

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ



**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ ΣΤΗΝ
ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΙ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΗ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ**

**ΜΕΛΕΤΗ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΕΠΙΛΕΓΜΕΝΕΣ ΧΩΡΕΣ ΤΗΣ
ΕΥΡΩΠΑΪΚΗΣ ΕΝΩΣΗΣ**

ΚΑΛΑΤΖΗ ΓΕΩΡΓΙΑ

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικών Επιστημών στο Πανεπιστήμιο Πειραιώς ως μέρος των απαιτήσεων για την απόκτηση Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στην Οικονομική και Επιχειρησιακή Στρατηγική

Πειραιάς, Νοέμβριος 2019

UNIVERSITY OF PIRAEUS
DEPARTMENT OF ECONOMICS



**MASTER PROGRAM IN ECONOMIC
AND BUSINESS STRATEGY**

**HEALTH EXPENDITURE STUDY FOR SELECTED COUNTRIES
IN THE EUROPEAN UNION**

By
GEORGIA KALATZI

Master thesis submitted to the Department of Economics of the University of Piraeus in partial fulfillment of the requirements for the MSc Diploma in Economic and Business Strategy

Piraeus, November 2019

ΜΕΛΕΤΗ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΕΠΙΛΕΓΜΕΝΕΣ ΧΩΡΕΣ ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗΣ ΕΝΩΣΗΣ

Σημαντικοί Όροι: Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν, Ανεργία, Δείκτης Ανεργίας, Δείκτης Τιμών Καταναλωτή, Προσδόκιμο Ζωής, Δαπάνες Υγείας, Συστήματα Υγείας

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός αυτής της εργασίας είναι η μελέτη Δαπανών Υγείας σε επιλεγμένες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης μέσα από το Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν, το Προσδόκιμο Ζωής και τον Δείκτη Ανεργίας. Παρουσιάζονται δεδομένα των χωρών Γαλλία, Γερμανία, Ιταλία και Μεγάλη Βρετανία στην χρονική περίοδο 2000 έως 2015, που συλλέχθηκαν από την World Bank και μέσω του απλού γραμμικού υποδείγματος της παλινδρόμησης προκύπτουν αποτελέσματα για την επιρροή των Δαπανών Υγείας.

Αναλύονται τα συστήματα υγείας των επιλεγμένων χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Υπάρχουν ομοιότητες και διαφορές μεταξύ τους. Η Γαλλία και η Γερμανία και η Ιταλία έχουν πολλές ομοιότητες στον τρόπο χρηματοδότησης των συστημάτων υγείας, ο οποίος προκύπτει από τις εισφορές εργοδοτών και εργαζομένων. Από την άλλη πλευρά το σύστημα υγείας της Μεγάλης Βρετανίας έχει τελείως διαφορετική δομή και βασίζεται στις αρχές της κοινωνικής αλληλεγγύης, καθολικής και πλήρους κάλυψης του πλυθισμού, αλλά και της ισότητας.

Σε όλες τις χώρες το Προσδόκιμο Ζωής κατέχει τη μεγαλύτερη ερμηνευτική ικανότητα με ποσοστά από 70%-90% με το μεγαλύτερο ποσοστό να το κατέχει η Μεγάλη Βρετανία. Στη Γερμανία και την Ιταλία το ΑΕΠ και ο Δείκτης Ανεργίας επηρεάζει αρνητικά τις Δαπάνες Υγείας. Στη Γαλλία και τη Μεγάλη Βρετανία μόνο το ΑΕΠ επηρεάζει αρνητικά τις Δαπάνες Υγείας. Μέσα από τα αποτελέσματα των εκτιμήσεων του απλού γραμμικού υποδείγματος προκύπτει πως τη μικρότερη ερμηνευτική ικανότητα στη Γερμανία και την Ιταλία κατέχει το Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν. Στη Μεγάλη Βρετανία τη μικρότερη ερμηνευτική θέση την έχει το ΑΕΠ αλλά και ο Δείκτης Ανεργίας.

HEALTH EXPENDITURE STUDY FOR SELECTED COUNTRIES IN THE EUROPEAN UNION

Important Terms: Gross Domestic Product, Unemployment, Unemployment Rate, Consumer Price Index, Life Expectancy, Health Expenditure, Health Systems

SYMMARY

The purpose of this work is to study Health Expenditure in selected European Union countries through Gross Domestic Product, Life Expectancy and Unemployment Rate. Data from the countries of France, Germany, Italy and Great Britain during the period 2000 to 2015 are presented, collected by the World Bank and the results of the Health Expenditure Influence are obtained through the simple linear regression model.

The health systems of the selected countries of the European Union are analyzed. There are similarities and differences between them. France, Germany and Italy have many similarities in the way health systems are financed, resulting from employer and employee contributions. On the other hand, the health system of Great Britain has a completely different structure and is based on the principles of social solidarity, universal and full coverage of population and equality.

In all countries Life Expectancy has the highest interpretation ability with rates of 70% -90% with the largest percentage being in the UK. In Germany and Italy GDP and Unemployment Index, negatively impact on Health Expenditure. In France and Great Britain, GDP negatively impacts on Health Expenditure. The results of the simple linear model estimations show that the gross domestic product in Germany and Italy has the lowest interpretative capacity. In the UK, GDP and the Unemployment Rate have the least interpretive position.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΒΑΣΙΚΕΣ ΜΑΚΡΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΕΝΝΟΙΕΣ

1.1 Εισαγωγή	10
1.2 Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν	11
1.3 Ανεργία.....	15
1.4 Δείκτης Τιμών Καταναλωτή.....	21
1.5 Προσδόκιμο Ζωής	27
1.6 Ανακεφαλαίωση	31

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

2.1 Εισαγωγή	32
2.2 Χαρακτηριστικά των συστημάτων υγείας.....	33
2.3 Μορφές συστημάτων υγείας.....	37
2.4 Πλεονεκτήματα - Μειονεκτήματα συστημάτων υγείας	39
2.5 Στοιχεία Δαπανών Υγείας	41
2.7 Τρόποι και Πηγές Χρηματοδότησης Δαπανών Υγείας	44
2.8 Προβλήματα στη Χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας	55
2.9 Ανακεφαλαίωση	58

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΕΜΠΕΙΡΙΚΗΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ

3.1 Εισαγωγή	60
3.2 Αναφορά στα συστήματα υγείας των επιλεγμένων χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης	61
3.3 Παρουσίαση Δεδομένων	73
3.4 Παρουσίαση Αποτελεσμάτων Παλινδρόμησης.....	77
Γαλλία.....	78

Γερμανία	78
Ιταλία	79
Μεγάλη Βρετανία	80
3.5 Ανακεφαλαίωση	81
Βιβλιογραφία	82

ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1.1: Δείκτης Τιμών Καταναλωτή(2018-2019).....	24
Πίνακας 1.2: Δείκτης Τιμών Καταναλωτή(2017-2018).....	24
Πίνακας 2.1: Κατηγορίες Δαπανών Υγείας.....	44
Πίνακας 2.2: Πηγές Χρηματοδότησης.....	49
Πίνακας 3.1: Δεδομένα Παλινδρόμησης για τη Γαλλία.....	75
Πίνακας 3.2: Δεδομένα Παλινδρόμησης για τη Γερμανία.....	76
Πίνακας 3.3: Δεδομένα Παλινδρόμησης για την Ιταλία.....	77
Πίνακας 3.4: : Δεδομένα Παλινδρόμησης για τη Μεγάλη Βρετανία.....	78

ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

Διάγραμμα 1.1: Οικονομικός Κύκλος.....	12
Διάγραμμα 1.2: Ετήσιες και Μηνιαίες Μεταβολές του Δείκτη Τιμών Καταναλωτή..	25
Διάγραμμα 1.3: Ετήσιες και Μέσες Μεταβολές του Δείκτη Τιμών Καταναλωτή.....	25
Διάγραμμα 1.4: Δείκτης Τιμών Καταναλωτή.....	26
Διάγραμμα 1.5: Προσδόκιμο Ζωής στην Ελλάδα.....	28
Διάγραμμα 3.1: Διαγραμματική Απεικόνιση για τη Γαλλία.....	75
Διάγραμμα 3.2: Διαγραμματική Απεικόνιση για τη Γερμανία.....	76
Διάγραμμα 3.3: Διαγραμματική Απεικόνιση για την Ιταλία.....	77
Διάγραμμα 3.4: Διαγραμματική Απεικόνιση για τη Μεγάλη Βρετανία.....	78

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΒΑΣΙΚΕΣ ΜΑΚΡΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΕΝΝΟΙΕΣ

1.1 Εισαγωγή

Αντικείμενο της μακροοικονομικής είναι η μελέτη της οικονομίας σαν σύνολο, δηλαδή η μελέτη της διάρθρωσης και της συμπεριφοράς των εθνικών οικονομιών καθώς και των πολιτικών που ασκούν οι κυβερνήσεις, ώστε να επηρεάσουν την επίδοση της οικονομίας. Σημαντικά πεδία της μακροοικονομικής θεωρίας είναι η μακροχρόνια οικονομική μεγέθυνση, οι οικονομικοί κύκλοι, η ανεργία, το Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν, οι δαπάνες, ο Δείκτης Τιμών Καταναλωτή, το Προσδόκιμο ζώης. Επειδή οι ρυθμοί αύξησης του προϊόντος είναι εκείνοι που προσδιορίζουν αν ένα κράτος είναι πλούσιο ή φτωχό, η κατανόηση των παραγόντων που επηρεάζουν την οικονομική μεγέθυνση αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους στόχους της μακροοικονομικής θεωρίας. Με τον όρο οικονομικός κύκλος περιγράφουν τις βραχυχρόνιες, συνήθως απότομες, συρρικνώσεις και επεκτάσεις της οικονομικής δραστηριότητας.

Η καθοδική πορεία ενός οικονομικού κύκλου, στην οποία το εθνικό προϊόν μπορεί να μειώνεται ή να αυξάνεται με πολύ αργό ρυθμό, ονομάζεται ύφεση, η οποία έχει ως αποτέλεσμα την οικονομική δυσχέρεια των ανθρώπων. Κάθε ανοιχτή οικονομία έχει εκτεταμένες εμπορικές και χρηματοοικονομικές σχέσεις με άλλες εθνικές οικονομίες, αντίθετα με την κλειστή οικονομία. Οι μακροοικονομολόγοι μελετούν διάφορα πρότυπα διεθνούς εμπορίου και δανεισμού, ώστε να κατανοήσουν τη σύνδεση των εθνικών οικονομιών μεταξύ τους. Εμπορικό πλεόνασμα υπάρχει όταν οι εξαγωγές μιας χώρας είναι μεγαλύτερες από τις εισαγωγές, ενώ εμπορικό έλλειμμα όταν συμβαίνει το αντίθετο. Η οικονομική επίδοση ενός κράτους εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, ιδιαίτερα σημαντικός είναι οι μακροοικονομικές πολιτικές που ακολουθεί η κάθε κυβέρνηση. Η δημοσιονομική πολιτική αφορά τις δημόσιες δαπάνες και τα έσοδα από τους φόρους, ενώ η νομισματική πολιτική τον ρυθμό αύξησης της προσφοράς χρήματος και ελέγχεται από την κεντρική τράπεζα της κάθε χώρας.

Τα κύρια σημεία διαφοροποίησης της μικροοικονομικής από τη μακροοικονομική είναι η

χρησιμοποίηση της άθροισης, όπου είναι η διαδικασία πρόσθεσης των μεμονωμένων οικονομικών μεταβλητών για την εύρεση των γενικών οικονομικών συνόλων, καθώς και η έμφαση των συνολικών ποσοτήτων. Στόχος της μακροοικονομικής έρευνας είναι η διατύπωση γενικών προτάσεων για την καλύτερη λειτουργία της οικονομίας. Η μακροοικονομική θεωρία, λοιπόν, στηρίζεται στο ότι τα άτομα και οι επιχειρήσεις επιδιώκουν το προσωπικό τους συμφέρον καθώς και στο ότι οι μισθοί και οι τιμές προσαρμόζονται γρήγορα για την ισορροπία σε όλες τις αγορές. Το αποτέλεσμα αυτών των υποθέσεων είναι η περιορισμένη κρατική παρέμβαση στην οικονομία. Το κεφάλαιο αυτό αναλύει βασικές μακροοικονομικές έννοιες, που παίζουν σημαντικό ρόλο στην οικονομία κάθε χώρας

1.2 Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν

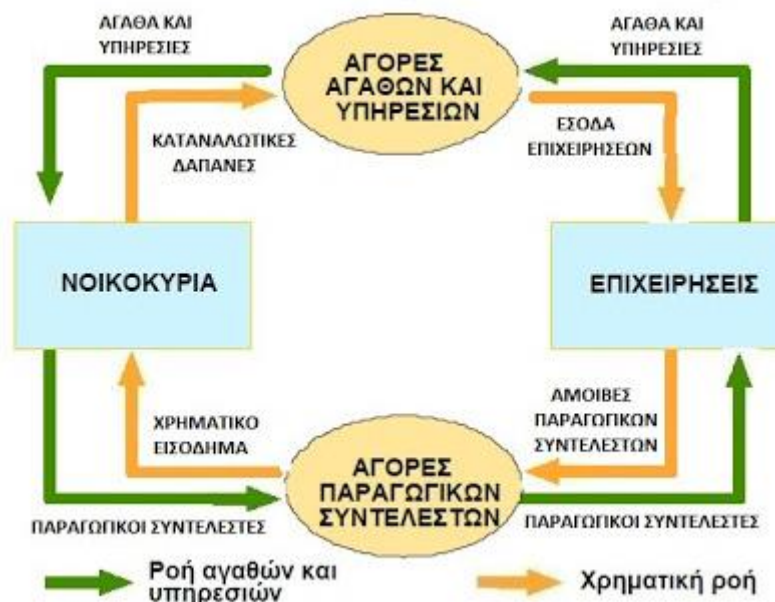
Το μέτρο της συνολικής οικονομικής δραστηριότητας καθώς και το πιο γνωστό και συνηθισμένο είναι το ακαθάριστο εγχώριο προϊόν (ΑΕΠ). Το ΑΕΠ μιας χώρας είναι το σύνολο όλων των προϊόντων και αγαθών που παράγει σε ένα έτος μια οικονομία, εκφρασμένο σε χρηματικές μονάδες, από συντελεστές παραγωγής που ανήκουν σε μόνιμους κατοίκους της χώρας, ανεξάρτητα από τη χώρα στην οποία βρίσκονται. Το ΑΕΠ λοιπόν μετρά δύο πράγματα α) το συνολικό εισόδημα που κερδίζουν όλα τα άτομα της οικονομίας και β) τη συνολική δαπάνη για το προϊόν της οικονομίας σε αγαθά και υπηρεσίες. Ο λόγος που το ΑΕΠ εκφράζει αυτά τα δύο, είναι διότι στην πραγματικότητα είναι το ίδιο πράγμα. Σε μία οικονομία το εισόδημα πρέπει να είναι ίσο με τη δαπάνη. Αυτό συμβαίνει γιατί σε κάθε συναλλαγή συμμετέχουν ο πωλητής και ο αγοραστής. Κάθε ευρώ που δαπανάται από τον αγοραστή είναι ένα μέρος του εισοδήματος για τον πωλητή. Στο Διάγραμμα

1.1 περιγράφονται όλες οι συναλλαγές μεταξύ νοικοκυριών και επιχειρήσεων στην οικονομία. Τα νοικοκυριά αγοράζουν αγαθά από τις επιχειρήσεις, με αυτό τον τρόπο οι δαπάνες ρέουν μέσα στην αγορά. Παράλληλα οι επιχειρήσεις χρησιμοποιούν τα χρήματα, ώστε να πληρώσουν τις υποχρεώσεις που έχουν απέναντι σε άλλους, δηλαδή τους μισθούς των εργαζομένων, το ενοίκιο του κτηρίου στο οποίο στεγάζεται η επιχείρηση, το μερίδιο κέρδους στου συνεταιρικού της επιχείρησης. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να υπάρχει μια σχέση αμφίδρομη σε αυτή την απλή οικονομία μεταξύ

επιχειρήσεων και νοικοκυριών.

Στην

πραγματικότητα τα πράγματα είναι πιο περίπλοκα, αφού τα νοικοκυριά δεν δαπανούν όλο τους το εισόδημα στις επιχειρήσεις, αλλά ένα μέρος του. Επιπλέον υπάρχουν και οι κρατήσεις από το κράτος μέσω των φόρων, ενώ παράλληλα τα νοικοκυριά αποταμιεύουν ένα μέρος του εισοδήματος για μελλοντική χρήση. Υπάρχουν κάποια αγαθά τα οποία αγοράζονται από το κράτος ή επιχειρήσεις, που έχουν ως σκοπό την μελλοντική χρήση για να παράγουν το δικό τους προϊόν. Ανεξάρτητα λοιπόν από το ποιος αγοράζει ένα προϊόν, σε κάθε συναλλαγή συμμετέχουν πάντοτε δύο, ο πωλητής και ο αγοραστής, για αυτό λοιπόν το σύνολο της δαπάνης ισούται με το εισόδημα σε μια απλή οικονομία.



Πηγή: <https://www.euretirio.com/oikonomiko-kykloma/>

Διάγραμμα 1.1

Οικονομικός Κύκλος

Το ΑΕΠ μετριέται με την προσέγγιση της παραγωγής, της δαπάνης και του εισοδήματος. Το ακαθάριστο εγχώριο προϊόν αθροίζει πολλά και διαφορετικά είδη προϊόντων σε ένα μέτρο της αξίας της οικονομικής δραστηριότητας. Η καθεμία προσέγγιση δίνει τη δική της εικόνα στην διάρθρωση της οικονομίας. Τα αγαθά και οι υπηρεσίες μετριούνται στο ΑΕΠ με βάση την τιμή πώλησης τους, για αυτό το λόγο μπορούμε να προσθέτουμε την παραγωγή διαφορετικών αγαθών και υπηρεσιών. Για τον υπολογισμό, λοιπόν, της παραγωγής χρησιμοποιούμε την αξία της αγοράς ώστε να

λαμβάνονται υπόψη οι διαφορές μεταξύ της σχετικής οικονομίας και των διάφορων αγαθών και υπηρεσιών. Πρέπει να είναι περιεκτικό διότι συμπεριλαμβάνει όλα τα είδη που παράγονται σε μια οικονομία και πωλούνται νόμιμα στις αγορές. Ένα πρόβλημα που παρουσιάζει η χρήση της αξίας της αγοράς ως προς τον υπολογισμό του ΑΕΠ, είναι ότι μερικά αγαθά και υπηρεσίες είναι έκτος των τυπικών αγορών, με αποτέλεσμα ο υπολογισμός του ΑΕΠ να υπολογίζεται και με αυτά τα αγαθά. Ένα σύνηθες παράδειγμα είναι η φροντίδα των παιδιών και του σπιτιού, όπου δεν περιλαμβάνονται στο ΑΕΠ. Όταν προσφέρονται από την οικογένεια, παρότι οι αντίστοιχες υπηρεσίες από επαγγελματίες που γίνονται επί πληρωμή, περιλαμβάνονται. Όπως επίσης και τα οφέλη του καθαρού αέρα και νερού δεν αγοράζονται ή πωλούνται, έτσι και οι ενέργειες για μείωση της ρύπανσης δεν συμπεριλαμβάνονται στο ΑΕΠ.

Το ΑΕΠ συμπεριλαμβάνει μόνο την αξία του τελικού αγαθού και όχι και των ενδιάμεσων, γιατί περιλαμβάνεται στην τελική τιμή των τελικών προϊόντων. Αυτό συμβαίνει γιατί θα ήταν λάθος να υπολογίσουμε και τα δύο προϊόντα ξεχωριστά, εφόσον στο τελικό προϊόν έχει συνυπολογιστεί και η χρήση των ενδιάμεσων. Εξαιρέση αποτελεί όταν παράγεται ένα ενδιάμεσο προϊόν το οποίο χρησιμοποιείται στην παραγωγή άλλων αγαθών, αλλά προστίθεται στα αποθέματα της επιχείρησης ώστε να χρησιμοποιηθεί ή να πουληθεί αργότερα.

Υπάρχουν βέβαια και αγαθά που περιλαμβάνονται μερικώς στις επίσημες μετρήσεις του ΑΕΠ, παράδειγμα αυτών είναι οι δραστηριότητες της παραοικονομίας. Η παραοικονομία περιλαμβάνει τόσο νόμιμες δραστηριότητες που αποκρύπτονται από το κράτος, για την αποφυγή φόρων, όσο και παράνομες, όπως η διακίνηση ναρκωτικών, τα τυχερά παιχνίδια, η πορνεία. Ωστόσο ορισμένοι θεωρούν πως η διακίνηση των ναρκωτικών δεν θα έπρεπε να συμπεριλαμβάνεται στο ΑΕΠ, όμως με την εφαρμογή της συγκεκριμένης άποψης θα έπρεπε να εξαιρεθούν και άλλα προϊόντα, όπως είναι τα τσιγάρα.

Το ΑΕΠ μετρά με βάση την αξία της παραγωγής μέσα στα γεωγραφικά πλαίσια μιας χώρας. Δηλαδή αν ένας επιχειρηματίας είναι πολίτης του Ηνωμένου Βασιλείου, αλλά είναι ιδιοκτήτης μιας επιχείρησης στην Αυστραλία, τότε η παραγωγή της επιχείρησης είναι μέρος του ΑΕΠ της Αυστραλίας. Αν παράγεται μέσα στην εγχώρια οικονομία μια χώρας, ανήκει στο ΑΕΠ αυτής της χώρας και δεν επηρεάζεται από την εθνικότητα του παραγωγού. Η αξία παραγωγής στην διάρκεια μια ορισμένης χρονικής περιόδου μετριέται επίσης από το ΑΕΠ. Το διάστημα αυτό συνήθως είναι ένα έτος ή ένα τρίμηνο και το ΑΕΠ μετρά τη ροή του

εισοδήματος αλλά και της δαπάνης στην οικονομία στη διάρκεια αυτού του χρονικού διαστήματος. Η εποχική προσαρμογή είναι η τροποποίηση των στοιχείων του ΑΕΠ. Τα στοιχεία που δεν τροποποιούνται δείχνουν ξεκάθαρα ότι στη διάρκεια ενός έτους η οικονομία παράγει προϊόντα και υπηρεσίες ανάλογα με την περίοδο κατανάλωσης, όπως την περίοδο των Χριστουγέννων. Αυτά τα στοιχεία απασχολούν τους οικονομολόγους, οι οποίοι μελετούν τις εποχικές αλλαγές.

Τα συστατικά μέρη του ΑΕΠ: η δαπάνη παίρνει πολλές μορφές στην οικονομία. Οι οικονομολόγοι μελετούν τους διάφορους τύπους δαπανών από τις οποίες αποτελείται το ΑΕΠ. Για αυτό το λόγο ο τύπος για τον υπολογισμό του χωρίζεται σε τέσσερις μεταβλητές, την κατανάλωση (C), την επένδυση (I), τις δημόσιες δαπάνες (G) και τις καθαρές εξαγωγές (NX).

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

Το σύνολο αυτών των τεσσάρων μεταβλητών ισούται με το ΑΕΠ (Y).

Η κατανάλωση είναι η δαπάνη των νοικοκυριών για αγαθά και υπηρεσίες. Τα υλικά αγαθά χωρίζονται σε διαρκή και μη, τα διαρκή είναι αυτά που αγοράζονται και προσφέρουν μια υπηρεσία, όπως το αυτοκίνητο, οι ηλεκτρικές συσκευές, ενώ τα μη διαρκή είναι εκείνα που καταναλώνονται σε μικρό χρονικό διάστημα, όπως είναι τα τρόφιμα. Οι δαπάνες των νοικοκυριών που αφορούν την εκπαίδευση περιλαμβάνονται στην κατανάλωση.

H

επένδυση είναι η αγορά αγαθών που θα χρησιμοποιηθούν στο μέλλον για να παραχθούν άλλα αγαθά και υπηρεσίες. Είναι το άθροισμα του κεφαλαιακού εξοπλισμού, των αποθεμάτων και των κτηρίων. Η επένδυση για κατοικία θα μπορούσε να πει κανείς ότι πρέπει να ενταχθεί στην κατανάλωση, όμως οι νέες κατοικίες αποτελούν δαπάνη για τα νοικοκυριά που εντάσσεται τελικά στην κατηγορία της επένδυσης. Σημαντικό ζήτημα για το ΑΕΠ είναι η αντιμετώπιση της αποφυγής των αποθεμάτων. Στόχος του ΑΕΠ είναι να μετρήσει την αξία της παραγωγής και τα αγαθά που ανήκουν στα αποθέματα είναι και αυτά μέρος της παραγωγής.

Η τοπική αυτοδιοίκηση και οι κυβερνήσεις πραγματοποιούν δημόσιες δαπάνες, που περιλαμβάνουν τις δαπάνες για τα αγαθά και τις υπηρεσίες, τους μισθούς για τους δημόσιους υπαλλήλους αλλά και για τα δημόσια έργα. Η δαπάνη η οποία δεν γίνεται σε αντάλλαγμα με ένα προϊόν ή μια υπηρεσία ονομάζεται μεταβιβαστική πληρωμή. Οι πληρωμές αυτές μεταβάλλουν το

εισοδήμα ενός νοικοκυριού και από μακροοικονομική πλευρά λειτουργούν σαν αρνητικοί φόροι. Οι καθαρές εξαγωγές είναι η αξία των αγαθών και υπηρεσιών που παράγονται στην εγχώρια οικονομία και εξάγονται σε άλλες χώρες μείον την αξία των ξένων αγαθών που πωλούνται στην εγχώρια οικονομία δηλαδή τις εισαγωγές. Για αυτό το λόγο οι εξαγωγές χαρακτηρίζονται ως καθαρές. Οι καθαρές εξαγωγές λοιπόν περιλαμβάνουν αγαθά και υπηρεσίες που παράγονται στο εξωτερικό και περιλαμβάνονται στην κατανάλωση, την επένδυση και τις δημόσιες δαπάνες. Έτσι όταν το εγχώριο νοικοκυριό αγοράζει ένα προϊόν από το εξωτερικό, η αγορά μειώνει τις καθαρές εξαγωγές αλλά ταυτόχρονα αυξάνεται η κατανάλωση, η επένδυση ή οι δημόσιες δαπάνες και έτσι δεν επηρεάζεται το ΑΕΠ της χώρας.

Όταν η συνολική δαπάνη αυξάνεται από χρόνο σε χρόνο πρέπει είτε να παράγονται περισσότερα προϊόντα είτε αυτά τα προϊόντα να πωλούνται σε υψηλότερες τιμές. Όταν λοιπόν οι μακροοικονομολόγοι μελετούν αυτές τις μεταβολές θέλουν να διαχωρίζουν αυτά τα δύο αποτελέσματα. Χρησιμοποιούν ένα μέτρο της συνολικής παραγωγής που δεν επηρεάζεται από τις μεταβολές των τιμών, αυτό το μέτρο ονομάζεται πραγματικό ΑΕΠ (real GDP). Το πραγματικό ΑΕΠ δείχνει πως μεταβάλλεται με την πάροδο του χρόνου η παραγωγή των προϊόντων και υπηρεσιών της οικονομίας, χρησιμοποιώντας τις τιμές που διατηρούνται σταθερές σε προηγούμενα επίπεδα, δηλαδή δεν επηρεάζεται από τις μεταβολές των τιμών. Σε αντίθεση με το ονομαστικό ΑΕΠ όπου η παραγωγή είναι εκφρασμένη σε τρέχουσες τιμές. Από τις δύο αυτές έννοιες μπορεί να υπολογιστεί και ο αποπληθωρισμός του ΑΕΠ (ονομαστικό ΑΕΠ/ πραγματικό ΑΕΠ) * 100.

Τα παραπάνω έχουν ως αποτέλεσμα η στατιστική υπηρεσία να μην είναι σε θέση να εκτιμήσει με ακρίβεια το μέγεθος της παραοικονομίας για να το συμπεριλάβουν στο ΑΕΠ, ωστόσο κάνει ορισμένες αναπροσαρμογές στη μέτρησή του για να προσμετρήσει τα αδήλωτα εισοδήματα (οι υπηρεσίες του ηλεκτρολόγου, υδραυλικού, ελαιοχρωματιστή). Σημαντικός παράγοντας που δεν περνάει από τις αγορές είναι οι υπηρεσίες που παρέχει το κράτος, όπως η δημόσια εκπαίδευση, η άμυνα, η κατασκευή και συντήρηση δρόμων. Όταν υπολογίζεται η συνεισφορά του κράτους στο ΑΕΠ, υπολογίζονται οι δημόσιες υπηρεσίες στο κόστος παραγωγής τους.

1.3 Ανεργία

Η ανεργία είναι η κατάσταση ενός ατόμου, το οποίο είναι ικανό, πρόθυμο και διαθέσιμο να εργαστεί, αλλά είναι αδύνατο να βρει εργασία. Η ανεργία αποτελεί, μαζί με την μεγέθυνση και τους οικονομικούς κύκλους, το τρίτο μεγάλο ζήτημα της μακροοικονομικής θεωρίας. Το ποσοστό της ανεργίας υπολογίζεται από το λόγο των ανέργων προς το εργατικό δυναμικό. Το εργατικό δυναμικό περιλαμβάνει όλους τους απασχολούμενους και τους ανέργους. Κάθε άτομο άνω των 16 ετών κατατάσσεται σε μια από τις τρεις κατηγορίες. Η πρώτη κατηγορία είναι αυτή των απασχολούμενων, όπου είναι το άτομο που έχει εργασία, η δεύτερη είναι των ανέργων και η τρίτη των μη οικονομικά ενεργών, που αφορά άτομα που δεν εργάζονται ούτε αναζητούν εργασία. Η τελευταία κατηγορία δεν ανήκει στο εργατικό δυναμικό της χώρας. Τα άτομα που δεν μπορούν (λόγω ηλικίας ή προβλημάτων υγείας) ή δεν θέλουν να εργαστούν ανήκουν στην κατηγορία των άεργων- μη οικονομικά ενεργών και δεν συμπεριλαμβάνονται στο ποσοστό ανεργίας.

Το ποσοστό ανεργίας είναι το συνηθέστερο μέτρο της απόδοσης της οικονομίας ως προς τη δημιουργία θέσεων εργασίας. Το ποσοστό της ανεργίας συνήθως είναι υποεκτιμημένο. Αυτό συμβαίνει από τη μια πλευρά γιατί υπάρχουν οι ελεύθεροι επαγγελματίες, αγρότες, όσοι εργάζονται σε οικογενειακές επιχειρήσεις και από την άλλη πλευρά γιατί πολλοί μη εργαζόμενοι έχουν απογοητευθεί και δεν δηλώνουν ότι αναζητούν εργασία, οι λεγόμενοι αποθαρρημένοι εργαζόμενοι. Το διάστημα που ένα άτομο παραμένει ανενεργό ονομάζεται περίοδος ανεργίας. Η έκταση της περιόδου ανεργίας αποτελεί τη διάρκεια ανεργίας.

Ο αριθμός των ατόμων που απασχολούνται στην παραοικονομία και φέρονται ως άνεργοι αλλά δεν συμπεριλαμβάνονται στο εργατικό δυναμικό. Είναι πιθανό ο αριθμός των ανέργων να αυξάνεται και το ποσοστό ανεργίας να είναι σταθερό ή να μειώνεται. Αυτό συμβαίνει γιατί το ποσοστό ανεργίας είναι ο λόγος του αριθμού των ανέργων προς το εργατικό δυναμικό. Κατά συνέπεια εάν το εργατικό δυναμικό (παρονομαστής) αυξάνεται πολύ περισσότερο από τον αριθμό των ανέργων τότε το ποσοστό ανεργίας θα μειώνεται. Συμπέρασμα των παραπάνω είναι ότι η μείωση του ποσοστού ανεργίας δεν συνάδει με την αύξηση της απασχόλησης.

Είδη ανεργίας

Η ανεργία είχε πολλές μορφές και διακρίνεται σε ανεργία τριβής, εποχική, κυκλική, διαρθρωτική, τεχνολογική και αναπτυξιακή ανεργία. Πιο συγκεκριμένα η ανεργία τριβής (Frictional unemployment) προκύπτει από την μετακίνηση των ανθρώπων είτε σε διαφορετική περιοχή είτε στην αλλαγή θέσης εργασίας είτε λόγω των διάφορων σταδίων του κύκλου ζωής. Η ανεργία **τριβής** αποτελεί το ελάχιστο επίπεδο ανεργίας, όμως δεν μπορεί να μειωθεί σε μια δυναμική οικονομία διότι κάποιιοι θα αποχωρήσουν από τις θέσεις τους, οι φοιτητές θα ψάχνουν για εργασία μετά την αποφοίτηση τους, πιθανόν γονείς θα επανεντάσσονται στο εργατικό δυναμικό και κάποιιοι μπορεί να αναζητήσουν καλύτερη ή διαφορετική θέση εργασίας. Έτσι λοιπόν, η ανεργία τριβής οφείλεται στην αδυναμία της ζήτησης εργασίας να συμπέσει ταυτόχρονα στην ίδια περιοχή με την αντίστοιχη προσφορά εργασίας.

Από την άλλη πλευρά, η **εποχική** ανεργία συνδέεται με τις βραχυπρόθεσμες μεταβολές της ζήτησης εργασίας. Πριν τα Χριστούγεννα υπάρχει τεράστια ζήτηση για πωλητές λιανικής από πολυκαταστήματα και εμπορικά κέντρα. Σε πολλές περιοχές της χώρας, οι οικοδομικές εργασίες επιβραδύνονται τον χειμώνα λόγω καιρικών συνθηκών που καθιστούν την εξωτερική εργασία αδύνατη. Το καλοκαίρι, όπως είναι γνωστό στη χώρα μας, ο τουρισμός αυξάνεται παράλληλα και ο αριθμός των θέσεων εργασίας. Όπως επίσης και η προσφορά εργασίας, εφόσον εντάσσονται προσωρινά στο εργατικό δυναμικό οι μαθητές. Το ποσοστό ανεργίας διορθώνεται βάσει της μέσης ποσότητας εποχικής ανεργίας, οι λεγόμενες εποχικές διορθώσεις.

Η **διαρθρωτική** ανεργία οφείλεται στην μεγάλη διαφορά της ζήτησης και της προσφοράς των επαγγελματιών. Ορισμένοι κλάδοι έχουν μεγαλύτερη ζήτηση (λόγω γεωγραφικής θέσης ή ειδικοτήτων), ενώ άλλοι έχουν πτωτική. Υπάρχουν επιχειρήσεις που αναζητούν εργαζόμενους χωρίς αποτέλεσμα, επειδή οι άνεργοι δεν διαθέτουν τις δεξιότητες που απαιτούνται για τις νέες θέσεις εργασίας.

Η **κυκλική** ανεργία ή ανεργία ανεπαρκούς ζήτησης είναι εκείνη που σχετίζεται άμεσα με τις οικονομικές διακυμάνσεις, οφείλεται στην μειωμένη ζήτηση αγαθών και υπηρεσιών και συνδέεται με τις βραχυπρόθεσμες αυξομειώσεις του οικονομικού κύκλου. Αυτή η μορφή ανεργίας είναι αποτέλεσμα της επιβραδυμένης ανάπτυξης σε περιόδους οικονομικής ύφεσης και αυτό έχει ως επακόλουθο την αδυναμία απορρόφησης του εργατικού

δυναμικού Στη σημερινή εποχή όπου η τεχνολογία εξελίσσεται ραγδαία και οι εργαζόμενοι αντικαθίστανται από μηχανήματα ή νέες τεχνολογίες, η τεχνολογική ανεργία αυξάνεται και θέσεις εργασίας παύουν να ισχύουν. Τέλος η αναπτυξιακή ανεργία δημιουργείται από την εφαρμογή σταθεροποιητικών προγραμμάτων και τη σύγχρονη τεχνολογία που αποβλέπει στην οικονομική ανάπτυξη.

Το φυσικό ποσοστό ανεργία, το οποίο σύμφωνα με τον Friedman είναι εκείνο που αντιστοιχεί στο μισθό που εξισώνει την ζήτηση με την προσφορά, προκύπτει από τη διαρθρωτική ανεργία και την ανεργία τριβής. Το φυσικό ποσοστό ανεργίας υφίσταται ακόμα και στην περίπτωση όπου η οικονομία λειτουργεί σε επίπεδο πλήρους απασχόλησης. Η είσοδος στην αγορά εργασίας νέων ατόμων και γυναικών, η ενίσχυση των επιδομάτων ανεργίας, η καθιέρωση του κατώτατου μισθού καθώς και η εισαγωγή νέων τεχνολογιών έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση του φυσικού ποσοστού ανεργίας. Παράγοντες που επηρεάζουν αυτό το ποσοστό είναι η ύφεση και ανάκαμψη της οικονομίας, η σύνθεση του ανθρώπινου δυναμικού, η αποτελεσματικότητα των μηχανισμών προσέγγισης της ζήτησης ή προσφοράς της εργασίας, ο βαθμός ευκαμψίας των μισθών και το μέγεθος των επιδομάτων ανεργίας σε συνδυασμό με το ποσοστό του επιδόματος ανεργίας ως προς τον καθαρό μισθό. Σημαντικό ρόλο, στη διαμόρφωση του φυσικού ποσοστού, έχει η αποτελεσματικότητα των κατάλληλων μηχανισμών στην αγορά εργασίας για την επιτυχή πληροφόρηση των διαθέσιμων θέσεων εργασίας των ατόμων που ενδιαφέρονται να εργαστούν. Ο στόχος αυτός μπορεί να επιτευχθεί με συνεχή κατάρτιση των ανέργων και την ενίσχυση της κινητικότητας του εργατικού δυναμικού. Συνεπώς η ικανοποιητική πληροφόρηση σχετικά με τις κενές θέσεις εργασίας μειώνει το ποσοστό ανεργίας.

Αίτια ανεργίας

Το χαμηλό επίπεδο ανάπτυξης μίας χώρας και ο χαμηλός ρυθμός μεγέθυνσης της οικονομίας, αποτελούν βασική αιτία της ανεργίας. Πιο συγκεκριμένα η οικονομική κρίση αυξάνει το ποσοστό ανεργίας παγκοσμίως. Με την ύπαρξη μακροχρόνιων διαρθρωτικών προβλημάτων και δυσλειτουργιών που διατηρούνται στις αγορές των συντελεστών παραγωγής εργασίας, χρήματος και προϊόντων, όπως και το κλείσιμο των

μικρών επιχειρήσεων, ο Δείκτης Ανεργίας αυξάνεται. Επιπρόσθετα ο αριθμός οικονομικών προσφύγων, οι οποίοι γίνονται αποδεκτοί κατά περιόδους και χωρίς να λαμβάνεται υπόψη η παρούσα οικονομική δραστηριότητα της χώρας που τους φιλοξενεί, επηρεάζουν το ποσοστό ανεργίας. Αποτελούν φτηνό εργατικό δυναμικό και για αυτό προτιμώνται.

Σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει θετικά την ανεργία είναι ο αναλφαβητισμός, διότι τα άτομα δεν λαμβάνουν εκπαίδευση ή δεν αναπτύσσονται μέσα σε ένα υγιές και κατάλληλο περιβάλλον από την πλευρά του πολιτιστικού επιπέδου. Επιπλέον αιτία στην αύξηση της ανεργίας είναι η έλλειψη ουσιαστικού προσανατολισμού από τη δευτεροβάθμια εκπαίδευση. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα το μελλοντικό εν δυνάμει προσωπικό να μην γνωρίζει τι επάγγελμα θα του άρεσε να ακολουθήσει. Το αντίκτυπο στην αγορά εργασίας είναι η μη ύπαρξη ενδιαφέροντος για την εργασία που έχουν επιλέξει τα άτομα που βγαίνουν στην αγορά για πρώτη φορά. Η επιλογή, λοιπόν, της εργασίας σύμφωνα με τα ενδιαφέροντα του ατόμου παίζει σημαντικό ρόλο για την συνέχεια της και για την κοινωνία.

Ακόμα και στις μέρες μας υπάρχει ρατσισμός απέναντι κυρίως στα χειρωνακτικά επαγγέλματα, διότι θεωρούνται κατώτερου επιπέδου από εκείνα που χρειάζονται πανεπιστημιακές γνώσεις. Η εκμετάλλευση των νέων τεχνολογιών έχει διχάσει τους οικονομολόγους. Ορισμένοι ισχυρίζονται πως η τεχνολογική ανάπτυξη αυξάνει την ανεργία ενώ άλλοι πως τη μειώνει. Η ανεργία συνδέεται άμεσα και με τον πληθωρισμό.

Συνέπειες Ανεργίας

Οι συνέπειες της ανεργίας χωρίζονται σε ατομικές, οικονομικές και κοινωνικές. Οι ατομικές συνέπειες που αφορούν το κάθε άτομο ξεχωριστά έχουν ως αποτέλεσμα την δυσκολία επιβίωσης, εάν δεν βρει άμεσα εργασία. Προξενούν αισθήματα μειονεξίας, άγχος, ανασφάλεια, φόβος καθώς και εγκατάλειψη της οποιαδήποτε προσπάθειας για ανάπτυξη γνώσεων, επιπλέον μόρφωση και δημιουργία. Αυτό έχει αντίκτυπο και στην κοινωνία καθώς δεν υπάρχει δημιουργικότητα, το οποίο έχει επιπτώσεις στην ανάπτυξη της χώρας. Δημιουργούνται ανισότητες με αποτέλεσμα το κοινωνικό χάσμα, όπως και αντικοινωνικά φαινόμενα, τρόποι εκτόνωσης, δηλαδή

αύξηση της βίας και της εγκληματικότητας. Η παραοικονομία ανθίζει και αυξάνεται η μετανάστευση για εύρεση εργασίας.

Ο θεσμός της οικογένειας υπόκειται σε κρίση και υπάρχει υπογεννητικότητα. Οι οικονομικές συνέπειες της ανεργίας είναι πολλαπλές καθώς οι επιχειρήσεις προτιμούν να προσλάβουν άτομα που ήδη απασχολούνται και οι άνεργοι δεν βρίσκουν θέση εργασίας. Οι μακροχρόνια άνεργοι είναι δύσκολο να ανταποκριθούν στην αυξημένη ζήτηση της εργασίας, εφόσον έχουν τεθεί εκτός αγορά εργασίας για μεγάλο χρονικό διάστημα. Χρειάζονται ένα διάστημα προσαρμογής μεγαλύτερο από τον ήδη εργαζόμενο και για αυτό το λόγο δεν προτιμώνται από τις επιχειρήσεις. Τέλος η ανάπτυξη της χώρας είναι ανισόρροπη χωρίς πρόοδο και εξέλιξη γεγονός που επηρεάζει όλη την χώρα σε πολλά επίπεδα.

Τρόποι Αντιμετώπισης της Ανεργίας

Για την επίλυση ενός προβλήματος χρειάζεται η σωστή κατανόηση του και η συνειδητοποίηση της κατάστασης. Ο μακροπρόθεσμος σχεδιασμός, πολιτικός και κρατικός, είναι απαραίτητος για την αντιμετώπιση της ανεργίας. Θα πρέπει να ληφθούν δημοσιονομικά μέτρα, όπως την αύξηση κρατικών δαπανών για δημόσια έργα, την προώθηση μεγάλων επενδυτικών έργων με σκοπό την αύξηση απασχόλησης, αλλά και νομισματικά μέτρα, όπως την μείωση των επιτοκίων με στόχο την ενίσχυση των ιδιωτικών επενδύσεων.

Ένα σημαντικό εμπόδιο στην χώρα μας είναι η γραφειοκρατία, η οποία θα πρέπει να περιοριστεί προς την διευκόλυνση πολλών κλάδων στην ελληνική οικονομία. Επιπλέον θα πρέπει να παρθούν μέτρα για την αποκέντρωση των μεγάλων αστικών πόλεων, ώστε η ζήτηση για εργασία να μειωθεί για να βρίσκεται στο ίδιο επίπεδο το ενεργό ανθρώπινο δυναμικό με τις θέσεις εργασίας που υπάρχουν στην αγορά. Ένας τρόπος για την μείωση της ανεργίας είναι η λήψη μέτρων επαγγελματικής κατάρτισης και επανεκπαίδευσης των ανέργων, ώστε να τους διευκολύνουν στην απόκτηση επαγγελματικών γνώσεων και ειδικεύσεων και να απασχοληθούν στις υπάρχουσες κενές θέσεις εργασίας. Τα μέτρα αυτά έχουν στόχο τη μείωση της διαρθρωτικής ανεργίας.

1.4 Δείκτης Τιμών Καταναλωτή

Ο Δείκτης Τιμών Καταναλωτή στην οικονομική επιστήμη είναι ο δείκτης που μετρά το κόστος ζωής και διαβίωσης στις μεταβολές των τιμών των αγαθών ή υπηρεσιών. Υπολογίζει την διακύμανση των τιμών στα αγαθά και τις υπηρεσίες στο καλάθι του καταναλωτή. Σταθμίζει την διαφορά των τιμών των αγαθών και υπηρεσιών και ο συντελεστής στάθμισης είναι ανάλογος με τη σπουδαιότητα κάθε αγαθού. Συνεπώς ο δείκτης τιμών καταναλωτή απεικονίζει τον δείκτη ανταγωνιστικότητας της οικονομίας και χρησιμοποιείται από τους εργαζόμενους για μισθολογικές αυξήσεις και από το κράτος για αναπροσαρμοσείς στις τιμές αγαθών και υπηρεσιών. Μέσω του ΔTK ελέγχονται οι αλλαγές στο κόστος ζωής αλλά και περιγράφει την κίνηση των τιμών μέσω ενός δείκτη. Όταν ο Δείκτης Τιμών καταναλωτή αυξάνεται σημαίνει πως το καλάθι της νοικοκυράς ξοδεύει περισσότερες χρηματικές μονάδες για να διατηρήσει το ίδιο επίπεδο ζωής με πριν. Όταν οι τιμές των προϊόντων και υπηρεσιών αυξάνονται, ο Δείκτης Τιμών Καταναλωτή έχει την ίδια αντίδραση. Αντίθετα ο δείκτης χονδρικής πώλησης καλύπτει τις τιμές των προϊόντων που αγοράζονται σε μεγάλες ποσότητες (χονδρική) από εμπόρους και επιχειρήσεις και δεν περιλαμβάνει τις τιμές των υπηρεσιών, τους φόρους κατανάλωσης, το κέρδος του λιανοπωλητή, όπως συμβαίνει με τον δείκτη τιμών καταναλωτή.

Το καλάθι του ΔTK περιγράφεται στο παρακάτω Διάγραμμα 1.2, με στοιχεία από **την Ελληνική Στατιστική Αρχή**. Η εξέλιξη του Δείκτη Τιμών Καταναλωτή (ΔTK) για τον μήνα Ιανουαρίου 2019 1 (έτος αναφοράς 2009=100,0) έχει ως εξής: Από τη σύγκριση του Γενικού ΔTK του Ιανουαρίου 2019 με τον αντίστοιχο Δείκτη του Ιανουαρίου 2018, προέκυψε αύξηση 0,4% έναντι μείωσης 0,2% που σημειώθηκε κατά την αντίστοιχη σύγκριση του έτους 2018 με το 2017 (Πίνακας 1.1). Ο Γενικός ΔTK κατά τον μήνα Ιανουάριο 2019, σε σύγκριση με τον Δεκέμβριο 2018, παρουσίασε μείωση 1,8% έναντι μείωσης 1,6% που σημειώθηκε κατά την αντίστοιχη σύγκριση του προηγούμενου έτους (Πίνακας 1.2, Διάγραμμα 1.2)

Ο μέσος ΔTK του δωδεκαμήνου Φεβρουαρίου 2018 - Ιανουαρίου 2019, σε σύγκριση με τον αντίστοιχο Δείκτη του δωδεκαμήνου Φεβρουαρίου 2017 - Ιανουαρίου 2018, παρουσίασε αύξηση 0,7% έναντι αύξησης 1,0% που σημειώθηκε κατά την αντίστοιχη σύγκριση του δωδεκαμήνου Φεβρουαρίου 2017 - Ιανουαρίου 2018 με το δωδεκάμηνο Φεβρουαρίου 2016 - Ιανουαρίου 2017

Επιπλέον στοιχεία από την Ελληνική στατιστική αρχή, τα οποία αναφέρονται στον Πίνακα 1.1 είναι τα εξής:

Από τις αυξήσεις των δεικτών κατά:

- 1,9% στην Διατροφή και μη αλκοολούχα ποτά, λόγω αύξησης κυρίως των τιμών του ψωμιού των δημητριακών, όπως και των γαλακτοκομικών, πουλερικών, λαχανικών και φρούτων. Μέρος της αύξησης αντισταθμίστηκε από τη μείωση κυρίως των τιμών σε: χοιρινό, ελαιόλαδο, αλλαντικά, λαχανικά διατηρημένα ή επεξεργασμένα.
- 1,0% στα Αλκοολούχα ποτά και καπνός, λόγω αύξησης κυρίως των τιμών στον καπνό. Μέρος της αύξησης αντισταθμίστηκε από τη μείωση κυρίως των τιμών στα αλκοολούχα ποτά.
- 0,7% στην Στέγαση, λόγω αύξησης κυρίως των τιμών στο φυσικό αέριο.
- 0,7% στην Υγεία, λόγω αύξησης κυρίως των τιμών στα φαρμακευτικά προϊόντα.
- 5,0% στις Επικοινωνίες, λόγω αύξησης κυρίως των τιμών στις τηλεφωνικές υπηρεσίες.
- 0,6% στα Ξενοδοχεία - Καφέ - Εστιατόρια, λόγω αύξησης κυρίως των τιμών σε: εστιατόρια-ζαχαροπλαστεία-καφενεία-κυλικεία.

Από τις μειώσεις των δεικτών κατά:

- 0,2% στην Ένδυση και υπόδηση, λόγω μείωσης κυρίως των τιμών στα είδη ένδυσης και υπόδησης.
- 1,9% στα Διαρκή αγαθά - Είδη νοικοκυριού και υπηρεσίες, λόγω μείωσης κυρίως των τιμών σε: υφαντουργικά προϊόντα οικιακής χρήσης, οικιακές συσκευές και επισκευές, είδη άμεσης κατανάλωσης νοικοκυριού.
- 1,1% στις Μεταφορές, λόγω μείωσης κυρίως των τιμών σε: καύσιμα και λιπαντικά, συντήρηση και επισκευή εξοπλισμού προσωπικής μεταφοράς. Μέρος της μείωσης αυτής αντισταθμίστηκε από την αύξηση κυρίως των τιμών στα εισιτήρια μεταφοράς επιβατών με αεροπλάνο.
- 1,3% στην Αναψυχή - Πολιτιστικές δραστηριότητες, λόγω μείωσης κυρίως των τιμών στον οπτικοακουστικό εξοπλισμό - υπολογιστές - επισκευές.

- 0,8% στην Εκπαίδευση, λόγω μείωσης κυρίως των τιμών στα δίδακτρα δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης.
- 1,3% στα Άλλα αγαθά και υπηρεσίες, λόγω μείωσης κυρίως των τιμών σε: άλλα είδη ατομικής φροντίδας, προσωπικά είδη, ασφάλιστρα οχημάτων

Στο Διάγραμμα 1.4 παρουσιάζεται ο Δείκτης Τιμών Καταναλωτή πως κατανέμεται στις διάφορες κατηγορίες, όπως η Στέγαση, η Υγεία, οι Μεταφορές, η Ένδυση & Υπόδηση, η Διασκέδαση, Διατροφή & Ποτά, Διάφορα Αγαθά & Υπηρεσίες. Το μεγαλύτερο και με διαφορά ποσοστό κατέχει η Στέγαση με 64% στη συνέχεια ακολουθούν οι κατηγορίες Μεταφορές και Διατροφή & Ποτά με ποσοστό 10%. Η κατηγορία Ένδυση & Υπόδηση κατέχει το 6%, ενώ πολύ κοντά σε αυτό το ποσοστό βρίσκεται και η κατηγορία Διάφορα Αγαθά & Υπηρεσίες με 5%. Τέλος, η Υγεία με ποσοστό 4% και η Διασκέδαση με 2%.

Πίνακας 1.1

Δείκτης Τιμών Καταναλωτή(2018-2019)

Ομάδες αγαθών και υπηρεσιών	Ιανουάριος		Μεταβολή (%)	Επίπτωση
	2019	2018		
1. Διατροφή και μη αλκοολούχα ποτά	107,04	105,08	1,9	0,3939
2. Αλκοολούχα ποτά και καπνός	148,61	147,12	1,0	0,0435
3. Ένδυση και υπόδηση	77,36	77,52	-0,2	-0,0142
4. Στέγαση	120,00	119,20	0,7	0,0911
5. Διαρκή αγαθά - Είδη νοικοκυριού και υπηρεσίες	87,10	88,77	-1,9	-0,0839
6. Υγεία	97,63	96,93	0,7	0,0548
7. Μεταφορές	118,59	119,96	-1,1	-0,1573
8. Επικοινωνίες	105,39	100,37	5,0	0,2128
9. Αναψυχή - Πολιτιστικές δραστηριότητες	87,90	89,03	-1,3	-0,0523
10. Εκπαίδευση	88,51	89,22	-0,8	-0,0263
11. Ξενοδοχεία - Καφέ - Εστιατόρια	107,95	107,28	0,6	0,0639
12. Άλλα αγαθά και υπηρεσίες	91,13	92,32	-1,3	-0,0871
Γενικός Δείκτης	105,04	104,58	0,4	

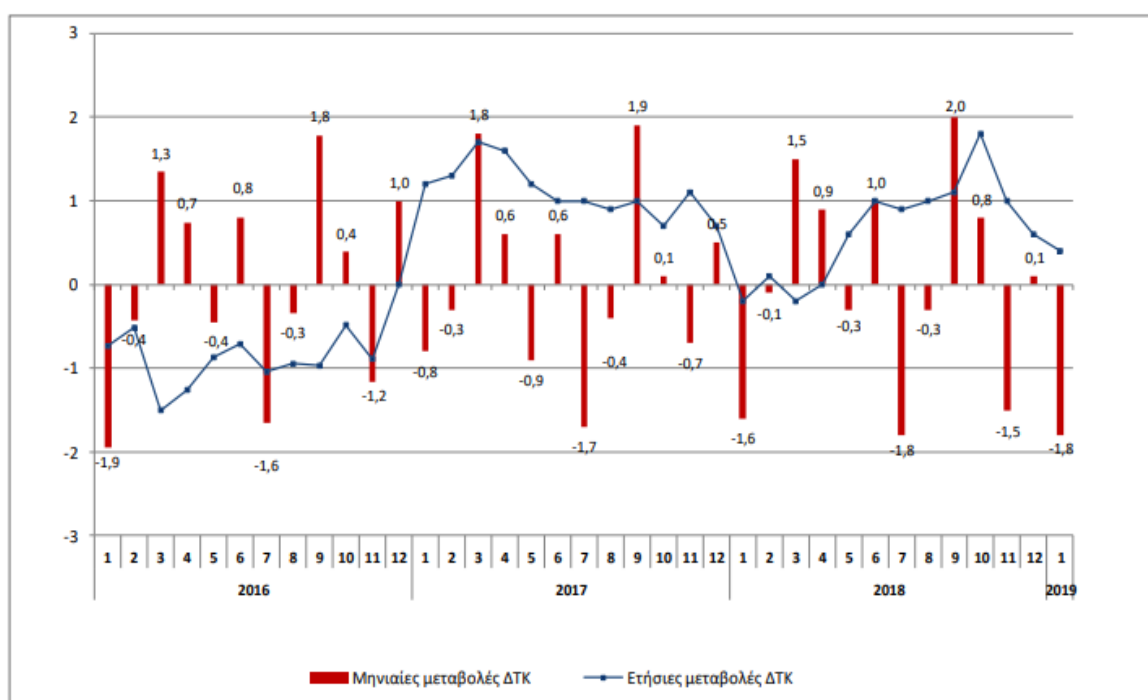
Πηγή: Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία

Πίνακας 1.2

Δείκτης Τιμών Καταναλωτή (2017-2018)

Ομάδες αγαθών και υπηρεσιών	Σταθμίσεις ΕΟΠ 2017 (%)	2019	2018	Μεταβολή	2018	2017	Μεταβολή
		Ιανουάριος	Δεκέμβριος	%	Ιανουάριος	Δεκέμβριος	%
1. Διατροφή και μη αλκοολούχα ποτά	205,76	107,04	104,95	2,0	105,08	104,55	0,5
2. Αλκοολούχα ποτά και καπνός	39,57	148,61	148,05	0,4	147,12	146,32	0,5
3. Ένδυση και υπόδηση	64,79	77,36	103,08	-25,0	77,52	103,06	-24,8
4. Στέγαση	141,34	120,00	120,46	-0,4	119,20	119,15	0,0
5. Διαρκή αγαθά - Είδη νοικοκυριού και υπηρεσίες	43,29	87,10	88,46	-1,5	88,77	90,01	-1,4
6. Υγεία	74,17	97,63	97,31	0,3	96,93	96,59	0,3
7. Μεταφορές	142,99	118,59	122,13	-2,9	119,96	121,19	-1,0
8. Επικοινωνίες	43,85	105,39	105,74	-0,3	100,37	100,38	0,0
9. Αναψυχή - Πολιτιστικές δραστηριότητες	39,76	87,90	88,54	-0,7	89,03	89,26	-0,3
10. Εκπαίδευση	32,49	88,51	88,51	0,0	89,22	89,22	0,0
11. Ξενοδοχεία - Καφέ - Εστιατόρια	106,64	107,95	108,08	-0,1	107,28	107,22	0,1
12. Άλλα αγαθά και υπηρεσίες	65,33	91,13	91,25	-0,1	92,32	91,99	0,4
Γενικός Δείκτης	1000,00	105,04	106,92	-1,8	104,58	106,33	-1,6

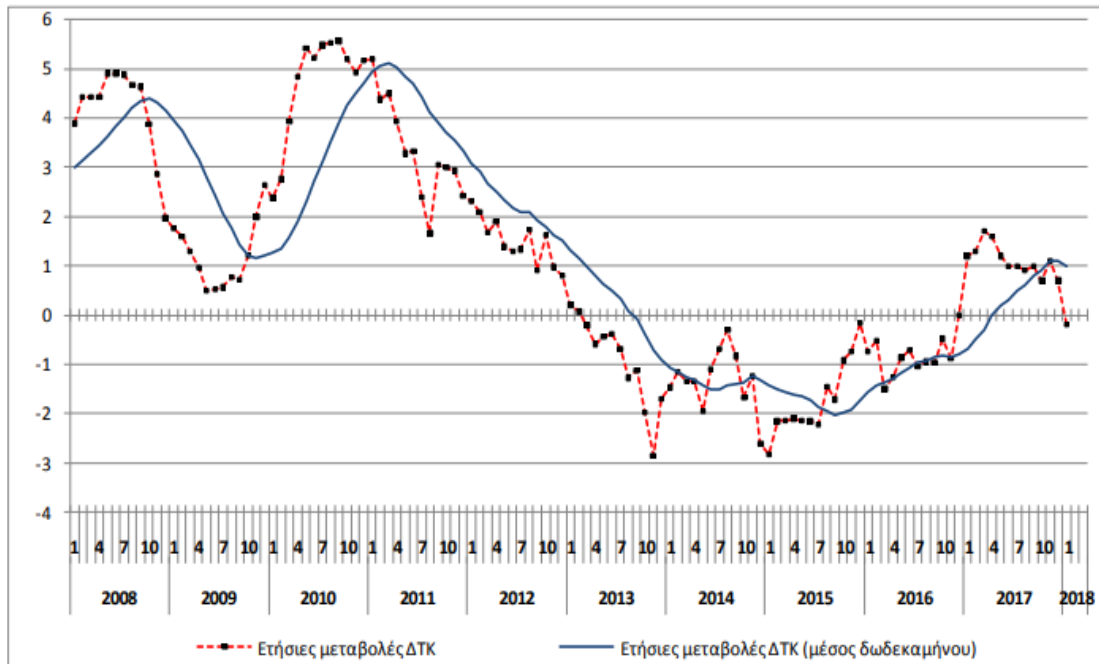
Πηγή: Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία



Πηγή: Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία

Διάγραμμα 1.2

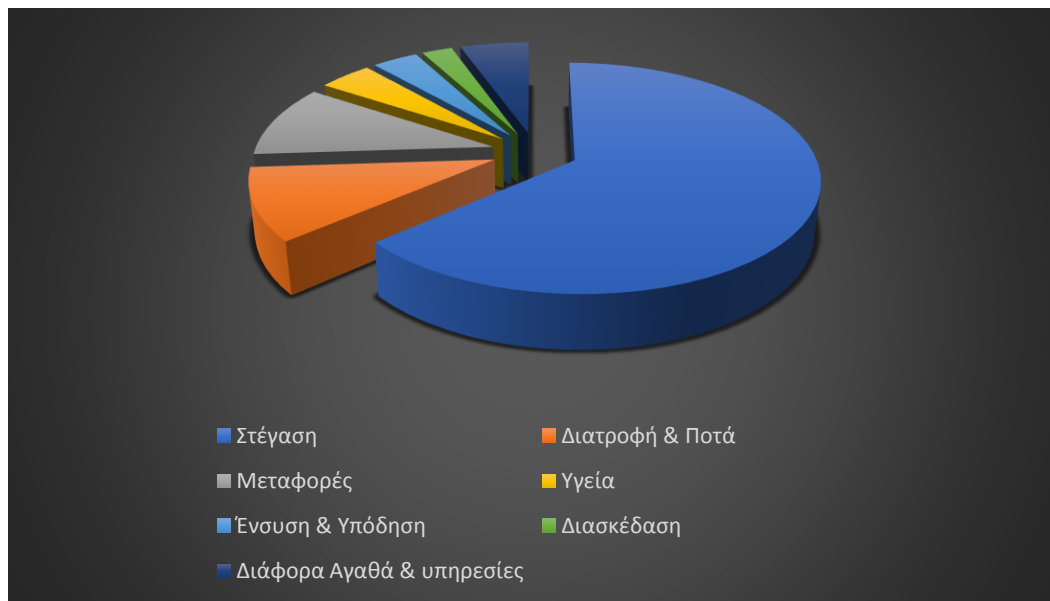
Ετήσιες και Μηνιαίες Μεταβολές του Δείκτη Τιμών Καταναλωτή



Πηγή: Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία

Διάγραμμα 1.3

Ετήσιες και Μέσες Ετήσιες Μεταβολές του Δείκτη Τιμών Καταναλωτή



Διάγραμμα 1.4

Δείκτης Τιμών Καταναλωτή

Ειδικότερα στο Διάγραμμα 1.4 φαίνεται ο Δείκτης Τιμών Καταναλωτή να επηρεάζεται περισσότερο από τη Στέγαση, διότι σύμφωνα και με την Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία έχουν αυξηθεί οι τιμές των ακινήτων κατά 0,7% κυρίως λόγω της αύξησης του φυσικού αερίου. Στη δεύτερη θέση είναι η Διατροφή & Ποτά, τα οποία εντάσσονται στις καθημερινές ανάγκες των ατόμων και παίζουν σημαντικό ρόλο οι τιμές τους τόσο για τον Δείκτη Τιμών Καταναλωτή, όσο και για τον πληθωρισμό της χώρας. Μεγάλο ποσοστό καταλαμβάνουν και οι Μεταφορές και στη συνέχεια με μικρότερα ποσοστά η ένδυση και υπόδηση, η υγεία και διάφορα αγαθά και υπηρεσίες.

Ο

δείκτης τιμών καταναλωτή καταρτίζεται από την ΕΛΣΤΑΤ από το 1959, ο οποίος μέχρι το 2000 αναφερόταν μόνο σε αστικές περιοχές, όμως από το 2001 αναφέρεται σε όλες τις περιοχές της Χώρας (αστικές, ημιαστικές και αγροτικές). Σκοπός του είναι η μέτρηση του γενικού επιπέδου τιμών αγαθών και υπηρεσιών που προμηθεύεται το ελληνικό νοικοκυριό. Η κατάρτισή του γίνεται με τη μέθοδο «αλυσωτής σύνδεσης». Η γεωγραφική κάλυψη του ΔΤΚ αναφέρεται σε όλη τη Χώρα και καλύπτει πληθυσμιακά τα νοικοκυριά μόνιμων κατοίκων στην επικράτεια, με εξαίρεση τα συλλογικά νοικοκυριά (γηροκομεία, οικότροφεία κτλ) και τα νοικοκυριά μη μόνιμων κατοίκων (επισκέπτες, τουρίστες). Η ταξινόμηση των ειδών βασίζεται στην διεθνή ταξινόμηση COICOP, ταξινόμηση της ατομικής κατανάλωσης κατά σκοπό, όπως έχει προσαρμοστεί για τις ανάγκες εναρμόνισης των κρατών μελών της ΕΕ με την ταξινόμηση COICOP/HICP. Οι συντελεστές στάθμισης των ειδών επικαιροποιούνται κάθε έτος σύμφωνα με τα πιο πρόσφατα διαθέσιμα στοιχεία του ΕΟΠ.

Ο

πληθωρισμός συνδέεται άμεσα με τον δείκτη τιμών καταναλωτή, αφού προκύπτει από το ποσοστό μεταβολής του δείκτη τιμών καταναλωτή για μια ορισμένη χρονική περίοδο. Είναι γνωστό όμως πως ο Δείκτης Τιμών Καταναλωτή μελετά ένα δείγμα από τα αγαθά και τις υπηρεσίες και όχι το σύνολο που είναι διαθέσιμα στην αγορά. Πληθωρισμός είναι η συνεχής μεταβολή του επιπέδου τιμών σε μία οικονομία μια συγκεκριμένη χρονική στιγμή. Προκαλεί πτώση στην αγοραστική δύναμη, εφόσον κάθε μονάδα χρήματος αγοράζει μικρότερη ποσότητα σε αγαθά και υπηρεσίες. Επιπλέον ενισχύει την άνιση κατανομή του εισοδήματος, μειώνει την ανταγωνιστικότητα της οικονομίας και περιορίζει την δυνατότητα της αποταμίευσης. Αναγκαία συνθήκη για την ύπαρξη του πληθωρισμού είναι η μεταβολή των τιμών προς τα πάνω αλλά και προς τα κάτω.

Τα είδη του

πληθωρισμού είναι τα εξής: πληθωρισμός ζήτησης, κόστους, εισαγόμενος και κατευθυνόμενος πληθωρισμός, αδράνειας, εμφανής και αφανής. Οι συνέπειες του πληθωρισμού είναι αρνητικές εξαιρώντας τους κατόχους περιουσιακών στοιχείων, το κράτος που εισπράττει φόρους λόγω της αύξησης των τιμών(έμμεσοι φόροι) και της ονομαστικής αύξησης των εισοδημάτων τους άμεσους φόρους. Λόγω της πληθωριστικής διαδικασίας τα εισοδήματα τα οποία είναι σταθερά και δεν προσαρμόζονται έγκαιρα στις αυξήσεις των τιμών υφίστανται μεγάλη απώλεια.

1.5 Προσδόκιμο Ζωής

Το προσδόκιμο ζωής ορίζεται ως τα χρόνια που αναμένεται να ζήσει ένα μέσο άτομο μιας δεδομένης ηλικίας. Παράγοντες που επηρεάζουν τον προσδόκιμο ζωής είναι οι συνήθειες του ατόμου, όπως το κάπνισμα, η κατάσταση της υγείας του, αν πάσχει από χρόνια νόσο, το φύλο και η κοινωνικοοικονομική του κατάσταση. Το άγχος και η κακή ποιότητα ζωής παίζουν πολύ σημαντικό ρόλο στο προσδόκιμο ζωής. Μέσα από έρευνες που γίνονται κάθε χρόνο ανά χώρα υπολογίζεται και το προσδόκιμο ζωής. Σύμφωνα με έρευνας το μεγαλύτερο προσδόκιμο ζωής κατέχει το Μονακό με 89,40 (ολικό προσδόκιμο ζωής) και το μικρότερο το Αφγανιστάν με 52,1. Η Ελλάδα κατέχει την 31^η θέση με προσδόκιμο ζωής 80,8. Στο Διάγραμμα 1.5 περιγράφετε το προσδόκιμο ζωής στην Ελλάδα από το 2003 έως το 2012. Παρατηρείται ότι από το 2009 και μετά υπάρχει μια μικρή αύξηση και κορυφώνεται το 2011 με 80,91.



Πηγή: <https://www.dianeosis.org/>

Διάγραμμα 1.5

Προσδόκιμο ζωής στην Ελλάδα

Οι παράγοντες που επηρεάζουν το προσδόκιμο ζωής είναι πολλοί. Μετά από έρευνες ο κυριότερος παράγοντας που επηρεάζει το προσδόκιμο ζωής στη σημερινή εποχή είναι η κατάσταση της υγείας καθώς και οι διατροφικές συνήθειες που σχετίζονται άμεσα με αυτή. Η Ελλάδα σε σχέση με άλλες χώρες έχασε μέσα σε 30 χρόνια σημαντικό έδαφος για την αύξηση του προσδόκιμου ζωής. Από το 1990 έως το 2016 αυξήθηκε το προσδόκιμο ζωής των Ελλήνων από 77,2 στα 81,5 έτη, παρόλα αυτά η κατάταξη της χώρας μας έπεσε από την 3^η στη 12^η θέση. Το αποτέλεσμα αυτό προκλήθηκε από την βελτίωση των άλλων χωρών στον υγιεινό τρόπο ζωής. Η θέση που κατείχε η χώρα μας οφειλόταν στη μεσογειακή διατροφή, στο μεσογειακό κλίμα, αλλά και στο μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού που ασχολούταν με επαγγέλματα της υπαίθρου.

Σημαντικό ρόλο έπαιξε και η κοινωνικοί δεσμοί και θεσμοί που επηρεάζουν ακόμα και την σωματική υγεία και θνησιμότητα. Οι πολιτικές που εφαρμόζει κάθε χώρα είναι σημαντικές για την αύξηση για το προσδόκιμο ζωής της. Μέσω των πολιτικών αυτών οι πολίτες της χώρας συμμορφώνονται τόσο για την κοινωνία όσο και προς τον ίδιο τους τον εαυτό. Ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα για την Ελλάδα είναι το κάπνισμα. Σε όλες τις ευρωπαϊκές χώρες το κάπνισμα απαγορεύεται από το νόμο σε

κλειστούς χώρους ή υπάρχει εντελώς ξεχωριστός χώρος για τους καπνίζοντες. Στην Ελλάδα ενώ υπάρχει νόμος που απαγορεύει το κάπνισμα, σχεδόν σε όλους τους κλειστούς χώρους καπνίζουμε. Η πολιτική απόφαση λοιπόν είναι σημαντική, για να εφαρμόσει πρόστιμα για τους παραβάτες του νόμου και αυτό θα έχει ως αποτέλεσμα την εφαρμογή του. Η εφαρμογή του συγκεκριμένου νόμου θα βοηθήσει τόσο το προσδόκιμο ζωής του κάθε ατόμου, όσο και της χώρας. Είναι μια αλυσίδα οι πολιτικές που ακολουθεί η κάθε κυβέρνηση με την κοινωνία, το πολιτισμό, της συνήθειες των ανθρώπων της κάθε χώρας.

Η θνησιμότητα ορίζεται ως η συχνότητα που εμφανίζεται ο θάνατος σε ένα κοινωνικό σύνολο και σχετίζεται άμεσα με το προσδόκιμο ζωής της χώρας. Οι παράγοντες που επηρεάζουν τη θνησιμότητα είναι βιολογικοί, κοινωνικοί και οικονομικοί αλλά και πολιτισμικοί. Οι βιολογικοί παράγοντες αναφέρονται στο φύλο, την ηλικία, την κληρονομικότητα. Οι κοινωνικοί και οικονομικοί παράγοντες αφορούν τη θέση του ατόμου στην κοινωνία, την οικονομική του κατάσταση, το επάγγελμά του, τη διατροφή του. Οι πολιτισμικοί παράγοντες αναφέρονται στο επίπεδο μόρφωσης, στο βιοτικό επίπεδο, στην παιδεία του ατόμου. Όλοι αυτοί οι παράγοντες επηρεάζουν και το προσδόκιμο ζωής.

Σύμφωνα με έρευνα διαπιστώθηκε ότι οι άνθρωποι που έχουν χαμηλό κοινωνικό και οικονομικό υπόβαθρο είναι 46% πιθανότερο να πεθάνουν πριν τα 85 τους, σε σχέση με εκείνους με υψηλό κοινωνικό- οικονομικό επίπεδο. Μεταξύ των φτωχότερων το 15,2% των ανδρών και το 9,4% των γυναικών πέθαναν πριν τα 85 έτη, ενώ μεταξύ των πλουσιότερων τα αντίστοιχα ποσά ήταν 11,5% και 6,8%. Το χαμηλό κοινωνικό και οικονομικό υπόβαθρο του ατόμου συνδέεται άμεσα με το μικρότερο προσδόκιμο ζωής και είναι σημαντικός παράγοντας κινδύνου για διάφορες ασθένειες και για πρόωρο θάνατο, σύμφωνα με διεθνή επιστημονική έρευνα. Στην Ελλάδα οι βασικότερες αιτίες θανάτου είναι τα νοσήματα του κυκλοφοριακού μας συστήματος και των νεοπλασμάτων με ποσοστά 40,3% και 25,6% αντίστοιχα. Στις επόμενες θέσεις με ποσοστό 25% και 19,3% ανήκουν η υπέρταση και το κάπνισμα αντίστοιχα, καθώς και το 11,6% κατέχει η υψηλή χοληστερίνη το 8,3% η παχυσαρκία και το 5% η ελλιπής σωματική άσκηση. Τα περισσότερα από αυτούς τους παράγοντες βελτιώνονται με την ένταξη του υγιεινού τρόπου ζωής και την ένταξη της άσκησης στην καθημερινή ζωή των ατόμων. Παρ' αυτά στην χώρα μας τα μέτρα για τις συνήθειες του υγιεινού τρόπου ζωής δεν έχουν ληφθεί, ούτε τα άτομα ακολουθούν, στο βαθμό που θα έπρεπε, τη μεσογειακή διατροφή. Όπως έδειξε πρόσφατη μελέτη της Hellas Health VI ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής το 9% των

Ελλήνων δεν καταναλώνει καμία μερίδα λαχανικών μέσα στη μέρα και το 15% κανένα φρούτο, το 40% δεν ασκείται ενώ το 41% του πληθυσμού έχει κανονικό βάρος.

Σύμφωνα με την Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία το 2017 το 25,8% των Ελλήνων είναι συστηματικοί καπνιστές, ενώ το 12,7% ανήκει σε άτομα ηλικίας από 16-24 ετών. Αν και έχει σημειωθεί μεγάλη μείωση στη χώρα μας από το 2006 που το ίδιο ποσοστό ανερχόταν στο 40%, οι Έλληνες παραμένουν στη δεύτερη θέση, μετά τους Βούλγαρους, ενώ ο μέσος όρος των καπνιστών της ΕΕ είναι 20%. Για να αντιμετωπιστεί η μείωση του καπνίσματος θα πρέπει να εφαρμοστεί ο νόμος της απαγόρευσής του στους κλειστούς χώρους, όπως συμβαίνει στα κράτη της ΕΕ καθώς και να αυξηθούν οι τιμές των τσιγάρων για να μειώσουν οι καπνιστές σε πρώτο στάδιο την ποσότητα του καπνίσματος.

Το άγχος είναι το συναίσθημα που έχει το άτομο όταν βιώνει ανησυχία για κάτι που πρόκειται να συμβεί ή να μην συμβεί στο μέλλον και το οποίο κρίνει ότι θα τον επηρεάσει αρνητικά. Το άγχος είναι φυσιολογικό, όχι όμως όταν προκαλεί σύγχυση στο άτομο και επηρεάζει την καθημερινότητα του. Σημαντικοί παράγοντες που αυξάνουν το άγχος είναι η οικονομική δυνατότητα του κάθε ατόμου, η αναζήτηση εργασίας. Στη σημερινή εποχή τουλάχιστον στην Ελλάδα, το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού σκέφτεται αν θα μπορέσει να ανταπεξέλθει στις υποχρεώσεις του με τον μισθό που λαμβάνει από την εργασία του.

Ένα παράδειγμα στην Ελλάδα είναι το προσδόκιμο ζωής στο νησί της Ικαρίας, το οποίο ανέρχεται στα 90 χρόνια. Ο τρόπος ζωής που έχουν επιλέξει περιλαμβάνει άσκηση, υγιεινή διατροφή, οικογενειακή συνοχή και φυσικά «χαλαρή» οπτική των πραγμάτων. Όλα αυτά σε συνδυασμό με το DNA των Ικαριωτών τους εισάγει στη λίστα της μακροβιότητας. Περιοχές στο πλανήτη με ασυνήθιστα υψηλό προσδόκιμο ζωής είναι το Κιοτάνγκο της Ιαπωνίας, όπου ξεπερνούν τα 100 έτη ζωής. Το ίδιο συμβαίνει και στη πόλη Οκινάουα της Ιαπωνίας. Στο χωριό Καμποτιμπέλ της Ιταλίας οι κάτοικοι έχουν μέσο όρο ζωής τα 95 έτη, όπως και στο Μονακό. Συνήθως παρατηρούμε πως στα μεγάλα αστικά κέντρα το προσδόκιμο ζωής είναι χαμηλότερο, λόγω του άγχους, των ρυπάνσεων που υπάρχουν στην καθημερινότητα των ατόμων. Ένας τρόπος για να αυξηθεί το προσδόκιμο ζωής του πληθυσμού είναι η συνολική προσέγγιση πολιτικών προαγωγής υγείας, οι οποίες θα περιλάμβαναν παρεμβάσεις στο φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον και στην ανθρώπινη συμπεριφορά. Η προαγωγή της υγείας συνδέεται άμεσα με την εκπαίδευση του πληθυσμού για την σωστή αντιμετώπιση σε θέματα υγείας και στην τροποποίηση

παραγόντων που επηρεάζουν αρνητικά τα άτομα, όπως είναι η φτώχεια, η ανεργία, οι περιβαλλοντικοί κίνδυνοι. Η πρόληψη λοιπόν σώζει ζωές και καλό θα ήταν όλοι μας να ελέγχουμε την υγεία μας για την αποφυγή χρόνιων ασθενειών.

Η συρρίκνωση του Ελληνικού πληθυσμού γίνεται όλο και πιο έντονη. Σύμφωνα με πρόσφατη έρευνα της ειδικής επιστημονικής επιτροπής της Βουλής για το Δημογραφικό. Ο πληθυσμός της Ελλάδας έως το 2050 θα μειωθεί στην καλύτερη περίπτωση κατά 800.000 άτομα και στη χειρότερη κατά 2,5 εκατομμύρια. Σύμφωνα δε με τα τελευταία στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ το 2017 οι γεννήσεις στην Ελλάδα ήταν κατά 35948 λιγότερες σε σχέση με τους θανάτους. Όλα τα παραπάνω επηρεάζουν αρνητικά το προσδόκιμο ζωής και θα πρέπει η κάθε χώρα να λάβει μέτρα αντιμετώπισης για να αυξηθεί το προσδόκιμο ζωής των ατόμων αλλά και να αυξηθεί ο πληθυσμός, κυρίως σε χώρες όπως η Ελλάδα που με τα χρόνια μειώνονται οι γεννήσεις.

1.6 Ανακεφαλαίωση

Στο κεφάλαιο αυτό αναπτύχθηκαν οι όροι μικροοικονομίας και μακροοικονομίας καθώς και τέσσερις βασικές έννοιες της μακροοικονομίας που έχουν υψηλή επιρροή στην οικονομία της κάθε χώρας. Στη μικροοικονομία εξετάζεται το νοικοκυριό και τα άτομα που απαρτίζουν μια οικονομία. Στη μακροοικονομία εξετάζεται η συμπεριφορά του συνόλου μιας οικονομίας. Τα άτομα, οι επιχειρήσεις και οι κυβερνήσεις προβαίνουν σε επιλογές που έχουν αντίκτυπο στην κοινωνία. Αυτές οι επιλογές σε μια κοινωνία είναι αναπόφευκτες καθώς τα επιθυμητά αγαθά και υπηρεσίες σπανίζουν. Οι οικονομολόγοι μελετούν τον τρόπο κατά τον οποίο τα άτομα, οι επιχειρήσεις και η κυβέρνηση προβαίνουν σε επιλογές με βάση τα κίνητρα που έχει ο καθένας.

Μια μεταβολή των κινήτρων οδηγεί συνήθως σε αλλαγή των αποφάσεων. Το συγκεκριμένο περιγράφεται κυρίως μέσω της ανεργίας καθώς παίζει σημαντικό ρόλο στη λήψη αποφάσεων για εύρεση εργασίας. Όπως αναφέρθηκε και στο κεφάλαιο 1 το συνηθέστερο μέτρο απόδοσης της οικονομίας είναι η ανεργία, ως προς τη δημιουργία νέων θέσεων εργασίας. Επιπλέον ο Δείκτης Τιμών Καταναλωτών συνδέεται άμεσα με το καλάθι της νοικοκυράς και όπως διαπιστώθηκε στο συγκεκριμένο κεφάλαιο αποτελεί σημαντικό παράγοντα γιατί όταν υπάρχει αύξηση των τιμών των προϊόντων και των υπηρεσιών,

αυξάνεται και ο Δείκτης Τιμών Καταναλωτή. Κάθε κυβέρνηση έχει σαν στόχο την ισότιμη κατανομή του πλούτου και των εισοδημάτων στην οικονομία της, για αυτό το λόγο η παρέμβασή της είναι απαραίτητη για τον περιορισμό των εισοδηματικών ανισοτήτων. Σε κάθε κοινωνία σημαντικό ρόλο κατέχει και το Προσδόκιμο ζωής, αφού προσδιορίζεται το μέσο άτομο μιας δεδομένης ηλικίας και διαφέρει από έτος σε έτος, γεγονός που επηρεάζει την πορεία της οικονομίας μακροχρόνια. Όσο μεγαλύτερο είναι το προσδόκιμο ζωής τόσο πιο αρνητικά επηρεάζει την οικονομία της χώρας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

2.1 Εισαγωγή

Οι Δαπάνες στη Μακροοικονομία αναφέρονται στο χρηματικό ποσό το οποίο καλείται να δώσει κάποιος για να καλύψει μια ανάγκη ή είναι υποχρεωμένος να δώσει

αυτό το ποσό, για να αγοράσει κάτι. Οι Δαπάνες χωρίζονται σε σταθερές δαπάνες μη ελεγχόμενες που αναφέρονται σε προκαθορισμένα ποσά και δεν συνδέονται με τις πωλήσεις, όπως είναι τα ενοίκια, κοινόχρηστα, δημόσια τέλη, φόροι. Η δεύτερη κατηγορία είναι σταθερές δαπάνες ελεγχόμενες, δηλαδή δαπάνες οι οποίες ελέγχονται αλλά πάλι δεν έχουν σχέση με τις πωλήσεις, όπως ηλεκτρική ενέργεια, τηλεφωνία, ύδρευση, επισκευές, οδοιπορικά. Η Τρίτη κατηγορία είναι οι μεταβλητές δαπάνες που αυξάνουν τα κέρδη της επιχείρησης, χωρίς σταθερή αναλογία και υπάρχουν δύο υποκατηγορίες, οι οποίες είναι οι δαπάνες του προσωπικού και οι υπόλοιπες μεταβλητές δαπάνες που απασχολούν μια επιχείρηση, όπως η διαφήμιση, μεταφορές, προμήθειες υλών.

Κοινή πορεία στην ανάπτυξη έχουν το κοινωνικό κράτος και το σύστημα υγείας. Οι υπηρεσίες υγείας αρχίζουν σταδιακά να μορφοποιούνται και να συνθέτουν από τα πιο πολύπλοκα και δαπανηρά κοινωνικά συστήματα. Στις υπηρεσίες υγείας εμπλέκονται χιλιάδες επαγγελματίες υγείας, οι ασθενείς, τα κτίρια και τα μηχανήματα υψηλής τεχνολογίας αλλά και θέματα ηθικής και δεοντολογίας, κοινωνικής δικαιοσύνης, ιατρικού απορρήτου. Τα συστήματα υγείας ταυτίζονται με τα συστήματα ιατρικής περίθαλψης, όμως όσο αναφορά το πρώτο περιλαμβάνει πολλά περισσότερα.

Στο κεφάλαιο αυτό θα αναλυθούν τα χαρακτηριστικά των συστημάτων υγείας, οι ιδιαιτερότητες τους, οι μορφές αλλά και τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα. Με βάση τα συστήματα αυτά θα αναφερθούν οι Δαπάνες Υγείας αλλά και θα αναλυθούν οι κατηγορίες τους. Στη συνέχεια θα παρουσιαστούν οι τρόποι χρηματοδότησης των συστημάτων υγείας και τέλος τα προβλήματα που προκύπτουν από όλα τα παραπάνω.

2.2 Χαρακτηριστικά των συστημάτων υγείας

Τα συστήματα υγείας περιλαμβάνουν και υπηρεσίες που σχετίζονται με την πρόληψη και υγειονομική διαφώτιση, με τη διατροφή, με υπηρεσίες στέγης, ύδρευσης και αποχέτευσης κ.α. Η υγεία του καθενός επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες. Η ιατρική περίθαλψη αποτελεί ένα από τα υποσυστήματα του ευρύτερου συστήματος υγείας. Τα άλλα δύο που ανήκουν στο υποσύνολο των συστημάτων υγείας είναι οι υπηρεσίες παραγωγής ιατρικών αγαθών και υπηρεσιών και οι κάλυψης δαπανών υγείας. Το πρώτο υποσύστημα σχετίζεται με την κατάσταση της υγείας του πληθυσμού

της Χώρας. Η ζήτηση των υπηρεσιών υγείας διαμορφώνεται από τους παράγοντες που επηρεάζουν την κατάσταση της υγείας ενός ατόμου. Το δεύτερο υποσύστημα αναφέρεται στην παραγωγή αγαθών και υπηρεσιών υγείας και αποτελείται από ένα σύνολο υγειονομικών μονάδων που έχουν ως στόχο την προστασία, διάτρηση και προαγωγή της υγείας του πληθυσμού. Το υποσύστημα αυτό επηρεάζεται από τους οικονομοτεχνικούς παράγοντες που προσδιορίζουν την παραγωγική διαδικασία στην οικονομία της Χώρας. Το μοντέλο παραγωγής διακρίνεται από τα εξής συστατικά στοιχεία: τις εισροές, τη διαδικασία, τις εκροές και τα αποτελέσματα. Οι εισροές των συστημάτων υγείας είναι οι κτιριακές υποδομές, ο εξοπλισμός, το ανθρώπινο κεφάλαιο και οι οικονομικοί πόροι. Η διαδικασία αυτή έχει σχέση με την παραγωγική διαδικασία εφόσον ο ανθρώπινος παράγοντας εισέρχεται στο σύστημα υγείας και προκαλεί αυτήν. Οι εκροές αφορούν την διάρκεια της νοσηλείας, τις εισαγωγές και εξαγωγές, τις εξετάσεις κ.α. Τέλος, τα αποτελέσματα αναφέρονται στο επίπεδο στο επίπεδο και την εξέλιξη των δεικτών της θνησιμότητας, νοσηρότητας κ.α, τα οποία μετρούν την βελτίωση και εξέλιξη των επιπέδων υγείας του πληθυσμού.

Το τρίτο υποσύστημα που αφορά τους μηχανισμούς κάλυψης των δαπανών είναι πολύ σημαντικό γιατί:

- Οι δαπάνες υγείας αυξάνονται με ραγδαίους ρυθμούς και κινδυνεύει η κοινωνική και οικονομική ανάπτυξη της κάθε χώρας.
- Η υγεία θεωρείται κοινωνικό αγαθό, το οποίο συνδέεται άμεσα με την κατανάλωση και την επένδυση, ώστε να ικανοποιηθούν οι ανάγκες των ανθρώπων.
- Το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης έχει αναπτυχθεί σημαντικά μέσω των εισφορών του κάλυψε μεγάλο μέρος των δαπανών υγείας.

Τα τρία αυτά υποσυστήματα, όπως αναφέρει ο Σούλης, είναι σε άμεση αλληλεξάρτηση και αλληλεπίδραση μεταξύ τους. Το σημαντικότερο είναι το τρίτο υποσύστημα, το οποίο όταν λειτουργεί σωστά επιδρά στο δεύτερο με τέτοιο τρόπο που βελτιώνει και το πρώτο. Όλα επηρεάζονται από το εξωτερικό περιβάλλον, την εξέλιξη της επιστήμης και τεχνολογίας κ.α.

Ο σκοπός ενός συστήματος υγείας είναι η διασφάλιση και βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού με απώτερο σκοπό τη συμβολή του συστήματος υγείας ως βασικού θεσμού του κοινωνικού κράτους, για την διασφάλιση και τη

βελτίωση της ποιότητας ζωής του ανθρώπου. Οι στόχοι αυτού του σκοπού αφορούν την παραγωγή υπηρεσιών και αγαθών σύμφωνα με τις ανάγκες του πληθυσμού, όσο αναφορά την υγεία.

Βασικά χαρακτηριστικά των συστημάτων υγείας είναι τα παρακάτω:

- Η διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας: αναφέρεται στη δυνατότητα του συστήματος να προσφέρει τις υπηρεσίες του στον πληθυσμό χωρίς περιορισμού.
- Η προσπελασιμότητα των υπηρεσιών υγείας: κάθε άτομο πρέπει να έχει τη δυνατότητα να χρησιμοποιήσει τα συστήματα υγείας, ασχέτως σε ποια κοινωνικοοικονομική θέση ανήκει.
- Η συνέχεια στην προσφορά υπηρεσιών υγείας: οι υπηρεσίες υγείας θα πρέπει να καλύπτουν όχι μόνο τη θεραπεία κάποιας νόσου αλλά και τους κατάλληλους ελέγχους πριν και μετά από την εμφάνιση της νόσου.
- Η ισότητα των ευκαιριών στην χρήση υπηρεσιών υγείας: η ισότητα έχει δύο προσδιορισμούς. Ο πρώτος αναφέρεται στην ίση μεταχείριση των χρηστών για τις υπηρεσίες υγείας και ο δεύτερος στην άνιση μεταχείριση μη ίσων ατόμων. Στην δεύτερη περίπτωση τα άτομα χαρακτηρίζονται από ανομοιογένεια αναγκών που έχει ως αποτέλεσμα την αυξανόμενη ανισότητα. Επομένως η ισότητα στη χρήση των υπηρεσιών υγείας σε άτομα με διαφορετικές ανάγκες δεν σημαίνει κατ' ανάγκη και ισότητα στη χρήση των υπηρεσιών υγείας
- Το οργανωτικό επίκεντρο του κάθε συστήματος υγείας δίνει ιδιαίτερη σημασία στην ανάπτυξη ενός συγκεκριμένου τύπου υπηρεσιών υγείας, το οποίο λειτουργεί ως επίκεντρο του συστήματος τους.

Λόγω της ιδιαιτερότητας των συστημάτων υγείας και γενικότερα της υγείας, όπως αναφέρει ο Σαρρής, σε αντίθεση με άλλα συστήματα αυτά έχουν κάποια ιδιαίτερα χαρακτηριστικά, τα οποία λαμβάνονται υπόψη για το σωστό σχεδιασμό και την αποτελεσματική οργάνωση. Τα συστήματα υγείας αποτελούν έναν από τους σημαντικότερους κλάδους της οικονομίας, που στις ανεπτυγμένες χώρες απασχολούν το 5% του ενεργού πληθυσμού και απορροφούν το 10% του ΑΕΠ. Κατά συνέπεια θα πρέπει να λαμβάνονται σοβαρά υπόψη για τον προγραμματισμό και την οργάνωση των συστημάτων υγείας.

Οι ιδιαιτερότητες αυτών των συστημάτων είναι:

- Συστήματα με αυξημένη κρατική παρέμβαση. Τρίτο στην κατάταξη με την μεγαλύτερη κρατική παρέμβαση είναι το σύστημα υγείας μετά τα συστήματα εθνικής άμυνας και παιδείας. Αυτό οφείλετε διότι η δημόσια υγεία προσφέρεται από το κράτος. Ο βαθμός και η έκταση της κρατικής παρέμβασης ποικίλουν και καθορίζονται από τα κοινωνικά, πολιτικά και οικονομικά δεδομένα της κάθε χώρας.
- Συστήματα στα οποία δεν μπορούν να λειτουργήσουν οι νόμοι της αγοράς. Για να λειτουργήσουν αποτελεσματικά οι νόμοι της αγοράς θα πρέπει εκτός των άλλων να υπάρχει και η πλήρης κυριαρχία του καταναλωτή. Στην πραγματικότητα αυτό δεν συμβαίνει διότι ο καταναλωτής δεν είναι αυτός που εκφράζει τη ζήτηση. Αυτό σημαίνει πως ο ασθενής συνήθως δεν μπορεί να εκφράσει άποψη για τις γνώσεις του ιατρού, ούτε για τον όγκο των υπηρεσιών που θα καταναλώσει. Υπάρχει ελλιπής πληροφόρηση του καταναλωτή σε σχέση με τον κλάδο της υγείας με αποτέλεσμα να μην μπορεί να αξιολογήσει σωστά και να πάρει τις κατάλληλες αποφάσεις για τα προσωπικά θέματα υγείας του. ο καταναλωτής δεν κυριαρχεί στον κλάδο της υγείας λόγω της ασύμμετρης πληροφόρησης μεταξύ γιατρού και ασθενή. Έτσι ο ασθενής δίνει το δικαίωμα στο γιατρό να αποφασίσει για τον ίδιο. Ακόμα και αν υπήρχε η κυριαρχία από μέρους του καταναλωτή οι γιατροί θα ανταποκρινόντουσαν στη ζήτηση τους και όχι στις πραγματικές ανάγκες, βλάπτοντας κάποια σημαντικά στοιχεία, όπως η πρόληψη, η δημόσια υγεία. Εν κατακλείδι, ένα σύστημα που θα επηρεαζόταν κατά κύριο λόγο από τον ασθενή θα οδηγούσε σε έντονες υγειονομικές και κοινωνικές ανισότητες.
- Συστήματα εντάσεως εργασίας. Τα συστήματα υγείας βασίζονται σε μεγάλο βαθμό στο συντελεστή εργασίας σε αντίθεση με άλλα συστήματα τα οποία βασίζονται στο κεφάλαιο. Οι ανθρώπινοι πόροι στα συστήματα υγείας αποτελούν τον σημαντικότερο παράγοντα. Οι επαγγελματίες στο χώρο της υγείας αμείβονται σε αρκετά υψηλά επίπεδα, διότι έχουν τεράστια ευθύνη απέναντι στους ασθενείς. Από την άλλη τα περισσότερα κράτη είναι ευάλωτα σε πιέσεις για μισθολογικές αυξήσεις, σε τέτοιους τομείς όπως η υγεία, η παιδεία της χώρας. Επιπλέον το ιατρικό σώμα κατέχει μονοπωλιακή θέση στο

σύστημα και συνθέτη μια δυνατή επαγγελματική ομάδα, η οποία αποτελεί τον ουσιαστικό ρυθμιστή των δαπανών υγείας.

- Συστήματα εντάσεως οργάνωσης και διαχείρισης. Το σύστημα υγείας διαχειρίζεται όχι μόνο ανθρώπινες ζωές αλλά και μεγάλο μέρος των οικονομικών πόρων. Για την εκτέλεση αυτών θα πρέπει να χρησιμοποιούνται εξειδικευμένες μέθοδοι οργάνωσης και διοίκησης των υπηρεσιών, διαχείρισης πόρων αλλά και των ίδιων των ασθενών μέσα στο σύστημα.

Λόγω της οικονομικής κρίσης, τα περισσότερα ευρωπαϊκά συστήματα έχουν στραφεί προς την καλύτερη οργάνωση και τη χρήση υπηρεσιών management των υπηρεσιών τους. Είναι απαραίτητη η χρήση ανεπτυγμένων πληροφοριακών συστημάτων και η συντονισμένη συμμετοχή όλων των επαγγελματιών της υγείας για το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα. Τα συστήματα υγείας διαφοροποιούνται και επιλέγονται με βάση τις ανάγκες του κάθε πληθυσμού.

2.3 Μορφές συστημάτων υγείας

Τα συστήματα υγείας είναι σύνολο του κοινωνικό-οικονομικού περιβάλλοντος μιας χώρας. Οι βασικές αρχές και αξίες του συστήματος ορίζονται από τις επικρατούσες αρχές και αξίες της κάθε κοινωνίας, αλλά και από τα δημογραφικά, πολιτισμικά, οικονομικά, πολιτικά δεδομένα κάθε χώρας. Αυτά καθορίζουν τον τρόπο οργάνωσης και διοίκησης του συστήματος, τις προτεραιότητες, τον τρόπο και τις διαδικασίες κάλυψης, τη διανομή των παρεχόμενων φροντίδων, τον τρόπο χρηματοδότησης και διάφορα άλλα που ολοκληρώνουν τα χαρακτηριστικά των συστημάτων υγείας. Οι υπηρεσίες υγείας δεν μπορούν να αποτελέσουν έτοιμα μοντέλα αντιθέτως είναι αντικείμενα συνεχούς ανάπτυξης και αλλαγών, καθώς αναπτύσσονται παράλληλα και άλλοι κλάδοι που επηρεάζουν σε πρώτο βαθμό τα συστήματα αυτά.

Βάση των δεδομένων αυτών τα συστατικά στοιχεία είναι εκείνα που παράγουν και οδηγούν στη διατήρηση και παραγωγή της υγείας και κατ'επέκταση τις ευημερίας των πολιτών μιας χώρας. Η πλήρης κάλυψη των πολιτών στον κλάδο της υγείας υλοποιείται με την παρέμβαση του κράτους, το οποίο πρέπει να οργάνωσης τις παροχές υπηρεσιών και τον τρόπο χρηματοδότησης τους. Με βάση τον τρόπο χρηματοδότησης υπάρχουν τρία

πρότυπα οργάνωσης. Το ιδιωτικό πρότυπο, το δημόσιο και το μικτό, το οποίο αποτελεί ενδιάμεση μορφή των δύο πρώτων. Το πρώτο βασίζεται στην πλήρη ελευθερία τόσο των γιατρών όσο και των ασθενών και λειτουργεί με την αγοραστική δύναμη και με ελάχιστη κρατική παρέμβαση. Οι υπηρεσίες υγείας στο ιδιωτικό πρότυπο αγοράζονται, κυριαρχεί ιδιωτική ασφάλιση της υγείας και υγειονομική κάλυψη αποτελεί προσωπική επιλογή του καθενός. Με γνώμονα αυτό ο κάθε πολίτης κρίνει και αποφασίζει αν θέλει να ασφαλιστεί ή όχι. Η ιδιωτική ασφάλιση γίνεται μέσω ασφαλιστικών εταιριών ή μέσω του εργοδότη αν ο πολίτης εργάζεται σε ιδιωτική επιχείρηση. Αν το άτομο επιλέξει να μείνει ανασφάλιστο θα πρέπει να καλύπτει μόνο του τις δαπάνες που απαιτούνται όταν κάνει χρήση των υπηρεσιών υγείας.

Το δημόσιο σύστημα υγείας βασίζεται στην κοινωνική αλληλεγγύη για ίση κάλυψη αναγκών όλων των πολιτών ανεξάρτητα από το φύλο, την ηλικία, το επάγγελμα, την κοινωνικό-οικονομική κατάσταση του καθενός. Οι συντελεστές παραγωγής μπορούν να ανήκουν στο κράτος, στα ασφαλιστικά ταμεία ακόμα και σε ιδιώτες. Το δημόσιο σύστημα υποδιαιρείται σε δύο κατηγορίες: α) εκείνα που χρηματοδοτούνται από την κοινωνική ασφάλιση και β) εκείνα που χρηματοδοτούνται από τον κρατικό προϋπολογισμό, τα οποία ονομάζονται και εθνικά συστήματα.

Στην πρώτη περίπτωση οι εισφορές από εργοδότες και εργαζόμενους χρηματοδοτούν το σύστημα, αυτό σημαίνει πως το μεγαλύτερο μέρος των δαπανών υγείας προέρχονται από τα ασφαλιστικά ταμεία. Από ταμείο σε ταμείο διαφοροποιούνται οι ασφαλιστικές καλύψεις και το ύψος των εισφορών. Οι παραγωγικοί συντελεστές μπορεί να ανήκουν στο κράτος, στην τοπική αυτοδιοίκηση, στα ασφαλιστικά ταμεία ή και σε ιδιώτες. Το μοντέλο αυτό επικεντρώνεται στο ατομικό δικαίωμα, μέσω της κοινωνικής ασφάλισης, για την κάλυψη αναγκών στον τομέα της υγείας. Στη δεύτερη περίπτωση η χρηματοδότηση του συστήματος προέρχεται από την φορολογία και οι παραγωγικοί συντελεστές ανήκουν στο κράτος. Το μοντέλο αυτό βασίζεται στο ότι η υγεία πρέπει να είναι δημόσιο αγαθό και το κράτος υποχρεούται να παρέχει υπηρεσίες υγείας στους πολίτες του.

Κύρια χαρακτηριστικά του δημόσιου συστήματος είναι ο κρατικός παρεμβατισμός μέσα από τον οποίο επιδιώκονται τα εξής:

- Καθολική και ισότιμη κάλυψη του πληθυσμού

- Ενιαίος σχεδιασμός και προγραμματισμός με κοινή στρατηγική, στόχους και προτεραιότητες, οι οποίες βασίζονται στις ανάγκες υγείας όλου του πληθυσμού
- Χωροταξική και περιφερειακή κατανομή των υγειονομικών μονάδων, των ανθρώπινων και υλικών πόρων με γνώμονα τις ανάγκες του πληθυσμού, ώστε να αποφεύγονται οι περιφερειακές ανισότητες
- Ενιαία χρηματοδότηση, η οποία προέρχεται από την φορολογία ή από ασφαλιστικές εισφορές ή και από τα δύο. Οι δημόσιες υπηρεσίες παρέχονται στους πολίτες δωρεάν.
- Κοινό πλαίσιο οργάνωσης και λειτουργίας.

Ανάμεσα στα δύο κλασσικά πρότυπα οργάνωσης και χρηματοδότησης υπάρχουν διάφορες ενδιάμεσες μορφές. Τα συστήματα των μορφών αυτών τα συναντάμε στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες. Βάση των συστημάτων αυτών είναι η κοινωνική ασφάλιση, η οποία χρηματοδοτείται από εισφορές που υπολογίζονται με βάση την οικονομική δυνατότητα του καθενός και όχι από τις ανάγκες υγείας που έχει.

Η κρατική παρέμβαση είναι σημαντική αφού καθορίζει τη στρατηγική και έχει σημαντικό ρόλο στην οργάνωση και διοίκηση. Τα μικτά συστήματα συμπληρώνουν τα χρηματοδοτικά κενά της κοινωνικής ασφάλισης και έτσι διασφαλίζει σε όλο τον πληθυσμό το ελάχιστο δυνατό στις υπηρεσίες υγείας. Στα συγκεκριμένα συστήματα υπάρχει μεγάλη ποικιλία στο ιδιοκτησιακό καθεστώς των υπηρεσιών, σαν τρόπο παραγωγής και διανομής των υπηρεσιών, στην εργασιακή σχέση και τον τρόπο αμοιβής των προμηθευτών.

2.4 Πλεονεκτήματα - Μειονεκτήματα συστημάτων υγείας

Το ιδιωτικό σύστημα βασίζεται στην ελευθερία γιατρών και ασθενών και οι παραγωγικοί συντελεστές ανήκουν σε ιδιώτες και ο τρόπος παροχής υπηρεσιών καθορίζονται με βάση την προσφορά και τη ζήτηση. Επιπλέον η κάλυψη των αναγκών του κάθε ασθενή εξαρτάται αποκλειστικά και μόνο από την οικονομική δυνατότητα

που έχει ο ίδιος. Το μεγάλο πλεονέκτημα του συγκεκριμένου συστήματος υγείας είναι ότι πως ο ασθενής επιλέγει τον γιατρό που επιθυμεί και την ασφάλιση με τις παροχές που θέλει και μπορεί να καλύψει. Στην σημερινή εποχή τουλάχιστον στη χώρα μας η ιδιωτική κάλυψη των αναγκών είναι δύσκολη. Οι οικονομικά αδύναμοι δύσκολα θα έχουν δικαίωμα επιλογής ή αυτό το δικαίωμα θα είναι αντίστοιχο με την οικονομική τους ευχέρεια. Από την άλλη πλευρά ο γιατρός στο ιδιωτικό σύστημα έχει ελευθερία στον τόπο εγκατάστασής του, στο ωράριο λειτουργίας του ιατρείου, στην αμοιβή του.

Ένα από τα κύρια μειονεκτήματα αυτού του συστήματος είναι ότι οδηγεί σε μεγάλες υγειονομικές ανισότητες αφού η κάλυψη εξαρτάται από την οικονομική δυνατότητα του ασθενή. Παρατηρείται μεγάλη ανομοιομορφία στις παρεχόμενες υπηρεσίες. Επιπρόσθετα υποθάλπει την ζήτηση από την πλευρά των γιατρών, οδηγώντας τις περισσότερες φορές σε άσκοπες επισκέψεις, εξετάσεις ακόμα και εγχειρήσεις. Το συγκεκριμένο σύστημα βασίζεται στο κέρδος, οπότε δεν επικεντρώνεται στην πρόληψη. Τέλος δημιουργούνται γεωγραφικές ανισότητες σε σχέση με την κατανομή των υπηρεσιών υγείας, λόγω της μη ύπαρξης σχεδιασμού, προγραμματισμού και χρηματοδότησης.

Το βασικό πλεονεκτήματα του δημόσιου συστήματος υγείας είναι ότι βασίζεται στην ίση κάλυψη αναγκών όλων των πολιτών ανεξάρτητα από την οικονομική τους κατάσταση, την κοινωνική θέση και τον τόπο διαμονής τους. Η κατανομή των πόρων είναι δίκαιη, εφόσον ο σχεδιασμός και η ανάπτυξη των υπηρεσιών θέτουν υγειονομικούς στόχους και προτεραιότητες για την κάλυψη των πραγματικών αναγκών. Στο συγκεκριμένο σύστημα υπάρχει κεντρική χρηματοδότηση, όπου τα τελευταία χρόνια επιχειρούνται σημαντικές κρατικές παρεμβάσεις, ως προς την προσφορά, για τον έλεγχο των δαπανών και την αποτελεσματική διαχείριση των πόρων. Οι υπηρεσίες δημόσιας υγείας, πρόληψης και υγειονομικής διαφώτισης αποτελούν προτεραιότητα στο δημόσιο σύστημα υγείας.

Η ιατρική άσκηση δε διαστρεβλώνεται από την παρεμβολή του χρήματος και αναπτύσσεται καλή διαπροσωπική σχέση μεταξύ των γιατρών και των ασθενών. Ένα από τα βασικά μειονέκτημα του συστήματος αυτού είναι η ανάπτυξη της γραφειοκρατίας που φέρει εμπόδια στην άσκηση της ιατρικής και επιβαρύνει τις υπηρεσίες με μεγάλη και άσκοπη γραφική εργασία. Στη χώρα μας η γραφειοκρατία στον κλάδο της υγείας είναι μεγάλη και οι πολίτες αντιμετωπίζουν συχνά προβλήματα. Επιπλέον στο δημόσιο σύστημα υπάρχουν λίστες αναμονής και η προτεραιότητα καθορίζεται από τη σοβαρότητα του περιστατικού, καθώς επίσης ο ασθενής έχει

περιορισμένη επιλογή γιατρού και νοσοκομείου. Τέλος δεν υπάρχουν αποτελεσματικοί μηχανισμοί στο σύστημα που θα προάγουν την αποτελεσματικότητα, την ποιότητα και το management.

Στα μικτά συστήματα τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα δεν είναι εύκολο να προσδιοριστούν. Τα τελευταία χρόνια τα περισσότερα μικτά συστήματα έχουν διασφαλίσει ένα ικανοποιητικό επίπεδο υγείας στο σύνολο του πληθυσμού. Παρά τις διαφορές και τα τρία μοντέλα οργάνωσης έχουν κοινό στόχο τη βελτίωση του επιπέδου υγείας των πολιτών, μέσω συνθηκών κοινωνικής δικαιοσύνης και αποτελεσματικότητας. Δεν μπορεί να ειπωθεί με βεβαιότητα ποιο από τα τρία συστήματα λειτουργεί αποτελεσματικότερα, διότι αυτό εξαρτάται από τις παρεχόμενες δημόσιες υπηρεσίες κάθε χώρας καθώς και από το οικονομικό υπόβαθρο των πολιτών της, αλλά και της ίδιας της χώρας και των πολιτικών μέτρων που ακολουθεί.

2.5 Στοιχεία Δαπανών Υγείας

Ιστορικά το μεγαλύτερο μέρος των δαπανών υγείας κατέχει η νοσοκομειακή περίθαλψη, ενώ η πρωτοβάθμια φροντίδα και τα φάρμακα κατέχουν μικρότερο ποσοστό. Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας και η διεθνής επιστημονική κοινότητα έστρεψε την προσοχή της στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, όμως στην πράξη η κατάσταση παρέμεινε αναλλοίωτη. Η περίθαλψη απορροφούσε το 27,9% το 1980 και το 27,7% το 1990 των συνολικών δαπανών υγείας στις χώρες ΟΟΣΑ. Το ίδιο συνέβαινε και με τις δαπάνες και τα φάρμακα. Το ποσοστό των δαπανών για νοσοκομειακή περίθαλψη παραμένει υψηλό και αυτό μπορεί να αποδοθεί στην εισχώρηση της βιοϊατρικής τεχνολογίας, κυρίως στον τομέα της δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας περίθαλψης.

Σύμφωνα με την έκθεση του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) η χώρα μας διέθετε το 2015 το 16,9% του ΑΕΠ για συντάξεις, ενώ το σύνολο των δημόσιων κοινωνικών δαπανών ανερχόταν στο 25,4%. Η Ελλάδα, λοιπόν, είχε την υψηλότερη συνταξιοδοτική δαπάνη σε συνάρτηση με το ΑΕΠ μεταξύ 36 κρατών- μελών του ΟΟΣΑ. Η αύξηση αυτή οφείλεται στη συρρίκνωση του ΑΕΠ εξαιτίας των μέτρων λιτότητας και τις περικοπές. Η συνταξιοδοτική δαπάνη παραμένει ακόμα και σήμερα σε υψηλά επίπεδα λόγω της γήρανσης του πληθυσμού και των

μαζικών συνταξιοδοτήσεων στην αρχή της οικονομικής κρίσης. Όσο αναφορά τις δαπάνες για επιδόματα προς εργαζομένους και δαπάνες υγείας η χώρα μας κατατάσσεται στις τελευταίες θέσεις, αφού μόλις το 3,3 % φτάνουν οι δαπάνες για τα επιδόματα ,ενώ ο μέσος όρος του ΟΟΣΑ ανέρχεται στο 4%.

Είναι γεγονός ότι οι δαπάνες υγείας αυξάνονται διεθνώς την τελευταία δεκαετία και οι κυβερνήσεις υποστηρίζουν πως η αύξηση αυτή είναι επιζήμια τόσο για την βιωσιμότητα των συστημάτων υγείας όσο και για τα οικονομικά συστήματα. Το ποσοστό των δαπανών υγείας περιορίζεται στην Ελλάδα στο 4,8% του ΑΕΠ ενώ ο μέσος όρος φτάνει στο 5,7% στον ΟΟΣΑ. Τι υψηλότερες δαπάνες υγείας κατέχουν η Γαλλία και οι ΗΠΑ με ποσοστά 8,8% και 8,5% , οι οποίες αντιστοιχούν στο 1,6% και 6,8% του ΑΕΠ αντίστοιχα. Οι δαπάνες για όλες τις υπηρεσίες εκτός των δαπανών υγείας ανέρχονται για την χώρα μας στο 0,2% έναντι του μέσου όρου 2,3% στις χώρες του ΟΟΣΑ. Στις συνολικές κοινωνικές δαπάνες αναδεικνύεται και πάλι η Γαλλία με διαφορά, αφού κατέχει το 32% του εθνικού εισοδήματος για συντάξεις περίθαλψη, κοινωνικά επιδόματα κ.α., ενώ ο μέσος όρος των χωρών του ΟΟΣΑ φτάνει στο 20,5%. Το χαμηλότερο ποσοστό στις κοινωνικές δαπάνες το συγκεντρώνει το Μεξικό με μόλις 7,5%.

Τα κύρια μέτρα των υγειονομικών δαπανών είναι τα εξής:

- Το ποσοστό του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος που απορροφά ο υγειονομικός τομέας. Οι τρόποι υπολογισμού του ΑΕΠ διαφέρουν από χώρα σε χώρα και σε αρκετές περιπτώσεις δεν περιλαμβάνεται η ανεπίσημη(αδήλωτη) οικονομία, η οποία είναι ιδιαίτερα αυξημένη σε χώρες της κεντρικής και νοτιοανατολικής Ευρώπης της πρώην Σοβιετικής ένωσης.
- Οι κατά κεφαλή δαπάνες υγείας. Για την διακρατική σύγκριση των κατά κεφαλή δαπανών υγείας χρησιμοποιούνται οι συναλλαγματικές ισοτιμίες, οι οποίες αφορούν αγαθά που ανταλλάσσονται στο διεθνές εμπόριο. Η μεταβολή αυτή επηρεάζει αυτά τα αγαθά, όχι όμως εκείνα που παράγονται και καταναλώνονται στην εγχώρια αγορά. Επιπλέον χρησιμοποιούνται και τα Ισοδύναμα Αγοραστικής Αξίας, τα οποία βασίζονται σε ένα κοινό καλάθι προϊόντων και υπηρεσιών που καταναλώνονται σε όλες τις χώρες και με βάση το εθνικό νόμισμα δείχνουν το λόγο της τιμής αγοράς των ίδιων αγαθών ή υπηρεσιών σε διαφορετικές χώρες.

Η μέτρηση των συνολικών δαπανών υγείας μιας χώρας αποτελεί μια δύσκολη διαδικασία, λόγω των προβλημάτων τόσο στην καταγραφή και μέτρηση των δαπανών,

όσο και στις δαπάνες που αφορούν τον κλάδο της υγείας, αφού δεν είναι σαφώς οριοθετημένος. Επιπρόσθετο πρόβλημα δημιουργεί η μέτρηση των δημόσιων δαπανών υγείας από τον μεγάλο όγκο των κρατικών φορέων που δαπανούν πόρους για την υγεία. Σε αυτή την περίπτωση ελλοχεύει ο κίνδυνος των διπλομετρήσεων, κυρίως όταν υπάρχουν χορηγήσεις από την κεντρική κυβέρνηση προς την τοπική ή νομαρχιακή αυτοδιοίκηση ή τους οργανισμούς κοινωνικής ασφάλισης. Επομένως οι συγκρίσεις και τα συμπεράσματα που εξάγονται μέσω αυτών έχουν χαμηλή αξιοπιστία και αντικατοπτρίζουν την πραγματικότητα στο βαθμό που τα στοιχεία στα οποία βασίζονται είναι πραγματικά.

Το ύψος των συνολικών δαπανών υγείας είναι ένας απλός δείκτης που δίνει μια γενική εικόνα του συστήματος υγείας και υπάρχει η δυνατότητα σύγκρισης μεταξύ των χωρών. Η γενικότερη κοινωνικό-οικονομική ανάπτυξη, το ύψος των δαπανών και η ανάπτυξη των συστημάτων υγείας μιας χώρας είναι άμεσα συνδεδεμένα μεταξύ τους. Μέσω μελέτης των δαπανών υγείας σε διάφορες χώρες βγαίνουν τα εξής συμπεράσματα:

- Οι περισσότερες χώρες με υψηλό κατά κεφαλή εισόδημα εμφανίζουν υψηλές δαπάνες υγείας
- Οι δημόσιες δαπάνες υγείας έχουν την τάση να αυξάνονται ταχύτερα από τις ιδιωτικές.

Το κύριο ζήτημα που απασχολεί τόσο την κοινωνία όσο και τους υπεύθυνους για την άσκηση της πολιτικής υγείας είναι η αποτελεσματικότητα των δαπανών. Αυτό σημαίνει το κατά πόσο οι πολίτες επωφελούνται πραγματικά, όπως παραδείγματός χάρη από την αύξηση του προσδόκιμου ζωής, από τις διατιθέμενες δαπάνες. Παρότι το ποσοστό του ΑΕΠ που κατέχουν οι ΗΠΑ στον τομέα της υγείας είναι το μεγαλύτερο μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ, το προσδόκιμο ζωής είναι διαχρονικά μικρότερο σε σχέση με την Ελλάδα. Επιπλέον ενώ στην Κορέα το ποσοστό που απορροφά ο υγειονομικός τομέας είναι περίπου ίσο με το 1/3 των ΗΠΑ, εντούτοις το προσδόκιμο ζωής το 2003 είναι παραπλήσιο με εκείνο των ΗΠΑ. Τα παραπάνω αποτελούν ενδεικτικά παραδείγματα και δείχνουν ότι η επίδραση των υγειονομικών δαπανών στην κατάσταση της υγείας είναι μικρή, ενώ άλλοι κοινωνικοί και οργανωτικοί παράγοντες έχουν μεγαλύτερη επίδραση.

Αξίζει να σημειωθεί ότι οι βασικές κατηγορίες δαπανών υγείας από την πλευρά της κατανάλωσης είναι τρεις: α) ιατρικές δαπάνες, β) νοσοκομειακές δαπάνες και γ)

δαπάνες φαρμακευτικών αγαθών και άλλων προϊόντων. Όπως αναφέρεται στον Πίνακα 2.1 οι επιμέρους κατηγορίες είναι οι αμοιβές των γιατρών, οι δαπάνες για εργαστηριακές εξετάσεις και για διάφορες θεραπείες. Όσο αναφορά τις νοσοκομειακές χωρίζονται σε δαπάνες για νοσηλεία, για επεμβάσεις και για εργαστηριακές εξετάσεις. Τέλος, για φαρμακευτικές αναφέρονται οι δαπάνες για φάρμακα και για πρόσθετη περίθαλψη.

Πίνακας 2.1

Κατηγορίες Δαπανών Υγείας

Ιατρικές	Νοσοκομειακές	Φαρμακευτικές
<i>Αμοιβές γιατρών</i>	<i>Δαπάνες για νοσηλεία</i>	<i>Δαπάνες για φάρμακα</i>
<i>Δαπάνες για εργαστηριακές εξετάσεις</i>	<i>Δαπάνες επεμβάσεων</i>	<i>Δαπάνες για πρόσθετη περίθαλψη</i>
<i>Δαπάνες για διάφορες θεραπείες</i>	<i>Δαπάνες εργαστηριακών και παρακλινικών εξετάσεων</i>	

Πηγή: Βιβλίο «Συστήματα Υγείας» εκδόσεις Παπαζήση, σελίδα 149

Για να υπολογιστεί το σύνολο των δαπανών υγείας θα πρέπει να προστεθούν οι δημόσιες δαπάνες υγείας, η πρόληψη, η αγωγή υγείας για την κατάρτιση και η επιμόρφωση των επαγγελματιών υγείας και οι διοικητικές δαπάνες. Στο σύνολο αυτό δεν περιλαμβάνονται τα επιδόματα αναπηρίας, ασθένειας κτλ αφού αναπληρώνουν την απώλεια εισοδήματος. Οι δαπάνες υγείας μπορούν να μετρηθούν σε ποσοστό επί του ΑΕΠ ή σε δολάρια ΗΠΑ εκφρασμένα σε μονάδες αγοραστικής δύναμης ή σε ποσοστό επί τη εγχώριας κατανάλωσης. Το ποσοστό αυτό έχει υιοθετηθεί από διεθνείς οργανισμούς, γιατί οι δαπάνες ορισμένων χωρών υποεκτιμούνται, εφόσον δεν είναι δυνατή η καταγραφή, κυρίως των ιδιωτικών επενδύσεων.

2.7 Τρόποι και Πηγές Χρηματοδότησης Δαπανών Υγείας

Τα τελευταία χρόνια οι δαπάνες υγείας αυξάνονται όλο και περισσότερο από άλλους κλάδους παραγωγής ακόμα και από το ΑΕΠ. Για την καταπολέμηση αυτής της ραγδαίας αύξησης απαραίτητη είναι η γνώση των παραγόντων που ωθούν ολοένα και περισσότερο τις δαπάνες προς τα πάνω και θα πρέπει να παρθούν τα κατάλληλα μέτρα. Γεγονός αποτελεί η αύξηση της ζήτησης υπηρεσιών υγείας με αποτέλεσμα την αύξηση των δαπανών υγείας.

Οι λόγοι της αύξησης αυτής αποδίδεται στους εξής παράγοντες:

- **Δημογραφικοί παράγοντες.** Λόγω του χαμηλού δέκτη παραγωγικότητας και βελτίωσης του προσδόκιμου ζωής, η ηλικιακή δομή του πληθυσμού άλλαξε. Το αποτέλεσμα αυτών είναι μια συνεχής αύξηση στη δημογραφική γήρανση. Οι συνέπειες της γήρανσης αυτής είναι η αύξηση των δαπανών υγείας. Το είδος αλλά και ο όγκος των υπηρεσιών υγείας εξαρτάται από το φύλο, αλλά και από το μέγεθος της οικογένειας – νοικοκυριού. Συνήθως τα άτομα ολιγομελών οικογενειών προσφεύγουν πιο εύκολα στο σύστημα υγείας σε αντίθεση με εκείνα πολυμελών οικογενειών.
- **Επιδημιολογικοί παράγοντες.** Ο σύγχρονος τρόπος ζωής και τα νέα καταναλωτικά πρότυπα έχουν ως αποτέλεσμα την αύξηση εκφυλιστικών νοσημάτων, αναπηρίες, ατυχήματα. Έχει μεταβληθεί το νοσολογικό φάσμα καθώς υπάρχει μείωση των μολυσματικών ασθενειών αλλά αυξήθηκαν οι καρδιαγγειακές και καρκινικές παθήσεις. Αυτό σε συνδυασμό και με την δημογραφική γήρανση είχε σαν αποτέλεσμα την αύξηση αλλά και την αλλαγή των απαιτούμενων υπηρεσιών.
- **Οικονομικοί παράγοντες.** Οι καλύτερες υπηρεσίες υγείας απαιτούνται όλο και περισσότερο όταν βελτιώνεται το ατομικό και οικογενειακό εισόδημα. Το αυξημένο διαθέσιμο εισόδημα οδηγεί στην αναζήτηση υπηρεσιών υγείας και εκτός κοινωνικής ασφάλισης, αυξάνοντας έτσι το ύψος της ιδιωτικής δαπάνης. Ο σταδιακός περιορισμός στις ώρες απασχόλησης οδήγησε στη μείωση του κόστους ευκαιρίας του χρόνου του ασθενή με αποτέλεσμα τη συχνότερη προσφυγή στο σύστημα υγείας. Σημαντικός παράγοντας που αύξησε τις δαπάνες υγείας είναι η επέκταση της υποχρεωτικής κοινωνικής ασφάλισης, κυρίως στις ανεπτυγμένες χώρες. Οι υπηρεσίες που παρέχονται μέσω της κοινωνικής ασφάλισης έχουν συνήθως μηδενικό κόστος με αποτέλεσμα οι καταναλωτές να χρησιμοποιούν αυτές τις υπηρεσίες ακόμα και όταν δεν είναι

απαραίτητες. Από τις πρώτες θέσεις στην χρήση αυτών των υπηρεσιών κατέχουν οι άνεργοι, οι οποίοι δεν πληρώνουν εισφορές και είναι ευάλωτοι στις ασθένειες, κάτι που προκαλεί αύξηση των δαπανών υγείας. Τέλος η βελτίωση των αμοιβών των επαγγελματιών της υγείας, συμβάλλει στην αύξηση των δαπανών υγείας.

- Ψυχολογικοί, κοινωνικοί και πολιτιστικοί παράγοντες. Η βελτίωση του μορφωτικού επιπέδου, η επαγγελματική αποκατάσταση, η μεγάλη πρόοδος στο χώρο της ιατρικής, έχουν αυξήσει τις προσδοκίες και τις απαιτήσεις του κοινού. Όλο και περισσότερο στις μέρες μας καταργούνται οι παραδοσιακοί τρόποι περίθαλψης και αναζητούνται θεραπείες στην συμβατική ιατρική. Η ιατρικοποίηση των κοινωνικών προβλημάτων έχουν ραγδαία αύξηση και εξαρτώνται άμεσα από τις υπηρεσίες υγείας.

- Αύξηση της διαθεσιμότητας και βελτίωση της προσπελασιμότητας των υπηρεσιών υγείας. Η αύξηση των γιατρών, των νοσοκομείων, των κλινών, των περισσότερων φαρμάκων έχει ως αποτέλεσμα τη θεαματική επέκταση και διερεύνηση του υγειονομικού τομέα. Ο συγκεκριμένος πληθωρισμός μέσω δεν αυξάνει μόνο την προσφορά και τη ζήτηση αλλά και επιβαρύνει σημαντικά το κόστος, αφού οι νέες τεχνολογίες και καινούργια φάρμακα έχουν μεγαλύτερο κόστος από τα παλαιότερα. Η επέκταση της βιοϊατρικής τεχνολογίας στο σύστημα υγείας αποτέλεσε ιδιαίτερο κόστος για τις δαπάνες υγείας. Από την μια πλευρά έφερε βελτίωση τόσο στη διάγνωση, όσο και στη θεραπεία από την άλλη απαιτεί υψηλές κεφαλαιουχικές δαπάνες, συνεχή ανανέωση και μεγάλο κόστος λειτουργίας και συντήρησης.

- Η ιδιομορφία της αγοράς των υπηρεσιών υγείας. Η αγορά των υπηρεσιών υγείας δεν είναι μια συνηθισμένη ανταγωνιστική αγορά, αντιθέτως παρουσιάζει ιδιομορφίες που απορρέουν από την περιορισμένη κυριαρχία του καταναλωτή. Ένας ασθενής συνήθως δεν αποφασίζει για την έκταση και τη φύση των υπηρεσιών που θα καταναλώσει, για αυτό δεν διατυπώνεται η ζήτηση από τον καταναλωτή στον κλάδο της υγείας. Συνήθως οι αγορές αυτού του τύπου τείνουν να αυξάνουν τις τιμές των προϊόντων και των υπηρεσιών. Η αδυναμία αυτή της αγοράς, όπου ουσιαστικά ο γιατρός καθορίζει την ποσότητα και τις τιμές των υπηρεσιών υγείας, χρήζει ιδιαίτερης προσοχής γιατί οδηγεί σε σπατάλη και κατά συνέπεια τη διόγκωση του κόστους. Το είδος και ο όγκος

των υπηρεσιών υγείας δεν εξαρτάται μόνο από τη ζήτηση του καταναλωτή, αλλά και από την επιθυμία του γιατρού να προσεγγίσει ένα συγκεκριμένο ύψος εισοδήματος. Σε μια αγορά υπηρεσιών υγείας, όταν αυξάνεται ο αριθμός των γιατρών αυτόματα αυξάνεται και η ιατρογενής ζήτηση. Για αυτό το λόγο ο έλεγχος του ιατρικού πληθωρισμού και ο τρόπος αμοιβής του γιατρού αποτελούν σημαντικά στοιχεία στη ζήτηση και την κατανάλωση.

Στην αγορά των υπηρεσιών υγείας, επειδή οι δαπάνες για την ιατρική περίθαλψη καλύπτονται από την κοινωνική ασφάλιση, δεν λειτουργεί ο μηχανισμός αυτοσυγκράτησης του καταναλωτή. Μέσω της συμμετοχής που πληρώνει ο ασθενής, ο μηχανισμός αυτό ενεργοποιείται, όμως πολλοί είναι εκείνοι που εξουδετερώνουν και αυτό τον κίνδυνο, επιλέγοντας μια επιπλέον ιδιωτική ασφαλιστική εταιρία. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, οι καταναλωτές – ασθενείς να μην προσέχουν την υγεία τους, να μην δίνουν την ανάλογη σημασία και να καταναλώνουν αλόγιστα υπηρεσίες υγείας, προκαλώντας περαιτέρω διόγκωση των δαπανών.

Πηγές Χρηματοδότησης

Η ανεύρεση των πόρων για την χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας, αποτελεί σήμερα ένα από τα πιο σημαντικά προβλήματα των κυβερνήσεων. Το πρόβλημα αυτό δεν αφορά μόνο οικονομικούς πόρους αλλά και την πηγή αυτών. Το ύψος της χρηματοδότησης πρέπει να γίνεται με βάση τα κοινωνικά και οικονομικά δεδομένα της κάθε χώρας.

Οι τρεις βασικές αρχές που θα πρέπει να διέπουν τη χρηματοδότηση του τομέα της υγείας είναι:

1. Η αρχή της μακροοικονομικής αποδοτικότητας, σύμφωνα με την οποία το ποσοστό του εθνικού εισοδήματος που διατίθεται για την υγεία δεν θα πρέπει να ξεπερνά εκείνο το όριο, στο οποίο οι επιπλέον πόροι δεν οδηγούν στη βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού.

2. Η αρχή της μικροοικονομικής αποδοτικότητας, σύμφωνα με την οποία η κατανομή των πόρων μεταξύ διαφορετικών υποσυστημάτων ή προγραμμάτων υγείας, οδηγεί στην μεγιστοποίηση του κέρδους με δεδομένο το κόστος ή στην καλύτερη δυνατή λύση με το μικρότερο δυνατό κόστος.
3. Η αρχή της ισότητας στη χρηματοδότηση, σύμφωνα με την οποία τα οικονομικά βάρη θα πρέπει να έχουν ισότιμη κατανομή μεταξύ του πληθυσμού, δηλαδή να συσχετίζονται με το πραγματικό εισόδημα του καθενός.

Τα συστήματα υγείας χρηματοδοτούνται από δημόσιους και ιδιωτικούς πόρους. Οι δημόσιοι πόροι προέρχονται από τον κρατικό προϋπολογισμό και την κοινωνική ασφάλιση, ενώ οι ιδιωτικοί καταβάλλονται από ιδιώτες (αν επιλέξουν ιδιωτική ασφάλιση) και από εργοδότες. Ο διαχωρισμός αυτός φέρει αρκετά προβλήματα σε πολλές χώρες καθώς είναι δύσκολο να χωριστούν οι δαπάνες και να μετρηθούν επακριβώς σε ποιο τομέα ανήκουν. Ο διαχωρισμός αυτός δεν σχετίζεται με εκείνον των υπηρεσιών υγείας σε κρατικές και ιδιωτικές στους φορείς κοινωνικής ασφάλισης. Οι υπηρεσίες υγείας μπορεί να χρηματοδοτούνται τόσο από ιδιωτικούς, όσο και από δημόσιους πόρους, ανεξάρτητα από το ιδιοκτησιακό τους καθεστώς και τη νομική τους μορφή και υπόσταση.

Αναλυτικότερα οι πηγές χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας είναι ο κρατικός προϋπολογισμός, κοινωνική ασφάλιση, ο ιδιωτικός τομέας και η εξωτερική βοήθεια. Στο Πίνακα 2.2 παρουσιάζονται αναλυτικότερα οι κατηγορίες αυτές. Πιο συγκεκριμένα οι επιβαλλόμενοι φόροι διακρίνονται σε άμεσους και έμμεσους και εφαρμόζονται σε εθνικό, περιφερειακό ή τοπικό επίπεδο. Η άμεση φορολογία περιλαμβάνει τη φορολογία εισοδήματος των φυσικών προσώπων, τη φορολογία των εταιρικών κερδών και το φόρο ακίνητης περιουσίας. Στις περιπτώσεις όπου το φορολογικό σύστημα είναι προοδευτικό, δηλαδή το ποσοστό φορολόγησης αυξάνεται ανάλογα με το εισόδημα, συμβάλλει στην αναδιανομή του πλούτου μεταξύ των πλουσίων και φτωχών. Η έμμεση φορολογία εφαρμόζεται επί των συναλλαγών και των εμπορευμάτων και διακρίνεται σε γενική και ειδική. Η γενική καλύπτει τις ανάγκες του προϋπολογισμού στο σύνολό τους, δηλαδή ο φόρος προστιθέμενης αξίας(ΦΠΑ) και η ειδική ή υποθηκευμένη εφαρμόζεται σε συγκεκριμένα αγαθά, όπως φόρος επί του αλκοόλ ή του καπνού.

Πίνακας 2.2

Πηγές Χρηματοδότησης

Κρατικός Προϋπολογισμός	Κοινωνική Ασφάλιση	Ιδιωτικός Τομέας	Εξωτερική Βοήθεια
Γενική φορολογία(άμεσοι και έμμεσοι φόροι)	Εισφορές εργοδοτών και εργαζομένων	Οικογενειακό εισόδημα	Βοήθεια σε χρήμα, σε είδος και τεχνογνωσία
Ειδική φορολογία (φορολόγηση ειδικών καταναλωτικών προϊόντων	Εισφορές αυτόαπασχολούμενων Ειδική εισφορά προσώπων και επιχειρήσεων	Ιδιωτική ασφάλιση υγείας Εργοδοτικές παροχές	από άλλες χώρες και διεθνής οργανισμούς
		Δωρεές και φιλανθρωπίες	

Πηγή: Βιβλίο «Συστήματα Υγείας», εκδόσεις Παπαζήση, σελίδα 162

Η κοινωνική ασφάλιση , σε σχέση με την ιδιωτική, διαθέτει σημαντική και μεγαλύτερη κάλυψη του ασφαλιστικού κινδύνου, διότι η ασφαλιστική βάση δεν περιορίζεται στους ασφαλισμένους μιας εταιρίας αλλά περιλαμβάνει μεγάλες ομάδες του πληθυσμού. Οι εισφορές υπολογίζονται επί του εισοδήματος και με βάση τη δυνατότητα πληρωμής, ανεξάρτητα από τον κίνδυνο εκδήλωσης ασθένειας. Συνήθως είναι υποχρεωτικές και καταβάλλονται από κοινού (εργοδότες& εργαζόμενους) προάγοντας τις έννοιες κοινωνικής αλληλεγγύης και δικαιοσύνης. Σε ορισμένα ασφαλιστικά συστήματα οι ασφαλισμένοι επιλέγονται με βάση το επάγγελμά τους ή των καταβαλλόμενων εισφορών, πράγμα που περιορίζει την πρόσβαση των ανενεργών ομάδων (ηλικιωμένοι, άνεργοι, μακροχρόνια άρρωστοι) στις υπηρεσίες υγείας.

Στις

ιδιωτικές πηγές χρηματοδότησης στηρίζονται σε δωρεές από φιλανθρωπικές οργανώσεις και εργοδοτικές υγειονομικές δαπάνες. Οι περισσότερες χώρες του τρίτου κόσμου με πολύ χαμηλό ΑΕΠ στηρίζονται σε σημαντικό βαθμό στην εξωτερική

βοήθεια για την χρηματοδότηση του τομέα της υγείας. Για παράδειγμα στην Αφρική το 20% των συνολικών δαπανών υγείας προέρχεται από εξωτερική βοήθεια, ενώ σε κάποιες άλλες χώρες το συγκεκριμένο ποσοστό ανέρχεται στο 50%.

Το μερίδιο συμμετοχής της κάθε πηγής εξαρτάται από το σύστημα υγείας που επικρατεί. Στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες, ο δημόσιος τομέας μέσω του κρατικού προϋπολογισμού ή μέσω της κοινωνικής ασφάλισης καλύπτει περίπου το 70-95% των συνολικών δαπανών υγείας. Το μεγαλύτερο ποσοστό στη πηγή της χρηματοδότησης καταλαμβάνει η κοινωνική ασφάλιση στις περισσότερες χώρες, με εξαίρεση την Μεγάλη Βρετανία, η οποία το 1948 κατήγγειλε την κοινωνική ασφάλιση, ως χρηματοδοτική πηγή και σχεδόν το σύνολο της χρηματοδότησης ανέλαβε ο κρατικός προϋπολογισμός.

Χρηματοδότηση από τον Κρατικό Προϋπολογισμό

Ο κρατικός προϋπολογισμός αποτελεί, όπως αναφέρθηκε παραπάνω, την κύρια πηγή χρηματοδότησης στα συστήματα υγείας, όμως συνεισφέρει λιγότερο ή περισσότερο και σε άλλες μορφές συστημάτων. Παραδείγματος χάρι στα περισσότερα συστήματα που βασίζονται στην κοινωνική ασφάλιση, η κάθε κυβέρνηση επιδοτεί τα ελλείμματα των ασφαλιστικών ταμείων ή των νοσοκομείων μέσω του κρατικού προϋπολογισμού. Επιπλέον καλύπτονται και δαπάνες για την εκπαίδευση, έρευνα, δημόσια υγεία. Στο Αμερικάνικο σύστημα το 40% καλύπτεται από δημόσιους πόρους που προέρχονται από την κεντρική και πολιτειακή κυβέρνηση. Ιστορικά η χρηματοδότηση από τον κρατικό προϋπολογισμό ήταν στις περισσότερες χώρες περιορισμένη, γιατί κάλυπτε τις δαπάνες για τη δημόσια υγεία και τις ανάγκες για άπορους, άνεργους, και ΑΜΕΑ. Κατά την περίοδο αυτή οι κύριες πηγές χρηματοδότησης ήταν η κοινωνική ασφάλιση, η εκκλησία και τα φιλανθρωπικά ιδρύματα. Με την πέραση των ετών το κράτος άρχισε να παίζει σημαντικό ρόλο στη χρηματοδότηση, λόγω της ραγδαίας οικονομικής αύξησης αλλά και της διόγκωσης των δαπανών υγείας. Οι περισσότερες χώρες όμως δεν επέλεξαν την κατάργηση της κοινωνικής ασφάλισης, πέρα της Μ. Βρετανίας, και την αποδοχή εξολοκλήρου των δαπανών υγείας.

Το

υπουργείο υγείας της κάθε χώρας αναλαμβάνει τη χρηματοδότηση στον κλάδο της υγείας, όμως συμμετέχουν και άλλα υπουργεία, όπως αυτό της άμυνας, το οποίο καλύπτει συνήθως τις ανάγκες υγείας των ενόπλων δυνάμεων. Από την άλλη πλευρά το υπουργείο υγείας καλύπτει χρηματοδοτικά τις ανάγκες υγείας των φυλακισμένων, το υπουργείο εσωτερικών τις ανάγκες υγείας των σωμάτων ασφαλείας και ου το καθεξής.

Τα

πλεονεκτήματα των συστημάτων υγείας που χρηματοδοτούνται από τον κρατικό προϋπολογισμό είναι τα εξής:

- Δεν απαιτείται η δημιουργία επιπλέον μηχανισμών για την συλλογή πόρων υγείας καθώς έχουν μικρό διοικητικό κόστος, σε αντίθεση με τα συστήματα υγείας που χρηματοδοτούνται από την κοινωνική ασφάλιση. Μια χώρα που συμβαίνει αυτό είναι η Γερμανία, διότι ο αριθμός των ασφαλιστικών ταμείων είναι μεγάλος και το διοικητικό κόστος επιβαρύνεται από τις απαιτούμενες διαδικασίες συλλογής εισφορών και χρηματοδότησης.
- Οι πολιτικές ελέγχου των δαπανών είναι πιο αποτελεσματικές και κοστίζουν λιγότερο, σε αντίθεση με τα συστήματα στα οποία υπάρχουν πολλοί ασφαλιστικοί οργανισμοί.
- Ο φορολογικός συντελεστής είναι προοδευτικός, δηλαδή τα οικονομικά βάρη κατανέμονται δίκαια με βάση το εισόδημα, σε αντίθεση με τις εισφορές της κοινωνικής ασφάλισης που η προοδευτικότητα τους είναι περιορισμένη.

Τα συστήματα υγείας αυτού του τύπου μειονεκτούν σε σχέση με τα συστήματα που χρηματοδοτούνται από την κοινωνική ασφάλιση στα εξής:

- Οι ασθενείς έχουν περιορισμένη επιλογή γιατρού και νοσοκομείου σε αντίθεση με τα ασφαλιστικά ταμεία, στα οποία συνήθως παρέχεται στον ασθενή η δυνατότητα της επιλογής με οικονομική επιβάρυνση. Επίσης υπάρχουν μεγάλες δυσκολίες παροχής υπηρεσιών υγείας, λόγω της γραφειοκρατίας που υπάρχει στο δημόσιο τομέα.
- Εξαρτώνται άμεσα από τα δημόσια έσοδα και ελλοχεύει ο κίνδυνος περικοπής της χρηματοδότησης . αυτά έχουν ως αποτέλεσμα ο προγραμματισμός και η ανάπτυξη των συστημάτων να γίνεται όλο και πιο

δύσκολος . Σε αντίθεση με τα συστήματα που χρηματοδοτούνται από την κοινωνική ασφάλιση οι πόροι είναι σταθεροί και δύσκολα χρησιμοποιούνται για άλλους σκοπούς.

- Παρατηρείται υψηλή κατανάλωση υπηρεσιών υγείας, γιατί ο ασθενής δεν γνωρίζει το τελικό ποσό που πληρώνει και έτσι δεν περιορίζει την υψηλή ζήτηση. Στα συστήματα που χρηματοδοτούνται από την κοινωνική ασφάλιση ο ασθενής γνωρίζει το ποσό που πληρώνει κάθε μήνα, με αποτέλεσμα να περιορίζει τη ζήτηση.

Το πρώτο μεγάλο πρόγραμμα υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας εμφανίστηκε στη Γερμανία το 1883. Το 1911 ο Lloyd George προσάρμοσε το πρόγραμμα αυτό στα δεδομένα της Μεγάλης Βρετανίας και έπειτα ακολούθησαν και οι άλλες ευρωπαϊκές χώρες. Η κύρια πηγή χρηματοδότησης, σε σύστημα υγείας τύπου Beveridge, είναι ο κρατικός προϋπολογισμός με κύριο πλεονέκτημά του ότι οι ιατρικές πράξεις δεν υπολογίζονται στο κόστος, αλλά μόνο η τελική θεραπεία, ενώ μειονέκτημα του είναι η έλλειψη οικονομικής υπευθυνότητας.

Χρηματοδότηση από την Κοινωνική Ασφάλιση

Το μοντέλο της κοινωνικής ασφάλισης στηρίζεται στις βασικές αρχές της ισότητας και κοινωνικής αλληλεγγύης γιατί οι υποχρεωτικές εισφορές των υψηλόμισθων επιδοτούν εκείνες των χαμηλόμισθων και όλοι οι ασφαλισμένοι έχουν ίση πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Οι πόροι προέρχονται κυρίως από τις υποχρεωτικές εισφορές εργαζομένων και εργοδοτών και το ύψος αυτών καθορίζεται από το ασφαλιστικό ταμείο ή από την κυβέρνηση επί του ακαθάριστου μηνιαίου μισθού του εργαζόμενου.

Η κοινωνική ασφάλιση αποτελεί μια κλασική μέθοδο χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας η οποία στηρίζεται στους εργοδότες και εργαζόμενους παρά τις μεγάλες διαφορές που υπάρχουν από χώρα σε χώρα σχετικά με τον αριθμό των ασφαλιστικών ταμείων, το ύψος των εισφορών, το εύρος κάλυψης των ασφαλιστικών κινδύνων και τον τρόπο παροχής υπηρεσιών υγείας. Η μεγάλη αύξηση των δαπανών υγείας τα τελευταία χρόνια και η έλλειψη των ταμείων κοινωνικής ασφάλισης να καλύψουν το

σύνολο αυτών ανάγκασε το κρατικό προϋπολογισμό να επιδοτεί τα ελλείμματα, με αποτέλεσμα η βασική αρχή της κοινωνικής ασφάλισης να μην υφίσταται για εργαζομένους και εργοδότες αλλά και για το κράτος.

Χρηματοδότηση από την Ιδιωτική Ασφάλιση

Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας μετά το 1960 πήρε μεγάλες διαστάσεις και σήμερα αποτελεί την κύρια πηγή χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας στα ελεύθερα συστήματα υγείας. Η προέλευση των πόρων της ιδιωτικής ασφάλισης είναι από τους ίδιους τους ασφαλισμένους ή από τους εργοδότες τους οι οποίοι προσφέρουν στους εργαζόμενους κάλυψη υγείας. Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας βασίζεται στην προσωπική ευθύνη αλλά και την οικονομική δυνατότητα του κάθε ατόμου. Αποτελεί δηλαδή μια μορφή ατομικής κάλυψης η οποία παρέχεται από ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες οι οποίες είναι ανταγωνιστικές στην αγορά και επιδιώκουν το κέρδος. Προσφέρουν στην αγορά μια μεγάλη ποικιλία ασφαλιστικών καλύψεων που απευθύνονται σε όλες τις κοινωνικές ομάδες και τα εισοδήματα. Ανεξάρτητα από το αν οι ασθενείς θα χρησιμοποιήσουν ή όχι τις υπηρεσίες υγείας, οι ασφαλιστικοί φορείς παρέχουν ένα συγκεκριμένο πακέτο υπηρεσιών υγείας και αμείβονται με ένα προκαθορισμένο ποσό χρημάτων. Η ιδιωτική ασφάλιση παίζει συμπληρωματικό ρόλο που όμως έχει μια συνεχή αύξηση και αυτό συμβαίνει είτε τα συστήματα υγείας χρηματοδοτούνται από την κοινωνική ασφάλιση είτε από τον κρατικό προϋπολογισμό.

Η αποτελεσματική λειτουργία της ιδιωτικής ασφάλισης απαιτεί την πιθανότητα του κινδύνου και το μέγεθος της ζημίας, έναντι των οποίων παρέχεται η ασφάλιση, να είναι ανεξάρτητα από τις πράξεις ή τις παραλείψεις των ασφαλισμένων. Στην πράξη, όμως, μέσω της ασφαλιστικής κάλυψης, τόσο η πιθανότητα κατανάλωσης των υπηρεσιών υγείας, όσο και το κόστος τείνουν να αυξάνονται. Οι ασφαλισμένοι κάνουν αλόγιστη χρήση των παρεχόμενων καλύψεων λόγω της μειωμένης τιμής στην αγορά των υγειονομικών υπηρεσιών. Το φαινόμενο αυτό ονομάζεται ηθικός κίνδυνος και οδηγεί στην αύξηση των αποζημιώσεων, η οποία με τη σειρά της οδηγεί τις ασφαλιστικές εταιρίες να εφαρμόζουν το μέτρο της συνασφάλισης, δηλαδή της συμμετοχής των ασφαλισμένων

στο κόστος περίθαλψης. Στην Ελλάδα το φαινόμενο του ηθικού κινδύνου εκδηλώθηκε σε σημαντική έκταση στα μέσα της δεκαετίας του 1990. Η εμφάνιση της κάρτας νοσηλείας στις αρχές της δεκαετίας αυτής προσέφερε εύκολη πρόσβαση σε μεγάλα ιδιωτικά νοσηλευτικά ιδρύματα και ταυτόχρονα αύξησε το κόστος των αποζημιώσεων των ασφαλιστικών εταιριών, λόγω της έλλειψης ελέγχου.

Σε κάθε πληθυσμό η πιθανότητα κινδύνου νόσησης διαφέρει μεταξύ των ατόμων για αυτό οι ασφαλιστικές εταιρίες στρέφουν την προσοχή τους σε άτομα χαμηλού κινδύνου. Το φαινόμενο αυτό καλείται αντίστροφη επιλογή από την οπτική γωνία της κοινωνίας και είναι προφανές ότι προκαλεί απώλεια ευημερίας. Η αντίστροφη επιλογή έχει ως αποτέλεσμα τη στέρηση της δυνατότητας ασφαλιστικής κάλυψης από τα άτομα εκείνα που τη χρειάζονται περισσότερο, δημιουργώντας προβλήματα ανισότητας στην πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας.

Η ιδιωτική ασφάλιση σε κάποιες περιπτώσεις μπορεί να υποκαθιστά την υποχρεωτική κοινωνική ασφάλιση, ενώ σε μερικές περιπτώσεις να έχει συμπληρωματικό χαρακτήρα. Ο διαχωρισμός βασίζεται στον τρόπο υπολογισμού των ασφαλιστρών, τις παρεχόμενες καλύψεις και το σκοπό των εταιριών, κερδοσκοπικού χαρακτήρα ή μη. Σε χώρες όπως η Γερμανία και η Ολλανδία, η ιδιωτική ασφάλιση αποτελεί εναλλακτική λύση προς την κοινωνική ασφάλιση. Η λύση αυτή επιλέγεται συνήθως από άτομα με υψηλό εισόδημα.

Στις περιπτώσεις εκείνες όπου η ιδιωτική ασφάλιση λειτουργεί ως πρόσθετη της κοινωνικής, οι ασφαλισμένοι έχουν την δυνατότητα κάλυψης πρόσθετων υπηρεσιών, όπως οδοντιατρική περίθαλψη ή αγορά θεραπευτικού εξοπλισμού. Η συμπληρωματική ιδιωτική ασφάλιση παρέχει μερική ή πλήρη κάλυψη για τις καταβαλλόμενες πληρωμές, αναιρώντας έτσι την επίδραση του μέτρου συμμετοχής των χρηστών στον περιορισμό της άσκοπης χρήσης των υπηρεσιών υγείας. Τέλος αρκετά διαδεδομένη είναι ομαδική ιδιωτική ασφάλιση. Παραδείγματος χάρι τα συμβόλαια ομαδικής ασφάλισης των εργαζομένων που έχουν αναπτυχθεί στις ΗΠΑ και χρηματοδοτούνται κυρίως από εργοδότες αλλά και τα ιδιωτικά συμβόλαια υγείας των δημόσιων υπαλλήλων στην Γερμανία.

Οι καταβαλλόμενες δαπάνες από την ιδιωτική ασφάλιση κυμαίνονται σε χαμηλά επίπεδα στις χώρες του ΟΟΣΑ. Το 2003 δεν ξεπερνούσε το 10% των συνολικών δαπανών υγείας, με εξαίρεση τις ΗΠΑ(35,4%), όπου αποτελούν τη βασική συνιστώσα των ιδιωτικών δαπανών με αυξητική στάση., όπως επίσης και η Ολλανδία (17,9%) και η Γαλλία(12,2%). Τα υψηλά ποσοστά των χωρών αυτών οφείλονται στο

ότι οι πολίτες απολαμβάνουν το δικαίωμα της υποκατάστασης της υποχρεωτικής κοινωνικής ασφάλισης από την ιδιωτική, διότι δεν καλύπτεται από το δημόσιο ασφαλιστικό σύστημα. Αντίθετα σε χώρες όπως η Ελλάδα, η Φιλανδία, η Ιταλία, η Κορέα, το Μεξικό η συμμετοχή της ιδιωτικής ασφάλισης δεν ξεπερνά το 5% των συνολικών δαπανών υγείας, ως αποτέλεσμα του χαμηλού ποσοστού του καλυπτόμενου πληθυσμού στις χώρες αυτές. Γενικά οι μικρές υγειονομικές δαπάνες της ιδιωτικής ασφάλισης μπορούν να αποδοθούν στην τάση των κυβερνήσεων για μετακύλιση του κόστους της περίθαλψης στους πολίτες παρά στην προώθηση της ιδέας για ιδιωτική ασφάλιση.

2.8 Προβλήματα στη Χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας

Σχεδόν σε όλες τις χώρες, τόσο στις αναπτυγμένες όσο και στις αναπτυσσόμενες, υπάρχει η αίσθηση ότι οι ανάγκες υγείας, κυρίως από την πλευρά των επιστημόνων, δεν αντιμετωπίζονται επαρκώς. Οι υπηρεσίες που είναι απαραίτητες για την πλήρη κάλυψη των αναγκών αυξάνονται συνεχώς και γρηγορότερα από το εθνικό εισόδημα. Η συνεχόμενη αύξηση των ιατρικών γνώσεων, αυξάνει και τις απαιτήσεις των γιατρών και αυτό έχει ως αποτέλεσμα οι απαιτήσεις των ατόμων και των κοινωνικών ομάδων να μεγαλώνουν, ασκώντας πιέσεις για περισσότερους πόρους στον τομέα της υγείας.

Το έντονο συναισθηματικό περιεχόμενο των απαιτήσεων αυτών και η αμεσότητα με την οποία μετατρέπονται σε πολιτική πίεση έχει σαν αποτέλεσμα τη συνεχή αύξηση των κονδυλίων που διατίθενται. Δεν αμφισβητεί κανείς τη πρόοδο της ιατρικής επιστήμης, όμως οι αιτίες για την συνεχή αύξηση των δαπανών είναι η γήρανση του πληθυσμού, κυρίως στις αναπτυγμένες χώρες και η τεράστια πρόοδος της ιατρικής τεχνολογίας. Ο συγκεκριμένος παράγοντας θεωρείται ο πιο σημαντικός στις ανεπτυγμένες χώρες.

Η σύγχρονη τεχνολογία απαιτεί, εκτός από το τεράστιο κόστος αγοράς, αυξημένες λειτουργικές δαπάνες με τη μορφή του εξειδικευμένου προσωπικού που απαιτείται για τη λειτουργία του. Το κόστος έχει ακόμα μεγαλύτερη ανοδική πορεία όταν η τεχνολογία είναι εισαγόμενη, διότι οι απαιτήσεις του σύγχρονου εξοπλισμού είναι τεράστια σε διαρκή συντήρηση και επισκευές. Τέλος ο τεχνολογικός εξοπλισμός έχει μικρό προσδόκιμο

ζωής και απαιτεί την ταχεία ανανέωση του με νεότερα μοντέλα.

Το επαναλαμβανόμενο πρόβλημα των αρμόδιων για την οργάνωση του τομέα υγείας είναι η έλλειψη χρημάτων, το οποίο δεν είναι πάντα δικαιολογημένο. Αυτό που απαιτείται είναι η συνεχής επανεξέταση του τρόπου διάθεσης των κονδυλίων που διατίθενται σε σχέση με την αποτελεσματικότητα τους στην αντιμετώπιση των πραγματικών προβλημάτων υγείας της κοινωνίας. Η ανεπάρκεια των πόρων μπορεί να είναι απόλυτη ή σχετική, γεγονός που σημαίνει ότι πολλά προβλήματα μπορούν να αντιμετωπιστούν με αναπροσαρμογή των δαπανών προς πιο αποδοτικές κατευθύνσεις.

Το σοβαρότερο και δυσκολότερο πρόβλημα της χρηματοδότησης είναι η άνιση κατανομή των πόρων, τόσο γεωγραφικά, όσο και μεταξύ των κοινωνικοοικονομικών ομάδων πληθυσμού και μορφών υπηρεσιών υγείας. Όπου υπάρχουν συστήματα υποχρεωτικής ασφάλισης για ορισμένες ομάδες του πληθυσμού, παρατηρείται το φαινόμενο της άνισης κατανομής, διότι συγκεντρώνονται με άνισο τρόπο οι ανθρώπινοι και υλικοί πόροι στην εξυπηρέτηση των αναγκών των ομάδων αυτών. Επιπλέον, όπου λειτουργεί ένας αναπτυγμένος ιδιωτικός τομέας, αναμφισβήτητα συγκεντρώνει μεγάλη μερίδα των πόρων.

Οι κυριότερες ανισότητες στην κατανομή των πόρων που παρατηρούνται στις περισσότερες χώρες είναι οι εξής:

- Δυσανάλογα μεγάλες δαπάνες στις αστικές περιοχές
- Συγκέντρωση δαπανών στο νοσοκομειακό τομέα σε σχέση με την πρωτοβάθμια περίθαλψη
- Συγκέντρωση των δαπανών στις θεραπευτικές υπηρεσίες σε βάρος της πρόληψης και της προαγωγής της υγείας
- Σημαντική επιβάρυνση του αγροτικού πληθυσμού με ιδιωτικές δαπάνες για την ιατρική και φαρμακευτική περίθαλψη.

Στις περισσότερες χώρες η χρηματοδότηση του τομέα υγείας προέρχεται από πολλές πηγές. Αυτό προκαλεί σπατάλη πόρων, καθώς επικαλυπτόμενα προγράμματα πολλών φορέων λειτουργούν χωρίς συντονισμό. Η πιο συνηθισμένη και σοβαρή έλλειψη συντονισμού είναι μεταξύ προγραμμάτων του κεντρικού υπουργείου υγείας ή του εθνικού φορέα υγείας και των άλλων ασφαλιστικών φορέων. Τα χρήματα

αντλούνται από διαφορετικές πηγές και δαπανώνται από διαφορετικούς διοικητικούς μηχανισμούς και αυτό πολύ συχνά οδηγεί σε επικάλυψη δραστηριοτήτων.

Στη χώρα μας χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι η ταυτόχρονη ύπαρξη των κέντρων υγείας, των ιατρείων του ΙΚΑ , των εξωτερικών ιατρείων των νοσοκομείων που χρησιμοποιούνται από ασφαλισμένους του ΙΚΑ και μη. Ο συντονισμός των δραστηριοτήτων και ο κοινός προγραμματισμός των τριών υπηρεσιών θα επέφερε εξοικονόμηση ανθρώπινων και υλικών πόρων και βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Επιπρόσθετα ένα πρόβλημα στη χρηματοδότηση του τομέα υγείας είναι η αντιπαραγωγική χρήση πόρων που συχνά σπανίζουν. Η πιο συνηθισμένη περίπτωση είναι η κακή χρησιμοποίηση του ανθρώπινου δυναμικού, όπου το ειδικευμένο προσωπικό συχνά χρησιμοποιείται σε θέσεις κατώτερες από ότι δικαιολογεί η εκπαίδευση του. Συχνή είναι η περίπτωση όπου το νοσηλευτικό προσωπικό κυρίως χρησιμοποιείται σε εργασίες που θα μπορούσαν με χαμηλότερο κόστος να εκτελεστούν από άλλο βοηθητικό προσωπικό. Αντιθέτως παρατηρείται η χρησιμοποίηση ανεπαρκώς εκπαιδευμένου προσωπικού στο χειρισμό πολύπλοκων και δαπανηρών ιατρικών μηχανημάτων, με αποτέλεσμα τη σπατάλη χρημάτων λόγω βλαβών και κακής συντήρησης.

Ένας άλλος τομέας όπου παρατηρούνται αντιπαραγωγικές δαπάνες είναι ο νοσοκομειακός. Προγραμματίζεται η ανέγερση μεγάλων και δαπανηρών μονάδων υγείας στα αστικά κέντρα , που συχνά δεν σχετίζονται άμεσα με την ποιότητα της περίθαλψης και αυτό γίνεται σε βάρος κονδυλίων που θα μπορούσαν να αξιοποιηθούν πιο παραγωγικά στην ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας ή νοσοκομείων σε επαρχιακά αστικά κέντρα. Το τελευταίο θα είχε πιο άμεσο αποτέλεσμα στην αντιμετώπιση των αναγκών υγείας του πληθυσμού, καθώς δεν θα συγκεντρώνονταν όλες οι υπηρεσίες υγείας στα αστικά κέντρα και θα καλύπτονταν και τα επαρχιακά. Τέλος η διοίκηση στο τομέα της υγείας παίζει σημαντικό ρόλο στην παραγωγικότητα των δαπανών. Οι διοικητικοί έλεγχοι είναι πολλές φορές σχολαστικοί και κοστίζουν πολύ περισσότερο από τις καταχρήσεις. Παλιά λογιστικά σχέδια στερούν την απαραίτητη ευκολία από τη διοίκηση, ενώ η πολιτική των προσλήψεων προσωπικού προκαλεί πολλές δυσκολίες στην παραγωγική λειτουργία του συστήματος υγείας.

Τα σημαντικότερα προβλήματα χρηματοδότησης του Ελληνικού συστήματος είναι το ύψος της χρηματοδότησης και η απουσία αποτελεσματικών μηχανισμών για την κατανομή των οικονομικών πόρων. Η ζήτηση καθορίζει το ύψος

της χρηματοδότησης. Δεν υπάρχουν προϋπολογισμοί ή αυξητικά όρια για τις νοσοκομειακές δαπάνες. Ούτε από την πλευρά της προσφοράς, ούτε όμως και από την πλευρά της ζήτησης δεν εφαρμόζονται πολιτικές και κίνητρα συγκράτησης του κόστους. Οι πληρωμές προέρχονται από διάφορες πηγές χωρίς όμως τον μεταξύ τους συντονισμό. Η πολιτική τιμολόγηση των νοσηλείων είναι σημαντική, αλλά απουσιάζει, όπως και η χρηματοδότηση των νοσοκομείων και σε νέες μεθόδους. Θεσμικές παρεμβάσεις, όπως η δημιουργία του ενιαίου φορέα υγείας και η ανάπτυξη του οικογενειακού γιατρού θεωρούνται μέτρα που μπορούν να βοηθήσουν στην καλύτερη χρηματοδότηση του συστήματος.

Αποτέλεσμα όλων αυτών είναι οι μεγάλες ανισότητες κατά περιφέρεια ή κατά ασφαλιστικό ταμείο που παρατηρούνται και αποτελούν σημαντικό πρόβλημα του υγειονομικού συστήματος. Ωστόσο πολύ υψηλή είναι και η ιδιωτική δαπάνη που ακυρώνει την ισότιμη και δωρεάν παροχή υπηρεσιών υγείας. Σημαντικές είναι και οι σπατάλες στη φαρμακευτική κατανάλωση και στις διαγνωστικές εξετάσεις που έχουν υψηλό κόστος και θα πρέπει να διαχωριστούν και να προσεχθούν ιδιαίτερα.

Τέλος, η τεράστια παραοικονομική δραστηριότητα και ανάπτυξη οικονομικών συναλλαγών από μέρους των επαγγελματιών υγείας επιβαρύνουν οικονομικά τον ασθενή. Με τον ενιαίο Φορέα Υγείας επιτυγχάνεται η ενιαία οργάνωση της χρηματοδότησης μέσω κανόνων και μηχανισμών, η ίση κατανομή των πόρων κατά περιφέρεια και επαγγελματική κατηγορία, η αποτελεσματική διαχείριση των πόρων και ο έλεγχος της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

2.9 Ανακεφαλαίωση

Σε αυτό το κεφάλαιο αναλύθηκαν οι δαπάνες στα συστήματα υγείας καθώς και η χρηματοδότηση τους. Σε κάθε χώρα σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη, τόσο την κοινωνική όσο και την οικονομική, παίζουν οι δαπάνες υγείας. Υπάρχουν διάφορες κατηγορίες δαπανών, όπως περιγράφηκε και στο παραπάνω κεφάλαιο, κάποιες από τις οποίες είναι ελεγχόμενες και μη, κάποιες μεταβλητές. Θα πρέπει η κοινωνία κάθε χώρας να έχει κοινή πορεία με τα συστήματα υγείας, για την υγιή ανάπτυξη της. Επιπρόσθετα όσο οι δαπάνες εξελίσσονται ραγδαία, τόσο κινδυνεύει η κοινωνική και οικονομική ανάπτυξη, αν δεν ληφθούν άμεσα τρόποι αντιμετώπισης τους.

Αναπτύχθηκε και ο σκοπός των συστημάτων υγείας που αφορά τη διασφάλιση και τη βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού κάθε χώρας. Έχει ως απώτερο στόχο τη θέσπιση τους ως βασικό θεσμό του κοινωνικού κράτους. Καθώς βελτιώνονται το επίπεδο των συστημάτων υγείας, έχει αντίκτυπο και στην βελτίωση της ποιότητας ζωής των ατόμων. Κάποια σημαντικά χαρακτηριστικά των συστημάτων υγείας είναι η δυνατότητα προσφορά υπηρεσιών χωρίς περιορισμούς, η εύκολη πρόσβαση στα συστήματα υγείας αλλά και η κάλυψη όχι μόνο των θεραπειών αλλά και του απαραίτητου ελέγχου πριν τις θεραπείες. Η οργάνωση των συστημάτων υγείας είναι πολύ σημαντική για το κράτος. Οι ιδιαιτερότητες των συστημάτων είναι η αυξημένη κρατική παρέμβαση, τα συστήματα που δεν λειτουργούν με τους νόμους της αγοράς, αυτά της εντάσεως εργασίας και η οργάνωση και διαχείριση τους. Υπάρχουν διάφορες μορφές συστημάτων υγείας και χωρίζονται σε τρία πρότυπα με βάση τον τρόπο χρηματοδότησης του. Στο ιδιωτικό, που υπάρχει ελευθερία γιατρών και σημαντικό ρόλο έχει η αγοραστική δύναμη των ασθενών. Στο δημόσιο πρότυπο, όπου η κοινωνική αλληλεγγύη κατέχει τον σημαντικότερο ρόλο αφού στηρίζει την ίση κάλυψη των αναγκών. Το συγκεκριμένο πρότυπο έχει και δύο υποκατηγορίες στον τρόπο χρηματοδότησης, την κοινωνική ασφάλιση και τον κρατικό προϋπολογισμό. Τέλος το μικτό πρότυπο είναι εκείνο που καλύπτει τα χρηματοδοτικά κενά από την κοινωνική ασφάλιση.

Σε όλα τα συστήματα υπάρχουν πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα, το ίδιο συμβαίνει και με τα συστήματα υγείας. Τα τελευταία χρόνια έχει παρατηρηθεί μια αύξηση των δαπανών υγείας, αυτό συμβαίνει κυρίως για δημογραφικούς, επιδημιολογικούς και οικονομικούς παράγοντες. Σημαντικό ρόλο στην αύξηση των δαπανών υγείας έχουν και οι ψυχολογικοί, κοινωνικοί και πολιτιστικοί παράγοντες αλλά και η διαθεσιμότητα και βελτίωση εισόδου στις υπηρεσίες υγείας. Εν κατακλείδι τα συστήματα υγείας είναι περίπλοκα και η αγορά των υπηρεσιών υγείας ιδιόμορφη.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΕΜΠΕΙΡΙΚΗΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ

3.1 Εισαγωγή

Στο συγκεκριμένο κεφάλαιο θα γίνει ανάλυση σε επιλεγμένες χώρες της ευρωπαϊκής ένωσης. Οι χώρες αυτές είναι η Γαλλία, η Γερμανία, η Ιταλία και η Μεγάλη Βρετανία. Οι συγκεκριμένες χώρες επιλέγονται για συγκεκριμένους λόγους. Τα συστήματα της Γαλλίας και Γερμανίας έχουν πολλές ομοιότητες μεταξύ τους, βασίζονται στη αλληλεγγύη και δεν είναι ενιαία. Από την άλλη πλευρά η Ιταλία μοιάζει με τη χώρα μας, όσο αναφορά τα συστήματα υγείας. Τέλος η Μεγάλη Βρετανία κατέχει ένα από τα πιο αποτελεσματικά συστήματα υγείας σε μακροοικονομικό περιβάλλον και αποτελεί το δημοφιλέστερο τμήμα του Βρετανικού κράτους.

Όπως θα αναλυθεί παρακάτω η Γαλλία έχει ομογενοποιήσει τους οργανισμούς που αφορούν την υγεία. Κατέχει τις πιο

υψηλές συνεισφορές εργοδοσίας και εργαζομένων στην Ευρώπη και το επίπεδο των δαπανών υγείας είναι υψηλό σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Στο Γερμανικό σύστημα υγείας συνυπάρχουν ο ιδιωτικός τομέας, ένα μοντέλο εθνικού συστήματος υγείας και ένα ακόμη μοντέλο κοινωνικής ασφάλισης που λειτουργεί περιφερειακά. Οι πόροι στο Γερμανικό σύστημα υγείας προέρχονται κυρίως από τις εισφορές εργαζομένων και εργοδοτών. Βασίζεται σε ασφαλιστικά ταμεία και περιφερειακές ενώσεις των ιατρών εξω-νοσοκομειακής περίθαλψης.

Το Ιταλικό σύστημα χωρίζεται σε κεντρικό, περιφερειακό και τοπικό επίπεδο. Το Υπουργείο Υγείας είναι υπεύθυνο για τον σχεδιασμό της ιατρικής περίθαλψης. Γενικά η Ιταλία είναι από τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης που κατέχει αυξημένες δαπάνες, όμως το επίπεδο στα θέματα υγείας είναι χαμηλό. Όπως και στην Ελλάδα, έτσι και στην Ιταλία η χρηματοδότηση γίνεται μέσω ασφαλιστικών εισφορών που καταβάλλονται από εργοδότες και εργαζομένους και γενικά από φορολογικά έσοδα και η γραφειοκρατία είναι μεγάλη.

Η Μεγάλη Βρετανία έχει ένα εντελώς διαφορετικό σύστημα υγείας από το οποίο απουσιάζουν τα ασφαλιστικά ταμεία και υπάρχει έντονη κρατική παρέμβαση. Οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται από ιδιώτες οικογενειακούς γιατρούς των ασφαλιστικών ταμείων και από νοσοκομεία που ανήκουν σε φιλανθρωπικά ιδρύματα και την τοπική αυτοδιοίκηση. Το Βρετανικό σύστημα υγείας βασίζεται στις αρχές της κοινωνικής αλληλεγγύης, καθολικής και πλήρους κάλυψης του πληθυσμού, αλλά και της ισότητας. Επιπλέον στο Βρετανικό σύστημα υγείας υπάρχει επαγγελματική αυτονομία των γιατρών και οι πολίτες της χώρας είναι πλήρως ικανοποιημένοι. Θεωρείται ένα από τα πιο αποτελεσματικά συστήματα υγείας σε μακροοικονομικό περιβάλλον και αποτελεί το δημοφιλέστερο τμήμα του Βρετανικού κράτους.

3.2 Αναφορά στα συστήματα υγείας των επιλεγμένων χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης

Στην ενότητα αυτή θα παρουσιαστούν τα συστήματα υγείας των επιλεγμένων χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Οι χώρες που επιλέχθηκαν είναι η Γαλλία, η Γερμανία, η Ιταλία και η Μεγάλη Βρετανία. Αναλύονται τα κύρια χαρακτηριστικά των συστημάτων υγείας των συγκεκριμένων χωρών και η δομή τους. Οι τρόποι

χρηματοδότησης τους, που διαφέρουν από χώρα σε χώρα αλλά και τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα του κάθε συστήματος ανά χώρα.

Γαλλία

Από τα τέλη του 19^{ου} αιώνα άρχισαν να εμφανίζονται στην Γαλλία τα πρώτα συστήματα ασφάλισης, τα οποία αφορούσαν αποκλειστικά την προστασία των εργαζομένων από εργατικά ατυχήματα καθώς και την προστασία της μητρότητας. Το Γαλλικό σύστημα υγείας αποτελεί ένα από τα πιο χαρακτηριστικά παραδείγματα του μοντέλου Bismark, το οποίο στηρίζεται στη χρηματοδότηση της κοινωνικής ασφάλισης, με ισχυρό τον κεντρικό κυβερνητικό έλεγχο και είναι ένα από τα πιο επιτυχημένα συστήματα.

Τις τελευταίες δεκαετίες η ασφάλιση υγείας άρχισε να επεκτείνεται και να καλύπτει όλο και μεγαλύτερο τμήμα του πληθυσμού. Το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων σε συνεργασία με το Υπουργείο Οικονομικών επωμίζονται την εποπτεία των ασφαλιστικών ταμείων. Στο Γαλλικό σύστημα υγείας οι ασφαλισμένοι καλύπτονται για συντάξεις, για θέματα υγείας και για εργατικά ατυχήματα.

Το Γαλλικό σύστημα της ιατρικής ασφάλισης βασίζεται στην αρχή πως ο καθένας συμβάλλει ανάλογα με τα μέσα που διαθέτει και έχει ιατρική κάλυψη ανάλογα με τις ανάγκες του. Το Γαλλικό σύστημα κοινωνικής ασφάλισης μοιάζει με το Γερμανικό. Και τα δύο βασίζονται στην αλληλεγγύη και για αυτό δεν είναι ενιαία. Στην αρχή υπήρχαν πολλοί μικροί ασφαλιστικοί οργανισμοί, όμως στη συνέχεια έγινε προσπάθεια για ομοιογενοποίηση των οργανισμών. Έτσι έγινε προσπάθεια να θεσπιστούν ίδιες προϋποθέσεις παροχών για όλους. Η κοινωνική ασφάλιση στη Γαλλία έχει από τις πιο υψηλές συνεισφορές εργοδοσίας – εργαζομένων στην Ευρώπη. Το γεγονός αυτό έχει οδηγήσει στην άυξηση της ιδιωτικής ασφάλισης τα τελευταία χρόνια. Η Γαλλία συγκαταλέγεται και στις χώρες με το υψηλότερο επίπεδο στον τομέα των δαπανών σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Το Γαλλικό σύστημα κοινωνικής ασφάλισης περιλαμβάνει τρεις πυλώνες: τον βασικό – κύριο, τον συμπληρωματικό- επικουρικό και τον υπερσυμπληρωματικό. Οι δύο πρώτοι είναι υποχρεωτικοί και ο τρίτος προαιρετικός.

Ο πρώτος πυλώνας εφαρμόζεται στη Γαλλία από τα χρήματα που παρέχουν τα ταμεία της βασικής σύνταξης, ανταποδοτικού χαρακτήρα. Ο δεύτερος υποχρεωτικός επικουρικός

πυλώνας καλύπτει όλους τους εργαζομένους. Τα επικουρικά ταμεία χορηγούν σύνταξη, που είναι ανάλογη με την διάρκεια ασφαλιστικού βίου, τις εισφορές καθώς και το όριο ηλικίας των ασφαλισμένων. Τέλος, ο τρίτος πυλώνας περιλαμβάνει την υπερσυμπληρωματική ασφάλιση προαιρετικής και ιδιωτικής μορφής για επιχειρήσεις ή ομάδα εργαζομένων, όπου η διαχείριση είναι αυτόνομη ή έχει δοθεί σε ασφαλιστικές εταιρίες. Αυτή η ασφάλιση αφορά μικρό αριθμό εργαζομένων του ιδιωτικού τομέα και οι εισφορές όσο και οι παρεχόμενες συντάξεις και επιδόματα είναι μικρότερα σε σχέση με αυτά της υποχρεωτικής επικουρικής ασφάλισης.

Όπως αναφέρει ο Σούλης στο βιβλίο του «Συστήματα Υγείας» πολλοί επέκριναν τη Γαλλική κυβέρνηση ότι παραδίδει σταδιακά το γαλλικό σύστημα υγείας στα χέρια ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιριών και αυτός είναι ο λόγος που αύξησε κατά 25% τη νοσηλία στα δημόσια νοσοκομεία. Το 64,7% των γαλλικών νοσοκομείων ανήκουν στο δημόσιο τομέα, το 15,3% στον κερδοσκοπικό ιδιωτικό τομέα και το 20% σε ιδιωτικούς μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς.

Το Γαλλικό κράτος εγγυάται πως το Γαλλικό κοινοβούλιο θεσπίζει κανόνες για όλο το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης, ενώ η Κυβέρνηση εκτελεί τους κανόνες αυτούς μέσω του Υπουργείου προϋπολογισμού. Από το 1996 που έγινε η μεταρρύθμιση σχετικά με τον χώρο της υγείας, δημιουργήθηκαν αποκεντρωμένα περιφερειακά νοσηλευτικά ιδρύματα με διοικητική υτονομία και άλλαξε ο τρόπος χρηματοδότησης του συστήματος υγείας. Με γνώμονα την ισοτιμία στη πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας, οι Γάλλοι περιφερειάρχες, δημιούργησαν δίκτυα υπηρεσιών όπου εντάσσεται όχι μόνο ο δημόσιος, αλλά και ο ιδιωτικός τομέας υγείας. Η οικονομική κάλυψη των δημόσιων νοσοκομείων της χώρας γίνεται από την κοινωνική ασφάλιση, ενώ κάθε ταμείο κοινωνικής ασφάλισης πληρώνει ανάλογα με τις ημέρες νοσηλείας των ασφαλισμένων. Για την αντιμετώπιση του προβλήματος της εισφοροδιαφυγής, το Γαλλικό σύστημα έχει εφαρμόσει ένα σύστημα που αποτελείται από τους εξής παράγοντες:

- Υπάρχουν επιθεωρητές εργασίας που προβαίνουν σε τακτικούς και συνεχείς ελέγχους στις επιχειρήσεις
- Οι εργαζόμενοι βοηθούν στην αποφυγή της εισφοροδιαφυγής μέσω των καταγγελιών, όταν ο εργοδότης δεν τους ασφαλίσει

- Ο εργοδότης έχει κίνητρα για να ασφαλίσει τους εργαζομένους, διότι η δαπάνη για τις εισφορές εκπίπτει από την εφορία
- Μέσω του Οργανισμού διαχείρισης των οικονομικών και αποθεματικών του συστήματος και με την βοήθεια των συστημάτων πληροφορικής, το Γαλλικό κράτος ελέγχει την εισφοροδιαφυγή και πετυχαίνει την καθιέρωση ασφαλιστικής συνείδησης από την πλευρά εργαζομένων και εργοδοτών.

Στις δαπάνες του ιδιωτικού τομέα, όπως αναφέρει ο Σούλης, υπάρχει ένα καθορισμένο όριο και υπάρχει έλεγχος απο τον διευθυντή του κάθε νοσοκομείου. Αυτή η τακτική έχει ως στόχο να υπάρχει μια ενιαία τιμή ανα πράξη είτε αυτή παρέχεται από δημόσιο νοσοκομείο είτε από ιδιωτική κλινική. Οι δαπάνες υγείας στη Γαλλία το 2000 αντιστοιχούσαν στο 9,5 % του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος , πιο συγκεκριμένα το 6,2 % στις δημόσιες δαπάνες και το 3,3% στις ιδιωτικές. Το 2011 περίπου το 57% των κρατικών δαπανών προς τις κοινωνικές δαπάνες αφορούσαν τον τομέα της ασφάλισης και περίπου το 16% τον τομέα της υγείας, ποσοστά που υπολογίζονται στο 32,3 % επί του ΑΕΠ.

Γερμανία

Το Γερμανικό σύστημα υγείας είναι το σύστημα που συνυπάρχουν αποτελεσματικά ο κρατικός έλεγχος, η χρηματοδότηση από εργοδότες και εργαζόμενους, η επαγγελματική αυτονομία των γιατρών και ο έλεγχος των νοσοκομειακών δαπανών από τα ταμεία υγείας. Στο Γερμανικό σύστημα συνυπάρχουν ο ιδιωτικός τομέας από την πλευρά των παραγωγών, ένα μοντέλο εθνικού συστήματος υγείας και ένα μοντέλο κοινωνικής ασφάλισης που λειτουργεί περιφερειακά. Η συνύπαρξη αυτή είναι αρμονική και βασίζεται στο συμβιβασμό των εταίρων και στον υψηλό βαθμό συναίνεσης που επικρατεί μεταξύ τους. Οι υπηρεσίες υγείας σε κεντρικό επίπεδο καθοδηγούνται από την ομοσπονδιακή κυβέρνηση και σε τοπικό από τις κυβερνήσεις ομοσπονδιακών κρατιδίων. Για ζητήματα σχεδιασμού και πολιτικής υγείας νομοθετεί η ομοσπονδιακή κυβέρνηση, ενώ οι τοπικές καλούνται να εφαρμόσουν αυτή την εθνική πολιτική, παρεμβαίνοντας και νομοθετώντας για θέματα υγείας τοπικής εμβέλειας. Η χρηματοδότηση του συστήματος γίνεται κυρίως από την κοινωνική ασφάλιση, δηλαδή από εισφορές

εργαζομένων και εργοδοτών. Υπάρχουν διάφορα ταμεία υγείας, τα οποία αγοράζουν για λογαριασμό των ασφαλισμένων τους υπηρεσίες υγείας και πληρώνουν τους προμηθευτές από τα έσοδα των εισφορών. Οι προμηθευτές εκπροσωπούνται από τις Περιφερειακές Ενώσεις των γιατρών και διαπραγματεύονται τις τιμές των υπηρεσιών που προσφέρουν. Όλοι οι πολίτες της χώρας έχουν πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας που προσφέρονται δωρεάν, επιπλέον έχουν ελευθερία επιλογής γιατρών και νοσοκομειακού ιδρύματος.

Ένα από τα βασικά χαρακτηριστικά του Γερμανικού συστήματος, όπως αναφέρεται στο βιβλίο «Συστήματα Υγείας» του κύριου Σαρρή, είναι ότι οι πόροι του προέρχονται κυρίως από τις εισφορές εργαζομένων και εργοδοτών. Στην οργάνωση και χρηματοδότηση και στο επίπεδο της παραγωγής και διανομής των υπηρεσιών, εμπλέκονται φορείς και όργανα, όπως ασφαλιστικά ταμεία, περιφερειακές ενώσεις γιατρών, όπως και ένας αριθμός εθελοντικών οργανισμών κοινωνικής προστασίας μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα.

Σε ομοσπονδιακό επίπεδο σε θέματα σχετικά με την υγεία εμπλέκονται άλλα τρία υπουργεία, δηλαδή το Υπουργείο εργασίας και κοινωνικών υποθέσεων, του περιβάλλοντος και το Υπουργείο έρευνας και τεχνολογίας. Την κύρια ευθύνη για τη στρατηγική και τις πολιτικές υγείας σε εθνικό επίπεδο την έχει το ομοσπονδιακό υπουργείο υγείας, το οποίο αποφασίζει έχοντας λάβει υπόψη του τα κοινωνικά, πολιτικά και οικονομικά δεδομένα της χώρας. Ως συμβουλευτικό υπουργείο υπάρχει το Ομοσπονδιακό Συμβούλιο Υγείας. Από την άλλη πλευρά σε περιφερειακό επίπεδο, την ευθύνη των υπηρεσιών υγείας έχουν οι τοπικές κυβερνήσεις και οι υπουργοί υγείας των κρατιδίων. Σχεδόν σε όλα τα κρατίδια λειτουργούν Ινστιτούτα και φορείς που στηρίζουν επιστημονικά τις επιμέρους πολιτικές υγείας. Επιπρόσθετα υπάρχουν σε κάθε κρατίδιο διευθύνσεις δημόσιας υγείας με διευθυντές δημόσιας υγείας διάσπαρτους σε όλη τη χώρα.

Τους πυλώνες του συστήματος, όμως, αποτελούν τα ασφαλιστικά ταμεία και οι περιφερειακές ενώσεις των ιατρών έξω-νοσοκομειακής περίθαλψης. Τα σημαντικότερα θέματα καθορίζονται μέσα από μία συνεχή διαπραγμάτευση αυτών των δύο, όπως η κατανομή πόρων, η ποιότητα των υπηρεσιών. Τα Ασφαλιστικά ταμεία αποτελούν αυτόνομους μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα οργανισμούς που ασφαλίζουν άτομα που έχουν το ίδιο επάγγελμα, εργάζονται σε μεγάλες επιχειρήσεις ή μένουν σε μια συγκεκριμένη γεωγραφική περιοχή. Ο νόμος υποχρεώνει τα

ασφαλιστικά ταμεία να προσφέρουν ένα ελάχιστο αριθμό παροχών τους ασφαλισμένους. Οι πόροι των ταμείων αυτών προέρχονται από τους εργαζομένους και τους εργοδότες. Η ασφάλιση των εργαζομένων είναι υποχρεωτική, εφόσον το μηνιαίο εισόδημα τους είναι μικρότερο από ένα ορισμένο ποσό που αναπροσαρμόζεται κάθε χρόνο, ενώ η ασφάλιση γίνεται προαιρετική όταν το εισόδημα υπερβαίνει το ποσό αυτό. Εφόσον ένας εργαζόμενος θέλει να ασφαλιστεί στο ταμείο, η εισφορά του καθορίζεται στα ανώτατα αυτά ποσά και όχι στο πραγματικό ύψος του εισοδήματός του. Στην αντίθετη περίπτωση μπορεί το άτομο να ασφαλιστεί ιδιωτικά και να επιλέξει ένα από τα πολλά πακέτα υγείας που προσφέρουν οι 150 περίπου ιδιωτικές εταιρίες που υπάρχουν στην Γερμανία.

Ο αριθμός των ταμείων αυτών ανέρχεται περίπου σε 1200, από τα οποία τα 700 είναι ταμεία επιχειρήσεων με πάνω από 450 εργαζόμενους. Τα ταμεία διοικούνται από τα διοικητικά συμβούλια, μέσω των οποίων εκπροσωπούνται εργαζόμενοι και εργοδότες και είναι αυτόνομα από την ομοσπονδιακή ή τοπική κυβέρνηση. Αν και έχουν γίνει προσπάθειες να περιοριστούν τα ταμεία, εντούτοις δεν είναι βέβαιο ότι θα έχει θετικά αποτελέσματα. Ο περιορισμός αυτός είναι μια δύσκολη υπόθεση και μπορεί να οδηγήσει σε συγκρούσεις, ενώ έχει και υψηλό κόστος. Υπάρχουν 18 Περιφερειακές Ενώσεις Γιατρών έξω-νοσομειακής περίθαλψης. Οι ενώσεις αυτές διαπραγματεύονται τις τιμές με τα ταμεία και χρηματοδοτούνται από αυτά με μια μορφή σφαιρικού προϋπολογισμού, από τον οποίο πληρώνονται οι γιατροί με το σύστημα της κατά πράξη αμοιβής.

Τα τελευταία 25 χρόνια τα έσοδα από τις εισφορές υγείας έχουν αυξηθεί λιγότερο από τις συνολικές δαπάνες υγείας και το ΑΕΠ. Αυτό οδήγησε σε αυξανόμενα ελλείμματα και χρέη και οδήγησε τα ταμεία στην αύξηση των εισφορών. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα το μέσο ύψος των εισφορών επί των ακαθάριστων αποδοχών του εργαζομένου από το 12,4% το 1991, αυξήθηκε σταδιακά το 2003 στο 14,3%. Τα ασφαλιστικά ταμεία έχουν την ελευθερία να καθορίσουν τις εισφορές υγείας ελεύθερα, ύστερα από την έγκριση της αρμόδια υπηρεσίας του κράτους και στο πλαίσιο ανταγωνισμού.

Πιο συγκεκριμένα, τα έσοδα του Κεντρικού Ταμείου Υγείας αποτελούν ένα ενιαίο ποσοστό (15,5%) επί του ακαθάριστου μηνιαίου εισοδήματος του εργαζομένου και επιπλέον μια μικρή επιχορήγηση από τον ομοσπονδιακό προϋπολογισμό για την κάλυψη των αναγκών υγείας των εξαρτώμενων μελών, συνήθως τα παιδιά κάτω των

18 ετών. Η επιχορήγηση αυτή το 2011 ήταν περίπου το 9% των εσόδων του Κεντρικού Ταμείου Υγείας. Διαφορετικές προσεγγίσεις ως προς τις πηγές χρηματοδότησης του Ταμείου υπήρξαν μεταξύ των δύο μεγάλων κομμάτων. Οι σοσιαλδημοκράτες να επιμένουν σε καταβολή εισφορών επί των εισοδημάτων από όλες τις πηγές και όχι μόνο από τη μισθωτή εργασία και τους Χριστιανοδημοκράτες να αντιτίθενται. Η τελική κατάληξη αυτής της αντιπαράθεσης κατέληξε στο νόμο «Statutory Health Insurance Competition Strengthening Act», αφήνοντας απέξω τις Ιδιωτικές Ασφαλιστικές Εταιρείες που αντιδρούσαν έντονα στην ένταξή τους στο Κεντρικό Ταμείο Υγείας

Οι ασθενείς είναι ελεύθεροι να προσφύγουν σε οποιονδήποτε γιατρό της έξω-νοσοκομειακής περίθαλψης ο οποίος εργάζεται σε ιδιωτικό ιατρείο, αρκεί να είναι συμβεβλημένος με το ασφαλιστικό τους ταμείο. Συνήθως οι γιατροί εργάζονται μόνοι τους και έχουν επαγγελματική αυτονομία. Η προσφυγή στις ειδικότητες ήτα έως τώρα ελεύθερη αλλά με τον τελευταίο νόμο που ψηφίστηκε για τον έλεγχο του κόστους απαιτείται η προηγούμενη έγκριση του γενικού ιατρού. Σε περιφερειακό επίπεδο οι γιατροί αμείβονται κατά πράξη και με προσυμφωνημένες τιμές. Όταν το σύνολο των υπηρεσιών που προσφέρουν αυξάνεται, τότε με μια ειδική φόρμουλα οι τιμές ανά υπηρεσία μειώνονται, ώστε το συνολικό κόστος να μην αυξάνεται ταχύτερα από την αύξηση των εισφορών.

Από την άλλη πλευρά τα νοσοκομεία είναι εξοπλισμένα με σύγχρονα μηχανήματα τεχνολογίας και η νοσοκομειακή περίθαλψη που παρέχεται είναι υψηλού επιπέδου. Τα γερμανικά νοσοκομεία παρουσιάζουν μεγάλη μέση διάρκεια νοσηλείας, αυτό οφείλεται στη μέθοδο χρηματοδότησης των νοσοκομείων αλλά και στο ότι τα περισσότερα δε διαθέτουν εξωτερικά ιατρεία. Οι συνταγές για τα φάρμακα εκτελούνται από ιδιωτικά φαρμακεία. Το γερμανικό σύστημα ελέγχει την ποιότητα των υπηρεσιών και την αποδοτικότητα των γιατρών. Αυτός ο έλεγχος γίνεται μέσω των ιατρικών ενώσεων και ύστερα από τη μελέτη του ιατρικού προφίλ κάθε γιατρού. Στην περίπτωση της νοσοκομειακής περίθαλψης, ο νόμος παρέχει το δικαίωμα στο ταμείο να διακόψει το συμβόλαιο που έχει με κάποιο νοσοκομείο, εάν κριθεί μη αποτελεσματικό. Επιπλέον τα νοσοκομεία έχουν την υποχρέωση να δημοσιεύουν τις τιμές των υπηρεσιών που προσφέρουν και η αγορά ιατρικής τεχνολογίας απαιτεί την έγκριση ειδικής επιτροπής.

Η παρέμβαση του κράτους γίνεται μέσα από ένα σώμα που αποτελείται από 64 αντιπροσώπους του κράτους, των ταμείων, των ενώσεων των γιατρών και άλλων επαγγελματικών και κοινωνικών φορέων που συνέρχεται δύο φορές το χρόνο και κάνει εισηγήσεις σχετικά με το ύψος των τιμών, των προσφερόμενων υπηρεσιών για το επόμενο έτος. Οι εισηγήσεις αυτές χρησιμοποιούνται ως βάση για τις διαπραγματεύσεις μεταξύ των ταμείων και των ενώσεων γιατρών. Υπάρχει επιπλέον και ένα εφταμελές συμβουλευτικό σώμα ειδικών που προτείνει λύση σε προβλήματα και θέματα πολιτικής υγείας, όπως η έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού, η μείωση των νοσοκομειακών κλινών, η ενίσχυση του ρόλου του γενικού γιατρού, η αλλαγή στη μέθοδο αμοιβής των γιατρών κι άλλα.

Το Γερμανικό σύστημα υγείας είναι το προϊόν της συνεργασίας, της συναίνεσης και του συμβιβασμού των ταμείων υγείας που εκφράζουν τα συμφέροντα των ασφαλισμένων και των ενώσεων των γιατρών που εκφράζουν τα δικά τους συμφέροντα. Ως σύστημα κρίνεται ότι παρέχει υψηλό επίπεδο φροντίδας σε όλο τον πληθυσμό, παρά τον μεγάλο αριθμό των ταμείων. Όπως όλα τα συστήματα έτσι και αυτό αντιμετωπίζει προβλήματα, ένα από τα οποία είναι η αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών και η διάθεση αυξημένων πόρων για τη βελτίωση του επιπέδου υγείας των πολιτών της πρώην Ανατολικής Γερμανίας, που σήμερα αποτελεί μέρος της ενωμένης Γερμανίας.

Ιταλία

Στην Ιταλία οι υγειονομικές υπηρεσίες από το 1861 – 1920 παρέχονταν από την Καθολική εκκλησία και από φιλανθρωπικά ιδρύματα. Οι εργοδότες και οι εργαζόμενοι ήταν υπεύθυνοι για την χρηματοδότηση της ιατρικής περίθαλψης συνεισφέροντας ένα ποσοστό από το μισθό τους στα εθελοντικά ασφαλιστικά ταμεία που είχαν δημιουργηθεί. Δημιουργήθηκε ένα διασπόμενο σύστημα υγείας, το οποίο βασιζόταν σε πολλά ασφαλιστικά ταμεία. Παρά το πλήθος των νομοθετικών ρυθμίσεων το Ιταλικό σύστημα υγείας δεν ανταποκρινόταν στις προσδοκίες των σχεδιαστών υγειονομικής πολιτικής. Υπήρχαν προβλήματα με την γραφειοκρατία και ανεξέλεγκτη αύξηση των δαπανών. Έτσι η κυβέρνηση προχώρησε σε μεταρρυθμίσεις κάνοντας ριζικές αλλαγές και θεσπίζοντας το Εθνικό Ιταλικό σύστημα υγείας (ΕΣΥ).

σύστημα υγείας δημιουργήθηκε από το 1979 και ανήκει στην κατηγορία του μοντέλου Beveridge, το οποίο παρέχει δωρεάν υπηρεσίες σε κάθε δικαιούχο. Αποφασιστικό ρόλο στη διοίκηση των υπηρεσιών υγείας έχουν οι αρχές της κάθε περιφέρειας. Οι τομείς υγείας χρηματοδοτούνται από τις περιφέρειες με προϋπολογισμούς που είναι ανάλογοι με τον πληθυσμό ευθύνης τους. Όπως και σε άλλες χώρες έτσι και στην Ιταλία η ιδιωτική ασφάλιση έχει συμπληρωματικό ρόλο. Οι γενικοί γιατροί ασκούν έλεγχο στη χρήση των υπηρεσιών υγείας. Εκτός από το Εθνικό Σύστημα Υγείας στην Ιταλία, υπάρχουν ιδιώτες γιατροί που παρέχουν πρωτοβάθμιες υπηρεσίες, κυρίως στα ιατρεία τους. Οι γενικοί γιατροί που παρέχουν αυτές τις υπηρεσίες αμείβονται με ένα μικτό σύστημα πληρωμής, το οποίο είναι βασισμένο σε κατά κεφαλή αποδοχές ανάλογα με το μέγεθος της λίστας του κάθε γιατρού, αλλά και σε αμοιβή κατά πράξη για ορισμένες ιατρικές πράξεις.

Οι υπηρεσίες υγείας στο Ιταλικό σύστημα χωρίζεται σε πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη υγείας. Η πρωτοβάθμια περίθαλψη παρέχεται από γενικούς γιατρούς, οι οποίοι είναι συμβεβλημένοι με τους τοπικούς υγειονομικούς φορείς και αποζημιώνονται σύμφωνα με τον αριθμό των εγγεγραμμένων πολιτών που υπάρχουν στη λίστα τους. Οι γενικοί ιατροί αξιολογούν τους ασθενείς και μπορούν να τους παραπέμψουν σε άλλους φορείς παροχών υπηρεσιών υγείας. Η επιλογή του γενικού ιατρού είναι ελεύθερη από την πλευρά του ασθενή. Από το 1999 ο ρόλος του γιατρού ενισχύθηκε παρέχοντας οικονομικά κίνητρα για να εξασφαλιστεί μεγαλύτερη αποδοτικότητα.

Η δευτεροβάθμια περίθαλψη υγείας παρέχεται από τα νοσοκομεία και από ειδικές ιατρικές υπηρεσίες. Οι ειδικές ιατρικές υπηρεσίες στελεχώνονται από νοσοκομειακούς γιατρούς και από φοιτητές που κάνουν την πρακτική τους. Για την παροχή αυτών των υπηρεσιών χρειάζεται έκδοση παραπεμπτικού από τον γενικό γιατρό. Μετά την έκδοση παραστατικού μπορούν οι ίδιοι οι ασθενείς να επιλέξουν το νοσοκομείο που θα τους εξυπηρετήσει. Συχνά οι Ιταλοί είναι αναγκασμένοι να αναζητούν περίθαλψη στον ιδιωτικό τομέα, αυτό οφείλεται στο ότι οι λίστες αναμονής είναι μεγάλες και η ποιότητα των υπηρεσιών μη ικανοποιητική, κυρίως στις κεντρικές και νότιες περιοχές.

Η τριτοβάθμια περίθαλψη υγείας παρέχεται από νοσοκομεία, τα οποία εδρεύουν σε μεγάλα αστικά κέντρα και καλύπτουν τις ανάγκες πολλών ανθρώπων. Η τριτοβάθμια περίθαλψη συνιστάται σε περιπτώσεις υψηλής εξειδίκευσης και αφορούν σπάνιες ασθένειες. Τα δημόσια νοσοκομειακά ιδρύματα,

τα Εθνικά Ινστιτούτα Επιστημονικής έρευνας και οι Πανεπιστημιακές κλινικές αποτελούν τους φορείς μέσω των οποίων παρέχονται οι υπηρεσίες τριτοβάθμιας περίθαλψης.

Η Ιταλία, τα τελευταία χρόνια έχει αυξήσει τις δαπάνες στα συστήματα υγείας, όμως συνεχίζει να παραμένει σε χαμηλό επίπεδο. Αυτό συμβαίνει διότι άρχισε να αναπτύσσει το σύστημα υγείας σε περίοδο που η παγκόσμια οικονομία επέβαλλε όρια στις δημόσιες δαπάνες. Λόγω των περιορισμένων δαπανών υγείας, ο ιδιωτικός τομέας αναλαμβάνει βαρυσήμαντο ρόλο. Στο INPS(Εθνικό Ίδρυμα Κοινωνικής Πρόνοιας), το οποίο αποτελεί τον κυριότερο φορέα ασφάλισης στη χώρα, υπάγονται κατηγορίες εργαζομένων γενικού καθεστώτος υποχρεωτικής ασφάλισης.

Οι κατηγορίες αυτές είναι οι εργαζόμενοι του ιδιωτικού τομέα και οι αυτοαπασχολούμενοι. Ο φορέας αυτός, εκτός από την παροχή συντάξεων, είναι επιφορτισμένος με την παροχή συντάξεων αναπηρίας, θανάτου, οικογενειακών επιδομάτων, επιδομάτων ανεργίας, αλλά και διαχείριση προγραμμάτων για ενίσχυση αγροτών, τεχνιτών και άλλων ελεύθερων επαγγελματιών. Οι δημόσιοι υπάλληλοι και οι εργαζόμενοι στον τομέα του αθλητισμού και του θεάματος ασφαλίζονται και αυτοί στο INSP. Το INSP διαχειρίζεται επίσης ειδικά ταμεία πρόνοιας για ορισμένες κατηγορίες, όπως εργαζόμενοι στους σιδηροδρομικούς σταθμούς, οι εφοριακοί, οι δημοτικοί φοροεισπράκτορες, οι υπάλληλοι των τηλεπικοινωνιών και των ιδιωτικών εταιριών αερίου και τα πληρώματα αεροσκαφών της πολιτικής αεροπορίας.

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας στο σύνολο του χρηματοδοτείται από τη γενική φορολογία. Περίπου το 52,5 % των κρατικών δαπανών το 2011 αφορούσαν τον τομέα της ασφάλισης και περίπου το 15% τον τομέα της υγείας, τα οποία αντιστοιχούν στο 27,9% επί του ΑΕΠ. Οι πολίτες της Ιταλίας δεν είναι ικανοποιημένοι από το Σύστημα υγείας της χώρας. Αυτό συμβαίνει λόγω της μεγάλης γραφειοκρατίας, μεγάλο χρόνο αναμονής για την παροχή νοσοκομειακής περίθαλψης και ανισότητα στις παροχές υγειονομικής κάλυψης μεταξύ των νότιων και βόρειων περιφερειών της χώρας.

Μεγάλη Βρετανία

Το Βρετανικό σύστημα υγείας ή αλλιώς το NHS(National Health Services) αποτελεί χαρακτηριστική περίπτωση ενός δημόσιου – εθνικού συστήματος, από το οποίο σχεδόν απουσιάζουν τα ασφαλιστικά ταμεία, σε αντίθεση με την κρατική

παρέμβαση, που είναι έντονη σε όλους τους τομείς. Το Βρετανικό σύστημα λειτούργησε το 1948 με νόμο που βασίστηκε στην αρχική ιδέα του Λόρδου Beveridge το 1942 και ψηφίστηκε από την κυβέρνηση των Εργατικών το 1946, οι οποίοι το χαρακτήρισαν το μεγαλύτερο σοσιαλιστικό τους επίτευγμα. Για την εποχή η ιδέα του συστήματος αυτού ήταν επαναστατική και η λειτουργία αυτού ήταν το μοναδικό παράδειγμα, το οποίο λειτούργησε σε μια χώρα με ελεύθερη οικονομία. Ήταν το πρώτο σύστημα υγείας που παρείχε καθολική και δωρεάν κάλυψη χωρίς να χρηματοδοτείται από την κοινωνική ασφάλιση αλλά απευθείας από τη γενική φορολογία. Σκοπός αυτού του συστήματος ήταν η βελτίωση της υγείας των πολιτών και η πρόληψη, διάγνωση και θεραπεία της αρρώστιας από την παροχή αποτελεσματικών υπηρεσιών υγείας, εντελώς δωρεάν.

Πριν από την ανάπτυξη του συγκεκριμένου συστήματος οι υπηρεσίες υγείας παρέχονταν κυρίως από ιδιώτες, από οικογενειακούς γιατρούς των ασφαλιστικών ταμείων και από νοσοκομεία που άνηκαν σε φιλανθρωπικά ιδρύματα και στη τοπική αυτοδιοίκηση. Η πρωτοβάθμια φροντίδα παρέχονταν δωρεάν μόνο σε εργαζομένους που ήταν ασφαλισμένοι σε ταμεία, ενώ οι υπηρεσίες νοσοκομειακής περίθαλψης παρέχονταν από δημοτικά νοσοκομεία και φιλανθρωπικά ιδρύματα, το οποία χρέωναν μόνο εκείνους που μπορούσαν να πληρώσουν. Τα κυριότερα προβλήματα που παρουσίαζε η κατάσταση αυτή ήταν η περιορισμένη και ανεπαρκής υγειονομική κάλυψη του πληθυσμού, η μεγάλη ιδιωτική δαπάνη, οι μεγάλες γεωγραφικές ανισότητες σε σχέση με τους γιατρούς και τις νοσοκομειακές κλίνες και η έλλειψη συντονισμού μεταξύ φιλανθρωπικού και δημόσιου τομέα υγείας.

Με την εγκαθίδρυση του NHS η κύρια ευθύνη της καλής και αποτελεσματικής λειτουργίας του συστήματος, για την υλοποίηση των στρατηγικών στόχων για τη βελτίωση του επιπέδου υγείας των πολιτών, μεταφέρεται στην κεντρική κυβέρνηση. Σε περιφερειακό επίπεδο η κυβέρνηση βοηθάτε από μια σειρά οργάνων, τα οποία αναλαμβάνουν την ευθύνη και τις αρμοδιότητες για την κατανομή των πόρων, τη διαχείριση και το management του συστήματος. Η χρηματοδότηση του συστήματος γίνεται κυρίως από τον κρατικό προϋπολογισμό. Η Μεγάλη Βρετανία κατέχει ένα από τα χαμηλότερα ποσοστά της συνολικής δαπάνης του ΑΕΠ το οποίο ανέρχεται 6,5%. Απασχολεί ένα εκατομμύριο άτομα από τα οποία τα 90.000 είναι γιατροί, τα 500.000 νοσηλευτικό προσωπικό και 410.000 παραϊατρικό, διοικητικό και βοηθητικό προσωπικό, ενώ διαθέτει 370.000 νοσοκομειακές κλίνες. Όπως όλα τα συστήματα, έτσι και το Βρετανικό βασίζεται στις αρχές της κοινωνικής αλληλεγγύης, της

καθολικής και πλήρους κάλυψης του πληθυσμού και της ισότητας και επαγγελματικής αυτονομίας των γιατρών. Στη σημερινή εποχή θεωρείται το πλέον αποτελεσματικό σύστημα σε μακρο-οικονομικό περιβάλλον και αποτελεί το δημοφιλέστερο τμήμα του κράτους πρόνοιας της Βρετανίας. Δημοσκοπήσεις έχουν δείξει ότι οι Βρετανοί πολίτες είναι πλήρως ικανοποιημένοι από το σύστημα υγείας και αντιστέκονται σε οποιαδήποτε απόπειρα αλλαγής.

Η χρηματοδότηση του συγκεκριμένου συστήματος όπως ήδη έχουμε αναφέρει, το 90% προέρχεται από τον κρατικό προϋπολογισμό και το 10% από την κοινωνική ασφάλιση και τις ιδιωτικές πληρωμές. Οι συνολικές δαπάνες υγείας επί του ΑΕΠ ανέρχονται στο 6,5% και είναι ένα από τα χαμηλότερα της Ευρώπης. Το 58% των δαπανών αυτών αφορά τη νοσοκομειακή περίθαλψη, το 20% τις υπηρεσίες και τα φάρμακα που παρέχονται από τους οικογενειακούς γιατρούς, το 7% από τις υπηρεσίες κοινοτικής φροντίδας, το 4% την οδοντιατρική περίθαλψη και το υπόλοιπο 11% τις διάφορες υπηρεσίες και τα διοικητικά έξοδα. Οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας προέρχονται από τη συμμετοχή των ασθενών στο κόστος κάποιων υπηρεσιών του NHS, αλλά και της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας. Το συνολικό ποσοστό αυτών ανέρχεται στο 15% του συνόλου.

Μέχρι το 1991 όλα τα νοσοκομεία χρηματοδοτούνταν από τις DHAs, χωρίς να υπάρχει σύνδεση μεταξύ του ύψους της χρηματοδότησης και την αποδοτικότητα των παραγωγικών συντελεστών. Η διαδικασία χρηματοδότησης γινόταν από Περιφερειακές και Επαρχιακές Υγειονομικές αρχές. Οι Υγειονομικές Επαρχίες αφού λάβουν τον ετήσιο προϋπολογισμό από το Υπουργείο Υγείας τον κατανέμουν βάσει της φόρμουλας στις Υγειονομικές Επαρχίες, δηλαδή στις DHAs. Οι DHAs με τη σειρά τους χρηματοδοτούν τα νοσοκομεία, βασισμένοι στον ετήσιο προϋπολογισμό και πληρώνοντας τους οικογενειακούς γιατρούς. Μετά τη μεταρρύθμιση του 1991 ο τρόπος χρηματοδότησης άλλαξε

Τα νοσοκομεία χρηματοδοτούνται και πάλι από τα DHAs, όμως βάση ενός ελεγχόμενου ανταγωνισμού, όπου τα νοσοκομεία, δημόσια ή ιδιωτικά, έχουν την ευκαιρία να ανταγωνίζονται μεταξύ τους. Αυτός ο ανταγωνισμός σχετίζεται με την προσφορά των νοσοκομείων σε ποιοτικά καλύτερες και φθηνότερες υπηρεσίες υγείας στις αρχές τις Υγειονομικής Επαρχίας. Από την άλλη πλευρά η Υγειονομική Επαρχία, η οποία αποτελεί για λογαριασμό των ασφαλισμένων τον αγοραστή των υπηρεσιών υγείας, διαπραγματεύεται με τα νοσοκομεία, ώστε να εξασφαλίσει όσο το δυνατόν καλύτερες υπηρεσίες υγείας σε όσο το δυνατόν χαμηλότερες τιμές. Τα νοσοκομεία αυτού του είδους έχουν επιπλέον έσοδα από τα συμβόλαια με οικογενειακούς

γιατρούς, οι οποίοι με τις μεταρρυθμίσεις απέκτησαν δικό τους προϋπολογισμό.

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παρέχεται κυρίως από γενικούς οικογενειακούς γιατρούς. Οι γιατροί αυτοί που έχουν την ειδικότητα της γενικής ιατρικής, εργάζονται ομαδικά για να προσφέρουν όλο το φάσμα των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας, δηλαδή υπηρεσίες θεραπείας, πρόληψης και αγωγής υγείας. Χρησιμοποιούν τα ιδιωτικά τους ιατρεία και εξυπηρετούν ένα συγκεκριμένο αριθμό ατόμων, περίπου 1800 άτομα ανά γιατρό, οι οποίοι είναι εγγεγραμμένοι στην λίστα του γιατρού. Ο ασθενής από την άλλη έχει την ελεύθερη επιλογή και η διακομιδή του στο νοσοκομείο γίνεται ύστερα από γνωμάτευση του οικογενειακού γιατρού. Οι οικογενειακοί γιατροί αμείβονται με πάγιο ποσό, το οποίο αντιστοιχεί σε μέρος των εξόδων λειτουργίας ενός ιατρείου και με ένα δεύτερο ποσό, το ύψος του οποίου καθορίζεται με βάση τον αριθμό των εγγεγραμμένων ασθενών.

Αντίθετα ο τρόπος αμοιβής των νοσοκομειακών γιατρών γίνεται μηνιαία. Πιθανή αιτία που καθορίζει σε μεγάλο βαθμό την υψηλή αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα των Βρετανικών υπηρεσιών υγείας είναι πως το πιο οργανωμένο τμήμα του συστήματος υγείας το αποτελούν οι οικογενειακοί γιατροί. Ο κύκλος τους αποτελεί την εισόδοι κάθε ασθενή στο σύστημα υγείας σε καλύτερα επίπεδα περίθαλψης. Η χρήση αυτής της υπηρεσίας γίνεται μόνο από εκείνους τους ασθενείς που πραγματικά χρειάζονται αυτές τις υπηρεσίες

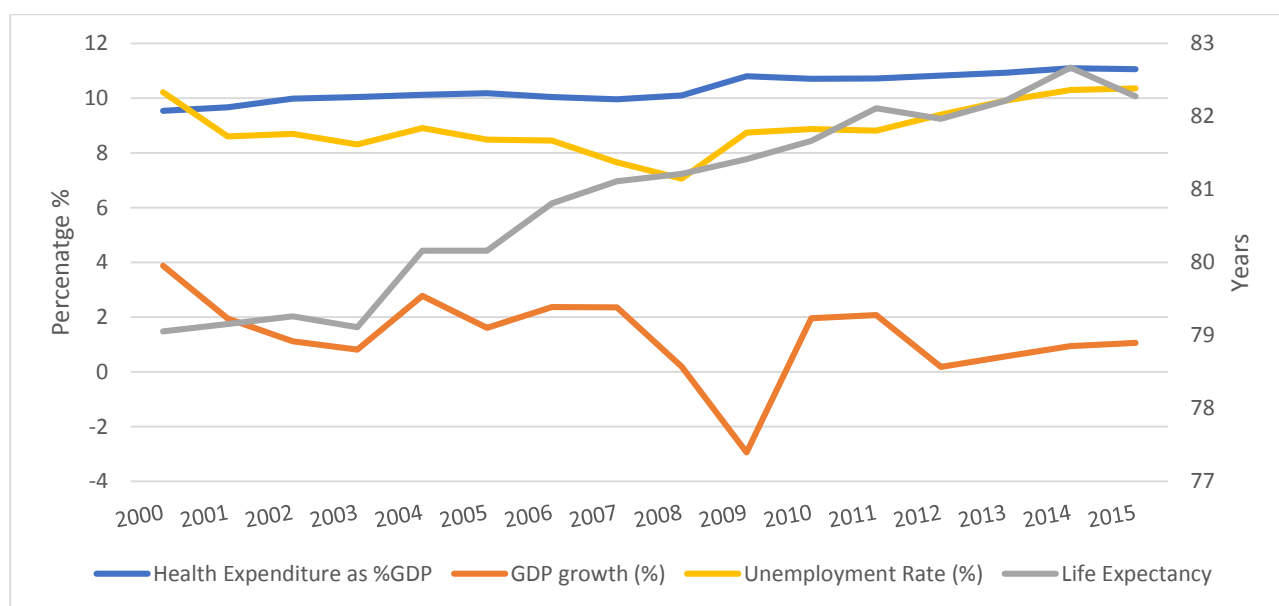
Το σημαντικότερο από όλα αυτά είναι ότι σε σύγκριση με άλλες χώρες, διατηρεί τις συνολικές δαπάνες υγείας σε αρκετά χαμηλά επίπεδα και χωρίς να μειώσει την ποσότητα και ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών. Υπάρχουν και σε αυτό το σύστημα προβλήματα, κάτι το οποίο γίνεται αντιληπτό από τις μεταρρυθμίσεις σχετικά με το σύστημα υγείας. Το κυριότερο πρόβλημα του Βρετανικού Συστήματος είναι η δύσκολη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, αφού υπάρχουν μεγάλες λίστες αναμονής για επισκέψεις στα εξωτερικά ιατρεία, για εισαγωγές στα νοσοκομεία και για χειρουργικές επεμβάσεις.

3.3 Παρουσίαση Δεδομένων

Τα δεδομένα που χρησιμοποιήθηκαν στην παρούσα μελέτη αφορούν την χρονική περίοδο 2000 με 2015 για όλες τις υπό εξέταση μεταβλητές και χώρες και

ελήφθησαν από την ιστοσελίδα <https://www.worldbank.org/>. Οι τιμές των μεταβλητών, Δαπάνες Υγείας ως προς το ΑΕΠ, ο ετήσιος ρυθμός ανάπτυξης του ΑΕΠ εμφανίζεται σε ποσοστό, αλλά και ο Δείκτης Ανεργίας, ενώ το Προσδόκιμο Ζωής σε έτη ζωής.

Η διαχρονική εξέλιξη των τιμών των μεταβλητών αυτών για κάθε χώρα παρουσιάζεται στη συνέχεια αναλυτικά. Επιπλέον γίνεται και μια συνοπτική περιγραφική ανάλυση των τιμών αυτών των μεταβλητών για να μπορούν να ερμηνευθούν τα αποτελέσματα με όσο το δυνατόν καλύτερο τρόπο

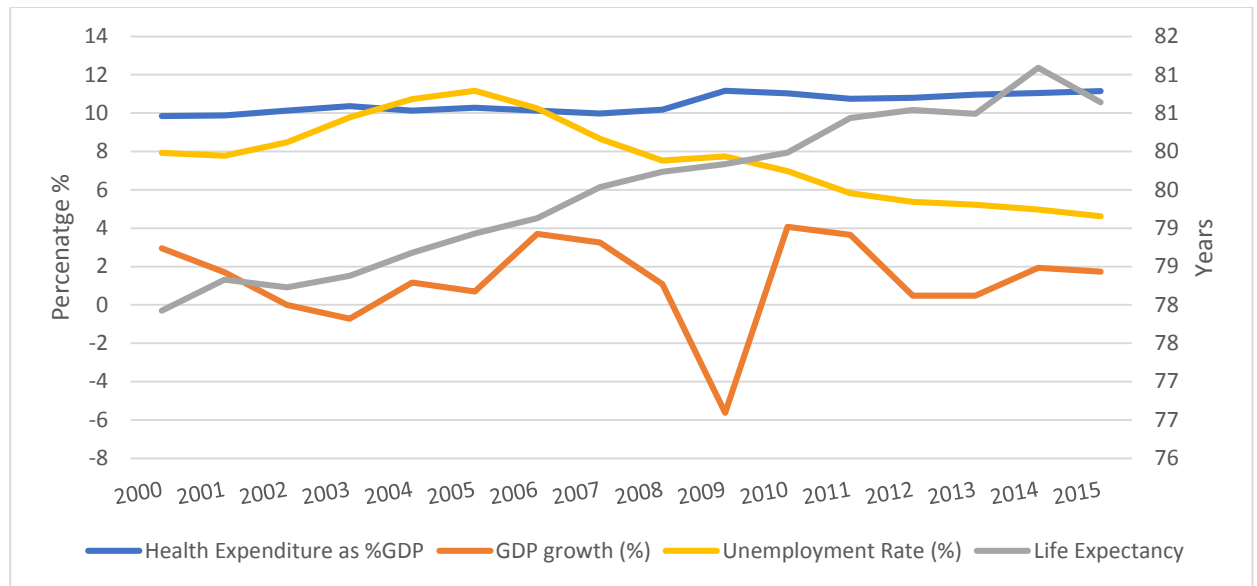


Πηγή: World Bank

Διάγραμμα 3.1

Διαγραμματική Απεικόνιση για τη Γαλλία

Στο Διάγραμμα 3.1 παρουσιάζονται οι τιμές των μεταβλητών που χρησιμοποιούνται στην ανάλυση διαχρονικά για τα έτη 2000 έως 2015 για τη Γαλλία. Από το Διάγραμμα 3.1 παρατηρείται η σχετική καθοδική πορεία στο ΑΕΠ από το 2000 έως το 2003. Στην συνέχεια υπάρχει μια σχετική άνοδο και το 2009 το ποσοστό του ΑΕΠ είναι αρνητικό, πράγμα που φαίνεται να επηρεάζει και τον Δείκτη Ανεργίας. Ανοδική πορεία σημειώνουν και οι Δαπάνες Υγείας με μια μικρή μείωση το 2007. Από την άλλη πλευρά το Προσδόκιμο Ζωής συνεχώς αυξάνεται και μόνο το 2012 παρατηρείται μια μικρή μείωση.

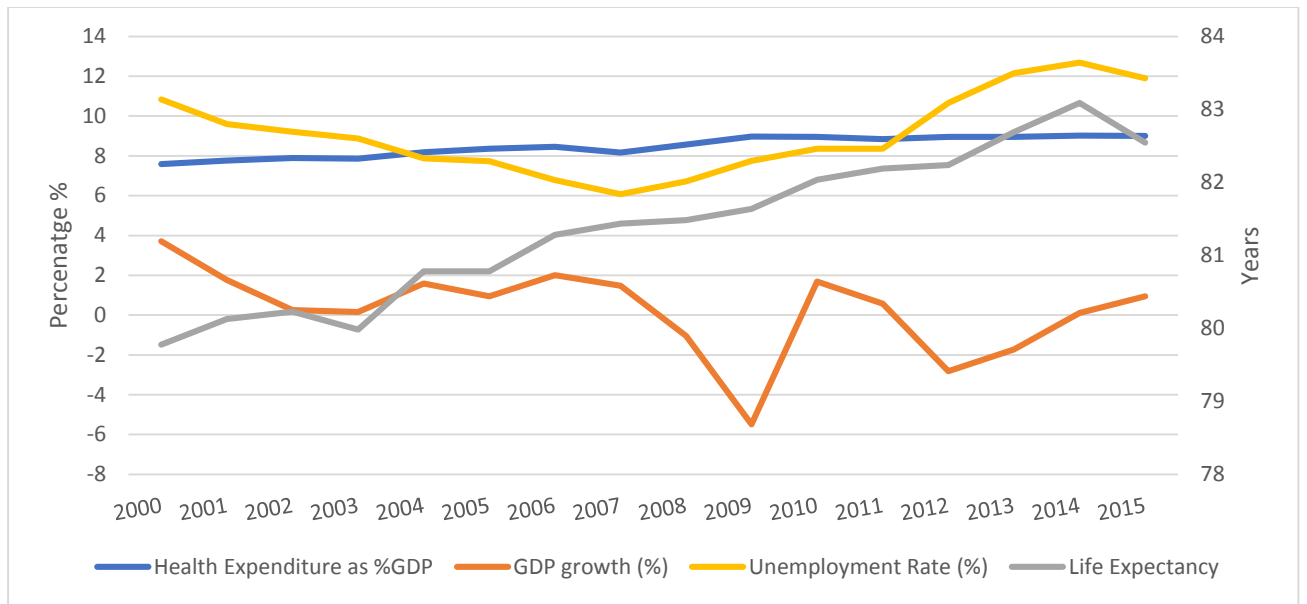


Πηγή: World Bank

Διάγραμμα 3.2

Διαγραμματική Απεικόνιση για τη Γερμανία

Στο Διάγραμμα 3.2 παρουσιάζονται οι τιμές των μεταβλητών που χρησιμοποιούνται στην ανάλυση διαχρονικά για τα έτη 2000 έως 2015 για τη Γερμανία. Από το Διάγραμμα 3.2 παρατηρείται η σχεδόν συνεχόμενη καθοδική πορεία στο ΑΕΠ από το 2000 έως και το 2009. Στην συνέχεια υπάρχει μια σχετική άνοδο και από το 2011 το ποσοστό του ΑΕΠ μειώνεται πάλι. Ο Δείκτης Ανεργίας έχει αυξητικό ρυθμό έως το 2006, ενώ στη συνέχεια μειώνεται συνεχώς. Το Προσδόκιμο Ζωής για τη Γερμανία έχει ανοδική πορεία με πολύ μικρές παρεκκλίσεις το 2013 και το 2015. Την ίδια πορεία ακολουθούν και οι Δαπάνες Υγείας με μείωση μόνο το 2007.

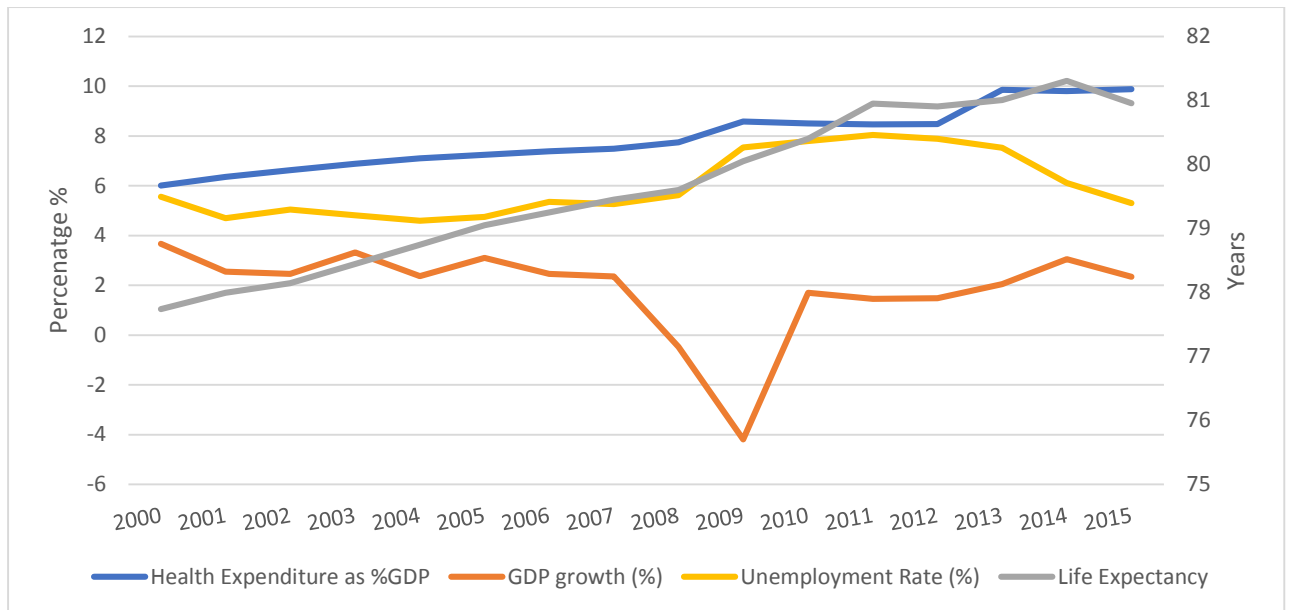


Πηγή: World Bank

Διάγραμμα 3.3

Διαγραμματική Απεικόνιση για την Ιταλία

Στο Διάγραμμα 3.3 παρουσιάζονται οι τιμές των μεταβλητών που χρησιμοποιούνται στην ανάλυση διαχρονικά για τα έτη 2000 έως 2015 για την Ιταλία. Από το Διάγραμμα 3.3 παρατηρείται μείωση του ποσοστού του ΑΕΠ μέχρι το 2003. Στη συνέχεια υπάρχουν αυξομειώσεις, ενώ το 2008 και 2009 το ποσοστό του ΑΕΠ παίρνει αρνητική τιμή. Το ποσοστό του ΑΕΠ στο συγκεκριμένο χρονικό διάστημα παρουσιάζονται συνεχείς αυξομειώσεις, γεγονός που επηρεάζει και τον Δείκτη Ανεργίας. Μέχρι το 2008 ο Δείκτης Ανεργίας μειώνεται και μετέπειτα έχει ανοδική πορεία. Το Προσδόκιμο Ζωής σημειώνει μια μείωση το 2003, από εκεί και πέρα η πορεία του είναι αυξητική. Οι Δαπάνες Υγείας έχουν αυξητική πορεία και στην Ιταλία.



Πηγή: World Bank

Διάγραμμα 3.4

Διαγραμματική Απεικόνιση για τη Μεγάλη Βρετανία

Στο Διάγραμμα 3.4 παρουσιάζονται οι τιμές των μεταβλητών που χρησιμοποιούνται στην ανάλυση διαχρονικά για τα έτη 2000 έως 2015 για τη Μεγάλη Βρετανία. Από το Διάγραμμα 3.4 παρατηρούνται αυξομειώσεις στο ΑΕΠ μέχρι το 2007, ενώ τα επόμενα δύο έτη σημειώνεται αρνητικό ποσοστό του ΑΕΠ. Το Προσδόκιμο Ζωής αυξάνεται συνεχώς μέχρι το 2014, ενώ το 2015 υπάρχει μια μικρή μείωση. Ο Δείκτης Ανεργίας διατηρείται σχεδόν σταθερός έως και το 2008, ενώ μετά από το 2009 μέχρι το 2011 υπάρχει αύξηση και στη συνέχεια μείωση. Οι Δαπάνες Υγείας έχουν ανοδική πορεία τη χρονική περίοδο 2010 έως 2015.

3.4 Παρουσίαση Αποτελεσμάτων Παλινδρόμησης

Σε αυτή την ενότητα παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των εκτιμήσεων του απλού γραμμικού υποδείγματος για την Γαλλία, τη Γερμανία, την Ιταλία και τη Μεγάλη Βρετανία. Ειδικότερα για κάθε μια χώρα εξετάζεται η σχέση με τις Δαπάνες

Υγείας μέσω του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος (GDP), του Προσδόκιμου Ζωής (Life Expectancy), καθώς και του Δείκτη Ανεργίας (Unemployment Rate) για το χρονικό διάστημα 2000 έως 2015.

Γαλλία

Στον Πίνακα 3.1 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των εκτιμήσεων του απλού γραμμικού υποδείγματος για τη Γαλλία. Τη μεγαλύτερη ερμηνευτική ικανότητα κατέχει το Προσδόκιμο Ζωής με ποσοστό 79% και ακολουθούν το Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν με 26% και ο Δείκτης Ανεργίας με 22%. Από αυτές τις μεταβλητές το Προσδόκιμο Ζωής και ο Δείκτης Ανεργίας επηρεάζουν θετικά τις Δαπάνες Υγείας. Από την άλλη πλευρά το ΑΕΠ επηρεάζει αρνητικά τις Δαπάνες Υγείας, όμως όλες οι μεταβλητές, ακόμα και το ΑΕΠ οριακά, είναι στατιστικά σημαντικές σε επίπεδο σημαντικότητας 5%.

Πίνακας 3.1

Αποτελέσματα Παλινδρόμησης για τη Γαλλία

Ανεξάρτητες Μεταβλητές	Σταθερός Όρος	t-statistics	Συντελεστής beta	t-statistics	R-square
ΑΕΠ	10,59212	70,28928	-0,17463	-2,27396	0,269726
Προσδόκιμο Ζωής	-18,745	-4,78452	0,359811	7,430498	0,797724
Δείκτη Ανεργίας	8,060719	6,977796	0,257966	2,003247	0,222783

Γερμανία

Στον Πίνακα 3.2 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των εκτιμήσεων για τη Γερμανία. Τη μεγαλύτερη ερμηνευτική ικανότητα κατέχει και εδώ το Προσδόκιμο Ζωής με ποσοστό 68%. Το ΑΕΠ και ο Δείκτης Ανεργίας επηρεάζουν αρνητικά τις Δαπάνες Υγείας, ενώ το Προσδόκιμο Ζωής επηρεάζει θετικά τις Δαπάνες Υγείας. Το ΑΕΠ δεν ερμηνεύει στατιστικά σημαντικά τη συμπεριφορά της εξαρτημένης

μεταβλητής και κατέχει τη μικρότερη ερμηνευτική ικανότητα με ποσοστό 7%, ενώ ο Δείκτης Ανεργίας για τη Γερμανία κατέχει ποσοστό 45%, αρκετά μεγαλύτερο από το αντίστοιχο ποσοστό για τη Γαλλία.

Πίνακας 3.2

Αποτελέσματα Παλινδρόμησης για τη Γερμανία

Ανεξάρτητες Μεταβλητές	Σταθερός Όρος	t-statistics	Συντελεστής beta	t-statistics	R-square
ΑΕΠ	10,56377	76,34555	-0,0582	-1,09465	0,078841
Προσδόκιμο Ζωής	-21,2561	-3,66994	0,399336	5,481251	0,682137
Δείκτη Ανεργίας	11,68231	32,26253	-0,15524	-3,40962	0,45367

Ιταλία

Τα αποτελέσματα που προέκυψαν από τις εκτιμήσεις του απλού γραμμικού υποδείγματος για την Ιταλία παρουσιάζονται στον Πίνακα 3.3. Από τον πίνακα είναι εμφανές πως και εδώ το Προσδόκιμο Ζωής κατέχει τη μεγαλύτερη ερμηνευτική ικανότητα με ποσοστό 88%. Ο Δείκτης Ανεργίας δεν ερμηνεύει στατιστικά σημαντικά τη συμπεριφορά της εξαρτημένης μεταβλητής και μαζί με το ΑΕΠ κατέχουν τη μικρότερη ερμηνευτική ικανότητα. Το Προσδόκιμο ζωής και ο Δείκτης Ανεργίας επηρεάζουν θετικά τις Δαπάνες Υγείας, ενώ το ΑΕΠ αρνητικά. Το Προσδόκιμο Ζωής και το ΑΕΠ είναι στατιστικές σημαντικές μεταβλητές σε επίπεδο σημαντικότητας 5%.

Πίνακας 3.3

Αποτελέσματα Παλινδρόμησης για την Ιταλία

Ανεξάρτητες Μεταβλητές	Σταθερός Όρος	t-statistics	Συντελεστής beta	t-statistics	R-square
ΑΕΠ	8,503042	77,64089	-0,12954	-2,52278	0,312526
Προσδόκιμο Ζωής	-29,0212	-7,97153	0,460607	10,2987	0,883395
Δείκτη Ανεργίας	7,923299	13,18872	0,060042	0,930273	0,058216

Μεγάλη Βρετανία

Στον Πίνακα 3.4 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα παλινδρόμησης για τη Μεγάλη Βρετανία σχετικά με το ΑΕΠ, το Προσδόκιμο Ζωής και τον Δείκτη Ανεργίας. Το Προσδόκιμο Ζωής έχει τη μεγαλύτερη ερμηνευτική ικανότητα με ποσοστό 90%, το οποίο είναι και το μεγαλύτερο από όλες τις χώρες. Στην Μεγάλη Βρετανία το ΑΕΠ δεν ερμηνεύει στατιστικά σημαντικά τη συμπεριφορά της εξαρτημένης μεταβλητής και κατέχει τη μικρότερη ερμηνευτική ικανότητα. Το Προσδόκιμο Ζωής και ο Δείκτης Ανεργίας είναι στατιστικά σημαντικά σε επίπεδο σημαντικότητας 5% και επηρεάζουν θετικά τις Δαπάνες Υγείας. Τέλος το ΑΕΠ επηρεάζει αρνητικά τις Δαπάνες Υγείας.

Πίνακας 3.4

Αποτελέσματα Παλινδρόμησης για τη Μεγάλη Βρετανία

Ανεξάρτητες Μεταβλητές	Σταθερός Όρος	t-statistics	Συντελεστής beta	t-statistics	R-square
ΑΕΠ	8,219701	18,59566	-0,17316	-1,01655	0,068739

Προσδόκιμο Ζωής	-70,0155	-10,4806	0,978517	11,66421	0,9067
Δείκτη Ανεργίας	4,521639	3,56806	0,563503	2,722094	0,346094

3.5 Ανακεφαλαίωση

Στο κεφάλαιο αυτό παρουσιάστηκαν αποτελέσματα εμπειρικής ανάλυσης με στοιχεία από την World Bank και αναλύθηκαν τα συστήματα υγείας των επιλεγμένων χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Συγκρίθηκαν το Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν, το Προσδόκιμο Ζωής και ο Δείκτης Ανεργίας, όπου στη Γαλλία, τη Γερμανία, την Ιταλία και τη Μεγάλη Βρετανία το Προσδόκιμο Ζωής είναι στατιστικά σημαντικό. Αυτό φαίνεται και από τα Διαγράμματα 3.1, 3.2, 3.3 και 3.4, αφού το Προσδόκιμο ζωής έχει σταθερή ή ανοδική πορεία. Στη Γαλλία το ίδιο συμβαίνει και για το Δείκτη Ανεργίας, ο οποίος έχει σταθερή πορεία και σε ένα μόνο σημείο καθοδική. Για την Γερμανία και την Ιταλία ο Δείκτης Ανεργίας και το ΑΕΠ επηρεάζει αρνητικά τις Δαπάνες Υγείας, ενώ στη Γαλλία και τη Μεγάλη Βρετανία μόνο το ΑΕΠ.

Οι

Δαπάνες υγείας με την πάροδο των χρόνων είναι κυρίως σταθερές για την Γερμανία και υπάρχει μία μικρή ανοδική πορεία για τη Μεγάλη Βρετανία και την Ιταλία, ενώ για τη Γαλλία έχουν ανοδική πορεία. Τα συστήματα υγείας στη Γαλλία και τη Γερμανία δεν διαφέρουν πολύ και βασίζονται στην αλληλεγγύη. Οι εισφορές προέρχονται από τους εργοδότες και εργαζομένους. Η Γαλλία κατέχει το υψηλότερο επίπεδο στον τομέα των δαπανών σε σχέση με τις υπόλοιπες Ευρωπαϊκές χώρες. Στο Ιταλικό σύστημα υγείας παρά τις αυξημένες δαπάνες το επίπεδο των συστημάτων υγείας παραμένει χαμηλό.

Το Ιταλικό

σύστημα υγείας βασίζεται στο Υπουργείο Υγείας και είναι υπεύθυνο για τον σχεδιασμό της ιατρικής περίθαλψης. Επιπλέον χρηματοδοτείται από ασφαλιστικές εισφορές που καταβάλλονται από εργοδότες και εργαζόμενους και από φορολογικά έσοδα, αλλά υπάρχει μεγάλη γραφειοκρατία. Από την άλλη το σύστημα υγείας της Μεγάλης Βρετανίας απουσιάζουν τα ασφαλιστικά ταμεία και υπάρχει έντονη κρατική

παρέμβαση. Οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται από ιδιώτες οικογενειακούς γιατρούς των ασφαλιστικών ταμείων και από νοσοκομεία που άνηκαν σε φιλανθρωπικά ιδρύματα. Το σύστημα υγείας της Μεγάλης Βρετανίας θεωρείται από τα πλέον αποτελεσματικά συστήματα σε μακροοικονομικό περιβάλλον και αποτελεί το δημοφιλέστερο τμήμα του κράτους και οι πολίτες της Μεγάλης Βρετανίας είναι πλήρως ικανοποιημένοι.

Βιβλιογραφία

Ελληνική

- Αγιακλόγλου, Ν. Χ. και Οικονόμου, Σ. Γ. (2008), *Μέθοδοι Προβλέψεων και Ανάλυσης Αποφάσεων*, Εκδόσεις Μπένου, Αθήνα
- Αποστολάκης Ι.-Μ.Α. Σταμούλη (2007) *Ασκήσεις Υπολογιστικής Στατιστικής στην Υγείας(Α ΤΟΜΟΣ)*, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα

- Γούλα Α.(2007) *Διοίκηση & Διαχείριση Νοσοκομείου*, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα
- Διαμανού, Χ & Κούτρας Μ (1993) *Εισαγωγή στη Στατιστική*
- Θεοδώρου Μ., Μ. Σαρρής, Σ. Σούλης(2001) *Συστήματα Υγείας*, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα
- Κοκολάκης Γ. Χρυσάφινου Ο. (1988), *Λεξικό Αγγλό-Ελληνικό και Ελληνο-Αγγλικό Στατιστικών Όρων*
- Λιαρόπουλος Λ. (2007) *Οργάνωση Υπηρεσιών & Συστημάτων Υγείας (Α' ΤΟΜΟΣ)*, Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα
- Παπαδήμας Ο.- Κοίλιας Χ. (2002), *Εφαρμοσμένη Στατιστική*, Εκδόσεις Νέων Τεχνολογιών, Αθήνα
- Σταυρινός Β–Παναγιωτάκος Δ.(2007), *Βιοστατιστική*, Gutenberg, Αθήνα
- Τριχόπουλος Δ., Τζώνου Α, Κατσουγιάννη Κ. (2002), *Βιοστατιστική*, Εκδόσεις Γρ. Παρισιάνος, Αθήνα
- Υπουργείο Υγείας(2013), *Αναπτυξιακή Στρατηγική και Στόχοι του Τομέα Υγείας*, Αθήνα

Ξένη

- Abel, Bernanke, Croushore (2007) *Macroeconomics*, Global Edition, United Kingdom
- Blanchard Olivier (2017), *Macroeconomics*, Global Edition, England
- McConnell C., Brue S, Flynn S. (2014), *Macroeconomics*, Kindle Edition, England
- Schiller R. Bradley (2015), *The Macro Economic*, Kindle Edition, England
- Stiglitz E. Joseph, Walsh Carle (2005), *Economics*, Fourth Edition, New York, London

Διαδικτυακοί Τόποι

- http://iobe.gr/docs/research/RES_05_A_27022018_REP_GR.PDF
- <http://www.enikonomia.gr/economy/118861,eurostat-i-ilikiaki-domi-tis-ee-poso-afxithike-to-prosdokimo-zois.html>

- <http://www.statistics.gr/>
- http://www.minagric.gr/greek/agro_pol/OECD.htm
- <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.GD.ZS?locations=FR>
- <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.GD.ZS?locations=DE>
- <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.GD.ZS?locations=IT>
- <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.GD.ZS?locations=GB>
- <https://docplayer.gr/835715-To-systima-ygeias-kai-syntaxon-stin-italia.html>
- https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2018_healthatglance_rep_en.pdf
- https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/chp_gr_greece.pdf
- <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=862&langId=el>
- <https://el.wikipedia.org/wiki/%CE%A0%CF%8D%CE%BB%CE%B7:%CE%9A%CF%8D%CF%81%CE%B9%CE%B1>
- https://europa.eu/european-union/about-eu/figures/living_el
- <https://www.dianeosis.org/>
- <https://www.euretirio.com/aep/>
- <https://www.euretirio.com/anergia/>
- <https://www.euretirio.com/deiktis-timon-katanaloti/>
- <https://www.healthview.gr/1260/systimata-ygeias/>
- <https://www.naftemporiki.gr/>
- <https://www.worldbank.org/>