
**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

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

**ΜΑΚΡΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ
ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΕΠΙΛΕΓΜΕΝΕΣ ΧΩΡΕΣ ΤΗΣ
ΥΠΟΣΑΧΑΡΙΑΣ ΑΦΡΙΚΗΣ**

Ντάσης Ιωάννης

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

Πειραιάς, 2023

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

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

**ΜΑΚΡΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ
ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΕΠΙΛΕΓΜΕΝΕΣ ΧΩΡΕΣ ΤΗΣ
ΥΠΟΣΑΧΑΡΙΑΣ ΑΦΡΙΚΗΣ**

Ντάσης Ιωάννης, Α.Μ.: ΟΔΥ/1938

Επιβλέπων: Αγιακλόγλου Χρήστος / Καθηγητής / Πανεπιστήμιο Πειραιώς

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

Πειραιάς, 2023

UNIVERSITY of PIRAEUS



**DEPARTMENT of
ECONOMICS**

M.Sc. in Health Economics and Management

**MACROECONOMIC ANALYSIS OF HEALTH
EXPENDITURES FOR SELECTED COUNTRIES OF
SUB-SAHARA AFRICA**

Ntasis Ioannis

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

Piraeus, Greece, 2023

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΕΚΠΟΝΗΣΗΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

«Δηλώνω υπεύθυνα ότι το έργο που εκπονήθηκε και παρουσιάζεται στην υποβαλλόμενη διπλωματική εργασία, έχει γραφτεί από εμένα αποκλειστικά στο σύνολό της. Δεν έχει υποβληθεί ούτε έχει εγκριθεί στο πλαίσιο κάποιου άλλου μεταπτυχιακού προγράμματος ή προπτυχιακού τίτλου σπουδών, ούτε είναι εργασία ή τμήμα εργασίας ακαδημαϊκού ή επαγγελματικού χαρακτήρα.

Δηλώνω επίσης ότι αναφέρονται καταλλήλως στο σύνολό τους οι πηγές στις οποίες ανέτρεξα για την εκπόνηση της συγκεκριμένης εργασίας. Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου.»

Ευχαριστίες

Για την σημαντική συμβολή τους στην εκπόνηση της παρούσας ερευνητικής εργασίας ευχαριστώ θερμά την οικογένειά μου για την υποστήριξή της, καθώς επίσης και τον επιβλέποντα καθηγητή του Τμήματος της Οικονομικής Επιστήμης του Πανεπιστημίου Πειραιώς κ. Χρήστο Αγιακλόγλου.

Μακροοικονομική Ανάλυση των Δαπανών Υγείας σε Επιλεγμένες Χώρες της Υποσαχάριας Αφρικής

Σημαντικοί Όροι: Υποσαχάρια Αφρική, Δαπάνες Υγείας, Συστήματα Υγείας, Προσδόκιμο Ζωής, Δείκτες Γεννητικότητας και Θνησιμότητας, Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν, Ανεργία

Περίληψη

Η βελτίωση των συνθηκών υγείας του πληθυσμού θεωρείται, μεταξύ των υπευθύνων χάραξης πολιτικής, σημαντικό μέσο για την αύξηση του ανθρώπινου κεφαλαίου, την επίτευξη βιώσιμης ανάπτυξης, τη μείωση της φτώχειας και των ανισοτήτων και τη βελτίωση της ευημερίας. Το ποσό των δαπανών που πραγματοποιήθηκαν για την προετοιμασία και τις βελτιώσεις στην υγεία του πληθυσμού θεωρούνται δαπάνες υγείας και για αυτό στη παρούσα εστιάζουμε σε αυτές. Παράλληλα, υπάρχει σύνδεση μεταξύ των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης και μακροοικονομικών μεταβλητών και έτσι επιδιώκεται να διερευνηθεί η ερμηνευτική ικανότητα συγκεκριμένων μακροοικονομικών μεταβλητών για τις δαπάνες υγείας. Συγκεκριμένα, η παρούσα εργασία επιδιώκει να αναδείξει τρία ερευνητικά ερωτήματα: Ποιες είναι οι υγειονομικές συνθήκες της Αφρικής, ποιες είναι οι δαπάνες υγείας και η πορεία της χρηματοδότησης στις χώρες αυτές και πώς επηρεάζουν οι μακροοικονομικές μεταβλητές τις δαπάνες υγείας. Συγκεκριμένα, επιλέχθηκαν να μελετηθούν επιλεγμένες χώρες της Υποσαχάριας Αφρικής για την περίοδο 2000-2019.

Macroeconomic Analysis of Health Expenditures for Selected Countries of Sub-Sahara Africa

Keywords: Sub-Sahara Africa, Health Care Expenses, Health Care Systems, Life expectancy, Fertility and Mortality Rates, Gross Domestic Product, Unemployment

Abstract

Improving the health conditions of the population is considered, among policy makers, as an important means of increasing human capital, achieving sustainable development, reducing poverty and inequalities and improving well-being. The amount of expenditure incurred for the preparation and improvements in the health of the population is considered health expenditure and therefore we focus on them in this work. At the same time, there is a link between health care expenditure and macroeconomic variables and thus it is sought to investigate the explanatory power of specific macroeconomic variables for health expenditure. Specifically, this paper seeks to highlight three research questions: What are the health conditions of Africa, what are the health expenditures and the course of financing in these countries, and how do macroeconomic variables affect health expenditures. Specifically, we chose to study selected Sub-Saharan African countries for the period 2000-2019.

Περιεχόμενα

Περίληψη.....	xi
Abstract.....	xiii
Κατάλογος Διαγραμμάτων.....	xvii
Κατάλογος Πινάκων.....	xix

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 1

ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ & ΜΑΚΡΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ

1.1 Εισαγωγή	1
1.2 Δαπάνες Υγείας	3
1.3 Προσδόκιμο ζωής.....	8
1.4 Δείκτες θνησιμότητας και γεννητικότητας.....	11
1.5 Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν	17
1.6 Ανεργία	21
1.7 Ανακεφαλαίωση.....	26

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 27

ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΕΣ ΣΥΝΘΗΚΕΣ

ΣΤΗΝ ΥΠΟΣΑΧΑΡΙΑ ΑΦΡΙΚΗ..... 27

2.1 Εισαγωγή	27
2.2 Ιστορική Αναφορά του Συστήματος Υγείας στην Υποσαχάρια Αφρική.....	28
2.3 Υφιστάμενο σύστημα υγείας στην Υποσαχάρια Αφρική	33
2.4 Παρουσίαση συστημάτων υγείας σε επιλεγμένες χώρες της Υποσαχάριας Αφρικής.....	37

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 65

ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ..... 65

3.1 Εισαγωγή	65
3.2 Παρουσίαση δεδομένων και αποτελεσμάτων	65

3.3	Ανάλυση Δεδομένων	70
3.4	Ανακεφαλαίωση.....	74
	ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	77

Κατάλογος Διαγραμμάτων

Διάγραμμα 1.1.....	11
Διάγραμμα 1.2.....	14
Διάγραμμα 1.3.....	14
Διάγραμμα 1.4.....	16
Διάγραμμα 1.5.....	20
Διάγραμμα 1.6.....	23
Διάγραμμα 3.1.....	66
Διάγραμμα 3.2.....	67
Διάγραμμα 3.3.....	67
Διάγραμμα 3.4.....	68
Διάγραμμα 3.5.....	69
Διάγραμμα 3.6.....	69

Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 2.1.....	36
Πίνακας 3.1.....	71
Πίνακας 3.2.....	72
Πίνακας 3.3.....	73
Πίνακας 3.4.....	73
Πίνακας 3.5.....	74

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ & ΜΑΚΡΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ

1.1 Εισαγωγή

Οι μακροοικονομολόγοι είναι σημαντικό να γνωρίζουν τα ζητήματα της οικονομίας της υγείας και της πολιτικής υγείας είτε η εστίασή τους είναι για μια χώρα χαμηλού εισοδήματος είτε για μια προηγμένη οικονομία. Η υγειονομική περίθαλψη έχει κερδίσει εξέχουσα αναγνώριση στο τομέα της ανάπτυξης. Οι Αναπτυξιακοί Στόχοι του ΟΗΕ για την χιλιετία έθεσαν 10 στόχους που έπρεπε να επιτευχθούν μέχρι το 2015, εκ των οποίων οι τρεις αφορούν την υγεία συγκεκριμένα. Η έννοια της υγείας είναι καλά τοποθετημένη στους Στόχους Βιώσιμης Ανάπτυξη που έχουν χρονικό ορίζοντα ως το 2030. Συγκεκριμένα ο 3^{ος} Στόχος αναφέρει πως *«Διασφάλιση υγιούς ζωής και προώθηση της ευημερίας για όλους σε όλες τις ηλικίες»*. Η δήλωση του Στόχου τονίζει ότι για να επιτευχθεί ο συνολικός στόχος υγείας, *«πρέπει να επιτύχουμε καθολική κάλυψη υγείας και πρόσβαση σε ποιοτική υγειονομική περίθαλψη»* (WHO, 2017).

Οι δαπάνες της υγειονομικής περίθαλψης καθώς και ο αντίκτυπός που έχουν στα οικονομικά αποτελέσματα είναι σημαντικοί παράγοντες σε κάθε οικονομία. Μελέτες έδειξαν πως οι βελτιώσεις στην υγεία του πληθυσμού δύνανται να οδηγήσουν σε αύξηση του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος (ΑΕΠ) (Bloom et al., 2004). Η υγειονομική περίθαλψη καταλαμβάνει περίοπτη θέση στην ποιότητα του ανθρώπινου κεφαλαίου. Οι αυξημένες δαπάνες για την υγειονομική περίθαλψη αυξάνουν την παραγωγικότητα του ανθρώπινου κεφαλαίου, συμβάλλοντας έτσι θετικά στην οικονομική ανάπτυξη (Piabuo & Tieguhong, 2017).

Κατά συνέπεια, η βελτίωση των συνθηκών υγείας του πληθυσμού θεωρείται, μεταξύ των υπευθύνων χάραξης πολιτικής, σημαντικό μέσο για την αύξηση του ανθρώπινου κεφαλαίου, την επίτευξη βιώσιμης ανάπτυξης, τη μείωση της φτώχειας και των ανισοτήτων και τη βελτίωση της ευημερίας (Sen, 2006). Η συγκεκριμένη διαδικασία απαιτεί σημαντικές επενδύσεις, οι οποίες στον τομέα της υγείας παρέχουν τη ικανότητα στους πολίτες να βελτιώσουν την κατάσταση της υγείας τους. Όπως σε κάθε επενδυτικό σχέδιο, η επένδυση στον τομέα της υγείας απαιτεί μία κινητοποίηση πόρων, τόσο οικονομικών όσο και μη. Το ποσό των δαπανών που

πραγματοποιήθηκαν για την προετοιμασία και τις βελτιώσεις στην υγεία του πληθυσμού θεωρούνται δαπάνες υγείας (World Bank, 2016).

Ερευνητικές μελέτες τεκμηριώνουν ότι εκατομμύρια νοικοκυριά στις αναπτυσσόμενες χώρες φτωχαίνουν κάθε χρόνο λόγω των δαπανών για την υγεία, καθυστερώντας τις προσπάθειες καταπολέμησης της φτώχειας και ένα αναδυόμενο σύνολο ερευνών δείχνει ότι οι επενδύσεις στην υγεία μπορούν να έχουν σημαντική επίδραση στην οικονομική ανάπτυξη (Fogel, 2004). Το HIV/AIDS υπονομεύει σταδιακά τις αναπτυξιακές προοπτικές κάποιων αφρικανικών χωρών και απειλεί την αναπτυξιακή δυναμική πολλών άλλων σημαντικών ασιατικών οικονομιών. Για οικονομίες μεσαίου εισοδήματος, άλλες που βρίσκονται σε μεταβατικό στάδιο αλλά και σε βιομηχανικές χώρες, οι προκλήσεις του τομέα της υγείας διαφέρουν για τους μακροοικονομολόγους, αλλά δεν είναι λιγότερο απαιτητικές.

Ολοένα και περισσότερες πιέσεις αναδύονται από τον τομέα της υγείας, εν μέρει λόγω της αναπόφευκτης γήρανσης του πληθυσμού και εν μέρει λόγω της τάχιστα αναπτύξης της τεχνολογίας στον ιατρικό τομέα, που επηρεάζουν τη δημοσιονομική βιωσιμότητα, τον πληθωρισμό και πιθανώς το ισοζύγιο τρεχουσών συναλλαγών του ισοζυγίου πληρωμών. Οι μακροοικονομικές κατευθυντήριες γραμμές των στόχων δημοσίων δαπανών, του ελέγχου του πληθωρισμού, της φορολογικής πολιτικής καθώς και των συναλλαγματικών ισοτιμιών θα εμφανίσουν επιπτώσεις στην παροχή υγειονομικής περίθαλψης και αναπόφευκτα στην κατάσταση της υγείας του πληθυσμού (Glied & Remler, 2002). Γνωρίζοντας ότι το μεγαλύτερο μέρος της χρηματοδότησης για την υγεία προέρχεται από την κυβέρνηση, οι δημοσιονομικοί στόχοι θα περιορίσουν το πόσα μπορεί να δαπανήσει η εκάστοτε κυβέρνηση για την υγεία. Οι φορολογικές πολιτικές που σχετίζονται με τον καπνό, το αλκοόλ και τα όπλα μπορούν να επηρεάσουν τη ζήτηση των ανθρώπων για τα προϊόντα αυτά και κατ'επέκταση την υγεία τους (Jha & Chaloupka, 1999). Επίσης η συναλλαγματική ισοτιμία θα είναι ένας παράγοντας που θα καθορίσει το κόστος των εμβολίων και των φαρμάκων.

Οι μακροοικονομολόγοι που ενδιαφέρονται για τη δημοσιονομική ισορροπία θα επηρεάσουν επίσης τις αποφάσεις για τους αντίστοιχους ρόλους που θα διαδραματίσουν οι κρατικές και ιδιωτικές αγορές στον τομέα της υγείας. Τέτοιες αποφάσεις θα επηρεάσουν το ρυθμό του πληθωρισμού του κόστους υγείας, την

αποτελεσματικότητα και την ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης και το βαθμό δικαιοσύνης που σχετίζεται με τη χρηματοδότησή της.

Το παρόν κεφάλαιο αντιπροσωπεύει μια προσπάθεια να παρουσιαστούν οι βασικές μακροοικονομικές μεταβλητές που μπορούν να επιδράσουν στις δαπάνες υγείας και γενικότερα στο σύστημα υγείας. Συγκεκριμένα, στις επόμενες υποενότητες θα γίνει αναφορά αναλυτικά στις δαπάνες υγείας και στις πιο βασικές μακροοικονομικές μεταβλητές: προσδόκιμο ζωής, ακαθάριστο εγχώριο προϊόν, ανεργία και δείκτες θνησιμότητας.

1.2 Δαπάνες Υγείας

Η μελέτη των καθοριστικών παραγόντων των δαπανών για την υγεία χρονολογείται τουλάχιστον από το 1977 με τη μελέτη του Newhouse (1977) αλλά το μεγαλύτερο μέρος αυτής της έρευνας έχει επικεντρωθεί μόνο σε ανεπτυγμένες χώρες, ιδιαίτερα σε μέλη του ΟΟΣΑ. Αν και η βιβλιογραφία που επικεντρώνεται στις αναπτυσσόμενες χώρες έχει αυξηθεί κατά την τελευταία δεκαετία, εξακολουθεί να ελλείπεται από αυτή των ανεπτυγμένων χωρών, τόσο σε όγκο όσο και λεπτομέρεια.

Για τις ανεπτυγμένες χώρες υπάρχει σημαντικός όγκος βιβλιογραφίας που μελετά τους καθοριστικούς παράγοντες των δαπανών για την υγεία. Μία από τις πρώτες μελέτες ήταν του Newhouse το 1977 όπου διαπίστωσε πως το 90% των διακυμάνσεων στις κατά κεφαλήν δαπάνες για την υγεία θα μπορούσε να εξηγηθεί από τις διακυμάνσεις στο κατά κεφαλήν ΑΕΠ. Ενώ όμως υπάρχει ευρεία συμφωνία πως το εισόδημα είναι σημαντικότερος παράγοντας, τα μέχρι τώρα στοιχεία για την εισοδηματική ελαστικότητα δεν είναι ικανοποιητικά. Ορισμένες μελέτες έχουν βρει ότι η ελαστικότητα εισοδήματος είναι πάνω από τη μονάδα (Mehra et al., 2010), άλλες την έχουν βρει κάτω από τη μονάδα (Baltagi & Moscone, 2010) και άλλες έχουν βρει ότι είναι πολύ κοντά στη μονάδα (Lago-Reñas et al., 2013). Μπορούμε να σημειώσουμε ότι από τη δεκαετία του 1990, η χρήση χρονοσειρών και δεδομένων πάνελ έθεσε τις εκτιμήσεις της εισοδηματικής ελαστικότητας της ζήτησης κοντά στο ένα, υπονοώντας ότι η υγειονομική περίθαλψη θεωρείται κανονικό αγαθό (Culyer, 1990), ένα αποτέλεσμα που επιβεβαιώθηκε στη μελέτη του Hitiris (1997), ο οποίος εκτιμά μια εισοδηματική ελαστικότητα μεταξύ 1,0 και 1,2. Επίσης, από τη δεκαετία του 1990, έχουν γίνει μελέτες όπου αναλύθηκε τον αντίκτυπο της γήρανσης ενός

πληθυσμού στις δαπάνες τις χώρες για υγειονομική περίθαλψη. Η έρευνα σε αυτόν τον τομέα είναι ιδιαίτερα διαδομένη μεταξύ των χωρών του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ), λόγω των εκτεταμένων οικονομικών δεδομένων που συλλέγονται από τα κράτη μέλη από τον Οργανισμό. Ο Getzen (1992), συνδυάζοντας χρονοσειρές με συγχρονικές μελέτες σε 20 χώρες του ΟΟΣΑ για την περίοδο 1960-1988, διαπιστώνει ότι η γήρανση του πληθυσμού δεν σχετίζεται με υψηλότερες δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης, σε αντίθεση με τα αποτελέσματα των Blomqvist & Carter (1997) όπου αφού ανέλυσαν τις χρονοσειρές 24 χωρών του ΟΟΣΑ για την περίοδο 1960-1991 καταλήγει ότι ο αριθμός των ατόμων που είναι πάνω από 65 αυξάνει τις δαπάνες υγείας.

Τα τελευταία χρόνια, έχουν αυξηθεί οι μελέτες για τους καθοριστικούς παράγοντες των δαπανών υγείας τόσο ως προς τη μεθοδολογική πολυπλοκότητα όσο και ως προς τον εντοπισμό των κατάλληλων αιτιολογικών τους μεταβλητών. Μία από τις σημαντικότερες μελέτες των καθοριστικών παραγόντων των δαπανών της υγείας στις χώρες του ΟΟΣΑ έγινε το 2016 από τους de la Maisonneuve et al. Στη συγκεκριμένη έρευνα εκτός από τους πιο συχνά χρησιμοποιούμενους καθοριστικούς παράγοντες, όπως τα επίπεδα εισοδήματος, τα επίπεδα των τιμών και την ηλικιακή δομή του πληθυσμού, οι συγγραφείς διεξήγαγαν ανάλυση και για τον τρόπο με τον οποίο 20 διαφορετικές θεσμικές μεταβλητές επηρέασαν τις δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης μεταξύ 2000 και 2010. Τα κύρια ευρήματά τους ήταν ότι το κατά κεφαλήν ΑΕΠ ήταν ο καθοριστικότερος παράγοντας των δαπανών για τη δημόσια υγεία, αλλά και ότι η εισοδηματική ελαστικότητα ήταν ελαφρώς κάτω από τη μονάδα. Επιπλέον, η υψηλότερη αναλογία εξάρτησης από την ηλικία εμφάνισε θετική συσχέτιση με τις δημόσιες δαπάνες για την υγεία και η συσχέτιση αυτή ήταν στατιστικά σημαντική. Οι Yetim et al. (2021) σε μια προσπάθεια να προσφέρουν μια διαφορετική οπτική, εστιάζουν μόνο στους κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες των δαπανών υγείας για τις χώρες του ΟΟΣΑ και καταλήγουν ότι η εκπαίδευση και το εισόδημα σχετίζονται θετικά και στατιστικά σημαντικά με τις δαπάνες υγείας, ενώ διαπιστώνουν ότι ο πληθωρισμός είχε στατιστικά σημαντική και αρνητική επίδραση στις δαπάνες υγείας, καθώς ένα υψηλότερο ποσοστό πληθωρισμού αναφέρεται στη μείωση της αγοραστικής δύναμης.

Οι Raeissi et al. (2019) εξετάζουν κύριους παράγοντες που επηρεάζουν τις δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης σε χώρες με διαφορετικούς τύπους συστήματος υγειονομικής περίθαλψης εστιάζοντας σε 25 χώρες διαφορετικού εισοδήματος. Τα ευρήματά τους καταλήγουν ότι η γήρανση του πληθυσμού, το κατά κεφαλήν ΑΕΠ, οι τιμές υγειονομικής περίθαλψης καθώς και οι δείκτες κατάστασης υγείας, όπως το προσδόκιμο ζωής και τα ποσοστά θνησιμότητας (μητρικής και παιδικής), διαδραματίζουν βασικούς ρόλους στην εξήγηση των δαπανών υγείας ακόμα και σε χώρες με διαφορές στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης. Αν και οι δαπάνες για την υγεία στις αναπτυσσόμενες χώρες είναι συχνά πολύ χαμηλές και χρειάζονται πρόσθετους πόρους, οι μελέτες που επικεντρώνονται στις ανεπτυγμένες χώρες έχουν σε μεγάλο βαθμό διαφορετική προοπτική. Δεδομένης της γήρανσης του πληθυσμού και του περιορισμένου δημοσιονομικού κλίματος μετά την παγκόσμια οικονομική ύφεση το 2008, η ανησυχία αφορά περισσότερο την αποτελεσματικότητα διαφόρων μηχανισμών για τον περιορισμό των δαπανών για την υγεία για λόγους βιωσιμότητας.

Εστιάζοντας στις εμπειρικές μελέτες για τις αναπτυσσόμενες χώρες, σε μια πρόσφατη δημοσίευση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ), οι Barroy et al. (2017) εξέτασαν τη συσχέτιση μεταξύ των δημόσιων δαπανών για την υγεία (τόσο της συνολικής δημόσιας όσο και της εγχώριας χρηματοδότησης) και του κατά κεφαλήν ΑΕΠ και των κατά κεφαλήν δαπανών της γενικής κυβέρνησης, καταναμημένα ανά ομάδα εισοδήματος και περιφέρεια. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η εισοδηματική ελαστικότητα για τις κρατικές δαπάνες υγείας (σε όλες οι πηγές) είναι 1,35 στις χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος και 1,47 όταν περιλαμβάνονται μόνο οι εγχώριες πηγές. Αυτές οι ελαστικότητες ήταν οι υψηλότερες στις λιγότερο ανεπτυγμένες χώρες με 1,61 (σύνολο δημοσίων δαπανών) και 2,24 (εγχώριας χρηματοδότησης), ακολουθούμενες από τις χώρες μεσαίου εισοδήματος (1,35 και 1,69 αντίστοιχα). Στην αφρικανική περιφέρεια, οι ελαστικότητες ήταν επίσης πολύ υψηλές στο 1,59 (σύνολο δημοσίων δαπανών) και 1,81 (εγχώριας χρηματοδότησης). Το ενδιαφέρον, και ίσως κάπως απροσδόκητο, είναι ότι η συνολική ελαστικότητα έναντι των δαπανών της γενικής κυβέρνησης σε χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος ήταν υψηλότερη για τις συνολικές δαπάνες για τη δημόσια υγεία (1,07) από τις εγχώριες χρηματοδοτούμενες δημόσιες δαπάνες υγείας (1,01). Αυτή η διαφορά ήταν ιδιαίτερα έντονη στις λιγότερο ανεπτυγμένες χώρες (1,13 και 0,93 αντίστοιχα). Στην αφρικανική περιοχή, η ελαστικότητα έναντι των δαπανών της γενικής κυβέρνησης

βρέθηκε να είναι πολύ κοντά στην μονάδα, τόσο για τις συνολικές όσο και για τις εγχώριες δημόσιες δαπάνες.

Οι μελέτες που επικεντρώνονται ειδικά στις αναπτυσσόμενες χώρες έχουν συχνά ασχοληθεί με τη συσχέτιση μεταξύ της αναπτυξιακής βοήθειας για την υγεία και της εγχώριας δημόσιας χρηματοδότησης. Οι Lu et al. (1987) μελέτησαν τις κρατικές δαπάνες για την υγεία ως πηγή στις αναπτυσσόμενες χώρες μεταξύ 1995 και 2006 και διαπίστωσαν ότι η εγχώρια δημόσια χρηματοδότηση για την υγεία σχεδόν διπλασιάστηκε κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου, κυρίως ως αποτέλεσμα της αύξησης του ΑΕΠ. Στην υποσαχάρια Αφρική (ΥΣΑ) η αύξηση ήταν 132% και για τις χώρες μεσαίου εισοδήματος ήταν 92%.

Τα στοιχεία από τις αναπτυσσόμενες χώρες αποκαλύπτουν ότι οι μακροοικονομικές μεταβλητές έχουν τις πιο σημαντικές επιπτώσεις στις δαπάνες για την υγεία (Hajibabaei et al., 2020). Αυτό συμβαίνει επειδή, στις αναπτυσσόμενες χώρες, οι κυβερνήσεις πρέπει να επενδύσουν σε υποδομές που επηρεάζουν την οικονομία μέσω των μακροοικονομικών μεταβλητών. Όπως και άλλες χώρες σε όλο τον κόσμο, το εισόδημα είναι μια μεταβλητή που επηρεάζει τις δαπάνες υγείας. Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, η τεχνολογική πρόοδος και τα κοινωνικά χαρακτηριστικά ήταν άλλες σημαντικές μεταβλητές στις αναπτυσσόμενες χώρες.

Η εμπειρική έρευνα σχετικά με τους καθοριστικούς παράγοντες των δαπανών για την υγεία στην Αφρική είναι σχετικά σπάνια, υπάρχουν όμως ορισμένες μελέτες που αξίζει να αναφερθούν. Η παλαιότερη μελέτη σχετικά με τους καθοριστικούς παράγοντες των δαπανών υγείας στην Αφρική που βρέθηκε σε αυτή τη βιβλιογραφική ανασκόπηση ήταν μια συγχρονική μελέτη 30 αφρικανικών χωρών που έγινε από τους Gbesemete & Gerdtham (1992), οι οποίοι χρησιμοποίησαν πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση σε διατομές δεδομένων δαπανών από το 1984 για να αξιολογήσουν τις συσχετίσεις μεταξύ συνολικών κατά κεφαλήν δαπανών για την υγεία (εξαρτώμενη μεταβλητή) και ακαθάριστου εθνικού προϊόντος (ΑΕΠ)/κάτοικο, ποσοστό γεννήσεων που παρακολουθεί εξειδικευμένο προσωπικό, ποσοστό πληθυσμού κάτω των 15 ετών, ποσοστό γεννήσεων, ξένη βοήθεια που λαμβάνεται κατά κεφαλήν και αναλογία αστικοποίησης (ανεξάρτητες μεταβλητές). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το ΑΕΠ/κεφαλή ήταν μακράν ο πιο σημαντικός καθοριστικός παράγοντας, αν και η ελαστικότητα ήταν μόνο κοντά στη μονάδα. Το

78,3% της διακύμανσης των κατά κεφαλήν δαπανών για την υγεία μπορεί να εξηγηθεί από το ΑΕΠ/κεφαλή, την ξένη βοήθεια κατά κεφαλήν και το ποσοστό των γεννήσεων που παρακολουθεί εξειδικευμένο προσωπικό. Δεν βρέθηκε κάποια σημαντική συσχέτιση με τις άλλες τρεις ανεξάρτητες μεταβλητές.

Αν και η σημασία της, ως η πρώτη μελέτη του είδους της, ήταν ιδιαίτερα υψηλή, η μελέτη είχε επίσης αρκετούς περιορισμούς, όπως ο σχετικά χαμηλός αριθμός χωρών που συμπεριλήφθηκαν και η αμφισβητήσιμη επιλογή ανεξάρτητων μεταβλητών (π.χ. ποσοστό γεννήσεων που παρακολουθήθηκαν από εξειδικευμένο προσωπικό, το οποίο είναι πιο πιθανό ένα αποτέλεσμα, παρά μια πρόβλεψη του επιπέδου των δαπανών για την υγεία). Χρησιμοποιώντας συγχρονικά δεδομένα για το 2001, οι Murthy & Okunade(2009) προσπάθησαν να ερευνήσουν τους καθοριστικούς παράγοντες της συνολικής κατά κεφαλήν δαπάνης για την υγεία σε 44 αφρικανικές χώρες, υποστήριξαν δε ότι ήταν η μεγαλύτερη συγκομιδή δεδομένων που χρησιμοποιήθηκε για κάποιο αφρικανικό μοντέλο δαπανών για την υγεία κατά την εποχή της μελέτης τους. Οι καθοριστικοί παράγοντες που διερεύνησαν ήταν το οι γιατροί ανά 1.000 πληθυσμού, το κατά κεφαλήν ΑΕΠ, η κατά κεφαλήν χρηματοδότηση από δωρητές, το ποσοστό πληθυσμού άνω των 65 ετών καθώς και το ποσοστό μητρικής θνησιμότητας. Βρήκαν ότι τα κατά κεφαλήν ΑΕΠ/χρηματοδότηση μπορούν να εξηγήσουν κατά 84% τις δαπάνες υγείας και ότι και τα δύο είναι στατιστικά σημαντικές μεταβλητές για τις δαπάνες υγείας. Οι συντελεστές για τις υπόλοιπες τρεις ανεξάρτητες μεταβλητές δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικοί.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν και οι μελέτες που εστιάζουν στην Υποσαχάρια Αφρική (ΥΣΑ). Συγκεκριμένα, οι Micah et al. (2019) χρησιμοποίησαν δεδομένα πάνελ για τις εγχώριες κρατικές δαπάνες για την υγεία σε 46 χώρες στην υποσαχάρια Αφρική την περίοδο 1995-2015 και καταλήγουν ότι η σωστή διακυβέρνηση, το ΑΕΠ και το μερίδιο των κρατικών δαπανών συσχετίστηκαν θετικά με τις κρατικές δαπάνες για την υγεία. Ωστόσο, έδειξαν επίσης ότι τα μεμονωμένα χαρακτηριστικά της χώρας αποτελούσαν το υψηλότερο ποσοστό της εξηγούμενης διακύμανσης στις κρατικές δαπάνες για την υγεία στις χώρες της υποσαχάριας Αφρικής, δηλαδή ανεξάρτητα από το επίπεδο εισοδήματος μιας χώρας, τη δομή του πληθυσμού ή τη ροή εξωτερικών πόρων, τα χαρακτηριστικά της χώρας, όπως η αντίληψη της διαφθοράς στο δημόσιο τομέα, εξηγούν περισσότερο το επίπεδο των κρατικών δαπανών για την υγεία που

παρατηρείται σε μια χώρα. Ο Traoré (2021) μελετά 44 χώρες τις ΥΣΑ για την περίοδο 2000-2016 και καταλήγει ότι δεν υπάρχει σύγκλιση στις δαπάνες υγείας πιθανόν λόγω δημογραφικών, θεσμικών, κοινωνιολογικών ή ακόμα και γεωγραφικών παραγόντων. Με άλλα λόγια, οι χώρες της ΥΣΑ έχουν υιοθετήσει διαφορετική προσέγγιση όσον αφορά τις πολιτικές τους για τη δημόσια υγεία, με κάθε κυβέρνηση να συνεισφέρει με διαφορετικούς τρόπους στους αντίστοιχους τομείς υγείας της.

1.3 Προσδόκιμο ζωής

Η επιστημονική έρευνα στον τομέα της υγείας συνδέεται συχνά με την επιθυμία να περιγραφεί η υγεία του πληθυσμού και ο τρόπος με τον οποίο έχει αλλάξει. Προσπαθώντας να επιτύχουν τα πιο ακριβή και έγκυρα αποτελέσματα, οι ερευνητές αναφέρονται στα μετρήσιμα χαρακτηριστικά του πληθυσμού, τα οποία τους επιτρέπουν να πραγματοποιούν μετρήσεις και να καταλήγουν σε αξιόπιστα αποτελέσματα. Έτσι, αναφέρονται σε δείκτες υγείας, οι οποίοι δίνουν την ευκαιρία να περιγραφεί η υγεία ως ποσοτικοποιήσιμη έννοια. Το προσδόκιμο ζωής είναι ένας από τους πιο συχνά χρησιμοποιούμενους δείκτες για τη μέτρηση της κατάστασης της υγείας, καθώς εμφανίζει σχέση με ποικίλους παράγοντες που σηματοδοτούν την ανάπτυξη της υγείας, όπως η βελτίωση της εκπαίδευσης, η αύξηση του βιοτικού επιπέδου, η μεγαλύτερη πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη και η μείωση των δεικτών θνησιμότητας (OECD, 2018).

Το προσδόκιμο ζωής είναι ο μέσος αριθμός ετών που αναμένεται να ζήσει ένα άτομο και μπορεί να υπολογιστεί για διαφορετικές ηλικίες και πραγματοποιείται με την προϋπόθεση ότι διατηρούνται σταθερά τα ποσοστά θνησιμότητας ανά ηλικία (μια μεταβλητή που θα αναφερθούμε στην επόμενη ενότητα). Είναι ένα μέτρο που μπορεί να συνοψίσει τη θνησιμότητα μιας χώρας, επιτρέποντάς μας να τη συγκρίνουμε ανά γενιές και να αναλύσουμε τις τάσεις (μια ακόμα μεταβλητή που θα αναφερθούμε στην επόμενη ενότητα) (EC, 2022). Με άλλα λόγια, το προσδόκιμο ζωής υπολογίζεται χρησιμοποιώντας όποια διαθέσιμα δεδομένα για τον πληθυσμό και την θνησιμότητα, προέρχεται από πίνακες ζωής και βασίζεται σε συγκεκριμένα ποσοστά θανάτων ανά ηλικία και φύλο (WHO, 2015). Συνοψίζοντας, το προσδόκιμο ζωής θεωρείται συχνά το πιο σημαντικό μέτρο υγείας για δύο βασικούς λόγους: τη σχέση

του με άλλους πιο σύνθετους δείκτες υγείας και την ευκολία υπολογισμού του λόγω της σχετικά ευρείας διαθεσιμότητας δεδομένων θνησιμότητας (Choi et al., 2019).

Οι οικονομικές συνθήκες και η δημογραφική κατάσταση δημιουργούν πιέσεις στο κράτος πρόνοιας και από ορισμένες προσεγγίσεις η γήρανση είναι μία από τις μεγαλύτερες προκλήσεις της σύγχρονης εποχής. Βέβαια, το θέμα της γήρανσης δεν αφορά μόνο την αλλαγή της μορφής της δημογραφικής πυραμίδας, ιδιαίτερα στις ανεπτυγμένες χώρες που πλέον θυμίζει τετράγωνο από τη στιγμή που η βάση (ηλικίες 1-18) μικραίνει ενώ η κορυφή (80+) μεγαλώνει, αλλά αφορά ιδιαίτερα το ζήτημα της τρίτης ηλικίας. Για αυτό ορισμένες φορές η αρνητική προσέγγιση αναφέρεται έντονα στα προβλήματα που δημιουργούνται από το αυξανόμενο προσδόκιμο ζωής.

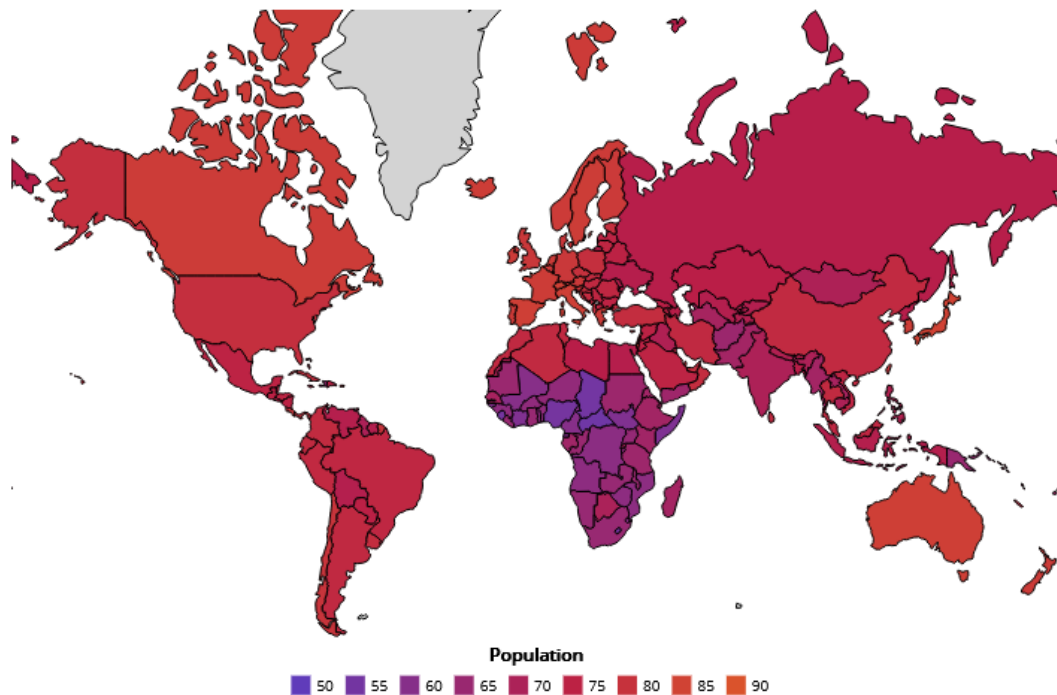
Η ερμηνεία και το νόημα του προσδόκιμου ορίου ζωής είναι ακόμα πιο πλούσιο και μπορεί να μας δώσει βασικές πληροφορίες για το επίπεδο ανάπτυξης του κοινωνικού κράτους μιας χώρας, όπως αναφέραμε και παραπάνω. Ο δείκτης αυτός μαζί με τον δείκτη εκπαίδευσης και τον δείκτη Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος (ΑΕΠ) είναι τόσο σημαντικός για την περιγραφή των συνθηκών του πληθυσμού που, αποτελεί τον Δείκτη Ανθρώπινης Ανάπτυξης που χρησιμοποιείται από το Αναπτυξιακό Πρόγραμμα των Ηνωμένων Εθνών (UNDP). Δεν υπάρχει καλύτερος δείκτης κοινωνικής ανάπτυξης μιας χώρας από τη μακρά και υγιή ζωή. Η αύξηση του προσδόκιμου ζωής είναι απόρροια της βελτίωσης της διατροφής, της υγείας και, κυρίως, της μείωσης της θνησιμότητας, αλλά και άλλων διαφόρων λόγων που οδηγούν σε αυτούς που αναφέρθηκαν προηγουμένως. Ως δείκτης, επιτρέπει να προεκτείνουμε με μια ματιά τις συνθήκες διαβίωσης των πληθυσμών γενικά. Ωστόσο, η αύξηση του προσδόκιμου ζωής πρέπει να προέρχεται από τη μείωση της θνησιμότητας σε όλες τις ηλικίες ομάδες και όχι μόνο μεταξύ εκείνων που βρίσκονται στην κορυφή της πληθυσμιακής πυραμίδας. Το προσδόκιμο ζωής δηλαδή αυξάνεται όχι μόνο όσο οι ηλικιωμένοι ζουν περισσότερο, αλλά και όσο πεθαίνουν λιγότεροι νέοι. Επομένως, είναι σαφής η σημασία του ως δείκτης, καθώς μας παρέχει πολλά χαρακτηριστικά μιας κοινωνίας και της κατάστασής της σε συγκριτικό επίπεδο, τόσο διακρατικά όσο και διαχρονικά.

Συμπερασματικά, είναι ένα απλό μέτρο, εξαιρετικά συνεκτικό, αλλά συχνά τα δεδομένα στα οποία αναφέρεται είναι παραπλανητικά ή ερμηνευόμενα ανακριβώς και η παραπληροφόρηση λογικά θα οδηγήσει σε παρανοήσεις. Για παράδειγμα, αν

υποτεθεί ότι η διακύμανσή της δεν εξαρτάται από το επίπεδο του κοινωνικού κράτους της χώρας, αλλά ότι η εξέλιξή του με την πάροδο του χρόνου είναι αποτέλεσμα αδράνειας, θα μπορούσε να οδηγήσει ορισμένες κυβερνήσεις να περιορίσουν την πρόσβαση στις δημόσιες υπηρεσίες ή να μην εγγυηθούν αυτά που θεωρούμε βασικά δικαιώματα (νερό και την ποιότητά του, για παράδειγμα) ή εξαιρετικά σημαντικά ζητήματα, όπως τα εργασιακά δικαιώματα, πιστεύοντας ότι αυτό δεν θα είχε καμία επίδραση στο προσδόκιμο ζωής. Συνοψίζοντας, θα μπορούσε να οδηγήσει στην υποτίμηση της σημασίας του ή στην υπόθεση ότι η μείωση του προσδόκιμου ζωής μιας γενιάς (που είναι ένας μέσος όρος) επηρεάζει μόνο αυτούς που ζουν περισσότερο.

Σε παγκόσμιο επίπεδο, το προσδόκιμο ζωής έχει αυξηθεί κατά περισσότερα από 6 χρόνια μεταξύ 2000 και 2019 – από 66,8 χρόνια το 2000 σε 73,4 χρόνια το 2019. Σημαντικοί παράγοντες στο προσδόκιμο ζωής περιλαμβάνουν το φύλο, τα γονίδια, την υγιεινή, τη διατροφή και την άσκηση, την πρόσβαση σε ποιοτική υγειονομική περίθαλψη, τον τρόπο ζωής και τον πολιτισμό και τα ποσοστά εγκληματικότητας. Μελέτες δείχνουν ότι η μακροζωία βασίζεται σε δύο βασικούς παράγοντες: τη γενετική και τις επιλογές του τρόπου ζωής. Δεδομένου αυτού, οι χώρες σε όλο τον κόσμο έχουν ποικίλο προσδόκιμο ζωής, όπως χαρακτηριστικά απεικονίζεται στο Διάγραμμα 1.1 με το μέσο προσδόκιμο ζωής ανά τον κόσμο. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), το τρέχον παγκόσμιο προσδόκιμο ζωής ήταν 72,0 χρόνια, 74,2 χρόνια για τις γυναίκες και 69,8 χρόνια για τους άνδρες. Το προσδόκιμο ζωής ανά περιοχή κυμαινόταν από 61,2 χρόνια στην αφρικανική περιοχή έως 77,5 χρόνια στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Μεταξύ 2000 και 2016, η αφρικανική περιοχή σημείωσε τη μεγαλύτερη αύξηση στο προσδόκιμο ζωής κατά 10,3 έτη ως αποτέλεσμα των βελτιώσεων στην επιβίωση των παιδιών και της διευρυμένης πρόσβασης στην αντιρετροϊκή θεραπεία για το HIV/AIDS (World Population Review, 2022).

Life Expectancy by Country 2022



Πηγή: World Population Review 2022.

Διάγραμμα 1.1 : Προσδόκιο ζωής στον κόσμο

Κλείνοντας, τα Ηνωμένα Έθνη (UN, n.d.) επισημαίνουν του περιορισμούς του δείκτη. Αναλυτικότερα, σε όσες περιοχές τα δεδομένα για τους θανάτους ανά ηλικία είναι καλής ποιότητας ή υπάρχει δυνατότητα προσαρμογής για ανακρίβεια και ελλιπή στοιχεία, το προσδόκιο ζωής κατά τη γέννηση μπορεί να υπολογιστεί απευθείας από τους καταγεγραμμένους θανάτους και τον πληθυσμό, που συνήθως βασίζονται σε απογραφές. Σε αντίθετη περίπτωση όταν τα δεδομένα δεν είναι διαθέσιμα επειδή η καταγραφή των δεδομένων είναι ελλιπής, τότε το προσδόκιο ζωής κατά τη γέννηση μπορεί να εκτιμηθεί χρησιμοποιώντας μεθόδους που αντλούν δείκτες θνησιμότητας από έμμεσες πληροφορίες σχετικά με τους κινδύνους θανάτου που λαμβάνονται από ειδικές ερωτήσεις που περιλαμβάνονται σε απογραφές ή δημογραφικές έρευνες.

1.4 Δείκτες θνησιμότητας και γεννητικότητας

Η θνησιμότητα σε ένα καθορισμένο μέρος σε μια συγκεκριμένη χρονική στιγμή μπορεί να μετρηθεί με διάφορους τρόπους, όπως σε απόλυτους αριθμούς, ως αναλογίες και ως ποσοστά. Ο θάνατος είναι ένα μοναδικό και σαφώς αναγνωρίσιμο γεγονός που αντανακλά την εμφάνιση και τη σοβαρότητα μιας ασθένειας. Συνιστάται

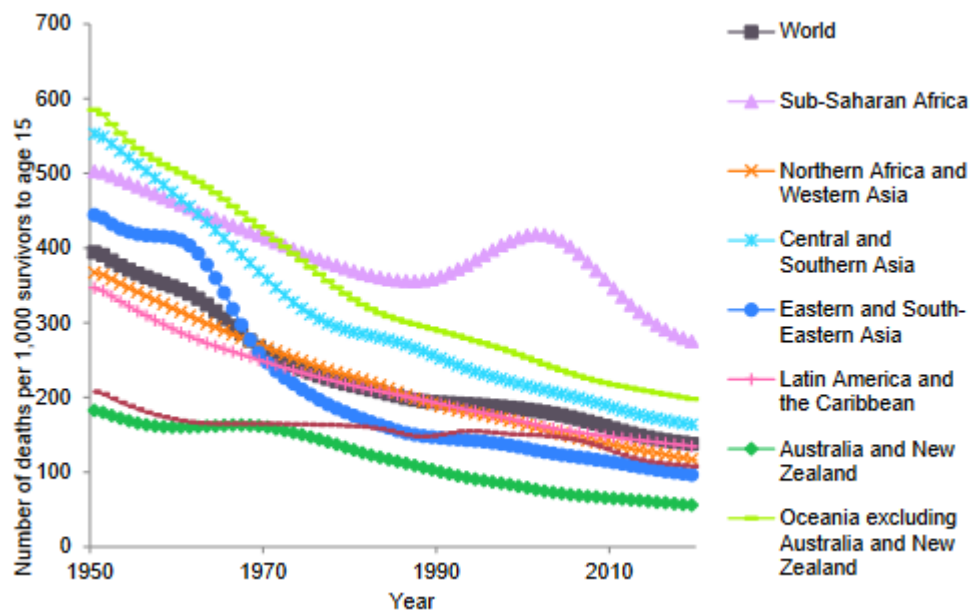
η ομαδοποίηση των δεδομένων θνησιμότητας κατά χαρακτηριστικά, όπως αιτία, ηλικία, φύλο, τόπος διαμονής και εθνικής καταγωγής, μεταξύ άλλων παραγόντων. Η θνησιμότητα είναι η παλαιότερη και η πιο κοινή πηγή δεδομένων για την κατάσταση της υγείας ενός πληθυσμού. Η συλλογή δεδομένων θνησιμότητας είναι υποχρεωτική σε όλες τις χώρες συνδυαστικά με τη χρήση πιστοποιητικών θανάτου. Ο ΠΟΥ έχει εκδώσει διεθνείς συστάσεις σχετικά με τις μεταβλητές που πρέπει να περιλαμβάνονται στα πιστοποιητικά θανάτου καθώς και τις οδηγίες για την αλληλουχία και την ιατρική κωδικοποίηση των ασθενειών που αναγράφονται στο πιστοποιητικό. Οι περισσότερες χώρες χρησιμοποιούν τη Διεθνή Ταξινόμηση Νοσημάτων, 10^η αναθεώρηση (ICD-10) για να κωδικοποιήσουν τα αίτια του θανάτου, επιτρέποντας συγκρίσεις μεταξύ διαφορετικών χωρών σε διαφορετικές χρονικές στιγμές (ΡΑΗΟ, 2018).

Πιο αναλυτικά, το ποσοστό θνησιμότητας είναι ένα μέτρο της συχνότητας των θανάτων σε έναν καθορισμένο πληθυσμό για μια ορισμένη χρονική περίοδο (Choi et al., 2019). Ο παρονομαστής που χρησιμοποιείται για τον υπολογισμό της θνησιμότητας είναι, θεωρητικά, ο μέσος αριθμός του πληθυσμού σε μια χρονική περίοδο. Ωστόσο, στην πραγματικότητα, ο κεντρικός πληθυσμός για μια δεδομένη περίοδο χρησιμοποιείται γενικά, επειδή δεν είναι δυνατό να μετρηθεί ο αριθμός των ατόμων στον πληθυσμό σε κάθε χρονική στιγμή.

Το ακατέργαστο ποσοστό θνησιμότητας (ΑΠΘ) είναι μια εκτίμηση του τμήματος ενός πληθυσμού που πεθαίνει από οποιαδήποτε αιτία κατά τη διάρκεια μιας καθορισμένης περιόδου. Παρουσιάζεται ως το ποσοστό των θανάτων ανά 100.000 (ή ανά 1000) άτομα σε μια δεδομένη χρονική περίοδο. Το ποσοστό θνησιμότητας που σχετίζεται με την αιτία μπορεί να ερμηνευθεί ως ο αριθμός των ατόμων σε έναν πληθυσμό που πεθαίνουν λόγω συγκεκριμένης αιτίας ανά 100.000 πληθυσμού. Το συγκεκριμένο ποσοστό θνησιμότητας χρησιμοποιεί έναν υποπληθυσμό ως παρονομαστή, αντί για ολόκληρο τον πληθυσμό. Μπορεί να υπολογιστεί ως το ποσοστό θνησιμότητας ενός καθορισμένου πληθυσμού με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά. Το ποσοστό θνησιμότητας ανά ηλικία, για παράδειγμα, είναι το ποσοστό θνησιμότητας μιας συγκεκριμένης ηλικιακής ομάδας, το οποίο υπολογίζεται ως ο αριθμός θανάτων ανά 100.000 άτομα σε αυτήν την ηλικιακή ομάδα. Αυτό μπορεί να εφαρμοστεί σε διαφορετικά είδη υποπληθυσμών, προτείνοντας

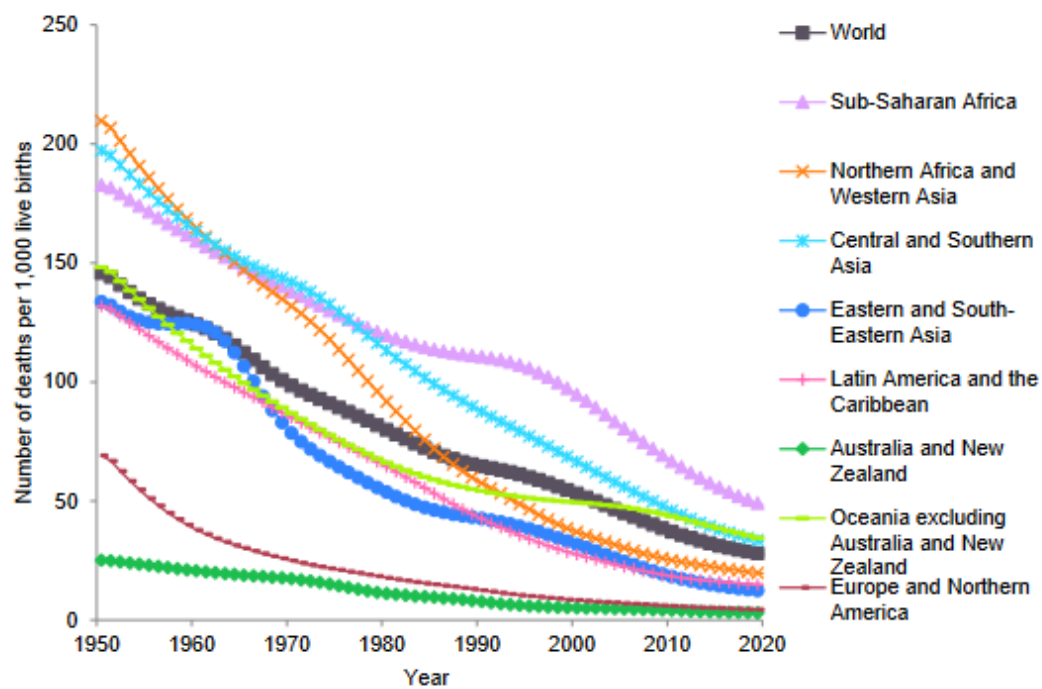
προτεραιότητες για πολιτικές υγείας για κάθε υποομάδα. Τα ακατέργαστα ποσοστά θνησιμότητας και τα συγκεκριμένα αίτια μπορούν να συνδυαστούν για να παρατηρηθούν διαφορές στον κίνδυνο σύμφωνα με τα χαρακτηριστικά ενός υποπληθυσμού. Το ΑΠΘ μπορεί να υπολογιστεί από δεδομένα που έχουν λιγότερες λεπτομέρειες από εκείνες που απαιτούνται για τον υπολογισμό του προσδόκιμου ζωής κατά τη γέννηση, αλλά έχει το μειονέκτημα ότι επηρεάζεται σε σημαντικό βαθμό από τη δομή της ηλικίας του πληθυσμού (UN, n.d.). Δηλαδή, δύο πληθυσμοί με το ίδιο ΑΠΘ θα μπορούσαν να υπόκεινται σε σημαντικά διαφορετικούς κινδύνους θνησιμότητας σε κάθε ηλικία.

Στο Διάγραμμα 1.2 απεικονίζεται το ποσοστό θανάτων ανά 1000 ανθρώπους άνω των 15 ετών ανά έτος για τις διάφορες περιοχές του κόσμου για την χρονική περίοδο 1950-2020. Διαπιστώνεται ότι μεταξύ 1994 και 2019, η θνησιμότητα μεταξύ 15 και 60 ετών μειώθηκε, κατά μέσο όρο, κατά 30%, οδηγώντας σε επίπεδα ρεκόρ σε χαμηλά επίπεδα σε όλες τις περιφέρειες. Η περιοχή με τη χαμηλότερη θνησιμότητα ενηλίκων το 2019 ήταν η Αυστραλία και η Νέα Ζηλανδία, με πιθανότητα θανάτου μεταξύ 15 και 60 ετών 56 ανά 1.000. Στην Ανατολική και Νοτιοανατολική Ασία, την Ευρώπη και τη Βόρεια Αμερική, και τη Δυτική Ασία και τη Βόρεια Αφρική, η θνησιμότητα ενηλίκων ήταν επίσης κάτω από τον παγκόσμιο μέσο όρο και κυμαινόταν από 97 έως 117 ανά 1.000. Η υποσαχάρια Αφρική είχε το υψηλότερο επίπεδο το 2019 (275 ανά 1.000), ακολουθούμενη από την Ωκεανία χωρίς την Αυστραλία και τη Νέα Ζηλανδία (198 ανά 1.000) και την Κεντρική και Νότια Ασία (164 ανά 1.000) — όλες πάνω από τον παγκόσμιο μέσο όρο. Το 2019, το ποσοστό θνησιμότητας ενηλίκων στην υποσαχάρια Αφρική ήταν πέντε φορές υψηλότερο από ότι στην Αυστραλία και τη Νέα Ζηλανδία, την περιοχή με το χαμηλότερο επίπεδο. Μέχρι το τέλος του 21^{ου} αιώνα, η θνησιμότητα ενηλίκων στην υποσαχάρια Αφρική προβλέπεται να μειωθεί σε περίπου 114 ανά 1.000, η οποία θα εξακολουθεί να είναι διπλάσιο από το σημερινό επίπεδο στην Αυστραλία και τη Νέα Ζηλανδία (UN, 2019).



Πηγή: UN 2019.

Διάγραμμα 1.2: Πιθανότητα θανάτου μεταξύ 15 και 60 ετών ανά περιοχή 1950-2020.



Πηγή: UN 2019.

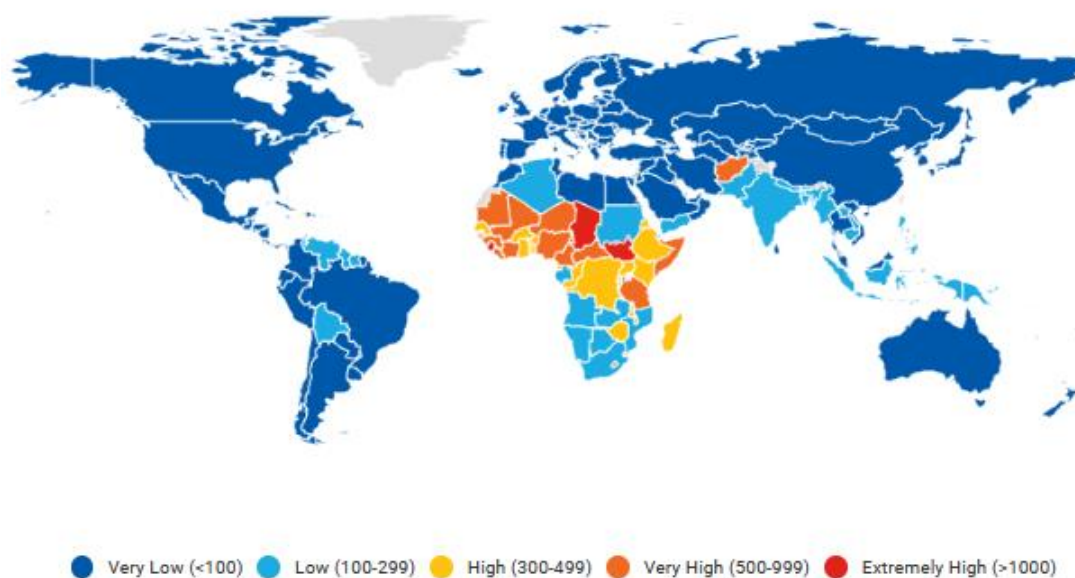
Διάγραμμα 1.3: Ποσοστό βρεφικής θνησιμότητας, κόσμος και ανά περιοχή, 1950-2019.

Σύμφωνα με τα παραπάνω, δυο αρκετά διαδεδομένοι δείκτες θνησιμότητας είναι ο δείκτης βρεφικής θνησιμότητας και ο δείκτης μητρικής θνησιμότητας. Ο δείκτης βρεφικής θνησιμότητας, εκτιμά τον κίνδυνο που έχουν τα βρέφη που γεννιούνται ζωντανά να πεθάνουν κατά το πρώτο έτος της ζωής τους. Η ανάλυση αυτής της εκτίμησης διαχρονικά και σε σχέση με διαφορετικές αιτίες και υποομάδες ηλικίας (νεογνική, πρόωμη νεογνική, όψιμη νεογνική, μετανεογνική) καθιστά δυνατή την παρακολούθηση του μεγέθους του δείκτη. Στο Διάγραμμα 1.3 εκφράζεται το ποσοστό βρεφικής θνησιμότητας ανά 1000 γεννήσεις για τις διάφορες περιοχές του κόσμου κατά την χρονική περίοδο 1950-2020. Γίνεται εμφανές πως από τη δεκαετία του 1950 έχει σημειωθεί αξιοσημείωτη πρόοδος στη μείωση της βρεφικής θνησιμότητας παγκοσμίως, αφού το ποσοστό για ολόκληρο τον κόσμο μειώθηκε από 146 θανάτους ανά 1.000 γεννήσεις ζώντων το 1950 σε μόλις 28 ανά 1.000 το 2019, μια μείωση περίπου 80%.

Ο δείκτης μητρικής θνησιμότητας, αν και έμμεσα, εκτιμά τον κίνδυνο θανάτου μιας γυναίκας από αιτίες που σχετίζονται με την περίοδο της εγκυμοσύνης. Αντικατοπτρίζει την πρόσβαση σε υπηρεσίες της γυναίκας αυτής καθώς και την ποιότητα της φροντίδας που της παρέχεται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, του τοκετού και της λοχείας. Η ανάλυση αυτής της εκτίμησης σε βάθος χρόνου για διαφορετικές υποομάδες αιτιών θανάτου και διαφορετικές υποομάδες πληθυσμού καθιστά δυνατή την παρακολούθηση του μεγέθους του δείκτη. Αυτός ο τύπος ανάλυσης παρέχει στοιχεία για την αποτελεσματικότητα των πολιτικών, των προγραμμάτων και των παρεμβάσεων για την πρόληψη των μητρικών θανάτων. Οι περισσότεροι από αυτούς τους θανάτους μπορούν να προληφθούν με την ποιοτική προγεννητική και μεταγεννητική φροντίδα και άλλες βελτιώσεις στις υπηρεσίες υγείας (PAHO, 2018).

Για την χρονική περίοδο 2000-2017, το παγκόσμιο ποσοστό μητρικής θνησιμότητας μειώθηκε κατά 38% από τους 342 θανάτους σε 211 θανάτους ανά 100.000 γεννήσεις ζώντων, σύμφωνα με εκτιμήσεις μεταξύ των υπηρεσιών του ΟΗΕ. Αυτό μεταφράζεται σε μέσο ετήσιο ρυθμό μείωσης 2,9 τοις εκατό. Αν και είναι ουσιαστικό, αυτό είναι λιγότερο από το ήμισυ του ετήσιου ποσοστού 6,4 τοις εκατό που απαιτείται για την επίτευξη του παγκόσμιου στόχου για τη Βιώσιμη Ανάπτυξη των 70 μητρικών θανάτων ανά 100.000 γεννήσεις ζώντων. Σημειώθηκε σημαντική πρόοδος

από το 2000. Μεταξύ 2000 και 2017, η Νότια Ασία πέτυχε τη μεγαλύτερη συνολική ποσοστιαία μείωση του δείκτη, με μείωση 59 τοις εκατό (από 395 σε 163 μητρικούς θανάτους ανά 100.000 γεννήσεις ζώντων). Η υποσαχάρια Αφρική πέτυχε σημαντική μείωση κατά 39 τοις εκατό της μητρικής θνησιμότητας κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου. Το Διάγραμμα 1.4 παρουσιάζει το ποσοστό μητρικής θνησιμότητας ως αριθμό θανάτων ανά 100000 γεννήσεις. Καθίσταται εμφανές ότι η Αφρική είναι η μόνη ήπειρος με τα υψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας, ξεπερνώντας σε ορισμένες χώρες τους 1000 θανάτους ανά 100000 γεννήσεις.



Πηγή: UNICEF, 2021.

Διάγραμμα 1.4 : Ποσοστό μητρικής θνησιμότητας.

Τέλος, ο δείκτης γεννητικότητας είναι ένας δείκτης που χρησιμοποιείται στη φροντίδα της μητρικής υγείας. Πιο αναλυτικά, το ποσοστό γεννήσεων είναι ένας δείκτης υγείας που μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την αξιολόγηση της φροντίδας υγείας της μητέρας και του εμβρύου. Το ακατέργαστο ποσοστό γεννήσεων αντιπροσωπεύει τον αριθμό γεννήσεων από 1000 σε έναν μόνο πληθυσμό και αντιπροσωπεύει τη συχνότητα των γεννήσεων, η οποία αντανακλά τη δομή ολόκληρου του πληθυσμού. Είναι ο ευκολότερος υπολογισμός του δείκτη γονιμότητας, αλλά αποδίδει μη ικανοποιητικά αποτελέσματα επειδή αντιπροσωπεύει ολόκληρο τον πληθυσμό και όχι τον γόνιμο πληθυσμό (Guest, 1974).

1.5 Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν

Το ακαθάριστο εγχώριο προϊόν (ΑΕΠ) είναι ένα από τα πιο ολοκληρωμένα οικονομικά στατιστικά στοιχεία που χρησιμοποιούνται τόσο από τις κυβερνήσεις σε όλον τον κόσμο για την προετοιμασία των εθνικών προϋπολογισμών, τη διατύπωση της νομισματικής πολιτικής, όσο και από τις αγορές ως δείκτη οικονομικής δραστηριότητας αλλά και από την επιχειρηματική κοινότητα κατά την προετοιμασία προβλέψεων οικονομικών επιδόσεων που παρέχουν τη βάση για τον προγραμματισμό της παραγωγής, των επενδύσεων και της απασχόλησης (Kubiszewski et al., 2013). Παγκοσμίως το ΑΕΠ χρησιμοποιείται μέχρι στιγμής για τη σύγκριση των οικονομιών, την προετοιμασία των αναπτυξιακών στόχων και τη διαμόρφωση περιφερειακών και διεθνών πρωτοβουλιών για την προώθηση των οικονομιών. Συνοψίζοντας, το Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν είναι διαδεδомένος οικονομικός δείκτης που έχει τυποποιηθεί από το Σύστημα Εθνικών Λογαριασμών των Ηνωμένων Εθνών και ουσιαστικά μετρά τη παραγωγή αγαθών και υπηρεσιών συνολικά ενός κράτους για μια συγκεκριμένη χρονική περίοδο και χρησιμοποιείται ευρέως για την οικονομική σύγκριση μεταξύ των κρατών.

Η αμφισβήτηση της χρήσης του ΑΕΠ για το κατά πόσο είναι ένας καλός δείκτης σύγκρισης των οικονομικών επιδόσεων των χωρών κερδίζει έδαφος σιγά-σιγά. Προς αυτή την τάση έχει οδηγήσει η αυξημένη ευαισθητοποίηση για την υπερθέρμανση του πλανήτη και η πιο πρόσφατη χρηματοπιστωτική κρίση, δύο σημαντικές προκλήσεις που έχουν δώσει σημαντική ώθηση για την περαιτέρω έρευνα των διαφορετικών μεθόδων μέτρησης της οικονομικής προόδου. Έτσι, το 2008 ήταν ένα έτος καταλύτης για την αναζήτηση εναλλακτικών οικονομικών δεικτών καθώς κέρδισε το δημόσιο ενδιαφέρον στην Ευρώπη, με το Γάλλο Πρόεδρο Νικολά Σαρκοζί να συγκεντρώνει μια ομάδα εμπειρογνομόνων (Davies, 2009) με επικεφαλής τον οικονομολόγο Joseph Stiglitz για να εξετάσει το θέμα. Η ομάδα δημοσίευσε την Έκθεση της Επιτροπής για τη Μέτρηση της Οικονομικής Απόδοσης και της Κοινωνικής Προόδου (Stiglitz, Sen & Fitoussi 2008), η οποία είναι μια από τις πιο πρωτοποριακές έρευνες που έγιναν σε αυτόν τον τομέα. Βέβαια, παρά την πιο πρόσφατη κριτική όσον αφορά την ελλιπή εκπροσώπηση του ΑΕΠ ως δείκτης οικονομικής ανάπτυξης (Stiglitz et al., 2009), λόγω έλλειψης καλύτερων

εναλλακτικών λύσεων, το ΑΕΠ εξακολουθεί να θεωρείται το πιο χρήσιμο μέτρο παρακολούθησης της οικονομικής ανάπτυξης σε όλο τον κόσμο (Geiger, 2018).

Το Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν (ΑΕΠ), είναι η συνολική αγοραία αξία όλων των υπηρεσιών και τελικών αγαθών που θα παράχθούν από μία χώρα μέσα σε μια δεδομένη χρονική περίοδο από συντελεστές παραγωγής της. Το ΑΕΠ δεν περιλαμβάνει τα ενδιάμεσα αγαθά, αλλά μόνο «νέα» προϊόντα και υπηρεσίες έτσι ώστε να αποφευχθεί η διπλή καταμέτρηση υπηρεσιών και προϊόντων. (Landerfeld et al., 2008)

Το ΑΕΠ μπορεί να υπολογιστεί με τρεις διαφορετικούς τρόπους και όλοι οι διαφορετικοί τρόποι θα πρέπει να οδηγούν στο ίδιο αποτέλεσμα. Πρώτον με προσέγγιση προστιθέμενης αξίας (ή παραγωγής), η οποία αθροίζει το ακαθάριστο προϊόν διαφορετικών βιομηχανιών και στη συνέχεια αφαιρεί τις ενδιάμεσες εισροές, για να αποφευχθεί η διπλή καταμέτρηση.

Δεύτερον, μπορεί να υπολογιστεί με προσέγγιση εισοδήματος (ανά είδος), η οποία μετρά το εισόδημα που αποκτάται από διαφορετικούς συντελεστές παραγωγής. Ωστόσο, επειδή ο υπολογισμός της αξίας της παραγωγής βάσει των δαπανών γίνεται με αγοραίες τιμές οι οποίες περιλαμβάνουν έμμεσους φόρους ή είναι μειωμένες λόγω επιδοτήσεων, στα εισοδήματα των παραγωγικών συντελεστών θα πρέπει να προστεθούν οι καθαροί έμμεσοι φόροι επί της παραγωγής, για να προκύψει το ΑΕΠ. Έτσι, το ΑΕΠ με βάση το μέθοδο των εισοδημάτων είναι το άθροισμα των αμοιβών των συντελεστών παραγωγής, δηλαδή Μισθών (αμοιβή εργασίας), Ενοικίων (αμοιβή γης), Τόκων (αμοιβή κεφαλαίου), Κερδών προ αποσβέσεων (αμοιβή επιχειρηματικότητας) και Καθαρών Φόρων επί της παραγωγής.

Τέλος, το ΑΕΠ μπορεί να προσδιοριστεί με την προσέγγιση της τελικής ζήτησης (ή δαπανών), η οποία μετρά τις δραστηριότητες, όπως οι επενδύσεις και η κατανάλωση σε διαφορετικούς κλάδους και οι εισαγωγές που αφαιρούνται από τις εξαγωγές. Σε αυτό το σημείο κρίνουμε ότι έχει σημασία να γίνει διάκριση των δαπανών επί της εγχώριας παραγωγής στις εξής κατηγορίες (α) ιδιωτική κατανάλωση, που περιλαμβάνει τις δαπάνες επί καταναλωτικών αγαθών, (β) ακαθάριστη επένδυση, που περιλαμβάνει τις δαπάνες επί κεφαλαιουχικών αγαθών (δηλαδή διαρκών αγαθών που χρησιμοποιούνται στην παραγωγή), (γ) κρατικές δαπάνες για αγορά αγαθών και (δ)

τις καθαρές δαπάνες των ξένων για αγορά εγχώριων αγαθών (καθαρές εξαγωγές), στην περίπτωση που η οικονομία είναι ανοικτή, δηλαδή έχει οικονομικές ανταλλαγές με το εξωτερικό.

Κατα συνέπεια, συμβολίζονται οι παραπάνω κατηγορίες δαπανών επί της εγχώριας παραγωγής ως (Λιανός & Ψειρίδου, 2015):

C = καταναλωτική δαπάνη (δαπάνη νοικοκυριών για καταναλωτικά αγαθά)

I = ακαθάριστη επένδυση (δαπάνη νοικοκυριών για κατοικίες, δαπάνη επιχειρήσεων για κεφαλαιουχικά αγαθά, μεταβολές αποθεμάτων και αποσβέσεις)

G = κρατικές δαπάνες (δαπάνες κρατικών φορέων για τελικά αγαθά)

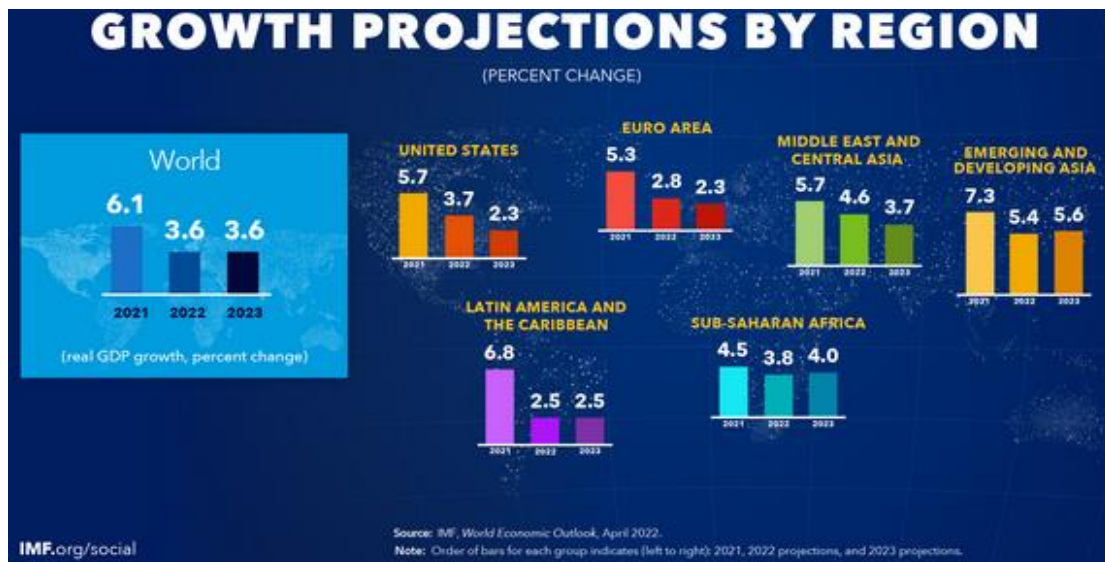
X = εξαγωγές αγαθών (δαπάνες ξένων για εγχώρια αγαθά)

M = εισαγωγές αγαθών (δαπάνες νοικοκυριών, επιχειρήσεων και κράτους για ξένα αγαθά)

Τότε το ΑΕΠ (Y) θα δίνεται από την ακόλουθη σχέση:

$$Y = C + I + G + (X - M)$$

Στον υπολογισμό του ΑΕΠ συμπεριλαμβάνεται η αξία του συνόλου των αγαθών που παράγονται σε συγκεκριμένη περίοδο εγχωρίως, ανεξάρτητα από το αν οι παραγωγικοί συντελεστές που απασχολούνται στην παραγωγή των αγαθών αυτών ανήκουν σε ντόπιους ή ξένους. Αν, όμως, ληφθούν υπόψη τα τελικά αγαθά που παράγονται σε ορισμένη περίοδο από συντελεστές που ανήκουν σε ντόπιους, ανεξάρτητα από το αν οι συντελεστές αυτοί δραστηριοποιούνται εγχωρίως ή στο εξωτερικό, τότε η αξία που προκύπτει είναι το Ακαθάριστο Εθνικό Προϊόν (ΑεθνΠ).



Πηγή: World Economic Outlook 2022.

Διάγραμμα 1.5: Ποσοστιαία μεταβολή του ΑΕΠ ανά περιοχή

Κλείνοντας τη παρούσα υποενότητα, αξίζει να επισημανθούν τα πιο πρόσφατα στοιχεία του IMF (2022) ως προς το τωρινό επίπεδο και τις προβλέψεις της μεταβολής του ΑΕΠ, δηλαδή του ρυθμού μεγέθυνσης. Όπως εμφανίζεται και στο Διάγραμμα 1.5 που απεικονίζει το ποσοστό μεταβολής του ΑΕΠ ανά ήπειρο, ο ρυθμός μεγέθυνσης σε παγκόσμιο επίπεδο προβλέπεται να μειωθεί από 6,1% το 2021 σε 3,6% για το 2022 και το 2023. Ο πόλεμος στην Ουκρανία έχει προκαλέσει μια δαπανηρή ανθρωπιστική κρίση και απαιτεί ειρηνική επίλυση. Ταυτόχρονα, η ζημιά στην οικονομία από αυτή τη σύγκρουση μπορεί να συμβάλει σε σημαντική επιβράδυνση της παγκόσμιας ανάπτυξης το 2022 και δύναται να αυξήσει τον πληθωρισμό. Όπως είναι φανερό από τις τιμές των καυσίμων και των τροφίμων όπου έχουν αυξηθεί ραγδαία, πλήττοντας περισσότερο τους ευάλωτους πληθυσμούς και τις χώρες χαμηλού εισοδήματος.

Παρατηρώντας τις διάφορες γεωγραφικές περιοχές, όλες παρουσιάζουν μείωση του ρυθμού μεγέθυνσης με την πιο έντονη πτώση να παρατηρείται στη Λατινική Αμερική (από 6,8% το 2021 σε 2,5% το 2022 και 2023) και στην Ευρωζώνη (από 5,3% το 2021 σε 2,8 το 2022 και 2,3 το 2023). Η Υποσαχάρια Αφρική παρουσιάζει μια πιο σταθερή πορεία με πολύ μικρότερη πτώση σε σχέση με τις ανεπτυγμένες αλλά και αναπτυσσόμενες χώρες (από 4,5% τα 2021 σε 3,8% το 2022 και 4% το 2023). Η επιβράδυνση αντανακλά βραχυπρόθεσμες διαταραχές, συμπεριλαμβανομένης της

επιβράδυνσης της παγκόσμιας οικονομίας και της επιμονής των επιπτώσεων της υγείας, των οικονομικών, των τροφίμων και των πολιτικών κρίσεων (World Bank, 2022).

1.6 Ανεργία

Το πρόβλημα της ανεργίας δεν ήταν προτεραιότητα κατά την κλασική περίοδο. Αντίθετα, είχε δοθεί μεγαλύτερη σημασία στο πρόβλημα της φτώχειας. Ωστόσο, στα τέλη του 19^{ου} αιώνα, το ζήτημα της φτώχειας και της ανεργίας έγιναν προτεραιότητες. Το ζήτημα της ανεργίας κυριάρχησε από τα μέσα του 20^{ου} αιώνα, ιδιαίτερα κατά τη διάρκεια του Β' Παγκοσμίου Πολέμου, λόγω της κατάστασης κατά τη διάρκεια και μετά τον πόλεμο, η οποία απέδειξε ότι μια πλήρως απασχολούμενη οικονομία θα ενίσχυε τα κέρδη στο Εθνικό Εισόδημα. Κατά τον Bernard Corry (1996) ο Keynes ήταν εκείνος που έδωσε πρώτος ως οικονομολόγος σημασία στην πρόκληση της ανεργίας, που αργότερα κέντρισε το ενδιαφέρον και υπόλοιπων συνάδελφών του.

Από τις αρχές του 20^{ου} αιώνα, η ανεργία διατυπώθηκε ως το πιο ανησυχητικό ζήτημα στον κόσμο. Ωστόσο, υπήρξε αποτυχία στην αδυναμία δημιουργίας πλήρους απασχόλησης για την οποία οι οικονομολόγοι δηλώνουν ότι δεν ελέγχουν την πολιτική και ως εκ τούτου δεν μπορούν να υποστηριχθούν για τις αποτυχίες του οικονομικού συστήματος να δημιουργήσει θέσεις εργασίας για όλους (Corry, 1996). Τις πιο πρόσφατες δεκαετίες, η ενσωμάτωση της διάστασης του φύλου έχει λάβει μεγάλη σημασία για τον ορισμό της ανεργίας. Αρχικά η ανεργία ήταν ένα φαινόμενο για τον ανδρικό πληθυσμό αφού κατά τη διάρκεια της εκβιομηχάνισης η συμμετοχή στην αγορά εργασίας ήταν μονάχα ανδρών, ενώ η γυναικεία συμμετοχή ήταν είτε μερικής απασχόλησης είτε εποχική. Ωστόσο, μέχρι σήμερα ο ρόλος της γυναίκας έχει μεγαλύτερη σημασία και στον εργασιακό χώρο, εξελίχθηκε από μια στερεότυπη έννοια των νοικοκυραίων σε εξίσου ισχυρή και πρόθυμη να εργαστεί στα χωράφια με τους άνδρες. Πιθανώς αυτός είναι ένας λόγος για την αύξηση της ανεργίας των γυναικών που έχει γίνει μεγαλύτερη ανησυχία.

Η νεοκλασική θεωρία και η Γενική Θεωρία/Κεϋνσιανή θεωρία είναι δύο ιδιαίτερα διαδομένες θεωρίες, που εξηγούν τη θεωρητική βάση της ανεργίας (Abbot, 2010). Η νεοκλασική θεωρία αναλύει την τυπική ζήτηση και προσφορά στην αγορά εργασίας

και αντιμετωπίζει την ανεργία ως ένα «συμβάν ανισορροπίας» που προκύπτει από την επικράτηση των μισθών σε επίπεδο υψηλότερο από αυτό που εκκαθαρίζει την αγορά εργασίας. Η νομοθεσία για τον κατώτατο μισθό, οι συνδικαλιστικές διαπραγματεύσεις και οι μισθοί αποτελεσματικότητας (όπου οι υψηλότεροι μισθοί παράγουν καλύτερους εργαζόμενους ή αντλούν καλύτερους εργαζόμενους από την ομάδα απασχόλησης) είναι μερικοί από τους λόγους που οι αγορές εργασίας ενδέχεται να μην προσαρμοστούν στην πλήρη απασχόληση. Από την άλλη πλευρά, η θεωρία του Keynes δηλώνει ότι η ανεργία προκύπτει από την ισορροπία της συνολικής ζήτησης και προσφοράς σε πολύ χαμηλό επίπεδο για να απαιτούνται οι παραγωγικές υπηρεσίες ολόκληρου του εργατικού δυναμικού. Η λύση είναι να αυξηθεί η συνολική ζήτηση με συνδυασμό δημοσιονομικών και νομισματικών μέτρων, όπως χαμηλότεροι φόροι, αυξημένες κρατικές δαπάνες ή επιταχυνόμενη νομισματική ανάπτυξη. Τα προστατευτικά μέτρα στη σφαίρα του διεθνούς εμπορίου, όπως οι δασμοί και οι επιδοτήσεις, μπορούν επίσης να βοηθήσουν στην άμβλυση του προβλήματος μετατρέποντας τη ζήτηση από ξένα σε εγχώρια αγαθά και υπηρεσίες (Calhoun, 2009).

Τα στοιχεία της ανεργίας μπορεί να ποικίλλουν ανάλογα με τα κριτήρια που χρησιμοποιούν οι ερευνητές για να την ορίσουν. Σύμφωνα με την Παγκόσμια Τράπεζα ο τυπικός ορισμός των ανέργων είναι τα άτομα εκείνα που δεν έχουν εργασία, αναζητούν εργασία σε πρόσφατη προηγούμενη περίοδο και είναι επί του παρόντος διαθέσιμα για εργασία, συμπεριλαμβανομένων των ατόμων που έχασαν τη δουλειά τους ή που εγκατέλειψαν οικειοθελώς την εργασία τους (WB, 2022). Άτομα που δεν αναζήτησαν εργασία αλλά έχουν ρυθμίσεις για μελλοντική εργασία υπολογίζονται επίσης ως άνεργοι. Στο Διάγραμμα 1.6 αναπαριστάται ο διαχωρισμός του εργατικού δυναμικού μιας χώρας στο σύνολο του πληθυσμού. Σε γενικές γραμμές, οι αριθμοί της ανεργίας αποκλείουν δημογραφικά στοιχεία όπως τα παιδιά κάτω των 18 ετών, τους συνταξιούχους και τα άτομα με μόνιμη αναπηρία που δεν μπορούν να εργαστούν. Με άλλα λόγια, είναι το εργατικό δυναμικό ή το οικονομικά ενεργό τμήμα του πληθυσμού που χρησιμεύει ως βάση για αυτόν τον δείκτη και όχι ο συνολικός πληθυσμός (WB, 2022) .



Πηγή: [RBA \(2022\)](#).

Διάγραμμα 1.6: Ομάδες της Αγοράς Εργασίας.

Ακόμα, το ποσοστό ανεργίας ορίζεται μαθηματικά ως ο λόγος που προκύπτει από τη διαίρεση του συνολικού αριθμού των ανέργων (για μια χώρα ή μια συγκεκριμένη ομάδα εργαζομένων) με το αντίστοιχο εργατικό δυναμικό, που είναι το άθροισμα των συνολικών απασχολούμενων και ανέργων στην ομάδα. Το ποσοστό ανεργίας αντικατοπτρίζει το ποσοστό του εργατικού δυναμικού που δεν έχει δουλειά αλλά είναι διαθέσιμο και αναζητά ενεργά εργασία. Δεν λέει τίποτα για τους οικονομικούς πόρους των ανέργων ή των μελών των οικογενειών τους. Επομένως, η χρήση του θα πρέπει να περιορίζεται στο να χρησιμεύει ως μέτρηση της χρησιμοποίησης της εργασίας και ως ένδειξη της αδυναμίας εύρεσης εργασίας. Άλλα μέτρα, συμπεριλαμβανομένων δεικτών που σχετίζονται με το εισόδημα, θα χρειαστούν για την αξιολόγηση της οικονομικής ανάπτυξης (ILO, n.d.).

Ωστόσο, η ανεργία είναι διαφορετικών τύπων και η καλύτερη κατανόηση της ίδιας είναι ζωτικής σημασίας σε περίπτωση εξεύρεσης ουσιαστικής λύσης (Begg et al., 1994). Η ανεργία τριβής είναι συνηθισμένη και εμφανίζεται φυσικά κάθε φορά που κάποιος βρίσκεται ανάμεσα σε θέσεις εργασίας, έχει μόλις αποφοιτήσει από το λύκειο ή το κολέγιο και ψάχνει για δουλειά ή επανέρχεται στο εργατικό δυναμικό. Επειδή πάντα υπάρχουν άνθρωποι που αναζητούν νέες θέσεις εργασίας, υπάρχει πάντα κάποιο επίπεδο ανεργίας τριβής που συνυπολογίζεται στους αριθμούς

ανεργίας. Για το λόγο αυτό, πολλοί οικονομολόγοι θεωρούν ότι η ανεργία τριβής είναι το λιγότερο ανησυχητικό είδος ανεργίας.

Η Κυκλική ανεργία λαμβάνει χώρα λόγω της κυμαινόμενης φύσης της αγοράς. Σε περιόδους οικονομικής ανάπτυξης, συχνά υπάρχουν περισσότερα χρήματα στα χέρια των ανθρώπων. Αυτό περιλαμβάνει εργοδότες που είναι σε θέση να προσλάβουν περισσότερους υπαλλήλους. Όταν η οικονομία βρίσκεται σε ύφεση, οι εργοδότες δυσκολεύονται και συχνά αναγκάζονται να απολύσουν ορισμένους εργαζόμενους. Η κυβέρνηση μπορεί να βοηθήσει στη μείωση των ζημιών που προκαλεί η κυκλική ανεργία μέσω παρεμβάσεων δημόσιας πολιτικής. Για παράδειγμα, μια κεντρική τράπεζα μπορεί να μειώσει τα επιτόκια, καθιστώντας φθηνότερο για τις τράπεζες και τις επιχειρήσεις να δανείζονται χρήματα. Αυτό μπορεί να τονώσει την οικονομία και να βοηθήσει τους εργοδότες να διατηρήσουν τους εργαζομένους ενώ η οικονομία βρίσκεται σε ύφεση.

Άλλο ένα είδος ανεργίας είναι η διαρθρωτική ανεργία. Όταν το εργατικό δυναμικό δεν είναι επαρκώς εκπαιδευμένο για τις θέσεις εργασίας που είναι διαθέσιμες αυτήν τη στιγμή, οι άνθρωποι αντιμετωπίζουν διαρθρωτική ανεργία. Η διαρθρωτική ανεργία μπορεί να είναι ιδιαίτερα ανησυχητική, καθώς η επανεκπαίδευση των εργαζομένων είναι δαπανηρή, και εν τω μεταξύ, πολλοί εργαζόμενοι που είχαν απασχοληθεί στο παρελθόν πρέπει τώρα να βασίζονται σε προγράμματα κρατικής βοήθειας για να τα βγάλουν πέρα.

Εκτός από αυτούς τους 3 τύπους ανεργίας που επικεντρώνεται συχνότερα η βιβλιογραφία, υπάρχουν και άλλοι τύποι ανεργίας όπως η περιφερειακή ανεργία που συμβαίνει όταν ένας κλάδος μετακινείται από μια περιοχή ή κάποια άλλη τοπική κατάσταση προκαλεί ανεργία. Η εποχική ανεργία, καθώς ορισμένες θέσεις εργασίας υπάρχουν μόνο κατά τη διάρκεια ορισμένων περιόδων του έτους. Η εθελούσια ανεργία, όπου άτομα μπορεί να μείνουν οικειοθελώς άνεργοι εάν βγάζουν αρκετά χρήματα από άλλες πηγές, και τέλος η κλασική ανεργία όπου εμφανίζεται όταν το ποσοστό των μισθών είναι πολύ υψηλό για να το αντέξουν οι εργοδότες, επομένως υπάρχει πλεόνασμα άνεργης εργασίας.

Οι μελέτες για τις διαφορές στα μέσα ποσοστά ανεργίας μεταξύ των χωρών έχουν επικεντρωθεί σχεδόν εξ ολοκλήρου στις συγκρίσεις μεταξύ της Δυτικής Ευρώπης και

των ΗΠΑ. Αυτό είναι φυσικά για καλό λόγο, καθώς τα κενά ανεργίας Ευρώπης-ΗΠΑ είναι γνωστό ότι είναι μεγάλα και επίμονα. Χώρες όπως η Ισπανία και η Ιρλανδία έχουν ποσοστά ανεργίας άνω του 12% για δεκαετίες συνεχόμενες, ενώ οι ΗΠΑ έχουν κατά μέσο όρο περίπου 6% από το τέλος του Β' Παγκοσμίου Πολέμου (π.χ. Nickell 1997). Αντίθετα, οι συστηματικές συγκρίσεις των μέσων ποσοστών ανεργίας μεταξύ των πλούσιων χωρών και των φτωχών χωρών απουσιάζουν σε μεγάλο βαθμό από τη βιβλιογραφία. Δεν υπάρχει μικρό μυστήριο σχετικά με το γιατί συμβαίνει αυτό: υπάρχουν απλώς πολύ λίγα διεθνώς συγκρίσιμα στοιχεία για την ανεργία εκτός των προηγμένων οικονομιών του κόσμου. Ως αποτέλεσμα, οι ισχυρισμοί για την ανεργία στις φτωχότερες χώρες είναι παντού στον χάρτη, με ορισμένες μελέτες να διαπιστώνουν ότι τα υψηλότερα ποσοστά ανεργίας στον κόσμο είναι στην Υποσαχάρια Αφρική, περίπου στο 30% ετησίως (WB, 2004), ενώ άλλες ότι η ανεργία είναι σχεδόν ανύπαρκτη στις αναπτυσσόμενες χώρες, καθώς οι άνθρωποι εκεί είναι πολύ φτωχοί για να έχουν την πολυτέλεια να μην εργάζονται (Fields 2004).

Έτσι, Feng (2018) διαπιστώνει ότι η ανεργία είναι σε μεγάλο βαθμό χαρακτηριστικό των προηγμένων οικονομιών. Στις φτωχές χώρες, μόνο οι πιο ειδικευμένοι εργαζόμενοι αναζητούν μισθωτές θέσεις εργασίας, ενώ οι περισσότεροι από τους λιγότερο ειδικευμένους εργάτες επιλέγουν τις παραδοσιακές δραστηριότητες αυτοαπασχόλησης. Έτσι, λίγοι εργαζόμενοι σε φτωχές οικονομίες είναι στην πράξη άνεργοι. Όμως, μελέτη των Turnham & Eröcal (1990) καταλήγει ότι οι φτωχοί μπορούν να μαστίζονται όλο και περισσότερο από την ανεργία. Πολλοί νέοι έχουν μεγάλη δυσκολία να βρουν οποιοδήποτε είδος εργασίας, ιδιαίτερα κανονική εργασία με την ανεργία να είναι υψηλή και να φαίνεται να αυξάνεται τα τελευταία χρόνια από το 1970.

Συνοψίζοντας, ενώ η ανεργία εξακολουθεί να αποτελεί σημαντική ανησυχία για πολλές βιομηχανικές χώρες, αυτά τα ζητήματα πλήττουν πολύ περισσότερο τις αναπτυσσόμενες χώρες (Postel-Vinay, 2019). Μέχρι το 2030, σχεδόν 350 εκατομμύρια νέοι σε όλον τον κόσμο θα εισέλθουν στην παγκόσμια αγορά εργασίας. Οι μισοί θα είναι στην Αφρική. Η οικονομική ανάπτυξη δεν θα είναι αρκετή για να εξασφαλίσει πρόσβαση σε αξιοπρεπείς θέσεις εργασίας για όλους. Οι προκλήσεις που θέτει η ανεργία είναι τόσο κοινωνικής όσο και οικονομικής φύσης. Υπό κανονικές συνθήκες, η ανεργία οδηγεί σε απόγνωση, καθώς ένα τμήμα της κοινωνίας δεν έχει

τρόπους να κερδίσει τα προς το ζην. Αυτό επηρεάζει όχι μόνο την οικονομική κατάσταση της κοινωνίας αλλά και τις πολιτικές και κοινωνικές πτυχές. Σε αυτό το πλαίσιο καταβάλλονται πολλές προσπάθειες για την αντιμετώπιση του ζητήματος της ανεργίας. Η δημιουργία θέσεων εργασίας είναι ένας σίγουρος τρόπος για να διασφαλιστεί ότι η ανεργία είναι υπό έλεγχο. Αυτό περιλαμβάνει συντονισμένες προσπάθειες για τη δημιουργία ευκαιριών για εργασία μέσω των οποίων μπορεί να δημιουργηθεί εισόδημα.

1.7 Ανακεφαλαίωση

Η βιβλιογραφία είναι γεμάτη μελέτες που χρονολογούνται από τη δεκαετία του 1970 και δείχνουν ότι οι φτωχοί κοινωνικοί καθοριστικοί παράγοντες της υγείας είναι επιβλαβείς για την υγεία τόσο βραχυπρόθεσμα όσο και μακροπρόθεσμα. Επίσης, ένας αυξανόμενος όγκος βιβλιογραφίας καταδεικνύει τη θετική επίδραση των ευνοϊκών κοινωνικών συνθηκών στα αποτελέσματα της υγείας. Σύμφωνα με τους Bradley & Taylor (2013), η αναλογία των κοινωνικών δαπανών προς τις δαπάνες υγείας συσχετίστηκε σημαντικά με καλύτερα αποτελέσματα στη βρεφική θνησιμότητα, το προσδόκιμο ζωής και την αύξηση των πιθανών χαμένων ετών ζωής, μετά την προσαρμογή για το επίπεδο των δαπανών για την υγεία και του ΑΕΠ. Οι αναλύσεις των διαφορών στις δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης ανά κοινωνικοοικονομικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά ενός πληθυσμού μπορούν να συμβάλουν στην καλύτερη κατανόηση των υφιστάμενων παραλλαγών και στην ανάπτυξη κατάλληλων πολιτικών και μοντέλων για νέες παρεμβάσεις.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΕΣ ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΣΤΗΝ ΥΠΟΣΑΧΑΡΙΑ ΑΦΡΙΚΗ

2.1 Εισαγωγή

Ένας μεγάλος αριθμός συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης στις χώρες της Υποσαχάριας Αφρικής υποχρηματοδοτείται επί του παρόντος σε μεγάλο βαθμό. Επιπλέον, οι περισσότερες χώρες της Υποσαχάριας Αφρικής συνεχίζουν να αντιμετωπίζουν ραγδαίες αυξήσεις πληθυσμού, γεγονός που θα θέσει σοβαρές προκλήσεις για τις προοπτικές κοινωνικοοικονομικής ανάπτυξης της περιοχής, απαιτώντας από τις χώρες να παρέχουν σε όλο και μεγαλύτερο αριθμό νέων με ανθρώπινο κεφάλαιο (π.χ. υγεία, διατροφή, εκπαίδευση) όπου και απαιτούν (May & Rotenberg, 2020). Ωστόσο, 31 αφρικανικές χώρες είχαν μια συνολική ετήσια κατά κεφαλήν δαπάνη για την υγεία 20 \$ ή λιγότερο το 2001 (McIntyre, et al., 2018). Σε αυτό το πλαίσιο, η διερεύνηση των δαπανών για τη δημόσια υγεία στην Υποσαχάρια Αφρική από το 2001 θα είναι σημαντικό αξιολογικό μέτρο για να μελετηθεί η επίδρασή τους σε βασικές μακροοικονομικές μεταβλητές.

Σύμφωνα με τον OECD (2020) η Αφρική αντιμετωπίζει μια διπλή κρίση, δημόσιας υγείας και οικονομική που θέτει σε κίνδυνο τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης. Η κρίση αυτή ενέχει τον κίνδυνο να επιδράσει στα μέσα διαβίωσης και να επιβραδύνει τις προοπτικές ανάπτυξης της περιοχής για τα επόμενα χρόνια. Πριν από τον COVID-19, το 2019, η ήπειρος είχε ήδη παρουσιάσει επιβράδυνση στην ανάπτυξη και μείωση της φτώχειας συνολικά, αν και με μεγάλες διαφορές μεταξύ των χωρών. Η τρέχουσα κρίση θα μπορούσε να διαγράψει χρόνια αναπτυξιακών κερδών. Δεδομένης της ταχέως μεταβαλλόμενης κατάστασης και της υψηλής αβεβαιότητας, οι προβλέψεις για την ανάπτυξη ενημερώνονται συνεχώς – δυστυχώς προς τα κάτω (OECD, 2020b).

Η πανδημία του COVID-19 θα επηρεάσει τη χρηματοδότηση της ανάπτυξης στην Αφρική, και όπως είναι φυσικό και επόμενο θα επηρεάσει και τις δαπάνες υγείας ιδιαίτερα σε χώρες της Υποσαχάριας Αφρικής. Οι τιμές του πετρελαίου είχαν ιστορική πτώση, από 61,5 USD τον Δεκέμβριο του 2019 σε 23,2 USD τον Μάρτιο

του 2020. Αυτό ως πλήγμα είναι ιδιαίτερα σημαντικό για μια ήπειρο της οποίας τα έσοδα πετρελαίου αντιπροσωπεύουν περίπου το 4,5% του ΑΕΠ (OECD/ATAF/AUC, 2019). Είναι νωρίς για να εκτιμηθεί από τώρα το ποσό της ανάκαμψης στις τιμές που θα προκαλέσουν οι περικοπές παραγωγής που συμφωνήθηκαν από τον ΟΠΕΚ και τη Ρωσία τον Απρίλιο καθώς και η συμφωνία των υπουργών ενέργειας της G20. Γενικά, οι βάσεις φορολογίας των χωρών έχουν μειωθεί καθώς οι εγχώριες βιομηχανίες χάνουν έσοδα, όπως για παράδειγμα οι αφρικανικές αεροπορικές εταιρείες που έχασαν έσοδα 4,4 δισεκατομμυρίων δολαρίων ΗΠΑ τους πρώτους μόλις τρεις μήνες του 2020. Η Κίνα είναι ο κύριος εμπορικός εταίρος της Αφρικής και μία από τις μεγαλύτερες πηγές επενδύσεών της. Ο δείκτης Υπεύθυνων Προμηθειών έφτασε στο ιστορικό χαμηλό όλων των εποχών, υποχωρώντας από τις 50 στο 35,6 μεταξύ Ιανουαρίου και Φεβρουαρίου. Την ίδια στιγμή, οι χρηματιστηριακές αγορές στα τέλη Φεβρουαρίου είδαν τη χειρότερη εβδομάδα τους από το κραχ του χρηματιστηρίου το 2008-09. Το πρώτο τρίμηνο του 2020 παρατηρήθηκε η μεγαλύτερη φυγή κεφαλαίων που έχει καταγραφεί ποτέ για τις αναδυόμενες αγορές, υπερβαίνοντας την Παγκόσμια Χρηματοπιστωτική Κρίση (IMF, 2020). Όσο οι εγχώριες και οι εξωτερικές πηγές χρηματοοικονομικών εσόδων εξαντλήθηκαν, κατέστη πιο δύσκολο για τις αφρικανικές χώρες να δανειστούν και οι αποδόσεις των κρατικών ομολόγων αυξήθηκαν σε αρκετές χώρες της Αφρικής. Στο κεφάλαιο αυτό θα μελετηθούν θα γίνει μια ιστορική αναδρομή στα συστήματα υγείας της Υποσαχάρια Αφρικής και θα μελετηθούν ως προς του κοινωνικούς τους περιορισμούς αλλά και ως προς τις υπάρχουσες υγειονομικές τους συνθήκες πέντε επιλεγμένες χώρες τις συγκεκριμένης περιοχής της Αφρικής.

2.2 Ιστορική Αναφορά του Συστήματος Υγείας στην Υποσαχάρια Αφρική

Η παροχή υγειονομικής περίθαλψης επηρεάζεται από το περιβάλλον, ιδίως μέσω της λειτουργίας του συστήματος υγείας. Ως εκ τούτου, ένα δυσλειτουργικό σύστημα υγείας θα αποτύχει να προσφέρει την απαραίτητη βελτίωση στην παροχή υγειονομικής περίθαλψης και στη βελτίωση της υγείας που απαιτείται, ανεξάρτητα από το επίπεδο της επένδυσης που λαμβάνει χώρα. Στην Παγκόσμια Έκθεση Υγείας του 2000, ως σύστημα υγείας ορίστηκε εκείνο το σύστημα που περιλαμβάνει όλους τους οργανισμούς, τα ιδρύματα και τους πόρους που είναι αφιερωμένοι στην παραγωγή δράσεων υγείας με πρωταρχικό σκοπό τη βελτίωση της υγείας των ατόμων

στην κοινωνία (WHO, 2000). Η λειτουργία των συστημάτων υγείας επικεντρώνεται κυρίως στην παροχή και την ισότητα των υπηρεσιών υγείας. Το σύστημα υγείας στοχεύει στην επίτευξη δύο βασικών στόχων: της ανταποκρισιμότητας και της δικαιοσύνης. Η ανταποκρισιμότητα συνεπάγεται στην ικανοποίηση των προσδοκιών των πολιτών οι οποίες αναφέρονται στην καθημερινή επαφή των πολιτών με το σύστημα υγείας, ενώ η δικαιοσύνη υποδηλώνει την ικανότητα του συστήματος να ανταποκρίνεται σε όλους χωρίς διακρίσεις αλλά και να κατανέμεται το βάρος της χρηματοδότησής του. Είναι λογικό λοιπόν, ένα καλοστημένο σύστημα υγείας να επιτυγχάνει μια ισορροπία μεταξύ των αναφερόμενων δύο πρωταρχικών στόχων.

Το σύστημα υγείας στην ΥΣΑ έχει εξελιχθεί με έντονη την παρουσία της παραδοσιακής ιατρικής, κατά την περίοδο της ορθόδοξης ιατρικής και βρίσκεται τώρα σε περίοδο σταδιακής ενοποίησης των δύο συστημάτων. Οι παραδοσιακοί θεραπευτές/βοτανολόγοι που χρησιμοποιούν ένα υβρίδιο «βοτανισμού και πνευματισμού» αντιμετώπιζαν εκείνοι ως επί το πλείστον στην ΥΣΑ τα ζητήματα υγείας και της ψυχολογικής κατάστασης. Άτομα που ήταν άρρωστα ή είχαν ένα πρόβλημα υγείας ή κάτι άλλο, επισκέπτονταν έναν παραδοσιακό ασκούμενο στην πόλη ή ταξιδεύουν σε άλλες πόλεις για να βρουν έναν. Ο παραδοσιακός θεραπευτής συνδύαζε τη χρήση βοτάνων και το πνευματικό ξόρκι στη θεραπεία ενός ασθενούς είτε με ασθένεια είτε με πνευματικό/ψυχολικό πρόβλημα. Κυρίως το ερώτημα που έμεινε αναπάντητο ήταν αν ο άρρωστος θεραπεύτηκε λόγω της βοτανοθεραπείας ή λόγω του πνευματικού ξορκιού. Οι περισσότεροι από τους ασκούμενους άντλησαν τις δεξιότητές τους από την παράδοση ή την άτυπη εκπαίδευση και συνήθως κάνουν τη δουλειά τους είτε στην άνεση του σπιτιού τους είτε σε ορισμένες περιπτώσεις στα σπίτια των πελατών τους ανάλογα με τη φύση της ασθένειας (Boom et al., 2008).

Οι παραδοσιακοί ασκούμενοι αμείβονταν κυρίως σε είδος, συνήθως με τρόφιμα και ζώα (όπως πτηνά, κατσίκες και πρόβατα). Ωστόσο, η ποσότητα της πληρωμής εξαρτιόταν κυρίως από τη σοβαρότητα της ασθένειας. Ένα ιδιαίτερο χαρακτηριστικό αυτής της πρακτικής ήταν η εύκολη πρόσβαση λόγω της γεινιάσής τους με τους ανθρώπους αφού οι θεραπευτές ζούσαν κυρίως στις κοινότητες. Έτσι, οι άνθρωποι δεν χρειαζόταν να ταξιδέψουν μακριά από τα σπίτια τους για να έχουν πρόσβαση σε ιατρική περίθαλψη, εκτός από περιπτώσεις όπου ο ασκούμενος δεν είχε θεραπεία για

μια συγκεκριμένη ασθένεια/πάθηση και ο ασθενής έπρεπε να επισκεφτεί άλλον ιατρό από διαφορετική πόλη.

Αυτό το σύστημα παραδοσιακής ιατρικής καταργήθηκε κατά κάποιο τρόπο κυρίως στα αστικά κέντρα κατά την εποχή της αποικιοκρατίας. Αυτό οφειλόταν στην εισαγωγή της δυτικής ιατρικής από την αποικιακή κυβέρνηση. Οι υπηρεσίες αυτών των κέντρων υγείας περιορίζονταν κυρίως στις αστικές περιοχές και στα κέντρα των πόλεων. Η εισαγωγή της δυτικής ιατρικής ήταν, ωστόσο, αποκλειστικά κτήμα των αποικιοκρατών, που ιδρύθηκε για να τους προστατεύσει από την πιθανή σύσπαση μολυσματικών ασθενειών από τις «ανθυγιεινές» συνθήκες του περιβάλλοντος και των ανθρώπων με τους οποίους αλληλεπιδρούσαν σε καθημερινή βάση. Τα αγροτικά κέντρα έμειναν εκτός, λόγω της δυσκολίας πρόσβασης σε αυτές τις περιοχές από την αποικιακή κυβέρνηση και της δυσκολίας διαβίωσης σε τέτοιες περιοχές λόγω της μη διαθεσιμότητας των περισσότερων κοινωνικών ανέσεων (ηλεκτρισμός, καθαρό νερό, κατάλληλη αποχέτευση). Έτσι, η παραδοσιακή ιατρική σε αυτήν την εποχή αφέθηκε κυρίως στους κατοίκους της υπαίθρου που εξακολουθούσαν να έχουν εμπιστοσύνη σε αυτό το σύστημα και πιθανότατα μπορούσαν εύκολα να το αντέξουν οικονομικά σε σύγκριση με το υψηλό κόστος της ορθόδοξης ιατρικής και την περιορισμένη πρόσβαση.

Στην εποχή των ιεραποστολικών υπηρεσιών στις αφρικανικές κοινωνίες, οι ιεραπόστολοι κατέβαλαν προσπάθειες να ιδρύσουν κέντρα υγείας. Αυτοί οι ιεραπόστολοι ήταν ως επί το πλείστον ιδιωτικοί και/ή μη κερδοσκοπικοί πάροχοι υπηρεσιών υγείας. Επέκτειναν τις υπηρεσίες υγείας στους κατοίκους της υπαίθρου καθώς ίδρυσαν εκκλησίες και σχολεία εντός των κοινοτήτων. Τα περισσότερα από αυτά τα κέντρα υγείας παρείχαν υπηρεσίες δωρεάν ή με μειωμένο κόστος στους περισσότερους ανθρώπους ως μέρος των θρησκευτικών τους καθηκόντων. Οι υπηρεσίες τους χρηματοδοτήθηκαν ως επί το πλείστον από οργανώσεις χορηγών ή από φιλανθρωπικούς σκοπούς. Αυτό έφερε τη δυτική/ορθόδοξη ιατρική πιο κοντά σε μερικούς από τους ανθρώπους στις αγροτικές περιοχές. Στην εποχή μετά την ανεξαρτησία, οι περισσότερες κυβερνήσεις κατέβαλαν προσπάθειες να επεκτείνουν τις υπηρεσίες στον μεγαλύτερο πληθυσμό, παρόλο που αυτές έτειναν να είναι προκατειλημμένες προς τις υπηρεσίες για τους αστούς. Οι περισσότερες χώρες κατέφυγαν στο σύστημα «μετρητά και μεταφορά» όπου οι άνθρωποι έπρεπε να

καταθέσουν μετρητά πριν από τη θεραπεία και αυτό υποπτεύεται ότι συνέβαλε στην κακή κατάσταση της υγείας εκείνης της εποχής. Αυτή η περίοδος χαρακτηρίστηκε από υψηλά ποσοστά θνησιμότητας, υψηλά ποσοστά γονιμότητας, χαμηλό προσδόκιμο ζωής και υψηλότερη συχνότητα μεταδοτικών και παιδικών ασθενειών.

Το 1978, η Διακήρυξη Alma Atta (WHO, 1978) προσπάθησε να κάνει την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας προσιτή στον μεγαλύτερο πληθυσμό, με έμφαση στη βελτίωση της υγείας για όλους και συνέστησε την ενσωμάτωση της φυτικής ιατρικής στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, καθορίζοντας πού μπορούν αυτοί οι επαγγελματίες να ενσωματωθούν στο σύστημα. Αυτό έχει ήδη οδηγήσει στην εισαγωγή «νοσοκομείων βοτάνων» και την εισαγωγή μαθημάτων φυτικής ιατρικής στα προγράμματα σπουδών ορισμένων πανεπιστημίων. Παρόλο που αυτή η ιδέα εκτιμήθηκε πολύ, δεν πέτυχε τελικά πολλά, καθώς οι περισσότερες κυβερνήσεις απέτυχαν να παράσχουν πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας λόγω του μεγάλου κόστους και της απροθυμίας να αυξήσουν τις δαπάνες για την παροχή υγειονομικής περίθαλψης.

Ως εκ τούτου, αυτή η ενσωμάτωση ήταν απαραίτητη τουλάχιστον για να ανταποκριθεί στις ανάγκες υγείας του πληθυσμού λόγω της περιορισμένης διαθεσιμότητας της δυτικής ιατρικής στις περισσότερες κοινότητες. Για παράδειγμα, οι Renckens και Dorlo (2013) αναφέρουν από τα δεδομένα του ΠΟΥ του 2006 ότι η πρόσβαση στην τακτική ιατρική στην Υποσαχάρια Αφρική δεν ήταν καθόλου επαρκής, και ενώ υπήρχε ένας παραδοσιακός ιατρός ανά 500 άτομα, υπήρχε μόνο ένας τακτικός ιατρός ανά 40.000 άτομα. Αυτό σημαίνει ότι το 2006, το ογδόντα τοις εκατό του πληθυσμού στην Υποσαχάρια Αφρική εξακολουθούσε να εξαρτάται από την παραδοσιακή φροντίδα. Η αντικατάσταση της παραδοσιακής ιατρικής από αποτελεσματική και τακτική ιατρική περίθαλψη για όλους τους Αφρικανούς πολίτες απαιτεί όχι μόνο οικονομική μεγέθυνση στην ήπειρο αλλά και απεριόριστη πολιτική βούληση. Έτσι, η βελτίωση της υγείας εξακολουθεί να υστερεί για τις περισσότερες αφρικανικές χώρες και ιδιαίτερα στην ΥΣΑ λόγω των υψηλών επιπέδων φτώχειας. Αρκετές άλλες πολιτικές εισήχθησαν μετά τη Διακήρυξη της Alma-Ata, με χαρακτηριστικό παράδειγμα την ανάπτυξη των στόχων της χιλιετίας το 2000.

Οι Αναπτυξιακοί Στόχοι της Χιλιετίας, που εισήχθησαν το έτος 2000, επιδίωκαν να βελτιώσουν την ευημερία των οικονομιών με επίκεντρο την επίτευξη ορισμένων

στόχων έως το τέλος του 2015. Αυτοί οι στόχοι αφορούν πολλούς τομείς της οικονομίας, συμπεριλαμβανομένης της υγείας. Στην εποχή των Στόχων, οι κυβερνήσεις ενθαρρύνθηκαν να επενδύσουν στον τομέα της υγείας ως μέσο για την επίτευξη των στόχων που σχετίζονται με την υγεία. Επιπλέον, η Δήλωση των αρχηγών κρατών της Abuja, σε μια προσπάθεια να βελτιώσει τον τομέα της υγείας, δεσμεύτηκε να δαπανήσει το 15% των εθνικών προϋπολογισμών στον τομέα της υγείας, όλα στην προσπάθεια βελτίωσης της κατάστασης της υγείας στην ΥΣΑ αλλά και στην Αφρική συνολικά. Τον τελευταίο καιρό, το επιχείρημα για τη βελτίωση των αποτελεσμάτων υγείας στην περιοχή και μάλιστα στον αναπτυσσόμενο κόσμο επικεντρώνεται στην Καθολική Υγειονομική Κάλυψη. Ο ΠΟΥ εισήγαγε για πρώτη φορά αυτή την έννοια το 2005, υποστηρίζοντας ότι η καθολική κάλυψη υγείας μπορεί να είναι η διέξοδος από την παγίδα της κακής υγείας.

Οι συστάσεις της έκθεσης Sachs του 2001 για τη Μακροοικονομία και την Υγεία επανέφεραν την υγεία ως βασικό συστατικό μεγέθυνσης και ανάπτυξης. Αυτό, μαζί με τη δυναμική που δημιουργήθηκε από τους Αναπτυξιακούς Στόχους της Χιλιετίας οδήγησε στην υιοθέτηση της Καθολικής Κάλυψης Υγείας, η οποία αφορά την παροχή προσιτής, προσβάσιμης και καλής ποιότητας φροντίδας για όλους. Η καθολική κάλυψη υγείας είναι μια φιλοδοξία που στηρίζει την απόλαυση του υψηλότερου εφικτού επιπέδου υγείας, το οποίο, όπως αναφέρεται στο καταστατικό του ΠΟΥ, είναι *«ένα από τα θεμελιώδη δικαιώματα κάθε ανθρώπου χωρίς διάκριση φυλής, θρησκείας, πολιτικής πεποίθησης, οικονομική ή κοινωνική κατάσταση»* (ΠΟΥ, 2010). Ο ΠΟΥ έχει τονίσει την ανάγκη να υπερβούμε τα εθνικά αποτελέσματα υγείας για να εξετάσουμε τα δομικά στοιχεία των συστημάτων υγείας, τα οποία καθορίζουν τη δικαιοσύνη στην πρόσβαση και την παράδοση και διαμορφώνουν τους οικονομικούς κινδύνους που συνδέονται με την κακή υγεία. Μια βασική κατεύθυνση πολιτικής στην προσπάθεια προς την Καθολική κάλυψη υγείας είναι η προτεραιότητα της ισότητας στην υγεία, λόγω των επιπτώσεων της στην κοινωνική δικαιοσύνη, τη μείωση της φτώχειας και την ικανοποίηση ανεκπλήρωτων αναγκών.

Ο διπλός στόχος της διασφάλισης τόσο της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας, όσο και της προστασίας των οικονομικών κινδύνων, επιβεβαιώθηκαν το 2012 με ψήφισμα της Γενικής Συνέλευσης των Ηνωμένων Εθνών, το οποίο προωθεί το Καθολική υγειονομική κάλυψη, συμπεριλαμβανομένης της κοινωνικής προστασίας και της

βιώσιμης χρηματοδότησης. Το ψήφισμα του 2012 προχωρά περαιτέρω για να τονίσει τη σημασία της καθολικής υγειονομικής κάλυψης για την επίτευξη των Στόχων, για την ανακούφιση της φτώχειας και για την επίτευξη βιώσιμης ανάπτυξης. Αναγνωρίζει ότι η υγεία δεν εξαρτάται μόνο από την πρόσβαση σε ιατρικές υπηρεσίες και ένα μέσο πληρωμής για αυτές τις υπηρεσίες, αλλά και από την κατανόηση των δεσμών μεταξύ κοινωνικών παραγόντων, περιβάλλοντος, φυσικών καταστροφών και αποτελεσμάτων υγείας. Αυτή ήταν μια σημαντική αναγνώριση της βελτίωσης της υγείας που αντιμετωπίζει κατάλληλα περιβαλλοντικά και κοινωνικά ζητήματα παράλληλα με τις αυξήσεις στη χρηματοδότηση της υγείας. Έτσι, ένα προτεινόμενο μέσο για τη βελτίωση της κατάστασης της υγείας είναι η επένδυση στην υγειονομική περίθαλψη, καλώντας τις διάφορες κυβερνήσεις να αναλάβουν πρωτοβουλία.

2.3 Υφιστάμενο σύστημα υγείας στην Υποσαχάρια Αφρική

Όπως έγινε αισθητό και στην προηγούμενη ενότητα, η Υποσαχάρια Αφρική μαστίγεται από κακή υγεία εδώ και αρκετά χρόνια, μια κατάσταση που συνεχίζεται έως και τα πολύ πρόσφατα χρόνια και φαίνεται μέσα από τα δεδομένα για τη κατάσταση της υγείας της, όπου είναι χαμηλότερη από τα συνολικά επίπεδα για τις περισσότερες λιγότερο ανεπτυγμένες περιοχές του κόσμου. Η περιοχή της ΥΣΑ χαρακτηρίζεται επίσης από ανεπαρκή προσφορά υγειονομικού προσωπικού, νοσοκομειακού εξοπλισμού, φαρμάκων και νοσοκομειακών κλινών μεταξύ άλλων υποδομών υγείας. Επίσης, τα ποσοστά παιδικής και μητρικής θνησιμότητας είναι υψηλά ενώ το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση είναι χαμηλό. Αυτό έχει επιδεινωθεί από τον επιπολασμό του HIV/AIDS, τους εμφύλιους πολέμους και τις συγκρούσεις στην περιοχή (Bryan et al., 2010). Οι περισσότεροι άνθρωποι έχουν περιορισμένη πρόσβαση στη σύγχρονη υγειονομική περίθαλψη. Οι ασθενείς σε αγροτικές περιοχές επιλέγουν είτε να βασίζονται στην παραδοσιακή και εναλλακτική ιατρική είτε να ταξιδεύουν μεγαλύτερες αποστάσεις για να έχουν πρόσβαση στη σύγχρονη υγειονομική περίθαλψη στις μεγάλες πόλεις και κωμοπόλεις. Επίσης, η οικονομική ανάπτυξη παρεμποδίζεται από τον επιπολασμό της ελονοσίας, της φυματίωσης και άλλων μορφών ασθενειών (Bryan et al., 2010).

Το 2012, η Αφρικανική Περιφέρεια του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΑΠ-ΠΟΥ) κατέγραψε την υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης ελονοσίας παγκοσμίως. Είχε το 80

τοις εκατό των εκτιμώμενων 207 εκατομμυρίων κρουσμάτων και αντιπροσώπευε το 90 τοις εκατό των εκτιμώμενων 627.000 θανάτων που σχετίζονται με την ελονοσία παγκοσμίως. Αυτό συμβαίνει στο πλαίσιο ότι το ποσοστό επίπτωσης της ελονοσίας μεταξύ των πληθυσμών σε κίνδυνο, κατά την περίοδο 2000-2012, εκτιμήθηκε ότι μειώθηκε κατά 31 τοις εκατό στην αφρικανική περιοχή του ΠΟΥ. Εντός της ίδιας περιόδου, η θνησιμότητα από ελονοσία μειώθηκε κατά 49 τοις εκατό στη περιοχή της ΥΣΑ. Επίσης, το ποσοστό θνησιμότητας κάτω των πέντε ετών που σχετίζεται με την ελονοσία ήταν 74 τοις εκατό στην ΑΠ-ΠΟΥ σε σύγκριση με 7 τοις εκατό για τον υπόλοιπο κόσμο το 2012. Επίσης, η ελονοσία στοίχισε το 16 τοις εκατό των ζών του πληθυσμού ηλικίας άνω των πέντε ετών στην Αφρική σε σύγκριση με 3 τοις εκατό για τον υπόλοιπο κόσμο (WHO, 2014).

Οι Στόχοι Βιώσιμης Ανάπτυξης (ΣΒΑ) που εγκρίθηκαν από τη Γενική Συνέλευση των Ηνωμένων Εθνών τον Σεπτέμβριο του 2015 έχουν στόχους που σχετίζονται με την υγεία. Συγκεκριμένα, ο στόχος Νο. 3 εστιάζει συγκεκριμένα στη διασφάλιση υγιεινών ζών και στην προώθηση της ευημερίας για όλους σε όλες τις ηλικίες. Ο στόχος 3.8 του ΣΒΑ Νο. 3 - που αφορά την επίτευξη Καθολικής κάλυψης υγείας, συμπεριλαμβανομένης της προστασίας από οικονομικούς κινδύνους, της πρόσβασης σε ποιοτικές βασικές υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης και της πρόσβασης σε ασφαλή, αποτελεσματικά, ποιοτικά και οικονομικά βασικά φάρμακα και εμβόλια για όλους - είναι το κλειδί για την επίτευξη ολόκληρου του στόχου καθώς και των στόχων που σχετίζονται με την υγεία άλλων ΣΒΑ.

Ενώ οι ΣΒΑ ιδρύθηκαν το 2015, στην Υποσαχάρια Αφρική έχει σημειωθεί σημαντική αλλά αργή πρόοδος στην εκπλήρωσή τους τα τελευταία 15 χρόνια. Η περιορισμένη υποδομή υγειονομικής περίθαλψης έχει επίσης επηρεάσει αρνητικά την ικανότητα κάλυψης των ΣΒΑ για την υγεία, ιδιαίτερα στην αγροτική Υποσαχάρια Αφρική. Ως εκ τούτου, φαίνεται να είναι ακόμη πολύς ο δρόμος μπροστά στο ταξίδι για την επίτευξη των ΣΒΑ έως το 2030.

Οι αναδυόμενες αφρικανικές οικονομίες πιθανότατα θα ανταποκριθούν σε κάποιους από τους ΣΒΑ πιο γρήγορα λόγω στοχευμένων πρωτοβουλιών από τις κυβερνήσεις και ταχύτερης οικονομικής ανάπτυξης. Η καθολική κάλυψη υγείας είχε αργή αλλά θετική ανάπτυξη. Μέχρι σήμερα μόνο η Ρουάντα έχει καταφέρει να επιτύχει Καθολική κάλυψη υγείας άνω του 90% στην Υποσαχάρια Αφρική. Αυτό από

ορισμένους οφείλεται στο πρόγραμμα ασφάλισης της κοινότητας που στοχεύει στο χαμηλότερο εισόδημα του πληθυσμού, το οποίο είχε άμεση επίδραση στη μείωση της θνησιμότητας μητέρων και παιδιών και στην αύξηση του αριθμού των ειδικευμένων συνοδών. Όπως αναφέρουν οι Russo et al. (2017), η χρηματοδότηση της Καθολικής Κάλυψης Υγείας ήταν το σημαντικότερο μειονέκτημα στην εφαρμογή και την αύξηση της κάλυψης στα περισσότερα έθνη. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα χώρες όπως η Νότια Αφρική να αντιμετωπίζουν καθυστερήσεις στην κυκλοφορία του. Ωστόσο, αναμένεται ότι θα υπάρξει σημαντική πρόοδος στη θέσπιση σχετικών κανονισμών στην Υποσαχάρια Αφρική, που είναι το πρώτο βήμα στην εξάπλωση της Καθολικής κάλυψης υγείας. Λέγεται επίσης ότι υπάρχει ανάγκη να εξεταστεί πώς το σύστημα υγείας μπορεί να είναι ανθεκτικό μπροστά σε μια οικονομική επιβράδυνση ή συρρίκνωση, ενώ εξακολουθεί να προσπαθεί να επεκτείνει την πρόσβαση και τις υπηρεσίες και υπογραμμίζουν επίσης ότι απαιτούνται πολιτικές για να ενταχθούν οι διαφορετικοί τρόποι παροχής υπηρεσιών υγείας σε περιβάλλοντα με περιορισμένους πόρους κάτω από το ευρύ όραμα της Καθολικής κάλυψης υγείας.

Σύμφωνα με τα παραπάνω, δεν προκαλεί εντύπωση η κακή βαθμολογία που δίνουν οι πολίτες της ΥΣΑ για το σύστημα υγειονομικής περίθαλψής τους, όπως αναφέρουν οι Deaton & Tortora (2015). Πιο αναλυτικά, μόνο το 42,4 τοις εκατό είναι ικανοποιημένο με τη διαθεσιμότητα ποιοτικής υγειονομικής περίθαλψης στην πόλη ή την περιοχή στην οποία ζει, παρουσιάζοντας το χαμηλότερο επίπεδο ικανοποίησης στον κόσμο. Μια σύνοψη των ερευνών του Afrobarometer σε χώρες της Υποσαχάριας Αφρικής αναφέρει ότι το 57 τοις εκατό των ερωτηθέντων λέει ότι η κυβέρνηση τα κατάφερε καλά ή αρκετά καλά στη βελτίωση των βασικών υπηρεσιών υγείας, ποσοστό που μειώθηκε μεταξύ 2002 και 2013.

Στον Πίνακα 2.1 παρουσιάζονται οι χώρες της ΥΣΑ και οι απαντήσεις από τις έρευνες της Gallup σχετικά με διάφορα θέματα περί της υγείας όπως ετήσια έξοδα για την υγεία ανά άτομο, ποσοστιαία ικανοποίηση από τα υπάρχοντα συστήματα υγείας και ποσοστιαία επικράτηση του HIV. Παρατηρείται πως στις περισσότερες χώρες λιγότερο από το 50% των ερωτηθέντων απάντησε ότι βρίσκεται σε καλή υγεία, με την Τανζανία και τη Μαδαγασκάρη μόλις ένα 17%, το Δ.Κονγκό ένα 19%. Ιδιαίτερη διακύμανση παρατηρείται και στην ερώτηση αν έχουν επισκεφτεί ιατρικό επαγγελματία με τη Γκάνα να απαντά θετικά μόλις 48% και το Καμερούν να απαντά

θετικά το 93%. Ενδιαφέρον παρουσιάζουν και τα ποσοστά που ξοδεύονται στον ιδιωτικό τομέα, με κάποιες χώρες να ξεπερνούν τα 2/3, όπως η Ουγκάντα και η Γκουινέα. Βέβαια, παρατηρείται ότι οι περισσότεροι πολίτες δεν είναι ικανοποιημένοι με την ποιότητα της παροχής υγείας, καθώς στις περισσότερες χώρες απαντούν θετικά λιγότεροι από το 50%. Τα πιο χαμηλά ποσοστά ικανοποίησης παρατηρούνται στην Αιθιοπία, στο Σουδάν, στην Γκουινέα, στη Νότια Αφρική και στο Κομόρος. Βέβαια, οι άνθρωποι στην περιοχή δεν πιστεύουν ότι η βελτίωση της υγειονομικής περιθάλψης πρέπει να είναι η ύψιστη προτεραιότητα για τις κυβερνήσεις τους.

Πίνακας 2.1: Στατιστικά υγείας για τις χώρες της Υποσαχάριας Αφρικής στην παγκόσμια δημοσκόπηση της Gallup το 2012.

Country In	perfect health	Ever seen a medical professional	Health spending per person	Health spending in the private sector	Quality of Health care is okay	HIV prevalence
Benin	39%	87%	\$75	47%	45%	1.2%
Botswana	24	80	734	39	57	23.4
Burkina Faso	24	84	81	50	42	1.1
Cameroon	22	93	128	69	48	4.6
Chad	30	83	65	73	47	3.1
Comoros	40	— ^a	59	42	24	0.1
Congo	41	80	109	33	38	3.3
DR Congo	19	87	32	66	32	— ^a
Ethiopia	52	78	52	42	— ^a 1.4	
Gabon	24	92	515	47	30	5.0
Ghana	23	48	90	44	46	1.5
Guinea	34	79	67	73	21	1.4
Kenya	19	83	77	60	57	6.2
Madagascar	17	90	40	37	35	0.3
Malawi	36	67	77	27	64	10.0
Mali	42	79	73	55	31	1.1
Mauritania	38	75	129	39	31	1.1
Niger	34	88	39	45	37	0.8
Nigeria	38	72	139	63	49	3.7
Rwanda	27	67	134	43	65	2.9
Senegal	30	92	119	42	42	0.7
Somaland ^b	55	48	— ^a	— ^a	49	— ^a
South Africa	20	77	942	52	46	17.3
Sudan	24	43	180	72	28	0.4
Tanzania	17	76	107	60	28	5.8
Uganda	23	81	128	74	41	7.2
Zambia	39	63	99	40	50	12.5

Πηγή: Deaton & Tortora (2015).

Παρά τις προσπάθειες που έγιναν όλα αυτά τα χρόνια για την επίτευξη υγείας για όλους, τα συστήματα υγείας των χωρών της ΥΣΑ υπονομεύονται από μυριάδες προκλήσεις που έχουν επιδεινωθεί από την πανδημία COVID-19 (Amu et al., 2022). Οι βασικές προκλήσεις στο σύστημα υγείας στην ΥΣΑ περιλαμβάνουν ανεπαρκείς ανθρώπινους πόρους, ανεπαρκή χρηματοδότηση μέσω χαμηλής κατανομής του προϋπολογισμού, ανεπαρκή διαθεσιμότητα βασικών φαρμάκων και κακή ηγεσία και διαχείριση. Χαρακτηριστικά, Ο COVID-19 έχει αποκαλύψει το έλλειμμα στις

υπηρεσίες υγείας που επικρατεί. Η ανεπάρκεια εργαστηρίων και κιτ δοκιμών στις περισσότερες χώρες της περιοχής για τη διεξαγωγή μαζικών εργαστηριακών δοκιμών δειγμάτων που συλλέχθηκαν από ύποπτα κρούσματα COVID-19 έχει οδηγήσει σε καθυστερήσεις στις δοκιμές. Στις περισσότερες περιπτώσεις, χρειάζονται περισσότερες από τις συνιστώμενες 2-3 ημέρες για να ληφθούν αποτελέσματα. Επίσης, ο περιορισμένος αριθμός κρεβατιών και άλλων εγκαταστάσεων, συμπεριλαμβανομένης της έλλειψης κέντρων απομόνωσης, οδήγησε στην πρόωρη έξοδο ασθενών με COVID-19 να αυτοαπομονωθούν στα διάφορα σπίτια τους, ενώ δεν υπάρχει συγκεκριμένη στρατηγική για την παρακολούθησή τους. Υπήρξαν ορισμένες επιτυχείς απαντήσεις σε όλη την υποπεριφέρεια προς τη βελτίωση της πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη όσον αφορά τη διαθεσιμότητα των εγκαταστάσεων υγείας. Πολλές κυβερνήσεις επενδύουν στην κατασκευή περισσότερων εγκαταστάσεων υγείας και εξειδικευμένων κέντρων.

Κλείνοντας, δύο αλλαγές στη διακυβέρνηση της υγείας επισημαίνονται ως ζωτικής σημασίας για την ενίσχυση των συστημάτων υγείας στην Αφρική: οι πολιτικές και τεχνικές δεσμεύσεις για την ενίσχυση των ικανοτήτων στον τομέα της υγείας (Ayanore et al., 2020). Βασική πολιτική απόφαση για την ενίσχυση των συστημάτων υγείας είναι η οικονομική δέσμευση σε εθνικό επίπεδο. Παρά τη δήλωση της Abuja σχετικά με τις απαιτήσεις χρηματοδότησης της υγείας για τις αφρικανικές κυβερνήσεις, πολλά συστήματα υγείας λειτουργούν με ελάχιστη υποστήριξη από τις κυβερνήσεις τους (Govender et al., 2008). Παρόλα αυτά, η ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης στην Υποσαχάρια Αφρική έχει βελτιωθεί τα τελευταία πέντε χρόνια. Ωστόσο, η πρόοδος εξακολουθεί να είναι σημαντικά χαμηλότερη από τις προσδοκίες των πολιτών.

2.4 Παρουσίαση συστημάτων υγείας σε επιλεγμένες χώρες της Υποσαχάριας Αφρικής

Υποσαχάρια Αφρική είναι ο γεωγραφικός όρος που προσδιορίζει το σύνολο των χωρών στην ήπειρο της Αφρικής στην περιοχή νότια της ερήμου Σαχάρας. Ειδικότερα, αναλύονται οικονομικά και κοινωνικά αλλά και ως προς την υπάρχουσα κατάσταση των υγειονομικών τους συστημάτων 5 επιλεγμένες χώρες της Υποσαχάριας περιοχής της Αφρικής, η Λαϊκή Δημοκρατία του Κονγκό, η Γκαμπόν, η Γκάνα, η Κένυα και η Νιγηρία.

α) Λαϊκή Δημοκρατία του Κονγκό

Η Λαϊκή Δημοκρατία του Κονγκό (ΛΔΚ), παλαιότερα γνωστή ως Δημοκρατία του Ζαΐρ, βρίσκεται πέρα από τον ισημερινό στην κεντρική Αφρική καλύπτοντας μια έκταση 2,345,095 km², όντας η μεγαλύτερη χώρα της ΥΣΑ. Η χώρα συνορεύει με εννέα άλλες χώρες, συγκεκριμένα τη Δημοκρατία της Κεντρικής Αφρικής και το Σουδάν στα βόρεια, την Ουγκάντα, το Μπουρούντι, τη Ρουάντα και την Τανζανία στα ανατολικά, τη Ζάμπια στα νοτιοανατολικά, την Αγκόλα στα νότια και το Κονγκό Μπραζαβίλ στα δυτικά . Η ΛΔΚ έχει μια μικρή ακτογραμμή προς τα δυτικά με πρόσοψη στον Νότιο Ατλαντικό Ωκεανό.

Η κυβέρνηση των ΗΠΑ (State, 2021) υπολογίζει τον συνολικό πληθυσμό σε 101,8 εκατομμύρια και αναφέρει ότι το 95,8 τοις εκατό του πληθυσμού είναι χριστιανοί, το 1,5 τοις εκατό μουσουλμάνοι και το 1,8 τοις εκατό δεν αναφέρει καμία θρησκευτική πεποίθηση. Η ΛΔΚ χωρίζεται σε δέκα επαρχίες και μία πόλη, δηλαδή την Κινσάσα – την πρωτεύουσα. Οι επαρχίες είναι το Bandundu, Bas-Congo, Equateur, Kasai-Occidental, Kasai-Oriental, Katanga, Maniema, Nord-Kivu, Orientale και Sud-Kivu. Τα γαλλικά είναι η μόνη επίσημη γλώσσα, με τέσσερις εθνικές γλώσσες: Lingala, Kingwana, Kikongo και Tshiluba.

Όπως πολλές αφρικανικές χώρες, η ΛΔΚ είναι ένα πολυεθνικό έθνος με περίπου 200 εθνοτικές ομάδες, οι περισσότερες από τις οποίες είναι καταγωγής Μπαντού (Comesa, n.d.). Οι τέσσερις μεγαλύτερες εθνοτικές ομάδες είναι οι Mongo, Luba, Kongo και Mangbetu-Azande. Αυτές οι τέσσερις εθνοτικές ομάδες αποτελούν το σαράντα πέντε τοις εκατό του πληθυσμού. Οι ντόπιοι Κονγκολέζοι είχαν πρώιμη επαφή (στην περίοδο πριν από τον 15ο αιώνα) με τον εξωτερικό κόσμο όπως τους Άραβες και τους Ευρωπαίους, γεγονός που επέτρεψε την άνθηση του μικρού και μακρινού εμπορίου. Ωστόσο, η καταστροφή της πρώιμης επαφής και του εμπορίου με τον ευρύτερο κόσμο αντιστάθμισε τα κέρδη του. Ανάμεσα στα συντρίμια που προκλήθηκαν από την επαφή είναι η κατάρρευση των αυτοκρατοριών πριν από την επαφή, η πολιτική καταπίεση, η εκμετάλλευση των φυσικών πόρων και η μείωση του πληθυσμού λόγω του διατλαντικού δουλεμπορίου.

Η ΛΔΚ είναι μια από τις πιο ταραγμένες πολιτικά περιοχές στον κόσμο, η οποία έγινε το σήμα κατατεθέν της ιστορίας των χωρών από τα τέλη του δέκατου ένατου αιώνα, όταν τέθηκε υπό αποικιακή κυριαρχία. Σε ό,τι αφορά την οικονομική μεγέθυνση, ήταν στο 5,7% το 2021 μετά από επιβράδυνση που προκλήθηκε από την πανδημία στο 1,7% το 2020. Ο τομέας εξόρυξης ήταν βασικός μοχλός ανάπτυξης με την παραγωγή χαλκού και κοβαλτίου να αυξάνονται κατά 12% και 7,6%, αντίστοιχα. Οι μη μεταλλευτικοί τομείς (ιδιαίτερα η γεωργία και οι υπηρεσίες) ανέκαμψαν, σημειώνοντας αύξηση 3,9 % το 2021 παρά τους οικονομικούς περιορισμούς λόγω του COVID-19. Οι υψηλότερες τιμές των βασικών εμπορευμάτων αύξησαν επίσης τα εγχώρια έσοδα, τα οποία σε συνδυασμό με τις αυξημένες επιχορηγήσεις επέτρεψαν την επίτευξη δημοσιονομικής εξυγίανσης παρά τις υψηλότερες δαπάνες. Οι δημοσιονομικοί λογαριασμοί ισοσκελίστηκαν το 2021 σε σύγκριση με δημοσιονομικό έλλειμμα 1,2 % το 2020 (World Bank, 2022).

Κοινωνικοί περιορισμοί της Υγείας

Ενώ η Λαϊκή Δημοκρατία του Κονγκό διαθέτει τους φυσικούς και ανθρώπινους πόρους για να ευδοκιμήσει, έχει το χαμηλότερο κατά κεφαλήν ΑΕΠ στον κόσμο μόλις 600\$ σε σύγκριση με 53.000\$ στις Ηνωμένες Πολιτείες. Δεκαετίες πολέμου, βίας και φτώχειας έχουν στοιχίσει τη ζωή σε πάνω από πέντε εκατομμύρια ανθρώπους. Η απουσία σχολείων, υγειονομικής περίθαλψης και αξιόπιστων ευκαιριών δημιουργίας εισοδήματος εμποδίζουν την ικανότητα των κοινοτήτων να βγουν από την κρίση.

Η ΛΔΚ κατατάσσεται στην 164η από τις 174 χώρες στον Δείκτη Ανθρώπινου Κεφαλαίου για το 2020, αντικατοπτρίζοντας δεκαετίες συγκρούσεων και ευθραυστότητας και περιορίζοντας την ανάπτυξη. Δείκτης ανθρώπινου κεφαλαίου της ΛΔΚ 0,37 που είναι κάτω από τον μέσο όρο της ΥΣΑ 0,4. Αυτό σημαίνει ότι ένα παιδί από το Κονγκό που γεννιέται σήμερα μπορεί να περιμένει να επιτύχει μόνο το 37% των δυνατοτήτων του, σε σύγκριση με αυτό που θα ήταν δυνατό αν είχε επωφεληθεί από μια πλήρη, ποιοτική σχολική εμπειρία και βέλτιστες συνθήκες υγείας. Οι κύριοι παράγοντες που συμβάλλουν στη χαμηλή βαθμολογία είναι η χαμηλή επιβίωση των παιδιών κάτω των 5 ετών, και η χαμηλή ποιότητα εκπαίδευσης.

Η ΛΔΚ έχει ένα από τα υψηλότερα ποσοστά υποανάπτυξης στην ΥΣΑ και ο υποσιτισμός είναι η υποκείμενη αιτία σχεδόν των μισών θανάτων παιδιών ηλικίας κάτω των 5 ετών. Σε αντίθεση με άλλες αφρικανικές χώρες, ο επιπολασμός της υποανάπτυξης στη ΛΔΚ δεν έχει μειωθεί τα τελευταία 20 χρόνια. Λόγω του πολύ υψηλού ποσοστού γονιμότητας, ο αριθμός των παιδιών με μειωμένες δυνατότητες αυξήθηκε κατά 1,5 εκατομμύριο. Βέβαια, η πρόσβαση στην εκπαίδευση έχει βελτιωθεί σημαντικά τις τελευταίες δύο δεκαετίες, ειδικά για τα κορίτσια και για μικρότερες ηλικίες. Μεταξύ 2000 και 2017, η πρωτοβάθμια καθαρή εγγραφή αυξήθηκε κατά 50%, από 52 σε 78%. Ωστόσο, η ποιότητα της εκπαίδευσης είναι εξαιρετικά κακή. Όσον αφορά τη μάθηση και την επίδοση, το πρωταρχικό ποσοστό ολοκλήρωσης είναι μόνο περίπου 67 %, και εκτιμάται ότι το 86% των 10χρονων στη ΛΔΚ βρίσκονται σε μαθησιακή φτώχεια, που σημαίνει ότι δεν μπορούν να διαβάσουν και να κατανοήσουν ένα απλό κείμενο.

Υγειονομική κατάσταση και συστήματα υγείας

Προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση αντρών/γυναικών είναι 59/62 έτη. Ο αριθμός θανάτου κάτω των πέντε (ανά 1 000 γεννήσεις ζώντων) είναι 284. Να σημειωθεί ότι οι μισοί από τους θανάτους κάτω των 5 ετών το 2020 σημειώθηκαν σε μόλις 5 χώρες: Νιγηρία, Ινδία, Πακιστάν, Λαϊκή Δημοκρατία του Κονγκό και Αιθιοπία (WHO, 2022). Η πιθανότητα θανάτου μεταξύ 15 και 60 ετών αντρών/γυναικών (ανά 1.000 πληθυσμούς, 2016) ήταν 281/232. Οι συνολικές δαπάνες για την υγεία κατά κεφαλήν ήταν 32\$ και οι συνολικές δαπάνες για την υγεία ως % του ΑΕΠ ήταν 4,3 (WHO, 2016)

Η Λαϊκή Δημοκρατία του Κονγκό είναι γνωστή για τη μη ομοιόμορφη μετάβαση και τη μικρή της πρόοδο στο σύστημα υγείας. Φαίνεται να έχει έντονες διακυμάνσεις κατά τη διάρκεια των τριών δεκαετιών που ξεκινούν από τη δεκαετία του 1990. Αυτό οφείλεται στους πολέμους της δεκαετίας του '90 που οδήγησαν σε πολιτική αλλά και οικονομική παρακμή, με αποτέλεσμα να επηρεάσουν αρνητικά το σύστημα υγείας. Οι εγκαταστάσεις και οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης συχνά εξαντλούνται λόγω ανεπαρκούς προσφοράς (Usaid, 2018).

Επί του παρόντος, το 70 τοις εκατό των Κονγκολέζων έχουν ελάχιστη ή καθόλου πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη, καθώς ανά 10.000 άτομα έχει 0,28 γιατρούς

και 1,91 νοσοκόμες και μαίες, από τα χαμηλότερα επίπεδα στο κόσμο. Οι βόρειες αγροτικές περιοχές της ΛΔΚ έχουν λιγότερο από το 3,0% των γιατρών της χώρας, ενώ η Μπραζαβίλ, η πρωτεύουσα και η πιο πυκνοκατοικημένη πόλη, κατέχει το 66% όλων των γιατρών. Αυτό συμβαίνει παρά το γεγονός ότι η πρωτεύουσα κατέχει μόνο το 37% του πληθυσμού του Κονγκό (borgenproject, 2021). Με άλλα λόγια, η υγειονομική περίθαλψη στο Δημοκρατικό Κονγκό δεν είναι εγγυημένη για τους πολίτες του.

Αυτή η κατάσταση θέτει πολλούς πολίτες της ΛΔ του Κονγκό σε κίνδυνο για την υγεία. Αυτό οφείλεται στη μακροχρόνια φτώχεια και στην έλλειψη αποτελεσματικότητας της υγειονομικής περίθαλψης στη χώρα. Δεδομένου ότι δεν υπάρχουν νοσοκομεία στο Κονγκό που να προσφέρουν δωρεάν περίθαλψη, κάθε ασθενής πρέπει να πληρώσει. Οι ιατρικοί λογαριασμοί μπορεί να κυμαίνονται από \$50 έως \$100. Ωστόσο, ο μέσος ετήσιος μισθός στο Κονγκό είναι μόλις 400 δολάρια, καθιστώντας το ιατρικό κόστος απαγορευτικά ακριβό. Επίσης, ο νόμος δεν απαιτεί να έχουν όλοι οι άνθρωποι πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη και φαίνεται ότι τελικά εξαρτάται από την οικονομική τους θέση.

Το 2007-2013 ήταν χρόνια σημαντικών βελτιώσεων, ιδιαίτερα στον τομέα της υγείας (Usaid, 2018). Η θνησιμότητα των παιδιών κάτω των 5 ετών μειώθηκε δραστικά από 148 σε 104 ανά 1.000 γεννήσεις ζωντανών γεννήσεων. Συνολικά, το 45 τοις εκατό των παιδιών μεταξύ 12 και 23 μηνών μπόρεσαν να λάβουν όλα τα συνιστώμενα εμβόλια, από 31 τοις εκατό το 2007. Το πιο σημαντικό, είναι ότι η ΛΔΚ είναι μία από τις χώρες που έχουν καταφέρει να εξαλείψουν την πολιομυελίτιδα. Η χώρα γιορτάζει τώρα τα 3 χρόνια πολιτών χωρίς πολιομυελίτιδα. Αυτό είναι ένα μεγάλο επίτευγμα δεδομένων των προκλήσεων που ακολουθούν το τεράστιο γεωγραφικό του μέγεθος και η κακή υποδομή για την παροχή και τη διαχείριση ιατρικών υπηρεσιών (borgenproject, 2021).

Η ΛΔΚ θεωρήθηκε ένα από τα πιο προοδευτικά αφρικανικά έθνη ειδικά στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης κατά τις δεκαετίες του 1970 και του 1980. Τώρα η εικόνα της ΛΔΚ είναι πολύ διαφορετική σε σύγκριση με εκείνα τα χρόνια. Μερικοί από τους παράγοντες που εμποδίζουν την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης είναι οι ακόλουθοι. Πρώτον, το φτωχό συγκοινωνιακό δίκτυο. Πολλά ποιοτικά ιατρικά κέντρα βρίσκονται στις αστικές περιοχές. Ένας μεγαλύτερος

πληθυσμός ζει σε αγροτική περιοχή όπου κάποιος πρέπει να ταξιδέψει για μίλια/χιλιόμετρα για να πάρει υπηρεσίες. Οι δρόμοι είναι κακής ποιότητας, για να μην αναφερθεί και η ανεπάρκεια ασθενοφόρων που συνδέουν τις αστικές με τις αγροτικές περιοχές και αντίστροφα. Αυτό το πρόβλημα από μόνο του συμβάλλει στο 70% των αναφερόμενων θανάτων πριν φτάσουν στα νοσοκομεία που διαφορετικά θα μπορούσαν να είχαν αποφευχθεί.

Δεύτερον, το κόστος της θεραπείας και τα υψηλά επίπεδα φτώχειας. Περίπου το 80% των Κονγκολέζων είναι άνεργοι. Αυτή είναι μια χώρα όπου τα 2/3 του πληθυσμού ζουν με λιγότερο από ένα δολάριο (Guardian, 2012). Οι οικογένειες έχουν λιγότερα να δώσουν για υγειονομικές δαπάνες, όταν υπάρχουν δαπάνες για την εκπαίδευση των παιδιών, την τροφή, τα ρούχα μεταξύ άλλων βασικών αναγκών του νοικοκυριού. Θα μπορούσε κανείς να πει ότι από θαύμα πολλές οικογένειες παραμένουν υγιείς.

Από τη στιγμή που η χώρα είναι πολύ μεγάλη και το ταξίδι από το ένα μέρος στο άλλο είναι ακριβό, με ασφαλτοστρωμένους δρόμους μόνο σε αστικές περιοχές, σημαίνει ότι οι άνθρωποι από τις αγροτικές περιοχές αναγκάζονται να βρουν εναλλακτικές λύσεις όπως η ενοικίαση μοτοσικλέτας ή ταξί ή δυστυχώς να καθυστερούν το ταξίδι με την ελπίδα να βελτιωθεί η υγεία τους. Παράλληλα, τα νοσοκομεία που βρίσκονται σε φτωχές περιοχές χρεώνουν περισσότερο σε σύγκριση με εκείνα του αστικού περιβάλλοντος, με αποτέλεσμα άλλοι να αναζητούν σπιτικές θεραπείες (Guardian, 2012).

Βέβαια, η χρηματοδότηση της υγειονομικής περίθαλψης στη ΛΔΚ, αν και χαμηλή, αυξάνεται σταθερά. Η κυβέρνηση της ΛΔΚ έχει σημειώσει αξιοσημείωτη πρόοδο στην αύξηση των πόρων για την υγειονομική περίθαλψη. Μεταξύ 2016 και 2018, το ποσοστό του εθνικού προϋπολογισμού που αφιερώθηκε στην υγειονομική περίθαλψη αυξήθηκε από 7% σε 8,5%. Αν και αυτή η αύξηση της χρηματοδότησης αλλάζει τη ζωή για πολλούς, εξακολουθεί να ωχριά σε σύγκριση με τους προϋπολογισμούς πολλών άλλων χωρών, για παράδειγμα οι ΗΠΑ διαθέτουν επί του παρόντος το 17,7% του ΑΕΠ τους στην υγειονομική περίθαλψη. Η ΛΔΚ, ωστόσο, βρίσκεται σε ανοδική τροχιά. Επιδιώκει να επιτύχει τον στόχο της διάθεσης 10% του εθνικού προϋπολογισμού για την υγειονομική περίθαλψη έως το 2022.

Ταυτόχρονα, τα ποσοστά εμβολιασμού της ΛΔΚ βελτιώνονται. Το 2018, η κυβέρνηση της ΛΔΚ εφάρμοσε το Σχέδιο Έκτακτης Ανάγκης για την Αναζωογόνηση της Ανοσοποίησης. Το σχέδιο είχε στόχο να εμβολιαστούν περισσότερα από 200.000 παιδιά για απειλητικές για τη ζωή ασθένειες σε ενάμιση χρόνο. Ενώ το ξέσπασμα του COVID-19 στη χώρα ήταν μια σημαντική οπισθοδρόμηση στο σχέδιο, το Σχέδιο Mashako, όπως αναφέρεται, ήταν υπεύθυνο για μια αύξηση 50% στους εμβολιασμούς από το 2018. Αυτή η αύξηση σημειώθηκε σε «ευάλωτες περιοχές» και φέρνει σε αμέτρητα περισσότερα παιδιά ανοσία για δυνητικά θανατηφόρες ασθένειες.

Έτσι, παρά την έλλειψη εργαζομένων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης και πόρων, η Λαϊκή Δημοκρατία του Κονγκό πραγματοποιεί σταθερές βελτιώσεις στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψής της. Οι προσπάθειες να γίνουν οι εμβολιασμοί προτεραιότητα και να διατίθεται μεγαλύτερο μέρος του προϋπολογισμού της χώρας στην υγειονομική περίθαλψη κάθε χρόνο αποδίδουν ήδη αποτελέσματα. Οργανισμοί όπως η USAID βοηθούν αυτές τις βελτιώσεις. Ο συνδυασμός των ΜΚΟ και η νέα έμφαση που δίνει η κυβέρνηση στην υγειονομική περίθαλψη παρέχει μια αισιόδοξη προοπτική για το μέλλον της υγειονομικής περίθαλψης στη Λαϊκή Δημοκρατία του Κονγκό.

β) Γκαμπόν

Η Γκαμπόν θεωρείται ως μια από τις πιο επιτυχημένες χώρες στην Αφρική καθώς είναι μια πολύ διαφορετική χώρα από πολλές απόψεις. Αρχικά, είναι μια από τις μικρότερες χώρες της Αφρικής με έκταση 267.670 τετραγωνικά μίλια, έχει παράλια στον Ατλαντικό Ωκεανό και συνορεύει με το Καμερούν, την Ισημερινή Γουινέα και τη Δημοκρατία του Κονγκό. Είναι αραιοκατοικημένη, με πληθυσμό 2 εκατομμύρια (World Bank, 2021). Ακόμα, υπάρχει μια ποικιλία από διαφορετικές φυλές, η γη διαφέρει σε όλη την έκταση της. Το έδαφος αυτής της μικροσκοπικής χώρας αποτελείται από στενές παράκτιες πεδιάδες, ένα λοφώδες εσωτερικό, και η Σαβάνα στα ανατολικά και νότια. Μεγάλο μέρος του εσωτερικού της καλύπτεται από τροπικά δάση και δεν καλλιεργείται. Χαρακτηριστικά, τα δάση της καλύπτουν το 85% της επικράτειάς της και μόνο το 1% της γης είναι καλλιεργήσιμη, ενώ η υπόλοιπη γη είναι είτε λιβάδια, μόνιμες καλλιέργειες ή άλλες μορφές γης. (The World Fact Book, 2005).

Η επίσημη γλώσσα της Γκαμπόν είναι τα γαλλικά, ενώ το 32% του πληθυσμού μιλάει Fang ως μητρική γλώσσα. Οι κύριες θρησκείες που ασκούνται στην Γκαμπόν περιλαμβάνουν τον Χριστιανισμό (Ρωμαιοκαθολικισμός και Προτεσταντισμός), το Ισλάμ και οι παραδοσιακές θρησκευτικές πεποιθήσεις των ιθαγενών. Πολλοί άνθρωποι ασκούν στοιχεία τόσο του Χριστιανισμού όσο και των παραδοσιακών θρησκευτικών πεποιθήσεων των ιθαγενών. Περίπου το 73% του πληθυσμού, συμπεριλαμβανομένων των μη υπηκόων, ασκεί τουλάχιστον ορισμένα στοιχεία του Χριστιανισμού. Το 12% ασκούν το Ισλάμ (εκ των οποίων το 80 με 90% είναι ξένοι). Το 10% ασκεί αποκλειστικά τις παραδοσιακές θρησκευτικές πεποιθήσεις των ιθαγενών και το 5% δεν ασκεί θρησκεία ή είναι άθεοι (MicroWorld, n.d.).

Η Γκαμπόν είναι μια χώρα με ανώτερο μεσαίο εισόδημα. Επίσης είναι ο πέμπτος μεγαλύτερος παραγωγός πετρελαίου στην Αφρική, είχε ισχυρή οικονομική ανάπτυξη την τελευταία δεκαετία, λόγω της παραγωγής πετρελαίου και μαγγανίου. Ο τομέας του πετρελαίου αντιπροσωπεύει το 80% των εξαγωγών, το 45% του ΑΕΠ και το 60% των δημοσιονομικών εσόδων κατά μέσο όρο τα τελευταία πέντε χρόνια. Ωστόσο, καθώς η χώρα αντιμετωπίζει μείωση των αποθεμάτων πετρελαίου της, η κυβέρνηση της Γκαμπόν αποφάσισε να διαφοροποιήσει την οικονομία της. Η δημοσιονομική θέση της Γκαμπόν επιδεινώθηκε το 2015, με τη χώρα να καταγράφει δημοσιονομικό έλλειμμα για πρώτη φορά από το 1998. Παρά τις προσπάθειες της κυβέρνησης να συγκρατήσει τις δαπάνες και να αντισταθμίσει τη μείωση των εσόδων από το πετρέλαιο, η οικονομία της Γκαμπόν τελμάτωσε και προβλέπεται να αναπτυχθεί κατά 0,8% το 2018 έναντι 0,5% το 2017. Η τάση αυτή αποδίδεται στην περιορισμένη επέκταση του δευτερογενούς και του τριτογενούς τομέα, που επηρεάζεται από τη μείωση των δημοσίων δαπανών. Ωστόσο, οι υψηλότερες τιμές για το αργό πετρέλαιο, το μαγγάνιο και το καουτσούκ - τρία βασικά προϊόντα που εξάγει η χώρα - συνέβαλαν στην ανάπτυξη του πρωτογενούς τομέα. Η ανάπτυξη θα μπορούσε να ανακάμψει στο 2,9% το 2019, οδηγούμενη από μη εξορυκτικούς τομείς όπως οι αγροτικές επιχειρήσεις και τα αναβαθμισμένα δίκτυα μεταφορών και επικοινωνιών (World Bank, 2021).

Κοινωνικοί περιορισμοί υγείας

Τα έσοδα από το πετρέλαιο της Γκαμπόν της έχουν δώσει ένα ισχυρό κατά κεφαλήν ΑΕΠ 8.600 δολαρίων, εξαιρετικά υψηλό για την περιοχή. Ωστόσο, η κατανομή του

εισοδήματος είναι στρεβλή και οι κοινωνικοί δείκτες είναι αρκετά χαμηλοί. Το πλουσιότερο 20% του πληθυσμού λαμβάνει πάνω από το 90% του εισοδήματος, ενώ περίπου το ένα τρίτο του πληθυσμού της Γκαμπόν ζει στη φτώχεια. Σε αυτό το πλαίσιο, η χώρα πρέπει να αντιμετωπίσει τρεις μεγάλες προκλήσεις: τη φτώχεια, το υψηλό ποσοστό ανεργίας, που ανέρχεται στο 20% του ενεργού πληθυσμού και τη συνεχιζόμενη πολύ άνιση κατανομή του εισοδήματος (UN, 2021).

Η κοινωνική κατάσταση επιδεινώθηκε κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1990 λόγω των σημαντικών περικοπών στις δημόσιες επενδύσεις λόγω της αυξανόμενης επιβάρυνσης του εξωτερικού χρέους. Η τάση επιταχύνθηκε το 1999 με εκτεταμένες απολύσεις στους τομείς εξόρυξης και πετρελαίου (η Shell εγκατέλειψε το Port Gentil), ενώ ο δημόσιος τομέας διατήρησε τους περίπου 40.000 υπαλλήλους του (ή ακόμα και πήγε στην αντίθετη κατεύθυνση, με το μη μόνιμο προσωπικό να αυξάνεται από 8.005 το 1997 σε 10.646 το 1998 λόγω εκλογών πριν πέσει σε 6.760 το 1999). Τα Ηνωμένα Έθνη υπολογίζουν τη συνολική ανεργία στο 2% με μεγάλες περιφερειακές ανισότητες. Παρά το γεγονός ότι δεν ανήκει στην πρωτοβουλία HIPC, η Γκαμπόν άρχισε το 2000 να εκπονεί μια στρατηγική κατά της φτώχειας, αλλά η έλλειψη οποιασδήποτε κοινωνίας των πολιτών εμποδίζει τη συλλογή δεδομένων καθώς και την επικοινωνία της κυβέρνησης με τους ανθρώπους που στοχεύουν.

Σε ότι αφορά τις εγγραφές στην πρωτοβάθμια εκπαίδευση για άντρες/γυναίκες ανά 1000 κατοίκους είναι 137.7 / 142.1 (UN, 2021). Αυτή η κακή εκπαιδευτική επίδοση συνδέεται με τους λίγους πόρους τόσο σε προσωπικό όσο και στο ίδιο το σχολικό σύστημα. Από τα μέσα της δεκαετίας του 1990, η κυβέρνηση είχε προβλήματα με την πρόσληψη δασκάλων λόγω των χαμηλών αμοιβών και της απροθυμίας των ανθρώπων να εργαστούν στην ύπαιθρο (OECD, 2002). Αυτό δημιουργεί ένα ηλικιωμένο σώμα δασκάλων και συνωστισμό στις τάξεις, με ορισμένες αίθουσες να έχουν έως και 100 παιδιά. Το υψηλό ποσοστό εγκατάλειψης του σχολείου έχει πολύ βαρύ κόστος για την κυβέρνηση, η οποία υπολογίζει ότι ένα παιδί κοστίζει έξι φορές περισσότερο από το κανονικό κατά τη διάρκεια των πέντε ετών του δημοτικού σχολείου, καθιστώντας τη Γκαμπόν μία από τις χώρες όπου οι δαπάνες για την εκπαίδευση είναι λιγότερο αποτελεσματικές. Οι εγγραφές στη δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια εκπαίδευση είναι πολύ χαμηλότερες από ότι στην πρωτοβάθμια εκπαίδευση, αλλά υπάρχει εξίσου μεγάλη αναποτελεσματικότητα. Σε πανεπιστημιακό

επίπεδο, το ποσοστό επιτυχίας είναι ιδιαίτερα χαμηλό. Εκτός από αυτά τα προβλήματα απόδοσης, αρκετά σχολικά χρόνια χάθηκαν εν μέρει ή πλήρως λόγω απεργιών που λαμβάνουν χώρα κατά καιρούς στην Γκαμπόν. Η προοπτική αυτής της μείωσης των δεξιοτήτων επιδεινώνεται από την ήδη ανεπαρκή κατάρτιση της χώρας για την αγορά εργασίας.

Υγειονομική κατάσταση και συστήματα υγείας

Ο πληθυσμός της Γκαμπόν είναι νέος με το 35,5% του πληθυσμού της κάτω των 15 ετών, όμως παρουσιάζει ιδιαίτερα χαμηλό προσδόκιμο υγιούς ζωής ύψους 54 ετών σε σύγκριση με άλλες χώρες της ίδιας εισοδηματικής ομάδας (WHO, 2015). Παρά τις πρόσφατες επενδύσεις της κυβέρνησης σε υποδομές όπως το Libreville Cancer Treatment Institute, η ελονοσία, η βρεφική θνησιμότητα και το HIV/AIDS παραμένουν οι κύριες αιτίες θνησιμότητας. Αυτές οι κύριες αιτίες θανάτου θα μπορούσαν ενδεχομένως να σχετίζονται με το χαμηλότερο προσδόκιμο υγιούς ζωής στην Γκαμπόν. Επιπλέον, ο αριθμός των νοσοκομειακών κλινών ανά 1.000 άτομα είναι μόνο 6,3 με μόνο έξι γιατρούς και τέσσερις μαίες ανά 10.000 πληθυσμό (Group OB, 2015).

Η Γκαμπόν πέτυχε καθολική κάλυψη υγείας σε λιγότερο από 10 χρόνια, μια πολύ καλή επίδοση. Η κάλυψη αρχικά επικεντρώθηκε στην παροχή ασφάλισης για τους πιο ευάλωτους πολίτες, αλλά έκτοτε επεκτάθηκε σε δημόσιους υπαλλήλους και υπαλλήλους του ιδιωτικού τομέα. Εκτός από τη μητρική υγεία που καλύπτεται πλήρως, το κόστος της ιατρικής περίθαλψης επιστρέφεται κατά 80-90%. Πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη μπορούν πλέον να έχουν όλοι οι πολίτες ανεξαρτήτως κοινωνικής θέσης. Ωστόσο, με το 32,7% να ζει κάτω από το εθνικό όριο της φτώχειας, το εγχείρημα εξακολουθεί να αποτελεί πρόκληση (Obounou, 2017).

Πολλοί θεωρούν συνήθως την υγειονομική περίθαλψη στη Γκαμπόν πάνω από το μέσο όρο για τη Δυτική Αφρική τόσο ως προς την πρόσβαση όσο και στην αποτελεσματικότητα. Για παράδειγμα, η Γκαμπόν έχει υψηλή πυκνότητα κέντρων υγειονομικής περίθαλψης και χαμηλότερο από το μέσο ποσοστό θνησιμότητας ενηλίκων από μη μεταδοτικές ασθένειες. Η Γκαμπόν χρησιμοποιεί ένα νέο και αποτελεσματικό σύστημα για να βοηθήσει στη χρηματοδότηση της εκτεταμένης

κάλυψης υγειονομικής περίθαλψης: εισφορές σε εταιρείες κινητής τηλεφωνίας και σε μεταφορές χρημάτων εκτός της χώρας. Αυτό το σύστημα είναι μια απίστευτη επιτυχία, σύμφωνα με τον Δρ. Inoua Aboubacar, ειδικό στη δημόσια υγεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας που βρίσκεται στην Γκαμπόν (WHO, 2020). Οι συνολικοί πόροι για το CNAMGS (La Caisse Nationale d'Assurance Maladie et de Garantie Sociale du *Gabon*) τετραπλασιάστηκαν από το 2008 έως το 2011, αυξάνοντας από 12,5 δισεκατομμύρια CFA σε πάνω από 47 δισεκατομμύρια CFA (σχεδόν 8,5 εκατομμύρια δολάρια). Περίπου 17,5 δισεκατομμύρια CFA προήλθαν από αυτές τις εισφορές. Η Εθνική Στρατηγική Υγείας, που ξεκίνησε το 2010, παρέχει πλέον 100% καλυμμένη μητρική υγειονομική περίθαλψη στη Γκαμπόν. Το πρόγραμμα καλύπτει περίπου το 85% του κόστους υγειονομικής περίθαλψης και σε άλλους τομείς. Οι αντίστοιχες πληρωμές από την τσέπη καλύπτουν τυχόν πρόσθετα έξοδα. Ωστόσο, τα ποσοστά μητρικής θνησιμότητας παραμένουν ανησυχητικά, με 261 θανάτους ανά 100.000 γεννήσεις ζώντων το 2015.

Παρόλα τα ενθαρρυντικά σημεία, το HIV/AIDS εξακολουθεί να είναι ένα σημαντικό πρόβλημα στη Γκαμπόν. Υπολογίζεται ότι το 3,8% των ενηλίκων ζει με τη νόσο, γεγονός που την καθιστά τη 14η χώρα που πλήττεται περισσότερο στον κόσμο. Ωστόσο, οι επιπτώσεις της νόσου μειώνονται (CIA World Factbook, 2021). Το 2017, το Υπουργείο Υγείας της Γκαμπόν ξεκίνησε ένα πρόγραμμα για την ευαισθητοποίηση και την κατανόηση του HIV μέσω διαφόρων εκστρατειών και εκδηλώσεων σε λύκεια. Παράλληλα, οι δαπάνες από την τσέπη για τους κατοίκους της Γκαμπόν εξακολουθούν να είναι υψηλότερες από τις ιδανικές. Στη χώρα, μπορεί κανείς να αποδώσει το 21,87% των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης σε δαπάνες από την τσέπη του, το οποίο είναι υψηλότερο από ό,τι στις περισσότερες οικονομικά παρόμοιες χώρες της περιοχής.

Συνοψίζοντας, η υγειονομική περίθαλψη στη Γκαμπόν μπορεί να χαρακτηριστεί ως μια επιτυχία σύμφωνα με τα περισσότερα πρότυπα, και ιδιαίτερα σε σύγκριση με άλλες χώρες της Αφρικής. Ωστόσο, απέχει πολύ από το τέλειο και οι βελτιώσεις πρέπει να συνεχιστούν στο μέλλον. Ωστόσο, η γρήγορη και στοχευμένη προσέγγιση της Γκαμπόν θα πρέπει να αποτελέσει πρότυπο για άλλες χώρες που επιδιώκουν να βελτιώσουν τα δικά τους προγράμματα υγειονομικής περίθαλψης.

γ) Γκάνα

Η Γκάνα, μια χώρα στη δυτική ακτή της Αφρικής, είναι μια από τις πιο ακμάζουσες δημοκρατίες στην Αφρικανική ήπειρο. Έχει συχνά αναφερθεί ως «νησί της ειρήνης» σε μια από τις πιο χαοτικές περιοχές στη γη (Ghanamissionun, n.d.). Μοιράζεται σύνορα με το Τόγκο στα ανατολικά, την Ακτή του Ελεφαντοστού στα δυτικά, τη Μπουρκίνα Φάσο στα βόρεια και τον Κόλπο της Γουινέας, στα νότια.

Μια χώρα που καλύπτει μια έκταση 238.500 τετραγωνικών χιλιομέτρων, η Γκάνα έχει εκτιμώμενο πληθυσμό 30,4 εκατομμυρίων (εκτίμηση 2020), προερχόμενο από περισσότερες από εκατό εθνοτικές ομάδες - η καθεμία με τη δική της μοναδική γλώσσα. Τα αγγλικά, ωστόσο, είναι η επίσημη γλώσσα, κληρονομιά της βρετανικής αποικιοκρατίας. Το 1957, η Γκάνα (παλαιότερα γνωστή ως Gold Coast) έγινε η πρώτη χώρα στην υποσαχάρια Αφρική που κέρδισε την ανεξαρτησία. Αφού ηγήθηκε της χώρας για εννέα χρόνια, ο ιδρυτής πρόεδρος του έθνους, Kwame Nkrumah ανατράπηκε με πραξικόπημα το 1966. Μετά τον Kwame Nkrumah, η Γκάνα κυβερνήθηκε από μια σειρά στρατιωτικών δεσποτάδων με διακεκομμένα πειράματα δημοκρατικής διακυβέρνησης, τα περισσότερα από τα οποία ήταν περιορισμένα από στρατιωτικές καταλήψεις. Το τελευταίο και πιο διαρκές δημοκρατικό πείραμα ξεκίνησε το 1992 και είναι αυτό που έχει αναγνωρίσει τη Γκάνα ως ηγετική δημοκρατία στην Αφρική.

Μια πρόσφατη ανακάλυψη πετρελαίου στον Κόλπο της Γουινέας θα μπορούσε να κάνει τη Γκάνα σημαντικό παραγωγό και εξαγωγέα πετρελαίου τα επόμενα χρόνια (Reuters, 2016). Η οικονομία της χώρας κυριαρχείται από τη γεωργία, η οποία απασχολεί περίπου το 40% του ενεργού πληθυσμού. Η Γκάνα είναι ένας από τους κορυφαίους εξαγωγείς κακάο στον κόσμο. Είναι επίσης σημαντικός εξαγωγέας εμπορευμάτων όπως ο χρυσός και η ξυλεία. Σταδιακά, η οικονομία φαίνεται να διαφοροποιείται. Χαρακτηρίζεται από ιδιαίτερα ενθαρρυντικά επίπεδα ανάπτυξης όχι μόνο από την υποστήριξη των διεθνών οργανισμών, αλλά και από τους πολίτες της από τη διασπορά, καθώς και από τα έσοδα από το πετρέλαιο, την εξόρυξη, τη γεωργία, τον τουρισμό, μεταξύ διαφόρων τομέων. Έτσι, μετά από μια δύσκολη χρονιά το 2020 κυρίως λόγω του COVID-19, ο οποίος επιβράδυνε την οικονομική ανάπτυξη, η οικονομία προβλέπεται να αναπτυχθεί κατά 4,8% το 2021, σύμφωνα με το ΔΝΤ.

Κοινωνικοί περιορισμοί υγείας

Η Γκάνα κατετάγη 138^η από 189 χώρες στον Δείκτη Ανθρώπινης Ανάπτυξης (HDI) του 2019 (BTI, 2022). Αυτή η κατάταξη τοποθετεί τη χώρα στην ομάδα των χωρών με «μέση ανθρώπινη ανάπτυξη» με βαθμολογία 0,611, μια ελαφρά βελτίωση από το 2018. Το 2016, το 30% των κατοίκων της Γκάνα ζούσε κάτω από το όριο της φτώχειας των 3,2\$ την ημέρα, σύμφωνα με η Παγκόσμια Τράπεζα. Η οικονομική ανάπτυξη, γενικά, εξακολουθεί να είναι άνισα κατανομημένη. Η Γκάνα έχασε το 28% του επιπέδου ανθρώπινης ανάπτυξης της, όπως μετρήθηκε από το HDI το 2018, λόγω της ανισότητας, και σημείωσε 43,5 στον δείκτη Gini το 2016.

Αυτό το υψηλό επίπεδο ανισότητας αντανακλάται επίσης στις περιφερειακές ανισότητες. Το βόρειο τμήμα της χώρας είναι σημαντικά περιθωριοποιημένο, κάτι που δυστυχώς σχετίζεται με το γεγονός ότι οι περισσότεροι μουσουλμάνοι ζουν στο βορρά. Αυτό αντανακλά τις ανισότητες όσον αφορά το εισόδημα καθώς και την πρόσβαση στην εκπαίδευση. Οι ρυθμίσεις υποδομής είναι καλύτερες στη νότια Γκάνα. Η αστικοποίηση, σε ποσοστό 56,7% το 2019, είναι μια σημαντική, συνεχής τάση. Η μετανάστευση από τις αγροτικές περιοχές σε πόλεις όπως η Άκρα, το Κουμάσι, το Τέμα και το Τακοράντι και η μετανάστευση σε ξένες χώρες έχουν αυξηθεί δραστικά. Αυτή η μετανάστευση μπορεί να αποδοθεί στη γενική οικονομική δυσπραγία στη χώρα. Η γενική παραμέληση των υποδομών στην αγροτική Γκάνα και η υπερσυγκέντρωση των οικονομικών κλίμακας στις αστικές περιοχές έχουν επιταχύνει αυτά τα φαινόμενα.

Τον Ιούλιο του 2020, η Γκάνα παρουσίασε τον Πολυδιάστατο Δείκτη Φτώχειας. Ο δείκτης προσδιορίζει δύο στους πέντε κατοίκους της Γκάνας ως πολυδιάστατα φτωχούς. Η έκθεση επικεντρώνεται στην υγεία, την εκπαίδευση και το βιοτικό επίπεδο και διαπίστωσε ότι η ανεπαρκής ασφαλιστική κάλυψη υγείας και τα εκπαιδευτικά έξοδα είναι οι κύριοι παράγοντες που συνεισφέρουν στην πολυδιάστατη φτώχεια. Η πολυδιάστατη φτώχεια είναι ευρέως διαδεδομένη μεταξύ των παιδιών ηλικίας κάτω των 15 ετών. Οι ανισότητες μεταξύ των αγροτικών και αστικών πληθυσμών εξακολουθούν να αποτελούν πρόκληση με τη συχνότητα της πολυδιάστατης φτώχειας στις αστικές περιοχές (27%) να είναι διπλάσια από αυτή που παρατηρείται στην αγροτική Γκάνα (64,6%). Σύμφωνα με την έκθεση, η Γκάνα έχει σημειώσει μεγάλες βελτιώσεις στη μείωση της φτώχειας, από 55% του πληθυσμού το

2011 σε περίπου 46% το 2017. Το γενικό ποσοστό αλφαριθμητισμού ανέρχεται στο 79%, σύμφωνα με τα πιο πρόσφατα στοιχεία της Παγκόσμιας Τράπεζας (2018), αλλά είναι υψηλότερο για τους άνδρες παρά για τις γυναίκες (83,5% έναντι 74,4%).

Οι στατιστικές για την απασχόληση είναι σπάνιες και αναξιόπιστες, ιδίως όσον αφορά τον άτυπο τομέα. Μελέτες για την άτυπη οικονομία υποδεικνύουν ότι οι γυναίκες φέρουν το μεγαλύτερο βάρος της εργασίας με μισθούς διαβίωσης σε αυτόν τον τομέα, ένα πρότυπο που συνάδει με άλλες αφρικανικές κοινωνίες. Υπάρχει ένα νομικό πλαίσιο για τη ρύθμιση της εργασίας και της απασχόλησης, αλλά η επιβολή του είναι δύσκολη και ως επί το πλείστον ανεπαρκής.

Υγειονομική κατάσταση και συστήματα υγείας

Η Γκάνα αντιμετωπίζει διπλό βάρος ασθένειας. Υπάρχει υψηλός επιπολασμός μεταδοτικών ασθενειών, συμπεριλαμβανομένης της ελονοσίας, του HIV/Aids, της φυματίωσης και της διάρροιας, καθώς και αυξανόμενη συχνότητα εμφάνισης μη μεταδοτικών ασθενειών, όπως καρδιαγγειακές παθήσεις, καρκίνοι, χρόνιες αναπνευστικές παθήσεις, σακχαρώδης διαβήτης και δρεπανοκυτταρικές ασθένειες. Κάθε χρόνο, περισσότεροι από 86.000 πολίτες υπολογίζεται ότι πεθαίνουν από ασθένειες του τρόπου ζωής, με πάνω από τους μισούς από αυτούς να είναι κάτω των 70 ετών. Σύμφωνα με τα τελευταία στοιχεία του ΠΟΥ που δημοσιεύθηκαν το 2020, το προσδόκιμο ζωής στην Γκάνα είναι: Άνδρες 63,7, γυναίκες 69,2 και το συνολικό προσδόκιμο ζωής είναι 66,3, γεγονός που δίνει στην Γκάνα μια παγκόσμια κατάταξη στο προσδόκιμο ζωής 139 (worldlifeexpectancy, 2020).

Το 2003, η Γκάνα έκανε τη μετάβαση από το σύστημα «μετρητά και μεταφορά» στη δημόσια ασφάλιση. Το σύστημα υγείας «μετρητά και μεταφορά» απαιτούσε από τους ασθενείς να πληρώνουν για τις θεραπείες τους πριν λάβουν φροντίδα. Λόγω αυτής της διαδικασίας, λίγοι άνθρωποι ήταν σε θέση να αντέξουν οικονομικά τη θεραπεία. Σε απάντηση, η κυβέρνηση δημιούργησε το Εθνικό Σύστημα Ασφάλισης Υγείας (NHIS). Αυτό το σύστημα παρέχει ευρεία κάλυψη, καλύπτοντας το 95% των ασθενειών που επηρεάζουν την Γκάνα. Η κάλυψη περιλαμβάνει θεραπεία για ελονοσία, αναπνευστικές παθήσεις, διάρροιες και άλλα. Μεταξύ 2006 και 2009, το ποσοστό του πληθυσμού που είναι εγγεγραμμένο στο NHIS αυξήθηκε κατά 44%. Η κυβέρνηση της Γκάνας συνεχίζει να επεκτείνει την πρόσβαση στην κάλυψη

υγειονομικής περίθαλψης και το εύρος των παροχών που διαθέτει στους πολίτες της. Τα αποτελέσματα της απογραφής του 2021 της Γκάνας αναφέρουν ότι το 68,6 % του πληθυσμού καλύπτεται είτε από το Εθνικό Σύστημα Ασφάλισης Υγείας (NHIS) είτε από ιδιωτικά προγράμματα ασφάλισης υγείας. Το Εθνικό Σύστημα Ασφάλισης Υγείας παρέχει πλέον ευρεία κάλυψη για περιορισμένο εύρος θεμάτων υγείας, κυρίως ασφάλιση για θεραπεία έναντι των πιο διαδεδομένων ασθενειών, όπως η ελονοσία (ACCA, 2013)

Η έκθεση προόδου των Ηνωμένων Εθνών για την Γκάνα που δημοσιεύθηκε το 2010 προειδοποίησε ότι η Γκάνα δεν βρισκόταν σε καλό δρόμο για την επίτευξη των Στόχων. Αν και το εθνικό ποσοστό θνησιμότητας κάτω των πέντε ετών μειώθηκε κατά 30% από 111 θανάτους ανά 1.000 γεννήσεις το 2003 σε 80 θανάτους ανά 1.000 γεννήσεις ζώντων το 2008, τα στοιχεία αυτά κρύβουν σημαντικές περιφερειακές ανισότητες. Το ποσοστό των παιδιών ηλικίας 12–23 μηνών που εμβολιάστηκαν κατά της ιλαράς αυξήθηκε στο 90% το 2008. Σε γενικές γραμμές φαίνεται ότι τα ποσοστά παιδικής θνησιμότητας μειώνονται. Τα στοιχεία του 2019 έδειξαν ότι 50 στα 1000 μωρά πεθαίνουν πριν από την ηλικία των πέντε ετών (borgenproject, 2021).

Σε κοινότητες χαμηλού εισοδήματος υπάρχει υψηλότερος κίνδυνος θανάτου λόγω της περιορισμένης πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη. Για να αποφευχθεί αυτό, το NHIS παρέχει φροντίδα μητρότητας, συμπεριλαμβανομένων τοκετών με καισαρική τομή. Βέβαια, ο λόγος μητρικής θνησιμότητας μειώθηκε από 740 ανά 100.000 γεννήσεις ζώντων γεννήσεων το 1996 σε 451 ανά 100.000 γεννήσεις ζώντων το 2008 και σε 319 ανά 100.000 γεννήσεις ζώντων το 2015. Με άλλα λόγια, ο ρυθμός μείωσης της μητρικής θνησιμότητας είναι αργός και αυτό οδήγησε στην αδυναμία της Γκάνας να επιτύχει τον αναπτυξιακό στόχο της χιλιετίας των 190 γεννήσεων ανά 100.000 ζώντες γεννήσεις το 2015 (Aranga & Awoonor-Williams, 2018).

Η Γκάνα υποφέρει από χρόνια έλλειψη εργαζομένων στον τομέα της υγείας καθώς και από ανισότητες τόσο στην κατανομή όσο και στο μείγμα δεξιοτήτων των εργαζομένων, και αυτό περιορίζει σοβαρά την πρόσβαση σε υπηρεσίες και εμποδίζει την επίτευξη των εθνικών στόχων υγείας. Η χώρα έχει λίγο περισσότερους από 11 γιατρούς, νοσηλευτές και μαίες ανά 10.000 πληθυσμού, λιγότερο από το ήμισυ του αριθμού (23 ανά 10.000) που κρίθηκε απαραίτητος από τον ΠΟΥ για την επίτευξη των Στόχων για την υγεία (ACCA, 2013).

Το βασικό συμπέρασμα που εξάγεται από αυτήν την υποενότητα είναι ότι η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας έχει αυξηθεί. Μια μελέτη του 2019 διαπίστωσε ότι το 81,4% του πληθυσμού είχε πρόσβαση στην πρωτοβάθμια περίθαλψη στην Γκάνα, ενώ το 61,4% είχε πρόσβαση στη δευτεροβάθμια περίθαλψη και το 14,3% στην τριτοβάθμια περίθαλψη (Ashiagbor et al., 2020). Παρά αυτά τα σχετικά υψηλά ποσοστά προσβασιμότητας, περίπου το 30% του πληθυσμού πρέπει να ταξιδέψει μεγάλη απόσταση για να έχει πρόσβαση σε βασικές εγκαταστάσεις ή να δει έναν ειδικό, υποδεικνύοντας τις έντονες περιφερειακές ανισότητες. Για να αυξήσει την πρόσβαση στις υπηρεσίες, ο πρόεδρος της Γκάνας, δήλωσε τον Ιούνιο του 2020 ότι σκόπευε να κατασκευάσει 88 περισσότερα περιφερειακά νοσοκομεία.

δ) Κένυα

Η Κένυα είναι μια χώρα στην Ανατολική Αφρική που συνορεύει με τον Ινδικό Ωκεανό στα νοτιοανατολικά καθώς και με την Αιθιοπία, τη Σομαλία, το Νότιο Σουδάν, τη Τανζανία και την Ουγκάντα. Η έκταση της είναι 580.000 km² και έχει πληθυσμό 56 εκατομμυρίων κατοίκων σύμφωνα με τα στοιχεία του 2022 (nationsonline., 2022). Η μεγαλύτερη και πολυπληθέστερη πόλη και η εθνική πρωτεύουσα της Κένυας είναι το Ναϊρόμπι.

Ο πληθυσμός συνεχίζει να αυξάνεται ραγδαία, καθώς σχεδόν οι μισοί είναι κάτω των 15 ετών. Υπάρχουν πάνω από 40 εθνότητες, κυρίως με τη δική τους γλώσσα. Ομιλούμενες γλώσσες είναι τα Σουαχίλι και τα Αγγλικά (και τα δύο επίσημα) αλλά ομιλούνται 68 γηγενείς γλώσσες, κυρίως το Kikuyu και το Luhya. Περίπου το 80 τοις εκατό των Κενυατών είναι χριστιανοί, το 10 τοις εκατό είναι μουσουλμάνοι και άλλοι διατηρούν τις ιθαγενείς πεποιθήσεις.

Η Κένυα είναι η μεγαλύτερη και πιο προηγμένη οικονομία στην ανατολική και κεντρική Αφρική και παρόλο που ταξινομείται ως μια αναδυόμενη αγορά, δεν είναι μια από τις λιγότερο ανεπτυγμένες χώρες. Ένα ολοένα και πιο σημαντικό μέρος των ξένων εισροών της Κένυας είναι εμβάσματα από μη κατοίκους Κένυας που εργάζονται στις ΗΠΑ, τη Μέση Ανατολή, την Ευρώπη και την Ασία. Σε σύγκριση με τους γείτονές της, η Κένυα έχει καλά ανεπτυγμένη κοινωνική και φυσική υποδομή. Από το 2015 έως το 2019, η οικονομία της Κένυας πέτυχε μεγέθυνση κατά μέσο όρο 4,7% ετησίως, μειώνοντας σημαντικά τη φτώχεια (η οποία μειώθηκε σε περίπου

34,4% στο όριο των 1,9 \$/ημέρα το 2019). Το 2020, το σοκ COVID-19 έπληξε σκληρά την οικονομία, διαταράσσοντας το διεθνές εμπόριο και τις μεταφορές, τον τουρισμό και τη δραστηριότητα των αστικών υπηρεσιών, ειδικότερα. Ευτυχώς, ο αγροτικός τομέας, ακρογωνιαίος λίθος της οικονομίας, παρέμεινε ανθεκτικός, συμβάλλοντας στον περιορισμό της συρρίκνωσης του ΑΕΠ μόνο στο 0,3%. Το 2021, η οικονομία παρουσίασε ισχυρή ανάκαμψη, αν και ορισμένοι τομείς, όπως ο τουρισμός, παρέμειναν υπό πίεση. Η αύξηση του ΑΕΠ προβλέπεται στο 5,0% το 2022 και το ποσοστό φτώχειας έχει επανέλθει στην τάση μείωσης του μετά την άνοδο νωρίτερα στην πανδημία (World Bank, 2022).

Το Vision 2030 είναι το τρέχον σχέδιο της Κένυας για το μέλλον της οικονομικής ανάπτυξης. Οι μακροπρόθεσμοι στόχοι αυτού του οράματος είναι η δημιουργία ενός ευημερούντος και παγκοσμίως ανταγωνιστικού έθνους με υψηλή ποιότητα ζωής μέχρι το έτος 2030. Για να γίνει αυτό, στοχεύει να μεταμορφώσει τη βιομηχανία της Κένυας, δημιουργώντας ταυτόχρονα ένα καθαρό και ασφαλές περιβάλλον. Το όραμα χωρίζεται σε τρεις διαφορετικούς πυλώνες: οικονομική, κοινωνική και πολιτική διακυβέρνηση (exprogr., n.d.).

Κοινωνικοί περιορισμοί υγείας

Το 2019 ο Δείκτης Ανθρώπινης Ανάπτυξης της Κένυας ήταν 0,601 που είναι κάτω από το μέσο όρο του 0,631 για τις χώρες της ομάδας μεσαίας ανθρώπινης ανάπτυξης και πάνω από το μέσο όρο των 0,547 για τις χώρες στην Υποσαχάρια Αφρικής (UN, 2020).

Η δωρεάν και υποχρεωτική πρωτοβάθμια εκπαίδευση εισήχθη από την κυβέρνηση Kibaki το 2003, αλλά τα σχολεία σήμερα εξακολουθούν να μη μπορούν να αντεπεξέλθουν στην εισροή νέων μαθητών, καθώς υπάρχει σημαντική πίεση στους πόρους, τις τάξεις και τους δασκάλους. Η δευτεροβάθμια εκπαίδευση έχει υψηλά δίδακτρα. Ως αποτέλεσμα, πολλοί δεν μπορούν να αντέξουν οικονομικά τη δευτεροβάθμια εκπαίδευση και ακόμα λιγότεροι συνεχίζουν στην τριτοβάθμια εκπαίδευση. Συγκεκριμένα, το ποσοστό των μαθητών που προχωρούν από την πρωτοβάθμια στη δευτεροβάθμια εκπαίδευση αυξήθηκε από 83% το 2018 σε 95% το 2020 (The Conversation, 2020). Σύμφωνα με άλλα στοιχεία, περισσότεροι από τους μισούς ενήλικες της Κένυας άνω των 24 ετών (σχεδόν το 58%) έχουν ολοκληρώσει

την πρωτοβάθμια εκπαίδευση, μια αξιοσημείωτη αύξηση από 44% που εκτιμάται ότι ήταν το 2005. Ωστόσο, λίγο περισσότερο από το 14% των ενηλίκων ηλικίας 25 ετών και άνω έχουν ολοκληρώσει τη δευτεροβάθμια εκπαίδευση, από 3% το 2005. Αυτό είναι χαμηλότερο από άλλες χώρες με συγκρίσιμα ποσοστά φτώχειας όπως η Γκάνα (World Bank, 2018)

Μεταξύ των αγροτικών κοινοτήτων, τα υψηλά ποσοστά εγκατάλειψης του σχολείου αντικατοπτρίζουν την αντιληπτή έλλειψη αξίας του σχολείου, τις μεγάλες αποστάσεις από τα σχολεία και τα υψηλά ποσοστά παιδικών γάμων, τονίζοντας τις έντονες ανισότητες μεταξύ των περιφερειών. Ενώ η κομητεία Ναϊρόμπι έχει μια μέση αναλογία 50 μαθητές ανά δάσκαλο, η κομητεία Turkana έχει κατά μέσο όρο 92 μαθητές ανά δάσκαλο, με αποτέλεσμα η άσκηση πίεσης στις υποδομές να διαφέρει γεωγραφικά. Η έλλειψη σωστού προγραμματισμού από την πλευρά της κυβέρνησης έχει επιδεινώσει το πρόβλημα. Για παράδειγμα, η συμφόρηση στις τάξεις και τους κοιτώνες μπορεί να αποδοθεί στην έλλειψη κατάλληλου προγράμματος επέκτασης. Ωστόσο, ένας αυξανόμενος αριθμός ανδρών και γυναικών είναι ικανοί να διαβάζουν και να γράφουν.

Ως συνεπακόλουθο, το προφίλ της φτώχειας στην Κένυα έχει μια σημαντική χωρική διάσταση. Για παράδειγμα, οι περισσότεροι από τους φτωχούς της Κένυας ζουν σε αγροτικές περιοχές κυρίως στα βορειοανατολικά τμήματα της χώρας. Αυτή η χωρική διάσταση παραμένει και πιθανώς επιδείνωσε την ανισότητα μεταξύ των περιοχών της Κένυας. Η κλιμάκωση και η γεωγραφική στόχευση των προγραμμάτων καταπολέμησης της φτώχειας και κοινωνικής προστασίας είναι σημαντικά μέσα για τη στόχευση των νοικοκυριών με τη μεγαλύτερη ανάγκη και τη μείωση των περιφερειακών ανισοτήτων. Οι Κενυάτες απολαμβάνουν βελτιωμένη πρόσβαση σε εγκαταστάσεις υγιεινής, παρόλα αυτά η πρόσβαση σε βελτιωμένο νερό παραμένει χαμηλή. Για παράδειγμα, ενώ σχεδόν το 72% των νοικοκυριών της Κένυας έχουν πρόσβαση σε βελτιωμένες πηγές νερού -πάνω από τον μέσο όρο του 68% στην ΥΣΑ, αυτό είναι χαμηλότερο από τα τρέχοντα επίπεδα πρόσβασης που παρατηρούνται σε παρόμοιες χώρες όπως η Γκάνα (World Bank, 2018).

Τέλος, η εργασία συγκεντρώνεται σε τομείς με χαμηλή παραγωγικότητα, για παράδειγμα, στον αγροτικό τομέα, ο οποίος παρουσίασε πτωτική παραγωγικότητα μεταξύ του 2000 και του 2019, απασχολώντας το μεγαλύτερο ποσοστό. Το μερίδιο

της παραγωγικότητας της αγροτικής εργασίας στη συνολική παραγωγικότητα των συντελεστών παραγωγής επιβραδύνθηκε από 64,0 τοις εκατό το 2000 σε 41,0 τοις εκατό το 2019, ενώ το μερίδιο της απασχόλησης αυξήθηκε από 49,0 τοις εκατό το 2000 σε 55,0 τοις εκατό το 2019. Οι τομείς της βιομηχανίας και των υπηρεσιών, των οποίων η παραγωγικότητα αυξήθηκε από 169,0 και 124,0 τοις εκατό, το 2000 σε 249,0 και 156,0 τοις εκατό, αντίστοιχα, το 2019, είχε σημαντική πτώση στα επίπεδα απασχόλησης (Kirpra, 2020).

Συνοψίζοντας, η Κένυα αντιμετωπίζει σημαντικό πρόβλημα φτώχειας. Περισσότερο από το 50 τοις εκατό των ανθρώπων ζει κάτω από το όριο της φτώχειας. Επιπλέον, στην Κένυα, το 40 τοις εκατό των ανθρώπων ζουν με λιγότερα από δύο δολάρια την ημέρα. Αν και η κυβέρνηση παρέχει καταφύγιο και εκπαίδευση σε πολλά πρώην παιδιά του δρόμου, πολλά άλλα εξακολουθούν να επιβιώνουν ζητιανεύοντας ή κλέβοντας. Λίγοι Κενυάτες έχουν παροχή νερού με σωλήνες και κατάλληλη υγιεινή, ενώ ακόμα λιγότεροι έχουν ρεύμα με το ξύλο, το κάρβουνο ή τη κηροζίνη να χρησιμοποιείται ως κύριο καύσιμο. Η πρόκληση για την Κένυα είναι να ταΐσει, να στεγάσει και να απασχολήσει έναν αυξανόμενο πληθυσμό προστατεύοντας παράλληλα τη γη από την οποία εξαρτάται (World Vision, 2010).

Υγειονομική κατάσταση και συστήματα υγείας

Ένα από τα κύρια αποτελέσματα που προκύπτουν από τη φτώχεια που μαστίζει την Κένυα είναι το πολύ χαμηλό ποσοστό προσδόκιμου ζωής. Τα άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών αποτελούν μόνο το 2,7 τοις εκατό του πληθυσμού και το μέσο προσδόκιμο ζωής είναι μόνο 59 χρόνια.

Η συνολική νοσηρότητα και θνησιμότητα παραμένουν υψηλά, ιδιαίτερα μεταξύ των γυναικών και των παιδιών. Το ποσοστό βρεφικής θνησιμότητας αυξήθηκε από το 1993 μέχρι το 1998 κατά 12 ποσοστιαίες μονάδες και δεν ήταν σημαντικά διαφορετικό το ποσοστό του 2003. Το ποσοστό θνησιμότητας κάτω των πέντε ετών αυξήθηκε επίσης από 110 θανάτους ανά 1.000 γεννήσεις ζώντων την περίοδο 1993-1998 σε 115 την περίοδο 1998-2003 (Muga et al., 2005). Σύμφωνα με πρόσφατα στοιχεία το ποσοστό θνησιμότητας κάτω των 5 ετών στην Κένυα ανέρχεται στους 85

θανάτους ανά 1.000 γεννήσεις. Αυτός ο αριθμός είναι δραματικά υψηλότερος από τον παγκόσμιο μέσο όρο των 40.

Η μητρικής θνησιμότητα ανέρχεται σε 488 θανάτους ανά 100.000 γεννήσεις ζώντων. Αυτό κατατάσσει την Κένυα μεταξύ των 10 πιο επικίνδυνων χωρών για να γεννήσει μια γυναίκα στον κόσμο. Η περιορισμένη χρήση εξειδικευμένης φροντίδας, οι ανεπαρκείς δεξιότητες μεταξύ των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης και η χαμηλή κάλυψη των εγκαταστάσεων υγείας είναι οι κύριοι λόγοι για αυτόν τον υψηλό αριθμό (unfpa, 2020).

Η ελονοσία είναι η κύρια αιτία νοσηρότητας στην Κένυα, αντιπροσωπεύοντας το ένα τρίτο όλων των νέων περιπτώσεων που αναφέρθηκαν. Μετά την ελονοσία, οι πιο συχνές ασθένειες που παρατηρούνται στα εξωτερικά ιατρεία είναι ασθένειες του αναπνευστικού συστήματος, δερματικές παθήσεις, διάρροια και εντερικά παράσιτα. Άλλα συχνά προβλήματα υγείας περιλαμβάνουν τυχαίους τραυματισμούς, λοιμώξεις του ουροποιητικού συστήματος, οφθαλμικές λοιμώξεις, ρευματισμούς και άλλες λοιμώξεις. Σε συνδυασμό, αυτές οι δέκα κύριες καταστάσεις αντιπροσωπεύουν σχεδόν τα τέσσερα πέμπτα των συνολικών περιπτώσεων εξωτερικών ασθενών που αναφέρθηκαν. Αυτό το μοτίβο επιμένει την τελευταία δεκαετία. Τα επαναλαμβανόμενα κρούσματα ελονοσίας στα ορεινά και η εκτεταμένη εμφάνιση στελεχών αντοχής στα φάρμακα έχουν επιδεινώσει το πρόβλημα της ελονοσίας.

Ο επιπολασμός του HIV μειώθηκε από 7,1 % το 2007 σε 5,6 % το 2012, αν και οι νέες μολύνσεις παραμένουν υψηλές, σχεδόν 100.000 ετησίως. Ο επιπολασμός του HIV μεταξύ της κοόρτης 15 έως 24 ήταν 2,1 % το 2012, μείωση από 3,8 % το 2007. Σε αυτήν την ηλικιακή ομάδα, τα κορίτσια διατρέχουν τέσσερις φορές υψηλότερο κίνδυνο μόλυνσης από τον ιό HIV από τα αγόρια.

Σε ότι αφορά τη προσφορά υγειονομικών υπηρεσιών υπάρχει ένας γιατρός για κάθε 10.000 άτομα στην Κένυα. Επιπλέον, το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης της χώρας αντιμετωπίζει διαχρονικά πρόβλημα και αυτό εκδηλώθηκε σε 100ήμερη απεργία το 2017 από τους γιατρούς για κακές συνθήκες εργασίας και αμοιβής. Ακολούθησε, στα τέλη του ίδιου έτους, η απεργία νοσηλευτών για παρόμοιους λόγους. Λόγω της αποδιοργάνωσης στο δημόσιο σύστημα υγείας, σχεδόν κανένας ασθενής δεν εισάγεται στις δημόσιες εγκαταστάσεις υγείας της Κένυας. Αυτό

δημιουργεί έναν ιδιαίτερα τεράστιο αντίκτυπο στο ποσοστό μητρικής θνησιμότητας, καθώς οι γυναίκες δεν έχουν πρόσβαση σε κατάλληλους χώρους τοκετού. Η παρουσία ενός κατεστραμμένου συστήματος υγειονομικής περίθαλψης δημιουργεί μια αρνητική εικόνα για τον ιατρικό τομέα στην Κένυα. Ως εκ τούτου, το 40 τοις εκατό των Κενυατών που αποφοιτούν με πτυχία ιατρικής επιλέγουν να βρουν δουλειά αλλού. Αυτό προωθεί την εθνική έλλειψη, εμποδίζοντας εκατομμύρια ανθρώπους να έχουν πρόσβαση στις ιατρικές υπηρεσίες.

Τέλος, η κυβέρνηση της Κένυας δεν προσφέρει ένα καθολικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, επομένως εκατομμύρια άνθρωποι είναι ανασφάλιστοι. Εξαιτίας αυτού, πολλοί αποφεύγουν την κλινική φροντίδα – η οποία είναι συχνά απαραίτητη. Σύμφωνα με αυτό το σύστημα, μικρά θεραπεύσιμα ζητήματα τείνουν να εξελιχθούν σε δυνητικά θανατηφόρες ασθένειες.

ε) Νιγηρία

Η Νιγηρία είναι μια χώρα στα νοτιοανατολικά της Δυτικής Αφρικής, με ακτή στον όρμο του Μπενίν και στον Κόλπο της Γουινέας. Η Νιγηρία συνορεύει με το Μπενίν, το Καμερούν, το Τσαντ και τον Νίγηρα, μοιράζεται θαλάσσια σύνορα με την Ισημερινή Γουινέα, τη Γκάνα και το Σάο Τομέ και Πρίνσιπε. Με έκταση 923.768 km², η χώρα έχει σχεδόν τέσσερις φορές το μέγεθος του Ηνωμένου Βασιλείου (nationsonline, n.d.).

Η Νιγηρία αναφέρεται συχνά ως ο «Γίγαντας της Αφρικής», λόγω του μεγάλου πληθυσμού και της οικονομίας της. Με περίπου 206 εκατομμύρια κατοίκους, η Νιγηρία είναι η πολυπληθέστερη χώρα στην Αφρική και η έβδομη πιο πυκνοκατοικημένη χώρα στον κόσμο (worldpopulationreview, 2022). Πρωτεύουσα είναι η Abuja, που βρίσκεται στο κέντρο του έθνους, ενώ το Λάγος είναι το κύριο λιμάνι, το οικονομικό κέντρο και η μεγαλύτερη πόλη της χώρας. Η χώρα κατοικείται από πάνω από 500 εθνοτικές ομάδες, από τις οποίες οι τρεις μεγαλύτερες είναι οι Hausa, Igbo και Yoruba. Όσον αφορά τη θρησκεία, η Νιγηρία χωρίζεται κατά προσέγγιση στο μισό μεταξύ των χριστιανών και των μουσουλμάνων, ενώ μια μειοψηφία του πληθυσμού ασκεί θρησκείες ιθαγενών της Νιγηρίας, όπως αυτές των ιθαγενών των λαών Igbo και Yoruba. Ομιλούμενες γλώσσες είναι τα αγγλικά (επίσημα), τα χαούζα,

τα Ίγκμπο, υπολογίζεται δε ότι η Νιγηρία έχει περίπου 250 διαφορετικές εθνογλωσσικές ομάδες (Consulate General of the Federal Republic of Nigeria, n.d.).

Η βρετανική επιρροή και ο έλεγχος σε αυτό που θα γινόταν η Νιγηρία, σήμερα η πιο πυκνοκατοικημένη χώρα της Αφρικής, αναπτύχθηκε κατά τον 19ο αιώνα. Το 1999 εγκρίθηκε ένα νέο σύνταγμα και ολοκληρώθηκε η ειρηνική μετάβαση στην πολιτική κυβέρνηση. Η κυβέρνηση συνεχίζει να αντιμετωπίζει το τρομακτικό έργο της μεταρρύθμισης μιας οικονομίας που βασίζεται στο πετρέλαιο, της οποίας τα έσοδα έχουν σπαταληθεί λόγω της διαφθοράς και της κακοδιαχείρισης και της θεσμοθέτησης της δημοκρατίας. Επιπλέον, Η Νιγηρία συνεχίζει να βιώνει μακροχρόνιες εθνοτικές και θρησκευτικές εντάσεις. Αν και τόσο οι προεδρικές εκλογές του 2003 όσο και του 2007 στιγματίστηκαν από σημαντικές παρατυπίες και βία, η Νιγηρία βιώνει αυτήν τη στιγμή τη μεγαλύτερη περίοδο πολιτικής διακυβέρνησής της από την ανεξαρτησία της.

Το 2020, η Νιγηρία γνώρισε τη βαθύτερη ύφεση των τελευταίων δύο δεκαετιών, αλλά η ανάπτυξη επανήλθε το 2021 καθώς χαλαρώθηκαν οι περιορισμοί της πανδημίας, οι τιμές του πετρελαίου ανέκαμψαν και οι αρχές εφάρμοσαν πολιτικές για την αντιμετώπιση του οικονομικού σοκ. Η Νιγηρία ήταν ιδιαίτερα ευάλωτη στην παγκόσμια οικονομική αναταραχή που προκλήθηκε από τον COVID-19, ιδιαίτερα λόγω της πτώσης των τιμών του πετρελαίου. Το πετρέλαιο αντιπροσωπεύει πάνω από το 80% των εξαγωγών, το ένα τρίτο των πιστώσεων στον τραπεζικό τομέα και το ήμισυ των κρατικών εσόδων (World Bank, 2021).

Κοινωνικοί περιορισμοί υγείας

Ενώ η Νιγηρία έχει σημειώσει κάποια πρόοδο σε κοινωνικο-οικονομικούς όρους τα τελευταία χρόνια, η ανάπτυξη του ανθρώπινου κεφαλαίου βρίσκεται στη θέση 150 από τις 157 χώρες στον Δείκτη Ανθρώπινου Κεφαλαίου της Παγκόσμιας Τράπεζας για το 2020 (World Bank, 2021). Η χώρα συνεχίζει να αντιμετωπίζει τεράστιες αναπτυξιακές προκλήσεις, συμπεριλαμβανομένης της ανάγκης μείωσης της εξάρτησης από το πετρέλαιο και διαφοροποίησης της οικονομίας, αντιμετώπισης ανεπαρκών υποδομών, οικοδόμησης ισχυρών και αποτελεσματικών θεσμών, καθώς και αντιμετώπισης ζητημάτων διακυβέρνησης και συστημάτων διαχείρισης δημοσίων οικονομικών. Η ανισότητα, όσον αφορά το εισόδημα και τις ευκαιρίες, παραμένει

υψηλή και έχει επηρεάσει αρνητικά τη μείωση της φτώχειας. Η έλλειψη ευκαιριών εργασίας βρίσκεται στον πυρήνα των υψηλών επιπέδων φτώχειας, της περιφερειακής ανισότητας και της κοινωνικής και πολιτικής αναταραχής. Ο υψηλός πληθωρισμός έχει επίσης επηρεάσει την ευημερία των νοικοκυριών και οι υψηλές τιμές το 2020 είναι πιθανό να έχουν ωθήσει επιπλέον 7 εκατομμύρια Νιγηριανούς στη φτώχεια το 2020.

Ο εκπαιδευτικός τομέας στη Νιγηρία με τα χρόνια έχει παρουσιάσει κάποια αύξηση του αριθμού των ατόμων που μπορούν να γράφουν και να μιλούν αγγλικά και έχουν τελειώσει το γυμνάσιο. Το ποσοστό αλφαριθμητισμού στη Νιγηρία το 2002 ήταν 55% και έχει αυξηθεί σε περίπου 62% (Unesco, 2020). Η έκθεση DFAT αναφέρει στοιχεία της UNICEF και της νιγηριανής κυβέρνησης που υποδεικνύουν ότι 30% των μαθητών εγκαταλείπουν το δημοτικό σχολείο και μόνο το 54% μεταβαίνουν σε σχολεία δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, κυρίως λόγω οικονομικών δυσκολιών, παιδικής εργασίας και πρόωρου γάμου για κορίτσια. Η UNICEF αναφέρει ότι παρόλο που η πρωτοβάθμια εκπαίδευση είναι επίσημα δωρεάν και υποχρεωτική στη Νιγηρία, περίπου 10,5 εκατομμύρια από τα παιδιά της χώρας ηλικίας μεταξύ 5 και 14 ετών δεν πηγαίνουν σχολείο. Παράγοντες όπως το φύλο, η γεωγραφία και η φτώχεια, συμβάλλουν στο μοτίβο της εκπαιδευτικής περιθωριοποίησης (Justice, 2020).

Η χώρα έχει περίπου 90 πανεπιστήμια και αυτά τα ιδρύματα παράγουν χιλιάδες αποφοίτους ετησίως, γεγονός που υποτίθεται ότι είναι καθοριστικής σημασίας για τις προσπάθειες οικοδόμησης ικανοτήτων οποιουδήποτε έθνους. Έτσι, ο πληθυσμός της Νιγηρίας θεωρείται από πολλούς ως ένα μεγάλο πλεονέκτημα, το οποίο είναι ικανό να οδηγήσει τη χώρα σε ικανοποιητική πρόοδο αν αξιοποιηθεί σωστά (NAPIMS, n.d.). Βέβαια, η ποιότητα της εκπαίδευσης που παρέχεται από τα πανεπιστήμια έχει υποχωρήσει λόγω κακής χρηματοδότησης. Επιπλέον, μόνο ένα μικρό ποσοστό αυτών των αποφοίτων εργάζεται μετά την αποφοίτηση, δημιουργώντας έτσι απογοήτευση και ανησυχία σε αυτούς τους νέους και τον περιορισμό των ευκαιριών δημιουργίας ικανοτήτων καθώς και τη μείωση της νομιμότητας της κυβέρνησης.

Παράλληλα, υπάρχει μια άνιση κατανομή του πλούτου στη Νιγηρία, με ένα τεράστιο χάσμα μεταξύ πλούσιων και φτωχών.. Η μεσαία τάξη που παίζει σημαντικό ρόλο στη διαδικασία εκδημοκρατισμού και παρέχει επίσης ευκαιρίες απασχόλησης για την μάζες φαίνεται με τον καιρό να συρρικνώνεται. Έτσι, το 2018, το 40% των

Νιγηριανών (83 εκατομμύρια άνθρωποι) ζούσε κάτω από το όριο της φτώχειας, ενώ ένα άλλο 25% (53 εκατομμύρια) ήταν ευάλωτοι. Μια έκθεση της NBS για τη φτώχεια και την ανισότητα δείχνει ότι ο εθνικός δείκτης του αριθμού των ατόμων της φτώχειας ήταν 40,1 τοις εκατό για την περίοδο από Σεπτέμβριο 2018 έως Οκτώβριο 2019. Ο αριθμός των Νιγηριανών που ζουν κάτω από το διεθνές όριο της φτώχειας αναμένεται να αυξηθεί κατά 12 εκατομμύρια το 2019-2023 (World Bank, 2021).

Μια έκθεση του Αυγούστου 2020 για το εργατικό δυναμικό από το Εθνικό Γραφείο Στατιστικής της Νιγηρίας (NBS) δείχνει ότι το ποσοστό ανεργίας στη Νιγηρία ήταν 27,1% το δεύτερο τρίμηνο του 2020, σε σύγκριση με 23,1% το τρίτο τρίμηνο του 2018. Σύμφωνα με την ίδια πηγή, το ποσοστό ανεργίας για τα άτομα ηλικίας 15 έως 34 ετών ήταν 34,9% το δεύτερο τρίμηνο του 2020, σε σύγκριση με 29,7% το τρίτο τρίμηνο του 2018 (Justice, 2020). Εκτός από το ότι είναι το δεύτερο υψηλότερο στην παγκόσμια λίστα, η έκθεση NBS, δείχνει ότι περισσότερο από το 60% του πληθυσμού σε ηλικία εργασίας της Νιγηρίας είναι κάτω των 34 ετών. Η ανεργία για άτομα ηλικίας 15 έως 24 ετών ήταν 53,4% το τέταρτο τρίμηνο και στο 37,2 τοις εκατό για άτομα ηλικίας 25 έως 34 ετών (The Guardian, 2022). Ο αριθμός των ατόμων που αναζητούν εργασία θα συνεχίσει να αυξάνεται και το φαινόμενο της ανεργίας θα γίνει μια από τις μεγαλύτερες κοινωνικές προκλήσεις της χώρας.

Υγειονομική κατάσταση και συστήματα υγείας

Ιστορικά, οι επενδύσεις στην υγειονομική περίθαλψη στη Νιγηρία ήταν χαμηλές σε σχέση με τα παγκόσμια πρότυπα, με το υψηλό ατομικό κόστος που περιορίζει την πρόσβαση στην περίθαλψη. Η Νιγηρία έχει το μεγαλύτερο ακαθάριστο εγχώριο προϊόν (ΑΕΠ) της Αφρικής. Ωστόσο, η οικονομική ανάπτυξη ήταν ασταθής και ανεπαρκής για να συμβαδίσει με την ταχεία αύξηση του πληθυσμού, με αρνητική αύξηση του κατά κεφαλήν εισοδήματος από το 2015. Η λεγόμενη διαρροή εγκεφάλων και η κακή κατανομή των ειδικευμένων επαγγελματιών υγείας επιδεινώνουν αυτά τα ζητήματα, περιορίζοντας περαιτέρω την πρόσβαση στην περίθαλψη και μειώνοντας την ποιότητά της για μεγάλα τμήματα του πληθυσμού (Kress et al., 2016). Η υψηλή κινητικότητα μεταξύ Νιγηρίας και γειτονικών χωρών σε συνδυασμό με δυσμενείς κλιματικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες καθιστούν τη Νιγηρία εξαιρετικά επιρρεπή στην ταχεία εξάπλωση λοιμώξεων και την ύπαρξη επίμονων εστιών ασθενειών στην περιοχή τις τελευταίες δεκαετίες,

συμπεριλαμβανομένων εστιών μηνιγγίτιδας, πυρετού Lassa, ευλογιάς των πιθήκων και Έμπολα (Althaus et al., 2015).

Η υγεία του πληθυσμού βελτιώθηκε στη Νιγηρία μεταξύ 1998 και 2019. Το προσδόκιμο ζωής αυξήθηκε κατά 17,7% σε 64,3 χρόνια (Angell, et al., 2022). Βέβαια σύμφωνα την The Guardian (2019), ένας μέσος Νιγηριανός δεν αναμένεται να ζήσει πέρα από τα 55α γενέθλιά του κατατάσσοντας την Νιγηρία στην 5^η χειρότερη χώρα σε ότι αφορά το προσδόκιμο ζωής. Η Νιγηρία έχει ανώτερο προσδόκιμο ζωής μόνο από τη Σιέρα Λεόνε που βρίσκεται στη 199^η θέση, το Τσαντ (200^η), το Λεσόθο (201^η) και την Κεντροαφρικανική Δημοκρατία ως η χώρα με τη χαμηλότερη κατάταξη στην 202^η θέση.

Τα ποσοστά θνησιμότητας μειώθηκαν για όλες τις ηλικίες στη Νιγηρία μεταξύ 1998 και 2019, με μεγάλα οφέλη για παιδιά κάτω των 5 ετών, καθώς τα ποσοστά μείωσης ήταν περισσότερο από 50% τόσο για τα αγόρια όσο και τα κορίτσια.. Οι κυρίαρχοι παράγοντες θνησιμότητας στη Νιγηρία είναι οι λοιμώξεις και οι νεογνικές διαταραχές, με την διάρροια από την πρώτη θέση το 1998 να κατακυλά στην Τρίτη θέση (Angell, et al., 2022).

Ο δείκτης μητρικής θνησιμότητας στη Νιγηρία ανέρχεται στις 814 γυναίκες (ανά 100.000 γεννήσεις ζώντων). Παράλληλα, μια στις 22 Νιγηριανές γυναίκες κινδυνεύει να πεθάνει κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, του τοκετού, μετά τον τοκετό ή μετά την έκτρωση, σε αντίθεση με τον κίνδυνο ζωής στις ανεπτυγμένες χώρες που υπολογίζεται περίπου 1 στις 4.900. Τα στοιχεία δείχνουν ότι το υψηλό ποσοστό μητρικής και νεογνικής θνησιμότητας στη Νιγηρία συνδέεται με τρεις μορφές καθυστέρησης: στον εντοπισμό και την άφιξη σε ιατρική μονάδα, στη λήψη απόφασης για αναζήτηση μητρικής υγειονομικής περίθαλψης και τέλος στη λήψη εξειδικευμένης φροντίδας όταν η γυναίκα φτάσει πιά στην υγειονομική μονάδα (Ope, 2020).

Οι δαπάνες για την υγεία ανά άτομο υπερτετραπλασιάστηκαν από 18,6\$ το 2001 σε 83,75\$ το 2018, που αντιπροσώπευαν αύξηση από την έβδομη στην τρίτη υψηλότερη χώρα στη δυτική Αφρική και το ΑΕΠ ανά άτομο αυξήθηκε από την ενδέκατη θέση στην τέταρτη υψηλότερη θέση στην ίδια περιοχή. Σύμφωνα με τον Δείκτη Καθολική Υγειονομικής Περίθαλψης, η κάλυψη υπολογίστηκε σε 43% το 2019 και δεν

συμβαδίζει με άλλες χώρες της Δυτικής Αφρικής. Είναι εμφανές πως για δεκαετίες, ο τομέας της υγείας στην Νιγηρία υποφέρει από έντονη υποχρηματοδότηση. Ο προϋπολογισμός της Ομοσπονδιακής Κυβέρνησης για την υγεία για το 2021 είναι χαμηλός, μόλις στα 1,07 δισεκατομμύρια δολάρια (N547 δισεκατομμύρια). Με εξαίρεση να αποτελούν μόλις ελάχιστα κορυφαία ιδιωτικά νοσοκομεία, η πλειονότητα των νοσοκομείων στη Νιγηρία δεν είναι παρά αίθουσες ειδικών, χωρίς καν τα απαραίτητα. Ακόμη και η ενσυναίσθηση μερικές φορές είναι ανεπαρκής, με τους φτωχούς να υφίστανται κακομεταχείρισης από τους εξειδικευμένους εργαζόμενους που κατακλύζονται από το καθημερινό πλήθος ασθενών και τον τρομερό φόρτο εργασίας.

Με τους ασθενείς να πρέπει να καλύψουν ολόκληρο το κόστος της θεραπείας τους, το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης της Νιγηρίας έχει σχεδόν αποκλείσει την πρόσβαση σε μονάδες υγείας σε πάνω από 100 εκατομμύρια πολίτες που ζουν σε συνθήκες φτώχειας. Τα νοσοκομεία, ωστόσο, υποστηρίζουν ότι θα αναγκαστούν να κλείσουν, αφού δεν μπορούν να ανακτήσουν το πλήρες ποσό-κόστος της θεραπείας από τους ασθενείς, ελλείψει επαρκούς χρηματοδότησης από την κυβέρνηση. Έτσι δεν είναι ασυνήθιστο φαινόμενο στη Νιγηρία οι ασθενείς να βρίσκονται «όμηροι» σε θαλάμους έως ότου αποπληρωθούν οι ιατρικοί τους λογαριασμοί. Για πολύ σοβαρές ιατρικές παθήσεις, απαιτούνται καταθέσεις άνω του μισού εκατομμυρίου νάιρα πριν ακόμη ξεκινήσει η θεραπεία, κάτι που είναι αδύνατο για πάνω από το ήμισυ του πληθυσμού που ζει σε ακραία φτώχειας (Premium Times, 2021)

Συνοψίζοντας, το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης της Νιγηρίας κατατάσσεται μεταξύ των χαμηλότερων στον κόσμο και κατέλαβε την 142η θέση ανάμεσα στις 195 χώρες. Δύο από τα μεγαλύτερα προβλήματα που αντιμετωπίζει η Νιγηρία είναι πρώτον η έλλειψη ειδικευμένων εργαζομένων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης καθώς υπάρχουν μόνο 1,95 ειδικευμένοι εργαζόμενοι στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης ανά 1.000 πολίτες στη Νιγηρία και δεύτερον πάνω από 70% των δαπανών υγείας προέρχονται από προσωπικές δαπάνες (Borgenproject, 2020).

2.5 Ανακεφαλαίωση

Συνοψίζοντας, ένα σύστημα υγείας αποτελείται από τους οργανισμούς, τους πόρους, όλες τις εγκαταστάσεις καθώς και το ανθρώπινο δυναμικό, με πρωταρχικό του σκοπό την βελτίωση της υγείας του κοινωνικού συνόλου που απευθύνεται. Η υγεία όντας από τους πρωταρχικούς στόχους και αναφαίρετο δικαίωμα κάθε ατόμου, ωθεί την εκάστοτε πολιτεία κατα τον σχεδιασμό του υγειονομικού της συστήματος, να στοχεύει στην ανταποκρισιμότητα και την δικαιοσύνη του συστήματος αυτού, για να επιτύχει την ικανοποιητική και καθολική κάλυψη στο σύνολο των ανθρώπων που αναφέρεται.

Οι χώρες τις Υποσαχάριας Αφρικής μαστίζονται μέχρι και σήμερα από ασθένειες, όπως η ελονοσία, οι οποίες δεν φαίνεται να έχουν κάποιο αποτύπωμα σε περισσότερο ανεπτυγμένες χώρες. Η περιορισμένη πρόσβαση σε κατάλληλες υγειονομικές συνθήκες λόγω μεγάλων εκτάσεων, η άνιση κατανομή του πλούτου και η ανεπάρκεια κατάλληλου υγειονομικού προσωπικού, οδηγούν τις χώρες τις Υποσαχάριας Αφρικής σε τιμές δεικτών που δεν ανταποκρίνονται καθόλου στην ανάπτυξη. Οι χώρες αυτές παρουσιάζουν υψηλούς δείκτες βρεφικής και μητρικής θνησιμότητας, κατέχουν από τα χαμηλότερα προσδόκιμα ζωής και δείκτες ανθρώπινης ανάπτυξης κάτω του παγκόσμιου μέσου όρου. Καθίσταται λοιπόν απαραίτητη η επίλυση των προβλημάτων αυτών, αφού η βελτίωση των υγειονομικών τους συνθηκών θα δημιουργήσει μικρότερες αποκλίσεις από τον μέσο όρο, οδύοντας έτσι προς την επίτευξη καθολικής οικουμενικής υγείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

3.1 Εισαγωγή

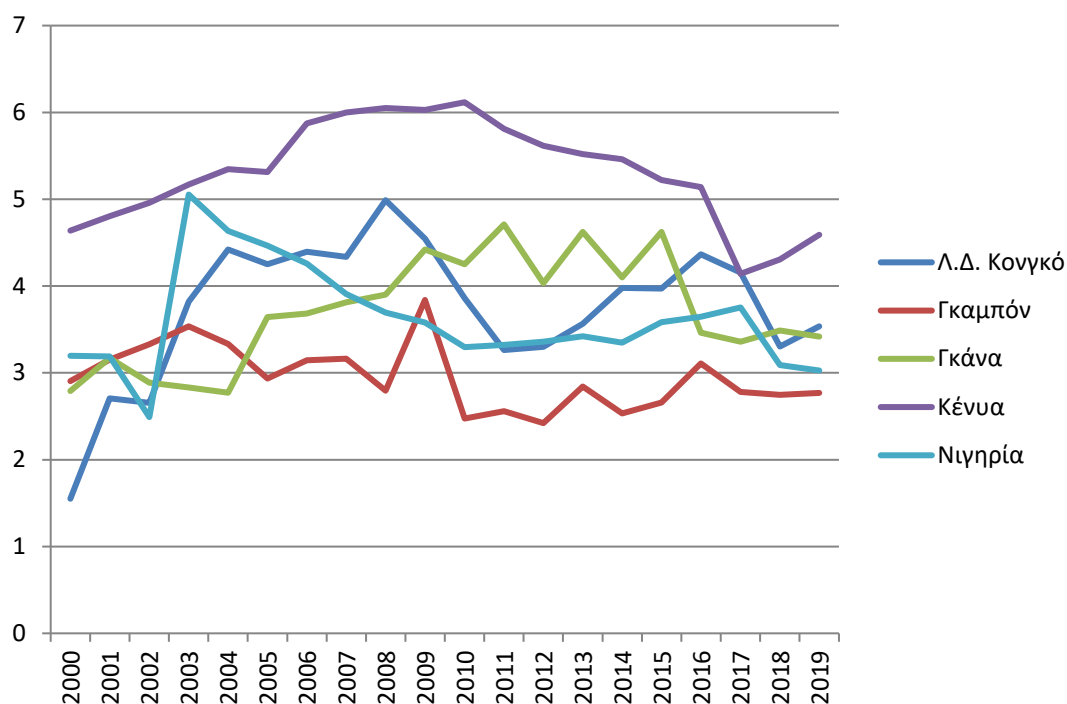
Υπάρχει σύνδεση μεταξύ των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης και μακροοικονομικών μεταβλητών, ωστόσο, υπάρχει συνεχής συζήτηση σχετικά με το ποια είδη δαπανών για την υγειονομική περίθαλψη και ποιο επίπεδο βέλτιστων δαπανών είναι επωφελείς για την οικονομική ανάπτυξη (WHO, 2003). Επίσης, αν και οι καθοριστικοί παράγοντες για τις δαπάνες υγείας μπορεί να ποικίλλουν, φαίνεται να αντιπροσωπεύουν το 10% του παγκόσμιου ΑΕΠ (WHO, 2015), που εκτείνεται από 1% στη Βενεζουέλα έως 17% στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής (WHO, 2020b). Επιπλέον, η αύξηση των δαπανών για την υγεία προβλέπεται να είναι μεγαλύτερη από την αύξηση του ΑΕΠ έως το 2030 (OECD, 2019). Έχει υποστηριχθεί η αύξηση των κρατικών δαπανών για την υγεία στις αναπτυσσόμενες χώρες (ειδικά σε χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος) συνδυαστικά με κάποιο επίπεδο κυβερνητικής ρύθμισης στον τομέα της υγείας (Sachs 2002). Πράγματι, η ανάγκη για αυξημένες κρατικές δαπάνες για την υγεία για τη βελτίωση των συνθηκών υγείας και ευημερίας έχει τονιστεί εδώ και πολύ καιρό (World Bank, 1993). Οι κυβερνήσεις διαδραματίζουν ζωτικό ρόλο στην κατάσταση της υγείας των ανθρώπων που κυβερνούν είτε άμεσα είτε έμμεσα μέσω των πολιτικών που εφαρμόζουν.

Στο παρόν κεφάλαιο πραγματοποιείται η ανάλυση των Δαπανών Υγείας σε σχέση με τις μακροοικονομικές μεταβλητές (α) Θνησιμότητα για παιδιά κάτω των 5 ετών (β) Μητρική θνησιμότητας (γ) Προσδόκιμο ζωής (δ) Ρυθμός οικονομικής μεγέθυνσης (ε) Ανεργία, για πέντε επιλεγμένες χώρες της Υποσαχάριας Αφρικής, Λ.Δ. Κονγκό, Γκαμπόν, Γκάνα, Κένυα και Νιγηρία.

3.2 Παρουσίαση δεδομένων και αποτελεσμάτων

Τα δεδομένα που χρησιμοποιήθηκαν στη παρούσα μελέτη αφορούν τη χρονική περίοδο 2000 με 2019 και αντλήθηκαν από τη βάση δεδομένων της Παγκόσμιας Τράπεζας διαθέσιμη στο παρακάτω σύνδεσμο data.worldbank.org. Οι τιμές των

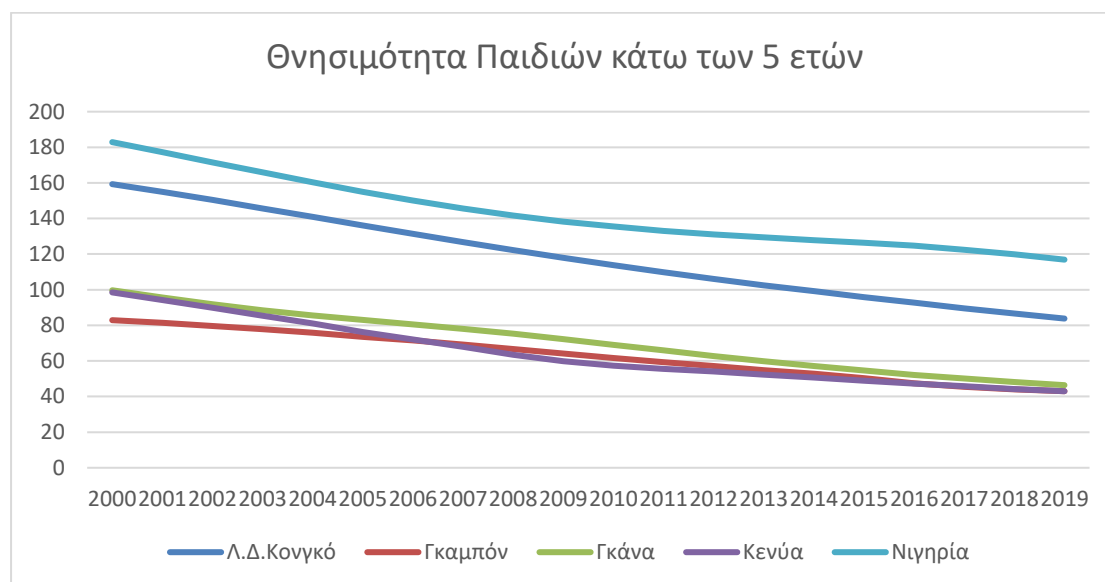
μεταβλητών Δαπάνες Υγείας, ΑΕΠ, και Ανεργία είναι εκφρασμένες ως ποσοστό, οι τιμές των μεταβλητών Προσδόκιο Ζωής σε έτη, η παιδική θνησιμότητας κάτω των πέντε ετών ανά 1.000 γεννήσεις και η μητρική θνησιμότητας ανά 100.000 γέννες.



Διάγραμμα 3.1: Δαπάνες Υγείας ως % ΑΕΠ.

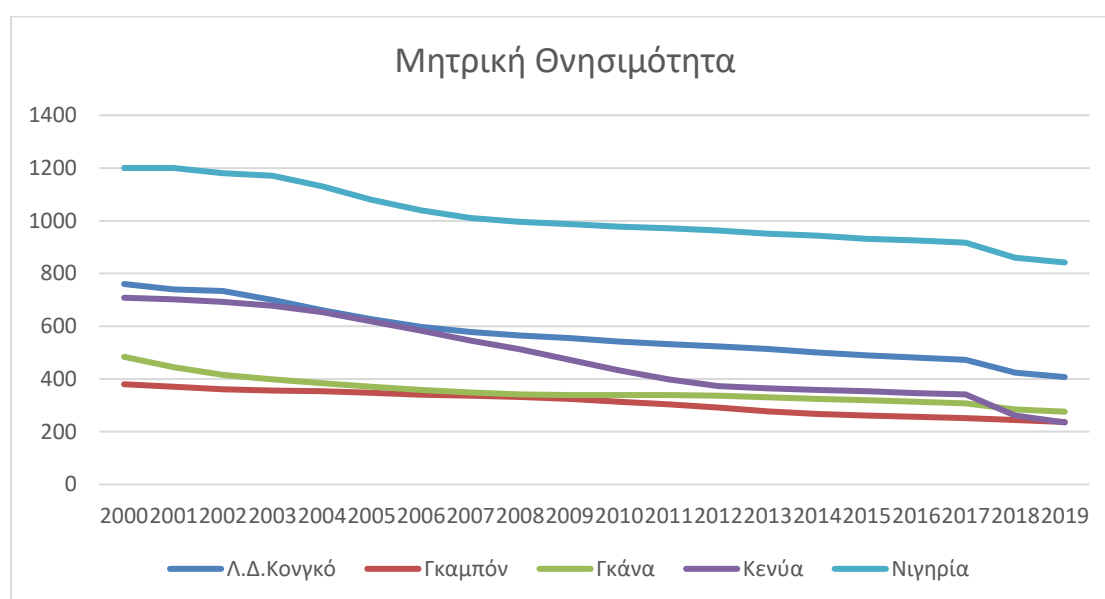
Στο Διάγραμμα 3.1 παρουσιάζεται η διαχρονική εξέλιξη των Δαπανών Υγείας. Με μια πρώτη ματιά οι χώρες δεν φαίνεται να ακολουθούν κάποιο κοινό μοτίβο και ούτε να παρουσιάζουν μια ομαλή τάση. Συγκεκριμένα, η Κένυα κατέχει τις υψηλότερες Δαπάνες Υγείας (ως ποσοστό του ΑΕΠ) για όλη την περίοδο. Από το 2000 παρουσίαζε μια αυξητική τάση η οποία ανατρέπεται το 2010 όπου ξεκινάει μια πτωτική πορεία και μόλις τα τελευταία χρόνια της περιόδου παρατηρείται μια μικρή αύξηση, αλλά παραμένει σε χαμηλότερα επίπεδα σε σχέση με το 2000. Αντίθετα, η Γκαμπόν αν και βρισκόταν σε σχετικά καλή θέση συγκριτικά με τις υπόλοιπες χώρες στην αρχή της περιόδου, από το 2006 και έπειτα κατέχει τις χαμηλότερες δαπάνες, και παρουσιάζει την πιο σταθερή πορεία. Η Νιγηρία παρουσιάζει έντονες αυξομειώσεις, μοιάζοντας αρκετά με την πορεία της Λ.Δ. Κονγκό, η οποία όμως είναι η μοναδική χώρα που καταλήγει σε υψηλότερα επίπεδα σε σχέση με το 2000. Τέλος, στη Γκάνα η αύξηση των δαπανών που έλαβε χώρα μέχρι το 2008, σταθεροποιήθηκε

σχετικά σε ένα υψηλό επίπεδο, όμως από το 2014 και έπειτα ακολούθησε πτωτική τάση και σταθεροποιείται το 2019 σε ελάχιστο αλλά υψηλότερο σε σχέση με το 2000 επίπεδο.



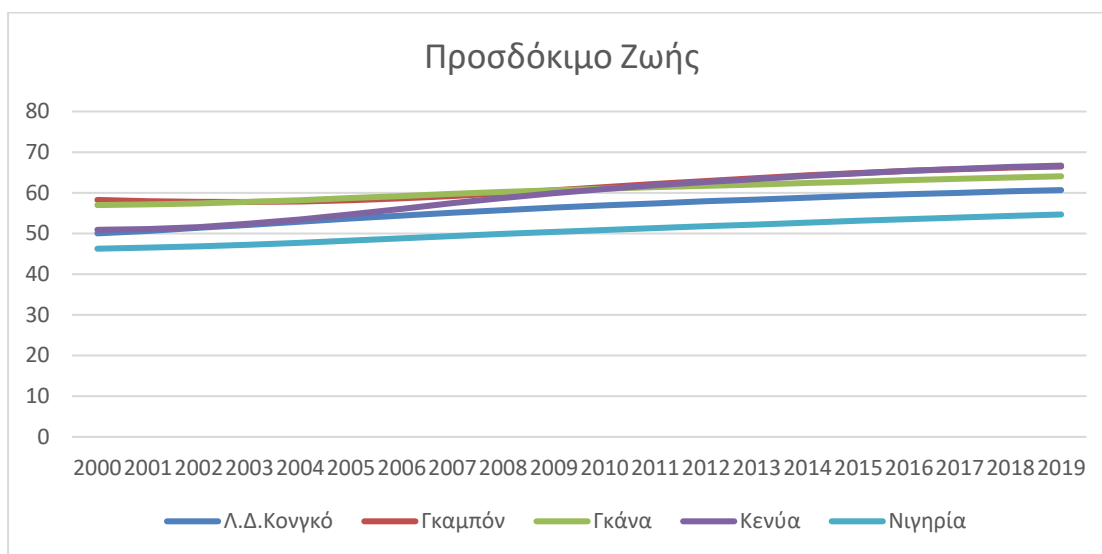
Διάγραμμα 3.2: Θνησιμότητα Παιδιών κάτω των 5 ετών

Στό Διάγραμμα 3.2 παρουσιάζεται η διαχρονική εξέλιξη της θνησιμότητας ανά 1000 γεννήσεις σε παιδιά κάτω των 5 ετών για τις επιλεγμένες χώρες. Είναι εμφανής η σταθερή κοινή πτωτική πορεία με ποσοστό μείωσης περίπου 47% κατά μέσο όρο, απόρροια των στόχων και της προσπάθειας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας.



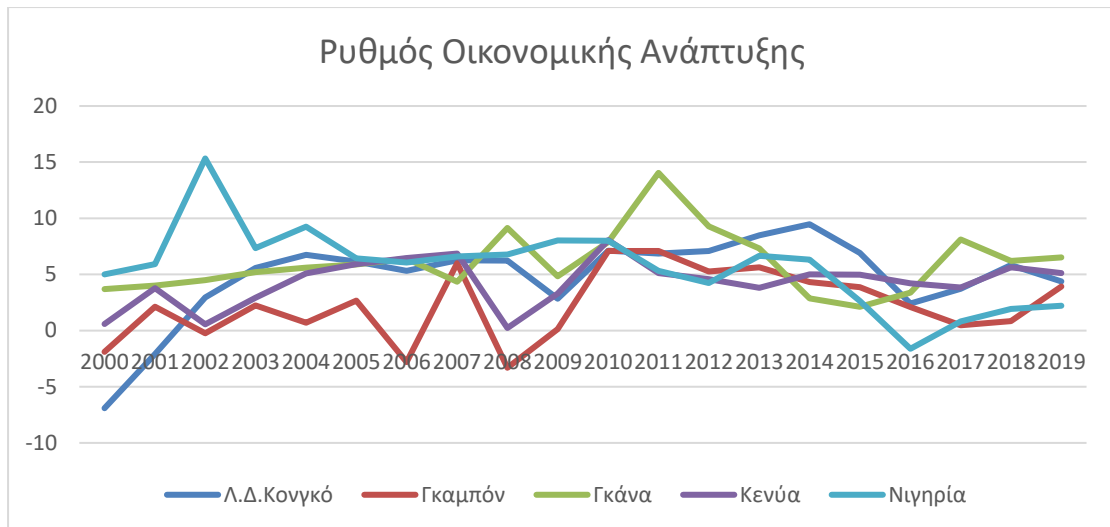
Διάγραμμα 3.3: Μητρική Θνησιμότητα

Στο Διάγραμμα 3.3 αναγράφεται η εξέλιξη της μητρικής θνησιμότητας ανά 100.000 γεννήσεις για τις επιλεγμένες χώρες της Υποσαχάριας Αφρικής στην χρονική περίοδο 2000-2019. Όπως και στην παιδική θνησιμότητα παρατηρείται μια σταθερή καθοδική πορεία, κοινή για όλες τις χώρες με διαφορές στην κλίση της εκάστοτε καμπύλης, μεγαλύτερη εξέλιξη παρουσιάζει η Κένυα με μείωση της τάξεως του 67% και ακολουθεί η Νιγηρία με 30%.



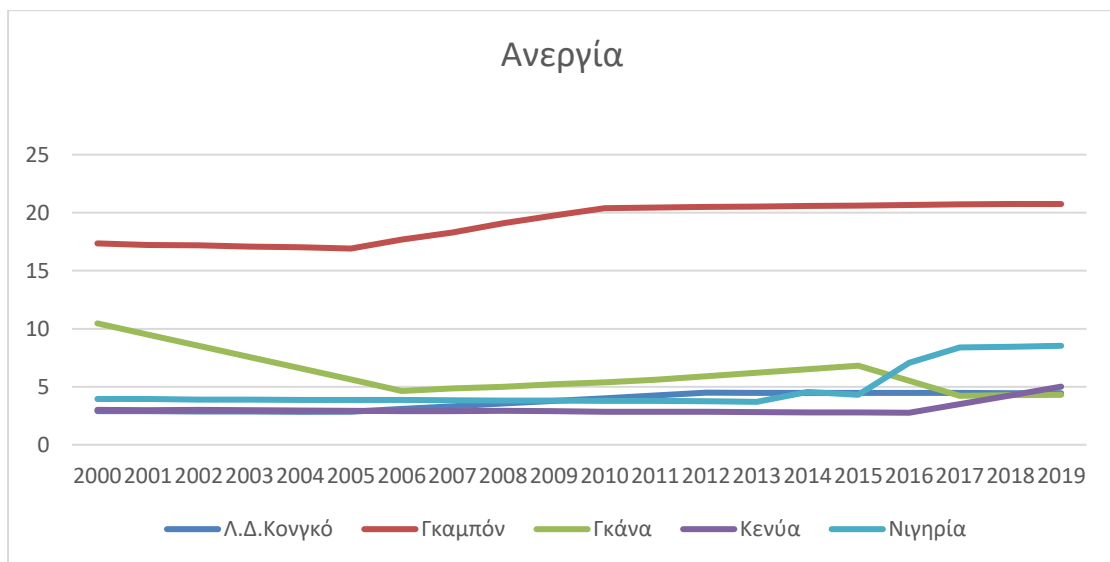
Διάγραμμα 3.4: Προσδόκιμο Ζωής

Στο Διάγραμμα 3.4 γίνεται παρουσίαση της εξελικτικής πορείας, για την χρονική περίοδο 2000-2019, του προσδόκιμου ζωής για τις εν λόγω χώρες. Εμφανίζεται πάλι κοινή πορεία για όλες τις χώρες με ανοδική τάση και διαφορές στην κλίση της κάθε καμπύλης, πιο συγκεκριμένα η Κένυα παρουσιάζει την μεγαλύτερη εξέλιξη με αύξηση του προσδόκιμου ζωής κατά 26%, ακολουθεί η Λ.Δ.Κονγκό με αύξηση 20% και στην συνέχεια Νιγηρία με 17%, Γκαμπόν με 13% και τέλος η Γκάνα με ποσοστό αύξησης 12%.



Διάγραμμα 3.5: Ρυθμός Οικονομικής Ανάπτυξης σε ποσοστό %

Στο Διάγραμμα 3.5 παρουσιάζεται η πορεία που ακολούθησε διαχρονικά ο ρυθμός οικονομικής ανάπτυξης για τις εξεταζόμενες χώρες της Αφρικής. Αναλυτικότερα από το διάγραμμα γίνεται εμφανές πως οι χώρες αυτές δεν παρουσιάζουν κάποια κοινή πορεία ή ακολουθούν κάποια συγκεκριμένη τάση, κυμαίνονται όμως σε ίδια περιοχή τιμών, με υψηλότερη τιμή αυτή της Νιγηρίας για το 2002 στο 15,3% και χαμηλότερη αυτή της Λ.Δ.Κονγκό στο -6.9% για το έτος 2000.



Διάγραμμα 3.6: Ανεργία σε ποσοστό %

Στο Διάγραμμα 3.6 απεικονίζεται η ποσοστιαία ανεργία για τις εν λόγω χώρες για το χρονικό διάστημα 2000-2019. Αναλυτικότερα η πλειοψηφία των χωρών παρουσιάζουν αύξηση του ποσοστού ανεργίας, εξαίρεση αποτελεί η Γκάνα που

εμφανίζει μια καθοδική πορεία, ξεκινώντας από 10,46% ανεργία του ενεργού εργατικού δυναμικού και καταλήγοντας σε ποσοστό 4,31%. Υψηλότερη ακραία τιμή αποτελεί αυτή της Γκαμπόν για το έτος 2019 με ποσοστό 20,74% και χαμηλότερη τιμή αυτή της Κένυας για το έτος 2016 με ποσοστό ανεργίας στο 2,76%.

3.3 Ανάλυση Δεδομένων

Για την ανάλυση των δεδομένων εφαρμόστηκε το απλό γραμμικό υπόδειγμα σε όλες τις χώρες. Ως εξαρτημένη μεταβλητή χρησιμοποιήθηκε η μεταβλητή δαπάνες υγείας και ως ανεξάρτητες μεταβλητές οι μακροοικονομικές μεταβλητές. Η ανάλυση πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του πακέτου data analysis του excel το οποίο για την εκτίμηση των δεδομένων εφαρμόζει τη μέθοδο των ελαχίστων τετραγώνων (OLS). Στη συνέχεια θα παρουσιαστούν τα αποτελέσματα της ανάλυσης αυτής για κάθε μια χώρα από τις επιλεγμένες ξεχωριστά στους πίνακες της παρούσας υποενότητας, όπου αναφέρονται οι τιμές του συντελεστή Beta και της T στατιστικής για κάθε ανεξάρτητη μεταβλητή καθώς και η τιμή του συντελεστή προσδιορισμού για κάθε παλινδρόμηση ξεχωριστά. Στόχος να ελεγχθεί το κατά πόσο η κάθε ανεξάρτητη μεταβλητή επηρεάζει τις Δαπάνες Υγείας αλλά και σε ποιό βαθμό. Το γραμμικό υπόδειγμα θα ακολουθεί την εξής μορφή και θα εφαρμοστεί για κάθε μια από τις υπό εξέταση μεταβλητές:

$$Y_i = a + bX_i + \epsilon_i \text{ όπου:}$$

Y_i = Δαπάνες Υγείας

a = Σταθερός Όρος

b = Συντελεστής

X_i = Μεταβλητή

ϵ_i = Τυχαίο Σφάλμα

α) Λ.Δ. Κονγκό

Στον Πίνακα 3.1 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των εκτιμήσεων του απλού γραμμικού υποδείγματος για τη Λ.Δ. Κονγκό. Την μεγαλύτερη ερμηνευτική ικανότητα την έχει ο ρυθμός οικονομικής μεγέθυνσης με $R^2=0,38487$ και είναι η μοναδική στατιστικά σημαντική μεταβλητή. Άρα οι δαπάνες υγείας ερμηνεύονται

ικανοποιητικά από το δείκτη του ρυθμού οικονομικής μεγέθυνσης και υπάρχει θετική σχέση μεταξύ των μεταβλητών.

Πίνακας 3.1: Αποτελέσματα Ανάλυσης Παλινδρόμησης για την Λ.Δ. Κονγκό

Λ.Δ.Κονγκό	Σταθερός Όρος	t-stat	Συντελεστής	t-stat	R ²
Θνησιμότητα για παιδιά κάτω των 5 ετών	5,07717	5,69032	-0,0112	-1,518	0,11348
Μητρική θνησιμότητα	5,56632	5,82264	-0,0032	-1,6314	0,17166
Προσδόκιμο ζωής	-1,1076	-0,3829	0,08657	1,68153	0,13576
Ρυθμός οικονομικής μεγέθυνσης	3,11621	13,1427	0,13265	3,35591	0,38487
Ανεργία	3,12636	3,155	0,16595	0,63856	0,02215

β) Γκαμπόν

Στον Πίνακα 3.2 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των εκτιμήσεων του απλού γραμμικού υποδείγματος για τη Γκαμπόν. Την μεγαλύτερη ερμηνευτική ικανότητα την έχει ο δείκτης της ανεργίας με $R^2=0,336659$, όντας στατιστικά σημαντικός και παρουσιάζοντας αρνητική σχέση, δηλαδή όσο αυξάνεται η ανεργία μειώνονται οι δαπάνες υγείας. Το προσδόκιμο ζωής ακολουθεί επίσης με υψηλή ερμηνευτική ικανότητα όντας στατιστικά σημαντικός ως δείκτης ακολουθώντας θετική σχέση, δηλαδή όσο αυξάνεται το προσδόκιμο ζωής αυξάνονται και οι δαπάνες υγείας. Τέλος ο ρυθμός οικονομικής ανάπτυξης με θετική σχέση παρουσιάζει στατιστική σημαντικότητα σε αντίθεση με τις εναπομείνουσες μεταβλητές.

Πίνακας 3.2: : Αποτελέσματα Ανάλυσης Παλινδρόμησης για την Γκάμπόν

	Σταθερός Όρος	t-stat	Συντελεστής	t-stat	R ²
Θνησιμότητα για παιδιά κάτω των 5 ετών	2,039251	5,571553	0,014486	1,54285	0,16428
Μητρική θνησιμότητα	1,680328	3,272246	0,004096	1,5005	0,157808
Προσδόκιμο ζωής	6,790626	4,838771	0,06246	2,73955	0,294259
Ρυθμός οικονομικής μεγέθυνσης	3,075043	31,92645	0,05364	2,12098	0,199949
Ανεργία	5,532023	6,456872	-0,13462	-3,02248	0,336659

γ) Γκάνα

Στον Πίνακα 3.3 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των εκτιμήσεων του απλού γραμμικού υποδείγματος για τη Γκάνα. Την μεγαλύτερη ερμηνευτική ικανότητα την έχει ο δείκτης της μητρικής θνησιμότητας με $R^2=0,282851$, ο οποίος είναι στατιστικά σημαντικός με αρνητική σχέση, κατά την αύξηση δηλαδή της θνησιμότητας μειώνονται οι δαπάνες υγείας. Ακολουθεί με εξίσου υψηλή ερμηνευτική ικανότητα το προσδόκιμο ζωής με θετική σχέση και είναι στατιστικά σημαντική ως μεταβλητή. Τέλος η ανεργία δεν εμφανίζει ιδιαίτερα μεγάλη ερμηνευτική ικανότητα είναι όμως στατιστικά σημαντική σε αντίθεση με τον ρυθμό οικονομικής ανάπτυξης και την παιδική θνησιμότητα που δεν καταφέρνουν να ερμηνεύσουν ικανοποιητικά.

Πίνακας 3.3: Αποτελέσματα Ανάλυσης Παλινδρόμησης για την Γκάνα

Γκάνα					
	Σταθερός Όρος	t-stat	Συντελεστής	t-stat	R ²
Θνησιμότητα για παιδιά κάτω των 5 ετών	5,030962	8,974819	5,030962	-1,43794	0,128232
Μητρική θνησιμότητα	5,995706	6,88662	-0,00651	-2,66447	0,282851
Προσδόκιμο ζωής	-4,80405	-1,45813	0,140318	2,58269	0,270377
Ρυθμός οικονομικής μεγέθυνσης	3,218872	9,577309	0,079122	1,562165	0,119389
Ανεργία	4,650781	9,386477	-0,1551	-1,99179	0,180597

δ) Κένυα

Στον Πίνακα 3.4 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των εκτιμήσεων του απλού γραμμικού υποδείγματος για τη Κένυα. Την μεγαλύτερη ερμηνευτική ικανότητα την παρουσιάζει η μεταβλητή της ανεργίας με $R^2=0,366505$ και είναι η μοναδική στατιστικά σημαντική μεταβλητή. Έτσι, οι δαπάνες υγείας ερμηνεύονται ικανοποιητικά από το δείκτη ανεργίας και παρουσιάζουν μεταξύ τους αρνητική σχέση.

Πίνακας 3.4: Αποτελέσματα Ανάλυσης Παλινδρόμησης για την Κένυα

Κένυα					
	Σταθερός Όρος	t-stat	Συντελεστής	t-stat	R ²
Θνησιμότητα για παιδιά κάτω των 5 ετών	5,333989	10,13019	-0,00045	-0,05721	0,000182
Μητρική θνησιμότητα	5,099039	11,31357	0,000428	0,478884	0,01258
Προσδόκιμο ζωής	5,930079	3,975117	-0,01052	-0,42083	0,009743
Ρυθμός οικονομικής μεγέθυνσης	5,004591	16,00113	0,069773	1,059566	0,058709
Ανεργία	7,280662	11,70909	-0,63881	-3,22704	0,366505

ε) Νιγηρία

Στον Πίνακα 3.5 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των εκτιμήσεων του απλού γραμμικού υποδείγματος για τη Νιγηρία. Καμία μεταβλητή δεν φαίνεται να παρουσιάζει ερμηνευτική ικανότητα. Κατά συνέπεια καμία μεταβλητή δεν είναι στατιστικά σημαντική και άρα δεν ερμηνεύονται οι δαπάνες υγείας της χώρας από τις συγκεκριμένες μακροοικονομικές μεταβλητές.

Πίνακας 3.5: Αποτελέσματα Ανάλυσης Παλινδρόμησης για τη Νιγηρία

Νιγηρία	Σταθερός Όρος	t-stat	Συντελεστής	t-stat	R2
Θνησιμότητα για παιδιά κάτω των 5 ετών	2,816559	2,784097	0,005599	0,797595	0,034136
Μητρική θνησιμότητα	2,280639	1,788835	0,001317	1,053363	0,058064
Προσδόκιμο ζωής	6,706115	2,679488	-0,0612	-1,23642	0,078282
Ρυθμός οικονομικής μεγέθυνσης	3,637297	13,62611	-0,00375	-0,09322	0,000483
Ανεργία	3,985604	9,969545	-0,07778	-0,98253	0,050902

3.4 Ανακεφαλαίωση

Στη παρούσα εργασία μελετήθηκαν οι Δαπάνες Υγείας σε επιλεγμένες χώρες της Υποσαχάριας Αφρικής. Για αυτό το λόγο στο Κεφάλαιο 1 αναλύθηκε η σημασία της υγειονομικής περίθαλψης και αναφερθήκαμε σε ποικίλες εμπειρικές μελέτες που εξετάζουν τις δαπάνες υγείας. Αναλύθηκε επίσης κάθε μία από τις μακροοικονομικές μεταβλητές που χρησιμοποιήθηκαν στο εμπειρικό Κεφάλαιο 3. Παρουσιάστηκε η διαχρονική εξέλιξη των δαπανών υγείας για την περίοδο 2000-2019 στη Λ.Δ.Κονγκό, Γκαμπόν, Γκάνα, Κένυα και Νιγηρία καταλήγοντας πως δεν εμφανίζεται καμία τάση, μάλιστα κάθε χώρα φαίνεται να ακολουθεί ξεχωριστή εξελικτική πορεία.

Η παιδική θνησιμότητα καθώς και η μητρική ακολουθούν σαν μεταβλητές σταθερή πτωτική εξελικτική πορεία, για όλες τις χώρες, φαινομενικά ανεξάρτητα από την πορεία των Δαπανών υγείας που παρουσίαζε η εκάστοτε χώρα. Κατά παρόμοιο τρόπο συμπεριφέρεται ως μεταβλητή και το προσδόκιμο ζωής με την διαφορά ότι έχει αυξητική πορεία. Αντίθετα ο ρυθμός οικονομικής ανάπτυξης έδειξε διαφορετική πορεία για κάθε χώρα που επιλέχθηκε, προβάλλοντας έντονες αυξομειώσεις για τις περισσότερες από αυτές. Τέλος 4 από τις επιλεγμένες χώρες είχαν αυξητική εξελικτική πορεία για τον δείκτη της ανεργίας με εξαίρεση την Γκάνα που έδειξε σταθερά πτωτική πορεία στον δείκτη αυτό.

Συμπερασματικά ο ρυθμός οικονομικής μεγέθυνσης ερμήνευσε τις δαπάνες υγείας σε δύο χώρες, την Λ.Δ.Κονγκό και την Γκαμπόν εμφανίζοντας θετική σχέση με τις δαπάνες υγείας έχοντας όμως χαμηλή ερμηνευτική ικανότητα στην περίπτωση της Γκαμπόν, όμως στατιστικά σημαντική και στις δύο περιπτώσεις. Ακόμα, η μητρική θνησιμότητα ερμήνευσε τις δαπάνες υγείας στην περίπτωση της Γκάνας με αρνητική σχέση. Η ανεργία ως δείκτης ερμήνευσε ικανοποιητικά τις δαπάνες για την περίπτωση τριών χωρών, Γκαμπόν, Κένυα και Γκάνα με αρνητική σχέση. Τέλος, το προσδόκιμο ζωής ερμήνευσε τις δαπάνες υγείας σε δύο χώρες Γκάνα και Γκαμπόν εμφανίζοντας θετική σχέση αφήνοντας την περίπτωση της Νιγηρίας να μην έχει μεταβλητή που να μπορεί να ερμηνεύσει επαρκώς τις δαπάνες υγείας. Η εμπειρική ανάλυση ωθεί στο συμπέρασμα ότι δεν υπάρχει κοινή μεταβλητή που να ερμηνεύει ικανοποιητικά τις δαπάνες υγείας και για τις πέντε επιλεγμένες χώρες.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Abbot, L. (2010). *Theories of the Labour Market and Employment: A Review*. Washington: Industrial Systems Research.

ACCA (2013). Key health challenges in Ghana. Διαθέσιμο εδώ <https://www.accaglobal.com/content/dam/acca/global/PDF-technical/health-sector/tech-tp-khcg.pdf>. Τελευταία πρόσβαση 06/2022.

Althaus, C. L., Low, N., Musa, E. O., Shuaib, F., & Gsteiger, S. (2015). Ebola virus disease outbreak in Nigeria: transmission dynamics and rapid control. *Epidemics*, 11, 80-84.

Amu, H., Dowou, R. K., Saah, F. I., Efunwole, J. A., Bain, L. E., & Tarkang, E. E. (2022). COVID-19 and Health Systems Functioning in Sub-Saharan Africa Using the “WHO Building Blocks”: The Challenges and Responses. *Frontiers in Public Health*, 776.

Anand, S., Peter, F., & Sen, A. (2004). *Public health, ethics, and equity*. OUP Oxford.

Angell, B., Sanuade, O., Adetifa, I. M., Okeke, I. N., Adamu, A. L., Aliyu, M. H., ... & Abubakar, I. (2022). Population health outcomes in Nigeria compared with other west African countries, 1998–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study. *The Lancet*, 399(10330), 1117-1129.

Apanga, P. A., & Awoonor-Williams, J. K. (2018). Maternal death in rural Ghana: a case study in the Upper East Region of Ghana. *Frontiers in public health*, 6, 101.

Ashlagbor, G., Ofori-Asenso, R., Forkuo, E. K., & Agyei-Frimpong, S. (2020). Measures of geographic accessibility to health care in the Ashanti Region of Ghana. *Scientific African*, 9, e00453.

Ayanore, M. A., Amuna, N., Aviisah, M., Awolu, A., Kipo-Sunyezi, D. D., Mogre, V., ... & Gyapong, M. (2019). Towards resilient health systems in sub-Saharan Africa: a systematic review of the English language literature on health workforce, surveillance, and health governance issues for health systems strengthening. *Annals of global health*, 85(1).

Baltagi, B. H., & Moscone, F. (2010). Health care expenditure and income in the OECD reconsidered: Evidence from panel data. *Economic modelling*, 27(4), 804-811.

Begg, D. Fischer, S. Dornbusch, R. (1994) *Economics*. 4th edn. London: McGraw-Hill

Blomqvist, Å. G., & Carter, R. A. (1997). Is health care really a luxury?. *Journal of health economics*, 16(2), 207-229.

Bloom, D. E., Canning, D., & Sevilla, J. (2004). The effect of health on economic growth: a production function approach. *World development*, 32(1), 1-13.

Borgenproject (2019). 10 Facts About Life Expectancy in Kenya. Διαθέσιμο εδώ

Borgenproject (2020). 8 Facts About Healthcare in Nigeria. Διαθέσιμο εδώ <https://borgenproject.org/healthcare-in-nigeria/>. Τελευταία πρόσβαση 06/2022.

Borgenproject (2021). 4 Facts About Healthcare in Ghana. Διαθέσιμο εδώ <https://borgenproject.org/facts-about-healthcare-in-ghana/>. Τελευταία πρόσβαση 06/2022.

Borgenproject (2021). Examining the Healthcare System in the Congo. Διαθέσιμο εδώ <https://borgenproject.org/healthcare-in-the-congo/>. Τελευταία πρόσβαση 06/2022.

Bradley, E., & Taylor, L. (2013). *The American health care paradox: Why spending more is getting us less*. Public Affairs.

Bryan, L., Conway, M., Keesmaat, T., McKenna, S., & Richardson, B. (2010). Strengthening sub-Saharan Africa's health systems: a practical approach. *McKinsey Quarterly*.

Choi, J., Ki, M., Kwon, H. J., Park, B., Bae, S., Oh, C. M., ... & Park, S. K. (2019). Health indicators related to disease, death, and reproduction. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*, 52(1), 14.

Comesa (n.d.). Democratic Republic of Congo. Διαθέσιμο εδώ <https://www.comesa.int/democratic-republic-of-congo-2/>. Τελευταία πρόσβαση 06/2022.

Consulate General of the Federal Republic of Nigeria (n.d.). The Country Nigeria. Διαθέσιμο εδώ <http://www.nigeria-consulate-frankfurt.de/English/Nigeria/nigeria.html>. Τελευταία πρόσβαση 06/2022.

Culyer, A. J. (1990). Cost containment in Europe, in Health Care Systems in Transition.

Davies, L. (2009). Sarkozy attacks focus on economic growth. *The Guardian*, 14.

De la Maisonneuve, C., Moreno-Serra, R., Murtin, F., & Oliveira Martins, J. (2016). The drivers of public health spending: Integrating policies and institutions.

Deaton, A. S., & Tortora, R. (2015). People in sub-Saharan Africa rate their health and health care among the lowest in the world. *Health Affairs*, 34(3), 519-527.

EC (2022). 10. Life expectancy. Διαθέσιμο εδώ https://ec.europa.eu/health/indicators/docs/echi_10_ds_en.pdf. Τελευταία πρόσβαση 04/2022.

expogr. (n.d.). Kenya Country Information. Διαθέσιμο εδώ https://www.expogr.com/kenya_country_information.php. Τελευταία πρόσβαση 06/2022.

Gbesemete, K. P., & Gerdtham, U. G. (1992). Determinants of health care expenditure in Africa: a cross-sectional study. *World development*, 20(2), 303-308.

Geiger, T. (2018). Continuous national gross domestic product (GDP) time series for 195 countries: past observations (1850–2005) harmonized with future projections according to the Shared Socio-economic Pathways (2006–2100). *Earth System Science Data*, 10(2), 847-856.

Getzen, T. E. (1992). Population aging and the growth of health expenditures. *Journal of gerontology*, 47(3), S98-S104.

Ghanamissionun (n.d.). About the Republic of Ghana. Διαθέσιμο εδώ <https://www.ghanamissionun.org/about-ghana/>. Τελευταία πρόσβαση 06/2022.

Govender, V., McIntyre, D., & Loewenson, R. (2008). Progress towards the Abuja target for government spending on health care in East and Southern Africa. *Cape Town, SA: EQUINET*.

Group OB. (2014). Universal health insurance is being rolled out. The Report: Gabon 2014: Health & Education. Διαθέσιμο εδώ <http://www.oxfordbusinessgroup.com/overview/universal-health-insurance-being-rolled-out>. Τελευταία πρόσβαση 06/2022.

Guardian (2012). The hard road to healthcare for eastern Congo's poor. Διαθέσιμο εδώ <https://www.theguardian.com/global-development/poverty-matters/2012/apr/10/hard-road-healthcare-congo-poor>. Τελευταία πρόσβαση 06/2022.

Guest, A. M. (1974). The relationship of the crude birth rate and its components to social and economic development. *Demography*, 11(3), 457-472.

Hajibabaei, H., Sadeghi Soghdel, H., Faraji Dizaji, S., & Ahmadi, A. (2020). Health expenditures in developing countries: determinants and guidelines. *Journal of Research and Health*, 10(4), 257-266.

Hitiris, T. (1997). Health care expenditure and integration in the countries of the European Union. *Applied Economics*, 29(1), 1-6.

Hopkins, S. (2010). Health expenditure comparisons: low, middle and high income countries. *The Open Health Services and Policy Journal*, 3, 21-27.

<https://borgenproject.org/10-facts-about-life-expectancy-in-kenya/>. Τελευταία πρόσβαση 06/2022.

<https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/mortality/world-mortality-cdrom-2015.asp>. Τελευταία πρόσβαση 06/2022.

IIF (2020), Capital Flows Report: Sudden Stop in Emerging Markets, Institute of International Finance

ILO (n.d.). KILM 9. Total unemployment. Διαθέσιμο εδώ https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---stat/documents/publication/wcms_422438.pdf. Τελευταία πρόσβαση 04/2022.

IMF (2022). World Economic Outlook April 2022. Διαθέσιμο εδώ <https://www.imf.org/en/Publications/WEO/Issues/2022/04/19/world-economic-outlook-april-2022>. Τελευταία πρόσβαση 04/2022.

justice (2020). Nigeria: The socio-economic situation. Διαθέσιμο εδώ <https://www.justice.gov/eoir/page/file/1342131/download>. Τελευταία πρόσβαση 06/2022.

kippra (2020). Kenya Economic Report. Διαθέσιμο εδώ <https://kippra.or.ke/wp-content/uploads/2021/02/Kenya-Economic-Report-2020.pdf>. Τελευταία πρόσβαση 06/2022.

Kress, D. H., Su, Y., & Wang, H. (2016). Assessment of primary health care system performance in Nigeria: using the primary health care performance indicator conceptual framework. *Health Systems & Reform*, 2(4), 302-318.

Kubiszewski, I., Costanza, R., Franco, C., Lawn, P., Talberth, J., Jackson, T., & Aylmer, C. (2013). Beyond GDP: Measuring and achieving global genuine progress. *Ecological economics*, 93, 57-68.

Lago-Peñas, S., Cantarero-Prieto, D., & Blázquez-Fernández, C. (2013). On the relationship between GDP and health care expenditure: A new look. *Economic Modelling*, 32, 124-129.

- Landefeld, J. S., Seskin, E. P., & Fraumeni, B. M. (2008). Taking the pulse of the economy: Measuring GDP. *Journal of Economic Perspectives*, 22(2), 193-216.
- Leu, R. R., Culyer, A. J., & Jonsson, B. (1987). Public and private health services. *chapter the public-private mix and international health care cost. Oxford: Basil Black well.*
- May, J. F., & Rotenberg, S. (2020). A Call for Better Integrated Policies to Accelerate the Fertility Decline in Sub-Saharan Africa. *Studies in Family Planning*, 51(2), 193-204.
- May, J. F., & Rotenberg, S. (2020). A Call for Better Integrated Policies to Accelerate the Fertility Decline in Sub-Saharan Africa. *Studies in Family Planning*, 51(2), 193-204.
- McIntyre, D., Obse, A. G., Barasa, E. W., & Ataguba, J. E. (2018). Challenges in financing universal health coverage in sub-Saharan Africa. In *Oxford research encyclopedia of economics and finance.*
- Mehrara, M., Musai, M., & Amiri, H. (2010). The relationship between health expenditure and GDP in OECD countries using PSTR. *European Journal of Economics, Finance and Administrative Sciences*, 24, 1450-2275.
- Micah, A. E., Chen, C. S., Zlavog, B. S., Hashimi, G., Chapin, A., & Dieleman, J. L. (2019). Trends and drivers of government health spending in sub-Saharan Africa, 1995–2015. *BMJ global health*, 4(1), e001159.
- MicroWorld (n.d.). Economic and Social Context of Gabon. Διαθέσιμο εδώ <https://www.microworld.org/en/content/economic-and-social-context-gabon>. Τελευταία πρόσβαση 06/2022.
- Muga, R., Kizito, P., Mbayah, M., & Gakuruh, T. (2005). Overview of the health system in Kenya. *Demographic and Health Surveys*, 13-26.
- Murthy, V. N., & Okunade, A. A. (2009). The core determinants of health expenditure in the African context: Some econometric evidence for policy. *Health policy*, 91(1), 57-62.
- NAPIMS (n.d.) Nigeria General Information. Διαθέσιμο εδώ <https://napims.nnpcgroup.com/Pages/Nigeria-General-Information.aspx>. Τελευταία πρόσβαση 06/2022.
- Nationsonlin (2022). Countries of the World by Population. Διαθέσιμο εδώ <https://www.nationsonline.org/oneworld/population-by-country.htm>. Τελευταία πρόσβαση 06/2022.

nationsonline (n.d.). Nigeria. Διαθέσιμο εδώ <https://www.nationsonline.org/oneworld/nigeria.htm>. Τελευταία πρόσβαση 06/2022.

Newhouse, J. P. (1977). Medical-care expenditure: a cross-national survey. *The journal of human resources*, 12(1), 115-125.

Nghiem, S. H., & Connelly, L. B. (2017). Convergence and determinants of health expenditures in OECD countries. *Health economics review*, 7(1), 1-11.

Obounou, B. W. (2017). Gabon health care system: a 20 year analysis. *International Journal of Community Medicine and Public Health*, 4(7), 2208-11.

OECD (2002). Gabon – Key figures. Διαθέσιμο εδώ <https://www.oecd.org/countries/gabon/1825057.pdf>. Τελευταία πρόσβαση 06/2022..

OECD (2020a), COVID-19 and developing countries: what policies and partnerships to respond, reset and rebuild?.

OECD, 2019. Health spending set to outpace GDP growth to 2030 - OECD [WWW Document].

Organization for Economic Co-operation and Development. URL <https://www.oecd.org/health/health-spending-set-to-outpace-gdp-growth-to-2030.htm>. Τελευταία πρόσβαση 06/2022.

OECD. (2020b). COVID-19 and Africa: Socio-economic implications and policy responses.

OECD/ATAF/AUC (2019), Revenue Statistics in Africa 2019, Éditions OCDE, Paris,

Ope, B. W. (2020). Reducing maternal mortality in Nigeria: addressing maternal health services' perception and experience. *Journal of Global Health Reports*, 4, e2020028.

Pan American Health Organization.(PAHO) (2018). Health Indicators. Conceptual and operational considerations. Washington, D.C. Διαθέσιμο εδώ https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49056/09789275120057_eng.pdf?sequence=6&isAllowed=y. Τελευταία πρόσβαση 04/2022.

Piabuo, S. M., & Tieguhong, J. C. (2017). Health expenditure and economic growth-a review of the literature and an analysis between the economic community for central African states (CEMAC) and selected African countries. *Health economics review*, 7(1), 1-13.

Postel-Vinay,E. (2019). Unemployment and underemployment in developing countries: tackling preconceived ideas. Διαθέσιμο εδώ <https://ideas4development.org/en/unemployment-underemployment-developing-countries-tackling-preconceived-ideas/>. Τελευταία πρόσβαση 04/2022.

Premium Times (2021). Nigeria: A health sector in crisis. Διαθέσιμο εδώ <https://www.premiumtimesng.com/opinion/477854-nigeria-a-health-sector-in-crisis-by-emmanuel-nwachukwu.html>. Τελευταία πρόσβαση 06/2022.

Raeissi, P., Rajabi, M. R., Mousavi, A., Vahedi, S., & Khalilabad, T. H. (2019). Investigating the determinants of healthcare expenditures in different healthcare systems. *Shiraz E-Medical Journal*, 20(9).

Reuters (2016). Ghana could be Africa's number four oil producer by 2020 –report. Διαθέσιμο εδώ <https://www.reuters.com/article/ozabs-uk-ghana-oil-idAFKCN11S0HQ>. Τελευταία πρόσβαση 06/2022.

Russo, G., Bloom, G., & McCoy, D. (2017). Universal health coverage, economic slowdown and system resilience: Africa's policy dilemma. *BMJ Global Health*, 2(3), e000400.

Sachs, J. D. (2002). Macroeconomics and health: investing in health for economic development. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 12(2), 143-144.

Sen, A. (2006). What do we want from a theory of justice?. *The Journal of philosophy*, 103(5), 215-238.

State (2021). 2020 Report on International Religious Freedom: Democratic Republic of the Congo. Διαθέσιμο εδώ <https://www.state.gov/reports/2020-report-on-international-religious-freedom/democratic-republic-of-the-congo/>. Τελευταία πρόσβαση 06/2022.

Stiglitz, J.E., Sen, A. & Fitoussi, J. 2008, Report by the Commission on the Measurement of Economic Performance and Social Progress. Διαθέσιμο εδώ http://www.stiglitz-sen-fitoussi.fr/documents/rapport_anglais.pdf. Τελευταία πρόσβαση 04/2022.

Taylor, L. A., Tan, A. X., Coyle, C. E., Ndumele, C., Rogan, E., Canavan, M., ... & Bradley, E. H. (2016). Leveraging the social determinants of health: what works?. *PloS one*, 11(8), e0160217.

The Conversation (2021). Kenya's education goals face the challenges of affordability, traditions and COVID-19. Διαθέσιμο εδώ <https://theconversation.com/kenyas-education->

[goals-face-the-challenges-of-affordability-traditions-and-covid-19-168113](#). Τελευταία πρόσβαση 06/2022.

The Guardian (2022). Unemployment and a nation's 40 per cent of hopelessness. Διαθέσιμο εδώ <https://guardian.ng/opinion/unemployment-and-a-nations-40-per-cent-of-hopelessness/>. Τελευταία πρόσβαση 06/2022.

The World Fact Book (2005). Gabon. Διαθέσιμο εδώ <https://user.iiasa.ac.at/~marek/fbook/04/geos/gb.html>. Τελευταία πρόσβαση 06/2022..

The World Fact Book (2021). Gabon. Διαθέσιμο εδώ <https://www.cia.gov/the-world-factbook/>. Τελευταία πρόσβαση 06/2022.

Traoré, O. (2021). Convergence in public health expenditure across the Sub-Saharan African countries: does club convergence matter?. *Health Economics Review*, 11(1), 1-14.

Turnham, D., & Eröcal, D. (1990). Unemployment in developing countries: new light on an old problem.

UN (2015). World Mortality Report 2015

UN (2015). World Mortality Report 2015 Διαθέσιμο εδώ <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/mortality/world-mortality-cdrom-2015.asp>. Τελευταία πρόσβαση 06/2022.

UN (2019). World Mortality. Διαθέσιμο εδώ https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/mortality/WMR2019/World_Mortality_2019.pdf. Τελευταία πρόσβαση 04/2022.

UN (2020). Human Development Report 2020 – Kenya. Διαθέσιμο εδώ <https://hdr.undp.org/sites/default/files/Country-Profiles/KEN.pdf> Τελευταία πρόσβαση 06/2022.

UN (2021). Gabon. Διαθέσιμο εδώ <https://data.un.org/en/iso/ga.html>. Τελευταία πρόσβαση 06/2022/.

UN (n.d.). Life expectancy at birth. Διαθέσιμο εδώ https://www.un.org/esa/sustdev/natlinfo/indicators/methodology_sheets/health/life_expectancy.pdf. Τελευταία πρόσβαση 04/2022.

Unesco (2020). Nigeria. Διαθέσιμο εδώ <http://uis.unesco.org/en/country/ng>. Τελευταία πρόσβαση 06/2022.

unfpa (2020). Maternal Health and HIV. Διαθέσιμο εδώ <https://kenya.unfpa.org/en/topics/maternal-health-and-hiv> . Τελευταία πρόσβαση 06/2022.

UNICEF (2021). Maternal Mortality. Διαθέσιμο εδώ <https://data.unicef.org/topic/maternal-health/maternal-mortality/>. Τελευταία πρόσβαση 04/2022.

USAID (2018). Global Health. Διαθέσιμο εδώ <https://www.usaid.gov/democratic-republic-congo/global-health>. Τελευταία πρόσβαση 06/2022.

WB (2022). Metadata Glossary -Unemployment. Διαθέσιμο εδώ <https://databank.worldbank.org/metadataglossary/world-development-indicators/series/SL.UEM.TOTL.NE.ZS>. Τελευταία πρόσβαση 04/2022.

WHO (2006). Reproductive health indicators: reproductive health and research guidelines for their generation, interpretation and analysis for global monitoring. Διαθέσιμο εδώ http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43185/924156315X_eng.pdf?sequence=1. Τελευταία πρόσβαση 04/2022.

WHO (2014). World health statistics. Διαθέσιμο εδώ http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112738/1/9789240692671_eng.pdf. Τελευταία πρόσβαση 06/2022.

WHO (2017). Monitoring the Health-Related Sustainable Development Goals (SDGs). Background paper for the regional technical consultation

WHO (2022). Child mortality (under 5 years). Διαθέσιμο εδώ <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/levels-and-trends-in-child-under-5-mortality-in-2020>. Τελευταία πρόσβαση 06/2022.

WHO, 2015. WHO | Current health expenditure as a percentage of gross domestic product (GDP) [WWW Document]. World Health Organization. URL http://www.who.int/gho/health_financing/health_expenditure/en/. Τελευταία πρόσβαση 06/2022.

WHO, 2020b. GHO | By category | Current health expenditure (CHE) as percentage of gross domestic product (GDP) (%) - Data by country [WWW Document]. World Health

Organization. URL <https://apps.who.int/gho/data/node.main.GHEDCHEGDPSHA2011>. Τελευταία πρόσβαση 06/2022.

WHO. (2015). Gabon: WHO statistical profile. Διαθέσιμο εδώ <http://www.who.int/countries/gab/en/>. Τελευταία πρόσβαση 06/2022.

World Bank (1993). World Development Report: Investing in Health. New York: Oxford University Press

World Bank (2016). World Development Indicators. Washington: World Bank

World Bank (2018). Poverty Incidence in Kenya Declined Significantly, but Unlikely to be Eradicated by 2030. Διαθέσιμο εδώ <https://www.worldbank.org/en/country/kenya/publication/kenya-economic-update-poverty-incidence-in-kenya-declined-significantly-but-unlikely-to-be-eradicated-by-2030>. . Τελευταία πρόσβαση 06/2022.

World Bank (2018). Poverty Incidence in Kenya Declined Significantly, but Unlikely to be Eradicated by 2030. Διαθέσιμο εδώ <https://www.worldbank.org/en/country/kenya/publication/kenya-economic-update-poverty-incidence-in-kenya-declined-significantly-but-unlikely-to-be-eradicated-by-2030>. . Τελευταία πρόσβαση 06/2022.

World Bank (2021). The World Bank in Nigeria. Διαθέσιμο εδώ <https://www.worldbank.org/en/country/nigeria/overview>. Τελευταία πρόσβαση 06/2022.

World Bank (2022). The World Bank in Africa. Διαθέσιμο εδώ <https://www.worldbank.org/en/region/afr/overview>. Τελευταία πρόσβαση 04/2022.

World Bank (2022). The World Bank in DRC. Διαθέσιμο εδώ <https://www.worldbank.org/en/country/drc/overview>. Τελευταία πρόσβαση 06/2022.

World Bank (2022). The World Bank in DRC. Διαθέσιμο εδώ <https://www.worldbank.org/en/country/drc/overview>. Τελευταία πρόσβαση 06/2022.

World Bank (2022). The World Bank in Kenya . Διαθέσιμο εδώ <https://www.worldbank.org/en/country/kenya/overview>. Τελευταία πρόσβαση 06/2022.

World Health Organization. (2003) *How Much Should Countries Spend on Health?* Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2020). Health financing and budgeting reforms in Gabon: process and challenges on the road to universal health coverage.

World Health Organization. (2020). Health financing and budgeting reforms in Gabon: process and challenges on the road to universal health coverage.

World Vision (2010). Country Profile – Kenya. Διαθέσιμο εδώ <https://www.worldvision.com.au/docs/default-source/school-resources/kenya-country-profile.pdf?sfvrsn=0>. Τελευταία πρόσβαση 06/2022.

Worldlifeexpectancy (2020). Ghana: Life Expectancy. Διαθέσιμο εδώ <https://www.worldlifeexpectancy.com/ghana-life-expectancy>. Τελευταία πρόσβαση 06/2022.

worldpopulationreview (2022). Nigeria Population 2022. Διαθέσιμο εδώ <https://worldpopulationreview.com/countries/nigeria-population>. Τελευταία πρόσβαση 06/2022.

Yetim, B., İlgün, G., Çilhoroz, Y., Demirci, Ş., & Konca, M. (2021). The socioeconomic determinants of health expenditure in OECD: An examination on panel data. *International Journal of Healthcare Management*, 14(4), 1265-1269.

BTI (2022). Ghana Country Report 2022. Διαθέσιμο εδώ <https://bti-project.org/en/reports/country-report/GHA#pos13>. Τελευταία πρόσβαση 06/2022.

Θεόδωρος Λιανός, Αναστασία Ψειρίδου, 2015, Οικονομική Ανάλυση και Πολιτική – Μακροοικονομική/Βασικές Αρχές και Προεκτάσεις. Διαθέσιμο εδώ https://repository.kallipos.gr/bitstream/11419/1954/2/15305_00_MACRO_master%20document-KOY.pdf. Τελευταία πρόσβαση 04/2022.