

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ



**ΕΠΙΠΕΔΟ ΥΓΕΙΑΣ, ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ
ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΘΕΣΜΩΝ**

ΚΑΛΑΜΠΟΥΚΟΠΟΥΛΟΥ ΑΓΓΕΛΙΚΗ

A.M. 269

**ΜΙΧΑΗΛ-ΘΕΟΛΟΓΟΣ ΧΛΕΤΣΟΣ(ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ
ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ)**

ΙΩΑΝΝΙΝΑ, ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ 2018

▪ **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Θα ήθελα να ευχαριστήσω τον επιβλέπων καθηγητή μου, κύριο Χλέτσο, για την πολύτιμη βοήθειά του, την σωστή καθοδήγηση και την αφιέρωση χρόνου για την διεκπεραίωση της παρούσας εργασίας. Καθώς επίσης, τους γονείς μου, τον αδερφό μου και τους φίλους μου, που με στήριξαν δίνοντάς μου δύναμη να συνεχίσω.

▪ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	7
2. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΙΣΗ.....	9
2.1 Υγεία και Δείκτες Υγείας.....	9
2.1.1 Τι είναι υγεία;.....	9
2.1.2 Δείκτες Υγείας.....	10
2.2 Προσδιοριστικοί Παράγοντες της Υγείας.....	11
2.2.1 Εισόδημα και κοινωνικοοικονομική θέση(income and socioeconomic status).....	12
2.2.2 Τόπος κατοικίας(αστικοποίηση-urbanization).....	16
2.2.3 Εκπαίδευση (Education).....	18
2.2.4 Φύλο (Gender).....	19
2.2.5 Κουλτούρα (Culture).....	21
2.3 Οικονομική Αποτελεσματικότητα και Υγεία.....	25
2.3.1 Ιδιωτικές Πληρωμές (Out-of-Pocket Payments).....	27
2.3.2 Χρόνος Αναμονής (Waiting Time).....	30
2.4 Θεσμοί και Αποτελεσματικότητα.....	33
2.4.1 Τι είναι θεσμοί;.....	33
2.4.2 Επιπτώσεις των θεσμών στην υγεία και αποτελεσματικότητα.....	40
3. ΕΜΠΕΙΡΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	44
3.1 Μέτρα Υγείας.....	44
3.2 Δεδομένα και Μεθοδολογία.....	44
3.2.1 Δεδομένα.....	44
3.2.2 Μέθοδος.....	45
3.3 Περιγραφή και Περιγραφικά στατιστικά των μεταβλητών.....	46
3.3.1 Περιγραφή των ερμηνευτικών μεταβλητών.....	46
3.3.2 Περιγραφικά στατιστικά(descriptive statistics).....	47

3.4 Αποτελέσματα.....	50
3.5 Συμπεράσματα.....	58
4. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ.....	59

▪ ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα εργασία πραγματεύεται το επίπεδο υγείας, την οικονομική αποτελεσματικότητα στον τομέα αυτό καθώς και την επιρροή των θεσμών στην υγεία. Χρησιμοποιώντας panel data analysis, για 31 χώρες του ΟΟΣΑ για την χρονική περίοδο 1995-2016 καταλήξαμε στη δημιουργία τριών υποδειγμάτων. Τα υποδείγματα αφορούν την μέτρηση του επιπέδου υγείας, μέσω των προσδιοριστικών παραγόντων, και την οικονομική αποτελεσματικότητα. Το αποτέλεσμα στο οποίο καταλήξαμε είναι η δημιουργία ανισοτήτων στο τομέα της υγείας . Τέλος, οι θεσμοί και η επιρροή που έχουν στο τομέα αυτό αλλά και της κοινωνίας, γενικότερα, μπορούν να βοηθήσουν στην μείωση ή και εξάλειψη των ανισοτήτων.

▪ **ABSTRACT**

This project deals with health level, economic effectiveness in this field, and institutions' influence on health. Using panel data analysis, for 31 countries of OECD during the time period between 1995 and 2016, we've managed to create 3 models. These models can measure the health level, through determinant factors, and economic effectiveness too. The result we reached was the inequality creation, in the field of health. In conclusion, the influence of institutions on this field and on society too, can decrease or even erase inequalities.

1.ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Όλο ένα και περισσότερες μελέτες ασχολούνται με το επίπεδο υγείας καθώς και τους προσδιοριστικούς παράγοντες που το επηρεάζουν. Προκειμένου να αυξηθεί το επίπεδο υγείας σημαντικό ρόλο κατέχουν προσδιοριστικοί παράγοντες όπως το εισόδημα, η εκπαίδευση, οι διατροφικές συνήθειες, η κατανάλωση αλκοόλ, η έκθεση σε καπνό αλλά ακόμη και ο τύπος κατοικίας. Επιπλέον, η οικονομική αποτελεσματικότητα των συστημάτων υγείας καθώς και ο ρόλος των θεσμών συμβάλουν στην επίτευξη του στόχου, που δεν είναι άλλος από την βελτίωση του επιπέδου υγείας για τον άνθρωπο.

Δείκτες του επιπέδου υγείας όπως το προσδόκιμο ζωής κατά την γέννηση ή το ποσοστό της βρεφικής θνησιμότητας, δείχνουν ότι υπάρχει βελτίωση . Συγκεκριμένα, σύμφωνα με μελέτες που διεξήχθησαν ανάμεσα σε χώρες του ΟΟΣΑ, προέκυψε αύξηση του προσδόκιμου ζωής κατά 21 χρόνια για τις γυναίκες και κατά 18 χρόνια επιπλέον για τους άνδρες, ξεπερνώντας έτσι την ηλικία των 80. Όμως, μαζί με το προσδόκιμο ζωής, έχουν αυξηθεί και οι δαπάνες που πραγματοποιεί το κράτος για το τομέα της υγείας. Το γεγονός αυτό, αποτελεί πλήγμα για την οικονομία και γενικότερα επιβαρύνει τον προϋπολογισμό του κράτους. Όμως, η αύξηση των ιδιωτικών πληρωμών(out-of-pocket payments), να μεν δημιουργεί ανισότητες στο τομέα της υγείας, αλλά ίσως με αυτό τον τρόπο μειωθούν οι κοινωνικές δαπάνες του κράτους. Με την ύπαρξη των ιδιωτικών δαπανών αλλά και του χρόνου αναμονής, εξετάζεται η οικονομική αποτελεσματικότητα των συστημάτων υγείας.

Στην παρούσα εργασία μελετάται το πώς επηρεάζουν οι προσδιοριστικοί παράγοντες το επίπεδο υγείας, η οικονομική αποτελεσματικότητα του συστήματος υγείας αλλά και ο ρόλος που κατέχουν οι θεσμοί. Πιο συγκεκριμένα, ορίζεται η έννοια της υγείας, καθώς έχουν δοθεί πολλοί ορισμοί. Έπειτα, δίνονται τα μέτρα της υγείας, ορισμένα από τα οποία χρησιμοποιήθηκαν και στην παρούσα εμπειρική μελέτη. Παρακάτω, ακολουθεί βιβλιογραφική ανασκόπηση, που αφορά ορισμένους από τους πιο βασικούς προσδιοριστικούς παράγοντες της υγείας , εστιάζοντας κυρίως στο εισόδημα και την κοινωνικοοικονομική κατάσταση, το τόπο κατοικίας, την εκπαίδευση, το φύλο καθώς και την κουλτούρα. Έπειτα, έγινε αναφορά στην οικονομική αποτελεσματικότητα του συστήματος μέσω των ιδιωτικών πληρωμών και του χρόνου αναμονής. Κλείνοντας το κομμάτι της βιβλιογραφικής ανασκόπησης,

μελετώνται οι θεσμοί και ο ρόλος τους απέναντι στην κοινωνία και την υγεία. Σε επόμενη ενότητα, παρουσιάζεται η εμπειρική μελέτη που πραγματοποιήθηκε προκειμένου να επιβεβαιωθεί η οικονομική θεωρία στην οποία στηρίχθηκε η παρούσα εργασία. Και ακολουθούν οι πίνακες των αποτελεσμάτων, μαζί με τα σχόλια καθώς και τα συμπεράσματα.

2. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΙΣΗ

2.1. Υγεία και Δείκτες Υγείας

2.1.1 Τι είναι υγεία;

Οριοθετώντας τη έννοια της υγείας του ατόμου ,θα μπορούσαμε να πούμε πως η υγεία αποτελεί ένα από τα βασικότερα στοιχεία της ζωής του και πως όταν είναι υγιής μπορεί να ανταποκρίνεται στις εργασιακές, κοινωνικές και οικογενειακές του υποχρεώσεις¹. Η υγεία είναι συνδυασμός διαφόρων παραγόντων, οικονομικών και μη. Λόγου χάρη, η χρήση των υπηρεσιών υγείας, η κατανάλωση φαρμάκων, ο τρόπος ζωής, η διατροφή, η ψυχική ηρεμία καθώς και η ισορροπία με τα υπόλοιπα μέλη του οικογενειακού περιβάλλοντος, συμβάλλουν στην απόκτηση υγείας ή την θεραπεία του ατόμου από κάποια ασθένεια.

Το θέμα της υγείας έχει διερευνηθεί από διάφορες επιστήμες όπως αυτή της κοινωνιολογίας, της επιδημιολογίας, της ψυχολογίας και της οικονομίας. Για το λόγο αυτό, υπάρχουν αρκετοί ορισμοί που προσδιορίζουν την έννοια αυτή. Από τους πιο βασικούς ορισμούς που αναφέρονται¹ είναι:

- *Ο θετικός*, στα πλαίσια του οποίου, υγεία είναι η πλήρης σωματική, κοινωνική και πνευματική ευεξία και όχι απλώς η έλλειψη ασθένειας ή αναπηρίας (WHO).
- *Ο αρνητικός*, που σύμφωνα με τον Jeremy Bentham, υγεία είναι η απουσία νόσου. Σύμφωνα με την επιστήμη της ιατρικής, υπάρχουν ασθένειες δίχως συμπτώματα με αποτέλεσμα, το άτομο να μην έχει «καλή υγεία» παρότι δεν βρέθηκε κάτι ανησυχητικό στον οργανισμό του.
- *Ο λειτουργικός*, που αφορά τον ορισμό που έδωσε ο Parson (1979). Ορίζοντας σαν υγεία την ικανότητα του ατόμου να ανταποκρίνεται στους κοινωνικούς του ρόλους, όπως το να εργάζεται.
- *Ο βιωματικός*, που εστιάζει κυρίως στο άτομο και τον τρόπο που αντιλαμβάνεται την υγεία του.

¹ Βλ. Μιχάλης Χλέτσος(2011), σ. 47

2.1.2 Δείκτες υγείας

Αφού ορίστηκε η έννοια της υγείας, αναφορά γίνεται και στα μέτρα που χρησιμοποιούνται για την μέτρηση και την αξιολόγηση της. Τέτοιοι δείκτες είναι οι θετικοί δείκτες, όπως το προσδόκιμο ζωής, ο δείκτης γεννητικότητα και ο δείκτης γονιμότητας. Και οι αρνητικοί δείκτες, όπως αυτός της νοσηρότητας, της θνησιμότητας και της θνητότητας.

Πιο συγκεκριμένα, με τον όρο προσδόκιμο ζωής εννοείται ο μέσος χρόνος ζωής του πληθυσμού. Ενώ, οι δείκτες γονιμότητας και νοσηρότητας, αφορούν το μέσο ποσοστό των γεννήσεων στον πληθυσμό και το μέσο αριθμό παιδιών ανά γυναίκα αντίστοιχα. Επιπλέον, όταν γίνεται αναφορά στο δείκτη νοσηρότητας, εννοείται το ποσοστό των ατόμων που νόσησαν από μια συγκεκριμένη ασθένεια, σε ορισμένο χρονικό διάστημα. Επίσης, ο δείκτης θνησιμότητας δείχνει τον αριθμό θανάτων από ένα νόσημα, σε συγκεκριμένο χρονικό διάστημα. Τέλος, ο δείκτης θνητότητας παρουσιάζει την πιθανότητα θανάτου από ένα νόσημα ατόμων που έχουν προσβληθεί από αυτό.²

Οι προαναφερθέντες δείκτες αφορούν τους παραδοσιακούς τρόπους μέτρησης για την παρουσία ή απουσία της νόσου. Η εξέλιξη της τεχνολογίας και επιστήμης στο τομέα των υπηρεσιών υγείας και φαρμάκων, βελτίωσε τις καταστάσεις που ζει το άτομο αυξάνοντας έτσι το προσδόκιμο ζωής. Στο σημείο όμως που πρέπει να εστιάσουμε δεν είναι το πόσα χρόνια θα ζήσει το άτομο αλλά το πόσα ποιοτικά χρόνια. Ένας δείκτης για την μέτρηση αυτή είναι ο QALY (Quality Adjusted Life-Year), που συνδυάζει την ποιότητα και ποσότητα ζωής. Τέλος, άλλος ένας δείκτης είναι ο DALY (Disability Adjusted Life-Year), τα χαμένα χρόνια υγιούς ζωής. Ουσιαστικά, μετράει το χάσμα μεταξύ της τρέχουσας κατάστασης της υγείας και της ιδανικής, όπου τα άτομα ζουν απαλλαγμένα από ασθένειες και αναπηρίες.

² Βλ. Μιχάλης Χλέτσος, (2011), σ. 49

2.2 Προσδιοριστικοί παράγοντες της υγείας

Η υγεία ενός ατόμου και γενικότερα μιας κοινωνίας καθορίζεται από αρκετούς παράγοντες, όπου είτε συνδυασμένοι είτε ο καθένας ξεχωριστά, καθορίζουν το επίπεδο της. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (World Health Organization-WHO), το εάν οι άνθρωποι είναι υγιείς καθορίζεται από τις καταστάσεις και το περιβάλλον τους. Τέτοιοι παράγοντες όπως ο τόπος κατοικίας, η κατάσταση του περιβάλλοντος, η γενετική, το επίπεδο εισοδήματος και εκπαίδευσης αλλά και οι σχέσεις με τους φίλους και την οικογένειά επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό το επίπεδο υγείας. Επιπροσθέτως, άλλοι παράγοντες που συμβάλουν σε αυτή τη διαδικασία, αλλά σε μικρότερο βαθμό, είναι η πρόσβαση και η χρήση των υπηρεσιών υγείας. Αξίζει να σημειωθεί, πως τα άτομα δεν μπορούν να επηρεάσουν πολλούς από τους παραπάνω παράγοντες και κατά συνέπεια την υγεία τους.

Επιπλέον, οι παράγοντες που προσδιορίζουν την υγεία, διακρίνονται με βάση το οικονομικό και κοινωνικό περιβάλλον, το φυσικό περιβάλλον καθώς και τα ατομικά χαρακτηριστικά αλλά και την συμπεριφορά του ατόμου. Όσον αφορά τους κοινωνικούς και οικονομικούς παράγοντες, γίνεται αμέσως κατανοητό πως το βιοτικό επίπεδο των ανθρώπων όπως επίσης η εργασία και το εισόδημα τους, είναι κάποια βασικά χαρακτηριστικά που επηρεάζουν την υγεία τους. Για παράδειγμα, τα άτομα με χαμηλότερο εισόδημα έχουν και χαμηλότερα επίπεδα υγείας, όπως αναλύεται και παρακάτω μέσα από εμπειρικές μελέτες. Επίσης, η ανεργία είναι από τους πιο σημαντικούς παράγοντες καθώς έχει σαν αποτέλεσμα να επηρεάζει αρνητικά την υγεία του ατόμου. Πιο συγκεκριμένα τα άτομα που δεν εργάζονται εκδηλώνουν τα υψηλότερα ποσοστά ψυχικών ασθενειών, όπως επίσης άγχος, κατάθλιψη, αυξημένη εγκληματικότητα και χρήση ουσιών. Η έλλειψη εισοδήματος είναι ένα από τα πολλά αποτελέσματα της ανεργίας, το οποίο όμως έχει άμεσο αντίκτυπο στην υγεία του ατόμου, καθώς μιλάμε για υποσιτισμό, κακή διατροφή και χαμηλή πρόσβαση στην ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, κ.α.. (Μαλάμου, 2015)

Άλλος ένας παράγοντας είναι η διατροφή του ατόμου, η οποία εξαρτάται από το εισόδημα αλλά και από το περιβάλλον στο οποίο ζει. Όσο καλύτερη διατροφή και άσκηση ακολουθεί το άτομο, τόσο καλύτερη υγεία θα έχει, με εξαίρεση βέβαια τους κληρονομικούς παράγοντες που την επηρεάζουν επίσης. Μελέτες αποδεικνύουν πως η υψηλή κατανάλωση αλκοόλ καθώς και το κάπνισμα(ενεργητικοί και παθητικοί)

δυσχεραίνουν την κατάσταση υγείας των ανθρώπων. Και όπως είναι λογικό, η άσκηση και η διατροφή, που αποτελούν τον τρόπο ζωής του ατόμου, συντελούν στην απόκτηση καλής υγείας. Ο όρος τρόπος ζωής, αναφέρεται στις αξίες και κανόνες που μεταλαμπαδεύει η οικογένεια στα μέλη της και αφορά τη διαμόρφωση του χαρακτήρα αλλά και της συμπεριφοράς τους στην κοινωνία. Συνεπώς, η οικογένεια αποτελεί επίσης έναν από τους πιο σημαντικούς προσδιοριστικούς παράγοντες της υγείας, αφού διαμορφώνει, κατά κάποιο τρόπο, τις διατροφικές αλλά και ψυχικές λειτουργίες του ατόμου.

Το πολιτικό περιβάλλον και οι νόμοι που θεσπίζει το κράτος έχουν μερίδιο ευθύνης για την υγεία των ατόμων σαν σύνολο. Πέρα από την πρόσβαση στην ιατροφαρμακευτική περίθαλψη και τις ανισότητες που δημιουργούνται, οι νόμοι για παράδειγμα περί απαγόρευσης του καπνίσματος σε δημόσιους χώρους, έχουν θετικά αποτελέσματα για την υγεία.

Παρακάτω, παραθέτονται ορισμένοι από τους προσδιοριστικούς αυτούς παράγοντες και το πώς επηρεάζουν (θετικά ή αρνητικά) το επίπεδο υγείας.

2.2.1 Εισόδημα και κοινωνικοοικονομική θέση(income and socioeconomic status)

Είναι ευρέως διαδεδομένο ότι , υψηλότερο εισόδημα και κοινωνικοοικονομική κατάσταση συνδέονται με καλύτερο επίπεδο υγείας. Πιο συγκεκριμένα, όσο αυξάνεται το χάσμα ανάμεσα στα εισοδήματα των πιο πλούσιων και των πιο φτωχών, άλλο τόσο αυξάνονται και οι διαφορές στο επίπεδο υγείας τους. Συνεπώς, υπάρχει μια θετική σχέση ανάμεσα στο εισόδημα και την υγεία.

Την παραπάνω άποψη την υποστηρίζουν μέσα από το άρθρο τους οι John Mullahy, Stephanie Robert & Barbara Wolfe(2003), στο οποίο μελετήθηκε η αμοιβαία σχέση του επιπέδου υγείας με την εισοδηματική ανισότητα. Η υγεία, μπορεί να επηρεάσει το ανθρώπινο κεφάλαιο, συνεπώς, την ικανότητά του ανθρώπου να αποταμιεύει, να γίνει πιο παραγωγικός σε δραστηριότητες εκτός αγοράς και να απολαύσει περισσότερο ή λιγότερο την κατανάλωση. Επίσης, μπορεί να συμβεί και το αντίστροφο, η υγεία να επηρεάζεται από τις εισοδηματικές ανισότητες μέσω πολλών «μονοπατιών». Αρκετοί ορίζουν την υγεία με τη θνησιμότητα, στο συγκεκριμένο άρθρο, η υγεία μετριέται με τον όρο «αθανασία»(non-mortality-biological well-being). Για παράδειγμα, μέσω του επιπέδου χοληστερόλης, της πίεσης

του αίματος, του δείκτη μάζας σώματος, κλπ . το ποσοστό στο οποίο το εισόδημα επηρεάζει τη μέτρηση της υγείας ,μπορεί να ποικίλει. Καθώς, σε μερικές περιπτώσεις η ασθένεια μπορεί να οφείλεται σε γενετικούς παράγοντες ενώ σε άλλες να συνδέεται στενά με το εισόδημα(όπως το να εισέρθουν σε μια κλινική για τη θεραπεία μιας ασθένειας). Ξεκινούν τη μελέτη τους κάνοντας κάποιες υποθέσεις που συνδέονται με το εισόδημα και την ανισότητα στην υγεία, το απόλυτο εισόδημα και την απόλυτη φτώχεια ή στέρηση. Και καταλήγουν στο συμπέρασμα πως άτομα με χαμηλά επίπεδα εισοδήματος έχουν χαμηλότερα επίπεδα υγείας(poorer health) απ' ότι τα άτομα με υψηλότερα εισοδήματα.

Όσον αφορά τις κοινωνικοοικονομικές ανισότητες στην υγεία, μια προσπάθεια μελέτης και ερμηνείας τους έγινε από τους Lynch, Kaplan & Saloner (1997). Οι ανισότητες προκαλούνται λόγω της «κακής» συμπεριφοράς στην υγείας(bad habits in health) και των ψυχοκοινωνικών χαρακτηριστικών των χαμηλών κοινωνικοοικονομικών επιπέδων.

Στο άρθρο τους, μελετήθηκαν 2674 μεσήλικες από τη Φιλανδία, σε διάφορα στάδια της ζωής τους, οι συμπεριφορές στην υγεία καθώς και τα ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά τους στην ενηλικίωση. Το αποτέλεσμα στο οποίο κατέληξαν είναι ότι, πολλές από τις συμπεριφορές των ενηλίκων συσχετίζονται με άσχημες συνθήκες-καταστάσεις στην παιδική τους ηλικία, με τα χαμηλά επίπεδα εκπαίδευσης καθώς και με τη χειρωνακτική απασχόληση(blue collar employment). Παρατηρήθηκε πως, η «κακή» υγεία και τα ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά ήταν πιο έντονα και διαδεδομένα μεταξύ των ανδρών των οποίων οι γονείς ήταν φτωχοί. Άλλοι παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία είναι το κάπνισμα, η φυσική δραστηριότητα και η διατροφή, το οποία, όπως είναι λογικό, διαφέρουν ανά κοινωνική ομάδα. Επιπροσθέτως, η κατάθλιψη και η κυνική εχθρότητα(cynical hostility) είναι που εξηγούν τα ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά. Οι άνθρωποι που βρίσκονται στο κάτω μέρος της κοινωνικής ιεραρχίας, έχουν χαμηλότερα επίπεδα υγείας. Υπάρχει αντίστροφη σχέση μεταξύ των κοινωνικοοικονομικών καταστάσεων, της συμπεριφοράς και των ψυχοκοινωνικών χαρακτηριστικών που είναι βασικοί παράγοντες για τα χαμηλά επίπεδα υγείας.

Στο άρθρο τους παρουσιάζεται το **Behavioral and Psychological Model**, όπου αφορά συμπεριφορές ατόμων αντιμετωπίζοντάς τες σαν φαινόμενα που

αντικατοπτρίζουν ελεύθερες επιλογές. Για παράδειγμα, ανθυγιεινές συμπεριφορές είναι αποτέλεσμα του κακού-φτωχού τρόπου ζωής. Το κάθε άτομο είναι υπεύθυνο για την υγεία του. Οι McGinnis & Foege(1993), παρουσίασαν μια ανάλυση με δεδομένα των Ηνωμένων Πολιτειών για να αποδείξουν αυτό που ορίζεται σαν καθοριστικοί παράγοντες θανάτου και αναπηρίας. Το αποτέλεσμα ήταν να καταλήξουν στο ότι ο καπνός, το αλκοόλ, η διατροφή και η φυσική δραστηριότητα είναι σημαντικοί παράγοντες για το θάνατο πριν τα 75. Παράλληλα συνέχισαν λέγοντας πως τα κοινωνικοοικονομικά επίπεδα είναι σημαντικοί παράγοντες πρόωρης θνησιμότητας και πως είναι δύσκολο να τα προσδιορίσουμε ανεξάρτητα από τους άλλους παράγοντες που αναφέρθηκαν. Κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι αυτά τα προβλήματα της δημόσιας υγείας βασίζονται σε επιλογές του ατόμου και πως διαφορετικές συμπεριφορές στην υγεία προδίδουν και διαφορετικό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο. Η έρευνα αυτή έγινε σε άτομα τα οποία παρακολουθούσαν για 10 χρόνια, λαμβάνοντας υπόψη την εργασία καθώς και την εκπαίδευση του πατέρα και της μητέρας, τα χαρακτηριστικά του περιβάλλοντος, τις εμπειρίες από τη παιδική τους ζωή όπως επίσης την περιοχή από την οποία προέρχονται. Όλα τα παραπάνω λαμβάνονται υπόψη στο δείκτη που έχει κατασκευαστεί. Επιπλέον, είχαν δοθεί και ερωτηματολόγια που αφορούσαν την εκπαίδευση και την εργασιακή εμπειρία του ατόμου για να καταλήξουν στις παρακάτω αναλύσεις. Οι οποίες αφορούν το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, το κάπνισμα, την κατανάλωση αλκοόλ, τη σωματική δραστηριότητα και την παχυσαρκία. Τα οποία συνδέονται στενά με καταστάσεις που οδηγούν σε κακή υγεία.

Κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι, οι πιο φτωχοί είναι πιο εκτεθειμένοι στον καπνό(παθητικοί ή ενεργητικοί καπνιστές) καθώς, το κάπνισμα συνδέθηκε με την εκπαίδευση και την εργασία. Για παράδειγμα, τα άτομα που εργάζονται χειρωνακτικά, είχαν τα χαμηλότερα ποσοστά μη καπνίσματος αλλά παράλληλα είχαν την υψηλότερη μέση έκθεση σε καπνό. Έπειτα, ελέγχτηκε η σύνδεση με το αλκοόλ. Τα άτομα που γεννήθηκαν σε υψηλότερες κοινωνικοοικονομικές τάξεις, είναι λιγότερο πιθανό να αναφέρουν συμπτώματα-καταστάσεις μέθης. Λαμβάνοντας υπόψη και το μορφωτικό επίπεδο, όσοι άντρες είχαν λάβει μόνο πρωτοβάθμια εκπαίδευση και κατανάλωναν αλκοόλ είχαν 2.5 φορές περισσότερες πιθανότητες να αναφέρουν επεισόδια μέθης από εκείνους που έχουν λάβει ανώτερη εκπαίδευση. Όσο αφορά την σωματική δραστηριότητα, τα άτομα που γεννήθηκαν σε χαμηλά στρώματα

ανήκουν συνήθως στο χαμηλότερο τεταρτημόριο(της σωματικής δραστηριότητας). Συμπερασματικά, η κακή υγεία και τα ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά ενός ενήλικα συνδέονται στενά με χαμηλά κοινωνικά στρώματα ,τουλάχιστον στην αρχή της ζωής τους, με χαμηλά επίπεδα εκπαίδευσης καθώς και με χειρωνακτική εργασία. Κατανοώντας τις παραπάνω συνδέσεις, συνεπάγεται ότι θα πρέπει να γίνουν προσπάθειες για την μείωση των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων στην υγεία.

Σε ένα πιο πρόσφατο άρθρο που συνδέει την ανισότητα με την υγεία, παρατηρείται πως αυξάνονται οι ερευνητές που υποστηρίζουν ότι πολλά από τα αποτελέσματα της υγείας-μετρώντας την με βάση το προσδόκιμο ζωής, την παιδική θνησιμότητα και την παχυσαρκία- μπορούν να συνδεθούν με τα επίπεδα οικονομικής ανισότητας μέσα σε ένα δεδομένο πληθυσμό. Η υψηλότερη οικονομική ανισότητα φαίνεται να οδηγεί σε χειρότερα αποτελέσματα για την υγεία. Με τον όρο μεγαλύτερη ανισότητα, δεν αναφέρονται -οι επιδημιολόγοι- μόνο στη φτώχεια. Φτώχεια και φτωχή υγεία μπορούν να συμβαδίζουν αλλά υψηλά επίπεδα ανισότητας, ακόμη και σε εύπορα άτομα , επηρεάζουν αρνητικά την υγεία τους. Κυρίως, επειδή η ανισότητα μειώνει την κοινωνική συνοχή, η οποία αυξάνει τα επίπεδα άγχους, φόβου και ανασφάλειας για όλους.

Η μελέτη έγινε κάνοντας συγκρίσεις μεταξύ των εθνών (cross national comparisons) ,ανάμεσα σε 22 πλούσιες χώρες από τον οργανισμό The Equality Trust. Επίσης, δημιούργησε έναν δείκτη υγείας με το όνομα **Index of Health and Social Problems**, συνδυάζοντας πολλούς δείκτες σε μια μεταβλητή, προκειμένου να περιγράψουμε το όρο «υγεία». Τέτοιοι δείκτες είναι, το προσδόκιμο ζωής, η μαθησιακή επάρκεια και γραφή, η βρεφική θνησιμότητα , οι αυτοκτονίες, η φυλάκιση, οι εφηβικές γεννήσεις ,η εμπιστοσύνη, η παχυσαρκία, η ψυχική ασθένεια, συμπεριλαμβανομένου του εθισμού στα ναρκωτικά και το αλκοόλ, καθώς και η κοινωνική κινητικότητα.

Στο άρθρο εξετάστηκε επίσης η ίδια σχέση μεταξύ υψηλής οικονομικής ανισότητας και φτωχής υγείας η οποία παρατηρήθηκε στις Η.Π.Α. Το 2001, μια μελέτη του Lochner, εντόπισε πως άτομα τα οποία ζουν σε περιοχές με υψηλά επίπεδα εισοδηματικής ανισότητας είχαν 12% περισσότερες πιθανότητες θνησιμότητας. Ενώ, το 2000, μια μελέτη του Kahn απέδειξε πως στις πολιτείες με υψηλές οικονομικές ανισότητες, οι γυναίκες με χαμηλά εισοδήματα είχαν 60% περισσότερες πιθανότητες να διαγνωστούν με συμπτώματα κατάθλιψης και 80% να

αντιμετωπίσουν φτωχή υγεία, σε σύγκριση με γυναίκες που κατέχουν επίσης χαμηλά εισοδήματα αλλά κατοικούν σε περιοχές με χαμηλότερα επίπεδα εισοδηματικής ανισότητας.

2.2.2 Τόπος κατοικίας (αστικοποίηση-urbanitation)

Πολλοί ερευνητές ασχολήθηκαν με τις επιπτώσεις της αστικοποίησης που μπορεί να επιφέρει στην υγεία του ανθρώπου, καθώς το περιβάλλον στο οποίο ζει-κατοικεί το άτομο αποτελεί έναν από τους προσδιοριστικούς παράγοντες της υγείας

Στο άρθρο τους οι Moore, Philip & Keary (2002) , αναφέρουν πως, ο μισός σχεδόν πληθυσμός ζει σε αστικούς οικισμούς. Καθώς, στις πόλεις, προσφέρεται καλύτερη εκπαίδευση, περισσότερες ευκαιρίες απασχόλησης, καλύτερη υγειονομική, και γενικότερα, ιατρική περίθαλψη. Παρόλα αυτά , η ταχύτατη αυτή αστικοποίηση συνδέεται συχνά με τη φτώχεια, την υποβάθμιση και μόλυνση του περιβάλλοντος αφού, οι απαιτήσεις των ατόμων ξεπερνούν τις δυνατότητες που μπορούν να προσφέρουν οι πόλεις, άμεσο αποτέλεσμα ,η έκθεση του ανθρώπου σε υψηλούς κινδύνους για την υγεία(urban health hazard).

Πιο συγκεκριμένα, η αστικοποίηση συνδέεται με πολλούς τομείς, μεταξύ αυτών, την υγεία, το περιβάλλον, τη στέγαση, την ενέργεια καθώς και τις μεταφορές. Όσο προχωράμε στην ανάλυσή της βλέπουμε πως, από τη μία πλευρά, το εθνικό εισόδημα και το επίπεδο εξέλιξης του ανθρώπου(human capital) να σχετίζονται θετικά με την αστικοποίηση. Επίσης, οι δείκτες επιβίωσης για τα βρέφη είναι καλύτεροι στα αστικά κέντρα απ' ότι στις αγροτικές περιοχές, λόγω της καλύτερης πρόσβασης στην ιατροφαρμακευτική περίθαλψη(UNCHS,2001). Από την άλλη πλευρά, η ταχύτατη και συχνά μη προγραμματισμένη αστική ανάπτυξη συνδέεται με την περιβαλλοντική υποβάθμιση, την έλλειψη πόσιμου νερού κ.α. Επίσης, η ανεργία είναι επίσης σύνηθες φαινόμενο, όπως και άλλο ένα πρόβλημα που προκύπτει είναι η φτώχεια. Ακόμα, ένας από τους βασικούς λόγους αστικοποίησης είναι η τοποθεσία δηλαδή, η ίδρυση μιας πόλης από παλαιότερα γίνονταν κοντά σε φυσικούς πόρους πχ ποτάμι, λίμνη, θάλασσα, προκειμένου να διευκολύνονται οι μεταφορές και το εμπόριο. Καθώς οι πόλεις επεκτείνονται, η ανάπτυξη οδηγεί σε καταστροφές των παράκτιων περιοχών. Μάλιστα, σύμφωνα με τους Ko et al., 1999, Desjeux, 2001 & Monath 2001, η αστική καταπάτηση των προαναφερθέντων περιοχών οδηγεί σε αύξηση των λοιμώξεων, σε λεπτοσπείρωση και κίτρινο πυρετό.

Για τον λόγο αυτό, ο WHO καθώς και άλλοι ερευνητές έχουν κατασκευάσει μοντέλα που συνδέουν το επίπεδο υγείας του ατόμου με το περιβάλλον και ιδιαίτερα με τους κινδύνους που μπορεί να προκύψουν λόγω της ταχύτατης αυτής αστικοποίησης. Ένα από αυτά είναι το “**D.P.S.E.E.A**” του Briggs (1996) που συνδέει το επίπεδο υγείας με το περιβάλλον. Το όνομα προέρχεται από τα αρχικά Driving forces, Pressures , State, Exposures, Effect(human health effect) and Actions. Υπάρχει δυσκολία στη συλλογή των δεδομένων για την υγεία, καθώς θα πρέπει να είναι αξιόπιστα και να αντανακλούν την πραγματικότητα. Τέλος, σε ένα μήνυμα του για το World Health Day το 1996 , εστιάζοντας στο Healthy Cities for Better Life , ο Hiroshi Nakajima είπε χαρακτηριστικά «The health of urban populations deserves our urgent attention. If we continue to let our cities grow without proper planning, local government authorities will be overwhelmed and unable to provide even the most basic conditions for health such as housing, employment, and safe environment» , πράγμα που αποδεικνύει την ανησυχία των μελετητών.

Στη συνέχεια, παρουσιάζεται μια διαφορετική προσέγγιση του όρου αστικοποίηση. Μέσα από το άρθρο των Lahana, Pappa & Niakas(2010) , μελετάται το αντίκτυπο της κοινωνικοοικονομικής κατάστασης(SES) στην υγεία καθώς το συνδέουν και με την αστικοποίηση ή καλύτερα, τον τόπο κατοικίας του ατόμου. Ο τόπος κατοικίας που είχε μελετηθεί και σε προηγούμενη έρευνα και αποδεικνύει ότι η χαμηλή SES σχετίζεται με την μείωση της υγείας, όπως έχει αναφερθεί και παραπάνω. Όσον αφορά την Ελλάδα, αντιμετωπίστηκαν προβλήματα, καθώς οι σχετικές μελέτες είναι περιορισμένες και επικεντρώνονται κυρίως στο γηγενή πληθυσμό. Σκοπός ήταν να μελετηθεί η επίδραση της κατοικίας, της εθνικότητας και της κοινωνικοοικονομικής κατάστασης στην ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία. Η μέθοδος που ακολουθήθηκε ήταν η εξής, συνέντευξη πρόσωπο με πρόσωπο με τον κάθε άνθρωπο ηλικίας 18 και άνω. Το δείγμα αποτελούνταν από 1372 άτομα και διεξήχθη στη Θεσσαλία. Μέσα από πολλαπλές γραμμικές παλινδρομήσεις ερεύνησαν την επίδραση των παραπάνω παραγόντων στην υγεία. Η μελέτη τους κατέληξε στα εξής αποτελέσματα, τα μειονεκτήματα των κοινωνικοοικονομικών καταστάσεων συνδέθηκαν με τα χαμηλά επίπεδα σωματικής αλλά και ψυχικής υγείας. Σε σχετικό παράδειγμα που λήφθηκε υποψη και ο τόπος κατοικίας, οι κάτοικοι της Αλβανίας έχουν καλύτερα επίπεδα υγείας σε σύγκριση με τους Έλληνες. Όμως, ελέγχοντας για κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες, οι ανισότητες στο τομέα της υγείας κατέστησαν ασήμαντες. Οι κάτοικοι της υπαίθρου είχαν καλύτερη γενική αλλά

και ψυχική υγεία έναντι των κατοίκων που ζουν σε αστικές περιοχές. Κλείνοντας, υποστηρίζουν πως το SES είναι ένας ανεξάρτητος προγνωστικός δείκτης του επιπέδου υγείας, με την εθνικότητα και τον τόπο κατοικίας να έχουν ασθενή επίδραση. Σύμφωνα όμως με άλλες μελέτες, οι δύο αυτοί παράγοντες επηρεάζουν το επίπεδο υγείας σε μεγάλο βαθμό, απλώς δεν έχουν μελετηθεί πλήρως στην Ελλάδα. Τονίζουν επίσης πως είναι πολύ σημαντική η επένδυση σε αυτό τον τομέα της έρευνας, καθώς έτσι διερευνούνται οι μηχανισμοί που υπονομεύουν το επίπεδο υγείας προκειμένου να ληφθούν πολιτικές προστασίας των μη ευνοημένων ομάδων του πληθυσμού.

2.2.3 Εκπαίδευση (Education)

Ένας από τους πιο σημαντικούς κοινωνικούς παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία. Σύμφωνα με τον WHO, τα χαμηλά επίπεδα εκπαίδευσης συνδέονται με «κακή υγεία», υψηλά επίπεδα στρες και χαμηλή αυτοεκτίμηση. Η εκπαίδευση αρχίζει από νωρίς αλλά τα αποτελέσματά της διαρκούν μια ζωή. Για παράδειγμα, τα παιδιά που λαμβάνουν εκπαίδευση στην ηλικία των 3-4 ετών, αναμένεται να έχουν καλύτερα ποσοστά υγείας, χαμηλότερα ποσοστά παχυσαρκίας λιγότερο στρες και χαμηλότερα ποσοστά βίας σύμφωνα με έρευνα που έγινε το 2013 από το National Institute for Early Education Research. Συνεπώς, όσο περισσότερη εκπαίδευση λαμβάνει ένα άτομο, τόσο υψηλότερο προσδόκιμο ζωής έχει.

Στο άρθρο του Grossman (1972), στόχος ήταν η κατασκευή ενός μοντέλου για τη ζήτηση της «καλής υγείας» σαν αγαθό. Τα άτομα έχουν κίνητρο να επενδύσουν σε εκπαίδευση, είτε μέσω του σχολείου είτε μέσω επιμόρφωσης στον εργασιακό τους χώρο. Σε αυτό το μοντέλο, οι επενδύσεις για την υγεία σχετίζονται με τις μεταβλητές διατροφή, άσκηση, ιατροφαρμακευτική περίθαλψη κ.α. Από τις πιο βασικές είναι η εκπαίδευση η οποία επηρεάζει την αποτελεσματικότητα της παραγωγικής διαδικασίας. Αξίζει να σημειωθεί ότι η υγεία συναντάται είτε σαν καταναλωτικό είτε σαν επενδυτικό αγαθό. Αποδεικνύεται πως με δεδομένο τον μισθό και το οριακό προϊόν της υγείας, μια αύξηση της τάξης της μιας μονάδας της εκπαίδευσης θα αυξήσει την οριακή αποτελεσματικότητα της υγείας. Χαρακτηριστικά, ένα άτομο με 10(δέκα) χρόνια εκπαίδευσης ζητάει 3% παραπάνω από το προϊόν υγεία από ένα άτομο με 9(εννέα) χρόνια εκπαίδευσης. Τέλος, θα αναφερθούμε σε μία από τις προβλέψεις του συγκεκριμένου μοντέλου, εάν η εκπαίδευση αυξάνει την

αποτελεσματικότητα, μέσω των επενδύσεων στην υγεία, τότε οι πιο μορφωμένοι θα έχουν και καλύτερη υγεία.

Στη συνέχεια, στο άρθρο των Doornbos G & D. Kromhout(1990), εξετάστηκε η σχέση θνησιμότητας και εκπαιδευτικού επιπέδου, λαμβάνοντας υπόψη βέβαια κι άλλα χαρακτηριστικά του ατόμου. Η μελέτη έγινε σε άντρες που γεννήθηκαν το 1932 εξετάστηκαν για στρατιωτικούς λόγους τη χρονική περίοδο 1950-1951 και ήταν Ολλανδικής καταγωγής. Υπεύθυνο για την μελέτη αυτή ήταν το Υπουργείο Πρόνοιας και οι ερωτήσεις στις οποίες κλήθηκαν να απαντήσουν αφορούσαν το επίπεδο εκπαίδευσης, το οποίο ήταν κατηγοριοποιημένο σε 7 επίπεδα, το τόπο κατοικίας, τη συστολική τους πίεση, το δείκτη BMI αλλά και κάποια άλλα χαρακτηριστικά που αφορούν το παρελθόν τους. Συνοψίζοντας όλα αυτά τα χαρακτηριστικά, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι τα άτομα που άνηκαν στο υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης είχαν χαμηλότερα επίπεδα θνησιμότητας. Σε αυτό το σημείο κρίνεται απαραίτητο να ορίσουμε την εκπαίδευση, καθώς, σύμφωνα με τον Spruijt(1990), αποτελεί ένα δείκτη υλικών και μη, καταστάσεων της ζωής. Βέβαια, δε σημαίνει πως τα άτομα με υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης δεν έχουν προβλήματα υγείας. Πάντως, αξίζει να σημειωθεί ότι, από το 1951 και έπειτα, το ποσοστό των ατόμων με υψηλή εκπαίδευση έχει αυξηθεί στην Ολλανδία. Κλείνοντας, θα πρέπει να ληφθεί υπόψη το φύλο, καθώς στην έρευνα συμμετείχαν μόνο άντρες και ίσως τα αποτελέσματα να ήταν διαφορετικά αν συμπεριλαμβάνονταν και οι γυναίκες.

2.2.4 Φύλο (Gender)

Το φύλο μπορεί να επηρεάσει τα αποτελέσματα της υγείας καθώς και τη ψυχική, σωματική και «κοινωνική» υγεία, για τον λόγο αυτό και αποτελεί και έναν από τους προσδιοριστικούς παράγοντες της. Κοινωνικά, δεν υπάρχει κάποιου είδους πρόβλημα που να δημιουργεί η διαφορά του φύλου στο επίπεδο υγείας. Παρόλα αυτά, δημιουργούνται ανισότητες και διακρίσεις ανάμεσα στους άνδρες και γυναίκες, που μπορεί να οδηγήσουν σε αρνητικά αποτελέσματα για την υγεία του ατόμου.

Μελετώντας την σχέση φύλου και υγείας διαπιστώθηκε πως η επιρροή μπορεί να είναι είτε άμεση είτε έμμεση. Για παράδειγμα, οι γυναίκες για λόγους κάλλους(ομορφιάς), εξωθούν τον οργανισμό τους στα άκρα, θέτοντας την υγεία τους σε κίνδυνο. Συχνό φαινόμενο ήταν αυτό στην Κίνα με το δέσιμο των κάτω άκρων ή όπως κυριαρχούσε παλιότερα στην Ευρώπη, η τάση του κορσέ. Το φύλο, μπορεί να

επηρεάσει με έμμεσο τρόπο την υγεία, μέσω των προσδοκιών που έχουμε για τον άνδρα ή την γυναίκα. Για παράδειγμα, η φροντίδα είναι , κατά κύριο λόγο, μέλημα των γυναικών με αποτέλεσμα να έχουν υψηλότερα επίπεδα στρες .Σε αντίθεση, λόγω της αρρενωπότητας, οι άντρες πολλές φορές αμελούν την υγεία τους με αποτέλεσμα να είναι πιο εκτεθειμένοι στον κίνδυνο. Τέλος, σύμφωνα με έρευνες, οι άνδρες καπνίζουν και πίνουν περισσότερο με αποτέλεσμα να επηρεάζεται η υγεία τους μέσω αυτών των κακών συμπεριφορών.

Σε μελέτη που είχε ως στόχο να διερευνήσει το φύλο, την ηλικία και τους προληπτικούς ελέγχους (screening) σε σχέση με την μελλοντική υγεία, οι A. Deeks, C. Lombard, J. Michelmore , H.Teede(2009) απέδειξαν ότι υπάρχει σχέση ανάμεσα σε αυτούς τους παράγοντες. Με έρευνα που έγινε στην Αυστραλία(αγροτικές και αστικές περιοχές της) , οι γυναίκες είναι πιο πιθανό να κάνουν προληπτικές εξετάσεις-περίπου το 72%- και συχνά, είναι αυτές που ενθαρρύνουν τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας να προβούν σε αυτές, να πάνε στο γιατρό ή στο νοσοκομείο. Όσον αφορά την συμπεριφορά τους απέναντι στην υγεία(health behavior), οι γυναίκες έχουν περισσότερες πιθανότητες να αισθάνονται ότι είναι ευθύνη τους να ζητούν συμβουλές σχετικά με την πρόληψη, σε σχέση με τους άντρες. Επίσης, διαφορά υπάρχει ακόμη και στην πληροφόρηση ανάμεσα στα δύο φύλα αλλά και στις ηλικίες. Για παράδειγμα, οι γυναίκες ενδιαφέρονται για το διαβήτη, την παχυσαρκία, την κατάθλιψη και το άγχος, ενώ οι άνδρες μόνο για τον καρκίνο του προστάτη. Τέλος, μέσω αυτού του άρθρου, μπορούμε να πιστεύουμε πως τόσο το φύλο όσο και η ηλικία αποτελούν προσδιοριστικούς παράγοντες που συμβάλουν στις πεποιθήσεις και στις συμπεριφορές που σχετίζονται με την υγεία.

Επιπλέον, πέρα από την ηλικία που επηρεάζει-σε συνδυασμό με το φύλο- σε μεγάλο βαθμό την υγεία, η φυλή παίζει εξίσου σημαντικό ρόλο. Μελέτες έδειξαν πως οι άντρες κρίνουν τους κινδύνους ως μικρότερους ή λιγότερο επιβλαβείς για την υγεία, σε αντίθεση με τις γυναίκες όπου αντιλαμβάνονται τους κινδύνους της υγείας πολύ περισσότερο. Ακόμη, διαφορές υπάρχουν ακόμα και στη φυλή, όπως αναφέραμε, καθώς οι έγχρωμοι είναι περισσότερο εκτεθειμένοι σε τοξικές ουσίες. Στο άρθρο των J. Flynn, P. Slovic & Ck. Mertz(1994), παρουσίασαν τα αποτελέσματα μιας έρευνας που συνδέει τις αντιλήψεις για το περιβάλλον και τους κινδύνους για την υγεία με το φύλλο και τη φυλή. Σκοπός ήταν να συλλέξουν πληροφορίες για τη συμπεριφορά του ατόμου, τις αξίες, τις γνώσεις και τις

πεποιθήσεις για τους περιβαλλοντικούς κινδύνους που επιφυλάσσονται για την υγεία. Τα δεδομένα αντλήθηκαν από national survey στις Η.Π.Α μεταξύ 1492 τυχαίων ατόμων(1275 λευκών και 217 έγχρωμων) τη χρονική διάρκεια 1992-1993, οι οποίοι κατηγοριοποιήθηκαν με βάση το φύλο και τη φυλή. Το αποτέλεσμα ήταν οι μη λευκοί(άντρες και γυναίκες) να έχουν την ίδια συμπεριφορά απέναντι στους κινδύνους. Ενώ, οι λευκοί άντρες έχουν διαφορετική αντίληψη. Ίσως αυτό να οφείλεται στο ότι οι άντρες επωφελούνται, δημιουργούνται και διαχειρίζονται διαφορετικά αυτούς τους κινδύνους. Σε αντίθεση με τις υπόλοιπες ομάδες μελέτης όπου αισθάνονται πιο ευάλωτοι, καθώς απολαμβάνουν πολύ λιγότερα από τους θεσμούς και τη τεχνολογία όσον αφορά τους κινδύνους της υγείας.

2.2.5 Κουλτούρα (Culture)

Τα δίκτυα κοινωνικής υποστήριξης αλλά και η οικογένεια, οι φίλοι καθώς και οι κοινότητες συνδέονται με καλύτερα επίπεδα υγείας. Ακόμη, ο πολιτισμός, τα έθιμα, οι παραδόσεις και οι πεποιθήσεις των παραπάνω συνδέονται άμεσα το επίπεδο υγείας με αποτέλεσμα να το επηρεάζουν.

Οι περισσότεροι μελετητές, έχουν επικεντρωθεί στις πεποιθήσεις των ατόμων, όσον αφορά τις ασθένειες και πιο συγκεκριμένα, την αιτία και την θεραπεία της ασθένειας. Επίσης, πρέπει να σημειωθεί πως υπάρχουν διαφορές στον όρο υγεία ανά πολιτισμική ομάδα ή μειονότητα. Η παροχή πολιτιστικής ικανότητας στην υγειονομική περίθαλψη, προϋποθέτει ότι οι επαγγελματίες στο τομέα υγείας, οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής και οι υπεύθυνοι σχεδιασμού, κατανοούν τις πολιτιστικές ομοιότητες και διαφορές στις απόψεις αλλά και στο επίπεδο υγείας των ατόμων. Έτσι, θα πρέπει να προσαρμοστούν τα προγράμματα και οι στρατηγικές που αφορούν την υγεία.(Bermejo, Kriston, & Muthny, 2012, Hakim & Wegmann, 2002, Jobanputra & Furnham, 2005, Torsch & Ma, 2000, Winkelman, 2009).

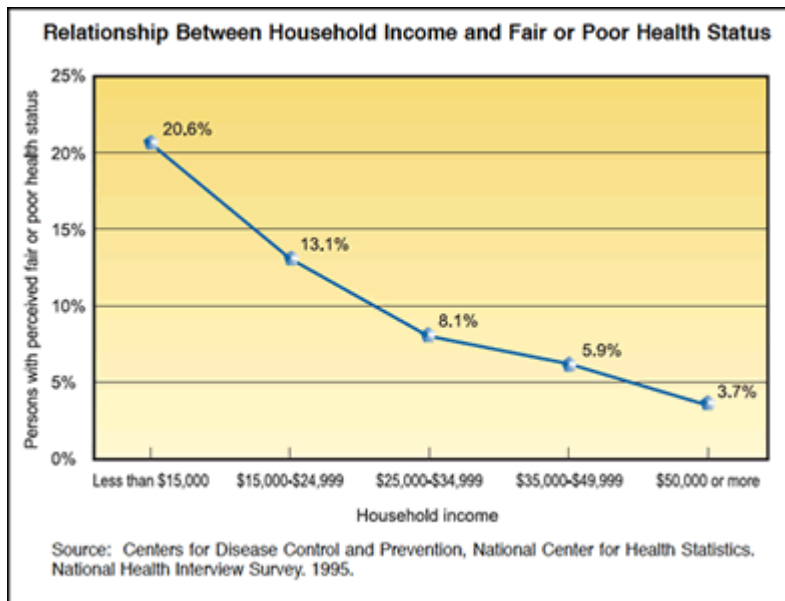
Λόγω των πολιτισμικών διακυμάνσεων στις πρακτικές και αντιλήψεις της υγείας, οι A. Levesque και Z. Li (2014) διεξήγαγαν μια έρευνα που είχε στόχο να δείξει την επιρροή αυτή του πολιτισμού και των μειονοτήτων στις αντιλήψεις της υγείας. Αυτή η έρευνα έγινε στον Καναδά και συμμετείχαν τρεις πολιτισμικές ομάδες, αυτή των Αγγλόφωνων ,αυτή των Γαλλόφωνων και αυτή της Πρώτης Γενιάς Καναδών, με 20 άτομα από κάθε ομάδα(10 άντρες και 10 γυναίκες), ηλικίας 20-68. Τα άτομα, κλήθηκαν να απαντήσουν στο τρόπο που ορίζουν την υγεία και τις πρακτικές που

χρησιμοποιούν για να τη διατηρήσουν. Επίσης, λήφθηκαν υπόψη και άλλα χαρακτηριστικά των ατόμων, όπως η εκπαίδευση, η ηλικία, το επίπεδο εισοδήματος και η οικογενειακή κατάσταση τους. Τελικά, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι υπάρχει άμεση σχέση ανάμεσα στις πολιτισμικές ομάδες και τις αντιλήψεις που έχουν τα άτομα για την υγεία και θα πρέπει να συμπεριλαμβάνεται στους προσδιοριστικούς παράγοντές της.

Συνοψίζοντας λοιπόν και λαμβάνοντας υπόψη τις μελέτες που αναφέρθηκαν παραπάνω, διακρίνονται πολλοί παράγοντες που προσδιορίζουν την υγεία του ατόμου. Αρκετοί από αυτούς γνωρίζαμε πως επηρεάζουν το άτομο, και κατ' επέκταση την υγεία του, αλλά όχι τον τρόπο και σε τι βαθμό συνδέονται με αυτήν.

Το εισόδημα, αποτελεί τον κυριότερο προσδιοριστικό παράγοντα. Επηρεάζει άμεσα την υγεία του ατόμου γιατί συνδέεται με πολλές πτυχές της ανθρώπινης καθημερινότητας. Πρώτον, μέσω της ανεργίας, που όπως αναφέραμε το εισόδημα είναι, σχεδόν, ανύπαρκτο με αποτέλεσμα το άτομο να μην έχει «καλή υγεία» αφού δεν ακολουθεί σωστή διατροφή. Σε αρκετές-ακραίες- περιπτώσεις τα είδη πρώτης ανάγκης θεωρούνται είδη πολυτελείας, επομένως, τα φάρμακα και η πρόσβαση στην υγεία θεωρείται, σχεδόν, αδύνατη. Τα άτομα με χαμηλό εισόδημα δεν μπορούν να καλύψουν την ασφάλιση ή τα φάρμακα τους, επομένως παραμελούν την υγεία τους και αποφεύγουν τις ιατρικές επισκέψεις. Όπως φαίνεται και από το διάγραμμα (βλ. Εικόνα 1), τα άτομα με χαμηλό εισόδημα είναι πιο εκτεθειμένα στον κίνδυνο και έχουν χαμηλά επίπεδα υγείας.

ΕΙΚΟΝΑ 1: Σχέση μεταξύ Εισοδήματος – Κακού επιπέδου υγείας

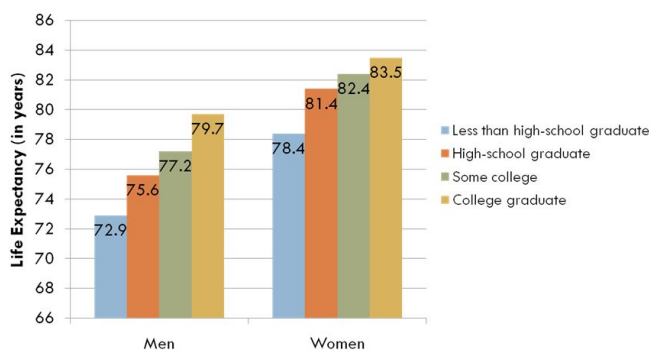


ΠΗΓΗ: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics, National Health Interview Survey, 1995

Δεύτερον, το εισόδημα επηρεάζει την εκπαίδευση και γενικότερα την επαγγελματική κατάρτιση του ατόμου. Όπως είναι λογικό, άτομα με χαμηλά εισοδήματα συνδέονται με χαμηλή εκπαίδευση επίσης. Η χαμηλή εκπαίδευση με τη σειρά της, αποδείχθηκε πως συνδέεται με χαμηλά επίπεδα υγείας. Τα άτομα με υψηλή εκπαίδευση, τείνουν να έχουν και καλύτερη υγεία, πράγμα το οποίο φαίνεται και από το παρακάτω διάγραμμα(βλ. Εικόνα 2). Στο οποίο παρουσιάζεται η θετική σχέση ανάμεσα το επίπεδο εκπαίδευσης και το προσδόκιμο ζωής, κατά το χρονικό διάστημα 1988-1988. Είναι ξεκάθαρο πως τα άτομα(άντρες και γυναίκες) της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, ζούνε περισσότερα χρόνια.

ΕΙΚΟΝΑ 2: Σχέση μεταξύ επιπέδου εκπαίδευσης- Χρόνου ζωής

More Education, Longer Life



Source: National Longitudinal Mortality Study, 1988-1998

ΠΗΓΗ: National Longitudinal Mortality Study, 1988-1998

Κλείνοντας αυτή την ενότητα μπορούμε να πούμε με βεβαιότητα πως οι προαναφερθέντες παράγοντες επηρεάζουν άμεσα την υγεία του ατόμου καθώς και ολόκληρης της κοινωνίας. Ποιος είναι ο έμμεσος τρόπος όμως; Μια απάντηση σε αυτό το ερώτημα είναι οι ανισότητες που δημιουργούνται, καθώς ο πληθυσμός της χώρας δεν έχει πάντα ισότιμη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Πέρα από τους προσδιοριστικούς παράγοντες της υγείας, όπου όπως αναφέραμε δεν μπορεί να τους ελέγξει πάντα το άτομο, το γεγονός ότι κάποιοι λαμβάνουν περισσότερες παροχές υγείας από κάποιους άλλους φέρνει στην επιφάνεια τον ορισμό των ανισοτήτων. Συνεπώς καταλήγουμε στο ερώτημα, τι ονομάζουμε ανισότητες; Ανισότητες στο τομέα της υγείας ορίζουμε τις αναπόφευκτες ανισότητες-καταστάσεις που προκύπτουν μεταξύ ατόμων της ίδιας ομάδας, χώρας και κοινωνίας αλλά και μεταξύ διαφορετικών. Οι κοινωνικές και οικονομικές συνθήκες και οι επιπτώσεις τους στη ζωή των ανθρώπων καθορίζουν τον κίνδυνο από την ασθένεια καθώς και τα μέτρα που λαμβάνονται για την πρόληψη ή την καταπολέμηση αυτής. Οι ανισότητες στην υγεία προκύπτουν από τις διαφορές στην κατάσταση υγείας ή την κατανομή των πόρων υγείας μεταξύ των ομάδων, που δημιουργούνται από τις κοινωνικές καταστάσεις στις οποίες τα άτομα γεννιούνται, ζουν, εργάζονται και επιβιώνουν(WHO).

2.3 Οικονομική Αποτελεσματικότητα και Υγεία

Ένα από τα βασικότερα αντικείμενα της μελέτης των οικονομικών της υγείας αφορά τα συστήματα υγείας και την οικονομική αποτελεσματικότητα που μπορεί να επιτευχθεί μέσω αυτών. Στόχος όλων αυτών των μέσων είναι το τελικό αποτέλεσμα που είναι η καλή υγεία η οποία συνδέεται άμεσα με την οικονομική αποτελεσματικότητα. Συνεπώς, σε αυτή την ενότητα θα μελετηθεί η οικονομική αποτελεσματικότητα στο τομέα της υγείας και το πώς μπορεί να αποτύχει η έννοια αυτή μέσω κάποιων μηχανισμών που, θεωρητικά, δημιουργήθηκαν για τη διευκόλυνση των ασθενών.

Αρχικά, σαν σύστημα ορίζεται ένα σύνολο στοιχείων τα οποία είναι συνδεδεμένα μεταξύ τους³. Πιο συγκεκριμένα, το σύστημα υγείας είναι ένα σύνολο επιμέρους υποσυστημάτων τα οποία βρίσκονται σε διαρκή αλληλεξάρτηση μεταξύ τους και με το περιβάλλον, προκειμένου να διατηρήσουν και να προάγουν την υγεία του ατόμου που είναι και ο τελικός τους στόχος⁴.

Αναφορά έγινε επίσης και στον όρο οικονομική αποτελεσματικότητα. Οι S. Palmer & D. J. Torgerson (1999) στο άρθρο τους εισήγαγαν τον όρο αυτό, όσον αφορά το τομέα της υγείας. Με τον όρο αυτό υπονοείται πως η κοινωνία παίρνει τέτοιες αποφάσεις ώστε να μεγιστοποιήσει το αποτέλεσμα της υγείας που προκύπτει από τους διαθέσιμους πόρους για υγειονομική περίθαλψη. Η αποτελεσματικότητα μετρά εάν αυτοί οι πόροι αξιοποιούνται με τον καλύτερο δυνατό τρόπο, θεωρώντας την ιατροφαρμακευτική περίθαλψη σαν ενδιάμεσο αγαθό και την επίτευξη της καλής υγείας σαν τελικό αγαθό-αποτέλεσμα.

Επιπλέον, εξετάστηκαν τρεις τύποι-έννοιες του όρου αποτελεσματικότητα, πρώτον η τεχνική αποτελεσματικότητα που αφορά τη σχέση μεταξύ εισροών(κεφαλαίου και εργασίας) και υγείας(σαν τελικό αγαθό). Δεύτερον, η παραγωγική αποτελεσματικότητα, η έννοια της οποίας αναφέρεται στην μεγιστοποίηση του αποτελέσματος της υγείας και την ελαχιστοποίηση του κόστους. Και τέλος, η αποτελεσματικότητα της κατανομής, η οποία λαμβάνει υπόψη της όχι

³ Βλ. Λιαρόπουλος 2007, σσ. 199-201, Καλογεροπούλου & Μουρδουκούτας 2007, σ. 64

⁴ Βλ. Καλογεροπούλου & Μουρδουκούτα 2007

μόνο την παραγωγική αποτελεσματικότητα αλλά και την αποτελεσματικότητα με την οποία κατανέμονται αυτά στην κοινωνία. Συνεπώς, η αποτελεσματικότητα της κατανομής επιτυγχάνεται όταν κατανέμονται οι πόροι με τέτοιο τρόπο ώστε να μεγιστοποιηθεί η ευημερία ολόκληρης της κοινότητας.

Επιπλέον, θα πρέπει να εξετάσουμε και τους μηχανισμούς μέσω των οποίων δυσχεραίνεται η επίτευξη οικονομικής αποτελεσματικότητας στα συστήματα της υγείας. Πιο συγκεκριμένα, θα μελετήσουμε δυο μηχανισμούς μέσω των οποίων δημιουργούνται ανισότητες στο τομέα της υγείας με αποτέλεσμα να αποτυγχάνει η οικονομική αποτελεσματικότητα καθώς δεν υπάρχει δίκαιη αντιμετώπιση σε όλους τους ασθενείς, αυτοί είναι οι ιδιωτικές δαπάνες(out-of-pocket-payments) και ο χρόνος αναμονής.

Πρώτα, όσον αφορά τις ιδιωτικές πληρωμές, πολλές χώρες εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από τις υψηλές αυτές πληρωμές(OOPP) για την χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας. Τέτοιες πληρωμές αποτελούν εμπόδιο στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, κυρίως για τις κατώτερες κοινωνικές ομάδες(φτωχοί). Δεν προκαλείται όμως πρόβλημα σε αυτές τις ομάδες αλλά και σε αυτές που είναι ικανές να πληρώσουν για την παροχή αυτών των υπηρεσιών καθώς μπορεί να τους προκαλέσει ακόμη και οικονομική καταστροφή.

Επομένως, θα πρέπει να μειωθούν οι ιδιωτικές πληρωμές, πώς όμως; Αρχικά, με τη μείωση τους, για τις υψηλής προτεραιότητας υπηρεσίες, όσον αφορά τις μειονεκτούσες ομάδες. Και δεύτερον, θα πρέπει να ληφθούν μέτρα για την υποχρεωτική πληρωμή, καθώς θα πρέπει να αυξάνεται με βάση το εισόδημα και την ικανότητα πληρωμής. Τέλος, η πρόσβαση στα συστήματα υγείας θα πρέπει να γίνεται με βάση την ανάγκη και όχι την ικανότητα πληρωμής.(WHO, 2014)

Δεύτερον, έγινε αναφορά και στον χρόνο αναμονής σαν εμπόδιο. Πιο συγκεκριμένα, ο χρόνος αναμονής σαν μηχανισμός έρχεται σε αντιπαράθεση με αυτό των ιδιωτικών πληρωμών, όπου η πρόσβαση στην ιατροφαρμακευτική περίθαλψη εξαρτάται από το εισόδημα, αποκλείοντας έτσι τις πιο φτωχές κοινωνικές ομάδες. Βέβαια, σύμφωνα με πρόσφατη βιβλιογραφία ακόμη και τα συστήματα που χρηματοδοτούνται από το κράτος δεν εγγυώνται την ισότητα στην πρόσβαση λαμβάνοντας υπόψη τη κοινωνικοοικονομική κατάσταση (OECD Health Policy Studies, 2013). Όπως αποδεικνύεται και παρακάτω, άτομα που ανήκουν σε

υψηλότερες κοινωνικοοικονομικές ομάδες και έχουν καλύτερη εκπαίδευση, περιμένουν λιγότερο σε σχέση με τους υπόλοιπους ασθενείς, παρακάτω παρουσιάζονται πιο αναλυτικά οι λόγοι για τους οποίους συμβαίνει αυτό.

2.3.1 Ιδιωτικές Πληρωμές (Out-of-Pocket Payments)

Στο άρθρο τους οι Weon-Young Lee & Ian Shaw(2014) μελετούν το αντίκτυπο που έχουν οι ιδιωτικές δαπάνες(OOP'S) στην υγειονομική περίθαλψη καθώς και την οικονομική επιβάρυνση που έχουν οι ασθενείς στη Νότια Κορέα. Η συγκεκριμένη χώρα δεν επιλέχθηκε τυχαία, καθώς αποτελεί ένα πολύ καλό παράδειγμα αξιολόγησης των αρνητικών επιπτώσεων που έχει το σύστημα υγείας όσον αφορά τη δικαιοσύνη. Πιο συγκεκριμένα, η Νότια Κορέα χαρακτηρίζεται από ένα σύστημα υγειονομικής κάλυψης με ταχύτατη ανάπτυξη αλλά παρόλα αυτά με υψηλές ιδιωτικές δαπάνες. Μελετώντας τες, θέλανε να προσδιορίσουν την επιρροή τους στην ιατροφαρμακευτική περίθαλψη και τον τρόπο με τον οποίο επηρεάζουν τις επιμέρους κοινωνικοοικονομικές ομάδες. Τα δεδομένα ήταν από το Korean National Health & Nutrition Examination Survey of Korea's Center for Disease Control and Prevention, η μελέτη αφορούσε 10.000 ασθενείς τον χρόνο(πέραν του έτους 2007 που ήταν μόνο το ένα εξάμηνο). Τα στοιχεία αφορούσαν τη συχνότητα στα εξωτερικά ιατρεία ή τις ιδιωτικές κλινικές καθώς και τη συχνότητα εισαγωγής. Με αυτά τα δεδομένα, ήθελαν να αναλύσουν τις εισοδηματικές ανισότητες στη χρήση της υγειονομικής περίθαλψης και τα «κενά» που δημιουργούνται ανάμεσα στις ομάδες ανάλογα με τα εισοδήματά τους(πέντε ομάδες εισοδήματος).

Δεδομένου ότι δεν εξετάστηκε αυστηρά η σχέση μεταξύ υψηλών OOPP και των ανισοτήτων στην περίθαλψη, θα πρέπει να είμαστε λίγο πιο προσεκτικοί στην ερμηνεία. Κατέληξαν, λοιπόν, στο συμπέρασμα πως οι πιο φτωχοί(poorest quartile) είχαν λιγότερες πιθανότητες να τους προσφερθούν επαρκείς ή προηγμένες υπηρεσίες ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης σε σχέση με τους πιο πλούσιους(richest quartile). Επίσης, λόγω της δομής του συστήματος υγείας στη Ν. Κορέα, παρέχεται καθολική πληθυσμιακή κάλυψη και μπορεί να μην παρατηρηθεί οριζόντια εισοδηματική ανομοιογένεια στις κλινικές επισκέψεις και την εισαγωγή στο νοσοκομείο, παρά τις αρκετά υψηλές ιδιωτικές πληρωμές. Ωστόσο, οι υψηλές αυτές δαπάνες καταδεικνύουν χαμηλή ποιότητα στις υγειονομικές παροχές που παρέχονται με αποτέλεσμα να πλήττεται η χαμηλότερη εισοδηματική ομάδα.. Τέλος, τα αποτελέσματα ίσως να διαφοροποιούνταν αν γινόταν ανάλυση εισοδήματος ,όσον

αφορά την υγειονομική κάλυψη, ανά τόπο και αν είχε ληφθεί υπόψη η θνησιμότητα. Το μόνο σίγουρο είναι πως το χάσμα που δημιουργείται λόγω των ιδιωτικών δαπανών αντανακλά, εν μέρει, τη διαφορά στη ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης και αυτό το φαινόμενο επιβαρύνει τις χαμηλότερες εισοδηματικές ομάδες κυρίως σε περιπτώσεις χρόνιας ή θανάσιμης ασθένειας. Δυστυχώς, τα δεδομένα δεν επαρκούσαν για να ελεγχθεί και αυτό το ενδεχόμενο.

Ένα καλό σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται από την ικανότητα να παρέχει στους ασθενείς-καταναλωτές ικανοποίηση (Sandor et al. 2016). Πέραν της ισχυρής σχέσης μεταξύ της ικανοποίησης και της διάρθρωσης του συστήματος υγείας, τα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά έχουν, επίσης, μεγάλη επιρροή.

Παρατηρήθηκε στη Σερβία πως παρά την μείωση του πληθυσμού, ο αριθμός των ηλικιωμένων ατόμων αυξήθηκε, με αποτέλεσμα να αυξηθούν οι δαπάνες για την υγεία. Συνεπώς, υπάρχει θετική σχέση ανάμεσα στις δαπάνες υγείας και φαρμάκων και τη μακροβιότητα. Αντίθετα, η άσκηση πολιτικής στο τομέα αυτό. Επειδή έχει σαν στόχο την μείωση του κόστους έχει αρνητικά αποτελέσματα όσον αφορά την ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης (Jakovljevic et. al 2016b). Αυτό ίσως συνδέεται με την αύξηση των ιδιωτικών δαπανών την χρονική περίοδο που διεξήχθη η μελέτη των K. Vojvodic, Z. Terzic-Supic, M. Santric-Milicevic & Gert W. Wolf το 2009-2015. Μετρήθηκε η ικανοποίηση 206,088 ασθενών μετά από επισκέψεις σε ιατρούς (γενικούς και ειδικούς), αλλά και άλλα χαρακτηριστικά όπως, το φύλο, η ηλικία, η εκπαίδευση, τα συνταγογραφούμενα φάρμακα και το ύψος των ιδιωτικών πληρωμών. Τα αποτελέσματα ήταν τα εξής, η πλειοψηφία των ερωτηθέντων, δεν χρειάστηκε να πληρώσει για επίσκεψη αλλά ένα σημαντικό ποσοστό χρειάστηκε να καταβάλει συνδρομή. Σημαντικό ρόλο παίζει και το γεγονός αν έχουν αποφευχθεί ή αναβληθεί, λόγω αδυναμίας πληρωμής, οι ιατρικές επισκέψεις. Όμως, σύμφωνα με τα αποτελέσματα που προέκυψαν από τα ερωτηματολόγια, ένα σεβαστό ποσοστό δεν ανέβαλε τις ιατρικές επισκέψεις για οικονομικούς λόγους και πως η διαφορά έγκειται στα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά. Τέλος, σημειώνεται πως αυξήθηκε ο αριθμός των δυσαρεστημένων και πως πρέπει να σταματήσει αυτή η τάση. Με την ικανοποίηση των ασθενών να αποτελεί έναν πολυδιάστατο δείκτη ποιότητας, μπορούν να μειωθούν οι περιττές δαπάνες και να εξασφαλιστούν καλύτερα αποτελέσματα για την υγεία.

Παραπάνω αναφερθήκαμε στη μείωση δαπανών υγείας σαν στόχο του κρατικού μηχανισμού, πράγμα το οποίο είναι εφικτό με την αύξηση των ιδιωτικών πληρωμών. Βέβαια, αυτό έχει σαν αποτέλεσμα τη δημιουργία εμποδίων ή καλύτερα ανισοτήτων στις κοινωνικές (υπο)ομάδες. Στο άρθρο μιας ομάδας επιστημών (Jens-Oliver Bock, Herbert Matschinger, Hermann Brenner, Beate Wild, Walter E Haefeli, Renate Quinzler, Kai-Uwe Saum, Dirk Heider & Hans-Helmut König), μελετήθηκαν κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες αλλά και νοσηρότητας, που σχετίζονται με τις ανισότητες που δημιουργούνται εξαιτίας των πληρωμών αυτών (OOPP) αλλά και η οικονομική επιβάρυνση την οποία υποχρεούνται να αποπληρώσουν οι κοινωνικές (υπο)ομάδες. Πέρα από τη δημιουργία ανισοτήτων, υπάρχουν και άλλα αποτελέσματα που προκύπτουν από την αύξηση των ιδιωτικών δαπανών. Πρώτα πρώτα, η μείωση του ηθικού κινδύνου και δεύτερον, η έμμεση ενίσχυση του συστήματος υγείας.

Μελετώντας το σύστημα υγείας της Γερμανίας, όπου αποτελεί ένα από τα πιο ακριβά-σε απόλυτο νούμερο και σε σύγκριση με το Ακαθάριστο Προϊόν της- το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων είναι ασφαλισμένο (περίπου το 90%). Για το λόγο αυτό, θα μελετηθούν οι ηλικιωμένοι καθώς έχουν αυξημένες δαπάνες. Η μελέτη διήρκησε 8 χρόνια και τα άτομα ήταν, σε αριθμό, περίπου 9,950 και ηλικίας 50-74, στην πορεία το δείγμα μειώθηκε λόγω θανάτου ή κακής υγείας. Μετρήθηκε το επίπεδο νοσηρότητας μέσω της Cumulative Illness Rating Scale for Geriatrics (CIRS-G) καθώς και κάποιες κοινωνικοδημογραφικές μεταβλητές όπως το φύλο, η ηλικία, το επίπεδο εκπαίδευσης και η οικογενειακή κατάσταση. Τα αποτελέσματα ήταν τα εξής, οι δαπάνες για ιατρικά και οδοντιατρικά εφόδια αποτελούσαν πάνω από το μισό των συνολικών ιδιωτικών δαπανών. Επίσης, το εισόδημα συνδέεται με τις υψηλές OOPP, με τους πλουσιότερους να χρησιμοποιούν περισσότερες μη καλυπτόμενες υπηρεσίες. Επιπροσθέτως, η νοσηρότητα έχει θετική σχέση με τις OOPP, έτσι το αυξανόμενο επίπεδο νοσηρότητας, απαιτεί αύξηση της ζήτησης για ιατρική περίθαλψη, με αποτέλεσμα να αυξηθούν οι OOPP για φαρμακευτική κάλυψη κυρίως. Η ηλικία συνδέεται θετικά με τις δαπάνες, γι αυτό και έγινε η μελέτη αυτή λαμβάνοντας υπόψη τους ηλικιωμένους. Τέλος, κατέληξαν στο συμπέρασμα πως οι OOPP προκαλούν ανισότητες στο τομέα της υγείας και μέσω αυτής της έρευνας, οι υπεύθυνοι άσκησης πολιτικής στο τομέα αυτό μπορούν να βοηθηθούν στη λήψη αποφάσεων και να περιορίσουν τις ανισότητες.

2.3.2 Χρόνος Αναμονής (Waiting Time)

Οι χρόνοι αναμονής, για μη επείγοντα περιστατικά όπως χειρουργεία για αποκατάσταση ισχίου και καταρράκτη, αποτελούν μείζον ζήτημα σε πολλές αναπτυγμένες χώρες. Σύνηθες φαινόμενο στα χρηματοδοτούμενα από το Δημόσιο ιδρύματα, λόγω των περιορισμών στην προσφορά και στις τιμές. Όσο αυξάνεται ο χρόνος αναμονής, η υγεία του ασθενή μπορεί να χειροτερεύει και έτσι παρατείνεται και η ταλαιπωρία τους. Σύμφωνα με το άρθρο της Siciliani(2014), χώρες στις οποίες δημιουργούνται ανισότητες, λόγω κοινωνικοοικονομικών καταστάσεων, είναι η Αυστραλία, η Αγγλία, η Ιταλία, η Νορβηγία, η Ισπανία και η Σουηδία. Να σημειωθεί, πως η μελέτη αυτή στηρίχθηκε σε αυτή του Shmueli(2014), προκειμένου να εμβαθύνουμε περισσότερο σε αυτό τον μηχανισμό που δημιουργεί ανισότητες στο τομέα της υγείας.

Όσον αφορά τη συλλογή των δεδομένων για τέτοιου είδους μελέτες, υπάρχουν δύο “τύποι”, τα δεδομένα από έρευνες(survey data) και τα διοικητικά (administrative data). Και στις δύο περιπτώσεις έχουμε υπέρ και κατά. Για παράδειγμα, τα δεδομένα από έρευνες χρησιμοποιούν την αυτοαναφερόμενη ανά ασθενή υγεία ή τις χρόνιες ασθένειες, γίνεται εύκολα η αντιστοίχιση εισοδήματος/εκπαίδευσης ανά ασθενή, αλλά το δείγμα είναι μικρό και προκαλείται ενδογένεια. Σε αντίθεση με τα διοικητικά, μειώνεται η ενδογένεια των δεδομένων, λόγω αύξησης του δείγματος, αλλά είναι δύσκολη η αντιστοίχιση εισοδήματος/εκπαίδευσης ανά ασθενή. Και στις δυο περιπτώσεις, σημαντικό είναι να ελέγχεται η σοβαρότητα της ασθένειας.

Ο ιδανικός ορισμός, σύμφωνα με τον Shmueli, θα ήταν αν μετρούσαμε την πλήρη διάρκεια της αναμονής μόλις γίνει η επέμβαση(waiting time of patience treatment), αλλά χρησιμοποιείται από τα συστήματα υγείας ο χρόνος αναμονής στις λίστες. Παρόλαυτα, χρησιμοποιούνται εξίσου και τα δύο. Όσον αφορά τη μέθοδο που χρησιμοποιείται, αρκούνται σε μια σειρά από παλινδρομήσεις. Λόγου χάρη, ο Shmueli χρησιμοποιεί probit μοντέλο ενώ οι Siciliani & Verzulli(2009) negative binomial model.

Μια ερμηνεία για τις ανισότητες στο χρόνο αναμονής, που δημιουργούνται από το εισόδημα, είναι η συνύπαρξη του ιδιωτικού και δημόσιου τομέα. Καθώς, αυτοί που διαθέτουν χρήματα περιμένουν λιγότερο αφού καταφεύγουν σε ιδιωτικά

ιατρεία ενώ αυτοί που δεν έχουν τη δυνατότητα να πληρώσουν, περιμένουν περισσότερο στα δημόσια ιδρύματα. Σημαντικό ενδιαφέρον αποτελούν οι ανισότητες στο δημόσιο τομέα καθώς ούτε το εισόδημα, ούτε η εκπαίδευση παίζουν κάποιο ρόλο. Πρώτα από όλα, θα πρέπει να γίνει διαχωρισμός στον όρο ανισότητες, σε δυο κατηγορίες στο ίδιο το νοσοκομείο και μεταξύ των νοσοκομείων. Όσο αφορά τις τελευταίες, τέτοιου είδους ανισότητες προκύπτουν εάν πλούσια άτομα ζουν πιο εύπορες γειτονιές και τα νοσοκομεία που βρίσκονται εκεί «επωφελούνται» από την χρηματοδότηση που μπορεί να προσφέρουν, με αποτέλεσμα ο χρόνος αναμονής να μειώνεται. Από την άλλη πλευρά, που σύμφωνα με τη βιβλιογραφία οι ανισότητες είναι πιο έντονες, οι πιο πλούσιοι ασθενείς παρακάμπτουν την ουρά-λίστα αναμονής, λόγω των διασυνδέσεών τους εκμεταλλευόμενοι τα κοινωνικά τους δίκτυα, ενώ οι ασθενέστερες ομάδες μπορεί να μην πάνε στο καθορισμένο ραντεβού αυξάνοντας κι άλλο το χρόνο αναμονής. Για το λόγο αυτό θα πρέπει να μελετηθούν οι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες των ασθενών.

Στο άρθρο των Laudicella, Siciliani & Cookson(2010), εξετάστηκε εάν οι πιο πλούσιοι και πιο εκπαιδευμένοι άνθρωποι έχουν λιγότερο χρόνο αναμονής όσον αφορά χειρουργεία αποκατάστασης ισχίου. Τα δεδομένα πάρθηκαν από το Hospital Episodes Statistics(HES) και αφορούσαν 33,709 ασθενείς που θεραπεύτηκαν σε 163, χρηματοδοτούμενα από το Δημόσιο, νοσοκομεία της Αγγλίας το 2001. Όταν αναφέρεται η κοινωνικοοικονομική κατάσταση συνυπολογίζονται δυο προσδιοριστικοί παράγοντες, αυτός του εισοδήματος και αυτός της εκπαίδευσης. Επίσης, η κατάσταση της υγείας του ασθενή μετρήθηκε μέσω ψευδομεταβλητών όπου αναγνωρίστηκαν 15-πιο γνωστές- ασθένειες καθώς και ο αριθμός των επισκέψεων κυμαινόταν από 1 έως 7. Μετά από παλινδρομήσεις κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι υπάρχουν κοινωνικοοικονομικές ανισότητες στον χρόνο αναμονής για την αποκατάσταση ισχίου και πως το εισόδημα και η εκπαίδευση αποτελούν δύο δείκτες όπου έχουν ξεχωριστή επίπτωση.

Ευνοούνται τα άτομα που έχουν υψηλότερη εκπαίδευση και σε λιγότερο βαθμό οι πιο πλούσιοι. Κάποιες πιθανές εξηγήσεις για το φαινόμενο αυτό είναι, πρώτον ότι τα άτομα με υψηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση έχουν καλύτερα κοινωνικά δίκτυα. Δεύτερον, μπορεί να είναι πιο ενεργά ασκώντας πίεση όταν αντιμετωπίζουν καθυστέρηση στη θεραπεία. Τέλος, τα άτομα με χαμηλή

κοινωνικοοικονομική κατάσταση, έχουν λιγότερες πιθανότητες να πάνε στο προγραμματισμένο ραντεβού, με αποτέλεσμα να αυξηθεί ο χρόνος αναμονής.

Γνωρίζουμε ήδη πως υπάρχουν λίγα αποδεικτικά στοιχεία για τη σχέση χρόνου αναμονής και κοινωνικοοικονομικής κατάστασης των ασθενών στην Αγγλία. Στο άρθρο των Cooper, McGuire, Jones & Ground(2010) στόχος ήταν να προσδιοριστούν εάν παρατηρούνται αλλαγές στον χρόνο αναμονής για ορισμένες επεμβάσεις τη χρονική περίοδο 1997-2007 και να αναλύσουν την κατανομή αυτών των αλλαγών στις διάφορες κοινωνικές ομάδες σαν δείκτη ισότητας.

Σύμφωνα με τα στοιχεία, μειώθηκε σημαντικά ο χρόνος αναμονής τα τελευταία 10 χρόνια στην Αγγλία και αυτό οφείλεται στην αύξηση της προσφοράς για γιατρούς και της χρηματοδότησης για υπηρεσίες υγείας. Δεν γνωρίζουμε όμως εάν αυτή η μείωση στους χρόνους αναμονής ήταν δίκαια-ομοιόμορφα κατανεμημένη ανάμεσα στις κοινωνικοοικονομικές ομάδες. Εξετάστηκαν τρεις χρονικές περίοδοι και αυτό οφείλεται στις αλλαγές στις κυβερνητικές πολιτικές. Τα χειρουργεία στα οποία εστίασαν ήταν η αποκατάσταση ισχίου, γονάτου και καταρράκτη γιατί είχαν μεγάλες λίστες αναμονής. Να σημειωθεί πως ασθενείς με παραπάνω από 3 μήνες αναμονής δεν προσμετρήθηκαν. Επίσης, μέσω ενός πιο σύνθετου δείκτη, αυτόν του Carstars, μετρήθηκε η στέρηση, η οποία βασίστηκε στην ιδιοκτησία αυτοκινήτου, την ανεργία και την κοινωνική τάξη. Με 1 συμβολίζεται ο λιγότερο στερημένος ασθενής και 5 ο στερημένος.

Τα αποτελέσματα ήταν τα εξής, οι χρόνοι αναμονής αρχικά αυξήθηκαν αλλά στην πορεία μειώθηκαν σταδιακά. Το 1997, η στέρηση με τον χρόνο αναμονής είχαν θετική συσχέτιση. Μέχρι όμως το 2007, οι χρόνοι αναμονής ήταν πολύ πιο ομοιόμορφα κατανεμημένοι με αποτέλεσμα να αντιστραφεί αυτή η σχέση και να μετατραπεί σε αρνητική. Επομένως, κάθε επιτυχημένη πολιτική περίοδος σχετίζεται με στατιστικά σημαντική μείωση στους χρόνους αναμονής. Κλείνοντας, κατέληξαν στο συμπέρασμα που αναφέραμε και παραπάνω πως, η αύξηση της χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας σε συνδυασμό με τον ανταγωνισμό, συνέβαλλαν στην μείωση των χρόνων αναμονής.

Κλείνοντας, στα πλαίσια αυτής της ενότητας εστίασαμε στους τρόπους με τους οποίους δημιουργούνται ανισότητες στο τομέα της υγείας και δυσχεραίνεται η πρόσβαση για τις κατώτερες κοινωνικοοικονομικές ομάδες. Μελετώντας τα

παραπάνω, τα άτομα που ασκούν εξουσία, θα πρέπει να δώσουν μεγαλύτερη βάση στην μείωση των ιδιωτικών πληρωμών καθώς και στις λίστες αναμονής διότι δεν βοηθούν στην εξασφάλιση την καλής υγείας που είναι και ο τελικός στόχος των συστημάτων-υπηρεσιών υγείας.

2.4 .Θεσμοί και αποτελεσματικότητα

Μελετώντας περαιτέρω, παρατηρούμε πως το κλειδί για την άσκηση πολιτικής, όσον αφορά την υγεία, εντοπίζεται στην ισότητα και στην αποτελεσματικότητα των συστημάτων υγείας.

2.4.1 Τι είναι θεσμοί;

Υπάρχουν ποικίλοι ορισμοί για την έννοια “θεσμός”. Στην μελέτη του ο καθηγητής Roland Vewiebe όρισε, σαν θεσμό, το σύστημα συμπεριφοράς και σχέσεων των ατόμων μέσα σε μια κοινωνία, οι σχέσεις των οποίων είναι στενά συνδεδεμένες, διαρκείς και αφορούν όλα τα άτομα της. Παρατηρείται επίσης, πως τα θεσμικά όργανα ρυθμίζουν την συμπεριφορά των ατόμων μέσω κάποιων βασικών δομών της κοινωνίας, όπως είναι τα δίκτυα της οικογένειας, τα ιδρύματα τα οποία είναι υπεύθυνα για την εκπαίδευσή τους, η αγορά, η οικονομία, η πολιτική που ακολουθεί το κράτος καθώς και η κυβέρνηση.

Πιο συγκεκριμένα, οι κοινωνίες αποτελούνται από μια σειρά θεσμών, οι οποίοι είναι σημαντικά δομικά χαρακτηριστικά των σύγχρονων κοινωνιών, χαρακτηριστικά αναφέρεται στο άρθρο πως χωρίς την ύπαρξη των θεσμών δεν υφίστανται κοινωνίες. Λόγω του ότι υπάρχουν πολλών ειδών θεσμοί που ορίζουν την ανθρώπινη συμπεριφορά, η επιστήμη της Κοινωνιολογίας παρέχει μια κατηγοριοποίηση των κοινωνικών αυτών θεσμών με βάση την πηγή εστίασης τους κάθε φορά. Σύμφωνα με αυτή υπάρχουν λοιπόν, τρεις προσεγγίσεις:

- *οι λειτουργικές (functionalist)*, που στηρίζονται στη θεωρία των Durkheim & Parsons(1952), εστιάζουν στη σημασία των κοινωνικών θεσμών για τη διατήρηση των κοινωνικών συστημάτων μέσω της εκτέλεσης των βασικών λειτουργιών
- *οι Μαρξιστικές*, όπου στηρίζονται στη θεωρία των συγκρούσεων(Coser,1956) θεωρώντας τους θεσμούς μέσα εξουσίας

που διασπείρουν ανισότητες, καθώς δεν παρέχουν σε όλα τα μέλη της κοινωνίας τα ίδια προνόμια

- οι νέο-θεσμικές (*neo-institutionalist*), με κυρίαρχα χαρακτηριστικά την εμπιστοσύνη και τη διαφάνεια που πρέπει να διέπουν τις σύγχρονες κοινωνίες προστατεύοντας έτσι τα άτομα στην καθημερινή τους ζωή (Powell, DiMaggio & Williamson, 1991)

Και οι τρεις προσεγγίσεις συμφωνούν στη σημαντικότητα των θεσμών για την ομαλή λειτουργία των σύγχρονων κοινωνιών. Οι θεσμοί, αφορούν ένα μεγάλο κεφάλαιο της ζωής των ατόμων καθώς διαμορφώνουν, μέσω της οικογένειας, τα πρότυπα συμπεριφοράς του ατόμου συμβάλλοντας έτσι στην κοινωνικοποίησή του, την κοινωνική του κατάσταση καθώς και το κύρος. Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, τα δίκτυα της εκπαίδευσης και γενικότερα τα ιδρύματα που αφορούν την κατάρτιση του ατόμου είναι υπεύθυνα για την μετάδοση των θεσμών. Αφού, θεωρούνται ως δευτερογενή μέσα που συμβάλλουν στην κοινωνικοποίηση του ατόμου και στη διαμόρφωση της συμπεριφοράς του. Καθώς, μέσω αυτής καλλιεργούνται και μεταδίδονται οι αξίες και οι γνώσεις. Επισημαίνεται όμως πως το περιεχόμενο που μεταδίδεται μέσω αυτών, αποτελεί αρκετές φορές προϊόν κοινωνικής αμφισβήτησης. Γι αυτό και υπάρχουν κάποια βασικά ερωτήματα που πρέπει να απαντηθούν, όπως τι είδους αξίες πρέπει να πρεσβεύουν τα ιδρύματα αυτά, τι είδους εκπαίδευση πρέπει να προωθείται καθώς και για το, αν η εκπαίδευση θα πρέπει να εξαρτάται από το φύλο, την φυλή ή την κοινωνικοοικονομική κατάσταση. Επίσης, οι θεσμοί που διέπουν την οικονομία και την αγορά εργασίας είναι υπεύθυνοι για την παροχή ενός περιβάλλοντος που θα εξασφαλίζει την παραγωγή και διανομή των αγαθών/υπηρεσιών σε όλα τα μέλη της κοινωνίας. Όσον αφορά τους θεσμούς από τους τομείς της κουλτούρας, των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης και της θρησκείας, είναι υπεύθυνοι για τον προσανατολισμό των ατόμων σχετικά με τις αξίες.

Επιπλέον, αξίζει να αναφερθούν οι βασικές λειτουργίες των θεσμών που περιορίζονται σε δύο κατηγορίες. Αυτές που αφορούν:

- την προστασία των ατόμων απέναντι σε απειλές
- τη διατήρηση της εσωτερικής κοινωνικής τάξης

Αξιοσημείωτο επίσης, είναι το γεγονός πως οι θεσμοί δεν παραμένουν στατικοί στην πορεία του χρόνου αλλά εξελίσσονται.

Παρακάτω, ο Sundeep Sahay, μέσα από το έργο παρουσιάζονται συνοπτικά και άλλες προσεγγίσεις του όρου αυτού «θεσμός». Κυρίως ,όμως, επισημαίνεται η διαφορά μεταξύ θεσμών(institutions) και οργανισμών(organizations), η οποία γίνεται κατανοητή με το εξής παράδειγμα, σε ένα παιχνίδι οι θεσμοί αποτελούν τους κανόνες του, ενώ οι οργανισμοί είναι οι παίχτες που ακολουθούν τους κανόνες. (North,1992)

Άλλος ένας διαχωρισμός που γίνεται, αυτή τη φορά στο είδος του θεσμού, είναι οι τυπικοί(formal) που αφορούν τους νόμους και κανονισμούς και άτυποι(informal) που αφορούν τις πρακτικές στην εργασία. Υπάρχει όμως ένα κοινό σημείο στο οποίο ταυτίζονται, δίνουν στο άτομο μια κατευθυντήρια γραμμή όσον αφορά τη συμπεριφορά του, περιορίζοντας ή μάλλον καλύτερα, οριοθετώντας κάποιες δραστηριότητές του.

Στο ίδιο μήκος κύματος, όσον αφορά τους θεσμούς, είναι και ο ορισμός που έσωσε ο τον Scott(2001), σύμφωνα με τον οποίο, οι θεσμοί είναι πολυδιάστατες κοινωνικές δομές που απαρτίζονται από κοινωνικές δραστηριότητες και υλικές πηγές. Επιπλέον, ο ίδιος πρόσθεσε ακόμη έναν χρήσιμο ορισμό και σε μια άλλη έννοια ,αυτή της από-ιδρυματοποίησης (deinstitutionalization) , όπου αφορά τη διαδικασία κατά την οποία εξασθενούν οι θεσμοί και παύουν να υπάρχουν.

Επίσης ,ο G. Hodgson(2006) στο άρθρο του, συμφωνεί με τους ορισμούς που δόθηκαν παραπάνω καθώς υποστηρίζει ότι αποτελούν κύριο συστατικό της κοινωνικής ζωής. Ο όρος θεσμός χρησιμοποιείται σαν την αντανάκλαση της ανάπτυξης της θεσμικής οικονομίας και τη χρήση αυτής σε πολλούς κλάδους. Ο ίδιος ασχολείται με τον ορισμό των θεσμών, των συμβάσεων και των κανόνων που διέπουν μια κοινωνία, και το πώς αλληλεπιδρούν αυτά με τη συμπεριφορά του ατόμου, τις πεποιθήσεις και τις συνήθειές του.

Εναλλακτικά, μπορούμε, να ορίσουμε τους θεσμούς σαν συστήματα καθιερωμένων και διαδεδομένων κανόνων που διαμορφώνουν τις κοινωνικές επιδράσεις. Τέτοιου είδους θεσμοί είναι η γλώσσα, τα μέτρα, το δίκαιο και άλλα θεσμικά όργανα. Άλλος ένας ορισμός που χρησιμοποιείται είναι αυτός των Robert Sugden(1986), John Seorle (1995), οι οποίοι όρισαν τους θεσμούς σαν

κανόνες(συμβάσεις-conventions) ένα είδους παράδειγμα θεσμικού κανόνα π.χ. οι κανόνες κυκλοφορίας (αριστερή ή δεξιά οδήγηση).Βέβαια, με την ύπαρξη κανόνων, δημιουργούνται περιορισμοί μέσω των οποίων όμως, ανοίγονται νέες επιλογές για το άτομο.

Μια ακόμη προσέγγιση του όρου κοινωνικός θεσμός ήταν αυτή του Alan Wells (1970) ο οποίος τοποθετήθηκε λέγοντας πως οι κοινωνικοί θεσμοί είναι κατά μία γενική έννοια ένα στοιχείο γνωστό σαν κοινωνική διάρθρωση. Επίσης, ορίζεται ο όρος κανόνας (rule), ο οποίος περιλαμβάνει κανόνες συμπεριφοράς ,νομικούς και κοινωνικές συμβάσεις. Παρακάτω, άλλο ένα ερώτημα που απαντάται στο άρθρο είναι το τι είναι οι κοινωνικές δομές, είναι αυτές που περιλαμβάνουν όλες τις κοινωνικές σχέσεις, αυτές των κανόνων αλλά και χωρίς, όπως επίσης και τους θεσμούς. Θα πρέπει να μελετηθεί το αν τα θεσμικά όργανα αποτελούν σημαντικό κομμάτι της ανάλυσης των θεσμών. Τα θεσμικά όργανα είναι συστήματα καθιερωμένων και ενσωματωμένων κοινωνικών κανόνων που ορίζουν τις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις. Συνεπώς, αξίζει να γίνει περαιτέρω μελέτη για τα συστήματα αυτά.

Το άρθρο διαχωρίζει με ορισμούς τις έννοιες θεσμικά όργανα ,συμβάσεις, κανόνες και οργανισμούς όπως αναφέραμε για να διευκολύνει τον αναγνώστη και να μην υπάρξει κάποια σύγχυση ή παρερμηνεία των παραπάνω όρων. Παρακάτω, ορίζοντας τους οργανισμούς που αφορά μια κατηγορία ιδρυμάτων με βάση κάποια κριτήρια για να διακρίνουν τα μέλη τους ,την ένδειξη κυριαρχίας , της θέσης καθώς και μιας σειράς εντολών που θέτουν ευθύνες μέσα στον οργανισμό.

Τέλος, επισημαίνει τη δύναμη της συνήθειας ,η οποία είναι ένας τρόπος – βασικό στοιχείο- του πως οι κανόνες ενσωματώνονται και διατηρούνται στην κοινωνική ζωή. Κλείνει κάνοντας διαχωρισμό σε επίσημα θεσμικά όργανα και μη, λάθος όμως καθώς στα επίσημα όργανα υπάρχουν μη μόνιμοι κανόνες που τα διέπουν προκειμένου να λειτουργήσουν.

Σύμφωνα με το North (1992), θεσμοί είναι οι κανόνες ενός παιγνίου της κοινωνίας ή πιο απλά, είναι περιορισμοί επινοημένοι από ανθρώπους που διαμορφώνουν την ανθρώπινη αλληλεπίδραση. Αποτελούνται από τυπικούς, ανεπίσημους περιορισμούς καθώς και από τα χαρακτηριστικά τους.

Το άρθρο του John Joseph Wallis(2017) αποτελεί την αναθεώρηση άλλου άρθρου δίχως να ασκείται κριτική σε αυτό. Προτείνοντας όμως εναλλακτικούς ορισμούς που διευκρινίζουν τη σχέση ανάμεσα σε θεσμούς και κανόνες. Σύμφωνα με το άρθρο αυτό , ο ορισμός του όρου θεσμοί είναι κάτι περισσότερο από αυτό που όρισε ο North. Δεν μπορούμε να διακρίνουμε μεταξύ των κοινωνικών συμφώνων, τους κανόνες και την κοινωνική ισορροπία (social equilibria) ονομάζοντας τα και τους δύο θεσμούς. Όμως, με αυτό τον τρόπο υπάρχει σύγχυση για το τι πραγματικά είναι οι θεσμοί. Όπου οι τελευταίοι στηρίζονται πάνω σε κανόνες που είτε ακολουθούνται είτε όχι. Όπου είτε οδηγούν είτε όχι σε ισορροπία.

Επιπλέον, αναφέρεται και κλείνει το άρθρο του με το γεγονός πως τα τελευταία χρόνια, κάποιες κοινωνίες κατάφεραν να φτάσουν στην κατασκευή θεσμικών ρυθμίσεων, οι οποίες είναι άμεσα συνδεδεμένες με την ανάπτυξη. Επίσης, η μελέτη των θεσμών γίνεται για να κατανοήσουν την ιστορία αλλά και το πώς λειτουργούν οι κοινωνίες. Γι αυτό το λόγο, οι θεσμοί αποτελούν ένα εργαλείο βελτίωσης των κοινωνιών καθώς βοηθάει στην ανάπτυξή τους .

Η σπουδαιότητα των θεσμών όμως, δεν αφορά μόνο την επιστήμη της Οικονομίας, Το πώς θα πετύχουμε το βέλτιστο αποτέλεσμα για αυτήν, που είναι και ο τελικός στόχος, επέρχεται μέσα από συνδυασμό και άλλων πραγμάτων. Πιο συγκεκριμένα, για τον πλήρη αποσαφηνισμό του όρου «θεσμός» θα πρέπει να γίνει κατανοητό ότι πρόκειται για έναν συνδυασμό των επιστημών της Κοινωνιολογίας και της Οικονομίας. Μέσα στο άρθρο του ο D.Keizer(2007), διακρίνει τον όρο αυτό σε κατηγορίες και προσπαθεί να συνθέσει τις διαφορετικές αυτές προσεγγίσεις προκειμένου να δοθεί μια πιο σφαιρική ερμηνεία στην έννοια αυτή.. Η μέθοδος που χρησιμοποιείται ,για να συνδυάσει κοινωνιολογικά χαρακτηριστικά αλλά με την οικονομική λογική και ερμηνεία, ονομάζεται isolated abstraction.

Συνεπώς, μέσα από μελέτη, καταλήγει στο ότι υπάρχει μια άτυπη διαμάχη όσον αφορά τον τρόπο με τον οποίο ερμηνεύεται , προσεγγίζεται μεθοδολογικά και περιορίζεται η οικονομία μέσω των θεσμών. Πιο συγκεκριμένα, στο τομέα της οικονομίας, υπάρχουν δύο ομάδες, οι υποστηρικτές των :

- **Original Institutions Economics**, οι οποίοι θεωρούν πως η ανθρώπινη συμπεριφορά θα πρέπει αυστηρά να καθορίζεται από τους κανόνες που θεσπίζει η κυβέρνηση (rule-governed) και θα πρέπει να απαρτίζεται μόνο από

τους σημαντικούς παράγοντες που βοηθούν στην εξέλιξη της και κατ' επέκταση της οικονομίας. Η ομάδα αυτή, με καθαρά μακροοικονομική προσέγγιση, υποστηρίζει πως η εξέλιξη της ίδιας της κοινωνίας θα επέλθει μέσω του θεσμικού πλαισίου που τη διέπει.

- ***New Institutions Economics***, οι οποίοι είναι ουσιαστικά, η εξέλιξη της Νεοκλαστικής οικονομικής σκέψης, με εστίαση στο γιατί η αποτελεσματικότητα των θεσμών να συνεπάγεται την μεγιστοποίηση της αποτελεσματικότητας. Υπό τη σκοπιά της μικροοικονομικής θεωρίας αυτή τη φορά.

Ενώ, όσον αφορά την επιστήμη της κοινωνιολογίας που είναι στενά συνδεδεμένη με τον όρο αυτόν, οι θεσμοί είναι σύνολα αλληλένδετων κανόνων που καθορίζουν την συμπεριφορά μέσα στην κοινωνία. Επίσης υπάρχουν δυο διαφορετικές ομάδες. Οι υποστηρικτές

- ***Της Κλασικής Κοινωνιολογίας(Classical Sociology)***, με μακροοικονομικές προσεγγίσεις . Η οποία είναι θεμελιωμένη στις εξής βάσεις ότι η ανθρώπινη συμπεριφορά αφορά την συμπεριφορά σε σύνολο της κοινωνίας η οποία στηρίζεται σε βασικούς θεσμούς. Απώτερος στόχος της είναι η ερμηνεία του πραγματικού και όχι ενός απομονωμένου κόσμου(isolated world)
- ***Της Μικροκοινωνιολογίας (Micro-Sociology)***, με προφανή μέθοδο προσέγγισης, η οποία εστιάζει στη συμπεριφορά κατ' άτομο. Πιο συγκεκριμένα ανά μικρές ομάδες, όπως είναι αυτή της οικογένειας. Στόχος της είναι δηλαδή ο απομονωμένος κόσμος.

Επιπλέον, υιοθετεί τον ορισμό πως οι θεσμοί είναι ένα σύνολο από κανόνες που διέπουν την ανθρώπινη συμπεριφορά, μέσω ενός θεσμικού πλαισίου. Τέτοιου είδους παραδείγματα θεσμικών πλαισίων στην οικονομία είναι το σύστημα συλλογικής διαπραγμάτευσης όσον αφορά τις συνθήκες εργασίας ,το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης και το νομισματικό. Επίσης διαφορετικός είναι και ο ρόλος των θεσμών ανάλογα με την σχολή π.χ. διαφορετική η προσέγγιση των θεσμών με βάση τον Smith και διαφορετική αυτή του Ricardo.

Πιο αναλυτικά, ο ορισμός των θεσμών στα New Institutional economics είναι οι θεσμοί να αποτελούν μέσα ανάπτυξης της αποτελεσματικότητας. Εδώ ο πραγματικός κόσμος είναι ίδιος με τον τυπικό-πραγματικό οικονομικό

Ενώ, σύμφωνα με τη Κλασική Κοινωνιολογία ορίζεται ότι οι θεσμοί πρέπει να διαμορφώνουν τον κοινωνικό κόσμο. Η βελτίωση τους ερμηνεύεται σαν ενίσχυση της αποτελεσματικότητας της κοινωνίας όπως π.χ. αύξηση αυτοσεβασμού. Μελετώντας και συνθέτοντας τις προαναφερθείσες προσεγγίσεις, ο ορισμός που καταλήγει το άρθρο είναι, οι θεσμοί σαν κανόνες που διέπουν τον εξωτερικό και τον εσωτερικό κόσμο με τέτοιο τρόπο ώστε οι συντελεστές να αυξάνουν το επίπεδο χρησιμότητας τους. Συμπεραίνουμε λοιπόν, πως το πιο αποτελεσματικό θεσμικό πλαίσιο αυξάνει την ανθρώπινη ευημερία.

Επιπλέον, παρατηρείται πως υπάρχει μια αμφίδρομη θετική σχέση ανθρώπινης ευημερίας και οικονομικής και κοινωνικής αποτελεσματικότητας. Πρώτος από όλους, ο North(1990) τοποθετήθηκε αποδεικνύοντας πως η διακύμανση των οικονομικών αποτελεσμάτων συνδέεται με αυτή των θεσμών. Παρουσιάζοντας άλλη μια πτυχή του όρου «θεσμοί» μελετάται ακριβώς αυτή η σχέση, των θεσμών με τις οικονομικές επιδόσεις, στο άρθρο του Kevin E. Davis (2010). Επίσης, παραθέτει εναλλακτικούς ορισμούς για τους δυο προαναφερθέντες όρους, αυτών των θεσμών και της οικονομικής επίδοσης.

Αρχικά, στο άρθρο αυτό ο συγγραφέας δεν μπαίνει στη διαδικασία να δώσει έναν ορισμό του τι είναι θεσμός, καθώς αναφέρει πως δεν είναι δυνατό να ορισθεί πλήρως το τι είναι αλλά το τι δεν είναι. Πιο συγκεκριμένα, δεν είναι τα περιβαλλοντικά χαρακτηριστικά(κλίμα ενός τόπου, λίμνες, ποτάμια, κλπ), ούτε τα ανθρώπινα κατασκευάσματα (όπως είναι οι δρόμοι και γέφυρες). Αντίθετα, αφορά εκείνα τα χαρακτηριστικά των ανθρώπων μιας κοινωνίας, όχι τα φυσικά(βάρος, ύψος κλπ) αλλά τα ψυχικά –νοητικά-η μαθηματική ικανότητα ή οι προτιμήσεις. Δηλαδή, εκείνες οι πλευρές των ανθρώπινων χαρακτηριστικών που αντικατοπτρίζονται στη συμπεριφορά τους, αυτό τον ορισμό δίνει στον όρο «θεσμός». Επιπλέον, κρίθηκε σημαντικό να γίνει διαχωρισμός των όρων «θεσμοί» και «πολιτική». Ο Glaeser (2004) έκανε ένα διαχωρισμό αυτόν, λέγοντας πως οι θεσμοί αφορούν τα δικαιώματα και αποτελούν την βασική δομή της κυβέρνησης, εν αντιθέσει με την πολιτική, που αφορά τα

επιτόκια ,τους μισθούς ,το επίπεδο φορολογίας(δημοσιονομική και νομισματική λειτουργία)

Για να μελετηθεί η παραπάνω σχέση, πέρα από τους θεσμούς, δόθηκε ορισμός και στην έννοια οικονομική επίδοση (economic performance). Πολλές μελέτες ,ταυτίζουν την οικονομική επίδοση με την μεγέθυνση του κατά κεφαλήν εισοδήματος. Ωστόσο η πρόταση αυτή είναι ελλιπής, καθώς δεν συμπεριλαμβάνονται μεγέθη όπως η ανεργία ,η φτώχεια και η ανισότητα.

Προχωρώντας στην εμπειρική εξέταση τέτοιου είδους μελετών, συναντώνται αρκετές δυσκολίες λόγω της πολυπλοκότητας των σχέσεων μεταξύ θεσμικών οργάνων και οικονομικών επιδόσεων. Σημαντικό ρόλο παίζει και η αξιοπιστία της μέτρησης των θεσμών αυτών. Πολλές από τις μεταβλητές που χρησιμοποιούνται ή πρέπει να ενταχθούν, είναι δύσκολο να μετρηθούν. Η μεγαλύτερη όμως αδυναμία αρκετών μελετών είναι ότι υποθέτουν αντί να εξετάζουν στην πράξη τη σχέση συγκεκριμένων θεσμών και το αντίκτυπό τους στην οικονομία.

Άλλη μια επισήμανση γίνεται από τους Udry and Paude (2006) που αφορά την ανάγκη των μελλοντικών ερευνών να στηρίζονται σε εμπειρικές μελέτες μέσα στην ίδια τη χώρα παρά σε διακυμάνσεις μεταξύ των χωρών που διέπονται από διαφορετικούς θεσμούς. Εν κατακλείδι, το να κατανοήσουμε πλήρως τη σχέση θεσμών και οικονομικής αποτελεσματικότητας, έχει πολλά να προσφέρει στην οικονομική επιστήμη. Ελπίζοντας πως μελλοντικές μελέτες όχι μόνο να βοηθήσουν στην κατανόηση των ήδη υπαρχόντων θεσμών αλλά και στη δημιουργία νέων.

2.4.2 Επιπτώσεις των θεσμών στην υγεία και την αποτελεσματικότητα

Παραπάνω έγινε αναφορά στον ορισμό των θεσμών, κύριο μέλημά όμως είναι να εξεταστούν οι επιπτώσεις που έχουν οι θεσμοί στο τομέα της υγείας καθώς και στην αποτελεσματικότητα.

Ξεκινώντας από την οικονομική ανάπτυξη, καθώς είναι ο πιο σημαντικός παράγοντας που συμβάλει στην ανθρώπινη εξέλιξη, αφού επηρεάζει τις συνθήκες ζωής των φτωχών αλλά και πλούσιων. Στο άρθρο των J.Gerring & S.C.Thacker (2002), μελετάται ο ρόλος των πολιτικών θεσμών στην ανθρώπινη εξέλιξη. Πιο

συγκεκριμένα, εάν είτε η δημοκρατία είτε οι συνταγματικές δομές είτε η κρατική ικανότητα (state capacity), έχουν συνεπή και ανεξάρτητη επίδραση στην ανθρώπινη ανάπτυξη. Έχοντας σαν κύρια εξαρτημένη μεταβλητή τη βρεφική θνησιμότητα, καθώς έτσι μέτρησαν την ανθρώπινη εξέλιξη. Αρκετοί θεσμοί σχετίζονται με την υγεία (εδώ χρησιμοποιείται η θνησιμότητα) και γίνεται εστίαση σε αυτούς που είναι στενά συνυφασμένοι με το κράτος, σαν όργανο διακυβέρνησης. Και χρησιμοποιώντας τη μέθοδο OLS, με δείγμα από 188 χώρες (πλούσιες και φτωχές), το αποτέλεσμα ήταν το αναμενόμενο. Η δημοκρατία, τα αναλογικά (proportional) εκλογικά συστήματα και οι κρατικές διοικήσεις να σχετίζονται θετικά με την ανθρώπινη εξέλιξη και κατ' επέκταση, την οικονομική ανάπτυξη.

Ουσιαστικά, η αρνητική σχέση της δημοκρατίας και της κύριας ανεξάρτητης μεταβλητής, που είναι η θνησιμότητα, είναι αρκετά ενισχυμένη πράγμα το οποίο μπορεί να οφείλεται στην έλλειψη πολλών ανεξάρτητων μεταβλητών. Παρατηρήθηκε μείωση της επίδρασης της κύριας ανεξάρτητης στην εξαρτημένη και αυτό έγινε όταν προστέθηκε σαν μεταβλητή και ο δείκτης ανισοτήτων Gini. Επίσης, είναι προφανές ότι όσο πιο αποτελεσματικές είναι οι κυβερνήσεις τόσο μειώνεται η βρεφική θνησιμότητα. Αν και επισημαίνεται ότι είναι πιο πολύπλοκη η διαδικασία για να καταλήξουμε στα ακριβή αίτια που προκαλούν αυτά τα αποτελέσματα. Και αυτό, έρχεται σε ρήξη με τη μέχρι τώρα κυρίαρχη άποψη ότι η κρατική ικανότητα αυξάνει την οικονομική ανάπτυξη. Λόγω των αποτελεσμάτων είμαστε πιο εξοικειωμένοι, με την ιδέα ότι οι κυβερνήσεις μειώνουν τα προβλήματα της φτώχειας μέσω των αναδιανεμητικών προγραμμάτων, αλλά πλέον καταλαβαίνουμε πως, η κυβέρνηση από μόνη της μπορεί να ενισχύσει την ανθρώπινη ανάπτυξη δηλαδή η κρατική ικανότητα, ανεξάρτητα από τις πολιτικές δαπάνες, παρέχει ισχυρή ώθηση στην ανθρώπινη εξέλιξη. Τέλος, πρέπει να σημειωθεί πως σαν δημοκρατία, εννοείται η αντιπροσωπευτική δημοκρατία που προστατεύει τα δικαιώματα των πολιτών.

Επιπλέον, διακρίνονται δυο τρόποι μέσω των οποίων οι θεσμοί επηρεάζουν τα συνολικά επίπεδα ανθρώπινης ανάπτυξης. Πρώτον, οι θεσμοί μιας κοινωνίας θα μπορούσαν να έχουν κλίση για την ενίσχυση της δημόσιας τάξης υπέρ των φτωχών, καλούμενη και αναδιανεμητική πορεία και δεύτερον, η ενίσχυση του γενικού συμφέροντος, ανεξαρτήτως κοινωνικοοικονομικής κατάστασης, καθώς πρεσβεύει το γενικό συμφέρον. Καταλήγουν στο συμπέρασμα πως η αποτελεσματικότητα της

κυβέρνησης(που αποτελείται από θεσμούς) ,και όχι μόνο οι δημοσιονομικές και νομισματικές δαπάνες αυξάνουν την ανθρώπινη εξέλιξη.

Συνεχίζουμε μελετώντας το πώς η πολιτική επεμβαίνει και επηρεάζει την υγεία του ατόμου. Μέσω βιβλιογραφικής ανασκόπησης και εμπειρικής μελέτης οι M. Liverani, B. Hawkins & J. O. Parkhurst(2013), μελέτησαν τη χάραξη πολιτικής για τη δημόσια υγεία προσπαθώντας παράλληλα να εντοπίσουν και να ταυτοποιήσουν τα τεχνικά εμπόδια που μπορεί να επηρεάσουν την έρευνα για να αποφευχθεί η διεξαγωγή λάθος συμπερασμάτων. Στο άρθρο τους τίθενται πολλά ερωτήματα σχετικά με την άσκηση πολιτικής καθώς επισημαίνεται πως πρέπει να είμαστε ιδιαίτερα προσεκτικοί με την ερμηνεία των αποτελεσμάτων. Συγκριτικές μελέτες που μπορούν να δώσουν χρήσιμες πληροφορίες, αφορούν την πολιτική επιστήμη και τους περιβαλλοντικούς κινδύνους, παρόλα αυτά, δεν υπήρξε εφαρμογή σε πολιτικά ζητήματα που αφορούσαν τη δημόσια υγεία.

Επιπλέον, οι παράγοντες που συμβάλλουν στην χάραξη πολιτικής για την υγεία, περιλαμβάνουν συγκεντρωτική και πολιτική δύναμη, τα επίπεδα της δημοκρατίας, τους θεσμικούς μηχανισμούς, τον κύκλο εργασιών σε κρατικούς φορείς, πιέσεις πολιτικών στρατηγικών καθώς και νοοτροπίας. Τα αποτελέσματα στα οποία κατέληξαν ήταν η πολύπλοκη αλληλεπίδραση των παραπάνω παραγόντων τόσο σε εθνικό όσο και σε διεθνές επίπεδο. Το πιο σημαντικό πράγμα στο οποίο αξίζει να σταθούμε είναι ότι στόχος τους ,με τη βιβλιογραφική ανασκόπηση που παρέχουν στο άρθρο τους, είναι να γεφυρώσουν το χάσμα μεταξύ έρευνας και πολιτικής. Ενώ, μέσω των εμπειρικών μελετών τους κατέληξαν στο συμπέρασμα πως τα θεσμικά όργανα που λειτουργούν με τους πιο αυστηρούς κανόνες-θεσμούς είναι πιο ευάλωτα και μπορεί να επηρεάζονται από ομάδες συμφερόντων, οπότε πρέπει να δοθεί μεγαλύτερη προσοχή στη χάραξη πολιτικής.

Είναι εμφανές πως τα οικονομικά συστήματα στηρίζονται σε ιδέες και αξίες της κοινωνίας, καθώς και σε ένα μέρος των κανόνων και θεσμών της συμπεριφοράς και δράσης των ατόμων. Στο άρθρο του A. Argandona(1991) σκοπός ήταν να μελετήσει τα χαρακτηριστικά και τις λειτουργίες των θεσμών καθώς και τις αλλαγές που υφίστανται και τις σχέσεις τους με την ηθική.

Η ηθική, είναι ανώτερη από όλους τους θεσμούς και αυτό την καθιστά ικανή να τους ελέγξει. Είναι ευρέως διαδεδομένη η ικανότητα της κοινωνίας να αλλάζει τους

θεσμούς προς τη θετική πλευρά για την ανθρωπότητα, χωρίς να επεμβαίνει ο θεσμός της ηθικής, πράγμα το οποίο δεν ευσταθεί πλήρως καθώς για να ειπωθεί η πρόταση αυτή, στηρίχτηκαν στο γεγονός ότι όποια αλλαγή γίνεται στους θεσμούς γίνεται πάντα προς το καλύτερο. Επίσης, εάν η ηθική έχει κυρίαρχο ρόλο στην συμπεριφορά των ατόμων, τότε οι θεσμοί θα κινούνται σε ένα πλαίσιο με λάθη και αποτυχίες-φυσικά- αλλά με περισσότερη αποτελεσματικότητα. Κλείνοντας το άρθρο του, επισήμανε το γεγονός ότι η ηθική πέρα του ότι αποτελεί πηγή ιδεών και αξιών για την κοινωνία, βοηθάει στην εξέλιξη των θεσμών συμβάλλοντας στην αποτελεσματικότητά τους.

Μιλώντας για αποτελεσματικότητα και θεσμούς, δεν μπορεί να παραλειφθεί το γεγονός να αποτύχουν οι θεσμοί. Πρέπει να τονιστεί πως οι θεσμοί μπορεί να προκαλούν ασυμμετρίες όσον αφορά τη δύναμη τους και να διαιωνίζουν-μεταφέρουν ανισότητες. Οι θεσμοί ακόμη κι αν είναι καλά δομημένοι μπορεί να αποτύχουν, είτε να γίνουν δυσλειτουργικοί. Παρατηρήθηκε ότι η αυξανόμενη δυσλειτουργικότητα τους ίσως οφείλεται στο ότι αποτυγχάνουν οι θεσμοί να ενεργούν με βάση τις προτιμήσεις των πολιτών.

Επιπλέον ,αρκετά από τα μέτρα που ληφθεί –πολιτικές πρωτοβουλίες- δεν ανταποκρίθηκαν στις προσδοκίες, από επιχειρήσεις με κοινωνικοοικονομικούς ρόλους μέχρι μη κρατικές οργανώσεις που φάνηκε πως εξυπηρετούσαν ομάδες συμφερόντων. Με αποτέλεσμα να οδηγούμαστε στο συμπέρασμα πως μειώνεται η εμπιστοσύνη στους θεσμούς (πολιτικούς ,κοινωνικούς ,οικονομικούς).

Οι μελετητές ψάχνουν απαντήσεις σε βασικά ερωτήματα, όπως γιατί αποτυγχάνουν οι θεσμοί και αφού γίνεται αυτό γιατί δεν υπάρχει ένας μηχανισμός διόρθωσης. Πιθανές απαντήσεις στο παραπάνω ερώτημα είναι οι:

Οι θεωρητικές προσεγγίσεις της θεσμικής αποτυχίας με αποτέλεσμα να μην οδηγούμαστε σε αποτελεσματικότητα στην πράξη

- *Η μη προσεκτική μελέτη των δομών των θεσμών.*
- *Η θεσμική απαξίωση από τους πολίτες.*
- *Οι ομάδες συμφερόντων στην εκάστοτε πολιτική ηγεσία.*

Στα πλαίσια αυτής της ενότητας οριοθετήθηκε η έννοια του θεσμού, καταλήγοντας πως πρόκειται για έναν συνδυασμό κανόνων που στόχο έχει την αύξηση της ευημερίας του ατόμου και κατά συνέπεια της κοινωνίας σαν σύνολο. Οι κανόνες αυτοί επηρεάζουν με

ποικίλους τρόπους την ανθρώπινη συμπεριφορά. Η παραπάνω μελέτη αφορά την επιρροή που ασκούν οι θεσμοί στην υγεία του ατόμου και την οικονομική αποτελεσματικότητα, έννοιες που είναι άμεσα συνδεδεμένες. Τέλος, έγινε αναφορά στην αναποτελεσματικότητα των θεσμών και το που μπορεί να οφείλεται η αυξανόμενη δυσλειτουργία τους δίνοντας την ευκαιρία για περαιτέρω μελέτη από άλλους ερευνητές.

3. ΕΜΠΕΙΡΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Στο παρόν κεφάλαιο αναλύεται μέσω εμπειρικής μελέτης το επίπεδο υγείας, οι προσδιοριστικοί παράγοντες που το επηρεάζουν, καθώς και η οικονομική αποτελεσματικότητα των συστημάτων και ο ρόλος των θεσμών.

3.1 Μέτρα υγείας

Υπάρχουν αρκετοί τρόποι μέτρησης του επιπέδου υγείας και της οικονομικής αποτελεσματικότητας. Παραπάνω, έγινε αναφορά στους πιο βασικούς δείκτες, κάποιοι από τους οποίους χρησιμοποιήθηκαν στην παρούσα εμπειρική μελέτη.

Πιο συγκεκριμένα, για τη μέτρηση του επιπέδου υγείας χρησιμοποιήθηκε το προσδόκιμο ζωής κατά την γέννηση (life expectancy at birth). Ο δείκτης αυτός αφορά το χρονικό διάστημα που, κατά μέσο όρο, το νεογέννητο παιδί μπορεί να ζήσει, εάν τα τρέχοντα ποσοστά θανάτου δεν αλλάζουν (OECD). Παρακάτω, χρησιμοποιείται άλλο ένα μέτρο που είναι το ποσοστό βρεφικής θνησιμότητας (infant mortality) και ορίζεται ως ο αριθμός θανάτων παιδιών, ηλικίας κάτω του ενός έτους, εκφρασμένων ανά 1000 γεννήσεις. (OECD) Τέλος, για να μετρηθεί η οικονομική αποτελεσματικότητα προστέθηκε ο μέσος αριθμός ιατρικών συνεδριών (διαβουλεύσεων) που έχουν οι ασθενείς με τους γιατρούς (doctors' consultation), σε ένα συγκεκριμένο χρονικό διάστημα. Με τον όρο διαβουλεύσεις με τους γιατρούς εννοείται ο αριθμός των επαφών μεταξύ γιατρών και ασθενών.

3.2 Δεδομένα και Μεθοδολογία

3.2.1 Δεδομένα

Τα δεδομένα που χρησιμοποιήθηκαν για την παρούσα εμπειρική μελέτη συλλέχθηκαν από την Παγκόσμια Τράπεζα (World Bank), την Eurostat καθώς και τον Οργανισμό

Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης(Ο.Ο.Σ.Α). Αφορούν το χρονικό διάστημα 1995-2016 για 31 χώρες του Ο.Ο.Σ.Α. Οι μεταβλητές που χρησιμοποιήθηκαν για την μέτρηση του επιπέδου υγείας στηρίζονται στην υπάρχουσα βιβλιογραφική ανασκόπηση και την οικονομική θεωρία.

Προκειμένου να ελέγξουμε αν οι υποθέσεις που τέθηκαν επιβεβαιώνονται ή όχι, συλλέχθηκαν μεταβλητές που είναι άμεσα συνδεδεμένες με την υγεία του ατόμου και την καθημερινή του ζωή. Τέτοιες είναι το εισόδημά του , εκφρασμένο μέσω του ποσοστού του Α.Ε.Π(Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν) της χώρας, αφού σύμφωνα με τη θεωρία επηρεάζει θετικά το επίπεδο υγείας των ατόμων. Επίσης, στοιχεία που αφορούν τις δαπάνες υγείας που γίνονται είτε από το κράτος είτε από τα άτομα(ιδιωτικές). Άλλες μεταβλητές είναι το ποσοστό του πληθυσμού, το ποσοστό ανεργίας, η εκπαίδευση των ατόμων(αφορά τους απόφοιτους της Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης) καθώς και τους όρους εμπορίου. Επίσης, η κατανάλωση αλκοόλ, το κάπνισμα αλλά και δείκτες που μετρούν την ανισότητα όπως ο δείκτης Gini έχουν προστεθεί επίσης.

3.2.2. Μέθοδος

Χρησιμοποιώντας την στατιστική μέθοδο panel analysis ,καταλήξαμε στη δημιουργία τριών παλινδρομήσεων. Με εξαρτημένες μεταβλητές το προσδόκιμο ζωής κατά την γέννηση(LE1), το ποσοστό βρεφικής θνησιμότητας(MI1) και τις ιατρικές επισκέψεις(DCC1). Κάθε μια από τις προαναφερθείσες αφορά και διαφορετική εξίσωση. Αξίζει να σημειωθεί πως η επιλογή της μεθόδου panel εξυπηρετεί την σύγκριση των δεδομένων, καθώς συνδυάζει πολλές χώρες και χρονιές. Συνεπώς, τα αποτελέσματα της διακρίνονται από αξιοπιστία και ακρίβεια.

Έτσι, χρησιμοποιώντας τρία διαφορετικά υποδείγματα, με εξαρτημένες μεταβλητές το θα μελετήσουμε το επίπεδο υγείας και την οικονομική αποτελεσματικότητα των συστημάτων υγείας.

Συνεπώς,

$$1^{\circ} \text{ μοντέλο: } LEI = \beta_0 + \alpha * X_i + u_i$$

$$2^{\circ} \text{ μοντέλο: } IMI = \beta_1 + \gamma * X_i + e_i$$

$$3^{\circ} \text{ μοντέλο: } DCCI = \beta_2 + \delta * X_i + v_i$$

Όπου

- LEI, IMI, DCCI είναι οι δείκτες υγείας και οικονομικής αποτελεσματικότητας που αποτελούν τις εξαρτημένες μεταβλητές των υποδειγμάτων(προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση, ποσοστό βρεφικής θνησιμότητας και μέσος αριθμός ιατρικών επισκέψεων αντίστοιχα)
- β_0, β_1 και β_2 η σταθερά του κάθε υποδείγματος
- το διάνυσμα X_i αφορά τις ανεξάρτητες μεταβλητές των υποδειγμάτων. Οι οποίες είναι logGdp, logPop, TE1, UNE1, OPEH1, OPEC1, LSE, LHEC, PC1, DCCI, TT KAI SE
- α, γ και δ οι συντελεστές που δείχνουν την επίδραση(θετική ή αρνητική) κάθε ανεξάρτητης μεταβλητής στην εξαρτημένη
- u_i, e_i και v_i είναι τα κατάλοιπα για κάθε ένα από τα μοντέλα

3.3 Περιγραφή και Περιγραφικά στατιστικά των μεταβλητών

3.3.1 Περιγραφή των ερμηνευτικών μεταβλητών

Για την μελέτη του επιπέδου υγείας, τους παράγοντες που το επηρεάζουν καθώς και την οικονομική αποτελεσματικότητα των συστημάτων και των θεσμών, μελετήσαμε 31 χώρες του Ο.Ο.Σ.Α οι οποίες ,όπως είναι προφανές, είχαν διαφορετικό πληθυσμό. Για το λόγο αυτό, έχοντας την μεταβλητή αυτή του πληθυσμού(Population) , χρησιμοποιήθηκε ο λογάριθμος της(LogPop) προκειμένου να γίνουν οι συγκρίσεις ανάμεσα στις χώρες.

Επιπλέον, είναι γνωστό ότι σημαντικό ρόλο για τον προσδιορισμό του επιπέδου υγείας του ατόμου έχει το εισόδημά του. Επειδή δε θα ασχοληθούμε με μικρο-δεδομένα(microdata) , για να λάβουμε υπόψη το εισόδημα των ατόμων θα το μετρήσουμε μέσω του κατά κεφαλήν Α.Ε.Π της κάθε χώρας, εκφρασμένο σε τρέχοντα Αμερικάνικα δολάρια. Επίσης, χρησιμοποιήθηκε ο λογάριθμος της μεταβλητής αυτής, επομένως όταν γίνεται αναφορά στο κατά κεφαλήν Α.Ε.Π , θα είναι εκφρασμένο σε ποσοστό(LogGdp).

Η εκπαίδευση αποτελεί έναν σημαντικό παράγοντα στον προσδιορισμό του επιπέδου υγείας, όπως αναφέρεται και στην βιβλιογραφία. Όσο υψηλότερο είναι το επίπεδο εκπαίδευσης, τόσο καλύτερη υγεία έχει το άτομο. Για τον λόγο αυτό, στη παρούσα εμπειρική μελέτη χρησιμοποιήθηκε το ποσοστό των ατόμων με Τριτοβάθμια εκπαίδευση(TE1). Επίσης σημαντικό είναι και το ποσοστό ανεργίας κάθε χώρας(Unemployment Rate-UNE), το οποίο επηρεάζει, όπως είδαμε και στην βιβλιογραφία, τόσο το επίπεδο υγείας όσο και την οικονομική αποτελεσματικότητα.

Πέρα όμως από τα χαρακτηριστικά του ατόμου και της κοινωνίας, θα πρέπει να ληφθούν υπόψη και άλλες μεταβλητές που επηρεάζουν την υγεία και την οικονομική αποτελεσματικότητα. Μια από αυτές τις μεταβλητές, αφορά τις δαπάνες που κάνει το κράτος για ιατροφαρμακευτική περίθαλψη. Μέτρο αυτών των δαπανών είναι η μεταβλητή τρεχουσών, κατά κεφαλήν, δαπανών για την υγεία. Βέβαια και πάλι θα χρησιμοποιηθεί σε μορφή λογαρίθμου(LHEC). Άλλη μια μεταβλητή που αντιπροσωπεύει το ποσοστό των ιδιωτικών δαπανών που πραγματοποιεί το άτομο για την υγεία του είναι η OPEH όπως και οι κατά κεφαλήν ιδιωτικές δαπάνες με την μεταβλητή OPEC. Επίσης, προστέθηκαν οι κοινωνικές δαπάνες(SEG) εκφρασμένες σε ποσοστό του Α.Ε.Π. αλλά και σε κατά κεφαλήν μεγέθη, σε τρέχοντα Αμερικάνικα δολάρια(SE) όπου αποτελούν έναν δείκτη της κοινωνικής πολιτικής που ακολουθούν οι χώρες. Παρακάτω, χρησιμοποιούνται και οι όροι εμπορίου, δηλαδή ο λόγος μεταξύ των τιμών εισαγωγής και εξαγωγής(TT)

Ακόμα, αφού γίνεται αναφορά στην ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, θα πρέπει να προστεθεί και η κατανάλωση φαρμάκων(PC1) όπως επίσης και ο μέσος αριθμός ιατρικών επισκέψεων(DCC1).

3.3.2 Περιγραφικά στατιστικά των μεταβλητών(Descriptive Statistics)

Στον πίνακα που ακολουθεί(Πίνακας 1) , παρουσιάζονται τα περιγραφικά στατιστικά των μεταβλητών που χρησιμοποιήθηκαν στην εμπειρική αυτή μελέτη. Οι μεταβλητές αυτές αφορούν 31 χώρες του Ο.Ο.Σ.Α κατά την χρονική περίοδο 1995-2016.

Σύμφωνα με τα δεδομένα του πίνακα, παρατηρούμε ότι το ποσοστό των κοινωνικών δαπανών είναι, κατά μέσο όρο, αρκετά υψηλό. Αποτέλεσμα το οποίο , εν μέρει, δικαιολογείται καθώς μέχρι και το 2009, οι δαπάνες για υγεία ήταν αρκετά υψηλές με αύξηση 2-3% Per annum, κατά μέσο όρο, στις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α. Έπειτα όμως, λόγω της κρίσης, τη χρονική περίοδο 2010 έως 2013/2014, σε ορισμένες χώρες οι δαπάνες για υγεία μειώθηκαν σε σημαντικό ποσοστό της τάξης του 3% ή και περισσότερο. Συνεπώς, υπήρχε αύξηση των κοινωνικών δαπανών αλλά και των δαπανών για την υγεία μέχρι το 2009 και από το 2010 και έπειτα σταδιακή μείωση. Αντίθετα ,σε φυσιολογικά- με τάση για αύξηση- επίπεδα κυμαίνονται οι ιδιωτικές δαπάνες, γεγονός που δικαιολογείται από την μείωση των κοινωνικών δαπανών για υγεία. Λόγω της δημοσιονομικής πολιτικής που ακολουθήθηκε η μείωση των δαπανών για ιατροφαρμακευτική περίθαλψη αλλά και εξωνοσοκομεική(out –patient care), είχε σαν αποτέλεσμα την αύξηση των ιδιωτικών πληρωμών(Out-of-Pocket Payments).(OECD 2005).

Επίσης, παρατηρείται πως η κατανάλωση φαρμάκων είναι σε χαμηλά επίπεδα, δικαιολογημένα βέβαια, καθώς προκαλείται το γεγονός αυτό από την μείωση των δαπανών σε φάρμακα και σε πρόληψη για την υγεία.

Το ποσοστό των ατόμων που έχουν ολοκληρώσει την Τριτοβάθμια εκπαίδευση κυμαίνεται στο 42% περίπου. Όσον αφορά τα μέτρα υγείας, το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση, βρίσκεται περίπου στα 77 έτη, κατά μέσο όρο στις χώρες του ΟΟΣΑ. Παρατηρήθηκε αύξηση του προσδόκιμου ζωής τα τελευταία χρόνια και αυτό ίσως οφείλεται στην μεγάλη μείωση των διαφορών ανάμεσα στις χώρες. Επίσης, το ποσοστό βρεφικής θνησιμότητας έχει μειωθεί σημαντικά , σύμφωνα και με μελέτες του ΟΟΣΑ ήδη από το 1980. Τέλος, η ιατρική περίθαλψη που μετριέται μέσω του μέσου αριθμού ιατρικών επισκέψεων παρουσιάζει μια σταθερή τάση. Πιο αναλυτικά τα περιγραφικά χαρακτηριστικά στον παρακάτω πίνακα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1 :Περιγραφικά στατιστικά(Descriptive statistics)

Variable	Obs	Mean	Std. Dev.	Min	Max
LogGdp	682	10.16205	.7507933	7.753311	11.68833
LogPop	682	16.44632	1.57439	12.49676	19.59356
LSE	585	8.665498	.6971887	6.103051	9.874942
TE1	682	232.9692	182.284	1	563
UNE1	656	227.9207	173.0208	1	541
OPEH1	682	261.6158	186.211	1	592
OPEC1	682	266.2507	189.8959	1	602
LE1	682	76.66422	35.4767	1	136
IM1	682	66.39736	28.52403	1	124
HEG1	682	317.4824	190.7823	1	647
TUD1	493	161.8824	128.1493	1	394
DCC1	682	47.88416	35.72685	1	109
PC1	682	62.15543	60.40263	1	201

3.4 Αποτελέσματα

Στην ενότητα αυτή παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της εμπειρικής μελέτης που διεξήχθη. Πιο συγκεκριμένα, θέλουμε να διαπιστώσουμε εάν οι προσδιοριστικοί παράγοντες της υγείας, που έχουμε συμπεριλάβει, επηρεάζουν και σε τι βαθμό το επίπεδο υγείας και την οικονομική αποτελεσματικότητα του συστήματος. Επιπλέον, αναφέρονται και τα επίπεδα στατιστικής σημαντικότητας και αυτό υποδηλώνεται με τα αστεράκια δίπλα από το όνομα κάθε ανεξάρτητης μεταβλητής. Τα επίπεδα σημαντικότητας είναι τρία (1%, 5%, 10%).

Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε είναι Panel data analysis(or longitudinal or cross-sectional time – series data), όπως αναφέρθηκε και παραπάνω. Στην ανάλυση αυτή, προκύπτουν δύο τεχνικές ή αλλιώς δυο μοντέλα για την κάθε παλινδρόμηση. Αυτά είναι τα Fixed Effects & Random Effects models.

Όσον αφορά τα Fixed Effect models, τα χρησιμοποιούμε όταν κάποια από τις ανεξάρτητες μεταβλητές περιέχει χαρακτηριστικά που επηρεάζουν την εξαρτημένη μεταβλητή. Χρησιμοποιώντας τα FE models, αφαιρείται η επίδραση αυτή. Αντίθετα, τα Random Effect models, χρησιμοποιούνται όταν συσχετίζονται οι όροι σφάλματος(ui). Το μοντέλο που θα χρησιμοποιήσουμε και αναλύσουμε, αναδεικνύεται σε κάθε παλινδρόμηση από το Hausman Test. Το οποίο , ελέγχει εάν τα κατάλοιπα(unique errors) συσχετίζονται με τις μεταβλητές(regressors) , έχοντας σαν μηδενική υπόθεση ότι δεν συσχετίζονται. Εάν δεν συσχετίζονται, επιλέγουμε το FE model. Παρακάτω, ακολουθούν οι πίνακες αποτελεσμάτων των τριών παλινδρομήσεων.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2: Αποτελέσματα παλινδρόμησης με δείκτη υγείας το προσδόκιμο ζωής κατά την γέννηση(life expectancy, at birth)

	fixed
LHEC	1.056631 (0.185500)
DCC1	0.254156*** (7.301209)
LogGdp	24.924480*** (4.865740)
LogPop	-3.25e+01 (-1.437028)
PC1	0.163151*** (7.472810)
TE1	0.021384*** (2.968602)
OPEH1	0.036867*** (5.574184)
Constant	3.13e+02 (0.876676)
R2	0.388
obs	666

* p<0.10, ** p<0.05, *** p<0.01

Σημείωση: Ανεξάρτητες μεταβλητές: LHEC(Log of Current Expenditure on Health, per capita), DCC1(Doctor consultations, per capita), LogGdp(Log Gross Domestic Product) , LogPop(Log Population), PC1(Pharmaceutical Consumption), TE1(Tertiary Education), OPEH1(Out of pocket expenditures of health)

Εξαρτημένη μεταβλητή: LE1(Life Expectancy, at birth)

Όπως φαίνεται και από τον πίνακα 2, ελέγχεται το επίπεδο υγείας μετρώντας το προσδόκιμο ζωής κατά την γέννηση. Πιο συγκεκριμένα, μελετήθηκε το πώς και σε τι βαθμό επηρεάζουν κάποιες ανεξάρτητες μεταβλητές την εξαρτημένη .

Ουσιαστικά, το πώς οι κατά κεφαλήν δαπάνες για υγεία, ο μέσος αριθμός ιατρικών επισκέψεων, το ΑΕΠ της κάθε χώρας (μετρημένο σε Αμερικάνικα δολάρια), ο πληθυσμός της κάθε χώρας , η κατανάλωση φαρμάκων, ο μέσος αριθμός ατόμων

που έχει αποφοιτήσει από τη Τριτοβάθμια εκπαίδευση και το ποσοστό των ιδιωτικών πληρωμών επηρεάζουν το προσδόκιμο ζωής κατά την γέννηση.

Η έννοια του προσδόκιμου ζωής, προήλθε τη δεκαετία του '60 από τον Sanders(1964). Εμβαθύνοντας περισσότερο, το προσδόκιμο ζωής κατά την γέννηση αφορά ένας συνοπτικό δείκτη που συνδυάζει συνθήκες θνησιμότητας και καταστάσεις υγείας⁵. Λαμβάνει υπόψη του τους κινδύνους και τα ρίσκα που υπάρχουν και επιτρέπει επίσης τον υπολογισμό, κατά προσέγγιση, του προσδόκιμου ηλικίας. Θεωρείται ένας από τους πιο βασικούς δείκτες υγείας και κοινωνικής ανάπτυξης. Είναι αξιόπιστος και χρησιμοποιείται και στο Minimum National Social Data Set καθώς έχει εγκριθεί από την United Nations Statistical Commission και στις χώρες του ΟΟΣΑ(OECD), χρησιμοποιείται σα δείκτης υγείας.

Στο υπόδειγμα αυτό καταλήξαμε μέσω του Hausman Test, αφού το $Prob>chi2=0.0009$ είναι μικρότερο του 0.05, επομένως απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση και χρησιμοποιείται το μοντέλο των Fixed Effects.

Συνεπώς, σύμφωνα με τα αποτελέσματα του Πίνακα 2 και λαμβάνοντας υπόψη την οικονομική θεωρία, το προσδόκιμο ζωής κατά την γέννηση, έχει θετική – αλλά στατιστικά μη σημαντική- σχέση με το ποσοστό των, κατά κεφαλήν, δαπανών που πραγματοποιούνται. Δηλαδή, αν αυξηθούν κατά μια μονάδα οι δαπάνες για τη υγεία, θα αυξηθεί και το προσδόκιμο ζωής κατά 1,05%. Αποτέλεσμα αναμενόμενο όπως και αυτό της μεταβλητής του μέσου αριθμού ιατρικών επισκέψεων. Η μεταβλητή αυτή έχει θετική και στατιστικά σημαντική επίδραση στην κύρια εξαρτημένη μεταβλητή, μια αύξηση της κατά μια μονάδα έχει σαν αποτέλεσμα την αύξηση του προσδόκιμου ζωής κατά 0,254 μονάδες. Επίσης, αναμενόμενη είναι η θετική επίδραση του Α.Ε.Π στον δείκτη υγείας. Μέσω του ΑΕΠ, αντικατοπτρίζεται το εισόδημά του ατόμου, συνεπώς μια αύξηση της μιας μονάδας στον λογάριθμο του ΑΕΠ θα έχει σαν αποτέλεσμα την αύξηση του επιπέδου υγείας κατά 24,92 ποσοστιαίες μονάδες.

⁵ An overarching health indicator for the Post-2015 Development Agenda
Brief summary of some proposed candidate indicators -Background paper for Expert Consultation 11-12 December 2014

Μη αναμενόμενη είναι η επιρροή που ασκεί ο πληθυσμός στο επίπεδο υγείας. Μια αύξηση του πληθυσμού κατά 1 μονάδα μειώνει το προσδόκιμο ζωής κατά 3,25 ποσοστιαίες μονάδες, η σχέση αυτή βέβαια είναι μη στατιστικά σημαντική.

Όπως είναι λογικό, η κατανάλωση φαρμάκων αυξάνει το προσδόκιμο ζωής, το οποίο αποδεικνύεται και από το μοντέλο. Μια αύξηση στην κατανάλωση των φαρμάκων, αυξάνει κατά 0,16 μονάδες το επίπεδο υγείας. Επιπλέον, οι ιδιωτικές δαπάνες(OPEH) που πραγματοποιεί το άτομο έχουν θετική επίδραση στο προσδόκιμο ζωής. Αν αυξηθούν κατά μια μονάδα οι ιδιωτικές δαπάνες, θα αυξηθεί κατά 0,03 μονάδες το προσδόκιμο ζωής. Επίσης, θετική και στατιστικά σημαντική επίδραση ασκεί η μεταβλητή που αφορά το ποσοστό των ατόμων με Τριτοβάθμια κατάρτιση, με μια αύξηση της μιας ποσοστιαίας μονάδας αυξάνεται και το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση κατά 0,02 μονάδες. Στο υπόδειγμα υπάρχει και σταθερός όρος που δεν είναι στατιστικά σημαντικός($\beta_0=3,13$). Τέλος, το $R^2=0.388$, που σημαίνει πως η διακύμανση της εξαρτημένης μεταβλητής- προσδόκιμο ζωής κατά την γέννηση- ερμηνεύεται κατά 38% από τις ανεξάρτητες μεταβλητές που επιλέξαμε να εντάξουμε στο υπόδειγμα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3: Αποτελέσματα παλινδρόμησης με δείκτη υγείας το ποσοστό βρεφικής θνησιμότητας(infant mortality rate)

	fixed2
LogGdp	-5.693757** (-2.014991)
SEG	-3.630464*** (-7.783862)
TT	-0.371791*** (-3.519775)
TE1	-0.021606*** (-3.448950)
UNE1	-0.016843*** (-2.962360)
Constant	2.45e+02*** (9.446097)
R2	0.232
obs	624

* p<0.10, ** p<0.05, *** p<0.01

Σημείωση: Ανεξάρτητες μεταβλητές: LogGdp(Log of Gross Domestic Product), SEG(Social Expenditures as percentage of GDP), TT(Terms of Trade), TE(Tertiary Education), UNE1(Unemployment Rate)

Εξαρτημένη μεταβλητή : IM1(Infant Mortality rate)

Υπάρχουν πολλοί εναλλακτικοί τρόποι μέτρησης του επιπέδου υγείας. Το ποσοστό βρεφικής θνησιμότητας είναι ένας από αυτούς. Ο δείκτης αυτός, είναι αρκετά αμφισβητήσιμος από ορισμένους μελετητές. Καθώς, θεωρούν πως εστιάζει σε ένα μικρό μέρος του πληθυσμού δε λαμβάνει υπόψη του το υπόλοιπο. Παρόλα αυτά, δεν υπάρχει κάποια εμπειρική μελέτη που να το αποδεικνύει αυτό. Αντίθετα, στο άρθρο των D. Reidpath & P. Allotey (2003), αναφέρεται πως το ποσοστό βρεφικής θνησιμότητας μπορεί να αντικατοπτρίζει τους διαρθρωτικούς παράγοντες που μπορεί να επηρεάζουν την υγεία του πληθυσμού.

Στο παραπάνω μοντέλο καταλήξαμε χρησιμοποιώντας το Hausman Test. Με την ίδια διαδικασία, παρατηρήθηκε πως το $\text{Prob} > \chi^2 = 0.000$ πράγμα που αποδεικνύει, χωρίς καμία αμφιβολία την επιλογή του μοντέλου Fixed Effect.

Επομένως, στον Πίνακα 3 μελετάται το επίπεδο υγείας μέσω του ποσοστού βρεφικής θνησιμότητας. Πιο συγκεκριμένα, σαν ανεξάρτητες μεταβλητές έχουμε το ποσοστό του ΑΕΠ από 31 χώρες του ΟΟΣΑ, τις κοινωνικές δαπάνες του κάθε κράτους, το ποσοστό των ατόμων που έχουν ολοκληρώσει τη Τριτοβάθμια εκπαίδευση, τους όρους εμπορίου αλλά και το ποσοστό της ανεργίας και θέλουμε να ελέγξουμε την επίδρασή τους στην κύρια ανεξάρτητη, δηλαδή το ποσοστό της βρεφικής θνησιμότητας.

Παρατηρείται πως η εξαρτημένη μεταβλητή, συνδέεται αρνητικά με το ποσοστό του ΑΕΠ. Πιο συγκεκριμένα, μια αύξηση μιας ποσοστιαίας μονάδας θα έχει σαν αποτέλεσμα την μείωση του ποσοστού της βρεφικής θνησιμότητας κατά 5,69 %, με τη σχέση αυτή να είναι στατιστικά σημαντική (σε επίπεδο σημαντικότητας 10%)

Ανάλογη πορεία ακολουθεί και το ποσοστό των ατόμων που έχουν ολοκληρώσει τη Τριτοβάθμια εκπαίδευση. Η σχέση είναι αρνητική και στατιστικά σημαντική σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 5%. Μια αύξηση του ποσοστού του μέσου των αποφοίτων μειώνει κατά 0,021 μονάδες το ποσοστό της βρεφικής θνησιμότητας. Επίσης, το ποσοστό των κοινωνικών δαπανών επιδρά, όπως είναι λογικό, αρνητικά στο επίπεδο υγείας-ποσοστό βρεφικής θνησιμότητας. Με μια αύξηση μιας ποσοστιαίας μονάδας να οδηγεί σε μείωση κατά 3,63 ποσοστιαίες μονάδες. Επιπλέον, το ποσοστό της ανεργίας, έχει αρνητική επίδραση στην βρεφική θνησιμότητα. Μια αύξηση του κατά μια μονάδα, μειώνει το ποσοστό βρεφικής θνησιμότητας κατά 0,01 ποσοστιαίες μονάδες. Να σημειωθεί πως τα αποτελέσματα, διέπονται από στατιστική σημαντικότητα, σε επίπεδο 5%. Τέλος, η σταθερά του μοντέλου είναι στατιστικά σημαντική επίσης με $\gamma = 2,45$ καθώς και ότι το R^2 είναι ίσο με 0,232.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4: Αποτελέσματα παλινδρόμησης για τη μέτρηση της Οικονομικής αποτελεσματικότητας.

random3	
LSE	17.108995*** (4.339930)
TT	0.308746*** (2.827498)
OPEC1	0.008048 (1.306725)
Constant	-1.31e+02*** (-3.437034)
R2	
obs	585

* p<0.10, ** p<0.05, *** p<0.01

Σημείωση: Ανεξάρτητες μεταβλητές: LSE(Log of Social Expenditures in dollars), TT(Terms of Trade), OPEC1(Out- of-Pocket Expenditures, per capita),

Εξαρτημένη μεταβλητή: DCC1(Doctor consultations, per capita)

Κατά το δεύτερο μισό του 20^{ου} αιώνα, σε αρκετές χώρες του ΟΟΣΑ, παρατηρήθηκε αύξηση των δαπανών υγείας χωρίς όμως να αυξηθεί και το εθνικό εισόδημα(Ageing Report, 2012, Maisonneuve and Martins, 2013, Medeiros and Schwierz, 2013). Η αύξηση του προσδόκιμου ζωής(η γήρανση του πληθυσμού) αλλά και η καινοτομία στο τομέα των φαρμάκων συνέβαλλαν στην αύξηση των δαπανών αυτών, δημιουργώντας- σε συνδυασμό και με άλλους παράγοντες- αναποτελεσματικότητα στο τομέα της υγείας(J. Medeiros & C. Schwierz, 2015).

Στη παρούσα εμπειρική μελέτη, για να μετρηθεί η οικονομική αποτελεσματικότητα του συστήματος υγείας, προστέθηκε μια τρίτη εξίσωση με εξαρτημένη μεταβλητή, τον μέσο αριθμό ιατρικών επισκέψεων (doctor consulting, per capita-DCC). Σαν ανεξάρτητες χρησιμοποιήθηκαν μεταβλητές που θεωρείται ότι επηρεάζουν την οικονομική αποτελεσματικότητα. Πιο αναλυτικά, τέτοιες μεταβλητές είναι το ποσοστό των κοινωνικών δαπανών (LSE), οι όροι εμπορίου (TT) και οι κατά κεφαλήν ιδιωτικές πληρωμές (OPEC).

Όπως και στα προηγούμενα μοντέλα, χρησιμοποιήθηκε το Hausman Test, το οποίο έκρινε σαν καταλληλότερο μοντέλο αυτό των Random Effects (αφού, το $\text{Prob} > \chi^2 = 0.146$).

Άρα, σύμφωνα με τα δεδομένα του Πίνακα 4 παρατηρούμε ότι, η επιρροή που ασκούν οι όροι εμπορίου είναι θετική και στατιστικά σημαντική σε επίπεδο 1%. Δηλαδή, μια αύξηση της μιας μονάδας της μεταβλητής όροι εμπορίου, έχει σαν αποτέλεσμα να αυξηθεί κατά 0,30 μονάδες το μέσο ποσοστό ιατρικών επισκέψεων. Αποτέλεσμα άκρως λογικό, καθώς όσο αυξάνονται οι όροι εμπορίου, τόσο πιο αποτελεσματική θεωρείται μια οικονομία. Συνεπώς, θα επηρεάζει θετικά την οικονομική αποτελεσματικότητα του συστήματος υγείας. Επιπλέον, το ποσοστό των κοινωνικών δαπανών, έχει θετική και στατιστικά σημαντική (σε επίπεδο 1%) επιρροή. Αν αυξηθεί κατά 1 % θα υπάρξει αύξηση 17,10 % στον μέσο αριθμό ιατρικών επισκέψεων. Τέλος, οι ιδιωτικές δαπάνες που κάνει το άτομο έχουν επίσης θετική σχέση, με μια αύξηση της μιας μονάδας να αυξάνει κατά 0,008 μονάδες την εξαρτημένη μεταβλητή, αλλά χωρίς στατιστική σημαντικότητα. Η σταθερά που υπάρχει στο υπόδειγμα είναι στατιστικά σημαντική-σε επίπεδο 1%- με $\delta = -1,31$.

3.5 Συμπεράσματα

Τα αποτελέσματα στα οποία καταλήξαμε, θα μπορούσαμε να πούμε ότι ήταν και τα αναμενόμενα. Σύμφωνα με την σχετική βιβλιογραφία αλλά στηριζόμενοι και στην οικονομική θεωρία, το επίπεδο υγείας του ατόμου εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από το εισόδημά του. Όπως είναι φανερό, το υψηλότερο εισόδημα έχει σαν αποτέλεσμα υψηλό επίπεδο υγείας. Την ίδια ακριβώς γραμμή ακολουθεί και η εκπαίδευση. Οι προσδιοριστικοί αυτοί παράγοντες είναι και υπεύθυνοι για τη δημιουργία ανισοτήτων στον τομέα της υγείας. Άτομα δηλαδή με υψηλότερο εισόδημα και εκπαίδευση να αποκλείουν ασθενείς που βρίσκονται σε χαμηλότερο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο. Αυτό βέβαια γίνεται πιο φανερό αν λάβουμε υπόψη τον χρόνο αναμονής για μια επέμβαση ή τις ιδιωτικές δαπάνες του ατόμου προκειμένου να αυξήσει το επίπεδο της υγείας του. Πιο συγκεκριμένα, οι εκάστοτε κυβερνήσεις, μέσω των κοινωνικών αλλά και των δαπανών για την υγεία, παρέχουν στα άτομα την απαραίτητη ιατροφαρμακευτική περίθαλψη. Πολιτικές οι οποίες βοηθούν στην αύξηση του επιπέδου υγείας καθώς και σε συνδυασμό με την εξέλιξη της τεχνολογίας, ικανοποιείται ο τελικός στόχος. Όμως, αν λάβουμε υπόψη τα παραπάνω, ένα άτομο με υψηλή εκπαίδευση και εισόδημα, εκμεταλλευόμενο και τις δαπάνες που πραγματοποιεί το κράτος για αυτό, θα έχει σαφέστατα καλύτερο επίπεδο υγείας.

Επίσης, δε θα πρέπει να αφήσουμε στην άκρη τον ρόλο των θεσμών στην οικονομική αποτελεσματικότητα. Οι θεσμοί, αποτελούν ένα αναπόσπαστο κομμάτι της ζωής του ατόμου αφού, βασικός τους στόχος είναι η ικανοποίηση του. Όμως, μέσω των ανισοτήτων που δημιουργούνται στο τομέα της υγείας, θα μπορούσαμε να πούμε πως οι θεσμοί μπορεί και να αποτύχουν. Εν κατακλείδι, η μείωση, και αν είναι δυνατόν η εξάλειψη, των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων είναι ίσως το κλειδί για την επίτευξη του βέλτιστου επιπέδου υγείας αλλά και της οικονομικής αποτελεσματικότητας στα συστήματα υγείας. Στη διαδικασία αυτή, οι θεσμοί κατέχουν τον κύριο ρόλο.

4.ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

A.Deeks, C. Lombard, J. Michelmore and H. Teede(2009), “The effects of gender and age on health related behaviors” , BMC Public Health 2009, **9**:213 doi:10.1186/1471-2458-9-213

A. Prakash and M. Potoski(2014), “Dysfunctional Institutions? Towards a New Agenda in Governance Studies- A symposium under consideration at Regulation & Governance”, University of Washington and University of California

Ahammer, G. T. Horvath, R. Winter-Ebmer (2015), “The Effect of Income on Mortality: New Evidence for the Absence of a Causal Link”, IZA DP No. 9176.“Inequality and Health” 2011, Inequality.org

Argandona(1991), “Values, Institutions and Ethics”, IESE- Business School of Navarra, Working Paper no 215

E. Lahana , E. Pappa , D. (Niakas 2010), “The impact of ethnicity, place of residence and socioeconomic status on health-related quality of life: results from a Greek health survey”, Int J Public Health (2010) 55:391–400

E. Lahana , E. Pappa , D. (Niakas 2011), “Do place of residence and ethnicity affect health services utilization? evidence from greece”, International Journal for Equity in Health 2011, 10:16

G. Doornbos and D. Kromhout (1990) “Educational Level and Mortality in a 32-Year Follow-up Study of 18-Year-Old Men in the Netherlands”,International Journal of Epidemiology, Vol. 19, No. 2

G. M. Hodgson(2006) “What Are Institutions?”, Journal of Economic Issues, Vol. XL No. 1 March 2006

J. Cowell(2006), “The relationship between education and health behavior:some empirical evidence” , HEALTH ECONOMICS, Health Econ. 15: 125–146

J. Flynn, P. Slovic and C.K. Mertz1(1994), “Gender, Race, and Perception of Environmental Health Risks”, Risk Analysis, Society for Risk Analysis

J. Gerring and S. C. Thacker (2001), “Political Institutions and Human Development”, Northeast Universities Development Consortium Conference, Boston University

J. Medeiros and C. Schwierz(2015), “Efficiency estimates oh health care system”, Economic papers 549, European Union, 2015

J. Mullahy, St. Robert, and B. Wolfe(2003), “Health, Income, and Inequality: Review and Redirection for the Wisconsin Russell Sage Working Group”

J. W. Lynch, G. A. Kaplan, J. T. Salonen, (1997) “ Why do poor people behave poorly? Variation in adult health behaviors and psychosocial characteristics by stages of the socioeconomic lifecourse” Soc. Sci. Med. Vol. 44, No. 6, pp.809-819

J.O. Bock, H. Matschinger, H. Brenner, B. Wild, W. E Haefeli, R. Quinzler, K.U. Saum, D. Heider and H.H. König(2014), “Inequalities in out-of-pocket payments for health care services among elderly Germans – results of a population-based cross-sectional study”, Bock et al. International Journal for Equity in Health 2014, 13:3

J. Joseph Wallis(2017), “What Institutions Are: The difference between Social Facts, Norms, and Institutions and their associated rules and enforcement”, University of Maryland, NBER, and CEPR]

K. E. Davis(2009), “ Institutions and Economic Performance: An Introduction to the Literature”, NYU Law and Economics Research Paper No. 09-51

K. E. Pickett , R. G. Wilkinson (2015), “Income inequality and health: A causal review” Social Science & Medicine 128 (2015) 316e326

K. Vojvodic, Z. Terzic-Supic, M. Santric-Milicevic and G. W. Wolf(2017), “Socio-Economic Inequalities, Out-of-Pocket Payment and Consumers’ Satisfaction with Primary Health Care: Data from the National Adult Consumers’ Satisfaction Survey in Serbia 2009–2015”, Front Pharmacol. 2017, 8: 147

L. Siciliani(2014), “Inequalities in waiting times by socioeconomic status”, Israel Journal of Health Policy Research 2014, 3:38

Levesque and H. Z. Li(2014), “The Relationship Between Culture, Health Conceptions, and Health Practices: A Qualitative–Quantitative Approach” Journal of Cross-Cultural Psychology 2014, Vol. 45(4) 628–645

M. Grossman (1972), “On the Concept of Health Capital and the Demand for Health” , The Journal of Political Economy, Vol. 80, No. 2. (Mar. - Apr., 1972), pp. 223-255.

M. Liverani, B. Hawkins, J. O. Parkhurst(2013), “Political and Institutional Influences on the Use of Evidence in Public Health Policy. A Systematic Review”, PLoS ONE 8(10): e77404. doi:10.1371/journal.pone.0077404

M. Marmot (2005), “Social determinants of health inequalities” Public Health Vol 365

M. Moore, P. Gould, B. S. Keary (2003), “Global urbanization and impact on health” Int. J. Hyg. Environ. Health 206, 269 –278

Mauro Laudicella, Luigi Siciliani and Richard Cookson(2010), “Waiting Times and Socioeconomic Status: Evidence from England”, HEDG Working Paper 10/05

P. Keizer(2007), “The Concept of Institution in Economics and Sociology, a Methodological Exposition”, Utrecht School of Economics ,Tjalling C. Koopmans Research Institute, Discussion Paper Series nr: 07-25

R. Verwiebe, “Social Institution in Encyclopedia of Quality of Life Research” Department of Sociology, University of Vienna, Austria

Reidpath DD, Allotey P.(2003),“Infant mortality rate as an indicator of population health”, J Epidemiol Community Health. 2003 May;57(5):344-6.

S. Sahay, “Theories of institutions”, Uio: Department of Informatics

St. Palmer, D. J Torgerson(1999), “Economics notes-Definitions of efficiency”, Education and debate, BMJ 1999, 318:1136

W.Y. Lee and I. Shaw(2014), “The Impact of Out-of-Pocket Payments on Health Care Inequity: The Case of National Health Insurance in South Korea”, Int. J. Environ. Res. Public Health 2014, 11, 7304-7318

Z. N Cooper, A. McGuire, S Jones, J Le Grand(2009), “Equity, waiting times, and NHS reforms: retrospective study”, BMJ ,Volume 339

Θ. Μαλάμου(2015), “ Κοινωνικοί Προσδιοριστικοί Παράγοντες της Υγείας”, Hellenic Journal of nursing 2015, 54(3): 231–240