι αιτίες που μπορεί να προληφθούν (Δρόσου – Αγακίδου Β., 2004). Από τα στοιχεία που συλλέχθηκαν και μελετήθηκαν στα ανωτέρω τμήματα της μελέτης προέκυψαν χρήσιμα συμπεράσματα τα οποία υποδεικνύουν πως για την περαιτέρω μείωση της βρεφικής θνησιμότητας στις αναπτυσσόμενες χώρες επιβάλλεται να υιοθετηθούν στρατηγικές που θα περιορίζουν ακόμη περισσότερο τη νεογνική θνησιμότητα. Από την άλλη πλευρά, στην περίπτωση των αναπτυσσόμενων χωρών, παράλληλα με τη μείωση της νεογνικής θνησιμότητας, επιβάλλεται να υιοθετηθούν και δράσεις βελτίωσης των ιατρικών και νοσοκομειακών υπηρεσιών.

Σε ότι αφορά τις αναπτυσσόμενες χώρες του κόσμου, η μείωση της νεογνικής θνησιμότητας δεν σχετίζεται τόσο με τη βελτίωση του οικονομικού και κοινωνικού περιβάλλοντος, αλλά περισσότερο με την υιοθέτηση εξειδικευμένων και βελτιωμένων μεθόδων γέννησης και περίθαλψης των βρεφών. Πιο συγκεκριμένα, τα μέτρα που θα μπορούσαν να αναληφθούν αφορούν:

- ✓ την καθιέρωση μιας περισσότερο εξειδικευμένης και εντατικής νοσηλείας των νεογνών, με σκοπό την πρόληψη φαινομένων ασφυξίας και άλλων δυσμενών επιπτώσεων (ίκτερος, κλπ.)
- ✓ την πρόσληψη ικανού αριθμού νεογνολόγων, με εξειδίκευση και εμπειρία, οι οποίοι θα μπορούν να στελεχώσουν τις νοσοκομειακές μονάδες, προσφέροντας υψηλού επιπέδου άμεση και σωστή φροντίδα

- ✓ την εκπαίδευση όλων όσων εμπλέκονται στη φροντίδα του βρέφους και του νεογνού (μαιευτήρες, μαίες, παιδιάτροι, αναισθησιολόγοι), ώστε να μπορούν να προσφέρουν άμεσα, σωστή καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση στο νεογέννητο.
- ✓ τη δημιουργία εξειδικευμένων και άρτια εξοπλισμένων, τεχνολογικά και σε ανθρώπινο δυναμικό, περιγεννητικών κέντρων, προσβάσιμα για όσο το δυνατόν μεγαλύτερο φάσμα του πληθυσμού μιας χώρας.

Σχετικά με τις χώρες εκείνες του πλανήτη που δεν βρίσκονται σε τόσο υψηλό επίπεδο κοινωνικής, αλλά περισσότερο οικονομικής ανάπτυξης, τα μέτρα που θα μπορούσαν να ληφθούν επικεντρώνονται κυρίως:

- ✓ στην αντιμετώπιση των λοιμώξεων, τόσο προς την έγκυο όσο κυρίως προς το έμβryo – βρέφος – νεογνό, μέσω των κατάλληλων προληπτικών εξετάσεων, αλλά και του συχνού εμβολιασμού.
- ✓ στη διατροφική υποστήριξη εγκύου – βρέφους, μέσα από τη χορήγηση τροφών πλούσιων σε βιταμίνες και θρεπτικά συστατικά, τα οποία θα εξασφαλίσουν αρχικά τη βιωσιμότητά τους και έπειτα την υγιή και άρτια ανάπτυξη κυρίως του βρέφους.
- ✓ στην ανάγκη βελτίωσης σε ακόμη μεγαλύτερο βαθμό, πέραν των επιμέρους και πιο εξειδικευμένων μέτρων που θα πρέπει να ληφθούν, των συνθηκών παροχής νοσοκομειακών και ιατρικών υπηρεσιών, φθάνοντας στα αντίστοιχα επίπεδα των ανεπτυγμένων χωρών.
- ✓ στην εξασφάλιση ενός ελάχιστου απαιτούμενου επιπέδου διαβίωσης των πολιτών και περισσότερο των βρεφών και των νεογνών, καλύπτοντας τις στοιχειώδεις ανθρώπινες ανάγκες που αναφέρονται στη διατροφή, στη διαμονή και στην περίθαλψη.
- ✓ στην αρωγή από τις πιο εύπορες χώρες του πλανήτη προς εκείνες που αντικειμενικά κρίνονται ως φτωχές, οικονομικών ωφελημάτων, με στόχο τη βελτίωση των υποδομών τους, την εκπαίδευση του ιατρικού τους προσωπικού, αλλά και την εξασφάλιση των απαιτούμενων εφοδίων, για τη διαβίωση των βρεφών και των νεογνών.

Βιβλιογραφία

✓ *Ελληνική Βιβλιογραφία*

1. Αντωνοπούλου Λ., (2010), Δαπάνες και Πολιτικές Υγείας στην Ευρώπη, Εκδόσεις Ζυγός, Θεσσαλονίκη
2. Δρόσου – Αγακίδου Β., (2004), Διαχρονικές Τάσεις & Αιτίες Περιγεννητικής, Νεογνικής και Βρεφικής Θνησιμότητας, Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής, Αθήνα
3. Ευρωπαϊκή Επιτροπή, (2002), Η Κοινωνική Κατάσταση στην Ευρωπαϊκή Ένωση, Γενική Διεύθυνση Απασχόλησης & Κοινωνικών Υποθέσεων, Βρυξέλλες
4. Κακλαμάνης Σ., Κοτσυφάκης Γ. (2009), Η Θνησιμότητα στην Ελλάδα: 1960 – 2001, Εργαστήριο Δημογραφικών Κοινωνικών Αναλύσεων, Αθήνα
5. Κυριόπουλος Γ., Νιάκας Δ., (1994), Θέματα Οικονομικών και Πολιτικής της Υγείας, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα
6. Κώσταλος Χ., Αλεξίου – Κάκκου Ν., Γούναρης Α., Λαμπαδαρίδης Ι., Λιόσης Γ., (1996), Νεογνολογία, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα
7. Λιαρόπουλος Λ., Νικολάου Σ., (2011), Η Μεθοδολογία του Ο.Ο.Σ.Α. για τη Μέτρηση των Δαπανών Υγείας, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα
8. Μαλάμου Θ., (2015), Κοινωνικοί Προσδιοριστικοί Παράγοντες της Υγείας, Hellenic Journal of Nursing, Ιωάννινα
9. Σίμου Ε., (2008), Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία, Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Αθήνα
10. Σούλης Σ., (1998), Οικονομική της Υγείας, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα
11. Στεργιόπουλος Κ., (2002), Νεογνολογία, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα
12. Σ.Φ.Ε.Ε., (2015), Η Φαρμακευτική Αγορά στην Ελλάδα, Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδος (Σ.Φ.Ε.Ε.), Παρατηρητήριο Οικονομικών της Υγείας, Αθήνα, Νοέμβριος

✓ *Ξενογλωσση Βιβλιογραφία*

13. Bacci A., Manhica G., Machungo F., Bugalho A., Cuttini M., (1993), Outcome of teenage pregnancy in Maputo, Mozambique, *Int J Gynaecol Obstet*, 40
14. Bang A., Reddy M., Deshmukh M., (2002), Child mortality in Maharashtra, *Economic Political Weekly*, 37
15. Becker S., (2008), *Mortality and Its Measurement*, Bloomberg School of Public Health, Johns Hopkins University, USA
16. Bideau A., Desjardins B., Brignoli H., (1997), *Infant and Child Mortality in the Past*, Clarendon Press, Paris
17. Black R., Morris S., Bryce J., (2003), Where and why are 10 million children dying every year?, *Lancet*, 361
18. Bonaventure A., Harewood R., Stiller C., (2017), Worldwide comparison of survival from childhood leukaemia for 1995–2009, by subtype, age, and sex (CONCORD-2): a population-based study of individual data for 89 828 children from 198 registries in 53 countries, *The Lancet*, 11th April
19. Canadian Institute for Health Information, (2002), *Health Care in Canada*, Statistics Canada, CIHI
20. Chen M, Zhang H, Liu W, Zhang W., (2014), The Global Pattern of Urbanization and Economic Growth: Evidence from the Last Three Decades, *PLoS ONE* 9(8)
21. De Jesus I., Pappas A., Shankaran S., Kendrick D., Das A., (2010), Risk factors for post - Neonatal Intensive Care Unit Discharge Mortality among Extremely low birth weight infants, *The Journal of Pediatrics*, 161(1)
22. Dreger C., Reimer H., (2005), *Health Care Expenditures in OECD Countries: A Panel N Unit Root and Co integration Analysis*, IZA Discussion Paper 1469
23. Du B., Zhang Y., (2011), *Infant Mortality Rate Statistic method and Difference Analysis in China*, Center for Population and Development Studies, Rennin University of China, Beijing

24. Erdogan E., Ener M., Arica F., (2013), The Strategic Role of Infant Mortality in the Process of Economic Growth: An Application for High Income OECD Countries, 9th International Strategic Management Conference, Elsevier Ltd
25. Falagas E., Vouloumanou K., Mavros N., Karageorgopoulos E., (2009), Economic crisis and mortality: a review of the literature, *Int J Pract*, Vol. 63
26. Garrett E., Galley C., Shelton N., Woods R., (2007), *Infant Mortality: A Continuing Social Problem*, 1st Edition, Ashgate Publishing Limited, UK
27. Guisan C., Exposito P., (2006), Health Expenditure, Poverty and Economic Development in Africa, 2000 – 2005, *International Journal of Applied Econometrics and Quantitative Studies*, Vol. 3 – 2
28. Hanmer L., Lensink R., White H., (2003), Infant and Child Mortality in Developing Countries: Analyzing the Data for Robust Determinants, *Journal of Development Studies*, Vol. 40, Issue 1
29. Hobcraft N., McDonald J., Rutstein S., (1984), Socio – economic factors in infant and child mortality. A cross – country comparison, *Population Studies*, 38
30. Houweling T., Kunst A., Looman C., Mackenbach W., (2005), Determinants of under five mortality among the poor and the rich: a cross – national analysis of 43 developing countries, *International Journal of Epidemiology*, 34
31. Jimenez – Rubio, D., (2011), The Impact of Fiscal Decentralization on Infant Mortality Rates: Evidence from OECD Countries, *Social Science and Medicine*, 73(9)
32. Lawn J., Mongi P., Cousens S, (2006), *Africa's Newborns – counting them and making them count*, United Nations, New York
33. Nadezhda A., Redmond W., (2003), *How High is Infant Mortality in Central and Eastern Europe and the CIS*, Unicef IRC, Italy
34. *Health Expenditure, Health Systems, Policy, Finance and Organization*, USAOECD, (2015), *Health at a Glance*, OECD Indicators, 4th November, Paris

35. Persson M., Keely E., Walker M., (2009), Obstetric and perinatal outcomes in type I diabetic pregnancies. A large, population based study, *Diabetes Care*, 32
36. Pritchett L. Summers L. (1996), Wealthier is Healthier, *The Journal of Human Resources*, Vol. 31 (4)
37. Przywara B., (2010), Projecting Future Health Care Expenditure at European Level: drivers, methodology and main results, *General for Economic and Financial Affairs, Economic Papers Belgium*, No 417
38. Rand Health Research, (2005), *Future Health & Medical Care Spending of the Elderly: Implications for Medicare*, Rand Corporation
39. Ruzicka L., Wunsch G., Kane P., (1989), *Differential Mortality: Methodological Issues and Biosocial Factors*, Clarendon Press, Oxford
40. Satar R., Moradi K., Matin B., (2015), Macro Determinants of Infant Mortality in ECO Countries: Evidence from Panel Data Analysis, *International Journal of Pediatrics*, Vol. 3, N. 1 – 2, February
41. United Nations, (2004), *World Population Prospects – The 2002 Revision – Volume III: Analytical Report*, United Nations, New York
42. United Nations, (2015), *World Fertility Patterns 2015, Data Booklet*, United Nations, New York
43. United Nations, (2017), *2017 Revision of World Population Prospects*, United Nations, New York
44. Weinstein J. Pilla, V. (2001), *Demography - The Science of Population*, Allyn & Bacon, London
45. W.T.O., (2002), *Infant and young child nutrition: Global strategy on infant and young child feeding*, Fifty – Fifth World Health Assembly, 13.0, 16th April
46. Xu K., (2011), *The determinants of health expenditure: a country – level panel data analysis*, WHO Working Paper

✓ *Διαδικτυακές Πηγές*

47. http://www.who.int/topics/infant_newborn/en/
48. http://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.LE00.IN?end=2015&start=1960&view=chart&year_low_desc=false
49. http://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.LE00.MA.IN?end=2015&start=1960&view=chart&year_low_desc=false
50. http://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.LE00.FE.IN?end=2015&start=1960&view=chart&year_low_desc=false
51. http://data.worldbank.org/indicator/SH.DYN.NMRT?end=2015&start=1990&view=chart&year_low_desc=false
52. http://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.CBRT.IN?end=2015&start=1975&view=chart&year_low_desc=false
53. http://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.IMRT.IN?end=2015&start=1975&view=chart&year_low_desc=false
54. http://www.who.int/mediacentre/events/meetings/2009_financial_crisis_report_en_.pdf
55. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs342/en/>
56. <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.MKTP.CD?end=2016&start=1975&view=chart>
57. <https://data.worldbank.org/indicator/NY.ADJ.NNTY.PC.KD?end=2015&start=1975>